



Camera dei Deputati  
Commissione XII - Affari Sociali

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

Intervento del Segretario Generale  
dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)

Stefano De Polis

Roma, 2 aprile 2019

Indice .....	2
La sanità integrativa – il ruolo del settore assicurativo .....	4
Le problematiche emerse dall’azione di vigilanza dell’IVASS.....	7
Appunti per un’azione di riordino della sanità integrativa .....	10
La non autosufficienza.....	11
Allegato - Il confronto internazionale .....	14
- <i>Spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL</i> .....	14
- <i>Spesa sanitaria per regime di finanziamento</i> .....	15

Signor Presidente, Onorevoli Deputati,

Vi ringrazio per aver invitato l'IVASS a fornire un contributo all'indagine in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Il tema della sanità integrativa è di particolare e crescente interesse considerata l'evoluzione del contesto economico – sociale (aumento della speranza di vita e conseguente invecchiamento della popolazione, cambiamento degli stili di vita, maggiore ricorso a prestazioni sanitarie attesi anche i continui progressi della medicina) e la ormai costante crescita della spesa sanitaria privata.

Questo mio breve intervento sarà sviluppato in quattro parti.

Nella prima fornirò una sintetica descrizione dell'articolazione del sistema sanitario nazionale e dati di sintesi sul ruolo del settore assicurativo nell'ambito delle forme sanitarie integrative.

Nella seconda darò conto delle principali problematiche attinenti al tema della sanità integrativa che abbiamo raccolto nell'ambito della nostra attività, attraverso la gestione dei reclami e le segnalazioni telefoniche (che, nello scorso anno, su questo tema hanno conosciuto un incremento davvero significativo).

Nella terza formulerò qualche spunto di riflessione, per un'azione più ampia ed organica di riordino normativo che il legislatore potrebbe valutare di intraprendere a seguito di questa indagine conoscitiva nell'ottica di perseguire l'obiettivo primario di tutela dei cittadini e al fine di migliorare le condizioni di fruibilità delle prestazioni sanitarie e le relazioni tra tutte le controparti che, a vario titolo, intervengono nel circuito della sanità integrativa.

Nella quarta, infine, darò un cenno alla problematica della non autosufficienza.

### ***Premessa***

L'articolato sistema sanitario italiano è caratterizzato dalla centralità del ruolo pubblico basato su principi di universalità. Ai fondi sanitari è riservata una funzione integrativa solo parzialmente disciplinata.

Ampliando lo sguardo, il sistema di welfare sanitario ha tre componenti:

- la gestione pubblica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), istituito con legge n. 833/1978, che eroga le prestazioni base nel rispetto dei principi dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA;
- i Fondi sanitari integrativi, istituiti con D. Lgs. n. 502/1992, modificato dal D. Lgs. n. 517/1993 e regolamentati con Decreti del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che integrano le prestazioni di base del Sistema Sanitario Nazionale mediante forme di assistenza collettiva. La contribuzione ai Fondi è volontaria o negoziale, basata sulla ripartizione del rischio tra gli aderenti;
- le forme individuali di assistenza sanitaria, che riconoscono le prestazioni mediante le polizze assicurative stipulate; la contribuzione degli assicurati avviene tramite premi calcolati su stime probabilistiche relative alle frequenze e al costo dei sinistri.

La seconda e la terza componente, unitamente alla spesa sostenuta direttamente dalle famiglie (*out of pocket*), che ne rappresenta la componente principale, costituiscono la c.d. spesa sanitaria privata.

#### LA SANITÀ INTEGRATIVA – IL RUOLO DEL SETTORE ASSICURATIVO

La spesa sanitaria complessiva in Italia nel periodo 2013-2017, rilevata dall'ISTAT, è cresciuta del 6,4%. L'evoluzione delle varie componenti è differenziata: mentre la spesa pubblica – che rimane la parte prevalente – è cresciuta nel quadriennio del 3,5%, la spesa intermediata da enti *no profit* e imprese di assicurazione è salita del 18% (+9,1% solo nell'ultimo anno) e quella sostenuta direttamente dagli assistiti (*out-of-pocket*) del 15%.

#### Spesa sanitaria in Italia

(dati in milioni di euro)

Anno	2013*	2014*	Var %	2015*	Var %	2016*	Var %	2017*	Var %
Spesa pubblica	109.254	110.556	1,2%	110.830	1,4%	112.182	1,2%	113.131	0,8%
Spesa intermediata	3.132	3.241	3,5%	3.400	8,6%	3.388	-0,4%	3.697	9,1%
Spesa out-of-pocket	31.262	32.353	3,5%	33.799	8,1%	33.930	0,4%	35.989	6,1%
<b>Totale</b>	<b>143.648</b>	<b>146.150</b>	<b>1,7%</b>	<b>148.029</b>	<b>3,0%</b>	<b>149.500</b>	<b>1,0%</b>	<b>152.817</b>	<b>2,2%</b>

Fonte: ISTAT - Sistema conti della sanità

La spesa intermediata si compone dei premi raccolti dalle imprese di assicurazione e della contribuzione ai fondi integrativi.

L'IVASS rileva i premi pagati per polizze malattia (quelli per polizze individuali e quelli per polizze collettive), attraverso segnalazioni periodiche delle imprese assicurative operanti nel settore<sup>1</sup>.

I premi del ramo malattia raccolti dalle imprese di assicurazione italiane evidenziano un trend moderatamente crescente in rapporto al complesso della spesa sanitaria intermediata e ne rappresentano a fine 2017 circa il 70%.

#### **Premi malattia su spesa sanitaria intermediata**

(dati in milioni di euro)

<b>Anno</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Premi malattia	2.070	2.056	2.143	2.349	2.571
Spesa intermediata	3.132	3.241	3.400	3.388	3.697
Rapporto	66,1%	63,4%	63,0%	69,3%	69,5%

Fonte: IVASS

I premi contabilizzati dalle imprese di assicurazione per il ramo malattia rappresentano nel 2017 l'8% sul totale dei premi danni. I sinistri denunciati sono oltre 5,8 milioni, in netto aumento (+12,9%) rispetto al 2016. L'88% degli importi per i sinistri accaduti nel 2016 risultano liquidati a fine 2017.

Quanto alle altre forme della c.d. spesa intermediata, dai dati 2017 elaborati dal Ministero della Salute, emerge una riduzione del numero dei fondi e un aumento del numero degli iscritti.

<sup>1</sup> L'IVASS sta avviando una specifica rilevazione per misurare la spesa intermediata dai Fondi sanitari integrativi, limitatamente alla quota affidata alle imprese di assicurazione. L'indagine conterrà importanti dettagli informativi, con particolare riferimento alle polizze collettive, utili a valutare i rischi assunti nel settore dalle imprese di assicurazione. I primi dati saranno disponibili entro il prossimo mese di giugno.

### Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero della Salute – situazione risorse impegnate

Numero fondi				Totale iscritti	Risorse impegnate ( <i>milioni di euro</i> )		
Anno	Fondi attestati	Tipo A	Tipo B		Ammontare generale	Ammontare risorse vincolate*	Ammontare ris. vinc./ammontare generale
2010	255	47	208	3.312.474	1.614	492	30,47%
2011	265	46	222	5.146.633	1.741	536	30,82%
2012	276	3	273	5.831.943	1.914	603	31,52%
2013	290	4	286	6.914.401	2.112	691	32,72%
2014	300	7	293	7.493.824	2.160	682	31,60%
2015	305	8	297	9.154.492	2.243	694	30,94%
2016	322	9	313	10.616.847	2.330	754	32,35%
2017	311	9	302	12.900.000	2.400	780	32,50%

Fonte: elaborazione su dati Anagrafe dei fondi sanitari del Ministero della Salute

\* Almeno il 20% delle risorse del fondo sanitario vincolate per assistenza LTC, soggetti temporaneamente inabili e per odontoiatria

La forma giuridica nella gran parte dei casi è quella dell'associazione non riconosciuta ex art. 36 Codice Civile (233 fondi), seguita dalle società di mutuo soccorso (42). Sempre da stime del Ministero della Salute, l'ammontare generale delle risorse impiegate nel 2017 sarebbe pari a 2,4 miliardi di euro con le risorse vincolate (almeno pari al 20% del totale) pari a 780 milioni di euro.

Nella tabella che segue sono riportate le principali differenze tra fondi sanitari integrativi e polizze assicurative nel ramo malattia:

	<b>Fondi sanitari integrativi</b>	<b>Polizze ass.ve individuali</b>
<b>Requisiti di accesso</b>	Iscrizione all'anagrafe dei fondi sanitari integrativi (non obbligatoria)	Autorizzazione all'attività assicurativa con requisiti di forma sociale, capitale minimo e governo societario ex art. 14 CAP
<b>Vigilanza</b>	Ministero Salute	IVASS

<b>Rapporto con iscritto</b>	Statuto/Regolamento	Contratto assicurativo
<b>Costi</b>	Contributo fisso	Premio variabile
<b>Selezione rischi<sup>2</sup></b>	No	Si
<b>Coperture malattie pregresse</b>	Si	No
<b>Recesso</b>	No	Si
<b>Agevolazioni fiscali</b>	Deducibilità 3.615,2 euro Detraibilità 19% fino a 1291,1 euro per SMS	Nessuna detrazione o deduzione Detrazione spese sanitarie dal reddito imponibile Obbligo pagamento imposta sulle assicurazioni

#### **LE PROBLEMATICHE EMERSE DALL'AZIONE DI VIGILANZA DELL'IVASS**

Il Codice delle Assicurazioni pone la tutela degli assicurati come finalità primaria dell'attività di vigilanza dell'IVASS sul settore assicurativo; a tale fine, l'Istituto dispone di un osservatorio privilegiato sulle problematiche assicurative che devono affrontare i consumatori rappresentato dai reclami nei confronti dei soggetti vigilati (circa 20.000 all'anno) e delle telefonate ricevute al Contact Center Consumatori (oltre 30.000 all'anno).

Con riferimento specifico al settore in esame, la prima problematica che riscontriamo è che i consumatori non hanno chiaro chi è il soggetto responsabile della prestazione sanitaria che gli viene erogata e, quindi, dell'eventuale disservizio che si può verificare in relazione a tale prestazione.

<sup>2</sup> Per quanto concerne il divieto di selezione dei rischi, il legislatore ha disegnato i fondi sanitari integrativi in modo analogo al Sistema Sanitario Nazionale, sancendo il carattere universalistico e obbligatorio della copertura. Questo principio è spesso utilizzato anche nei contratti assicurativi limitatamente alle polizze collettive, ove è possibile adottare un impianto assuntivo basato su assenza di selezione del rischio; costo standardizzato e omogeneo per tutti gli assicurati; ampiezza delle coperture. Quando invece non si assicurano intere collettività, è sempre prevista una selezione dei rischi con la finalità di evitare selezioni avverse, che si avrebbero con la maggiore richiesta di copertura da parte dei soggetti più esposti al rischio di talune patologie o con patologie già in corso.

I reclami e le segnalazioni che l'IVASS riceve sono riferiti in maniera indifferenziata a imprese di assicurazione, a fondi sanitari e società di mutuo soccorso – questi ultimi non assoggettati alla vigilanza dell'IVASS – e finanche agli stessi provider di servizi sanitari (intendendosi per tali le imprese di servizi che stipulano convenzioni con fondi e casse e che tengono i contatti con le strutture sanitarie).

Nel rispetto delle competenze affidate dalle norme, l'IVASS si fa carico delle questioni legate alle imprese di assicurazione coinvolte direttamente o nella qualità di gestori della garanzia per la realizzazione dei piani di offerta sanitaria di fondi, casse sanitarie o società di mutuo soccorso.

Negli altri casi, l'Istituto è invece costretto a spiegare al consumatore che non può intervenire nei confronti del soggetto sul cui operato il consumatore esprime insoddisfazione, in quanto appunto non rientrante nell'attività di vigilanza dell'IVASS prevista dal Codice delle Assicurazioni Private.

Quale che sia l'ente/programma sanitario che i cittadini scelgono per le proprie cure riteniamo sia necessario assicurare:

- un'adeguata informativa in merito al diverso livello di protezione riconosciuto dai vari soggetti chiamati ad erogare le prestazioni sanitarie;
- una chiara rappresentazione delle prestazioni nei diversi regimi, così da facilitare la comparazione, una scelta consapevole e la liquidazione dei sinistri.

Riteniamo necessario che sia fatta chiarezza sui limiti nell'oggetto sociale di alcuni enti (Fondi sanitari e società di mutuo soccorso), eliminando ogni aspetto di confusione rispetto alla natura dell'attività svolta dalle imprese di assicurazione. Ciò dovrebbe estendersi anche all'uso di un'adeguata terminologia nella descrizione dei servizi offerti ove non garantiti (ad es. evitare in questi casi l'utilizzo del termine assicurazione).

E' da notare peraltro che il Codice delle Assicurazioni include già alcune norme (in particolare all'articolo 345) che prefigurano l'assoggettamento delle principali società di mutuo soccorso e casse autogestite, come i fondi sanitari, alle disposizioni in tema di particolari mutue assicurative, in quanto compatibili.

Tali norme sono tuttavia di incerta applicazione; abbiamo sensibilizzato sul punto i Ministeri competenti. Occorre disporre di maggiori e più puntuali dati e informazioni, definire il perimetro delle attività inquadrabili nelle forme integrative di sanità, la natura dei soggetti che vi possono operare, per poi definire coerentemente requisiti organizzativi e patrimoniali, sistema dei controlli da porre in essere e relative competenze.

In questa sede, desideriamo rinnovare la nostra disponibilità in tale senso, con il fine ultimo di aumentare la tutela del paziente/consumatore, indipendentemente dallo strumento prescelto per tutelare le proprie necessità.

Nel merito delle problematiche oggetto di segnalazione all'Istituto, quelle più rilevanti sono: tardiva presa in carico delle prestazioni richieste, particolarmente rilevante in caso di prestazioni urgenti; mancata esecuzione della prestazione, in taluni casi anche se già autorizzata all'assistito; contestazioni dopo l'erogazione della prestazione già autorizzata; diniego della prestazione in caso in pazienti "complessi", spesso anziani o affetti da più patologie che richiedono che le prestazioni siano eseguite con particolari cautele, superiori a quelle standard; mancato rimborso di esami, prescritti dai medici curanti, ma ritenuti "inutili" in sede di autorizzazione preventiva/rimborso.

Le criticità rilevate sono riconducibili in assoluta prevalenza alla carente trasparenza dell'informativa fornita agli aderenti ai piani sanitari o alle polizze assicurative, che non agevola la comprensione delle prestazioni – e delle relative limitazioni - nonché delle modalità per l'attivazione delle richieste di prestazione.

La comprensione risulta complessa sia per i singoli consumatori sia per i soggetti intermediari cui il consumatore si potrebbe riferire per ottenere primi chiarimenti, come ad esempio il datore di lavoro, nel caso di polizze collettive cui i lavoratori aderiscono.

Non v'è dubbio che, in difetto di chiarezza si amplia la discrezionalità dell'impresa nell'individuazione delle prestazioni sanitarie dovute o meno, oppure dovute con limitazioni.

Tale discrezionalità, non trasparente per il consumatore, viene in genere attuata dai *provider* tecnici cui è affidata la gestione delle prestazioni assicurative sia in sede di autorizzazione preventiva all'assistenza sanitaria diretta sia in sede di valutazione delle richieste di rimborso delle spese sostenute dal consumatore/assicurato.

A una maggiore chiarezza dei contratti devono poi accompagnarsi regole adeguate per assicurare comportamenti professionali e corretti in fase di distribuzione.

Da menzionare, infine, come alcune delle criticità sopra rilevate conseguano a inefficienze nelle relazioni e nelle procedure tra medici/strutture sanitarie – provider di servizi – imprese di assicurazione/fondi sanitari.

## APPUNTI PER UN'AZIONE DI RIORDINO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA

La materia della sanità integrativa continua a registrare lacune che possono nuocere all'intero settore, con ricadute sia in termini di gestione e solvibilità delle singole forme di integrazione al SSN, sia di qualità del servizio reso agli aderenti.

Comincio dalle problematiche emerse dalla nostra attività di vigilanza.

Vanno attuate misure per garantire l'assoluta trasparenza e chiarezza dei contratti sulla prestazione cui il consumatore ha diritto. Il consumatore – e per le polizze collettive il soggetto che decide per lui - deve sapere a quali prestazioni ha diritto sottoscrivendo un determinato contratto, eliminando o riducendo il più possibile le aree di discrezionalità interpretativa che possano successivamente emergere in sede di fornitura della prestazione.

Sarebbe pertanto opportuno che le prestazioni sanitarie – e idealmente i percorsi di cura – fossero inequivocabilmente identificati e descritti così da evitare false aspettative negli assistiti e pretestuosi dinieghi da parte degli enti cui gli stessi si sono affidati.

Tale obiettivo si potrebbe conseguire attraverso il ricorso ad un nomenclatore unico delle prestazioni specialistiche, cui dovrebbero attenersi tutti gli operatori della sanità integrativa (fondi, casse, società di mutuo soccorso, imprese di assicurazione, *providers*...) da aggiornare nel tempo, con il duplice beneficio di:

- eliminare la forte discrezionalità oggi presente nell'interpretazione delle prestazioni oggetto dei piani sanitari;
- favorire una concreta confrontabilità tra i piani sanitari e una più agevole fruibilità delle prestazioni.

Sulla semplificazione delle strutture e del linguaggio dei contratti, il settore assicurativo ha già intrapreso dei passi importanti grazie al progetto “contratti semplici e chiari”<sup>3</sup> che dall'inizio del 2019 prevede una semplificazione del linguaggio e della struttura dei contratti per i nuovi prodotti e per i “vecchi” prodotti più rilevanti per ogni azienda.

Misure simili, con opportuni meccanismi di *enforcement*, al momento non esistenti, andrebbero prese anche per i contratti dei fondi e casse.

---

<sup>3</sup> Maggiori informazioni sono disponibili sul sito dell'IVASS al link <https://www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/lettere/2018/lm-14-03/index.html>

Riteniamo che, lungi dal restringere il ruolo dei fondi sanitari, si dovrebbe addivenire a definire un'azione organica di riordino della sanità integrativa e, più in generale, delle forme di cooperazione tra pubblico e privato.

Il presupposto dovrebbe essere un riordino complessivo del comparto, con regole unitarie e realistiche in termini di prestazioni integrative e sussidiarie dei livelli essenziali di assistenza (LEA) del SSN. Interventi dovrebbero anche riguardare, secondo attenti criteri di proporzionalità, le regole di funzionamento, la solidità tecnico-patrimoniale e il regime dei controlli dei diversi operatori.

Un tale intervento richiederebbe anche un ripensamento dei benefici fiscali relativi all'iscrizione/adesione a forme sanitarie integrative pure al fine di ridurre alcune discriminazioni ed effetti negativi. Esistono oggi importanti differenze avuto riguardo alla professione del richiedente e alla forma integrativa di riferimento; il meccanismo delle detrazioni, produce effetti dal punto di vista redistributivo e sociale.

Con specifico riferimento al settore assicurativo, le norme fiscali applicabili al rinnovato comparto delle forme sanitarie integrative dovrebbero, anche al fine di evitare che si scarichi sul sistema pubblico il rischio ritenuto non assicurabile dai privati, disincentivare un'eccessiva selezione dei rischi; accentuare la mutualità tra assicurati, oggi realizzata completamente solo nelle polizze collettive; escludere il diritto di recesso da parte dell'assicuratore per evitare che chi contrae una grave malattia si veda non rinnovato il contratto alla scadenza ovvero richiesto di gravosi oneri aggiuntivi<sup>4</sup>.

## **LA NON AUTOSUFFICIENZA**

Il tema merita una menzione specifica.

L'Italia è tra i paesi con maggior tasso di invecchiamento che, congiunto al ridotto numero delle nascite, determina un incremento del peso relativo degli anziani sul totale della popolazione. Dalle rilevazioni Istat emerge che al 1° gennaio 2018, il 22,6% della popolazione ha un'età superiore o uguale ai 65 anni, il 64,1% ha età compresa tra 15 e 64 anni mentre solo il 13,4% ha meno di 15 anni. L'età media della popolazione ha oltrepassato i 45 anni.

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico si ripercuote inevitabilmente sull'universo dei bisogni di cura, in espansione nonostante l'aumento del numero di

---

<sup>4</sup> Cfr. Salvatore Rossi, "Le assicurazioni per lo sviluppo del Paese", Roma, 5 aprile 2017.

anni vissuti senza limitazioni nelle attività della vita quotidiana dopo i 65 anni (tra il 2008 e il 2015 da 9,0 a 9,9 anni per gli uomini e da 8,9 a 9,6 anni per le donne).

La spesa pubblica per *Long Term Care* (LTC), rivolta agli anziani e ai disabili non autosufficienti, include tre componenti: i) la componente sanitaria, ii) la spesa per indennità di accompagnamento e iii) la spesa per altre prestazioni. L'aggregato, calcolato dalla Ragioneria Generale dello Stato, risulta pari all'1,7 % del PIL nel 2017 (1.716 miliardi di euro), di cui circa tre quarti della spesa erogata a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono l'86% della spesa complessiva per LTC (rispettivamente, il 40% ed il 46%).

Da una proiezione condotta dalla Ragioneria Generale dello Stato, emerge che il rapporto fra spesa per LTC e PIL passerà dall'1,7% del 2017 al 2,6% del 2070.

La difficoltà di far fronte ai bisogni attuali e futuri delle persone anziane non autosufficienti stimola quindi la necessità di risposte anche dal mondo assicurativo, adottando soluzioni a partire dalla giovane età. Al momento, la copertura di rischi LTC, con l'erogazione di una rendita assicurativa a favore del soggetto non autosufficiente, è molto poco diffusa<sup>5</sup>.

Nella consapevolezza delle difficoltà di reperimento delle risorse finanziarie pubbliche e private per fronteggiare tale onere, si potrebbe valutare l'ipotesi di introdurre modelli integrativi che prevedano un sistema ibrido obbligatorio o comunque molto esteso basato sulla contribuzione privata, come ad esempio nell'esperienza tedesca; lo Stato stabilisce le regole e garantisce un'adeguata deduzione fiscale; i datori di lavoro e i lavoratori versano la rispettiva contribuzione; le imprese di assicurazione specializzate gestiscono le risorse con un modello

---

<sup>5</sup> Cfr. Salvatore Rossi, Relazione annuale sull'attività dell'IVASS nell'anno 2014 – Considerazioni del Presidente. In particolare *“Una considerazione accessoria riguarda il settore dell'assicurazione per il rischio di perdita dell'autosufficienza nell'età avanzata. Si tratta di un fenomeno logicamente e psicologicamente connesso con la quiescenza e la previdenza, che l'allungamento della vita sta diffondendo, che la sanità pubblica ha difficoltà a fronteggiare. Si aprono notevoli spazi potenziali di mercato per le compagnie assicurative. Incentivare fiscalmente questo tipo di assicurazione è un buon affare per l'Erario nella misura in cui stimola transazioni altrimenti non realizzate, consentendo inoltre risparmi dal lato delle prestazioni sanitarie pubbliche. Parti sociali e imprese assicurative dovrebbero coinvolgersi, le prime estendendo la contrattazione collettiva previdenziale a queste fattispecie; le seconde, migliorando le condizioni di offerta in vista di una forte crescita del mercato. È fondamentale che le più giovani generazioni abbiano piena consapevolezza di dover risparmiare più dei propri genitori e di dover investire il proprio risparmio anche in un'ottica previdenziale. Le responsabilità sono grandi: in chi ha funzioni politiche pubbliche, perché promuova la diffusione di questa consapevolezza; in chi ha funzioni amministrative di regolazione e supervisione, perché vigili sui soggetti del mercato che offrono prodotti finanziari utili a fini previdenziali e li guidi a essere stabili, efficienti, trasparenti e corretti; infine, sulle stesse imprese, a cui spetta aguzzare l'ingegno per adattare prodotti e pratiche di vendita alle esigenze di una platea di clienti di cui essi gestiscono il futuro.”*

mutualistico ed erogano le prestazioni, liberando il sistema sanitario pubblico dall'onere per i non autosufficienti<sup>6</sup>.

\* \* \*

Le esperienze estere possono rappresentare un utile base di confronto e riferimento quanto ad articolazione del sistema sanitario nelle diverse componenti e alle relative fonti di finanziamento. In allegato al presente testo abbiamo riportato alcuni dei dati più utilizzati nel confronto internazionale.

\* \* \*

Signor Presidente, Onorevoli Deputati,

l'IVASS auspica una complessiva riforma dell'assistenza sanitaria integrativa. Equivoci sul novero delle prestazioni previste; frammentazione ed eterogeneità dell'offerta; insufficiente considerazione per la solidità dei fondi sanitari integrativi; mancanza della necessaria attenzione ai temi della cronicità e dell'autosufficienza; agevolazioni fiscali poco orientate a perseguire interessi collettivi, costituiscono criticità che finiscono per rendere complessivamente più costosa e meno efficace la tutela del diritto alla salute dei cittadini.

Manifestiamo sin d'ora la disponibilità a ulteriori approfondimenti e confronti su tutti i temi trattati.

Grazie per l'attenzione.

---

<sup>6</sup> Peraltro, la norma dovrebbe prevedere limitazioni o divieti di utilizzo di dati genetici per limitare la selezione dei rischi, estranea a tale modello mutualistico.

## Allegato

### Il confronto internazionale

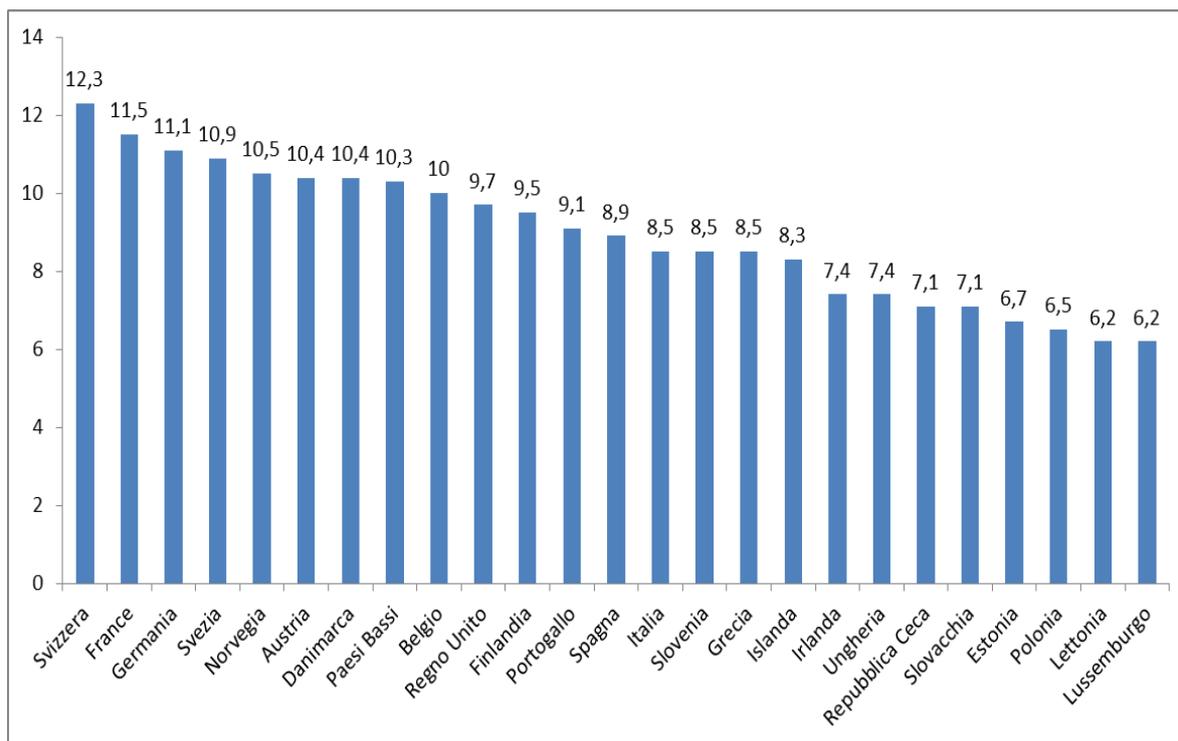
I dati utilizzati nel confronto internazionale si riferiscono all'anno 2016 (dati più recenti pubblicati da Eurostat).

Spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL

Italia, Portogallo e Spagna presentano incidenze pari a circa il 9%; all'estremo inferiore, la Romania segnala un valore pari al 5%; Svizzera, Francia, Svezia e Germania registrano, invece, i valori più elevati (tra l'11% e il 12%).

### Spesa sanitaria su PIL

*(valori percentuali)*



Dati EUROSTAT 2016

### *Spesa sanitaria per regime di finanziamento*

Italia, Regno Unito, Spagna e Irlanda hanno adottato un modello universalistico a carico dello Stato per la gestione della componente sanitaria, mentre Francia<sup>7</sup> Belgio e Germania hanno affiancato un diffuso sistema di Forme Sanitarie Complementari finalizzate a neutralizzare gli effetti sui redditi delle famiglie delle spese sanitarie, anche con il contributo dei datori di lavoro.

In Olanda, invece, il sistema di tutela di base, finanziato dalla fiscalità generale e che offre prestazioni anche alle persone anziane e non autosufficienti, è integrato attraverso un Secondo Pilastro Sanitario, a gestione assicurativa, che si occupa di garantire la copertura per le spese relative alle cure odontoiatriche e ai farmaci, nonché a una serie predefinita di ulteriori prestazioni sanitarie non ricomprese nel perimetro assistenziale primario.

Il regime di finanziamento che raggruppa la pubblica amministrazione e i sistemi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria rappresenta la più alta quota di finanziamento della spesa sanitaria, anche se il peso delle due componenti varia considerevolmente tra Paesi.

Paesi come Danimarca (84,1%), Svezia (83,5%), Regno Unito (79,4%) e Italia (74,2%) registrano percentuali di spesa finanziate dalla pubblica amministrazione superiori al 70%.

Al contrario, i sistemi a contribuzione obbligatoria (che generalmente fanno parte del sistema di sicurezza sociale) alimentano più di tre quarti della spesa in Germania (77,8%), Francia (77,8%), Slovacchia (76,4%) e Paesi Bassi (74,8%).

L'incidenza della spesa diretta delle famiglie, rispetto al totale della spesa sanitaria, presenta valori molto alti per Bulgaria (48,0%); Cipro (44,9%); Grecia (34,3%).

L'Italia, con un valore pari al 23,1%, si colloca leggermente al di sotto della Spagna (23,8%), ma molto al di sopra degli altri maggiori paesi dell'Unione Europea (Francia 9,8%, Germania 12,4%<sup>8</sup>, Regno Unito 15,1%).

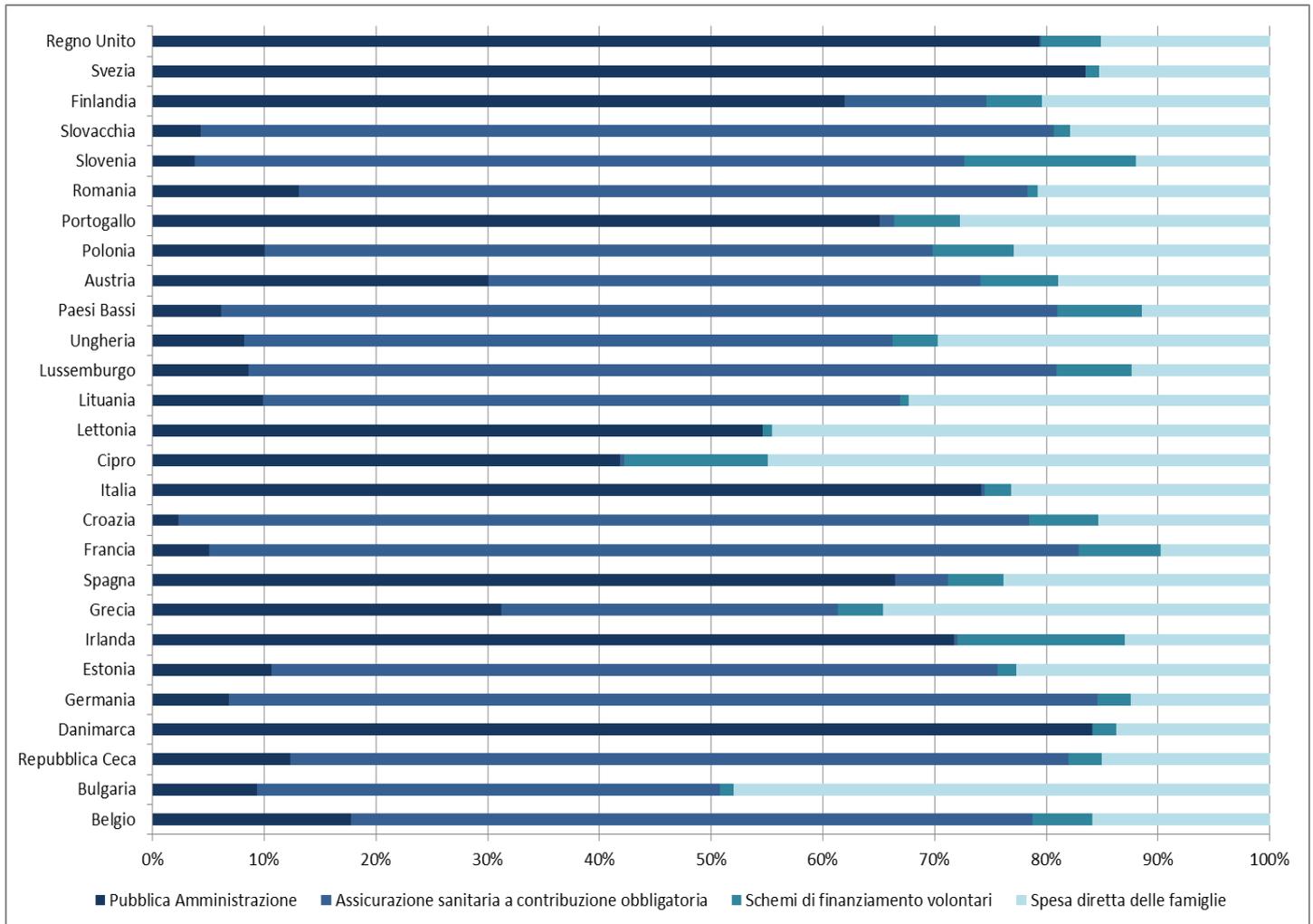
---

<sup>7</sup> In Francia vige ancora il principio che anche per la copertura sanitaria di base è previsto l'anticipo delle spese da parte dell'assistito.

<sup>8</sup> In Germania dai dati 2017 disponibili si rileva che l'11% dei cittadini, sfruttando il meccanismo dell'*opting out*, richiede le funzioni primarie della sanità di base, grazie alla stipula di coperture assicurative obbligatorie.

## Spesa sanitaria per regime di finanziamento UE

(valori percentuali)



Dati EUROSTAT 2016