



**C E N S I S**

**IL RUOLO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA NEL  
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**Sintesi dei principali risultati**

**Roma, 5 giugno 2012**

## INDICE

1. Gli obiettivi e le attività svolte	1
2. Perché la sanità integrativa oggi è una opportunità	5
2.1. Tagli ai costi che diventano tagli alla qualità: le paure dei cittadini	5
2.2. Le mutue, componente storica del welfare italiano	8
2.3. La crisi dell'individualismo e la ricerca di forme di cooperazione sociale: tra mutuo soccorso e welfare aziendale	10
2.4. Rallenta la spesa pubblica, decolla quella privata, esplose il razionamento sanitario: il rischio delle nuove iniquità nell'accesso alla tutela della salute	11
3. I Fondi sanitari integrativi coinvolti nella ricerca	17
4. Gli assistiti	20
4.1. Sesso ed età	20
4.2. Mono e multi inquadramento	22
5. Le prestazioni coperte dai Fondi sanitari integrativi	24
5.1. Prestazioni integrative, complementari e sostitutive	24
5.2. Prestazioni di frequenza e prestazioni di rischio	30
5.3. Le differenze tra i Fondi Aziendali e i Fondi CCNL, e tra i Fondi a gestione assicurata e quelli a gestione autoassicurata	36

## 1. GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITÀ SVOLTE

Quale ruolo assolve *nell'attuale fase storica* del Servizio sanitario nazionale la sanità integrativa? E' questa la domanda centrale alla quale la presente ricerca vuole rispondere. A partire dall'analisi delle caratteristiche degli assistiti, del contenuto delle prestazioni coperte e delle modalità di copertura delle stesse di un campione di fondi, la ricerca consente, per la prima volta in modo sistematico, di capire cosa è nel concreto la *sanità integrativa* e quali le sue potenzialità di sviluppo futuro.

Per inquadrare la ricerca nel contesto di riferimento, va detto che attualmente si stima che la sanità integrativa coinvolga circa 6 milioni di iscritti ai Fondi e oltre 11 milioni di assistiti; i Fondi esistenti sono varie centinaia e ad oggi sono circa 300 quelli iscritti all'Anagrafe dei Fondi presso il Ministero della Salute.

La ricerca ha coinvolto un campione di 14 Fondi sanitari, di cui 8 di tipo aziendale e 6 da contratto collettivo nazionale (CCNL); 10 di questi sono a gestione assicurata e 4 a gestione autoassicurata e, ancora, 10 sono multicategoriali e 4 categoriali. In totale la ricerca ha riguardato di conseguenza 2 milioni di assistiti, un importo richiesto pari nel triennio 2008-2010 a quasi 1,5 miliardi di euro e un importo liquidato di 1,1 miliardi di euro.

Oltre ad un'analisi preliminare del contesto della sanità italiana in questa fase, che consente di comprendere meglio perché oggi la sanità integrativa possa essere considerata una opportunità da valorizzare per costruire una sanità sostenibile ed equa, la ricerca ha concentrato l'attenzione sui dati e le informazioni relative all'operatività dei Fondi.

A tale scopo il Censis ha provveduto ad analizzare le prestazioni contenute nella *Classificazione Garanzie* previste dai *Nomenclatori dei Fondi Campione e dettaglio Sinistri*, classificando le prestazioni in tre macrotipologie:

- *le prestazioni integrative* rientranti nella soglia delle risorse vincolate ex DM 27 ottobre 2009;
- *le prestazioni complementari*, prestazioni integrative non rientranti nella soglia delle risorse vincolate ex DM 27 ottobre 2009, e anche altre prestazioni non individuate dal DM 27 ottobre 2009;

- *prestazioni sostitutive*, fornite in alternativa a quelle già erogate dal Servizio sanitario nazionale, nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) (tav. 1).

Le prestazioni sono state poi riaccorpate anche secondo la bipartizione *prestazioni di rischio/prestazioni di frequenza*, laddove le prime sono le prestazioni che rendono necessario il ricovero ospedaliero o comunque caratterizzate da una bassa probabilità di accadimento, e le altre invece non richiedono ricovero ospedaliero e sono comunque caratterizzate da alta probabilità di accadimento. Anche questa distinzione è utile per capire cosa concretamente fanno i Fondi e come garantiscono copertura ai bisogni sanitari dei cittadini nei vari contesti (tav. 2).

Le prestazioni sanitarie così riaccorpate sono state incrociate con una pluralità di variabili, da quelle relative al tipo di Fondi e al loro modello gestionale (aziendali e da contratto collettivo nazionale; assicurati e autoassicurati) a quelle geografiche (macroaree geografiche; Regioni in Piano di rientro e altre Regioni), così da descrivere in modo ampio e dettagliato il quadro dell'operatività dei Fondi anche nelle loro differenze.

Ne è emerso uno spaccato importante delle caratteristiche di un attore, la sanità integrativa, che oggi può giocare un ruolo molto più incisivo nel contribuire ad una sanità sostenibile e capace di conservare un valore aggiunto della nostra società: la tutela equa.

Cresce infatti il rischio che aumentino i cittadini che non hanno accesso alle prestazioni sanitarie, oppure che devono accontentarsi di prestazioni di qualità decrescente. Per questo rappresenta un interesse collettivo e una priorità assoluta capire come valorizzare la funzione della sanità integrativa, partendo da ciò che essa già oggi concretamente fa.

La presente ricerca, di cui di seguito sono illustrati in forma sintetica i principali risultati, offre un materiale di riferimento originale e importante, una base utile per rilanciare il dibattito pubblico sull'agenda delle cose da fare per valorizzare la funzione e il positivo impatto sociale, economico ed istituzionale della sanità integrativa.

**Tav. 1 – Classificazione delle prestazioni in macrotipologie: prestazioni Integrative, Complementari, Sostitutive****INTEGRATIVE<sup>(1)</sup>**

- Assistenza infermieristica
- Cure dentarie
- Interventi chirurgici odontoiatrici
- Fisioterapia

**COMPLEMENTARI<sup>(2)</sup>**

- Rimborso ticket specialistica
- Medicinali
- Trasporto sanitario
- Lenti/occhiali
- Protesi ortopediche e acustiche
- Check up o prevenzione
- Ricovero Ssn
- Grandi interventi Ssn
- Rimpatrio salma

**SOSTITUTIVE<sup>(3)</sup>**

- Ricovero
- Day hospital
- Intervento chirurgico ambulatoriale
- Grandi interventi
- Parto
- Alta specializzazione (cure e alta diagnostica)
- Visite specialistiche e diagnostica ordinaria
- Chirurgia refrattiva (miopia)
- Cure oncologiche

- 
- (1) *Prestazioni integrative*: prestazioni rientranti nella soglia delle risorse vincolate ex DM 27 ottobre 2009
- (2) *Prestazioni complementari*: prestazioni integrative non rientranti nella soglia delle risorse vincolate ex DM 27 ottobre 2009, e anche altre prestazioni non individuate dal DM 27 ottobre 2009
- (3) *Prestazioni sostitutive*: prestazioni fornite in alternativa a quelle già erogate dal Servizio sanitario nazionale, nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza (LEA)

**Tav. 2 - Classificazione delle prestazioni in macrotipologie: prestazioni di Rischio e prestazioni di Frequenza**

---

**PRESTAZIONI DI RISCHIO<sup>(1)</sup>**

- Ricovero
- Ricovero Ssn
- Day hospital
- Intervento chirurgico ambulatoriale
- Grandi interventi
- Grandi interventi Ssn
- Parto
- Interventi chirurgici odontoiatrici
- Chirurgia refrattiva (miopia)
- Protesi ortopediche e acustiche
- Rimpatrio salma

**PRESTAZIONI DI FREQUENZA<sup>(2)</sup>**

- Assistenza infermieristica
  - Alta specializzazione (cure e alta diagnostica)
  - Visite specialistiche e diagnostica ordinaria
  - Ticket specialistica
  - Medicinali
  - Trasporto sanitario
  - Cure dentarie
  - Lenti/occhiali
  - Cure oncologiche
  - Fisioterapia
  - Check up o prevenzione
- 

(1) *Prestazioni di rischio*: prestazioni che rendono necessario il ricovero ospedaliero o comunque caratterizzate da una bassa probabilità di accadimento

(2) *Prestazioni di frequenza*: prestazioni che non rendono necessario il ricovero ospedaliero o comunque caratterizzate da alta probabilità di accadimento.

## **2. PERCHÉ LA SANITÀ INTEGRATIVA OGGI È UNA OPPORTUNITÀ**

### **2.1. Tagli ai costi che diventano tagli alla qualità: le paure dei cittadini**

E' possibile fissare alcuni *statement* utili per capire perché oggi i *Fondi sanitari integrativi* costituiscano una opportunità sulla quale puntare per costruire una sanità sostenibile sul piano economico e sociale.

La logica del “*non si può che tagliare*” incontra oggi ostacoli importanti sul piano del consenso sociale che, come dimostrano anche le vicende di altri Paesi, possono avere ripercussioni negative anche sul piano del consenso elettorale e politico, diventando un ostacolo molto difficile da sormontare.

Recenti indagini Censis mostrano che cresce tra gli italiani la convinzione che la qualità percepita dei servizi sanitari nel nostro Paese stia peggiorando (tab. 1): infatti a parlare di una sanità in peggioramento nella propria regione era il 21,7% degli intervistati nel 2009, diventato il 31,7% nel 2012, con un balzo di 10 punti percentuali in 3 anni; la quota di coloro che indicano un miglioramento si è ridotta di oltre 7 punti percentuali e quella relativa ai cittadini che rilevano stabilità della qualità percepita è diminuita di 2,7 punti percentuali.

In sostanza, stanno crescendo la percezione di un lento scivolamento verso il basso della sanità esistente e l'idea che la qualità media dei servizi sanitari stia scadendo, e nella percezione collettiva la minore qualità è legata in maniera diretta al contenimento della spesa sanitaria pubblica.

A questo proposito, come si vedrà più avanti, è indubbio che nella fase più recente la sanità, rispetto ad altri settori, è stata toccata in misura meno intensa dai tagli e, tuttavia, in alcune Regioni gli effetti sono già visibili, con impatti non certo positivi sulla qualità percepita dei servizi sanitari da parte dei cittadini e sulle aspettative riguardo alla sua evoluzione futura.

Non a caso è nelle Regioni con Piani di rientro che è più marcata la percezione che la sanità stia peggiorando (fig. 1).

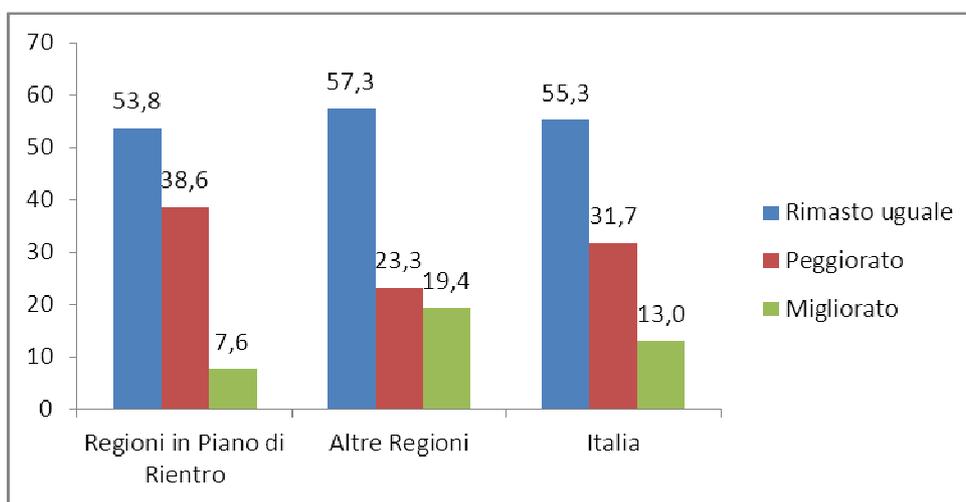
Il primo punto da fissare è quindi il fatto che risulta in crescita un clima sociale di paura rispetto agli impatti che la scure dei tagli alla spesa pubblica può avere sulla sanità dal punto di vista della qualità e relativamente al passato recente e al futuro.

**Tab. 1 – Giudizio sulle *performance* del Servizio Sanitario della propria regione negli ultimi due anni. Confronto 2009-2012 (val. % e diff. %)**

<i>Secondo Lei, negli ultimi due anni il Servizio Sanitario della Sua regione è:</i>	2009	2012	Diff. 2009-2012
Rimasto uguale	58,0	55,3	-2,7
<b>Peggiorato</b>	<b>21,7</b>	<b>31,7</b>	<b>+10,0</b>
Migliorato	20,3	13,0	-7,3
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

**Fig. 1 – Giudizio sulla *performance* del Servizio Sanitario della propria regione negli ultimi due anni. Confronto Regioni con Piani di Rientro\* - Altre Regioni (val. %)**



(\*) Comprende le seguenti regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

Dal punto di vista dei cittadini è evidente che si dovrebbe uscire dalla logica dei tagli lineari, o di una *spending review* che non porta a fissare priorità ma si concentra sulla riduzione della quantità e, di fatto, anche della qualità dei servizi in sanità.

In questo senso la costruzione di una sanità che sia sostenibile sul piano socioeconomico e capace di raccogliere consenso sociale perché garantisce copertura, e non una idrovora di risorse pubbliche e una fonte di nuove tasse, è una esigenza sociale centrale, il che configura uno spazio rilevante e nuovo per la sanità integrativa, un soggetto che è in grado di offrire una risposta praticabile, socialmente diffusa, alla sfida delle risorse aggiuntive e della efficientizzazione delle risorse utilizzate.

Gli *statement* indicati nella figura 2 fissano le buone ragioni della sanità integrativa come attore portatore di positive opportunità nel rapporto tra italiani e sanità.

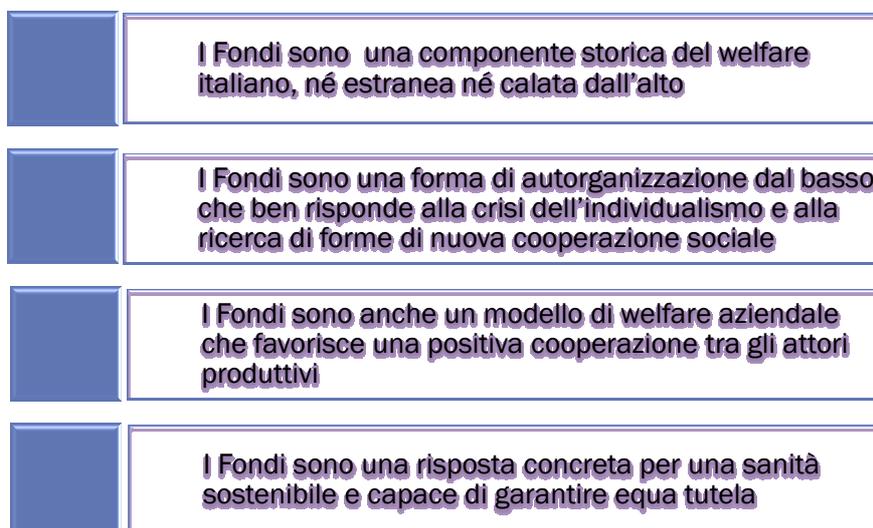
## **2.2. Le mutue, componente storica del welfare italiano**

A lungo il welfare è stato monopolizzato dal richiamo alla necessità di una riforma globale, che comportasse una sorta di ridefinizione sistemica dei suoi comparti, tra i quali naturalmente un posto di spicco spetta al Servizio sanitario.

Se quest'ultimo era nato da una grande riforma e i suoi adattamenti successivi degli anni novanta erano stati esito di interventi normativi globali, altrettanto si riteneva dovesse accadere nella nuova fase postfederalista. Più di recente, poi, il dibattito sulla riforma del welfare è stato accantonato, quasi come sottoprodotto della riforma del mercato del lavoro, con un rinvio in avanti della annunciata riforma globale di un sistema concepito come sistema che si governa dall'alto.

In realtà, i processi sociali hanno una dimensione molecolare, diffusa e spontanea, che si muove dal basso, si dispiega nel lungo periodo, e che spesso tende a sfuggire ai processi regolatori dall'alto. Soprattutto nel welfare in generale e nella sanità, gli interventi che potenzialmente hanno una maggiore possibilità di successo sono quelli che hanno la capacità di partire dalle dinamiche reali e dai processi che concretamente coinvolgono gli attori che operano nel sistema.

**Fig. 2 – Perché la sanità integrativa è una opportunità**



Anche per questo motivo i soggetti della sanità integrativa sono oggi una opportunità; perché non rappresentano una realtà estranea alla storia socioeconomica e sociopolitica del nostro Paese, e soprattutto sono storicamente *una componente essenziale e vitale del welfare italiano*.

Infatti, è dalla fine del XIX° secolo che le mutue costituiscono un importante pilastro del sistema sanitario, rappresentando rispetto al periodo precedente un formidabile veicolo di ampliamento del grado di copertura della popolazione italiana.

Nella vicenda sociale italiana le mutue hanno dunque sempre avuto una storia e un radicamento attivo e concreto, e se l'arrivo del Servizio sanitario nazionale ad accesso universalistico ne ha segnato la marginalizzazione, non si può dimenticare che è sotto la loro egida che la cura è diventata, per la prima volta nella storia, una opportunità di massa non più legata esclusivamente alla disponibilità di reddito e di patrimonio delle persone.

Le mutue sono sempre state storicamente, quindi, un formidabile veicolo di inclusione in momenti decisivi della vicenda nazionale; ed anche espressione di un modello di tutela autogestito, regolato dai processi associativi di massa e da una responsabilizzazione che va oltre la dimensione individuale e diventa veicolo di coesione.

Si può dire dunque che la sanità integrativa nella sue varie componenti può ancora oggi rappresentare lo strumento di un processo di riforma reale, non calato dall'alto né imposto con logica di ridefinizione meccanica di assetti istituzionali e gestionali.

### **2.3. La crisi dell'individualismo e la ricerca di forme di cooperazione sociale: tra mutuo soccorso e welfare aziendale**

Accanto agli elementi più strettamente di tipo socio-politico e redistributivo del paragrafo precedente, va poi considerato che vi è una dimensione socioculturale che non va sottovalutata e che contribuisce a valorizzare il ruolo della sanità integrativa in una ridefinizione operativa del Servizio sanitario nazionale e più in generale del welfare.

Infatti, la mutualità è molto di più della mera espressione di una logica assicurativa o di redistribuzione sociale del rischio. Essa è un modello di

organizzazione sociale dal basso che abitua le persone a mettere insieme le forze e ad operare oltre la pura dimensione della individualità.

La sanità integrativa, come in generale le forme della mutualità e della cooperazione sociale ampiamente intesa, si collocano quindi sulla cresta dell'onda del mutamento valoriale in atto, rispondendo anche alle richieste crescenti di una maggiore relazionalità sociale e di legami sociali più intensi, che superino la crisi dell'individualismo e la sua deriva patologica.

Anche il welfare aziendale e la sanità integrativa come benefit aziendale costituiscono in fondo uno strumento che consente di trovare nuove forme di cooperazione in ambito aziendale, in linea con processi più generali di superamento cooperativo della conflittualità.

Anche in questo caso si può dire che il mutuo soccorso e il welfare aziendale appartengono ad una vicenda sociale radicata nella storia italiana, che ha dato risposte importanti oltre le forme conflittuali nelle relazioni di lavoro, e che oggi torna a galla come una opportunità da utilizzare per dare nuovi equilibri alla sanità, al welfare e anche alla società più in generale, sulla base di un universo valoriale di cui la mutualità sanitaria nelle sue varie componenti è portatrice e che è in sintonia con i valori più nuovi degli italiani in questa fase.

#### **2.4. Rallenta la spesa pubblica, decolla quella privata, esplode il razionamento sanitario: il rischio delle nuove iniquità nell'accesso alla tutela della salute**

La mutualità ha lasciato il posto all'universalismo del Servizio sanitario quando quest'ultimo si è mostrato in grado di conciliare in misura maggiore l'equità d'accesso alla tutela della salute e la sostenibilità finanziaria. In altre parole quando la redistribuzione del "rischio salute" su tutta la comunità nazionale ha consentito di garantire la tutela della salute a tutti i cittadini a costi sostenibili, finanziabili tramite la fiscalità generale.

Oggi si va delineando uno scenario profondamente diverso, che può essere interpretato a partire dall'analisi delle dinamiche di spesa sanitaria pubblica e spesa privata per la salute sostenuta dai cittadini; ed occorre anche guardare agli scenari futuri della sanità, tenendo conto di quanto va accadendo a livello di finanza pubblica e di accelerazione di alcune strategie di ripensamento nell'ambito dei costi pubblici.

I dati relativi al *Patto per la Salute 2013-2015* mostrano che nel futuro è atteso un ampliamento del divario fra fabbisogni finanziari e copertura pubblica disponibile: si registrano 109 miliardi di previsione regionale per il 2012 contro una assegnazione di 108 miliardi, con uno scarto dunque di 806 mila euro; poi negli anni successivi lo scarto cresce progressivamente, raggiungendo gli 8 miliardi di euro nel 2015, con un totale cumulato che avrà superato i 17 miliardi di euro nel 2015.

Pertanto, si determinerà un gap crescente tra i fabbisogni di finanziamento delle sanità regionali e le assegnazioni previste; un elevato divario potenziale atteso tra le risorse che si vogliono mobilitare per la sanità e quelle effettivamente necessarie per garantire la tutela della salute dei cittadini.

Questa fase è stata preparata da una dinamica della spesa sanitaria pubblica per gli anni più recenti rallentata rispetto agli incrementi delle fasi precedenti, e ciò contribuisce ad acuire la paura che per il futuro aumenti il gap tra la spesa di cui si avrebbe bisogno e quella che concretamente sarà messa a disposizione (tab. 2).

La spesa sanitaria pubblica è aumentata infatti ad un tasso medio annuo del +6% nel periodo 2000-2007 e ad un tasso medio annuo del +2,3% nel periodo 2008-2010. Emerge quindi un evidente nettissimo rallentamento del ritmo di crescita, un salto in basso che non può non avere contraccolpi. Il tasso medio è la risultante di dinamiche molto diverse tra:

- le Regioni in Piano di rientro, dove il ritmo di crescita è sceso da +6,2% nel 2000-2007 a meno dell'1% nel 2008-2010;
- quelle non in Piano di rientro, dove la crescita è stata del +5,8% nel 2000-2007 e del +3,9% nel 2008-2010.

A fronte di queste dinamiche della spesa pubblica in sanità, si registra un salto in alto della *spesa sanitaria privata* che secondo dati Istat è stata pari ad oltre 30,6 miliardi di euro nel 2010 con un aumento del +25,5% nel decennio 2000-2010; quello che è interessante è che la spesa sanitaria privata non ha subito rallentamenti del ritmo di crescita annuo nemmeno nel periodo di crisi. Infatti è cresciuta del 2,2% nel 2000-2007 e del 2,3% nel 2008-2010.

**Tab. 2 – Andamento della spesa sanitaria pubblica e privata: confronto periodi 2000-2007 e 2008-2010** (tasso medio di crescita annuo 2000-2007, 2008-2010)

<i>Spesa sanitaria:</i>	2000-2007	2008-2010
<b>Pubblica</b>	<b>+6,0</b>	<b>+2,3</b>
Regioni con Piano di Rientro	+6,2	+0,9
Altre Regioni	+5,8	+3,9
<b>Privata</b>	<b>+2,2</b>	<b>+2,3</b>

Fonte: dati Istat

Sebbene i *driver* della spesa sanitaria privata siano molti, non si può certo negare che vi sia stato uno *shift* dettato dal rallentamento di quella pubblica. Indicatori indiretti di questo fenomeno sono ad esempio il boom del ricorso al privato nella diagnostica per immagini, che in sette anni è triplicato in termini di cittadini che dichiarano di ricorrere alle strutture private; e per oltre il 77% dei cittadini il ricorso al privato è stato imposto dalla lunghezza delle liste di attesa.

Altro fenomeno significativo è che, mentre la spesa pubblica rallenta e quella privata continua il suo ritmo di crescita, si registra una sorta di *fuoriuscita* di cittadini dal sistema sanitario, con oltre 9 milioni di persone che dichiarano di non avere avuto potuto accedere a prestazioni sanitarie per “ragioni economiche”.

Si tratta di 2,4 milioni di anziani, 5 milioni di persone che vivono in coppia con figli, 350 mila in famiglie monogenitoriali e 4 milioni di residenti al Sud e Isole (tab. 3).

E' un universo di *sanità* negata indotta da ragioni economiche e dal razionamento del pubblico; si è dinanzi ad un quadro la cui sintesi mostra la crisi dell'universalismo sostenibile del Servizio sanitario regionalizzato: ci si rivolge al privato perché nel pubblico le liste di attesa sono troppo lunghe, e coloro che non riescono a pagarsi la spesa per le prestazioni nel privato, rinunciano alle prestazioni sanitarie.

Il massiccio razionamento nel pubblico sposta il costo delle prestazioni sanitarie per intero sui cittadini che si rivolgono alle strutture private, mentre coloro che non hanno redditi adeguati rinunciano.

In tale contesto, prendono quota fenomeni nuovi, diversi, come ad esempio la tendenza ad andare a caccia delle offerte sanitarie meno costose, magari direttamente sul web (il *low cost* sanitario).

E' evidente che i successivi provvedimenti sulla sanità, che siano esito dei Piani di rientro regionali o delle manovre nazionali (si pensi al ticket sulla diagnostica), hanno determinato un trasferimento aggiuntivo di spesa dal pubblico alle tasche dei cittadini che fruiscono della sanità, fenomeno che lascia fuori quote di cittadini che di fatto vedono razionata la propria tutela della salute.

Ecco perché diventa essenziale pensare a come finanziare la spesa sanitaria, vista la scarsità di risorse del pubblico e l'impossibilità di trasferire ciò che viene tagliato sul privato.

**Tab. 3 –Stima delle persone che hanno dovuto rinunciare per motivi economici a prestazioni sanitarie in un anno e identikit (v.a. in migliaia)**

<b>Totale cittadini</b>		<b>9.100</b>
<i>di cui:</i>		
<b>Sesso</b>	Maschio	3.500
	Femmina	5.600
<b>Area geografica</b>	Nord ovest	1.600
	Nord est	1.360
	Centro	2.100
	Sud e isole	4.000
<b>Età</b>	18-29 anni	800
	30-44 anni	2.200
	45-64 anni	3.700
	65 anni e oltre	2.400
<b>Tipologia familiare</b>	Unipersonale	1.000
	Coppia senza figli	2.500
	Coppia con figli	5.000
	“Monogenitore”	350
	Altra tipologia	240

Fonte: indagine Fbm-Censis

E' alto, quindi, il rischio di una rottura di quel patto sociale che aveva a cuore un welfare universalistico e, in esso, una sanità per tutti, e che si configura sempre più probabile una nuova forma di sanità, nella quale un Servizio sanitario non più sostenibile rischia di lasciare una quota non indifferente di persone senza tutela.

### 3. I FONDI SANITARI INTEGRATIVI COINVOLTI NELLA RICERCA

Nel triennio 2008-2010 i Fondi studiati (vedi par. 1 pag. 1) hanno dato vita ad un *importo di rimborsi complessivo richiesto* pari a quasi 1,5 miliardi di euro, mentre il liquidato è stato pari a circa 1,1 miliardi di euro, ed il totale dei sinistri è stato pari a quasi 8,7 milioni (tab. 4).

Sempre nel triennio 2008-2010, dell'*importo richiesto* oltre 815 milioni facevano capo a Fondi CCNL e 676 milioni a quelli aziendali, mentre per *tipo di gestione* gli importi richiesti per i fondi assicurati è stato pari a 622 milioni di euro, mentre quelli per gli autoassicurati è stato pari a 869 milioni di euro.

Per quanto riguarda i *sinistri cumulati* nel triennio, si riscontra la prevalenza della componente dei Fondi aziendali rispetto a quelli CCNL, mentre per il tipo di gestione prevale il richiesto facente capo all'assicurato.

I dati evidenziano con sufficiente chiarezza il volume di fuoco che i soli Fondi coinvolti nella ricerca hanno messo in campo nel triennio dal punto di vista delle risorse. Per quanto riguarda gli assistiti, dalla analisi risulta che per il 2010 si è trattato di 2 milioni di assistiti (tab. 5); di questi il 27,2% appartengono a Fondi di tipo aziendale, mentre quasi il 73% partecipano a Fondi di CCNL.

Analizzando l'anagrafica degli assistiti dal punto di vista della distinzione tra *Fondo autoassicurato* (che eroga cioè le prestazioni sanitarie in favore dei propri assistiti direttamente, senza ricorrere alla stipula di un contratto con una compagnia assicurativa) e *Fondo assicurato* (che eroga, in tutto o in parte, le prestazioni sanitarie in favore dei propri assistiti tramite apposita convenzione stipulata con una compagnia di assicurazione), emerge che oltre l'85% degli assistiti fa capo ai Fondi a gestione assicurata, mentre meno del 15% ai Fondi autoassicurati.

**Tab. 4 - Importo richiesto, importo liquidato e numero di sinistri per tipo di Fondo e di gestione – Valori cumulati per il triennio 2008-2010 (v.a.)**

	Importo richiesto	Importo liquidato	Numero sinistri
<b>Tipo di Fondo</b>			
Aziendale	675.848.817	490.943.691	5.087.370
CCNL	815.636.072	631.355.206	3.575.588
<b>Gestione</b>			
Assicurato	622.557.370	531.451.214	5.178.951
Auto-assicurato	868.927.519	590.847.683	3.484.007
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.491.484.889</b>	<b>1.122.298.897</b>	<b>8.662.958</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

**Tab. 5 - Assistiti per tipo di Fondo e di gestione , 2010 (val. %)**

---

	val. %
<b>Tipo di Fondo</b>	
Aziendale	27,2
CCNL	72,8
<b>Gestione</b>	
Assicurato	85,3
Auto-assicurato	14,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

---

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

## 4. GLI ASSISTITI

### 4.1. Sesso ed età

Molto interessanti risultano i dati relativi al profilo sociodemografico degli assistiti (sempre nel 2010) a partire da quello di genere, dal quale risulta che le donne costituiscono quasi il 54% del totale.

In relazione alle classi di età, invece, emerge che oltre l'8% degli assistiti ha un'età inferiore ai 20 anni, quasi il 90% tra 21 e 65 anni e il 2% oltre sessantacinque anni (tab. 6).

La distribuzione per classi di età varia in funzione del tipo di Fondo e del tipo di gestione, infatti:

- nei Fondi aziendali oltre un quarto degli assistiti ha tra 0 e 20 anni, circa il 69% tra 21 e 65 anni e il 5,6% oltre 65 anni. Nei Fondi CCNL, invece, le relative quote sono rispettivamente pari a 1,7%, 97,5% e 0,8%. E' evidente, quindi, come nei Fondi aziendali sia più frequente una copertura di tipo familiare, che assicura una copertura sanitaria per specifiche prestazioni anche per familiari e persone diverse dagli intestatari del Fondo;
- nei Fondi che utilizzano la gestione assicurata i 0-20enni sono meno del 6%, le persone in età attiva sono oltre il 93% e quelle anziane meno dell'1%. Nei Fondi autoassicurati, invece, le persone con età fino a 20 anni sono pari ad oltre un quinto del totale, quelle con età tra 21 e 65 anni il 70% e gli anziani circa il 9%.

I Fondi aziendali e quelli autoassicurati, in sostanza, garantiscono in misura maggiore la copertura ai nuclei familiari, estendendo la tutela ai membri più fragili, dai minori ai giovani agli anziani.

**Tab. 6 - Assistiti per classe di età, per tipo di Fondo e di gestione, 2010 (val.%)**

	0-20	21-65	Oltre 65	Totale
<b>Tipo di Fondo</b>				
Aziendale	25,5	68,9	5,6	100,0
CCNL	1,7	97,5	0,8	100,0
<b>Gestione</b>				
Assicurato	5,9	93,2	0,9	100,0
Auto-assicurato	21,1	70,1	8,8	100,0
<b>Totale Fondi</b>	<b>8,2</b>	<b>89,7</b>	<b>2,1</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

## 4.2. Mono e multi inquadramento

Per quanto riguarda il tipo di inquadramento, nei Fondi aziendali quasi il 71% degli assistiti è dato da dipendenti, oltre il 22% da quadri ed il 7,1% da dirigenti (tab. 7); nei Fondi CCNL invece le quote corrispondenti sono di oltre il 94% per i dipendenti, del 5,4% per i quadri e dello 0,2% per i dirigenti. Si tratta di distribuzioni per inquadramento professionale degli assistiti molto diverse tra loro, che evidenziano come i Fondi aziendali siano tendenzialmente più connotati da una sorta di “multiinquadramento”, a differenza dei Fondi CCNL, che si caratterizzano per una maggiore omogeneità in termini di inquadramento professionale.

Meno intense, anche se comunque presenti, risultano le differenze tra i Fondi per tipo di gestione. Infatti, nei Fondi a gestione assicurata è l'88,5% degli assistiti ad essere dipendente, il 2,3% sono dirigenti e circa il 9% è dato dai quadri. Nei Fondi autoassicurati l'85% è dato da dipendenti, quasi il 14% da quadri e l'1,2% da dirigenti.

In sostanza, ancora una volta i Fondi aziendali e quelli con gestione autoassicurata mostrano una maggiore articolazione interna per quanto riguarda gli assistiti, in quanto maggiormente distribuiti per classi di età, e più orientati a garantire copertura ai familiari, ed anche a maggiore articolazione interna per inquadramento professionale.

**Tab. 7 – Assistiti per inquadramento, per tipo di Fondo e di gestione , 2010 (val. %)**

	Dipendenti	Dirigenti	Quadri	Totale
<b>Tipo di Fondo</b>				
Aziendale	70,8	7,1	22,1	100,0
CCNL	94,4	0,2	5,4	100,0
<b>Gestione</b>				
Assicurato	88,5	2,3	9,2	100,0
Auto-assicurato	85,0	1,2	13,8	100,0
<b>Totale Fondi</b>	<b>88,1</b>	<b>2,0</b>	<b>9,9</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

## **5. LE PRESTAZIONI COPERTE DAI FONDI SANITARI INTEGRATIVI**

### **5.1. Prestazioni integrative, complementari e sostitutive**

Un fattore decisivo per comprendere la funzione svolta della sanità integrativa consiste nel tipo di prestazioni coperte, rispetto a quelle garantite dal Servizio sanitario.

A tale scopo si è proceduto nel corso dell'analisi all'accorpamento delle prestazioni nelle tre macrotipologie individuate, integrativa, complementare e sostitutiva (vedi tav. 1) così da poter disporre di un quadro organico dell'azione della sanità integrativa rispetto al sistema pubblico.

Ne è emerso che oltre il 44,3% dell'importo richiesto nel 2010 era relativo a prestazioni integrative e a quelle complementari; mentre il restante 55,7% era dato da prestazioni di tipo chiaramente sostitutivo (fig. 3, tab. 8).

Per cercare di rendere più chiara la suddivisione delle prestazioni incluse all'interno delle tre macro definizioni individuate, al di là della convenzionalità della classificazione, si può dire che su 100 euro di importi richiesti ai Fondi studiati, a rimborso di prestazioni pagate dagli assistiti, non lontano da 55 euro erano destinati nel 2010 a prestazioni sostitutive di quelle garantite, almeno formalmente, dalla sanità pubblica, ed i rimanenti 45 euro erano invece destinati a coprire prestazioni integrative, di nome e di fatto.

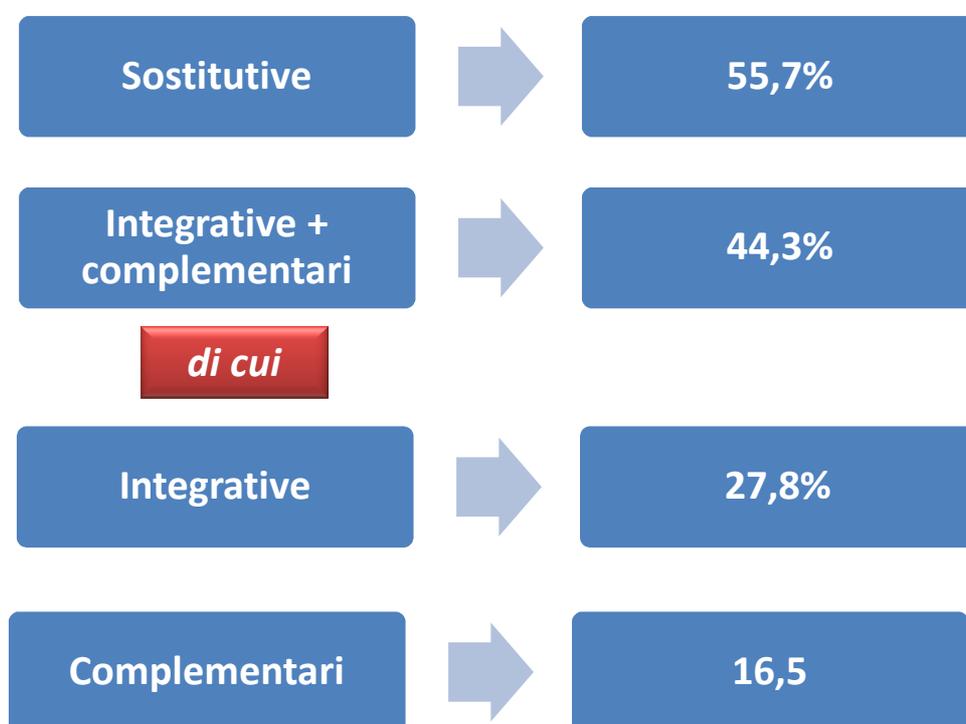
Distinguendo tra area delle prestazioni integrative ed area delle prestazioni complementari, emerge che:

- le prestazioni integrative hanno assorbito per i Fondi studiati quasi il 28% del totale;
- le prestazioni complementari hanno assorbito il 16,8%.

Dal punto di vista del numero di sinistri per i quali si è richiesto un rimborso, i dati sono i seguenti:

- il 34% per l'area delle prestazioni complementari;
- l'11% per l'area delle prestazioni integrative;
- quasi il 55% per l'area delle prestazioni sostitutive.

**Fig. 3 – Prestazioni Integrative, Complementari e Sostitutive: quote degli importi richiesti**



**Tab. 8 - Importo richiesto e numero di sinistri per macrotipologia di prestazioni, per area geografica, 2010** (val. % per tipo prestazione)

Macrotipologia di prestazioni	Importo richiesto					Numero sinistri				
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Complementare	17,9	16,0	12,2	17,8	<b>16,5</b>	33,4	36,2	30,1	38,7	<b>34,1</b>
Integrativa	27,9	30,9	24,9	27,5	<b>27,8</b>	11,6	10,7	9,4	10,5	<b>11,0</b>
Sostitutiva	54,2	53,1	62,9	54,7	<b>55,7</b>	55,0	53,1	60,5	50,8	<b>54,9</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

Da questa analisi emergono elementi molto interessanti per la valutazione del ruolo svolto dai Fondi sanitari integrativi nella sanità italiana. Risulta evidente che la sanità integrativa non riesca a concentrare le proprie risorse sulla sua *mission esplicita (appunto l'integrazione)*, probabilmente perché troppo forte è la pressione che subisce da parte degli assistiti in termini di domanda per prestazioni sostitutive, e ciò la costringe ad esercitare un ruolo di prevalente supplenza rispetto alla sanità pubblica.

In questo senso è decisamente interessante verificare come questa distribuzione media nazionale si ridefinisca nei vari contesti geografici e rispetto alla tipologia di Fondi.

Le prestazioni sostitutive si presentano particolarmente presenti nei rimborsi accordati dai Fondi studiati nelle regioni del Centro, dove hanno assorbito quasi il 63% degli importi richiesti nel 2010 relativi al 60,5% dei sinistri; le prestazioni integrative invece sono maggiori al Nord-Ovest, mentre la macrotipologia di prestazioni complementari è più alta al Sud-Isole.

Per quanto riguarda la distinzione tra Regioni con Piani di rientro e non, la macrotipologia delle prestazioni integrative e quella sostitutiva risulta più alta nelle Regioni senza Piani, mentre nelle Regioni in Piano di rientro sono più alte le quote delle prestazioni complementari. (tab. 9).

L'analisi per *tipo di Fondo* mostra che quelli aziendali hanno ricevuto richieste di rimborso afferenti per circa il 49% a prestazioni sostitutive, mentre per i Fondi CCNL la quota corrispondente era pari al 61,6%; per l'area delle prestazioni integrative la quota era del 29,7% per i Fondi aziendali e del 26,2% per i Fondi da CCNL (tab. 10); mentre le prestazioni complementari hanno assorbito il 21,4% degli importi richiesti ai Fondi aziendali ed il 12,2% per i CCNL.

E' evidente, in sostanza, che i Fondi di provenienza contrattuale sono molto più orientati a coprire prestazioni sostitutive che replicano quelle del Servizio sanitario nazionale, mentre quelli aziendali distribuiscono in modo più equilibrato le risorse tra area sostitutiva ed area integrativa/complementare.

**Tab. 9 –Importo richiesto e numero di sinistri per macrotipologia di prestazioni, per Regioni con Piano di Rientro - Altre Regioni, 2010 (val. % per tipo di prestazione)**

Macrotipologia di prestazioni	Importo richiesto			Numero sinistri		
	Regioni con Piano di Rientro	Altre regioni	Italia	Regioni con Piano di Rientro	Altre regioni	Italia
Complementare	20,2	13,6	<b>16,5</b>	36,2	32,8	<b>34,1</b>
Integrativa	24,7	30,3	<b>27,8</b>	9,9	11,7	<b>11,0</b>
Sostitutiva	55,1	56,1	<b>55,7</b>	53,9	55,5	<b>54,9</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

**Tab. 10 – Importo richiesto e numero di sinistri per macrotipologia di prestazioni, per tipo di Fondo, 2010 (val. % per tipo prestazione)**

Macrotipologia per prestazioni	Importo richiesto			Numero sinistri		
	Aziendale	CCNL	Totale	Aziendale	CCNL	Totale
Complementare	21,4	12,2	<b>16,5</b>	34,8	33,4	<b>34,1</b>
Integrativa	29,7	26,2	<b>27,8</b>	14,4	6,5	<b>11,0</b>
Sostitutiva	48,9	61,6	<b>55,7</b>	50,8	60,1	<b>54,9</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

Anche il *tipo di gestione* (Fondi assicurati ed autoassicurati), mostra differenze interessanti dal punto di vista della distribuzione degli importi richiesti per macroaggregati di prestazioni; infatti, i *Fondi con gestione assicurata* mostrano una quota di prestazioni sostitutive pari al 66,5% degli importi richiesti, una quota di prestazioni integrative del 16,5% ed una di prestazioni complementari del 17%; i fondi a gestione autoassicurata hanno una quota di sostitutiva pari al 46,3%, una di integrativa di quasi il 38%, ed una di complementare del 16,1% (tab. 11).

In sintesi, si può quindi dire che la sanità integrativa offre copertura alle prestazioni di tipo sostitutivo soprattutto nelle regioni del Centro, per i Fondi di origine contrattuale nazionale (CCNL) e per quelli a gestione assicurata.

## **5.2. Prestazioni di frequenza e prestazioni di rischio**

Un ulteriore dettaglio di grande interesse, particolarmente utile per analizzare il ruolo e le funzioni della mutualità integrativa, emerge con riferimento alle prestazioni cosiddette di *rischio e di frequenza* (vedi tav. 2 pag. 4).

I dati 2010 (tab. 12) mostrano che le prestazioni cosiddette di frequenza (cioè quelle più comuni e frequenti) hanno assorbito in quell'anno quasi il 66% del totale degli importi richiesti, ed oltre l'89% del totale dei sinistri.

In pratica più di due terzi degli importi richiesti sono stati relativi a prestazioni che vanno dalle cure odontoiatriche all'assistenza infermieristica alla fisioterapia al check-up e prevenzione.

E' al Nord-est che la quota di prestazioni di frequenza assume il valore più alto, superiore al 69%, così come nelle Regioni senza Piano di rientro rispetto a quelle in Piano di rientro (tab. 13).

Quanto alle tipologie di Fondi, emerge che in quelli aziendali (quasi il 69%) è più alta la quota relativa alle prestazioni di frequenza rispetto a quelli CCNL (63%) (tab. 14).

Rispetto al tipo di gestione, invece, risulta che per i Fondi assicurati hanno ricevuto una richiesta di rimborsi relativi a prestazioni di frequenza pari ad oltre il 57%, di contro ad oltre il 73,5% di quelli autoassicurati (tab. 15).

**Tab. 11 – Importo richiesto e numero di sinistri per macrotipologia di prestazioni, per tipo di gestione del Fondo, 2010 (val. % per tipo prestazione)**

Macrotipologia di prestazioni	Importo richiesto			Numero sinistri		
	Assicurato	Auto-assicurato	Totale	Assicurato	Auto-assicurato	Totale
Complementare	17,0	16,0	<b>16,5</b>	35,9	31,2	<b>34,1</b>
Integrativa	16,5	37,7	<b>27,8</b>	5,4	20,7	<b>11,0</b>
Sostitutiva	66,5	46,3	<b>55,7</b>	58,7	48,1	<b>54,9</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

**Tab. 12 - Importo richiesto e numero di sinistri per macrotipologia di prestazioni, per area geografica, 2010** (val. % per tipo prestazione)

Macrotipologia di prestazioni	Importo richiesto					Numero sinistri				
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Frequenza	67,2	69,6	58,0	66,4	<b>65,9</b>	89,2	90,2	87,2	89,5	<b>89,2</b>
Rischio	32,8	30,4	42,0	33,6	<b>34,1</b>	10,8	9,8	12,8	10,5	<b>10,8</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

**Tab. 13 – Importo richiesto e numero di sinistri per macrotipologia di prestazioni, per Regioni con Piani di Rientro - Altre Regioni, 2010 (v.a.)**

Macrotipologia di prestazioni	Importo richiesto			Numero sinistri		
	Regioni con Piano di Rientro	Altre regioni	Italia	Regioni con Piano di Rientro	Altre regioni	Italia
Frequenza	63,9	67,4	<b>65,9</b>	88,9	89,4	<b>89,2</b>
Rischio	36,1	32,6	<b>34,1</b>	11,1	10,6	<b>10,8</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

**Tab. 14 – Importo richiesto e numero di sinistri per macrotipologia di prestazioni, per tipo di Fondo, 2010** (val. % per tipo prestazione)

Macrotipologia di prestazioni	Importo richiesto			Numero sinistri		
	Aziendale	CCNL	Totale	Aziendale	CCNL	Totale
Frequenza	68,8	63,3	<b>65,9</b>	91,5	86,1	<b>89,2</b>
Rischio	31,2	36,7	<b>34,1</b>	8,5	13,9	<b>10,8</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

**Tab. 15 – Importo richiesto e numero di sinistri per macrotipologia di prestazioni, per tipo di gestione del Fondo, 2010 (val. % per tipo prestazione)**

Macrotipologia di prestazioni	Importo richiesto			Numero sinistri		
	Assicurato	Auto-assicurato	Totale	Assicurato	Auto-assicurato	Totale
Frequenza	57,1	73,5	<b>65,9</b>	87,8	91,6	<b>89,2</b>
Rischio	42,9	26,5	<b>34,1</b>	12,2	8,4	<b>10,8</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Previmedical

I Fondi aziendali e quelli a gestione autoassicurata risultano cioè più orientati ad una copertura delle prestazioni di frequenza, quelle legate cioè alle cure a più basso grado di intensità e meno rivolte alla fase acuta, mentre Fondi contrattuali ed assicurati coprono più frequentemente le prestazioni di alta specialità.

### **5.3. Le differenze tra i Fondi Aziendali e i Fondi CCNL, e tra i Fondi a gestione assicurata e quelli a gestione autoassicurata**

E' evidente che dalla ricerca emerge un universo molto variegato, per il quale è difficile arrivare a ricostruire un quadro di sintesi.

Pur tuttavia è importante tentare di capire bene le differenze e soprattutto le tendenze che si fanno strada e quelle che andrebbero potenziate.

Dal punto di vista dei soggetti coperti si può dire che, se i Fondi contrattuali (CCNL) coprono una quota statisticamente particolarmente elevata del totale degli assistiti dei Fondi coinvolti nella ricerca, i Fondi aziendali mostrano una maggiore articolazione per età e per tipo di inquadramento degli assistiti; diversificazione che si collega ad una maggiore flessibilità ed anche ad una maggiore ampiezza di coperture, con il coinvolgimento dei nuclei familiari e al loro interno dei membri più vulnerabili, dai minori agli anziani. Valore aggiunto, questo che costituisce un requisito importante.

In termini invece di macrotipologie di prestazioni, i Fondi aziendali coprono di più quelle di tipo integrativo e complementare, mentre i Fondi contrattuali (CCNL) sono più coinvolti dalla copertura di prestazioni sostitutive.

In merito poi alla distinzione tra prestazioni frequenti e prestazioni ad alta intensità, nei Fondi aziendali la quota di importi richiesti per prestazioni di frequenza rispetto al totale di importi richiesti a tali Fondi aziendali è superiore alla stessa quota relativa ai Fondi CCNL; ciò vuol dire che i Fondi contrattuali (CCNL) sono relativamente più impegnati nella copertura alle prestazioni cosiddette di rischio.

Evidenti anche le differenze tra Fondi in relazione al tipo di gestione, assicurato o autoassicurato. Infatti, i Fondi autoassicurati hanno meno assistiti in totale, ma risultano molto più articolati quanto a distribuzione per

età, con una cospicua presenza di giovani e anziani, e per tipo di inquadramento.

I Fondi autoassicurati, rispetto a quelli a gestione assicurata, sono anche maggiormente impegnati nella copertura di prestazioni di tipo integrativo e complementare, e di quelle definite di frequenza, mostrando quindi in sostanza una modalità operativa più flessibile, più articolata e più estesa.