



Sanità24

21 feb
2017

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK f

TWITTER

LAVORO E PROFESSIONE

Sda Bocconi: cresce la sanità integrativa in Europa, in Italia vale 4,4 mld

di red.san.

Secondo i dati dell'OCPS, Osservatorio Consumi Privati in Sanità di SDA Bocconi School of Management, la spesa sanitaria intermediata dalle varie forme di sanità integrativa ammonterebbe in Italia a circa 4,4 miliardi di euro, su circa 33 miliardi di spesa sanitaria privata e circa 112 miliardi di spesa sanitaria pubblica. Si tratta di un fenomeno in espansione che interessa già oggi più di 10 milioni di italiani.

L'OCPS, per conto di RBM Assicurazione Salute, ha condotto una ricerca che ha coinvolto cinque sistemi sanitari, molto diversi tra loro per assetti complessivi e problemi che si trovano ad affrontare, di cinque paesi, (Francia, Gran Bretagna, Spagna, Portogallo e Italia), accomunati da una significativa presenza pubblica nel sistema sanitario. Il focus dell'analisi è stato rivolto a come il mercato e i prodotti dell'Assicurazione salute si stiano rapidamente innovando e a come tali trasformazioni possano configurare nuove forme di integrazione tra sistemi pubblici e privati.



Nonostante le profonde differenze, i ricercatori OCPS hanno individuato tuttavia un tratto comune: la comparsa di forme di copertura privata che si ispirano a presupposti e orientamenti diversi. Accanto al tradizionale modello di business, ne emerge uno alternativo che vede nell'assicurazione un soggetto che sorregge e indirizza l'assicurato nel suo rapporto con i consumi sanitari.

Più servizi per il cittadino

Si tratta di una differente concezione del ruolo dell'assicurazione, che amplia significativamente la possibilità di disegnare nuovi prodotti e di personalizzarli sulle esigenze delle diverse tipologie di clienti.

«L'elemento che più colpisce - dice **Valeria Rappini**, (OCPS) - è il radicale cambiamento di prospettiva rispetto al fondamentale tema della selezione avversa. Parte delle nuove soluzioni sembra infatti caratterizzarsi per una strategia di anti-selezione, andando alla ricerca e pensando prodotti proprio per chi consuma prestazioni sanitarie. Il consumo di prestazioni non è più considerato al pari del classico sinistro, ma diventa un'occasione per generare valore. Si tratta di un ampliamento di orizzonte che incide profondamente sulla missione che contraddistingue l'assicurazione in sanità».

«In questo cambio di prospettiva - aggiunge **Marianna Cavazza** (OCPS) - molti piani privati non solo hanno inserito tra i servizi offerti forme di prevenzione e diagnosi precoce per le patologie evitabili e/o a maggiore diffusione, ma operano attivamente al fine promuovere la salute tra i propri iscritti. Il convergere su un terreno di tale importanza di attori e meccanismi diversi da quelli pubblici è un fenomeno nuovo, in grado di generare opportunità significative per individui e collettività. Affinché il nuovo scenario riesca a realizzare tutte le sue potenzialità è comunque necessario che tutti gli attori, pur nella distinzione dei ruoli e degli obiettivi, costruiscano una visione condivisa in grado di impedire la dispersione di risorse preziose in inutili sovrapposizioni e favorire lo sviluppo di sinergie. In questa direzione si colloca il documento di consenso sull'integrazione della sanità pubblica e privata nella prevenzione risultato dal laboratorio che lo stesso OCPS ha avviato coinvolgendo una rappresentanza qualificata di soggetti pubblici e privati».

Caso Italia: integrazione oltre le ideologie

«Se veniamo alle possibili lezioni per il caso italiano - afferma **Mario Del Vecchio** (OCPS) - la prima considerazione è che la tradizionale distinzione tra pubblico e privato e il dibattito ideologico che spesso consegue iniziano a perdere di significato. Il tema principale al quale

dobbiamo rispondere non è se vogliamo un sistema pubblico o privato, ma quello di come in un sistema con una forte base di risposta pubblica ai bisogni di salute riusciamo a integrare efficacemente un insieme di risorse e meccanismi privati che insistono sulla stessa area di bisogni. In termini più concreti: come fare in modo che i più di 30 miliardi (di spesa privata) che la società nel suo complesso investe in quelli che ritiene essere bisogni di salute siano ben spesi». Tra le questioni urgenti: una regolazione del mercato coerente; integrazione tra circuiti; costruzione di informazioni minime sul fenomeno e il settore per impostare policies adeguate e fondate.

«Non appena abbandonate le poche posizioni strettamente ideologiche ancora presenti sul tema - conclude Del Vecchio - pochi dubbi dovrebbero esistere su una prospettiva tendenzialmente multi-pilastro anche nel nostro Paese, e sull'opportunità di incrementare la quota dei consumi intermediati sui consumi sanitari privati. Lo spostamento da out of pocket a spesa intermediata consentirebbe di abbassare il rischio residuo (rispetto al SSN) che grava sui singoli, considerata la loro debolezza nel momento del bisogno, e, inoltre, di organizzare processi collettivi per consumi che rimangono fortemente segnati da asimmetrie informative».

Out of pocket Italia: 580 euro l'anno procapite

«L'elemento che dovrebbe infatti richiamare maggiormente l'attenzione in tal senso - commenta **Marco Vecchietti**, (Consigliere Delegato di RBM Assicurazione Salute Spa - la più grande Compagnia specializzata nell'assicurazione sanitaria nel nostro Paese e committente della ricerca è la straordinaria incidenza sulla spesa sanitaria privata della spesa sanitaria privata Out of Pocket (di tasca propria) che ammonta ad oltre l'87%. L'esborso per le cure sanitarie acquistate privatamente dagli italiani ammonta infatti a circa 580 euro a persona con punte minime al Sud (230 euro in Campania) e massime a NordEst (700 euro del Veneto). Questa situazione palesa il forte problema di "sottoassicurazione" del nostro Paese in questo campo che genera una scopertura dei cittadini italiani di oltre il 40% rispetto alla media dei cittadini degli altri Paesi Europei. In altre parole, il nostro Paese non si è ancora dotato di un adeguato sistema di sanità integrativa che attraverso un terzo pagatore specializzato (Fondi Sanitari e/o Compagnie Assicurative) sia in grado di ridurre l'impatto economico di tali cure sanitarie acquistate privatamente sui redditi della popolazione. È fondamentale pertanto mettere a punto una nuova strategia per la Sanità in Italia che rilanci un'alleanza pubblico -

privato affiancando strutturalmente al Servizio sanitario nazionale un secondo pilastro sanitario ancillare ed aperto a tutti i cittadini. Attraverso un'intermediazione globale di una quota rilevante della spesa sanitaria privata attualmente già sostenuta dagli italiani, infatti, potrebbero essere recuperate per il sistema sanitario delle preziose risorse aggiuntive che potrebbero essere impiegate nel campo dell'innovazione scientifica, dell'accessibilità alle cure e della prevenzione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IMPRESE E MERCATO

14 Marzo 2016

Sondaggio UniSalute: un italiano su tre non va dal dentista per il caro-visita

MEDICINA E RICERCA

15 Febbraio 2016

Allarme prevenzione: un italiano su cinque non va più dal medico

IN PARLAMENTO

28 Luglio 2015

Sanità, in manovra i nuovi tagli. Il decreto sull'Intesa oggi verso la fiducia

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#)