

**COPERTURE SANITARIE** Ogni 100 euro spesi in sanità, 78 sono pubblici, 18 sono dei cittadini e poco più di 4 rimborsati dall'assistenza complementare. Con una popolazione che invecchia non si può continuare così. Pertanto...

# Qui ci vogliono polizze sane

di **Andrea Poggi**  
e **Luigi Onorato (\*)**

**L**a crescita attesa della spesa per la protezione sociale (il welfare, come va ora di moda chiamarlo), rappresenta una delle principali sfide che gli stati europei devono affrontare nei prossimi anni, soprattutto con il rallentamento della crescita economica. Ciò vale ancor di più per lo stato italiano, sempre più sotto pressione in termini di sostenibilità dell'attuale modello di welfare (previdenza, sanità, assistenza sociale). In Italia c'è un elevato livello di debito pubblico e un particolare mutamento del mix demografico. Nel 2050, infatti, il numero di ultraottantenni in Italia sarà quattro volte superiore ai giovani fra 20 e 24 anni e il tasso di dipendenza (il rapporto tra gli ultra sessantacinquenni e la popolazione di età compresa fra i 15 e i 64 anni) raddoppierà passando dal 30% al circa il 60%: negli anni '60, l'Italia poteva definirsi un paese di giovani, nel 2030 sarà il paese con la più alta percentuale di over 65 anni (28,1%), secondo solo al Giappone (28,3%). Pertanto, la spesa sociale italiana è stimata in crescita dal 25,6% del Pil del 2005 a oltre il 36% nel 2050, con un contributo significativo della spesa sanitaria che rappresenterà più di un terzo dell'intera spesa sociale, salendo dal 6,6% al 13,3% del Pil.

A fronte di una spesa pubblica sanitaria così significativa, si aggiunge una notevole propensione dei cittadini (più del 70%) a integrare con le proprie tasche, in modo da avere un servizio migliore: agli oltre 100 miliardi di euro di spesa sanitaria pubblica, si viene così ad aggiungere una significativa ulteriore spesa sanitaria privata, stimata in circa 30 miliardi (circa il 2% del Pil) conseguenza del fatto che si stima che ogni famiglia italiana spenda mensilmente quasi 90 euro in servizi sanitari e spesa

per la salute in genere (3,5% della spesa media familiare).

**Analizzando poi questa** spesa sanitaria privata, si rileva che solo poche famiglie spendono in assicurazioni o casse sanitarie (intese come assistenza sanitaria complementare esclusiva per specifiche categorie di lavoratori), mentre la maggior parte spende direttamente. Infatti, escludendo il 14% della spesa sanitaria privata che passa attraverso Casse Sanitarie, circa l'82% di tale spesa è cosiddetta out-of-pocket, direttamente a carico dei cittadini che, per esempio, pagano per intero il 92% delle visite odontoiatriche e più della metà delle visite specialistiche (oculistica, ostetrico-ginecologia e dermatologia), mentre le assicurazioni private coprono poco meno del 4%, quando, ad esempio, in Francia e Germania si arriva al 10% e nei Paesi Bassi al 20% circa.

L'offerta di assistenza sanitaria complementare in Italia risulta dunque poco attraente per le persone che hanno buona salute e/o poca disponibilità finanziaria. La causa prevalente sta nella limitata base di assicurati e nell'elevato rischio di selezione avversa (e cioè il rischio di assicurare persone con problemi di salute), per cui questo business risulta storicamente poco profittevole, disincentivando le assicurazioni stesse a effettuare investimenti per rendere l'offerta più attrattiva ai più sani e per definire prezzi in linea con una domanda di massa. L'assicurazione sanitaria resta oggi sostanzialmente una soluzione per pochi ricchi o per persone destinate nel breve a cure specifiche.

Conseguenza: ogni 100 euro spesi in Italia in servizi sanitari, 78 euro sono pubblici, 18 euro vengono spesi direttamente dai cittadini e poco più di 4 dalla assistenza sanitaria complementare (di cui solo 1 euro dalle assicurazioni private). Il paradosso è che tanta spesa sanitaria pubblica non riesce a limitare la spesa privata che è prevalentemen-

te sostenuta dai singoli cittadini e solo marginalmente dal sistema sanitario complementare.

**Come uscire da questo** circolo vizioso della spesa sanitaria, inefficace e destinato a peggiorare? Secondo **Accenture**, è necessaria una collaborazione più ampia tra tutti i soggetti coinvolti nel sistema salute: il legislatore, le assicurazioni ed i cittadini/clienti, replicando quanto si sta imparando sulla previdenza. Si deve cercare di attivare un sistema di health partnership che garantisca, in un ambito sociale molto più consapevole, il passaggio dalla logica della cura a quello della prevenzione e salute, che riesca a fornire servizi certi di qualità a costi certi e più contenuti.

A tal fine, innanzitutto, deve essere definito un contesto normativo e regolamentare appropriato per un corretto bilanciamento tra la copertura sanitaria pubblica e quella privata. Il legislatore dovrebbe diffondere una corretta consapevolezza del rischio sanitario fra i cittadini, stimolandoli ad assumere un ruolo più proattivo. Parallelamente, dovrebbe disegnare anche in ambito sanitario un nuovo e più efficiente equilibrio tra l'intervento dello Stato e quello del mercato, in modo da favorire, anche con opportune politiche fiscali, lo sviluppo di un secondo e di un terzo pilastro, complementari e sinergici alla protezione sociale pubblica.

Le compagnie assicurative dovrebbero essere in grado di proporsi concretamente anche come attori sociali in grado di coordinare un network di operatori della salute, specializzati nell'offrire servizi che vanno dalla prevenzione alla consulenza specializzata del cliente e non solo quelli di cura del paziente. Ciò per attrarre anche coloro che godono di buona salute e possono apprezzare servizi di benessere e prevenzione efficienti e di qualità. Si può così consentire alle Assicurazioni di evitare l'antiselezione del rischio e di pre-

disporre soluzioni a costo inferiore rispetto alla stessa spesa privata attualmente in essere, facendo leva anche sul conseguente aumento della mutualità, in grado di veicolare un'ampia domanda attraverso offerte flessibili che adeguano i premium price coerentemente con i servizi ed i segmenti di clientela.

**Occorre quindi adottare** modalità operative industrializzate di integrazione e gestione dei servizi e di coordinamento dei vari partner coinvolti (cliniche, medici, centri benessere, periti, centri di assistenza, etc), in modo da garantire la certezza e la qualità delle pre-

stazioni e da rendere efficiente (e profittevole) il modello. In tal senso, secondo **Accenture**, risulta essenziale disporre di una cabina di regia operativa centralizzata in grado di interrelate i diversi attori coinvolti (Stato, Assicurazioni, Fondi sanitari, Istituti ed Enti pubblici, Casse, cittadini, network sanitari, etc.) e di assicurare efficacia nei servizi erogati, nel rispetto delle condizioni di efficienza necessarie. L'innovazione tecnologica, soluzioni operative industrializzate e partner industriali qualificati possono facilitare la messa a punto di questa macchina centralizzata, fulcro del nuovo sistema di health partnership fra i protagonisti del settore.

In questo modo, si consentirà un aumento significativo della quantità e della qualità tecnica della domanda privata di soluzioni sanitarie assicurative, avviando un sistema mutualistico senza il quale non vi sarà assistenza sanitaria complementare conveniente per lo Stato ed efficace per i cittadini. E si potrà spendere meno e meglio a livello di sistema per ottenere di più e gravare di meno sul futuro della comunità.

*(\*)* **Andrea Poggi** è partner di **Accenture**, responsabile consulenza strategica in Italia, Grecia, Turchia, Est Europa. **Luigi Onorato** è Senior Manager di **Accenture** (Strategy Practice)

