

DATAROM

Cosa coprono (davvero) le assicurazioni sanitarie

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

Assicurazioni sanitarie, un sistema privato raddoppiato in 10 anni senza regole chiare a tutela dei pazienti. Cosa coprono davvero.

a pagina 25

Assicurazioni sanitarie Cosa coprono davvero

FRANCHIGIE ALTE E TETTI DI SPESA PER 21,6 MILIONI DI PERSONE

VISITE, ESAMI E RICOVERI SOLO PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE

AGEVOLAZIONI FISCALI E ORA CHI VENDE POLIZZE DECIDE LE CURE

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

Davanti al numero record di italiani con un'assicurazione sanitaria, raddoppiato in dieci anni, s'impone una domanda: i 21,6 milioni di cittadini che oggi possiedono una polizza — contro gli 11 milioni del 2015 — possono davvero considerarsi al riparo dal malfunzionamento del Servizio sanitario nazionale (Ssn)? I numeri ovviamente comprendono non solo il titolare della polizza, ma anche il nucleo familiare a cui è estesa la copertura. Subito dopo se ne impone un'altra: se l'obiettivo principale di chi stipula un'assicurazione è saltare le liste d'attesa, perché invece di diminuire si sono così ingolfate da rappresentare uno dei principali problemi del Paese?

Certamente, la carenza di medici e infermieri è un problema reale, ma non può essere un alibi eterno. Come ricorda l'Ufficio parlamentare di bilancio nel report del 31 marzo: «Tra il 2018 e il 2024 nel Ssn si è osservato un incremento complessivo di 64.800 unità». Vediamo, allora, che cosa si nasconde dietro il sistema delle assicurazioni sanitarie che si sta sviluppando in parallelo a quello pubblico, sfruttandone le difficoltà e lasciandogli in carico i malati più gravi e le cure più costose. Si tratta di un modello che cresce silenziosamente, senza regole chiare a tutela dei pazienti e con sostegni pubblici.

Chi è coperto e quanto paga

Nel 66% dei casi le polizze coprono visite ed esami già previsti dal Servizio sanitario, ma

con tempi più rapidi; solo il 33% riguarda prestazioni escluse, prevalentemente odontoiatriche. Le coperture assicurative si dividono in tre grandi gruppi: il primo coinvolge 13,1 milioni di persone coperte da fondi sanitari legati ai contratti collettivi e agli ordini professionali. Il costo medio della polizza è di 159 euro l'anno, con un aumento di 25 euro rispetto al 2021. Il secondo gruppo riguarda 3,9 milioni di lavoratori con polizze aziendali, il cui costo medio è di 120 euro l'anno, 32 in più rispetto al 2021. Per i dipendenti di entrambi i gruppi, le polizze sono spesso utilizzate per facilitare le trattative sindacali e compensare aumenti salariali insufficienti rispetto alla crescita dei prezzi. Infine il terzo gruppo: 4,6 milioni di persone che hanno polizze individuali, con un costo medio di 361 euro, ma che può arrivare fino a 3.600 assicurando rimborsi più alti sulle prestazioni effettuate. Un mercato che complessivamente vale 4,4 miliardi.

Cosa offre l'assicurazione



Peso: 1-2%, 25-89%

Concentriamoci sui primi due gruppi, che rappresentano il 78% degli assicurati. Con i premi per assistito così bassi, pagati in tutto o in parte dal datore di lavoro, quale reale copertura viene offerta al paziente? Le limitazioni sono significative: a) per non anticipare i soldi, bisogna rivolgersi solo alle strutture indicate dall'assicurazione, che decide sempre se autorizzare o meno la prestazione richiesta; b) le franchigie a carico dell'assicurato e/o bisogna fare i conti con una percentuale da pagare sul costo della prestazione (in gergo è lo scoperto); c) le polizze hanno dei tetti di spesa oltre i quali l'assicurazione non rimborsa più nulla; d) il premio aumenta con l'età dell'assicurato. Le coperture dipendono dal piano stipulato: meno paghi e meno ne hai.

Con UniSalute, che per la compagnia Unipol gestisce le coperture di 11 milioni di assistiti, i ricoveri sono coperti al 90% nelle strutture convenzionate con l'assicurazione, e al 70% in quelle esterne, con una franchigia minima di 100 euro e un tetto di spesa. Un intervento di protesi d'anca costa mediamente 20 mila euro: in una struttura non indicata dall'assicurazione il paziente li dovrà tirare fuori, l'assicurazione poi gliene rimborserà 14 mila e a suo carico ne resteranno 6 mila. Motivo per cui ci si rimette in fila nell'ospedale pubblico.

Il Fondo Est, previsto dal contratto collettivo nazionale di Terziario, Turismo e Servizi, rimborsa le visite specialistiche sempre solo nelle strutture scelte dall'assicurazione, con franchigia di 20 euro e limite di spesa annuo di 700 euro. Per gli esami diagnostici, la franchigia è 35 euro. Per quel che riguarda gli interventi bisogna fare attenzione a ogni singolo piano perché non proprio tutti sono autorizzati. Le cure oncologiche hanno coperture molto limitate: il Fondo Est rimborsa 6 mila euro l'anno terapie come chemioterapia, radioterapia e dialisi. Una singola seduta di chemioterapia per il tumore al polmone costa 12 mila euro e ne va fatta una al mese per almeno due anni.

Poi con il pensionamento la polizza fornita dal datore di lavoro si interrompe. Solo 500 mila persone, pari al 3,8% degli assicurati, riescono a mantenerla, ma siamo nella fascia alta dei premi.

I vantaggi fiscali

Il sistema però cresce anche grazie alle leggi che prevedono delle agevolazioni fiscali. Per i fondi sanitari, il datore di lavoro anziché versare i contributi previdenziali ordinari del 23,8%, paga solo il 10%, e gli importi sono integralmente deducibili ai fini Ires e Irap, come costi del personale. Per il lavoratore, i costi della polizza a proprio carico non concorrono a formare reddito fino a 3.615,20 euro l'anno. Secondo l'Ufficio parlamentare di bilancio, l'insieme di questi vantaggi fiscali e contributivi vale 1,7 miliardi di euro l'anno. In più le spese non rimborsate sono detratte al 19%, e per le polizze individuali la stessa detrazione vale anche sulle spese rimborsate. Significa che parte della spesa sanitaria privata viene di fatto sostenuta dallo Stato.

Assicurazioni e strutture sanitarie

Intanto le compagnie assicurative stanno entrando direttamente nella gestione sanitaria attraverso l'acquisto di strutture. Nel dicembre 2022 UnipolSai acquista il Centro Medico Santagostino, una rete di 46 poliambulatori presenti in Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria e Lazio. Nel giugno 2024 Generali crea con il Gruppo San Donato una società per aprire 100 ambulatori entro il 2030, dichiarando una «partnership strategica al servizio del Paese». Nel febbraio 2026 Reale Mutua acquisisce l'80% di Lifenet Healthcare, attiva in 5 regioni con 16 ambulatori, 4 cliniche oculistiche e 5 ospedali accreditati con il Ssn, tra cui il Policlinico Casilino a Roma.

Commistione di interessi

La finalità è chiara: allargare il sistema in modo che il maggior numero di prestazioni siano erogate dalle strutture di proprietà di chi stipula le polizze e rimborsa le prestazioni. Questo consente di governare meglio l'offerta, indirizzare la domanda, e di conseguenza ottenere condizioni economiche favorevoli. E siccome l'obiettivo dell'operatore privato è il profitto, è inevitabile che le migliori condizioni economiche si ottengano risparmiando sul numero e sulla qualità delle prestazioni erogate. A questo proposito c'è il dato dell'Osservatorio sui consumi sanitari finanziati privatamente (Ocps del Cergas-Bocconi): mentre negli ultimi anni sono aumentati gli assicurati, i premi incassati e i prezzi delle polizze, la quota che torna in prestazioni è sempre ferma al 70%.

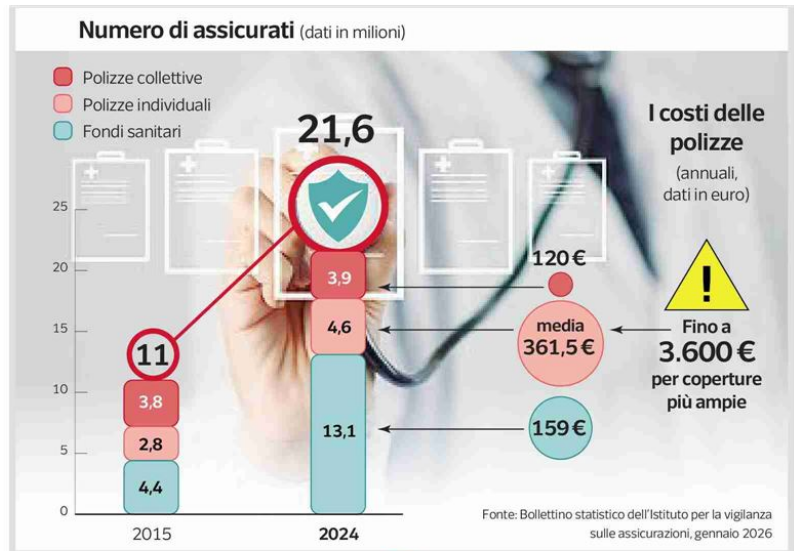
E allora che garanzie dà un sistema dove chi vende le polizze è anche il fornitore diretto delle prestazioni sanitarie? Chi tutela il cittadino dai rischi di prestazioni inappropriate, della mancata erogazione delle cure necessarie o di scarsa qualità? E quando poi le grandi compagnie avranno conquistato una posizione dominante, anche le tariffe delle polizze raggiungeranno altre vette.

La tendenza del disimpegno pubblico lo stiamo vedendo proprio in questi giorni anche sui medici di famiglia: mentre le Regioni compatte vorrebbero avere la possibilità (almeno in via residuale) di assumere i medici di medicina generale per garantire migliore assistenza ai pazienti, il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato (farmacista) scavalca il ministro Schillaci con questa dichiarazione: «Fratelli d'Italia resta contraria all'ipotesi di far diventare i medici di famiglia dipendenti pubblici, la via prioritaria non può che essere la convenzione».

Dataroom@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Peso: 1-2%, 25-89%

498-001-001

Il presente documento non è riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.