



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE
ED AZIENDALI "M.FANNO"**

**CORSO DI LAUREA IN
ECONOMIA**

PROVA FINALE

**LA SANITA': TRA L'ASSICURAZIONE PRIVATA VOLONTARIA
E I SISTEMI ALLA BEVERIDGE**

RELATORE:

CH.MO PROF. BOESSO GIACOMO

LAUREANDO: GUERRIERO GIANCARLO

MATRICOLA N. 1088842

ANNO ACCADEMICO 2016-2017

INDICE

- | | |
|--|------|
| 1. Introduzione | p.2 |
| 2. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano | p.3 |
| 3. Il sistema sanitario italiano sarà sostenibile? | p.13 |
| 4. Le polizze sanitarie integrative in Italia: gli esempi di Allianz S.p.A. ed AXA Assicurazioni | p.25 |
| 5. Il sistema di assicurazione volontaria americano: Cigna e William Russell Ltd. | p.38 |
| 6. Quali vantaggi potrebbe portare un sistema di assicurazione volontaria al mercato italiano? | p.46 |

CAPITOLO 1

Introduzione

I sistemi alla Beveridge, comunemente detti Servizi Sanitari Nazionali, e il sistema di assicurazione volontaria, attualmente diffuso solo negli Stati Uniti, sono l'espressione di due concetti di sanità completamente agli antipodi. Nei paesi europei la sanità è un diritto ritenuto universale e come tale riconosciuto a tutti i cittadini, mentre negli Stati Uniti, fin dalla sua origine, il sistema è stato affidato ad una gestione sostanzialmente privatistica, anche se poi sono state introdotte delle misure di sostegno statali. Il concetto fondante risulta quindi ribaltato: mentre in Europa l'assistenza sanitaria è garantita a tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito e dall'estrazione sociale, negli Stati Uniti l'accesso alle cure si ottiene solamente se si dispone dei mezzi necessari a sostenerne i costi, siano essi fondi propri o contratti di assicurazione che indennizzino il soggetto per le spese mediche sostenute. Le cose oggi sono cambiate, anche se non così radicalmente, e si è ridotto quindi il contrasto tra i due sistemi, tuttavia l'analisi necessita di svilupparsi partendo dalle differenze sostanziali. L'intento di questo elaborato sarà quello di analizzare le differenze di funzionamento dei due sistemi e di relazionarle poi alla situazione economica attuale dei Sistemi Sanitari, in particolare soffermandosi sul confronto tra Italia e Stati Uniti, con l'obbiettivo di cogliere i vantaggi e gli svantaggi che gli stessi comportano e valutare quale dei due risulti maggiormente sostenibile nel lungo termine.

CAPITOLO 2

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano è un sistema definito “alla Beveridge” e dunque tax-financed.

L’evoluzione del sistema sanitario italiano può essere sinteticamente descritta in 3 fasi:

- fase “assicurativo - caritativa” (dall’unità d’Italia alla metà degli anni ’60)
- fase della “mutualità piena” (metà anni ’60 - 1977)
- fase del Servizio Sanitario Nazionale –SSN (dopo la riforma del 1978 con l’istituzione del SSN: L. 833/1978)

Seguendo l’esempio del NHS (National Health Service) britannico, istituito nel 1948, si adotta un modello di integrale finanziamento pubblico e a larga produzione pubblica con copertura universale del rischio sanitario. L’organizzazione prevede attualmente tre livelli:

1. Ministero della Salute (elaborazione PSN – Piano Sanitario Nazionale)
2. Regioni (PSR – Piano Sanitario Regionale): diversi modelli di governance regionale con la predominanza di modello integrato (la maggior parte delle Regioni) rispetto a modello contrattuale (3 Regioni: Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana)
3. 139 Aziende Sanitarie Locali (ASL). Le Unità sanitarie locali (USL) - concepite originariamente come strutture operative con autonomia gestionale (Comitati di Gestione di derivazione comunale) nell’ambito della programmazione regionale e a loro volta articolate i Distretti - dal 1993 sono state trasformate in Aziende sanitarie locali (ASL).

A partire dalla previsione della Costituzione italiana della tutela della salute come diritto costituzionale (art. 32) da garantire uniformemente in tutte le Regioni (art. 117, c. 2, lett. m), i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) sono stati definiti inizialmente con il DPCM del 29/11/2001 e ridefiniti con il DPCM del 21/04/2008.

I LEA riguardano tutte le prestazioni, i servizi e le attività che il SSN è tenuto ad erogare nei confronti dei cittadini, prestazioni che devono essere garantite in modo uniforme (regime di uniformità), a tutti i cittadini e senza differenziazioni su tutto il territorio nazionale, a prescindere dal reddito e dal luogo di residenza, con delle tempistiche coerenti con le condizioni cliniche dei pazienti.

L’individuazione dei LEA permette al legislatore di caratterizzare il SSN come un sistema solidale, che rispetta la dignità umana, che risponde alle necessità dei cittadini in termini di salute, che garantisce l’accesso alle cure con criteri di equità, che offre cure dall’elevato

standard qualitativo, ed infine come un sistema che risponde alle specifiche esigenze dei pazienti secondo i criteri dell'adeguatezza e dell'economicità.

I LEA hanno avuto la loro definizione in sede di Conferenza Stato-Regioni e non vi è dunque possibilità per le Regioni, nell'erogazione di prestazioni sanitarie, di escludere autonomamente le prestazioni definite nei LEA, mentre possono offrire ulteriori servizi, superiori quindi ai Livelli Essenziali, utilizzando risorse proprie.

I LEA sono articolati in primo luogo in 3 grandi macro-livelli:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (5% del finanziamento)
2. Assistenza distrettuale (51% del finanziamento)
3. Assistenza ospedaliera (44% del finanziamento)

E' previsto il monitoraggio del rispetto dei LEA da parte di tutte le Regioni, sulla base del decreto legislativo 56/2000 (che istituisce il sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria) e del decreto ministeriale 12 dicembre 2001 che ha stabilito un insieme minimo di indicatori di riferimento (da aggiornare periodicamente) per il monitoraggio dei LEA.

Il monitoraggio viene effettuato da un Comitato permanente istituito con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 presso il Ministero della Salute a cui partecipano l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) e rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle Regioni.

Sul fronte dei costi particolarmente pesanti risultano essere le seguenti voci:

- 1) Forte peso della spesa per l'assistenza ospedaliera per acuti : nel 2013 rappresentava circa il 45% della spesa pubblica corrente totale (oltre 50% includendo anche le prestazioni specialistiche erogate a non ricoverati e del privato accreditato); c'è stata comunque forte riduzione nelle dotazioni negli ultimi 30 anni: da 10,5 PL per 1000 ab. nel 1985 a 3,8 PL per 1000 ab (3,4/1000 per acuti); la legislazione recente prevede uno standard complessivo di 3,7/1000 ab., di cui 0,7/1000 per lungodegenza e riabilitazione.
- 2) Prevalenza del personale medico e carenza di personale infermieristico: nel 2013, i costi del personale rappresentavano il 33% del totale (39%, considerando anche i medici di medicina generale); numero consistente di medici (nel 2013, 3,9 medici praticanti ogni 1.000 abitanti contro una media OCSE di 3,3/1000) e scarsità di infermieri (nel 2012, 6,1 per 1000 ab. contro media OCSE di 9 per 1000).
- 3) Forti squilibri territoriali nelle dotazioni di risorse e strutture e nei livelli quantitativi e qualitativi dei servizi erogati. Attenuazione nel tempo dei differenziali di spesa pro capite. Rimane però una rilevante mobilità sanitaria da Sud a Centro-Nord (soprattutto per prestazioni a elevata complessità e relative a patologie severe). Nonostante i vari Servizi

Sanitari Regionali si caratterizzano per una forte eterogeneità (a livello strutturale, organizzativo e di performance), ogni Regione ha la necessità di perseguire e raggiungere un rapporto costo-efficacia dell'assistenza sanitaria che risulti accettabile.

Per fronteggiare problemi di controllo e di legittimazione della spesa (bassa efficienza tecnica, bassa qualità e burocraticità nell'erogazione dei servizi), negli anni '90 del secolo scorso, diversi Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (ad es., Regno Unito e Svezia) hanno adottato meccanismi di quasi mercato e di concorrenza amministrata che prevedono una separazione tra assicuratori-finanziatori ed erogatori dei servizi sanitari.

La strategia di “concorrenza amministrata” adottata in Italia con il D. Lgs. 502/1992 (modificato dal 517/1993) – riforma bis del SSN - si è basata piuttosto su:

- aziendalizzazione delle USL (ASL) e di alcuni ospedali (AO) trasformati in aziende pubbliche la cui direzione è stata affidata a un Direttore generale;
- adozione di regole tipiche delle imprese private (privatizzazione dei contratti dei dirigenti: 5 anni di contratto per Direttori generali e per Direttori di Dipartimento e compensi in base ai risultati; bilancio di ASL e AO redatto secondo regole privatistiche; adozione di procedure di contabilità analitica e di budget);
- pagamento dei fornitori di prestazioni sanitarie mediante tariffe prospettive (tariffe DRG per ricoveri ospedalieri) in sostituzione dei meccanismi di pagamento retrospettivo o a piè di lista.
- accreditamento di tutti i fornitori di servizi sanitari sulla base del possesso di particolari requisiti
- accordi contrattuali tra ASL e fornitori (AO ed erogatori privati) con tetti di spesa per i fornitori
- responsabilizzazione economica dei medici; avvio di esperienze di medicina di gruppo/ in associazione, di incentivazione e di budget figurativo per i medici di medicina generale, che hanno assunto poi la forma di accordi/patti tra ASL e medici per aumentare il livello di appropriatezza delle prestazioni e controllare il moral hazard.

Con la riforma ter ex D.Lgs. 229/1999 sono state introdotte delle misure (alcune non completamente attuate) per fronteggiare alcuni di tali problemi:

- previsione di Livelli essenziali di assistenza (LEA) validi su tutto il territorio nazionale e di livelli integrativi da assicurare con Fondi sanitari integrativi;
- partecipazione dei Comuni al procedimento di revoca e valutazione dei Direttori generali e alla definizione delle politiche sanitarie (implementazione Conferenza dei sindaci ex art. 3 D.Lgs. 502/1992);

- maggiore coinvolgimento delle comunità locali nella pianificazione dei servizi socio – sanitari;
- partecipazione dei cittadini alla programmazione e valutazione delle attività per attuare la Carta dei servizi.
- rapporto esclusivo di lavoro per i medici pubblici e loro incentivazione per lo svolgimento di libera professione all'interno delle strutture pubbliche (libera professione intramuraria - LPI). Ciò allo scopo di ridurre i tempi di attesa, ridurre le inefficienze allocative e aumentare la qualità offerta (in realtà i tempi di attesa non si sono ridotti...);
- revisione delle tariffe per i soggetti erogatori, con correttivi alle tariffe DRG e una contrattazione per piani di attività e tipologie di prestazioni; modalità differenziate per i presidi di ASL;
- stabilire tempi e modalità generali per l'attivazione dei Distretti sociosanitari per potenziare l'attività territoriale rispetto a quella ospedaliera;
- sviluppare l'integrazione tra servizi sanitari e sociali con riferimento alle aree di intersezione quali la Long-term care (disabili, anziani, ecc.) (prevista anche dalla L. 328/2000 che introduce il piano di zona).

C'è stata un'inversione di tendenza a seguito del riordino previsto dal D.Lgs. 502/1992 (modificato dal D.Lgs. 517/1993) che ha introdotto 2 importanti innovazioni:

- regionalizzazione dei contributi sanitari (dal 1993) e finanziamento delle Regioni a quota capitaria ponderata (considerando popolazione, mobilità interregionale e differenziali strutturali) in modo da fornire i tre macro- livelli di assistenza.
- affermazione del principio di “piena responsabilizzazione” delle Regioni per quanto riguarda i deficit derivanti dall'erogazione di livelli assistenziali superiori a quelli medi e per disavanzi di gestione delle USL e delle aziende ospedaliere.

Con il D.Lgs. 446/1997 si è sancita l'autonomia finanziaria regionale: il SSN diventa un sistema di Servizi Sanitari Regionali finanziati con tributi “propri” (IRAP e addizionale IRPEF). Si è iniziato a calcolare il fabbisogno nazionale corrispondente all'erogazione dei livelli essenziali di tutela sanitaria, determinando la ripartizione tra Regioni di tale importo sulla base di una quota capitaria ponderata secondo parametri di bisogno che considerano la struttura per età della popolazione e (in misura marginale) i tassi di mortalità (L. 662/1996).

Il D.Lgs. 56/2000 (e successive modifiche) prevedeva:

- A. dal 2001 completa abolizione dei trasferimenti erariali integrativi (FSN) alle Regioni a Statuto Ordinario per la spesa sanitaria (con alcune eccezioni).
- B. sostituzione dei trasferimenti statali con autonomia fiscale regionale:

- aumento aliquota addizionale regionale IRPEF fino allo 0,4%
- aumento compartecipazione all'accisa sulla benzina da 12,5 a 12,9 centesimi di euro per litro.
- compartecipazione al gettito IVA (inizialmente del 38,55%).

C. copertura dei fabbisogni delle Regioni con limitata capacità fiscale (cioè caratterizzate da limitate entrate proprie e da elevata dipendenza dai trasferimenti statali) da parte delle Regioni con capacità fiscale superiore alla media attraverso un Fondo di perequazione finanziato interamente dalla compartecipazione Iva.

D. il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza sanitaria offerti da ciascuna Regione: le Regioni inadempienti verso il mantenimento di tali livelli avrebbero subito sanzioni, soprattutto in ambito di trasferimenti perequativi.

Il D.Lgs. 68/2011 (decreto attuativo della L. 42/2009 per quanto riguarda il federalismo regionale) ha dettato le regole per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard per i LEA sanitari a regime dal 2013 (artt. 25-32) e nella fase transitoria fino al 2012 (art. 3).

Il fabbisogno finanziario di ogni Regione è calcolato moltiplicando la popolazione residente per un valore medio per abitante, corretto con indici di bisogno sanitario per tenere conto dei diversi consumi sanitari per classe d'età (quota capitaria pesata). La formula è la seguente:

$$F_j = P_j \times b_{ij} \times s_n$$

F_j = Fabbisogno di spesa della Regione j

P_j = Popolazione residente della Regione j

b_{ij} = Indicatore dei bisogni sanitari (i) della Regione j , calcolato moltiplicando la composizione per età della popolazione regionale per indici di peso nazionale derivati dai consumi sanitari nazionali (per farmaci, specialistica e ospedaliera) (se $b=1$ si ha quota capitaria semplice)

s_n = Spesa pro capite nazionale (quota capitaria semplice) per ogni funzione di spesa

I pesi per classe di età consentono di differenziare i fabbisogni sanitari a seconda della struttura demografica di ciascuna regione. Essi sono costruiti su consumi rilevati con SDO e tessera sanitaria a livello nazionale (si considerano consumi effettivi che possono però includere anche inefficienza e inappropriatazza).

Dal 2001 ad oggi: una “dialettica” Stato-Regioni

L'avvio si è avuto con l'accordo Stato-Regioni del 8 agosto 2001 e la successiva legge 405/2001 (“legge tagliaspesa”) che hanno fissato nuovi limiti all'espansione della spesa

pubblica (piena responsabilizzazione delle Regioni riguardo ai disavanzi) e nuovi parametri volti a razionalizzare tale spesa ed aumentare l'efficienza:

- Le Regioni si impegnavano a garantire autonomamente la copertura di eventuali sfondamenti dei livelli di spesa programmati;
- riduzione delle dotazioni ospedaliere a 5 posti letto ogni 1000 abitanti, includendo le dotazioni per riabilitazione e lungodegenza;
- tetto alla spesa farmaceutica pari al 13% della spesa pubblica corrente totale, ecc.

A partire dalla Finanziaria 2006 si è considerata l'esigenza di sostenere il risanamento strutturale di quelle gestioni sanitarie regionali sistematicamente in disavanzo e per importi significativi, per i quali si prefigurino come improbabili autonomi sforzi di copertura da parte delle Regioni interessate, puntando ad isolare le situazioni ove si annidano maggiori rischi per la finanza pubblica e i suoi obiettivi. E' stata prevista, per le Regioni con disavanzo, l'applicazione delle aliquote più elevate di IRAP e addizionale IRPEF.

Il decreto sulla spending review (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95) si è posto l'obiettivo di una forte riduzione della spesa di euro negli anni 2012,2013 e 2014, la quale viene perseguita attraverso una serie di misure definite top-down, quali possono essere la riduzione dei posti letto al di sotto del limite preesistente di 3,7/1000 abitanti (equivalenti ad una riduzione di 7000 posti letto a livello nazionale a decorrere dal 2013), la riduzione della spesa per la farmaceutica territoriale, per gli acquisti di prestazioni da enti privati accreditati dal sistema pubblico e per l'acquisto di dispositivi medici in genere. Un'altra parte ingente del risparmio dovrebbe derivare dall'utilizzo del costo standard come criterio di riferimento per quanto concerne qualsiasi prestazione di erogazione.

La Legge di Stabilità 2013-2015 (Spending review 2) ha previsto ulteriori tagli di circa 600 milioni di euro al FSN per il 2013 e di circa un miliardo nel 2014. La Legge di stabilità 2014-2016 ha previsto ulteriori tagli per 1,15 miliardi tra 2015 e 2016. La maggior parte delle risorse viene ottenuta attraverso l'abbassamento dei tetti di spesa per beni e servizi.

La legge di stabilità 2015 ha previsto che le Regioni concorrano alla spending review con ulteriori tagli per oltre 4 miliardi nel 2015: -2,3 mld. dall'azzeramento del maggiore finanziamento al SSN previsto nel 2015 rispetto al 2014 dal patto per la Salute 2014-2016; - 1,3 mld. per applicazione spending review (riduzione costi per beni e servizi e abbassamento tetto per dispositivi medici da 4,5 a 4% della spesa; - 350 mln. da promozione appropriatezza; - 300 mln. da contenimento spesa farmaceutica in part. Ospedaliera).

La legge di stabilità 2016 prevede che il FSN nel 2016 scenda da 113,1 a 111 miliardi (un taglio ulteriore di -2,1 miliardi). Con le due manovre 2015 e 2016 il Governo di fatto ha ridotto di 6,7 miliardi il finanziamento previsto nel Patto per la Salute 2014-2016.

Nel periodo 2016-2019 la manovra complessiva potrebbe comportare una riduzione delle spese previste per le Regioni di circa 20 miliardi, molto probabilmente concentrato sulla sanità: oltre ai tagli già programmati dalla Legge 125/2015 (-2,352 mld. per 4 anni) e ai tagli della Legge di stabilità 2016 (-2,1 mld.), si impongono alle Regioni un “contributo alla finanza pubblica” di 3,980 mld. Nel 2017 e di 4,98 mld. per ciascuno degli anni 2018 e 2019. Una Intesa Stato-Regioni dovrà comunque precisare i settori da tagliare e, in assenza dell’intesa, vi sarà una decisione autonoma del Governo.

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano è un sistema definito “alla Beveridge” e dunque tax-financed. Nello specifico il SSN prevede la differenziazione del finanziamento al sistema sanitario delle varie Regioni secondo varie voci:

- finanziamento indistinto;
- finanziamento vincolato e per obiettivi di piano;
- concorso statale per ripiano perdite;
- ripiano selettivo dei disavanzi;
- fondo transitorio di accompagnamento;
- manovre fiscali regionali;
- il Fondo aree sottoutilizzate (FAS);
- disponibilità liquide, anche con riferimento all’istituzione di conti di tesoreria intestati alla sanità, ai sensi dell’art. 21 del DLgs 118/2011;

“L’articolo 1, comma 392 della Legge di bilancio 2017 indica il fabbisogno sanitario complessivo: per l’anno 2017 è stabilito in 113.000 milioni di euro, per l’anno 2018 in 114.000 milioni di euro, per l’anno 2019 in 115.000 milioni di euro. Sono stati inseriti una serie di vincoli, a valere sull’incremento di fondi e introdotte alcune revisioni della normativa in essere, con diretta incidenza sul finanziamento.

• *Quota premiale, pari allo 0,1% del finanziamento complessivo, destinata a finanziare programmi di riqualificazione: Ogni Regione, entro 2 mesi dall’approvazione della legge di bilancio 2017, può presentare al Comitato LEA un programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree di durata annuale. Con Accordo Stato – Regioni entro il 31.01.2017 sono definite le modalità di riparto dell’incremento della quota premiale.*

• *Revisione tetti farmaceutica: A decorrere dal 2017 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera denominato tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, è rideterminato nella misura del 6,89% (attualmente pari al 3,5%). Il tetto della spesa farmaceutica territoriale denominato tetto della spesa farmaceutica convenzionata è*

rideterminato nella misura del 7,96% (attualmente pari all'11,35%). Il tetto della spesa farmaceutica complessivo resta invariato, ovvero pari al 14,85%.

- Fondo farmaci innovativi: 500 mln annui. Anno 2017: 325 dal finanziamento complessivo e 175 dagli obiettivi di Piano. Anno 2018: 223 dal finanziamento e 277 dagli obiettivi di Piano; 164 dal finanziamento e 336 dagli obiettivi di Piano a decorrere dal 2019.
- Fondo farmaci oncologici innovativi: 500 mln a decorrere dal 2017. Con determina del direttore generale di AIFA, da adottarsi entro il 31 marzo 2017, sono stabiliti i criteri che definiscono l'innovatività dei farmaci.” (Quotidiano Sanità, Finanziamento del SSN anno 2017)

valori in milioni di euro	anno 2015	anno 2016	anno 2017
risorse complessive	109.715	111.000	113.000
di cui:			
fabbisogno standard	106.932	108.193	da definire
quota premiale	274	277	282
quota premialità 0,1%			113
obiettivi prioritari	888	931	931

(Quotidiano Sanità, Finanziamento del SSN anno 2017)

Il fabbisogno standard dei vari Servizi Sanitari Regionali (SSR) è calcolato ponderando la popolazione sulla base di due criteri: l'assistenza ospedaliera è ponderata al 50%, mentre l'assistenza specialistica gode di un coefficiente del 100%. L'età della popolazione ha una distribuzione particolarmente disomogenea all'interno della penisola italiana: i due estremi sono rappresentati dalla Liguria (indice di vecchiaia 242,4) e dalla Campania (indice di vecchiaia 113,4), mentre la media nazionale è di 157,7. I due citati sono oltretutto esempi unici in quanto sono le uniche due regioni a presentare un valore che differisce dalla media di oltre 1.5 volte la deviazione standard. Il sistema di pesatura utilizzato, piuttosto semplice per configurazione, risulta inadeguato a compensare adeguatamente valori così diversi rispetto alla media. Si evidenzia dunque la necessità per il 2017 di avvalersi di ulteriori criteri per correggere il riparto dei fondi nei confronti delle due regioni e per il futuro appare necessario lo sviluppo di un sistema più complesso di indicatori che possano descrivere nel miglior modo possibile le più diverse realtà regionali. Nello specifico per il 2017 la regione Liguria dovrà godere dell'integrazione da un 50% al 100% della ponderazione per età del livello per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera. Al contrario la regione Campania rischia di godere di un finanziamento troppo elevato dovuto all'effetto eccessivamente rilevante della pesatura per età della popolazione, il quale deve essere ridotto andando ad abbattere la percentuale relativa all'assistenza ospedaliera che vedrà la ponderazione per età della popolazione ridotta ad un

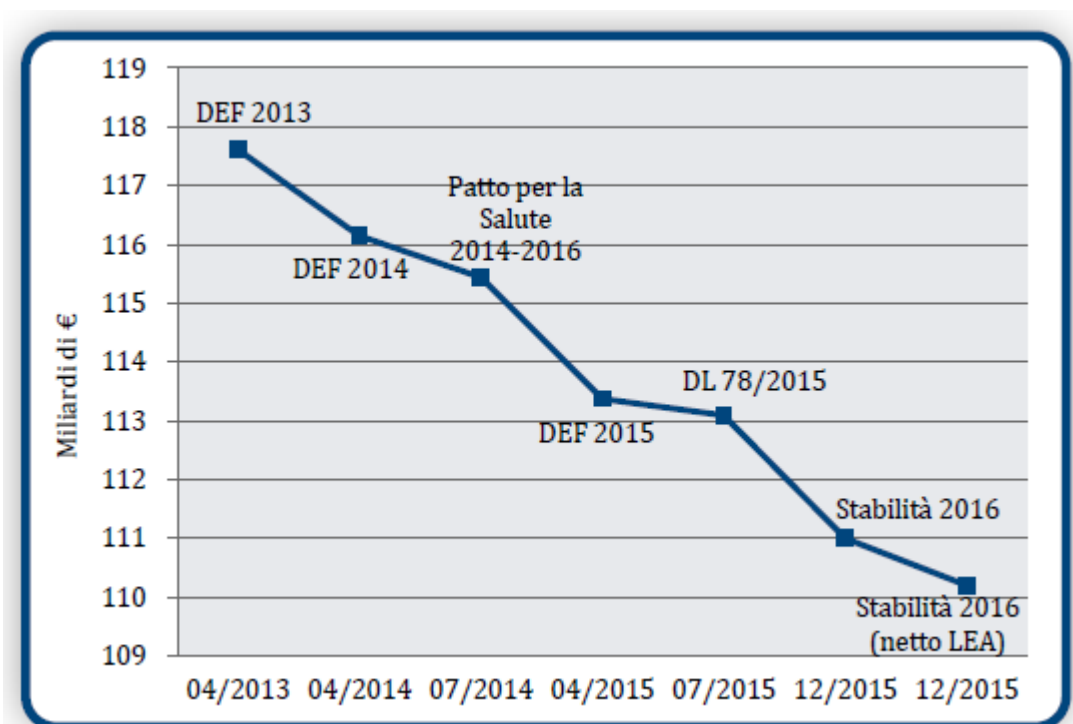
coefficiente inferiore al 50%. I correttivi si dovranno applicare sulla quota premiale, da sempre oggetto di trattative e accordi tra i Presidenti delle Regioni e lo Stato.

L'anno solare 2016 ha visto l'assegnazione ai vari Servizi Sanitari Regionali di 108.476 milioni di euro, dei quali la voce fabbisogno standard ne assorbe 108.199 mentre la quota premiale consiste in 277,505 milioni di euro. Il fabbisogno aggiuntivo stimato per il 2017 è di 450 milioni di euro, somma che andrà ad aumentare il fabbisogno standard fino a 108.650 milioni mentre la quota premiale rimarrà pressoché invariata con un importo di 282,5 milioni. (Quotidiano Sanità, Finanziamento del SSN anno 2017)

Analizzando ora le fonti di finanziamento del SSN si deve risalire al D.Lgs 56/2000 che ha completamente ridisegnato il finanziamento del SSN prevedendo un sistema basato sulla capacità fiscale regionale, anche se corretto da adeguate misure perequative, stabilendo che al finanziamento del SSN concorrano a livello di bilancio regionale l'IRAP e l'addizionale regionale all'IRPEF, a livello di bilancio dello Stato la compartecipazione all'accisa sulle benzine e la compartecipazione all'IVA, le entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti), nella misura definita in seguito ad un accordo fra lo Stato e le Regioni sulla dimensione economica di suddetta contribuzione, e il finanziamento in compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, le quali partecipano al finanziamento sanitario per la differenza tra il fabbisogno totale e quello soddisfatto dalle fonti sopracitate. L'unica regione che non soggiace a tale imposizione è quella siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (legge 296/2006 art. 1, comma 830). Le manovre finanziarie del periodo 2012-2015 hanno sottratto alla sanità pubblica circa 25 miliardi di euro e, seguendo la stessa linea direttrice, il DEF 2016 ha previsto la riduzione del finanziamento del SSN al 6,5% del PIL, una soglia che mette a repentaglio il mantenimento della qualità del servizio e rischia di ridurre l'aspettativa di vita. (Rapporto OsservaSalute 2015)

Il Documento di Economia e Finanza ha previsto che nel triennio 2017-2019 il PIL vedrà una crescita media annua del 2,8%(le attuali stime dell'OCSE invece prevedono un aumento annuo dell'1,4% sulla base dei dati dei primi tre trimestri dell'anno), mentre la spesa sanitaria subirà una crescita media annua dell'1,5%: descrivendo il fenomeno in termini monetari, partendo dai 113,3 miliardi di euro stimati per il 2016, la spesa sanitaria avrebbe dovuto vedere una crescita nell'anno 2017 114,7 miliardi di euro, a 116,1 miliardi di euro nel 2018, per finire a 118,5 miliardi di euro nel 2019. Negli ultimi anni tuttavia la sanità ha ricevuto sempre meno di quanto era stato originariamente previsto, e il seguente esempio ne è la prova lampante. *“Riprendendo i dati della Corte dei Conti, l'esempio del finanziamento previsto per*

il 2016 è paradigmatico: in 32 mesi dai € 117,6 miliardi stimati dal DEF 2013, siamo scesi a €116,1 miliardi con il DEF 2014, a €113,4 miliardi con il DEF 2015, per arrivare a un finanziamento reale di €111 miliardi, comprensivi di €800 milioni da destinare ai nuovi LEA. (Corte dei Conti, Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 22 marzo 2016: p. 293)“(Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale 2016-2025)



(Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale 2016-2025)

CAPITOLO 3

Il sistema sanitario italiano sarà sostenibile?

Tutti i sistemi sanitari sono attualmente posti in una situazione di sofferenza economica a causa di diversi fattori: il continuo invecchiamento delle popolazioni, il costo delle terapie che aumenta di anno in anno, soprattutto a causa dei fenomeni di innovazione tecnologica, e l'aumento costante della domanda di servizi e prestazioni da parte dei cittadini. Tuttavia la natura del problema della sostenibilità non è esclusivamente finanziaria, perché una maggiore disponibilità di risorse non permette in ogni caso di risolvere alcuni problemi che godono di ampia rilevanza nei paesi industrializzati: l'utilizzo estremamente variabile di servizi e prestazioni in ambito sanitario, gli effetti negativi del consumo eccessivo di prestazioni sanitarie, le diseguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo o alla discriminazione economica nell'accesso a servizi e prestazioni sanitarie dall'elevato valore, l'incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione, gli sprechi, legati spesso ad interessi più o meno diffusi, sia a livello terapeutico-assistenziale che a livello infrastrutturale e burocratico.

Per quanto concerne l'espansione insostenibile della spesa sanitaria il primo problema da considerare è l'invecchiamento della popolazione. Attualmente è questo l'oggetto principale di dibattito ed è ritenuto dai sistemi di tutti i paesi industrializzati come praticamente impossibile da affrontare e, soprattutto, da contrastare: per questo si ritiene sia capace di portare definitivamente al collasso dei sistemi sanitari. L'invecchiamento della popolazione, secondo la definizione dei demografi, si ha nel momento in cui (come accade da circa un ventennio nei paesi sviluppati) vi è una forte tendenza alla riduzione della proporzione delle persone appartenenti alle classi più giovani, a fronte del contestuale aumento della proporzione di persone appartenenti alle classi di età più avanzate. L'analisi degli effetti dell'invecchiamento della popolazione non si basa ancora su dati confermati ed empiricamente verificabili, quindi necessita di una particolare elasticità mentale. Gli effetti di tale fenomeno saranno infatti misurabili, per quanto concerne la loro reale portata, solo fra molti anni, e l'analisi deve essere condotta su problemi riguardanti ambiti molto diversi fra loro, ma, allo stesso tempo, correlati tra loro e sovrapposti in un modo tale da rendere difficile l'estrapolazione di conclusioni chiare, sostenute da dati empirici rilevanti e universalmente condivisibili. I problemi causati dall'invecchiamento della popolazione che si ritiene di dover già oggi fronteggiare e che, nel corso degli anni, andranno ad aumentare sempre la loro rilevanza per i soggetti che avranno la responsabilità, nei paesi industrializzati, del governo del sistema sanitario o della gestione delle strutture sanitarie destinate all'erogazione delle

prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche, e riabilitative, sono riassumibili prevalentemente nella necessità di controllo dell'espansione del consumo sanitario e di adeguamento continuo ed immediato dei criteri di allocazione delle risorse man mano che si evidenziano discrepanze tra il finanziamento e le effettive necessità del sistema. Infatti, come si è visto prima per le regioni Liguria e Campania, il criterio dell'età influisce fortemente sulla distribuzione dei costi sanitari. I costi si mostrano infatti elevati nel corso del primo anno di vita, dopo del quale essi si abbassano fino a raggiungere il minimo nell'età infantile, per poi tornare lentamente ad aumentare nell'età adulta ed assumere un andamento esponenziale dopo i 50 anni di età, tanto che il costo annuo per le persone anziane, come si vedrà poi dall'andamento dei premi assicurativi, è di 4/5 volte superiore a quella degli adolescenti. (S. Harper, *Ageing Society*, The Oxford Magazine, Marzo 2004)

“L'eccessivo consumo sanitario è il prodotto di un'informazione che può chiamarsi disinformazione, non dell'eccesso di informazione.”(Renzo Stefanelli, 1993. p.68) Spesso infatti l'eccesso di consumo sanitario deriva da interessi del personale medico, legati ad obiettivi di reddito, e all'asimmetria informativa che riguarda la reale efficacia ed efficienza, in rapporto ai costi monetari, di tempo e di qualità di vita, delle varie alternative terapeutiche a disposizione.

Nonostante il Servizio Sanitario Nazionale garantisca a tutta la popolazione l'accesso alle cure spesso ci si trova nella situazione in cui alcune prestazioni sono fruibili solo tramite strutture private e quindi il costo di accesso alle stesse non è sostenibile per tutti gli individui che compongono la popolazione. Ciò comporta la comparsa di fenomeni di iniquità all'interno della popolazione, che fa venir meno il concetto di universalità dell'assistenza sanitaria nel Servizio Sanitario Nazionale.

Per quanto riguarda il tema della prevenzione, solo nel 2005 le istituzioni hanno iniziato con il primo Piano Nazionale della Prevenzione (2005-2009) a definire in maniera organica una strategia per diffondere a livello sistematico questa cultura. Il PNP 2005-2009 è stato un punto di svolta per la programmazione della sanità in Italia per tre motivi fondamentali: il primo motivo riguarda la scelta delle Regioni di ampliare ulteriormente l'investimento nell'area della prevenzione per raggiungere risultati di salute più soddisfacenti e, in previsione, più efficienti. Il secondo motivo riguarda il tentativo di mettere alla prova una linea di governance a cui partecipa una pluralità di soggetti, che ha portato il Ministero a potenziare la capacità di coordinamento del Centro per il controllo delle malattie (CCM), le Regioni ad inserire nella loro pianificazione, in modo proficuo, una serie di linee operative comuni e le Aziende sanitarie, per diretta conseguenza, ad utilizzare questo nuovo strumento per contribuire a ridurre concretamente l'incidenza sui costi delle malattie e delle disabilità.

Infine il terzo motivo riguarda la decisione di fondare la programmazione sulle conoscenze disponibili ed immediatamente applicabili nel concreto.

Nel 2005 l'Intesa ha previsto una serie di parametri e linee operative riguardanti diversi ambiti tra cui:

- Per il rischio cardiovascolare e la prevenzione di tutte le patologie ad esso correlate, le recidive delle malattie dell'apparato cardiovascolare, l'obesità, il diabete e le patologie correlate, gli screening di prevenzione oncologica, le vaccinazioni, gli incidenti stradali e più in generale tutte le tipologie di infortunio si è previsto un finanziamento dedicato di 440 milioni di euro, e di questi una quota pari a 240 milioni di euro sarà vincolata sulla quota del riparto CIPE utilizzata per il raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1992, n. 662, e i restanti 200 milioni di euro derivanti dalla quota indistinta del fondo sanitario regionale;
- Uno schema per la verifica del raggiungimento degli obiettivi del piano.

(Ministero della Salute, PNP 2014-2018, p.2)

Attualmente la prevenzione in Italia è definita da quanto stabilito dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, che nella sezione "Vision, principi, priorità, criteri, struttura, valutazione del PNP 2014-2018" afferma che per sostenere con continuità il fenomeno della prevenzione, si necessita di un programma caratterizzato dall'adozione di piani condivisi a tutti i livelli gerarchici, dallo Stato alle ASL, con l'obiettivo di massimizzare la qualità e l'efficienza del piano programmatico stesso. La possibilità di mettere a confronto i prodotti, i servizi e i risultati, ai quali vanno sommati la crescita culturale e il continuo apprendimento a cui devono essere sottoposti gli operatori appartenenti ad ogni livello gerarchico, risulta fondamentale per una costante e appropriata verifica dei risultati del piano. Inoltre le esperienze maturate nei precedenti PNP hanno suggerito di puntare sulla scelta di pochi obiettivi che siano condivisi a livello statale e regionale, per poi dare libertà programmatica ed esecutiva a livello locale alle varie ASL, le quali poi individueranno i target all'interno della popolazione in base al reale contesto locale che si trovano ad affrontare, e su di essi verranno impostate le campagne sanitarie necessarie al completamento degli obiettivi forniti dal Piano. Si auspica dunque che il risultato finale possa essere il frutto di un'organizzazione condivisa a tutti i livelli e che vada dunque a massimizzare l'output di utilità sia per la popolazione, che godrà di un beneficio in termini di salute e di qualità della vita, che per il sistema sanitario che beneficerà poi di una ridotta incidenza delle patologie oggetto di prevenzione e, per diretta conseguenza, di una riduzione dei costi sanitari. Il ruolo fondamentale del piano spetta sempre alla funzione di valutazione, in quanto la

programmazione può prevedere dei risultati che si potrebbero rivelare nel concreto molto distanti da quelli reali. Questa possibile differenza viene rilevata per l'appunto dalla fase di valutazione, che va ad evidenziare quelli che sono stati i reali effetti delle prestazioni e dei servizi oggetto di pianificazione, sia a livello centrale che a livello locale, con l'obiettivo di evidenziare eventuali programmi inefficaci ed inefficienti, che devono essere sostituiti quanto prima con soluzioni migliorative. (Ministero della Salute, PNP 2014-2018, p.7)

Attualmente la valutazione della performance del SSN ha fornito i seguenti risultati

- La qualità percepita: il grado di soddisfazione dei cittadini (rilevato ad esempio con l'Eurobarometro) non è particolarmente elevato, anche se le rilevazioni campionarie dell'Istat evidenziano accettabili livelli di qualità percepita da parte delle persone ricoverate in ospedale e da parte dei Medici di medicina generale.
- Recenti indagini sulle performance dei sistemi sanitari europei (ad esempio, lo Euro Health Consumer Index-Powerhouse) sembrano confermare questa visione in “chiaro-scuro”: punti deboli sembrano essere soprattutto i tempi di attesa per prestazioni diagnostiche e specialistiche, l'accesso frenato a farmaci innovativi e costo-efficaci e il basso livello di comunicazione/informazione tra medico e paziente. Il Report 2015 “Meridiano Sanità” di European House Ambrosetti rileva come l'Italia si posizioni sotto la media europea (EU 15) per quanto riguarda “efficienza, appropriatezza e qualità dell'offerta sanitaria” e all'ultimo posto come “capacità di risposta ai bisogni di salute”.
- Il citato Rapporto OCSE del 2014 rileva: scarso livello coordinamento delle cure e di integrazione socio-sanitaria; scarsa attenzione per prevenzione e gestione delle patologie croniche con servizi per l'assistenza di comunità, a lungo termine e di prevenzione poco sviluppati rispetto ad altri Paesi (meno di un decimo di quanto spendono Olanda e Germania per la prevenzione; la più bassa percentuale di operatori per LTC in rapporto alla popolazione > 65 anni).
- Vanno inoltre considerate le notevoli differenze tra i diversi sistemi regionali per quanto riguarda le capacità di governo e i livelli di efficienza e di qualità dei servizi.

Il documento prosegue con la descrizione delle priorità e dei criteri per la definizione dei macro obiettivi, per poi, nella seconda parte, spiegare in modo dettagliato gli obiettivi specifici per ogni ambito medico, dalla prevenzione delle malattie dell'apparato cardio-polmonare a quella dei disturbi neurosensoriali, dedicando ampio spazio anche agli infortuni e alle dipendenze. Tutto ciò a livello pratico non si concretizza poi in un apparato di prevenzione efficiente, e molta di questa inefficacia si può ricondurre all'operato dei governi che hanno governato il nostro Paese negli ultimi decenni, i quali non hanno aderito pienamente al principio “Health in All Policies”, ovvero non hanno orientato tutte le decisioni

politiche mettendo al centro dell'interesse la salute dei cittadini: spesso infatti hanno prevalso gli interessi dell'industria, in quanto una forte domanda di prestazioni sanitarie genera occupazione, la quale sarebbe messa in pericolo da un efficace ed efficiente sistema di prevenzione.

Finora si è a lungo parlato della valutazione come punto cardine della programmazione, quindi si ritiene opportuno svolgere una disamina sui modelli adottati e le loro caratteristiche.

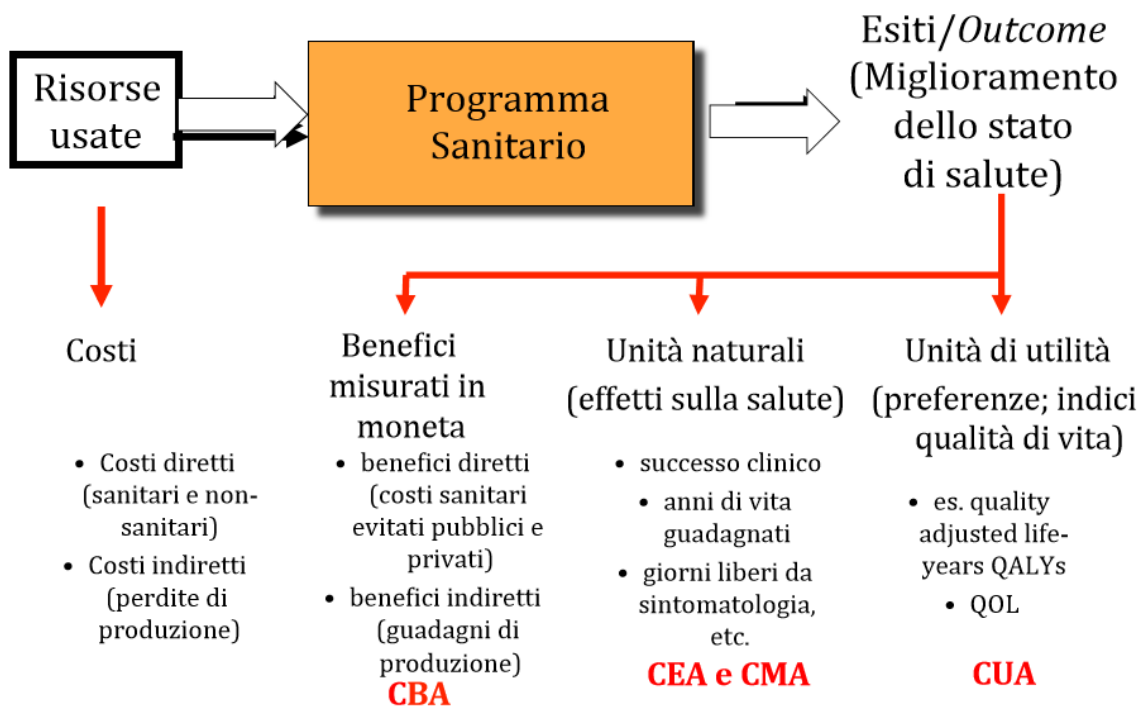
La valutazione economica, secondo particolari metodologie, può rappresentare uno strumento sostitutivo del prezzo: in sanità può essere sinteticamente definita come analisi comparativa dei costi e dei benefici (outcome) di un insieme di programmi sanitari alternativi, allo scopo di identificare quelli che consentono di ottenere il massimo beneficio globale per la società.

La valutazione può riguardare 2 tipi di decisione:

1) scegliere tra diversi programmi alternativi (tra cui anche l'alternativa "non fare nulla" o status quo; ad es., il mantenimento di una terapia farmacologica già esistente per il trattamento di una determinata patologia).

2) decidere fino a che punto spingere il compimento di un dato programma (intensità del programma; ad es. quota di popolazione interessata dal programma).

<i>Si esaminano costi ed effetti positivi di ciascuna alternativa?</i>				
		NO		SI
		Solo effetti Positivi	Solo costi	
<i>Si confrontano due o più alternative?</i>	NO	1. VALUTAZIONE PARZIALE		2. VALUTAZIONE PARZIALE
		1A. Descrizione dei risultati prodotti	1B. Descrizione dei costi	Descrizione costi e risultati prodotti
	SI	3. VALUTAZIONE PARZIALE		4. VALUTAZIONE ECONOMICA COMPLETA
		3A. Valutazione di efficacia (teorica/ reale) Sperimentazioni cliniche	3B. Analisi dei costi	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analisi minimizz.costi ■ Analisi costo/efficacia ■ Analisi costo/utilità ■ Analisi costi/benefici



Fasi e contenuti della valutazione economica

- 1) Definizione di oggetto e obiettivi della valutazione economica
- 2) Scelta della prospettiva di analisi
- 3) Definizione delle alternative rilevanti rispetto agli obiettivi
- 4) Identificazione di benefici e costi delle alternative
- 5) Misurazione e valorizzazione di benefici e costi
- 6) Orizzonte temporale e attualizzazione
- 7) Confronto tra le alternative secondo una particolare metodologia e modello decisionale.
- 8) Analisi di sensibilità:
 - Analisi di scenario
 - Analisi di soglia
 - Analisi probabilistica
- 9) Budget Impact Analysis (BIA): sostenibilità finanziaria del programma sanitario.

Benefici e costi possono essere:

- Diretti
- Indiretti
- Tangibili
- Intangibili

La valutazione economica dei programmi sanitari e delle loro alternative trova le maggiori difficoltà nell'identificazione, misurazione e valutazione dei benefici, siano essi in termini economici che di salute e qualità della vita. La valutazione dei benefici, ovvero dell'efficacia, di un programma sanitario ricomprende i seguenti aspetti:

- misurazione e valutazione degli outcome

- eventuale utilizzo di output intermedi come proxy dell'efficacia;
- fonti dei dati di efficacia e modalità di loro raccolta.

Outcome clinici di salute(CBA e CEA):

- Riduzione mortalità specifica per causa diretta
- Riduzione dell'incidenza e dell'intensità di una patologia

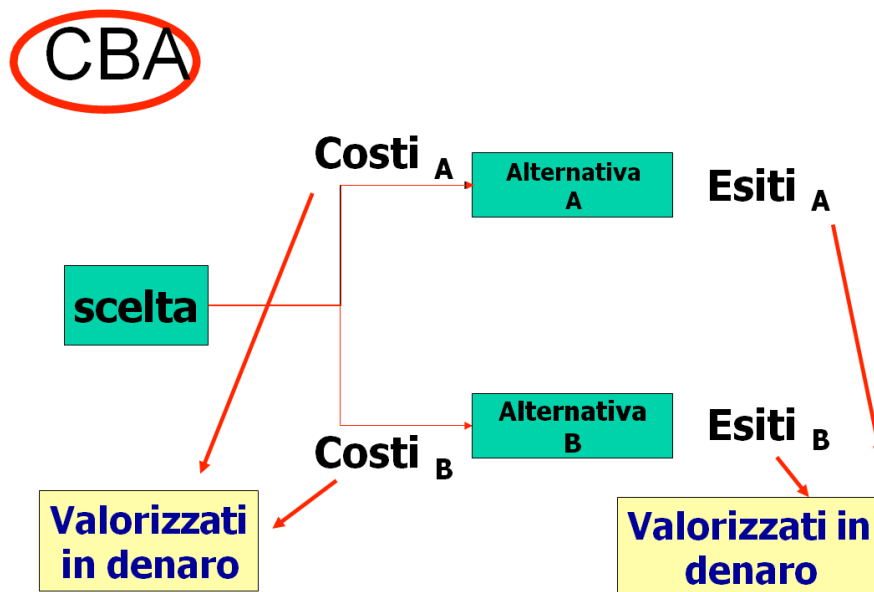
Outcome inerenti la qualità della vita(CUA):

- QALY
- HRQoL

La misurazione dei risultati in termini di un programma sanitario, come evidenziato dal precedente schema, può essere basata su differenti metodi:

- Analisi Costi Benefici(CBA)
- Analisi Costo-efficacia(CEA)
- Analisi di minimizzazione dei costi(CMA)
- Analisi Costo-Utilità(CUA)

Analisi Costi Benefici (CBA)



La CBA è una tecnica di valutazione basata sul confronto tra costi e benefici espressi in moneta.

- riduzione dei rischi di mortalità: valutazione monetaria delle vite statistiche salvate (Value of Statistical Life --- VSL) oppure della riduzione degli anni di vita persi (Value of life years lost – VOLY);
- riduzione della morbilità (minore incidenza e/o prevalenza di patologie).

Anche trascurando gli enormi problemi di ordine etico connessi alla attribuzione di un valore monetario alla vita umana, vi è comunque la difficoltà di quantificare la riduzione del rischio

di morte consentita da un programma sanitario (anni di vita guadagnati, aumento della speranza media di vita, riduzione della mortalità evitabile, ecc.).

Occorre definire una misura monetaria del valore delle vite statistiche salvate (Value of Statistical Life --- VSL) ovvero della riduzione del rischio di morte prematura all'interno della collettività interessata dall'intervento.

L'analisi dei benefici può essere effettuata secondo tre approcci:

1. Capitale umano

Si ottiene il valore stimato delle perdite di produzione/PIL che il programma sanitario ha permesso di evitare (generalmente considerato non adeguato: trascura o sottostima i benefici relativi alle persone in età o condizione non lavorativa).

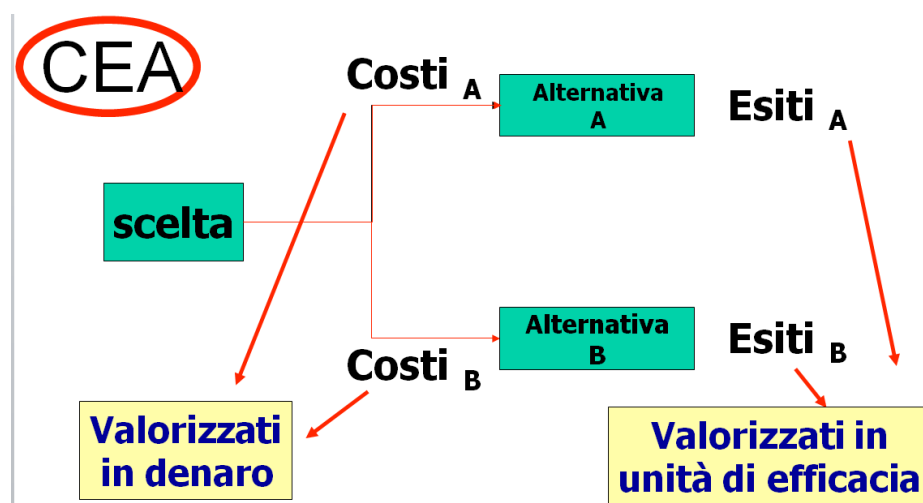
2. Disponibilità a pagare (willingness to pay --- WTP)

- a. metodo delle preferenze rivelate, ad esempio il salario aggiuntivo accettato per svolgere lavori rischiosi (adatto a valutare rischi di morte o malattia assunti volontariamente, non adatto per valutare rischi "involontari")
- b. metodo della valutazione contingente: si basa su questionari sottoposti ad un campione di popolazione (consente di svolgere una valutazione monetaria completa dei benefici, ma risulta complesso e dispendioso)

3. Costo della malattia (Cost of illness – COI)

Si ha una misurazione dei costi diretti ed indiretti (costi sanitari e costi legati a perdite di produttività e tempo libero) evitati a seguito del programma (la valutazione dei benefici non è completa in termini monetari, ma il metodo è meno complesso e costoso rispetto al metodo della valutazione contingente).

Analisi Costo-Efficacia



L'analisi costi-efficacia (CEA) rappresenta il tipo di valutazione economica più frequentemente utilizzata in campo sanitario. In questo tipo di analisi, per ogni programma

sanitario alternativo da valutare si considera il rapporto tra costi (C) espressi in unità monetarie e benefici (outcome) espressi in unità naturali di efficacia (E).

Tutti i programmi sanitari posti a confronto devono essere valutati in modo univoco rispetto alla misura dell'efficacia, in seguito, a seconda del reale contesto di politica sanitaria, si potrà così delineare il criterio di selezione:

1) massimizzare i benefici ottenibili dal programma (misurati in unità di efficacia E) con un vincolo di costo massimo C0 (disponibilità di spesa):

$$\text{Max Es.v. } C \leq C0$$

2) raggiungere una data quantità di efficacia E0 (vincolo di risultato minimo) sostenendo il minor costo possibile:

$$\text{Min C s.v. } E \geq E0$$

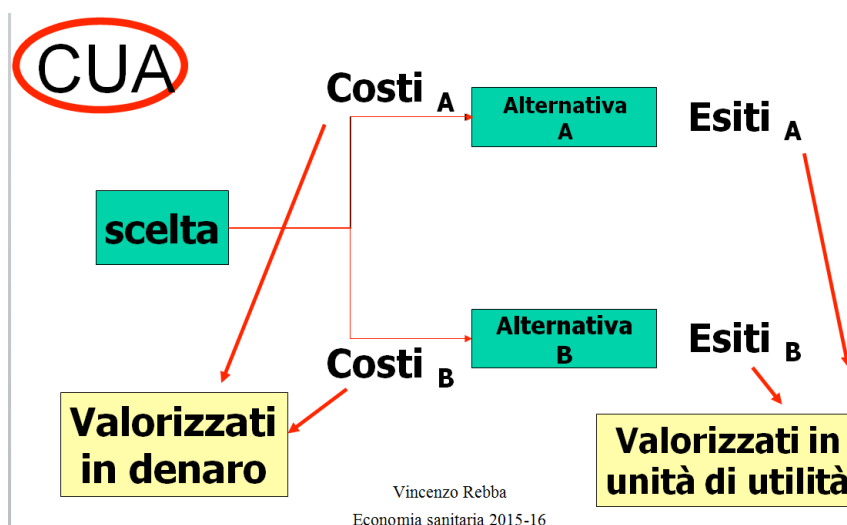
Analisi di minimizzazione dei costi

La CMA si basa sempre sul confronto dei costi di interventi alternativi, però richiede che ne venga preventivamente accertata, con uno studio mirato, l'effettiva equivalenza in termini di efficacia. Il processo decisionale della CMA può essere così sintetizzato:

$$\text{Min C con il vincolo: } E = E0$$

Poiché la misura dell'efficacia può differire da programma a programma, la CEA non può essere utilizzata per confrontare alternative che producano risultati misurabili con unità di misura diverse. Per ogni programma vi è spesso un ampio numero di outcome rilevanti; alcuni sono più importanti o ritenuti di maggiore interesse rispetto ad altri. Potrebbe essere sviluppata una analisi multi-attributi, pesando le diverse componenti di outcome e poi cercando di sintetizzarle in un unico indice. Rimane però il problema di scelta dei pesi relativi.

Analisi Costo-utilità



QALY= Quality Adjusted Life Years = Anni di vita guadagnati x Coeff. Di Qualità della vita (Utilità)

Il coefficiente di qualità della vita (utilità) sintetizza ed esprime, in un indice compreso tra 0 ed 1 (dove 0 è il peggiore stato di salute possibile e 1 è il miglior stato di salute possibile), la desiderabilità di una condizione di salute; è una misura delle preferenze della persona(e) interessata(e) (in primis il paziente) dal programma oggetto di valutazione.

Conoscendo il costo complessivo del trattamento, è possibile calcolare il costo per QALY di un dato programma da confrontare con quello di programmi alternativi.

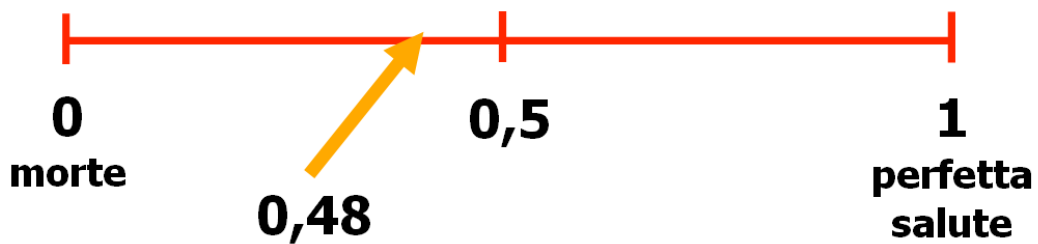
Il processo di scelta della CUA può essere così sintetizzato:

$$\text{Min } C/U$$

L'analisi del rapporto incrementale nel confronto tra programmi alternativi coincide con quella esposta per la CEA (sostituendo i QALY agli indicatori fisici di esito E).

La misurazione dell'utilità avviene con l'utilizzo di tre strumenti:

- Scala Visuale Analogica: permette di indicare con un valore compreso tra 0 e 1 il livello di salute corrispondente con il permanere del paziente in un determinato stato. Patologie lievi saranno molto vicine al valore 1, mentre gravi patologie, soprattutto se invalidanti, avranno un valore prossimo allo 0.

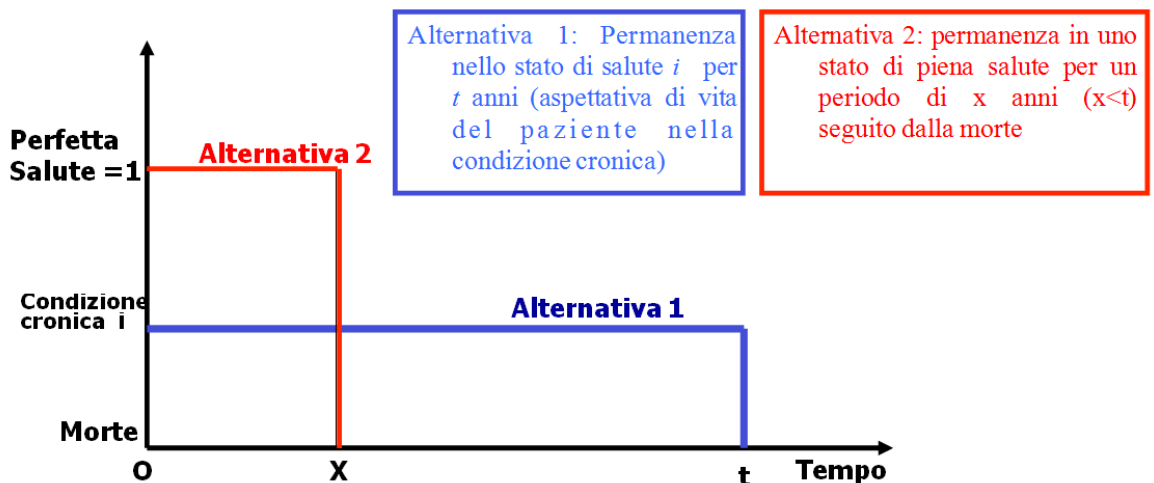


Interpretare il dato di UTILITY:

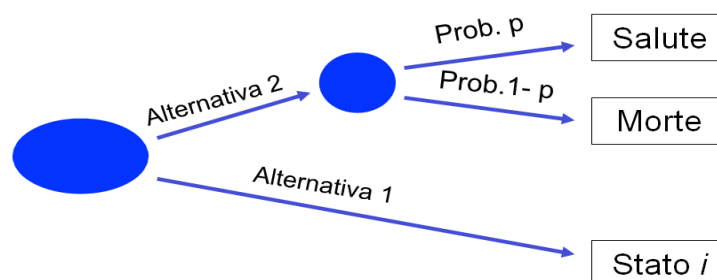
✓✓ Il permanere dei pazienti nello stato di salute considerato, corrisponde al 48% della piena salute.

✓✓ 1 anno di vita con una utilità espressa di 0,48 corrisponde a 0,48 anni (circa 6 mesi) in perfetta salute: $Utility \times Anni \text{ di vita} = 0,48 \times 1 = 0,48 \text{ QALYs}$

- Time trade-off: propone due alternative temporali al paziente che si trova afflitto da una patologia cronica e in seguito calcola il rapporto tra x e t (i tempi relativi alle due alternative) per calcolare il livello di salute percepito.



- Standard Gamble: è equiparato ad una scommessa, da qui il nome, ed indica il valore i assegnato al permanere nello stato di malattia cronica attraverso la valutazione della probabilità p alla quale l'individuo è indifferente tra le due alternative.



Poiché la morbilità si può manifestare in modi molto diversi e difficilmente comparabili tra loro, vari enti regolatori preferiscono misurarne l'impatto in termini di qualità di vita (QOL – Quality of Life) associata allo stato di salute del paziente, utilizzando strumenti generici come, per esempio, lo SF-6D, lo EuroQol-5D e l'HUI (Health Utility Index). In questo caso, i QALY vengono calcolati ponderando l'aspettativa di vita del paziente per l'indicatore QOL di qualità di vita.

Esistono 4 sistemi principali corrispondenti a scale generiche di misurazione della qualità di vita legata a specifici stati di salute (Health Related Quality of Life):

- Quality of Well being (QWB)
- Health Utility Index (HUI)
- EuroQol-5D (EQ-5D)
- Short Form 6 Health Survey Questionnaire (SF-6D)

L'indice EuroQol-5D

Cinque attributi (5 dimensioni):

1. Capacità di movimento
2. Cura della persona
3. Attività abituali
4. Dolore o fastidio
5. Ansia e depressione

Tre livelli per ogni attributo:

1. Nessun problema
2. Qualche problema
3. Gravi problemi

Infine vi è un altro metodo di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia di un programma sanitario, ed è il metodo "Value Based Health Care" di Porter.

Porter definisce il valore in sanità come "risultato ottenuto in termini di salute del paziente per ogni dollaro speso":

Value= Health outcomes that matter to patients/ Cost of delivering the outcomes

La creazione di valore riguarda la gestione integrata complessiva di una determinata condizione clinica (disease management), considerata secondo tutto l'ambito dell'interazione fra paziente e servizi, anziché nella prospettiva del singolo segmento del processo di cura

(ospedale, ambulatorio, ecc.). L'obiettivo diventa massimizzare il valore per il paziente, valutando l'esito delle cure attraverso indicatori di risultato scientificamente validi, facilmente utilizzabili nella pratica, rilevati con meccanismi trasparenti durante tutto il ciclo di cura. Creare un valore elevato per i pazienti non richiede necessariamente una spesa maggiore: la competizione sui risultati può costituire un fattore di ottimizzazione delle risorse (es: programmi per garantire tempi certi nella somministrazione dei farmaci, eliminazione/riduzione di procedure ripetute, strategie di disease management che puntano sul migliore controllo della malattia nelle fasi precoci).

Per ottenere i risultati attesi e a lungo prospettati in ambito sanitario e, di conseguenza, in ambito economico si dovranno studiare e implementare strategie che non saranno necessariamente limitate a interventi nel settore sanitario. Al contrario, sarà necessario effettuare interventi che promuovano e consentano ai cittadini italiani di vivere una vita sana, attiva e indipendente sino a tarda età, contribuendo alla sostenibilità ed efficienza del sistema sanitario, sociale e del welfare, e che portino all'ideazione e diffusione di prodotti e servizi connessi al benessere, alla longevità e all'invecchiamento attivo in salute.

CAPITOLO 4

Le polizze sanitarie integrative in Italia: gli esempi di Allianz S.p.A. ed AXA Assicurazioni S.p.A.

In parallelo con l'assistenza sanitaria fornita dal Servizio Sanitario Nazionale in Italia esistono delle polizze integrative che offrono la possibilità all'assicurato di avvalersi di prestazioni sanitarie in strutture sia pubbliche che private con un esborso "out of pocket" di importo contenuto o addirittura assente. In relazione alla mia esperienza di Stage ho deciso di analizzare il prodotto offerto da AXA Assicurazioni S.p.A., collocato sul mercato con il nome "Protezione Salute", e un prodotto della concorrenza, nello specifico "Universo Salute" di Allianz S.p.A.

Entrambe le polizze assicurative hanno come garanzia principale il rimborso delle spese mediche conseguenti a Ricovero, Intervento chirurgico e Day Hospital a cui si possono aggiungere diverse coperture aggiuntive per una maggiore sicurezza dell'assicurato.

Iniziando la disamina dal prodotto di AXA Assicurazioni si nota che fin dalle prime righe della Nota Informativa la Compagnia pone una forte attenzione al tema della prevenzione, infatti a decorrere dalla stipula della polizza, secondo la modalità descritta in Nota Informativa, gli assicurati con almeno 30 anni di età possono eseguire un check-up di

prevenzione presso le strutture convenzionate. L'Assicurato potrà comunque contattare la Centrale Operativa per consulenza o delucidazioni circa le strutture convenzionate.

Per poter effettuare il check up, l'Assicurato dovrà prenotare direttamente la prestazione presso la struttura sanitaria prescelta e successivamente contattare telefonicamente la Centrale Operativa per comunicare la data e il luogo della prenotazione. L'Assicurato riceverà quindi conferma (tramite SMS o e-mail) dell'avvenuta presa in carico diretta dei costi del check-up.

AXA sostiene interamente i costi del primo check-up, mentre per i successivi, *“trascorsi almeno tre anni dalla data del precedente check up (anche in caso di sostituzione di contratto), è richiesta una partecipazione al costo di € 75,00.”* (AXA Assicurazioni S.p.A., Mod. 9131. C.G.A. p.1 di 47)

Questa prestazione è garantita per tutte le formule del contratto.

	Donna	Uomo
tra 30 e 40 anni	1. Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Azotemia - Cloremia Sodiemia Potassiemia - Colesterolo totale (LDL e HDL) - Creatininemia - Emocromo con formula - Gamma G.T. - Glicemia - PCR - T3 - T4 - TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo 2. Pap test 3. Visita ginecologica 4. Mammografia o Ecografia Mammaria	1. Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Azotemia - Cloremia Sodiemia Potassiemia - Colesterolo totale (LDL e HDL) - Creatininemia - Emocromo con formula - Gamma G.T. - Glicemia - PCR - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo 2. E.C.G. (Elettrocardiogramma) 3. Visita cardiologica
>40 anni	In aggiunta a quanto sopra: 5. E.C.G. (Elettrocardiogramma) 6. Visita cardiologica	In aggiunta a quanto sopra: 4. Esame di laboratorio: PSA 5. Ecografia addominale Inferiore

(AXA Assicurazioni S.p.A., Mod. 9131. C.G.A. p.1 di 47)

AXA, tramite il servizio AXA Assistance, mette a disposizione una centrale operativa sempre attiva per fornire informazioni, prestazioni sanitarie e prestazioni accessorie all'assicurato, il quale gode quindi di un servizio totalmente gratuito di assistenza per gran parte delle necessità sanitarie.

Questa polizza integrativa prevede varie formule con differenti livelli di copertura:

- Standard
- Completa
- Integrativa
- Speciale
- Speciale più

Le Formule Standard e Completa presentano la garanzia base Ricoveri, interventi e day hospital. La garanzia opera in caso di ricovero, intervento chirurgico, anche senza ricovero, o day hospital conseguenti a malattia, ad infortunio, a parto o ad aborto terapeutico. Per completezza di informazioni, a questo punto, si ritiene necessario inserire integralmente nell'elaborato la sezione della Nota Informativa che descrive la copertura assicurativa per evitare la perdita di informazioni e rendere le stesse al lettore nel modo più tecnico possibile. *“AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale riportato in polizza, le spese sostenute: prima, durante e dopo il periodo di ricovero o intervento chirurgico senza ricovero e durante il day hospital, come di seguito descritto nel presente articolo. Il massimale di € 5.000.000,00 riportato in polizza costituisce la somma massima, per persona assicurata e per sinistro, fino alla concorrenza della quale AXA presta la garanzia.*

Prima del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero la Compagnia tiene indenne l'Assicurato dalle spese relative a:

a) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico.

b) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero.

Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);

d) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;

e) rette di degenza;

f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;

g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;

h) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;

i) parto indennizzabile a termini di polizza le spese fino a concorrenza di 30.000,00 euro per:

- interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati nei primi 60 giorni di vita resi necessari da malattia anche congenita e/o da malformazioni, difetti fisici o da infortunio;

- interventi chirurgici sul feto;

j) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata fino a concorrenza di 5.000,00 euro per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto e comunque entro 360 giorni dall'infortunio o dal ricovero.

Dopo il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

l) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;

m) acquisto o noleggio, fino ad un massimo di 550,00 euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato ricovero o intervento chirurgico:

- di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;

- di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto);

- di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

Durante il day hospital In caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessari trattamenti terapeutici in day hospital, AXA rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato durante la sola degenza per:

n) accertamenti diagnostici;

o) assistenza medica e infermieristica;

p) trattamenti fisioterapici e rieducativi;

q) medicinali;

r) trattamenti terapeutici per neoplasie;

s) rette di degenza.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui sopra, AXA corrisponde un'indennità sostitutiva di 70,00 euro per ogni giorno di day hospital con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'indennità sostitutiva di € 140,00 con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo. Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati una sola giornata mentre l'intervento chirurgico senza ricovero è equiparato ad un giorno di ricovero. In caso di parto l'indennità sostitutiva non opera." (AXA Assicurazioni S.p.A., Mod. 9131. C.G.A. pp.12-13 di 47)

La Formula Standard include la garanzia "Alta Specializzazione" che prevede l'indennizzo di una serie di prestazioni diagnostiche altamente specialistiche, come suggerito dal nome stesso della garanzia, fermo restando a carico dell'assicurato uno scoperto del 20% con il minimo di €50,00.

La Formula Integrativa, come suggerito dal nome stesso, va ad integrarsi con le prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale, tenendo indenne l'assicurato per le spese sostenute prima e dopo il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero, fino alla concorrenza del massimale riportato in polizza.

"Prima del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero copre le spese relative a:

a) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico.

b) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero;

Dopo il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero copre le spese relative a:

c) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

d) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato ricovero o intervento chirurgico;

e) acquisto o noleggio, fino ad un massimo di 550,00 euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico:

- *di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;*
- *di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto);*
- *di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.*

In aggiunta, durante il periodo di ricovero o intervento chirurgico senza ricovero, in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, reso necessario da infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico indennizzabili a termini di polizza, AXA corrisponde la diaria riportata in polizza per ogni giorno di ricovero documentato da cartella clinica per una durata massima di 365 giorni.” (AXA Assicurazioni S.p.A., Mod. 9131. C.G.A. p.18 di 47)

Le Formule Speciale e Speciale più infine hanno un ambito di copertura più ristretto, infatti la seconda copre le spese mediche relative a grandi interventi chirurgici, malattie gravi e riconosce all'Assicurato un capitale da convalescenza, mentre la prima offre la sola garanzia relativa ai grandi interventi chirurgici.

Considerando la Formula Speciale Più la garanzia opera in caso di:

- *“grande intervento chirurgico, compreso nell'allegato 1 del presente fascicolo “Elenco grandi interventi”, reso necessario da malattia od infortunio;*
- *ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital reso necessario da una patologia definita nell'allegato 2 del presente fascicolo “Elenco gravi malattie”.*

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale riportato in polizza, le spese sostenute prima, durante e dopo il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero e le spese sostenute durante il day hospital.” (AXA Assicurazioni S.p.A., Mod. 9131. C.G.A. p.20 di 47)

Le prestazioni previste sono le stesse delle Formule Completa e Standard, con la differenza che vengono erogate solo in seguito ad eventi rientranti negli allegati 1 e 2.

Il Capitale da Convalescenza, previsto dalle due formule Speciali, riportato in polizza viene liquidato all'Assicurato nel caso si manifesti una delle patologie elencate nell'allegato 3 e che lo stesso risulti in vita trascorsi 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro.

La Formula Standard è l'unica che non può essere soggetta a modifiche, mentre le altre godono della possibilità di essere integrate con le seguenti Garanzie Facoltative:

- *“Diaria da ricovero: in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, reso necessario da infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico indennizzabili a termini*

di polizza, AXA corrisponde la diaria riportata in polizza per ogni giorno di ricovero documentato da cartella clinica per una durata massima di 365 giorni.

- *Diaria da convalescenza post ricovero: in caso di convalescenza domiciliare dell'Assicurato successiva ad un ricovero o ad un day surgery conseguenti ad infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico indennizzabili a termini di polizza, AXA corrisponde la diaria riportata in polizza, per ogni giorno di convalescenza domiciliare (in ogni caso prescritta e documentata dal medico curante), con il massimo di:*

- *un numero di giorni pari a quelli del ricovero, comunque col massimo di 30 giorni, in caso di ricovero senza intervento chirurgico;*
- *un numero di giorni pari a 5 volte quelli del ricovero, comunque col massimo di 40 giorni, in caso di ricovero con intervento chirurgico terapeutico o day surgery;*
- *3 giorni in caso di parto fisiologico o aborto terapeutico;*
- *7 giorni in caso di parto cesareo.*

- *Visite e analisi: AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale riportato in polizza, per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute per le seguenti prestazioni:*

- *onorari relativi a visite mediche rese necessarie da malattia, escluse quelle odontoiatriche;*
- *onorari relativi a visite mediche rese necessarie da infortunio. Le cure dentarie e delle parodontopatie sono comprese purché l'infortunio sia comprovato da referto di pronto soccorso. Sono comunque escluse le protesi dentarie;*
- *esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio.*

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di € 50,00 (€ 30,00 nei centri convenzionati), per:

- *ogni visita medica;*
 - *ogni serie di accertamenti diagnostici o ogni ciclo di cure dentarie, previsti da un'unica prescrizione medica.*
- *Alta specializzazione: AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale riportato in polizza (€ 3000,00 al massimo), per persona e per anno*

assicurativo, le spese per prestazioni sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio di seguito riportate:”

- | | |
|---|--|
| - Ago aspirato con ago sottile | - Elettronistagmografia |
| - Angiografia (flebograpfia, arteriografia, angiopneumografia, linfografia, coronarografia o cateterismo cardiaco) | - Fluorangiografia oculare |
| - Broncoscopia o Fibrobroncoscopia | - Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia |
| - Cistoscopia | - Mielografia |
| - Cistometria o cistografia | - Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.) |
| - Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (CPRE), Colangiografia intravenosa, Colangiografia percutanea, Colangiografia trans Kehr | - Monitoraggio pressione arteriosa 24 ore (Holter pressorio) |
| - Dermatoscopia digitale (Epiluminescenza digitale) | - Polisonnografia |
| - Ecocardiografia (Ecocardioppler, Ecocardiogramma mono/bilaterale più color doppler) | - Risonanza Magnetica (R.M.) |
| - Ecografia | - Scintigrafia |
| - Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler) | - SPECT (Tomografia ad emissione di fotone singolo); |
| - EEG Mapping (Mapping del cervello) | - Stroboscopia laringea digitale |
| - Elettrocardiogramma dinamico (Holter ECG) | - Studio urodinamico |
| - Elettromiografia(EMG)-Elettroneurografia(ENG) | - Test del respiro |
| | - Test Ergometrico o test da sforzo cardiaco |
| | - Tomografia a emissione di positroni (PET) |
| | - Tomografia Computerizzata (T.C.) |

(AXA Assicurazioni S.p.A., Mod. 9131. C.G.A. p.23 di 47)

- *Infortuni senza ricovero: la garanzia opera in caso di infortunio che non abbia comportato ricovero, ma che sia comprovato da referto di pronto soccorso. AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale riportato in polizza, per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute nei 90 giorni successivi alla data dell'infortunio per le seguenti prestazioni:*
 - o *trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato all'istituto di cura e da qui al suo domicilio;*
 - o *accertamenti diagnostici;*
 - o *onorari per prestazioni mediche ed infermieristiche;*
 - o *trattamenti fisioterapici e rieducativi;*
 - o *cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera).*
- *Diaria da gessatura: la garanzia opera in caso di infortunio con o senza conseguente ricovero in istituto di cura. AXA corrisponde all'Assicurato la diaria riportata in polizza nel caso in cui sia soggetto a:*
 - o *gessatura, a partire dal giorno successivo all'applicazione della gessatura e sino al giorno di rimozione della stessa, per un periodo massimo di 90 giorni per sinistro;*
 - o *frattura delle costole, dello sterno, del bacino, del cranio e/o delle vertebre, radiograficamente accertata e non comportante gessatura per un periodo*

massimo di 10 giorni per la frattura di costole e/o dello sterno e di 40 giorni per la frattura del bacino, del cranio e/o di vertebre;

- *intervento di osteosintesi, a partire dal giorno successivo all'intervento chirurgico di osteosintesi e sino al giorno di rimozione del mezzo metallico applicato, per un periodo massimo di 40 giorni per sinistro;*
- *applicazione del collare di Schanz o assimilabili, per traumi distorsivi al rachide cervicale senza lesione mio-capsulo-legamentosa-scheletrica documentata da accertamenti strumentali, per un periodo massimo di 10 giorni per sinistro.” (AXA Assicurazioni S.p.A., Mod. 9131. C.G.A. pp.22-23-24 di 47)*

La polizza “Universo Salute” di Allianz S.p.A. è strutturata in maniera più semplice e con meno possibilità di personalizzazione, ma le garanzie fondamentali non differiscono da quelle di AXA. Anche in questo caso è posto un forte accento sul tema della prevenzione, infatti la Premessa della Nota Informativa recita:

“Gentile Cliente,

ringraziandoLa per aver scelto Allianz, siamo lieti di offrire a Lei e a tutte le persone maggiorenni assicurate con questa polizza un Check-up Salute gratuito, che potrete effettuare da subito presso una struttura a Sua scelta tra quelle convenzionate con AWP Service Italia S.c.a.r.l., contattando il Numero Verde 800.68.68.68. Il Check-up Salute comprende esami per: Colesterolo HDL, Colesterolo totale, Creatininemia, Esame Emocromocitometrico, Esame urine completo, Valutazione piastrinica, Formula leucocitaria, Sideremia, Gamma GT, Glicemia, GOT, GPT, Trigliceridi, PSA (per gli uomini), Pap test (per le donne). A garanzia della massima riservatezza, gli esiti degli esami saranno rilasciati solo ed esclusivamente a Lei. Inoltre, desideriamo informarLa che, nel caso Lei abbia sottoscritto una polizza con tacito rinnovo, il Check-up Salute gratuito potrà essere ripetuto ogni 2 anni, per permetterLe di tenere sotto controllo il Suo stato di salute.”

(Allianz S.p.A., Universo Salute. C.G.A. p.2 di 24)

Per quanto riguarda la copertura base, Allianz propone due alternative: la prima, equiparabile alla Formula Completa AXA, vale “*in caso di Ricovero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o di Malattia, in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza Intervento chirurgico, fatto salvo quanto espressamente escluso all'articolo "Esclusioni". La copertura è inoltre operante in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale. La seconda, equiparabile con la Formula Speciale AXA, vale in caso di Ricovero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, in Struttura sanitaria, pubblica o privata, per essere sottoposto ad un grande*

Intervento chirurgico o per una grave Malattia, sempreché rientranti tra quelli riportati nell' "Elenco grandi interventi chirurgici" o nell' "Elenco gravi malattie", fatto salvo quanto espressamente escluso all'articolo "Esclusioni"". In entrambi i casi il massimale annuo per le spese mediche non può essere superiore a € 500.000,00 e prevede delle riduzioni, in caso non ci si rivolga ad Istituti della rete convenzionata, che si esplicano in:

- *“Massimale di € 200.000,00 per Gravi Malattie e Grandi Interventi Chirurgici*
- *Massimale di € 100.000,00 per gli altri casi di ricovero*
- *Rimborso delle spese previa detrazione di uno scoperto del 20% con il massimo di € 6000,00.”*

La prima alternativa prende il nome di Ricoveri e prestazioni in forma globale e tiene indenne l'Assicurato per le spese sostenute:

- *“durante il Ricovero per gli esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e delle équipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso);*
- *nei 90 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, effettuati anche al di fuori della Struttura sanitaria, purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero;*
- *nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero.”* (Allianz S.p.A., Universo Salute. C.G.A. p.4 di 24)

Per entrambe le Formule il contratto prevede delle restrizioni per le spese oncologiche, che devono essere incluse con il pacchetto di garanzie aggiuntive “Altre prestazioni assicurate” e sono così indennizzate: *“l'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", in aggiunta a quanto indicato nell'articolo "Oggetto dell'assicurazione", ed entro il limite complessivo di € 10.000,00:*

- *le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;*

- *in presenza di Ricovero, le spese per le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica nei 2 anni successivi alla data di cessazione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa;*
- *in presenza di Ricovero per Malattia oncologica, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione.” (Allianz S.p.A., Universo Salute. C.G.A. p.5 di 24)*

Con lo stesso pacchetto di garanzie aggiuntive vengono inserite nella garanzia anche le spese relative al parto con un limite di € 6000,00 per persona e per anno assicurativo.

Infine l'unica garanzia aggiuntiva disponibile è “Alta Specializzazione” che “*prevede il rimborso, fino alla concorrenza di € 2.500,00 per persona e per anno assicurativo, le spese per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, purché pertinenti alla Malattia e/o all'Infortunio denunciati anche se non collegate a un Ricovero, con uno Scoperto del 20% per prestazione, a carico dell'Assicurato:”*

- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Ecotomografia
- Scintigrafia
- Angiografia
- Angiografia digitale
- Flebografia
- Esame Holter
- Ecodoppler
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea
- Ecocontrastografia
- Coronarografia
- Fluoroangiografia Oculare
- Isterosalpingografia
- Broncoscopia
- Broncografia
- Artrografia
- Mielografia
- Scialografia con Contrasto
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato Digerente ed Urologico
- Densitometria Ossea
- Radionefrogramma
- Potenziali Evocativi Uditivi
- Potenziali Evocativi Visivi
- Pet - Tomografia ad Emissione di Positroni
- Esami Istopatologici

(Allianz S.p.A., Universo Salute. C.G.A. p.7 di 24)

Allianz S.p.A. non prevede rimborsi per spese legate a HIV o AIDS e il contratto decade nel momento stesso in cui viene diagnosticata la patologia, senza che l'assicurato possa aver diritto a qualsiasi tipo di indennizzo. Al contrario con la polizza AXA, in caso di infezione H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), “*a parziale deroga dell'Art.70 - “Persone non assicurabili”, la Compagnia rimborsa fino a concorrenza di € 16.000,00 le spese sostenute dall'Assicurato per il periodo massimo di 120 giorni dalla prima manifestazione della malattia, previste dalle prestazioni “Durante il ricovero o intervento*

chirurgico senza ricovero” o “Durante il day hospital“. Trascorso tale termine l’assicurazione cessa di avere efficacia.” (AXA Assicurazioni S.p.A., Mod. 9131. C.G.A. p.17 di 47)

Ultimata la descrizione delle caratteristiche dei due prodotti assicurativi, bisogna evidenziare che il prodotto offerto da AXA presenta numerosi vantaggi rispetto alla corrispondente polizza di Allianz S.p.A. Pur tralasciando la copertura delle spese relative ad HIV e AIDS, il maggior numero di garanzie accessorie selezionabili e il massimale leggermente superiore per quanto concerne le spese di “Alta Specializzazione”, appare subito di grande rilievo la differenza sostanziale in termini di garanzia base. AXA infatti propone un massimale di € 5.000.000,00, di ben 10 volte superiore a quello della concorrente, non prevede nessuno scoperto o franchigia nel caso l’istituto scelto per le cure non rientri nella rete convenzionata e soprattutto non prevede riduzioni di massimale nel caso appena citato. La società del gruppo francese fino a pochi anni fa garantiva un massimale illimitato nella sua “Protezione Salute”, tuttavia il recepimento della normativa Solvency II da parte dell’IVASS nel 2015 ha costretto la Compagnia ad imporre un limite di massimale, il quale rimane comunque ampiamente sufficiente per la copertura di qualsiasi tipo di intervento a livello mondiale. Questa polizza, a livello di garanzie e massimali, nella sua “Formula Completa”, appare la più idonea al confronto con i prodotti assicurativi statunitensi di cui si tratterà nel prossimo capitolo.

In termini di premio annuo la polizza si dimostra per di più non particolarmente onerosa, infatti, prendendo ad esempio un soggetto assicurato di 25 anni, la Formula Completa, senza alcuna garanzia aggiuntiva, ha un prezzo di € 300,00 annui. Il premio diventa più elevato se si inseriscono le garanzie aggiuntive, ma, anche completa di tutte le garanzie accessorie, non supera i 1.500,00 € annui. Attualmente è in corso una campagna di vendita che coinvolge i bambini da 0 a 10 anni di età che prevede un premio di sottoscrizione di € 100,00 nella fascia compresa tra 0 e 5 anni e di € 150,00 nella fascia compresa tra 5 e 10 anni.

Tutti i premi sono poi indicizzati secondo la tabella qui riportata:

Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato							
% aumento del premio anno su anno							
Ricoveri, interventi e day hospital - Grandi interventi chirurgici - Visite e analisi - Pre e post ricovero - Diaria da ricovero - Diaria da convalescenza post ricovero - Alta specializzazione				Grandi interventi e malattie - Capitale da convalescenza			
Età anni	Percentuali	età anni	Percentuali	età anni	Percentuali	età anni	Percentuali
1	-	38	2,1%	1	2,80%	38	3,40%
2	38,6%	39	1,7%	2	2,80%	39	3,40%
3	4,8%	40	2,6%	3	2,80%	40	3,40%
4	16,6%	41	2,8%	4	2,80%	41	3,55%
5	7,2%	42	2,5%	5	2,80%	42	3,55%
6	8,8%	43	2,2%	6	2,80%	43	3,55%
7	4,4%	44	2,7%	7	2,80%	44	3,55%
8	3,6%	45	2,4%	8	2,80%	45	3,55%
9	4,0%	46	2,2%	9	2,80%	46	3,55%
10	4,3%	47	2,1%	10	2,80%	47	3,55%
11	4,8%	48	2,0%	11	3,10%	48	3,55%
12	4,0%	49	2,1%	12	3,10%	49	3,55%
13	3,9%	50	2,3%	13	3,10%	50	3,55%
14	4,1%	51	3,5%	14	3,10%	51	4,00%
15	4,0%	52	2,8%	15	3,10%	52	4,00%
16	4,9%	53	2,7%	16	3,10%	53	4,00%
17	3,6%	54	2,9%	17	3,10%	54	4,00%
18	3,8%	55	2,8%	18	3,10%	55	4,00%
19	5,3%	56	4,0%	19	3,10%	56	4,00%
20	5,4%	57	2,8%	20	3,10%	57	4,00%
21	5,3%	58	2,7%	21	3,25%	58	4,00%
22	4,1%	59	2,7%	22	3,25%	59	4,00%
23	3,3%	60	2,6%	23	3,25%	60	4,00%
24	2,2%	61	4,1%	24	3,25%	61	4,20%
25	1,6%	62	3,2%	25	3,25%	62	4,20%
26	1,6%	63	3,0%	26	3,25%	63	4,20%
27	2,1%	64	3,3%	27	3,25%	64	4,20%
28	2,0%	65	3,3%	28	3,25%	65	4,20%
29	2,0%	66	4,2%	29	3,25%	66	4,20%
30	2,2%	67	3,2%	30	3,25%	67	4,20%
31	3,0%	68	3,4%	31	3,40%	68	4,20%
32	1,9%	69	3,4%	32	3,40%	69	4,20%
33	1,8%	70	7,1%	33	3,40%	70	4,20%
34	1,8%	71	3,3%	34	3,40%	71	4,40%
35	1,8%	72	3,2%	35	3,40%	72	4,40%
36	2,0%	73	3,2%	36	3,40%	73	4,40%
37	1,7%	74 ed oltre	3,2%	37	3,40%	74 ed oltre	4,40%

Partendo con la copertura dal momento della nascita, attualmente, si andrebbe a versare all'età di 74 anni un premio di € 1581,00 annui per la garanzia base della Formula Completa, frutto dell'indicizzazione del premio iniziale di € 100,00. Tenendo conto dell'aspettativa di vita fornita dall'ISTAT per l'anno 2016 di un uomo, la cui aspettativa di vita è 80,6 anni, il premio annuo massimo che l'assicurato dovrebbe versare sono € 1910,00, mentre se si calcola il premio massimo sull'aspettativa di vita di 85,1 anni delle donne si otterrebbe un risultato pari a € 2166,00 annui. Queste cifre saranno poi oggetto di confronto con i costi delle coperture assicurative disponibili negli USA.

CAPITOLO 5

Il sistema di assicurazione volontaria americano: Cigna e William Russell Ltd

Il sistema sanitario americano è un esempio unico all'interno dei paesi OCSE: l'unico paese che attualmente non prevede un'assicurazione sanitaria obbligatoria, tra i paesi avanzati, sono proprio gli Stati Uniti. Gli altri paesi industrializzati, prevedono una copertura obbligatoria contro i rischi di malattia e la quasi totalità della popolazione, o quantomeno una larga maggioranza di essa, beneficia della suddetta copertura. Alcuni paesi, tra cui l'Italia, il Regno Unito e la Svezia, hanno istituito un servizio sanitario nazionale, ovvero un sistema pubblico, finanziato prevalentemente dalla fiscalità generale dello Stato, che garantisce a tutti i cittadini la fornitura di prestazioni sanitarie a titolo gratuito o semi-gratuito. Altri paesi, come la Germania, la Francia o il Giappone, hanno adottato il sistema alla Bismark, detto anche "assicurazione sociale di malattia": le categorie di lavoratori, in questo sistema, sono obbligati dallo Stato a versare nelle casse di assicurazione sociale relative alla propria categoria una determinata quota del loro reddito a titolo di premio assicurativo. In questo caso non è lo Stato a garantire la copertura, ma agiscono come assicuratori un ampio numero di casse di malattia specifiche e, similmente alle mutue assicurative presenti in Italia, no profit, che raccolgono i contributi dei lavoratori sulla base della categoria lavorativa di appartenenza o della regione di residenza. Gli Stati Uniti, contrariamente a quanto avvenuto in Europa Occidentale, non sono mai riusciti a creare un sistema di assicurazione obbligatoria che andasse a colmare le lacune del sistema privato, garantendo la copertura all'universalità dei cittadini. Vista l'assenza dello schema assicurativo appena descritto, il sistema sanitario statunitense si è sviluppato nel tempo con la creazione di un insieme disorganizzato e sconnesso di programmi pubblici (Medicare, Medicaid, SCHIP) e di coperture private.

Gli Americani, nonostante siano ai vertici mondiali per la ricerca in ambito medico e abbiano dato vita alle strutture diagnostico-terapeutiche più innovative a livello mondiale, spendono il doppio degli europei per dare copertura assicurativa a circa 70% della popolazione, caratterizzandosi, per diretta conseguenza, come uno dei paesi avanzati con i livelli più bassi di efficienza ed efficacia e per un'assistenza ai cittadini di livello non soddisfacente che si ripercuote in termini di livello di salute.

Sia la medicina moderna europea che quella americana sono passate attraverso le stesse fasi storiche di sviluppo, ma hanno ottenuto risultati molto diversi a causa dei differenti i modi con cui sono state percorse. La più grande differenza si è vista a livello di managerializzazione ed organizzazione del sistema sanitario, con il risultato che, negli USA,

l'establishment sanitario esercita un monopolio assoluto sulla professione medica, con il risultato di escludere lo Stato dal ruolo organizzativo e di massimizzare i profitti per i componenti dell'establishment stesso. Questo potere di controllo quasi monopolistico era prima esercitato dall'American Medical Association fino agli anni Settanta del Novecento, e successivamente da una struttura, attualmente definita Medical Industrial Complex, che include, oltre ai medici, anche i finanzieri, i manager, l'industria farmaceutica e le compagnie di assicurazione. Il monopolio ha visto numerosi tentativi di limitare il proprio potere di controllo, effettuati da numerosi presidenti a partire da Harry Truman, uscendo tuttavia sempre indenne. La prima, e attualmente unica, minaccia al suddetto sistema si è concretizzata con il progetto di riforma del presidente Obama, ma, di fatto, ancora una volta è apparso inattaccabile, anche e soprattutto per la mancanza dei fondi statali necessari a sostenere l'intero programma promosso dall'Affordable Care Act, comunemente noto come Obamacare.

La struttura del sistema sanitario statunitense, come già accennato, si fonda su tre pilastri: il primo è il sistema di assicurazione privata, mentre gli altri due sono i programmi federali per i ceti meno abbienti della popolazione, noti come "Medicaid" e "Medicare".

Negli Stati Uniti lo stato finanzia l'assistenza verso gli anziani, i disabili e le persone con malattie renali gravi attraverso il programma di assicurazione federale Medicare, amministrato dal governo degli Stati Uniti. L'altro volto dell'assistenza statale si manifesta nei confronti dei cittadini più poveri che possono avvalersi del programma Medicaid e dello State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Gli altri stati membri dell'OCSE, invece, con investimenti sanitari di minore portata, sia a livello globale che pro-capite, riescono a garantire una copertura sanitaria universale a tutti i cittadini.

Entrando più nello specifico dei due programmi citati, il Medicaid, fondato nel 1965, è un programma sanitario di tipo federale che aiuta gli individui e le famiglie che dispongono di un reddito particolarmente basso a sostenere i costi di una polizza assicurativa, della quale lo Stato paga una quota inversamente proporzionale al reddito familiare: nella fascia di reddito interessata i più poveri ottengono una maggiore compartecipazione, mentre i più abbienti ottengono un sostegno limitato. Il programma è finanziato dal governo federale, ma è gestito integralmente dai singoli Stati che lo hanno adottato unanimemente, nonostante secondo la legge l'adesione sia sostanzialmente volontaria. L'ultimo stato confederato ad aderire al programma Medicaid è stato l'Arizona nel 1982.

Il Medicare, il terzo pilastro su cui si basa il sistema sanitario americano attuale, è un programma di assicurazione sanitaria gestito dal governo degli Stati Uniti, che copre, come precedentemente descritto, gli anziani, i disabili, e le persone con gravi malattie renali a

prescindere dal reddito dichiarato. Questo programma è finanziato a livello nazionale attraverso il versamento di contributi da parte dei lavoratori e dei datori di lavoro, ed è stato introdotto, come il Medicaid, da Lyndon Johnson. Il Medicare obbliga di fatto i cittadini ad iscriversi per una componente di assicurazione ospedaliera, detta A, e una parte di assicurazione medica, detta B. I costi di questi due programmi pubblici assorbono una quota preponderante nei bilanci degli Stati.

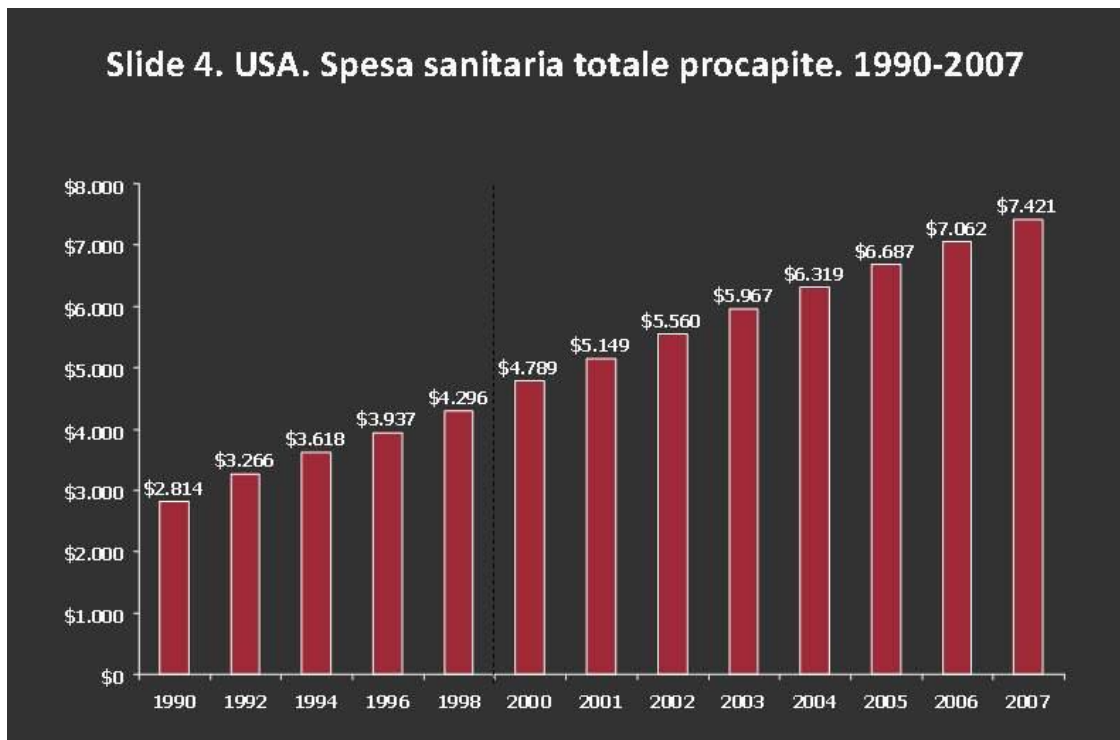
Attualmente circa l'80% della popolazione americana è assicurata per il rischio malattia e circa il 60% gode di questa assicurazione attraverso la legge che obbliga i datori di lavoro a fornire questa copertura ai propri dipendenti.

Solo una quota ridotta della popolazione necessita espressamente della compartecipazione dello Stato per poter stipulare un'assicurazione. È per questo motivo che si sono rese necessarie le creazioni dei programmi Medicare e Medicaid. Bisogna altresì evidenziare che le possibili coperture assicurative (che costano mediamente al datore di lavoro 10 mila dollari annui) subiscono notevoli variazioni di premio e coperture da caso a caso. I datori di lavoro contrattano univocamente tutti i piani individuali dei propri dipendenti, scegliendo in base agli accordi con i dipendenti stessi la tipologia di copertura da sottoscrivere: alcune polizze infatti coprono qualsiasi tipo di spesa sanitaria, anche se con sottolimiti specifici, con premi particolarmente elevati, mentre altre sono maggiormente economiche, presentando tuttavia coperture minori e obbligando gli assicurati a pagare personalmente, out of pocket, quasi tutti i servizi di routine. Bisogna precisare che la mancanza di assicurazione non prevede automaticamente l'esclusione totale dalle prestazioni sanitarie: infatti chiunque può essere curato in casi d'emergenza presso un ospedale o pagare direttamente per ricevere assistenza presso lo studio di un medico, anche se non è coperto da assicurazione medica. La mancanza di una copertura assicurativa tuttavia prevede tempi di attesa piuttosto lunghi e la subordinazione rispetto ai soggetti assicurati, motivo per cui la malattia può raggiungere uno stadio più avanzato con la conseguenza di gravi perdite in termini economici e di qualità di vita del paziente.

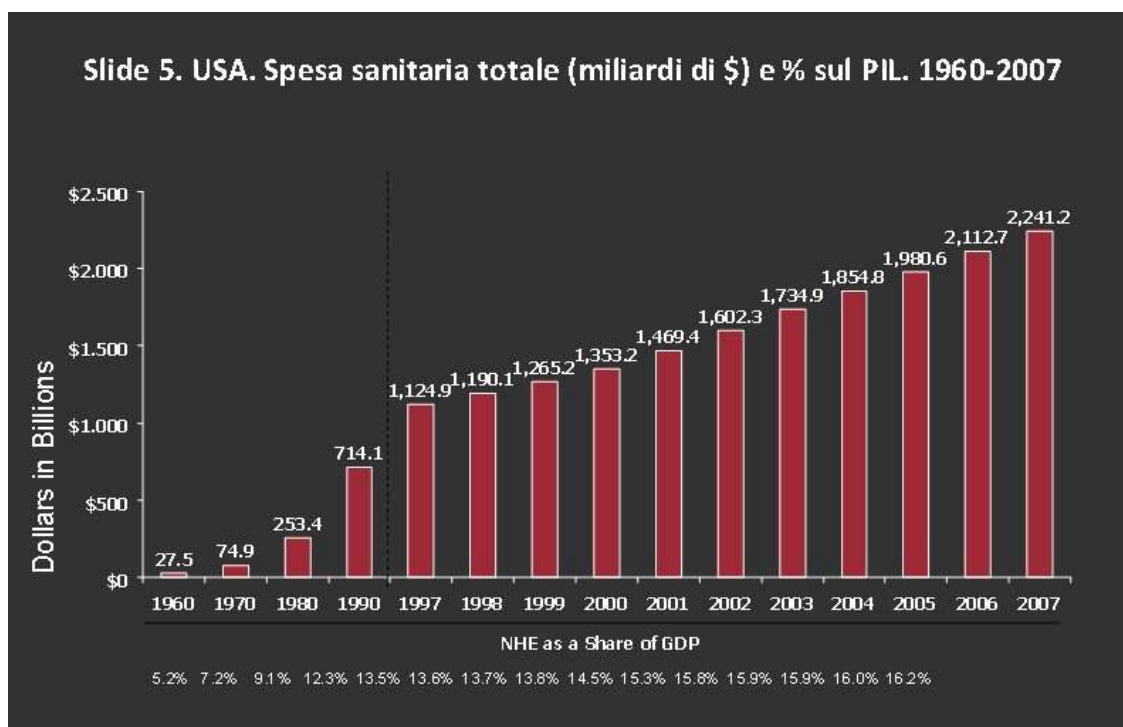
La situazione è peggiorata negli ultimi anni: la crescita della spesa sanitaria da parte dello Stato è stata elevata rispetto alla media degli altri Paesi dell'Ocse e l'aumento di questa spesa è solo parzialmente riconducibile ai costi dei servizi sanitari. Il numero di medici per abitante e il numero di prestazioni di medicina generale sono al di sotto della media dei Paesi in esame, così come quello il tasso di utilizzo degli ospedali. Al contrario si hanno costi per i farmaci superiori alla media, come anche il numero di infermieri. Per quanto riguarda il costo dei medicinali, la causa si può attribuire alla mancata regolamentazione statale dei prezzi ed a

una domanda particolarmente rigida riconducibile al monopolio detenuto dalle industrie farmaceutiche per via dei brevetti.

Vi è una continua espansione della spesa sanitaria statunitense sia dal punto di vista pro capite che di spesa globale.



(Centers for Medicare and Medicaid services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, Summary pro-capita expenditure 1960-2007)



(Centers for Medicare and Medicaid services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, Summary including share of GDP 1960-2007)

L'aspettativa di vita dei cittadini è inferiore alla media attesa, probabilmente a causa di una ridotta efficienza dei sistemi sanitari e di una serie di fattori sociali come attenzione alla dieta, all'uso di alcolici e di tabacco: infatti il tasso di obesità è di gran lunga maggiore rispetto alla media OCSE e lo stesso vale per il numero di fumatori. Si ritiene che negli Stati Uniti l'incidenza dell'obesità sul costo sanitario totale si del 5-7%, contro un valore del 2-3,5% di Canada, Australia e Nuova Zelanda.

Il contenimento della spesa sanitaria era, insieme al problema della copertura assicurativa, uno dei principali obiettivi della riforma di Barak Obama: infatti sono state fatte proiezioni ufficiali sull'andamento del fenomeno fino al 2018 che prevedono che, se non saranno introdotti correttivi, la spesa sanitaria nel 2018 toccherà il tetto di 4.400 miliardi di dollari, pari a 13.100 dollari pro-capite l'anno e del 20,3% del PIL. Per offrire un metro di paragone, la spesa sanitaria pro capite in Italia nel 2016 ha registrato un aumento medio annuo dello 0,7% rispetto al 2012, con un valore di 2.466 euro. Secondo le proiezioni del Centers for Medicare and Medicaid Services nel prossimo futuro si verificherà anche il sorpasso della spesa sanitaria pubblica su quella privata: si stima un valore del 51,3% di spesa pubblica contro un 48,7% di spesa privata. Il predetto sorpasso è legato a due diversi fenomeni: il primo ha origine sociale e si identifica con l'incremento delle persone assistite dal programma federale Medicaid a causa degli effetti che la crisi economica ha prodotto sull'occupazione e sui redditi, effetti che secondo gli analisti produrranno conseguenze almeno fino al 2018. L'altro motivo è di stampo demografico: infatti ci sarà l'incremento della popolazione anziana, e conseguentemente un progressivo aumento degli iscritti al programma federale Medicare, a causa dell'invecchiamento della generazione dei baby-boomers.

(Sisko A. et al. 24 Febbraio 2009.)

Lo studio delle polizze sanitarie americane si è dimostrato molto più complesso in ragione della maggior frammentazione delle garanzie e dalla presenza di una moltitudine di sottolimiti legati a specifiche necessità. In virtù di ciò l'utilizzo di una tabella appare il metodo più idoneo a riassumere le caratteristiche delle stesse.

Come modelli per il confronto sono stati scelti i prodotti assicurativi del ramo malattia di due importanti compagnie come Cigna Healthcare Insurance e William Russell Ltd. Entrambe le compagnie offrono tre versioni del proprio prodotto con massimali e costi crescenti tra le versioni. Il primo prodotto preso in esame è "Global Individual Plans" di Cigna Healthcare Insurance, che presenta le caratteristiche descritte nella seguente tabella.

COPERTURE	ARGENTO	ORO	PLATINO
MASSIMALE	\$ 1.000.000	\$ 2.000.000	ILLIMITATO
SPESE OSPEDALIERE	TOT.	TOT.	TOT.
PERNOTTAMENTO DI UN PARENTE	\$ 1.000	\$ 1.000	TOT.
TRAPIANTI	TOT.	TOT.	TOT.
DIALISI	TOT.	TOT.	TOT.
TEST DIAGNOSTICI(se legati a ricovero/day hos.)	TOT.	TOT.	TOT.
ALTA SPECIALIZZAZIONE	\$ 5.000	\$ 10.000	TOT.
FISIOTERAPIA	\$ 2.500	\$ 5.000	TOT.
ASSISTENZA DOMICILIARE	\$ 2.500	\$ 5.000	TOT.
RIABILITAZIONE	\$ 2.500	\$ 5.000	TOT.
DEGENZA IN OSPIZIO	\$ 2.500	\$ 5.000	TOT.
AUSILI RIABILITATIVI	\$ 3.100 CAD.	\$ 3.100 CAD.	\$ 3.100 CAD.
INDENNIZZO SOSTITUTIVO	\$ 100	\$ 100	\$ 200
INTERVENTO DENTISTICO URGENTE	TOT.	TOT.	TOT.
TRATTAMENTO PSICHIATRICO	\$ 5.000	\$ 10.000	TOT.
TRATTAMENTO DEL CANCRO	TOT.	TOT.	TOT.
PARTO E CURE POST-PARTO	//	\$ 7.000	\$ 14.000
COMPLICANZE DEL PARTO	//	\$ 14.000	\$ 28.000
PARTO IN CASA	//	\$ 500	\$ 1.100
CURE DEL NEONATO	\$ 25.000	\$ 75.000	\$ 156.000
CONDIZIONI CONGENITE	\$ 5.000	\$ 20.000	\$ 39.000

(Cigna, Global Individual Plans, sales Brochure Broker 10/2015)

La seconda soluzione, collocata sul mercato da William Russell Ltd con il nome di “Elite Health Plans” si configura come qui riassunto.

COPERTURE	BRONZO	ARGENTO	ORO
MASSIMALE	\$ 1.500.000	\$ 2.500.000	\$ 5.000.000
SPESE OSPEDALIERE	Totale	Totale	Totale
PERNOTTAMENTO DI UN PARENTE	Totale	Totale	Totale
TRAPIANTI	Totale	Totale	Totale
DIALISI	4 SETTIMANE	4 SETTIMANE	4 SETTIMANE
TEST DIAGNOSTICI	Solo se legati ad una garanzia durante day-hospital, ricovero o con intervento in regime ambulatoriale.		
ALTA SPECIALIZZAZIONE	Totale	Totale	Totale
FISIOTERAPIA	\$ 1.000 POST RICOVERO	Totale	Totale
RIABILITAZIONE	\$ 1.000	Totale	Totale
CRITICAL ILLNESSES	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 100.000
AUSILI RIABILITATIVI	\$ 500	\$ 1.000	\$ 1.500
INDENNIZZO SOSTITUTIVO	\$ 40 al giorno	\$ 80 al giorno	\$ 250 al giorno
INTERVENTO DENTISTICO URGENTE	Totale Con Ricovero Escluso Senza ricovero	Totale Con Ricovero \$ 500 senza ricovero	Totale Con Ricovero \$ 1.000 senza ricovero \$ 1.500 intervento di routine
TRATTAMENTO PSICHIATRICO	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
TRATTAMENTO DEL CANCRO (di cui \$500 per visite)	Totale	Totale	Totale
PARTO E CURE POST-PARTO	//	//	\$ 15.000
COMPLICANZE DEL PARTO	//	//	Totale
COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA	\$ 4.800	\$ 15.000	Totale
CURE DEL NEONATO	//	\$ 10.000	\$ 100.000
CONDIZIONI CONGENITE	\$ 20.000	\$ 40.000	\$ 80.000
COSTI DEL DONATORE	\$ 25.000	\$ 25.000	\$ 25.000
PATOLOGIE CRONICHE	IN OSPEDALE	Totale	Totale

(William Russel, Elite Health Plans 2017)

Si può notare come le coperture offerte, come nel caso delle compagnie italiane, siano molto simili tra loro e le maggiori differenze si possano riscontrare solo sui sottolimiti relativi ad alcune precise necessità.

Il confronto tra i due prodotti ha evidenziato un sostanziale equilibrio dal punto di vista qualitativo e, nelle versioni più complete degli stessi, una spiccata somiglianza con la polizza offerta in Italia da AXA Assicurazioni S.p.A.. La sostanziale differenza si riscontra sotto l'aspetto economico, infatti il premio annuo richiesto dalle due compagnie statunitensi è nettamente superiore. Prendendo ad esempio un assicurato di 25 anni, come nel caso precedente, si otterrà un premio annuo di circa \$ 4800,00, quindi all'incirca di 10 volte maggiore rispetto a quello di cui si può godere in Italia.

Questo dato evidenzia ancora una volta come la spesa sanitaria statunitense, a livello pro capite, sia enormemente maggiore rispetto a quella italiana: infatti il premio assicurativo si stima calcolando la probabilità di dover ricorrere a prestazioni sanitarie e il costo delle stesse per ogni fascia d'età. In un primo momento potrebbe dunque apparire che le compagnie di assicurazione americane calcolino, a parità di probabilità, un costo medio delle prestazioni di dieci volte superiore.

Questa deduzione risulta semplificata rispetto alla realtà: infatti il monopolio instauratosi in America comporta anche un potere di mercato delle compagnie stesse, che ottengono enormi profitti, attraverso l'applicazione di notevoli caricamenti, dalla necessità dei cittadini di ricorrere all'assicurazione privata per garantirsi l'assistenza sanitaria. Inoltre in Italia molte prestazioni sono coperte dal SSN e quindi il ricorso all'indennizzo assicurativo è circostanziato alle prestazioni più onerose in termini monetari e di tempo. Al netto di queste ulteriori valutazioni si può ricondurre il rapporto tra le stime dei costi sanitari delle compagnie statunitensi e le stime delle omologhe italiane allo stesso valore del rapporto tra le spese sanitarie pro capite dei due paesi, ovvero all'incirca 4,5:1.

CAPITOLO 6

Quali vantaggi potrebbe portare un sistema di assicurazione volontaria al mercato italiano?

L'analisi delle caratteristiche dei sistemi sanitari, del pricing dei prodotti assicurativi e della sostenibilità dei sistemi stessi fino ad ora svolta ha fornito le basi per una valutazione più accurata del sistema sanitario italiano.

Dal punto di vista economico il Servizio Sanitario Nazionale ha una gestione dei costi delle prestazioni di gran lunga più efficiente rispetto a quello statunitense, vincolato dal monopolio del Medical Industrial Complex e dai molteplici interessi che in esso sono convogliati. Nelle cliniche americane per una semplice appendicectomia si arrivano a pagare 30 mila dollari, che salgono a 85 mila per il trattamento della frattura del femore. Un parto prematuro genera una fattura minima di 150 mila dollari, il soccorso di urgenza conseguente ad un arresto cardiaco e le successive cure, senza intervento chirurgico, arrivano invece a costare fino a 180 mila dollari, infine una visita di controllo dal pediatra ha un costo medio di circa 400 dollari. A sostegno della maggior efficienza delle strutture italiane vi sono i dati sui costi standard del nostro SSN elaborati da "Il Sole24Ore – Sanità" sulla base dei dati forniti dal Network Italiano sanitario (N.I.San.) grazie all'hospital patient costing. Qui di seguito sono stati estrapolati alcuni costi per un confronto con quelli prima citati a titolo esemplificativo.

Drg: codice e descrizione	Ricoveri		
	Ordinario	Outliers	Dh
164 Appendicectomia con diagnosi principale complessa con cc	€ 9.761,50	€ 22.006,47	-
165 Appendicectomia con diagnosi principale complessa senza cc	€ 4.671,96	€ 14.110,54	-
166 Appendicectomia con diagnosi principale non complessa con cc	€ 5.353,16	€ 12.096,95	-
167 Appendicectomia con diagnosi principale non complessa senza cc	€ 3.124,78	€ 6.134,57	€ 1.525,13
211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori >17 anni senza cc	€ 7.126,88	€ 15.485,89	€ 2.130,21
230 Escissione locale e rimozione mezzi fissaggio intramidollare di anca e femore	€ 3.674,60	€ 17.167,65	€ 1.355,71
235 Fratture del femore	€ 3.157,37	€ 18.960,50	€ 450,85
370 Parto cesareo con cc	€ 5.186,63	€ 12.512,59	-
371 Parto cesareo senza cc	€ 3.364,68	€ 5.961,32	-
372 Parto vaginale con diagnosi complicanti	€ 3.984,20	€ 7.238,38	-
373 Parto vaginale senza diagnosi complicanti	€ 2.776,54	€ 4.532,92	-
387 Prematurità con affezioni maggiori	€ 9.074,80	€ 64.237,42	€ 863,01
388 Prematurità senza affezioni maggiori	€ 3.858,76	€ 17.999,84	€ 688,63
129 Arresto cardiaco senza causa apparente	€ 7.221,86	€ 26.049,02	€ 222,00

(Il Sole24ore, Sanità. 2014)

Ancora una volta il sistema italiano fornisce dei dati nettamente migliori rispetto a quello americano, infatti comparando i 4 DRG posti ad esempio si ottiene che:

- L'appendicectomia con diagnosi principale complessa e successive complicanze ha un costo standard di € 9.761,50 contro un esborso previsto di \$ 30.000,00 in America, con i casi atipici e particolarmente gravi (Outliers) che nel peggiore dei casi arrivano ad una stima di € 22.006,47, che è un valore comunque inferiore ai trenta mila dollari già citati.
- La frattura del femore comporta un costo standard di € 3.157,37 e un esborso massimo previsto di € 18.960,50, meno di un quarto del trattamento oltreoceano.
- La nascita, tramite parto cesareo con complicanze, di un figlio prematuro che presenta affezioni maggiori ha un esborso outliers complessivo di € 77.000,00, la metà del costo previsto negli Stati Uniti per una nascita prematura senza particolari complicanze.
- Infine l'esborso per un arresto cardiaco viene calcolato dalla sanità statunitense sei volte di più del massimo esborso previsto in Italia: \$ 180.000,00 contro € 26.049,02.

Questa breve comparazione conferma nuovamente un rapporto tra il 4:1 e il 5:1 per quanto concerne i costi dei trattamenti sanitari nei due sistemi posti a confronto.

In conclusione si può affermare che il Servizio Sanitario Nazionale Italiano ha il suo più grande vantaggio rispetto al sistema americano nel contenimento dei costi per le prestazioni che offre ai cittadini, mentre le carenze sono state evidenziate soprattutto a livello manageriale (sprechi e interessi personali) e di fonti di iniquità.

Alla luce delle caratteristiche delle soluzioni assicurative private disponibili in Italia si può affermare che, data l'attuale spesa pro-capite e viste le peculiarità positive dell'offerta di servizi sanitari, il passaggio da un sistema di tipo universalistico ad un sistema di assicurazione volontaria potrebbe andare a colmare quelle lacune di inefficienza tipiche degli enti pubblici.

L'assicurazione privata prevede già la compartecipazione alla spesa da parte dell'assicurato, in misura del tutto simile al ticket sanitario, per alcune prestazioni come le Visite Mediche e le prestazioni di Alta Specializzazione, che sono ritenute garanzie speculative dalle compagnie, mentre per le altre garanzie prevede una copertura integrale. Ciò porterebbe giovamento in termini di utilizzo delle prestazioni dall'elevato value in quanto andrebbe ad annullare la discriminazione economica nell'accesso a tali soluzioni, comportando un risparmio sia dal punto di vista economico che di perdita di qualità di vita per la popolazione.

Questo beneficio sociale ha poi anche un ritorno economico per le imprese assicuratrici che evitano sprechi di risorse in terapie scarsamente efficaci per privilegiare quelle più efficienti. Un secondo aspetto che caratterizza negativamente i sistemi pubblici è la burocrazia che avvolge ogni fase del processo di erogazione del servizio, dell'organizzazione e della gestione finanziaria. Trasferendo i suddetti oneri a delle compagnie private si avrebbe un notevole risparmio nel bilancio statale per tutto ciò che riguarda gli apparati burocratici e decisionali, mentre le suddette compagnie hanno un forte interesse nello snellimento di tutti i processi con due conseguenze dirette: per le imprese si ha una riduzione dei costi, con conseguente aumento dei profitti, mentre per la popolazione si ha una diminuzione dei tempi di attesa e delle pratiche necessarie per l'accesso a determinati servizi. Questi processi potrebbero essere sviluppati anche a livello statale, ma i già citati interessi, che vanno dal livello occupazionale nel settore pubblico alle aspettative di reddito dei dirigenti, ostacolano ogni percorso che porti ad una facilitazione per il consumatore, se questa comporta una qualche riduzione dell'apparato pubblico. Le compagnie private, al contrario, delegano delle società terze per fornire assistenza ai clienti e seguire le fasi del processo liquidativo, esternalizzando così tutta la parte burocratica. Le società gestionarie a loro volta hanno dei budget per la gestione delle pratiche e sono portate sempre più a minimizzare tempi e costi con soluzioni innovative ed efficienti, come possono essere ad esempio portali web dedicati e applicazioni per smartphone, e avvalendosi di personale altamente specializzato in una fase del processo, con una netta separazione dei compiti, in modo da evitare qualsiasi sovrapposizione di ruoli o stallo nei processi.

La riduzione dei costi della burocrazia, sommata all'utilizzo più diffuso di prestazioni dall'alto value e all'annullamento dell'influenza degli interessi personali, porterebbe una forte riduzione della spesa sanitaria rendendo il sistema sostenibile nel tempo in quanto vi sarebbe la concreta possibilità di avvalersi delle nuove tecnologie in ambito sanitario in modo più continuativo e diffuso all'interno della popolazione.

Il più grande interrogativo potrebbe riguardare proprio la gestione degli interessi personali, che non sarebbero più quelli di burocrati e dirigenti delle strutture, ma più probabilmente quelli delle compagnie di assicurazione che potrebbero formare una lobby, come avviene negli Stati Uniti, creando un'espansione artificiale dei costi sanitari ai danni dei consumatori. Questa evenienza nella realtà italiana risulta poco probabile in quanto il mercato assicurativo è fortemente concorrenziale in ogni ramo e qualsiasi accordo tra imprese ai danni dei consumatori vedrebbe comunque un'adesione non totalitaria risultando quindi inefficace. In America il fenomeno delle lobby nella sanità è nato insieme al sistema sanitario stesso e infatti la maggior parte delle imprese che offrono polizze sanitarie sono specializzate in quel

ramo e non propongono prodotti per assicurare rischi diversi dal rischio malattia. In Italia invece quasi tutte le compagnie operano su tutti i rami e questa sarebbe un'ulteriore garanzia verso la concorrenzialità dell'intero sistema.

Riferimenti Bibliografici

- Allianz S.p.A.. Universo Salute. Ed. 05/2017.
- AXA Assicurazioni S.p.A.. Mod. 9131. Ed. maggio 2015.
- Centers for Medicare and Medicaid services. Office of the Actuary. National Health Statistics Group. Summary including share of GDP 1960-2007.
- Centers for Medicare and Medicaid services. Office of the Actuary. National Health Statistics Group. Summary pro-capita expenditure 1960-2007.
- Cigna. Global Individual Plans. Sales Brochure Broker 10/2015.
- Il Sole24ore. Sanità. “Costi standard, la proposta N.I.San”. 2014.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.
- Quotidiano Sanità. Finanziamento del SSN anno 2017.
- Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale 2016-2025.
- Rapporto OsservaSalute 2015
- Renzo Stefanelli, 1993. Lo stato dell’economia: luoghi, uomini e idee. Prima edizione. Bari: Edizioni Dedalo. P.68.
- S. Harper. Marzo 2004. Ageing Society. The Oxford Magazine.
- Sisko A. et al. 24 Febbraio 2009. Health Spending Projections Through 2018: Recession Effects Add Uncertainty To The Outlook. Health Affairs 2009.
- William Russel, Elite Health Plans 2017.

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 1 - Elenco grandi interventi

Cardiologia

- interventi di cardiologia a cuore aperto;
- interventi di by-pass aortocoronario;
- Impianto pace-maker endocavitario ed eventuale riposizionamento degli elettrocateretri e programmazione elettronica;
- Impianto definitivo di defibrillatore.

Collo

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne;
- Tiroidectomia allargata per neoplasie maligne;
- Timectomia per via cervicale;
- Resezione dell'esofago cervicale;
- Interventi sulle paratiroidi.

Esofago

- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago;
- Operazioni sull'esofago per neoplasie maligne: resezioni parziali, basse, alte, totali;
- Esofago-plastica;
- Interventi per diverticolo esofageo;
- Intervento per varici esofagee, transtoracico o addominale;
- Intervento per varici esofagee, emostasi con sonda tamponante;
- Posizionamento di protesi endo esofagee.

Pancreas - Milza

- Interventi di necrosi acuta del pancreas;
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazioni delle cisti;
 - b) marsupializzazione;
- Interventi per fistole pancreatiche;
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa;
 - b) della coda;
- Splenectomia.

Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne;
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne;
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica;
- Intervento per fistola gastro-digiuno- colica;
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne;
- Varici gastriche (emostasi).

Retto - Ano

- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addomino perineale;
- Proctocolectomia totale;
- Prolasso del retto, intervento per via trans-ale o per via addominale.

Pertoneo

- Exeresi di neoplasie maligne dello spazio retroperitoneale.
- Intervento per ascesso del Douglas o addominale;
- Intervento per ascesso subfrenico.

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 1 - Elenco grandi Interventi

Fegato e vie biliari

- Resezione epatica, emi-epatectomia;
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- Derivazioni biliodigestive;
- Interventi sulla papilla di Vater;
- Interventi di anastomosi veno-venose per il trattamento della ipertensione portale.
- Intervento per ascesso o cisti;
- Intervento per echinococcosi;
- Termoablazione con radiofrequenza di tumori epatici, qualsiasi via di accesso.

Intestino

- Colectomia totale;
- Colectomia parziale da neoplasie maligne;
- Deversione biliopancreatica (terapia obesità);
- Intervento per megacolon.

Torace

- Resezioni segmentarie e lobectomia;
- Pneumonectomia;
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi;
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee;
- Pleuropneumonectomia;
- Toracectomia ampia;
- Resezione bronchiale con reimpianto;
- Timectomia per via toracica;
- Toracoplastica totale;
- Interventi per neoplasie maligne del mediastino;
- Interventi per neoplasie maligne della trachea.

Faccia e bocca

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare;
- Parotidectomia totale con resezione radicale del collo, con o senza innesto neurale;
- Trattamento chirurgico di fratture maxillo-facciali multiple.

Urologia

- Cistectomia totale o radicale;
- Nefrectomia allargata per neoplasia;
- Nefroureterectomia totale;
- surrenalectomia.

Ginecologia

- Chirurgia radicale vulvare o utero vaginale con linfadenectomia;
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 1 - Elenco grandi Interventi

Chirurgia del sistema nervoso

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
- Interventi per deviazioni liquorale diretta e indiretta;
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici;
- Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici;
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici;
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale;
- Asportazione di neoplasie endocraniche e trattamenti chirurgici degli aneurismi intracranici;
- Interventi per epilessia focale;
- Emisferectomia;
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi;
- Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi similari;
- Asportazione di neoplasie del rachide intra ed extra midollari;
- Interventi per patologie intramidollari e per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica;
- Interventi sul plesso brachiale;
- Asportazione di tumori dell'orbita.

Chirurgia vascolare

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi splancnici;
- Interventi per aneurismi e by-pass dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache;
- Tromboendoarteriectomia della arteria carotide, della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti.

Ortopedia e traumatologia

- Disarticolazione interscapolo toracica;
- Emipelvectomia;
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti;
- Resezioni del sacro;
- Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari;
- Interventi sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne;
- Artroprotesi di anca per patologia acquisita;
- Reimpianto di un membro.

Otorino

- Laringectomia totale;
- Faringolaringectomia;
- Interventi per neurinoma dell'VIII paio;
- Operazione radicale per sinusite frontale (Operazione di Ogston-Luc);
- Operazione radicale per sinusite mascellare (operazione di Caldwell-Luc)
- Svuotamento petromastoideo.

Tutti i trapianti d'organo (anche di midollo osseo)

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 2 – Elenco gravi malattie

Definizioni

Cancro

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La copertura esclude i tumori di carattere non invasivo in situ, benigni, premaligni e della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.

Qualora le conseguenze di uno dei tumori esclusi si concretizzassero in metastasi in organi differenti rispetto a quello colpito dalla prima manifestazione la copertura si intende operante.

Infarto miocardico acuto

Sindrome coronarica acuta che causa la morte o la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco.

Ictus cerebro-vascolare

Emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco. La garanzia non comprende le patologie ischemiche reversibili, ictus silente, attacchi ischemici transitori o malattie cerebrovascolari che non hanno causato emorragia od infarto in organi intracranici.

Sclerosi multipla o a placche

Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale.

Sclerosi Laterale Amiotrofica

Malattia degenerativa e progressiva del sistema nervoso, che colpisce selettivamente i cosiddetti neuroni di moto (motoneuroni), sia centrali - 1° motoneurone a livello della corteccia cerebrale, sia periferici - 2° motoneurone, a livello del tronco encefalico e del midollo spinale.

Morbo di Parkinson

Malattia degenerativa del sistema nervoso centrale che causa la morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina.

Insufficienza renale

Marcata compromissione della funzionalità renale di entità tale da rendere necessario un trattamento sostitutivo, rappresentato dalla dialisi o dal trapianto .

Anemia aplastica

Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che richieda trattamento con almeno una delle seguenti terapie: emotrasfusioni, terapie con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi o trapianto di midollo osseo.

Cirrosi epatica

Marcata compromissione della funzionalità epatica determinata da patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di fibrosi nel fegato e di noduli di rigenerazione, e di ostacoli al normale rapporto fra flusso sanguigno e cellule epatiche.

Encefalite acuta

Malattia del sistema nervoso centrale, caratterizzata dall'infiammazione del parenchima cerebrale.

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 3 – Elenco patologie Capitale da convalescenza

Definizioni

Cancro

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La copertura esclude i tumori di carattere non invasivo in situ, benigni, premaligni e della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.

Qualora le conseguenze di uno dei tumori esclusi si concretizzassero in metastasi in organi differenti rispetto a quello colpito dalla prima manifestazione la copertura si intende operante.

Infarto miocardico acuto

Sindrome coronarica acuta che causa la morte o la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco.

Ictus cerebro-vascolare

Emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco che produca danno neurologico sensitivo e motorio permanente. La garanzia non comprende le patologie ischemiche reversibili, ictus silente, attacchi ischemici transitori e malattie cerebrovascolari che non hanno causato emorragia od infarto in organi intracranici.

Sclerosi multipla o a placche

Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale.

Sclerosi Laterale Amiotrofica

Malattia degenerativa e progressiva del sistema nervoso, che colpisce selettivamente i cosiddetti neuroni di moto (motoneuroni), sia centrali - 1° motoneurone a livello della corteccia cerebrale, sia periferici - 2° motoneurone, a livello del tronco encefalico e del midollo spinale.

Morbo di Parkinson

Malattia degenerativa del sistema nervoso centrale che causa la morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina.

Insufficienza renale

Perdita progressiva, irreversibile e bilaterale della funzione renale, che rende necessario un trattamento sostitutivo, rappresentato dalla dialisi o dal trapianto. Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea.

Anemia aplastica

Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: emo-trasfusioni periodiche, terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi o trapianto di midollo osseo.

Innesto bypass aorto coronarico

Intervento chirurgico al cuore per correggere una o più arterie coronariche parzialmente o totalmente ostruite con innesto di un bypass.

Trapianto di organi principali

Intervento di chirurgia che prevede la sostituzione di una componente di un organismo vivente, in quanto mai funzionante, con l'omologa, funzionante. Sono coperti i trapianti dei seguenti organi principali: cuore, fegato, midollo spinale, pancreas, polmoni, rene.

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 3 - Elenco patologie Capitale da convalescenza

Definizioni

Cecità totale

Saranno considerati ciechi totali a seguito di infortunio o malattia -secondo quanto disposto dalla legge 3 aprile 2001, n. 138. Ministero della Salute, Art. 2: a) coloro che hanno una perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi; b) coloro che hanno la mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi. c) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3%.

Paralisi

Perdita completa e permanente della motilità di almeno due arti diagnosticata e dimostrata da evidenza neurologica permanente ed irreversibile.

Coma irreversibile

Perdita permanente della funzione cerebrale caratterizzata da un stato di incoscienza con ECG piatto e con esame neurologico che non dà segno di funzioni cerebrali, di risposta al dolore, privo di riflessi dei nervi cranici e di respirazione spontanea.