

**A | S I D E**  
**D | R I S K**

Marzo  
Aprile

n. 9 **2017**

# **Sanità Sostenibile**



# SOMMARIO

## IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO E IL RISCHIO DI SOSTENIBILITÀ FUTURA **3**

I dati tendenziali evidenziano il rischio di una futura insostenibilità del sistema sanitario pubblico e privato in Italia se inteso come attualmente organizzato; il mondo delle assicurazioni, il sistema della farmacie e gli operatori della digitalizzazione potranno favorire un cambiamento delle condizioni al contorno generando virtuose economie, ottimizzazioni organizzative che potrebbero consentire non solo di evitare il rischio premesso ma addirittura di cogliere opportunità di significativo miglioramento.

## L' INNOVAZIONE NELLA ASSICURAZIONE SALUTE **4**

Il ruolo proattivo dell'assicuratore, attraverso lo sviluppo di network sanitari sempre più accessibili, gestioni semplificate ed evolute nel rapporto con l'assicurato favorisce l'utilizzo delle soluzioni assicurative come ammortizzatore della spesa sanitaria privata e con benefici e valore aggiunto per la Sanità Pubblica.



## LA FARMACIA DEI SERVIZI COME CENTRO DI PRIMA CURA **12**

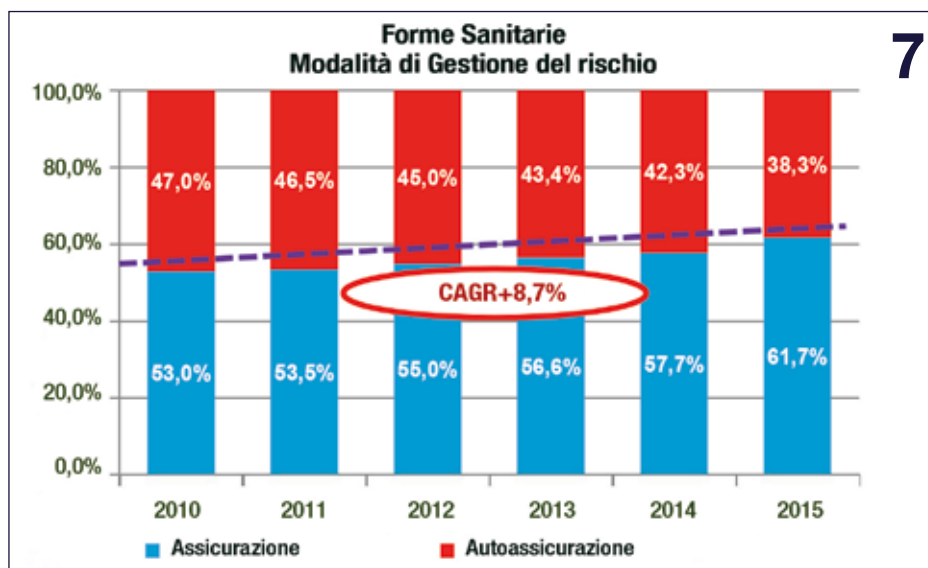
Il modello delle farmacie come luogo di servizi al cittadino e centro di prima cura medica per favorire economie di scala importanti nel contesto sociosanitario del sistema sociosanitario del nostro Paese.

## MEDICINA DIFENSIVA **16**

L'attenzione eccessiva alla prevenzione di responsabilità medica genera un costo complessivo enorme, all'entrata in vigore della nuova norma dello scorso 8 marzo (Legge 24) si discutono i benefici che potranno derivare.

## TELEMEDICINA E INNOVAZIONE DIGITALE **18**

La chiamano Smart Health, in sostanza si tratta dell'accesso e gestione dei servizi sanitari utilizzando le tecnologie informatiche evolute che semplificano la vita e riducono i costi di gestione, sul tavolo 4 miliardi di euro di risparmi annui e una notevole semplificazione a favore del cittadino.



## Il sistema sanitario italiano e il rischio della sostenibilità futura



**Giovanni Favero**

si occupa di formazione e consulenza nell'ambito del risk management. Giornalista pubblicista da oltre vent'anni, è il direttore responsabile di Upside Risk. [giovanni.favero@accapierre.it](mailto:giovanni.favero@accapierre.it)

I dati demografici del nostro Paese evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione.

Nel 2000 gli over 65 erano il 18%, nel 2015 risultano il 22% e nel contempo l'aspettativa di vita media è passata da 79,8 a 82,3 anni.

Tale dato è inevitabilmente indicatore di crescita di domanda di assistenza sanitaria per lungodegenze, cronicità, e si associa al rallentamento negli anni del Prodotto Interno Lordo del Paese, arrivato ad assumere anche andamenti negativi dal 2008 in poi.

La composizione della spesa sanitaria nell'ultimo decennio rimane fortemente ancorata al finanziamento pubblico stabilmente in misura del 76% del totale.

È evidente che il trend anticipa caratteristiche di insostenibilità nel medio-lungo termine di cui economisti, attuari e soggetti politici sono impegnati a fornire previsioni e correttivi.

Il contributo che si vuole offrire alla discussione è più di natura qualitativa che non quantitativa.

Abbiamo voluto indagare come l'evoluzione e l'innovazione di alcuni significativi comparti privati potrà rappresentare una risorsa straordinaria rispetto allo scenario che si prospetterebbe: auspicando che alcune iniziative possano contribuire ad alleggerire il peso del finanziamento pubblico della sanità, favorendo anche migliori servizi per tutti i cittadini senza distinzioni.

Con una modifica alle nostre abituali regole editoriali abbiamo concesso ampio spazio per un'illustrazione di suggestivi e futuribili scenari da parte di autorevoli ospiti.

Ci sono stati foniti contributi relativi all'evoluzione del settore dell'assicurazione salute, del sistema delle farmacie private come presidio sanitario e della telemedicina come modalità tecnologicamente evoluta che faciliti diagnosi e cure riducendo i costi. Infine una disamina sui costi della medicina difensiva e valutazioni sull'impatto della maggiore digitalizzazione dei sistemi sanitari pubblici e della *supply-chain* di beni e servizi, a dimostrare come le ottimizzazioni possano compensare i trend negativi legati all'invecchiamento della popolazione e al rallentamento dell'economia.

La filosofia di Upside Risk è sempre quella di cogliere il lato positivo di una situazione di rischio e nel caso di specie abbiamo deciso di misurarci con un grande rischio sociale, proponendo una prospettiva che contiene spunti praticabili di ragionevole ottimismo.

**Giovanni Favero**

**Bimestrale**

di informazione e cultura  
sul Risk Management

**Numero 9**

marzo\_aprile 2017

**Direttore Responsabile:**

Giovanni Favero

[giovanni.favero@accapierre.it](mailto:giovanni.favero@accapierre.it)

**Redattore:**

Roberto Berva

[roberto.berva@accapierre.it](mailto:roberto.berva@accapierre.it)

**Grafica:**

Liliana Seghizzi

**Si ringraziano per la collaborazione  
e i dati forniti:**

**RBM Salute e PREVIMEDICAL**

**Federfarma**

**Osservatorio Netics**

**Editore:**

Accapierre S.r.l.

viale Sarca 336f - 20126 Milano (MI)

t 02 39541279

[www.accapierre.it](http://www.accapierre.it)

[upsiderisk@accapierre.it](mailto:upsiderisk@accapierre.it)

Registrazione al Tribunale di  
Milano N. 273 del 23/9/2015



# L'innovazione nell'Assicurazione Salute

*Linee evolutive per lo sviluppo di una health insurance 4.0 tra value chain integrata, TPA model, managed care, predictive underwriting e big data*

Gli attuali studi e le proiezioni di spesa in ambito sanitario mostrano come le dinamiche evolutive della popolazione italiana (invecchiamento, aumento medio della speranza di vita, incremento delle patologie cronico-degenerative), l'adeguamento alle innovazioni scientifiche e tecnologiche, le aspettative dei cittadini in termini di qualità del servizio e tempi di erogazione determinino un costante e generale innalzamento dei costi di assistenza rischiando, conseguentemente, di incidere sulla stabilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In quest'ottica, la sostenibilità del sistema sanitario pubblico e lo sviluppo della sanità integrativa rappresentano una delle sfide di maggior rilievo per il riassetto del nostro sistema di welfare. In particolare, la sanità integrativa è destinata ad assumere un peso crescente nel sistema di prestazioni della sanità italiana. L'affermazione di un Secondo Pilastro Sanitario aperto a tutti i cittadini è di fondamentale importanza per il nostro Paese perché può garantire il recupero di ulteriori risorse sempre più necessarie per il sistema sanitario.

Questo tema purtroppo è spesso oggetto di una lettura fuorviante che tende a confondere la *mission* delle Forme Sanitarie Integrative con le fonti di finanziamento del sistema sanitario. In quest'ottica è importante ricordare una volta di più che, quando si parla di Secondo Pilastro Sanitario, non si fa

riferimento a un modello nel quale i cittadini ricevono le cure privatamente, quanto a un sistema di finanziamento aggiuntivo al Servizio Sanitario Nazionale con il quale "intermediare" la spesa sanitaria (ticket del Servizio Sanitario Nazionale inclusi) rimasta a loro carico.

Tuttavia, la prospettiva appena illustrata risulta ineludibile alla luce del valore già raggiunto dalla spesa sanitaria privata sostenuta dai cittadini "Out of Pocket" (di tasca propria) e delle linee tendenziali che connotano il prossimo futuro del Sistema Sanitario Nazionale.

Anche in quest'ottica, abbiamo ritenuto di interesse, sia per lo sviluppo di un sereno dibattito pubblico sul settore, sia per tutti gli *stakeholder* del settore, promuovere questa pubblicazione che ha l'obiettivo di illustrare anche in un'ottica comparativa il ruolo sociale che il settore assicurativo potrebbe svolgere nel contesto di un riassetto complessivo del sistema sanitario del nostro Paese. In particolare, fulcro di questo lavoro vuole essere il tema dell'innovazione nell'assicurazione salute, che ha consentito alle Imprese presenti in buona parte dei Paesi in cui un Secondo Pilastro Sanitario è già una realtà consolidata di uscire dalle logiche assuntive di selezione del rischio e *medical underwriting*, per entrare a far parte attiva di quel sistema di protezione sociale che dovrebbe accompagnare la vita di ciascun cittadino.

## MARCO VECCHIETTI

Nato a Roma nel 1977 e laureato in Giurisprudenza all'Università degli Studi di Roma, con Master di specializzazione per giurista d'impresa. Dal 2011 è Consigliere Delegato di RBM Assicurazione Salute S.p.A.; dal 2008 è inoltre Consigliere Delegato e Direttore Generale di Previmedical S.p.A.; dal 2010 è anche Consigliere Delegato di IAMA Consulting.

Dal 2017 è membro del Consiglio Direttivo della Fondazione ANIA. È membro della task force internazionale "Health&Care" dell'European Association of Paritarian Institutions (AEIP) e dello Steering Committee dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) presso la SDA Bocconi. È stato membro del gruppo di lavoro ANIA-AIOP sulla gestione delle prestazioni sanitarie in regime convenzionato e del Gruppo tecnico ANIA "infortuni e malattia".

Ha collaborato con diverse Business School universitarie (SDA Bocconi e MBA LUISS), con il Master di Management in Sanità (MiMS) dell'Università Commerciale Bocconi, con il Master Fondi Sanitari e Welfare Integrato di MEFOP, con associazioni di categoria e sindacati nella materie dell'assicurazione vita, della protection, della previdenza complementare e dell'assistenza sanitaria integrativa. Ha partecipato in qualità di esperto a diversi gruppi di lavoro tecnici in occasione dei diversi interventi legislativi che hanno riguardato la riforma dei Fondi Sanitari Integrativi e dei Fondi Pensione.

Volendo analizzare gli elementi principali dello scenario che abbiamo di fronte bisogna considerare, in primo luogo, che la spesa sanitaria pubblica, che nel 2015 si attesta a 111,2 miliardi di euro, è sostanzialmente ferma dal 2007 (la variazione registrata è di appena il +0,5%). Il settore sanitario, infatti, è stato chiamato a concorrere in modo significativo al risanamento dei conti pubblici, attraverso un processo di razionalizzazione della spesa

sanitaria che - soprattutto nelle Regioni sottoposte a Piani di Rientro - ha introdotto delle misure di contenimento finanziario che hanno inciso direttamente su molti servizi essenziali, quali le urgenze-emergenze e i servizi della c.d. "sanità del territorio" che si trovano ad affrontare in modo sempre più deciso la sfida della cronicità e della non autosufficienza.

In prospettiva, peraltro, il *trend* di contenimento della spesa sanitaria pubblica sembra ulteriormente accentuato, se si pensa che le recenti manovre di finanza pubblica hanno ridotto di 2,35 miliardi i fondi destinati a finanziare il nuovo Patto della Salute e proiettano nel quinquennio 2015-2019 un'ulteriore riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL dall'attuale 6,9 al 6,5, ampliando ulteriormente il *gap* con la media dei Paesi dell'UE a 14 (che registra un rapporto appena al di sotto del 10%). Il problema del finanziamento e della sostenibilità prospettica del Servizio Sanitario Nazionale, del resto, emerge con chiarezza anche dall'imminente riforma dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che ha visto la luce dopo oltre 15 anni. La riforma, infatti, a fronte di un costo stimato di oltre 3 miliardi di euro dovrebbe essere finanziata con uno stanziamento di circa 800 milioni di euro e con 2,3 miliardi di euro rinvenienti da operazioni di razionalizzazione dei costi e di eliminazione delle prestazioni ritenute "a rischio appropriatezza" o ormai obsolete. Tra tali operazioni, peraltro, in un contesto nel quale il 9,5% degli Italiani rinuncia a curarsi per questioni economiche o per i tempi di accesso alle cure troppo lunghi, i nuovi LEA prevedono anche un aumento della compartecipazione a carico dei cittadini per circa 18 milioni di euro, con maggiore incidenza nelle Regioni in Piano di Rientro, dove la garanzia dei livelli essenziali è più a rischio e le tasse sono più alte.

Proprio questo scenario ha sospinto nel 2015 la spesa sanitaria privata a carico dei cittadini a quota 34,5 miliardi di euro (circa il 24% della spesa sanitaria totale), circa 569 euro *pro capite*, con un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i *ticket* pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al *ticket* che avrebbe pagato nel pubblico. Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato.

Ma, se in un'ottica comparativa si potrebbe rilevare come l'incidenza della spesa sanitaria privata in Italia rispetto alla spesa sanitaria totale si stia di fatto andando a posizionare in linea con la media dei Paesi dell'Europa a 27 - cosa che comunque dovrebbe far riflettere dal momento che unitamente con il Regno Unito l'Italia è uno dei principali Paesi dell'area a poggiare su di un sistema tipo *Beveridge* -, l'elemento che dovrebbe maggiormente richiamare l'attenzione è la straordinaria incidenza sulla spesa sanitaria privata della spesa sanitaria privata *Out of Pocket* (oltre l'87%).

Tale elemento, infatti, palesa il forte problema di "sottoassicurazione" del nostro Paese in questo campo

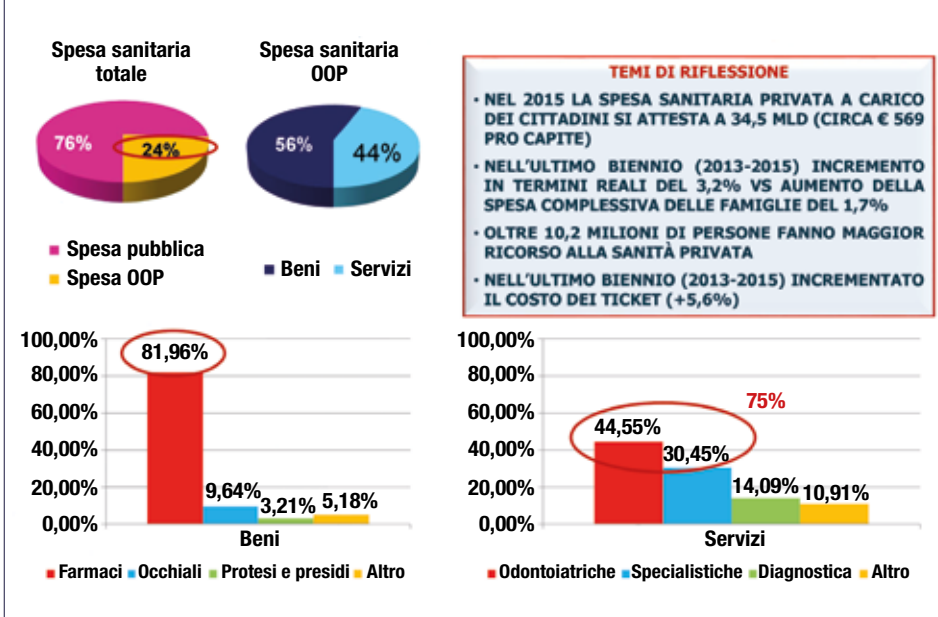
(come peraltro in diversi altri settori, auto esclusa, dei rami danni) che genera una scopertura dei cittadini italiani di oltre il 40% rispetto alla media dei cittadini degli altri Paesi Europei. In altre parole, il nostro Paese, pur presentando un livello di spesa sanitaria privata analogo a quello del Regno Unito, non si è ancora dotato di un adeguato sistema di sanità integrativa che attraverso un terzo pagatore specializzato (Fondi Sanitari e/o Compagnie Assicuratrici) sia in grado di ridurre l'impatto economico di tali cure sui redditi della popolazione. Pertanto, la quasi totalità dei costi riferibili alle cure per le quali il cittadino deve ricorrere alla sanità privata (si tratta per il 56% dell'acquisto di beni - di cui l'80% circa sono farmaci - e per il 44% di servizi - di cui il 45% cure dentarie, il 31% specialistiche ed il 15% diagnostica) incide direttamente sui redditi delle famiglie, senza che le stesse dispongano di un effettivo sistema di protezione che garantisca la gestione di questi bisogni.

È di tutta evidenza che una situazione di questo tipo ha delle implicazioni negative non solo dal punto di vista economico, ma anche per l'equità complessiva del sistema.

Peraltro, lo scenario è ulteriormente aggravato dalla disomogeneità in termini di efficienza e di prestazioni garantite dai diversi Sistemi Sanitari Regionali. In quest'ottica, particolarmente critica, si presenta la situazione nelle Regioni in difficoltà, sia per le caratteristiche storiche dei Servizi Sanitari Regionali in quei luoghi, sia per il forte impatto delle manovre di rientro dal *deficit* e di contenimento della spesa. Va rilevata la forte eterogeneità nel livello qualitativo delle prestazioni e nelle risorse a disposizione che caratterizza i differenti ambiti geografici del territorio italiano.

Tale eterogeneità, suscettibile di generare con il passare

## COMPOSIZIONE E "APPROPRIATEZZA" DELLA SPESA SANITARIA PRIVATA



Fonte: Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT

degli anni sperequazioni sempre maggiori, è destinata probabilmente ad accentuarsi nella prospettiva di un'accelerazione della devoluzione locale dei meccanismi di decisione e di finanziamento della spesa sanitaria.

In secondo luogo, è importante valutare opportunamente l'evoluzione delle esigenze del cittadino nel rapporto con la struttura sanitaria pubblica. Sempre più spesso infatti emergono forti esigenze da parte dei cittadini di avere riferimenti e supporti professionali in grado di aiutarli nelle scelte e di contenere i lunghi tempi di attesa per visite, interventi diagnostici e terapeutici o, in altri termini, di meccanismi di

“giunzione” che possano facilitare e rendere meno gravosa l’esperienza sanitaria del paziente e dei suoi familiari attraverso la creazione di adeguati riferimenti.

Il delicato bene della salute richiede nei confronti del paziente una capacità di personalizzazione del contatto e della prestazione rispetto alle quali le strutture sanitarie pubbliche non sempre danno un’adeguata risposta. A tale proposito, viene spesso evidenziata dai cittadini l’assenza di presidi in grado di guidarli e assisterli all’interno degli ospedali pubblici, ma anche nel passaggio tra realtà pubbliche e strutture private per il completamento del trattamento assistenziale.

Queste esigenze organizzative e di qualità del servizio emergenti nell’ambito della filiera del sistema sanitario pubblico, ma anche nei rapporti tra questo e le strutture ospedaliere private, potranno difficilmente trovare una risposta all’interno del solo perimetro pubblico. Da questo punto di vista i Fondi Sanitari e le Compagnie Assicuratrici offrono, attraverso la loro esperienza nel settore sanitario, la possibilità di ricorrere alle strutture più in linea con le esigenze sanitarie dei loro assicurati e, dall’altro lato, garantiscono una razionalizzazione della spesa in quanto consentono a ciascun assistito di beneficiare del meccanismo del *risk sharing*, grazie al quale l’impegno economico viene frazionato tra una popolazione più ampia.

Tali operatori, ed in particolare il settore assicurativo, mettono a disposizione la propria capacità di intermediare la spesa nei confronti delle strutture sanitarie private consentendo sconti importanti ai cittadini nell’acquisto delle prestazioni. Inoltre, attraverso il ricorso a strutture sanitarie convenzionate, Fondi Sanitari e Compagnie Assicuratrici sono in grado di contribuire significativamente a migliorare i tempi di attesa e la qualità dell’esperienza sanitaria del paziente e dei suoi familiari.

Da ultimo, fondamentale appare la sfida relativa al c.d. *longevity risk*: l’assistenza di lungo termine e la gestione della non autosufficienza. Come è noto, infatti, lo sviluppo delle conoscenze mediche e delle tecnologie ha generato un innalzamento delle aspettative di vita e un conseguente invecchiamento della popolazione nei Paesi più sviluppati registrando nel nostro Paese valori tra i più elevati. Al riguardo basti pensare che l’Italia all’interno del contesto europeo si colloca al secondo posto per indice di vecchiaia (con un valore del 145% rispetto ad una media del 111,3%), subito dopo la Germania, e al quarto posto per indice di dipendenza, dietro a Francia, Svezia e Danimarca, con un valore del 52,2% rispetto ad una media del 49,3%).

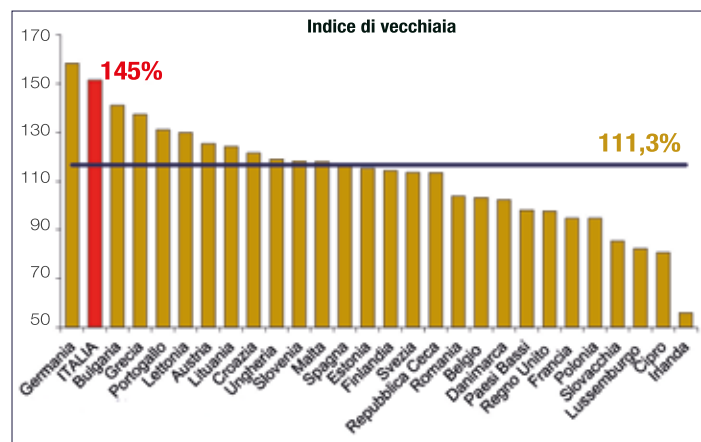
Il *trend* di spesa legato agli anziani e alla non autosufficienza, già in atto in Italia da anni, ha visto impegnate in prima fila le famiglie che hanno coperto il 43% della spesa, pari a 4.841 milioni di euro, a fronte di un 23% di spesa privata *Out of Pocket* e di una quota di circa il 35% di partecipazione del settore pubblico. La rete di solidarietà costituita storicamente dalle famiglie è destinata a ridurre il perimetro del suo intervento anche a causa della disgregazione e della riduzione dei nuclei dei suoi componenti, e nello stesso tempo lo Stato, alla luce del più generale *deficit* finanziario, non appare in grado di assumere un ruolo centrale di finanziamento di questa spesa destinata a crescere fortemente nel tempo. Se, infatti, la struttura familiare tradizionale italiana è stata, fino a pochi anni fa, in grado di sostenere al proprio interno le cure e le forme di assistenza necessarie ai propri familiari anziani e/o bisognosi di supporto, le modifiche ormai consolidate nei nuclei familiari e gli andamenti di forte crescita delle persone bisognose di assistenza continuativa sono destinate a diventare la vera minaccia alla sostenibilità economica e sociale dei *trend* demografici e di dipendenza della popolazione italiana.

Nella prospettiva di una longevità tendenzialmente crescente e di una riproduttività sotto la soglia di sostituzione delle generazioni, il cambiamento demografico dei prossimi anni vedrà ancora una volta protagonista il processo di invecchiamento della popolazione.

È necessario quanto evidente sottolineare come, a fronte di un così elevato indice di vecchiaia, frutto di un processo in crescita costante e difficilmente contrastabile, corrisponda un proporzionale incremento della popolazione non autosufficiente. La perdita dell’autosufficienza rappresenta indubbiamente uno dei maggiori rischi per le persone in età avanzata, creando disagi sociali di grande rilievo. Tale problematica è perciò destinata a crescere in corrispondenza dell’aumento dell’indice di invecchiamento. All’aumento della popolazione anziana corrisponde, dunque, un aumento della popolazione non autonoma e un conseguente aumento della richiesta di servizi sanitari e, più in generale, di *welfare*. Al riguardo il sostegno garantito dallo Stato attraverso il “Fondo Nazionale per le Politiche Sociali” e, a livello locale, dalle singole Regioni non appare sufficiente a coprire le esigenze crescenti di questo segmento della popolazione italiana.

Alla luce dello scenario appena tratteggiato è chiaro, pertanto, come il nostro Sistema Sanitario Nazionale, che già oggi mostra evidenti criticità nel campo del *funding* non sia in grado di sostenere l’impatto complessivo derivante dall’imminente futuro senza una diversificazione delle proprie fonti di finanziamento.

In quest’ottica, l’affermazione di un Secondo Pilastro Sanitario è di fondamentale importanza per il nostro Paese perché può garantire il recupero di ulteriori risorse sempre più necessarie per il sistema sanitario nel suo complesso. Non si tratta,



Fonte: Eurostat, Demography

pertanto, di scardinare il nostro Servizio Sanitario Nazionale ma, al contrario, di assicurarne la sopravvivenza nel futuro attraverso una riorganizzazione che consenta di beneficiare di finanziamenti aggiuntivi utilizzando anche le risorse messe a disposizione dal mercato assicurativo e finanziario per far fronte con successo alle sfide evolutive in campo scientifico, sanitario e demografico.

Del resto un’evoluzione *multipillar* del sistema sanitario è già realtà in molti Paesi Europei (si pensi alla Gran Bretagna, alla Francia e all’Olanda) ed ha coinvolto, in ambito OCSE, anche Paesi con sistemi di *welfare* come il nostro, ovvero tradizionalmente incentrati sul principio fondante dell’universalismo (quali la Gran Bretagna, il Canada e l’Australia).

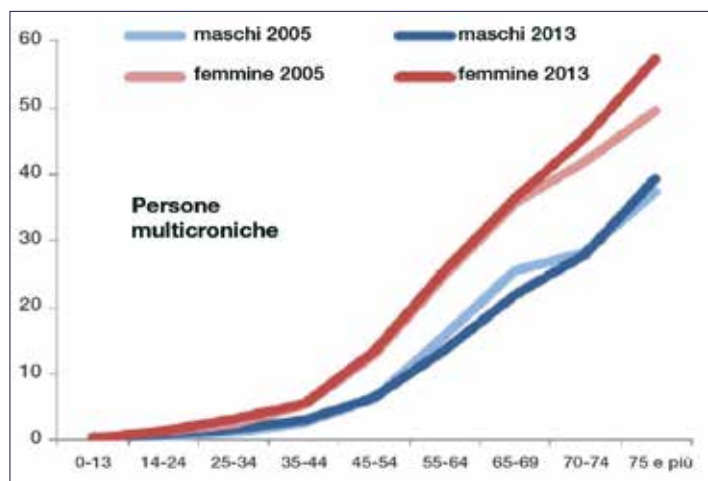
In quest’ottica bisognerebbe riorientare l’attuale campo di azione della Sanità Integrativa a partire dai bisogni effettivi di cura, collegando il campo di azione delle Forme Sanitarie

Integrative all'intero perimetro della spesa sanitaria privata c.d. *Out of Pocket* e consentendo a tutti i cittadini di poter attivare una Forma di Sanità Integrativa nell'alveo già tracciato con successo per la previdenza complementare. Un approccio di questo tipo, infatti, nascendo direttamente dalla richiesta assistenziale, riuscirebbe a delimitare in modo più efficace la reale necessità di "integrazione sanitaria" in capo alle famiglie, senza richiedere una preventiva delimitazione del campo di azione del nascente Secondo Pilastro Sanitario rispetto ai nuovi LEA garantiti dal S.S.N. In alternativa, con un approccio più conservativo, si potrebbe ipotizzare un'inclusione nell'attuale area delle c.d. "prestazioni vincolate" almeno delle prestazioni più rilevanti nell'ambito della spesa sanitaria privata *Out of Pocket* (visite specialistiche, alta diagnostica, prevenzione ed eventualmente, farmaci), valutando magari un ampliamento della soglia minima di risorse che deve essere garantita per tali finalità dalle Forme Sanitarie Integrative.

Lo sviluppo di un'offerta di questo tipo non solo consentirebbe un'efficace intermediazione della spesa sanitaria privata, ma potrebbe liberare importanti risorse da investire anche nel garantire una maggiore accessibilità alle cure tagliando le liste di attesa, promuovendo programmi di prevenzione diffusa per la popolazione, sostenendo i costi crescenti dei nuovi farmaci innovativi e, in generale, riducendo il costo delle cure private. Si tratterebbe sostanzialmente di far funzionare "il privato" attraverso un sistema strutturato ed efficiente, come la Sanità Integrativa, in modo realmente sinergico e complementare al Servizio Sanitario Nazionale, amplificando i pregi di entrambi. Come emerge chiaramente dai *trend* consolidati degli ultimi anni, i cittadini già oggi sostengono, disordinatamente, una quota significativa di spesa privata e per lo più per prestazioni sostitutive (e non integrative) del S.S.N.. Questa situazione non solo mina alla base l'universalismo e l'equità del nostro sistema di sicurezza sociale, ma presenta, da un punto di vista economico, degli elevati rischi di inefficienza.

Attraverso un Secondo Pilastro Sanitario queste risorse aggiuntive potrebbero essere canalizzate in modo strutturato e integrato nel sistema sanitario complessivo, con obiettivi di miglioramento della sua efficienza e riducendo l'impatto sull'equità distributiva.

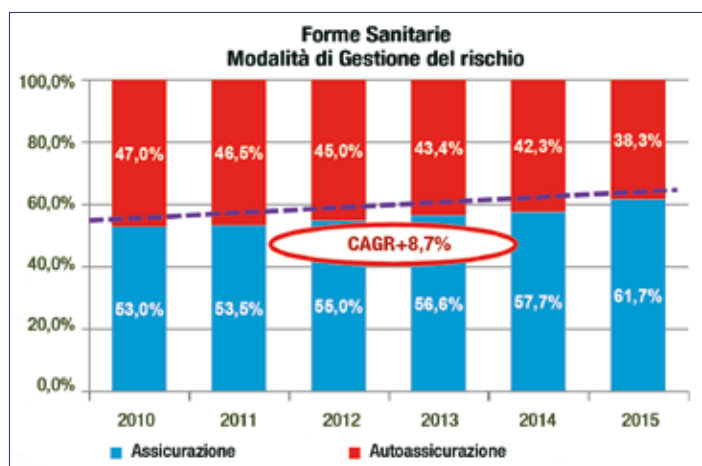
Una Sanità Integrativa diffusa e aperta a tutti i cittadini potrebbe, peraltro, garantire un ulteriore recupero di risorse per lo Stato, anch'esse reinvestibili - almeno in parte - nel Servizio Sanitario Nazionale, attraverso il contrasto dell'evasione fiscale nel campo della sanità privata e il prelievo sui premi assicurativi destinati alle Polizze Salute Collettive (utilizzate in larga parte dai Fondi Sanitari per la protezione dai rischi sottesi ai propri Piani Sanitari) e alle Polizze Salute Individuali. Proprio



Fonte: Eurostat, Demography

attraverso questo approccio si potrebbe quindi fornire una risposta efficace a quegli 11 milioni di italiani che nell'ultimo anno hanno dovuto rinunciare alle cure per motivi economici, recuperando quote di universalismo attualmente perse nei fatti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Come emerge chiaramente dal quadro appena descritto, esiste un problema fondamentale che è quello di mantenere sostenibile il Sistema Sanitario Nazionale e garantire la qualità delle cure per tutti i cittadini. In questo contesto, il settore assicurativo può fornire un contributo fondamentale di competenze tecniche e di risorse finanziarie nella creazione di coperture finalizzate a coprire una gamma di prestazioni sempre più ampia, a patto di puntare sull'innovazione della propria proposta nei confronti dei cittadini non solo in termini tecnologici ma anche, e soprattutto, con riferimento alle *policy* in materia di *underwriting*, alla progettualità nello sviluppo prodotti e alla *delivery* dei servizi nei confronti degli assicurati. Attualmente la Sanità Integrativa è attuata per il 62% attraverso prodotti assicurativi e per il 38% da enti auto-assicurati. Importante sottolineare che oltre il 20% delle risorse destinate alla Sanità Integrativa è gestita attraverso Polizze Salute Individuali o mediante Polizze Salute Collettiva ad adesione Individuale.



Tuttavia, considerata anche la funzione sociale che la Sanità Integrativa si accinge ad assumere, si ritiene che il ruolo dell'Assicurazione sia destinato a crescere al fine di poter garantire stabilità dei Piani Sanitari proposti pur a fronte della *learning curve* degli assicurati, delle continue modificazioni della base assuntiva iniziale, della dinamica tendenzialmente crescente dei costi della sanità che risulta da sempre superiore all'evoluzione inflattiva.

In un contesto del genere, senza dubbio è necessario promuovere un processo, anche culturale, di passaggio degli assicurati dalla logica dell'utenza a quella della consapevolezza delle scelte nella direzione di una responsabilità partecipata rispetto alle risorse disponibili, in grado anche di contenere fenomeni di iperconsumo (*moral hazard*) e consumismo sanitario (*overtreatment*). Tuttavia, la vera chiave di tenuta dell'offerta assicurativa in campo sanitario è collegata al modello di prestazioni e di servizi adottati dal *risk carrier* ed è proprio qui, pertanto, che deve essere impiegata al meglio la capacità innovativa delle imprese del settore.

L'attuale proposta assicurativa nel campo della sanità integrativa fa, in buona parte, riferimento al modello assicurativo delle polizze collettive in cui, attraverso la condivisione del rischio tra un gruppo di persone aventi profilo di rischio omogeneo e indipendente, viene ricercato un bilanciamento

tecnico tra premi e sinistri. Tale modello, tuttavia, risulta non applicabile nel campo delle coperture ad attivazione individuale che, quando non gestite all'interno di un processo di analisi preliminare e di selezione dei rischi, possono generare dinamiche di incremento dei costi difficilmente controllabili per l'ampliamento e la modifica che subisce il nucleo iniziale degli assicurati, sia a causa della continua inclusione in copertura di nuovi soggetti, sia per il processo di invecchiamento progressivo dei soggetti già assicurati.

Un'estensione dell'Assicurazione Salute su larga scala, al di fuori quindi del segmento delle coperture collettive e dell'operatività delle reti distributive "tradizionali", richiede lo sviluppo di un nuovo approccio assuntivo, della capacità di intervenire direttamente sui costi delle strutture sanitarie private e di un nuovo approccio ai servizi in grado di orientare l'assicurato a un utilizzo responsabile ed efficace del proprio Piano Sanitario.

In quest'ottica, il settore assicurativo deve, pertanto, individuare un percorso di sostenibilità che intervenga sulle variabili critiche del processo di erogazione del servizio.

Le entrate generate dai premi incassati, infatti, sono una leva su cui è possibile intervenire molto relativamente. L'ipotesi di aumento del livello dei premi infatti, se non adeguatamente correlato ad una percezione di effettivo incremento del valore aggiunto del proprio Piano Sanitario, rischia di generare maggiore anti-selezione sulla propria base di assicurati minando la solidità e la continuità del rapporto.

Al contempo, è possibile ridisegnare il perimetro delle coperture attraverso la previsione di limitazioni e di compartecipazioni dell'iscritto al rischio quali periodi di carenza, franchigie e scoperti. Si tratta, tuttavia, di correttivi che, se necessari per garantire l'equilibrio e la sostenibilità delle prestazioni offerte, vanno ben gestiti dal punto di vista della comunicazione, alla luce del rapporto tra Compagnia e assicurato e del ruolo sociale che il Secondo Pilastro Sanitario andrà ad assumere con il rinnovato assetto del sistema di sicurezza sociale.

L'area delle prestazioni appare il versante di intervento con maggiori spazi di miglioramento tramite azioni sistematiche di monitoraggio e controllo dei costi legate a una forte canalizzazione presso strutture convenzionate e a una gestione stringente degli stessi. L'utilizzo di centri convenzionati da parte degli assicurati può essere favorito da meccanismi di disincentivazione del ricorso a strutture terze; tuttavia la leva più efficace per minimizzare il costo delle prestazioni è l'adozione sistematica di un modello di gestione "diretta" (ovvero all'interno del *Network* di Convenzioni della Compagnia) delle prestazioni.

Questa impostazione richiede, tuttavia, investimenti e un forte impegno da parte della Compagnia, oltre che il raggiungimento di masse critiche necessarie per detenere un adeguato potere contrattuale nei confronti dei centri sanitari erogatori. La soluzione alternativa, prevalentemente adottata dalle Compagnie "tradizionali" (quella per intenderci rappresentata dalle Compagnie Assicurative "generaliste", che offrono le coperture malattia all'interno di una vasta gamma di prodotti che spazia dai rami vita ai rami danni) e dagli operatori

dimensionalmente meno evidenti nel ramo, è di avvalersi di un *Third Party Administrator* (TPA) specializzato che gestisca come *general contractor* la negoziazione accentrata delle prestazioni nei confronti delle strutture sanitarie, occupandosi anche della successiva fase di gestione e verifica qualitativa del *network* di convenzioni.

Accanto agli interventi sulle principali aree di ricavo e di costo, sopra ricordati, è necessario sviluppare un attento e continuo monitoraggio delle *performance* tecniche dei Piani Sanitari, che consenta di valutare tempo per tempo l'ammontare degli impegni assunti nei confronti degli assicurati. In tal senso, è di fondamentale importanza un'adeguata modellizzazione a livello attuariale, che consenta di applicare un'attenta e puntuale politica di riservazione dei rischi, anche al fine di garantire la piena solvibilità della Compagnia e l'accantonamento bilancistico delle somme necessarie a coprire adeguatamente le prestazioni da erogare secondo una logica di competenza economica.

D'altro canto non bisogna sottovalutare che la domanda di prestazioni proveniente dalla popolazione è destinata a intensificarsi a fronte delle carenze emergenti e delle disomogeneità nei livelli effettivi di copertura del Sistema Sanitario Nazionale nelle diverse Regioni italiane e della crescente polverizzazione dei nuclei familiari, storico strumento di "supplenza" per una serie di bisogni interni alla famiglia stessa.

L'Assicurazione Salute in Italia, dopo una costante crescita registrata nel primo decennio del secondo millennio, ha subito, dal 2009 in poi, una fase di stallo prevalentemente determinata dalle pesanti perdite che avevano caratterizzato le annualità precedenti, consolidando un andamento negativo tendenziale. Il settore ha risentito, in particolare, di una diffusione ancora relativamente contenuta e, conseguentemente, di una volatilità dei risultati che obbligava troppo spesso le Imprese a un approccio di tipo prevalentemente tattico. In un contesto di questo tipo, del resto, l'efficacia applicativa del meccanismo di *risk sharing* risulta decisamente ridotta, inducendo soprattutto le Compagnie "tradizionali" a sottovalutare il settore dedicandovi scarsi investimenti sia in termini di competenze sia di strumenti di gestione e controllo.

Peraltro, bisogna considerare che il ramo salute riveste uno scarso peso nell'ambito del business complessivo dei rami danni (dove la maggior parte dei premi è collegata, naturalmente, alle polizze auto), in modo ancor più evidente nella raccolta complessiva del settore assicurativo (rami vita e rami danni), risultando peraltro penalizzato da una forte dinamica dei costi con valori superiori a quelli inflattivi. Proprio la filiera dei costi ha rappresentato un elemento di forte criticità nella gestione del ramo, sia per la sua assoluta peculiarità rispetto a quella riconducibile agli altri rami danni, sia per le notevoli difficoltà di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in assenza di *Network* di Strutture Convenzionate di proprietà delle Compagnie sufficientemente ampi da poter esercitare efficacemente la leva tariffaria.

Tuttavia, il mercato assicurativo italiano, consapevole dell'assoluta rilevanza - anche sociale - del settore della



sanità, pur a fronte del consolidamento sistematico di risultati negativi ha deciso responsabilmente di non abbandonare il campo, ma di investire e ristrutturare profondamente il proprio modello gestionale.

Le Compagnie Assicuratrici da un lato hanno avviato un processo di risanamento tecnico dei propri portafogli, intervenendo strutturalmente su quella quota parte di rischi assunti non più sostenibili da un punto di vista tecnico in una logica di medio-lungo periodo, dall'altro hanno ripensato fortemente il proprio modello di business, con l'obiettivo di realizzare una significativa contrazione dei costi gestionali, la cui incidenza nel ramo salute risultava particolarmente elevata. Gli effetti di questo riposizionamento complessivo del mercato assicurativo sono ben visibili a partire dal 2011, che mostra una stabilizzazione della raccolta premi e un'operatività sostanzialmente a *break even* per il settore. Da questo momento in poi il settore è tornato a crescere, con una quota dei rischi sottostanti ai diversi Piani Sanitari cresciuta nell'ultimo quinquennio del 9% e un aumento dei premi del 4% nel solo esercizio 2015.

Il protagonista di questo percorso è stato, in particolare, il processo di riorganizzazione radicale dei Centri di Liquidazione Danni, con l'obiettivo di contrarre drasticamente le spese di gestione sinistri.

Da un lato, quindi, il settore assicurativo ha modificato le proprie priorità rivedendo un'impostazione fortemente "auto-centrica"; dall'altro ha rimesso in discussione il suo modello organizzativo che risultava inefficiente per la gestione di un fenomeno come la Sanità Integrativa, che per via del rapporto costante e continuativo con gli assicurati genera inevitabilmente, in assenza di una forte industrializzazione dei processi e di adeguate economie di scala, degli elevati costi di gestione.

All'esito di questa fase, il mercato salute in Italia è risultato profondamente trasformato avvicinandosi, almeno nelle tendenze di fondo, ai mercati europei più maturi. In particolare, la tendenza più forte affermata in questo percorso, che si inserisce appieno nell'alveo evolutivo dei sistemi sanitari europei più maturi, è la progressiva specializzazione del mercato assicurativo, con conseguente gestione dei rischi da parte di un numero più ristretto di *player* esclusivamente dedicati alla sola Assicurazione Salute.

Diversi tra i più grandi Gruppi del settore assicurativo, non riuscendo a fornire soluzioni di prodotto adeguate e a gestire i sinistri con il necessario livello di specializzazione, sono progressivamente usciti dal questo segmento del business collettivo, mantenendo una "presenza di bandiera" nel ramo salute sostanzialmente riconducibile al business individuale affidato alle reti distributive tradizionali.

Le Compagnie specializzate hanno acquisito rapidamente quote di mercato sempre maggiori, non solo erodendo le posizioni delle Compagnie "tradizionali", ma divenendo l'interlocutore primario dei nuovi Fondi Sanitari Integrativi grazie al pieno apprezzamento da parte degli assicurati, delle Parti Sociali e degli altri *stakeholders* dei vantaggi connessi alla ristrutturazione dell'offerta assicurativa che tali operatori hanno saputo interpretare meglio di altri.

Pur a fronte di un mercato complessivamente più contenuto, pertanto, nell'ultimo quinquennio la percentuale di crescita delle Compagnie Assicuratrici specializzate in Italia è risultata di più di 3 volte superiore a quella registrata nell'Europa a 27. D'altra parte, in un ramo nel quale gli elementi di servizio e gestione della persona rivestono un ruolo centrale, le sfide della qualità del servizio e dell'efficienza organizzativa possono essere vinte solo con un approccio dedicato e modulare sui bisogni specifici dei propri assicurati.

A conferma dei *trend* appena descritti, è interessante osservare come il settore assicurativo abbia registrato nel ramo salute anche un fenomeno "attraente" di importanti realtà che in precedenza operavano esclusivamente nel campo della gestione dei sinistri in outsourcing (TPA). Anche questo fenomeno, peraltro, ha una piena rispondenza con quanto avvenuto nei Paesi nei quali il Secondo Pilastro Sanitario è una realtà consolidata. Ci si riferisce, in particolare, al Regno Unito prima, e a Spagna e Portogallo più di recente, dove primari TPA, alcuni dei quali caratterizzati peraltro da una natura giuridica di tipo mutualistico, si sono progressivamente trasformati in Compagnie Assicuratrici specializzate, per poter integrare ai propri servizi anche la componente di offerta assicurativa precedentemente garantita dai propri clienti.

D'altra parte, bisogna considerare che la sostenibilità dei prodotti salute si fonda su un'assunzione rigorosa del rischio che non può prescindere dalla disponibilità da parte della Compagnia di un ampio database informativo, da serie storiche di medio periodo e da una profonda conoscenza delle dinamiche di costo e di spesa specifiche del settore. In quest'ottica quindi la disponibilità di un'ampia base informativa e di database relazionali, collegati direttamente alla attività tipica di TPA, ha garantito delle basi tecniche particolarmente consistenti per realizzare innovazione di prodotto e modelli di monitoraggio delle *performances*.

L'ingresso di questi nuovi operatori nel settore assicurativo il cui DNA è fortemente contaminato dall'esperienza nella gestione dei sinistri e delle Strutture Sanitarie Convenzionate, ha dato l'impulso allo sviluppo di un nuovo concetto di Assicurazione Salute basato su di un'interpretazione innovativa della teoria della catena del valore (*value chain* "integrata") che identifica come *focus* dei Piani Sanitari proposti non più l'elemento risarcitorio ma la gestione globale della salute dell'assicurato. Il fulcro di questo approccio è, quindi, la relazione con gli assistiti, con l'obiettivo di creare un rapporto di fiducia che consenta alla Compagnia non solo di intervenire *ex post* per garantire un supporto economico ma anche, e soprattutto, *ex ante* promuovendo la salute degli assicurati attraverso il ricorso periodico a protocolli di prevenzione e fornendo tutto il supporto medico e consulenziale necessario all'identificazione (*patient steering*) e alla gestione (*care coordination*) di un corretto percorso terapeutico.

D'altra parte, in un contesto di complessivo riposizionamento del ramo salute, non deve sorprendere l'attenzione da parte delle Compagnie specializzate per il tema delle prevenzioni, dal momento che in Europa, come evidenziato in più occasioni dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le principali cause di mortalità, morbosità e invalidità sono collegate alle

Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT), ovvero malattie cardiovascolari, cancro, malattie polmonari croniche e diabete. Queste patologie, prevalentemente riconducibili a comportamenti individuali (come il consumo di alcol, il fumo, l'alimentazione scorretta e l'inattività), possono essere fortemente contenute attraverso la promozione presso gli assicurati di stili di vita attivi e mediante un ricorso sistematico e diffuso a programmi di diagnosi precoce («prevenzione») in grado di garantire un ritardo dell'insorgenza delle patologie di quasi 10 anni, con un risparmio potenziale di circa un 30% dei costi sanitari.

Coerentemente con questa impostazione l'offerta delle Compagnie specializzate si è andata caratterizzando per una presenza crescente di prodotti di tipo “*managed care*”, ovvero basati su di un controllo attivo dei costi sanitari attuato mediante una serie di meccanismi tecnici, tra cui: incentivi economici (nel normativo di polizza) riservati agli assicurati che scelgono strutture sanitarie più efficienti; programmi finalizzati a monitorare la necessità medica di trattamenti specifici; massimizzazione e condivisione dei risparmi ottenuti in rete (*network saving*) tra la platea degli assicurati; monitoraggio dell'ammissione e della durata dei ricoveri; previsione di franchigie (*co-payment*) nelle prestazioni extra-ospedaliere (in funzione di contenimento della maggior frequenza); negoziazione con le strutture sanitarie e le équipe mediche convenzionate di tariffe agevolate per affrontare i casi sanitari ad alto costo (*case management*).

Tale tipologia di prodotti, molto presente nelle *practice* di sistemi sanitari esteri più maturi, ha peraltro incontrato un buon favore anche da parte delle Parti Sociali e degli altri *stakeholder* del sistema, dal momento che consente di ottimizzare le disponibilità economiche destinate dalle aziende e dai lavoratori all'assistenza sanitaria integrativa, rispondendo altresì all'esigenza di maggiore stabilità nel tempo delle prestazioni garantite mediante il contenimento delle dinamiche inflattive dei costi sanitari. Il modello *managed care*, come accennato, si basa del resto su di una varietà di tecniche intese a migliorare la qualità del servizio assistenziale erogato nell'ambito delle Polizze Sanitarie, incentivando – anche economicamente – il ricorso alla prevenzione da parte degli assicurati e garantendo, al tempo stesso, un controllo (governo) del costo medio delle prestazioni sanitarie (sinistri) attraverso l'utilizzo di strutture sanitarie ed équipe mediche convenzionate. A tal fine il convenzionamento delle strutture sanitarie avviene attraverso un processo di rigorosa pre-analisi delle strutture e delle équipe mediche secondo un preciso *standard* di selezione collegato a un processo di certificazione periodica di tutte le strutture sanitarie aderenti al Network convenzionato.

Peraltro, proprio il Network di strutture sanitarie convenzionate è un elemento competitivo di straordinaria importanza nel ramo salute e ha assunto un ruolo chiave per il posizionamento dei diversi *player* del mercato. Anche il Network di strutture sanitarie convenzionate è uno dei principali *asset* caratteristici delle Compagnie dedicate al ramo salute, come peraltro avviene anche in altri settori dell'assicurazione danni (auto, assistenza, rami elementari).

Il Network convenzionato rappresenta, anzitutto, un indispensabile strumento di controllo dei costi medi delle prestazioni garantite agli assicurati, garantendo una maggiore stabilità dei Piani Sanitari anche in presenza della c.d. “inflazione medica” e consentendo alla Compagnia un monitoraggio puntuale della filiera dei costi.

L'ultima linea evolutiva sullo scenario dell'assicurazione, e in particolare dell'Assicurazione Salute, è quella di una “rivoluzione tecnologica possibile” per il settore che potrebbe derivare dalla *digital insurance* o dell'*instech*. Per avere successo in un mercato in continua evoluzione, infatti, anche le Compagnie di Assicurazione devono puntare sulla digitalizzazione, per accrescere il loro bagaglio informativo grazie alla crescente disponibilità di dati sui comportamenti degli assicurati e alla continua diffusione della connettività non solo con l'obiettivo di definire meglio il *pricing* dei propri prodotti, ma anche al fine di disegnare servizi e prodotti sempre più customizzati sui bisogni del proprio cliente.

La rapida diffusione delle tecnologie e le conseguenti trasformazioni digitali oggi consentono da un lato di avere maggiori informazioni sui parametri vitali (*vitals*), ad esempio attraverso i cosiddetti dispositivi indossabili o *wearables* (tracker-orologio contapassi, bilancia, glucometro, pulsossimetro, ...) da prendere in considerazione - nel rispetto delle regole della *privacy* - e, dall'altro, di mettere in relazione attori provenienti da settori apparentemente distanti, come quelli che si occupano di salute e di prevenzione e gestione dei rischi, siano essi soggetti istituzionali, strutture sanitarie pubbliche o organizzazioni private, come ad esempio le Compagnie Assicuratrici e i Fondi Sanitari. Proprio questo contesto potrebbe rappresentare un importante acceleratore anche per le relazioni pubblico – privato in Sanità, favorendo da un lato lo sviluppo di un *patient journey* unitario ed integrato e dall'altro la possibilità di un monitoraggio continuativo dello stato di salute del paziente.

In questo processo di digitalizzazione progressiva della vita degli individui e delle loro abitudini quotidiane i veri protagonisti sono, senza dubbio, gli *smartphone*, divenuti sempre più i *remote control* del nostro mondo. Bisogna ricordare che secondo le stime più recenti mediamente ogni persona effettua giornalmente oltre 220 controlli del proprio *smartphone*, ciascun individuo dedica in media più di 2 ore al giorno al proprio *smartphone* ed è possibile stimare che nel 2020 ci saranno oltre 21 miliardi di dispositivi IOT in circolazione.

Al riguardo una prima sfida per il settore assicurativo è verificare la propria capacità di intercettare almeno in parte questi trend innovativi. Tali strumenti, infatti, sono talmente integrati nel nostro *lifestyle* da aver dato vita a un vero e proprio “*Tribe&Community effect*”, su tutti quello che vede contrapposti gli utilizzatori IOS e gli utenti Android. In questo contesto le Compagnie dovranno puntare su processi di *engagement* in grado di sviluppare presso la propria clientela un analogo senso di appartenenza basato sull'effetto distintivo delle proprie soluzioni digitali.

Ultima e fondamentale questione è l'utilizzo dei dati. Indubbiamente oggi si assiste a una ricerca compulsiva da

parte dei principali operatori economici ad acquisire e archiviare quante più informazioni possibili sulla propria clientela, anche in una logica di sviluppo di *partnership* e iniziative di *cross-selling* con altre aziende.

In particolare nel mercato assicurativo, tuttavia, l'essenza del fenomeno dei *big data* non può essere il *data storage* ma la *data analysis*, in un'ottica di supporto attivo ai processi di sviluppo prodotto e di *predictive underwriting* che consentano di valorizzare comportamenti virtuosi dell'individuo in grado di garantire un contenimento attivo del rischio assicurato.

Al riguardo, inoltre, non bisogna sottovalutare il valore strategico di un impiego dei *big data* nella direzione di un miglioramento della *customer knowledge* realizzata attraverso un *behavioral profiling* del cliente basato sulla combinazione di *vitals* e delle modalità di utilizzo delle coperture sanitarie (*claims experience*).

In quest'ottica l'impiego dei *big data* nell'Assicurazione Salute imporrà un ulteriore intervento sugli assetti organizzativi delle Compagnie, che dovrà tendere a riorientare i processi con un approccio di *data driven organization* orientata a garantire una presa in carico complessiva dello stato di salute dell'assicurato attraverso una connettività *real time*, continuativa e pienamente portabile.

Anche in questo campo, nel mercato nazionale, i protagonisti di questo cambiamento epocale sembrano essere le Compagnie specializzate, e in particolare quelle esperienze che provengono dalla gestione sinistri in outsourcing (TPA), che hanno abbinato alla propria offerta assicurativa delle soluzioni che integrano percorsi di *WellBeing* finalizzati a promuovere stili di vita attivi, alimentazione sana, attività sportiva e prevenzione.

A fronte delle importanti opportunità offerte dalla digitalizzazione un'ulteriore sfida per il settore sarà garantire la massima protezione per la *privacy* dei clienti, visto che la raccolta dei dati, ed in particolare dei *vitals* acquisiti attraverso i *wearables*, consentendo alti livelli di *customizzazione* consente al tempo stesso una profonda visibilità delle caratteristiche di ciascun cliente dal punto di vista spaziale, temporale, intellettuale e comportamentale.

A questo riguardo, al di là delle implementazioni normative sulle quali è ancora in corso un processo di prima ricognizione sulla tematica del *mobile health*, giocherà un ruolo fondamentale la capacità delle Imprese di offrire ai propri clienti una condivisione sicura e protetta delle proprie informazioni. Solo in presenza di tale capacità, infatti, le Imprese Assicuratrici saranno in grado di attuare e rendere fruibili i diversi percorsi di *engagement*, *patient monitoring*, *care coordination* e *rewarding* che stanno caratterizzando sempre più, a livello internazionale, lo sviluppo dell'Assicurazione Salute.

Si tratterà in altri termini di rilanciare un patto con i consumatori, ancor prima che con i propri clienti, che garantisca che l'acquisizione dei dati non infranga la *privacy* degli individui, che la classificazione dei rischi non diventi un freno alla concorrenza e che l'utilizzo di informazioni sulla vita personale non divenga uno strumento di discriminazione.

Appare sempre più chiaro che uno dei nodi cruciali da sciogliere nei prossimi anni sarà quello della sostenibilità del sistema sanitario e del mantenimento di qualità adeguata delle cure per tutti i cittadini.

La spesa sanitaria nazionale attualmente è di quasi il 30% inferiore a quella dei Paesi EU14 con una forbice che, anche in percentuale del PIL, continua a divaricarsi di anno in anno. Se non si interviene, quindi, sulla diversificazione delle fonti di finanziamento intermediando in modo consistente la spesa sanitaria privata e alleggerendo contestualmente il carico sui redditi delle famiglie italiane il problema non potrà che crescere. È fondamentale pertanto mettere a punto una nuova strategia per la Sanità in Italia che rilanci un'alleanza pubblico-privato affiancando strutturalmente al Servizio Sanitario Nazionale un Secondo Pilastro Sanitario ancillare e aperto a tutti i cittadini. Attraverso un'intermediazione globale di una quota rilevante della spesa sanitaria privata attualmente già sostenuta dagli italiani, infatti, potrebbero essere recuperate per il sistema sanitario delle preziose risorse aggiuntive, che potrebbero essere impiegate nel campo dell'innovazione scientifica, dell'accessibilità alle cure e della prevenzione.

In questo contesto la domanda di assistenza sanitaria integrativa è destinata a cambiare e crescere velocemente. Per fornire risposte adeguate alle necessità crescenti dei cittadini italiani il settore assicurativo deve tornare ad essere protagonista del dibattito sociale in corso nel nostro Paese, in particolare sulle tematiche del Welfare. Per troppo tempo, soprattutto nei rami danni, le Imprese Assicuratrici sono state "RC auto-centriche", ma le sfide che ci si presentano oggi ci chiamano sempre più a recuperare a pieno le "ragioni più vere" dell'essere assicuratori. In altri termini è giunto il momento di tornare a valorizzare l'equazione Assicurazione = Protezione che è l'essenza stessa della nostra professione.

Per vincere questa sfida l'Assicurazione deve avere il coraggio di innovare la propria offerta e, ancor di più, il proprio business model, mettendo realmente la persona al centro. L'erogazione di servizi sanitari, assistenziali e di promozione della salute (dalla prevenzione all'avviamento all'attività fisica) diventerà sempre più cruciale. In presenza di uno scenario economico di mancata crescita del PIL e di costanti vincoli alla spesa pubblica, la capacità del settore assicurativo di garantire risorse aggiuntive e servizi adeguati per i bisogni di protezione e salute dei cittadini può rappresentare una grande risorsa per il nostro Paese anche nella prospettiva di invecchiamento progressivo della popolazione.

