

# UNIVERSITÀ COMMERCIALE LUIGI BOCCONI

Corsi di Laurea in:

International Politics and Government  
International Economics and Management

## RELAZIONE FINALE DI STAGE



**PRIMUM S.R.L.**  
Agenzia Unipol – Caltagirone

### **Assicurazioni sanitarie e trasformazione del sistema sanitario italiano: ruolo, sfide e prospettive di sviluppo della cultura assicurativa**

Nell'ambito di *Public Affairs, Regolazione e Compliance*

Svolto nel periodo:  
7 luglio - 22 agosto 2025

Studenti:  
- Stela Mile (matricola 3223827)  
- Riccardo Nobile (matricola 3240553)

Struttura ospitante:  
Primum di Vacirca Fabio Salvatore & C. S.n.c - Agenzia Unipol

Anno accademico 2024 - 2025

## 1. Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta uno dei principali pilastri del welfare italiano, garantendo accesso universale alle cure. Negli ultimi decenni, però, lo scenario è cambiato: razionamento delle risorse, tempi d'attesa prolungati e invecchiamento della popolazione hanno reso sempre più evidente la necessità di soluzioni sanitarie alternative o complementari. In questo contesto, le assicurazioni sanitarie integrative stanno assumendo un ruolo crescente.

Questo progetto, sviluppato durante lo stage presso un'agenzia Unipol presso la città di Caltagirone, indaga come il mercato delle assicurazioni sanitarie si stia integrando nel sistema italiano, combinando conoscenze teoriche acquisite a livello universitario con strumenti regolatori e volontà di promozione culturale.

## 2. Quadro teorico

### Sanità come bene pubblico-impuro

Nei beni pubblici "puri" valgono non-rivalità e non-escludibilità; la sanità, invece, è un **bene pubblico-impuro**: l'accesso ai **Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA) è universalistico (elemento "pubblico"), ma molte prestazioni aggiuntive (odontoiatria, check-up premium, camere singole, tempi rapidi) sono **parzialmente escludibili** via prezzo o assicurazione. Questo fa emergere due idee chiave:

- Il problema del **Free rider**: se ci si affida solo al mercato, l'investimento collettivo nella salute sarebbe sotto-ottimale; per questo il finanziamento pubblico resta centrale.
- **Somma verticale dei benefici**: per i beni (semi)pubblici la quantità efficiente si decide sommando le disponibilità a pagare dei diversi individui; è una base teorica per giustificare il ruolo dello Stato e, in presenza di vincoli, l'integrazione privata.

### Modelli di sistema e meccanismi di finanziamento/acquisto

Possiamo inquadrare tre archetipi di Sistema Sanitario:

- **Beveridge (SSN)**: finanziamento tramite **fiscalità generale** e offerta prevalentemente pubblica, è il caso italiano.
- **Bismarck/SHI**: contributi sociali e assicurazioni sociali obbligatorie (tipico di Germania/Francia).
- **National Health Insurance/ibridi**: combinazioni di finanziamento pubblico con erogatori anche privati.

Avviene la creazione di una catena **Revenue collection** → **Pooling** → **Purchasing** che spiega come i fondi vengano raccolti, messi in comune e usati per “comprare” servizi dai provider; vanno attenzionati anche i **metodi di pagamento** (capitation, fee-for-service, **DRG**), cruciali perché cambiano gli **incentivi** su quantità, qualità e costi.

### Performance dei sistemi sanitari

Un buon sistema ripreso da WHO 2000 si propone i seguenti obbiettivi:

- **Migliorare la salute della popolazione** (esiti clinici, QALY/DALY).
- **Equità nel finanziamento** (chi paga quanto, secondo capacità contributiva; progressività vs regressività).
- **Responsiveness** (quanto bene il sistema “risponde” alle aspettative: **tempi d'attesa, continuità, comfort, possibilità di scelta**).

Accanto a questi, vanno ricordate le dimensioni gestionali: **efficienza** (uso migliore delle risorse), **economy** (sostenibilità finanziaria), **ethics** e **legality**.

Questo framework è perfetto per valutare se (e come) l'integrazione assicurativa migliori **accesso, tempi, qualità percepita e sostenibilità**.

### Economia dell'assicurazione sociale

Perché esistono le assicurazioni? Per **risk aversion** e **consumption smoothing**: trasferiscono risorse dagli stati “buoni” (quando stai bene) agli stati “cattivi” (malattia), appiattendo il rischio. Compaiono però due frizioni:

- **Adverse selection**: chi ha rischio atteso più alto è più propenso ad assicurarsi; senza correttivi, i premi salgono e i “buoni rischi” escono (fino alla **death spiral**).
  - **Strumenti**: **pooling** più ampio (collettive aziendali/fondi), **risk adjustment**, questionari sanitari non discriminatori ma informativi, sottolimiti/massimali.
- **Moral hazard**: quando sei coperto consumi più prestazioni o più costose (overuse), o riduci le cautele; i provider possono rispondere aumentando volumi/intensità (supplier-induced demand).
  - **Strumenti**: **deductible/franchigia, copayment/coinsurance**, reti convenzionate e **managed care, second opinion**, autorizzazioni preventive.

Avviene solitamente un **trade-off**: più assicurazione = più protezione/benessere (beneficio), ma anche più rischio di **sprechi** (costo). L’“ottimo” non è piena assicurazione per tutto, bensì **copertura parziale e mirata** (alta protezione su eventi gravi, maggiore partecipazione al costo

su prestazioni minori).

#### **Collegamento al caso italiano e al ruolo dell'integrativa**

Nel **Beveridge italiano** i LEA restano pubblici; tuttavia, vincoli di capacità e **liste d'attesa** (dimensione “responsiveness”) spingono una parte dei cittadini verso canali **privati**. Qui l'assicurazione integrativa:

- **riduce i tempi** (accesso a rete convenzionata, prenotazioni rapide),
- **aumenta la scelta** (medico/struttura),
- **sposta il mix verso prevenzione** (moduli check-up, odontoiatria),
- ma deve gestire **selezione** e **azzardo** con design contrattuale e regole IVASS coerenti con **equità e trasparenza**.

Il risultato, è un **mix pubblico-privato** in cui l'integrativa **completa** (non sostituisce) il SSN: il pubblico assicura universalità ed equità “di base”, il privato può migliorare **responsiveness** e **scelta** entro limiti che ne preservino **sostenibilità** ed **equità** complessiva.

### **3. Il sistema sanitario italiano**

Il SSN è un sistema universalistico di tipo Beveridge, finanziato principalmente dalla fiscalità generale (imposte nazionali e regionali con pooling a livello statale) e organizzato su base regionale. Lo Stato definisce i **LEA** e ripartisce le risorse; le Regioni pianificano ed erogano i servizi tramite ASL/ATS e una rete mista di erogatori pubblici e **privati accreditati**. Per l'ospedale prevalgono pagamenti a prestazione (**DRG**) con variabilità interregionale; per il territorio agiscono modelli misti (capitation e altri schemi). [[OECD](#)] [[Euro Health Systems Observatory](#)] [[Iris](#)]

Negli ultimi anni la **componente privata** ha assunto un ruolo non marginale: nel 2021 la quota di spesa sanitaria finanziata da fonti private era **24,5%** (in calo dal 26,3% del 2019 per effetto pandemia). Di questa, circa **21,9%** è **spesa “out-of-pocket”** (diretta delle famiglie) e **2,6%** è **assicurazione volontaria**; in altre parole, oltre il 90% della spesa privata è OOP. Dati preliminari 2022 mostrano un'ulteriore riduzione dell'OOP rispetto al picco pandemico, ma l'Italia resta sopra la media UE per incidenza di OOP. [[OECD](#)]

In parallelo, le **liste d'attesa** hanno spinto una parte dell'utenza verso il canale privato: nel 2024 è stata introdotta la **Piattaforma Nazionale Liste d'Attesa (PNLA)** con la Legge 107/2024, per monitorare e ridurre i tempi su base nazionale (pubblico e privato accreditato). Questo contesto conferma la funzione “integrativa” dell'offerta privata rispetto al SSN. [[Euro Health Systems Observatory](#)]

Il mercato assicurativo opera sotto la vigilanza **IVASS**, con un impianto normativo che tutela **trasparenza, adeguatezza e correttezza informativa** (Codice delle Assicurazioni Private e Regolamento IVASS n. 40/2018 sugli obblighi informativi e di distribuzione). Recenti interventi hanno rafforzato anche i meccanismi di **tutela stragiudiziale** (Arbitro Assicurativo).

## 4. Le assicurazioni sanitarie in Italia

Il mercato assicurativo italiano del **ramo malattia** si articola in quattro famiglie di prodotto che si trovano anche nella manualistica IVASS/ANIA: (1) **polizze a rimborso spese mediche** (rimborsano visite, esami, ricoveri, interventi); (2) **polizze modulari/personalizzabili** (versione “a pacchetti” del rimborso spese, con moduli per prevenzione, odontoiatria, check-up); (3) **polizze indennitarie** (una diaria/indennità per giorno di ricovero o eventi gravi, a prescindere dal costo reale); (4) **fondi/polizze collettive** stipulate da aziende o enti, spesso con condizioni più favorevoli. IVASS spiega esplicitamente che nelle coperture malattia le garanzie tipiche sono proprio il **rimborso spese** e le **diarie** per ricovero/inabilità; ANIA, nelle sue pagine informative, descrive le stesse forme dal lato pratico del cliente. [ivass.it/ania.it](http://ivass.it/ania.it)

All'interno del ramo, il **canale collettivo** pesa ormai più di quello individuale: secondo dati ANIA (riportati da Assinews), nel **2023 il 66%** dei premi malattia è riferito a **polizze collettive**, segno che la diffusione passa in larga parte da contratti aziendali e di categoria. [Assinews.it](http://Assinews.it)

Quanto alla **penetrazione** sulla popolazione, le stime ufficiali disponibili per area mostrano forti divari: nuclei con una polizza sanitaria ≈ **40% nel Nord-Ovest, 27% nel Nord-Est, poco più del 5% in Sud e Isole** (Banca d'Italia, audizione 26.06.2023). Per inferenza, la media nazionale resta **ben sotto un terzo** e compatibile con valori nell'ordine del **15–20%**. [Bank of Italy](http://Bank of Italy)

La struttura del finanziamento conferma la **bassa intermediazione assicurativa**: nel **2021–2022 i pagamenti out-of-pocket** delle famiglie rappresentavano circa il **23%** della spesa sanitaria totale, mentre la **voluntary health insurance** restava attorno al **2%** (WHO “Health system summary – Italy 2024”; dataset di sintesi 2021 su Health Systems Facts). In altre parole, la gran parte della spesa privata non passa da polizze ma è pagata direttamente. [IrisWorld Health Systems Facts](http://IrisWorld Health Systems Facts)

Perché, nonostante l'offerta ampia, la copertura individuale resta contenuta? Oltre a fattori di **reddito** e **geografia**, pesa una persistente **fiducia “di default” nel SSN** e, al contempo, l'aumento della spesa privata “di necessità” (liste d'attesa, accesso più rapido nel privato): il CENSIS rileva che dal **2013 al 2023 la spesa sanitaria privata pro-capite** è cresciuta del **+23% reale**, segnalando una domanda che spesso si traduce in pagamenti diretti più che in assicurazione. [CENSIS](http://CENSIS)

**In sintesi operativa per il tuo testo:** puoi presentare le quattro tipologie con i riferimenti IVASS/ANIA, qualificare il peso delle **collettive (66%)**, dare l'ordine di grandezza della **copertura effettiva (15–20%, per inferenza dalle stime territoriali Bankitalia)** e chiudere con

l'evidenza finanziaria **OOP ~23% vs VHI ~2%** che spiega perché "meno di 1 su 5" risulta plausibile a livello Paese. [Assinews.it](#) [Bank of Italy Iris World Health Systems Facts](#)

## 5. Focus su Unipol

Nel perimetro salute, il Gruppo Unipol opera sia con **Unipol/UnipolSai** sia con la società sanitaria **UniSalute**, che mette a disposizione rete convenzionata e prodotti dedicati; le coperture salute Unipol indicano infatti accesso al **network UniSalute** e canali di acquisto via **agenzia** e online. [unipol.itunisalute.it](#)

- **UniSalute – Spese Mediche (Sanicard).**  
Polizza a **rimborso spese** per ricoveri, interventi chirurgici, diagnostica e visite specialistiche, con possibilità di **tariffe agevolate** nelle strutture convenzionate quando la prestazione non è in polizza o il massimale è esaurito. In alcune linee salute del gruppo è prevista anche l'**ospitalizzazione domiciliare post-ricovero** (garanzia presente, ad esempio, nelle condizioni della polizza "Ricovero"). [unisalute.it+1unipol.it](#)
- **UnipolSai – Salute 360°.**  
Copertura **modulare** che oltre al rimborso spese può includere pacchetti per **odontoiatria, oncologia e grandi interventi/gravi malattie**, con **prevenzione** e visite/accertamenti post-prevenzione nella garanzia base. Disponibile tramite rete agenziale. [unipol.itunisalute.it](#)
- **#UniSalutePerTe (indennitaria COVID-19).**  
Formula **indennitaria: 100 € al giorno** per ricovero (fino a 14 giorni), **2.000 €** post-terapia intensiva e **teleconsulto 24/7** in caso di sintomi sospetti; iniziativa veicolata da Unipol/UniSalute durante l'emergenza. [unipol.itInSalute](#)
- **Fondo RSM (collettivo per dipendenti del Gruppo).**  
Piano sanitario **collettivo** rivolto ai dipendenti del Gruppo Unipol, con coperture per ricoveri, grandi interventi, parto e utilizzo della rete convenzionata UniSalute; documentazione informativa disponibile presso le rappresentanze sindacali. [fisac-cgil.it](#)

Le soluzioni salute del gruppo sono distribuite tramite **agenzie** Unipol/UnipolSai (ad es. linee "in agenzia" per UniSalute 360°) e canali digitali; le pagine prodotto Unipol indicano inoltre l'accesso alla rete convenzionata UniSalute come parte integrante dell'offerta. [unisalute.itunipol.it](#)

## 6. Cultura assicurativa in Italia

La cultura assicurativa sanitaria in Italia rimane limitata rispetto ad altri paesi europei. Storicamente, la forte fiducia nel Servizio Sanitario Nazionale ha portato molti cittadini a considerare l'assicurazione sanitaria come un costo superfluo, piuttosto che come un investimento per la tutela della propria salute. Nel modello Beveridge italiano molti cittadini danno per scontato che i **LEA** coprano "tutto ciò che serve", per cui l'assicurazione sanitaria è percepita come **non necessaria**; quando emergono problemi di **responsiveness** (liste d'attesa,

scarsa possibilità di scelta), la reazione più frequente non è assicurarsi ma **pagare di tasca propria** (OOP), perché è una soluzione immediata e “una tantum”. A questa dinamica si sommano: (i) **bassa alfabetizzazione assicurativa** e informativa (poca chiarezza su cosa coprono le polizze, franchigie/copay, esclusioni e massimali), (ii) **bias comportamentali** (sottostima del rischio sanitario, preferenza per il presente, sfiducia nei contratti complessi), (iii) **divari territoriali e di reddito** che concentrano la domanda nelle aree e fasce più abbienti, e (iv) una diffusione ancora **disomogenea delle collettive**: dove esistono (aziende medio-grandi, fondi di categoria) fungono da “scuola” di cultura assicurativa, altrove (PMI, autonomi) la copertura resta rara. Il risultato è una **privatizzazione “di fatto”** sbilanciata sull’OOP (regressiva e rischiosa per le famiglie) più che su **coperture integrative regolamentate**, che invece potrebbero offrire protezione finanziaria, **tempi e scelta** migliori entro regole IVASS di trasparenza/adequatezza. In questo contesto, il lavoro di educazione delle agenzie—spiegare con esempi concreti la differenza tra **LEA** e **extra-LEA**, tra **OOP** e **polizza** (costi/benefici attesi), rendere **comparabili** le offerte e valorizzare strumenti come **second opinion**, **reti convenzionate** e **prevenzione**—è la leva principale per trasformare spesa privata “occasionale” in coperture sostenibili e più **eque**.

## 7. Proposta operativa

Per favorire la diffusione delle polizze e rafforzare la cultura assicurativa, si suggeriscono azioni strategiche:

- Creazione di Punti Informativi con partner locali (associazioni, università, professionisti).
- Campagne multicanale (social, webinar, incontri in presenza) per spiegare benefici e modalità.
- Simulazioni personalizzate dei costi/benefici di una copertura.
- Massima trasparenza nella comunicazione dei dettagli contrattuali.

## 8. Conclusioni

Le assicurazioni sanitarie integrative possono rappresentare un complemento efficace al SSN, alleviando criticità amministrative e ampliando l’accesso, purché regolamentate con attenzione e accompagnate da un’adeguata cultura assicurativa. Il ruolo strategico delle agenzie e del public affairs diventa cruciale per rendere questa integrazione equilibrata e sostenibile.

## Risorse

- WHO – World Health Organization.** (2000). *The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance*. Geneva: WHO.
- Jamison, D. T., & Sandbu, M. E.** (2001). Global health: WHO ranking of health system performance. *Science*, 293(5535), 1595–1596.
- Reinhardt, U. E., Hussey, P. S., & Anderson, G. F.** (2004). U.S. health care spending in an international context. *Health Affairs*, 23(3), 10–25.
- Di Matteo, L.** (2003). The income elasticity of health care spending: A comparison of parametric and nonparametric approaches. *European Journal of Health Economics*, 4, 20–29.
- Papanicolas, I., & Smith, P. C.** (Eds.). (2013). *Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- WHO – World Health Organization.** (2019). *Sustainable health financing with an ageing population: Will population ageing lead to uncontrolled health expenditure growth?*
- OECD.** (2022). *OECD Health Statistics 2022* (indicatori: spesa sanitaria % PIL, spesa pro capite, copertura pubblica).
- Global Health Data Exchange (GHDx).** (2019). *Global Expected Health Spending 2018–2050*.