Scuola Superiore per Mediatori Linguistici – CIELS

Corso di Studi Triennale in Scienze della Mediazione Linguistica per il Business management per l'Internazionalizzazione d'Impresa

Classe di Laurea L-12

Prova Finale

IL CAMBIAMENTO DELLA POLIZZA SANITARIA IN ITALIA

Laureando: Giuseppe Enrico Crespi

Relatrice: Prof.ssa Claudia Caburlotto

Matricola n° ML2606/PD

A.A. 2025/2026

Abstract della Prova Finale (lingua italiana):

La tesi analizza l'evoluzione delle assicurazioni sanitarie in Italia, dal mutualismo ottocentesco all'istituzione del SSN e alla tutela integrativa, Si approfondiscono le riforme che hanno sancito la salute come diritto universale e si esamina lo sviluppo di diverse polizze sanitarie, con focus sulla polizza Axa "Protezione Salute Per Sempre" e sul welfare aziendale. L'analisi mostra come il settore privato integri il pubblico, promuovendo prevenzione e sostenibilità in un modello misto volto all'efficienza. L'ultima parte, in lingua francese, indaga le complessità del sistema sanitario d'Oltralpe nell'ultimo cinquantennio, evidenziando le contraddizioni storiche e il successo delle polizze di protezione sanitaria nel mercato francese.

Abstract della Prova Finale (lingua Francese):

Ce mémoire analyse l'évolution de l'assurance maladie en Italie, du mutualisme du XIXe siècle à la création du Service national de santé (SNS) et de l'assurance maladie complémentaire. Il examine les réformes qui ont fait de la santé un droit universel et analyse le développement de différentes polices d'assurance maladie, en particulier la police « Protezione Salute Per Sempre » d'AXA et la prévoyance sociale en entreprise. L'analyse montre comment le secteur privé complète le secteur public, en promouvant la prévention et la durabilité dans un modèle mixte visant l'efficience. La dernière partie, en français, explore les complexités du système de santé français au cours des cinquante dernières années, en soulignant les contradictions historiques et le succès des polices d'assurance maladie sur le marché français

Indice

INTRODUZIONE 3
CAPITOLO 1 5
1.1 La malattia come rischio sociale 5
1.2 Il mutualismo sanitario nell'Italia pre-unitaria: le società di mutuo soccorso 6
1.3 Il contesto socio-economico post-unitario 8
CAPITOLO 2 13
2.1 Dallo Stato corporativo al secondo dopoguerra 13
2.2 La nascita del Servizio Sanitario Nazionale; la riforma voluta da Tina Anselmi 16
CAPITOLO 3 23
3.1 La genesi del sistema misto: l'era dei pionieri e la metamorfosi del rischio sanitario (1980-1995) 23
3.2 Il Welfare: il modello AXA, la sanità aziendale e le frontiere della protezione 25
CHAPITRE 4 27
4.1 Le système de santé français 27
4.2 Le paysage de la complémentaire santé : analyse des acteurs clés et de la dynamique du marché en 2026 30
CHAPITRE 5 33
5.1 La numérisation de la distribution de l'assurance santé en France: enjeux, acteurs et dynamiques du marché en ligne 33
CONCLUSIONS 41
BIBLIOGRAFIA 43
SITOGRAFIA 45
DICHIARAZIONE DI ORIGINALITA' 49
DICHIARAZIONE DI CONSULTABILITA' 51

INTRODUZIONE

La tutela della salute rappresenta uno degli aspetti fondamentali del vivere sociale e costituisce un elemento centrale nei moderni Stati di diritto. Tuttavia, il riconoscimento della salute come diritto universale è il risultato di un lungo processo storico, economico e sociale. In Italia, prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, l'assistenza sanitaria era garantita attraverso un sistema frammentato di assicurazioni sanitarie, prevalentemente di natura mutualistica, che tutelavano solo alcune categorie di cittadini.

La presente tesi si propone di analizzare l'origine e l'evoluzione delle assicurazioni sanitarie in Italia, ripercorrendo le principali tappe storiche che hanno condotto dalla solidarietà spontanea delle società di mutuo soccorso fino alla nascita di un sistema sanitario pubblico e universalistico. L'obiettivo è comprendere come il concetto di assicurazione sanitaria si sia trasformato nel tempo, adattandosi ai mutamenti economici, politici e sociali del Paese.

Particolare attenzione sarà dedicata al periodo compreso tra l'Unità d'Italia e il secondo dopoguerra, fase in cui il sistema mutualistico raggiunse la sua massima estensione, ma mostrò anche evidenti limiti in termini di equità ed efficienza. Infine, verrà analizzato il ruolo delle assicurazioni sanitarie integrative nel contesto attuale, evidenziandone le funzioni e le criticità.

CAPITOLO 1

1.1 La malattia come rischio sociale

Fin dall'antichità, la malattia è stata percepita come un evento capace di compromettere non solo la salute individuale, ma anche l'equilibrio economico e sociale delle comunità. In assenza di sistemi pubblici di protezione, il rischio legato alla malattia ricadeva interamente sull'individuo e sulla sua famiglia, generando forme spontanee di solidarietà.

Il concetto di assicurazione sanitaria, inteso come condivisione collettiva del rischio, nasce proprio dalla consapevolezza che la malattia rappresenta un evento imprevedibile e potenzialmente devastante. Questa intuizione costituisce il fondamento delle prime forme di assistenza sanitaria organizzata.

Nel mondo antico, l'assistenza ai malati era affidata principalmente alla famiglia e alla comunità locale. Nella Grecia classica, i templi dedicati ad Asclepio svolgevano una funzione terapeutica e assistenziale, mentre nell'Impero Romano esistevano strutture sanitarie riservate ai militari e agli schiavi[1]. Indicare le fonti

Durante il Medioevo, con il declino delle istituzioni pubbliche, il ruolo principale nell'assistenza sanitaria fu assunto dalla Chiesa. Ospedali, xenodochi e lebbrosari nacquero come luoghi di accoglienza e cura, finanziati attraverso donazioni e opere caritatevoli.[2] Tuttavia, tali strutture non garantivano una copertura universale e sistematica.

A partire dal basso Medioevo, le corporazioni di arti e mestieri iniziarono a organizzare forme di assistenza per i propri membri. Queste associazioni prevedevano contributi periodici destinati a sostenere gli affiliati in caso di malattia, infortunio o morte.[3]

Tali pratiche possono essere considerate le prime forme di mutualismo sanitario, basate sulla solidarietà tra individui accomunati dalla stessa attività lavorativa. Sebbene limitate a gruppi ristretti, esse rappresentarono un importante precedente delle future assicurazioni sanitarie.

---

1 Per una ricostruzione storica dettagliata dell'assistenza medica e delle strutture sanitarie nel mondo antico, con particolare riferimento ai valetudinaria romani, si veda Cosmacini, G., Storia della medicina in Italia. Dalle origini a oggi, Roma-Bari, Laterza, 2005, pp. 18-25.

2 Cfr. Cherubini, A., *Beneficenza e assistenza sociale in Italia. Profilo storico*, Milano, FrancoAngeli, 1991, pp. 34-41. L'autore evidenzia come le strutture ospedaliere medievali e gli xenodochi avessero una funzione di accoglienza e ricovero di tipo prevalentemente caritatevole-religioso, ben distinta dalla moderna funzione terapeutica ed ecumenica della sanità.

3 Sul ruolo delle corporazioni d'arti e mestieri (o gilde) del Basso Medioevo quali antenate storiche del mutualismo e della previdenza dei lavoratori, vedi Pene Vidari, G.S., *Lineamenti di storia del diritto sociale. Mutuo soccorso e assicurazioni sociali*, Torino, Giappichelli, 2002, pp. 12-19.

Parallelamente alle corporazioni, la Chiesa continuò a svolgere un ruolo centrale nell'assistenza ai malati attraverso le opere pie e le confraternite religiose. Queste istituzioni, spesso finanziate da lasciti testamentari, offrivano cure gratuite ai più poveri, contribuendo alla diffusione del principio di assistenza come dovere morale collettivo.

1.2 Il mutualismo sanitario nell'Italia pre-unitaria: le società di mutuo soccorso

L'analisi del mutualismo sanitario nell'Italia pre-unitaria richiede innanzitutto un inquadramento che tenga conto della profonda trasformazione strutturale che colpì la penisola tra la fine del XVIII e la prima metà del XIX secolo. In questo delicato passaggio d'epoca, segnato dal progressivo declino delle antiche corporazioni di mestiere — istituzioni che per secoli avevano garantito non solo la regolamentazione del lavoro ma anche forme rudimentali di assistenza ai propri membri — si venne a creare un vuoto di protezione sociale che lo Stato non era ancora pronto a colmare. In un contesto caratterizzato dalla nascente industrializzazione e dalla diffusione delle idee illuministe e liberali, il lavoratore si ritrovò improvvisamente atomizzato, privato delle garanzie corporative e privo di una rete di sicurezza pubblica. Fu proprio in questo spazio d'ombra che iniziarono a germogliare le prime Società di Mutuo Soccorso, intese non come semplici enti assistenziali calati dall'alto, bensì come espressione spontanea e democratica della classe lavoratrice che sentiva la necessità di organizzarsi per mitigare i rischi legati alla malattia, all'infortunio e alla morte del capofamiglia. Come evidenziato dalla storiografia specialistica, in particolare nelle riflessioni di Giovanna Vicarelli[4], il mutualismo rappresentò una vera e propria risposta endogena, fondata sulla convinzione che la protezione dai rischi biologici e sociali potesse essere gestita efficacemente solo attraverso la collettivizzazione delle scarse risorse individuali.

Il meccanismo operativo di queste società poggiava su una filosofia del "self-help" che superava la logica della carità per abbracciare quella del diritto e della solidarietà reciproca.[5]Attraverso il versamento di una quota sociale periodica, l'iscritto alimentava un fondo comune indivisibile che fungeva da polizza assicurativa *ante litteram*. Se in una fase iniziale l'intervento era limitato al cosiddetto "soccorso in danaro" — ovvero una somma giornaliera destinata a compensare la perdita del salario e a evitare che il nucleo familiare cadesse nell'indigenza estrema

4 Il riferimento è a Vicarelli, G., Gli istituti della salute. Storia e sociologia della sanità in Italia, Bologna, Il Mulino, 1997. L'autrice approfondisce le dinamiche endogene che hanno mosso la nascita del mutualismo ottocentesco come forma di autogoverno del rischio da parte delle prime comunità operaie e artigiane.

5 Cfr. Tomassini, L., *Stato e società civile. Mutuo soccorso e sistemi previdenziali in Italia tra Otto e Novecento*, Manduria, Lacaita, 1993, p. 55.

durante il periodo di inabilità — col passare del tempo l'offerta si ampliò verso il "soccorso in natura". Questa evoluzione segnò un passaggio cruciale, poiché le società iniziarono a stipulare convenzioni con medici e farmacisti, garantendo ai soci non solo un sostegno economico ma l'accesso effettivo a prestazioni sanitarie che altrimenti sarebbero rimaste loro precluse. È interessante notare come queste organizzazioni agissero come laboratori di cittadinanza attiva: la gestione delle SMS non era infatti affidata a burocrati, ma ai lavoratori stessi che, attraverso assemblee elettive e la redazione di statuti interni, imparavano a gestire bilanci complessi e a esercitare la democrazia ben prima che i diritti politici fossero estesi alla maggioranza della popolazione.

Tuttavia, nonostante l'indubbio valore etico e sociale, il mutualismo pre-unitario portava con sé limiti strutturali intrinseci che ne impedivano una reale funzione universalistica. Poiché il sistema si basava interamente sulla capacità contributiva dei membri, l'adesione era di fatto preclusa a chi non godeva di un reddito minimo costante. Questo meccanismo di selezione escludeva sistematicamente la stragrande maggioranza della popolazione, composta da braccianti agricoli, lavoratori occasionali e dai cosiddetti "poveri cronici". Per queste fasce sociali, la tutela della salute rimaneva ancora legata al modello della beneficenza pubblica amministrata dalle Opere Pie o alla carità religiosa, mantenendo un carattere paternalistico che mal si conciliava con la dignità del diritto propugnata dai lavoratori urbani. Inoltre, la stabilità finanziaria delle società era spesso precaria: la base associativa limitata rendeva i fondi comuni estremamente vulnerabili in caso di epidemie o di crisi economiche prolungate, esponendo i soci al rischio di veder svanire le proprie tutele proprio nel momento del bisogno più acuto.

Questa fragilità era ulteriormente esasperata dalla marcata eterogeneità geografica della penisola, che rifletteva le profonde disparità economiche e politiche degli Stati pre-unitari. Nelle regioni settentrionali, con in testa il Regno di Sardegna e la Lombardia, il dinamismo delle prime aree industriali e un clima politico relativamente più aperto favorirono una diffusione capillare dell'associazionismo. In città come Torino, Genova e Milano, il mutuo soccorso divenne un pilastro della società civile e un punto di riferimento per l'aristocrazia operaia. Al contrario, nel Regno delle Due Sicilie e nello Stato Pontificio, il fenomeno incontrò ostacoli quasi insormontabili, legati sia all'arretratezza di un'economia prevalentemente agricola sia all'ostilità dei regnanti verso ogni forma di aggregazione laica, vista come potenziale focolaio di insurrezione politica o sindacale. In tali contesti, la gestione del "rischio salute" rimase saldamente nelle mani delle istituzioni ecclesiastiche, perpetuando una visione fatalistica della malattia anziché promuovere una cultura della previdenza.

Il rapporto tra queste società e le autorità statali fu costantemente caratterizzato da un equilibrio precario tra tolleranza e controllo poliziesco. Sebbene gli Stati riconoscessero l'utilità delle SMS nel mantenere l'ordine pubblico attraverso la riduzione del pauperismo, esse venivano vigilate con sospetto, temendo che la loro funzione assistenziale fosse solo una copertura per la diffusione di

ideali liberali o socialisti. Con il raggiungimento dell'Unità nel 1861, il nuovo Stato liberale ereditò questa frammentazione, trovandosi di fronte alla necessità di normare un fenomeno che era cresciuto in modo caotico e disomogeneo. Il lungo percorso di maturazione del movimento mutualistico trovò infine il suo riconoscimento formale con la promulgazione della Legge 15 aprile 1886, n. 3818.[6]Questo provvedimento rappresentò un punto di svolta fondamentale nella storia della legislazione sociale italiana, poiché offrì per la prima volta una cornice giuridica organica alle Società di Mutuo Soccorso, permettendo loro di acquisire la personalità giuridica e di gestire i propri patrimoni con maggiore sicurezza.

Sebbene la legge del 1886 non imponesse ancora l'obbligatorietà dell'assicurazione — mantenendo il sistema ancorato alla libera volontà individuale e lasciando irrisolto il problema delle masse rurali più povere — essa ebbe il merito di trasformare definitivamente la percezione del soccorso sanitario. Grazie a questa norma, le SMS smisero di essere realtà tollerate o semiclandestine per diventare attori istituzionali riconosciuti, capaci di collaborare con lo Stato nella gestione dei rischi sociali. In questo senso, il mutualismo pre-unitario e la sua successiva codificazione normativa non furono solo una risposta alle carenze assistenziali dell'epoca, ma costituirono il laboratorio ideale in cui vennero sperimentati quegli strumenti di protezione e quelle culture della solidarietà che, decenni più tardi, avrebbero portato alla nascita del moderno Stato sociale e del Servizio Sanitario Nazionale. La transizione dalle SMS verso i sistemi assicurativi obbligatori segnò dunque il passaggio da un'idea di salute come grazia o fortuna a una visione della stessa come bene collettivo e diritto fondamentale, un percorso che affonda le sue radici proprio nell'esperienza di quegli operai e artigiani che, nella frammentazione dell'Italia pre-unitaria, avevano scommesso sulla forza dell'unione reciproca per difendere la propria vita e il proprio lavoro.

1.3 Il contesto socio-economico post-unitario

L'analisi del contesto socio-economico dell'Italia post-unitaria e della conseguente evoluzione dei sistemi di tutela della salute richiede una riflessione che vada ben oltre la semplice cronologia dei fatti politici, per addentrarsi nelle pieghe di una nazione che, all'indomani del 1861, si scopriva profondamente frammentata, povera e strutturalmente disomogenea. La proclamazione dell'Unità d'Italia rappresentò un traguardo politico straordinario, ma non portò con sé una trasformazione immediata o miracolosa delle condizioni di vita della popolazione; al contrario, il

6 Legge 15 aprile 1886, n. 3818, *Approvazione del testo di legge sul riconoscimento legale delle Società di mutuo soccorso*, in Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia, n. 94, 22 aprile 1886.

nuovo Stato sabaudo si trovò a dover governare un mosaico di territori caratterizzati da economie quasi esclusivamente agricole, tassi di analfabetismo vertiginosi e una precarietà igienico-sanitaria che rendeva la quotidianità della maggioranza dei cittadini una lotta per la sopravvivenza. In questo scenario, la tutela della salute non era minimamente percepita come un dovere dello Stato o un diritto del cittadino, bensì rimaneva confinata in una dimensione privata, legata alla capacità del singolo di provvedere a se stesso o, nei casi di indigenza assoluta, alla sottomissione verso le forme di carità e beneficenza religiosa. Questa impostazione rifletteva pienamente la dottrina liberale dominante del tempo, la quale concepiva lo Stato come un "guardiano notturno", il cui unico compito era garantire l'ordine pubblico e la proprietà privata, riducendo al minimo indispensabile l'intervento nelle dinamiche sociali ed economiche.[7] La malattia, dunque, continuava a essere interpretata come una sventura individuale o un rischio professionale che il lavoratore doveva gestire attraverso il risparmio o l'adesione volontaria a quelle Società di Mutuo Soccorso che avevamo visto nascere nel periodo pre-unitario, ma che ora si dimostravano drammaticamente insufficienti di fronte alla vastità della questione sociale che stava per esplodere.

Con l'avanzare del XIX secolo e l'avvio del processo di industrializzazione, specialmente nel cosiddetto "triangolo industriale" del Nord, il quadro iniziò a mutare radicalmente, ponendo le basi per una crisi di sistema. La nascita del proletariato urbano, l'inurbamento selvaggio e le condizioni di lavoro estenuanti nelle prime fabbriche portarono alla ribalta problemi sanitari di massa: gli infortuni sul lavoro, le malattie professionali e le patologie da affollamento, come la tubercolosi, non potevano più essere derubricate a incidenti privati. In questo clima di tensione, la "questione sociale" divenne il fulcro del dibattito politico, alimentata anche dalla crescita dei movimenti operai e socialisti che rivendicavano non più solo carità, ma diritti certi. Lo Stato liberale si vide costretto a reagire, non per una conversione filantropica, ma per una necessità di stabilità politica e di efficienza produttiva; un lavoratore malato o infortunato rappresentava un costo sociale e un potenziale focolaio di rivolta. Un primo timido segnale di cambiamento si ebbe con la legge Crispi del 1888, che riorganizzò l'amministrazione sanitaria ponendola sotto il controllo del Ministero dell'Interno, ma fu con la svolta di fine secolo che si assistette al passaggio fondamentale dal mutualismo volontario all'assicurazione sociale obbligatoria. La legge del 1898 sull'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro segnò lo spartiacque definitivo: per la prima volta, si sanciva il principio che il rischio legato all'attività lavorativa non gravava solo sul singolo, ma doveva essere gestito attraverso un sistema assicurativo protetto dallo Stato.

7 Sul concetto di "Stato guardiano notturno" proprio dell'ortodossia liberale post-unitaria e sulle resistenze ideologiche rispetto all'intervento pubblico in campo sociale, si veda Ritter, G.A., Storia dello Stato sociale, Roma-Bari, Laterza, 2003, pp. 88-94.

Questo nuovo approccio portò alla nascita e alla proliferazione delle cosiddette Casse Mutue, enti di natura para-pubblica che segnarono l'istituzionalizzazione del diritto alla salute per i lavoratori. A differenza delle vecchie Società di Mutuo Soccorso, basate sulla libera volontà e sulla fratellanza, le Casse Mutue operavano su base obbligatoria per specifiche categorie professionali e si finanziavano attraverso un sistema tripartito di contributi versati dal lavoratore, dal datore di lavoro e, talvolta, con il sostegno dello Stato.[8] Sebbene questo modello rappresentasse un progresso innegabile, esso portava in sé il germe di una nuova e profonda disuguaglianza: il "categorialismo".[9] La tutela della salute non era legata alla condizione di essere umano o cittadino, ma alla posizione occupata nel mercato del lavoro. Si creò così un sistema frammentato in centinaia di casse diverse — per i ferrovieri, per i tessili, per i metalmeccanici — ognuna con il proprio statuto, il proprio livello di contribuzione e, di conseguenza, la propria qualità di prestazioni erogate. Chi apparteneva a settori economicamente forti godeva di un'assistenza dignitosa, mentre chi lavorava in settori marginali o era impiegato in forme di lavoro precario rimaneva ai margini di una protezione reale.

Questa frammentazione istituzionale non fece che esasperare il dualismo geografico tra il Nord e il Sud del Paese. Mentre nelle regioni settentrionali lo sviluppo industriale favoriva la creazione di casse mutue solide e dotate di strutture sanitarie convenzionate moderne, il Mezzogiorno, ancora ancorato a un'economia agricola di sussistenza e a rapporti di potere latifondisti, rimaneva quasi totalmente escluso da questa modernizzazione assistenziale. Nel Sud, la figura del medico condotto e la beneficenza parrocchiale rimanevano gli unici baluardi contro la malattia, rendendo l'accesso alle cure un privilegio geografico oltre che economico. Inoltre, il sistema delle casse mutue ignorava completamente ampie fasce della popolazione: le donne non occupate, i disoccupati, gli anziani e i lavoratori autonomi erano privi di qualsiasi copertura, confermando che la salute era ancora concepita come una funzione della produttività economica piuttosto che come un bene universale.

Entrando nel primo Novecento e attraversando il periodo tra le due guerre, il sistema mutualistico-assicurativo divenne ancora più pervasivo ma anche più caotico. Il regime fascista, pur centralizzando alcune funzioni e creando grandi enti nazionali come l'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie), non scardinò la logica categoriale, ma anzi la utilizzò come strumento di controllo sociale e di consenso corporativo. L'inefficienza di questo "patchwork" assistenziale divenne evidente nel secondo dopoguerra, quando l'Italia si trovò a dover gestire un

8 Si fa riferimento alla fondamentale Legge 22 dicembre 1888, n. 5849 (nota come Legge Crispi), recante *Provvedimenti per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica*, e alla successiva Legge 17 marzo 1898, n. 80, *Assicurazione obbligatoria degli operai contro gli infortuni sul lavoro*, considerata lo spartiacque del passaggio dal welfare protettivo-volontario a quello assicurativo-obbligatorio in Italia.

9 Per un'analisi politologica e sociologica del concetto di "categorialismo" e dei modelli di welfare frammentati su base occupazionale nell'Europa meridionale, si rimanda a Ferrera, M., *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Bologna, Il Mulino, 2006, pp. 110-118.

sistema sanitario costoso, burocraticamente elefantiaco e profondamente ingiusto, dove la qualità del medico o dell'ospedale a cui si aveva diritto dipendeva letteralmente dal "tesserino" professionale che si portava in tasca. Il dibattito sulla necessità di una riforma radicale si fece serrato, alimentato dalla consapevolezza che un Paese moderno e democratico, nato dalla Resistenza e fondato sul lavoro, non potesse più tollerare una cittadinanza divisa in "serie A" e "serie B" di fronte alla sofferenza e alla morte.

In conclusione, il lungo periodo post-unitario deve essere letto come una fase di transizione necessaria ma contraddittoria. È il tempo in cui lo Stato italiano smette di essere un semplice spettatore delle sventure dei propri cittadini e inizia a riconoscere la tutela della salute come una responsabilità pubblica, seppur limitata dal vincolo assicurativo. Il passaggio dal mutualismo volontario alle casse mutue obbligatorie ha rappresentato il laboratorio dove sono stati testati i primi strumenti di previdenza sociale, ma ha anche evidenziato l'impossibilità di raggiungere un'equità sociale vera finché la salute rimaneva subordinata al contratto di lavoro. Le criticità, i debiti cronici delle casse e le scandalose disparità territoriali ereditate da questo secolo di storia avrebbero costituito il principale sprone per quella rivoluzione copernicana che, solo nel 1978, porterà all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale[10], trasformando finalmente il suddito-lavoratore in un cittadino titolare di un diritto universale, inalienabile e gratuito alla cura. Questo percorso, faticoso e non privo di zone d'ombra, dimostra come la conquista della salute pubblica sia stata una delle sfide più complesse della costruzione dell'identità nazionale italiana, un processo che ha richiesto il superamento di logiche liberali e corporative a favore di un principio di solidarietà nazionale sancito, infine, dalla Carta Costituzionale.

10 L'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie) venne originariamente istituito durante il periodo fascista con il Regio Decreto Legge 11 gennaio 1943, n. 14, sotto la denominazione di *Istituto Mutualistico Fascista per l'Assistenza ai Lavoratori* (IMFA), per poi essere riorganizzato e rinominato nel dopoguerra. Cfr. Luzzi, S., *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, Donzelli, 2004, pp. 45-52.

CAPITOLO 2

2.1 Dallo Stato corporativo al secondo dopoguerra

L'evoluzione del sistema sanitario italiano tra l'avvento del regime fascista e la nascita del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta un arco temporale di fondamentale importanza, segnato da una metamorfosi profonda non solo delle strutture amministrative, ma del concetto stesso di "salute" nel rapporto tra cittadino e Stato. Per analizzare questo passaggio, è necessario partire dalla rottura operata dal fascismo negli anni Venti rispetto alla tradizione liberale e mutualistica dell'Ottocento.[11]Con l'ascesa del regime, la tutela della salute cessò di essere una questione legata alla libera associazione tra lavoratori per diventare un ingranaggio centrale del progetto corporativo. Lo Stato fascista non intendeva affatto riconoscere un diritto universale alla salute — concetto che sarebbe rimasto estraneo alla cultura politica dell'epoca — quanto piuttosto inquadrare la forza-lavoro all'interno di una struttura gerarchica e produttivista. In questa visione, la salute del lavoratore veniva intesa come "capitale biologico" della nazione[12]: un bene da preservare non per il benessere dell'individuo in quanto persona, ma per garantire l'efficienza bellica, la produttività economica e la crescita demografica del Paese.

Questo mutamento di paradigma portò a una sistematica esautorazione delle vecchie Società di Mutuo Soccorso, la cui autonomia decisionale e le cui radici spesso legate ai movimenti socialisti o cattolici erano viste con estremo sospetto dal regime[13]. La riorganizzazione fascista procedette dunque verso una centralizzazione e una burocratizzazione del sistema assistenziale, culminata nella creazione di grandi enti parastatali e nel rafforzamento delle casse mutue di categoria. In questo periodo, l'assistenza sanitaria venne definitivamente saldata alla posizione lavorativa: il diritto alle cure non era una prerogativa della cittadinanza, ma una prestazione derivante dal contratto di lavoro e dall'appartenenza a una specifica corporazione. Sebbene questo portò a una razionalizzazione formale, con l'istituzione di organismi come l'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie) nel 1943, il risultato fu un sistema profondamente discriminatorio.[14] I lavoratori dell'industria pesante o del pubblico impiego godevano di coperture relativamente ampie, mentre i braccianti agricoli, i lavoratori stagionali e i disoccupati rimanevano confinati in una zona grigia di assistenza minima, spesso fornita ancora da enti caritativi o dalla medicina condotta di base, priva di

11 Sul punto, per un inquadramento generale sull'evoluzione delle strutture pubbliche in Italia, si veda P. Melis, *Storia dell'amministrazione italiana*, Bologna, Il Mulino, 2020, cap. III.
12 Cfr. C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2021, pp. 120-125.
13 Ivi, p. 132.
14 P. Melis, *Storia dell'amministrazione italiana*, cit., pp. 210-212.

mezzi e infrastrutture adeguate.

Parallelamente a questa architettura assicurativa, il fascismo investì massicciamente nella medicina preventiva e nell'igiene pubblica, ma sempre con finalità ideologiche e propagandistiche. La creazione dell'ONMI (Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia) è un esempio emblematico di come l'intervento sanitario fosse declinato in funzione demografica: proteggere la madre e il bambino significava, nella retorica del tempo, preparare le future generazioni di "soldati e coloni".[15] Anche la lotta contro le malattie sociali come la tubercolosi o la malaria venne condotta con piglio autoritario e grandi opere infrastrutturali che, pur migliorando oggettivamente alcuni indicatori di mortalità, non scalfirono l'impostazione diseguale del sistema. Con il crollo del regime e la fine traumatica della Seconda guerra mondiale, l'Italia si ritrovò in un panorama di macerie non solo materiali, ma anche istituzionali. Il sistema delle casse mutue era finanziariamente al collasso, le infrastrutture ospedaliere erano state decimate dal conflitto e la popolazione, stremata dalla povertà e dalle carenze nutrizionali, presentava un bisogno di assistenza senza precedenti.

In questo clima di ricostruzione morale e materiale si inserisce l'opera dell'Assemblea Costituente, che nel 1948 produsse uno dei passaggi giuridici più avanzati della storia moderna: l'Articolo 32 della Costituzione.[16] Sancendo che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti», i padri costituenti operarono una rivoluzione copernicana. La salute non era più un beneficio legato al lavoro o un premio per la produttività, ma un attributo intrinseco della dignità umana.[17] Tuttavia, tra il principio costituzionale e la realtà amministrativa si aprì un solco che sarebbe durato trent'anni. Nonostante la solenne affermazione del diritto alla salute, l'Italia del secondo dopoguerra decise — in parte per inerzia burocratica, in parte per la necessità di non destabilizzare un equilibrio politico già precario — di mantenere in vita il vecchio sistema delle casse mutue fasciste, limitandosi a rinominarle o a riformarne parzialmente i vertici.[18]

Gli anni Cinquanta e Sessanta, caratterizzati dal cosiddetto "miracolo economico", videro dunque la convivenza paradossale tra una Costituzione universalistica e un sistema sanitario categoriale e frammentato. In questo periodo, la domanda di salute crebbe esponenzialmente: il

15 C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, cit., p. 145.
16 Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32.
17 Per un'analisi approfondita della genesi costituzionale dell'articolo si rimanda a P. D'Onofrio, *Il diritto alla salute tra tradizione costituzionale e innovazione digitale*, Padova, CEDAM, 2022, cap. I.
18 Cfr. C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, cit., pp. 202-205.

miglioramento degli standard di vita, la scoperta di nuovi farmaci (come gli antibiotici) e il progresso delle tecnologie diagnostiche resero le cure mediche sempre più costose e desiderate. Le casse mutue iniziarono a mostrare segni di cedimento strutturale sotto il peso di questa pressione. Il sistema era un vero e proprio "mosaico impazzito"[19]: esistevano centinaia di enti gestori diversi, ognuno con le proprie tariffe, i propri rimborsi e i propri criteri di accesso. Un operaio metalmeccanico di Milano poteva avere accesso a cure d'avanguardia in ospedali convenzionati, mentre un piccolo artigiano del Mezzogiorno o un pensionato rurale doveva spesso accontentarsi di prestazioni minimali, subendo ritardi burocratici infiniti e una qualità delle cure scadente.

Questa frammentazione divenne terreno fertile per l'inefficienza e il clientelismo politico. Le casse mutue, gestite spesso in modo poco trasparente, si trasformarono in centri di potere economico e serbatoi di consenso elettorale, aggravando ulteriormente il divario tra i cittadini. La mancanza di un coordinamento centrale impediva qualsiasi forma di programmazione sanitaria nazionale: si costruivano ospedali dove non servivano e si lasciavano scoperte intere aree geografiche, con una spesa pubblica che lievitava senza produrre un miglioramento proporzionale della salute pubblica.[20] Fu nel corso degli anni Sessanta che il dibattito sulla riforma iniziò a farsi urgente, alimentato non solo dalle denunce dei movimenti sindacali, ma anche da una parte della classe medica e intellettuale che vedeva nel sistema mutualistico un ostacolo al progresso civile del Paese. Un primo passo fu la cosiddetta "Legge Mariotti" del 1968, che riformò il sistema ospedaliero trasformando gli ospedali da enti di beneficenza in enti pubblici, ma il cuore del sistema — il meccanismo assicurativo delle mutue — rimase intatto.[21]

La crisi definitiva maturò negli anni Settanta, un decennio di grandi fermenti sociali e riforme civili. La consapevolezza che il modello mutualistico fosse tecnicamente fallito e moralmente insostenibile divenne un patrimonio comune. Le disuguaglianze territoriali erano ormai intollerabili: il Sud Italia rimaneva drammaticamente indietro rispetto al Nord, con indici di mortalità infantile e malattie infettive che ricordavano l'anteguerra. In questo clima di spinta verso il cambiamento, si fece strada l’idea di un modello "universalistico" ispirato al sistema britannico, dove la salute non fosse più una merce o un premio assicurativo, ma un servizio pubblico finanziato dalla fiscalità generale, accessibile a tutti indipendentemente dal reddito o dal lavoro. Questo lungo e travagliato processo di transizione culturale, politica e amministrativa trovò la sua conclusione nella storica Legge 23

19 L'espressione descrive efficacemente la frammentazione istituzionale dell'epoca. Si veda V. Mapelli, *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, Il Mulino, 2012, pp. 23-27.
20 Cfr. R. Levaggi, S. Capri, *Economia Sanitaria*, Milano, Franco Angeli, 2010, pp. 45-50.
21 A. Pioggia, *Il diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2024, p. 58.

dicembre 1978, n. 833.[22]

L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) segnò la fine di un'epoca. Con un solo atto legislativo, vennero sciolte le vecchie casse mutue, i loro debiti vennero assunti dallo Stato e si diede vita a una struttura unica, decentrata nelle Unità Sanitarie Locali (USL), basata sui principi di universalità, uguaglianza ed equità.[23] Fu il traguardo di un cammino iniziato nelle trincee della Resistenza e passato attraverso i dibattiti dell'Assemblea Costituente: il passaggio definitivo dallo Stato corporativo, che vedeva nel malato un peso o uno strumento di produzione, allo Stato sociale democratico, che riconosce nella salute il presupposto stesso della libertà. In conclusione, il periodo che va dal ventennio fascista al 1978 non è stato solo un succedersi di riforme tecniche, ma una grande battaglia di civiltà che ha ridefinito il contratto sociale tra gli italiani, sancendo che la dignità della persona non può essere soggetta alle leggi del mercato o alla casualità della propria condizione professionale. Questo lascito, seppur oggi messo alla prova da nuove sfide economiche e demografiche, resta il pilastro fondamentale della democrazia italiana.

2.2 La nascita del Servizio Sanitario Nazionale; la riforma voluta da Tina Anselmi

Il decennio degli anni Settanta ha rappresentato per l'Italia un vero e proprio spartiacque storico, un periodo di fermento straordinario in cui le tensioni politiche e i conflitti sociali si sono intrecciati con una stagione di riforme civili senza precedenti. Per comprendere la genesi del Servizio Sanitario Nazionale, non si può prescindere dall'analizzare quel clima di profonda trasformazione che ha investito ogni fibra della società italiana. Erano gli anni in cui il consolidamento dello Stato sociale non era solo un obiettivo programmatico delle forze di governo, ma una rivendicazione urlata nelle piazze, nelle fabbriche e nelle università. L'ampliamento dei diritti civili, la democratizzazione delle istituzioni e una rinnovata attenzione verso i temi dell'uguaglianza sostanziale portarono inevitabilmente a mettere sotto accusa il vecchio sistema sanitario, ancora ancorato a una logica mutualistica e frammentata che appariva ormai del tutto anacronistica rispetto alle necessità di una nazione moderna.[24]

Il sistema delle casse mutue, eredità di un passato corporativo e liberale, stava vivendo una

22 Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*), in G.U. n. 360 del 28 dicembre 1978.
23 R. Balduzzi, G. Carpani, *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2022, pp. 34-39.
24 Per una lettura sociologica generale del passaggio critico dai sistemi di mercato e categoriali alle tutele pubbliche universalistiche nel Novecento, si veda il classico studio di K. Polanyi, *La grande trasformazione*, Torino, Einaudi, 1944.

crisi che non era soltanto finanziaria, ma profondamente etica e funzionale. Le disuguaglianze nell'accesso alle cure erano diventate talmente macroscopiche da non poter essere più ignorate. La qualità dell'assistenza ricevuta da un cittadino dipendeva paradossalmente dalla sua categoria professionale o dalla solidità economica dell'ente a cui era iscritto. Questo creava una gerarchia della sofferenza intollerabile: c'erano lavoratori di "serie A" che godevano di coperture ampie e accesso a strutture d'eccellenza, e una vasta platea di lavoratori di "serie B", pensionati, disoccupati e braccianti agricoli che restavano ai margini, costretti a fare i conti con prestazioni minime o con la totale assenza di tutele. Questa iniquità strutturale fu il motore che alimentò un dibattito pubblico vastissimo, capace di coinvolgere i movimenti sindacali, le forze politiche di ogni colore e le associazioni civiche in una denuncia corale contro la "monetizzazione della salute". Si affermò con forza l'idea che la salute non potesse essere considerata una merce legata alla capacità contributiva, ma dovesse essere finalmente riconosciuta come un diritto universale e inalienabile della persona, slegato da ogni vincolo occupazionale.[25]

Il processo di riforma fu lungo e faticoso, segnato da scontri ideologici e negoziazioni complesse, ma trovò il suo sbocco legislativo naturale nella storica Legge 23 dicembre 1978, n. 833.[26] L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale rappresentò una vera e propria rivoluzione copernicana, un atto di coraggio legislativo che sancì il definitivo superamento del modello assicurativo. La riforma non fu una semplice riorganizzazione amministrativa, ma l'attuazione tardiva e necessaria del principio sancito dall'articolo 32 della Costituzione repubblicana, che definisce la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Con un solo atto normativo, lo Stato italiano si assumeva la responsabilità diretta della tutela della salute di tutti i suoi cittadini, finanziando il sistema non più attraverso i contributi dei lavoratori, ma tramite la fiscalità generale. Questo passaggio segnò la transizione da una logica di "assicurazione sociale" a una di "sicurezza sociale", dove il principio della solidarietà redistributiva prendeva il posto del calcolo attuariale e dell'appartenenza di categoria.[27]

La Legge 833 operò uno strappo netto con il passato attraverso l'abolizione totale delle casse mutue, enti che per decenni avevano gestito il potere sanitario in modo spesso clientelare e inefficiente. Al loro posto vennero istituite le Unità Sanitarie Locali, le USL, concepite come

25 C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2021, pp. 294-298.
26 Legge 23 dicembre 1978, n. 833
27 Sulla distinzione tra logica attuariale-assicurativa e modello di sicurezza sociale, si rimanda a R. Levaggi, S. Capri, *Economia Sanitaria*, Milano, Franco Angeli, 2010, cap. II.

strumenti di gestione territoriale democratica e partecipata.[28] L'idea alla base delle USL era quella di portare la sanità vicina al cittadino, decentrando le decisioni e garantendo un controllo sociale sulla spesa e sulla qualità dei servizi. In questo nuovo assetto, la salute non veniva più intesa soltanto come cura della malattia acuta, ma come un concetto globale che comprendeva la prevenzione, la riabilitazione e la tutela dell'ambiente di vita e di lavoro. Era una visione olistica, influenzata anche dalle contemporanee battaglie sulla salute mentale condotte da figure come Franco Basaglia, che mirava a considerare l'individuo nella sua interezza e nel suo contesto sociale.[29]

L'impatto culturale di questo cambiamento fu immenso. Il cittadino smetteva di essere un "assicurato" o un "mutuato" per diventare un utente di un servizio pubblico universale. Questo significava che, per la prima volta nella storia dell'Italia unita, un bracciante del Mezzogiorno aveva, sulla carta, gli stessi diritti e lo stesso accesso alle cure di un alto dirigente di una grande industria del Nord. L'universalismo sanitario divenne così uno dei principali collanti della coesione sociale nazionale, uno strumento fondamentale per promuovere l'uguaglianza sostanziale e ridurre quelle fratture territoriali che avevano caratterizzato il secolo precedente. Tuttavia, la bellezza teorica della riforma dovette scontrarsi quasi subito con una realtà operativa e finanziaria estremamente complessa. Il trasferimento delle funzioni dalle vecchie mutue alle nuove USL non fu un processo indolore; comportò la gestione di debiti pregressi enormi, la riorganizzazione di migliaia di dipendenti e la necessità di creare ex novo una cultura gestionale pubblica in un settore che era stato dominato per anni da logiche privatistiche o parastatali.[30]

Nonostante l'entusiasmo iniziale, il Servizio Sanitario Nazionale si trovò a operare in un contesto economico che stava mutando rapidamente. La crisi petrolifera degli anni Settanta e il crescente debito pubblico degli anni Ottanta misero immediatamente sotto pressione la sostenibilità del sistema.[31] La domanda di prestazioni sanitarie cresceva a ritmi vertiginosi, alimentata non solo dal nuovo accesso universale, ma anche dall'invecchiamento progressivo della popolazione e dallo straordinario progresso tecnologico e farmacologico che, se da un lato offriva nuove speranze di guarigione, dall'altro comportava costi di gestione sempre più elevati. Il sistema di finanziamento basato sulla fiscalità generale, pur essendo il più equo, si rivelò sensibile alle oscillazioni dei conti pubblici, innescando un dibattito permanente sulla necessità di bilanciare il diritto alla salute con le

28 A. Pioggia, *Il diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2024, pp. 72-75.
29 Cfr. C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello stato sociale in Italia*, cit., pp. 310-312.
30 P. Melis, *Storia dell'amministrazione italiana*, Bologna, Il Mulino, 2020, pp. 289-291.
31 C. De Vincenti, *La spesa sanitaria in Italia*, Bologna, Il Mulino, pp. 15-22.

esigenze del pareggio di bilancio.[32]

Un altro elemento di criticità emerso nei primi anni di attuazione della riforma fu la gestione del decentramento. Se l'idea di una sanità territoriale era vincente in termini di partecipazione, la sua realizzazione pratica portò a una frammentazione dei livelli qualitativi dell'assistenza. Non tutte le Regioni e non tutte le USL riuscirono a garantire gli stessi standard, finendo per riprodurre, seppur in forma diversa, le antiche disparità territoriali tra Nord e Sud del Paese. Questo portò, nel tempo, a una progressiva disillusione e alla nascita di nuove forme di sperequazione, dove la "migrazione sanitaria" verso i grandi centri d'eccellenza del Nord divenne l'unica soluzione per molti cittadini residenti in aree meno servite.[33] Queste difficoltà, lungi dallo sminuire il valore della riforma, evidenziarono quanto fosse arduo tradurre in pratica quotidiana un principio così ambizioso come l'universalismo puro.

Proprio a causa di queste tensioni finanziarie e organizzative, negli anni successivi si assistette a un lento ma inesorabile ritorno di forme di sanità integrativa e assicurativa privata. Quello che era stato espulso dalla porta principale con la Legge 833 rientrava dalla finestra sotto forma di polizze aziendali o fondi di categoria, pensati inizialmente come supplemento al pubblico ma diventati col tempo per molti un'alternativa necessaria per bypassare le lunghe liste d'attesa e le carenze del sistema statale.[34]Questa evoluzione ha riaperto il dibattito sulla natura del nostro welfare sanitario, ponendo la domanda se il modello del 1978 sia ancora sostenibile nella sua forma originaria o se necessiti di ulteriori trasformazioni per non tradire lo spirito dei padri fondatori della riforma.

In ultima analisi, la nascita del Servizio Sanitario Nazionale resta una delle conquiste più significative e identitarie della storia dell'Italia repubblicana. È il riflesso di un Paese che, in un momento di crisi e trasformazione, ha saputo compiere una scelta di civiltà, decidendo che nessuno debba essere lasciato solo di fronte alla malattia. Il passaggio dal mutualismo all'universalismo non è stato solo un cambio di flussi finanziari, ma una profonda riaffermazione del contratto sociale. La salute è stata sottratta alla logica del profitto e restituita alla sfera dei diritti fondamentali della persona. Sebbene il cammino del SSN sia stato e continui a essere costellato di sfide, tagli lineari e necessità di ammodernamento, il principio che lo guida rimane il pilastro di una società che si vuole democratica e solidale. La tutela della salute come interesse della collettività non è solo un precetto

32 Ivi, p. 35. Si veda anche V. Mapelli, *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, Il Mulino, 2012, cap. IV.

33 Cfr. Ministero della Salute, *Rapporti sullo stato sanitario del Paese*, nonché i dati comparativi in OECD, *Health at a Glance*, Paris, per l'analisi delle disuguaglianze regionali interne.

34 Per l'evoluzione storica e la disciplina giuridica del secondo pilastro assicurativo e integrativo, si veda A. Donati, G. Volpe Putzolu, S. Landini, *Manuale di diritto delle assicurazioni*, Milano, Giuffrè Editore, 2025, cap. 2.

giuridico, ma una pratica quotidiana di uguaglianza che garantisce la dignità di ogni individuo, indipendentemente dalla sua condizione economica o sociale, rendendo l'Italia uno dei pochi Paesi al mondo a poter vantare un sistema così profondamente radicato nel valore della solidarietà umana.

Questo percorso storico ci insegna che i diritti non sono mai acquisiti per sempre, ma richiedono una manutenzione costante e una difesa consapevole. La transizione dalle vecchie e fragili società di mutuo soccorso, attraverso le potenti ma inique casse mutue del ventennio, fino al grande sistema pubblico del 1978, descrive la parabola di un'intera nazione alla ricerca di una propria anima sociale. Oggi, mentre guardiamo alle sfide della medicina territoriale e dell'innovazione digitale[35], non possiamo dimenticare che la forza del nostro sistema risiede proprio in quell'intuizione originaria degli anni Settanta: l'idea che la cura non sia un privilegio per pochi, ma un bene comune da proteggere con ogni risorsa disponibile. In questo senso, la Legge 833 non è solo un capitolo di storia della legislazione sanitaria, ma è la testimonianza vivente di un'Italia che ha saputo sognare e realizzare un sistema in cui la vita di ogni cittadino ha lo stesso identico valore.

Il superamento definitivo del mutualismo ha consentito una redistribuzione della ricchezza attraverso la salute, agendo come un potente ammortizzatore sociale. Se prima della riforma la malattia poteva trascinare un'intera famiglia nella povertà a causa della perdita del reddito e dell'insostenibilità delle spese mediche, con l'istituzione del servizio nazionale lo Stato si è fatto carico di questo rischio, permettendo una stabilità sociale che è stata la base per lo sviluppo economico dei decenni successivi. Questo modello ha dimostrato che la protezione sociale non è un costo, ma un investimento sulla stabilità e sulla crescita di un popolo. La prevenzione, la cura e la ricerca, gestite in modo integrato e pubblico, hanno portato l'Italia ai vertici mondiali per quanto riguarda la longevità e la qualità della vita, confermando la bontà di una scelta che, nonostante le critiche e le zone d'ombra, rimane un esempio per molte altre democrazie occidentali.[36]

Concludendo questa riflessione, è evidente che l'eredità degli anni Settanta continui a interrogare il nostro presente. La sfida odierna non è quella di smantellare l'universalismo per tornare a forme di mutualismo ristretto o privatizzato, ma quella di rendere quel servizio pubblico sempre più efficiente, trasparente e capace di rispondere alle nuove povertà e alle nuove malattie. La lezione che ci arriva dal 1978 è chiara: la sanità è il termometro di una democrazia. Più essa è inclusiva, più la

35 Sul rapporto prospettico tra impianto costituzionale tradizionale e sanità digitale, vedi P. D'Onofrio, *Il diritto alla salute tra tradizione costituzionale e innovazione digitale*, Padova, CEDAM, 2022, cap. III.
36 Cfr. OECD, *Health at a Glance*, cit., in cui si evidenziano gli ottimi posizionamenti storici dell'Italia in termini di aspettativa di vita correlata all'efficienza del modello universalistico.

democrazia è sana. Mantenere fede a questo principio di universalità, equità e solidarietà significa onorare quel percorso storico che ha portato l'Italia a essere un Paese dove la tutela della vita umana è posta al di sopra di ogni logica di bilancio, garantendo che il futuro del nostro sistema sanitario sia ancora, e sempre, un futuro per tutti.

CAPITOLO 3

3.1 La genesi del sistema misto: l'era dei pionieri e la metamorfosi del rischio sanitario (1980-1995)

L'evoluzione del sistema sanitario italiano a partire dalla metà degli anni Ottanta rappresenta uno dei capitoli più complessi della storia economica del Paese. Se la riforma del 1978 aveva sancito il trionfo dell'universalismo pubblico, il decennio successivo costrinse le istituzioni e il mercato a fare i conti con la realtà di una spesa sanitaria inarrestabile e di una domanda di cure sempre più sofisticata.[37] In questo interstizio tra il diritto costituzionale e la sostenibilità finanziaria, iniziò a farsi strada l'idea di un "sistema misto". Non si trattava di un ripudio del Servizio Sanitario Nazionale, ma di una sua necessaria integrazione. Mentre il mercato assicurativo nazionale era storicamente dominato dalle polizze vita e dai prodotti di capitalizzazione — in cui compagnie come Alleanza Assicurazioni, INA Assitalia e Generali detenevano una supremazia consolidata — il comparto "Malattie" era considerato un terreno estremamente insidioso, quasi un tabù tecnico per la difficoltà di prevedere la frequenza e l'intensità del danno biologico.[38]

In questo contesto di incertezza, alcune compagnie scelsero la via del "coraggio calcolato", introducendo soluzioni che avrebbero cambiato per sempre il rapporto tra cittadino e assistenza privata. Emerse con forza l'esperienza de La Previdente Assicurazioni, che con l'ideazione della SaniCard operò una vera rivoluzione copernicana.[39] Prima di allora, l'assicurazione sanitaria era quasi esclusivamente "indennitaria": l'assicurato pagava il medico, raccoglieva le fatture e attendeva, spesso per mesi, il rimborso dalla compagnia. La SaniCard introdusse invece il concetto di network convenzionato. Questa innovazione non era solo procedurale, ma dottrinale: la Compagnia non era più un mero pagatore a distanza, ma diventava un gestore attivo del percorso di cura. Attraverso la stipula di accordi diretti con cliniche e centri diagnostici, La Previdente garantiva all'assicurato di non dover anticipare alcuna somma, monitorando al contempo la congruità delle tariffe e la qualità delle prestazioni. Si passava, dunque, da una logica di "rimborso del danno" a una logica di "erogazione del servizio".[40]

---

37 Sul rapporto tra l'istituzione del modello universalistico e le prime frizioni di natura macroeconomica legate alla spesa, si veda R. Levaggi, S. Capri, *Economia Sanitaria*, Milano, Franco Angeli, 2010, pp. 88-92.
38 A. Donati, G. Volpe Putzolu, S. Landini, *Manuale di diritto delle assicurazioni*, Milano, Giuffrè Editore, 2025, p. 112.
39 Per un'analisi della trasformazione dei canali distributivi e dei prodotti pionieristici sul mercato italiano, cfr. S. Masullo, M. Lettieri, *Gli intermediari di Assicurazione*, Milano, Le Fonti Editore, 2010, pp. 45-49.
40 A. Donati, G. Volpe Putzolu, S. Landini, *Manuale di diritto delle assicurazioni*, cit., pp. 115-118.

Quasi contemporaneamente, Toro Assicurazioni lanciava la polizza Doctor, un prodotto che segnò un altro punto di svolta per la sua capacità di integrarsi con le coperture infortuni, come la celebre polizza "Master". La strategia della Toro era chiara: l'individuo non percepisce il rischio salute in modo frammentato; per l'assicurato, l'impossibilità di lavorare o la necessità di un intervento sono eventi traumatici indipendentemente dalla causa (infortunio o malattia). La polizza Doctor rispondeva a questa esigenza di unitarietà, offrendo una copertura che non lasciava "buchi" assistenziali.[41] Ma la sfida più audace al concetto di "rischio assicurabile" arrivò dalla torinese SAI con la polizza "SAI Salute Cent'anni". Per comprendere la portata di questa innovazione, bisogna ricordare che, per prassi, le assicurazioni sanitarie erano contratti annuali che la compagnia poteva disdire liberamente in caso di sinistrosità elevata o al raggiungimento di una certa soglia d'età (solitamente 65 o 70 anni).

La SAI, invece, si impegnava a mantenere in vita il contratto per tutta la vita dell'assicurato, rinunciando al diritto di recesso. Era un atto di fiducia straordinario nella tenuta tecnica del prodotto e una risposta concreta al bisogno di sicurezza degli anziani, categoria fino ad allora considerata "non assicurabile" dal mercato privato.[42]

A chiudere questa stagione pionieristica fu Austria Assicurazioni, che introdusse una soluzione tecnica ancora più estrema: la polizza "a vita intera" (poi nota come "Senza Tempo"). A differenza delle polizze temporanee, che coprono il rischio per un periodo definito, la polizza a vita intera è strutturata per accompagnare l'individuo fino alla morte. Dal punto di vista della tecnica assicurativa, questo richiedeva la costituzione di riserve matematiche imponenti, simili a quelle delle polizze vita, per far fronte all'aumento inesorabile della probabilità di malattia con la vecchiaia. Questa polizza rappresentava la massima espressione della "previdenza sanitaria": non si copriva solo l'imprevisto dell'oggi, ma si pianificava la protezione per la fragilità del domani.

Queste esperienze, nate in un clima di sperimentazione, gettarono le basi per quella che sarebbe diventata la moderna sanità integrativa, dimostrando che il privato poteva essere non solo efficiente, ma anche eticamente responsabile nel farsi carico dei rischi di lungo periodo.[43]

41 S. Infantino, M. Odepempko, A. Maura, *Le nuove sfide per il broker assicurativo del terzo millennio*, Milano, Amazon Logistics, p. 34.
42 A. Donati, G. Volpe Putzolu, S. Landini, *Manuale di diritto delle assicurazioni*, cit., Capitolo 2.
43 R. Levaggi, S. Capri, *Economia Sanitaria*, cit., pp. 104-106.

3.2 Il Welfare: il modello AXA, la sanità aziendale e le frontiere della protezione

Se gli anni Ottanta sono stati il decennio della sperimentazione individuale, gli anni Duemila hanno segnato l'affermazione definitiva della sanità integrativa come componente strutturale del welfare italiano.[44] Questo passaggio è stato guidato da operatori internazionali di grande spessore, primo fra tutti il Gruppo AXA. La compagnia francese ha ereditato ed evoluto le intuizioni di Austria Assicurazioni, portando sul mercato italiano il prodotto "AXA Salute per Sempre". Questa polizza rappresenta oggi lo stato dell'arte della protezione sanitaria individuale, poiché ha saputo coniugare la stabilità della copertura "a vita intera" con una flessibilità di prestazioni senza precedenti. Il cuore filosofico di questa soluzione risiede nel concetto di immodificabilità del legame contrattuale: AXA garantisce all'assicurato che, qualunque sia l'evoluzione del suo stato di salute (anche in caso di insorgenza di patologie croniche o invalidanti), la copertura non verrà mai meno e le condizioni non verranno peggiorate.[45]

In un sistema sanitario nazionale che, pur rimanendo eccellente nelle emergenze, ha iniziato a mostrare criticità nei tempi d'attesa per la diagnostica e nelle prestazioni ambulatoriali,[46] polizze come "Salute per Sempre" svolgono una funzione di "polmone" del sistema. Esse consentono all'assicurato di accedere a un'assistenza di altissimo livello, scegliendo liberamente il medico e la struttura, garantendo al contempo un rimborso integrale che protegge il patrimonio familiare da esborsi improvvisi e ingenti. Ma l'innovazione di AXA, e di altri grandi player come Generali e Unipol, non si è fermata alla sfera individuale. Il vero salto di scala è avvenuto con lo sviluppo del Welfare Aziendale. Negli ultimi vent'anni, la sanità integrativa è entrata con forza nella contrattazione collettiva, trasformando la polizza sanitaria da bene di lusso per pochi a diritto contrattuale per milioni di lavoratori dipendenti.[47]

Il meccanismo delle polizze welfare è radicalmente diverso da quello individuale. Qui vige la logica della mutualità collettiva: la compagnia assicura l'intera popolazione aziendale senza effettuare selezioni mediche preventive.[48] Questo permette di includere nel sistema di protezione anche soggetti con patologie pregresse che non troverebbero spazio nel mercato individuale. Dal punto di vista giuridico ed economico, il welfare aziendale è incentivato da un quadro normativo che vede nella

---

44 Per l'inquadramento normativo della sanità integrativa all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza e del sistema complessivo dei servizi sociali, si rimanda a A. Pioggia, *Il diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2024, pp. 110-114.

45 A. Donati, G. Volpe Putzolu, S. Landini, *Manuale di diritto delle assicurazioni*, cit., Capitolo 2.

46 Cfr. i dati sui tempi medi di attesa e sui flussi di accesso alle prestazioni ambulatoriali in Ministero della Salute, *Rapporti sullo stato sanitario del Paese*.

47 A. Pioggia, *Il diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., pp. 125-128.

48 A. Donati, G. Volpe Putzolu, S. Landini, *Manuale di diritto delle assicurazioni*, cit., Capitolo 2.

sanità integrativa uno strumento di pace sociale e di produttività.[49] Un dipendente che può contare su check-up periodici gratuiti, cure odontoiatriche rimborsate e assistenza per i propri familiari è un lavoratore più sereno e, statisticamente, più produttivo. Le polizze welfare di Unipol, ad esempio, hanno puntato molto sulla creazione di centri medici proprietari, creando una filiera corta della salute che riduce gli sprechi e massimizza l'efficacia delle cure. Tuttavia, l'espansione della sanità integrativa, sia essa individuale o aziendale, solleva interrogativi cruciali sul futuro dell'equità sociale in Italia.

Il rischio, spesso denunciato da sociologi ed economisti del welfare, è quello di scivolare verso un "universalismo selettivo", dove la qualità delle cure dipende dal settore professionale di appartenenza o dalla capacità di spesa individuale. Se le assicurazioni private diventano lo strumento principale per accedere rapidamente alla prevenzione e alla specialistica, il Servizio Sanitario Nazionale rischia di trasformarsi in un "servizio per i poveri", perdendo quella trasversalità sociale che ne è stata la forza per decenni.[50] Per evitare questa deriva, è fondamentale che la sanità integrativa rimanga, come dice il nome stesso, "integrativa" e mai "sostitutiva". Essa deve agire su quelle prestazioni che il pubblico non riesce a coprire interamente (come l'odontoiatria o la riabilitazione non intensiva) o sul miglioramento del comfort, lasciando al SSN il governo dei grandi rischi e delle acuzie.[51] In conclusione, il percorso che ha portato dalle prime "SaniCard" degli anni Ottanta alle sofisticate polizze "Salute per Sempre" di AXA e ai moderni piani di welfare aziendale, racconta la storia di un Paese che ha cercato di conciliare il mercato con la solidarietà.

Le assicurazioni sanitarie moderne hanno dimostrato di poter essere laboratori di efficienza, capaci di anticipare i bisogni di una popolazione che invecchia e che chiede cure sempre più personalizzate. La sfida del futuro non sarà quella di limitare il ruolo del privato, ma di regolarlo all'interno di una cornice pubblica chiara, dove lo Stato mantenga la regia strategica e le compagnie assicurative agiscano come partner affidabili.[52] Solo attraverso questa sinergia sarà possibile garantire che l'innovazione medica e tecnologica resti un bene accessibile, trasformando la gestione del rischio sanitario in un percorso di protezione che duri, appunto, "per sempre", garantendo la dignità della cura in ogni stagione della vita umana.

---

49 A. Pioggia, *Il diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., p. 132.
50 Cfr. la disamina critica sulle derive macroeconomiche del capitalismo applicato ai servizi sociali essenziali in C. Bébéar, P. Magnière, *Uccideranno il capitalismo*, Milano, Bompiani, 2004, pp. 78-84.
51 R. Levaggi, S. Capri, *Economia Sanitaria*, cit., p. 142.
52 S. Infantino, M. Odepempko, A. Maura, *Le nuove sfide per il broker assicurativo del terzo millennio*, cit., pp. 89-13.

CHAPITRE 4

4.1 Le système de santé français

Dans la classification des modèles de protection sociale, et notamment de couverture des soins de santé, la France, au même titre que l'Allemagne, l'Autriche et la Belgique, est considérée comme ayant un système de santé de type « bismarckien ». En effet, entre 1945 et 1947, la nouvelle Sécurité sociale et l'Assurance maladie (AMSS) ont été introduites, adoptant ce modèle : une assurance sociale obligatoire, fondée sur les professions, couvrant les salariés assurés et éligibles. Cette couverture a ensuite été étendue aux travailleurs indépendants et au secteur agricole. Le paiement des cotisations par les salariés et les employeurs a légitimé une gestion égale par les partenaires sociaux. Toutefois, progressivement, deux des quatre branches de la Sécurité sociale - les pensions de base et les allocations chômage - sont restées de la responsabilité des professions et ont été gérées de manière égale, tandis que la couverture de base des soins de santé (AMSS) et les prestations familiales (telles que la réduction de la pauvreté) ont évolué vers un modèle « universaliste » ou sélectif. À la fin du XXe siècle, la couverture maladie de base a été progressivement étendue au-delà du secteur professionnel : ainsi, la couverture médicale universelle (CMU) et la CMU-Complémentaire, mises en place en 1999, ont remplacé l'affiliation liée à l'emploi, et avec la PUMA (protection médicale universelle) en 2016, l'affiliation est devenue individuelle, avec la suppression de la notion de « personnes ayant droit ». Parallèlement, au sein de l'AMSS, la gestion étatique indirecte a affirmé sa suprématie sur la gestion paritaire grâce aux décrets-lois de 1967 et 1996. En 1991, la taxation progressive de la CSG (contribution sociale généralisée), en tant qu'impôt spécifique, a donné une nouvelle légitimité au vote parlementaire sur l'ONDAM (Objectif national de dépenses pour l'assurance maladie). L'ONDAM, créée et intégrée à la LFSS (Loi annuelle de financement de la sécurité sociale, distincte de la Loi annuelle de finances de l'État), vise à consolider les politiques de maîtrise des dépenses publiques de santé (DPS), qui représentent actuellement environ 80 % des dépenses totales.

Actuellement, la couverture DPS de base couvre 99 % de la population française et finance environ 90 % des dépenses hospitalières, mais seulement 70 % des dépenses ambulatoires, 60 % des médicaments et 20 % des lunettes, prothèses dentaires, appareils auditifs et dispositifs médicaux. L'assurance privée est classée en trois catégories : complémentaire, de remplacement et supplémentaire. La couverture complémentaire (environ 13 % des dépenses totales) rembourse les participations aux frais, certaines franchises, certains forfaits, les dépassements des tarifs convenus (secteur médical 2), les dépenses sous-remboursées par l'AMSS et peut conclure des conventions avec des groupes professionnels pour réguler les prix.

Si l'on inclut les patients atteints d'affections chroniques de longue durée (ACLD) bénéficiant de la prestation ACLD, c'est-à-dire remboursés à 100 % par l'AMSS pour une affection spécifique, et l'AME (Aide Médicale d'État) pour les immigrants sans papiers (100 000 personnes par an), une prestation réduite par la loi sur l'immigration de 2023, aujourd'hui, 96 % des assurés sont couverts par une assurance complémentaire.[53]

La principale assurance complémentaire publique est le Complémentaire Santé Solidaire (CSS), calculé sur la base des revenus et géré par l'AMSS. Sept millions de résidents en bénéficient, soit 10 % de la population française. Parallèlement au CSS public, 60 % de l'assurance complémentaire privée est assurée par des mutuelles d'assurance à but non lucratif (financées par des cotisations calculées sur la base des revenus professionnels).

30 % supplémentaires, en croissance, sont représentés par des compagnies d'assurance commerciales (financées par des primes calculées sur la base de profils de risque individuels ou collectifs) gérées par de puissantes multinationales françaises ou étrangères. Suite aux directives européennes sur l'assurance de 2000, la logique commerciale s'est également étendue aux mutuelles d'assurance à but non lucratif. Enfin, 10 % de l'assurance complémentaire est gérée par des entités détenues par des entreprises. Il convient de noter que depuis 2016, une généralisation obligatoire est en vigueur pour les salariés du secteur privé et depuis 2023 pour les salariés du secteur public. Il s'agit de conventions collectives d'entreprise, choisies par les employeurs et les employés, avec une préférence possible pour un « contrat responsable » permettant des déductions fiscales et sociales. La couverture d'autres catégories, telles que les étudiants, les travailleurs indépendants, les chômeurs et les retraités, reste soumise à une adhésion individuelle volontaire, plus coûteuse et moins étendue. Les assurances complémentaires, initialement des assurances individuelles facultatives souvent concurrentes, deviennent désormais des assurances collectives d'entreprise à choix obligatoire. Cependant, la couverture offerte demeure inégale selon le profil de risque individuel ou collectif. Les assurances complémentaires ne peuvent exclure les assurés à risque, mais appliquent une sélection basée sur des différences tarifaires, en fonction de l'âge, des antécédents médicaux et de l'utilisation d'Internet.

Dans ce contexte, les dépenses à la charge du patient, ou dépenses directes non intermédiées, sont bien inférieures à celles pratiquées en Italie. Elles représentent 7 % des dépenses totales de santé et concernent certaines catégories de patients atteints de maladies chroniques graves malgré l'assurance maladie obligatoire (AMS) ou de pathologies intercurrentes non remboursées à 100 % par

53 Sénat, *Projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration*, Débats parlementaires sur la suppression de l'Aide Médicale d'État (AME), Adoption novembre 2023 ; cfr. anche Déclaration CNCDH n° D-2023-5.

l'AMS, des groupes de population sans couverture complémentaire ou avec une couverture médiocre, et des secteurs mal remboursés par les organismes de base et complémentaires. La lutte pour réduire les dépenses à la charge du patient a généré le modèle dit « 100 % santé » dans ces secteurs (lunettes, appareils auditifs, prothèses dentaires, dispositifs médicaux) en 2019, c'est-à-dire des tarifs sans reste à charge entièrement couverts par une assurance de base AMSS et un tarif couvert par une assurance complémentaire, qui est devenue presque un « substitut » dans ces secteurs.[54]

Dans le système français, nous assistons à un phénomène paradoxal :

- D'une part, la couverture publique de base, qui consistait auparavant en l'assurance sociale, a été « déprofessionnalisée » en une prise en charge universaliste (quoique sélective, au détriment des personnes en situation irrégulière) : le financement s'effectue par la Contribution Sociale Généralisée (CSG), un impôt spécifique, et la compétence parlementaire (de fait gouvernementale) via l'ONDAM/LFSS marque et légitime cette évolution.
- D'autre part, la couverture privée « complémentaire » s'est développée, mais surtout, elle a été « professionnalisée » (d'une couverture individuelle facultative à une couverture collective obligatoire en entreprise) dans un contexte hybride de concentration rapide du marché de l'assurance et de renforcement de la régulation étatique.

Contrairement au système beveridgien, la France, ancien pays bismarckien, associe depuis des décennies les financeurs publics à des prestataires de services majoritairement privés. En effet, la plupart des soins médicaux ambulatoires sont dispensés dans des cliniques privées, de même que pour d'autres professions libérales. Si la plus grande partie du financement est publique et provient de l'AMSS, la pratique la plus courante est privée.

Parmi les médecins exerçant en ambulatoire, la répartition entre généralistes et spécialistes est presque égale. Cependant, les premiers travaillent davantage en équipe, tandis que les spécialistes doivent souvent investir dans du matériel coûteux. Environ 75 % des consultations sont désormais réglées sur facture « paiement à l'acte ». Depuis 2016, la part AMSS de la consultation ou de l'examen est prise en charge selon la procédure du « tiers payant ».

Outre cette rémunération à l'acte, il existe désormais différents forfaits pour les patients atteints de maladies chroniques (ROSP, CAPI). Depuis 2004, la loi a instauré le rôle du « médecin traitant » (presque toujours un médecin généraliste), véritable filtre qui permet à ses patients d'accéder aux «

54 Ministère des Solidarités et de la Santé, La réforme du 100 % santé en optique et en prothèses auditives et dentaires, DREES, Édition 2024 ; Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

parcours de soins coordonnés ». Mais l'apparition récente et massive d'une pénurie de médecins, les soi-disant « déserts médicaux », rend l'accès direct aux spécialistes plus coûteux.

En 1927, les médecins français ont élaboré une Charte de la médecine libérale. Cinq règles sont désignées comme les « libertés » inhérentes à la pratique de la médecine libérale spécifique :

1. Le patient est libre de choisir son médecin.
2. Secret professionnel.
3. Liberté de prescription.
4. Liberté d'exercer en libéral.
5. Liberté de fixer les honoraires (ou « entente directe »).

Depuis les années 1970, la crainte des financeurs publics et de l'État est celle de l'inflation médicale. L'accent a été mis sur la limitation du nombre de médecins en formation avec le *numerus clausus* (en vigueur de 1971 à 2021). Mais aujourd'hui, face au vieillissement de la population et aux déserts médicaux, la situation est radicalement différente. Parallèlement, après les nouvelles épreuves nationales (EDN et ECOS) à la fin de la sixième année, l'internat de médecine générale, auparavant en trois ans, s'est aligné sur les autres spécialisations et dure désormais quatre ans.

Le système de santé français est une réalité particulièrement complexe et multiforme, influencée par des idées et des approches diverses : l'approche solidaire de la Sécurité sociale, l'approche professionnelle de la médecine libérale, l'approche associative des mutuelles, l'approche commerciale de la pharmacie, et l'approche économico-managériale de la gestion hospitalière. Dans le cas français, on pourrait peut-être davantage parler d'une « privatocratie d'État », où les politiques publiques favorisent ces orientations avec des priorités asymétriques, opérant une « privatisation subtile » où la main publique oriente l'expansion du secteur privé.

4.2 Le paysage de la complémentaire santé : analyse des acteurs clés et de la dynamique du marché en 2026

L'analyse du paysage de la complémentaire santé en France, telle qu'elle se dessine en cette année 2026, ne peut se limiter à une simple énumération de produits financiers. Elle doit s'envisager comme l'étude d'un écosystème complexe. Le modèle de la Sécurité sociale repose structurellement

sur un mécanisme de remboursement partiel. Cette dualité crée un « reste à charge » qui impacte de manière significative les budgets des ménages.

Ce marché, parvenu à une maturité extrême, est désormais le théâtre d'une concurrence qui a dépassé le stade de la simple guerre des prix. L'avantage concurrentiel se déplace désormais vers la capacité des organismes à offrir des services à haute valeur ajoutée.

AXA France, par exemple, s'est imposé comme le chef de file de la transition technologique dans le secteur. En 2026, cette stratégie culmine avec l'intégration d'écosystèmes numériques tels que le service Angel, devenu une plateforme de référence en téléconsultation médicale et en conseil préventif disponible 24h/24. Pour les nouvelles générations de consommateurs, l'attrait d'AXA réside dans cette capacité à dématérialiser intégralement l'expérience de l'assurance, avec des outils de coaching santé et de soutien psychologique.[55]

Toutefois, cette hégémonie du numérique trouve son contrepoint parfait dans le modèle défendu par Groupama. Tandis qu'AXA mise sur l'ubiquité du digital, Groupama capitalise sur la résilience du lien territorial et sur la profondeur de ses racines mutualistes.

L'analyse doit également se porter sur un modèle hybride : celui de CNP Assurances. Cet acteur occupe une place singulière, agissant comme un véritable opérateur intégré au grand pôle financier public français. La particularité de CNP Assurances réside dans sa maîtrise du canal de la bancassurance, consolidée par des alliances stratégiques historiques avec La Banque Postale (qui la détient à 100%) et le groupe BPCE. Ce positionnement lui confère une visibilité naturelle auprès des jeunes actifs.[56]

À cette dynamique s'ajoute le rôle crucial de Generali France, qui agit comme un pont entre le marché des particuliers et celui des grandes entreprises. L'un des atouts majeurs de Generali en 2026 est sa participation active à des réseaux de soins d'excellence, à l'image de Santéclair. En orientant les assurés vers des professionnels ayant accepté des protocoles de qualité et des tarifs négociés, Generali parvient à contenir le reste à charge.

55 AXA Partners, Plateforme Angel : l'assistant santé disponible 24 h/24, documentation officielle et application "Mon Coach santé Angel", 2023-2024.
56 CNP Assurances, Document d'enregistrement universel : Actionnariat et Gouvernance (intégration au pôle financier public via La Banque Postale et partenariats Groupe BPCE).

En guise de conclusion, il apparaît que la complémentaire santé en 2026 est devenue l'interface indispensable entre l'innovation médicale et l'accessibilité financière. La qualité de la protection sociale française repose désormais sur cet équilibre dynamique entre une Sécurité sociale garante de l'équité de base et des organismes complémentaires qui apportent les solutions de personnalisation et de régulation nécessaires.

CHAPITRE 5

5.1 La numérisation de la distribution de l'assurance santé en France: enjeux, acteurs et dynamiques du marché en ligne

Le marché de la protection sociale en France traverse une phase de mutation structurelle profonde, accélérée par la convergence de deux facteurs majeurs : les réformes réglementaires successives et la transformation numérique globale de l'économie. Traditionnellement ancrée dans un modèle de distribution de proximité, fondé sur des réseaux d'agences physiques et une relation humaine de long terme, l'assurance complémentaire santé s'est largement déplacée vers l'écosystème numérique.

Aujourd'hui, la vente en ligne des polices d'assurance santé ne représente plus une simple option de diversification des canaux de distribution, mais s'impose comme le pivot des stratégies de conquête et de fidélisation des organismes assureurs, qu'il s'agisse des mutuelles historiques, des institutions de prévoyance ou des sociétés d'assurance privées. Ce chapitre vise à analyser les fondements de cette transition digitale, à cartographier la typologie des acteurs qui s'y affrontent à travers une approche purement discursive, à décrypter les parcours de souscription en ligne et à évaluer les défis techniques, juridiques et éthiques inhérentes à la dématérialisation des contrats de santé

La vente de contrats de santé en ligne en France ne s'est pas développée dans un vide juridique. Elle a été fortement stimulée et encadrée par des mutations législatives majeures qui ont accru la fluidité du marché, stimulé la concurrence et protégé les droits des consommateurs face à la virtualisation des échanges.

Introduite par la loi du 14 juillet 2019 et entrée pleinement en vigueur à la fin de l'année 2020, la Résiliation Infra-Annuelle (RIA) a radicalement modifié le comportement des consommateurs français.[57] En permettant aux assurés de résilier leur contrat complémentaire de santé à tout moment

57 Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, Journal Officiel de la République Française (JORF) n° 0163 du 16 juillet 2019.

après un an d'engagement, sans frais ni justificatif, le législateur a brisé le traditionnel réflexe de reconduction tacite. Cette transférabilité simplifiée a transformé un produit d'assurance, historiquement caractérisé par un faible taux de rotation, en un bien de consommation courante soumis à une forte volatilité.

Le canal numérique est alors devenu l'outil d'exécution privilégié de cette loi. Les parcours de souscription en ligne intègrent désormais presque systématiquement la prise en charge intégrale des démarches de résiliation auprès de l'ancien assureur, matérialisée par un mandat électronique que le client valide en un clic. Ainsi, le web n'est pas seulement le lieu où l'on compare, mais le moteur logistique qui facilite la fluidité voulue par le législateur.

Le commerce électronique des produits d'assurance doit concilier la rapidité de l'outil numérique avec le respect d'obligations réglementaires strictes en matière de protection du consentement. À cet égard, la Directive européenne sur la Distribution d'Assurances (DDA) impose un renforcement du devoir de conseil qui pose des défis techniques particuliers dans le cadre d'une vente sans intermédiaire humain.[58] Sur les plateformes en ligne, ce conseil doit être automatisé mais personnalisé.

Cela se traduit par la mise en place de parcours de questionnement directifs et interactifs, conçus pour collecter les besoins réels de l'internaute concernant son profil familial et ses habitudes de soins, notamment en optique, en dentaire ou en hospitalisation, avant qu'aucune formule tarifaire ne puisse lui être légalement présentée. De plus, la transparence des prix et des garanties est lourdement encadrée, interdisant toute clause abusive cachée et obligeant les opérateurs à fournir une fiche d'information standardisée sur les produits d'assurance, téléchargeable de manière visible avant toute validation finale du contrat.

La souscription en ligne d'une police santé implique la manipulation de données personnelles particulièrement sensibles. Bien que le questionnaire médical soit strictement interdit pour les contrats dits responsables en France, les informations adjacentes liées à l'âge, à la composition de la famille, au lieu de résidence ou aux habitudes de vie constituent des données à protéger. Le Règlement

58 *Directive (UE) 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances (DDA)*, Journal officiel de l'Union européenne, L 26/19

Général sur la Protection des Données (RGPD) impose un cadre strict où le consentement explicite de l'utilisateur doit être recueilli à chaque étape de la collecte.[59]

Par ailleurs, si des données de santé ou des informations d'ordre médical sont amenées à être traitées, elles doivent obligatoirement être stockées chez des opérateurs bénéficiant de la certification de niveau Hébergeur de Données de Santé (HDS), sous le contrôle rigoureux de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), ce qui impose de lourdes infrastructures techniques aux distributeurs en ligne.[60]

Le paysage de la vente en ligne de mutuelles santé en France se caractérise par une concurrence hybride et intense. Plutôt que de voir s'affronter des acteurs homogènes, on observe une cohabitation complexe entre des opérateurs traditionnels en pleine transformation, des intermédiaires puissants et de nouveaux venus technologiques, chacun tentant d'imposer son modèle de relation client.

Les assureurs traditionnels et les mutuelles historiques constituent la base historique du marché. Ces entités, souvent dotées d'une forte notoriété et d'un ancrage territorial profond grâce à leurs réseaux d'agences physiques, ont dû opérer un virage d'omnicanalité à marche forcée. Pour ces acteurs, le défi majeur de la vente en ligne ne réside pas tant dans la création d'une interface web que dans la modernisation de leurs systèmes d'information d'origine. Ces infrastructures informatiques lourdes doivent être adaptées pour permettre une tarification dynamique en temps réel et une signature électronique instantanée. Dans leur approche, le site internet et l'espace numérique servent souvent de point d'entrée pour des parcours hybrides, où le client peut initier sa démarche en ligne et la finaliser en agence ou avec un conseiller téléphonique, garantissant ainsi une réassurance humaine indispensable pour les profils de consommateurs les plus traditionnels ou les plus âgés.

À l'opposé de ces acteurs historiques, les comparateurs en ligne et les agrégateurs de contenu ont profondément modifié les règles du jeu de la distribution. En se positionnant comme des tiers de confiance impartiaux, ces plateformes captent une part massive du trafic de recherche des internautes en phase d'achat intentionnel. Leur modèle économique repose sur la promesse d'une transparence totale et d'une optimisation budgétaire, permettant souvent de mettre en évidence des écarts de tarifs

59 Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel (RGPD).
60 Code de la santé publique, Art. L1111-8 (relatif à l'hébergement des données de santé) et référentiel de certification HDS de l'Agence du Numérique en Santé (ANS).

significatifs pour des garanties équivalentes. Les comparateurs ont imposé une standardisation de la présentation des garanties, obligeant le marché à traduire des concepts techniques en affichages clairs, souvent exprimés en pourcentages de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale ou en forfaits clairs en euros. Cependant, ce modèle favorise une concurrence agressive par les prix, ce qui peut parfois réduire la fidélité à long terme des clients, ces derniers adoptant une logique de comparaison permanente au fil des ans.

Enfin, l'écosystème a vu naître les *pure players* et les entreprises de *l'Insurtech*, qui ont redéfini les standards de l'expérience utilisateur. Dépourvus par définition de tout réseau physique, ces nouveaux assureurs ont misé sur une rupture technologique et marketing totale. Leur force réside dans la simplicité absolue de leurs interfaces, la suppression des délais de carence cachés et une gestion des remboursements entièrement automatisée via des applications mobiles fluides.

En ciblant initialement des segments de marché spécifiques, tels que les travailleurs indépendants, les *freelances* et les petites entreprises de l'écosystème technologique, ces acteurs ont prouvé que la vente en ligne de contrats collectifs de santé pouvait être aussi simple et intuitive que l'achat d'un service de *streaming*. Ils exercent une pression constante sur l'ensemble du secteur, forçant les acteurs traditionnels à s'aligner sur leurs critères de rapidité et de transparence.

La réussite commerciale de la vente en ligne de polices de santé dépend de la capacité d'un opérateur à réduire au maximum les points de friction au sein du tunnel de conversion. L'assurance santé reste un produit abstrait, technique et souvent perçu comme anxiogène par le grand public, ce qui exige des parcours fluides et pédagogiques.

Le premier obstacle historique à la vente à distance résidait dans la longueur et la complexité des formulaires d'évaluation. Les technologies actuelles permettent désormais d'obtenir un devis précis en un temps restreint en ne demandant à l'internaute que quelques variables fondamentales. L'âge de l'assuré et la composition de son foyer demeurent les critères de base, mais ils sont immédiatement croisés avec des critères géographiques fins.

Le code postal de résidence joue un rôle déterminant dans la tarification en ligne, car les coûts des soins médicaux et la fréquence des dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé varient considérablement d'une région à l'autre, notamment entre l'Île-de-France et les zones rurales. Les algorithmes de tarification dynamique intègrent instantanément ces bases de données locales pour proposer un tarif individualisé sans imposer de questions intrusives à l'utilisateur.

Les plateformes de vente en ligne performantes ont abandonné la présentation de *formules* rigides et opaques au profit d'une approche modulaire, souvent qualifiée de personnalisation de masse. L'internaute se voit proposer des interfaces interactives dotées de curseurs intuitifs lui permettant de moduler son niveau de couverture par grand poste de soins.

Il peut ainsi choisir d'augmenter la prise en charge des soins courants pour faire face aux consultations de spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires encadrés par les dispositifs officiels, tout en réduisant au minimum le poste optique s'il ne porte pas de lunettes. À l'inverse, pour les familles, les curseurs seront orientés vers des forfaits dentaires renforcés ou des options dédiées aux médecines douces, comme l'ostéopathie ou la psychologie, qui connaissent une demande croissante auprès des jeunes actifs et constituent de puissants arguments de vente en ligne. Cette liberté de configuration donne au consommateur un sentiment de contrôle sur son budget et sur son niveau de protection.

Le dénouement du parcours d'achat en ligne a été rendu possible par la maturité technique et légale de la signature électronique, en stricte conformité avec la réglementation européenne eIDAS.[61]L'accord contractuel est scellé de manière sécurisée en quelques secondes grâce à l'envoi d'un code de confirmation unique par SMS sur le téléphone de l'utilisateur.

Dès que la signature est validée et que le mandat de prélèvement bancaire est enregistré, le processus de dématérialisation déploie toute son efficacité. L'assuré ne subit aucun délai d'attente postal : son espace client est créé instantanément, et sa carte de Tiers Payant numérique devient immédiatement disponible sur son smartphone. Cette réactivité élimine le besoin d'avancer des frais lors des visites en pharmacie ou en laboratoire médical dès les premiers jours du contrat, achevant de convaincre l'utilisateur des bénéfices de la souscription à distance.

Si la numérisation de la distribution offre des opportunités de croissance majeures et une réduction évidente des coûts administratifs de traitement des dossiers, elle confronte également les assureurs à de profonds dilemmes stratégiques et à des risques techniques accrus.

Le premier défi majeur tient à la nature même de la transparence numérique, qui peut exacerber le phénomène économique de sélection adverse. Les consommateurs qui effectuent des

61 Règlement (UE) N° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur (Règlement eIDAS).

démarches actives de comparaison et de souscription en ligne sont généralement des profils très avertis, dotés d'une forte rationalité économique. Ils ont tendance à utiliser les plateformes numériques pour optimiser leur couverture en prévision de dépenses de santé importantes et programmées à court terme, comme des soins d'orthodontie complexes ou des interventions chirurgicales prévisibles.

Une fois ces soins dispensés et remboursés, la flexibilité offerte par la Résiliation Infra-Annuelle les incite à changer à nouveau d'opérateur pour chercher une prime moins élevée. Ce comportement de *zapping* permanent complique la mutualisation des risques, qui est pourtant le fondement même de l'assurance.[62] Les assureurs en ligne doivent donc concevoir des modèles mathématiques de tarification de plus en plus fins pour préserver leur équilibre technique sans introduire de clauses d'exclusion qui feraient fuir les internautes.

L'avenir de la vente en ligne s'inscrit dans un prolongement naturel du parcours client grâce à l'intégration de l'Intelligence Artificielle générative et des services de santé connectés.

L'IA intervient de plus en plus en amont de la vente pour guider l'utilisateur au sein des concepts obscurs de la protection sociale française. Des agents conversationnels avancés sont capables d'expliquer de manière fluide ce que représentent le ticket modérateur, le reste à charge zéro ou le mécanisme de remboursement des dépassements d'honoraires, simulant la pédagogie d'un conseiller humain à toute heure du jour ou de la nuit.

Par ailleurs, pour retenir le client au-delà de la simple comparaison tarifaire, les assureurs intègrent désormais directement dans leurs offres numériques des services à forte valeur ajoutée, comme les plateformes de téléconsultation médicale ou les réseaux de soins partenaires. L'accès en ligne immédiat à un médecin généraliste ou à un spécialiste sans déplacement devient un argument marketing majeur lors de la souscription sur le web, transformant la mutuelle en un véritable partenaire de santé au quotidien plutôt qu'en un simple payeur aveugle.

Enfin, l'exclusion numérique et le vieillissement de la population française fixent une limite naturelle au modèle du tout-en-ligne. Les seniors, qui représentent pourtant la catégorie de population exprimant les besoins de couverture santé les plus larges et générant les cotisations les plus élevées,

62 Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), La transformation numérique sur le marché de l'assurance : analyse des risques et opportunités, Rapport annuel 2022-2023.

manifestent souvent une réticence légitime à confier l'intégralité de leur protection sanitaire à un algorithme ou à une interface totalement dématérialisée. Ils expriment un besoin fondamental d'écoute, de réassurance et d'explications personnalisées que seule une interaction humaine peut pleinement satisfaire.

C'est pourquoi le marché converge de plus en plus vers une approche hybride, qualifiée de phygitale. Ce modèle combine le meilleur des deux mondes : le consommateur réalise ses simulations, s'informe et compare les tarifs en ligne en toute autonomie, mais il conserve la possibilité permanente de basculer vers un conseiller téléphonique dédié ou de prendre un rendez-vous physique en agence pour finaliser son adhésion.[63] Cette complémentarité des canaux s'impose comme la clé de voûte des stratégies de distribution à venir, garantissant qu'aucun segment de la population ne soit laissé de côté par la transition numérique.

La vente en ligne des polices d’assurance santé en France est parvenue à un stade de maturité avancée. Propulsée par un cadre législatif résolument orienté vers la liberté du consommateur et soutenue par des innovations technologiques de rupture, elle a profondément redéfini les modalités d'accès à la complémentaire santé.

Pour prospérer dans cet environnement hautement concurrentiel et transparent, les organismes assureurs ne peuvent plus se contenter de proposer un simple site internet transactionnel ou un formulaire de devis basique.

Ils doivent concevoir des écosystèmes numériques globaux et fluides, capables de concilier la rapidité d'exécution exigée par l'internaute contemporain avec la rigueur des obligations de conseil, la sécurité absolue des données personnelles et la pertinence des services associés. À l'avenir, la distinction ne se fera plus entre les acteurs physiques et les acteurs virtuels, mais entre ceux qui parviendront à humaniser efficacement le parcours digital grâce aux technologies d'accompagnement et ceux qui s'enfermeront dans une automatisation rigide, au détriment de la confiance et de la fidélité de leurs assurés.

63 France Assureurs (ex-Fédération Française de l'Assurance), L'assurance face aux défis du numérique : vers un modèle hybride, Livre Blanc, Édition 2023.

CONCLUSIONS

Ce mémoire a exploré en profondeur l'évolution de l'assurance maladie en Italie, en analysant les processus historiques, juridiques et économiques qui ont conduit à la construction du système national de santé et à l'émergence d'une couverture santé complémentaire. De l'expérience des sociétés de secours mutuel du XIXe siècle, en passant par les fonds mutuels obligatoires de la période post-unification, jusqu'à la création du Service national de santé en 1978, il apparaît que les soins de santé ont connu une évolution constante, passant d'un modèle volontaire et catégoriel à un système universel fondé sur les principes d'équité, d'égalité et de solidarité.

L'analyse historique a mis en lumière les difficultés et les inégalités présentes dans les systèmes d'assurance mutuelle, soulignant comment le lien entre les soins de santé et le statut professionnel et la capacité de payer a engendré d'importantes disparités. La réforme de 1978 a constitué un tournant fondamental, transformant les soins de santé d'un avantage exclusif lié au travail en un droit universel garanti par l'État, dans le but d'assurer un accès uniforme et qualitatif à tous les citoyens. Ces dernières années, l'évolution du système de santé italien a mis en évidence la nécessité de compléter l'offre publique par des dispositifs de santé complémentaires capables de répondre à la demande croissante de services, aux nouveaux besoins en matière de prévention et aux progrès technologiques. Dans ce contexte, l'assurance santé privée, telle que celle proposée par AXA Assicurazioni, joue un rôle complémentaire et stratégique. Des produits comme la police « Protezione Salute Per Sempre » garantissent une couverture continue et personnalisée dans le temps, tandis que les solutions de prévoyance en entreprise permettent aux entreprises d'offrir à leurs employés des services complémentaires, une assistance et des programmes de prévention, renforçant ainsi le bien-être collectif et la motivation au travail.

Le cas d'AXA a concrètement démontré comment l'assurance santé privée peut s'intégrer au Système national de santé (SNS) sans le remplacer, dans le respect des principes d'universalité et d'équité. Les solutions individuelles, telles que l'assurance santé, et les solutions collectives, telles que la prévoyance en entreprise, constituent des outils efficaces pour améliorer l'accès à des services

rapides et de qualité, tout en renforçant une culture de la prévention. Parallèlement, l'expérience d'AXA souligne l'importance de la digitalisation et des services personnalisés, qui rendent la gestion des services plus efficace et l'utilisation des prestations plus transparente. Pour l'avenir du système de santé italien, il est essentiel de trouver un juste équilibre entre le rôle de l'État et l'initiative privée.

Il est primordial que le Service national de santé conserve sa place centrale et continue de garantir le droit universel aux soins de santé, tandis que l'assurance privée et les régimes de prévoyance d'entreprise peuvent constituer des outils complémentaires, capables de répondre aux nouveaux besoins de la société contemporaine, notamment le vieillissement de la population, la hausse des coûts de santé et la complexification croissante des besoins en matière de soins.

En résumé, l'histoire de l'assurance maladie en Italie et l'expérience actuelle montrent comment les secteurs public et privé peuvent coexister et se renforcer mutuellement, en poursuivant un objectif commun : garantir aux citoyens une protection santé complète, efficace, équitable et durable. La protection santé est donc non seulement un droit fondamental, mais aussi un élément stratégique du développement socio-économique du pays, où l'innovation, l'intégration et la responsabilité collective jouent un rôle déterminant

BIBLIOGRAFIA

- Balduzzi R. & Carpani G. (2022). *Manuale di diritto sanitario*. Bologna: Il Mulino.
- Bébéar C. & Magnière P. (2004). *Uccideranno il capitalismo*. Milano: Bompiani.
- Cordelli C. (2022). *Privatocratie: Pourquoi privatiser est un risque pour l'État moderne*. Milano: Mondadori.
- Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32.
- D'Onofrio P. (2022). *Il diritto alla salute tra tradizione costituzionale e innovazione digitale*. Padova: CEDAM.
- De Vincenti C. (2010). *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*. Bologna: Il Mulino.
- Donati A., Volpe Putzolu G. & Landini S. (2025). *Manuale di diritto delle assicurazioni*. Milano: Giuffrè Editore.
- Ferrara R. (2025). *L'ordinamento della sanità*. Torino: Giappichelli.
- Giorgi C. (2024). *Salute per tutti: Storia della sanità dal dopoguerra a oggi*. Bari: Laterza.
- Giorgi C. & Pavan I. (2021). *Storia dello stato sociale in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- Hassenteufel P. (1997). *Les médecins face à l'État: Une comparaison européenne*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Infantino S., Odepempko M. & Maura A. (2020). *Le nuove sfide per il broker assicurativo del terzo millennio*. Milano: Amazon Logistics.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*.
- Levaggi R. & Capri S. (2010). *Economia Sanitaria*. Milano: Franco Angeli.
- Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Introduction du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés*.
- Mapelli V. (2012). *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino.
- Masullo S. & Lettieri M. (2010). *Gli intermediari di Assicurazione*. Milano: Le Fonti Editore.
- Melis P. (2020). *Storia dell'amministrazione italiana*. Bologna: Il Mulino.
- Ministero della Salute (2024). *Rapporto sullo stato sanitario del Paese*. Roma: Ministero della Salute.
- OECD (2024). *Health at a Glance*. Paris: OECD Publishing.
- Pioggia A. (2024). *Il diritto sanitario e dei servizi sociali*. Torino: Giappichelli.
- Polanyi K. (1944). *La grande trasformazione*. Torino: Einaudi.

- Toth F. (2014). *La sanità in Italia*. Bologna: Il Mulino.

SITOGRAFIA

www.ania.it	*18/02/2026*	*polizze assistenza sanitaria*
www.assicurazione.it	*14/01/2026*	*storia assicurazioni in Italia*
www.axa.it	*18/02/2026*	*protezione salute*
www.chiarini.com	*22/01/2026*	*la sanità italiana*
www.cisl.it	*22/01/2026*	*fondi sanitari*
www.saluteprevidenza.it	*14/01/2026*	*società mutuo soccorso*
www.swissre.com	*14/01/2026*	*storia assicurazioni in Italia*
www.treccani.it	*14/01/2026*	*storia assicurazioni in Italia*
www.tuttointermediari.it	*18/02/2026*	*mutua sanitaria*

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio Elisabetta per l'aiuto, i consigli e l'affettuosa partecipazione nel cammino che mi ha portato a questa Tesi di Laurea.
Ringrazio i miei genitori per la preziosa presenza.
Ringrazio i miei collaboratori: Emanuele, Michele, Aurora, Chiara, Ebia, Chiara, Piera, Sara per avermi sopportato e supportato in questo lavoro.
Un ringraziamento alla relatrice Prof.ssa Claudia Caburlotto ed ai docenti che ho incontrato durante questi studi e in maniera particolare alla Dottoressa Denise Aby Tayeh e al Dottor Andrea Olivieri della sede Ciels di Padova e alla Dottoressa Samantha Guatta della sede Ciels di Brescia;
Ultimo ma non ultimo… all'amico Dottor Stefano Masullo di UNI-ISFOA Ginevra che mi onora della sua amicizia.

DICHIARAZIONE DI ORIGINALITA'

Ciels Campus

ALLEGATO 9
DICHIARAZIONE DI ORIGINALITA'

IMPORTANTE

Si ricorda che il RD n. 475/1925 "Repressione della falsa attribuzione di lavori altrui da parte di aspiranti al conferimento di lauree, diplomi, uffici, titoli e dignità pubbliche" all'art. 1 configura la seguente ipotesi di reato:

"Chiunque in esami o concorsi, prescritti o richiesti da autorità o pubbliche amministrazioni per il conferimento di lauree o di ogni altro grado o titolo scolastico o accademico, per l'abilitazione all'insegnamento ed all'esercizio di una professione, per il rilascio di diplomi o patenti, presenta, come propri, dissertazioni, studi, pubblicazioni, progetti tecnici e, in genere, lavori che siano opera di altri, è punito con la reclusione da tre mesi ad un anno. La pena della reclusione non può essere inferiore a sei mesi qualora l'intento sia conseguito"[1]

Pertanto, si informa che il docente che sorprenderà il laureando/a a copiare - parzialmente o totalmente - la propria tesi o il proprio elaborato finale da opere altrui provvederà, in quanto pubblico ufficiale, a informare le Autorità giudiziarie competenti.

Il/La sottoscritto/a: (Cognome e Nome)	CRESPI GIUSEPPE ENRICO		
Matricola:	ML2606/PD		
Regolarmente iscritto/a al:	3° ANNO	dell'A.A.	2025/2026
del Corso di Studi Triennale in Scienze della Mediazione Linguistica (Classe di Laurea L-12)			
Con indirizzo in:	BUSINESS MANAGEMENT PER L'INTERNAZIONALIZZAZIONE D'IMPRE		
Candidato/a per la sessione di: Laurea del mese di:	LUGLIO 2026		

consapevole

che presentare come opere proprie lavori che siano opera di altri **configura un reato penale** ai sensi del RD n. 475/1925 "Repressione della falsa attribuzione di lavori altrui da parte di aspiranti al conferimento di lauree, diplomi, uffici, titoli e dignità pubbliche"[2]

dichiara

sotto la propria responsabilità, che la propria tesi o elaborato finale è originale, e non riproduce, neanche parzialmente, opere di altri come proprie.

Firma dello/a studente/essa _____

[1] Art. 1 RD 475/25 "Chiunque in esami o concorsi, prescritti o richiesti da autorità o pubbliche amministrazioni per il conferimento di lauree o di ogni altro grado o titolo scolastico o accademico, per l'abilitazione all'insegnamento ed all'esercizio di una professione, per il rilascio di diplomi o patenti, presenta, come propri, dissertazioni, studi, pubblicazioni, progetti tecnici e, in genere, lavori che siano opera di altri, è punito con la reclusione da tre mesi ad un anno. La pena della reclusione non può essere inferiore a sei mesi qualora l'intento sia conseguito"

DICHIARAZIONE DI CONSULTABILITA'

Ciels Campus

ALLEGATO 6
DICHIARAZIONE DI CONSULTABILITA'

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome)	CRESPI GIUSEPPE ENRICO		
Matricola	ML2606/PD		
Regolarmente iscritto/a al	3° ANNO	dell'A.A.	2025/2026
del Corso di Studi Triennale in Scienze della Mediazione Linguistica (Classe di Laurea L-12)			
Per la sede di	☒ PADOVA ☐ BRESCIA ☐ BOLOGNA ☐ PALERMO		
Titolo della Prova Finale:	IL CAMBIAMENTO DELLA POLIZZA SANITARIA IN ITALIA		
DICHIARA che la sua Prova Finale	☐ potrà essere consultata a partire dal giorno _____/_____/_____		
	☒ non è consultabile		

MAGNAGO il 11/02/2026 Firma dello/a studente/essa_____
(luogo e data)