



Rapporto **CEIS - Sanità 2004**

Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza

a cura di

V. Atella

A. Donia Sofio

F.S. Mennini

F. Spandonaro

CEIS - Sanità Facoltà di Economia
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Editore Italpromo Esis Publishing

Capitolo 6

L'assistenza sanitaria integrativa: un'analisi del mercato attuale e l'impatto sui conti pubblici

Borgia P.¹, Maruotti A.¹, Spandonaro F.¹

6.1 Premessa

L'osservazione della spesa sanitaria italiana nell'ultimo ventennio fa rilevare un tendenziale incremento di questa rispetto al PIL. Il fenomeno, che riguarda non solo l'Italia ma tutti i Paesi industrializzati, è legato alla concorrenza di più fattori: demografici, tecnologici, culturali.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) garantisce i servizi di assistenza secondo principi universalistici ed in base a standard qualitativi uniformi. Ne deriva una rigidità del servizio pubblico che presumibilmente è una delle determinanti che induce certi consumatori a spostarsi nel settore privato, per ricevere servizi che rispecchiano maggiormente le preferenze individuali.

I vantaggi qualitativi garantiti dal settore privato sono riconducibili principalmente alla possibilità di evitare liste di attesa, all'assenza di incertezze sul momento di somministrazione delle cure, alla possibilità di scegliere il medico, ad una sistemazione "alberghiera" più confortevole e ad una più accurata informazione sulle proprie condizioni di salute e possibilità terapeutiche².

La spesa sanitaria privata risulta essere circa il 25,0% della spesa sanitaria complessiva³, ma è evidente come il peso sia destinato ad aumentare grazie ai vincoli della finanza pubblica associati ad una crescita strutturale della spesa sanitaria complessiva.

¹ CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"

² Lippi Bruni (2002)

³ Nel 2003 la quota pubblica della spesa sanitaria è stata del 75,3% rispetto la totale, mentre nel 1990 la stessa era stata del 79,3%. Oecd (2004) Health Data

Supplementary health-care assistance: an analysis of the current market and the impact on public accounts

Borgia P.¹, Maruotti A.¹, Spandonaro F.¹

Summary

Observation of health-care spending in Italy over the last twenty years points to an upwards trend as a percentage of the GDP. This development, present not only in Italy, but in all the industrialised countries, is the combined effect of a number of different factors: demographics, technology and culture.

The Italian National Health Care System (NHS) provides services according to universalistic principles and based on uniform standards of quality. The resulting rigidity in the public service is presumably one of the factors that leads certain consumers to shift to the private sector, where they can receive services that more accurately reflect individual preferences.

The reasons for which consumers prefer to deal with the private sector, either directly or through supplementary health-care insurance, can be traced to the need for flexibility. In fact, the perceived advantages in terms of quality would not appear to be tied to the performance level of the clinical assistance but to that of the related services: the possibility of avoiding waiting list, selecting the physician, etc. In fact, the Regions with more extensive supplementary health-care coverage (SHCC) show the highest incidence of waiting for public health-care services. This preference is even higher

¹ CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"

Sulla base delle poche evidenze disponibili è possibile ipotizzare che i consumatori sostengano direttamente circa il 92% della spesa sanitaria privata (cosiddetta spesa *out of pocket*) mentre è piuttosto contenuto il ricorso all'assistenza sanitaria integrativa volontaria⁴.

Tuttavia è facile supporre che il ruolo di tali forme di copertura dei rischi sanitari sia destinato ad essere potenziato. L'evoluzione normativa per la definizione delle prestazioni essenziali meritevoli di tutela pubblica dovrà infatti sempre più conciliare una crescente domanda di servizi sanitari con le limitate risorse a disposizione. Il presente lavoro si propone di fornire un quadro sull'attuale mercato delle coperture sanitarie integrative, con lo scopo di valutare l'impatto che tali forme di assistenza hanno sui conti pubblici e, quindi, l'opportunità di incentivarne un maggior sviluppo futuro.

6.2 La diffusione dell'assicurazione sanitaria volontaria

La spesa per l'assistenza sanitaria integrativa volontaria è in Italia molto limitata. Essa infatti rappresenta solo il 5,3% della spesa sanitaria privata (circa l'1,0% della spesa totale).

Tuttavia il suo ruolo sembra destinato a crescere ed appare quindi interessante ricostruire l'attuale mercato delle diverse forme di assicurazioni sanitarie per analizzarne le potenzialità e le future opportunità di sviluppo.

Per ottenere un quadro sull'attuale diffusione delle coperture sanitarie integrative sono stati utilizzati i dati relativi ai bilanci delle famiglie italiane raccolti dalla Banca d'Italia⁵. Secondo tale fonte, il 6,6% delle famiglie italiane risulta aver pagato un premio per l'assistenza sanitaria integrativa nel corso del 2002.

Considerando, su tale quota, anche le famiglie che pur non avendo pagato direttamente il premio⁶ hanno beneficiato comunque di tali forme di assistenza, si può stimare che la per-

⁴ In relazione a tale argomento esistono delle stime molto eterogenee. Secondo Mossialos e Thomson (2002) tale quota risulta essere del 95,9%, mentre secondo altri Bifone (2004) e Nannini (2004) la stessa è del 90%. Per Nomisma (2003) è verosimile considerare che meno del 10% della spesa sanitaria privata è coperta da fondi, mutue, casse ed assicurazioni private.

⁵ Banca d'Italia (2004)

⁶ Perché ad esempio il premio è stato pagato dal datore di lavoro (come benefit retributivo) o nel caso in cui il premio sia pagato indirettamente in conseguenza dell'iscrizione a certi ordini professionali.

for a number of professional categories, for whom it can be assumed that the opportunity cost of time has a greater incidence.

Supplementary health-care assistance (SHCA) is much more developed in the regions of northern Italy and in certain central regions. In fact, only 10,0% of Italian families benefit from such services. SHCC is offered both by enterprises operated for profit and by non-profit organisations.

It has been observed that the results in recent years of the overall technical account of the health-care branch, which also includes risks transferred from non-profit organisations, have shown consolidated losses for insurance companies.

This overall trend, which affects all but a handful of specialised companies, is made sustainable by the fact that the various companies frequently offer health-care coverage at the request of their existing clients, as a complement to the insurance services supplied by other, more profitable branches.

SHCA accounts for total medical spending of 1.272 billion €. Had these services been supplied by the NHS, they would have cost the state budget, without taking into account the fixed costs involved in handling the greater demand, 933 million €. The presence of SHCC, on the other hand, makes a positive contribution of approximately 244 million € to the coffers of the State, thanks to both direct taxes and the tax flow on the intermediate resources.

In other words, SHCC, in addition to guaranteeing access to the private structures that best reflect individual preferences, does not represent a significant cost for the State. The expense of doubling the portion of private health-care spending financed by the funds, with a resulting reduction in out of pocket spending, would not be extremely high, in light of the resulting advantages in terms of equita-

centuale complessiva delle famiglie italiane assicurate per l'assistenza sanitaria integrativa nel 2002 sia stata di circa il 10%⁷. L'analisi dei dati evidenzia, come era presumibile, una crescente propensione per tali coperture all'aumentare del reddito, ma anche del numero dei componenti del nucleo familiare ed in base alla professione svolta dal capofamiglia. Fra i lavoratori autonomi o i liberi professionisti è ad esempio molto probabile la presenza di una copertura sanitaria. Infine anche la residenza sembra un fattore esplicativo: si segnala una maggiore (e statisticamente significativa) concentrazione di tali coperture nelle Regioni del Nord ed in alcune del Centro, mentre risultano molto poco presenti in quelle del Sud⁸.

Esiste poi una forte associazione di acquisto fra coperture sanitarie integrative ed altre forme di garanzie assicurative e previdenziali. Fra le famiglie del campione analizzato che pagano un premio per disporre di una copertura sanitaria integrativa, il 51,4% possiede anche un'altra polizza del comparto dei Rami Danni ed il 51,7% possiede almeno una polizza vita o un fondo pensione. Fra i non possessori tali percentuali scendono al 13,7% per le polizze di altri Rami Danni⁹ e al 20,9% per le polizze vita e fondi pensione.

Rapportando i dati relativi alla presenza, su base regionale, di coperture per l'assistenza sanitaria integrativa ad alcuni indicatori di qualità del SSN, percepiti dai consumatori, è possibile fare alcune considerazioni. Nelle Regioni in cui è più alta la presenza di coperture per l'assistenza sanitaria integrativa esiste generalmente anche una maggior soddisfazione per l'assistenza medica ospedaliera (Vedi tabella 3). Non sembra quindi possibile assumere l'insoddisfazione per la performance dell'assistenza clinica pubblica quale determinante per la scelta di poter usufruire di professionisti privati tramite una copertura sanitaria integrativa.

⁷A tale stima si è arrivati mediante una elaborazione sulla composizione dei Fondi esposta da Nomisma (2003). Dello stesso parere Bifone (2004). E' comunque da segnalare che esistono degli studi che segnalano valori maggiori del 15%. Già il Rapporto annuale ISTAT (1999) evidenziava che la percentuale di cittadini che dichiaravano di essere assicurati contro gli infortuni ed i rischi sanitari era del 14,8%.

⁸La tabella 1 contiene i risultati dell'analisi multivariata condotta.

⁹Non è stata considerata nei Rami Danni l'RC auto obbligatoria per legge

ble treatment; for that matter, were it also possible to avoid duplication of the services supplied, which generates costs, through a greater integration between public service and private supply, then the manoeuvre would not require additional spending.

At the same time, it should be reiterated that the majority of the guarantees provided by SHCC consist of reimbursements for services that are already provided by the NHS. Apart from the motives of inefficiency referred to earlier, and in light of the low profitability of insurance companies in this branch, there would not appear to be significant margins for the future development of this coverage, as long as the current tax system and the structure of the NHS remain intact. It is only right that greater efficiency in the system be pursued through a clarification of the role of the different fundamental components of the health-care system. Various approaches can be proposed to favour the growth of SHCC. One option is definitely to provide incentives for the demand for insurance, with the services and quality offered by the NHS remaining unchanged, through a further reduction in the tax pressure on the resources used for premiums or contributions for private health-care assistance. A second option would be to consider reducing the services offered by the NHS while providing tax subsidies for forms of private self-coverage, which should be focussed on exclusive areas of service. In this case a set of unequivocal regulations would be needed to guarantee equal opportunity of access, as well as a minimum level of quality, for the services left exclusively to SHCC.

In addition, criteria would have to be stipulated for this change in the supply of health-care services by the State, which would definitely be in keeping with the new political/social objectives.

Tabella 1 - Le determinanti del possesso di polizze sanitarie

	Coef.	Std.	Z	P>|z|
Reddito	.000012	1.88e-06	6.39	0.000
Numero Componenti del Nucleo Familiare	.1095672	.0436756	2.51	0.012
Professione				
Impiegato	.4645558	.1918754	2.42	0.015
Insegnante di qualunque tipo di scuola	.5621526	.3125994	1.80	0.072
impiegato direttivo/quadro	.6225685	.280679	2.22	0.027
Dirigente, Alto funzionario, Preside, Direttore Didattico, Docente Universitario, Magistrato	.8212987	.3425724	2.40	0.017
Libero Professionista	1.533404	.2308349	6.64	0.000
Imprenditore individuale	.9089436	.382634	2.38	0.018
Lavoratore Autonomo/Artigiano	1.186413	.2116711	5.60	0.000
Titolare o caudiuante impresa familiare	1.532347	.2795166	5.48	0.000
Socio/Gestore di società	1.699227	.290606	5.85	0.000
In cerca di prima occupazione	.4772256	1.043185	0.46	0.647
Disoccupato	.5067446	.4223371	1.20	0.230
Casalinga	-.152373	.2861333	-0.53	0.594
Pensionato da Lavoro	.081365	.1705467	0.48	0.633
Pensionato non da lavoro (invalidità/reversibilità/sociale)	-.8462625	.3716003	-2.28	0.023
Studente	.659036	.6350038	1.04	0.299
Militare	-.0106316	1.050701	-0.01	0.992
Regione di Appartenenza				
VALLE D'AOSTA	-.4135599	.1048631	-0.39	0.693
LOMBARDIA	.0618107	.1781296	0.35	0.729
TRENTINO	-1.820889	.7313584	-2.49	0.013
VENETO	.3605885	.1935632	1.86	0.062
FRIULI	.5668519	.236594	2.40	0.017
LIGURIA	-.1735153	.2418567	-0.72	0.473
EMILIA ROMAGNA	.1690201	.1829484	0.92	0.356
TOSCANA	-.4429273	.22605	-1.96	0.050
UMBRIA	.4095902	.2375282	1.72	0.085
MARCHE	.1425345	.221813	0.64	0.520
LAZIO	-1.161773	.3099703	-3.75	0.000
ABRUZZI	-1.054162	.4110633	-2.56	0.010
CAMPANIA	-3.389505	.7235835	-4.68	0.000
PUGLIA	-1.643493	.4090345	-4.02	0.000
CALABRIA	-1.466384	.5283027	-2.78	0.006
SICILIA	-1.726508	.3504328	-4.93	0.000
SARDEGNA	-2.560352	.7253133	-3.53	0.000
Costante	-3.395511	.2260687	-15.02	0.000

Fonte: elaborazione su Dati Banca d'Italia (2004)

Tabella 2 - La diffusione dell'assistenza integrativa, reddito ed altre coperture assicurative e previdenziali

DESCRIZIONE REGIONE	% famiglie con copertura sanitaria integrativa	Reddito medio disponibile netto individuale		% di famiglie in possesso di polizza danni		% famiglie in possesso di almeno una polizza vita o fondo pensione	
		già possessori di copertura sanitaria integrativa	non possessori di copertura sanitaria integrativa	già possessori di copertura sanitaria integrativa	non possessori di copertura sanitaria integrativa	già possessori di copertura sanitaria integrativa	non possessori di copertura sanitaria integrativa
PIEMONTE	8,10%	€ 14.659,22	€ 11.449,89	69,80%	26,10%	41,27%	23,15%
VALLE D'AOSTA	4,50%	€ 16.578,04	€ 12.826,00	0,00%	0,00%	0,00%	9,52%
LOMBARDIA	10,40%	€ 18.006,05	€ 13.295,58	66,00%	21,00%	48,94%	28,11%
TRENTINO	1,60%	€ 15.325,60	€ 11.456,08	100,00%	44,90%	50,00%	42,52%
VENETO	13,10%	€ 15.988,18	€ 11.286,95	55,90%	23,00%	63,24%	27,37%
FRIULI	14,80%	€ 16.180,77	€ 13.640,36	77,10%	49,30%	71,43%	37,31%
LIGURIA	7,80%	€ 17.251,46	€ 13.686,11	51,70%	14,60%	44,83%	18,37%
EMILIA ROMAGNA	11,90%	€ 18.183,78	€ 14.100,98	42,40%	18,20%	51,76%	23,45%
TOSCANA	6,40%	€ 18.492,32	€ 12.842,47	50,00%	16,10%	58,33%	24,86%
UMBRIA	12,20%	€ 11.086,06	€ 10.520,38	30,30%	13,90%	54,55%	32,49%
MARCHE	10,30%	€ 11.400,10	€ 11.022,29	28,20%	15,00%	41,03%	32,35%
LAZIO	3,10%	€ 15.447,45	€ 9.522,67	28,60%	4,50%	64,29%	25,73%
ABRUZZI	3,00%	€ 10.952,83	€ 9.424,86	28,60%	2,70%	28,57%	20,54%
MOLISE	...	...	...	...	...	...	16,47%
CAMPANIA	0,30%	€ 5.170,47	€ 6.183,07	0,00%	1,40%	0,00%	6,70%
PUGLIA	1,70%	€ 10.231,80	€ 7.030,37	0,00%	1,00%	42,86%	11,08%
BASILICATA	...	...	€ 8.943,11	...	7,70%	...	20,51%
CALABRIA	2,00%	€ 8.347,97	€ 6.645,34	50,00%	3,00%	25,00%	12,06%
SICILIA	1,50%	€ 10.404,71	€ 7.100,36	20,00%	3,30%	70,00%	10,08%
SARDEGNA	0,70%	€ 3.683,92	€ 8.682,28	0,00%	0,30%	0,00%	6,78%
TOTALE ITALIA	6,60%	€ 15.592,78	€ 10.298,98	51,40%	13,70%	51,79%	20,96%

Fonte: elaborazione su dati Banca d'Italia (2004)

Non risultano invece essere smentiti i vari studi proposti in letteratura che utilizzano i tempi di attesa come variabile significativa per la domanda di servizi sanitari privati¹⁰. È infatti generalmente vero che in Regioni in cui i tempi di attesa sono più elevati, la percentuale di persone che pagano volontariamente un premio per l'assistenza sanitaria privata aumenta. Ad esempio, nella Regione Veneto, dove si riscontra un'alta percentuale di famiglie con coperture sanitarie integrative (13,1%) ed una percentuale di persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ospedaliera, i tempi di attesa risultano essere più elevati della media. Nel 2002 si sono sottoposti a visita specialistica in struttura pubblica, entro 15 giorni seguenti la prenotazione (o hanno fissato per convenienza una data differente), solo il 90,9% degli assistiti contro il 94,9% a livello Italia. Mentre hanno effettuato un accertamento diagnostico, entro 6 giorni dalla prenotazione (o hanno fissato per convenienza una data differente), il 65,5% dei pazienti contro il 71,6% a livello Italia (vedi tabella 3).

6.3 L'offerta nell'assistenza sanitaria integrativa

La spesa sanitaria privata può essere distinta in compartecipazione alla spesa sanitaria pubblica per quei beni o servizi che rimangono a carico del paziente (ticket), spese per beni o servizi non garantiti dal SSN (odontoiatria ed altri servizi) e spesa per beni e servizi che i pazienti preferiscono acquistare privatamente nonostante siano garantiti dal SSN. In particolare è da sottolineare come una quota molto ampia della spesa sanitaria privata si riferisca a beni e servizi già offerti dal SSN¹¹. Ciò è presumibilmente dovuto tanto alle caratteristiche dell'offerta pubblica che presenta certamente delle aree di inefficienza (e che spinge ad un trasferimento di consumo sanitario nel privato), quanto alla propensione soggettiva per servizi privati a pagamento a prescindere dall'offerta pubblica stessa¹². Il pagamento diretto della prestazione non è l'unico modo per beneficiare dei servizi sanitari privati. È infatti possibile, attraverso il pagamento di un premio periodico, valersi delle garanzie offerte sia dalle Compagnie di Assicurazioni, che operano secondo logiche di mercato (enti *profit*), sia da altri operatori (Società di Mutuo Soccorso, Fondi di Categoria, Casse aziendali, Casse Professionali e Casse Edili) che si ispirano essenzialmente a prin-

¹⁰ Mireia Jofre Bonet (2000); Timoty Besley, John Hall, Ian Preston (1999)

¹¹ Tale fenomeno era stato già evidenziato da Piperno (1997). I dati esposti da Piperno evidenziavano che il 54% della spesa sanitaria privata si riferiva a beni e servizi già offerti dal SSN. Lo studio indicava l'importanza di una opportuna stimolazione delle attitudini e preferenze soggettive da parte dell'offerta privata piuttosto che lo stato stesso dell'offerta pubblica. In particolare il 50% del consumo privato nel caso di ricoveri e specialistica e l'80% nel caso di accertamenti diagnostici non dipendevano dall'offerta pubblica e dal suo funzionamento, ma risultavano essere solo funzione dell'offerta privata, vale a dire dal fatto che c'erano professionisti disponibili a soddisfare una domanda in regime libero-professionale. Per la restante parte, pari rispettivamente al 50% nel caso di ricoveri e specialistica e al 20% per gli accertamenti diagnostici, il consumo privato sembrava dipendere da altre cause.

¹² È comunque evidente che le propensioni soggettive per la spesa privata sia funzione anche del livello dei ticket necessari per il contenimento della spesa pubblica e del moral hazard.

Tabella 3 - La diffusione dell'assistenza integrativa e indicatori di qualità dell'offerta pubblica

DESCRIZIONE REGIONE	% famiglie con copertura sanitaria integrativa	Persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ospedaliera	% visite specialistiche effettuate entro 15 giorni dalla prenotazione	% accertamenti effettuati entro 6 giorni dalla prenotazione
PIEMONTE	8,1%	48,6%	80,9%	63,7%
VALLE D'AOSTA	4,5%	39,0%	94,2%	60,6%
LOMBARDIA	10,4%	42,6%	95,3%	68,5%
TRENTINO	1,6%	61,8%	93,9%	72,3%
VENETO	13,1%	42,0%	90,9%	65,5%
FRIULI	14,8%	58,2%	89,9%	65,6%
LIGURIA	7,8%	38,2%	96,6%	60,7%
EMILIA ROMAGNA	11,9%	50,8%	92,8%	59,7%
TOSCANA	6,4%	44,6%	93,4%	69,6%
UMBRIA	12,2%	34,7%	95,5%	69,2%
MARCHE	10,3%	29,3%	95,1%	67,4%
LAZIO	3,1%	32,1%	96,1%	73,6%
ABRUZZI	3,0%	22,2%	97,7%	74,6%
MOLISE	....	27,2%	98%	76,1%
CAMPANIA	0,3%	26,9%	98,1%	87,4%
PUGLIA	1,7%	19,2%	97%	78,3%
BASILICATA	....	24,2%	95,8%	71,1%
CALABRIA	2,0%	25,7%	97,2%	78,2%
SICILIA	1,5%	23,1%	95,9%	82,9%
SARDEGNA	0,7%	30,7%	95,8%	73,1%
TOTALE ITALIA	6,6%	35,8%	94,9%	71,6%

Fonte: elaborazione su dati Banca d'Italia (2004) ed ISTAT (2002)

cipi mutualistici (enti *non profit*).

Il settore *non profit* opera generalmente a ripartizione. Nel momento in cui le risorse degli iscritti non dovessero essere sufficienti a finanziare i sinistri, il sistema non sarebbe più in grado di erogare le prestazioni promesse, a meno di non aumentare il premio (contribuzione) degli iscritti stessi. Le Compagnie di Assicurazione fondano invece il rapporto con gli assicurati sull'impegno contrattuale ad erogare prestazioni predeterminate ed operano con il concorso di mezzi propri. Qualora i premi versati degli assicurati non fossero sufficienti a coprire le richieste di indennizzo, le Compagnie sarebbero comunque costrette a far fronte a tali richieste con il contributo di riserve di capitale che la normativa impone a tali Società di detenere come garanzia.

I due settori, pur offrendo dei servizi molto simili, non si presentano necessariamente

Tabella 4 - I rischi gestiti dagli operatori *profit* e *non profit*

	Assicurati		Sinistri		Premi		Premi /sinist.	Premi /spesa
Totali	5.539.615	100,0%	1.272,00	100,0%	1.616,60	100,0%	1,27	5,3%
Polizze individuali	1.767.962	31,9%	457,92	36,0%	712,07	44,0%	1,56	1,9%
Mutue	589.321	10,6%	127,20	10,0%	141,33	8,7%	1,11	0,5%
Fondi	3.182.332	57,4%	686,88	54,0%	763,20	47,2%	1,11	2,9%
Polizze dei fondi riassicurate	1.885.826	34,0%	410,83	32,3%	457,19	28,3%	1,11	1,7%
Polizze dei fondi non riassicurate	1.296.506	23,4%	276,05	21,7%	306,01	18,9%	1,11	1,2%
Compagnie	3.653.789	66,0%	868,75	68,3%	1.169,25	72,3%	1,35	3,6%
Mutue e fondi	3.771.653	68,1%	814,08	64,0%	904,53	56,0%	1,11	3,4%
Mutue e fondi non riassicurati	1.885.826	34,0%	403,25	31,7%	447,34	27,7%	1,11	1,7%

Fonte: elaborazione su dati di mercato 2002

concorrenti. Spesso le Compagnie di Assicurazione garantiscono coperture aggiuntive a quelle offerte dal settore *non profit* (ad esempio le cosiddette diarie) o assicurano gli stessi enti *non profit*.

In questo lavoro, utilizzando i dati di mercato del 2002, è stato ricostruito il quadro dei rischi gestiti dagli operatori *profit* e *non profit*, sulla scia di precedenti stime¹³ (vedi tabella 4).

Nella simulazione si è considerato che circa il 50% degli enti *non profit* trasferisce, in parte o integralmente, il rischio assicurativo alle Compagnie di Assicurazione¹⁴. Pertanto, solo una parte dei 1.428 milioni di euro di premi incassati dalle Compagnie di Assicurazione è attribuibile a polizze individuali.

Altri elementi rilevanti riguardano la quota dei sinistri che è lasciata in carico agli iscritti, che si è ipotizzata essere del 10,0% per le polizze individuali e del 25,0% in quelle collettive, oltre al rapporto premi/sinistri che per le compagnie risulta essere pari a 1,35 secondo dati ANIA

¹³ Bifone (2004); Nomisma (2003); Mastrobuno (1999); Matrobuono e Pompili (1998)

¹⁴ Bifone (2004) stima che fra le persone che aderiscono ad un Fondo, il 50% è iscritta ad un Fondo assicurato.

Tabella 5 - Le prestazioni erogate dagli enti profit e non profit

Prestazioni	Polizze individuali		Fondi	
	Casi gestiti (%)	Incidenza dei costi (%)	Casi gestiti (%)	Incidenza dei costi (%)
Prestazioni fornite da privato comprese nel SSN	60,6%	79,2%	59,1%	55,3%
Ricoveri ed Interventi chirurgici	17,3%	72,5%	11,0%	29,5%
Visite specialistiche ed Accertamenti diagnostici	43,3%	6,7%	48,1%	25,9%
Prestazioni erogate dal SSN per la quota a carico dell'assicurato	18,4%	0,8%	5,5%	6,9%
Ricoveri ed Interventi chirurgici	6,5%	0,5%	1,2%	2,3%
Visite specialistiche ed Accertamenti diagnostici	7,6%	0,2%	4,3%	4,6%
Farmaci (Ticket)	4,3%	0,1%	0,0%	0,0%
Prestazioni fornite da privato non fornite da SSN	5,8%	1,9%	29,5%	29,6%
Cure odontoiatriche	0,4%	0,2%	15,7%	17,1%
Medicina alternativa	1,1%	0,3%	4,9%	2,6%
Farmaci	2,2%	0,1%	0,5%	0,2%
Interventi di chirurgia estetica	1,1%	1,3%	8,4%	9,7%
Altro	1,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Altre prestazioni	15,2%	18,1%	6,0%	8,2%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione su dati NOMISMA (2003) e campione 3000 polizze

(Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), mentre si è adottato il valore di 1,1 per mutue e fondi seguendo quanto dichiarato nello studio NOMISMA (2003) citato.

Sia il settore *profit* che quello *non profit* garantiscono comunque prestazioni simili che comprendono essenzialmente il rimborso delle spese per ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici, le protesi ed altre prestazioni di tipo socio-sanitario come le indennità erogate nel caso di inabilità temporanea, ricovero, invalidità permanente o perdita dell'autosufficienza.

Per analizzare le prestazioni tipiche dei due settori sono state messe a raffronto le garanzie erogate da alcune Compagnie di Assicurazione e quelle di un campione di Fondi Sanitari¹⁵. Ne è emersa l'esistenza di una forte sovrapposizione fra le prestazioni sanitarie garantite dal SSN e quelle erogate, attraverso la sanità integrativa volontaria, da istituti di cura privati. In particolare, con l'aiuto della Tabella 5, è possibile notare che sia per le polizze individuali che per i Fondi, le prestazioni fornite da istituti di cura privati, già comprese nel SSN,

¹⁵ La stima delle prestazioni erogate dalle Compagnie di Assicurazione si basa su un campione di polizze individuali ed una osservazione di 3.000 sinistri. Per le prestazioni dei Fondi sono stati invece elaborati i dati dello studio prodotto da Nomisma (2003).

riguardano circa il 60,0% del totale dei casi gestiti, con una incidenza di tali costi sul totale sinistri che raggiunge il 79,2% nel caso delle polizze individuali¹⁶.

È comunque doveroso sottolineare come i Fondi, più che le polizze individuali, partecipino al finanziamento privato di prestazioni non garantite dal SSN (cure odontoiatriche, medicina alternativa, farmaci, chirurgia estetica ecc.) per una quota di circa il 29% dei loro impegni.

Sia i Fondi che le polizze individuali analizzate garantiscono anche prestazioni diverse dal rimborso delle spese sanitarie. Fra tali prestazioni, che rappresentano il 18,1% dei sinistri pagati dalle Compagnie e circa l'8,2% degli impegni dei Fondi, rientrano quelle erogate per invalidità permanente, le diarie per i giorni di ricovero e quelle per *Long Term Care*.

Il mercato degli operatori *profit* è caratterizzato da una forte concentrazione dell'offerta¹⁷. Il 53,9% dei premi per polizze sanitarie è infatti raccolto da dieci delle oltre cento imprese che operano nel Ramo Malattia¹⁸.

È importante rilevare come il Ramo Malattia sia in sofferenza. Nei diversi anni sta infatti consolidandosi un andamento negativo del rapporto oneri per sinistri su premi di competenza (S/P): nel 2002 tale rapporto è stato del 75,7% e il Risultato del Conto Tecnico Complessivo ha evidenziato una perdita di 22 milioni di euro¹⁹. L'andamento negativo del Ramo, tranne i casi di alcune società specializzate, è presumibilmente tollerato dal solo fatto che le coperture sanitarie sono spesso offerte dalle Compagnie, su richiesta dei propri clienti, per completare il servizio assicurativo prestato su altri rami redditizi.

6.4 La Normativa fiscale

L'art. 9 del D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 definisce i nuovi "fondi doc". L'attuale quadro normativo di riferimento dei Fondi Sanitari è costituito inoltre dal D.Lgs. 18 febbraio 2000 n. 41 che riforma la disciplina fiscale dei contributi di assistenza sanitaria e dal D.Lgs. 314/1997 che regola il regime contributivo. La fiscalità dei contributi versati per le Società di Mutuo Soccorso è invece regolamentata dal D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460.

Precedentemente al D.Lgs. n. 41/2000, tutti i contributi di assistenza sanitaria erogati per disposizione di contratti, accordi o regolamenti aziendali e versati dal datore di lavoro o dal lavoratore dipendente a Fondi Sanitari (integrativi o sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale) non concorrevano alla formazione del reddito se inferiori ad euro 3.165 annui.

¹⁶ Tale risultato è in linea con quanto rilevato in altre indagini sulle forme di previdenza sanitaria integrativa (Mastrobuono e Pompili 1998) da cui risultava come i fondi fossero prevalentemente sostitutivi ed offrissero sostanzialmente le stesse prestazioni del SSN.

¹⁷ ANIA (2003).

¹⁸ A causa della disomogeneità associativa ed organizzativa è invece più difficile analizzare l'offerta degli enti non profit che operano nel settore dell'assistenza sanitaria. Per un approfondimento vedi Nomisma (2003).

¹⁹ Per avere un confronto si noti che nel 2002 il Ramo Infortuni ha avuto un rapporto S/P del 55,6% con un risultato positivo di 321 milioni di euro, mentre per il Ramo Incendio l'S/P è stato del 62,8% sempre con un risultato positivo di 117 milioni di euro. (ANIA 2003).

Tabella 6: I risultati tecnici del Ramo Malattia

RAMO MALATTIE	1999	2000	2001	2002
Premi contabilizzati	1.163	1.255	1.343	1.428
Variazione riserva premi (-)	15	35	30	26
Oneri relativi a sinistri	869	934	998	1061
Saldo altre partite tecniche	-17	-16	-22	-33
Spese di gestione (-)	311	332	347	363
Saldo tecnico lavoro diretto	-49	-62	-54	-55
Utile investimenti	36	40	38	31
Risultato c/tecnico diretto	-13	-22	-16	-24
Saldo riassicurazione ed altre partite	-11	4,	5	2
Risultato c/tecnico complessivo	-24	-18	-11	-22
Oneri per Sinistri/Premi di competenza	75,7%	76,6%	76,0%	75,7

Fonte: elaborazione su dati ANIA (valori in milioni di euro)

Il nuovo regime fiscale, che si riferisce alla generalità dei contribuenti, e non solo ai lavoratori dipendenti, interviene sia sulla disciplina degli oneri deducibili ai fini Irpef (art. 10, comma 1 del TUIR), sia sul regime fiscale dei contributi sanitari versati dal datore di lavoro e dal lavoratore dipendente (art. 48, comma 2 del TUIR). Tale regime garantisce dei vantaggi fiscali sia per i fondi sanitari integrativi definiti nel D.Lgs. n. 229/1999 –“fondi doc”–, sia per quelli non integrativi –“fondi non doc”– fra i quali rientrano evidentemente i regimi di assistenza sanitaria preesistenti.

Il succitato D.Lgs. prevede quindi due differenti regimi fiscali. Per i “fondi doc” è previsto un limite annuo di deducibilità che aumenta progressivamente da un minimo di euro 1.033 nel 2001 (vedi tabella 6), fino ad un massimo di euro 2.066 a decorrere dal 2007. Per i “fondi non doc” il tetto annuo di deducibilità di euro 3.165 diminuisce progressivamente a partire dal 2003, sino ad attestarsi ad euro 1.808 nel 2008.

Il provvedimento consente la cumulabilità dei limiti di deducibilità, nel caso in cui si effettuano versamenti sia a “fondi doc” che ad altri regimi di assistenza sanitaria complementare. In tal caso il limite massimo di deducibilità è fissato in euro 4.648 per gli anni 2001 e 2002 e ridotto ad euro 3.357 a decorrere dal 2007.

Il nuovo regime fiscale continua a non riconoscere alcun beneficio per i premi versati a fronte di polizze di assicurazione malattia, stipulate in modo collettivo o individualmente. Tuttavia, l'assicurato può detrarre dalle imposte risultanti dalla dichiarazione dei redditi il 19% delle spese mediche sostenute, ancorché rimborsate dalla Compagnia di Assicurazione, per la parte eccedente euro 129.

Ai sensi del D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460 possono inoltre essere dettratti i contributi associativi versati dai soci a Società di Mutuo Soccorso operanti nel settore dell'assistenza sanitaria, per un importo pari al 19,0% e non superiore ad euro 1.291.

Tabella 7 - I vantaggi fiscali per l'assistenza sanitaria integrativa

	Fondi doc		Fondi non doc		Cumulo Fondi (limite massimo)		Polizze di Assicurazione		Mutue	
	Premi	Spese	Premi	Spese	Premi	Spese	Premi	Spese	Premi	Spese
Beneficio fiscale ammesso	Deduzione	Nessun Beneficio	Deduzione	Nessun Beneficio	Deduzione	Nessun Beneficio	Nessun Beneficio	Detrazione	Detrazione	Detrazione
2000	-	-	3.615	-	3.615	-	-	19%	19%	19%
2001	1.033	-	3.615	-	4.648	-	-	19%	19%	19%
2002	1.033	-	3.615	-	4.648	-	-	19%	19%	19%
2003	1.549	-	3.099	-	3.357	-	-	19%	19%	19%
2004	1.549	-	2.841	-	3.357	-	-	19%	19%	19%
2005	1.808	-	2.582	-	3.357	-	-	19%	19%	19%
2006	1.808	-	2.324	-	3.357	-	-	19%	19%	19%
2007	2.066	-	2.066	-	3.357	-	-	19%	19%	19%
2008	2.066	-	1.808	-	3.357	-	-	19%	19%	19%

Fonte: elaborazione propria

È utile precisare che le spese sanitarie rimborsate dai Fondi non possono essere portate in detrazione, se non per la quota non rimborsata da tali enti per effetto di franchigie o limiti di garanzia.

Oltre alle agevolazioni fiscali sopra descritte, i fondi sanitari istituiti da contratto di lavoro o regolamento aziendale (integrativi e non) godono di una ridotta aliquota di contribuzione sociale in base al D.Lgs. n. 314/1997. Infatti, il versamento del datore di lavoro è soggetto ad un contributo di solidarietà del 10,0% a favore dell'Inps, anziché alla contribuzione ordinaria, mentre il versamento del lavoratore è assoggettato a contribuzione ordinaria ai fini pensionistici ed entra quindi a far parte della retribuzione pensionabile.

6.5 L'impatto dell'assistenza sanitaria integrativa sui conti pubblici

Integrando i risultati di vari lavori presenti in letteratura, con le evidenze raccolte su un campione di dati di mercato, è stato stimato l'impatto dell'assistenza sanitaria integrativa sui conti pubblici. A tale scopo è stata ricostruita l'attuale situazione relativa alle assicurazioni sanitarie e confrontata con uno scenario in assenza di queste. Ne è emerso un quadro che, in via di principio, è di sostanziale neutralità (o di leggero vantaggio per i conti pubblici nella situazione attuale rispetto a quella in totale assenza di coperture assicurative); il risultato è spiegato dal fatto che il "costo" degli incentivi fiscali è controbilanciato dai minori costi per prestazioni che sarebbero comunque a carico del SSN. Anche qualora si ipotizzasse una prevalenza di costi fissi per il SSN, e di conseguenza si valutassero tali minori costi solo al 30,0% (Ip B in Tabella 8), il costo dell'incentivo globalmente riconosciuto alle assicurazioni volontarie supererebbe di poco i 400 milioni di euro, pari a meno del 2,0% di tutta la spesa sanitaria privata.

In particolare, per ricostruire la stima, sono state considerate soltanto le garanzie relative al rimborso delle spese per prestazioni sanitarie²⁰ ed è stata posta una omogeneità tariffaria del servizio pubblico e degli operatori privati. Si è assunto inoltre che il ricorso a prestazioni sanitarie private sia possibile solo attraverso l'intermediazione degli enti *profit* e *non profit*.

Nell'analisi sono stati attribuiti al datore di lavoro il 75,0% dei contributi versati a Fondi, Casse e Mutue, mentre il restante 25,0% è stato ipotizzato pagato dagli stessi lavoratori. L'aliquota marginale IRPEF ed il gettito fiscale e contributivo è stato stimato in base alle retribuzioni del campione di assicurati considerato²¹.

Da quanto esaminato si evidenzia che la presenza di coperture sanitarie integrative permette una riduzione degli oneri sociali per 187 milioni di euro e minori imposte sui redditi per 166 milioni di euro. Le imposte relative ai premi pagati per tali prestazioni ammontano a circa 40 milioni di euro. Tale importo sarebbe stato ovviamente nullo in assenza di coperture sanitarie. La presenza di enti *non profit* permette inoltre una minore detrazione complessiva sulle spese rimborsate di circa 97 milioni di euro a vantaggio delle casse pubbliche. L'effetto dei premi incide per 446 milioni di euro sulla deducibilità, mentre per 26 milioni di euro per la parte detraibile. Quindi, nell'ipotesi di una struttura flessibile dei costi del SSN (Ip A in Tabella 8), considerando il valore aggiuntivo delle prestazioni che verrebbero richieste alla sanità pubblica, il differenziale fra entrate ed uscite ammonterebbe a circa 244 milioni di euro.

È doveroso precisare che le nostre conclusioni non concordano con altre analisi e in particolare con un recente studio condotto dall'Osservatorio della Terza età, secondo il quale l'assistenza sanitaria integrativa avrebbe invece un impatto negativo sui conti pubblici di circa 4 miliardi di euro l'anno²².

I differenti risultati sono in larga misura attribuibili al diverso approccio, e ad alcune ipotesi e dati di partenza adottati nel lavoro citato.

In particolare non si è ritenuto di adottare il dato che assume una raccolta dei Fondi pari a 4,6 miliardi di euro che, sommati a quelli delle Compagnie di Assicurazione, porterebbe ad un totale di 6 miliardi di euro l'insieme dei contributi per l'assistenza sanitaria integrativa. Tale risultato, associato al numero di persone assicurate porterebbe infatti ad un premio medio individuale di circa 700 euro, che sembra estremamente elevato secondo le evidenze, seppure parziali, che sono disponibili.

Inoltre nel nostro studio si è allargato lo spettro di analisi a tutte le tipologie di assistenza prestate e non alla semplice copertura di spese per ricoveri ospedalieri, che rappresentano solo una quota dei sinistri indennizzati. Peraltro non sembra neppure del tutto condivisibile assumere, come nello studio citato, un tasso di ospedalizzazione della

²⁰Non sono state quindi considerate le diarie per ricovero, le indennità per l'Invalidità Permanente le LTC garantite da Compagnie di Assicurazione ed enti non profit.

²¹ Banca d'Italia (2004).

²² Osservatorio della Terza età (2004), *Fattori di impoverimento del Sistema Sanitario Nazionale*.

popolazione assicurata pari a quello della popolazione generale, anche alla luce delle evidenze sopra riportate sulle caratteristiche peculiari (in particolare dell'età) dei possessori di polizza sanitaria.

I risultati della presente analisi evidenziano quindi che il ricorso all'assistenza sanitaria integrativa non rappresenta un reale onere per le casse pubbliche. Ciò non toglie, però, che la duplicazione delle prestazioni rappresenta una evidente inefficienza del sistema nel suo complesso, con conseguenti costi fissi che potrebbero essere ridotti: evidentemente questo richiede una definitiva chiarificazione sul reale contenuto della specificazione integrativa adottata dal legislatore per i fondi sanitari.

Si è ulteriormente proceduto a stimare l'impatto sulle casse pubbliche di un raddoppio delle coperture assicurative erogate da Fondi rispetto ai valori attuali. Si noti che allo stato attuale le forme di incentivazione utilizzabili per ottenere un risultato del genere risiedono più nella chiarificazione dei ruoli dell'assicurazione integrativa, che non in incrementi della detraibilità; in particolare quella dei premi sembra ancora sufficiente nella maggioranza dei casi.

Il risultato della nostra simulazione è che un raddoppio della copertura assicurativa (che pur essendo un incremento molto rilevante, ancora lascerebbe l'Italia con una quota di spesa *out of pocket* fra le più alte a livello internazionale) costerebbe nell'ipotesi peggiore (scontando quindi che solo il 30,0% dei costi delle prestazioni erogate da privati, qualora ricondotte nell'ambito del settore pubblico, andrebbe a rappresentare un costo aggiuntivo) circa 500 milioni di euro in più rispetto alla situazione attuale, pari al 4% della spesa sanitaria privata. Tale onere peraltro si annullerebbe qualora si potesse evitare la duplicazione di offerta e quindi dei costi, mediante una maggiore integrazione fra servizio pubblico e settore privato.

6.6 Considerazioni finali

Le motivazioni per le quali i consumatori preferiscono rivolgersi al settore privato, direttamente o attraverso l'assicurazione sanitaria integrativa, sono riconducibili ad esigenze di flessibilità. I vantaggi qualitativi percepiti non sembrano infatti legati alla performance dell'assistenza clinica, quanto piuttosto ai servizi ad essa correlati: possibilità di evitare liste di attesa, riduzione di incertezze sul momento di somministrazione delle cure, possibilità di scegliere il medico, sistemazione "alberghiera" più confortevole e una più accurata informazione. Nelle Regioni con una più ampia presenza di coperture di assistenza sanitaria integrativa, risulta infatti maggiore l'incidenza delle liste di attesa di alcuni servizi sanitari pubblici. Tale preferenza è accentuata per alcune figure professionali (lavoratori autonomi e liberi professionisti) per cui è possibile ipotizzare una maggiore incidenza del costo opportunità del tempo.

La presenza di coperture per l'assistenza sanitaria integrativa è molto più sviluppata nelle Regioni del Nord e in alcune del Centro, ma risulta nel complesso ancora molto limitata. Solo il 10% delle famiglie italiane beneficiano infatti di tali prestazioni. L'offerta di coperture di assistenza sanitaria integrativa è prestata sia da enti *for profit* (Compagnie di Assicurazione) sia da enti *non profit* (Società di Mutuo Soccorso, Fondi di Categoria, Casse aziendali, Casse Professionali e Casse Edili).

Tabella 8: L'impatto dell'assistenza sanitaria integrativa sui conti pubblici (Valori in milioni di euro)

	Situazione attuale		Con raddoppio coperture dei Fondi	
	Ip. A	Ip. B (costi fissi 70%)	Ip. A	Ip. B (costi fissi 70%)
Oneri sociali	- 187,42	- 187,42	-345,55	-345,55
Imposte su redditi	- 166,99	- 166,99	-307,89	-307,89
Imposte su premi polizze	40,41	40,41	59,49	59,49
Minori imposte per detrazione spese	97,88	97,88	195,76	195,76
Minori imposte per detrazione premi	- 26,85	- 26,85	-26,85	-26,85
Deducibilità premi	- 446,75	- 446,75	-893,49	-893,49
Costi aggiuntivi – SSN	933,75	280,12	1.347,83	404,35
Saldo (Entrate-Uscite) per lo Stato	244,03	- 409,59	29,30	- 914,18
Saldo su spesa sanitaria privata	1,0%	-1,7%	0,1%	-3,8%

Fonte: elaborazione su dati di mercato (2002)

Si è notato come il risultato del Conto Tecnico Complessivo del Ramo Malattia, in cui debbono essere considerati anche i rischi trasferiti da gli enti *non profit*, in questi ultimi anni evidenzia delle perdite consolidate per le Compagnie di Assicurazione.

Tale andamento complessivo, con l'eccezione di alcune società specializzate, è tollerato dal fatto che le coperture sanitarie sono spesso offerte dalle varie Compagnie su richiesta dei propri clienti e per completare il servizio assicurativo prestato su altri rami redditizi.

L'assistenza sanitaria integrativa copre le spese per prestazioni sanitarie per un totale di 1.272 milioni di euro. Tali prestazioni, qualora fossero state erogate dal SSN, senza considerare i costi fissi per fronteggiare una diversa domanda, avrebbero inciso per 933 milioni di euro sul bilancio pubblico. La presenza di sanità integrativa, secondo la stima effettuata, porta invece un contributo positivo di circa 244 milioni di euro per le casse dello Stato grazie alle imposte e al gettito fiscale sulle risorse intermedie.

Le coperture sanitarie integrative, oltre a garantire l'accesso a strutture private che maggiormente riflettono le preferenze individuali, non rappresentano quindi un costo rilevante per lo Stato. L'onere per ottenere un raddoppio della quota di spesa sanitaria privata finanziata dai Fondi, e quindi una conseguente riduzione della spesa *out of pocket*, sarebbe poi non elevatissimo considerando i vantaggi in termini equitativi che comporterebbe; inoltre, se fosse possibile evitare anche la duplicazione dell'offerta e quindi dei costi con una maggiore integrazione fra servizio pubblico e offerta privata, la manovra non richiederebbe oneri aggiuntivi.

Nello stesso tempo si deve ribadire come la maggior parte delle garanzie prestate dalle coperture sanitarie integrative siano costituite comunque da rimborsi per prestazioni già garantite dal SSN. A parte i motivi di inefficienza già ricordati, vista anche la scarsa redditività delle Compagnie di Assicurazione in questo ramo, non appare possibile ipotizza-

re grandi spazi per lo sviluppo di tali coperture, mantenendo l'attuale regime fiscale e la stessa struttura del SSN. Una maggiore efficienza del sistema è doverosamente perseguibile con una chiarificazione sul ruolo dei vari pilastri che compongono il sistema sanitario.

Per favorire la crescita della sanità integrativa si possono ipotizzare varie strade percorribili. Certamente una prima alternativa è quella di incentivare la domanda di assicurazione, mantenendo le stesse prestazioni e qualità offerte dal SSN, attraverso una ulteriore riduzione della pressione fiscale sulle risorse destinate ai premi o contributi per l'assistenza sanitaria privata. Una seconda potrebbe invece considerare una riduzione delle prestazioni offerte dal SSN, sostenendo fiscalmente le forme di autotutela private che dovrebbero indirizzarsi verso aree di prestazioni esclusive. Sarebbe però in questo caso sicuramente necessaria una decisa regolamentazione per garantire comunque l'eguaglianza nelle opportunità di accesso ed una qualità minima delle prestazioni lasciate all'esclusività dell'assistenza sanitaria integrativa.

Occorrerebbe inoltre stabilire dei criteri per questa differente offerta di prestazione di servizi sanitari da parte dello Stato, che dovrebbero certamente trovare un fondamento su nuovi obiettivi politico-sociali.

Bibliografia/References

- Ania, (2003), *L'assicurazione italiana nel 2002*, Roma
- Bruni, (2002), *Le determinanti della domanda di assicurazioni integrative: un'analisi empirica del caso italiano*, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna.
- Banca d'Italia, (2004) *I Bilanci delle famiglie italiane*
- Bifone L. (2001), *I fondi sanitari integrativi*, Unisalute, Milano, 28 giugno
- Bifone L.(2004), *Evoluzione del Sistema Sanitario, Fondi Sanitari Integrativi e Nuovi Prodotti Assicurativi*, Pavia, 3 maggio
- ISTAT (2002), *Indagine Multiscopo sulla famiglia "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 1999-2000*
- Mastrobuono I., Pompili S. (1998), *Lo stato attuale delle forme integrative di assistenza sanitaria del settore non profit: casse aziendali, fondi di categoria e società di mutuo soccorso*, ASI, n. 27, 6 luglio, 7-28.
- Mastrobuono I., (1999), *Le forme integrative di assistenza sanitaria tra passato e futuro*, in Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C., *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 172-435
- Mireia Jofre Bonet, (2000), *Public health care and private insurance demand: The waiting time as a link*, *Health Care Management Science* 3, 51-71
- Mossialos E., Thomson S., (2002), *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Report for the EU Commission, London
- Nannini G. (2004), *La riforma sanitaria nel quadro della crisi del Welfare State: le prospettive in Italia e in Europa*, Pavia, 4 maggio .
- Nomisma (2003), *I Fondi sanitari integrativi*, Franco Angeli, Milano
- Oecd (2004), *Health Data 2003 Public expenditure on health % total expenditure on health*.
- Osservatorio della Terza età (2004), *Fattori di impoverimento del Sistema Sanitario Nazionale*.
- Piperno A. (1997), *Mercati Assicurativi ed Istituzioni: La Previdenza Sanitaria Integrativa*, Il Mulino, Bologna
- Spandonaro F. (2002), *L'assistenza sanitaria complementare in Italia: un'opportunità da non perdere*, Quaderni di Assoprevidenza, n.7, marzo
- Timoty Besley, John Hall, Ian Preston (1999), *The demand for private health insurance: do waiting lists matter?*, *Journal of Public Economics* 72, 155-181.