



Rapporto **CEIS - Sanità 2005** *Sette parole chiave del SSN*

a cura di

V. Atella
A. Donia Sofio
M. Meneguzzo
F.S. Mennini
F. Spandonaro

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

IEP

ITALPROMO ESIS PUBLISHING

7.1 I comportamenti di consumo sanitario delle famiglie assicurate e le prospettive di sviluppo dell'assicurazione malattia

Borgia P.¹, Doglia M.², Spandonaro F.³

7.1.1 Premessa

I cambiamenti nella struttura demografica e negli stili di vita, l'evoluzione della tecnologia nella pratica clinica nonché diversi fattori inflativi sono alcune delle determinanti della crescente necessità di disponibilità finanziarie per la copertura dei costi della sanità.

Il problema del finanziamento della spesa sanitaria rappresenta un argomento di centrale importanza non solo per la distribuzione delle risorse all'interno del settore pubblico, ma anche per l'offerta di servizi che ad esso ne consegue. In Italia la spesa sanitaria pubblica rappresenta circa il 75,0% di quella totale.

Nel 2004 la spesa sanitaria italiana è aumentata del 6,9%⁴. Nonostante le continue attività per migliorarne l'efficienza e l'ottimizzazione delle risorse, il livello di servizio offerto dal SSN presenta delle inevitabili aree di rigidità qualitativa. In questo contesto, il settore sanitario privato contribuisce ad aumentare le possibilità di cura e rappresenta spesso un'alternativa più flessibile alle diverse preferenze individuali.

La spesa sanitaria privata è per la maggior parte sostenuta direttamente dai consumatori, mentre solo una parte residuale di questa è garantita attraverso l'assicurazione sanitaria volontaria⁵. Le assicurazioni sanitarie contribuiscono ad un miglioramento delle opportunità di accesso alle cure senza gravare sui costi del settore pubblico⁶, tuttavia il loro sviluppo risulta essere ancora molto limitato.

Il presente lavoro si propone di individuare quali siano gli ostacoli e i vantaggi per un futuro sviluppo dell'assicurazione sanitaria integrativa attraverso l'osservazione dell'attuale offerta di mercato e di alcune caratteristiche demografiche, professionali e di consumo di un campione di famiglie assicurate.

7.1.2 L'assicurazione sanitaria integrativa

L'assistenza sanitaria integrativa è fornita in Italia dalle Compagnie di Assicurazione e da Società di Mutuo Soccorso, Fondi di Categoria, Casse Aziendali, Professionali ed Edili (enti *non profit*).

¹ CEIS Sanità – Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.

² ISTAT.

³ CEIS Sanità – Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.

⁴ Nel 2003 l'incremento registrato era del 3,4%. OECD (2005).

⁵ La quota di spesa per l'assistenza sanitaria integrativa volontaria stimata nel Rapporto CEIS Sanità 2004 ammonta al 5,3% in rapporto alla sola spesa sanitaria privata e circa all'1% in rapporto alla spesa sanitaria complessiva.

⁶ Rapporto CEIS Sanità 2004 (2004).

Le Compagnie di Assicurazione, che operano secondo logiche di mercato, fondano il rapporto con gli assicurati sull'impegno contrattuale ad erogare certe prestazioni predeterminate con il concorso di mezzi propri. L'obiettivo degli enti *non profit* è invece quello di ripartire le risorse disponibili in base a principi mutualistici secondo quelle che sono le richieste dei propri iscritti.

È possibile suddividere le prestazioni offerte dalle Compagnie e dagli enti *non profit* in tre differenti tipologie. La più diffusa garantisce il rimborso delle spese di cura relative ai ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici in conseguenza di malattia, infortunio o parto.

Una seconda tipologia è costituita da prestazioni che prevedono una diaria prestabilita per ogni giorno di degenza o convalescenza, in modo che l'assicurato possa compensare almeno in parte la conseguente perdita di reddito che una malattia quasi sempre comporta.

L'ultima tipologia infine è rappresentata da quelle garanzie che coprono il rischio della perdita dell'autosufficienza e della capacità lavorativa conseguentemente ad una malattia invalidante. Essa assicura il pagamento di un indennizzo proporzionale al grado di invalidità calcolato sulla base di una determinata somma assicurata.

È inoltre da evidenziare come esista un'offerta sempre maggiore di servizi di assistenza nella fase antecedente e successiva al momento del ricovero. Molte Compagnie stanno potenziando le occasioni di contatto con i clienti attraverso i siti internet o dei *call center* specializzati che offrono insieme a semplici servizi di prenotazione anche la possibilità di una consulenza medica immediata.

I premi complessivamente incassati dalle 95 Compagnie di Assicurazione operanti nel Ramo Malattie nel 2004 sono stati 1.577 milioni di euro⁷. Essi rappresentano circa il 4,0% della spesa sanitaria privata.

Il Ramo malattia ha una dimensione molto contenuta rispetto alla raccolta totale dei premi relativi ai Rami Danni⁸. La sua redditività risulta essere molto compromessa dai risultati tecnici che si presentano in tendenziale peggioramento negli anni. Nel 2004 il rapporto Oneri per Sinistri su Premi di Competenza (S/P) è stato del 77,6%⁹ e il Risultato del Conto Tecnico Complessivo ha evidenziato una perdita di 51 milioni di euro¹⁰.

Per conciliare il crescente trend di spesa sanitaria con le disponibilità di premio sempre meno espandibili diventa strategico per le Compagnie negoziare con gli erogatori dei servizi sanitari i prezzi delle loro prestazioni. Attraverso delle reti di convenzionamento con tali operatori è infatti possibile non solo migliorare il servizio ai clienti garantendo il pagamento diretto delle Cliniche e dei professionisti, ma anche sviluppare dei sistemi di controllo dei costi.

⁷ ANIA (2005).

⁸ La percentuale, pressoché costante dal 1998, è del 4,5%.

⁹ P. Borgia, A. Maruotti, F. Spandonaro (2005).

¹⁰ Per avere un confronto si noti che nel 2004 il Ramo Infortuni ha avuto un rapporto S/P del 50,7% con un risultato positivo di 449 milioni di euro, mentre per il Ramo Incendio l'S/P è stato del 46,8% sempre con un risultato positivo di 145 milioni di euro (ANIA 2005).

L'andamento negativo del Ramo, tranne i casi di alcune società specializzate, continua ad essere tollerato per il 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.

La sofferenza sul Ramo Malattia potrebbe ostacolare la disponibilità delle Compagnie per un futuro sviluppo nell'offerta di assistenza sanitaria integrativa che prescindendo da un cospicuo aumento dei premi. Ciò porterebbe ad una maggiore spinta selettiva degli assicurati fra coloro che dispongono di maggiori risorse economiche, annullando così parte del ruolo sociale dell'assicurazione stessa. Appare utile ricostruire l'attuale quadro demografico-sociale delle famiglie assicurate con polizze sanitarie per capire se esistano delle aree di intervento della regolamentazione pubblica che permetterebbero una migliore opportunità di accesso alle cure sanitarie attraverso la sanità integrativa.

Tabella 1 - I risultati tecnici del Ramo Malattia

RAMO MALATTIE	2001	2002	2003	2004
Premi contabilizzati	1.343	1.426	1.509	1.577
Variazione riserva premi (-)	29	22	33	17
Oneri relativi a sinistri	998	1063	1128	1211
Saldo altre partite tecniche	-23	-33	-50	-39
Spese di gestione (-)	347	363	380	409
Saldo tecnico lavoro diretto	-54	-55	-82	-99
Utile investimenti	38	31	40	43
Risultato c/tecnico diretto	-16	-24	-42	-56
Saldo riassicurazione e altre partite	5	2	3	5
Risultato c/tecnico complessivo	-11	-22	-39	-51
Oneri per Sinistri/Premi di competenza	76,0%	75,7%	76,4%	77,6%

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

7.1.3 Le famiglie assicurate

La diffusione di coperture sanitarie volontarie in Italia è ancora poco sviluppata. Al fine di analizzare l'attuale quadro rappresentativo delle famiglie italiane che posseggono tali coperture, sono stati utilizzati i dati tratti dall'indagine campionaria sui consumi delle famiglie relativi all'anno 2003, effettuata dall'ISTAT. Secondo questa fonte il 3,9% delle famiglie italiane nel 2003 ha sostenuto un costo per una polizza malattia. Considerando anche coloro che, pur non avendo pagato direttamente il premio hanno beneficiato comunque di tale forma di assistenza¹¹, è possibile ipotizzare che le famiglie che possedevano una copertura sanitaria integrativa siano state una percentuale decisamente maggiore.

¹¹ La stima si basa sul fatto che molto spesso il costo per l'assicurazione integrativa è sostenuto dal datore di lavoro come benefit retributivo o è pagato indirettamente attraverso l'iscrizione a certi Ordini professionali. Rapporto CEIS Sanità 2004 (2004).

Mettendo a confronto i dati rilevati dalla Banca d'Italia relativi all'ultima indagine sui bilanci delle famiglie italiane, si sono riscontrate differenze significative¹². Tali differenze sono riconducibili al diverso campione considerato, all'anno di riferimento e principalmente alla diversa domanda sottoposta agli intervistati.

Così, mentre la domanda del questionario sottoposto dalla Banca d'Italia era focalizzata al pagamento di un premio per una polizza malattia o infortuni, la domanda contenuta nel questionario Istat si riferiva alla sola spesa per l'assicurazione malattia.

Tabella 2 - Distribuzione regionale delle assicurazioni sanitarie integrative

DESCRIZIONE REGIONE	Distribuzione delle famiglie con assicurazione sanitaria	% di famiglie che hanno un'assicurazione sanitaria	Età media del capofamiglia		Numero medio nucleo familiare		% famiglie che hanno almeno un'abitazione di proprietà		% famiglie con assicurazione danni non auto		% famiglie con assicurazione vita o rendita vitalizia	
			con ass. san.	senza ass. san.	con ass. san.	senza ass. san.	con ass. san.	senza ass. san.	con ass. san.	senza ass. san.	con ass. san.	senza ass. san.
Piemonte e Valle d'Aosta	14,3%	6,5%	51	56	2,6	2,3	76,6%	70,3%	30,9%	16,3%	48,3%	23,5%
Lombardia	22,4%	5,2%	53	55	2,8	2,4	84,3%	73,1%	32,6%	15,9%	53,8%	28,4%
Trentino Alto Adige	3,7%	8,8%	51	54	2,8	2,5	77,4%	73,3%	36,7%	18,7%	50,5%	32,2%
Veneto	7,2%	3,6%	51	55	2,9	2,6	83,2%	76,1%	31,4%	13,8%	56,6%	26,1%
Friuli Venezia Giulia	2,6%	4,4%	53	58	2,7	2,3	77,2%	78,5%	36,0%	15,9%	44,2%	24,8%
Liguria	3,4%	3,9%	52	59	2,4	2,1	87,8%	70,7%	38,9%	7,8%	74,1%	17,2%
Emilia Romagna	11,2%	5,8%	53	57	2,7	2,4	73,2%	72,3%	44,6%	17,1%	48,7%	26,6%
Toscana	6,7%	4,1%	56	58	2,9	2,5	85,4%	78,6%	27,9%	11,1%	51,0%	21,7%
Umbria	1,7%	4,7%	53	58	3,1	2,6	81,5%	78,2%	12,7%	9,6%	54,8%	21,9%
Marche	4,1%	6,4%	52	57	2,9	2,6	81,5%	76,8%	35,2%	10,9%	44,1%	26,1%
Lazio	9,2%	3,9%	49	55	3,1	2,6	77,1%	69,7%	18,3%	2,7%	50,1%	18,4%
Abruzzo	1,4%	2,5%	47	57	3,4	2,7	91,3%	76,5%	20,3%	1,8%	71,1%	17,0%
Molise	0,5%	3,5%	53	58	3,0	2,7	89,4%	83,0%	7,7%	2,1%	54,5%	20,7%
Campania	2,4%	1,1%	48	55	3,8	3,0	92,2%	65,7%	25,1%	0,7%	69,9%	12,1%
Puglia	2,6%	1,6%	52	55	3,1	2,9	86,3%	75,6%	26,5%	2,6%	61,1%	13,1%
Basilicata	0,4%	1,6%	58	57	2,3	2,8	56,5%	78,2%	20,9%	0,7%	51,1%	19,3%
Calabria	1,5%	1,9%	53	55	3,4	2,8	78,2%	77,5%	4,1%	2,6%	65,8%	17,1%
Sicilia	2,7%	1,3%	53	56	3,0	2,8	86,1%	71,2%	26,9%	1,9%	61,6%	13,5%
Sardegna	2,0%	3,0%	50	55	3,3	2,8	100,0%	77,6%	19,3%	2,8%	55,0%	16,5%
Totale Italia	100,0%	3,9%	50	55	3,0	2,7	81,3%	73,1%	30,7%	9,2%	53,3%	21,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

I dati elaborati sulla base dell'indagine Istat sui consumi delle famiglie confermano una forte concentrazione di assicurazione sanitaria integrativa nelle Regioni del Nord e in alcune di quelle del Centro in cui sono presenti i maggiori centri urbani, mentre risulta ancora po-

¹² Rapporto CEIS Sanità 2004.

co presente in quelle del Sud. In tutte le Regioni, tranne la Basilicata in cui peraltro esiste una bassissima presenza di famiglie assicurate, l'età media del capofamiglia che ha un'assicurazione sanitaria risulta essere inferiore rispetto a quella del capofamiglia che non ha tale forma di assicurazione. Apparentemente questo risultato sembrerebbe far emergere una maggiore preferenza ad assicurarsi in età più giovanile, ma è probabilmente l'effetto indiretto delle condizioni socioeconomiche, come si argomenterà nel seguito.

A riprova di ciò, considerando la distribuzione per fascia di età degli assicurati (vedi Tabella 3), si evidenzia che con l'aumentare dell'età deriva un tendenziale maggior possesso di assicurazione. Il tasso di possesso inizia poi nuovamente a decrescere progressivamente dalla classe 65-69. È possibile presumere che questa riduzione derivi non tanto da un'inversione delle preferenze degli assicurati in età maggiormente avanzata, quanto piuttosto dalla propensione delle Compagnie a limitare le assunzioni dei rischi per le persone più anziane in età non lavorativa. In ogni Regione si osserva poi come il numero medio dei componenti delle famiglie assicurate sia sempre maggiore di quello delle famiglie non assicurate. Fra le famiglie che hanno una copertura sanitaria integrativa, l'81,3% ha anche un'abitazione di proprietà. La percentuale scende al 73,1% fra le famiglie che non posseggono tale copertura. Come già osservato nel Rapporto Ceis Sanità 2004, esiste una forte associazione di acquisto fra coperture sanitarie integrative e altre forme assicurative e previdenziali che viene generalmente confermata a livello regionale.

Tabella 3 - Distribuzione per età della persona di riferimento delle famiglie con e senza assicurazione

fascia di età	Assicurati		Non assicurati	
	%	% cum.	%	% cum.
18-24	0,02%		0,51%	
25-29	1,78%	1,80%	2,97%	3,48%
30-34	6,14%	7,94%	6,12%	9,60%
35-39	10,57%	18,51%	9,57%	19,17%
40-44	10,31%	28,82%	9,49%	28,66%
45-49	14,54%	43,36%	9,17%	37,83%
50-54	12,36%	55,72%	9,90%	47,73%
55-59	13,39%	69,11%	9,30%	57,03%
60-64	10,19%	79,29%	9,06%	66,09%
65-69	8,71%	88,00%	9,14%	75,23%
70-74	6,56%	94,56%	8,94%	84,17%
> 75	5,44%	100,00%	15,83%	100,00%
Totale	100,00%		100,00%	

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

L'osservazione del grado di istruzione evidenzia che esiste una spiccata propensione ad assicurarsi da parte dei nuclei il cui capo famiglia abbia un livello di scolarizzazione maggiore (vedi Tabella 4). Anche la posizione professionale del capo famiglia si dimostra es-

sere una determinante importante per il possesso di polizze sanitarie. Fra le persone di riferimento, le cui famiglie presentano un maggior tasso di possesso di polizze sanitarie, si evidenziano i lavoratori indipendenti e quei lavoratori dipendenti che occupano posizioni direttive e di responsabilità ai quali spesso le aziende contribuiscono al pagamento del premio (vedi Tabella 5).

Tabella 4 - Titolo di studio della persona di riferimento delle famiglie con e senza assicurazione

Descrizione titolo di studio	Nuclei familiari con assicurazione malattia	Nuclei familiari senza assicurazione malattia	Totale nuclei familiari
-	%	%	%
Dottorato o specializzazione	0,8%	0,4%	0,4%
Laurea	13,4%	6,3%	6,6%
Diploma universitario	1,0%	0,8%	0,8%
Diploma che permette accesso all'Università	29,9%	21,7%	22,0%
Qualifica o licenza che non permette accesso all'Università	8,7%	5,4%	5,5%
Licenza media	27,6%	29,9%	29,8%
Licenza elementare	17,6%	29,4%	28,9%
Nessun titolo	0,9%	6,1%	5,9%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Al fine di individuare le eventuali differenze di consumo sanitario fra le famiglie che hanno una polizza malattia e quelle prive di tale copertura è stata isolata la spesa *out of pocket*. Le voci di spesa prese in considerazione sono state: i costi di ospedalizzazione (*Hospital*), le Visite mediche (*Visite*), le spese per le cure odontoiatriche e ortodontiche (*Dentista*), le spese infermieristiche e di supporto medico (*Ausiliari*), gli accertamenti diagnostici e le analisi cliniche (*Analisi*), gli apparecchi protesici (*Apparecchi*), le cure termali (*Termali*), le spese per i medicinali (*Farmacia*).

Dalle voci di spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie (*out of pocket*) è facile osservare che solo l'*Hospital* si può considerare fra le prestazioni generalmente garantite nei contratti di assicurazione malattia, mentre le altre risultano comprese solo in certi casi¹³.

Pertanto è possibile verificare come esista una considerevole sovrapposizione fra le prestazioni offerte dalle assicurazioni sanitarie integrative e quelle già previste dal SSN, da cui ne deriva che molte delle spese *out of pocket* per i non assicurati siano nello stesso modo *out of pocket* anche per gli assicurati.

¹³ La voce dentista risulta comunemente esclusa in tutte le assicurazioni malattia individuali.

Tabella 5 - Posizione professionale della persona di riferimento delle famiglie con e senza assicurazione

Descrizione posizione (per i soli occupati)	Nuclei familiari con assicurazione malattia	Nuclei familiari senza assicurazione malattia	Totale nuclei familiari
-	%	%	%
Dirigente	6,9%	3,3%	3,5%
Direttivo, quadro	7,9%	5,6%	5,7%
Impiegato	22,6%	27,9%	27,6%
Appartenente alle categorie speciali (intermedie)	2,1%	2,8%	2,7%
Capo operaio, operaio	17,2%	29,7%	29,1%
Altro lavoratore dipendente (uscieri, guardiano)	0,8%	2,5%	2,4%
Apprendista	0,0%	0,1%	0,1%
Lavoratore a domicilio per conto imprese	0,0%	0,4%	0,4%
Graduato o militare di carriera o dei corpi di polizia	0,6%	1,4%	1,4%
Imprenditore	7,8%	4,1%	4,3%
Lavoratore in proprio	20,9%	15,3%	15,6%
Libero professionista	11,6%	5,1%	5,4%
Socio di cooperative di beni e/o servizi	0,3%	0,5%	0,5%
Coadiuvante	0,3%	0,5%	0,5%
Collaboratore coordinato e continuativo	0,7%	0,5%	0,5%
Collaboratore occasionale	0,3%	0,2%	0,2%
Totale Occupati	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

L'osservazione dei dati su base regionale pone poi in evidenza che per le famiglie non in possesso di un'assicurazione sanitaria la spesa *out of pocket* sia generalmente minore¹⁴ rispetto a quella sostenuta dalle famiglie che lo sono.

Se ne deduce come le famiglie che hanno una polizza integrativa necessitino maggiormente di servizi sanitari, i quali solo in parte sono coperti dal SSN o da assicurazioni sanitarie integrative. Se è possibile spiegare parte di tale maggiore esigenza dalla più alta numerosità dei componenti dei loro nuclei familiari, non si possono trascurare alcune caratteristiche sociali di tali famiglie per avere un'idea sul loro livello di consumo sanitario. La maggior frequenza di possesso di assicurazioni sanitarie per quelle famiglie la cui per-

¹⁴ Le uniche eccezioni sono le Regioni Liguria, Marche e Basilicata.

sona di riferimento ha un livello d'istruzione più elevato e per le famiglie a cui è possibile attribuire una maggiore ricchezza¹⁵, potrebbe giustificare una più alta esigenza di servizi sanitari indotta anche da una più completa informazione e da una maggiore sensibilità nella percezione dei bisogni di cure.

Così è possibile ipotizzare che le famiglie la cui persona di riferimento sia un lavoratore indipendente o un dirigente, e per le quali abbiamo osservato un alto tasso di possesso di polizze malattia, siano più portate ad utilizzare quei servizi privati che assicurino una maggiore qualità e tempestività di cura ancorché a costi più elevati.

Alla luce di quanto osservato, le differenze di consumo sanitario rilevate per le famiglie che posseggono un'assicurazione malattia pongono in evidenza dei chiari segnali di selezione avversa.

Tabella 6 - Composizione Spesa out of pocket (OOP) per nuclei familiari con assicurazione malattia

	Hospital	Visite	Dentista	Ausiliari	Analisi	Apparecchi	Termali	Farmacia	Totale OOP
	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	spesa media (€)
Piemonte e Valle d'Aosta	2,5%	10,7%	40,1%	2,8%	6,1%	7,7%	-	30,1%	151,01
Lombardia	0,4%	15,5%	30,3%	2,0%	7,3%	10,7%	2,0%	31,8%	176,09
Trentino Alto Adige	0,3%	6,1%	51,5%	0,4%	5,8%	6,4%	1,0%	28,5%	183,51
Veneto	-	12,2%	32,4%	9,2%	6,8%	1,9%	-	37,6%	142,11
Friuli Venezia Giulia	-	14,3%	25,1%	8,1%	9,8%	6,5%	-	36,2%	146,52
Liguria	1,1%	28,1%	-	2,2%	3,7%	1,7%	-	63,2%	78,10
Emilia Romagna	0,7%	13,9%	28,8%	6,0%	8,7%	9,3%	1,8%	30,7%	164,33
Toscana	-	16,7%	11,4%	5,2%	10,5%	14,5%	-	41,8%	102,36
Umbria	-	23,1%	23,4%	-	2,8%	12,6%	-	38,2%	246,38
Marche	0,5%	16,7%	12,0%	5,6%	7,6%	1,8%	-	55,9%	80,63
Lazio	-	23,0%	11,8%	0,9%	19,5%	1,9%	-	42,9%	91,36
Abruzzo	-	17,5%	38,0%	1,9%	9,0%	8,2%	-	25,5%	123,25
Molise	-	58,1%	11,2%	-	9,3%	-	-	21,4%	179,84
Campania	9,8%	10,0%	58,2%	-	1,1%	3,5%	-	17,4%	164,89
Puglia	-	17,1%	-	-	30,2%	10,0%	-	42,6%	104,82
Basilicata	-	-	-	-	0,0%	-	-	100,0%	27,46
Calabria	-	8,0%	33,4%	-	7,9%	-	4,4%	46,3%	115,69
Sicilia	-	11,5%	28,2%	-	12,3%	3,8%	0,0%	44,2%	93,37
Sardegna	-	13,9%	28,0%	-	9,2%	6,4%	0,0%	42,4%	87,73
Italia	0,8%	14,8%	29,6%	3,3%	8,5%	7,6%	1,0%	34,4%	141,39

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

¹⁵ In possesso di almeno un'abitazione di proprietà e/o almeno un'assicurazione vita o una rendita vitalizia.

Tabella 7 - Composizione Spesa out of pocket (OOP) per nuclei familiari senza assicurazione malattia

	Hospital	Visite	Dentista	Ausiliari	Analisi	Apparecchi	Termali	Farmacia	Totale OOP
	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	spesa media (€)
Piemonte e Valle d'Aosta	2,2%	10,9%	26,6%	2,1%	7,4%	5,8%	-	45,1%	96,26
Lombardia	3,1%	11,9%	27,1%	2,3%	6,7%	6,8%	0,3%	41,8%	104,91
Trentino Alto Adige	0,7%	11,3%	43,2%	0,9%	2,7%	6,7%	0,2%	34,3%	106,01
Veneto	0,1%	12,6%	20,6%	2,8%	7,2%	5,3%	1,4%	50,0%	94,72
Friuli Venezia Giulia	1,1%	14,8%	31,1%	1,8%	5,1%	11,0%	0,1%	34,9%	101,42
Liguria	1,6%	14,9%	23,9%	2,5%	3,5%	3,3%	-	50,3%	96,19
Emilia Romagna	2,8%	14,2%	23,6%	3,9%	6,5%	10,6%	1,2%	37,1%	110,67
Toscana	0,8%	14,4%	20,1%	1,8%	7,0%	6,6%	-	49,3%	84,39
Umbria	0,6%	11,9%	16,4%	3,1%	7,1%	5,6%	-	55,4%	83,01
Marche	0,1%	15,5%	15,6%	2,7%	7,4%	6,7%	0,7%	51,2%	83,82
Lazio	2,0%	12,0%	16,3%	3,0%	11,1%	7,7%	-	47,8%	69,22
Abruzzo	4,0%	11,8%	23,8%	2,5%	5,7%	11,0%	-	41,3%	83,85
Molise	0,0%	7,4%	28,8%	1,0%	9,6%	10,6%	1,8%	40,7%	68,30
Campania	6,1%	11,7%	15,6%	1,2%	7,7%	8,6%	-	49,1%	57,90
Puglia	3,1%	12,0%	16,1%	2,5%	5,7%	11,1%	0,9%	48,6%	77,26
Basilicata	2,4%	10,5%	31,2%	0,6%	5,7%	7,4%	3,1%	39,1%	63,71
Calabria	2,2%	8,6%	22,5%	0,9%	6,5%	2,6%	-	56,7%	67,98
Sicilia	1,4%	9,9%	10,2%	2,5%	5,7%	6,3%	-	64,0%	59,72
Sardegna	0,4%	9,7%	20,7%	0,9%	7,9%	6,7%	-	53,8%	64,97
Italia	2,2%	12,2%	22,2%	2,4%	6,9%	7,3%	0,4%	46,4%	84,95

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

7.1.4 Considerazioni finali

Il ruolo della sanità integrativa si realizza pienamente nel momento in cui questa consente una maggiore facilità di accesso alle cure secondo quelle che sono le preferenze individuali. Per renderne possibile lo sviluppo, occorre promuovere una migliore organizzazione delle regole che consentano di ottimizzare le risorse nel complesso disponibili.

Dall'attuale quadro rappresentativo del mercato delle assicurazioni sanitarie emerge una scarsa redditività del Ramo Malattia dovuta a diversi fattori come la difficile gestione dei fenomeni inflattivi sui costi sanitari, la concentrazione degli assicurati su classi di età tendenzialmente elevate ed un generale fenomeno di selezione avversa.

La considerazione che le prestazioni garantite dalle polizze di assicurazione sanitaria integrativa siano sostanzialmente duplicative di quelle offerte dal SSN, che la spesa *out of pocket* delle famiglie assicurate sia maggiore di quella delle famiglie non assicurate, sono dei segnali di inefficienza del sistema sanitario che, sommati all'evidente sofferenza del Ramo Malattia, costituiscono un ostacolo allo sviluppo della sanità integrativa.

Da un maggiore e più esclusivo ruolo delle assicurazioni private si potrebbero ottenere diversi vantaggi per gli assistiti ed un miglior controllo dei costi della sanità pubblica¹⁶.

¹⁶ Vedi anche OECD (2004).

La promozione dell'assistenza sanitaria integrativa, attraverso opportuni interventi che ne incoraggino l'acquisto, comporterebbe un ampliamento della popolazione assicurata che può essere un obiettivo socialmente rilevante, stante l'elevata quota di spesa *out of pocket* che caratterizza il sistema italiano¹⁷. Inoltre permetterebbe una diversa politica dei rimborsi del settore pubblico, che attualmente fissa congiuntamente sia il "prezzo" della prestazione che la sua quota di rimborso, con effetti potenzialmente distorsivi sul mercato, specialmente sul versante della qualità (vd. *il contributo di Feldstein, cap. 6 del presente Rapporto*). Contribuirebbe infine a ridurre gli effetti dell'antiselezione permettendo alle Compagnie di sviluppare la loro offerta attraverso dei premi più contenuti che favorirebbero così il finanziamento e l'accesso alle cure degli assicurati.

L'impatto sull'efficienza dell'intero sistema sanitario che potrebbe derivarne contribuirebbe certamente a conciliare l'incremento della domanda di cure con i vincoli del finanziamento pubblico.

Bibliografia

- ANIA (2005), *L'assicurazione italiana nel 2004/2005*, Roma.
- Borgia P., Maruotti A., Spandonaro F (2005), *Costi delle forme di assistenza sanitaria integrativa e prospettive di sviluppo* "Sanità Pubblica e Privata" n. 1-2/2005, Maggioli.
- Banca d'Italia (2004), *I Bilanci delle famiglie italiane*.
- ISTAT (2002), *Indagine Multiscopo sulla famiglia "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 1999-2000*.
- OECD (2004), *Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project*.
- OECD (2005), *Health Data*.
- R.I.B. (2002), *L'industria delle assicurazioni ed il mondo della sanità che cambia*. Atti del 9° Convegno.
- Rapporto CEIS Sanità 2004 (2004), Italtel Promos Publishing.
- Bruni (2002), *Le determinanti della domanda di assicurazioni integrative: un'analisi empirica del caso italiano*, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna.

¹⁷ Secondo OECD Data Health 2005 la spesa *out of pocket* in Italia rappresenta il 20,7% del totale della spesa sanitaria, mentre la media dei paesi Ocse è il 19,3%.