

# Sanità Pubblica e Privata

## Rivista di diritto, economia e management in sanità

**Direttore responsabile**  
Manlio Maggioli

**Direttore**  
Fabio Roversi-Monaco  
Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

**Condirettore**  
Davide Croce  
Direttore CREMS  
Università Carlo Cattaneo - LIUC

### Comitato scientifico

#### Sezione giuridica

**Aldo Bardusco** - Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Milano

**Marzio Branca** - Consigliere di Stato

**Giuseppe Caia** - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

**Luigi Carbone** - Consigliere di Stato

**Guido Carpani** - Direttore generale Ufficio della segreteria generale Presidenza della Repubblica

**Fabio Cintioli** - Consigliere di Stato

**Rosario Ferrara** - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Torino

**Carlo Emanuele Gallo** - Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università di Torino

**Giuseppe Morbidelli** - Professore ordinario di Diritto pubblico comparato nell'Università di Roma "La Sapienza"

**Antonio Romano Tassone** - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università Mediterranea di Reggio Calabria

**Franco G. Scoca** - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Roma "La Sapienza"

**Ernesto Sticchi Damiani** - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Lecce

**Mario Luigi Torsello** - Consigliere di Stato

#### Redazione

Carlo Bottari, Giampiero Cilione, Claudia Corbetta

**SPISA** - Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione pubblica dell'Università di Bologna  
Via Belmeloro, 10 - 40126 Bologna  
tel. 051.2094050 - fax 051.2094060

#### Sezione economia e management

**Gianfranco Rebora** - Rettore e Preside della Facoltà di Economia Università Carlo Cattaneo - LIUC

**Ugo Luigi Aparo** - Direttore Sanitario IRCCS IDI Istituto Dermatologico dell'Immacolata - Roma

**Renato Botti** - Direttore Generale IRCCS Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor - Milano

**Angelo Carenzi** - Direttore CEFASS Centro Europeo di Formazione per gli Affari Sociali e la Sanità Pubblica - Milano

**Ranieri Guerra** - Dirigente Ufficio Relazioni Esterne ISS Istituto Superiore di Sanità - Roma

**Aldo Pagni** - Fondatore SIMG Società Italiana di Medicina Generale e già Presidente FNOMCeO - Firenze

**Renato Ruffini** - Professore Associato di Economia aziendale Università Carlo Cattaneo - LIUC

**Antonio Emilio Scala** - Prorettore Università Vita-Salute S. Raffaele, Direttore Scientifico I.Re.F. Scuola di Direzione in Sanità

**Federico Spandonaro** - Docente Facoltà di Economia e Coordinatore CEIS-Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

**Gino Tosolini** - Direttore Generale Agenzia Regionale della Sanità - Regione autonoma Friuli Venezia Giulia

#### Redazione

Fabio Giuseppe Angelini, Ilaria Bellet, Stefano Cianca, Emanuele Porazzi, Antonio Sebastiano

**CREMS** - Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità  
Università Carlo Cattaneo - LIUC  
Corso Matteotti, 22 - 21053 Castellanza (VA)  
tel. 0331.572466-210 - fax 0331.572465  
e-mail: [crems@liuc.it](mailto:crems@liuc.it)

## Editoriale

**5**

## Diritto

**7**

**I rapporti tra la sanità privata e l'organizzazione pubblica: il sistema dell'accreditamento nell'attuale disciplina**

*Claudia Corbetta*

**23**

**La salvaguardia della salute dal fumo passivo: le tappe di un percorso**

*Svetlana Parrilla*

## Economia e Management

**35**

**Profili dei direttori generali nelle aziende sanitarie**

*Gianfranco Rebora*

**40**

**Il pagamento dei fornitori attraverso il rimborso fisso a processo: la gestione in service in sanità**

*Davide Croce*

**48**

**Costi delle forme di assistenza sanitaria integrativa e prospettive di sviluppo**

*Pierluigi Borgia, Antonello Maruotti, Federico Spandonaro*

## EuroP.A.

**61**

**La programmazione economica in sanità: i nodi irrisolti nella legge finanziaria per il 2005 e l'analisi della "missione santé" nel bilancio francese**

*a cura di Cinzia Raimondi*

## Esperienze in vetrina

**75**

**Ottimizzazione delle risorse nella gestione dei pazienti affetti da ulcere cutanee in assistenza domiciliare: una sperimentazione gestionale**

*Marco Masina, Meris Fiamminghi, Sandra Franchini, Claudia Ablondi, Flavia Bicego, Maura Brunetti, Greta Gavioli, Leda Lucentini, Roberto Negrini*

## Giurisprudenza commentata

**80**

**Infortunati sul lavoro e malattie professionali**

Corte dei Conti, sez. giurisd. per la Regione Lazio, 20 luglio 2004, n. 2112, sulle condizioni di riconoscimento della pensione privilegiata di reversibilità a favore del coniuge di un terminalista

*a cura di Marika Pantano*

## Uno sguardo ai numeri

**85**

**La spesa sanitaria nei Paesi industrializzati**

*a cura del CREMS*

## Rassegna normativa

**88**

# Costi delle forme di assistenza sanitaria integrativa e prospettive di sviluppo

Pierluigi Borgia, Antonello Maruotti, Federico Spandonaro\*

Il SSN garantisce i servizi di assistenza secondo principi universalistici ed in base a *standard* qualitativi uniformi, orientando i consumatori più esigenti dal punto di vista della qualità organizzativa dei servizi erogati, verso il settore privato per ottenere servizi più rispondenti alle preferenze individuali. La Spesa Sanitaria privata è principalmente sostenuta direttamente dai cittadini mentre risulta essere piuttosto contenuto il ricorso all'assistenza sanitaria integrativa volontaria attraverso le Compagnie di Assicurazione o gli altri enti *non profit*. Nel presente lavoro viene evidenziato come l'impatto dell'assistenza sanitaria integrativa sui conti pubblici, considerando sia le minori uscite per prestazioni non finanziate dal SSN, sia le minori entrate derivanti dalle incentivazioni fiscali ad esse collegate, sia non eccessivamente elevata, determinando per contro evidenti vantaggi in termini equitativi.

### I. 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 e culturali.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) garantisce i servizi di assistenza secondo principi universalistici ed in base a *standard* qualitativi uniformi. Queste caratteristiche portano ad una certa rigidità del servizio pubblico che presumibilmente è una delle determinanti che induce alcuni consumatori a spostarsi verso il settore privato.

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 terapeutiche<sup>1</sup>.

La Spesa Sanitaria privata risulta essere circa il 25% della Spesa Sanitaria complessiva<sup>2</sup>, 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.

Sulla base delle poche evidenze disponibili è possibile ipotizzare che i consumatori sostengano direttamente circa il 95% della Spesa Sanitaria privata

\* CEIS-Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

(1) Lippi Bruni (2002).

(2) 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

(cosiddetta spesa *out of pocket*) mentre è piuttosto contenuto il ricorso all'assistenza sanitaria integrativa volontaria<sup>3</sup>.

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.

## 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% 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'Italia<sup>4</sup>.

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 premio<sup>5</sup> hanno beneficiato comunque di tali forme di assistenza, si può stimare che la percentuale complessiva delle famiglie italiane assicurate per l'assistenza sanitaria integrativa nel 2002 sia stata di circa il 10%<sup>6</sup>.

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 Sud<sup>7</sup> (Tabella 1).

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<sup>8</sup> ed il 51,7% possiede almeno una polizza vita od un fondo pensione. Fra i non possessori tali percentuali scendono al 13,7% per le polizze di altri Rami Danni e al 20,9% per le polizze vita e fondi pensione (Tabella 2).

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 (Tabella 3). Non sembra quindi possibile assumere l'insoddisfazione per la *performance* dell'assistenza clinica pubblica quale determinante per la scelta di poter usufruire

(3) 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. (4) Banca d'Italia (2004).

(5) 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. (6) A tale stima si è arrivati mediante una elaborazione sulla composizione dei Fondi esposta da Nomisma (2003). Dello stesso parere Bifone (2004). È 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%.

(7) La tabella 1 contiene i risultati dell'analisi multivariata condotta.

(8) Non è stata considerata nei Rami Danni l'RC auto obbligatoria per legge.



Tabella 1 - Le determinanti del possesso di polizze sanitarie

	Coef.	Std.	Z	P> z
<b>Reddito</b>	.000012	1.88e-06	6.39	0.000
<b>Numero Componenti del Nucleo Familiare</b>	.1095672	.0436756	2.51	0.012
<b>Professione</b>				
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 coadiuvante 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
<b>Regione di appartenenza</b>				
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
ABRUZZO	-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
<b>Costante</b>	-3.395511	.2260687	-15.02	0.000

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

Prospettive di sviluppo  
e costi delle forme di assistenza  
sanitaria integrativa

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%
ABRUZZO	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%
<b>Totale Italia</b>	<b>6,60%</b>	<b>€ 15.592,78</b>	<b>€ 10.298,98</b>	<b>51,40%</b>	<b>13,70%</b>	<b>51,79%</b>	<b>20,96%</b>

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

di professionisti privati tramite una copertura sanitaria integrativa.

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 privati<sup>9</sup>.

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 in-

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

tegrative (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 (Tabella 3).

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%
<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>6,6%</b>	<b>35,8%</b>	<b>94,9%</b>	<b>71,6%</b>

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

### 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 pa-

ziente (*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 SSN<sup>10</sup>. 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 stessa<sup>11</sup>.

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 principi 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 le richieste, 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 dagli 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 concorrenti. Spesso le Compagnie di Assicurazione garantiscono

coperture aggiuntive a quelle offerte dal settore *non profit* o assicurano gli stessi enti *non profit*.

Sulla scia di precedenti stime<sup>12</sup>, sono stati utilizzati i dati di mercato del 2002 per ricostruire il quadro dei rischi gestiti dagli operatori *profit* e *non profit* (Tabella 4).

Dalle nostre osservazioni è stato possibile desumere che solo una parte dei premi incassati dalle Compagnie di Assicurazione, può essere attribuita alla loro raccolta diretta presso gli assicurati. Infatti, circa il 50% degli enti *non profit* trasferisce, in parte od integralmente, il rischio assicurativo (e quindi parte dei premi) agli operatori del settore *profit*<sup>13</sup>.

Abbiamo rilevato inoltre che una quota delle Spese Sanitarie oggetto delle prestazioni assicurative è generalmente lasciata in carico agli assicurati. Tale quota è stimabile intorno al 10% per le polizze individuali e al 25% per quelle collettive e per i Fondi. L'importo dei Sinistri è stato ricavato invece dai dati ANIA e da quanto analizzato da Nomisma nel 2003.

È possibile ulteriormente rilevare come sia il settore *profit* che quello *non profit* offrano comunque prestazioni simili.

Accanto alle garanzie che comprendono il rimborso delle spese per ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche o gli accertamenti diagnostici vengono garantite altre prestazioni di tipo socio-sanitario come le indennità erogate nel caso di ricovero, di invalidità permanente o di 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 Sanitari<sup>14</sup>. Ne è emersa l'esisten-

(10) 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.

(11) È comunque evidente che la propensione soggettiva per la spesa privata sia funzione anche del livello dei ticket necessari per il contenimento della spesa

pubblica e del *moral hazard*.

(12) Bifone (2004); Nomisma (2003); Mastrobuno (1999); Mastrobuno e Pompili (1998).

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

(14) 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).



## Prospettive di sviluppo e costi delle forme di assistenza sanitaria integrativa

Tabella 4 - I rischi gestiti dagli operatori profit e non profit relativi alle prestazioni per il rimborso delle spese sanitarie

	Assicurati		Sinistri		Premi		Premi /Sinist.	Sinistri /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

za 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, riguardano circa il 60% del totale dei casi gestiti, con un'incidenza di tali costi sul totale sinistri che raggiunge il 79,2% nel caso delle polizze individuali<sup>15</sup>.

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'offerta<sup>17</sup>. Il 53,9% dei premi per polizze sanitarie è infatti raccolto da dieci delle oltre cento Imprese che operano nel Ramo Malattia<sup>17</sup>.

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% ed il Risultato del Conto Tecnico Complessivo ha evidenziato una perdita di 22 milioni di euro<sup>18</sup>. 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.

#### 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

(15) 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.

(16) ANIA (2003).

(17) 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).

(18) 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 5 - Le prestazioni erogate dagli enti profit e non profit

PRESTAZIONI	POLIZZE INDIVIDUALI		FONDI	
	Casi gestiti (%)	Incidenza dei costi (%)	Casi gestiti (%)	Incidenza dei costi (%)
<b>Prestazioni fornite da privato comprese nel SSN</b>	<b>60,6%</b>	<b>79,2%</b>	<b>59,1%</b>	<b>55,3%</b>
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%
<b>Prestazioni erogate dal SSN per la quota a carico dell'assicurato</b>	<b>18,4%</b>	<b>0,8%</b>	<b>5,5%</b>	<b>6,9%</b>
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%
<b>Prestazioni fornite da privato non fornite da SSN</b>	<b>5,8%</b>	<b>1,9%</b>	<b>29,5%</b>	<b>29,6%</b>
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%
<b>altre prestazioni</b>	<b>15,2%</b>	<b>18,1%</b>	<b>6,0%</b>	<b>8,2%</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

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

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
<b>Saldo tecnico lavoro diretto</b>	<b>-49</b>	<b>-62</b>	<b>-54</b>	<b>-55</b>
Utile investimenti	36	40	38	31
<b>Risultato c/tecnico diretto</b>	<b>-13</b>	<b>-22</b>	<b>-16</b>	<b>-24</b>
Saldo riassicurazione ed altre partite	-11	4	5	2
<b>Risultato c/tecnico complessivo</b>	<b>-24</b>	<b>-18</b>	<b>-11</b>	<b>-22</b>
Oneri per Sinistri/Premi di competenza	75,7%	76,6%	76,0%	75,7

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

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 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 a 3.165 Euro annui.

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 d.lgs. 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 1.033 Euro nel 2001 (vedi tabella 6), fino ad

un massimo di 2.066 Euro a decorrere dal 2007. Per i "fondi non doc" il tetto annuo di deducibilità di 3.165 Euro diminuisce progressivamente a partire dal 2003, sino ad attestarsi ad 1.808 Euro 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 4.648 Euro per gli anni 2001 e 2002 e ridotto ad 3.357 Euro 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 129 Euro.

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

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.

**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%

Fonte: elaborazione propria

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. 314/1997. Infatti, il versamento del datore di lavoro è soggetto ad un contributo di solidarietà del 10% 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.

## 5 L'IMPATTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA SUI CONTI PUBBLICI

Integrando i risultati di vari lavori presenti in letteratura con le evidenze emerse dai dati di mercato analizzati è stato stimato l'impatto dell'assistenza sanitaria integrativa sui conti pubblici. A tale scopo sono stati confrontati i flussi delle entrate e delle uscite relative all'attuale diffusione di assicurazioni sanitarie con quelli relativi ad una ipotesi in loro assenza (Tabella 8: Situazione attuale). Il saldo derivante dalla somma dei differenziali relativi alle voci considerate evidenzia un'incidenza dell'assistenza sanitaria integrativa sostanzialmente neutrale (o comunque di leggero vantaggio) per i conti pubblici. Gli incentivi fiscali relativi alle coperture di assistenza sanitaria integrativa determinano infatti una riduzione delle entrate bilanciate però da minori uscite relative alle prestazioni che sarebbero state a carico del SSN.

In particolare, per ricostruire la stima, sono state considerate soltanto le garanzie relative al rimborso delle spese per prestazioni sanitarie<sup>19</sup> ed è stata posta un'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, in caso di coperture collettive, sono stati

attribuiti al datore di lavoro il 75% dei contributi versati a Fondi, Casse e Mutue, mentre il restante 25% 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 considerato<sup>20</sup>.

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. I costi aggiuntivi che il SSN dovrebbe sostenere per far fronte alle prestazioni garantite dall'assistenza sanitaria integrativa privata ammonterebbero a 933 milioni di Euro. Quindi, nell'ipotesi di una struttura flessibile dei costi del SSN, 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.

Anche qualora si ipotizzasse una prevalenza di costi fissi per il SSN, e di conseguenza si valutassero come eliminabili solo al 30% (Tabella 8: Situazione attuale Ip B), il costo dell'incentivo globalmente riconosciuto per le assicurazioni volontarie supererebbe di poco i 400 milioni di Euro, pari a circa lo 0,4% del totale della spesa sanitaria.

È doveroso precisare che le nostre conclusioni non concordano con altre analisi ed 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'anno<sup>21</sup>.

(19) Non 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.

(20) Banca d'Italia (2004).

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



Prospettive di sviluppo  
e costi delle forme di assistenza  
sanitaria integrativa

I differenti risultati sono in larga misura attribuibili al diverso approccio, e ad alcune ipotesi e dati di partenza considerati 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 popolazione assicurata pari a quello della popolazione generale, anche alla luce delle evidenze sopra riportate sulle caratteristiche peculiari (in particolare della 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 un'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.

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

	Situazione attuale		Raddoppio coperture mediante fondi		Raddoppio coperture (str. attuale)	
	Ip. A Flessibilità costi SSN	Ip. B Rigidità costi SSN	Ip. A Flessibilità costi SSN	Ip. B Rigidità costi SSN	Ip. A Flessibilità costi SSN	Ip. B Rigidità costi SSN
Oneri sociali	- 187,42	- 187,42	- 522,38	- 522,38	- 374,84	- 374,84
Imposte su redditi	- 166,99	- 166,99	- 465,44	- 465,44	- 333,98	- 333,98
Imposte su premi polizze	40,41	40,41	80,83	80,83	80,83	80,83
Minori imposte per detrazione spese	97,88	97,88	279,14	279,14	195,76	195,76
Minori imposte per detrazione premi	- 26,85	- 26,85	- 26,85	- 26,85	- 53,71	- 53,71
Deducibilità premi	- 446,75	- 446,75	- 1.382,37	- 1.382,37	- 893,49	- 893,49
Costi aggiuntivi - SSN	933,75	280,12	1.700,58	510,17	1.867,49	790,29
<b>Saldo (Entrate-Uscite) per lo Stato</b>	<b>244,03</b>	<b>- 409,59</b>	<b>- 336,49</b>	<b>- 1.526,89</b>	<b>488,06</b>	<b>- 589,13</b>
<b>Incidenza su spesa sanitaria</b>	<b>0,24%</b>	<b>- 0,40%</b>	<b>- 0,33%</b>	<b>- 1,5%</b>	<b>0,48%</b>	<b>-0,58%</b>

Fonte: elaborazione su dati di mercato (2002)

Al fine di considerare gli effetti di un eventuale aumento della sanità integrativa sulle casse pubbliche, si è ulteriormente proceduto ad ipotizzarne un raddoppio rispetto alla situazione attuale sia mediante l'esclusivo contributo dei Fondi, sia attraverso un mantenimento dell'attuale struttura dell'offerta fra operatori *profit* e *non profit*.

Entrambi gli scenari considerati hanno, come ovvio, una maggiore incidenza per i conti pubblici. Nel caso in cui vengono impegnati solo i Fondi (Tabella 8: Raddoppio coperture mediante fondi), si scontano le minori entrate per lo Stato, dovute sia all'aumento della quota di reddito dei lavoratori dipendenti non soggetta ad imposte e per i minori oneri delle imprese relativi

ai contributi per l'assistenza sanitaria integrativa, sia all'aumento degli oneri deducibili.

Invece nell'ipotesi in cui si considera un raddoppio delle coperture sanitarie integrative mantenendo la stessa struttura di offerta fra Fondi, assicurazioni individuali e Mutue (Tabella 8: Raddoppio coperture - str. attuale), anche l'impatto sui conti pubblici sarebbe raddoppiato rispetto a quello attuale confermando l'effetto positivo in caso si adotti l'ipotesi di flessibilità dei costi.

È utile osservare che allo stato attuale le forme di incentivazione utilizzabili per ottenere tali risultati risiedono più nella chiarificazione dei ruoli dell'assicurazione integrativa, che non in incrementi della detraibilità: in particolare quella dei contributi agli enti *non profit* sembra ancora sufficiente nella maggioranza dei casi mentre occorrerebbe considerare delle differenti leve di incentivazione per poter apprezzare un effettivo aumento delle coperture offerte dalle Compagnie di Assicurazione.

Il risultato delle nostre simulazioni porta ad evidenziare che l'incidenza di un raddoppio delle coperture di assistenza sanitaria integrativa (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), a seconda delle ipotesi, non comporta necessariamente un onere complessivo per lo Stato. Peraltro l'impatto più incisivo fa registrare un saldo negativo comunque limitato all'1,5% della Spesa Sanitaria (nell'ipotesi di un trasferimento dell'offerta aggiuntiva sui Fondi e nel caso di una struttura rigida dei costi del SSN). Tale onere peraltro si ridurrebbe qualora si potesse evitare la duplicazione di offerta e quindi dei costi, mediante una maggiore integrazione fra servizio pubblico e settore privato.

## 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 ed 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 ed 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 Assicurazioni), sia da enti *non profit* (Società di Mutuo Soccorso, Fondi di Categoria, Casse Aziendali, Casse Professionali e Casse Edili).

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 ed 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 di un raddoppio della spesa sanitaria privata, e quindi una conseguente riduzione della spesa out of pocket, sarebbe poi non elevatissimo in relazione alla Spesa Sanitaria complessiva 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 potrebbe non richiedere 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, appare difficile ipotizzare 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

- 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.