La previdenza sanitaria integrativa

configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy

di Aldo Piperno

Il Rapporto è stato elaborato dal prof. Aldo Piperno (piperno@unina.it) in collaborazione col prof. Marco Centra su richiesta dell'Ordine dei Medici e degli odontoiatri della Provincia Di Roma. Si ringrazia il dott. Giuseppe Lavra, Presidente dell'Ordine di Roma, per le sue preziose indicazioni e raccomandazioni concernenti la realizzazione del Rapporto.

Le elaborazioni statistiche utilizzate per la composizione delle tabelle riportate nel Rapporto, sono state rese possibili dalla disponibilità di archivi dati reperiti da una molteplicità di fonti pubbliche e private, nazionali e internazionali. Le fonti sono citate a margine delle tabelle.

Il testo è stato chiuso nel mese di giugno 2017.

Si prega di non citare né diffondere senza il permesso dell'autore.

Indice

Prefazione 4

Introduzione....6

1. I terzi paganti in sanità: la varietà della specie....8
1.1 Il settore delle imprese di assicurazione 11
1.2 Il settore non profit 13
1.3 Il welfare aziendale 14

2. Le coperture assicurative e le modalità operative 16

3. Il numero dei terzi paganti 20
3.1 Quanti sono i terzi paganti che offrono coperture assicurative private? 20
3.2 Quanti sono i fondi, le casse mutue e le società di mutuo soccorso 22
3.3 Qual è la dimensione del welfare aziendale.... 28

4. Quanti sono gli assicurati/assistibili dei terzi paganti ? 30
4.1 Fonti primarie 30
4.2 Fonti secondarie 32

5. Chi sono gli assicurati ovvero i cittadini assicurati dai terzi paganti ?.... 39

6. Quali prestazioni e quanto spendono gli assicurati ?.... 51

7. Spesa pubblica, spesa privata, spesa intermediata.... 59

8. Profili problematici di un sistema duale pubblico e privato 72

9. Proiezioni e simulazioni esplorative 77
9.1 Stime e previsioni sul numero degli assicurati 79
9.2 Previsioni di spesa: pubblica, outofpocket e intermediata 81
9.3 Per quali prestazioni spendono gli assicurati 85
9.4 A quali settori si rivolgono le persone per i loro consumi sanitari e le spese 86

Bibliografia 89

Prefazione

Noi medici assistiamo oggi ad un cambiamento importante del sistema sanitario e in esso della sanità pubblica come l'abbiamo conosciuta finora e che pone una sfida epocale sotto tutti i profili. Da un lato le innovazioni tecniche e tecnologiche della medicina, dall'altro, il quadro epidemiologico e in questo della cultura e dei comportamenti sanitari della popolazione e dall'altro ancora delle mutate condizioni socioeconomiche del paese che si riflettono direttamente e indirettamente sul SSN sia sotto il profilo finanziario che quello della sua operatività, in particolare la sua capacità di soddisfare bisogni e domanda.

Assistiamo inoltre ad un mutamento di fatto del sistema sanitario, che si esplica soprattutto nell'emergere accanto al SSN di un secondo sistema popolato da una miriade di stakeholders, che si esplicano attraverso varie fattispecie , ma che hanno come punto in comune quello di svolgere la funzione di "terzi paganti. In cambio di coperture di tipo assicurativo, raccolgono risorse dai cittadini e/o dai datori di lavoro e pagano o rimborsano il prezzo dei servizi e delle prestazioni che questi hanno consumato.

L'esistenza di questi stakeholders non è nuova in Italia. Imprese di assicurazione con i loro prodotti nel campo della salute, casse mutue, fondi sanitari, società di mutuo soccorso sono da lungo tempo operanti nel paese. Numerose e in crescita sono le iniziative riconducibili al welfare aziendale sanitario. In un nuovo contesto sociale caratterizzato dal consenso tra gli attori e le forze sociali, la novità di oggi è che, i fondi, le casse e tutte le altre fattispecie nel loro insieme e dietro la spinta di disposizioni fiscali e favorevoli, hanno iniziato a giocare un ruolo istituzionale nuovo : quello di voler rappresentare il secondo pilastro del sistema sanitario sotto l'etichetta del cosiddetto welfare integrativo e del no profit e di essere riconosciuti in questa veste e in questo ruolo istituzionale. La pubblicistica recente, gli eventi e le iniziative mediatiche assai numerose rendono esplicita e manifesta questa trasformazione. Man mano che si realizza e quando sarà compiuta il sistema sanitario italiano sarà a tutte gli effetti un sistema duale , uno pubblico, il SSN, e un altro privato.

La realtà che oggi vediamo e gli scenari che si evolvono hanno suscitato in noi in qualità del nostro ruolo di medici operatori della sanità domande alle quali dobbiamo e possiamo dare risposte.

Quali sono i contorni e i numeri del cosiddetto welfare sanitario integrativo ? Chi e quanti sono i terzi paganti e soprattutto quali servizi e prestazioni essi offrono ? Quali regole li governano ? Come si posizionano verso il SSN e i suoi operatori ? Che uso ne fanno i cittadini e, cioè, quali servizi e prestazioni sanitarie richiedono sotto la copertura economica dei terzi paganti privati ? Verso quali strutture e operatori , pubblici e/o privati, si rivolgono i cittadini garantititi dai terzi paganti per soddisfare la loro domanda di salute ? Quali sono i flussi delle risorse economiche che transitano attraverso i terzi paganti e quale ne è la misura, quanta parte va a pagare le prestazioni e quanta la gestione e , nei casi in cui si tratta di enti for profit, gli utili eventuali ?

La risposta alle suddette domande è necessaria per acquisire quel minimo di informazione che ci aiuta quantomeno ad iniziare un percorso di analisi e a formare le nostre opinioni in materia. Ad altre

domande che riteniamo fondamentali occorrerà rispondere ai fini di una effettiva valutazione del cambiamento in corso.

L'introduzione e la promozione incentivata di un secondo pilastro privato risolve o quantomeno aiuta a risolvere i problemi strutturali della sanità, che scaturiscono dall'invecchiamento della popolazione, dal prevalere della cronicità e dal progresso tecnico e tecnologico in medicina in senso lato? Lo sviluppo, la diffusione e l'ampiamento del secondo pilastro privato riducono la pressione sulla necessità di risorse economiche del settore pubblico (e, in seconda battuta, della compatibilità tra le risorse economiche totali che nel paese verranno spese per la sanità e quelle riguardanti altri settori consumo e spesa delle famiglie) ? Si accompagnerà lo sviluppo del secondo pilastro a miglioramenti di efficienza allocativa e produttiva del settore pubblico, ad esempio gli investimenti nella formazione del personale sanitario, la riduzione delle liste d'attesa? Che ne sarà dell'equità, una volta che i due sottosistemi daranno vita a flussi di consumo e di spesa che non riguardano tutta la popolazione, dato che per definizione le coperture private sono volontarie (e tali rimangono anche se avvengono attraverso l'adesione collettiva) e per definizione limitate agli aderenti ? Quali saranno le conseguenze sulla spesa sanitaria, tenderà ad aumentare o no, se si in che misura, per quali beni e servizi e per quali fasce di cittadini/consumatori ?

Il lavoro che qui presentiamo ha avuto come obiettivo quello di mettere assieme in un quadro complessivo l'informativa esistente ma frammentata e di reperire altre importanti informazioni che era necessario elaborare a proposito, facendo attenzione al requisito metodologico delle fonti, non di parte ma valide ed attendibili, soprattutto di provenienza pubblica e riconducibili a organismi statistici, nazionali e internazionali. Ad alcune domande si è potuto nei tempi e nei limiti dei dati disponibili dare una prima risposta, ad altre no in quanto sarebbe stato necessario un insieme di studi ed indagini (di cui si fa cenno nell'analisi della letteratura) che esulavano le possibilità di questo lavoro.

La speranza è che i dati, le note e i commenti e le elaborazioni presenti in questo volume siano utili per avviare un percorso di conoscenza, di dibattito e di riflessione basata sui fatti e per discernere quello che c'è di positivo e quello che invece è problematico nel cambiamento in corso, tenendo fede ai principi di equità ed efficienza che finora hanno animato la nostra visione della sanità.

Dr. Giuseppe Lavra
OMCEO, Ordine Provinciale di Roma
Presidente

Introduzione

Gli eventi, i convegni e la pubblicista dell'ultimo decennio sul tema della previdenza integrativa in sanità, sono di gran lunga più numerosi di quelli registrati a partire dei primi anni '90. Più numerosi sono anche gli studi e gli approfondimenti tecnici, anche se non nell'ampiezza tematica e nella misura che si potevano attendere rispetto a quanto si trova nella letteratura scientifica relativa ad altri paesi e all'importanza del tema. Importanza che deriva da, e si impone per, il semplice fatto che si tratta dell'emergere in Italia in grande stile di un welfare sanitario privato, di un secondo pilastro come viene anche denominato, "accanto" a quello pubblico riconducibile al SSN. Si sta, cioè, configurando in Italia un sistema di welfare cosiddetto duale, che trae fondamento da un insieme di provvedimenti normativi, soprattutto di carattere fiscale, e da un insieme di comportamenti sinergici dei principali attori sociali ed economici che non si è registrato in passato. Sotto il profilo istituzionale, il passaggio da un solo ed unico sistema di welfare ad un sistema duale conosciuto in letteratura come "dual layered system", comporta cambiamenti già osservabili e cambiamenti attesi che meritano di essere descritti, analizzati e valutati nei loro molteplici profili. In letteratura ci si occupa prevalentemente di questi problemi attraverso indagini empiriche volte a produrre dati ed elaborazioni necessarie alla comprensione del fenomeno.

Le fattispecie secondo cui si è sviluppato e sta sviluppando il secondo pilastro sono varie e diverse. Concretamente si fa riferimento ai fondi sanitari, le casse mutue, le società di mutuo soccorso e le assicurazioni sanitarie commerciali, che entrano quest'ultime nel contesto del secondo pilastro con strategie e iniziative di mercato diverse dalla tradizionale vendita delle polizze malattia. Fondi, casse e società di mutuo soccorso hanno una lunga storia, normative di riferimento, principii, modus operandi, dimensioni, risorse e stakeholders di riferimento che sono diversi sotto molteplici profili, ma che nel loro insieme confluiscono sotto l'ombrello del welfare privato per gli obiettivi e gli spazi di mercato che coprono e cui ambiscono. Di solito si usa far riferimento ad un carattere "ideale" che accomuna seppur in misura diversa tutte queste fattispecie: il carattere dell'integratività, ovvero, di una caratterizzazione, configurazione e modalità operativa che si rappresenta come tale ed è nominalmente volta ad integrare sotto vari profili il SSN. Fa parte di questo quadro il "welfare aziendale" che, godendo di una nuova regolamentazione e fiscalità di favore (soprattutto quella dell'ultimo paio di anni) rispetto al passato, ospita al suo interno soggetti ed enti che promuovono la creazione di fondi, casse o simili altri assetti. Si sono accresciuti sotto l'etichetta del welfare aziendale il numero e la varietà degli attori e degli stakeholders, in particolar modo i sindacati, le associazioni, le organizzazioni datoriali e quelle che rappresentano il lavoro autonomo.

Se si ambisce ad allargare lo spettro di osservazione, includendo nel contesto del secondo pilastro tutti quegli altri soggetti, che svolgono per conto delle istituzioni del welfare privato i servizi che a queste necessitano per operare, e cioè, la comunicazione, la promozione, la gestione, il rapporto con gli utenti (gli assicurati) e il rapporto con gli operatori sanitari che forniscono le prestazioni (ospedali, case di cura, laboratori, medici, ecc), la platea e il numero di tutti i protagonisti (quelli che assicurano e garantiscono le prestazioni, quelli che le producono e quelli che lo rendono possibile tramite i

servizi di gestione in senso lato) del welfare privato si allarga, si diversifica e si accresce e si trasforma in una grande e complessa rete di interrelazioni operative.

Il secondo pilastro, in conclusione, si rappresenta nel suo complesso come un settore economico più ampio di quello dei fondi, delle casse delle assicurazioni che pur è di per sé stesso già assai vario nella sua composizione. Un settore di dimensioni non residuali, popolato da stakeholders, nuovi e vecchi e che è oggi presente nel dibattito politico - istituzionale dentro e al contorno del sistema sanitario. Descriverlo e misurarlo in tutti i suoi profili è un'opera complessa, sia per la mancanza e l'aggiornamento di tutti i dati necessari allo scopo, sia perché non esiste un punto unitario di riferimento cui ricorrere per questa operazione.

L'obiettivo di questo Rapporto è quello di descrivere nei limiti del possibile e limitatamente ai suoi tratti essenziali, il settore riconducibile al welfare privato nel suo complesso. Cosa è, come si pone in un quadro comparato, cosa offre in termini di coperture, quanto è grande, come opera, come si rapporta al mondo degli operatori sanitari e degli assicurati, quante sono le risorse che mobilita e che sono gestite, dove vanno, con quali effetti, quali problemi aprono e da ultimo, quali sono le prospettive e le proiezioni che è possibile fare nei prossimi anni.

Parecchi di questi profili di analisi sono abbastanza documentati e di questi si farà una sintesi. Altri, invece, soprattutto quelli quantitativi, abbisognano della messa a punto di un quadro coerente di sintesi, data la varietà e per certi aspetti l'incompletezza dei dati esistenti. Altri profili, quali ad esempio quelli relativi alla dimensione del settore, al profilo sociale, economico e sanitario degli assicurati, alla destinazione delle risorse che seguono i consumi sanitari, invece, vanno descritti e analizzati ex novo, in quanto al momento non sono sufficientemente presenti e/o evidenti sotto il profilo dell'attendibilità statistica, nella documentazione e nella letteratura disponibili. E questo per varie ragioni: da un lato, il fatto che quanto reso disponibile in documenti e in occasione di eventi non si è sufficientemente dedicato, per quanto è dato sapere, all'analisi di questi profili, dall'altro perché a questi profili può essere dato un valore di mercato o quanto meno un valore proprietario di solito non condiviso fra gli stakeholders.

1. I terzi paganti in sanità: la varietà della specie

Un'operazione preliminare importante è quella di specificare di "cosa" e con "che cosa" abbiamo a che fare, quando si usano termini quali welfare privato welfare aziendale e secondo pilastro. Una seconda e correlata operazione è quella di definire in quali casi si tratta di un settore commerciale oppure di uno cosiddetto no profit e, a sua volta, quale è la misura del no profit. Una terza operazione è, infine, quella di stabilire quale è la novità di oggi rispetto al passato e rispetto ad un quadro comparato relativo ai principali paesi europei, sotto il profilo istituzionale e organizzativo e quello di mercato. In sintesi, si vuole affermare che i termini welfare privato, welfare aziendale e secondo pilastro sono denominazioni generali, utili cogliere una caratteristica di merito semplice e utile ai fini della comunicazione, ma poco fruibile sotto il profilo analitico, cioè, il profilo "tecnico" cui si fa riferimento in letteratura per classificare le situazioni e studiarne caratteristiche ed effetti.

In una prospettiva di lungo periodo che guarda al passato, quasi nulla è la novità di oggi. Soggetti, enti, assetti, arrangiamenti, prodotti e servizi che si materializzano in, e offrono, "coperture" e "garanzie" di, servizi e prestazioni sanitarie private, hanno quasi da sempre accompagnato lo sviluppo e la configurazione del sistema sanitario, in Italia e in Europa. Le novità riguardano, da un lato, il maggior livello di attenzione (e talvolta "enfasi)" dei policy makers, degli attori sociali ed economici (ad esempio, le organizzazioni datoriali e quelle che rappresentano il lavoro dipendente e autonomo e le professioni), dei soggetti portatori di interesse (quelli che offrono e gestiscono le risorse economiche necessarie all'implementazione delle garanzie economiche delle coperture) e dei media di oggi sul tema e, dall'altro, l'introduzione di disposizioni normative volte ad estendere i benefici fiscali e incentivare lo sviluppo di questo settore. In questo contesto, minoritario e di basso profilo, quantomeno in senso relativo e rispetto all'importanza del tema, è il versante della produzione di informazioni e dati validi ed attendibili, dell'analisi e della valutazione, che sono tradizionalmente oggetto di impegno di studiosi e tecnici. E' difficile, per questa ragione, riuscire a comporre un quadro conoscitivo e valutativo che possa avvalersi di tutti i dati necessari, dati che siano però validi ed attendibili, aggiornati e sufficienti, per compiere le necessarie analisi e valutazioni.

Le fattispecie giuridico - istituzionali che vanno a comporre il settore sono conosciute con i termini quali i fondi sanitari, casse mutue, società di mutuo soccorso, assicurazioni sanitarie (polizze) individuali e collettive, nonché, con riferimento ai "benefici" diretti da parte dei datori di lavoro relativi alle spese sanitarie dei lavoratori (privati in primis e pubblici poi, dato, finora, il minor peso e la minor diffusione di questi rispetto al settore privato), che hanno scelto di operare senza però convogliare le risorse in assetti organizzati del tipo di quelli rappresentati dai fondi e simili.

Per completezza, se si esce dall'area degli assetti organizzati, non si può lasciar fuori, tutti quei cittadini che si avvalgono di oneri deducibili e detrazioni fiscali sui contributi e le spese sanitarie sostenute, riferite quest'ultime al totale delle spese (se non godono di una copertura da parte di una qualsiasi delle fattispecie) o alla parte eccedente quanto garantito (rimborsato) dalle fattispecie, se invece sono portatori di una copertura. Interessante notare che se si volessero classificare i cittadini

in base al rapporto che intercorre tra possesso o meno di una copertura da parte di una qualsiasi fattispecie(che ha regole diverse a seconda del tipo della copertura), il godimento o meno del benefit fiscale a seguito di richiesta o meno di una detrazione totale o parziale della spesa effettuata (non si introduce il caso dell'onere deducibile per non complicare il quadro già diversificato) e la specifica fattispecie del soggetto assicuratore (imprese e fondi di vario tipo) si arriverebbe a contare almeno 16 categorie di cittadini. Tutti avrebbero in comune l'essere "assicurati" col SSN (primo pilastro universale), ma si diversificherebbero per come si posizionano in termini di possesso o non possesso di un tipo di "assicurazione" privata (impresa commerciale, fondo sanitario, benefit fiscale da welfare aziendale oppure no assicurazione: 4 stati assicurativi per non complicare il quadro), della effettuazione o meno di un consumo/spesa sanitaria (2 stati, si/no) e del beneficio derivante dalla detrazione fiscale sul totale o parte della spesa (2 stati, si/no). A seconda di come si combinano nella realtà gli stati assicurativi con gli altri profili si attivano incentivi diversi riguardanti la propensione a consumare e, cioè, ad effettuare prestazioni sanitarie, l'intensità dei consumi e la spesa generata sulla finanza del consumatore, su quella dell'assicuratore e sul SSN cui fa capo la spesa pubblica (si porteranno dati su questi aspetti nelle parti del Rapporto ove si tratterà della spesa, oggi e in prospettiva)

Fattispecie, regole, incentivi, comportamenti sono gli aspetti che producono differenziazioni, mentre il denominatore comune è l'identità della funzione che i vari assetti assolvono: quella di essere "terzi paganti". Possono differire nel tipo, nel modo, nella misura, nella ripartizione dei contributi/premi, nel tipo e quantità del beneficio fiscale secondo cui assolvono la funzione, ma, comunque sia, la funzione è identica per tutti: essere un terzo pagante, alimentato da risorse private e da risorse pubbliche sotto la forma di "spesa fiscale".

Il termine "terzo pagante" è, quindi, utilizzabile come concetto e criterio analitico principale ed è, peraltro, quello che viene di solito utilizzato in letteratura a fini descrittivi, analitici e di misurazione. Non esaurisce però il suo compito; serve, cioè, per indagare alcuni profili tecnici dei problemi che sorgono in presenza di "terzi paganti" (ad esempio, il fatto - assodato in letteratura - che in presenza di un terzo pagante il consumo di norma si differenzia e cresce), ma è necessario ricorre ad un secondo criterio analitico che è al primo complementare: la natura delle prestazioni coperte dalle fattispecie assicurative esterne al SSN (prima copertura). Si deve distinguere, cioè, come le coperture dei terzi pagantisi posizionano rispetto alle coperture universali dei sistemi pubblici. In Italia, e ovunque esista un sistema di welfare sanitario pubblico, l'operare dei terzi paganti va di necessità studiato e analizzato in questo contesto. Analizzare e valutare il secondo pilastro, cioè, non può essere fatto se non contestualizzando questo nell'alveo del primo pilastro che esiste per tutti e riguarda tutti. Il ricorso al termine "terzo pagante", la contestualizzazione di questo nel sistema totale complessivo e l'analisi della relazione che si istaura tra copertura del SSN e quella privata, è quanto si usa fare in letteratura ed è quanto ora si farà per dettagliare le caratteristiche delle varie fattispecie.

L'OECD (Colombo, F. e Tapay, N., 2004) proponeva una classificazione a quattro comparti che si differenziano all'interno dell'aggregato "terzi paganti", denominato "private health insurance" (assicurazione sanitaria privata).Un'analoga classificazione a tre comparti era già stata proposta in un volume di Piperno, A. del 1997. Il cuore della classificazione sta nella natura del rapporto tra le coperture che possono essere garantite dai terzi paganti e quelle invece che caratterizzano i sistemi

sanitari pubblici. L'OECD ne aggiunge una quarta denominata "assicurazione sanitaria privata primaria" che riguarda però il caso e i paesi ove non esiste un'assicurazione pubblica, oppure c'è, ma esiste anche la possibilità per i cittadini con alcune caratteristiche di esercitare l'opting out, la possibilità, cioè, di chiamarsi fuori dal sistema pubblico (ad esempio, in Germania).

Quella che segue è la classificazione dell'Oecd (2004):

1. Assicurazione privata primaria: come sopra definita
2. Duplicate private health insurance: è l'assicurazione privata che riguarda la copertura di servizi e prestazioni inclusi tra quelli presenti nella copertura pubblica, anche se caratterizzati da alcune condizioni operative, quali ad esempio, l'accesso più veloce alle cure. Questo tipo di assicurazione non comprende l'esonero della contribuzione al finanziamento della copertura pubblica;
3. Assicurazione sanitaria privata complementare: è quella che svolge un ruolo di affiancamento e completamento della copertura pubblica, ad esempio la copertura di costi residuali che in assenza dell'assicurazione rimarrebbero a carico dell'utente, tipo la compartecipazione di vario tipo alla spesa
4. Assicurazione sanitaria privata supplementare: quella che copre servizi addizionali non coperti dall'assicurazione pubblica.

Piperno (1997) propone una classificazione tripartita dell'assicurazione privata, lasciando fuori quella privata primaria dell'OECD, in quanto questa rappresenta l'assicurazione principale se in un paese si usa il sistema privato per assicurare l'assistenza alla popolazione.

Il ricorso a una classificazione è, analiticamente e operativamente importante per verificare come le varie fattispecie private si posizione rispetto al sistema di contesto (quello primario), pubblico o privato che sia:

1. Assicurazione privata sostitutiva; quella che garantisce servizi e prestazioni private tali da potersi sostituire all'assicurazione pubblica (abbastanza simile a quella cosiddetta duplicativa dell'OECD), senza comportare possibilità di uscita o di mancata contribuzione al settore pubblico. Non è necessario che il sistema privato sia perfettamente duplicativo; può riguardare, infatti, solo una parte delle prestazioni e il punto è che tali prestazioni, quali o quante che siano, sono tali da poter sostituire quelle presenti nelle garanzie pubbliche primarie. Tutta la letteratura sul tema adotta questa caratterizzazione.
2. Assicurazione privata aggiuntiva: quella che assicura i gap di copertura dell'assicurazione pubblica (ad esempio, i ticket e le camere a pagamento). In tal caso, la prestazione (accertamento diagnostico o ricovero, intervento chirurgico) fa parte della copertura pubblica, ma c'è una quota residuale di costo (ticket) o di spesa per le prestazioni di contorno o di tipo ancillare rispetto alla prestazione pubblica (ricovero pubblico ma camera a pagamento)che rimane a carico dell'utente. E' abbastanza simile alla complementare dell'OECD.
3. Assicurazione privata complementare: quella che riguarda prestazioni non contemplate o non entrate nella copertura pubblica (ad esempio, quelle escluse dai Lea), oppure uscite da queste e che sono invece previste ed operative nel contesto privato.

Il dibattito sulla classificazione non è una questione di gioco linguistico, ma è fondamentale per individuare, misurare e valutare le conseguenze che si possono attendere e verificare nel mondo reale, quando vengono a configurarsi situazioni in cui alla presenza di un'assicurazione pubblica (a prescindere dal fatto che sia organizzata in un assetto tipo il SSN, oppure uno di casse mutue o di programmi pubblici) si affiancano una o più tipi di assicurazioni private. Rinviando alla folta letteratura in materia, basti in questa sede accennare ai fenomeni che si materializzano quando convivono due o più tipi di assicurazione e il sistema sanitario complessivo viene a configurarsi come un sistema duale di fatto o di diritto se tale assetto è previsto dalla legislazione. Esempi di eventi e problemi possono essere i seguenti: l'assicurazione privata sostituiva o duplicativa può arrivare a

rimpiazzare quella pubblica e in diversa misura quella aggiuntiva e complementare; può aumentare il livello dei consumi; i comportamenti e, quindi, i flussi di consumo e spesa messi in moto o che partono da un comparto possono diffondersi ed estendersi all'altro (ad esempio, inizio di una prestazione in un comparto e completamento nell'altro, il pilota sta nel primo e il consumo finale sta nel secondo), dato che le "interferenze" operative sono conseguenti a situazioni che non si possono chiudere e isolare. Le assicurazioni private non sono prive, al pari del comparto pubblico, di costi di gestione e nei casi in cui si tratta di organizzazioni commerciali può verificarsi che l'obiettivo dell'organizzazione (il profitto) interferisca su alcuni aspetti operativi e sulle prestazioni. Altro esempio, è dato dal fatto che gli enti che forniscono assicurazione privata tendono ad adottare strategie di selezione e di rapporto col personale medico, stimate come indispensabili per il controllo dei costi che anche queste organizzazione debbono implementare per esigenze di equilibrio di bilancio compatibili con gli obiettivi delle organizzazioni assicurative, ma che non coincidono automaticamente con i principi professionali cui si rifà il mondo medico e/o le esigenze degli utenti. Anche in presenza di un'assicurazione privata secondaria non scompare la spesa outofpocket.

La analisi condotta non implica che non si possa concepire la necessità o l'opportunità di affiancare ad un settore pubblico un secondo settore privato e che nell'insieme entrambi non possano conseguire risultati positivi, arrivando ad una ripartizione di funzioni e compiti complessivamente efficiente in senso tecnico, equa dato che l'equità è ritenuta un principio di tipo costituzionale e appropriata ai vincoli e alle sfide che derivano dall'economia e dallo stato epidemiologico del paese.

Un sistema duale, pubblico e privato, può essere anche auspicabile e necessario, se i punti cruciali e quelli di "interferenza negativa" sono governati nell' ottica del benessere generale.

E' necessario ora descrivere l'identità delle fattispecie facendo soprattutto riferimento ai profili fiscali che, stante la situazione di oggi, rappresentano i principali meccanismi di regolazione.

1.1 Il settore delle imprese di assicurazione

E' utile distinguere in primo luogo il settore cosiddetto commerciale ove operano le imprese di assicurazione da quello cosiddetto non commerciale al cui interno si trovano varie fattispecie, fondi sanitarie, casse, mutue, società di mutuo soccorso o semplicemente previdenze sanitarie garantite dai datori di lavoro.

Le imprese di assicurazione - limitandosi ai tratti salienti in quanto il settore è noto ed ha una lunga tradizione in Italia - sono soggetti commerciali e operano principalmente tramite la vendita di prodotti riconducibili a polizze malattia, individuali o collettive e a polizze di "long term care". In epoca abbastanza recente, le imprese di assicurazione hanno iniziato ad operare tramite convenzioni con i fondi sanitari. Esistono poi casse sanitarie costituite da imprese di assicurazione o assicuratori aperte all'adesione di aziende che garantiscono ai dipendenti prestazioni sanitarie. Nel caso della long term care l'assicurazione può assumere la forma di un'assicurazione vita, secondo cui in caso di non autosufficienza all'assicurato viene corrisposta una rendita.

Le principali imprese di assicurazione operanti nel settore sanitario - le prime 10 per dimensione dei premi riscossi - sono in ordine decrescente le seguenti: Generali Italia, RBM Salute, Unisalute, Unipolsai, Allianz, Società Reale Mutua, Axa, Cattolica, Europe Assistance e Cargeas Assicurazioni. I premi riscossi da queste 10 imprese sono stati nel 2016 pari a 1,78 miliardi di euro sul un totale

premi di 2,28 e, cioè, una percentuale del 77,9%, emergendo con questo dato che il mercato è concentrato su un numero limitato di compagnie.

La copertura dominante del mercato assicurativo privato - i servizi e le prestazioni assicurate - è di natura sostitutiva e, cioè, riguarda nominalmente le prestazioni già elencate nella copertura del SSN. Le imprese, infatti, vendono polizze a copertura completa che riguardano i ricoveri ospedalieri e tutte le altre prestazioni non residenziali connesse al ricovero. Talvolta le coperture si specializzano secondo il tipo di malattia e talvolta arrivano a coprire le prestazioni odontoiatriche, con un impatto sulla crescita del premio.

Le imprese di assicurazione tendono ad escludere dalla copertura i cosiddetti rischi minori (visite, farmaci e simili) per lo più indipendentemente dal ricovero per una molteplicità di ragioni, che riguardano l'assicurabilità di questi rischi e i problemi che essi pongono in termini di spesa per sinistri e, quindi, di equilibrio tra costi e rimborsi.

Le imprese di assicurazione sono presenti anche nell'area dell'assistenza integrativa di vario tipo, ma secondo modalità diverse da quelle praticate dal settore mutualistico in senso lato, fondi o casse che siano. Le polizze integrative, infatti, si esplicano per lo più nel pagamento di indennità monetarie nel caso la prestazione sia stata consumata nel contesto dell'assistenza del SSN.

Sotto il profilo operativo, le imprese di assicurazione adottano per lo più il sistema a rimborso (totale o parziale a seconda del tipo di contratto e di premio pagato) del costo sostenuto dall'assicurato. Si danno casi anche di assistenza diretta, quando l'impresa di assicurazione veicola l'assicurato attraverso strutture sanitarie convenzionate dall'impresa ai fini dell'erogazione delle prestazioni. Le imprese praticano scoperti, franchigie e tetti di rimborso, sia per scoraggiare consumi non necessari che per ragioni di equilibrio di bilancio. Tranne casi in cui copertura e livello di rimborso sono completi e totali, rimane comunque a carico dell'assicurato una quota di spesa che di fatto va a configurarsi come un outofpocket residuo. Questi casi (peraltro non limitati al settore assicurativo, ma estensibili anche a quello non profit dei fondi, delle casse e delle società di mutuo soccorso) danno vita, per così dire, a stati assicurativi tripartiti: quello primario (la copertura del SSN che riguarda tutti i cittadini), quello assicurativo a prescindere dalla fattispecie e quello outofpocket residuo che può essere considerato come una "autoassicurazione".

Le imprese di assicurazione intraprendono comportamenti volti da un lato a facilitare il rapporto con l'utente e dall'altro a contenere i rischi economici derivanti da uno squilibrio di bilancio per un rapporto negativo tra sinistri e premi. Questi comportamenti si esplicano attraverso accordi con i produttori di servizi e attraverso la costituzione di vere e proprie reti di produttori che operano sotto l'egida delle imprese. Una sorta di microsistemi sanitari, simili agli HMO americani (Health Maintenance Organizations) (Piperno, 1989). Unisalute, RBM salute, Generali, che sono tra le prime imprese per numero di assicurati e risorse gestite, sono molte sviluppate sotto questo profilo. Una visita ai loro siti è sufficiente per apprendere e misurare quanto i network di strutture e operatori di cui si avvalgono sono ampi, diffusi sul territorio e diversificati, contemplando la presenza di operatori privati e, limitatamente a quanto permesso dalla normativa, di operatori pubblici, soprattutto nel caso dell'intramoenia.

I prodotti assicurativi assicurano per definizione rischi di malattia relativi ad accadimenti incerti. Più raro è l'accadimento, minore è di norma il rischio e viceversa. Per questa ragione, le polizze

escludono le malattie pregresse alla stipula del contratto e sono assai limitative rispetto alla copertura di prestazioni il cui rischio di verificarsi è elevato, ad esempio l'odontoiatria e il caso di soggetti in età avanzata per cui il rischio di malattia è per definizione elevato. In tali casi, le coperture sanitarie, quando vengono offerte, si collocano nell'alveo dell'assicurazione vita e si esplicano per lo più in rendite monetarie, piuttosto che di rimborsi delle spese sostenute.

1.2 Il settore non profit

La terminologia usata per descrivere questo settore è varia e fa riferimento a fattispecie che hanno assunto e assumono denominazioni che hanno peraltro una storia ed un'origine diversa. Le società di mutuo soccorso, ad esempio, risalgono al secolo scorso sebbene le norme che le disciplinano si siano evolute nel tempo. I fondi sanitari sono anch'essi fattispecie che erano operative prime dell'istituzione del SSN e sono rimasti tuttora in essere. Lo stesso vale per quelle che assumono il nome di casse mutue. Tutte queste fattispecie hanno in comune di svolgere la funzione di "terzo pagante" e di qualificarsi come settore no profit, distinguendosi con questo dal settore commerciale delle imprese di assicurazione.

Quando sono ricondotte sotto un'unica e onnicomprensiva denominazione vengono classificate per lo più come "secondo pilastro" o "welfare privato" o "settore mutualistico". Il termine privilegiato è quello della "assistenza sanitaria integrativa", che è per l'appunto garantita dagli enti dalla sanità integrativa, di cui la fattispecie prevalente è quella dei "fondi sanitari integrativi". Questi (per effetto del dlgs Bindi, 299/1999) sono a loro volta distinti in: (a) "fondi doc", designati come tali perché soggetti al divieto di selezionare le persone da assicurare in base al rischio (divieto di escludere, ad esempio, i malati) e deputati a potenziare le prestazioni non coperte dal SSN, quelle di medicina non convenzionale, le cure termali, l'assistenza odontoiatrica, i ticket sulle prestazioni pubbliche e quelle sociosanitarie; (b) "fondi non doc" riguardanti "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali". Questi fondi hanno, rispetto a quelli doc, libertà d'azione in termini di prestazioni e servizi coperti e sono regolati dai propri statuti e regolamenti, Possono usufruire di ulteriori benefici fiscali se garantiscono almeno una percentuale delle risorse per garantire prestazioni contemplate nei fondi doc (decreto Turco), la cui gamma si è poi allargata per effetto del decreto Sacconi.

Nonostante queste differenze, la legislazione in materia fa riferimento alla natura "integrativa" degli enti, recependo con questa denominazione il principio che le coperture assicurative siano quelle volte ad "integrare" le coperture universali del SSN. Il ricorso al termine "integrativo", a prescindere dall'oggettività del carattere integrativo delle prestazioni coperte (e dal comportamento economico effettivo delle varie fattispecie), rappresenta un presupposto del ricorso generalizzato a termini come quello del "secondo pilastro", quasi a voler affermare che il primo - il SSN - - è salvaguardato, e il secondo è per così dire "ad adiuvandum", per una molteplicità di ragioni di carattere sanitario, epidemiologico, economico e di innovazione tecnologica della e nella sanità (molte e da più punti di vista discusse in letteratura).

Non esistendo al momento una legislazione sistematica ed organica, l'unico è utile riferimento è quello che riguarda la disciplina fiscale delle varie fattispecie, relativamente ai "contributi" che vanno ad alimentare l'economia di questi enti e al trattamento fiscale delle prestazioni assicurate (vedi la

dettagliata e preziosa trattazione dell'argomento fatta da un saggio di Marchetti, F. e DI Gialluca, A., 2017, pubblicato dal Mefop e qui citato).

"Con riferimento alla disciplina fiscale dei contributi propria dei fondi operanti ai sensi dell'art. 10 t.u.i.r. e degli enti e le casse operanti ai sensi dell'art. 51 TUIR, la natura di ente non commerciale costituito (di regola) in forma associativa, determina la non assoggettabilità dell'attività non commerciale ai fini IRES e IVA. Lo stesso vale per le società di mutuo soccorso (salvo le eventuali agevolazioni ad essi riferite). Con riferimento alla disciplina fiscale della contribuzione si distingue poi tra i fondi sanitari integrativi del SSN *ex* art. 10 t.u.i.r ("fondi doc") e quelli sostitutivi riferiti ad enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale, *ex* art. 51 TUIR ("fondi non doc").

Per i fondi sanitari integrativi del SSN (fondi doc) esiste la deducibilità dal reddito IRPEF per un importo pari a € 3.615,2067, tenendo conto anche dei contributi versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti e casse aventi fine esclusivamente assistenziale. La deducibilità spetta per tutti i contribuenti, ma solo con riferimento ai contributi versati ai fondi sanitari iscritti ad apposita sezione dell'Anagrafe dei fondi presso il Ministero della salute

Per i fondi sanitari non doc, la norma di riferimento è l'art. 51, comma 2, lettera a), TUIR, secondo cui i contributi versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale non concorrono a formare il reddito fino al limite di importo complessivamente pari a € 3.615,20, sulla cui estensione ha effetto la legge di Bilancio 2017.

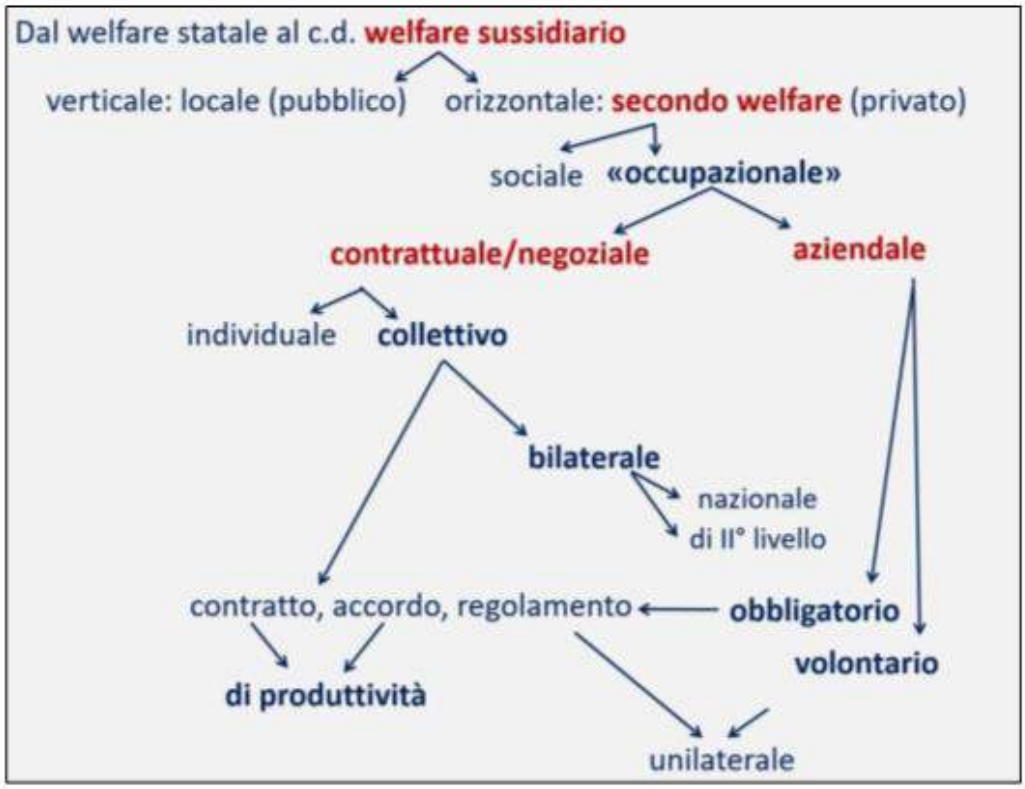
Con riferimento alle società di mutuo soccorso, che si configurano quale soggetto promotore di fondi integrativi del SSN di cui all'art. 9 del d.lgs. n. 502 del 1992 ovvero come "cassa di assistenza", rimane applicabile la disciplina specifica prevista per tali soggetti (10, comma 1, lettera e - ter, TUIR nel primo caso, e 51, comma 2 lettera a, nel secondo, con applicazione o meno del limite del 20%), anche nel caso in cui tali finalità siano realizzate secondo lo schema della mutualità indiretta.

Con riferimento alla disciplina fiscale delle prestazioni erogate dai fondi sanitari, si è visto che il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'associato, non costituisce reddito. L'esclusione del rimborso dal reddito comporta, però, per l'associato l'impossibilità di detrarre le spese sanitarie non rimaste a carico (in quanto rimborsate), almeno nei limiti in cui è stata consentita la deduzione dei contributi versati ai fondi sanitari. Per quanto concerne le altre prestazioni che, astrattamente, i fondi sanitari possono erogare ai propri associati, il regime di tassazione varia a seconda della fattispecie. In generale, i servizi erogati nell'ambito della cd. LTC (*Long Term Care*) sono esclusi da tassazione, così come quelli inerenti, più in generale, ai servizi e/o alle somme erogate per l'invalidità permanente. Rimangono, invece, assoggettate a tassazione le c.d. "diarie da ricovero", in considerazione della loro funzione "sostitutiva" di redditi".

1.3 Il welfare aziendale

Va da ultimo menzionato il "welfare aziendale". In termini schematici, questo riguarda le provvidenze che i datori di lavori possono offrire e offrono ai dipendenti e ai loro famigliari relativamente ad una vasta gamma di beni e servizi che vanno dai buoni pasto agli asili nido fino all'area dell'assistenza sanitaria. La base secondo cui si istituiscono questi benefici sta nel contratto di lavoro che lega il dipendente al datore di lavoro. A seconda di come si configura, la denominazione varia. I termini

maggiormente in uso sono i seguenti; welfare contrattuale, welfare di prossimità, welfare integrato e simili. Le varie modalità secondo cui si esplica questo tipo di welfare il cui minimo comun denominatore è quello di affiancare il welfare pubblico, di essere, cioè, a questo sussidiario, è visibile attraverso il grafico seguente (Massagli, E. e Spattini, S., 2017):



Questa classificazione si basa sulla specificità delle forme contrattuali da cui origina e non la fattispecie secondo cui può realizzarsi, ovvero, quella di una copertura puramente assicurativa dei beni e servizi, quella di un fondo o cassa. In concreto, può trattarsi del pagamento o rimborso di spese sanitare direttamente dal datore di lavoro ai lavoratori/famigliari, l'iscrizione del dipendente/famigliare ad un soggetto (profit o non profit) che svolge funzione di terzo pagante, la creazione ex novo di un fondo o di una cassa, autogestiti oppure dati in gestione. Il welfare aziendale, cioè, non è una fattispecie di terzo pagante, ma un contenitore e una fonte da cui originano e in cui si convogliano le diverse modalità che i datori adottano per offrire ai dipendenti/famigliari provvidenze sanitarie.

La legge di Bilancio 2017 ha introdotto una disciplina fiscale di favore a queste forme di welfare, sia ampliando la platea dei beneficiari (ne possono beneficiare anche i lavoratori fino a circa 80.000 euro annuo, che estendendo ed elevando il beneficio fiscale in base all'utilizzo dei premi di produttività.

2. Le coperture assicurative e le modalità operative

A seconda dell'identità delle coperture garantite dal welfare privato e la relazione tra queste e quelle offerte dal welfare pubblico, a prescindere dalla modalità istituzionale secondo cui questo si esplica, la denominazione varia. E in ogni caso ruota intorno a tre definizioni: natura sostituiva o duplicativa, supplementare o complementare. Anche in letteratura e nelle istituzioni (nazionali e internazionali) si fa riferimento a questa tripartizione. Nella tabella seguente si può osservare lo stato dell'arte in alcuni paesi (OECD,2016).

Assicurazione privata: tipologia della copertura, tipo e modalità di adesione (2016)

Paese	Tipo di copertura	Tipo di adesione	Modalità di adesione
Australia	duplicativa e supplementare	volontaria	individuale
Austria	Complementare	volontaria	n.d.
Belgio	Complementare	volontaria e obbligatoria (per regione)	individuale per mutue; di gruppo per compagnie private
Canada	Supplementare	volontaria	10% individuale e 90% gruppo
Danimarca	complementare e supplementare	volontaria	individuale e di gruppo
Finlandia	Supplementare	volontaria	n.d.
Francia	Complementare	volontaria	individuale e di gruppo
Germania	primaria (opting out), complementare e supplementare	obbligatoria (per opting out) e volontaria	individuale e di gruppo
Grecia	Duplicativa	volontaria	n.d.
Irlanda	Duplicativa	volontaria	individuale e di gruppo
Italia*	duplicativa maggioritaria, complementare e supplementare	volontaria	individuale e di gruppo
Norvegia	duplicativa	volontaria	n.d.
Portogallo	n.d.	volontaria	n.d.
Spagna	duplicativa	volontaria	individuale
Regno Unito	duplicativa	volontaria	individuale e di gruppo
Usa	primaria e complementare	volontaria	n.d.

*) dato non disponibile nella fonte citata, inserito da altra fonte. Fonte OECD, Health statistics 2016 definitions, sources and methods

L'esistenza di un'assicurazione privata duplicativa o sostitutiva laddove la popolazione è coperta da un servizio sanitario istituzionale (a prescindere dal modello cui si ispira e si esplica) non è la regola o, quantomeno, la situazione più frequente. E dove esiste non è regolamentata allo stesso modo, soprattutto, non si pone in concorrenza con la copertura del sistema pubblico. Non costituisce, in altri termini, un'alternativa che si sovrappone o che la potenzialità di sovrapporsi al sistema pubblico. Storicamente, infatti, i modelli universali e/o onnicomprensivi si sviluppano attraverso processi evolutivi che superano gli assetti particolaristici di tipo occupazionale o a questi simili. Questo non significa che i modelli universalistici siano sempre identici. Lo sono nel senso che riguardano la popolazione nella sua interezza e nella sua uniformità, ma non nella specificità dell'assetto e nel

trattamento che riservano alle organizzazioni di origine occupazionale, agli assetti di mercato che preesistevano e a eventuali possibilità di uscita dal modello generale pubblico. In Germania e in Francia, ad esempio, il modello è di tipo mutualistico; in Germania è obbligatorio essere assicurati e contribuire fiscalmente alle risorse del sistema pubblico, ma si può scegliere di esserlo attraverso il ricorso a formule assicurative in senso stretto. In Italia, all'entrato in vigore del SSN, venne lasciata la possibilità di aderire a formule mutualistiche, senza con questo eliminare l'appartenenza e la contribuzione al sistema pubblico. Non si scelse, in sostanza, di introdurre la possibilità dell'opting out come in Germania. Per un completo quadro comparato precedente agli anni 2000 e aggiornato nel tempo vedi Piperno, A. 1997; Colombo, F e Tapay, N.2004; Thomson, S., Foubister, T. e Mossialos, E. 2009; Sagan, A. e Thomson, S., 2016, vol. I e II)

La situazione italiana è, in un certo senso, una situazione sui generis. Fino ai primi anni 2000 il comparto dell'assicurazione sanitaria privata era residuale, in termini di numero di enti che svolgevano questa funzione, di assistiti e di una limitata dimensione di risorse gestite. Il panorama era occupato dalle imprese di assicurazione e dalle polizze malattia/infortuni possedute da un numero limitato di persone, da fondi sanitari e casse di categoria soprattutto quelli riservati ai dipendenti apicali delle imprese private (ad es. il FASI per i dirigenti dell'industria, il Fasdac per quelli del commercio) e, in via eccezionale, di alcuni enti pubblici (ad es. la Banca d'Italia). Questa situazione si rifletteva nella bassa percentuale di spesa sanitaria privata, cosiddetta outofpocket, che era intermediata dagli enti assicurativi o terzi paganti di vario tipo. In sostanza: c'era il SSN (l'odontoiatria pubblica era minimale) per tutto e per tutti, una piccola quota di popolazione era garantita da soluzioni private occupazionali, a causa di minor possibilità di scelta e di inefficienze nell'erogazione dei servizi da parte del SSN, quasi tutti i cittadini si rivolgevano a pagamento per alcune prestazioni e più o meno tutti pagavano i ticket. In questo contesto la questione del modello istituzionale secondo cui si evolveva o si sarebbe dovuta evolvere la componente privata non era ne strategica, ne pervasiva negli effetti generati, ne di dimensioni tali da esigere una valutazione a tutto campo tecnica e politica.

Anche se manca un quadro legislativo generale che disciplini la coesistenza tra SSN e welfare privato nelle sue diverse e molteplici fattispecie, la situazione odierna - caratterizzata dal fiorire di eventi, dibattiti, iniziative, pubblicità, nuovi attori e stakeholders - comincia ad essere diversa da quella tradizionale del recente passato. Il welfare privato è oggi popolato da fattispecie che operano in tutti i campi, le prestazioni coperte sono per lo più quelle sostitutive o duplicative del SSN, anche se la "parola d'ordine" di cui si fa comunemente uso nei media e nel dibattito è quella della sanità integrativa.

Così sono state sintetizzate le prestazioni in una recente guida informativa a cura del Mefop. Le prestazioni erogabili dalle forme di assistenza integrativa tra quelle previste dal Dlsg 502/92 sono:

- prestazioni integrative e sostitutive a quelle offerte dal Servizio Sanitario Nazionale (ricoveri, visite specialistiche e diagnostiche, riabilitazione, odontoiatria, ecc);
- prestazioni socio - sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali, semiresidenziali oppure in forma domiciliare;
- prestazioni socio - sanitarie non comprese nei livelli essenziali di assistenza;
- prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;

- prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Nella pratica, poi, ogni forma di assistenza prevede diverse tipologie di prestazioni e differenti livelli di massimali indicati nel proprio statuto o nel disciplinare/nomenclatore o polizza oltre a prevedere eventuali franchigie a carico dell'aderente. Tra le prestazioni più comuni possiamo trovare:

- Ricoveri ospedalieri ed interventi chirurgici con estensioni di massimali per i cosiddetti "grandi interventi"
- Visite ed esami specialistici
- Diaria da ricovero in strutture pubbliche
- Rimborso ticket sanitari (soprattutto per i fondi "non doc" ad adesione collettiva)

Meno frequenti soprattutto per le forme più datate:

- Odontoiatria
- Non Autosufficienza

Fenomeno, questo, legato al costo rilevante di queste prestazioni ed al fatto che il vantaggio fiscale è consentito anche ad una forma sanitaria che non li prevede ma è realizzata tramite l'adesione ad una forma che globalmente rispetta per le erogazioni i limiti del 20% previsto del decreto Sacconi.

Non essendo stato possibile - nel contesto del lavoro qui svolto a causa dell'ampiezza del compito e dei tempi necessari - realizzare un'indagine su un congruo campione di fattispecie, volto a rilevare la natura delle prestazioni coperte e del loro modus operandi, si può trarre un qualche indizio da quanto si è ricostruito dallo studio dei siti web di alcune fattispecie che oggi sono quelle più attive e innovative del panorama. In sintesi:

- Le prestazioni più ricorrenti sono: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri, assistenza domiciliare, terapie e, frequentemente anche odontoiatria, più raramente long term care. Ad eccezione delle prestazioni di sanità pubblica caratteristiche del SSN, tutte quelle previste dai LEA (Livelli essenziali di assistenza) sono contemplate in tutto in parte dai terzi paganti privati.
- Esistono fattispecie che offrono tutta la gamma delle prestazioni, mentre altre differenziano l'offerta. Si può infatti scegliere tra coperture complete e parziali che ovviamente hanno un prezzo diverso
- Quasi tutte le fattispecie applicano tetti e franchigie o altre forme di compartecipazione, generalizzate o secondo la specificità delle prestazioni. Una quota di spesa rimane cioè a carico dell'assistito. Per chi è dunque assicurato rimane una quota di outofpocket al pari chi non è assicurato, seppur in misura minore.
- Sono presenti nei Regolamenti o nei contratti che disciplinano i comportamenti degli assicurati e degli enti che assicurano, limitazioni di vario tipo secondo l'età dell'assistito, le malattie pregresse e simili
- La maggior parte dei terzi paganti si avvale di un sistema di produzione composto da operatori e strutture convenzionate che svolge varie funzioni. Permette all'assistito di indirizzarsi verso erogatori preselezionati i quali però debbo seguire il codice di comportamento stabilito nella convenzione. Nei casi più evoluti i terzi paganti hanno precostituito un mini sistema sanitario che contempla centinaia di operatori su tutto il territorio nazionale mini sistemi simili a quelli da molto tempo operanti negli Stati Uniti nella forma degli HMO, Health Maintenance Organizations e PPP, Preferred provider organization). Per certi versi i microsistemi messi in opera somigliano a quelli delle ASL: hanno medici, strutture extraospedaliere, ospedali ed altri servizi operanti per la popolazione del territorio (cui però possono accedere, stante l'appartenenza al SSN, anche i cittadini di altri territori).
- Operare attraverso reti di erogatori e, cioè, l'aver costituito microsistemi sanitari è una novità cui è attribuibile in larga parte il "successo" delle imprese che li hanno costituiti (vedi gli esempi di Unisalute e RBM sopra menzionati e illustrati). L'aspetto caratterizzante è la contrattualizzazione

tipo convenzionamento che regola il rapporto tra i terzi paganti e gli erogatori di servizi. Quest'aspetto è abbastanza diffuso, anche dai fondi integrativi e dalle società mutue.

- Quasi tutti (anche se operano in rete) mantengono lo strumento del rimborso, se l'assistito si è curato presso un operatore non facente parte della rete. Il rimborso non coincide di necessità e sempre con la spesa dell'assistito. Questo fenomeno crea la possibilità che gli assistiti che possono aver aderito ad un fondo integrativo abbandonando la modalità outofpocket della spesa, si trovano in finale a continuare a pagarne una quota outofpocket
- Tutti i terzi paganti ricorrono al controllo di gestione o a meccanismi analoghi di controllo dei costi al fine di garantirsi un equilibrio di bilancio. Per le imprese di assicurazione, l'equilibrio viene a sua volta garantito dall'esistenza per legge di riserve matematiche e di valutazione del rischio
- Sovraintende all'operatività dell'Ente un organismo di governance che può prendere la forma di un consiglio di amministrazione. Lo Statuto e il Regolamento sono le basi della governance e dell'operatività.
- Tutti hanno costi di gestione, Una quota interessante riguarda la remunerazione dei membri che hanno funzioni di rappresentanza e di governo.
- A seconda della fattispecie, i terzi paganti sono iscritti presso le Camere di Commercio e depositano i bilanci, oppure sono iscritti presso gli organi di controllo rappresentati dal Ministero della Salute (fondi sanitari) e dal Ministero dello sviluppo economico (cooperative e società di mutuo soccorso).

Una novità di non poco conto consiste nella comparsa sul mercato dell'offerta di società di gestione (third party administrators) che non offrono direttamente contratti o polizze di assistenza, non svolgono, cioè, la funzione di terzi paganti, ma operano nella gestione della casistica: contatto con l'assistito, contatto con gli erogatori, indirizzamento, effettuazione di rimborsi e controlli di vario tipo. Altra simile novità riguarda la comparsa di società che operano, invece, a monte, e, cioè, mettono a punto pacchetti per utenze collettive (ad esempio, i dipendenti delle aziende), analisi dei rischi, definizione dei premi, del livello dei rimborsi e via dicendo. Le aziende che vogliono offrire (sulla base dei contratti di lavoro o meno) ai dipendenti benefici sanitari usufruendo della copertura data dalla legislazione fiscale e del welfare aziendale, trovano in queste società tutti gli elementi per passare all'operatività senza inoltrarsi in pratiche esterne alla loro competenza di mercato. Promozione e gestione, quindi, rappresentano territori di business e un'incentivazione all'espansione dei terzi paganti e, in ultima analisi, del welfare privato. Tali funzioni riguardano non solo società e imprese che hanno questo ruolo come ragione fondante del loro business, alcune peraltro di grande fama e estrazione internazionale, ma anche grandi imprese del settore assicurativo (che trovano vantaggio in queste iniziative che contribuiscono alla crescita del business assicurativo primario) e i grandi fondi integrativi che mettono così a frutto la loro collaudata esperienza di mercato.

Una survey su un campione di terzi paganti e di società di servizi avrebbe permesso di dettagliare ed articolare la descrizione degli aspetti suddetti.

3. Il numero dei terzi paganti

Gli eventi, le iniziative, la pubblicistica e i media degli ultimi anni veicolano notizie il cui messaggio centrale assomma a questo: il complesso dei terzi paganti di tutte le fattispecie ha raggiunto oggi dimensioni rilevanti al pari del numero degli assicurati, e così la dimensione delle risorse economiche che essi assorbono e veicolano verso il mondo della produzione. La crescita non è solo dovuta all'accresciuto interesse dei cittadini (la domanda), ma è incoraggiata ed incentivata dall'operatore pubblico attraverso nuovi benefici fiscali che vanno ad aggiungersi a quelli tradizionali degli oneri deducibili e delle detrazioni fiscali. Le nuove disposizioni sul "welfare aziendale" favoriscono questi processi e introducono le premesse affinché a tutto il mondo del lavoro dipendente privato (e di quello pubblico che procede a rilento e in ritardo rispetto al primo) si possano estendere i benefici della sanità integrativa. Questi sviluppi sono per lo più visti con favore e accreditati dalla pubblicistica riconducibile a settori della ricerca, in quanto sono il veicolo per raggiungere tre obiettivi allo stesso tempo: raccogliere risorse economiche che lo Stato non ha, liberare spazi e risorse per riformare la copertura pubblica date le sfide che pongono la demografia e l'epidemiologia e soddisfare i cittadini.

In letteratura, ovvero nell'alveo della ricerca scientifica in materia, il tema è studiato e dibattuto e, soprattutto, risulta più problematico rispetto ad una molteplicità di profili che riguardano il livello di efficacia e efficienza della coesistenza di due sottosistemi, quello pubblico e quello privato.

Per condurre un'analisi adeguata a tutto campo occorrerebbero basi dati complete ed affidabili, raccolte dati su tematiche e profili analitici importanti ma non investigati e un programma di ricerca dotato di risorse e di tempi adeguati di lavoro. In questa sezione del Rapporto si tenterà di delineare un profilo quantitativo sugli aspetti dimensionali del welfare privato, ricorrendo ai dati che esistono e che sono disponibili, alcuni (parzialmente) pronti all'uso ed altri elaborati ai fini di questo Rapporto. Particolare attenzione verrà posta all'utilizzo di dati che siano attendibili, data la fonte di produzione e i metodi di raccolta utilizzati.

3.1 Quanti sono i terzi paganti che offrono coperture assicurative private?

Si distingue tra imprese di assicurazione e settore non profit comprendente i fondi sanitari (autogestiti e no), le casse, le società di mutuo soccorso e il welfare aziendale nelle sue fattispecie o modalità.

La tabella 1 mostra che circa 30 imprese di assicurazione raccolgono la (quasi) totalità dei premi delle assicurazioni sanitarie, polizze malattia o ramo IV nello specifico. Questo livello di concentrazione è costante nel tempo; lo si osserva nel 2005 e nel 2015. Cambia invece la gerarchia delle imprese e la loro composizione in termini di premi e incidenza sul totale del settore. Alcune imprese mantengono posizioni di primato Generali, Unipol, Allianz, Reale mutua), alcune si qualificano come nuovi attori e/ assumono nuove denominazioni (RBM salute), la maggior parte rimangono sul mercato con quote relativamente basse di premi ed altre ancora escono dal mercato.

Nel 2015 quasi l'80% dei premi è stato raccolto da sole cinque imprese; tra queste RBM salute si posiziona al terzo posto con una raccolta premi che incide per quasi il 15% sul totale del settore.

Tab. 1 Premi del settore salute 2005-2015

2005				2010				2015			
Imprese	Premi	Variazione 2005/2004	% sul totale premi	Imprese	Premi	Variazione 2010/2009	% sul totale premi	Imprese	Premi	Variazione 2014/2015	% sul totale premi
GENERALI	459.467	9,4	26,77	GENERALI	726.450	1,8	33,13	GENERALI	540.904	-3,2	25,25
FONDIARIA-SAI	224.452	5,1	13,08	UGF	332.936	2,7	15,18	Unipol	526.334	1,5	24,57
ALLIANZ	205.618	5,8	11,98	Fondiaria	242.964	0,5	11,08	RBM	319.260	22	14,9
UNIPOL	194.178	5,9	11,31	Allianz	170.835	-8,3	7,79	Allianz	195.961	4	9,15
REALE Mutua	94.555	5,8	5,51	Cattolica	107.170	-6,4	4,89	REALE MUTUA	107.238	5,6	5,01
TORO	75.468	1,8	4,4	REALE Mutua	92.440	11,9	4,22	AXA ITALIA	74.758	19,7	3,49
ZURICH	59.493	-6,4	3,47	AXA	62.777	-1,1	2,86	CATTOLICA	68.184	-9,4	3,18
CATTOLICA	58.212	12,9	3,39	AVIVA	55.445	31	2,53	CARGEAS	46.477	-3	2,17
Unionvita	52.757	71,2	3,07	Eurizon Vita	48.515	-6,2	2,21	Intesa Sanpaolo	36.295	31,2	1,69
AXA	52.538	0,9	3,06	UBI	45.496	13	2,07	Uniqua Italia	34.965	-2,5	1,63
UNIQA	34.212	4,4	1,99	DKV	37.015	41,5	1,69	AVIVA	28.417	4,3	1,33
BANCHE popolari	34.018	46	1,98	Uniqua	34.138	-0,5	1,56	MEDIOLANUM	21.944	8,7	1,02
Filo DIRETTO	18.924	1,5	1,1	GROUPAMA	32.110	66,8	1,46	GROUPAMA	20.236	3,4	0,94
AIP	18.289	11	1,07	Alico	28.096	16,5	1,28	FILO Diretto	16.752	9,7	0,78
Cardif	16.249	21,6	0,95	MEMO (fuori media)	25.686	971,6	1,17	Vittoria	12.357	3,8	0,58
ERGO	15.082	34,5	0,88	FILO Diretto	18.398	47,7	0,84	Itas	11.831	6,8	0,55
Padana	9.812	3,1	0,57	AXA-MPS	16.881	-24	0,77	Assimoco	10.663	13,8	0,5
ASSIMOCO	8.736	42,7	0,51	HELVETIA	12.839	5,7	0,59	HELVETIA	8.625	-2	0,4
Groupama	8.393	2,2	0,49	CARDIF	11.998	-20,2	0,55	Credem	7.913	5,2	0,37
Vittoria	8.001	1,9	0,47	Sara	10.457	-7,9	0,48	Agricole	7.715	12	0,36
ITAS	7.699	7,7	0,45	Vittoria	10.125	8,6	0,46	Sara	7.606	-2,7	0,35
Carige	7.261	34,1	0,42	Itas	9.906	5,6	0,45	Poste Vita	7.456	-6,2	0,35
MONTE Paschi S.	7.068	56,4	0,41	Carige	7.439	-11,1	0,34	Bipiemme	7.452	7,1	0,35
SARA	7.018	3,9	0,41	ASSIMOCO	7.232	7,8	0,33	Amissima	4.262	-3,3	0,2
ASSICURAZIONI	6.197	72,1	0,36	MEDIOLANUM	6.892	-7,5	0,31	RI.FIN	3.802	23	0,18
HELVETIA	5.258	2,7	0,31	Credem	5.898	27,5	0,27	HDI	3.247	-7	0,15
AVIVA	5.158	13,9	0,3	VERSICHERUNGSGRUPPE	4.768	-3,6	0,22	ARISCOM	2.804	38	0,13
Mediolanum	4.430	-6	0,26	HDI	4.686	-13,4	0,21	BNP	2.682	-26,1	0,13
Centrovita	4.066	33,6	0,24	CENTROVITA	4.457	-43,6	0,2	VERSICHERUNGSGRUPPE	2.542	-19,2	0,12
ARCA	3.750	13	0,22	CHIARA	3.403	0,9	0,16	CBA	1.452	-12,6	0,07
Totale	1.706.359	17,09	99,43	Totale	2.177.452	4,7	99,3	Totale	2.140.134	4,1	99,9

Fonte Elaborazione Piperno (2017) su dati Ania, Premi del lavoro diretto, vari anni

Nel 2010 e nel 2005 le prime cinque imprese totalizzavano un totale premi intorno al 70%; appare quindi aumentato il livello di concentrazione.

Accanto a questi dati di struttura sono osservabili, però, alcuni aspetti degni di nota. Le Generali mantengono il primo posto in tutto il periodo, ma l'incidenza della quota di premi rimane costante, nonostante la comparsa di nuovi attori, ad esempio RBM con una quota di mercato del 14,9% e la forte crescita della quota Unipol al 24,5 nel 2015.

I cambiamenti nelle posizioni di mercato sono da ricondursi alle innovazioni di prodotto, di marketing e di modalità operative che le suddette imprese hanno adottato negli ultimi anni e che hanno (e non) in minima parte toccato il resto delle imprese. Generali, Unisalute e RBM salute sponsorizzano iniziative pubbliche di grande visibilità e in queste occasioni presentano documenti che illustrano lo stato del mercato e il ruolo positivo che il comparto svolge ed è intenzionato a svolgere su maggiore scala nel futuro prossimo.

Il settore delle imprese di assicurazione è, tra i terzi paganti, quello che offre maggiori profili ed elementi quantitativi di conoscenza. Le imprese di assicurazione presentano bilanci, appartengono ad un'Associazione (Ania) che produce statistiche e sono sottoposte alla vigilanza di un'Authority (Ivass).

3.2 Quanti sono i fondi, le casse mutue e le società di mutuo soccorso

Questo settore non ha un punto o centro di riferimento pari a quello delle imprese di assicurazione. Per sapere quanti sono gli enti e i soggetti che si qualificano come fondi, casse e società di mutuo soccorso, quale sia la loro natura specifica e tutti gli altri elementi che ne caratterizzano l'operatività (ad es. i bilanci) occorre rifarsi a una pluralità di fonti.

Una prima parziale ma essenziale fonte è rappresentata dall'Anagrafe dei fondi sanitari istituita presso il Ministero della salute. La tabella 2 riporta i dati del Ministero della salute. Nel 2015 si contano 305 fondi iscritti all'anagrafe, di cui 297 classificabili come Tipo A e 8 come tipo B. I secondi sono i cosiddetti "fondi sanitari integrativi del SSN" (ex art. 9 dei Decreti legislativi 502/1992 e 299/1999)) e quelli ti tipo A sono invece le fattispecie ex art. 51 del DPR 917 del 1986 riconducibili a "Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali".

I fondi integrativi del SSN (denominati inizialmente anche fondi doc, stante la loro conformità all'obiettivo dell'integrazione della copertura del SSN, in base a cui sono stati istituiti, nello specifico quello di "potenziare l'erogazione dei trattamenti e delle prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza") per essere classificati come tali, non debbono praticare strategie di selezione degli assicurati, possono essere costituiti da contratti e accordi di vario tipo e debbono garantire solo le prestazioni aggiuntive del SSN inclusa l'assistenza odontoiatrica esclusa dal SSN, i ticket, le cure termali, le prestazioni sociosanitarie residenziali e, successivamente aggiunte, le prestazioni relative al recupero di disabilità e infortuni non presenti nella copertura pubblica. Il secondo tipo di fondi (enti, casse e società di mutuo soccorso) hanno, per così dire, libertà di azione in merito alla natura delle prestazione scelte come copertura degli assistiti. La distinzione tra fondi doc e non doc era, apparentemente, stata superata nel 2008, ma a seguito di ulteriori chiarimenti e disposizioni da parte del Ministero della salute, cui si è attenuta la disciplina fiscale in ordine al trattamento da riservare ai contributi versati ai fondi, non è tal: quelli doc si differenziano dagli altri tanto in quanto debbono erogare prestazioni escluse dai livelli uniformi di assistenza del SSN.

Tab. 2 Statistiche dell'anagrafe dei fondi sanitari, riportate da Itinerari previdenziali

Anno	Fondi			Numero di iscritti							Dimensione delle risorse		
	tipo A	tipo B	Totale	lavoratori dipendenti	lavoratori autonomi	famigliari lavoratori dipendenti	famigliari lavoratori non dipendenti	totale lavoratori	totale famigliari	Totale iscritti	Ammontare generale tipologia B	Ammontare parziale tipologia B	Totale risorse tipologia A
2013	4	286	290	4.734.681	539.864	1.373.444	266.195	5.274.545	1.639.639	6.914.184	2.112.122.993	690.892.884	51.013
2014	7	293	300	5.141.223	565.199	1.563.015	224.387	5.706.422	1.787.402	7.493.824	2.159.808.946	682.448.936	77.051
2015	8	297	305	6.423.462	535.893	1.862.206	332.931	6.959.355	2.195.137	9.154.492	2.242.215.085	694.092.879	1.242.145

Fonte Elaborazione Piperno (2017) su dati dell'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della salute forniti da Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio II, in data 31 maggio 2017

La tipologia dei fondi doc, coerentemente integrativa, sembra non aver riscosso successo stante l'esiguità della dimensione raggiunta. Gli Enti, le casse e le società di mutuo soccorso rappresentano dunque la stragrande maggioranza delle istituzioni censiste dall'Anagrafe dei fondi. Si nota che l'incremento registratosi nel 2015 è inferiore a quelli dell'anno precedente. E presumibile che oggi i fondi che volevano e dovevano iscriversi lo abbiano già fatto e questo potrebbe spiegare il relativo lento incremento dell'ultimo biennio. Allo stesso tempo, si può invece legittimamente suppore che dato il fermento registrato almeno in termini di esposizione mediatica del settore, la platea dei fondi esistenti o candidati ad iscriversi sia più alta della soglia dei 305. Ai fini di un più esaustivo conteggio, solo l'Anagrafe dei fondi può fornire informazioni di dettagli, utili anche per un monitoraggio pubblico dello sviluppo di questo che si appresta e si candida a svolgere il ruolo del secondo pilastro del sistema sanitario italiano.

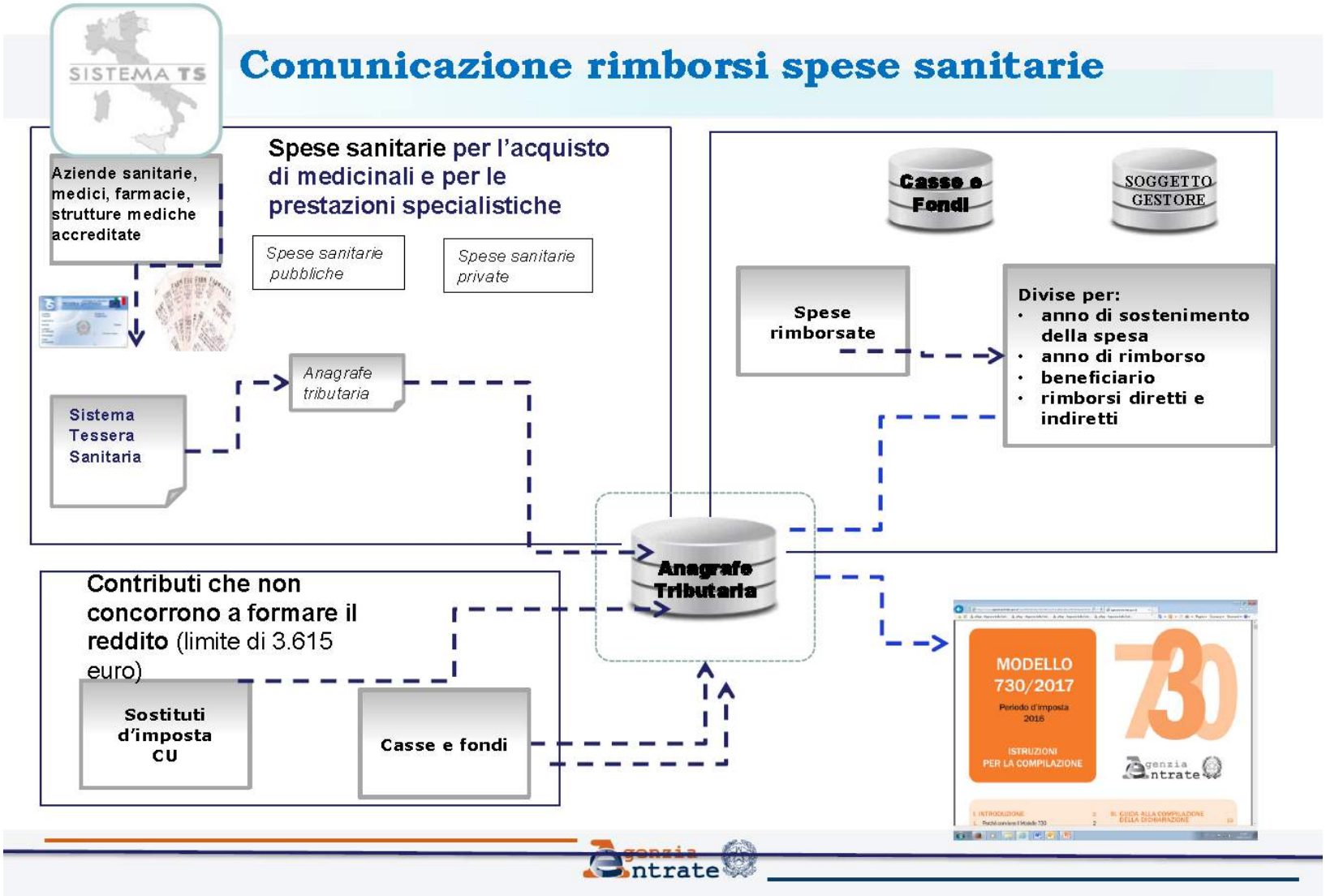
Si può ipotizzare che i fondi iscritti all'Anagrafe siano la totalità degli enti operanti in Italia secondo tutte le fattispecie definite e definibili come fondi, casse, società di mutuo soccorso e altri del tipo C, ex Agenzia delle Entrate oppure no, almeno in una limitata misura ? Presumibilmente no, sia perché l'iscrizione all'Anagrafe dei fonti tipo A e B non sembra essere in ogni caso obbligatoria, sia perché l'Agenzia delle Entrate, disponendo in ordine ai soggetti che debbono comunicare i dati dei rimborsi delle spese sanitarie, cita oltre ai fondi doc e non doc, anche "altri fondi comunque denominati", implicitamente afferma che esistono nei fatti altre fattispecie o assetti operativi che, al pari dei fondi debbono sottostare ad obblighi di comunicazione dei dati all'Agenzia delle Entrate.

I dati dell'Agenzia delle Entrate, quando saranno disponibili per consultazione ed elaborazione nella loro completezza, riporteranno informazioni più puntuali e preziose, oggi, invece, solo parzialmente note in base alle comunicazioni fornite in occasione di convegni ed eventi recenti.

Nello specifico, le informazioni in prospettiva disponibili riguarderanno la denominazione dei fondi, la numerosità distinta per tipo A, B o C, la residenza e l'email del fondo, la tipologia dei rimborsi secondo il tipo di prestazione, l' importo della spesa e quello del rimborso, i dati di chi ha ricevuto il rimborso. Tali informazioni sono raccolte dall'Agenzia ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata. Insomma, un insieme di informazioni che permetterebbero elaborazioni complete e di grande importanza per la valutazione di molti profili operativi.

Il grafico seguente presentato ad un Convegno di studi illustra la struttura e i flussi informativi che da più fonti convergeranno nell'Anagrafe tributaria per tutta la materia riguardante le spese sanitarie. Importanti al riguardo sono soprattutto i dati dei sostituti di imposta, delle casse e dei fondi relativamente a contributi esenti reddito e i dati sulle spese rimborsate.

Al momento, sulla base dei dati disponibili, ci si limita ad avanzare l'ipotesi che il numero dei terzi paganti, fondi, casse e società di mutuo soccorso - termine ormai non più esauriente per captare la differenziazione della specie avvenuta negli ultimi anni - e altri "assetti" che svolgono analoghe funzioni, sia già oggi superiore a quello osservato.


SISTEMA TS
Comunicazione rimborsi spese sanitarie
Aziende sanitarie, medici, farmacie, strutture mediche accreditate
Spese sanitarie per l'acquisto di medicinali e per le prestazioni specialistiche
Spese sanitarie pubbliche
Spese sanitarie private
Anagrafe tributaria
Sistema Tessera Sanitaria
Casse e Fondi
SOGGETTO GESTORE
Spese rimborsate
Divise per:
• anno di sostenimento della spesa
• anno di rimborso
• beneficiario
• rimborsi diretti e indiretti
Anagrafe Tributaria
Contributi che non concorrono a formare il reddito (limite di 3.615 euro)
Sostituti d'imposta CU
Casse e fondi
MODELLO 730/2017
Periodo d'imposta 2016
ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE
730
Agenzia Entrate

Nello specifico, si può fornire una limitata e prudenziale base a questa valutazione facendo riferimento alle seguenti fonti addizionali (gentilmente predisposte e fornite ai fini del presente progetto di ricerca dal Mef tramite l'Agenzia delle Entrate).

Il modello della Certificazione Unica dell'Agenzia delle Entrate (il 730) rileva dati relativi al sostituto di imposta (datore di lavoro, ente pensionistico o altro sostituto) e una sezione denominata "Oneri deducibili". In questa, il sostituto deve indicare relativamente al contribuente, i contributi (dedotti se entro i 3.615 euro e non dedotti se oltre la precedente soglia) versati per assistenza sanitaria a enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali ex art. 51 del TUIR. Il sostituto deve inoltre dichiarare (barrando un'apposita casella del modello) se trattasi di assicurazioni sanitarie stipulate dal sostituto di imposta, oppure pagate dallo stesso con o senza trattenuta a carico del sostituto.

Tab. 4 numero dei sostituti d'imposta in presenza di assicurazioni sanitarie e di persone che hanno usufruito degli oneri deducibili .

Indicatore	Anno imposta 2015 - modello CU					
	in presenza di assicurazioni sanitarie			in assenza di assicurazioni sanitarie		
	Numero	Ammontare	Media	Numero	Ammontare	Media
Contributi enti assistenziali dedotti	26.591	20.503.819	771,08	5.129.686	1.805.772.794	352,02
Contributi enti assistenziali non dedotti	1.961	1.897.035	967,38	102.820	67.680.161	658,24
Oneri deducibili - codice 6	13	11.343	872,54	3.796	2.070.513	545,45
Numero sostituti di imposta con presenza di assicurazioni sanitarie	2.501					
Indicatore	Anno di imposta 2014 - modello 770					
	in presenza di assicurazioni sanitarie			in assenza di assicurazioni sanitarie		
	Numero	Ammontare	Media	Numero	Ammontare	Media
Contributi Enti assistenziali non dedotti	1.773	1.691.510	954,04	111.323	65.210.321	585,78
Numero sostituti di imposta con presenza di assicurazioni sanitarie	2.292					

Fonte: Dati forniti dal Ministero dell'economa e delle finanze, aprile 2017.

Da un'elaborazione gentilmente fornita dal Mef, si deduce che il numero dei sostituti in presenza di assicurazioni sanitarie era pari nel 2015 a 2.501 rispetto ai 2.292 del 2014 (incremento del 9,1%), mentre il numero totale delle persone che hanno usufruito degli oneri deducibili era nel 2015 di 5.261.058.

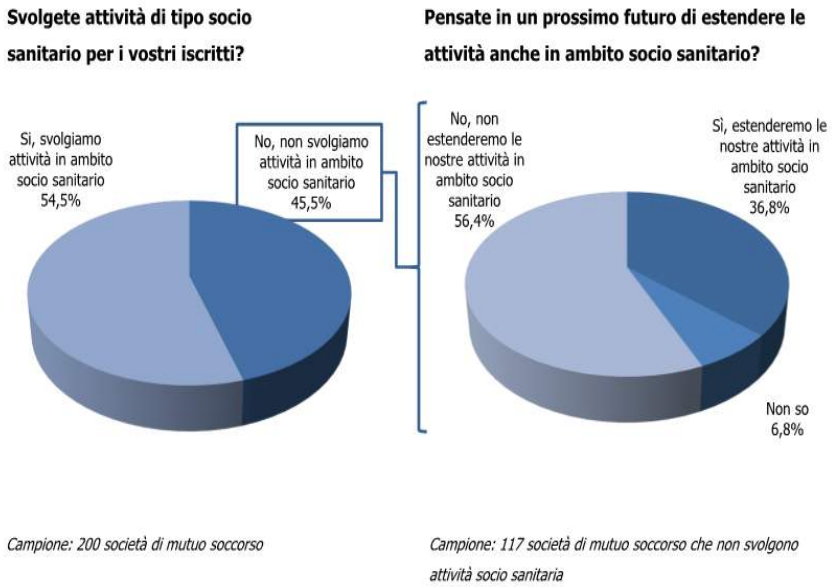
I dati ricavabili dai sostituti di imposta (sopra descritti) e quelli potenzialmente ricavabili dai fondi di vario tipo relativamente ai rimborsi delle spese sanitarie (non disponibili al momento) sono di per sé stessi sufficienti a far emergere il sospetto che il settore degli Enti terzi paganti no profit in senso lato non si esaurisca nei 305 cosiddetti integrativi contabilizzati nell'Anagrafe del Ministero della salute per il 2015.

Analoghe considerazioni possono essere svolte ricorrendo ad altri dati riguardanti le società di mutuo soccorso e le mutue.

Tab. 5 Società di mutuo soccorso di assistenza sanitaria iscritte nel Registro del Ministero del lavoro

COMIPA FONDO MUTUASALUS - S. M . S.	LAZIO	2016
E.M.A.S. ENTE MUTUO DI ASSISTENZA SANITARIA DI PARMA - SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO	EMILIA ROMAGNA	2015
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO - SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO	LAZIO	2015
SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO A.S.I. ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA	LOMBARDIA	2015
SALUTEMIA SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI	LAZIO	2015
CRAMAS - MUTUA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA TRA I SOCI E I DIPENDENTI DEL SISTEMA FEDERCASSE	LAZIO	2014
FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE - SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO	VENETO	2014
MUTUA NUOVA SANITA'	EMILIA ROMAGNA	2014
SOCIETA' SANITARIA COMENSE DI MUTUO SOCCORSO - SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO	LOMBARDIA	2014
SOCIETA' SANITARIA DI MUTUO SOCCORSO	PIEMONTE	2014
MEDI' SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO	VENETO	2014
INSIEME SALUTE - SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO	LOMBARDIA	2014
INSIEME SALUTE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO	LAZIO	2014
INSIEME SALUTE TOSCANA SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO	TOSCANA	2014
M.A.S. MUTUA ASSISTENZA SANITARIA - SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO	CAMPANIA	2013
AGLEA SALUS - SOCIETA' GENERALE DI MUTUO SOCCORSO	LAZIO	2013
FO.C.A.S. - FONDO COOPERAZIONE ASSISTENZA SANITARIA - SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO	VENETO	2005

Nell'Albo delle società cooperative gestito presso il Ministero dello sviluppo economico sono iscritte anche quelle a mutualità prevalente e dal 2013 le società di mutuo soccorso. L'Albo ne contempla ad oggi 114.388. Quelle classificate come società di mutuo soccorso sono 313 e quelle operanti nell'assistenza sanitaria in base alla loro denominazione sono 33.



Le mutue aderenti alla Fimiv (Federazione italiana della mutualità volontaria) sono 24, di cui 9 aderiscono al Consorzio Mu.Sa (un Consorzio cui aderiscono mutue che hanno esperienza operativa e che riscuotono successo presso gli aderenti) ed operano su tutto il territorio nazionale. Quelle più

importanti dovrebbero comparire nell'Anagrafe dei fondi, ma altre, forse quelle che non operano a livello nazionale, no. Sarebbe importante che il Ministero della salute, nel ruolo di Autorità che sovraintende all'Anagrafe, rendesse possibile reperire i suoi dati attraverso semplici interrogazioni del sito web per permettere elaborazioni, analisi conoscitive e verifiche sull'identità degli Enti iscritti.

L'Osservatorio dell'Isnet, Associazione nata nel 2007 per sostenere lo sviluppo dell'impresa sociale, ha enumerato 504 società di mutuo soccorso attive. Da un'indagine campionaria su 200 società di mutuo soccorso risulta che solo il 3,5% opera in più Regioni o in tutto il territorio nazionale, mentre l'86,5% opera a livello provinciale. Il 54,5% dichiara di essere attivo nel settore sanitario,

La Relazione annuale della Covip, Autorità di controllo dei fondi pensione (Comunicazione del 9 giugno 2016), nella sezione denominata " Assistenza sanitaria integrativa nel welfare allargato, afferma che "Il settore si mostra in costante crescita, operandovi oltre 500 enti, con caratteristiche profondamente diversificate, che gestiscono annualmente circa 4 miliardi di euro di risorse su 30 miliardi di spesa sanitaria privata, relativa a più di 6 milioni di iscritti e 10 milioni di assistiti ".

3.3 Qual è la dimensione del welfare aziendale

Il welfare aziendale non è propriamente una fattispecie di terzo pagante. Riguarda le iniziative che intraprendono le imprese in molte aree di interesse sociale, famigliare e personale riconducibili al benessere dei lavoratori e delle loro famiglie e tra queste quelle del settore dell'assistenza sanitaria. Le imprese possono operare in più modi per mettere in opera iniziative di welfare: iscrivere i lavoratori e le famiglie in fondi sanitari e casse sanitarie esistenti, dar vita a fondi o casse autogestiti o dati in gestione a altre imprese che operano nei servizi di gestione di tipo assicurativo, oppure acquisire per essi polizze collettive di malattia dalle assicurazioni commerciali, oppure pagare o rimborsare esse stesse le spese sanitarie sostenute dai dipendenti e dai famigliari. Un qualche dato lo si ricava dalla tabella 4 dei sostituti di imposta.

Sotto il profilo statistico generale, però, sarebbe essenziale conoscere quali e quante iniziative sono riconducibili alle imprese (e alle loro associazioni), quali e quante preesistono allo sviluppo impresso al settore a seguito dell'aumento degli incentivi fiscali dell'ultimo paio di anni e quali e quante di queste sono nuove ovvero recenti. E, infine, quali e quante sono iscritte all'Anagrafe dei fondi oppure sono rintracciabili nelle statistiche del complesso assicurativo e, come prima detto, nei sostituti di imposta se fosse possibile analizzare i dati in modo esauriente e dettagliato.

Qualche informazione si può ricostruire per merito di alcune iniziative e indagini recentemente promosse e comunicate in eventi, convegni e nei media. Dato che l'origine dell'informazione (fino a quando non nascerà un archivio nazionale unitario) sta nelle imprese che hanno dato vita a iniziative di welfare aziendale, importanti sono i sondaggi sulle imprese svolti per raccolte informazioni in materia.

Settore delle medie e piccole imprese. Il Rapporto Welfare Index PMI del 2017 riporta i risultati di un sondaggio su un campione di 3.422 imprese con un numero di addetti tra 6 e 250, il settore, cioè delle piccole - medie imprese. I risultati del sondaggio sono molto interessanti. Da questi risulta che il 46% delle imprese ha fatto ricorso a polizze assicurative e il 34,8% all'implementazione di modalità di sanità integrativa. Interessante notare che: (a) nel caso delle polizze malattia, il fondamento della stipula è per il 63,4% riconducibile all'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro, il 7,9% ai

contratti integrativi aziendali e il 28,7% a iniziative unilaterali delle imprese; (b) nel caso della sanità integrativa la ripartizione è del 76,7% riconducibile ai contratti nazionali, il 7,4% a quelli aziendali e il 15,9% a iniziative autonome delle imprese.

Settore delle grandi imprese. Un rapporto del Cergas sul welfare contrattuale (2014) ha analizzato il settore delle imprese oltre i 250 addetti attraverso un sondaggio a 300 imprese e attraverso l'analisi di 30 Bilanci sociali, 12 contratti di lavoro e altri 13 documenti. Essendo le gradi imprese circa 3.871, il campione si aggira intorno al 10% dell'universo. Risulta che l'86% delle imprese del campione ha in corso attività di welfare aziendale, di cui il 43,9% attività di sanità integrativa.

In conclusione, considerando il numero di imprese di assicurazione che forniscono polizze, individuali e collettive, il numero dei fondi e delle casse, le società di mutuo soccorso e tutte le iniziative riconducibili al welfare aziendale, (realizzato a sua volta attraverso assetti organizzativi riconducibili ai fondi di vario tipo e ad iniziative autonome dei datori di lavoro), il numero degli attori che svolgono funzioni di terzo pagante sembra aver raggiunto dimensioni cospicue e un livello di differenziazione non trascurabile.

Aggiungendo che anche nel settore della pubblica amministrazione (a livello centrale e locale) già esistono assetti di welfare aziendale ed altri di grandi proporzioni sono in gestazione (ad esempio, il fondo dei dipendenti del gruppo delle poste italiane e le attese derivanti dagli annunci fatti in materia a proposito del rinnovo dei contratti nel pubblico impiego) si arriva alla conclusione che, visto il fenomeno dal solo punto di vista degli enti che svolgono funzioni di tipo assicurativo, il secondo pilastro appare aver raggiunto un punto di maturità. Non si può non menzionare che anche il settore pubblico mette in atto misure e benefici volti al benessere dei dipendenti e, tra questi, anche quelli del settore sanitario. Una testimonianza di ciò si trova nel Conto Annuale del Tesoro ove sono riportati i dati sulla dimensione, le caratteristiche e le spese per il pubblico impiego. E' noto, inoltre, che sia in corso anche un processo per prevedere per il pubblico impiego analoghe prerogative che in questa materia hanno finora riguardato i lavoratori privati.

4. Quanti sono gli assicurati/assistibili dei terzi paganti ?

Ricostruire quanti sono gli assicurati/assistibili (iscritti principali e eventuali famigliari) è assai complesso, parimenti se non di più rispetto al tentativo sopra fatto della stima del numero dei terzi paganti. Soprattutto, laddove i dati esistono e sono diffusi, non sono sempre aggiornati e non appaiono omogenei dal punto di vista delle regole e dei metodi di conteggio. Le cause, al pari di quelle riscontrate per enumerare i terzi paganti, sono riconducibili al fatto che non esiste un punto di riferimento complessivo unico, ove convergano i dati di tutti i terzi paganti. Le fattispecie sono varie e ognuna, per così dire, fa per sé. Stante questa lacuna, vengono in soccorso i dati di indagini campionarie, non necessariamente effettuate per studiare il fenomeno che qui interessa, ma che contengono dati relativi al tema dei terzi paganti in sanità.

In questo Rapporto ricorreremmo, in primo luogo, ai dati di tipo contabile prodotti da enti ed istituzioni pubbliche e private che hanno competenza, diretta ed indiretta, sulla materia. A pubblicazioni di enti, associazioni, imprese che hanno fatto uso di questi dati e che hanno, quindi, il merito di averli divulgati in rapporti e in occasione di eventi e convegni. Faremo poi uso di dati campionari finora non esplorati ed elaborati, relativi ad indagini nazionali (di più anni) condotte da istituzioni ed istituti che offrono garanzie di validità ed attendibilità. Questo tipo di dati permette di descrivere aspetti e profili non noti, attraverso l'elaborazione dei database opportunamente reperiti, trattati e studiati.

Questo tipo di dati permetterà di argomentare circa la validità e l'attendibilità di quelli che scaturiscono dalle fonti del primo tipo e di poter argomentare intorno a quella che può ritenersi una ragionevole stima dello stato vigente della situazione. Non si può tacere un'importante premessa: quando si ha a che fare con "numeri" che, peraltro, entrano nel dibattito politico, occorre sempre chiedersi da dove vengono e come sono stati ottenuti. La garanzia dei metodi utilizzati è una garanzia della validità e dell'attendibilità dei dati.

In sostanza, è importante distinguere tra fonti primarie, ovvero, fonti che producono dati, sia di tipo censuario che tramite indagini campionarie, ivi incluse le fonti internazionali che si avvalgono delle fonti primarie anche se con proprie specificazioni e stime, e fonti secondarie, cioè studi, rapporti, elaborazioni che riportano ricorrono ai dati resi disponibili dalle fonti primarie,

4.1 Fonti primarie

Un primo riferimento quantitativo di misurazione delle persone che godono di una copertura sanitaria da parte di terzi paganti è quello offerto dalla già citata Anagrafe dei fondi sanitari integrativi.

Al 2015 il numero degli iscritti ai fondi (305) era pari a 9.154.492 (il dato è riportato nella tabella 2 del capitolo precedente), di cui il 76,0% sono rappresentati da lavoratori (cosiddetti iscritti principali) e il 24,0% dai famigliari (tab. 6).

Tab. 6 Composizione iscritti ai fondi e risorse

Anno	% iscritti principali su totale iscritti	% famigliari su totale iscritti	% autonomi su dipendenti	% famigliari su iscritti principali	Contributo per iscritto (euro)	% risorse dell'ammontare parziale su totale risorse
2013	76,3	23,7	13,2	31,1	305,5	32,7
2014	76,1	23,9	11,8	31,3	288,2	31,6
2015	76,0	24,0	10,5	31,5	245,1	31,0

Fonte Elaborazione Piperno (2017) su dati dell'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della salute, forniti da Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio II, in data 31 maggio 2017

La dimensione delle risorse dichiarate dai fondi iscritti nell'Anagrafe è pari nel 2015 a 2,24 miliardi di euro e 2,11 miliardi nel 2013 tab. 2). E' stabile la percentuale di risorse destinate alle prestazioni odontoiatriche e alla non autosufficienza (intorno al 30%). Non avendo i fondi obblighi di comunicazione al Ministero della salute dei dati di gestione, né quello di pubblicare i bilanci, non è possibile verificare se la percentuale del 30% è coerente con la configurazione quali - quantitativa delle prestazioni.

Al fine di stimare quello che potrebbe essere il numero degli assicurati fornito dall'Anagrafe dei fondi si è fatto ricorso ad altre fonti, alcune come l'Ania che forniscono dati da ritenersi oggettivi (stante che il computo deriva dalle statistiche che le imprese producono a partire dalle polizze, individuali e collettive) ed altre che forniscono dati campionari (indagini realizzate tramite sondaggi di Enti statistici pubblici, quali Istat e simili o di Istituti di ricerca accreditati) da ritenersi per la natura delle fonti e per i metodi utilizzati, validi ed attendibili. Si distingue a proposito tra fonti primarie, ovvero quelle derivanti da Enti e istituzioni che produco dati

Una seconda fonte primaria è quella delle imprese di assicurazione che contabilizzano la produzione del settore delle polizze malattia (e degli infortuni) delle singole imprese e del ramo malattia nel suo complesso (Associazione nazionale delle imprese di assicurazione). In una pubblicazione dell'Ania (Position Paper, 2015) del 2015 (Fondi sanitari, la necessità di un riordino) si riferisce che nel 2014 il numero delle famiglie assicurate con polizze malattia era pari a 1,5 milioni, cui si dovevano aggiungere 3 milioni di persone che avevano aderito a fondi integrativi convenzionarti con le imprese di assicurazione. Se si assume che per ogni famiglia il numero medio degli assicurati si collochi all'incirca tra 1,5 e 2,0, risulterebbe che il numero totale degli individui assicurati potrebbe arrivare a 2 - 3 milioni.

Una terza fonte primaria è quella fornita dall'Agenzia delle Entrate (vedi tab. 4 della sezione precedente). Le certificazioni uniche prodotte nel 2015 dai sostituti di imposta (pari a 2.501), riportano che il numero di soggetti a beneficio dei quali sono stati versati contributi da parte del sostituto a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, sono stati pari a 5.276.197.

Altre fonti primarie da cui si possono però trarre solo informazioni generali e indizi, ma non statistiche puntuali sul numero delle persone coperte da terzi paganti, sono quelle riconducibili al welfare aziendale privato e al welfare di "tipo aziendale per quanto riguarda il settore del lavoro pubblico. A fine 2016 risultavano depositati presso il Ministero del lavoro 17.318 contratti di lavoro aziendali e territoriali, di cui 3.445 prevedono misure di welfare aziendale. Quanti contratti contemplano misure di sanità integrativa e quante sono le persone coperte non è dato sapere dalle

informazioni ad oggi rese disponibili. A proposito della componente pubblica si citano, ad esempio, il fondo Sirio e l'istituendo Fondo delle Poste (vedi tabella 5 del capitolo precedente).

I dati delle fonti primarie citati sono appropriati per definire gli ordini generali di grandezza, il campo di variazione tra minimi e massimi, relativi alla numerosità degli assicurati.

Stando alle fonte primarie, il dato massimo degli assicurati nel 2015 sembra essere quello derivante dalla somma degli iscritti ai fondi registrati presso l'Anagrafe dei fondi (9.154.492) e degli assicurati con le imprese di assicurazione attraverso polizze malattia di 1.895.400 milioni circa(dato che 1.800.000 persone assicurate risulterebbero moltiplicando 1,5 milioni di famiglie assicurate per un numero oscillante tra 1,08 e 1,17, che è il numero medio di polizze per famiglia, secondo i dati dell'indagine sui bilanci delle famiglie della Banca d'Italia, anno di riferimento 2014) pari a un totale di 11.049.892 assicurati. I dati degli assicurati con i fondi, infatti, sono cumulabili con quelli degli individui detentori di polizze malattia, in quanto i due tipi di copertura sono indipendenti. Non lo sono quelli dei 3 milioni assicurati con le polizze collettive stipulate dalle imprese di assicurazione tramite convenzioni con i fondi sanitari, in quanto è ragionevole assumere che le persone coperte per questa via siano già comprese nel computo di quelle iscritte ai fondi. Il dato minimo è di circa 6 milioni ed è quello risultante dai dati fiscali che, però, riguardano solo le persone individuate tramite le dichiarazioni dei sostituti di imposta. Non è possibile computare il numero degli assicurati tramite strumenti di welfare aziendale pubblico e privato, dato che non esiste un archivio onnicomprensivo. Si conoscono dati parziali e indizi indiretti desumibili da fonti diverse da quelle primarie che si citeranno appresso.

4.2 Fonti secondarie

Le fonti di questo tipo considerate in questo Rapporto riguardano solo le indagini realizzate da istituzioni che danno affidamento sulla validità e l'attendibilità dei dati: soprattutto le indagini campionarie dell'Istat (Istat consumi delle famiglie e AVQ, Aspetti della vita quotidiana)) e, limitatamente l'indagine della Banca d'Italia sui bilanci di famiglia e l'indagine SHARE (salute, invecchiamento e pensione) relativa ad un sondaggio su 123.000 individui oltre i 50 anni, residenti in 27 paesi tra cui l'Italia e che fa capo a primarie istituzioni di ricerca europee con il finanziamento della Commissione europea, del Ministero della ricerca tedesco e del National Institute of Aging degli Stati Uniti.

Le statistiche di seguito riportate sono il risultato di un'elaborazione statistica eseguita ad hoc sui microdati, ovvero, sui database contenenti i dati originali di tutti i soggetti dei campioni. (individui e/o famiglie a seconda dell'indagine). Le statistiche prodotte sono riferibili agli universi (famiglie e individui di tutta la popolazione) in base all'applicazione di pesi calcolati dall'Istat e dalle altre istituzioni relativamente alle rispettive indagini.

La tabella 7 elaborata dai microdati delle indagini AVQ riporta i dati sul numero delle persone che dichiarano di possedere un'assicurazione malattia e infortuni e un'assicurazione sulla vita e pensione integrativa nel 2013,2014 e 2015. Il 46,8% delle persone possiede entrambi i tipi di assicurazione. Nel 2015 possedevano un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni 9.128.771 persone pari al 15,1% della popolazione; nel 2014 la percentuale era del 14,8 (9.109.145) e nel 2013 era del 14,0

(8.523.897). Interessante notare che secondo l'indagine AVQ, oltre 8 milioni di persone posseggono un'assicurazione sulla vita per pensione integrativa.

Tab 7: Persone coperte da assicurazione vita o pensione integrativa e assicurazione sulla salute o sugli infortuni

anno	assicurazione sulla vita o per pensione integrativa		assicurazione sulla salute o sugli infortuni	
	Numero	%	Numero	%
2013	7.820.058	13,1	8.523.897	14,0
2014	8.115.414	13,6	9.109.185	14,8
2015	8.134.485	13,6	9.128.771	15,1

Fonte Elaborazione Piperno (2017) su database AVQ, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, anni di riferimento 2013,2014,2015, resi disponibili negli anni successivi.

Tab. 8 Numero persone oltre i 50 anni che hanno o no un'assicurazione sanitaria supplementare

Paesi	si		no		Totale	
	numero	%	numero	%	numero	%
Austria	699.046	21,5%	2.553.805	78,5%	3.252.851	100,0%
Germany	9.564.031	27,9%	24.700.534	72,1%	34.264.565	100,0%
Sweden	655.790	18,3%	2.923.720	81,7%	3.579.510	100,0%
Netherlands	-	-	-	-	-	-
Spain	1.976.563	11,5%	15.145.043	88,5%	17.121.606	100,0%
Italy	1.369.214	5,5%	23.619.335	94,5%	24.988.549	100,0%
France	23.106.420	94,5%	1.334.603	5,5%	24.441.023	100,0%
Denmark	988.300	47,2%	1.105.692	52,8%	2.093.992	100,0%
Greece	201.383	4,7%	4.104.523	95,3%	4.305.906	100,0%
Switzerland	2.382.840	78,7%	645.199	21,3%	3.028.039	100,0%
Belgium	3.407.837	81,8%	756.041	18,2%	4.163.878	100,0%
Israel	866.564	43,3%	1.133.848	56,7%	2.000.412	100,0%
Czech Republic	280.626	7,2%	3.620.155	92,8%	3.900.781	100,0%
Poland	1.003.748	7,3%	12.692.719	92,7%	13.696.467	100,0%
Ireland	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	135.774	75,6%	43.798	24,4%	179.572	100,0%
Hungary	-	-	-	-	-	-
Portugal	923.688	22,3%	3.218.319	77,7%	4.142.007	100,0%
Slovenia	662.292	82,8%	137.772	17,2%	800.064	100,0%
Estonia	17.713	3,4%	502.523	96,6%	520.236	100,0%
Croatia	1.515.121	89,7%	173.237	10,3%	1.688.358	100,0%
Media totale	49.756.949	33,6%	98.410.866	66,4%	148.167.815	100,0%

Fonte Elaborazione Piperno (2017) su database originale dell'indagine Share, wave 6 rilasciato nel 2017. Nota: i dati dell'indagine Istat AVQ, per la fascia di età corrispondente danno un numero di persone che hanno un'assicurazione sanitaria pari a 3.864.828 (15,3% del totale della popolazione in età superiore ai 50 anni). Lo stesso dato fornito dall'indagine Share riporta un numero pari a 1.369.214 (5,5% del totale). La elevata differenza tra le due stime è verosimilmente dovuta al fatto che l'indagine Istat AVQ chiede all'intervistato se possiede un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni mentre l'indagine Share chiede se la persona possiede se l'intervistato possiede un'assicurazione sanitaria supplementare che paga i servizi non coperti dal SSN.

Se si fa riferimento all'indagine Share, la percentuale di popolazione oltre ai 50 anni risulta pari al 5,5. Se si calcola la percentuale di persone oltre i 50 anni assicurate secondo l'indagine Istat si ottiene un valore del 15,3. Rispetto ad altri paesi segnalati nella tabella, la percentuale dell'Italia è come atteso più bassa. Se la stima Share si confronta con quella effettuata con i dati Istat non coincide.

Si verifica cioè una discrepanza che ha però una ragione. L'indagine Share dà una percentuale del 5,5% e l'indagine Istat una percentuale del 15,3. La divergenza è spiegabile se si prende in considerazione la domanda posta ai rispondenti in fase di intervista. L'indagine Istat chiede se la persona possiede un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni, mentre l'indagine Share chiede se si possiede un'assicurazione sanitaria supplementare che paga i servizi non coperti dal SSN. L'indagine Share offre, quindi, un'informazione importante: il 5,5%, ovvero quasi un terzo degli assicurati, è assicurato ma nella fattispecie di un'assicurazione supplementare riguardante prestazioni fuori dal SSN, mentre il restante degli assicurati (i 2/3) hanno assicurazioni diverse dalle supplementari. Si può azzardare di sostenere l'ipotesi che i 2/3 degli assicurati italiani possiede coperture diverse da quelle integrative in senso stretto. La tabella mostra, inoltre, che la diffusione delle assicurazioni supplementari in Italia è tra le più basse dei paesi d'Europa.

L'indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat riporta questi dati: sono intorno ai quattro milioni le famiglie di cui almeno un componente ha fatto in un anno (2014 e 2015) un consumo ed una spesa per prestazioni sanitarie sotto copertura assicurativa. Ovviamente, sia i dati assoluti che le percentuali, sono più bassi di quelli delle indagini precedenti per due ragioni almeno: la domanda posta era formulata in modo da sapere se l'intervistato aveva speso per "assicurazioni sanitarie" (non è possibile sapere, data la formulazione della domanda, di quale assicurazione si tratta e, quindi, se, ad esempio, comprende

anche le famiglie coperte da società di mutuo soccorso o altri enti che non sono o non sono percepiti come assicurazioni) e, in secondo luogo, i dati originali si riferiscono alle famiglie e non agli individui che sono stimati tramite il numero dei componenti per famiglia.

Tab. 9 Numero di assicurati: famiglie e individui, 2014-2015

Stato assicurativo	2014		2015	
	Numero famiglie che hanno speso nell'anno	Numero individui che hanno speso nell'anno	Numero famiglie che hanno speso nell'anno	Numero individui che hanno speso nell'anno
Assicurato	4.160.215	8.445.236	3.719.940	8.351.265
Non assicurato	24.727.568		24.858.599	
Totale	25.767.622		25.788.584	

Fonte ; Elaborazione Piperno (2017) su database Istat, Indagini consumi e spese delle famiglie, anni di riferimento 2014-2015. Il numero di componenti per famiglia nel 2014 è di 2,04 e nel 2015 di 2,2.

V'è inoltre da tener conto che lo stato assicurativo si ricava dal fatto che la famiglia abbia speso per una prestazione sanitaria. L'effettuazione della spesa è, quindi, una proxy del possesso di assicurazione che però, peraltro essere posseduta anche da chi non ha speso e, in tal caso, la famiglia non è contabilizzata tra gli assicurati. E' verosimile, ciò nonostante, che i dati di questa indagine possano essere sottostimati ma indicativi del numero degli assicurati. Si può arrivare quindi, anche con questa fonte e i suoi limiti a stimare il numero di individui coperti da assicurazione moltiplicando il numero delle famiglie per il numero dei componenti. La stima produce 8.445.236 nel 2014 e 8.351.265 nel 2015 (ovvero, individui che hanno fatto un consumo sanitario e che allo stesso tempo appartengono alle famiglie che hanno speso per assicurazioni sanitarie.

Il calo del numero degli assicurati tra 2014 e il 2015 è una stima e pertanto occorre essere prudenti nell'avanzare spiegazioni e interpretazioni. Ciononostante, non è da escludersi che il calo sia effettivo, nell'ipotesi che il risultante numero dipenda anche dal fatto che, con l'avanzare dei terzi paganti no profit (fondi, casse, ecc.), cresce il numero degli assicurati tramite questi enti e cala quello

di coloro che si assicurano o sono assicurati altrimenti, ad esempio, con imprese di assicurazione che, come si è detto in precedenza, tendono anch'esse ad operare di preferenza con polizze collettive riguardanti la protezione di popolazioni che aderiscono ai fondi sanitari.

L'indagine sui bilanci delle famiglie della Banca d'Italia (ultima indagine di cui sono disponibili i microdati delle interviste riguarda l'anno di riferimento 2014) riporta che la percentuale di famiglie che hanno "un'assicurazione sanitaria privata per infortuni e malattie" è pari a 3,6. Il numero delle famiglie assicurate sarebbe, pertanto, di 927.634 (corrispondente all'incirca al numero delle famiglie che hanno fatto una spesa con assicurazione su base trimestrale) da cui si deduce un numero di assicurati stimato pari a 2.820.001. Verosimilmente, questa indagine capta all'incirca la medesima quota di assicurati con le imprese di assicurazione, dato che la domanda del questionario che fa riferimento a "assicurazioni sanitarie, infortuni e malattia), peraltro, era appropriata per questa fattispecie e non per le persone aderenti a fondi o società di mutuo soccorso.

Tab 10 Incidenza assicurazione sanitaria privata secondo la fattispecie

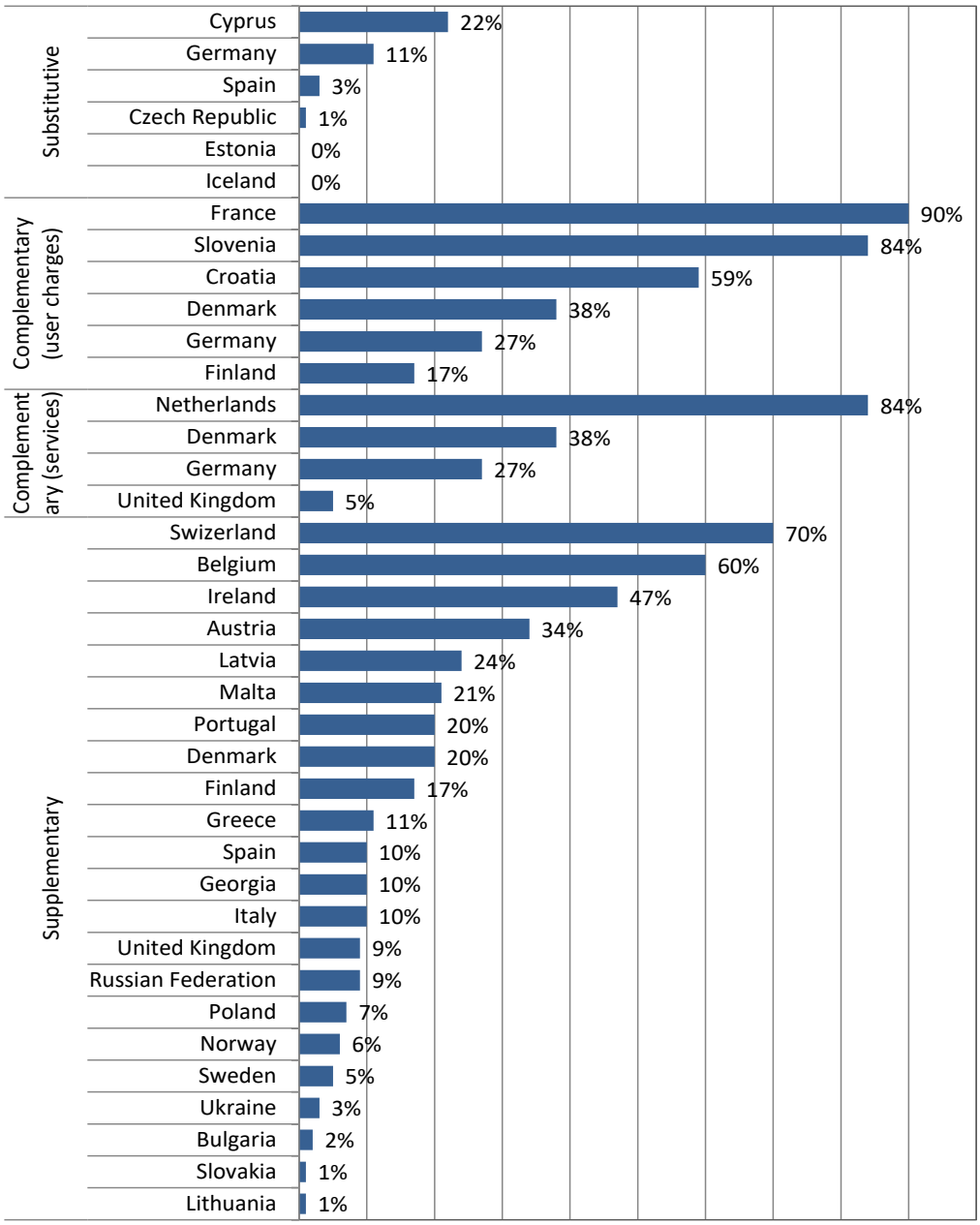
Country	Substitutive	Complementary (user charges)	Complementary (services)	Supplementary
Austria				34
Belgium				60
Bulgaria				2
Croatia		59		
Cyprus	22			
Czech Republic	1			
Denmark		38	38	20
Estonia	0			
Finland		17		17
France		90		
Georgia				10
Germany	11	27	27	
Greece				11
Iceland	0			
Ireland				47
Italy				10
Latvia				24
Lithuania				1
Malta				21
Netherlands			84	
Norway				6
Poland				7
Portugal				20
Russian Federation				9
Slovakia				1
Slovenia		84		
Spain	3			10
Sweden				5
Swizerland				70
Ukraine				3
United Kingdom			5	9

Source: Authors based on information from the natural experts and country profiles. Notes: Belgium: estimates of the share of population covered by VHI range from 60 over 80% (see Gerkens 2016); we use more conservative figure. Finland: it is not possible to distinguish between supplementary VHI and complementary VHI covering user charges. Germany: it is not possible to distinguish between complementary VHI covering user charges and services. Russian Federation: only total VHI population coverage is known and we have reported it as supplementary because VHI mainly plays a supplementary role. Slovenia: the share of the population covered by VHI refers to the population aged over 18 (and therefore eligible for paying user charges). Denmark: it is not possible to distinguish between complementary VHI covering user charges and services and 37% of people with complementary VHI also have supplementary VHI (CEPOS, 2014).

Si cita per completezza l'indagine Silc (Istat, Indagine sui redditi e le condizioni di vita) che rileva il numero delle persone che hanno avuto le spese sanitarie sostenute pagate o rimborsate direttamente dai datori di lavoro. I lavoratori che hanno usufruito di queste benefici erano nel 2015 erano 281.192. Si tratta di un indicatore della copertura del tipo "welfare aziendale", presumibilmente, non compresa nel welfare aziendale che transita attraverso i fondi.

Tra le fonti terziarie, ovvero, quelle riconducibili a studi e rapporti di stakeholders e centri di ricerca si citano i seguenti: Sagan e Thomson (2016) stimano che nel 2014 il numero degli assicurati era pari a 6,5 milioni. La fonte citata è notizie avute dagli autori del lavorio che, peraltro, riportano analoghi dati per numerosi paesi.

Incidenza assicurazione sanitaria privata secondo la fattispecie



Un recente Rapporto (2017) del gruppo che fa riferimento al "Welfare Index" delle piccole e medie imprese stima che nel 2014 gli individui assicurati erano pari a quasi 7 milioni e nel 2015 a 8,5 milioni. Un ultimo Rapporto compilato dal Cergas riporta che nel 2014 il 43% delle imprese del campione aveva avviato iniziative di welfare sanitario, senza però riferire dati sul numero degli assicurati.

Per trarre una visione complessiva può essere utile rifarsi alla seguente tabella che sintetizza i dati delle diverse fonti.

Tab. 11 Tabella sinottica del numero degli assicurati secondo varie fonti

Anno	Fonti primarie						Fonti istituzionali secondarie						Fonti terziarie		
	Anagrafe dei Fondi	Ania (*)			Agenzia Entrate CU	Contratti di lavoro registrati (Ministero dello sviluppo) (**)	Totale stimato	Istat consumi		AVQ	Share	Banca d'Italia		Sagan/Thomson	WPMI (piccole e medie imprese)	Cergas
	individui	individui		famiglie	individui	datori di lavoro/imprese	Individui	Famiglie	Stima individui (3)	individui	stima individui da % pop >50	Famiglie	stima Individui	individui (stima su comunicazioni pervenute agli autori)	individui	imprese
		Veicolato attraverso i fondi (2)	Assicurati diretti (1)													
2013	6.914.184									8.523.897 (14% pop)						
2014	7.493.824	3.000.000	1.755.000	1.500.000			9.248.824	trimestre 1.040.054	9.734.903	9.109.145 (14,8 pop)		927.634 (3,6% delle famiglie)	2.820.007	6.500.000 (10% della pop)	6.914.000 (di cui 1,64 milioni famigliari)	43% di imprese grandi su campione (300)
2015	9.154.492	1.895.400			5.276.197		11.049.892	trimestre, tra 929.985 e 1.199.024	11.031.021	9.128.771 (15% pop)	9.169.328				8.500.000 (di cui 2 milioni famigliari)	
2016						3.445 imprese (281.192 lavoratori rimborsati dai datori)										

Nota: (*) Ania contabilizza 1,5 milioni di famiglie e 3 milioni di individui come stima ricavata dal numero delle famiglie. Ania afferma poi che esistono 3 milioni di persone che hanno aderito a Fondi convenzionati con imprese di assicurazione. Questi 3 milioni possono in assenza di altre informazioni essere contabilizzati negli assicurati dai Fondi almeno in parte. (**) Non è noto il numero degli individui assicurati o che hanno avuto rimborsi diretti dai datori di lavoro; l'unica fonte disponibile è l'Indagine Silc dell'Istat sui redditi delle famiglie che riporta l'esistenza di 281.192 persone che hanno avuto rimborsi dai datori.

1) Stima da dati Rapporto Ania 2014: 1.500.000 di famiglie moltiplicate per il numero medio di assicurati per famiglie secondo Banca d'Italia 2014.
2) Il numero di assicurati è ricavato dal Rapporto Ania 2014, ma si tratta di individui veicolati attraverso i fondi e perciò già compresi almeno in parte nell'anagrafe dei fondi.
3) Stima ricavata dalla moltiplicazione del numero delle famiglie assicurate che hanno effettuato una spesa in un anno e il numero medio dei componenti (circa 2,2).

Dalla tabella si può dedurre che il numero degli assicurati coperti dalle fattispecie dei terzi paganti possa aver superato gli 11 milioni (sommando gli iscritti ai fondi a quelli delle imprese di assicurazione). Il numero può essere superiore si a questi si somma quello del welfare aziendale che non transita attraverso fondi, sms e imprese di assicurazione. Non è impensabile ipotizzare che già nel 2015 il numero abbia superato i 12 milioni. Guardando al 2015 relativi alle fonti secondarie, si nota che pur nella diversità della fonte, il numero degli assicurati su cui si registrava una convergenza oscillava tra i 9 milioni e gli 11 milioni.

Si può, quindi, concludere che nel 2015 la dimensione di 11 milioni è quella su cui si concentra il maggior consenso. Si deve inoltre tener presente che il settore è assai dinamico, per le strategie messe in opera dai terzi paganti e il consenso che a queste in generale deriva dalle rappresentazioni sindacali e delle imprese, e soprattutto per la spinta che deriva dagli incentivi fiscali introdotti dalle recenti disposizioni in materia.

5. Chi sono gli assicurati ovvero i cittadini assicurati dai terzi paganti ?

E' stato in precedenza evidenziato che non esiste un punto di riferimento unico che, da un lato, svolga funzioni di tipo censuario sia del numero e del tipo dei terzi paganti (le iniziative intraprese di recente dall'Agenzia delle entrate hanno lo scopo di gestire le competenze in materia di oneri deducibili, detrazioni e dichiarazioni precompilate dei redditi e non quello di censire il settore) e, dall'altro, raccolga informazioni sugli assicurati, tali da poterne delineare i profili. Operazione che sarebbe invece possibile, in linea di principio, con l'informativa statistica del SSN e che meriterebbe attenzione per due principali ragioni: in primis, perché i terzi paganti si apprestano a diventare a tutti gli effetti un "secondo pilastro", una sorta di sistema sanitario privatamente finanziato (e anche pubblicamente finanziato con l'elargizione dei benefici fiscali) ma operante anche attraverso l'erogazione delle prestazioni tramite strutture e operatori pubblici (ad esempio, nel caso dell'intramoenia) e, in secondo luogo, perché se la copertura e l'erogazione privata si espandono, come si prevede, è ragionevole pensare che la gestione di grandi masse di utenza non possa avvenire senza l'ausilio e il riferimento ai vari profili che la caratterizzano, soprattutto quelli socio - economici e epidemiologici.

Avvalendoci dei microdati delle ultime indagini Istat AVQ (2013 - 2014 - 2015) appositamente elaborati, si propone di seguito un primo abbozzo del profilo socioeconomico e sanitario delle persone che hanno una assicurazione sulla salute.

La tab. 12 descrive in quale area di residenza si trovano le persone assicurate. Si nota innanzi tutto che la percentuale di popolazione assicurata è aumentata dal 14% del 2013 al 15,1 del 2015 per un numero pari 9,128 milione di individui (che coincidono peraltro anche col numero di quelli iscritti ai Fondi registrati nell'Anagrafe tributaria e che fanno, se sommati a quelle iscritti alle Imprese di assicurazione, oltre 11 milioni nel 2015).L'incremento 2013 - 2015 si è registrato in tutte le aree del paese, ma è stato lievemente più alto nelle regioni del nordovest (20,2 rispetto al 17% del 2013) e nelle isole (8,8% verso 6,2%). La distribuzione per area, invece, in tutti gli anni è concentrata soprattutto nel nord e a seguire presso le popolazioni del centro Italia.

La maggiore concentrazione di assicurati (tab. 13) riguarda la classe di età tra i 45 e i 64 anni (22,4%) e 21,5%, sia nel 2015 che nel 2013. La concentrazione è più evidente se si confronta (per il 2015) la percentuale della popolazione tra i 45 e i 64 anni (numero di 3.863.798) sulla popolazione totale della classe d'età (17.217.718) che è pari al 28,5%, con quella degli assicurati di questa classe di età (3.863.798) con tutti gli assicurati (9.128.771) pari al 15,1%.. V'è, cioè, una eccedenza di assicurati della classe di età superiore di 13,9 punti percentuali. La stessa configurazione si registra negli anni precedenti, confermando con ciò che ad essere maggiormente interessata al fenomeno del welfare privato è la popolazione attiva, sommando alla precedente anche la classe d'età tra i 25 e i 44 anni.

La percentuale di uomini (17,8%) è superiore tra gli assicurati a quella delle donne (12,6%) nel 2015. E lo stesso vale per gli anni precedenti. Si ha lo stesso pattern se si guarda alla distribuzione secondo lo stato civile. (tab. 14 e tab. 15).

Tab. 12 Persone coperte da un'assicurazione sulla salute / infortuni secondo la ripartizione geografica di residenza

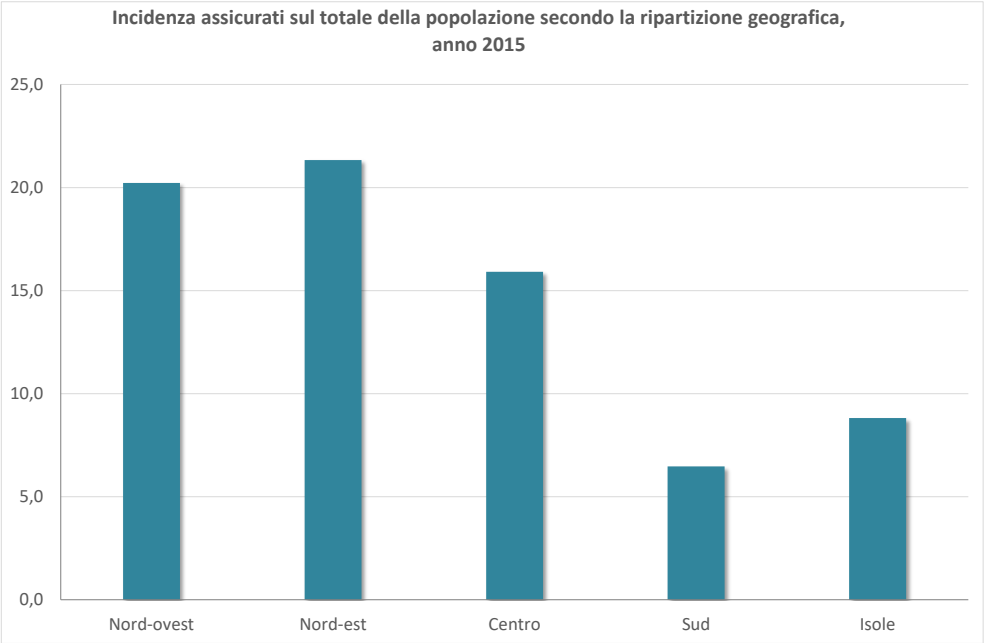
Ripartizione geografica di residenza	2015						2014						2013					
	Non assicurati		Assicurati		Totale		Non assicurati		Assicurati		Totale		Non assicurati		Assicurati		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Nord-ovest	12.809.594	79,8	3.246.480	20,2	16.056.074	100,0	12.781.569	79,8	3.242.443	20,2	16.024.012	100,0	13.389.921	83,0	2.750.887	17,0	16.140.808	100,0
Nord-est	9.091.371	78,7	2.464.879	21,3	11.556.250	100,0	9.109.634	78,8	2.456.170	21,2	11.565.804	100,0	9.222.108	78,6	2.512.444	21,4	11.734.552	100,0
Centro	10.088.710	84,1	1.908.877	15,9	11.997.587	100,0	10.089.303	84,1	1.910.636	15,9	11.999.939	100,0	10.304.583	85,5	1.744.728	14,5	12.049.312	100,0
Sud	13.207.860	93,5	913.813	6,5	14.121.673	100,0	13.156.498	93,1	978.445	6,9	14.134.942	100,0	12.965.041	92,2	1.101.595	7,8	14.066.635	100,0
Isole	6.151.193	91,2	594.722	8,8	6.745.915	100,0	6.224.586	92,3	521.490	7,7	6.746.076	100,0	6.265.647	93,8	414.244	6,2	6.679.890	100,0
Totale	51.348.728	84,9	9.128.771	15,1	60.477.499	100,0	51.361.590	84,9	9.109.185	15,1	60.470.775	100,0	52.147.299	86,0	8.523.897	14,0	60.671.197	100,0

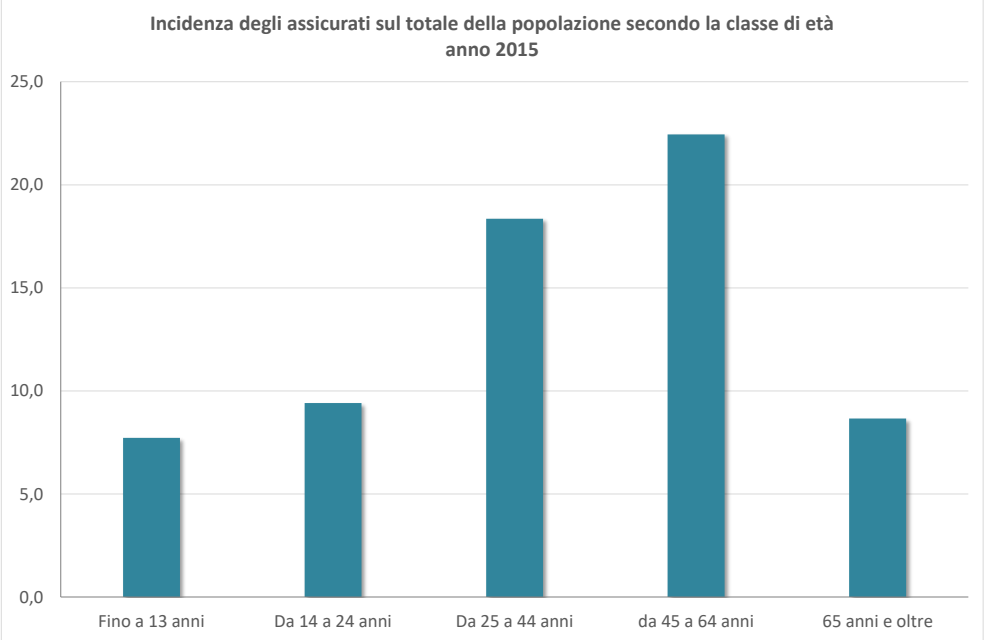
Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

Tab. 13 Persone coperte da un'assicurazione sulla salute / infortuni secondo l'età in classi

Età in classi	2015						2014						2013					
	Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Fino a 13 anni	7.194.660	92,3	602.172	7,7	7.796.831	100,0	7.208.451	91,5	668.523	8,5	7.876.974	100,0	7.463.570	92,9	574.540	7,1	8.038.110	100,0
Da 14 a 24 anni	5.898.324	90,6	612.778	9,4	6.511.102	100,0	5.983.571	91,4	562.297	8,6	6.545.868	100,0	6.372.454	92,5	513.756	7,5	6.886.210	100,0
Da 25 a 44 anni	13.002.437	81,6	2.922.473	18,4	15.924.909	100,0	13.085.615	81,0	3.077.775	19,0	16.163.391	100,0	13.771.874	82,5	2.917.638	17,5	16.689.512	100,0
da 45 a 64 anni	13.353.921	77,6	3.863.798	22,4	17.217.718	100,0	13.269.982	77,8	3.780.679	22,2	17.050.661	100,0	13.176.074	78,5	3.614.723	21,5	16.790.797	100,0
65 anni e oltre	11.899.386	91,3	1.127.551	8,7	13.026.938	100,0	11.813.972	92,1	1.019.910	7,9	12.833.882	100,0	11.363.328	92,6	903.240	7,4	12.266.568	100,0
Totale	51.348.728	84,9	9.128.771	15,1	60.477.499	100,0	51.361.590	84,9	9.109.185	15,1	60.470.775	100,0	52.147.299	86,0	8.523.897	14,0	60.671.197	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.





Importante è quanto emerge dalla tab. 16 ove lo stato assicurativo è riportato al livello di istruzione della popolazione. Appare, in primo luogo, che gli assicurati in possesso di un titolo di studio superiore (diploma di scuola superiore e università) rappresentano mediamente un quarto di tutti coloro che hanno quei titoli di studio (28,5% e 20,2%) e sono allo stesso tempo il 64,6% di tutti gli assicurati, mentre rappresentano il 43,3% della popolazione con quei titoli di studio (il fenomeno risulta lievemente accentuato rispetto al 2013). Emerge, in sostanza, che la diffusione delle coperture assicurative è prevalente negli strati sociali più alti prendendo ad indicatore il livello di istruzione. La tab. 17 conferma che ad essere maggiormente interessati sono gli occupati: 36,1% della popolazione verso il 62,1% degli assicurati (che a loro volta sono il 36,1% della popolazione). Un occupato su 4, cioè, è assicurato (26% degli occupati), mentre la percentuale non raggiunge il 10% negli altri stati inerenti i non occupati.

Tab. 14 Persone coperte da un'assicurazione sulla salute / infortuni secondo il genere

Genere	2015						2014						2013					
	Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
maschio	24.167.348	82,2	5.217.024	17,8	29.384.372	100,0	24.258.149	82,6	5.112.014	17,4	29.370.163	100,0	24.659.678	83,5	4.885.929	16,5	29.545.607	100,0
femmina	27.181.380	87,4	3.911.748	12,6	31.093.127	100,0	27.103.441	87,1	3.997.171	12,9	31.100.612	100,0	27.487.621	88,3	3.637.969	11,7	31.125.590	100,0
Totale	51.348.728	84,9	9.128.771	15,1	60.477.499	100,0	51.361.590	84,9	9.109.185	15,1	60.470.775	100,0	52.147.299	86,0	8.523.897	14,0	60.671.197	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

Tab. 15 Persone coperte da un'assicurazione sulla salute / infortuni secondo lo stato civile

Stato civile	2015						2014						2013					
	Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Minore di 18 anni	9.376.845	92,1	807.005	7,9	10.183.851	100,0	9.423.262	91,6	865.066	8,4	10.288.328	100,0	9.708.106	92,7	763.410	7,3	10.471.516	100,0
celibe/nubile	12.387.254	85,2	2.147.717	14,8	14.534.972	100,0	12.291.154	85,1	2.146.101	14,9	14.437.256	100,0	12.074.925	87,1	1.786.715	12,9	13.861.640	100,0
coniugato/a coabitante	21.592.237	81,1	5.044.335	18,9	26.636.572	100,0	22.035.405	81,4	5.042.095	18,6	27.077.499	100,0	22.485.405	82,0	4.943.327	18,0	27.428.731	100,0
separato/a, divorziato/a	3.218.816	80,7	772.043	19,3	3.990.859	100,0	3.126.322	81,4	712.227	18,6	3.838.549	100,0	3.288.057	82,4	703.985	17,6	3.992.042	100,0
vedovo/a	4.773.575	93,0	357.670	7,0	5.131.245	100,0	4.485.448	92,9	343.696	7,1	4.829.143	100,0	4.590.807	93,4	326.461	6,6	4.917.268	100,0
Totale	51.348.728	84,9	9.128.771	15,1	60.477.499	100,0	51.361.590	84,9	9.109.185	15,1	60.470.775	100,0	52.147.299	86,0	8.523.897	14,0	60.671.197	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

Tab. 16 Persone coperte da un'assicurazione sulla salute / infortuni secondo il titolo di studio

titolo di studio	2015						2014						2013					
	Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Non in età scolare	3.019.400	93,8	199.923	6,2	3.219.324	100,0	3.053.963	92,4	252.913	7,6	3.306.876	100,0	3.197.684	94,7	178.442	5,3	3.376.126	100,0
laurea e post-laurea	5.229.313	71,5	2.079.768	28,5	7.309.081	100,0	4.817.245	71,5	1.915.697	28,5	6.732.942	100,0	4.722.212	73,9	1.670.812	26,1	6.393.024	100,0
diploma	15.044.652	79,8	3.819.741	20,2	18.864.393	100,0	14.689.167	79,8	3.728.054	20,2	18.417.221	100,0	14.905.377	80,7	3.569.860	19,3	18.475.236	100,0
licenza media	14.714.701	87,0	2.199.653	13,0	16.914.354	100,0	14.875.568	87,0	2.225.755	13,0	17.101.323	100,0	15.404.396	87,8	2.149.554	12,2	17.553.951	100,0
licenza elementare, nessuno	13.340.662	94,1	829.686	5,9	14.170.348	100,0	13.925.647	93,4	986.766	6,6	14.912.413	100,0	13.917.630	93,6	955.229	6,4	14.872.859	100,0
Totale	51.348.728	84,9	9.128.771	15,1	60.477.499	100,0	51.361.590	84,9	9.109.185	15,1	60.470.775	100,0	52.147.299	86,0	8.523.897	14,0	60.671.197	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

Tab 17 Persone coperte da un'assicurazione sulla salute / infortuni secondo la condizione professionale

condizione professionale	2015						2014						2013					
	Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Età 0-13 anni	7.193.784	92,3	602.584	7,7	7.796.368	100,0	7.206.914	91,5	669.328	8,5	7.876.242	100,0	7.463.265	92,9	574.684	7,1	8.037.949	100,0
occupato	16.141.155	74,0	5.673.322	26,0	21.814.477	100,0	16.063.391	74,1	5.611.488	25,9	21.674.878	100,0	16.613.852	76,1	5.222.444	23,9	21.836.296	100,0
in cerca di occupazione	2.170.836	93,1	161.420	6,9	2.332.256	100,0	2.280.593	93,5	157.609	6,5	2.438.203	100,0	2.066.136	92,4	170.519	7,6	2.236.654	100,0
inattivo	25.842.953	90,6	2.691.445	9,4	28.534.398	100,0	25.810.692	90,6	2.670.759	9,4	28.481.451	100,0	26.004.046	91,0	2.556.251	9,0	28.560.297	100,0
Totale	51.348.728	84,9	9.128.771	15,1	60.477.499	100,0	51.361.590	84,9	9.109.185	15,1	60.470.775	100,0	52.147.299	86,0	8.523.897	14,0	60.671.197	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

Tab. 18 Persone coperte da un'assicurazione sulla salute / infortuni secondo la posizione nella professione

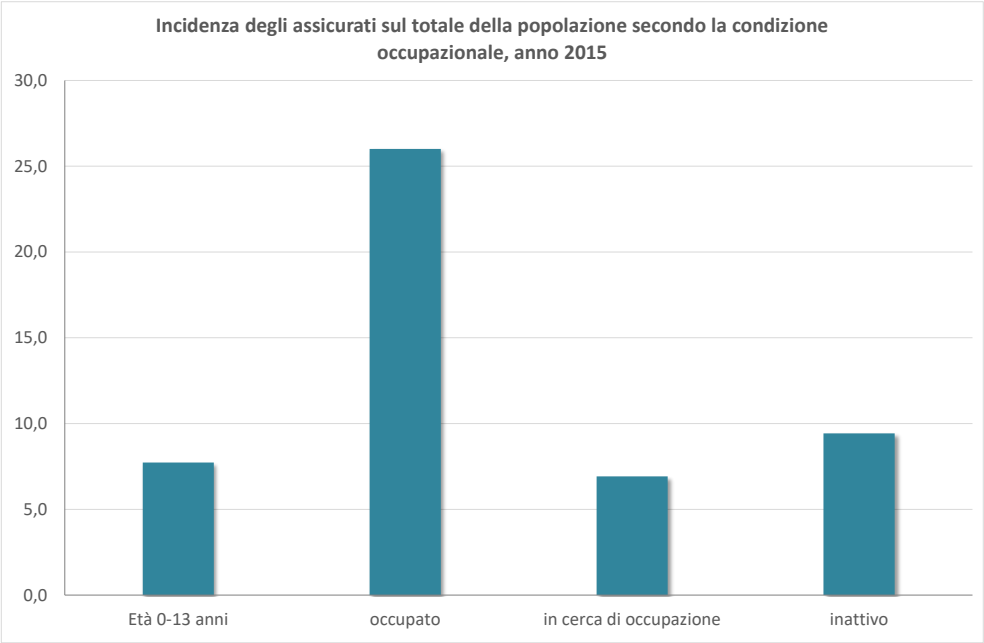
posizione nella professione	2015						2014						2013					
	Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
dirigente, imprenditore, professionista	1.468.200	53,8	1.262.964	46,2	2.731.164	100,0	1.444.695	55,2	1.171.915	44,8	2.616.610	100,0	1.443.180	54,3	1.212.615	45,7	2.655.795	100,0
direttivo, quadro, impiegato	6.066.416	72,8	2.261.254	27,2	8.327.670	100,0	6.099.566	73,4	2.208.053	26,6	8.307.620	100,0	6.407.892	76,7	1.950.592	23,3	8.358.485	100,0
operaio e assimilato	6.171.687	84,8	1.106.994	15,2	7.278.681	100,0	6.139.369	84,6	1.114.717	15,4	7.254.087	100,0	6.357.320	85,2	1.102.379	14,8	7.459.699	100,0
altro autonomo	2.436.504	70,1	1.038.844	29,9	3.475.348	100,0	2.384.810	68,3	1.106.854	31,7	3.491.665	100,0	2.406.009	71,6	955.800	28,4	3.361.809	100,0
Totale	16.142.807	74,0	5.670.056	26,0	21.812.863	100,0	16.068.441	74,2	5.601.540	25,8	21.669.981	100,0	16.614.402	76,1	5.221.386	23,9	21.835.788	100,0

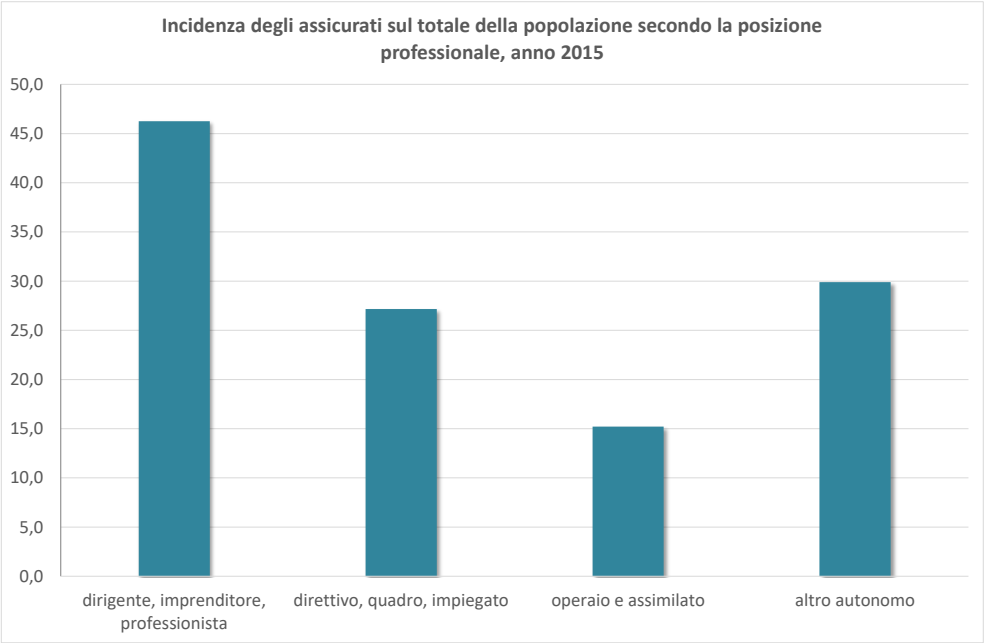
Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

Tab 19. Persone coperte da un'assicurazione sulla salute / infortuni secondo la fonte principale di reddito

fonte principale di reddito	2015						2014						2013					
	Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Età 0-13 anni	7.193.689	92,3	602.629	7,7	7.796.318	100,0	7.206.954	91,5	669.308	8,5	7.876.261	100,0	7.463.745	92,9	574.458	7,1	8.038.203	100,0
reddito da lavoro dipendente	12.869.144	77,5	3.743.507	22,5	16.612.651	100,0	12.792.425	77,8	3.649.864	22,2	16.442.288	100,0	13.554.798	80,2	3.350.147	19,8	16.904.946	100,0
reddito da lavoro autonomo	3.053.575	62,0	1.872.647	38,0	4.926.222	100,0	2.997.371	61,5	1.873.196	38,5	4.870.568	100,0	2.877.525	61,4	1.809.811	38,6	4.687.336	100,0
pensione	12.168.565	90,8	1.239.246	9,2	13.407.811	100,0	12.145.559	91,2	1.177.784	8,8	13.323.343	100,0	12.149.566	91,5	1.127.398	8,5	13.276.965	100,0
Altra fonte di reddito	1.782.424	88,9	223.026	11,1	2.005.450	100,0	1.827.602	87,9	251.394	12,1	2.078.996	100,0	1.622.389	89,1	197.461	10,9	1.819.850	100,0
Non occupato a carico della famiglia	14.281.330	90,8	1.447.716	9,2	15.729.047	100,0	14.391.679	90,6	1.487.639	9,4	15.879.318	100,0	14.479.276	90,8	1.464.622	9,2	15.943.898	100,0
Totale	51.348.728	84,9	9.128.771	15,1	60.477.499	100,0	51.361.590	84,9	9.109.185	15,1	60.470.775	100,0	52.147.299	86,0	8.523.897	14,0	60.671.197	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.





La distinzione della popolazione degli assicurati e non assicurati secondo la posizione professionale conferma il quadro suddetto (tab. 18). Il 62,2% degli assicurati appartiene agli occupati le cui posizioni professionali sono quelle apicali (imprenditori, dirigenti e professionisti insieme ai direttivi, quadri e impiegati). Mediamente 4 assicurati su 10 il 46,2% dei dirigenti e simili e il 26,2% dei direttivi, quadri e impiegati sono assicurati) appartengono a queste categorie nel 2015 e nel 2013. La diffusione del welfare privato, quindi, nel 2015 riguarda in prevalenza gli occupati delle categorie professionali diverse dagli operai (assicurati 19,5% e 33,7% nella popolazione generale).Il quadro si specifica ulteriormente guardando alla fonte del reddito degli assicurati. Quasi 4 su 10 della popolazione il cui reddito è in prevalenza da lavoro autonomo sono assicurati (38% di tutti quelli che sono classificati in questo tipo di reddito), mentre il 22,5% proviene da quelli il reddito è da lavoro dipendente (tab. 19). Si tratta però di reddito prevalente e non di reddito esclusivo, non potendosi, quindi, escludere casi di sovrapposizione delle fonti di reddito.

L'indagine Istat permette, anche, di descrivere qual è il profilo degli assicurati secondo vari indicatori di stile di vita. Gli assicurati sono percentualmente di più rispetto ai non assicurati nell'adozione di stili di vita salutari. Nel 2015, il 22,5% degli assicurati rispetto all'11,7% dei non assicurati pratica attività sportiva, il 19,6% controlla regolarmente il peso (rispetto al 13% dei non assicurati che lo controlla sporadicamente o mai), quasi il 30% ha un indice di massa corporea classificato come sottopeso e normopeso, il 17,1% e il 14,7% non consumano alcool o ne fanno un consumo episodico, il 16,4% fa attenzione al consumo di cibi salati e, infine, il 10,2% non ha bevuto alcolici di recente (tab. 20). Questo quadro è confermato con la maggior percentuale di assicurati che si trovano in uno stato di buona salute (76,6%) rispetto ai non assicurati (68,5%) (tab. 21). Trattasi però di stato di salute percepito, anche se la percentuale degli assicurati che non ha una malattia cronica è leggermente più elevata di quella dei non assicurati (77,5 verso 74,8).

Tab. 20 Percentuale di persone coperte da assicurazione salute / infortuni secondo indicatori di stili di vita

Indicatori di stili di vita		2015		2014		2013	
		%	Totale	%	Totale	%	Totale
Pratica attività sportiva	No	11,7	39.117.510	11,9	40.052.243	11,2	40.809.667
	Sì	22,5	19.615.493	21,8	18.647.174	20,5	18.144.691
	Totale	15,3	58.733.003	15,1	58.699.417	14,1	58.954.358
Frequenza con cui usa controllare il suo peso	Regolarmente	19,6	13.669.857	19,3	13.393.038	17,6	13.465.777
	Sporadicamente	14,1	36.132.514	14,2	36.803.798	13,3	36.066.467
	Mai	12,2	9.708.571	11,2	8.921.431	10,5	9.627.114
	Totale	15,1	59.510.942	14,9	59.118.266	13,9	59.159.358
Indice di massa corporea per le persone di 18 anni e più	Sottopeso	12,7	1.526.808	15,5	1.527.367	11,5	1.356.043
	Normopeso	16,8	26.062.261	16,4	25.371.272	15,4	25.706.389
	Sovrappeso	16,8	17.757.276	16,4	18.131.822	15,4	17.891.381
	Obeso	14,3	4.947.178	14,5	5.151.441	14,6	5.245.417
	Totale	16,4	50.293.523	16,2	50.181.901	15,2	50.199.230
Quantità consumata abitualmente di bevande gassate (esclusa l'acqua minerale)	Non consuma	14,7	20.639.308	14,0	20.867.449	13,4	20.550.270
	Consumo episodico	17,1	25.283.175	16,8	24.339.950	16,6	25.012.329
	Consumo frequente	15,2	6.818.502	16,2	6.885.084	11,4	6.742.192
	Totale	15,9	52.740.986	15,6	52.092.483	14,7	52.304.791
Fa attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati?	Si	16,4	40.549.228	15,8	40.470.741	15,4	39.377.489
	No	12,8	17.441.126	13,4	17.160.010	11,6	18.530.915
	Totale	15,3	57.990.354	15,1	57.630.752	14,2	57.908.404
Consumo di bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi	No	10,2	18.910.398	10,5	19.277.838	10,1	19.263.651
	Sì	19,0	35.059.925	18,5	34.265.035	17,4	34.193.499
	Totale	15,9	53.970.323	15,6	53.542.873	14,8	53.457.151

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

Tab. 21 Percentuale di persone coperte da assicurazione salute / infortuni secondo indicatori di salute

Indicatori di salute		2015						2014						2013					
		Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale		Non assicurato		Assicurato		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Stato di salute generale	Buono	34.922.404	68,5	6.940.719	76,6	41.863.124	69,8	34.866.359	68,9	6.785.219	75,6	41.651.578	69,9	35.634.374	69,4	6.371.842	75,9	42.006.217	70,3
	Né buono né cattivo	12.829.999	25,2	1.860.843	20,5	14.690.842	24,5	12.428.209	24,6	1.926.833	21,5	14.355.042	24,1	12.379.886	24,1	1.814.109	21,6	14.193.995	23,8
	Cattivo	3.194.104	6,3	255.703	2,8	3.449.807	5,7	3.315.612	6,6	263.867	2,9	3.579.479	6,0	3.312.173	6,5	203.769	2,4	3.515.942	5,9
	Totale	50.946.508	100,0	9.057.265	100,0	60.003.772	100,0	50.610.180	100,0	8.975.919	100,0	59.586.099	100,0	51.326.433	100,0	8.389.720	100,0	59.716.153	100,0
Presenza di malattie croniche	no	36.786.799	74,8	6.855.234	77,5	43.642.033	75,2	36.386.667	74,2	6.697.693	76,6	43.084.361	74,6	37.348.103	75,3	6.200.650	76,4	43.548.753	75,5
	sì	12.394.753	25,2	1.985.901	22,5	14.380.654	24,8	12.637.315	25,8	2.041.086	23,4	14.678.401	25,4	12.233.482	24,7	1.912.009	23,6	14.145.490	24,5
	Totale	49.181.552	84,8	8.841.135	15,2	58.022.687	100,0	49.023.983	84,9	8.738.779	15,1	57.762.762	100,0	49.581.585	85,9	8.112.658	14,1	57.694.243	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

Sembrerebbe che il miglior stato di salute (a sua volta correlato con stili di vita migliori e assenza di malattie croniche) degli assicurati possa essere una spia di un effetto di selezione, ovvero dal fatto che i terzi paganti attuano strategie di selezione della clientela tendendo a scartare i cattivi rischi. Questo tipo di effetti è documentato in letteratura. Non sembrerebbe, però, essere questa la causa dei dati osservati, in quanto ufficialmente le adesioni a fondi e analoghe fattispecie riguardano collettività e non individui e, quindi, si presume che il livello di rischio sia equidistribuito tra i livelli di rischio. Se invece fosse diversamente e, cioè, la selezione fosse effettiva non lo si può appurare con questi dati ma dovrebbe costituire oggetto di un'indagine empirica a sé.

Tab. 22 Propensione al ricovero ospedaliero (nel trimestre) secondo la presenza di copertura assicurativa, lo stato di salute percepito e la posizione nella professione, 2015.

Indicatori sanitari e sociali		Presenza di copertura assicurativa		
		Non assicurato	Assicurato	Totale
Stato di salute percepito	Buono	1,4	1,6	1,4
	Né buono né cattivo	4,3	3,5	4,2
	Cattivo	14,7	14,4	14,7
posizione nella professione	dirigente; autonomo come imprenditore; libero professionista	1,7	2,2	1,9
	direttivo, quadro; impiegato	2,0	2,2	2,0
	capo operaio, operaio subalterno e assimilati; apprendista; lavorante a domicilio per conto d'impresa	2,0	1,5	1,9
	lavoratore in proprio; socio coop.; coadiuvante; collaborazione co.co. co. (o a progetto); prestazione d'opera occasionale	1,8	1,1	1,6
Totale		3,0	2,4	2,9

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

La propensione al ricovero (nel trimestre) sembra dipendere dallo stato di salute quasi a prescindere dal fatto che si sia o meno assicurati (tab. 22). Sembra invece esserci una differenza che si sostanzia nel fatto che in caso di assicurazione la propensione è maggiore (1,6% verso 1,4%), fatto che, peraltro trova un riscontro di segno contrario se si è in cattiva salute (14,4% verso 14,7%). La presenza di assicurazione unita ad una posizione professionale alta (quadro e dirigente) ha l'effetto di accrescere la propensione al ricovero (2,2% verso 1,7%). La tendenza è inversa nel caso delle categorie professionali autonome.

La tab. 23 indica se lo stato assicurato è correlato al luogo di ricovero distinguendo tra strutture pubbliche, accreditate convenzionate e a pagamento. Tutti, a prescindere dallo stato assicurativo, si ricoverano in maggior percentuale negli ospedali pubblici (87,8%), sebbene gli assicurati sono lievemente di meno tra i ricoverati nel pubblico (85,5%). Gli assicurati sono invece di più nel settore convenzionato e pagamento. Nel settore a pagamento sono quasi il doppio dei non assicurati. I dati della tabella sono chiari nel mostrare una differenza tra assicurati e non, a proposito della scelta del

luogo del ricovero. Le differenze non appaiono elevate e questo potrebbe dipendere dal fatto che chi è assicurato non sceglie necessariamente una casa di cura a pagamento, ma può decidere anche di ricoverarsi in una struttura pubblica scegliendo un trattamento in intramoenia.

Tab. 23 Percentuale di persone che hanno avuto almeno un ricovero secondo il luogo di ricovero e la presenza di copertura assicurativa, 2015.

Luogo di ricovero	Presenza di copertura assicurativa					
	Non assicurato		Assicurato		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
ospedale o istituto di cura pubblico	5.345.988	88,1	738.344	85,5	6.084.332	87,8
casa di cura privata accreditata (convenzionata)	684.628	11,3	116.088	13,4	800.716	11,6
casa di cura privata a pagamento intero	36.756	0,6	9.268	1,1	46.024	0,7
Totale	6.067.372	100,0	863.700	100,0	6.931.072	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

Tab. 24 Percentuale di persone che hanno contribuito direttamente o tramite assicurazione alle spese di ricovero secondo il luogo di ricovero e la presenza di copertura assicurativa, 2015.

Luogo di ricovero	Ha contribuito alle spese di ricovero	Presenza di copertura assicurativa		
		Non assicurato	Assicurato	Totale
ospedale o istituto di cura pubblico	no	97,3	83,0	95,6
	sì	2,7	17,0	4,4
	Totale	100,0	100,0	100,0
casa di cura privata accreditata (convenzionata)	no	89,7	67,8	86,5
	sì	10,3	32,2	13,5
	Totale	100,0	100,0	100,0
casa di cura privata a pagamento intero	no	42,4	88,0	51,5
	sì	57,6	12,0	48,5
	Totale	100,0	100,0	100,0
Totale	no	96,1	81,0	94,3
	sì	3,9	19,0	5,7
	Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

La tab. 24 offre un maggiore e interessante dettaglio che contribuisce ad ampliare lo spettro interpretativo. Chi ha una copertura assicurativa contribuisce alle spese nel 19,9% dei casi rispetto a chi non ha la copertura (3,9%). Nel caso del ricovero in una casa di cura convenzionata la percentuale di quelli che contribuiscono alle spese sale al 32,2%, scende al 17,0% nel caso dell'ospedale pubblico

e scende al 12% nel caso della casa di cura a pagamento. E cioè quelli che si ricoverano in casa di cura a pagamento sono percentualmente di meno nel dover contribuire alle spese, verosimilmente, perché le condizioni di copertura sono più generose. Oppure, riguardano nella maggior percentuale dei casi la scelta delle spese sanitarie (il tipo di medico) e in secondo luogo la categoria superiore della camera di ricovero. In sostanza (tab. 25) il contributo da parte di chi si ricovera riguarda il 55,1% dei ricoverati, ma tale percentuale è più elevata (72,9%) se si tratta di spese sanitarie e meno elevata se si tratta di tipologia della camera di ricovero (21,3%); accade il contrario (e cioè le percentuali sono più elevate nel caso della camera e meno per le spese sanitarie) se il contributo avviene tramite la copertura assicurativa.

Tab. 25 Persone ricoverate che hanno contribuito alle spese secondo la presenza di copertura assicurativa, la tipologia di spesa e la modalità di contribuzione, 2015.

Presenza copertura assicurativa	Tipologia della spesa	Contributo diretto		Tramite assicurazione		Totale	
Non assicurato	spese sanitarie	31.991	59,5	-	-	31.991	59,5
	altre spese (stanza, TV, ecc.)	6.398	11,9	-	-	6.398	11,9
	entrambe	15.394	28,6	-	-	15.394	28,6
	Totale	53.782	100,0	-	-	53.782	100,0
Assicurato	spese sanitarie	19.555	72,9	3.467	23,1	23.022	55,1
	altre spese (stanza, TV, ecc.)	5.713	21,3	7.089	47,3	12.802	30,6
	entrambe	1.542	5,8	4.438	29,6	5.980	14,3
	Totale	26.810	100,0	14.994	100,0	41.804	100,0
Totale	spese sanitarie	51.546	64,0	3.467	23,1	55.013	57,6
	altre spese (stanza, TV, ecc.)	12.111	15,0	7.089	47,3	19.200	20,1
	entrambe	16.935	21,0	4.438	29,6	21.373	22,4
	Totale	80.592	100,0	14.994	100,0	95.586	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana, 2013-2015.

Questa breve descrizione del profilo degli assicurati e dei non assicurati (che non è solo importante per conoscere chi siano e quali sono i comportamenti di consumo sanitario, ma anche per dedurne implicazioni sotto il profilo degli effetti dell'assicurazione privata sui flussi di consumo e spesa) ha mostrato che, in misura relativa, la concentrazione degli assicurati sta in larga parte nelle regioni del nord, riguarda le classi di età oltre i 45 anni e le popolazioni di ceto sociale medio e alto con un miglior stato di salute e stile di vita. Lo stato assicurativo impatta sulla quantità di consumo sanitario e sulla spesa, di cui una parte rimane in ogni caso a carico dell'assicurato.

6. Quali prestazioni e quanto spendono gli assicurati ?

I dati riguardanti la propensione ai consumi sanitari e i luoghi del consumo e della spesa (limitatamente ai ricoveri) sopra descritti, provengono da indagini per sondaggio, ove si chiede al campione di fornire risposte riguardo agli aspetti studiati. L'indagine sulle spese delle famiglie dell'Istat fornisce informazioni di dettaglio sulla dimensione della spesa delle famiglie italiane che è possibile, ricorrendo però ad apposite elaborazioni sui database delle rilevazioni, disaggregare in base alla numerosità delle famiglie e al loro stato assicurativo, se possiedono o no, cioè, una copertura assicurativa sanitaria. Dati questi dettagli sulle famiglie (per stima sui component) presenti nel database, si possono analizzare, attraverso apposite elaborazioni, aspetti di vario tipo, tra cui rilevanti la possibilità di poter misurare se la direzionalità e l'entità della spesa variano in relazione allo stato assicurativo.

Si riportano varie tabelle risultanti dalle elaborazioni sui database riguardanti il 2014 e il 2015, ma ne se commentano solo le principali sia per semplicità dell'esposizione che per lasciare al lettore la discrezionalità dell'approfondimento.

Le tabelle 26.1, 26.2 e 26.3 riportano i dati di spesa del 2015 secondo le voci di spesa e distinguendo la spesa delle famiglie assicurate (spesa sostenuta a fronte di un'assicurazione), non assicurate e per tutte le famiglie a prescindere dallo stato assicurativo. Per ogni stato assicurativo (e cioè, famiglie assicurate oppure no) si riportano i dati relativi al numero e alla percentuale delle famiglie e la loro spesa media. Nel 2015 hanno effettuato una spesa quasi 3,8 milioni di famiglie (stima derivante dal numero famiglie che hanno speso in un trimestre x 4) che possedevano una copertura assicurativa (dal momento che queste famiglie sono quelle che hanno dichiarato di aver fatto una spesa per assicurazioni sanitarie). Il confronto tra le statistiche della spesa secondo gli stati assicurativi è molto interessante, in quanto permette di vedere se il numero e la percentuale di famiglie che spendono è diversa a seconda dello stato assicurativo (assicurati verso non assicurati) e se è diversa dal totale delle famiglie, facendo emergere con questo, se gli assicurati hanno un comportamento economico diverso dalla popolazione generale (di cui pure essi fanno parte).La tab. 3 e 4 riportano analoghi dati per l'anno 2014.

Dalla tabella 26.4 riguardante i dati di spesa sostenuta nel 2015, emerge che il totale della spesa delle famiglie è stata pari a 34,6 miliardi, di cui quasi 2,1 miliardi sono stati spesi da famiglie coperte da assicurazione e i restanti 32,5 da famiglie non assicurate. In percentuale, si tratta rispettivamente del 6,1% e del 93,9% della spesa totale. In numeri assoluti, le spese più elevate riguardano i medicinali (13,2 miliardi), il dentista (8,8 miliardi), le visite specialistiche (4,4 miliardi), le analisi cliniche (1,7), infermieri e paramedici (1,2) e gli occhiali da vista (1,9). Gli assicurati sono percentualmente di più (rispetto alla percentuale media del totale pari a 6,1%) nel caso della spesa per gli specialisti (7,6%), i dentisti (6,9%) e le analisi cliniche (7,3%).

Tab. 26.1 Spesa sanitaria delle famiglie con assicurati (anno 2015)

Voci di spesa	Ha sostenuto una spesa per uno o più servizi sanitari nel trimestre:								Numero totale famiglie
	Sì				No		Non risponde		
	% di famiglie (1)	*numero di famiglie*	*spesa media delle famiglie che hanno effettuato la spesa*	*spesa media di tutte le famiglie*	*% di famiglie*	*numero di famiglie*	*% di famiglie*	*numero di famiglie*	
medico generico	6,7	62.562	72,06	4,85	90,9	844.993	2,4	22.430	929.985
visite specialistiche	46,6	432.957	193,13	89,91	51	474.598	2,4	22.430	929.985
dentista	27,1	252.311	602,57	163,48	70,6	656.693	2,3	20.982	929.986
infermieri e para-medici	8,9	83.097	226,88	20,27	88	818.320	3,1	28.568	929.985
analisi cliniche e diagnostica	31	288.693	108,44	33,66	65,6	610.196	3,3	31.097	929.986
ricoveri	1,5	13.557	nd (2)	nd (2)	95,2	885.332	3,3	31.097	929.986
apparecchi acustici	0,6	5.301	nd (2)	nd (2)	97,3	904.852	2,1	19.833	929.986
protesi dentarie e apparecchi ortodontici	3,2	29.928	nd (2)	nd (2)	94,6	880.225	2,1	19.833	929.986
occhiali e lenti da vista	18,5	172.009	244,12	45,15	79,4	738.144	2,1	19.833	929.986
articoli sanitari	2,4	22.210	nd (2)	nd (2)	95,5	887.943	2,1	19.833	929.986
riparazione attrezzature sanitarie	0,9	8.601	nd (2)	nd (2)	96,9	901.551	2,1	19.833	929.985
cure termali, ginnastica correttiva, attrezzature sanitarie	2,52	23.426	nd (2)	nd (2)	95,35	886.727	2,13	19.833	929.986
medicinali	64,1	596.106	99,4	63,72	35,9	333.879			
articoli sanitari	16,7	154.842	29,95	4,99	83,4	775.144			

Fonte Elaborazioni Piperno (2017) si dati Istat, Indagine sui consumi e le spese delle famiglie, anno di riferimento 2015. Note 1) hanno sostenuto una spesa per assicurazione sanitaria. 2) Dato non riportato perché la numerosità campionaria dello strato inferiore a 20 unità.(3) Il numero delle famiglie assicurate che hanno consumato è pari al numero del trimestre (929.986) x 4 = a 3.719.940. Rappresentano il 3,6 delle famiglie totali. (4) Dato che nel 2015 il numero medio di componenti per famiglia era pari 2,2 si stima che il numero di persone che hanno speso nell'anno è pari a 8.723.731 non lontano dai 9,128.000 stimato dall'indagine AVQ

Tab 26.2 Spesa sanitaria delle famiglie senza assicurati (anno 2015)

Voci di spesa	Ha sostenuto una spesa per uno o più servizi sanitari nel trimestre:								Numero totale famiglie
	Sì				No		Non risponde		
	% di famiglie	*numero di famiglie*	*spesa media delle famiglie che hanno effettuato la spesa*	*spesa media di tutte le famiglie*	*% di famiglie*	*numero di famiglie*	*% di famiglie*	*numero di famiglie*	
medico generico	3,8	940.615	57,25	2,17	92,8	23.068.230	3,4	849.754	24.858.599
visite specialistiche	25,9	6.443.951	157,44	40,81	70,5	17.531.741	3,6	882.908	24.858.600
dentista	15,2	3.783.249	543,87	82,77	81,3	20.221.607	3,4	853.743	24.858.599
infermieri e para-medici	4,5	1.126.021	243,89	11,05	91,9	22.846.155	3,6	886.423	24.858.599
analisi cliniche e diagnostica	16,9	4.190.496	95,13	16,04	79,5	19.771.344	3,6	896.759	24.858.599
ricoveri	0,6	152.177	318,54	1,95	95,8	23.802.621	3,6	903.801	24.858.599
apparecchi acustici	0,4	101.606	534,78	2,19	96,3	23.931.022	3,3	825.971	24.858.599
protesi dentarie e apparecchi ortodontici	1,1	278.530	687,19	7,7	95,5	23.744.070	3,4	836.000	24.858.600
occhiali e lenti da vista	9	2.245.989	193,41	17,47	87,7	21.804.512	3,3	808.099	24.858.600
articoli sanitari	2,6	644.812	111,23	2,89	94,2	23.409.468	3,2	804.319	24.858.599
riparazione attrezzature sanitarie	0,4	110.368	95,66	0,42	96,3	23.934.011	3,3	814.221	24.858.600
cure termali, ginnastica correttiva, attrezzature sanitarie	1,12	279.083	151,65	1,7	95,63	23.773.188	3,24	806.328	24.858.599
medicinali	60,0	14.906.733	72,18	43,29	40,0	9.951.866			
articoli sanitari	13,7	3.398.739	25,05	3,42	86,3	21.459.860			

Fonte Elaborazioni Piperno (2017) si dati Istat, Indagine sui consumi e le spese delle famiglie, anno di riferimento 2015. Note 1) hanno sostenuto una spesa per assicurazione sanitaria. 2) Dato non riportato perché la numerosità campionaria dello strato inferiore a 20 unità.(3) Il numero delle famiglie assicurate che hanno consumato è pari al numero del trimestre (929.986) x 4 = a 3.719.940. Rappresentano il 3,6 delle famiglie totali. (4) Dato che nel 2015 il numero medio di componenti per famiglia era pari 2,2 si stima che il numero di persone che hanno speso nell'anno è pari a 8.723.731 non lontano dai 9,128.000 stimato dall'indagine AVQ

Tab. 26.3 Spesa sanitaria di tutte le famiglie (anno 2015)

Voci di spesa	Ha sostenuto una spesa per uno o più servizi sanitari nel trimestre:								Numero totale famiglie
	Sì				No		Non risponde		
	% di famiglie	*numero di famiglie*	*spesa media delle famiglie che hanno effettuato la spesa*	*spesa media di tutte le famiglie*	*% di famiglie*	*numero di famiglie*	*% di famiglie*	*numero di famiglie*	
medico generico	3,9	1.003.178	58,18	2,26	92,7	23.913.223	3,4	872.184	25.788.585
visite specialistiche	26,7	6.876.908	159,69	42,58	69,8	18.006.339	3,5	905.338	25.788.585
dentista	15,6	4.035.560	547,54	85,68	81,0	20.878.300	3,4	874.725	25.788.585
infermieri e para-medici	4,7	1.209.118	242,72	11,38	91,8	23.664.475	3,6	914.992	25.788.585
analisi cliniche e diagnostica	17,4	4.479.189	95,99	16,67	79,0	20.381.540	3,6	927.856	25.788.585
ricoveri	0,6	165.734	410,36	2,64	95,7	24.687.953	3,6	934.898	25.788.585
apparecchi acustici	0,4	106.907	521,52	2,16	96,3	24.835.874	3,3	845.804	25.788.585
protesi dentarie e apparecchi ortodontici	1,2	308.458	715,28	8,56	95,5	24.624.294	3,3	855.832	25.788.585
occhiali e lenti da vista	9,4	2.417.998	197,02	18,47	87,4	22.542.656	3,2	827.932	25.788.586
articoli sanitari	2,6	667.022	113,2	2,93	94,2	24.297.411	3,2	824.152	25.788.585
riparazione attrezzature sanitarie	0,5	118.970	101,22	0,47	96,3	24.835.562	3,2	834.053	25.788.585
cure termali, ginnastica correttiva, attrezzature sanitarie	1,2	302.509	156,72	1,84	95,6	24.659.915	3,2	826.161	25.788.585
medicinali	60,1	15.502.839	73,23	44,02	39,9	10.285.746			
articoli sanitari	13,8	3.553.581	25,26	3,48	86,2	22.235.004			

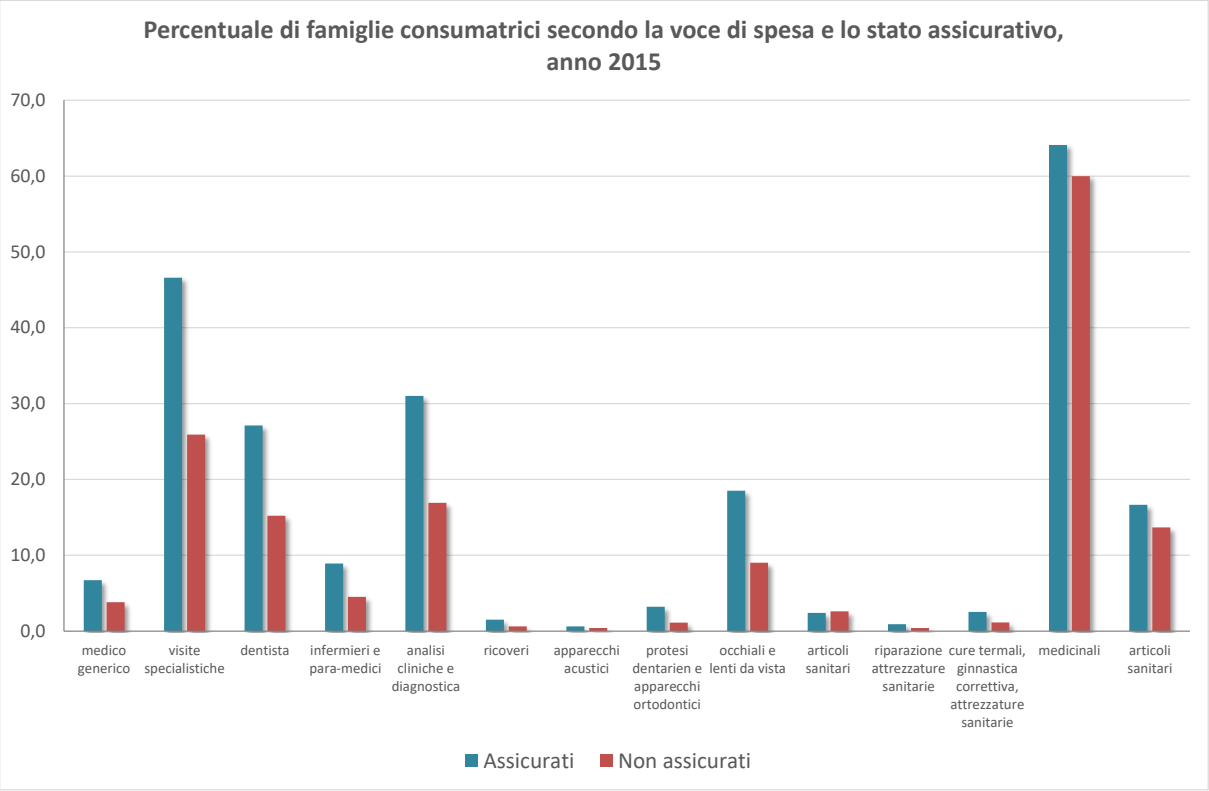
Fonte Elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sui consumi e le spese delle famiglie, anno di riferimento 2015. Note 1) hanno sostenuto una spesa per assicurazione sanitaria. 2) Dato non riportato perché la numerosità campionaria dello strato inferiore a 20 unità.(3) Il numero delle famiglie assicurate che hanno consumato è pari al numero del trimestre (929.986 x 4 = a 3.719.940). Rappresentano il 3,6 delle famiglie totali. (4) Dato che nel 2015 il numero medio di componenti per famiglia era pari 2,2 si stima che il numero di persone che hanno speso nell'anno è pari a 8.723.731 non lontano dai 9,128.000 stimato dall'indagine AVQ

Tab. 26.4 Spesa sanitaria annuale secondo le voci di spesa e lo stato assicurativo, 2015

Voce di spesa	SPESA			% voce di spesa su totale della voce di spesa		% famiglie ASSICURATE		% famiglie NON ASSICURATE	
	Assicurati	Non assicurati	Totale	Assicurati	Non assicurati	che hanno speso nel trimestre	che non hanno speso	che hanno speso nel trimestre	che non hanno speso
medico generico	18.041.709	215.772.639	233.814.348	7,7	92,3	6,7	90,9	3,8	92,8
visite specialistiche	334.459.805	4.057.917.864	4.392.377.669	7,6	92,4	46,6	51,0	25,9	70,5
dentista	608.136.445	8.230.184.957	8.838.321.402	6,9	93,1	27,1	70,6	15,2	81,3
infermieri e para-medici	75.403.184	1.098.750.076	1.174.153.260	6,4	93,6	8,9	88	4,5	91,9
analisi cliniche e diagnostica	125.213.315	1.594.927.712	1.720.141.027	7,3	92,7	31,0	65,6	16,9	79,5
ricoveri		193.897.072	193.897.072	0,0	100,0	1,5	95,2	0,6	95,8
apparecchi acustici		217.761.327	217.761.327	0,0	100,0	0,6	97,3	0,4	96,3
protesi dentarie e apparecchi ortodontici		765.644.880	765.644.880	0,0	100,0	3,2	94,6	1,1	95,5
occhiali e lenti da vista	167.955.472	1.737.118.968	1.905.074.440	8,8	91,2	18,5	79,4	9,0	87,7
articoli sanitari		287.365.404	287.365.404	0,0	100,0	2,4	95,5	2,6	94,2
riparazione attrezzature sanitarie		41.762.448	41.762.448	0,0	100,0	0,9	96,9	0,4	96,3
cure termali, ginnastica correttiva, attrezzature sanitarie		169.038.473	169.038.473	0,0	100,0	2,5	95,35	1,1	95,63
medicinali	711.104.342	12.913.545.009	13.624.649.351	5,2	94,8	64,1	35,9	60,0	40,0
articoli sanitari	55.687.544	1.020.196.903	1.075.884.447	5,2	94,8	16,7	83,4	13,7	86,3
Totale	2.096.001.816	32.543.883.732	34.639.885.548	6,1	93,9	16,5 (1)	81,4 (1)	11,1 (1)	86,0 (1)

Fonte Elaborazione Piperno (2017) su dati Istat , Indagine sui consumi e le spese delle famiglie, anno di riferimento 2015. Nota (1) Le percentuali totali delle famiglie assicurate e non sono percentuali medie.

L'impatto che esercita il possesso di assicurazione sulla spesa si osserva meglio se si confronta simultaneamente la percentuale della spesa con quella delle famiglie, assicurate e no, che hanno speso oppure no (tab. 26.4). Ad esempio, la percentuale di spesa degli assicurati per le visite specialistiche rispetto al totale di spesa per questa categoria di prestazioni è di 7,6 un punto e mezzo in più rispetto alla media totale). La percentuale di famiglie che hanno speso per visite specialistiche è pari al 46,6% nel caso degli assicurati e al 25,9% se si tratta invece di non assicurati. Il possesso di assicurazione, cioè, è correlato al doppio della spesa. Quanto si verifica per le visite specialistiche si ripropone per le altre categorie di spesa. In totale, mentre il 6,1% della spesa riguarda gli assicurati nel loro complesso a prescindere dal tipo di prestazione consumata, è il 16,5% la percentuale delle famiglie assicurate che hanno speso. Se non si è assicurati, invece, la percentuale scende all'11,1%. L'effetto assicurazione sul consumo di prestazioni si sostanzia principalmente in questo modo: fa aumentare il numero dei consumatori (11,6% se non si è assicurati e 16,5 se si è assicurati), che è peraltro molto più elevato per alcune prestazioni rispetto ad altre (46,6% delle visite specialistiche degli assicurati rispetto al 25,9% dei non assicurati)



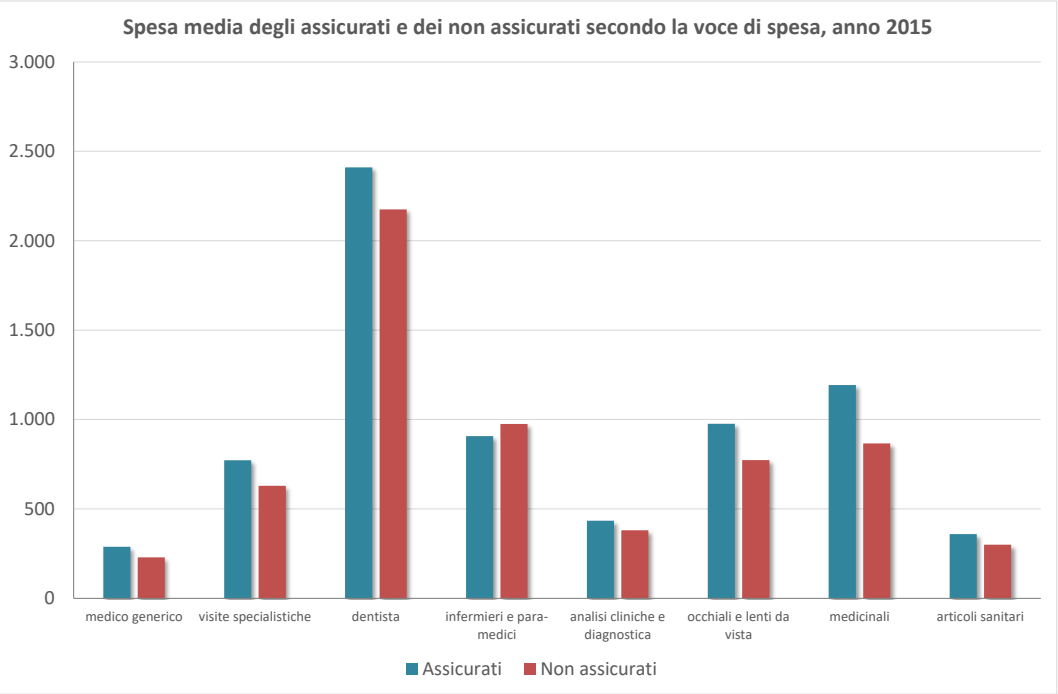
La tabella 26.5 permette un confronto tra il 2014 e il 2015. Le voci di spesa sono state in questa tabella aggregate diversamente per questioni metodologiche riguardanti una diversa classificazione delle prestazioni nelle tavole dati delle fonti. Gli anni sono ciononostante sono confrontabili in base alle riaggregazioni fatte per ricostruire la possibilità di un confronto. La spesa totale del 2015 è aumentata rispetto al 2014 di oltre 1 miliardo, da circa 33,6 a 34,6, ma a questo incremento corrisponde una diminuzione della spesa degli assicurati pari al 20,6% (da 2,09 miliardi a 2,64) che ha però riguardato soprattutto i servizi medici ospedalieri (-24%) e quelli dentistici (25,9%). Se si osservano le percentuali di diminuzione per singole categorie di prestazioni e distinguendo tra assicurati e non assicurati emerge un dato assai interessante: calano tutte le percentuali nel caso

degli assicurati, ma i cali superiori riguardano i servizi ospedalieri (36,9%) e articoli sanitari/attrezzature. E' verosimile che la causa di questo effetto sia riconducibile al fatto che le coperture assicurative in termini di numero di assicurati è cresciuto tra il 2014 e il 2015 e che le prestazioni ospedalieri abbiano preso un maggiore spazio tra le coperture assicurative. Questo dimostra, incidentalmente, che le coperture dei terzi paganti nel loro complesso sono per lo più prestazioni classificati come sostitutive o duplicative di quelle del SSN.

Tab. 26.5 Confronto della spesa tra assicurati e non assicurati nel 2014-2015

Stato assicurativo	Voci di spesa	Spesa totale annua 2014	Spesa totale annua 2015	Variazione % 2014-2015	% spesa assicurati su totale 2014	2015
Assicurato	medicinali	807.141.357	711.104.342	-11,9	6,3	5,2
	articoli sanitari	78.430.923	55.687.544	-29,0	7,3	5,2
	Attrezzature terapeutiche	336.336.398	167.955.472	-50,1	10,2	5,2
	servizi medici ospedalieri	558.995.931	352.501.514	-36,9	8,8	7,3
	servizi dentistici	623.694.355	608.136.445	-2,5	8,9	6,9
	servizi paramedici	235.878.137	200.616.499	-14,9	8,0	6,5
	Totale	2.640.477.102	2.096.001.816	-20,6	7,9	6,1
Non assicurato	medicinali	12.106.886.420	12.913.545.009	6,7	93,7	94,8
	articoli sanitari	999.664.256	1.020.196.903	2,1	92,7	94,8
	Attrezzature terapeutiche	2.965.167.824	3.049.653.028	2,8	89,8	94,8
	servizi medici ospedalieri	5.783.382.209	4.467.587.576	-22,8	91,2	92,7
	servizi dentistici	6.396.459.086	8.230.184.957	28,7	91,1	93,1
	servizi paramedici	2.694.964.512	2.862.716.261	6,2	92,0	93,5
	Totale	30.946.524.308	32.543.883.732	5,2	92,1	93,9
Totale	medicinali	12.914.027.778	13.624.649.351	5,5	100,0	100,0
	articoli sanitari	1.078.095.179	1.075.884.447	-0,2	100,0	100,0
	Attrezzature terapeutiche	3.301.504.223	3.217.608.499	-2,5	100,0	100,0
	servizi medici ospedalieri	6.342.378.140	4.820.089.090	-24,0	100,0	100,0
	servizi dentistici	7.020.153.441	8.838.321.402	25,9	100,0	100,0
	servizi paramedici	2.930.842.649	3.063.332.760	4,5	100,0	100,0
	Totale	33.587.001.410	34.639.885.548	3,1	100,0	100,0

Fonte Elaborazione Piperno (2017) su dati Istat, Indagine sui consumi e le spese delle famiglie, anno di riferimento 2015 e 2014. Il numero dei componenti per famiglia era pari a 2,03 nel 2014 e a 2,25 nel 2015



In conclusione, la presenza di assicurazioni sanitarie insieme a coperture principali tipo quella universale del SSN (al pari della presenza di assicurazione rispetto alla non presenza, come dimostra un'ingente letteratura) ha un effetto sul consumo e sulla spesa innalzandone la frequenza e la dimensione. L'effetto è generalizzato, ma a sua volta si differenzia secondo la categoria di prestazione. In questo senso, diventa assai rilevante il tipo di copertura che viene offerta dall'assicurazione (come si è già fatto notare nelle sezioni iniziali del Rapporto), non solo ai fini di una gestione efficiente degli assicurati, ma anche ai fini delle interdipendenze che esistono tra settori di consumo e prestazioni, in particolar modo tra pubblico e privato. Sarebbe stato importante poter quantificare questi effetti, solo in termini di confronto tra assicurati e non, ma anche come direzionalità dei consumi e delle spese. Lo si è fatto con i dati dei sondaggi riportati nella precedente sezione del Rapporto ove si è fatto riferimento ai database dell'indagine AVQ, ma non è stato possibile fare altrettanto con i dati della spesa e dei consumi delle famiglie qui descritti e analizzati. A tal fine, sii sarebbe dovuto disporre nel database, sia dei dati di consumo e spesa per prestazione che di quelli sul luogo del consumo e della spesa.

7. Spesa pubblica, spesa privata, spesa intermediata

Il tema specifico di questo Rapporto è quello di misurare lo stato odierno (e quello ipotizzabile in prospettiva) del cosiddetto secondo pilastro, ovvero del welfare privato sanitario. I profili studiati finora hanno riguardato la descrizione delle fattispecie che svolgono funzione di terzi paganti, i beni e i servizi, ovvero, le coperture assicurative che offrono, il modus operandi, rapporti con clienti ed erogatori, il numero degli enti, il numero degli assicurati, iscritti principali e famigliari, il loro profilo socioeconomico e le modalità di consumo e, infine, la tipologia dei beni e servizi consumati e per quali di questi hanno speso e quanto e, soprattutto, se sono assicurati oppure no.

Prima di poter esercitarci in alcune simulazioni e proiezioni sui possibili sviluppi del welfare privato e dei suoi rapporti con la componente pubblica, seppur limitatamente ad alcuni profili, occorre delineare qual è il quadro economico entro cui opera e si sviluppa il settore. In questa sezione lo faremo attraverso i dati generali di spesa pubblica e privata (anche comparati), che sono necessari come presupposto per misurare la dimensione che in questo contesto occupa quella che viene definita "spesa intermediata". La spesa, cioè, che è riconducibile al consumatore ma di cui è garantito, in tutto o in parte, un rimborso da parte un terzo pagante. Risorse, cioè, che transitano attraverso i terzi pagani, in entrata come somma dei contributi e dei premi versati dagli iscritti e da altri soggetti per loro conto, e in uscita per remunerare i beni e i servizi consumati dagli assicurati, sia come rimborsi oppure come pagamento ad erogatori convenzionati per i beni e servizi goduti dagli assicurati. Quota delle entrate va a remunerare la gestione degli enti in senso lato e gli eventuali utili a seconda della fattispecie.

Alcuni dei dati necessari a delineare il quadro suddetto sono conosciuti e di essi esistono fonti nazionali e internazionali, altri no, nonostante siano presenti nei database delle fonti, ma rimasti inesplorati in quanto necessitano di elaborazioni, che richiedono l'intrapresa di complesse operazioni preliminari volte al reperimento e al trattamento statistico dei database.

Una prima tabella di fonte OECD (tab. 27) riporta la spesa totale a prezzi correnti (Italia, 148 miliardi nel 2015), mentre l'incidenza della spesa totale sul PIL a partire dal 2000 al 2015 si trova nella tabella 28. Nell'ultimo paio d'anni il peso della spesa sanitaria totale è stato pari al 9,1% che è, come è noto, una percentuale inferiore alla media di oltre il 10% dei paesi dell'Oecd. Le tabelle 29.1 e 29.2 riportano la spesa pubblica corrente in valori assoluti e in % del PIL. A prezzi correnti l'ammontare della spesa privata è stato pari a 36,22 miliardi di euro nel 2015 (tab. 30.1) e rappresenta il 2.2% del PIL nel 2015 (tab. 30.2).

Tab 27 Spesa sanitaria totale corrente in moneta dei paesi

Paese	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	19.660	20.441	21.301	22.136	23.299	24.243	25.267	26.762	28.127	29.025	29.794	30.583	32.125	32.729	33.795	34.920
Belgium	20.508	21.543	22.730	25.692	27.215	28.146	29.218	30.968	33.139	35.266	36.288	38.341	39.607	40.907	41.711	42.404
Denmark (Corone)	107.538	115.871	122.729	127.923	135.652	144.175	154.243	162.150	171.344	183.827	187.894	187.543	193.378	196.187	205.131	210.216
Finland	9.352	10.126	10.958	11.674	12.400	13.183	13.852	14.636	15.691	16.091	16.615	17.636	18.572	19.319	19.523	19.977
France	141.715	149.292	159.135	164.417	173.201	180.384	186.352	194.198	201.715	209.652	214.214	220.526	225.572	231.060	236.948	239.939
Germany	207.636	214.657	222.978	229.331	229.302	235.709	241.647	250.172	260.009	273.838	283.694	289.293	296.632	308.526	321.720	335.389
Greece	10.231	12.157	13.459	14.667	15.366	17.925	19.532	21.083	23.615	23.177	22.269	19.599	17.106	15.777	14.712	14.441
Ireland	6.400	7.805	9.075	10.201	11.282	13.016	13.899	15.387	17.091	17.838	17.616	17.195	17.682	18.776	19.148	20.159
Italy	**93.941**	**100.909**	**106.224**	**109.246**	**118.589**	**124.559**	**130.996**	**131.385**	**139.742**	**141.190**	**143.662**	**144.664**	**142.645**	**141.175**	**145.938**	**148.106**
Netherlands	31.617	35.472	39.334	42.850	44.646	51.347	53.887	57.117	60.927	63.310	65.882	67.392	70.064	71.259	72.475	73.039
Norway (Corone)	116.244	125.489	140.502	149.312	157.283	165.734	175.371	189.209	207.544	220.368	230.785	245.440	260.181	274.246	291.925	311.094
Portugal	10.759	11.415	12.206	13.010	14.164	14.966	15.189	15.908	16.729	17.332	17.668	16.791	15.742	15.477	15.583	15.888
Spain	44.049	47.450	50.973	60.503	65.633	71.434	78.170	84.700	92.523	96.880	97.429	97.294	94.769	92.700	94.534	97.291
Sweden (Corone)	176.443	199.097	214.896	226.616	231.741	240.653	252.918	266.201	281.614	294.140	298.721	390.485	403.051	418.514	438.130	459.993
Inghilterra(Sterline)	64.356	70.390	76.778	84.408	91.515	98.695	106.184	113.287	119.520	128.717	131.629	136.644	141.479	172.163	179.450	181.864

Fonte: OECD, 2017.

Tab 28 Incidenza sul Pil della spesa sanitaria totale corrente

Paesi	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	9,2	9,3	9,4	9,6	9,6	9,6	9,5	9,5	9,6	10,1	10,1	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4
Belgium	7,9	8,1	8,3	9,1	9,1	9,0	8,9	9,0	9,4	10,1	9,9	10,1	10,2	10,4	10,4	10,4
Denmark	8,1	8,4	8,7	8,9	9,0	9,1	9,2	9,3	9,5	10,7	10,4	10,2	10,3	10,3	10,6	10,6
Finland	6,9	7,0	7,4	7,7	7,8	8,0	8,0	7,8	8,1	8,9	8,9	9,0	9,3	9,5	9,5	9,6
France	9,5	9,7	10,0	10,0	10,1	10,2	10,1	10,0	10,1	10,8	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11,0
Germany	9,8	9,8	10,1	10,3	10,1	10,2	10,1	10,0	10,1	11,1	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1
Greece	7,2	8,0	8,2	8,2	7,9	9,0	9,0	9,1	9,8	9,8	9,9	9,5	8,9	8,7	8,3	8,2
Ireland	5,9	6,4	6,7	7,0	7,2	7,7	7,5	7,8	9,1	10,5	10,6	9,9	10,1	10,5	10,1	9,4
Italy	**7,6**	**7,8**	**7,9**	**7,9**	**8,2**	**8,4**	**8,5**	**8,2**	**8,6**	**9,0**	**9,0**	**8,8**	**8,8**	**8,8**	**9,1**	**9,1**
Netherlands	7,1	7,4	8,0	8,5	8,5	9,4	9,3	9,3	9,5	10,3	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,8
Norway	7,7	8,0	9,0	9,2	8,8	8,3	7,9	8,1	8,0	9,1	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	9,9
Portugal	8,4	8,4	8,6	8,9	9,3	9,4	9,1	9,1	9,4	9,9	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	8,9
Spain	6,8	6,8	6,8	7,5	7,6	7,7	7,8	7,8	8,3	9,0	9,0	9,1	9,1	9,0	9,1	9,0
Sweden	7,4	8,0	8,4	8,5	8,3	8,3	8,2	8,1	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,1	11,2	11,1
United Kingdom	6,3	6,6	6,8	7,1	7,3	7,4	7,5	7,6	7,9	8,7	8,5	8,4	8,5	9,9	9,9	9,8

Fonte OECD, 2017

Tab 29.1 Spesa sanitaria pubblica corrente

Paesi	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	14.850	15.333	15.933	16.491	17.368	18.203	19.107	20.246	21.520	22.190	22.685	23.250	24.391	24.769	25.642	26.580
Belgium	15.300	16.245	16.774	19.015	20.664	21.487	22.088	23.225	25.451	27.216	28.039	29.519	30.716	31.638	32.360	32.883
Denmark (KRN)	89.372	96.643	102.854	107.340	113.336	120.738	129.364	135.733	143.963	155.258	158.888	158.934	164.823	165.478	172.694	176.925
Finland	6.650	7.271	7.945	8.722	9.324	9.976	10.417	10.997	11.792	12.095	12.407	13.260	14.069	14.584	14.719	15.089
France	111.785	117.809	125.996	129.525	136.459	141.935	146.276	152.170	157.384	164.072	167.361	172.138	176.354	181.055	186.361	188.609
Germany	165.279	170.758	176.350	180.051	176.076	180.435	184.638	191.038	198.781	229.677	237.583	241.943	247.759	259.736	272.275	285.055
Greece	6.305	7.684	8.137	9.054	9.358	11.059	12.447	13.042	14.156	16.098	15.581	13.188	11.408	10.021	8.776	8.745
Ireland	4.961	6.122	7.168	8.035	8.903	10.265	10.817	12.191	13.557	13.748	13.420	13.065	13.410	13.111	13.270	13.947
Italy	**68.237**	**75.301**	**79.624**	**82.299**	**90.417**	**96.519**	**101.850**	**101.808**	**108.545**	**110.559**	**112.708**	**111.409**	**109.886**	**109.235**	**110.642**	**111.784**
Netherlands	20.981	23.333	25.773	28.513	29.294	36.386	46.189	48.943	52.474	54.970	57.349	58.416	57.334	57.699	58.432	58.952
Norway (KRN)	94.951	103.905	116.455	124.178	130.572	137.644	146.157	158.370	174.617	186.070	195.430	207.208	220.517	233.172	248.490	265.179
Portugal	7.581	8.083	8.860	9.238	10.059	10.666	10.500	10.930	11.440	12.119	12.327	11.366	10.322	10.357	10.321	10.489
Spain	31.432	33.703	36.212	43.148	46.982	51.340	56.650	61.598	68.130	73.017	72.835	71.784	68.175	65.719	65.976	68.007
Sweden (KRN)	150.925	162.957	176.618	187.126	190.411	196.747	206.900	217.892	230.522	241.080	244.602	327.877	336.879	348.955	365.286	384.992
Inghilterra(Sterl.)	50.931	55.686	61.010	66.920	73.826	80.055	87.133	91.985	98.389	107.217	109.133	112.606	115.702	136.942	142.806	143.721

Fonte OECD, 2017

Tab 29.2 Spesa sanitaria pubblica corrente su PIL

Paese	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	7,0	7,0	7,0	7,1	7,2	7,2	7,2	7,2	7,4	7,8	7,7	7,5	7,7	7,7	7,8	7,9
Belgium	5,9	6,1	6,1	6,7	6,9	6,9	6,8	6,7	7,2	7,8	7,7	7,8	7,9	8,1	8,1	8,0
Denmark (Corone)	6,7	7,0	7,3	7,5	7,5	7,6	7,7	7,8	8,0	9,1	8,8	8,7	8,8	8,7	8,9	8,9
Finland	4,9	5,0	5,4	5,8	5,9	6,1	6,0	5,9	6,1	6,7	6,6	6,7	7,0	7,2	7,2	7,3
France	7,5	7,6	7,9	7,9	8,0	8,0	7,9	7,8	7,9	8,5	8,4	8,4	8,5	8,6	8,7	8,6
Germany	7,8	7,8	8,0	8,1	7,8	7,8	7,7	7,6	7,8	9,3	9,2	9,0	9,0	9,2	9,3	9,4
Greece	4,5	5,0	5,0	5,1	4,8	5,6	5,7	5,6	5,8	6,8	6,9	6,4	6,0	5,6	4,9	5,0
Ireland	4,6	5,0	5,3	5,5	5,7	6,0	5,8	6,2	7,2	8,1	8,1	7,5	7,7	7,3	7,0	6,5
Italy	5,5	5,8	5,9	5,9	6,2	6,5	6,6	6,3	6,7	7,0	7,0	6,8	6,8	6,8	6,9	6,8
Netherlands	4,7	4,9	5,2	5,6	5,6	6,7	8,0	8,0	8,2	8,9	9,1	9,1	8,9	8,9	8,8	8,7
Norway (Corone)	6,3	6,6	7,5	7,7	7,3	6,9	6,6	6,7	6,7	7,7	7,5	7,4	7,4	7,6	7,9	8,5
Portugal	5,9	6,0	6,2	6,3	6,6	6,7	6,3	6,2	6,4	6,9	6,9	6,5	6,1	6,1	6,0	5,8
Spain	4,9	4,8	4,8	5,4	5,5	5,5	5,6	5,7	6,1	6,8	6,7	6,7	6,5	6,4	6,3	6,3
Sweden (Corone)	6,3	6,6	6,9	7,0	6,8	6,8	6,7	6,6	6,8	7,3	6,9	9,0	9,1	9,3	9,3	9,3
Inghilterra (Sterline)	5,0	5,2	5,4	5,6	5,9	6,0	6,2	6,2	6,5	7,2	7,0	7,0	6,9	7,9	7,9	7,7

Fonte OECD, 2017

Tab. 30.1 Spesa sanitaria privata a prezzi correnti

Paese	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	4.809	5.109	5.368	5.645	5.930	6.040	6.160	6.516	6.607	6.835	7.109	7.333	7.733	7.960	8.153	8.340
Belgium	5.208	5.298	5.956	6.677	6.552	6.659	7.130	7.743	7.689	8.050	8.249	8.823	8.891	9.269	9.351	9.521
Denmark (KRN)	18.166	19.228	19.875	20.583	22.316	23.437	24.879	26.417	27.381	28.569	29.006	28.609	28.555	30.708	32.437	33.291
Finland	2.702	2.855	3.014	2.952	3.076	3.206	3.435	3.639	3.899	3.996	4.207	4.376	4.504	4.735	4.804	4.888
France	29.930	31.483	33.139	34.893	36.742	38.449	40.077	42.029	44.330	45.579	46.853	48.388	49.218	50.005	50.587	51.331
Germany	42.357	43.899	46.628	49.281	53.226	55.273	57.009	59.134	61.228	44.161	46.111	47.350	48.872	48.790	49.444	50.334
Greece	3.926	4.473	5.322	5.613	6.008	6.866	7.086	8.041	9.459	7.077	6.684	6.376	5.674	5.631	5.754	5.696
Ireland	1.439	1.683	1.906	2.166	2.379	2.750	3.082	3.195	3.534	4.090	4.197	4.130	4.272	5.665	5.878	6.213
Italy	**25.704**	**25.608**	**26.600**	**26.947**	**28.172**	**28.040**	**29.146**	**29.577**	**31.197**	**30.631**	**30.954**	**33.255**	**32.759**	**31.940**	**35.296**	**36.322**
Netherlands	10.636	12.139	13.561	14.338	15.352	14.961	7.698	8.174	8.454	8.339	8.533	8.977	12.730	13.560	14.043	14.088
Norway (KRN)	21.293	21.584	24.047	25.134	26.711	28.090	29.214	30.839	32.815	34.184	35.237	38.232	39.664	41.074	43.435	45.915
Portugal	3.177	3.332	3.346	3.772	4.105	4.300	4.688	4.977	5.289	5.213	5.341	5.424	5.420	5.119	5.261	5.399
Spain	12.617	13.747	14.762	17.354	18.651	20.094	21.521	23.102	24.393	23.863	24.594	25.510	26.594	26.981	28.558	29.284
Sweden (KRN)	25.518	36.140	38.278	39.490	41.330	43.906	46.018	48.309	51.092	53.060	54.119	62.608	66.172	69.559	72.844	75.001
Inghilterra (Sterline)	13.425	14.704	15.768	17.489	17.689	18.640	19.051	21.302	21.131	21.500	22.496	24.038	25.777	35.221	36.644	38.142

Fonte: OECD, 2017

Tab. 30.2 Incidenza della spesa sanitaria privata sul PIL

Paese	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	2,3	2,3	2,4	2,4	2,5	2,4	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5
Belgium	2,0	2,0	2,2	2,4	2,2	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,3	2,3
Denmark	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,7	1,6	1,6	1,5	1,6	1,7	1,7
Finland	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,4
France	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,4	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4
Germany	2,0	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7
Greece	2,8	2,9	3,3	3,1	3,1	3,4	3,3	3,5	3,9	3,0	3,0	3,1	3,0	3,1	3,2	3,2
Ireland	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,7	1,6	1,9	2,4	2,5	2,4	2,4	3,2	3,1	2,9
Italy	**2,1**	**2,0**	**2,0**	**1,9**	**1,9**	**1,9**	**1,9**	**1,8**	**1,9**	**1,9**	**1,9**	**2,0**	**2,0**	**2,0**	**2,2**	**2,2**
Netherlands	2,4	2,5	2,7	2,8	2,9	2,7	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	2,0	2,1	2,1	2,1
Norway	1,4	1,4	1,5	1,6	1,5	1,4	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,4	1,5
Portugal	2,5	2,5	2,3	2,6	2,7	2,7	2,8	2,8	3,0	3,0	3,0	3,1	3,2	3,0	3,0	3,0
Spain	2,0	2,0	2,0	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,4	2,6	2,6	2,7	2,7
Sweden	1,1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5	1,7	1,8	1,8	1,9	1,8
Inghilterra	1,3	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	2,0	2,0	2,0

Fonte: OECD, 2017

Fatta 100 la spesa totale (tab. 31), la spesa privata pesa per il 24,5% nel 2015 e si colloca intorno alla media dei paesi dell'OECD (24,6%), se non si considerano gli Stati Uniti. Il 24,5% è un valore abbastanza costante in tutto il periodo 2000 - 2015, dimostrando con ciò che è da ritenersi un dato strutturale. Dal 2000, cioè, la spesa sanitaria è più o meno sempre stata composta di 2/4 di spesa pubblica e di ¼ di spesa privata. Le ragioni per cui in Italia la percentuale di spesa privata si assesta intorno a ¼, mentre in altri paesi è superiore e in altri inferiore, dipende in larga parte dall'assetto istituzionale del settore, in termini di varietà e misura delle coperture, efficienza di gestione e propensioni di consumo sanitario dei cittadini in termini di prestazioni e luoghi di cura.

Le suddette tabelle meritano di per sé un commento e considerazioni varie che non sono in questa sede descritte ed argomentate in dettaglio, dato il tema centrale del Rapporto riguarda quella porzione di spesa che, direttamente e indirettamente, interessa il settore dei terzi paganti, profit e non profit: la spesa intermediata.

A quanto ammonta la spesa che transita attraverso i terzi paganti, quella cosiddetta intermediata? Di questa spesa si parla da tempo (vedi alcuni fonti di letteratura citate nella sezione seguente del Rapporto) già dalla fine degli anni '80, quando la Commissione Affari sociali della Camera dei deputati ritenne necessario varare ed eseguire un'Indagine nazionale sulla spesa privata. Da alcuni studi preparatori (tra questi, vedi i rapporti sulla " Previdenza sanitaria integrativa" e "La spesa per le assicurazioni sanitarie" pubblicati nel 1988 a cura di A. Piperno dal Servizio Studi, Camera dei deputati)) emerse un primo conteggio della dimensione della spesa privata, fatto a partire dai dati di contabilità dell'Istat ed emerse che, nonostante l'introduzione del SSN, erano operativi in Italia numerosi fondi di categoria, casse mutue, società di mutuo soccorso e imprese di assicurazione, che però queste ultime non mostravano un interesse attivo in materia, data la negatività del rapporto sinistri/premi.

Oggi il complesso dei terzi paganti mostra, invece, un interesse, apparentemente condiviso con le parti sociali rappresentative dei lavoratori e dei datori di lavoro e con l'incoraggiamento che attraverso il miglioramento degli incentivi fiscali proviene dallo Stato.

Il punto problematico è che, data la posta in gioco, ovvero, l'emergere in Italia di un sistema sanitario duale istituzionalmente promosso, l'informazione necessaria per un'analisi del cambiamento e per il suo monitoraggio, sarebbe indispensabile. L'informazione esistente e, spesso, di difficile reperimento ed elaborazione, è sparsa e frammentata. Capita che i dati che appaiono sui media e/o che sono riportati in occasione di convegni ed eventi, non riportino la fonte e le metodologie utilizzate la cui conoscenza è necessaria per stabilire il livello di attendibilità dei dati.

Faremo riferimento, quindi, in questa parte del Rapporto a una pluralità di fonti al fine di ricostruire almeno qual è l'ordine di grandezza delle risorse (in entrata e in uscita)che girano intorno ai terzi paganti. Un tentativo di ricostruzione si trova nella tabella 32.

Il primo passo è quello di misurare quante sono le risorse lorde in entrata e, cioè, la somma dei premi versati alle imprese di assicurazione, dei contributi versati dagli individui e dai datori ai terzi paganti non profit, le risorse riconducibili direttamente alle imprese private e al settore pubblico in varia modalità e forma.

Tab. 31 Percentuale spesa sanitaria privata su spesa sanitaria totale

Paese	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Australia	31,6	32,2	31,4	32,0	31,7	31,6	31,7	30,7	31,0	30,7	31,4	30,8	32,5	32,4	33,4	33,3
Austria	24,5	25,0	25,2	25,5	25,5	24,9	24,4	24,3	23,5	23,5	23,9	24,0	24,1	24,3	24,1	23,9
Belgium	25,4	24,6	26,2	26,0	24,1	23,7	24,4	25,0	23,2	22,8	22,7	23,0	22,4	22,7	22,4	22,5
Canada	30,0	30,3	30,7	30,1	30,1	30,1	30,4	30,2	30,2	29,7	30,1	29,4	29,4	29,5	29,3	29,2
Denmark	16,9	16,6	16,2	16,1	16,5	16,3	16,1	16,3	16,0	15,5	15,4	15,3	14,8	15,7	15,8	15,8
Finland	28,9	28,2	27,5	25,3	24,8	24,3	24,8	24,9	24,8	24,8	25,3	24,8	24,2	24,5	24,6	24,5
France	21,1	21,1	20,8	21,2	21,2	21,3	21,5	21,6	22,0	21,7	21,9	21,9	21,8	21,6	21,3	21,4
Germany	20,4	20,5	20,9	21,5	23,2	23,4	23,6	23,6	23,5	16,1	16,3	16,4	16,5	15,8	15,4	15,0
Greece	38,4	36,8	39,5	38,3	39,1	38,3	36,3	38,1	40,1	30,5	30,0	32,5	33,2	35,7	39,1	39,4
Ireland	22,5	21,6	21,0	21,2	21,1	21,1	22,2	20,8	20,7	22,9	23,8	24,0	24,2	30,2	30,7	30,8
Italy	**27,4**	**25,4**	**25,0**	**24,7**	**23,8**	**22,5**	**22,2**	**22,5**	**22,3**	**21,7**	**21,5**	**23,0**	**23,0**	**22,6**	**24,2**	**24,5**
Netherlands	33,6	34,2	34,5	33,5	34,4	29,1	14,3	14,3	13,9	13,2	13,0	13,3	18,2	19,0	19,4	19,3
New Zealand	22,0	23,6	22,1	21,7	20,4	20,3	19,9	17,6	19,4	19,3	19,4	19,6	19,9	20,2	20,4	20,3
Norway	18,3	17,2	17,1	16,8	17,0	16,9	16,7	16,3	15,8	15,5	15,3	15,6	15,2	15,0	14,9	14,8
Portugal	29,5	29,2	27,4	29,0	29,0	28,7	30,9	31,3	31,6	30,1	30,2	32,3	34,4	33,1	33,8	34,0
Spain	28,6	29,0	29,0	28,7	28,4	28,1	27,5	27,3	26,4	24,6	25,2	26,2	28,1	29,1	30,2	30,1
Sweden	14,5	18,2	17,8	17,4	17,8	18,2	18,2	18,1	18,1	18,0	18,1	16,0	16,4	16,6	16,6	16,3
Switzerland	44,6	43,1	42,3	41,7	41,6	40,5	40,9	40,9	34,8	34,5	35,9	35,8	35,3	34,2	34,8	32,1
Inghilterra	20,9	20,9	20,5	20,7	19,3	18,9	17,9	18,8	17,7	16,7	17,1	17,6	18,2	20,5	20,4	21,0
Stati Uniti	55,8	54,9	54,9	55,1	54,8	54,6	53,9	53,8	52,8	51,9	51,6	51,7	51,8	51,4	50,7	50,6

Fonte: OECD

Tab. 32 Risorse in entrata ai terzi paganti come contributo, premio, rimborso per prestazioni sanitarie

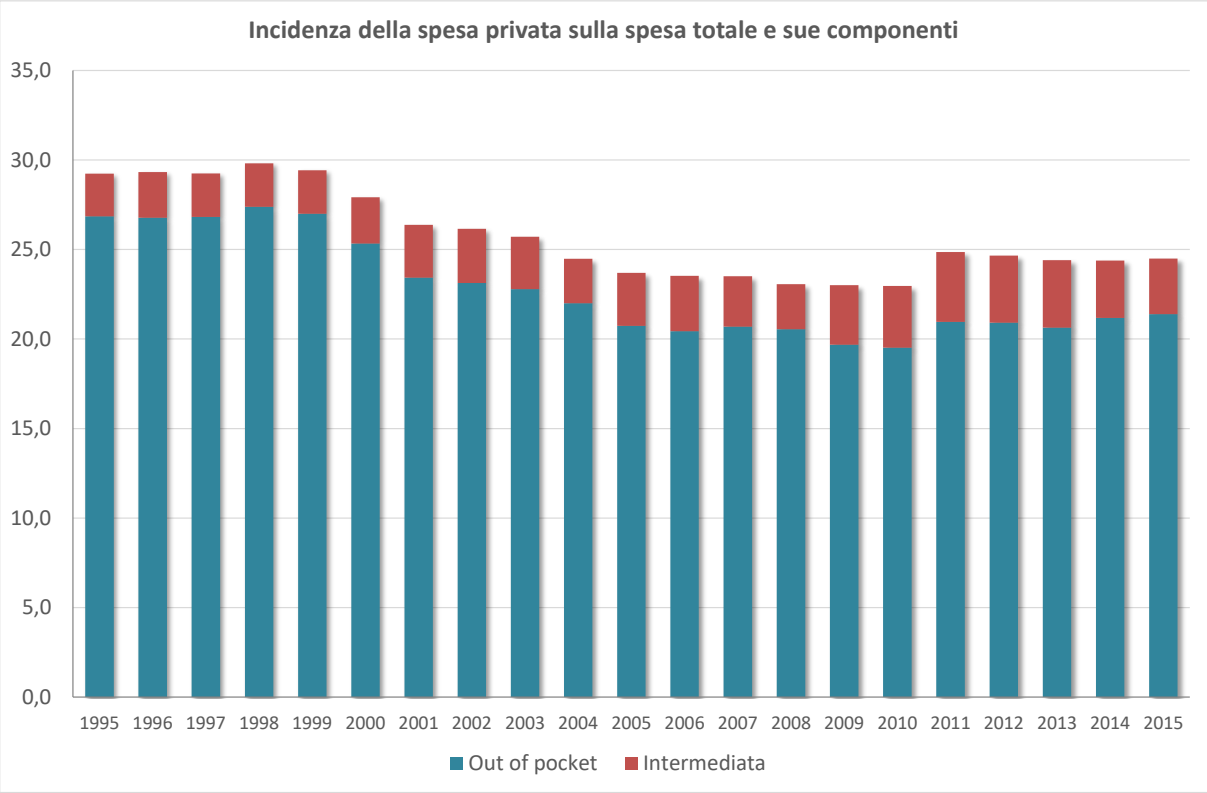
Anno	Fondi Anagrafe	Imprese assicurazione ramo malattia	Datori di lavoro (*)	Datori di lavoro pubblici (***)	Totale (fondi+imprese)	Totale stimato con aggiunta quota datori (minimo)	spesa privata OECD	Spesa intermediata fondi su spesa privata Oecd	Spesa intermediata assicurazioni su spesa privata OECD	Totale spesa terzi paganti su Spesa privata OECD	% spesa fondi su spesa intermediata (****)	% spesa assicurazioni su spesa intermediata (****)
2010		2.192.154.000					30.954					
2011		2.176.258.000					33.255					
2012		2.138.161.000					32.759					
2013	2.112.122.993	1.508.937.000					31.940					
2014	2.159.808.946	2.056.500.000	quota parte di 1,0 miliardi	500.000 (??)	4.216.308.946	4.216.808.946	35.296	6,1	5,8	11,9	51,2	48,8
2015	2.242.215.085	2.142.617.000	quota parte di 1,8 miliardi	700.000 (??)	4.384.832.085	4.385.532.085	36.322	6,2	5,9	12,1	51,1	48,9
2016 (**)	2.423.215.085	2.349.000.000	quota parte di 1,8 miliardi	800.000 (??)	4.772.215.085	4.773.015.085	37.348	6,5	6,3	12,8	50,8	49,2

(*) I datori di lavori possono garantire la copertura di prestazioni sanitarie: (a) istituendo un fondo sanitario aziendale proprio ; (b) assicurare i dipendenti tramite la loro iscrizione a fondi esistenti o acquistando polizze collettive e/o individuali ; (c) pagare o rimborsare in proprio i dipendenti in caso di una spesa sanitaria. Si assume che nei casi (a) e (b) le risorse siano comprese in quelle contabilizzate nei fondi e nelle imprese di assicurazione. La quota di risorse versata dai 2.501 sostituti di imposta a beneficio di 5.276.197 beneficiari assomma a 1.897.665 euro nel 2015.(**) Stima lineare e/o ragionata. (***) Non si sa come provvedano; è presumibile che lo facciano via terzi paganti istituiti ad hoc, ma è verosimile che in alcuni settori del pubblico impiego, i datori garantiscano direttamente i dipendenti con rimborsi (ad es. Istat). (****) La ripartizione varia se i premi dei fondi che passano o sono convenzionati con le imprese di assicurazioni sono collocati dentro il fatturato premi assicurazioni. Sembra corretto invece non fare questa distribuzione in quanto i premi riportati da Ania sono riferiti alle polizze malattia

L'anagrafe dei fondi sanitari integrativi riporta che negli anni 2014 - 2015 le risorse facenti capo ai fondi erano state 2,15 e 2,2 miliardi. La stima statistica per il 2016 (in attesa di una comunicazione al riguardo da parte dell'Anagrafe dei fondi sanitari del Ministero della salute) arriva a 2,42 miliardi. I premi delle imprese di Assicurazione sono specifici, precisi e noti: assommano nel 2014 a 2,05 miliardi e sono arrivati a 2,35 all'incirca nel 2016. Si stima che la quota attribuibile ai datori di lavoro sia passata dai 500 agli 800 milioni, ma tale stima è da ritenersi assai prudenziale vista l'espansione recente che le pratiche di welfare aziendale, pubblico e privato, stanno avendo. In totale si stima che nel 2014 le risorse totali in entrata siano di 4,21 miliardi, che arrivano a quasi 4,8 nel 2016.

Queste cifre rappresentano l'11,9%, il 12,1% e il 12,8% della spesa sanitaria privata negli anni 2014,2015 e 2016. Sono a loro volta ripartite in due componenti: quello che fa capo alle imprese di assicurazione, poco al di sotto del 50% e quello che fa capo ai fondi, poco al di sopra, se si contabilizza parte delle risorse che passano attraverso i fondi assicurativi convenzionati sotto l'etichetta delle imprese di assicurazione. Altri (Welfare Index PMI, 2017) ripatiscono le risorse in modo diverso. fondi e mutue 64% e assicurazioni con fondi sanitari assicurati 36%, dato che collocano presumibilmente le risorse che transitano attraverso le assicurazioni nel comparto dei fondi,

Quanto incidono sulla spesa le risorse che compongono i "fatturati" dei terzi paganti? Un modo per elaborare una prima misura è quello stimare quale è la percentuale delle entrate dei terzi paganti sulla spesa privata cosiddetta outofpocket.



Tab. 33 Spesa sanitaria e sue ripartizioni: pubblica, privata e intermediata

Anno	General government expenditure on health as a percentage of total government expenditure	Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product	General government expenditure on health as a percentage of total expenditure on health	Private expenditure on health as a percentage of total expenditure on health	Out-of-pocket expenditure as a percentage of total expenditure on health	Private prepaid plans as a percentage of private expenditure on health	Social security expenditure on health as a percentage of general government expenditure on health	Out-of-pocket expenditure as a percentage of private expenditure on health	intermediato totale	di cui prepaid +social security (fondi)	% di prepaid	di cui mercato e altro	% mercato su % intermediata
1995	9,70	7,10	70,76	29,24	26,86	3,27	0,10	91,87	8,13	3,37	41,5	4,76	58,5
1996	9,85	7,19	70,68	29,32	26,78	3,36	0,09	91,33	8,67	3,45	39,8	5,22	60,2
1997	10,66	7,47	70,75	29,25	26,82	3,32	0,11	91,69	8,31	3,43	41,2	4,89	58,8
1998	10,98	7,55	70,19	29,81	27,39	3,00	0,09	91,87	8,13	3,09	38,0	5,04	62,0
1999	11,37	7,63	70,58	29,42	27,00	3,10	0,10	91,74	8,26	3,20	38,7	5,06	61,3
2000	12,54	7,91	72,09	27,91	25,34	3,08	0,14	90,78	9,22	3,21	34,8	6,01	65,2
2001	12,58	8,11	73,62	26,38	23,43	3,27	0,27	88,82	11,18	3,55	31,7	7,63	68,3
2002	12,99	8,23	73,84	26,16	23,13	3,36	0,09	88,41	11,59	3,45	29,8	8,14	70,2
2003	12,85	8,17	74,28	25,72	22,79	3,54	0,09	88,63	11,37	3,63	31,9	7,74	68,1
2004	13,70	8,49	75,52	24,48	22,00	3,63	0,09	89,86	10,14	3,72	36,7	6,42	63,3
2005	14,10	8,71	76,31	23,69	20,74	3,67	0,12	87,53	12,47	3,79	30,4	8,68	69,6
2006	14,16	8,82	76,47	23,53	20,44	3,80	0,11	86,87	13,13	3,91	29,8	9,22	70,2
2007	13,87	8,48	76,49	23,51	20,70	4,08	0,12	88,05	11,95	4,20	35,1	7,75	64,9
2008	14,30	8,89	76,94	23,06	20,55	4,12	0,15	89,12	10,88	4,26	39,2	6,62	60,8
2009	14,18	9,41	76,99	23,01	19,69	4,27	0,22	85,58	14,42	4,49	31,2	9,92	68,8
2010	14,56	9,42	77,04	22,96	19,52	4,13	0,18	84,99	15,01	4,31	28,7	10,70	71,3
2011	14,19	9,28	75,14	24,86	20,96	3,68	0,32	84,32	15,68	4,00	25,5	11,68	74,5
2012	13,77	9,28	75,34	24,66	20,91	3,83	0,36	84,80	15,20	4,19	27,6	11,01	72,4
2013	13,66	9,22	75,59	24,41	20,64	3,77	0,45	84,58	15,42	4,22	27,4	11,20	72,6
2014	13,65	9,25	75,61	24,39	21,19	3,71	0,41	86,88	13,12	4,12	31,4	9,00	68,6
2015 OECD stima		9,1	75,50	24,50	20,73	4,11	0,34	87,30	12,70	4,44	35,0	8,26	65,0

Fonte Elaborazione Piperno (2017) su dati WHO (World Health Organization)

Stando al database dell'WHO (World Health Organization) si ricava, in primo luogo, che negli ultimi tre anni: (a) la spesa outofpocket di tutte le sue componenti ha oscillato intorno al 25%; (b) di cui quella intermediata ne ha rappresentato mediamente quasi il 14% (media 2014 - 2016) ripartendosi, a sua volta, nel 35% circa ai fondi, mutue e simili e nel 65% alle assicurazioni/fondi assicurativi, oppure nel 50% all'incirca a ciascun componente se i fondi assicurativi si computano nel settore non profit. Considerando che i fondi assicurativi rappresentano un'attività di impresa, appare appropriato portarli nel computo del settore assicurativo.

Un primo punto di sintesi è che la componente intermediata: (a) non è alta (soprattutto se vista comparativamente) ma non è però il 3 - 4% come talvolta si trova in altre fonti e oscilla negli ultimi intorno a quasi il 14%; (b) l 'andamento a partire dal 1995 è ciclico, ma orientato verso l'alto, soprattutto negli ultimi anni; (d) la componente di mercato va verso il basso, mentre cresce quella dei fondi. Questo dipende in parte da dove si collocano i fondi assicurativi ed essendo, però, un andamento costruito su soli tre anni non da ritenersi compiutamente un trend, considerando peraltro che la strategia recente delle imprese di assicurazione è quella di operare a tutto campo con e tramite fondi.

8. Profili problematici di un sistema duale pubblico e privato

Il cambiamento in corso è un cambiamento di sistema il cui punto di arrivo, osservato seppur ancora non compiuto, auspicato ed atteso, è quello di avere per l'Italia un sistema sanitario fondato su due sottosistemi, quello pubblico ancorato al SSN e quello privato, alimentato da risorse private e parzialmente pubbliche (tramite i benefici connessi alla spesa fiscale degli oneri deducibili e delle detrazioni di imposta), reso operativo attraverso il complesso dei terzi paganti, profit e non profit.

Di tale sviluppo si conosce soprattutto quanto viene prodotto dagli stakeholders - terzi paganti, imprese di servizi a questi correlati, sindacati firmatari di contratti di lavoro, associazioni industriali, imprese, enti locali e altre associazioni di tipo culturale - in occasione di eventi, convegni, pubblicità, manifestazioni, comunicazione via media, nel corso delle quali vengono resi noti dati di vario contenuto (documenti, articoli, alcuni dati statistici, economici e sociali), talvolta accompagnati da interventi e relazioni di rappresentanti di alcuni istituti di ricerca, universitari e non.

Quanto prodotto dagli stakeholders è molto importante e talvolta è l'unica fonte attraverso cui si riescono a conoscere alcuni aspetti dei processi in corso. In tal senso, tale documentazione è preziosa ed è essenziale quantomeno come punto di partenza per analisi e considerazioni.

Ciò che effettivamente manca - tranne rare eccezioni - sono gli studi, le indagini, le analisi e la produzione di conoscenza, necessarie per realizzare un dibattito scientifico in materia, per poter poi procedere alle necessarie valutazioni dei molteplici profili del cambiamento in corso e in conclusione poter trarre tutte le implicazioni utili per indirizzare o quantomeno valutare le linee di policy intraprese e le loro eventuali alternative.

Analisi e valutazioni sono presenti in letteratura in una molteplicità di riveste scientifiche internazionali e in rapporti realizzati o promossi da governi di vari paesi e organizzazioni internazionali. In conclusione, quello che manca è un serio e scientificamente valido ed attendibile dibattitto sui profili problematici del passaggio da un sistema unico ad un altro a due pilastri. E' impensabile - e così si ragiona nella letteratura che ospita l'analisi e la riflessione della comunità scientifica - che accanto ad eventuali effetti ritenuti positivi non si producano effetti ritenuti indesiderabili, entrambi come prodotto del cambiamento.

Non ci si addentra in questa sede intorno alle tecnicalità riguardanti la messa a punto di uno schema analitico funzionale alla misurazione degli effetti derivanti dall'interazione dei due sottosistemi, dato che le interazioni e, quindi, gli effetti sono molteplici. Ci soffermiamo, invece, su alcuni profili e problemi che riscuotono la maggior attenzione in letteratura e che sono in tal senso cruciali e prioritari. Eccone alcuni.

L'introduzione e la promozione incentivata di un secondo pilastro privato risolve o quantomeno aiuta a risolvere i problemi strutturali della sanità che scaturiscono dall'invecchiamento della popolazione, dal prevalere della cronicità e dal progresso tecnico e tecnologico in medicina in senso lato?

Lo sviluppo, la diffusione e l'ampiamento del secondo pilastro privato riducono la pressione sulla necessità di risorse economiche del settore pubblico (e, in seconda battuta, della compatibilità tra le

risorse economiche totali che nel paese verranno spese per la sanità e quelle riguardanti altri settori consumo e spesa delle famiglie) ?

Si accompagnerà lo sviluppo del secondo pilastro a miglioramenti di efficienza allocativa e produttiva del settore pubblico, ad esempio gli investimenti nella formazione del personale sanitario, la riduzione delle liste d'attesa?

Che ne sarà dell'equità, una volta che i due sottosistemi daranno vita a flussi di consumo e di spesa che non riguardano tutta la popolazione, dato che per definizione le coperture private sono volontarie (e tali rimangono anche se avvengono attraverso l'adesione collettiva) e per definizione limitate agli aderenti ?

Quali saranno le conseguenze sulla spesa sanitaria, tenderà ad aumentare o no, se si in che misura, per quali beni e servizi e per quali fasce di cittadini/consumatori ?

La seguente è solo una breve sintesi dei risultati ottenuti in alcuni di studi ed indagini citati in letteratura.

Già a fine anni 90 (Piperno, 1997) veniva evidenziato che per analizzare costi/benefici e conseguenze dell'assicurazione sanitaria privata, sia nella forma di mercato che in quella non profit, non si poteva prescindere dalla necessità di metterla in relazione al sistema sanitario complessivo e, in particolare, alla componente pubblica del sistema. L'assicurazione privata, infatti, non si trova ad operare in un vacuum istituzionale e socioeconomico, ma in un sistema ove dominante è il settore pubblico (in Italia e nei paesi industrializzati, salvo eccezioni). In tale contesto, per definizione, esistono interrelazioni di varia natura se non altro perché i cittadini (più o meno a seconda di quanto l'assicurazione sanitaria privata è estesa) godono della copertura pubblica e di quella fornita dall'assicurazione privata. Diventa giocoforza cruciale, ai fini della valutazione dell'efficienza, dell'efficacia complessiva, analizzare in che relazione stanno le coperture pubbliche con quelle private, le regole che le governano e i costi e le spese che generano. I risultati dello studio su citato mostrano già alla fine degli anni '90, sia a livello di analisi comparata che tramite dati ed elaborazioni varie, che i casi in cui l'assicurazione sanitaria privata assume la forma di un'assicurazione sostitutiva o additiva rispetto a quella pubblica aumentano i consumi e la spesa sanitaria complessiva, quella privata e quella pubblica. Solo l'assicurazione complementare, quella cioè che riguarda beni e servizi non contemplati nella copertura pubblica risulta più efficiente sotto questo profilo. Pubblico e privato debbono, in altri termini, riguardare "mercati" separati. L'assicurazione sanitaria privata, se l'obiettivo è quello dell'efficienza economica complessiva e in certa misura dell'equità, non può svolgere le stesse funzioni operative di quella pubblica. Essendo questi i risultati dello studio di cui al volume citato, occorre prestare attenzione al rapporto che si va a instaurare tra assicurazione pubblica e privata, quantomeno in termini di coperture, modalità di finanziamento e fiscalità e regole di governo del sistema complessivo inerenti soprattutto " i confini" tra le due componenti.

Una consistente letteratura sviluppatasi dai primi anni 2000 descrive numerosi profili problematici. Scrivono Colombo e Tapay (OECD, 2004) sulla base di analisi ed elaborazioni statistiche, che vari paesi incoraggiano lo sviluppo dell'assicurazione sanitaria privata per spostare le pressioni economiche gravanti sul settore pubblico verso quello privato, ma che tale obiettivo è stato raggiunto solo in misura molto limitata. La ragione sta nel fatto che le persone assicurate privatamente continuano a usare i servizi pubblici anche nei casi in cui questi servizi sono garantiti

privatamente. In particolare, risulterebbe, secondo i due autori su citati, che il consumo nel pubblico si concentrerebbe su servizi più costosi a differenza dei consumi nel privato, la cui produzione, peraltro, si è sviluppata sulle prestazioni di minor complessità e gravità.

Uno stato assicurativo doppio (tanto più se con simile copertura) aumenta il consumo di prestazioni sanitarie e quindi la spesa sanitaria complessiva, semplicemente per il fatto che più risorse vengono convogliate verso la sanità (e, se i budget famigliari non crescono anche a discapito di altri settori di spesa). Colombo e Tapay (2004) citano tra le cause di questo fenomeno il fatto che il complesso dei terzi paganti privati non può ricorrere ad un sistema centralizzato di controllo dei costi, trattandosi di un sistema plurale e frammentato (ove accanto a casi di efficienza non possono non contemplarsi casi di inefficienza) che complessivamente non può garantire uno stringente controllo dei costi. Quando lo fa, parte della spesa degli assicurati non è coperta e rimborsata. In tal caso si generano situazioni per cui da una situazione di spesa pubblica e outofpocket, si passa ad una situazione di spesa pubblica, spesa privata e spesa outofpocket. L'aumento della spesa sanitaria seguente l'introduzione dell'assicurazione privata viene registrato da una molteplicità di studi empirici e appare un dato assodato. Nel 2006 un report del servizio di informazione e studio del parlamento del Québec a cura di O. Madore (predisposto in occasione di un procedimento parlamentare volto a valutare la questione), riporta che in base ad evidenze empiriche l'assicurazione sanitaria duplicativa (sostitutiva) ha aumentato la spesa sanitaria totale senza diminuire la spesa pubblica.

In letteratura, si cita anche il caso in cui l'assicurazione sanitaria privata genera domanda e consumo effettuato nella, e a spese di, la componente pubblica, ad esempio quando lo specialista privato prescrive farmaci e prestazioni che si effettuano poi nel pubblico. Anche quando l'assicurazione privata produce un aumento del consumo privato, non si materializza invece un minor consumo pubblico Savage, E. e Lu, M. 2007). In sostanza, promuovere l'assicurazione privata, scrivono LU e Savage, è una modalità costosa per ridurre la pressione sul sistema pubblico. Sul tema delle conseguenze dell'assicurazione privata (anche nella fattispecie dell'integrativa in generale) sono inoltre numerose le indagini condotte in altri paesi che non trovano verifica dell'ipotesi secondo cui il settore pubblico ne beneficerebbe sotto vari profili, sia che si tratti di minori assi di utilizzazione dei servizi (Cheng, T. et al., 2014) che di riduzione di liste d'attesa (Srivastava, P. e Zhao, X., 2004)

In uno studio condotto presso il dipartimento di business and economics dell'University of southern Denmark (Astrid Kiil) nel 2012, si evidenzia che con un'assicurazione sanitaria privata che coesiste con quella pubblica si generano (a causa di un "azzardo morale" a posteriori che abbassa il costo del consumo per i pazienti) livelli superiori di ricorso alle cure mediche, sia nella componente privata che in quella pubblica. Analogo risultato è citato da uno studio riguardante la Francia (Buchmueller et al., 2004) secondo cui gli assicurati privatamente fanno registrare un numero più elevato di visite mediche specialistiche (fanno una visita il 4,4% dei non assicurati e il 9,9% degli assicurati; due visite, lo 0,9% dei non assicurati verso il 2,3% degli assicurati). Vargas e Elhewaihi (2008) hanno investigato il problema in Germania ed hanno registrato che un'assicurazione privata (duplicativa) ha come conseguenza l'aumento dei servizi consumati, oltre a materializzarsi un effetto di feedback tra le due componenti, pubblico e privato.

Cheng (2014) ha investigato empiricamente il caso dell'Australia e, in particolare, l'effetto della riduzione dei sussidi pubblici sia nella forma degli incentivi fiscali che degli abbattimenti del costo - oneri deducibili e detrazioni - dati all'assicurazione privata sulla spesa ospedaliera pubblica

attraverso un complesso modello econometrico. La riduzione dei sussidi genera empiricamente risparmi netti di costi. Il risultato ottenuto dall'applicazione del modello è che questo dipende dal fatto che il costo del trattamento dei pazienti che abbandonano l'assicurazione privata (in caso di minor sussidi) che trasferisce nel settore pubblico è inferiore al costo dei sussidi.

Vale da ultimo la pena di citare la questione dei costi amministrativi riferibili al complesso dei terzi pagati, profit e non profit, che offrono assicurazione sanitaria privata.

Secondo il rapporto dell'Oecd (Colombo e Tapay, 2004) gli assicuratori privati hanno elevati costi amministrativi dovuti all'attività di marketing, ricerca e sottoscrizione dei contratti, innovazione prodotti e distribuzione e costi di gestione che risulterebbero in generale superiori a quelli del sistema pubblico. Mediamente si assestano intorno al 10% dei premi e contributi riscossi ma raggiungono anche vette del 15% circa. Sagan e Thomson (World Health Organization, 2016) riportano nella loro indagine sui paesi dell'Oecd che nel 70% dei paesi esaminati nel 2012 (limitatamente a quelli per i quali i dati erano disponibili i dati) le risorse impiegate specificamente nell'assistenza sanitaria si aggiravano intorno al 70% delle entrate: 4 paesi avevano spese amministrative e gestionali inferiori al 5%, 3 paesi tra il 6 - 10%, 3 paesi tra l'11 e il 15%, 3 paesi tra 16 - 20%, 1 paese tra il 20 - 25% e 2 paesi più del 25%. I dati si riferivano, però, a 16 paesi e non distinguevano tra tipologia di terzi paganti.

In un report predisposto per una presentazione pubblica nel 2016, Vecchietti riporta che in Italia i costi di gestione risultano così distribuiti: imprese di assicurazione generali il 22,4%, fondo o cassa il 17% e impresa specializzata il 10%. Il tema vale un'indagine a sé da perseguire con dati completi, aggiornati, ricavati con metodologie appropriate.

Il panorama della ricerca empirica in Italia dopo gli studi di fine anni '90 e a partire dal 2000 ad oggi è, come fatto notare in precedenti parti di questo rapporto, assai povero in relazione a quanto (soprattutto oggi che da più parti e con eventi e interventi mediatici si pubblicizza il welfare privato sotto l'etichetta del welfare integrativo e del non profit) sarebbe da attendersi in relazione alle poste in gioco che hanno a che fare con le risorse del paese, dei cittadini e con la salute pubblica. Tra i pochi esistenti, uno studio condotto da Paccagnella, Rebba e Weber sui dati dell'indagine Share riguardanti il 2013, si analizzano a livello comparato sia le determinanti del possesso di assicurazioni sanitarie private, che il rapporto tra il possesso e la spesa sanitaria privata outofpocket. Nonostante che i dati e quindi i risultati riguardino la popolazione oltre i 50 anni, risulta che in Italia (e altri paesi, quali Spagna, Austria e Danimarca) il possesso di assicurazione privata crea un forte incentivo alla spesa outofpocket. Analogo risultato emerge dall'elaborazione dei dati dell'indagine Share del 2015 elaborati e commetti in altra sezione di questo Rapporto.

Dato che lo studio di Paccagnella e altri riguarda l'Italia (anche se l'analisi condotta riguarda l'analisi differenziale degli effetti tra paesi) è importante riportare anche le considerazioni che hanno guidato gli autori nello studio. Dicono gli autori che l'idea di introdurre incentivi fiscali per l'assicurazione privata sanitaria può rappresentare un interesse pubblico perché mitigherebbe la domanda e la spesa pubblica, mentre migliorerebbe l'accesso al settore pubblico con la riduzione di liste d'attesa. L'esperienza di differenti paesi, introduce però note di cautela riguardo alla effettività di queste conseguenze e i risultati dell'analisi condotta corroborano invece che la realtà non è simile alle attese.

Granaglia (2010) riassume schematicamente quali sono i problemi ascrivibili all'assicurazione privata nella fattispecie dei fondi integrativi sulla base della letteratura in materia. In primo luogo, la difficoltà di un loro sviluppo autonomo senza la presenza di un forte sostegno pubblico. Dato che le agevolazioni fiscali non sono altro che spesa pubblica (tax expenditure), la Granaglia si chiede "E' desiderabile utilizzate la spesa pubblica a tal fine? ". In secondo luogo, l'esistenza di rischi di iniquità sociale. Le agevolazioni fiscali sono regressive sotto il profilo fiscale, ma più che questo, la Granaglia evidenzia il fatto che ad utilizzare i fondi siano fasce di popolazione avvantaggiate, hanno un lavoro (vedi fondi e casse promosse tramite il welfare aziendale) e un datore di lavoro che contribuisce in larga parte al pagamento dei contributi. Peraltro, se tra coperture si annoverano i rimborsi delle diverse forme di cost sharing (ticket e simili), il deterrente che l'introduzione di queste modalità dovrebbe esercitare in termini di un freno al consumo si attenua e peraltro può scomparire se si aggiunge al fatto che per gli assicurati gli oneri di partecipazione per l'iscrizione al fondo diventano invisibili dato che a pagarli sono i datori (Piperno, 2016). La Granaglia cita, infine, tra i problemi quelli relativi all'inefficienza citati e discussi in precedenza da molti altri autori e il fatto che il cosiddetto empowerment ("potere" contrattuale degli assicurati con i fondi sulle decisioni di consumo e spesa attinenti alla loro salute) non è necessariamente reale ed effettivo, quantomeno nella misura conclamata. Lange, R. et al. (2015) evidenzialo un altro punto critico relativo alla selezione, ovvero, alle pratiche di selezione della clientela da assicurare privilegiando i buoni rischi. Anche se i fondi assicurano in Italia collettività, sarebbe in ogni caso da appurare se anche queste fattispecie praticano, seppur in minor misura on in altra modalità rispetto alle imprese commerciali, pratiche analoghe.

Si può concludere questa sezione evidenziando che, diversamente da quanto in generale viene rappresentato pubblicamente sulla assoluta "bontà" della sanità integrativa da parte di una pluralità di attori (soprattutto da stakeholders e talvolta da policy makers), la realtà e i fatti accertati attraverso studi, indagini empiriche ed elaborazione di dati anche di organizzazioni internazionali, informano invece sull'esistenza di parecchi profili problematici.

L'analisi di questi profili seppur sintetica e parziale qui compiuta insieme alle elaborazioni fornite nelle sezioni precedenti del Rapporto ci appaiono come un miglior approccio al tema: conoscere, analizzare e poi esplorare quali sono le vie attraverso cui promuovere e per cosa, chi e come promuovere la sanità integrativa o fattispecie della medesima che diano affidamento sulla possibilità di produrre più conseguenze positive. Non si intende escludere, cioè, che l'affiancamento di una componente privata al SSN possa essere utile ed auspicabile, ma occorre preventivamente definirlo nelle modalità e studiarlo nella sua evoluzione.

Nella seguente ultima sezione di questo rapporto si produrranno alcune esplorazioni inerenti a possibili sviluppi futuri dello stato oggi osservato a partire da dati ed ipotesi relativi ai dati esistenti.

9. Proiezioni e simulazioni esplorative

Ha sicuramente un base razionale, suffragata dalle evidenze di letteratura prima descritte e dall'insieme della letteratura esistente in materia, ipotizzare che lo sviluppo del secondo pilastro nella fattispecie di un welfare privato, seppur articolato secondo modalità diverse, comporti un insieme di conseguenze sia sul settore privato in sé che su quello pubblico. Le principali tra queste conseguenze riguardano i flussi e la direzionalità dei comportamenti di consumo, le prestazioni e la spesa. Si è tralasciata in questo rapporto l'analisi delle conseguenze sotto il profilo della qualità e dell'appropriatezza comparata delle prestazioni e la soddisfazione dell'utenza riconducibili al SSN e al Secondo pilastro, per la semplice ragione di focalizzare il Rapporto sugli aspetti per cui si disponeva di dati, in modo da dare una base empirica ai risultati raggiunti e alle implicazioni che da questi si possono trarre.

In questa sezione del Rapporto si descrivono alcune delle suddette conseguenze attraverso stime e proiezioni. Nello specifico si tratta di previsioni quantitative in ordine allo sviluppo del numero delle persone che in prospettiva godranno di coperture da parte dei terzi paganti, sullo sviluppo della spesa sanitaria, in particolare della composizione della spesa privata nelle sue componenti, cosiddette outofpocket e intermediata. Sono, inoltre, riportate le basi quantitative e qualche evidenza empirica su altri tipi di conseguenze: verso quali prestazioni, cioè, si dirigono i consumi, sia in termini di prestazioni che come settore di consumo, pubblico e/o privato. Altri tipi di conseguenze, infine, sono solo accennate e descritte, ma non valutate quantitativamente per mancanza delle basi dati necessarie allo scopo.

Prima di entrate nella descrizione delle stime di previsione è utile trattare in breve e in modo semplice una questione preliminare riguardante le previsioni della spesa sanitaria. Per definizione la spesa è il tema rilevante, dato che rappresenta il terminale nel quale si riassumono, e verso cui sono riconducibili, la maggior parte degli altri profili empirici, in particolare i consumi di prestazioni. Notevole è la letteratura e i documenti, ivi incluse le metodologie, nei quali si trovano stime e previsioni della spesa pubblica. Per questa componente, infatti, esistono dati ufficiali prodotti dall'Istat, da altre istituzioni pubbliche e dallo stesso sistema sanitario pubblico nelle sue molteplici articolazioni. Esistono inoltre dati sociali, demografici ed epidemiologici ufficiali che sono assunti come fattori di impatto sulla spesa, che permettono di valutare, stimare l'andamento della spesa pubblica e di simularne lo sviluppo secondo diversi scenari.

Non è così per la spesa privata e tantomeno per quella che riguarda e origina dalla componente intermediata. Non esistono tutti i dati necessari (ma solo fonti limitate e frammentate che in questo Rapporto sono stare reperite, trattate e analizzate) e neanche un modello teorico generale consolidato (come lo è per la spesa pubblica), un insieme di fattori e di loro interrelazioni cioè, che possa essere usato per definire e testare ipotesi di stime e previsioni. Solo a fini illustrativi si è fatta una lista dei fattori che posso esercitare un impatto sullo sviluppo dei terzi paganti e, quindi, sugli altri profili principali a questi riconducibili: terzi paganti, numero assicurati, tipologia e quantità di

consumi, spesa e sue componenti e cosiddetta spesa fiscale e, cioè, le risorse rese disponibili dallo Stato in termini di oneri deducibili e detrazioni di imposta.

Lo schema riprodotto nella tabella descrive l'identità dei fattori, il tipo di effetto e la direzionalità dell'effetto. Si tratta, ovviamente, di uno schema provvisorio e ipotetico e, soprattutto, privo di indicatori che esprimono la misura dell'effetto e che sono rappresentabili come "coefficienti" statistici stimati da indagine empiriche condotte in materia. Tali misure quando e se prodotte potranno servire, in prospettiva, lo scopo della messa a punto di modelli, come avviene a proposito della spesa pubblica.

Fattori che influenzano lo sviluppo dei terzi paganti direttamente o indirettamente, via impatto sul ricorso al privato (schema qualitativo)

Tipologia dei fattori	adesione e sviluppo terzi paganti (tipo di effetto)	direzione dell'effetto del singolo fattore
Incentivi fiscali	promuove (diretto)	+++
Intramoenia	abilita: rende possibile (indiretto)	++
liste d'attesa nel SSN	induce - costringe (indiretto)	+++
compartecipazioni alla spesa	favorisce (indiretto)	+++
efficienza produzione pubblica	rende poco utile	--
qualità produzione pubblica	rende poco utile	--
Ammodernamento tecnologico del SSN	rende poco utile	--
Lea: tipo e ampiezza copertura pubblica	rende poco utile	--
Consenso tra attori sociali (datori, sindacati)	abilita: rende possibile (diretto)	+++
preferenze cittadini	neutre (indiretto)	=
disponibilità di reddito	abilita: rende possibile (diretto)	++
Strategie e preferenze delle strutture private	favorisce - abilità	++
Costo di adesione al terzo pagante	disincentiva	--
Livello netto del rimborso	incentiva	++
Strategie e preferenze delle professioni mediche	rende possibile - favorisce	++

In sintesi, lo schema ipotizza che, lo sviluppo dei terzi paganti e dei vari profili a questi riconducibili, dipende da:

- Gli incentivi fiscali, nello specifico dagli oneri deducibili e dalle detrazioni di imposta: l'ipotesi è che questi, come numero, dimensione e diffusione, promuovano lo sviluppo dei terzi paganti e quello che a questi è connesso e da questi origina sotto altri profili. L'ipotesi è che il livello di impatto sia molto elevato, contrassegnato nella tabella con tre segni positivi
- Il costo di adesione ai terzi paganti e il livello di rimborso in caso di effettuazione di un consumo e una spesa: incentiva se al netto rappresenta è positivo per il potenziale aderente alla copertura dei terzi paganti. L'impatto è elevato in quanto l'adesione non dipende in tutto dalla volontà individuale.
- Compartecipazione alla spesa: se cresce rende molto vantaggioso aderire a una forma di copertura che in tutto o in parte rimborsa quanto si è pagato
- Disponibilità di reddito: impatto elevato sull'adesione
- Efficienza e qualità della produzione pubblica di prestazioni: l'ipotesi è che il ricorso alle prestazioni garantite e usufruite nell'ambito del SSN è generalmente efficiente e di buona qualità, risulta poco vantaggioso aderire ad un terzo pagante, dato che si ha già il diritto al servizio dentro e a carico del settore pubblico
- L'intramoenia è un fattore abilitante, nel senso che rende possibile per l'individuo di ricorrere ad una prestazione privatamente, tramite rapporto diretto col, e scelta di, il professionista e la struttura

- La lunghezza delle liste d'attesa inducono in misura molto elevata ad aderire ai terzi paganti in quanto le coperture da questi offerte permettono di bypassare le code e accedere alle prestazioni con relativa rapidità
- Ammodernamento tecnologico del settore pubblico: è un fattore di attrazione che diminuisce l'utilità di disporre di opzioni alternative per l'erogazione delle prestazioni
- Livelli essenziali di assistenza (LEA): la tipologia, l'estensione e i confini delle prestazioni dell'offerta pubblica rendono poco utile l'adesione ai terzi paganti
- Strategie delle strutture private e dei professionisti: se rendono possibile ed appetibile ed, anzi si attivano a proposito oppure hanno a loro favore le regole dell'esercizio professionale, svolgono un impatto elevato sull'adesione ai terzi paganti, che, peraltro, possono "cooptare" strutture e professionisti nei network di produzione organizzati per i loro aderenti
- Le preferenze dei cittadini in termini di scelta e gradimento in materia di erogazione di prestazioni ha un impatto positivo se il loro orientamento è quello di poter disporre a priori di gradi di libertà in caso di assistenza sanitaria
- Il consenso tra le parti sociali: se questo è a favore ed opera al riguardo attivamente, l'impatto è molto elevato (esempio: welfare aziendale)

Sono necessarie alcune precisazioni. i) gli effetti sopra descritti sono ipotesi di lavoro, seppur supportate da una letteratura che però non riguarda l'Italia. ii) si tratta di effetti relativi ai singoli fattori, ovvero, ai casi in cui ad essere operante sia il solo fattore. Nella realtà, i fattori non operano in modo isolati; sono attivi i come "insiemi", in interazione, e possono dar luogo in taluni casi a risultati di segno contrario a quelli ipotizzati. Se, ad esempio, gli incentivi fiscali diminuiscono, ma prestazioni importanti escono dalla copertura pubblica, il segno empirico degli incentivi può affievolirsi fino a scomparire. III) la ricerca empirica è il veicolo attraverso cui raccogliere informazioni e misure tali da offrire una base di "dati di fatto" per valutare linee di policy alternative.

9.1 Stime e previsioni sul numero degli assicurati

La tabella 34 riporta il numero totale degli iscritti ai fondi registrati presso l'Anagrafe del Ministero della salute a partire dal 2013 al 2015. Il numero degli individui assicurati dalle imprese di assicurazione è stato reperito dalle statistiche dell'Ania (Associazione Nazionale delle imprese di assicurazione) per il medesimo periodo. Il numero totale degli assicurati in tutte le fattispecie nel 2015 si aggira intorno agli 11 milioni e trova corrispondenza anche da quanto osservato nell'indagine Istat sulle spese delle famiglie.

Le proiezioni dal 2016 al 2025 sono state effettuate assumendo che il mercato dei fondi e quello delle assicurazioni si trovino attualmente in posizioni differenti rispetto al rispettivo ciclo di vita: il numero di iscritti ai fondi sanitari è in rapida ascesa (tra il 2013 e il 2015 si registra un aumento pari a oltre il 30%), mentre il mercato delle assicurazioni sanitarie si trova in una fase matura del ciclo di vita e presenta una crescita più contenuta. Tali assunzioni hanno determinato la scelta dei modelli utilizzati per le proiezioni, ipotizzando: i) che il numero di iscritti ai fondi abbia un andamento di forma sigmoide nel tempo, trattandosi, nel caso dei fondi, di un mercato relativamente nuovo che è possibile modellizzare tramite una funzione logistica[1]; ii) che l'incidenza del numero di iscritti ai fondi

[1] La funzione logistica ben si adatta ad approssimare il ciclo della diffusione di un bene sul mercato. Generalmente la disponibilità di un nuovo bene genera una domanda che cresce lentamente nel tempo; il progressivo miglioramento del processo di produzione tende ad abbassare i prezzi ed attira una domanda crescente; l'efficienza della produzione e la domanda tendono poi congiuntamente verso un equilibrio di tipo

sul totale della domanda di servizi erogati da terzi paganti (fondi + assicurazioni) sia crescente nel tempo ma a tassi decrescenti e tendente pertanto verso una saturazione del mercato relativamente[2]. Il modello di crescita del numero degli assicurati risulta pertanto più lento rispetto a quelli degli iscritti ai fondi e la quota di assicurati sul totale risulta decrescente[3]. La quota degli assicurati sul totale è, infatti, decrescente già nel periodo osservato e pari dal 19% e al 17,2 % nel 2014 e nel 2015, rispettivamente. Il valore proiettato nel 2025 scende al 12,3% del totale degli iscritti ai terzi paganti.

Tab 34 Numero assicurati: dati osservati e proiezioni.

Anni	Fonti primarie						
	Anagrafe dei Fondi		Imprese assicurazioni		Totale stimato		Istat indagine consumi
	Iscritti	%	Assicurati	%	Assicurati + iscritti	%	Assicurati + iscritti
2013	6.914.184						
2014	7.493.824	81,0	1.755.000	19,0	9.248.824	100,0	9.734.903
2015	9.154.492	82,8	1.895.400	17,2	11.049.892	100,0	11.031.021
2016	10.494.680	82,8	2.174.154	17,2	12.668.834	100,0	
2017	11.780.230	83,9	2.254.196	16,1	14.034.426	100,0	
2018	13.007.756	84,7	2.343.146	15,3	15.350.902	100,0	
2019	14.143.107	85,4	2.424.580	14,6	16.567.687	100,0	
2020	15.162.663	85,9	2.491.550	14,1	17.654.213	100,0	
2021	16.054.253	86,3	2.541.541	13,7	18.595.794	100,0	
2022	16.816.018	86,7	2.574.562	13,3	19.390.580	100,0	
2023	17.454.039	87,1	2.592.069	12,9	20.046.108	100,0	
2024	17.979.572	87,4	2.596.235	12,6	20.575.807	100,0	
2025	18.406.529	87,7	2.589.469	12,3	20.995.997	100,0	

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati sotto specificati e nelle tabelle riportate nelle apposite sezioni. Nota: le proiezioni dal 2016 al 2025 sono state effettuate assumendo che: a) il numero di iscritti ai fondi abbia un andamento di forma sigmoide nel tempo, trattandosi, nel caso dei fondi, di un mercato relativamente nuovo che è possibile modellizzare tramite una funzione logistica. Il modello tiene presente che l'andamento degli iscritti è influenzato per il futuro soprattutto da quello degli anni più recenti; b) il numero degli assicurati con imprese di assicurazione è stato stimato come funzione decrescente della serie già stimata del numero di iscritti ai fondi (la quota degli assicurati sul totale è pari al 19,0% e al 17,2 % nel 2014 e nel 2015, rispettivamente; la quota prevista del numero degli assicurati sul totale arriva al 12% nel 2025).

La scelta del modello logistico rappresenta in misura adeguata l'andamento osservato del numero di iscritti ai fondi negli anni osservati ed è inoltre adeguatamente motivato dal fatto che all'aumento

asintototico. Arnulf Grübler, Charlie Wilson, eds.(1990), Energy Technology Innovation: Learning from Historical Successes and Failures, IISA, Cambridge.

[2] Sebbene sia possibile approssimare con un modello logistico anche la tendenza di un mercato nella fase matura, è stato utilizzato in questo caso un modello logaritmico, dal momento che quest'ultimo presenta una maggiore stabilità nella stima dei parametri e si adatta correttamente alla tendenza sigmoide della funzione logistica nella parte a destra del punto di flesso.

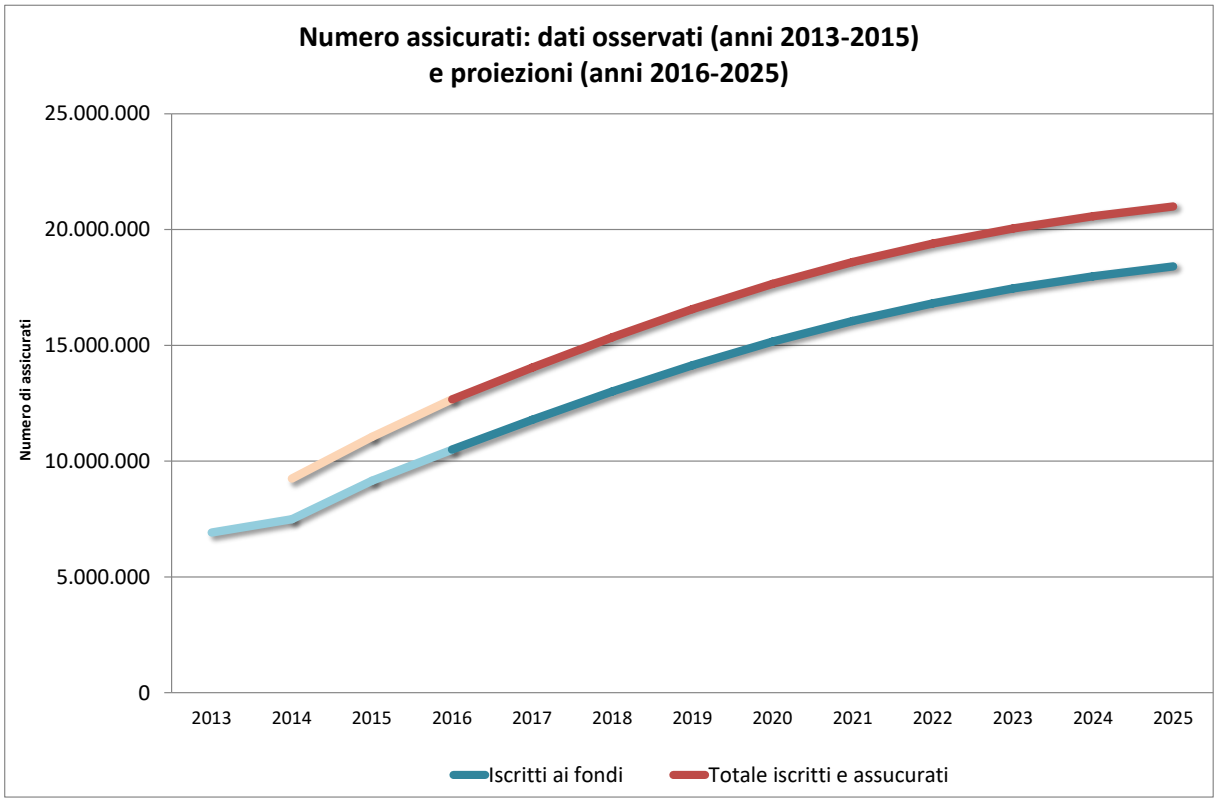
[3] I modelli sono rappresentati dalle equazioni: $F_t = \frac{a}{1+b\cdot e^{-c\cdot t}} + k$ e $\frac{1}{q_{f,t}} = m \cdot \ln(t) + n$, dove:

F=numero assoluto di iscritti ai fondi nell'anno t

$q_{f,t}$ = quota di iscritti ai fondi sul totale degli iscritti ai terzi paganti nell'anno t.

I parametri dei due modelli sono stati stimati sulle serie osservate e proiettati fino al 2025.

del numero degli assicurati con i fondi contribuiscono (così si assume e come sembra sulla base degli ultimi anni) in misura elevata le iniziative di welfare aziendale e l'attivismo degli stakeholders. L'andamento decrescente della quota del numero di assicurati con le imprese, come prevede il modello, è, invece, supportato dal fatto che le strategie recenti delle imprese puntano in prevalenza ai fondi come veicolo di assicurazione, limitando il ruolo del mercato tradizionale.



In totale, si arriva a prevedere che nel 2025, in meno di un decennio a partire da 2017, il numero totale arrivi a quasi 21 milioni e, cioè, un numero doppio di quello odierno.

9.2 Previsioni di spesa: pubblica, outofpocket e intermediata

I risultati delle previsioni di spesa dal 2016 al 2025 sono riportati nella tabella 35 Le previsioni effettuate sono di due tipi.

Una prima previsione è stata denominata "statica", in quanto è volta a rappresentare lo sviluppo della spesa dal 2015 al 2025 a partire dal trend precedente, sulla base di un modello logaritmico a tassi decrescenti i cui parametri sono stimati misurando l'R - quadro su una parte osservata del trend. Tale modello assume che sullo sviluppo della spesa non operino effetti riconducibili ad eventi esterni alla serie. In parole semplici, si è voluto stimare una sorta di sviluppo "naturale" della spesa, i cui elementi del motore di sviluppo sono intrisici alla serie osservata degli anni precedenti. I dati della serie utilizzati sono quello dell'OECD per gli anni fino al 2015, del DEF per gli anni fino al 2020 e quelli del presente progetto per la successiva serie. Secondo la previsione statica la spesa pubblica passerebbe, in cifre a prezzi correnti, dai 112,542 miliardi del 2016 ai 119,775 del 2025; la spesa outofpocket dai 36,869 del 2016 ai 40,930 del 2025 e quella intermediata dai 5,113 del 2016 ai 5,520 del 2025. La spesa totale passerebbe dai 149,411 miliardi del 2016 ai 160,164 del 2025. Secondo questo tipo di previsione, la composizione percentuale della spesa, sia quella pubblica e privata, sia

all'interno della privata tra la spesa outofpocket e quella intermediata, rimarrebbe abbastanza stabile tra il 2016 (pubblica = 75,3%; privata =24,7%, di cui 21,3% outofpocket e 3,4% intermediata) e il 2025 (pubblica = 74,8%; privata = 25,2%;di cui outofpocket 21,8% e intermediata 3,4%). La ragione di questa stabilità è, ovviamente, da ricondursi al fatto che la previsione non contempla l'effetto di fattori nuovi che potrebbero invece influenzarne l'andamento. La previsione statica è, però, poco "realistica" alla luce di fattori di cambiamento che sono già oggi in essere, che sono osservabili e lo saranno di più nei prossimi anni. E' una previsione, in sostanza che serve come metro di paragone per altri tipi di previsione che incorporano gli effetti dei fattori di cambiamento.

Il pregio della suddetta previsione è quello della semplicità: è sufficiente ipotizzare un modello (una funzione) che meglio si adatta a decifrare l'andamento dello sviluppo; quello logaritmico utilizzato svolge questo ruolo in quanto prevede uno sviluppo a tassi decrescenti. Infatti, l'andamento crescente non può prolungarsi "all'infinito", ma dopo un certo numero di anni è destinato a consolidarsi, al pari di tutti i fenomeni nuovi che si espandono "molto" all'inizio e poi si stabilizzano. Previsioni più complesse - che prendono in considerazioni il fatto che "il mondo cambia" e in esso cambiano i fattori che in qualche modo e misura influenzano il fenomeno (vedi la lista dei fattori prima descritta - sono più azzardate, incerte e difficili da effettuare, perché l'andamento dei fattori deve essere misurabile e per questa operazione si necessita di dati che non seno sempre disponibili nella forma, nei tempi richiesti, nella qualità e nella validità.

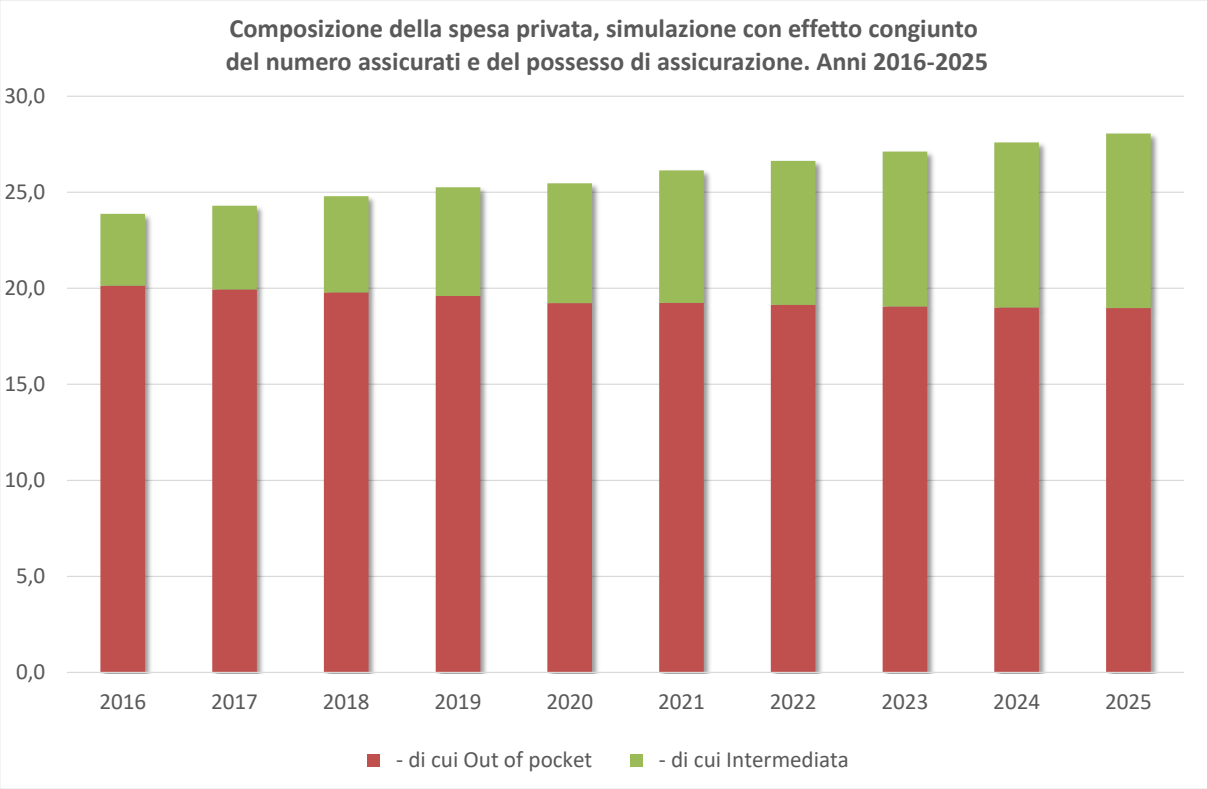
Fatta questa cautela, si è tentato di effettuare previsioni che incorporano gli effetti di due fattori essenziali: l'andamento del numero degli assicurati a partire dal 2016 (soprattutto in relazione che alla crescita di questi deriva dai benefici fiscali, dal welfare aziendale e dalla grande enfasi in cui attraverso i media si sponsorizza il fenomeno) e il cosiddetto "effetto assicurazione" e, cioè, la propensione al consumo di prestazioni da parte degli assicurati rispetto ai non assicurati e alla popolazione generale, di cui in precedenti parti del Rapporto si è dato conto in termini quantitativi. Le seguenti previsioni complesse, in sostanza, vanno considerate come "esplorazioni" e, cioè, prove e test per esaminare quale potrebbe essere l'ordine di grandezza della spesa e delle sue componenti.

La seconda previsione ora descritta riguarda lo sviluppo della spesa intermediata contemplando l'effetto che potrebbe derivare dall'incremento del numero degli assicurati. La spesa passerebbe dai circa 5,8 del 2016 ai 9,640 del 2025, quasi un raddoppio. in termini percentuali, si passerebbe dal 3,9% al 6,0% di incidenza sulla spesa totale. Un raddoppio, peraltro, che è assai coerente col fatto che il numero degli assicurati del 2015 è previsto al raddoppio di quelli del 2016. La stima, inoltre, si fonda sull'assunto che la spesa procapite per assicurato del biennio 2014 - 2015 (stimata sui dati Istat trattati altra parte del Rapporto) rimanga stabile fino al 2025. Questa previsione è più "realistica" di quella statica, in quanto l'aumento del numero di assicurati è già e sarà effettivo per come è spinto dall'estensione degli incentivi fiscali e del welfare aziendale, che coinvolgerà quote crescenti del lavoro dipendente privato (in parte e in prospettiva anche quello pubblico) e autonomo. E però, una stima conservativa, in quanto è probabile che la spesa procapite per assicurato dei prossimi anni non rimanga stabile nel tempo, ma aumenti per effetto dell'ampliamento delle prestazioni incluse nella copertura privata, del loro costo e, presumibilmente, della quota di costo rimborsata dai terzi paganti. Per questa ragione non si può escludere che vi potrebbero essere pressioni sui livelli dei "premi" per entrare nella loro copertura, dall'eventuale incremento della quota di outofpocket che rimarrebbe a carico degli assicurati sotto forma di tetti, franchigie e simili e, in direzione opposta, con l'applicazione di strategie di contenimento della spesa da parte dei terzi paganti.

Tab 35 Previsione della spesa al 2025 secondo il tipo di modello di previsione e di spesa (Milioni di euro valori assoluti costanti)

Modello di previsione	Tipo spesa	Anno									
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1 Statica	Pubblica	112.542	114.138	115.068	116.105	118.570	118.070	118.584	119.030	119.423	119.775
	Privata	36.869	37.483	38.005	38.460	38.863	39.225	39.554	39.855	40.132	40.390
	- di cui Out of pocket	31.756	32.308	32.774	33.178	33.534	33.853	34.141	34.404	34.646	34.870
	- di cui Intermediata	5.113	5.175	5.231	5.282	5.329	5.372	5.413	5.451	5.486	5.520
	Totale	149.411	151.621	153.073	154.565	157.433	157.294	158.138	158.884	159.555	160.164
2 Effetto assicurati	Intermediata	5.817	6.444	7.048	7.607	8.106	8.538	8.903	9.204	9.448	9.640
3 Effetto assicurazione	Intermediata	2.075	2.549	3.035	3.520	3.992	4.443	4.865	5.257	5.617	5.947
4 Effetto congiunti del numero assicurati e del possesso di assicurazione	Pubblica	112.542	114.138	115.068	116.105	118.570	118.070	118.584	119.030	119.423	119.775
	Privata	35.293	36.636	37.946	39.239	40.521	41.790	43.046	44.285	45.506	46.707
	- di cui Out of pocket	29.769	30.071	30.283	30.449	30.600	30.756	30.929	31.125	31.345	31.587
	- di cui Intermediata	5.524	6.565	7.664	8.791	9.921	11.034	12.116	13.160	14.161	15.119
	Totale	147.835	150.774	153.014	155.344	159.091	159.860	161.630	163.315	164.929	166.481
		Composizione percentuale della spesa									
Modello di previsione	Tipo spesa	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1 Statica	Pubblica	75,3	75,3	75,2	75,1	75,3	75,1	75,0	74,9	74,8	74,8
	Privata	24,7	24,7	24,8	24,9	24,7	24,9	25,0	25,1	25,2	25,2
	- di cui Out of pocket	21,3	21,3	21,4	21,5	21,3	21,5	21,6	21,7	21,7	21,8
	- di cui Intermediata	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2 Effetto assicurati	Intermediata	3,9	4,3	4,6	4,9	5,1	5,4	5,6	5,8	5,9	6,0
3 Effetto assicurazione	Intermediata	1,4	1,7	2,0	2,3	2,5	2,8	3,1	3,3	3,5	3,7
4 Effetto congiunti del numero assicurati e del possesso di assicurazione	Pubblica	76,1	75,7	75,2	74,7	74,5	73,9	73,4	72,9	72,4	71,9
	Privata	23,9	24,3	24,8	25,3	25,5	26,1	26,6	27,1	27,6	28,1
	- di cui Out of pocket	20,1	19,9	19,8	19,6	19,2	19,2	19,1	19,1	19,0	19,0
	- di cui Intermediata	3,7	4,4	5,0	5,7	6,2	6,9	7,5	8,1	8,6	9,1
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati OECD e WHO. Nota le previsioni di spesa dal 2016 al 2025 sono fondate sui dati osservati della serie storica 2000-2015 dell'OECD, cui sono state aggiunte le previsioni 2016-2020 del DEF (Documento di economia e finanza, del MEF e le stime del presente progetto di ricerca per gli anni 2021-2025. Le previsioni finali sono il risultato di un modello logaritmico a tassi decrescenti, i cui parametri sono stimati misurando l'R-quadro sulla parte osservata della serie. Questo modello è stato utilizzato per la previsione di spesa denominata statica (A) che rappresenta uno sviluppo cosiddetto naturale al netto, cioè, degli effetti che potrebbero modificare l'andamento per eventi esogeni ; e per la spesa influenzata invece dall'effetto congiunto derivante dal numero degli assicurati e della propensione al consumo di tutte le prestazioni da parte degli assicurati superiore (+10% mediamente e fino al 20% per specifiche prestazioni) rispetto ai non assicurati e rispetto a tutta la popolazione.



Una terza previsione prende in considerazione l'impatto sulla spesa derivante dal possesso di assicurazione. Tale impatto è testimoniato concordemente da una cospicua letteratura ed è documentato in questo Rapporto con i dati Istat. L'effetto assicurazione in sé, al netto di quello del numero degli assicurati), porterebbe la spesa intermedia dai 2,075 miliardi del 2016 ai 5,957 del 2025; in termini percentuali passerebbe dall'1,4 al 3,9 nel 2025 della spesa totale.

Una quarta previsione, infine, contempla oltre all'effetto del numero degli assicurati anche quello attribuibile alla propensione al consumo degli assicurati rispetto ai non assicurati e alla popolazione totale. L'effetto assicurazione è stimato mediamente pari ad una media minima del 10% sul totale delle prestazioni (fondata su una stima conservativa del valore della media per singole prestazioni, calcolata con elaborazioni ad hoc dei dati Istat sulle spese delle famiglie) rispetto alla popolazione generale. L'effetto del numero degli assicurati è il medesimo utilizzato nella previsione precedente. Secondo questo tipo di previsione la spesa pubblica si collocherebbe intorno al 71,9 della spesa totale % nel 2025 (oggi, 76,1%) e quella privata intorno al 28,1% (oggi, 23,9%). La ripartizione all'interno di quella privata sarebbe nel 2025 il 19,0 % dell'outofpocket e il 9,1% dell'intermediata, rispetto al 20,1% e al 3,7% del 2016.. Questa previsione appare più "realistica" delle precedenti. Da notare che questa previsione stima un aumento di circa 20 miliardi a prezzi correnti della spesa totale rispetto al 2016, con contestuale aumento della spesa privata che contempla un aumento di quella intermediata.

Il punto importante è che se si prende in considerazione l'effetto congiunto dell'incremento del numero degli assicurati e del cosiddetto "effetto dell'assicurazione", aumenta non solo la componente intermediata ma la torta complessiva della spesa sanitaria privata e di quella totale.

Le previsioni, in sostanza: (a) da un lato, non fanno emergere sviluppi "eclatanti" della spesa e della composizione della spesa. Non sembrerebbe verificarsi, cioè, un ribaltamento di grandissime proporzioni rispetto allo stato attuale. In tal senso, le stime sono conservative e questo dipende da

due ordini generali di motivi: non si sono considerati in primis, per mancanza di dati, gli effetti che sul fenomeno esercitano altri fattori tra quelli elencati nello schema "teorico" prima illustrato e, in secondo luogo, il limite metodologico delle previsioni illustrate. Queste non scaturiscono da un database unitario - un date base per cui per ogni individuo sono disponibili tutte le informazioni relative ai fattori che impattano sul fenomeno - ma sono stime fondate su dati distinti appartenenti ad archivi separati.; (b) dall'altro mostrano seppur in via esplorativa e provvisoria che "niente rimane uguale". Lo sviluppo su vasta scala del secondo pilastro ha effetti molteplici che è necessario conoscere e valutare per orientarsi in termini tecnici e opzioni di policy.; c) le previsioni non tengono conto delle reazioni comportamentali degli operatori nel breve periodo (sia dal lato della domanda che dell'offerta dei servizi), che generano un effetto di adattamento progressivo degli output impossibile da modellare in maniera esaustiva

9.3 Per quali prestazioni spendono gli assicurati

Per farsi un'idea dei cambiamenti che si metterebbero in moto a seguito dello sviluppo di un secondo pilastro di welfare sanitario privato, può essere utile esplorare altri scenari. Oggi la spesa privata si distribuisce su un ampio spettro di prestazioni e di questo esiste una documentazione nelle indagini sulle spese delle famiglie condotte dall'Istat. Le prestazioni su cui si spende privatamente sono quasi tutte e non si concentrano affatto su quelle che in senso stretto sono classificabili come prestazioni integrative. L'uso del termine "sanità integrativa" oggi dominante è in tal senso non coerente con il tipo di prestazioni offerte dai terzi paganti, profit e non profit.

Tab. 36 Effetto assicurazione sulla frequenza del consumo e sul livello di spesa

Voci di spesa	Effetto del possesso di assicurazione sulla frequenza del consumo		Effetto del possesso di assicurazione sulla dimensione del consumo	
	famiglie che hanno speso			
	Rapporto % delle famiglie assicurate verso le non assicurate	Rapporto % famiglie assicurate verso totale famiglie	Spesa media famiglie assicurate su non assicurate assicurati verso non assicurati	Spesa media famiglie assicurate su totale famiglie assicurati verso popolazione
medico generico	1,76	1,72	1,26	1,24
visite specialistiche	1,80	1,75	1,23	1,21
dentista	1,78	1,74	1,11	1,10
infermieri e para-medici	1,98	1,90	0,93	0,93
analisi cliniche e diagnostica	1,83	1,78	1,14	1,13
ricoveri	2,50	2,34		
apparecchi acustici	1,50	1,46		
protesi dentarie e apparecchi ortodontici	2,91	2,67		
occhiali e lenti da vista	2,06	1,97	1,26	1,24
articoli sanitari	0,92	0,93		
riparazione attrezzature sanitarie	2,25	1,96		
cure termali, ginnastica correttiva, attrezzature sanitarie	2,25	2,15		
medicinali	1,07	1,07	1,38	1,36
articoli sanitari	1,22	1,21	1,20	1,19

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, indagini sui consumi delle famiglie, 2015. Nota: la % media totale riguardante la propensione al consumo e la spesa media degli assicurati verso i non assicurati e la popolazione totale è calcolata tramite una stima sulle frequenze e i livelli di spesa e pari, rispettivamente a 1,8 e 1,7 per le frequenza e a 1,19 e 1,17 per i livelli di spesa.

Sarebbe assai interessante esplorare in termini quantitativi come e in che misura cambierebbero i flussi di spesa a seguito di un incremento della spesa privata e, nello specifico, della quota intermediata. La tabella 36 riporta due tipi di dati essenziali a tal fine: una prima che riguarda la misura del possesso di assicurazione sulla spesa e le frequenze di consumo delle famiglie assicurate, di quelle non assicurate e del totale delle famiglie e la seconda un indicatore di spesa media.

Risulta che le famiglie di assicurati ricorrono con maggior frequenza alle prestazioni, ad esempio, circa 1,8 e 1,7 rispetto ai non assicurati e alla popolazione. E che il livello di spesa è superiore mediamente del 18%. Nelle proiezioni precedenti si è preso un livello medio di spesa intorno al 10% per seguire un approccio conservativo alle previsioni. I dati della seconda tabella mostrano i livelli medi di spesa. Se nell'avanzare del tempo, aumentano gli assicurati e si prende in considerazione la loro propensione a spendere di più per le prestazioni, si può immaginare che se ne avrebbe una conseguenza rispetto alla direzionalità dei flussi di spesa. Alcuni settori "guadagnerebbero" e atri "perderebbero", dato che le spese rappresentano le entrate dei produttori di prestazioni, siano essi privati che pubblici.

9.4 A quali settori si rivolgono le persone per i loro consumi sanitari e le spese

Diventa allora importante capire verso quali settori si dirige la spesa, ovvero, come si orientano le persone nella scelta degli erogatori. La tabella 37 riporta per le principali aree di consumo le percentuali di consumo con l'indicazione del settore ove è avvenuto il consumo (struttura pubblica e convenzionata e struttura privata) e le persone hanno o meno pagato per usufruire della prestazione (non ha pagato, ha pagato il ticket e a pagato l'intero prezzo a prescindere poi se ha on ha ricevuto un rimborso). Queste sono le frequenze di consumo e spesa:

- Visite specialistiche: oltre 30 milioni di persone pari al 56% della popolazione ha effettuato una visita specialistica nell'arco di un anno. Di questi, il 70,4% si è rivolto ad una struttura pubblica o convenzionata e il 29,6% in una struttura a pagamento. Il 37,5% non ha pagato nulla, il 21,3% ha pagato il ticket e il 41,3% ha pagato l'intero prezzo.
- Accertamenti diagnostici: 21.934.000 di persone hanno effettuato almeno un accertamento (il numero degli accertamenti è superiore al numero delle persone dato che nel corso di un anno avvengono più accertamenti) pari al 36,5% della popolazione. Di questi l'86,4% ha fatto l'accertamento in una struttura pubblica o convenzionata e il 13,6% in una struttura privata. Il 41,7% non ha pagato nulla, il 32,5% ha pagato il ticket e il 24,8% ha pagato l'intero prezzo
- Ricoveri: 5.313.000 persone hanno fatto almeno un ricovero nell'anno in una struttura pubblica o convenzionata, mentre l'1,1% lo ha fatto in una struttura privata a pagamento.

I dati di questa indagine non riportano se le persone sono in possesso di un'assicurazione privata, per cui non è possibile da questi dati stimare qual è l'ammontare della spesa che si è rivolto al settore privato rispetto a quello pubblico. Da questa indagine si apprende che il 41,3% dei cittadini ha speso l'intero prezzo delle prestazioni specialistiche, il 13 % degli i accertamenti e l'1,1% dei ricoveri.

Viene in aiuto a questo proposito l'Indagine Istat sulla vita quotidiana relativa al 2015. Da questa si conosce con apposite elaborazioni del database se gli assicurati hanno speso nel settore pubblico, in quello convenzionato o privato. Purtroppo questa informazione è disponibile solo per i ricoveri. I dati nella tab 38 dicono che la percentuale di persone con almeno un ricovero è stata nel 2015 pari all'87,8% della popolazione complessiva, mentre la percentuale degli assicurati era pari all'85,5% e dei non assicurati all'88,1%. Risulta, però, che la percentuale degli assicurati ricoverati era superiore rispetto a quella della popolazione totale e dei non assicurati: (a) nelle case di cura convenzionate

(13,4% verso l'11,6% della popolazione e l'11,3% dei non assicurati); (b) nelle case di cura a pagamento (1,1% rispetto allo 0,7% e allo 0,6%). Si conferma che gli assicurati hanno una propensione superiore ai non assicurati e alla popolazione generale (effetto assicurazione) e che, nel caso di strutture a pagamento, sono il doppio dei non assicurati.

Tab 37 Numero e percentuale di persone che hanno effettuato visite specialistiche, accertamenti e ricoveri nell'arco di un anno secondo il tipo di struttura utilizzata

Categorie di prestazioni e tipo di struttura	migliaia di persone	%	% di spesa che va al settore privato
A. Visite specialistiche persone che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno effettuato visite specialistiche (escluso dentistiche)			
numero persone (migliaia e % su popolazione) di cui	30.448	50,6	
in una struttura pubblica o convenzionata	21.428	70,4	
in una struttura privata	9.020	29,6	
non ha pagato nulla	11.404	37,5	
ha pagato il ticket	6.475	21,3	
ha pagato interamente, con o senza rimborso	12.569	41,3	41,3
B. Accertamenti diagnostici persone che hanno effettuato accertamenti nei 12 mesi precedenti l'intervista			
numero persone (migliaia e % su popolazione) di cui	21.934	36,5	
in una struttura pubblica o convenzionata	18.941	86,4	
in una struttura privata	2.993	13,6	13,6
non ha pagato nulla	9.372	41,7	
ha pagato il ticket	7.124	32,5	
ha pagato interamente, con o senza rimborso	5.438	24,8	24,8
C. Ricoveri persone con almeno un ricovero nei 12 mesi precedenti l'intervista			
in una struttura pubblica o convenzionata	5.313	98,9	
in una struttura non convenzionata (privata a pagamento)	57	1,1	1,1

Fonte: elaborazioni Piperno (2017) su dati Istat, indagine sulla salute e il ricorso ai servizi sanitari, 2013-2014.

L'elaborazione del database di questa indagine ha permesso di trarre altre informazione. I dati già presentati in precedenza (tab. 24) mostrano che gli assicurati ricoverati in ospedali pubblici sono percentualmente di più (17 %) rispetto ai non assicurati (2,7%) e alla popolazione totale (4,4%) a aver contribuito alle spese. Lo stesso accade per i ricoveri nelle case di cura convenzionate. La percentuale è più bassa (12%) nel caso delle case di cura a pagamento. E' ovvio che questo dipende dal fatto che gli assicurati sono coperti dalle assicurazioni e che questo ha un effetto rispetto alla partecipazione delle persone alle spese di ricovero. Si potrebbe dedurre che quel 12% sono gli assicurati cui nonostante il possesso di assicurazione rimane a carico una quota di spesa (outofpocket degli assicurati). In sostanza, la presenza di un terzo pagante non elimina la spesa outpocket e di questo fatto si è già tenuto presente nelle previsioni prima illustrate.

La tabella 25, riportata nel capitolo 5, fornisce un'ulteriore informazione descrivendo se coloro che hanno contribuito alla spesa lo hanno fatto direttamente o tramite un'assicurazione. Risulta che gli assicurati: (a) rispetto alla ripartizione del contributo alle spese, il 23,1% ha riguardato le spese

sanitarie, il 47,3% altre spese quali la stanza, la tv e simili e il 29,6% entrambi i tipi di spesa; (b) mentre per quanto riguarda il rapporto col resto della popolazione ricoverata, il 15.1% ha contribuito tramite assicurazione.

Trattandosi di elaborazioni che provengono da archivi separati (frequenze di consumo secondo il settore, frequenze secondo il settore e il possesso di assicurazione ma non informazioni sulla spesa in un archivio unitario) si può, ciononostante, almeno qualche ipotesi (e non stima puntuale) di quanta parte della spesa privata degli assicurati e, cioè della spesa intermediata, va al settore pubblico o convenzionato e al privato pagamento. Si può ipotizzare, in conclusione, che dei 5 miliardi della spesa intermediata del 2016 e dei 15 miliardi del 2025, rebus sic stanti bus in termini di propensioni al consumo e di scelta del settore, quote cospicue del 41% delle persone che hanno pagato per intero le visite specialistiche, il 24% di quelle che hanno fatto accertamenti e l'1,1% di quelle ricoverate che ha pagato il prezzo intero lo abbiano fatto nel privato.

Bibliografia

Astrid,K. (2012), "Does employment based health insurance increase the use of covered health care services ? A matching estimator approach", in International journal of health care financing and economics, vol. 12, pp. 1-38

Buchmueller, C. et al (2004) , " Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidenze from France", in Health Economics, vol. 13, pp.669-687

Cergas (a cura di) (2014), Il welfare contrattuale aziendale in Italia, Rapporto finale, CNEL/Ministero del lavoro

Cheng, T. (2014), "Measuring the effects of reducing subsidies for private insurance on public expenditure for health care", in Health economics, vol. 33, pp. 159-179

Cheng,T. et al. (2014), "Hospital utilization in mixed public-private system : evidence from Australian hospital data", in Applied economics, vol. 46, pp. 859-870

Colombo, F. e Tapay, N. (2004), Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, OECD:Parigi

Granaglia,E. (2010), "I fondi sanitari integrativi :una strada da potenziare ? Alcuni rilevi critici", in De Vincenti, C. et al., La Sanità in Italia, Bologna : Il Mulino,pp.497-512

Lange, R. et. Al (2015), Demand and selection effects in supplemental health insurance in Germany, Socioeconomic panel study, working paper, DWI Berlino

Marchetti,F. e Di Gialluca,A. (2017), I profili fiscali dei fondi sanitari : stato dell'arte, working paper 42, Roma : Mefop

Massagli, E. e Spattini,S. , in Bollettino Adapt, 23 gennaio, 2017

OECD (2016), OECD Health statistics: definitions, sources and methods, Private health insurance, OECD: Parigi

Paccagnella, O. et al. (2013), "Voluntary private health insurance among the over 50' in Europe", in Health economics, vol.vol.22, pp. 289-315

Piperno, A. (1997), Mercati assicurativi e istituzioni : la previdenza sanitaria integrativa, Bologna: Il Mulino

Piperno, A. (1989), "L'integrazione efficiente tra assicurazione ed erogazione dei servizi; il caso degli HMO negli Stati Uniti", in Piperno, A. (a cura di) Innovazioni finanziarie e organizzative nei sistemi sanitari, pp. 71-132, Milano: Angeli

Savage,E. e Lu,M. (2007), "Do financial incentives for supplementary private health insurance reduce pressure on the public system ? Evidence from Australia", in IHEA World Congress : Explorations in health economics paper.

Srivastava,P. e Zhao,X. (2008), "Impact of private health insurance on the choice of public versus private hospital services",The University of York, HEDG, working paper 08/17.

Thomson,S., Foubister,T. e Mossialos, E. (2009), Financing health care in the European Union, European Observatory on health systems and policies, Geneva

Sagan,A. e Thomson,S. (2016), Voluntary health insurance in Europe, voll. I e II, European Observatory on health systems and policies, WHO, Geneva

Vargas, M. e Elhewaihi,M. (2008), What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany ?, working paper

Vecchietti, M. (2017), L'innovazione nell'assicurazione salute, Relazione al Convegno Bocconi, Milano 21 febbraio

Welfare Index PMI (2017), Rapporto 2017, il welfare aziendale fa crescere l'impresa

Fonti principali di reperimento dati consultate (siti web)

(I dettagli relativi all'identità delle indagini e degli archivi si trovano in nota alle tabelle e nel testo)

Ania

Agenzia delle Entrate

Banca d'Italia

Istat

Ministero dell'economia e delle finanze

Ministero dello sviluppo economico

Ministero della salute

Ministero del Lavoro

Ragioneria generale delle Stato

OECD

Eurostat

World Health Organization

Isnet

Itinerari previdenziali

Adapt (Bollettino e Reports)

Mefop (Articoli e Relazioni ad Eventi)

Covip