

## 4 Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale

di Marianna Cavazza e Carlo De Pietro<sup>1</sup>

### 4.1 Oggetto e obiettivi

Obiettivo del capitolo è introdurre il lettore al tema dei fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ripercorrendone lo sviluppo nel sistema sanitario italiano e discutendone il funzionamento attuale e le prospettive future.

Il tema è tornato centrale per lo sviluppo futuro del SSN, dopo anni di relativo disinteresse da parte dei *policy maker* e del management del sistema sanitario. A rilanciare l'interesse per i fondi sanitari è stata l'emanazione di due decreti ministeriali del 2008<sup>2</sup> (ministro L. Turco) e del 2009<sup>3</sup> (ministro M. Sacconi), che si ricollegano – modificandolo – al quadro regolamentare delineato dal d.lgs. 229/1999. La «riforma Bindi» ipotizzava infatti, per i cosiddetti «fondi doc», un ruolo integrativo rispetto a un SSN in quegli anni impegnato in una forte regionalizzazione e che, con il dpcm 29/11/2001 («decreto LEA»), avrebbe meglio definito i limiti della copertura nazionale (Fabbri, 2001; Giannoni, 2001; Lippi Bruni, 2001; Bifone, 2002; Nomisma, 2003). La mancata emanazione dei decreti attuativi previsti dal d.lgs. 229/1999 per i «fondi doc», insieme all'insufficiente chiarezza del ruolo da affidargli, ne aveva però presto ridotto visibilità e interesse (Del Vecchio e Riva, 2009).

I decreti del 2008 e, soprattutto, del 2009 rilanciano lo sviluppo dei fondi sanitari, collocandoli nell'ambito di una più ampia proposta di riforma «multi-pilastro» del sistema sociale italiano. In tale visione, il primo pilastro universalistico,

<sup>1</sup> Il capitolo è frutto di un lavoro comune di ricerca e riflessione di entrambi gli autori svolto nell'ambito del programma Siveas del Ministero della Salute. I §§ 4.1, 4.3.2, 4.4, 4.5 e 4.6, sono in ogni caso da attribuire a Carlo De Pietro, i restanti §§ a Marianna Cavazza. Si ringrazia il dottor Claudio Giammatteo per i commenti fatti a una precedente versione del testo.

<sup>2</sup> Decreto Ministro della Salute 31/03/2008: «Ambiti d'intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da altri enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali».

<sup>3</sup> Decreto Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 27/10/2009: «Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante "Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale"».

gestito direttamente dalle istituzioni pubbliche, è affiancato da un secondo pilastro, solidaristico e favorito dal sistema fiscale, che è originato nei contratti collettivi di lavoro o in associazioni mutualistiche volontarie. A questi due pilastri se ne può aggiungere poi un terzo, non obbligatorio e privato, lasciato alla responsabilità individuale e al mercato. Nel caso del sistema sanitario, ciò significa avere:

- ▶ un primo pilastro costituito dai servizi garantiti dal SSN a tutti i residenti, con finanziamento basato sulla fiscalità generale;
- ▶ un secondo pilastro, in genere ad adesione facoltativa, costituito da «fondi integrativi» negoziali (cioè istituiti nell'ambito dei contratti collettivi di lavoro, a livello nazionale, locale o aziendale) o istituiti su basi volontarie. Tali fondi, iscritti a un'apposita anagrafe istituita presso il Ministero della Salute e favoriti sotto il profilo fiscale, dovrebbero arrivare a coprire gran parte della popolazione;
- ▶ un terzo pilastro privato, volontario, basato su polizze assicurative individuali.

Tale visione è poi rafforzata da almeno tre elementi:

- ▶ la convergenza politica maturata sul tema dei fondi integrativi, testimoniata dalla sequenza *bipartisan* dei decreti ministeriali 2008 e 2009;
- ▶ le perduranti difficoltà di finanza pubblica, che portano a cercare nuove fonti di finanziamento privato per i servizi sanitari;
- ▶ il favore con cui le organizzazioni sindacali e datoriali guardano a tali fondi.

Il risultato è una rapida accelerazione, negli anni più recenti, del numero di fondi sanitari – soprattutto negoziali – che hanno allargato di molto la platea dei beneficiari. Le casse aziendali definite dalla contrattazione decentrata e i fondi istituiti dai contratti collettivi nazionali di lavoro hanno infatti esteso a molti lavoratori dipendenti forme di copertura sanitaria privata in passato riservate ai soli dirigenti o ad alcune professioni liberali (Miani e Floreani, 2010). In totale, oggi si stimano circa dieci milioni di assistiti da casse e fondi, un milione e mezzo di sottoscrittori di polizze individuali con circa novanta imprese di assicurazione e quattrocentomila iscritti a società di mutuo soccorso che beneficiano di copertura sanitaria (Galli, 2008; Manzato, 2010)<sup>4</sup>.

Gli elementi richiamati delineano un fenomeno che potrebbe cambiare in profondità finanziamento e funzionamento del sistema sanitario italiano. Pur senza pretese di una trattazione esaustiva, il capitolo vuole fornire alcune prime risposte alle seguenti domande:

<sup>4</sup>Tali stime devono essere prese con molta prudenza. Un primo esame fatto da chi scrive sui documenti trasmessi dai fondi sanitari all'anagrafe istituita presso il Ministero – che non include le polizze sottoscritte direttamente con le imprese di assicurazione – dà un totale di circa 5 milioni di iscritti/beneficiari nel 2010. Al di là di tali pur rilevanti carenze nelle informazioni disponibili, tali cifre testimoniano la diffusione oramai ampia di coperture sanitarie private nel nostro paese.

- ▶ cosa s'intende per fondi sanitari integrativi del SSN quali elemento del «secondo pilastro» del welfare? Per rispondere, il paragrafo 4.2 ripercorre brevemente la storia dei fondi in Italia e il paragrafo 4.3 ne discute il ruolo integrativo, con un approfondimento relativo all'odontoiatria e alla non autosufficienza;
- ▶ qual è la natura dei principali attori presenti sul mercato dei fondi integrativi e quali sono i collegamenti tra loro? In particolare, il paragrafo 4.4 accenna al ruolo di fondi negoziali e casse aziendali, società di mutuo soccorso, imprese di assicurazione, società di assistenza, nonché ai sistemi gestionali chiave per lo sviluppo del settore;
- ▶ quali sono le possibili ricadute dello sviluppo dei fondi sanitari integrativi per Regioni e aziende sanitarie pubbliche? Il paragrafo 4.5 cita alcuni nodi critici e alcune riflessioni sul ruolo che le aziende sanitarie pubbliche possono giocare nell'accompagnare la diffusione dei fondi, in particolare con una migliore gestione della cosiddetta «area a pagamento aziendale».

Infine, il paragrafo 4.6 propone alcune riflessioni conclusive.

## 4.2 La storia dei fondi sanitari in Italia

Le società di mutuo soccorso (SMS), costituite già nell'Ottocento da artigiani e operai, possono essere considerate i primi fondi sanitari privati presenti in Italia. La legge 3818 del 1886 che ne regola ancora oggi la costituzione e la gestione, segna sia un riconoscimento sia un momento d'istituzionalizzazione del fenomeno.

È da far risalire agli anni compresi tra le due guerre mondiali, invece, lo sviluppo di un secondo strumento di protezione sociale, ossia gli istituti mutuo-previdenziali. Questi, rispetto alle SMS, sono basati sul principio di obbligatorietà di adesione da parte di una determinata categoria professionale, compresi i dipendenti delle pubbliche amministrazioni. Ben presto gli iscritti di tali enti superano quelli delle SMS: negli anni Cinquanta, ad esempio, l'INAM (Istituto Nazionale Assicurazione Malattie) copre circa la metà della popolazione italiana. La frammentazione istituzionale del sistema mutualistico e la pesante situazione debitoria cumulatasi nel tempo nei confronti degli ospedali, portano alla soppressione delle mutue e alla conseguente istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978. Le SMS sono, invece, escluse da tale provvedimento perché attive anche in aree diverse dall'assistenza sanitaria e basate sull'adesione volontaria (Mastrobuono, 1999).

Effettivamente, negli anni appena successivi all'istituzione del SSN, gli iscritti a schemi assicurativi privati per l'assistenza sanitaria diminuiscono drasticamente. Un'indagine parlamentare del 1988 registra, tuttavia, una ripresa del fenomeno, oltre all'estrema eterogeneità che caratterizza il settore in termini di

attori presenti, contratti utilizzati, modalità di finanziamento e soluzioni organizzative adottate. È di due anni prima una normativa fiscale (TUIR – Testo Unico delle Imposte sui Redditi – Dpr 917/1986) che di fatto crea una categoria di soggetti accomunati dall'aver «esclusivamente fini assistenziali». I contributi che datori di lavoro e dipendenti versano a tali soggetti non concorrono al reddito imponibile.

Un rilancio dei fondi sanitari privati è ipotizzato nella prima versione del d.lgs. 502/1992, che all'articolo 9 dà la possibilità alle Regioni di avviare, dal 1995 in poi, delle forme di assistenza «differenziate» per particolari gruppi di prestazioni. Tra i possibili sviluppi è da menzionare il coinvolgimento di soggetti singoli o in consorzio, incluse le mutue volontarie, per definire contratti di erogazione di determinate prestazioni ai cittadini che li avessero scelti in alternativa alla copertura SSN. L'obiettivo è creare schemi di quasi-mercato per alcune prestazioni sanitarie finanziati da risorse alternative alla fiscalità generale (Ferrera, 1995).

Questa prospettiva è però ben presto chiusa dal d.lgs. 517/1993 (art. 10), dove la formulazione precedente di «forme di assistenza differenziata» è sostituita con quella di «forme integrative di assistenza sanitaria», esplicitando la funzione di fornire prestazioni aggiuntive a – e non sostitutive di – quelle SSN (Del Vecchio e Riva, 2009: 934-935). La nozione d'integrazione è ancor più rafforzata nell'articolo 9 del d.lgs. 229/1999, dove l'introduzione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) fornisce un punto di riferimento esplicito per definire le prestazioni aggiuntive eventualmente coperte dai fondi integrativi, cosiddetti «fondi doc». Altro vincolo rilevante posto dal decreto 229 è che, in prospettiva, tali fondi rimborsino prestazioni erogate dalle sole strutture accreditate. Inoltre, si richiede che i «fondi doc» del SSN, istituiti da soggetti pubblici o privati, non adottino politiche di selezione del rischio e traggano la propria origine da accordi o iniziative nell'ambito della contrattazione nazionale e aziendale, degli albi professionali, della mutualità sociale, dei soggetti pubblici. L'obiettivo è vincolare eventuali attori del settore, quali le imprese di assicurazione, a non selezionare i propri assicurati (Labate e Tardiola, 2011). Le Regioni, dal canto loro, possono partecipare direttamente ai fondi integrativi del SSN sia assumendo direttamente il rischio economico sia limitandosi al ruolo di promotore e controllore del fondo, lasciando a un soggetto terzo il rischio gestionale (Bifone, 2002). Sono, infine, individuate le possibili aree di intervento per l'attività di questi fondi integrativi:

- ▶ copertura dei ticket;
- ▶ prestazioni escluse dai LEA, ma erogate da professionisti e strutture accreditate (si specifica la medicina non convenzionale, le cure termali e l'assistenza odontoiatrica);
- ▶ prestazioni incluse nei LEA, ma fornite nell'ambito dell'attività intramoenia;
- ▶ assistenza socio-sanitaria in regime sia residenziale e semiresidenziale che domiciliare.

La L. 328/2000 (art. 26, c. 1) apre poi un ulteriore fronte di intervento, estendendo l'operatività dei fondi sanitari integrativi del SSN alle spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali per persone anziane e disabili.

Nell'attesa dell'emanazione dei decreti attuativi, in parte avvenuta tra il 2008 e il 2009, alcune Regioni hanno avviato dei progetti di fattibilità in materia di fondi integrativi pubblici, soprattutto per l'assistenza odontoiatrica extra-LEA e la non autosufficienza (Bifone, 2002; Bordignon e Levaggi, 2003; Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia, 2005).

I due decreti ministeriali 2008 e 2009, riconducibili al d.lgs. 229/1999, riguardano due dei numerosi aspetti in attesa di regolazione: l'ulteriore specificazione di alcuni degli ambiti di intervento già menzionati nel d.lgs. 229/1999 (art. 9, c. 4) e l'istituzione di un'anagrafe dei fondi presso il Ministero della Salute (art. 9, c. 9). I decreti, inoltre, apportano una rilevante innovazione, chiedendo che l'iscrizione all'anagrafe e i benefici fiscali siano riservati ai fondi che dal 2010 destinino almeno il 20% dei rimborsi all'assistenza odontoiatrica e all'assistenza socio-sanitaria integrata per persone non autosufficienti, cui si aggiunge quella finalizzata al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio.

Rispetto alla tipologia di prestazione oggetto di copertura, l'obiettivo dei decreti attuativi sembra essere il superamento (o almeno l'attenuazione) della differenziazione tra i «fondi doc» e quelli promossi da altri soggetti, nella prospettiva di rafforzare ulteriormente la funzione integrativa di questo strumento<sup>5</sup>. In particolare, ai fondi del SSN si continua a chiedere la copertura delle prestazioni non incluse nei LEA, considerando non solo quelle prettamente sanitarie e odontoiatriche (ex art. 9 d.lgs. 229/1999) e sociosanitarie (ex art. 3-*septies* d.lgs. 229/1999), ma anche quelle sociali necessarie a garantire assistenza in luoghi diversi dall'ospedale (art. 26, L. 328/2000).

Il «Libro verde» e il «Libro bianco» (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2008 e 2009; cfr. Riquadro 4.1) completano il quadro sopra descritto. I due documenti enfatizzano specificamente il ruolo che i fondi negoziali (cioè istituiti dai contratti collettivi nazionali di lavoro o dalla contrattazione decentrata) possono svolgere nella costruzione di un sistema a due pilastri, includendo anche l'assistenza sanitaria, e sfumano il ruolo integrativo dei fondi, lasciando la possibilità di svolgere un ruolo anche duplicativo del SSN<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> A conferma di ciò, G. Labate, membro del gruppo di lavoro ministeriale per il primo DM del 2008 a firma di Livia Turco, sottolinea l'intenzione del decreto di modificare il ruolo tradizionale dei fondi, parallelo e duplicativo, con uno integrativo rispetto al SSN (Conti, 2010).

<sup>6</sup> Tali due tesi sono ribadite in un'intervista del Ministro Sacconi che afferma: «Ma sia chiaro: niente a che fare con i cosiddetti "fondi doc" della Bindi, che neppure la Turco ha applicato. La strada, ripeto, è quella dei contratti» (Turno, 2008).

Il «Libro verde» propone al pubblico dibattito (pagg. 19-22) l'opportunità di potenziare lo strumento dei fondi sanitari su base negoziale e prospetta anche la possibilità di usare i fondi integrativi per collegare l'ambito sanitario a quello sociosanitario. Il «Libro bianco» (pagg. 60-62 e 65) riporta le indicazioni emerse dal dibattito e riafferma la necessità di introdurre un secondo pilastro a capitalizzazione reale<sup>7</sup>. Si propone, inoltre, un nuovo ruolo per le storiche società di mutuo soccorso, mirato a favorire l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella socio-sanitaria individuate nel Libro Verde.

Nel dibattito originato da questi documenti, non è citato l'aspetto forse più critico di un simile scenario, ossia la tutela delle persone con contratti di lavoro atipici, che rischierebbero di trovarsi prive di componenti sostanziose della copertura sanitaria garantita al resto della forza lavoro.

#### Riquadro 4.1 **Il Libro Verde e il Libro Bianco sul futuro del modello sociale proposti dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali**

Il documento per la pubblica consultazione «La vita buona nella società attiva. Libro verde sul futuro del modello sociale», è volto a stimolare un dibattito pubblico circa i nuovi indirizzi da assumere per garantire la sostenibilità economica del sistema di welfare italiano. L'obiettivo ultimo è individuare soluzioni il più possibile condivise tra i diversi attori istituzionali, politici e sociali, raccogliendone le indicazioni nel corso di un processo di consultazione durato tre mesi. La proposta complessiva è di creare un sistema di protezione sociale «universale, selettivo e personalizzato» capace di garantire la propria sostenibilità economica nel tempo a fronte dei cambiamenti socio demografici previsti. Circa quest'ultimo aspetto, si propone dapprima di allargare la base dei contribuenti, definiti come coloro che concorrono al finanziamento del sistema attraverso la partecipazione al mercato del lavoro; si pongono poi specifiche domande circa gli interventi normativi necessari perché i fondi privati possano garantire il collegamento tra l'assistenza sanitaria e quella socio-assistenziale e promuovere una solidarietà intergenerazionale nell'ambito della non autosufficienza (Domanda 23).

Il documento «La vita buona nella società attiva. Libro Bianco sul futuro del modello sociale» è stato elaborato tenendo conto delle risposte fornite da un migliaio di istituzioni e organizzazioni alle questioni sollevate dal Libro Verde. Dapprima, si fornisce una descrizione dell'attuale scenario della società e dell'economia italiana e si propone un'analisi dei limiti e delle potenzialità dell'attuale modello sociale italiano. Seguono, quindi, i valori e la visione del nuovo modello sociale da proporre, basato sulle nozioni di responsabilità e opportunità, così come sull'identificazione dei bisogni e dei meriti nei diversi ambiti d'intervento. Il documento si conclude con la proposta di un sistema multi pilastro che consenta la diversificazione delle fonti di finanziamento del sistema sociale. Tale impostazione consentirebbe, infatti, di mantenere una componente basata sul principio della ripartizione delle risorse ed introdurre una seconda fondata, invece, sulla «capitalizzazione reale» attraverso piani di investimento volontari. L'applicazione di questa proposta all'ambito sanitario implica la crescita di un secondo pilastro costruito su «una rivisitazione delle società di mutuo soccorso» e capace di garantire nuove forme di integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociosanitaria.

<sup>7</sup> È un meccanismo usato nell'ambito delle pensioni che implica la capitalizzazione dei contributi versati (e a loro volta investiti nel mercato) e la prestazione finale dipende dall'entità di questi ultimi (Sanna, Zelinotti, 2008). Osserva Dirindin (2009) che il Libro bianco propone il ricorso a questo meccanismo anche per l'ambito sanitario senza, tuttavia, definirne le modalità di applicazione.

Se nel Libro Bianco si avanza la proposta di applicare un sistema multi-pilastro di finanziamento all'ambito sanitario, nel «Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010» (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2010) questo possibile scenario viene meglio articolato.

Il punto di partenza è il medesimo dei documenti precedenti: la necessità di inserire in modo sistematico i fondi nelle politiche di contrattazione sindacale, dal livello nazionale a quello aziendale. Si sottolinea però anche l'urgenza di armonizzare il quadro fiscale relativo ai fondi integrativi, a tutt'oggi frammentato. Si fornisce poi un'analisi dettagliata delle motivazioni che stanno indirizzando il governo italiano verso lo strumento dei fondi integrativi e si prospettano concrete misure per la loro diffusione in ambito sanitario.

Il principale obiettivo della promozione dei fondi integrativi è di «supportare» il SSN, consentendo il superamento: da una parte, della compartecipazione alla spesa delle prestazioni erogate; dall'altra, della rilevante quota di spesa *out-of-pocket* sostenuta dalle famiglie italiane. Specificamente, circa la compartecipazione, si tratterebbe di assegnare, progressivamente nel tempo, le prestazioni a rischio d'inappropriatezza alla copertura dei fondi integrativi, lasciando, invece, al SSN il finanziamento delle patologie più complesse e la protezione dei soggetti più deboli. Relativamente agli esborsei diretti da parte dei pazienti, si vorrebbero convogliare le risorse già spese per l'assistenza verso i fondi integrativi, garantendo così maggiore equità ed estendendo la condivisione del rischio dalla famiglia a una molteplicità di soggetti.

A conoscenza di chi scrive, infine, per la prima volta dalla pubblicazione dei decreti attuativi del 2008 e 2009, si forniscono indicazioni circa le eventuali relazioni tra i fondi integrativi e il SSN. In particolare, si indica la possibilità di accordi quadro tra le Regioni e gli stessi fondi per porre a disposizione di questi ultimi, in tempi e spazi separati, le strutture del SSR per l'erogazione di prestazioni, quali quelle ambulatoriali, a favore dei propri iscritti.

Tra le diverse osservazioni mosse al Libro Verde e al Libro Bianco, qui se menzionano due delle più ricorrenti. La prima frequente critica a questa impostazione è il rischio di escludere da questo secondo pilastro del sistema chi non è coperto da contratti collettivi di comparto o chi è assunto in aziende che non concedono tra i *benefit* l'assistenza sanitaria integrativa (Granaglia, 2011). In quest'ultimo documento, il Ministero del Welfare considera questa criticità con riferimento non alla popolazione in generale, ma specificamente ai residenti delle Regioni meridionali, dove i livelli d'impiego inquadrato nei contratti collettivi di lavoro sono minori e richiedono pertanto interventi correttivi. La seconda osservazione riguarda poi l'urgenza d'interventi legislativi per garantire la portabilità della posizione assicurativa maturata dal lavoratore nel corso del proprio rapporto di lavoro, in particolar modo nel caso di piani ad accumulo di capitale (Rebba, 2010).

## 4.3 Il ruolo dei fondi rispetto al SSN

### 4.3.1 Una premessa su livello e contenuti della spesa sanitaria privata

La spesa sanitaria privata corrente in Italia nel 2010 è pari a 30.591 milioni di euro e rappresenta il 21,6% della spesa sanitaria corrente totale (cfr. capitolo 3 del presente Rapporto). Questo rapporto ha visto un forte aumento tra il 1990 e il 1995, quando aveva raggiunto il 26,2%. Negli anni seguenti, tale rapporto si è ridotto. In sintesi, sembra si possa sostenere che il tasso di crescita della spesa sanitaria privata sia aumentato in concomitanza con la riduzione di quello della spesa pubblica negli anni Novanta, per poi ridursi in termini relativi nel decennio successivo, quando l'impegno finanziario pubblico ha ripreso a crescere (Levaggi e Turati, 2011).

Con riguardo agli impieghi, la spesa sanitaria privata italiana 2010 è destinata per il 46% all'acquisto di medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico, seguiti dai servizi ambulatoriali (37%) e ospedalieri (16%). Tale ripartizione è sostanzialmente stabile dal 2000 (cfr. capitolo 3 del presente Rapporto).

Infine, con riguardo alle fonti del finanziamento, le statistiche OECD (2010) dicono che nel 2009 il 19,4% della spesa sanitaria totale italiana era finanziata con esborso diretto da parte delle famiglie (*out-of-pocket*). La quota delle organizzazioni non profit era del 2,2%, quella dell'assicurazione privata dell'1%.

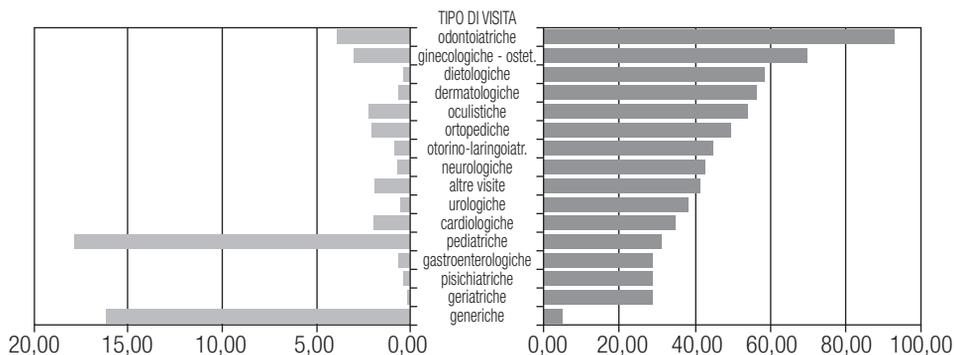
Dati più articolati sulle modalità di finanziamento e frequenza del ricorso ai servizi sanitari sono forniti dall'indagine multiscopo ISTAT (2007) condotta nel 2005 su condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. La Tabella 4.1 riporta una sintesi dei risultati.

Un primo elemento da rilevare è come rispettivamente il 55% delle persone

Tabella 4.1 **Distribuzione percentuale delle modalità di pagamento sostenute dagli intervistati per le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e i trattamenti riabilitativi a cui hanno avuto accesso nelle quattro settimane precedenti all'intervista**

	Modalità con cui si è sostenuta la spesa					Totale
	Completamente gratuita	A pagamento con rimborso parziale dell'assicurazione	A pagamento con rimborso totale dell'assicurazione	Ha pagato il ticket / parzialmente a pagamento	Completamente a sue spese	
Visite specialistiche	27,9	1,6	1,1	14,9	54,6	100
Accertamenti diagnostici	45,1	2,0	0,7	34,0	18,2	100
Riabilitazione	33,5	2,1	2,1	22,1	40,2	100

Fonte: Elaborazione su ISTAT (2007)

Figura 4.1 **Frequenza di accesso e percentuale di viste a pagamento per specialità**

Fonte: Cislighi e Giuliani (2008: 165)

che hanno ricevuto una visita specialistica nelle quattro settimane precedenti l'intervista e il 40% di quelle che hanno avuto accesso a un trattamento riabilitativo abbiano coperto completamente a proprie spese il costo della prestazione. Il contributo parziale o totale delle assicurazioni volontarie appare invece marginale.

Per le visite specialistiche l'indagine ISTAT approfondisce poi due aspetti. Il primo aspetto riguarda le specialità in cui è più frequente l'*out-of-pocket*. Nell'odontoiatria è pagato di tasca propria il 92% delle prestazioni, nella ginecologia e ostetricia il 69%; all'estremo opposto si trovano invece geriatria e psichiatria, oltre che le visite di medicina generale (Figura 4.1).

Il secondo aspetto riguarda lo stato di salute delle persone che hanno avuto accesso alle prestazioni specialistiche a proprie spese. Tra gli intervistati affetti da tre o più patologie croniche, coloro che hanno pagato completamente a proprie spese le visite specialistiche restano ancora il 48%.

### 4.3.2 La natura «integrativa» dei fondi

Dopo avere ricostruito l'evoluzione dei fondi integrativi e avere fornito una panoramica sulla spesa sanitaria privata in Italia, si vuole ora descrivere il ruolo che i fondi giocano nel sistema sanitario, a partire dall'esame dei servizi offerti ai propri iscritti, quali:

- ▶ rimborso dei costi sostenuti per prestazioni extra-LEA<sup>8</sup>;
- ▶ rimborso dei *ticket* previsti per le prestazioni erogate dal SSN;

<sup>8</sup> Tale rimborso – così come quelli previsti di seguito nel testo – è però in genere limitato da franchigie, quote percentuali di costo che restano a carico dell'assicurato, massimali (sia complessivi, sia per le singole prestazioni). In quest'ultimo caso, il rimborso è limitato a quanto previsto dal tariffario nomenclatore stabilito dal fondo (cfr. 4.4).

- ▶ rimborso di prestazioni che, pur ottenibili nel SSN (dunque comprese nei LEA), siano fruite in regime di «libera professione intramuraria» o di «area a pagamento» nelle aziende pubbliche o accreditate SSN o in aziende non accreditate con il SSN (il che dà la possibilità di fruire di maggiore *comfort* alberghiero, di poter scegliere il proprio professionista di fiducia, di evitare le liste di attesa del regime SSN istituzionale; cfr. De Pietro, 2002);
- ▶ servizi dedicati per informazioni e prenotazioni (*call center*, lista e contatti delle strutture convenzionate, eventuale possibilità di teleconsulti, ecc.);
- ▶ servizi sanitari aggregati in combinazioni particolari (es. *check up*);
- ▶ diarie per i giorni di ospedalizzazione o di cura;
- ▶ rendite o indennità a ristoro dei danni conseguenti a inabilità, ridotta capacità lavorativa o non autosufficienza.

Dalla lista emerge come i fondi integrativi forniscano servizi di natura assai eterogenea e si posizionino in modo diverso rispetto ai LEA garantiti dal SSN<sup>9</sup>.

Un altro modo di guardare a tali differenze è rifarsi alla letteratura internazionale, che propone una tassonomia in cui il rapporto tra sistema sanitario «pubblico» e schemi volontari di assicurazione sanitaria privata è ricondotto a quattro categorie (OECD, 2004a e 2004b):

- ▶ **sostitutivo**: l'assicurazione privata rappresenta una possibilità concessa in alternativa al sistema pubblico. Nelle situazioni più tipiche, la legge dà agli individui con alto reddito la possibilità di *opting-out*, cioè di rinunciare alla copertura pubblica beneficiando di uno sconto fiscale, obbligandoli però a sottoscrivere un piano assicurativo privato alternativo a quello pubblico. La normativa italiana non prevede tale possibilità;
- ▶ **complementare**: l'assicurazione privata rimborsa i *copayment* richiesti dal sistema pubblico (franchigie, *ticket*, ecc.). La copertura complementare dunque abbassa il rischio per l'iscritto di sostenere direttamente delle spese, che sono però quelle definite all'interno del sistema pubblico. Nella prospettiva del *policy maker*, tale azione ha il vantaggio di migliorare le possibilità e l'equità di accesso al sistema, ma lo svantaggio di far aumentare l'azzardo morale e dunque i consumi sanitari che *ticket* e franchigie volevano attenuare<sup>10</sup>. Infine, nell'ambito dell'assicurazione complementare possono essere fatte rientrare le indennità o diarie per i giorni di ospedalizzazione o di malattia. In tal caso, oltre a rimborsare i costi diretti di *ticket* e franchigie defini-

<sup>9</sup> Per la descrizione di un esempio concreto di assicurazione sanitaria integrativa offerta da un'associazione mutualistica, cfr. De Pietro (2008).

<sup>10</sup> Questo eventuale ruolo «moderatore» del *ticket* è comunque fortemente limitato, a causa dei molti limiti che i tipici meccanismi di aggiustamento di domanda e offerta sperimentano nel settore sanitario (domanda indotta dall'offerta, ecc.).

- ti nel sistema pubblico, l'assicurazione privata rimborsa anche i costi indiretti della malattia;
- ▶ **supplementare:** l'assicurazione privata copre le prestazioni non garantite dal sistema sanitario pubblico. Nel caso italiano, ciò può includere prestazioni odontoiatriche, occhiali, ecc. Nella prospettiva del *policy maker*, un ruolo supplementare dei fondi integrativi significa, di nuovo, «mutualizzare» la spesa e dunque migliorare le possibilità e l'equità di accesso a tali prestazioni. D'altro canto, la presenza di un terzo pagante può fare aumentare i consumi (azzardo morale), i costi medi unitari delle prestazioni e i costi amministrativi collegati all'intermediazione assicurativa (OECD 2004a; Colombo e Tapay, 2004; Granaglia, 2011). Infine, è riconducibile al ruolo «supplementare» anche l'offerta di migliori livelli di *comfort*, la disponibilità di teleconsulti, ecc.;
  - ▶ **duplicativo:** l'assicurazione privata copre prestazioni già garantite dal sistema pubblico, ma ne rende più facile o libera la fruizione, evitando le liste di attesa o permettendo una scelta più ampia di professionisti e strutture. Nella prospettiva del sistema sanitario, questa funzione duplicativa può comportare il vantaggio di ridurre i costi a carico del sistema pubblico, spostando una parte della domanda sugli erogatori privati finanziati da risorse private. D'altro canto, tale copertura riduce l'equità di accesso, creando una corsia preferenziale per gli iscritti ai fondi, come mostrato dal caso della libera professione intramoenia svolta nel SSN (Domenighetti et al., 2010).

Nella realtà italiana, come già ricordato al paragrafo 4.2, gran parte dei fondi integrativi svolgono contemporaneamente i ruoli complementare, supplementare e duplicativo, con eventuali accentuazioni dell'uno o dell'altro (i fondi che beneficiano di contributi più elevati possono offrire molte prestazioni duplicative o supplementari; quelli che hanno contributi più bassi si concentrano su una funzione complementare).

I dati del paragrafo 4.3.1 fanno emergere come la spesa sanitaria privata sia principalmente finanziata attraverso esborsi diretti dei cittadini invece che attraverso strumenti assicurativi. L'*out-of-pocket* si concentra nella riabilitazione e nelle visite specialistiche, in particolare nelle aree meno coperte dai LEA quali l'odontoiatria e la dietologia, ma anche in altri ambiti, quali la ginecologia e l'ostetricia. Infine, i cittadini a maggiore rischio clinico (quelli affetti da molteplici patologie croniche o da una malattia cronica grave) sono comunque chiamati a sostenere direttamente la spesa delle visite specialistiche per un valore ancora consistente. In questa prospettiva acquista, quindi, un ruolo chiave l'obbligo imposto ai fondi di destinare all'assistenza odontoiatrica e alla non autosufficienza il 20% delle risorse riservate alla propria attività assicurativa. A questi due ambiti sono dunque dedicati i due paragrafi seguenti.

### 4.3.3 L'assistenza odontoiatrica

Tra gli ambiti non coperti dai LEA, l'assistenza odontoiatrica è una delle aree dove i rischi economici assunti dai singoli sono tra i più elevati. Non è quindi sorprendente la rilevazione di forti disuguaglianze nell'accesso a questo tipo di cure da parte della già citata Indagine Multiscopo (ISTAT, 2007). Oltre al già ricordato 92% degli intervistati che ha pagato interamente di tasca propria l'ultima visita dentistica, è da sottolineare come, tra gli intervistati con un elevato titolo di studio, il 49% abbia avuto accesso ad almeno una visita odontoiatrica nell'anno precedente, mentre la percentuale si dimezza – 26% – tra chi ha la licenza elementare. Altrettanto significativo è il dato relativo agli anziani con un basso titolo di studio, che nell'86% dei casi hanno pagato di tasca propria le visite odontoiatriche ricevute nell'anno precedente.

Da questi pochi dati, emerge chiaramente la necessità di fornire strumenti per una condivisione collettiva del rischio. D'altro canto, l'assistenza odontoiatrica si presta poco alla copertura assicurativa, a causa dell'alta probabilità e del limitato valore economico dei rischi ad essa associati<sup>11</sup>. A ciò si accompagna la mancanza di meccanismi assicurativi capaci d'incentivare la prevenzione o le diagnosi e gli interventi precoci. La conseguenza è che solitamente fondi e assicurazioni private includono l'odontoiatria nei loro pacchetti così da fornire un portafoglio di prestazioni completo, ma poi definiscono franchigie alte e massimali bassi (Granaglia, 2011).

Tali difficoltà sono confermate dall'esperienza della Regione Lombardia, che agli inizi degli anni Duemila ha svolto uno studio di fattibilità (Regione Lombardia, 2004) per un fondo odontoiatrico regionale. In quell'occasione sono state esaminate le prestazioni da includere ed è stata rilevata l'attitudine dei cittadini verso un simile strumento. Nel 2003, i cittadini lombardi sarebbero stati propensi a iscriversi a un fondo integrativo volontario gestito da un soggetto *nonprofit*, mantenendo la libertà di scelta del professionista e spendendo 200 euro per un pacchetto che includesse prestazioni di conservativa, ablazione e visita generale. Sono state, quindi, considerate le due opzioni di un'adesione volontaria oppure obbligatoria per accedere a un insieme di prestazioni che includesse visita medica, ablazione del tartaro, una o due otturazioni semplici. Si sono considerate anche le possibili soluzioni per la gestione del fondo, dalla gestione diretta da parte della Regione – opzione giudicata troppo rischiosa – all'affidamento a un soggetto terzo. In complesso, l'analisi ha individuato una notevole

<sup>11</sup> In generale, il meccanismo assicurativo dà maggiori benefici laddove i rischi siano d'importo economico rilevante e di probabilità di accadimento limitata (è il caso ad esempio dell'affondamento delle navi con la perdita del carico). Quando invece i rischi sono d'importo limitato e molto frequenti (come il caso, appunto, dell'odontoiatra: quasi tutti vi devono ricorrere con regolarità, ma i costi dei servizi non sono quasi mai «disastrosi» per chi li acquista), benefici economici del meccanismo assicurativo e cioè della mutualità, sono più limitati.

difficoltà nell'ipotizzare, in tutti gli scenari considerati, la sostenibilità economica e dunque la proposta non ha avuto seguiti concreti.

Un secondo tentativo d'intervento è stato effettuato dalla provincia autonoma di Trento. Nel 2007, infatti, la Provincia ha considerato la possibilità di fornire, attraverso fondi integrativi, una copertura aggiuntiva a quella LEA per l'assistenza odontoiatrica. Tuttavia, con successivi decreti del 2008<sup>12</sup>, ai fondi integrativi la Provincia ha preferito la partecipazione alla spesa sostenuta dalle famiglie, soprattutto a favore della popolazione socialmente e clinicamente vulnerabile. Nel 2009, un'iniziativa simile è stata oggetto di una proposta di legge regionale del Friuli-Venezia Giulia<sup>13</sup>, che intendeva fornire sia un co-finanziamento sia agevolazioni e garanzie per prestiti bancari finalizzati a finanziare interventi di assistenza odontoiatrica.

Date le oggettive difficoltà nell'implementare strumenti assicurativi in quest'ambito e l'evidente necessità di un intervento per un più equo accesso alle cure, è importante comprendere, per quanto possibile, le prospettive degli attori coinvolti nell'attuazione del cosiddetto obbligo del 20%.

A tale proposito, il presidente della Federazione Italiana Mutualità Integrativa Volontaria (FIMIV) nel giugno di quest'anno ha sottolineato che l'impegno richiesto dalla normativa nei due ambiti della non autosufficienza e dell'assistenza odontoiatrica può essere assunto solo a condizione che ciò avvenga col sostegno degli autonomie locali (FIMIV, 2011).

Attori chiave che mostrano forti perplessità circa l'intervento dei fondi nell'odontoiatria sono gli stessi dentisti. Nell'ultimo biennio, il dibattito è stato intenso, tanto che il Servizio Studi dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) ha svolto un'indagine su questo tema (ANDI, 2010: 42-54). I risultati evidenziano una situazione ancora fluida: il 41% degli odontoiatri prevede un impatto negativo della diffusione dei fondi integrativi, mentre il 29% lo giudica positivo (un terzo circa degli intervistati, infine, non ipotizza alcun cambiamento significativo). L'88% dei rispondenti è poco o per niente d'accordo rispetto alla prospettiva di lavorare coi fondi attraverso convenzioni dirette e senza la definizione di regole da parte dell'ANDI. La richiesta che sia l'ANDI a contrattare coi fondi è riconosciuta dall'85% dei rispondenti: a tale condizione, la percentuale di dentisti pronti a stipulare convenzioni passerebbe dal 12 al 68%.

Questi dati mostrano come molti professionisti temano di subire tariffe e condizioni sfavorevoli imposte dai fondi. Ciò è confermato da Gherlone

<sup>12</sup> Cfr. Provincia Autonoma di Trento, L.P. 12/12/2007, n. 22: «Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento»; Provincia Autonoma di Trento, Delib. G.P. 25/07/2008, n. 1886: «Legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 recante "Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento" – direttive per l'attuazione anno 2008».

<sup>13</sup> Cfr. Proposta di legge n. 49 «Istituzione di un fondo destinato alla concessione di contributi per il sostegno di rilevanti spese sanitarie», presentata il 23/02/2009.

(2011): dopo avere evidenziato la presenza di possibili limiti imposti dalle convenzioni sia all'utenza che al professionista, oltre all'eventuale rischio di una minore qualità delle prestazioni erogate, ne ammette, in qualche modo, l'inevitabilità, suggerendo la diffusione di convenzioni indirette, insieme a controlli della qualità delle prestazioni erogate da parte dell'Ordine e a raccomandazioni cliniche.

Un punto chiave auspicato da pazienti e dentisti resta la libertà di scelta del professionista. Nello studio di fattibilità della Regione Lombardia (2004), il 79% dei residenti interpellati considera determinante, per decidere se iscriversi al prospettato fondo regionale per l'odontoiatria, la libertà di accesso al professionista di fiducia. Sullo stesso piano, in una rilevazione condotta nella provincia di Udine nel 2010 (Ad Communication, 2010), l'85% degli intervistati non accetterebbe di aderire a un fondo che vincoli la libertà di scelta dell'iscritto.

Dalle indagini disponibili emerge che sia i dentisti che i pazienti sono prevalentemente favorevoli alla diffusione dei fondi integrativi in odontoiatria a condizione che i pazienti mantengano la libertà di scelta dei professionisti e che i dentisti mantengano la libertà nella definizione delle proprie tariffe. D'altro canto, come testimonia un forum organizzato da «Il Giornale delle Assicurazioni» a fine 2010 (Fumagalli, 2010), gli enti assicurativi ritengono che la sostenibilità finanziaria della sanità integrativa sia perseguibile solo attraverso la creazione di una rete di erogatori convenzionati direttamente con il fondo e/o con il coinvolgimento di fondi territoriali promossi principalmente dalle Regioni<sup>14</sup>.

#### 4.3.4 La non autosufficienza e la *long-term care*

La non autosufficienza permanente costituisce una delle principali sfide ai sistemi di welfare avanzati. Dall'indagine multiscopo ISTAT svolta nel 2005 (ISTAT, 2007), emerge che il 10% delle famiglie italiane ha un proprio membro affetto da una qualche disabilità e nel 58% dei casi è uno dei familiari a prendersi direttamente carico dell'assistenza, spesso (80%) senza fruire di assistenza domiciliare. Infine, il 35% delle famiglie con un membro affetto da disabilità è, in realtà, costituito da nuclei monofamiliari e la percentuale sale al 42% tra le persone con più di 74 anni, il che rende più difficile disporre di assistenza informale.

L'esigenza di fornire una risposta concreta alle necessità sempre più onerose e complesse delle famiglie che vivono questa situazione ha portato alla presentazione, nei primi anni Duemila, di una serie di disegni di legge volti a istituire

<sup>14</sup> I fondi territoriali ipotizzati sono schemi assicurativi di tipo solidale – ad iscrizione volontaria o obbligatoria – promossi, eventualmente gestiti ed eventualmente cofinanziati dal sistema delle autonomie locali (Regioni, Province autonome, consorzi di Comuni, ecc.).

un Fondo nazionale per la non autosufficienza. Queste proposte non si sono mai trasformate in legge. Tale fallimento può essere spiegato non solo dalla carenza di risorse finanziarie, ma anche dal mancato accordo su due aspetti fondamentali, quali la scelta degli attori che avrebbero dovuto gestire i fondi e l'inserimento di meccanismi mutualistici in un sistema universale a fiscalità generale<sup>15</sup> (Bellentani e Bugliari Armenio, 2009). In tale prospettiva la costituzione, con la legge finanziaria per il 2007, di un fondo per le non autosufficienze distribuito a Regioni e Province autonome può essere visto come un primo passo. Tuttavia tale fondo, dopo essere stato finanziato per quattro anni con un totale di seicento milioni di euro, non sembra destinato ad aver seguito, almeno nel triennio 2011-2013.

A livello di Regioni sono state avviate una serie d'iniziative fin dal 2003: si potrebbe dire che c'è stata una prima ondata quale tentativo di adempiere all'articolo 9 del d.lgs. 229/1999. Nel biennio 2008-2009 il numero di fondi regionali è ulteriormente aumentato, probabilmente anche in seguito all'istituzione del fondo nazionale, benché il suo apporto finanziario fosse molto contenuto e sia attualmente sospeso.

Secondo un Rapporto Agenas (Bellentani e Bugliari Armenio, 2009), nel 2009 erano dieci le Regioni e Province autonome che avevano costituito un fondo regionale per la non autosufficienza, mentre il resto delle Regioni aveva comunque programmato una serie d'interventi in questo ambito di assistenza. I fondi regionali esistenti forniscono un sostegno in prevalenza mirato al mantenimento nel proprio domicilio del paziente, utilizzando strumenti assai diversi tra loro (Pelliccia, 2010) e ricorrendo di frequente a contributi diretti alla famiglia che ha in carico il congiunto non autosufficiente. Sebbene il contesto appena descritto (2009) sia successivo al momento in cui è stata condotta l'indagine multiscopo ISTAT (2005), è verosimile che la situazione di disagio delle famiglie italiane permanga ancora oggi, così come la scarsità di risorse finanziarie regionali destinate a questi programmi.

Come già ricordato, la risposta istituzionale alla situazione critica del settore è la diffusione dei fondi integrativi. Nella prospettiva di questi ultimi, tuttavia, la non autosufficienza è, seppure per motivi diversi, un ambito d'intervento altrettanto problematico quanto l'odontoiatria. In questo caso, i problemi non derivano dall'alta probabilità del danno tipica dell'odontoiatria, ma dall'estrema incertezza circa durata e costi assistenziali della non autosufficienza.

La questione è quindi quanto sia pronto il settore dell'assicurazione volontaria ad affrontare il ruolo proposto dalla recente normativa e dal Rapporto sulla non autosufficienza in Italia del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

<sup>15</sup> Si tratta, in altri termini, di inserire in un sistema sanitario universale, finanziato con la fiscalità generale (alla Beveridge), dei meccanismi di finanziamento propri dei sistemi fondati sulle assicurazioni sociali (alla Bismarck).

(2010). A questo proposito, secondo una stima fornita da Rebba (2010), nel 2009 i cittadini italiani coperti per la non autosufficienza erano 320.000. È da aggiungere, inoltre, che negli ultimi due anni numerosi ordini professionali e associazioni di categoria hanno avviato programmi assicurativi per la non autosufficienza: si va, ad esempio, dallo stesso ambito assicurativo con l'ANIA e bancario con l'ABI alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). Infine, valutazioni riportate da Gori et al. (2011), giudicate ottimistiche dagli stessi autori, prevedono che entro il 2020 il 15% della popolazione italiana disporrà di una qualche copertura integrativa per questo tipo di assistenza.

Alle difficoltà poste dal numero ancora limitato di persone che beneficiano di schemi assicurativi nel caso di non autosufficienza, si devono poi aggiungere quelle originate da (Rebba, 2010; Levantesi e Menzietti 2010):

- ▶ la bassa percezione del rischio di cadere in uno stato di non autosufficienza, che non favorisce la domanda di copertura assicurativa;
- ▶ la notevole incertezza circa contenuti ed estensione del pacchetto di base offerto dal servizio pubblico e, in ultima istanza, la mancanza di specifici LEA riferiti alla non autosufficienza. Data questa incertezza circa l'offerta pubblica da integrare, i fondi hanno difficoltà a prevedere i risultati economici di una tale copertura e i contributi che devono chiedere ai propri assistiti. Altrettanto critica è la definizione dei criteri per determinare lo stato di non autosufficienza. Tutto ciò comporta alti rischi finanziari per i fondi in autogestione, che devono quindi riassicurarsi, con il conseguente aumento del costo delle polizze.

Proprio per questi motivi, le polizze individuali sono estremamente costose, facendo preferire soluzioni collettive. A loro volta, tra queste ultime, i piani ad accumulo di capitali<sup>16</sup>, tipici della contrattazione negoziale chiusa, sono economicamente sostenibili, ma molto costosi per chi ha più di 45 anni. I fondi basati sul meccanismo di ripartizione<sup>17</sup>, propri della mutualità volontaria aperta, trovano invece le principali difficoltà nel rischio di selezione avversa degli iscritti, che può pregiudicare la sostenibilità stessa di tali programmi<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> In ambito bancario ed assicurativo, è uno strumento finanziario che consente l'acquisto di quote di un fondo comune attraverso un numero minimo di versamenti. Può essere quindi usato come uno strumento di previdenza integrativa: in tal caso, è previsto un versamento costante per un lungo periodo di una quota di risparmi. Come conseguenza, devono trascorrere molti anni prima che l'iscritto possa usufruire della copertura assicurativa.

<sup>17</sup> I fondi basati sul meccanismo di ripartizione consentono ai membri di usufruire, in qualsiasi momento ne abbiano bisogno, dei benefici della copertura indipendentemente dal numero di quote versate, in quanto l'onere si ripartisce su tutti gli iscritti in quel momento.

<sup>18</sup> Tale difficoltà è sottolineata anche dal presidente della FIMIV, che per questo motivo auspica un'azione comune di fondi ed autonomie locali (FIMIV, 2011).

Rebba (2010) sostiene che il finanziamento per la non autosufficienza non possa essere assegnato esclusivamente ad enti privati, a causa degli incentivi che questi avrebbero nel selezionare i rischi, delle difficoltà nel contenere il possibile azzardo morale dei familiari degli assistiti, dell'inevitabile incompletezza dei contratti assicurativi. In una prospettiva più generale, si tratta di elementi che possono comportare sia iniquità nell'accesso e nel trattamento, sia inefficienza nell'allocazione delle risorse disponibili.

Per superare tali difficoltà, la proposta che il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali fornisce nel Rapporto sulla non autosufficienza in Italia (2010) è, in una prima fase, favorire la diffusione di fondi integrativi negoziali per l'assistenza a pazienti con un basso grado di non autosufficienza. Per gradi di non autosufficienza più elevata, la presa in carico dovrebbe essere responsabilità di fondi territoriali promossi da Regioni ed enti locali. Una volta diffusa la cultura dei fondi e sensibilizzati i cittadini a perseguire una «gestione strutturata dei propri risparmi», si potrebbe prospettare il passaggio da un'assicurazione volontaria ad una obbligatoria.

#### 4.4 Relazioni e meccanismi di funzionamento nel mercato dei fondi integrativi

Le attività gestionali sottostanti all'azione dei fondi comprendono le seguenti (Paci, 2011):

- ▶ definire quali prestazioni si vogliono erogare;
- ▶ definire chi sono i beneficiari e a quali condizioni possono iscriversi (anche con riferimento ai familiari, all'eventuale esclusione di prestazioni legate a condizioni di salute già presenti, ecc.);
- ▶ definire l'ammontare dei contributi richiesti e l'eventuale riparto della somma dovuta a carico dell'iscritto e, eventualmente, del suo datore di lavoro;
- ▶ definire il nomenclatore e cioè l'elenco – e la definizione – delle prestazioni per le quali è riconosciuto un rimborso;
- ▶ definire i limiti alle prestazioni economiche (franchigie, *copayment*, massimali, ecc.);
- ▶ definire il tariffario e cioè gli importi rimborsati ad aziende e professionisti erogatori dei servizi sanitari (soprattutto nel caso di convenzionamento diretto) oppure agli iscritti;
- ▶ stipulare le convenzioni con le aziende e i professionisti che prestano i servizi sanitari;
- ▶ fornire informazioni e assistenza alle persone interessate ad iscriversi e a chi è già iscritto;
- ▶ gestire il processo di liquidazione dei sinistri agli erogatori (nel caso di con-

venzionamento diretto) o agli iscritti (nel caso di convenzionamento indiretto);

- ▶ monitorare la qualità e l'appropriatezza delle aziende e dei professionisti erogatori, nonché delle prestazioni sanitarie rese agli iscritti.

In realtà, i fondi non sempre svolgono direttamente tutte le attività elencate. Ciò dipende infatti dalle scelte *make or buy* operate dal fondo riguardo a quattro macro-attività: (i) l'aggregazione e l'assunzione dei rischi; (ii) la costruzione e manutenzione della rete di erogatori sanitari; (iii) la gestione amministrativa dei processi; (iv) il supporto informativo e assistenziale all'utenza finale.

Con riguardo alla prima macro-attività (aggregazione e assunzione dei rischi), i fondi sanitari integrativi del SSN sono riconducibili a tre categorie (Pacini, 2010):

- ▶ fondi assicurati (o a gestione assicurativa): sottoscrivono con un'impresa di assicurazione una o più polizze collettive;
- ▶ fondi autogestiti (o a gestione diretta): auto-assicurano il rischio salute dei propri associati;
- ▶ fondi a gestione mista: riassicurano i rischi sanitari giudicati troppo elevati per la capacità patrimoniale del fondo.

Con riguardo alla seconda macro-attività (costruzione e manutenzione della rete di erogatori sanitari), i fondi integrativi del SSN possono definire una propria rete di erogatori oppure rifarsi a società di assistenza assicurativa, imprese di assicurazioni o anche altri fondi integrativi, che abbiano già sviluppato tale rete. Nel primo caso, il fondo sceglie le strutture e i professionisti ai quali inviare i propri iscritti; definisce i nomenclatori tariffari da proporre agli erogatori; controlla con proprio personale la qualità dei servizi sanitari ottenuti. Nel secondo caso il fondo delega invece in tutto o in parte tali attività ad altri soggetti. Ovviamente, tanto maggiore è il numero degli iscritti al fondo, tanto più ci può essere convenienza a gestire direttamente tali attività.

La terza macro-attività è quella di *back office* amministrativo. Vi ricadono l'attribuzione del protocollo, i processi liquidativi a erogatori o iscritti, l'eventuale invio della reportistica richiesta ai fondi integrativi, la gestione fiscale, ecc. Anche in questo caso, il fondo può optare per una soluzione interna oppure affidare tali attività a società specializzate in assistenza assicurativa.

L'ultima macro-attività riguarda il servizio al cliente finale. Si tratta di attivare *call center*, prestare consulenza sanitaria agli iscritti, curarne l'informazione periodica, ecc.

Una caratteristica particolare del settore della copertura assicurativa sanitaria privata in Italia è che le quattro macro-attività difficilmente sono svolte da un unico soggetto. Molto più frequente è la situazione in cui ciascun fondo integrativo gestisce in proprio soltanto una o alcune di quelle macro-attività,

delegando le rimanenti ad altri soggetti. In alcuni casi, i fondi si specializzano in una o più macro-attività che poi offrono sul mercato ad altri fondi e ai loro iscritti<sup>19</sup>.

Come già accennato trattando dell'odontoiatria, aspetti centrali per la funzionalità dei fondi sono la definizione dei nomenclatori tariffari e l'attivazione delle convenzioni dirette (Battaglia, 1993).

Nomenclatori comparabili – cioè che definiscano in modo relativamente omogeneo tra i diversi fondi i servizi sanitari rimborsati – favoriscono la concorrenza tra gli schemi assicurativi<sup>20</sup>, soprattutto se non negoziali.

Altrettanto importante è il ruolo delle convenzioni dirette. Tali convenzioni, evitando di far anticipare i costi agli assistiti (in toto o in parte), potrebbero favorire l'azzardo morale e dunque maggiori consumi. D'altro lato, però, esse permettono al fondo di concentrare la domanda e dunque esercitare forza contrattuale nei confronti degli erogatori, riducendo i prezzi dei servizi; forniscono inoltre informazioni trasmesse attraverso sistemi informatizzati – e dunque facilmente analizzabili – sul comportamento degli assistiti e, soprattutto, degli erogatori, consentendo ai fondi un controllo dell'appropriatezza e dei costi altrimenti assai difficile e oneroso, in un contesto dove comunque gli erogatori beneficiano di forti vantaggi informativi su pazienti e terzo pagante.

In alcuni casi o ambiti potrebbe crearsi un problema dovuto al fatto che, da un lato, i fondi preferiscono avere pochi erogatori e stringere con loro convenzioni dirette; dall'altro, però, le persone preferiscono i fondi che offrono un'ampia scelta di professionisti e strutture sanitarie. Tale tensione può essere parzialmente risolta da schemi assicurativi che prevedano coperture/rimborsi agli iscritti più generosi per le prestazioni erogate dalle strutture e dai professionisti che lavorano in convenzione diretta, e rimborsi più limitati per le prestazioni erogate da altri professionisti/strutture.

<sup>19</sup> Due esempi a questo proposito sono il FASI (Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi) e la SMS Cesare Pozzo.

Il FASI è un fondo operante da oltre 30 anni, con 130.000 iscritti e 310.000 assistiti (comprensivi dei familiari degli iscritti), 1.370 strutture convenzionate in forma diretta e 225 milioni di euro di prestazioni erogate nel 2008. In quello stesso anno, FASI ha lanciato FasiOpen, proposto alle aziende che vogliono offrire copertura sanitaria ai propri lavoratori non dirigenti e ai loro familiari. FasiOpen, proposto in quattro configurazioni base e con la possibilità di definire soluzioni modulari ad hoc, usa tutti i sistemi e gli strumenti gestionali sviluppati da FASI, quali il tariffario nomenclatore, le convenzioni dirette, il *call center*, ecc. (Emiliani, 2010; [www.fasi.it](http://www.fasi.it) e [www.fasiopen.it](http://www.fasiopen.it), 19/07/2011). In modo simile agisce la SMS Cesare Pozzo, forte di oltre 130 anni di storia e che serve 90.000 soci e 120.000 assistiti. Parte di tali assistiti in realtà non sono soci della SMS, ma iscritti di casse aziendali (es. quella del gruppo Fincantieri) che si servono dei servizi della SMS. I rimborsi erogati dalla SMS nel 2009 per servizi sanitari sono stati di oltre tredici milioni di euro. Aspetto interessante, la Cesare Pozzo ha in corso progetti con la Provincia autonoma di Bolzano, la Regione Molise e la Regione Lombardia, per offrire loro la propria rete di convenzioni dirette e per disegnare schemi di copertura *long term care* e fondi integrativi territoriali (Lo Presti, 2010).

<sup>20</sup> Si pensi al ruolo svolto, pur con limiti e contraddizioni, dall'adozione dei DRG in Italia.

#### 4.5 Possibili ruoli per le Regioni e le aziende sanitarie pubbliche

L'analisi svolta nelle pagine precedenti permette d'introdurre alcune brevi considerazioni sul potenziale ruolo delle Regioni e delle aziende sanitarie pubbliche.

Assumendo un'ottica di breve periodo, lo sviluppo dei fondi integrativi potrebbe essere visto favorevolmente dalle Regioni, poiché ciò:

- ▶ costituisce una fonte di finanziamento addizionale rispetto a quella pubblica, in anni di politiche fiscali restrittive;
- ▶ aiuta a coprire ambiti e bisogni non coperti dal SSN (sia quelli extra-LEA, sia quelli che, pur nei LEA, vedono nella realtà forti ostacoli all'accesso);
- ▶ riduce le pressioni sul sistema delle aziende pubbliche, dirottando pazienti sulle strutture private.

Ciò detto, rimane un rischio di deresponsabilizzazione istituzionale. La disponibilità di nuove fonti di finanziamento potrebbe aggravare quello che già è un problema e cioè la reale «esigibilità» – in termini di tempi, orari, qualità, ecc. – dei LEA e le disegualianze nell'accesso.

Una seconda questione riguarda specificamente la non autosufficienza. Negli ultimi anni, diverse Regioni hanno avviato iniziative per l'istituzione di fondi per la non autosufficienza. Come visto al § 4.3.4, l'eventuale sviluppo dei fondi integrativi su tale ambito potrebbe richiedere una revisione delle iniziative regionali, eventualmente definendo forme di integrazione – finanziaria e/o gestionale – con i fondi, per come auspicato peraltro da rappresentanti del settore (Fumagalli, 2010; FIMIV, 2011).

Una situazione analoga si pone per le Regioni che hanno avviato iniziative per estendere la copertura pubblica a prestazioni di odontoiatria extra-LEA. Anche in tal caso, l'eventuale sviluppo dei fondi porrebbe la necessità di un aggiustamento del ruolo del finanziamento pubblico rispetto a quello privato.

Se dall'azione diretta delle Regioni si passa a considerare le aziende sanitarie pubbliche, le sfide sembrano principalmente due:

- ▶ per non lasciare alle aziende sanitarie private il mercato dei «terzi paganti» privati, le aziende pubbliche devono evolvere nei propri sistemi gestionali interni. Oggi spesso i fondi integrativi orientano i propri iscritti soltanto a strutture private perché le aziende pubbliche si mostrano – con poche eccezioni – interlocutori difficili. Gli ostacoli che spesso i fondi trovano riguardano la definizione di condizioni di accesso adeguate alle richieste (prenotazioni, orari, ecc.), l'adozione dei sistemi informatici necessari al convenzionamento diretto, l'utilizzo di forme di pagamento elettro-

nico (carte di credito) da parte degli utenti nel caso di convenzionamento indiretto, l'adozione dei nomenclatori tariffari dei fondi nel processo di fatturazione, ecc.;

- ▶ più in generale, le difficoltà finora incontrate da troppe aziende sanitarie pubbliche nel gestire la libera professione intramuraria (Lpi) e – ancora di più – le attività a pagamento aziendali, evidenziano bene i rischi che possono seguire allo sviluppo di un importante «secondo pilastro» di finanziamento privato. I problemi riguardano la difficoltà sperimentate nello sviluppare azioni propriamente aziendali – e non soltanto dei singoli professionisti – sul mercato privato, nel riportare all'interno delle strutture le attività svolte in regime di Lpi cosiddetta «allargata», nell'eseguire i necessari controlli su volumi e appropriatezza delle prestazioni Lpi, nel sanare casi di palese conflitto d'interessi, ecc. A questi problemi si aggiunge spesso l'oggettiva difficoltà di natura politica a sviluppare un canale a finanziamento privato – senza liste di attesa, con più *comfort*, con maggiore fruibilità – all'interno delle strutture sanitarie pubbliche.

## 4.6 Conclusioni

Le pagine precedenti presentano un quadro di estremo interesse per il sistema sanitario italiano, sia sotto il profilo della politica sanitaria, sia sotto quello del management. Qui di seguito si propongono alcune osservazioni, che indicano anche gli ambiti in cui sembra necessario sviluppare analisi più articolate.

1. Il ruolo «integrativo» dei fondi resta (ancora) vago, con la parziale eccezione del vincolo del 20% a beneficio di odontoiatria e non autosufficienza. Nonostante fondi e assicurazioni in passato abbiano vissuto tale situazione come non favorevole per il proprio sviluppo, oggi il settore non sembra avere convenienze forti a cambiare lo *status quo*. I fondi godono di deducibilità fiscale, hanno controlli pubblici limitatissimi sulle proprie attività, hanno piena libertà nel contrattare con gli erogatori dei servizi sanitari. Gli unici limiti – rilevanti – a cui sono tenuti riguardano il divieto di rifiutare l'iscrizione a singoli individui o gruppi e la citata quota del 20%. Resta poi non chiarita la modalità di calcolo di tale percentuale considerando le differenze esistenti tra i fondi che operano in autogestione e quelli che si avvalgono di una polizza assicurativa.
2. La normativa fiscale prevede che (Manzato, 2010): per casse e fondi integrativi o adeguati al dm 27/10/2009, i contributi versati siano deducibili dal reddito fino a 3.615,20 euro; per le SMS, in alternativa alla deducibilità, i contributi possano essere detraibili al 19% fino a un massimo di 1.291 euro; per le imprese di assicurazione, i premi versati siano soggetti a una tassazione del 2,5%

- e non godano di benefici fiscali. In più, tutti gli attori coinvolti riconoscono incertezze applicative. Il recente sviluppo del settore sembra richiedere una revisione e semplificazione della disciplina fiscale di fondi e assicurazioni.
3. Importi e natura delle prestazioni offerte dai fondi sono estremamente disomogenei. Ciò si spiega innanzi tutto con le diverse forze economiche in campo. Se si guarda per esempio ai contributi annuali richiesti da due fondi negoziali originati nella contrattazione collettiva nazionale, il Faschim (Fondo di assistenza sanitaria per i lavoratori dell'industria chimica, chimico-farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori abrasivi, lubrificanti e Gpl) da aprile 2010 chiede 288 euro (36 a carico del lavoratore e 252 a carico dell'azienda), mentre il FASI (Fondo assistenza sanitaria integrativa per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi) per il 2010 chiedeva 2.376 euro (800 e 1.576, rispettivamente). Si tratta di differenze economiche – e dunque di copertura offerta – ampie<sup>21</sup>, che mostrano la necessità di un'analisi più articolata del fenomeno e di azioni di *policy* e regolamentazione opportunamente differenziate.
  4. Nonostante i principi universalistici del SSN, le sue condizioni di funzionamento reale mostrano notevoli problemi di equità. I fondi in tal senso possono contribuire positivamente, grazie alla riduzione della quota di finanziamento *out-of-pocket* che, nonostante le esenzioni basate sul reddito e altre misure, costituisce un problema importante. D'altro canto, lo sviluppo dei fondi – soprattutto se continuerà a prevalere una logica duplicativa – potrà creare un sistema sanitario «a due velocità». Inoltre, a tale sviluppo potrebbe accompagnarsi un progressivo disinvestimento politico ed economico nel SSN, con la conseguenza di una contrazione dei LEA. In questo caso, anche la logica supplementare dei fondi potrebbe creare problemi crescenti per i non iscritti. Problema che diventa ancor più rilevante se la strada auspicata per lo sviluppo dei fondi è quella negoziale, poiché il sistema economico italiano è caratterizzato da numerosi non attivi, disoccupati, atipici e «partite Iva» che non entrano nei fondi negoziali o vi entrano in modo mediato e indiretto (ad esempio come familiari del lavoratore iscritto).
  5. Con riguardo alla dimensione dell'efficienza, lo sviluppo dei fondi potrebbe renderli contrattualmente più forti e quindi esercitare pressione sugli erogatori per una maggiore efficienza tecnica e prezzi unitari ridotti. D'altro canto, il ruolo complementare dei fondi potrebbe inficiare il contenimento dei consumi perseguito dai *ticket* SSN. Inoltre, i ruoli duplicativo e supplementare potrebbero dar luogo ad azzardo morale di erogatori e fornitori, col risultato di prezzi e consumi più elevati. Infine, a meno di immaginare fondi ampiamente diffusi, essi aggiungono costi amministrativi alla spesa sanitaria complessiva.

<sup>21</sup> Un'importante ragione di tali differenze è data dal fatto che Faschim non prevede, tra i suoi iscritti, i pensionati. FASI ha invece una percentuale importante di pensionati tra gli iscritti (dal 2007 essi sono più numerosi dei dirigenti ancora in attività e nel 2009 avevano raggiunto il 52%; Emiliani, 2010).

6. Un aspetto poco presente nel dibattito sui fondi riguarda l'impatto sul governo della domanda e più nello specifico sul ruolo del MMG. A meno d'immaginare un ruolo dei fondi sostanzialmente sostitutivo<sup>22</sup>, capace dunque di sviluppare al proprio interno meccanismi di *gate keeping* o governo della domanda alternativi al MMG SSN, è evidente che una fonte di finanziamento esterna al sistema pubblico, che rende più facile il ricorso diretto agli specialisti senza filtro della medicina generale, spiazza il ruolo di quest'ultima e ne mette a rischio l'efficacia nel controllo della spesa, della qualità e dell'appropriatezza.
7. Le organizzazioni sindacali negli ultimi anni hanno promosso attivamente lo sviluppo dei fondi negoziali a livello nazionale e aziendale. Da un lato, questo atteggiamento è ben comprensibile se si considerano le difficoltà di accesso ai servizi SSN e l'opportunità di ripartire i rischi finanziari dell'*out-of-pocket*. Dall'altro lato, l'impressione è che alcune organizzazioni sindacali vedrebbero con più favore un rafforzamento del SSN, ma hanno difficoltà a far prevalere tale visione di fronte alle richieste pressanti dei propri iscritti e all'azione di altre sigle sindacali o comparti che con più decisione perseguono la via dei fondi.
8. L'esperienza relativa all'odontoiatria è particolarmente interessante poiché si tratta di un ambito che, da un lato, rappresenta un segmento importante delle prestazioni extra-LEA e, dall'altro, rappresenta una sfida in termini assicurativi, per l'elevata incidenza del ricorso alle prestazioni, la possibilità di azzardo morale da parte di assicurati ed erogatori e il rischio di selezione avversa per i fondi aperti. In questo senso, la diffusione di meccanismi assicurativi e l'associato sviluppo di nomenclatori tariffari hanno contribuito a rendere il mercato più trasparente e gli erogatori più *accountable*. D'altro canto, la reazione degli odontoiatri alla diffusione dei fondi sanitari e, soprattutto, alla richiesta di convenzionarsi in forma diretta, mostrano tensioni destinate a riprodursi anche in altri ambiti.
9. La copertura della non autosufficienza richiede una modifica nel funzionamento dei fondi, che all'orizzonte temporale limitato e alla logica a ripartizione tipica della sanità acuta, devono affiancare orizzonti più lunghi e una logica a capitalizzazione. Ciò ovviamente può dar luogo a formule che integrino copertura sanitaria e copertura previdenziale<sup>23</sup>. Questo renderebbe

<sup>22</sup> Ciò può accadere anche quando non esista formale possibilità di *opting out* rispetto al sistema pubblico (cfr. § 4.3.2), ma nei fatti il ruolo duplicativo dei fondi sia esteso al punto che alcune persone non si rivolgono più al SSN.

<sup>23</sup> È il caso ad esempio di quanto previsto dal CCNL del settore assicurativo stipulato il 17/9/2007 tra ANIA, FIBA/CISL, FISAC/CGIL, FNA, SNFIA e UILCA. Quel contratto prevede infatti che i contributi siano impiegati per acquistare, da una parte, una polizza assicurativa per coprire i sinistri correnti e, dall'altra parte, un contratto di capitalizzazione con rendimento determinato dalla curva dei tassi al fine di accantonare risorse per le prestazioni *long term care* future. Tale accantonamento si basa su un modello e ipotesi tecniche di proiezione basati su un orizzonte temporale di riferimento di 30/40 anni (Manzato, 2010).

- opportune, tra le altre cose, un'adeguata disciplina normativa e forti competenze di regolamentazione, a oggi non presenti nel settore dei fondi sanitari.
10. L'orizzonte temporale a lungo citato nel punto precedente, il progresso tecnologico e la possibile revisione o specificazione dei LEA, pongono rischi economici importanti ai fondi attivi nel campo della non autosufficienza. Tali rischi sono ancora più evidenti per i fondi non negoziali, che non possono controllare la variabilità nella composizione demografica degli iscritti. In questo caso, la capitalizzazione deve riguardare le posizioni individuali, con meccanismi di tipo *medical saving account* (Hanvoravongchai, 2002). D'altro canto, anche per i fondi sanitari di natura negoziale, l'integrazione della logica a ripartizione con quella a capitalizzazione pone dei problemi rilevanti. La capitalizzazione reale corre infatti il rischio di risultare insufficiente nei numerosi casi in cui i contributi chiesti a lavoratori e datori di lavoro sono d'importo assai modesto. Inoltre, la capitalizzazione rende necessario regolare la portabilità tra contratti di lavoro diversi e quindi delle somme accantonate in capo al singolo assicurato.
11. Pur con importanti eccezioni, Regioni e management SSN non hanno finora prestato sufficiente attenzione allo sviluppo dei fondi sanitari. Abituati da sempre a «conviverci a distanza», non hanno ancora preso posizione rispetto al mutato ruolo che i fondi potrebbero giocare nel prossimo futuro del sistema sanitario italiano. Le pagine precedenti hanno mostrato che il prospettato sviluppo dei fondi ha impatti rilevanti sulle aziende sanitarie pubbliche e sulle politiche socio-sanitarie regionali. Allo stesso tempo, hanno però mostrato tutte le difficoltà che le aziende pubbliche sembrano avere nell'interloquire coi fondi e nel regolamentarne l'azione. È dunque urgente che i soggetti pubblici assumano un atteggiamento proattivo, contribuendo a definire il ruolo dei fondi nei propri ambiti locali. Allo stesso modo, è importante che le aziende sanitarie sviluppino competenze adeguate a gestire un'area a pagamento aziendale che sia capace di rispondere alle richieste dei fondi, senza pregiudicare l'attività istituzionale SSN e mantenendosi coerente con le finalità istituzionali delle aziende (Longo, 1997).
12. Collegata al punto precedente è la regolamentazione operata dal Ministero della Salute attraverso l'Anagrafe dei fondi integrativi. Alla fase di raccolta dei documenti inviati dai fondi, deve ora seguire un pilotaggio che accompagni lo sviluppo del settore in coerenza con l'architettura del SSN, le indicazioni di politica economica, le prerogative regionali.
- Alcuni dei temi critici in tal senso riguardano: le sanzioni che il Ministero può infliggere ai fondi; la definizione di requisiti di professionalità e requisiti patrimoniali (riserve tecniche) dei fondi; la definizione di regole relative all'assetto istituzionale (es. pariteticità tra rappresentanza sindacale e datoriale nei fondi negoziali o nelle casse istituite da regolamenti aziendali); la verifica del 20% vincolato a odontoiatria e non autosufficienza; la verifica

del mantenimento di mutualità e solidarietà intergenerazionale; la particolare struttura del mercato vista al paragrafo 4.4, che rende difficile «spacchettare» responsabilità e competenze dei diversi attori; la necessità di contabilità separate nel caso di soggetti che non operino soltanto nel campo dell'assistenza sanitaria.

Si tratta di attività impegnative e che richiedono competenze adeguate. Diversi osservatori a tale proposito auspicano la creazione di un organismo di regolamentazione *ad hoc*. In ogni caso, l'accelerazione che il settore ha vissuto negli anni più recenti impone risposte adeguate e veloci da parte dei poteri pubblici, perché i fondi possano contribuire al meglio alla qualità e alla sostenibilità del sistema sanitario nel nostro paese.

## Bibliografia

- Ad Communication (2010), «I fondi integrativi nel futuro dell'assistenza odontoiatrica pubblica», Associazione Italiana Odontoiatri, <http://old.aio.it/public/files/Questionario%20Caprara%202010-02%20Fondi%20Integrativi.pdf> (16/07/2011).
- ANDI (2010), *Lo stato dell'odontoiatria in Italia – Rapporto 2010*, Roma, ANDI.
- Battaglia G. (1993), «Il mercato assicurativo privato in sanità: il quadro italiano e le prospettive di sviluppo», *Mecosan*, 7, pp.18-25.
- Bellentani M.D. e Bugliari Armenio L. (2009), *I fondi e le politiche per la non autosufficienza nelle regioni*, Roma, Agenas, [http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/Dossier\\_Fondi\\_e\\_Politiche\\_per\\_la\\_NA%20\\_\\_novembre\\_2009.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/Dossier_Fondi_e_Politiche_per_la_NA%20__novembre_2009.pdf) (19/07/2011).
- Bifone L. (2002), «Regionalizzazione della sanità e fondi integrativi: quali prospettive», *Tendenze Nuove*, 4-5, pp.495-503.
- Bordignon M. e Levaggi R. (2003), «Il ruolo della Regione nella progettazione dei fondi sanitari integrativi», *Tendenze Nuove*, 6, pp.483-500.
- Cislaghi C. e Giuliani F. (2008), «Out of pocket sanitario nelle regioni italiane», *I Quaderni di Monitor*, 3, pp.161-177.
- Colombo F. e Tapay N. (2004), *Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems*, OECD health working papers, no. 15, Paris, OECD.
- Conti L. (2010), «Fondi integrativi Ssn: ad oggi 279 iscritti all'Anagrafe, ma oltre 400 entro l'anno», 23 giugno, [http://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=751&&cat\\_1=1&&cat\\_2=0&&tipo=articolo](http://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=751&&cat_1=1&&cat_2=0&&tipo=articolo) (16/07/2011).
- De Pietro C. (2002), «Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.

- De Pietro C. (2008), «Assicurazione integrativa mutualistica: un'analisi economica», *Mecosan*, 67, pp.71-84.
- Del Vecchio L. e Riva G. (2009), «Le forme integrative di assistenza sanitaria e sociosanitaria in Italia: evoluzioni e prospettive», in Guzzanti E. (a cura di), *L'assistenza primaria in Italia*, Roma, Iniziative Sanitarie.
- Dirindin N. (2009), «Il libro bianco sul nuovo Welfare», *Politiche sanitarie*, vol. 10, n. 3., pp. 109-115.
- Domenighetti G., Vineis P., De Pietro C. e Tomada A. (2010), «Ability to pay and equity in access to Italian and British National Health Services», *The European Journal of Public Health*, 20(5), pp. 500-503.
- Emiliani V. (2010), *Il ruolo dei fondi sanitari integrativi*, IX Congresso Nazionale degli Attuari, Torino, 28 maggio.
- Fabbi D. (2001), «Federalismo sanitario e fondi integrativi», in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2001*, Bologna, Il Mulino.
- Ferrera M. (1995), «The rise and fall of democratic universalism: health care reform in Italy, 1978-1994», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20(2), pp. 275-302.
- FIMIV (2011), «Sanità e mutualità integrativa – Un secondo pilastro per il welfare», *Fimivinforma*, V(16), pp.1-5.
- Fumagalli L. (2010), «Casse e fondi sanitari, i problemi sul tappeto», *Il Giornale delle Assicurazioni*, settembre, pp. 30-36.
- Galli G. (2008), *Finanziamento e qualità del sistema sanitario: il contributo di fondi e assicurazioni*, conferenza nazionale Aspen Institute «La sanità in Italia: sostenibilità, qualità, responsabilità», 29 settembre, [www.cid-ania.it/documenti\\_salastampa/.../113\\_346\\_29092008\\_con.ppt](http://www.cid-ania.it/documenti_salastampa/.../113_346_29092008_con.ppt) (19/07/2011).
- Gherlone E. (2011), *L'odontoiatria in Italia e proposte di policy*, Convegno Ministero della Salute – Quaderni del Ministero della Salute «Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale», Roma, 29 marzo, <http://www.quadernidellasalute.it/area-video/video-29-marzo-2011/enrico-gherlone-2.php> (16/07/2011).
- Giannoni M. (2001), «Fondi sanitari integrativi: situazione attuale e prospettive», *Tendenze Nuove*, 1.
- Gori C. e Pelliccia L., Tidoli R. (2011), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti tra passato e futuro. Il dibattito sulla possibilità per l'ente pubblico di sostenere la spesa per l'assistenza e l'evoluzione degli interventi nelle diverse Regioni*, <http://www.nonautosufficienza.it/2011/05/20/6439/L-assistenza-agli-anziani-non-autosufficienti-tra-passato-e-futuro> (19/07/2011).
- Granaglia E. (2011), «I fondi sanitari integrativi: una strada da potenziare? Alcuni rilievi critici», in De Vincenti C., Finocchi Gherzi R., Tardiola A. (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.

- Hanvoravongchai P. (2002), *Medical savings accounts: lessons learned from international experience*, EIP/HFS/PHF Discussion Paper No. 52, Genève, World Health Organization.
- ISTAT (2007), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005*, Roma, ISTAT.
- Labate G. e Tardiola A. (2011), «La sanità integrativa in Italia», in De Vincenti C., Finocchi Gherzi R., Tardiola A. (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.
- Levaggi R. e Turati G. (2011), «Spesa sanitaria pubblica e privata: sostituti o complementi?», in De Vincenti C., Finocchi Gherzi R., Tardiola A. (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.
- Levantesi S. e Menziotti M. (2010), *Assicurazione Long Term Care: analisi e valutazione dei rischi*, seminario Istituto Italiano degli Attuari, Roma, Università La Sapienza, 19 ottobre, [http://www.italian-actuaries.org/Seminario%20IIA\\_LTC2010.pdf](http://www.italian-actuaries.org/Seminario%20IIA_LTC2010.pdf) (19/07/2011).
- Lippi Bruni M. (2001), «Il ruolo dei fondi sanitari integrativi nel nuovo assetto del SSN», in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2001*, Bologna, Il Mulino.
- Lo Presti D. (2010), *L'esperienza della SMS Cesare Pozzo*, convegno Amaris, Milano, Università Bocconi, 17 novembre.
- Longo F. (1997), «Area a pagamento o libera professione?», in Longo F. (a cura di), *L'area a pagamento nelle Aziende Sanitarie Pubbliche. Strategia e gestione dell'offerta di servizi a pagamento e della libera professione*, Milano, Il Sole-24 Ore Libri.
- Manzato R. (2010), *Il settore assicurativo nella sanità complementare*, IX Congresso Nazionale degli Attuari, Torino, 28 maggio.
- Mastrobuono I. (1999), «Le forme di assistenza sanitaria tra passato e futuro», in Mastrobuono I. et al. (a cura di), *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Miani S. e Floreani J. (2010), *L'assistenza sanitaria integrativa nella contrattazione collettiva. Una ricognizione nei CCNL*, convegno Amaris, Milano, Università Bocconi, 17 novembre.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2010), *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010*, Roma.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2008), *La vita buona nella società attiva. Libro Verde sul futuro del modello sociale*, Roma.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2009), *La vita buona nella società attiva. Libro Bianco sul futuro del modello sociale*, Roma.
- Nomisma (2003), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana*, Milano, Fondazione Pfizer, Franco Angeli.

- OECD (2010), *Health Data*, Paris, OECD.
- OECD (2004a), *Private health insurance in OECD countries*, Paris, OECD.
- OECD (2004b), *Proposal for a taxonomy of health insurance*, Paris, OECD.
- Paci S. (2011), «Imprese di assicurazioni e fondi sanitari integrativi», *Diritto ed economia dell'assicurazione*, 2.
- Pacini M. (2010), *Prospettive per gli attuari nell'assistenza sanitaria integrativa*, IX Congresso Nazionale degli Attuari, Torino, 28 maggio.
- Pelliccia L. (2010), «I meccanismi nazionali di finanziamento», in Gori C. (a cura di), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Milano, IRS, [http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/8540EA88-D25E-42B2-B352-EDC8D23BC2DE/0/RicercaIRS\\_nonautosufficienzaott2010.pdf](http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/8540EA88-D25E-42B2-B352-EDC8D23BC2DE/0/RicercaIRS_nonautosufficienzaott2010.pdf) (19/07/2011).
- Rebba V. (2010), «Le assicurazioni integrative», in Gori C. (a cura di), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Milano, IRS, [http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/8540EA88-D25E-42B2-B352-EDC8D23BC2DE/0/RicercaIRS\\_nonautosufficienzaott2010.pdf](http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/8540EA88-D25E-42B2-B352-EDC8D23BC2DE/0/RicercaIRS_nonautosufficienzaott2010.pdf) (19/07/2011).
- Regione Lombardia (2004), *Odontoiatria e fondi sanitari*, Milano, Direzione Generale Sanità, Unità Organizzativa Programmazione.
- Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia (2005), *Forme di copertura delle prestazioni integrative a quelle erogate dal Ssn in un contesto di federalismo*, Perugia, Regione dell'Umbria – Direzione regionale Sanità e Servizi sociali, Università degli Studi di Perugia – Dipartimento di Economia Finanza e Statistica.
- Sanna R. e Zelinotti R. (2008), *Efficienza, efficacia ed equità del sistema pensionistico italiano*. Osservatorio SPI-IRES CGIL sui redditi da pensione e pensionati, [http://www.ires.it/files/rapporti/OSSERVATORI/Salari\\_e\\_Distribuzione\\_del\\_reddito/Rapporti\\_di\\_Ricerca/2008-EFFICIENZA\\_SISTEMA\\_PENSIONISTICO\\_-\\_Osservatorio\\_salari.PDF](http://www.ires.it/files/rapporti/OSSERVATORI/Salari_e_Distribuzione_del_reddito/Rapporti_di_Ricerca/2008-EFFICIENZA_SISTEMA_PENSIONISTICO_-_Osservatorio_salari.PDF) (26/07/2011).
- Turno R. (2008), «Spazio a mutue e polizze sanitarie», *Il Sole-24 Ore*, 4 agosto, p. 7.