

RIVISTA DI

POLITICA ECONOMICA

LA SALUTE DEI SISTEMI SANITARI
EVOLUZIONI E PROSPETTIVE FUTURE

INTRODUZIONE STEFANO MANZOCCHI, GILBERTO TURATI

Rossana Arcano

Sara Basso

Massimo Bordignon

Elenka Brenna

Marco Buso

Martina Celidoni

Marina Di Giacomo

Cinzia Di Novi

Francesco Ferroni

Maria Assunta Fugnitto

Marta Giachello

Francesco Iervolino

Rosella Levaggi

Ilaria Maroccia

Lucia Martina

Anna Menozzi

Emanuele Pallotti

Massimiliano Piacenza

Vincenzo Rebba

Luca Salmasi

Gilberto Turati

Cristina Ugolini

N. 1-2024


CONFINDUSTRIA

Rivista di
Politica Economica

Direttore: Stefano Manzocchi

Advisory Board

Cinzia Alcidi

Barbara Annicchiarico

Mario Baldassarri

Riccardo Barbieri

Leonardo Becchetti

Andrea Boitani

Massimo Bordignon

Marina Brogi

Elena Carletti

Alessandra Casarico

Stefano Caselli

Lorenzo Codogno

Luisa Corrado

Carlo Cottarelli

Sergio Fabbrini

Alessandro Fontana

Giampaolo Galli

Nicola Giammarioli

Gabriele Giudice

Luigi Guiso

Francesco Lippi

Marcello Messori

Salvatore Nisticò

Gianmarco Ottaviano

Ugo Panizza

Andrea Prencipe

Andrea Filippo Presbitero

Riccardo Puglisi

Pietro Reichlin

Francesco Saraceno

Fabiano Schivardi

Lucia Tajoli

Maurizio Tarquini

Maria Rita Testa

Fabrizio Traù

Gilberto Turati

RIVISTA DI

POLITICA ECONOMICA

LA SALUTE DEI SISTEMI SANITARI
EVOLUZIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Introduzione pag. 5
Stefano Manzocchi, Gilberto Turati

PARTE PRIMA

L'EVOLUZIONE DEL SETTORE E LE GRANDI QUESTIONI ORGANIZZATIVE

La spesa sanitaria e le sue componenti » 17
Sara Basso, Maria Assunta Fugnitto, Lucia Martina, Emanuele Pallotti

**La *governance* dei sistemi sanitari tra bisogni locali
e sfide globali** » 43
Massimo Bordignon, Marco Buso, Gilberto Turati

**La medicina di famiglia nel riassetto dell'assistenza
territoriale** » 67
Marta Giachello, Cristina Ugolini

**L'assistenza ospedaliera: modelli regionali e performance
degli ospedali nel Servizio sanitario nazionale** » 91
Marina Di Giacomo, Rosella Levaggi, Massimiliano Piacenza, Luca Salmasi

PARTE SECONDA

PROSPETTIVE: DEMOGRAFIA, COMPETENZE, MERCATO

**Demografia e salute: il rebus della LTC, dei bisogni di
assistenza non soddisfatti e del benessere psicologico
degli anziani.** » 125
Cinzia Di Novi

**Alcune riflessioni sul mercato del lavoro dei servizi
socio-sanitari.** » 149
Rossana Arcano, Ilaria Maroccia, Gilberto Turati

**Il top management sanitario: profili dirigenziali e bisogni
di formazione tra norme nazionali e modelli regionali** » 183
Elenka Brenna, Anna Menozzi

Spesa sanitaria privata e assicurazioni integrative: alcune evidenze dall'indagine SHARE	» 203
Martina Celidoni, Vincenzo Rebba	
Il welfare aziendale e la salute	» 243
Francesco Ferroni, Francesco Iervolino	

Spesa sanitaria privata e assicurazioni integrative: alcune evidenze dall'indagine SHARE

Martina Celidoni, Vincenzo Rebba*

- *Al netto della fase emergenziale della pandemia da Covid-19, in Italia la spesa sanitaria privata è stabilmente cresciuta nel corso degli ultimi tre decenni a causa di fattori strutturali e vincoli di finanza pubblica. La spesa out-of-pocket è la componente principale della spesa sanitaria privata (89% nel 2022). Una quota più contenuta è intermediata da assicurazioni sanitarie o coperta direttamente da imprese, casse e altri fondi privati. La componente intermediata ha registrato nel tempo un aumento del suo peso, una dinamica dovuta anche alle agevolazioni fiscali previste dalla normativa. Per l'Italia, non esistono dati pubblici completi e raccolti in modo sistematico sulle tipologie e caratteristiche delle diverse forme di previdenza sanitaria integrativa. Dalle limitate e frammentarie informazioni pubbliche disponibili emerge una percentuale di popolazione coperta da assicurazioni e fondi privati particolarmente consistente (oltre il 30%), anche se gli importi assicurati e coperti nel caso italiano sono relativamente contenuti; la copertura offerta è principalmente duplicativa (o sostitutiva) rispetto alle prestazioni del SSN ma circa un terzo della spesa sanitaria privata intermediata è di natura supplementare, cioè si riferisce a prestazioni integrative dei Livelli essenziali di assistenza.*
- *Sulla base dei micro dati campionari dell'indagine SHARE, che raccoglie informazioni anche su condizione socioeconomica, salute ed accesso alle cure degli individui con più di cinquant'anni d'età in Europa, è possibile descrivere le differenze nelle caratteristiche sociodemografiche tra famiglie assicurate e non. La nostra analisi descrittiva mostra che le famiglie con assicurazione sanitaria privata volontaria hanno livelli di istruzione e di reddito più elevati e sono caratterizzate da una maggiore probabilità che uno almeno dei loro componenti sia occupato.*

* martina.celidoni@unipd.it, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali, Università degli Studi di Padova; CRIEP - Centro di Ricerca Interuniversitario sull'Economia Pubblica; vincenzo.rebba@unipd.it, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali, Università degli Studi di Padova; CRIEP - Centro di Ricerca Interuniversitario sull'Economia Pubblica.

- *L'analisi empirica basata su un modello di regressione lineare multipla mostra come la correlazione parziale tra assicurazione sanitaria privata volontaria e spesa out-of pocket sia positiva oppure statisticamente non significativa nei paesi europei analizzati, confermando le evidenze empiriche emerse da studi precedenti.*

JEL Classification: I11; J14.

Keywords: spesa sanitaria privata, assicurazione sanitaria integrativa, SHARE.

1. Introduzione

L'Italia, al pari di altri paesi, ha sperimentato nel corso degli ultimi 30 anni una crescita della spesa sanitaria privata la cui incidenza sul PIL è diventata, nel tempo, sempre più rilevante, superando stabilmente il 2% a partire dal 2011, con una contestuale riduzione del peso della componente pubblica. Tale processo si è interrotto nel 2020, durante la fase più acuta della pandemia da Covid-19, ma è ripreso fin dal 2021 e si prevede continui nei prossimi anni a causa di due fattori principali: da un lato, le dinamiche di crescita della spesa sanitaria alimentata da fattori strutturali, quali l'invecchiamento della popolazione, l'emergere di nuovi bisogni di salute e i costi crescenti delle nuove tecnologie mediche; dall'altro, l'esistenza di vincoli stringenti per la finanza pubblica (l'elevato stock del debito pubblico e il livello raggiunto dalla pressione fiscale sui redditi da lavoro e impresa) che riducono la capacità del governo di aumentare le risorse dedicate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN). La prospettiva, rinvenibile anche nell'ultimo Documento di Economia e Finanza di aprile 2024, di una stazionarietà se non di un'ulteriore contrazione della quota di PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica insieme con l'evidenza di una spesa privata crescente in larga parte sostenuta direttamente dalle famiglie, e ancora non adeguatamente intermediata, continua a stimolare numerose analisi sul possibile ruolo delle assicurazioni private e dei fondi sanitari a integrazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti dal SSN. L'idea di fondo sviluppata in queste analisi è che promuovere la sottoscrizione di coperture private integrative possa consentire di raggiungere due obiettivi principali: da un lato, ridurre la pressione sul bilancio pubblico; dall'altro, aumentare l'equità nel finanziamento della spesa sanitaria attraverso la riduzione dell'onere dei pagamenti diretti e la conseguente migliore accessibilità alle prestazioni sociosanitarie non coperte o non adeguatamente garantite dal sistema pubblico. Il conseguimento di questi obiettivi richiede che la previdenza sanitaria integrativa, intendendo con questo termine l'insieme di tutti gli enti che svolgono una funzione di "terzi paganti" privati, operi come un vero e proprio secondo pilastro a sostegno del sistema sanitario pubblico ma ciò potrà realizzarsi solo a condizione che lo sviluppo del settore della sanità integrativa venga adeguatamente governato.

A tale scopo, appare essenziale disporre di un'adeguata base informativa, anche in termini di evidenze empiriche, relativamente alle dimensioni e alle caratteristiche del settore della previdenza sanitaria integrativa. Il presente contributo intende offrire alcuni spunti al riguardo, illustrando le caratteristiche della spesa sanitaria privata e della previdenza sanitaria integrativa in Italia e nei paesi dell'area

¹ Si veda, tra i molti articoli sul tema, il capitolo Gerotto L., Salmasi L., Turati G., "Mutamenti demografici, spesa sanitaria e politiche per la salute" in *Rivista di Politica Economica*, 2021, vol. 2, pp. 131-156.

OCSE che partecipano all'indagine SHARE su salute, invecchiamento e pensionamento in Europa (che chiameremo per brevità "paesi SHARE")². Nel paragrafo 2 si esamina la struttura e la dinamica recente della spesa sanitaria in Italia e negli altri paesi, concentrando l'attenzione sulle caratteristiche della spesa sanitaria privata di tipo diretto e intermediata. Nel paragrafo 3 si esaminano le caratteristiche del settore della previdenza sanitaria integrativa in Italia nelle sue due componenti (fondi di assistenza sanitaria integrativa e assicurazioni di malattia) e si offre un quadro sintetico comparativo delle coperture sanitarie integrative nei paesi dell'OCSE. Nel paragrafo 4 viene effettuata una comparazione tra i diversi paesi SHARE (inclusa l'Italia) riguardo alla scelta di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria privata integrativa da parte delle persone con più di 50 anni, esaminando le caratteristiche demografiche e socioeconomiche dei soggetti assicurati e sviluppando un'analisi empirica sulla reale capacità dell'assicurazione sanitaria integrativa di limitare le spese dirette (*out-of-pocket*) da parte dei sottoscrittori. Infine, nel paragrafo 5 si riportano alcune considerazioni conclusive.

2. La spesa sanitaria privata in Italia e in Europa

2.1 STRUTTURA E DINAMICA DELLA SPESA SANITARIA

Secondo i dati ISTAT più aggiornati, nel 2022 la spesa sanitaria corrente in Italia, pari a 173,177 miliardi di euro (con un'incidenza sul PIL dell'8,8%) è stata per il 76% pubblica (131,674 miliardi) e per il 24% privata (41,503 miliardi)³. Nel 2022 la spesa di tipo diretto (*out-of-pocket* - OOP) è prevalente e pari a 36,835 miliardi, cioè quasi l'89% della spesa privata (corrispondente al 21,3% della spesa sanitaria totale). La quota restante, 4,668 miliardi (pari a poco più dell'11% della spesa privata e al 2,7% della spesa totale), è intermediata da assicurazioni, imprese o istituzioni senza scopo di lucro (casce, fondi e società di mutuo soccorso).

Sempre nel 2022, sia i paesi dell'area OCSE, sia il sottoinsieme dei paesi europei considerati nell'indagine SHARE hanno impegnato per

² SHARE (*Survey of Health Aging and Retirement in Europe*) è un'indagine longitudinale su salute, invecchiamento e pensionamento in Europa. È stata avviata nel 2004, l'ultima *wave* disponibile si riferisce al 2021/2022. Il campione è composto da oltre 140.000 persone, di età pari o superiore a 50 anni, residenti nei 27 paesi dell'Unione europea e Israele. L'indagine è di natura multidisciplinare, fornisce quindi informazioni su vari aspetti della vita delle persone, tra cui lo *status* socioeconomico, le reti sociali e familiari e permette anche di studiare gli effetti delle politiche sanitarie, sociali, economiche e ambientali che hanno influenzato le persone nel corso della loro vita.

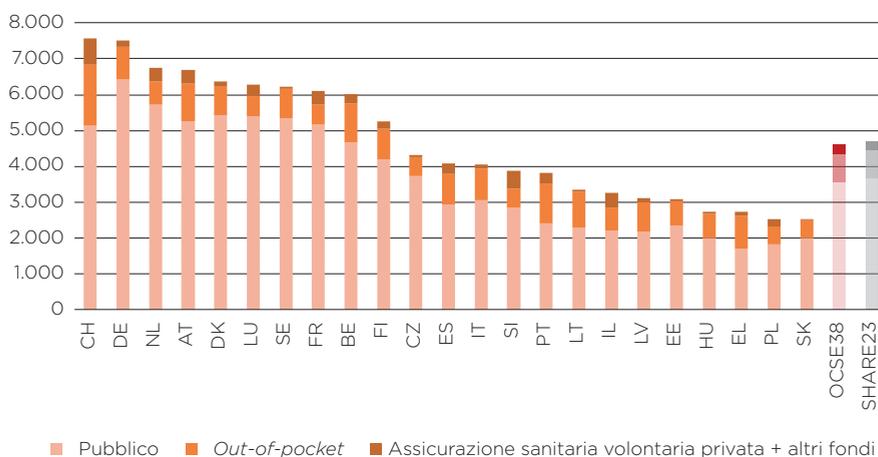
³ La quantificazione della spesa pubblica è stata recentemente aggiornata dall'ISTAT nei riportati nel Conto economico consolidato della sanità ed è riportata nel Documento di Economia e Finanza 2024, Sezione II, Analisi e Tendenze della Finanza Pubblica. La quantificazione della spesa privata considera i dati ISTAT riportati nel Sistema dei conti della sanità aggiornati a giugno 2023.

la sanità in media una maggiore quota del PIL rispetto all'Italia pari al 9,2%. Per la media dei paesi SHARE la componente pubblica della spesa sanitaria è pari al 7,1% del PIL mentre l'incidenza della spesa privata sul PIL è pari al 2,2%⁴. L'Italia registra nello stesso anno un'incidenza della spesa pubblica sul PIL relativamente minore (6,7%) a fronte di un rapporto tra spesa privata e PIL del 2,1%.

Volendo effettuare un confronto con gli altri paesi per quanto riguarda l'incidenza delle diverse modalità di finanziamento della spesa sanitaria, i dati OCSE più recenti e completi disponibili (riportati nella Figura 1), si riferiscono al 2021 ed evidenziano come il finanziamento pubblico copra in media il 75% della spesa totale nei paesi OCSE (con un valore pro-capite di circa 3.561 dollari USA in parità di potere d'acquisto - US\$ PPP) e il 76% del totale nei paesi SHARE (con un valore pro-capite di circa 3.664 US\$ PPP). La spesa diretta delle famiglie (OOP) rappresenta il 18,4% del totale per la media dei paesi OCSE (con una spesa pro-capite di circa 772 US\$ PPP) e il 18,7% del totale per la media dei paesi SHARE (con una spesa pro-capite di circa 808 US\$ PPP). La quota di spesa intermediata da assicurazioni e fondi di tipo volontario, che integrano la copertura pubblica o l'assicurazione sanitaria obbligatoria, rappresenta invece il 5,7% per la media dei paesi OCSE (circa 270 US\$ PPP pro-capite) e poco meno del 5% per la media dei paesi SHARE (circa 235 US\$ PPP pro-capite). L'Italia evidenzia nel 2021 un peso relativamente maggiore della spesa OOP (21,9% del totale pari ad una spesa pro-capite di circa 885 US\$ PPP) e un peso relativamente minore della spesa privata intermediata (2,64% del totale, corrispondente ad una spesa pro-capite di circa 107 US\$ PPP) rispetto alla media OCSE e SHARE. 14 paesi SHARE registrano un peso sulla spesa complessiva della componente privata intermediata da assicurazioni e fondi più accentuato rispetto all'Italia e superiore alla media SHARE. Si segnalano in particolare Slovenia (13,4%), Israele (12%), Svizzera (10%), Portogallo (7,8%), Spagna (7,4%), Francia (6,3%), Austria (5,9%) e Olanda (5,7%). Tra questi, Svizzera e Portogallo registrano peraltro un peso della spesa OOP sul totale superiore a quello dell'Italia: 22,3% nel caso della Svizzera (pari a 1.688 US\$ PPP pro-capite); 29% nel caso del Portogallo (pari a 1.110 US\$ PPP pro-capite).

⁴ La fonte considerata per i dati relativi ai paesi OCSE e SHARE è: OECD, *Health at a Glance 2023. OECD Indicators*, Paris, OECD Publishing, 2023, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Figura 1 - Spesa sanitaria pro-capite nei paesi OCSE partecipanti all'indagine SHARE per fonte di finanziamento nel 2021 (US\$ PPP)



Fonte: elaborazione degli autori su dati OECD Health Statistics 2023.

Nel decennio precedente la pandemia, tra 2009 e 2019, la componente pubblica della spesa sanitaria pro-capite aveva una dinamica di crescita molto simile a quella della componente privata (un tasso medio annuo di crescita di circa il 3%) sia per i paesi OCSE sia per i paesi SHARE mentre in Italia, nello stesso periodo, il tasso medio annuo di crescita della spesa pro-capite privata era stato molto più elevato (+3,92%) di quello della componente pubblica (+1,35%). Il triennio 2019-2022, sia per effetto della pandemia da Covid-19 sia per l'impatto dell'inflazione a partire dal 2022, è stato caratterizzato da una crescita della spesa pro-capite molto più accentuata rispetto al decennio precedente in particolare per quanto riguarda la componente pubblica che è passata: da 3.006 a 3.871 US\$ PPP per i paesi SHARE (+ 8,8% annuo); da 2.629 a 3.255 US\$ PPP (da 1.920 a 2.212 euro) per l'Italia (+7,4% annuo).

In Italia, la componente privata della spesa sanitaria è diventata, nel tempo, sempre più rilevante, superando stabilmente il 2% del PIL a partire dal 2011, a seguito delle manovre finanziarie e degli interventi di *spending review*⁵, che hanno portato ad una riduzione della spesa sanitaria pubblica in termini percentuali sul PIL, dal 7% nel 2009 al 6,4% nel 2019. La spesa privata è cresciuta nel corso del tempo anche in termini pro-capite, con l'eccezione del 2020 in cui si è registrata

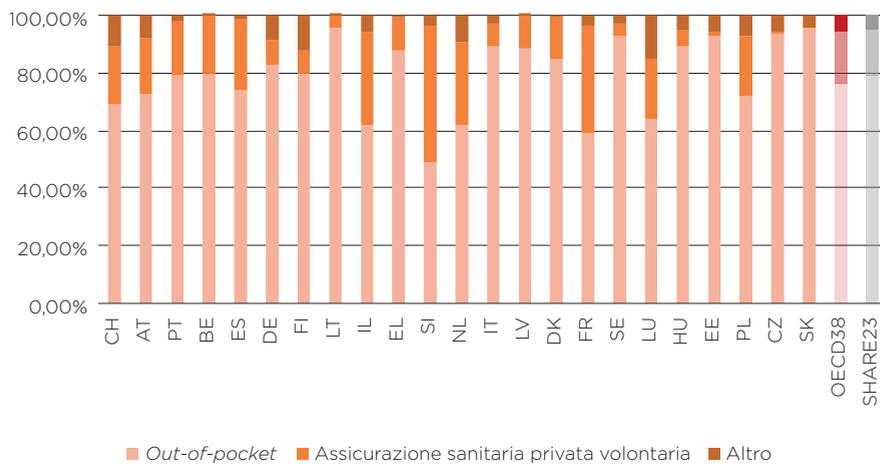
⁵ Si veda al riguardo: Barigozzi F., Rebba V., "Sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e fondi sanitari integrativi: un contributo al dibattito", in *Politiche Sanitarie*, 2019, 20 (1), pp. 2-13.

una flessione dei pagamenti OOP, arrivando nel 2022 a 1.036 US\$ PPP, corrispondenti a circa 704 euro (di cui 625 euro di tipo OOP).

2.2 CARATTERISTICHE DELLA SPESA SANITARIA PRIVATA

I dati OCSE per il 2021 (Figura 2), evidenziano che la componente OOP pesa per circa il 76% per la media dei paesi OCSE e per circa il 79% per la media dei paesi SHARE a fronte dell'89,2% registrato dall'Italia.

Figura 2 - Composizione % della spesa sanitaria privata per fonte di finanziamento nei paesi dell'OCSE partecipanti all'indagine SHARE 2021



Fonte: elaborazione degli autori su dati *OECD Health Statistics 2023*.

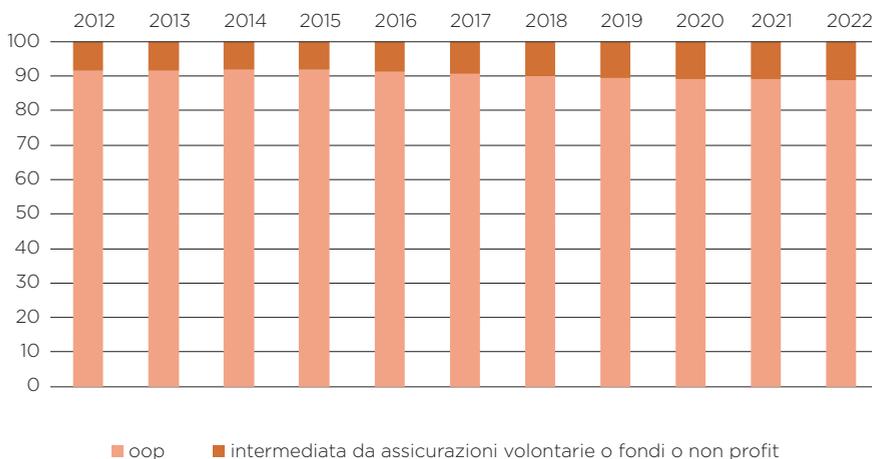
Tra i paesi SHARE il peso dell'OOP appare più contenuto in Slovenia (49%), Francia (59%), Olanda (62%), Israele (62%) e Svizzera (69%), paesi nei quali le assicurazioni sanitarie integrative assumono un ruolo importante come modalità di finanziamento della spesa privata⁶. L'assicurazione privata volontaria integrativa copre circa il 18% della spesa privata per la media dei paesi OCSE e il 16% per la media dei paesi SHARE mentre la quota restante di spesa privata (6% per i paesi OCSE e 5% per i paesi SHARE) viene finanziata da imprese e altri fondi privati. In Italia, la spesa privata intermediata da assicurazioni sanitarie nel 2021 era dell'8,2% mentre quella coperta direttamente da imprese, casse e altri fondi privati era pari al 2,6%. Complessivamente la percentuale di spesa privata intermediata da assicurazioni o fondi integrativi in Italia si attestava nel 2021 al 10,8%, circa la metà di

⁶ In Francia assumono un ruolo centrale le "mutuelle", che integrano su larga scala la protezione sanitaria di base ("sécurité sociale").

quella registrata per la media dei paesi SHARE. In termini pro-capite, la spesa intermediata da assicurazioni e fondi in Italia nel 2021 è pari a meno di un terzo di quella della Francia e a poco più della metà di quella della Germania.

Dalla Figura 3 si può vedere come la spesa sanitaria privata intermediata in Italia abbia registrato un aumento del suo peso nel corso del tempo, passando dall'8,5% nel 2012 a oltre l'11% della spesa privata nel 2022. L'espansione è avvenuta a partire dal 2017, soprattutto nella componente del welfare aziendale, dopo l'introduzione delle agevolazioni fiscali previste dalla Legge di Stabilità del 2016, che si sono aggiunte a quelle già presenti per i fondi sanitari integrativi fino agli anni Novanta.

Figura 3 - Composizione della spesa sanitaria privata in Italia 2012-2022



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, Sistema dei conti della sanità (SHA 2011).

La Tabella 1 riporta la composizione della spesa sanitaria privata in Italia nel 2022 per tipo di finanziamento e per tipo di assistenza sanitaria, considerando i più recenti dati Istat secondo il Sistema dei conti della sanità (SHA 2011). Il 75,2% della spesa intermediata (3,512 miliardi) si riferisce ad assicurazioni sanitarie volontarie, il 15,5% (724 milioni) è spesa finanziata da imprese mentre per il restante 9,3% (432 milioni) si tratta di spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro.

Tabella 1 - Spesa sanitaria privata in Italia per tipo di assistenza e per tipo di finanziamento 2022 (milioni di euro)

Tipo di assistenza sanitaria	Tipo di finanziamento della spesa sanitaria privata					Incidenza % tipo di assistenza
	Spesa diretta famiglie (OOP)	Assicurazioni sanitarie volontarie	Imprese	Istituzioni senza scopo di lucro	Totale	
1. Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	15.305	1.345	0	148	16.798	40,47%
- Assistenza ospedaliera in regime ordinario	1.196	106	0	38	1.340	3,23%
- Assistenza ospedaliera in regime di day hospital	361	32	0	0	393	0,95%
- Assistenza ambulatoriale	13.612	1.207	0	60	14.879	35,85%
- Assistenza domiciliare	136	0	0	50	186	0,45%
2. Assistenza sanitaria di lunga durata (LTC)	3.953	0	0	110	4.063	9,79%
- Assistenza residenziale e ospedaliera LTC	3.500	0	0	60	3.560	8,58%
- Assistenza ospedaliera diurna LTC	0	0	0	0	0	0,00%
- Assistenza ambulatoriale LTC	357	0	0	0	357	0,86%
- Assistenza domiciliare LTC	96	0	0	50	146	0,35%

Tipo di assistenza sanitaria	Tipo di finanziamento della spesa sanitaria privata					Incidenza % tipo di assistenza
	Spesa diretta famiglie (OOP)	Assicurazioni sanitarie volontarie	Imprese	Istituzioni senza scopo di lucro	Totale	
3. Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	14.818	339	0	0	15.157	36,52%
- <i>Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli</i>	11.000	0	0	0	11.000	26,50%
- <i>Apparecchi terapeutici e altri presidi medici durevoli</i>	3.818	339	0	0	4.157	10,02%
4. Servizi prevenzione malattie	68	0	724	28	820	1,98%
5. Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	2.691	239	0	119	3049	7,35%
6. Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	0	1589	0	27	1616	3,89%
Tutti i tipi di assistenza sanitaria	36.835	3.512	724	432	41.503	100,00%
Incidenza% tipo di finanziamento	88,75%	8,46%	1,74%	1,04%	100,00%	

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, Sistema dei conti della sanità (SHA 2011), giugno 2023.

Dalla Tabella 1 si può rilevare che servizi ambulatoriali comprendenti visite mediche e specialistiche, prestazioni odontoiatriche e prestazioni diagnostiche (35,9% della spesa privata complessiva), farmaci e dispositivi medici (26,5%), apparecchiature e presidi medici durevoli (10%) e assistenza residenziale e ospedaliera di lunga durata (*long-term care* - LTC) (8,6%) coprono l'81% della spesa privata totale⁷ e quasi l'87% della spesa OOP⁸.

Se si considera la spesa intermediata da assicurazioni sanitarie volontarie, la voce più rilevante è rappresentata dai servizi di *governance* e amministrazione (45,24% del totale), definiti dall'Istat servizi collettivi che "... non sono destinati a individui specifici ma vanno piuttosto a vantaggio di tutti gli utenti", seguiti dall'assistenza ambulatoriale (34,37%). La spesa intermediata direttamente dalle imprese, senza ricorrere all'acquisto di polizze assicurative collettive, si concentra esclusivamente su servizi di prevenzione di infortuni e malattie a vantaggio dei dipendenti. Infine, le istituzioni non a scopo di lucro (casse e fondi che offrono direttamente una copertura ai loro associati) finanziano prevalentemente (per il 27,5%) servizi ausiliari (prestazioni di laboratorio di analisi, diagnostica per immagini, trasporto di pazienti, servizi di soccorso o di emergenza), seguiti dalle prestazioni di assistenza ambulatoriale e di assistenza residenziale e ospedaliera LTC (entrambe con un peso del 13,9%).

3. Fondi sanitari integrativi e assicurazioni di malattia in Italia e nei paesi OCSE

Nel precedente paragrafo abbiamo fornito alcuni dati sull'entità e la composizione della spesa sanitaria intermediata dal settore della "previdenza sanitaria integrativa" intendendo con questo termine l'insieme di tutti gli enti che svolgono una funzione di "terzi paganti" privati. Nel presente paragrafo concentriamo l'attenzione sulle due

⁷ Le prestazioni erogate in regime di "libera professione intramuraria" rientrano all'interno della prima tipologia di assistenza indicata in Tabella 1 (si tratta principalmente di prestazioni di assistenza ambulatoriale) e sono quantificabili per il 2022 in circa 1,18 miliardi (il 2,8% della spesa privata complessiva) in base ai dati pubblicati dal Ministero della Salute nella Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. Le compartecipazioni alla spesa sanitaria (ticket) rientrano all'interno della spesa per prestazioni ambulatoriali specialistiche e di quella per i farmaci per un ammontare complessivo di 2,547 miliardi nel 2022, corrispondente a poco più del 6% della spesa privata complessiva. Ulteriori informazioni sulla composizione della spesa privata si possono trovare in Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V., "I consumi privati in sanità", in Cergas - Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2023. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Milano, Egea, 2023, pp. 229-265.

⁸ Considerando i dati OCSE del 2021 contenuti nel Rapporto *Health at a Glance 2023*, pp. 106-107, si può osservare che in media nei paesi dell'OCSE e SHARE la spesa OOP si concentra principalmente su prodotti farmaceutici e presidi medici (per il 43%) seguiti dalle prestazioni ambulatoriali (22%), odontoiatriche (14%) e di LTC (oltre il 12%). In Italia si osserva un peso relativamente un po' più accentuato delle prestazioni ambulatoriali rispetto alla media degli altri paesi OCSE e SHARE.

principali forme di previdenza sanitaria integrativa presenti in Italia - assicurazioni di malattia e fondi e casse di assistenza sanitaria integrativa - che, utilizzando la tassonomia adottata dall'OCSE, possono offrire tre tipologie di copertura rispetto al servizio sanitario pubblico:

- *duplicativa* o *sostitutiva* (prestazioni già ricomprese nei Livelli essenziali di assistenza pubblica come, ad esempio, quelle diagnostiche e ambulatoriali, che possono essere richieste per ridurre i tempi di attesa o per garantirsi la scelta dello specialista);
- *complementare* (copertura totale o parziale delle compartecipazioni o di altre spese private sostenute per fruire di prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza, colmando il *gap* tra spese coperte dal pubblico e quota a carico del cittadino);
- *supplementare* (prestazioni non rientranti nella copertura pubblica quali, ad esempio, nel caso italiano, la quasi totalità delle cure odontoiatriche o di quelle di LTC)⁹.

Il settore della previdenza sanitaria integrativa è cresciuto in Italia nel corso del tempo per una serie di ragioni tra cui un trattamento fiscale di favore, la forte espansione del welfare aziendale e lo sviluppo di un'ampia offerta di piani e pacchetti di tipo assicurativo accompagnata da estese strategie di marketing¹⁰. A causa della scarsa esaustività dei pochi dati pubblicati, non è tuttavia agevole riuscire ad avere informazioni complete e precise sulla tipologia e sulle dimensioni quantitative (numero di assicurati e di iscritti, premi e contributi raccolti, prestazioni coperte ed erogate) delle diverse forme di previdenza sanitaria integrativa, che spesso si sovrappongono. Pur con questo caveat, in questo paragrafo si cercherà di offrire un quadro sintetico degli schemi collettivi di assistenza sanitaria integrativa (sezione 3.1) e del mercato delle assicurazioni di malattia in Italia (sezione 3.2), effettuando anche un confronto con altri paesi OCSE (sezione 3.3).

3.1 FONDI E CASSE DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA IN ITALIA¹¹

In base all'attuale normativa, gli schemi collettivi di assistenza sanitaria integrativa configurano enti senza scopo di lucro che si distinguono in fondi di tipo A, con una finalità esplicitamente integrativa

⁹ La terminologia è quella introdotta dall'OCSE nel Rapporto: OECD, *Private Health Insurance in OECD countries*, Paris, 2004, The OECD Health Project.

¹⁰ Per un'analisi completa del fenomeno si veda, Citoni G., Piperno A., "Terzi paganti privati in sanità: assicurazioni e fondi sanitari. Stato dell'arte, effetti e implicazioni di policy", in *Politiche sanitarie*, 2019, 19 (1), pp. 14-32. Per un'analisi dei benefici fiscali dei fondi sanitari integrativi e dei loro possibili effetti regressivi, si veda Marenzi A., Rizzi D., Zanette M., "Incentives for Voluntary Health Insurance in a National Health System: Evidence from Italy", in *Health Policy*, 2021, 125, pp. 685-692.

¹¹ Il tema dei fondi sanitari integrativi nell'ambito del welfare aziendale viene sviluppato nel contributo di Francesco Ferroni e Francesco Iervolino nel presente numero monografico.

(supplementare) del SSN, e fondi di tipo B (enti, casse e società di mutuo soccorso) con un'operatività più ampia e che erogano anche prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)¹². La dimensione di questo settore è in lenta ma costante espansione come evidenziato dalla Tabella 2 che riporta i dati raccolti dall'Anagrafe del Ministero della Salute per i fondi che si sono "attestati"¹³. La crescita riguarda però solo i fondi di tipo B (passati da 208 a 311 nel periodo 2010-2022) - che svolgono una funzione prevalentemente sostitutiva, piuttosto che integrativa, del SSN - mentre quelli di tipo A si sono drasticamente ridotti dopo il 2011 e nel 2022 rappresentano solo il 4% del totale (13 fondi). Gli iscritti complessivi - che comprendono lavoratori dipendenti e autonomi (circa il 70% del totale), familiari dei lavoratori (25%), pensionati e loro familiari (5%) - sono arrivati a superare i 16 milioni nel 2022. Di questi, circa la metà (oltre 8 milioni) sono lavoratori dipendenti e assimilati (ad esempio, soci di cooperative), fruitori di programmi di welfare aziendale. Gran parte dei beneficiari dei fondi si concentra nelle regioni del Centro-Nord (la sola Lombardia supera il 30% del totale dei beneficiari) dove si concentra il maggior numero di imprese¹⁴. L'ammontare complessivo delle prestazioni erogate nel 2022 è di circa 3,243 miliardi. L'erogazione di prestazioni non duplicative dei LEA (principalmente assistenza odontoiatrica e, con incidenza molto minore, servizi sociosanitari per non autosufficienti e prestazioni di riabilitazione) pesa per circa un terzo dell'ammontare complessivo delle risorse erogate dai fondi (ai fini del riconoscimento dei benefici fiscali è sufficiente che il 20% delle risorse sia destinato a prestazioni integrative).

¹² La Legge n. 118/2022 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021) ha ampliato ulteriormente le aree di intervento per i fondi di tipo A aggiungendo alle prestazioni extra Lea già previste (prestazioni odontoiatriche, prestazioni sociosanitarie in strutture accreditate, cure termali e compartecipazioni) altre non a carico del SSN: prevenzione primaria e secondaria; prestazioni di LTC; prestazioni sociali per il soddisfacimento dei bisogni del paziente cronico.

¹³ Esiste quindi un'alta probabilità di sottostima, essendo l'iscrizione all'Anagrafe facoltativa. Il DM 15 settembre 2022 e il DM 30 settembre 2022 prevedono un Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi (OFSI), che opererà presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e un Cruscotto delle prestazioni dei fondi sanitari (in forma sperimentale fino al 2024) all'interno della piattaforma del Nuovo Sistema informativo sanitario (NSIS). Una volta a regime, Osservatorio e Cruscotto dovrebbero fornire informazioni più complete sui fondi.

¹⁴ I dati relativi alla ripartizione percentuale tra diverse tipologie di iscritti e alla distribuzione geografica delle adesioni a fondi e casse sono riportati in Gigliotti G., Audizione Gruppo Unipol-UniSalute S.p.A., 10^a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale nell'ambito dell'Indagine conoscitiva su forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria, Senato della Repubblica, Roma, 23 gennaio 2024. La stima del numero di lavoratori dipendenti e assimilati, relativa al 2020, è contenuta nella "Memoria dell'ISTAT nell'ambito dell'Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria, 10^a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica", Roma, 5 maggio 2023. Altre informazioni interessanti sugli iscritti a fondi e casse si possono trovare in Del Vecchio *et al.*, (2023), *op. cit.*

Tabella 2 - Fondi e casse di assistenza sanitaria integrativa: numero di fondi, iscritti e ammontare delle prestazioni erogate 2010-2022

Anno	Fondi attestati	Fondi Tipo A (*)	Fondi Tipo B (**)	Totale iscritti	Ammontare totale prestazioni in € (1)	Ammontare prestazioni extra Lea in € (2) (***)	% (2)/(1)
2010	255	47	208	3.312.474	1.614.346.536	491.930.591	30,47%
2011	265	43	222	5.146.633	1.740.979.656	536.486.403	30,82%
2012	276	3	273	5.831.943	1.913.519.375	603.220.611	31,52%
2013	290	4	286	6.914.401	2.111.781.242	690.943.897	32,72%
2014	300	7	293	7.493.824	2.159.885.997	682.525.987	31,60%
2015	305	8	297	9.154.492	2.243.458.570	695.336.328	30,99%
2016	322	9	313	10.616.405	2.329.791.397	755.068.420	32,41%
2017	311	9	302	12.572.906	2.372.099.622	755.357.621	31,84%
2018	313	9	304	14.099.180	2.719.486.779	877.427.824	32,26%
2019	318	12	306	14.715.200	2.828.696.190	927.820.736	32,80%
2020	327	11	316	16.012.199	2.783.464.997	929.880.609	33,41%
2021	334	13	321	15.270.648	3.086.053.227	1.017.864.548	32,98%
2022	324	13	311	16.272.852	3.243.378.706	1.069.353.184	32,97%

(*) I fondi di tipo A sono quelli che erogano solo prestazioni non comprese nei Lea.

(**) I fondi di tipo B erogano anche prestazioni incluse nei Lea.

(***) Ammontare delle prestazioni extra Lea erogate dai fondi. Per ciascun fondo l'ammontare di tali prestazioni deve essere almeno pari al 20% delle prestazioni totali per potere usufruire dei benefici fiscali (deducibilità dal reddito dei contributi versati al fondo fino al massimo di 3.615,20 euro).

Fonte: elaborazione degli autori su dati Ministero della Salute, 2° Reporting System dell'Anagrafe dei Fondi Sanitari, ottobre 2021; Itinerari Previdenziali (2023); Cicchetti (2024)¹⁵.

Per la generalità dei fondi attestati dall'Anagrafe presso il Ministero della Salute non sono disponibili informazioni ufficiali sulle entrate relative ai contributi versati dagli iscritti, includendo i contributi versati dai datori di lavoro a beneficio dei loro dipendenti nell'ambito di schemi di welfare aziendale. In base ai dati raccolti da Itinerari Previdenziali (2023), oltre il 58% degli iscritti al 2022 riguardano i

¹⁵ Fonti considerate: Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali (a cura di), Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2022. Decimo Report Annuale, 2023, pp. 87-94; Cicchetti A., Audizione, 10ª Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale nell'ambito dell'Indagine conoscitiva su forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria, Senato della Repubblica, Roma, 6 febbraio 2024.

50 principali fondi che erogano prestazioni per 2,37 miliardi (il 73% del totale) a fronte di entrate da contribuzioni pari a 2,862 miliardi. Il contributo medio annuo pro-capite per questi fondi è di poco meno di 300 euro a fronte di un valore medio annuo pro-capite delle prestazioni erogate di circa 247 euro, con un rapporto prestazioni/contributi (*loss ratio*) di oltre l'82%. Il fondo con il maggiore numero di iscritti è il Fondo Est, che associa tutte le imprese commerciali e di servizi (con 1,985 milioni di iscritti/associati), seguito da MetaSalute, il fondo sanitario dei metalmeccanici (1,36 milioni di iscritti) ed EMAPI, che associa gli iscritti alle Casse privatizzate dei liberi professionisti (1,3 milioni di iscritti). Questi 3 enti valgono oltre il 28% del totale degli iscritti ai fondi.

Le dimensioni dell'ammontare complessivo delle prestazioni erogate, se confrontate con il valore complessivo della spesa privata intermediata da assicurazioni attraverso polizze di malattia oppure da fondi auto-gestiti da imprese o istituzioni non profit - pari rispettivamente a 3,512 miliardi e 1,156 miliardi nel 2022 - fanno capire che buona parte delle coperture garantite da fondi e casse di assistenza sanitaria integrativa vengono realizzate attraverso la sottoscrizione di polizze di malattia collettive. Fondi e casse sono quindi molto spesso assicurati o gestiti direttamente da compagnie assicurative¹⁶, per cui è formalmente difficile ricondurre le prestazioni intermedie all'una o all'altra tipologia di enti.

3.2 LE ASSICURAZIONI DI MALATTIA IN ITALIA

La Tabella 3 sintetizza i principali dati relativi alle assicurazioni del ramo malattia negli anni 2021 e 2022¹⁷ e mostra che i premi contabilizzati (polizze individuali e collettive) sono stati nel 2022 pari a 3,7 miliardi, in crescita del 13% rispetto al 2021¹⁸. La garanzia "rimborso spese mediche" rappresenta oltre il 78% della raccolta premi nel 2022. Le polizze collettive rappresentano nel 2022 il 67% della raccolta premi mentre le polizze individuali si attestano al 33%. All'interno delle

¹⁶ Ad esempio, Del Vecchio *et al.*, (2023), *op. cit.* stimano che oltre il 70% dei contributi versati a fondi e casse sia intermediato dal settore assicurativo.

¹⁷ Il comparto assicurativo "salute" comprende, all'interno del ramo "danni", due rami, "infortuni" e "malattia", e registra una raccolta premi complessiva di circa 7,6 miliardi di euro nel 2022: 3,9 miliardi nel ramo infortuni e 3,7 miliardi nel ramo salute. All'interno del ramo "vita", il ramo IV comprende poi le polizze che forniscono copertura per malattie gravi di lunga durata e contro il rischio di non autosufficienza (polizze LTC), che hanno raccolto 221 milioni di premi nel 2022. Nel presente contesto concentriamo l'attenzione sulle polizze danni del ramo malattia anche se esiste una quota limitata, non facilmente quantificabile, della spesa sanitaria privata intermediata da assicurazioni che può essere fatta rientrare nel ramo infortuni e nel ramo IV delle polizze vita. Si veda: ANIA, *L'assicurazione italiana 2022-2023*, Roma, 2023.

¹⁸ Un elemento caratteristico del settore delle assicurazioni di malattia è anche il suo elevato livello di concentrazione. In base a dati più recenti dell'IVASS, nel 2022 le prime cinque imprese raccolgono il 61% della produzione del ramo e i primi cinque gruppi l'83,2% dei premi totali. Si veda IVASS, "L'attività assicurativa nel comparto salute (2017-2022)", *Bollettino Statistico*, Anno XI, febbraio 2024, n. 2.

polizze collettive, prevalgono quelle sottoscritte da fondi sanitari che pesano per il 54% del monte premi. In base ai dati ANIA più recenti, per le polizze collettive (in particolare per quelle sottoscritte da fondi e casse e dalle aziende in favore dei propri dipendenti), l'incidenza della garanzia rimborso spese mediche sul totale dei premi risulta più elevata (quasi 86%) rispetto alle polizze individuali (63%).

Tabella 3 - Premi e *loss ratio* delle polizze assicurative del ramo malattia 2021-2022

Garanzie assicurative	2021		2022		Variaz. Annuale
	Premi (milioni €)	Distrib. %	Premi (milioni €)	Distrib. %	
Rimborso spese mediche	2.512	76,6%	2.896	78,2%	15,3%
Invalità permanente	254	7,7%	247	6,7%	-2,7%
Diaria	248	7,6%	282	7,6%	13,5%
<i>Long-term care</i>	23	0,7%	26	0,7%	17,5%
Altro (*)	240	7,3%	251	6,8%	4,4%
Totale Premi raccolti	3.277	100,0%	3.703	100,0%	13,0%
% Premi Nuova produzione	19%		15%		-21,1%
Ripartizione Premi per tipologia di polizza di malattia (stima)					
Polizze individuali	1.049	32%	1.239	33%	18,2%
Polizze collettive relative a fondi, casse e altri enti	1.835	56%	1.981	54%	7,9%
Altre polizze collettive	393	12%	483	13%	22,7%
Loss Ratio (Rapporto% Rimborsi/Premi)					
<i>Loss Ratio</i> Polizze di malattia	82%		71%		-13,7%
<i>Loss Ratio</i> Polizze individuali	48%		53%		11,5%
<i>Loss Ratio</i> Polizze collettive relative a fondi, casse e altri enti	110%		87%		-21,4%
<i>Loss Ratio</i> Altre polizze collettive	55%		50%		-9,4%

(*) Nella voce "Altro" sono incluse garanzie come l'indennità di ricovero, il rimborso delle spese per la cura e la riabilitazione rese necessarie a seguito di infortunio, ulteriori altre garanzie che non rientrano in quelle indicate.

Fonte: elaborazione degli autori su dati ANIA, "L'Assicurazione Italiana 2022-2023"; ANIA, "Rilevazione dati sui contratti collettivi relativi al ramo Malattia distinguendo quelli sottoscritti da fondi sanitari o enti simili", 2021 e 2022; Del Vecchio *et al.* (2023).

La Tabella 3 mostra come il *loss ratio* del ramo malattia, ovvero il rapporto tra sinistri (rimborsi ottenuti dagli assicurati) e premi raccolti, sia passato dall'82% del 2021 al 71% del 2022. La riduzione è dovuta soprattutto all'indicatore relativo alle polizze sottoscritte da fondi, che è passato dal valore anomalo del 110% nel 2021 (legato alla forte ripresa della domanda di prestazioni sanitarie nel dopo pandemia) all'87% nel 2022, un valore in linea con quelli sperimentati prima del 2021 ma comunque ben superiore a quello registrato da polizze individuali e altre polizze collettive, che evidenzia le particolarità di questa particolare tipologia di copertura assicurativa.

Per quanto riguarda il numero di assicurati con polizze di malattia, non sono attualmente disponibili dati ufficiali aggiornati pienamente affidabili. Tuttavia, considerando le stime più recenti di IVASS (2024) e ANIA (2023), vi sarebbero circa 20 milioni di persone coperte con assicurazione di malattia nel 2022 (un italiano su tre). Di questi, 15,26 milioni di soggetti (oltre il 76%) sarebbero assicurati con polizze collettive: 10,34 milioni con polizze collettive sottoscritte da fondi e casse di assistenza sanitaria integrativa e 4,92 milioni con altre polizze collettive¹⁹. Da questi dati sembra emergere una sostanziale incoerenza tra la diffusione delle coperture assicurative, in termini di numero di soggetti, e la limitata rilevanza macroeconomica della spesa sanitaria privata intermedia dalle assicurazioni (3,512 miliardi nel 2022), un'incoerenza che tuttavia può essere spiegata con la relativa modestia degli importi assicurati e coperti in particolare nel caso delle polizze collettive sottoscritte da fondi, che rappresentano la quota più rilevante delle coperture assicurative. Ciò viene peraltro testimoniato dai dati recentemente forniti da IVASS secondo cui il premio pagato in media per unità di rischio (ovvero per ciascuna persona coperta da polizza) è contenuto (171 euro nel 2022 e 139 euro nel 2021) con una grande eterogeneità tra le varie tipologie di polizze in relazione a livelli di copertura molto differenziati. In particolare, il premio medio annuo è pari a 173 euro nel caso di copertura tramite fondi e a 91 euro nel caso delle altre polizze collettive (in media 146 euro per l'insieme delle polizze collettive). Inoltre, il costo medio dei sinistri indennizzati nel 2022 (valore medio delle spese sanitarie rimborsate) è pari a 258

¹⁹ Queste stime portano a quantificare in circa 4,74 milioni il numero di assicurati con polizze individuali, un dato che appare probabilmente sovrastimato, considerando l'ammontare complessivo di premi raccolti con queste polizze riportato in Tabella 3. Se confrontiamo questi dati con quelli riportati da Citoni G., Piperno A., (2019), *op. cit.*, emerge una forte crescita del numero di persone con assicurazione di malattia individuale e collettiva negli ultimi cinque anni. Ulteriori informazioni sulla diffusione delle polizze sanitarie (individuali o collettive), anche per caratteristiche sociodemografiche dei sottoscrittori, possono essere ottenute dall'*Indagine sui bilanci delle famiglie italiane della Banca d'Italia* del 2020 da cui emerge che circa il 13% delle famiglie italiane aveva sottoscritto almeno un'assicurazione sanitaria privata. Considerando la numerosità media familiare indicata dall'ISTAT (circa 2,2 persone per nucleo) e ipotizzando che le polizze coprano in molti casi i componenti del nucleo familiare, il dato sembra indicare un numero complessivo di assicurati non molto lontano dalle stime di IVASS e ANIA.

euro. Il costo medio dei sinistri delle polizze collettive è pari a 187 euro per i fondi sanitari integrativi mentre il costo medio relativo alle altre polizze collettive è più elevato ed è pari a 612 euro, a fronte di una frequenza sinistri molto più contenuta (7,2% contro 74%).

3.3 LE COPERTURE SANITARIE INTEGRATIVE NEI PAESI DELL'OCSE

A questo punto, può essere utile effettuare un confronto tra Italia e altri paesi dell'OCSE riguardo alla diffusione e alle caratteristiche di assicurazioni e fondi sanitari di tipo integrativo. Come si può vedere dalla Figura 4, che considera 29 paesi dell'OCSE e due paesi partner (Brasile e Croazia), in undici paesi la copertura assicurativa privata aggiuntiva copre oltre la metà della popolazione nel 2021.

L'assicurazione sanitaria di tipo integrativo con funzione essenzialmente complementare, per coprire il *gap* tra spese coperte dal sistema sanitario pubblico e compartecipazione a carico del cittadino, appare particolarmente diffusa in Belgio, Francia, Corea e Slovenia dove copre rispettivamente 98%, 96%, 72% e 70% della popolazione. Negli Stati Uniti, circa il 10% della popolazione ha un'assicurazione sanitaria privata complementare e questo dato si aggiunge al 53% della popolazione americana con un'assicurazione sanitaria privata primaria.

Israele, Olanda e Canada sono i paesi con i più grandi mercati di assicurazioni sanitarie di tipo supplementare a copertura di prestazioni non garantite dal sistema pubblico (oltre l'80% della popolazione in Israele e Olanda, il 69% della popolazione in Canada). Le coperture supplementari, effettivamente integrative dei livelli di assistenza garantiti dal sistema pubblico, sono molto diffuse anche in Croazia, Australia, Austria, Svizzera e Finlandia. In Olanda e Svizzera la copertura supplementare si aggiunge all'assicurazione sanitaria privata obbligatoria che caratterizza i due paesi. Nel caso della Svizzera, il dato rilevato dall'OCSE (29%) appare parziale in quanto si riferisce alla quota di popolazione coperta dalla sola assicurazione sanitaria di tipo supplementare che copre i costi privati dell'assistenza ospedaliera e non include altre tipologie di assicurazione volontaria molto diffuse che coprono le spese sanitarie per prestazioni ambulatoriali, servizi odontoiatrici e farmaci²⁰.

L'assicurazione sanitaria privata di tipo duplicativo, sostitutiva della copertura garantita dal sistema pubblico, è invece più diffusa in Irlanda, Italia, Portogallo, Nuova Zelanda e Brasile.

Dalla Figura 4 si osserva che l'Italia evidenzia una percentuale di popolazione coperta con assicurazioni e fondi privati (33,8%) par-

²⁰ Si veda, al riguardo, De Pietro C., Camezind P., Sturny I. et al., Switzerland, "Health System Review", *Health Systems in Transition*, 2015, 17(4), pp. 109-111.

ticularmente consistente²¹, benché, come si è visto nel paragrafo 2, la quota di spesa intermediata sulla spesa privata totale (11%) sia decisamente più contenuta di quella di altri paesi in cui, in base ai dati OCSE, le coperture integrative appaiono meno diffuse nella popolazione come Spagna, Portogallo, Finlandia e Germania (considerando i paesi SHARE) e come Regno Unito e Nuova Zelanda (considerando altri paesi OCSE). Ciò dipende essenzialmente dal fatto che gli importi assicurati e coperti, nel caso, italiano sono relativamente più contenuti rispetto a quelli di questi paesi. Un altro elemento da considerare nel caso dell'Italia è che, benché le coperture integrative siano prevalentemente di tipo sostitutivo, sulla base dei dati considerati nei paragrafi 3.1 e 3.2, si può stimare che circa un 30% della spesa sanitaria privata intermediata sia di tipo supplementare, cioè relativa a prestazioni non rientranti nei LEA. Non è possibile, tuttavia, in base ai dati disponibili, quantificare la quota di popolazione coperta con forme assicurative di tipo esclusivamente supplementare.

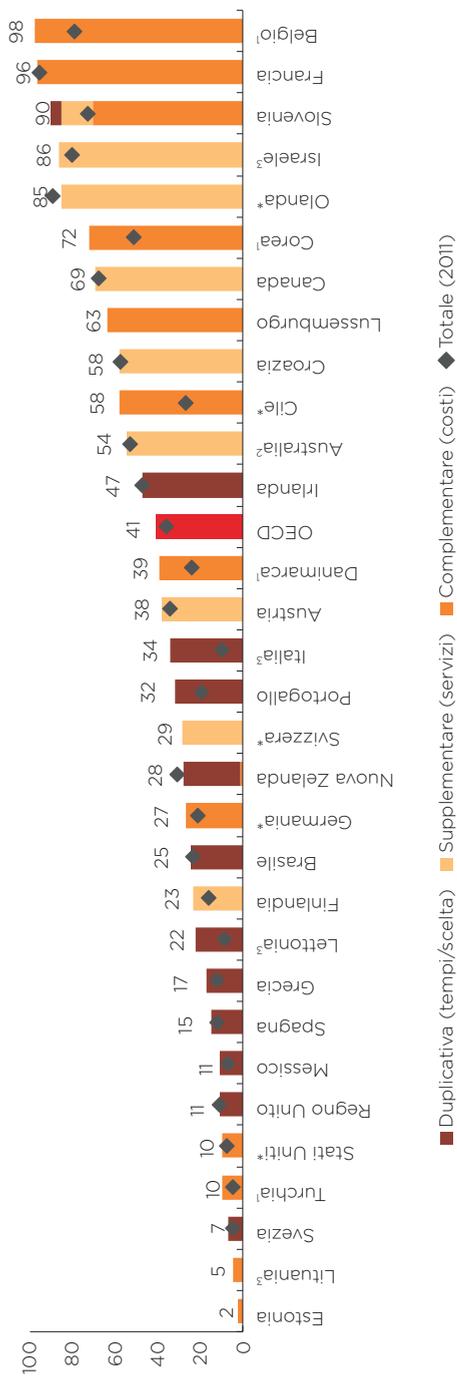
Nell'ultimo decennio, la popolazione coperta da un'assicurazione sanitaria privata integrativa è aumentata in 21 paesi OCSE con dati comparabili. La crescita è stata particolarmente rilevante in Danimarca (+ 15,2%); Slovenia (+16,9%), Belgio (+18,6%), Corea (+21,1%), Italia (+23,8%) e Cile (+31%).

Diversi fattori determinano il grado di diffusione dell'assicurazione sanitaria privata integrativa tra cui l'esistenza di criticità nell'accesso alle prestazioni offerte dal sistema sanitario pubblico (ad esempio, tempi di attesa troppo prolungati) e le politiche nel settore delle assicurazioni e dei fondi sanitari integrativi privati. Una recente analisi sviluppata con riferimento a 26 paesi dell'OCSE nel periodo 2000-2018 da Purcel *et al.* (2023) mostra come il ricorso alla copertura della spesa privata con assicurazioni di tipo integrativo potrebbe dipendere positivamente da diversi fattori tra cui, in particolare, la limitatezza della copertura garantita da risorse pubbliche, il grado di *financial literacy* della popolazione e il grado di sviluppo delle istituzioni finanziarie²². Sulla dinamica delle diverse forme di assicurazione sanitaria integrativa assumono, tuttavia, una grande rilevanza anche le caratteristiche di tipo sociodemografico della popolazione, come mostreremo nel successivo paragrafo che considera alcune evidenze emerse dall'indagine SHARE.

²¹ L'OCSE non riporta nel Rapporto *Health at a Glance* il dato relativo all'Italia per la mancanza di dati ufficiali. Nella Figura 5 il dato per l'Italia da noi riportato considera per il 2021 le più recenti stime dell'IVASS e per il 2011 (percentuale di popolazione del 10%) è basato sul dato riportato in: Sagan A., Thomson S., *Voluntary Health Insurance in Europe*, Geneva, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, 2016, vol. I-II.

²² Purcel A.A., Dragos C.M., Mare C., Dragos S.L., "Voluntary Health Insurance and Out-of-Pocket Payments in European OECD Countries", in *Economic Modelling*, 2023, 120, p. 106190.

Figura 4 – Popolazione coperta da assicurazioni e fondi sanitari di tipo integrativo nei paesi OCSE e due paesi partner (%) - Confronto tra 2011 e 2021



* I dati si riferiscono all'assicurazione sanitaria privata volontaria integrativa (secondaria). Escludono la copertura assicurativa sanitaria primaria, che esiste in Cile, Germania, Svizzera e Stati Uniti.

1. Può essere complementare e supplementare.
2. Può essere duplicativa e complementare.
3. Può essere complementare, supplementare e duplicativa.

Fonte: elaborazione degli autori su dati OECD, *Health at a Glance 2023*.

4. Spesa sanitaria privata e ricorso all'assicurazione sanitaria integrativa nei paesi SHARE

4.1 LE CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DELLE FAMIGLIE ASSICURATE

In questa sezione riportiamo delle statistiche descrittive basate sui dati dell'indagine SHARE, che ha l'obiettivo di raccogliere dati armonizzati longitudinali nei diversi paesi europei su vari aspetti della vita delle persone con più di 50 anni d'età. Le informazioni raccolte tramite questionari *face-to-face* riguardano anche la salute, l'accesso alle cure sanitarie, e le risorse economiche a disposizione degli individui. Questi dati ci permettono non solo di descrivere le caratteristiche demografiche e socioeconomiche delle persone (con più di 50 anni) che scelgono di acquistare un'assicurazione sanitaria privata di tipo volontario, ma di confrontare anche i livelli di spesa *out-of-pocket* tra assicurati e non e capire se l'assicurazione sanitaria privata riduca o meno le spese dirette per salute.

Le informazioni a cui siamo interessati sono state raccolte nel 2004 (*wave 1*), 2005 (*wave 2*), 2013 (*wave 5*), 2015 (*wave 6*), 2019/2020 (*wave 8*) e 2021/2022 (*wave 9*)²³. In questo lavoro ci concentreremo sui dati più recenti a partire dal 2013, che confronteremo con i dati SHARE del 2004 riportati in Paccagnella, Rebba e Weber (2013)²⁴. L'indagine SHARE inizialmente, nel 2004, copriva undici paesi europei più Israele; nel tempo la copertura geografica dell'indagine è aumentata, possiamo quindi estendere l'analisi descrittiva di Paccagnella, Rebba e Weber (2013) non solo in termini temporali ma anche geografici²⁵. In particolare, considereremo i dati relativi a 15 dei 28 paesi partecipanti all'analisi SHARE, tra cui l'Italia. I dati analizzati si riferiscono ad un campione composto da circa 92.000 persone, che corrispondono a circa 62.000 famiglie.

L'indagine SHARE chiede ai soggetti intervistati se possiedono una qualche assicurazione sanitaria privata di tipo integrativo rispetto al sistema pubblico/obbligatorio. La definizione fornita nel questionario SHARE è piuttosto ampia e comprende tutti e tre i tipi di copertura integrativa rispetto al servizio sanitario pubblico/obbligatorio (duplicativa, complementare e supplementare) considerati nella classificazione dell'OCSE e descritti nel precedente paragrafo. Analizzeremo questa informazione a livello familiare, confronteremo quindi famiglie dove almeno un membro riporta di aver una qualche assicurazione

²³ Le informazioni che utilizzeremo nell'analisi descrittiva sono disponibili anche nel 2017 (*wave 7*), ma solamente per un sottocampione, essendo la *wave 7* principalmente di natura retrospettiva.

²⁴ Paccagnella O., Rebba V., Weber G., "Voluntary Private Health Insurance among the Over 50s in Europe", in *Health Economics*, 2013, 22(3), pp. 289-315, doi 10.1002/hec.2800.

²⁵ A differenza di Paccagnella, Rebba e Weber (2013), non includiamo nella nostra analisi la Grecia per mancanza di informazioni rilevanti.

sanitaria integrativa (*famiglie assicurate*) versus famiglie dove nessun membro è coperto da assicurazione (*famiglie non assicurate*).

Tabella 4 - % pesata di famiglie con assicurazione sanitaria privata volontaria

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Anno di rilevazione	2004 ²⁶	2013	2015	2019/2020	2021/2022
Austria	26.77	26.98	24.4	23.29	24.74
Belgio	76.61	82.62	82.65	85.78	86.7
Danimarca	40.12	47.54	49.73	52.13	54.08
Estonia		2.49	3.95	4.67	7.12
Francia	83.92	95.25	93.86	95.73	95.65
Germania	13.94	29.18	31.31	34.16	35.71
Israele		65.85	49.79	56.83	63.13
Italia	7.52	7.65	7.44	7.25	6.86
Lussemburgo		71.16	75.75	82.02	86.51
Olanda	71.32	81.66	80.65	85.91	84.34
Rep. Ceca		6.99	10.05	21.57	11.27
Slovenia		80	82.95	79.24	82.09
Spagna	10.16	8.57	12.82	16.22	18.09
Svezia	3.29	21.62	18.77	21.47	22.04
Svizzera	35.72	75.82	80.15	81.14	80.3
Totale	30.71	46.89	44.54	49.83	50.58

Nota: I pesi utilizzati sono *design weights*. Il dato relativo all'Olanda per il 2015 non è pesato.

La Tabella 4 mostra che, nel 2013, circa il 47% (sul totale pesato) delle famiglie possedeva almeno un'assicurazione sanitaria privata di tipo integrativo, ma c'è un'ampia variabilità tra paesi anche in funzione della diversa organizzazione del sistema sanitario. In linea con i dati del 2004, in Italia ed in Spagna osserviamo una percentuale contenuta di famiglie con copertura sanitaria privata; tra i nuovi paesi inclusi nel campione dal 2013, Estonia e Repubblica Ceca mostrano anch'essi un uso limitato dell'assicurazione sanitaria privata individuale. Nel

²⁶ Dati riportati in Paccagnella O., Rebba V., Weber G., (2013), *op.cit.*

2021/2022 la percentuale di famiglie con assicurazione sanitaria privata (sul totale pesato) è 50.6%, aumenta quindi a livello aggregato, così come in tutti i paesi ad eccezione di Italia ed Israele. In Italia, tra 2013 e 2021/2022 si riduce leggermente la percentuale da 7.65% a 6.86%, ma ciò può essere dovuto a ragioni tecniche di campionamento legate all'indagine²⁷. Le percentuali riportate in tabella sono complessivamente in linea con i dati OCSE ad eccezione di Svizzera ed Italia. Confrontando infatti la percentuale relativa alla Svizzera nel 2004 e quelle calcolate nel periodo successivo, 2013-2022, si nota un aumento importante nella percentuale di famiglie assicurate, cosa che sembrerebbe contrastare con il dato OCSE evidenziato in Figura 4. Come è stato chiarito nel paragrafo precedente, ciò dipende dal fatto che la rilevazione dell'OCSE considera la popolazione coperta dalla sola assicurazione sanitaria di tipo "supplementare" per l'assistenza ospedaliera. Il dato SHARE relativo all'Italia invece mostra una percentuale relativamente contenuta (7% circa) e costante di famiglie assicurate, molto al di sotto della quota di popolazione coperta con assicurazione di malattia stimata dall'IVASS (33,8%) e riportata in Figura 4; questo può essere giustificato dal fatto che in SHARE è intervistata solo una parte della popolazione, gli ultracinquantenni²⁸, e dal fatto che l'indagine consente di quantificare il numero di famiglie con almeno un'assicurazione sanitaria privata integrativa e non rileva invece il numero effettivo di tutti i membri familiari coperti.

I microdati permettono anche di descrivere le caratteristiche socio-demografiche delle famiglie assicurate e non. In particolare, abbiamo concentrato l'attenzione sulle differenze legate alle risorse socioeconomiche (in particolare reddito), al livello d'istruzione, alla condizione lavorativa e alla salute, nonché alle percezioni relative all'accessibilità alle cure fornite dal sistema sanitario pubblico.

La Tabella 5 riporta per ciascun paese del campione il valore mediano del reddito familiare in termini reali e tenendo conto della parità di potere d'acquisto (euro, *parity purchasing power - PPP - adjusted*)²⁹ per gli anni nel 2013, 2015, 2019/2020 e 2021/2022, distinguendo tra famiglie assicurate e non.

²⁷ Le coorti più giovani (i nati tra il 1968 ed il 1971) sono parzialmente rappresentate nel campione SHARE per ragioni di campionamento, si veda la *release* pubblica dei dati per ulteriori dettagli, *Release Guide* versione 9.0.0, disponibile online: <https://share-eric.eu/data/data-documentation/release-guides>.

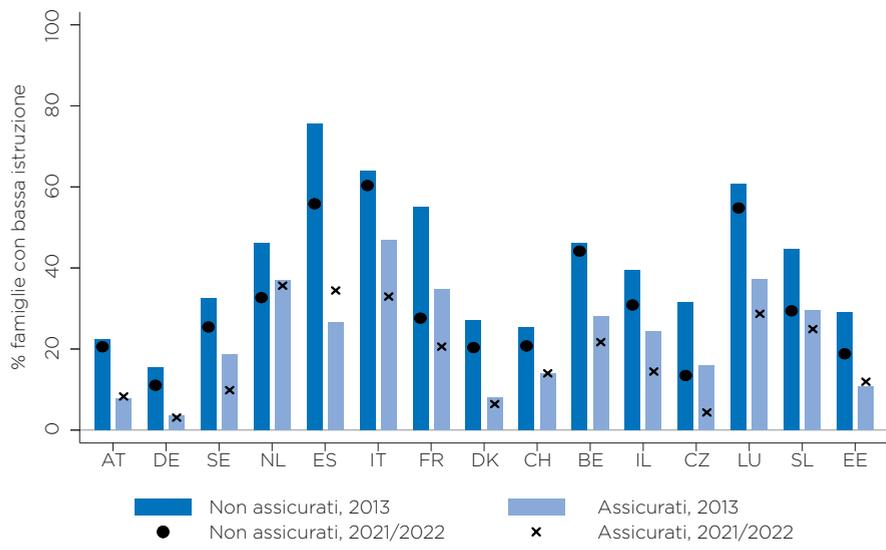
²⁸ In base alle elaborazioni dell'ANIA dei dati dell'indagine sui bilanci delle famiglie italiane della Banca d'Italia, le polizze sanitarie sono sottoscritte con maggiore frequenza dai nuclei il cui capofamiglia ha un'età compresa tra 30 e 50 anni. ANIA, *L'assicurazione italiana 2022-2023*, Roma, 2023, pp. 230-231.

²⁹ Nell'analisi empirica utilizziamo i dati di reddito imputati (ad esclusione dell'Olanda nel 2015 che ha condotto un'indagine *mix-mode*). Il reddito annuale in euro è espresso in termini reali ed aggiustato per la parità di potere d'acquisto (Germania 2015=1).

Confrontando le colonne (1) e (2) si può notare che, nel 2013, il reddito mediano delle famiglie assicurate era, in tutti i paesi, superiore al reddito mediano delle famiglie non assicurate. Questo emerge anche nelle indagini successive, anche se il *gap* tra famiglie assicurate e non si riduce in alcuni paesi, tra cui l'Italia. In Italia in modo particolare, questa dinamica, come riportato precedentemente, è verosimilmente legata al campionamento.

In Figura 5 mostriamo la percentuale di famiglie con bassa istruzione nel 2013 e nel 2021/2022, distinguendo tra famiglie assicurate e non. Una famiglia è considerata "con bassa istruzione" se l'individuo con titolo più elevato all'interno della famiglia non supera il livello di istruzione secondaria inferiore (facendo riferimento alla classificazione internazionale standard dell'istruzione - ISCED, ciò significa avere un livello inferiore o uguale 2).

Figura 5 - % pesata di famiglie con bassa istruzione (distinzione tra nuclei familiari assicurati e non assicurati)



Fonte: elaborazione degli autori su dati SHARE.

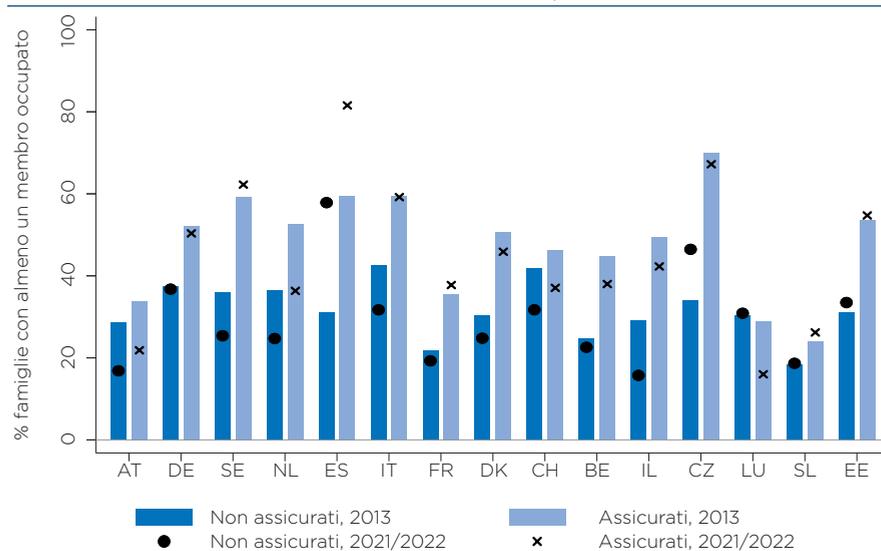
Tabella 5 - Valori mediani del reddito familiare annuale reale pesato ed aggiustato per la parità di potere d'acquisto distinti tra nuclei familiari assicurati e non assicurati (valori in euro-PPP)

Anno di rilevazione	2013		2015		2019/2020		2021/2022	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Assicurati	Non assicurati						
Austria	32301.75	21570.17	30574.53	20792.84	31065.69	21745.98	30502.67	21301.18
Belgio	32756.57	20117.45	33180.87	19119	28897.8	18751.79	31399.44	19198.28
Danimarca	30753.22	20465.52	30204.06	19147.04	28610.73	20234.59	31421.53	21499.76
Estonia	12396.14	10001.48	9357.813	7086.361	11831.94	8062.664	12658.93	8708.706
Francia	25946.7	13814.25	26294.35	17006.88	26242.53	13400.44	27001.04	12525.39
Germania	37113.4	23514.65	33328.3	21148.04	36730.77	24557.35	37495.29	25025.72
Israele	32132.41	16748.91	22574.6	11951.26	26405.34	15745.88	29946.15	13594.83
Italia	27274.12	17360.64	21916.34	16134.9	18468.91	14229.58	19576.88	16053.04
Lussemburgo	57810.01	35347.5	40236.86	28986.35	41111.88	27155.26	34004.57	27382.08
Olanda	31479.11	27797.7	29.872.35	27.482.57	29937.94	21139.71	28045.84	21317.66
Rep. Ceca	20703.63	12081.53	19783.45	12214.12	14191.05	11580.93	19681.58	14076.15
Slovenia	13065.09	9475.913	12788.46	9418.325	12825.27	10137.64	14900.65	11807.25
Spagna	26103.61	13700.46	19145.04	13236.7	17089.56	11815	26436.64	15176.56
Svezia	40894.36	27942.55	31646.52	21676.73	32356.07	22225.79	37545.67	23006.6
Svizzera	45929.96	28993.85	48095.74	28175.53	44869.64	25357.83	45170.77	28106.26

Nota: i pesi utilizzati sono *design weights*. Il valore mediano è calcolato sui redditi imputati, ad eccezione del dato relativo all'Olanda nel 2015 dove si utilizzano i dati non imputati e non pesati.

Nel 2013, in tutti i paesi, si nota una maggior percentuale di famiglie a bassa istruzione tra i non assicurati rispetto alle famiglie assicurate, confermando quanto rilevato in Paccagnella, Rebba e Weber (2013): le famiglie assicurate sono in media più istruite delle famiglie non assicurate, in linea con l'idea che un titolo di studio più elevato sia correlato ad una maggior *financial literacy*. In Italia, in particolare, nel 2013 tra le famiglie non assicurate, circa il 64% aveva bassa istruzione³⁰, mentre tra le famiglie assicurate, la stessa percentuale (pesata) si riduceva a 48%. Dal confronto temporale notiamo che nel 2021/2022 si riduce il numero di famiglie con bassa istruzione tra i non assicurati (60% circa), la stessa percentuale però si riduce maggiormente tra le famiglie assicurate (30%) con un conseguente aumento del *gap* nel livello di istruzione tra i due gruppi. Si tratta di un andamento relativamente anomalo poiché per la maggior parte dei paesi analizzati - Germania, Olanda, Spagna, Francia, Danimarca, Svizzera, Repubblica Ceca, Slovenia ed Estonia - il *gap* nei livelli di istruzione tra i due gruppi si riduce nel 2021/2022 rispetto a quanto registrato nel 2013.

Figura 6 - % pesata di famiglie con almeno un membro occupato (distinzione tra nuclei familiari assicurati e non assicurati)

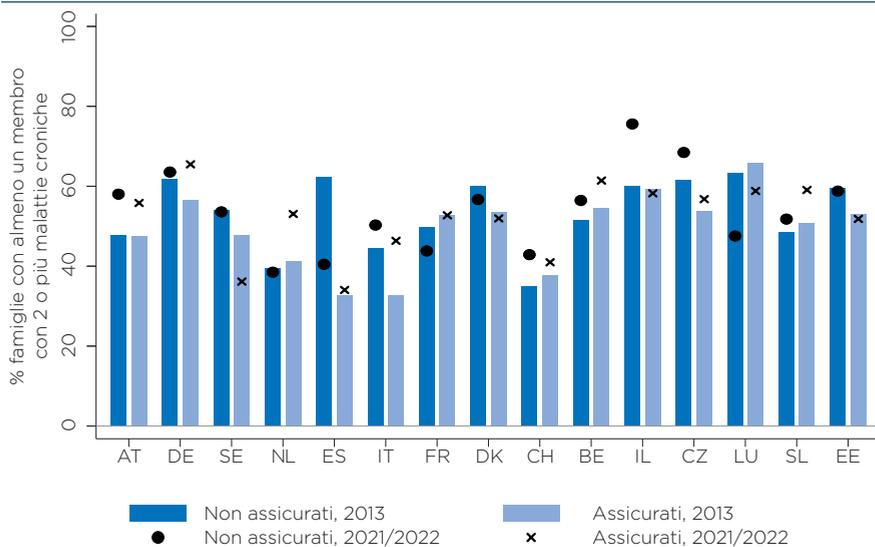


Fonte: elaborazione degli autori su dati SHARE.

³⁰ Tenendo conto delle differenze tra campione SHARE italiano e famiglie intervistate nell'indagine sui bilanci delle famiglie italiane della Banca d'Italia, i dati SHARE sono in linea con la memoria predisposta dalla Banca d'Italia riportata nell'"Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute" preparata per la 10ª Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato in data 26 giugno 2023.

Nella Figura 6 passiamo a considerare lo stato occupazionale dei componenti dei nuclei familiari del campione. Nel 2013 in tutti i paesi, ad eccezione del Lussemburgo, si registrava una percentuale più elevata di famiglie con almeno un membro occupato tra gli assicurati rispetto alle famiglie non assicurate. In Italia nel 2013, tra le famiglie assicurate il 59% di queste aveva almeno un membro occupato, un dato confermato nel 2021/2022; nel 2013, solo il 43% delle famiglie non assicurate aveva un membro occupato, mentre nel 2021/2022 la percentuale si riduce al 32%. Questa dinamica in Italia potrebbe essere spiegata dalla diversa età tra i due gruppi di famiglie, tenendo conto della natura longitudinale dell'indagine: se consideriamo l'età media all'interno della famiglia, osserviamo che in Italia nel 2013 l'età media pesata tra gli assicurati era 59, mentre tra le famiglie non assicurate era di 63 anni. Nel 2021/2022 le stesse medie pesate diventano rispettivamente 63 e 68 anni, questo significa che una percentuale maggiore di individui tra i non assicurati sono verosimilmente transitati in pensione tra il 2013 ed il 2021/2022.

Figura 7 - % pesata di famiglie con almeno un membro con due o più malattie croniche (distinzione tra nuclei familiari assicurati e non assicurati)

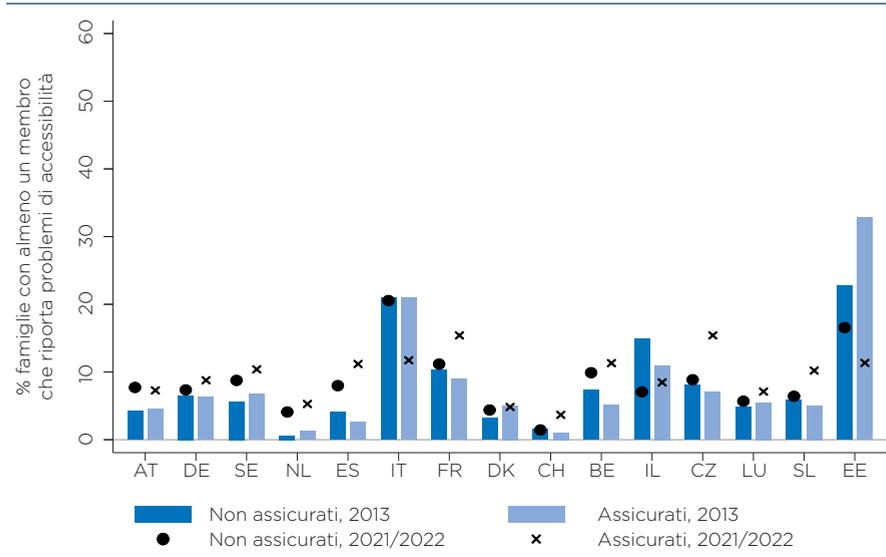


Fonte: elaborazione degli autori su dati SHARE.

In Figura 7 riportiamo la percentuale di nuclei familiari con almeno un componente con due o più malattie croniche distinguendo tra famiglie assicurate e non. Considerando i dati 2013, osserviamo come in alcuni paesi, tra cui l'Italia, le famiglie coperte da assicurazione avessero minore probabilità di avere al loro interno almeno un componente affetto

da due o più malattie croniche rispetto alle famiglie non assicurate. Per contro, in paesi come Olanda, Francia, Belgio, Lussemburgo e Slovenia, si osserva, anche in ottica di dinamica temporale, una percentuale di famiglie con almeno un membro con due o più malattie croniche maggiore tra i nuclei assicurati rispetto a quelli non assicurati.

Figura 8 - % pesata di famiglie con almeno un membro insoddisfatto del sistema sanitario pubblico (distinzione tra nuclei familiari assicurati e non assicurati)



Fonte: elaborazione degli autori su dati SHARE.

I micro dati a nostra disposizione permettono di descrivere eventuali differenze tra famiglie assicurate e non, anche in relazione alla soddisfazione circa la copertura offerta dal sistema sanitario pubblico. In Figura 8 riportiamo la percentuale di famiglie con almeno un membro insoddisfatto della copertura pubblica. Il confronto tra paesi in questo caso deve tener conto della natura soggettiva della domanda posta, influenzata in modo rilevante anche da diversi aspetti culturali, diverse scale di riferimento e *benchmark* e diverso *reporting style*. Dal confronto tra assicurati e non, nel 2013 osserviamo che in alcuni paesi, tra cui l'Italia, la percentuale di famiglie con almeno una persona insoddisfatta era superiore tra i non assicurati rispetto agli assicurati; in altri paesi come Estonia, Francia, Svezia, Danimarca, Repubblica Ceca e Lussemburgo, si osserva l'opposto. Nel 2021/2022, dopo la fase più critica della pandemia che ha verosimilmente influenzato le valutazioni degli individui, osserviamo, in modo particolare in Italia e Austria, che la percentuale di famiglie con almeno un membro in-

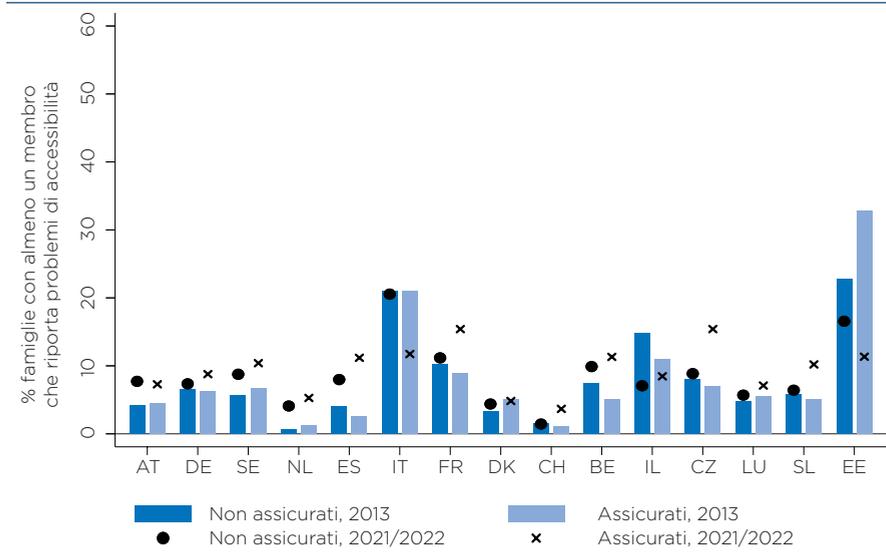
soddisfatto dei servizi sanitari pubblici è maggiore tra gli assicurati rispetto ai non assicurati.

L'indagine SHARE rileva anche l'esistenza di problemi di accessibilità ai servizi sanitari (tempi di attesa, orari di apertura, distanza geografica) che possano avere indotto alla rinuncia alle cure. In particolare, nel 2013 veniva chiesto agli intervistati se “negli ultimi dodici mesi c'è stata una volta in cui hanno avuto bisogno di vedere un medico ma non hanno potuto a causa dei tempi d'attesa troppo lunghi”. Nella *wave 9* (anno 2021/2022) la domanda ha considerato invece i problemi di accessibilità ai servizi sanitari in senso più ampio³¹. In Figura 9 mostriamo la percentuale di famiglie (assicurate e non) con almeno un membro che riporta problemi di accessibilità ai servizi sanitari (il confronto tra 2013 e 2021/2022 deve tener conto del fatto che la domanda nella *wave 9* è stata posta in modo diverso). Dal confronto tra paesi si nota come nel 2013 si segnalassero problemi di accessibilità, in termini di lunghi tempi d'attesa, soprattutto in Italia, Israele ed Estonia; in Italia ed Estonia si osserva una maggior percentuale di famiglie con almeno un membro che riporta problemi di accessibilità tra gli assicurati sia nel 2013 che nel 2021/2022. Nel 2021/2022, dopo la fase acuta della pandemia che ha determinato generalmente un allungamento dei tempi d'attesa nei vari sistemi sanitari, osserviamo un aumento generalizzato, anche se relativamente contenuto, di famiglie che riportano problemi di accessibilità (dovuti anche a tempi d'attesa). Nella generalità dei paesi, ad eccezione di Italia ed Estonia, nel 2021/2022 si può osservare una maggior percentuale di famiglie che riportano problemi di accessibilità alle cure tra quelle coperte da assicurazione.

L'analisi descrittiva presentata finora conferma a grandi linee quanto osservato in Paccagnella, Rebba e Weber (2013) sulla base dei dati SHARE 2004: le famiglie assicurate hanno un livello di istruzione più elevato, maggior probabilità di avere un componente occupato ed hanno un livello di reddito più alto. Relativamente al ruolo giocato dalla soddisfazione nei confronti dei servizi offerti dal sistema sanitario pubblico e dai problemi di accessibilità alle prestazioni sanitarie, si osserva una certa eterogeneità per quanto riguarda la scelta di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria privata integrativa che appare legata allo specifico contesto istituzionale ed alle conseguenze generate dalla fase emergenziale della pandemia.

³¹ In *wave 9* la domanda non si concentra solamente su lunghi tempi d'attesa come nel 2013 ma parla di accessibilità riferendosi anche alla vicinanza geografica ed agli orari di apertura. La domanda posta nel 2021/2022 è la seguente: “Negli ultimi dodici mesi, a quali dei seguenti tipi di cure ha rinunciato perché non erano disponibili o facilmente accessibili? [...] ‘Disponibili/facilmente accessibili’ significa ragionevolmente vicine a casa, aperte a orari accettabili e con ragionevoli tempi di attesa per ottenere un appuntamento (dal punto di vista dell'intervistato/a)”.

Figura 9 - % pesata di famiglie con almeno un membro che riporta problemi di accessibilità ai servizi sanitari (distinzione tra nuclei familiari assicurati e non assicurati)



Fonte: elaborazione degli autori su dati SHARE.

4.2 LA CORRELAZIONE TRA ASSICURAZIONE SANITARIA PRIVATA VOLONTARIA E SPESA *OUT-OF-POCKET*

In questa sezione viene sviluppata un'analisi empirica della relazione tra assicurazione sanitaria privata e spesa *out-of-pocket*, analizzando le informazioni più recenti sulla spesa OOP a nostra disposizione per l'intero campione relative al 2015³².

Da un lato ci possiamo aspettare che la relazione tra spesa OOP ed assicurazione sanitaria privata sia negativa se, a parità di altre condizioni, l'assicurazione integrativa viene a coprire completamente o in parte (cofinanziando in alcuni casi con il sistema sanitario pubblico) le spese sostenute dall'individuo per l'acquisto di prestazioni sanitarie, indipendentemente dalla natura duplicativa, supplementare o complementare della stessa.

³² Nella nostra analisi consideriamo i dati imputati. Le informazioni su spesa *out-of-pocket* per visite mediche, ricoveri in ospedale o in altre strutture sanitarie e farmaci sono state raccolte anche nella settima *wave*, ma solo per un campione molto ristretto e selezionato; per questo motivo i dati imputati più recenti su spesa *out-of-pocket* che utilizzeremo sono relativi alla sesta *wave* relativa al 2015.

La relazione potrebbe però anche essere di segno positivo (e la spesa OOP potrebbe aumentare) se l'individuo, tramite la copertura assicurativa, ha la possibilità di migliorare la sua accessibilità ai servizi sanitari, ad esempio, godendo di una più ampia possibilità di scelta dei fornitori di prestazioni e di più ridotti tempi d'attesa. Nel caso di un'assicurazione privata di tipo duplicativo o supplementare, le maggiori spese OOP potrebbero derivare dall'utilizzo da parte degli assicuratori di livelli elevati di compartecipazione alla spesa (ticket e franchigie) per limitare l'azzardo morale e, nel contempo, scoraggiare gli individui ad alto rischio (con più elevati costi attesi) a sottoscrivere l'assicurazione (limitazione della selezione avversa). Nel caso dell'assicurazione di tipo complementare, che rimborsa le compartecipazioni previste dal sistema sanitario pubblico/obbligatorio, questa potrebbe invece indurre una maggior spesa OOP nel caso in cui la riduzione del *cost-sharing* determinasse un forte incentivo per l'assicurato ad aumentare il consumo di prestazioni (effetto di azzardo morale)³³.

L'analisi empirica su microdati ci aiuta a capire quale effetto sia dominante, determinando così il segno della relazione, anche tenendo conto del contesto istituzionale di riferimento.

Come prima evidenza, in Tabella 6 riportiamo, per ogni paese e per i due anni 2013 e 2015, la percentuale di famiglie che non hanno avuto spese OOP e la spesa media registrata per le famiglie che hanno segnalato una spesa OOP, distinguendo tra nuclei assicurati e non assicurati.

Nelle colonne 1, 2, 7 e 8 della Tabella 6 riportiamo la percentuale pesata di famiglie con spesa OOP pari a zero negli anni 2013 e 2015 rispettivamente per le famiglie assicurate (colonne 1 e 7) e non assicurate (colonne 2 e 8); nelle colonne 3 e 9 mostriamo il *p-value* di un test di uguaglianza delle percentuali riportate nelle colonne precedenti, che ne segnala la significatività. I valori dei *p-value* in colonna (3) segnalano che, nel 2013, in Estonia, Francia, Lussemburgo, Olanda, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna e Svezia la percentuale di famiglie con spesa OOP nulla non è statisticamente diversa tra nuclei assicurati e non. Nello stesso anno, in Austria, Belgio, Danimarca, Germania, Israele, Italia e Svizzera, invece, c'è una maggior percentuale - statisticamente significativa - di famiglie con spesa OOP nulla tra i non assicurati rispetto agli assicurati. Dal confronto temporale con il 2015, notiamo che in molti paesi si conferma quanto osservato nel 2013, con alcune eccezioni tra cui l'Italia, dove la differenza non è più statisticamente

³³ La relazione positiva tra spesa *out-of-pocket* ed assicurazione sanitaria privata volontaria non necessariamente contraddice la teoria economica dove l'individuo massimizza la sua utilità: la maggior utilità derivante da una più elevata disponibilità di cure o una miglior qualità nelle cure - dovuta all'assicurazione sanitaria privata volontaria - può controbilanciare la perdita di utilità generata dall'aumento di spesa OOP.

significativa, e paesi come Lussemburgo, Slovenia e Spagna, dove la differenza diventa significativa nel 2015.

Nelle colonne 4, 5, 10 e 11 della Tabella 6 riportiamo poi le medie pesate della spesa *out-of-pocket* in termini reali (che tengono conto anche della parità di potere d'acquisto) negli anni 2013 e 2015 rispettivamente per le famiglie assicurate (colonne 4 e 10) e non assicurate (colonne 5 e 11); nelle colonne 6 e 12 mostriamo, come prima, il *p-value* del test di uguaglianza delle medie. Sulla base dei risultati del test, osserviamo che, per il 2013, in quasi tutti i paesi, la spesa OOP è statisticamente diversa tra i due gruppi di famiglie: le famiglie assicurate spendono in media di più OOP delle famiglie non assicurate. Le eccezioni sono Lussemburgo, Olanda, Repubblica Ceca e Svezia, dove la differenza tra le medie non è statisticamente significativa (*p-value* maggiore o uguale a 0.10). Nel 2015, facendo quindi riferimento alle colonne 10, 11 e 12 della Tabella 6, permane l'evidenza di una maggiore spesa OOP per le famiglie assicurate rispetto a quelle non assicurate; solo per la Repubblica Ceca la spesa media OOP sembra leggermente più elevata per le famiglie non assicurate ma tale differenza non è comunque statisticamente significativa. Rispetto al 2013, per Belgio, Germania, Italia e Spagna la differenza nella spesa media tra famiglie assicurate e non non è più statisticamente significativa; per contro in Olanda e in Svezia, nel 2015, si osservano differenze statisticamente significative tra assicurati e non, contrariamente a quanto rilevato nel 2013³⁴.

La differenza tra i valori medi che abbiamo testato in Tabella 6 può essere però dovuta anche alle diverse caratteristiche sociodemografiche dei due gruppi di famiglie, assicurate e non. Per capire se vi siano differenze significative in termini di spesa OOP tra assicurati e non, al netto delle caratteristiche sociodemografiche, proponiamo un esercizio empirico dove stimiamo un modello di regressione lineare, controllando per caratteristiche come l'istruzione, l'età, il reddito, lo *status* occupazionale e il livello di salute, che potrebbero influenzare la spesa OOP indipendentemente dall'essere assicurati o meno.

Riportiamo quindi in Tabella 7 i coefficienti stimati per paese, sulla base dei dati del 2015, i più recenti a nostra disposizione. Nella regressione la variabile dipendente è la spesa OOP (in termini reali aggiustata per la parità di potere d'acquisto). La principale variabile d'interesse, che includiamo tra i regressori, è una *dummy* zero-uno che identifica le famiglie assicurate. Tra le variabili esplicative includiamo anche indicatori demografici quali l'essere sposati o conviventi, il numero di figli, la dimensione familiare, l'età massima all'interno della famiglia

³⁴ Dobbiamo però considerare che i dati olandesi a disposizione nella *wave* 6 sono parzialmente comparabili con quelli della *wave* precedente, avendo l'Olanda condotto un'indagine *mix-mode*. Non sono disponibili per l'Olanda in *wave* 6 anche i risultati dei test cognitivi di memoria perché non somministrati agli intervistati, questo preclude l'analisi di regressione proposta successivamente.

(ed il suo quadrato), due variabili binarie che catturano diversi livelli di istruzione (la categoria di riferimento è bassa istruzione, con ISCED compreso tra 0 e 2), una variabile zero-uno che identifica famiglie con almeno un membro occupato ed il reddito familiare mensile (ed il suo quadrato). Includiamo tra i controlli anche indicatori di salute a livello familiare: due variabili binarie che identificano rispettivamente famiglie con almeno un membro con più di due malattie croniche e famiglie con almeno un membro che riporta di essere in cattiva salute. Nella regressione controlliamo poi per il grado di soddisfazione nel sistema sanitario pubblico e i problemi di accessibilità ai servizi sanitari come definiti nella sezione precedente. Tra le variabili di controllo abbiamo anche una *proxy* che misura le capacità cognitive dei soggetti partecipanti all'indagine data dal valore massimo familiare relativo ad un test di memoria.

Se consideriamo la prima riga di coefficienti stimati riportati in Tabella 7, che catturano differenze in termini di spesa OOP legate all'assicurazione privata integrativa al netto degli altri regressori inclusi, possiamo osservare che hanno generalmente segno positivo, anche se non significativo in alcuni paesi. Solamente in Francia ed Estonia il parametro stimato è negativo, contenuto ma non significativo. Questo suggerisce una correlazione parziale principalmente positiva o nulla tra assicurazione e spesa *out-of-pocket*, confermando i risultati di precedenti analisi empiriche secondo cui le assicurazioni sanitarie private integrative possono migliorare l'accesso ai servizi non coperti dal pubblico ma non sembrano ridurre i rischi finanziari legati alle spese dirette delle famiglie³⁵.

³⁵ Cfr. Paccagnella, Rebba e Weber, (2013), *op.cit.*; Jones A., Koolman X., Van Doorslaer E., "The Impact of Having Supplementary Private Health Insurance on the Use of Specialists", *Annals of Economics and Statistics*, 2006, 83/84, pp. 251-275.

Tabella 6 - % famiglie con spese out-of-pocket nulle e valori medi della spesa out-of-pocket annuale reale pesati ed aggiustati per la parità di potere d'acquisto (distinzione tra nuclei familiari assicurati e non assicurati)

	% Nuclei con spesa OOP nulla (2013)			Spesa OOP media (2013)			% Nuclei con Spesa OOP nulla (2015)			Spesa OOP, media (2015)		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
	Assicurati	Non assicurati	p-value	Assicurati	Non assicurati	p-value	Assicurati	Non assicurati	p-value	Assicurati	Non assicurati	p-value
Austria	18.71%	31.03%	0.00	765	454	0.00	6.74%	16.64%	0.00	1052	588	0.00
Belgio	2.54%	7.75%	0.00	619	542	0.01	2.83%	7.86%	0.00	567	523	0.14
Danimarca	1.72%	4.61%	0.00	449	378	0.00	1.44%	3.70%	0.00	433	374	0.00
Estonia	5.57%	6.79%	0.63	583	495	0.10	7.05%	6.24%	0.74	569	532	0.42
Francia	27.50%	30.83%	0.42	269	194	0.03	25.25%	28.94%	0.44	250	190	0.11
Germania	8.37%	13.35%	0.00	522	385	0.00	8.22%	13.80%	0.00	495	381	0.00
Israele	11.80%	25.79%	0.00	1281	793	0.00	17.91%	49.06%	0.00	1134	457	0.02
Italia	10.74%	18.40%	0.08	1026	677	0.00	19.99%	21.88%	0.72	853	692	0.13
Lussemburgo	10.15%	13.80%	0.12	587	502	0.11	8.35%	15.48%	0.04	566	489	0.19
Olanda	28.35%	34.14%	0.22	169	152	0.48	39.66%	59.54%	0.00	130	71	0.00
Rep. Ceca	9.19%	3.99%	0.37	326	285	0.59	14.07%	2.70%	0.24	267	279	0.78
Slovenia	45.49%	46.71%	0.72	204	122	0.00	27.12%	44.53%	0.00	216	152	0.00
Spagna	18.71%	21.08%	0.69	644	371	0.04	12.97%	24.82%	0.00	503	375	0.12
Svezia	2.27%	2.55%	0.75	409	400	0.56	1.84%	2.05%	0.81	427	396	0.08
Svizzera	8.78%	27.58%	0.00	822	532	0.00	6.86%	15.70%	0.00	1057	835	0.00

Nota: I pesi utilizzati sono *design weights*. La media è calcolata sui valori imputati, ad eccezione del dato relativo all'Olanda nel 2015 che non si riferisce ai dati imputati e non è pesato.

Tabella 7 - Stime OLS (Ordinary Least Squares). Variabile dipendente: Spesa out-of-pocket (in termini reali aggiustata per la parità di potere d'acquisto) 2015

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	
		Austria	Germania	Svezia	Spagna	Italia	Francia	Danimarca	Svizzera	Belgio	Israele	Rep. Ceca	Lussemburgo	Slovenia	Estonia
Famiglia assicurata	310.785*** (54.062)	35.942 (26.297)	28.366* (15.794)	119.645* (68.068)	35.631 (69.362)	-23.685 (42.624)	217.62 (16.479)	96.593 (61.834)	25.806 (24.172)	284.993*** (65.199)	3.527 (16.307)	84.938* (51.565)	20.088 (24.032)	20.088 (24.032)	-2.778 (39.354)
Sposato o convivente	186.636*** (66.750)	199.465*** (35.681)	222.871*** (21.837)	363.027*** (55.903)	433.065*** (50.398)	73.643*** (28.261)	203.917*** (26.208)	378.186*** (68.927)	236.832*** (23.537)	268.703*** (85.614)	156.226*** (13.974)	206.872*** (56.771)	36.365 (23.038)	36.365 (23.038)	272.607*** (23.098)
N° figli	-14.580 (17.087)	-18.423** (9.385)	0.078 (4.748)	28.858* (15.355)	19.538 (17.650)	-9.035 (6.969)	-10.338 (6.391)	11.229 (8.387)	5.473 (6.558)	5.473 (6.558)	-32.426** (16.360)	11.662*** (4.374)	-7.583 (18.541)	-9.650 (8.647)	-14.628** (6.483)
Dimensione famiglia	-16.048 (33.424)	-12.379 (21.000)	-8.843 (14.052)	-109.622*** (24.897)	-79.905*** (21.947)	-0.973 (13.099)	-19.173 (14.680)	3.459 (39.415)	-26.442** (11.518)	-4.129 (39.327)	-0.920 (5.774)	3.103 (24.004)	-12.520 (8.634)	-12.520 (8.634)	-15.193 (10.287)
Età	92.232*** (32.780)	20.653 (16.065)	37.544*** (7.817)	86.459*** (27.033)	62.802*** (22.279)	8.510 (11.627)	21.422** (9.259)	59.892* (31.904)	7.432 (10.638)	60.071 (38.603)	20.534*** (5.735)	22.551 (28.618)	39.322*** (11.857)	39.322*** (11.857)	21.350** (9.017)
Età²	-0.610*** (0.229)	-0.101 (0.115)	-0.244*** (0.054)	-0.591*** (0.191)	-0.410** (0.168)	-0.042 (0.083)	-0.147** (0.066)	-0.385* (0.222)	-0.008 (0.077)	-0.436 (0.271)	-0.129*** (0.041)	-0.152 (0.204)	-0.258*** (0.084)	-0.258*** (0.084)	-0.143** (0.065)
Istruzione:	72.987 (65.185)	92.719** (42.407)	36.764** (16.272)	-136.014** (66.665)	106.310** (43.539)	10.899 (26.304)	56.508** (24.903)	236.895*** (68.567)	59.179** (23.357)	130.953 (85.833)	31.710*** (11.501)	-47.612 (49.703)	52.759** (22.170)	52.759** (22.170)	22.862 (21.562)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
	Austria	Germania	Svezia	Spagna	Italia	Francia	Danimarca	Svizzera	Belgio	Israele	Rep. Ceca	Lussemburgo	Slovenia	Estonia
Istruzione:	165.155**	148.295***	65.419***	-103.010	349.389***	114.555***	108.429***	376.968***	98.427***	41.572	87.901***	60.962	131.209***	79.883***
ISCED_5_6	(73.256)	(46.251)	(16.902)	(72.439)	(63.597)	(30.948)	(25.516)	(85.213)	(23.074)	(85.472)	(15.894)	(66.893)	(30.447)	(25.267)
Almeno 1 occupato	125.297*	51.482	4.045	326.118***	95.542*	-62.817**	-5.196	46.568	-53.519**	1.369	-12.311	-11.805	47.741	18.223
	(74.146)	(34.672)	(19.806)	(65.837)	(50.438)	(29.350)	(24.879)	(70.251)	(25.384)	(83.878)	(16.338)	(68.226)	(30.999)	(24.106)
Almeno 1 con 2 più malattie croniche	190.842***	147.259***	144.063***	305.994***	178.869***	49.717**	174.979***	259.711***	262.064***	285.101***	82.355***	181.793***	41.031**	231.351***
	(48.245)	(25.607)	(12.940)	(49.983)	(42.307)	(20.895)	(16.657)	(50.621)	(18.475)	(69.015)	(10.833)	(44.633)	(18.861)	(17.590)
Almeno 1 non soddisfatto	221.947***	189.623***	38.997**	-128.304*	205.528***	162.665***	45.010	327.647***	205.736***	161.252	90.142***	336.647***	100.357***	87.766***
	(66.585)	(38.299)	(18.643)	(66.831)	(39.662)	(24.707)	(28.827)	(104.890)	(33.740)	(98.012)	(17.608)	(68.210)	(24.631)	(17.892)
Almeno 1 con problemi accessibilità	14.821	102.874**	100.588***	1.019.737***	332.892***	64.809**	20.991	60.633	192.935***	491.376***	88.197***	112.492	103.286***	100.990***
	(120.754)	(48.745)	(23.613)	(93.449)	(45.557)	(30.653)	(35.313)	(216.396)	(38.276)	(102.630)	(19.608)	(90.321)	(33.406)	(18.644)
Reddito familiare /1000	126.380***	23.211***	-18.144	22.127	47.116***	40.363**	10.851	1.053	-5.850	17.006	10.943	-16.646	64.517***	46.700*
	(28.572)	(7.469)	(13.351)	(16.873)	(11.894)	(12.129)	(16.082)	(2.052)	(3.686)	(23.981)	(16.162)	(11.874)	(15.173)	(27.639)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
	Austria	Germania	Svezia	Spagna	Italia	Francia	Danimarca	Svizzera	Belgio	Israele	Rep. Ceca	Lussemburgo	Slovenia	Estonia
Reddito familiare* 2/10000	-0.003** (0.001)	-0.000*** (0.000)	0.000 (0.001)	-0.000 (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.002** (0.001)	-0.002 (0.001)	-0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.001 (0.001)	-0.002 (0.003)	0.000 (0.000)	-0.004*** (0.001)	0.000 (0.005)
Almeno 1 cattiva salute	242.347*** (80.438)	78.875** (38.525)	80.354*** (25.080)	36.424 (61.148)	26.646 (66.357)	72.879** (30.166)	175.751*** (31.207)	159.766 (114.420)	322.325*** (37.097)	197.963** (93.853)	83.518*** (13.561)	253.221*** (79.346)	26.504 (24.702)	188.700*** (20.073)
Test	29.342*** (7.122)	9.589** (3.954)	3.220* (1.894)	37.485*** (7.552)	37.513*** (6.146)	6.055* (3.310)	1.909 (2.609)	5.122 (7.998)	7.318** (2.940)	5.611 (9.962)	-1.258 (1.674)	13.040** (6.471)	10.514*** (2.989)	5.344** (2.437)
Costante	-3.647.635*** (1.160.376)	-965.094* (559.649)	-1.212.953*** (287.256)	-3.327.689*** (953.889)	-2.401.049*** (727.581)	-344.991 (402.173)	-624.475* (324.624)	-1.966.816* (1.151.998)	-284.288 (364.650)	-1.974.638 (1.353.626)	-711.042*** (200.830)	-665.238 (997.903)	-1.505.905*** (413.614)	-648.377** (310.933)
Osservazioni	2.233	2.890	2.708	3.290	3.230	2.736	2.553	1.990	4.136	1.275	3.221	1.144	2.853	3.778
R ²	0.111	0.085	0.184	0.092	0.131	0.064	0.137	0.080	0.164	0.112	0.166	0.080	0.073	0.217

Nota: I pesi utilizzati sono *design weights*. Livello di significatività: ***p<0.01; **p<0.05; *p<0.1.

5. Conclusioni

La spesa sanitaria privata in Italia ha aumentato la sua incidenza nel corso del tempo ed è oggi finanziata per l'89% direttamente dai cittadini, una quota decisamente più elevata di quella della maggior parte dei principali paesi europei. Un'elevata spesa *out-of-pocket*, in particolare se sostenuta per acquistare prestazioni sanitarie che dovrebbero essere garantite dal SSN, può determinare consistenti rischi finanziari per le famiglie, esacerbando le disuguaglianze esistenti, oltre a determinare un uso poco efficiente delle risorse finanziarie private. I dati evidenziano comunque che la quota di spesa privata intermediata da assicurazioni e fondi è in lenta ma progressiva espansione, soprattutto per la crescita delle forme di welfare aziendale sanitario che negli ultimi anni hanno ricevuto particolare impulso dagli incentivi fiscali previsti dalla normativa. Dalle limitate e frammentarie informazioni pubbliche disponibili, emerge una percentuale di popolazione coperta con assicurazioni e fondi privati particolarmente consistente (oltre il 30%) anche se gli importi assicurati e coperti nel caso italiano sono piuttosto contenuti e determinano una limitata rilevanza macroeconomica della spesa sanitaria privata intermediata rispetto ai principali paesi europei. La copertura offerta dalle diverse forme di previdenza sanitaria integrativa in Italia è principalmente duplicativa (o sostitutiva) rispetto ai LEA che dovrebbero essere garantiti dal SSN anche se circa un terzo della spesa sanitaria privata intermediata è di tipo supplementare, cioè si riferisce a prestazioni non rientranti nei LEA e quindi realmente integrative del SSN.

Diversi fattori possono spiegare il grado di diffusione delle forme di assicurazione sanitaria privata integrativa tra cui l'esistenza di criticità nell'accesso alle prestazioni offerte dal sistema sanitario pubblico (in particolare, tempi di attesa troppo prolungati per prestazioni essenziali) e le politiche di incentivazione delle assicurazioni e dei fondi sanitari integrativi privati. Un ruolo altrettanto importante rivestono, dal lato della domanda, le caratteristiche sociodemografiche della popolazione. A tale riguardo, l'analisi dei microdati campionari dell'indagine SHARE, relativa a 15 paesi europei, conferma l'esistenza di un rilevante gradiente socioeconomico per quanto riguarda l'assicurazione sanitaria privata integrativa, che si concentra maggiormente nelle famiglie con un livello di reddito e di istruzione più elevati. Inoltre, l'analisi empirica dei dati SHARE mostra chiaramente come in tutti i paesi considerati esista una correlazione positiva oppure statisticamente non significativa tra assicurazione sanitaria privata volontaria e livello di spesa *out-of-pocket*, per cui la copertura da essa offerta in genere non riduce i rischi finanziari legati alle spese sanitarie private dirette.

In prospettiva, la previdenza sanitaria integrativa potrà rappresentare effettivamente un secondo pilastro a sostegno del sistema sanitario pubblico, con la capacità di limitare effettivamente i rischi finanziari per le famiglie, se verrà governata in maniera efficace, correggendo le distorsioni esistenti e puntando a incentivare e a potenziare soprattutto le coperture assicurative di tipo supplementare.

Rivista di Politica Economica

La Rivista di Politica Economica è stata fondata nel 1911 come “Rivista delle società commerciali” ed ha assunto la sua attuale denominazione nel 1921. È una delle più antiche pubblicazioni economiche italiane ed ha sempre accolto analisi e ricerche di studiosi appartenenti a diverse scuole di pensiero. Nel 2019 la Rivista viene rilanciata, con periodicità semestrale, in un nuovo formato e con una nuova finalità: intende infatti svolgere una funzione diversa da quella delle numerose riviste accademiche a cui accedono molti ricercatori italiani, scritte prevalentemente in inglese, tornando alla sua funzione originaria che è quella di discutere di questioni di politica economica, sempre con rigore scientifico. Gli scritti sono infatti in italiano, più brevi di un paper accademico, e usano un linguaggio comprensibile anche ai non addetti ai lavori. Ogni numero è una monografia su un tema scelto grazie ad un continuo confronto fra l'editore e l'*Advisory Board*. La Rivista è accessibile online sul sito di Confindustria.

Redazione Rivista di Politica Economica

Viale Pasteur, 6 - 00144 Roma (Italia)

e-mail: rpe@confindustria.it

<https://www.confindustria.it/home/centro-studi/rivista-di-politica-economica>

Direttore responsabile

Silvia Tartamella

Coordinamento editoriale ed editing

Paola Centi

Adriana Leo

La responsabilità degli articoli e delle opinioni espresse è da attribuire esclusivamente agli Autori. I diritti relativi agli scritti contenuti nella Rivista di Politica Economica sono riservati e protetti a norma di legge. È vietata la riproduzione in qualsiasi lingua degli scritti, dei contributi pubblicati sulla Rivista di Politica Economica, salvo autorizzazione scritta della Direzione del periodico e con l'obbligo di citare la fonte.

Edito da:



Confindustria Servizi S.p.A.

Viale Pasteur, 6 - 00144 Roma