



Centro Studi
FIMMG
Federazione Italiana Medici di Famiglia
aderenti
CONFESSIONI
medicinali Italiane (non private)

Un secondo pilastro del welfare sanitario: un rischio o un'opportunità?

Un secondo pilastro del welfare sanitario: un rischio o un'opportunità?

A CURA DEL CENTRO STUDI NAZIONALE DELLA FIMMG



Indagine campionaria

2016

PREFAZIONE

Sempre più frequentemente i pazienti si rivolgono al “privato” per ottenere prestazioni di tipo sanitario, diagnostiche e terapeutiche. In genere questo accade perché le prestazioni offerte dal SSN sono di fatto poco accessibili, per le lunghe liste di attesa, per una eccessiva partecipazione dei costi che rende la prestazione SSN sempre meno conveniente, per complessità logistiche, per disposizioni prescrittive a volte completamente assurde; tutti elementi che sembrano nascondere, comunque e quasi sempre, il malcelato obiettivo di limitare e rendere difficoltosa, appunto, l’accessibilità alla prestazione stessa.

Tale quadro costituisce lo scenario più favorevole per lo sviluppo di forme alternative di “assistenza sanitaria”, che non vanno solamente ad essere integrative e complementari rispetto a quanto, almeno teoricamente, garantito dal SSN, ma, in alcuni casi, sembrano già sostituire prestazioni da sempre previste dal pubblico.

Stanno cioè emergendo nuovi protagonisti, nuovi pilastri, nuovi sistemi erogatori di assistenza sanitaria che, con tali premesse, sono destinati ad assumere spazi e poteri crescenti. È probabile che proprio sul territorio, queste nuove realtà possano trovare motivi di rapida e prossima consolidazione.

I medici di medicina generale debbono tener conto di tali situazioni per non trovarsi impreparati di fronte ai mutamenti imposti da questi fenomeni, nella consapevolezza che il loro ruolo sarà, ancora una volta, quello di tutelare la salute dei propri assistiti; la ricerca delle soluzioni migliori per i pazienti, si dovrà confrontare con sistemi probabilmente destinati ad essere poco integrati o addirittura dicotomici.

Si tratta, per molti versi, di un tema “difficile”, che per molto tempo ha rappresentato un vero e proprio tabù ideologico; tuttora, almeno in alcuni ambiti, se ne parla malvolentieri, se non addirittura, con circospezione. Questo ha comportato però la difficoltà di disporre di documenti di analisi, discussione e confronto, rispetto ad un fenomeno che, come detto, si sta affacciando prepotentemente sugli scenari assistenziali del Paese.

Proprio per cercare di offrire un contributo al dibattito e alla conoscenza, il Centro Studi della FIMMG ha ritenuto utile realizzare, nel Giugno 2016, su tali questioni, un’indagine, attraverso un sondaggio campionario sui medici di medicina generale. È sembrato utile capire quale fosse l’orientamento della categoria rispetto alle complesse dinamiche che potrebbero sostenere questa scelta. Ne è derivato un quadro articolato in cui i dubbi sembrerebbero essere superiori alle certezze, senza che siano comunque mostrati evidenti atteggiamenti preclusivi.

E' probabilmente la prima indagine strutturata che viene fatta sull'argomento. Dobbiamo questo all'impegno del Professor Aldo Piperno che, avvalendosi dell'aiuto del Dott. Marco Centra, come in altre occasioni, ha dedicato la sua competenza ed il suo entusiasmo alla realizzazione dell'iniziativa.

In questi anni, il Centro Studi, ha potuto svolgere il suo ruolo a supporto delle conoscenze per la politica professionale dell'associazione, cercando di individuare temi di attuale interesse, per il sostegno che ha sempre avuto dal Segretario Nazionale, Giacomo Milillo, dal Presidente della FIMMG Stefano Zingoni e dall'Esecutivo Nazionale, ai quali va la nostra riconoscenza.

Un grande ringraziamento va rivolto agli iscritti; solo la loro incondizionata disponibilità a collaborare e ... tolleranza, rispetto alle sollecitazioni che, in qualche caso troppo frequentemente, abbiamo loro rivolto, hanno permesso, in questi anni, di disporre di dati, informazioni, orientamenti che abbiamo sempre ricercato unicamente nell'interesse del miglioramento della professione che tutti noi svolgiamo. Grazie ancora!

Paolo Misericordia

Responsabile del Centro Studi Nazionale della FIMMG

INDICE

- Introduzione
- Il secondo pilastro: stato dell'arte
- Oggetto e metodologia della ricerca
- Risultati
 - Conoscenza ed opinioni sul welfare sanitario privato
 - Esperienza dei medici di medicina generale sul welfare sanitario privato
 - Conseguenze della crescita del welfare sanitario privato
 - Strategie e scenari di partecipazione dei medici di medicina generale ad un modello duale di sistema sanitario
- Alcune considerazioni conclusive
- Letteratura essenziale
- Allegato 1: tabelle
- Allegato 2: questionario

Introduzione

I processi che stanno determinando cambiamenti strutturali del SSN rispetto a come era stato originalmente pensato e a come è stato conosciuto fino a qualche anno fa, se in parte risultano francamente chiari ed indentificabili, altre volte, forse per la loro complessità, appaiono meno definiti; così i loro esiti, che spesso risultano prevedibili, scontati, o anche desiderati, in altre occasioni invece possono essere poco programmati se non addirittura del tutto inimmaginabili.

Le cause e le ragioni di tutto questo sono molteplici: vanno dalla mutata epidemiologia, all'innovazione tecnologica e tecnica delle scienze mediche, dall'andamento dei costi (problema della cosiddetta sostenibilità, più o meno identico a quello degli anni '70 che l'OECD denominò col termine "*the fiscal crisis of the welfare state*") e da altri molteplici fattori economici, ai cambiamenti inerenti la cultura, le attitudini e le preferenze della popolazione. Esiste in letteratura un'ampia documentazione, elaborata in ambito pubblico e privato, che supporta evidenze e argomentazioni che riguardano i suddetti aspetti.

Un profilo appare oggi, però, relativamente meno indagato e valutato per quanto riguarda le conseguenze e la potenzialità di un intervento atto a modificare estensivamente l'assetto del SSN, il ruolo degli attori istituzionali e professionali, i loro comportamenti e, di rimando, i modelli di consumo sanitario della popolazione: lo sviluppo del welfare privato, che si va proponendo come sistema sotto un'etichetta (non nuova), quella di un cosiddetto **secondo pilastro**.

Le conseguenze di questo mutamento (ossia, l'entrata in azione di una strategia unitaria di tutti gli attori privati con l'obiettivo di costituire un **secondo pilastro**, riconosciuto e legittimato sotto il profilo istituzionale) sono il tema che qui si intende approfondire con l'indagine di seguito illustrata nei suoi risultati principali.

Si tratta di un primo e limitato contributo alla conoscenza del tema e, nello specifico, un contributo orientato all'analisi degli inesplorati e problematici profili che riguardano i medici di medicina generale. Altre categorie di professionisti, medici e non medici, sono interessati da questi sviluppi, ma quella della medicina generale è, presumibilmente, la categoria potenzialmente "più" e/o "diversamente" esposta al cambiamento in corso. Gli ambiti e i dettagli secondo cui si potrebbero manifestare conseguenze sono da specificare e verificare, ma sono preliminarmente, su base analitica e per evidenze di letteratura, già oggi ipotizzabili e descrivibili.

Il tema è quindi quello del **secondo pilastro del sistema sanitario**: ovvero l'insieme di tutti quei soggetti, variamente denominati e caratterizzati (assicurazioni sanitarie, fondi sanitari, casse mutue, welfare aziendale, benefit di varia natura, e simili) che offrono coperture sanitarie assicurative, finalizzate al pagamento o rimborso, totale o parziale, agli iscritti e/o ai loro familiari, delle spese sostenute per le prestazioni private di carattere sanitario. L'appartenenza a questi enti, che sono diversi per tipologia giuridica (profit o no profit, chiusi o aperti, a scelta individuale o collettiva, di fonte contrattuale categoriale o aziendale, ecc.) e per regolamentazione, mostra una caratteristica comune: tutti si alimentano di risorse private. Sono, cioè, finanziati direttamente (ad es. nel caso di una polizza assicurativa o una cassa mutua aperta) o indirettamente (ad es. dai datori di lavoro, come integrazione salariale/stipendiale), in tutto o in parte, da risorse riconducibili ai cittadini o ai lavoratori iscritti. Il fatto che possa trattarsi di un soggetto no profit, come una cassa mutua, o di cosiddetto welfare aziendale in base ad accordi sindacali, non elimina in nessun modo la natura privata delle risorse finanziarie che lo alimentano, aggiuntiva a quelle già pagate con il prelievo fiscale. E non cambia questa natura neanche il fatto che lo Stato, direttamente o indirettamente, incentivi, con benefit fiscali, questi enti, contribuendo al loro sviluppo; a tal proposito andrebbe aggiornata la ricerca sul tipo di redistribuzione che viene a configurarsi tra i soggetti che godono dei benefit fiscali e quelli su cui ricade la perdita di gettito, di cui recentemente l'ISTAT ha evidenziato l'effetto regressivo.

Rispetto ad un tempo non lontano (almeno fino agli anni '90 e a cavallo del successivo decennio), quando l'ipotesi di "immaginare" (o pensare di proporre) un servizio sanitario formato da due sistemi, uno pubblico e uno privato, era largamente esclusa e considerata addirittura un "pericolo" per lo stesso SSN e i suoi principi fondanti, da parte della politica e delle forze sociali, nell'ultima decade, intorno al secondo pilastro, si è consolidata e materializzata un'atmosfera positiva, suffragata da atteggiamenti e espressioni favorevoli sia della stampa e dei media in generale, che degli attori sociali e politici. Numerosi sono gli eventi (conferenze, convegni, seminari, pubblicistica) da cui emergono messaggi di sostanziale apprezzamento sul fatto che la dimensione del welfare privato è cresciuta e che i risultati ottenuti sono positivi; che, quindi, è arrivato il momento di legiferare in modo che si possa in breve tempo arrivare ad un suo più rapido e diffuso sviluppo.

Un **secondo pilastro** come "panacea" per la soluzione dei problemi che affliggono la sanità italiana: tutti ne trarrebbero benefici. Questo è il messaggio che, da più parti, sta arrivando all'opinione pubblica: liste d'attesa più brevi, minori oneri per

l'operatività delle strutture pubbliche, via d'uscita per assicurare la sostenibilità finanziaria del SSN, incrementi di efficienza ed efficacia del sistema nel suo complesso, soddisfazione dei cittadini e degli operatori, ecc.

E' probabile, in effetti, che almeno alcuni dei suddetti benefici si realizzino. Certamente si tratta di esiti auspicabili, e che, quindi, l'obiettivo possa essere in effetti quello di favorire lo sviluppo di un secondo pilastro privato accanto a quello pubblico.

Ciononostante, sembra opportuno assumere un atteggiamento riflessivo e prudente rispetto ai possibili esiti emergenti dal connubio tra i due pilastri. E, soprattutto, sarebbe essenziale indagare in via preliminare, con sistematicità, se, come, in quali circostanze, in che misura e per chi, gli esiti auspicati abbiano maggiore probabilità di avverarsi o le conseguenze da evitare, minori probabilità di far danno.

Sarebbe necessario, infatti, cambiando il sistema, introdurre una regolamentazione congrua e appropriata che favorisca, per l'appunto, la convivenza efficiente ed efficace del secondo pilastro privato accanto a quello già esistente. Far convivere un pilastro di cosiddetto welfare privato accanto al primo pubblico, infatti, richiede una consapevolezza, dapprima politica, di dar vita ad un sistema istituzionale di welfare sanitario diverso dal "solito" SSN; verrebbe istituito un sistema dualistico, in letteratura definito "*two-tier system*", nel quale devono trovare spazio tutte le istanze degli attori e degli *stakeholders* coinvolti, nell'ottica del rispetto del benessere collettivo.

Il secondo pilastro: stato dell'arte

Per **secondo pilastro** si fa comunemente riferimento a quelle istituzioni che vendono, direttamente o indirettamente, agli iscritti, attraverso un "contratto" individuale o collettivo, sulla base di uno statuto e regolamento, una copertura assicurativa per il pagamento, diretto o indiretto, completo o parziale, delle spese sostenute per usufruire di prestazioni sanitarie private. Queste istituzioni, sia in via analitica che di fatto (come è in Italia), sono riconducibili a varie tipologie: possono essere imprese di assicurazione, fondi sanitari, casse mutue e società di mutuo soccorso, secondo la fattispecie con cui sono costituite e secondo le disposizioni normative che ne regolano l'operatività.

Ad eccezione delle coperture offerte dalle imprese di assicurazione che hanno una loro specifica regolamentazione, i riferimenti legislativi principali che governano tutte le altre situazioni sono il D.L. 502/92, il D.L. 229/1999 (che distingue i fondi integrativi del SSN dalle altre forme in termini di tipologia delle prestazioni da poter assicurare), il Decreto Turco del 2008 (in attuazione della Legge 24472007) che propone una nuova tipologia distinguendo gli Enti e le Casse da una parte e i fondi integrativi del SSN dall'altra e istituisce l'anagrafe dei fondi al fine di poter concedere le agevolazioni fiscali, e, infine, il D.M. del 27 ottobre 2009, che elimina la suddetta distinzione per quanto riguarda gli ambiti di intervento

Un breve sommario storico può aiutare a comprendere dove e quali siano i problemi.

Va detto in primo luogo che questi "arrangiamenti assicurativi o mutualistici" sono di fatto sempre esistiti (stante anche l'origine mutualistica del sistema risalente agli anni '30 e al secolo scorso per quanto riguarda le società di mutuo soccorso) nel contesto della sanità italiana. Osservando il percorso storico, anche recente, degli eventi, è possibile affermare che ogni fattispecie si è evoluta andando, per così dire, "per conto suo"; non si è realizzato uno sviluppo armonico ed integrato, non vi è stata, cioè, aspirazione a diventare "sistema". E' la possibilità di fare sistema e, cioè, di essere concepite e considerate come fattispecie riconducibili sotto un unico ombrello, denominato appunto **secondo pilastro**, di pretendere una regolamentazione unitaria (senza abbandonare l'alveo di origine, come nel caso delle imprese di assicurazione che sono soggetti preposti alla gestione del rischio sulla base di regole tecniche ineludibili) e di proporsi come istituzioni volte ad affiancarsi al primo pilastro, il SSN, che rappresenta la relativa e recente novità. Anche perché, i cittadini italiani (come gli altri in quasi tutti i paesi del mondo) da sempre usano, per preferenza o necessità, pagare di persona prestazioni sanitarie, tutte, alcune,

molte, poche, scegliendo chi, per cosa e dove andare per usufruirne. Prova ne è che, nella contabilità nazionale, oltre alla spesa del SSN (intorno a cui si dibatte da sempre sotto vari profili e per una molteplicità di problemi), si annovera quella che viene denominata spesa *out of pocket*, ovvero di tasca propria.

Il nocciolo della questione intorno a cui si dibatte e su cui si innesta la strategia emergente, sta nel *come è meglio spendere di tasca propria*. Lo si può fare, infatti, in modo assolutamente diretto, come è oggi in prevalenza (si va dal fornitore della prestazione e si paga), oppure attraverso un terzo pagante, impresa di assicurazione o altro, che può garantire il rimborso, oppure assolvere la funzione di pagamento, in toto o parziale, mettendo in campo strategie di contorno volte ad agevolare, ma anche controllare, il consumo di prestazioni, ad esempio costituendo una rete di fornitori convenzionati. E questo è un obiettivo dei terzi paganti che lamentano come, diversamente da altri Paesi, la quota di spesa privata intermediata in Italia è minore, quando invece sarebbe opportuno che fosse recepita e governata. Ipotesi importante e condivisibile, a patto che si introduca una regolamentazione sistemica, ampia e complessa, per controllare gli “effetti indesiderati” del cambiamento.

Oggi la quota di spesa privata intermediata, infatti, si aggira solo intorno al 14% del totale privato. Il punto è che per passare da un sistema di *out of pocket* puro ad uno di *secondo pilastro* occorrerebbe che tutta (o la maggior parte) della spesa privata dei cittadini (e non solo l'attuale 14%) transitasse attraverso i terzi paganti. E che a questo passaggio, come sopra detto, si accompagnasse un sistema unitario di regole, con il mantenimento della natura originaria delle varie fattispecie. Le imprese di assicurazione, ad esempio, non dovrebbero diventare casse mutue e viceversa. Il sistema regolatorio dovrebbe garantire anche, in questo disegno istituzionale, l'assenza di discriminazione di alcune fattispecie rispetto ad altre, se si riconoscesse solo ad alcune i benefit che altre non potrebbero avere.

Se il disegno si completasse e, cioè, se accanto al primo pilastro del SSN se ne costituisse istituzionalmente un secondo *ad hoc* regolamentato, costituito da tutti i soggetti sopra citati, se, cioè, il fatto di fare sistema non fosse un'azione volontaristica magari promossa da *stakeholders* interessati, ma una scelta legislativa istituzionale, verrebbe a configurarsi nei fatti una situazione di questo tipo:

- tutti i cittadini godrebbero della copertura del primo pilastro in quanto non è prevista la rinunciabilità ad appartenere al SSN (non esiste, cioè, al momento una possibilità di *opting out*, cioè di uscita, dal SSN), come è invece per taluni settori in Germania;
- parecchi altri cittadini, già molti oggi, ma quasi tutti domani (così pensano alcuni

policy makers e attori sociali ed economici del settore), godrebbero della copertura del secondo pilastro

- fasce e frange di cittadini (ultra previdenti o per lo più appartenenti a ruoli socio-economici superiori) potrebbero godere di una terza copertura in base ad una ulteriore polizza assicurativa sanitaria (in quanto non è previsto il divieto di vendere e acquistare altre polizze sanitarie)
- nonostante tutto questo, la gran parte dei cittadini si troverebbero giocoforza a continuare a pagare qualcosa di effettiva tasca propria, in quanto, nei fatti, non è, e non sarebbe possibile, che un terzo pagante, pubblico o privato, possa garantire tutte le possibili prestazioni in termini qualitativi e quantitativi. Già oggi, per ragioni di gestione efficiente dei rischi, assicurazioni ed altre fattispecie praticano tetti e compartecipazioni alla spesa. Questi cittadini potrebbero essere considerati come cittadini *autoassicurati* direttamente dalle proprie risorse, in una sorta di quarta copertura.

Questa situazione di “coperture plurime” esporrebbe comunque il sistema ad una ragguardevole complessità sotto diversi profili, considerando non ultimo il fatto che il cittadino paga per l’assistenza sanitaria attraverso il prelievo fiscale. Un sistema così complesso ed integrato potrebbe essere proposto solo dopo avere: (a) individuato i costi/benefici (rispetto all’esistente e ai possibili assetti alternativi) ; (b) individuato le conseguenze per il SSN (rispetto all’attuale situazione), gli operatori e i cittadini sotto i principali profili ; (c) definito una regolamentazione appropriata a tutto campo (ad esempio, si dovrebbero rivedere i rapporti con il settore privato, le attività intramurarie, le regole d’accesso ai servizi, ecc.).

E’ ragionevole pensare, infatti, che essendo tutte le parti del sistema interrelate e correlate, non ci si possa limitare ad introdurre regole o procedure di nicchia (ad esempio, cambiando le regole fiscali del settore, come per le detrazioni, una alla volta come è stato finora fatto, ecc.), ma che occorrerebbe una visione di sistema olistica ed onnicomprensiva.

Secondo i dati rilasciati dal Ministero della Salute si contano nel 2015 circa 300 fondi integrativi registrati nell’Anagrafe del Ministero. Di questi solo 7 sono Fondi Doc, ovvero fondi del SSN secondo le disposizioni del D.L. 229. Circa 40 imprese di assicurazione sono operanti nel settore tramite le polizze sanitarie: Generali, RBM salute (gruppo Munich Re), Unisalute, Unipolsai, Allianz e Reale Mutua sono le imprese che pesano di più nel ramo malattia in termini di premi (le prime 10 imprese contabilizzano circa l’80% dei premi). Le risorse riconducibili alle assicurazioni per malattia sono state nel 2015 pari a 2,3 miliardi, mentre quelle attribuibili ai fondi

integrativi (di cui non è disponibile un conto consolidato) sono stimate in 3-4 miliardi. Il totale di 5-6 miliardi rappresenta il 15-17% dei 35 e più (circa 34 nel 2014) miliardi di spesa privata.

Il mercato, dunque, è popolato da numerosi attori (profit e cosiddetti non profit) che aspirano ad intermediare la maggior parte dei circa 35 miliardi di Euro di spesa privata dei cittadini. E' presumibile che se avrà successo sul piano formale normativo e fiscale, la trasformazione del sistema sanitario in un assetto duale a due pilastri (più altri arrangiamenti, dalle nuove forme di assicurazione sanitaria alla sopra denominata "autoassicurazione", fino ai benefit aziendali derivanti dalla contrattazione decentrata), la quota è forse destinata ad andare ben oltre i 35 miliardi di oggi. Si tratterebbe di una prospettiva di grande interesse economico per i soggetti, profit e non profit, riconducibili al secondo pilastro.

Non è però automatico che gli sviluppi reali si evolvano in questa misura, se si considera che dei 35 miliardi di spesa privata di oggi, solo 20 miliardi circa riguardano prestazioni candidate ad entrare nella copertura "assicurativa" (visite specialistiche, cure dentali, accertamenti e ricoveri). E se la tipologia della copertura restasse (anche per ragioni tecniche di gestione assicurativa o simil-assicurativa dei fondi) principalmente questa, rimarrebbe contenuta entro il 60% della spesa privata. A meno che, e qui sta il punto, i terzi paganti costituiti formalmente in secondo pilastro non aspirassero a coprire tutte le esigenze di cura della popolazione, spaziando su tutte le prestazioni e creando così il presupposto per diventare il principale pilastro della sanità italiana. Ma si tratta di considerazioni e di ipotesi che occorrerebbe esplorare con dati migliori e più estesi e con tecniche diverse dal semplice calcolo ragionato qui proposto.

Il numero di persone coperte da fondi e imprese di assicurazione è di circa 10 milioni, di cui 7,5 sono gli iscritti ai fondi e 2,5 circa alle assicurazioni (stimati dall'1,5 milioni di famiglie assicurate). Il numero di famiglie di cui almeno un componente effettua una spesa privata assomma a circa 20 milioni (il 77% di tutte le famiglie) per un totale stimato di circa 30 milioni di persone. Non è dato sapere (ma ci si riuscirebbe se assicurazioni e fondi dichiarassero in consolidato la quantità di consumi degli iscritti) quanti di questi 10 milioni effettuano annualmente consumi sanitari (in letteratura è provato che chi dispone di una copertura "assicurativa" tende a consumare il doppio e in ogni caso di più rispetto a chi non ha la copertura): presumibilmente, non meno della metà.

La tipologia delle prestazioni coperte dalle imprese di assicurazioni riguarda prevalentemente i ricoveri e, in una qualche misura, visite e accertamenti non

ordinari. Quella offerta dai fondi (esclusi i Fondi Doc del SSN) riguarda una gamma più estesa di prestazioni. Le modalità di copertura sono abbastanza varie, di solito articolabili in moduli (di base, e via via più comprensivi) con conseguente variazione del contributo-premio. Queste coperture non sono classificabili come coperture “integrative”, nonostante la pubblicistica e il linguaggio in uso faccia riferimento a questo termine. E’ questo un punto essenziale che non può essere ignorato. In letteratura si distinguono **tre tipologie di copertura**, nel caso in cui sia necessario classificare le prestazioni garantite da soggetti, profit e non profit, che operano al contorno del sistema pubblico. Le coperture sono **sostitutive** se riguardano prestazioni annoverate di diritto nella copertura pubblica, **integrative** se colmano il gap di copertura del sistema pubblico, ad esempio, le compartecipazioni alla spesa che gravano sui cittadini; sono, invece, **complementari** se riguardano prestazioni escluse in toto o in parte dalla copertura pubblica. Così viene trattato il tema in letteratura, per la semplice ragione che dalla classificazione delle coperture discendono conseguenze analitiche ed empiriche fondamentali. E non riscuote consenso la tesi secondo cui non è sostitutiva la prestazione che è annoverata tra quelle facenti parte della copertura pubblica solo di diritto e non di fatto. Ad esempio, perché c’è una lunga d’attesa o altra causa riconducibile all’inefficienza del servizio pubblico; in tale caso quello che conta, si sostiene, è la difficoltà a consumare nel sistema pubblico. E se di conseguenza tali prestazioni fossero incluse tra quelle offerte dai terzi paganti privati, non si tratterebbe di prestazioni sostitutive. Non è così, in quanto il carattere della “sostitutività” non può dipendere da un’inefficienza del sistema. La “sostitutività” dipende dal semplice fatto che lo Stato ha elargito risorse pubbliche dei cittadini per offrire la possibilità di avere una gamma di prestazioni che sono garantite dal welfare privato.

E’ importante, infine, anche a fini specifici dell’indagine, elaborare qualche informazione intorno al modus operandi di assicurazioni e fondi. Tra i numerosi sviluppi, quello più rilevante riguarda il ricorso a reti precostituite di operatori e a convenzioni con gli operatori facenti parte della rete, con relative condizioni di fornitura e pagamenti. Laddove gli operatori sono convenzionati ne consegue che i medesimi siano, o possano essere, chiamati a svolgere una funzione di controllo, diretto o indiretto, dell’utilizzo delle prestazioni da parte degli iscritti al fine di monitorare e limitare l’iperconsumo, appropriato o meno che sia. Ciò inevitabilmente porrebbe gli operatori in una situazione problematica rispetto agli utenti. Potrebbero gli operatori convenzionati svolgere il loro ruolo in piena autonomia professionale?

Altro sviluppo che presenta caratteri di novità riguarda la strategia secondo cui

fondi/assicurazioni si muovono con l'obiettivo di operare e presentarsi come veri e propri mini-sistemi sanitari. Basta guardare i siti dei principali fondi per rendersi conto che questi già operano come micro sistemi sanitari. L'iscritto al fondo, di conseguenza, trova nel fondo la lista degli operatori e tutti i sussidi informativi necessari per effettuare la prestazione. L'idea non è nuova e risale agli HMO americani (*Health Maintenance Organizations* e loro varianti) e soprattutto è di grande portata sotto il profilo delle conseguenze. In breve, l'operare in sistema e l'appartenere a un sistema crea, per l'appunto, appartenenze; che sono rilevanti per gli operatori in quanto vanno ad impattare sulla *loyalty*, ovvero, sull'identificazione professionale con il sistema di riferimento (pubblico o privato).

Altro fatto nuovo riguarda l'entrata sul mercato dei TPA (*Third Party Administrators*, di origine americana), ovvero, imprese di gestione che prendono in carico tutta la gestione della casistica, dall'indirizzamento verso i gli operatori sanitari per le prestazioni, fino ai pagamenti e alle consulenze. I TPA italiani sono per ora società indipendenti o imprese di assicurazioni che svolgono la funzione per conto terzi. I casi più evoluti sono quelli di RBM salute e di Unisalute. Si gestiscono invece in modo autonomo i fondi sanitari più grandi che per tradizione vantano un'esperienza pluriennale, quali ad esempio il FASI (dirigenti industriali) e il FASDAC (dirigenti del commercio).

Oggetto e metodologia della ricerca

La ricerca qui illustrata riguarda un sondaggio rivolto a rilevare le opinioni, gli atteggiamenti e le valutazioni che i medici di medicina generale hanno sviluppato rispetto al welfare sanitario privato. Si è anche esplorato sulla conoscenza che essi hanno degli eventi e delle modalità secondo cui, negli ultimi anni, si è sviluppato questo fenomeno in Italia.

Il questionario è articolato in 5 parti:

- la prima riguarda i **dati sociodemografici e professionali** dei medici con particolare riguardo ai carichi di lavoro, all'area ove operano (centrale o periferica) e mostrano una disponibilità ad ampliare le prestazioni a pagamento rispetto alla situazione attuale. Si è ipotizzato che i medici che hanno più disponibilità possono avere anche una prospettiva diversa sullo sviluppo del welfare sanitario privato
- la seconda parte esplora **il livello di conoscenza del welfare sanitario privato** sotto i principali profili: la diffusione del fenomeno in termini di numerosità dei cittadini che godono di una copertura privata, di estensione delle prestazioni coperte privatamente e quale sia, secondo la loro valutazione, il carattere di tali prestazioni, integrative in senso lato oppure sostitutive di quelle del SSN. Si è poi chiesto di valutare i benefici che i cittadini si attendono dalla copertura delle prestazioni private e quali sono a loro parere gli obiettivi perseguiti dai *policy makers* in materia. Ai medici è stato infine chiesto quali sono gli obiettivi che dovrebbero essere invece perseguiti e se è auspicabile che il welfare sanitario privato si espanda o meno.
- una terza parte del questionario indaga un aspetto centrale: i medici di medicina generale hanno una qualche **esperienza diretta con il welfare sanitario privato?** Visitano pazienti che hanno una copertura privata e, se sì, quanti sono in percentuale su quelli da loro assistiti? I pazienti cercano informazioni sul welfare privato oppure chiedono certificazioni da far valere per i rimborsi? E quali sono i motivi per cui i pazienti ricorrono alle prestazioni private?
- la quarta parte del questionario riguarda **le conseguenze che i medici ritengono si avranno** a seguito dello sviluppo di un secondo pilastro privato del welfare. I profili studiati a questo riguardo sono: (a) l'impatto sulle risorse per il SSN e la formazione degli operatori. (b) l'impatto per i pazienti relativamente all'accesso al SSN: (c) l'impatto per i medici di medicina generale rispetto al ruolo

e agli investimenti nel settore. Alcuni esempi di domande rivolte: quali figure professionali guadagnano o perdono a loro parere dallo sviluppo del welfare sanitario privato? Esistono poi possibilità e modalità secondo cui i medici di medicina generale possono essere coinvolti e possono partecipare nell'attività del welfare privato, oppure, per ruolo svolto, ne sono esclusi? Pensano che il welfare sanitario privato debba svilupparsi oppure no?

- l'ultima sezione del questionario esplora **le possibilità che i medici intravedono di partecipare ai nuovi sviluppi** e quali di queste sono le più appropriate al loro ruolo. Si è anche indagato se la loro partecipazione possa rappresentare un valore aggiunto per i pazienti e per il sistema sanitario complessivo. Le ultime domande hanno riguardato una loro valutazione specifica; e cioè il ruolo e le modalità secondo cui i medici di medicina generale possono, in concreto, lavorare per le istituzioni del welfare privato, in aggiunta al ruolo che essi svolgono per il SSN.

Le parti del questionario sono concettualmente concatenate: si è ipotizzato infatti che l'identità professionale oggettiva (carichi di lavoro e sua localizzazione, centrale o periferica), la misura in cui si conosce il fenomeno, possano essere correlate alle opinioni e alle valutazioni che i medici esprimono. L'ultima parte dell'indagine verte sulle eventuali propensioni e disponibilità a collaborare con le istituzioni del welfare privato.

L'indagine è stata condotta tramite sondaggio ad un campione di medici di medicina generale. I medici campionati sono stati estratti dagli iscritti alla FIMMG; i rispondenti sono stati 700. I risultati sono stati ricondotti all'universo dei medici di medicina generale, in base ad una procedura di post stratificazione. Il margine massimo di errore delle statistiche (ad esempio, quando il 50% del campione risponde sì ad una domanda) oscilla intorno al 3,7% ed è, ovviamente, inferiore, quando la percentuale scende o sale rispetto al 50%.

Le tabelle 1-3 riportano i dati dell'universo dei medici di medicina generale pari a 43.572. I dati dell'universo sono stati forniti dall'ENPAM disaggregati per classe d'età, genere ed area geografica. Gli uomini sono il 70,3% e le donne il 29,7%. Le classi d'età più numerose sono quelle dopo i 50 anni, denotando che, come è stato già studiato nell'indagine del Centro Studi Nazionale della FIMMG del 2015, la categoria ha un livello di invecchiamento abbastanza accentuato.

I medici di medicina generale partecipanti sono distribuiti percentualmente per area geografica come segue: nordovest 25,0%; nordest 18,2%; centro 23% e sud-isole 33,8% (Fig. 1).

Nella tabella 2 si riporta la distribuzione del campione in base alle tre variabili suddette, età, area, genere (Fig. 2). La distribuzione del campione differisce da quella dell'universo. Il processo di post stratificazione (tab. 3) uniforma le distribuzioni.

Nella tabella 4 si mostra come differiscono le distribuzioni tra universo, campione e campione pesato e come l'ultimo sia quello che più si avvicina alla configurazione dei medici di medicina generale in Italia (Fig. 3).

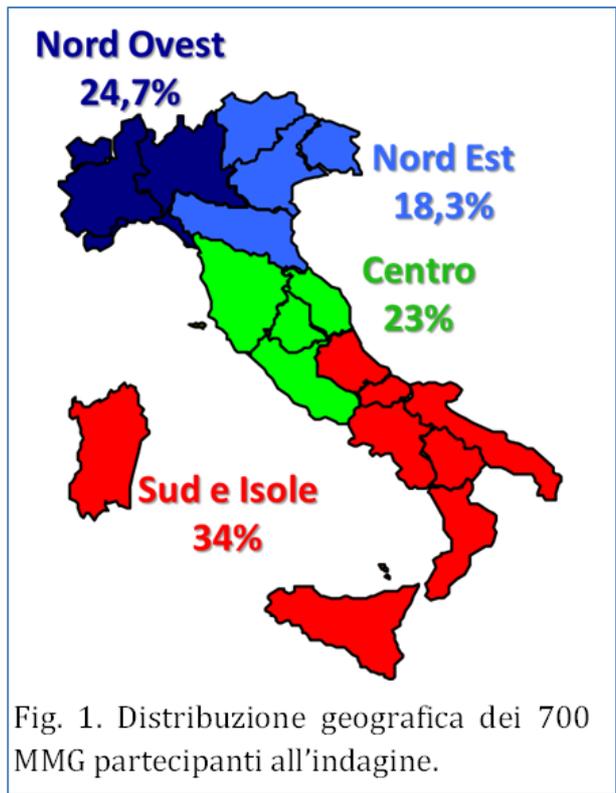


Fig. 1. Distribuzione geografica dei 700 MMG partecipanti all'indagine.

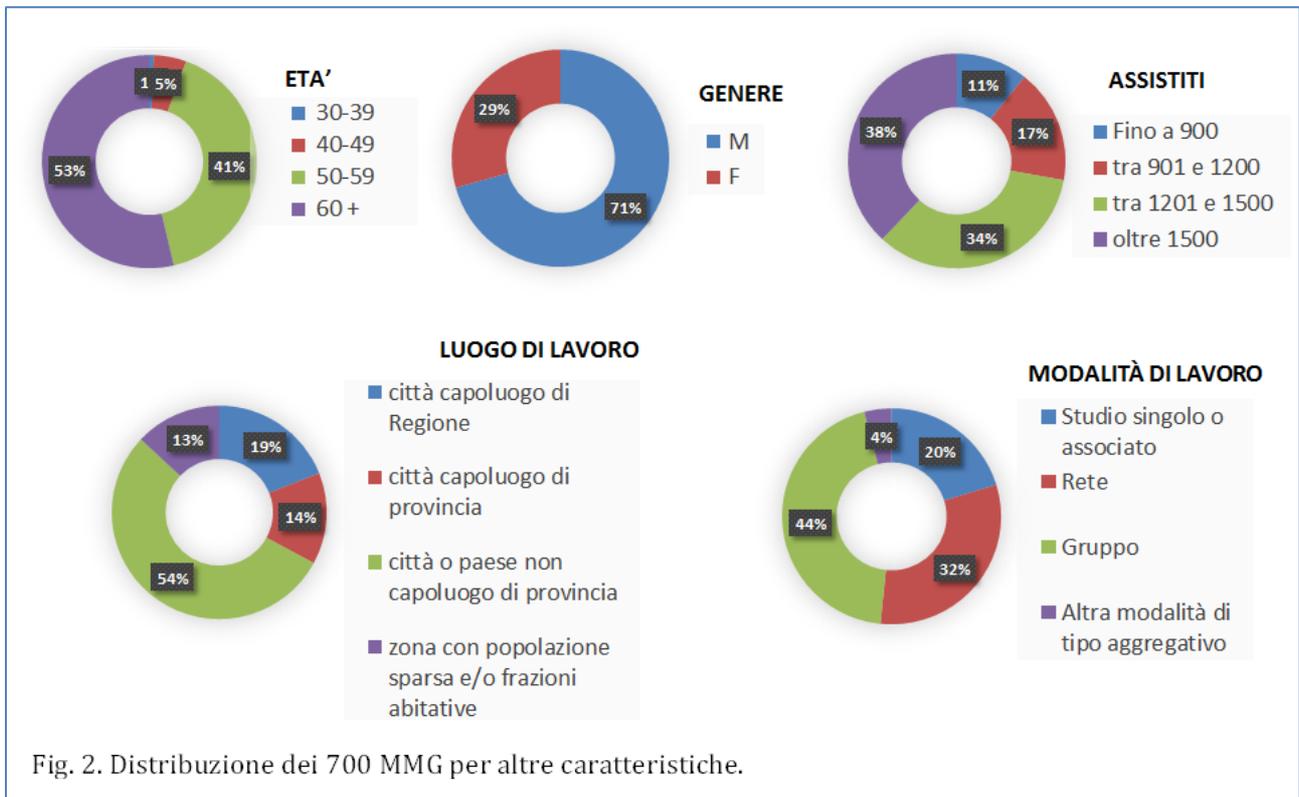
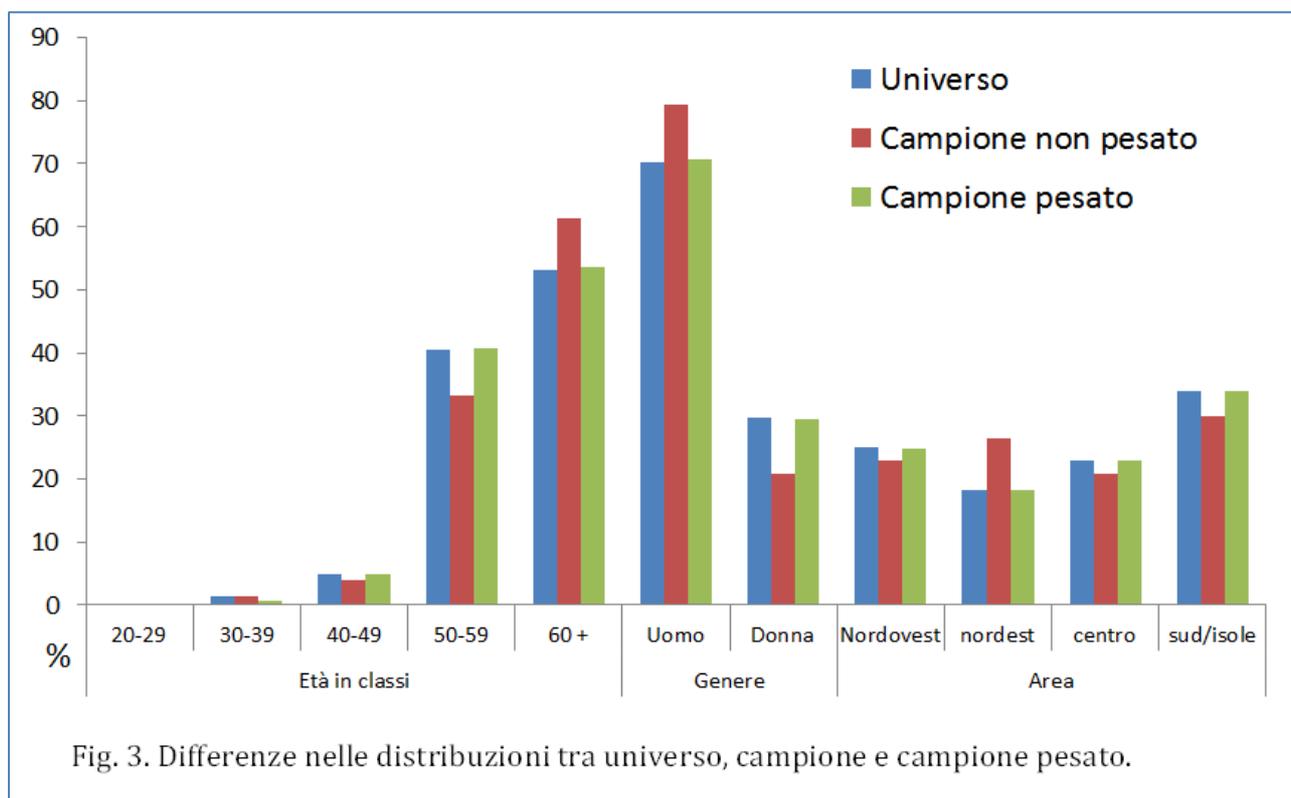


Fig. 2. Distribuzione dei 700 MMG per altre caratteristiche.

Le successive tabelle, da 5 a 8, riportano dati riguardanti le modalità di esercizio della professione indicate dai medici nella prima fase del sondaggio. Risulta che lo

studio singolo o associato riguarda quasi $\frac{1}{4}$ dei medici, mentre a prevalere è la medicina di gruppo (44,3% dei medici) e quella di rete (31,3%). Lo studio singolo e



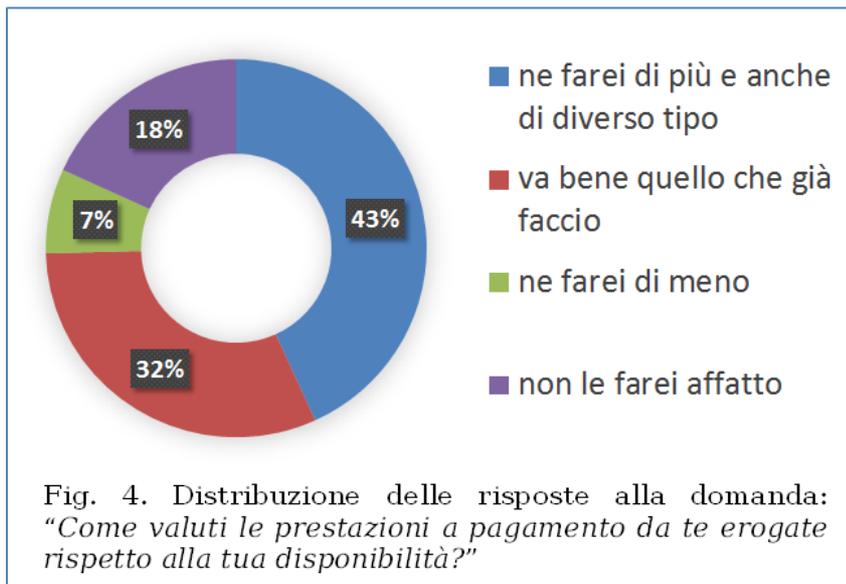
associato prevalgono presso i medici giovani e tendenzialmente di più tra quelli operanti al centro e nel meridione. Il 54% dei medici lavora in città o paesi non capoluogo di provincia, mentre poco oltre il 30% lavora nelle città capoluogo di Regione e Provincia (Fig. 2). Si nota al pari del precedente caso che sono i giovani medici nel meridione ad operare in maggiore leggera percentuale in studi singoli e associati.

Questa configurazione è importante, poiché rende conto del fatto che giovani medici del meridione sono meno esposti alle novità relative alle istituzioni del welfare sanitario privato che appaiono maggiormente presenti nelle realtà urbane e metropolitane del centro nord. Il 70% dei medici ha oltre i 1200 assistiti (qui è presumibile che giochi anche il fatto che i medici sono estratti da quelli iscritti alla FIMMG).

Risultati

Conoscenza ed opinioni sul welfare sanitario privato

E' importante, in primo luogo, osservare che il 31,4% dei medici non mostra interesse a cambiare l'esercizio della professione in termini di una maggiore apertura a svolgere prestazioni private a pagamento (tab. 8) (Fig. 4).



Sono percentualmente di più (ma in misura non eclatante) ad avere questa posizione, i medici del nord, i giovanissimi e quelli che hanno tra le 1200 e le 1500 scelte. Un quarto di medici vorrebbe addirittura diminuire le prestazioni a pagamento che già oggi fa, mentre c'è una percentuale del 43,2

che ne farebbe di più e anche di diverso tipo rispetto a quelle che già fa oggi. Si tratta di medici localizzati di più al centro, con un numero di assistiti tra 900 e 1.200. Sono presumibilmente medici che vorrebbero lavorare di più, ma non riescono ad aumentare il numero dei propri pazienti e, allo stesso tempo, sono più esposti al fattore "assicurazioni e fondi", molto presenti al centro in termini di assistiti e di attività promozionali. Questa segmentazione dei medici in tre gruppi, quelli disponibili a lavorare di più privatamente, quelli che non sono affatto interessati e quelli che invece vorrebbero non essere coinvolti in questo mercato, si ripropone sulle altre tematiche indagate e rappresenta quindi il terreno su cui articolare una strategia di rapporto, relazione e collaborazione tra medicina generale e secondo pilastro, fondata sulle evidenze.

Un aspetto basilare per verificare il livello di conoscenza dell'assistenza integrativa, riguarda la percezione che i medici hanno della diffusione del fenomeno. Si è chiesto, quindi, quale fosse a loro parere il numero di assistiti per confrontarlo con quello "oggettivamente" stimato, pari a 6 milioni circa. Solo un terzo dei medici (32,3%) ha indicato in 4-8 milioni il numero che, all'incirca, corrisponde effettivamente al dato oggettivo (tab.9) (Fig. 5). Questa valutazione è stata espressa senza che apparissero differenze dovute all'età, al genere e all'area dei medici. La maggioranza dei medici

sottostima il fenomeno (52,8%) e una minoranza lo valuta in eccesso (15%). Viene sottostimato di più da parte dei medici del meridione (62%) e oltre i 60 anni (56,6%). La sottostima, almeno per quanto riguarda l'area geografica, potrebbe non essere una percezione ma un dato oggettivo, data la minor diffusione del fenomeno nelle regioni meridionali.

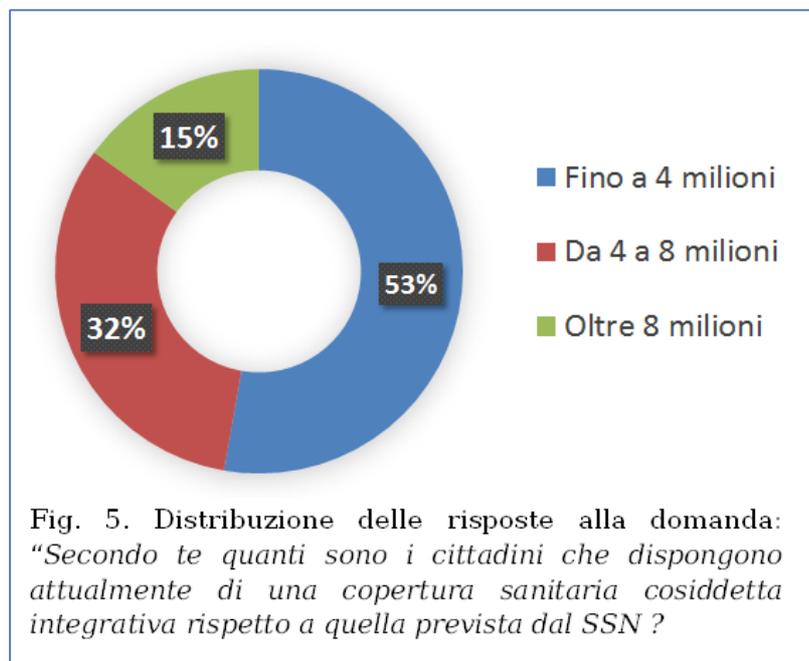


Fig. 5. Distribuzione delle risposte alla domanda: "Secondo te quanti sono i cittadini che dispongono attualmente di una copertura sanitaria cosiddetta integrativa rispetto a quella prevista dal SSN ?"

I medici invece hanno una buona cognizione del fenomeno quando si chiede quali sono le prestazioni assicurate (tab. 10) (Fig. 6). Circa il 77% dei medici indica le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici e quasi il 40% i ricoveri ordinari, come prestazioni sempre o quasi sempre contemplate nel novero dell'assistenza

integrativa. Un 12,2% cita anche le visite generiche. Anche questo risultato è simile al dato oggettivo: nella fase di primo sviluppo dell'assistenza integrativa, le prestazioni più coperte riguardavano i ricoveri, ma con la recente diffusione delle mutue e dei fondi, le coperture si sono allargate all'area della diagnostica. I dati della tabella 11 non mostrano l'esistenza di variazioni significative di valutazione in base a

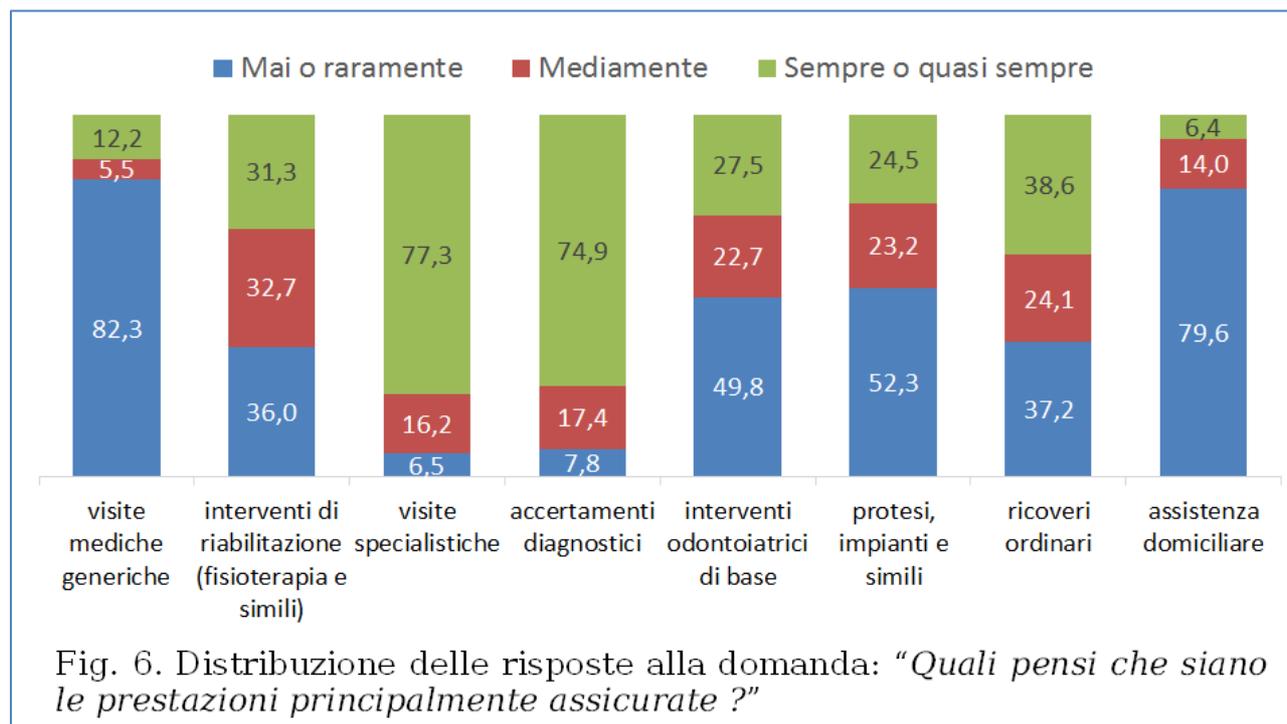


Fig. 6. Distribuzione delle risposte alla domanda: "Quali pensi che siano le prestazioni principalmente assicurate?"

età, area e genere.

Qual è la natura delle prestazioni cosiddette integrative? (tab.12) (Fig. 7). A questo proposito i medici si dividono in due gruppi paritari: 50,4% classifica le prestazioni come integrative e/o complementari e il 49,6% come sostitutive. Sono percentualmente di più i medici che valutano le prestazioni come sostitutive quelli del centro, tra i 40-49 anni e che lavorano nei centri urbani.

Il risultato ha una spiegazione: da un lato, i medici del centro, soprattutto nelle città, sono quelli che più vengono direttamente o indirettamente a contatto col fenomeno, sia perché ci sono più assicurati sia perché

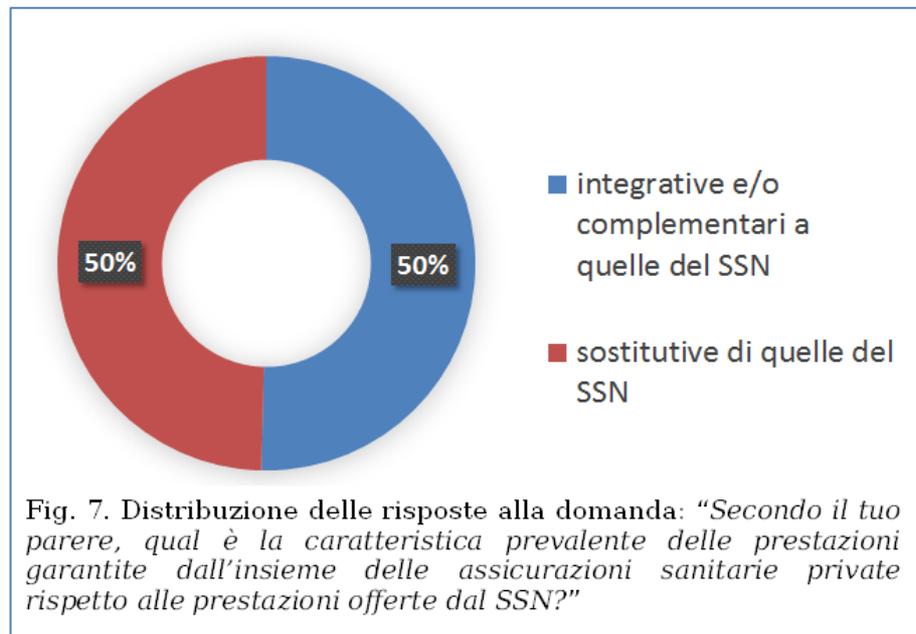


Fig. 7. Distribuzione delle risposte alla domanda: "Secondo il tuo parere, qual è la caratteristica prevalente delle prestazioni garantite dall'insieme delle assicurazioni sanitarie private rispetto alle prestazioni offerte dal SSN?"

l'informazione è più diffusa anche per via pubblicitaria; la ragione invece per cui i quarantenni/cinquantenni hanno questa percezione potrebbe dipendere dal fatto che questi sono più attenti all'esistenza di occasioni per espandere la loro clientela oppure semplicemente sono più recettivi verso le novità.

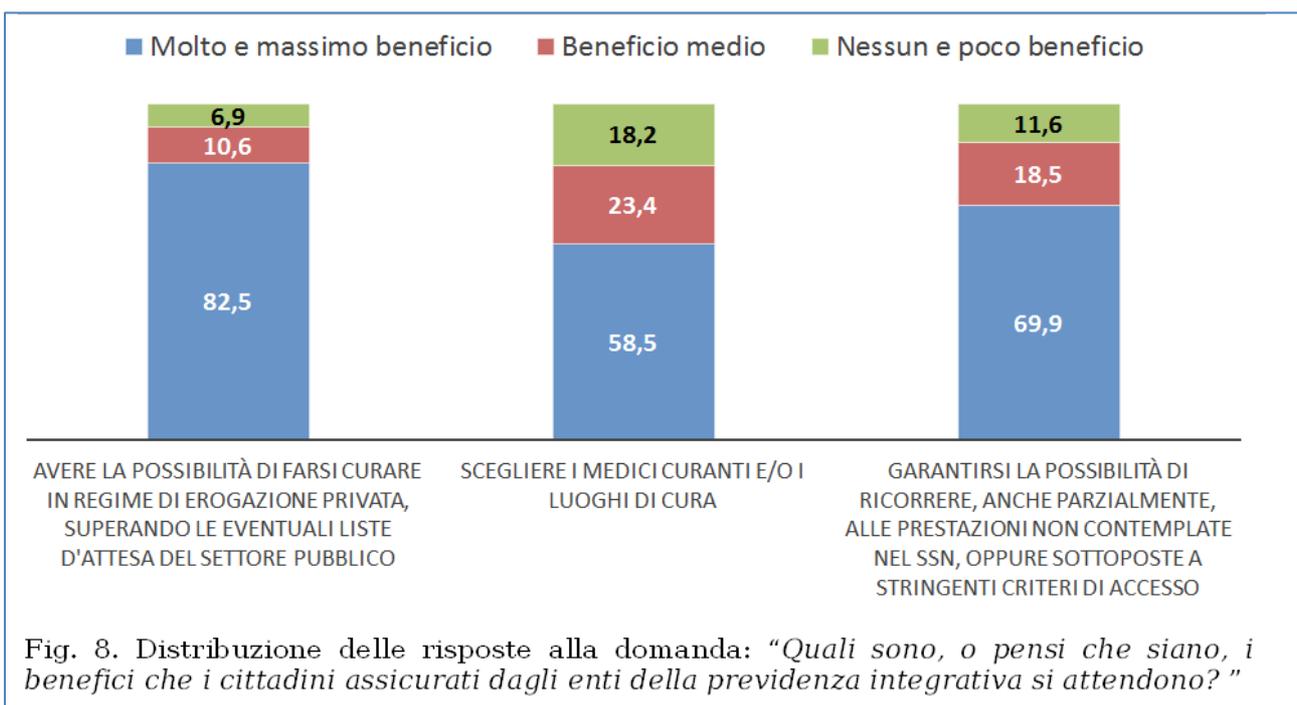
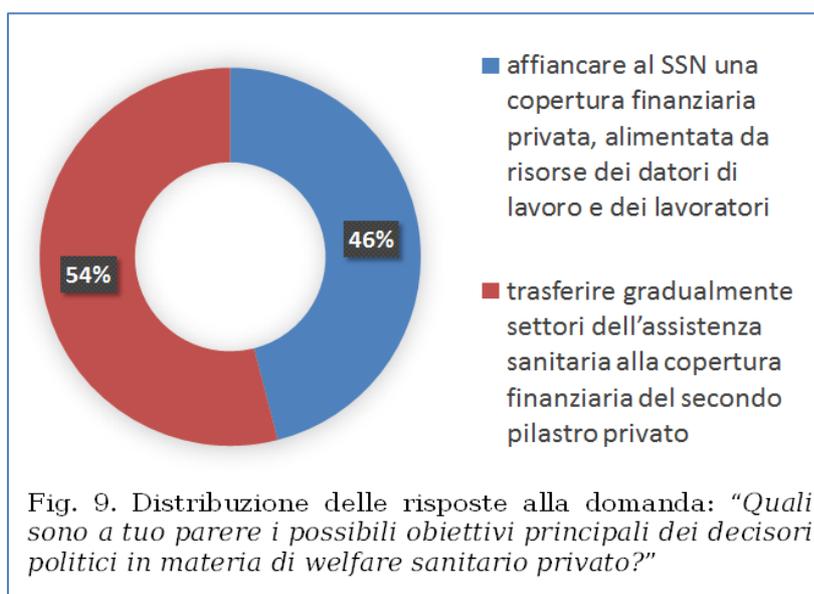


Fig. 8. Distribuzione delle risposte alla domanda: "Quali sono, o pensi che siano, i benefici che i cittadini assicurati dagli enti della previdenza integrativa si attendono?"

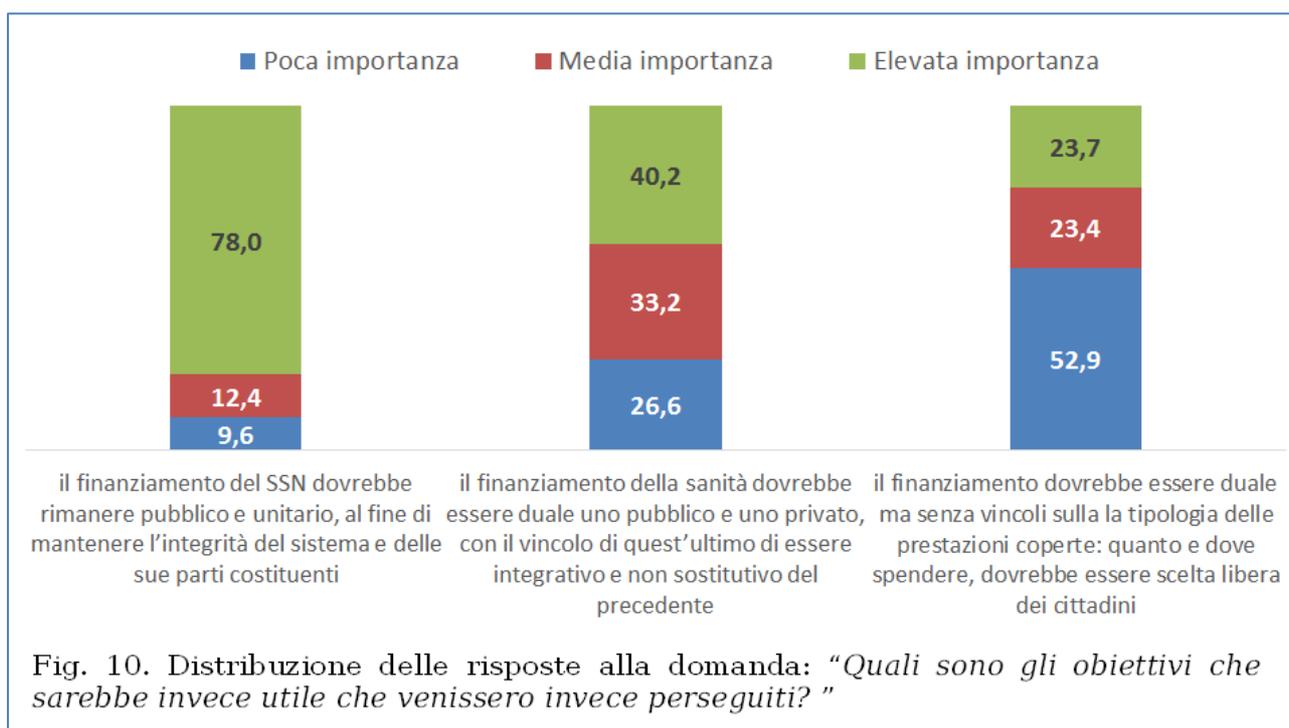
Secondo l'82,5% dei medici il maggior beneficio che i cittadini si attendono dall'assistenza cosiddetta integrativa è la possibilità di farsi curare privatamente, superando l'ostacolo delle liste d'attesa del settore pubblico (tabb. 13-14) (Fig. 8). Il 69,9% indica invece la possibilità di garantirsi le prestazioni complementari, quelle, cioè, non coperte dalla parte pubblica. E il 58,5% indica la possibilità di scegliere i medici curanti e il luogo delle cure. Sarebbe, a parere dei medici, che il motivo che riscuote il loro maggior consenso riguarda, per così dire, un fatto ostativo, ossia la possibilità di superare le liste d'attesa. Sarebbe maggioritaria l'opinione, cioè, che l'adesione alle coperture integrative non sia, dai più, riconducibile ad una questione di preferenza, ma invece alla effettiva impossibilità d'accesso al SSN, che viene peraltro prima di quelli che in teoria dovrebbero essere i motivi principali per cui si aderisce ad una copertura integrativa: scegliere i medici curanti e garantirsi le prestazioni non contemplate nel SSN. Sarebbe da porsi quindi una domanda: e se le liste d'attesa fossero fisiologiche e non elemento cardine per la limitazione dell'accesso? e se esistesse una correlazione tra liste d'attesa e diffusione delle coperture integrative? Se esiste o no questa correlazione potrebbe essere verificato con una metodologia e con dati diversi dal sondaggio in questione. Queste appena espresse sono semplici considerazioni che discendono da un ragionamento sulle opinioni espresse dai medici di medicina generale che come tali hanno il polso dello stato dell'utenza.

Si è chiesto, poi, ai medici di esprimere un parere a proposito dell'obiettivo che, a loro giudizio, i decisori politici hanno in materia di assistenza integrativa (tab. 16) (Fig. 9). Anche in questo caso i medici si suddividono in due parti sostanzialmente paritarie: il 54% pensa che i politici, attraverso la promozione e l'incentivazione allo

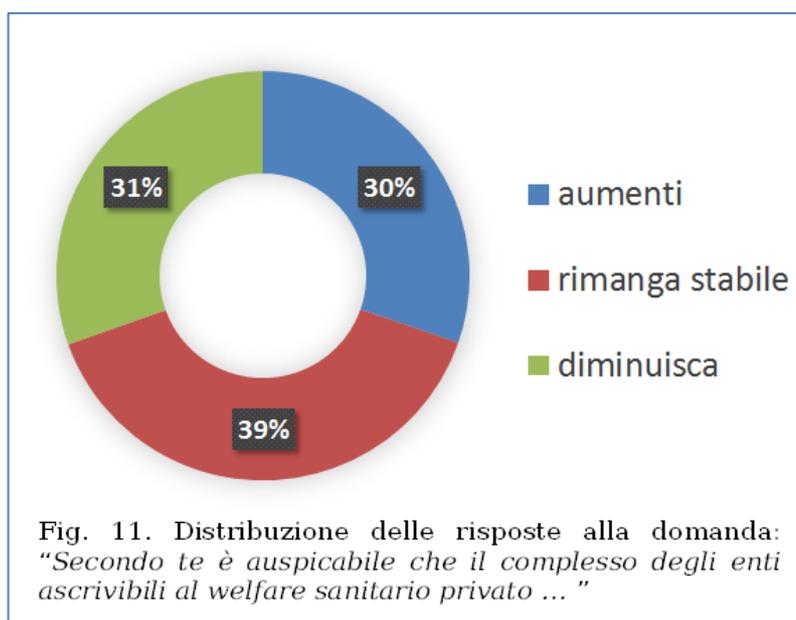


sviluppo delle coperture integrative, mirano a trasferire settori assistenziali al settore privato, mentre il 46% ritiene che vogliono solo affiancare la componente privata a quella pubblica. Non esistono differenze significative a proposito attribuibili a caratteristiche dei medici.

Quali sono gli obiettivi che invece i medici pensano debbano essere raggiunti dall'assistenza integrativa (tab. 17) (Fig. 10)? Per il 78% dei medici è molto importante che il finanziamento dell'assistenza rimanga pubblico al fine di garantire l'unitarietà del sistema. C'è però un 40,2% di loro che ritiene altrettanto importante il raggiungimento di un sistema dualistico alla condizione che sia sottoposto a un vincolo: l'assistenza deve rimanere integrativa. Quasi ¼ dei medici invece è ben disposto verso un sistema duale senza vincoli. C'è quindi, una buona parte di medici, che si mostra aperta a cambiamenti importanti del SSN.



Queste differenze di visioni si evidenziano con chiarezza quando si chiede ai medici se auspicano una crescita, una diminuzione o una stabilità delle istituzioni operanti nel settore del welfare sanitario privato (tab. 18) (Fig. 11). I medici si dividono in tre quote paritarie (intorno al 30%) tra le tre diverse possibilità, con una lieve superiorità della percentuale (39%) che opta



per la stabilità. Per l'aumento sono di più i medici dei centri urbani, operanti nelle aree centrali del paese, tra i 40-49 anni; per la stabilità sono di più i medici nel nordovest (49,1%), per la diminuzione quelli del meridione.

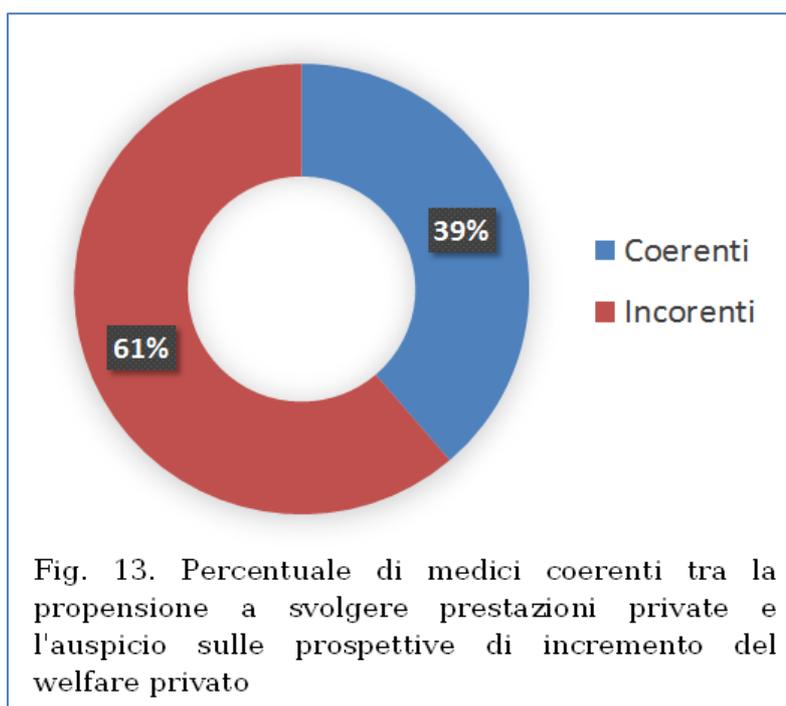
Si è ipotizzato che i medici che vedono con favore lo sviluppo degli enti ascrivibili al welfare sanitario privato siano anche quelli che sono disponibili ad aumentare le prestazioni a pagamento rispetto a quelle che fanno oggi e, viceversa, per quelli orientati a una diminuzione del welfare privato. I dati della tab. 19 correlano questi aspetti. Emerge che i medici che mostrano coerenza tra orientamento e disponibilità oscillano intorno al 50% (percentuali in diagonale); le percentuali degli stati di incoerenza (ad esempio, orientamento favorevole e non disponibilità) sono inferiori (Fig. 12).

Qual è la tua propensione rispetto alle prestazioni a pagamento, sia come tipo di prestazione che come quantità?	Secondo te è auspicabile che il complesso degli enti ascrivibili al welfare sanitario privato:			
	AUMENTI	RIMANGA STABILE	DIMINUISCA	TOTALE
NE FAREI DI PIÙ E ANCHE DI DIVERSO TIPO	46,0	30,4	23,7	100,0
VA BENE QUELLO CHE GIÀ FACCIO	21,6	51,7	26,6	100,0
NE FAREI DI MENO O NON LE FAREI AFFATTO	14,4	38,9	46,7	100,0
Totale	30,3	39,2	30,5	100,0

Fig. 12. Livelli di coerenza tra disponibilità alle prestazioni a pagamento e orientamento sulle prospettive di incremento del welfare privato

La tabella 20 permette di tracciare un profilo dei due gruppi emergenti, coerenti e incoerenti. Rivela, in primo luogo, che i coerenti sono il 61,3% e gli incoerenti il 38,7% (Fig. 13) ed, in secondo luogo, propone profili importanti da commentare:

- Area geografica: incoerenti di più nel meridione (68,8% rispetto ad una % media totale del 61,1%)
- Centro/ periferia: incoerenti di più nelle zone rurali (65%)



- Pazienti in carico: incoerenti i medici che hanno fino a 900 pazienti
- Età: incoerenti di meno tra i giovani (54,9%)
- Per i coerenti l'andamento dei dati è tendenzialmente il reciproco.

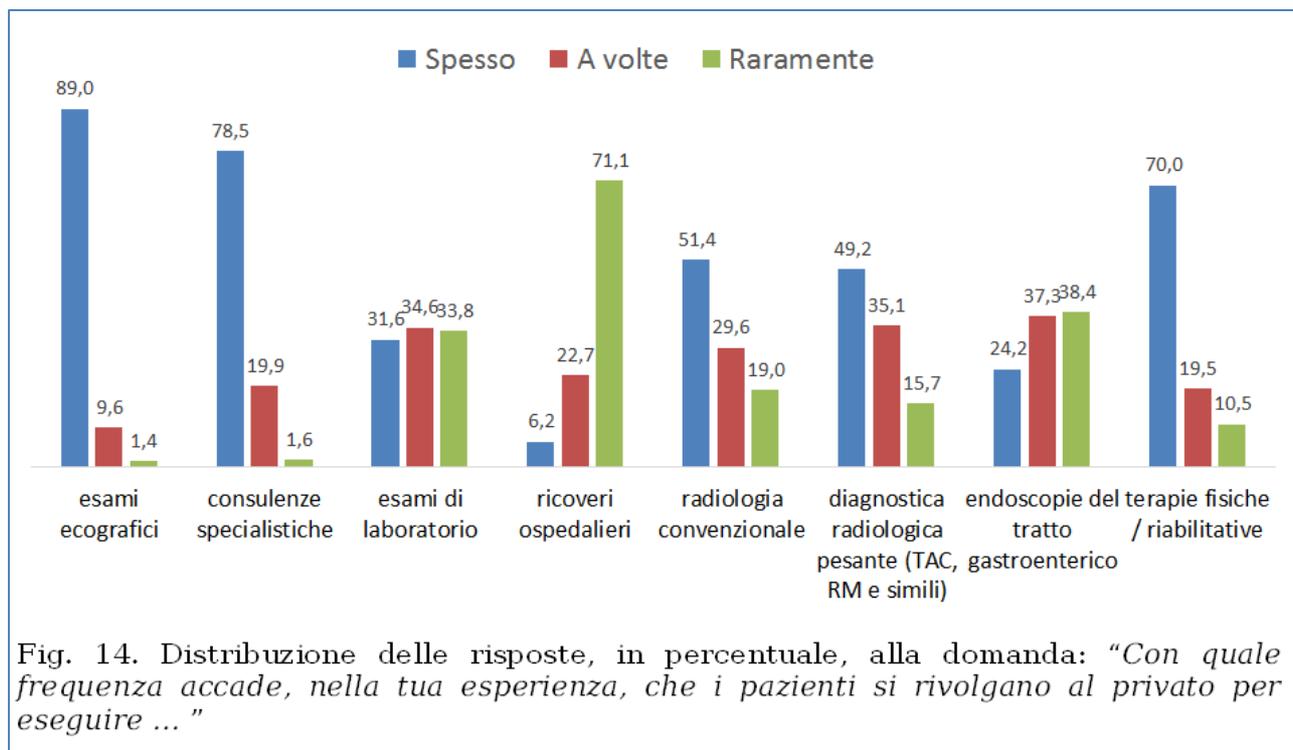
Una possibile interpretazione è la seguente: l'esistenza del 40% di medici incoerenti potrebbe significare che la diffusione dell'incertezza non è poca. E, cioè, se da un lato i medici di medicina generale riescono a scorgere elementi di interesse nel welfare sanitario privato, manifestano, dall'altro, alcune perplessità (considerando che il loro ruolo nel SSN è fortemente integrato con l'istituzione pubblica). Tale incertezza riguarda in misura tendenzialmente superiore quei medici che sono meno esposti, per luoghi e territori ove lavorano e per "inesperienza" (i giovani), rispetto agli ambienti ove le innovazioni si esplicano con maggiore rapidità e diffusione; il dato di fatto è che il fenomeno dei fondi e delle assicurazioni è un fenomeno essenzialmente urbano soprattutto del centro nord.

Il dato generale che emerge dall'insieme delle domande volte a mappare la conoscenza che i medici di medicina generale hanno del settore può essere riassunto in questi termini. I medici hanno consapevolezza del fenomeno soprattutto nelle aree del paese dove questo è più diffuso. Ciononostante, esiste una non trascurabile incertezza di orientamenti e, comunque, atteggiamenti non contrari a sperimentare le novità. C'è consapevolezza che le prestazioni assicurate non sono solamente quelle integrative. A differenza degli obiettivi che i medici vedono nella politica, essi ritengono che il welfare privato debba espandersi sul versante integrativo, ma non ritengono improprio un intervento anche sul versante sostitutivo, con un netto cambio d'assetto del SSN. Sono aperti all'innovazione più di quanto si potesse immaginare, considerando che il loro ruolo è, comunque, fortemente integrato nel pubblico; riconoscono, infine, che i cittadini sono, in un certo senso, "costretti" ad avvalersi del privato a causa delle liste d'attesa del SSN. Estendendo questa interpretazione si potrebbe dire che i medici non credono che stia emergendo una "propensione collettiva" verso il privato nell'opinione pubblica, ma attribuiscono il fenomeno ad una conseguenza dello stato attuale e delle inefficienze del SSN.

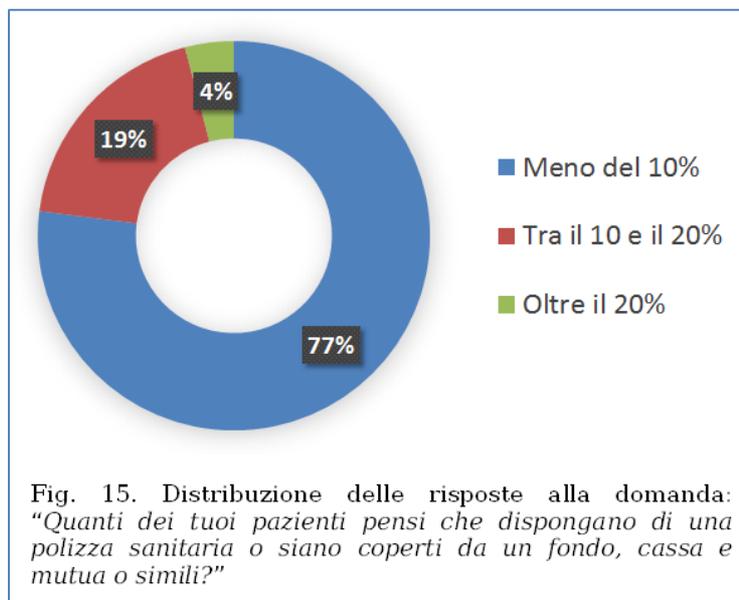
Esperienze dei medici di medicina generale sul welfare sanitario privato

Il livello di conoscenza, gli orientamenti, gli atteggiamenti e le attese sono influenzati dall'ambiente in cui i medici di medicina generale lavorano; altrettanta importanza dovrebbero avere le esperienze concrete, o le eventuali occasioni di gestire situazioni e pazienti riconducibili all'assistenza integrativa.

Si è chiesto al medico con quale frequenza è capitato, nel corso del suo lavoro, di trattare pazienti che hanno richiesto prescrizioni di vario tipo. L'89% dei medici



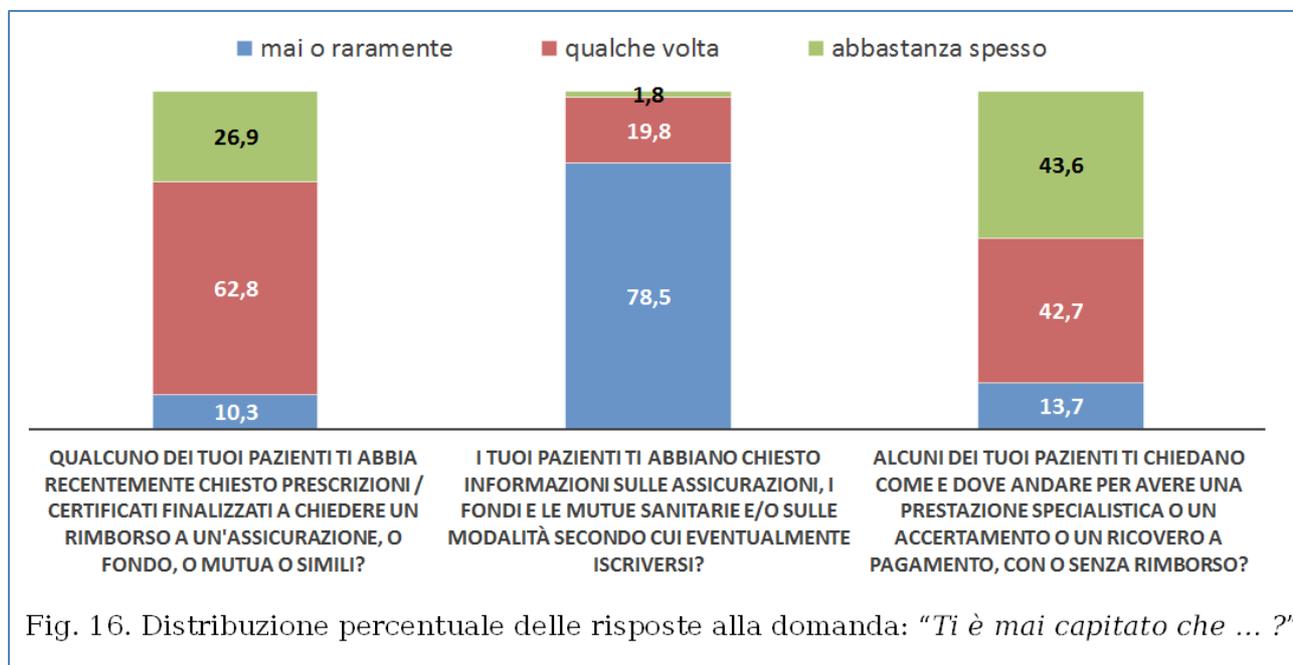
indica le ecografie, il 78,5% le consulenze specialistiche e il 70% le terapie fisiche e di riabilitazione come prestazioni a maggior frequenza di richiesta (tab. 22). Queste prestazioni ricevono infatti il punteggio medio più elevato: oltre il 4% in una scala da



1 a 5. Importante è il dato secondo cui ben il 77% dei medici dichiara che tra i pazienti in carico quelli che, in base alle sue conoscenze, hanno una polizza o la copertura mutualistica o di un fondo, sono il 10%. Tale percentuale è più elevata tra i medici del meridione, delle zone rurali e con meno pazienti, coerenti con quanto emerso in precedenza a proposito del ruolo

che hanno queste caratteristiche sul fenomeno (tab. 23) (Fig. 15). Il dato del 10% è vicino, inaspettatamente, a quello oggettivo. Oltre il 90% dei medici dichiara che, sporadicamente o mai, gli è capitato che i pazienti abbiano chiesto prescrizioni o certificazioni finalizzate a chiedere un rimborso a un'assicurazione o simili (tab. 24). Un risultato analogo, anche se più accentuato, si ottiene quando si chiede al medico

se i pazienti hanno chiesto informazioni sulle assicurazioni e simili istituzioni (circa il 98% dei medici dichiara mai o qualche volta) (tab. 25).

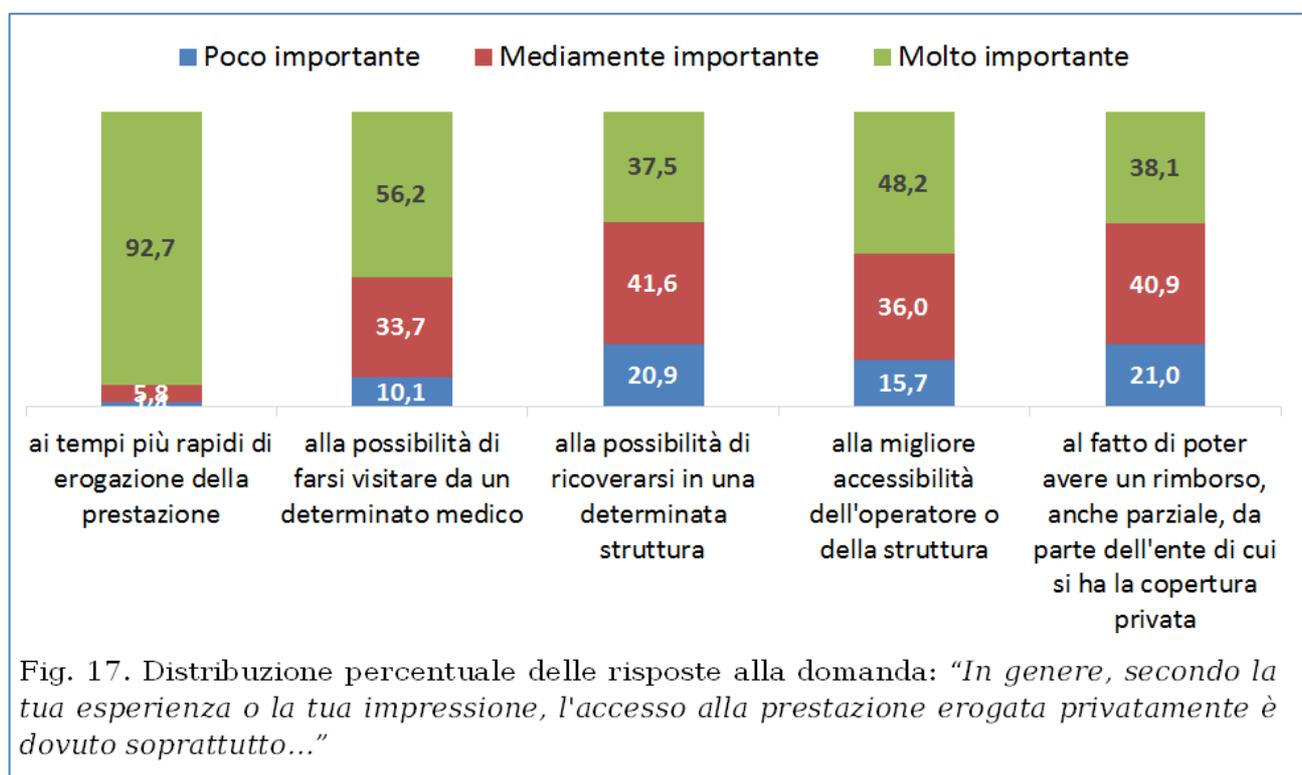


Questi dati mostrano un fatto interessante: i medici di medicina generale, se si osserva la loro esperienza quotidiana, sono sostanzialmente fuori, per così dire, del mondo delle logiche assicurative e mutualistiche, per il fatto che quando i pazienti sono assicurati per prestazioni e servizi, non c'è interesse e ricaduta per gli stessi medici di medicina generale. Non ce ne è quasi traccia, infatti, nella loro esperienza quotidiana. Ne discende, in via logica, che solo se i medici di medicina generale trovano un ruolo operativo utile e adeguato ai nuovi assetti emergenti, solo se si realizzasse o si programmasse per loro, uno spazio istituzionale di utilità generale, sia per il SSN che per gli enti del welfare privato, l'incertezza che ancora caratterizza i loro orientamenti potrebbe affievolirsi. Già oggi i terzi paganti, profit e non profit, non possono esimersi dallo svolgere un controllo, ex ante ed ex post, sui consumi e lo mettono in pratica secondo procedure tradizionali di origine assicurativa (titolarità della prestazione assicurata, analisi documenti e fatture, ecc.) che dovranno necessariamente avere un'evoluzione diversa nel caso in cui gli utenti e i consumatori assicurati divenissero milioni e milioni. Qualora questa realtà configurasse un vero secondo pilastro di welfare, è infatti impensabile che eventuali inefficienze economiche possano tradursi in un aumento dei premi o contributi.

L'86,3% dei medici dichiara che i pazienti chiedono con frequenza indicazioni sulle

modalità e sui luoghi ove ottenere le prestazioni specialistiche. In sostanza, i medici di medicina generale sono i professionisti che posseggono la chiave dell'operatività dei livelli superiori del sistema (tab. 26) (Fig. 26). Assicurazioni e enti simili difficilmente possono o potranno prescindere da questa prassi consolidata. In un modo o nell'altro, la massa critica della popolazione, ad eccezione di alcuni piccoli strati, si riferirà ai medici di medicina generale, anche in considerazione del fatto che assicurazioni e fondi, una volta allargati su larga scala e in termini di copertura, non potranno esimersi dal controllo dei rischi. Andranno cioè soggetti al cosiddetto "moral hazard", ovvero a quei tipi di comportamenti di consumo, in letteratura documentati e misurati, dovuti al fatto che gli assicurati hanno maggiori propensioni al consumo (nel nostro caso si tratterebbe peraltro di assicurati doppi, SSN e welfare privato). Senza escludere quella che si chiama "selezione avversa", ovvero il rischio che ad assicurarsi siano le persone che più hanno o avranno bisogno di prestazioni sanitarie. E' pur vero che l'entrata come utenti nei fondi e nelle mutue avviene per lo più attraverso l'appartenenza a grandi gruppi, ad esempio categorie di lavoratori, dipendenti di aziende, ecc., ma questo non è sufficiente ad escludere completamente il verificarsi di selezione avversa e dei problemi che questa comporta.

L'ultima domanda di questa sezione ha riguardato le motivazioni per cui, secondo i medici, i pazienti ricorrono alle prestazioni private. In una scala da 1 a 10, in base all'esperienza dei medici di medicina generale, l'accesso alle prestazioni private è,



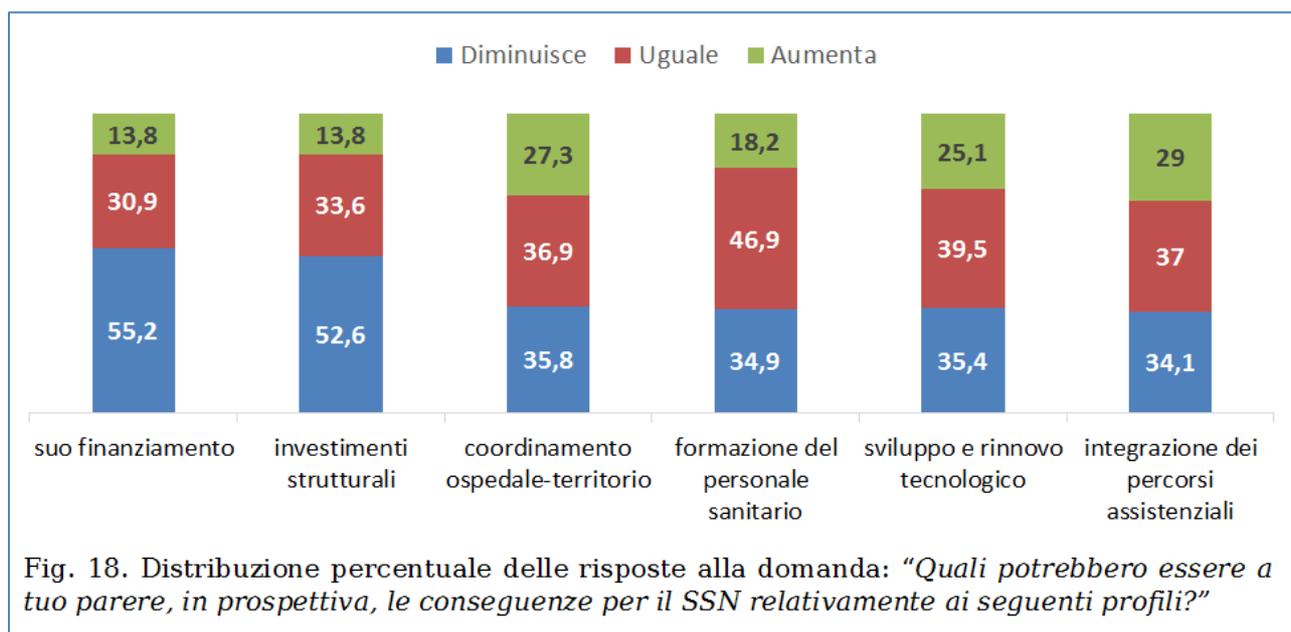
secondo loro, dovuto per lo più ai tempi più rapidi per usufruire della prestazione. Il dato è coerente con quanto emerso in precedenti tabelle.

Conseguenze della crescita del welfare sanitario privato

Si è partiti dall'ipotesi secondo cui l'espansione del welfare privato laddove già esiste un SSN e, cioè, una copertura pubblica obbligatoria largamente onnicomprensiva, non può non avere conseguenze sotto molti profili e che, trattandosi di cambiamenti sistemici, è inevitabile che alcuni attori e *stakeholders* possano essere, dai nuovi assetti, favoriti ed altri penalizzati.

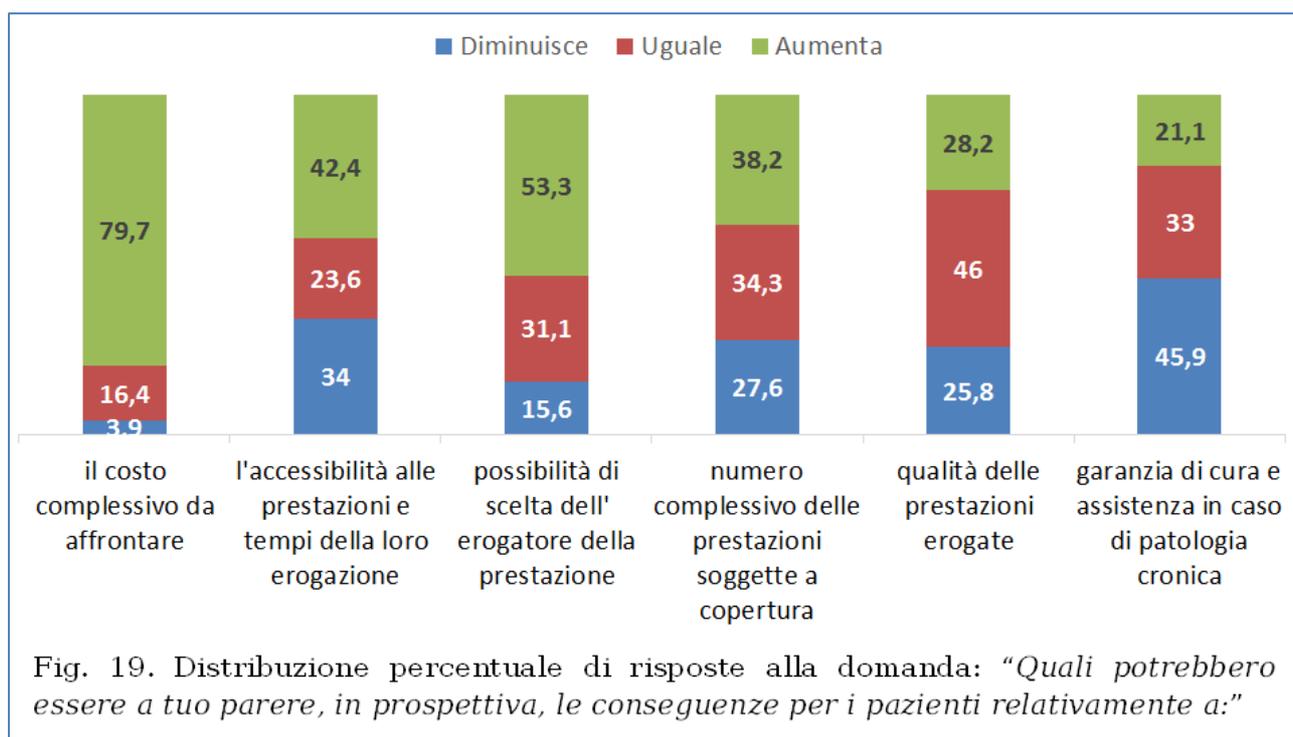
Si è quindi chiesto ai medici (tab. 29) (Fig. 18) se lo sviluppo del welfare privato avrà conseguenze per il SSN in ordine a:

- Finanziamento del SSN: il 55% dei medici (il 62% dei quarantenni) ritiene che diminuirà e quasi il 31% che rimarrà stabile
- Investimenti strutturali: come nel caso precedente
- Coordinamento ospedale-territorio: diminuirà (per il 35,8% dei medici), rimarrà uguale (per il 36,9%) oppure aumenterà (per il 27,3%); i medici si rappresentano a questo riguardo come divisi in tre gruppi sostanzialmente paritari
- Formazione del personale: per il 46,9% rimarrà uguale
- Sviluppo e rinnovo tecnologico: i medici si dividono in tre gruppi tendenzialmente paritari (minore è il gruppo di quelli che indicano l'aumento: 25%)
- Integrazione dei percorsi assistenziali: tre gruppi tendenzialmente paritari (minore il gruppo di quelli che indicano l'aumento: 29%)



In sostanza c'è maggior accordo riguardo alla previsione secondo cui a soffrire saranno le risorse e gli investimenti; rispetto agli altri profili, invece, che sono peraltro quelli relativi ad aspetti direttamente connessi alla professione, l'incertezza è maggiore, considerato che non emerge un'opinione prevalente.

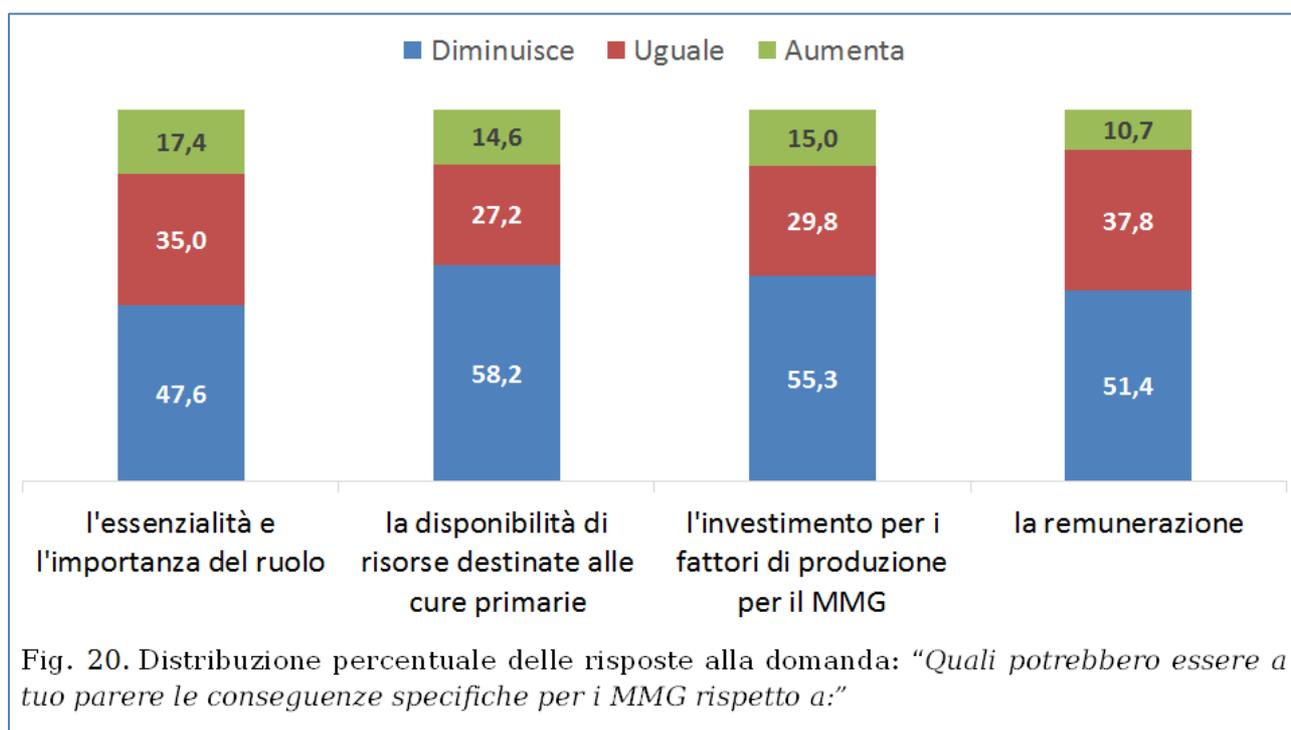
Simile domanda è stata posta per sondare quali, a detta dei medici, sono le conseguenze per i pazienti (tab. 30) (Fig. 19). A questo proposito i giudizi sono netti: quasi l'80% dei medici ritiene che il costo delle cure aumenterà, circa il 45% ritiene che diminuiranno le garanzie per i cronici, mentre oltre il 50% pensa che aumenteranno gli spazi per la scelta del curante e del luogo di cura. Sugli altri aspetti (accesso e tempi di erogazione; numero delle prestazioni assicurate o coperte, qualità delle prestazioni) i medici sono divisi in gruppi più o meno simili, ad eccezione della maggior percentuale di quelli che ritengono che la qualità delle prestazioni non cambierà. Complessivamente, l'impressione è che i medici pensino che, complessivamente, va messo in conto che per gli utenti aumenteranno i costi, e che anche sui benefici le attese non sono automaticamente tutte in positivo.



Scetticismo "ideologico" oppure previsioni realistiche? Sicuramente, valutazioni competenti da parte di attori che stanno tutti i giorni in "azione sul campo" e sanno per esperienza "come vanno le cose" in sanità.

Per i medici di medicina generale le conseguenze sono dai più (intorno al 50%) considerate in negativo (tab. 31) (Fig. 20). Per il 47%, infatti, l'essenzialità del ruolo

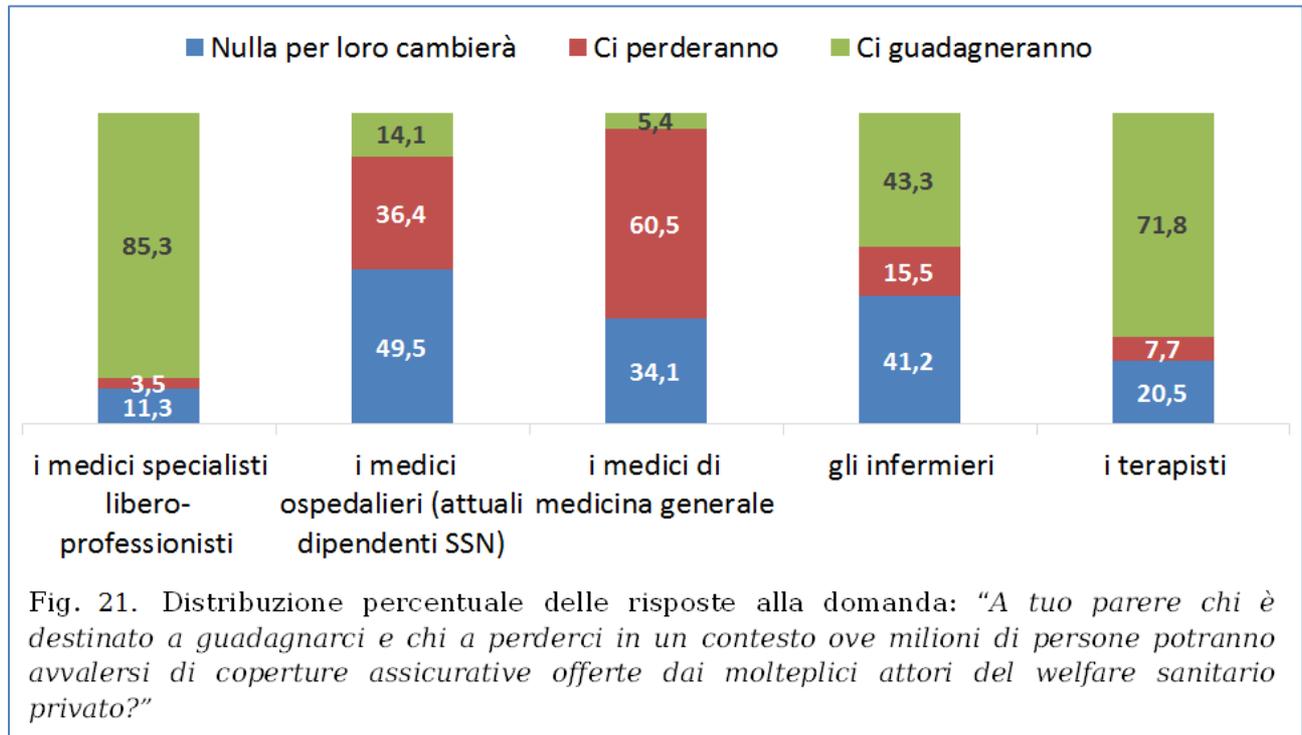
diminuirà; per il 58% diminuiranno le risorse destinate alle cure primarie; per il 55% diminuiranno le risorse per i fattori di produzione riguardanti l'assistenza primaria e per il 51% anche la remunerazione. Il bicchiere è vuoto, oppure mezzo vuoto o mezzo pieno? Innanzi tutto c'è da dire che un terzo dei medici ritiene che nulla cambierà rispetto agli aspetti sopra citati. E solo il 10-15% ritiene invece che il cambiamento sarà in positivo.



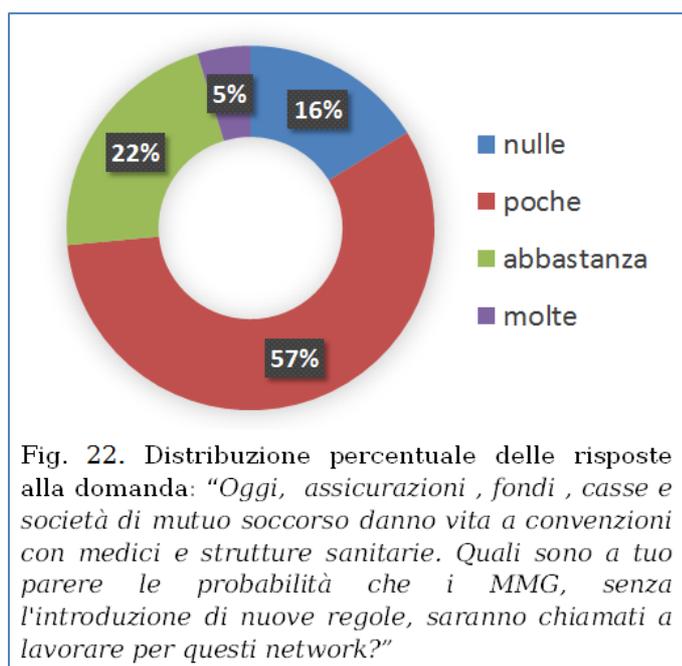
Una lettura complessiva dei risultati mette in evidenza che il giudizio negativo non è però compatto. In tale direzione si esprime solo la metà dei medici di medicina generale e, il fatto che l'altra metà si collochi diversamente, è già esso stesso un segno di positività. L'attesa, infatti, era che la categoria esprimesse una valutazione in negativo nella sua stragrande maggioranza, per il semplice fatto che, attualmente, i medici di medicina generale sono semplici osservatori del cambiamento, non essendo stati mai coinvolti nelle dinamiche del welfare sanitario privato.

Ed infine, chi ci guadagnerà e chi ci perderà nel contesto dei nuovi assetti emergenti? A perderci saranno i medici di medicina generale (secondo il 60,5%), mentre a guadagnarci saranno gli specialisti liberi-professionisti (per l'85,3% dei medici) e i terapisti della riabilitazione (il 71,8%). Il 49% dei medici pensa che i medici dipendenti ospedalieri non sperimenteranno un cambiamento derivante dal welfare privato (tab. 32) (Fig. 21). Trattandosi in questo caso anche di medici specialisti, ci si aspettava che fosse superiore la percentuale di quelli che consideravano questa categoria come vincente.

E' probabile che la minor percentuale osservata nei risultati sia dipesa dal fatto che si tratta di una categoria di dipendenti che, comunque, sottostanno in tale ruolo a vincoli relativi alla libera professione che possono, in qualche forma e misura, limitarne o circoscriverne le potenzialità.



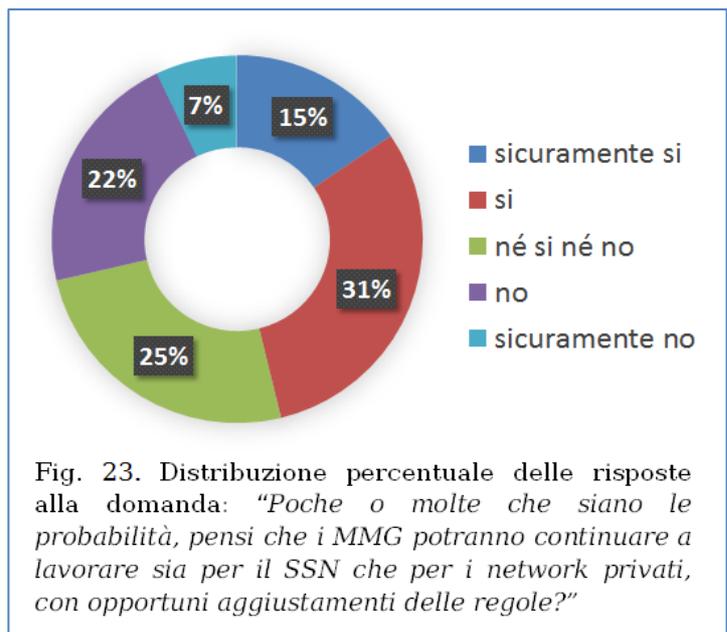
A proposito della possibilità per i medici di medicina generale di collaborare con le istituzioni del welfare privato, invece, si è chiesto loro se ritenevano che tali possibilità potessero essere oggi effettive, anche senza cambiare le regole che governano l'esercizio professionale.



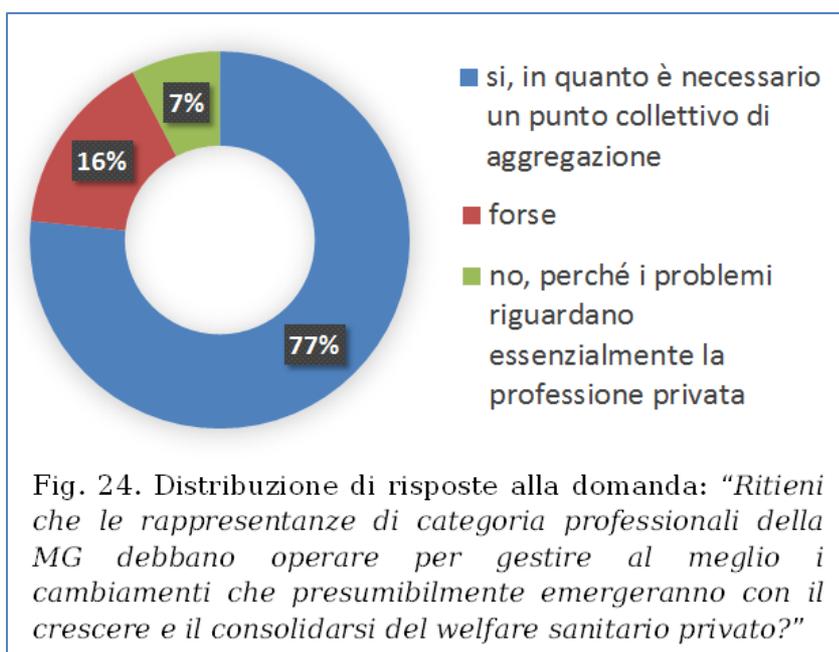
Il 73,5% dei medici ritengono che oggi tali possibilità sia poche o nulle (tab. 33) (Fig. 22). Per il 21,8% le possibilità sono abbastanza e per il 4,8% molte. E, cioè, i tre quarti dei medici, senza distinzione di età, genere e area, pensano che a tal fine occorra cambiare le regole. Mentre gli specialisti e i medici dipendenti ospedalieri sono liberi di esercitare nel privato o hanno le possibilità dell'intramoenia, per i medici di

medicina generale questi “varchi” sono preclusi. Sia perché gli utenti assicurati cercano prestazioni specialistiche e di diagnostica, che sono poi quelle assicurate privatamente, sia perché, al momento, i medici di medicina generale debbono gestire, per conto del SSN, il cosiddetto territorio, la cronicità, la domiciliarità, ecc. Bisognerebbe metter mano alle regole e definire una nuova strategia complessiva per verificare, insieme alle istituzioni del welfare sanitario privato, vincoli e opportunità anche per la medicina generale.

Specificamente, i medici di medicina generale ammettono (46,2% positivi al riguardo) che con opportuni aggiustamenti delle regole, siano effettive le probabilità di collaborazione col privato e, allo stesso tempo, le possibilità di mantenere integro il ruolo nel SSN. Il 28,6%, invece, ritiene di no; percepisce, probabilmente, l’esistenza di una sorta di incompatibilità e, comunque, poche reali possibilità di concretizzare la collaborazione tra SSN e welfare privato (tab. 34) (Fig. 23). Sono più i medici quarantenni



che lavorano nelle zone rurali del meridione a non pensare che i due ruoli (pubblico e privato) si possano conciliare e reciprocamente beneficiare. C’è da chiedersi allora



quali potrebbero essere le ragioni di tale valutazione. Si potrebbe ipotizzare che questi segmenti della categoria siano quelli più tradizionalisti, oppure che il loro modo di vedere dipende dal fatto che, al momento, disporrebbero di uno scarso numero di pazienti e, comunque, che il mercato privato, nei territori ove risiedono, è

molto contenuto. In altri termini, la consapevolezza della esiguità del mercato privato, profit o non profit, che è un dato oggettivo del meridione, induce a pensare che si debba puntare sul SSN come sola e principale fonte di lavoro.

Il 76,6% dei medici pensa che le rappresentanze di categoria dei medici di medicina generale, debbano operare per gestire al meglio i cambiamenti che possono derivare dallo sviluppo del welfare sanitario privato (tab. 35) (Fig. 24). Ammettono anche (42,9%) che al momento le problematiche riconducibili al welfare privato sono per lo più fonte di stress e che, per questa ragione, auspicano (63,5%) addirittura un decremento delle istituzioni, profit e non profit, che rappresentano questo settore (tab.36). Quasi il 40%, invece, pensa che il welfare privato sia un'opportunità importante da non perdere e, di conseguenza, auspicano uno suo ulteriore sviluppo.

In conclusione, i medici di medicina generale sono consapevoli della grande complessità del tema; le valutazioni che su più fronti, in ordine alle possibili conseguenze per il SSN, per i pazienti, per il ruolo stesso dei medici, vengono espresse, mostrano preoccupazione, ma, sotto molti aspetti, anche interesse. E' evidente l'incertezza del giudizio, lontano da visioni compatte ed omogenee. Ad alcuni atteggiamenti di apertura, corrispondono timori e dubbi. Significativa condivisione c'è invece nel vedere le rappresentanze sindacali quali soggetti che possono meglio interpretare e gestire il cambiamento e, quindi, elaborare una prospettiva.

Il percorso che si delinea in tale direzione non sembra comunque agevole, in relazione alla complessità delle dinamiche da affrontare, ma anche rispetto alla eterogeneità degli orientamenti della stessa categoria, composta da professionisti più disponibili a sfide e cambiamenti, ma anche da coloro che manifestano atteggiamenti più "lenti" e tradizionalisti. La percezione derivante da una lettura complessiva dei dati, è che non ci si trovi, comunque, davanti a muri invalicabili. In fondo, la novità è tale, che difficilmente poteva aspettarsi un'unitarietà di vedute. E' indubbio che se il welfare privato da fenomeno di "nicchia", per qualche fascia professionale o categoria socioeconomica, come è stato fino a poco tempo fa, aspira a diventare il secondo pilastro, globalmente diffuso, deve saper elaborare e proporre una visione e una strategia inclusiva, che dovrà senz'altro tener conto dell'appropriatezza prescrittiva e dei consumi sanitari. E la medicina generale si colloca, in questo ambito, in una condizione comunque privilegiata, in grado di far sintesi, come nessun altro, tra le esigenze assistenziali del paziente e quelle economico-gestionali di un sistema, sia esso sostenuto unicamente dal pubblico che da un doppio pilastro

pubblico - privato. I medici di medicina generale possiedono, cioè, le caratteristiche più adeguate per diventare comunque i referenti principali dell'assistenza sanitaria anche rispetto ad un nuovo assetto del sistema sanitario del nostro Paese.

Strategie e scenari di partecipazione dei medici di medicina generale ad un modello duale di sistema sanitario

L'ultima parte del questionario affronta un aspetto fondamentale del problema. In quale dei possibili scenari i medici di medicina generale vedono, anche per la loro categoria, un possibile futuro? Lo sviluppo del welfare privato può, in linea di principio, esplicarsi secondo più modalità o modelli. Il suo sviluppo può rimanere "spontaneistico", mosso da eventi, iniziative, provvedimenti di "nicchia", senza una evidente regia generale (come è avvenuto, sostanzialmente, finora), oppure il modello di sviluppo viene assunto dal legislatore, che interviene attraverso la definizione delle regole di governo del settore, soprattutto quelle che riguardano gli ambiti di confine tra il primo pilastro, pubblico, e il secondo, privato. Tali infatti rimarrebbero le identità dei due settori, anche se la loro combinazione dovrebbe avere l'obiettivo e la funzione del miglioramento del benessere collettivo.

Il tema è complesso e difficile è stato il tentativo di declinarlo in poche domande. Si è cercato, in particolare, di delineare due modelli o scenari, come questi sono identificabili nella letteratura e nell'analisi comparata dei sistemi sanitari. I due scenari sono stati così definiti:

- **Scenario 1:** le prestazioni garantite dal welfare privato devono essere esclusivamente quelle integrative e complementari per evitare che i cittadini/datori di lavoro debbano contribuire a finanziare le stesse prestazioni due volte e per non favorire una concorrenza inefficiente tra il settore pubblico, fondato sul principio dell'universalità, e quello privato, fondato sugli interessi, seppur legittimi, degli aderenti
- **Scenario 2:** le prestazioni del welfare privato possono essere anche quelle garantite dal SSN e, quindi, essere rispetto al SSN sostitutive (ad esempio, il SSN copre tutti i tipi di ricovero o tutti i tipi di prestazioni specialistiche o di accertamenti e così fa anche il welfare privato)

Per forza di cose, le sintesi non sono perfette. La differenza tra i due modelli però si gioca molto sulla tipologia delle coperture, ovvero delle categorie delle prestazioni da loro garantite. E' analiticamente ed empiricamente essenziale, infatti, stabilire anche per il welfare privato quali sono o saranno, per così dire, i suoi LEA, al pari di quanto

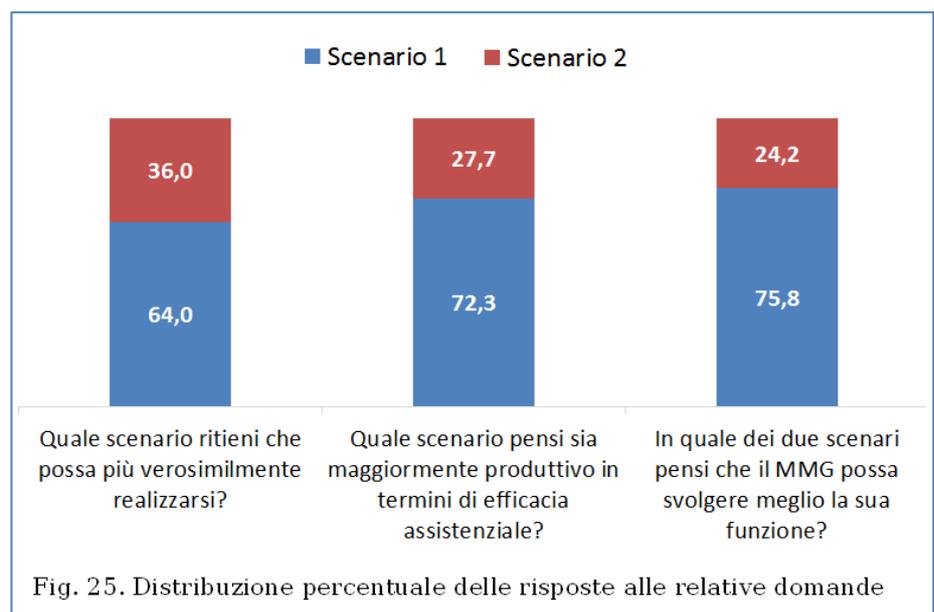
si fa per il SSN. La tipologia delle prestazioni è infatti una condizione necessaria, ma non sufficiente, nel senso che non basta a definire e trattare la tipologia dei modelli, di cui la letteratura di teoria e di ricerca empirica è particolarmente ricca.

È logico che fa differenza se il welfare privato, in uno scenario di secondo pilastro, assicura le prestazioni che non sono contemplate tra i LEA del SSN, oppure se offre ai suoi iscritti le medesime prestazioni già garantite dallo stesso SSN. Facile è osservare che, se anche la prestazione è ricompresa nei LEA del SSN e poi, di fatto, il suo accesso è limitato, laborioso, talvolta impossibile, la sua erogazione da parte di un welfare privato non si configurerebbe come un “doppione” di quella pubblica, di cui si propone in sostituzione per la migliore praticabilità.

La questione fondamentale cioè, è far sì che la contemplazione della prestazioni tra LEA non sia solo un teorico elemento di diritto, ma l’erogazione della prestazione relativa venga garantita di fatto. La non corrispondenza tra i due profili (la garanzia teorica della erogabilità e la mancata erogazione di fatto) dovrebbe essere considerata una manifestazione di inefficienza del sistema che andrebbe sanata, oppure trattata diversamente nelle sue conseguenze se diventa insanabile. Coerenza e razionalità richiederebbero, in tal caso, che meglio sarebbe riconsiderare l’appartenenza delle prestazioni tra i LEA, con tutte le conseguenze che ne dovrebbero derivare sul piano dell’organizzazione e della finanza del SSN. Quello di “far finta” che tale problema non esiste nel momento in cui il welfare privato (che peraltro non è gratis, e al momento ancora lontano da essere sistema) se ne fa carico, non risolve la questione di fondo: il diritto alle cure in base a standard che il Paese può permettersi e vuole democraticamente perseguire.

Dopo aver definito quindi i due scenari, ai medici è stato chiesto (tab. 37) (Fig. 25) :

- Quale scenario ritieni che possa più verosimilmente realizzarsi? Il 64% dei medici ha indicato lo scenario integrativo / complementare (i medici giovani sono addirittura il 93,1%).



- Quale scenario pensi sia maggiormente produttivo in termini di efficacia assistenziale? Il 72,1% ha indicato il primo scenario. Sono 79,7% i giovani medici che danno questa indicazione.
- In quale scenario pensi che il medico di medicina generale possa svolgere meglio la sua funzione? Il 75,8% dei medici indica il primo scenario. Come sopra i medici giovani sono di più (90,2%).

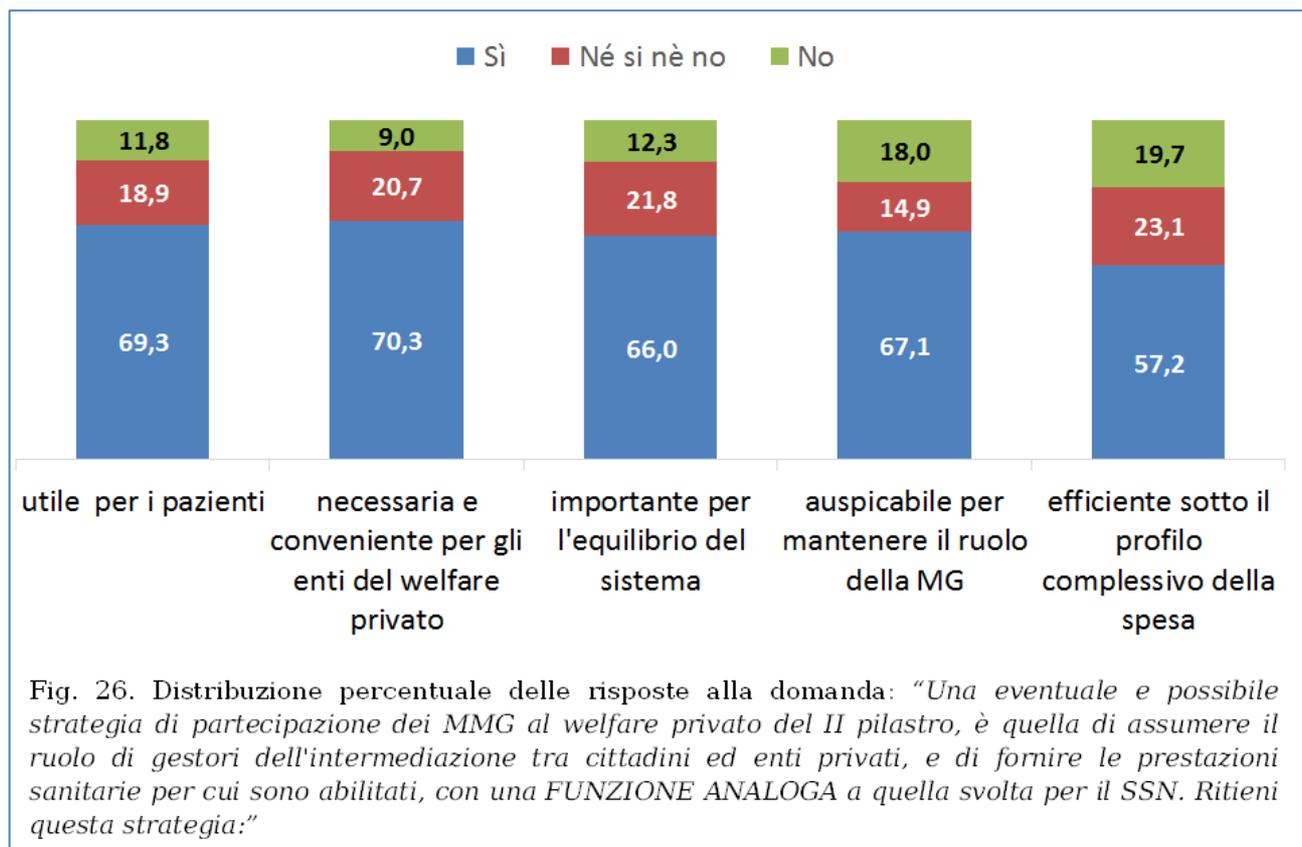
Non è inutile commentare i risultati, perché i dettagli si prestano a considerazioni importanti. Innanzitutto sono il 36% i medici che pensano che lo scenario che si realizzerà non sarà quello integrativo/complementare, ma quello cosiddetto sostitutivo. E sono intorno a $\frac{1}{4}$ i medici che ritengono questo secondo scenario più efficace e migliore per la collocazione della propria categoria. In sostanza, si tratta di oltre $\frac{1}{3}$ e di $\frac{1}{4}$ di medici che hanno visioni alternative. Sono questi medici quelli più informati, più attenti allo svolgersi dei cambiamenti in atto, i più disponibili ad innovare, oppure semplicemente i più realisti? Rappresentano un terreno per introdurre novità anche in questo settore del SSN, oppure una semplice minoranza seppur numericamente non trascurabile?

Si è proposto poi ai medici una possibilità concreta secondo cui potrebbe realizzarsi un modalità di collaborazione tra medicina generale e welfare privato: i medici di medicina generale potrebbero svolgere per gli enti del welfare privato un ruolo se non analogo, abbastanza vicino o comunque ispirato a quello che svolgono per il SSN, di cui hanno dimestichezza ed esperienza, il ruolo di gestori dell'intermediazione tra cittadini assicurati e sistema di erogazione, pubblico o privato che sia.

Tale ruolo, ovviamente, andrebbe disegnato *ad hoc*, per evitare che finisca con l'essere un intralcio all'accesso alle prestazioni, che è proprio una delle ragioni per cui la gente si rivolge al privato. Il criterio secondo cui potrebbe essere disegnato questo ruolo, dovrebbe basarsi sul fatto che sia il SSN che gli enti del welfare privato hanno un bisogno comune: quello di gestire i confini e di monitorare il rischio e il consumo. Entrambi i settori hanno bisogno di evitare che si ripercuotano reciprocamente le inefficienze e, cioè, che i problemi dell'uno ricadano sull'altro (è provato infatti che più aumenta la copertura, maggiore è il consumo e, quindi, il costo); entrambi i settori hanno bisogno che il paziente risolva il suo bisogno di cure secondo modalità efficienti ed efficaci anche per il suo stesso benessere.

Ai medici è stato, nello specifico, chiesto di indicare se il ruolo di "intermediazione" presenta o meno profili positivi (tab. 38) (Fig. 26). Sarebbe utile per i pazienti secondo il 69,3% dei medici (presso i giovani medici del centro d'Italia tale valutazione riscuote successo in maggior percentuale); per il 70,3% sarebbe un

innovazione utile per enti del welfare privato e per il 66% dei medici sarebbe utile per l'equilibrio del sistema sanitario nel suo complesso. Sarebbe, quindi, auspicabile per il 67,1% dei medici. Sono, invece, il 57,1% i medici che ritengono che tale soluzione sarebbe efficiente sotto il profilo della spesa. Presumibilmente, perché i medici, come evidenziato in precedenti tabelle, pensano che alla fine aumenterebbe il costo delle cure. Traspare, in sintesi, che i medici vedono tale soluzione sostanzialmente positiva e che l'entità di tale valutazione è decisamente più marcata rispetto ad altri profili in cui l'adesione è molto più incerta.



Quale sarebbe la modalità preferita dai medici che eventualmente potrebbe regolare la collaborazione tra medici e enti privati? (tab. 39) (Fig. 27). Il 44,4% dei medici indica un contratto simile alla convenzione che essi hanno col SSN opportunamente modificato; un altrettanto 45,4% sceglie un contratto fondato sulla remunerazione dei singoli servizi resi. Un 10,1% di medici preferisce un contratto a forfait, tipo pacchetti di servizi e prestazioni con remunerazione predefinita su base temporale (ad esempio, pacchetto "X" per 1000 euro mensili).

Emerge, in sostanza, che i modelli di collaborazioni preferiti sono due: la convenzione come quella del SSN e la remunerazione commisurata con servizi e prestazioni. La seconda ovviamente è una soluzione più orientata al mercato.

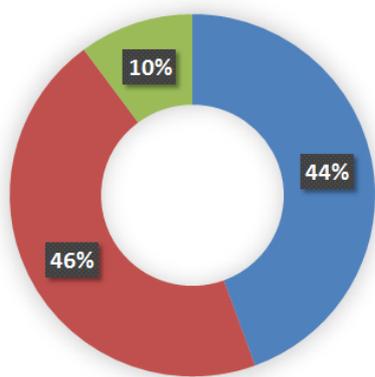


Fig. 27. Distribuzione delle risposte alla domanda: "Quale tipo di rapporto tra MMG ed enti privati riterresti eventualmente più appropriato?"

Si è sondato infine quanto i medici sono d'accordo con alcuni profili relativi all'implementazione dell'innovazione portata dall'entrata in campo del secondo pilastro (tab.40) (Fig. 28). Il maggior livello di accordo (media di 3,5-3,7 in una scala tra 1 e 5) si registra per

questi aspetti: collaborazione col welfare privato, essenziale per affrontare l'evolversi del sistema e per evitare di rimanere tagliati fuori, con conseguente

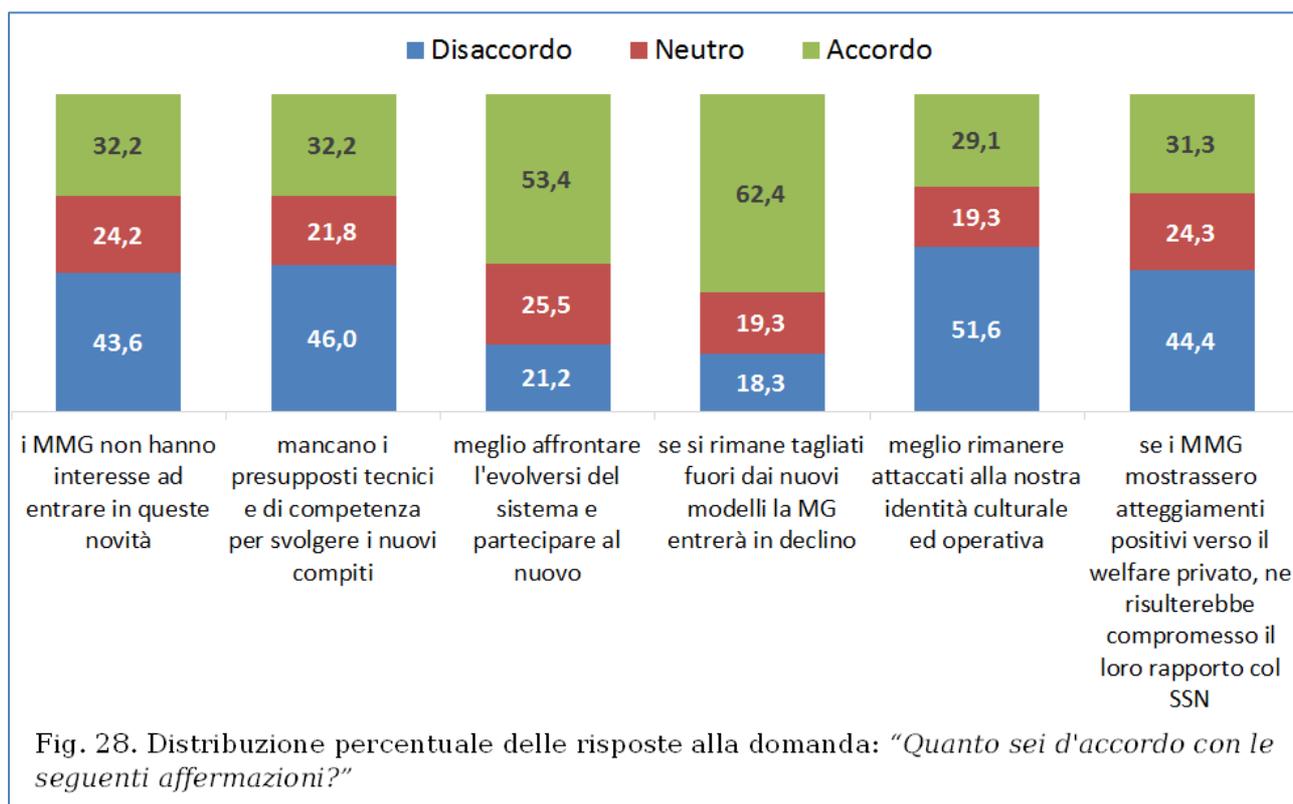


Fig. 28. Distribuzione percentuale delle risposte alla domanda: "Quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni?"

declino del ruolo della medicina generale. La percentuale d'accordo con queste motivazioni si assesta intorno al 50-60%, indicando con ciò che l'accordo è prevalente ma non totalitario (esistono anche medici che non sono d'accordo) come è emerso in precedenti parti del questionario. Tutte le altre motivazioni (i medici di medicina generale non hanno interesse ad entrare nel settore; a loro mancano i presupposti

tecniche e di competenza per svolgere il nuovo ruolo; meglio rimanere attaccati all'identità culturale della categoria; si metterebbe a rischio il rapporto col SSN) ricevono un livello di accordo intorno ad uno score del 2,7 (in una scala tra 1 e 5). Il che significa che l'opinione è condivisa, per così dire, a metà e il dato è segno di incertezza.

In conclusione, la novità è tale che non si poteva attendere un risultato diverso. Solo la riflessione e il dibattito della categoria (interno ed esterno, con il SSN e con gli enti privati) può contribuire a meglio definire e misurare i costi/benefici complessivi della partecipazione dei medici di medicina generale ad un possibile secondo pilastro in un nuovo sistema sanitario emergente.

In ultimo si è chiesto se la medicina generale dovrebbe, a prescindere da sviluppi sistemici, puntare all'ampliamento delle proprie funzioni e delle prestazioni erogate a tariffa (tab. 41) (Fig. 29). Il 62% dei medici dice di sì, soprattutto medici giovani. Un 24% di medici è assolutamente contrario, soprattutto i medici del meridione nel pieno della vita professionale (età tra i 50 e i 59 anni).

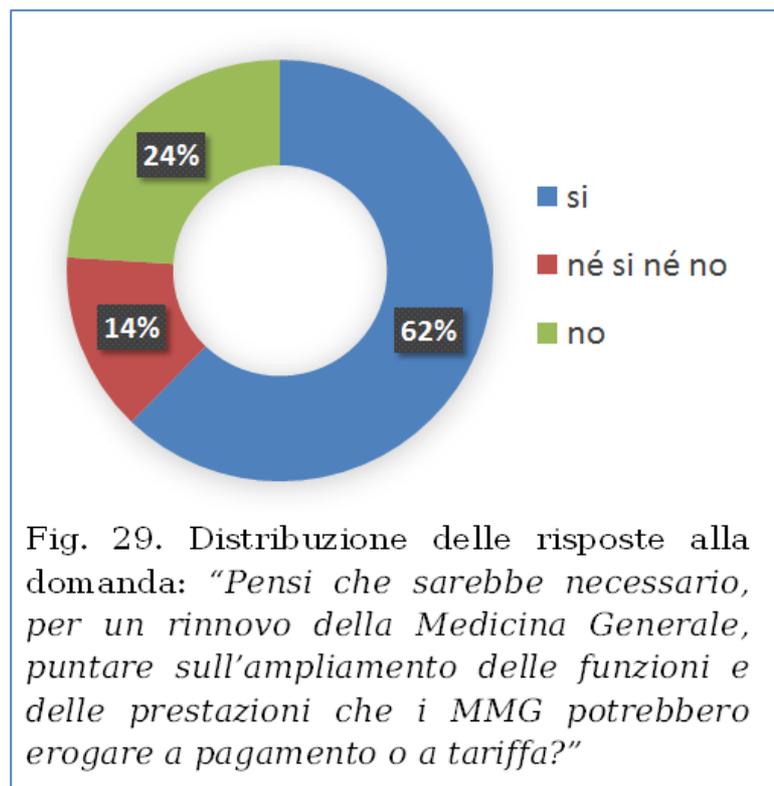


Fig. 29. Distribuzione delle risposte alla domanda: "Pensi che sarebbe necessario, per un rinnovo della Medicina Generale, puntare sull'ampliamento delle funzioni e delle prestazioni che i MMG potrebbero erogare a pagamento o a tariffa?"

Esistono, insomma, i presupposti in base ai quali è possibile prefigurare e tentare di implementare un percorso che coinvolga i medici di famiglia, che sia complementare, e non in conflitto, con il ruolo da loro svolto per il SSN; tali presupposti sono evidenti, soprattutto, in alcuni segmenti della categoria che si mostrano disponibili ad affrontare la novità, sia per convinzione che per timore di rimanere tagliati fuori dall'innovazione. E' certo che tale percorso va affrontato e delineato nei suoi molteplici aspetti. E' possibile che i benefici che se ne possono trarre siano alla fine un valore aggiunto complessivo. Il SSN potrebbe essere più efficace nelle scelte programmatiche puntando sulle priorità di volta in volta emergenti; il welfare privato sarebbe nelle condizioni di non incorrere nei problemi di "azzardo morale" che rischiano di presentarsi con l'espansione delle coperture e delle popolazioni

assicurate.

Alcune considerazioni conclusive

La sanità privata, come sistema di strutture e professionisti operanti nel settore della produzione di prestazioni e servizi, è sempre esistito; questo sistema si è alimentato per lo più con risorse pubbliche (convenzioni di vario tipo) e con una limitata quota di risorse private, veicolate soprattutto come pagamenti diretti (*out of pocket*); i terzi paganti profit (imprese di assicurazione) e non profit (fondi categoriali, casse e mutue) hanno ricoperto un ruolo essenzialmente sotto il profilo finanziario; politici e forze sociali non hanno in larga maggioranza favorito sviluppi istituzionali diversi, che avrebbero in qualche modo alterato l'impianto del SSN.

La novità degli ultimi anni è che i terzi paganti, o larga parte di questi, hanno messo in atto una strategia volta al cambiamento del sistema sanitario e che si vorrebbe concretizzare attraverso lo sviluppo di un secondo pilastro, cosiddetto integrativo, di affiancamento "benefico" del primo pilastro pubblico. L'obiettivo finale sarebbe (di fatto, anche se non dichiarato con trasparenza) quello di passare, da un sistema unico e unitario, ad un sistema dualistico (*two tier system* come si usa dire in letteratura), ove entrambi le componenti sono legittimate istituzionalmente.

Le motivazioni che stanno dietro questa strategia non sono tutte esplicitate. Le si riconduce alla non sostenibilità economica del SSN (mancano i soldi per il SSN), alle inevitabili conseguenze economiche derivanti dal costo delle nuove tecnologie e tecniche mediche e terapeutiche, all'invecchiamento della popolazione e al conseguente aumento della cronicità, al mutato quadro delle preferenze della popolazione. Non per tutte le motivazioni addotte è disponibile un consolidato uniforme di letteratura che indichi inequivocabilmente che il secondo pilastro è la soluzione dei problemi. E, francamente, quella parte di letteratura che vorrebbe sostenere tale tesi, non è sempre valida e attendibile sotto il profilo scientifico.

L'atteggiamento da assumere dovrebbe essere orientato alla prudenza, alla riflessione e, soprattutto, alla ricerca di "prove" e "basi tecniche" per poter decidere politicamente con dati ed evidenze. Il passaggio a un sistema istituzionale duale richiede la messa a punto di regole nuove a tutto campo, in particolare, quelle riguardanti l'identità: (a) delle coperture di entrambi i pilastri (idealmente se un settore assicura la prestazione "X" e i cittadini pagano tasse o contributi per questa, la medesima, normalmente, non dovrebbe essere assicurata nell'altro settore); (b) dei cittadini che ne usufruiscono (cosa e per chi); (c) le modalità di erogazione; (d) il

sistema delle relazioni (i confini tra i settori e il controllo delle interferenze).

Preliminarmente andrebbero valutate le conseguenze del cambiamento sistemico sotto molti profili. Quelle riguardanti gli operatori della sanità sono centrali, se non altro perché prestazioni e servizi non sono astratte, ma opera e conseguenza dell'azione professionale. L'indagine qui riportata ha approfondito questo aspetto, limitandosi ad esplorare alcuni profili riguardanti la medicina generale: che ne sanno i medici di medicina generale di terzi paganti e delle loro strategie, e che opinioni hanno al riguardo? Quali esperienze hanno avuto in questa direzione nel corso della loro vita professionale? Quali conseguenze immaginano che potranno derivare dal cambiamento e quali, invece, auspicherebbero? A quali scenari di sviluppo sarebbero disponibili ad aderire?

E che senso ha aver individuato in questo approfondimento una priorità intorno a cui aprire un dibattito? La motivazione principale sta nel fatto che la medicina generale rischia di rimanere fuori dal sistema emergente se non viene delineata l'assunzione di un ruolo da parte dei medici, opportuno e utile al funzionamento del nuovo assetto.

I risultati di sintesi emersi dal sondaggio sono i seguenti:

1. Dall'insieme delle domande volte a mappare la conoscenza che i medici di medicina generale hanno su queste tematiche, può essere tratta questa conclusione: i medici hanno consapevolezza del fenomeno soprattutto nelle aree del Paese in cui questo è più diffuso. Ciononostante, esiste una non trascurabile incertezza di orientamenti e opinioni (mai completamente negative) relativamente alla possibile sperimentazione di questa novità. C'è consapevolezza che le prestazioni assicurate non sono solamente quelle integrative. A differenza degli obiettivi che i medici vedono nella politica, essi ritengono che il welfare privato debba espandersi prevalentemente sul versante integrativo, ma non respingono neanche l'ipotesi di un intervento sul versante sostitutivo, elemento che cambierebbe in modo fondamentale l'assetto del SSN. In questo senso i medici sembrano aperti all'innovazione più di quanto si potesse immaginare, considerando il loro ruolo sinora svolto, al momento profondamente integrato con il pubblico. Riconoscono, infine, che i cittadini sono, in un certo senso, "costretti" ad avvalersi del privato a causa delle attuali entità delle liste d'attesa. Si potrebbe dire, quindi, che pur non percependo nell'opinione pubblica l'emergere di una "ideologica" propensione collettiva verso il privato, evidenziano come questa sia piuttosto una conseguenza della attuale inadeguatezza ed inefficienza del SSN.

2. Dall'esperienza quotidiana dei medici e dai "contatti" che hanno avuto con il fenomeno dei terzi paganti, si giunge alla conclusione che i medici di medicina generale sono, al momento, fuori del mondo delle pratiche assicurative e mutualistiche, anche per la tipologia di prestazioni e servizi che normalmente esulano dalle competenze e gestione della medicina generale.

3. In tema di conseguenze dell'eventuale strutturazione di un welfare privato, i medici di medicina generale sono consapevoli del fatto che, in prospettiva, il percorso sarà costellato da luci ed ombre: per il SSN (il finanziamento, lo sviluppo tecnologico, le opportunità), per i pazienti (probabile che alla fine spenderanno complessivamente di più) e per l'integrità del loro stesso ruolo. Su questo ultimo aspetto in particolare i medici sono incerti, non esprimono una visione e una valutazione compatta, comune e omogenea. Ci sono aperture ma anche timori e, in tal senso, vedono nelle rappresentanze sindacali un soggetto che può meglio interpretare e gestire il cambiamento e, quindi, elaborare una prospettiva. Tale percorso non sembra però facile, anche perché i medici non sono tutti uguali a questo proposito: hanno idee e obiettivi diversi. Ci sono quelli che si ritengono pronti a sperimentare e quelli più tradizionalisti, forse anche più realisti. La percezione derivante da una lettura complessiva dei dati è che non ci si trovi davanti a muri invalicabili. In fondo, la novità è tale, che difficilmente poteva emergere un'unitarietà di vedute. E' indubbio che se il welfare privato da fenomeno di "nicchia", per qualche fascia professionale o categoria socioeconomica, come è stato fino a poco tempo fa, aspira a diventare il secondo pilastro, globalmente diffuso, deve saper elaborare una visione e una strategia inclusiva che sappia gestire l'offerta modulando anche la domanda, avendo sempre presente l'elemento della definizione delle risorse anche di un secondo pilastro di welfare privato.

La soluzione che potrebbe consistere nell'assumere da parte della medicina generale un ruolo di intermediazione tra terzi paganti privati e utenza, simile ma rimodulata rispetto alla convenzione col SSN, potrebbe offrire molti vantaggi dal momento che i terzi paganti debbono già oggi (e dovranno di più in futuro) governare i consumi, per non soccombere ad una escalation di costi che si riverbererebbero anche sul SSN.

4. Gli scenari in divenire di cui si è chiesta a medici l'opinione sono i seguenti:

Scenario 1: le prestazioni garantite dal welfare privato devono essere esclusivamente quelle integrative e complementari per evitare che i cittadini/datori di lavoro debbano contribuire a finanziare le stesse prestazioni due volte e per non favorire una concorrenza inefficiente tra il settore pubblico, fondato sul principio dell'universalità, e quello privato fondato sugli interessi, seppur legittimi, degli aderenti

Scenario 2: le prestazioni del welfare privato possono essere anche quelle garantite dal SSN e, quindi, essere rispetto al SSN sostitutive (ad esempio, il SSN copre tutti i tipi di ricovero o tutti i tipi di prestazioni specialistiche o di accertamenti e così fa anche il welfare privato)

I medici di medicina generale hanno dato in maggioranza la preferenza al primo scenario ed apertura alla partecipazione al cambiamento. Talune frange sono aperte anche a cambiamenti radicali da "secondo scenario", mentre altri appaiono più resistenti al nuovo. Esistono però i presupposti in base ai quali è possibile prefigurare e tentare di implementare un percorso operativo, che coinvolga i medici di famiglia, che sia complementare e non in conflitto con quello svolto per il SSN. Esiste soprattutto in alcuni segmenti della categoria, che si rappresentano come disponibili ad affrontare la novità, sia per convinzione che per timore di rimanere tagliati fuori dall'innovazione. E' certo che la fattibilità di tale percorso deve essere specificata, delineata e declinata nei dettagli, così da rendere evidenti le possibili criticità ma anche utilizzare massimamente i benefici che se ne possono trarre per poterli ricondurre a vantaggio dell'intero sistema.

Letteratura essenziale

1. Ania (2015), Fondi sanitari, la necessità di un riordino. *Position Paper*, Roma: Ania
2. Aron-Dine A. et al. (2012), *The Rand health insurance experiment*, Cambridge, Mass.: National Bureau of economic research
3. Colombo F. e Tapay N. (2004), *Private health insurance in OECD countries*, Parigi: OECD
4. Crescentini L. (2015), *Lo stato dell'arte dell'assistenza sanitaria complementare in Italia*, Roma: Assoprevidenza
5. Devlin R. et al. (2011), "The role of supplemental coverage in a universal health insurance system: some Canadian evidence", in *Health Policy*, vol. 100, pp.81-90
6. Gimbe (2015), *Rapporto sulla sostenibilità del SSN 2016-2025*, Bologna: Fondazione GIMBE
7. Hu T. et al. (2014), *The impact of health insurance expansion on physician treatment choice*, Cambridge, Mass.: National Bureau of economic research
8. Istat (2015), *Rapporto annuale*, Roma: Istat
9. Kuhn, M. et al. (2013), *Health outcomes, waiting lists and dual practice*, paper preparato per Eehw submission
10. Maino F. e Ferrera M. a cura di (2013), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Torino: centro Einaudi
11. McPakee B. et al (2015), *Implications of dual practice for universal health coverage*, Ginevra: Bulletin of the world health organization,
12. Mossialos E. et al (2002), *Funding health care: options for Europe*, Oxford: Oxford University Press
13. OECD (2015), *Fiscal sustainability of health systems*, Parigi: OECD
14. Piperno A. (1992), *Servizi sociosanitari e cooperazione*", in Granaglia E. e Sacconi L., *Cooperazione, benessere e organizzazione economica*, Milano: Angeli, pp.293-325
15. Piperno A. (1997), *Mercati assicurativi e istituzioni: la previdenza sanitaria integrativa in Italia*, Bologna: Il Mulino
16. Piperno A. (1997), " *La questione dell'assistenza integrativa nel contesto della nuova riforma sanitaria*", in *Lavoro e sicurezza sociale*, n. 3-4, pp.133-167
17. Piperno A. (1998), "Il valore aggiunto della mutualità integrativa", in *Tendenze Nuove*, Bologna: Il Mulino, N. 1, gennaio-marzo
18. Sagan A. and Thompson S. (2016), *Voluntary health insurance in Europe*, Uk:Peter Powel editor (for WHO)

19. Socha K. (2014), Physician dual practice and the public health care provision, University of southern Denmark, health economics papers
20. Soggard R. et al. (2013), "To what extent does employed paid health insurance reduce the use of public hospitals", in Health policy, vol. 113, pp. 61-68
21. Università Bocconi (2014), Il welfare aziendale contrattuale in Italia, Milano: Università Bocconi

Allegato 1: tabelle

Tab. 1 Universo dei medici di famiglia per area, genere e classe di età

Genere	Età in classi	Area					Totale
		Nordwest	norddest	centro	sud/isole	Totale	
Uomo	20-29	9	3	2	1	15	
	30-39	78	49	46	20	193	
	40-49	298	238	204	228	968	
	50-59	2.954	1.791	2.316	3.823	10.884	
	60 +	3.752	3.335	4.521	6.975	18.583	
	Totale	7.091	5.416	7.089	11.047	30.643	
Donna	20-29	14	4	4	2	24	
	30-39	164	120	83	27	394	
	40-49	442	273	247	200	1162	
	50-59	2.065	1.272	1.459	1.946	6.742	
	60 +	1.106	866	1.121	1.514	4.607	
	Totale	3.791	2.535	2.914	3.689	12.929	
Totale	20-29	23	7	6	3	39	
	30-39	242	169	129	47	587	
	40-49	740	511	451	428	2130	
	50-59	5.019	3.063	3.775	5.769	17.626	
	60 +	4.858	4201	5.642	8.489	23.190	
	Totale	10.882	7.951	10.003	14.736	43.572	

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Nota: I dati dell'universo sono stati forniti dall'ENPAM, 2016.

Tab. 1bis Universo dei medici di famiglia per area, genere e classe di età (%)

Genere	Età in classi	Area					Totale
		Nordwest	norddest	centro	sud/isole	Totale	
Uomo	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	30-39	0,2	0,1	0,1	0,0	0,4	
	40-49	0,7	0,5	0,5	0,5	2,2	
	50-59	6,8	4,1	5,3	8,8	25,0	
	60 +	8,6	7,7	10,4	16,0	42,6	
	Totale	16,3	12,4	16,3	25,4	70,3	
Donna	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	
	30-39	0,4	0,3	0,2	0,1	0,9	
	40-49	1,0	0,6	0,6	0,5	2,7	
	50-59	4,7	2,9	3,3	4,5	15,5	
	60 +	2,5	2,0	2,6	3,5	10,6	
	Totale	8,7	5,8	6,7	8,5	29,7	
Totale	20-29	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	
	30-39	0,6	0,4	0,3	0,1	1,3	
	40-49	1,7	1,2	1,0	1,0	4,9	
	50-59	11,5	7,0	8,7	13,2	40,5	
	60 +	11,1	9,6	12,9	19,5	53,2	
	Totale	25,0	18,2	23,0	33,8	100,0	

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab. 2 Campione (non pesato) dei medici di famiglia per area, genere e classe

Genere	Età in classi	Area					Totale
		Nordovest	norddest	centro	sud/isoles	Totale	
Uomo	20-29	0	0	0	0	0	0
	30-39	4				4	4
	40-49	7	2	2	3	14	14
	50-59	45	34	23	66	168	168
	60 +	63	103	93	110	369	369
	Totale	119	139	118	179	555	555
Donna	20-29	0	0	0	0	0	0
	30-39		2	3		5	5
	40-49	2	9	2	1	14	14
	50-59	21	17	12	15	65	65
	60 +	18	18	11	14	61	61
	Totale	41	46	28	30	145	145
Totale	20-29	0	0	0	0	0	0
	30-39	4	2	3		9	9
	40-49	9	11	4	4	28	28
	50-59	66	51	35	81	233	233
	60 +	81	121	104	124	430	430
	Totale	160	185	146	209	700	700

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab. 2bis Campione (non pesato) dei medici di famiglia per area, genere e

Genere	Età in classi	Area					Totale
		Nordovest	norddest	centro	sud/isoles	Totale	
Uomo	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	30-39	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6
	40-49	1,0	0,3	0,3	0,4	2,0	2,0
	50-59	6,4	4,9	3,3	9,4	24,0	24,0
	60 +	9,0	14,7	13,3	15,7	52,7	52,7
	Totale	17,0	19,9	16,9	25,6	79,3	79,3
Donna	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	30-39	0,0	0,3	0,4	0,0	0,7	0,7
	40-49	0,3	1,3	0,3	0,1	2,0	2,0
	50-59	3,0	2,4	1,7	2,1	9,3	9,3
	60 +	2,6	2,6	1,6	2,0	8,7	8,7
	Totale	5,9	6,6	4,0	4,3	20,7	20,7
Totale	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	30-39	0,6	0,3	0,4	0,0	1,3	1,3
	40-49	1,3	1,6	0,6	0,6	4,0	4,0
	50-59	9,4	7,3	5,0	11,6	33,3	33,3
	60 +	11,6	17,3	14,9	17,7	61,4	61,4
	Totale	22,9	26,4	20,9	29,9	100,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab. 3 Campione (non pesato) dei medici di famiglia per area, genere e classe di età (%)

Genere	Età in classi	Area				Totale
		Nordovest	nordest	centro	sud/isole	
Uomo	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	30-39	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6
	40-49	1,0	0,3	0,3	0,4	2,0
	50-59	6,4	4,9	3,3	9,4	24,0
	60 +	9,0	14,7	13,3	15,7	52,7
	Totale	17,0	19,9	16,9	25,6	79,3
Donna	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	30-39	0,0	0,3	0,4	0,0	0,7
	40-49	0,3	1,3	0,3	0,1	2,0
	50-59	3,0	2,4	1,7	2,1	9,3
	60 +	2,6	2,6	1,6	2,0	8,7
	Totale	5,9	6,6	4,0	4,3	20,7
Totale	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	30-39	0,6	0,3	0,4	0,0	1,3
	40-49	1,3	1,6	0,6	0,6	4,0
	50-59	9,4	7,3	5,0	11,6	33,3
	60 +	11,6	17,3	14,9	17,7	61,4
	Totale	22,9	26,4	20,9	29,9	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab. 3bis Campione (pesato) dei medici di famiglia per area, genere e classe di età

Genere	Età in classi	Area				Totale
		Nordovest	nordest	centro	sud/isole	
Uomo	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	30-39	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2
	40-49	0,7	0,6	0,5	0,5	2,2
	50-59	6,8	4,1	5,4	8,8	25,2
	60 +	8,7	7,7	10,5	16,1	43,0
	Totale	16,4	12,4	16,3	25,5	70,6
Donna	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	30-39	0,0	0,3	0,2	0,0	0,5
	40-49	1,0	0,6	0,6	0,5	2,7
	50-59	4,8	2,9	3,4	4,5	15,6
	60 +	2,6	2,0	2,6	3,5	10,7
	Totale	8,4	5,9	6,7	8,5	29,4
Totale	20-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	30-39	0,2	0,3	0,2	0,0	0,7
	40-49	1,7	1,2	1,0	1,0	4,9
	50-59	11,6	7,1	8,7	13,3	40,8
	60 +	11,2	9,7	13,1	19,6	53,6
	Totale	24,7	18,3	23,0	34,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 4 Composizione % universo, campione non pesato e campione pesato.				
		Universo	Campione non pesato	Campione pesato
Età in clas:	20-29	0,1	0,0	0,0
	30-39	1,3	1,3	0,7
	40-49	4,9	4,0	4,9
	50-59	40,5	33,3	40,8
	60 +	53,2	61,4	53,6
Genere	Uomo	70,3	79,3	70,6
	Donna	29,7	20,7	29,4
Area	Nordovest	25,0	22,9	24,7
	nordest	18,2	26,4	18,3
	centro	23,0	20,9	23,0
	sud/isole	33,8	29,9	34,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 5 Puoi indicare la modalità principale secondo cui eserciti come medico di assistenza primaria? (valori %)						
Caratteristiche del medico		Studio singolo o associato	rete	gruppo	altra modalità di tipo aggregativo	Totale
Area	Nord Ovest	13,5	35,7	50,7		100,0
	Nord Est	14,6	34,4	46,5	4,5	100,0
	Centro	23,1	14,8	52,0	10,1	100,0
	Sud e Isole	26,5	37,7	33,2	2,7	100,0
Età in classi	Fino a 39	33,6	28,3	16,8	21,4	100,0
	40-49	33,2	10,8	52,4	3,6	100,0
	50-59	21,5	32,1	42,3	4,0	100,0
	60 e oltre	18,1	32,6	45,4	3,9	100,0
Totale		20,3	31,3	44,3	4,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Caratteristiche del medico		città capoluogo di Regione	città capoluogo di provincia	città o paese non capoluogo di provincia	zona con popolazione sparsa e/o frazioni abitative	Totale
Area	Nord Ovest	21,5	9,5	53,5	15,6	100,0
	Nord Est	9,9	17,2	53,8	19,0	100,0
	Centro	30,1	15,1	41,4	13,4	100,0
	Sud e Isole	14,6	14,4	63,4	7,6	100,0
Età in classi	Fino a 39	9,8		63,5	26,6	100,0
	40-49	9,2	11,8	58,2	20,9	100,0
	50-59	24,4	14,2	52,2	9,2	100,0
	60 e oltre	15,9	14,0	55,1	15,0	100,0
Totale		19,0	13,9	54,1	13,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Caratteristiche del medico		Fino a 900	tra 901 e 1200	tra 1201 e 1500	oltre 1500	Totale
Area	Nord Ovest	6,6	19,3	25,6	48,6	100,0
	Nord Est	5,4	14,0	36,6	44,0	100,0
	Centro	11,3	21,1	34,1	33,5	100,0
	Sud e Isole	16,2	14,5	39,3	30,0	100,0
Età in classi	Fino a 39	54,9	16,8	6,9	21,4	100,0
	40-49	33,7	20,1	19,6	26,6	100,0
	50-59	12,2	14,6	34,5	38,8	100,0
	60 e oltre	7,0	18,8	35,7	38,5	100,0
Totale		10,7	17,1	34,2	37,9	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 8 Come valuti le prestazioni a pagamento, sia come tipo di prestazioni che di quantità, da te erogate rispetto alla tua disponibilità?

Caratteristiche del medico		ne farei di più e anche di diverso tipo	va bene quello che già faccio	ne farei di meno	non le farei affatto	Totale
Area	Nord Ovest	37,6	36,7	7,5	18,1	100,0
	Nord Est	40,7	35,3	5,3	18,7	100,0
	Centro	54,3	27,7	7,8	10,2	100,0
	Sud e Isole	41,0	27,8	7,7	23,4	100,0
Età in classi	Fino a 39	61,9	38,1			100,0
	40-49	42,6	26,2	12,0	19,2	100,0
	50-59	44,0	30,0	5,7	20,3	100,0
	60 e oltre	42,4	32,8	8,1	16,7	100,0
Pazienti in carico	Fino a 900	40,4	26,9	6,2	26,4	100,0
	tra 901 e 1200	54,3	25,0	5,0	15,7	100,0
	tra 1201 e 1500	38,5	38,1	9,0	14,4	100,0
	oltre 1500	43,2	29,4	7,0	20,4	100,0
Totale		43,2	31,4	7,2	18,2	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 9 Secondo te quanti sono i cittadini che dispongono attualmente di una copertura sanitaria cosiddetta integrativa rispetto a quella prevista dal SSN ?

Caratteristiche del medico		Fino a 4 milioni	Da 4 a 8 milioni	Oltre 8 milioni	Totale
Area	Nord Ovest	47,4	35,7	16,9	100,0
	Nord Est	50,2	34,1	15,7	100,0
	Centro	46,9	35,7	17,4	100,0
	Sud e Isole	62,0	26,4	11,5	100,0
Età in classi	Fino a 39	45,1	35,2	19,7	100,0
	40-49	50,8	33,0	16,2	100,0
	50-59	48,1	35,0	16,9	100,0
	60 e oltre	56,6	30,1	13,3	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	49,7	35,5	14,8	100,0
	Zona rurale	54,3	30,7	15,1	100,0
Totale		52,8	32,3	15,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 10 Quali pensi che siano le prestazioni principalmente assicurate ? (soggette a rimborso anche se parziale della spesa sostenuta dal cittadino)

Prestazioni	Mai o raramente	Mediamente	Sempre o quasi sempre	Totale	Media [1-5]
visite mediche generiche	82,3	5,5	12,2	100,0	1,7
interventi di riabilitazione (fisioterapia e visite specialistiche)	36,0	32,7	31,3	100,0	3,0
accertamenti diagnostici	6,5	16,2	77,3	100,0	4,2
interventi odontoiatrici di base	7,8	17,4	74,9	100,0	4,1
protesi, impianti e simili	49,8	22,7	27,5	100,0	2,7
ricoveri ordinari	52,3	23,2	24,5	100,0	2,6
assistenza domiciliare	37,2	24,1	38,6	100,0	3,0
	79,6	14,0	6,4	100,0	1,8

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 11 Quali pensi che siano le prestazioni principalmente assicurate ? (soggette a rimborso anche se parziale della spesa sostenuta dal cittadino) media [1-5]

Caratteristiche del medico	visite mediche generiche	interventi di riabilitazione e (fisioterapia e simili)	visite specialistiche	accertamenti diagnostici	interventi odontoiatrici di base	protesi, impianti e simili	ricoveri ordinari	assistenza domiciliare
Nord Ovest	1,6	3,0	4,2	4,2	2,5	2,4	2,8	1,7
Nord Est	1,5	3,1	4,4	4,1	2,6	2,4	2,8	1,7
Centro	1,8	2,9	4,2	4,3	2,5	2,5	3,3	1,7
Sud e Isole	1,8	2,9	4,0	3,8	2,9	2,8	3,1	1,9
Fino a 39	2,0	3,3	4,5	4,1	2,8	2,5	3,8	1,4
40-49	1,8	3,1	3,7	3,9	2,8	2,4	2,7	1,6
50-59	1,8	3,0	4,2	4,2	2,7	2,6	3,0	1,8
60 e oltre	1,6	2,9	4,2	4,0	2,6	2,6	3,0	1,8
Urbano - rurale	1,7	2,9	4,3	4,2	2,6	2,5	3,1	1,7
Zona rurale	1,7	3,0	4,1	4,0	2,7	2,6	3,0	1,8
Totale	1,7	3,0	4,2	4,1	2,7	2,6	3,0	1,8

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 12 Secondo il tuo parere, qual è la caratteristica prevalente delle prestazioni garantite dall'insieme delle assicurazioni sanitarie private rispetto alle prestazioni offerte dal SSN?

Caratteristiche del medico		integrative e/o complementari a quelle del SSN	sostitutive di quelle del SSN	Totale
Area	Nord Ovest	52,4	47,6	100,0
	Nord Est	47,8	52,2	100,0
	Centro	36,0	64,0	100,0
	Sud e Isole	60,0	40,0	100,0
Età in classi	Fino a 39	73,4	26,6	100,0
	40-49	31,8	68,2	100,0
	50-59	47,4	52,6	100,0
	60 e oltre	54,1	45,9	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	46,0	54,0	100,0
	Zona rurale	52,5	47,5	100,0
Totale		50,4	49,6	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 13 Quali pensi che siano i benefici che i cittadini assicurati dagli enti della previdenza integrativa si attendono le prestazioni principalmente assicurati si attendono ?

Prestazioni	Nessun e poco beneficio	Beneficio medio	Molto e massimo beneficio	Totale	Media [1-5]
avere la possibilità di farsi curare in regime di erogazione privata, superando le eventuali liste d'attesa del settore pubblico	6,9	10,6	82,5	100,0	4,3
scegliere i medici curanti e/o i luoghi di cura	18,2	23,4	58,5	100,0	3,6
garantirsi la possibilità di ricorrere, anche parzialmente, alle prestazioni non contemplate nel SSN, oppure sottoposte a stringenti criteri di accesso	11,6	18,5	69,9	100,0	3,9

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 14 Quali sono i benefici che i cittadini assicurati dagli Enti della previdenza integrativa si attendono? Media [1-5]

Caratteristiche del medico	avere la possibilità di farsi curare in regime di erogazione privata, superando le eventuali liste d'attesa del settore pubblico	scegliere i medici curanti e/o i luoghi di cura	garantirsi la possibilità di ricorrere, anche parzialmente, alle prestazioni non contemplate nel SSN, oppure sottoposte a stringenti criteri di accesso
Nord Ovest	4,4	3,7	3,9
Nord Est	4,3	3,7	3,8
Centro	4,5	3,7	3,9
Sud e Isole	4,2	3,6	4,1
Fino a 39	4,3	2,7	4,1
40-49	4,3	3,2	4,1
50-59	4,4	3,7	3,9
60 e oltre	4,3	3,6	4,0
Urbano -	4,4	3,6	4,0
rurale	4,3	3,7	3,9
Totale	4,3	3,6	3,9

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 15 Quali sono a tuo parere i possibili obiettivi principali dei decisori politici in materia di welfare sanitario privato?

Caratteristiche del medico		affiancare al SSN una copertura finanziaria privata, alimentata da risorse dei datori di lavoro e dei lavoratori	trasferire gradualmente settori dell'assistenza sanitaria alla copertura finanziaria del secondo pilastro privato	Totale
Area	Nord Ovest	42,3	57,7	100,0
	Nord Est	45,1	54,9	100,0
	Centro	51,8	48,2	100,0
	Sud e Isole	45,2	54,8	100,0
Età in classi	Fino a 39	54,9	45,1	100,0
	40-49	37,8	62,2	100,0
	50-59	45,6	54,4	100,0
	60 e oltre	46,9	53,1	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	50,7	49,3	100,0
	Zona rurale	43,7	56,3	100,0
Totale		46,0	54,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 16 Quali sono gli obiettivi che sarebbe invece utile che venissero invece perseguiti? Media [1-10]

Caratteristiche del medico		il finanziamento del SSN dovrebbe rimanere pubblico e unitario, al fine di mantenere l'integrità del sistema e delle sue parti costituenti	il finanziamento della sanità dovrebbe essere duale uno pubblico e uno privato, con il vincolo di quest'ultimo di essere integrativo e non sostitutivo del precedente	il finanziamento dovrebbe essere duale ma senza vincoli sulla la tipologia delle prestazioni coperte: quanto e dove spendere, dovrebbe essere scelta libera dei cittadini
Area	Nord Ovest	8,7	6,3	3,7
	Nord Est	8,1	6,3	3,7
	Centro	8,2	6,0	4,7
	Sud e Isole	8,6	5,6	4,8
Età in classi	Fino a 39	7,9	8,5	3,8
	40-49	7,9	4,8	3,7
	50-59	8,4	5,8	4,3
	60 e oltre	8,4	6,3	4,4
Urbano - rurale	Centro urbano	8,3	5,9	4,4
	Zona rurale	8,5	6,1	4,3
Totale		8,4	6,0	4,3

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 17 Quali sono gli obiettivi che sarebbe invece utile che venissero invece perseguiti?

Modello di sistema	Poca importanza	Media importanza	Elevata importanza	Totale	Media [1-10]
il finanziamento del SSN dovrebbe rimanere pubblico e unitario, al fine di mantenere l'integrità del sistema e delle sue parti costituenti	9,6	12,4	78,0	100,0	8,4
il finanziamento della sanità dovrebbe essere duale uno pubblico e uno privato, con il vincolo di quest'ultimo di essere integrativo e non sostitutivo del precedente	26,6	33,2	40,2	100,0	6,0
il finanziamento dovrebbe essere duale ma senza vincoli sulla la tipologia delle prestazioni coperte: quanto e dove spendere, dovrebbe essere scelta libera dei cittadini	52,9	23,4	23,7	100,0	4,3

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 18 Secondo te è auspicabile che il complesso degli enti ascrivibili al welfare sanitario privato:

		aumenti	rimanga stabile	diminuisca	Totale
Ripartizione	Nord Ovest	26,2	49,1	24,7	100,0
	Nord Est	29,7	39,5	30,9	100,0
	Centro	36,2	33,5	30,3	100,0
	Sud e Isole	29,7	35,7	34,5	100,0
Età in classi	Fino a 39	69,3	30,7		100,0
	40-49	49,1	27,1	23,8	100,0
	50-59	28,1	41,7	30,2	100,0
	60 e oltre	29,8	38,6	31,6	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	35,3	34,1	30,6	100,0
	Zona rurale	27,9	41,7	30,4	100,0
Totale		30,3	39,2	30,5	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 19 Secondo te è auspicabile che il complesso degli enti ascrivibili al welfare sanitario privato rispetto alla propensione a svolgere prestazioni private

Come valuti le prestazioni a pagamento, sia come tipo di prestazioni che di quantità, da te erogate rispetto alla tua disponibilità?	Secondo te è auspicabile che il complesso degli enti ascrivibili al welfare sanitario privato:			
	aumenti	rimanga stabile	diminuisca	Totale
ne farei di più e anche di diverso tipo	46,0	30,4	23,7	100,0
va bene quello che già faccio	21,6	51,7	26,6	100,0
ne farei di meno o non le farei affatto	14,4	38,9	46,7	100,0
Totale	30,3	39,2	30,5	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 20 Percentuale di medici coerenti tra la propensione a svolgere prestazioni private e l'auspicio rispetto al welfare privato

Caratteristiche del medico		Coerenti	Incoerenti	Totale
Area	Nord Ovest	43,6	56,4	100,0
	Nord Est	37,8	62,2	100,0
	Centro	45,4	54,6	100,0
	Sud e Isole	31,2	68,8	100,0
Età in classi	Fino a 39	45,1	54,9	100,0
	40-49	38,8	61,2	100,0
	50-59	36,7	63,3	100,0
	60 e oltre	40,2	59,8	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	46,4	53,6	100,0
	Zona rurale	35,0	65,0	100,0
Pazienti in carico	Fino a 900	31,0	69,0	100,0
	tra 901 e 1200	40,8	59,2	100,0
	tra 1201 e 1500	39,8	60,2	100,0
	oltre 1500	39,0	61,0	100,0
Totale		38,7	61,3	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Nota: i medici coerenti sono coloro che hanno dichiarato di essere propensi all'aumento/stabilità/diminuzione delle proprie prestazioni private contestualmente all'auspicio che il welfare privato aumenti/sia stabile/dimuisca

Tab 21 Con quale frequenza accade, nella tua esperienza, che i pazienti si rivolgano al privato per eseguire:

Tipo di prestazione	Spesso	A volte	Raramente	Totale
esami ecografici	89,0	9,6	1,4	100,0
consulenze specialistiche	78,5	19,9	1,6	100,0
esami di laboratorio	31,6	34,6	33,8	100,0
ricoveri ospedalieri	6,2	22,7	71,1	100,0
radiologia convenzionale	51,4	29,6	19,0	100,0
diagnostica radiologica pesante (TAC, RM e simili)	49,2	35,1	15,7	100,0
endoscopie del tratto gastroenterico	24,2	37,3	38,4	100,0
terapie fisiche / riabilitative	70,0	19,5	10,5	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 22 Con quale frequenza accade, nella tua esperienza, che i pazienti si rivolgano al privato per eseguire: media [1-5] (1 = molto spesso; 5 = molto raramente)

Caratteristiche del medico	esami ecografici	consulenze specialistiche	esami di laboratorio	ricoveri ospedalieri	radiologia convenzionale	diagnostica radiologica pesante (TAC, RM e simili)	endoscopie del tratto gastroenterico	terapie fisiche / riabilitative
Nord Ovest	4,3	4,0	2,7	1,9	3,3	3,1	2,3	3,8
Nord Est	4,3	3,9	2,9	1,9	3,4	3,4	2,6	4,1
Centro	4,6	4,0	3,2	2,0	3,4	3,9	3,0	4,0
Sud e Isole	4,3	4,0	3,1	2,3	3,6	3,4	3,0	3,7
Fino a 39	4,8	4,4	3,2	2,3	3,8	4,3	2,5	4,5
40-49	4,5	4,2	3,0	2,0	3,7	3,7	3,0	3,9
50-59	4,3	4,0	3,0	2,0	3,4	3,4	2,8	3,9
60 e oltre	4,4	4,0	2,9	2,1	3,4	3,5	2,8	3,8
Centro urbano	4,4	3,9	3,0	2,0	3,4	3,5	2,8	3,6
Zona rurale	4,4	4,0	3,0	2,1	3,4	3,5	2,8	4,0
Fino a 900	4,2	4,0	2,9	2,1	3,4	3,4	2,9	3,9
tra 901 e 1200	4,5	4,0	3,1	2,0	3,4	3,6	2,8	3,9
tra 1201 e 1500	4,3	4,1	2,9	2,1	3,5	3,5	2,8	3,8
oltre 1500	4,4	4,0	2,9	1,9	3,4	3,3	2,7	3,9
Totale	4,4	4,0	3,0	2,0	3,4	3,5	2,8	3,9

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 23 Quanti dei tuoi pazienti pensi che dispongano di una polizza sanitaria o siano coperti da un fondo, cassa e mutua o simili?

Caratteristiche del medico	Meno del 10%	tra il 10 e il 20%	oltre il 20%	Totale	
Area	Nord Ovest	67,8	28,8	3,4	100,0
	Nord Est	78,3	19,8	1,9	100,0
	Centro	67,6	23,7	8,7	100,0
	Sud e Isole	89,5	8,1	2,4	100,0
Età in classi	Fino a 39	52,0	38,1	9,8	100,0
	40-49	80,4	17,6	2,0	100,0
	50-59	72,6	22,7	4,6	100,0
	60 e oltre	80,4	16,0	3,7	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	72,9	19,0	8,1	100,0
	Zona rurale	79,1	18,9	2,0	100,0
Pazienti in carico	Fino a 900	83,2	13,9	2,9	100,0
	tra 901 e 1200	77,3	18,3	4,5	100,0
	tra 1201 e 1500	78,8	17,1	4,1	100,0
	oltre 1500	73,6	22,4	4,0	100,0
Totale	77,0	19,0	4,0	100,0	

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 24 Ti è mai capitato che qualcuno dei tuoi pazienti ti abbia recentemente chiesto prescrizioni / certificati finalizzati a chiedere un rimborso a un'assicurazione, o fondo, o mutua o simili?

Caratteristiche del medico	mai o raramente	qualche volta	abbastanza a o spesso	Totale	
Area	Nord Ovest	32,6	63,3	4,1	100,0
	Nord Est	31,4	63,0	5,6	100,0
	Centro	35,9	59,8	4,4	100,0
	Sud e Isole	14,2	64,5	21,3	100,0
Età in classi	Fino a 39	38,1	54,9	6,9	100,0
	40-49	37,4	57,0	5,6	100,0
	50-59	28,3	63,5	8,2	100,0
	60 e oltre	24,7	62,9	12,4	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	36,4	56,8	6,7	100,0
	Zona rurale	22,2	65,8	12,0	100,0
Pazienti in carico	Fino a 900	16,7	66,6	16,7	100,0
	tra 901 e 1200	30,0	64,6	5,4	100,0
	tra 1201 e 1500	27,2	61,1	11,7	100,0
	oltre 1500	28,0	62,6	9,4	100,0
Totale	28,8	61,9	9,3	100,0	

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 25 Ti è mai capitato che i tuoi pazienti ti abbiano chiesto informazioni sulle assicurazioni, i fondi e le mutue sanitarie e/o sulle modalità secondo cui eventualmente iscriversi?

Caratteristiche del medico		mai o raramente	qualche volta	abbastan za spesso	Totale
Area	Nord Ovest	77,0	20,5	2,5	100,0
	Nord Est	79,1	20,1	0,8	100,0
	Centro	75,3	21,0	3,7	100,0
	Sud e Isole	81,4	18,2	0,4	100,0
Età in classi	Fino a 39	61,9	21,4	16,8	100,0
	40-49	69,2	30,8		100,0
	50-59	81,0	16,4	2,7	100,0
	60 e oltre	77,7	21,3	1,0	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	74,2	22,5	3,3	100,0
	Zona rurale	80,6	18,4	1,0	100,0
Pazienti in carico	Fino a 900	77,5	19,6	2,9	100,0
	tra 901 e 1200	74,4	24,4	1,2	100,0
	tra 1201 e 1500	82,8	15,4	1,8	100,0
	oltre 1500	76,7	21,6	1,7	100,0
Totale		78,5	19,8	1,8	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 26 Ti è mai capitato che alcuni dei tuoi pazienti ti chiedano come e dove andare per avere una prestazione specialistica o un accertamento o un ricovero a pagamento, con o senza rimborso?

Caratteristiche del medico		mai o raramente	qualche volta	abbastanza spesso	Totale
Area	Nord Ovest	11,0	48,8	40,2	100,0
	Nord Est	7,5	49,7	42,8	100,0
	Centro	11,4	37,3	51,3	100,0
	Sud e Isole	20,5	38,3	41,3	100,0
Età in classi	Fino a 39		43,4	56,6	100,0
	40-49	17,4	32,8	49,8	100,0
	50-59	15,8	40,5	43,6	100,0
	60 e oltre	11,9	45,3	42,8	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	12,5	42,3	45,1	100,0
	Zona rurale	14,2	42,9	42,8	100,0
Pazienti in carico	Fino a 900	24,8	27,1	48,1	100,0
	tra 901 e 1200	8,6	40,7	50,7	100,0
	tra 1201 e 1500	10,5	44,4	45,1	100,0
	oltre 1500	15,6	46,6	37,8	100,0
Totale		13,7	42,7	43,6	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 27 In genere, secondo la tua esperienza o la tua impressione, l'accesso alla prestazione erogata privatamente è dovuto soprattutto: media [1-10]

Caratteristiche del medico	ai tempi più rapidi di erogazione della prestazione	alla possibilità di farsi visitare da un determinato medico	alla possibilità di ricoverarsi in una struttura	alla migliore accessibilità dell'operatore o della struttura	al fatto di poter avere un rimborso, anche parziale, da parte dell'ente di cui si ha la copertura privata
	Nord Ovest	7,2	6,0	6,3	6,6
Area	Nord Est	7,4	5,5	6,3	6,2
	Centro	7,1	6,0	7,1	6,8
	Sud e Isole	7,3	6,8	7,0	5,5
	Fino a 39	6,7	6,3	4,8	5,3
Età in classi	40-49	6,7	6,5	6,5	6,2
	50-59	7,4	6,1	6,8	6,3
	60 e oltre	7,2	6,2	6,7	6,1
Urbano - rurale	Centro urbano	7,0	5,9	7,0	6,7
	Zona rurale	7,3	6,3	6,6	5,9
	Fino a 900	7,4	7,0	7,5	6,7
Pazienti in carico	tra 901 e 1200	7,3	6,2	6,5	6,2
	tra 1201 e 1500	7,0	6,1	6,6	6,2
	oltre 1500	7,3	6,0	6,7	6,1
Totale	9,3	7,2	6,2	6,7	6,2

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 28 In genere, secondo la tua esperienza o la tua impressione, l'accesso alla prestazione erogata privatamente è dovuto soprattutto:

Motivi dell'accesso alle prestazioni private	Poco importante	Mediamente importante	Molto importante	Totale
ai tempi più rapidi di erogazione della prestazione	1,4	5,8	92,7	100,0
alla possibilità di farsi visitare da un determinato medico	10,1	33,7	56,2	100,0
alla possibilità di ricoverarsi in una determinata struttura	20,9	41,6	37,5	100,0
alla migliore accessibilità dell'operatore o della struttura	15,7	36,0	48,2	100,0
al fatto di poter avere un rimborso, anche parziale, da parte dell'ente di cui si ha la copertura privata	21,0	40,9	38,1	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Caratteristica del medico		Tab. 29 Quali potrebbero essere a tuo parere, in prospettiva, le conseguenze per il SSN relativamente ai seguenti profili:																		
		suo finanziamento		investimenti strutturali		coordinamento ospedale-territorio		formazione del personale sanitario		sviluppo e rinnovo tecnologico		integrazione dei percorsi assistenziali		Totale						
		Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta	
Area	Nord Ovest	52,7	33,4	13,9	55,9	28,9	15,2	36,7	39,5	23,8	32,7	52,7	14,6	34,6	47,9	17,5	31,0	42,3	26,7	100,0
	Nord Est	55,6	38,3	6,1	48,6	42,3	9,1	33,9	42,6	23,6	35,2	49,0	15,8	33,7	41,9	24,5	38,0	36,1	26,0	100,0
	Centro	55,7	33,2	11,1	49,4	36,5	14,1	32,8	41,0	26,2	31,7	50,2	18,1	31,7	40,8	27,5	29,8	40,0	30,1	100,0
	Sud e Isole	56,6	23,7	19,8	54,4	30,4	15,2	38,1	29,3	32,6	38,6	39,2	22,2	39,4	31,1	29,5	37,1	31,5	31,5	100,0
Età in classi	Fino a 39	40,5	38,1	21,4	61,9	16,8	21,4	20,8	29,5	49,6	13,9	76,3	9,8	23,7	48,0	28,3	13,9	79,2	6,9	100,0
	40-49	62,4	27,2	10,4	53,4	16,8	29,8	42,2	39,0	18,7	45,4	33,8	20,8	41,0	47,2	11,8	45,7	36,9	17,4	100,0
	50-59	55,9	30,3	13,8	53,8	35,1	11,1	35,7	35,6	28,7	37,5	43,4	19,1	38,5	35,8	25,7	34,4	36,0	29,5	100,0
Urbano - rurale	60 e oltre	54,3	31,7	14,0	51,5	34,2	14,3	35,4	37,9	26,8	32,3	50,4	17,4	32,6	41,5	25,9	33,0	37,2	29,9	100,0
	Centro urbano	57,7	27,8	14,4	52,9	30,0	17,1	30,4	39,6	30,0	33,3	47,8	18,9	32,2	41,7	26,1	28,1	40,3	31,6	100,0
Totale	Zona rurale	54,0	32,5	13,5	52,4	35,3	12,3	38,4	35,6	26,0	35,7	46,4	17,9	37,0	38,4	24,7	37,0	35,3	27,7	100,0
	Totale	55,2	30,9	13,8	52,6	33,6	13,8	35,8	36,9	27,3	34,9	46,9	18,2	35,4	39,5	25,1	34,1	37,0	29,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Caratteristiche del medico		Tab. 30 Quali potrebbero essere a tuo parere, in prospettiva, le conseguenze per i pazienti relativamente a:										garanzia di cura e assistenza in caso di patologia cronica Totale								
		il costo complessivo da affrontare		l'accessibilità alle prestazioni e tempi della loro erogazione		possibilità di scelta dell'erogatore della prestazione (medico, centro diagnostico, ospedale)		numero complessivo delle prestazioni soggette a copertura (sia da parte del SSN che da parte dell'Ente assicurativo o fondo privato)		qualità delle prestazioni erogate (sia da parte del SSN che dell'assicurato)										
		Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta							
	Nord Ovest	2,7	16,4	80,8	33,6	22,0	44,4	14,9	27,4	57,6	29,4	35,6	34,9	30,0	48,9	21,2	55,0	34,2	10,8	100,0
Area	Nord Est	5,7	20,4	73,8	30,3	31,8	37,9	13,5	39,0	47,5	28,5	35,8	35,7	30,0	48,2	21,9	48,4	34,9	16,7	100,0
	Centro	3,4	17,1	79,4	39,5	15,3	45,2	17,4	27,0	55,6	27,8	37,3	34,8	25,8	46,4	27,8	47,4	29,6	23,0	100,0
	Sud e Isole	4,2	13,7	82,1	32,6	25,9	41,5	15,9	32,4	51,7	25,5	30,4	44,1	20,5	42,6	36,9	37,0	33,5	29,6	100,0
	Fino a 39		9,8	90,2	40,5	6,9	52,6		35,2	64,8	28,3	38,1	33,6	13,9	54,9	31,2	20,8	48,0	31,2	100,0
Età in	40-49	2,0	26,0	72,0	39,8	34,3	25,8	12,2	21,2	66,6	23,8	37,4	38,8	17,5	43,7	38,8	52,2	30,2	17,6	100,0
classi	50-59	4,5	17,1	78,4	31,8	23,7	44,5	13,1	34,3	52,6	27,1	36,6	36,4	27,1	45,3	27,6	46,3	33,3	20,4	100,0
	60 e oltre	3,7	15,1	81,2	35,1	22,7	42,2	17,9	29,6	52,5	28,3	32,2	39,5	25,7	46,7	27,6	45,3	32,9	21,8	100,0
Urbano -	Centro urbano	3,9	17,9	78,2	36,0	22,4	41,6	16,4	32,7	50,9	21,6	44,7	33,7	22,6	46,9	30,5	44,4	36,1	19,5	100,0
rurale	Zona rurale	3,9	15,6	80,4	33,1	24,1	42,8	15,2	30,4	54,5	30,5	29,2	40,3	27,4	45,6	27,0	46,6	31,5	21,8	100,0
Totale		3,9	16,4	79,7	34,0	23,6	42,4	15,6	31,1	53,3	27,6	34,3	38,2	25,8	46,0	28,2	45,9	33,0	21,1	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab. 31 Quali potrebbero essere a tuo parere le conseguenze specifiche per i MMG rispetto a:

Caratteristiche del medico	l'essenzialità e l'importanza del ruolo			la disponibilità di risorse destinate alle cure primarie			l'investimento per i fattori di produzione per il MMG			la remunerazione			Totale
	Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta	Diminuisce	Uguale	Aumenta	
Nord Ovest	48,9	39,1	11,9	61,6	26,3	12,1	56,8	31,9	11,3	55,0	39,2	5,8	100,0
Nord Est	48,3	33,9	17,8	60,9	25,8	13,3	61,0	27,1	11,9	58,7	32,5	8,8	100,0
Centro	49,6	33,8	16,6	53,7	29,2	17,1	49,1	31,7	19,2	46,2	42,7	11,1	100,0
Sud e Isole	44,7	33,4	21,8	57,3	27,3	15,3	55,2	28,4	16,4	48,4	36,5	15,1	100,0
Fino a 39	23,7	45,1	31,2	30,7	48,0	21,4	30,7	59,5	9,8	23,7	76,3		100,0
40-49	49,2	50,8		60,6	29,0	10,4	51,2	46,8	2,0	48,2	48,2	3,6	100,0
50-59	46,2	37,4	16,4	55,3	27,3	17,4	53,7	28,0	18,2	50,4	39,5	10,1	100,0
60 e oltre	48,7	31,6	19,6	60,6	26,7	12,7	57,1	29,2	13,7	52,8	35,2	12,0	100,0
Urbano -	47,7	35,4	16,9	56,5	28,9	14,6	54,7	31,2	14,1	47,0	42,4	10,6	100,0
Centro urbano													
rurale	47,5	34,8	17,7	59,0	26,4	14,5	55,5	29,1	15,4	53,6	35,6	10,8	100,0
Totale	47,6	35,0	17,4	58,2	27,2	14,6	55,3	29,8	15,0	51,4	37,8	10,7	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab. 32 A tuo parere chi è destinato a guadagnarci e chi a perderci in un contesto ove milioni di persone potranno avvalersi di coperture assicurative offerte dai molteplici attori del welfare sanitario privato?

Caratteristiche del medico	i medici specialisti libero-professionisti				i medici ospedalieri (attuali dipendenti SSN)				i medici di medicina generale				gli infermieri				i terapisti				Totale
	Nulla per loro cambierà	Ci perderanno	Ci guadagneranno	Ci eranno	Nulla per loro cambierà	Ci perderanno	Ci guadagneranno	Ci eranno	Nulla per loro cambierà	Ci perderanno	Ci guadagneranno	Ci eranno	Nulla per loro cambierà	Ci perderanno	Ci guadagneranno	Ci eranno	Nulla per loro cambierà	Ci perderanno	Ci guadagneranno	Ci eranno	
Nord Ovest	8,2	2,2	89,5		55,1	34,2	10,7		36,3	58,5	5,2		46,1	13,9	40,0		21,7	5,0	73,3	100,0	
Nord Est	7,8	1,9	90,3		43,4	40,1	16,5		36,3	60,2	3,5		49,8	20,4	29,8		18,3	10,6	71,1	100,0	
Centro	9,2	1,5	89,3		50,7	37,2	12,1		30,8	61,3	8,0		37,9	14,1	48,0		18,1	6,7	75,2	100,0	
Sud e Isole	16,7	6,5	76,8		47,9	35,5	16,6		33,6	61,6	4,8		35,2	15,1	49,7		22,4	8,8	68,9	100,0	
Fino a 39			100,0		61,9	38,1			73,4	16,8	9,8		49,6		50,4		21,4		78,6	100,0	
Età in	4,8	9,2	86,1		45,0	38,2	16,8		36,3	61,7	2,0		32,3	13,2	54,6		25,2	11,2	63,7	100,0	
classi	10,5	2,1	87,4		47,9	38,9	13,1		37,5	58,2	4,2		44,9	13,7	41,5		18,9	5,6	75,5	100,0	
60 e oltre	12,6	4,0	83,5		50,9	34,3	14,8		30,8	62,7	6,5		39,1	17,4	43,6		21,2	9,1	69,7	100,0	
Urbano -	9,8	4,9	85,4		50,1	37,4	12,5		32,3	62,8	4,8		44,9	13,2	41,8		24,3	6,7	68,9	100,0	
Centrale	12,0	2,8	85,3		49,2	35,9	14,9		34,9	59,4	5,7		39,3	16,7	44,0		18,6	8,2	73,2	100,0	
Zona rurale	11,3	3,5	85,3		49,5	36,4	14,1		34,1	60,5	5,4		41,2	15,5	43,3		20,5	7,7	71,8	100,0	

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 33 Oggi assicurazioni fondi casse e società di mutuo soccorso danno vita a convenzioni con medici e strutture sanitarie. Qual è a tuo parere la probabilità che i mmg, senza l'introduzione di nuove regole, saranno chiamati a lavorare per questi network?

Caratteristiche del medico		nulle	poche	abbastanza	molte	Totale
Area	Nord Ovest	19,2	55,8	22,8	2,2	100,0
	Nord Est	17,0	57,7	21,8	3,5	100,0
	Centro	14,1	61,2	21,0	3,7	100,0
	Sud e Isole	15,0	55,5	21,7	7,7	100,0
Età in classi	Fino a 39	28,3	43,4	6,9	21,4	100,0
	40-49	15,2	44,2	37,0	3,6	100,0
	50-59	15,0	56,1	24,1	4,8	100,0
	60 e oltre	17,1	59,6	18,9	4,4	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	20,9	50,0	25,1	4,1	100,0
	Zona rurale	13,9	60,9	20,3	4,9	100,0
Totale		16,2	57,3	21,8	4,7	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 34 Poche o molte che siano le probabilità, pensi che i MMG potranno continuare a lavorare sia per il SSN che per i network privati, con opportuni aggiustamenti delle regole?

Caratteristiche del medico		sicuramente si	si	né si né no	no	sicuramente no	Totale
Area	Nord Ovest	12,8	30,2	32,9	17,6	6,5	100,0
	Nord Est	20,4	26,5	24,0	22,8	6,4	100,0
	Centro	12,5	38,0	24,6	19,4	5,5	100,0
	Sud e Isole	16,9	28,3	20,9	25,0	9,0	100,0
Età in classi	Fino a 39		80,6	9,7	9,7		100,0
	40-49	8,9	21,5	21,2	20,8	27,5	100,0
	50-59	13,5	30,4	25,8	23,8	6,4	100,0
	60 e oltre	17,8	31,3	25,2	19,9	5,8	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	15,6	30,7	27,5	17,8	8,5	100,0
	Zona rurale	15,5	30,7	24,1	23,2	6,5	100,0
Totale		15,5	30,7	25,2	21,5	7,1	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 35 Ritieni che le rappresentanze di categoria professionali della MG debbano operare per gestire al meglio i cambiamenti che presumibilmente emergeranno con il crescere e il consolidarsi del welfare sanitario privato?

Caratteristiche del medico	si, in quanto è necessario un punto collettivo di aggregazione	forse	no, perché i problemi riguardano essenzialmente la professione privata	Totale
Nord Ovest	79,2	17,1	3,7	100,0
Nord Est	77,0	14,6	8,4	100,0
Centro	71,6	20,1	8,3	100,0
Sud e Isole	77,9	12,6	9,5	100,0
Fino a 39	78,6		21,4	100,0
Età in 40-49	68,1	19,4	12,6	100,0
classi 50-59	73,9	17,7	8,5	100,0
60 e oltre	79,5	14,3	6,3	100,0
Urbano - Centro urban	72,2	17,3	10,5	100,0
rurale Zona rurale	78,8	15,1	6,1	100,0
Totale	76,6	15,8	7,6	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 36 In conclusione, a tuo parere, lo sviluppo del welfare sanitario privato, è per i MMG:					
Caratteristiche del medico	un'opportunità importante da non perdere	di poco o nullo impatto sulla categoria dei MMG	soprattutto fonte di stress e di problemi	Totale	
Area	Nord Ovest	38,9	17,0	44,1	100,0
	Nord Est	38,8	13,8	47,4	100,0
	Centro	43,9	14,8	41,3	100,0
	Sud e Isole	36,2	23,2	40,6	100,0
	Fino a 39	45,1	45,1	9,8	100,0
Età in classi	40-49	24,0	20,5	55,5	100,0
	50-59	40,0	14,4	45,6	100,0
	60 e oltre	39,7	20,2	40,1	100,0
	Centro urbano	41,5	15,8	42,7	100,0
Urbano - rurale	Zona rurale	37,9	19,1	43,0	100,0
	aumenti	60,4	18,1	21,6	100,0
E auspicabile che il complesso degli enti ascrivibili al welfare sanitario privato:	rimanga stabile	34,3	22,4	43,3	100,0
	diminuisca	24,2	12,3	63,5	100,0
Totale	39,1	18,0	42,9	100,0	

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 38 Una strategia di partecipazione dei MMG è quella di assumere il ruolo di gestori dell'intermediazione tra cittadini ed enti privati e fornire prestazioni sanitarie. Ritieni questa strategia:

Caratteristiche del medico	utile per i pazienti		necessarie convenientemente per gli enti del welfare		importante per l'equilibrio del sistema		auspicabile per mantenere il ruolo della MG		efficiente sotto il profilo complessivo della spesa		Totale						
	Sì	Né sì né no	Sì	Né sì né no	Sì	Né sì né no	Sì	Né sì né no	Sì	Né sì né no							
												No	No	No	No		
Area	Nord Ovest	68,9	19,9	11,3	65,8	24,1	10,1	65,1	23,8	11,1	67,1	15,0	17,9	56,3	27,1	16,7	100
	Nord Est	66,4	22,7	10,9	64,0	27,0	9,0	64,5	23,6	11,9	65,5	16,6	17,9	49,6	28,5	21,9	100
	Centro	75,1	14,6	10,3	79,6	15,9	4,5	69,6	20,6	9,8	67,0	14,0	19,0	58,1	21,2	20,7	100
	Sud e isole	67,3	19,0	13,7	70,7	18,0	11,2	64,9	20,1	15,0	68,2	14,5	17,3	61,4	18,6	20,0	100
Età in classi	Fino a 39	100,0			83,2	16,8		61,9	16,8	21,4	78,6		21,4	47,4	9,8	42,7	100
	40-49	56,3	31,5	12,2	55,2	41,3	3,6	48,7	36,5	14,8	52,8	15,2	32,0	45,1	26,3	28,6	100
	50-59	66,7	20,7	12,7	66,9	24,2	8,9	65,6	21,9	12,4	62,1	18,4	19,4	53,5	24,3	22,2	100
	60 e oltre	72,2	16,6	11,2	74,2	16,2	9,7	67,8	20,4	11,8	72,1	12,4	15,5	61,3	22,1	16,6	100
Urbano - rurale	Centro urbano	67,8	19,1	13,1	72,2	19,0	8,9	65,7	19,9	14,4	67,9	13,8	18,3	55,9	24,0	20,1	100
	Zona rurale	70,1	18,8	11,1	69,4	21,5	9,1	66,1	22,7	11,2	66,8	15,4	17,8	57,9	22,7	19,4	100
Totale		69,3	18,9	11,8	70,3	20,7	9,0	66,0	21,8	12,3	67,1	14,9	18,0	57,2	23,1	19,7	100

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 39 Quale tipo di rapporto tra MMG ed enti riterresti eventualmente più appropriato?

Caratteristiche del medico	un contratto simile alla convenzione del SSN opportunamente modificato	un contratto fondato sulla remunerazione degli specifici servizi resi	un contratto a forfait (definizione quantitativa delle prestazioni rese e della remunerazione su base temporale)	Totale
Nord Ovest	38,1	52,7	9,2	100,0
Nord Est	48,8	42,6	8,7	100,0
Centro	41,9	47,7	10,4	100,0
Sud e Isole	48,5	40,1	11,4	100,0
Fino a 39	31,2	47,4	21,4	100,0
Età in classi				
40-49	53,8	28,3	17,9	100,0
50-59	45,5	44,8	9,8	100,0
60 e oltre	42,9	47,5	9,6	100,0
Urbano - rurale				
Centro urbano	44,4	44,4	11,2	100,0
Zona rurale	44,5	45,9	9,6	100,0
Totale	44,4	45,4	10,1	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 40 Quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni?

Caratteristiche del medico	i MMG non hanno interesse ad entrare in queste novità			mancano i presupposti tecnici e di competenza per svolgere i nuovi compiti			meglio affrontare l'evolversi del sistema e partecipare al nuovo			se si rimane tagliati fuori dai nuovi modelli la MG entrerà in declino			meglio rimanere attaccati alla nostra identità culturale ed operativa			se i MMG mostrassero atteggiamenti positivi verso il welfare privato, ne risulterebbe								
	Disaccordo	Neutro	Accordo	Mediana [1-5]	Disaccordo	Neutro	Accordo	Mediana [1-5]	Disaccordo	Neutro	Accordo	Mediana [1-5]	Disaccordo	Neutro	Accordo	Mediana [1-5]								
Nord Ovest	42,6	25,0	32,4	2,8	43,8	22,4	33,8	2,8	17,1	28,0	54,9	3,6	11,7	21,9	66,4	3,9	48,1	24,8	27,1	2,6	47,2	23,9	28,9	2,7
Nord Est	43,0	26,6	30,3	2,7	49,9	18,9	31,2	2,7	21,5	29,3	49,1	3,4	20,5	22,3	57,2	3,6	48,4	23,4	28,2	2,7	42,1	22,4	35,5	2,9
Centro	42,6	21,7	35,7	2,8	48,3	27,7	24,0	2,6	21,9	14,8	63,3	3,7	20,2	17,4	62,5	3,8	58,7	17,5	23,8	2,5	49,2	23,0	27,8	2,7
Sud e Isole	45,3	24,1	30,6	2,8	43,9	18,9	37,2	2,9	23,4	28,8	47,8	3,4	20,8	17,0	62,2	3,7	51,2	14,2	34,6	2,8	40,3	26,3	33,4	2,9
Fino a 39	45,1	33,6	21,4	2,6	48,0	23,7	28,3	2,8	42,7	26,6	30,7	2,6	21,4	6,9	71,7	3,6	54,9	16,8	28,3	2,4	54,9	9,8	35,2	2,5
40-49	34,8	12,4	52,8	3,1	28,7	24,9	46,4	3,1	28,9	46,8	24,2	2,9	28,4	36,6	35,0	3,2	22,2	36,0	41,8	3,0	34,0	26,4	39,6	3,1
50-59	36,3	30,3	33,4	2,9	47,1	20,3	32,6	2,7	18,4	24,7	56,8	3,6	16,5	22,5	61,0	3,7	55,0	15,9	29,2	2,6	43,5	25,1	31,4	2,9
60 e oltre	50,0	20,5	29,5	2,6	46,7	22,6	30,7	2,7	22,3	24,1	53,7	3,5	18,7	15,4	65,9	3,8	51,8	20,3	27,9	2,7	45,9	23,6	30,5	2,7
Urbano -	38,0	26,1	35,9	2,9	48,6	19,6	31,8	2,7	19,1	21,4	59,4	3,6	16,0	21,8	62,2	3,8	52,3	16,0	31,7	2,7	43,4	22,2	34,3	2,9
rurale	46,3	23,3	30,4	2,7	44,7	22,8	32,5	2,8	22,2	27,5	50,4	3,5	19,5	18,0	62,5	3,7	51,3	20,8	27,8	2,6	44,9	25,2	29,9	2,7
Totale	43,6	24,2	32,2	2,8	46,0	21,8	32,2	2,7	21,2	25,5	53,4	3,5	18,3	19,3	62,4	3,7	51,6	19,3	29,1	2,7	44,4	24,3	31,3	2,8

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Tab 41 Pensi che sarebbe necessario, per un rinnovo della Medicina Generale, puntare sull'ampliamento delle funzioni e delle prestazioni che i MMG potrebbero erogare a pagamento o a tariffa?

Caratteristiche del medico		si	né si né no	no	Totale
Area	Nord Ovest	60,7	19,8	19,5	100,0
	Nord Est	58,8	18,1	23,1	100,0
	Centro	66,6	9,3	24,1	100,0
	Sud e Isole	62,5	9,9	27,7	100,0
Età in classi	Fino a 39	100,0	0,0	0,0	100,0
	40-49	70,4	15,4	14,3	100,0
	50-59	57,1	14,4	28,5	100,0
	60 e oltre	65,1	13,2	21,7	100,0
Urbano - rurale	Centro urbano	57,7	14,3	28,0	100,0
	Zona rurale	64,5	13,4	22,1	100,0
Totale		62,3	13,7	24,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi, Survey sul secondo pilastro del Welfare sanitario, 2016.

Allegato 2: questionario

A. **Dati socio demografici e professionali generali**

1. Genere

- Uomo
- Donna

2. Quanti anni hai ?

3. Quale è la tua principale attività in Medicina Generale ?

- Assistenza Primaria
- Medicina dei Servizi (vai alla domanda n. 9)
- Continuità Assistenziale (vai alla domanda n. 9)
- Emergenza Territoriale (vai alla domanda n. 9)
- Sono in pensione (rispondi facendo riferimento alla tua posizione quando lavoravi) (vai alla domanda n. 9)

4. Puoi indicare la modalità principale secondo cui eserciti come medico di assistenza primaria ?

- studio singolo
- associazione semplice
- rete
- gruppo
- altra modalità di tipo aggregativo

5. Regione (dove hai lo studio)

6. Il tuo studio principale si trova in una :

- città capoluogo di Regione
- città capoluogo di provincia
- città o paese non capoluogo di provincia
- zona con popolazione sparsa e/o frazioni abitative

7. Quanti pazienti hai in carico ?

- meno di 600
- tra 601 e 900
- tra 901 e 1200

- tra 1201 e 1500
- oltre 1500

8. Come valuti le prestazioni a pagamento, sia come tipo di prestazioni che di quantità, da te erogate rispetto alla tua disponibilità ?
- ne farei di più e anche di diverso tipo
 - va bene quello che già faccio
 - ne farei di meno
 - non le farei affatto

B. Conoscenza e opinioni sul welfare sanitario privato esterno al SSN

In questa sezione del questionario ti rivolgiamo alcune domande il cui obiettivo è quello di comprendere qual è il tuo livello di conoscenza (anche percepita) sul welfare sanitario privato. E, cioè, sugli Enti, profit e non profit, che (sulla base del versamento di premi e contributi) offrono una copertura assicurativa volta a pagare o rimborsare quanto gli assicurati hanno speso per le prestazioni a pagamento. Rispondi in ogni caso alle domande facendo riferimento a quanto effettivamente sai o a quanto pensi o immagini che possa essere il dato effettivo.

9. Secondo te quanti sono i cittadini che dispongono attualmente di una copertura sanitaria cosiddetta integrativa rispetto a quella prevista dal SSN (polizze malattia emesse dalle imprese di assicurazione, fondi e casse mutue sanitarie, società di mutuo soccorso, prestazioni sanitarie garantite direttamente da aziende e datori di lavoro e simili) ?

Numero di cittadini assicurati :

- Fino a 2 milioni
- tra 2 e 4 milioni
- tra 4 e 6 milioni
- tra 6 e 8 milioni
- tra 8 e 10 milioni
- tra 10 e 12 milioni
- tra 12 e 14 milioni
- oltre i 14 milioni

10. Quali pensi che siano le prestazioni principalmente assicurate (soggette a rimborso, anche se parziale, della spesa sostenuta dal cittadino)? (per ogni tipo di prestazione, scegli un numero che va da zero a 5, ove zero significa che ritieni che la prestazione non è mai o raramente prevista tra quelle assicurate, 5 che la prestazione è invece sempre o quasi sempre prevista)
- 10.1 visite mediche generiche
 - 10.2 interventi di riabilitazione (fisioterapia e simili)
 - 10.3 visite specialistiche
 - 10.4 accertamenti diagnostici
 - 10.5 interventi odontoiatrici di base
 - 10.6 protesi, impianti e simili
 - 10.7 ricoveri ordinari
 - 10.8 assistenza domiciliare
11. Secondo quanto ne sai oppure secondo il tuo parere, qual è la caratteristica prevalente delle prestazioni garantite dall'insieme delle "assicurazioni sanitarie private" rispetto alle prestazioni offerte dal SSN? Si tratta prevalentemente di prestazioni:
- integrative e/o complementari a quelle del SSN (prestazioni che si limitano a integrare o colmare il difetto di copertura delle prestazioni pubbliche: ad esempio i ticket, la degenza in camere a pagamento, prestazioni comunque escluse dalla copertura pubblica)
 - sostitutive di quelle del SSN (prestazioni già contemplate nella copertura del SSN)
12. Quali sono, o pensi che siano, i benefici che i cittadini assicurati dagli Enti della previdenza integrativa si attendono? (segna un numero che va da zero a 5 per indicare quanto sono a tuo parere importanti i singoli benefici, ove zero è nessuno e 5 il massimo beneficio)
- 12.1 avere la possibilità di farsi curare in regime di erogazione privata, superando le eventuali liste d'attesa del settore pubblico
 - 12.2 scegliere i medici curanti e/o i luoghi di cura
 - 12.3 garantirsi la possibilità di ricorrere, tramite rimborso anche parziale, alle prestazioni che non sono contemplate nel SSN, oppure sono sottoposte a stringenti criteri di accesso

13. Quali sono a tuo parere i possibili obiettivi principali dei decisori politici in materia di welfare sanitario privato? (scegli una sola risposta: quella che, secondo te, meglio descrive il principale obiettivo, anche se eventuale, che motiva l'azione politica)

- affiancare al SSN una copertura finanziaria privata, alimentata da risorse dei datori di lavoro e dei lavoratori, al solo fine di alleggerire il bisogno di ulteriori risorse finanziarie pubbliche, nell'ottica comunque della salvaguardia finanziaria del SSN e del suo impianto istituzionale o organizzativo
- trasferire gradualmente, in tutto o in parte, settori o livelli dell'assistenza sanitaria alla copertura finanziaria del secondo pilastro assicurativo/mutualistico privato, mantenendo magari a carico del SSN le prestazioni a più alto costo o di maggiore complessità tecnologica (ad esempio, ricoveri ospedalieri, interventi, terapie oncologiche, biologiche, ecc.)

14. Quali sono gli obiettivi che, secondo il tuo parere, sarebbe invece utile ed appropriato che, rispetto ai possibili scenari, venissero invece perseguiti? (assegna un numero da zero a 10 per indicare quanto sono a tuo parere importanti i singoli obiettivi, indicando con 1 un'importanza nulla e con 10 una enorme importanza))

14.1 il finanziamento del SSN dovrebbe rimanere pubblico e unitario, al fine di mantenere l'integrità del sistema e delle sue parti costituenti

14.2 il finanziamento della sanità dovrebbe essere "duale", ovvero a due pilastri, uno pubblico e uno privato, con il vincolo di quest'ultimo di essere assolutamente integrativo e non sostitutivo del precedente

14.3 il finanziamento dovrebbe essere "duale" ma senza vincoli riguardanti la tipologia delle prestazioni coperte, dato che quanto e dove spendere per la sanità, dovrebbe essere una scelta completamente libera dei cittadini

1. Secondo te è auspicabile che il complesso degli enti ascrivibili al welfare sanitario privato:

- Aumenti
- Rimanga stabile
- Diminuisca

C. Esperienze dirette dei MMG in materia di welfare sanitario privato

16. Con quale frequenza accade, nella tua esperienza, che i pazienti si rivolgano al privato per eseguire:
- molto spesso
 - spesso
 - a volte
 - raramente
 - molto raramente
- 16.1 Esami ecografici
- 16.2 Consulenze specialistiche
- 16.3 Esami di laboratorio
- 16.4 Ricoveri ospedalieri
- 16.5 Radiologia convenzionale
- 16.6 Diagnostica radiologica pesante (TAC, RM e simili)
- 16.7 Endoscopie del tratto gastroenterico
- 16.8 Terapie fisiche / riabilitative
17. Quanti dei tuoi pazienti pensi che dispongano di una polizza sanitaria o siano coperti da un fondo, cassa e mutua o simili ?
- Nessuno
 - tra il 5-10%
 - tra il 10 e il 20%
 - oltre il 20%
18. Ti è mai capitato che qualcuno dei tuoi pazienti ti abbia recentemente chiesto prescrizioni / certificati finalizzati a chiedere un rimborso a un'assicurazione, o fondo, o mutua o simili ?
- mai o raramente
 - qualche volta
 - abbastanza spesso
19. Ti è mai capitato che i tuoi pazienti ti abbiano chiesto informazioni sulle assicurazioni, i fondi e le mutue sanitarie e/o sulle modalità secondo cui eventualmente iscriversi ?
- mai o raramente
 - qualche volta

- abbastanza spesso

20. Ti è mai capitato che alcuni dei tuoi pazienti ti chiedano come e dove andare per avere una prestazione specialistica o un accertamento o un ricovero a pagamento, con o senza rimborso ?

- mai o raramente
- qualche volta
- abbastanza spesso

21. In genere, secondo la tua esperienza o la tua impressione, l'accesso alla prestazione erogata privatamente è dovuto soprattutto: (scala da 1 a 10, dove 1 indica una minima importanza del fattore e 10 una massima importanza)

21.1 ai tempi più rapidi di erogazione della prestazione

21.2 alla possibilità di farsi visitare da un determinato medico

21.3 alla possibilità di ricoverarsi in una determinata struttura

21.4 alla migliore accessibilità dell'operatore o della struttura

21.5 al fatto di poter avere un rimborso, anche parziale, da parte dell'ente di cui si ha la copertura privata e non dover quindi essere economicamente esposto a dover sopportare tutta o parte della spesa

D. Conseguenze della crescita del welfare sanitario privato

In questa sezione del questionario, ti proponiamo un insieme di domande il cui obiettivo è quello di comprendere cosa tu pensi e prevedi possano essere le ripercussioni dello sviluppo su larga scala di un "secondo pilastro" di welfare sanitario privato, tenendo conto dell'attuale unitarietà del finanziamento e dell'assetto del SSN, rispetto ad un tipo di impianto che pone l'esigenza di dover regolare e governare le relazioni economiche, organizzative e gestionali tra i due sistemi.

Le domande sono poste ai soli fini di raccogliere informazioni per approfondire il tema e senza neanche implicitamente propendere per uno specifico scenario.

22. Quali potrebbero essere a tuo parere, in prospettiva, le conseguenze per il SSN relativamente ai seguenti profili:

- diminuirà
- rimarrà stabile
- aumenterà

- 22.1 suo finanziamento :
- 22.2 investimenti strutturali
- 22.3 coordinamento ospedale-territorio
- 22.4 formazione del personale sanitario
- 22.5 sviluppo e rinnovo tecnologico
- 22.6 integrazione dei percorsi assistenziali

23. Quali potrebbero essere a tuo parere, in prospettiva, le conseguenze per i pazienti relativamente a (Tieni presente le conseguenze complessive, sia che il paziente acceda al SSN che al privato)

- diminuirà
- rimarrà stabile
- aumenterà

23.1 il costo complessivo da affrontare

23.2 l'accessibilità alle prestazioni e tempi della loro erogazione

23.3 possibilità di scelta dell'erogatore della prestazione (medico, centro diagnostico, ospedale,

23.4 numero complessivo delle prestazioni soggette a copertura sia da parte del SSN che da parte dell'Ente assicurativo o fondo privato)

23.5 qualità delle prestazioni erogate (sia da parte del SSN che dell'"assicurato")

23.6 garanzia di cura e assistenza in caso di patologia cronica

24. Quali potrebbero essere a tuo parere le conseguenze specifiche per i mmg rispetto a

- diminuirà
- rimarrà stabile
- aumenterà

24.1 l'essenzialità e l'importanza del ruolo

24.2 la disponibilità di risorse destinate alle cure primarie

24.3 l'investimento per i fattori di produzione per il MMG

24.4 la remunerazione

25. A tuo parere chi è destinato a guadagnarci e chi a perderci in un contesto ove, rispetto alla situazione odierna, milioni di persone potranno avvalersi di coperture assicurative offerte dai molteplici attori del welfare sanitario privato?

- nulla per loro cambierà
- ci perderanno
- ci guadagneranno

25.1 i medici specialisti libero-professionisti

25.2 i medici ospedalieri (attuali dipendenti SSN)

25.3 i medici di medicina generale

25.4 gli infermieri

25.5 i terapisti

26. Già oggi le imprese di assicurazione, i fondi, le casse e le società di mutuo soccorso danno vita a convenzioni con medici e strutture sanitarie, sia per indirizzare gli accessi dei loro iscritti che per efficientare i processi di erogazione e di controllo dei costi, formando dei veri e propri complessi o network di strutture e operatori. Qual è a tuo parere la probabilità che i mmg, senza l'introduzione di nuove regole inerenti l'esercizio professionale, saranno chiamati a lavorare per questi network?

- Nulle (vai alla domanda 28)
- Poche
- Abbastanza
- Molte

27. Poche o molte che siano le probabilità, pensi che i MMG potranno continuare a lavorare sia per il SSN che per i network privati, con opportuni aggiustamenti delle regole

- sicuramente sì
- sì
- né sì né no
- no
- sicuramente no

28. Ritieni che le rappresentanze di categoria professionali della MG debbano operare per gestire al meglio i cambiamenti che presumibilmente emergeranno con il crescere e il consolidarsi del welfare sanitario privato?

- sì, in quanto è necessario un punto collettivo di aggregazione
- forse
- no, perché i problemi riguardano essenzialmente la professione privata

29. In conclusione, a tuo parere, lo sviluppo del welfare sanitario privato, è per i MMG:

- un'opportunità importante da non perdere
- di poco o nullo impatto sulla categoria dei MMG
- soprattutto fonte di stress e di problemi

E. Strategie e scenari di partecipazione dei MMG ad un possibile modello “duale” di sistema sanitario

Ti rivolgiamo ora alcune domande conclusive volte a raccogliere le tue impressioni e valutazioni in ordine ad alcuni possibili scenari secondo cui potrebbe evolversi il sistema. In sostanza, ti chiediamo di contribuire con le tue risposte ad accrescere le nostre conoscenze in relazione ad una fondamentale domanda: quale scenario riterresti più adeguato, anche in relazione ad una possibile adesione dei MMG?

Un nodo fondamentale riguarda i rapporti tra la tipologia delle prestazioni garantite dal SSN e quelle che potrebbero essere sostenute dal welfare privato. Ti presentiamo due scenari :

- **scenario 1:** le prestazioni garantite dal welfare privato devono essere esclusivamente quelle integrative e complementari per evitare che i cittadini/datori di lavoro debbano contribuire a finanziare le stesse prestazioni due volte (una con le tasse per la sanità pubblica e una con i contributi per il secondo pilastro) e per non favorire una concorrenza inefficiente tra il settore pubblico fondato sul principio dell'universalità e quello privato fondato sugli interessi, seppur legittimi, degli aderenti.
- **scenario 2:** le prestazioni del welfare privato possono essere anche quelle garantite dal SSN e, quindi, essere rispetto al SSN sostitutive (ad esempio, il SSN copre tutti i tipi di ricovero o tutti i tipi di prestazioni specialistiche o di accertamenti e così fa anche il welfare privato)

30. Quale scenario ritieni che possa più verosimilmente realizzarsi ?

- Scenario 1
- Scenario 2

31. Quale scenario pensi sia maggiormente produttivo in termini di efficacia assistenziale?

- Scenario 1
- Scenario 2

32. In quale dei due scenari pensi che il MMG possa svolgere meglio la sua funzione?

- Scenario 1
- Scenario 2

33. Una strategia di partecipazione dei MMG all'evolversi dei modelli emergenti, potrebbe essere quella di assumere il ruolo di gestori dell'intermediazione tra cittadini assicurati con gli enti del welfare privato e di fornire loro prestazioni sanitarie per cui sono abilitati, con una funzione analoga a quella svolta per il SSN. Ritieni questa strategia :

- sicuramente sì
- sì
- ne sì ne no
- no
- sicuramente no

33.1 Utile per i pazienti sicuramente

33.2 Necessaria e conveniente per gli stessi enti del welfare privato

33.3 Importante per l'equilibrio dell'intero sistema

33.4 Auspicabile per mantenere il ruolo della MG

33.5 Efficiente sotto il profilo complessivo della spesa sanitaria

34. Quale tipo di rapporto tra MMG ed enti riterresti eventualmente più appropriato? (una sola risposta)

- un contratto simile alla convenzione del SSN opportunamente modificato
- un contratto fondato sulla remunerazione degli specifici servizi resi
- un contratto a forfait (definizione quanti-qualitativa delle prestazioni rese e della remunerazione su base temporale)

35. Quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni : (segna un valore da 0 a 5, dove 0 indica "non sono per niente d'accordo" e 5 "sono assolutamente d'accordo")

35.1 i MMG non hanno interesse ad entrare in queste novità

- 35.2 mancano i presupposti tecnici e di competenza per svolgere i nuovi compiti
- 35.3 meglio affrontare l'evolversi del sistema e partecipare al nuovo
- 35.4 se si rimane tagliati fuori dai nuovi modelli la MG entrerà in declino
- 35.5 meglio rimanere attaccati alla nostra identità culturale ed operativa
- 35.6 se i MMG mostrassero atteggiamenti positivi verso il welfare privato, ne risulterebbe compromesso il loro rapporto col SSN

36. Pensi che sarebbe necessario, per un rinnovo della MG, puntare sull'ampliamento delle funzioni e delle prestazioni che i MMG potrebbero erogare a pagamento o a tariffa ?

- sicuramente sì
- sì
- né sì né no
- no
- sicuramente no

Sempre più frequentemente i pazienti si rivolgono al “privato” per ottenere prestazioni di tipo sanitario, diagnostiche e terapeutiche.

In genere questo accade perché le prestazioni offerte dal SSN sono di fatto poco accessibili, per le lunghe liste di attesa, per una eccessiva partecipazione dei costi, per complessità logistiche, per disposizioni prescrittive a volte del tutto assurde; tutti elementi che nascondono, comunque e quasi sempre, il malcelato obiettivo di limitare e rendere difficoltosa, appunto, l’accessibilità alla prestazione stessa.

Tale quadro costituisce lo scenario più favorevole per lo sviluppo di forme alternative di “assistenza sanitaria”; alcune di queste, in effetti, sembrano già sostituire prestazioni previste in ambito SSN. Stanno cioè emergendo nuovi protagonisti, nuovi pilastri, nuovi sistemi erogatori di assistenza sanitaria che, con tali premesse, sono destinati ad assumere spazi e poteri crescenti. È probabile che proprio sul territorio, queste nuove realtà possano trovare motivi di rapida e prossima consolidazione.

I MMG debbono tener conto di tali ipotesi per non trovarsi impreparati di fronte ai mutamenti imposti da questi fenomeni, nella consapevolezza che il loro ruolo sarà, ancora una volta, quello di tutelare la salute dei propri assistiti; la ricerca delle soluzioni migliori per i pazienti, si dovrà confrontare con sistemi probabilmente destinati ad essere poco integrati o addirittura dicotomici.

Il Centro Studi della FIMMG ha realizzato nel Giugno 2016, su tali questioni, un’indagine attraverso un sondaggio campionario sui MMG.



Versione E-PUB



Versione PDF