

a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2019

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

 Egea

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

## 6 I consumi privati in sanità

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Luigi M. Preti  
e Valeria Rappini<sup>1</sup>

### 6.1 Introduzione

L'analisi di questo capitolo si concentra sui consumi privati in sanità (CPS), cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (per esempio, la medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Il capitolo, curato dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CERGAS (oggi parte di SDA Bocconi) offre, attraverso l'esplorazione delle fonti più aggiornate, un quadro complessivo dei «numeri» del settore dei consumi privati in sanità e delle sue principali determinanti (socio-demografiche ed economiche) fino al 2018. Rispetto agli analoghi contributi che gli stessi autori hanno offerto nei precedenti rapporti per OASI (Del Vecchio, Fenech, Mallarini, Rappini 2013, 2014; Del Vecchio, Fenech, Rappini 2015, 2016, 2017, 2018), è utile, in via preliminare, riprendere alcune riflessioni che possono aiutare a meglio definire il tema e a identificare le ragioni che lo rendono di particolare interesse.

La Figura 6.1 chiarisce come il riferimento dirimente sia la provenienza pubblica o privata delle risorse che alimentano il consumo (righe nella figura) e non, come usualmente accade nel dibattito su «pubblico e privato» in sanità, la natura istituzionale delle strutture di erogazione (colonne nella figura). A una definizione apparentemente semplice e di immediata comprensione, come quella proposta, corrisponde, però, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti (Del Vecchio, 2012). I prodotti e servizi per la salute possono, infatti, essere inseriti in circuiti economici che si caratterizzano non solo per il soggetto che ne sopporta l'onere, ma anche per la pluralità di attori e meccanismi di

---

<sup>1</sup> Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 6.1 e 6.7 possono essere attribuiti a Mario Del Vecchio; il § 6.5 a Luigi M. Preti; il § 6.6 a Lorenzo Fenech; i restanti paragrafi a Valeria Rappini.

Figura 6.1 I quattro circuiti del settore sanitario

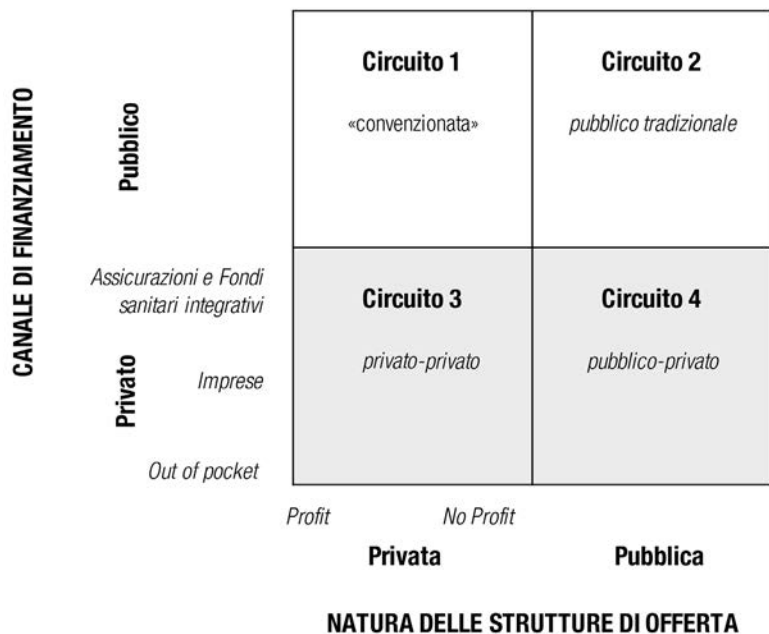
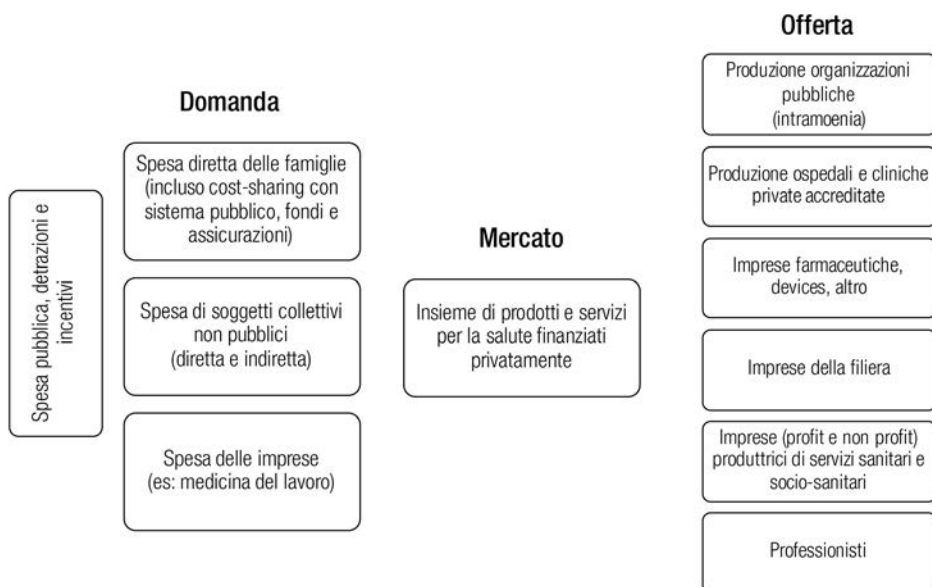


Figura 6.2 I consumi privati: un mondo complesso e articolato



offerta che compongono il sistema (Figura 6.2). Così, da una parte, l'onere può ricadere sulle famiglie, sui fondi e le assicurazioni o sulle imprese e, dall'altra, i destinatari possono essere la stessa pubblica amministrazione, le imprese fornitrici di beni o servizi, o i professionisti. L'esistenza di diverse componenti, a partire dalla fondamentale distinzione tra *out of pocket* e consumi intermediati, oltre a rendere sempre meno significativi ragionamenti di natura aggregata e indistinta sul «privato in sanità», complicano la ricostruzione di quel quadro comprensibile e affidabile di informazioni sul quale sarebbe bene fondare un dibattito, come quello sul futuro del nostro sistema sanitario, che dovrebbe diventare sempre più intenso e animato.

La scomposizione della spesa sanitaria privata nelle sue diverse componenti può, dunque, fornire spunti di riflessione e dar conto delle tendenze strutturali che stanno attraversando il settore. A livello disaggregato, risulta evidente come alcune componenti, per esempio quella odontoiatrica, si comportino come un «bene di lusso» (D'Angela, 2012), a differenza di altre, come la spesa per farmaci, che per elasticità al reddito è simile a quella che caratterizza i «beni primari» (§ 6.6.3). L'osservazione e l'analisi consentono anche di evidenziare fenomeni contro-intuitivi. Se si guarda ai divari regionali sulla spesa sanitaria privata pro capite (§ 6.6.1), non trova riscontro l'idea comune che questi siano legati ai differenziali nel funzionamento del sistema pubblico; secondo l'ipotesi di residualità, in particolare, l'aumentare dei consumi sanitari privati dipenderebbe da un arretramento del sistema pubblico. Analogamente, può sorprendere la rilevante presenza dell'operatore pubblico come destinatario della spesa privata, sia attraverso il canale del *copayment* sia attraverso l'*intramoenia* (§ 6.5.3).

Dopo un paragrafo introduttivo che ha l'obiettivo di chiarire quali sono le fonti e gli aggregati di spesa considerati rispetto ai diversi soggetti, circuiti e perimetri oggetto di analisi (§ 6.2), nel prosieguo del capitolo la spesa sanitaria privata viene analizzata attraverso diverse prospettive di indagine:

- ▶ la spesa privata nei confronti internazionali (§ 6.3);
- ▶ le dinamiche della spesa sanitaria privata e le sue relazioni con le principali grandezze macro-economiche (§ 6.4);
- ▶ la struttura e la composizione della spesa sanitaria privata (§ 6.5);
- ▶ le caratteristiche socio-demografiche e le loro relazioni con la spesa sanitaria privata (§ 6.6).

## 6.2 Perimetri, fonti e aggregati di spesa sanitaria privata

La quantificazione della spesa sanitaria privata, sia in termini aggregati che in termini disaggregati, pone preliminarmente il tema della definizione dei metodi di stima e dei perimetri dell'oggetto.

Rispetto ai metodi, le stime possono basarsi su indagini quantitative, su dati amministrativi o, in caso di fonti secondarie, sull'integrazione di più fonti primarie. Il metodo dipende dagli obiettivi che i diversi soggetti vogliono perseguire nel raccogliere o incrociare i dati. L'Indagine sulla Spesa delle Famiglie di ISTAT, per esempio, ha l'obiettivo di indagare i comportamenti e le determinanti dei comportamenti di spesa (sanitaria e non) attraverso un'indagine campionaria realizzata annualmente su un numero di famiglie rappresentativo della popolazione italiana. Questo comporta che alcune componenti, molto soggette a errori campionari per la loro dimensione, come i ricoveri, siano difficili da cogliere, così come la stima della spesa sanitaria complessiva (che non è l'obiettivo principale dell'indagine) può differire dalle stime aggregate che ISTAT pubblica in Contabilità Nazionale e che sono il frutto di complesse tecniche di integrazione dei dati di varie fonti.

La componente privata della spesa sanitaria è, poi, soggetta a molteplici stime che possono riflettere differenti:

- ▶ popolazioni di riferimento (famiglie, imprese, assicurazioni, residenti, stranieri, ecc.);
- ▶ interpretazioni di «pubblico» e «privato» nei regimi di finanziamento;
- ▶ definizioni e classificazioni di beni e servizi «sanitari».

Le principali fonti e stime ufficiali della spesa sanitaria sono riportate nella Tabella 6.1. La prima dimensione per la quale possono cambiare i perimetri dell'oggetto è la popolazione di riferimento. La popolazione può essere, ad esempio, quella residente e l'aggregato di spesa riferirsi ai consumi delle famiglie italiane anche al di fuori dei confini nazionali (es. cure odontoiatriche all'estero) oppure la popolazione può essere quella presente sul territorio economico e l'aggregato di spesa considerare la sola produzione di beni e servizi sanitari all'interno del territorio nazionale. Inoltre, può cambiare l'insieme dei soggetti considerati: individui, famiglie, imprese, assicurazioni, ecc. Residenza e tipologia dei soggetti considerati spiegano la maggior parte delle differenze tra le stime di spesa sanitaria privata di ISTAT-Conti Nazionali (circa 37,5 miliardi) che si riferisce alla spesa delle famiglie sul territorio economico e le stime di ISTAT-SHA (39,9 miliardi) che si riferisce alla spesa di famiglie, imprese, assicurazioni (effettuata dai residenti o per conto dei residenti) in Italia e all'estero (Del Vecchio, Fenech, Rappini, 2017). I Conti Nazionali stimano i consumi finali delle famiglie sul territorio economico, secondo la classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*). Le stime ISTAT-SHA (*System of Health Accounts*) fanno, invece, riferimento al sistema di classificazione ICHA (*International Classification of Health Accounts*) che riguarda le famiglie residenti e che prende in considerazione, oltre alla spesa diretta delle famiglie (pagamento diretto per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per il quale si attin-

Tabella 6.1 **Stime aggregate delle principali fonti istituzionali sulla componente privata della spesa sanitaria in Italia: valori, classificazioni, metodi e disponibilità**

Fonti	Aggregati e metodo di riferimento	Classificazioni	Stima 2018	Anni e serie disponibili	Soggetta ad aggiornamenti e revisioni
ISTAT	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (Sec2010) integrando dati amministrativi e campionari	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)	37,5	1995-2018	Si
	Spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione residente (spesa diretta delle famiglie e da regimi volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011)	International Classification for Health Accounts (ICHA)	39,9	2012-2018	Si
	Spesa sanitaria rilevata dall'Indagine sulla spesa delle famiglie residenti (sostenute in Italia e all'estero)	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)	37,3	1997-2018	No
OECD, Eurostat, WHO	Spesa sanitaria privata (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il System of Health Accounts (SHA 2011) che utilizza il Joint Health Accounts Questionnaire (JHAQ) per la trasmissione dei dati	International Classification for Health Accounts (ICHA)	39,9	1970-2018	Si

ge dai redditi da lavoro e capitale e/o risparmi), anche altri regimi di finanziamento privato volontario/soggetti «paganti»: le assicurazioni e i fondi sanitari integrativi; le istituzioni senza scopo di lucro (accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni provenienti dalla cittadinanza, dallo stato o dalle imprese); le imprese (accordi mediante i quali le imprese forniscono direttamente, oppure finanziano, i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime previdenziale). L'OECD, che prima si agganciava alla stima dei Conti Nazionali di ISTAT, ora prende a riferimento la versione ISTAT-SHA. In merito alla questione del finanziamento, ovvero dei meccanismi attraverso i quali vengono reperite le risorse necessarie per la produzione e il consumo dei beni e servizi in ambito sanitario, la distinzione tra pubblico e privato è molto meno netta di quanto possa sembrare a prima vista (Del Vecchio, Rapporto OCPS 2015). Senza voler entrare qui nel dibattito, i meccanismi in questione sono variegati e potrebbero essere classificati come pubblici (finanziamento pubblico) o privati (finanziamento privato) guardando, non tanto alla natura istituzionale dei soggetti che raccolgono le risorse, ma alla volontarietà o meno del trasferimento (Thomson, Foubister *et al.*, 2009). Assumendo questa prospettiva, se gli estremi di un asse «teorico» rimangono riconoscibili (spesa pubblica finanzia-

ta attraverso l'imposizione fiscale vs spesa privata interamente *out of pocket*) e possono essere oggetto di considerazioni generali. «in un *continuum* sempre più densamente popolato da specifiche configurazioni è difficile tracciare linee di demarcazione significative» (Del Vecchio, 2015). Una zona intermedia sono, per esempio, i regimi di finanziamento privati obbligatori (*compulsory private insurance schemes*), dove ricadono le spese intermedie dalle assicurazioni sanitarie nel sistema statunitense, svizzero, olandese e quelle intermedie attraverso la *complémentaire santé* in Francia, nei casi in cui sia previsto un obbligo legislativo nei confronti del datore di lavoro. Quali di queste spese possano considerarsi pubbliche per il solo fatto di essere obbligatorie e quali, invece, private, rimane una questione aperta e le stime possono differire tra istituzioni o, addirittura, tra i diversi rilasci di una stessa istituzione. In un recente aggiornamento del database OECD, in particolare, la spesa per assicurazione sanitaria privata obbligatoria statunitense è stata assimilata a quella svizzera e olandese, con gli Stati Uniti entrati improvvisamente nel *ranking* dei sistemi sanitari a elevata copertura pubblica (OECD Health Data, edizione 2019).

Vi è, infine, il perimetro dell'universo dei beni e servizi «sanitari». Non è questo il luogo per entrare nel dibattito di cosa sia o non sia riconducibile alla sanità, ma bisogna sottolineare come la molteplicità delle stime riflette i mutamenti che stanno avvenendo nei bisogni prevalenti delle popolazioni. In questa prospettiva, le dinamiche demografiche stanno favorendo lo spostamento dei bisogni dalle acuzie alla cronicità, ampliando un'area d'intervento in cui il servizio offerto è molto meno definito e definibile rispetto alle acuzie e che fonde sempre di più il sanitario con il socio-assistenziale. Un'altra variabile rilevante è il passaggio da concezioni di *healthcare* a quelle di *wellbeing*, per cui l'individuo viene considerato nella sua totalità (Dolan, 2013), con la conseguenza di estendere i confini tradizionali del settore sanitario e di renderli sempre più sfumati, mobili e frastagliati (es: gli integratori sono da considerare nel paniere «sanitario»?).

Risulta quindi fondamentale, non solo in una logica di stima dell'ammontare della spesa sanitaria privata, ma anche in una prospettiva di analisi dell'intenzione che questa ha con la spesa pubblica, specificare ex-ante e in maniera chiara quali siano i perimetri e i soggetti interessati dal processo di stima. Se infatti è chiaro, da un lato, che il perimetro della spesa pubblica non può essere soggetto a fraintendimenti in quanto definito dalle norme e dagli ambiti di operatività delle aziende sanitarie pubbliche, dall'altro, non può essere allo stesso modo definito il perimetro della spesa privata.

Secondo un lavoro di incrocio delle fonti portato avanti da OCPS, prendendo come *baseline* proprio il dato dei 39,9 miliardi utilizzato da ISTAT-SHA, OECD e ripreso da OCPS (vedi il § 6.5), il valore della spesa sanitaria privata può variare da un minimo di 26 miliardi a un massimo di 46,9 miliardi, a seconda della prospettiva di analisi che si intende adottare (Tabella 6.2). Possiamo



Tabella 6.2 I perimetri e i range di stima della spesa sanitaria privata, valori in miliardi di euro (2018 o anno più recente)

Riduzione del perimetro		Area delle stime ufficiali			Allargamento del perimetro			
Le stime variano se vengono sottratte alle stime ufficiali (nell'ordine): le forme di compartecipazione obbligatoria (ticket), le tax expenditures e la spesa per assistenza in RSA		Le stime variano in funzione dei soggetti considerati: le famiglie (residenti e non), le forme sanitarie integrative (assicurazioni e fondi) e gli altri regimi di finanziamento volontari (imprese e no profit)			Le stime variano se sono aggiunte alla stima ufficiale (nell'ordine): la componente di spesa intermedia non ancora stimata da ISTAT (fondi), le spese per integratori e prodotti omeopatici, la spesa per assistenza ai disabili e anziani			
25,9	29,3	33,4	35,7	37,3	39,9	41,1	45,2	47,1
Configurazioni e componenti di spesa considerate								
Spesa sanitaria OOP (spesa diretta delle famiglie)		Spesa privata (spesa delle famiglie residenti e degli altri regimi di finanziamento volontari)		Spesa sanitaria privata (include tutti i regimi di finanziamento volontari)				
-3,4 (spesa per assistenza in RSA)	-4,1 (detrazioni e deduzioni)	-2,3 (ticket)	Spesa diretta delle famiglie residenti in Italia	Spesa per consumi finali delle famiglie sul territorio economico (include parte dei rimborsi da assicurazioni)	+ 1,2 (spesa dei fondi integrativi ed enti assistenziali)	+ 4,1 (spesa per integratori, omeopatici ed erboristici)	+ 1,9 (assistenza disabili e/o anziani a domicilio e/o casa di cura)	
Razionale								
Esclusione di spese non strettamente sanitarie	Esclusione tax expenditures su IRPEF	Esclusione compartecipazione obbligatoria (assimilabile a tassazione)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)	Sistema dei conti nazionali (ISTAT-CN)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)	Aggiustamento stima della componente di spesa intermedia dai fondi (*)	Inclusione di altre aree di consumo vicine o riconducibili alla sanità	

\* Alcune stime degli operatori del settore portano la spesa sanitaria intermedia a circa 6,0 miliardi (RBM Assicurazione Salute, 2019).

infatti, da un lato, allargare il perimetro oltre i confini del sistema ISTAT-SHA, includendo nella voce «medicinali» anche gli integratori e i medicinali omeopatici – circa 4 miliardi (che tipicamente vengono inclusi nella COICOP) – oppure includere una stima della spesa dei fondi sanitari integrativi che rimane verosimilmente fuori da quella ufficiale (circa 1 miliardo) o addirittura inserire una stima della spesa relativa all’assistenza a domicilio o in casa di cura di anziani e disabili, caratterizzata sicuramente da una componente sanitaria, sebbene non prevalente (circa 2 miliardi). Restringendo il campo, si può escludere il contributo privato alle spese di assistenza LTC – circa 3 miliardi (ovvero alla componente alberghiera che rimane a carico delle famiglie in caso di ricovero in RSA o l’intera retta quando totalmente a carico dell’assistito), se si decide di escludere dalla spesa sanitaria privata la sua componente socio-sanitaria; si può inoltre escludere la spesa per compartecipazione obbligatoria ai consumi pubblici (circa 2,3 miliardi), in quanto l’obbligatorietà la rende più simile a una forma di tassazione, o anche eliminare dal computo i benefici fiscali concessi alla spesa sanitaria privata, in quanto risorse che in secondo momento rientrano nella disponibilità del contribuente, uscendo da quella dello Stato (circa 4 miliardi).

### **6.2.1 Il finanziamento privato dei consumi pubblici e il finanziamento pubblico dei consumi privati**

All’interno dei perimetri osservati è importante considerare l’intreccio che si registra tra finanziamento pubblico e privato da un lato e, dall’altro, tra consumi pubblici e consumi privati. Non è infatti raro che i consumi pubblici siano finanziati dalla spesa privata, attraverso le varie forme di compartecipazione alla spesa previste dal nostro ordinamento. Intanto, le forme di compartecipazione alla spesa pubblica possono essere distinte tra quelle per beni (esclusivamente farmaci) e servizi (ambulatoriali, pronto soccorso, ecc.). Un’ulteriore distinzione riguarda la compartecipazione per farmaci, a sua volta distinta tra i c.d. *ticket* regionali, solitamente in quota fissa e sulla singola ricetta o confezione, e la differenza di prezzo con i farmaci equivalenti. Nel primo caso si tratta di una compartecipazione obbligatoria prevista dalle singole legislazioni regionali; il secondo caso si applica invece alla scelta del singolo individuo, nel caso in cui decida in autonomia di acquistare un farmaco di marca nonostante sia disponibile un farmaco equivalente. La compartecipazione per le prestazioni ambulatoriali è invece sempre obbligatoria, salvi i criteri di esenzione stabiliti dalle regioni. Sono inoltre versati a titolo di compartecipazione per le prestazioni specialistiche ambulatoriali i c.d. *superticket*, introdotti nel 2011. La distinzione tra compartecipazione obbligatoria (*ticket*) e volontaria (differenza di prezzo) è importante in termini di definizione dei perimetri di riferimento, in quanto mentre la seconda risponde esclusivamente a logiche di scelta del consumatore/utente, la prima è praticamente assimilabile alla tassazione: la compartecipazione

zione alla spesa contribuisce al finanziamento del SSN al pari della tassazione generale, essendo in alcuni casi addirittura slegata dal valore delle prestazioni, come succede per i *ticket* in quota fissa sui farmaci e sulle prestazioni ambulatoriali (*superticket*). La spesa per compartecipazione totale ammonta quindi a circa 3 miliardi di euro nel 2018; di questi 1,6 miliardi sono da attribuire alla compartecipazione sui farmaci (di cui 0,5 miliardi in *ticket* regionali e 1,1 miliardi in differenza di prezzo) e 1,4 miliardi ai servizi ambulatoriali e ai codici bianchi in pronto soccorso. Per un maggiore approfondimento sulla composizione e sulle dinamiche temporali della spesa per compartecipazione si rinvia all'Appendice A.

Esiste inoltre il tema del contributo della fiscalità generale, e quindi del finanziamento pubblico, ai consumi sanitari privati. Questo avviene principalmente attraverso due strumenti:

- ▶ la detrazione dalle imposte sul reddito (IRPEF) del 19% delle spese sanitarie *out of pocket*, al netto di una franchigia di 129,11 euro;
- ▶ la deduzione dal reddito complessivo/da lavoro dipendente dei contributi versati a fondi sanitari integrativi o enti e casse con finalità assistenziali, nell'ammontare massimo di 3.615,20 euro.

Il ricorso al beneficio della detrazione delle spese sanitarie è ampiamente diffuso tra la popolazione italiana, dato che a esse ricorrono il 45% dei contribuenti. La spesa sanitaria riportata attraverso le dichiarazioni dei redditi ammonta a 18,5 miliardi di euro, che corrispondono a un beneficio di 3,5 miliardi di euro concessi in detrazioni dall'imposta lorda. Più complesso è invece definire l'ammontare del beneficio fiscale destinato alle deduzioni. La stima più attendibile è quella elaborata dalla Commissione per le spese fiscali istituita presso il MEF, che stima in 540 milioni l'ammontare delle deduzioni concesse sui contributi a fondi ed enti della sanità integrativa.

Il tema della legittimità e della opportunità che attraverso benefici fiscali si finanzino indirettamente i consumi sanitari privati è entrato di recente all'interno del dibattito. Alla posizione dominante che vorrebbe un automatico trasferimento di risorse verso il fondo sanitario nazionale in seguito all'eliminazione dei benefici fiscali della sanità integrativa, andrebbero poste alcune questioni: prima fra tutte è che la presenza di benefici fiscali, sia dal lato delle detrazioni che da quello delle deduzioni, contribuisce a fare emergere prestazioni sanitarie altrimenti non dichiarate al fisco; sul lato delle deduzioni, invece, l'eliminazione del beneficio fiscale comporterebbe un necessario aumento delle imposte su lavoratori e imprese, fermo restando che gli aumenti di retribuzione reale garantiti attraverso la sanità integrativa non sarebbero gli stessi in caso di assenza del beneficio fiscale.

Altro elemento di dibattito deriva dal paniere di beni e servizi che l'erario

considera come sanitari, il cui acquisto è quindi detraibile, che differisce ampiamente da ciò che il SSN effettivamente produce e finanzia, essendo inclusi tra i beni e i servizi detraibili, per esempio, i medicinali omeopatici e le prestazioni di medicina alternativa effettuate da un professionista sanitario (Agenzia delle Entrate, 2019). Per un approfondimento si rimanda comunque all'Appendice B.

### 6.3 La spesa sanitaria privata nei confronti internazionali

Osservando i dati di spesa sanitaria pro capite (Tabella 6.3), si nota come l'Italia spenda relativamente poco rispetto agli altri paesi OECD e, in particolare, rispetto ai paesi europei con sistemi universalistici. La spesa pubblica pro capite si attesta in Italia sui 1.900 euro, mentre Regno Unito, Francia e Germania hanno tutte una spesa pubblica pro capite superiore ai 2.600 euro. Anche guardando la spesa privata pro capite, con una spesa di 660 euro l'Italia si attesta al di sotto di Regno Unito (720 euro), Francia (889 euro) e Germania (1.016 euro). È fondamentale osservare però, come rispetto ai competitor europei, l'Italia sia caratterizzata da un'«anomalia»: dei 660 euro pro capite, infatti, 591 euro (90%) sono rappresentati da spesa out of pocket delle famiglie, mentre soltanto 69 euro (10%) rappresentano la spesa intermediata da fondi e assicurazioni. Questo dato è inferiore al Regno Unito (178 euro), con cui condividiamo il riferimento al sistema *Beveridge*, e soprattutto ai sistemi *Bismark* come Francia e Germania, dove la spesa intermediata ammonta a 525 euro e 459 euro<sup>2</sup>.

Si nota quindi come l'Italia sia, tra i paesi con sistemi universalistici, tra quelli che spendono di meno in sanità, soprattutto dal lato pubblico e intermedio privato. La minore spesa pro capite dal lato pubblico non è compensata da una maggiore spesa privata pro capite, dato che l'Italia si posiziona al di sotto della media OECD e comunque in linea con gli altri paesi europei. Come già accennato nelle precedenti edizioni, rimane probabilmente esclusa parte della spesa intermediata attraverso i fondi sanitari integrativi, in particolare da quelli di natura autogestita. In questo contesto quindi è evidente come la stima della spesa intermediata pro capite prodotta da ISTAT e OECD sia da considerarsi come conservativa e sicuramente destinata ad aumentare in futuro, attraverso un maggiore utilizzo delle informazioni amministrative (ISTAT, 2017), così come si è iniziato a fare nel corso del 2019 attraverso la pubblicazione dei dati relativi a contributi e prestazioni erogate nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul fenomeno, in seno alla Commissione affari sociali della Camera dei Deputati.

Riguardo al peso della spesa intermediata rispetto a quella privata, è impor-

<sup>2</sup> È da tenere ben presente come in Francia e Germania, a differenza dei sistemi *Beveridge* come Italia e Regno Unito, la presenza di un sistema *Bismark* possa aumentare la propensione dei cittadini ad accettare la ratio dell'intermediazione assicurativa anche nella parte volontaria della spesa sanitaria.

Tabella 6.3 Spesa sanitaria pro capite (in €) per regime di finanziamento, per paesi OECD, 2018 (o anno più recente)

Paesi OCSE selezionati	Spesa pubblica (€ e % del totale)	Spesa privata intermediata obbligatoria (€ e % del totale)	Spesa pubblica e privata obbligatoria (€ e % del PIL)	Spesa out of pocket (€ e % del totale)	Spesa intermediaata (assicurazioni, imprese, non profit) (€ e % del totale)	Spesa privata volontaria (€ e % del PIL)	Spesa privata totale (€)	Spesa Totale (€ e % del PIL)							
<b>Paesi €</b>															
Germania	3.443	77%	319	7%	3.762	9,5%	558	13%	140	3%	697	1,7%	1.016	4.459	11,2%
Paesi Bassi	1.182	26%	2.493	56%	3.675	8,2%	482	11%	318	7%	800	1,7%	3.293	4.475	9,9%
Francia	2.993	77%	244	6%	3.238	9,3%	364	9%	281	7%	645	1,9%	889	3.883	11,2%
Austria	3.235	74%	0	-	3.235	7,7%	839	19%	297	7%	1.136	2,6	1.136	4.371	10,3%
Irlanda	3.205	73%	0	-	3.205	5,2%	540	12%	634	14%	1.174	1,8%	1.174	4.395	7,0%
Belgio	3.082	77%	0	-	3.082	8,0%	704	18%	204	5%	908	2,4%	908	3.992	10,4%
Finlandia	2.770	74%	44	1%	2.814	6,8%	757	20%	173	5%	930	2,3%	974	3.744	9,1%
Italia	1.900	74%	0	-	1.900	6,5%	591	23%	69	3%	660	2,3%	660	2.560	8,8%
Spagna	1.578	71%	0	-	1.568	6,2%	523	24%	129	6%	653	2,7%	653	2.221	8,9%
Portogallo	1.124	66%	0	-	1.124	6,0%	467	28%	104	6%	571	3,1%	571	1.695	9,1%
Grecia	819	61%	0	0%	819	4,7%	468	35%	57	4%	525	3,1%	525	1.348	7,8%
<b>Paesi non €</b>															
Stati Uniti	4.458	49%	3.245	36%	7.703	14,3%	1.002	11%	408	4%	1.410	2,6%	4.655	9.113	16,9%
Svizzera	2.165	25%	3.331	39%	5.497	7,8%	2.502	29%	644	7%	3.146	4,4%	6.477	8.643	12,2%
Svezia	4.174	84%	0	-	4.174	9,3%	737	15%	65	1%	802	1,7%	802	4.976	11,0%
Canada	2.995	70%	0	-	2.995	7,5%	648	15%	656	15%	1.303	3,2%	1.303	4.299	10,7%
Australia	2.876	69%	0	-	2.876	6,4%	769	18%	548	13%	1.317	2,9%	1.317	4.192	9,3%
Regno Unito	2.676	79%	0	-	2.676	7,5%	542	16%	178	5%	720	2,3%	720	3.396	9,8%

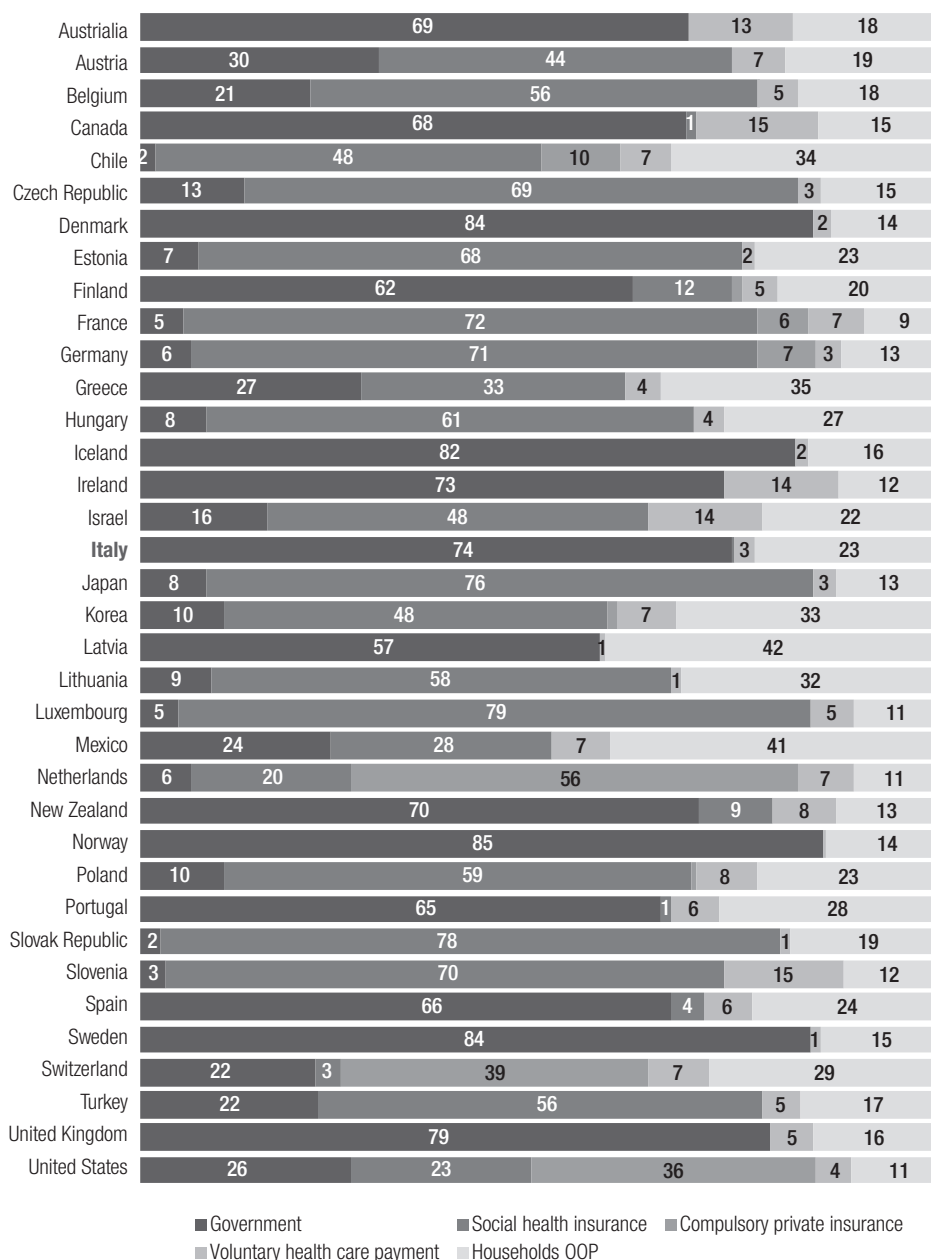
Fonte: elaborazione OCPS su dati OECD

tante fare alcuni distinguo. Nel caso della Francia, questa ha sicuramente tra le cause l'introduzione della *complémentaire santé*, la copertura complementare resa obbligatoria per diverse tipologie di lavoratori e branche di attività. Inoltre, in paesi con sistemi universalistici come i Paesi Bassi e la Svizzera, la funzione di assicurazione sociale viene svolta da assicurazioni private (profit e/o non profit), la cui spesa ricade quindi all'interno della spesa privata intermediata. La ridotta percentuale di spesa pubblica non deve quindi trarre in inganno, in quanto si tratta comunque di paesi con sistemi sanitari di tipo universalistico e solidaristico (si veda anche il § 6.2 sulla questione delle stime e dei perimetri).

Conclusioni analoghe possono essere tratte guardando alla distribuzione della spesa sanitaria per canale di finanziamento (Figura 6.3). Si nota infatti come, guardando al peso della spesa sanitaria privata totale (volontaria e non) in percentuale sul totale della spesa, l'Italia (circa il 26% solo volontaria) non è lontana da altri paesi di stampo universalistico, quali Francia (circa il 23%), Germania (circa il 23%) e Regno Unito (circa il 21%). È evidente anche da questo punto di vista l'«anomalia» italiana: infatti, soltanto il 3% della spesa sanitaria risulta intermediata, contro il 13% della Francia (6% obbligatoria, 7% volontaria), il 10% della Germania (7% obbligatoria, 3% volontaria) e il 5% del Regno Unito (solo volontaria). Tali rapporti sono sostanzialmente stabili negli ultimi dieci anni, sebbene nel caso italiano si è assistito a un lieve, ma strutturale, spostamento verso una maggiore percentuale di spesa privata nell'ultimo decennio (si veda il paragrafo successivo sulle dinamiche della spesa sanitaria italiana).

Il tema dell'efficienza dei sistemi sanitari è ampiamente dibattuto a livello internazionale e su di esso si confrontano i sostenitori di modelli alternativi di sistemi sanitari. Uno dei limiti quasi unanimemente riconosciuti ai sistemi di tipo assicurativo, tra tutti quello statunitense, è l'eccessiva presenza dei costi di transazione nel sistema (Berwick e Hackbarth, 2012); all'opposto, i sistemi a servizio sanitario nazionale sono considerati i più efficienti in quanto sia la scala di produzione che l'assenza di una molteplicità di soggetti paganti e produttori consente di limitare al minimo i costi di transazione. L'ammontare di spesa sanitaria destinata all'amministrazione del sistema stesso, che non è quindi destinata a finanziare direttamente le prestazioni sanitarie, tenta di fornire una stima dei costi di transazione complessivi. Può essere quindi interessante osservare i dati che derivano dal sistema dei Conti della Sanità relativi alle spese amministrative, definite dall'OCSE come l'insieme delle spese per selezione, negoziazione, acquisti e contrattazione con i fornitori di servizi; i processi di accesso alle prestazioni (*gate-keeping*), la gestione dei pagamenti ai fornitori e dei rimborsi a pazienti; la gestione dei reclami degli assistiti e così via (OCSE, Eurostat e WHO, 2017). Ovviamente, questi costi sono presenti in modo analogo sia tra i regimi di finanziamento pubblici che tra quelli privati, sebbene il loro «peso» sulla spesa totale possa dipendere dalla natura del sistema. Esistono però diversi *caveat* nella lettura di questi dati che vengono presentati e discussi nella Appendice C.

Figura 6.3 **Spesa sanitaria totale per regime di finanziamento, 2018 (o anno più recente)\***



\* La somma potrebbe non risultare 100 per via degli arrotondamenti

Fonte: elaborazione OCPS su dati OECD

## 6.4 Le dinamiche della spesa sanitaria privata

Al fine di osservare le dinamiche della spesa sanitaria e le sue relazioni con altre variabili macroeconomiche, si prende a riferimento il dato ISTAT dei Conti Nazionali per la spesa sanitaria privata, il PIL e la spesa generale. Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica i dati sono quelli elaborati nel presente Rapporto (si veda il capitolo 3 sull'evoluzione della spesa).

Considerando la dinamica degli ultimi undici anni disponibili (Tabella 6.4), la spesa sanitaria totale corrente ha mostrato una crescita costante, eccetto che tra gli anni 2012 e 2013, dove ha subito una riduzione di circa un miliardo. La tendenziale crescita nell'arco di tempo considerato è imputabile sia alla componente pubblica, che passa dai 107,1 miliardi del 2008 ai circa 119 del 2018 (+12,0 miliardi; +11%), che a quella privata, che passa dai 31,2 miliardi del 2008 ai 37,5 del 2018 (+ 6,3 miliardi; +20%), sebbene con andamenti diversi nel periodo considerato.

Tabella 6.4 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata in relazione ad altre grandezze (PIL, consumi finali della PA, consumi delle famiglie), 2008-2018**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Spesa sanitaria totale corrente</b>											
Miliardi di euro	138,3	140,9	142,3	146,2	146,9	145,8	148,2	150,4	151,8	155,1	156,5
In % del PIL	8,5	9,0	8,9	8,9	9,1	9,1	9,1	9,1	9,0	9,0	8,9
<b>Spesa sanitaria pubblica corrente</b>											
Miliardi di euro	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6	115,9	117,7	119,1
In % della spesa sanitaria totale	77,5	78,2	78,2	77,2	77,6	77,4	77,1	76,2	76,3	75,9	76,1
In % del PIL	6,6	7,0	6,9	6,9	7,1	7,0	7,0	6,9	6,9	6,8	6,8
In % della spesa per consumi finali della PA	33,8	34,0	34,0	35,2	36,1	35,8	36,5	36,7	36,6	36,4	36,0
<b>Spesa sanitaria delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico</b>											
Miliardi di euro	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	32,7	33,7	35,6	35,8	37,4	37,5
In % della spesa sanitaria totale	22,5	21,8	21,8	22,8	22,4	22,6	22,9	23,8	23,7	24,1	23,9
In % del Pil	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1
In % della spesa delle famiglie	3,2	3,2	3,2	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5
<b>Spesa generale delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico</b>											
Miliardi di euro	978,9	957,9	983,0	1.012,8	1.001,0	989,2	994,1	1.015,9	1.031,4	1.059,4	1.077,9
In % del PIL	60,0	60,9	61,3	61,9	62,0	61,7	61,3	61,5	61,0	61,3	61,4

Fonte: elaborazione OCPS su dati OASI (Spesa sanitaria pubblica) e ISTAT-Contabilità Nazionale (Spesa sanitaria privata, PIL, Spesa per consumi finali della PA, Spesa per consumi delle famiglie)

Bisogna qui notare come, seppur in un contesto di stabilità macroeconomica, sembra esservi una lieve, ma progressiva, crescita della spesa sanitaria privata in relazione alle principali grandezze di riferimento, soprattutto nell'ultima fase di



ripresa economica. La quota della spesa sanitaria delle famiglie su quella totale passa dal 22,6% del 2008 al 23,9% del 2018, il suo peso nel paniere di spesa delle famiglie dal 3,2% del 2008 al 3,5% del 2018, il suo contributo all'economia complessiva dall'1,9% del 2007 al 2,1% del 2018. Si osserva, comunque un arresto nell'aumento, se non addirittura un leggero decremento, della spesa sanitaria privata nell'ultimo anno disponibile.

Analogo andamento mostra la spesa sanitaria privata ottenuta dal Sistema dei Conti della Sanità. In questo caso, le grandezze utilizzate sono le stesse usate dall'ISTAT e dalle istituzioni internazionali in una prospettiva di confronto tra diversi paesi. Anche utilizzando un aggregato diverso rispetto a quello dei Conti Nazionali, si vede come la spesa sanitaria privata (in questo caso comprensiva anche dei regimi di finanziamento volontari) aumenta il suo peso sulla spesa sanitaria totale, passando dal 23,9% del 2012 al 25,8% del 2018 (Tabella 6.5), con una stabilizzazione dei valori assoluti della spesa sanitaria privata tra il 2017 e il 2018.

Tabella 6.5 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata per l'assistenza della popolazione residente, 2012-2018**

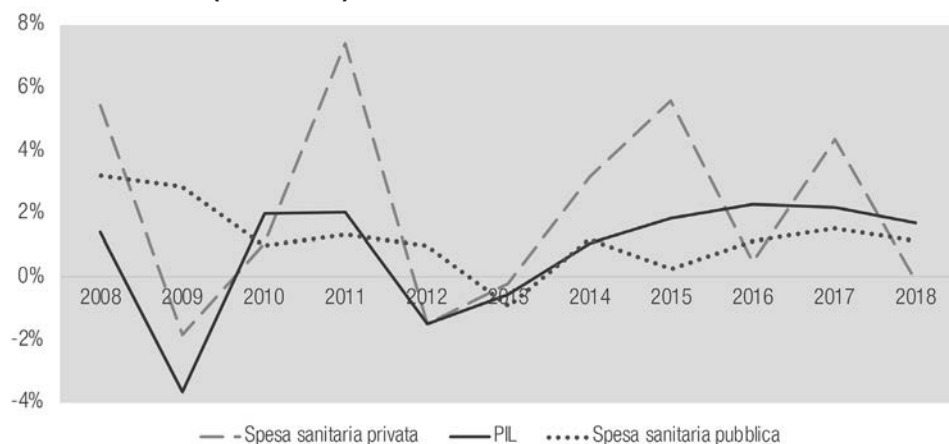
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Tutti i regimi di finanziamento (totale)</b>							
Miliardi di euro	144,5	143,6	146,2	148,5	150,2	152,8	154,8
<b>Spesa della pubblica amministrazione</b>							
Miliardi di euro	110,0	109,3	110,6	110,8	112,0	112,8	114,9
In % della spesa sanitaria totale	76,1	76,1	75,6	74,6	74,5	74,0	74,2
<b>Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari</b>							
Miliardi di euro	34,5	34,4	35,6	37,7	38,1	39,9	39,9
In % della spesa sanitaria totale	23,9	23,9	24,4	25,4	25,5	26,0	25,8

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Conti della Sanità (SHA)

Le cautele interpretative sono ovviamente d'obbligo: la natura dei nessi causali e la loro direzione non sono di semplice decifrazione. L'ipotesi, spesso soltanto implicitamente assunta, è quella di residualità della spesa privata. Secondo tale ipotesi, il ricorso alla spesa sanitaria privata troverebbe il suo fondamento nelle dinamiche del sistema pubblico, nelle difficoltà che esso troverebbe nel fornire servizi che possano rispondere ai bisogni dei cittadini, sia per obiettivi di appropriatezza, che per ragioni di equità o vincoli di bilancio (Armeni e Ferrè, 2014; Del Vecchio, Fenech, Prenestini, 2015). Tuttavia, l'osservazione degli andamenti delle variabili non fornisce evidenze in tal senso. Ciò che rende particolarmente difficile comprendere come spesa pubblica (offerta e consumo) e spesa privata (consumo) possano interagire è la presenza (o meno) di un effetto di reddito. Da una parte, la spesa sanitaria pubblica è stata soggetta a una progressiva e incondizionata politica di stabilizzazione nei tassi di crescita

(dal circa 3% del 2008 e 2009 al quasi 1% degli ultimi anni), con l'effetto di risultare anti-ciclica sia nella fase di crisi che nella recente e lenta ripresa (Figura 6.4): tassi di crescita con segno positivo quando quelli del PIL sono negativi e inferiori al PIL quando questo è in crescita. Dall'altra, le dinamiche del reddito sembrano essersi proporzionalmente riflesse sui consumi sanitari privati (con un'elasticità intorno all'unità o lievemente superiore). In questa prospettiva, una traiettoria di crescita del PIL accompagnata da tassi di crescita inferiori (o nulli) della spesa sanitaria pubblica non potrà che continuare a risolversi in un progressivo aumento della quota della spesa sanitaria privata, seppur in un contesto di volatilità di breve periodo. Sempre ipotizzando uno scenario economico positivo, eventuali politiche espansive della spesa pubblica non è detto che implicino necessariamente una diminuzione nell'andamento della spesa sanitaria privata.

Figura 6.4 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL (2008-2018)**



Fonte: elaborazione OCPS i su dati OASI (Spesa sanitaria pubblica) e ISTAT-Contabilità Nazionale (Spesa sanitaria privata, PIL)

Come evidenziato nei rapporti precedenti, la predominanza dell'effetto di reddito è avvertibile anche in presenza di scenari economici negativi, come quello recentemente sperimentato, dove a un ridimensionamento dell'offerta pubblica non è corrisposto un aumento della spesa privata: l'effetto complessivo è stata la riduzione della spesa sanitaria totale tra il 2012 e il 2013.

Bisogna, infine, osservare come gli andamenti della spesa sanitaria privata possano essere il frutto di una scelta delle famiglie e delle preferenze rispetto agli altri elementi che costituiscono il paniere familiare. Considerando i dati del Sistema dei Conti Nazionali, la spesa sanitaria delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico, come percentuale della spesa per consumi

delle famiglie, rimane sostanzialmente stabile, con leggero incremento dal 3,2 % del 2008 al 3,5% del 2018<sup>3</sup> (Tabella 6.6). Una stabilità che spicca in un quadro di ridefinizione marginale dei pesi di alcune componenti rispetto ad altre: aumenta il peso di «abitazione e utenze» e «alberghi e ristoranti», a fronte di un lieve decremento abbastanza generalizzato. Si evince pertanto come la spesa sanitaria sia una componente «rigida» del portafoglio familiare, poco comprimibile o estensibile. Un ulteriore approfondimento riguardo alla natura della spesa sanitaria sul bilancio familiare verrà fornito nei paragrafi successivi, attraverso un'analisi dei risultati derivanti dall'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie.

Tabella 6.6 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (composizione percentuale), 2008-2018**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Alimentari e bevande non alcoliche	14,5	14,8	14,5	14,3	14,3	14,4	14,3	14,3	14,3	14,2	14,1
Bevande alcoliche, tabacco, narcotici	4,1	4,1	4,0	4,0	4,2	4,2	4,1	4,1	4,2	4,1	4,0
Vestitario e calzature	6,7	6,5	6,6	6,6	6,3	6,2	6,3	6,3	6,2	6,1	6,2
Abitazione e utenze*	21,5	22,6	22,6	22,6	23,7	24,4	23,9	23,8	23,4	23,3	23,3
Mobili e manutenzione casa**	6,8	6,7	6,9	6,8	6,4	6,3	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2
<b>Sanità</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>	<b>3,5</b>	<b>3,5</b>	<b>3,5</b>
Trasporti	12,8	12,3	12,2	12,3	12,2	11,9	12,0	11,9	12,0	12,3	12,5
Comunicazioni	2,7	2,8	2,8	2,7	2,7	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2
Ricreazione e cultura	6,8	7,0	7,2	7,1	6,8	6,5	6,5	6,6	6,8	6,7	6,8
Istruzione	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9
Alberghi e ristoranti	9,1	9,4	9,4	9,4	9,6	9,7	9,8	10,0	10,1	10,3	10,3
Beni e servizi vari	10,8	9,6	9,7	10,0	9,6	9,7	10,0	9,9	10,0	9,9	10,0
<b>Totale consumi delle famiglie</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili

\*\* Mobili, elettrodomestici e manutenzione della casa

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Contabilità Nazionale

## 6.5 La struttura dei consumi sanitari privati (CPS)

La scomposizione della spesa sanitaria nelle sue diverse voci componenti, considerando sempre i limiti e i diversi perimetri e aggregati utilizzati dalle varie fonti, fornisce spunti interessanti. Il paragrafo si propone di illustrare il quadro di dettaglio della spesa attraverso tre canali di lettura: le funzioni di spesa (§ 6.5.1), le fonti di finanziamento (§ 6.5.2) e le direzioni dei flussi monetari (§ 6.5.3).

<sup>3</sup> Rispetto all'edizione 2017, i dati per il 2014, 2015 e 2016 sono stati rivisti al ribasso.

### 6.5.1 I CPS per funzione di spesa

Per un primo macro-inquadramento, la spesa sanitaria è stata classificata in un sistema basato su quello internazionale COICOP, che considera quindi la spesa per consumi finali. Per ciascuna macro-categoria (servizi ospedalieri, servizi ambulatoriali e beni sanitari), si è cercato di produrre una stima il più analitica e attendibile possibile delle diverse voci componenti, sulla base delle fonti istituzionali (e non) fin qui citate. Il valore complessivo di riferimento utilizzato è quello prodotto da ISTAT-SHA, lo stesso utilizzato nelle classificazioni internazionali, per cui la spesa sanitaria privata ammonta complessivamente a 39,9 miliardi (Tabella 6.7). Il dato va letto all'interno di un perimetro «ufficiale» della spesa sanitaria privata. È esclusa quindi dal computo la spesa stimata per prodotti medicinali non considerati farmaci in senso stretto (omeopatici, integratori, ecc.), che sappiamo essere non irrilevante in termini di ammontare (circa 4 miliardi di euro). Rimanendo quindi su un perimetro ristretto la spesa privata è composta per il 65,1% da spesa per servizi sanitari, divisa tra il 14% di servizi ospedalieri (prevalentemente per assistenza a lungo termine, 8,5%) e il 51,1% per servizi ambulatoriali, in cui la voce prevalente è quella per servizi dentistici (21,1%). I beni sanitari rappresentano infine il 34,8% della spesa sanitaria, concentrata in prevalenza sui farmaci in senso stretto (21,1%), che risultano quindi, tra tutte le componenti, la voce di spesa maggiore assieme a quella per servizi dentistici.

Tabella 6.7 **La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa, 2018**

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	Valori (in miliardi di euro)	% del totale
<b>Servizi ospedalieri</b>	Ricoveri ospedalieri	2,2	5,5%
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3,4	8,5%
<b>Servizi ambulatoriali</b>	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	5,4	13,5%
	Servizi dentistici	8,4	21,1%
	Servizi diagnostici	3,5	8,8%
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3,1	7,8%
<b>Beni sanitari</b>	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	8,4	21,1%
	Altri prodotti medicali	1,9	4,8%
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	3,6	9,0%
<b>Totale</b>		<b>39,9</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: elaborazione OCPS su varie fonti

Le stime elaborate da ISTAT-SHA consentono di investigare a un livello di dettaglio ulteriore la spesa per funzione di assistenza, in particolare per i servizi ospedalieri, dato che permette di distinguere i ricoveri ordinari per acuti

(assistenza ospedaliera in regime ordinario e di *day-hospital* per cura e riabilitazione) da quelli per assistenza ospedaliera a lungo termine. Come già riportato nell'edizione precedente (Del Vecchio, Fenech, Rappini, 2018), la stima ISTAT-SHA ha consentito di superare le limitazioni imposte dall'utilizzo di fonti diverse, come il Rapporto SDO del Ministero della Salute, fortemente limitativo in fatto di stima della spesa per ricoveri ospedalieri in quanto indicativo soltanto della remunerazione tariffaria teorica e non comprensivo dei ricoveri nelle strutture private non accreditate e nelle residenze assistenziali. Dai dati emerge come circa il 61% della spesa privata per assistenza ospedaliera sia destinata ad assistenza a lungo termine (3,4 miliardi).

Un ambito storicamente associato alla spesa sanitaria privata è quello delle cure dentistiche. La stima della spesa sanitaria privata per cure odontoiatriche risulta poco agevole, a causa della sua natura quasi completamente privata. Due sono le fonti principalmente utilizzate. La prima è l'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie italiane, sebbene i dati non sembrano però mostrare una chiara coerenza temporale, dato che la stima della spesa per servizi dentistici ammontava a circa 8,8 miliardi nel 2015, si riduceva a circa 7,7 miliardi nel 2016 e tornava ad aumentare fino ai 9 miliardi del 2017, mentre per il 2018, una prima (approssimativa) stima ammonta a circa 8,6 miliardi. Per questo motivo, per dare un valore più robusto alla stima della spesa per cure dentali, è utile fare ricorso a ulteriori informazioni derivanti da dati amministrativi, attraverso un'analisi delle statistiche riguardanti gli studi di settore, pubblicati annualmente dall'Agenzia delle Entrate. Il dato che emerge dagli studi di settore è quello dei ricavi e dei compensi dichiarati dei servizi degli studi odontoiatrici, che ammonta per il 2017 a circa 7,4 miliardi di euro. È importante notare però come tali stime derivino dai compensi dichiarati, essendo quindi non comprensive dei ricavi percepiti irregolarmente. L'ISTAT stima che per la categoria dei servizi professionali, l'incidenza dell'economia sommersa da sotto-dichiarazione dei redditi possa valere fino al 18% del valore aggiunto complessivo (ISTAT, 2017). Inoltre, gli stessi studi di settore rivelano come oltre il 30% delle posizioni dei contribuenti appartenenti al settore dei servizi odontoiatrici risultino non congrue con i ricavi attesi dai modelli predittivi. Alla luce di queste considerazioni, sembra ragionevole attribuire alla spesa per servizi dentistici un valore nell'intorno di 8,4 miliardi.

Per quanto riguarda i beni sanitari, e in particolare i medicinali e i prodotti farmaceutici, gli scostamenti tra le diverse stime sono essenzialmente collegati ai diversi perimetri delle due principali classificazioni utilizzate da ISTAT. Ai fini della nostra analisi, definiamo «farmaci in senso stretto» quelli appartenenti alle classi A e C (c.d. farmaci etici) e i farmaci di automedicazione (Senza Obbligo di Prescrizione, SOP e *Over The Counter*, OTC); rientrano invece nella più ampia categoria dei «medicinali» anche i prodotti omeopatici, erboristici, integratori, vitamine e altri prodotti affini come gli alimenti speciali per celiaci,

diabetici e per particolari regimi dietetici. I dati di spesa pubblica e privata dei farmaci in senso stretto sono forniti annualmente da AIFA, attraverso il Rapporto OsMed. Per il 2018, l'AIFA ha stimato una spesa privata per farmaci pari a 8,4 miliardi di euro. La Tabella 6.8 ne evidenzia la suddivisione per macro-classe: come prevedibile, la quota più consistente della spesa (2,9 miliardi) si concentra sui farmaci con obbligo di prescrizione ma non rimborsabili (Classe C), seguita da quella sui farmaci di automedicazione (2,5 miliardi). Una quota comunque rilevante è destinata ai farmaci di Classe A, rimborsati dal SSN ma acquistati privatamente per scelta del consumatore (1,4 miliardi). Come già esposto in precedenza, è da rilevare l'importanza del dato sull'esborso degli utenti per la differenza tra prezzo del farmaco *branded* e il prezzo di riferimento rimborsato dal SSN (1,1 miliardo) che conferma un forte legame di fiducia verso i prodotti farmaceutici «di marca».

Tabella 6.8 **La spesa per medicinali, 2018**

Spesa per medicinali	Valori (in milioni di euro)
<b>Spesa per farmaci in senso stretto, di cui:</b>	<b>8.379</b>
– ticket in quota fissa regionale	482
– differenza prezzo di riferimento	1.126
– acquisto privato farmaci in Classe A	1.360
– farmaci in Classe C con ricetta	2.875
– Automedicazione (SOP e OTC)	2.536
Spesa per altri medicinali e/o prodotti farmaceutici (omeopatici, erboristici, integratori, ecc.)	4.105
<b>Spesa totale per prodotti farmaceutici</b>	<b>12.484</b>

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA, Federfarma e ISTAT

La seconda voce rilevante tra i beni sanitari è quella delle attrezzature e degli apparecchi terapeutici, pari nella nostra stima a 3,6 miliardi di euro. Il valore deriva da quello stimato da ISTAT-SHA ed è coerente anche in confronti ai dati di spesa delle famiglie derivanti dall'indagine ISTAT, che stima la spesa per attrezzature per 3,7 miliardi di euro (stima approssimativa 2016-2018). Sempre dall'indagine ISTAT, che mette a disposizione una disaggregazione più dettagliata rispetto ai dati SHA, emerge come la parte più significativa di spesa per attrezzature terapeutiche sia destinata ad occhiali e lenti a contatto correttive (tra il 50% e il 55%).

Lo sforzo di integrazione delle diverse fonti ha quindi portato OCPS a produrre delle stime della spesa sanitaria privata che permettono un maggiore livello di dettaglio rispetto a quello considerato nelle stime ufficiali ISTAT (sia con il sistema ICHA sia COICOP), sebbene si tratti ancora di aggregati provvisori. In particolare, non è stato possibile stimare con maggior precisione alcune specifiche componenti di spesa ambulatoriale, né considerare analiticamente la spesa sostenuta attraverso altri regimi di finanziamento volontari in quanto i dati non paiono ancora sufficientemente consistenti.

## 6.5.2 I CPS per canale di finanziamento

Riprendendo la classificazione SHA sui regimi di finanziamento (ICHA-HF), la spesa sanitaria privata italiana si distingue, innanzitutto, tra spesa *out of pocket* (ovvero quella affrontata per intero dalle famiglie o in *cost-sharing* con altri soggetti, pubblici o privati) e spesa intermediata attraverso i diversi regimi di finanziamento volontari (Tabella 6.9).

Tabella 6.9 **Spesa sanitaria privata per regimi di finanziamento 2012-2018 (miliardi di euro).**

La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Spesa diretta delle famiglie	31,3	31,3	32,3	34,4	34,4	35,9	35,7
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	3,2	3,1	3,2	3,4	3,7	4,0	4,2
– Assicurazioni sanitarie volontarie	2,3	2,2	2,2	2,2	2,5	2,7	2,9
– Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
– Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7
<b>Totale</b>	<b>34,5</b>	<b>34,4</b>	<b>35,5</b>	<b>37,2</b>	<b>38,1</b>	<b>39,9</b>	<b>39,9</b>

Fonte: ISTAT-Conti della Sanità (SHA)

Rispetto alla classificazione internazionale ICHA-HF, in Italia sono del tutto assenti le voci di spesa riconducibili a regimi assicurativi obbligatori pubblici o privati. La spesa intermediata da assicurazioni in Italia è quindi da ricondurre esclusivamente a regimi di finanziamento volontari. Stimare in modo preciso l'ammontare della spesa intermediata da fondi e assicurazioni non è però agevole (Cavazza e De Pietro, 2011). Il tema principale deriva dall'ammontare di risorse della sanità integrativa che sono veicolate dalle imprese di assicurazione. È infatti più facilmente reperibile il dato relativo alle somme raccolte e impiegate dalle imprese di assicurazione del ramo malattia, che verosimilmente compone la spesa stimata da ISTAT (2,9 miliardi). Tra queste spese però è ricompresa una parte difficilmente quantificabile di spesa attribuibile a quei fondi ed enti che acquistano polizze collettive dalle imprese di assicurazione. Rimangono quindi fuori da questo computo tutti quegli enti c.d. autogestiti, ovvero che garantiscono le prestazioni ai propri iscritti o associati senza ricorrere all'acquisto di polizze sanitarie collettive. La stima di questa porzione di spesa non è agevole in quanto non è disponibile una fonte amministrativa affidabile e trasparente. Rimane inoltre il problema della spesa intermediata in modo diretto, calcolabile soltanto attraverso il ricorso alle fonti amministrative fornite dalle stesse compagnie, non quindi dal lato del consumatore. Per un approfondimento sul tema si rimanda comunque all'Appendice D.

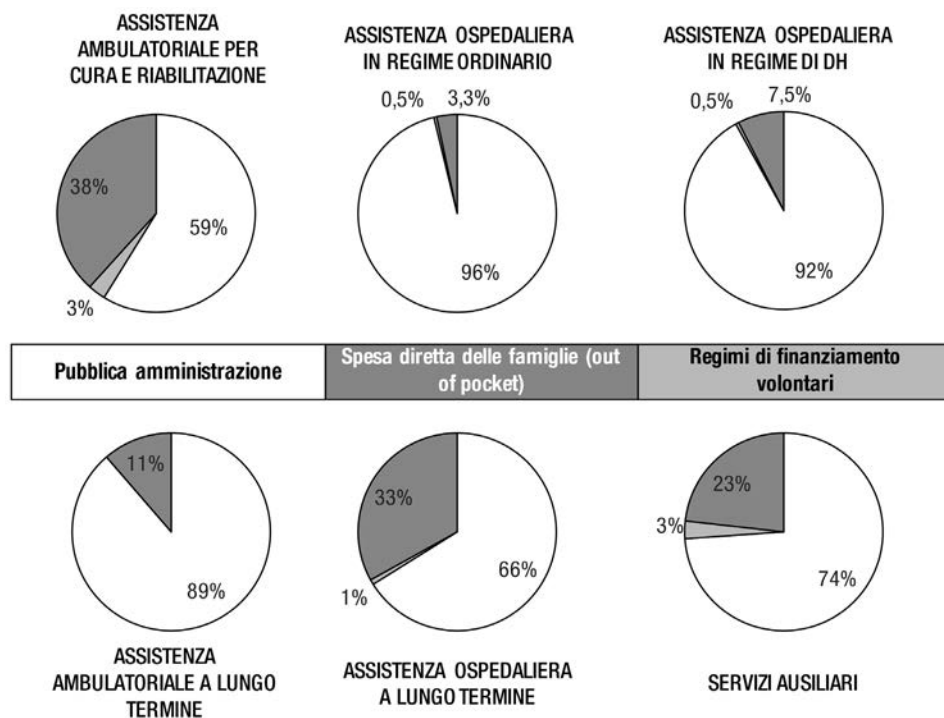
La classificazione ICHA-HF include nei regimi di finanziamento volontari anche le spese sostenute da imprese e istituzioni senza scopo di lucro, le quali

trovano una stima puntuale da parte di ISTAT con l'entrata in vigore nel 2016 del regolamento europeo per la produzione di dati armonizzati e sono pari a circa 1,3 miliardi.

Le Figura 6.5 e Figura 6.6 illustrano, per otto tipologie di funzioni di assistenza selezionate tra quelle più significative della classificazione ICHA-HC, la composizione della spesa in base ai principali regimi di finanziamento.

Nell'ambito dei servizi di cura e riabilitazione (Figura 6.5), l'assistenza ambulatoriale è la funzione in cui è maggiore il finanziamento privato, con il 38% finanziato direttamente dalle famiglie e il 3% finanziato attraverso i regimi di finanziamento volontari. All'estremo opposto troviamo i ricoveri ospedalieri (sia ordinari che *day-hospital*), per i quali il finanziamento è quasi esclusivamente pubblico. Diversamente, nell'assistenza a lungo termine, anche ospedaliera, esiste una quota rilevante di finanziamento privato, che passa dal 11% per l'assistenza ambulatoriale al 34% per l'assistenza ospedaliera (di cui il 33% è *out of pocket*). Di rilievo è anche la componente privata per i servizi ausiliari (diagnostica di laboratorio e per immagini, servizi di trasporto) che ammonta al

Figura 6.5 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza (servizi) e regime di finanziamento, 2018**

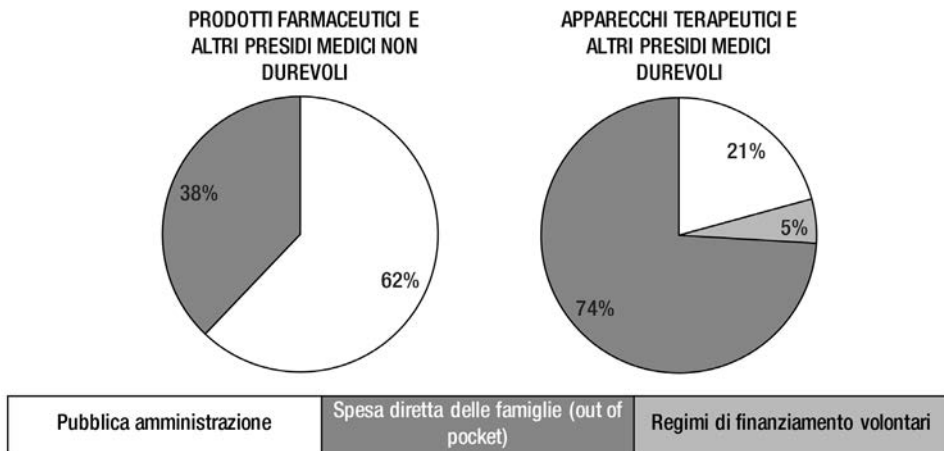


Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Conti della Sanità



26%. Per i prodotti (Figura 6.6), la componente di spesa privata appare consistente, valendo il 38% per i prodotti non durevoli (farmaci e presidi medici non durevoli) e raggiungendo il 79% per gli apparecchi terapeutici e altri presidi medici durevoli (occhiali, apparecchi acustici, ecc.) di cui il 5% intermediato attraverso i regimi di finanziamenti volontari.

Figura 6.6 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza (servizi) e regime di finanziamento, 2018**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Conti della Sanità

### 6.5.3 I CPS per direzione dei flussi monetari

Mettendo a sistema i dati fino a qui descritti, viene proposta una visione d'insieme della spesa sanitaria privata, declinata attraverso una classificazione che considera anche la direzione dei flussi economici e quindi i circuiti di offerta (pubblico o privato) coinvolti. Tale approccio consente di identificare un'area di spesa privata destinata a sostenere il circuito pubblico (*ticket*, *intramoenia*) distinta da quella destinata invece ad alimentare il puro mercato. Dai dati raccolti, si evince come le risorse private destinate ad alimentare il circuito pubblico ammontano a circa 3,9 miliardi (stabili rispetto al 2017), il 10% della spesa sanitaria privata per consumi finali (Figura 6.7). Di questi, 2,9 miliardi consistono in spesa per compartecipazione, tra beni e servizi (*ticket* e differenza di prezzo), e 1 miliardo consiste in consumi privati acquistati all'interno del circuito pubblico (*intramoenia*).

Focalizzando l'attenzione sulle aree in cui c'è una maggiore sovrapposizione tra il sistema pubblico e il circuito privato, ovvero i farmaci e i servizi ambulatoriali (visite mediche e specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio, servizi paramedici), il pubblico emerge come attore rilevante sul

Figura 6.7 **La spesa sanitaria privata per circuito di offerta, 2018 (valori in miliardi di euro)**

		Servizi	Beni	Totale
<b>PUBBLICO</b>	<i>Ticket</i>	1,3	0,5	<b>3,9</b>
	<i>Intramoenia o differenza prezzo di riferimento</i>	1,0	1,1	
<b>PRIVATO</b>		23,7	12,3	<b>36,0</b>
<b>TOTALE</b>		<b>26,0</b>	<b>13,9</b>	<b>39,9</b>

mercato, anche quando alimentato da risorse private (Figura 6.8). Dei 12 miliardi che confluiscono in servizi ambulatoriali, la spesa che alimenta il circuito di offerta pubblico ammonta a circa il 20%. Per quanto riguarda i farmaci, degli 8,4 miliardi di spesa privata, il 19% è rappresentato da spesa per compartecipazione (*ticket*) e per differenza di prezzo.

Figura 6.8 **La spesa sanitaria privata per circuito di offerta, per servizi ambulatoriali (esclusi i dentisti) e farmaci, 2018 (valori in miliardi di euro)**

		Servizi ambulatoriali (esclusi i dentisti)	Farmaci in senso stretto	Totale
<b>PUBBLICO</b>	<i>Ticket</i>	1,3	0,5	<b>3,9</b>
	<i>Intramoenia o differenza prezzo di riferimento</i>	1,0	1,1	
<b>PRIVATO</b>		9,7	6,8	<b>16,5</b>
<b>TOTALE</b>		<b>12,0</b>	<b>8,4</b>	<b>20,4</b>

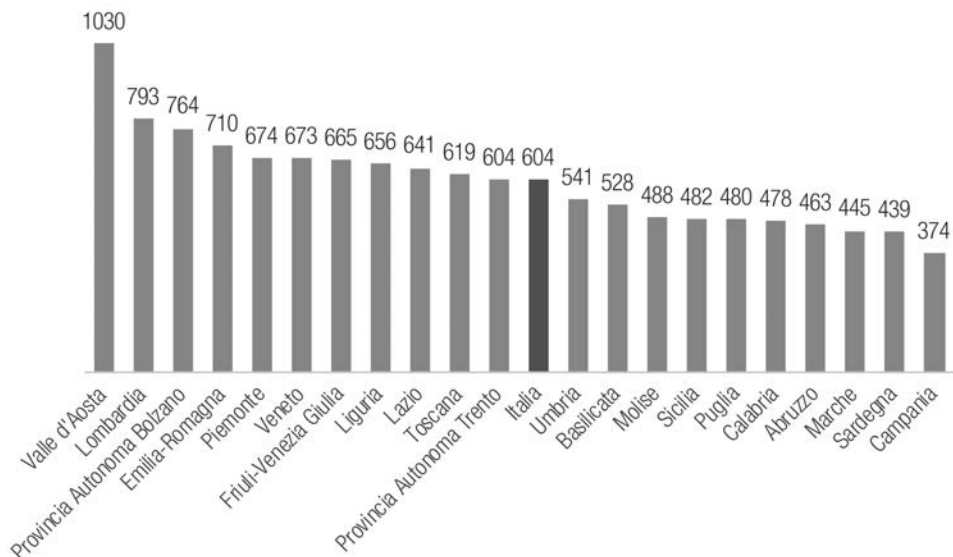
## 6.6 Dai consumi ai consumatori: regioni, classi socio-economiche e intenzioni di spesa

Una comprensione delle dinamiche che caratterizzano la spesa sanitaria delle famiglie passa necessariamente da un'analisi delle determinanti socio-demografiche. Il seguente paragrafo ha l'obiettivo, attraverso un'analisi approfondita dei micro-dati derivanti dall'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie, di individuare le determinanti geografiche e socio-demografiche della spesa sanitaria delle famiglie, in un'ottica di comprensione dei trend e delle dinamiche, piuttosto che delle stime puntuali.

### 6.6.1 La spesa sanitaria delle famiglie per regione

Analizzando la spesa sanitaria pro capite, si notano differenze rilevanti tra le regioni, che definiscono uno scenario molto netto (Figura 6.9). In linea con quanto già emerso nei rapporti precedenti, tale posizionamento sembra riflettere un legame positivo tra spesa sanitaria delle famiglie, reddito e qualità dei sistemi di offerta. Prescindendo dalle eventuali differenze in termini di prezzi di mercato, difficili da individuare in un ambito talmente ristretto come quello sanitario, si nota in maniera evidente come le regioni in cui la spesa sanitaria privata pro capite è più alta sono quelle in cui si registrano anche livelli di reddito pro capite più alti.

Figura 6.9 **Spesa sanitaria delle famiglie, valori medi pro capite, 2016-2018, per regione**

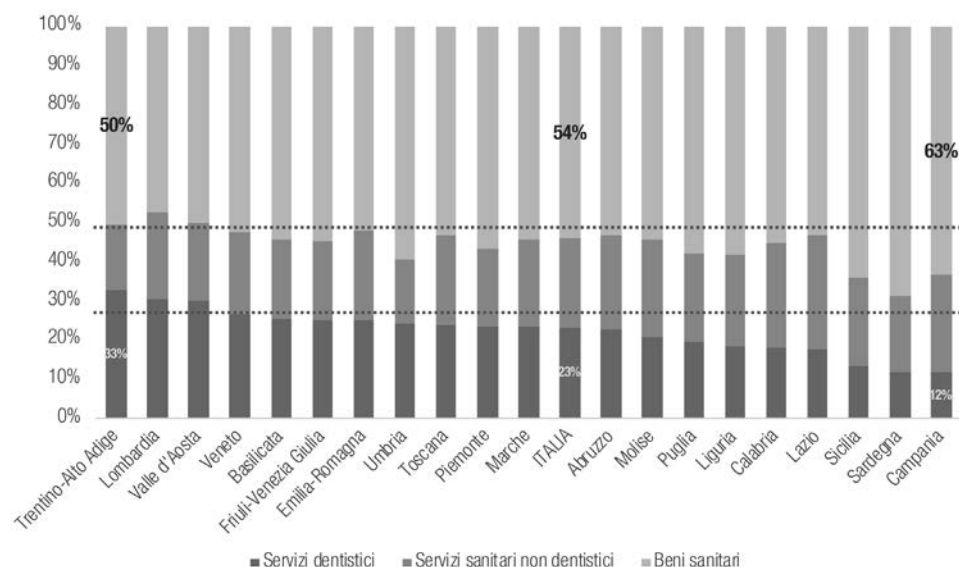


Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

Guardando a una media dei valori tra il 2016 e il 2018, infatti, troviamo ai primi tre posti le regioni che, oltre ad avere la maggiore spesa sanitaria privata pro capite, registrano anche i valori più alti di reddito pro capite: la Valle d'Aosta, la Lombardia e la Provincia Autonoma di Bolzano. Allo stesso tempo, si osserva la correlazione della spesa delle famiglie con la qualità dei servizi sanitari regionali: regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, riconosciute come tra le migliori in termini di qualità dei loro sistemi sanitari, si trovano tra quelle con la maggiore spesa pro capite. Viceversa, troviamo in coda le regioni meridionali, come Sardegna e Campania, che, oltre ad avere livelli di reddito pro capite inferiori, sono anche caratterizzate da sistemi sanitari in difficoltà. Il dato non mostra cambiamenti significativi controllando per il fattore anagrafico.

Da uno sguardo alla composizione percentuale della spesa (Figura 6.10), emerge come le famiglie residenti in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta e Lombardia spendano più del 30% in cure dentali, contro una media nazionale del 24%. La diversa distribuzione tra componenti di spesa sembra quindi spiegare il posizionamento di queste regioni in termini di spesa sanitaria<sup>4</sup>.

Figura 6.10 **Composizione percentuale della spesa sanitaria delle famiglie, per macro componenti e per regione, in ordine decrescente della percentuale di spesa per servizi dentistici, media biennale 2016-2017**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

<sup>4</sup> Diversamente da quanto osservato dai dati ISTAT-SHA, che mostrano come la spesa per servizi ambulatoriali sia maggiore rispetto a quella per prodotti, la maggiore prevalenza della spesa per beni che deriva dall'indagine è probabilmente causata dalla più inclusiva definizione di beni e prodotti sanitari adottata ai fini dell'indagine.

## 6.6.2 La spesa sanitaria delle famiglie per caratteristiche socio-demografiche

Il database dell'Indagine sulla spesa delle famiglie contiene diverse informazioni di tipo socio-demografico sulle famiglie oggetto della rilevazione. Da un'analisi delle tipologie familiari (Tabella 6.10), emergono alcuni importanti spunti rispetto alla dimensione familiare, alla sua composizione e all'età dei suoi componenti.

Tabella 6.10 **Spesa sanitaria media mensile pro famiglia (in euro), per tipologia familiare, 2017**

Tipologia familiare	Spesa sanitaria	% spesa generale	Spesa per beni	In % della spesa sanitaria	Spesa per servizi	In % della spesa sanitaria
Persona sola 18-34 anni	32	2,0	17	52,7	15	47,3
Persona sola 35-64 anni	73	3,6	34	46,5	39	53,5
Persona sola 65 anni e più	114	6,8	69	60,9	44	39,1
Coppia senza figli con p.r. 18-34 anni	92	3,5	45	48,5	48	51,5
Coppia senza figli con p.r. 35-64 anni	137	4,6	62	45,1	75	54,9
Coppia senza figli con p.r. 65 anni e più	177	6,6	98	55,0	80	45,0
Coppia con 1 figlio	134	4,4	72	54,0	62	46,0
Coppia con 2 figli	131	4,0	66	50,4	65	49,6
Coppia con 3 e più figli	131	3,9	71	54,2	60	45,8
Mono-genitore	109	4,4	60	55,2	49	44,8
Altre tipologie	118	4,3	68	57,9	49	42,1
Media popolazione	121	4,7	65	53,5	56	46,5

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

In linea con le analisi svolte negli anni precedenti, (si vedano i Rapporti OASI a partire dal 2013), i dati mostrano come la dimensione familiare, ma soprattutto la variabile età della persona di riferimento, incidano sull'ammontare della spesa sanitaria. Questo effetto è chiaro guardando al dato delle persone sole, con un'evidente dinamica crescente rispetto all'età (la spesa media mensile passa dai 32 euro delle persone con età tra i 18 e i 34 anni ai 114 euro delle persone con più di 65 anni). Lo stesso si intuisce guardando alle coppie senza figli. Quando si guarda al peso della spesa sanitaria sul bilancio familiare, l'età continua ad essere un fattore dominante nello spiegare le diverse attitudini e comportamenti di spesa. Si osserva infatti che i nuclei con la persona di riferimento con età superiore ai 65 anni hanno una propensione alla spesa sanitaria superiore al 6%, del 6,8% per le persone sole e del 6,6% per le coppie (contro una media per la popolazione del 4,7%). La variabile anagrafica determina inoltre un aumento della propensione a spendere per medicinali piuttosto che

in servizi. Nella composizione della spesa sanitaria dai servizi ai beni la spesa per beni sanitari passa dal 52,7% delle persone sole 18-34 anni al 60,9% delle persone con più di 65 anni.

Rispetto alla dimensione del nucleo familiare, la spesa familiare aumenta se si passa dalla persona sola alla coppia con o senza figli. Interessante però notare come la spesa poi non aumenti all'aumentare del numero dei figli. L'effetto del numero di figli sulla spesa sanitaria può prestarsi a diverse interpretazioni. Innanzitutto, le spese familiari in generale, e quelle sanitarie in particolare, sono caratterizzate da economie di scala a livello familiare; di conseguenza, l'aumento del numero di componenti non necessariamente corrisponde ad un aumento proporzionale delle spese familiari, anche in funzione di un fattore emotivo o di esperienza acquisita, che differenziano, per esempio, le coppie con più figli da quelle con un unico figlio o i nuclei mono-genitoriali. Bisogna considerare inoltre come il dato sulle tipologie familiari, in particolare quello che considera il numero di figli, potrebbe essere distorto dalla variabile geografica, dato che le famiglie con un maggior numero di figli sono ancora maggiormente rappresentate nelle regioni del Sud.

### 6.6.3 La spesa sanitaria delle famiglie per classi socioeconomiche

Viene di seguito proposta un'analisi della spesa sanitaria delle famiglie per classi socioeconomiche. Il seguente approfondimento nasce con l'intento di guardare alla spesa sanitaria non più come bene indistinto, ma piuttosto come insieme di beni e servizi di natura diversa tra loro, che hanno quindi un impatto differente sui bilanci delle famiglie a seconda delle caratteristiche socioeconomiche delle famiglie stesse.

Si è proceduto quindi alla definizione di cinque classi socioeconomiche differenti, distinte rispetto all'ammontare della spesa equivalente, ovvero la spesa generale delle famiglie standardizzata rispetto alla dimensione del nucleo familiare secondo la scala di Carbonaro (ISTAT, 2015)<sup>5</sup>. Le classi sono state disegnate secondo il metodo dei quantili di reddito, ricalibrati tenendo conto delle importanti «code» della distribuzione: la prima e l'ultima classe rappresentano ognuna il 5% della popolazione e contano, rispettivamente, l'1,6% e 11,8% della spesa totale. La classe I può ben rappresentare le famiglie che vivono in una condizione di povertà, relativa o assoluta (con una spesa equivalente

<sup>5</sup> La scala di Carbonaro consente di standardizzare la composizione dei nuclei familiari riportando la spesa osservata a quella ipotetica nel caso in cui la famiglia fosse composta da 2 componenti. Il valore di spesa equivalente è ottenuto quindi dividendo la spesa generale osservata per famiglia per 0,6 (nel caso di un solo componente), 1 (nel caso di 2 componenti), 1,33 (nel caso di 3 componenti), 1,63 (nel caso di 4 componenti), 1,90 (nel caso di 5 componenti), 2,16 (nel caso di 6 componenti), 2,40 (nel caso di 7 o più componenti).

mensile inferiore a 806<sup>6</sup> euro). All'estremo opposto, invece, la classe V rappresenta una classe residuale delle famiglie che spendono di più mensilmente, con un'alta variabilità interna in termini di spesa e composizione (la spesa mensile equivalente supera i 5.600 euro mensili). Le classi di spesa sembrano ben rappresentare le differenze demografiche e socio-economiche sottostanti. Sempre con riferimento alla prima e all'ultima classe, il 65% delle famiglie appartenenti alla classe I risiede nelle regioni del Sud e delle Isole; c'è una forte prevalenza di persone di riferimento disoccupate (23%) e con titolo di studio inferiore alla licenza media (79%), con una dimensione familiare superiore ai tre componenti (63%). Al contrario, le famiglie che appartengono alla classe V risiedono prevalentemente al Nord (40% nel Nord-Ovest), con una forte prevalenza di imprenditori (19%) o comunque dirigenti o impiegati, un livello di istruzione più elevato (41% ha almeno la laurea) e con una ridotta dimensione in termini di componenti (88% ha meno uno o due componenti).

La popolazione rimanente è stata poi suddivisa in tre classi omogenee per dimensione, rappresentanti ognuna il 30% delle famiglie residenti (Tabella 6.11), ma diverse per spesa assorbita: la seconda assimila circa il 18%, la terza il 27% e la quarta il 44%.

Tabella 6.11 **Dimensione delle classi socioeconomiche, intervalli di spesa equivalente e ammontare (in % del totale) di spesa sanitaria e generale per classe, 2017**

	Classi di spesa					
	I	II	III	IV	V	
Intervallo di spesa mensile equivalente (€)	< 806	806 - 1.734	1.734 - 2.689	2.689 - 5.591	> 5.591	–
<b>Composizione percentuale delle classi</b>						<b>Totale</b>
% di famiglie	5%	30%	30%	30%	5%	100%
% di spesa generale	1,6%	17,9%	27,5%	41,2%	11,8%	100%
% di spesa sanitaria	1,1%	14,7%	27,0%	43,9%	13,2%	100%
<b>Composizione percentuale delle classi (cumulativa da destra)</b>						
% di famiglie	100%	95%	65%	35%	5%	–
% di spesa generale	100%	98,4%	80,5%	53,0%	11,8%	–
% di spesa sanitaria	100%	98,9%	84,1%	57,1%	13,2%	–
<b>Comportamenti di spesa sanitaria all'interno delle classi</b>						<b>Media</b>
Spesa sanitaria media mensile pro famiglia (€)	27	60	109	177	321	122
% spesa sanitaria su spesa generale	3,2%	3,9%	4,6%	5,0%	5,3%	4,7%
% di famiglie che ha speso in sanità	47,4%	70,7%	80,8%	85,3%	89,6%	77,9%
% spesa sanitaria su spesa generale delle famiglie che spendono in sanità	6,6%	5,3%	5,5%	5,7%	5,9%	5,6%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

<sup>6</sup> Si tratta naturalmente di un'approssimazione, in quanto l'ISTAT definisce la soglia di povertà assoluta in termini di spesa familiare mensile in maniera variabile rispetto al luogo di residenza, l'età dei componenti e la dimensione del nucleo familiare (ISTAT, 2018).

La distribuzione della spesa sanitaria tra le classi è abbastanza aderente alla distribuzione della spesa generale. Non stupisce, dunque, che la spesa sanitaria media mensile pro famiglia sia crescente rispetto alle classi socioeconomiche, passando da una spesa di 27 euro mensili per la classe I a 321 euro mensili per la classe V. Un incremento che sembra legato a un aumento proporzionale nella capacità di spesa, ma sottende anche differenze nelle attitudini o priorità di spesa. Bisogna, infatti, notare una progressione nella percentuale di spesa destinata alla sanità sul totale (propensione alla spesa sanitaria), a conferma di una elasticità pari o leggermente superiore all'unità della spesa sanitaria privata. In realtà, si può parlare di vere e proprie progressioni solo dalla seconda classe in poi in quanto è necessario soffermarsi su come la classe più svantaggiata (primo 5% della popolazione) si stacchi dal resto, mostrando un dato di spesa sanitaria sul totale pari al 3,2% (contro una media nazionale del 4,7%) e un tasso di famiglie che hanno speso in sanità pari a circa il 47% (contro una media nazionale del circa 78%).

Si ricorda comunque che il dato tratta di spesa e non di reddito, e di conseguenza non si può direttamente concludere che la spesa sanitaria pesi di più sulle famiglie più ricche anche in termini di reddito (la propensione al risparmio cambia in modo rilevante nelle diverse classi economiche). È importante quindi leggere i comportamenti di spesa in relazione anche alle altre componenti che compongono il paniere familiare. Dai dati in Tabella 6.12 emerge, infatti,

Tabella 6.12 **Composizione percentuale del bilancio delle spese familiari, per classi di spesa equivalente, 2017**

Beni e servizi del paniere di consumo delle famiglie	Media Italia	Classi di spesa totale equivalente					Incremento o riduzione interclasse
		I	II	III	IV	V	
Abitazione e utenze	35,1	46,5	40,2	35,2	32,9	32,9	↓
Alimentari e bevande analcoliche	17,8	26,2	23,1	19,9	15,7	11,3	↓↓
Trasporti	11,3	5,1	8,3	10,0	12,9	14,5	↑↑
Altri beni e servizi*	7,1	4,7	5,9	6,9	7,5	8,0	↑
Servizi ricettivi e ristorazione	5,1	1,2	2,9	5,1	6,0	5,8	↑↑
Ricreazione e cultura	5,1	1,9	3,1	4,8	5,8	6,4	↑↑
<b>Servizi sanitarie e spese per la salute</b>	<b>4,7</b>	<b>3,2</b>	<b>3,9</b>	<b>4,6</b>	<b>5,0</b>	<b>5,3</b>	<b>↑</b>
Abbigliamento e calzature	4,7	3,1	4,0	4,6	4,9	5,2	↑
Mobili, articoli e servizi per la casa	4,3	2,3	2,9	3,6	4,6	7,1	↑↑
Comunicazioni	2,5	3,2	3,1	2,8	2,3	1,5	↓
Bevande alcoliche e tabacchi	1,8	2,0	2,0	1,9	1,7	1,4	=
Istruzione	0,6	0,5	0,5	0,7	0,6	0,6	=
<b>Totale consumi delle famiglie</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Legenda: ↑↑ Incremento elevato (e viceversa); ↑ Lieve incremento (e viceversa); = Variazione nulla o quasi

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)



come la propensione media rispetto alla spesa familiare cambia in modo molto diverso tra le diverse componenti. Alcuni elementi mostrano un andamento che ricalca chiaramente quello dei beni di prima necessità, con una propensione media decrescente rispetto alle classi (la spesa per *item* in termini assoluti cresce meno che proporzionalmente rispetto alla spesa complessiva). Tra queste, le componenti che mostrano il trend più chiaro sono la spesa per abitazione e utenze, che passa dal 46,5% nella classe I al 32,9% nella classe V, e la spesa per prodotti alimentari e bevande, che è sicuramente il più classico esempio di bene di prima necessità, che passa dal 26,2% al 11,3%. Tutt'altro andamento seguono le componenti «di lusso», rappresentate in maniera prevedibile dalle spese per ricreazione e cultura (dal 1,9% al 6,4%), per servizi ricettivi e di ristorazione (dall'1,2% al 6,0%) e per mobili e articoli per la casa (dal 2,3% al 7,1%).

In tutti questi casi, la propensione media rispetto alla spesa generale mostra una dinamica chiaramente e fortemente crescente o decrescente rispetto alle classi socioeconomiche individuate. In questa prospettiva, la spesa per servizi sanitari e per la salute, con la sua graduale progressione positiva tra le classi, rappresenta una componente anomala e simile solo al consumo di abbigliamento e calzature. Al di là di possibili accostamenti, probabilmente le ragioni risiedono nella composizione stessa della spesa sanitaria, di cui l'indagine fornisce tre componenti di servizi (medico-ospedalieri, dentistici, paramedici) e tre di prodotti (medicinali, altri articoli sanitari, attrezzature terapeutiche). Riproponendo la stessa analisi svolta sulle componenti della spesa generale, si osserva infatti come la composizione della spesa sanitaria cambia al variare delle classi di spesa (Tabella 6.13).

Tabella 6.13 **Composizione percentuale della spesa sanitaria, per classi di spesa equivalente, 2017**

Classi di spesa totale equivalente (€ al mese per famiglia)	I < 806	II 806 - 1.734	III 1.734 - 2.689	IV 2.689 - 5.591	V > 5.591	Totale
Medicinali	61,4	53,6	44,4	36,5	29,6	40,6
Servizi dentistici	7,4	12,5	18,4	27,5	38,5	24,1
Servizi medici	18,3	17,0	15,8	14,3	12,5	14,9
Attrezzature terapeutiche	5,4	6,9	10,5	10,4	7,9	9,5
Servizi paramedici	4,0	6,8	7,1	7,8	8,4	7,5
Articoli sanitari	3,4	3,2	3,7	3,5	3,0	3,4
<b>Totale consumi sanitari</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

Questo tipo di rappresentazione permette di osservare delle dinamiche chiare per alcune componenti della spesa sanitaria, rispetto alla classe di spesa di appartenenza delle famiglie. Quello che emerge da questo quadro è una grande variabilità nel paniere della spesa sanitaria delle famiglie rispetto alle classi di

spesa, a dimostrazione del fatto che la spesa sanitaria privata è un insieme di componenti diverse. Innanzitutto, si nota la dominanza della componente dei medicinali rispetto alle altre componenti di beni e servizi, presente per tutte le classi di spesa. Un dato che si spiega alla luce dei perimetri adottati nell'indagine che includono nei medicinali anche gli integratori, gli omeopatici ecc. I medicinali mostrano un importante peso specifico e un evidente andamento decrescente rispetto alle classi di spesa (il peso sul paniere della spesa sanitaria passa dal 61,4% al 29,6%), in linea con altri studi che hanno collocato i medicinali tra i beni di «necessità» (D'Angela, 2012). All'opposto i servizi dentistici che si comportano come «beni di lusso» quintuplicano il peso, passando dal 7,4% a 38,5%. Similmente, le attrezzature terapeutiche e i servizi paramedici. Più «piatta» è, invece, la dinamica dei servizi medici e ospedalieri e degli articoli sanitari. La dinamica inversa tra spesa per dentisti e medicinali potrebbe essere alla base della sostanziale stabilità interclasse del peso della spesa sanitaria sul totale, con la prima dinamica a prevalere leggermente sulla prima, spiegando la leggera progressione positiva.

#### 6.6.4 Intenzioni e limitazioni di spesa: visite e accertamenti vs alimentari o carburanti

Riprendendo la visione dell'intero portafoglio familiare proposta nel paragrafo precedente, l'indagine permette di osservare i comportamenti e le intenzioni di spesa, con particolare riguardo alle limitazioni, o ai tentativi di limitazione, nell'effettuare spese per determinate componenti (Tabella 6.14). Sono state

Tabella 6.14 **Limitazioni di spesa delle famiglie (% di famiglie che ha provato a limitare le spese) per tipologia di beni e servizi e per classe di spesa, 2017**

Tipologia di spesa	Classi di spesa totale equivalente	I	II	III	IV	V	Totale
		< 806	806 - 1.734	1.734 - 2.689	2.689 - 5.591	> 5.591	
Alimentari	Ha diminuito	74,6	59,1	45,1	37,5	27,6	47,6
	Ha diminuito in quantità	44,2	32,9	22,7	17,1	14,2	24,7
	Ha diminuito in qualità	36,3	32,1	27,1	23,2	16,1	27,3
	Non ha acquistato	2,8	1,4	0,3	0,7	0,8	0,9
Visite e accertamenti	Ha diminuito	55,8	36,2	23,0	18,2	12,4	26,6
	Ha diminuito in quantità	31,8	20,8	14,8	11,8	8,1	16,2
	Ha diminuito in qualità	7,2	5,4	3,4	2,7	1,6	3,9
	Non ha acquistato	17,7	10,5	5,0	4,0	2,9	6,9
Carburanti	Ha diminuito	79,1	63,1	49,6	39,7	30,7	51,2
	Ha diminuito in quantità	30,7	27,4	22,6	18,3	14,1	22,8
	Ha diminuito in qualità	10,1	12,1	12,2	11,0	7,6	11,5
	Non ha acquistato	39,2	24,6	15,7	10,9	9,6	17,8

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

prese come esempio tre tipologie di beni e servizi: beni alimentari, visite e accertamenti diagnostici e carburanti, in quanto tutte e tre considerabili come spese «necessarie» per una famiglia. Le famiglie che hanno limitato le spese in sanità sono circa il 26,6% nel 2017, un dato inferiore agli alimentari e carburanti, rispettivamente 47% e 51,2%. La spesa per visite e accertamenti si dimostra quindi, rispetto ad altre tipologie di spesa, in larga misura incompressibile e quella che le famiglie tendono a limitare di meno.

Da notare come, tra le famiglie che dichiarano di aver cercato di limitare le spese in visite e accertamenti, lo abbiano fatto in larga parte in quantità (16,2%), piuttosto che in qualità (3,9%), ovvero rivolgendosi ad un altro fornitore con un prezzo più ridotto, cosa invece molto diffusa per gli alimentari (27,3%) e comunque più diffusa per i carburanti (11,5%). Il dato è probabilmente legato alla complessità dell'oggetto e al fatto che il mercato sanitario privato nel nostro paese rimane ancora poco maturo e trasparente.

Le intenzioni di spesa cambiano al variare delle classi di spesa: si tende meno a limitare le spese al crescere della classe di spesa. Anche in questo caso la tendenza è meno accentuata per la spesa per visite e accertamenti (dal 55,8% all'12,4%), rispetto a quella per alimentari (dal 74,6% al 27,6%) e per carburanti (dal 79,1% al 30,7%). Bisogna, infine, tener presente che vi è una percentuale di famiglie che non ha invece effettuato acquisti. Il dato è naturalmente quasi nullo per gli alimentari, si colloca intorno al 7% per le visite e gli accertamenti e al 18% per il carburante. Rimane sempre elevato il dato per la prima classe (18% per visite e accertamenti e 40% per i carburanti) per la quale è evidente un problema socio-economico che va affrontato nel suo complesso.

## 6.7 Note conclusive

I consumi privati hanno assunto un ruolo che non può essere considerato marginale, sia per l'entità delle risorse coinvolte sia per quello che essi rappresentano nei complessi processi di consumo di cittadini-utenti alla ricerca del soddisfacimento dei propri bisogni di salute. I tradizionali rapporti tra pubblico e privato in tutte le dimensioni di funzionamento dei sistemi sanitari dei paesi avanzati hanno, così, subito cambiamenti ormai strutturali, cambiamenti dovuti a un insieme variegato di fattori. Tra questi, un ruolo da non sottovalutare è quello giocato da una costante espansione delle opportunità di cura che rende, da una parte, impossibile il sostegno pubblico a tutto ciò che è potenzialmente utile per la salute e, dall'altra, difficoltoso costruire gerarchie condivise rispetto alla meritorietà dei diversi consumi. La crescente standardizzazione dei processi di produzione ed erogazione dei servizi sanitari incontra, poi, una domanda decisamente meglio informata rispetto al passato consentendo, in alcuni ambiti,

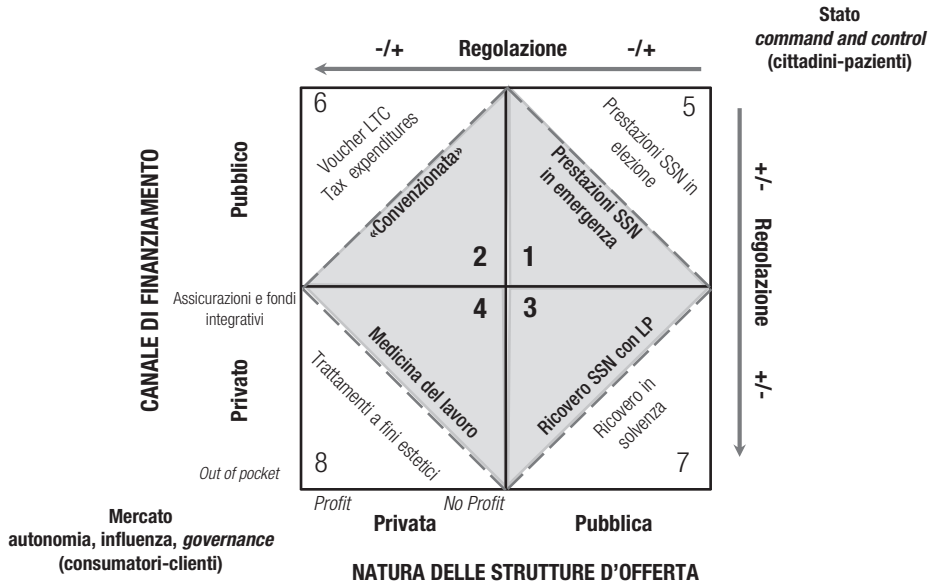
un ricorso meno problematico ai meccanismi di mercato (Tinghög G., Carlsson P., Lyttkens C., 2009).

L'esito complessivo è l'emergere di sistemi sanitari in cui il complesso intreccio tra pubblico e privato indebolisce la forza interpretativa dei consueti modelli istituzionali (mutualistici, a servizio sanitario nazionale, ecc.), costringendo gli studiosi a moltiplicare modelli e varianti per poter garantire un minimo di generalizzabilità (Toth, 2016). Si tratta di sistemi «ibridi» nei quali un intenso combinarsi delle dimensioni pubblico e privato si accompagna a una progressiva contaminazione tra sistemi che, per rispondere a criticità tipiche del proprio modello, adottano sempre più frequentemente soluzioni ed elementi di innovazione derivati da altri contesti istituzionali (Bennet, 1991; Schmid *et al.*, 2010).

L'indebolimento dei confini e l'ibridazione sono fenomeni che non si limitano a toccare solo i sistemi e la loro rappresentazione, ma che estendono la propria influenza anche ai processi di consumo. Anche considerando il singolo atto di consumo in sé, si moltiplicano le occasioni in cui pubblico e privato si fondono, come avviene, ad esempio, nel caso in cui il sistema pubblico finanzia il consumo di un farmaco generico e il consumatore preferisca quello di marca, essendo disponibile a sostenere una differenza di prezzo (*topping up*). Ma sempre più spesso i consumi in sanità non sono interpretabili in termini di mera giustapposizione di singoli episodi, ma vanno letti, e vengono vissuti, come veri e propri percorsi unitari tesi alla soluzione di specifici problemi (*patient journey*). In tali percorsi il paziente, quasi inevitabilmente, finisce per attraversare più volte i confini tra pubblico e privato non solo sul versante dell'offerta, ma anche e soprattutto sul lato del finanziamento.

In questo contesto anche gli schemi più robusti e consolidati, quelli che hanno finora guidato la classificazione dei consumi tra pubblico e privato, come la matrice a quattro circuiti presentata nell'introduzione a questo capitolo (Figura 6.1), iniziano a perdere parte della loro utilità. Nell'interpretare la realtà e orientare valutazioni e decisioni emerge la necessità di considerare anche nuove dimensioni. Un esempio interessante in tal senso è la proposta di Burchardt (1997) che vede nella effettiva capacità di influenza e decisione dell'utente/paziente una dimensione di importanza paragonabile a quella relativa alle diverse fonti di finanziamento o alla natura istituzionale degli erogatori. La nuova dimensione si aggiunge così alla matrice finanziamento-produzione, evidenziando differenze precedentemente non catturate (Figura 6.11). Ciascuno dei precedenti quattro quadranti viene, quindi, ulteriormente suddiviso a seconda delle differenti condizioni di influenza decisionale dell'utente: le aree all'interno sono caratterizzate da un maggiore potere decisionale esercitato dal sistema pubblico, mentre le rispettive sezioni più esterne sono quelle che riflettono una maggiore libertà e discrezionalità del singolo. Non è perciò detto che la condizione di finanziamento privato e produzione privata sia di per sé sufficiente a garantire tutte le condizioni normalmente associate a un «consumo privato».

Figura 6.11 **Gli otto circuiti del settore sanitario: pubblico e privato tra finanziamento, produzione ed equilibri di influenza**



Infatti nel medesimo quadrante tradizionale, possiamo ora evidenziare due situazioni molto differenti: la medicina del lavoro, più vicina a un consumo pubblico per gli elevati livelli di «prescrivibilità» (Figura 6.11, circuito 4), e i trattamenti sanitari a fini estetici pienamente caratterizzati da dinamiche di mercato (Figura 6.11, circuito 8). Distinzioni analoghe possono essere utilmente applicate agli altri quadranti, rendendo evidente la complessità dell'intero scenario.

Le riflessioni fin qui svolte sorreggono e rafforzano le idee di fondo che sono alla base del lavoro dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità. I consumi privati non possono essere considerati come un insieme indistinto, non è sufficiente prendere semplicemente atto che essi pesano per circa un quarto sulla spesa totale e rappresentano una componente strutturale e fisiologica del sistema sanitario. Bisogna conoscerli e analizzarli nelle singole componenti, iniziando a evidenziare, anche attraverso quadri concettuali diversi da quelli del passato, i non banali intrecci che li legano ai consumi pubblici. In questa prospettiva il capitolo ha presentato il quadro aggiornato, e il più possibile completo, di dati ed evidenze di un fenomeno che è sempre più spesso oggetto di un dibattito non sempre sufficientemente informato.

## Appendice A – Il finanziamento privato dei consumi pubblici

Nell'analisi della relazione tra consumi privati e scelte pubbliche non si può non tenere conto delle dinamiche che sorgono dalla presenza di meccanismi di compartecipazione alla spesa, siano essi obbligatori o volontari (Fenech e Panfili, 2013). I due grandi aggregati a cui sono ricondotti i ricavi da compartecipazione del sistema sanitario sono la compartecipazione per farmaci e quella per servizi sanitari (Tabella A.1).

Tabella A.1 **La spesa per compartecipazione in Italia, 2018**

	Ammontare (in milioni di euro)
<b>Compartecipazione per farmaci</b>	1.608
– ticket in quota fissa regionale	482
– differenza prezzo di riferimento	1.126
<b>Compartecipazione per servizi ambulatoriali e altre prestazioni</b> (visite specialistiche, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti di riabilitazione e altre prestazioni ambulatoriali erogate in strutture pubbliche)	1.302
<b>Compartecipazione per servizi di PS</b> (per gli accessi in codice bianco) e altre prestazioni	57
<b>Totale</b>	<b>2.967</b>
Stima compartecipazione per servizi ambulatoriali da strutture private convenzionate	500

Fonte: elaborazione OCSP su dati Corte dei Conti e AIFA

All'interno del primo gruppo ricadono due forme di compartecipazione molto diverse tra di loro, sia per natura che per dimensione, entrambe applicate ai farmaci rimborsati dal SSN. Circa un terzo delle entrate per compartecipazione sui farmaci consiste nei *ticket* regionali applicati alla singola prescrizione medica, il cui ammontare in quota fissa è stabilito appunto a livello regionale. La parte restante, invece, consiste nella differenza rispetto al prezzo di riferimento, che è una forma di compartecipazione applicata ai farmaci rimborsati dal SSN per il solo valore corrispondente a quello del farmaco equivalente, quando disponibile (*internal reference pricing*). La differenza principale tra le due forme di compartecipazione è, quindi, che il pagamento della differenza di prezzo deriva esclusivamente dalla scelta del consumatore, nel caso in cui decida volontariamente di acquistare un farmaco *branded*. Nel 2018, la compartecipazione per farmaci ammontava a 1.608 milioni di euro, di cui 482 milioni di *ticket* regionale e 1.126 milioni di differenza di prezzo. Si nota quindi come la parte più consistente della spesa in compartecipazione per farmaci derivi da una scelta del consumatore.

All'interno del secondo gruppo rientrano le spese per compartecipazione ai servizi sanitari. Tra di esse si distingue la compartecipazione per servizi specialistici e ambulatoriali (visite specialistiche, analisi di laboratorio, diagnostica per

immagini, ecc.), che rappresentano la quasi totalità dei ricavi da compartecipazione per servizi (la parte rimanente e marginale è composta dal *ticket* per i codici bianchi in pronto soccorso e su altre prestazioni). Rientrano all'interno di questo gruppo i *superticket* introdotti nel 2011, strutturati in maniera differenziata dalle singole regioni e che nel 2018 hanno comportato un gettito pari a circa 500 milioni di euro (Ragioneria Generale dello Stato, 2019).

I dati di gettito complessivo dei ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono però disponibili soltanto parzialmente (Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2017). Infatti, le fonti ufficiali quantificano in 1,36 miliardi i ricavi da compartecipazione per servizi sanitari, tenendo in considerazione però soltanto quelli desumibili dai conti economici delle aziende sanitarie, le quali contabilizzano soltanto le entrate «dirette», ovvero quelle relative alle prestazioni erogate direttamente dalle strutture pubbliche. Gli introiti percepiti a titolo di ticket dalle strutture private convenzionate non vengono contabilizzati nei bilanci delle aziende ospedaliere e sanitarie, che si limitano a tenere conto soltanto dei trasferimenti netti alle strutture convenzionate (rimborsi per prestazioni al netto del ticket già incassato dalle strutture). Un'idea della dimensione della spesa per compartecipazione per prestazioni ambulatoriali può essere desunta dal sistema di monitoraggio TS (sistema Tessera Sanitaria) che quantifica le spese per ticket in circa 3,5 miliardi di euro nel 2018, con una differenza pari a circa 500 milioni rispetto allo stesso dato rilevato dai bilanci delle aziende pubbliche (per la specialistica ambulatoriale) e dai dati sulla tracciabilità del farmaco (per i farmaci), che ammonta a circa 3,0 miliardi di euro (Ragioneria Generale dello Stato, 2019).

Negli ultimi dodici anni, la spesa per *copayment* ha subito un aumento progressivo fino al 2012 per poi stabilizzarsi negli ultimi anni (Tabella A.2). L'incremento è imputabile prevalentemente alla crescita della componente di compartecipazione per farmaci che dal 2006 al 2012 è aumentata di circa 1 miliardo. Si è assistito in particolare alla forte crescita della componente relativa alla differenza sul prezzo di riferimento, passata dai circa 300 milioni del 2008 agli 1,1 miliardi del 2018. Il dato sulla differenza rispetto al prezzo di riferimento è estremamente rilevante in quanto nonostante le politiche tese a favorire il ricorso ai farmaci equivalenti, attraverso la prescrizione del principio attivo anziché del farmaco, i consumatori continuano a preferire il farmaco di marca, rendendo quindi significativamente più gravoso, in termini finanziari, l'acquisto di farmaci rimborsabili.

Le altre voci hanno invece registrato una sostanziale stabilità negli anni. L'aumento della compartecipazione sui farmaci è sempre stato più che proporzionale rispetto alla crescita della spesa privata per beni sanitari: infatti, la percentuale della compartecipazione per farmaci sulla spesa sanitaria privata per beni cresce dal 3,3% del 2006 al 11% del 2017. Si mostra invece volatile l'andamento dello stesso valore in termini di compartecipazione per servizi am-

Tabella A.2 **La spesa per compartecipazione in Italia, 2006-2018**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Spesa totale per compartecipazioni</b>													
Miliardi di euro	1,5	1,7	1,8	2,0	2,2	2,7	3,0	2,9	3,0	2,9	2,9	2,9	3,0
% sulla spesa sanitaria delle famiglie	5,1	5,7	5,8	6,5	7,1	8,1	9,2	8,9	8,9	8,1	8,1	7,8	8,0
<b>Compartecipazioni per servizi sanitari (Specialistica ambulatoriale, PS, altri)</b>													
Miliardi di euro	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4
% sulla spesa per servizi sanitari delle famiglie	8,3	8,9	7,7	8,6	8,6	9,3	9,3	10,1	8,8	8,1	8,0	7,1	na
<b>Compartecipazioni per farmaci (ticket su ricetta e differenza sul prezzo di riferimento)</b>													
Miliardi di euro	0,4	0,5	0,6	0,9	1,0	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6
– Di cui per ticket in quota fissa	na	na	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
– Di cui per differenza sul prezzo di riferimento	na	na	0,3	0,4	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1
% sulla spesa per beni sanitari delle famiglie	3,3	4,0	4,6	7,2	8,0	9,9	10,9	10,8	11,6	11,3	11,4	11,0	na

Fonte: elaborazione OCPS su dati Corte dei Conti, AIFA e ISTAT

bulatoriali, in quanto in questo caso i valori oscillano, nell'arco di tempo considerato, attorno all'8,5% della spesa privata per servizi ambulatoriali, toccando nel 2017 il valore minimo del 7,1%.



## Appendice B - Il finanziamento pubblico dei consumi privati

Il tema del ruolo della fiscalità nella spesa sanitaria privata è stato per lungo tempo sottovalutato, ma è venuto di recente alla ribalta nel dibattito pubblico italiano. Come è noto, infatti, il sistema fiscale italiano concede alcuni benefici alla spesa sanitaria privata, principalmente attraverso le agevolazioni dirette concesse sull'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF), sotto forma di deduzioni e detrazioni, ma che anche, indirettamente, incidono sulla contribuzione previdenziale (INPS) e sulle imposte sul reddito di impresa (IRES e IRAP).

Il Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR)<sup>7</sup> prevede infatti due ordini di benefici per la spesa sanitaria privata. Il primo consiste nella detrazione<sup>8</sup>, pari al 19% dell'ammontare complessivo, delle spese mediche che eccedano la franchigia di 129,11 euro. Il secondo, meno noto, ma su cui si è concentrato la maggior parte del dibattito nel corso del 2019, è la deduzione<sup>9</sup> dei contributi versati ad alcune forme di sanità integrativa. La legislazione italiana prevede tre forme di sostegno fiscale alla sanità integrativa. La prima è quella prevista dall'art. 10, comma 1, lettera e-ter del TUIR, che concede la deducibilità dal reddito complessivo dei contributi versati, fino a un massimale di 3.615,20 euro, ai Fondi Sanitari Integrativi del SSN. La seconda è quella prevista dall'art. 51, comma 2, lettera a del TUIR il quale consente che i contributi versati da lavoratori o datori di lavoro ad enti o casse aventi fini esclusivamente assistenziali, in conformità a disposizioni di contratto o di accordo aziendale, non concorrano alla formazione del reddito da lavoro dipendente, nel limite di 3.615,20 euro<sup>10</sup>. La terza è quella prevista dall'art. 83, comma 5 del D.lgs. 3 luglio 2017, n.117 (Codice del terzo settore) che consente la detraibilità di una somma pari al 19% dei contributi versati dai soci alle Società di mutuo soccorso, fino ad un massimo di 1.300 euro. Esiste inoltre un terzo, più marginale, beneficio concesso ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b del TUIR che riguarda la deducibilità dal reddito complessivo delle spese sostenute per le spese mediche generiche e di assistenza specifica per persone diversamente abili («casi di grave e permanente invalidità o menomazione»).

Il ricorso alla detrazione per spese mediche è ampiamente diffuso tra la popolazione e significativo in termini di spesa intercettata e beneficio concesso. Nell'anno fiscale 2017, infatti, le spese mediche riportate ai fini IRPEF sono state pari a 18,5 miliardi di euro e hanno comportato un beneficio fiscale, in termini di detrazione dall'imposta lorda, pari a 3,5 miliardi di euro. Bisogna co-

<sup>7</sup> DPR 22 dicembre 1986, n. 917

<sup>8</sup> La detrazione consiste nella sottrazione dell'ammontare dall'imposta lorda dovuta

<sup>9</sup> La deduzione consiste nella sottrazione dell'ammontare dal reddito lordo

<sup>10</sup> Allo stesso limite concorrono sia i contributi ex art. 10 che quelli ex art. 51 del TUIR

munque considerare come le spese sanitarie riportate ai fini della dichiarazione IRPEF non coprano l'intero ammontare della spesa sanitaria privata. Dal monitoraggio della spesa sanitaria pubblica e privata effettuato dalla Ragioneria Generale dello Stato per gli anni 2016-2018 emerge infatti una spesa privata, trasmessa attraverso il sistema di rilevamento TS (Tessera Sanitaria), pari a 30,5 miliardi per il 2017 e di 32,3 miliardi per il 2018 (Ragioneria Generale dello Stato, 2019). L'ammontare su cui è concesso il beneficio fiscale non include infatti le spese sostenute da coloro che sono esenti dall'imposta sui redditi (incapienti), quelle non eccedenti la franchigia e alcune spese non detraibili o perché non strettamente sanitarie (per esempio quella per integratori), o perché rimborsate in un secondo momento da un fondo o una cassa i cui contributi godono già dei benefici fiscali (Corte dei Conti, 2018). Inoltre, una parte difficilmente stimabile della spesa sanitaria privata ricade nell'ambito dell'attività economica sommersa, favorita anche dal fatto che la detraibilità degli oneri non fornisce un adeguato incentivo a richiedere l'emersione di queste prestazioni. Altri elementi risultano invece inclusi all'interno delle spese sanitarie detraibili, sebbene non siano ufficialmente considerate come tali da parte dell'ISTAT e siano addirittura escluse dalla copertura pubblica. Si tratta, per esempio, delle spese per medicinali omeopatici e di quelle per prestazioni ambulatoriali di medicina alternativa, quando eseguite da professionisti sanitari (Agenzia delle Entrate, 2019).

Alle detrazioni per spese mediche vanno inoltre aggiunte quelle concesse per le quote di iscrizione dei soci alle società di mutuo soccorso, che nell'anno fiscale 2017 ammontavano a circa 64 milioni di euro, per un beneficio fiscale pari quindi a circa 12 milioni di euro (Agenzia delle Entrate, 2019).

I dati dalle dichiarazioni fiscali per il 2017, resi disponibili dal MEF-Dipartimento delle Finanze forniscono elementi a supporto delle analisi territoriali e socio-demografiche approfondite nei paragrafi successivi. Il 58,6% delle spese mediche è riportato da contribuenti residenti nelle regioni settentrionali, a cui comunque è riconducibile il 55% dell'imponibile complessivo. Si evince inoltre come circa il 62% degli importi complessivi riportati sia appannaggio dei contribuenti con reddito tra i 15.000 e i 40.000 euro, a fronte del 55% di reddito dichiarato. Ai contribuenti con reddito superiore ai 50.000 euro, invece, è riconducibile soltanto il 14% delle spese sanitarie riportate e il 23% del reddito dichiarato (Corte dei Conti, 2019). Dalle dichiarazioni fiscali emerge quindi come il peso delle spese sanitarie familiari sia maggiore nelle famiglie che si posizionano in una posizione intermedia della distribuzione dei redditi e come questo diminuisca all'aumentare del reddito dichiarato. Questa informazione andrebbe però letta non solo alla luce delle limitazioni riportate sopra, riguardo l'impossibilità di considerare le spese sanitarie dichiarate come pienamente rappresentative delle spese sanitarie delle famiglie, ma anche tenendo in considerazione gli incentivi forniti intrinsecamente dal sistema fiscale a riportare determinate spese, che sono verosimilmente decrescenti rispetto al reddito.

Più controverso è invece il tema legato ai benefici fiscali concessi per i contributi a fondi sanitari integrativi del SSN e gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziali, dato che il meccanismo che regola la partecipazione dei contribuenti a questi fondi è complesso e rende particolarmente difficile stimare l'ammontare del beneficio fiscale complessivo.

Un tentativo formale e ufficiale di stima del beneficio concesso, in termini di sole spese fiscali (IRPEF), ai contributi della sanità integrativa deriva dalla Commissione per le spese fiscali istituita presso il MEF, che redige rapporto annuale sulle spese fiscali. Nell'edizione 2018, la commissione prevede per il triennio 2019-2021 spese fiscali relative ai contributi a fondi ed enti assistenziali pari a 540 milioni di euro (Commissione per le spese fiscali, 2018).

Il dato parte, verosimilmente, dai contributi versati a fondi ed enti raccolto dall'Agenzia delle Entrate attraverso i modelli di dichiarazione dei redditi per i contributi versati ai fondi sanitari integrativi, o quelli versati dai lavoratori in quiescenza alle casse aziendali, e attraverso le Certificazioni Uniche predisposte dai datori di lavoro per i contributi versati alle casse in base a contratti o accordi aziendali. Sommando entrambi i dati si ottiene, per l'anno fiscale 2017, un dato pari a 2.094<sup>11</sup> milioni di euro. Considerando che il contribuente medio si colloca nella classe di reddito complessivo tra i 15.000 e i 20.000 euro, si può assumere un'aliquota marginale media del 27%<sup>12</sup>. Il dato che si otterrebbe ammonta a circa 565 milioni di euro, in linea con quello stimato dalla Commissione. Alle deduzioni andrebbero aggiunte anche quelle concesse sulle spese generiche e di assistenza specifica per i diversamente abili che nel 2017 ammontavano a circa 1,1 miliardi, per un beneficio complessivo pari a circa 300 milioni di euro<sup>13</sup>. Il beneficio sembra invece neutrale rispetto alla tassazione sui redditi e le attività di impresa (IRES e IRAP); i contributi assistenziali rappresentano infatti costo del lavoro, al pari delle forme di retribuzione e dei contributi previdenziali, e quindi a essi si applicano le normali regole in termini di deducibilità dei costi dai redditi d'impresa.

Di beneficio fiscale si potrebbe parlare anche rispetto all'aspetto previdenziale. Il DL n. 103/1991 prevede infatti che le somme versate a casse e fondi previsti da contratti collettivi o da accordi aziendali, che hanno finalità di erogare prestazioni integrative di tipo assistenziale (o previdenziale), siano escluse dal calcolo dell'imponibile previdenziale. Su queste si applica infatti un contributo

<sup>11</sup> Il dato è calcolato come valore totale dei contributi versati nel 2017 a fondi sanitari integrativi (51 milioni di euro), enti e casse da lavoratori (2.053 milioni di euro) e pensionati (60 milioni di euro) al netto di dei contributi che eccedendo la soglia di 3.165,20 euro contribuiscono a formare reddito da lavoro dipendente (70 milioni di euro)

<sup>12</sup> L'aliquota marginale al 27% può comunque essere considerata una sovrastima considerando che questa non è applicata al reddito complessivo, ma bensì a quello imponibile che è il reddito complessivo al netto delle deduzioni

<sup>13</sup> Si utilizza la stessa aliquota marginale applicata ai contributi alla sanità integrativa

di solidarietà ad esclusivo carico del datore di lavoro, pari al 10% del contributo versato, in favore della gestione pensionistica a cui sono iscritti i lavoratori. È bene notare che il contributo di solidarietà non alimenta il montante contributivo del lavoratore, ovvero la somma di contributi versati a fini pensionistici, ma fornisce un contributo finanziario indistinto all'ente di previdenza.

Rispetto al tema dei contributi previdenziali è possibile assumere due prospettive diverse. La prima vede i contributi come reddito differito. In questo caso le parti in causa sono solo i datori di lavoro che versano oggi in un fondo e i lavoratori che ricevono i benefici a scadenza. Ogni intervento sui contributi modifica soltanto il costo del lavoro e la retribuzione garantita al lavoratore (ancorché differita). Bisogna sottolineare come in tale prospettiva non solo non vi sarebbe alcun beneficio fiscale, ma, al contrario, il contributo di solidarietà dovrebbe essere considerato una tassa aggiuntiva che il meccanismo impone. Diverso è il ragionamento se i contributi previdenziali sono considerati alla stregua di una imposizione fiscale (*payroll taxes*) a fronte delle quali la collettività assume un generico impegno rispetto a una prestazione futura.

In questa seconda prospettiva il beneficio previdenziale può essere quantificato in base alla differenza tra l'aliquota previdenziale ordinaria pari al 33% (ma con variazioni rilevanti in base al settore economico, alla dimensione dell'impresa, ecc.) e il contributo di solidarietà effettivamente versato (10%). Utilizzando il dato fornito dall'Agenzia delle Entrate per il 2017 per i soli contributi versati a enti e casse derivanti da contratti o accordi aziendali (gli unici correlati al lavoro dipendente per cui si applica la contribuzione previdenziale), pari a 1.983 milioni di euro, il beneficio previdenziale ammonterebbe a circa 460 milioni di euro, da attribuire per circa due terzi al datore di lavoro e per circa un terzo al lavoratore. Sommando quindi i benefici concessi in termini di spese fiscali (565 milioni) a quelli concessi in termini di risparmio previdenziale (460 milioni), l'ammontare del beneficio fiscale complessivo concesso alla sanità integrativa supererebbe 1 miliardo di euro.

Il beneficio fiscale definito in questo modo non considera comunque una situazione controfattuale, ovvero la situazione in cui i contributi in questione non fossero soggetti a beneficio fiscale. Alcune considerazioni sono presentate nel lavoro di Marenzi, Rizzo e Zanette (2019), che hanno quantificato il beneficio fiscale in 1,2 miliardi di euro. Gli autori considerano un controfattuale in cui il contributo totale si traduce in aumento del reddito da lavoro: in questo caso il beneficio fiscale consisterebbe nei minori contributi previdenziali, nella minore imposta lorda IRPEF e nelle maggiori detrazioni per lavoro dipendente concesse. L'eliminazione della deducibilità dei contributi comporterebbe quindi un maggiore carico fiscale sul lavoratore che godrebbe quindi di un adeguamento della retribuzione meno che proporzionale.

Altre considerazioni possono essere portate all'attenzione del lettore. Intanto, bisogna considerare che le spese mediche rimborsate agli assistiti dei fondi e

delle casse che godono di benefici fiscali non sono detraibili dall'imposta lorda come le spese mediche affrontate di tasca propria. L'eliminazione della deducibilità dei contributi comporterebbe quindi che gran parte della spesa «intermediata» dai fondi tornerebbe a essere considerata come spesa diretta detraibile al 19%; bisognerebbe decidere quindi se e quale beneficio fiscale sarebbe preferibile, detto che alcuni recenti lavori hanno inoltre evidenziato dei profili di regressività nel beneficio fiscale concesso alle spese *out of pocket* (Brenna, 2017 e Di Novi *et al.*, 2017). Inoltre, difficilmente l'intero ammontare del contributo si tradurrebbe in aumento salariale in assenza di forme di tutela integrativa, in quanto l'ammontare del contributo, e quindi dell'aumento di retribuzione riconosciuto al lavoratore, è tale soltanto grazie al beneficio fiscale concesso. L'assenza di benefici fiscali non si tradurrebbe quindi automaticamente in un aumento di pari importo del reddito da lavoro, con la conseguenza che il lavoratore godrebbe di un minore reddito «reale» e sarebbe gravato di maggiori imposte e contributi.

## Appendice C – Le spese per amministrazione e finanziamento del sistema

Il tema dell'efficienza dei sistemi sanitari è ampiamente dibattuto a livello internazionale e su di esso si confrontano i sostenitori di modelli alternativi di sistemi sanitari. Uno dei limiti quasi unanimemente riconosciuti ai sistemi di tipo assicurativo e caratterizzati da elevata frammentazione, tra tutti quello statunitense, è l'eccessiva presenza dei costi di transazione (Berwick e Hackbarth, 2012). All'opposto, i sistemi a servizio sanitario nazionale sono considerati i più efficienti in quanto sia la scala di produzione che l'assenza di una molteplicità di soggetti paganti e produttori consente di limitare al minimo i costi di transazione. L'ammontare di spesa sanitaria destinata all'amministrazione del sistema stesso, che non è destinata a finanziare direttamente le prestazioni sanitarie, può rappresentare una stima dei costi di transazione complessivi. In questa prospettiva è interessante osservare i dati forniti dal sistema dei Conti della Sanità relativi alle spese amministrative, definite dall'OCSE come l'insieme delle spese per selezione, negoziazione, acquisti e contrattazione con i fornitori di servizi; i processi di accesso alle prestazioni (*gate-keeping*), la gestione dei pagamenti ai fornitori e dei rimborsi a pazienti; la gestione dei reclami degli assistiti e così via (OCSE, Eurostat e WHO, 2017). Il sistema di classificazione SHA prevede dunque una distinzione tra spese per funzioni di assistenza sanitaria (cura, riabilitazione, servizi ausiliari, lungo termine, ecc.) e spese per amministrazione del sistema, che si presentano come una voce residuale. Ovviamente, queste ultime sono presenti sia nei regimi di finanziamento pubblici che in quelli privati, sebbene il loro «peso» sulla spesa totale e la loro significatività dipenda dalla natura del sistema.

Nella lettura dei dati vanno tenuti presenti alcuni *caveat*, che rendono meno agevole il confronto tra paesi e anche il confronto tra diversi regimi di finanziamento all'interno dello stesso paese. Innanzitutto, l'attribuzione della spesa alla funzione amministrativa risente fortemente dell'architettura del sistema. Un fattore importante è, per esempio, il grado di distribuzione delle competenze tra i diversi livelli di governo e come questo viene rilevato o attribuito. Emblematico è il caso italiano. Nel nostro paese infatti l'amministrazione del sistema (e quindi le spese di natura amministrativa) ricadono sia nella competenza dello stato centrale (attraverso il Ministero della Salute e tutte le agenzie e gli enti che compongono il SSN), che delle regioni, ma anche delle singole aziende sanitarie locali. Bisogna quindi considerare come in presenza di più livelli di governo i trasferimenti di risorse finanziarie, dal livello sovraordinato, concorrono a finanziare anche le spese di amministrazione dei livelli subordinati, spese spesso non rilevate, come accade nel caso italiano. Definire quindi con esattezza l'entità dei costi amministrativi è possibile soltanto nel caso in cui un sistema sia caratterizzato da una netta separazione tra soggetti responsabili dell'amministrazione del sistema e quelli responsabili della produzione

dei servizi. Questa considerazione è valida allo stesso modo sia per i paesi a sistema sanitario nazionale che per quelli di tipo assicurativo, essendoci in ogni caso una separazione formale tra soggetti regolatori, paganti e produttori. Con particolare riferimento alle forme di assicurazione privata volontaria invece, il valore dipende molto dalla struttura, dalle dimensioni e dalle modalità di funzionamento del mercato. Nei sistemi in cui le imprese di assicurazione operanti nel ramo sanitario, oltre a rimborsare le spese sostenute per l'acquisto di prestazioni sanitarie (i rimborsi spese), forniscono altri benefici economici come diarie (concessi per esempio in base alle giornate di ricovero) o indennizzi (concessi per esempio per periodi di inabilità temporanea), queste spese potrebbero essere sovrastimate. Elemento da non sottovalutare può inoltre essere la dimensione del settore assicurativo di un paese, che potrebbe non essere dotato di una scala adeguata e generare di conseguenza inefficienze. È necessario quindi procedere alla lettura dei dati tenendo conto delle considerazioni appena riportate, interpretando quindi le informazioni a seconda dei diversi contesti di riferimento.

La Tabella A.3 mostra la percentuale di spesa sanitaria corrente destinata all'amministrazione del sistema rispetto alla spesa sanitaria totale, per regime di finanziamento, così come stimata dall'OCSE. Innanzitutto si osserva come

Tabella A.3 **Spesa sanitaria per amministrazione del sistema, per regime di finanziamento (%), 2018 (o anno più recente)**

Paesi OCSE selezionati	% Spese di amministrazione su Spesa pubblica	% Spese di amministrazione su Spesa per schemi contributivi obbligatori (pubblici o privati)	% Spese di amministrazione su Spesa privata intermediaata volontaria	% Spese di amministrazione su Spesa sanitaria totale
Stati Uniti	7,8%	10,7%	–	8,3%
Francia	6,4%	4,8%	21,9%	5,7%
Germania	1,1%	5,5%	9,5%	4,7%
Austria	0,9%	4,3%	24,0%	3,8%
Paesi Bassi	21,1%	2,4%	9,1%	3,8%
Svizzera	2,2%	5,7%	11,1%	3,8%
Australia	3,6%	–	6,9%	3,4%
Belgio	1,3%	3,7%	21,1%	3,4%
Irlanda	1,2%	–	14,6%	3,0%
Canada	1,7%	–	11,4%	2,9%
Spagna	1,7%	5,0%	27,0%	2,9%
Grecia	0,8%	5,1%	13,8%	2,5%
Italia	1,4%	–	33,4%	2,0%
Portogallo	1,2%	–	19,9%	2,0%
Regno Unito	1,2%	–	15,4%	1,8%
Svezia	1,9%	–	9,1%	1,7%
Finlandia	0,2%	4,4%	4,6%	0,9%

Fonte: elaborazione OCPS su dati OECD

gli Stati Uniti sembrerebbero essere il paese in cui è più alta la percentuale di risorse impiegate in amministrazione, che ammontano al 8,3% della spesa totale. Seguono Francia e Germania, sebbene con valori molto distanti rispetto ai primatisti USA (5,7% e 4,7%, rispettivamente). Gli USA si dimostrerebbero particolarmente «inefficienti» dal lato pubblico dove, con l'unica eccezione dei Paesi Bassi, registrano la più elevata percentuale di spese amministrative (7,8%). In fondo alla tabella si trovano invece i sistemi a servizio sanitario nazionale, che sembrerebbero essere caratterizzati da una bassa prevalenza di spesa amministrativa sul totale, trainata soprattutto da un'altissima efficienza dal lato pubblico: paesi come Svezia, Spagna, Regno Unito e Italia sono tutti caratterizzati da una percentuale di spesa pubblica impiegata in amministrazione inferiore al 2% del totale. Si osserva invece maggiore eterogeneità guardando alla percentuale di spese amministrative relative alla spesa dei regimi di finanziamento volontari (tra cui rientrano prevalentemente le assicurazioni volontarie private).

I valori dei regimi di finanziamento privati volontari, in media più alti rispetto a quelli osservati per i regimi di finanziamento pubblici o comunque obbligatori (sia pubblici che privati), sono comunque caratterizzati da una maggiore variabilità: stando ai dati, emerge come il sistema più «efficiente» sia quello finlandese (4,6%), mentre quello meno «efficiente» sia quello italiano, dove oltre il 30% della spesa dei regimi di finanziamento volontari sembrerebbe essere impiegata in amministrazione del sistema. Si tratta, tuttavia, di un valore che riguarda diversi regimi di finanziamento (assicurazioni individuali e collettive, imprese e no profit) e che, come già precisato, potrebbe includere diverse tipologie di spese che non rientrano tra quelle di assistenza, come diarie e indennizzi, ed essere quindi il risultato di una media tra valori molto differenti tra loro. Nel caso italiano, in particolare, la stima OECD dei costi di amministrazione (in percentuale su quelli di rimborso per spese mediche) rappresenta una media tra quelle verosimilmente più alte attribuibili alle polizze individuali e quelle decisamente più basse dei fondi sanitari integrativi (assicurati) di natura collettiva che hanno ridotti costi di provvigione, acquisizione e gestione. In particolare, i dati del sistema Infobila di ANIA mostrano come le spese di gestione relative al ramo malattia siano pari al 23% del totale dei premi contabilizzati a fronte, però, di un valore pari al 15,2% se si considerano solo le polizze collettive per rimborsi di spese mediche (quelle tipiche dei fondi sanitari integrativi).



## Appendice D – La sanità integrativa in Italia

Un tema sempre più rilevante rispetto ai possibili perimetri e aggregati accennati all'interno del capitolo è quello della distinzione della spesa privata rispetto alla natura del soggetto su cui ricade l'onere del finanziamento. Come si è visto all'interno del capitolo, in quasi tutti i paesi OCSE è consolidata la pratica del ricorso al finanziamento privato attraverso forme di intermediazione che si basano su soggetti privati aventi natura diversa (profit e non profit). In Italia la spesa intermediata da imprese e assicurazioni ha toccato la quota del 3% della spesa sanitaria totale nel 2018, per un valore pari a 4,2 miliardi di euro. In base alla classificazione internazionale SHA l'importo totale può essere distinto in tre componenti: la spesa delle assicurazioni sanitarie volontarie (*voluntary health insurance schemes*), la spesa delle istituzioni non-profit (*non-profit institutions financing schemes*) e la spesa delle imprese (*enterprises financing schemes*). Considerando che la spesa delle imprese si riferisce sostanzialmente alla medicina del lavoro finanziata a livello di singola impresa e che la spesa delle istituzioni non-profit si rifà al finanziamento di programmi sanitari attraverso donazioni pubbliche e private (ad esempio quella delle organizzazioni di volontariato), la voce più rilevante è quella delle assicurazioni sanitarie volontarie.

Secondo la classificazione SHA appartengono a questa voce di spesa tutti quei meccanismi di finanziamento di tipo contributivo basati sull'acquisto di una polizza sanitaria. La caratteristica principale della polizza, o del contributo, è la volontarietà, ovvero il fatto che l'acquisto non è imposto a livello normativo, e quindi la partecipazione è a discrezione dell'individuo (o, come si vedrà a breve, dell'impresa). In questa categoria sono successivamente distinte due sottocategorie che prendono il nome di schemi primari o sostitutivi (*primary or substitutive insurance schemes*) e schemi complementari o supplementari (*complementary or supplementary voluntary insurance schemes*). Il primo caso si riferisce alle assicurazioni individuali o collettive sottoscritte quando individui o gruppi decidono di fare *opting out* dal sistema pubblico e non sia prevista per legge la sottoscrizione di una polizza sanitaria obbligatoria. Il secondo gruppo si riferisce invece a tutti quegli schemi di finanziamento che forniscono copertura finanziaria a una serie di prestazioni che non sono garantite dal sistema pubblico (complementari), come le forme di compartecipazione alla spesa, o che, in aggiunta, forniscono migliori condizioni di accesso ai servizi all'individuo assicurato (supplementari). A questo schema appartengono tutti quei programmi complementari o supplementari sottoscritti in seno alle imprese e che prevedono una forma di contribuzione slegata dalle condizioni di rischio dell'individuo. Nessun esempio italiano è riconducibile agli enti del primo caso, in quanto non è possibile fare *opting out* dal sistema di assicurazione universale e pubblica (possibile invece in altri paesi europei, come ad esempio in Germania o Spagna). I soggetti che nel sistema italiano erogano la c.d. sanità integrativa rientra-

no quindi nella seconda casistica (schemi complementari o supplementari nella definizione OCSE), e sono:

- ▶ le imprese di assicurazione che operano nel ramo malattia, soggetti di tipo profit che offrono polizze sanitarie individuali (*individually-based*) o collettive (*employment/group-based*) basate sul profilo di rischio dell'individuo/gruppo (*risk-related premiums*);
- ▶ i Fondi Integrativi del SSN, previsti ai sensi del Dlgs 502/1992 e del successivo Dlgs 229/1999, (c.d. Riforma Bindi) che ha istituito i «Fondi doc», il cui funzionamento si basa sulla non selezione dei rischi, sulla non discriminazione nei premi e sulla non concorrenza con il SSN (eccetto che per le prestazioni in intramoenia);
- ▶ gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, la cui esistenza è stata espressamente riconosciuta con il DM del 31 marzo 2008.

La presenza dunque di una molteplicità di soggetti e meccanismi di finanziamento rende molto complesso determinare l'ammontare di risorse impiegate dal sistema nella tutela dei bisogni di salute, dato anche che le informazioni finora disponibili sono frammentate e difficilmente integrabili (Tabella A.4).

Il primo dato da cui partire è quello fornito da ISTAT che, nell'ambito del sistema dei Conti della Sanità, fornisce la stima ufficiale della spesa per i regimi

Tabella A.4 **Risorse raccolte e impiegate dalla sanità integrativa secondo fonti diverse**

Fonti	Aggregato di riferimento (ultimo anno disponibile)	Valore (in milioni di euro)
ISTAT-SHA	Spesa totale delle assicurazioni sanitarie volontarie (2018), di cui:	2.861
	- Spesa delle assicurazioni sanitarie volontarie per assistenza sanitaria per cura e riabilitazione e a lungo termine, servizi ausiliari, prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, servizi per la prevenzione delle malattie (2018)	1.511
	- Spesa delle assicurazioni sanitarie volontarie per governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (2018)	1.350
ANIA	Totale premi incassati nel ramo malattia (2018), di cui:	2.901
	- Premi incassati dalle polizze individuali del ramo malattia (2018)	725
	- Premi incassati dalle polizze collettive del ramo malattia (2018)	2.176
	- Premi incassati per rimborso spese mediche (2018)	2.250
	Oneri per sinistri nel ramo malattia (2018)	2.042
Anagrafe dei Fondi	Totale delle risorse per tutte le prestazioni erogate agli iscritti da Fondi sanitari integrativi del SSN e dagli enti, casse e SMS (2016)	2.329
Agenzia delle Entrate	Contributi versati a Fondi sanitari integrativi del SSN, enti, casse e SMS (2017)	2.228
	Importo spesa sanitaria rimborsata dai Fondi/Casse ex art. 51, comma 2, lettera a del TUIR e ex art. 10, comma 1, lettera e-ter del TUIR (2017)	1.137

di finanziamento relativi alle assicurazioni sanitarie volontarie (VHI). Secondo ISTAT la spesa delle assicurazioni sanitarie volontarie ammonta a 2,9 miliardi di euro, che andrebbero però distribuiti tra due funzioni principali: mentre 1,5 miliardi (52%) finanziano direttamente beni e servizi di assistenza, la parte rimanente pari a 1,4 miliardi (48%), è destinata alla voce «spese per *governance* e amministrazione del sistema e del finanziamento». Nel caso delle assicurazioni, tale voce raccoglie tutta la spesa che si traduce in servizi amministrativi e di supporto quali la raccolta dei contributi, la selezione e la contrattazione dei fornitori, le procedure di rimborso e così via (OECD, Eurostat e WHO, 2017). Come già detto nell'Appendice C, e più avanti ripreso, è verosimile che in questa seconda componente rientri anche una parte delle prestazioni erogate sotto forma di diaria o di indennizzi di varia natura.

Un ulteriore tassello rispetto alla completezza e ai perimetri ricompresi nella stima ISTAT può essere aggiunto ricorrendo ai dati del settore assicurativo. La distinzione formale fra le tre principali tipologie di soggetti trova un limite nell'integrazione operativa tra fondi, casse e imprese di assicurazione: oltre la metà dei fondi e le casse di assistenza di natura integrativa (il 55% nel 2015 secondo ANIA) assolvono alla propria funzione acquistando polizze collettive dalle imprese assicuratrici. Gran parte quindi delle prestazioni fornite dai fondi e dagli enti di assistenza si risolve nel trasferimento di risorse alle compagnie di assicurazione. Nel portafoglio delle compagnie entrano inoltre le risorse derivanti dai premi individuali sottoscritti singolarmente dagli assicurati. I dati del settore assicurativo sono resi noti da ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici): nel 2018, le risorse complessivamente raccolte (polizze individuali e collettive) sono state pari a 2,9 miliardi di euro. Nel rapporto tra polizze individuali e collettive, le ultime sono sicuramente predominanti: la raccolta di premi per queste ultime ammonta al 75% (2,2 miliardi di euro) del totale dei premi contabilizzati nel ramo malattia. Tra le polizze collettive, l'82% (1,8 miliardi) è relativo al rimborso di spese mediche, attività prevalente degli enti e i fondi della sanità integrativa.

A questo proposito, dai dati ANIA si deduce che il ramo malattia è uno dei settori a *loss ratio* (sinteticamente, il rapporto tra sinistri e premi contabilizzati) più elevati, con il 70,4% delle risorse raccolte che si sono tradotte in sinistri effettivamente liquidati nel 2018, contro una media del settore del 52,3% (escludendo la RC Auto). Il *loss ratio* andrebbe tra l'altro distinto tra le diverse attività che afferiscono al ramo malattia: dai dati accessibili attraverso il sistema Infobila di ANIA è infatti possibile distinguere l'indice per l'intero ramo (70,4%) da quello relativo invece alle sole polizze collettive relative ai rimborsi di spese mediche, che è pari al 79,7%.

Per trovare una coerenza tra le due stime (ISTAT e ANIA) è necessario procedere con alcune assunzioni. Considerando la spesa totale per assicurazioni volontarie di ISTAT, il valore è sovrapponibile con quello totale dei premi rac-

colti fornito da ANIA (2,9 miliardi). Non sembra invece essere coerente la distribuzione tra spese per beni e servizi e spese amministrative: mentre ANIA riporta un *expense ratio* (rapporto tra spese di amministrazione e premi incassati) pari al 22,9%, l'analogo rapporto fornito da ISTAT assume un valore pari al 52%. Bisogna però tenere conto che secondo la classificazione SHA adottata da ISTAT, non tutte le prestazioni fornite dalle assicurazioni sono riconducibili ad assistenza sanitaria. Provando infatti a considerare nel paniere delle prestazioni soltanto i premi relativi a rimborsi di spese mediche, pari a 2,2 miliardi, e applicando il *loss ratio* medio della sanità integrativa (70,4%) si ottiene un valore pari a 1,6 miliardi, non distante anche in questo caso da quello stimato da ISTAT relativamente alle spese delle assicurazioni per assistenza sanitaria in senso stretto (1,5 miliardi). Di conseguenza, tutte le voci relative a indennizzi vari e diarie, che effettivamente non si traducono direttamente in beni e servizi ma consistono in un mero trasferimento di risorse finanziarie, sarebbero attribuite da ISTAT, secondo questa lettura, alla generica voce di spesa di *governance* e amministrazione del sistema e del finanziamento.

A questi numeri vanno comunque aggiunte tutte le risorse impiegate da quel 45% di enti autogestiti che non ricorrono al l'acquisto di polizze collettive, per i quali invece le fonti diventano frammentate e più difficilmente integrabili. Una ulteriore fonte informativa per le risorse impiegate è l'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi istituita presso il Ministero della Salute con il DM del 31 marzo 2008. Dai dati comunicati dalla DG Programmazione Sanitaria del Ministero della salute nel 2018, i 322 enti iscritti nel 2017 hanno dichiarato, per l'anno di imposta 2016, una somma di prestazioni erogate pari a 2,3 miliardi di euro. Bisogna però fare qualche distinguo rispetto alla cifra in questione: volendo infatti distinguere gli enti autogestiti da quelli assicurati, la somma delle prestazioni erogate comunicata all'Anagrafe per l'anno fiscale corrisponde, per i primi, alle prestazioni (rimborsi di spese mediche e altre prestazioni) effettivamente erogate, mentre per i secondi corrisponde verosimilmente al trasferimento di risorse alle imprese di assicurazione per l'acquisto della polizza assicurativa (premi). Si aggiunge infine a queste informazioni il dato delle spese sanitarie rimborsate dai fondi, gli enti e le casse iscritte all'Anagrafe, comunicato dagli stessi all'Agenzia delle Entrate, che ha registrato rispettivamente una cifra pari a 910 milioni di euro nell'anno di imposta 2016 e di 1,1 miliardi di euro nell'anno di imposta 2017. Teoricamente alla determinazione di questa cifra concorrono tutti gli enti iscritti all'anagrafe (autogestiti e gestiti) e questa si riferisce esclusivamente alle spese rimborsate, escludendo quindi sia una serie di prestazioni diverse (indennizzi, diarie, accesso diretto ai servizi tramite convenzionamento, ecc.) spesso comprese nelle coperture di fondi e assicurazioni, sia le eventuali risorse accantonate dagli stessi enti, sia infine quelle che rimangono nella disponibilità dell'assicuratore nel caso in cui le prestazioni erogate siano inferiori ai premi raccolti. Questo comporta quindi una discrepanza tra il totale delle

prestazioni erogate così come risultante dai dati dell'Anagrafe (2,3 miliardi) e il valore delle prestazioni relative ai soli rimborsi di spese sanitarie comunicate all'Agenzia delle Entrate (pari invece a circa 900 milioni se si considera lo stesso anno fiscale, il 2016). C'è inoltre una discrepanza tra il valore delle prestazioni erogate nel 2016 (2,3 miliardi) e quello dei contributi raccolti (2,1 miliardi), dovuta verosimilmente alla modalità con cui i dati sulle prestazioni erogate sono comunicati all'Anagrafe: è possibile infatti che i dati riportati da fondi ed enti assicurati con altri enti iscritti all'Anagrafe (è il caso della c.d. mutualità mediata)<sup>14</sup> siano conteggiati due volte in quanto comunicati sia dagli enti gestiti che dagli enti gestori.

Date le informazioni disponibili, non è comunque possibile stabilire con certezza l'ammontare della spesa rimborsata riportata da enti e fondi della sanità integrativa che non sia già compreso all'interno della stima delle risorse impiegate in ambito assicurativo. Se si volesse compiere un ulteriore esercizio di approssimazione e volendo assumere che l'ammontare dei contributi raccolti, delle prestazioni erogate e delle spese rimborsate rispecchi la proporzione di fondi autogestiti (il 45% circa), si otterrebbero infine valori pari a circa 1,2 miliardi di contributi raccolti, equiparabili ai premi, 1 miliardo alle prestazioni comprensive di indennizzi e diarie, e a circa 400 milioni di sole spese sanitarie rimborsate. In definitiva quindi l'intero settore della sanità integrativa (fondi e assicurazioni) assumerebbe, secondo questa lettura, una dimensione pari a circa 3,9 miliardi in termini di risorse raccolte (premi e contributi) e di 2 miliardi in termini di spese sanitarie rimborsate, a cui va aggiunta una parte difficilmente quantificabile di risorse destinate a indennizzi e diarie, che comunque rientrano nella disponibilità degli assistiti. È ovvio che il valore appena presentato risponde più a un esercizio di integrazione delle diverse fonti ufficiali e amministrative attualmente disponibili che a una vera e propria stima del settore della sanità integrativa, considerando soprattutto che il valore presentato è significativamente distante rispetto a quello che risulta attendibile a diversi operatori del settore e che ammonterebbe, per il 2018, a circa 6 miliardi di euro.

<sup>14</sup> Consiste nella possibilità, introdotta dal DL 179/2012, convertito con L. 221/2012, per una società di mutuo soccorso o un fondo sanitario integrativo di aderire, in qualità di socio, a un'altra società di mutuo soccorso, consentendo quindi a realtà minori di continuare a perseguire le finalità assistenziali in campo socio-sanitario

## Bibliografia

- Agenzia delle Entrate, Studi di settore (<http://www.agenziaentrate.gov.it>).
- Agenzia delle Entrate (2019), *Relazione in merito all'Indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale, aggiornata al 15 maggio 2019*. <https://www.camera.it>
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento delle Finanze (2019), «Analisi statistiche. Dichiarazioni presentate nel 2018», <https://www1.finanze.gov.it/>.
- AIFA (2019), «Rapporto OsMed 2018 – L'uso dei farmaci», <https://www.aifa.gov.it/dati-osmed>.
- ANIA (2019), *L'assicurazione italiana 2018/2019*, ANIA ([www.ania.it](http://www.ania.it)).
- Armeni P. e Ferrè F. (2014), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Rapporto OASI 2014, Milano, Egea
- Baldini M., Turati G. (2009), «Equità nell'accesso ai servizi sanitari: verso l'identificazione dei fattori esplicativi e delle politiche di intervento in Europa e nelle regioni italiane», in P. Bosi, N. Dirindin, G. Turati (a cura di), *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria: le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*, Milano: Vita e Pensiero.
- Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating waste in US health care. *Jama*, 1513-1516.
- Brenna, E. (2018). Rich and Well Educated: Are These Requirements Necessary to Claim Healthcare Tax Credits in Italy? *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(2), 207-2017.
- Cavazza M. e De Pietro C. (2011), «Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Rapporto OASI 2011, Milano, Egea.
- Cavazza M., De Pietro C., Rappini V. (2016), «Il sistema sanitario e l'assicurazione salute in Italia», in Cavazza M., De Pietro C., Del Vecchio M., Rappini V. *L'Innovazione nell'Assicurazione Salute*, Milano, Egea
- Cislaghi C., Giuliani F., (2008), «Out of Pocket Sanitario nelle Regioni Italiane», *Quaderni Monitor*, AGENAS, n.22, anno VII, 3° supplemento, pp. 161-177.
- Cislaghi C., Sferrazza A., (2013), «Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica», *Quaderni Monitor*, AGENAS, n.22, anno VII, 3° supplemento, pp. 161-177.
- Commissione per le spese fiscali (2018), *Rapporto annuale sulle spese fiscali 2018*, [http://www.mef.gov.it/ministero/commissioni/red\\_spe\\_fis/index.html](http://www.mef.gov.it/ministero/commissioni/red_spe_fis/index.html)
- Corte dei Conti (2018), *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, <http://www.corteconti.it/>
- Corte dei Conti (2019), *Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica*, <http://www.corteconti.it/>
- D'Angela D. (2012), «Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto

- equitativo della crisi finanziaria», in F. Spandonaro (a cura di), *VII Rapporto Sanità- Ceis*, Arti Grafiche Srl.
- Del Vecchio M. (2012) *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2015), «Pubblico e privato in sanità: nuove sfide per un tema antico», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015), «I Consumi Privati in Sanità: i dati», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Prenestini A. (2015). «Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS» *Health Policy*, 119(3): 356-366.
- Del Vecchio M., Fenech L. Mallarini E., Rappini V. (2013), «I Consumi Privati in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*.
- Del Vecchio M., Fenech e Rappini V. (anni vari), «I Consumi Privati in Sanità», in Cergas-SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI (edizioni varie)*.
- Del Vecchio M. e Rappini V. (2011), «Low cost in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea, pp. 331-367.
- De Pietro C. (2015), «Le relazioni tra i fondi sanitari e gli erogatori di servizi sanitari in Italia», in Del Vecchio M., Mallarini E. e Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- De Pietro C., Domenighetti G., Tomada A., Vineis P. (2010), «Ability to pay and equity in access to Italian and British National Health Services», *The European Journal of Public Health*, 20(5):500-3.
- Di Novi, C., Marenzi, A., & Rizzi, D. (2018). Do healthcare tax credits help poor-health individuals on low incomes? *The European Journal of Health Economics*, 19(2), 293-307.
- Exley C., Rousseau N., Donaldson C., Steele J. G., (2013), «Beyond price: individuals' accounts of deciding to pay for private healthcare treatment in the UK», *BMC Health Services Research*, 7 12-53.
- Fabrizi D., Monfardini C. (2011), «Opt out or top up? Voluntary healthcare insurance and the public vs. private substitution», WP 11/28, University of York.
- Federfarma (2019), «La spesa farmaceutica nel 2018», aprile 2019, <http://www.federfarma.it/>.
- Fenech L., Panfili A. (2013), «L'evoluzione del *ticket* in Italia. Gli effetti delle politiche sulla spesa sanitaria delle famiglie e prospettive future». *Salute e Territorio* N. 198.
- ISTAT (2019), «La Povertà in Italia», *Statistiche Report*, 26 giugno 2018.
- ISTAT (2018), «L'Economia non osservata nei Conti Nazionali», *Statistiche Report*, 12 ottobre 2018.

- ISTAT (2019), «La spesa per i consumi delle famiglie», *Statistiche Report*, 11 giugno 2019.
- Levaggi R., Turati G. (2011), «Spesa sanitaria pubblica e privata: sostituti o complementi?», in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R., Tardiola A. (a cura di), *La Sanità in Italia: organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.
- Mallarini E., Rappini V., Vercellino L. (2015), «Over65 non autosufficienti: la domanda» in Del Vecchio M., Mallarini E. e Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Marenzi, A., Rizzi, D., & Zanette, M. (2019). Dimensione ed effetti redistributivi dei benefici fiscali dei fondi sanitari integrativi. *Politiche Sanitarie*, 20(1), 40-54.
- Ministero della Salute (2011), Quaderni del Ministero della Salute, n. 7, 2011.
- Ministero della Salute (2019), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: dati SDO 2017*, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze - Commissione per la redazione del rapporto annuale sulle spese fiscali (2018), «Rapporto 2018», <http://www.mef.gov.it/>.
- OECD (2019), Health Statistics ([www.oecd.org](http://www.oecd.org))
- OECD, Eurostat, WHO (2017), Manual A System of Health Accounts (SHA, revised edition), Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2014), Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2013), Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health, Paris, OECD.
- OSFAR-Osservatorio Farmaci (2018), Executive Summary REPORT N°38, Cergas-SDA Bocconi.
- Propper C. (2000), «The demand for private health care in the UK», *Journal of Health Economics*, 19(6):855-76.
- Ragioneria Generale dello Stato (2019), «Il monitoraggio della spesa sanitaria», *Studi e pubblicazioni*, luglio 2019.
- Thomson S., Foubister S., Mossialos E., (2009), *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*. Copenhagen, World Health Organization.
- Tinghög G., Carlsson P., Lyttkens C. (2009) «Individual responsibility for what? – A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system» *Health economics, policy, and law*. 5. 201-23.
- Toth F. (2016) «Classification of healthcare systems: Can we go further?», *Health Policy* 120(5):535-543.
- Ufficio Parlamentare di Bilancio (2017), *L'emendamento per la riduzione del superticket*, Flash n.8/28, <http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2017/12/Flash-8.pdf>