

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2023

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



6 I consumi privati in sanità

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Luigi M. Preti, Valeria Rappini¹

6.1 Premessa

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-SDA Bocconi offre, come di consueto, attraverso l'esplorazione delle fonti più aggiornate, un quadro complessivo dei «numeri» del settore dei consumi privati in sanità e delle sue principali determinanti fino al 2022.

Il capitolo di quest'anno, a differenza delle ultime due edizioni (Del Vecchio, Fenech, Preti e Rappini, 2021, 2022), pur tenendo in considerazione le discontinuità generate dall'emergenza da Covid-19, riprende la tradizionale struttura degli analoghi contributi offerti nei rapporti OASI precedenti la pandemia.

Dopo un breve richiamo all'approccio (§ 6.2) e ad alcuni aspetti metodologici (§ 6.3), il rapporto propone una serie di dati e riflessioni che partono dalle dinamiche internazionali (§ 6.4) e si soffermano su un quadro generale del contesto italiano (§ 6.5) indagando la composizione per funzioni di spesa, per fonti di finanziamento e per loro destinazione. Un approfondimento specifico è dedicato alla spesa sanitaria degli over75 che vivono da soli (§ 6.6) e un secondo alla sanità integrativa, recentemente oggetto di rinnovata attenzione nel dibattito politico (§ 6.7). Come per i precedenti rapporti l'ultimo paragrafo (§ 6.8) è dedicato ad alcune riflessioni conclusive e di sintesi sulle principali evidenze emerse.

¹ Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, il § 6.8 può essere attribuito a Mario Del Vecchio, i §§ 6.2 e 6.3 a Valeria Rappini, i §§ 6.4 e 6.5 a Lorenzo Fenech e i §§ 6.6 e 6.7 a Luigi Preti.

6.2 I consumi privati in sanità nei sistemi che si «ibridizzano»

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 nei sistemi sanitari dei paesi avanzati hanno subito cambiamenti strutturali in tutte le dimensioni di funzionamento, a causa di un insieme variegato di fattori. Tra le possibili cause, 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, difficoltosa la costruzione di gerarchie condivise rispetto alla «meritorietà» dei diversi consumi (ciò che deve rientrare nel perimetro pubblico e ciò che ne può rimanere fuori). 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 di rappresentazione (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, sempre più, di sistemi «ibridi» nei quali un intenso combinarsi delle dimensioni pubblico e privato si accompagna a una progressiva contaminazione tra sistemi.

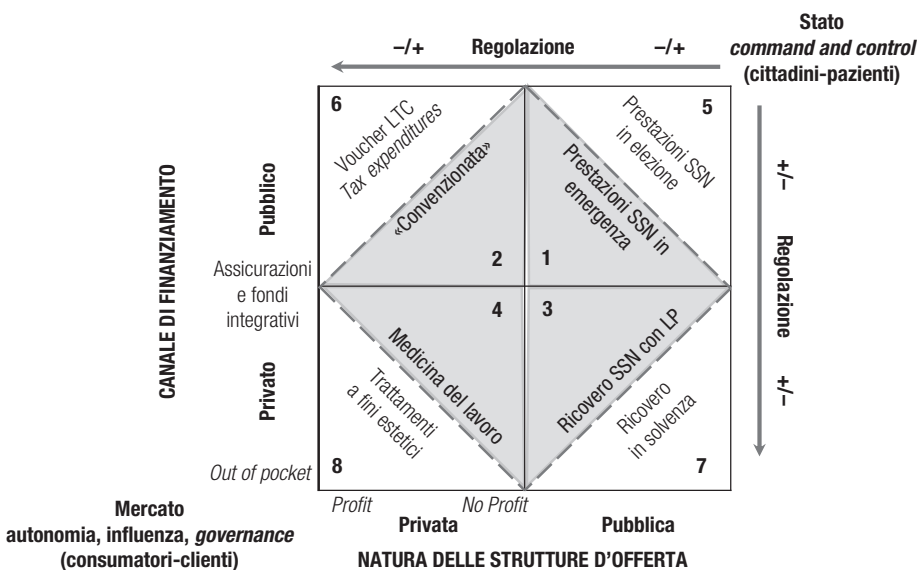
Alla luce di quanto appena esposto, la Figura 6.1 rappresenta il nuovo *framework* di riferimento introdotto a partire dal Rapporto 2019 (Del Vecchio *et al.*, 2019). Alle tradizionali dimensioni di «produzione» e «finanziamento», che aiutano a definire le aree di interesse dei consumi privati, si aggiunge la dimensione relativa all'effettiva capacità di influenza e decisione dell'utente sul processo di consumo. Ciascuno dei «tradizionali» quattro quadranti viene, di conseguenza, ulteriormente suddiviso: le aree più interne sono caratterizzate da un maggior potere di decisione sulle modalità di fruizione esercitato dal sistema pubblico, mentre le corrispondenti sezioni più esterne esprimono un crescendo di logiche di mercato e riflettono una maggior libertà e discrezionalità del singolo utente. 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». Infatti, nel medesimo tradizionale quadrante privato-privato, possiamo ora evidenziare due situazioni molto differenti: la medicina del lavoro, più vicina a un consumo pubblico per gli elevati livelli di «prescrittività» (Figura 6.1, circuito 4), e i trattamenti sanitari a fini estetici pienamente caratterizzati da dinamiche di

mercato (Figura 6.1, circuito 8). Distinzioni analoghe possono essere utilmente applicate agli altri quadranti, rendendo evidente la complessità dell'intero scenario.

A una rappresentazione che aggiunge una ulteriore dimensione rispetto a quelle tradizionalmente considerate (finanziamento e produzione), corrisponde, inoltre, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti, attori e meccanismi di produzione: da una parte, l'onere può ricadere sulle famiglie, sui fondi e le assicurazioni o sulle imprese e, dall'altra, i destinatari delle risorse possono essere la stessa pubblica amministrazione, le imprese fornitrici di beni o servizi, o i professionisti (Del Vecchio, 2012).

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, evidenziando, anche attraverso quadri concettuali diversi da quelli del passato, i non banali intrecci che li legano ai consumi pubblici. In questa prospettiva il capitolo presenta dati ed evidenze di un fenomeno che è sempre più spesso oggetto di un dibattito, purtroppo, ancora, non sempre sufficientemente informato.

Figura 6.1 **Gli otto circuiti del settore sanitario: pubblico e privato tra finanziamento, produzione ed equilibri di influenza**



6.3 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 assunti per definire l'oggetto di studio. 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. Le principali fonti e stime ufficiali della spesa sanitaria sono riportate nella Tabella 6.1.

A differenza della spesa pubblica, il cui perimetro non può essere oggetto di fraintendimenti, in quanto definito dalle norme e dagli ambiti di operatività delle aziende sanitarie pubbliche, non è altrettanto chiaro l'ambito della spesa privata (Tabella 6.2).

Tabella 6.1 **Stime aggregate delle principali fonti istituzionali sulla componente privata della spesa sanitaria italiana**

Fonti	Aggregati e metodi di riferimento	Classificazioni	Italia (ultimo anno disponibile)	Anni disponibili	Soggetta ad aggiornamenti e revisioni	Livello di utilizzo
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 1999)	41,4	1995-2022	Si	Nazionale
	Spesa sanitaria rilevata dall'Indagine sulla spesa delle famiglie residenti (sostenute in Italia e all'estero)*	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP 2018)*	34,4	2022	No	Nazionale e regionale
	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)	41,5	2012-2022	Si	Nazionale
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)	41,5	1970-2022	Si	Internazionale

* Dall'edizione 2023 l'Indagine sulla Spesa delle famiglie è stata redatta secondo la nuova classificazione COICOP 2018. La serie storica armonizzata con le edizioni precedenti non è ancora disponibile.

Tabella 6.2 I perimetri e i range di stima della spesa sanitaria privata (2021)

Riduzione del perimetro		Area delle stime ufficiali		Allargamento del perimetro	
Le stime variano se vengono sottratti alle stime ufficiali (nell'ordine): le forme di compartecipazione obbligatoria (ticket), le <i>tax expenditures</i> 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 intermediaata non ancora stimata da ISTAT (fondi), le spese per integratori e prodotti omeopatici, la spesa per assistenza ai disabili e anziani	
25,8	29,4	33,7	36,7	41,4	41,5
Configurazioni e componenti di spesa considerate					
Spesa sanitaria OOP (spesa diretta delle famiglie)		Spesa sanitaria privata (include tutti i regimi di finanziamento volontari)			
- 3,6 (spesa per assistenza in RSA)	- 4,3 (detrazioni e deduzioni)	- 3,0 (ticket su specialistica e farmaceutica)	Spesa diretta delle famiglie residenti in Italia e all'estero	Spesa per consumi finali delle famiglie sul territorio economico (include parte dei rimborsi da assicurazioni)	Spesa privata (spesa delle famiglie residenti e degli altri regimi di finanziamento volontari)
				+ 0,7 (Componente non assicurata dei fondi integrativi ed enti assistenziali)	+ 4,6 (spesa per integratori, omeopatici ed erboristici)
					+ 2,6 (assistenza disabili e/o anziani a domicilio e/o casa di cura)
Razionale					
Esclusione di spese non strettamente sanitarie	Esclusione <i>tax expenditures</i> 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 intermediaata dai fondi (*)	Inclusione di altre aree di consumo vicine o riconducibili alla sanità

L'ISTAT, all'interno della Contabilità Nazionale², stima la spesa sanitaria per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico in 41,4 miliardi di euro, valore intermedio tra quelli riportati nella Tabella 6.2. La stima assume quindi una definizione di popolazione circoscritta a quella presente sul territorio economico. La stessa ISTAT, aderendo ai sistemi di contabilità internazionale ICHA-SHA, fornisce un'ulteriore stima pari a 36,7 miliardi di euro, considerando la spesa della popolazione residente; l'aggregato si riferisce in questo caso ai consumi delle famiglie italiane entro e fuori i confini nazionali. Sempre le stime ufficiali cambiano inoltre a seconda dell'insieme dei soggetti considerati. Mentre il dato appena riportato (36,7 miliardi) considera esclusivamente la spesa di individui e famiglie, la stima di 41,5 miliardi (proveniente sempre dal sistema ICHA-SHA) include al suo interno la spesa di imprese, assicurazioni, ecc. Residenza e tipologia dei soggetti presi in considerazione spiegano quindi una buona parte delle differenze tra le stime di spesa sanitaria ufficiali (Del Vecchio *et al.*, 2017).

È possibile, inoltre, allargare il perimetro oltre i confini delle classificazioni internazionali (ICHA), includendo nella voce «medicinali» anche gli integratori alimentari e i prodotti omeopatici (già presenti nella classificazione COICOP) o addirittura la spesa relativa all'assistenza a domicilio o in casa di cura di anziani e disabili, caratterizzata quasi sempre da una componente sanitaria, sebbene non prevalente. Analogamente, il perimetro potrebbe restringersi escludendo delle spese sanitarie private quelle relative ai contributi per l'assistenza LTC (tipicamente la componente alberghiera che rimane a carico delle famiglie in caso di ricovero in RSA, o l'intera retta quando totalmente a carico dell'assistito), la spesa per compartecipazione obbligatoria per l'acquisto di farmaci e servizi pubblici, in quanto l'obbligatorietà rende tale contributo più

² I Conti Nazionali stimano i consumi finali delle famiglie sul territorio economico secondo la classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*). Le stime 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 (spese dirette per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per i quali si attinge da redditi e/o risparmi), anche altri regimi di finanziamento «volontario»: 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 da cittadini, istituzioni pubbliche, imprese), le imprese (accordi mediante i quali le imprese finanziano o forniscono direttamente i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime contributivo pubblico o privato). L'OCSE utilizza da ormai diversi anni il sistema di riferimento ICHA-SHA. Recentemente, l'ISTAT ha provveduto, in coordinamento con Eurostat e gli istituti di statistica europei, a una revisione delle serie storiche dei Conti Nazionali, basate sul sistema SEC (Sistema Europeo dei Conti), finalizzata a introdurre miglioramenti di processi e metodi di stima derivanti anche dall'utilizzo di fonti informative nuove o aggiornate. Per l'Indagine sulla spesa delle famiglie viene utilizzata a partire dal 2023 la classificazione COICOP 2018, con l'obiettivo di armonizzare ulteriormente le stime con le classificazioni in uso a livello internazionale. A titolo di esempio, dall'edizione 2023 la voce "Integratori" è stata incorporata dalla spesa per medicinali.

simile a una forma di tassazione o, anche, eliminare dal computo i benefici fiscali concessi alla spesa sanitaria privata, in quanto risorse che rientrano nella disponibilità del contribuente. La stima può quindi variare significativamente passando da un massimo di 49,4 miliardi a un minimo di 25,8 miliardi.

Esistono quindi in generale almeno tre questioni per cui, non solo in Italia, ma anche a livello internazionale, è ormai fuorviante parlare di definizione univoca di spesa sanitaria privata.

La prima dimensione è la popolazione di riferimento, che come si è già accennato può essere quella residente – e l'aggregato riferirsi ai consumi delle famiglie italiane entro e fuori i confini nazionali (il turismo sanitario di italiani all'estero) – oppure essere quella presente sul territorio economico – e l'aggregato di spesa considerare l'intera produzione all'interno del territorio nazionale consumata da famiglie residenti e non residenti (il turismo sanitario estero in Italia).

La seconda questione attiene ai meccanismi di finanziamento e alla distinzione tra meccanismi pubblici e privati (Del Vecchio, 2015). Si tratta in sostanza del dibattito relativo a una classificazione dei meccanismi di finanziamento che guardi non tanto alla natura istituzionale dei soggetti che raccolgono le risorse (pubblici o privati), quanto alla volontarietà o meno del trasferimento (Thomson *et al.*, 2009). La spesa privata obbligatoria – che, sotto certe circostanze, può essere assimilata a quella pubblica – è un fenomeno riscontrabile in alcuni Paesi che vengono così a caratterizzarsi per una elevata combinazione di meccanismi di finanziamento diversi (sistemi assicurativi misti come USA e Svizzera, sistemi ad assicurazione integrativa obbligatoria come la *complémentaire santé* in Francia).

La terza questione è, infine, quella relativa al perimetro dell'universo di beni e servizi sanitari. Non è questo il luogo per approfondire il tema di cosa sia o non sia riconducibile all'ambito sanitario, ma bisogna sottolineare come la questione del perimetro sia influenzata dai mutamenti che stanno avvenendo nei bisogni prevalenti della popolazione, dalle dinamiche demografiche che spostano i bisogni dall'acuzie alla cronicità e ampliano le aree di intervento verso confini meno definiti, fino al passaggio dal concetto di *healthcare* a quello di *wellbeing* (Dolan, 2013), con la conseguenza di estendere i confini tradizionali del settore sanitario e di renderli sempre più sfumati, mobili e frastagliati.

6.4 La spesa sanitaria privata nei confronti internazionali

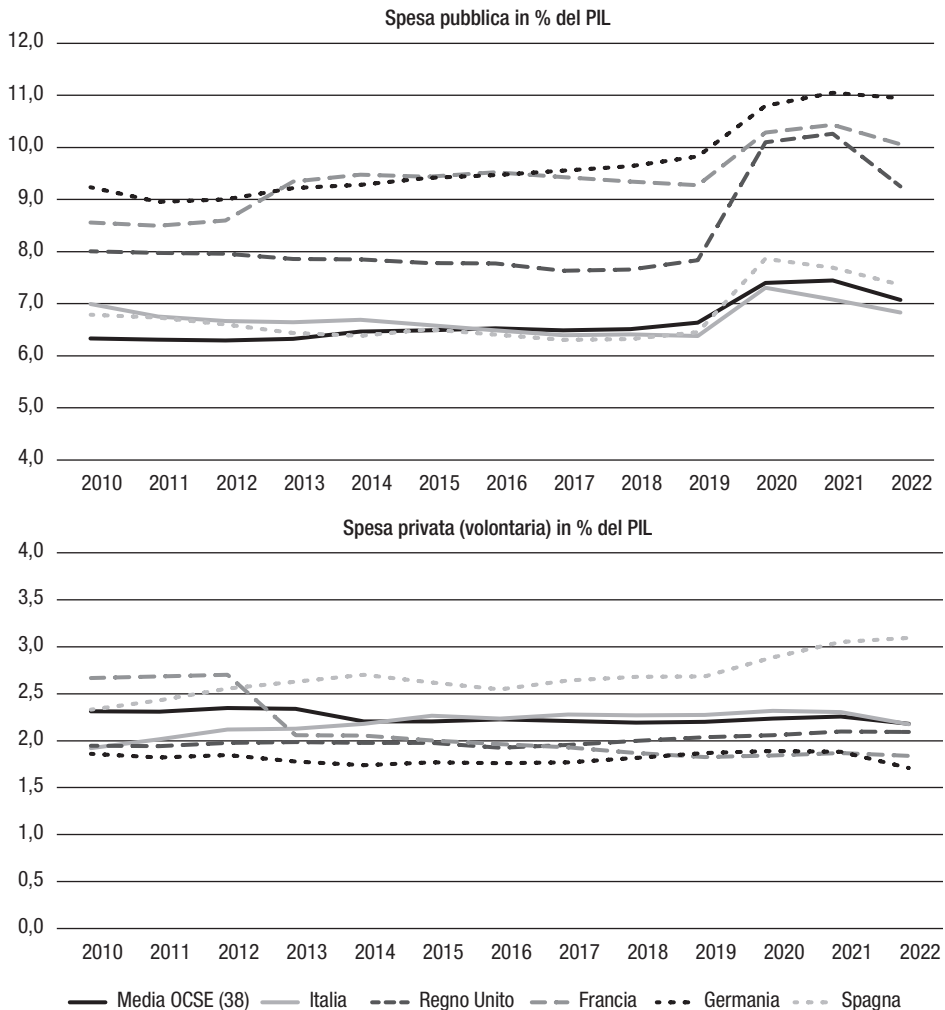
Archiviato il periodo pandemico, lo scenario internazionale, pur se ancora segnato dalle discontinuità generate dall'emergenza di Covid-19, torna a evidenziare le strutturali differenze tra paesi nell'ammontare di risorse che ognuno destina alla tutela della salute. A partire dall'edizione di quest'anno dell'*OECD Health Statistics*, è disponibile per tutti i paesi OCSE un dato di spesa successivo al 2020 e in molti casi anche un dato aggregato aggiornato al 2022.

I rapporti precedenti (Del Vecchio *et al.*, 2022) avevano mostrato come il Covid-19 avesse impresso una sostanziale accelerazione nei tassi di crescita delle risorse pubbliche di molti paesi avanzati e non. Paesi come il Regno Unito, ad esempio, erano riusciti ad aumentare, tra il 2019 e il 2021, le risorse pubbliche pro capite per un ammontare pari a circa 700 euro, ovvero il 22% in più rispetto alle risorse registrate nel 2019. Nonostante variazioni pressoché nulle nella componente privata, un tale aumento della spesa pubblica (o assimilabile) era riuscito a produrre una significativa crescita delle risorse complessivamente destinate alla tutela della salute.

Il 2022, primo vero anno privo dei tratti emergenziali, segna una sostanziale discontinuità con i due anni precedenti in termini di risorse destinate alla tutela della salute. La Figura 6.2 mostra l'andamento della spesa sanitaria pubblica (e assimilabile) e di quella privata volontaria (*out of pocket* e intermediata) in rapporto al PIL per la media dei 36 paesi OCSE e in dettaglio per i principali paesi europei: Germania, Regno Unito, Francia, Italia e Spagna. Gli andamenti dell'indicatore riflettono, evidentemente, il combinarsi delle dinamiche della spesa con quelle del PIL. A fronte di una drastica riduzione del prodotto interno lordo e di un rilevante aumento della spesa conseguenti all'emergenza, il 2020 aveva visto un repentino aumento della spesa sanitaria pubblica sul PIL, mentre il trend della spesa privata seguiva in modo poco elastico le dinamiche del reddito, come ampiamente discusso nei rapporti precedenti. Anche nel 2021 la ripresa del PIL è stata accompagnata da rilevanti tassi di crescita della spesa sanitaria, sia dal lato pubblico che da quello privato volontario, tanto da segnare un ulteriore incremento rispetto al 2020 nell'indicatore della spesa sanitaria sul PIL. Il 2022 segna invece una discontinuità. Sia la media dei 36 paesi OCSE che i paesi osservati mostrano un'inversione di tendenza rispetto all'ultimo biennio. Sul fronte della spesa pubblica, la media OCSE segna una riduzione dal 7,4% al 7,1% e di un delta paragonabile è la riduzione dei cinque principali paesi europei, con il Regno Unito che perde addirittura un punto percentuale passando dal 10,3% al 9,3%. Meno marcata è invece la riduzione sul fronte della spesa privata volontaria. In questo caso la media OCSE si colloca un decimo di punto percentuale sotto il dato del 2021 (da 2,2% a 2,1%). In Italia, Francia e Germania le differenze sono negative e si collocano in un range di valori compreso tra lo 0,1 e lo 0,2%, mentre i valori rimangono invariati in Regno Unito e Spagna, rispettivamente al 2,1% e 3,1% del PIL.

Riproponendo la situazione all'anno più recente disponibile, la Tabella 6.3 mostra in dettaglio la spesa sanitaria pro capite e in percentuale del PIL per i principali paesi europei e OCSE. Il ranking dei paesi risulta ancora falsato dalla presenza di paesi con dati di dettaglio aggiornati al 2021, anno ancora fortemente influenzato, tanto nelle dinamiche della spesa sanitaria, quanto in quelle del PIL, dall'emergenza sanitaria. In termini di risorse complessivamente a disposizione del sistema, non sorprende come l'Italia si confermi in

Figura 6.2 **Andamento della spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria (in alto) e della spesa privata volontaria (in basso) in % del PIL, 2010-2022,**



Fonte: elaborazione OCPS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2022).

coda alla classifica dei principali paesi europei e OCSE (9,0%), precedendo soltanto Grecia (8,6% per il 2022³) e Irlanda (6,1%). Questo posizionamento è notoriamente spinto tanto dalla componente pubblica, che si attesta tra i

³ Il dato per la Grecia riportato in tabella è relativo al 2021, anno per il quale sono disponibili i dati di dettaglio relativi ai diversi canali di finanziamento. Per il 2022 sono disponibili i dati di spesa aggregata che mostrano come la spesa complessiva sul PIL sia pari al 8,6%, rispetto al 9,2% del 2021.

valori più bassi per i paesi avanzati (2.208 euro e 6,8% del PIL), precedendo soltanto Portogallo (6,7%), Grecia (5,1%) e Irlanda (4,7%), quanto da quella privata, la quale, attestandosi su valori in linea con quelli degli altri paesi, non compensa il basso livello di finanziamento pubblico che caratterizza il nostro sistema. L'Italia si conferma, inoltre, tra i paesi avanzati quello con la minore quota di risorse intermediata dal settore assicurativo, dalle imprese e dalle istituzioni non-profit (0,2% del PIL) e con una spesa privata supportata in larga parte direttamente dai bilanci delle famiglie (635 euro pro capite e 1,9% del PIL).

Il confronto internazionale evidenzia chiaramente come il nostro paese sia ancora più degli altri rientrato in un percorso di razionalizzazione e contenimento della crescita della spesa sanitaria. Tanto per la spesa sanitaria pubblica, per la quale paesi come Francia e Germania impiegano circa il doppio in termini di risorse pro capite e un terzo in più in termini di PIL, che per la spesa complessiva, dove solo la Grecia registra valori inferiori in termini sia assolu-

Tabella 6.3 **Spesa sanitaria pro capite (in euro) per regime di finanziamento e paesi OCSE selezionati, 2022 (o ultimo anno disponibile)**

Paese	Spesa Pubblica o Privata Obbligatoria		Spesa Intermediata Volontaria		Spesa OOP (€ pro capite e % del PIL)		Spesa privata volontaria (€ pro capite e % del PIL)		Spesa Sanitaria Totale (€ pro capite e % del PIL)	
	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%
	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)
Germania	5.086	10,9%	146	0,3%	648	1,4%	794	1,7%	5.879	12,7%
Francia*	3.852	10,4%	285	0,8%	405	1,1%	690	1,9%	4.542	12,3%
Austria	4.406	8,8%	361	0,7%	893	1,8%	1.254	2,5%	5.659	11,4%
Paesi Bassi*	4.715	9,7%	315	0,6%	519	1,1%	834	1,7%	5.548	11,4%
Belgio*	3.717	8,6%	217	0,5%	855	2,0%	1.072	2,5%	4.790	11,0%
Spagna*	1.957	7,7%	202	0,8%	574	2,3%	776	3,1%	2.734	10,7%
Portogallo	1.558	6,7%	195	0,8%	702	3,0%	897	3,8%	2.455	10,6%
Finlandia*	3.698	8,2%	191	0,4%	746	1,7%	937	2,1%	4.636	10,3%
Grecia*	980	5,7%	70	0,4%	526	3,1%	596	3,5%	1.577	9,2%
Italia	2.208	6,8%	79	0,2%	624	1,9%	703	2,2%	2.912	9,0%
Irlanda	4.665	4,7%	721	0,7%	644	0,6%	1.365	1,3%	6.030	6,1%
Paesi non €										
Stati Uniti*	8.625	14,5%	584	1,0%	1.103	1,9%	1.687	2,9%	10.313	17,4%
Svizzera*	6.214	8,0%	787	1,0%	2.043	2,6%	2.830	3,6%	9.175	11,8%
Regno Unito	3.998	9,3%	223	0,5%	682	1,6%	905	2,1%	4.903	11,3%
Canada	4.161	8,0%	805	1,5%	868	1,7%	1.673	3,2%	5.834	11,2%
Svezia	4.883	9,2%	59	0,1%	747	1,4%	806	1,5%	5.690	10,7%

* I dati sono riferiti al 2021. Nota: per i paesi non appartenenti all'area Euro sono stati applicati i tassi di cambio medi tra euro e valute nazionali relativi all'anno 2021 o 2022 (Fonte: BCE).

Fonte: elaborazione OPCS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2023).

ti che relativi, l'Italia assume un posizionamento caratterizzato da debolezza strutturale che non potrà che riflettersi sui livelli di copertura complessiva dei bisogni e sugli standard assistenziali assicurati.

6.5 Le dinamiche a livello nazionale

6.5.1 Un quadro di insieme

Al fine di osservare le dinamiche della spesa sanitaria privata a livello nazionale, viene in questa sede riproposta la serie storica della spesa sanitaria privata in relazione alle principali grandezze macroeconomiche relative al nostro Paese.

Osservando i dati del sistema di contabilità ISTAT-SHA (Tabella 6.4), nell'ultimo decennio la spesa sanitaria totale corrente italiana è cresciuta costantemente, eccetto che tra gli anni 2012 e 2013, in cui ha subito una riduzione superiore a un miliardo. La crescita nell'arco di tempo considerato è imputabile sia alla componente pubblica, che è passata da 108,3 miliardi del 2012 ai 130,4 miliardi del 2022, che a quella privata, che è passata da 34,4 a 41,5 miliardi di euro tra il 2012 e il 2022. Nel periodo considerato, pur crescendo in valori assoluti, la spesa sanitaria privata si è mantenuta relativamente costante in relazione al PIL (dal 2,1% del 2012 al 2,2% del 2022). Così non è stato per la componente pubblica, la quale fino al 2019 ha progressivamente diminuito il suo peso sul reddito (da 6,7% a 6,4%), per poi innalzarsi di quasi un punto nel 2020 (7,3%) e riprendere, in seguito, una dinamica calante che dovrebbe condurre nel 2026 a una percentuale di spesa pubblica sul PIL inferiore a

Tabella 6.4 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata in relazione alle grandezze macroeconomiche, 2012-2022**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tutti i regimi di finanziamento (totale)											
Miliardi di euro	142,7	141,5	144,3	146,6	148,0	150,7	153,8	155,5	159,9	167,8	171,9
In % del PIL	8,8	8,8	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,7	9,6	9,4	9,0
Spesa della pubblica amministrazione											
Miliardi di euro	108,3	107,2	108,9	109,1	110,1	111,1	113,6	114,7	121,4	126,6	130,4
In % della spesa sanitaria totale	75,9	75,8	75,4	74,4	74,4	73,7	73,9	73,7	75,9	75,5	75,9
In % del PIL	6,7	6,6	6,7	6,6	6,5	6,4	6,4	6,4	7,3	7,1	6,8
Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari											
Miliardi di euro	34,4	34,3	35,5	37,5	37,9	39,6	40,2	40,8	38,5	41,2	41,5
In % della spesa sanitaria totale	24,1	24,2	24,6	25,6	25,6	26,3	26,1	26,3	24,1	24,5	24,1
In % del PIL	2,1	2,1	2,2	2,3	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

quella del 2019⁴. Come conseguenza di tali dinamiche tra il 2012 e il 2019, il peso della spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria totale passa dal 24,1% al 26,3%. Le maggiori risorse destinate alla sanità per far fronte all'emergenza da Covid-19 (15,7 miliardi tra il 2019 e il 2022, +13,6%) hanno fatto crescere il peso della spesa pubblica, ridimensionando quindi la componente privata (dal 26,3% al 24,1%). La spesa privata mostra nel 2022 un tasso di crescita contenuto (+0,8%), attestandosi a valori di poco superiori al 2019 (700 milioni, +1,6%). La crescita osservata nel 2021 (+7%) ha quindi rappresentato una eccezione rispetto al trend osservato nell'ultimo decennio.

Un trend analogo a quello dei dati sistematizzati dal Sistema dei Conti delle Sanità (SHA) proviene tenendo conto dei diversi aggregati e perimetri di riferimento del sistema dei Conti Nazionali e della stima OASI per la spesa sanitaria corrente (si veda il Capitolo 2 di questo Rapporto per un dettaglio). In aggiunta si nota come il peso della spesa sanitaria pubblica rispetto alla spesa pubblica per beni e servizi (escludendo quindi i trasferimenti) sia tornato ai livelli precedenti l'emergenza Covid-19 (35,8% nel 2022 a fronte del massimo del 37% toccato nel 2021), e come anche il peso della spesa privata sui bilanci delle famiglie sia tornato a livelli osservati durante gli anni precedenti la pandemia (3,5% nel 2019 e nel 2022) (Tabella 6.5).

Nelle passate edizioni del Rapporto è stata posta molta enfasi sulla relazione tra dinamiche del prodotto interno lordo, della spesa sanitaria pubblica e di quella privata, riflettendo sull'ipotesi di residualità o sostituzione della spesa privata, secondo la quale questa nascerebbe come risposta alle dinamiche della spesa pubblica, e sulla relazione con il PIL, inteso come indicatore di ricchezza

Tabella 6.5 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata (SHA), 2012-2022**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	146,9	145,8	148,2	150,4	151,8	155,0	157,0	158,8	162,9	171,5	174,4
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	114,0	112,9	114,3	114,6	115,9	117,7	119,1	120,3	126,8	130,6	132,9
In % della spesa per consumi finali della PA	35,4	35,3	35,9	36,2	35,9	36,0	35,6	36,0	36,9	37,0	35,8
Spesa sanitaria delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico											
Miliardi di euro	32,9	32,9	33,9	35,8	35,9	37,3	37,9	38,4	36,1	40,9	41,5
In % della spesa delle famiglie	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7	4,0	3,5

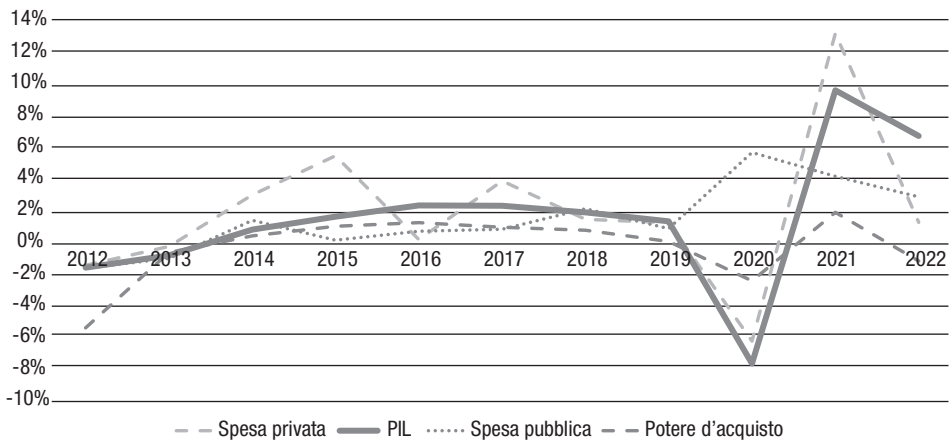
Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Spesa sanitaria pubblica) e ISTAT-Contabilità Nazionale (Spesa sanitaria privata, PIL, Spesa per consumi finali della PA, Spesa per consumi delle famiglie).

⁴ Si veda in dettaglio il Documento di Economia e Finanza (DEF) del 2023: https://www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/def_2023/DEF-2023-Programma-di-Stabilita.pdf

e disponibilità a pagare delle famiglie, ed emerso dalle evidenze come buon indicatore predittivo della spesa privata (Armeni e Ferrè, 2014; Del Vecchio, Fenech e Prenestini, 2015; Del Vecchio *et al.*, 2022).

Gli avvenimenti internazionali del 2022 e il conseguente effetto sui prezzi delle materie prime hanno prodotto una spinta inflazionistica, assente nelle dinamiche macroeconomiche europee degli ultimi decenni. Nel 2022 il PIL a prezzi correnti è cresciuto del 6,8% rispetto all'anno precedente, a fronte però di un'inflazione (misurata a partire dall'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività – NIC) pari all'8,1%. La combinazione di questi due fattori ha portato a una diminuzione del potere d'acquisto⁵ delle famiglie, che tra il 2022 e il 2021 si è ridotto dell'1,1% (ISTAT, 2023), dinamica che può contribuire a spiegare la crescita contenuta della spesa sanitaria privata nel 2022. Per evidenziare il potenziale ruolo del potere d'acquisto delle famiglie nello spiegare la variazione della spesa sanitaria privata, la tradizionale Figura 6.3⁶ è stata integrata con la serie storica del potere d'acquisto delle famiglie italiane, mettendo

Figura 6.3 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata, PIL e potere d'acquisto delle famiglie, 2012-2022**



Fonte: elaborazione OCPS su dati OASI (Spesa sanitaria pubblica) e ISTAT (spesa sanitaria privata e PIL).

⁵ Indicatore definito come reddito lordo disponibile in termini reali delle famiglie consumatrici (ISTAT, 2023)

⁶ Nel leggere la figura si segnala che un aggiornamento ISTAT del settembre 2023 ha significativamente rivisto al rialzo tutte le componenti del PIL. Nelle nuove stime di Contabilità Nazionale, il PIL è cresciuto del 9,7% nel 2021 (dal 7,6% della stima precedente) e del 6,8% nel 2022 (invariato rispetto alla stima precedente, a fronte di volumi rivisti al rialzo). L'aggiornamento ha riguardato anche la stima della spesa sanitaria delle famiglie sul territorio economico, che ha raggiunto i 41,4 miliardi nel 2022 (38,8 miliardi la stima precedente) e i 40,9 miliardi nel 2021 (38,6 miliardi la stima precedente). L'aumento della spesa privata si attesta dunque al 13,3% nel 2021 (+6,9% la stima precedente) e al 1,4% (+0,5% la stima precedente) nel 2022.

in evidenza come tale grandezza si discosti fortemente dal PIL nel 2022 e possa contribuire a spiegare il modesto livello di crescita della spesa privata.

In un contesto di forte volatilità dei prezzi risulta ancora più interessante osservare le dinamiche della spesa generale delle famiglie e di come queste abbiano reagito al repentino aumento dei prezzi di alcuni prodotti del paniere di consumo registrato nel 2022. La Tabella 6.6 mostra una riduzione pronunciata del peso della spesa sanitaria sui bilanci delle famiglie italiane, passato dal 4% del 2021 al 3,5% del 2022, raggiungendo un livello già osservato tra il 2015 e il 2019. Simile sorte è toccata alle spese per alimentari e bevande (da 15,5% a 14,4%), a vantaggio di componenti di spesa quali trasporti (da 11,7% a 12,1%), abitazione e utenze (da 24,3% a 24,8%) e alberghi e ristoranti (da 8,0% a 9,5%).

Nel calcolo del dato sulla variazione dell'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività, l'ISTAT consente di ricostruire la variazione dell'indice per le singole componenti del paniere di spesa nella classificazione Ecoicop⁷. Per la sanità, l'indice tiene conto degli importi per beni e servizi pagati dai consumatori finali e combina un sistema di rilevazione centralizzata (es. i far-

Tabella 6.6 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (percentuale), 2011-2022**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alimentari e bevande non alcoliche	14,2	14,4	14,3	14,3	14,3	14,3	14,2	14,3	16,5	15,5	14,4
Bevande alcoliche, tabacco, narcotici	4,3	4,3	4,1	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,6	4,4	4,0
Vestitario e calzature	6,2	6,1	6,2	6,2	6,1	6,1	6,2	6,0	5,4	5,3	5,5
Abitazione e utenze	23,1	23,7	23,4	23,2	22,9	22,6	22,5	22,5	25,1	24,3	24,8
Mobili e manutenzione casa	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,1	6,2	6,1	6,3	6,6	6,3
Sanità	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7	4,0	3,5
Trasporti	12,7	12,4	12,5	12,3	12,3	12,6	12,9	13,0	11,1	11,7	12,1
Comunicazioni	2,8	2,6	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2	2,3	2,2	2,0
Ricreazione e cultura	6,8	6,5	6,5	6,6	6,7	6,7	6,7	6,7	6,1	6,4	6,9
Istruzione	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8
Alberghi e ristoranti	9,5	9,7	9,8	10,0	10,1	10,3	10,3	10,4	6,9	8,0	9,5
Beni e servizi vari	9,8	9,9	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,3	11,1	10,8	10,3
Totale consumi delle famiglie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

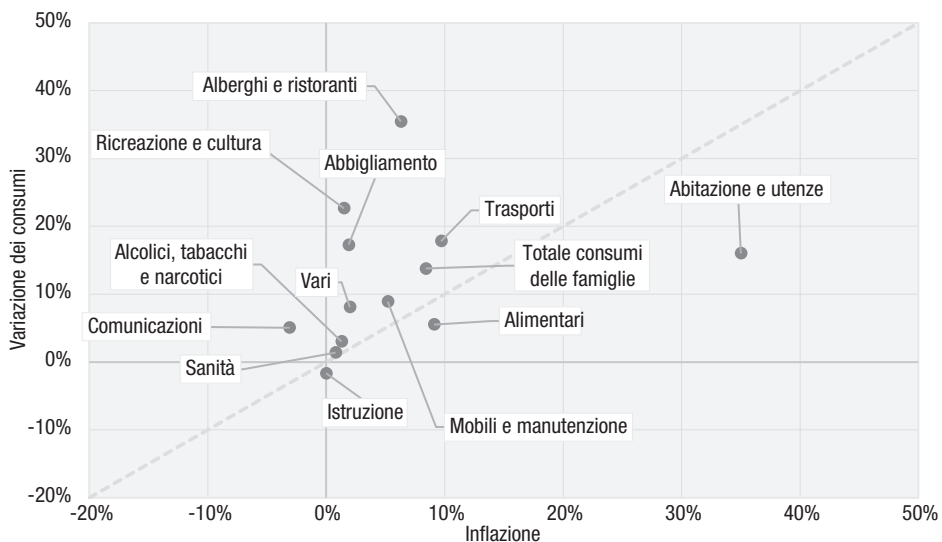
⁷ Le procedure di stima dell'indice dei prezzi al consumo fanno riferimento alla normativa armonizzata europea e in particolare al Regolamento (CE) n. 2166/1999, il Regolamento (UE) n. 792/2016 e il Regolamento d'esecuzione (UE) n. 1148/2020.

maci di fascia A) e una rilevazione territoriale (i farmaci di fascia C e SOP/OTC, i ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali pubbliche, i prezzi delle prestazioni non pubbliche), includendo tra le unità di campionamento le aziende sanitarie pubbliche, le farmacie territoriali, gli studi medici specialisti, i laboratori e i poliambulatori (ISTAT, 2013; ISTAT, 2023).

La dinamica dei prezzi si inserisce quindi come un elemento rilevante non solo nel dibattito economico, ma in maniera specifica anche sul consumo di sanità per le famiglie e sulla sostenibilità degli erogatori di prestazioni sanitarie, pubblici e privati. Su quest'ultimo aspetto si segnala infatti come l'aumento dei prezzi dei fattori produttivi (tra tutti energia e personale) che si è abbattuto sulle aziende erogatrici di prestazioni sanitarie (a titolo di esempio, l'AGENAS riposta un aumento del 79% dei costi energetici delle aziende sanitarie pubbliche nel 2022) non sia stato scaricato dai produttori sul prezzo al consumatore finale (l'inflazione media sui servizi sanitari è stata pari all'1,2% per i servizi ambulatoriali – con variazioni tra -0,2% delle prestazioni di laboratorio, +1,5% per la diagnostica per immagini e +2,5% per i servizi paramedici – e all'1,1% per i servizi ospedalieri), determinando quindi una naturale riduzione delle marginalità.

È possibile inoltre mettere in relazione la variazione percentuale della spesa tra il 2021 e il 2022 con la variazione percentuale dell'indice dei prezzi relativa allo stesso periodo (Figura 6.4). Per voci di spesa quali istruzione, alimentari

Figura 6.4 **Variazione % della spesa per consumi finali e tasso di inflazione (NIC) per voce di spesa, 2022**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

e abitazione e utenze, la variazione percentuale della spesa è stata inferiore a quella dei prezzi. Nel caso della sanità la crescita della spesa (+1,4%) ha in parte compensato la crescita dei prezzi (+0,8%): la variazione dei consumi reali è stata dunque positiva, ma molto contenuta (+0,4%). Anche le spese per alberghi e ristoranti, ricreazione, abbigliamento e trasporti e alcolici, tabacchi e narcotici hanno invece registrato aumenti più che proporzionali rispetto all'aumento dei prezzi, in modo molto più marcato di quanto avvenuto per la sanità.

6.5.2 La composizione della spesa out of pocket e intermediata

All'interno di questo paragrafo si approfondisce il tema della composizione della spesa sanitaria privata volontaria (*out of pocket* e intermediata) a partire dai dati del Sistema dei Conti per la Sanità (SHA). L'edizione di quest'anno del Rapporto riserva al par. 6.7 un approfondimento specifico sulla sanità integrativa, cui si rimanda per gli aspetti di dettaglio relativi a questa componente.

Il 2022 segna una battuta d'arresto nella crescita della spesa sanitaria privata, che nel perimetro SHA aumenta solo dello 0,8% rispetto al 2021. Tale variazione è in realtà frutto di due dinamiche distinte. Da un lato, la componente principale della spesa diretta delle famiglie (*out of pocket*) rimane sostanzialmente invariata a 36,8 miliardi di euro (+0,3%), mentre continua a crescere a ritmi sostenuti la componente intermediata (+5,2%), sia nella componente assicurativa, che supera i 3,5 miliardi (+4,6%), che nelle componenti residuali che fanno riferimento alle imprese (+5,5%) e alle istituzioni non-profit (+10,5%).

Riprendendo il consolidato processo di stima della spesa per funzioni (rimandando ai capitoli dei rapporti precedenti per un approfondimento), si ri-

Tabella 6.7 **Spesa sanitaria privata per regime di finanziamento, 2012-2022**

La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa diretta delle famiglie	31,51	31,46	32,53	34,41	34,51	35,88	36,22	36,49	34,31	36,73	36,84
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	2,91	2,85	2,94	3,08	3,37	3,71	3,98	4,35	4,18	4,44	4,67
– Assicurazioni sanitarie volontarie	2,27	2,18	2,16	2,25	2,50	2,74	2,93	3,23	3,19	3,36	3,51
– Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,17	0,19	0,21	0,22	0,22	0,26	0,33	0,36	0,36	0,39	0,43
– Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,47	0,49	0,57	0,60	0,65	0,70	0,72	0,76	0,63	0,69	0,72
Totale	34,42	34,31	35,47	37,48	37,88	39,58	40,20	40,83	38,49	41,17	41,50

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

Tabella 6.8 **La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa, 2021-2022**

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	Miliardi di €			%	
		2021	2022		2021	2022
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	1,9	1,8	5,4	4,5%	13,0%
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3,6	3,6		8,6%	
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	5,3	5,4	20,7	13,0%	49,7%
	Servizi dentistici	8,7	8,6		20,7%	
	Servizi diagnostici	3,3	3,2		7,8%	
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3,5	3,5		8,4%	
Beni sanitari	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	9,2	9,9	15,4	23,9%	37,2%
	Altri prodotti medicali non durevoli (bende, garze, siringhe, ecc.)	1,4	1,1		2,7%	
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	4,4	4,4		10,7%	
Totale		41,2	41,5		100%	

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

tiene utile fornire alcune considerazioni rispetto alle singole voci di spesa che compongono il paniere della spesa sanitaria privata. La Tabella 6.8 mostra la spesa sanitaria privata relativa all'anno 2022, articolata per le tre macro-categorie di servizi ospedalieri, servizi ambulatoriali e beni sanitari, a loro volta suddivise in nove micro-voci di spesa. Servizi e beni seguono due trend diversi: mentre la componente servizi si riduce complessivamente di circa 100 milioni, quella dei beni sanitari aumenta di oltre 400 milioni di euro.

Gran parte della flessione è attribuibile alla riduzione della spesa per servizi dentistici (-0,8%) e dei ricoveri in strutture di assistenza a lungo termine (-0,9%). Ancora tra i servizi è in controtendenza la voce relativa ai servizi medici, ovvero la micro-categoria che include la spesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime di solvenza e pubblico (ticket). La componente servizi sembra dunque aver assorbito completamente, come era già evidente nel 2021, la drastica riduzione registrata durante la pandemia e principalmente dovuta al rallentamento delle attività. Sull'andamento osservato nel 2022 e atteso negli anni successivi, i trend in atto incidono diversamente. Mentre la spesa per servizi dentistici è notoriamente più sensibile alle dinamiche del reddito e del potere d'acquisto delle famiglie, la spesa per servizi medici e quella per servizi diagnostici dipende molto, oltre che da queste dinamiche, anche dalla capacità di offerta del sistema pubblico. Nel 2022 infatti la componente di ticket per la specialistica ambulatoriale incassata dalle aziende pubbliche si è ancora attestata al di sotto del dato registrato nel 2019 (Tabella 6.10). Incrociando i dati della Figura 6.6, che dimostrano un evidente aumento nel 2021 della quota di visite specialistiche ed esami diagnostici finanziata privatamente, anche in un

trend di riduzione dei consumi (Figura 6.5), la spesa per servizi medici e diagnostici potrebbe mostrare nei prossimi anni un'ulteriore crescita, anche solo per via del differenziale tra il ticket e i prezzi medi di mercato delle prestazioni. Stesso destino potrebbe toccare alla spesa per servizi paramedici, dato che interessa ambiti di assistenza tradizionalmente poco presidiati dal SSN (es. la salute mentale).

All'interno della componente dei beni sanitari, oltre la metà dell'incremento è dovuto alla maggiore spesa per farmaci (+7,6%). Come al solito alcuni distinguono sono dovuti (Tabella 6.9). Entrambe le componenti di compartecipazione (ticket e differenza con il prezzo di riferimento) per la spesa farmaceutica convenzionata (farmaci in classe A) rimangono al di sotto dei valori del 2019. La compartecipazione per differenza di prezzo, in particolare, rimane sostanzialmente invariata rispetto al 2021, mentre la compartecipazione per ticket aumenta del 4,7%. In quest'ultimo caso va segnalato inoltre come nel 2020 tre regioni (Toscana, Umbria e PA di Trento) abbiano abolito il ticket sulla farmaceutica convenzionata. La classe che ha registrato l'incremento maggiore è quella degli acquisti privati dei farmaci di classe A che è aumentata di oltre il 16% rispetto al 2021. A differenza delle passate edizioni, per il 2022 non è

Tabella 6.9 **La spesa per medicinali, 2019-2022**

Spesa per medicinali	2019	2020	2021	2022	Δ 2022-2021 (%)
Spesa per farmaci in senso stretto, di cui:	8.843	8.668	9.215	9.919	+7,6%
– ticket in quota fissa regionale	459	409	409	417	+4,7%
– differenza prezzo di riferimento	1.123	1.078	1.083	1.084	+0,1%
– acquisto privato farmaci in Classe A	1.544	1.528	1.644	1.908	+16,1%
– farmaci in Classe C con ricetta	3.066	3.269	3.466	3.523	+1,6%
– Automedicazione (SOP e OTC)	2.651	2.384	2.624	2.987	+13,9%
Spesa per altri medicinali e/o prodotti farmaceutici (omeopatici, erboristici, integratori, ecc.)	4.207	4.180	4.621	NA	–

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA.

Tabella 6.10 **La spesa sanitaria privata per circuito di offerta, 2022**

	Servizi	Beni	Totale
PUBBLICO			
<i>Ticket</i>	1,5	0,4	4,1
<i>Intramoenia o differenza prezzo di riferimento</i>	1,1	1,1	
PRIVATO	23,5	13,9	37,4
TOTALE	26,1	15,4	41,5

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT, Corte dei Conti, Ragioneria Generale dello Stato e AIFA.

disponibile l'informazione relativa ad altri medicinali o prodotti farmaceutici (integratori, omeopatici, ecc.) per via del cambiamento alla metodologia di raccolta dei dati dell'Indagine sulla spesa delle famiglie di cui si è accennato in precedenza, sebbene si desume dai dati relativi al solo canale farmaceutico una crescita del segmento prodotti notificati e integratori pari al 7,9% rispetto al 2021 (4,5 miliardi di euro) (Federfarma, 2023). Da segnalare inoltre la rilevante riduzione della spesa per articoli sanitari (-24%), verosimilmente il frutto di una riduzione negli acquisti di DPI che, secondo quanto riportato nell'aggiornamento delle note metodologiche del sistema SHA descritto nell'edizione dello scorso anno (Del Vecchio *et al.*, 2022), ricadevano proprio all'interno di questa voce di spesa.

6.5.3 Il mix pubblico-privato nei consumi

È noto come le risorse finanziarie impiegate dalle famiglie per il soddisfacimento dei bisogni di salute siano destinate tanto al circuito di offerta privato, quanto quello pubblico. In quest'ultimo caso ciò avviene non solo attraverso i meccanismi di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie pubbliche (ticket), ma anche attraverso il pagamento delle prestazioni erogate dai professionisti delle aziende sanitarie pubbliche in regime di libera professione (*intramoenia*). I dati relativi al 2022 mostrano come le risorse private destinate ad alimentare il circuito pubblico attraverso i) i *ticket* pagati dai cittadini per fruire di prestazioni sanitarie, ii) i *ticket* sulla farmaceutica convenzionata, iii) il pagamento della differenza con il prezzo di riferimento per i farmaci *off-patent* e iv) il pagamento delle tariffe delle prestazioni in *intramoenia* presso le aziende sanitarie pubbliche sia pari a 4,1 miliardi di euro, rappresentando circa il 10% della spesa sanitaria privata complessiva (Tabella 6.10). Il recupero pressoché totale dei ricavi dell'attività *intramoenia* e quello parziale delle compartecipazioni alle attività istituzionali hanno riportato il dato vicino ai livelli già registrati prima del 2020.

Dopo la riduzione registrata nel 2020, interamente attribuibile alla sospensione o al rallentamento delle attività, e il parziale recupero del 2021, il dato sulla spesa per compartecipazioni nel 2022 risulta ancora inferiore a quello registrato nel 2019. Come già accaduto nel 2020 e come già emerso dalla discussione sull'andamento della spesa farmaceutica nel paragrafo precedente, tale riduzione è da attribuire quasi esclusivamente alla componente dei servizi ambulatoriali. Rispetto alla stessa tabella dei rapporti precedenti, la Tabella 6.11 introduce un diverso perimetro delle compartecipazioni per servizi, riprendendo il dato raccolto dalla Ragioneria Generale dello Stato attraverso il sistema Tessera Sanitaria (TS). Oltre a riprendere la spesa per compartecipazione rendicontata tra i proventi diretti delle aziende sanitarie pubbliche, il sistema TS consente di raccogliere anche quanto versato dai cittadini in forma

Tabella 6.11 **Spesa per compartecipazioni in Italia, 2009-2022**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa totale per compartecipazioni							
Miliardi di euro	3,3	3,3	3,4	3,4	2,7	3,0	NA
% sulla spesa sanitaria delle famiglie	9,2%	8,8%	9,0%	8,8%	7,4%	7,8%	NA
Compartecipazioni per servizi sanitari (Specialistica ambulatoriale, PS, altri)							
Miliardi di euro	1,8	1,8	1,8	1,8	1,2	1,5	NA
- di cui: Ricavi delle Aziende Sanitarie pubbliche	1,3	1,3	1,4	1,4	0,8	1,0	1,0
Ricavi degli erogatori privati accreditati	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	NA
- di cui: Per quota fissa	1,3	1,3	1,3	1,3	1,0	1,5	NA
Per franchigia (<i>superticket</i>)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,2	–	–
% sulla spesa per servizi sanitari delle famiglie	10,3%	9,8%	9,8%	9,9%	7,0%	8,1%	NA
Compartecipazioni per farmaci (ticket su ricetta e differenza sul prezzo di riferimento)							
Miliardi di euro	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5
- di cui per ticket in quota fissa	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
- di cui per differenza sul prezzo di riferimento	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
% sulla spesa per beni sanitari delle famiglie	11,6%	11,1%	11,5%	10,9%	10,5%	10,0%	NA

Fonte: elaborazione OPCS su dati ISTAT, Corte dei Conti, Ragioneria Generale dello Stato e AIFA.

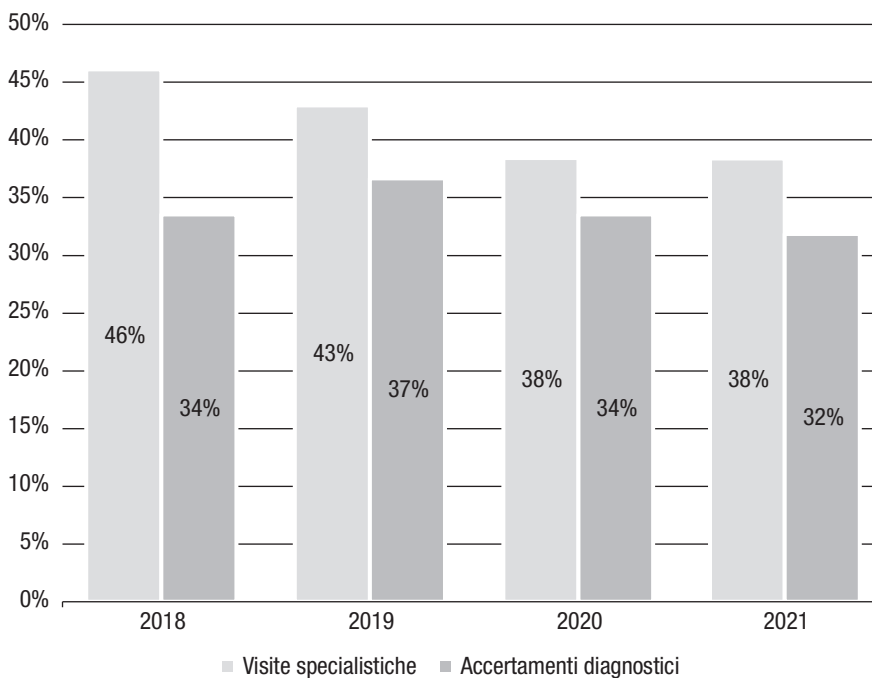
di *ticket* per prestazioni erogate da erogatori privati accreditati. Tale voce è visibile nei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche solo tramite saldo all'interno della spesa per l'acquisto di specialistica convenzionata. Dal dettaglio relativo al 2022 si osserva come la voce intesa come ricavi delle aziende sanitarie pubbliche (1,0 miliardi) è ancora del 28% inferiore al dato 2019 (1,4 miliardi), sebbene rispetto al 2021 sia cresciuta dell'8%. È da evidenziare come la riduzione sia in parte dovuta all'abolizione della franchigia da 10 euro (*superticket*) a partire dal settembre 2020.

Come evidenziato nei rapporti precedenti, la composizione dei consumi tra circuiti pubblici e privati varia in modo significativo a seconda dell'area di beni o servizi coinvolta nella risposta ai bisogni di salute. Si ricorda in proposito come le rilevazioni e le stime possono riferirsi a consumi in termini di flussi monetari (quanto hanno speso le famiglie per visite, quanto ha speso il SSN per visite) oppure a quantità fisiche di consumo (numero di visite erogate per canale). Mentre la spesa è la grandezza tipicamente utilizzata per i confronti intertemporali e internazionali, nel momento in cui si scende nel dettaglio dei singoli settori e si vogliono confrontare i valori di consumo, quest'ultima grandezza presenta delle insidie, avendo come unica fonte di stima le indagini campionarie sulla popolazione. Per il mix tra pubblico e privato nel consumo di prestazioni sanitarie, viene in aiuto ormai da diverse edizioni l'indagine sugli aspetti della vita quotidiana, indagine multiscopo realizzata annualmente con lo scopo di studiare molteplici aspetti di abitudini e stili di vita degli italiani. L'indagine registra la modalità di pagamento di due prestazioni «traccianti»: le visite specialistiche e gli esami diagnostici. Con tutti i caveat del caso dovu-

ti alle metodologie di indagine, e in particolare al momento di effettuazione dell'intervista, la disponibilità dei dati aggiornati al 2021 consente di fornire alcune considerazioni indubbiamente rilevanti sui cambiamenti nelle abitudini di consumo sanitario dei cittadini italiani occorse durante l'emergenza pandemica. Innanzitutto, la Figura 6.5 mostra come la percentuale di italiani che dichiara di aver effettuato una prestazione sanitaria nei 12 mesi precedenti l'intervista anche nel 2021 si colloca ampiamente al di sotto dei dati pre-pandemici, con il 38% degli italiani che ha dichiarato di aver effettuato (nei 12 mesi precedenti l'intervista) una visita specialistica nel 2021, contro il 46% osservato nel 2018. Il dato è addirittura inferiore a quello osservato nel 2020, sebbene questo elemento possa in parte essere attribuito alle tempistiche di somministrazione delle interviste. Similmente, anche il dato sugli accertamenti diagnostici si conferma inferiore a quelli del 2018 e, soprattutto, 2019, attestandosi al 32%. Appare evidente, quindi, come il biennio caratterizzato dall'emergenza sanitaria abbia segnato significativamente la frequenza di accesso alle principali prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale.

Ancora più rilevante è probabilmente il dato sulla modalità di pagamen-

Figura 6.5 **Percentuale di italiani che ha effettuato almeno una prestazione sanitaria, 2018-2021**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

to delle stesse prestazioni. Mentre il dato 2020 rimaneva in linea con quello osservato negli anni precedenti, il 2021 segna una decisa discontinuità con il passato per entrambe le prestazioni. Sia per le visite specialistiche che per gli accertamenti diagnostici si osserva un rilevante spostamento tra prestazioni pubbliche finanziate attraverso il pagamento di un *ticket* e prestazioni totalmente a carico dell'utente. Per le visite specialistiche la percentuale di servizi con finanziamento a carico del cittadino raggiunge nel 2021 il 50%, tra prestazioni direttamente a carico (44%) e prestazioni intermedie da un fondo o un'assicurazione (6%). Analogamente, la percentuale di accertamenti finanziati privatamente si attesta al 33% nel 2021 (28% in *out of pocket* e 5% con rimborso diretto o indiretto da parte di un'assicurazione o un fondo), a scapito delle prestazioni finanziate in compartecipazione (da 40% a 36%) e quelle ad accesso tramite esenzione dal *ticket* (dal 32% al 30%). Soltanto i dati relativi al 2022 ci permetteranno di capire quanto questo rilevante spostamento verso i circuiti di finanziamento e consumo privati sia un evento legato alle contingenze emergenziali o quanto invece sia un fenomeno strutturale alimentato dalle crescenti difficoltà del SSN a rispondere alla domanda di servizi ambulatoriali da parte dei cittadini.

6.6 La spesa sanitaria degli over75 che vivono da soli

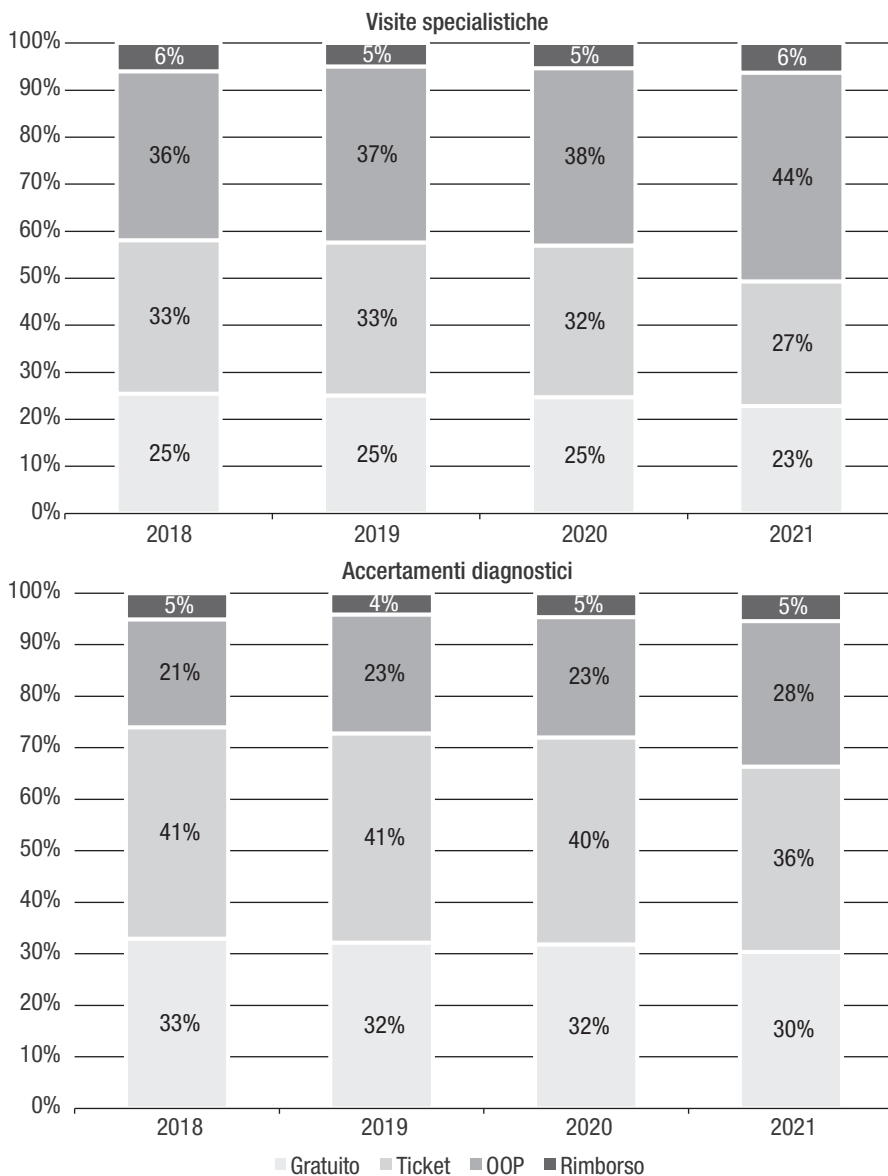
Il primo dei due approfondimenti proposti nella corrente edizione del Rapporto è relativo alla spesa sanitaria dei nuclei familiari composti da un unico individuo con età superiore ai 75 anni (d'ora in poi "anziani soli" per semplicità). L'approfondimento è realizzato attraverso l'analisi dei dati disaggregati dell'Indagine sulla spesa delle famiglie relativa al 2021 e ha l'obiettivo di estrarre alcune considerazioni rispetto a una tipologia di nucleo familiare, quella degli anziani soli, che per caratteristiche sociali ed economiche rappresenta una sfida rilevante per i sistemi di welfare dei paesi avanzati.

La Tabella 6.12 fornisce le prime indicazioni sulla distribuzione di tali nuclei rispetto al reddito equivalente⁸ (indicata in decili di reddito) e l'area di residenza. Dall'ultima riga si evince innanzitutto come la distribuzione dei nuclei ricalchi quella della popolazione generale, con una marginale differenza tra il nord ovest, dove i nuclei di anziani soli (29,7%) sono presenti più che proporzionalmente rispetto alla popolazione (28,1%). Si registrano invece differenze

⁸ Per reddito equivalente si intende il reddito disponibile della famiglia standardizzato rispetto alla dimensione del nucleo familiare, dividendo l'importo per una scala di equivalenza in cui il primo adulto assume valore 1, gli adulti ulteriori assumono valore 0,5 e i bambini sotto i 13 anni assumono valore 0,3. A titolo esemplificativo, per una famiglia composta da due adulti e un bambino il coefficiente è pari a 1,8. Per i nuclei individuali il reddito equivalente coincide con il reddito disponibile.

significative rispetto alla tipologia di comune di residenza, per cui si osserva come i nuclei di anziani soli siano distribuiti in modo più che proporzionale alla popolazione nei centri di area metropolitana (18,4% vs 16,7%) e me-

Figura 6.6 **Modalità di pagamento (%) per tipologia di prestazione nell'anno precedente l'intervista, 2018-2021**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

Tabella 6.12 **Distribuzione percentuale per reddito e territorio di residenza dei nuclei di anziani over 75 soli, 2021**

Decile di reddito equivalente (spesa media mensile)	Ripartizione geografica									
	Nord-ovest		Nord-est		Centro		Sud e Isole		Italia	
	Anziani soli (75+)	Tot.	Anziani soli (75+)	Tot.	Anziani soli (75+)	Tot.	Anziani soli (75+)	Tot.	Anziani soli (75+)	Tot.
I (€ 1.580)	3,8	5,6	3,1	3,9	3,0	7,1	7,5	19,5	4,6	10,0
II (€ 1.740)	8,1	6,6	9,2	5,4	9,9	7,3	24,3	17,7	13,7	10,0
III (€ 1.911)	7,8	7,8	8,7	7,8	12,6	9,3	19,0	13,8	12,4	10,0
IV (€ 1.883)	17,9	9,1	18,7	8,2	18,3	10,7	19,6	11,5	18,7	10,0
V (€ 2.377)	14,9	10,9	13,3	10,1	9,8	9,6	9,7	9,4	11,9	10,0
VI (€ 2.405)	11,8	10,9	16,0	12,1	11,8	10,5	5,3	7,6	10,6	10,0
VII (€ 2.609)	11,6	11,8	9,5	12,7	9,7	11,2	6,1	6,0	9,1	10,0
VIII (€ 3.041)	8,0	12,3	6,5	13,2	5,6	10,5	3,1	5,7	5,7	10,0
IX (€ 3.193)	6,7	12,3	8,5	13,6	11,4	11,7	3,5	4,7	7,0	10,0
X (€ 3.910)	9,6	12,8	6,6	13,0	8,0	12,3	2,0	4,2	6,3	10,0
Totale	29,7	28,1	19,1	19,7	20,3	20,5	31,0	31,7	100,0	100,0

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (ISF).

no nelle periferie di area metropolitana o i comuni con popolazione superiore ai 50.000 abitanti (30,4% vs 31,0%) e i comuni con popolazione inferiore ai 50.000 abitanti (51,1% vs 52,3%). Analizzando i decili di reddito equivalente, i nuclei di anziani soli si collocano nella parte inferiore della distribuzione dei redditi, sebbene non possano essere annoverati tra i nuclei familiari più poveri del Paese. Il 61,3% di essi si colloca infatti nella prima metà della distribuzione, ma guardando al primo decile dei redditi equivalenti, ovvero il gruppo che raccoglie le famiglie italiane più povere, solo il 4,6% dei nuclei di anziani soli si colloca in questa fascia, meno che la metà rispetto alla popolazione generale. Si tratta inoltre di una caratteristica che prescinde dall'area di residenza dei nuclei. Anche nelle regioni meridionali, dove la popolazione che vive nei primi cinque quintili di reddito equivalente nazionale è pari al 72%, i nuclei di anziani soli che vivono in questa fascia è pari al 80%, sebbene anche in questo caso ci sia una minore presenza nella classe delle famiglie più povere in assoluto. Gli strumenti previsti dal nostro sistema di previdenza consentono quindi ai nuclei di anziani soli di non collocarsi tra le famiglie più povere del paese.

In linea con quanto emerso dai precedenti rapporti, la Tabella 6.13 evidenzia come la spesa sanitaria pesi significativamente di più sui bilanci familiari dei nuclei di anziani soli (6,4%) rispetto alla famiglia media (4,8%), con una spesa che è maggiormente finalizzata all'acquisto di beni, soprattutto medicinali (50%), rispetto ai servizi, a differenza di quanto accade per la famiglia media che riserva la maggior parte delle risorse all'acquisto di servizi sanitari, soprattutto servizi dentistici (23,8%), rispetto ai medicinali che si collocano al

Tabella 6.13 **Spesa sanitaria e socio-assistenziale annuale dei nuclei di anziani over 75 soli, 2021**

	Anziani soli (75+)			Totale		
	€ pro capite	% spesa sanitaria	% spesa familiare	€ pro capite	%	% spesa familiare
Servizi medici	196,8	16,4%	1,1%	96,0	15,6%	0,8%
Servizi dentistici	138,0	11,6%	0,7%	146,4	23,8%	1,1%
Servizi paramedici	91,2	7,6%	0,5%	50,4	8,1%	0,4%
Medicinali	598,8	50,0%	3,2%	236,4	38,4%	1,8%
Articoli sanitari	64,8	5,4%	0,3%	30,0	4,8%	0,2%
Attrezzature terapeutiche	108,0	9,0%	0,6%	56,4	9,2%	0,4%
Spesa sanitaria familiare	1.197,6	100,0%	6,4%	615,6	100,0%	4,8%
Personale di assistenza convivente	262,8	–	1,4%	13,2	–	0,1%
Personale di assistenza a domicilio	259,2	–	1,4%	20,4	–	0,2%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (ISF).

secondo posto (38,4%). In valori assoluti pro capite, un anziano solo spende in sanità ogni anno circa il doppio (1.198 euro) rispetto all'individuo medio (616 euro). Il rapporto è positivo per tutte le voci di spesa, e in particolare per medicinali (599 euro contro 236 euro, +153%) e servizi medici (197 euro contro 96 euro, +105%), mentre è minore per i servizi dentistici (138 euro contro 146 euro, -5,7%).

Un ulteriore capitolo di spesa che interessa i nuclei di anziani soli e che invece risulta marginale per una famiglia media è la voce per servizi di assistenza ad anziani e disabili, sia per personale convivente che per il personale a domicilio. In termini assoluti i nuclei di anziani soli spendono circa venti volte di più per il personale convivente e tredici volte di più per i servizi di assistenza al domicilio. In termini relativi entrambi pesano per circa l'1,4% della spesa mensile complessiva. L'informazione sulla spesa per il personale di assistenza è difficilmente utilizzabile per la stima aggregata della spesa destinata a questa tipologia di servizi (oltre 2 miliardi di euro) sia perché non sempre la spesa risulta effettivamente a carico dell'anziano (ma dei familiari non conviventi), sia per la rilevanza del ricorso a personale informale e non regolarizzato. I nuclei di anziani soli che dichiarano queste spese sono infatti pari soltanto al 1,8% per il personale convivente e al 2,7% per il personale a domicilio, mentre recenti stime sulla presenza di badanti in Italia evidenziano un rapporto di 1 a 15 con la popolazione over 75 (Notarnicola e Perobelli, 2023). Guardando comunque all'importo medio registrato per i nuclei che dichiarano effettivamente di sostenere queste spese, pari a circa 1.230 euro mensili per il personale convivente e a circa 770 euro mensili per i servizi a domicilio, i confronti tra nuclei familiari si possono ritenere verosimili.

Si vuole evidenziare da ultimo come tanto le spese sanitarie quanto quelle

Tabella 6.14 **Spesa sanitaria e socio-assistenziale annuale dei nuclei di anziani over 75 soli per territorio di residenza, 2021**

Spesa per beni e servizi sanitari	Anziani soli (75+)		Totale	
	€ pro capite	% su spesa	€ pro capite	% su spesa
Nord-ovest	1.281,6	6,1%	663,6	4,7%
Nord-est	1.160,4	5,9%	674,4	4,9%
Centro	1.108,8	5,1%	603,6	4,5%
Sud e Isole	1.198,8	8,7%	528,0	5,1%
Italia	1.197,6	6,4%	615,6	4,8%
Spesa per assistenza ad anziani e disabili (personale convivente e a domicilio)	Anziani soli (75+)		Totale	
	€ pro capite	% su spesa	€ pro capite	% su spesa
Nord-ovest	704,4	3,3%	43,2	0,3%
Nord-est	708,0	3,6%	49,2	0,4%
Centro	552,0	2,5%	34,8	0,3%
Sud e Isole	214,8	1,6%	16,8	0,2%
Italia	522,0	2,8%	33,6	0,3%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (ISF).

assistenziali risentano, soprattutto nel peso che assumono nei bilanci dei nuclei di anziani soli, dell'area di residenza. L'elemento più interessante da evidenziare su questo aspetto è l'inversione nel peso delle spese sanitarie e assistenziali (come somma delle spese per personale convivente e a domicilio) tra i nuclei residenti al sud e quelli residenti al nord (Tabella 6.14). Nelle regioni meridionali è maggiore il peso delle spese sanitarie che rappresentano l'8,7% delle spese familiari complessive, dovute principalmente alla spesa per medicinali, a fronte di una media pari al 6,4% per i nuclei di anziani soli e del 4,8% per la famiglia media. Sempre nelle regioni meridionali è ancora poco rilevante il peso delle spese assistenziali (1,6% della spesa totale), mentre nelle regioni settentrionali assume valori significativamente superiori (3,6% nel nord-est e 3,3 % nel nord-ovest).

Entrambi i risultati possono essere correlati a una serie di fattori, quali il diverso stato di salute della popolazione più anziana (stando ai dati dell'Indagine ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana, il 4,1% degli anziani soli residenti nelle regioni meridionali dichiara di stare molto male, a fronte del 1,5% del nord-ovest), la differenza nei comportamenti prescrittivi e nelle abitudini di consumo di prodotti farmaceutici (si veda a questo proposito il contributo dell'edizione 2020 sulle differenze regionali nella spesa farmaceutica a carico dei cittadini) e i prezzi dei prodotti farmaceutici che, a differenza dei servizi (la spesa media dei nuclei che spendono in personale convivente è pari a 1.300 euro mensili nel nord-ovest e 690 euro nel sud), non tengono conto delle differenze territoriali nel potere d'acquisto delle famiglie.

6.7 Numeri e prospettive della sanità integrativa

Al tema della sanità integrativa, intesa come l'insieme di soggetti di natura diversa che finanziano prestazioni sanitarie in modo complementare (finanziando servizi e spese escluse dalla copertura pubblica) o supplementare (finanziando servizi inclusi nella copertura), è sempre stato dedicato ampio spazio all'interno del contributo dell'OCPS al Rapporto OASI. Per un approfondimento sulla struttura del settore e di come questo si inquadri all'interno del mondo delle *voluntary health insurance* nel panorama internazionale si rimanda al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2019 (Del Vecchio *et al.*, 2019). Il tema della sanità integrativa è tornato alla ribalta nel 2023 anche grazie alla rinnovata attenzione ad esso dedicata dal Parlamento Italiano, e in particolare dal Senato della Repubblica che ha avviato, a partire da gennaio, una nuova indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria, sulla scia di quanto già fatto dalla Camera dei Deputati nel 2019. Gli ultimi mesi sono stati inoltre caratterizzati da un particolare attivismo da parte del Ministero della Salute che nel settembre 2022 ha, attraverso due distinti decreti ministeriali⁹, affidato all'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero le funzioni di monitoraggio delle attività svolte dai fondi e istituito, presso la DG della Programmazione Sanitaria dello stesso ministero, l'Osservatorio sui fondi sanitari integrativi con funzioni di studio e ricerca. Le funzioni di monitoraggio prevedono l'utilizzo di un apposito cruscotto con la finalità di monitorare l'attività dei fondi raccogliendo informazioni su: (i) classificazione delle prestazioni (LEA vs parzialmente escluse vs totalmente escluse), (ii) macro-area assistenziale (distrettuale, ospedaliera, ecc.), (iii) livello e tipo di prestazione (laboratorio, strumentale, riabilitazione, ecc.), (iv) numeri e valori in euro, oltre alle informazioni su aderenti e beneficiari. Le attività dell'Osservatorio invece prevedono il coinvolgimento di rappresentanti istituzionali (oltre al Ministero della Salute, MEF, Ministero del Lavoro, Agenzia delle Entrate, Agenas e Conferenza Stato-Regioni) e delle diverse anime dei fondi iscritti all'Anagrafe e avrà il compito di promuovere attività di ricerca, dibattito e confronto sul tema della sanità integrativa e dei suoi sviluppi futuri. Infine, un ulteriore provvedimento passato sottotraccia nella seconda parte del 2022 è la revisione¹⁰ del paniere delle prestazioni erogabili dai Fondi sanitari integrativi del SSN (anche noti come fondi di tipo A, ovvero la componente complementare della sanità integrativa). Specificatamente, la revisione normativa amplia e specifica le aree di intervento per i Fondi sanitari integrativi del SSN aggiungendo alle presta-

⁹ Il Decreto del Ministero della Salute del 15 settembre 2022 e il Decreto del Ministero della Salute del 30 settembre 2022.

¹⁰ La Legge n. 118/2022 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021) ha modificato l'art. 9, comma 5 del D.Lgs 502/1992

zioni già previste (prestazioni non incluse nei LEA come quelle odontoiatriche e le cure termali), la quota a carico del paziente di prestazioni incluse nei LEA erogate dal SSN e di prestazioni sociosanitarie in strutture accreditate semi/residenziali o in ADI): (i) la prevenzione primaria e secondaria non a carico del SSN, (ii) le prestazioni di *long-term care* non a carico del SSN e (iii) le prestazioni sociali per il soddisfacimento dei bisogni del paziente cronico sempre non a carico del SSN. I dati dell'Anagrafe dei fondi riportati nelle edizioni precedenti del Rapporto (Del Vecchio *et al.*, 2019) mostrano l'esiguità dei fondi integrativi del SSN rispetto alla più ampia e popolata categoria di enti e casse aventi finalità assistenziali (detti fondi di tipo B). Ciononostante, la modifica normativa traccia una linea eloquente sulla direzione che gli enti della sanità integrativa dovrebbero intraprendere agli occhi del regolatore.

La comprensione delle dinamiche di settore passa da una sistematizzazione di dati che fanno riferimento a fonti diverse e non sempre coerenti. Attraverso un'integrazione dei dati provenienti da ANIA per la componente assicurativa e dal Dipartimento delle Finanze del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) per la componente contrattuale è possibile ricostruire longitudinalmente un quadro indicativo dello stato del settore in termini di cittadini coinvolti e soprattutto risorse impiegate, con un dettaglio a livello regionale che finora non è mai stato oggetto di analisi pubbliche.

La Tabella 6.15 riprende i dati del settore assicurativo già oggetto di pubblicazione nelle precedenti edizioni del rapporto. Nel 2022 i premi raccolti per il ramo malattia continuano la loro crescita sostenuta, aumentando del 13% rispetto al 2021 e di circa il 20% rispetto al 2019. Aumenta in modo marginale rispetto agli anni precedenti la quota dei premi relativi alle polizze individuali, che rappresentano in valore (33%) e in numeri una quota minoritaria del fatturato di settore. Nel 2022 non è disponibile il dettaglio sulla ripartizione tra polizze relative ai fondi sanitari e le altre polizze collettive, ma è ragionevole immaginare come la situazione non abbia subito cambiamenti rilevanti rispetto agli anni precedenti, dove le prime rappresentavano oltre il 55% dei premi raccolti dal ramo. Il dato sicuramente più rilevante, e che stimola una serie di interrogativi sulla sostenibilità del settore, è quello relativo al rapporto tra sinistri e premi (*loss ratio*). Il 2021 era stato infatti caratterizzato dall'allarmante dato del 110% per le polizze relative ai fondi sanitari, che avevano fatto aumentare all'82% l'indice complessivo del ramo, dal 70% dell'anno precedente. Il dato relativo ai fondi era il risultato di un'indagine ad hoc realizzata da ANIA e non è disponibile un aggiornamento per il 2022. Osservando però il dato dell'intero ramo, questo sembra essere ritornato a valori fisiologici registrati prima del 2021, essendosi ridotto al 71%. Assumendo minore volatilità nel livello di utilizzo delle altre componenti¹¹, è

¹¹ Le fattispecie di polizze individuali e polizze collettive diverse da fondi sanitari hanno mostrato valori del *loss ratio* stabili nel tempo. Tra il 2019 e il 2021 questo è passato dal 46% al 48%

Tabella 6.15 **Dati relativi alle polizze assicurative del ramo malattia, 2019-2022**

Spesa per polizze del ramo malattia	2019	2020	2021	2022
Premi raccolti nel ramo (mln di €)	3.062	3.105	3.277	3.703
% polizze relative a polizze individuali	32%	30%	32%	33%
% polizze relative a fondi sanitari e altri enti similari	56%	59%	56%	67%
% polizze relative ad altre polizze collettive	12%	10%	12%	
Rapporto sinistri-premi (loss ratio) del ramo malattia	67%	70%	82%	71%
Rapporto sinistri-premi (loss ratio) per le polizze relative a fondi sanitari ed altri enti similari	83%	84%	110%	na

Fonte: elaborazione OCPS su dati ANIA.

ragionevole immaginare che per le polizze collettive relative a fondi sanitari il valore del *loss ratio* si sia attestato per il 2022 tra l'85 e il 90%, dato inferiore ma comunque vicino alla soglia critica del 100%.

I dati del Dipartimento delle Finanze del MEF descrivono i fenomeni nella prospettiva del sistema fiscale. Le informazioni infatti derivano dalle dichiarazioni dei redditi dei contribuenti, considerato che tre diverse tipologie di contributi alla sanità integrativa godono di benefici fiscali diretti per le imposte sul reddito: gli enti e le casse aventi esclusiva finalità assistenziale e istituite da accordi o contratti aziendali (ex art. 51 del TUIR), i fondi sanitari integrativi del SSN (ex art. 10 del TUIR) e le società di mutuo soccorso (ex art. 83 del Dlgs 117/2017). In primo luogo, i dati evidenziano la costante crescita dei contribuenti che dichiarano di versare contributi alle varie forme di assistenza integrativa. Nel 2021 sono oltre 9,4 milioni, il 20% in più rispetto al 2018 e il 10% in più rispetto al 2020, e rappresentano quasi il 23% dei contribuenti totali. Trattandosi di redditi individuali, il dato non è soggetto a rischio di *double counting* (presente invece nel dato rilasciato dall'Anagrafe dei fondi sanitari pubblicato nelle edizioni precedenti del rapporto), ma non tiene conto dei familiari a carico e soprattutto delle polizze individuali e collettive non soggette a benefici fiscali, per cui può essere considerato come il limite inferiore della copertura effettiva di sanità integrativa dei cittadini italiani. I contributi versati hanno superato la soglia dei 2,6 miliardi (+3,8% rispetto al 2020) e combinando il dato con quello fornito da ANIA emerge come oltre il 70% dei contributi risulti intermediato dal settore assicurativo. La spesa intermediata dai fondi, ovvero l'importo corrispondente alle prestazioni per le quali viene richiesto un rimborso o a cui gli assistiti accedono direttamente, ha superato i 3,1 miliardi, cui sono corrisposti rimborsi effettivamente liquidati superiori a 2,2 miliardi di euro. Complessivamente dunque i rimborsi hanno rappresenta-

per le polizze individuali e dal 56% al 55% per le altre polizze collettive (ANIA, 2022). È quindi ragionevole assumere che anche nel 2022 abbiano mantenuto valori paragonabili a quelli degli anni precedenti.

Tabella 6.16 **Dati relativi ai contributi versati a enti e casse con finalità assistenziali, fondi sanitari integrativi del SSN e società di mutuo soccorso, 2018-2021**

	2018	2019	2020	2021
Assistiti	7.851.720	8.449.076	8.551.519	9.412.573
Tasso di copertura (% del totale dei contribuenti)	19,0%	20,3%	20,8%	22,7%
Contributi versati	€2.362.683.964	€2.472.168.473	€2.532.357.227	€2.629.404.236
Contributo pro capite	€301	€293	€296	€279
Importo spesa	€2.631.479.250	€3.054.988.725	€2.883.785.574	€3.145.693.287
Spesa pro capite	€335	€362	€337	€334
Importo rimborsi	€1.802.419.919	€2.073.223.969	€2.006.605.424	€2.248.333.056
Rimborso pro capite	€230	€245	€235	€239
<i>Loss ratio</i> (Rimborsi su contributi)	76,3%	83,9%	79,2%	85,5%
Scoperto medio (Rimborsi su spesa)	31,5%	32,1%	30,4%	28,5%

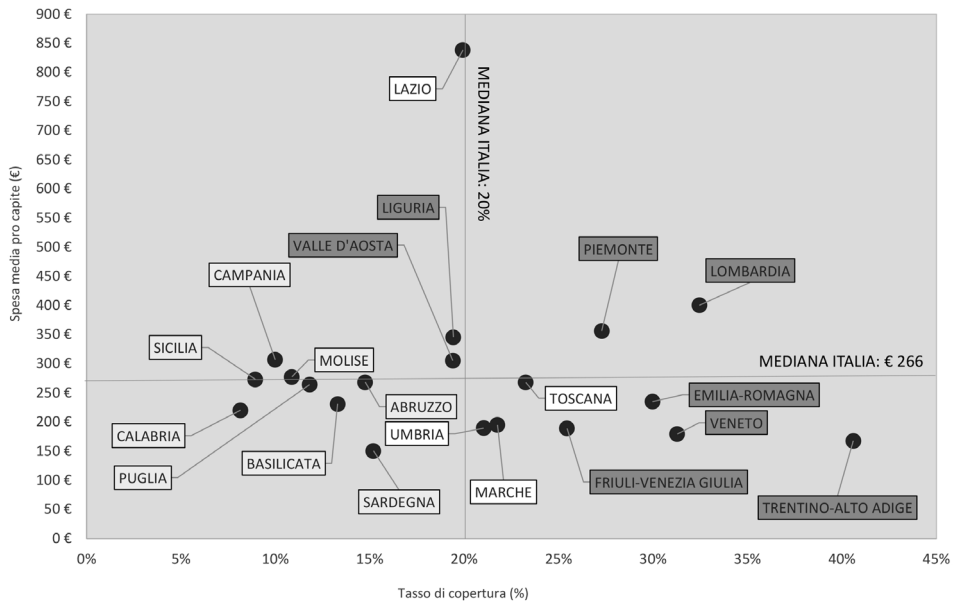
Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF – Dipartimento delle Finanze.

to l'85,5% dei contributi versati e coperto in media il 71,5% della spesa degli assistiti. Spesa e rimborsi sono cresciuti in modo proporzionale rispetto al numero di assistiti (la spesa pro capite è rimasta stabile negli anni e pari a 334 euro), ma più che proporzionalmente rispetto ai contributi, facendo aumentare nel tempo il *loss ratio*.

È noto come l'origine primariamente contrattuale delle forme di assistenza integrativa che godono di benefici fiscali ha determinato nel tempo una diversa diffusione del fenomeno guidata dalle differenti condizioni occupazionali presenti nel Paese. La Figura 6.7 e la Figura 6.8 mostrano a livello regionale la relazione tra copertura della popolazione e, rispettivamente, la spesa pro capite e il tasso di utilizzo, calcolato come la percentuale di contribuenti alle forme di assistenza integrativa che dichiarano di aver sostenuto una spesa intermedia nell'anno. Innanzitutto è necessario sottolineare come da entrambe le figure emerga l'eccezione laziale (probabilmente riconducibile alla sola città di Roma), regione che pure a fronte di un tasso di copertura coincidente con la mediana nazionale (20%) presenta eccezionali valori di spesa pro capite (839 euro) e di utilizzo delle forme di assistenza (66%). Tolta questa eccezione, che sorprende solo per l'entità dei valori, essendo il Lazio notoriamente una regione in cui la sanità integrativa ha livelli di utilizzo maggiori rispetto alle altre, emerge un quadro molto variegato da cui si fatica ad estrarre relazioni significative.

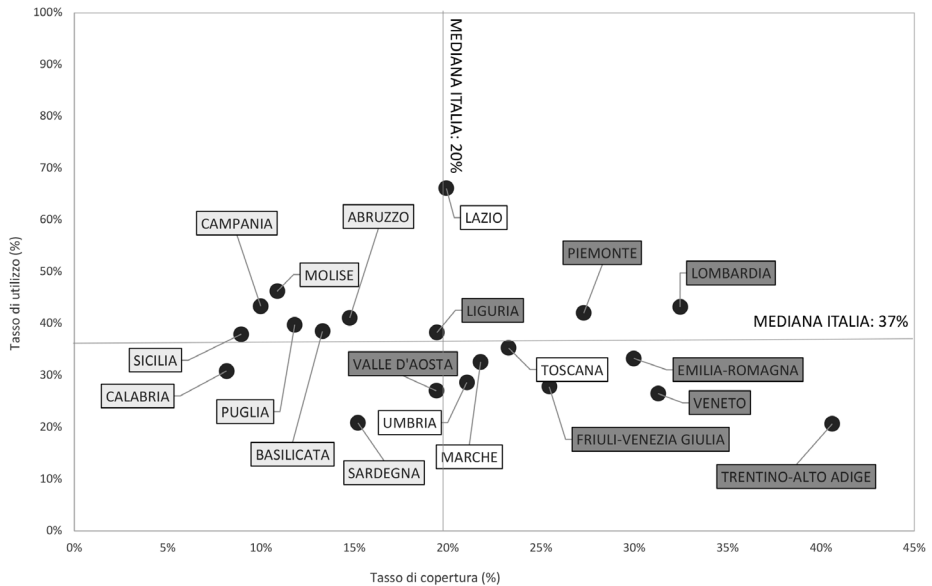
Guardando alla Figura 6.7 si nota quanto il tasso di copertura della popolazione sia differenziato tra regioni meridionali, centrali e settentrionali, con queste ultime che, con le sole eccezioni di Liguria e Valle d'Aosta, si posizio-

Figura 6.7 **Tasso di copertura e spesa media pro capite dichiarata, 2021**



Nota: le etichette in grigio chiaro evidenziano le regioni meridionali, quelle in bianco le regioni centrali, quelle in grigio scuro le regioni settentrionali. Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF – Dipartimento delle Finanze.

Figura 6.8 **Tasso di copertura e tasso di utilizzo, 2021**



Nota: le etichette in grigio chiaro evidenziano le regioni meridionali, quelle in bianco le regioni centrali, quelle in grigio scuro le regioni settentrionali. Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF – Dipartimento delle Finanze.

nano tra quelle con i tassi di copertura più elevati. Il dato non sorprende data la natura prevalentemente contrattuale delle coperture integrative e dall'attivismo mostrato da alcune regioni, tra tutte Veneto e Trentino-Alto Adige, nel costruire ulteriori forme di assistenza rivolte ai lavoratori residenti all'interno delle rispettive regioni. Sulla spesa media emerge un dato variegato e non correlato con il tasso di copertura (escludendo l'*outlier* Lazio, il coefficiente di correlazione lineare è pari a $-0,07$), né evidentemente con il reddito pro capite delle regioni. La Sardegna è quella con la spesa pro capite più bassa (151 euro) e la Lombardia quella con la spesa più elevata (401 euro). Si alternano in mezzo regioni settentrionali, centrali e meridionali. La Campania, ad esempio, presenta una spesa media pari a 307 euro, superiore a regioni come Toscana (268 euro), Emilia-Romagna (235 euro) e Veneto (180 euro). Purtroppo non è possibile scomporre le voci di spesa, ma una potenziale spiegazione potrebbe essere individuata nelle aree di uso delle coperture, con regioni «basso-spendenti» come Sardegna e Veneto in cui le coperture potrebbero essere maggiormente destinate a finanziare servizi ambulatoriali, e regioni «alto-spendenti» come Lazio e Lombardia in cui potrebbe essere più frequente l'utilizzo delle coperture per spese di ricovero.

Dalla Figura 6.8 emerge invece una moderata correlazione negativa (escludendo l'*outlier* Lazio, il coefficiente di correlazione lineare è pari a $-0,39$) tra tasso di copertura e tasso di utilizzo del fondo. Emerge infatti come le regioni meridionali, pur essendo caratterizzate da tassi di copertura della popolazione inferiori, abbiano tassi di utilizzo delle coperture mediamente superiori rispetto alle regioni centrali e settentrionali. La regione con il tasso di utilizzo maggiore (tolto il Lazio) risulta essere il Molise (46%), seguita da Lombardia (43%) e Campania (43%). Il dato può essere interpretato alla luce della maggiore prevalenza al nord di coperture derivanti dai contratti nazionali, caratterizzati notoriamente da un minore livello di consapevolezza degli assistiti, rispetto alle coperture aziendali, relativamente più diffuse nelle regioni meridionali (si pensi ad esempio alle coperture previste dai grandi gruppi bancari, i cui dipendenti sono distribuiti uniformemente sul territorio nazionale). Combinando le due figure emerge dunque come nelle regioni meridionali si registri un utilizzo superiore cui corrisponde al contempo una spesa pro capite inferiore rispetto alle regioni settentrionali. La elevata variabilità sembra dunque essere il frutto della combinazione di una molteplicità di variabili molto diverse tra loro quali il funzionamento dei SSR e il rapporto dei cittadini con esso, le politiche di contenimento della spesa sanitaria, tessuto produttivo e mercato del lavoro.

La lettura complessiva dei dati evidenzia in modo inequivocabile la crescita costante ma eterogenea delle coperture integrative, mettendo in risalto alcuni elementi di tensione ancora irrisolti. Innanzitutto, si protrae l'ambiguità circa la mancata ricomposizione tra sistema sanitario pubblico a tutela della salu-

te del cittadino, da una parte, e sanità integrativa che tutela primariamente la salute dei lavoratori dipendenti e che trae legittimazione dalle relazioni industriali, dall'altra. L'attività di monitoraggio affidata all'Anagrafe, frutto di una lunga interlocuzione tra Ministero e rappresentanti dei fondi, è un primo tassello che potrebbe contribuire a ricondurre a una regia unitaria il tema del finanziamento e dell'erogazione dalle prestazioni, lasciando però immutata l'ambiguità circa il posizionamento effettivo di questo settore rispetto al SSN (e viceversa) e le dimensioni sulle quali gli attori intendano perseguire il suo sviluppo. A questo elemento si aggiungono gli interrogativi su un settore che finora è stato caratterizzato da una politica di mantenimento di premi/contributi esigui, una focalizzazione sulle prestazioni di frequenza, e che per la sua sostenibilità ha fatto leva su una quota di inattivi consistente e politiche di convenzionamento finalizzate a negoziare con gli erogatori prezzi sempre più bassi. È evidente come gli elementi emersi ed accentuati negli ultimi anni, quali le dinamiche inflattive sul settore dell'erogazione, la maggiore attenzione sui temi della salute e consapevolezza delle forme di assistenza integrative andranno a interagire con ulteriori elementi di incertezza quali l'esplosione dei bisogni legati alla cronicità e alla non autosufficienza, le prospettive di crescita demografica che incideranno sulla numerosità della popolazione in età lavorativa e quindi sulla capacità contributiva, il prolungarsi del sottofinanziamento del SSN e le aspettative degli stakeholder nelle relazioni industriali e con il mondo degli erogatori, prospettando la necessità di un ridisegno del settore nel medio-lungo periodo.

6.8 Riflessioni conclusive

Il contributo di quest'anno dimostra, una volta di più e con grande evidenza, la bontà degli assunti di fondo che hanno sempre sorretto le attività e le riflessioni dell'Osservatorio: da una parte, la complessità dei fenomeni indagati, i quali poco si prestano alle semplificazioni, spesso ideologiche, che dominano il dibattito pubblico e, dall'altra, la necessità di ricostruire pazientemente i dati attorno ai quali provare ad articolare interpretazioni fondate e ragionevoli.

A differenza di quanto spesso affermato, e percepito dall'opinione pubblica, un decennio di dati mostra la sostanziale, e per certi versi sorprendente, stabilità in relazione al PIL dei consumi privati nel loro insieme. In un decennio, prima dominato da una contrazione dell'impegno pubblico e che ha poi visto l'irrompere dell'epidemia, con tutte le sue conseguenze in termini di impatto su risorse e bisogni, la percentuale di reddito destinata dai consumatori al soddisfacimento dei bisogni di salute è rimasta immutata.

Ciò non significa che il fenomeno sia privo di dinamiche interne, anche significative, o che lo stesso ancoraggio ai livelli di reddito sia frutto di mec-

canismi privi di complessità. Le evidenti difficoltà del sistema pubblico non solo nel recuperare le prestazioni non erogate durante la pandemia, ma anche nel raggiungere i livelli di produzione pre-Covid non sembrano avere finora prodotto quell'incremento di spesa privata che molti paventavano. Le visite specialistiche, una componente specifica dei consumi che pesa poco meno del 15% sul totale, ma di grande visibilità presso l'opinione pubblica, hanno invece sperimentato nel Covid un cambiamento di rilievo nel mix delle fonti di finanziamento a favore dei consumi privati. Bisognerà attendere qualche anno per capire la reale natura, congiunturale o strutturale, di quanto avvenuto.

Come interpretare tali fenomeni rimane un esercizio difficoltoso. Nel contrastare una probabile spinta all'aumento dei consumi possono essere intervenuti fattori diversi e interconnessi quali: l'intensificarsi dei vincoli di bilancio per le famiglie nella crisi e nel successivo riaccendersi dell'inflazione; una gerarchia effettiva delle preferenze di individui e famiglie che potrebbe collocare i consumi sanitari in una posizione meno elevata di quanto non venga comunemente ipotizzato (ad esempio rispetto a spese considerate voluttuarie come alberghi e ristoranti); l'emergere di tensioni nel sistema di offerta anche per le difficoltà nel reclutamento dei professionisti. Sono queste tutte variabili che potrebbero al tempo stesso spiegare la stabilità dei consumi sotto condizioni diverse e i rilevanti mutamenti intervenuti in alcune componenti.

In questa prospettiva, si conferma l'importanza di guardare alla spesa sanitaria privata non solo come insieme unitario, ma nelle sue specifiche componenti. Nel capitolo è ben dimostrato, ad esempio, come i consumi di visite specialistiche rappresentino qualcosa di molto diverso dai consumi di farmaci. Le differenze rilevanti, poi, attraversano non solo le tipologie di consumo, ma anche i consumatori come ben evidenziano le riflessioni su una categoria di individui, sempre più significativa in una società che invecchia, come gli over75 che vivono da soli.

L'importanza di analisi specifiche e puntuali nulla toglie alla urgenza di una riflessione sull'intero sistema sanitario e le sue dinamiche evolutive. I confronti internazionali, che iniziano a tornare significativi dopo il covid (il 2019 era l'ultimo anno normale), confermano «l'anomalia italiana» sia in termini di spesa sanitaria totale in relazione al PIL che di composizione, con particolare riferimento alla componente intermediata.

L'Italia con la popolazione più anziana del continente è tra i paesi che spendono meno. La Tabella 6.3 ci dice che investe in sanità meno di noi solo l'Irlanda, con Portogallo e Spagna che ci superano di più di un punto e mezzo, per non guardare ai 3/4 punti che si separano da Francia e Germania. Anche ipotizzando rilevanti (e improbabili) differenziali di efficienza ed efficacia tra il nostro paese e gli altri e guardando, poi, alla struttura per età della nostra popolazione, sembrerebbe inevitabile prevedere la necessità di aumentare in maniera significativa le risorse complessive che la nostra collettività investe

nella tutela della salute. Se il sistema è impegnato nel giro di alcuni anni a portare la spesa pubblica dall'attuale 6,8% al 6,2% del PIL, un livello più basso di quello registrato nel 2019, il recupero di livelli di spesa sanitaria paragonabili a quelli degli altri paesi dovrà vedere un contributo importante da parte della componente privata.

Non è questa la sede per riflettere su come ciò potrà avvenire e quali condizioni dovranno essere garantite per attutire gli inevitabili riflessi sull'equità che uno spostamento sulla componente privata genera. Il contributo che, all'interno del rapporto, OCPS annualmente dedica ai consumi privati è, infatti, orientato all'analisi piuttosto che alle proposte. Le prospettive aiutano però a individuare dove possa essere più utile approfondire le analisi. Se le prospettive sono di un maggiore e migliore contributo della componente privata al soddisfacimento dei bisogni di salute, il ruolo dei consumi collettivi non pubblici potrebbe risultare fondamentale. Le ragioni sono varie, ma è sufficiente sottolineare come rispetto alla spesa *out of pocket* la componente intermediata, da una parte, sia caratterizzata da un minor rischio di iniquità e, dall'altra, sia meglio attrezzata rispetto alle asimmetrie informative. Alcune iniziative istituzionali segnalano, in effetti, una certa attenzione al tema, ma il dibattito, seppure agli inizi, sembra utilizzare visioni stereotipate e tradire una certa debolezza nella messa a fuoco delle dinamiche fondamentali che attraversano il settore, da qui la scelta di dedicare un approfondimento alla sanità integrativa.

Sebbene all'apparenza gli allarmi sulla sostenibilità, il superamento della soglia del 100% nel rapporto sinistri-premi registrato nel 2021, sembrano essere rientrati, rimangono ancora da affrontare e definire una serie di aspetti necessari per un definitivo consolidamento della sanità integrativa come secondo pilastro del nostro sistema. Si tratta in parte di dinamiche strutturali, analoghe a quelle che toccano il sistema sanitario nel suo complesso, e rispetto alle quali la sanità integrativa dovrà trovare risposte adeguate, tanto nella sua collocazione e architettura istituzionale quanto negli strumenti e capacità gestionali. Questioni come: una base contributiva in diminuzione per via dell'invecchiamento della popolazione e conseguente uscita dal mondo del lavoro dei settori più densi di forza lavoro; spazi limitati per aumenti nelle contribuzioni in un contesto di basse retribuzioni e di sforzi tesi a diminuire il cuneo fiscale, disparità territoriali nella copertura e nei consumi, eccessiva dipendenza da politiche di compressione dei margini degli erogatori, seppur affrontabili, non hanno soluzioni semplici. Costruire le condizioni per la sostenibilità di questo settore significa combinare una maggiore disponibilità di risorse a un sistema di regole che ne delinea un preciso posizionamento nel quadro di un sistema universalistico, definisca le aspettative degli assistiti, chiarisca il rapporto tra contributi e benefici e intervenga sui rapporti di forza tra soggetti assicuratori, enti responsabili delle coperture e mondo degli erogatori, pubblici e privati.

In sintesi e per concludere, la progressiva uscita dal Covid ripropone al no-

stro sistema sanitario le medesime urgenze che ci accompagnano da anni, ovvero quelle segnate da una trasformazione del sistema che per potere essere governata ha bisogno di scelte e di analisi in grado di rappresentare e decifrare una realtà complessa.

6.9 Bibliografia

- AIFA (2023), «L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto OsMed 2022», Disponibile a questo link: <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2022>.
- ANIA (2023), «L'assicurazione italiana 2021/2022», Disponibile a questo link: <https://www.ania.it/documents/35135/0/LAssicurazioneItaliana-2023+WEBVER.pdf/68ffb7ef-d05a-fffe-0ee5-d3c43987829c?t=1688648107342>.
- 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.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2022), «Rapporto annuale sulle spese fiscali 2022», Disponibile a questo link: https://www.mef.gov.it/ministero/commissioni/red_spe_fis/index.html.
- Corte dei Conti (2023), «Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica», Disponibile a questo link: <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=6b3c3b5a-0ce7-4242-82b9-0662cea9a490>.
- 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): pp. 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*, Milano, Egea.
- 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)*, Milano, Egea.

- Federfarma (2023), «La spesa farmaceutica nel 2022», Disponibile a questo link: <https://www.federfarma.it/Documenti/spesa/2022/spesa2022.aspx>.
- ISTAT (2023), «Conto trimestrale delle AP, reddito e risparmio delle famiglie e profitti della società», *Statistiche Flash*, 5 aprile 2023, Disponibile a questo link: <https://www.istat.it/it/files//2023/04/Conto-Ap-reddito-famiglie-profitti-società-4trim2022.pdf>.
- Notarnicola E. e Perobelli E. (2023), «Il settore Long Term Care per anziani non autosufficienti in Italia: rete di welfare, «badantato», posizionamento dei gestori e innovazioni in corso», In Fosti G., Notarnicola E. e Perobelli E. (a cura di), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care*, 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Milano, Egea.
- OECD (2023), *Health Statistics 2022*, Disponibile a questo link: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
- 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.
- Ragioneria Generale dello Stato (2023), «Il monitoraggio della spesa sanitaria», *Studi e pubblicazioni*, luglio 2020.
- 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), pp. 535-543.

