

## 6 I consumi privati in sanità

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

### 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 2023.

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 sul contesto italiano (§ 6.5) indagando la composizione della spesa per funzioni, per fonti di finanziamento e per loro destinazione. Il contributo di quest'anno propone due approfondimenti specifici. Il primo è dedicato all'analisi dell'impatto della recente dinamica inflazionistica sulla spesa sanitaria privata (§ 6.6), il secondo alle dinamiche di iniquità potenzialmente alimentate dalla spesa sanitaria privata (§ 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.

---

<sup>1</sup> 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 diversi.

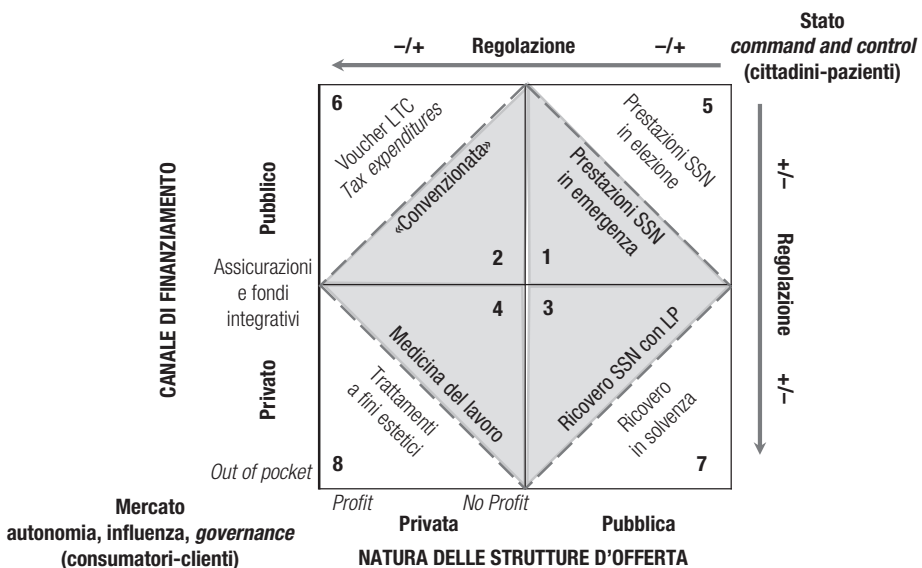
Alla luce di quanto appena esposto, la Figura 6.1 rappresenta il framework di riferimento introdotto a partire dal Rapporto 2019 (Del Vecchio *et al.*, 2019). Alle tradizionali dimensioni di «produzione» e «finanziamento», che aiutano a definire le aree di interesse dei consumi privati, si aggiunge la 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 che, purtroppo, rimane 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 perimetri dell'oggetto di studio, delle fonti utilizzabili e dei correlati metodi di stima. A differenza della spesa pubblica, il cui perimetro non può essere oggetto di fraintendimenti, in quanto definito da norme e dagli ambiti di operatività delle aziende sanitarie pubbliche e in cui è chiaro il soggetto che si fa carico dell'onere (i cittadini attraverso il sistema della tassazione), per la spesa privata oggetti e metodi possono differire a seconda della fonte e degli obiettivi di stima.

Per quanto concerne i perimetri, la questione di come discriminare e rappresentare la parte idealmente ricompresa nella locuzione «spesa sanitaria privata» presenta almeno due elementi di difficoltà, in parte collegati.

Il primo riguarda il dibattito relativo a una definizione che guardi non tanto alla natura istituzionale dei soggetti che raccolgono le risorse (pubblici o privati), quanto ai meccanismi impiegati e alla volontarietà o meno del trasferimento (Thomson *et al.*, 2009). Il fenomeno della spesa privata obbligatoria – che, sotto certe circostanze, può essere assimilata a quella pubblica – è riscontrabile in alcuni Paesi (sistemi assicurativi misti come USA e Svizzera, sistemi ad assicurazione integrativa obbligatoria come la *complémentaire santé* in Francia). Se guardiamo al caso italiano e concentriamo l'attenzione a livello dei consumi possiamo osservare fenomeni di ibridazione analoghi a quelli che investono i sistemi nel loro insieme. Il riferimento non è tanto alle situazioni di acquisto volontario delle cosiddette *amenities*, nelle quali al consumatore viene offerta la possibilità di fruire di un bene o servizio con una qualche caratteristica «aumentata» pagando un prezzo definito (ad esempio, consumo di un farmaco branded per il quale il SSN si è fatto carico del costo del generico, differenza alberghiera su un ricovero SSN). Si tratta, invece, di consumi finanziati in parte da risorse private, ma le cui caratteristiche qualificanti rimangono quelle dei consumi pubblici come nel caso delle compartecipazioni alla spesa per beni e servizi coperti dal SSN. La stessa logica può essere estesa anche al vantaggio che la normativa fiscale assicura ad alcuni beni e servizi sanitari e nega, invece, ad altri (detrazioni/deduzioni). L'area della spesa sanitaria privata potrebbe quindi essere ridotta sia escludendo la spesa per compartecipazione, in quanto l'obbligatorietà rende tale contributo più simile a una forma di tassazione, sia eliminando dal computo i benefici fiscali concessi alla spesa sanitaria privata volontaria, in quanto risorse che rientrano nella disponibilità del contribuente.

Il secondo è l'oggetto preso a riferimento e di cui si voglia giudicare l'inclusione o meno nel perimetro. Non è questo il luogo per approfondire il tema di cosa sia o non sia riconducibile all'ambito sanitario, ma bisogna sottolineare come la possibilità di tracciare linee di demarcazione significative sia

influenzata dai mutamenti che stanno avvenendo nei bisogni prevalenti delle popolazioni, dalle dinamiche demografiche che spostano i bisogni dall'acuzie alla cronicità e ampliano le aree di intervento verso confini meno definiti, che fondono sempre di più il sanitario con il socio-assistenziale. Un'altra variabile è il passaggio dal concetto di *healthcare* a quello di *wellbeing*, per cui l'individuo viene considerato nella sua totalità (Dolan, 2013) con la conseguenza di estendere i confini tradizionali del settore sanitario e renderli sempre più mobili e sfumati. Anche assumendo di poter definire con sufficiente precisione un'area di consumi qualificabili come sanitari e, quindi, un ampio insieme di beni e servizi in qualche misura utili alla salute, rimane aperta la questione di come considerare alcune categorie che ampliano e completano la tutela pubblica quali, per esempio, gli integratori alimentari (spesso oggetto di prescrizione medica), le prestazioni sanitarie a fini esclusivamente estetici, la spesa sociale per assistenza ad anziani e disabili (caratterizzata quasi sempre da una componente sanitaria, sebbene non prevalente) oppure la quota che rimane a carico delle famiglie in caso di ricovero in RSA (e relativa soprattutto alla componente alberghiera). Il perimetro della spesa sanitaria privata può quindi coincidere con l'insieme dei consumi così come li percepisce e conosce l'utente – è, in particolare, il caso della classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*) utilizzata da ISTAT che include gli integratori alimentari e i prodotti omeopatici nella spesa per medicinali – oppure essere ricondotto alle sole componenti strettamente sanitarie dell'assistenza come avviene nel sistema SHA (*System of Health Accounts*) che utilizza la classificazione ICHA (*International Classification of Health Accounts*) per i confronti internazionali.

È opportuno infine sottolineare che le principali fonti e istituzioni nazionali e internazionali possono utilizzare perimetri di riferimento diversi in funzione della popolazione considerata (residenti e/o non residenti) e delle categorie di soggetti che si fanno carico della spesa. I Conti Nazionali considerano solo i consumi finali delle famiglie (residenti e non) sul territorio economico secondo la classificazione COICOP. Le stime SHA fanno invece riferimento al sistema di classificazione ICHA che riguarda le famiglie residenti e 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.

Rispetto ai metodi, le stime possono basarsi su indagini quantitative (es: Indagine sulla Spesa delle Famiglie, ISTAT), su dati amministrativi (es: dati MEF sulla spesa rilevata attraverso la tessera sanitaria) o, in caso di fonti secondarie, sull'integrazione di più fonti primarie (es: Contabilità Nazionale o Sistema dei Conti per la Sanità, ISTAT). Le principali fonti e stime ufficiali della spesa sanitaria sono riportate nella Tabella 6.1.

La base di partenza per il calcolo delle stime ufficiali è tipicamente l'Indagine sulla Spesa delle Famiglie che viene condotta annualmente da ISTAT

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

Fonti	Aggregati e metodi di riferimento	Classificazioni	Stima nazionale (ultimo anno disponibile)	Anni disponibili	Soggetta ad aggiornamenti e revisioni	Aggregazione disponibile
	Spesa sanitaria rilevata dall'Indagine sulla spesa delle famiglie residenti (sostenute in Italia e all'estero)*	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP 2018)*	35,9	1997-2022	No	Nazionale e regionale
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)	43,0	1995-2023	Si	Nazionale
	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)		45,9	2012-2023	Si	Nazionale
O E C D , 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)	45,9	1970-2023	Si	Internazionale e nazionale
MEF	Spesa sanitaria privata sostenuta dai cittadini e trasmessa al sistema Tessera Sanitaria (TS)	Spesa per regione, soggetto inviante e tipologia.	40,3	2016-2022	No	Nazionale e regionale

per stimare il paniere di consumo complessivo delle famiglie residenti in Italia e analizzare le determinanti socio-economiche della spesa familiare. L'ultimo dato disponibile è relativo al 2022: la spesa sanitaria come aggregato risulterebbe pari a 36 miliardi di euro. Il dato viene ogni tanto ancora impropriamente ripreso nel dibattito pubblico, ma essendo frutto di un'indagine campionaria è soggetto ad errori statistici che sono tanto più elevati quanto meno frequenti sono i fenomeni rilevati come, ad esempio, la spesa per ricoveri o altre spese di carattere «una tantum». La stima aggregata rischia così di essere sottostimata come conferma il dato ottenuto da fonti amministrative sulla spesa sostenuta dai cittadini e trasmessa al sistema Tessera Sanitaria (TS), che per il 2022 (ultimo anno disponibile) si attesta sui 40,3 miliardi (MEF). I dati dell'Indagine sulla Spesa delle Famiglie sono pertanto utilizzati in questo capitolo, coerentemente con gli obiettivi principali dell'Indagine, per analizzare i comportamenti di spesa e le determinanti strutturali; vengono considerate quindi prevalentemente le percentuali piuttosto che i valori assoluti.

La stessa ISTAT, nel rilasciare i dati ufficiali sulla spesa sanitaria, rivede e armonizza le stime tenendo conto di dati sull'offerta (es: fatturati, spesa farmaceutica, ecc.), dell'andamento dei prezzi, di altre componenti che non sono oggetto dell'indagine sulle famiglie, nonché della spesa effettuata da altri soggetti diversi dalle famiglie (es: imprese, assicurazioni, ecc.). Le stime sulla spesa sanitaria diffuse da ISTAT afferiscono principalmente a due sistemi di contabilità: i Conti Nazionali e il Sistema Internazionale ICHA-SHA. Come già precisato, residenza e tipologia dei soggetti presi in considerazione spiegano una buona parte delle differenze tra le stime di spesa sanitaria ufficiali (Del Vecchio *et al.*, 2017). Infatti, la stima per il 2023 fornita dai Conti Nazionali è pari a 43 miliardi di euro, mentre quella fornita attraverso ICHA-SHA risulta pari a 45,9 miliardi (Tabella 6.1).

I lettori che leggono sistematicamente il rapporto non potranno non notare il balzo in avanti effettuato dalla spesa sanitaria privata rispetto alla stima fornita nella scorsa edizione. Il tema, data la sua portata, verrà affrontato e contestualizzato a più riprese in questo capitolo. Qui va comunque anticipato che vi è stata una rivisitazione complessiva al rialzo delle serie storiche da parte di ISTAT su tutte le componenti del reddito e pertanto una parte della spiegazione è di tipo tecnico e riguarda tutte le componenti del PIL.

#### **6.4 La spesa sanitaria privata nei confronti internazionali**

Archiviato il periodo di shock pandemico, i dati consolidati del 2022 e i primi dati del 2023 ci restituiscono una dinamica generale in cui i tassi di crescita della spesa sanitaria pubblica si attestano a valori significativamente inferiori

rispetto a quelli osservati nei due anni precedenti. Rispetto poi al posizionamento sul PIL, lo scenario prevalente è quello di un ritorno a valori simili a quelli pre-pandemici, sia per la spesa pubblica che per quella privata.

La Tabella 6.2 mostra i tassi di crescita della spesa sanitaria obbligatoria (pubblica e privata obbligatoria) e privata volontaria per un gruppo di 14 paesi OCSE che comprende i principali paesi europei (Germania, Regno Unito, Francia, Italia e Spagna) e gli Stati Uniti. In particolare, vengono messi a confronto il tasso di crescita medio annuo (calcolato come CAGR) prima dello shock pandemico, con riferimento al periodo tra il 2016 (anno dal quale quasi tutte le stime sono state armonizzate) e il 2019, con gli anni successivi.

Con riferimento al periodo pre-pandemico, si osserva innanzitutto una crescita media annua di segno positivo sia per la spesa pubblica che per la spesa privata in tutti i paesi considerati. La spesa pubblica cresce comunque moderatamente di più e in modo più omogeneo tra i paesi selezionati rispetto alla componente privata. Bisogna comunque notare alcune specificità. In Grecia, Olanda, e Svezia la spesa privata cresce mediamente meno di quella pubblica, mentre, in Italia, la spesa privata cresce nello stesso periodo mediamente più di quella pubblica, i cui tassi di crescita sono nettamente inferiori rispetto a tutto il resto del gruppo di paesi selezionati.

Tabella 6.2 **Andamento della spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria e della spesa privata volontaria; tassi di crescita (%) 2016-2023 per un gruppo di paesi OCSE**

	Crescita Spesa Sanitaria (%)				CAGR Spesa Sanitaria(%)			
	Obbligatoria (Pub)		Volontaria (Priv)		Obbligatoria (Pub)		Volontaria (Priv)	
	2016-2019	2019-2022	2016-2019	2019-2022	2016-2019	2019-2022	2016-2019	2019-2022
Austria	14,2	23,8	7,7	7,8	4,5	7,4	2,5	2,5
Belgio	8,8	15,7	18,1	16,0	2,8	5,0	5,7	5,1
Canada	13,6	26,6	15,7	16,6	4,3	8,2	5,0	5,3
Francia	6,1	17,9	1,9	5,9	2,0	5,6	0,6	1,9
Germania	15,0	23,9	18,1	0,0	4,8	7,4	5,7	0,0
Grecia	2,2	17,7	2,0	15,2	0,7	5,6	0,6	4,8
Italia	4,2	14,1	7,8	10,0	1,4	4,5	2,5	3,2
Olanda	15,3	19,5	3,4	7,7	4,9	6,1	1,1	2,5
Portogallo	14,9	27,7	18,9	19,3	4,7	8,5	5,9	6,1
Spagna	12,4	21,0	18,3	1,5	4,0	6,6	5,8	0,5
Regno Unito	12,8	29,6	20,4	5,4	4,1	9,0	6,4	1,8
Stati Uniti	13,3	20,4	14,3	13,4	4,3	6,4	4,5	4,3
Svezia	15,3	16,0	7,9	8,5	4,9	5,1	2,6	2,7
Svizzera	7,2	12,8	9,5	9,0	2,3	4,1	3,1	2,9

Fonte: elaborazione OCPS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2024).



Entrando ora nelle dinamiche più recenti, il periodo 2019-2022 è caratterizzato da una rilevante e diffusa espansione della spesa pubblica, anche se con differenti accelerazioni. Dall'altra parte, nonostante questa immissione di risorse pubbliche, la spesa privata continua a crescere in tutti gli stati e anche in questo caso con diverse velocità. Solo Germania, Spagna e Regno Unito vedono, in realtà, quasi un arresto nella crescita. Negli altri paesi si osserva una continuità sia nella crescita complessiva nel triennio considerato che nei ritmi di crescita.

Rispetto alle dinamiche del PIL e prendendo a riferimento gli ultimi cinque anni disponibili, le dinamiche ci restituiscono un quadro di rientro ai parametri precedenti al periodo pandemico. Da una parte, la spesa pubblica inizia a decelerare sia in valore assoluto che rispetto al PIL e, dall'altra, la spesa privata si mantiene in quasi tutti i paesi agganciata alle dinamiche del PIL, con oscillazioni che si collocano in un range di valori compreso tra lo 0,1 e lo 0,2% del PIL

Dopo le intense e complesse dinamiche vissute tra 2020 e il 2021, in particolare sul versante della spesa sanitaria pubblica (Vedi rapporti precedenti), il 2022, e ancora di più il 2023, sembrano riportare la situazione complessiva verso i posizionamenti di spesa pubblica e privata del 2019. A chiusura di questa

Tabella 6.3 **Andamento della spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria e della spesa privata volontaria in % del PIL, 2019-2023 per un gruppo di paesi OCSE**

	Spesa Pubblica o Privata Obbligatoria (in % del PIL)					Spesa privata volontaria (in % del PIL)				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Stati Uniti	13,7	15,7	14,4	13,8	–	2,9	2,9	2,9	2,7	–
Germania	9,8	10,8	11,0	10,9	10,1*	1,9	1,9	1,9	1,7	1,7*
Francia	9,2	10,2	10,5	10,1	–	1,9	1,9	1,8	1,8	–
Svezia	9,2	9,8	9,6	9,0	9,4*	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5*
Paesi Bassi	8,4	9,5	9,4	8,5	–	1,7	1,7	1,7	1,6	–
Belgio	8,1	8,8	8,5	8,1	–	2,7	2,5	2,6	2,7	–
Austria	7,9	8,7	9,5	8,7	8,5*	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5
Regno Unito	7,9	10,1	10,1	9,1	8,9*	2,1	1,9	2,0	1,9	2,0*
Svizzera	7,7	8,4	8,2	8,0	7,7	3,5	3,5	3,5	3,5	–
Canada	7,7	9,6	9,1	8,0*	7,9*	3,4	3,4	3,4	3,2	3,3
Spagna	6,4	7,9	7,6	7,2	–	2,7	2,9	2,7	2,5	–
Italia	6,4	7,3	7,0	6,7	6,2*	2,3	2,3	2,4	2,3	2,2*
Portogallo	5,8	6,8	7,0	6,5	6,2*	3,7	3,8	4,1	3,9	3,8*
Grecia	5,0	5,9	5,7	5,3	–	3,1	3,6	3,5	3,2	–
Irlanda	5,0	5,5	5,1	4,7	5,1*	1,7	1,6	1,5	1,4	1,5*

\* Dati provvisori

Fonte: elaborazione OCPS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2024).

Tabella 6.4 **Spesa sanitaria pro capite (in euro) per regime di finanziamento e paesi OCSE selezionati, 2023 (o ultimo anno disponibile)**

Paese	Spesa Pubblica o Privata Obbligatoria (1)			Spesa privata volontaria (2)			Spesa Sanitaria Totale			
	€ pro capite	% sul PIL	di cui pubblica (%)	€ pro capite	% sul PIL	di cui out-of-pocket (%)	€ pro capite	% sul PIL	di cui (1) (%)	di cui (2) (%)
Francia*	3.911	10,1%	93%	705	1,8%	58%	4.615	11,9%	85%	15%
Germania	4.953	10,1%	92%	811	1,7%	80%	5.764	11,8%	86%	14%
Austria	4.430	8,5%	100%	1.312	2,5%	71%	5.742	11,0%	77%	23%
Belgio*	3.848	8,1%	100%	1.274	2,7%	81%	5.122	10,8%	75%	25%
Paesi Bassi*	4.607	8,5%	39%	862	1,6%	64%	5.469	10,1%	84%	16%
Portogallo	1.565	6,2%	100%	972	3,8%	78%	2.537	10,0%	62%	38%
Spagna*	2.038	7,2%	100%	715	2,5%	74%	2.754	9,7%	74%	26%
Finlandia*	3.714	7,7%	100%	952	2,0%	79%	4.666	9,7%	80%	20%
Grecia*	1.050	5,3%	100%	641	3,2%	89%	1.695	8,5%	62%	38%
Italia	2.208	6,2%	100%	777	2,2%	89%	2.986	8,4%	74%	26%
Irlanda	4.862	5,1%	100%	1.423	1,5%	47%	6.285	6,6%	77%	23%
<b>Paesi non €</b>										
Stati Uniti*	10.113	13,8%	64%	1.988	2,7%	68%	12.101	16,5%	84%	16%
Svizzera*	7.105	8,0%	41%	3.117	3,5%	72%	10.376	11,7%	68%	32%
Canada	3.972	7,9%	100%	1.662	3,3%	52%	5.635	11,2%	70%	30%
Svezia	4.902	9,4%	100%	785	1,5%	92%	5.687	10,9%	86%	14%
Regno Unito	4.058	8,9%	100%	899	2,0%	76%	4.956	10,9%	82%	18%

\* I dati sono riferiti al 2022.

Nota: le valute estere sono state convertite utilizzando i tassi di cambio medio per l'anno di riferimento (Fonte: BCE).

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD Health Statistics 2024).

sezione riportiamo nella Tabella 6.4 il consueto confronto sui principali ordini di grandezza che riguardano i regimi di finanziamento, per l'anno 2023 o il più recente disponibile.

La tabella mostra in dettaglio la spesa sanitaria pro capite e in percentuale del PIL per i principali paesi europei e OCSE. L'Italia si conferma in coda alla classifica dei principali paesi europei e OCSE rispetto alle risorse destinate alla sanità sia in valori assoluti che in percentuale del PIL. Questo posizionamento è notoriamente spinto tanto dalla componente pubblica, che si attesta tra i valori più bassi per i paesi avanzati, 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. Rispetto poi alla spesa sanitaria privata, il 2023 sembra consolidare il dato per cui l'Italia si attesterebbe tra i paesi avanzati con la minore quota di risorse intermedia dal settore assicurativo, dalle imprese e dalle istituzioni non-profit. La

spesa privata è infatti supportata in larga parte direttamente dai bilanci delle famiglie; circa il 90% della spesa privata è *Out of Pocket*, mentre in Germania è il 79%, nel Regno Unito il 76% e in Francia il 58%. A tal proposito bisogna comunque segnalare quanto anticipato nella sezione metodologica precedente e cioè che i dati ufficiali internazionali non colgono, almeno per l'Italia, tutta la parte intermediata, che rimane in ogni caso decisamente minoritaria (vedi paragrafo successivo).

## 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 6.5), nell'ultimo decennio si nota come la spesa sanitaria corrente totale italiana sia cresciuta costantemente, anche se in modo moderato.

La crescita nell'arco di tempo considerato è imputabile sia alla componente pubblica che a quella privata. Dal 2013 al 2023 si è passati dai 107,3 miliardi a 130,3 miliardi (+21,4%). Dopo un decennio di crescita costante dei valori correnti di spesa, l'ultimo anno ha registrato una decrescita di circa 0,5 miliardi rispetto al 2022. Questa variazione negativa è solo in parte attribuibile alla metodologia adottata; infatti, anche il dato derivante dal sistema dei Conti Nazionali mostra una variazione negativa tra il 2023 e il 2022 (da 131,9 a 131,4 miliardi, -0,4%), mentre il dato ottenuto tramite il sistema di classificazione utilizzato da OASI continua a segnare una variazione positiva (da 134,1 a 136,8 miliardi, +2,0%)<sup>2</sup>.

La componente privata è passata invece da 34,3 a 45,9 miliardi di euro tra il 2013 e il 2023 (+33,8%). Tra il 2013 e il 2019, il ritmo di crescita della spesa pubblica è stato decisamente contenuto (intorno all'1%) e più basso di quella privata (circa 3%), quest'ultima più ancorata alle dinamiche del PIL.

La componente pubblica ha così diminuito progressivamente sia il suo peso sul prodotto interno lordo (da 6,6% a 6,4%) che il suo peso sulla spesa complessiva (da circa 76% a circa 74%). Dall'altra parte, la spesa privata ha visto aumentare, tra il 2013 e il 2019, il suo peso dal 2,1% al 2,3% rispetto al PIL e da circa il 24% a circa il 26% sulla spesa sanitaria complessiva.

<sup>2</sup> Si rimanda al Capitolo 3 sull'analisi della spesa sanitaria nazionale e regionale per un approfondimento sulla metodologia di calcolo della spesa sanitaria pubblica.

Tabella 6.5 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata in relazione ad altre grandezze macroeconomiche, 2013-2023**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Tutti i regimi di finanziamento (totale)</b>											
Miliardi di euro	141,5	144,4	146,6	148,0	150,7	153,8	155,5	159,9	170,3	175,7	176,2
In % del PIL	8,7%	8,8%	8,8%	8,7%	8,6%	8,7%	8,6%	9,6%	9,2%	8,8%	8,3%
<b>Spesa della pubblica amministrazione</b>											
Miliardi di euro	107,2	108,9	109,1	110,1	111,1	113,6	114,7	121,4	126,8	130,8	130,3
In % della spesa sanitaria totale	75,8%	75,4%	74,4%	74,4%	73,7%	73,9%	73,8%	75,9%	74,4%	74,4%	74,0%
In % del PIL	6,6%	6,7%	6,6%	6,5%	6,4%	6,4%	6,4%	7,3%	6,9%	6,5%	6,1%
<b>Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari</b>											
Miliardi di euro	34,3	35,5	37,5	37,9	39,6	40,2	40,8	38,5	43,5	44,9	45,9
In % della spesa sanitaria totale	24,2%	24,6%	25,6%	25,6%	26,3%	26,1%	26,2%	24,1%	25,6%	25,6%	26,0%
In % del PIL	2,1%	2,2%	2,3%	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%	2,4%	2,2%	2,2%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-CN (PIL) e ISTAT-SHA (Spesa sanitaria).

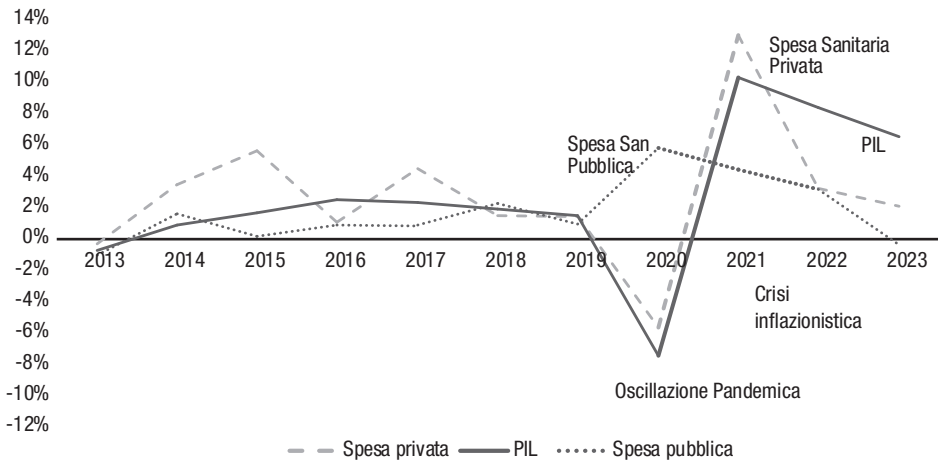
A partire dal 2020, le crisi sanitaria ed economica generano un quadro di forte variabilità. Nel 2020, l'immissione di risorse pubbliche legate all'emergenza pandemica, da una parte, e la contemporanea contrazione del PIL e della spesa privata, dall'altra, portano la spesa pubblica a valori superiori al 7% del PIL e al 76% della spesa sanitaria totale. Nel 2021, la spesa privata segue più che proporzionalmente la dinamica di rimbalzo del PIL e raggiunge per la prima volta il valore del 2,4% sul PIL dopo un decennio di graduale aumento (2,1 % nel 2013). Nel frattempo, la spesa pubblica cresce meno che proporzionalmente rispetto al PIL, tornando sotto al 7%.

Tali dinamiche espansive, in termini di risorse, destinate alla sanità sembrano però rientrare nel 2022 e, in particolare, nel 2023, come osservato nel quadro internazionale. Nel 2023 la spesa pubblica si attesta al 6,1% del PIL e la spesa privata al 2,2%<sup>3</sup>. Entrambi i dati sono addirittura inferiori a quelli osservati nel 2019 (rispettivamente 6,4% e 2,3%). Anche la composizione della spesa sanitaria totale ritorna alla situazione già vista prima della pandemia, con una spesa pubblica al 74% e quella privata al 26%.

La lettura sistematica degli andamenti comparati di spesa privata, pubblica e PIL ci ha permesso nel tempo di osservare come le dinamiche della spesa sanitaria privata siano prevalentemente associate a quelle macroeconomiche,

<sup>3</sup> Entrambi i dati risentono della revisione delle stime ISTAT pubblicate nel settembre 2024, che hanno rivisto al rialzo il PIL di 42,6 miliardi nel 2023, di 34,2 miliardi nel 2022 e di 20,5 miliardi nel 2021 (ISTAT, 2024).

Figura 6.2 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL, 2013-2023**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-CN (PIL) e ISTAT-SHA (Spesa sanitaria)

ma anche ai prezzi e al reddito disponibile delle famiglie, piuttosto che a quelle della spesa pubblica. In questa sede è sempre stata posta l'attenzione anche alla relazione tra la spesa sanitaria delle famiglie e la spesa complessiva delle famiglie, in quanto la spesa privata è frutto di una scelta di acquisto che compete con altre voci di spesa, osservando come nonostante gli avvenimenti degli ultimi anni la spesa sanitaria privata sia rimasta una componente stabilmente rilevante del paniere di consumo familiare.

Guardando ora al peso che la spesa assume nel paniere di consumo delle famiglie, si osservano le seguenti dinamiche (Tabella 6.6). Tra il 2013 e il 2019, la spesa sanitaria delle famiglie aumenta leggermente il suo peso, passando dal 3,4% al 3,6%. Tra il 2020 e il 2021 si assiste a un ulteriore incremento in quanto la spesa arriva a contare il 3,9% della spesa complessiva nel 2021. Il dato inizia a invertire la rotta nel 2022 (3,7%) e rientrare completamente ai valori pre-pandemici nel 2023 (3,5%, lo stesso del 2016). Il quadro aggiornato porta quindi a interpretare l'incremento nel biennio 2020-2021 come un'oscillazione legata a fattori contingenti (vedi rapporti precedenti) e non tanto a un cambio di traiettoria inteso come un maggiore peso attribuito dalle famiglie all'acquisto di beni e servizi sanitari. In generale, solo alcune componenti mostrano un cambio di tipo strutturale a seguito della crisi pandemica, prima, e della crisi inflazionistica, poi. La componente degli alimentari e bevande aumenta dal 14,0% al 14,6% tra il 2019 e il 2023. Diminuisce invece la spesa per alberghi e ristoranti (10,4 % nel 2019 e 10,1% nel 2023), vestiario e calzature (5,9% nel 2019 e 5,2% nel 2023). Si segnala infine la presenza di una nuova voce

Tabella 6.6 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (percentuale), 2013-2023**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Generi alimentari e bevande non alcoliche	14,2	14,1	14,1	14,0	14,1	14,0	14,0	16,2	15,1	14,2	14,6
Bevande alcoliche, tabacchi e narcotici	4,1	3,9	4,0	4,2	4,2	4,2	4,2	4,6	4,4	4,1	4,0
Vestituario e calzature	6,0	6,1	6,1	6,0	6,0	6,1	5,9	5,3	5,2	5,6	5,2
Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili	24,4	24,0	24,0	23,7	23,4	23,3	23,3	26,1	25,1	24,2	22,9
Mobili, elettrodomestici e manutenzione ordinaria della casa	6,0	6,1	6,1	6,1	6,0	6,0	6,0	6,3	6,4	6,5	6,0
Sanità	3,4	3,5	3,6	3,5	3,6	3,6	3,6	3,7	3,9	3,7	3,5
Trasporti	12,5	12,6	12,3	12,4	12,6	13,0	13,0	11,0	12,0	12,3	12,9
Informazione e comunicazione	3,3	3,1	3,1	2,9	3,0	2,9	2,8	3,0	2,9	2,7	2,6
Ricreazione, sport e cultura	5,5	5,6	5,7	5,8	5,8	5,8	5,8	5,1	5,2	5,7	5,8
Istruzione	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8
Ristoranti e alberghi	9,7	9,8	10,0	10,1	10,3	10,3	10,4	7,0	8,0	9,4	10,1
Servizi assicurativi e finanziari	3,7	4,0	3,9	3,9	3,8	3,9	4,0	4,5	4,1	4,4	5,3
Cura della persona, protezione sociale, beni e servizi vari	6,0	6,1	6,2	6,1	6,2	6,1	6,1	6,3	6,5	6,3	6,2
<b>Totale consumi delle famiglie</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

di spesa dovuta all'introduzione delle statistiche nazionali della classificazione COICOP 2018, ovvero quella relativa ai servizi assicurativi e finanziari, inclusi nella categoria residuale di beni e servizi vari fino alla scorsa edizione. La serie storica ricostruita mostra come il peso di questa componente sia aumentato sensibilmente nel tempo, passando dal 3,7% nel 2013 al 4% nel 2019 e addirittura al 5,3% nel 2023.

### 6.5.2 La composizione della spesa tra 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).

Come anticipato nei confronti internazionali, l'Italia si caratterizza per una spesa sanitaria privata prevalentemente sostenuta dalle famiglie (*out of pocket*) la quale rappresenta circa il 90% del totale (vedi Tabella 6.3). Il peso della componente non OOP e, in termini generali, intermediata da soggetti collettivi (e cioè di quella parte della spesa privata sostenuta dalla spesa intermediata, assicurativa e dalle componenti residuali che fanno riferimento alle imprese e

alle istituzioni non-profit) aumenta nel tempo, ma non da spostare significativamente il peso della componente *out-of-pocket*. La componente sostenuta direttamente dalle famiglie rimane infatti sostanzialmente stabile, anche se si riduce leggermente tra il 2013 e il 2019, passando dal 92% all'89%. Gli shock sanitari ed economici degli ultimi anni non sembrano aver prodotto degli spostamenti particolari nel posizionamento delle varie componenti interne alla spesa privata visto che la spesa *out of pocket* rimane intorno all'89% anche tra il 2020 e il 2023. Si registra comunque come, nel 2023, la spesa delle famiglie cresca meno della componente volontaria, rispettivamente del 1,7% e del 5,2% (Tabella 6.7).

Nella scorsa edizione era stato dedicato un apposito approfondimento alla recente evoluzione della sanità integrativa, mostrando in modo inequivocabile la crescita costante ed eterogenea delle coperture integrative. Per questa edizione ci si limita ad aggiornare l'andamento della dimensione del mercato assicurativo, distinto nelle tre principali componenti: le polizze individuali, le polizze collettive relative a fondi sanitari di natura contrattuale o negoziale e le altre polizze collettive. Il 2023 conferma il trend di netta crescita della raccolta dei premi assicurativi del ramo malattia. Coerentemente con i dati ISTAT-SHA, le imprese assicurative registrano nel 2023 una raccolta premi pari a oltre 3,9 miliardi di euro, cui si potrebbero sommare i 275 milioni di raccolta per le polizze LTC e malattia di lunga durata (ramo vita). La componente più rilevante del ramo malattia rimane quella degli oltre 2 miliardi di polizze relative alla sanità integrativa contrattuale (54%). Allo stesso tempo, ha assunto un peso crescente la componente delle polizze individuali, che nel 2023 rappresentava il 34%

Tabella 6.7 **Spesa sanitaria privata per regime di finanziamento, 2013-2023**

La spesa sanitaria privata	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Spesa diretta delle famiglie	31,5	32,5	34,4	34,5	35,9	36,2	36,5	34,3	38,7	40,0	40,6
In % del totale	91,7%	91,7%	91,8%	91,1%	90,6%	90,1%	89,4%	89,1%	88,9%	89,0%	88,6%
<b>Regimi di finanziamento volontari, di cui:</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,7</b>	<b>4,0</b>	<b>4,3</b>	<b>4,2</b>	<b>4,8</b>	<b>5,0</b>	<b>5,2</b>
– Assicurazioni sanitarie volontarie	2,2	2,2	2,3	2,5	2,7	2,9	3,2	3,2	3,7	3,8	4,0
– Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
– Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7	0,8	0,8
<b>Totale</b>	<b>34,3</b>	<b>35,5</b>	<b>37,5</b>	<b>37,9</b>	<b>39,6</b>	<b>40,2</b>	<b>40,8</b>	<b>38,5</b>	<b>43,5</b>	<b>44,9</b>	<b>45,9</b>

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

Tabella 6.8 **Dati relativi alle polizze assicurative del ramo malattia, 2019-2023**

<b>Spesa per polizze del ramo malattia</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Premi raccolti nel ramo (mln di €)	3.062	3.105	3.277	3.703	3.926
% polizze relative a polizze individuali	32%	31%	32%	34%	34%
% polizze relative a fondi sanitari e altri enti similari	56%	59%	56%	53%	54%
% polizze relative ad altre polizze collettive	12%	10%	12%	13%	12%
Rapporto sinistri-premi (loss ratio) del ramo malattia	67%	70%	84%	70%	71%
Rapporto sinistri-premi (loss ratio) per le polizze relative a fondi sanitari ed altri enti similari	83%	84%	110%	86%	87%

La distribuzione è calcolata su un campione di imprese con raccolta superiore a 10 milioni di euro che rappresenta complessivamente il 95% della raccolta per il ramo malattia.

Fonte: elaborazione su dati ANIA.

(rispetto al 32% nel 2019). Anche il *loss-ratio* di settore, ovvero il rapporto tra risorse liquidate come sinistro e raccolte attraverso i premi, rimane costante al 71%. Dei quasi 4 miliardi raccolti, quindi, circa 2,8 sono effettivamente utilizzati per erogare prestazioni (in denaro o natura) o rimborsare spese sanitarie sostenute dagli assicurati (Tabella 6.8).

Sebbene si fermino al 2022, i dati del Dipartimento delle Finanze del MEF confermano la crescente rilevanza del fenomeno. Le informazioni riportate nella Tabella 6.9 derivano dalle dichiarazioni dei redditi dei contribuenti, considerato che tre diverse tipologie di contribuiti alla sanità integrativa godono di benefici fiscali diretti per le imposte sul reddito dei contribuenti: 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.

Tabella 6.9 **Dati relativi ai contribuiti versati a enti e casse con finalità assistenziali, fondi sanitari integrativi del SSN e società di mutuo soccorso, 2018-2021**

	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Assistiti	7.851.720	8.449.076	8.551.519	9.412.573	10.180.022
Tasso di copertura (% del totale dei contribuenti)	19,0%	20,3%	20,8%	22,7%	24,2%
Contributi versati (Mln €)	€ 2.363	€ 2.472	€ 2.532	€ 2.629	€ 2.841
Contributo pro capite	€ 301	€ 293	€ 296	€ 279	€ 279
Importo spesa (Mln €)	€ 2.631	€ 3.055	€ 2.884	€ 3.146	€ 3.273
Spesa pro capite	€ 335	€ 362	€ 337	€ 334	€ 321
Importo rimborsi (Mln €)	€ 1.802	€ 2.073	€ 2.007	€ 2.248	€ 2.292
Rimborso pro capite	€ 230	€ 245	€ 235	€ 239	€ 225
Loss ratio (Rimborsi su contributi)	76,3%	83,9%	79,2%	85,5%	80,7%
Scoperto medio (Rimborsi su spesa)	31,5%	32,1%	30,4%	28,5%	30,0%

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



10 del TUIR) e le società di mutuo soccorso (ex art. 83 del Dlgs 117/2017). I dati evidenziano la costante crescita nel numero di assistiti e nell'entità di contributi versati. Nel 2022 il numero degli assistiti ha superato i 10 milioni di contribuenti, il 30% in più rispetto al 2018. Essi rappresentano poco meno di un quarto dei contribuenti totali (24,2%). I contributi versati hanno superato i 2,8 miliardi (+20% rispetto al 2018). Combinando il dato con quello fornito da ANIA, anche nel 2022 si conferma come circa il 70% dei contributi risulti venga effettivamente 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 3,2 miliardi, cui sono corrisposti rimborsi effettivamente liquidati di circa 2,3 miliardi di euro. Complessivamente, dunque, i rimborsi hanno rappresentato l'85,5% (*loss-ratio*) dei contributi versati, mentre è rimasto a carico degli assistiti il 30% circa delle spese sostenute.

### 6.5.3 La composizione della spesa per funzione di assistenza

Il rapporto propone come di consueto la distribuzione delle spese per funzione di assistenza, attraverso una lettura sistematica delle varie fonti disponibili. La Tabella 6.10 mostra la spesa sanitaria privata relativa all'anno 2023, 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. Le recenti revisioni al rialzo effettuate da ISTAT ha rivalutato in modo particolare la componente per servizi ambulatoriali che nel 2023 ha superato i 24 miliardi di euro (53% del totale). La componente più rilevante rimane quella dei servizi dentistici (19%). Leggendo in modo combinato i dati di spesa ISTAT e quelli provenienti dalle dichiarazioni degli studi odontoiatrici (Statistiche ISA dell'Agenzia delle Entrate), la spesa per servizi dentistici sembra mantenere una sua stabilità nel tempo, dopo la riduzione osservata nel 2020-2021. Rispetto alle edizioni scorse è stata rivalutata invece la componente per servizi medici che, nel 2023, tocca i 7 miliardi di euro (15% del totale), mentre crescono anche la componente per servizi diagnostici e quella per servizi paramedici. Il dato può essere letto quindi come conferma del legame tra spesa e disponibilità economiche delle famiglie. 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. Per motivi di coerenza temporale, le voci dei farmaci in senso stretto e degli altri prodotti medicalisono state aggregate. I dati più recenti del rapporto OSMED-AIFA mostrano comunque come la spesa farmaceutica privata ha superato i 10,5 miliardi di euro nel 2023.

Dal quadro appena esposto emerge chiaramente come la componente per

Tabella 6.10 **La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa, 2022-2023 (miliardi di euro e % del totale)**

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	Miliardi di €		%	
		2022	2023	2023	
<b>Servizi ospedalieri</b>	Ricoveri ospedalieri	2,0	2,1	4,5%	
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3,8	3,9	6,0	13,1%
<b>Servizi ambulatoriali</b>	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	6,7	6,9	15,0%	
	Servizi dentistici	8,5	8,8	24,2	19,2%
	Servizi diagnostici	3,5	3,7		8,0%
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	4,7	4,9	10,6%	
<b>Beni sanitari</b>	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)			24,2%	
	Altri prodotti medicali non durevoli (bende, garze, siringhe, DPI, ecc.)	11,3	11,4	15,6	34,0%
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	4,5	4,5	9,8%	
<b>Totale</b>		<b>44,9</b>	<b>45,9</b>	<b>100%</b>	

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT e Agenzia delle Entrate.

servizi ambulatoriali sia sempre di più la componente più rilevante della spesa sanitaria privata. Tale rilevanza è ancora più evidente se osservata nel tempo. La successiva Tabella 6.11 illustra l'andamento nel tempo dei principali aggregati del sistema di classificazione SHA, suddivisi in spesa out-of-pocket, spesa per altri regimi di finanziamento volontari e spesa privata totale. I riferimenti temporali considerati sono il 2012 (primo anno della serie storica disponibile), il 2019 (anno pre-Covid) e il 2023 (ultimo anno disponibile). La spesa privata complessiva è cresciuta di circa un terzo tra il 2012 e il 2023 e del 12% rispetto al periodo pre-Covid. La crescita è stata trainata principalmente da due componenti. La prima è la spesa per servizi ambulatoriali (e domiciliari, comunque marginale rispetto all'aggregato) che è infatti cresciuta del 57%, tra il 2012 e il 2023, e del 23% (quasi il doppio rispetto al totale) tra il 2019 e il 2023. L'altra componente che traina la crescita è quella per l'acquisto di attrezzature terapeutiche e beni non durevoli, incrementata rispettivamente del 36% e del 17%. Nel complesso è da segnalare inoltre la riduzione progressiva della spesa, e quindi del peso, per servizi ospedalieri, che nel 2023 era inferiore del 6% rispetto al 2012. I dati delle sole spese a carico delle famiglie ricalcano quelli appena discussi sulla spesa complessiva. Analizzando invece nel dettaglio la spesa per regimi di finanziamento volontari (alimentato prevalentemente dalla spesa delle assicurazioni volontarie), si osserva una crescita importante in tut-

Tabella 6.11 **La spesa sanitaria privata per consumi finali e regime di finanziamento, 2012, 2019 e 2023**

Spesa sanitaria per funzione di assistenza (in mln di euro)	2012		2019		2023		Var. % 2019- 2023	Var. % 2012- 2023
	Mld €	%	Mld €	%	Mld €	%		
<b>Spesa diretta delle famiglie (out-of-pocket)</b>	<b>31,5</b>	<b>100%</b>	<b>36,5</b>	<b>100%</b>	<b>40,6</b>	<b>100%</b>	<b>11%</b>	<b>29%</b>
Assistenza ospedaliera (ordinaria e diurna)	1,9	6%	1,8	5%	1,8	4%	-3%	-8%
Assistenza ambulatoriale (e domiciliare)	10,6	34%	13,4	37%	16,4	40%	22%	54%
Assistenza long-term care (residenziale, ambulatoriale e domiciliare)	3,5	11%	4,1	11%	4,4	11%	9%	27%
Servizi ausiliari (laboratorio e diagnostica)	3,1	10%	2,9	8%	3,1	8%	7%	-2%
Prodotti farmaceutici e altri medicali	9,4	30%	10,9	30%	11,1	27%	2%	18%
Attrezzature terapeutiche	2,9	9%	3,3	9%	3,9	10%	16%	33%
<b>Spesa sanitaria privata corrente (regimi volontari)</b>	<b>2,9</b>	<b>100%</b>	<b>4,3</b>	<b>100%</b>	<b>5,2</b>	<b>100%</b>	<b>20%</b>	<b>79%</b>
Assistenza ospedaliera (ordinaria e diurna)	0,2	6%	0,2	5%	0,2	4%	5%	22%
Assistenza ambulatoriale (e domiciliare)	0,8	29%	1,3	29%	1,7	32%	30%	96%
Assistenza long-term care (residenziale, ambulatoriale e domiciliare)	0,0	1%	0,1	2%	0,1	2%	43%	245%
Servizi ausiliari (laboratorio e diagnostica)	0,3	10%	0,4	8%	0,4	8%	14%	44%
Prodotti farmaceutici e altri medicali	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-	-
Attrezzature terapeutiche	0,2	8%	0,3	7%	0,4	7%	23%	66%
<b>Spesa sanitaria privata corrente (out-of-pocket + regimi volontari)</b>	<b>34,4</b>	<b>100%</b>	<b>40,8</b>	<b>100%</b>	<b>45,9</b>	<b>100%</b>	<b>12%</b>	<b>33%</b>
Assistenza ospedaliera (ordinaria e diurna)	2,1	6%	2,0	5%	2,0	4%	-2%	-6%
Assistenza ambulatoriale (e domiciliare)	11,5	33%	14,7	36%	18,0	39%	23%	57%
Assistenza long-term care (residenziale, ambulatoriale e domiciliare)	3,5	10%	4,1	10%	4,5	10%	10%	29%
Servizi ausiliari (laboratorio e diagnostica)	3,4	10%	3,2	8%	3,5	8%	7%	2%
Prodotti farmaceutici e altri medicali	9,4	27%	10,9	27%	11,1	24%	2%	18%
Attrezzature terapeutiche	3,1	9%	3,6	9%	4,2	9%	17%	36%

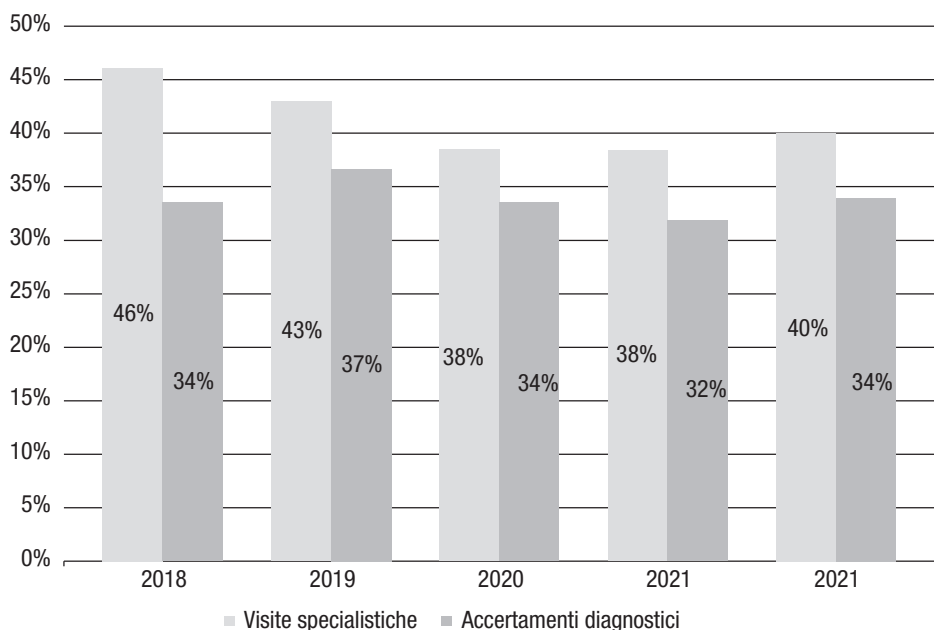
Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-SHA.

te le componenti, ma in particolare quella per le spese per assistenza a lungo termine (+245% tra il 2012 e il 2023 e +43% tra il 2019 e il 2023) e quella per assistenza ambulatoriale (+96% tra il 2012 e il 2023 e +30% tra il 2019 e il 2023). Questo tipo di lettura può contribuire a spiegare l'enfasi che negli ultimi anni è stata data alla crescita della spesa privata, che, pur seguendo un andamento fisiologico in termini temporali e rispetto alla spesa complessiva e al PIL, ha mostrato negli anni uno spostamento verso tipologie di spesa a elevata frequenza, come quelle per servizi ambulatoriali, a scapito di spese storicamente di nicchia come quelle per servizi ospedalieri.

### 6.5.4 Il mix pubblico-privato nei consumi

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 ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana, 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 (Figura 6.3). Nella passata edizione del Rapporto avevamo

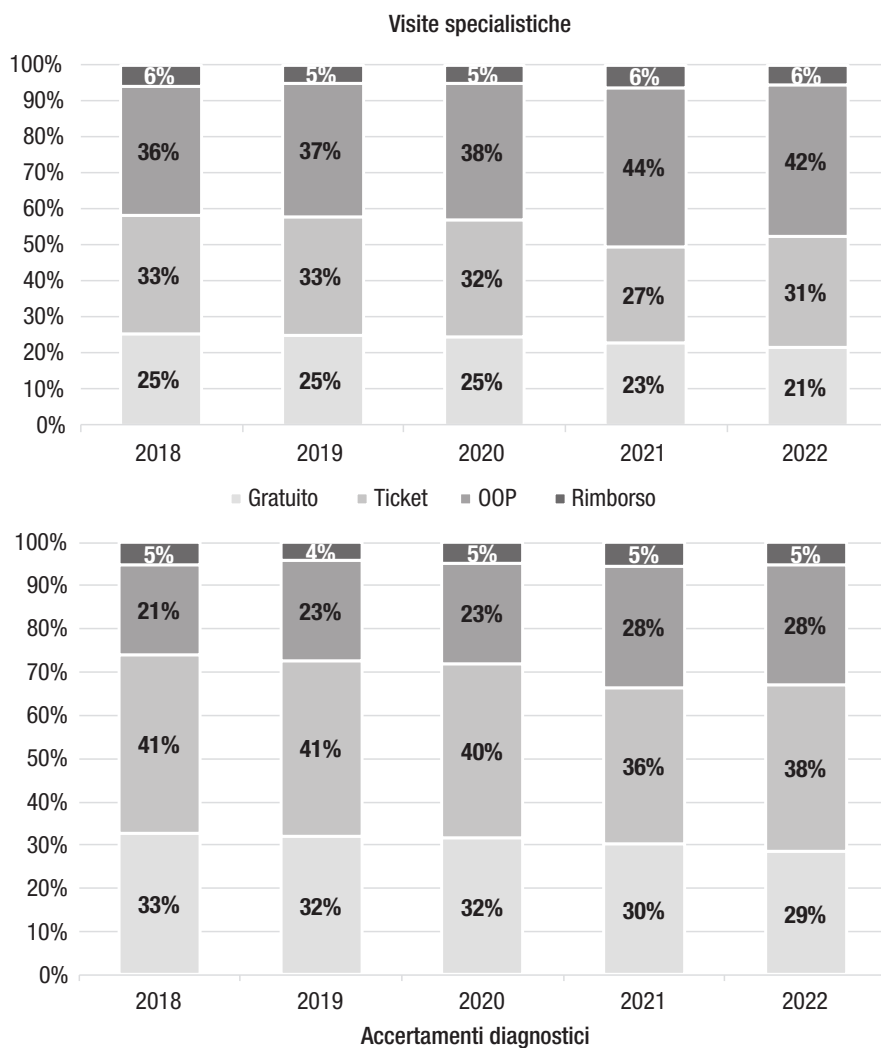
Figura 6.3 **Percentuale di italiani che ha effettuato almeno una prestazione sanitaria, 2018-2022**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

osservato come la percentuale di italiani che dichiarava di aver effettuato una prestazione sanitaria nei 12 mesi precedenti l'intervista, nel 2021, si collocava ampiamente al di sotto dei dati pre-pandemici, similmente al dato sugli accertamenti diagnostici. Il 2022 segna un'inversione di tendenza per entrambe le tipologie di prestazione. Per le visite specialistiche, il 40% dichiara di aver effettuato una prestazione nei 12 mesi precedenti e lo stesso fa il 34% del campione per gli accertamenti diagnostici. In quest'ultima fattispecie la percentuale è superiore a quella del 2021 e uguale a quella del 2018 e del 2020, mentre risulta inferiore a quella del 2019 (37%). Nel caso delle visite, invece, il 2022 porta un numero maggiore di persone (40%) a dichiarare di aver effettuato una prestazione nei 12 mesi precedenti. Il dato è superiore a quello del 2020 e 2021, ma ancora inferiore a quelli pre-pandemici (43% nel 2019). Si ricorda comunque come il combinato tra modalità di diffusione del questionario e periodo di riferimento (anno precedente) possa far sì che i dati 2022 risentano ancora delle difficoltà ad accedere alle strutture sanitarie del periodo pandemico (2020-2021).

Osservando le modalità di pagamento delle stesse prestazioni, il 2021 segnava una decisa discontinuità con il passato in entrambi i casi (Figura 6.4). Sia per le visite specialistiche che per gli accertamenti diagnostici si osservava 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 raggiungeva 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 attestavano 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%). Il 2022 lascia presagire che lo spostamento verso un maggiore peso del privato nel mix di consumo delle prestazioni sia un fenomeno destinato a rimanere, almeno nel breve periodo. A fronte di consumi che ritornano verso percentuali fisiologiche, la percentuale di visite specialistiche e accertamenti diagnostici pagate ricorrendo a risorse private si attesta a valori significativamente superiori a quelli del 2019. Per le visite, nel 2022, il 48% delle prestazioni sono state pagate ricorrendo a risorse *out of pocket* (42%) o intermedie (6%), con un aumento anche delle prestazioni pubbliche dietro pagamento del ticket (da 27% a 31%). Per gli accertamenti diagnostici la situazione rimane sovrapponibile a quella già osservata nel 2021, con oltre il 33% delle prestazioni finanziata attraverso spesa *out of pocket* (28%) o intermedia (5%).

Figura 6.4 **Modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie, 2018-2022**

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

## 6.6 Dinamiche inflazionistiche e spesa sanitaria privata

Gli avvenimenti successivi alla pandemia, dalla guerra alla crisi energetica, alla faticosa ripresa delle catene di approvvigionamento e la riallocazione della domanda, hanno prodotto una spinta inflazionistica che l'economia europea non registrava da decenni (Lagarde, 2022). Nel 2022 e nel 2023 il tasso di inflazione, misurato come variazione dell'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC) è arrivato rispettivamente al 8,1% e al 5,7%. Nell'edizione

precedente del Rapporto si era già osservato come l'elevata inflazione non fosse un fenomeno generalizzato per tutte le voci di spesa delle famiglie. Anche nel 2023 la dinamica dei prezzi delle componenti del paniere di spesa delle famiglie varia sensibilmente tra valori abbondantemente sopra la media (alimenti e bevande analcoliche, +10%; alberghi e ristoranti, +7%) e valori con variazioni risibili (comunicazioni, +0,1%; istruzione, +1,1%). Nel 2023, anche i prezzi della componente sanitaria sono in aumento rispetto all'anno precedente (+1,6%), sebbene la crescita sia ampiamente al di sotto di quella dell'indice generale (Tabella 6.12)<sup>4</sup>. Anche all'interno della componente sanitaria, l'indice mostra tassi di variazione differenti passando da tassi negativi (accertamenti di laboratorio, -0,7%) a tassi più elevati della media (accertamenti diagnostici strumentali, +2,9%; servizi dentistici, +2,6%) (Tabella 6.13). Le differenti dinamiche inflattive all'interno del paniere delle spese sanitarie sono certamente dovute alle differenti modalità di formazione della variabile prezzo al consumo, ovvero quanto pagato dal consumatore nel momento della fruizione del servizio o dell'acquisto del bene, tra ambiti in cui dominano tariffe stabilite dai servizi sanitari regionali (ticket sui servizi ambulatoriali), settori in cui i prezzi sono fortemente regolamentati (farmaci di fascia A e C) e aree in cui invece i prezzi dipendono più da dinamiche tipicamente di mercato (servizi medici specialistici, servizi dentistici, attrezzature terapeutiche).

L'osservazione delle dinamiche dei prezzi è stata negli anni poco considerata nelle analisi degli andamenti delle variabili di spesa. In presenza di cambiamenti di prezzo notevoli da un anno all'altro, è interessante studiare l'andamento dei consumi reali, ovvero della spesa depurata dalle dinamiche dei prezzi, e di come sia cambiata nel tempo la composizione del paniere dei consumi delle famiglie. Per fare questo, l'ISTAT mette a disposizione le serie storiche di Contabilità Nazionale a prezzi costanti. In altre parole, le serie storiche sono calcolate assumendo che i livelli di prezzi siano gli stessi di un anno indice (2020). L'andamento nel tempo rappresenta quindi variazioni «reali» in quanto le quantità sono depurate dalla variazione dei prezzi. La serie storica di Contabilità Nazionale è disponibile per le principali variabili macroeconomiche quali il PIL, il potere d'acquisto delle famiglie (il reddito delle famiglie al netto dell'inflazione) e la spesa per consumi delle famiglie, incluse le spese sanitarie.

<sup>4</sup> Nel calcolo del dato sulla variazione dell'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC), l'ISTAT consente di ricostruire la variazione dell'indice per le singole componenti del paniere di spesa nella classificazione Ecoicop. 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 farmaci 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 Tabella 6.12 mostra il confronto della composizione del paniere di spesa delle famiglie a prezzi correnti e fissi per gli anni 2013, 2019 e 2023. Innanzitutto, è utile evidenziare come, tra il 2013 e il 2019, la differenza tra composizione del paniere a prezzi correnti e a prezzi fissi fosse marginale; in presenza di livelli di inflazione bassi, l'andamento delle variabili di spesa in termini nominali e reali è di fatto sovrapponibile. Nel 2023 la situazione cambia in modo rilevante rispetto a dieci anni prima e al periodo precedente il Covid-19. Sul cambiamento della composizione a prezzi correnti si è già discusso nei paragrafi precedenti (si veda la Tabella 6.6). Se si tiene però conto della variazione differenziata dei livelli di spesa per le singole componenti del paniere, la composizione dello stesso a seguito della fiammata inflazionistica degli anni 2022 e 2023 cambia in modo significativo. Ad esempio, il peso della voce «generi alimentari e bevande analcoliche» si riduce sensibilmente rispetto alla sua controparte nominale (da 14,6% a 13,7%) e rispetto agli anni precedenti (da 14,4% nel 2013 a 13,7% nel 2023): l'aumento di spesa è quindi dovuto più a un aumento dei prezzi al consumo che non a un aumento dei consumi reali delle famiglie. Il cambiamento delle abitudini di spesa alimentare delle famiglie a causa dell'elevata inflazione è tra l'altro oggetto di riflessione rispetto alle ripercussioni che tali mutamenti possono avere sulla qualità dell'alimentazione

Tabella 6.12 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (percentuale), in prezzi correnti e fissi, 2013, 2019 e 2023.**

Composizione % del paniere di spesa delle famiglie	2013		2019		2023		Inflazione
	Prezzi correnti	Prezzi fissi	Prezzi correnti	Prezzi fissi	Prezzi correnti	Prezzi fissi	
Generi alimentari e bevande non alcoliche	14,2%	14,4%	14,0%	14,2%	14,6%	13,7%	+10,0%
Bevande alcoliche, tabacchi e narcotici	4,1%	4,4%	4,2%	4,3%	4,0%	4,5%	+3,5%
Vestitario e calzature	6,0%	5,9%	5,9%	6,0%	5,2%	5,6%	+3,0%
Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili	24,4%	24,6%	23,3%	23,2%	22,9%	22,9%	+3,9%
Mobili, elettrodomestici e manutenzione ordinaria della casa	6,0%	5,8%	6,0%	6,0%	6,0%	6,2%	+6,1%
Sanità	3,4%	3,4%	3,6%	3,6%	3,5%	3,9%	+1,6%
Trasporti	12,5%	12,7%	13,0%	12,8%	12,9%	12,4%	+3,5%
Informazione e comunicazione	3,3%	2,5%	2,8%	2,6%	2,6%	3,1%	+0,1%
Ricreazione, sport e cultura	5,5%	5,4%	5,8%	5,7%	5,8%	6,4%	+3,6%
Istruzione	1,0%	1,0%	1,0%	0,9%	0,8%	1,0%	+1,1%
Ristoranti e alberghi	9,7%	10,0%	10,4%	10,5%	10,1%	9,8%	+7,0%
Servizi assicurativi e finanziari	3,7%	3,9%	4,0%	4,0%	5,3%	3,9%	+4,0%
Cura della persona, protezione sociale, beni e servizi vari	6,0%	6,2%	6,1%	6,1%	6,2%	6,6%	
<b>Totale consumi delle famiglie</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>+5,7%</b>

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.



Tabella 6.13 **Variazione dell'indice dei prezzi al consumo per la spesa sanitaria e le sue componenti, 2022 e 2023.**

Voci di spesa (ECoicop)	Inflazione	
	2022	2023
Prodotti farmaceutici	-0,2%	+1,4%
Altri prodotti medicali	-5,3%	+2,4%
Attrezzature e apparecchi terapeutici	-0,4%	+1,1%
Servizi medici specialistici	+1,1%	+1,9%
Servizi dentistici	+1,3%	+2,6%
Servizi paramedici	+1,3%	+2,0%
Accertamenti di laboratorio	-0,2%	-0,7%
Accertamenti diagnostici	+1,5%	+2,9%
Servizi ospedalieri	+1,1%	+0,9%
<b>Totale indice servizi sanitari e spese per la salute</b>	<b>+0,8%</b>	<b>+1,6%</b>

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

e, di conseguenza, sugli esiti di salute della popolazione (Bruschi, Del Prete e Fattorini, 2024).

Per la sanità si osserva il fenomeno opposto, dato che in termini reali il peso della componente sanitaria nel 2023 (3,9%) è non solo superiore alla sua controparte nominale (3,5%), ma è superiore anche ai valori osservati negli anni precedenti (3,4% nel 2013 e 3,6% nel 2019). Nel decennio, e in particolare nell'ultimo biennio, in presenza di aumenti di prezzi drammatici per alcune importanti voci di spesa delle famiglie (alimentari, abitazione e utenze, ecc.) c'è stato uno spostamento di consumi reali verso voci di spesa i cui prezzi sono aumentati in modo più contenuto come la componente sanitaria. Il fenomeno è coerente con la teoria economica, dal momento che una riduzione del prezzo relativo di un bene (come nel caso della sanità nei confronti di altre componenti del paniere) porta a un aumento dei consumi relativi dello stesso bene. Se a prezzi correnti il fenomeno non è semplicemente osservabile (il peso delle spese sanitarie passa solo dal 3,4% del 2013 al 3,5% del 2023), dall'analisi dei valori a prezzi fissi sembrerebbe emergere quindi come le famiglie italiane dedichino in percentuale uno spazio più significativo ai consumi sanitari di quanto non abbiano fatto precedentemente alla pandemia di Covid-19.

L'analisi della serie storica della spesa sanitaria privata e della sua relazione con le principali variabili macroeconomiche, in termini nominali (prezzi correnti) e reali (prezzi fissi) porta a conclusioni analoghe. Tra il 2013 e il 2023 la spesa in termini reali è passata da 35,7 a 42,9 miliardi di euro (+20,1%), mentre in termini nominali è aumentata del 30,7%. Come è lecito attendersi in presenza di un aumento dei prezzi nel tempo, anche minimo, l'aumento di spesa sanitaria privata non si è quindi interamente tradotto in aumento dei consumi. Nell'ultimo anno la spesa effettiva è aumentata di circa il 2%, mentre la varia-

Tabella 6.14 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata, in prezzi correnti e fissi, in relazione ad altre grandezze macroeconomiche, 2013-2023**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Spesa sanitaria corrente privata (prezzi fissi)</b>											
Miliardi di euro	35,7	36,1	37,6	37,5	38,6	38,9	39,1	36,1	41,0	42,8	42,9
In % del PIL	2,0%	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	2,2%	2,3%	2,2%	2,2%
In % del potere d'acquisto delle famiglie	3,4%	3,4%	3,5%	3,4%	3,5%	3,5%	3,5%	3,3%	3,6%	3,9%	3,9%
In % della spesa per consumi delle famiglie	3,4%	3,5%	3,5%	3,5%	3,6%	3,6%	3,6%	3,7%	4,0%	3,9%	3,9%
<b>Spesa sanitaria corrente privata (prezzi correnti)</b>											
Miliardi di euro	33,9	34,7	36,5	36,6	38,0	38,6	39,1	36,1	41,1	43,3	44,3
In % del PIL	2,1%	2,1%	2,2%	2,1%	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%	2,1%
In % del reddito disponibile delle famiglie	3,2%	3,2%	3,4%	3,3%	3,4%	3,4%	3,4%	3,2%	3,5%	3,5%	3,4%
In % della spesa per consumi delle famiglie	3,4%	3,5%	3,6%	3,5%	3,6%	3,6%	3,6%	3,7%	3,9%	3,7%	3,5%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

zione in termini reali è stata appena superiore allo zero (+0,2%). Nonostante il rallentamento in termini reali osservato nell'ultimo anno, è evidente la tendenza già evidenziata dall'analisi del paniere di consumo. Oltre a essere aumentata in termini assoluti tra il 2013 e il 2023, la spesa sanitaria privata misurata a prezzi fissi aumenta il suo peso sia sul PIL (da 2,0% nel 2013 al 2,1% nel 2019 e al 2,2% nel 2023), ma soprattutto sul potere d'acquisto delle famiglie (dal 3,4% nel 2013 al 3,5% nel 2019 e al 3,9% nel 2023) e sulla spesa per consumi delle famiglie (da 3,4% nel 2013 al 3,6% nel 2019 e al 3,9% nel 2023). In rapporto tanto al potere d'acquisto (reddito familiare al netto dell'inflazione) che alla spesa per consumi delle famiglie, l'aumento dell'importanza relativa data dalle famiglie alla spesa per beni e servizi sanitari è in larga parte imputabile al periodo che intercorre tra il 2019 e il 2023. Gli stravolgimenti a cui si è assistito a partire dalla pandemia, e passando per la crisi inflazionistica, hanno quindi lasciato significativi cambiamenti nel peso dei consumi sanitari privati delle famiglie italiane rispetto a reddito e consumi (Tabella 6.14).

## 6.7 Spesa privata, impoverimento e diseguglianze

Tutelare individui e famiglie dai rischi economici e finanziari connessi all'insorgenza delle malattie è parte della missione dei sistemi pubblici di tutela della salute. Il presente approfondimento mira a esplorare il fenomeno connesso al potenziale impoverimento delle persone a seguito del ricorso alle spese sanita-

rie private. La fonte di indagine è quella storicamente utilizzata per la redazione del contributo di OCPS al Rapporto OASI, ovvero l'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie, che monitora annualmente i livelli e le dinamiche della spesa delle famiglie, inclusa la componente sanitaria. Le analisi sono state realizzate su una serie di dati che vanno dal 2004 al 2022, dei quali si propone una vista sintetica delle principali evidenze relative al nesso tra spese sanitarie private e la relazione tra queste e l'impoverimento delle famiglie<sup>5</sup>.

Per realizzare le analisi, il campione dell'indagine è stato suddiviso in cinque quintili di spesa equivalente<sup>6</sup>. Il primo quintile rappresenta quindi il 20% delle famiglie «più povere» (quelle per cui ogni componente equivalente spende in media meno di 570 euro mensili), mentre il quinto quintile rappresenta il 20% delle famiglie più ricche (quelle per cui ogni componente equivalente spende in media più di 1.600 euro mensili). La prassi di utilizzare la spesa per consumi come *proxy* di ricchezza, al posto di variabili come reddito e patrimonio, è diffusa e consolidata nell'ambito della ricerca sociale e dell'uso di indagini campionarie. La raccolta delle informazioni su reddito e patrimonio è infatti più soggetta a bias rispetto alle informazioni sui consumi, che sono quindi considerati dei predittori della ricchezza individuale e familiare (Wagstaff *et al.*, 2007).

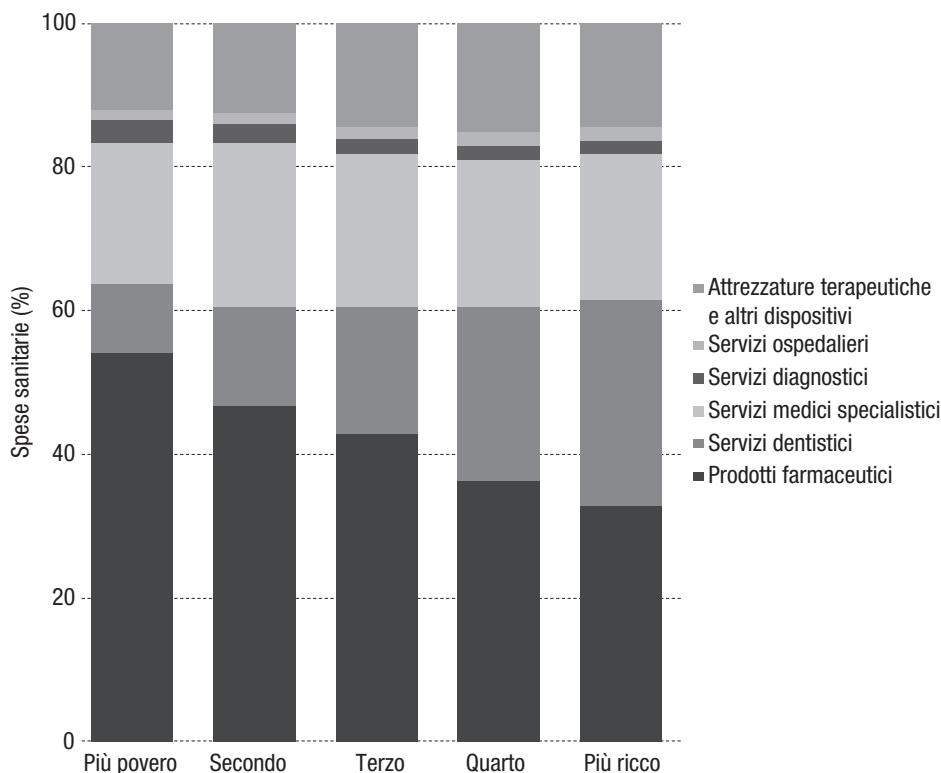
La Figura 6.5 mostra la composizione percentuale della spesa sanitaria delle famiglie per ogni quintile. Già nel Rapporto del 2019 gli autori avevano evidenziato come da questo tipo di rappresentazione emergesse chiaramente la presenza di distinte tipologia di spese sanitarie: da una parte le spese per servizi dentistici assumono palesemente un comportamento da «bene di lusso», con il loro peso percentuale che aumenta all'aumentare dei consumi complessivi; al contrario, l'importanza relativa della spesa per prodotti farmaceutici diminuisce al crescere dei consumi, comportamento tipico dei «beni di necessità» (Del Vecchio *et al.*, 2019). Spese come quelle per servizi medici specialistici e attrezzature terapeutiche hanno invece un peso simile per tutti i quintili.

Un modo per analizzare come le spese sanitarie private impattano su equità e diseguaglianze consiste nell'applicazione degli indicatori di impoverimento. Un ampio filone della letteratura di economia sanitaria è da tempo concentrato a studiare il fenomeno della *financial hardship* dovuta alla presenza di spese sanitarie nelle famiglie. La protezione dalla *financial hardship* delle

<sup>5</sup> I dati completi saranno pubblicati in un report a cura del WHO Regional Office for Europe (Fattore, G. e Preti, L. (forthcoming) Can people afford to pay for health care? New evidence from Italy. WHO Regional Office for Europe).

<sup>6</sup> La spesa equivalente è calcolata pesando la spesa effettiva del nucleo familiare attraverso la scala di equivalenza OCSE che applica un peso pari a 1 al primo componente familiare, 0,7 per ogni adulto aggiuntivo al primo componente e 0,5 per ogni componente con età inferiore ai 14 anni. A titolo di esempio, un nucleo familiare di un solo componente adulto coincide con un nucleo familiare equivalente, un nucleo familiare di un componente adulto e due minori di 14 anni corrisponderà a un nucleo di 2 componenti equivalenti, un nucleo familiare di due componenti adulti e un minore di 14 anni corrisponderà a un nucleo di 2,2 componenti equivalenti.

Figura 6.5 **Composizione percentuale della spesa sanitaria delle famiglie per quintili di consumo, 2022**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Indagine sulla spesa delle famiglie.

famiglie è anche stata inserita tra gli indicatori dei *Sustainable Development Goals* (SDGs) nella sezione dedicata alla *Universal Health Coverage* (3.8). In particolare, l'obiettivo 3.8.2 prevede di ridurre la «percentuale di popolazione con ampie spese sanitarie familiari in percentuale della spesa familiare o del reddito»<sup>7</sup>. Il termine tipicamente utilizzato per connotare le spese sanitarie ritenute «eccessive» rispetto ai consumi o al reddito familiare è quello di spesa «catastrofica». Il termine ha assunto nel tempo e nei diversi contesti un'accezione molto diversa. È opinione diffusa che, a prescindere dal significato letterale del termine, la definizione di «catastrofica» debba trovare un adattamento rispetto ai contesti in cui si applica, distinguendo ad esempio i paesi in via di sviluppo da quelli sviluppati, i sistemi sanitari con ampie coperture pubbliche da quelli che intervengono in via residuale, e così via. Tra il 2018 e il 2019 l'uf-

<sup>7</sup> L'elenco e la descrizione di tutti gli SDGs sono disponibili al sito dedicato del Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite (<https://sdgs.un.org/>).

ficio regionale del WHO in Europa ha sviluppato un proprio metodo di analisi della *financial hardship* che tiene conto delle caratteristiche del contesto europeo e che, in generale, meglio si adatta ai paesi sviluppati (Cylus *et al.*, 2018; WHO Regional Office for Europe, 2019).

Il metodo si basa sull'individuazione su base familiare di una soglia di «abilità a pagare» definita escludendo dalla spesa familiare un paniere di spese essenziali (per alimenti, abitazione e utenze). Le spese essenziali variano al variare della dimensione familiare equivalente e rispetto alla eventuale assenza nel nucleo di spese per abitazione e utenze. A titolo di esempio, una famiglia di dimensione equivalente pari a 1 componente riporta una spesa essenziale media pari a 370 euro mensili, mentre una famiglia con una dimensione equivalente superiore a 3 componenti riporta una spesa essenziale media pari a 1.275 euro mensili. Rispetto ai quintili, la media dell'abilità di spesa è decrescente rispetto ai consumi complessivi anche a causa del fatto che le famiglie più povere hanno una dimensione in media maggiore rispetto a quelle più ricche. Sottraendo dalla spesa familiare la spesa per beni e servizi essenziali, si ottiene l'abilità a pagare familiare. La capacità a pagare media delle famiglie incluse nel primo quintile è pari a poco meno di 100 euro mensili e include anche valori negativi (assenza di abilità a pagare), mentre quella per il quinto quintile è pari a circa 3.200 euro mensili (Tabella 6.15).

Le famiglie soggette a spese «catastrofiche» rientrano in tre fattispecie: (i) famiglie impoverite a seguito di spese sanitarie, ovvero quelle famiglie le cui spese sanitarie sono superiori all'abilità a pagare; (ii) famiglie ulteriormente impoverite, ovvero quelle che riportano spese sanitarie pure in assenza di abilità a pagare; (iii) famiglie le cui spese sanitarie superano il 40% dell'abilità a pagare.

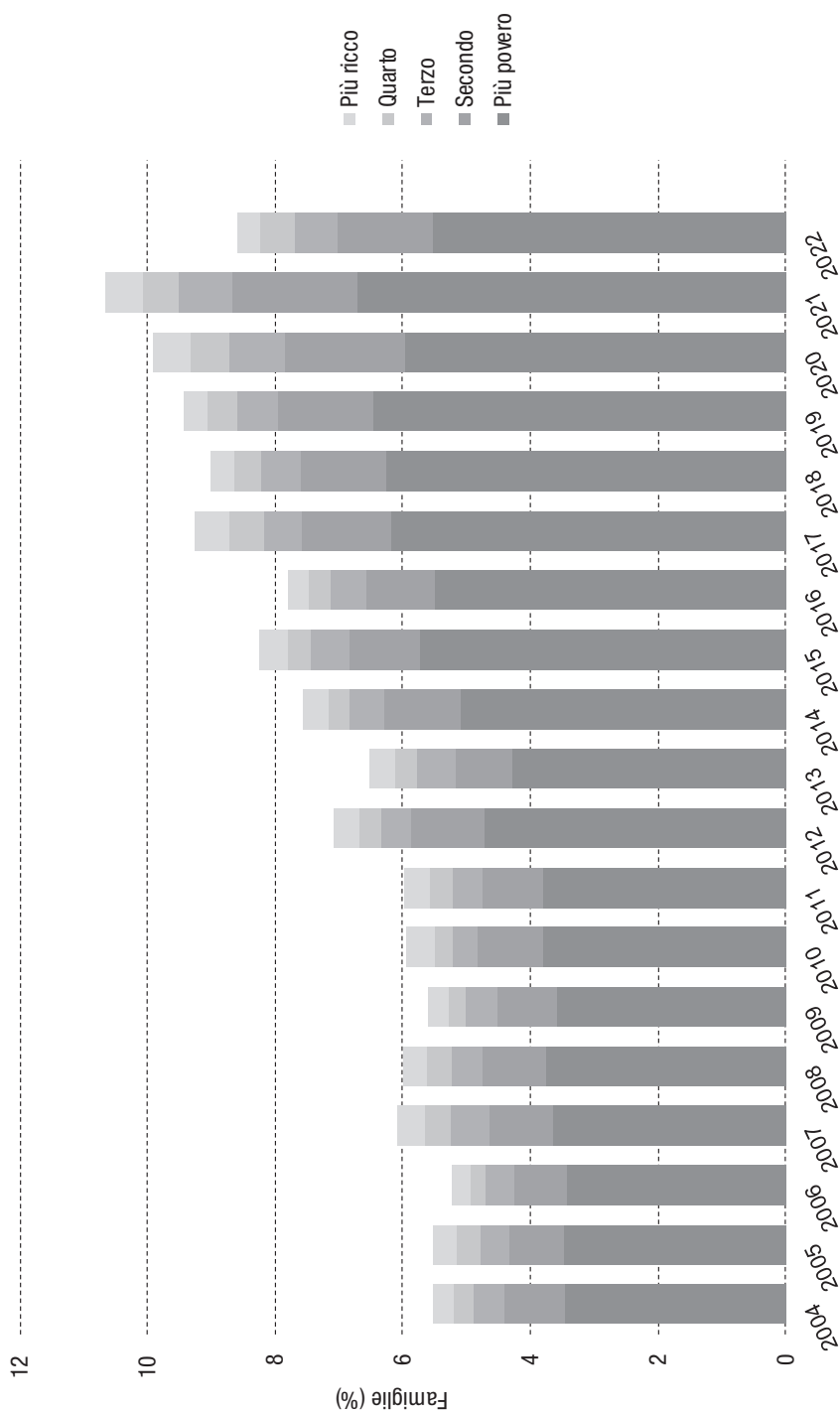
La Figura 6.6 mostra l'andamento nel tempo dell'indicatore di percentuale di famiglie soggette a spese catastrofiche. Le misure sono state calcolate applicando la metodologia definita dall'ufficio europeo del WHO ai dati dell'Inda-

Tabella 6.15 **Indicatori di spesa media mensile e abilità a pagare delle famiglie italiane, per quintile di spesa, 2022**

	I quintile	II quintile	III quintile	IV quintile	V quintile	Totale (media)
Spesa media mensile del componente equivalente	€ 424	€ 708	€ 980	€ 1.360	€ 2.525	€ 1.199
Spesa media mensile familiare per beni e servizi	€ 851	€ 1.342	€ 1.788	€ 2.330	€ 3.841	€ 2.030
Spesa media mensile familiare per beni e servizi sanitari	€ 41	€ 74	€ 103	€ 143	€ 209	€ 114
Spesa media mensile familiare per beni e servizi essenziali	€ 753	€ 714	€ 689	€ 642	€ 579	€ 675
Abilità a pagare media mensile familiare (WHO)	€ 98	€ 628	€ 1.099	€ 1.688	€ 3.263	€ 1.355

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Indagine sulla spesa delle famiglie.

Figura 6.6 Percentuale di famiglie con spese catastrofiche, per quintile di consumo, 2004-2022

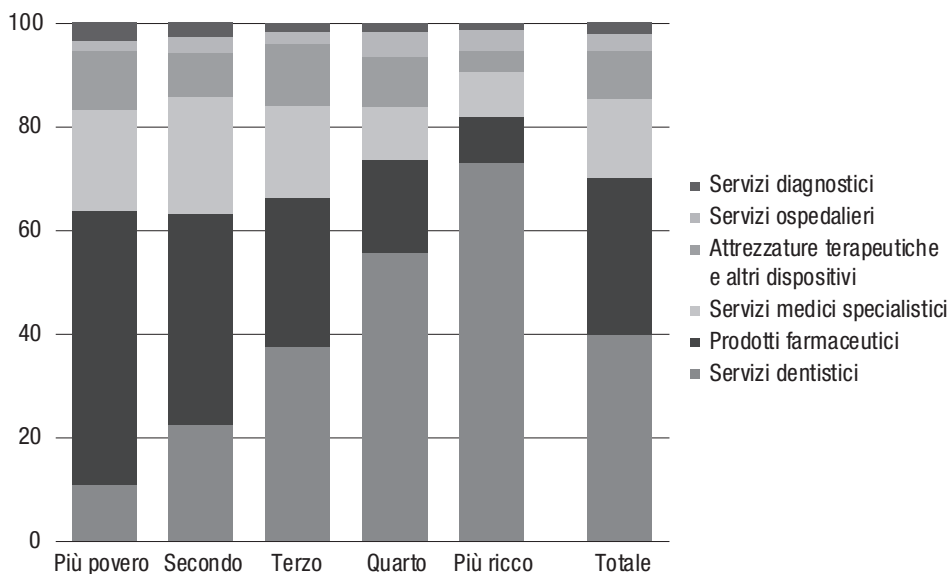


Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Indagine sulla spesa delle famiglie. Fattore e Preti (forthcoming, 2025).

gine ISTAT sulla spesa delle famiglie. Nell'ultimo anno disponibile (il 2022), il 2,7% delle famiglie è risultato ulteriormente impoverito, l'1,1% impoverito e il 4,7% ha riportato spese sanitarie superiori al 40% della propria abilità a pagare. Nel complesso, dunque, le famiglie con spese catastrofiche rappresentano l'8,6% del totale. Nonostante la fonte coincida, l'applicazione di questo metodo porta a una stima del numero di famiglie soggette a impoverimento e spese catastrofiche che differisce per eccesso rispetto a quelle riportate da altre fonti nazionali. Ad esempio, D'Angela e Spandonaro (2023) stimano, utilizzando le soglie di povertà relativa dell'ISTAT, una percentuale di famiglie italiane soggette a impoverimento pari al 1,6% e di famiglie soggette a spese catastrofiche del 2,8% (in entrambi i casi il dato si riferisce al 2021). Entrambi i metodi sono comunque concordi nel definire la tipica connotazione delle famiglie soggette a spese catastrofiche e impoverimento: la concentrazione delle spese catastrofiche riguarda infatti per il 64% le famiglie appartenenti al quintile di spesa più povero (Figura 6.7), per il 48% le famiglie residenti nelle regioni meridionali (pari al 32% delle famiglie totali), per il 42,7% i nuclei la cui persona di riferimento è pensionata (pari al 34,5% del totale). In termini temporali il fenomeno sembra crescere in modo costante, nonostante sia particolarmente sensibile tanto al metodo applicato quanto alla metodologia impiegata per la realizzazione dell'indagine (si notino ad esempio le variazioni significative osservate nel 2014 e nel 2022, entrambi anni in cui la metodologia di realizzazione dell'indagine è stata soggetta a importanti modifiche). La crescita del fenomeno appare particolarmente pronunciata tra il 2014 e il 2021, quando la percentuale di famiglie soggette a spese catastrofiche è passata dall'8,2% al 10,7%. Si tratta dello stesso intervallo di tempo in cui l'indice di povertà assoluta familiare italiano è aumentato dal 6,2% al 7,7% (ISTAT, 2024). Nel 2022 il fenomeno è stato ridimensionato (8,6%), sebbene gran parte del ridimensionamento sia dovuto a questioni metodologiche e soltanto i prossimi anni diranno se si tratti di una effettiva riduzione. In ogni caso, anche il valore 2022 colloca l'Italia tra i paesi con un'incidenza di spesa catastrofica tra il 5% e il 10% (come ad esempio Polonia, Grecia, Malta, Estonia, ecc.), lontana da tutti i paesi dell'Europa occidentale (Francia, Germania, Spagna, Regno Unito), la cui incidenza si colloca stabilmente sotto il 5% (WHO Regional Office for Europe, 2023). Tutti i paesi con incidenza di spese sanitarie catastrofiche inferiore al 10% hanno inoltre tutti un'incidenza di povertà relativa inferiore a quello italiano (9%), con l'eccezione della Spagna (10%), che però ha un'incidenza di spese catastrofiche inferiore al 3% (World Bank Poverty and Inequality Platform, 2024).

Per completare il quadro del fenomeno dell'incidenza delle spese catastrofiche è utile descrivere anche quali tipologie di spesa portano effettivamente alla loro comparsa. La Figura 6.7 mostra la distribuzione della spesa sanitaria per tipologia, per le famiglie soggette a spese catastrofiche, divise per quintile di spe-

Figura 6.7 **Percentuale di famiglie con spese catastrofiche, per quintile di consumo, 2004-2022**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Indagine sulla spesa delle famiglie.

sa. In generale, a determinare la presenza di spese catastrofiche contribuiscono principalmente le spese per servizi dentistici (40%) e le spese per medicinali e prodotti farmaceutici (30%). Il quadro cambia però drasticamente se si osserva quali spese determinino il fenomeno tra i diversi quintili. Nel quintile più povero (che assorbe da solo il 64% delle famiglie soggette a spese catastrofiche), infatti, l'esistenza di spesa catastrofiche è dovuta per il 53% alla spesa per medicinali e per il 19% alla spesa per servizi medici specialistici. In modo diametralmente opposto, la spesa per servizi dentistici è di fatto la primaria responsabile dell'esistenza di spese catastrofiche per il quarto (56%) e il quinto (73%) quintile.

Le evidenze di sintesi appena mostrate evidenziano chiaramente alcuni fondamentali aspetti che è necessario tenere in considerazione per una seria discussione sull'impatto del ricorso alla spesa sanitaria privata su equità e disuguaglianze nel nostro paese. Laddove il fenomeno è più rilevante – le famiglie meno abbienti e quelle composte da anziani e pensionati – a determinarlo è l'ampio ricorso a spese private per l'acquisto di prodotti farmaceutici e, in misura minore, di servizi medici specialistici. Nel primo caso, è fondamentale ricordare come, i regimi di esenzione dal ticket per la farmaceutica territoriale si applicano esclusivamente ai farmaci di Fascia A, ovvero quelli rimborsati dal SSN, mentre rimangono esclusi tutti i farmaci di Fascia C, SOP e OTC che rimangono totalmente a carico del consumatore. Nel 2023 infatti quasi il 40%



della spesa farmaceutica territoriale (escludendo quindi la distribuzione diretta e per conto) era privata e destinata prevalentemente all'acquisto di farmaci non rimborsati dal SSN (con prescrizione o in automedicazione), privi di qualsiasi forma di esenzione (Del Vecchio *et al.*, 2023; OSMED, 2024). A questo va aggiunto che l'Indagine sulla spesa delle famiglie intercetta anche le spese per l'acquisto di prodotti non farmaceutici, ma percepiti come tali dai cittadini, come ad esempio gli integratori alimentari, il cui acquisto è spesso determinato da una prescrizione o un suggerimento del medico o del farmacista.

Per quanto riguarda le spese per servizi medici specialistici, che contribuiscono per il 19% a generare le spese catastrofiche delle famiglie più povere e per 22% nelle famiglie appartenenti al secondo quintile, la questione può essere dovuta tanto ai termini economici per l'accesso ai servizi del SSN (i ticket sulla specialistica ambulatoriale), quanto a eventuali limitazioni all'accesso (es. tempi di attesa, prossimità) che possano indurre anche i meno abbienti a ricorrere al consumo privato.

Infine, il ruolo delle spese per servizi dentistici pone una seria riflessione sull'accessibilità delle classi meno abbienti a questa tipologia di servizi. Data la natura di questa area di attività, quasi totalmente esclusa dai LEA, il fatto che le spese dentistiche non siano «catastrofiche» per le famiglie meno abbienti (ma che lo siano per quelle più ricche) è unicamente indice di uno scarso accesso a tali servizi. Più che segnalare quindi una risposta efficace al bisogno di servizi dentistici da parte del SSN, la scarsa rilevanza di queste spese nel determinare difficoltà finanziarie nelle famiglie più povere deriva dalla impossibilità di fatto di accedere ai servizi dentistici privati, con evidenti conseguenze in termini di esiti e stato di salute della popolazione.

Le analisi di questo paragrafo testimoniano come il tema delle disuguaglianze connesse al ricorso alle spese private sia particolarmente rilevante per le classi meno agiate del paese e per le persone più anziane. Per oltre due terzi il fenomeno dell'incidenza alle spese catastrofiche è assorbito da un insieme di famiglie che sono già soggette al fenomeno della povertà relativa e assoluta. Il 46% delle famiglie appartenenti al primo quintile è infatti già in povertà relativa e il 34% in povertà assoluta secondo i parametri ISTAT.

Un dibattito informato su come affrontare i rischi di iniquità connessi al ricorso alle spese sanitarie private dovrebbe quindi tenere in considerazione che la loro risoluzione, o quantomeno mitigazione, passa tanto da modifiche profonde ad alcuni elementi strutturali del SSN, quanto da politiche per la povertà che considerino le spese sanitarie «involontarie» come determinante che contribuisce a peggiorare tale fenomeno. Nel caso del SSN, si tratta sia di mettere in discussione i criteri di esclusione dai LEA di alcune voci di assistenza che finiscono per generare un onere rilevante per le famiglie a basso reddito, come nel caso dei farmaci di Fascia C, sia di potenziare l'accessibilità ai servizi per i quali sono già previste condizioni di accesso differenziate per le famiglie meno abbienti,

come ad esempio i criteri di vulnerabilità sociale per l'assistenza odontoiatrica. Fuori dal perimetro del SSN, è necessario mettere in discussione invece la sola detrazione fiscale per le spese sanitarie come forma di supporto alle spese sanitarie, in quanto per sua natura strumento non in grado di supportare gli individui e famiglie vulnerabili e quindi spesso già esenti dalle imposte sul reddito.

## 6.8 Riflessioni conclusive

Il contributo di quest'anno incorporando i dati relativi al 2022 e, seppure in termini preliminari, parte di quelli di quelli relativi al 2023 consente di cogliere meglio la portata effettiva delle discontinuità generate dalla pandemia e quali siano i tratti di un progressivo ritorno alla normalità. Il disegno complessivo iniziava già a emergere dal capitolo dell'anno scorso (Del Vecchio *et al.*, 2023), i nuovi dati non lo modificano, limitandosi a dare maggiore consistenza e profondità a quanto era già stato indicato. In una prospettiva internazionale, nel 2023 il nostro Paese si conferma essere tra quelli con la minore percentuale di spesa sanitaria complessiva sul PIL, frutto di una spesa sanitaria pubblica molto bassa non compensata, come avviene, per esempio nel caso del Portogallo, da una consistente quota di spesa volontaria. Se si considerano le dinamiche della spesa, la pandemia, come è avvenuto in tutti gli altri Paesi, ha accelerato i tassi di crescita della spesa nominale rispetto al periodo precedente sia della spesa obbligatoria che di quella volontaria. Tuttavia, nel confronto con gli altri paesi, l'Italia ha avuto incrementi significativamente minori sul versante obbligatorio, rimanendo peraltro in una posizione mediana sul versante volontario. In termini di percentuali sul PIL le dinamiche e un «ritorno alla normalità» sono ora molto ben delineate:

- ▶ la spesa sanitaria totale dopo un picco nel 2020 (incremento di un punto di PIL rispetto al 2019) è scesa costantemente di 0,4 punti di PIL ogni anno;
- ▶ tale dinamica è interamente ascrivibile alla componente pubblica che dopo l'incremento del 2020 è costantemente scesa fino ad arrivare a un livello paragonabile a quello della seconda metà degli anni duemila (6,1%);
- ▶ la componente privata è rimasta sostanzialmente stabile (un leggero incremento nel 2021).

I dati e le metriche usuali continuano quindi, ostinatamente, a non mostrare traccia di quell'aumento preoccupante della spesa privata che conseguirebbe a una evidente e crescente difficoltà – questa sì suffragata dai dati – della spesa pubblica. Continuano quindi a rimanere valide le riflessioni di fondo che OCPS propone, soprattutto quelle collegate alla necessità di aprire un dibattito serio e fondato sulle prospettive del nostro sistema sanitario e sul contributo che alla tutela della salute può venire dalla spesa privata.

In un contesto di riconferma del quadro di riferimento, le analisi che vengono svolte nel capitolo cercano ogni anno di allargare le prospettive per offrire rappresentazioni sempre più adeguate e utili di un fenomeno complesso. Nel capitolo di quest'anno abbiamo deciso di iniziare ad approfondire due questioni che troveranno sviluppo nelle future ricerche dell'Osservatorio.

La prima è quella del rapporto tra spesa e consumi reali. Le due prospettive guardano al medesimo oggetto da due punti di vista differenti attingendo, peraltro, a fonti diverse: da una parte ci sono le risorse dedicate a sostenere i consumi e, dall'altra, ci sono i consumi nella loro dimensione materiale, ovvero le quantità di beni e servizi effettivamente consumate. La prima prospettiva dice qualcosa sull'importanza attribuita e sull'intensità dei bisogni in relazione ai vincoli di bilancio, la seconda considera prevalentemente l'effettiva possibilità di soddisfare i bisogni stessi. A collegare le due dimensioni interviene, evidentemente, il sistema dei prezzi e le sue eventuali dinamiche (inflazione). Al Covid si è accompagnata una fiammata inflazionistica che, quando mostra diverse intensità nei diversi settori di consumo, suggerisce di guardare ai consumi reali anche attraverso la lente dei prezzi. Così, se l'inflazione sanitaria è significativamente diversa da quella generale, i consumi sanitari privati letti solo attraverso la lente della spesa possono produrre visioni poco accurate. Il tema è molto complesso e un elemento particolarmente critico è quello di come misurare «l'inflazione sanitaria», cioè la dinamica dei prezzi in un comparto di beni e servizi molto eterogeneo e nel quale la formazione dei prezzi stessi avviene attraverso meccanismi molto diversi (dalle visite ai farmaci). In questo capitolo la relazione tra spesa e consumi è stata esplorata in via del tutto preliminare attraverso l'utilizzo di indici ufficiali aggregati. L'apparente spostamento verso un maggiore peso relativo dei consumi sanitari nel paniere dei consumi familiari e in percentuale del potere d'acquisto delle famiglie è la principale e più interessante considerazione che emerge dall'approfondimento proposto. È chiaro però che qualsiasi considerazione relativa all'effettivo spostamento di consumi reali verso la tutela della salute dipende fortemente dai metodi e le fonti alla base del calcolo dell'indice dei prezzi. Tale risultato, infatti, dipende esclusivamente dall'assunzione che i prezzi in sanità siano cresciuti, negli ultimi due anni, meno dell'indice generale. Se è scontato immaginare che questo sia accaduto per la componente pubblica dei consumi sanitari, in un contesto in cui le tariffe sono di fatto bloccate e i prezzi dei prodotti regolamentati (i farmaci) crescono in modo moderato e controllato, non è altrettanto vero che questo accada nell'ambito dei consumi privati, e in particolare nel mondo dei servizi, dove è verosimile che le determinanti di mercato (aumento della domanda e scarsità dell'offerta) incidano fortemente sulla formazione dei prezzi. Ogni considerazione definitiva sul tema del presunto spostamento verso maggiori consumi sanitari reali dipenderà quindi dalla capacità di differenziare dall'indice dei prezzi generali la componente sanitaria. Su questo l'Osser-

vatorio si ripromette di avviare un lavoro di ricerca teso a esplorare meglio il tema dei prezzi nelle singole articolazioni dei consumi privati.

La seconda questione attiene al tema dell'equità. I consumi privati, e in particolar modo quelli non intermediati, pongono necessariamente il tema di come riuscire a definire e preservare profili di equità accettabili rispetto a consumi meritori come quelli sanitari. Un passo fondamentale in tale direzione consiste nel riconoscere le differenze nei consumi sanitari tra le diverse classi di reddito, come abbiamo sempre fatto, e analizzare, come abbiamo fatto nell'approfondimento di quest'anno, gli impatti generati nelle diverse fasce dal soddisfacimento di bisogni legati alla salute attraverso consumi che trovano un vincolo nei livelli di reddito. Anche in questo caso si tratta di una analisi che verrà ripresa e approfondita nel lavoro futuro dell'Osservatorio, ma i risultati che sono stati presentati non devono comunque essere sottovalutati. Innanzitutto, è utile ricordare come l'analisi consenta di trarre considerazioni tanto da quelle che sono le determinanti dell'impoverimento delle famiglie italiane a causa dei consumi sanitari, ma ci fornisce al tempo stesso elementi relativi alla preclusione, per alcune fasce sociali, all'accesso, e quindi alla spesa, per alcuni servizi. Il risultato principale ci dice infatti che la fonte dell'impoverimento dovuto a spese sanitarie risiede in larghissima parte in spese per beni e servizi oggi, e storicamente, esclusi dalla copertura finanziaria pubblica: farmaci (prevalentemente in classe C, ma anche integratori) e servizi dentistici. Se gli ultimi sono la maggiore cause, per entità, di spese catastrofiche, è impossibile non rimarcare il fatto che sono le spese per farmaci la principale causa di impoverimento nelle classi meno agiate del Paese. Se a questo si aggiunge il fatto che la marginalità delle spese per servizi dentistici in questa classe è un chiaro indicatore di scarso accesso alle cure, è evidente che le soluzioni al problema della protezione finanziaria dai rischi connessi alle spese sanitarie *out-of-pocket* vadano più ricercate tra ciò che storicamente è lasciato in carico ai cittadini, che non invece alle aree su cui il SSN mostra in questa fase storica maggiori difficoltà di risposta alla domanda. Tutte queste considerazioni ci ricordano quindi come negli augurabili processi di ridefinizione del frastagliato confine tra consumi pubblici e privati una crescente attenzione andrà posta alle condizioni socio-economiche dei soggetti coinvolti. In altri termini se l'universalismo vorrà o dovrà intraprendere la strada della selettività prendere coscienza di ciò che concretamente avviene in un sistema che si dichiara universalistico sarà un passaggio inevitabile.

## 6.9 Bibliografia

AIFA (2023). «*L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto OsMed 2022*». Tratto da: <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2022>.

- ANIA (2023). «*L'assicurazione italiana 2021/2022*». Tratto da: <https://www.ania.it/documents/35135/0/LAssicurazioneItaliana-2023+WEBVER.pdf/68ffb7ef-d05a-ffff-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
- Bruschi M., Del Prete E., Fattorini L. (2024). Inflazione e salute. In Salute Internazionale. Tratto da: <https://www.saluteinternazionale.info/2024/09/infrazione-e-salute/>
- Corte dei Conti (2023). «*Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica*». Tratto da: <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=6b3c3b5a-0ce7-4242-82b9-0662cea9a490>.
- Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ.* 96:599–609 (<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209031>).
- d'Angela D., Spandonaro F. (2023). Impoverimento, catastroficità e disagio economico: i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario. In 19° Rapporto Sanità (pp. 243-260).
- Del Vecchio M. (2012). *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in sanità*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2015). Pubblico e privato in sanità: nuove sfide per un tema antico. In Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015). I Consumi Privati in Sanità: i dati. In Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Prenestini A. (2015). Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS. *Health Policy*, 119(3): 356-366.
- Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E., Rappini V. (2013). I Consumi Privati in Sanità. In Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*. 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*». Tratto da: <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. Tratto da: <https://www.istat.it/it/files//2023/04/Conto-Ap-reddito-famiglie-profitti-società-4trim2022.pdf>

- ISTAT (2024). Povertà assoluta e spese per consumi. *Statistiche Today*, 25 marzo 2024. Tratto da: [https://www.istat.it/it/files/2024/03/STAT\\_TODAY\\_POVERTA-ASSOLUTA\\_2023\\_25.03.24.pdf](https://www.istat.it/it/files/2024/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2023_25.03.24.pdf)
- Lagarde, C. (2022), “Monetary policy in a high inflation environment: commitment and clarity”, lecture organised by Eesti Pank and dedicated to Professor Ragnar Nurkse, Tallinn, 4 November.
- Ministero dell’Economia e delle Finanze (2022). «*Rapporto annuale sulle spese fiscali 2022*». Tratto da: [https://www.mef.gov.it/ministero/commissioni/red\\_spe\\_fis/index.html](https://www.mef.gov.it/ministero/commissioni/red_spe_fis/index.html).
- 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. Tratto da: <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), 535-543.
- Wagstaff, A., O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., & Lindelow, M. (2007). Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. World Bank Publications.
- WHO Regional Office for Europe (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2023). Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.