

6 I consumi privati in sanità

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

6.1 Premessa

L'analisi di questo capitolo si concentra sui consumi privati in sanità (CPS), cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (per esempio, la medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Il capitolo, curato dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CERGAS-SDA Bocconi offre, come di consueto, attraverso l'esplorazione delle fonti più aggiornate, un quadro complessivo dei «numeri» del settore dei consumi privati in sanità e delle sue principali determinanti fino al 2020.

Rispetto agli analoghi contributi che gli stessi autori hanno offerto nei precedenti rapporti per OASI (Del Vecchio, Fenech, Mallarini, Rappini 2013, 2014; Del Vecchio, Fenech, Rappini 2015, 2016, 2017, 2018; Del Vecchio, Fenech, Preti, Rappini, 2019, 2020), bisogna, in via preliminare, segnalare che il rapporto di quest'anno è stato rivisto nella sua struttura per dare conto di quanto sta accadendo al settore in questa fase di emergenza nazionale e internazionale. Dopo un breve richiamo all'approccio (paragrafo 6.2) e ad alcuni aspetti metodologici (paragrafo 6.3), il rapporto propone in prima battuta una sintesi di quali erano i dati di partenza relativi al 2019 (paragrafo 6.4), per poi entrare nel merito delle dinamiche che stanno attraversando il settore (paragrafi successivi). Nella sintesi del 2019, il lettore potrà ritrovare un richiamo al posizionamento italiano nel contesto internazionale e un accenno alla composizione dei consumi privati nell'anno pre-crisi. Questa sintesi è anche l'ocasio-

¹ Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 6.1, 6.2 e 6.7 possono essere attribuiti a Mario Del Vecchio, i §§ 6.3 e 6.4 a Valeria Rappini, il § 6.5 e l'Appendice a Luigi Preti e il § 6.6 a Lorenzo Fenech.

ne per aggiornare alcuni dati che, rispetto al rapporto precedente, si sono via via consolidati, come da prassi degli istituti statistici.

A seguire concentriamo l'attenzione sulle dinamiche 2019-2020. Lo scopo è far comprendere quali possano essere stati gli impatti della pandemia sul settore dei consumi sanitari privati e, pur con tutte le limitazioni dettate dalla complessità e imprevedibilità delle circostanze, offrire qualche riflessione sulle possibili traiettorie evolutive. Come in tutte le occasioni in cui si presentano delle discontinuità, il tentativo è quello di mettere a fuoco le dinamiche per comprendere ciò che è avvenuto e ciò che può ancora cambiare, consapevoli che i cambiamenti sono ancora in atto e che la fotografia che tracciamo oggi potrà essere rivista e aggiornata nel rapporto dell'anno prossimo.

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 in tutte le dimensioni di funzionamento dei sistemi sanitari dei paesi avanzati hanno, così, subito cambiamenti ormai strutturali, dovuti a un insieme variegato di fattori. Tra questi, un ruolo da non sottovalutare è quello giocato da una costante espansione delle opportunità di cura che rende, da una parte, impossibile il sostegno pubblico a tutto ciò che è potenzialmente utile per la salute e, dall'altra, difficoltosa la costruzione di gerarchie condivise rispetto alla meritorietà dei diversi consumi. La crescente standardizzazione dei processi di produzione ed erogazione dei servizi sanitari incontra, poi, una domanda decisamente meglio informata rispetto al passato consentendo, in alcuni ambiti, un ricorso meno problematico ai meccanismi di mercato (Tinghög G., Carlsson P., Lyttkens C., 2010).

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

L'indebolimento dei confini tra pubblico e privato e l'ibridazione sono fenomeni che non si limitano a toccare solo i sistemi e la loro rappresentazione, ma

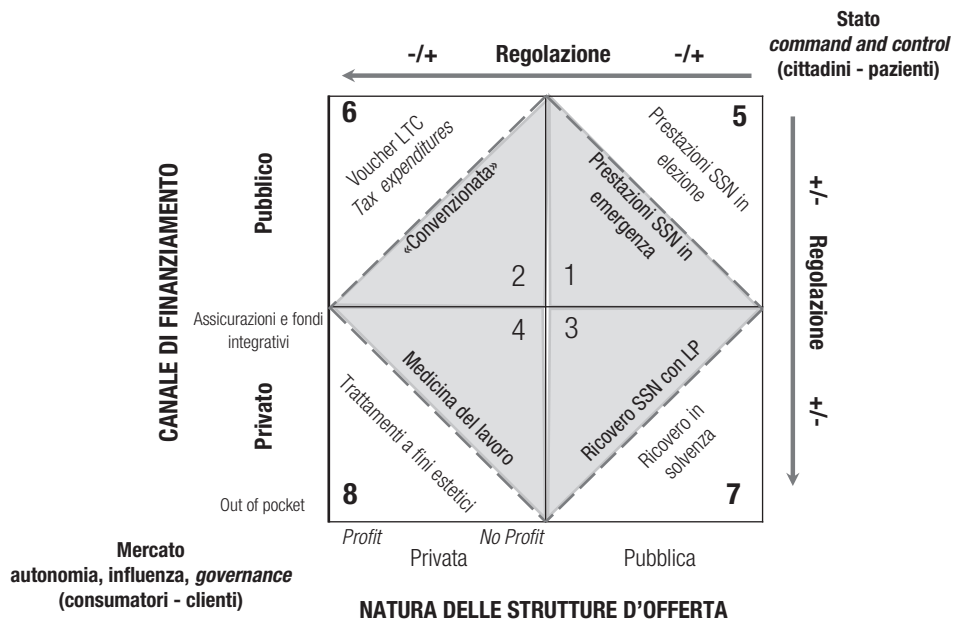
che estendono la propria influenza anche ai reali processi di consumo. Anche considerando il singolo atto di consumo in sé, si moltiplicano le occasioni in cui pubblico e privato si fondono, come avviene, ad esempio, nel caso in cui il sistema pubblico finanzia il consumo di un farmaco generico e il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

In questo contesto anche gli schemi più robusti e consolidati, quelli che hanno finora guidato la classificazione dei consumi tra pubblico e privato, iniziano a perdere parte della loro utilità. Nell'interpretare la realtà e orientare valutazioni e decisioni emerge la necessità di considerare anche nuove dimensioni. Un esempio interessante in tal senso è la proposta di Burchardt (1997) che vede nella effettiva capacità di influenza e decisione dell'utente/paziente una dimensione di importanza paragonabile a quella relativa alle diverse fonti di finanziamento o alla natura istituzionale degli erogatori.

La Figura 6.1 rappresenta il nuovo *framework* di riferimento introdotto a partire dal Rapporto 2019 (Del Vecchio *et al.*, 2019). Alle tradizionali dimensioni di «produzione» e «finanziamento», che aiutano a definire le aree di interesse dei consumi privati, si aggiunge la dimensione relativa all'effettiva capacità di influenza e decisione dell'utente sul processo di consumo. Ciascuno dei «tradizionali» quattro quadranti viene, di conseguenza, ulteriormente suddiviso: le aree più interne sono caratterizzate da un maggior potere di decisione sulle modalità di fruizione esercitato dal sistema pubblico, mentre le corrispondenti sezioni più esterne esprimono un crescendo di logiche di mercato e riflettono una maggior libertà e discrezionalità del singolo utente. Non è perciò detto che la condizione di finanziamento privato e produzione privata sia di per sé sufficiente a garantire tutte le condizioni normalmente associate a un «consumo privato». Infatti, nel medesimo tradizionale quadrante privato-privato, possiamo ora evidenziare due situazioni molto differenti: la medicina del lavoro, più vicina a un consumo pubblico per gli elevati livelli di «prescrittività» (Figura 1, circuito 4), e i trattamenti sanitari a fini estetici pienamente caratterizzati da dinamiche di mercato (Figura 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 (Del Vecchio,

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



2012). I prodotti e servizi per la salute possono, infatti, essere inseriti in circuiti economici che si caratterizzano non solo per il soggetto che ne sopporta l'onere, ma anche per la pluralità di attori e meccanismi di offerta che compongono. Così, da una parte, l'onere può ricadere sulle famiglie, sui fondi e le assicurazioni o sulle imprese e, dall'altra, i destinatari possono essere la stessa pubblica amministrazione, le imprese fornitrici di beni o servizi, o i professionisti.

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

6.3 Perimetri, fonti e aggregati di spesa sanitaria privata

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

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

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

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

Le principali fonti e stime ufficiali della spesa sanitaria sono riportate nella Tabella 6.1.

La prima dimensione per la quale possono cambiare i perimetri dell'oggetto è la popolazione di riferimento. La popolazione presa in analisi può essere, ad esempio, quella residente – e l'aggregato riferirsi ai consumi delle famiglie italiane all'interno e al di fuori dei confini nazionali (il turismo sanitario di italiani all'estero) – oppure essere quella presente sul territorio economico – l'aggregato di spesa considerare l'intera produzione all'interno del territorio nazionale per conto di famiglie residenti e non residenti (il turismo sanitario estero in Italia). Inoltre, può cambiare l'insieme dei soggetti considerati: individui, famiglie, imprese, assicurazioni, ecc. Residenza e tipologia dei soggetti presi in considerazione spiegano la maggior parte delle differenze tra le stime di spesa sanitaria derivante dai Conti Nazionali (35,8 miliardi di euro), che si riferiscono alla spesa delle famiglie residenti e non sul territorio economico, e le stime derivanti dal Sistema dei Conti per la Sanità (SHA) (38,1 miliardi di euro) che si riferiscono alla spesa di famiglie, imprese, assicurazioni effettuata

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

Fonti	Aggregati e metodi di riferimento	Classificazioni	Stima 2019	Stima 2020	Anni e serie disponibili	Soggetta ad aggiornamenti e revisioni
ISTAT	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (Sec2010) integrando dati amministrativi e campionari	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)	37,7	35,8	1995-2020	Si
	Spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione residente (spesa diretta delle famiglie e da regimi volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011)	International Classification for Health Accounts (ICHA)	40,5	NA	2012-2019	Si
	Spesa sanitaria rilevata dall'Indagine sulla spesa delle famiglie residenti (sostenute in Italia e all'estero)	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)	36,7	33,4	1997-2020	No
OECD, Eurostat, WHO	Spesa sanitaria privata (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il System of Health Accounts (SHA 2011) che utilizza il Joint Health Accounts Questionnaire (JHAQ) per la trasmissione dei dati	International Classification for Health Accounts (ICHA)	40,5	38,1	1970-2020	Si

da residenti (o per conto di residenti) in Italia o all'estero (Del Vecchio *et al.*, 2017)².

L'OCSE utilizza da ormai diversi anni il sistema di riferimento ICHA-SHA. Recentemente, l'ISTAT ha provveduto, in coordinamento con Eurostat e gli istituti di statistica europei, a una revisione delle serie storiche dei Conti Nazionali, basate sul sistema SEC (Sistema Europeo dei Conti), finalizzata a introdurre miglioramenti di processi e metodi di stima derivanti anche dall'utilizzo di fonti informative nuove o aggiornate.

² I Conti Nazionali stimano i consumi finali delle famiglie sul territorio economico secondo la classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*). Le stime SHA (*System of Health Accounts*) fanno invece riferimento al sistema di classificazione ICHA (*International Classification of Health Accounts*) che riguarda le famiglie residenti e che prende in considerazione, oltre alla spesa diretta delle famiglie (spese dirette per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per i quali si attinge da redditi e/o risparmi), anche altri regimi di finanziamento «volontario»: le assicurazioni e i fondi sanitari integrativi, le istituzioni senza scopo di lucro (accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni provenienti da cittadini, istituzioni pubbliche, imprese), le imprese (accordi mediante i quali le imprese finanziano o forniscono direttamente i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime contributivo pubblico o privato).

In merito alla questione del finanziamento, ovvero dei meccanismi attraverso i quali vengono reperite risorse necessarie per la produzione e il consumo di beni e servizi sanitari, la distinzione tra pubblico e privato, come già detto, è molto meno netta di quanto possa sembrare a prima vista. Senza voler approfondire qui il dibattito, i meccanismi in questione sono variegati e potrebbero essere classificati come pubblici (finanziamento pubblico) o privati (finanziamento privato) guardando non tanto alla natura istituzionale dei soggetti che raccolgono le risorse, quanto alla volontarietà o meno del trasferimento (Thomson *et al.*, 2009). Assumendo questa prospettiva, se gli estremi di un asse «teorico» rimangono riconoscibili (spesa pubblica finanziata dalla tassazione generale vs spesa privata interamente *out of pocket*), e possono essere oggetto di considerazioni generali, «in un continuum sempre più densamente popolato da specifiche configurazioni è difficile tracciare linee di demarcazione significative» (Del Vecchio, 2015). In una zona intermedia si collocano, per esempio, i regimi di finanziamento privato obbligatori (*compulsory private insurance schemes*), dove ricadono le spese intermedie dalle assicurazioni sanitarie in tutti i casi in cui sia previsto un obbligo legislativo di assicurazione a carico dell'individuo o del datore di lavoro, come accade nel sistema statunitense, svizzero, olandese e quelle intermedie attraverso la *complémentaire santé* in Francia. Quali di queste spese possano considerarsi pubbliche per il solo fatto di essere obbligatorie e quali, invece, private rimane una questione aperta. Sebbene il sistema di classificazione ICHA-SHA preveda da sempre la distinzione tra spesa privata obbligatoria e volontaria, soltanto recentemente l'OECD ha fornito evidenza di questa distinzione nelle sue statistiche comparative tra paesi membri, assimilando la spesa delle assicurazioni statunitensi (rese in parte obbligatorie a seguito del recente *Affordable Care Act*) a quelle svizzere e olandesi, finendo così per porre gli USA nel ranking dei paesi sanitari a più elevata copertura finanziaria pubblica (OECD Health Data, edizione 2021).

Vi è, infine, il perimetro dell'universo di beni e servizi sanitari. Non è questo il luogo per approfondire il tema di cosa sia o non sia riconducibile all'ambito sanitario, ma bisogna sottolineare come la molteplicità delle stime riflette i mutamenti che stanno avvenendo nei bisogni prevalenti della popolazione. In questa prospettiva, le dinamiche demografiche stanno favorendo lo spostamento dei bisogni dall'acuzie alla cronicità, ampliando un'area di intervento in cui il servizio offerto è molto meno definito e definibile rispetto all'acuzie e che fonde sempre di più il sanitario con il socio-assistenziale. Un'altra variabile rilevante 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 di renderli sempre più sfumati, mobili e frastagliati. Caso tipico è quello degli integratori alimentari e dell'eventualità di considerarli all'interno del paniere di beni sanitari.

Risulta quindi fondamentale, non solo in una logica di stima dell'ammontare della spesa sanitaria privata, ma anche in una prospettiva di analisi dell'integrazione che questa ha con la spesa pubblica, specificare *ex ante* e in maniera chiara quali siano i perimetri e i soggetti presi in considerazione. Se, infatti, il perimetro della spesa pubblica non può essere oggetto di fraintendimenti, in quanto definito dalle norme e dagli ambiti di operatività delle aziende sanitarie pubbliche, non è altrettanto chiaro il perimetro della spesa privata (si veda la successiva Tabella 6.2). Le stime sulla spesa sanitaria privata possono variare significativamente in ragione dei diversi perimetri considerati. Per il 2019 OCPS aveva assunto come dato di riferimento i 40 miliardi proposti da ISTAT e OECD (SHA), ma attorno a tale valore centrale è possibile, a seconda della prospettiva di analisi che si intende adottare, proporre valori molto diversi che vanno, sempre il 2019, da un minimo di 25,2 a un massimo di 47,4 miliardi.

È possibile, infatti, da un lato, allargare il perimetro oltre i confini ICHA-SHA, includendo nella voce «medicinali» anche gli integratori alimentari e i prodotti omeopatici (inclusi tipicamente nella classificazione COICOP) oppure includere una stima della spesa dei fondi sanitari integrativi rimasta fuori dal perimetro SHA o addirittura inserire la spesa relativa all'assistenza a domicilio o in casa di cura di anziani e disabili, caratterizzata quasi sempre da una componente sanitaria, sebbene non prevalente. Restrungendo il campo si può invece escludere delle spese sanitarie private quelle relative ai contributi per l'assistenza LTC (tipicamente la componente alberghiera che rimane a carico delle famiglie in caso di ricovero in RSA, o l'intera retta quando totalmente a carico dell'assistito) (Mallarini, Rappini e Vercellino, 2015). Si potrebbe inoltre escludere la spesa per compartecipazione obbligatoria per l'acquisto di farmaci e servizi pubblici, in quanto l'obbligatorietà rende tale contributo più simile a una forma di tassazione o, anche, eliminare dal computo i benefici fiscali concessi alla spesa sanitaria privata, in quanto risorse che rientrano nella disponibilità del contribuente.

6.4 I consumi sanitari privati nell'anno prima dell'emergenza (2019)

Si riprendono di seguito i principali dati e ordini di grandezza che riguardano i consumi sanitari privati nel 2019, rimandando al precedente Rapporto OASI 2020 per un approfondimento.

È noto come l'Italia sia, tra i paesi avanzati e con sistemi sanitari universalistici, nel novero di quelli con la minore spesa sanitaria pro capite. Per quanto riguarda la spesa pubblica, Germania, Francia e Regno Unito hanno tutte registrato nel 2019 una spesa superiore di almeno il 50% rispetto a quella italiana. Anche rispetto al dato della spesa privata pro capite, il nostro paese si attestava al di sotto di questi tre paesi e, addirittura, al di sotto di Spagna e Portogallo

Tabella 6.2 I perimetri e i range di stima della spesa sanitaria privata (2019)

Riduzione del perimetro		Area delle stime ufficiali			Allargamento del perimetro		
Le stime variano se vengono sottratti alle stime ufficiali (nell'ordine): le forme di compartecipazione obbligatoria (ticket), le <i>tax expenditures</i> e la spesa per assistenza in RSA		Le stime variano in funzione dei soggetti considerati: le famiglie (residenti e non), le forme sanitarie integrative (assicurazioni e fondi) e gli altri regimi di finanziamento volontari (imprese e no profit)			Le stime variano se sono aggiunte alla stima ufficiale (nell'ordine): la componente di spesa intermedia non ancora stimata da ISTAT (fondi), le spese per integratori e prodotti omeopatici, la spesa per assistenza ai disabili e anziani		
25,2	28,8	33,5	35,8	37,7	40,0	41,2	
Configurazioni e componenti di spesa considerate							
Spesa sanitaria OOP (spesa diretta delle famiglie)		Spesa per consumi finali delle famiglie sul territorio economico (include parte dei rimborsi da assicurazioni)		Spesa privata (spesa delle famiglie residenti e degli altri regimi di finanziamento volontari)		Spesa sanitaria privata (include tutti i regimi di finanziamento volontari)	
- 3,6 (spesa per assistenza in RSA)	- 4,7 (detrazioni e deduzioni)	- 2,3 (ticket)	Spesa diretta delle famiglie residenti in Italia e all'estero	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)		+ 1,2 (spesa dei fondi integrativi ed enti assistenziali)	+ 4,2 (spesa per integratori, omeopatici ed erboristici)
Esclusione di spese non strettamente sanitarie		Esclusione tax <i>expenditures</i> su IRPEF	Esclusione compartecipazione obbligatoria (assimilabile a tassazione)	Sistema dei conti per la sanità e confronti nazionali (ISTAT-CN)		+ 2,0 (assistenza disabili e/o anziani a domicilio e/o casa di cura)	
Razionale							
Esclusione di spese non strettamente sanitarie		Esclusione tax <i>expenditures</i> su IRPEF	Esclusione compartecipazione obbligatoria (assimilabile a tassazione)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)		+ 2,0 (assistenza disabili e/o anziani a domicilio e/o casa di cura)	
				Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)		Inclusione di altre aree di consumo vicine o riconducibili alla sanità	

Tabella 6.3 Spesa sanitaria pro capite (in euro) per regime di finanziamento e paesi OCSE selezionati, 2019

Paesi OCSE selezionati	Spesa pubblica (€ e % del totale)	Spesa privata intermedia obbligatoria (€ e % del totale)	Spesa pubblica e privata obbligatoria (€ e % del PIL)	Spesa out of pocket (€ e % del totale)	Spesa Intermediata (assicurazioni, imprese, non profit) (€ e % del totale)	Spesa privata volontaria (€ e % del PIL)	Spesa privata totale (€)	Spesa Totale (€ e % del PIL)							
									Paesi €						
Germania	3.759	77,4	349	7,2	4.108	9,9	616	12,7	131	2,7	748	1,8	1.096	4.855	11,7
Francia	3.084	76,9	271	6,8	3.355	9,3	371	9,3	282	7,0	653	1,8	924	4.008	11,1
Belgio	3.392	76,8	2	0,0	3.393	8,2	803	18,2	222	5,0	1.025	2,5	1.026	4.418	10,7
Austria	3.515	75,2	-	-	3.515	7,9	826	17,7	331	7,1	1.157	2,6	1.157	4.672	10,4
Paesi Bassi	1.335	28,1	2.589	54,5	3.924	8,4	502	10,6	322	6,8	824	1,8	3.414	4.749	10,2
Portogallo	1.209	61,0	-	-	1.209	5,8	604	30,5	170	8,6	774	3,7	774	1.982	9,5
Finlandia	3.082	77,3	20	0,5	3.102	7,1	695	17,4	188	4,7	883	2,0	904	3.986	9,2
Spagna	1.703	70,6	-	-	1.703	6,4	526	21,8	183	7,6	709	2,7	709	2.412	9,1
Italia	1.921	73,9	-	-	1.921	6,4	606	23,3	72	2,8	678	2,3	678	2.599	8,7
Grecia	801	59,8	-	-	801	4,7	472	35,2	66	4,9	538	3,1	538	1.341	7,8
Irlanda	3.594	74,6	-	-	3.594	5,0	565	11,7	661	13,7	1.225	1,7	1.225	4.820	6,7
Lussemburgo*	4.674	85,0	-	-	4.674	4,6	528	9,6	227	4,1	754	0,7	754	5.502	5,4
Paesi non €															
Stati Uniti	4.836	49,4	3.253	33,3	8.089	13,9	1.106	11,3	586	6,0	1.693	2,9	4.946	9.781	16,8
Svizzera	2.242	26,1	3.504	40,7	5.746	7,5	2.177	25,3	684	7,9	2.861	3,8	6.365	8.607	11,3
Svezia	4.290	84,9	-	-	4.290	9,3	701	13,9	63	1,2	764	1,7	764	5.054	10,9
Canada	3.149	70,2	-	-	3.149	7,6	669	14,9	670	14,9	1.339	3,2	1.339	4.488	10,8
Regno Unito	3.017	78,5	-	-	3.017	8,0	610	15,9	216	5,6	826	2,2	826	3.843	10,2

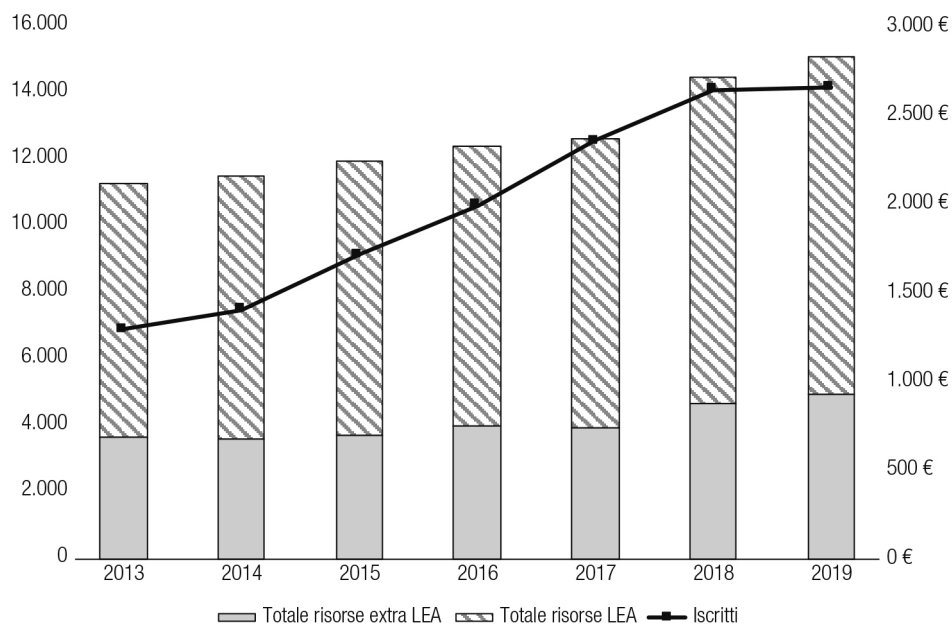
Nota: i dati sono riportati in euro al tasso di cambio medio 2019 tra euro e valute nazionali (Fonte: BCE).

Fonte: elaborazione OCPS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2021).

(si veda la Tabella 6.5). Guardando al peso della spesa sanitaria privata totale (volontaria e non) in percentuale del totale, l'Italia (26%) non era lontana da altri paesi di tipo universalistico come Francia (23%), Germania (23%) e Regno Unito (22%). Ciò che ha sempre, comunque, caratterizzato il caso italiano è la rilevanza della spesa diretta a carico delle famiglie e l'esiguità di quella intermediata da terzo-paganti: solo il 3% (solo volontaria) in Italia contro il 14% in Francia (7% obbligatoria e 7% volontaria), il 10% in Germania (7% obbligatoria e 3% volontaria) e il 5,6% del Regno Unito (solo volontaria).

Nonostante le sue dimensioni relativamente ancora limitate, la spesa intermediata è un capitolo della spesa sanitaria privata molto interessante e dinamico. Al di là delle stime ISTAT, analizzare in modo preciso l'ammontare, ma soprattutto i diversi segmenti di tale spesa, non risulta ancora agevole (Cavazza e De Pietro, 2011). Se una parte rilevante è data dalla sanità integrativa basata sulla contrattazione collettiva, la gestione delle risorse da parte dei soggetti collettivi (i Fondi) e i circuiti che questi attivano (autogestione o acquisto di coperture assicurative dalle compagnie operanti su questo mercato) non è ricostruibile in maniera affidabile attraverso dati amministrativi. Un'indicazione interessante circa la «dimensione» del settore può essere tratta dai dati trasmessi dagli enti iscritti all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute, che raccoglie tutti i fondi, gli enti e le casse che beneficiano di benefici fiscali (sono escluse quindi le imprese di assicurazione). La Figura 6.2 mostra chiaramente l'aumento, nel periodo considerato, degli assistiti da fondi ed enti iscritti all'Anagrafe, che passano dai circa 7 milioni del 2013 ai 14 milioni nell'anno fiscale 2019, sebbene tra il 2018 e il 2019 la situazione si stabilizzi. Anche le risorse impiegate nel segmento aumentano, ma meno che proporzionalmente, passando dai circa 2,1 miliardi del 2013 ai 2,8 miliardi del 2019. Il forte aumento del numero di assistiti registrati negli ultimi anni non ha quindi trovato corrispondenza in un proporzionale aumento delle risorse impiegate. Secondo i dati messi a disposizione al gruppo di ricerca dall'Agenzia delle Entrate, tali risorse hanno raggiunto nell'anno di imposta 2019 un valore pari a 2,1 miliardi di euro (considerando sia i rimborsi per le prestazioni effettuate nel 2019 che per quelle relative ad anni precedenti), in aumento del 15% rispetto all'anno di imposta precedente a fronte di risorse complessivamente raccolte nel 2019 pari a 2,8 miliardi (oltre il 5% in più rispetto all'anno precedente). Dagli stessi dati emerge, inoltre, come la quota di *cost-sharing* a carico del contribuente rimanga rilevante: i rimborsi effettuati nell'anno fiscale 2019 (2,1 miliardi di euro) hanno coperto il 68% delle spese riportate dagli utenti (3,1 miliardi). Pur in presenza di una copertura parziale, circa il 32% (circa 1 miliardo di euro) delle spese rimane in carico del cittadino e rientra, quindi, tra le spese *out of pocket*. Per un approfondimento rispetto alla struttura e alle dinamiche del settore si rimanda all'Appendice C del Rapporto 2020.

Figura 6.2 **Iscritti (migliaia) e risorse erogate (milioni di euro) da fondi, enti e SMS iscritti all'Anagrafe dei Fondi, 2013-2019**



Fonte: elaborazione OCPS su dati Ministero della Salute (Anagrafe dei Fondi Sanitari)

Ulteriori spunti di riflessione su questo tema possono essere forniti a partire dalle analisi sulle visite specialistiche svolte nell'ambito dell'Osservatorio congiunturale sulla sanità integrativa avviato dall'OCPS nel 2020. L'Osservatorio Congiunturale si avvale del contributo informativo di 10 Enti della sanità integrativa e nasce proprio con l'intento di contribuire a monitorare e approfondire un settore ancora poco conosciuto e in continua evoluzione. Da un primo approfondimento sui dati del 2019, di cui si può leggere un maggiore dettaglio nell'Appendice al presente capitolo, si sono potuti osservare i comportamenti di consumo degli utenti per le visite specialistiche «intermediate», per classe di età, sesso e area geografica. Comportamenti che rispecchiano tendenzialmente quanto si osserva a livello generale nella popolazione italiana: un aumento dell'estensione e dell'intensità del consumo al crescere dell'età e nella popolazione femminile. Significative sono anche le differenze regionali, soprattutto nel gradiente tra le regioni settentrionali e quelle meridionali. Come meglio specificato in appendice, non si conoscono i volumi del consumo generale degli utenti; un dato che sarebbe sicuramente molto utile per identificare il mix di consumi pubblici e intermediati per utente. Si tratta probabilmente di una delle lacune informative più rilevanti che contribuisce a rendere le interdipendenze tra i due canali ancora poco governate e coordinate.

Un ultimo circuito di spesa privata, spesso ignorato, è quello alimentato dalle imprese e dalle istituzioni senza scopo di lucro. La classificazione ICHA-HF include tali spese nei regimi di finanziamento volontari e ISTAT ne valuta l'entità in circa un miliardo.

Si rimanda all'Appendice B del Rapporto 2020 anche l'approfondimento sul tema del finanziamento pubblico dei consumi sanitari privati, previsto dalle forme di sostegno fiscale tanto ai consumi diretti (detrazioni per spese sanitarie effettuate direttamente dal contribuente), tanto per quelli intermediati (deduzione dei contributi versati a fondi e casse e detrazioni dei contributi versati a società di mutuo soccorso e per l'acquisto di polizze assicurative LTC). Si riporta per completezza il dato, aggiornato al 2019, dell'ammontare dei benefici fiscali complessivi per i consumi sanitari privati: a fronte di un ammontare di spesa dichiarata ed eleggibile per le detrazioni fiscali pari a 20,1 miliardi di euro, il beneficio fiscale è stato pari a 3,8 miliardi di euro; i benefici fiscali concessi alla sanità integrativa (in termini di detrazione e deduzione dei contributi versati e di risparmio dei contributi previdenziali a carico di lavoratori e aziende) si attesta anche per il 2019 nell'ordine di 1,1 miliardi di euro.

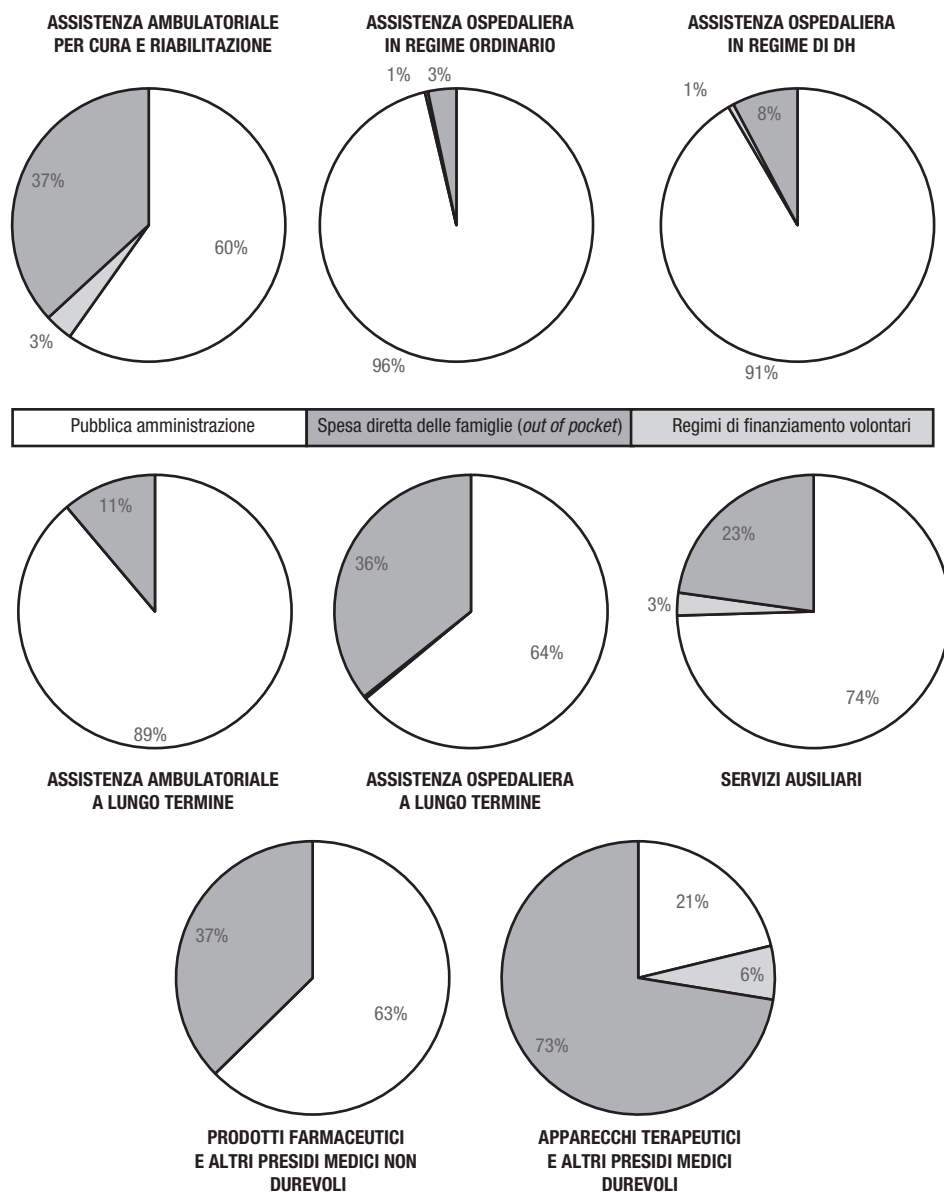
Sempre prendendo a riferimento i 40 miliardi, la spesa sanitaria privata era, nel 2019, composta per il 65% da spesa per servizi sanitari, suddivisi tra il 14% di servizi ospedalieri (in prevalenza per assistenza a lungo termine – 9%) e il 51% di servizi ambulatoriali che vedevano nelle spese odontoiatriche la componente predominante (20%). La spesa per beni rappresentava invece il 35% della spesa totale e si concentrava in prevalenza sui farmaci in senso stretto (22%).

Da ultimo bisogna sottolineare come la composizione della spesa totale rispetto ai diversi regimi di finanziamento possa variare molto in relazione alla funzione di assistenza considerata. Nel Rapporto 2020 si segnalava come nell'ambito dei servizi, l'assistenza ambulatoriale fosse la funzione in cui è maggiore la componente privata di finanziamento, con il 37% finanziato direttamente dalle famiglie e il 3% intermediato da regimi di finanziamento volontari. All'estremo opposto si collocano i ricoveri ospedalieri (ordinari e diurni), per i quali il finanziamento è quasi esclusivamente pubblico. Diversamente, nell'assistenza a lungo termine, sia ambulatoriale (presa in carico di particolari target di popolazione inseriti in programmi di assistenza continuativa quali, per esempio, i pazienti cronici o dei dipartimenti di salute mentale) che ospedaliera (tipicamente ricoveri in RSA), si assiste alla presenza di una quota rilevante di finanziamento privato, che passa dal 11% per l'assistenza ambulatoriale al 36% per l'assistenza ospedaliera. Rilevante è anche la componente privata per i servizi ausiliari (diagnostica per immagini e analisi di laboratorio, servizi di trasporto), che ammonta al 26%. Per i prodotti, la componente di spesa privata appare ancora più consistente: vale il 37% per i prodotti non durevoli (farmaci e altri prodotti medicali non durevoli) e addirittura l'81% per le

apparecchiature terapeutiche e gli altri prodotti durevoli (di cui il 6% tramite regimi di finanziamento volontari) (Figura 6.3).

Il quadro del 2019 si poneva in continuità con gli anni precedenti, descrivendo i consumi sanitari privati come un insieme molto variegato, percorso da

Figura 6.3 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza e regime di finanziamento, 2019**



dinamiche molto vitali, che era venuto a consolidarsi nel tempo, acquisendo una sempre maggiore legittimazione sociale. Si tratta ora di analizzare come la pandemia è intervenuta nello scenario.

6.5 Dinamiche della spesa sanitaria privata prima e durante l'emergenza

6.5.1 Le dinamiche a livello internazionale

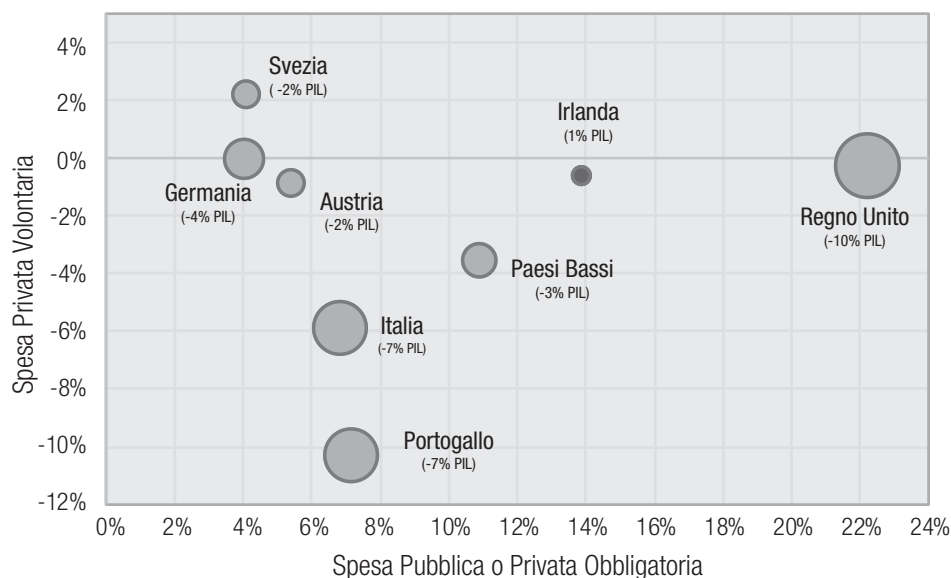
Lo scenario internazionale nel 2020, rispetto a quello 2019 (vedi precedente Tabella 6.2), non può che essere segnato dalle discontinuità generate dall'emergenza COVID. Gli effetti e le risposte che hanno caratterizzato i diversi paesi sono state ampiamente differenziate. Se l'economia ha subito una caduta generalizzata, le contrazioni del PIL hanno registrato intensità diverse, così come diversi sono stati i volumi di risorse pubbliche messi a disposizione da parte degli stati per contrastare la pandemia e la recessione. I governi si sono inoltre differenziati per le politiche di contenimento della circolazione del virus (i c.d. «lockdown»), con una ricaduta diversa rispetto all'accesso ai servizi sanitari e non.

Prendendo a riferimento i paesi OECD di cui sono disponibili le informazioni per il 2020, si osservano tassi di crescita alquanto eterogenei per «variabili chiave» quali: PIL, spesa pubblica o privata obbligatoria e spesa privata volontaria (Figura 6.4).

Le variazioni percentuali del PIL hanno visto riduzioni di almeno 7 punti in Portogallo, Italia e Gran Bretagna, mentre negli altri paesi analizzati la diminuzione è stata tra il 2% e il 4%; l'Irlanda ha invece sperimentato una crescita comunque di segno positivo (+1%), nonostante il tasso sia significativamente inferiore a quello registrato negli ultimi anni (sempre superiore al 5% dal 2017).

Per quanto riguarda le risorse pubbliche (o a queste assimilabili), rispetto al 2019, il Regno Unito ha immesso in sanità risorse aggiuntive pari a circa 700 euro pro capite, l'Irlanda a 500 euro e i Paesi Bassi 430 euro (Tabella 6.4). Si tratta dei più alti incrementi percentuali, rispettivamente 22, 14, e 11 punti percentuali, fra i paesi considerati. A fronte di tali incrementi nel Regno Unito la spesa privata è rimasta sostanzialmente costante, anche se nel mix è aumentata la componente *out of pocket*, in Irlanda entrambe le componenti di spesa privata sono rimaste pressoché invariate, mentre nei Paesi Bassi si è assistito a un decremento circa il 4% di entrambe le componenti. L'effetto netto è che la spesa sanitaria totale in questi tre paesi è aumentata notevolmente e la spesa privata ha ridotto il suo peso percentuale sulla spesa totale di circa 3 punti nel Regno Unito, di 2,5 punti in Irlanda e di 2 punti nei Paesi Bassi. Anche

Figura 6.4 **Variazione percentuale 2019-2020 della spesa sanitaria pubblica (del governo e delle assicurazioni sociali) o privata obbligatoria, della spesa sanitaria privata volontaria (out-of-pocket e intermediata) e del PIL, dimensione delle bolle e in parentesi**



Fonte: elaborazione OCPS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2021)

Italia e Portogallo hanno visto ridursi la quota di spesa privata sul totale, ma le dinamiche sottostanti sono diverse. Se l'incremento della spesa pubblica nei due Paesi si è attestato intorno al 7%, la contemporanea rilevante riduzione nella spesa privata è arrivata in Portogallo ad azzerare ogni incremento della spesa totale, in Italia tale incremento si è attestato intorno al 4%. Austria, Svezia e Germania hanno, invece, mantenuto abbastanza stabile la composizione pubblico-privato della spesa in quanto hanno visto incrementi relativamente modesti di spesa pubblica accompagnati da minime variazioni nella spesa privata. In Svezia la spesa privata è addirittura aumentata, sia nella componente intermediata che in quella *out of pocket*.

Risulterebbe impossibile, oltretutto fuorviante, leggere le dinamiche qui presentate in termini di sostituzione tra spesa pubblica e privata: è un quadro di breve periodo, molto variegato e condizionato da molte variabili contingenti e confondenti. Una quota importante di risorse stanziata dagli stati nel 2020 è, infatti, legata strettamente all'emergenza Covid e pertanto è difficile stabilire quanto questa immissione di risorse vada a ristabilire nuovi equilibri, «per disegno», nelle fonti di finanziamento della salute. Molti paesi, poi, come l'Italia, hanno sperimentato chiusure prolungate nell'arco del 2020. Tali politiche

Tabella 6.4 **Spesa sanitaria pro capite (in euro) per regime di finanziamento e paesi OCSE selezionati, 2019 e 2020**

	Spesa Pubblica o Privata Intermediata Obbligatoria			Spesa Intermediata Volontaria			Spesa per OOP			Spesa Sanitaria Totale				Spesa privata vol. su Spesa Totale (%)	
	2019	2020	Var. %	2019	2020	Var. %	2019	2020	Var. %	2019	2020	Diff.	Var. %	2019	2020
Germania	4.108	4.273	4%	131	129	-2%	616	618	0%	4.855	5.021	166	3%	15%	15%
Svezia	4.281	4.420	3%	63	65	3%	701	710	1%	5.045	5.195	150	3%	15%	15%
Austria	3.515	3.704	5%	331	328	-1%	826	819	-1%	4.672	4.851	179	4%	25%	24%
Regno Unito	3.017	3.737	24%	216	202	-7%	610	633	4%	3.843	4.572	729	19%	21%	18%
Paesi Bassi	3.924	4.352	11%	322	308	-4%	502	488	-3%	4.749	5.147	398	8%	17%	15%
Portogallo	1.209	1.295	7%	170	168	-1%	604	526	-13%	1.982	1.989	7	0%	39%	35%
Italia	1.921	2.052	7%	72	70	-3%	606	568	-6%	2.599	2.690	91	4%	26%	24%
Irlanda	3.594	4.093	14%	661	657	-1%	565	561	-1%	4.820	5.311	491	10%	25%	23%

Nota: i dati per Svezia e UK sono riportati in euro al tasso di cambio medio 2019 tra euro e valute nazionali (Fonte: BCE).

Fonte: elaborazione OCPS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2021).

hanno senza dubbio avuto un impatto sull'accesso ai servizi sia pubblici che privati, inclusi quelli di natura sanitaria, con conseguenti effetti sull'entità della spesa sanitaria delle famiglie. Le politiche più «lasche» di alcuni paesi, come ad esempio la Svezia, potrebbero essere alla base della tenuta della spesa privata nel 2020, sebbene anche questi paesi abbiano sperimentato una riduzione del reddito e un aumento di spesa pubblica. In sintesi, l'effetto finale della pandemia sull'entità della spesa sanitaria privata dei paesi può essere letto come combinato disposto di tre fattori: (i) la variazione del reddito delle famiglie e della capacità di spesa, che incide, così come per tutti i beni e servizi (siano «di lusso» o «necessari»), sulle decisioni di acquisto di famiglie e individui; (ii) le restrizioni in atto per contrastare la diffusione del virus, che hanno inciso in modo diverso sulla possibilità fisica di accedere ai servizi sanitari sia di natura privata che di natura pubblica; (iii) il sorgere di alcuni bisogni sanitari specifici, sia in termini di servizi (ad esempio il ricorso ai tamponi diagnostici) che di beni (tra tutti in particolare i dispositivi di protezione individuale).

6.5.2 Le dinamiche a livello nazionale: il quadro generale

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

Considerando la dinamica fino al 2019 (Tabella 6.5), la spesa sanitaria totale corrente ha mostrato una crescita costante, eccetto che tra gli anni 2012 e 2013, in cui ha subito una riduzione di circa un miliardo. La tendenziale crescita nell'arco di tempo considerato è imputabile sia alla componente pubblica, che passa dai 111,3 miliardi del 2010 ai 120,3 del 2019, che a quella privata, che passa da 31 a 38,1 miliardi di euro tra il 2010 e il 2019. Bisogna qui notare come, seppur in un contesto di stabilità del reddito, sembra esservi stata una lieve, ma costante, crescita della spesa sanitaria privata in relazione alle principali grandezze di riferimento. Tra il 2010 e il 2019, il peso della spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria totale passa da 21,8% a 24,1%, il suo peso nel paniere di spesa delle famiglie (la spesa per consumi totali) da 3,2% a 3,5% e il suo contributo al prodotto interno lordo da 1,9% a 2,1%.

Tabella 6.5 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata in relazione ad altre grandezze macroeconomiche, 2010-2020**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	142,3	146,2	146,9	145,8	148,2	150,4	151,8	155,0	157,0	158,4	162,5
In % del PIL	8,8	8,9	9,0	9,0	9,1	9,1	9,0	8,9	8,9	8,8	9,8
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	111,3	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6	115,9	117,7	119,1	120,3	126,7
In % della spesa sanitaria totale	78,2	77,2	77,6	77,4	77,1	76,2	76,3	75,9	75,8	75,9	78,0
In % del PIL	6,9	6,8	7,0	7,0	7,0	6,9	6,8	6,8	6,7	6,7	7,7
In % della spesa per consumi finali della PA	33,6	34,5	35,4	35,3	35,9	36,2	35,9	36,0	35,6	35,9	36,8
Spesa sanitaria delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico											
Miliardi di euro	31,0	33,4	32,9	32,9	33,9	35,8	35,9	37,3	37,9	38,1	35,8
In % della spesa sanitaria totale	21,8	22,8	22,4	22,6	22,9	23,8	23,7	24,1	24,2	24,1	22,0
In % del Pil	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	2,1	2,2
In % della spesa delle famiglie	3,2	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7
Spesa generale delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico											
Miliardi di euro	982,6	1.013,3	1.003,0	990,6	994,4	1.015,4	1.029,3	1.056,5	1.077,7	1.087,3	958,5
In % del PIL	61,0	61,5	61,8	61,4	61,1	61,3	60,7	60,8	60,8	60,7	58,0

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

Come anticipato nei confronti internazionali, lo shock del COVID ha modificato alcune di queste dinamiche. Tra il 2019 e il 2020, la spesa pubblica è aumentata significativamente di oltre 6 miliardi, mentre si è contemporaneamente ridotta di oltre 2 miliardi la spesa sanitaria privata, che è tornata ai livelli del 2016.

Analogo andamento mostra la spesa sanitaria privata stimata attraverso il Sistema dei Conti delle Sanità (SHA). Per l'ultimo anno le grandezze sono quelle fornite dagli organismi internazionali (OECD, WHO e Eurostat) dato che ISTAT non ha fornito il consueto aggiornamento della serie. Anche utilizzando diversi aggregati e perimetri di riferimento, si vede come la spesa sanitaria privata abbia aumentato il suo peso su quella totale fino al 2019 per poi ridursi drasticamente tra il 2019 e il 2020 (Tabella 6.6).

Tabella 6.6 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata (SHA), 2012-2020**

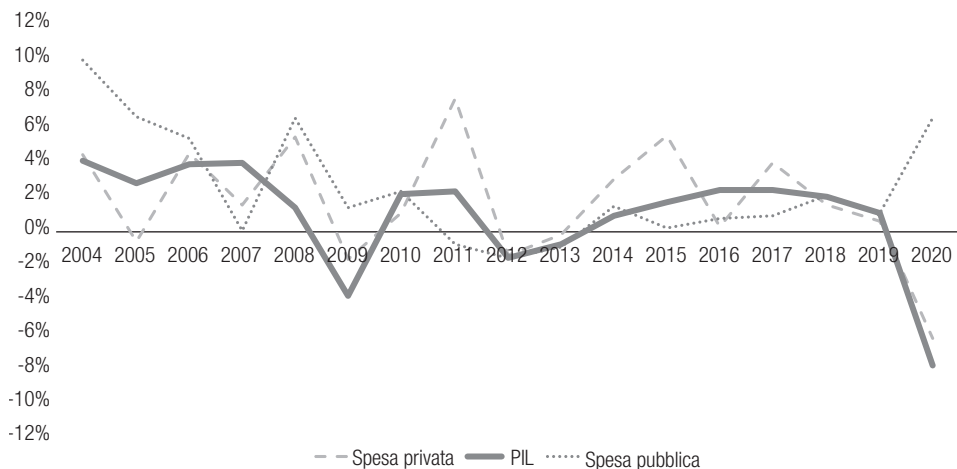
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tutti i regimi di finanziamento (totale)									
Miliardi di euro	144,5	143,6	146,2	148,5	150,2	150,7	153,7	155,2	160,5
Spesa della pubblica amministrazione									
Miliardi di euro	110,0	109,3	110,6	110,8	112,0	111,1	113,5	114,8	122,4
In % della spesa sanitaria totale	76,1	76,1	75,6	74,6	74,6	73,7	73,8	73,9	76,3
Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari									
Miliardi di euro	34,5	34,4	35,6	37,7	38,1	39,6	40,2	40,5	38,1
In % della spesa sanitaria totale	23,9	24,0	24,4	25,4	25,4	26,3	26,2	26,1	23,7

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT e OCSE

Dato questo andamento tra spesa pubblica e privata nell'anno dell'emergenza, si potrebbe essere indotti ad assumere che la spesa privata sia diminuita in virtù di un aumento della spesa pubblica. L'ipotesi spesso implicita è che la spesa privata e le sue variazioni dipenderebbero dalle dinamiche del sistema pubblico e, in particolare, dalla difficoltà di quest'ultimo, sia per obiettivi di appropriatezza, che per ragioni di equità o vincoli di bilancio, nel fornire servizi che rispondano ai bisogni reali o percepiti dei cittadini, (Armeni e Ferrè, 2014; Del Vecchio, Fenech e Prenestini, 2015). Come anticipato nei confronti internazionali, le dinamiche delle componenti di spesa, specialmente nell'anno dell'emergenza, sono molto complesse da decifrare. Oltre a quanto già sottolineato nel precedente paragrafo, ciò che rende da sempre particolarmente difficile la comprensione dell'interazione tra spesa pubblica e privata sono gli eventuali effetti generati dalle dinamiche del prodotto interno lordo. Per una discussione più approfondita si rimanda ai rapporti degli anni precedenti; in questa sede basti osservare la divergenza nei tassi di crescita delle tre variabili, che vede contrapposte spesa pubblica, da una parte, e spesa privata e reddito, dall'altra, nel periodo di massima emergenza (Figura 6.5).

È pertanto necessario leggere le dinamiche del reddito per comprendere meglio quelle della spesa sanitaria privata. La relazione molto evidente, e di lungo periodo, con il reddito potrebbe essere rafforzata dalla circostanza che in Italia la maggior parte della spesa privata è spesa diretta delle famiglie. La

Figura 6.5 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL, 2004-2020**



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

spesa per assicurazioni volontarie è rimasta praticamente invariata (Tabella 6.7). Dal Rapporto ANIA sullo stato del settore assicurativo in Italia si desume come la raccolta complessiva di premi afferenti al ramo malattia abbia registrato una flessione nel 2020 (-4%), a fronte soprattutto dei rilevanti tassi di crescita registrati nell'ultimo quinquennio (una crescita media del 9% all'anno). La flessione ha interessato esclusivamente il comparto polizze individuali (-10%) e altre polizze collettive non afferenti al mondo della contrattazione collettiva (-20%). Le polizze collettive afferenti invece a fondi e casse hanno registrato anche nel 2020 un incremento superiore all'8%, attestandosi al 59% della raccolta complessiva (dal 56% dell'anno precedente). In aumento invece il rapporto sinistri-premi (*loss ratio*), in particolare per polizze legate ai fondi (che

Tabella 6.7 **Spesa sanitaria privata per regime di finanziamento, 2012-2020**

La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Spesa diretta delle famiglie	31,5	31,5	32,5	34,4	34,5	35,9	36,2	36,2	33,9
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	2,9	2,9	2,9	3,1	3,4	3,7	4,0	4,3	4,2
• Assicurazioni sanitarie volontarie	2,3	2,2	2,2	2,3	2,5	2,7	2,9	3,2	3,2
• Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
• Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7
Totale	34,4	34,3	35,5	37,5	37,9	39,6	40,2	40,5	38,1

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT e OCSE

hanno assorbito il 71% delle spese liquidate) e contratti individuali. Più che all'aumento delle prestazioni, comunque registrato per tutte e tre le tipologie di polizza, la tendenza al rialzo è attribuita da ANIA alla maggiore onerosità delle operazioni di liquidazione a causa della pandemia, oltre che a questioni contabili relative alla riserva sinistri degli anni precedenti.

Bisogna inoltre osservare come, nonostante la caduta in termini assoluti, la spesa sanitaria delle famiglie sia rimasta stabile all'interno del paniere di spesa delle famiglie, se non addirittura leggermente aumentata. Prendendo i dati dei Conti Nazionali di ISTAT, la spesa sanitaria delle famiglie residenti e non sul territorio economico, in percentuale della spesa per consumi delle famiglie, rimane stabile nel tempo, con un lieve incremento dal 3,2% del 2009 al 3,5% del 2019 (Tabella 6.8), fino ad arrivare al 3,7 nel 2020.

Dai tassi di crescita illustrati in Figura 6.6 è chiaro, infatti, che la spesa privata è diminuita, ma in maniera meno che proporzionale rispetto alla spesa complessiva. La spesa privata si conferma pertanto una componente relativamente rigida del portafoglio familiare, meno comprimibile di altre voci.

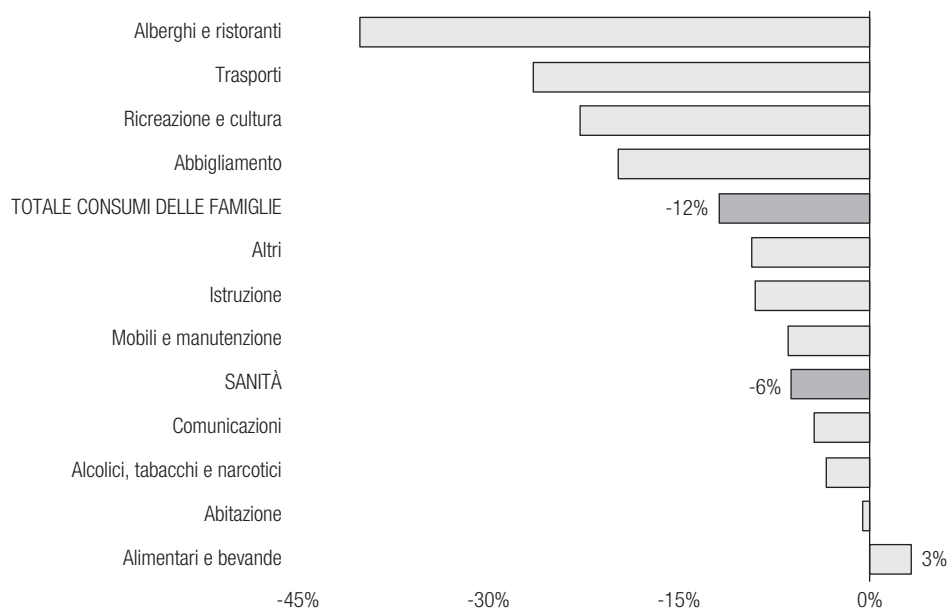
Vi sono, al contrario, componenti che hanno visto delle notevoli riduzioni, come la spesa per alberghi e ristoranti e la spesa per ricreazione e cultura. Si tratta di settori particolarmente colpiti dalla pandemia, anche e soprattutto sul lato dell'offerta, per via delle restrizioni nell'erogazione legate alle misure di sicurezza. Dall'altra parte, la spesa per abitazioni è rimasta pressoché costante, mentre è aumentata la spesa per alimentari e bevande non alcoliche. Nel 2020, la quota della spesa per abitazioni sul totale è quindi aumentata dal 22,5% al

Tabella 6.8 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (percentuale), 2009-2020**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alimentari e bevande non alcoliche	14,4	14,2	14,2	14,4	14,3	14,3	14,3	14,3	14,2	14,3	16,7
Bevande alcoliche, tabacco, narcotici	4,1	4,1	4,3	4,3	4,1	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,6
Vestitario e calzature	6,5	6,5	6,2	6,1	6,2	6,2	6,1	6,1	6,2	5,9	5,4
Abitazione e utenze	22,0	22,0	23,1	23,7	23,4	23,2	22,9	22,6	22,5	22,5	25,4
Mobili e manutenzione casa	6,8	6,7	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,1	6,2	6,1	6,5
Sanità	3,2	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7
Trasporti	12,6	12,7	12,7	12,4	12,5	12,3	12,3	12,6	12,9	12,9	10,8
Comunicazioni	2,9	2,8	2,8	2,6	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2	2,4
Ricreazione e cultura	7,2	7,1	6,8	6,5	6,5	6,6	6,7	6,7	6,7	6,8	5,9
Istruzione	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9
Alberghi e ristoranti	9,4	9,4	9,5	9,7	9,8	10,0	10,1	10,3	10,3	10,4	7,0
Beni e servizi vari	9,9	10,2	9,8	9,9	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,4	10,7
Totale consumi delle famiglie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

Figura 6.6 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (percentuale), 2019-2020**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

25,4% e quella della spesa per alimentari e bevande non alcoliche è passata da 14,3% a 16,7%. Si tratta, naturalmente, di beni «necessari» e cioè di beni che aumentano il loro peso al diminuire del reddito. Nel caso degli alimentari e bevande l'effetto può essere in parte spiegato dal contemporaneo contingentamento nell'utilizzo dei servizi di ristorazione.

Stando alle stime attuali sull'economia per il 2021 e i 2022, uno scenario probabile è quello di una ripresa del reddito e pertanto ci si potrebbe attendere anche un aumento della spesa sanitaria privata nei prossimi anni, pur in un contesto di incrementi della spesa pubblica a tassi decrescenti (stabilizzazione dopo l'incremento del 2020).

I dati sul 2021 e gli anni successivi forniranno elementi importanti per contribuire a far luce su un tema dibattuto quale l'interazione tra spesa pubblica, spesa privata e prodotto interno lordo.

6.5.3 L'impatto dell'emergenza COVID sulle funzioni di spesa

Dopo una panoramica della spesa privata complessiva, si passa adesso a un'analisi dettagliata delle singole componenti. Sappiamo infatti, dai Rapporti degli anni precedenti, come sia ormai improprio parlare di spesa sanitaria privata

come insieme indistinto. Dopo aver consolidato negli anni i metodi per stimare in maniera analitica le diverse voci (per un approfondimento si rimanda ai capitoli degli anni precedenti), quest'anno lo sforzo è stato quello di ricostruire l'effetto degli avvenimenti in un contesto di shock, in cui la principale difficoltà è stata quella di ricorrere a fonti informative non sempre disponibili e aggiornate all'ultimo anno utile. Si è optato quindi per integrare le fonti e i metodi di stima anche con interviste ad alcuni *key player* del settore e partecipanti dell'Osservatorio OCPS.

La Tabella 6.9 illustra la dinamica osservata tra il 2019 e il 2020 per le singole voci di spesa sanitaria privata. Dalle voci aggregate, si nota innanzitutto come a essere stato più colpito sia stato il settore dei servizi: la spesa per servizi ospedalieri è diminuita di circa il 9% e quella per servizi ambulatoriali di circa il 6,5%. La spesa per beni sanitari è invece diminuita solo dell'1%. Il dato non sorprende per due motivi. Il primo è legato alla questione delle chiusure imposte durante il primo *lockdown*, le successive restrizioni all'accesso ai servizi e alla cautela da parte degli utenti nell'evitare possibili luoghi di assembramento e potenziale contagio durante la pandemia. Il secondo riguarda la natura stessa della spesa per beni: dai rapporti precedenti sappiamo infatti che i beni si comportano come un bene «necessario» e che quindi reagiscono in modo meno che proporzionale agli impulsi del reddito. Da questo punto di vista, non è un caso

Tabella 6.9 **La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa, 2019 e 2020, differenze 2019-2020 in miliardi di euro e variazioni percentuali**

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	2019		2020		Differenza 2019-2020			
						V.A.	%		
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	2,1	5,7	1,8	5,2	-0,3		-17%	
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3,6		3,4		-0,2	0,5	-6%	-9%
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	5,3	20,3	5	19	-0,3		-6%	
	Servizi dentistici	8,5		7,8		-0,7	-1,3	-9%	
	Servizi diagnostici	3,4		3,2		-0,2		-6%	
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3,1		3		-0,1		-3%	
Beni sanitari	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	8,8	14	8,7	13,9	-0,1		-2%	
	Altri prodotti medicali	1,6		1,8		0,2	-0,1	+11%	-1%
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	3,6		3,4		-0,2		-6%	
Totale		40,0		38,1		-1,9		-6%	

che la spesa per dentisti, che si comporta solitamente come un «bene di lusso», abbia subito uno dei decrementi più vistosi rispetto all'anno precedente (-9%) e ha contato per più di un terzo della riduzione della spesa privata complessiva. All'interno del comparto dei servizi, un altro settore a mostrare un segno particolarmente negativo è quello dei ricoveri (-17%). Per quanto riguarda questo settore, sappiamo che è strettamente legato a ciò che accade al sistema pubblico che è stato, per lunghi tratti del 2020, totalmente assorbito dal COVID, sia in termini di utilizzo del personale che di posti letto. Inoltre, i posti letto in solvenza potrebbero essere stati utilizzati per recuperare capacità produttiva per affrontare l'onda prolungata di ricoveri COVID con la conseguente sospensione dei ricoveri effettuati al di fuori del SSN per interventi procrastinabili. Le altre componenti dei servizi sono diminuite di circa il 6%, con una riduzione leggermente inferiore per i servizi paramedici (circa il 3%). Si tratta comunque di riduzioni coerenti e concomitanti con quelle del reddito.

Se vi sono delle differenze in ciò che si è osservato nell'ambito dei servizi, bisogna notare come vi sia varietà anche nell'ambito dei beni, dove la riduzione complessiva è dell'1%. In particolare, gli «altri prodotti medicali» sono aumentati dell'11% e le motivazioni sono ovvie se si tiene conto che i dispositivi medici di protezione individuale (DPI) rientrano in questa categoria, così come strumenti quali termometri e saturimetri. Le attrezzature terapeutiche sono invece diminuite di circa il 6%, in linea con quella del reddito.

La componente dei farmaci in senso stretto è diminuita in misura minore (-2%), ma anche qui sono necessari dei distinguo (Tabella 6.10). La parte di compartecipazione alla spesa è diminuita sia nella spesa per *ticket* in quota fissa regionale (-11%) che in quella legata alla differenza di prezzo tra generico e brand, seppure in maniera minore della prima (-4%). Ancora minore è stata la diminuzione per la spesa privata per l'acquisto di farmaci di Classe A (-1%). I farmaci di automedicazione hanno subito, invece, una contrazione di ben 10

Tabella 6.10 **La spesa per medicinali nel 2019 e 2020 (in milioni di euro), variazioni percentuali e differenze 2019-2020 (in milioni di euro)**

Spesa per medicinali	2019	2020	Diff. 2020-2019	
			V.A.	%
Spesa per farmaci in senso stretto, di cui:	8.843	8.668	-175	-2%
– ticket in quota fissa regionale	459	409	-50	-11%
– differenza prezzo di riferimento	1.123	1.078	-45	-4%
– acquisto privato farmaci in Classe A	1.544	1.528	-16	-1%
– farmaci in Classe C con ricetta	3.066	3.269	203	+7%
– Automedicazione (SOP e OTC)	2.651	2.384	-267	-10%
Spesa per altri medicinali e/o prodotti farmaceutici (omeopatici, erboristici, integratori, ecc.)	4.207	4.180	-27	-1%

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA, Federfarma e ISTAT

punti percentuali. Unica ad aumentare nell'emergenza è stata la spesa per l'acquisto di farmaci di Classe C con ricetta (+6%).

Alcune di queste dinamiche di acquisti e consumo di farmaci sono probabilmente strettamente legate all'emergenza sanitaria. Tutti i farmaci principalmente acquistati in Classe C, ad esempio, hanno registrato un aumento tanto nei consumi quanto nella spesa tra il 2019 e il 2020. È il caso, per fare alcuni esempi, delle benzodiazepine (ansiolitici), di alcuni antipiretici e analgesici (utilizzati anche nel trattamento domiciliare del COVID in caso di febbre e dolori), o anche l'ampio ricorso alla vaccinazione pneumococcica, a carico del cittadino (OSMED, 2021). D'altra parte è noto come l'utilizzo delle misure di prevenzione, dei dispositivi e del distanziamento sociale, abbiano inciso positivamente su prevalenza e incidenza di influenza e malattie respiratorie comuni, andando a influenzare la spesa e l'acquisto per farmaci di automedicazione tipicamente usati per il trattamento dei comuni disturbi stagionali. La Tabella 6.10 riporta, infine, anche i dati, non inclusi nel computo tradizionale della spesa per farmaci, delle spese per altri medicinali come omeopatici e integratori: il dato rimane sostanzialmente stabile nell'anno della pandemia.

È interessante infine osservare l'andamento della spesa per compartecipazione alla luce degli elementi fin qui discussi. Da oltre un decennio la spesa per *copayment* era rimasta stabile tanto in termini assoluti quanto in percentuale della spesa per consumi delle famiglie. L'ultimo periodo di incrementi significativi è stato registrato tra il 2006 e il 2012, quando la spesa per compartecipazioni è aumentata di circa 1 miliardo, spinta dalla crescita della componente di differenza sul prezzo di riferimento, passata dai 300 milioni del 2008 agli

Tabella 6.11 **Spesa per compartecipazioni in Italia, 2006-2020**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Spesa totale per compartecipazioni												
Miliardi di euro	2,0	2,2	2,7	3,0	2,9	3,0	2,9	2,9	2,9	3,0	2,9	2,3
% sulla spesa sanitaria delle famiglie	6,5	7,1	8,1	9,1	8,8	8,8	8,1	8,1	7,8	7,9	7,6	6,5
Compartecipazioni per servizi sanitari (Specialistica ambulatoriale, PS, altri)												
Miliardi di euro	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	0,8
% sulla spesa per servizi sanitari delle famiglie	8,6	8,6	9,3	9,3	10,1	8,8	8,1	8,0	7,1	7,6	7,4	na
Compartecipazioni per farmaci (ticket su ricetta e differenza sul prezzo di riferimento)												
Miliardi di euro	0,9	1,0	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,5
- Di cui per ticket in quota fissa	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
- Di cui per differenza sul prezzo di riferimento	0,4	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1
% sulla spesa per beni sanitari delle famiglie	7,2	8,0	9,9	10,9	10,8	11,6	11,3	11,4	11,0	11,6	11,1	na

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

1,1 miliardi del 2019. Tale stabilità della spesa in termini assoluti, a partire dal 2012, ha inciso negativamente sul peso relativo della spesa per partecipazioni sulla spesa per consumi delle famiglie, passata dal 9,2% del 2012 al 7,7% del 2019. L'impatto della pandemia COVID non solo sulla funzionalità dei sistemi sanitari regionali, ma anche nei comportamenti degli utenti ha di riflesso avuto un impatto rilevante anche sulla spesa per compartecipazione che ha visto ridurre il suo valore di oltre il 20% tra il 2019 e il 2020, ascrivibile in larga parte alla riduzione della compartecipazione sui servizi ambulatoriali (-38,5%), su cui ha influito anche, a partire dal settembre 2020, l'abolizione del *superticket* dovuto sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale. La riduzione della spesa per compartecipazione complessiva è stata evidentemente superiore a quella della spesa per consumi sanitari, dato che la percentuale su quest'ultima si riduce dal 7,6 al 6,5% nel 2020.

6.6 Le regioni e la variabile socio-demografica

Una comprensione delle dinamiche che caratterizzano la spesa sanitaria delle famiglie passa necessariamente da un'analisi delle determinanti socio-demografiche. Utilizzando i micro-dati dell'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie, questo paragrafo non ha solo, come gli anni precedenti, l'obiettivo di individuare le determinanti geografiche e socio-demografiche della spesa sanitaria delle famiglie, ma anche quello di fornire alcune prime indicazioni di come la pandemia abbia impattato sui diversi segmenti di consumatori e sulle diverse classi di consumo. Da quest'anno l'analisi viene integrata e approfondita con le informazioni provenienti dal Rapporto OSMED sulla spesa sanitaria privata per farmaci.

6.6.1 La spesa sanitaria delle famiglie per regione

È noto che quando ci si affida alle indagini campionarie, man mano che si riduce la popolazione di riferimento che si vuole analizzare, aumenta l'errore statistico e le stime si indeboliscono. Per questo motivo è ormai prassi in OCPS illustrare la spesa sanitaria privata a livello regionale prendendo come riferimento la media triennale dell'Indagine sulla Spesa delle Famiglie, unica fonte attraverso cui poter apprezzare il dato a livello territoriale. Questo permette di ridurre la variabilità statistica e di valutare le differenze nel posizionamento regionale. Per avere alcune primissime indicazioni su quanto avvenuto, nella Tabella 6.12 utilizziamo anche il dato puntuale 2020 da confrontare, soprattutto in termini di ranking delle diverse regioni, con la media del triennio precedente.

Dal ranking 2017-2019 emergeva, infatti, un chiaro divario nord-sud che sembrava riflettere un legame positivo tra spesa sanitaria delle famiglie, red-

Tabella 6.12 **Ranking delle regioni per la spesa sanitaria delle famiglie (Italia = 100), 2020 vs media 2017-2019**

Ranking 2017-2019		Ranking 2020		
Spesa sanitaria privata pro capite (Italia =100)		Spesa sanitaria privata pro capite (Italia=100)		
142	Valle d'Aosta	Lombardia	120	▲
121	Lombardia	Lazio	117	▲
115	Emilia-Romagna	Emilia-Romagna	116	=
114	Veneto	P.A. Bolzano	112	▲
111	Liguria	Veneto	111	▼
110	Friuli-Venezia Giulia	Friuli-Venezia Giulia	107	=
108	P.A. Bolzano	Italia	100	=
108	Lazio	Abruzzo	99	▲
107	Piemonte	Valle d'Aosta	99	▼
102	P.A. Trento	Liguria	96	▼
102	Toscana	Piemonte	92	▼
100	Italia	P.A. Trento	92	▼
89	Calabria	Calabria	89	=
86	Basilicata	Sicilia	87	▲
83	Sicilia	Toscana	85	▼
80	Umbria	Umbria	85	=
77	Molise	Marche	84	▲
77	Abruzzo	Puglia	82	▲
76	Sardegna	Basilicata	82	▼
75	Marche	Molise	82	▼
74	Puglia	Campania	81	▲
68	Campania	Sardegna	65	▼

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

dito e qualità dei sistemi di offerta. Confrontando questo ranking con quello che emerge per il 2020, restano in alto alla classifica regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto. Vi è, invece, un cambiamento importante in alcune regioni del Centro e del Centro-Sud: Lazio e Abruzzo «guadagnano» posizioni, mentre la Toscana scende visibilmente. Quanto questo sia dovuto a dinamiche reali o a errori statistici potrà essere, purtroppo, confermato solo nei prossimi anni. Il fatto, comunque, che gli spostamenti più grandi siano concentrati nelle regioni centrali suggerisce che possa esserci una dinamica reale sottostante. Pur in quadro di estrema incertezza, un ulteriore elemento da considerare è una più omogenea distribuzione della spesa tra le diverse regioni con una minore estensione tra numero indice minimo e numero indice massimo e un più evidente «addensamento» dei valori intorno alla media.

In un contesto particolarmente erratico che riduce l'affidabilità delle indagini campionarie, risultano fondamentali i rapporti come quello OSMED che illustra i dati di spesa farmaceutica sulla base di flussi amministrativi. Come si

è avuto già modo di sottolineare nei precedenti rapporti, questa componente della spesa privata è meno variabile di quella dei servizi (in particolare dentistici); il coefficiente di variazione nella spesa farmaceutica è, infatti, di circa 20% nel 2019 (Tabella 6.13). Basta poi confrontare il dato di Campania, Puglia, Emilia-Romagna e Toscana, per notare che, al contrario di quanto osservato nel tempo per la spesa sanitaria in generale, il dato pro capite per i farmaci non segue un gradiente geografico.

Come per la spesa privata in generale, anche all'interno della spesa farmaceutica bisogna, però, fare dei distinguo tra le varie componenti.

L'acquisto privato di farmaci di classe A, ad esempio, è molto variabile tra le regioni (coefficiente di variazione pari a 43% nel 2019) e la ragione andrebbe ricercata regione per regione in quanto non sembra esserci un gradiente geografico, come viene confermato dal fatto che non vi è correlazione con il PIL pro capite. Dall'altra parte, sempre per i farmaci di classe A, la differenza con il prezzo di riferimento presenta una variabilità inferiore (coefficiente di variazione pari a circa 26%), ma una chiara associazione negativa con il reddito (indice di correlazione pari a -76%). La parte di compartecipazione «fissa» (ticket) è poi molto eterogenea e dipende dalle politiche regionali (si veda il recente Rapporto OSFAR 2020). Passando ai farmaci di Classe C, invece, mostrano una scarsa variabilità in generale, con un coefficiente di variazione pari a 17% nel 2019 e una scarsa correlazione con il reddito. I farmaci di Automedicazione presentano anch'essi una bassa variazione tra le regioni (intorno al 20%), ma si può distinguere un gradiente geografico legato al reddito (indice di correlazione positivo e pari a 76%). Vi è quindi un comportamento opposto rispetto alla differenze con il prezzo di riferimento. Si tratta in effetti di «mercati» completamente diversi. La componente Automedicazione è svincolata da un rapporto di interdipendenza con il pubblico e sembra ancorata al reddito. La componente legata all'acquisto dei farmaci di Classe A, invece, è particolarmente variabile tra le regioni ed è probabilmente condizionata dal funzionamento dai sistemi pubblici o, perlomeno, per il pagamento della differenza di prezzo, dal ruolo dei medici prescrittori e dalla fiducia dell'utente verso i farmaci equivalenti. Si potrebbe però anche qui richiamare un effetto reddito indiretto e implicito del «capitale sociale»: il maggiore benessere economico, accompagnato da maggiori livelli di istruzione e miglior funzionamento dei sistemi pubblici, potrebbe essere associato a un minor tasso di fidelizzazione al brand farmaceutico.

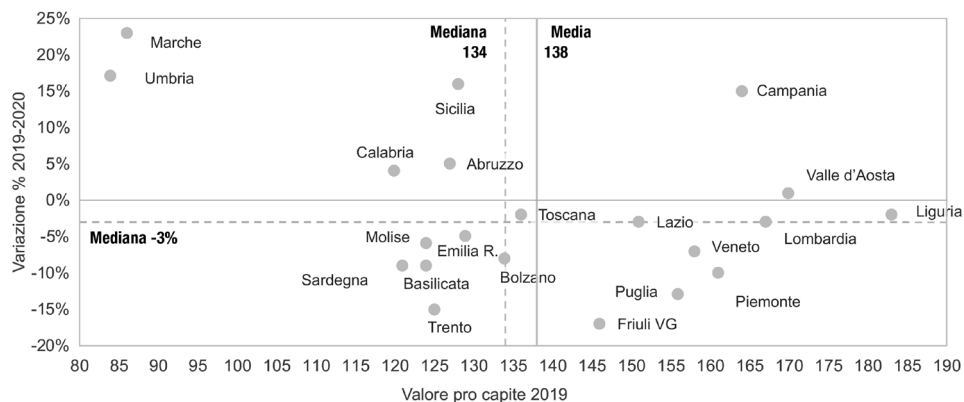
Vi è eterogeneità anche nelle dinamiche 2019-2020 (Figura 6.7). In un contesto di decrescita generalizzata, alcune regioni hanno visto tassi di crescita particolarmente negativi (Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Puglia e Sardegna). In altre regioni i tassi di crescita sono stati addirittura positivi: Campania (+15%), Marche (+24%), Sicilia (+16%), Umbria (+18%), Abruzzo (+5%), Calabria (+3%). Si tratta, dunque, di regioni del Centro e del Sud, dove, a trainare la crescita sono state in particolare la componente di farmaci di classe A Privato o di

Tabella 6.13 **Spesa privata regionale per farmaci di Classe A, Classe C e Automedicazione. Valori pro capite 2019 e 2020 e variazioni % 2019-2020**

Regioni	Totale spesa privata per farmaci			Classe A Privato			Classe A			Classe C con Ricetta			Automedicazione					
	2019	2020	Var. % 19-20	2019	2020	Var. % 19-20	Differenza prezzo di riferimento	2019	2020	Var. % 19-20	2019	2020	Var. % 19-20	2019	2020	Var. % 19-20		
Liguria	183	178	-2%	31	34	11%	15	15	-3%	18	17	-6%	68	67	-1%	50	44	-11%
Valle d'Aosta	170	171	1%	28	40	40%	13	13	-2%	22	20	-8%	55	54	-3%	51	44	-14%
Lombardia	167	163	-3%	29	29	-2%	14	14	-4%	25	22	-10%	55	58	7%	44	40	-10%
Campania	164	188	15%	23	33	43%	25	25	-2%	22	21	-6%	55	72	33%	39	38	-3%
Piemonte	161	145	-10%	50	35	-30%	15	14	-4%	0	0	-23%	55	57	4%	42	39	-8%
Veneto	158	146	-7%	27	24	-11%	14	14	-2%	22	20	-8%	51	50	-3%	44	38	-13%
Puglia	156	136	-13%	35	21	-42%	22	22	-3%	18	16	-6%	47	47	1%	34	30	-11%
Lazio	151	147	-3%	22	22	0%	25	25	-3%	5	4	-11%	56	58	4%	44	38	-14%
Friuli VG	146	121	-17%	46	26	-44%	15	15	-2%	0	0	-	45	45	0%	40	36	-11%
ITALIA	145	144	-1%	26	26	0%	19	18	-3%	11	10	-11%	51	55	8%	40	36	-10%
Toscana	136	133	-2%	20	22	8%	14	13	-2%	7	4	-37%	53	55	4%	42	39	-8%
Bolzano	134	123	-8%	19	21	10%	12	12	-4%	15	14	-5%	40	38	-6%	48	39	-18%
Emilia R.	129	123	-5%	18	18	1%	14	14	-2%	1	0	-39%	54	53	-1%	42	37	-12%
Sicilia	128	149	16%	21	36	70%	25	24	-3%	13	12	-6%	39	50	27%	30	27	-11%
Abruzzo	127	133	5%	16	28	79%	21	21	-2%	7	7	-8%	47	46	-1%	36	31	-13%
Trento	125	107	-15%	12	11	-3%	13	13	-3%	9	0	-98%	45	43	-5%	46	40	-15%
Basilicata	124	114	-9%	17	17	3%	22	22	0%	17	9	-45%	40	40	0%	28	24	-13%
Molise	124	116	-6%	22	18	-21%	22	21	-2%	11	11	-4%	40	41	3%	29	25	-11%
Sardegna	121	111	-9%	17	13	-26%	17	17	0%	0	0	-	53	52	-1%	35	29	-16%
Calabria	120	124	4%	13	18	32%	26	25	-3%	7	6	-9%	44	48	11%	31	28	-10%
Marche	86	106	23%	8	13	56%	20	19	-5%	0	0	-	32	45	39%	26	30	14%
Umbria	84	98	17%	5	5	4%	20	20	0%	3	0	-86%	31	45	42%	24	28	16%
COEFF. DI VARIAZIONE	19%	18%		43%	36%		25%	25%		74%	85%		17%	16%		20%	17%	

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA (Rapporto OSMED)

Figura 6.7 **Valore pro capite (2019) e variazione % della spesa privata per farmaci**



Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA (Rapporto OSMED)

classe C. Per i farmaci di Automedicazione, c'è stata, invece, una riduzione generalizzata (Tabella 6.13). La differenza con il prezzo di riferimento ha subito riduzioni minime in valori assoluti e in poche regioni, così come la spesa per ticket.

Questi movimenti, seppur per il momento contingenti, vanno nella direzione di creare una convergenza nei comportamenti di spesa farmaceutica privata a livello regionale; il coefficiente di variazione passa, infatti, dal 20% al 18%, arrestando, di fatto delle dinamiche fino a quel momento divergenti, come descritto nel Rapporto OSFAR. Tali dinamiche di breve periodo, inoltre, se unite a quelle, opposte, che potrebbero aver caratterizzato i servizi dentistici, potrebbero spiegare parte degli scardinamenti del ranking della spesa privata in generale illustrati sopra.

Ritornando a una visione statica degli andamenti interregionali, i farmaci di Classe A sono quelli in cui vi sono più interdipendenze tra pubblico e privato e pertanto meritano un ulteriore approfondimento. Possiamo, infatti, distinguere, lungo un continuum che va dal sistema pubblico al puro mercato, quattro componenti della spesa per farmaci: la spesa pubblica in senso stretto, la compartecipazione in quota fissa (*ticket*), la compartecipazione volontaria (differenza con il prezzo di riferimento), la spesa privata (acquisto farmaci con ricetta «bianca»). La Tabella 6.14 presenta la composizione percentuale per farmaci di Classe A per regione. La prima osservazione è che per un settore così fortemente presidiato dal sistema pubblico, oltre il 28% della spesa che passa attraverso le farmacie (pubbliche e private) proviene da risorse private. La maggior parte delle regioni ha una quota privata che supera il 25%, con alcune eccezioni. Da una parte, Valle D'Aosta, e Liguria superano il 35%. Dall'altra, Marche, Sardegna, PA di Trento e Umbria si collocano al di sotto del 20%. Da nota-

Tabella 6.14 **Composizione percentuale della spesa per farmaci di classe A, per regioni e canale di finanziamento (2020), in ordine decrescente della quota privata**

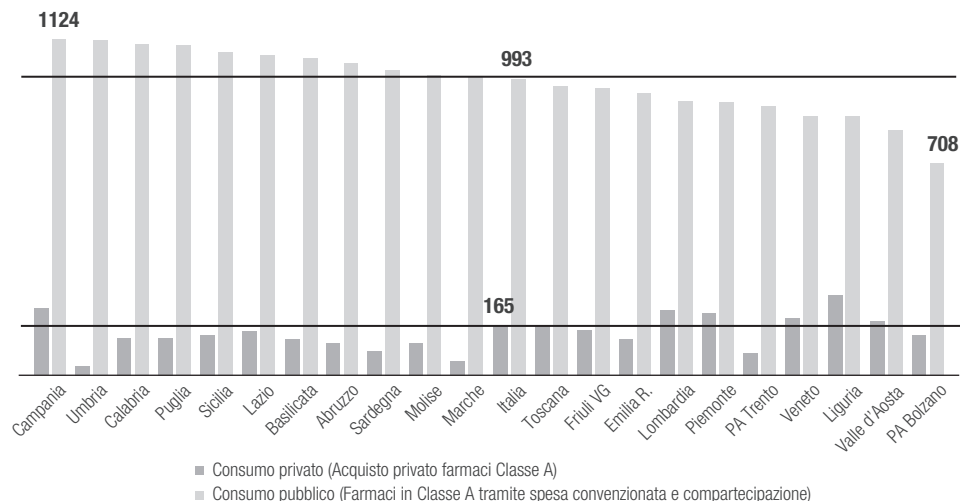
	Spesa convenzionata netta	Spesa privata, di cui:	Ticket regionale	Differenza di prezzo	Acquisto privato
Piemonte	70,2%	29,8%	0,0%	28,5%	71,5%
Valle d'Aosta	57,8%	42,2%	14,9%	21,3%	63,7%
Lombardia	71,8%	28,2%	21,6%	25,2%	53,2%
PA Bolzano	68,1%	31,9%	20,4%	29,8%	49,8%
PA Trento	82,4%	17,6%	0,6%	53,4%	46,0%
Veneto	66,7%	33,3%	22,5%	28,2%	49,2%
Friuli VG	74,9%	25,1%	0,0%	36,7%	63,3%
Liguria	64,9%	35,1%	17,4%	24,8%	57,8%
Emilia R.	75,8%	24,1%	1,2%	43,2%	55,6%
Toscana	73,9%	26,1%	8,0%	34,5%	57,5%
Marche	80,3%	19,6%	0,0%	59,2%	40,8%
Umbria	83,8%	16,3%	1,8%	76,7%	21,5%
Lazio	73,6%	26,5%	7,2%	48,7%	44,2%
Abruzzo	72,4%	27,6%	9,8%	38,0%	52,2%
Molise	71,6%	28,4%	16,2%	45,1%	38,7%
Puglia	72,4%	27,6%	20,7%	40,6%	38,8%
Campania	67,3%	32,6%	19,0%	35,0%	46,0%
Basilicata	75,5%	24,5%	13,9%	46,9%	39,2%
Calabria	75,6%	24,3%	10,3%	52,3%	37,4%
Sicilia	65,9%	34,1%	13,2%	34,6%	52,2%
Sardegna	82,2%	17,8%	0,0%	57,9%	42,1%
Italia	71,6%	28,4%	13,7%	35,6%	50,7%

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA (Rapporto OSMED)

re, però, come cambiano i mix all'interno della quota privata. Le regioni del Nord hanno il baricentro sulla spesa per l'acquisto privato di farmaci di Classe A, mentre le regioni del Centro e del Sud sulla compartecipazione volontaria (con l'eccezione della PA di Trento). Come segnalato nel rapporto OSMED, la spesa privata per farmaci di Classe A è comunque influenzata dal reddito, in particolare per i farmaci il cui prezzo supera i 6 euro.

Il dato di spesa privata sui farmaci è abbastanza aderente a quanto succede ai comportamenti di consumo in quanto il prezzo dovrebbe essere omogeneo sul territorio nazionale. Per ovviare alle possibili distorsioni sul lato dei consumi pubblici e avvalendoci sempre del vasto e variegato patrimonio informativo di OSMED, abbiamo incrociato il dato sui consumi (Dosi Definite Giornaliere (DDD) per 1.000 abitanti) di Classe A rimborsata dal SSN (farmaci dispensati da farmacie territoriali) con quelli sui consumi privati di Classe A. I dati sono illustrati in Figura 6.8 e sono disposti in ordine decrescente rispetto al consumo pubblico. In questo modo si può notare come vi sia a tutti gli effetti un gradiente sud-nord di consumo pubblico di farmaci di Classe A al quale si somma una

Figura 6.8 **Consumi di farmaci di Classe A per regione. Classe A rimborsata e dispensata dalle farmacie e Classe A acquistata privatamente (2020), consumi DDD/1000 ab die**



Fonte: Elaborazione OCPS su AIFA (Rapporto OSMED 2019 e 2020)

quota di consumo privato. Nelle regioni del Nord i consumi pubblici tendono a collocarsi al di sotto della media nazionale, mentre quelli privati, nella maggior parte dei casi, sopra la media. I dati possono essere soggetti a numerose interpretazioni. Qui possiamo constatare come vi sia, in generale, nelle regioni del Centro e del Sud, una propensione maggiore a dispensare e a consumare farmaci di classe A. La maggiore dispensazione pubblica, che potrebbe anche essere effetto di spesa inappropriata, non sembra annullare quella privata. La minore dispensazione al Nord sembra, invece, trovare una compensazione nel consumo privato e quindi farebbe leva sulla maggiore disponibilità di reddito in alcune regioni in particolare (Liguria, Veneto, Piemonte e Lombardia). Bisogna comunque ricordare che il dato di consumo pubblico non include il dato sulla distribuzione diretta dei farmaci che incide sulla variabilità regionale e questo condiziona il confronto tra i consumi (OSFAR).

6.6.2 La spesa sanitaria delle famiglie per caratteristiche socio-demografiche

Il database dell'Indagine sulla spesa delle famiglie contiene diverse informazioni di tipo socio-demografico sulle famiglie oggetto della rilevazione. Da un'analisi delle tipologie familiari (Tabella 6.15), emerge un quadro sostanzialmente stabile nei driver di spesa per tipologia familiare.

Tabella 6.15 **Spesa sanitaria media mensile pro famiglia (in euro), per tipologia familiare, 2019 e 2020**

Tipologia familiare	2019		2020	
	Euro pro famiglia	In % spesa generale	Euro pro famiglia	In % spesa generale
Persona sola 18-34 anni	40	2,3%	38	2,2%
Persona sola 35-64 anni	73	3,6%	67	3,6%
Persona sola 65 anni e più	97	5,8%	97	6,1%
Coppia senza figli con p.r. 18-34 anni	106	3,6%	90	3,2%
Coppia senza figli con p.r. 35-64 anni	132	4,6%	116	4,5%
Coppia senza figli con p.r. 65 anni e più	182	6,8%	150	6,4%
Coppia con 1 figlio	130	4,3%	125	4,5%
Coppia con 2 figli	131	3,9%	119	4,1%
Coppia con 3 e più figli	149	4,3%	113	3,7%
Mono-genitore	101	4,1%	100	4,5%
Altre tipologie	114	4,1%	115	4,5%
Media popolazione	118	4,6%	108	4,6%

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

In linea con le analisi svolte negli anni precedenti, (si vedano i Rapporti OASI a partire dal 2013), i dati mostrano, infatti, come la dimensione familiare, ma soprattutto la variabile età della persona di riferimento, incidano sull'ammontare della spesa sanitaria. Questo effetto è chiaro guardando al dato delle persone sole, con un'evidente dinamica crescente rispetto all'età e lo stesso si intuisce guardando alle coppie senza figli. Quando si guarda al peso della spesa sanitaria sul bilancio familiare, l'età continua ad essere un fattore dominante nello spiegare le diverse attitudini e comportamenti di spesa. Si osserva che i nuclei con la persona di riferimento con età superiore ai 65 anni abbiano una propensione alla spesa sanitaria superiore al 6% sia per le persone sole che per le coppie con p.r. di 65 e più, contro una media per la popolazione del 4,7%. Rispetto al 2019 non vi sono quindi cambiamenti significativi nei numeri relativi di spesa sanitaria delle famiglie, la cui riduzione in termini assoluti è evidentemente coerente con quella della spesa generale. Bisogna però notare come la spesa sanitaria rimanga addirittura stabile in valore assoluto nelle persone giovani 18-34 (sia singole che in coppia). Visto che tale dinamica non cambia il rapporto con la spesa generale si potrebbe supporre che queste tipologie abbiano sofferto di meno la crisi economica o che comunque non abbiano fatto «economie in tempi di guerra».

Come già più volte richiamato, i valori dell'Indagine sulla spesa sono soggetti a errori statistici sempre più significativi man mano che si assottigliano le popolazioni che si prendono a riferimento. Non sarebbe corretto analizzare dei veri e propri tassi di crescita nelle variabili (la stessa ISTAT, nel suo rapporto annuale sulla spesa delle famiglie, sostiene non ci sia stata una variazio-

ne significativa nella spesa generale per queste due categorie), ma possiamo affermare che, come per il dato aggregato visto all'inizio del capitolo, la spesa sanitaria rimane abbastanza rigida all'interno del paniere. Inoltre, non vi sono cambiamenti significativi nel ranking tra le tipologie familiari, come si può osservare nelle ultime due colonne della Tabella 6.16.

Rispetto alla dimensione del nucleo familiare, la spesa familiare aumenta se si passa dalla persona sola alla coppia con o senza figli. Interessante però notare come la spesa non aumenti all'aumentare del numero dei figli. L'effetto del numero di figli sulla spesa sanitaria può prestarsi a diverse interpretazioni. Innanzitutto, le spese familiari in generale, e quelle sanitarie in particolare, sono caratterizzate da economie di scala a livello familiare; di conseguenza, l'aumento del numero di componenti non necessariamente corrisponde ad un aumento proporzionale delle spese familiari, anche in funzione di un fattore emotivo o di esperienza acquisita, che differenziano, per esempio, le coppie con più figli da quelle con un unico figlio o i nuclei mono-genitoriali. Bisogna considerare inoltre come il dato sulle tipologie familiari, in particolare quello che considera il numero di figli, potrebbe essere distorto dalla variabile geografica, dato che le famiglie con un maggior numero di figli sono ancora maggiormente rappresentate nelle regioni del Sud. Questa seconda ipotesi sembra però attenuarsi se si considerano le dinamiche regionali già illustrate. La rigidità della struttura della spesa sembra quindi connaturata alla tipologia familiare, al di là delle latitudini geografiche, e questa potrebbe essere considerata effettivamente un'evidenza che emerge dal periodo di shock.

6.7 Note conclusive

Nelle note conclusive all'analogo capitolo pubblicato nel rapporto dello scorso anno veniva sottolineata l'estrema incertezza che caratterizzava il nuovo scenario che si stava aprendo dopo solo un semestre dall'irruzione della crisi. I numeri, poi, che rappresentano da sempre l'asse portante del capitolo, raccontavano di una realtà, l'universo sanitario pre-Covid, completamente diversa da quella che veniva prendendo corpo. Come documentato nel capitolo, abbiamo ora a disposizione alcune iniziali evidenze di quanto è avvenuto nel primo anno della pandemia, cioè numeri che consentono di costruire una rappresentazione più dettagliata di quanto avvenuto ai consumi privati nel quadro dei più generali cambiamenti che hanno investito il sistema sanitario.

Senza voler riprendere analiticamente le diverse osservazioni fin qui svolte, due paiono essere gli elementi di carattere generale che emergono con maggiore nettezza e che meritano di essere sottolineati.

Il primo è che la prevista contrazione dei consumi privati è rimasta nel nostro Paese (ogni sistema fa storia a sé) comunque allineata rispetto alla cadu-

ta del reddito e dei consumi in generale. Come più volte sottolineato i nessi causali che convergono sui consumi privati sono molto variegati e complessi e alcuni di essi, come l'intensità del bisogno o la disponibilità dell'offerta, hanno agito in modo del tutto eccezionale durante la crisi. Rimane il fatto che se guardiamo al settore nel suo insieme il reddito si dimostra, ancora una volta, un buon predittore dei livelli di consumo privato in sanità. È bene sottolineare come correlazione non implichi necessariamente causazione e i dati aiutano a collocare i consumi sanitari in maniera molto precisa nel mondo dei consumi generali caratterizzandoli con una elasticità intorno alla unità. In termini meramente evocativi i dati rendono «normali» i consumi sanitari privati allontanandoli, nel loro insieme, da una parte, dall'area dei consumi necessari e incompressibili (il consumo come bisogno) e, dall'altra, dall'area dei consumi voluttuari in cui il reddito diventa determinante. Come più volte ribadito da OCPS una compiuta presa d'atto di una normalizzazione, la quale non necessariamente significa banalizzazione, dei consumi privati in sanità aiuterebbe nel disegnare politiche in grado di perseguire meglio anche le priorità collettive tipiche dell'ambito sanitario.

Il secondo elemento, che non contraddice il primo, è che la «normalità» dell'insieme è frutto di dinamiche molto differenziate dei diversi segmenti. Da questo punto di vista la crisi ha agito come un prisma che ha enfatizzato le differenze, rendendo ancora più evidenti le distanze che separano, ad esempio, motivazioni e variabili che stanno alla base dei consumi di beni rispetto ai servizi e all'interno di ciascuna macro-categoria le distanze tra i diversi segmenti. Addirittura uno stesso segmento, come quello dei farmaci, quest'anno oggetto di particolare attenzione, si dimostra, se adeguatamente analizzato, come un insieme di componenti che necessitano di quadri interpretativi non del tutto omogenei. Una volta di più si riconferma la necessità di definire con attenzione il livello di astrazione rispetto al quale si collocano analisi, riflessioni e proposte: in alcuni casi l'insieme «consumi privati» mantiene un suo senso, cioè cattura un'area di fenomeni legati da un qualche tratto comune, in altri il riferimento non può che essere a parti specifiche che conservano livelli di omogeneità sufficiente per potere essere oggetto di un ragionamento compiuto.

L'emergere di alcune prime evidenze su quanto avvenuto dallo scoppio della crisi e la possibilità di consolidare con l'analisi alcune interpretazioni di carattere generale non devono portare a sottovalutare la grande incertezza che caratterizza l'intero sistema sociale ed economico e il settore della sanità, in particolare. L'emergenza non è ancora finita e i suoi effetti sul settore non sono ancora chiari, mentre di alcune trasformazioni sicuramente avviate non è così facilmente identificabile l'effettiva direzione. In questo contesto di intensi cambiamenti le aree di incertezza da monitorare con attenzione, quelle dove si possono generare fenomeni in grado di condizionare l'evoluzione del sistema, rimangono quelle già discusse nel precedente rapporto, al quale si rimanda.

Qui le tre aree vengono sinteticamente riprese, mettendo in luce alcuni elementi di riflessione che, sulla base di ciò che è avvenuto, possono integrare quanto proposto l'anno scorso.

La prima area che veniva considerata era quella legata alle dinamiche del reddito e ai suoi impatti sui consumi e su quelli sanitari in particolare. In questo caso, se il tema è sempre lo stesso, lo scenario è ora radicalmente diverso. In presenza di un rimbalzo del PIL, e augurabilmente la ripresa di un percorso di crescita economica, si tratta di capire non tanto se i consumi sanitari nel loro insieme continueranno a comportarsi come una componente normale, ma, piuttosto, quali segmenti potrebbero maggiormente beneficiare di una maggiore disponibilità economica. Bisognerebbe quindi guardare a segmenti strutturalmente a maggiore elasticità rispetto al reddito e/o che abbiano subito una rilevante caduta nella pandemia, accumulando «domanda inesa». Da questo punto di vista l'odontoiatria, pur con tutte le sue peculiarità, e l'area dei servizi ambulatoriali in genere, andranno monitorati con particolare attenzione, anche perché alcuni segnali di vivace ripresa sono già percepibili.

La seconda area è quella del sistema pubblico e delle sue dinamiche. Un elemento di rilievo, consolidatosi nell'anno è la definizione del PNRR, il quale dovrebbe comportare un rilevante irrobustimento della presenza del SSN sul territorio insieme a un deciso avanzamento tecnologico, con una particolare attenzione alla digitalizzazione e alla telemedicina. Nonostante la dimensione degli impegni e dei cambiamenti previsti, non paiono emergere su questo fronte, almeno nel medio periodo, particolari conseguenze rispetto ai consumi privati. Così come un leggero incremento della quota della spesa pubblica sulla spesa totale dovrebbe essere attribuito a fisiologici fattori contingenti legati alla pandemia e non rappresentare una inversione di tendenza rispetto a una crescita, molto moderata ma costante, della componente privata, più volte segnalata da OCPS. Diverso è l'impatto che le massicce campagne di reclutamento del personale messe in atto dalle aziende del SSN (vedi capitolo 16 relativo al personale delle aziende sanitarie) hanno generato sul mercato del lavoro dei professionisti. Molte aziende private, soprattutto quelle che operano sul socio-sanitario, ma non solo quelle, si sono trovate in gravi difficoltà nel reperimento di professionisti, sia infermieri che medici, e considerato il ruolo che le aziende private hanno sul mercato dei consumi sanitari privati e i tempi connessi alla formazione dei professionisti sanitari, una certa limitazione nelle potenzialità produttive potrebbe riflettersi sui consumi.

Tale ultima notazione è utile anche rispetto all'ultima area da considerare: ciò che accade nel settore delle strutture di offerta a disposizione dei consumi privati. Al di là delle difficoltà sul reclutamento dei professionisti le strutture private, soprattutto quelle attive sulle prestazioni ambulatoriali, hanno messo in campo una significativa capacità di recupero delle prestazioni «perse», recupero che dovrebbe trovare coerente evidenza nei volumi di fatturato. Anche

sul fronte più qualitativo delle innovazioni sui modelli di servizio, quanto già registrato lo scorso anno come risposta iniziale, sembra avere trovato un adeguato consolidamento. Rimane comunque aperta, e da osservare con attenzione, la già segnalata questione di una possibile e, per certi versi auspicabile, concentrazione del settore, di cui non emergono ancora segnali significativi.

6.8 Bibliografia

- Agenzia delle Entrate (2019), *Relazione in merito all'Indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale, aggiornata al 15 maggio 2019*. <https://www.camera.it>
- AIFA (2020), «Rapporto OsMed 2019 – L'uso dei farmaci», <https://www.aifa.gov.it/dati-osmed>.
- ANIA (2020), *L'assicurazione italiana 2019/2020*, ANIA (www.ania.it).
- Armeni P. e Ferrè F. (2014), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea
- Brenna, E. (2018). Rich and Well Educated: Are These Requirements Necessary to Claim Healthcare Tax Credits in Italy? *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(2), 207-2017.
- Burchardt, T. (1997). Boundaries between Public and Private Welfare: a typology and map of services (publ. as Private Welfare and Public Policy, Burchardt, Hills and Propper, Rowntree Foundation, Jan 1999). LSE STICERD Research Pa-per No. CASE002.
- Cavazza M. e De Pietro C. (2011), «Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- Cavazza M., De Pietro C., Rappini V. (2016), «Il sistema sanitario e l'assicurazione salute in Italia», in Cavazza M., De Pietro C., Del Vecchio M., Rappini V. *L'Innovazione nell'Assicurazione Salute*, Milano, Egea
- Cavazza, M., Del Vecchio, M., Fenech, L., Giudice, L., Mallarini, E., e Preti, L. M. (2020). Consumi sanitari privati e Covid-19: esperienze e prospettive. *Mecosan (113/2020)*, 165-175.
- Commissione per le spese fiscali (2019), *Rapporto annuale sulle spese fiscali 2019*, http://www.mef.gov.it/ministero/commissioni/red_spe_fis/index.html
- Corte dei Conti (2020), *Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica*, <http://www.corteconti.it/>
- D'Angela D. (2012), «Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria», in F. Spandonaro (a cura di), *VII Rapporto Sanità-Ceis*, Arti Grafiche Srl.

- Del Vecchio M. (2012) *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2015), «Pubblico e privato in sanità: nuove sfide per un tema antico», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015), «I Consumi Privati in Sanità: i dati», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Prenestini A. (2015). «Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS» *Health Policy*, 119(3): 356-366.
- Del Vecchio M., Fenech L. Mallarini E., Rappini V. (2013 e 2014), «I Consumi Privati in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013 e 2014*.
- Del Vecchio M., Fenech L. e Rappini V. (2015, 2016, 2017, 2018), «I Consumi Privati in Sanità», in Cergas-SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI (edizioni varie)*.
- Del Vecchio M., Fenech L., Preti M.L. e Rappini V. (2019 e 2020), «I Consumi Privati in Sanità», in Cergas-SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI (edizioni varie)*. Del Vecchio M. e Rappini V. (2011), «Low cost in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea, pp. 331-367.
- De Pietro C. (2015), «Le relazioni tra i fondi sanitari e gli erogatori di servizi sanitari in Italia», in Del Vecchio M., Mallarini E. e Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- De Pietro C., Domenighetti G., Tomada A., Vineis P. (2010), «Ability to pay and equity in access to Italian and British National Health Services», *The European Journal of Public Health*, 20(5):500-3.
- Di Novi, C., Marenzi, A., & Rizzi, D. (2018). Do healthcare tax credits help poor-health individuals on low incomes? *The European Journal of Health Economics*, 19(2), 293-307.
- Federfarma (2020), «La spesa farmaceutica nel 2019», aprile 2020, <http://www.federfarma.it/>.
- Fenech L., Panfili A. (2013), «L'evoluzione del *ticket* in Italia. Gli effetti delle politiche sulla spesa sanitaria delle famiglie e prospettive future». *Salute e Territorio* N. 198.
- ISTAT (2019), «La Povertà in Italia», *Statistiche Report*, 26 giugno 2018.
- ISTAT (2019), «L'Economia non osservata nei Conti Nazionali», *Statistiche Report*, 15 ottobre 2019.
- ISTAT (2020), «La spesa per i consumi delle famiglie», *Statistiche Report*, 9 giugno 2020.
- Mallarini E., Rappini V., Vercellino L. (2015), «Over65 non autosufficienti: la

- domanda» in Del Vecchio M., Mallarini E. e Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Marenzi, A., Rizzi, D., & Zanette, M. (2019). Dimensione ed effetti redistributivi dei benefici fiscali dei fondi sanitari integrativi. *Politiche Sanitarie*, 20(1), 40-54.
- Ministero della Salute (2019), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: dati SDO 2017*, www.salute.gov.it.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Commissione per la redazione del rapporto annuale sulle spese fiscali, «Rapporto annuale sulle spese fiscali 2019», www.mef.gov.it.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento delle Finanze, Statistiche Analisi statistiche, Dichiarazioni presentate nel 2019, www.finanze.gov.it
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento delle Finanze, Dati statistici sugli Indici Sintetici di Affidabilità – ex Studi di Settore, anni di imposta dal 2005 al 2018, www.finanze.gov.it
- OECD (2020), *Health Statistics 2020* (www.oecd.org)
- OECD, Eurostat, WHO (2017), *Manual A System of Health Accounts (SHA, revised edition)*, Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2014), *Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing*, Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2013), *Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health*, Paris, OECD.
- OSFAR-Osservatorio Farmaci (2019), *Executive Summary REPORT N°39*, Cergas-SDA Bocconi.
- Ragioneria Generale dello Stato (2020), «Il monitoraggio della spesa sanitaria», *Studi e pubblicazioni*, luglio 2020.
- Schmid, A., Cacace, M., Gotze, R., & Rothgang, H. (2010). Explaining health care system change: problem pressure and the emergence of «hybrid» health care systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4), 455-486.
- 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. (2010) «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. 201-223.
- Toth F. (2016) «Classification of healthcare systems: Can we go further?», *Health Policy* 120(5):535-543.
- Ufficio Parlamentare di Bilancio (2017), *L'emendamento per la riduzione del superticket*, Flash n.8/28, <http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2017/12/Flash-8.pdf>

Appendice A. Osservatorio congiunturale sulla sanità integrativa

A partire dal 2019, nell'ambito di OCPS, è stato avviato l'osservatorio congiunturale sulla sanità integrativa. Obiettivo primario dell'osservatorio è quello di raccogliere informazioni e dati di fondi, casse, società di mutuo soccorso, TPA ed enti della sanità integrativa al fine di produrre analisi informate sul ruolo che il mondo della sanità integrativa ricopre all'interno del sistema sanitario italiano. Si riporta di seguito una sintesi dei primi risultati raggiunti a un anno dall'avvio del progetto e a seguito del consolidamento dei dati forniti dagli enti aderenti all'iniziativa.

All'osservatorio partecipano in tutto 10 enti della sanità integrativa che hanno fornito dati interni per l'anno 2019 rispetto a due tipologie di informazioni: gli utenti assistiti e quelli attivi (cioè che hanno effettuato almeno una prestazione nell'anno di riferimento), i volumi delle prestazioni. La raccolta dati relativa alle prestazioni si è concentrata, in questa fase iniziale, alle sole visite specialistiche, a causa della difficoltà di ricondurre altre prestazioni a una nomenclatura univoca e unanimemente riconosciuta e utilizzabile. La scelta della prestazione indice è ricaduta sulle visite specialistiche in quanto prestazioni sempre disponibili all'interno delle coperture. Per fornire alcuni ordini di grandezza, i 10 enti partecipanti rappresentavano globalmente 2,1 milioni di assistiti (circa il 15% del totale censito dall'Anagrafe dei fondi sanitari) e 1,8 milioni di visite specialistiche (Tabella A.1). Dei 2,1 milioni di assistiti, il 56% sono femmine, mentre la distribuzione anagrafica vede una elevata concentrazione nelle classi in età da lavoro: il 39% hanno un'età compresa tra i 45 e i 64 anni e il 24% tra i 25 e i 44 anni, mentre il 19% ha meno di 24 anni e il 20% più di 65 anni. La distribuzione per età è fortemente condizionata dalle caratteristiche dell'ente e delle coperture previste dal contratto, e in particolare dalla previsione che siano inclusi nella copertura i familiari a carico del lavoratore e/o gli ex lavoratori in quiescenza.

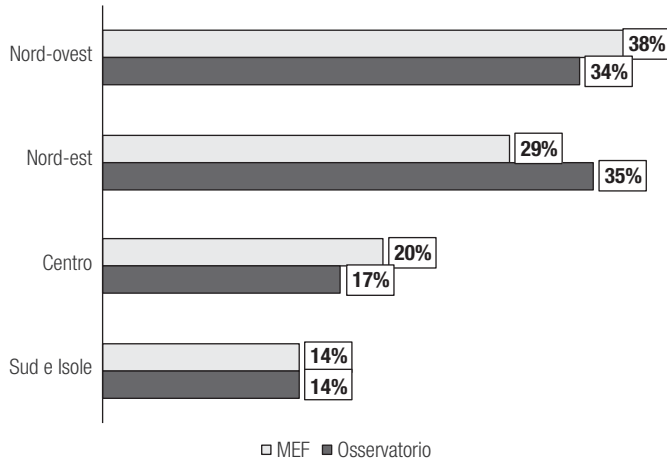
Utilizzando come metro di paragone la distribuzione territoriale dei contribuenti che godono della deduzione dei contributi (dato del Dipartimento delle

Tabella A.1 **Dati di sintesi dell'Osservatorio congiunturale sulla sanità integrativa, 2019**

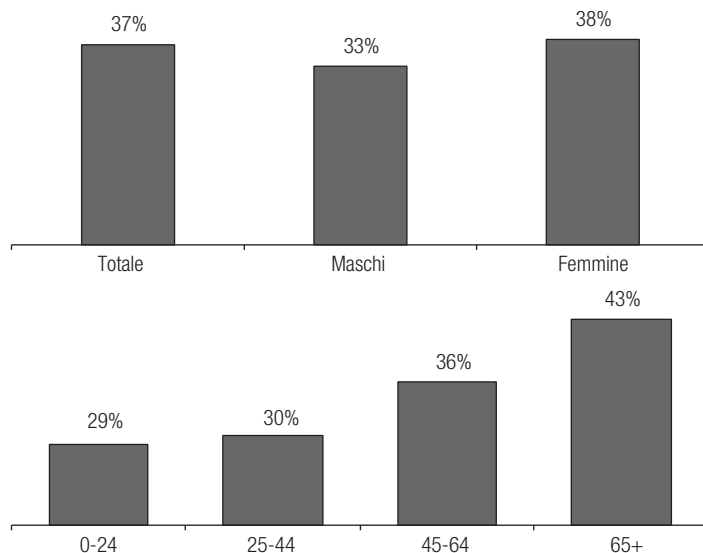
Dati di sintesi	Valore al 2019
Enti aderenti	10
Assistiti	2.136.498
Utenti attivi («almeno una VS nell'anno»)	627.165
% utenti attivi («estensione»)	29%
Visite Specialistiche	1.825.564
Consumo medio per utente attivo («intensità»)	2,9

Finanze del MEF), la distribuzione territoriale degli assistiti censiti dall'osservatorio non diverge significativamente da quella dei contribuenti, sebbene data la natura territoriale di alcuni degli enti aderenti, gli assistiti provenienti dal nord-est tendano a essere sovrarappresentati (Figura A.1).

Figura A.1 **Distribuzione territoriale assistiti aderenti all'Osservatorio e contribuenti a fondi, enti e casse**



Si riporta di seguito una sintesi di alcuni dati di potenziale interesse relativi ai comportamenti degli assistiti e alle condizioni del mercato. In primo luogo, si è osservato il tasso di utilizzo delle coperture («estensione»), inteso come percentuale di utenti che nell'anno di riferimento hanno chiesto il rimborso (o l'accesso diretto) di almeno una visita specialistica. Il valore medio degli enti si attesta complessivamente attorno al 39% degli utenti, con una elevata variabilità dato che il valore minimo è pari al 9% e il massimo al 59%. C'è una significativa differenza tra maschi e femmine (38 e 33% rispettivamente) e una evidente progressione crescente rispetto all'età dell'assistito (dal 29% della fascia 0-24 al 43% della fascia over 65). Le dinamiche ricalcano i dati ISTAT sulla percentuale di persone che ha effettuato una visita specialistica nell'anno, sia in termini di genere che di età, sebbene i valori medi siano superiori per la popolazione generale rispetto a quella degli assistiti dagli enti dell'osservatorio (il 47% della popolazione italiana ha effettuato una visita specialistica nell'anno di riferimento) (Figura A.2). È necessario però sottolineare come, guardando alle singole classi di età, le differenze più significative con la popolazione generale si registrino nella classe più anziana, ampiamente sottorappresentata tra la popolazione degli assistiti, dal momento in cui diversi enti escludono i pensionati dalle coperture. Non ci sono differenze significative tra macro-aree geografiche, con l'eccezione del sud e delle Isole che registrano un valore infe-

Figura A.2 **Estensione media totale, per sesso ed età**

riore (34%) rispetto alla media nazionale e in particolar modo alle altre ripartizioni geografiche.

Anche l'«intensità» di utilizzo risulta inferiore, in termini assoluti, rispetto ai dati ISTAT (3,6 visite specialistiche all'anno per utente): in media si registrano 2,6 visite specialistiche, con una differenza tra maschi e femmine anche questa volta a favore di queste ultime (2,4 e 2,8 rispettivamente) e un chiaro trend rispetto all'età dell'assistito (da 1,9 per la fascia 0-24 a 3,3 visite per la fascia over 65) (Figura A.3). Tanto per l'estensione quanto per l'intensità del consumo è necessario sottolineare come non sia possibile intercettare eventuali consumi avvenuti al di fuori delle coperture.

Si possono dunque sintetizzare alcuni spunti di riflessione che verranno auspicabilmente approfonditi una volta che i dati verranno consolidati negli anni e che la platea degli enti si possa allargare: (i) i tassi di estensione si confermano inferiori – o comunque non superiori – a quelli osservati per la popolazione italiana, fornendo alcuni elementi contrari alla tesi che la presenza di una copertura di tipo collettivo e contrattuale fornisca elevati incentivi al sovra-consumo, sebbene l'assenza di dati dal punto di vista del consumatore impedisca di descrivere i comportamenti degli assistiti al di fuori di quanto intermediato dall'ente e di fornire quindi robusta evidenza a favore o contro tale tesi; (ii) i comportamenti degli assistiti in termini di estensione e intensità, rispetto alle variabili socio-demografiche e geografiche, sono sovrapponibili a quelli della popolazione nazionale (aumento con età e maggiore consumo per la popolazione femminile).

Figura A.3 **Intensità media totale, per sesso ed età**