

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da Covid-19 ne ha acuito rilevanza ed essenzialità. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2020:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale, con considerazioni legate anche alla crisi sanitaria da Covid-19;
- approfondisce questioni di *governance* e organizzazione dei servizi rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende. Tra queste, le possibili evoluzioni della relazione Regione-Azienda, le spinte al cambiamento nella rete ospedaliera indotte dal DM 70/2015 e il profilo dei piccoli ospedali, il contemperarsi di logiche di governo clinico e di gestione operativa nei percorsi ambulatoriali complessi, le possibili configurazioni organizzative delle unità specialistiche di patologia, le lezioni apprese dalla gestione del pronto soccorso nell'emergenza Covid-19;
- si focalizza su ruolo ed evoluzione di alcune funzioni strategiche aziendali, approfondendo le politiche di gestione del personale del SSN, le innovazioni nei sistemi di controllo aziendale, gli impatti generati dalla centralizzazione degli acquisti, l'efficacia e gli impatti organizzativi delle disposizioni anticorruzione e il ruolo delle tecnologie nell'innovare i servizi nel contesto imposto da Covid-19.

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

ISBN 978-88-238-5162-7



9 788823 851627

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2020

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT





6 I consumi privati in sanità

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

6.1 Introduzione

L'analisi di questo capitolo si concentra sui consumi privati in sanità (CPS), cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (per esempio, la medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Il capitolo, curato dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CER GAS-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 2019. 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), è utile, in via preliminare, riprendere alcune riflessioni che possono aiutare a meglio definire il tema e a identificare le ragioni che lo rendono di particolare interesse.

I consumi privati hanno assunto un ruolo che non può essere considerato marginale, sia per l'entità delle risorse coinvolte sia per quello che essi rappresentano nei complessi processi di consumo di cittadini-utenti alla ricerca del soddisfacimento dei propri bisogni di salute. I tradizionali rapporti tra pubblico e privato in tutte le dimensioni di funzionamento dei sistemi sanitari dei paesi avanzati hanno, così, subito cambiamenti ormai strutturali, cambiamenti dovuti a un insieme variegato di fattori. Tra questi, un ruolo da non sottovalutare è quello giocato da una costante espansione delle opportunità di cura che rende,

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

da una parte, impossibile il sostegno pubblico a tutto ciò che è potenzialmente utile per la salute e, dall'altra, difficoltoso costruire gerarchie condivise rispetto alla meritorietà dei diversi consumi. La crescente standardizzazione dei processi di produzione ed erogazione dei servizi sanitari incontra, poi, una domanda decisamente meglio informata rispetto al passato consentendo, in alcuni ambiti, un ricorso meno problematico ai meccanismi di mercato (Tinghög G., Carlsson P., Lyttkens C., 2009).

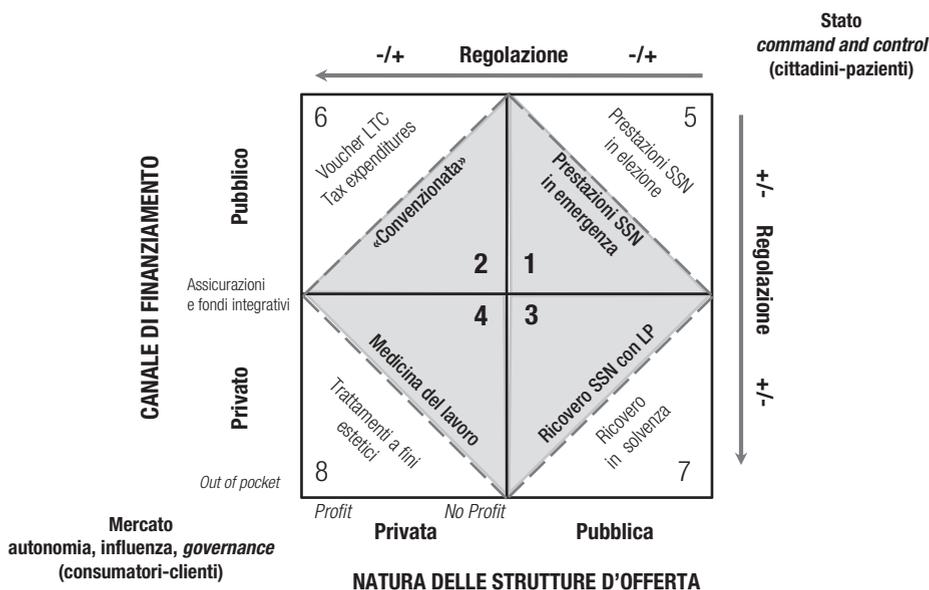
L'esito complessivo è l'emergere di sistemi sanitari in cui il complesso intreccio tra pubblico e privato indebolisce la forza interpretativa dei consueti modelli istituzionali (mutualistici, a servizio sanitario nazionale, ecc.), costringendo gli studiosi a moltiplicare modelli e varianti per poter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

L'indebolimento dei confini e l'ibridazione sono fenomeni che non si limitano a toccare solo i sistemi e la loro rappresentazione, ma che estendono la propria influenza anche ai 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 dell'offerta, ma anche e soprattutto sul lato del finanziamento.

In questo contesto anche gli schemi più robusti e consolidati, quelli che hanno finora guidato la classificazione dei consumi tra pubblico e privato, 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 «tra-

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



dizionali» 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 «prescrivibilità» (Figura 6.1, circuito 4), e i trattamenti sanitari a fini estetici pienamente caratterizzati da dinamiche di mercato (Figura 6.1, circuito 8). Distinzioni analoghe possono essere utilmente applicate agli altri quadranti, rendendo evidente la complessità dell'intero scenario.

A una rappresentazione che aggiunge una ulteriore dimensione rispetto a quelle tradizionalmente considerate (finanziamento e produzione) corrisponde, inoltre, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti (Del Vecchio, 2012). I prodotti e servizi per la salute possono, infatti, essere inseriti in circuiti economici che si caratterizzano non solo per il soggetto che ne sopporta l'onere, ma anche per la pluralità di attori e meccanismi di 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 in sanità 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 il quadro aggiornato, e il più possibile completo, di dati ed evidenze di un fenomeno che è sempre più spesso oggetto di un dibattito, purtroppo non sempre sufficientemente informato.

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

- ▶ la spesa privata nei confronti internazionali (§ 6.3);
- ▶ le dinamiche della spesa sanitaria privata e le sue relazioni con le principali grandezze macroeconomiche (§ 6.4);
- ▶ la struttura e la composizione della spesa sanitaria privata (§ 6.5);
- ▶ la spesa sanitaria per regioni e variabili socio-demografiche (§ 6.6).

Il § 6.7 riassume invece i risultati delle attività di ricerche condotto da OCPS durante il primo semestre 2020 a seguito dell'emergenza Covid-19. Chiudono il capitolo alcune note conclusive (§ 6.8).

6.2 Perimetri, fonti e aggregati di spesa sanitaria privata

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

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	Anni e serie disponibili	Soggetta ad aggiornamenti e revisioni	Riferimenti*
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	1995-2019	Si	Figura 6.3 Tabella 6.4 Tabella 6.6
	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)	40,0	2012-2019	Si	Figura 6.4 Figura 6.5 Tabella 6.5 Tabella 6.9
	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	1997-2019	No	Figura 6.8 Figura 6.9 Figura 6.10 Tabella 6.12
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)	40,0	1970-2019	Si	Figura 6.2 Tabella 6.3

* L'ultima colonna si riferisce alle tabelle e figure in cui la fonte è utilizzata come aggregato di riferimento.

Nota: il dato ISTAT-SHA di 40 miliardi di euro (quarta colonna, seconda riga) è lo stesso utilizzato dagli organismi internazionali (quarta colonna, quarta riga)

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 – e 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 (37,7 miliardi di euro), che si riferisce alla spesa delle famiglie residenti e non sul territorio economico, e le stime derivanti dal Sistema dei Conti per la Sanità (SHA) (40,0 miliardi di euro) che si riferisce alla spesa di famiglie, imprese, assicurazioni effettuata da residenti (o per conto di residenti) in Italia o all'estero (Del Vecchio *et al.*, 2017). Infatti, i Conti Nazionali stimano i consumi finali delle famiglie sul territorio economico secondo la classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*). Le stime SHA (*System of Health Accounts*) fanno invece riferimento al sistema di classificazione ICHA (*International Classification of Health Accounts*) che riguarda le famiglie residenti e che prende in considerazione, oltre alla spesa diretta delle famiglie (spese dirette per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per i quali si attinge da redditi e/o risparmi), anche altri regimi di finanziamento «volontario»: le assicurazioni e i fondi sanitari integrativi, le istituzioni senza scopo di lucro (accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni provenienti da cittadini, istituzioni pubbliche, imprese), le imprese (accordi mediante i quali le imprese finanziano o forniscono direttamente i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime contributivo pubblico o privato).

L'OECD utilizza da ormai diversi anni il sistema di riferimento ICHA-SHA. Recentemente, l'ISTAT ha inoltre 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.

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 è molto meno netta di quanto possa sembrare a prima vista (Del Vecchio, 2015). 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 «in un continuum sempre più densamente popolato da specifiche configurazioni è difficile tracciare linee di demarcazione significative» (Del Vecchio, 2015). In questo quadro, una zona intermedia sono, 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, ponendo gli USA nel ranking dei paesi sanitari a più elevata copertura finanziaria pubblica (OECD Health Data, edizione 2020) (Tabella 6.3 e Figura 6.2).

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.

Prendendo come baseline il dato dei 40 miliardi utilizzato da ISTAT e OECD

(SHA), secondo OCPS il valore della spesa privata può variare da un minimo di 25,2 a un massimo di 47,4 miliardi, a seconda della prospettiva di analisi che si intende adottare (Tabella 6.2).

Possiamo 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. Restringendo il campo si può invece escludere delle spese sanitarie private quelle relative ai contributi per l'assistenza Long-Term Care (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), se si decide di escludere dalla spesa sanitaria la sua componente sociosanitaria. 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.

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

All'interno dei perimetri osservati è importante considerare l'intreccio che si registra tra finanziamento pubblico e privato, da un lato, e, dall'altro, tra consumi pubblici e privati. Non è infatti raro che i consumi pubblici siano finanziati da spesa privata attraverso le varie forme di compartecipazione alla spesa previste dal nostro ordinamento. In primis, le forme di compartecipazione alla spesa pubblica possono essere distinte tra quelle per beni (esclusivamente i farmaci) e quelle per servizi (ambulatoriali, codici bianchi in pronto soccorso, ecc.). Un'ulteriore distinzione riguarda la compartecipazione per farmaci, a sua volta distinta tra il *ticket* fisso per ricetta, applicato con forme e importi differenti dalle singole regioni, e la differenza di prezzo pagata dall'acquirente nel caso in cui preferisca un farmaco di marca a uno equivalente. Nel primo caso si tratta di una compartecipazione obbligatoria prevista dalle legislazioni regionali; nel secondo caso invece la compartecipazione avviene soltanto a seguito di una scelta del singolo individuo. La compartecipazione per le spese ambulatoriali è invece sempre obbligatoria, salvi i criteri di esenzione stabiliti anche in questo caso dalle regioni. La Legge di Bilancio 2020 (L. 160/2019) ha previsto invece l'abolizione, a partire dal primo settembre 2020, della compartecipazione in quota fissa per i servizi ambulatoriali – il c.d. *superticket* – introdotto a regime nel 2011.

La distinzione tra compartecipazione obbligatoria (*ticket*) e volontaria (dif-

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

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	45,4	47,4			
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)	
- 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	+ 1,2 (spesa dei fondi integrativi ed enti assistenziali)	+ 4,2 (spesa per integratori, omeopatici ed erboristici)
				+ 2,0 (assistenza disabili e/o anziani a domicilio e/o casa di cura)	
Razionale					
Esclusione di spese non strettamente sanitarie	Esclusione tax expenditures su IRPEF	Esclusione compartecipazione obbligatoria (assimilabile a tassazione)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)	Sistema dei conti nazionali (ISTAT-CN)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)
				Aggiustamento stima della componente di spesa intermedia dai fondi	Inclusione di altre aree di consumo vicine o riconducibili alla sanità

ferenza di prezzo) è importante in termini di definizione dei perimetri di riferimento, in quanto la seconda risponde esclusivamente a logiche di scelta dell'utente, mentre la prima è di fatto assimilabile alla tassazione, essendo in alcuni addirittura indipendente dal valore della prestazione (il *ticket* in quota fissa per ricetta). Nel 2019, i ricavi da compartecipazione del SSN ammontavano a 3,3 miliardi di euro, di cui 1,6 miliardi destinati all'acquisto di farmaci rimborsabili (di cui 0,5 miliardi come *ticket* sulla ricetta e 1,1 miliardi come differenza di prezzo sui farmaci a brevetto scaduto) e 1,7 miliardi per l'acquisto di prestazioni sanitarie. Per un maggiore approfondimento sulla composizione e sulle dinamiche temporali della spesa per compartecipazione si rinvia all'Appendice A.

Esiste inoltre il tema del contributo concesso dalla fiscalità generale ai consumi sanitari privati, che avviene principalmente attraverso due strumenti:

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

Il ricorso alla detrazione delle spese sanitarie è ampiamente diffuso tra la popolazione italiana, dato che nel 2019 il 46% dei contribuenti ne ha beneficiato. La spesa sanitaria riportata nelle dichiarazioni 2019 e relative all'anno di imposta 2018 ammonta a 20,6 miliardi di euro. Il tasso di crescita rispetto all'anno precedente, quando le spese riportate risultavano pari a 19,6 miliardi di euro (+5%) non deve essere necessariamente interpretato come un incremento delle spese sanitarie dei contribuenti, dato che una serie di motivazioni possono influire su questo aumento, tra tutte la crescita del numero di contribuenti che hanno dichiarato spese sanitarie (passati da 18,9 a 19,5 milioni, +3%), oppure l'aumento delle spese dichiarate rispetto a quelle non dichiarate. Tale cifra corrisponde comunque a un beneficio fiscale di circa 4,0 miliardi di euro. Più complessa invece la definizione dell'ammontare delle deduzioni dei contributi alla sanità integrativa. La stima più attendibile è quella elaborata dalla Commissione per le spese fiscali presso il MEF che stima, per il triennio 2020-2022, una spesa fiscale pari a 575 milioni di euro l'anno.

Il dibattito attorno all'opportunità che spese fiscali finanzino, seppure indirettamente consumi sanitari privati, rimane comunque aperto. Per un approfondimento su questo tema si rimanda all'Appendice B.

6.3 La spesa privata italiana nei confronti internazionali

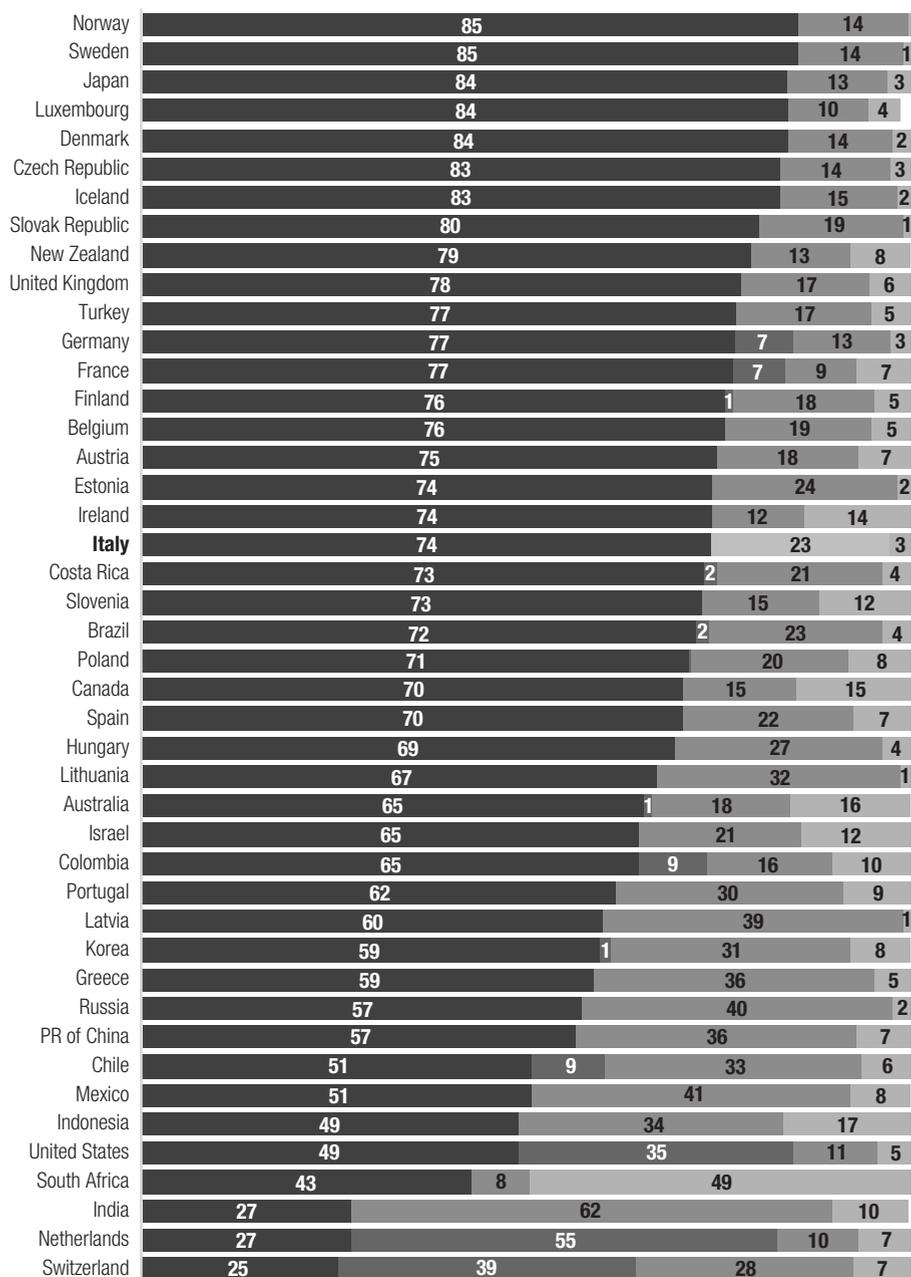
È noto come l'Italia sia, tra i paesi avanzati e con sistemi sanitari universalistici, nel novero di quelli con la minore spesa sanitaria pro capite. Nel 2019, la spesa pubblica pro capite si è attestata in Italia sui 1.902 euro. Solo Spagna (1.626 euro), Portogallo (1.155 euro) e Grecia (780 euro) hanno registrato una spesa inferiore, mentre Germania (3.579 euro), Francia (3.058 euro) e Regno Unito (2.858 euro) hanno tutte registrato una spesa superiore di almeno il 50% rispetto a quella italiana. Anche guardando il dato della spesa privata pro capite, il nostro paese (663 euro) si attesta al di sotto di Germania (1.048 euro), Francia (911 euro) e Regno Unito (816 euro), e anche addirittura a Spagna (684 euro) e Portogallo (722 euro). È bene notare però come il caso italiano sia caratterizzato da un'anomalia tale per cui la spesa privata risulta ampiamente a carico diretto delle famiglie, con forme di intermediazione da parte di meccanismi di finanziamento volontario che rappresentano ancora una quota irrisoria del finanziamento rispetto ad altri paesi. Altra differenza rispetto ai casi di Germania e Francia è la presenza, tra i regimi di finanziamento privati, di meccanismi a contribuzione obbligatoria. Nel primo caso si tratta infatti delle spese per le polizze assicurative obbligatorie sostenute da cittadini tedeschi che optano per l'uscita dalla copertura delle *krankenkassen*. Nel caso della Francia, questa comprende la *complémentaire santé*, copertura complementare obbligatoria per diverse tipologie di imprese e lavoratori. Inoltre, in paesi con sistemi universalistici come Paesi Bassi e Svizzera la funzione di assicurazione sociale viene svolta da soggetti privati (assicurazioni profit e/o non profit).

Conclusioni analoghe possono essere tratte guardando alla distribuzione della spesa sanitaria per canale di finanziamento (Figura 6.2). Si nota infatti come guardando al peso della spesa sanitaria privata totale (volontaria e non) in percentuale, l'Italia (circa il 26% e solo volontaria) non è lontana da altri paesi di tipo universalistico come Francia (circa il 23%, obbligatoria e volontaria), Germania (circa il 23%, obbligatoria e volontaria) e Regno Unito (circa il 22%, solo volontaria). È evidente anche da questo punto di vista la predominanza nel caso italiano della spesa diretta a carico delle famiglie e l'esiguità di quella intermediata da terzo-paganti (soltanto il 3% in Italia contro il 14% in Francia – 7% obbligatoria e 7% volontaria – il 10% in Germania – 7% obbligatoria e 3% volontaria – e il 5,5% del Regno Unito). Tali rapporti sono rimasti stabili negli ultimi anni, sebbene in Italia si sia assistito a un lieve, ma strutturale, spostamento verso una maggiore percentuale di spesa privata a partire dai primi anni del decennio (si veda il paragrafo successivo sulle dinamiche della spesa sanitaria italiana).

Tabella 6.3 Spesa sanitaria pro capite (in €) per regime di finanziamento, per paesi OCSE selezionati, 2019 (o anno più recente)

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	3.579	334	7,2	3.913	9,9	579	12,5	136	2,9	714	1,7	1.048	4.627	11,7	
Francia	3.058	262	6,6	3.319	9,4	367	9,2	283	7,1	650	1,8	911	3.969	11,2	
Paesi Bassi	1.277	2.594	55,4	3.872	8,2	489	10,4	322	6,9	811	1,7	3.405	4.683	10,0	
Belgio	3.144	75,8	2	0,0	3.146	7,9	791	19,1	213	5,1	1.004	2,5	1.006	4.150	10,3
Austria	3.362	74,7	-	-	3.362	7,8	827	18,4	312	6,9	1.139	2,6	1.139	4.501	10,4
Finlandia	2.904	75,9	41	1,1	2.945	7,0	706	18,4	178	4,7	884	2,1	924	3.829	9,1
Italia	1.902	74,1	-	-	1.902	6,4	592	23,1	71	2,8	663	2,2	663	2.565	8,7
Spagna	1.626	70,4	-	-	1.626	6,4	512	22,2	172	7,4	684	2,6	684	2.310	9,0
Portogallo	1.155	61,5	-	-	1.155	5,9	554	29,5	168	8,9	722	3,7	722	1.877	9,6
Irlanda	3.598	74,3	-	-	3.598	5,1	568	11,7	677	14,0	1.246	1,8	1.246	4.844	6,8
Grecia	780	58,8	-	-	780	4,6	484	36,5	62	4,7	546	3,2	546	1.326	7,8
Lussemburgo	4.390	85,3	-	-	4.390	4,6	545	10,6	213	4,1	758	0,8	758	5.148	5,4
Paesi non €															
Stati Uniti	4.646	48,9	3.397	35,8	8.043	14,4	1.026	10,8	427	4,5	1.454	2,6	4.851	9.496	17,0
Svezia	4.303	85,2	-	-	4.303	9,3	688	13,6	58	1,1	746	1,6	746	5.049	10,9
Regno Unito	2.858	77,8	-	-	2.858	8,0	614	16,7	203	5,5	816	2,3	816	3.674	10,3
Svizzera	2.199	25,5	3.364	38,9	5.563	7,8	2.418	28,0	659	7,6	3.077	4,3	6.441	8.640	12,1
Canada	3.132	70,4	-	-	3.132	7,6	653	14,7	663	14,9	1.316	3,2	1.316	4.449	10,8

Fonte: elaborazione OCPS su dati OECD (OECD Health Statistics 2020)

Figura 6.2 **Spesa sanitaria totale per regime di finanziamento, 2019 (o anno più recente)**

■ Government and compulsory social health insurance ■ Compulsory private health insurance schemes
 ■ Households out-of-pocket payments ■ Voluntary health care payment schemes ■ Other

Fonte: elaborazione OCPS su dati OECD (OECD Health Statistics 2020)

6.4 Le dinamiche della spesa sanitaria privata

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

Considerando la dinamica degli ultimi undici anni (Tabella 6.4), 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 temporale considerato è imputabile sia alla componente pubblica, che passa dai 110,2 miliardi del 2009 ai 120,3 del 2019 (+ 9%), che a quella privata, che passa da 30,7 a 37,7 miliardi di euro tra il 2009 e il 2019 (+ 23%). Bisogna qui notare come, seppur in un contesto di stabilità del reddito, sembra esserci una lieve, ma costante, crescita della spesa sanitaria privata in relazione alle principali grandezze di riferimento. La quota di spesa sanitaria per consumi delle famiglie passa infatti dal 21,8% del 2009 al 24,1% del 2019, il suo peso nel paniere di spesa delle famiglie (la spesa per consumi totali) dal 3,2% del 2009 al 3,5% del 2019 e il suo contributo al prodotto interno lordo dal 1,9% del 2009 al 2,1% del 2019. Il

Tabella 6.4 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata in relazione ad altre grandezze macroeconomiche, 2009-2019**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	140,9	142,3	146,2	146,9	145,8	148,2	150,4	151,8	155,0	156,8	158,0
In % del PIL	8,9	8,8	8,9	9,0	9,0	9,1	9,1	9,0	8,9	8,9	8,8
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	110,2	111,3	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6	115,9	117,7	119,1	120,3
In % della spesa sanitaria totale	78,2	78,2	77,2	77,6	77,4	77,1	76,2	76,3	75,9	75,9	76,1
In % del PIL	7,0	6,9	6,8	7,0	7,0	7,0	6,9	6,8	6,8	6,7	6,7
In % della spesa per consumi finali della PA	33,8	33,6	34,5	35,4	35,3	35,9	36,2	35,9	36,0	35,6	35,8
Spesa sanitaria delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico											
Miliardi di euro	30,7	31,0	33,4	32,9	32,9	33,9	35,8	35,9	37,3	37,7	37,7
In % della spesa sanitaria totale	21,8	21,8	22,8	22,4	22,6	22,9	23,8	23,7	24,1	24,1	23,9
In % del Pil	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	2,1
In % della spesa delle famiglie	3,2	3,2	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
Spesa generale delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico											
Miliardi di euro	957,4	982,6	1.013,3	1.003,0	990,6	994,4	1.015,4	1.029,3	1.056,5	1.077,1	1.088,0
In % del PIL	60,7	61,0	61,5	61,8	61,4	61,1	61,3	60,7	60,8	61,0	60,9

Nota: le serie storiche per la spesa sanitaria delle famiglie e la spesa generale delle famiglie risentono fortemente, rispetto alle passate edizioni del Rapporto, delle revisioni ai metodi di stima apportate da ISTAT nel 2019.

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)

rallentamento dell'aumento osservato già a partire dal 2018 si è consolidato nel 2019, che ha registrato una crescita pari a zero, fenomeno che non accadeva dal 2012 quando la spesa privata aveva subito una riduzione di circa 0,5 miliardi.

Analogo andamento mostra la spesa sanitaria privata stimata attraverso il Sistema dei Conti delle Sanità (SHA). In questo caso le grandezze sono le stesse trasmesse da ISTAT agli organismi internazionali (OECD, WHO e Eurostat). Anche utilizzando diversi aggregati e perimetri di riferimento, si vede come la spesa sanitaria privata aumenti il suo peso su quella totale, passando dal 24,1% del 2012 al 25,8% del 2019 (Tabella 6.5).

Tabella 6.5 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata (SHA), 2012-2019**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tutti i regimi di finanziamento (totale)								
Miliardi di euro	142,7	141,5	144,3	146,6	148,0	150,7	153,1	154,8
Spesa della pubblica amministrazione								
Miliardi di euro	108,3	107,2	108,9	109,1	110,1	111,1	113,1	114,8
In % della spesa sanitaria totale	75,9	75,8	75,5	74,4	74,4	73,7	73,9	74,2
Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari								
Miliardi di euro	34,4	34,3	35,5	37,5	37,9	39,6	40,0	40,0
In % della spesa sanitaria totale	24,1	24,2	24,6	25,6	25,6	26,3	26,1	25,8

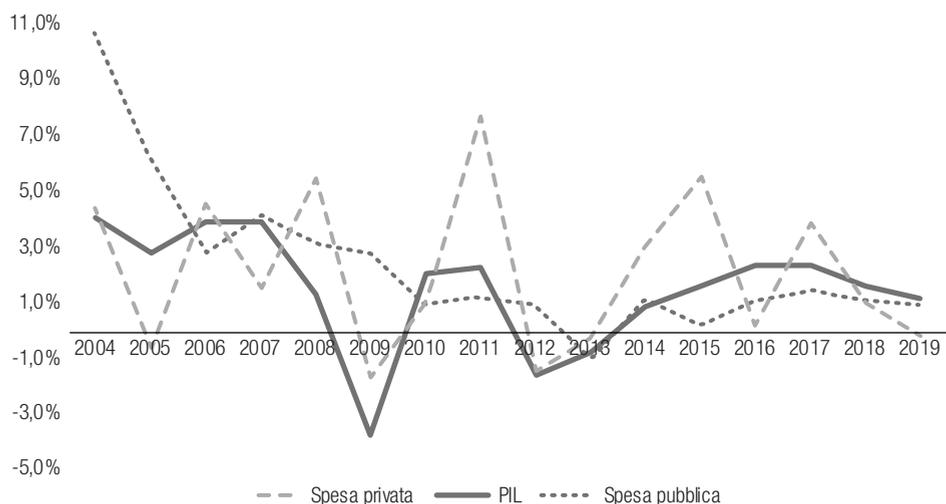
Nota: le serie storiche risentono fortemente, rispetto alle passate edizioni del Rapporto, delle revisioni ai metodi di stima apportate da ISTAT nel 2019.

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (SHA)

È ipotesi diffusa quella che vorrebbe la spesa privata come residuale rispetto a quella pubblica. Secondo tale ipotesi, 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). L'osservazione dei trend non fornisce tuttavia una chiara evidenza in tal senso. Ciò che rende particolarmente difficile la comprensione dell'interazione tra spesa pubblica e privata sono gli eventuali effetti generati dalle dinamiche del prodotto interno lordo. Da una parte, la spesa sanitaria pubblica è stata soggetta a una politica di progressiva stabilizzazione, con l'effetto di risultare pro-ciclica (tassi di crescita elevati nel periodo pre-crisi, tassi di crescita moderati o nulli durante la crisi e il periodo di lenta ripresa). Dall'altra, le dinamiche del reddito sembrano essersi proporzionalmente riflesse sui consumi sanitari privati (con elasticità che variano a seconda delle componenti). In questa prospettiva, una traiettoria di crescita del PIL accompagnata da tassi di crescita della spesa sanitaria pubblica nulli, o comunque inferiori rispetto a quelli del PIL, non potrà che risolversi in un

progressivo aumento della quota della spesa sanitaria privata (Figura 6.3). Eventuali politiche espansive sulla spesa pubblica, d'altra parte, non è detto abbiano ripercussioni sulla spesa privata, tantomeno in senso negativo. A questo proposito, sarà un banco di prova importante l'emergenza sanitaria in corso, per la quale si prospetta un aumento della dotazione finanziaria del fondo sanitario nazionale e, al contempo, una forte depressione dei consumi e del sistema economico. Dato questo contesto del tutto particolare, i dati sul 2020 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.

Figura 6.3 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL, 2004-2019**



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

Bisogna comunque osservare come gli andamenti della spesa sanitaria privata possano essere il frutto anche delle preferenze delle famiglie rispetto ad altri beni e servizi. Considerando 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, con un leggero incremento dal 3,2% del 2009 al 3,5% del 2019 (Tabella 6.6).

Il peso delle singole componenti risulta anch'esso stabile nonostante un ribilanciamento marginale di alcune componenti: aumenta il peso della componente «abitazione e utenze» e «alberghi e ristoranti» a fronte di un decremento marginale e generalizzato delle altre componenti. Si evince pertanto come la spesa sanitaria sia una componente «rigida» del portafoglio familiare, poco comprimibile o estensibile.

Tabella 6.6 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (percentuale), 2009-2019**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Alimentari e bevande non alcoliche	14,7	14,4	14,2	14,2	14,4	14,3	14,3	14,3	14,3	14,2	14,2
Bevande alcoliche, tabacco, narcotici	4,3	4,1	4,1	4,3	4,3	4,1	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2
Vestitario e calzature	6,4	6,5	6,5	6,2	6,1	6,2	6,2	6,1	6,1	6,1	5,9
Abitazione e utenze (*)	22,0	22,0	22,0	23,1	23,7	23,4	23,2	22,9	22,6	22,5	22,5
Mobili e manutenzione casa (**)	6,6	6,8	6,7	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,1	6,1	6,1
Sanità	3,2	3,2	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
Trasporti	12,7	12,6	12,7	12,7	12,4	12,5	12,3	12,3	12,6	12,9	12,9
Comunicazioni	2,9	2,9	2,8	2,8	2,6	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2
Ricreazione e cultura	7,0	7,2	7,1	6,8	6,5	6,5	6,6	6,7	6,7	6,7	6,8
Istruzione	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9
Alberghi e ristoranti	9,4	9,4	9,4	9,5	9,7	9,8	10,0	10,1	10,3	10,2	10,4
Beni e servizi vari	9,8	9,9	10,2	9,8	9,9	10,2	10,2	10,2	10,2	10,3	10,5
Totale consumi delle famiglie	100,0										

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

6.5 La struttura dei consumi sanitari privati (CPS)

La scomposizione della spesa sanitaria nelle sue diverse componenti fornisce spunti interessanti. Questo paragrafo si propone di illustrare il quadro di dettaglio della spesa attraverso tre prospettive di lettura: le funzioni di spesa (§ 6.5.1), le fonti di finanziamento (§ 6.5.2) e la direzione dei flussi finanziari (§ 6.5.3).

6.5.1 I CPS per funzione di spesa

Per un primo inquadramento, la spesa sanitaria è stata articolata su una struttura che rimanda al sistema COICOP, che considera la spesa rispetto ai consumi finali. Per ogni macro voce si è cercato di pervenire alla stima più analitica e attendibile possibile, a partire dalla integrazione delle fonti di natura istituzionale e non istituzionale. Il valore complessivo utilizzato come riferimento è quello SHA, lo stesso utilizzato nelle classificazioni internazionali (40 miliardi di euro). Il dato va quindi letto all'interno di un perimetro «ufficiale» della spesa sanitaria privata, considerando il dato diffuso da ISTAT-SHA (Tabella 6.2), escludendo quindi dal computo, ad esempio, tutti i prodotti non ricompresi tra i farmaci in senso stretto (prodotti omeopatici, integratori alimentari, erboristici, ecc.) (Tabella 6.7).

La spesa sanitaria privata è composta per il 65% da spesa per servizi sanitari, suddivisi tra il 14% di servizi ospedalieri (in prevalenza per assistenza a lungo

Tabella 6.7 La spesa privata per consumi finali per voce di spesa, 2019

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	Valori (in miliardi di euro)	% del totale	
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	2,1	5,3%	14,3%
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3,6	9,0%	
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	5,3	13,2%	50,7%
	Servizi dentistici	8,5	21,2%	
	Servizi diagnostici	3,4	8,4%	
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3,1	7,9%	
	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	8,8	22,0%	
Beni sanitari	Altri prodotti medicali	1,6	4,0%	35,0%
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	3,6	9,0%	
Totale		40,0	100,0%	

Fonte: elaborazione OCPS su varie fonti (ISTAT, AIFA, MEF, Agenzia delle Entrate e altre)

termine – 9%) e il 51% di servizi ambulatoriali che vedono nelle spese odontoiatriche la componente predominante (21,2%). La spesa per beni rappresenta invece il 35% della spesa totale e si concentra in prevalenza sui farmaci in senso stretto (22%) che risultano, quindi, tra tutte le componenti, la voce di spesa maggiore.

Le stime elaborate da ISTAT consentono di investigare a un livello di dettaglio ulteriore rispetto alla funzione di assistenza, in particolare per la spesa per servizi ospedalieri, distinta tra quella per ricoveri ordinari per acuti (assistenza ospedaliera in regime ordinario e *day hospital* per cura e riabilitazione) e quelli per assistenza ospedaliera a lungo termine. Questo tipo di classificazione ha permesso di superare i problemi derivanti dall'assenza di un tale dettaglio per la classificazione COICOP e dalle limitazioni della stima derivante dai valori tariffari teorici contenuti all'interno dei Rapporti SDO del Ministero della Salute. Il dato conferma come la principale componente di spesa per assistenza ospedaliera sia quella destinata al finanziamento della quota alberghiera o dell'intera quota a carico del paziente per i ricoveri di lungodegenza (3,6 miliardi).

Un ambito storicamente associato alla spesa privata è quello delle cure dentali. Le fonti utilizzate in questo caso sono sostanzialmente due: la prima è l'indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie, la seconda sono le statistiche derivanti dal nuovo sistema di affidabilità fiscale delle imprese (ISA – Indici Sintetici di Affidabilità) che a partire dal 2019 ha sostituito gli studi di settore. Entrambe le fonti presentano problemi non irrilevanti. La stima derivante dall'indagine

sulla spesa delle famiglie fornisce un ordine di grandezza, ma è meno affidabile da un punto di vista intertemporale, dato che è caratterizzata da forti variazioni da un anno all'altro (da 9,2 a 7,9 miliardi tra il 2017 e il 2019). Per questo motivo si ritiene utile corroborare questo valore con i dati amministrativi pubblicati annualmente dall'erario, nonostante anche questa informazione sia soggetta a limitazioni: l'annualità risulta sempre indietro rispetto a quella osservata all'interno del presente rapporto (nel 2020 sono state pubblicate le statistiche relative alle dichiarazioni 2019, a loro volte riferite all'anno di imposta 2018); il dato deriva dai compensi dichiarati dai professionisti, quindi soggetti a sottostima che varia in base al peso dell'economia sommersa all'interno del settore osservato. A questo proposito l'ISTAT stima come nel settore dei servizi professionali il sommerso da sotto-dichiarazione valga l'11,6% del valore aggiunto del comparto (ISTAT, 2019). Stando ai dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze, inoltre, il 54% dei soggetti appartenenti al settore dei servizi degli studi dentistici è caratterizzato da un punteggio ISA² inferiore a 8 (che non consente l'accesso al regime premiale), comunque inferiore al dato complessivo che ha visto il 61% dei contribuenti ricevere un punteggio inferiore a 8 (MEF, 2020). Nel 2018 i compensi dichiarati da «servizi degli studi odontoiatrici» è stato pari a 7,6 miliardi di euro (in aumento rispetto ai 7,2 miliardi del 2017 e ai 7,1 miliardi del 2016). Tutto ciò detto, sembra ragionevole attribuire alla spesa per servizi dentistici un valore nell'intorno di 8,5 miliardi.

Per quanto riguarda i beni sanitari, e in particolare i medicinali e i prodotti farmaceutici in genere, gli scostamenti tra le diverse fonti sono essenzialmente riconducibili ai diversi perimetri delle due principali classificazioni utilizzate da ISTAT. Ai fini della nostra analisi, definiamo come «farmaci in senso stretto» quelli appartenenti alle classi A e C (c.d. farmaci etici) e i farmaci di automedicazione (SOP e OTC). Rientrano invece nella più ampia categoria dei «medicinali» anche i prodotti omeopatici, erboristici, integratori, vitamine e altri prodotti affini come gli alimenti speciali per celiaci, diabetici e particolari regimi dietetici. I dati di spesa pubblica e privata dei farmaci in senso stretto sono forniti annualmente da AIFA, attraverso il Rapporto OsMED. Per il 2019, l'AIFA ha riportato una spesa privata per farmaci pari a 8,8 miliardi di euro. La Tabella 6.8 ne evidenzia la suddivisione per macro-area: come prevedibile, la quota più consistente della spesa (3,1 miliardi) si concentra sui farmaci con obbligo di prescrizione non rimborsabili (classe C), seguita da quella per farmaci di automedicazione (2,7 miliardi). Una quota comunque rilevante è destinata ai farmaci di classe A che, nonostante possano essere rimborsati dal SSN, vengono acquistati privatamente per scelta del consumatore (1,5 miliardi). Come già

² Un punteggio di affidabilità ISA compreso tra 8 e 10 consente l'accesso a un regime premiale, un punteggio ISA compreso tra 1 e 6 prevede un'elevata probabilità di essere selezionato per controlli e accertamenti, un punteggio pari a 7 non comporta conseguenze.

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

Spesa per medicinali	Valori (in milioni di euro)
Spesa per farmaci in senso stretto, di cui:	8.842
– ticket in quota fissa regionale	459
– differenza prezzo di riferimento	1.122
– acquisto privato farmaci in Classe A	1.544
– farmaci in Classe C con ricetta	3.066
– Automedicazione (SOP e OTC)	2.651
Spesa per altri medicinali e/o prodotti farmaceutici (omeopatici, erboristici, integratori, ecc.)	4.207
Spesa totale per prodotti farmaceutici	13.049

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA, Federfarma e ISTAT

esposto nelle precedenti sezioni, è da rilevare l'importanza dell'esborso degli utenti per la differenza di prezzo del farmaco *branded* con il prezzo di riferimento rimborsato dal SSN (1,1 miliardi) che conferma il forte legame di fiducia che continua a esistere tra il consumatore e il farmaco «di marca».

La seconda voce per dimensione tra i beni sanitari è quella delle attrezzature e apparecchiature terapeutiche, pari a 3,6 miliardi di euro. Il valore è quello stimato da ISTAT-SHA ed è coerente anche con il dato derivante dall'indagine sulla spesa delle famiglie. Dalla stessa indagine emerge inoltre come la parte più significativa della spesa (51%) sia destinata all'acquisto di occhiali e lenti a contatto correttive, seguita dalla spesa per l'acquisto di apparecchi acustici (15%).

Lo sforzo di integrazione delle fonti ha permesso di produrre delle stime con un maggior livello di dettaglio rispetto ai perimetri considerati nelle stime ufficiali di ISTAT. Con la disponibilità attuale di informazioni risulta ancora difficile stimare con precisione alcune componenti specifiche della spesa per servizi ambulatoriali o domiciliari, così come analizzare separatamente la spesa sostenuta attraverso altri regimi di finanziamento volontari, in quanto i dati non paiono ancora sufficientemente consistenti.

6.5.2 I CPS per canale di finanziamento

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

Rispetto alla classificazione internazionale ICHA-HF, in Italia risultano del tutto assenti le voci di spesa riconducibili a regimi assicurativi obbligatori pri-

Tabella 6.9 **Spesa sanitaria privata per regime di finanziamento, 2012-2019**

La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Spesa diretta delle famiglie	31,5	31,5	32,6	34,4	34,5	35,9	36,1	35,8
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	2,9	2,9	2,9	3,1	3,4	3,7	3,9	4,3
– Assicurazioni sanitarie volontarie	2,3	2,2	2,2	2,3	2,5	2,7	2,9	3,3
– 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
– Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,5	0,5	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	40,0	40,0

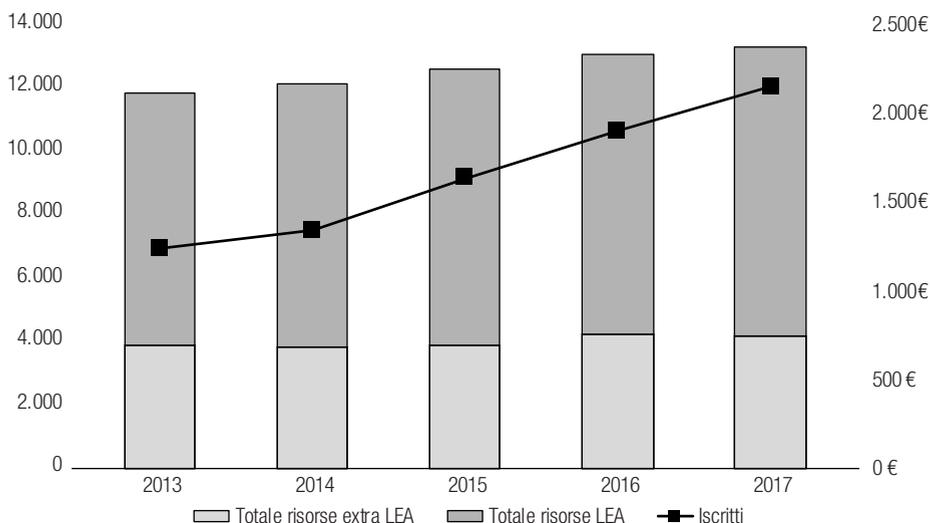
Nota: rispetto alle passate edizioni del Rapporto, le serie storiche risentono fortemente delle revisioni ai metodi di stima apportate da ISTAT nel 2019.

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

vati, mentre è irrisoria la spesa relativa a regimi assicurativi obbligatori pubblici³ (pari a 3,7 euro pro capite, lo 0,1% della spesa sanitaria totale). La spesa intermediata da assicurazioni è quindi interamente da ricondurre a regimi di finanziamento volontari. Stimare in modo preciso l'ammontare di tale spesa non risulta ancora agevole (Cavazza e De Pietro, 2011). La difficoltà principale deriva dall'ammontare di risorse della sanità integrativa che passano attraverso il sistema assicurativo, l'unico a fornire dati annuali sulla raccolta di contributi e le relative spese. Non è semplice stimare quanta parte delle risorse complessivamente raccolta dal sistema da parte di fondi ed enti, tipicamente di natura contrattuale o aziendale, sia «autogestita» oppure sia veicolata da un'impresa assicurativa attraverso una polizza collettiva, dato che non esiste ancora una fonte amministrativa che raccolga questa informazione. Un'indicazione 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, per un approfondimento sul tema si rimanda comunque all'Appendice C). La Figura 6.4 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 12 milioni nell'anno fiscale 2017 (+74%). Anche le risorse impiegate aumentano, ma meno che proporzionalmente, passando dai circa 2,1 miliardi del 2013 ai 2,4 miliardi del 2017 (+12%). Ancora meno che proporzionalmente sono aumentate le risorse destinate da questi enti al finanziamento di prestazioni extra-LEA (servizi odontoiatrici e assistenza LTC), che nel periodo considerato sono aumentate da 690 a 745 milioni di euro (+8%), rappresentando sempre una quota di poco superiore al 30% delle

³ Si tratta dell'assicurazione obbligatoria INAIL a cui sono tenuti tutti i datori di lavoro che occupano lavoratori dipendenti e parasubordinati nelle attività che la legge individua come rischiosi, nonché gli artigiani e i lavoratori autonomi.

Figura 6.4 **Iscritti (migliaia) e risorse erogate (milioni di euro) da fondi, enti e SMS iscritti all'Anagrafe dei Fondi, 2013-2017**



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

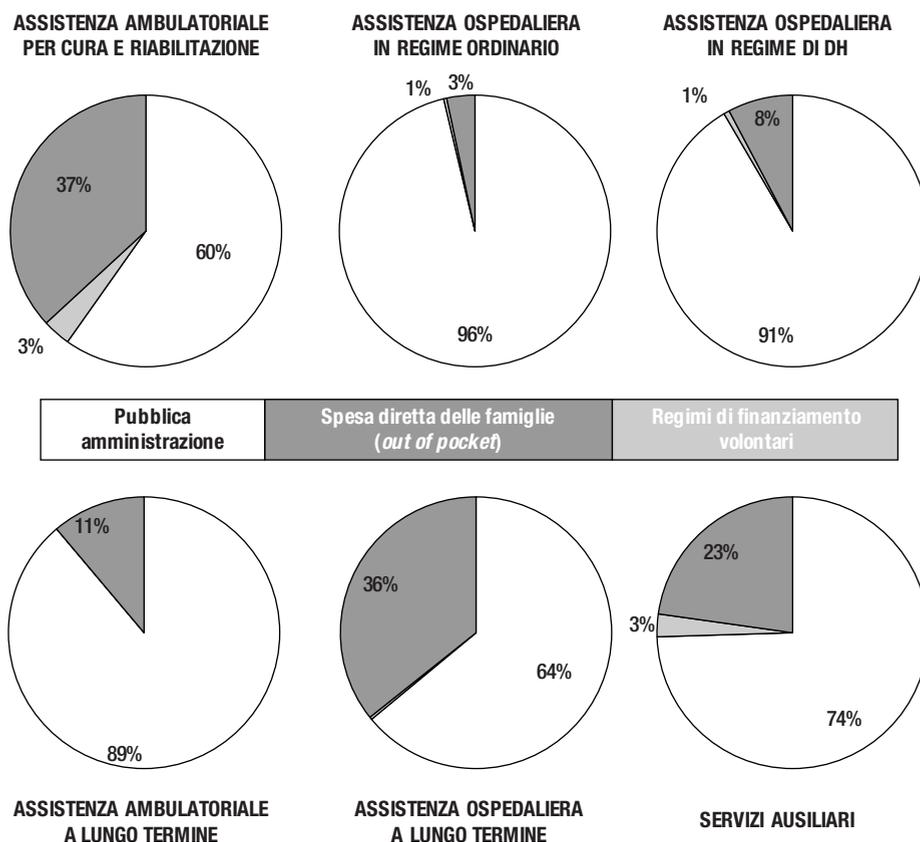
risorse impiegate complessivamente⁴. Il forte aumento del numero di assistiti registrati negli ultimi anni non ha trovato corrispondenza in un proporzionale aumento delle risorse impiegate: l'ammontare medio di risorse impiegate per assistito è passato da 305 euro nel 2013 a 198 euro nel 2017. Dai dati resi disponibili dall'Agenzia delle Entrate e relativi alle dichiarazioni dei fondi in merito alle spese detraibili dai contribuenti emerge anche un'interessante informazione circa la quota di *cost-sharing* che rimane a carico dell'utente in presenza di un rimborso parziale a carico del fondo: i rimborsi effettuati nell'anno fiscale 2018 (1,8 miliardi di euro) hanno coperto il 68% delle spese riportate dagli utenti (2,6 miliardi). Pur in presenza di una copertura parziale, circa il 32% delle spese rimane in carico del cittadino e rientra, quindi, tra le spese *out of pocket*.

La classificazione ICHA-HF include nei regimi di finanziamento volontari anche le spese sostenute da imprese e istituzioni senza scopo di lucro, che trovano una stima puntuale da parte di ISTAT con l'entrata in vigore nel 2016 del regolamento europeo per la produzione di dati armonizzati e sono pari a circa 1,0 miliardo.

La composizione della spesa rispetto ai diversi regime di finanziamento varia molto in funzione della funzione di assistenza osservata. Nell'ambito dei servizi per cura e riabilitazione (Figura 6.5), l'assistenza ambulatoriale è la funzione in

⁴ Gli enti e le casse con finalità assistenziali iscritte all'Anagrafe devono certificare almeno il 20% delle risorse impiegate in prestazioni extra-LEA.

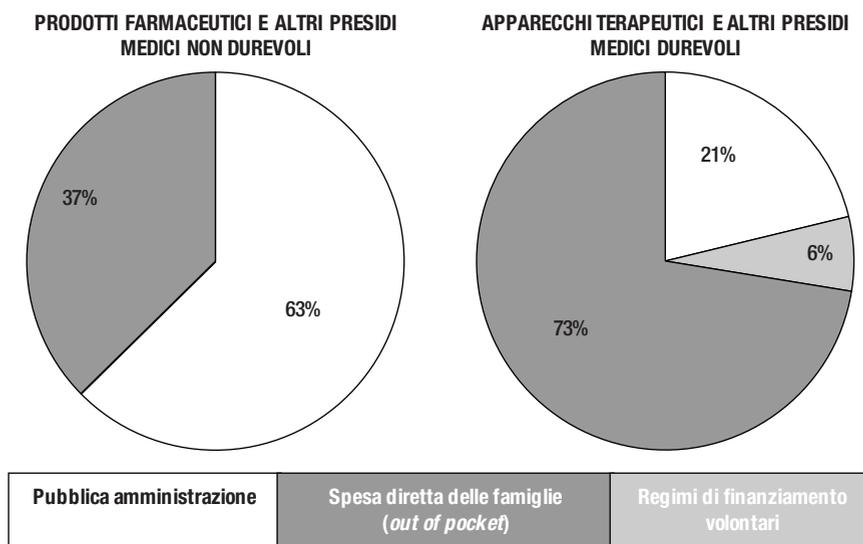
Figura 6.5 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza (servizi) e regime di finanziamento, 2019**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

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 troviamo i ricoveri ospedalieri (ordinari e diurni), per i quali il finanziamento è quasi esclusivamente pubblico. Diversamente, nell'assistenza a lungo termine, sia ambulatoriale che ospedaliera, 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 (Figura 6.6), 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 6.6 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza (beni) e regime di finanziamento, 2019**

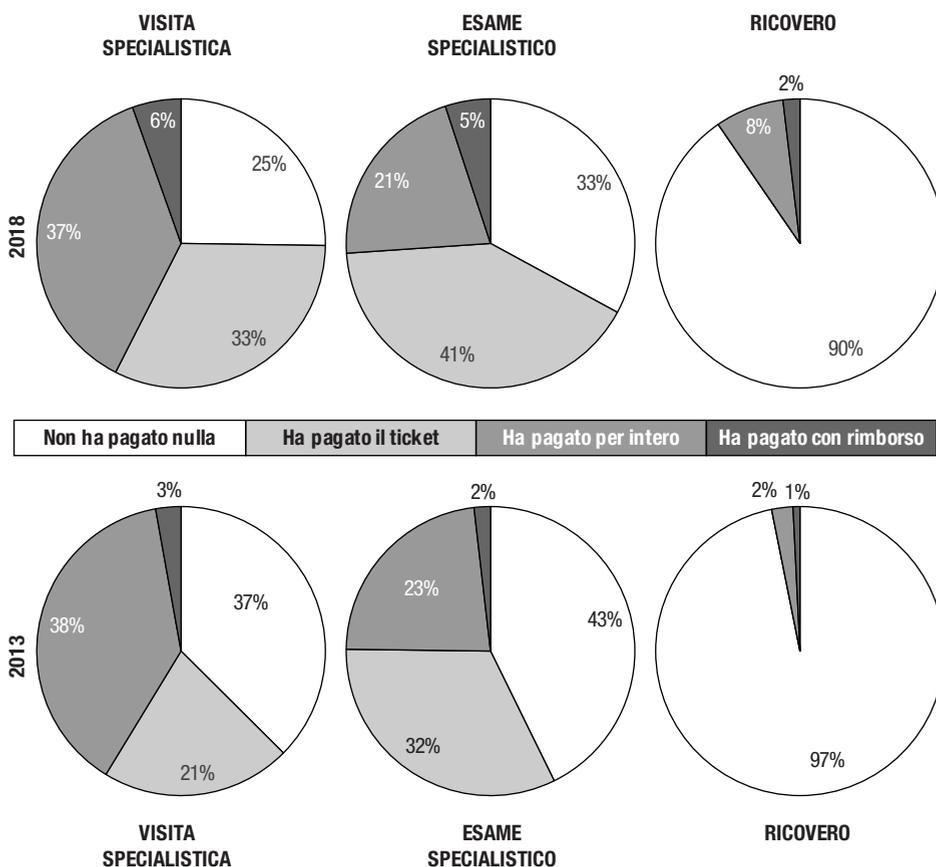


Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

A partire dal 2019 l'ISTAT ha, infine, reso disponibili i dati relativi all'indagine annuale sugli aspetti della vita quotidiana. L'indagine, a partire dall'edizione 2017, ha inserito tra i quesiti la modalità di pagamento dell'ultima prestazione mettendo quindi a disposizione del pubblico l'aggiornamento di un'informazione che mancava dall'indagine multiscopo relativa al 2013 (Figura 6.7).

Alcune considerazioni emergono dal confronto tra la situazione del 2013 e quella del 2018. In primo luogo, il rapporto tra consumi pubblici e consumi privati rimane sostanzialmente invariato: nel 2018 il 43% delle visite è stato pagato direttamente dai cittadini o rimborsato da un'assicurazione, mentre era il 41% nel 2013; allo stesso modo, il 26% degli esami specialistici (diagnostica per immagini) è stato finanziato privatamente, direttamente o tramite rimborso, contro il 25% del 2013; per i ricoveri invece si assiste a un incremento molto significativo, dato che la quota privata passa dal 3% del 2013 al 10% del 2018, influenzata però dal fatto che l'indagine registra tra le prestazioni a carico dell'utente anche quelle per cui l'utente ha scelto di pagare per la sola quota alberghiera. La seconda considerazione deriva dallo spostamento, all'interno dei consumi pubblici, da un consumo gratuito a uno tramite compartecipazione. Sia per le visite che per gli esami specialistici (la compartecipazione non è prevista nel nostro ordinamento per i ricoveri), la percentuale di prestazioni erogate gratuitamente si riduce significativamente, passando dal 37 al 25% per le visite e dal 43 al 33% per gli esami. È evidente però, considerando quanto detto al

Figura 6.7 **Modalità di pagamento per l'ultima prestazione effettuata, 2013 e 2018**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

punto precedente, che si tratta di consumi che, almeno in termini percentuali, rimangono nell'orbita del sistema pubblico. Non è semplice fornire un'interpretazione di questo dato, considerato che non si registrano negli ultimi anni cambiamenti rilevanti in senso restrittivo delle politiche di esenzione dai *ticket*. Terza e ultima considerazione riguarda il ruolo assunto dall'intermediazione. Nonostante la percentuale di prestazioni pagate tramite rimborsi rimanga marginale, diversamente da quanto si potesse immaginare considerando che ormai oltre il 20% degli italiani risulta «coperto» da un'assicurazione o un fondo contrattuale o aziendale, essa aumenta sensibilmente in tutti e tre i casi, passando dal 3 al 6% per le visite, dal 3 al 5% per gli esami specialistici e dall'1 al 2% per i ricoveri. Questa prima evidenza mostra come il ricorso al consumo privato sia ormai consolidato per le prestazioni occasionali, con una maggiore rilevanza

della percentuale di prestazioni intermedie da fondi e assicurazioni, e addirittura in crescita per prestazioni come i ricoveri in cui il ricorso al consumo «ibrido» (consumo pubblico con l'aggiunta di servizi accessori finanziati privatamente) diventa sempre più frequente.

6.5.3 I CPS per direzione dei flussi monetari

Mettendo a sistema i dati fin qui descritti, viene proposta una visione d'insieme della spesa sanitaria privata, declinata attraverso una classificazione che considera anche la direzione dei flussi finanziari e quindi i circuiti di offerta coinvolti. Tale approccio consente di identificare quell'area di spesa privata destinata a sostenere in qualche modo il circuito pubblico (*ticket*, *intramoenia*), distinta da quella destinata invece ad alimentare il puro mercato. Dai dati raccolti si evince come le risorse private destinate ad alimentare il circuito pubblico ammontino a circa 4,3 miliardi, quasi l'11% della spesa sanitaria privata per consumi finali. Di questi, 3,3 miliardi consistono in spesa per compartecipazione in beni e servizi (2,2 miliardi in *ticket* e 1,1 miliardi in differenza di prezzo), mentre 1 miliardo sono i ricavi da *intramoenia* delle aziende sanitarie che rappresentano consumi privati acquistati all'interno del circuito pubblico (Tabella 6.10).

Tabella 6.10 **La spesa sanitaria privata (in miliardi di euro) per circuito di offerta, 2019**

	Servizi	Beni	Totale
PUBBLICO	<i>Ticket</i>	1,7	0,5
	<i>Intramoenia o differenza di prezzo di riferimento</i>	1,0	1,1
PRIVATO	23,3	12,4	35,7
TOTALE	26,0	14,0	40,0

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

Focalizzando l'attenzione sulle aree in cui esiste una maggiore sovrapposizione tra sistema pubblico e circuito privato, ovvero i farmaci e i servizi ambulatoriali (visite mediche e specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio, servizi paramedici), il pubblico emerge come attore rilevante sul mercato, anche quando sostenuto da risorse private. Degli 11,8 miliardi che confluiscono in servizi ambulatoriali (non dentistici), la spesa che alimenta il circuito di offerta pubblico ammonta a circa il 20%. Per quanto riguarda i farmaci, degli 8,8 miliardi di spesa privata, il 18% è rappresentato da spesa per compartecipazione (Tabella 6.11).

Tabella 6.11 **La spesa sanitaria privata (in miliardi di euro) per circuito di offerta, per servizi ambulatoriali (non dentistici) e farmaci, 2019**

		Servizi ambulatoriali (esclusi i dentisti)	Farmaci in senso stretto	Totale
PUBBLICO	<i>Ticket</i>	1,7	0,5	4,3
	<i>Intramoenia o differenza di prezzo di riferimento</i>	1,0	1,1	
PRIVATO		9,1	7,2	16,3
TOTALE		11,8	8,8	20,6

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

6.6 Le regioni e la variabile socio-demografica

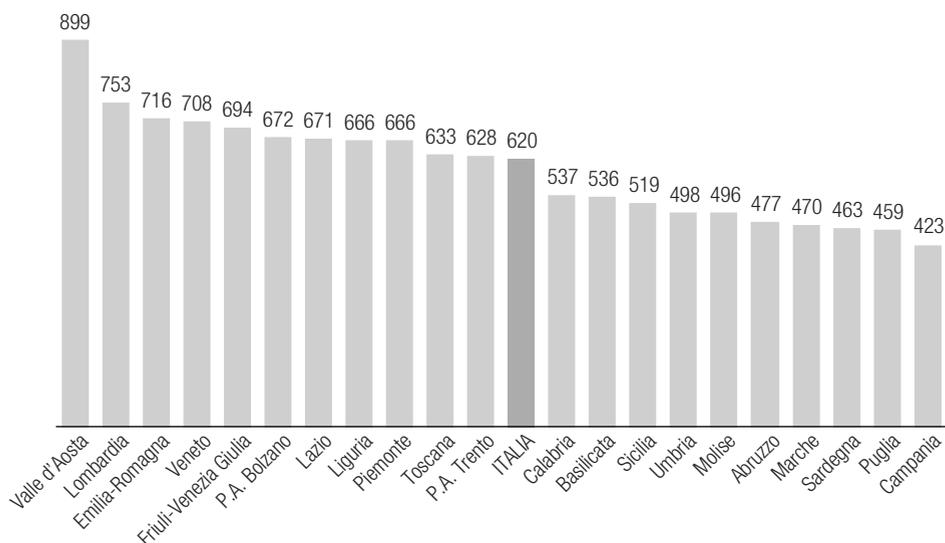
Una comprensione delle dinamiche che caratterizzano la spesa sanitaria delle famiglie passa necessariamente da un'analisi delle determinanti socio-demografiche. Il seguente paragrafo ha l'obiettivo, attraverso un'analisi approfondita dei micro-dati derivanti dall'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie,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

6.6.1 La spesa sanitaria delle famiglie per regione

Analizzando la spesa sanitaria pro capite, si notano differenze rilevanti tra le regioni, che definiscono uno scenario molto netto (Figura 6.8). In linea con quanto già emerso nei rapporti precedenti, tale posizionamento sembra riflettere un legame positivo tra spesa sanitaria delle famiglie, reddito e qualità dei sistemi di offerta. Prescindendo dalle eventuali differenze in termini di prezzi di mercato, difficili da individuare in un ambito talmente ristretto come quello sanitario, si nota in maniera evidente come le regioni in cui la spesa sanitaria privata pro capite è più alta sono quelle in cui si registrano anche livelli di reddito pro capite più alti.

Guardando a una media dei valori tra il 2017 e il 2019, infatti, troviamo ai primi tre posti le regioni che, oltre ad avere la maggiore spesa sanitaria privata pro capite, registrano anche i valori più alti di reddito pro capite: la Valle d'Aosta, la Lombardia e la Provincia Autonoma di Bolzano. Allo stesso tempo, si osserva la correlazione della spesa delle famiglie con la qualità dei servizi sanitari regionali: regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, riconosciute come tra le migliori in termini di qualità dei loro sistemi sanitari, si trovano tra quelle con la maggiore spesa pro capite. Viceversa, troviamo in coda le regioni meridionali,

Figura 6.8 **Spesa sanitaria delle famiglie, valori medi pro capite, 2017-2019, per regione**



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

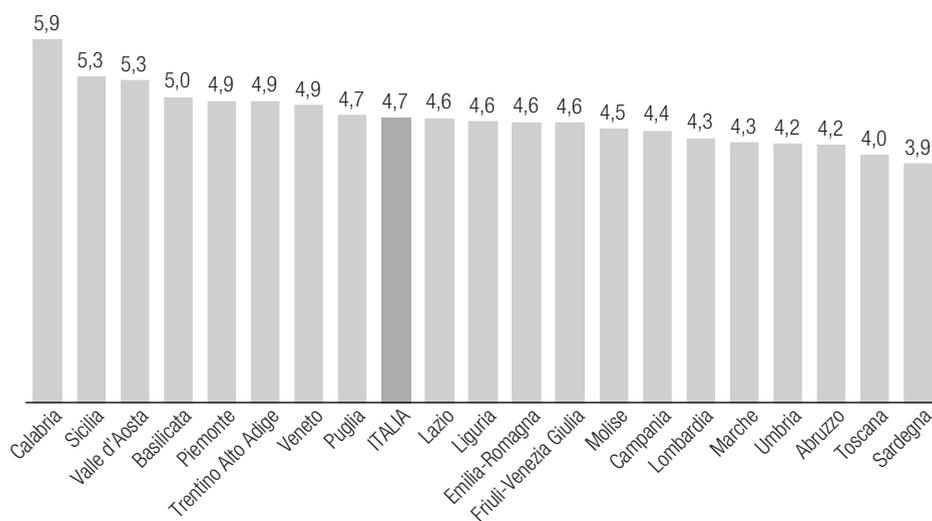
come Sardegna e Campania, che, oltre ad avere livelli di reddito pro capite inferiori, sono anche caratterizzate da sistemi sanitari in grande difficoltà. Il dato non mostra cambiamenti significativi controllando per il fattore anagrafico.

In linea con quanto osservato con le dinamiche temporali a livello nazionale (paragrafo 6.4), l'effetto dominante rimane quello del reddito, con il quale la spesa sanitaria privata sembra essere associata in modo proporzionale. Il peso della spesa sanitaria sulla spesa generale delle famiglie è, infatti, tendenzialmente omogeneo tra le regioni (Figura 6.9) (il coefficiente di variazione è pari a 12%).

Da uno sguardo alla composizione percentuale della spesa sanitaria delle famiglie (Figura 6.10), emerge ancora una volta la necessità di osservarne le relazioni e le dinamiche tenendo conto delle peculiarità di ciascuna macro-componente. Le famiglie residenti in Lombardia, Veneto, Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige, ad esempio, spendono più del 30% in cure dentali, contro una media nazionale del 23,5%. Un trend opposto avviene per la spesa per medicinali. La diversa distribuzione tra componenti di spesa contribuisce a spiegare il posizionamento di queste regioni in termini di spesa sanitaria⁵ e conferma

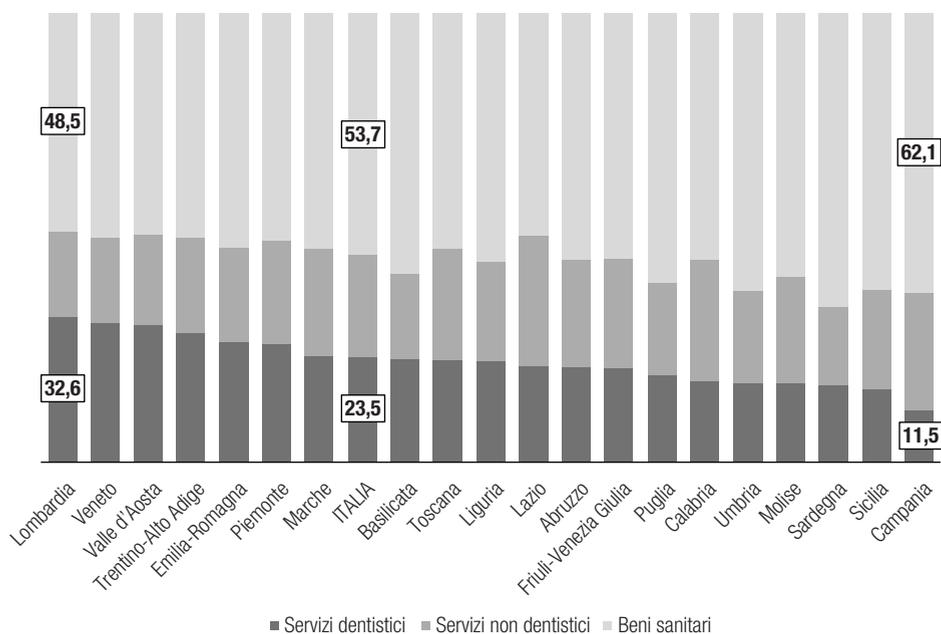
⁵ Diversamente da quanto osservato dai dati ISTAT-SHA, che mostrano come la spesa per servizi ambulatoriali sia maggiore rispetto a quella per prodotti, la maggiore prevalenza della spesa per beni che deriva dall'indagine è probabilmente causata dalla più inclusiva definizione di beni e prodotti sanitari adottata ai fini dell'indagine.

Figura 6.9 **Peso percentuale della spesa sanitaria delle famiglie sulla spesa totale delle famiglie, 2018, per regione**



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

Figura 6.10 **Composizione percentuale della spesa sanitaria delle famiglie, per macro componenti e per regione, in ordine decrescente della percentuale di spesa per servizi dentistici, media biennale 2017-2018**



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

quanto già osservato sulla natura di alcune componenti di spesa; i servizi dentistici si comportano come «beni di lusso» mentre i medicinali sono assimilabili ai beni di «necessità» (D'Angela, 2012).

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 6.12), emergono alcuni importanti spunti rispetto alla dimensione familiare, alla sua composizione e all'età dei suoi componenti.

Tabella 6.12 **Spesa sanitaria media mensile pro famiglia (in euro), per tipologia familiare, 2018**

Tipologia familiare	Spesa sanitaria	% spesa generale	Spesa per beni	In % della spesa sanitaria	Spesa per servizi	In % della spesa sanitaria
Persona sola 18-34 anni	38	2,1	18	47	20	53
Persona sola 35-64 anni	70	3,7	35	49	36	51
Persona sola 65 anni e più	104	6,3	63	61	41	39
Coppia senza figli con p.r. 18-34 anni	94	3,4	43	46	51	54
Coppia senza figli con p.r. 35-64 anni	144	4,9	71	49	73	51
Coppia senza figli con p.r. 65 anni e più	177	6,6	103	58	74	42
Coppia con 1 figlio	131	4,2	67	51	65	49
Coppia con 2 figli	134	4,0	67	50	67	50
Coppia con 3 e più figli	119	3,6	54	45	65	55
Mono-genitore	110	4,5	59	54	51	46
Altre tipologie	116	4,2	73	63	42	37
Media popolazione	120	4,7	64	54	55	46

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 dall'anno 2013), i dati mostrano come la dimensione familiare, ma soprattutto la variabile età della persona di riferimento, incidano sull'ammontare della spesa sanitaria. Questo effetto è chiaro guardando al dato delle persone sole, con un'evidente dinamica crescente rispetto all'età (la spesa media mensile passa dai 38 euro delle persone con età tra i 18 e i 34 anni ai 104 euro delle persone con più di 65 anni). Lo stesso si intuisce guardando alle coppie senza figli. Quando si guarda al peso della spesa sanitaria sul bilancio familiare, l'età continua ad essere un fattore dominante nello spiegare le diverse attitudini e comportamenti di spesa. Si osserva infatti che i nuclei con la persona di riferi-

mento con età superiore ai 65 anni hanno una propensione alla spesa sanitaria superiore al 6% per le persone sole (6,3%) e per le coppie (6,6%) (contro una media per la popolazione del 4,7%). La variabile anagrafica determina inoltre un aumento della propensione a spendere per medicinali piuttosto che in servizi. Nella composizione della spesa sanitaria dai servizi ai beni la spesa per beni sanitari passa dal 47% delle persone sole 18-34 anni al 61% delle persone con più di 65 anni.

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

6.7 Esperienze e prospettive per i consumi privati durante il Covid-19

Il sorgere e diffondersi della pandemia Covid-19 ha portato OCPS a interrogarsi su cosa stesse concretamente avvenendo. L'attività di ricerca ha coinvolto l'intera *community* e i risultati di una prima *survey* sono stati oggetto di una specifica pubblicazione alla quale qui si rimanda (Cavazza, Del Vecchio, Fenech, Giudice, Mallarini, Preti e Rappini, 2020). Vengono qui riassunti i principali risultati della *survey*, a cui hanno partecipato 22 tra erogatori ospedalieri, ambulatoriali e domiciliari, assicurazioni, TPA, società di mutuo soccorso e fondi sanitari integrativi, sottolineando come molti dei soggetti che operano nell'area dei consumi privati estendono le loro attività nel settore dei consumi pubblici (cosiddetta convenzionata). Lo scenario di riferimento per gli operatori include quindi in molti casi consumi pubblici e privati che risultano così profondamente intrecciati.

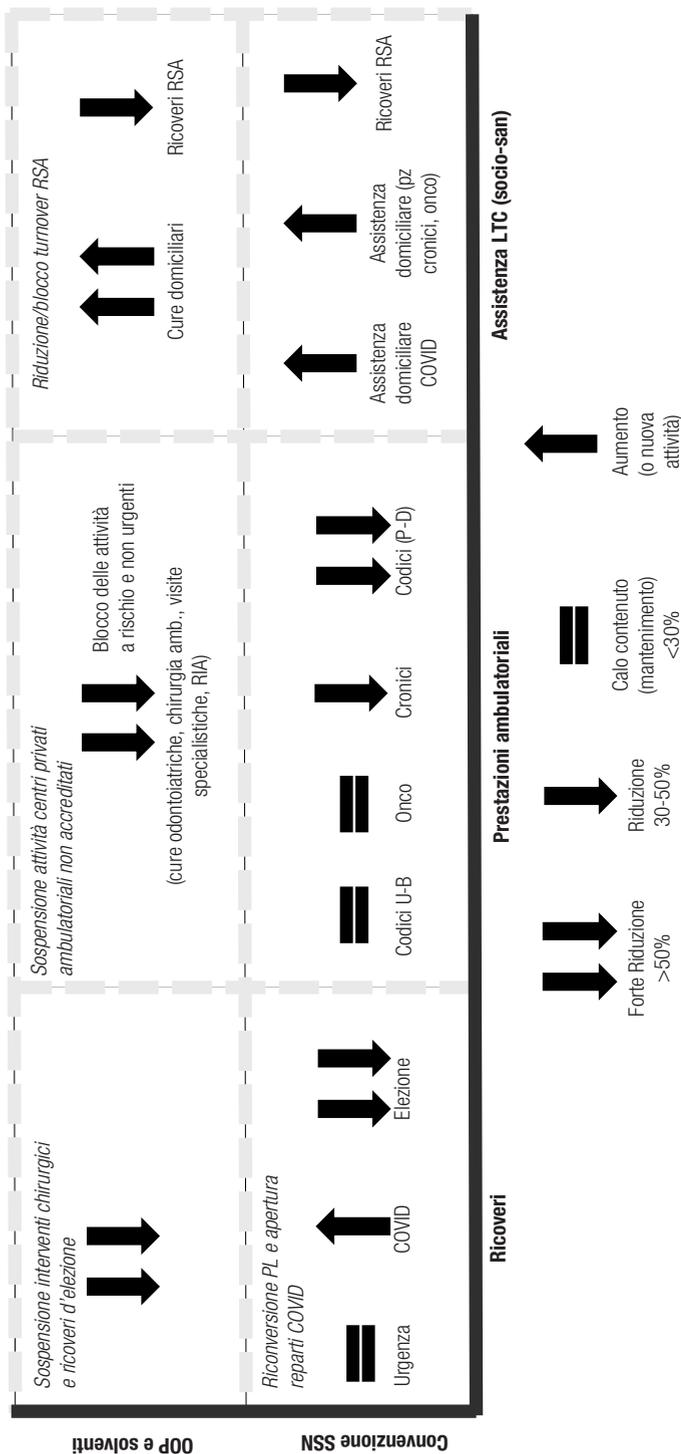
Il settore sanitario è stato investito da una forte rimodulazione delle attività sia nell'area dei consumi pubblici che in quella dei consumi privati. I fattori che hanno maggiormente inciso sui consumi privati possono essere sintetizzati come segue:

- ▶ la domanda: il timore del contagio e l'introduzione di misure di distanziamento hanno comportato l'esplosione di disdette e *no-show*, in particolare per tutte quelle prestazioni percepite come differibili o non urgenti, specie quelle ambulatoriali;
- ▶ la capacità produttiva: si è assistito a una forte e progressiva contrazione della disponibilità di professionisti, sia perché in molti sono stati chiamati a supportare lo sforzo delle aziende pubbliche di appartenenza, sia in seguito a esigenze individuali di maggiore protezione dai rischi;
- ▶ le misure nazionali e regionali: tramite il D.L. del 9 marzo 2020 il governo nazionale ha dato facoltà a regioni e province autonomie di sospendere l'attività ambulatoriale «differibile e non urgente». Tutte le regioni hanno rivisto criteri e requisiti per l'erogazione di prestazioni sanitarie. In ambito privato, ad esempio, la Regione Emilia-Romagna ha perentoriamente sospeso qualsiasi attività di ambulatori e studi privati, mentre la Regione Lombardia ha espressamente previsto per le strutture private attive esclusivamente in ambito ambulatoriale la possibilità di continuare la loro attività senza limitazioni. Tale disposizione è rimasta, comunque, in larga parte inattuata a causa della rimodulazione già in atto da parte degli operatori come conseguenza delle già discusse dinamiche relative alle dimensioni di domanda e offerta.

La Figura 6.11 mostra come l'impatto più consistente su volumi e fatturati sia stato registrato nell'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale, che concentra la maggior parte delle prestazioni programmabili e differibili e con una maggiore prevalenza di consumi privati. Di entità minore è risultato invece l'impatto su attività di ricovero d'urgenza e in convenzione SSN a favore di pazienti oncologici e cronici, oltre che i programmi di assistenza LTC (soprattutto quelli di natura domiciliare).

Nel periodo considerato (marzo – giugno 2020), i cali in termini di attività, per il settore privato, possono essere posizionati tra il 70 e il 90% per le attività ambulatoriali e sopra al 50% per l'attività di ricovero con un calo significativo dei fatturati derivanti dal circuito privato dei consumi (sostanzialmente azzerato in questo periodo). Le RSA invece hanno registrato degli effetti contrastanti. L'impossibilità di sospendere l'attività e dimettere i pazienti e il blocco del *turnover* imposto dalle regioni si sono scontrati con l'aumento del bisogno di assistenza legato alla difficoltà, per le famiglie, di attivare *caregivers* formali e informali. La riduzione delle attività, sebbene più contenuta rispetto a quelle di ricovero e ambulatoriali, è da considerarsi comunque significativa per un settore nel quale la capacità di saturazione della dotazione di posti letto (in media superiore al 90%) rappresenta una fondamentale condizione di sostenibilità economica. La riduzione dell'attività ordinaria ha avuto un naturale riflesso sull'attività dei soggetti che operano nella sanità integrativa, che hanno tutti riscontrato una contrazione delle richieste di rimborso e nell'apertura di sinistri.

Figura 6.11 **Descrizione degli impatti sulle attività del settore sanitario, per canale di finanziamento**



Fonte: Cavazza, Del Vecchio, et al., 2020

Data l'eccezionalità dell'evento e la situazione di incertezza, la risposta degli operatori privati del settore non ha potuto essere guidata da una visione strategica complessiva, ma è stata tuttavia immediata.

Gli interventi più tempestivi hanno riguardato la sicurezza di operatori e pazienti, volta a garantire il mantenimento dell'operatività, non senza difficoltà legate, ad esempio, al reperimento dei DPI per staff e utenti e alle procedure di messa in sicurezza degli ambienti. Le associazioni di categoria hanno svolto un ruolo importante per cercare di informare e coordinare gli associati e supportarli nei processi di approvvigionamento e di gestione delle diverse problematiche connesse all'emergenza. Tutte le strutture hanno disciplinato gli ingressi e i flussi e standardizzato procedure di sanificazione. Questi cambiamenti hanno richiesto un investimento anche sulla formazione del personale, in una condizione di scarsa disponibilità di tempo dovuta ai pesanti carichi di lavoro.

Il principale contributo degli erogatori privati (non solo quelli accreditati) a supporto dell'emergenza è consistito nello sforzo di riconversione di reparti o interi stabilimenti ospedalieri per il trattamento del Covid-19 o per alleggerire le strutture pubbliche dalla pressione di ricoveri e attività non legate all'emergenza sanitaria. Molto disomogeneo sia in termini geografici che temporali è stato invece il contributo degli operatori privati sul fronte delle attività legate alla diagnosi del virus.

Alcuni nuovi servizi sono stati introdotti in via temporanea per sostenere il *business*, sebbene alcune soluzioni sembrano destinate a contribuire alla crescita e sostenibilità futura del settore. Servizi di video-medicina (video-consulti e terapie, monitoraggio a distanza, refertazione a distanza, ecc.) sono stati i servizi attivati dal maggior numero di operatori, sia tra gli erogatori che tra i *player* della sanità integrativa. Lo sviluppo dei servizi di telemedicina ha comunque consentito solo in parte di contrastare l'inevitabile crollo del fatturato. Tra le soluzioni introdotte dai *player* della sanità integrativa si richiama l'introduzione di specifiche forme di assistenza e copertura per le spese legate al Covid-19. Gli enti non profit (società di mutuo soccorso, enti e casse contrattuali o aziendali) hanno esteso le coperture agli assistiti prevedendo, ad esempio, il riconoscimento di una diaria da ricovero anche per la quarantena domiciliare a seguito di tampone positivo, oltre a indennizzi in caso di ricovero in reparto ordinario o terapia intensiva. Gli enti profit invece hanno messo sul mercato dei veri e propri «pacchetti Covid», prodotti completamente nuovi e formalmente slegati da precedenti coperture, che prevedevano anche in questo caso la copertura delle spese sanitarie legate al Covid tramite diarie e indennizzi per quarantena domiciliare o ricoveri in ospedale e, in alcuni casi, anche per la fase post-acuta (riabilitazione).

La sostenibilità economica e finanziaria di breve periodo costituisce la principale preoccupazione degli erogatori. Per gli accreditati, in particolare, le dinamiche imposte dal regolatore pubblico (sospensione delle attività ambula-

toriali non urgenti, riconversione dei reparti, ecc.) portano con sé una serie di interrogativi sulla remunerazione delle attività e sui budget negoziati a inizio anno. Tale incertezza si somma anche al blocco delle attività a pagamento, che rappresentano una significativa fonte di reddito e liquidità, in particolare per gli erogatori ambulatoriali. Esiste un concreto rischio che l'emergenza, con i suoi strascichi, modifichi nel breve e medio periodo la composizione del mercato nel senso di una struttura maggiormente concentrata e meno popolata da piccoli centri, cliniche e studi privati, ancora oggi componente preponderante del settore. Per la sanità integrativa la maggiore fonte di preoccupazione deriva invece dall'impatto economico che la crisi potrebbe avere sul tessuto produttivo, soprattutto per quegli enti che per loro natura assistono dipendenti di piccole e medie imprese che, minacciate dalla crisi, potrebbero decidere di tagliare sui costi di welfare del personale, mettendo a rischio la sopravvivenza di molti operatori del settore.

6.8 Note conclusive

In un contesto come quello del presente rapporto, le analisi e le riflessioni sul passato hanno un valore essenzialmente pragmatico: servono nella misura in cui la comprensione della realtà è in grado di orientare l'azione. La loro utilità dipende quindi anche dalla natura e intensità dei cambiamenti che possono rendere il futuro diverso dal passato. In questa prospettiva, le note conclusive del capitolo dedicato ai consumi privati, quest'anno, non possono che provare a riflettere sulle principali dinamiche di cambiamento che la pandemia Covid-19 potrà attivare. Se lo scenario futuro è e sarà ancora difficile da decifrare, l'unica certezza è che il settore dei consumi privati nel 2021 potrebbe essere molto diverso da quello fin qui descritto, avendo avuto come riferimento prevalente il 2019. Direzione ed entità dei cambiamenti non sono ancora sufficientemente delineati, ma le principali dinamiche che possono guidare la trasformazione, e a cui prestare attenzione, sono sufficientemente conosciute.

6.8.1 Le dinamiche del reddito e dell'occupazione

Una prima area di cambiamento è quella centrata attorno al reddito e alle sue variazioni. A fronte di una interpretazione che legava in via prioritaria i consumi privati alla disponibilità dell'offerta pubblica (ipotesi di residualità), OCPS nelle sue analisi ha sempre richiamato il ruolo del reddito: sia in una prospettiva longitudinale (le variazioni nel tempo dei consumi rispetto al reddito) sia in una prospettiva sezionale (le differenze regionali nei consumi). Le stesse analisi hanno poi mostrato come le varie componenti possano essere caratterizzate da elasticità al reddito molto diverse: dai consumi nel segmento odontoiatrico,

a elevata elasticità, a quelli nel segmento dei beni, a bassa elasticità, passando per i consumi ambulatoriali che dipenderebbero linearmente dal reddito. Come conseguenza della caduta del reddito generata dalla pandemia, ci si potrebbe quindi attendere una rilevante contrazione dei consumi sanitari privati.

Almeno due considerazioni possono però aiutare a disegnare uno scenario meno pessimistico. La prima riguarda una possibile carenza di capacità produttiva in ambito ambulatoriale del sistema pubblico come conseguenza del nuovo contesto operativo imposto dalle esigenze di distanziamento. Già ora, infatti, l'offerta pubblica sembra mostrare maggiori difficoltà rispetto a quella privata nell'affrontare i nuovi vincoli e ritornare ai livelli di produttività pre-Covid. Così anche in presenza di minori risorse disponibili potrebbe aumentare la propensione al consumo nel privato e, all'interno di questo, della componente a pagamento. La seconda rimanda a una possibile, e finora poco analizzabile, rigidità dei consumi sanitari rispetto a una caduta eccezionale del reddito. Le indagini dell'Istat mostrano come i consumi sanitari rispetto alle altre tipologie siano quelli per i quali vi è una maggiore resistenza a diminuire il consumo (Del Vecchio, Fenech, Rappini, 2017). Così le elasticità stimate in condizioni di normale dinamica del reddito potrebbero modificarsi radicalmente quando la prospettiva diventa quella di una rinuncia significativa. I consumi sanitari privati verrebbero quindi difesi a scapito di altre componenti di spesa.

Anche le dinamiche dell'occupazione, intrecciate a quelle del reddito, influenzano i consumi sanitari privati. In questo caso l'area di impatto diretto è quella dei consumi intermediati, che come più volte sottolineato nei rapporti, sono largamente sostenuti dalla sanità integrativa di natura contrattuale. Si tratterà di vedere se la rapida crescita della popolazione coperta che ha caratterizzato l'ultimo quinquennio subirà un arresto o, addirittura, un decremento in relazione a una possibile diminuzione degli occupati. Una contrazione della spesa nell'area della sanità integrativa potrebbe venire, non solo da una possibile riduzione della popolazione coinvolta, ma anche da una diminuzione delle tutele offerte da datori di lavoro alle prese con equilibri economici sempre più difficili da sostenere. Anche in questo caso è possibile, comunque, immaginare alcuni elementi in grado di sostenere visioni più ottimistiche. I fondi sanitari potrebbero investire le risorse risparmiate nell'anno in corso, o le riserve accumulate da anni precedenti, per sostenere i consumi nel futuro prossimo. L'esperienza della pandemia potrebbe inoltre aumentare la «domanda di tutela» e mettere in moto spinte verso un allargamento del welfare aziendale.

6.8.2 Una nuova centralità del circuito e del sistema pubblico

La pandemia Covid ha riportato, da diversi punti di vista, al centro della scena sanitaria le risorse e il sistema pubblico. La natura dell'emergenza e le sue conseguenze economiche hanno reso di nuovo evidente il ruolo insostituibile, di

struttura portante in termini economici e operativi, che i sistemi pubblici continuano a giocare nell'ambito della tutela della salute. OCPS ha sempre contrastato una visione semplicistica delle relazioni tra circuiti pubblici e circuiti privati in sanità, le interdipendenze, però, non solo esistono, ma sono profonde. Si tratta di una evidente e crescente ibridizzazione dei sistemi (Del Vecchio *et al.*, 2019). Se, quindi, il sistema pubblico attraverserà una fase di trasformazioni, ciò avrà dei riflessi inevitabili sul settore dei consumi privati.

Sul piano delle visioni, delle idee prevalenti, che poi condizionano l'evoluzione di sistemi complessi come quello sanitario, è molto probabile che possa aprirsi una riflessione, finora mancata, sulla evoluzione del sistema. Sarebbe una occasione per adeguare le rappresentazioni utilizzate nel dibattito pubblico a una realtà che è mutata profondamente negli ultimi decenni, al fine di guidare positivamente l'ibridizzazione del sistema e costruire le condizioni per una efficace *Governance* pubblica. Non deve essere però sottovalutato il rischio di una involuzione. Il tono di alcune polemiche sul ruolo del privato in sanità genericamente inteso potrebbe segnalare il riemergere di visioni tradizionali che legano le possibilità di governo del sistema e di risposta a esigenze collettive alla mera espansione della produzione pubblica e all'esercizio di poteri sovraordinati. In questo caso il settore dei consumi privati potrebbe trovarsi ad affrontare, oltre alle conseguenze della crisi economica, anche una regolamentazione e delle politiche ostili.

Sul piano delle risorse economiche, il prevedibile aumento della spesa sanitaria pubblica, da una parte, e la possibile contrazione della spesa sanitaria privata, dall'altra, aumenterà quasi sicuramente il ruolo giocato dalle risorse pubbliche nel sistema. Poiché una parte rilevante dei produttori privati opera su entrambi i circuiti, il sistema di offerta privato vedrebbe aumentata la propria dipendenza dal circuito pubblico e potrebbe contestualmente perdere di interesse nell'offerta di servizi alimentata da risorse private. Non si vogliono qui mettere in dubbio i vantaggi derivanti dall'esercizio di un maggiore potere nei confronti di aziende che dovrebbero rappresentare dei fornitori per il SSN, quanto sottolineare che ciò potrebbe generare delle ricadute sull'impegno nell'area dei consumi privati. Il rischio per la tenuta del settore e la sua evoluzione non deve essere sottovalutato in quanto la spinta dell'offerta, soprattutto da parte dei grandi gruppi privati, ha rappresentato un'importante parte dei processi evolutivi così come sono stati sperimentati negli anni recenti.

Sul piano delle risorse umane, e dei professionisti in particolare, lo scenario post Covid è particolarmente difficile da disegnare. Durante la pandemia e nella successiva progressiva fase di uscita, le aziende pubbliche hanno reso più rigidi i vincoli per i professionisti rispetto all'esercizio della pratica privata, richiedendo, in molti casi, un impegno eccezionale degli stessi professionisti nelle attività istituzionali. Tale impostazione non dovrebbe mutare significativamente nel prossimo futuro, considerata anche la necessità delle stesse azien-

de pubbliche di aumentare la capacità produttiva per recuperare la domanda non soddisfatta nel periodo precedente. Anche molte delle aziende private che erogano prestazioni per il sistema pubblico si troveranno in una situazione sostanzialmente analoga di carenza di capacità produttiva da dedicare ai consumi privati, dovendo recuperare fatturati non maturati a fronte di budget anticipati dal SSN nel periodo più acuto della pandemia.

Alla scarsità di «esistente» capacità produttiva da dedicare alle attività privata bisogna poi aggiungere le conseguenze delle politiche molto aggressive di reclutamento che il SSN ha messo in atto nei confronti di medici e infermieri, dopo anni di blocco del *turn over*. La nuova situazione di tensione sul mercato del lavoro professionale potrebbe vedere il segmento privato-privato, quello a minore attrattività, in condizioni di oggettiva difficoltà e ridurre così ulteriormente la spinta proveniente dal sistema di offerta.

6.8.3 Politiche e dinamiche del settore di offerta

Una ultima area che potrebbe generare spinte al cambiamento è quella del sistema di offerta: nel breve periodo in termini di strategie degli operatori e, in orizzonti più lunghi, di struttura industriale del settore.

In uno scenario di prevedibile debolezza della domanda e di contrazione del reddito disponibile delle famiglie, una possibile risposta degli operatori potrebbe essere sul fronte dei prezzi. In realtà, una tendenza generalizzata al ribasso sui prezzi non sembra essere molto probabile per una serie di motivi. Il più importante è che a struttura immutata del settore e con tensioni crescenti sul mercato del lavoro, margini per una significativa riduzione dei prezzi non sembrano essere presenti. Bisogna inoltre considerare che, pur avendo sperimentato cambiamenti rilevanti da questo punto di vista, in gran parte del mercato dei servizi sanitari la variabile prezzo non sembra mostrare grande efficacia come leva competitiva. È vero però che, come abbiamo visto, nel corso della fase più acuta della pandemia, gli operatori hanno sviluppato alcune innovazioni di prodotto soprattutto nell'ampia area della telemedicina. I servizi da remoto avranno molto probabilmente una grande espansione nel futuro prossimo e il settore dei consumi privati dovrebbe esserne protagonista, in parte per una maggiore capacità e velocità nell'incorporare l'innovazione tecnologica, soprattutto quella che non implica investimenti rilevanti, in parte perché i servizi legati alla telemedicina possono essere collocati in una fascia di prezzo particolarmente coerente con il consumo privato.

Da ultimo, e in archi temporali più estesi, bisogna considerare la possibilità che la crisi acceleri un processo di concentrazione, comunque già in corso. Recenti stime mostrano come il settore sia caratterizzato da un'elevata frammentazione dal lato degli erogatori, con oltre 22.000 operatori attivi su tutto il territorio nazionale, nei diversi segmenti di servizi sanitari offerti alla doman-

da privata. L'innovazione tecnologica e l'emergere di nuovi modelli di servizio stanno già mettendo sotto tensione una ampia parte di piccoli operatori tradizionali (laboratori, ambulatori), che in parte resistono grazie alla garanzia di budget pubblici. La crisi potrebbe aiutare una positiva evoluzione in grado di migliorare qualità ed efficienza.

Lo scenario descritto nel capitolo, quello pre-Covid, è frutto di un lavoro consolidato sul settore dei consumi privati, arricchito ogni anno da nuovi elementi e riflessioni. La spesa privata si è ormai attestata sui 40 miliardi di euro, confermando il rallentamento della crescita già osservato a partire dal 2018 e, di conseguenza, la sua dimensione rispetto alla spesa sanitaria totale e alle principali variabili macroeconomiche. Si verifica, una volta di più, la relazione che esiste tra l'andamento del prodotto interno lordo, caratterizzato da un significativo rallentamento nel tasso di crescita tra il 2018 e il 2019 (da +1,7 a +1,2% a prezzi correnti e da +0,8 a +0,2% in termini reali), e i consumi sanitari delle famiglie. Gli avvenimenti dell'anno in corso romperanno molte delle dinamiche consolidate e potranno cambiare, anche radicalmente, lo scenario dell'intero settore sanitario. L'evoluzione dei consumi privati in questo contesto dipenderà da molte variabili, tra le quali un posto di rilievo avranno certamente le scelte del SSN. Non bisogna però sottovalutare il ruolo che il settore stesso e i suoi principali attori potranno giocare nel disegnare il proprio futuro. Il punto fondamentale rimarrà sempre la capacità di rispondere efficacemente a bisogni reali che la società esprime. Ciò dipenderà dalla qualità delle visioni e delle pratiche che i diversi attori sapranno mettere in campo e dal dialogo che il settore saprà intessere con la società stessa.

Appendice A. Il finanziamento privato dei consumi pubblici

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

Tabella A.1 **La spesa per compartecipazione in Italia, 2019**

	Ammontare (in milioni di euro)
Compartecipazione per farmaci	1.581
– ticket in quota fissa regionale	459
– differenza prezzo di riferimento	1.122
Compartecipazione per servizi ambulatoriali (visite specialistiche, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti di riabilitazione e altre prestazioni ambulatoriali erogate in strutture pubbliche) a strutture sanitarie pubbliche	1.295
Compartecipazione per servizi di PS (per gli accessi in codice bianco) e altre prestazioni	59
Compartecipazione per servizi ambulatoriali a strutture sanitarie private accreditate	376
Totale	3.311

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

All'interno del primo gruppo ricadono due forme di compartecipazione molto diverse tra di loro, sia per natura che per dimensione, ma entrambe applicati ai farmaci rimborsati dal SSN (classe A). Circa un terzo delle entrate per compartecipazione sui farmaci consiste nei *ticket* regionali applicati alla singola ricetta, il cui ammontare (in quota generalmente fissa) è stabilito appunto a livello regionale. Non tutte le regioni applicano il ticket in quota fissa per ricetta: a partire dal 2019 Emilia-Romagna ha fortemente ridotto il ricorso a questa forma di compartecipazione estendendo i criteri di esenzione a tutti i residenti e non residenti (con MMG in regione) con reddito familiare lordo inferiore a 100.000 euro (DGR n. 2075/2018); sempre a partire dallo stesso anno, il Piemonte ha eliminato la compartecipazione in quota fissa (DGR n.39-8425/2019), allineandosi a quanto già fatto negli anni precedenti dalle regioni Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna. La parte rimanente invece consiste nella differenza rispetto al prezzo di riferimento, forma di compartecipazione applicata ai farmaci rimborsati dal SSN per il solo valore di riferimento corrispondente di norma al farmaco con il prezzo minore tra i farmaci equivalenti disponibili sul mercato (*internal reference pricing*). La differenza principale tra le due forme di compartecipazione è, quindi, che il pagamento della differenza di prezzo deriva esclusivamente dalla scelta del consumatore, nel caso in cui

decida volontariamente di acquistare un farmaco *branded*. Nel 2019, la compartecipazione per farmaci ammontava a 1.581 milioni di euro, di cui 459 per *ticket* regionali e 1.122 milioni in differenza di prezzo. È evidente quindi come la parte più consistente della spesa in compartecipazione per farmaci derivi da una scelta del consumatore.

All'interno del secondo gruppo rientrano le spese per compartecipazione ai servizi sanitari. Tra di esse si distingue la compartecipazione per servizi specialistici e ambulatoriali erogati da aziende sanitarie pubbliche e private, che rappresentano la quasi totalità dei ricavi da compartecipazione per servizi, essendo la quota rimanente derivante dai *ticket* per le prestazioni non urgenti in pronto soccorso e altre prestazioni marginali. Rientrano all'interno di questa categoria i *superticket* introdotti nel 2011 e aboliti a partire dal primo settembre 2020 dalla Legge di Bilancio 2020 (L. 160/2019). Al 2019, essi rappresentano una quota rilevante delle compartecipazioni per servizi: il valore, già calcolato dalla Ragioneria Generale dello Stato per circa 500 milioni, è stato confermato dalla Legge di Bilancio che ha provveduto all'abolizione della misura stanziando un incremento del fabbisogno sanitario nazionale per un importo di 185 milioni nel 2020 (abolizione per un solo quadrimestre) e di 554 milioni all'anno per il 2021 e 2022. Nel suo annuale aggiornamento, la Corte dei Conti quantifica in 1,32 miliardi i ricavi da compartecipazione, tenendo in considerazione soltanto quelli desumibili dai conti economici delle aziende sanitarie, le quali contabilizzano soltanto le entrate «dirette», ovvero quelle relative alle prestazioni direttamente erogate da strutture pubbliche. Gli introiti percepiti a titolo di *ticket* dalle strutture private convenzionate non vengono contabilizzate all'interno dei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche, le quali si limitano a tenere conto soltanto dei trasferimenti netti alle strutture accreditate (il rimborso della tariffa al netto della compartecipazione già incassata dalla struttura). La dimensione di questo elemento è comunque ottenibile attraverso il sistema di monitoraggio TS (Tessera Sanitaria). Nel 2019, la differenza tra la spesa per *ticket* intercettata dal sistema TS (3,3 miliardi) e quella rilevata attraverso i bilanci delle aziende pubbliche e i dati sulla tracciabilità del farmaco (2,9 miliardi) era pari a poco meno di 400 milioni di euro, attribuibili ai *ticket* riscossi dalle strutture private accreditate (Ragioneria Generale dello Stato, 2020).

Da ormai quasi un decennio la spesa per *co-payment* è stabile sia in termini assoluti che in percentuale della spesa per consumi delle famiglie (Tabella A.2). 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 1,1 miliardi del 2019. Questo dato è estremamente rilevante in quanto nonostante le politiche tese a favorire il ricorso a farmaci equivalenti, attraverso la prescrizione del principio attivo, i consumatori continuano a preferire il farmaco di marca, rendendo quindi più gravoso, in

termini finanziari, l'acquisto di farmaci rimborsabili. Le altre voci hanno invece registrato una sostanziale stabilità negli anni.

La stabilità della spesa in termini assoluti, a partire dal 2012, ha inciso negativamente sul peso relativo della spesa per compartecipazioni sulla spesa per consumi delle famiglie, passata dal 9,2% del 2012 al 7,7% del 2019. A fronte quindi di una crescita della spesa per consumi delle famiglie negli anni non è corrisposta una crescita della spesa per compartecipazione (consumi pubblici), soprattutto in ambito ambulatoriale, area in cui la spesa per compartecipazioni è passata dal 10,1% del 2012 al 7,6% del 2018. Sorprende come nonostante l'introduzione del *superticket* nel 2012, la spesa per compartecipazione sia rimasta costante (se non lievemente diminuita, da 1,5 a 1,3 miliardi) nel periodo tra il 2011 e il 2017. L'abolizione del *superticket* a partire dall'ultimo quadrimestre 2020 fornirà ulteriori spunti rispetto al ruolo che questa misura ha avuto sulla propensione degli utenti a ricorrere ai servizi pubblici.

Tabella A.2 **La spesa per compartecipazione in Italia, 2009-2019**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
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
% sulla spesa sanitaria delle famiglie	6,5	7,1	8,1	9,2	8,9	8,9	8,1	8,1	7,8	8,0	7,7
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
% 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	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
– 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
– 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
% 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	na

Nota: il dato complessivo esclude la stima della compartecipazione pagata alle strutture sanitarie private accreditate.

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

Appendice B. Il finanziamento pubblico dei consumi privati

Il sistema fiscale italiano prevede alcuni benefici per i consumi sanitari, pubblici e privati, attraverso agevolazioni dirette concesse sull'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF), sotto forma di deduzioni e detrazioni, ma che anche indirettamente incidono sulla contribuzione previdenziale e sulle imposte a carico delle imprese.

Il TUIR (DPR del 22 dicembre 1986, n.917) prevede una serie di strumenti a sostegno dei consumi sanitari delle famiglie. Il primo e più importante consiste nella detrazione⁶, pari al 19% dell'ammontare complessivo, delle spese mediche che eccedano la franchigia di 129,11 euro. Il secondo, meno noto, sebbene in tempi recenti oggetto di dibattito, consiste nella deduzione⁷ dei contributi versati ad alcuni soggetti della sanità integrativa. In particolare, la legislazione italiana prevede tre forme di sostegno fiscale alla sanità integrativa. La prima è quella prevista dall'art. 10, comma 1, lettera e-ter del TUIR, che concede la deducibilità dal reddito complessivo dei contributi versati a Fondi Sanitari Integrativi del SSN, fino a un massimale di 3.615,20 euro. La seconda è quella prevista dall'art. 51, comma 2, lettera a del TUIR il quale consente che i contributi versati da lavoratori o datori di lavoro ad enti e casse aventi fini esclusivamente assistenziali, in conformità a disposizioni di contratto o di accordo aziendale, non concorrano alla formazione del reddito da lavoro dipendente, nel limite di 3.615,20 euro⁸. Una terza è quella prevista dall'art.83, comma 5, del Codice del Terzo Settore (Decreto Legislativo n. 117/2017) che consente la detraibilità di una somma pari al 19% dei contributi versati dai soci delle Società di mutuo soccorso, fino a un massimo di 1.300 euro. A partire dal 2016 (L. 208/2015) è inoltre data al lavoratore la possibilità di ottenere il premio di risultato concesso dal datore di lavoro non in denaro, bensì tramite i servizi di *welfare* aziendale (compresi quindi i contributi a enti e casse aziendali), escludendo queste somme dalla tassazione sostitutiva al 10% prevista per i premi di produttività.

Esiste infine un terzo beneficio concesso ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b del TUIR che riguarda la deducibilità dal reddito complessivo dalle spese mediche generiche e di assistenza specifica per persone diversamente abili («casi gravi di permanente invalidità o menomazione»).

Il ricorso alle detrazioni per spese mediche è ampiamente diffuso tra la popolazione e rappresenta il più significativo contributo ai consumi sanitari privati da parte della fiscalità generale. Nell'anno fiscale 2018, le spese mediche riportate a fini IRPEF sono state pari a 20,6 miliardi di euro. Di questa cifra, 19,4 miliardi sono stati presentati ai fini della detrazione del 19% degli oneri, men-

⁶ La detrazione consiste nella sottrazione dell'ammontare in questione dall'imposta lorda dovuta.

⁷ La deduzione consiste nella sottrazione dell'ammontare in questione dal reddito complessivo.

⁸ Allo stesso limite concorrono sia i contributi ex art. 10 che quelli ex art. 51 del TUIR.

tre la parte rimanente (1,2 miliardi) è andata in deduzione del reddito complessivo. Nel primo caso la spesa fiscale risulta pari a 3,7 miliardi di euro, mentre nel secondo caso il beneficio fiscale può essere stimato in poco più di 300 milioni di euro (applicando un'aliquota marginale media del 27%). Bisogna comunque considerare come le spese sanitarie riportate nelle dichiarazioni IRPEF non coprono l'intero ammontare della spesa sanitaria privata. Innanzitutto, dal monitoraggio della spesa sanitaria effettuato dalla Ragioneria Generale dello Stato tramite il sistema TS emerge una spesa pari a 34,9 miliardi per il 2019 e 32,3 miliardi per il 2018. L'ammontare su cui è concesso il beneficio fiscale non include infatti le spese sostenute da coloro che sono esenti dall'imposta sui redditi (incapienti), quelle che non eccedono la franchigia e quelle rimborsate in un secondo momento da un fondo o una cassa i cui contributi godono già di benefici fiscali. Altri elementi risultano invece inclusi all'interno delle spese sanitarie detraibili, sebbene non siano ufficialmente considerate come tali da parte dell'ISTAT e siano addirittura escluse dalla copertura pubblica. Si tratta, per esempio, delle spese per prodotti omeopatici e di quelle per prestazioni ambulatoriali di medicina alternativa, quando eseguite da professionisti sanitari (Agenzia delle Entrate, 2019). Inoltre, una parte difficilmente stimabile della spesa sanitaria privata ricade nell'ambito dell'attività economica sommersa, favorita anche dal fatto che la detraibilità degli oneri non fornisce un sufficiente incentivo a richiedere l'emersione di queste prestazioni. La Legge di Bilancio 2020 ha introdotto un'importante novità rispetto alla detraibilità degli oneri sanitari, prevedendo che questa possa avvenire esclusivamente a seguito di pagamento tramite mezzi tracciabili, con l'esclusione delle spese sostenute per l'acquisto di farmaci, dispositivi medici e per il pagamento dei *ticket* presso strutture pubbliche e private accreditate, in quanto pagamenti già tracciati dai flussi informativi pubblici. Date le caratteristiche del nostro sistema fiscale, l'efficacia di tale misura potrà essere valutata soltanto a partire dal 2022.

Alle detrazioni per spese mediche vanno infine aggiunte quelle concesse per le quote di iscrizione dei soci alle società di mutuo soccorso, che nell'anno fiscale 2018 ammontavano a circa 70,7 milioni di euro, per un beneficio fiscale pari quindi a circa 13,4 milioni di euro.

Per quanto riguarda invece le spese fiscali per la sanità integrativa, la stima ufficiale risulta a oggi quella elaborata dalla Commissione per le spese fiscali presso il MEF, che per il triennio 2020-2022 prevede spese fiscali relative ai contributi a fondi ed enti assistenziali di tipo sanitario pari a 575 milioni annui. Il dato si basa sulla somma dei contributi versati a fondi ed enti, raccolto dall'Agenzia delle Entrate tramite dichiarazioni dei redditi e certificazioni uniche predisposte dai datori di lavoro. I dati per il 2018 sono stati concessi dall'Agenzia delle Entrate, dopo una prima pubblicazione in sede di audizione presso la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati relativamente agli anni 2016 e 2017. Tale beneficio risulta invece neutrale rispetto alla tas-

sazione sui redditi delle imprese (IRES e IRAP): i contributi previdenziali e assistenziali rappresentano infatti costo del lavoro e a essi si applicano quindi le normali regole in termini di deducibilità dei costi dai redditi d'impresa.

Ulteriore aspetto da approfondire è quello dei contributi previdenziali. Il DL n. 103/1991 prevede infatti che le somme versate a casse e fondi previsti da contratti collettivi o accordi aziendali, che hanno finalità di erogare prestazioni integrative di tipo assistenziale o previdenziale, siano escluse dal calcolo dell'imponibile previdenziale. Su queste si applica, ad esclusivo carico del datore di lavoro, un contributo di solidarietà pari al 10%, in favore della gestione pensionistica a cui sono iscritti i lavoratori dell'azienda. È bene notare che tale contributo non alimenta il montante contributivo del lavoratore, ovvero la somma dei contributi versati a fini pensionistici. Rispetto al tema dei contributi previdenziali è possibile assumere due diverse prospettive. La prima vede i contributi come reddito differito (i datori di lavoro versano oggi i contributi e i lavoratori ricevono il beneficio alla fine della vita lavorativa). Ogni intervento sui contributi modifica soltanto il costo del lavoro e la retribuzione garantita al lavoratore (ancorché differita). In questa prospettiva, quindi, non solo non vi sarebbe alcun beneficio fiscale, dato che i minori contributi oggi si traducono in assegni pensionistici più esigui in futuro, ma, al contrario, il contributo di solidarietà potrebbe essere considerato come un'imposta aggiuntiva. Opposto è il ragionamento nel caso in cui i contributi previdenziali sia considerati alla stregua di una imposizione fiscale (*payroll taxes*) a fronte dei quali la collettività assume un generico impegno rispetto alla prestazione futura. In questa seconda prospettiva il beneficio fiscale può dunque essere quantificato per differenza tra l'aliquota previdenziale ordinaria (33% ma con variazioni significative intersettoriali) e il contributo di solidarietà effettivamente versato (10%). Utilizzando questa prospettiva e applicando tale differenza ai contributi versati a enti e casse per conto dei lavoratori dipendenti (gli unici per cui si applica la tassazione sostitutiva a carico del datore di lavoro), pari a 2,2 miliardi nel 2018, si può stimare un beneficio previdenziale pari a circa 500 milioni, da attribuire per circa due terzi al datore di lavoro e per la rimanente parte al lavoratore. Sommando quindi i benefici concessi in termini di spese fiscali e risparmio di contributi previdenziali, l'ammontare complessivo concesso alla sanità integrativa si attesta su circa 1,1 miliardi di euro.

Da queste considerazioni non si può ovviamente concludere che un'eliminazione dei benefici fiscali alla spesa sanitaria privata si possa tradurre in un risparmio per le casse dello stato di pari importo. Le conclusioni circa l'effettivo risparmio dipendono infatti dalla situazione controfattuale adottata rispetto a una serie di elementi (Marenzi, Rizzi e Zanette, 2019). In primo luogo, la detraibilità delle spese mediche fornisce al cittadino un incentivo all'emersione delle prestazioni sanitarie effettuate privatamente che, di riflesso, genera un gettito superiore al beneficio concesso, considerando che la percentuale di spese de-

traibili (19%, al netto della franchigia) è verosimilmente inferiore all'aliquota marginale applicata al reddito del professionista o dell'impresa erogatrice. Inoltre, per quanto riguarda la sola deducibilità dei contributi assistenziali, le spese mediche rimborsate agli assistiti da fondi e casse che godono di benefici fiscali non sono detraibili dall'imposta lorda come le spese mediche affrontata di tasca propria. L'eliminazione della deducibilità dei contributi comporterebbe quindi uno spostamento da spese rimborsate (non detraibili) a spese non rimborsate (detraibili). Bisognerebbe quindi decidere se e quale beneficio fiscale sarebbe preferibile, detto che alcuni lavori hanno evidenziato profili di regressività nelle spese fiscali per le spese *out of pocket* (Brenna, 2017; Di Novi, *et al.*, 2017). Infine, in assenza di benefici fiscali difficilmente l'intero ammontare del contributo si tradurrebbe in aumenti salariali per i lavoratori, che si troverebbe a godere di un minore reddito reale e sarebbe gravato da maggiori oneri e imposte.

Appendice C. Il settore della sanità integrativa

Un tema sempre più rilevante rispetto a possibili perimetri e aggregati della spesa sanitaria privata è la distinzione della spesa privata rispetto alla natura del soggetto su cui ricade l'onere del finanziamento. In tutti i paesi OECD è consolidata la pratica del ricorso al finanziamento privato attraverso forme di intermediazione tramite soggetti privati di diversa natura (profit e non profit). Secondo i dati ISTAT, la spesa intermediata da imprese e assicurazioni si è assestata nel 2019 attorno al 3% della spesa sanitaria totale, per un valore pari a 4,3 miliardi di euro. In base alla classificazione ICHA-SHA, l'importo totale di questa spesa può essere suddiviso in tre componenti: la spesa delle assicurazioni volontarie (*voluntary health insurance schemes*), la spesa delle istituzioni non profit (*non-profit institutions financing schemes*) e la spesa delle imprese (*enterprises financing schemes*). La voce più rilevante è sicuramente la spesa delle assicurazioni, dato che quella per le imprese si riferisce ai servizi di medicina del lavoro finanziati direttamente dalle imprese, e che la spesa delle istituzioni non profit si rifà al finanziamento di programmi sanitari attraverso donazioni pubbliche e private (ad esempio, le organizzazioni di volontariato).

Alla voce di spesa relativa alle assicurazioni volontarie appartengono, secondo la classificazione ICHA-SHA, quei meccanismi di finanziamento di tipo contributivo basati sull'acquisto di una polizza sanitaria. La caratteristica principale della polizza, o del contributo, risiede nella volontarietà, ovvero nel fatto che l'acquisto non è imposto a livello normativo e di conseguenza la partecipazione è a discrezione dell'individuo (o, come si vedrà a breve, dell'impresa). In questa categoria sono successivamente distinte due sottocategorie che prendono il nome di schemi primari o sostitutivi (*primary or substitutive insurance schemes*) e schemi complementari o supplementari (*complementary or supplementary voluntary insurance schemes*). La prima fattispecie si riferisce alle assicurazioni individuali o collettive sottoscritte quando individui o gruppi di cittadini decidono di fare *opting out* dal sistema di copertura pubblica e non è prevista al contempo l'obbligatorietà di sottoscrizione di una polizza assicurativa (come invece succede in Germania). Il secondo gruppo si riferisce invece a tutti quegli schemi di finanziamento che forniscono copertura finanziaria a una serie di prestazioni che non sono garantite dal sistema pubblico (complementari), come la compartecipazione alla spesa, o che, in aggiunta, forniscono migliori condizioni di accesso ai servizi per l'assistito (supplementari). A questo schema appartengono tutti quei programmi sottoscritti in seno alle imprese e che prevedono una forma di contribuzione slegata dalle condizioni di rischio dell'individuo. Nel caso italiano, nessun esempio è riconducibile a enti del primo tipo, non essendo in nessun caso prevista la possibilità di uscire dalla tutela pubblica e universale; i soggetti che invece appartengono al settore della c.d. sanità integrativa rientrano nella seconda casistica, e sono:

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

La presenza, dunque, di una molteplicità di soggetti e meccanismi di finanziamento rende molto complesso determinare l'ammontare di risorse impiegate dal sistema nella tutela dei bisogni di salute. Le informazioni sul settore, disponibili soltanto da pochi anni, risultano tuttora frammentate. La Tabella A.3 riassume le principali fonti ad oggi disponibili.

Tabella A.3 **Fonti per le risorse raccolte e impiegate dalla sanità integrativa**

Fonti	Aggregato di riferimento (ultimo anno disponibile)	Valore (in milioni di euro)
ISTAT-SHA	Spesa totale delle assicurazioni sanitarie volontarie (2019), di cui:	3.252
	– Spesa delle assicurazioni sanitarie volontarie per assistenza sanitaria per cura e riabilitazione e a lungo termine, servizi ausiliari, prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, servizi per la prevenzione delle malattie (2019)	1.852
	– Spesa delle assicurazioni sanitarie volontarie per governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (2019)	1.400
ANIA	Totale premi diretti incassati nel ramo malattia (2019), di cui:	3.062
	– Stima premi incassati dalle polizze individuali del ramo malattia (2019)	766
	– Stima premi incassati dalle polizze collettive del ramo malattia (2019)	2.296
	– Stima premi incassati per rimborso spese mediche (2019)	2.381
	Stima oneri per sinistri nel ramo malattia (2019)	2.146
Anagrafe dei Fondi	Totale delle risorse per tutte le prestazioni erogate agli iscritti da Fondi sanitari integrativi del SSN e dagli enti, casse e SMS (2017)	2.372
Agenzia delle Entrate	Contributi versati a Fondi sanitari integrativi del SSN, enti, casse e SMS (2018)	2.363
	Importo spesa sanitaria rimborsata dai Fondi/Casse ex art. 51, comma 2, lettera a del TUIR e ex art. 10, comma 1, lettera e-ter del TUIR (2018)	1.802

ISTAT, nell'ambito del Sistema dei Conti per la Sanità, fornisce la stima ufficiale della spesa dei regimi di finanziamento delle assicurazioni sanitarie volontarie. Questo dato si attesta sui 3,3 miliardi nel 2019, in aumento dai 2,9 miliardi del 2018. Queste risorse vanno però ripartite tra 1,9 miliardi (58%), che

finanziano direttamente beni e servizi di assistenza, e 1,4 miliardi (42%) relativi a «spese per *governance* e amministrazione del sistema e del finanziamento». Formalmente, tale voce raccoglie tutta la spesa destinata a servizi amministrativi e di supporto quali la raccolta dei contributi, la selezione e la contrattazione con i fornitori, le procedure di rimborso, e così via. Di fatto, questa componente assorbe tutte le spese delle assicurazioni non destinate a finanziare direttamente assistenza sanitaria, includendo quindi anche la parte (non irrilevante) di prestazioni erogate sotto forma di diaria o indennizzi di varia natura.

La distinzione formale tra le principali tipologie di soggetti intermediari trova un limite nell'integrazione operativa tra fondi, enti, casse e imprese di assicurazione: oltre la metà dei fondi e le casse di assistenza (il 55% nel 2015 secondo ANIA) assolvono la propria funzione acquistando polizze collettive da imprese assicuratrici. Le prestazioni fornite da tali enti sono quindi veicolate dalle compagnie di assicurazione. Oltre alle polizze collettive, nel portafoglio delle imprese del settore assicurativo entrano anche i premi per le polizze individuali (che non godono di benefici fiscali) sottoscritte singolarmente. I dati resi noti da ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) mostrano come nel 2019 le risorse raccolte sotto forma di premi diretti (per polizze collettive e individuali) sono state pari a 3,1 miliardi di euro. Si conferma, in base ai dati degli anni precedenti, la predominanza delle polizze collettive che rappresentano circa il 75% della raccolta totale per il ramo malattia, di cui l'82% destinato alla sottoscrizione di polizze relative al rimborso di spese mediche, attività prevalente di enti e fondi della sanità integrativa. È interessante anche osservare come, sempre secondo i dati ANIA, il ramo malattia è tra quelli a *loss ratio* (rapporto tra sinistri e premi contabilizzati) più elevati, con il 70,1% delle risorse raccolte tramite i premi che si sono tradotte in sinistri (rimborsi e prestazioni di varia natura) effettivamente liquidati nel 2019, contro una media del settore del 52,5% (escluse le polizze RC Auto). Tra l'altro, analizzando ulteriormente il dato per le varie aree del ramo malattia, si nota come il *loss ratio* per le sole polizze collettive relative ai rimborsi di spese mediche sia stato addirittura pari al 79% per il 2018.

L'integrazione delle due fonti fin qui introdotte (ISTAT e ANIA) consente di ricostruire il quadro delle risorse della sanità integrativa intermedie dal sistema assicurativo. Per tutti i soggetti che rimangono fuori da questo schema, è necessario integrare fonti di natura amministrativa quali l'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute e l'Agenzia delle Entrate. Secondo i dati resi noti dall'Anagrafe sul finire del 2019, nel 2018 erano attivi e iscritti all'Anagrafe 311 enti (in diminuzione rispetto ai 322 dell'anno precedente), che hanno dichiarato, per l'anno fiscale 2017, un ammontare di risorse erogate pari a 2,4 miliardi di euro. È importante sottolineare come gli enti assicurati e quelli autogestiti comunichino all'Anagrafe un ammontare di risorse differenziate: mentre per i secondi le risorse si riferiscono alle prestazioni effettivamente erogate

(rimborsi di spese mediche e altre prestazioni), i secondi comunicano verosimilmente le risorse trasferite all'impresa di assicurazione per l'acquisto della polizza collettiva (premi). Infine, ulteriore fonte di informazioni è l'Agenzia delle Entrate che ha concesso a OCPS i dati relativi ai contributi versati e alle spese rimborsate da fonti ed enti nell'anno fiscale 2018. Per quanto riguarda le spese, l'Agenzia ha registrato per un ammontare di risorse liquidate dagli enti iscritti all'Anagrafe (i soli che hanno diritto ai benefici fiscali) pari a 1,1 miliardi nel 2017 e 1,8 miliardi nel 2018⁹. Tali cifre si riferiscono esclusivamente alle spese rimborsate: sono quindi escluse prestazioni quali diarie, indennizzi e accessi diretti tramite convenzionamento con le strutture, ma anche le risorse accantonate dagli enti come fondo di garanzia e il margine dell'assicuratore. Queste differenze generano quindi una discrepanza tra il valore delle prestazioni erogate comunicato dall'Anagrafe e quello delle spese rimborsate trasmesso invece all'Agenzia delle Entrate. Un'ulteriore discrepanza è quella tra contributi raccolti (2,2 miliardi nel 2017) e valore delle prestazioni erogate (2,4 miliardi nel 2017), dovuta verosimilmente alla modalità con cui i dati sulle prestazioni sono comunicati all'Anagrafe: è possibile infatti che i dati riportati da fondi ed enti assicurati con altri enti iscritti all'Anagrafe (è il caso della mutualità mediata¹⁰) siano conteggiati due volte in quanto comunicati sia dagli enti gestiti che dagli enti gestori.

Dato il panorama fin qui descritto è difficile stabilire con certezza l'ammontare della spesa rimborsata da enti e fondi della sanità integrativa che non sia intermediato da un'assicurazione. Assumendo per semplicità che l'ammontare dei contributi raccolti, delle prestazioni erogate e delle spese rimborsate rispecchi la proporzione di fondi autogestiti (45%), si otterrebbero valori pari a circa 1,2 miliardi di contributi raccolti, 1 miliardo di prestazioni erogate, comprensive di indennizzi e diarie, e circa 800 milioni di spese sanitarie rimborsate. In questo scenario, probabilmente ottimistico, l'intero settore della sanità integrativa assumerebbe una dimensione pari a circa 4,2 miliardi di euro in termini di risorse complessivamente impiegate.

⁹ Per l'anno fiscale 2018 l'Agenzia delle Entrate ha riportato l'ammontare delle risorse liquidate relativo alle prestazioni 2018 (1,3 miliardi) e a quelle antecedenti il 2018 (470 milioni). Questo contribuisce a generare il gap tra il dato 2017 (relativo esclusivamente alle prestazioni 2017) e quello 2018.

¹⁰ Consiste nella possibilità, introdotta dal DL 179/2012, convertito con L. 221/2012, per una società di mutuo soccorso o un fondo sanitario integrativo di aderire, in qualità di socio, a un'altra società di mutuo soccorso, consentendo quindi a realtà minori di continuare a perseguire le finalità assistenziali in campo socio-sanitario

6.9 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., 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.
- Bennett C. J. (1991). What is policy convergence and what causes it? *British journal of political science*, 21(2), 215-233.
- 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), 207-217.
- 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 Paper No. CASE002.
- Cavazza M., 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.
- 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), «I Consumi Privati in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (anni vari), «I Consumi Privati in Sanità», in Cergas-SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI (edizioni varie)*.
- Del Vecchio M., 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*, <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Commissione per la redazione del rapporto annuale sulle spese fiscali, «Rapporto annuale sulle spese fiscali 2019», <https://www.mef.gov.it/>.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento delle Finanze, Stati-

- stiche Analisi statistiche, Dichiarazioni presentate nel 2019, <https://www.finanze.gov.it/opencms/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, <https://www.finanze.gov.it/opencms/it>.
- OECD (2020), Health Statistics 2020, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
- OECD, Eurostat, WHO (2017), Manual A System of Health Accounts (SHA, revised edition), Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2014), Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2013), Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health, Paris, OECD.
- OSFAR-Osservatorio Farmaci (2019), Executive Summary REPORT N°39, Cergas-SDA Bocconi.
- Ragioneria Generale dello Stato (2020), «Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 7, 2020», *Studi e pubblicazioni*, Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Roma, 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. (2009) «Individual responsibility for what? – A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system» *Health economics, policy, and law*. 5. 201-23.
- Toth F. (2016) «Classification of healthcare systems: Can we go further?», *Health Policy* 120(5): 535-543.
- Ufficio Parlamentare di Bilancio (2017), *L'emendamento per la riduzione del superticket*, Flash n. 8/28, <http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2017/12/Flash-8.pdf>