

Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



6 I consumi privati in sanità

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

6.1 Premessa

L'analisi di questo capitolo si concentra sui consumi privati in sanità (CPS), cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (per esempio, la medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Il capitolo, curato dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CERGIS-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 2021.

A differenza dell'edizione passata (Del Vecchio, Fenech, Preti, Rappini, 2021) che nella descrizione del settore aveva tenuto distinto lo scenario pre Covid-19 da quello che veniva emergendo sulla base dai primi dati disponibili relativi all'impatto della pandemia su spesa e consumi sanitari privati, l'edizione di quest'anno riprende la tradizionale struttura degli analoghi contributi che gli stessi autori hanno offerto nei precedenti Rapporti OASI (Del Vecchio, Fenech, Mallarini, Rappini 2013, 2014; Del Vecchio, Fenech, Rappini 2015, 2016, 2017, 2018; Del Vecchio, Fenech, Preti, Rappini, 2019, 2020).

Dopo un breve richiamo all'approccio (§ 6.2) e ad alcuni aspetti metodologici (§ 6.3), il rapporto propone una serie di dati e riflessioni che partono dalle dinamiche internazionali (§ 6.4), si soffermano su un quadro generale del contesto italiano (§ 6.5) e scendono successivamente nel dettaglio indagando dimensioni e dinamiche in termini di: fonti di finanziamento e funzioni di spesa (§ 6.6), caratteristiche socio-demografiche (§ 6.7) e variabilità regionale (§

¹ Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 6.1, 6.2 possono essere attribuiti a Mario Del Vecchio, i §§ 6.3 e 6.5 a Valeria Rappini, i §§ 6.4 e 6.8 a Lorenzo Fenech e il § 6.6 a Luigi Preti.

6.8). Un paragrafo specifico (§ 6.9) è dedicato alle farmacie le quali si avviano a essere uno snodo sempre più rilevante in termini di consumi sanitari ibridi.

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

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

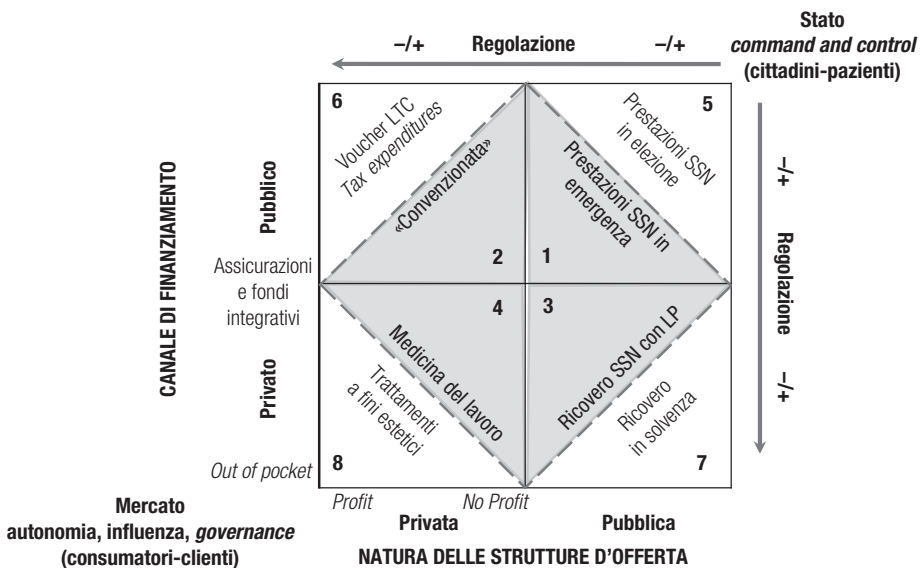
I consumi privati hanno assunto un ruolo che non può essere considerato marginale, sia per l'entità delle risorse coinvolte sia per quello che essi rappresentano nei complessi processi di consumo di cittadini-utenti alla ricerca del soddisfacimento dei propri bisogni di salute. I tradizionali rapporti tra pubblico e privato in tutte le dimensioni di funzionamento dei sistemi sanitari dei paesi avanzati hanno, così, subito cambiamenti ormai strutturali, dovuti a un insieme variegato di fattori. Tra questi, un ruolo da non sottovalutare è quello giocato da una costante espansione delle opportunità di cura che rende, da una parte, impossibile il sostegno pubblico a tutto ciò che è potenzialmente utile per la salute e, dall'altra, difficoltosa la costruzione di gerarchie condivise rispetto alla meritorietà dei diversi consumi (ciò che deve rientrare nel perimetro pubblico e ciò che ne può rimanere fuori). La crescente standardizzazione dei processi di produzione ed erogazione dei servizi sanitari incontra, poi, una domanda decisamente meglio informata rispetto al passato consentendo, in alcuni ambiti, un ricorso meno problematico ai meccanismi di mercato (Tinghög G., Carlsson P., Lyttkens C., 2009). L'esito complessivo è l'emergere di sistemi sanitari in cui il complesso intreccio tra pubblico e privato indebolisce la forza interpretativa dei consueti modelli di rappresentazione (mutualistici, a servizio sanitario nazionale, ecc.), costringendo gli studiosi a moltiplicare modelli e varianti per poter garantire un minimo di generalizzabilità (Toth, 2016). Si tratta, sempre più, di sistemi «ibridi» nei quali un intenso combinarsi delle dimensioni pubblico e privato si accompagna a una progressiva contaminazione tra sistemi.

Alla luce di quanto appena esposto, la Figura 6.1 rappresenta il nuovo *framework* di riferimento introdotto a partire dal Rapporto 2019 (Del Vecchio, *et al.*, 2019). Alle tradizionali dimensioni di «produzione» e «finanziamento», che aiutano a definire le aree di interesse dei consumi privati, si aggiunge la dimensione relativa all'effettiva capacità di influenza e decisione dell'utente sul processo di consumo. Ciascuno dei «tradizionali» quattro quadranti viene, di

conseguenza, ulteriormente suddiviso: le aree più interne sono caratterizzate da un maggior potere di decisione sulle modalità di fruizione esercitato dal sistema pubblico, mentre le corrispondenti sezioni più esterne esprimono un crescendo di logiche di mercato e riflettono una maggior libertà e discrezionalità del singolo utente. Non è perciò detto che la condizione di finanziamento privato e produzione privata sia di per sé sufficiente a garantire tutte le condizioni normalmente associate a un «consumo privato». Infatti, nel medesimo tradizionale quadrante privato-privato, possiamo ora evidenziare due situazioni molto differenti: la medicina del lavoro, più vicina a un consumo pubblico per gli elevati livelli di «prescrittività» (Figura 6.1, circuito 4), e i trattamenti sanitari a fini estetici pienamente caratterizzati da dinamiche di mercato (Figura 6.1, circuito 8). Distinzioni analoghe possono essere utilmente applicate agli altri quadranti, rendendo evidente la complessità dell'intero scenario.

A una rappresentazione che aggiunge una ulteriore dimensione rispetto a quelle tradizionalmente considerate (finanziamento e produzione), corrisponde, inoltre, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti (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.

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



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

6.3 Perimetri, fonti e aggregati di spesa sanitaria privata

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

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

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

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

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

La prima dimensione per la quale possono cambiare i perimetri dell'oggetto è la popolazione di riferimento. La popolazione presa in analisi può essere, ad

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

Fonti	Aggregati e metodi di riferimento	Classificazioni	Italia 2019	Italia 2020	Italia 2021	Anni disponibili	Soggetta ad aggiornamenti e revisioni	Livello di utilizzo
ISTAT	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (Sec2010) integrando dati amministrativi e campionari	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)	38,4	35,7	38,4	1995-2021	Si	Nazionale
	Spesa sanitaria rilevata dall'Indagine sulla spesa delle famiglie residenti (sostenute in Italia e all'estero)		36,7	33,4	36,2	1997-2021	No	Nazionale e regionale
	Spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione residente (spesa diretta delle famiglie e da regimi volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011)		40,8	38,2	41,0	2012-2021	Si	Nazionale
OECD, Eurostat, WHO	Spesa sanitaria privata (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il System of Health Accounts (SHA 2011) che utilizza il Joint Health Accounts Questionnaire (JHAQ) per la trasmissione dei dati	International Classification for Health Accounts (ICHA)	40,8	38,2	41,0	1970-2021	Si	Internazionale

esempio, quella residente – e l'aggregato riferirsi ai consumi delle famiglie italiane entro e fuori i confini nazionali (il turismo sanitario di italiani all'estero) – oppure essere quella presente sul territorio economico – l'aggregato di spesa considera l'intera produzione all'interno del territorio nazionale consumata da 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 del

2021 derivante dai Conti Nazionali (38,4 miliardi di euro), che si riferiscono alla spesa delle famiglie residenti e non sul territorio economico, e le stime derivanti dal Sistema dei Conti per la Sanità (SHA) (41,0 miliardi di euro) che si riferiscono alla spesa di famiglie, imprese, assicurazioni effettuata da residenti (o per conto di residenti) in Italia o all'estero (Del Vecchio *et al.*, 2017)².

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

La terza questione è, infine, quella relativa al perimetro dell'universo di beni e servizi sanitari. Non è questo il luogo per approfondire il tema di cosa sia o non sia riconducibile all'ambito sanitario, ma bisogna sottolineare come la questione del perimetro sia influenzata dai mutamenti che stanno avvenendo nei bisogni prevalenti della popolazione, dalle dinamiche demografiche che spostano i bisogni dall'acuzie alla cronicità e ampliano le aree di intervento verso confini meno definiti, fino al passaggio dal concetto di *healthcare* a quello di *wellbeing* (Dolan, 2013), con la conseguenza di estendere i confini tradizionali del settore sanitario e di renderli sempre più sfumati, mobili e frastagliati. Se, infatti, l'area della spesa pubblica non può essere oggetto di fraintendimenti, in quanto definita dalle norme e dagli ambiti di operatività delle aziende sanitarie pubbliche, non è altrettanto chiaro l'ambito della spesa privata (si veda la successiva Tabella 6.2) che può variare significativamente in ragione dei diversi

² I Conti Nazionali stimano i consumi finali delle famiglie sul territorio economico secondo la classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*). Le stime SHA (*System of Health Accounts*) fanno invece riferimento al sistema di classificazione ICHA (*International Classification of Health Accounts*) che riguarda le famiglie residenti e che prende in considerazione, oltre alla spesa diretta delle famiglie (spese dirette per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per i quali si attinge da redditi e/o risparmi), anche altri regimi di finanziamento «volontario»: le assicurazioni e i fondi sanitari integrativi, le istituzioni senza scopo di lucro (accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni provenienti da cittadini, istituzioni pubbliche, imprese), le imprese (accordi mediante i quali le imprese finanziano o forniscono direttamente i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime contributivo pubblico o privato). L'OCSE utilizza da ormai diversi anni il sistema di riferimento ICHA-SHA. Recentemente, l'ISTAT ha provveduto, in coordinamento con Eurostat e gli istituti di statistica europei, a una revisione delle serie storiche dei Conti Nazionali, basate sul sistema SEC (Sistema Europeo dei Conti), finalizzata a introdurre miglioramenti di processi e metodi di stima derivanti anche dall'utilizzo di fonti informative nuove o aggiornate.

Tabella 6.2 I perimetri e i range di stima della spesa sanitaria privata (2020)

Riduzione 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		Area delle stime ufficiali 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)		Allargamento del perimetro 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				
23,9	27,5	31,7	34,0	35,7	38,2	39,4	43,6	45,8
Configurazioni e componenti di spesa considerate								
Spesa sanitaria OOP (spesa diretta delle famiglie)		Spesa diretta delle famiglie residenti in Italia e all'estero		Spesa per consumi finali delle famiglie sul territorio economico (include parte dei rimborsi da assicurazioni)		Spesa privata (spesa delle famiglie residenti e degli altri regimi di finanziamento volontari)		Spesa sanitaria privata (include tutti i regimi di finanziamento volontari)
- 3,6 (spesa per assistenza in RSA)	- 4,2 (detrazioni e deduzioni)	- 2,3 (ticket)				+ 1,2 (spesa dei fondi integrativi ed enti assistenziali)	+ 4,2 (spesa per integratori, omeopatici ed erboristici)	+ 2,2 (assistenza disabili e/o anziani a domicilio e/o casa di cura)
Razionale								
Esclusione di spese non strettamente sanitarie		Esclusione <i>tax expenditures</i> su IRPEF		Esclusione compartecipazione obbligatoria (assimilabile a tassazione)		Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)		Sistema dei conti 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)		Inclusione di altre aree di consumo vicine o riconducibili alla sanità
						Aggiustamento stima della componente di spesa intermedia dai fondi (*)		

perimetri considerati, passando ad esempio da un massimo di 45,8 miliardi a un minimo di 23,9 miliardi. È possibile, infatti, allargare il perimetro oltre i confini delle classificazioni internazionali (ICHA)², includendo nella voce «medicinali» anche gli integratori alimentari e i prodotti omeopatici (già presenti nella classificazione COICOP³), aggiungendo la spesa dei fondi sanitari integrativi o addirittura la spesa relativa all'assistenza a domicilio o in casa di cura di anziani e disabili, caratterizzata quasi sempre da una componente sanitaria, sebbene non prevalente. Analogamente, il perimetro potrebbe restringersi escludendo delle spese sanitarie private quelle relative ai contributi per l'assistenza Long Term Care (tipicamente la componente alberghiera che rimane a carico delle famiglie in caso di ricovero in RSA, o l'intera retta quando totalmente a carico dell'assistito), la spesa per compartecipazione obbligatoria per l'acquisto di farmaci e servizi pubblici, in quanto l'obbligatorietà rende tale contributo più 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.

L'epidemia Covid-19 ha ulteriormente complicato il quadro. Nel corso del 2021 OCSE, Eurostat e OMS hanno congiuntamente rilasciato le linee guida⁴ per la compilazione del *Joint Health Accounts Questionnaire* (JHAQ) al fine di supportare gli uffici di statistica nazionali nella corretta identificazione e attribuzione delle spese relative all'emergenza Covid-19 e, in tal modo, assicurare un approccio il più uniforme possibile tra i paesi che partecipano alla raccolta dei dati attraverso il sistema ICHA. Il documento non incide in alcun modo sui principi cardine del sistema di classificazione SHA, ma contribuisce a chiarire alcuni aspetti relativi all'approccio generale alla rappresentazione delle spese dovute al Covid-19 e alla classificazione di alcuni item particolarmente rilevanti.

In primo luogo, la finalità rimane quella di costruire una stima della spesa sanitaria corrente, escludendo di fatto le spese per investimenti (attivazione nuovi posti letto, acquisto nuovi macchinari, ecc.) che hanno rappresentato, soprattutto nella prima fase, una parte significativa (se non preponderante) dello sforzo finanziario dei singoli paesi nella risposta all'emergenza. Rimane inoltre intatto il principio alla base della costruzione degli aggregati rispetto alle finalità (cura, riabilitazione, prevenzione), imponendo dunque la separazione di spese destinate a finanziare lo stesso servizio tra voci relative a funzioni di assi-

³ La COICOP è la classificazione dei consumi individuali per finalità adottata dai principali organismi nazionali e internazionali per la compilazione dell'indice dei prezzi al consumo. In sanità (COICOP 06) determina la classificazione dei consumi nei tre macro-ambiti di farmaci, dispositivi e attrezzature (6.1), servizi ambulatoriali (6.2) e servizi ospedalieri (6.3), con ulteriori e più specifiche sotto-categorie.

⁴ *Accounting guidelines for COVID-19 related activities under the 2021 joint OECD, EUROSTAT and WHO health accounts (SHA 2011) data collection.*

stenza diverse. Infine, a tutte le spese sostenute per l'acquisto di prodotti destinati a essere utilizzati come beni di consumo intermedi (mascherine protettive, guanti, visiere protettive, ecc.) non è stata data una destinazione specifica e sono quindi variamente ricondotte nelle voci di spesa per funzione di assistenza. Si riportano di seguito, a titolo di esempio, le indicazioni su due item di spesa considerati particolarmente rilevanti per la valorizzazione della spesa sanitaria privata, la spesa per l'acquisto dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e quella per l'esecuzione dei test diagnostici:

- ▶ la spesa per l'acquisto di DPI, quando considerati a tutti gli effetti dispositivi sanitari (mascherine FFP2 e chirurgiche, non «di comunità») dovrebbe essere inclusa tra gli altri prodotti medici non durevoli a prescindere dal canale di vendita;
- ▶ l'attribuzione della spesa per l'esecuzione dei test diagnostici è quella che risulta meno agevole, essendo complicato stabilirne la finalità. Per quanto concerne la spesa privata per l'esecuzione dei test, questa potrebbe essere attribuita alla funzione dei servizi ausiliari nel caso di test effettuati di iniziativa del singolo cittadino e in assenza di sintomatologia (es: tamponi effettuati per viaggi o soggiorni all'estero) o alla funzione dei servizi di prevenzione delle malattie se effettuati su iniziativa o indicazione delle autorità di salute pubblica (per esempio in caso di sintomatologia o attività di *contact tracing*). È evidente come, in particolare durante i periodi di maggiore criticità dal punto di vista della diffusione e della circolazione virale, la distinzione tra finalità e funzioni appare come minimo poco agevole, se non tecnicamente impossibile da realizzare facendo affidamento solamente a dati e informazioni di tipo amministrativo.

6.4 L'impatto del Covid-19 e la ripresa dei consumi: la spesa sanitaria privata nei confronti internazionali

Da qualche anno il Rapporto OASI segnala come l'Italia sia, tra i paesi avanzati e con sistemi sanitari universalistici, nel novero di quelli con la minore spesa sanitaria pro capite (Tabella 6.3). Per quanto riguarda la spesa pubblica, Germania, Francia e Regno Unito registrano nel 2019 una spesa superiore di almeno il 50% rispetto a quella italiana. Anche in confronto al dato della spesa privata pro capite, il nostro paese si attesta al di sotto di questi tre paesi e, addirittura, al di sotto di Spagna e Portogallo. Lo stesso posizionamento viene confermato guardando ai dati in relazione al PIL. Sempre prendendo il 2019 come anno di riferimento, secondo i dati OCSE l'Italia presenta una spesa sanitaria totale pari al 8,7% del PIL, collocandosi in basso alla classifica dei paesi OCSE selezionati. La maggior parte delle differenze nella spesa totale tra i

Tabella 6.3 Spesa sanitaria pro capite (in euro) e in % del PIL per regime di finanziamento e paesi OCSE selezionati, 2019-2020

Paese	Spesa Pubblica o Privata Obbligatoria (€ pro capite e % del PIL)			Spesa Intermediata Volontaria (€ pro capite e % del PIL)			Spesa OOP (€ pro capite e % del PIL)			Spesa Privata Volontaria Totale (% del PIL)			Spesa Sanitaria Totale (€ pro capite e % del PIL)			
	2019	2020	%	2019	2020	%	2019	2020	%	2019	2020	%	2019	2020	%	
	€	€	%	€	€	%	€	€	%	€	€	%	€	€	%	
Germania	4.108	9,8%	10,9%	128	0,3%	0,3%	653	1,6%	646	1,6%	1,9%	1,9%	15%	4.889	11,7%	12,8%
Francia	3.354	9,3%	10,3%	281	0,8%	0,8%	380	1,1%	372	1,1%	1,9%	1,9%	15%	4.015	11,1%	12,2%
Austria	3.521	7,9%	8,8%	329	0,7%	0,8%	840	1,9%	820	1,9%	2,6%	2,7%	24%	4.689	10,5%	11,5%
Paesi Bassi	3.934	8,4%	9,5%	322	0,7%	0,6%	502	1,1%	475	1,0%	1,8%	1,6%	17%	4.758	10,2%	11,2%
Belgio	3.375	8,1%	8,5%	222	0,5%	0,5%	842	2,0%	703	1,8%	2,5%	2,3%	21%	4.439	10,7%	10,8%
Spagna	1.704	6,5%	7,8%	184	0,7%	0,8%	525	2,0%	498	2,1%	2,7%	2,9%	27%	2.413	9,1%	10,7%
Portogallo	1.206	5,8%	6,8%	169	0,8%	0,8%	607	2,9%	570	2,9%	3,7%	3,7%	35%	1.983	9,5%	10,5%
Italia	1.920	6,4%	7,3%	73	0,2%	0,3%	611	2,0%	571	2,1%	2,2%	2,4%	26%	2.604	8,7%	9,6%
Finlandia	3.100	7,1%	7,5%	188	0,4%	0,4%	695	1,6%	671	1,6%	2,0%	2,0%	21%	3.983	9,2%	9,5%
Grecia	862	5,0%	5,9%	66	0,4%	0,4%	472	2,8%	491	3,2%	3,2%	3,6%	38%	1.402	8,2%	9,5%
Irlanda	3.598	5,0%	5,6%	653	0,9%	0,8%	570	0,8%	558	0,7%	1,7%	1,5%	25%	4.822	6,7%	7,1%
Paesi non €																
Stati Uniti	8.033	13,8%	15,9%	567	1,0%	1,0%	1.098	1,9%	1.047	1,9%	2,9%	2,9%	17%	9.698	16,7%	18,8%
Canada	3.162	7,6%	7,8%	688	1,7%	1,6%	681	1,6%	628	1,6%	3,3%	3,2%	30%	4.532	11,0%	12,9%
Regno Unito	3.016	7,8%	9,9%	204	0,5%	0,6%	581	1,5%	549	1,5%	2,0%	2,1%	17%	3.800	9,9%	12,0%
Svizzera	5.746	7,5%	8,2%	684	0,9%	1,0%	2.177	2,9%	1.905	2,6%	3,8%	3,6%	33%	8.607	11,3%	11,8%
Svezia	4.288	9,2%	9,9%	59	0,1%	0,1%	691	1,5%	683	1,5%	1,6%	1,6%	15%	5.037	10,8%	11,5%

Nota: i dati sono riportati in euro al tasso di cambio medio 2019 tra euro e valute nazionali (Fonte: BCE). La spesa privata volontaria totale è data dalla somma tra spesa intermedia e spesa OOP.

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

paesi considerati sembrerebbe imputabile, in particolare, ai differenziali nella spesa sanitaria pubblica. In questo quadro, l'Italia presenta un valore di spesa pubblica e privata rispettivamente del 6,4% e 2,2%, un binomio molto più simile a quello della Spagna (6,5% e 2,7%) che a quello di Francia (9,4% e 1,9%), Germania (9,8% e 1,9%) e Regno Unito (7,8% e 2,0%). Naturalmente i confini tra pubblico e privato sono molto labili e dipendono anche da come questi vengono di fatto inquadrati nel sistema di regole (volontarietà vs obbligatorietà) e contabilizzati in ciascuno stato. Si rimanda ai Rapporti precedenti per un approfondimento delle differenze e delle definizioni in tal senso.

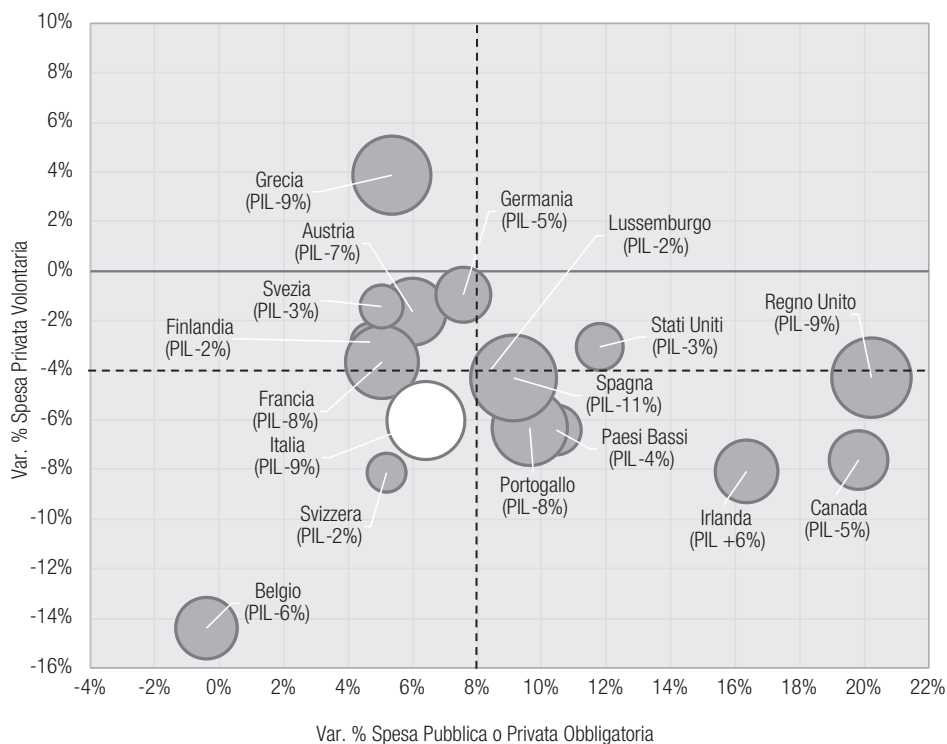
Rispetto al medesimo capitolo dell'anno scorso (Del Vecchio *et al.*, 2021), la versione 2022 dell'*OECD Health Statistics* consente di ampliare ulteriormente la rappresentazione della risposta complessiva dei paesi dell'area OCSE all'emergenza Covid-19 in termini di variazione di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL.

L'ampliamento del panel⁵ di paesi conferma e rafforza il quadro messo in evidenza nel precedente Rapporto OASI. Lo sforzo in termini di risorse pubbliche (o assimilabili) tra il 2019 e il 2020 è eterogeneo e spazia da un minimo aumento di 46 euro pro capite in Grecia (+5,3%), a un massimo di 947 euro pro capite aggiuntivi degli Stati Uniti (+11,8%), di 627 euro pro capite del Canada (+19,8%) e di 610 euro pro capite del Regno Unito (+20,2%), mentre si assiste addirittura a una riduzione di 14 euro nel Belgio (-0,4%). Ancora più eterogenea è stata la variazione subita dalle componenti private della spesa sanitaria, con la Svizzera che ha registrato la maggiore variazione negativa in termini pro capite della spesa *out of pocket* (-272 euro, -8,1%) e la Grecia che vede addirittura aumentare (unico caso tra i paesi osservati) la quantità di spesa destinata al finanziamento privato della spesa sanitaria corrente (+3,9%). Anche l'Italia ha visto ridursi significativamente la spesa destinata al consumo privato, passata da 611 a 571 euro di spesa *out of pocket* pro capite (-6%) a fronte di un incremento da 1.920 a 2.043 (+6,4%) euro nella spesa sanitaria pubblica pro capite (poco significativa invece la variazione della spesa intermediata).

Per poter analizzare più nel dettaglio la risposta della spesa sanitaria privata allo shock pandemico e cogliere eventuali associazioni con le principali variabili macroeconomiche, le seguenti figure mettono in relazione la variazione percentuale tra il 2019 e il 2020 della spesa sanitaria privata volontaria con la spesa pubblica (Figura 6.2) e con la variazione del PIL (Figura 6.3). Dalla visualizzazione grafica emerge ancora più chiaramente come, anche estendendo il campione dei paesi considerati rispetto al Rapporto dell'anno scorso, il quadro non consente di trarre solide conclusioni circa le relazioni tra le variabili prese in esame. Nel primo caso si osserva, infatti, come a fronte di variazioni

⁵ Rispetto all'edizione dello scorso anno, sono disponibili i dati relativi al 2020 per Francia, Belgio, Spagna, Finlandia, Grecia, Stati Uniti, Canada e Svizzera.

Figura 6.2 **Variazione % 2019-2020 della spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria (asse orizzontale), della spesa privata volontaria (asse verticale) e del PIL (ampiezza delle bolle e valori tra parentesi)**

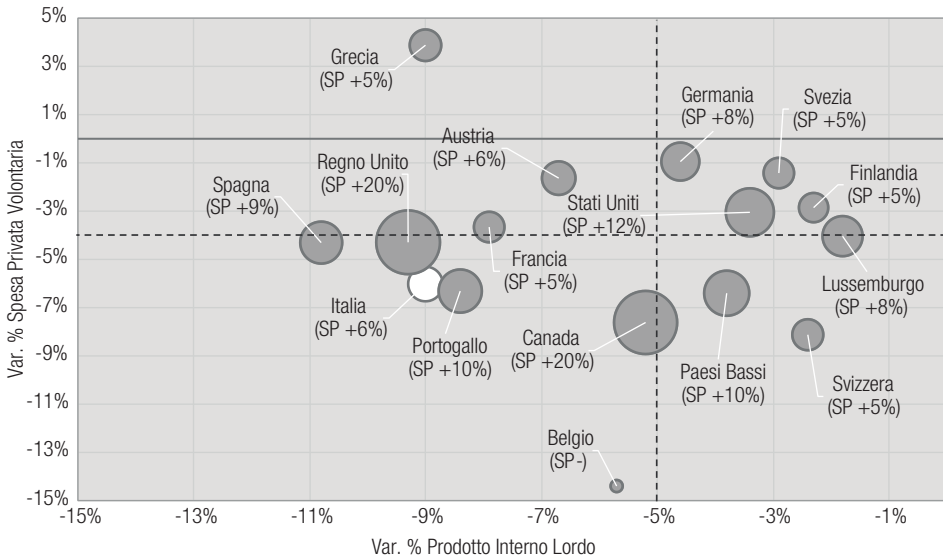


Nota: le linee tratteggiate rappresentano i valori mediani. Fonte: elaborazione OCPS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2022)

della spesa privata negative e contenute nell'intervallo compreso tra -1% (Svezia) e -8% (Svizzera), la gamma di variazioni per la spesa pubblica sia molto più estesa ed eterogenea. Si passa dal +5% della Francia al +20% Regno Unito. Vi sono poi due veri e propri *outlier*. Il Belgio presenta una riduzione del -0,4% della spesa pubblica e una contemporanea riduzione della spesa privata di ben 14 punti percentuali. Il caso della Grecia meriterebbe poi degli studi ad hoc in quanto è l'unico paese tra quelli selezionati a registrare una variazione positiva nella componente privata della spesa sanitaria (+3,9%) nonostante la riduzione del PIL (-9%) e l'aumento della spesa pubblica (+5%).

Prendendo in esame la variazione della sola componente privata e mettendola in relazione direttamente quella osservata per il PIL (Figura 6.3), si osserva un'associazione positiva tra le due variabili in quanto entrambe diminuiscono, ma l'intensità delle riduzioni è molto eterogenea. Italia, Paesi Bassi e Portogallo registrano, ad esempio, valori analoghi in termini di riduzione della spesa privata (-6%) ma significativamente diversi tra loro nella variazione del

Figura 6.3 **Variazione % in valore assoluto 2019-2020 del PIL (asse orizzontale), della spesa privata volontaria (asse verticale) e della spesa sanitaria pubblica o privata obbligatoria (ampiezza delle bolle e valori tra parentesi)**



Nota: le linee tratteggiate rappresentano i valori mediani. Fonte: elaborazione OCPS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2022)

PIL (-9%, -4% e -8% rispettivamente), così come a fronte di valori simili nella riduzione del PIL di Svezia, Svizzera, Stati Uniti e Finlandia (tutti compresi tra il -2% e il -3%), si registrano valori eterogenei nella riduzione della spesa privata compresi tra il -1% (Svezia) e il -8% (Svizzera). In altri termini, il campione di paesi qui rappresentato è indicativo di come la spesa privata possa essere diminuita, a seconda dei casi, in misura simile al reddito, in misura minore o, addirittura, maggiore (es: Canada, Svizzera, Paesi Bassi e Belgio). Il dato va comunque sempre contestualizzato a una situazione di shock in cui anche lo stesso legame con il reddito è condizionato da una serie di fattori contingenti.

Seppur con molte delle differenze evidenziate, le dinamiche della spesa sanitaria tra il 2019 e il 2020 sono state tendenzialmente anticicliche nella componente pubblica e pro-cicliche in quella privata. Si è pertanto assistito a un aumento delle risorse pubbliche utilizzate in rapporto al PIL di circa 2 punti percentuali nei paesi considerati. Le variazioni sul fronte della spesa privata non sono state tali da determinare significativi spostamenti nel peso sul PIL (Tabella 6.3), con l'eccezione della Grecia.

Anche se solo per un numero più esiguo di paesi, è possibile iniziare a osservare le dinamiche per il 2021, caratterizzato dalla «nuova normalità» nella gestione del Covid-19 e dalla ripresa economica. Considerando, dunque, il

Tabella 6.4 Spesa sanitaria pro capite (in euro) e in % del PIL per regime di finanziamento e paesi OCSE selezionati, 2019-2021

	Spesa Pubblica o Privata Intermediata Obbligatoria						Spesa Privata Volontaria						Spesa Privata sul Totale (%)						
	€		Δ% 19-20		% del PIL 20-21		€		Δ% 19-20		% del PIL 20-21		2019	2020	2021				
	2019	2020	2021	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021		
Germania	4.108	4.418	4.730	7,5%	7,1%	9,8%	10,9%	11,0%	781	774	768	-0,9%	-0,8%	1,9%	1,9%	1,8%	16,0%	14,9%	14,0%
Svezia	4.278	4.538	5.001	6,1%	10,2%	9,2%	9,9%	9,8%	747	744	844	-0,4%	13,4%	1,6%	1,6%	1,6%	14,9%	14,1%	14,4%
Austria	3.521	3.732	4.315	6,0%	15,6%	7,9%	8,8%	9,6%	1169	1149	1173	-1,7%	2,1%	2,6%	2,7%	2,6%	24,9%	23,5%	21,4%
Regno Unito	3.014	3.575	3.961	18,6%	10,8%	7,8%	9,9%	9,9%	785	740	817	-5,7%	10,4%	2,0%	2,1%	2,1%	20,7%	17,1%	17,1%
Canada	3.162	3.678	3.828	16,3%	4,1%	7,6%	9,7%	8,7%	1369	1228	1307	-10,3%	6,4%	3,3%	3,2%	3,0%	30,2%	25,0%	25,5%
Italia	1.920	2.043	2.142	6,4%	4,8%	6,4%	7,3%	7,1%	684	642	692	-6,1%	7,8%	2,2%	2,4%	2,4%	26,3%	23,9%	24,4%
Portogallo	1.206	1.323	1.471	9,7%	11,2%	5,8%	6,8%	7,2%	776	727	829	-6,3%	14,0%	3,7%	3,7%	4,0%	39,2%	35,5%	36,0%
Irlanda	3.598	4.187	4.441	16,4%	6,1%	5,0%	5,6%	5,3%	1223	1125	1224	-8,0%	8,8%	1,7%	1,5%	1,5%	25,4%	21,2%	21,6%

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

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

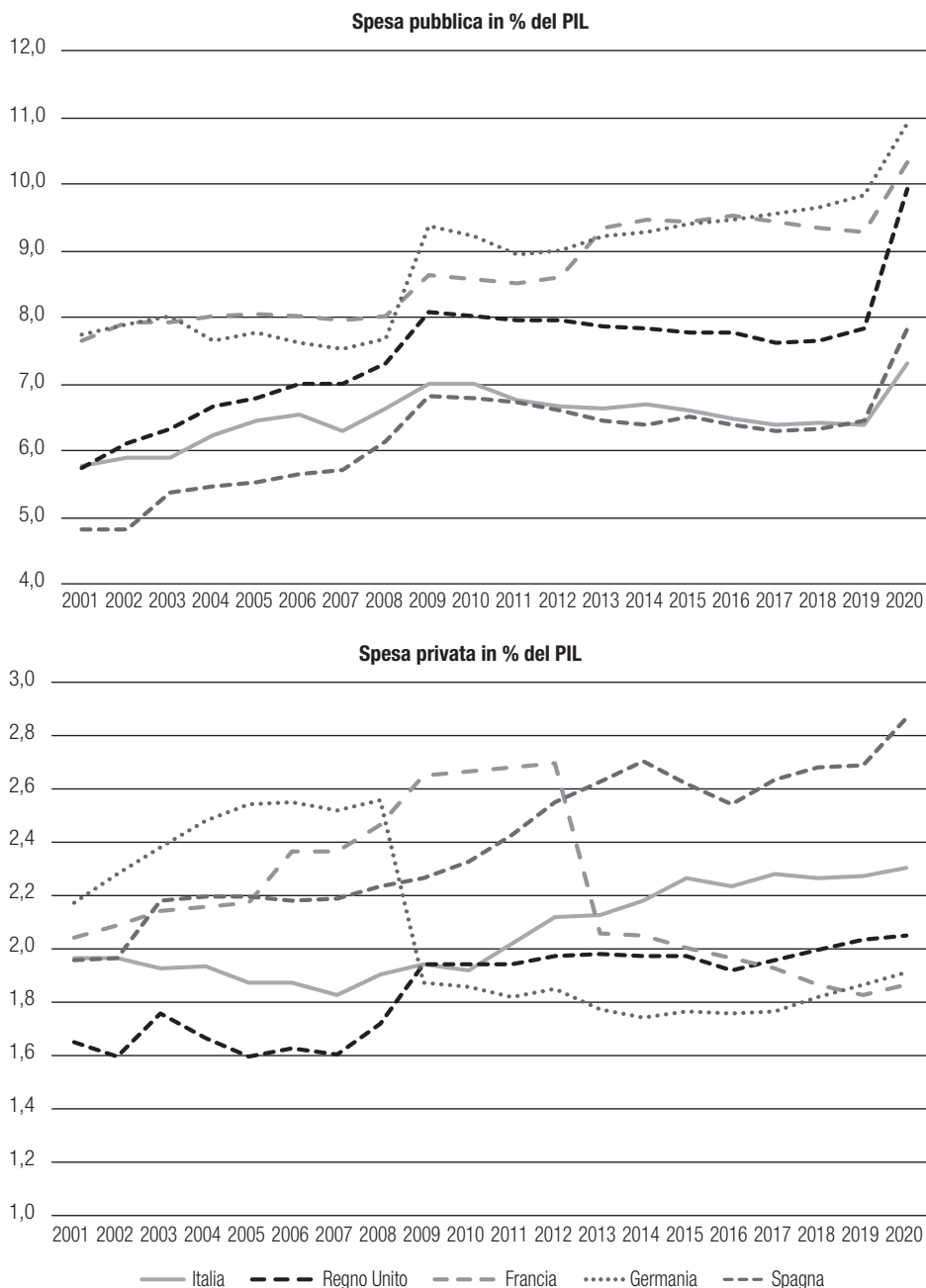
triennio 2019-2021, si osserva come la spesa sanitaria privata abbia seguito le dinamiche del PIL anche nella ripresa; la caduta tra il 2019 e il 2020 è stata quindi compensata o più che compensata dalla risalita nel 2021. Il valore in percentuale del PIL non subisce, infatti, significative variazioni all'interno del panel. Sul lato della spesa pubblica, tutti i paesi considerati registrano variazioni positive e consistenti sia nel 2020 che nel 2021, anche se con velocità differenti. L'effetto finale di queste dinamiche sul mix privato-pubblico è di incremento del baricentro del pubblico tra il 2019 e il 2020, con una stabilizzazione tra il 2020 e il 2021. In alcuni casi, come in Italia, Canada e Irlanda si inizia comunque a intravedere un possibile ritorno al posizionamento pre-pandemia in quanto la percentuale di spesa privata sul totale è incrementata. In altri, il mix continua a crescere a favore della spesa sanitaria pubblica che, appunto, continua ad aumentare a ritmi sostenuti anche nel 2021, come in Germania e Austria.

Non è possibile stabilire al momento se queste dinamiche di breve periodo riflettano scostamenti momentanei dai sentieri precedenti o rappresentino dei veri e propri scostamenti strutturali nel mix pubblico-privato. Prendendo a riferimento i cinque paesi più popolosi del vecchio continente con cui spesso il nostro SSN viene confrontato e allargando l'orizzonte temporale (Figura 6.4), si possono però fare una serie di osservazioni e considerazioni.

Con riferimento alle tendenze di medio-lungo periodo, si nota come in tutti e cinque i paesi vi sia stato un importante incremento del peso della spesa pubblica sul PIL tra il 2001 e il 2009. Da lì in poi solo la Germania e in parte la Francia hanno visto il peso continuare ad aumentare, sebbene a ritmi decrescenti. La spesa sanitaria privata si è assestata in generale su ordini di grandezza ben inferiori di quella pubblica, ma mostra comunque delle dinamiche di interesse. Innanzitutto, il suo peso è cresciuto progressivamente nel primo decennio degli anni 2000 in tutti i paesi considerati, nonostante l'importante contestuale incremento di spesa pubblica. Durante il secondo decennio ha continuato a crescere, seppur in modo sempre molto graduale, in Italia e Spagna, andando solo in parte a compensare il leggero declino nel peso della spesa pubblica sul PIL.

A fronte di questi andamenti di medio-lungo periodo, si notano delle importanti oscillazioni di breve periodo, alcune delle quali sottendono dei cambiamenti strutturali. Si osserva, in primo luogo, come a valle di ogni crisi economica, la spesa pubblica subisca un aumento rispetto al PIL (crisi del 2010 e del 2020), mostrando delle dinamiche anticicliche o comunque indipendenti. Si segnalano poi due rilevanti cambiamenti nell'ammontare di risorse destinate a spesa pubblica e privata rispetto al PIL, occorsi in Francia e Germania tra il 2009 e il 2014; entrambi i cambiamenti rispondono a quanto ampiamente discusso all'inizio del capitolo circa la difficoltà di inquadrare in modo univoco i vari meccanismi di finanziamento che un sistema si trova a sperimentare. Nel primo caso, si tratta di una revisione contabile che vede attribuire, tra il 2008 e

Figura 6.4 **Andamento della spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria (sinistra) e della spesa privata volontaria (destra) in % del PIL, 2001-2020, Italia, Francia, Germania, Regno Unito e Spagna**



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

il 2009, alla spesa pubblica (e privata obbligatoria) la componente assicurativa privata obbligatoria in caso di *opting out*⁶; nel secondo caso, si tratta analogamente della classificazione della *complémentaire santé* tra le spese di natura pubblica o obbligatoria.

In sintesi, la spesa sanitaria privata rappresenta una componente fisiologica anche nei sistemi sanitari a vocazione universalistica. Dall'osservazione delle dinamiche di breve e di lungo periodo emerge come questa componente sia legata alle dinamiche del reddito. Eventuali associazioni tra spesa pubblica e privata vanno quindi lette alla luce di questo legame e, per quanto riguarda la pandemia in particolare, dell'intensità delle restrizioni messe in atto per contrastare la diffusione del virus, che hanno inciso in modo diverso sulla possibilità fisica di accedere ai servizi sanitari sia di natura privata che di natura pubblica. Bisogna inoltre tener conto del sorgere di alcuni bisogni sanitari specifici, sia in termini di servizi (ad esempio il ricorso ai tamponi diagnostici) che di beni (tra tutti in particolare i DPI), anche in questo caso fortemente dipendenti dai contesti e dalle politiche implementate dai singoli paesi. La forte immissione di risorse pubbliche tra il 2020 e il 2021 durante la pandemia ha momentaneamente ridotto il peso relativo della spesa sanitaria privata sul totale della spesa sanitaria. Non si è però ridotto il suo peso in termini assoluti e in relazione al PIL, a conferma che rimane una componente strutturale e difficilmente comprimibile.

6.5 Le dinamiche a livello nazionale

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

È noto come la spesa sanitaria totale corrente abbia mostrato una crescita costante in termini nominali, interrotta solamente tra gli anni 2012 e 2013, passando da 146,2 miliardi del 2011 ai 168,6 del 2021. La crescita nell'arco di questo tempo considerato è imputabile tanto alla componente pubblica, che è passata dai 112,8 miliardi del 2011 fino ai 126,7 miliardi del 2020 e ai 130,2 del 2021, quanto a quella privata, che passa da 32,4 a 38,4 miliardi di euro tra il 2011 e il 2019, subisce una considerevole riduzione nel 2020, attestandosi a 35,7 miliardi, e si riporta a valori pre-emergenza nel 2021 (38,4 miliardi). Nel complesso, quindi, nei due anni pandemici la spesa sanitaria corrente totale è

⁶ Si tratta della possibilità consentita nel sistema tedesco di rinunciare formalmente alla copertura sanitaria pubblica a condizione di sottoscrivere una polizza assicurativa privata.

aumentata per un totale di 10,2 miliardi (corrispondenti a un aumento di 0,7 punti percentuali rispetto al PIL), con gran parte della variazione attribuibile alla componente pubblica, aumentata di quasi 10 miliardi tra il 2019 e il 2021 (Tabella 6.5).

Tabella 6.5 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata in relazione ad altre grandezze macroeconomiche, 2011-2021**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	146,2	146,9	145,8	148,2	150,4	151,8	155,0	157,0	158,4	162,5	168,6
In % del PIL	8,9	9,0	9,0	9,1	9,1	9,0	8,9	8,9	8,8	9,8	9,5
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6	115,9	117,7	119,1	120,3	126,8	130,2
In % della spesa sanitaria totale	77,2	77,6	77,4	77,1	76,2	76,3	75,9	75,8	75,9	78,0	77,2
In % del PIL	6,8	7,0	7,0	7,0	6,9	6,8	6,8	6,7	6,7	7,7	7,3
In % della spesa per consumi finali della PA	33,9	33,9	33,9	34,6	34,8	34,4	34,3	34,3	34,6	35,6	36,4
Spesa sanitaria delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico											
Miliardi di euro	33,4	32,9	32,9	33,9	35,8	35,9	37,3	37,9	38,4	35,7	38,4
In % della spesa sanitaria totale	22,8	22,4	22,6	22,9	23,8	23,7	24,1	24,2	24,2	22,0	22,8
In % del Pil	2,0	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	2,1	2,2	2,2
In % della spesa delle famiglie	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7	3,7

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)

Analogo andamento mostra la spesa sanitaria privata stimata attraverso il Sistema dei Conti delle Sanità (SHA). Nel corso del 2022 l'ISTAT ha provveduto a fornire il dato relativo al biennio 2020-2021, assente nella passata edizione del Rapporto. I dati confermano i trend già osservati a partire dalle serie storiche dei Conti Nazionali, evidenziando come, anche considerando perimetri diversi, la spesa sanitaria privata abbia aumentato il suo peso su quella totale fino al 2019, per poi ridursi drasticamente tra il 2019 e il 2020 e riprendere ad aumentare nel 2021, attestandosi comunque a valori paragonabili a quello osservati tra il 2013 e il 2014 (Tabella 6.6).

Al netto di questioni relative alla relazione tra le variazioni osservate nelle componenti pubblica e privata della spesa sanitaria, e in particolare sull'ipotesi di sostituzione secondo la quale la spesa privata e le sue variazioni dipenderebbero dalle dinamiche del sistema pubblico e dalla difficoltà di quest'ultimo nel fornire servizi che rispondano ai bisogni reali o percepiti dei cittadini (Armeni e Ferrè, 2014; Del Vecchio, Fenech e Prenestini, 2015), risulta in questa se-

Tabella 6.6 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata (SHA), 2012-2021**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tutti i regimi di finanziamento (totale)										
Miliardi di euro	142,7	141,5	144,3	146,6	148,0	150,7	153,8	155,5	159,6	167,9
Spesa della pubblica amministrazione										
Miliardi di euro	108,3	107,2	108,9	109,1	110,1	111,1	113,6	114,7	121,4	126,9
In % della spesa sanitaria totale	75,9	75,8	75,4	74,4	74,4	73,7	73,9	73,7	76,1	75,6
Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari										
Miliardi di euro	34,4	34,3	35,5	37,5	37,9	39,6	40,2	40,8	38,2	41,0
In % della spesa sanitaria totale	24,1	24,2	24,6	25,6	25,6	26,3	26,1	26,3	23,9	24,4

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

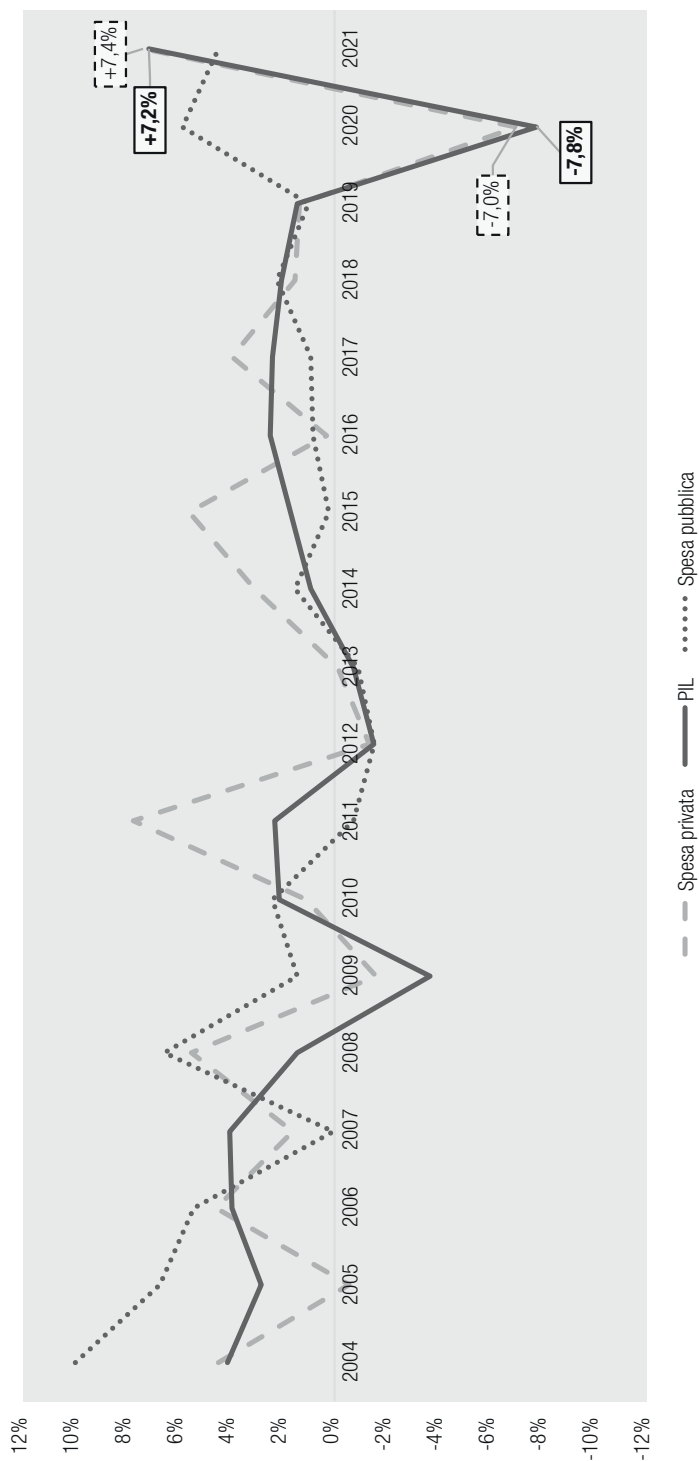
de interessante osservare l'effetto che le dinamiche del prodotto interno lordo (PIL) hanno sulla componente privata della spesa. Alla divergenza nei tassi di crescita delle tre variabili nel 2020, che vedeva contrapposte spesa pubblica, da una parte, e spesa privata e PIL dall'altra, si contrappone un sostanziale allineamento delle tre grandezze nel 2021, con il dato relativo alla spesa privata che anche nell'ultimo anno si conferma allineato rispetto alla variazione del PIL (Figura 6.5).

I dati relativi al 2021 hanno confermato le attese, riportando una crescita della spesa sanitaria privata di fatto allineata a quella del PIL, pure in presenza di un tasso di crescita della spesa pubblica positivo ed elevato se messo in confronto a quelli osservati nel decennio precedente, sebbene in diminuzione rispetto al 2020. I prossimi anni contribuiranno a chiarire ulteriormente i nessi tra le tre grandezze in questione, alla luce soprattutto degli andamenti a oggi incerti del PIL e all'imminente inizio di una nuova legislatura sul fronte dell'andamento della spesa sanitaria pubblica.

In un contesto di forte associazione tra spesa sanitaria privata e PIL continua a essere utile osservare le dinamiche anche rispetto alla spesa generale delle famiglie. La spesa sanitaria privata è infatti legata alla capacità di acquisto, ma è anche frutto di una scelta di acquisto tra i vari beni e servizi che compongono il paniere di consumo delle famiglie. Da questo punto di vista, è interessante notare come, nonostante i significativi movimenti registrati negli ultimi due anni nelle componenti di consumo delle famiglie italiane, la spesa sanitaria conferma la sua posizione all'interno del paniere. Facendo riferimento ai dati dei Conti Nazionali di ISTAT, la spesa sanitaria delle famiglie residenti e non sul territorio economico, in percentuale della spesa per consumi delle famiglie, rimane stabile nel 2021 al 3,7%, dopo l'incremento registrato tra il 2009 (3,2%) e il 2020 (3,7%) (Tabella 6.7).

Entrando nel merito delle dinamiche di breve periodo, il 2021 si conferma, come l'anno precedente, un anno di visibili movimenti nei comportamenti di spesa delle famiglie. Con l'eccezione di quella per alimenti e bevande, che an-

Figura 6.5 Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL, 2004-2021



Nota: l'etichetta tratteggiata si riferisce alla variazione % della spesa privata, quella in grassetto alla variazione % del PIL. Fonte: elaborazione OCPS su dati OASI (Spesa sanitaria pubblica) e ISTAT (spesa sanitaria privata e PIL)

Tabella 6.7 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (percentuale), 2011-2021**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alimentari e bevande non alcoliche	14,2	14,2	14,4	14,3	14,3	14,3	14,3	14,2	14,3	16,7	15,7
Bevande alcoliche, tabacco, narcotici	4,1	4,3	4,3	4,1	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,6	4,5
Vestitario e calzature	6,5	6,2	6,1	6,2	6,2	6,1	6,1	6,2	6,0	5,4	5,4
Abitazione e utenze	22,0	23,1	23,7	23,4	23,2	22,9	22,6	22,5	22,5	25,3	24,4
Mobili e manutenzione casa	6,7	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,1	6,2	6,1	6,5	6,8
Sanità	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7	3,7
Trasporti	12,7	12,7	12,4	12,5	12,3	12,3	12,6	12,9	13,0	10,8	11,7
Comunicazioni	2,8	2,8	2,6	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2	2,3	2,3
Ricreazione e cultura	7,1	6,8	6,5	6,5	6,6	6,7	6,7	6,7	6,7	5,9	6,0
Istruzione	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
Alberghi e ristoranti	9,4	9,5	9,7	9,8	10,0	10,1	10,3	10,3	10,4	7,0	8,0
Beni e servizi vari	10,2	9,8	9,9	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,3	10,8	10,4
Totale consumi delle famiglie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

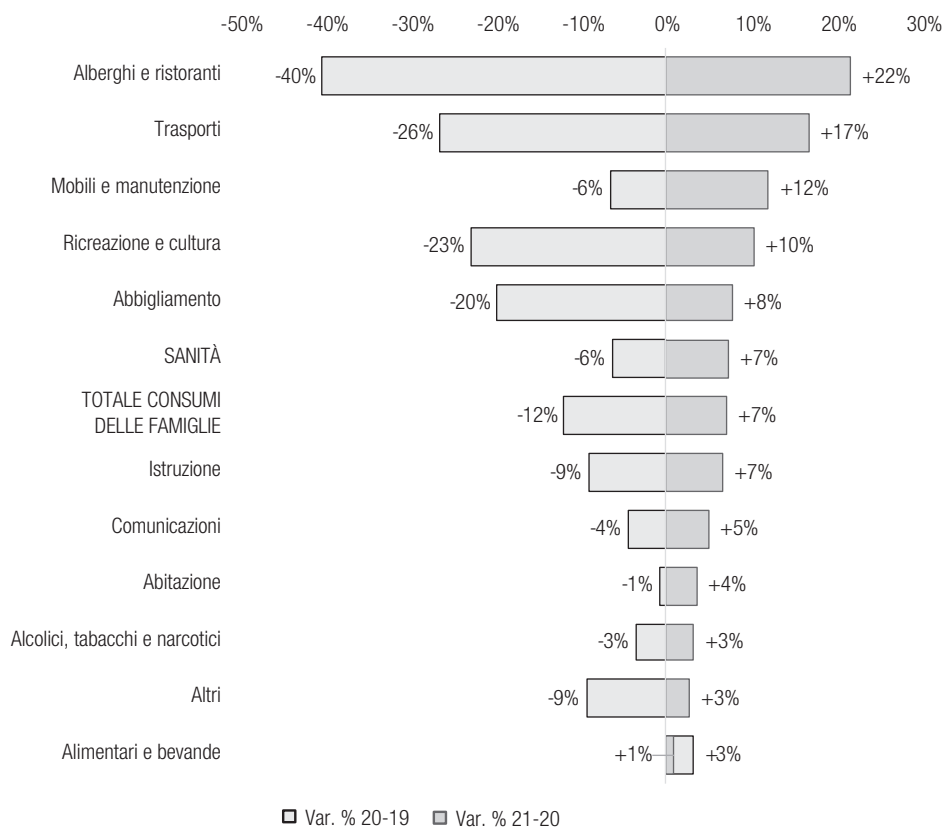
Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

che nel 2020 aveva subito una variazione positiva, tutte le voci di spesa registrano una crescita rilevante rispetto ai valori negativi osservati nel 2020. Al netto di quanto già osservato per la componente di spesa sanitaria delle famiglie, che nel 2021 recupera quanto perso nel 2020, si osservano notevoli aumenti in tutte quelle componenti gravemente penalizzate dalle restrizioni del 2020: la spesa per alberghi e ristoranti cresce del 22% (-40% nel 2020), la spesa per trasporti del 17% (-26% nel 2020), quella per mobili e manutenzioni del 12% (-6% nel 2020). Si tratta non solo di settori particolarmente colpiti dalla pandemia per via delle restrizioni nell'erogazione legate alle misure di sicurezza, ma anche, ad esempio, di settori che hanno beneficiato di rilevanti incentivi e politiche di sostegno (bonus edilizi per la spesa in mobili e manutenzioni).

6.5.1 Impatto e reazione della spesa Out of Pocket e Intermediata

La dinamica del reddito si dimostra ancora una volta utile a comprendere l'andamento della spesa sanitaria privata e non solo per questioni di tipo congiunturale, legate alla generale ripresa delle attività economiche nel 2021, ma anche per via della sua composizione e della circostanza che vede la spesa italiana composta in larga parte da spesa *out of pocket*, più sensibile per definizione alle variazioni del reddito della popolazione. Nella sua periodica revisione delle stime, l'ISTAT ha comunicato una significativa variazione nel dato di spesa sanitaria privata relativo al 2020, passata dai 40,0 miliardi dell'edizione precedente (2020) ai 40,8 miliardi dell'edizione rilasciata nel giugno 2022 (+2%).

Figura 6.6 **Variazione % nelle componenti di spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti, 2020-2021**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

Entrambe le principali componenti della spesa sanitaria privata registrano nel 2021 un significativo aumento rispetto al 2020 (Tabella 6.8). Se infatti il 2020 era stato caratterizzato da una caduta della componente *out of pocket* (spesa diretta delle famiglie) pari al 7% e da una lieve flessione della componente intermedia (-2,8%) e assicurativa (-1,2%), nel 2021 entrambe le componenti aumentano in modo considerevole: la spesa diretta cresce infatti del 7,5% e quella intermedia del 6,1%, guidata dalla componente assicurativa che passa dai 3,2 ai 3,4 miliardi nel 2021 (+5,3%).

Il balzo della componente assicurativa è confermato dai dati di settore (ANIA, 2022). I premi contabilizzati nel ramo malattia dalle imprese del settore assicurativo nel 2021 sono risultati pari a 3,3 miliardi di euro, in aumento del 5,6% rispetto al 2020 (che aveva invece registrato una flessione pari al 4%

Tabella 6.8 **Spesa sanitaria privata per regime di finanziamento, 2012-2021 (miliardi di euro)**

La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spesa diretta delle famiglie	31,5	31,5	32,5	34,4	34,5	35,9	36,2	36,5	34,0	36,5
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	2,9	2,9	2,9	3,1	3,4	3,7	4,0	4,3	4,2	4,5
– Assicurazioni sanitarie volontarie	2,3	2,2	2,2	2,3	2,5	2,7	2,9	3,2	3,2	3,4
– 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	0,4	0,3	0,4
– Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,8
Totale	34,4	34,3	35,5	37,5	37,9	39,6	40,2	40,8	38,2	41,0

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

rispetto all'anno precedente). A trainare la crescita, analogamente a quanto avvenuto nel 2020, è la componente delle polizze individuali: i premi complessivamente raccolti per polizze individuali hanno sfiorato nel 2021 il miliardo di euro (+11,6%), in un mercato comunque dominato da polizze collettive (pari al 68% dei premi). È interessante inoltre distinguere queste ultime tra le polizze relative a fondi sanitari e casse di origine contrattuale, che rimangono pressoché invariate nel 2021, dalle altre polizze collettive, sottoscritte direttamente dalle imprese, che invece registrano nel 2021 un aumento di quasi il 23%. La sostanziale stabilità del dato relativo alla raccolta dei contributi derivanti da fondi e casse non sorprende se si considera, da una parte, che il biennio appena trascorso non ha visto ingressi rilevanti nel mondo della sanità integrativa di settori finora esclusi, a differenza di quanto registrato negli anni precedenti il 2019 e, dall'altra, che il 2020 aveva visto crescere significativamente il dato per via dell'attivazione di coperture ad hoc per supportare gli assistiti nelle spese dovute al Covid-19. In termini di risorse complessivamente erogate, si segnala infine un avvenimento particolarmente insolito per il settore assicurativo: nel 2021, considerando importi liquidati o messi a riserva, è stato registrato per le polizze derivanti da fondi sanitari un *loss ratio* (rapporto tra sinistri liquidati e premi contabilizzati) pari al 110% (il valore era pari al 84% nel 2020 e l'83%

Tabella 6.9 **Spesa per le polizze assicurative del ramo malattia, 2019-2021**

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

Fonte: ANIA

nel 2019). La sanità integrativa, almeno nella sua componente di derivazione negoziale e contrattuale e a gestione assicurativa, nel 2021 ha di fatto messo a disposizione delle famiglie più risorse di quelle effettivamente raccolte (Tabella 6.9).

6.5.2 Impatto e reazione delle funzioni di spesa al Covid-19

Dopo un primo inquadramento generale della spesa sanitaria privata, si presenta ora un'analisi delle singole componenti. La ricostruzione della spesa per componenti è il frutto di processo di stima consolidato (per un approfondimento si rimanda ai capitoli degli anni precedenti) che negli ultimi due anni è stato integrato da un ulteriore sforzo finalizzato a ricostruire l'impatto degli avvenimenti recenti, anche in assenza di fonti informative aggiornate all'ultimo anno utile. A differenza degli anni precedenti, quest'anno si è resa necessaria l'integrazione delle voci di spesa relative agli altri prodotti medicali non durevoli e alle attrezzature terapeutiche per via della continua revisione delle stime da parte di ISTAT che non consente di ricostruire un quadro coerente delle stime per gli ultimi anni. Si tratta evidentemente di una componente particolarmente interessata dalle vicende pandemiche e pertanto intrinsecamente volatile e complessa da «catturare» anche per ragioni contabili (Par. 6.3).

La Tabella 6.10 illustra la dinamica osservata tra il 2019, il 2020 e il 2021 per le singole voci di spesa sanitaria privata.

Nel 2021 si osserva una ripresa generalizzata di tutte le componenti e prin-

Tabella 6.10 **La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa, 2019-2021 (miliardi di euro)**

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	2019	2020	2021	
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	2,1	1,7	2,0	5,8
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3,7	3,6	3,8	
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	5,3	5,0	5,3	20,1
	Servizi dentistici	8,5	7,8	8,7	
	Servizi diagnostici	3,4	2,8	3,1	
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3,1	2,8	3,0	
Beni sanitari	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	8,8	8,7	9,2	15,1
	Altri prodotti medicali non durevoli (bende, garze, siringhe, ecc.) e Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	6,0	5,7	5,9	
Totale		40,8	38,2	41,0	

Fonte: elaborazione OCPS su fonti varie (ISTAT, OSMED, Agenzia delle Entrate, Ragioneria Generale dello Stato)

cialmente di quella dei servizi, la più colpita dalle restrizioni delle attività nel 2020: la spesa per servizi ospedalieri cresce di oltre l'8% (-7% nel 2020) e quella per servizi ambulatoriali del 9% (dello stesso ammontare la riduzione nel 2020). La spesa per beni sanitari cresce invece del 5%, ma dopo una riduzione di poco superiore al 2,5% nel 2020. Questi diversi andamenti tra beni e servizi sono in linea con le dinamiche delle restrizioni imposte all'accesso ai servizi, da una parte, e con la natura stessa delle diverse componenti di spesa, dall'altra. Infatti i beni, come segnalato nei Rapporti precedenti, rappresentano la componente dei CSP con minore elasticità al reddito.

Scendendo nel dettaglio delle singole voci, all'interno del comparto dei servizi, mostra una particolare vitalità il segmento dei ricoveri, con una crescita pari 12% rispetto al 2020, a fronte di una riduzione del 17% nell'anno precedente, causata anche dai diffusi e ripetuti blocchi delle attività chirurgiche in elezione e dall'utilizzo dei posti letto in solvenza nel supportare le attività non procrastinabili delle aziende sanitarie pubbliche. Tutte le componenti dei servizi ambulatori registrano variazioni positive: i servizi dentistici, i più sensibili alle variazioni nella disponibilità a pagare delle famiglie, registrano un aumento superiore al 10% rispetto all'anno precedente; la crescita dei servizi diagnostici (+11%) è supportata, oltre che dalla generale ripresa delle attività, anche dall'attività diagnostica legata al Covid-19 (tamponi e test sierologici), che soprattutto nel 2021 (a differenza del 2020) è stata fortemente caratterizzata dall'iniziativa di cittadini e famiglie.

Se vi sono delle differenze in ciò che si è osservato nell'ambito dei servizi, bisogna notare come vi sia varietà anche nell'ambito dei beni, dove l'aumento complessivo è del 5%. In particolare, è aumentata (+3,5%) la componente non farmaceutica, che nel 2020 aveva invece subito una riduzione del 4,7%. A determinare questa variazione ci sono due effetti distinti: da un lato gli «altri prodotti medicali» che tanto nel 2020, quanto nel 2021, sono aumentati per via del massiccio acquisto di DPI; dall'altro lato le attrezzature terapeutiche, componente dominante in termini di ammontare di spesa, il cui andamento nel 2021 rispecchia la ripresa delle attività e degli acquisti di individui e famiglie, sia sui prodotti «tipici» (occhiali, protesi auditive, ausili ortopedici, ecc.) che su quelli più legati all'emergenza Covid-19 (ad esempio i saturimetri e gli apparecchi di misurazione dei parametri). I dati provenienti dal sistema Tessera Sanitaria (TS) mostrano chiaramente l'effetto delle restrizioni sui mercati in questione nel 2020: la spesa sanitaria trasmessa da parte degli ottici è diminuita del 7% rispetto al 2019, quella dei tecnici audioprotesisti del 33,4%.

Rispetto al 2020, nel 2021 la componente dei farmaci in senso stretto è aumentata del 6,3%, come di consueto con i necessari distinguo (Tabella 6.11). A differenza di quanto avvenuto nel 2020, anno in cui la riduzione della spesa per compartecipazione era da attribuire sia alla spesa per ticket in quota fissa regionale che a quella legata alla differenza di prezzo tra generico e brand, nel

2021 la flessione (-0,4%) è da attribuire esclusivamente alla riduzione del ticket in quota fissa (-2,7%), mentre la componente della differenza di prezzo torna ad aumentare (+0,4%), pur rimanendo al di sotto del valore osservato nel 2019. La classe che ha registrato l'incremento maggiore è quella dei farmaci di automedicazione (compresi quelli acquistati all'interno degli esercizi commerciali) che è aumentata di oltre il 10% rispetto al 2020, di fatto pareggiando il valore del 2019. Minori, ma più significativi, sono stati gli aumenti di spesa per farmaci di classe C e per acquisti privati di farmaci di classe A: entrambe le componenti superano ampiamente il valore registrato nel 2019 e segnano rispettivamente un +6% e +7,6% rispetto al 2020. Anche nel 2021 alcune di queste dinamiche di acquisto e consumo di farmaci sono probabilmente strettamente legate all'emergenza sanitaria. Sebbene consumi e spesa per la principale categoria terapeutica tra i farmaci in classe C, quella delle benzodiazepine (ansiolitici), siano di fatto rimasti invariati rispetto all'anno precedente, altri principi attivi quali il paracetamolo, inserito nei protocolli per la gestione domiciliare dei pazienti Covid-19, o il vaccino antinfluenzale, caratterizzato da una ampia adesione alla campagna di vaccinazione da parte della popolazione, hanno subito importanti variazioni in aumento (OSMED, 2021). La Tabella 6.11 riporta, infine, anche i dati, non inclusi nel computo tradizionale della spesa per farmaci, delle spese per altri medicinali come omeopatici e integratori: il dato cresce significativamente rispetto all'anno della pandemia, a dimostrazione di una ripresa generalizzata dei consumi anche di quelle categorie di «medicinali» non ufficialmente ricomprese tra quelle farmaceutiche.

Tabella 6.11 **La spesa per medicinali (in milioni di euro), 2019-2021**

Spesa per medicinali	2019	2020	2021	Δ 2020-2021 (%)
Spesa per farmaci in senso stretto, di cui:	8.843	8.668	9.215	+6,3%
– ticket in quota fissa regionale	459	409	409	-2,7%
– differenza prezzo di riferimento	1.123	1.078	1.083	+0,5%
– acquisto privato farmaci in Classe A	1.544	1.528	1.644	+7,6%
– farmaci in Classe C con ricetta	3.066	3.269	3.466	+6,0%
– Automedicazione (SOP e OTC)	2.651	2.384	2.624	+10,1%
Spesa per altri medicinali e/o prodotti farmaceutici (omeopatici, erboristici, integratori, ecc.)	4.207	4.180	4.621	+10,5%

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA, Federfarma e ISTAT

6.6 Funzioni di spesa e mix pubblico-privato nei consumi

Da sempre gli autori segnalano la necessità di osservare i singoli «mercati» in quanto la composizione dei consumi varia in modo significativo a seconda

dell'area di beni o servizi coinvolta nella risposta ai bisogni di salute. Prima di entrare nel dettaglio dei mix pubblico-privato nei singoli settori della sanità, bisogna qui ricordare che le rilevazioni e le stime possono riferirsi a consumi in termini di risorse economiche e correlati flussi monetari impegnati (quanto hanno speso le famiglie per visite, quanto ha speso il SSN per visite) oppure quantità fisiche di consumo (numero di visite erogate per canale). La spesa è la grandezza tipicamente utilizzata per i confronti intertemporali e internazionali. La possibilità di ricondurre a un valore monetario oggetti così diversi (visite, ricoveri, farmaci, ecc.) permette e favorisce la comparazione e il benchmarking. Nel momento in cui si scende nel dettaglio dei singoli settori e si vogliono confrontare i valori di consumo, questa grandezza presenta però delle insidie. Non volendo qui aprire delle digressioni tecniche, in estrema sintesi la spesa pubblica viene stimata partendo dai costi sostenuti dalle aziende sanitarie pubbliche, mentre la spesa privata vede come fonte principale la stima della spesa attraverso l'indagine campionaria sulla popolazione. Si tratta pertanto, in quest'ultimo caso, di un processo di valorizzazione «a prezzi di mercato». È facile intuire l'effetto confondente che può avere l'osservazione del mix pubblico-privato per singolo settore partendo dai dati di spesa se si guarda, in particolare, all'ambito della specialistica ambulatoriale. Innanzitutto, esiste un ampio gradiente tra la spesa pubblica e quella privata, osservabile semplicemente confrontando il valore della tariffa riconosciuta dal SSN per una visita specialistica (da nomenclatore nazionale tra i 13 euro per la visita di controllo ai 23 per la prima visita) con quello di una visita acquistata privatamente (verosimilmente superiore ai 50 euro ed estremamente variabile, fino a 200 euro e oltre per professionisti medici affermati). Un secondo aspetto da considerare riguarda il fatto che una parte non indifferente di spesa privata confluisce, in realtà, proprio nel circuito pubblico di consumo attraverso il canale del ticket (si tratta, in questo caso, di consumi pubblici finanziati in parte privatamente). Inoltre la spesa privata non è paragonabile, per natura stessa e per ordini di grandezza, alle voci considerate nel perimetro della spesa pubblica. Per comparare insieme pubblico-privato il più possibile omogenei bisogna pertanto leggere il dato della spesa con le dovute cautele.

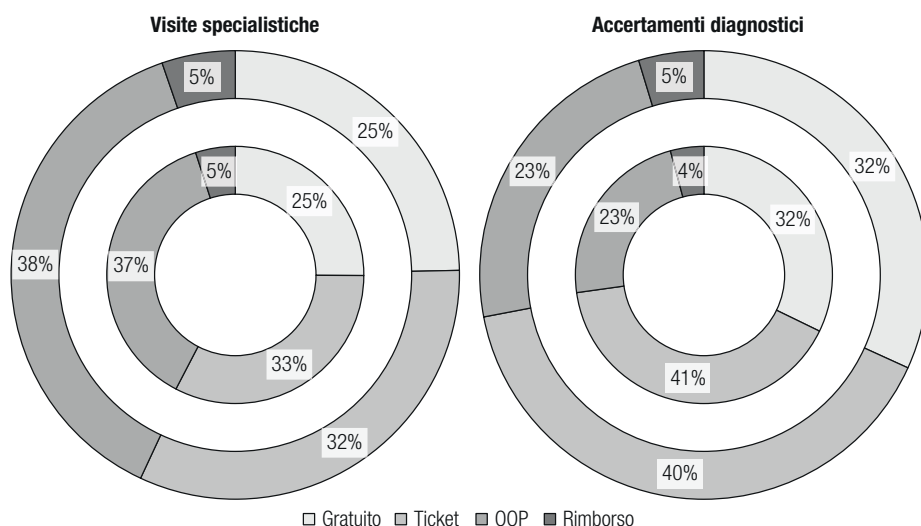
Il dato sui consumi reali è peraltro complesso da rilevare. Non vi sono al momento database nazionali e internazionali che includono in modo organico volumi di prestazioni e beni. Per osservare le dinamiche di consumo bisogna pertanto fare affidamento alle indagini campionarie disponibili. Tali indagini offrono una gamma inferiore di prestazioni da osservare (rispetto a quelle ricomprese nella classificazione SHA per funzioni di spesa) ma per le prestazioni considerate garantiscono una maggiore omogeneità e uguali unità di misura.

Tenendo conto di questo quadro tecnico e del fatto che l'oggetto principale di attenzione sono i consumi reali in quanto più vicini a cogliere l'intensità della risposta ai bisogni di salute della popolazione, la fonte privilegiata per

analizzare i mix pubblico-privato sono le indagini campionarie incentrate sui comportamenti di consumo degli individui. Prendendo a riferimento l'indagine ISTAT sugli aspetti della Vita Quotidiana, si possono analizzare i comportamenti di consumo sanitario delle famiglie circa le modalità di accesso ad alcuni servizi sanitari (2020 ultimo anno disponibile). Rispetto all'Indagine Multiscopo del 2013 sulla Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari, richiamata spesso da OCPS come benchmark di riferimento, questa indagine è, per definizione, meno focalizzata sugli aspetti sanitari, ma permette comunque di cogliere alcune evidenze su due prestazioni traccianti: le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici. In linea con i dati precedenti, la percentuale di prestazioni a pagamento intero (*out of pocket* o con rimborso totale o parziale) si colloca sopra il 40% per le visite specialistiche e sopra il 25% per gli accertamenti diagnostici strumentali (Figura 6.7). Rispetto alle dinamiche 2019-2020 non si registrano cambiamenti significativi nel mix delle modalità di pagamento quando si guarda ai comportamenti di consumo degli utenti.

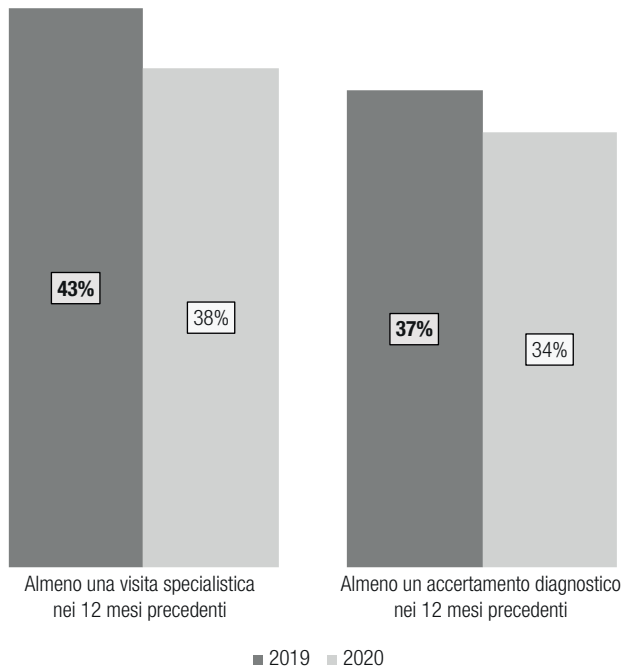
La Figura 6.8 riporta la percentuale di persone che ha dichiarato di aver effettuato una prestazione specialistica (visita specialistica o accertamento diagnostico) nei 12 mesi precedenti l'intervista. Bisogna qui segnalare che i dati di seguito rappresentati forniscono solo in parte elementi utili a definire l'effetto della pandemia sull'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli italiani, per via dell'impostazione metodologica dell'indagine che prevede che le interviste

Figura 6.7 **Modalità di pagamento (%) per tipologia di prestazione nell'anno precedente l'intervista, 2019 (cerchio interno) e 2020 (cerchio esterno)**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

Figura 6.8 **Percentuale di italiani che ha effettuato almeno una prestazione sanitaria, 2019 e 2020**



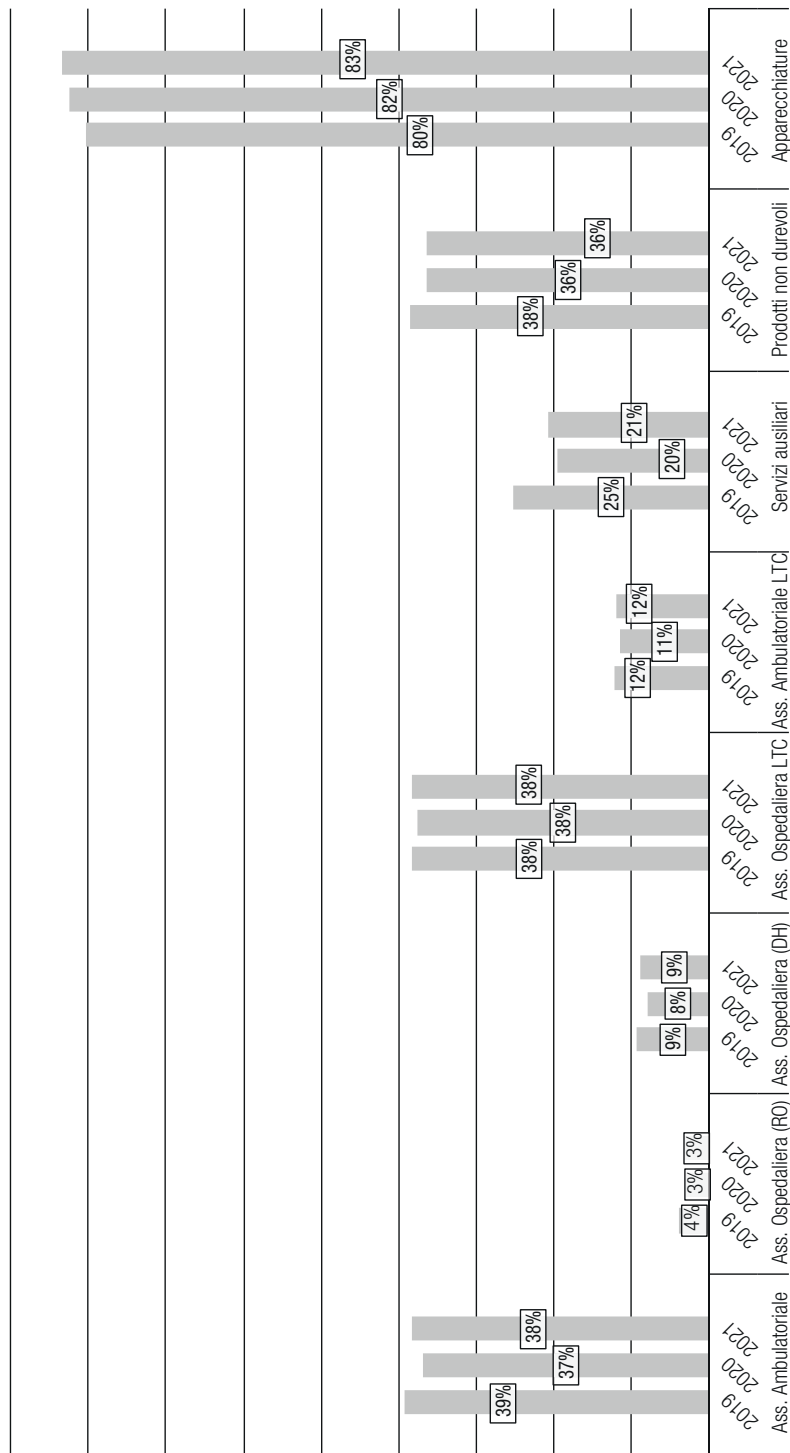
Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

vengano effettuate nel periodo marzo-giugno dell'anno di riferimento. In tal caso una domanda posta tenendo come riferimento i 12 mesi precedenti l'intervista riesce solo in parte a cogliere l'effetto della pandemia sui comportamenti di consumo. I dati mostrano comunque in modo chiaro una riduzione generalizzata nei consumi tra il 2019 e il 2020 e potrebbero quindi addirittura sotto-stimare il reale effetto che l'emergenza ha avuto sull'accesso ai servizi sanitari.

Con tutti i *caveat* riportati nella premessa del paragrafo, riportiamo in Figura 6.9 il mix di finanziamento pubblico e privato per funzioni di spesa secondo l'impostazione del SHA. Si passa da un minimo di 4% di finanziamento privato riscontrabile nei ricoveri ospedalieri, a circa il 20% per la spesa ambulatoriale⁷), fino alle apparecchiature e attrezzature terapeutiche per le quali la componente privata sfiora l'80% della spesa sanitaria totale. La Figura 6.9 consente poi di apprezzare quanto successo nel triennio 2019-2021 alle singole

⁷ Il dato sulla spesa ambulatoriale include, così come è stato stimato da ISTAT e secondo la definizione SHA, elementi strettamente legati al finanziamento pubblico come la spesa pubblica per la medicina generale, la medicina territoriale e il laboratorio. Il dato è stato poi decurtato della spesa privata per dentisti per rendere più omogeneo il perimetro di riferimento.

Figura 6.9 Percentuale in regime di finanziamento privato (spesa diretta e intermediata) per funzione di assistenza, 2019-2021



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

funzioni di spesa. Le variazioni più significative si registrano per l'attività ambulatoriale e l'acquisto di attrezzature terapeutiche. Queste ultime aumentano progressivamente il loro peso, passato dall'80% del 2019 all'83% del 2021. Per quanto riguarda, invece, l'attività ambulatoriale, la quota a carico di risorse private si riduce dal 22% al 19% tra il 2019 e il 2020 e risale al 20% nel 2021. Il dato sembra in linea con quanto accaduto rispetto all'immissione di risorse pubbliche utilizzate per sostenere l'emergenza COVID (es: fondi per l'attivazione delle USCA) e il recupero dell'attività ambulatoriale. Si può notare una differenza con quanto osservato con le grandezze in ordini monetari, dove si era osservata una lieve diminuzione del peso della spesa privata. Sempre tenendo conto degli oggetti e dei perimetri di riferimento delle grandezze in questione, l'immissione delle risorse pubbliche utilizzate per potenziare la medicina di base e quella territoriale potrebbe non aver interessato direttamente la specialistica ambulatoriale e gli accertamenti specialistici. Inoltre, come osservato in precedenza, non è detto che a maggiori risorse pubbliche corrisponda maggiore erogazione e consumo pubblico. È noto, infatti, che le risorse aggiuntive sono state utilizzate per evitare frenate in quanto l'attività era rallentata per via delle restrizioni agli accessi e le sanificazioni. A fronte di maggiori risorse immesse nel pubblico nel sistema sono infatti diminuiti i consumi, a prescindere dalla modalità di pagamento.

I dati disponibili confermano ancora una volta la complessità e varietà di interdipendenze tra circuiti privati e pubblici in sanità e la necessità di non guardare ai consumi sanitari privati come un bene indistinto.

6.6.1 Le direzioni dei flussi monetari: partecipazioni e libera professione

Viene di seguito riproposta e aggiornata per il 2020 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, distinguendo le risorse tra quelle destinate a sostenere in qualche modo il circuito pubblico (ticket, *intramoenia*), da quella destinate invece ad alimentare il circuito privato. Dai dati raccolti per il 2020 si evince come le risorse private destinate ad alimentare il circuito pubblico ammontino a circa 3,1 miliardi, una riduzione di ben il 20% rispetto al 2019 (3,9 miliardi). Per effetto di tali dinamiche, questa componente passa dunque dal contare più del 10% della spesa privata nel 2019 a rappresentare circa l'8% nel 2020. La riduzione è guidata più dal canale dei servizi (passati da 2,3 a 1,6 miliardi tra il 2019 e il 2020), che da quello dei beni (da 1,6 a 1,5 miliardi) (Tabella 6.12), ancora una volta a indicare come vi sia stata una riduzione generalizzata dell'accesso ai servizi e una tenuta dell'acquisto di beni durante la pandemia.

Per quanto riguarda la partecipazione, per oltre un decennio la spesa

Tabella 6.12 **La spesa sanitaria privata (in miliardi di euro) per circuito di offerta, 2019 e 2020**

	Servizi		Beni		Totale	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
PUBBLICO						
Ticket	1,3	0,8	0,5	0,4	3,9	3,1
Intramoenia o differenza prezzo di riferimento	1,0	0,8	1,1	1,1		
PRIVATO	23,7	22,2	13,2	12,9	36,9	35,1
TOTALE	26,0	23,8	14,8	14,4	40,8	38,2

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

per *copayment* era rimasta stabile tanto in termini assoluti quanto in percentuale della spesa per consumi delle famiglie. L'ultimo periodo di incrementi significativi è stato registrato tra il 2006 e il 2012 (Tabella 6.13), 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. Il rilevante impatto che la pandemia ha avuto sulla spesa per compartecipazioni (-21%), e in particolare sulla componente dei servizi (-36%), è stato di fatto recuperato nel 2021.

Tabella 6.13 **Spesa per compartecipazioni in Italia, 2009-2021**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spesa totale per compartecipazioni													
Miliardi di euro	2,0	2,2	2,7	3,0	2,9	3,0	2,9	2,9	2,9	3,0	2,9	2,3	2,9
% sulla spesa sanitaria delle famiglie	6,5	7,1	8,1	9,1	8,8	8,8	8,1	8,1	7,8	7,9	7,5	6,5	7,5
Compartecipazioni per servizi sanitari (Specialistica ambulatoriale, PS, altri)													
Miliardi di euro	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	0,8	1,4
% sulla spesa per servizi sanitari delle famiglie	8,5	8,5	9,2	9,2	10,0	8,8	8,0	8,0	7,1	7,6	7,1	5,1	NA
Compartecipazioni per farmaci (ticket su ricetta e differenza sul prezzo di riferimento)													
Miliardi di euro	0,9	1,0	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,5	1,5
- Di cui per ticket in quota fissa	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4
- Di cui per differenza sul prezzo di riferimento	0,4	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
% sulla spesa per beni sanitari delle famiglie	7,3	8,2	10,1	11,1	11,0	11,9	11,5	11,6	11,1	11,5	10,9	10,5	NA

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

Come già osservato, oltre a una riduzione della compartecipazione si è assistito anche una riduzione dei ricavi dell'attività *intramoenia* (-29%), passati dai 1,16 miliardi del 2019 agli 817 milioni del 2020. Attraverso la Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI), presentata alle Camere nel corso del 2022 e relativa all'anno 2020, è poi possibile approfondire anche il secondo canale utilizzato dalle aziende pubbliche per assorbire risorse private, ovvero l'*intramoenia* (Tabella 6.14). Visite ed ecografie ginecologiche sono in assoluto le prestazioni in cui l'attività libero-professionale ha un peso maggiore tra quelle complessivamente erogate dalle aziende sanitarie pubbliche, dato che l'ALPI vale rispettivamente il 23% e il 30% delle prestazioni prodotte. Tra quelle a maggiore peso dell'attività libero-professionale risultano anche le visite gastroenterologiche (19%) e quelle cardiologiche (14%); minore invece la rilevanza delle prestazioni ALPI sul totale per visite dermatologiche (6%), tipicamente caratterizzate da un elevato ricorso al finanziamento privato, evidentemente al di fuori dei confini del SSN, e le prestazioni di diagnostica pesante come TC (1%) e RM (2%). È interessante notare come tali rapporti non siano mutati nel corso del 2020, a fronte comunque di una drastica riduzione dell'attività che ha però interessato tanto l'area istituzionale quanto quella libero-professionale, a conferma di quanto già emerso dai dati ISTAT relativi a consumi e modalità di pagamento delle prestazioni nel 2020.

Tabella 6.14 **Volumi e percentuali di un insieme selezionato di prestazioni in libera professione (ALPI), 2019 e 2020**

Prestazione	2019		2020		
	Produzione (1.000)	% ALPI	Produzione (1.000)	Δ% 20-19	% ALPI
Visita ortopedica	4.222	11%	2.945	-30%	10%
Visita cardiologica	4.030	14%	3.060	-24%	13%
Visita dermatologica	3.460	6%	2.222	-36%	6%
TC	3.098	1%	2.653	-14%	1%
Visita ginecologica	2.226	23%	1.641	-26%	22%
Visita neurologica	2.172	13%	1.601	-26%	12%
Visita oncologica	2.093	3%	1.887	-10%	3%
Visita fisiatrica	2.082	4%	1.395	-33%	3%
Visita urologica	1.818	17%	1.240	-32%	17%
RM	1.745	2%	1.501	-14%	1%
Visita gastroenterologica	954	19%	707	-26%	17%
Ecografia ginecologica	200	30%	148	-26%	30%

Fonte: elaborazione OCPS su dati Ministero della Salute

6.7 Spesa sanitaria delle famiglie per caratteristiche socio-demografiche

Una comprensione delle dinamiche che caratterizzano la spesa sanitaria delle famiglie passa necessariamente da un'analisi delle determinanti socio-demografiche. Si riporta di seguito il dettaglio della spesa sanitaria familiare rispetto ad alcune variabili socio-demografiche: la tipologia familiare (Tabella 6.15), la condizione professionale (Tabella 6.16) e il quintile di spesa equivalente (Tabella 6.17).

In linea con le analisi svolte negli anni precedenti, i dati mostrano chiaramente come la variabile età della persona di riferimento, in prima battuta, e la dimensione familiare, in seconda, incidano sull'ammontare della spesa sanitaria (Tabella 6.15). Questo effetto è chiaro guardando al dato delle persone sole, con un'evidente dinamica crescente rispetto all'età e lo stesso si intuisce guardando alle coppie senza figli, tanto in termini assoluti quanto guardando al peso della spesa sanitaria sul bilancio familiare. Rispetto al 2019 non si registrano cambiamenti da segnalare, se non il fatto che le tipologie delle coppie senza figli con persona di riferimento di età compresa tra i 18 e i 34 anni e quelli con età superiore ai 65 anni sembrano non aver recuperato i valori osservati nel 2019 in valore assoluto. Gli andamenti seguono quindi la dinamica generale di ripresa delle spese sanitarie delle famiglie.

La Tabella 6.16 e la Tabella 6.17 riassumono invece l'effetto delle condizioni

Tabella 6.15 **Spesa sanitaria media mensile pro famiglia (in euro), per tipologia familiare, 2019-2021**

Tipologia familiare	2019		2020		2021			
	% Famiglie	% Popolaz.	Euro pro famiglia	In % spesa generale	Euro pro famiglia	In % spesa generale	Euro pro famiglia	In % spesa generale
Persona sola 18-34 anni	2,7%	1,2%	40	2,3%	38	2,2%	41	2,4%
Persona sola 35-64 anni	13,9%	6,0%	73	3,6%	67	3,6%	75	3,8%
Persona sola 65 anni e più	16,6%	7,2%	97	5,8%	97	6,1%	99	5,9%
Coppia senza figli con p.r. 18-34 anni	1,6%	1,4%	106	3,6%	90	3,2%	98	3,6%
Coppia senza figli con p.r. 35-64 anni	7,8%	6,7%	132	4,6%	116	4,5%	128	4,9%
Coppia senza figli con p.r. 65 anni e più	12,8%	11,2%	182	6,8%	150	6,4%	159	6,4%
Coppia con 1 figlio	14,6%	19,0%	130	4,3%	125	4,5%	131	4,4%
Coppia con 2 figli	13,3%	23,1%	131	3,9%	119	4,1%	138	4,4%
Coppia con 3 e più figli	3,6%	8,1%	149	4,3%	113	3,7%	141	4,2%
Mono-genitore	11,6%	12,8%	101	4,1%	100	4,5%	113	4,9%
Altre tipologie	1,7%	3,4%	114	4,1%	115	4,5%	127	4,9%
Totale	100,0%	100,0%	118	4,6%	108	4,6%	118	4,8%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

socio-economiche sui comportamenti di spesa in termini di spesa pro famiglia e peso della stessa sui bilanci familiari. Come già osservato per la tipologia familiare, gli andamenti seguono la dinamica generale di ripresa a seguito della riduzione osservata nel 2020. La situazione professionale incide profondamente sugli importi, sia in termini assoluti che relativi: le famiglie che hanno come persona di riferimento un operaio spendono circa il 30% in meno rispetto alle famiglie che hanno un dirigente, quadro o impiegato o un imprenditore e libero professionista come persona di riferimento. Come già anticipato in precedenza, il dato anagrafico domina nella determinazione dei valori, con i ritirati dal lavoro (pensionati) che registrano i valori più elevati sia in termini assoluti

Tabella 6.16 **Spesa sanitaria media mensile pro famiglia (in euro), per condizione professionale, 2019-2021**

Condizione professionale	2019		2020		2021			
	% Famiglie	% Popolaz.	Euro pro famiglia	In % spesa generale	Euro pro famiglia	In % spesa generale	Euro pro famiglia	In % spesa generale
Operaio o assimilato	19,0%	21,0%	92	4,0%	84	3,9%	94	4,2%
Dirigente, quadro o impiegato	19,3%	22,6%	130	4,0%	120	4,1%	134	4,3%
Imprenditore e libero professionista	4,3%	4,7%	137	3,5%	117	3,4%	129	3,6%
Lavoratore in proprio	8,2%	9,8%	105	3,6%	104	3,9%	108	3,9%
Disoccupato (in cerca di occupazione)	6,2%	6,9%	66	3,6%	62	3,5%	61	3,7%
Inattivo	7,9%	6,3%	129	5,8%	115	5,7%	124	5,9%
Ritirato dal lavoro	33,5%	27,1%	143	6,1%	128	5,9%	137	6,1%
Altra condizione	1,7%	1,5%	88	4,9%	82	4,9%	91	5,1%
Totale	100,0%	100,0%	118	4,6%	108	4,6%	118	4,8%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

Tabella 6.17 **Spesa sanitaria media mensile pro famiglia (in euro), per quintile di spesa equivalente, 2019-2021**

Quintili di spesa equivalente	2019		2020		2021		
	% Popolaz.	Euro pro famiglia	In % spesa generale	Euro pro famiglia	In % spesa generale	Euro pro famiglia	In % spesa generale
I quintile (< 1.300 euro)	23,1%	46	3,7%	40	3,3%	44	3,6%
II quintile (< 1.900 euro)	20,8%	81	4,4%	71	4,2%	74	4,3%
III quintile (< 2.500 euro)	18,9%	106	4,6%	100	4,7%	109	4,9%
IV quintile (< 3.600 euro)	19,1%	143	4,8%	121	4,7%	142	5,1%
V quintile (> 3.600 euro)	18,1%	216	4,8%	209	5,1%	220	5,1%
Totale	100%	118	4,6%	108	4,6%	118	4,8%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

che relativi. I disoccupati (in cerca di occupazione) sono invece la categoria con il minore valore di spesa pro famiglia (-44% rispetto alla media della popolazione) e in percentuale della spesa totale.

Infine, un ultimo appunto rispetto all'effetto «reddito», già emerso in una edizione precedente del Rapporto (Del Vecchio *et al.*, 2019) e qui riproposto (Tabella 6.17). Le famiglie che si collocano nell'ultimo quintile di spesa (spesa superiore ai 3.600 euro mensili), che rappresentano il 20% della popolazione, spendono in sanità l'80% in più circa rispetto alla media e oltre quattro volte di più rispetto alle famiglie collocate nel quintile che spende meno (spesa inferiore ai 1.300 euro mensili). Come per le dimensioni mostrate in precedenza, anche in questo caso il biennio Covid-19 non ha inciso in modo netto sulle differenze osservate tra classi di spesa in termini di valori pro famiglia e in percentuale sul bilancio familiare, se si esclude l'allargamento del differenziale tra la percentuale di spesa destinata alla sanità tra famiglie appartenenti alla prima e all'ultima classe, che tra il 2019 e il 2021 è stato pari a circa 0,4 punti percentuali (da 1,1 punti nel 2019 a 1,5 nel 2021).

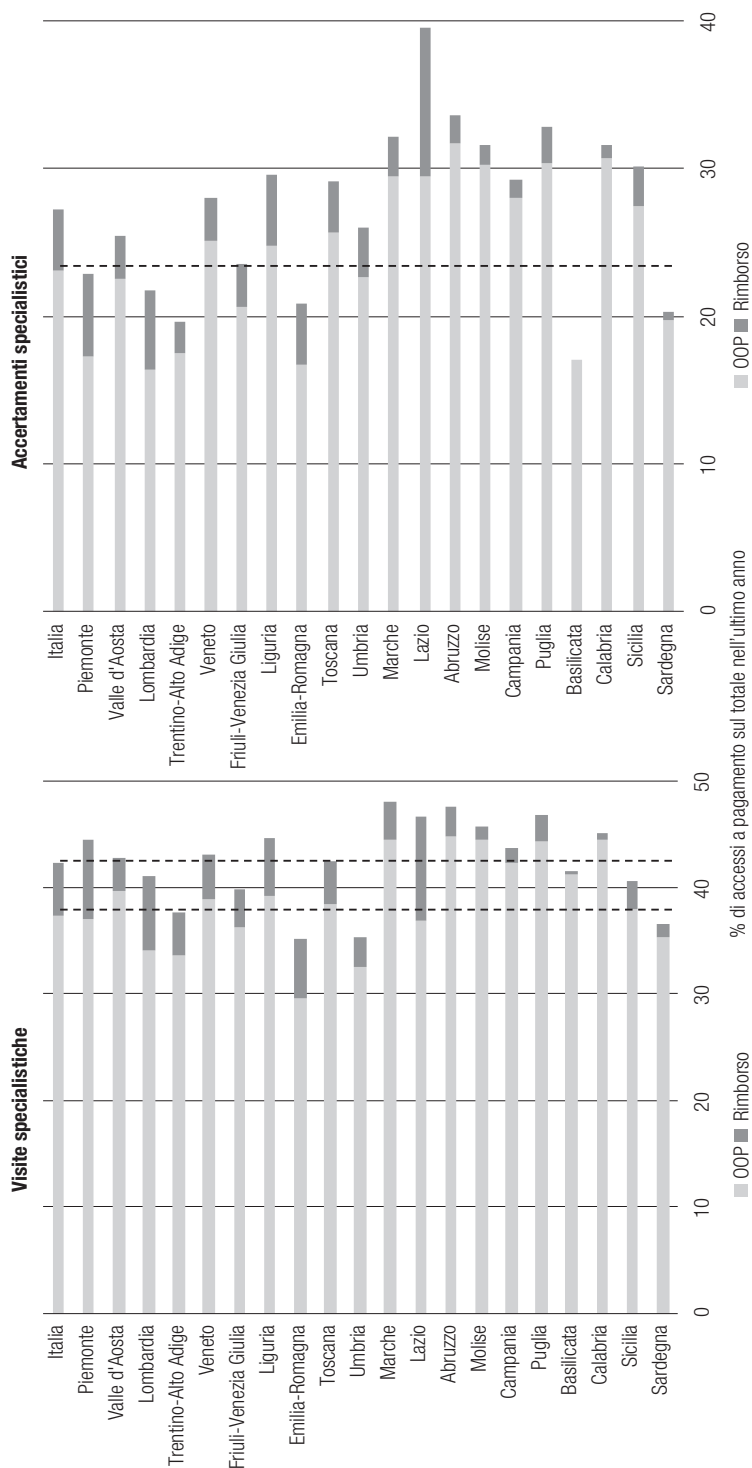
6.8 I comportamenti di consumo sanitario a livello regionale

Il tema della variabilità regionale dei consumi e della spesa sanitaria è stato in passato affrontato attraverso il ricorso ai dati ISTAT sulla spesa sanitaria delle famiglie a livello regionale. Gli shock che hanno caratterizzato il 2020 e il 2021 rendono però poco agevoli i confronti intertemporali, considerato che già negli anni precedenti al 2019 i dati erano caratterizzati da ampie oscillazioni, soprattutto per le regioni di dimensioni minori. Per questa edizione si è preferito pertanto superare l'aggiornamento dei dati di spesa regionali e concentrarsi invece su dati relativi agli aspetti della Vita Quotidiana, incentrati sui comportamenti di consumo e caratterizzati da una minore volatilità.

Nel paragrafo 6.6 si è osservato come a livello nazionale la percentuale di visite specialistiche a pagamento intero (*out of pocket* o con rimborso totale o parziale) si mantenga sopra il 40% per le visite specialistiche e sopra il 25% per gli accertamenti diagnostici strumentali. Il dettaglio a livello regionale mostra come vi sia una certa variabilità (Figura 6.10).

Trattandosi di un'indagine campionaria, nel momento in cui si scende di livello di osservazione e si iniziano a guardare i dati in maniera disaggregata, bisogna cogliere le grandezze soprattutto nelle loro relazioni piuttosto che nei valori assoluti, che risentono sicuramente di un errore statistico maggiore rispetto al livello aggregato. Fatta questa premessa ed entrando ora nel merito delle differenze regionali, per quanto riguarda le visite, il valore minimo osservato per l'OOP è quello dell'Emilia-Romagna, mentre quelli maggiori si registrano in Abruzzo, Molise, Calabria e Puglia. Si evidenzia, invece, una variabilità di gran lunga

Figura 6.10 **Modalità di pagamento per tipologia di prestazione nell'anno precedente, per regione (2019)**



Nota: la linea tratteggiata rappresenta la media italiana. Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

maggiore (il coefficiente di variazione⁸ è pari al 49%) nella percentuale di prestazioni pagate ricorrendo a un rimborso assicurativo, con il Lazio a rappresentare praticamente un *outlier* (10%) e alcune regioni meridionali (Basilicata, Molise, Calabria, Sardegna) con valori prossimi allo zero. Sul fronte degli accertamenti diagnostici si osserva una variabilità ancora maggiore, con percentuali di pagamento *out of pocket* che oscillano tra il minimo della Lombardia al massimo di Abruzzo e Calabria, così come la percentuale di prestazioni soggette a rimborso che vedono una situazione sovrapponibile a quella osservata per le visite.

In generale dal grafico è possibile osservare come, rispetto alle fotografie sviluppate con la Multiscopo del 2013, inizi con il 2019 a emergere un differenziale in particolare tra due macro-gruppi: il Centro-Nord, da una parte e il Sud, dall'altra. Se, infatti, le quote di consumo a pagamento in generale seguono degli andamenti eterogenei, è interessante notare cosa succede alle sotto-componenti. Le regioni meridionali mostrano tendenzialmente dei valori di OOP leggermente sopra la media che sono in parte colmati dalle regioni del Nord e del Centro attraverso un maggiore ricorso all'assicurazione.

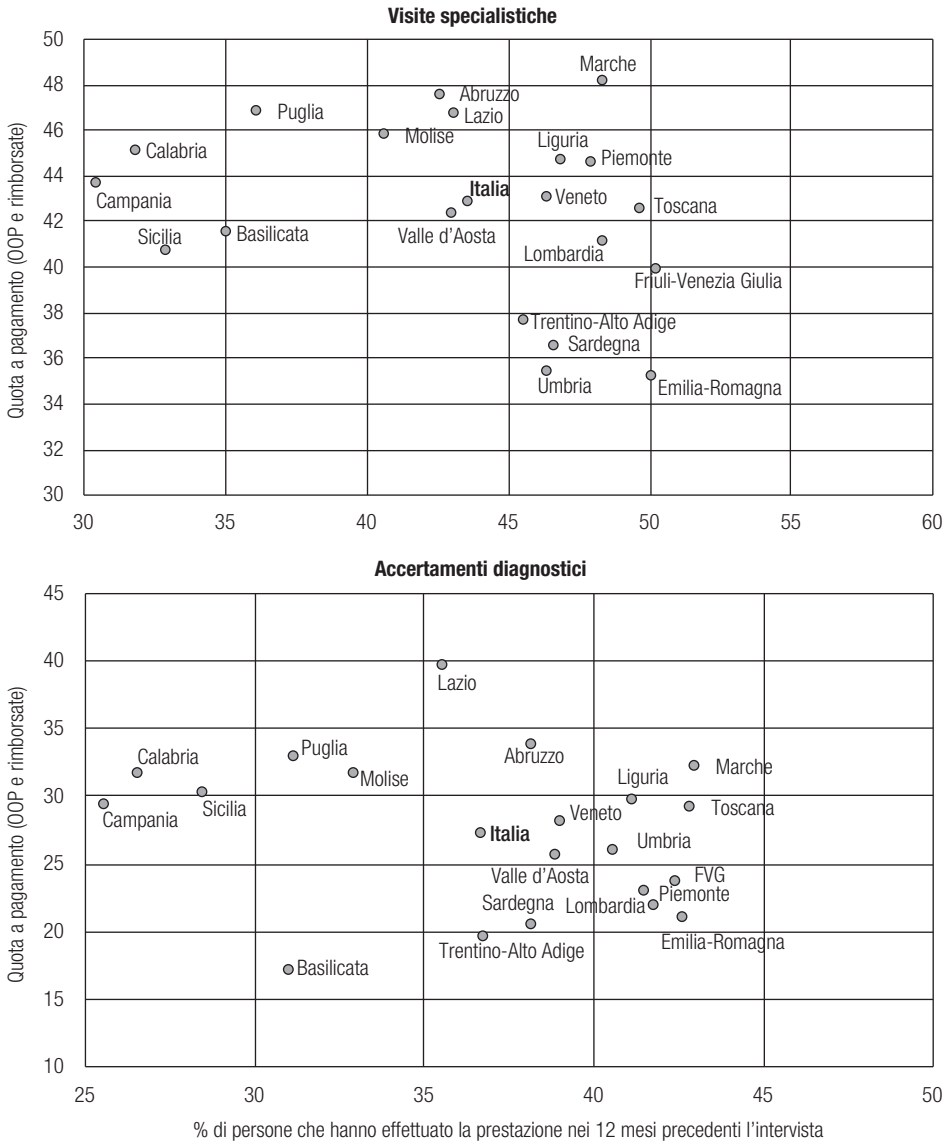
Anche i comportamenti di accesso ai servizi sono caratterizzati da una rilevante variabilità regionale (Tabella 6.18). Sulle visite specialistiche i valori variano da un minimo di 30% di persone che hanno effettuato almeno una visita specialistica in Campania a un massimo del 50% che ne ha effettuato almeno una in Friuli-Venezia Giulia (il coefficiente di variazione è pari al 15%). Similmente, per gli accertamenti diagnostici si registra una variabilità comparabile (il coefficiente di variazione è pari al 16%) con valore minimo del 26% osservato sempre in Campania e valore massimo del 43% registrato invece nelle Marche. È dunque evidente il differenziale nord-sud per il ricorso a entrambe le prestazioni, con le regioni meridionali e insulari che accedono strutturalmente meno ai servizi sanitari rispetto alle regioni centrali e settentrionali.

Incrociando ora i dati degli accessi con quello della modalità di pagamento, si possono effettivamente distinguere chiaramente due gruppi di regioni (Figura 6.11). Da una parte, vi è un nutrito gruppo che presenta tassi di accesso pari o sopra alla media italiana e quote di consumo a pagamento molto variegate. Dall'altra vi è un gruppo di regioni del Sud (Calabria, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia) con tassi di accesso decisamente inferiori al resto e con un consumo a pagamento in linea o maggiore della media.

Dai Rapporti precedenti (Rapporto OCPS 2015) basati sull'Indagine Multiscopo del 2013, più ampia e più focalizzata rispetto a quella degli aspetti della Vita Quotidiana, si evince che una quota parte delle differenze nei tassi di accesso è comunque riconducibile ai differenziali di comportamento nelle fasce di età inferiori ai 45 anni a cui si aggiunge e si collega una minore presenza di

⁸ «Il coefficiente di variazione (CV) è un indice di dispersione dato dal rapporto tra la deviazione standard e la media di una popolazione.

Figura 6.11 **Modalità di pagamento e tasso di accesso ai servizi sanitari, per tipologia di prestazione nell'anno precedente, per regione (2019)**



Fondi Sanitari Integrativi e benessere economico. Si tratta di fasce meno soggette a problemi di salute e pertanto la questione potrebbe avere degli effetti sugli esiti di salute soprattutto nei prossimi anni.

Il passaggio dal 2019 al 2020 racconta di un acuirsi di queste differenze. Per le visite si osserva un'estensione della variabilità regionale (il coefficiente di variazione aumenta da 14% a 18%), con cambiamenti minimi osservati in Li-

Tabella 6.18 **Percentuale di persone che ha effettuato almeno una prestazione nell'anno precedente, 2019-2020**

Regione	Visite specialistiche nei 12 mesi precedenti			Accertamenti specialistici nei 12 mesi precedenti		
	2019	2020	Δ	2019	2020	Δ
Piemonte	48,0	39,5	-8,5	41,5	34,7	-6,8
Valle d'Aosta	43,6	39,6	-4,0	38,9	36,7	-2,2
Lombardia	48,3	44,9	-3,5	41,8	38,4	-3,4
Trentino-Alto Adige	45,6	43,9	-1,7	36,7	34,4	-2,4
Veneto	46,4	44,2	-2,2	39,1	38,2	-0,8
Friuli-Venezia Giulia	50,3	46,3	-4,0	42,5	41,0	-1,4
Liguria	46,9	45,1	-1,8	41,2	39,3	-1,9
Emilia-Romagna	50,1	45,7	-4,4	42,6	40,0	-2,7
Toscana	49,6	41,1	-8,5	42,9	35,9	-7,0
Umbria	46,4	40,2	-6,3	40,6	33,9	-6,7
Marche	48,4	40,9	-7,5	43,0	34,3	-8,7
Lazio	43,1	41,5	-1,6	35,6	35,5	-0,1
Abruzzo	42,6	34,9	-7,7	38,2	31,2	-7,0
Molise	40,7	31,2	-9,5	33,0	28,5	-4,5
Campania	30,4	27,1	-3,3	25,6	24,6	-0,9
Puglia	36,2	34,0	-2,1	31,2	31,3	0,0
Basilicata	35,1	27,3	-7,8	31,1	24,4	-6,7
Calabria	31,9	24,6	-7,3	26,6	21,8	-4,9
Sicilia	32,9	26,7	-6,3	28,5	23,9	-4,6
Sardegna	46,7	39,2	-7,5	38,2	33,9	-4,2
Totale	43,0	38,4	-4,6	36,7	33,5	-3,1

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

giuria e Veneto e massimi registrati in Molise, Basilicata e Calabria. Per gli accertamenti specialistici invece rimane stabile il dato relativo alla variabilità con variazioni non significative in Lazio e Puglia e riduzioni maggiori in Basilicata, Marche e Calabria. In generale, per entrambe le prestazioni le variazioni osservate nelle regioni meridionali sono mediamente più significative.

A fronte di questi cambiamenti negli accessi alle prestazioni, mutano di poco i mix di canali di pagamento, come si può osservare dalla Tabella 6.19.

Emerge dunque un quadro in cui nelle regioni a più elevato reddito e con migliori performance dei sistemi sanitari regionali è comunque presente una componente fisiologica di consumo sanitario privato, di cui una parte sempre più consistente è data dai rimborsi assicurativi, favoriti dal comportamento delle famiglie che si assicurano con le polizze individuali e di un tessuto industriale che favorisce lo sviluppo di polizze collettive. Dall'altra parte, bisogna notare che, come osservato in parte per la Grecia, alcune regioni italiane potrebbero essere entrate in un circolo vizioso in cui il peggiore funzionamento di sistemi sanitari pubblici, minore benessere e capitale sociale favoriscono una depres-

Tabella 6.19 **Modalità di pagamento per tipologia di prestazione nell'anno precedente, 2019-2020, per regione**

Regioni	Modalità di pagamento visite specialistiche								Modalità di pagamento accertamenti specialistici							
	Gratuito		Ticket		OOP		Rimborso		Gratuito		Ticket		OOP		Rimborso	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Piemonte	27	27	29	28	37	36	7	9	38	35	39	41	17	16	6	8
Valle d'Aosta	20	21	37	29	40	41	3	9	33	35	41	40	23	19	3	6
Lombardia	27	28	31	33	34	32	7	7	35	36	43	41	16	16	5	6
Trentino-Alto Adige	23	25	40	37	34	34	4	3	32	32	48	46	18	20	2	2
Veneto	25	24	32	32	39	41	4	4	30	33	42	40	25	24	3	4
Friuli-Venezia Giulia	27	29	33	30	36	37	4	4	39	40	37	34	21	23	3	3
Liguria	24	24	31	31	39	38	5	6	32	32	38	42	25	22	5	4
Emilia-Romagna	27	26	38	36	30	33	6	5	35	36	44	42	17	18	4	4
Toscana	23	21	35	30	38	43	4	7	26	30	44	37	26	28	3	5
Umbria	25	26	39	32	33	38	3	5	31	31	43	41	23	24	3	4
Marche	24	21	28	32	45	44	4	3	31	28	37	40	29	30	3	2
Lazio	21	23	32	29	37	37	10	11	27	26	34	30	30	32	10	12
Abruzzo	23	23	29	33	45	41	3	3	30	29	37	41	32	28	2	2
Molise	27	24	28	32	45	40	1	5	36	34	32	34	30	28	1	5
Campania	16	13	41	45	42	40	1	2	20	15	51	56	28	27	1	1
Puglia	27	23	26	27	44	48	2	2	33	29	34	36	30	33	3	2
Basilicata	24	26	34	35	41	35	0	4	37	35	46	49	17	14	0	2
Calabria	26	31	29	27	45	42	1	1	36	35	33	39	31	24	1	1
Sicilia	30	29	30	30	38	40	3	1	36	34	34	38	27	28	3	1
Sardegna	33	29	31	32	35	38	1	1	40	38	39	44	20	18	1	1
Totale	27	25	33	32	37	38	5	5	32	32	41	40	23	23	4	5

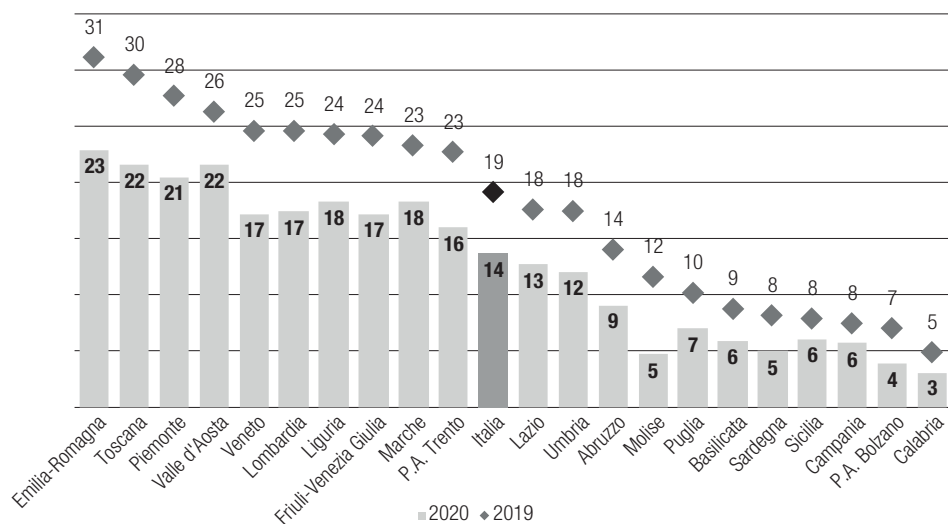
Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT

sione nell'accesso ai servizi in generale. Si tratta di contesti in cui l'OOP non è più un'opportunità ma, specialmente per alcune categorie di reddito, diventa una barriera aggiuntiva all'accesso dei servizi sanitari.

6.8.1 L'attività libero professionale nelle regioni italiane

L'edizione di quest'anno presenta un ulteriore approfondimento sulla dimensione regionale, e in particolare sull'attività privata delle aziende sanitarie pubbliche, a partire dai dati pubblicati all'interno della Relazione ALPI di cui si è già parlato nei paragrafi precedenti.

La Figura 6.12 mostra l'elevata eterogeneità che si registra in termini di ri-

Figura 6.12 **Spesa pro capite (euro) in prestazioni ALPI, per regione, 2019-2020**

Fonte: elaborazione OCPS su dati Ministero della Salute

corso alle prestazioni in regime di libera professione intramuraria (ALPI) e di effetto che la sospensione delle attività del 2020 ha avuto anche nel ricorso alle prestazioni libero-professionali presso le aziende sanitarie pubbliche. L'evidente differenza tra regioni settentrionali e meridionali è di fatto sovrapponibile a quella osservata nei Rapporti precedenti nel dato relativo alla spesa sanitaria pro capite. Già nel 2019 e prima dell'emergenza sanitaria, in regioni come Emilia-Romagna (31 euro pro capite) e Toscana (30 euro pro capite) la spesa pro capite in prestazioni ALPI aveva raggiunto valori notevoli, non solo se paragonati alla media nazionale (19,1 euro), ma soprattutto se messi a confronto con i dati di regioni meridionali come la Calabria (4,9 euro pro capite) e, restando su regioni di grandi dimensioni, la Campania (7,5 euro).

Sul dato ovviamente influiscono ragioni di carattere diverso, non solo legate alle condizioni socio-economiche, alla disponibilità a pagare delle famiglie e alla effettiva capacità delle aziende pubbliche di erogare attività in regime istituzionale, ma anche le modalità con cui le attività ALPI sono governate, il numero di medici che opera in libera-professione attraverso un rapporto di esclusività e altre questioni che attengono alla governance regionale e aziendale del fenomeno. Nel 2020 la sospensione delle attività si riflette ovviamente anche sul regime ALPI con impatti differenziati a seconda dei contesti regionali: da riduzioni minime osservate in regioni come Valle d'Aosta (-18%), Friuli-Venezia Giulia (-21%) e Sicilia (-23%) a variazioni considerevoli come quelle viste in Molise (-59%), P.A. di Bolzano (-44%) e Sardegna (-39%). A differenza dei valori di partenza in cui i differenziali nord-sud sono molto evidenti, questa

differenza non si riflette invece nella misura della variazione tra il 2019 e il 2020, per la quale hanno inciso verosimilmente le diverse politiche regionali adottate per rimodulare le attività in risposta all'emergenza.

6.9 L'emergere di un nuovo attore: le farmacie

Le farmacie sono da sempre il luogo dei consumi misti e al crocevia di molte delle dinamiche di ibridazione che stanno attraversando il settore. L'emergere del ruolo della farmacia come centro nevralgico di accesso ai circuiti pubblici e privati di consumo è, invece, un fatto relativamente recente. La nuova realtà è ben fotografata dalla Sentenza del Consiglio di Stato n. 111 del 4 gennaio 2021, secondo cui «la farmacia è ormai un centro sociosanitario polifunzionale a servizio della comunità e punto di raccordo tra ospedale e territorio e front-office del Servizio sanitario nazionale».

Il processo di trasformazione delle farmacie (da luogo di dispensazione di prodotti, a erogatore di prestazioni) è in atto da tempo. La progressiva riduzione di fatturato etico e commerciale (da 1.261.158 € del 2010 a 1.154.142 € del 2019, con un'ulteriore riduzione del 1,9% nel 2020 a seguito del calo scontrini durante la pandemia) ha portato la farmacia a ricercare nuovi business tra altre categorie merceologiche e servizi. La componente più critica è il farmaco: prima appannaggio del solo canale farmacia, mentre oggi per via dei farmaci innovativi, ma soprattutto dei nuovi regimi della distribuzione diretta e per conto, la territoriale vale solo il 39% della spesa farmaceutica complessiva. La percentuale di fatturato rimborsato sul totale è in diminuzione anche per la genericazione che abbassa il prezzo medio e le politiche di contingentamento delle prescrizioni.

Il riconoscimento della farmacia come presidio sanitario in grado di erogare, oltre ai farmaci, una serie di servizi aggiuntivi è arrivato con l'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 e il successivo decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, che elenca «i nuovi servizi assicurati dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali». Tra questi ci sono:

- ▶ servizi di assistenza domiciliare integrata a supporto delle attività del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS) attraverso la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal MMG o dal PLS;
- ▶ servizi di secondo livello per singoli assistiti (presa in carico) in coerenza con linee guida e i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei MMG e PLS e prestazioni rientranti nell'ambito dell'autocontrollo;

- ▶ prestazioni di telemedicina (prevalentemente telerefertazione: autospirometria, holter pressorio, holter cardiaco, ECG);
- ▶ screening;
- ▶ iniziative di prevenzione di I livello (es. educazione a salutari stili di vita);
- ▶ prenotazioni di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

In attuazione di tali norme il Ministro della Salute, nel 2010, ha emanato tre decreti attuativi che riguardano: autoanalisi, messa a disposizione di infermiere e altre figure sanitarie (non prescrittori) in farmacia e/o a domicilio. Nel 2018 la Legge di Bilancio ha stanziato 36 milioni di euro per sperimentazioni di servizi delle farmacie in 9 Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia). La Legge di Bilancio 2020 ha prorogato al biennio 2021-2022 la sperimentazione, estendendola a tutte le Regioni a statuto ordinario, grazie a un finanziamento di 50,6 milioni di euro. La pandemia, se da un lato ha rallentato la sperimentazione, dall'altro ha allargato l'ambito di azione della farmacia dei servizi. La farmacia ha conquistato la possibilità di erogare in regime convenzionato nuovi servizi strategici come i tamponi, ma soprattutto le vaccinazioni (anti-covid e influenzali) fino a oggi rientranti nell'atto medico, e il trend di ampliamento delle competenze continua anche nel *new normal* (per esempio, servizio di scelta e revoca del MMG). Post pandemia questi servizi sono rimasti in capo alla farmacia, ma senza rimborso, quindi totalmente in *out of pocket*. D'altra parte la prossimità del punto di erogazione le rende comunque competitive rispetto al pubblico.

Il processo di trasformazione delle farmacie, da luogo di dispensazione di prodotti a erogatore di prestazioni, è inoltre favorito dalla legge di liberalizzazione della proprietà delle farmacie. La legge annuale per il mercato e la concorrenza (legge 4 agosto 2017, n. 124) ha previsto l'apertura della titolarità delle farmacie anche alle società di capitale, e non più ai soli farmacisti, nonché l'abolizione del limite massimo di quattro farmacie in capo a un medesimo soggetto, ovvero la possibilità di costituire network di farmacie sotto un'unica proprietà. La legge ha portato alla diffusione delle catene (locali, nazionali, ma anche internazionali). Queste sono tutte posizionate sui servizi. La principale – Alliance Healthcare Wallgreens Boots – è stata la prima a lanciare nel 2005 negli USA il format di successo Retail Clinic, copiato poi dai suoi principali competitor. L'ambizione delle catene in Italia è portare tale format nel contesto nazionale, anche se esistono barriere e vincoli normativi, a partire dal RD 1706 del 1938 che sancisce la non compatibilità dell'erogazione di prestazioni da parte del medico prescrittore in farmacia; tuttavia è ammessa la telemedicina e le prestazioni legate alla prevenzione⁹.

⁹ Con la decisione n. 3357/2017 il Consiglio di Stato ha indicato che il divieto di esercizio dell'attività medica nei locali della farmacia non deve intendersi in senso assoluto e al punto da impe-

L'evoluzione normativa in materia mostra che il divieto di cumulo della professione farmaceutica con l'esercizio di altre professioni o arti sanitarie non impedisce di prevedere presso le farmacie giornate di prevenzione, nell'ambito di appositi programmi di educazione sanitaria o di specifiche campagne contro le principali patologie, anche mediante visite mediche, «la cui finalità sia quella di favorire il valore essenziale della prevenzione sanitaria con riferimento appunto a patologie a forte impatto sociale». Non costituiscono, quindi, violazione della normativa che sancisce il «divieto di cumulo» fra la professione medica e quella del farmacista le attività con finalità socio-sanitarie di:

- ▶ collaborazione ai programmi di educazione sanitaria della popolazione realizzati a livello nazionale e regionale;
- ▶ realizzazione di campagne di prevenzione delle principali patologie;
- ▶ previsione di giornate di prevenzione attraverso medici in farmacia i quali, solo ed esclusivamente nell'ambito e per le finalità di tali giornate, potrebbero effettuare visite a pagamento, senza che i farmacisti partecipino in alcun modo agli utili che i predetti professionisti potrebbero ricavare.

La progressiva crescita delle catene di proprietà sta favorendo l'aggregazione delle farmacie indipendenti in reti virtuali. Oggi le catene reali o virtuali riuniscono il 14% delle farmacie italiane ma per quota di mercato rappresentano ormai il 17% del canale. La presenza sul mercato di gruppi organizzati di farmacie rende maggiormente praticabile la Legge sui Servizi avendo la potenzialità di offrire una *Value Proposition* credibile e possibilità significative di investimento.

L'arricchimento della gamma di servizi erogati dalla farmacia è un percorso comune a tutti i Paesi d'Europa, tuttavia nella maggior parte dei casi le farmacie vengono abilitate all'erogazione delle prestazioni, ma non vengono remunerate, ragione per la quale i servizi vengono prevalentemente erogati in regime di *out of pocket*. Anche nel nostro Paese molti degli attuali servizi erogati in farmacia sono stati avviati privatamente (in assenza di risorse messe a disposizione dal SSN o dai singoli SSR) o in qualche sperimentazione. Federfarma e FOFI (Federazione Ordini Farmacisti Italiani) spingono sui servizi proponendo attività agli enti pubblici anche senza remunerazione per rafforzare il ruolo

dire qualsivoglia attività all'interno della farmacia. Infatti un'interpretazione di tal fatta delle norme di settore contrasterebbe con quelle ugualmente vigenti in tema di nuovi servizi in farmacia le quali espressamente consentono: «la erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale e ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano».

della farmacia come presidio sanitario di riferimento dei cittadini (ultimo caso la dispensazione totalmente gratuita del Paxlovid, farmaco sperimentale contro il Covid).

I dati di mercato IQVIA evidenziano come il fatturato 2021 abbia recuperato sul 2019 (anno pre-pandemia; il 2020 sul 2019 aveva registrato un -1,9%), registrando un +1,5%. Tuttavia i dati fino a ottobre avevano ancora un trend negativo (-0,9%); il recupero è legato all'evento straordinario dei campioni. L'etico, parte prevalente del fatturato della farmacia che pesa sul fatturato il 57,8%, resta negativo (-1,2%), l'OTC continua a perdere (-3,8%), come anche la cosmesi (-1,2%). Nonostante i primi segnali di recupero del fatturato si attendono nuove criticità derivanti dagli effetti della pandemia: il potenziale incremento della distribuzione diretta e per conto anche a seguito dell'istituzione delle Case di Comunità previste dal PNRR; nuovi modelli di assistenza e di dispensazione quali la telemedicina, anch'essa in via di potenziamento per via dagli indirizzi e delle risorse del PNRR, nonché l'*home delivery*; un crescente orientamento all'e-commerce dei cittadini rafforzato anche dagli investimenti fatte dalle aziende in multicanalità a seguito delle difficoltà di rifornimento durante il lockdown. Inoltre, il conflitto in Ucraina iniziato il 24 febbraio 2022 è destinato ad avere un significativo impatto sui consumi (e di conseguenza sulle vendite) e sui costi non solo energetici, ma anche di approvvigionamento in quanto l'industria farmaceutica è fortemente energivora e la distribuzione del farmaco è impattata dai costi di trasporto.

Le minacce sull'andamento economico del business retail stanno spingendo le farmacie a investire sui servizi: in particolare telediagnostica; analisi sangue (prelievo capillare) e urine; infermiere in farmacia o a domicilio; consulenza di nutrizionisti, psicologici, ortopedici, podologi, ostetriche; cabine estetiche; consulenza del farmacista in studio o on line, biologo in farmacia, test genetici, MOC, analisi insufficienza venosa, test ossidativo, analisi intolleranze, fast check-up. I prezzi sono estremamente competitivi, raramente sopra il ticket, e i tempi di attesa tendenzialmente nulli, con rare eccezioni. Post pandemia è cresciuto il valore della consulenza del farmacista, tanto che sta diventando una vera e propria prestazione erogata nella privacy di uno studio all'interno o all'esterno della farmacia oppure via web. Alla tradizionale consulenza gratuita al banco si affiancano richieste da parte del cittadino di consulenza del farmacista in studio professionale all'interno della farmacia o in videochiamata. Se per la prima il paziente non è disposto a spendere, per le altre si ha un prezzo di 24,86€. Le criticità principali allo sviluppo dei servizi in farmacia sono rappresentate dalla disponibilità di personale e spazi.

Le farmacie, nel loro essere uno snodo di prossimità in termini di consumi sanitari ibridi (Box 6.1), si avviano a svolgere un ruolo sempre più rilevante nel sistema sanitario e potrebbero alternativamente rappresentare dei potenziali preziosi alleati o dei potenziali pericolosi competitori per il nostro SSN.

Box 6.1 I numeri della farmacia

- 19.669 farmacie
- circa 2.900 farmacie su oltre 19.000 aderiscono a una catena reale o a un *network* virtuale forte (a fronte di percentuali che vanno dal 50 al 75 per cento di altri Paesi Ue)
- 4 milioni di persone entrano ogni giorno in farmacia
- 800.000 persone entrano ogni giorno in farmacia per consulenze sulla salute
- 230 utenti medi giornalieri di una farmacia
- 1 farmacia ogni 3.032 abitanti
- Superficie media 73 mq
- Fatturato medio 1.154.000 di cui 58% farmaci etico (farmaco su ricetta A-rimborsato- e C –non rimborsato).

6.10 Riflessioni conclusive

Da ormai dieci anni OCPS osserva e interpreta il fenomeno dei consumi privati nella prospettiva di un contesto nazionale caratterizzato da una presenza pubblica di tipo Beveridge. I risultati di tale sistematica osservazione, regolarmente messi a disposizione del dibattito attraverso uno specifico capitolo del Rapporto OASI, hanno nel tempo consentito, non solo di definire meglio i contorni di un fenomeno tanto evocato quanto poco conosciuto, ma anche di consolidare alcune chiavi interpretative che altrimenti sarebbero rimaste mere ipotesi o semplici intuizioni. L'arrivo del Covid ha sicuramente complicato lo sforzo di descrizione: da questo punto di vista qualche tempo sarà necessario perché i dati si consolidino e possano offrire una rappresentazione del settore in linea per accuratezza e dettaglio con quelle fin qui prodotte. Con tutte le tensioni che ha inflitto ai sistemi sanitari lo stesso Covid non ha però smentito le chiavi interpretative fondamentali che OCPS ha continuato a proporre e, in alcuni casi, ne ha rafforzato la validità.

Sono proprio queste idee fondamentali che è opportuno richiamare in una fase, come quella che si è recentemente aperta, in cui la componente pubblica del nostro sistema sanitario produce un intenso sforzo di recupero della «normalità», ma, soprattutto, avvia un processo che dovrebbe portare a un radicale cambiamento nelle modalità di risposta ai bisogni di salute della collettività. Bisogna infatti sottolineare come, ancora una volta e purtroppo, lo scarso dibattito, e il disegno di cambiamento che ne è conseguito, tradiscano una visione autarchica della componente pubblica, ovvero, per chiarezza, di quell'insieme di servizi prodotti da attori pubblici e privati che sono sorretti e guidati dal finanziamento pubblico. La visione autarchica, considerando solo ciò che avviene all'interno del perimetro pubblico, non riesce a cogliere né le profonde e crescenti interdipendenze che legano le diverse componenti del sistema sanitario né il ruolo giocato e le opportunità offerte dai consumi privati nella risposta ai bisogni.

Una considerazione preliminare, confermata dai dati qui presentati, è relativa alla unicità dei sistemi sanitari nazionali. Dal punto di vista delle sole quantità e dei circuiti economici che alimentano i consumi, alla varietà che caratterizza i punti di partenza bisogna poi aggiungere le diversità delle traiettorie seguite dagli stessi sistemi nel rispondere ai problemi posti dalla pandemia. Ogni sistema sanitario rappresenta, in questa prospettiva, un *unicum* e, anche quando singoli meccanismi e soluzioni vengono trasferiti da un paese a un altro, questi assumono ruoli che dipendono essenzialmente dal funzionamento dell'insieme. In questo contesto di radicali differenze nei livelli di partenza e nelle dinamiche di funzionamento è difficile valutare sulla base dell'esperienza di altri paesi il reale apporto che specifici strumenti e meccanismi possono dare alla soluzione dei problemi che i singoli sistemi devono affrontare. Se non esistono modelli o soluzioni intrinsecamente migliori di altri, la bontà di qualunque insieme di proposte dipende da quanto coerentemente queste si inseriscano nello specifico contesto e ciò, a sua volta, implica che le rappresentazioni del sistema sanitario utilizzate nella loro formulazione siano in grado di cogliere gli elementi essenziali del suo reale funzionamento. Una adeguata conoscenza e comprensione dei consumi privati e del loro ruolo è perciò fondamentale nel disegnare un futuro per l'intero sistema sanitario del nostro paese.

OCPS ha sempre cercato di contribuire a tale conoscenza attraverso le sue analisi, e ha altresì sempre sottolineato come almeno tre questioni, presenti anche in questo capitolo, rendano problematica la comprensione e siano spesso sottovalutate o, addirittura, oggetto di fraintendimenti.

A livello macro il problema è quello di interpretare il complesso intreccio che lega tra loro le dinamiche di PIL, spesa pubblica e spesa privata. In altri e più immediati termini è la questione di quali fattori determinino la spesa privata. Superata, augurabilmente una volta per tutte, l'ipotesi di residualità, ovvero che i consumi privati siano per gran parte una diretta conseguenza dei livelli quantitativi e qualitativi dell'offerta pubblica, la variabile che emerge con maggiore evidenza è quella del reddito. Al netto della eccezionalità della situazione, il rimbalzo sperimentato nel 2021 all'unisono da PIL e spesa privata, in concomitanza di una sostanziale invarianza della spesa pubblica, potrebbe rappresentare una ulteriore conferma della relazione. Evidentemente però altri fattori devono essere considerati. Non si può ignorare come in alcuni casi, da delimitare rispetto al ragionamento complessivo, siano proprio alcune carenze del sistema pubblico a generare una spinta verso l'offerta privata, così come il reddito non possa influenzare direttamente il consumo privato nel caso della sanità integrativa di matrice contrattuale. La densità delle strutture di offerta e fattori socioculturali non possono poi essere dimenticati. In sintesi la comprensione delle dinamiche dei consumi privati e, a maggior ragione, l'eventuale tentativo di governarne l'evoluzione è un tema tanto rilevante quanto refrattario a facili semplificazioni.

In parte collegata a quanto appena esposto è la questione della ibridazione sia a livello dei sistemi che a quello dei consumi. Le tradizionali distinzioni «pubblico vs privato» o «scelte collettive vs scelte individuali» vengono gradualmente a perdere di significato e, soprattutto nella prospettiva dei consumi, diventa sempre più difficile immaginare che il sistema pubblico possa essere governato senza considerare ciò che avviene al di là dei suoi confini prossimi. In questo quadro è quasi sorprendente che nel dibattito e nelle scelte che dovrebbero segnare il futuro del servizio sanitario nazionale, e in particolare rispetto all'enfasi posta sulla «presa in carico» e sui «percorsi del paziente», i dati che OCPS ha regolarmente prodotto sul ruolo dei consumi privati nel campo della specialistica ambulatoriale o della riabilitazione siano rimasti ai margini di ogni ragionamento. Sulla stessa linea è significativo come nella riflessione sulle case della comunità poco sia stato considerato il ruolo delle farmacie le quali, nel loro essere uno snodo di prossimità sempre più rilevante in termini di consumi sanitari ibridi, potrebbero alternativamente rappresentare dei potenziali preziosi alleati o dei potenziali pericolosi competitori.

L'ultima questione riguarda la locuzione «consumi privati in sanità» e il suo utilizzo che diventa fuorviante qualora non si tenga adeguatamente conto delle profonde differenze che caratterizzano i diversi segmenti che compongono l'insieme. Ragionare, come spesso avviene, sulla spesa sanitaria privata nel suo complesso è infatti di scarsa utilità poiché, per esempio, componenti come le cure dentistiche sono per disegno al di fuori del perimetro del SSN, mentre altre, come i ricoveri ospedalieri o le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono al centro delle attenzioni dello stesso SSN. Ancora, la legittimazione e i giudizi dell'opinione pubblica sulla spesa privata in ambiti come gli ultimi citati differiscono notevolmente da quelli espressi sui beni sanitari e, anche all'interno della stessa categoria dei beni, la spesa sanitaria privata viene percepita diversamente qualora si tratti di farmaci invece che di protesi acustiche o lenti correttive. In sintesi, come OCPS ha sempre ribadito, bisogna guardare ai diversi segmenti, collocando giudizi e scelte nei percorsi reali di consumo di cittadini e pazienti, percorsi che diventano sempre più ibridi e sono sempre meno interpretabili attraverso le classiche categorie che dominano il dibattito pubblico.

Perché i temi qui posti diventano ora di particolare urgenza e in che modo i consumi sanitari privati possono inserirsi in un disegno di trasformazione dell'intero sistema sanitario italiano? Un accenno di risposta a due domande, che richiederebbero ben altro spazio per essere minimamente affrontate, non può che partire dalle risorse che la collettività investe e deciderà di investire nella componente pubblica del sistema.

Una riflessione che voglia guardare al di là del breve periodo deve considerare non tanto i «miliardi di euro», l'oggetto prevalente del dibattito e della comunicazione politica, quanto la percentuale di spesa sanitaria pubblica sul PIL.

Seppur in termini molto approssimativi, è infatti, il PIL il punto di riferimento a cui le attese di consumo di una collettività vengono ancorate. Più concretamente, l'Italia nel 2019 investiva nella tutela pubblica della salute il 6,4% del PIL (meno di noi nella Tabella 6.3 solo Portogallo, Grecia e Irlanda), mentre i nostri riferimenti in Europa, Germania e Francia, investivano rispettivamente il 9,8% e il 9,3%. Anche scontando i diversi livelli di reddito, è difficile quindi immaginare che il nostro sistema potesse offrire livelli di ampiezza, quantità e qualità di servizi e, in ultima analisi, di copertura dei bisogni paragonabili a tali paesi, a meno di ipotizzare differenziali di efficienza ed efficacia giganteschi. Per chiarire meglio la situazione è opportuno ricordare come intorno al 2010 l'Italia avesse raggiunto il suo massimo storico a circa il 7% per poi declinare costantemente. Se si considera la spesa totale sul PIL 2019 la collocazione del nostro paese nel contesto internazionale non cambia, anzi peggiora: solo Grecia e Irlanda fanno peggio di noi, mentre il Portogallo, in questo caso, ci supera di quasi un punto.

In questa situazione è arrivata l'epidemia che ha prodotto effetti differenziati nei diversi contesti in termini di caduta del PIL, aumento della spesa pubblica e variazione della spesa privata. L'effetto per il nostro paese è stato il superamento del livello del 2019 come spesa sanitaria pubblica sul PIL, senza, però, un significativo cambiamento della nostra posizione nel confronto internazionale sia in termini di spesa pubblica sia di spesa totale.

Insomma, i confronti internazionali pre e post Covid dicono in modo grossolano, ma abbastanza chiaramente, che le risorse che la collettività italiana investe nella tutela della salute non sono coerenti con le attese che una collettività che si confronta più con la Francia e la Germania che con la Grecia, implicitamente o esplicitamente esprime.

Il quadro diventa ancora più preoccupante se si considerano le prospettive della spesa sanitaria pubblica. Il documento di Economia e Finanza licenziato nell'aprile del 2022 descrive uno scenario che prevede al 2025 una spesa sanitaria pubblica inferiore a quella attuale e attestata al 6,2% del PIL. Oltre ai documenti ufficiali, a rendere molto improbabile uno scenario di significativo aumento della spesa pubblica è la considerazione che la sanità non sembra essere in grado di competere con altre esigenze e voci di spesa. Ogni qualvolta nell'ultimo decennio si sono aperti degli spazi nei vincoli della finanza pubblica, questi sono stati occupati da misure caratterizzate dal trasferimento diretto di risorse: gli «80 euro», quota 100, reddito di cittadinanza, sgravi fiscali e contributivi. La collettività, in un sistema di democratico di decisioni, ha espresso le sue legittime priorità e non sembra che tali priorità siano destinate a mutare se non nel lungo periodo.

In questo scenario di sistema l'oggetto principale di interesse del capitolo, i consumi privati, si inseriscono in almeno due prospettive, che in parte si sovrappongono.

La prima è quella della integrazione tra consumi pubblici e privati. Soprattutto se le risorse non aumenteranno il nostro sistema non può più permettersi di pensare solo in termini di ciò che avviene nel perimetro pubblico. Si tratta di una prospettiva difficile dal punto di vista politico, ma bisogna preliminarmente prendere atto che i bisogni di salute trovano risposta anche attraverso le risorse private e poi costruire e favorire tutte le sinergie possibili fra le due componenti. Il cambiamento richiesto all'approccio fin qui seguito, e alla retorica che lo ha accompagnato, implica conseguenze rilevanti a partire dal concetto stesso di tutela pubblica della salute. Implica, inoltre, una «serena presa d'atto» che non tutte le ambizioni che hanno accompagnato lo sviluppo del SSN potranno trovare effettiva realizzazione.

La seconda, ancora più difficoltosa dal punto di vista politico e altrettanto indispensabile se la spesa pubblica non riesce ad aumentare, è di iniziare a pensare a come produrre e governare un aumento dei consumi privati che non minacci l'equità sostanziale del sistema e che possa contribuire al benessere collettivo. Un utile punto di partenza potrebbe essere la distinzione in termini di vantaggi e svantaggi tra componente *out of pocket* e componente intermedia. Una alternativa peggiore a dibattiti e scelte esplicite sarebbe quella di assistere a una crescita incontrollata dei consumi privati che minerebbe equità e delegittimerebbe il sistema pubblico.

Come si vede ora più che mai la nostra collettività deve prendere delle decisioni. OCPS come sempre non vuole intervenire nelle scelte, ma offrire più solide basi fattuali e concettuali alle scelte stesse.

6.11 Riferimenti bibliografici

- AIFA (2022), «Rapporto OsMed 2021 – L'uso dei farmaci in Italia». Da: <https://www.aifa.gov.it/dati-osmed>
- ANIA (2022), «L'assicurazione italiana 2021/2022». Da: <https://www.ania.it/pubblicazioni/-/categories/53705>
- Armeni P. e Ferrè F. (2014), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in Cergas (a cura di) *L'azionalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2015), «Pubblico e privato in sanità: nuove sfide per un tema antico», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015), «I Consumi Privati in Sanità: i dati», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di) *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.

- Del Vecchio M., Fenech L., Prenestini A. (2015) «Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS», *Health Policy*, 119(3): 356-366.
- Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E., Rappini V. (2013), «I Consumi Privati in Sanità», in Cantù E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech e Rappini V. (anni vari), «I Consumi Privati in Sanità», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI (edizioni varie)*, Milano, Egea.
- ISTAT (2022), «La spesa per i consumi delle famiglie», *Statistiche Report*, 9 giugno 2022. Da: <https://www.istat.it/it/archivio/258409>
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2020), «Dipartimento delle Finanze, Statistiche Analisi statistiche, Dichiarazioni presentate nel 2020». Da: https://www1.finanze.gov.it/finanze/analisi_stat/public/index.php?tree=2021
- Ministero della Salute (2022), «Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria». Da: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3176_allegato.pdf
- OECD (2022), «Health Statistics 2022». Da: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- OECD, Eurostat, WHO (2013), «Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health», 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 (2017), «Manual A System of Health Accounts (SHA, revised edition)», Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2021), «Accounting Guidelines for COVID-19 related activities under the 2021 joint OECD, EUROSTAT and WHO health accounts (SHA 2011) data collection».
- Ragioneria Generale dello Stato (2022), «Il monitoraggio della spesa sanitaria», *Studi e pubblicazioni*.
- 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.

**La realizzazione del Rapporto OASI 2022 è stata possibile
grazie ai contributi incondizionati di**



ASSOLOMBARDA



Dedalus



VIATRIS