

CAPITOLO 2

La spesa per la salute in Italia

2.1. La spesa sanitaria

La spesa sanitaria si compone di due macro-categorie: spesa pubblica e spesa privata, che include quella intermediata da fondi sanitari e da polizze assicurative e la spesa out-of-pocket direttamente sostenuta dai cittadini. Le prime tre componenti di spesa sono in linea con i pilastri individuati dal DL 502/92 per sostenere il SSN:

1. La sanità pubblica, basata sui principi di universalità, equità e solidarietà
2. La sanità collettiva integrativa, attraverso i fondi sanitari
3. La sanità individuale, attraverso polizze assicurative

Tale modello era basato su alcune assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i LEA, la sanità collettiva integrativa copre prestazioni extra-LEA e ogni cittadino può stipulare polizze assicurative individuali, oltre che acquistare direttamente beni e servizi sanitari, beneficiando di specifiche detrazioni fiscali.

Tuttavia, la combinazione di fenomeni occorsi nell'ultimo decennio ha messo in discussione questo modello a tre pilastri, come dimostra la composizione della spesa sanitaria che, secondo le stime effettuate dal presente Rapporto, nel 2017 ammonta a € 154.920 milioni così ripartiti:

- € 113.131 milioni di spesa pubblica;
- € 41.789 milioni di spesa privata, di cui:
 - € 5.800 milioni di spesa intermediata:
 - € 3.912 milioni da fondi sanitari/polizze collettive;
 - € 711 milioni da polizze individuali;
 - € 1.177 milioni da altri enti;
 - € 35.989 milioni di spesa out-of-pocket.

In altri termini, nel 2017 il 27,0% della spesa sanitaria è privata e di questa l'86,1% è out-of-pocket (figura 2.1).

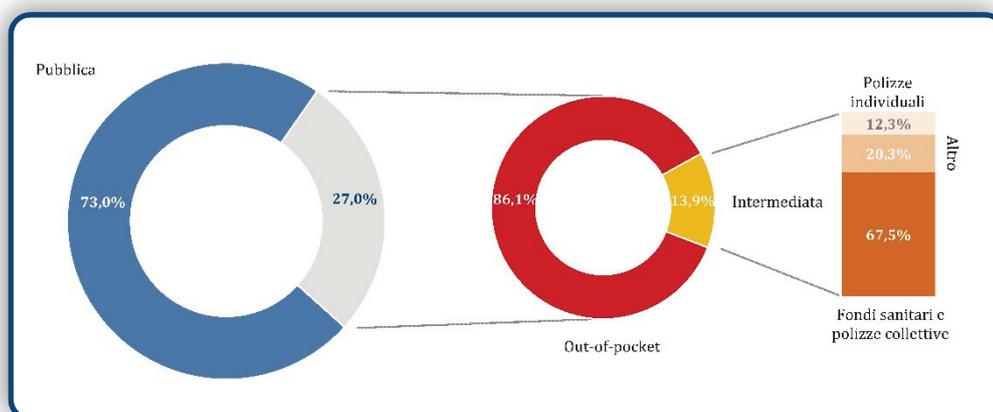


Figura 2.1. Composizione della spesa sanitaria (anno 2017)

La fonte principale utilizzata nel presente Rapporto per valutazioni e analisi della spesa sanitaria è rappresentata dal nuovo sistema dei conti della sanità dell'ISTAT³⁰ che per il 2017 riporta una spesa sanitaria totale di €152.817 milioni³¹. Tale sistema è costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) in linea con le regole contabili del sistema europeo dei conti (SEC 2010) e utilizzato per l'*OECD Health Statistics* che allinea i dati italiani a quelli degli altri paesi (box 2.1).

Box 2.1. Il sistema ISTAT dei conti della sanità

Dal luglio 2017 l'ISTAT ha reso disponibili le stime sul sistema dei conti della sanità secondo il regolamento UE 359/2015 – *System Health Accounts* (SHA) – con metodologie coerenti con il sistema dei conti nazionali SEC 2010. Tale sistema misura i flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari con l'obiettivo di fornire uno strumento analitico per monitorare e valutare le prestazioni sanitarie del nostro SSN. La disponibilità di dati affidabili e tempestivi, confrontabili sia tra paesi, sia nel tempo, consente di analizzare le tendenze della spesa sanitaria e i fattori che la influenzano. Nella stima dei dati secondo la metodologia SHA si fa riferimento al consumo di beni e servizi sanitari da parte della popolazione residente.

La spesa sanitaria corrente è rappresentata in base alla classificazione internazionale dei conti sanitari – *International Classification for Health Accounts* (ICHA) – secondo varie dimensioni:

- regime di finanziamento (ICHA-HF)
- funzione di assistenza (ICHA-HC)
- erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP)

La spesa sanitaria pubblica è costituita dalla spesa sostenuta dalle amministrazioni pubbliche (AP) per soddisfare i bisogni individuali e collettivi della popolazione residente. Tale spesa è classificata in due categorie:

- HF.1.1. pubblica amministrazione
- HF.1.2. assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria

La voce “pubblica amministrazione” include gli enti sanitari locali: aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, aziende ospedaliere universitarie. Inoltre, vi confluiscono altri enti delle AP: Ministeri, Università, Croce Rossa Italiana, Agenzia italiana del farmaco, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, etc. La spesa finanziata dall'INAIL è contabilizzata invece nella componente delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (HF.1.2).

La spesa sanitaria privata comprende:

- regimi di finanziamento volontari (HF.2) che includono:
 - assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1) (al momento solo le assicurazioni nel ramo malattia, ma non la spesa per i fondi sanitari integrativi);
 - spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2);
 - spesa finanziata da imprese (HF.2.3) per la promozione della salute nei luoghi di lavoro;
- la spesa diretta delle famiglie, ovvero la spesa sanitaria out-of-pocket (HF.3).

La stima della spesa sanitaria secondo la classificazione per erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP) considera le strutture pubbliche, private e private accreditate.

³⁰ ISTAT. Il sistema dei conti della sanità per l'Italia: anni 2012-2016. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³¹ ISTAT. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2018. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Va tuttavia rilevato che il sistema ISTAT-SHA presenta alcuni limiti:

- i dati disponibili sono relativi al periodo 2012-2017, per cui non è possibile valutare trend della spesa sanitaria su periodi più estesi;
- la spesa relativa alle “assicurazioni sanitarie volontarie” include sia le polizze individuali, sia quelle collettive, in larga misura oggi destinate alla “ri-assicurazione” dei fondi sanitari integrativi;
- il perimetro dei conti ISTAT-SHA:
 - non include tra i regimi di finanziamento volontari i fondi sanitari integrativi: nonostante già annunciato che «le relative stime saranno introdotte nei conti in future edizioni»¹⁴, in occasione di una recente audizione parlamentare il presidente dell'ISTAT ha riferito che «l'Istituto, non accedendo all'anagrafe dei fondi sanitari integrativi, non dispone di informazioni specifiche a riguardo»³²;
 - esclude dalla spesa delle famiglie numerosi prodotti acquistati in farmacia (presidi medico-chirurgici, prodotti omeopatici, erboristeria, integratori, nutrizionali e parafarmaci) che, ammontando ad oltre € 5.500 milioni, giustificano le rilevanti differenze con altre stime della spesa out-of-pocket.

Per tali ragioni, in relazione a specifici obiettivi di analisi, il presente Rapporto ha integrato altre fonti, segnalando ove necessario eventuali discrepanze rispetto ai dati ISTAT-SHA:

- Database *OECD Health Statistics* per i benchmark internazionali³³;
- Rapporto 2018 sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato³⁴ per la composizione della spesa pubblica e le variazioni 2000-2017;
- Rapporto della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica 2018³⁵ per i dati sulla compartecipazione alla spesa sanitaria e sulle detrazioni fiscali per i fondi sanitari;
- Analisi statistiche del Dipartimento delle Finanze – MEF³⁶ per le detrazioni IRPEF per le spese sanitarie;
- Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi del Ministero della Salute ³⁷ per le risorse impegnate dai fondi sanitari;
- 14° Rapporto CREA Sanità per la verifica di numerosi dati economici e finanziari³⁸;
- VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità integrativa ³⁹ per la stime della spesa privata intermediata;

³² XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati. Indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale. Audizione del Presidente dell'ISTAT, prof. Carlo Blangiardo. Roma, 9 aprile 2019.

³³ OECD Health Statistics 2018. Last update 10 November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵ Corte dei Conti. Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 12 luglio 2018. Disponibile a: http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2018/rapporto_coordinamento_fp_2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁶ Analisi statistiche - Dichiarazioni 2018 - Anno d'imposta 2017. Dipartimento delle Finanze – MEF. Disponibile a: www1.finanze.gov.it/finanze3/analisi_stat/index.php?tree=2018AAPFTOT020901. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁷ Ministero della Salute. Reporting System. Anagrafe dei Fondi Sanitari. Fondi attestati anno 2017. Roma, novembre 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2822_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁸ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁹ VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Giugno 2018. Disponibile a: www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- Report dell'Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA)⁴⁰ per i premi versati per le polizze individuali e collettive;
- Osservatorio Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CERGAS-Bocconi⁴¹ per la composizione della spesa out-of-pocket;
- Rapporto OSMED 2017 dell'Agenzia Italiana del Farmaco⁴² per la compartecipazione alla spesa sui farmaci e la spesa out-of-pocket dei farmaci di classe A;
- Rapporto Federfarma 2017 per la scomposizione della spesa nelle farmacie⁴³.

2.1.1. La spesa sanitaria pubblica

Il sistema dei conti ISTAT-SHA identifica 7 principali aggregati di spesa per funzione di assistenza:

- HC.1. Assistenza sanitaria per cura
- HC.2. Assistenza sanitaria per riabilitazione
- HC.3. Assistenza sanitaria a lungo termine – *long term care* (LTC)
- HC.4. Servizi ausiliari (non specificati per funzione)
- HC.5. Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)
- HC.6. Servizi per la prevenzione delle malattie
- HC.7. Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento

La Ragioneria Generale dello Stato classifica la spesa sanitaria in 4 aggregati, di cui il terzo ulteriormente suddiviso:

- A. Redditi da lavoro dipendente.
- B. Consumi intermedi: prodotti farmaceutici, emoderivati, dispositivi medici, manutenzione ordinaria, servizi di ricerca e sviluppo e formazione del personale.
- C. Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market.
 - C1. Farmaceutica convenzionata.
 - C2. Assistenza medico-generica da convenzione.
 - C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato: ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN.
- D. Altre componenti di spesa: voci residuali della spesa sanitaria corrente non considerate negli aggregati precedenti come imposte dirette, ammortamenti, interessi passivi, risultati netti di gestione, contribuzioni diverse, altre uscite e, con segno opposto, produzione per uso proprio, produzione di servizi vendibili e vendite residuali.

⁴⁰ ANIA Trends Infortuni e Malattia. Portafoglio diretto italiano – Dati al 31 dicembre 2017. Maggio 2018. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/COLLANE-PERIODICHE/ANIA-Trends/ANIA-Trends-Infortuni-e-Malattia/2017/Newsletter-Infortuni-e-Malattia_anno-2017.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁴¹ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018. EGEE, novembre 2018.

⁴² Agenzia Italiana del Farmaco. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2017. Disponibile a: www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2017_AIFA.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁴³ Federfarma. La spesa farmaceutica nel 2017. Analisi dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale. Disponibile a: www.federfarma.it/Documenti/spesa/2017/Spesa2017.aspx. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

2.1.1.1. Spesa sanitaria pubblica 2017

I conti ISTAT-SHA per il 2017 certificano una spesa sanitaria di € 113.131 milioni così ripartita per funzioni di assistenza (figura 2.2):

- € 67.212 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 11.757 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 9.249 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 17.798 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 5.355 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)
- € 1.760 milioni per governance, amministrazione e finanziamento del SSN (HC.7)

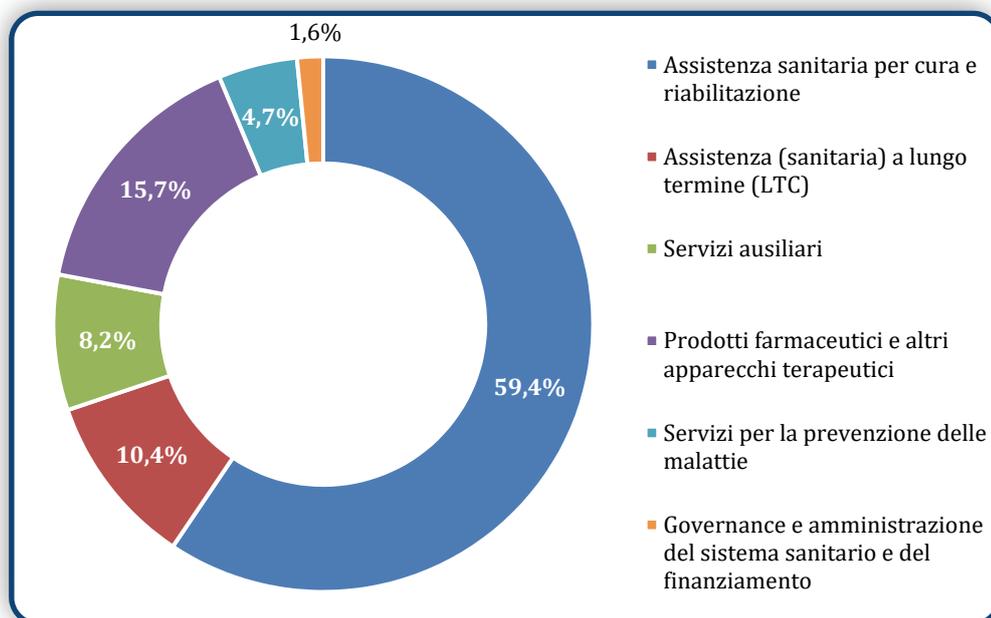


Figura 2.2 Spesa sanitaria pubblica 2017 per funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA)

Considerato che la spesa sanitaria per funzioni di assistenza secondo ISTAT-SHA non entra nel merito dei fattori produttivi, documenti e report di finanza pubblica (Documento di Economia e Finanza, Corte di Conti) fanno riferimento alla spesa sanitaria corrente certificata dalla Ragioneria Generale dello Stato che nel 2017 è pari a € 113.599 milioni, con un tasso di incremento dell'1,1% rispetto al 2016 (figura 2.3).

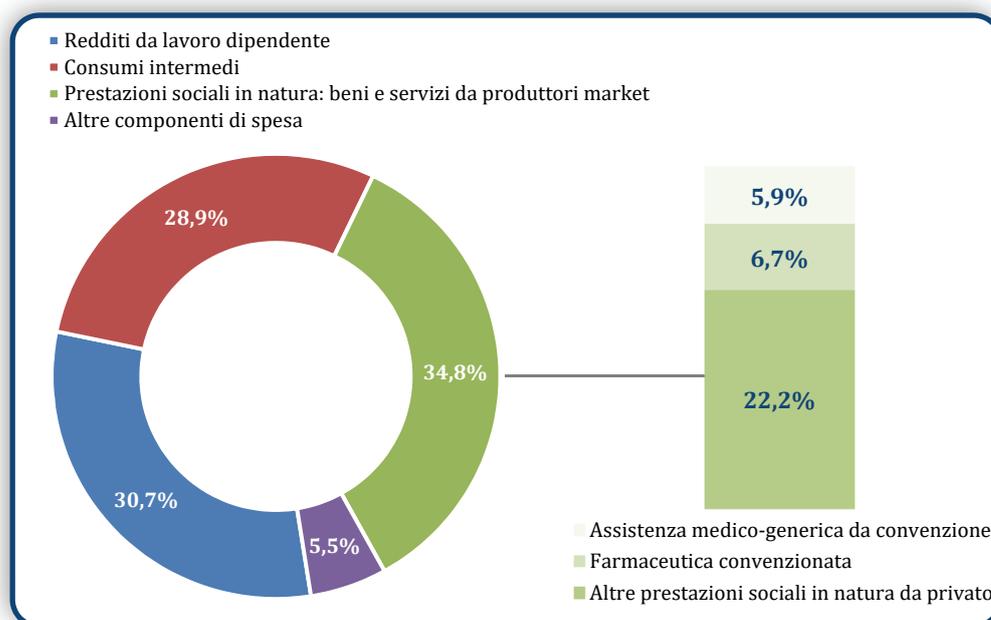


Figura 2.3. Spesa sanitaria pubblica 2017 per aggregati (dati da⁴⁴)

Tutti i dati di seguito elaborati derivano dal Rapporto 2018 sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato⁴⁵ e sono riferiti alla spesa sanitaria corrente di contabilità nazionale (CN) e non a quella rilevata con i modelli di conto economico (CE) degli enti sanitari locali, ampiamente sovrapponibile, ma con significativi elementi di differenziazione per le diverse modalità di contabilizzazione e di registrazione di alcune poste.

A. Redditi da lavoro dipendente. La spesa di € 34.917 milioni rimane sostanzialmente invariata rispetto al 2016 (€ 34.904).

B. Consumi intermedi. La spesa è pari a € 32.823 milioni (+4,2% rispetto al 2016), con un incremento che risente sia del tasso di crescita della spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici (+4,4%) sia dell'aumento della componente dei consumi intermedi (+4,1%), che sembrerebbe non aver beneficiato pienamente delle misure di contenimento per l'acquisto di beni e servizi.

C. Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi da produttori market. La spesa ammonta a € 39.561 milioni, rimanendo sostanzialmente stabile rispetto al 2016 (€ 39.544 milioni), con differenti dinamiche delle componenti dell'aggregato:

C1. Farmaceutica convenzionata: la spesa è di € 7.605 milioni (-5,8% rispetto al 2016), confermando il trend in diminuzione degli ultimi anni.

C2. Assistenza medico-generica da convenzione: la spesa è pari a € 6.695 milioni, stabile rispetto al 2016 (+0,1%).

⁴⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁴⁵ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato: la spesa ammonta a € 25.261 milioni (+1,8% rispetto al 2016).

D. Altre componenti di spesa. La spesa è pari a € 6.298 milioni (-2,5% rispetto al 2016).

2.1.1.2. Spesa sanitaria pubblica: trend 2001-2017

Nel periodo 2001-2017 la spesa sanitaria ha subito una progressiva riduzione: a fronte di un tasso di crescita medio annuo del 7,4% nel periodo 2001-2005, il tasso nel quinquennio 2006-2010 scende al 3,1%, per scendere allo 0,1% nel periodo 2011-2017 (figura 2.4).

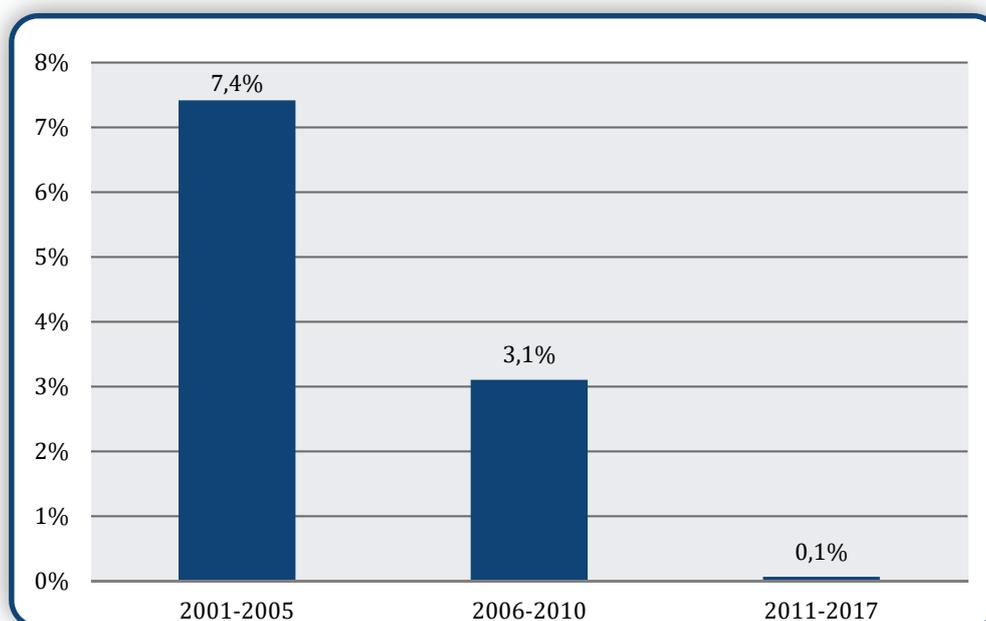


Figura 2.4. Trend spesa sanitaria pubblica 2001-2017 (dati da⁴⁶)

La riduzione della spesa sanitaria corrente ha progressivamente colmato il gap con il finanziamento ordinario del SSN, giungendo negli ultimi anni ad un sostanziale allineamento (figura 2.5) che nel 2017 fa registrare un disavanzo pari a € 1.022 milioni (figura 2.6).

⁴⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

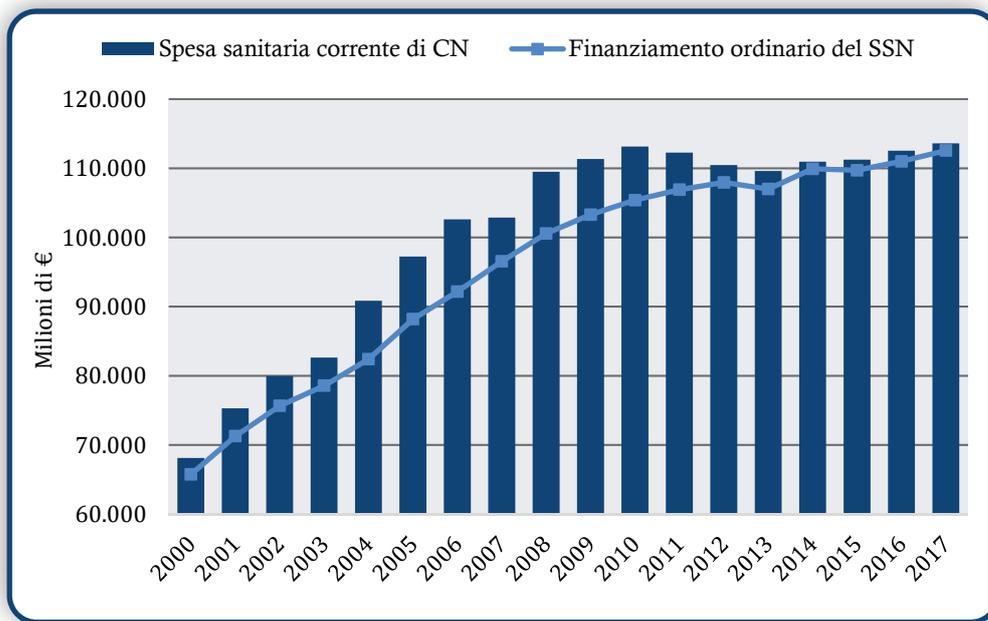


Figura 2.5. Trend spesa sanitaria corrente vs finanziamento ordinario del SSN 2000-2017 (dati da⁴⁷)

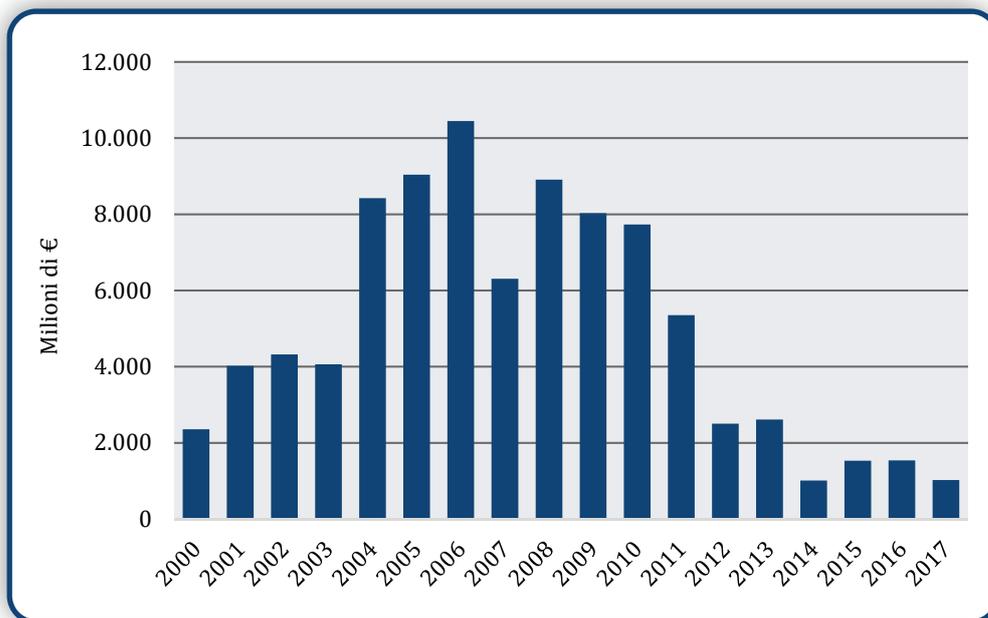


Figura 2.6. Trend deficit del SSN 2000-2017 (dati da⁴⁸)

⁴⁷ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁴⁸ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Peraltro, secondo i dati di CE, dopo la contabilizzazione di coperture e ulteriori trasferimenti da parte delle Regioni a statuto speciale, nel 2017 il bilancio risulta in attivo di € 50,1 milioni, un risultato a cui hanno contribuito i risultati di esercizio positivi delle Regioni in Piano di rientro (+€ 121,1 milioni), mentre le altre hanno scontato una perdita di € 70,0 milioni⁴⁹.

Nel periodo 2011-2017 il progressivo rallentamento della crescita della spesa sanitaria, sino al sostanziale azzeramento del tasso medio annuo, ha interessato tutte le componenti di spesa. Tuttavia, l'entità di tale processo non è stata omogenea e costante tra le varie componenti di spesa (figura 2.7), determinando negli anni una significativa ricomposizione della spesa sanitaria totale (figura 2.8).

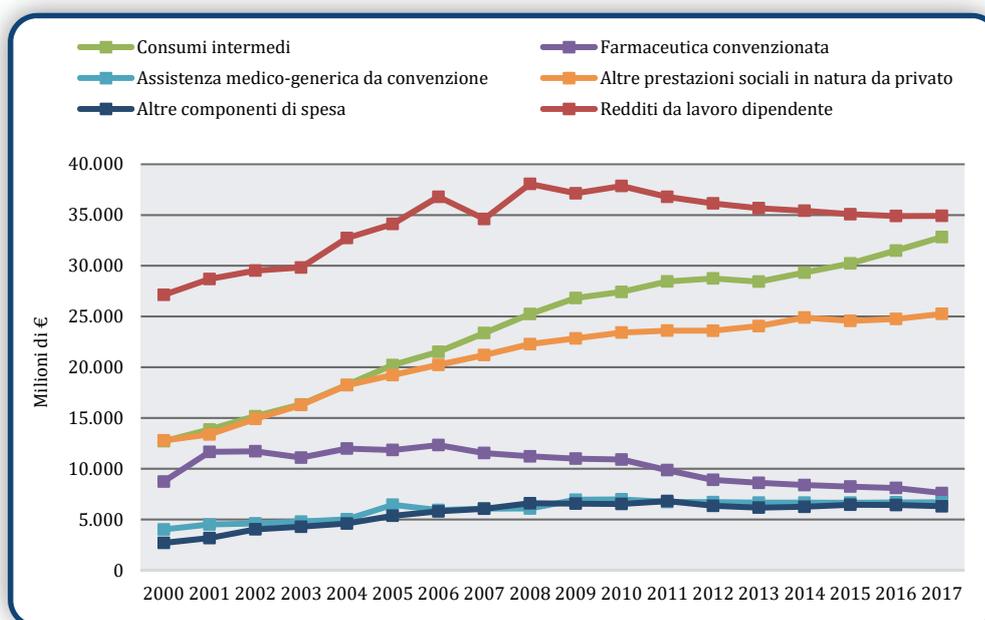


Figura 2.7. Trend aggregati di spesa sanitaria 2000-2017 (dati da⁵⁰)

⁴⁹ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 94-95. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁵⁰ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

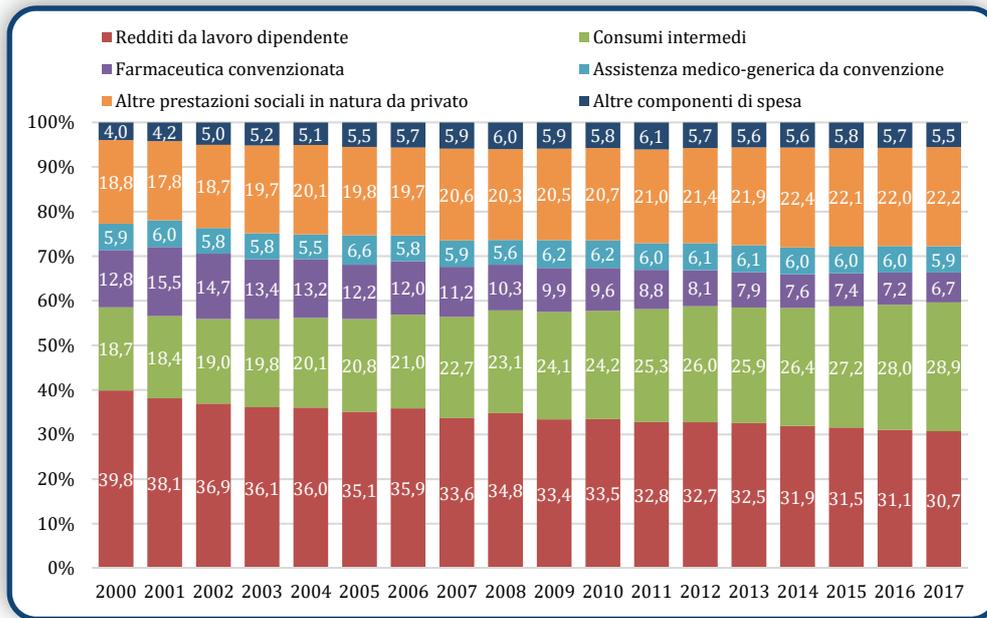


Figura 2.8. Composizione percentuale della spesa sanitaria 2000-2017 (dati da⁵¹)

Infatti, analizzando il tasso medio di variazione annuo nei tre periodi (2000-2005, 2006-2010 e 2011-2017), risulta che i vari aggregati di spesa hanno seguito dinamiche notevolmente diverse (figura 2.9).

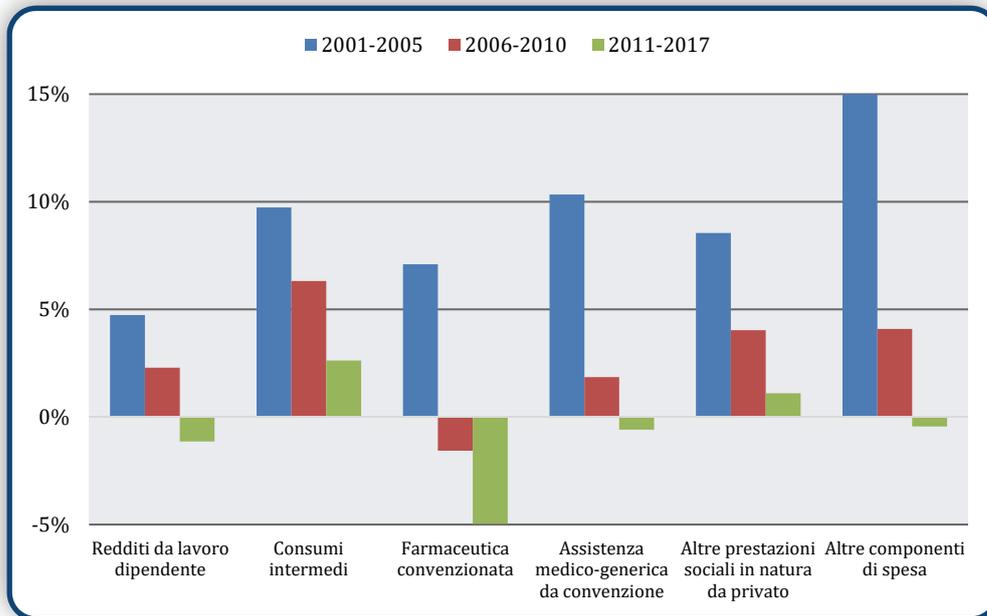


Figura 2.9. Variazioni percentuali di spesa sanitaria 2001-2017 per aggregato (dati da⁵²)

⁵¹ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-1/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁵² Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-1/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

In dettaglio:

- A. Redditi da lavoro dipendente.** Il tasso di variazione medio annuo di questo aggregato di spesa si attesta mediamente al 4,7% nel periodo 2001-2005, scende al 2,3% nel periodo 2006-2010 e poi precipita al -1,1% nel periodo 2011-2017 (figura 2.9). Complessivamente, l'incidenza sulla spesa sanitaria totale si riduce dal 39,8% del 2000 al 30,7% del 2017 (figura 2.8).
- B. Consumi intermedi.** Pur presentando un trend in progressiva riduzione, questo aggregato di spesa mantiene un tasso di crescita medio nettamente superiore alle altre componenti della spesa sanitaria. In particolare, il tasso passa dal 9,7% del periodo 2001-2005, al 6,3% del quinquennio 2006-2010, quindi al 2,6% del periodo 2011-2017 (figura 2.9). Ad eccezione dei prodotti farmaceutici, gli altri consumi intermedi hanno evidenziato una dinamica contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2011-2017 pari allo 0,5%. L'incidenza sulla spesa sanitaria totale aumenta dal 18,7% del 2000 al 28,9% del 2017 (figura 2.8).
- C. Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi da produttori market.** Le tre componenti dell'aggregato di spesa presentano caratteristiche e dinamiche molto eterogenee tra loro.
- C1. Farmaceutica convenzionata.** La spesa passa da un incremento medio annuo del 7,1% nel periodo 2001-2005, per poi registrare una variazione del -1,6% nel quinquennio 2006-2010 che precipita al -5,0% nel periodo 2011-2017 (figura 2.9). Il peso percentuale sulla spesa sanitaria totale si riduce dal 12,8% del 2000 al 6,7% del 2017 (figura 2.8).
- C2. Assistenza medico-generica da convenzione.** L'incremento medio annuo del 10,8% nel periodo 2001-2005 si riduce all'1,8% nel periodo 2006-2010 e nel periodo 2011-2017 registra un valore negativo dello -0,6% (figura 2.9). Il peso percentuale sulla spesa sanitaria totale nel 2017 (5,9%) risulta identico a quello del 2000 (figura 2.8).
- C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato.** L'incremento medio annuo dell'8,5% nel periodo 2001-2005 si riduce al 4% nel quinquennio 2006-2010 e all'1,1% nel periodo 2011-2017 (figura 2.9). Questa componente di spesa ha un trend di crescita superiore a quello della spesa sanitaria totale e il suo peso percentuale sul totale della spesa è aumentato dal 18,8% del 2000 al 22,2% del 2017 (figura 2.8).
- D. Altre componenti di spesa.** L'incremento medio annuo del 15% nel periodo 2001-2005 si riduce al 4,1% nel quinquennio 2006-2010, mentre nel periodo 2011-2017 registra una diminuzione media annua dello 0,4% (figura 2.9). Il peso percentuale sulla spesa sanitaria totale è passato dal 4% del 2000 al 5,5% del 2017 (figura 2.8).

Analizzando i trend di variazione nei tre periodi considerati (figura 2.10) emerge che:

- **2001-2005.** Tutti gli aggregati di spesa presentano incrementi medi annui: dal 4,7% dei redditi da lavoro indipendente al 15% delle altre componenti di spesa.
- **2006-2010.** Gli incrementi medi annui si riducono sensibilmente: dall'1,8% dell'assistenza medico-generica da convenzione al 6,3% dei consumi intermedi. La farmaceutica convenzionata registra un trend negativo (-1,6%).

- **2011-2017.** Solo consumi intermedi (+2,6%) e altre prestazioni sociali in natura da privato (+1,1%) registrano un incremento medio annuo positivo. Registrano valori negativi le altre componenti di spesa (-0,4%) e la farmaceutica convenzionata (-5,0%).

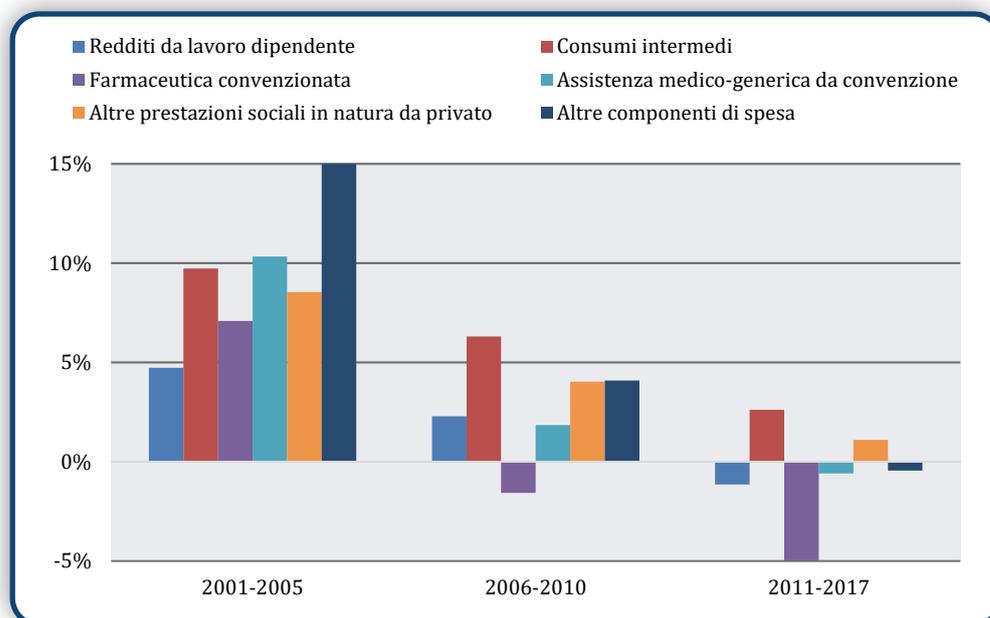


Figura 2.10. Variazioni percentuali aggregati di spesa sanitaria 2001-2017 per periodo (dati da⁵³)

Le variazioni percentuali dei vari aggregati di spesa conseguono all'implementazione di diversi interventi per il contenimento della spesa sanitaria, ma anche a nuove dinamiche della governance del farmaco⁵³ (tabella 2.1).

A. Redditi da lavoro dipendente

- Blocco del turn-over nelle Regioni in Piano di rientro.
- Politiche di contenimento delle assunzioni nelle Regioni non in Piano di rientro, anche in relazione alla progressiva attuazione dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria.
- Nuovi automatismi in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato.
- Blocco delle procedure contrattuali e limite al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non poteva eccedere i livelli fissati dalle leggi, salvo il riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale.

B. Consumi intermedi

- Rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% fino al 2016 e, a decorrere dal 2017, al 6,89% del fabbisogno sanitario standard, ricomprendendo anche la spesa per acquisti diretti.
- Tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici, pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale standard.

⁵³ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-1/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- Riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto a decorrere dal 2013 e per tutta la durata residua dei contratti.
- Obbligo di rinegoziazione dei contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso) con prezzi unitari superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici.
- Centralizzazione degli acquisti, anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da CONSIP e dai soggetti aggregatori.
- Messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa.

Questo aggregato di spesa è condizionato al rialzo dalla spesa farmaceutica per acquisti diretti per due ragioni: aumento in termini assoluti dopo l'introduzione dei farmaci innovativi; politiche di incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci in diverse Regioni che hanno portato ad una riclassificazione della spesa farmaceutica tra gli aggregati della Ragioneria Generale dello Stato. In altri termini, una quota della spesa farmaceutica convenzionata si è "spostata" nei consumi intermedi che includono quella per acquisti diretti.

C1. Farmaceutica convenzionata

- Dal 2017 il tetto viene fissato al 7,96%, sostituendo quello per la spesa farmaceutica territoriale (che includeva anche la spesa per la farmaceutica convenzionata) fissato all'11,35% dal 2013 al 2016.
- Meccanismo di recupero automatico (pay-back), a carico di aziende farmaceutiche, farmacisti e grossisti in caso di sfioramento del tetto.

C2. Assistenza medico-generica da convenzione

- Tetto agli incrementi retributivi che, analogamente a quanto previsto per il personale dipendente, non poteva eccedere i limiti fissati dalla legge.

C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato

- Migliore governance, in particolare nelle Regioni in Piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget.
- Obblighi normativi su importi e volumi di acquisto di prestazioni specialistiche e ospedaliere da parte di soggetti privati accreditati.
- Effetti dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale.

D. Altre componenti di spesa

- Nessuna riportata.

Tabella 2.1 Determinanti della ricomposizione della spesa sanitaria 2000-2017

2.1.2. La spesa sanitaria privata

La spesa sanitaria privata include quella sostenuta direttamente dalle famiglie (out-of-pocket) e quella intermediata da fondi sanitari, assicurazioni e altri “terzi paganti”. In relazione alla pluralità dei soggetti, all’eterogeneità delle fonti, all’inclusione della spesa intermediata (da uno o più “terzi paganti”) e ai metodi utilizzati, le stime sulla spesa privata effettuate da diverse istituzioni e organizzazioni riportano differenze rilevanti (tabella 2.2).

Fonte	Metodi, aggregati e fonti	Categorie incluse	Stima
ISTAT	Spesa sanitaria privata della popolazione residente (spesa diretta delle famiglie + regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA ^a 2011) ⁵⁴ . Questi dati, in quanto trasmessi all’OCSE ⁵⁵ , rappresentano il riferimento per i benchmark internazionali. Classificazione: ICHA ^b . Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)	€ 2.520
		Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	€ 540
		Imprese (HF.2.3)	€ 637
		Spesa delle famiglie (HF.3)	€ 35.989
		Totale	€ 39.686
	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (SEC 2010) ⁵⁶ . Classificazione: COICOP ^c . Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Spesa delle famiglie	€ 37.367*
OCPS, CERGAS Bocconi ⁵⁷	Stime rielaborate da: ISTAT-SHA, Corte dei Conti, Agenzia delle Entrate, Ministero della Salute, AIFA, Federfarma.	Totale spesa privata ISTAT-SHA: Spesa diretta delle famiglie (HF.3) + Regimi di finanziamento volontari (HF.2)	€ 39.686 [§]
^a SHA: <i>System of Health Accounts</i> – ^b ICHA: <i>International Classification for Health Accounts</i> – ^c COICOP: <i>Classification of Individual Consumption by Purpose</i> * Non è possibile nettare tale spesa dai rimborsi previsti nel caso di coperture indirette, né considerare la spesa per polizze assicurative individuali. [§] Perimetro ufficiale della spesa privata su cui vengono effettuate stime di ampliamento e di riduzione			

Tabella 2.2. Stime della spesa sanitaria privata anno 2017 (dati in milioni)

⁵⁴ ISTAT. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2018. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁵⁵ OECD Health Statistics 2018. Last update 8 November 2018. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁵⁶ ISTAT. Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa (COICOP 3 cifre) e durata. Sanità. Disponibile a: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=12005>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁵⁷ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018. EGEE, novembre 2018.

Rispetto alle stime delle tre fonti riportate in tabella, nell'elaborazione del presente Rapporto sono stati effettuati i seguenti confronti, analizzate le discordanze e, ove possibile, identificate le relative motivazioni.

ISTAT-SHA vs ISTAT-COICOP. Utilizzando come fonte primaria la spesa privata stimata da ISTAT-SHA le voci sono state riclassificate utilizzando la classificazione COICOP, utilizzando la tabella di transcodifica dell'OECD-Eurostat-World Health Organization⁵⁸ (tabella 2.3).

Categoria COICOP 06: servizi sanitari e spese per la salute	ISTAT SHA	ISTAT COICOP	Delta
061: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali	€ 13.504,0	€ 13.617,0	€ 113,0
062: servizi ambulatoriali	€ 16.960,0	€ 18.320,8	€ 1.360,8
063: servizi ospedalieri	€ 5.461,0	€ 5.428,7	- € 32,3
HC.6 Servizi per la prevenzione delle malattie*	€ 64,0	€ 0,00	- € 64,0
Totale	€ 35.989,0	€ 37.366,5	€ 1.377,5
*codifica COICOP non prevista			

Tabella 2.3. Spesa sanitaria privata 2017: confronto dati ISTAT-SHA vs ISTAT-COICOP (dati in milioni)

L'analisi delle differenze tra le stime ISTAT-SHA e COICOP è particolarmente complessa in quanto i dati secondo classificazione COICOP sono disponibili solo a livello dei codici a 3 cifre e non a 4. Pertanto, nell'impossibilità di confrontare le voci di dettaglio delle categorie 061, 062, 063, la discrepanza delle stime (€ 1.377,5 milioni) potrebbe essere conseguente a due fattori relativi alla raccolta dati:

- Popolazione di riferimento: ISTAT-SHA considera la spesa delle famiglie italiane, mentre ISTAT-COICOP quella delle famiglie residenti e non residenti.
- Territorio economico: ISTAT-SHA considera la spesa effettuata dalle famiglie italiane sia in Italia che all'estero, mentre COICOP quella effettuata solo in Italia.

ISTAT-SHA vs OCPS. Il secondo confronto è stato condotto tra i dati ISTAT-SHA e la stima OCPS (tabella 2.4), verificando dove possibile i dati con altre fonti per determinare le possibili motivazioni delle discrepanze, sia sugli importi totali, sia sulle varie categorie di spesa. Il confronto è stato effettuato sulla stima ufficiale della spesa privata utilizzata nell'analisi di dettaglio OCPS⁵⁹, senza entrare nel merito dell'allargamento/riduzione dei perimetri della spesa sanitaria privata.

⁵⁸ OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011 (revised edition) OECD Publishing; Paris, March 2017. Disponibile a: www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁵⁹ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018: pag. 256. EGEA, novembre 2018.

Categoria COICOP	ISTAT-SHA	OCPS	Delta
061: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali	€ 13.504	€ 13.713	€ 209
0611: prodotti farmaceutici	€ 10.218	€ 8.806	€ 0
0612: altri prodotti medicali		€ 1.412	
0613: attrezzature ed apparecchi terapeutici	€ 3.286	€ 3.495	€ 209
062: servizi ambulatoriali	€ 16.960	€ 20.567	€ 3.607
0621: servizi medici	€ 13.849	€ 5.000	- € 349
0622: servizi dentistici		€ 8.500	
0623: servizi paramedici	€ 3.111	€ 7.067*	€ 3.956
063: servizi ospedalieri	€ 5.461	€ 5.406	- € 55
HC.6 Servizi per la prevenzione delle malattie [§]	€ 64	€ 0	- € 64
TOTALE	€ 35.989	€ 39.686	€ 3.697
HF2. Regimi di finanziamento volontari	€ 3.697	€ 0,0	- € 3.697
TOTALE	€ 39.686,0	€ 39.686,0	€ 0,0
*di cui € 3.866 milioni per servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, etc.) e € 3.201 milioni per servizi diagnostici che COICOP include nel codice 0623: servizi paramedici. §codifica COICOP non prevista			

Tabella 2.4. Spesa sanitaria privata 2017: confronto tra dati ISTAT-SHA vs stime OCPS 2018 (dati in milioni)

Dalle analisi effettuate nel presente Rapporto risulta che:

- OCPS, stimando gli importi per tutti i codici COICOP a 4 cifre, offre un maggior livello di dettaglio rispetto a quello di ISTAT-SHA.
- OCPS “spacchetta” una spesa privata di € 39.686 milioni, ovvero la stima di ISTAT-SHA che oltre agli € 35.989 milioni relativi alla spesa delle famiglie (HF.3) include anche € 3.697 milioni di regimi di finanziamento volontari (HF.2).
- L'importo di € 3.697 milioni (HF.2) è relativo ai premi versati, ma viene interamente redistribuito tra i vari beni e servizi senza considerare che, secondo ISTAT-SHA € 1.164 milioni è destinata a “Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento” ovvero ai costi di gestione (*expense ratio*) delle assicurazioni che, per definizione, non si traducono in beni e servizi.
- Il gap più rilevante (+€ 3.607 milioni) è relativo ai servizi ambulatoriali, in particolare nella categoria 0623 (servizi paramedici) che in OCPS aggiunge la voce “servizi diagnostici” per un valore di € 3.201 milioni.

2.1.2.1. Spesa sanitaria out-of-pocket

Secondo le stime dei conti ISTAT-SHA la spesa delle famiglie per l'anno 2017 ammonta a € 35.989 milioni (figura 2.11).

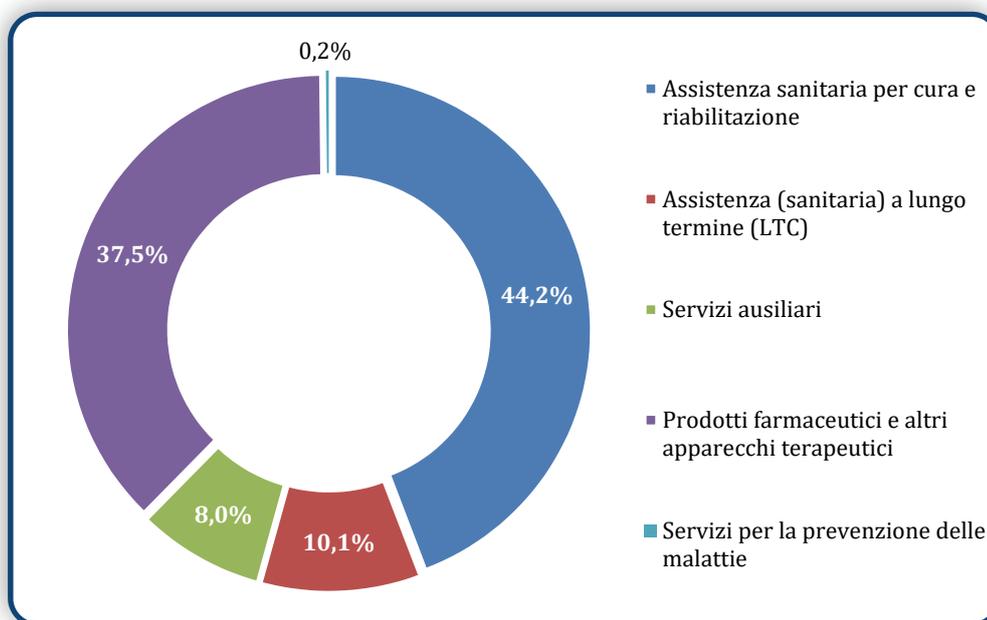


Figura 2.11. Spesa sanitaria delle famiglie 2017 per funzione di spesa

Analizzando ISTAT-SHA riclassificato COICOP e raffrontando con le stime OCPS le singole componenti del grande "contenitore" della spesa out-of-pocket (tabella 2.4) è possibile fare alcune considerazioni:

- **Spesa per i servizi ospedalieri** (€ 5.461 milioni):
 - € 3.524 milioni (dati ISTAT-SHA) vengono destinati alla LTC, rilevando la mancata copertura pubblica di una prestazione che nei prossimi anni sarà oggetto di una domanda sempre più elevata;
- **Spesa per servizi ambulatoriali** (€ 16.960 milioni):
 - € 1.337 milioni (dati Corte dei Conti) sono destinati alla compartecipazione della spesa;
 - € 8.500 milioni (dati OCPS) sono destinati all'assistenza odontoiatrica, prestazione esclusa dai LEA;
 - € 7.160 milioni (dato ISTAT-SHA al netto della compartecipazione e delle spese odontoiatriche stimate da OCPS) sono destinati a servizi medici e paramedici, inclusa la specialistica ambulatoriale e i test diagnostici.
- **Spesa per i medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali** (€ 13.504 milioni):
 - € 3.286 milioni sono destinati ad attrezzature e apparecchi terapeutici (dati ISTAT-SHA), di cui il 55-60% per occhiali e lenti a contatto;
 - € 8.806 milioni (dati OCPS) sono destinati a prodotti farmaceutici che comprendono:

- € 1.549 milioni (dati AIFA) destinati alla compartecipazione della spesa, di cui € 1.050 milioni (dati AIFA) per acquistare farmaci brand al posto degli equivalenti;
- € 1.317 milioni (dati AIFA) per farmaci di fascia A, formalmente a carico del SSN, ma pagati direttamente dalle famiglie che rinunciano volontariamente ad una tutela pubblica;
 - 1.412 milioni (dati OCPS) sono destinati ad altri prodotti medicali.

Questi dati contraddicono almeno in parte l'assioma, tanto caro ai fautori del secondo pilastro, che la spesa out-of-pocket fronteggi le minori tutele pubbliche: infatti, se l'entità della spesa out-of-pocket rimane un dato incontrovertibile, secondo le nostre stime almeno il 40% non viene utilizzato per beni e servizi dall'elevato *value*, efficaci e appropriati per migliorare lo stato di salute della popolazione, ma finisce per soddisfare bisogni consumistici indotti dalla medicalizzazione della società. In tal senso, anche la distribuzione della spesa media out-of-pocket pro-capite 2015-2017 tra le diverse aree del Paese⁶⁰ (dai € 951 della Valle D'Aosta ai € 335 della Campania; media nazionale: € 598) vede paradossalmente posizionarsi sopra la media tutte le regioni del Nord dove l'offerta pubblica di servizi sanitari è adeguata, mentre quelle del Sud, di cui la maggior parte in piano di rientro, si attestano sotto la media. Il dato può essere letto come un indice di benessere economico che porta i cittadini all'acquisto di prodotti futili, sotto la spinta di consumismo, pseudo-diagnosi e preferenze, e non certo sulla base di evidenze scientifiche.

Compartecipazione alla spesa. Della spesa out-of-pocket 2017 l'8% proviene dai ticket per farmaci e prestazioni sanitarie. Tutte le Regioni prevedono sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria, con un'autonomia che negli anni ha generato una vera e propria "giungla dei ticket": infatti, come documentato dall'Agenas nel 2015⁶¹, le differenze regionali sui ticket riguardano sia le prestazioni su cui vengono applicati (farmaci, prestazioni ambulatoriali e specialistiche, pronto soccorso, etc.), sia gli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, sia le regole utilizzate per definire le esenzioni.

Il Rapporto 2018 della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica⁶² e il Rapporto OSMED 2017 dell'AIFA⁶³ forniscono i dati ufficiali sulla compartecipazione alla spesa dei cittadini, che nel 2017 ha raggiunto € 2.884,6 milioni di cui: € 1.548,0 milioni per i farmaci e € 1.336,6 milioni per le prestazioni specialistiche, incluse quelle di pronto soccorso (€ 42,7 milioni) e altre prestazioni (€ 14,5 milioni) (figura 2.12).

⁶⁰ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018: pag. 263. EGEA, novembre 2018.

⁶¹ La compartecipazione alla spesa nelle Regioni: sintesi della normativa vigente al 1 maggio 2015. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile a: www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/normativa_ticket_regioni_2015.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁶² Corte dei Conti. Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2018/rapporto_coordinamento_fp_2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁶³ Agenzia Italiana del Farmaco. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2017. Disponibile a: www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2017_AIFA.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

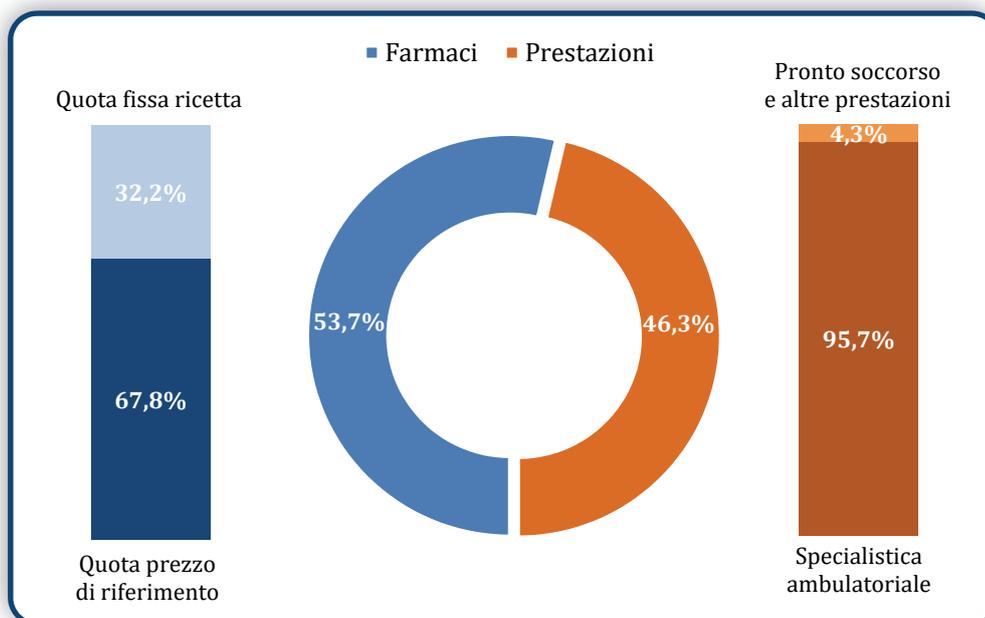


Figura 2.12. Ripartizione percentuale della compartecipazione alla spesa nel 2017

Tali importi corrispondono ad una quota media pro-capite di € 47,6, di cui € 25,5 per i farmaci e € 22,1 per le prestazioni specialistiche con notevoli differenze regionali che si enfatizzano analizzando separatamente l'impatto del ticket sui farmaci e sulle prestazioni. In particolare, se il range della quota pro-capite totale per i ticket oscilla da € 97,7 in Valle d'Aosta a € 30,4 in Sardegna, per i farmaci tale quota varia da € 34,3 in Campania a € 15,6 in Friuli Venezia Giulia, mentre per le prestazioni specialistiche si passa da € 66,2 della Valle d'Aosta a € 8,6 della Sicilia (figura 2.13).

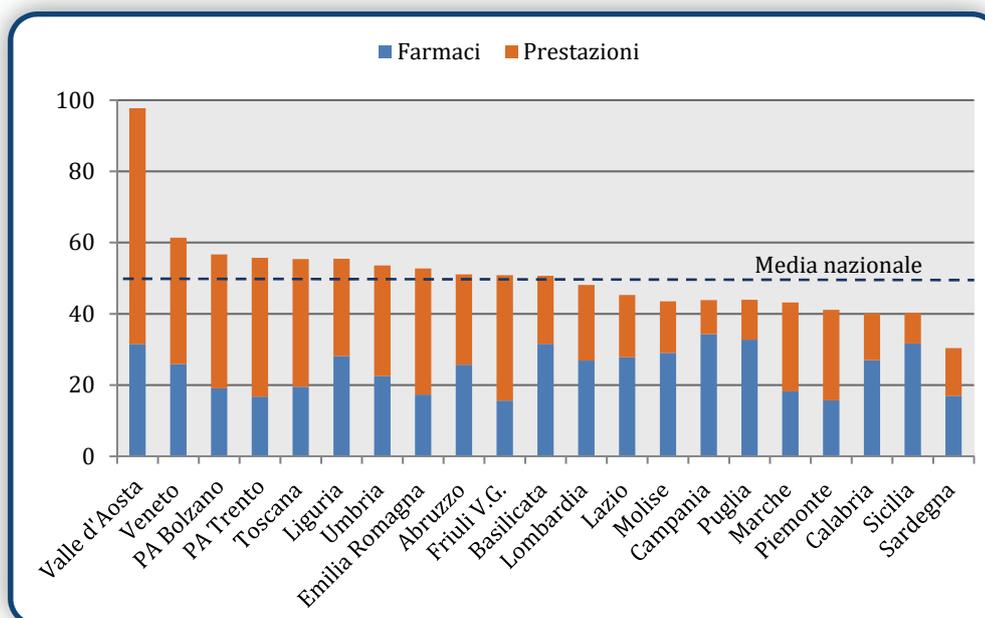


Figura 2.13. Compartecipazione alla spesa totale: spesa pro-capite 2017

Per un'analisi dettagliata della compartecipazione alla spesa sanitaria si rimanda al report dell'Osservatorio GIMBE⁶⁴.

Variazioni della spesa out-of-pocket. La tabella 2.5, riprendendo il metodo proposto da OCPS⁶⁵, riporta le cifre che possono determinare rimodulazioni del perimetro della spesa out-of-pocket, partendo dal dato ufficiale di ISTAT-SHA di € 35.989.

Componente di spesa	Fonte	Riduzione perimetro	Ampliamento perimetro
Spese in farmacia escluse da ISTAT-SHA*	Federfarma	-	+€ 5.572
Assistenza disabili e anziani a domicilio o in casa di cura	OCPS	-	+€ 1.800
Detrazioni IRPEF	Corte dei Conti	€ -3.864	-
Ticket: quota prezzo di riferimento [§]	AIFA	€ -1.050	-
Acquisto farmaci di fascia A [§]	AIFA	€ -1.317	-
Ticket: quota fissa ricetta + prestazioni [#]	Corte dei Conti, AIFA	€ -1.835	-
Contributo per assistenza in RSA [°]	OCPS	€ -3.300	
*Presidi medico-chirurgici, omeopatici, erboristeria, integratori (€ 3.606.441), nutrizionali (€ 388.023), parafarmaci (€ 1.577.121) §Scelta individuale del cittadino #Assimilabile a imposta °Spesa non strettamente sanitaria			

Tabella 2.5. Componenti di variazioni al perimetro della spesa out-of-pocket (dati in milioni)

2.1.2.2. Spesa sanitaria intermediata

L'intermediazione della spesa privata viene effettuata dai cosiddetti terzi paganti (fondi sanitari, casse mutue, assicurazioni, etc.) che popolano un ecosistema molto complesso e articolato (§ 3.4.2). Considerato che l'entità della spesa intermediata non viene certificata da organismi pubblici è possibile solo effettuare una stima, tenendo conto di numerose variabili e criticità che condizionano la tracciabilità dei flussi economici⁶⁶:

- L'analisi può essere effettuata secondo i premi incassati dai terzi paganti, oppure secondo i rimborsi effettuati.
- I rimborsi possono essere effettuati con due modalità che determinano sovrapposizioni tra spesa intermediata e spesa delle famiglie:

⁶⁴ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2018. Ticket 2017. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/ticket2017. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁶⁵ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018: pag. 242-243. EGEE, novembre 2018.

⁶⁶ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017. EGEE, dicembre 2017.

- rimborso diretto all'erogatore e conseguente esclusione degli importi rimborsati dalla spesa out-of-pocket;
- rimborso (totale o parziale) all'assicurato/iscritto al fondo che anticipa la spesa all'erogatore e conseguente inclusione dell'importo nella spesa out-of-pocket.
- I dati relativi ai fondi sanitari integrativi, la quota più rilevante della spesa intermediata, sono parziali e presentano alcune incongruenze tra le fonti:
 - Il Ministero della Salute riporta solo le "risorse impegnate" dai fondi, ovvero quelle utilizzate per il rimborso agli iscritti, ma non i dati relativi alle quote versate.
 - Le informazioni sulle quote versate sono in parte desumibili dai report degli operatori del settore assicurativo, ma la variabilità delle denominazioni (es. polizze collettive vs fondi assicurati) e le relazioni contrattuali tra fondi sanitari e compagnie assicurative rendono di fatto impossibile formulare stime precise.
- I dati relativi all'*expense ratio* sono incongruenti sia tra fonti pubbliche (ISTAT-SHA) che private (ANIA), sia tra queste ed altri report degli operatori di settore (RBM Salute).
- Le stime ufficiali sulla spesa privata (tabella 2.2) includono la spesa out-of-pocket, ma tengono conto in varia misura e con differenti modalità della spesa intermediata:
 - ISTAT-SHA include tra i regimi di finanziamento volontari (HF.2) le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1), le istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2) e le imprese (HF.2.3), ma esclude esplicitamente i fondi sanitari integrativi.
 - OCPS include tutte le voci contabilizzate da ISTAT-SHA nei regimi di finanziamento volontari (HF 2.1), prende in considerazione esclusivamente i rimborsi effettuati.
 - Dai dati di ISTAT-COICOP non è possibile incorporare le spese sanitarie successivamente rimborsate da "terzi paganti", né identificare quelle da loro direttamente sostenute⁶⁷.

Ciò premesso, per stimare l'entità della spesa intermediata il presente Rapporto ha adottato i seguenti criteri:

- Si è ipotizzato, in linea con altri ricercatori⁶⁸, che le polizze assicurative collettive oggi si identifichino con i fondi sanitari "ri-assicurati", vista l'entità delle agevolazioni fiscali di cui godono i fondi sanitari rispetto alle polizze assicurative.
- La stima è stata effettuata dal lato dei premi versati e non dei rimborsi erogati per due ragioni, una di tipo metodologico e la seconda di ordine pratico:
 - Per essere comparabile con la spesa pubblica e quella out-of-pocket, la stima della spesa intermediata deve essere effettuata dal lato dei premi versati dai cittadini (per polizze individuali) o dalle imprese (per fondi sanitari/polizze collettive) e non da quello dei rimborsi erogati, che inevitabilmente sottostimano l'entità della spesa intermediata escludendo costi amministrativi ed eventuali utili dei "terzi paganti". A tal proposito, il Rapporto CREA stima che i rimborsi siano pari ai 2/3 del valore delle polizze assicurative individuali e al 50% dei fondi sanitari/polizze collettive⁶⁹.

⁶⁷ Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa (COICOP 3 cifre) e durata. Disponibile a: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=12005>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁶⁸ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018; pag. 120-121. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁶⁹ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018; pag. 121. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- È impossibile stabilire l'entità dei rimborsi erogati, condizionati sia dalla duplice modalità di rimborso (diretto e indiretto), sia dall'entità (parziale o totale).

Le analisi effettuate sulle varie fonti, pubbliche e private, relative alla spesa sanitaria intermediata da fondi sanitari integrativi, polizze assicurative e altre fonti documentano quanto segue:

- **ISTAT-SHA⁷⁰**: per i Regimi di finanziamento volontari (HF.2) riporta complessivamente € 3.697 milioni, di cui:
 - € 2.520 milioni per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1),
 - € 540 milioni per le istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2), definiti come “accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni/trasferimenti provenienti dalla cittadinanza, dalle amministrazioni pubbliche o da imprese”.
 - € 637 milioni per le imprese (HF.2.3), definiti come “accordi mediante i quali le imprese forniscono direttamente, oppure finanziano, i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime previdenziale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro”.

ISTAT-SHA esclude esplicitamente i fondi sanitari integrativi da HF.2, ma si rilevano due possibili sovrapposizioni con tale tipologia di spesa intermediata: innanzitutto, visto che una percentuale sempre più elevata di fondi sanitari oggi sono ri-assicurati, HF.2.1 include sotto forma di polizze collettive una quota di fondi non auto-assicurati; in secondo luogo, è verosimile che un'altra quota dei fondi sanitari sia inclusa in HF.2.3 (Imprese) sotto forma di prestazioni sanitarie di welfare aziendale.

- **Anagrafe del Ministero della Salute**: per l'anno 2017 (anno fiscale 2016) attesta 322 fondi sanitari, le cui risorse impegnate (rimborsi) ammontano a € 2.329,6 milioni⁷¹. Il report non rende disponibile l'entità dei contributi versati dagli iscritti.
- **VIII Rapporto RBM Salute-CENSIS**: riporta che la spesa intermediata «nel 2017 ha raggiunto i 5,8 miliardi di euro» che corrisponde ad un contributo di «€ 95 per ciascun cittadino»⁷² e che «l'85% della sanità integrativa risulta gestita mediante il ricorso al settore assicurativo»⁷³, ma non fornisce alcun dettaglio sui premi incassati dai fondi assicurati, né suddivide l'importo stimato per la spesa intermediata per varie categorie di terzi paganti o prodotti.
- **Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA)**: riporta che nel 2017 i premi raccolti per polizze assicurative relative al ramo malattia (danni + vita) ammontano a € 2.704 milioni, di cui € 711 milioni per polizze individuali e € 1.993 milioni per quelle collettive⁷⁴, ipotizzati come interamente destinati alla “ri-assicurazione” di fondi sanitari.

⁷⁰ ISTAT. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2018. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁷¹ Ministero della Salute. Reporting System. Anagrafe dei Fondi Sanitari. Fondi attestati anno 2017. Roma, novembre 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2822_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁷² VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Giugno 2018: pag. 12-18. Disponibile a: www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁷³ VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Giugno 2018: pag. 43. Disponibile a: www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁷⁴ ANIA Trends Infortuni e Malattia. Portafoglio diretto italiano – Dati al 31 dicembre 2017. Maggio 2018. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/COLLANE-PERIODICHE/ANIA-Trends/ANIA-Trends-Infortuni-e-Malattia/2017/Newsletter-Infortuni-e-Malattia_anno-2017.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Il dato ANIA è stato utilizzato per aggiornare la stima di ISTAT-SHA per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1) di € 2.520 milioni relativa all'anno 2017.

Ribadendo tutti i limiti relativi all'affidabilità di fonti e dati e alla verosimile sovrapposizione di alcune cifre, per l'anno 2017 si stima una spesa intermediata di € 5.800 milioni (13,9% della spesa privata), sostenuta da varie tipologie di "terzi paganti" (tabella 2.6), di cui i fondi sanitari/polizze collettive rappresentano oltre 2/3 (figura 2.14).

Terzo pagante	Spesa intermediata	Fonte
Fondi sanitari / polizze collettive	€ 3.913*	ANIA + stima GIMBE*
Polizze individuali	€ 710,8	ANIA
Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	€ 540,0	ISTAT-SHA
Imprese (HF.2.3)	€ 637,0	ISTAT-SHA
Totale	€ 5.800,0	RBM-Censis

*Di tale importo ANIA documenta solo € 1.993 milioni come polizze collettive, i restanti € 1.920 milioni sono calcolati per differenza tra la stima di RBM-Censis e le altre voci della tabella.

Tabella 2.6. Spesa intermediata 2017 (dati in milioni)

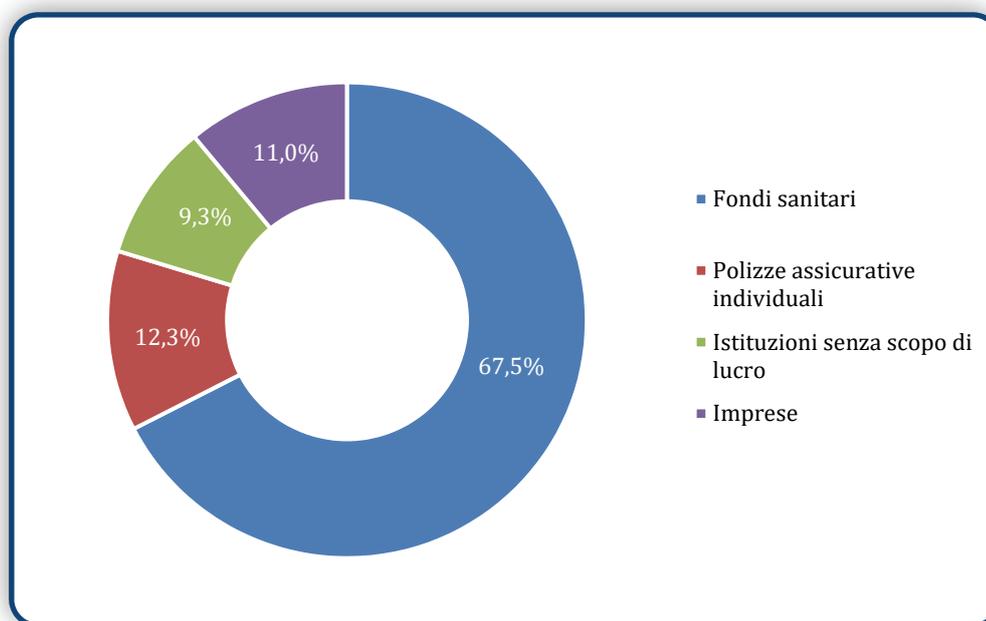


Figura 2.14. Composizione della spesa intermediata (anno 2017)

Le analisi effettuate dimostrano che i dati ufficiali ISTAT-SHA, trasmessi all'OCSE per i benchmark internazionali, se formalmente escludono i fondi sanitari integrativi dai regimi di finanziamento volontari (HC.2) in larga parte li ricomprendono nella quota di assicurazioni volontarie (HC.2.1) relativa a polizze collettive e nella quota di Imprese (HC.2.3) relativa a "accordi mediante i quali le imprese finanziano i servizi sanitari per i propri dipendenti".

2.1.2.3. Trend spesa sanitaria privata 2000-2017 e confronti internazionali

L'unica fonte che riporta i dati per la spesa pubblica e privata, differenziata in intermediata e out-of-pocket, è il database dell'OCSE⁷⁵ (figura 2.15, tabella 2.7).

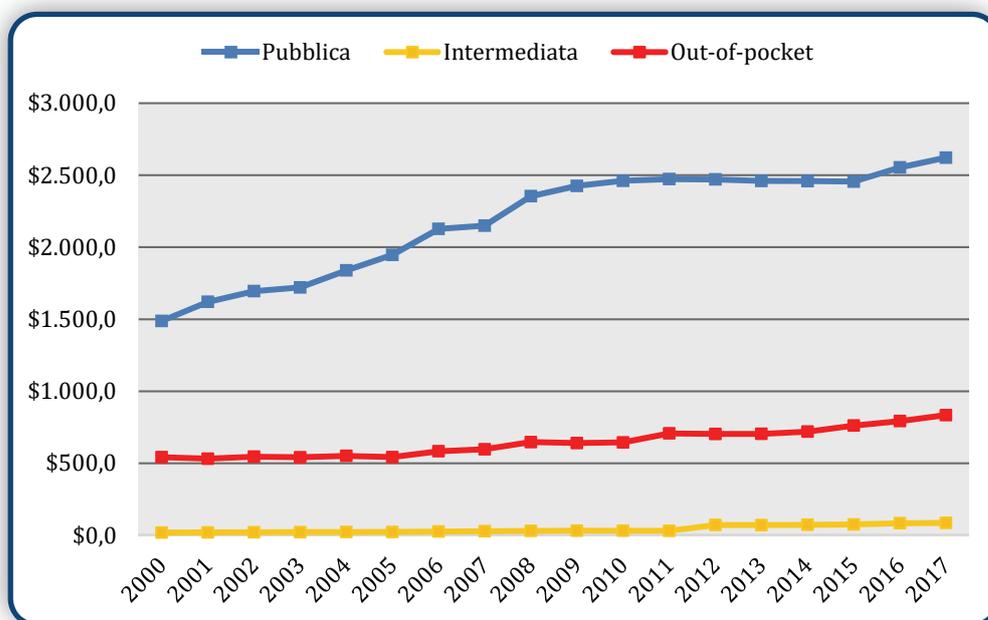


Figura 2.15. Trend spesa sanitaria pro-capite 2000-2017

Componente di spesa	2000-2008	2009-2017
Pubblica	58,2%	8,1%
Intermediata	62,5%	168,2%
Out-of-pocket	19,3%	30,3%

Tabella 2.7. Aumento della spesa sanitaria 2000-2008 vs 2009-2017

Suddividendo il periodo 2000-2017 e i relativi trend di crescita delle tre componenti di spesa nel periodo 2000-2008 (pre-crisi economica) vs quello 2009-2017 si evince che:

- Il trend di crescita della spesa pubblica si è appiattito dal 2008: l'incremento percentuale del 58,2% nel periodo 2000-2008 è precipitato al 8,1% nel periodo 2009-2017.
- L'appiattimento della curva del finanziamento pubblico non ha determinato una parallela impennata della spesa out-of-pocket, che pure registra un aumento dal 19,3% del periodo 2000-2008 al 30,3% del periodo 2009-2017.

La crescita percentuale della spesa intermediata è quasi triplicata: dal 62,5% del periodo 2000-2008 al 168,2% negli anni 2009-2017, un dato apparentemente eclatante, ma in realtà poco significativo visto il basso valore in termini assoluti. I dati OCSE documentano nel 2017

⁷⁵ OECD Health Statistics 2018. Last update 8 November 2018. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

una spesa out-of-pocket di \$ 834,1 cifra superiore del 15,5% rispetto alla media OCSE (\$ 722,1), collocando l'Italia all'8° posto (figura 2.16).

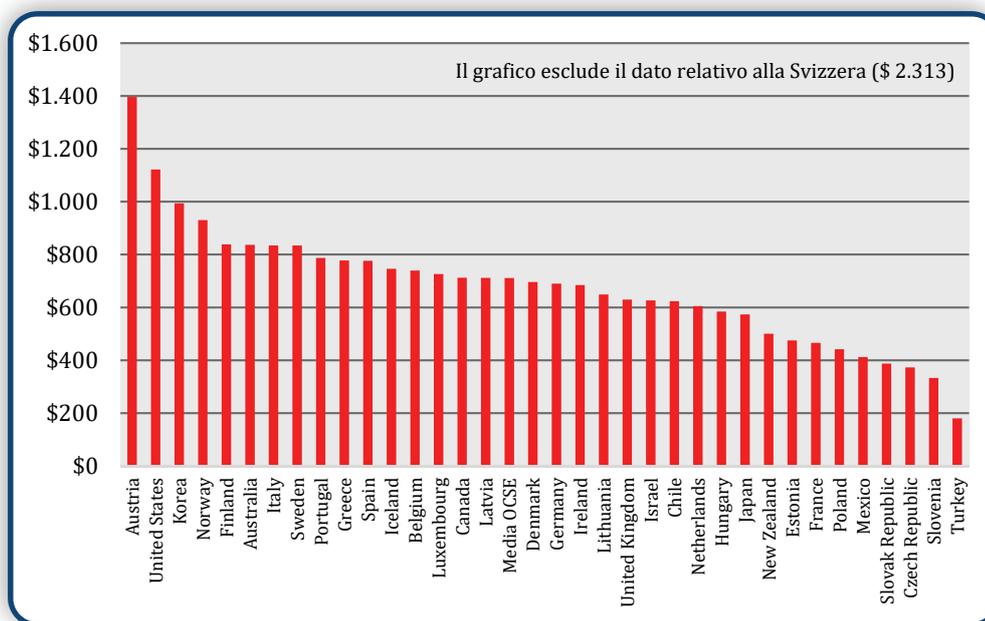


Figura 2.16. Spesa out-of-pocket pro-capite nei paesi OCSE (anno 2017 o più recente disponibile)

Emerge inoltre che l'Italia è agli ultimi posti sia per valore assoluto della spesa intermedia pro-capite (\$ 85,7 pro-capite rispetto ai \$ 241,3 della media OCSE) (figura 2.17), sia in termini di percentuale della spesa intermedia sul totale della spesa privata (9,3% vs 25% della media OCSE) (figura 2.18).

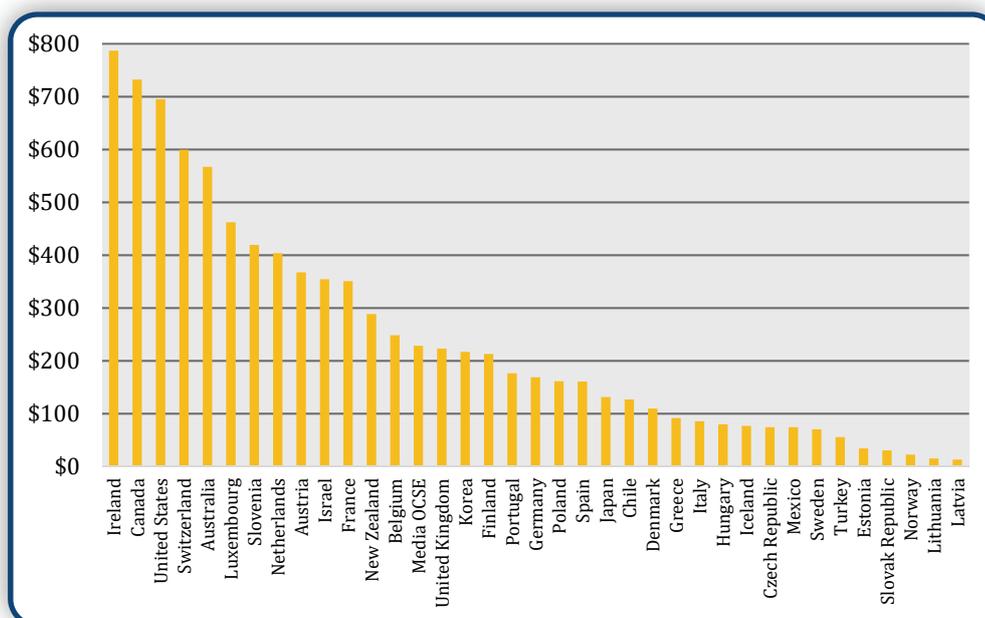


Figura 2.17. Spesa pro-capite intermedia nei paesi OCSE (anno 2017 o più recente disponibile)

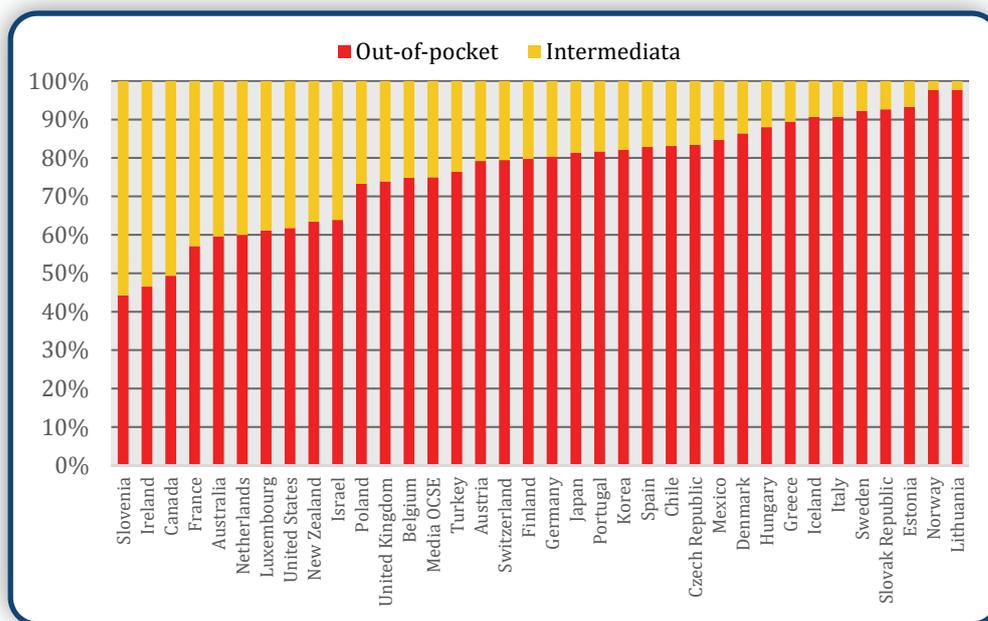


Figura 2.18. Ripartizione percentuale della spesa privata nei paesi OCSE (anno 2017 o più recente)

Questi dati rappresentano un inevitabile “cavallo di battaglia” dei fautori dell’espansione del secondo pilastro, che fanno leva sul fatto che in Italia oltre il 90% della spesa sanitaria privata è a carico dei cittadini. Tuttavia, le analisi comparative effettuate nel presente Rapporto tra le differenti fonti di spesa privata dimostrano che l’entità della spesa intermediata nel database OCSE risulta sottostimata perché i dati trasmessi da ISTAT-SHA escludono formalmente i fondi sanitari.

2.2. La spesa sociale

La salute e la qualità di vita delle persone sono condizionate, oltre che dall’assistenza sanitaria, anche da tutte le prestazioni sociali finalizzate a soddisfare i bisogni legati a patologie e condizioni che determinano non solo disabilità, ma anche limitazioni funzionali o parziale non-autosufficienza. Tali prestazioni sono in larga parte riconducibili al grande contenitore della LTC.

Secondo la definizione dell’OCSE “la LTC (sanitaria e sociale) consiste in una serie di servizi di assistenza medica, personale e di assistenza che hanno l’obiettivo primario di alleviare il dolore e ridurre o gestire il deterioramento dello stato di salute nelle persone con un grado di non autosufficienza a lungo termine, assistendole nella loro cura personale [aiuto per le attività quotidiane – *activities of daily living* (ADL): alimentarsi, lavarsi, vestirsi] e a vivere in modo indipendente [(aiuto per le attività strumentali della vita quotidiana – *instrumental activities of daily living* (IADL): cucinare, fare spese e gestire le finanze)”⁷⁶. Questa definizione

⁷⁶ OECD Health Statistics 2018. Definitions, Sources and Methods. Definition of long-term care. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

è allineata con la definizione di LTC (sanitaria e sociale) del Sistema dei conti ISTAT-SHA: in particolare HC.3 per la componente sanitaria e HCR.1 per la componente sociale.

La componente sanitaria della spesa per LTC comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa. In Italia, tale componente include, oltre all'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (articolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale e residenziale), l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza, una quota dell'assistenza integrativa, dell'assistenza protesica e dell'assistenza farmaceutica erogata in forma diretta o per conto⁷⁷. La spesa associata a queste prestazioni secondo i conti ISTAT-SHA (HC.3) nel 2017 ammonta a € 15.511 milioni, di cui € 11.757 milioni (75,8%) di spesa pubblica, € 3.618 milioni (23,3%) a carico delle famiglie e € 136 milioni (0,9%) di spesa intermediata. Questi importi, già presi in considerazione nel capitolo della spesa sanitaria (§ 2.1.1, § 2.1.2), non verranno di seguito esaminati.

Il presente capitolo analizza esclusivamente la spesa sociale di interesse sanitario destinata (almeno sulla carta) alla LTC e composta da diverse tipologie di prestazioni in natura o in denaro erogate da Amministrazioni pubbliche centrali e locali (Stato, Regioni e Province autonome, Comuni) e dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), sostenute in maniera diretta o indiretta dalle famiglie, o riconosciute sotto forma di agevolazioni fiscali.

2.2.1. Stato, Regioni e Province Autonome

Fondo nazionale per la non autosufficienza. Il fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA) è stato istituito nel 2006⁷⁸ con l'obiettivo di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali⁷⁹. Il FNA si aggiunge alle risorse già destinate da parte di Regioni ed enti locali finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria.

Il FNA viene attribuito alle Regioni in funzione della popolazione anziana non autosufficiente e degli indicatori socio-economici e quindi ripartito tra gli enti territoriali che stabiliscono i criteri con cui erogare i fondi. Il FNA, oltre ad essere largamente insufficiente per coprire i bisogni, non è una voce di bilancio stabile⁸⁰ (figura 2.19).

⁷⁷ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Rapporto n. 19. Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Roma, luglio 2018 Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2018/Rapporto_n19.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁷⁸ Legge 27 dicembre 2006, n. 296. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007), art. 1, c. 1264.

⁷⁹ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Fondo per la non autosufficienza. Disponibile a: www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Fondo-per-non-autosufficienza/Pagine/default.aspx. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁰ Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Monitoraggio fondi per le politiche sociali (tabelle aggiornate al 7 settembre 2017). Disponibile a: www.regioni.it/download/news/531636. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

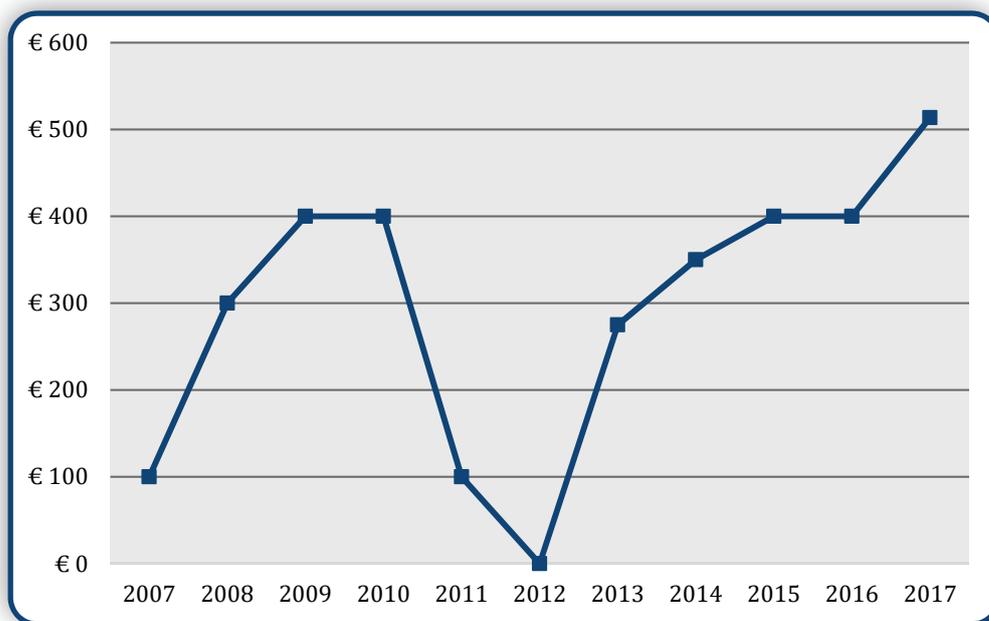


Figura 2.19. Fondo Nazionale per la non autosufficienza: trend 2007-2017 (dati in milioni)

Per il 2017 il FNA ammonta a € 513,6 milioni: partito da una base di € 500 milioni di euro, per effetto delle Leggi di stabilità 2015 e 2016 e della Legge di Bilancio 2017 e del DL 243/2016, è stato ridimensionato di € 50 milioni a seguito dell'Intesa del 23 febbraio 2017⁸¹, e quindi reintegrato con lo stesso importo dalle Regioni. Inoltre, per effetto della campagna sui "falsi invalidi", il FNA è stato ulteriormente incrementato di € 13,6 milioni. Il 50% del FNA è destinato a persone in condizioni gravissime (es. dipendenza vitale da macchinari).

Fondi regionali per la non autosufficienza. Il reperimento dei dati è ostacolato da vari fattori: innanzitutto non esiste alcuna ricognizione recente effettuata da enti pubblici o privati; in secondo luogo, tranne alcune lodevoli eccezioni, le risorse non sono stanziare dalle Regioni in maniera continuativa in quanto il fondo non è strutturale; infine, le delibere regionali non sono facilmente accessibili. Pertanto è stato possibile identificare per l'anno 2017 solo il fondo istituito dalla Regione Emilia Romagna⁸² (€ 435,45 milioni).

2.2.2. INPS

Le provvidenze erogate dall'INPS per finalità sociali di interesse sanitario appartengono a tre categorie:

- Pensioni di invalidità previdenziale che comprendono: assegni di invalidità, pensioni di inabilità e pensioni di invalidità (ante L. 222/84)

⁸¹ Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 1, commi 680 e 682, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Disponibile a: <http://www.regioni.it/download/news/503219>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸² Regione Emilia Romagna. Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali per la non autosufficienza 2017. Disponibile a: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza/frna-relazione-2017.pdf/@download/file/FRNA%20RELAZIONE%202017.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- Prestazioni assistenziali, che includono l'indennità di accompagnamento e le pensioni agli invalidi civili
- Permessi retribuiti (L. 104/92)

Pensioni di invalidità previdenziale e prestazioni assistenziali. Nel 2017 l'INPS ha erogato complessivamente € 25.802,2⁸³ milioni, di cui € 8.475,9 milioni per pensioni di invalidità previdenziale e € 17.326,3 milioni per prestazioni assistenziali⁸⁴ (tabella 2.8).

Categoria	Tipologia	Importo
Pensioni di invalidità previdenziale	Assegno di invalidità	€ 3.968,3
	Pensione di inabilità	€ 1.150,2
	Pensione di invalidità (ante L. 222/84)	€ 3.357,4
Prestazioni assistenziali	Indennità di accompagnamento	€ 13.802,0*
	Pensioni agli invalidi civili	€ 3.524,3
TOTALE		€ 25.802,2
* Dato da: Determinazione e relazione sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) 2017 della Corte dei Conti ⁸⁵ , anziché dato INPS di € 12.531,5 milioni.		

Tabella 2.8. Provvidenze erogate dall'INPS per finalità sociali di interesse sanitario (dati in milioni)

A questi vanno ad aggiungersi i permessi retribuiti (L. 104/1992)⁸⁶ che spettano ai lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato⁸⁷, per i quali non esistono dati ufficiali ma solo stime effettuate da soggetti diversi^{88,89}. Nel presente Rapporto è stata presa in considerazione quella elaborata da CREA⁹⁰ che stima per il 2017 € 2.051,2 milioni così calcolati:

- dipendenti del settore pubblico: retribuzione media giornaliera 2016 (rapporto tra lo stipendio annuale medio 2016 e 260 giorni lavorativi) moltiplicata per il totale dei permessi retribuiti a norma della L. 104/92;

⁸³ INPS. Statistiche in breve. Pensioni vigenti all'1.1.2018 e liquidate nel 2017 erogate dall'Inps. Marzo 2018. Disponibile a: www.inps.it/docallegatiNP/Mig/AllegatiNews/StatInBrevePensioni2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁴ INPS. Statistiche in breve. Pensioni vigenti all'1.1.2018 e liquidate nel 2017 erogate dall'Inps. Marzo 2018. Disponibile a: www.inps.it/docallegatiNP/Mig/AllegatiNews/StatInBrevePensioni2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁵ Corte dei Conti. Determinazione e relazione sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) 2017. Dicembre 2018. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sez_controllo_enti/2018/delibera_132_2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁶ L. 104/1992 art. 33 - D.lgs 151/2001 artt. 33 e 42, come modificati dalla L. 183/2010 e dal D.lgs. 119/2011

⁸⁷ Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS). Permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33 della legge n. 104/92. Disponibile a: www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46180. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁸ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁹ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

⁹⁰ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- dipendenti del settore privato: numero giornate di permesso (ipotesi: 3 gg/mese per ciascun beneficiario) moltiplicata per la retribuzione media giornaliera dei contribuenti INPS nell'anno 2016 (€ 88,6).

Tali stime suppongono l'invarianza di dati tra 2016 e 2017.

È utile rilevare che per il sistema di classificazione ISTAT-SHA la voce HCR.1.2, riferita alla componente sociale della LTC, tra le varie provvidenze erogate dall'INPS include nella spesa pubblica solo le indennità di accompagnamento.

2.2.3. Comuni

La componente denominata "Altre prestazioni LTC" del sistema ISTAT-SHA inquadrabile nella voce HCR.1.1 comprende prestazioni, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o non-residenziale: le prime vengono riconosciute in istituti come, ad esempio, le residenze socio-sanitarie per anziani o le comunità socio-riabilitative. Le seconde sono riconosciute in strutture semi-residenziali, quali i centri diurni e i centri di aggregazione, o direttamente presso l'abitazione dell'assistito (assistenza domiciliare). Oltre alle prestazioni in natura, possono esservi, seppure in misura minoritaria, prestazioni in denaro.

Secondo le stime ricavate dalla Ragioneria Generale dello Stato tali risorse ammontano a € 3.977 milioni per l'anno 2017⁹¹:

- in denaro: € 1.591 milioni per voucher⁹², contributi erogati per agevolazioni sui ticket o sulle rette per centri diurni, assistenza residenziale e semi-residenziale;
- in natura: € 2.386 milioni per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (assistenza domiciliare socio-assistenziale e di assistenza domiciliare integrata) con servizi sanitari di competenza comunale.

Tale importo corrisponde al 56,4% dei € 7.056 milioni di spesa totale dei Comuni per i servizi sociali (dato 2016)⁹³.

2.2.4. Spesa delle famiglie

Spesa diretta delle famiglie. Oltre alla già citata spesa sanitaria per LTC (€ 3.618,0 milioni, dato ISTAT-SHA HC.3), include i servizi di badantato per i quali non esistono dati ufficiali ma

⁹¹ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Rapporto n. 19. Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Roma, luglio 2018: pag. 144. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita di previsione RGS/2018/Rapporto n19.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁹² Strumento di sostegno economico con destinazione vincolata, ovvero destinato all'acquisto di prestazioni in natura (es. di tipo domiciliare o residenziale). Sono noti anche con altre denominazioni: "assegni di cura", "buoni socio-sanitari", etc.

⁹³ ISTAT. La spesa dei comuni per i servizi sociali. 3 gennaio 2019. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2019/01/Report-spesa-sociale-2016.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

solo stime effettuate da soggetti diversi^{94,95,96,97}. Nel presente Rapporto sono stati presi in considerazione:

- i dati INPS 2017 per il numero di badanti regolari⁹⁸;
- il metodo CREA⁹⁹ per stimare la spesa delle famiglie in badanti regolari, tenendo conto che una quota dell'indennità di accompagnamento è destinata a questo fine;
- per le badanti irregolari
 - la stima effettuata da Fosti e Notarnicola¹⁰⁰ tramite il metodo Pasquinelli-Rusmini¹⁰¹, secondo il quale il rapporto tra badanti regolari e irregolari si attesta intorno al 40:60;
 - la stima riportata da Domina¹⁰²

In dettaglio:

- Badanti regolari: la stima è di 393.478 soggetti con una retribuzione media annua di € 12.730¹⁰³ al netto dei contributi, per una spesa complessiva di € 5.009 milioni. Ipotizzando che l'indennità di accompagnamento venga impiegata *in toto* per coprire la spesa per le badanti, moltiplicando l'importo medio annuo dell'indennità di accompagnamento per il numero di badanti impiegate, se ne ricava che della spesa totale il 46,2% (€ 2.315,3 milioni) è coperto dal gettito delle indennità di accompagnamento, mentre il 53,8% (€ 2.693,7 milioni) rimane a totale carico delle famiglie.
- Badanti irregolari: la stima è compresa tra 436.522¹⁰⁴ e 590.217¹⁰⁵. Assumendo un costo annuo per badante tra € 8.000 e € 12.000, la stima totale della spesa sommersa si colloca tra € 3.492 e € 7.082 milioni.

Anche se nel riepilogo totale sono state prese in considerazione solo le badanti regolari, la stima della spesa totale a carico delle famiglie per i servizi di badantato oscillerebbe tra i € 6.185,9 e €

⁹⁴ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122-123. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁹⁵ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

⁹⁶ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

⁹⁷ Fosti G, Notarnicola E. L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care. EGEA, settembre 2018: pag 42-45. Disponibile a: www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁹⁸ INPS. Statistiche in breve. Anno 2017: lavoratori domestici. Giugno 2018: pag. 7. Disponibile a: www.inps.it/banchedatistatistiche/menu/domestici/StatInBreve.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁹⁹ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122-123. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰⁰ Fosti G, Notarnicola E. L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care. EGEA, settembre 2018: pag 42-45. Disponibile a: www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰¹ Pasquinelli S, Rusmini G. Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche, Ediesse, 2013.

¹⁰² Il valore del lavoro domestico: il ruolo economico e sociale delle famiglie datori di lavoro. Dossier 6. Domina - Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico. Roma, 2017: pag. 24. Disponibile a: www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/12/Lavoro-domestico-Ricerca-DOMINA-06.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰³ Paga base media dei livelli B super e C super per 13 mensilità + T.F.R. Da Tabella minimi retributivi 2017. Domina - Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico. Maggio 2017: pag. 24. Disponibile a: www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/05/MINIMI-RETRIBUTIVI_2017.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰⁴ Il valore del lavoro domestico: il ruolo economico e sociale delle famiglie datori di lavoro. Dossier 6. Domina - Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico. Roma, 2017. Disponibile a: www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/12/Lavoro-domestico-Ricerca-DOMINA-06.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰⁵ Fosti G, Notarnicola E. L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care. EGEA, settembre 2018: pag 42-45. Disponibile a: www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

9.776,4 milioni: il fatto che tutte le stime sono state riferite al costo di una badante a tempo pieno può sovrastimare tali cifre, mentre il margine di incertezza sul numero delle badanti irregolari e della loro retribuzione reale ne può determinare sia una sovra- che una sotto-stima.

Spesa indiretta delle famiglie. Corrisponde al mancato reddito dei caregiver stimato per il 2013 in € 4.800 milioni¹⁰⁶. Altri¹⁰⁷ includono in questa voce anche i cosiddetti “trasferimenti informali” riportando i dati della ricerca Censis-ANIA consumatori 2015¹⁰⁸: 2,2 milioni di famiglie riceverebbero un aiuto mensile con regolarità per un importo annuale di € 9.100 milioni. Senza entrare nel merito dell’accuratezza di tale stima, il presente Rapporto non prende in considerazione questa voce per tre ragioni: innanzitutto, perché formalmente rappresenta una voce di entrata; in secondo luogo, non esiste alcun parametro per identificare la quota destinata alle spese sociali; infine, tale spesa potrebbe sovrapporsi ad altre voci, quale ad esempio i servizi di badando.

2.2.5. Conclusioni

Il presente Rapporto ha cercato di pervenire ad una stima complessiva della spesa sociale per LTC per l’anno 2017 raffrontando e integrando tra loro varie fonti (tabella 2.9). Nella loro interpretazione è indispensabile tenere conto che il totale di € 41.888,5 milioni è influenzato da vari fattori: differenti fonti informative con variabile livello di precisione e accuratezza, rischio di sovrapposizione degli importi provenienti da fonti differenti, alcuni valori basati su stime.

Erogatore	Prestazione	Valore
Stato	• Fondo nazionale per la non autosufficienza	€ 513,6
Regioni e Prov. aut	• Fondi regionali per la non autosufficienza	€ 435,5*
INPS	• Pensioni di invalidità previdenziale	€ 8.475,9
	• Prestazioni assistenziali	€ 17.326,3
	• Permessi retribuiti (L. 104/1992)	€ 2.051,2 [§]
Comuni	• In denaro	€ 1.591,0
	• In natura	€ 2.386,0
Famiglie (diretta)	• Servizi di badando regolari [#]	€ 5.009,0 [§]
Famiglie (indiretta)	• Mancato reddito caregiver	€ 4.100,0 [§]
Totale		€ 41.888,5
*Spesa relativa solo al fondo per la non autosufficienza della Regione Emilia Romagna.		
[§] Stime		
[#] Per le badanti irregolari la stima è compresa tra € 3.492 e € 7.082 milioni.		

Tabella 2.9. Stima della spesa sociale di interesse sanitario, anno 2017 (dati in milioni)

¹⁰⁶ CGIL-SPI Lombardia. Atti del Convegno: Sistemi di welfare in Europa: traiettorie evolutive e lezioni per l’Italia, Nuovi Argomenti 2013 n° 34. Disponibile a: www.spicgillombardia.it/wp-content/uploads/2013/05/NA-3-4.2013.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰⁷ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

¹⁰⁸ Forum Ania Consumatori (a cura di), Censis (a cura di). Gli scenari del welfare. Verso uno stato sociale sostenibile. Franco Angeli Edizioni, 2015.

La figura 2.20 riporta la composizione percentuale della spesa sociale di interesse sanitario.

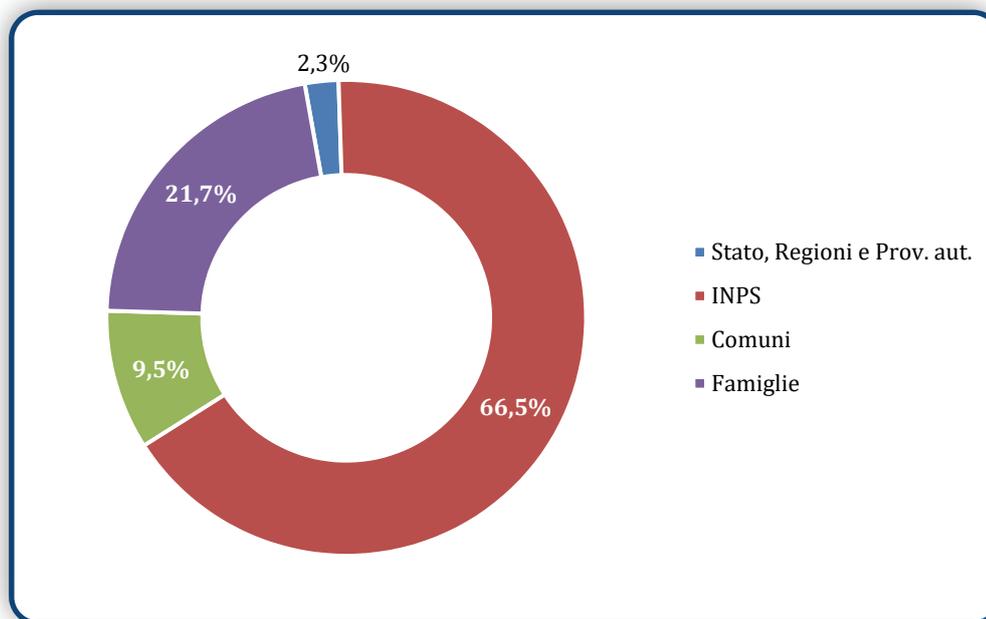


Figura 2.20. Composizione della spesa sociale di interesse sanitario (anno 2017)

In conclusione, se l'assistenza sanitaria è caratterizzata da un sistema di prestazioni prevalentemente in natura, la spesa sociale per la LTC (fatta eccezione per una piccola quota erogata in natura dai Comuni) è per la maggior parte rappresentata da erogazioni in denaro senza vincolo di destinazione, né tantomeno sottoposte a verifica oggettiva, ovvero rimane completamente al di fuori da qualsiasi meccanismo di governance pubblica. Di conseguenza per la spesa sociale risulta impossibile, come fatto per la spesa sanitaria (§ 2.1), stimare il ritorno in termini di salute delle risorse investite (*value for money*).

2.3. La spesa fiscale

Nel valutare l'impatto e l'evoluzione della spesa per la salute non si può prescindere dalla spesa fiscale (*tax expenditure*) riconducibile alle differenti deduzioni e detrazioni di imposta dal reddito delle persone fisiche e di quelle giuridiche per determinate categorie di spese.

2.3.1. Spese sanitarie e sociali

Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida. Il Testo Unico delle Imposte sui Redditi prevede, per la parte eccedente una franchigia di € 129,11, una detrazione del 19% per le spese sanitarie relative alle spese mediche e di assistenza specifica, a quelle chirurgiche, per prestazioni specialistiche e per protesi dentarie e sanitarie in genere. Sono qui comprese le spese per i veicoli per i disabili, per l'acquisto di cani guida, le spese sanitarie per familiari non a carico relative alle patologie con diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria pubblica (malattie croniche e invalidanti e malattie rare) nel limite massimo di € 6.197,48 annui e per disabili (per mezzi necessari all'accompagnamento,

deambulazione, locomozione e sollevamento e per i sussidi tecnici e informativi che facilitano l'autosufficienza e l'integrazione, spese per le quali non si applica la franchigia).

Spese mediche per portatori di handicap. Le spese mediche generiche e di assistenza specifica per persone disabili sono interamente deducibili dal reddito complessivo. Le spese di assistenza specifica sono relative a:

- assistenza infermieristica e riabilitativa
- personale in possesso della qualifica professionale di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico assistenziale esclusivamente dedicato all'assistenza diretta della persona
- personale di coordinamento delle attività assistenziali di nucleo
- personale in possesso della qualifica di educatore professionale
- personale qualificato addetto ad attività di animazione e di terapia occupazionale

Le persone disabili possono usufruire della deduzione anche se percepiscono l'assegno di accompagnamento; in caso di ricovero ospedaliero, possono dedurre solo la parte di retta che riguarda le spese mediche e paramediche di assistenza specifica.

Spese sostenute per l'assistenza personale di soggetti non autosufficienti. Dal 2016 è prevista la detrazione del 19% su un importo massimo di € 2.100 per i redditi che non superano € 40.000 (compreso il reddito da cedolare secca). La detrazione riguarda le spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale del contribuente o di uno o più familiari anche se non fiscalmente a carico.

La tabella 2.10 riporta i dati derivati dalle dichiarazioni dei redditi presentate nel 2018 (redditi 2017)^{109,110}:

Tipologia	Importo	Spesa fiscale
Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida	€ 18.521,6	€ 3.519,0
Spese mediche per portatori di handicap	€ 1.100,7	€ 299,6
Spese per l'assistenza personale di persone non autosufficienti	€ 240,4	€ 45,7
TOTALE	€ 19.862,7	€ 3.864,3

Tabella 2.10. Spesa fiscale conseguente alla detrazione/deduzione di spese mediche (dati in milioni)

Rispetto al trend temporale, le spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida portate in detrazione sono aumentate dai € 11.951 milioni nel 2008 ai € 18.521,6

¹⁰⁹ Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento delle Finanze. Analisi statistiche - Dichiarazioni 2018 - Anno d'imposta 2017. Aggiornato al 28 marzo 2019. Disponibile a: www1.finanze.gov.it/finanze3/analisi_stat/index.php?tree=2018AAPFTOT020901. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹¹⁰ Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019: pag 234-239 Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapporto_coordinamento_fp_2019.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

milioni nel 2017 (+55%), con conseguente incremento della spesa fiscale da € 2.271 a € 3.519 milioni (figura 2.21). Il tasso di crescita medio per anno nel periodo 2008-2017 è pari al 5,0%.

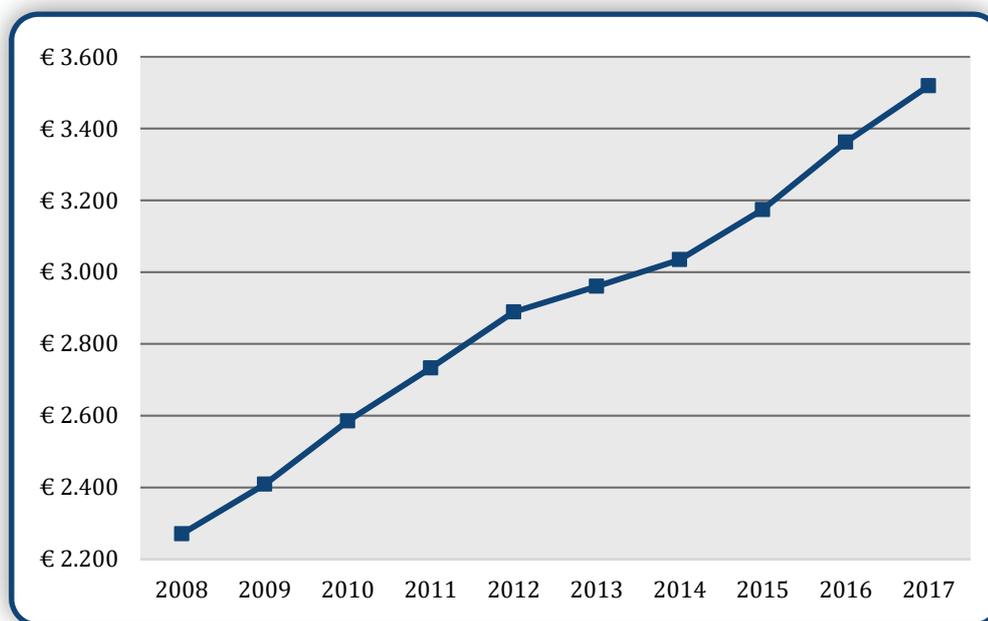


Figura 2.21. Spesa fiscale per spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida: trend 2008-2017 (dati in milioni)

Nel 2017 gli importi indicati nelle dichiarazioni fiscali (€ 19.862,7 milioni) risultano di poco superiori al 55% della spesa delle famiglie secondo ISTAT-SHA (€ 35.989 milioni). Al fine di stimare il possibile impatto delle detrazioni fiscali nei prossimi anni, in relazione all'aumento della spesa delle famiglie, bisogna tenere conto che¹¹¹:

- per i 18,6 milioni di contribuenti che hanno indicato l'importo su cui calcolare la detrazione, € 2.400 milioni sono "assorbiti" dalla franchigia (€ 129,11 per contribuente) che non gode di alcun beneficio fiscale;
- dei 22,6 milioni di contribuenti che non hanno indicato l'importo
 - 10,2 milioni con redditi complessivi fino a € 7.500 non possono beneficiare della riduzione fiscale per la mancanza di un onere di imposta;
 - per i rimanenti 12,4 milioni di contribuenti si può ipotizzare una spesa media inferiore alla franchigia;
- i più severi criteri di premialità del Fisco escludono alcune prestazioni non riconducibili a prescrizione medica, quali le cure preventive o riabilitative;
- il potenziale beneficio fiscale non riesce a contrastare il fenomeno del sommerso.

¹¹¹ Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019; pag. 235 Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapporto_coordinamento_fp_2019.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

2.3.2. Fondi sanitari integrativi e welfare aziendale

Dopo l'analisi dettagliata della spesa privata intermediata (§ 2.1.2.2) e rinviando al § 3.4 per un approfondimento su normative e dinamiche di fondi sanitari integrativi e welfare aziendale, la presente sezione mira a stimarne l'impatto fiscale.

Il Ministero della Salute per l'anno 2017 attesta 322 fondi sanitari per un totale di 10.616.847 iscritti¹¹². Complessivamente per l'anno fiscale 2016 le risorse "impegnate" dai fondi sanitari, ovvero destinate ai rimborsi delle prestazioni, ammontano a € 2.329 milioni dai quali è impossibile risalire all'ammontare dei contributi versati e, di conseguenza, alla spesa fiscale correlata.

In una recente audizione¹¹³, l'Agenzia delle Entrate ha indicato che nell'anno di imposta 2017 gli importi riconducibili a fondi sanitari integrativi portati in deduzione sono pari a € 11.163,81 milioni di cui:

- € 51,11 milioni per contributi versati ai fondi di tipo A;
- € 11.112,70 milioni per i contributi versati ad enti e casse di tipo B
 - € 11.052,62 milioni per contributi versati dal datore di lavoro o dal lavoratore
 - € 60,08 milioni per i contributi versati da pensionati

Complessivamente, visto che le deduzioni riconducibili a questo tipo di contribuzione raggiungono i € 11.163,81 milioni, assumendo un'aliquota marginale media del 30%¹¹⁴ si stima una spesa fiscale di € 3.349,1 milioni. Sono inoltre portati in detrazione € 63,64 milioni di contributi a società di mutuo soccorso per una spesa fiscale stimata di € 12,1 milioni (tabella 2.11).

Tipologia	Importo	Spesa fiscale
Fondi sanitari integrativi (tipo A)	€ 51,1	€ 15,3
Fondi sanitari integrativi (tipo B)	€ 11.112,7	€ 3.333,8
Società di mutuo soccorso	€ 63,6	€ 12,1
TOTALE	€ 11.227,4	€ 3.361,2

Tabella 2.11. Spesa fiscale conseguente alla detrazione/deduzione di quote versate ai fondi sanitari integrativi e alle società di mutuo soccorso (dati in milioni)

Ovviamente, tale stima esclude la detrazione della quota parte delle spese sanitarie a carico degli iscritti ai fondi sanitari, già incluse nella spesa fiscale relativa alle detrazioni IRPEF (§ 2.3.1).

¹¹² Ministero della Salute. Reporting System. Anagrafe dei Fondi Sanitari. Fondi attestati anno 2017. Roma, novembre 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2822_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹¹³ Camilla Ariete, capo settore fiscalità e compliance delle persone fisiche dell'Agenzia delle entrate. Resoconto stenografico. www.camera.it/leg18/1079?idLegislatura=18&tipologia=indag&sottotipologia=c12_integrativi&anno=2019&mese=02&giorno=06&idCommissione=12&numero=0003&file=indice_stenografico#stenograficoCommissione.tit00020.int00020. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹¹⁴ Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapporto_coordinamento_fp_2019.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Nonostante i contenuti dell'audizione permettano di effettuare una prima stima della spesa fiscale per i fondi sanitari integrativi, è indubbio che i € 3.361,2 milioni siano sottostimati per due ragioni, in quanto nell'audizione:

- non vengono riportate le deduzioni che spettano ai datori di lavoro che potrebbero essere rilevanti in quanto emerge che hanno beneficiato della deduzione solo 6.761.751 (68,2%) contribuenti su un totale 9.915.073 lavoratori e familiari iscritti ai fondi;
- non viene preso in considerazione il mancato gettito fiscale per i premi di risultato nell'ambito del welfare aziendale per mancata disponibilità dei dati in quanto "l'applicazione della norma è avvenuta solo dal 2018¹¹⁵".

La tabella 2.12 riporta i dati complessivi della spesa fiscale per l'anno 2017:

Tipologia	Importo	Spesa fiscale
Spese sanitarie	€ 19.862,7	€ 3.864,3
Contributi versati a fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso	€ 11.227,7	€ 3.361,2*
TOTALE	€ 31.090,4	€ 7.225,5
*Stima		

Tabella 2.12. Spesa fiscale per spese sanitarie e fondi sanitari (dati in milioni)

La figura 2.22 riporta la composizione percentuale della spesa fiscale.

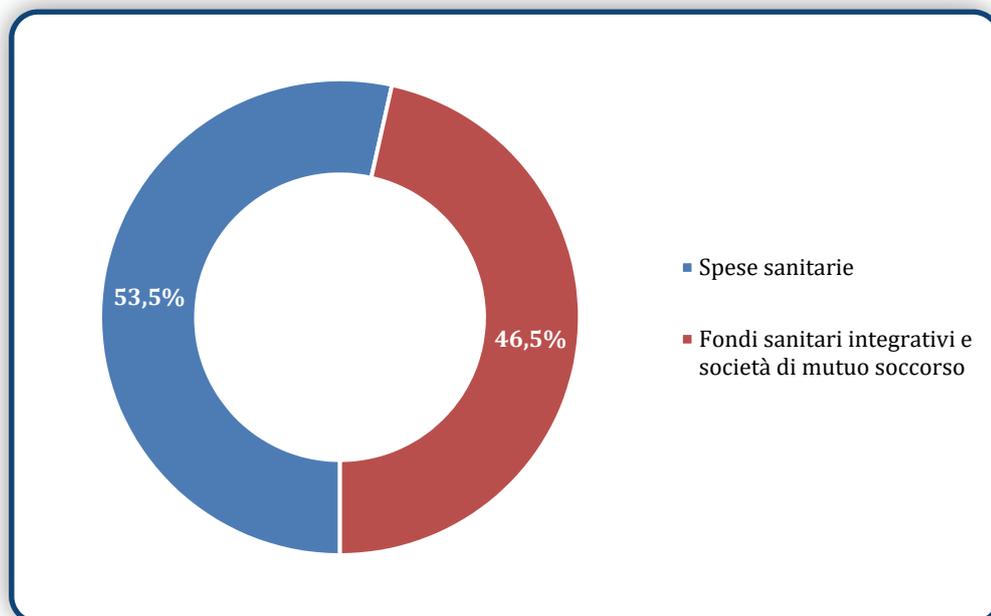


Figura 2.22. Composizione della spesa fiscale (anno 2017)

¹¹⁵ Camilla Ariete, capo settore fiscalità e compliance delle persone fisiche dell'Agenzia delle entrate. Resoconto stenografico. www.camera.it/leg18/1079?idLegislatura=18&tipologia=indag&sottotipologia=c12_integrativi&anno=2019&mese=02&giorno=06&idCommissione=12&numero=0003&file=indice_stenografico#stenograficoCommissione.tit00020.int00020. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

2.4. Value for money della spesa per la salute

2.4.1. Value for money della spesa sanitaria

Gli approcci tradizionali per analizzare la spesa sanitaria tengono conto dei valori assoluti, del rapporto percentuale sul PIL e della spesa pro-capite, oltre che dei rapporti tra spesa pubblica e out-of-pocket e intermediata. Tali approcci, ineccepibili nel principio oltre che indispensabili per benchmark internazionali e nazionali, si basano sul presupposto che l'intero ammontare della spesa sanitaria, nelle sue tre componenti (pubblica, out-of-pocket e intermediata), determini un miglioramento della salute individuale e collettiva. In realtà il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità può essere molto variabile.

Dopo i riferimenti culturali che hanno caratterizzato la sanità negli scorsi decenni (efficacia negli anni '70-'80, *evidence-based medicine* e costo-efficacia negli anni '90, qualità e sicurezza negli anni 2000), il driver della sanità del XXI secolo viene riconosciuto nel *value*, ovvero il rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente (esiti favorevoli *meno* effetti avversi) e costi sostenuti dal sistema^{116,117}. Il *value* può essere stimato a livello del singolo intervento sanitario (farmaco, intervento chirurgico, etc.), di un intero percorso assistenziale, del tempo/uomo. In Italia il termine *value* viene ormai sistematicamente tradotto in "valore"^{118, 119, 120}, termine che, rispetto alla definizione originale di Porter¹²¹, rischia di introdurre variabili soggettive di giudizio tra diverse categorie di stakeholder. Per questa ragione nel presente Rapporto viene utilizzato esclusivamente l'originale termine *value*.

Il *value for money* in sanità, ovvero il ritorno in termini di salute delle risorse investite, è ridotto da tutte le «attività che consumano risorse senza generare *value*»¹²², ovvero sprechi e inefficienze che erodono risorse senza migliorare gli outcome di salute (§ 3.3):

- Sottrazione indebita di risorse: frodi e abusi
- Costi di acquisto superiori al valore del prodotto
- Complessità amministrative: eccesso di burocrazia, scarsa informatizzazione
- Inadeguato coordinamento tra vari setting di cura e bassa produttività
- Erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati, dal *value* basso o negativo
- Conseguenze della mancata erogazione di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*

In relazione all'entità delle varie categorie di sprechi e inefficienze, la spesa sanitaria è stata classificata in quattro categorie di *value for money* (box 2.2).

¹¹⁶ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

¹¹⁷ Porter, ME, Lee, TH. From volume to value in health care: the work begins. JAMA 2016;316:1047-1048.

¹¹⁸ Ferroni: Cosa intendiamo per valore in sanità? Recenti Prog Med 2016;Suppl Forward2;S7-S8. Disponibile a: http://forward.recentiproggressi.it/wp-content/uploads/2016/04/recprogrmed_2016_suppl2_ferroni.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹¹⁹ Gray Muir JA, Walter R. Per una sanità di valore: come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse. Roma: Iniziative sanitarie, 2008.

¹²⁰ Valore/valori. Supplemento a Recenti Progressi in Medicina Vol. 107, numero 04, aprile 2016. Disponibile a: <http://forward.recentiproggressi.it/valorevalori/indice>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹²¹ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

¹²² Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

Box 2.2. Value for money della spesa sanitaria

- *No value expenditure*. Spesa che non si traduce in servizi e prestazioni sanitarie e, di conseguenza, non ha alcun impatto sugli esiti di salute.
- *Negative value expenditure*. Spesa utilizzata per servizi e prestazioni sanitarie che, indipendentemente dal costo, peggiorano gli esiti di salute e, a cascata, generano ulteriori costi.
- *Low value expenditure*. Spesa utilizzata per servizi e prestazioni sanitarie che, rispetto al costo, determinano benefici marginali o nulli sugli esiti di salute o hanno un profilo rischio-beneficio non noto.
- *High value expenditure*. Spesa utilizzata per servizi e prestazioni sanitarie che, rispetto al costo, determinano benefici (più o meno) rilevanti in termini di salute.

Fatta eccezione per la *no value expenditure*, tra le altre categorie è impossibile tracciare confini netti e rigorosi, in quanto gli stessi servizi e prestazioni sanitarie possono avere un differente *value for money* tra diverse popolazioni e sottogruppi di pazienti, secondo criteri di appropriatezza basati su evidenze scientifiche o, in loro assenza, su processi di consenso formale tra esperti. Ad esempio, il *value* della risonanza magnetica nucleare (RMN) nei pazienti con lombalgia acuta è elevato nei pazienti con segni di allarme (*red flags*) e in quelli senza tali segni se eseguita dopo 4-6 settimane dall'insorgenza dei sintomi, come raccomandato dalle linee guida; il *value* diminuisce invece se la RMN viene eseguita a 2-3 settimane sino a diventare negativo se eseguita entro una settimana perché aumenta la probabilità di eventi avversi conseguenti a fenomeni di *overdiagnosis* e *overtreatment* (figura 2.23).

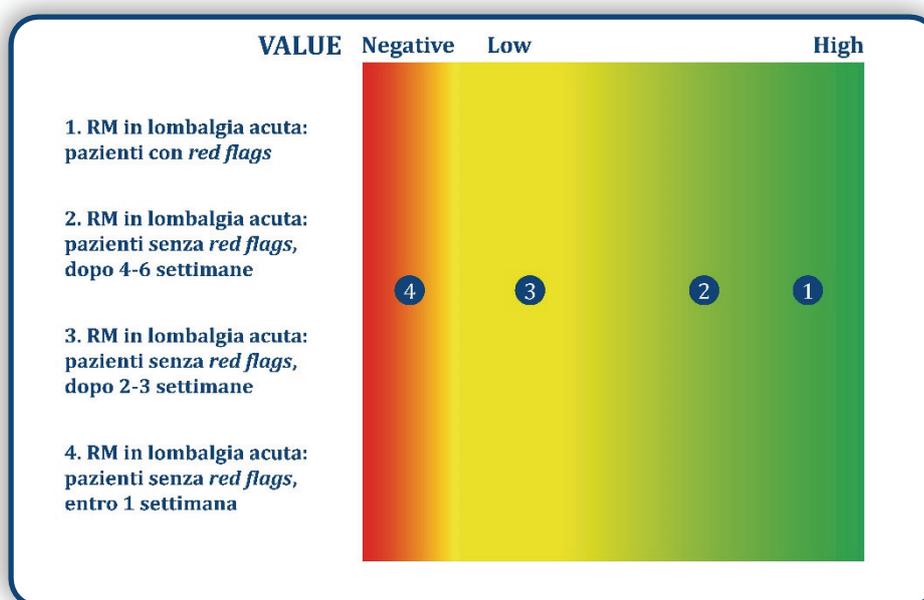


Figura 2.23. Variabilità del *value for money* della risonanza magnetica nella lombalgia acuta

Per analizzare il *value for money* della spesa sanitaria sono stati tenuti in considerazione alcuni presupposti generali:

- Ciascuna componente della spesa sanitaria (pubblica, out-of-pocket, intermediata), oltre ad essere influenzata da driver differenti, è destinata a voci di spesa solo in parte sovrapponibili.
- Le dinamiche tra le componenti della spesa sanitaria non sono regolate dal principio dei vasi comunicanti, rendendo impossibili vere e proprie compensazioni quantitative. Ad esempio, la riduzione della spesa pubblica non può essere interamente compensata con l'aumento di quella privata, in quanto sia la spesa out-of-pocket, sia quella intermediata possono essere destinate solo all'acquisto di beni e servizi e non, ad esempio, al personale sanitario piuttosto che all'informatizzazione dei servizi; analogamente nessuna forma di spesa intermediata può coprire tutti i bisogni di salute che garantisce la spesa pubblica.
- Le tre componenti della spesa sanitaria sono variamente influenzate dalle varie categorie di sprechi che erodono risorse senza generare *value*: di conseguenza, lo stesso importo di spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata hanno un differente *value for money*, ovvero non produce lo stesso ritorno in termini di salute.
- *Low value expenditure* e *negative value expenditure* sono state unificate nella categoria (*low/negative value expenditure*), perché qualsiasi intervento sanitario dai benefici marginali o nulli, quando ampiamente utilizzato, determina un peggioramento del profilo rischi/benefici a livello di popolazione, in conseguenza dell'incidenza di effetti avversi. In tal senso la categoria *low/negative value expenditure* include la spesa necessaria per gestire i fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, oggi talmente frequenti^{123,124,125} da richiedere anche dei piani nazionali per la loro prevenzione¹²⁶.
- Le stime relative della spesa privata (sia out-of-pocket, sia intermediata) hanno considerato *high value* solo il 50% della spesa per prodotti farmaceutici (al netto dei ticket per farmaci brand e acquisto di farmaci di fascia A) e per prestazioni diagnostiche e visite specialistiche, sulla base di un'analogia con la spesa pubblica che per analoghe prestazioni ha una percentuale *low/negative value* del 30%.
- Servizi e prestazioni erogati sono disallineati rispetto ai bisogni di salute (figura 2.24): infatti, se da un lato una quota di bisogni non viene adeguatamente soddisfatta (*underuse* di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate), dall'altro una parte della spesa sanitaria viene utilizzata per servizi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate (*overuse*), anche in conseguenza di un'augmentata domanda dei cittadini influenzata dalla medicalizzazione della società.

¹²³ Brodersen J, Kramer BS, Macdonald H, Schwartz LM, Woloshin S. Focusing on overdiagnosis as a driver of too much medicine. *BMJ* 2018 Aug 17;362:k3494.

¹²⁴ Davies L, Petitti DB, Martin L, Woo M, Lin JS. Defining, Estimating, and Communicating Overdiagnosis in Cancer Screening. *Ann Intern Med* 2018;169:36-43.

¹²⁵ Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *BMJ* 2017;358:j3879.

¹²⁶ Maher CG, McCaffery KJ, Scott IA, Moynihan R, Barratt AL, Buchbinder R, Carter SM, Dakin T, Donovan J, Elshaug AG, Glasziou PP. Australia is responding to the complex challenge of overdiagnosis. *Med J Aust* 2018;209:332-334.



Figura 2.24. Relazione tra bisogni di salute ed erogazione di servizi e prestazioni

Spesa pubblica (figura 2.25). Secondo le stime effettuate nel presente Rapporto (§ 3.3) € 91.636 milioni (81%) vengono utilizzati per servizi e prestazioni che migliorano gli esiti di salute (*high value expenditure*), mentre i rimanenti € 21.495 milioni (19%) alimentano sprechi e inefficienze, e in particolare:

- € 11.822 milioni (55%) non si traducono in servizi (*no value expenditure*) in quanto erosi da:
 - frodi e abusi (22%)
 - acquisti a costi eccessivi (10%)
 - inefficienze amministrative (11%)
 - inadeguato coordinamento dell'assistenza (12%)
- € 6.449 milioni (30%) vengono utilizzati per erogare servizi e prestazioni non necessari (*overuse*) e per la gestione degli effetti avversi conseguenti a sovra-diagnosi e sovra-trattamento (*low/negative value expenditure*)
- € 3.224 milioni (15%) vengono impiegati per gestire il peggioramento degli esiti di salute conseguenti alla mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate (*low/negative value expenditure*)

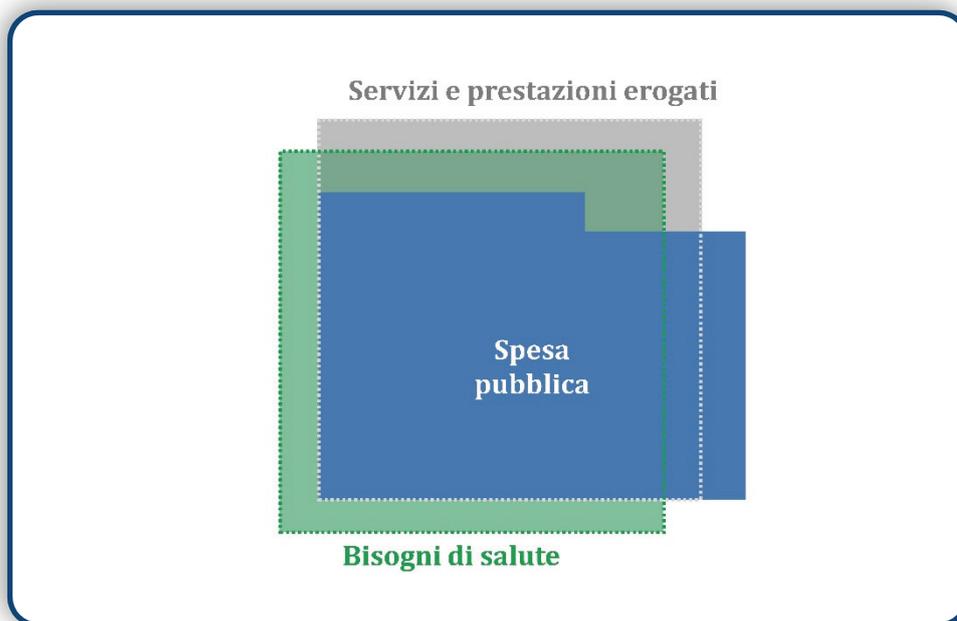


Figura 2.25. Value for money della spesa pubblica

Spesa out-of-pocket (figura 2.26). Secondo le analisi effettuate nel presente Rapporto (§ 2.1.2.1) sulla scomposizione della spesa out-of-pocket si stima che:

- € 21.914 milioni (60,9%) sono impiegati per beni e servizi che soddisfano reali bisogni di salute (*high value expenditure*) di cui:
 - € 12.024 milioni per servizi e prestazioni non inclusi nei LEA (odontoiatria, LTC);
 - € 64,0 milioni per servizi di prevenzione;
 - € 3.220 milioni per prodotti farmaceutici;
 - € 6.606,5 milioni *high value* corrispondenti al 50% di spesa per:
 - prodotti medicali, attrezzature ed apparecchi terapeutici;
 - servizi medici e paramedici appropriati che, pur essendo inclusi nei LEA, non vengono erogati dal SSN con modalità e tempistiche tali da migliorare gli outcome di salute;
- € 14.075 milioni (39,1%) vengono utilizzati dal cittadino per acquistare beni e servizi che non determinano alcun miglioramento degli esiti di salute o addirittura li peggiorano (*low/negative value expenditure*):
 - € 2.367 milioni per preferenze individuali: ticket per farmaci brand, acquisto di farmaci di fascia A;
 - € 3.220 milioni per prodotti farmaceutici;
 - € 1.882 milioni per servizi ospedalieri:
 - erogati dal SSN, ma fruiti a condizioni migliorative (es. stanze singole, servizi alberghieri) senza migliorare gli outcome di salute;
 - per prestazioni sanitarie escluse dai LEA (es. chirurgia estetica);
 - € 6.606,5 milioni *low/negative value* corrispondenti al 50% di spesa per:
 - prodotti medicali, attrezzature ed apparecchi terapeutici;
 - servizi medici e paramedici inappropriati o appropriati erogati anche dal SSN, ma fruiti a condizioni migliorative (es. setting, tempi di attesa) senza migliorare gli outcome di salute.

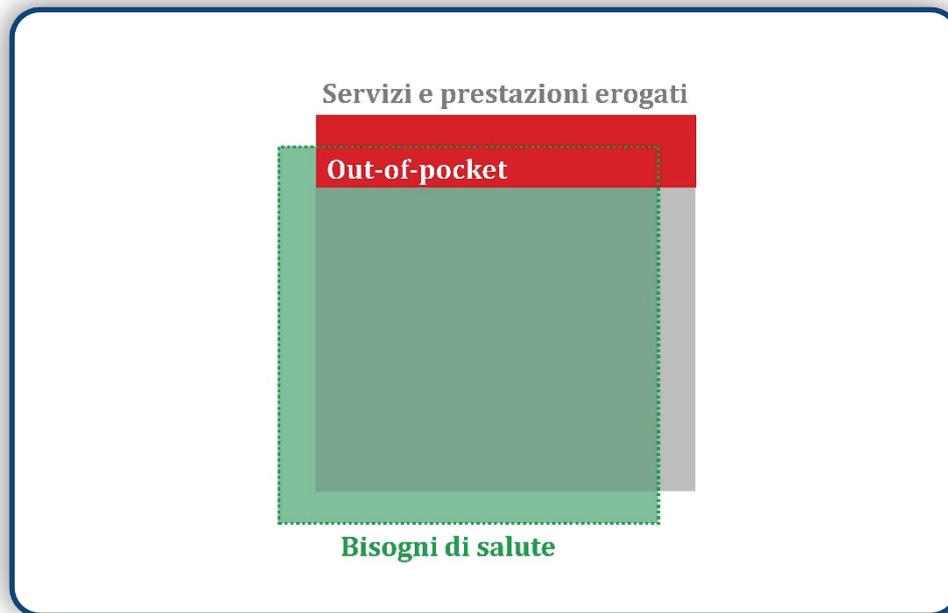


Figura 2.26. Value for money della spesa out-of-pocket

Spesa intermediata (figura 2.27). Rispetto alla spesa intermediata dai terzi paganti (fondi sanitari, polizze individuali), dalle analisi effettuate nel presente Rapporto (§ 2.1.2.2) risulta che del totale dei premi versati dagli iscritti:

- € 2.320 milioni (40%) non si traduce in servizi (*no value expenditure*) perché eroso da:
 - *expense ratio*, ovvero costi di gestione (25-30%)^{127, 128} di cui circa il 6% costituito dagli utili delle compagnie assicurative;
 - oneri di ri-assicurazione o mantenimento del fondo di garanzia (10-15%);
- € 1.856 milioni (32%)¹²⁹ vengono destinati a servizi e prestazioni extra-LEA (es. odontoiatria, LTC) che soddisfano reali bisogni di salute non coperti dalla spesa pubblica (*high value expenditure*);
- € 1.624 milioni (28%) destinati a prestazioni sostitutive, in particolare di specialistica e diagnostica ambulatoriale, di cui si stima che:
 - € 812 milioni (50%) sia appropriato (*high value expenditure*)
 - € 812 milioni (50%) sia inappropriato (*low/negative value expenditure*)

¹²⁷ Secondo i dati ISTAT-SHA riferiti ai regimi di finanziamento volontari (HF.2.1) la percentuale destinata a “Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento” (HC.7), ovvero le spese amministrative sostenute dalle assicurazioni per la gestione dell’assicurazione stessa ammontano al 45% (€ 1.133 milioni su un totale di € 2.520 milioni).

¹²⁸ Secondo i dati ANIA nel 2017 l’*expense ratio* per i rami danni è del 27,6%. L’assicurazione italiana 2017-2018. ANIA. Roma, luglio 2018. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/rapporti-annuali/Assicurazione-Italiana/2017-2018/LASSICURAZIONE-ITALIANA-2017-2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹²⁹ Il dato, riferito ai fondi sanitari integrativi/polizze collettive che rappresentano il 67,5% di tutta la spesa intermediata, viene applicato nella presente stima a tutta la spesa sanitaria intermediata.



Figura 2.27. Value for money della spesa intermediata

Dalle analisi effettuate (tabella 2.13), seppur con inevitabili margini di incertezza, è possibile trarre alcune ragionevoli conclusioni rispetto all'attuale *value for money* della spesa sanitaria relativa all'anno 2017:

- **Spesa pubblica.** Un importo molto elevato risulta dalla sommatoria di *no value expenditure* e *low/negative value expenditure*.
- **Spesa out-of-pocket.** La percentuale *high value* è intorno al 60% e riguarda sia prestazioni extra-LEA, sia prestazioni offerte dal SSN. Il rimanente 40% della spesa out-of-pocket è *low/negative value* in quanto utilizzata per l'acquisto di beni (prodotti farmaceutici e medicali) assolutamente irrilevanti per la salute e di servizi inappropriati (specialistica e diagnostica ambulatoriale), oppure esigibili dal cittadino secondo modalità e tempi del SSN senza conseguenze in termini di salute.
- **Spesa intermediata.** Almeno il 40% non si traduce in servizi (*no value expenditure*); il rimanente si distribuisce equamente tra prestazioni extra-LEA e servizi di specialistica e diagnostica ambulatoriale di cui una metà dal *low/negative value*.

Spesa sanitaria	<i>No value</i>	<i>Low/negative value</i>	<i>High value</i>
Pubblica	10%	9%	81%
Out-of-pocket	0%	39%	61%
Intermediata	40%	14%	46%

Tabella 2.13. Value for money della spesa sanitaria, valori percentuali (anno 2017)

In termini assoluti (tabella 2.14):

- Circa € 14.142 milioni (€ 11.822 di spesa pubblica e € 2.320 di spesa intermediata) non si traducono in servizi e prestazioni sanitarie (*no value expenditure*).
- Circa € 24.560 milioni (€ 9.673 di spesa pubblica, € 14.075 di spesa out-of-pocket e € 812 di spesa intermediata) sono impiegati per servizi e prestazioni dal *value* basso o negativo (*low/negative value expenditure*).

Spesa sanitaria 2017		<i>No value</i>	<i>Low/negative value</i>	<i>High value</i>
Pubblica	€ 113.131	€ 11.822	€ 9.673	€ 91.636
Out-of-pocket	€ 35.989	€ 0	€ 14.075	€ 21.914
Intermediata	€ 5.800	€ 2.320	€ 812	€ 2.668
Totale	€ 154.920	€ 14.142	€ 24.560	€ 116.218

Tabella 2.14. *Value for money* della spesa sanitaria, valori assoluti (anno 2017)

La figura 2.28 riporta il peso percentuale delle tre categorie di *value for money* sul totale della spesa sanitaria.

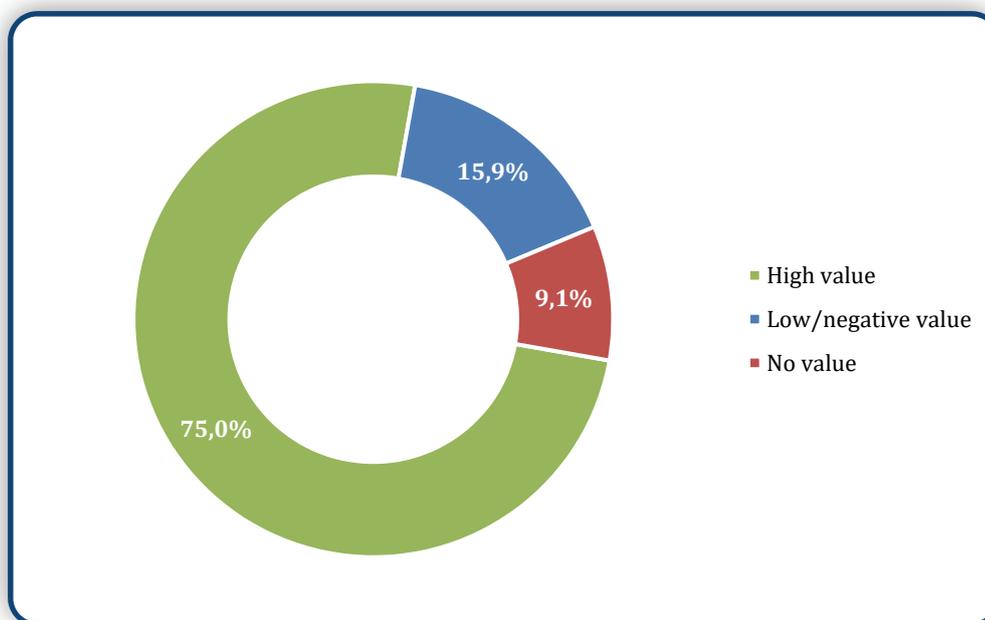


Figura 2.28. *Value for money* della spesa sanitaria (anno 2017)

Di conseguenza, accanto ad una variabile sovrapposizione tra le componenti di spesa (figura 2.29), numerosi bisogni reali di salute rimangono non soddisfatti determinando sia un peggioramento degli esiti di salute, sia quell'aumento della spesa sanitaria che identifica il sotto-utilizzo nella tassonomia degli sprechi (§ 3.3).



Figura 2.29. *Value for money* attuale delle tre tipologie di spesa sanitaria

Riprendendo numeri assoluti e rapporti tra le componenti della spesa sanitaria, è indispensabile avviare riforme sanitarie e fiscali, oltre che azioni di governance a tutti i livelli per raggiungere due irrinunciabili obiettivi (figura 2.30):

- ridurre al minimo i fenomeni di *overuse* e *underuse*, che determinano gravi conseguenze cliniche, sociali ed economiche;
- aumentare il *value for money* di tutte le forme di spesa sanitaria al fine di pervenire ad una distribuzione ottimale delle tre componenti di spesa.



Figura 2.30. *Value for money* ideale delle tre tipologie di spesa sanitaria

Inoltre, come recentemente suggerito dall'OMS¹³⁰, la spesa out-of-pocket dovrebbe idealmente essere ridotta al 15% della spesa totale per evitare di intaccare uguaglianza e accessibilità alle cure. Questo obiettivo tuttavia, lungi dal poter essere raggiunto in maniera semplicistica, con l'espansione del secondo pilastro, richiede tre azioni: un consistente rilancio del finanziamento pubblico, un'adeguata opera di sensibilizzazione per ridurre gli eccessi di medicalizzazione e una riforma in grado di restituire alla sanità integrativa il ruolo di coprire prevalentemente prestazioni extra-LEA o, in ogni caso, bisogni di salute non soddisfatti dal SSN.

2.4.2. Value for money della spesa fiscale

Spese sanitarie. I principi che definiscono il *value for money* sono esattamente gli stessi utilizzati per la spesa sanitaria. L'elenco delle spese deducibili infatti da un lato include servizi e prestazioni dal *low value*, dall'altro ne esclude diverse di quelle dal *value* elevato. Per tali ragioni, tale elenco dovrebbe essere rimodulato con gli stessi criteri *evidence- & value-based* suggeriti per aggiornare le prestazioni incluse nei LEA (§ 3.2) perché attualmente con il denaro pubblico, sotto forma di spesa fiscale, viene consentita la detrazione di prestazioni sanitarie assolutamente inutili (una per tutte l'omeopatia) e non permessa quella di prestazioni efficaci e appropriate. In ogni caso, esula dagli obiettivi del presente Rapporto stimare le percentuali di *high value* e *low/negative value expenditure* della spesa fiscale per prestazioni sanitarie.

Fondi sanitari integrativi. Il *value for money* della spesa fiscale per i fondi sanitari integrativi è direttamente proporzionale a quello della spesa sanitaria intermedia sopra descritto (40% *no value*, 14% *low value*, 46% *high value*).

2.4.3. Value for money della spesa sociale

Dalle valutazioni effettuate nel presente Rapporto risulta impossibile stimare il *value for money* della spesa sociale di interesse sanitario (§ 2.2). In particolare, le somme erogate in denaro (es. indennità di accompagnamento) e/o impiegate dalle famiglie (es. servizi di badantato) sfuggono ad ogni forma di governance pubblica e di verifica degli outcome di salute. Inoltre, la spesa sociale erogata in servizi è caratterizzata sia dell'estrema frammentazione degli erogatori (Comuni), sia dalla mancata disponibilità di dati sugli outcome, peraltro difficilmente misurabili.

¹³⁰ World Health Organization. Regional Office for Europe. European Health Report 2018. More than numbers — evidence for all. Disponibile a: www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-health-report-2018-more-than-numbers-evidence-for-all-2018. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

