

Report Osservatorio GIMBE 2/2025

La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023



Febbraio 2025

AUTORI

Nino Cartabellotta, Marco Mosti, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Tiziano Innocenti

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 2/2025. La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023. Fondazione GIMBE: Bologna, 18 febbraio 2025. Disponibile a: www.gimbe.org/spesa-sanitaria-privata-2023. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il Report Osservatorio GIMBE n. 2/2025. “La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023” è stato finanziato da On Health Care Group SpA – ONHC.

DISCLOSURE

L’ente finanziatore non ha avuto alcun ruolo nella raccolta, analisi e interpretazione dei dati e nella stesura e revisione del report.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente report.

L’ultimo aggiornamento di dati, fonti e normative è stato effettuato il 20 gennaio 2025.

© Fondazione GIMBE, febbraio 2025.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza Creative Commons Attribution, che ne consente l’utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Indice

EXECUTIVE SUMMARY	1
1. Introduzione	4
2. La spesa sanitaria.....	6
2.1. Spesa sanitaria pubblica	9
2.2. Spesa sanitaria out-of-pocket.....	13
2.3. Spesa sanitaria intermediata	27
2.4. Benchmark internazionali	36
3. Value-based healthcare	42
4. <i>Value for money</i> della spesa sanitaria.....	46
5. Valore della spesa sanitaria out-of-pocket.....	55
5.1. Medicinali e prodotti per la salute.....	56
5.2. Servizi sanitari ambulatoriali	59
5.3. Servizi sanitari ospedalieri	61
5.4. Altri servizi sanitari	62
5.5. Spesa out-of-pocket a valore elevato.....	64
6. Conclusioni	65

EXECUTIVE SUMMARY

In un contesto di grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il Report GIMBE sulla spesa sanitaria privata in Italia nel 2023 analizza dati nazionali, benchmark internazionali e dinamiche che influenzano le tre componenti della spesa sanitaria. L'obiettivo è duplice: da un lato, offrire un quadro oggettivo per il dibattito pubblico e le decisioni politiche mettendo in evidenza il reale impatto sanitario, economico e sociale della spesa out-of-pocket, così come potenzialità e limiti delle varie forme di sanità integrativa che costituiscono la spesa intermediata. Dall'altro, promuovere una lettura più articolata della spesa sanitaria privata superando visioni semplicistiche che vedono nella spesa out-of-pocket un indicatore affidabile per valutare le mancate tutele pubbliche e nella sua riduzione un obiettivo raggiungibile esclusivamente aumentando la spesa intermediata.

Secondo i dati ISTAT del sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA), nel 2023 la spesa sanitaria totale in Italia è stata pari a € 176,1 miliardi. Questa cifra comprende la spesa pubblica (€ 130,3 miliardi) e quella privata, suddivisa nelle sue due componenti: la spesa out-of-pocket (€ 40,6 miliardi), sostenuta direttamente dalle famiglie, e la spesa intermediata da fondi sanitari e assicurazioni (€ 5,2 miliardi). Le corrispondenti distribuzioni percentuali riflettono tre realtà di fatto: il sottofinanziamento pubblico, il carico economico sulle famiglie e l'ipotrofia del sistema di intermediazione. Infatti, il 74% della spesa sanitaria è pubblica, mentre della spesa privata l'88,6% è a carico delle famiglie e solo l'11,4% è intermediata.

La spesa pubblica. Dal 2012, tagli e definanziamenti effettuati da tutti i Governi hanno inciso direttamente sulla capacità del SSN di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Questo viene documentato dal confronto con i paesi europei: nel 2011, la spesa sanitaria pro-capite dell'Italia era perfettamente allineata alla media dei paesi europei dell'area OCSE, mentre nel 2023 ha registrato un gap di \$ 697 pro-capite. Rapportato all'intera popolazione, questo divario corrisponde a oltre \$ 41 miliardi.

La spesa out-of-pocket. Sulla spesa out-of-pocket in Italia esistono quattro dataset istituzionali: tre fonti dell'ISTAT e il Sistema Tessera Sanitaria che raccoglie i dati per la predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. Questi dataset differiscono per metodi di raccolta dati, fonti e dettagli analitici: di conseguenza in relazione al dataset utilizzato nel dibattito pubblico e politico, l'entità della spesa out-of-pocket e delle categorie che la compongono possono essere molto variabili.

Secondo i dati ISTAT-SHA, le principali voci di spesa out-of-pocket includono l'assistenza sanitaria per cura (comprese le prestazioni odontoiatriche) e riabilitazione, che rappresenta il 44,6% del totale (€ 18,1 miliardi), seguita da prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (36,9%, pari a € 15 miliardi) e dall'assistenza a lungo termine (LTC), che assorbe il 10,9% della spesa complessiva, per un totale di € 4,4 miliardi. Nel periodo 2012-2022, la spesa out-of-pocket è aumentata complessivamente del 26,8%, con un incremento medio annuo del 2,5%.

Le analisi presentate nel report dimostrano che l'entità della spesa out-of-pocket non riflette in maniera affidabile le mancate tutele pubbliche e, di conseguenza, non può rappresentare un riferimento univoco per una riforma efficace della sanità integrativa. Gli oltre € 40 miliardi di spesa

out-of-pocket includono prodotti e servizi che non migliorano gli esiti di salute, il cui acquisto è indotto dal consumismo sanitario e da preferenze individuali. In particolare, le stime effettuate nel report indicano che quasi il 40% della spesa out-of-pocket è a basso valore, ovvero non contribuisce a migliorare la salute delle persone. Parallelamente, la spesa out-of-pocket è sempre più “arginata” da fenomeni che peggiorano la salute delle persone come documentato dai dati ISTAT: limitazione delle spese per la salute (che nel 2023 ha coinvolto il 15,7% delle famiglie), indisponibilità economica temporanea per far fronte alle spese mediche (5,1% delle famiglie nel 2023) e, soprattutto, rinuncia alle cure. Nel 2023 circa 4,5 milioni di persone hanno rinunciato a visite o esami diagnostici, e per 2,5 milioni di queste i motivi economici sono stati la causa principale: un incremento di quasi 600.000 persone rispetto all’anno precedente. Tutti questi fenomeni sono condizionati dal livello di povertà assoluta, che riguarda oltre 2 milioni di famiglie. Infine, per quanto riguarda la distribuzione regionale della spesa out-of-pocket, le Regioni con le migliori performance in termini di erogazione dei livelli essenziali di assistenza si collocano tutte sopra la media nazionale. Al contrario, tutte le Regioni in Piano di Rientro, fatta eccezione per il Lazio, si trovano al di sotto della media. Questo dato conferma che il livello di ricchezza e benessere della popolazione è un fattore determinante alla base della spesa out-of-pocket.

La spesa intermediata. Comprende fondi sanitari integrativi, polizze assicurative e altre forme di finanziamento collettivo, e rappresenta una componente marginale della spesa sanitaria: € 5,2 miliardi (3% della spesa sanitaria totale e 11,4% di quella privata). Sebbene questa componente possa integrare servizi e prestazioni offerte dal finanziamento pubblico e ridurre almeno in parte il carico sulle famiglie, il suo ruolo è limitato da una normativa frammentata e incompleta e, di fatto, la spesa intermediata compensa solo in parte le mancate tutele pubbliche. Dalle analisi del report emergono due dati di particolare rilevanza. Innanzitutto, considerato che il 31,6% della spesa intermediata da terzi paganti (fondi sanitari, polizze individuali) è destinato a coprire costi di gestione in senso lato (cd. *expense ratio*), poco meno del 70% viene destinato a servizi e prestazioni per gli iscritti. In secondo luogo, tra il 2020 e il 2023 i fondi sanitari integrativi hanno destinato risorse sempre maggiori all’erogazione di prestazioni, con assottigliamento del margine rispetto alle quote incassate. In altri termini, la crisi della sanità pubblica ha spostato un numero crescente di bisogni di salute verso la sanità integrativa, la cui sostenibilità è a sua volta a rischio.

Confronti internazionali. Il quadro della spesa sanitaria italiana nel 2023 mostra un sistema che si colloca al di sotto della media OCSE e dei paesi EU in termini di spesa pubblica. Tuttavia la spesa privata pro-capite, pari a \$ 1.258, supera sia la media OCSE (\$ 1.206), che quella EU (\$ 1.169) ed è più elevata rispetto a molti altri Paesi. Tuttavia, tra le due componenti della spesa privata è quella out-of-pocket a spostare in alto la posizione dell’Italia, visto che per spesa intermediata il nostro Paese è ben al di sotto della media OCSE e dei paesi EU. In dettaglio:

- **Spesa pubblica.** Si attesta al 6,2% del PIL, un valore significativamente inferiore sia alla media OCSE (6,7%) che alla media EU (6,6%). Sono 12 i paesi europei dell’area OCSE che investono in sanità una percentuale del PIL maggiore dell’Italia. Anche in termini pro-capite, la spesa pubblica italiana (\$ 3.574) risulta ben al di sotto sia della media OCSE (\$ 4.318) sia della media dei paesi EU (\$ 4.344): spendono meno di noi solo Repubblica Slovacca, Polonia, Portogallo, Estonia, Lituania, Ungheria, Lettonia e Grecia.
- **Spesa out-of-pocket.** La spesa sanitaria pro-capite, pari a \$ 1.115, è superiore sia alla media OCSE che alla media dei paesi EU (\$ 906), con una differenza di \$ 209. Tra gli stati membri dell’UE, solo 4 paesi spendono più dell’Italia: Portogallo, Belgio, Austria e Lituania.

- **Spesa intermediata.** A livello pro-capite è pari a \$ 143, un valore che rappresenta meno della metà della media OCSE (\$ 299) ed è nettamente inferiore alla media dei paesi EU (\$ 262). Tra gli stati membri dell'UE, ben 12 spendono più dell'Italia.

Complessivamente, le analisi del report dimostrano che l'entità della spesa out-of-pocket non è un indicatore affidabile delle mancate tutele pubbliche. Da un lato, infatti, è sottostimata dai bisogni di salute non soddisfatti, in quanto arginata da vari fenomeni: riduzione delle spese sanitarie, indisponibilità economica temporanea e rinuncia alle cure. Dall'altro, è "gonfiata" da una spesa a basso valore (quasi il 40%), alimentata da consumismo sanitario e capacità di spesa individuale. Peraltra la distribuzione della spesa out-of-pocket evidenzia come questa sia più elevata nelle Regioni più ricche e non necessariamente in quelle dove le tutele pubbliche sono minori.

Inoltre, la spesa out-of-pocket, che nel 2023 ha raggiunto il 23% della spesa sanitaria totale (ben oltre il limite ideale del 15% indicato dall'OMS), non può essere semplicemente ridotta attraverso un aumento della spesa intermediata. Per raggiungere questo obiettivo tre sono le principali azioni necessarie: potenziare il finanziamento pubblico, migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e rimodulare i LEA per renderli sostenibili. In questo contesto, il secondo pilastro deve integrare il sistema pubblico, anziché tentare di sostituirlo, concentrandosi sulle prestazioni extra-LEA.

Il report evidenzia infine che un crescente spostamento dei bisogni di salute verso la sanità integrativa potrebbe minarne la sostenibilità. L'incapacità del SSN di garantire prestazioni in tempi adeguati aumenta il numero di iscritti ai fondi sanitari, mentre la crisi economica e l'inflazione limitano la possibilità di incrementare i contributi. Questo scenario porterà ad un aumento della spesa out-of-pocket per chi può permetterselo e a una crescente rinuncia alle cure da parte delle fasce più svantaggiate della popolazione, con un inevitabile peggioramento degli esiti di salute. In sostanza il secondo pilastro può essere sostenibile solo se integrato in un SSN "in salute". Diversamente, rischia di crollare insieme al sistema pubblico, spianando la strada alla privatizzazione della sanità e aggravando diseguaglianze e iniquità, tradendo l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondanti del SSN.

1. Introduzione

Nel marzo 2013, con il lancio della campagna “Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale”, la Fondazione GIMBE aveva affermato che la perdita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non sarebbe stata annunciata dal fragore improvviso di una valanga, ma si sarebbe manifestata come il silenzioso scivolamento di un ghiacciaio, attraverso anni, lustri, decenni. Un fenomeno che, lentamente ma inesorabilmente, avrebbe eroso il diritto alla tutela della salute. Per anni, la sostenibilità del SSN è rimasta un tema confinato tra gli addetti ai lavori. Tuttavia, dopo lo stress test imposto dalla pandemia, il ghiacciaio è scivolato così a valle che la crisi della sanità pubblica è oggi motivo di preoccupazione per 60 milioni di persone.

Infatti, dati, narrative e sondaggi concordano nel dipingere un quadro preoccupante: il fiore all’occhiello del Paese, il SSN, si è avvizzito, compromettendo i diritti delle fasce socio-economiche più deboli, degli anziani fragili e del Mezzogiorno. Ma i problemi, di fatto, affliggono la quotidianità di tutti: interminabili tempi di attesa, pronto soccorso affollati, impossibilità di trovare un medico di famiglia, diseguaglianze regionali e locali, migrazione sanitaria, aumento della spesa privata e impoverimento delle famiglie sino alla rinuncia alle cure. Nel frattempo, altrettanto in sordina, si è deteriorata la percezione pubblica del valore del SSN: la salute non è più vista come un bene supremo da tutelare, ma come una merce da vendere e comprare. Un’involuzione che spiana la strada ad una sanità regolata dal libero mercato, in cui le prestazioni saranno accessibili solo a chi potrà permettersi di pagarle di tasca propria o disporrà di polizze assicurative individuali. Che, in ogni caso, non potranno mai garantire una copertura universale come quella offerta dal SSN.

A fronte di un cronico sottofinanziamento pubblico, perpetrato negli ultimi 15 anni da tutti i Governi attraverso tagli o mancati investimenti nel SSN, la spesa a carico delle famiglie (out-of-pocket) è progressivamente aumentata, superando i € 40 miliardi nel 2023. Nel frattempo, la spesa intermediata dal cosiddetto “secondo pilastro”, pur mostrando una crescita, continua a rivestire un ruolo marginale, anche in ragione di una normativa frammentata e incompleta, che limita le potenzialità dei fondi sanitari di tipo contrattuale. Nel 2023, infatti, la spesa intermediata si è attestata a € 5,2 miliardi, pari al 3% della spesa sanitaria totale e all’11,4% della spesa privata.

In un contesto di grave crisi di sostenibilità del SSN, questa distribuzione della spesa sanitaria alimenta l’ipotesi che una parte significativa della spesa out-of-pocket possa essere intermediata al fine di ridurre il carico sulle famiglie. Tale ipotesi, tuttavia, si basa sul presupposto che le tre componenti della spesa sanitaria obbediscano alla legge fisica dei “vasi comunicanti” senza rispondere a tre domande fondamentali. La spesa out-of-pocket rappresenta un indicatore affidabile delle mancate tutele pubbliche? Quale è la quota di spesa out-of-pocket dal valore elevato che merita di essere intermediata? Quale è l’entità dei fenomeni che “arginano” questa spesa, portando le famiglie meno abbienti o in povertà assoluta a ridurre le spese per la salute o addirittura a rinunciare alle cure?

Il presente report analizza dati nazionali, benchmark internazionali e le dinamiche che influenzano le tre componenti della spesa sanitaria con un triplice obiettivo. Il primo è analizzare tutte le fonti disponibili sulla spesa out-of-pocket, evidenziandone vantaggi e criticità. Il secondo è offrire un quadro oggettivo per alimentare il dibattito pubblico e orientare le decisioni politiche, mettendo in

luce il reale impatto sanitario, economico e sociale della spesa out-of-pocket, così come le potenzialità e i limiti della spesa intermediata. Infine, il terzo obiettivo è promuovere una lettura più articolata della spesa sanitaria privata, superando visioni semplicistiche che interpretano la spesa out-of-pocket come un indicatore affidabile per stimare le mancate tutele pubbliche e la sua riduzione come un traguardo raggiungibile esclusivamente attraverso l'aumento della spesa intermediata.

2. 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 dalle famiglie. Queste tre componenti sono coerenti con le leggi di riforma sanitaria, in particolare il DL 502/92, che hanno implicitamente individuato tre pilastri su cui basa il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per garantire il diritto alla tutela della salute:

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

Tale modello era basato su alcune assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la sanità collettiva integrativa copre prevalentemente 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 secondo il sistema dei conti della sanità dell'ISTAT. Tale sistema è costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) (Box 2.1), in linea con le regole contabili del sistema europeo dei conti (SEC 2010) e utilizzato per trasmettere i dati all'*OECD Health Statistics* che consente di raffrontare i dati italiani a quelli degli altri paesi OCSE.

Secondo i dati ISTAT del sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA)¹, utilizzati dalla Ragioneria Generale dello Stato², la spesa sanitaria totale per l'anno 2023 è pari a € 176.153 milioni così ripartiti:

- € 130.291 milioni di spesa pubblica;
- € 45.862 milioni di spesa privata, di cui:
 - € 40.641 milioni di spesa out-of-pocket
 - € 5.221 milioni di spesa intermediata:
 - € 3.988 milioni: assicurazioni sanitarie volontarie
 - € 445 milioni: istituzioni senza scopo di lucro
 - € 788 milioni: imprese

¹ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

² Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 11. Roma, dicembre 2024. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2024/IMDSS-RS2024.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

In termini percentuali, nel 2023 il 74% della spesa sanitaria è pubblica, il 23% out-of-pocket e il 3% intermediata (Figura 2.1).

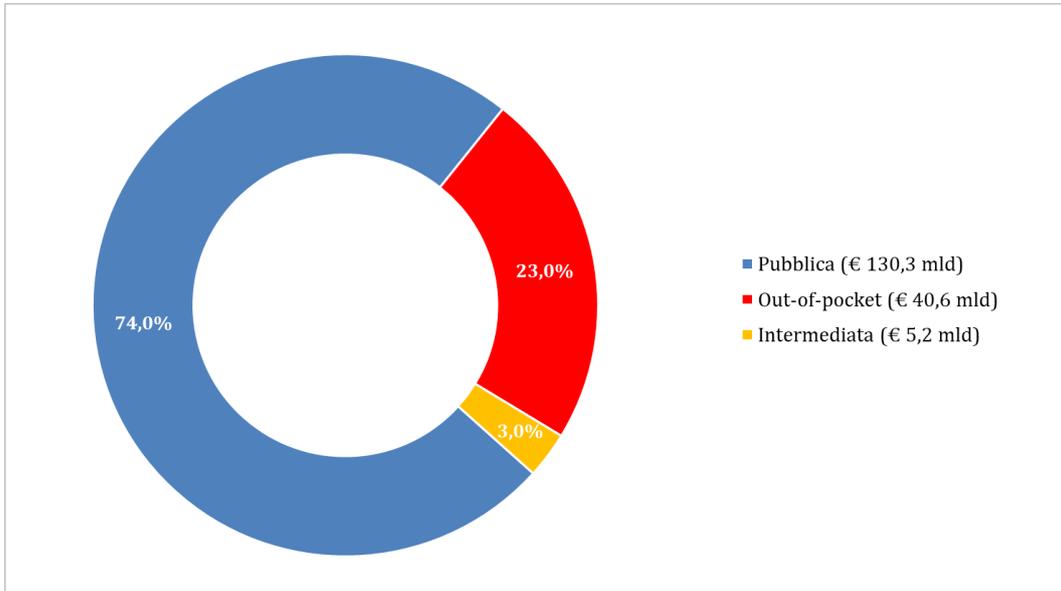


Figura 2.1. Composizione della spesa sanitaria (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

Prendendo in considerazione la sola spesa privata, nel 2023 l'88,6% è a carico delle famiglie e solo l'11,4% è intermediata da fondi sanitari e assicurazioni (Figura 2.2).

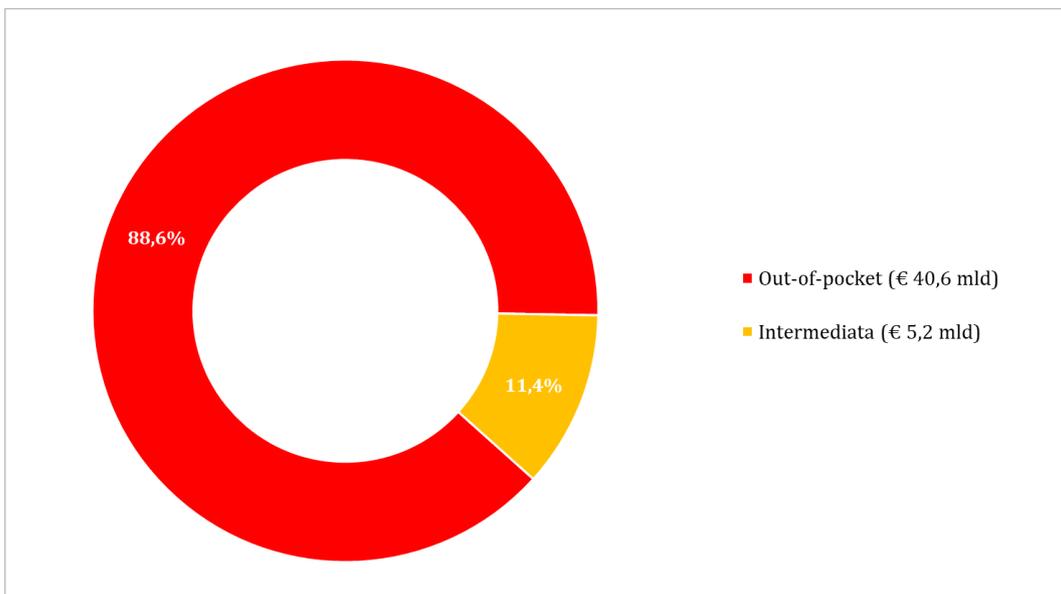


Figura 2.2. Composizione della spesa sanitaria privata (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

Box 2.1. Il sistema ISTAT-SHA dei conti della sanità³

Dal luglio 2017 l'ISTAT fornisce stime sul sistema dei conti della sanità in conformità al regolamento UE 359/2015 – *System Health Accounts* (SHA) – utilizzando 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, tempestivi e comparabili sia tra paesi che nel tempo, consente di analizzare le tendenze della spesa sanitaria e i fattori che la influenzano. La metodologia SHA 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 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): regimi basati sull'acquisto di una polizza assicurativa sanitaria, non resa obbligatoria per legge e i cui premi assicurativi possono essere direttamente o indirettamente sovvenzionati dall'operatore pubblico;
 - spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2): 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;
 - spesa finanziata da imprese (HF.2.3) per la promozione della salute nei luoghi di lavoro: si tratta principalmente di accordi mediante i quali le imprese forniscono direttamente, oppure finanziano, i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime previdenziale.
- la spesa diretta delle famiglie, ovvero la spesa sanitaria out-of-pocket (HF.3): pagamento diretto per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per il quale si attinge dai redditi da lavoro e capitale e/o dai risparmi.

La stima della spesa sanitaria secondo la classificazione per erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP) prende in considerazione: strutture pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

³ Istituto Nazionale di Statistica. Il sistema dei conti della sanità. Roma, luglio 2017. Disponibile a: <https://www.istat.it/it/files/2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf>. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

Se per la spesa pubblica (HF 1.1) il sistema SHA non presenta alcuna criticità, tanto che è utilizzato dalla Ragioneria Generale dello Stato per certificare la spesa sanitaria, per quella privata le stime sono condizionate da numerosi limiti. In particolare, per la spesa intermediata si rilevano problematiche legate alla differente classificazione tra le fonti di spesa, alla mancanza di dati disponibili e a una normativa nazionale frammentata e incompleta. Nel dettaglio, per quanto riguarda la spesa relativa alle “assicurazioni sanitarie volontarie” (HF.2.1):

- Oltre alla spesa sostenuta dall’INAIL, include sia le polizze assicurative individuali che quelle collettive, identificabili con la “ri-assicurazione” dei fondi sanitari integrativi.
- Formalmente non include i fondi sanitari integrativi: infatti, sebbene l’ISTAT già nel 2017 riportasse che *“le relative stime saranno introdotte nei conti in future edizioni”*⁴, nel 2019 in occasione di un’audizione parlamentare il Presidente ha riferito che *“l’Istituto, non accedendo all’anagrafe dei fondi sanitari integrativi, non dispone di informazioni specifiche a riguardo”*⁵. Tuttavia, come sopra riportato, i fondi sanitari che operano in convenzione con le compagnie assicurative (tramite le cd. “polizze collettive”) di fatto rientrano nelle assicurazioni sanitarie volontarie (HF 2.1.). Di conseguenza la stima della spesa sanitaria intermediata risulterebbe sottostimata per la mancata contabilizzazione dei fondi sanitari non riassicurati e sovrastimata per quanto sostenuto dall’INAIL.
- La dicitura “polizza assicurativa sanitaria non resa obbligatoria per legge” si riferisce alla non obbligatorietà individuale di sottoscrivere una polizza sanitaria. Tuttavia, i fondi sanitari previsti dai contratti collettivi nazionali, pur essendo esigibili dal lavoratore in virtù dell’obbligo contrattuale, non sono imposti da una legge primaria.

Relativamente alla spesa delle famiglie (HF.3), il sistema SHA non include numerosi prodotti acquistati in farmacia e parafarmacia: presidi medico-chirurgici, prodotti omeopatici, erboristeria, integratori, supplementi nutrizionali e parafarmaci.

2.1. Spesa sanitaria pubblica

Per l’analisi della spesa sanitaria pubblica si è fatto riferimento ai dataset:

- ISTAT Sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA)⁶, che consente di raffrontare i dati con la spesa sanitaria out-of-pocket e intermediata;
- ISTAT Conti economici consolidati della Protezione sociale (ISTAT-CN)⁷, che analizza la spesa secondo i relativi fattori produttivi, utilizzato dalla Ragioneria Generale dello Stato per il Rapporto “Il monitoraggio della spesa sanitaria”.

⁴ Istituto Nazionale di Statistica. 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: 20 gennaio 2025.

⁵ Camera dei Deputati, XII Commissione Affari Sociali. Indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale. Audizione del Presidente dell’ISTAT, prof. Carlo Blangiardo. Roma, 9 aprile 2019. Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/229376. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁶ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025

⁷ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Conti della Protezione sociale. Conti economici consolidati. Edizione aprile 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_PROTEC/IT1.97_366_DF_DCCN_PROTSO_C_1.1.0. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

I dati ISTAT-SHA per il 2023 certificano una spesa sanitaria pubblica di € 130.291 milioni così ripartita per funzioni di assistenza (Figura 2.3):

- € 74.747 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2)
- € 13.147 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine - *long term care* (LTC) (HC.3)
- € 12.124 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 20.385 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 8.453 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)
- € 1.435 milioni per governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (HC.7)

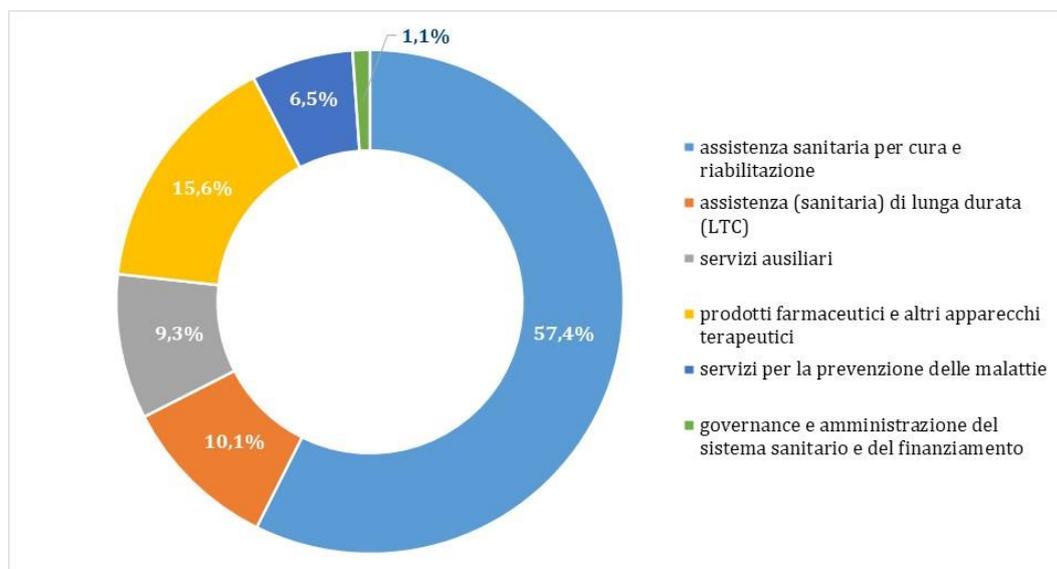


Figura 2.3 Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

Rispetto al 2022, nel 2023 si rileva un crollo dei “Servizi per la prevenzione delle malattie” (-18,6%). Per le altre funzioni gli aumenti percentuali oscillano dallo 0,8% per “Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione” al 5,2% per “Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento” (Tabella 2.1).

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2022*	2023*	Delta*	Delta (%)
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	74.165	74.747	582	0,8%
Assistenza sanitaria a lungo termine	12.834	13.147	313	2,4%
Servizi ausiliari	11.852	12.124	272	2,3%
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	19.763	20.385	622	3,1%
Servizi per la prevenzione delle malattie	10.386	8.453	-1.933	-18,6%
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.364	1.435	71	5,2%
TOTALE	130.364	130.291	-73	-0,1%

*milioni di €

Tabella 2.1. Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria 2023 vs 2022 (dati ISTAT-SHA)

Secondo i dati ISTAT-SHA, la spesa sanitaria pubblica nel periodo 2012-2019 è rimasta sostanzialmente stabile, riflettendo gli effetti della “stagione dei tagli” al Fondo Sanitario Nazionale. Dal 2020 al 2022, grazie alle risorse messe in campo per fronteggiare la pandemia COVID-19, si è osservato un incremento

significativo della spesa: € 130.364 milioni nel 2022 rispetto ai € 114.691 milioni del 2019; nel 2023 la spesa sanitaria si è stabilizzata sui livelli dell'anno precedente (Figura 2.4).

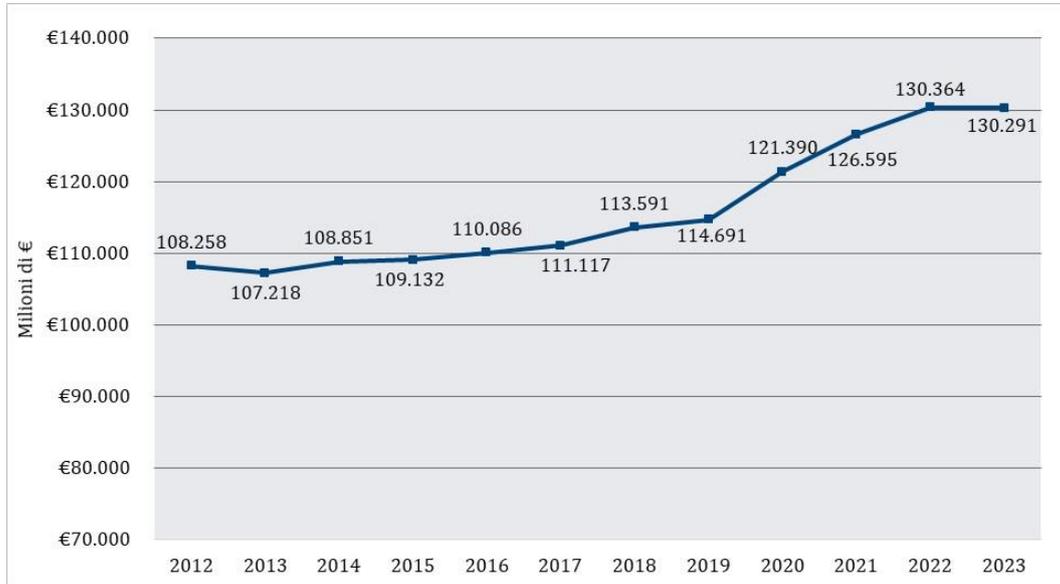


Figura 2.4. Trend spesa sanitaria pubblica 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

Secondo i dati ISTAT-CN, il trend della spesa sanitaria in valore assoluto nel periodo 2012-2023 evidenzia alcune dinamiche significative. I redditi da lavoro dipendente mostrano un modesto incremento tra il 2017 e il 2021 (+€ 3.340 milioni), seguito da un netto rialzo nel 2022 (+€ 2.597 milioni) e da una successiva riduzione nel 2023 (-€726 milioni). Le altre prestazioni sociali in natura da privato proseguono la costante crescita iniziata nel 2016, con un aumento complessivo di+€ 3.070 milioni. Per quanto riguarda i consumi intermedi, dopo un aumento tra il 2013 e il 2018 e una stabilizzazione nel 2019, si registra una nuova crescita nel 2020 e 2021, con il periodo 2019-2021 che segna l'aumento più marcato tra tutte le componenti di spesa (+€ 7.644 milioni). Tuttavia, nel 2022 la crescita rallenta, fino quasi a stabilizzarsi nel 2023 (Figura 2.5).

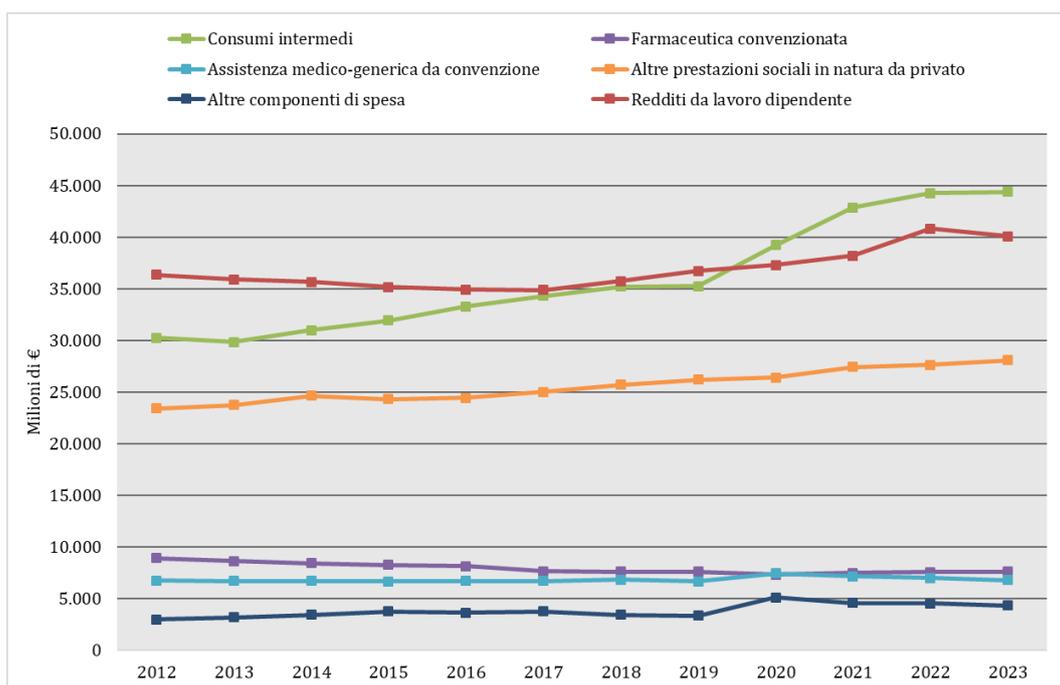


Figura 2.5. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2023 in valore assoluto (dati ISTAT-CN)

Tuttavia, nonostante gli aumenti in valore assoluto, l'analisi dell'incidenza percentuale sul totale della spesa sanitaria mostra una progressiva flessione dei redditi da lavoro dipendente a partire dal 2020, seguita da una sostanziale stabilizzazione. Le altre prestazioni sociali in natura da privato, invece, rimangono sostanzialmente stabili. Al contrario, la percentuale della spesa destinata ai consumi intermedi (spesa farmaceutica diretta, dispositivi medici, emoderivati, manutenzione ordinaria, servizi di ricerca e sviluppo e formazione del personale, etc.) registra un netto incremento nel 2020 e 2021, mantenendosi poi stabile nel 2022 e 2023. In particolare, tra il 2012 e il 2023 la spesa per il personale dipendente è diminuita dal 33,5% al 30,6% della spesa sanitaria totale, mentre quella per consumi intermedi è aumentata dal 27,9% al 33,8%, diventando dal 2020 la prima categoria di spesa sanitaria. Nel medesimo periodo si registra una progressiva riduzione della spesa farmaceutica convenzionata (dal 8,2% al 5,8%) e della spesa per il personale convenzionato, inclusi medici e pediatri di famiglia e specialisti ambulatoriali (dal 6,2% al 5,2%) (Figura 2.6).

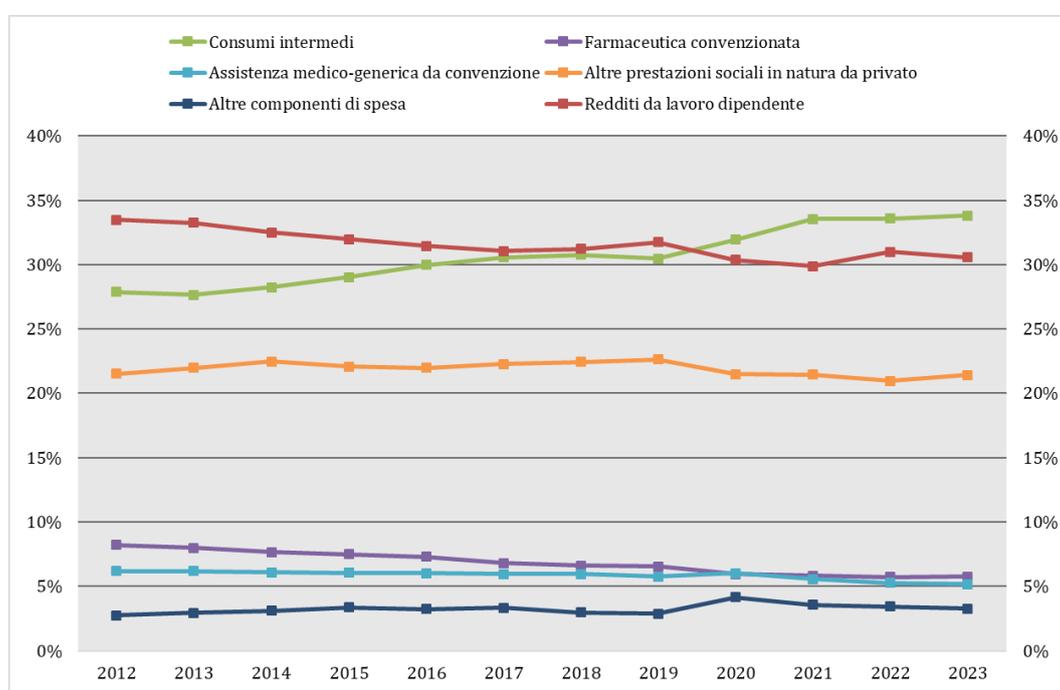


Figura 2.6. Trend aggregati di spesa sanitaria 2012-2023 in percentuale sul totale (dati ISTAT-CN)

2.2. Spesa sanitaria out-of-pocket

La spesa out-of-pocket in Italia può essere analizzata utilizzando quattro dataset istituzionali, che differiscono per metodi di raccolta, fonti e dettagli analitici: di conseguenza, se da un lato i valori assoluti presentano differenze significative, dall'altro i capitoli di spesa tra le varie fonti non sono sovrapponibili. Tre fonti provengono dall'ISTAT: la spesa sanitaria privata della popolazione residente rilevata tramite il sistema dei Conti per la sanità, che utilizza la classificazione ICHA, e la spesa per consumi delle famiglie secondo la classificazione COICOP 2018, rilevata tramite il sistema dei Conti Nazionali e con un'indagine campionaria. La quarta fonte è il Sistema Tessera Sanitaria, che raccoglie i dati a fini fiscali per la predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata (Tabella 2.2).

Fonte	Definizione e fonti	Valore
ISTAT SHA (HF.3)	Spesa sanitaria privata della popolazione residente (spesa diretta delle famiglie + regimi di finanziamento volontari) secondo il Sistema dei Conti per la Sanità ⁸ (SHA 2011, classificazione ICHA). Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	40.641
ISTAT COICOP	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (SEC 2010) ⁹ . Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	44.342
	Spesa per consumi delle famiglie residenti sul territorio economico (indagine campionaria) ¹⁰ .	37.562
Sistema Tessera Sanitaria	Spese sanitarie sostenute dalle persone fisiche trasmesse per la dichiarazione dei redditi precompilata ¹¹ .	43.100
SHA: <i>System of Health Accounts</i> . ICHA: <i>International Classification for Health Accounts</i> COICOP: <i>Classification of Individual Consumption by Purpose 2018</i>		

Tabella 2.2. Spesa sanitaria out-of-pocket, anno 2023 (dati in milioni di euro)

⁸ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁹ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Conti e aggregati economici nazionali annuali. Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa (Coicop 2018 3 cifre) e durata. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_ANNUAL/IT1.92_1225_DF_DCCN_ANA1_6.1.0. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

¹⁰ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Spese per consumi delle famiglie. Coicop 2018. Sanità. Edizione marzo 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_CONSEXP/DCCV_SPEMEFAM/DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018/IT1.31_740_DF_DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018_8.1.0. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

¹¹ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 11. Roma, dicembre 2024. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2024/IMDSS-RS2024.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

Rispetto all'utilizzo delle fonti sopra riportate è utile precisare che:

- i benchmark internazionali (OCSE, Eurostat, OMS) utilizzano i dati rilevati tramite il sistema SHA e trasmessi dall'ISTAT;
- la scomposizione della spesa a livello di Regioni e Province autonome è disponibile solo per l'indagine campionaria sulle famiglie dell'ISTAT e per il Sistema TS;
- esistono differenze tra i due sistemi di classificazione ISTAT (SHA e COICOP) riportati nel box 2.2.

Box 2.2. Spesa out-of-pocket: il sistema SHA e il sistema COICOP

La classificazione SHA (*System of Health Accounts*) e quella COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*) differiscono per scopo e struttura.

Per quanto riguarda lo scopo, SHA è progettato per fornire un quadro analitico dettagliato delle spese sanitarie all'interno di un sistema economico, focalizzandosi su funzioni sanitarie, schemi di finanziamento e fornitori. COICOP, invece, è utilizzato principalmente per classificare la spesa per il consumo individuale di beni e servizi, includendo categorie come beni medici e servizi sanitari.

Inoltre, la classificazione SHA suddivide le spese sanitarie in funzioni specifiche, come cura preventiva, riabilitativa e diagnostica, e in schemi di finanziamento (spesa pubblica, assicurazioni obbligatorie e volontarie, spesa out-of-pocket). COICOP, invece, fornisce una classificazione aggregata per beni e servizi sanitari legati alla spesa diretta dei consumatori.

Il sistema SHA è impiegato per l'analisi delle politiche sanitarie, i confronti internazionali e lo studio delle modalità di gestione dei sistemi sanitari. COICOP, che offre un livello di dettaglio maggiore sulle voci di spesa, è utilizzato principalmente per analizzare la spesa delle famiglie e la composizione dei consumi.

Va inoltre segnalato che:

- SHA e l'indagine campionaria sulla spesa delle famiglie si riferiscono esclusivamente alle famiglie residenti, mentre la spesa per consumi finali delle famiglie secondo il Sistema dei Conti Nazionali, rilevando i consumi interni, include sia le famiglie residenti che quelle non residenti;
- la spesa per consumi finali delle famiglie secondo i Conti Nazionali è una stima elaborata integrando fonti diverse;
- tutte le informazioni sulla salute rilevate nell'indagine campionaria sulla spesa delle famiglie sono considerate dati sensibili in base all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679. L'esercizio del diritto alla privacy da parte dei rispondenti, su tutti o parte dei quesiti somministrati, può pertanto determinare una sottostima della spesa.

Considerato che le quattro fonti disponibili sulla spesa out-of-pocket (tabella 2.2) riportano differenti valori e livelli di dettaglio, vengono di seguito analizzate separatamente.

2.2.1. ISTAT-SHA

Secondo le stime dei conti ISTAT-SHA la spesa out-of-pocket per l'anno 2023 ammonta a € 40.641 milioni così ripartiti (Figura 2.7):

- € 18.106 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2)
- € 4.423 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 3.062 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 14.983 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 67 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)

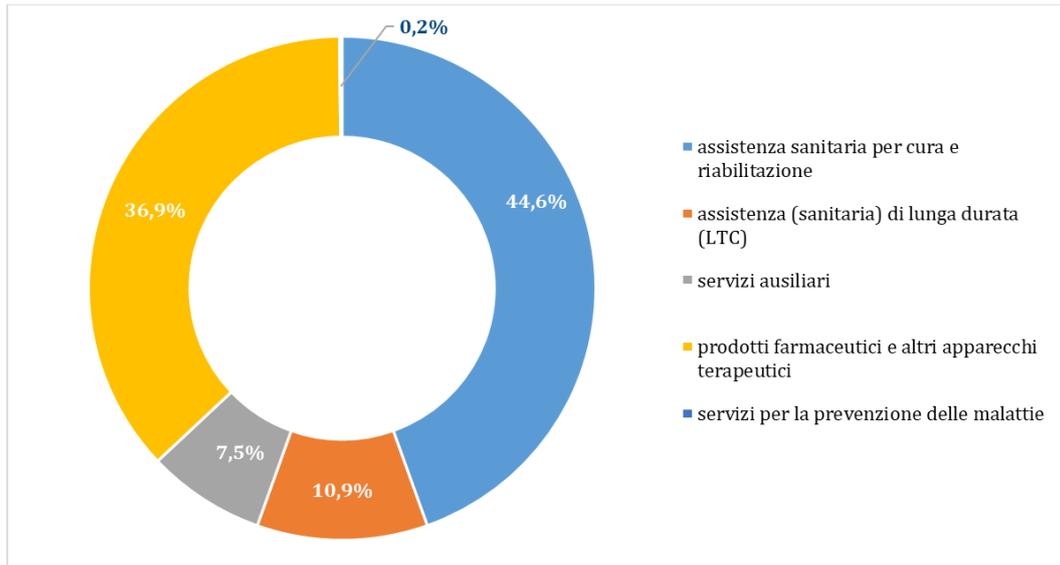


Figura 2.7. Spesa sanitaria out-of-pocket per funzione di spesa (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

Nel periodo 2012-2022, la spesa out-of-pocket ha registrato un incremento medio annuo del 2,5%, pari ad un aumento complessivo di € 8.445 milioni (+ 26,8%) in 10 anni. Questo andamento ha subito una flessione nel 2020 (-€ 2.177 milioni), seguita da un incremento pari al doppio nel 2021 (+€ 4.385 milioni) (Figura 2.8).

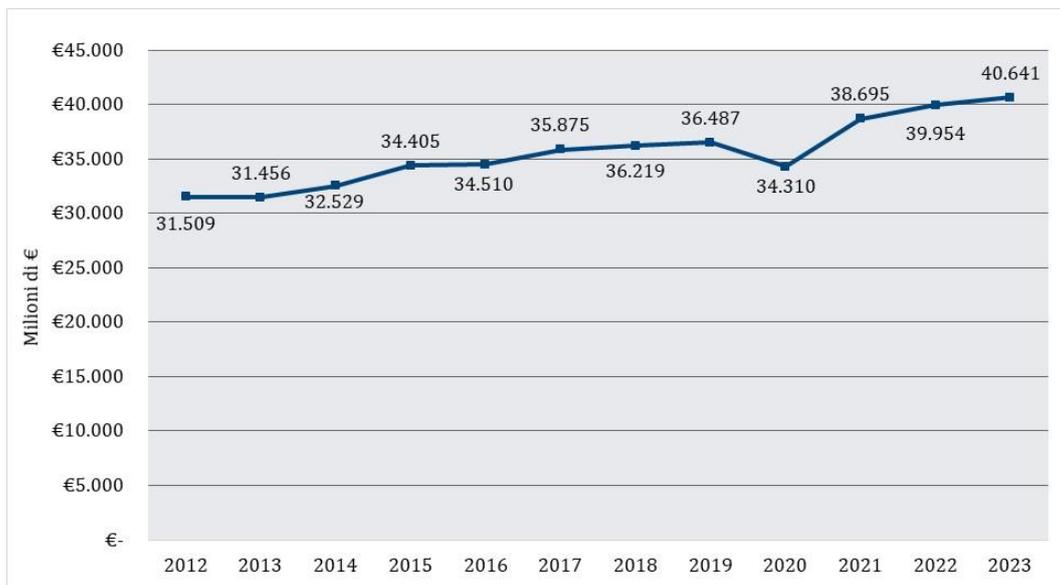


Figura 2.8. Trend spesa sanitaria out-of-pocket 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

Analizzando il trend delle diverse componenti della spesa out-of-pocket nel periodo 2012-2022 (Figura 2.9), l'incremento più significativo riguarda la spesa per assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (+ € 5.040 milioni) e quella per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (+€ 2.747 milioni), seppur con andamenti differenti. La spesa per la LTC ha subito un incremento più contenuto (+€ 800 milioni), mentre quella per i servizi ausiliari è diminuita (-€ 148 milioni) e quella per la prevenzione delle malattie è rimasta pressoché stabile (+€ 6 milioni). Nel 2023, rispetto al 2022, si osserva un ulteriore incremento della componente "assistenza sanitaria per cura e riabilitazione" (+ € 521 milioni).

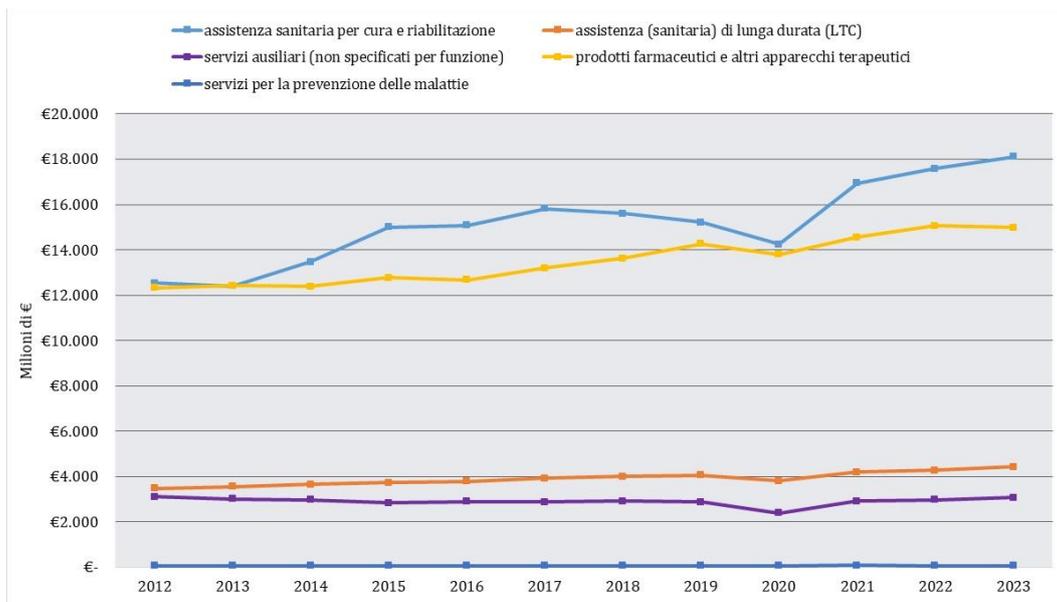


Figura 2.9. Trend spesa sanitaria out-of-pocket per tipo di funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA)

2.2.2. ISTAT-COICOP: sistema dei Conti Nazionali

La spesa per consumi finali delle famiglie secondo il Sistema dei Conti Nazionali fornisce i dati sulla spesa totale a livello nazionale per le voci di spesa COICOP 2018, limitandosi alla classificazione a 3 cifre. Questo livello di dettaglio consente solo un'analisi delle macro categorie: servizi ospedalieri, servizi ambulatoriali, prodotti medici, apparecchi e materiale terapeutico e altri servizi sanitari. Nel 2023 la spesa totale ammonta a € 44.342,1 milioni, suddivisi come illustrato in Figura 2.10.

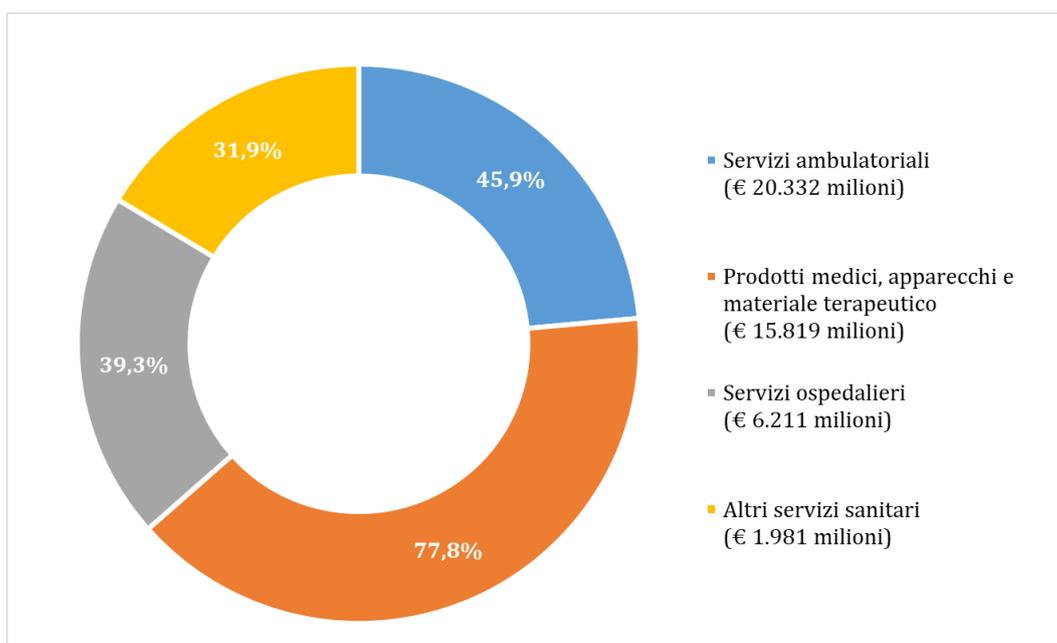


Figura 2.10. Spesa sanitaria delle famiglie secondo il Sistema dei Conti Nazionali (dati ISTAT-COICOP, anno 2023)

2.2.3. ISTAT-COICOP: indagine campionaria

La spesa per consumi delle famiglie secondo l'indagine campionaria ISTAT¹² fornisce dati fino alla classificazione COICOP 2018 a 5 cifre, rappresentando la fonte con il massimo livello di dettaglio analitico. Tuttavia, i dati raccolti presentano varie criticità legate alla modalità di rilevazione, che portano a sottostimare alcune voci di spesa come i ricoveri ospedalieri e le prestazioni di diagnostica ambulatoriale. Inoltre, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento UE 2016/679, tutte le informazioni sulla salute rilevate sono considerate dati sensibili¹³; di conseguenza, l'esercizio del diritto alla privacy su alcuni o tutti i quesiti somministrati non solo contribuisce a sottostimare la spesa out-of-pocket rispetto ad altre fonti, ma determina anche ad una differente distribuzione tra le categorie di spesa. Infine, l'ISTAT non fornisce il valore totale della spesa per consumi, ma solo il valore mensile per famiglia, che nel 2023 è pari a € 117,84. Considerando 26.562.568 famiglie al 31 dicembre 2023 (ultimo dato disponibile) si stima un valore totale della spesa di € 37.561,60 milioni, ripartiti come illustrato in Figura 2.11.

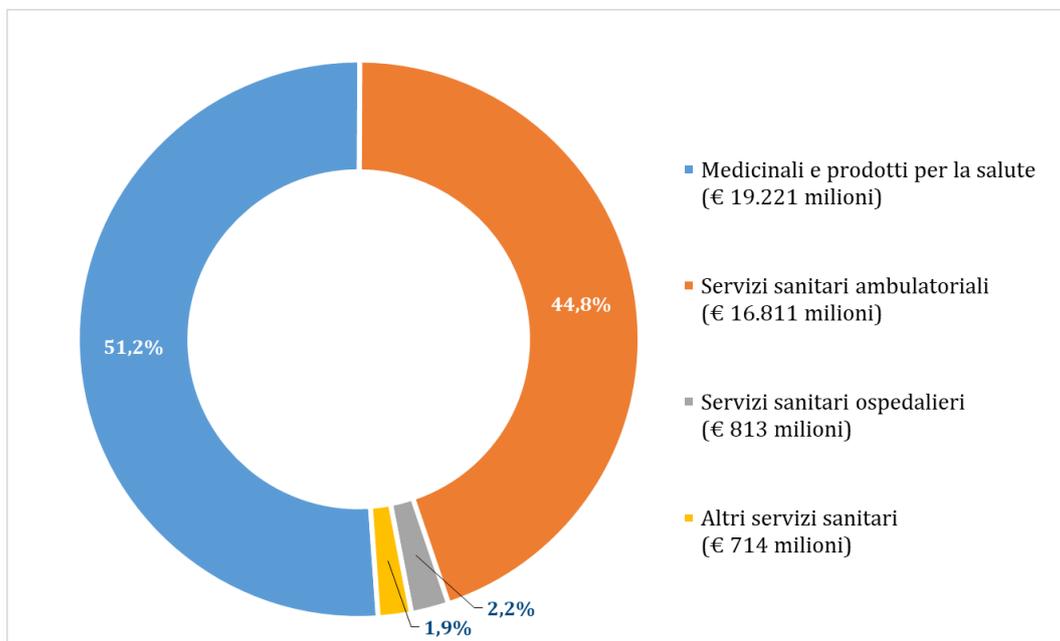


Figura 2.11. Spesa sanitaria delle famiglie secondo l'indagine campionaria ISTAT (dati ISTAT-COICOP, anno 2023)

¹² Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Spese per consumi delle famiglie. Coicop 2018. Sanità. Edizione marzo 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_CONSEXP/DCCV_SPEMEFAM/DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018/IT1.31_740_DF_DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018_8.1.0. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

La tabella 2.3 riporta il dettaglio secondo la classificazione COICOP a 5 cifre, relativamente alle spese per la salute nel 2023.

Codice	Voce COICOP	Importo
06.1	Medicinali e prodotti per la salute	19.220,67
06.1.1	Medicinali	14.582,85
06.1.1.1	Medicinali, vaccini e altri preparati farmaceutici	13.119,78
06.1.1.2	Medicinali a base di erbe e prodotti omeopatici	1.466,25
06.1.2	Dispositivi medici	1.603,32
06.1.2.1	Dispositivi di diagnostica medica	392,06
06.1.2.2	Dispositivi di prevenzione e protezione	564,19
06.1.2.3	Dispositivi di trattamento a uso personale	647,06
06.1.3	Ausili	2.993,07
06.1.3.1	Ausili visivi	2.247,19
06.1.3.2	Ausili per l'udito e la comunicazione	516,38
06.1.3.3	Ausili per la mobilità e le attività quotidiane	229,50
06.1.4	Servizi di riparazione, noleggio e manutenzione di dispositivi medici e ausili	44,63
06.2	Servizi sanitari ambulatoriali	16.810,92
06.2.1	Servizi sanitari di prevenzione	5.603,64
06.2.1.1	Servizi di vaccinazione	15,94
06.2.1.9	Altri servizi di prevenzione	5.587,70
06.2.2	Servizi dentistici ambulatoriali	8.501,08
06.2.2.1	Servizi di prevenzione dentale	5.004,39
06.2.2.9	Altri servizi dentistici ambulatoriali	3.496,70
06.2.3	Altri servizi sanitari ambulatoriali	2.706,19
06.2.3.1	Servizi ambulatoriali di cura e riabilitazione	1.781,82
06.2.3.2	Servizi ambulatoriali di assistenza a lungo termine	927,56
06.3	Servizi sanitari ospedalieri	812,81
06.3.1	Servizi ospedalieri di cura e riabilitazione	647,06
06.3.2	Servizi ospedalieri di assistenza a lungo termine	165,75
06.4	Altri servizi sanitari	714,00
06.4.1	Servizi di diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio	678,94
06.4.2	Servizi di trasporto d'urgenza pazienti e di soccorso di emergenza	35,06
06	Salute (totale)	37.561,60

Tabella 2.3. Spesa sanitaria delle famiglie secondo l'indagine campionaria ISTAT (dati ISTAT-COICOP, anno 2023, in milioni di €)

Nel 2023 la spesa media nazionale per la salute è pari a € 1.414,08 a famiglia, con significative variazioni regionali: dai € 998 della Sardegna ai € 1.852,2 del Lazio, un valore quasi doppio (Figura 2.12). L'interpretazione delle differenze della spesa out-of-pocket tra aree geografiche e soprattutto tra Regioni non è univoca, poiché influenzata da molteplici fattori: qualità e accessibilità dei servizi sanitari pubblici, capacità di spesa delle famiglie, consumismo sanitario e, in misura minore, eventuali rimborsi da parte di assicurazioni e fondi sanitari, oltre naturalmente al numero medio di componenti per nucleo familiare.

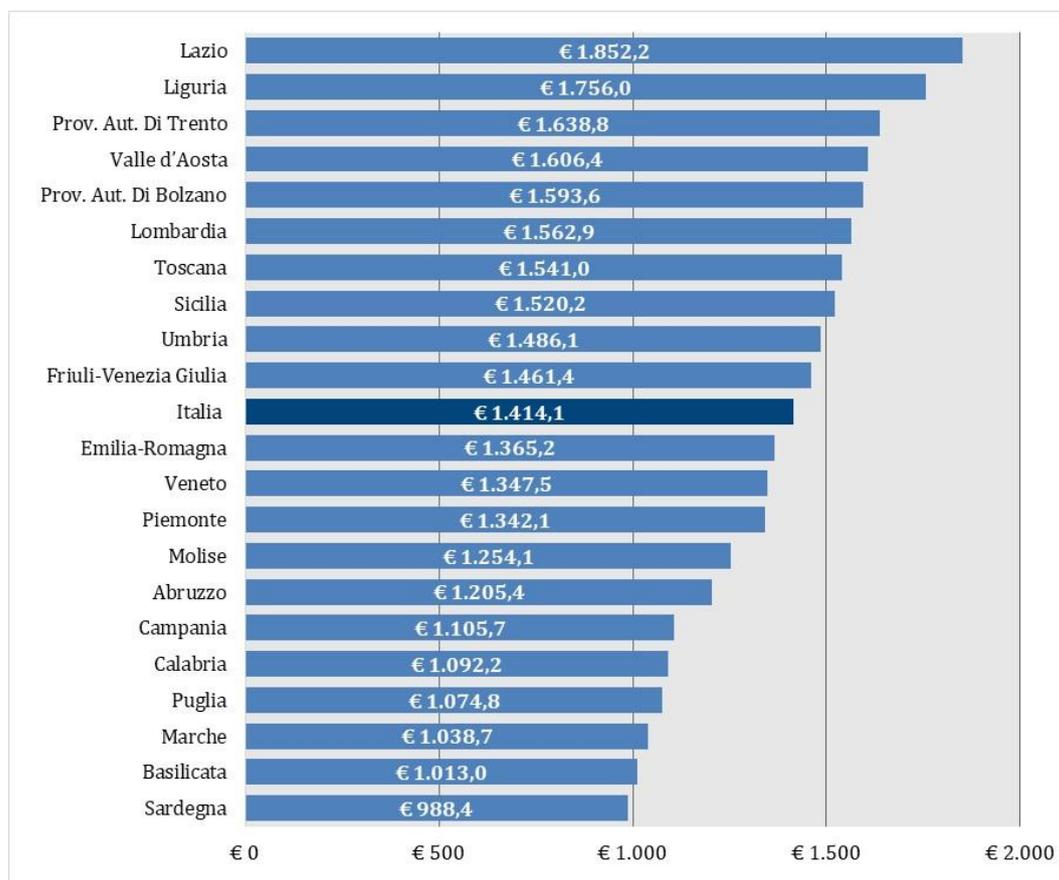


Figura 2.12. Spesa delle famiglie per la salute (dati ISTAT sui consumi delle famiglie, anno 2023)

2.2.4. Sistema Tessera Sanitaria

Secondo quanto previsto dal DL n. 175 del 2014, il Sistema Tessera Sanitaria (TS) può essere utilizzato per trasmettere all'Agenzia delle Entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. La rilevazione delle spese sanitarie tiene conto del diritto del cittadino di opporsi alla trasmissione dei dati. Tale opposizione può essere esercitata al momento dell'erogazione della prestazione, prima dell'invio del documento tramite il Sistema TS, oppure comunicandola direttamente all'Agenzia delle Entrate. Nel 2023 queste ultime due modalità di opposizione sono state utilizzate per un totale di 5.052 documenti, di cui 3.818 tramite Sistema TS e 1.234 comunicate all'Agenzia delle Entrate.

I dati del Sistema TS sono pubblicati nel report “Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria”¹⁴ della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), che riporta i dati delle spese sanitarie sostenute dai cittadini, comprensive del pagamento dei ticket, distribuite per tipologia di soggetti erogatori, categoria di spesa, Regione e Provincia autonoma. Le tipologie di soggetti erogatori di prestazioni sanitarie obbligati a trasmettere al Sistema TS i dati sulle spese sanitarie dei cittadini sono state progressivamente ampliate. La tabella 2.4 riporta le spese trasmesse al Sistema TS per soggetto erogatore per l'anno 2023.

Soggetti erogatori	Spesa
Strutture pubbliche	2.227,98
Strutture private accreditate	7.616,24
Strutture private autorizzate (non accreditate)	7.229,04
Strutture sanitarie militari	1,29
Farmacie pubbliche e private	12.155,56
Parafarmacie	708,05
Medici chirurghi	8.473,51
Medici	2.597,11
Odontoiatri	5.876,40
Altri erogatori	4,69
Ottici	2.540,00
Psicologi	1.198,09
Tecnici radiologi	1,45
Infermieri	14,84
Ostetrici	12,95
Infermieri pediatrici	0,05
Altri*	869,21
Professionisti iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento ¹⁵	47,42
Totale	43.095,67
*Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico audiometrista, Tecnico audioprotesista, Tecnico ortopedico, Dietista, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Igienista dentale, Fisioterapista, Logopedista, Podologo, Ortottista e assistente di oftalmologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale, Tecnico della prevenzione ambiente e luoghi di lavoro, Assistente sanitario, Biologo	

Tabella 2.4. Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata per soggetto erogatore (modificata da: Sistema TS, anno 2023, dati in milioni di €)

¹⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 11. Roma, dicembre 2024. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2024/IMDSS-RS2024.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

¹⁵ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Decreto del Ministero della Salute del 9 agosto 2019. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/09/10/19A05560/sg. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

La composizione per tipologia di spesa mostra che visite specialistiche ambulatoriali ed interventi, in linea con gli anni precedenti, rappresentano quasi la metà del totale (47%); un ulteriore 25% è costituito da farmaci e dispositivi medici (Tabella 2.5, Figura 2.13).

Tipologia di spesa	Miliardi di €	Percentuale
Visite specialistiche e interventi ^a	20,26	47,0%
Altre spese ^b	6,68	15,5%
Farmaci	6,08	14,1%
Dispositivi medici	4,48	10,4%
Ticket	3,06	7,1%
Prestazioni sanitarie	2,16	5,0%
Chirurgia estetica	0,22	0,5%
Servizi sanitari	0,08	0,2%
Cure termali	0,03	0,1%
Protesica integrativa	0,04	0,1%
RX	0,00	0,0%
TOTALE	€ 43,10	100%

^aPrestazione di assistenza specialistica ambulatoriale esclusa chirurgia estetica e medicina estetica. Visita medica generica e specialistica o prestazioni diagnostiche e strumentali. Prestazione chirurgica ad esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica. Ricoveri ospedalieri, ad esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica, al netto del comfort. Certificazione medica. (Cfr. Allegato A del DM 19/10/2020)

^bSpese sanitarie, sostenute dai cittadini e trasmesse dai soggetti invianti al Sistema TS, per le quali non è prevista alcuna agevolazione fiscale ai fini della dichiarazione precompilata.

Tabella 2.5. Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata per tipologia di spesa (dati Sistema TS, anno 2023)

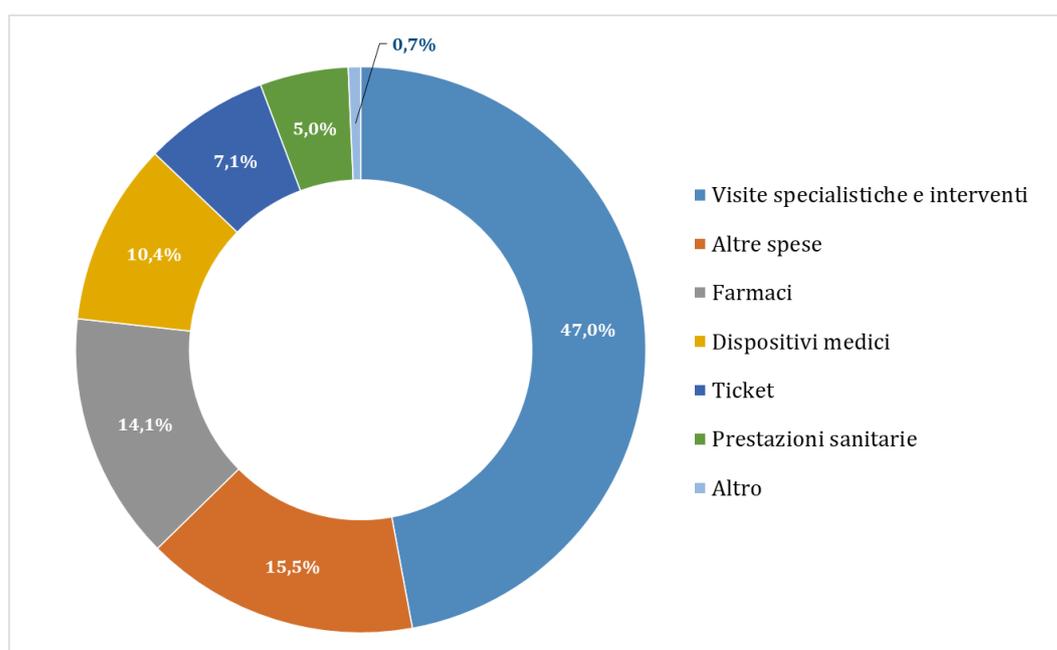


Figura 2.13. Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata per tipologia di spesa (dati Sistema TS, anno 2023)

Parametrando la spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS alla popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2023, il valore nazionale è di € 730 pro-capite, con un range che varia dai € 1.023 della Lombardia agli € 377 della Basilicata (Figura 2.14).

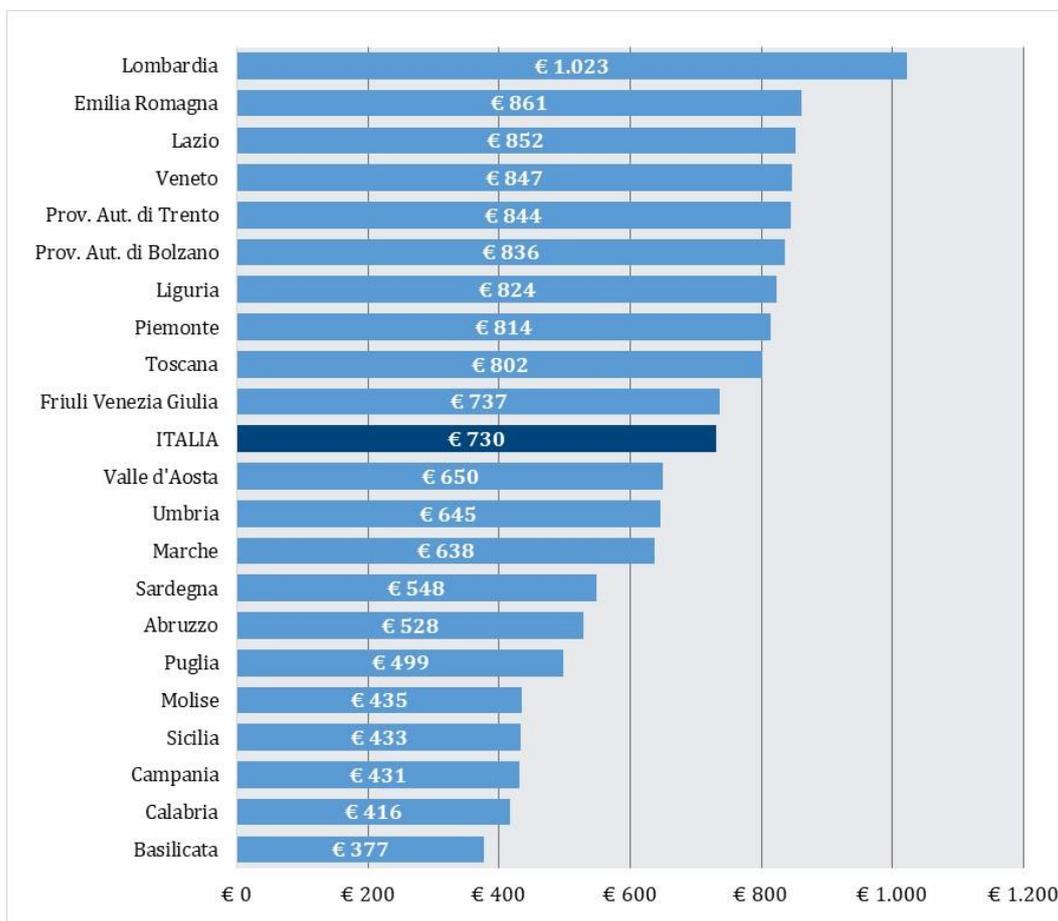


Figura 2.14. Spesa sanitaria pro-capite trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi (dati Sistema TS e ISTAT, anno 2023)

Tale distribuzione regionale, al netto della mancata raccolta e trasmissione dei dati da parte dei soggetti erogatori (sostanzialmente riconducibile all'economia sommersa), conferma che l'entità della spesa out-of-pocket è influenzata sia dalla capacità di spesa individuale sia da fenomeni di consumismo sanitario, ma anche dall'accessibilità alle cure. Le Regioni con le migliori performance in termini di erogazione dei LEA, infatti, si collocano tutte sopra la media nazionale. Al contrario, tutte le Regioni in Piano di Rientro, con l'eccezione del Lazio, risultano sotto la media nazionale.

2.2.5. Compartecipazione alla spesa

Nel 2023 il valore della compartecipazione alla spesa è stato di € 3.191,2 milioni: 1.481,2 milioni per i farmaci e € 1.710 milioni per le prestazioni specialistiche¹⁶, incluse quelle di pronto soccorso. Il rapporto OSMED¹⁷, recentemente pubblicato dell'AIFA, riporta nel 2023 per i farmaci una

¹⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 11. Roma, dicembre 2024. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2024/IMDSS-RS2024.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

¹⁷ Agenzia Italiana del Farmaco. Rapporto OSMED 2023. Roma, 12 novembre 2024. Disponibile a: www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2023. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

compartecipazione di € 1.481,2 milioni, di cui € 1.056,8 milioni (71,3%) per l'acquisto di farmaci brand al posto degli equivalenti e € 424,4 milioni (28,7%) per il ticket fisso.

2.2.5. Fattori di contenimento della spesa out-of-pocket

La spesa out-of-pocket è "arginata" da fenomeni documentati da varie indagini ISTAT: limitazione delle spese per la salute, temporanea indisponibilità economica e, soprattutto, rinuncia alle cure.

Limitazione delle spese per la salute. Secondo i dati ISTAT sul cambiamento delle abitudini di spesa¹⁸, nel 2023 il 15,7% delle famiglie dichiara di avere limitato in quantità e/o qualità la spesa per visite mediche e accertamenti periodici preventivi. Le percentuali variano significativamente a livello territoriale: il Nord-Est (8,7%), il Nord-Ovest (13,5%) e il Centro (15%) si collocano al di sotto della media nazionale, mentre tutto il Mezzogiorno è sopra la media, con le Isole al 16,3% e il Sud che raggiunge il 25,4%, quasi 10 punti percentuali in più rispetto al dato nazionale. Questa riduzione delle spese per la salute incide ovviamente sulla spesa out-of-pocket: proiettando i dati dell'indagine campionaria ISTAT sull'intera popolazione, infatti, si stima che nel 2023 siano 4,14 milioni le famiglie che hanno limitato le spese per la salute.

Indisponibilità economiche temporanee per le spese per la salute. Secondo l'indagine ISTAT sulle condizioni di vita¹⁹, nel 2023 il 5,1% delle famiglie ha dichiarato di non disporre di soldi in alcuni periodi dell'anno per far fronte a spese per la salute. Le percentuali variano significativamente a livello territoriale: si posizionano al di sotto della media nazionale il Nord-Est (2,3%), il Nord-Ovest (3,8%) e il Centro (4,2%), mentre il Mezzogiorno registra valori superiori alla media, con le Isole all'8% e il Sud all'8,7%. Anche questo fenomeno contribuisce a limitare la spesa out-of-pocket: proiettando i dati dell'indagine campionaria ISTAT sull'intera popolazione, infatti, si stima che nel 2023 circa 1,35 milioni di famiglie in alcuni periodi dell'anno non siano riuscite a sostenere le spese per la salute per indisponibilità economica.

Rinunce a prestazioni sanitarie. Secondo i dati del Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) 2023 dell'ISTAT²⁰, la percentuale di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie, dopo i picchi del periodo pandemico (9,6% nel 2020 e 11,1% nel 2021), si è attestata al 7,6% nel 2023. Questo dato rimane comunque superiore a quello pre-pandemico del 2019 (6,3%) e in aumento rispetto al 2022 (7%). Si tratta di oltre 4,48 milioni di persone che, secondo la definizione ISTAT, hanno dichiarato di aver rinunciato nell'ultimo anno a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi: problemi economici (impossibilità di pagare, costo eccessivo), difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi), lunghi tempi di attesa. Tra questi, nel 2023 quasi 2,5 milioni di persone, pari al 4,2% della popolazione, hanno rinunciato alle cure per motivi economici, con un aumento di 1 punto percentuale rispetto al 2022 (3,2%): quasi 600.000 persone in più rispetto all'anno precedente. Nel 2023 Le rinunce alle cure per uno o più motivi presentano modeste differenze tra le aree geografiche, segnalando un problema diffuso in tutto il

¹⁸ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Cambiamenti nelle abitudini di spesa (dal 2018). Disponibile a:

https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_CONSEXP/DCCV_SPEMEFAM/DCCV_SPEMEFAM_COIC_OP_2018/IT1.31_740_DF_DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018_1.1.0. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

¹⁹ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Disagio economico. Famiglie che hanno difficoltà nel pagamento di alcune spese. Disponibile a:

https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_ECDISTR/DCCV_NOSOLDI/IT1.34_219_DF_DCCV_NOSOLDI_2.1.0. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

²⁰ Istituto Nazionale di Statistica. Rapporto BES 2023. Roma, 17 aprile 2024. Disponibile a: www.istat.it/wp-content/uploads/2024/04/Bes-2023-Ebook.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

Paese: Nord-Ovest 7,7%, Nord-Est 6,4%, Centro 8,8%, Sud 7,3%, Isole 8,6%. Tuttavia, le differenze a livello regionale risultano più significative: 9 Regioni si collocano sopra la media nazionale (7,6%), con la Sardegna (13,7%) e il Lazio (10,5%) che superano il 10%. Al contrario, 12 Regioni si posizionano sotto la media, con la Provincia autonoma di Bolzano e il Friuli Venezia Giulia al valore minimo del 5,1% (Figura 2.15).

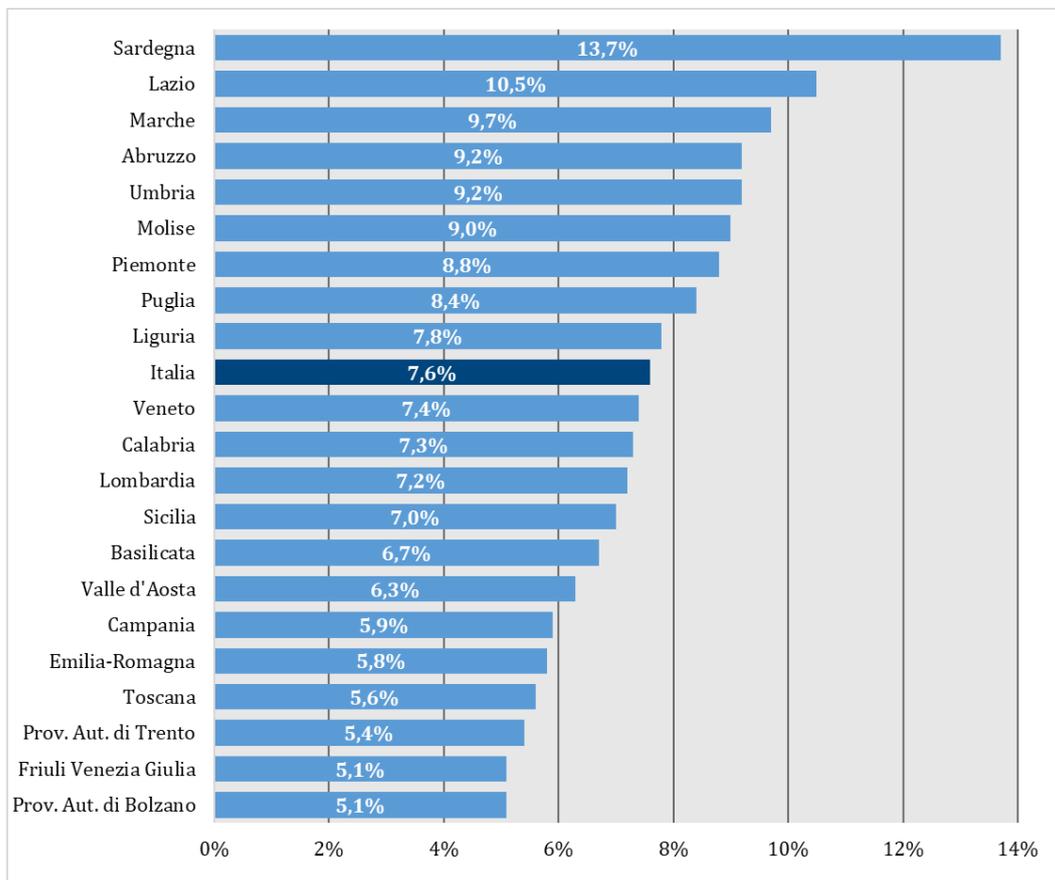


Figura 2.15. Percentuale di famiglie che hanno rinunciato ad una o più prestazioni sanitarie (dati ISTAT, anno 2023)

Infine, l'impatto dell'indebolimento della sanità pubblica sulla salute individuale e collettiva essere valutato esclusivamente attraverso l'entità della spesa out-of-pocket e i fenomeni che la contengono: è fondamentale considerare anche il livello di povertà assoluta della popolazione. Infatti, il numero di famiglie che vivono sotto la soglia della povertà assoluta ha un impatto residuale sulla spesa out-of-pocket, ma contribuisce significativamente al fenomeno di rinuncia alle cure, aggravando il peggioramento dello stato di salute e riducendo l'aspettativa di vita delle persone più povere del Paese. Secondo i dati ISTAT sulla povertà in Italia²¹, nel 2023 l'incidenza nazionale della povertà assoluta per le famiglie – ovvero il rapporto tra le famiglie con spesa al di sotto della soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti – è pari all'8,4%, coinvolgendo quindi quasi 2,2 milioni di famiglie: a livello territoriale, l'incidenza della povertà assoluta è pari al 10,2% nelle Isole e nel Sud, all'8% nel Nord-Ovest, al 7,9% nel Nord-est e al 6,7% nel Centro.

²¹ Istituto Nazionale di Statistica. Comunicato stampa "Stabile la povertà assoluta". Roma, 25 marzo 2024. Disponibile a: www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/REPORT_POVERTA_2023.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

2.2.6. Differenze regionali nella spesa out-of-pocket

Delle quattro fonti di spesa sanitaria analizzate, solo due offrono una scomposizione dei dati a livello regionale: il Sistema TS riporta le spese sanitarie sostenute dai cittadini per la predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, mentre l'indagine campionaria ISTAT sulla spesa per consumi delle famiglie fornisce i dati basati sulle dichiarazioni degli intervistati, espressi per famiglia. Al fine di valutare le differenze regionali nella spesa out-of-pocket tramite le due fonti, è stato innanzitutto calcolato il numero medio di componenti per famiglia come rapporto tra la popolazione e il numero di famiglie per Regione. Complessivamente dall'indagine ISTAT sulle famiglie emerge un valore di spesa out-of pocket inferiore (€ 637) rispetto a quello del Sistema TS (€ 731), con un gap del 12,8% pari a € 94. Tuttavia i dati regionali variano in maniera anche significativa in entrambe le direzioni: in 11 Regioni la spesa pro-capite è più elevata secondo il sistema TS, mentre in 10 Regioni è maggiore il dato dell'indagine ISTAT (Tabella 2.6).

Regioni	Spesa pro-capite		Differenza	
	Sistema Tessera Sanitaria	Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie	Valore assoluto	Percentuale
Piemonte	€ 814	€ 638	€ 176	21,6%
Valle d'Aosta	€ 650	€ 793	-€ 143	-22,0%
Lombardia	€ 1.022	€ 716	€ 306	29,9%
Prov. Aut. di Bolzano	€ 842	€ 707	€ 135	16,0%
Prov. Aut. di Trento	€ 847	€ 737	€ 110	13,0%
Veneto	€ 848	€ 594	€ 254	29,9%
Friuli Venezia Giulia	€ 737	€ 696	€ 40	5,5%
Liguria	€ 822	€ 892	-€ 69	-8,4%
Emilia Romagna	€ 861	€ 634	€ 227	26,3%
Toscana	€ 803	€ 706	€ 96	12,0%
Umbria	€ 642	€ 672	-€ 30	-4,7%
Marche	€ 640	€ 458	€ 182	28,4%
Lazio	€ 851	€ 866	-€ 15	-1,8%
Abruzzo	€ 526	€ 536	-€ 9	-1,8%
Molise	€ 447	€ 572	-€ 124	-27,8%
Campania	€ 431	€ 442	-€ 11	-2,6%
Puglia	€ 499	€ 457	€ 42	8,5%
Basilicata	€ 372	€ 450	-€ 78	-21,0%
Calabria	€ 417	€ 484	-€ 67	-16,1%
Sicilia	€ 432	€ 660	-€ 228	-52,8%
Sardegna	€ 545	€ 468	€ 77	14,1%
ITALIA	€ 731	€ 637	€ 94	12,8%

Tabella 2.6. Spesa sanitaria pro-capite: dati Sistema TS vs indagine ISTAT sui consumi delle famiglie per Regione

Analizzando la differenza in valore assoluto si registra un valore nazionale della spesa pro-capite del Sistema TS pari a +€ 94 rispetto all'indagine campionaria sui consumi delle famiglie con una grande variabilità regionale: da -€ 228 pro-capite della Sicilia a +€ 306 pro-capite della Lombardia (Figura 2.17).

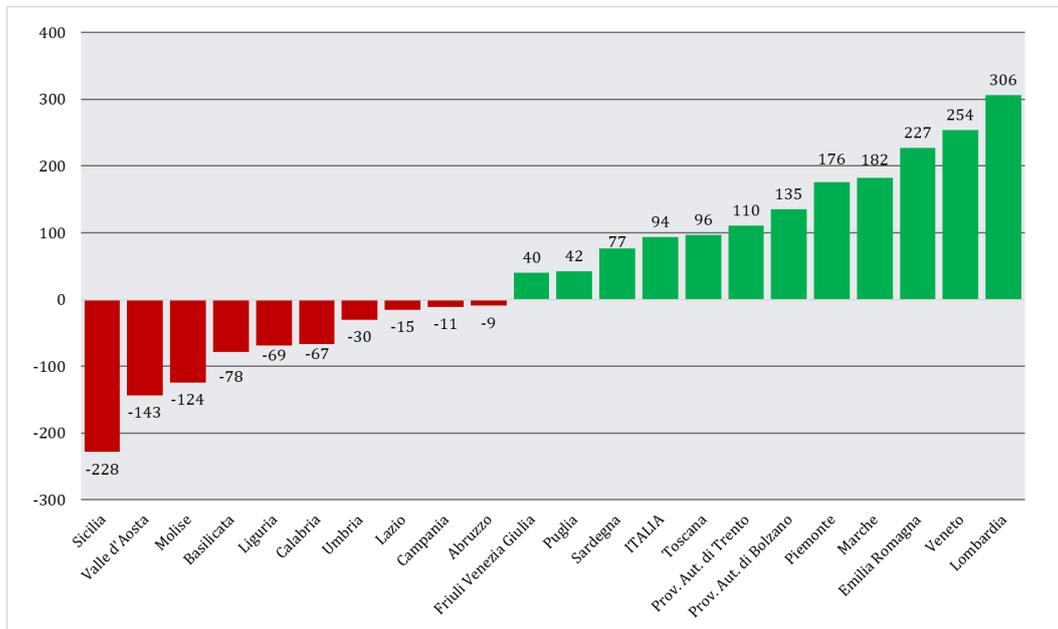


Figura 2.17. Spesa sanitaria pro-capite: differenza in valore assoluto Sistema TS e indagine campionaria ISTAT sui consumi delle famiglie (dati sistema TS, ISTAT)

Analizzando la differenza in percentuale si registra un valore nazionale della spesa pro-capite del Sistema TS pari a +13% rispetto all'indagine campionaria sui consumi delle famiglie con una grande variabilità regionale: da -53% pro-capite della Sicilia a +30% pro-capite della Lombardia e del Veneto (Figura 2.18).

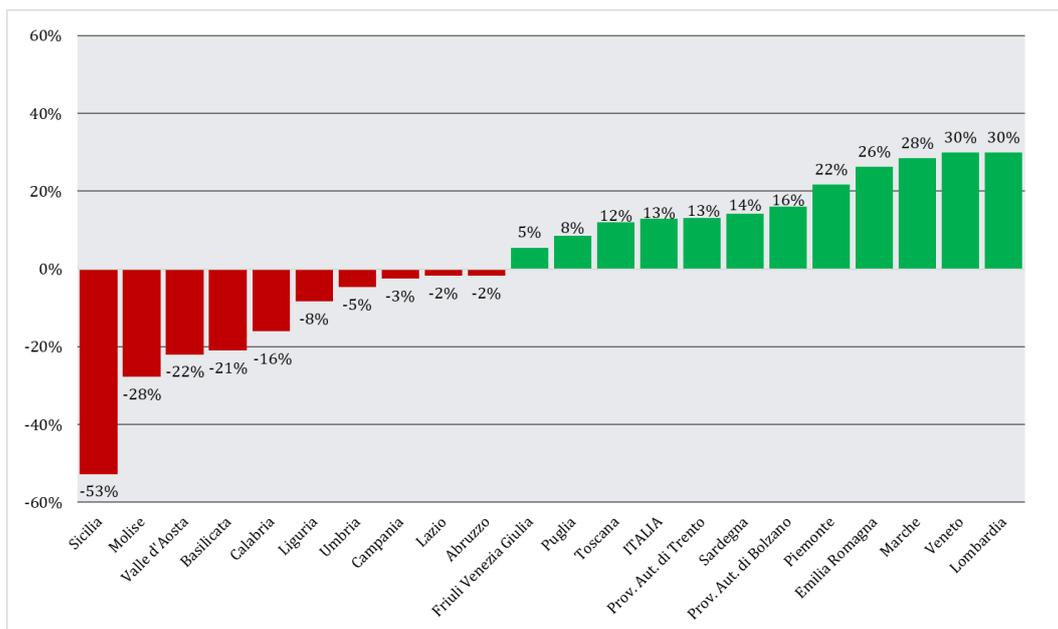


Figura 2.18. Spesa sanitaria pro-capite: differenza percentuale Sistema TS e indagine campionaria ISTAT sui consumi delle famiglie (dati sistema TS, ISTAT)

2.3. 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 (Box 2.3).

Box 2.3. L'ecosistema dei "terzi paganti"

Tipologia di soggetti

- Fondi sanitari*
 - Tipo A
 - Tipo B
- Polizze assicurative (rami danni e vita)
 - Individuali
 - Collettive

Modalità di rimborso

- Diretto: il terzo pagante paga direttamente l'erogatore della prestazione e con eventuale quota a carico dell'iscritto/assicurato
- Indiretta: l'iscritto/assicurato paga l'erogatore e richiede al terzo pagante il rimborso (totale o parziale) secondo quanto previsto dal regolamento, statuto o contratto

Modelli di gestione (fondi sanitari)

- Fondo autogestito
- Fondo autogestito con servizi amministrativi esterni
- Fondo affidato in gestione ad una o più compagnie assicurative

*autoassicurati o assicurati tramite una polizza collettiva

La complessità di tale ecosistema rende impossibile calcolare con precisione l'entità della spesa intermediata, anche per le criticità che condizionano la tracciabilità dei flussi economici:

- 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 possono determinare sovrapposizioni tra spesa intermediata e spesa delle famiglie:
 - 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.
- Il report del Ministero della Salute²², unica fonte ufficiale sui fondi sanitari integrativi, fornisce informazioni economiche parziali: in particolare riporta esclusivamente l'importo delle risorse erogate dai fondi, ovvero quelle utilizzate per rimborsare o pagare direttamente le prestazioni agli iscritti, ma non include i valori relativi alle quote versate.
- Le informazioni sulle quote versate ai fondi sanitari integrativi sono parzialmente desumibili dal report ANIA²³, che però non specifica quale percentuale del totale dei premi incassati per polizze

²² Ministero della Salute. I fondi sanitari integrativi in Italia. 3° Rapporto 2021-2023. Roma, 2024. Disponibile a: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3505_allegato.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

²³ Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici. ANIA Trends Infortuni e Malattia. Portafoglio diretto italiano. Dati al 31 dicembre 2023. Ottobre 2024. Disponibile a: www.ania.it/documents/35135/645009/Dati+al+31+dicembre+2023.pdf/3aa63be8-4123-c3cf-b33b-008e8e2834ce?version=1.2&t=1730266717218. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

assicurative collettive relative al ramo malattia (danni + vita) sia destinata alla “ri-assicurazione dei fondi sanitari”.

- Dai dati ISTAT-COICOP sulla spesa privata²⁴ non è possibile scorporare le spese rimborsate o sostenute direttamente dai “terzi paganti”, né considerare la spesa per polizze assicurative individuali.
- Non è noto il numero di fondi sanitari “ri-assicurati” né il valore economico di tale ri-assicurazione. Di conseguenza non è possibile scorporarlo dalla voce “assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)” del sistema ISTAT-SHA.

Tenendo conto di questi limiti, che rendono impossibile integrare le diverse fonti informative, il presente report utilizza i dati ISTAT-SHA²⁵, secondo i quali nel 2023 i Regimi di finanziamento volontari (HF.2) ammontano complessivamente a € 5.221 milioni, di cui:

- € 3.988 milioni per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1);
- € 445 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”;
- € 788 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”.

Va ribadito che, sebbene ISTAT-SHA escluda esplicitamente i fondi sanitari integrativi dai regimi di finanziamento volontari (HF.2), le analisi effettuate suggeriscono due possibili sovrapposizioni con questa tipologia di spesa intermediata. In primo luogo, visto che una percentuale crescente di fondi sanitari è oggi ri-assicurata, HF.2.1 li include sotto forma di polizze collettive, ma non contabilizza i fondi auto-assicurati. In secondo luogo, è possibile che HF.2.3 (Imprese) – che si riferisce ad “accordi mediante i quali le imprese finanziano i servizi sanitari per i propri dipendenti” – includa prestazioni sanitarie intermedie dal welfare aziendale, la cui erogazione avviene tramite i fondi sanitari. Di conseguenza la stima della spesa sanitaria intermediata risulterebbe sottostimata per la mancata contabilizzazione dei fondi sanitari non ri-assicurati, di cui è impossibile stimare l’entità, e sovrastimata per quanto sostenuto dall’INAIL.

Secondo le stime dei conti ISTAT-SHA la spesa intermediata per l’anno 2023 ammonta a € 5.221 milioni (Figura 2.19):

- € 1.868 milioni per l’assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2)
- € 114 milioni per l’assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 416 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 371 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 817 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)
- € 1.435 milioni per governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (HC.7)

²⁴ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze. Spese per consumi delle famiglie. Coicop 2018. Sanità. Edizione marzo 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.HOU.1.0/HOU_CONSEXP/DCCV_SPEMEFAM/DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018/IT1.31_740_DF_DCCV_SPEMEFAM_COICOP_2018_8.1.0. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

²⁵ Istituto Nazionale di Statistica. IstatData. Conti nazionali. Sistema dei conti della sanità. Edizione maggio 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

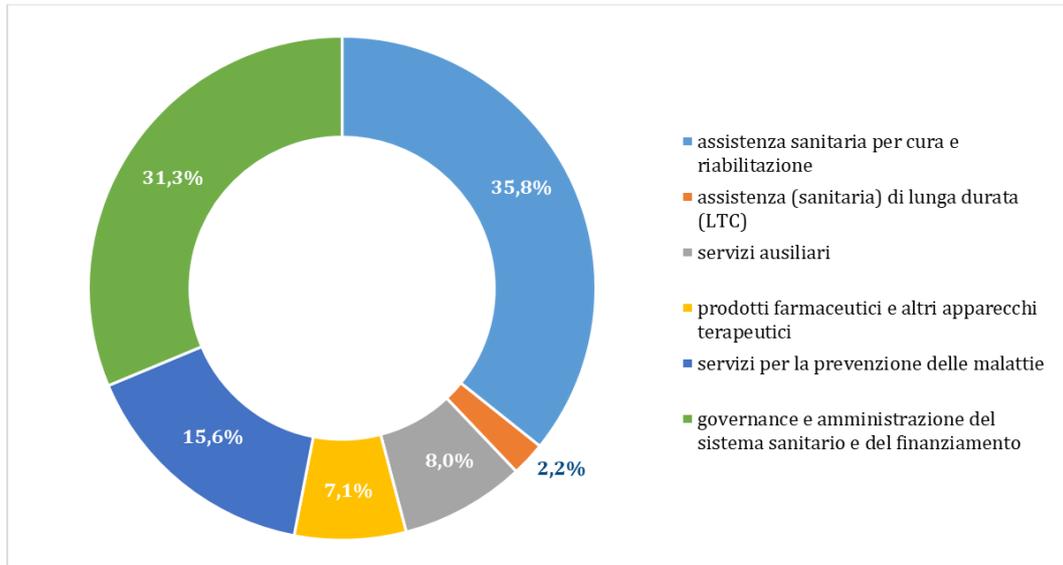


Figura 2.19. Spesa sanitaria intermediata per funzione di spesa (dati ISTAT-SHA, anno 2023)

La distribuzione della spesa intermediata per funzione di spesa conferma che i costi dell'*expense ratio* sono in linea con i dati riportati dalla letteratura internazionale, oscillando tra il 30% e il 35%. Queste risorse sono destinate a coprire i costi di gestione: oneri di ri-assicurazione, mantenimento del fondo di garanzia, utili delle compagnie assicurative. Per quanto riguarda le altre funzioni, la spesa intermediata è allocata per oltre un terzo all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (35,8%), al 15,6% ai servizi di prevenzione e solo per il 7,1% a prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici

Nel periodo 2012-2023, la spesa intermediata ha registrato un incremento medio annuo del 5,6%, corrispondente ad un aumento complessivo di € 2.050 milioni (+ 70,5%) in 10 anni. Dopo una flessione nel 2020 (-€ 168 milioni), il trend è ripreso negli anni successivi sino a raggiungere € 5.221 milioni nel 2023 (Figura 2.20).

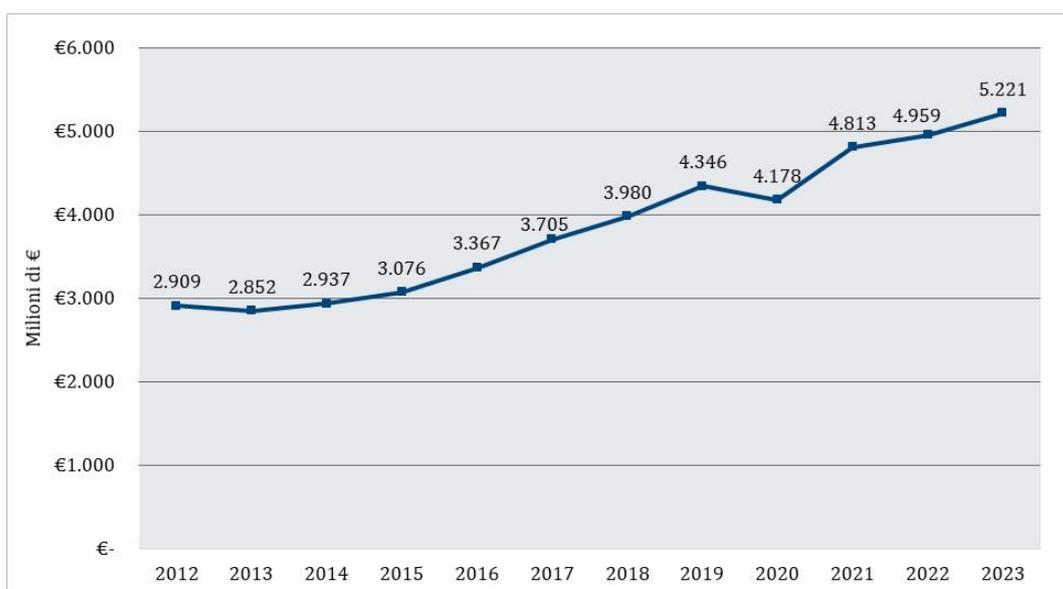


Figura 2.20. Trend spesa sanitaria intermediata 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

Analizzando il trend delle diverse componenti di spesa intermediata nel periodo 2012-2023 (Figura 2.21), gli aumenti più significativi in termini percentuali riguardano la spesa per governance e amministrazione (+89,2%) e all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (+89,2%); la spesa per LTC pur essendo la prima per incremento percentuale (+245,5%) registra il valore assoluto più basso; le altre componenti di spesa mostrano variazioni percentuali più contenute.

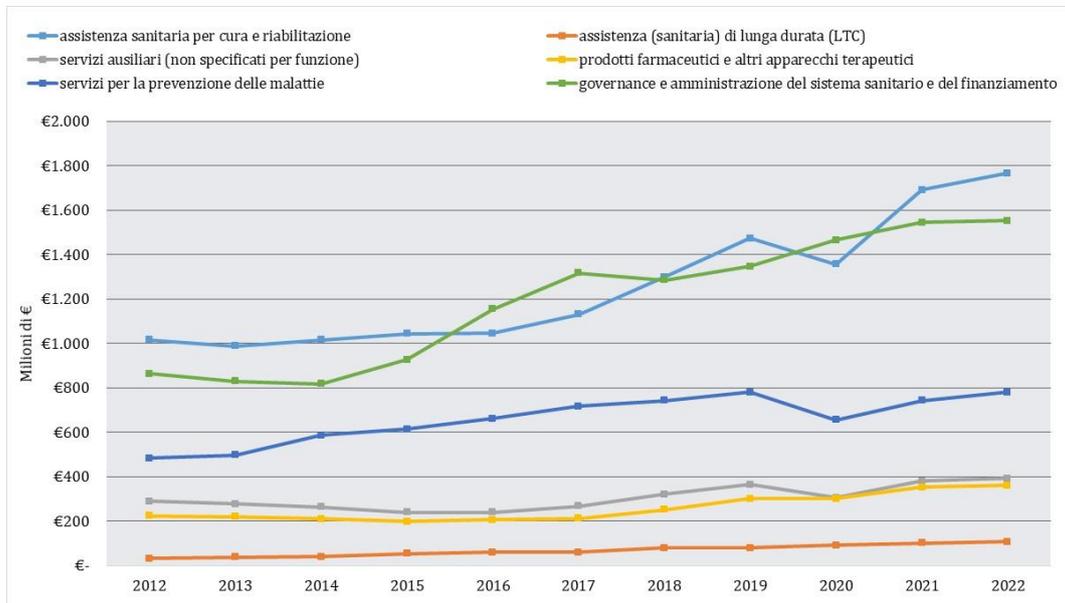


Figura 2.21. Trend spesa sanitaria intermediata per tipo di funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA)

2.3.1. Fondi sanitari integrativi

I fondi sanitari integrativi sono una realtà molto complessa, composta da centinaia di soggetti (fondi, casse, enti) caratterizzati da una grande eterogeneità in termini di coperture, premi, modalità di gestione delle attività ed erogazione delle prestazioni, e spesso interconnessi in modo variabile.

All'Anagrafe del Ministero della Salute dei fondi sanitari integrativi possono iscriversi:

- **Fondi sanitari integrativi del SSN** (tipo A), istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del DL 502/92 e successive modificazioni, così denominati perché deputati a potenziare le prestazioni non coperte dal SSN.
- **Enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale** (tipo B), di cui all'art. 51 comma 2, lettera a) del DPR 917/1986, che hanno una maggiore libertà d'azione nella definizione di prestazioni e servizi coperti.

Con i decreti Turco e Sacconi tali differenze sono state sostanzialmente annullate perché, al fine di usufruire dei benefici fiscali, tutti i soggetti iscritti all'Anagrafe sono obbligati a destinare almeno il 20% delle risorse alla copertura di prestazioni integrative (di assistenza odontoiatrica e per la non autosufficienza). Pertanto, sebbene la terminologia continui ad utilizzare l'aggettivo "integrativi", legittimando la percezione pubblica che il loro obiettivo sia quello di integrare i LEA, tutti i fondi sanitari possono in realtà esercitare una funzione sostitutiva su prestazioni extra-LEA sino all'80% delle coperture, pur mantenendo i benefici fiscali.

Il Ministero della Salute ha recentemente pubblicato il terzo report sui fondi sanitari integrativi²⁶ che per l'anno 2023 attesta l'esistenza di 324 fondi sanitari, di cui 13 di tipo A e 311 di tipo B per un totale di 16.272.852 iscritti: di questi l'82,6% sono lavoratori, il 14,3% familiari di lavoratori e il 3,2% pensionati e loro familiari (Tabella 2.7).

Categoria	N.	%
Lavoratori	13.436.172	82,6%
Familiari dei lavoratori	2.320.156	14,3%
Pensionati e loro familiari	516.524	3,2%
TOTALE	16.272.852	100,0%

**Tabella 2.7. Iscritti ai fondi sanitari per categoria
(dati Anagrafe fondi sanitari, anno 2023)**

I dati relativi al periodo 2013-2023 documentano un lieve aumento del numero di fondi attestati dal Ministero della Salute: quelli di tipo B sono passati da 273 nel 2013 a 311 nel 2023 e quelli di tipo A da 3 nel 2013 a 13 nel 2023 (Figura 2.22). Da rilevare che l'anno di attestazione è successivo all'anno fiscale di riferimento.

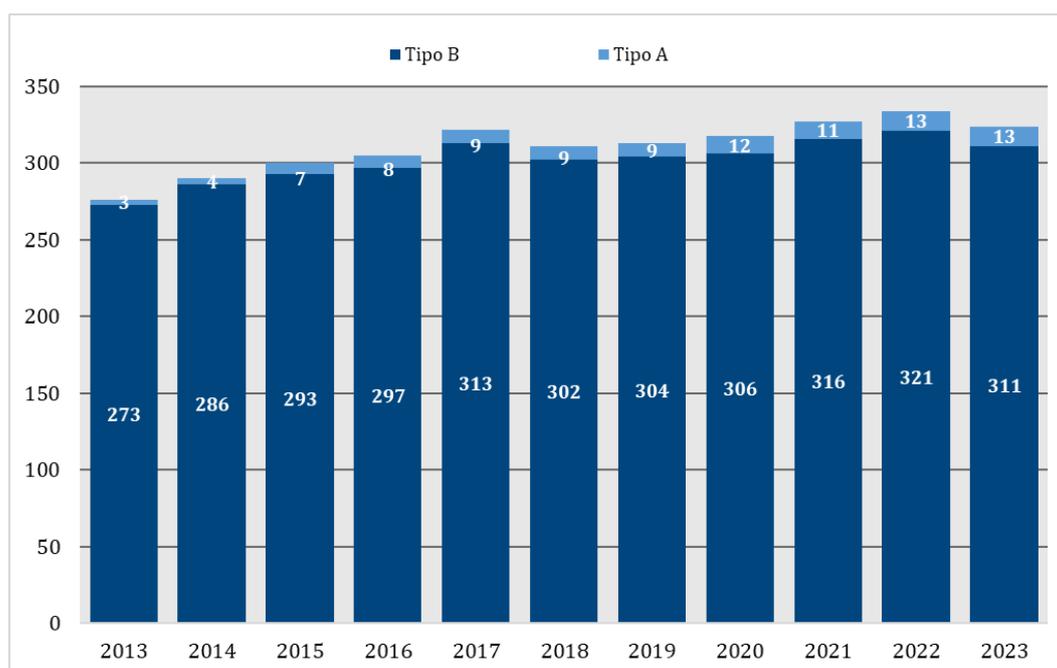


Figura 2.22. Numero fondi sanitari per anno di attestazione (dati Anagrafe fondi sanitari)

²⁶ Ministero della Salute. I fondi sanitari integrativi in Italia. 3° Rapporto 2021-2023. Roma, 2024. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3505_allegato.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

All'aumento del numero dei fondi nel periodo 2013-2023 corrisponde un incremento ancor più significativo sia del numero di iscritti (da 5.831.943 a 16.272.852), sia dell'ammontare complessivo delle risorse erogate per tutte le prestazioni: da € 1.914 milioni a € 3.423 milioni (Figura 2.23).

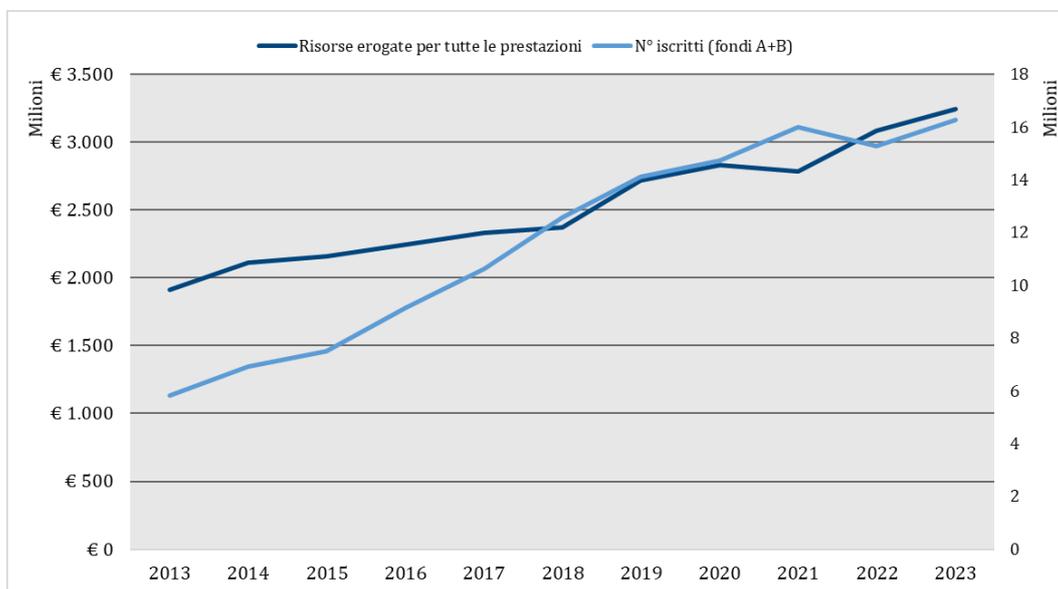


Figura 2.23. Numero iscritti ai fondi sanitari e risorse erogate per tutte le prestazioni: fondi sanitari tipo A + tipo B (dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute)

Considerato che, nel periodo 2013-2023, il numero di iscritti è aumentato del 179% mentre le risorse erogate per tutte le prestazioni sono cresciute del 69%, il valore medio delle risorse erogate per iscritto ha subito una netta riduzione dal 2013 al 2018, per poi stabilizzarsi (Figura 2.24).

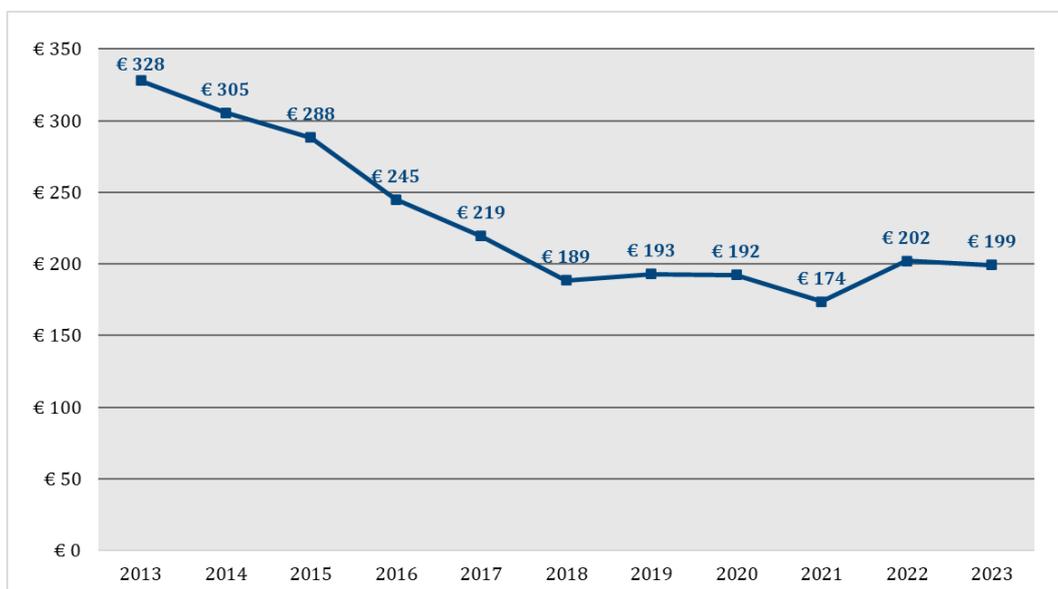


Figura 2.24. Risorse erogate per iscritto dai fondi sanitari (dati Anagrafe fondi sanitari)

Per usufruire delle agevolazioni fiscali, i fondi sanitari di tipo B sono obbligati per legge a destinare almeno il 20% del totale delle risorse complessive a prestazioni extra-LEA (cd. vincolate): la figura 2.25 evidenzia che, nel periodo 2013-2023, a fronte di un consistente incremento dell'ammontare totale delle risorse erogate dai fondi, la percentuale destinata alle prestazioni vincolate rimane stabile intorno al 30%: in particolare nel 2023 si attesta al 32,9%.

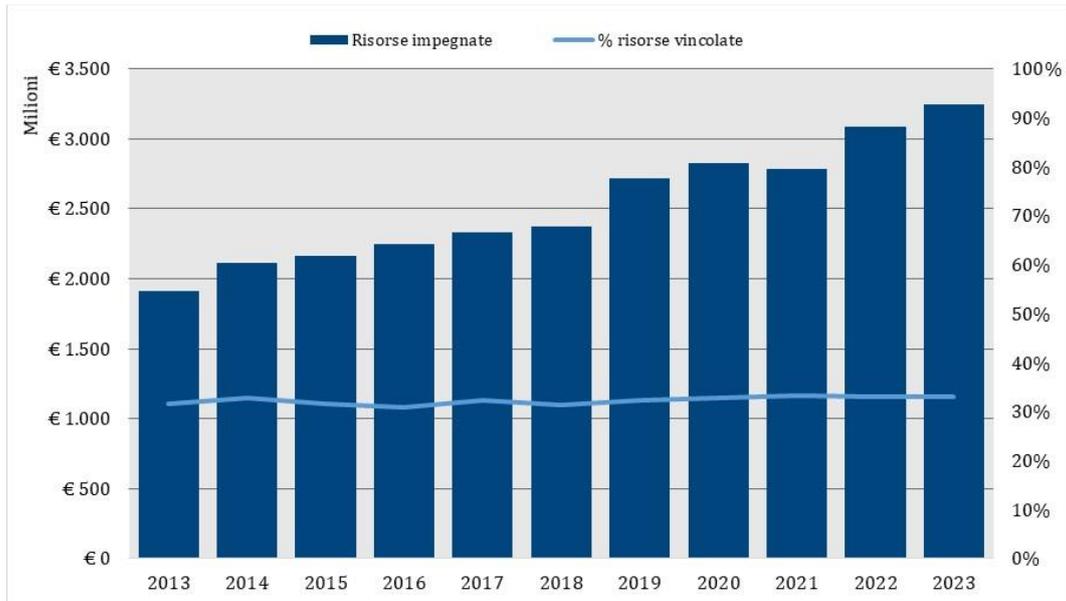


Figura 2.25. Risorse erogate dai fondi sanitari di tipo B: valore assoluto e % risorse vincolate (dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della salute)

Le risorse erogate dai fondi di tipo B a ciascun iscritto, sia per tutte le prestazioni che per quelle vincolate, si sono nettamente ridotte dal 2013 al 2018 per poi stabilizzarsi (Figura 2.26).

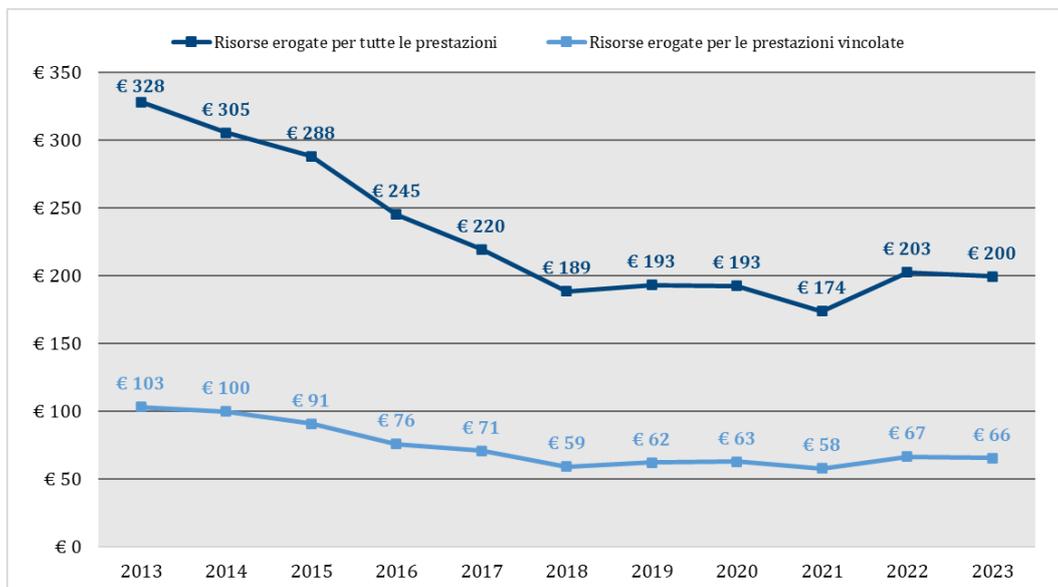


Figura 2.26. Risorse erogate per iscritto dai fondi sanitari di tipo B (dati Anagrafe fondi sanitari, Ministero della Salute)

Come già rilevato, il report del Ministero della Salute fornisce solo i dati relativi alle risorse erogate da fondi sanitari, senza includere i contributi versati, rendendo impossibile stimare la loro sostenibilità che si basa sul rapporto tra questi due parametri, oltre che sul fondo di garanzia, altro dato non disponibile. Tuttavia, una recente indagine campionaria condotta da Itinerari

Previdenziali²⁷ su un campione di 48 fondi (50 nel 2020), che rappresentano circa il 70% degli iscritti, consente di effettuare alcune stime (Tabella 2.8).

Anno	N° iscritti	Contributi*	Prestazioni *	Differenza*
2020	8.310.666	2.182,92	1.759,70	423,22
2021	9.821.920	2.466,65	2.079,00	387,65
2022	10.864.553	2.698,52	2.295,00	403,52
2023	11.371.251	2.924,14	2.531,59	392,55

* milioni di €

Tabella 2.8. Indagine Itinerari previdenziali: iscritti, contributi versati e risorse erogate

Il trend 2020-2023 (Figura 2.27) evidenzia un progressivo incremento sia dei contributi versati, sia delle risorse erogate dai fondi sanitari. La differenza tra queste due voci, fatta eccezione per il 2020, anno in cui la pandemia ha ridotto l'erogazione di prestazioni, è rimasta sostanzialmente stabile.

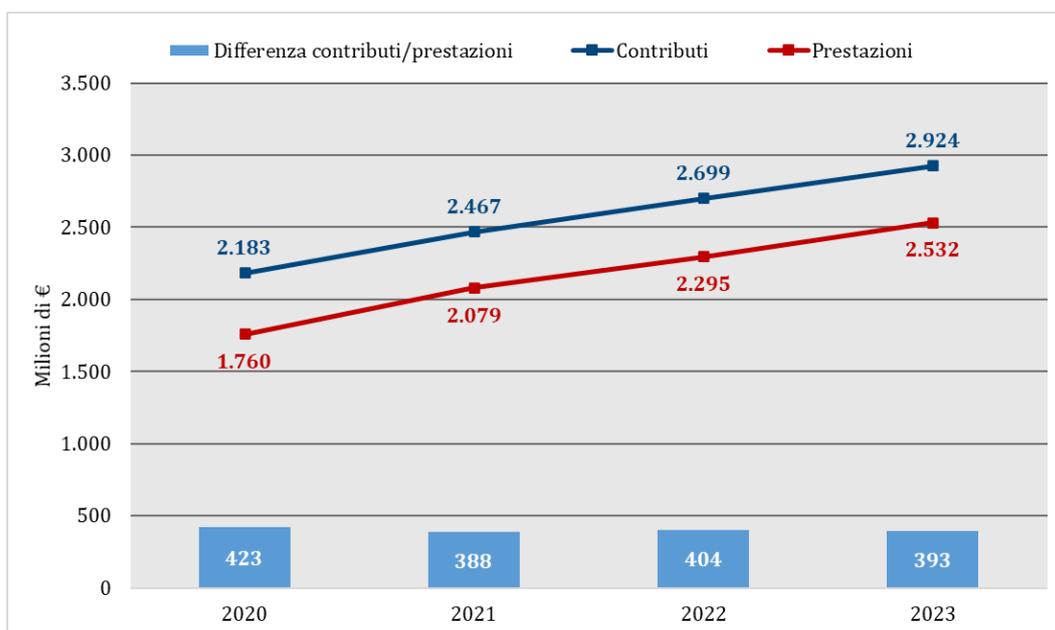


Figura 2.27. Indagine Itinerari previdenziali: contributi, prestazioni, differenza contributi/prestazioni

Tuttavia, parametrando gli indicatori economici (contributi versati e risorse erogate) al numero degli iscritti, che risultano in progressivo aumento (Tabella 2.9), emergono due aspetti rilevanti. Innanzitutto, il valore medio delle risorse erogate per ciascun iscritto è rimasto invariato nel periodo 2020-2022, con un lieve incremento registrato nel 2023. In secondo luogo, la differenza del valore medio tra contributi versati e quello delle risorse erogate per singolo iscritto è in calo progressivo, raggiungendo nel 2023 il minimo storico nonostante l'aumento dei contributi versati per iscritto rispetto agli anni precedenti.

²⁷ Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali. Undicesimo Report Annuale. Investitori istituzionali italiani: iscritti, risorse e gestori per l'anno 2023. Milano, 2024. Disponibile a: www.itinerariprevidenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/undicesimo-report-sugli-investitori-istituzionali-italiani.html. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

Anno	N° iscritti	Contributi per iscritto	Prestazioni per iscritto	Differenza
2020	8.310.666	€ 262,66	€ 211,74	€ 50,92
2021	9.821.920	€ 251,14	€ 211,67	€ 39,47
2022	10.864.553	€ 248,38	€ 211,24	€ 37,14
2023	11.371.251	€ 257,15	€ 222,63	€ 34,52

Tabella 2.9. Indagine Itinerari previdenziali: iscritti, contributi e prestazioni per iscritto

Se questo trend dovesse persistere negli anni successivi, risulterebbe evidente una progressiva erosione delle risorse destinate al fondo di garanzia, oltre che, più in generale, alle spese di funzionamento dei fondi sanitari, compromettendone la sostenibilità a medio-lungo termine (Figura 2.28).

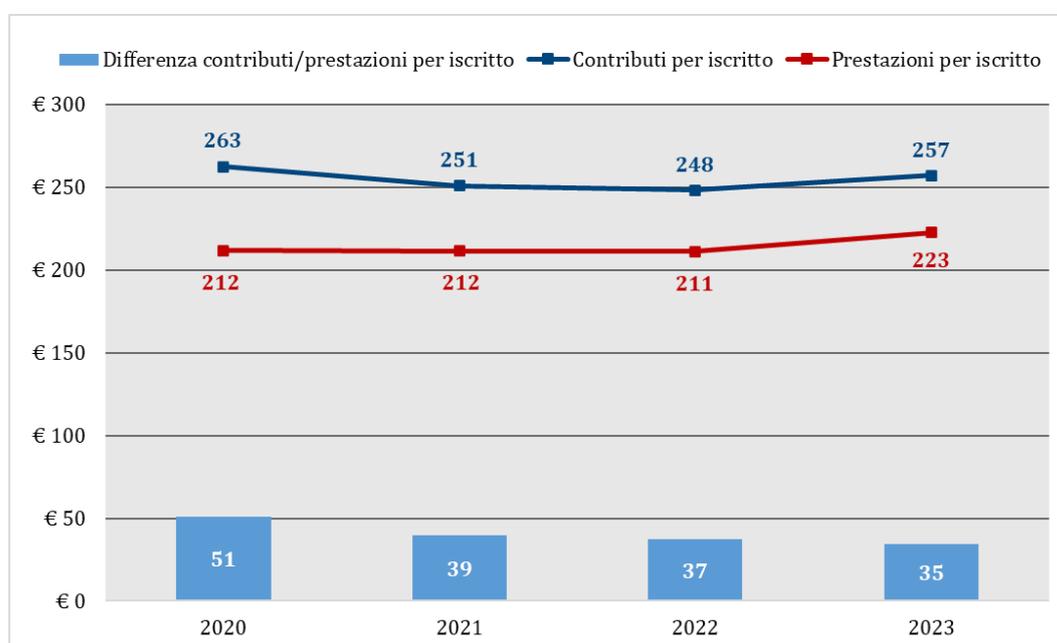


Figura 2.28. Indagine Itinerari previdenziali: contributi, prestazioni e differenza contributi/prestazioni per iscritto

Questo dato richiama inevitabilmente l'attenzione sul ruolo della sanità integrativa in un contesto di crisi del SSN. È del tutto evidente che, spostando sui fondi sanitari un numero crescente di bisogni di salute non soddisfatti dalla sanità pubblica, anche la sostenibilità della sanità integrativa rischia di essere compromessa. Con l'aumento della percentuale di iscritti che richiederanno rimborsi ai fondi, proporzionale all'incapacità del SSN di garantire prestazioni sanitarie in tempi adeguati, si delinea uno scenario critico. E nell'impossibilità di aumentare il valore dei contributi, nemmeno il secondo pilastro sarà in grado di rispondere a bisogni non soddisfatti. Ciò comporterà inevitabilmente un aumento della spesa out-of-pocket e delle polizze assicurative individuali, per chi dispone delle risorse economiche, accompagnato da una crescita dei fenomeni di riduzione di spese per la salute e di rinuncia alle cure, con conseguenze dirette sul peggioramento degli esiti di salute. In definitiva, il secondo pilastro può essere sostenibile solo integra un sistema pubblico efficace. Diversamente rischia di crollare insieme al SSN, spalancando definitivamente le porte alla privatizzazione della sanità e un ulteriore aumento delle disuguaglianze.

2.4. Benchmark internazionali

Utilizzando l'OECD Data Explorer²⁸, aggiornato al 26 novembre 2024, sono stati analizzati i dati relativi alla spesa sanitaria sia in percentuale del PIL, che in \$ pro-capite a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto. Sono stati inoltre effettuati benchmark tra i paesi dell'area OCSE relativi a spesa totale, spesa pubblica, spesa privata (totale, out-of-pocket e intermediata). I dati relativi all'Italia sono stati confrontati non solo con i singoli paesi dell'area OCSE, ma anche con la media OCSE e con la media dei paesi europei (media EU), intesa come la media dei paesi appartenenti all'area OCSE che sono anche membri dell'Unione Europea.

2.4.1. Spesa sanitaria totale

In Italia la percentuale del PIL destinata alla spesa sanitaria totale è dell'8,4%, in calo di 0,6 punti percentuali rispetto al 2022: questo dato è inferiore sia alla media OCSE (9,2%) che alla media EU (9%). Nell'Unione Europea, l'Italia si colloca alle spalle di Francia, Germania, Austria, Svezia, Belgio, Finlandia, Olanda, Portogallo, Spagna, Danimarca, Slovenia, Repubblica Slovacca, Repubblica Ceca, paesi che destinano alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra e allo stesso livello della Grecia (Figura 2.29).

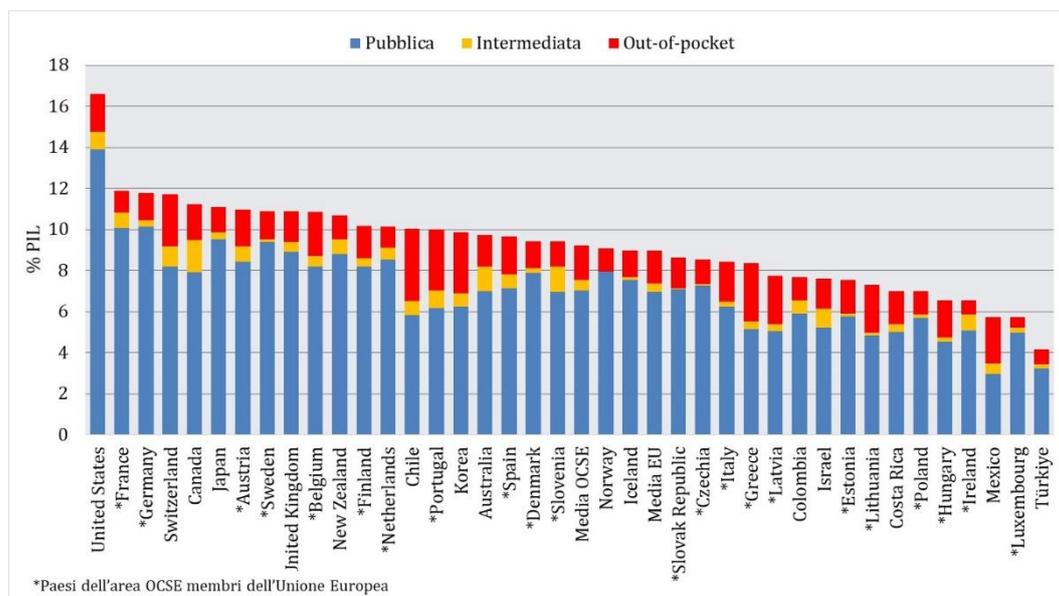


Figura 2.29. Spesa sanitaria totale nei paesi OCSE in percentuale del PIL (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

La posizione del nostro Paese peggiora ulteriormente se si considera la spesa sanitaria totale pro-capite in \$ a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto (\$ 4.832), che risulta inferiore sia alla media OCSE (\$ 5.573) sia alla media EU (\$ 5.542): il dato colloca l'Italia tra i paesi dell'Unione Europea che spendono meno, precedendo solo Portogallo, Repubblica Ceca, Lituania, Repubblica Slovacca, Polonia, Estonia, Grecia, Lettonia e Ungheria (Figura 2.30).

²⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Data Explorer. Health expenditure and financing. Last updated 26 November 2024. Disponibile a: [https://data-explorer.oecd.org/vis?fs\[0\]=Topic%2C0%7CHealth%23HEA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=79&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_SHA%40DF_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=.A.EXP_HEALTH.PT_B1GO.T..T...&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C0%7CHealth%23HEA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=79&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=.A.EXP_HEALTH.PT_B1GO.T..T...&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false). Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

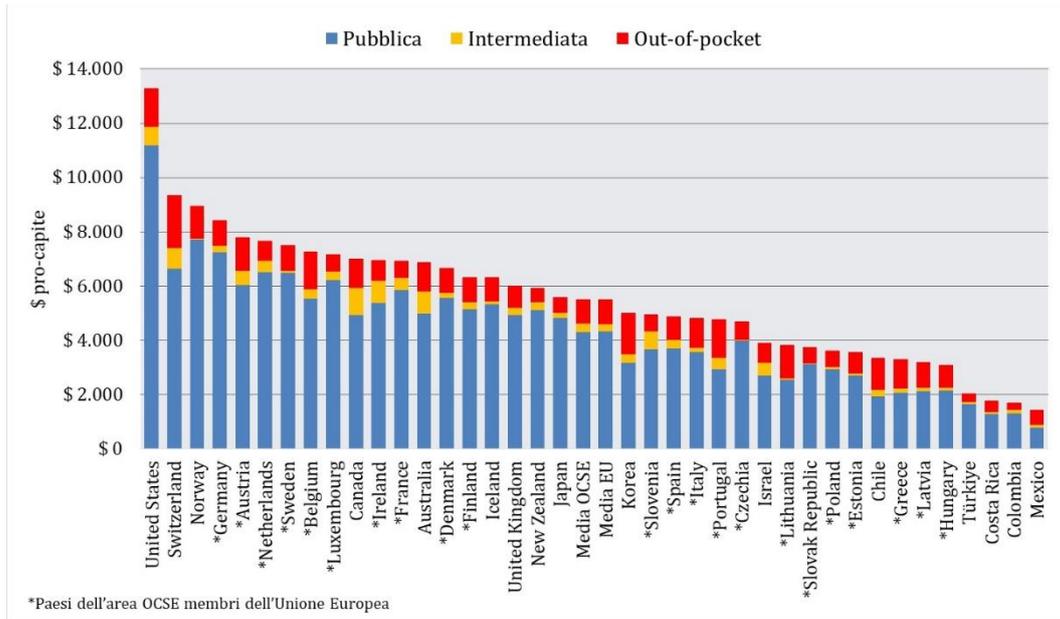


Figura 2.30. Spesa sanitaria totale pro-capite nei paesi OCSE in \$ (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

2.4.2. Spesa sanitaria pubblica

Nel dataset OCSE, la spesa sanitaria pubblica include per ciascun paese diversi schemi di finanziamento, di cui uno solitamente prevalente: fiscalità generale (es. Italia, Regno Unito), assicurazione sociale obbligatoria (es. Germania, Francia), assicurazione privata obbligatoria (es. USA, Svizzera). Nel 2023 in Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del PIL, un valore significativamente inferiore sia alla media OCSE del 6,7% che della media EU del 6,6%. Sono 12 i paesi europei dell'area OCSE che investono una percentuale del PIL maggiore dell'Italia, con un gap che va dai +3,9 punti percentuali della Germania (10,1% del PIL) ai +0,8 della Slovenia (7% del PIL) (Figura 2.31).

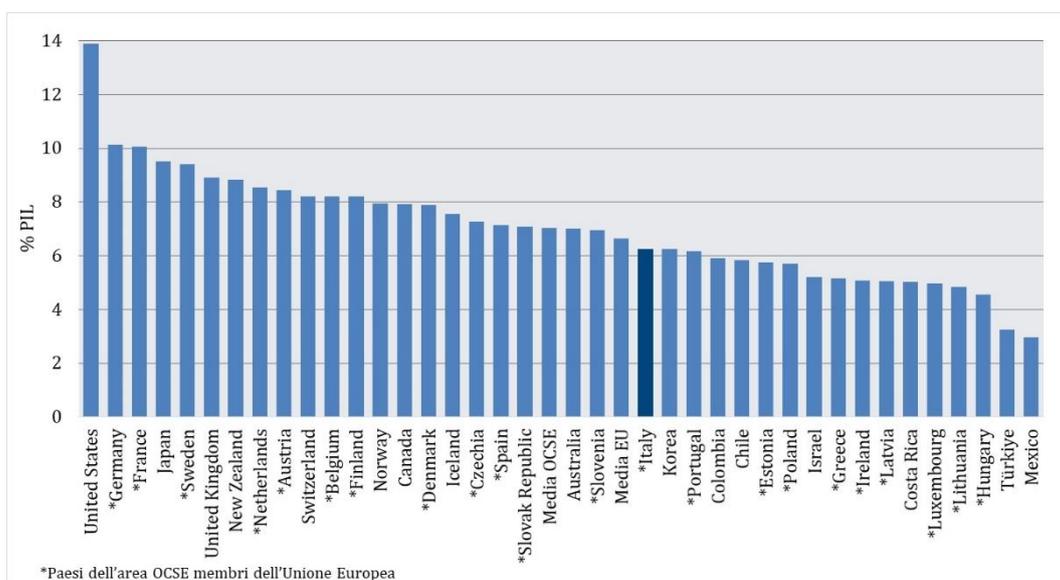
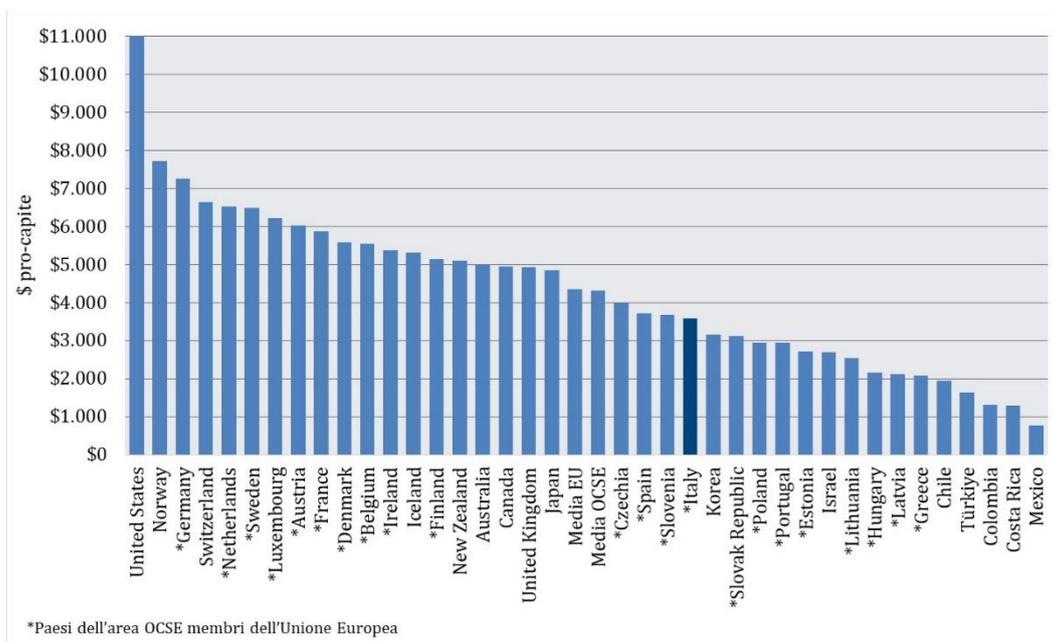


Figura 2.31. Spesa sanitaria pubblica nei paesi OCSE in percentuale del PIL (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

In Italia nel 2023 anche la spesa sanitaria pubblica pro-capite, pari a \$ 3.574, rimane ben al di sotto sia della media OCSE (\$ 4.318) con un divario di \$ 744, sia della media dei paesi EU (\$ 4.344) con una differenza di \$ 770. Tra gli stati membri dell'UE ben 13 paesi investono più del nostro, con un gap che va dai +\$ 97 della Slovenia (\$ 3.672) ai +\$ 3.679 della Germania (\$ 7.253); spendono meno di noi Repubblica Slovacca, Polonia, Portogallo, Estonia, Lituania, Ungheria, Lettonia e Grecia (Figura 2.32).



**Figura 2.32. Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi OCSE
(dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)**

Il trend della spesa sanitaria pubblica pro-capite dei paesi del G7 nel periodo 2008-2023 restituisce un quadro impietoso (Figura 2.33): ad eccezione del Regno Unito, negli altri paesi la crisi finanziaria del 2008 non ha minimamente scalfito la spesa pubblica pro-capite per la sanità, che ha infatti continuato a crescere o ha subito addirittura un'accelerazione. Già nel 2008, invece, quando tutti i paesi del G7 – ad eccezione degli USA – avevano una spesa pubblica pro-capite compresa tra \$ 2.250 e \$ 3.500, l'Italia era fanalino di coda insieme al Giappone; nel 2023, mentre l'Italia rimane ultima con una spesa pro-capite di \$ 3.574, la Germania l'ha più che doppiata raggiungendo i \$ 7.253.

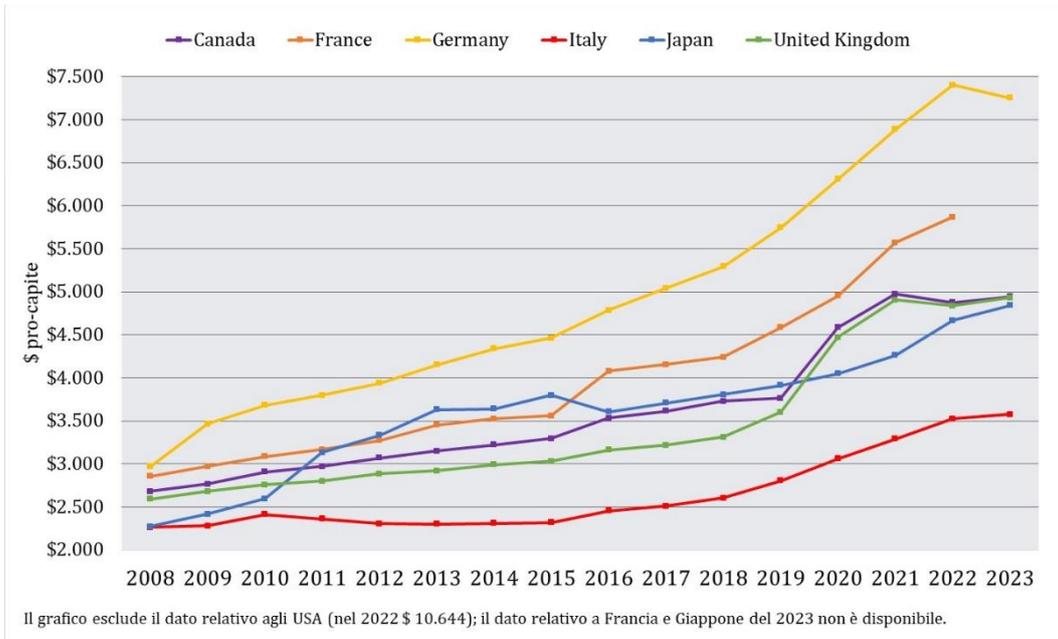


Figura 2.33. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2023: paesi del G7 (dati OCSE)

Dal 2012, in conseguenza di tagli e definanziamenti effettuati da tutti i Governi, la distanza con i paesi europei è progressivamente aumentata sino a raggiungere \$ 411 nel 2019. Successivamente il gap si è ulteriormente ampliato, sia negli anni della pandemia quando gli altri paesi hanno investito molto più dell'Italia, sia nel 2023 perché di fatto la nostra spesa sanitaria è rimasta stabile (Figura 2.34). Il gap con la media dei paesi europei dell'area OCSE è di \$ 697 pro-capite: se si considera una popolazione residente al 1° gennaio 2024 di quasi 59 milioni di abitanti (dati ISTAT), tale differenza corrisponde per il 2023 ad un gap complessivo di \$ 41,1 miliardi. Al cambio dollaro/euro al 20 gennaio 2025 il gap pro-capite è di € 676, pari a un totale di € 39,9 miliardi.

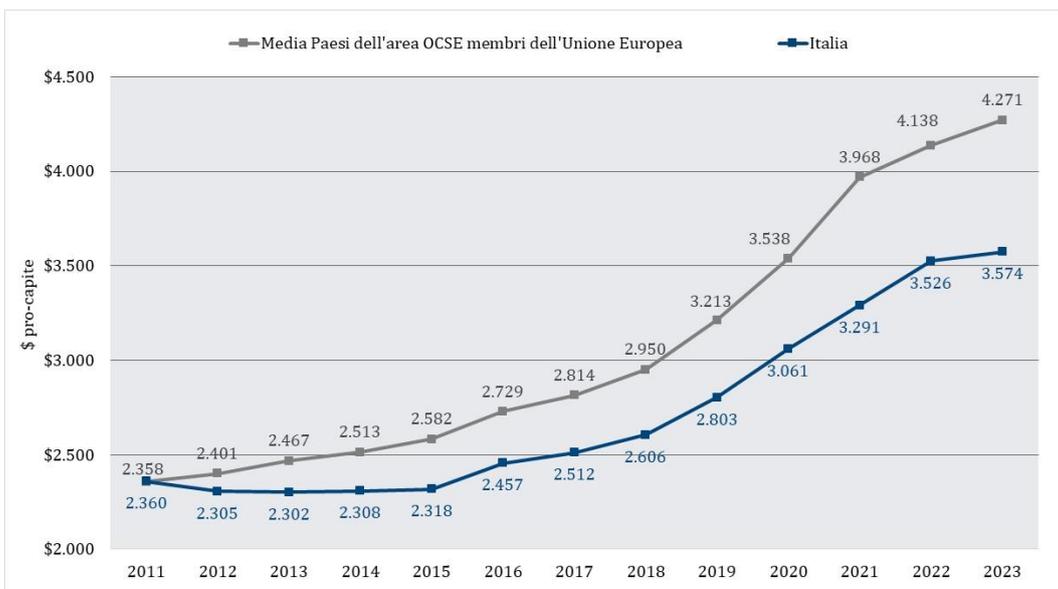


Figura 2.34. Trend spesa pubblica pro-capite 2011-2023: media paesi europei area OCSE vs Italia (dati OCSE)

2.4.3. Spesa sanitaria privata

Spesa privata totale pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria privata pro-capite nel 2023, pari a \$ 1.258, è superiore sia alla media OCSE (\$ 1.206) con un divario di \$ 52, sia alla media EU (\$ 1.169) con una differenza di \$ 89 (Figura 2.35). Questi valori segnano un netto incremento rispetto al 2022, quando la differenza con la media OCSE era di -\$ 19, mentre quella con la media EU era di -\$ 30; si registra pertanto un aumento della spesa pro-capite in Italia di \$ 47 rispetto al 2022 (\$ 1.211). Tra gli stati membri dell'UE solo 6 paesi spendono più del nostro: Portogallo, Austria, Belgio, Irlanda, Slovenia e Lituania, mentre altri 15 spendono meno, dai -\$ 42 della Grecia ai -\$ 629 della Repubblica Slovacca.

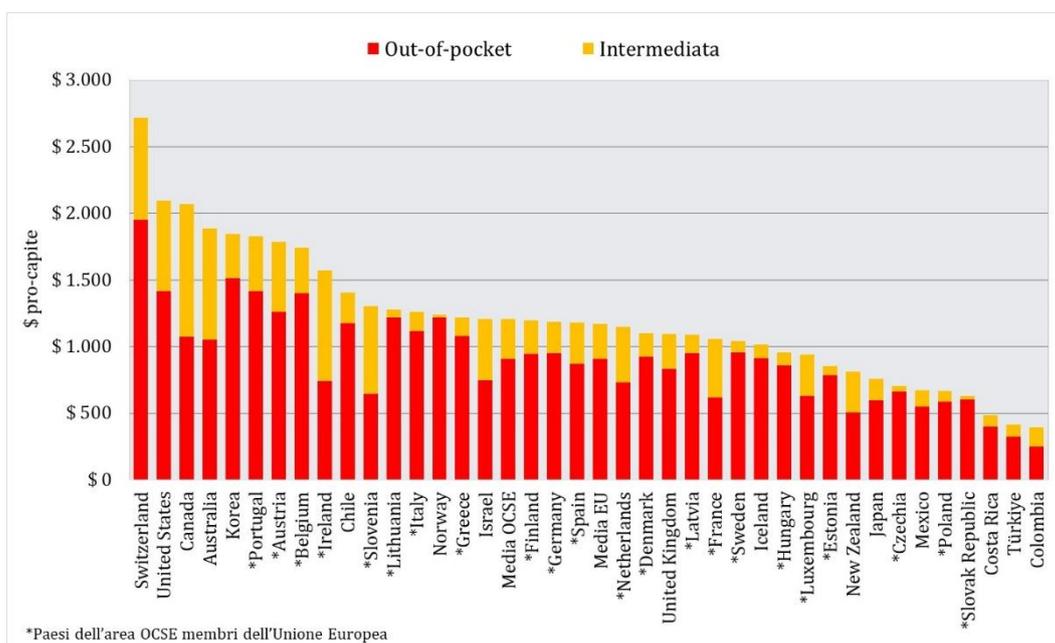


Figura 2.35. Spesa sanitaria privata totale pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

Spesa out-of-pocket pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite nel 2023, pari a \$ 1.115, è superiore sia alla media OCSE che alla media dei paesi europei (\$ 906) con una differenza di \$ 209. Tra gli stati membri dell'UE solo 4 paesi spendono più del nostro: Portogallo, Belgio, Austria e Lituania, mentre altri 17 spendono meno, dai -\$ 37 della Grecia ai -\$ 530 della Polonia (figura 2.36). Rispetto al 2022 la spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite è aumentata di \$ 38 (\$ 1.115 vs \$ 1.077), mentre negli ultimi 10 anni è quasi raddoppiata rispetto al valore di \$ 676 del 2013.

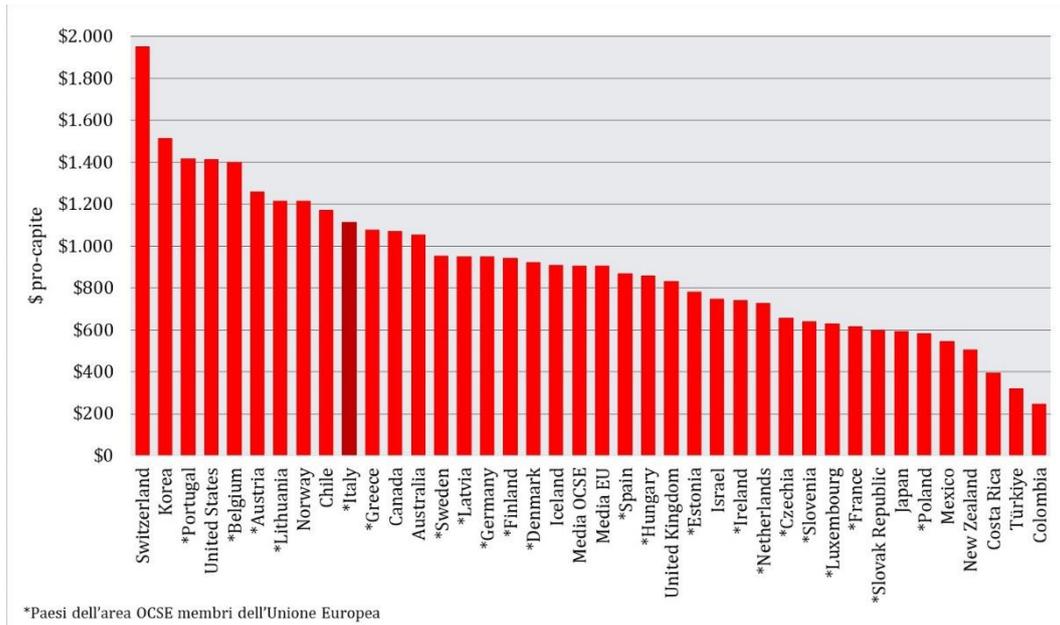


Figura 2.36. Spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

Spesa sanitaria intermediata pro-capite. In Italia, la spesa sanitaria intermediata pro-capite nel 2023, pari a \$ 143, è inferiore sia alla media OCSE (\$ 299) con un divario di \$ 156, sia alla media dei paesi europei (\$ 262) con una differenza di \$ 119. Tra gli stati membri dell'UE, 12 paesi spendono più del nostro (dai +\$ 33 della Danimarca ai +\$ 688 dell'Irlanda) e altri 9 spendono meno (dai -\$ 5 delle Grecia ai -\$ 116 della Repubblica Slovacca) (Figura 2.37). Rispetto al 2022 la spesa sanitaria intermediata pro-capite è aumentata di \$ 9 (\$ 143 vs \$ 134), mentre negli ultimi 10 anni è più che raddoppiata rispetto al valore di \$ 61 registrato nel 2013.

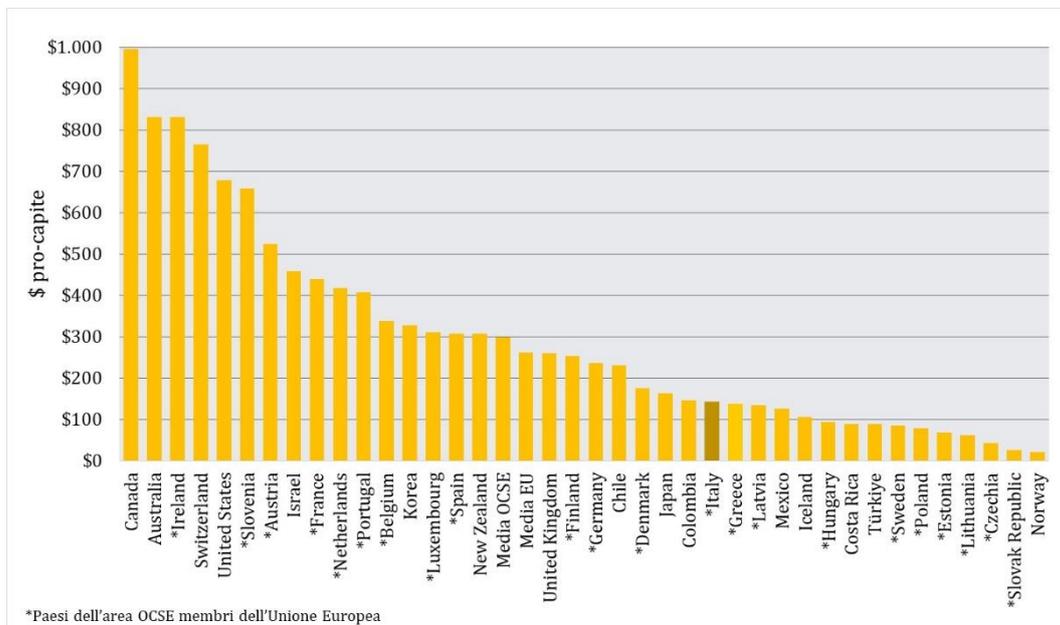


Figura 2.37. Spesa sanitaria intermediata pro-capite nei paesi OCSE (dati OCSE, anno 2023 o più recente disponibile)

3. Value-based healthcare

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 identificato nel *value*. Definito da Michael Porter come il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità, il *value* risulta dal rapporto tra rilevanti outcome di salute per il paziente (esiti favorevoli *meno* effetti avversi) e costi sostenuti dal sistema²⁹. Il *value* può essere stimato a livello del singolo intervento sanitario (farmaco, test diagnostico, intervento chirurgico, etc.), di un intero percorso assistenziale, del tempo/uomo. Considerato che in Italia il termine *value* viene ormai sistematicamente tradotto in "valore"^{30,31,32}, nel presente report *value* e valore vengono utilizzati come sinonimi pur nella consapevolezza che, rispetto alla definizione originale di Porter³³, il termine italiano può introdurre variabili soggettive di giudizio tra diverse categorie di stakeholder.

Nell'ultimo decennio la *value-based healthcare* (VBHC) ha suscitato l'interesse di ricercatori^{34,35,36} e istituzioni internazionali che hanno prodotto specifici report sul tema, tra cui l'OMS Europa in collaborazione con l'*European Observatory on Health Systems and Policies*³⁷ e la Commissione Europea³⁸. Recenti revisioni sistematiche confermano che la VBHC rappresenta un approccio promettente per contribuire alla sostenibilità dei servizi sanitari³⁹, ma la sua piena implementazione⁴⁰ è ancora ostacolata da aspetti culturali, normativi e tecnologici⁴¹.

Se il *value* viene definito come il rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente e costi sostenuti, e il *value for money* rappresenta il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità, il presente report adotta la definizione di sprechi coniata da Taiichi Ohno, padre del sistema di produzione della Toyota, secondo cui «gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare valore»⁴². In questo contesto, il *value for money* in sanità viene ridotto da sprechi e

²⁹ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

³⁰ Ferroni E. Cosa intendiamo per valore in sanità? Recenti Prog Med 2016;Suppl Forward2;S7-S8. Disponibile a: http://forward.recentiprogressi.it/wp-content/uploads/2016/04/recprogmed_2016_suppl2_ferroni.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

³¹ Gray MJA, Ricciardi W. Per una sanità di valore: come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse. Roma: Iniziative sanitarie, 2008.

³² Valore/valori. Supplemento a Recenti Progressi in Medicina Vol. 107, numero 04, aprile 2016. Disponibile a: <http://forward.recentiprogressi.it/valorevalori/indice>. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

³³ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

³⁴ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

³⁵ Porter, ME, Lee, TH. From volume to value in health care: the work begins. JAMA 2016;316:1047-1048.

³⁶ Tsevat, J. and C. Moriates. Value-Based Health Care Meets Cost-Effectiveness Analysis. Ann Intern Medicine 2018;169:329-332.

³⁷ World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, PC Smith, A Sagan, L. Siciliani. et al. (2020). Building on value-based health care: towards a health system perspective. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponibile a: <https://iris.who.int/handle/10665/336134>. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

³⁸ European Commission. Defining value in "value based healthcare". Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Disponibile a: https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

³⁹ Fernández-Salido M, Alhambra-Borrás T, Casanova G, Garcés-Ferrer J. Value-Based Healthcare Delivery: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health 2024;21:134. Disponibile a: <www.mdpi.com/1660-4601/21/2/134>. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁴⁰ van Staalduinen DJ, van den Bekerom P, Groeneveld S, Kidanemariam M, Stiggelbout AM, van den Akker-van Marle ME. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. BMC Health Serv Res 2022;22:270. Disponibile a: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07489-2>. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁴¹ Zanotto BS, Etges APBDS, Marcolino MAZ, Polanczyk CA. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. J Healthc Manag 2021;66:340-365. Disponibile a: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8423138>. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁴² Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

inefficienze che consumano risorse senza migliorare gli outcome di salute, anche se la loro esistenza può essere giustificata da nobili motivazioni: mantenimento dell'occupazione, qualità percepita, consenso professionale e sociale, etc.

Per guidare Governo, Regioni, aziende sanitarie e professionisti nel processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze, la Fondazione GIMBE nel 2014 ha adattato al contesto italiano la tassonomia di Don Berwick⁴³, identificando sei categorie di sprechi e inefficienze (Box 3.1).

Box 3.1. Tassonomia GIMBE di sprechi e inefficienze in sanità

- **Sovra-utilizzo:** prescrizione/erogazione di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) i cui potenziali rischi superano i benefici (valore negativo), i benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti (valore basso) oppure i benefici non sono noti (valore sconosciuto).
- **Sotto-utilizzo:** costi generati dal peggioramento degli esiti di salute a causa del sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal valore elevato: efficaci, appropriati e dal costo adeguato rispetto alle alternative.
- **Inefficienze organizzative:** inefficienze intra- e inter-aziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o servizi dello stesso setting.
- **Acquisti a costi eccessivi:** acquisti di beni e servizi a costi non standardizzati, superiori al valore di mercato e con differenze regionali e locali.
- **Inefficienze amministrative:** processi non clinici (gestionali e amministrativi) che assorbono troppe risorse in relazione al valore generato.
- **Frodi e abusi:** risorse erose direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunistici condizionati da conflitti di interesse, che non necessariamente configurano reato o illecito amministrativo.

Facendo riferimento a stime fornite di istituzioni e organizzazioni nazionali, è stato quindi definito il potenziale impatto delle sei categorie di sprechi sul SSN. Tale stima, riportata nel 1° Rapporto GIMBE⁴⁴, è stata confermata nel gennaio 2017 dai dati OCSE del report *Tackling Wasteful Spending on Health*⁴⁵ che ha lanciato un monito molto chiaro: le evidenze sugli sprechi in sanità sono inequivocabili e non è più tempo di disquisire sulla loro esistenza, ma bisogna agire senza indugi. Secondo l'OCSE, infatti, circa il 20% della spesa sanitaria apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone: considerato che almeno il 9% del PIL (di cui almeno 3/4 di spesa pubblica) viene investito in sanità e che gli sprechi si annidano a tutti i livelli (politica, management, aziende sanitarie, professionisti sanitari, pazienti), tutti gli stakeholder sono chiamati a trovare soluzioni adeguate per ridurre gli sprechi "con precisione chirurgica". Il report OCSE, in maniera estremamente pragmatica, considera sprechi sia le risorse erose da servizi e processi dannosi e/o che non determinano alcun beneficio, sia i costi che potrebbero essere evitati utilizzando alternative meno costose che producono gli stessi benefici. Di conseguenza, in maniera altrettanto concreta, identifica due strategie per ridurre gli sprechi:

- smettere di fare cose che non generano valore;
- utilizzare, se esistono, alternative meno costose di sovrapponibile efficacia/sicurezza.

⁴³ Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

⁴⁴ Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁴⁵ OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing: Paris, January 2017. Disponibile a: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

Infine, mettendo in relazione errori, responsabilità e decisioni inadeguate degli stakeholder, criticità organizzative, disallineamento dei sistemi premianti e frodi intenzionali, l'OCSE identifica tre macro-categorie di sprechi: *wasteful clinical care*, *operational waste*, *governance-related waste*. La tassonomia GIMBE si sovrappone perfettamente a queste categorie, con l'eccezione del sotto-utilizzo, non preso in considerazione dall'OCSE in quanto rappresenta sprechi indiretti derivanti dal peggioramento degli outcome di salute conseguente all'*underuse* di interventi sanitari ad elevato *value*. In particolare, la *wasteful clinical care* corrisponde al sovra-utilizzo, l'*operational waste* agli acquisti a costi eccessivi e alle inefficienze organizzative, il *governance-related waste* alle inefficienze amministrative, mentre frodi e abusi sono di fatto trasversali a tutte le categorie.

La tassonomia GIMBE e le relative stime sugli sprechi sono state negli anni scorsi al centro di un acceso dibattito⁴⁶, con posizioni fortemente divergenti. C'è chi ha bocciato senza appello presupposti metodologici e stime⁴⁷, chi ha espresso scetticismo sulle cifre⁴⁸ e chi, pur riconoscendo l'esistenza degli sprechi, ha sostenuto che non possano rappresentare una fonte credibile di (ri)finanziamento⁴⁹. Altri invece, hanno considerato la tassonomia GIMBE un punto di riferimento per salvare la sanità pubblica⁵⁰ attraverso l'identificazione di aree e strategie per recuperare risorse da riallocare⁵¹. Mentre in Italia si continuava a disquisire su esistenza degli sprechi, nel novembre 2018 un report congiunto dell'OCSE e della Commissione Europea⁵² ha identificato sprechi e inefficienze tra le determinanti della crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari, includendo la loro riduzione tra le strategie fondamentali per migliorarne efficacia e resilienza. Il report, citando proprio le stime del 3° Rapporto GIMBE⁵³, ha confermato che, indipendentemente dal livello di finanziamento, sino al 20% della spesa sanitaria può essere erosa da sprechi e inefficienze e che tali risorse possono essere almeno in parte recuperate senza compromettere la qualità dell'assistenza.

L'obiettivo della tassonomia GIMBE è delineare il perimetro e le macro-categorie di sprechi e inefficienze in sanità, identificare gli strumenti necessari per avviare un virtuoso processo di disinvestimento e riallocazione e monitorare normative e azioni finalizzate a centrare questo irrinunciabile obiettivo per la sostenibilità. Di conseguenza, non vengono fornite stime economiche sull'entità di sprechi e inefficienze, ma se ne conferma l'esistenza in misura variabile nei diversi contesti di assistenza sanitaria. Nessuna Regione o Azienda sanitaria può ritenersi immune dalle 6 categorie di sprechi e inefficienze e dovrebbe implementare strumenti e strategie per il loro contenimento. Tuttavia, il recupero di risorse da sprechi e inefficienze dipende da interventi di formazione dei professionisti sanitari e di informazione della popolazione, oltre che da coraggiose riforme: depenalizzazione dell'atto medico, rimborsi basati sugli esiti e non sulle prestazioni, programmazione dell'assistenza tramite reti integrate ospedale-territorio, inclusa l'assistenza socio-sanitaria, implementazione dell'HTA nei processi di acquisizione di beni e servizi, *delisting* dei LEA

⁴⁶ Marro E. Sanità: 22,5 miliardi di sprechi. Corriere della Sera, 12 giugno 2017. Disponibile a: www.gimbe.org/rassegna_stampa/20170612_Corriere_della_Sera_Rapporto_GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁴⁷ Montemurro D, et al. I 'molti' dubbi sui reali sprechi in sanità. Lo studio Anaa Assomed. Quotidiano Sanità, 18 ottobre 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=54885. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁴⁸ Fassari C. Sulla sanità troppi numeri farlocchi sparati ad "alzo zero". Quotidiano Sanità, 14 giugno 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=51722. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁴⁹ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 20-21. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁵⁰ Geddes da Filicaia M. Strategie per contenere la spesa sanitaria. Ridurre gli sprechi. In: La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, marzo 2018: pag. 106-114.

⁵¹ Geddes da Filicaia M. Parola chiave. Risparmio. Care 2018 (2): 22-24. Disponibile a: <http://careonline.it/2018/04/risparmio>. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁵² OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris, November 2018. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁵³ 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

per eliminare le prestazioni obsolete e dal basso valore, adeguata digitalizzazione del SSN e inasprimento delle pene per frodi e abusi relativi alla sanità pubblica.

In sostanza, sebbene il recupero di risorse da sprechi e inefficienze non sia facilmente quantificabile, l'aumento del valore della spesa sanitaria deve comunque rappresentare una delle strategie fondamentali per garantire la sostenibilità del SSN, senza per questo diventare un alibi per la politica nel sottrarsi alla necessità di incrementare il finanziamento pubblico. D'altronde proprio l'ultimo rapporto OCSE sulla sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari⁵⁴ identifica quattro strategie chiave: aumentare la spesa pubblica e destinare parte di questi fondi aggiuntivi alla sanità; incrementare gli stanziamenti per la sanità all'interno dei bilanci pubblici esistenti; rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata; identificare aree per ridurre sprechi e inefficienze. L'OCSE sottolinea con forza che l'aumento del *value for money* dei servizi sanitari deve essere una priorità. Per ottenere guadagni significativi in termini di efficienza è essenziale ridurre sprechi e inefficienze, sfruttando al contempo i benefici della tecnologia e della trasformazione digitale dei sistemi sanitari, inclusa l'intelligenza artificiale. Inoltre, politiche volte a promuovere la salute e a eliminare almeno la metà della spesa a basso valore, potrebbero generare risparmi fino a 1,2 punti percentuali del PIL.

⁵⁴ OECD, Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight? OECD Publishing: Paris, January 2024

4. *Value for money* della spesa sanitaria

Gli approcci tradizionali per analizzare la spesa sanitaria si concentrano su valori assoluti, rapporto percentuale sul PIL, spesa pro-capite e composizione percentuale tra spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata. Questi approcci, ineccepibili nel principio e 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), contribuisca a migliorare la salute individuale e collettiva. In realtà, adottando l'approccio della *Value-Based Healthcare* (VBHC), emerge che il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità può essere molto variabile. Il *value for money* è infatti ridotto da tutte le «attività che consumano risorse senza generare *value*»⁵⁵, ovvero sprechi e inefficienze che erodono risorse senza migliorare gli outcome di salute.

Considerato che la sostenibilità del SSN può essere garantita solo destinando denaro pubblico prevalentemente a interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*⁵⁶, la Fondazione GIMBE ha sviluppato e perfezionato un framework *evidence- & value-based*⁵⁷ per classificare le prestazioni sanitarie in quattro categorie (Figura 4.1):

- **Value elevato.** Prestazioni efficaci, appropriate e dai costi adeguati rispetto alle alternative; tali prestazioni devono essere inserite nei LEA (liste positive) e finanziate con il denaro pubblico senza compartecipazione alla spesa.
- **Value basso.** Prestazioni inefficaci, efficaci ma inappropriate, efficaci e appropriate, ma dai costi eccessivi rispetto alle alternative. Queste prestazioni non devono essere rimborsate interamente con il denaro pubblico (compartecipazione inversamente proporzionale al *value*) e/o devono essere finanziate dalla spesa privata (intermediata o out-of-pocket).
- **Value incerto.** Prestazioni per le quali le evidenze scientifiche sono assenti e/o di scarsa qualità e/o discordanti e/o dal profilo rischio-beneficio non noto. Tali prestazioni non devono essere rimborsate interamente con il denaro pubblico (compartecipazione inversamente proporzionale al *value*) e/o devono essere finanziate dalla spesa privata (intermediata o out-of-pocket). Contemporaneamente deve essere finanziata con il denaro pubblico ricerca comparativa indipendente sulle aree grigie.
- **Value negativo.** Prestazioni per le quali i rischi superano i benefici. Tali prestazioni devono essere rigorosamente escluse dai LEA (liste negative) e la loro prescrizione/erogazione non dovrebbe essere consentita anche se finanziata dalla spesa privata.

⁵⁵ Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

⁵⁶ Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la tutela della salute. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/carta. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

⁵⁷ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Roma, 11 giugno 2019. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/4-rapporto-gimbe.it-IT.html. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

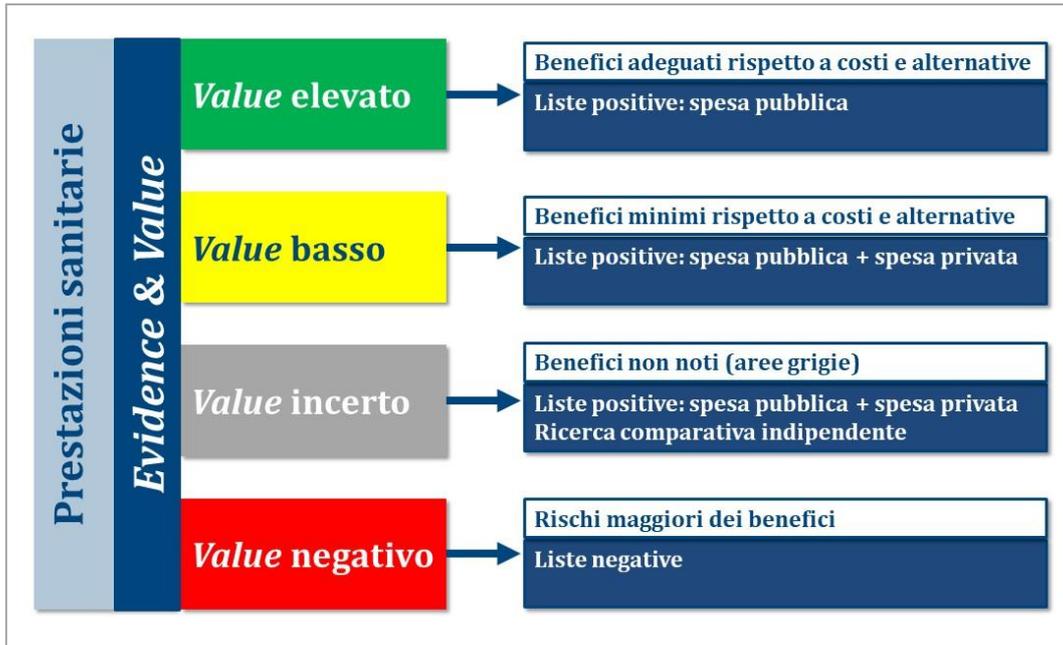


Figura 4.1. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

L'applicazione del framework GIMBE permetterebbe di ottenere una relazione ottimale tra LEA, *value* delle prestazioni e spesa sanitaria (Figura 4.2).

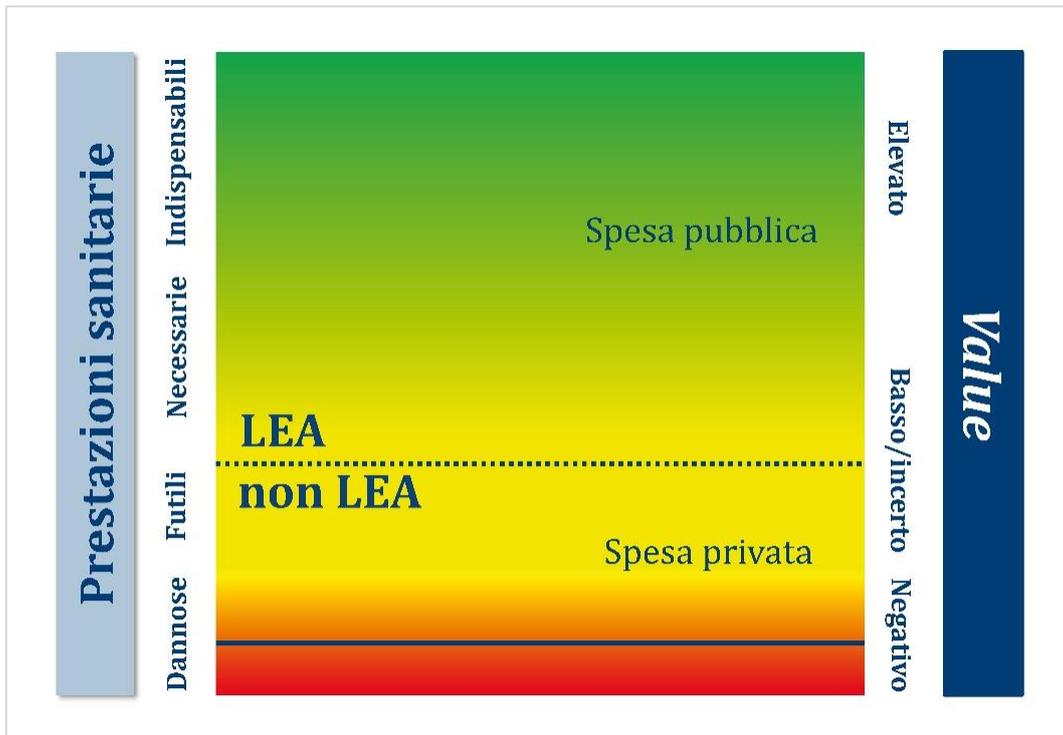


Figura 4.2. Relazione ottimale tra LEA, *value* delle prestazioni e spesa sanitaria

La vera sfida non consiste dunque tanto nell'aggiornamento dei LEA in quanto tale, bensì nella definizione e applicazione di un rigoroso metodo *evidence- & value-based*, al fine di utilizzare il denaro pubblico per garantire ai cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato *value*, impedire l'erogazione di prestazioni dal *value* negativo, spostare sulla spesa privata (spesa out-of-pocket, spesa intermediata, compartecipazione) quelle dal *value* basso e avviare ricerca comparativa indipendente per le prestazioni dal *value* incerto. In altre parole, senza un consistente *delisting* dai LEA di prestazioni obsolete e dal *value* basso o negativo è impossibile liberare risorse da re-investire in prestazioni innovative da rendere universalmente disponibili. Di conseguenza il compito dichiarato dalle Istituzioni di "provvedere all'aggiornamento continuo del contenuto dei LEA e con l'obiettivo di creare un SSN sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini" di fatto non è mai stato raggiunto.

In relazione all'impatto di sprechi e inefficienze, la spesa sanitaria è stata classificata in quattro categorie di *value for money* (Box 4.1).

Box 4.1. *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 per servizi e prestazioni sanitarie che, indipendentemente dal costo, peggiorano gli esiti di salute e, a cascata, generano ulteriori costi.
- *Low value expenditure*. Spesa 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 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*, è impossibile tracciare confini netti e rigorosi tra le altre categorie, perché il *value for money* di ciascuna prestazione sanitaria può variare in base alla popolazione e ai sottogruppi di pazienti. Questa variabilità dipende da 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 (RM) nei pazienti con lombalgia acuta è elevato in presenza di segni di allarme (*red flags*) e nei pazienti senza tali segni se eseguita dopo 4-6 settimane dall'insorgenza dei sintomi, come raccomandato dalle linee guida; il *value* diminuisce invece se la RM viene eseguita a 2-3 settimane sino a diventare negativo se eseguita entro una settimana, poiché aumenta il rischio di eventi avversi legati a fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento (figura 4.3).

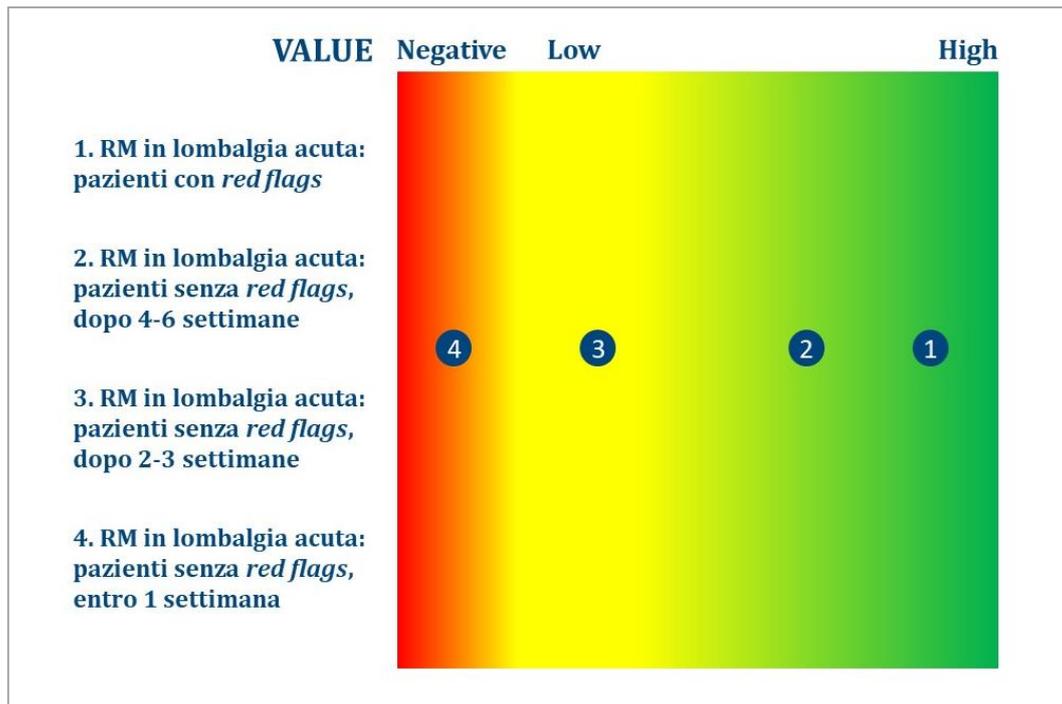


Figura 4.3. Variabilità del *value for money* della risonanza magnetica nella lombalgia acuta

Per stimare il *value for money* della spesa sanitaria sono stati considerati alcuni presupposti generali:

- Ciascuna componente della spesa sanitaria (pubblica, out-of-pocket, intermediata) è influenzata da driver differenti e destinata a voci di spesa solo parzialmente sovrapponibili.
- Le dinamiche tra le componenti della spesa sanitaria non sono regolate dal principio dei vasi comunicanti, rendendo impossibili compensazioni quantitative dirette. Ad esempio, la riduzione della spesa pubblica solo in parte può essere compensata da un aumento di quella privata, in quanto sia la spesa out-of-pocket sia quella intermediata sono destinate esclusivamente all'acquisto di beni e servizi e non, ad esempio, a spese strutturali come il personale sanitario o l'informatizzazione dei servizi. Inoltre, nessuna forma di spesa intermediata può coprire l'intero spettro dei bisogni di salute garantito dalla spesa pubblica.
- Le tre componenti della spesa sanitaria sono influenzate in misura variabile dalle diverse categorie di sprechi e inefficienze che erodono risorse senza generare valore: di conseguenza, lo stesso importo di spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata può avere un differente *value for money*, ovvero non produce lo stesso ritorno in termini di salute.
- Le categorie *low value expenditure* e *negative value expenditure* sono state unificate nella categoria "spesa a basso valore" (*low/negative value expenditure*), perché interventi sanitari con benefici marginali o nulli, quando ampiamente utilizzati, peggiorano il profilo rischio/beneficio a livello di popolazione a causa dell'aumento degli effetti avversi, che a loro volta incrementano i costi sanitari. Questa categoria include anche la spesa necessaria per gestire i fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, ormai così frequenti^{58,59,60} da richiedere piani nazionali specifici per la loro prevenzione⁶¹.

⁵⁸ 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.

⁵⁹ 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.

⁶⁰ Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *BMJ* 2017;358:j3879.

⁶¹ 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.

- Esiste un disallineamento tra servizi e prestazioni erogati e bisogni di salute (figura 4.4): infatti, da un lato esistono bisogni non adeguatamente soddisfatti (*underuse* di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate), dall'altro una parte della spesa sanitaria viene destinata a servizi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate (*overuse*), anche in conseguenza di un'aumentata domanda di prestazioni da parte dei cittadini, influenzata dalla medicalizzazione della società.

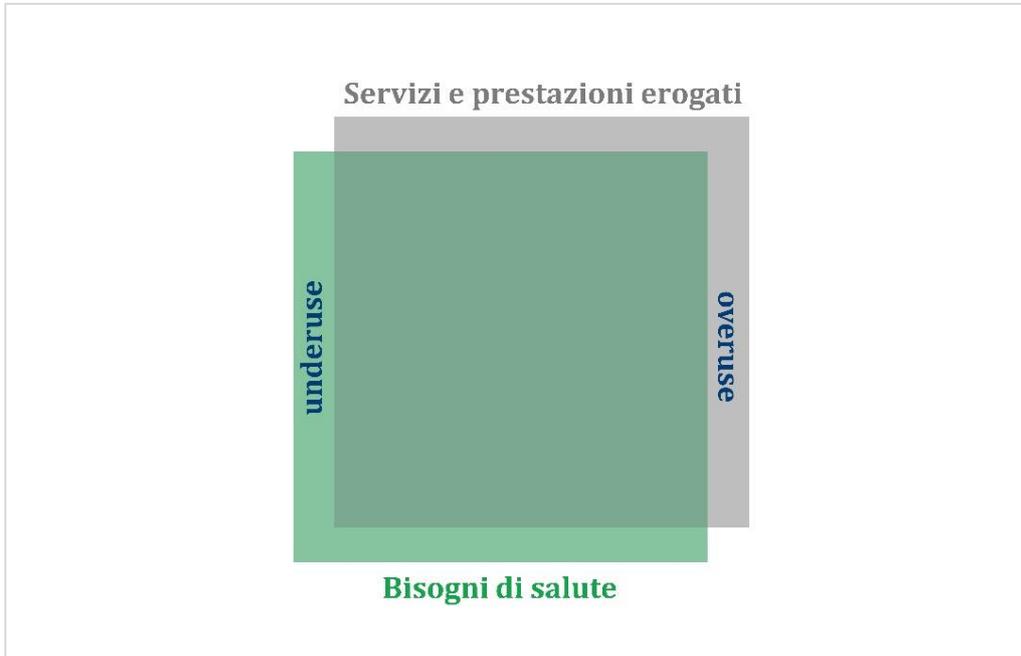


Figura 4.4. Relazione tra bisogni di salute ed erogazione di servizi e prestazioni

Spesa pubblica. Senza entrare nel merito di stime economiche dettagliate, circa il 19% della spesa sanitaria pubblica è assorbito da sprechi e inefficienze. Di questi il 50% circa non si traduce in servizi (*no value expenditure*) in quanto erosa da frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative, inefficienze organizzative; il 30% viene destinato a servizi e prestazioni non necessari (*overuse*) e alla gestione degli effetti avversi conseguenti a sovra-diagnosi e sovra-trattamento (*low/negative value expenditure*); il restante 20% viene impiegato per gestire il peggioramento degli esiti di salute conseguenti alla mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate (*low/negative value expenditure*). In relazione a tali stime, il posizionamento della spesa pubblica, rispetto a bisogni e offerta, è rappresentato nella figura 4.5.

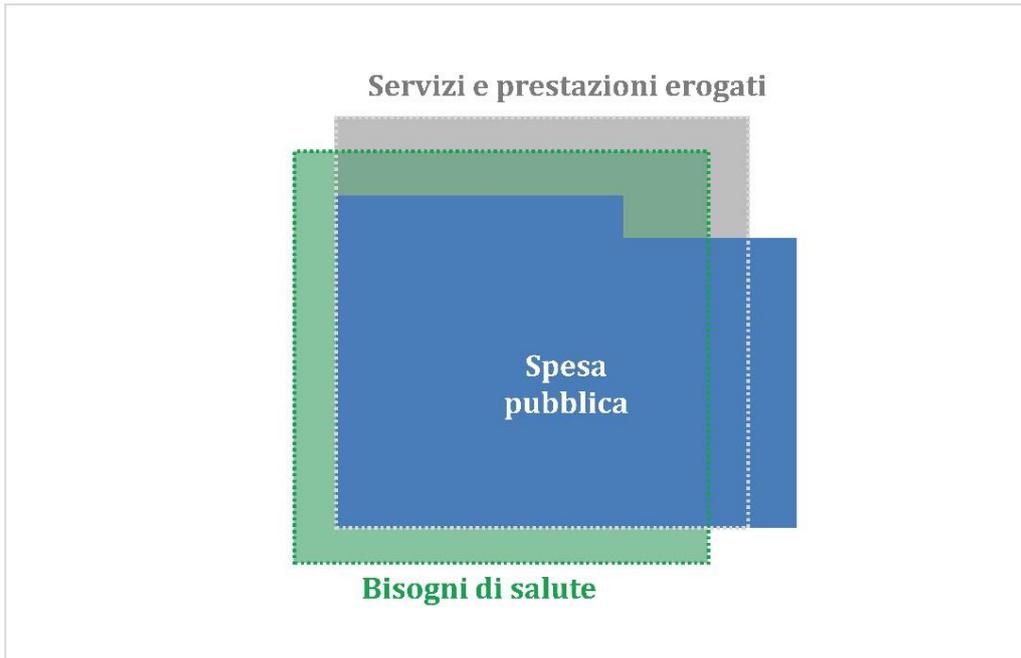


Figura 4.5. *Value for money* della spesa pubblica

Spesa out-of-pocket. Circa il 60% è destinato a beni e servizi che soddisfano reali bisogni di salute (*high value expenditure*) e riguarda sia prestazioni extra-LEA, sia prestazioni già offerte dal SSN. Il rimanente 40% circa viene invece utilizzato dai cittadini per acquistare beni e servizi inefficaci e/o inappropriati che non determinano alcun miglioramento degli esiti di salute o addirittura li peggiorano (*low/negative value expenditure*) oppure fruiti a condizioni migliorative (es. stanze singole, servizi alberghieri) che non hanno alcun impatto sulla salute. Secondo tali stime, il posizionamento della spesa out-of-pocket, rispetto a bisogni e offerta, è rappresentato nella figura 4.6.

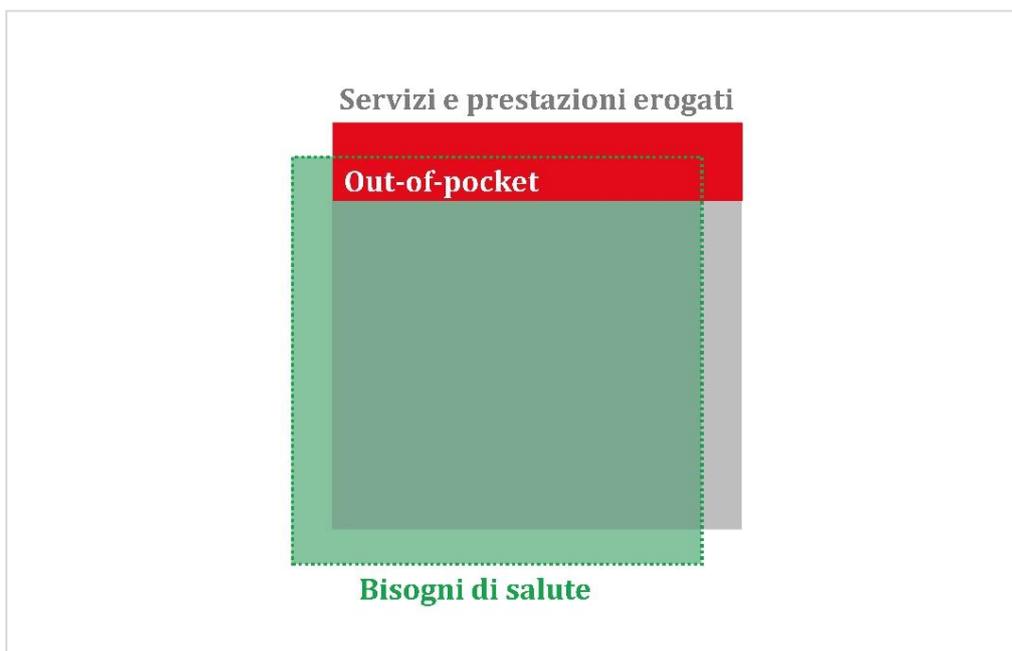


Figura 4.6. *Value for money* della spesa out-of-pocket

Spesa intermediata. Rispetto alla spesa intermediata dai terzi paganti (fondi sanitari, polizze individuali), oltre il 30% è destinato (*no value expenditure*) a coprire costi di gestione (cd. *expense ratio*): oneri di ri-assicurazione, mantenimento del fondo di garanzia, utili delle compagnie assicurative. Il 60% viene destinato a servizi e prestazioni extra-LEA (es. odontoiatria, LTC) che soddisfano reali bisogni di salute non coperti dalla spesa pubblica (*high value expenditure*) e a prestazioni appropriate di specialistica e diagnostica ambulatoriale. Il 10% a prestazioni analoghe ma inappropriate (*low/negative value expenditure*). In relazione a tali stime, il posizionamento della spesa intermediata, rispetto a bisogni e offerta, è rappresentato nella figura 4.7.

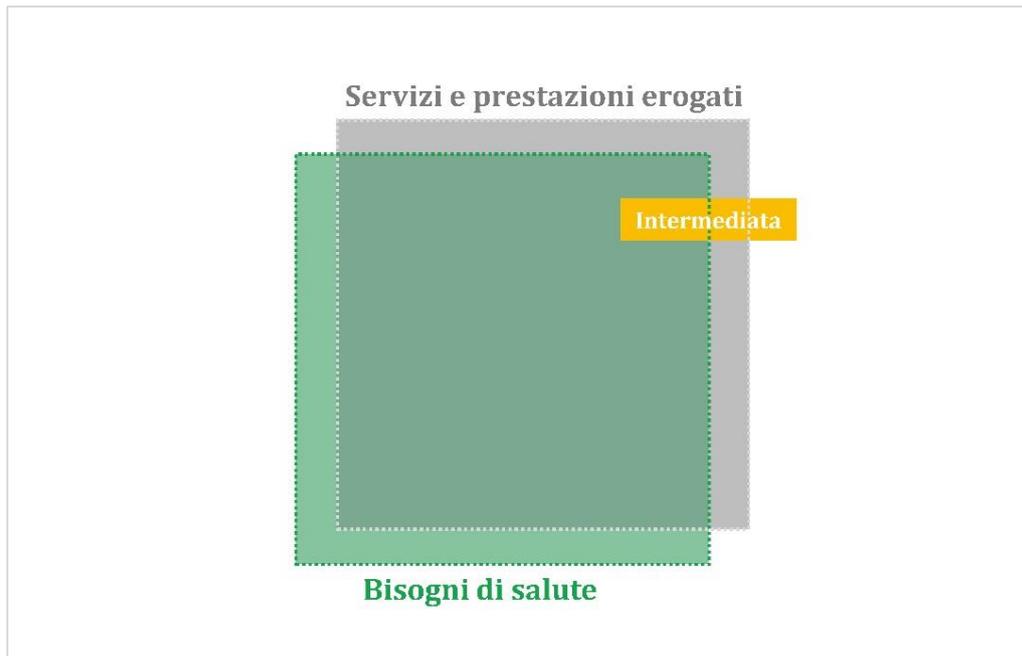


Figura 4.7. *Value for money* della spesa intermediata

Di conseguenza, accanto ad una variabile sovrapposizione tra le componenti di spesa (figura 4.8), numerosi bisogni reali di salute rimangono insoddisfatti. Questo determina non solo un peggioramento degli esiti di salute, ma anche un incremento della spesa sanitaria associato al sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie ad alto valore, come definito nella tassonomia degli sprechi.

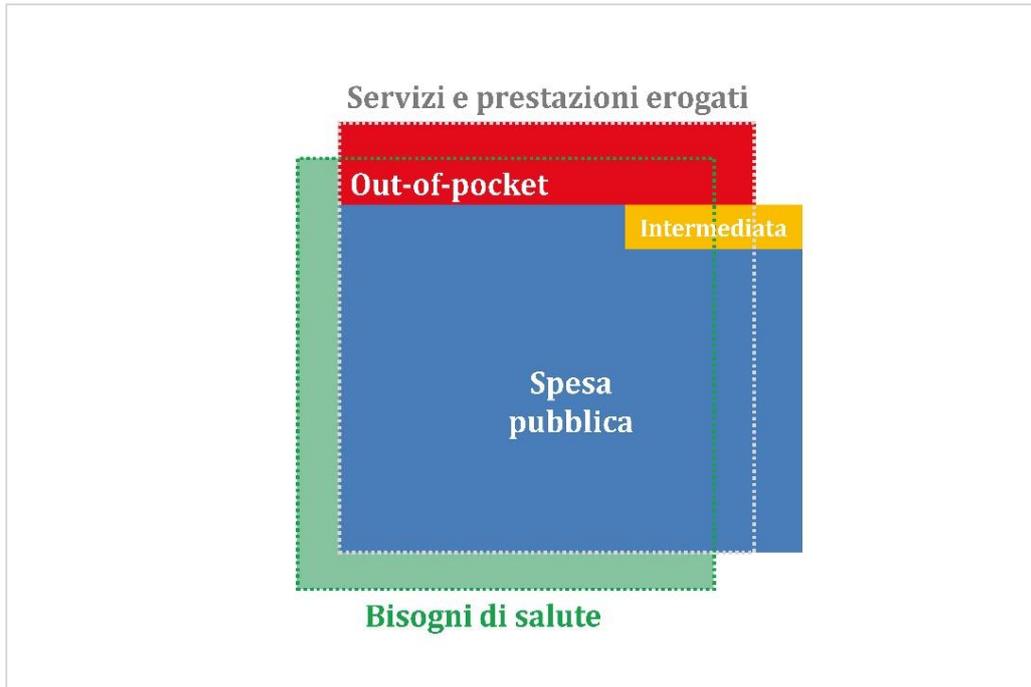


Figura 4.8. Value for money attuale delle tre tipologie di spesa sanitaria

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 4.9):

- 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.

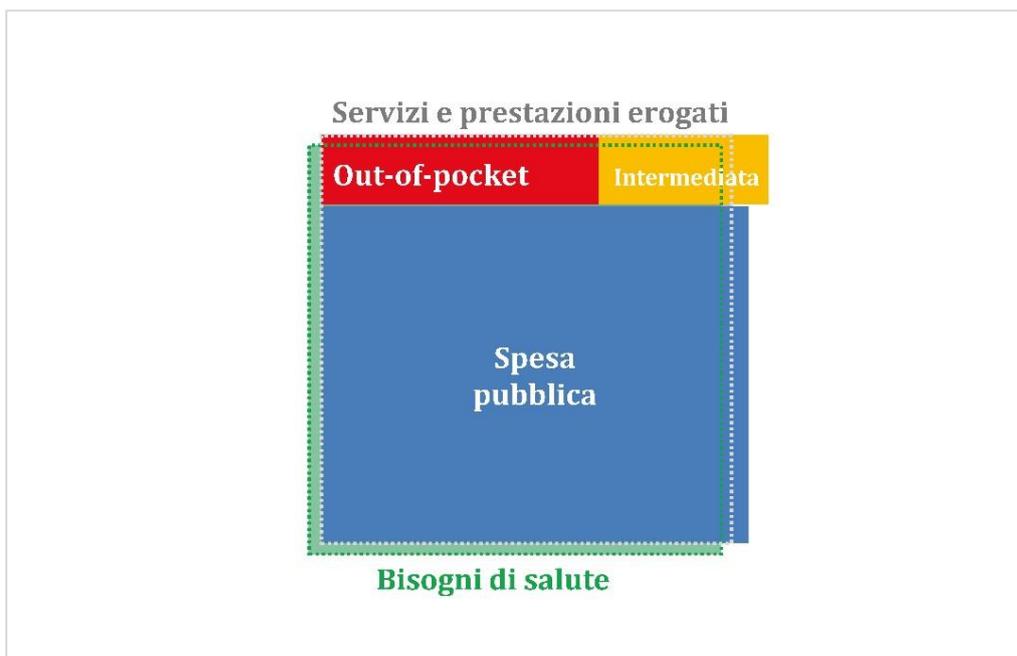


Figura 4.9. Value for money ideale delle tre tipologie di spesa sanitaria

Infine, come suggerito dall'OMS⁶², per evitare di intaccare uguaglianza e accessibilità alle cure la spesa out-of-pocket dovrebbe idealmente essere contenuta entro il 15% della spesa totale. Questo obiettivo tuttavia, lungi dal poter essere raggiunto in maniera semplicistica, richiede tre azioni: un rilancio progressivo e consistente del finanziamento pubblico, un'adeguata sensibilizzazione dei cittadini per ridurre gli eccessi di medicalizzazione e al contempo una formazione dei medici per ridurre le prescrizioni inappropriate, nonché la rimodulazione del perimetro dei LEA per restituire alla sanità integrativa il suo ruolo primario di integrazione di quanto non incluso nei LEA. In sostanza, l'ipotesi ventilata dalla politica che una delle soluzioni principali per rilanciare il SSN è "mettere a sistema" gli oltre € 40 miliardi di spesa out-of-pocket tramite la sanità integrativa risulta infondata. Sia perché le tre componenti della spesa sanitaria non obbediscono alla legge fisica dei vasi comunicanti, sia perché le dinamiche che governano la spesa out-of-pocket e quella intermediata sono condizionate da driver differenti e da interessi non sempre convergenti, sia perché il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità delle tre componenti della spesa sanitaria è molto variabile.

⁶² 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: 20 gennaio 2025.

5. Valore della spesa sanitaria out-of-pocket

Al fine di stimare con maggiore precisione la quota di spesa out-of-pocket dal *low/negative value* (di seguito denominata “a basso valore”) è stato stimato il valore per ciascuna delle sottocategorie del sistema COICOP 2018 e applicato ai dati dell’indagine ISTAT sulla spesa per consumi delle famiglie. La scelta di questa fonte, pur considerando i limiti già esposti, è motivata dall’impossibilità di utilizzare altre fonti di spesa out-of-pocket a causa della loro scarsa granularità.

Nei paragrafi successivi, per ciascuno dei quattro livelli (medicinali e prodotti per la salute, servizi sanitari ambulatoriali, servizi sanitari ospedalieri, altri servizi sanitari), vengono riportati:

- **Definizioni COICOP 2018**, per comprendere cosa rientra in ciascun livello e nei relativi sottolivelli: il testo rappresenta la fedele traduzione del documento originale, con alcune modifiche adattate al contesto nazionale (es. eliminazione di professioni sanitarie non riconosciute in Italia).
- **Criteri utilizzati per stimare la spesa di basso valore.** Le stime sono state effettuate primariamente sulla base di revisioni sistematiche e studi singoli. In assenza di evidenze scientifiche, ove non diversamente indicato, le stime derivano da una discussione informale con specialisti ed esperti del settore. È stato considerato che ciascun livello include servizi, prestazioni e prodotti dal differente valore. L’inappropriatezza è un problema significativo nell'utilizzo di diagnostica e test di laboratorio: una recente revisione⁶³ ha documentato che il 21% delle risonanze magnetiche, il 40% delle TAC, il 44% delle radiografie e il 56% delle ecografie sono inappropriate. Analogamente, per i test di laboratorio una revisione⁶⁴ meno recente ha stimato un tasso di inappropriatezza del 21%. Per i ricoveri ospedalieri, la letteratura riporta stime di inappropriatezza che variano dal 2% al 35% in base a variabili locali, metodi utilizzati e popolazioni considerate^{65,66,67}. Sulla base di questi dati, si assume che il 30% delle prestazioni diagnostiche e di specialistica ambulatoriale e il 10% dei ricoveri siano inappropriate, classificandosi quindi come spesa out-of-pocket a basso valore.
- **Spesa totale e spesa a basso valore**, sia in termini percentuali che in valore assoluto.

⁶³ Walther F, Eberlein-Gonska M, Hoffmann RT, et al. Measuring appropriateness of diagnostic imaging: a scoping review. *Insights Imaging* 2023;14:62.

⁶⁴ Zhi M, Ding EL, Theisen-Toupal J, et al. The landscape of inappropriate laboratory testing: a 15-year meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8:e78962.

⁶⁵ Cardona-Morrell M, Kim JCH, Brabrand M, et al. What is inappropriate hospital use for elderly people near the end of life? A systematic review. *Eur J Intern Med* 2017;42:39-50.

⁶⁶ Thwaites R, Glasby J, le Mesurier N, Littlechild R. Room for one more? A review of the literature on 'inappropriate' admissions to hospital for older people in the English NHS. *Health Soc Care Community* 2017;25:1-10.

⁶⁷ Arab-Zozani M, Pezeshki MZ, Khodayari-Zarnaq R, Janati A. Inappropriate Rate of Admission and Hospitalization in the Iranian Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Value Health Reg Issues* 2020;21:105-112.

5.1. Medicinali e prodotti per la salute

Includono i medicinali, i dispositivi medici (diagnostici, di prevenzione e protezione, di trattamento ad uso personale), gli ausili (visivi, per l'udito e la comunicazione, per la mobilità e le attività quotidiane) e i servizi di riparazione, noleggio e manutenzione di dispositivi medici e ausili.

5.1.1. Medicinali

Box 5.1. Classificazione COICOP: Medicinali [0611]

Medicinali, vaccini e altri preparati farmaceutici [06111]. Tutti i farmaci, compresi i prodotti di marca ed equivalenti, per il trattamento di malattie, patologie e lesioni; preparazioni farmaceutiche utilizzate per il trattamento di malattie, disturbi e lesioni (es. pomate, sciroppi, capsule o altre sostanze galeniche preparate su prescrizione medica); vaccini, ormoni, contraccettivi orali e altri prodotti farmaceutici utilizzati per prevenire, diagnosticare o trattare malattie e patologie; vitamine e minerali; l'alcol per uso medico, i liquidi necessari per la dialisi e i gas utilizzati per l'assistenza sanitaria, come l'ossigeno acquistati direttamente dal paziente. Include inoltre le spese di servizio per la dispensazione dei farmaci addebitate dai farmacisti.

Medicinali a base di erbe e prodotti omeopatici [06112]. I farmaci vegetali comprendono erbe, materiali vegetali, preparazioni vegetali e prodotti vegetali finiti, che contengono come ingredienti attivi parti di piante, o altri materiali vegetali, o combinazioni generalmente utilizzate nella medicina tradizionale o nella medicina complementare. I prodotti omeopatici comprendono qualsiasi medicinale preparato secondo una procedura di produzione omeopatica descritta da una farmacopea in uso ufficiale o da altri documenti ufficialmente riconosciuti. Un medicinale omeopatico può contenere diverse preparazioni omeopatiche.

Medicinali, vaccini e altri preparati farmaceutici. La percentuale della spesa sanitaria considerata a basso valore è stata stimata nel 61,4% applicando il seguente metodo:

- La spesa out-of-pocket legata a preferenze individuali è stata tutta considerata a basso valore. Si tratta complessivamente di € 3.078,1 milioni, di cui € 1.056,8 milioni spesi per acquistare il farmaco brand invece dell'equivalente e € 2.021,3 milioni per farmaci di classe A⁶⁸, prescrivibili a carico del SSN ma acquistati privatamente per motivazioni differenti: difficoltà a contattare il MMG, urgenze, costo molto basso anche in relazione al ticket da pagare, prescrizioni off-label, etc.;
- la rimanente spesa di € 9.961,6 milioni include farmaci di fascia C con ricetta (€ 3.839,3 milioni), farmaci senza obbligo di prescrizione (SOP) (€ 2.940,6 milioni) e altro (€ 3.181,65 milioni): il 50% di questa spesa è stimato a basso valore poiché relativa a medicinali di efficacia non provata e non considerati essenziali dall'AIFA.

Medicinali a base di erbe e prodotti omeopatici. La percentuale della spesa considerata a basso valore è stata stimata nel 90% per le seguenti motivazioni: l'efficacia dei prodotti omeopatici è nulla, mentre quella dei medicinali a base di erbe è marginale.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
06111	Medicinali, vaccini e altri preparati farmaceutici	€ 13.116,60	61,4%	€ 8.058,88
06112	Medicinali a base di erbe e prodotti omeopatici	€ 1.466,25	90,0%	€ 1.319,63
0611	Medicinali	€ 14.582,85	64,3%	€ 9.378,51

⁶⁸ Agenzia Italiana del Farmaco. Rapporto OSMED 2023. Roma, 12 novembre 2024. Disponibile a: www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2023. Ultimo accesso: 20 gennaio 2025.

5.1.2. Dispositivi medici

Box 5.2. Classificazione COICOP: Dispositivi medici [0612]

Dispositivi di diagnostica medica [06121]. Apparecchiature diagnostiche per l'autodiagnosi acquistate a banco o online destinate all'uso personale al di fuori di strutture sanitarie: tra questi rientrano test di gravidanza, termometri, glucometri, sfigmomanometri e altri test di cura, bilance per bambini, etc.

Dispositivi di prevenzione e protezione [06122]. Profilattonici e altri contraccettivi meccanici, mascherine, calze medicinali (es. calze compressive), guanti, zanzariere trattate con insetticida, etc.

Dispositivi di trattamento a uso personale [06123]. Inalatori, siringhe, umidificatori, nebulizzatori, borse calde, ghiaccio, kit di pronto soccorso, bende, etc.

Dispositivi medici. Tenendo conto che le tre tipologie di dispositivi difficilmente vengono acquistate se non necessarie, è stata considerata per le tre categorie una percentuale residuale (10%) di spesa a basso valore.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
06121	Dispositivi di diagnostica medica	€ 392,06	10,0%	€ 39,21
06122	Dispositivi di prevenzione e protezione	€ 564,19	10,0%	€ 56,42
06123	Dispositivi di trattamento a uso personale	€ 647,06	10,0%	€ 64,71
0612	Dispositivi medici	€ 1.603,32	10,0%	€ 160,33

5.1.3. Ausili

Box 5.3. Classificazione COICOP: Ausili [0613]

Ausili visivi [06131]. Tutti i prodotti esterni il cui scopo principale è mantenere o migliorare la vista, compensare una menomazione/riduzione della vista o mitigare le conseguenze di un declino funzionale della vista. Rientrano in questa categoria: occhiali correttivi (inclusi occhiali per ipovedenti e per diverse esigenze di visione da vicino o da lontano), lenti a contatto, canne bianche e protesi oculari (es. occhi di vetro).

Ausili per l'udito e la comunicazione [06132]. Tutti i prodotti esterni progettati per mantenere o migliorare l'udito e la comunicazione, compensare un'alterazione o perdita della capacità uditiva e comunicativa, o mitigare le conseguenze di un declino funzionale dell'udito e della comunicazione. Rientrano in questa categoria: apparecchi acustici digitali, servizi di pulizia e regolazione, e batterie se non identificabili separatamente dal prodotto.

Ausili per la mobilità e le attività quotidiane [06133]. Tutti i prodotti di assistenza progettati per mantenere o migliorare la mobilità e la vita quotidiana dell'individuo; per compensare una menomazione/perdita di mobilità intrinseca funzionali, o ridurre le conseguenze del declino motorio e delle capacità di svolgere le attività quotidiane. Rientrano in questa categoria: calzature terapeutiche (diabetiche, neuropatiche, ortopediche), fasce contenitive e supporti, ortesi (tutori, stecche o altri dispositivi artificiali esterni per sostenere gamba, colonna vertebrale, collo, mani), protesi (arti inferiori e superiori, comprese le protesi funzionali); cinture e abiti spinali (compresi tutori per il collo e collari cervicali); stampelle, rollator, deambulatori e supporti per la mobilità, sedie a rotelle (con o senza cuscini, motorizzate o manuali), bastoni e bastoncini per la mobilità, sedie per doccia/bagno/toilette, corrimano e maniglie di supporto, prodotti per l'incontinenza (assorbenti e pannoloni), materassi antidecubito e letti speciali, rampe portatili per l'accessibilità.

Ausili visivi. Considerato che in questa categoria rientrano anche le montature per occhiali, il cui costo può variare significativamente in base a scelte estetiche e capacità di spesa individuale e la detrazione fiscale è consentita (escluse le parti in metalli preziosi) la spesa a basso valore è stimata al 30%.

Ausili per l'udito e la comunicazione. La spesa a basso valore per questa tipologia di ausili è stata stimata pari a zero, in quanto si tratta di dispositivi acquistati esclusivamente in caso di reale necessità.

Ausili per la mobilità e le attività quotidiane. La spesa a basso valore è stata stimata pari al 20%, in quanto varie tipologie di ausili (es. busti, tutori, plantari) vengono prescritti in maniera inappropriata o acquistati direttamente dal cittadino senza reale necessità.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
06131	Ausili visivi	€ 2.247,19	30,0%	€ 674,16
06132	Ausili per l'udito e la comunicazione	€ 516,38	0,0%	€ -
06133	Ausili per la mobilità e le attività quotidiane	€ 229,50	20,0%	€ 45,90
0613	Ausili	€ 2.993,07	24,1%	€ 720,06

5.1.4. Servizi di riparazione, noleggio e manutenzione di dispositivi medici e ausili

Box 5.4. Classificazione COICOP: Servizi di riparazione, noleggio e manutenzione di dispositivi medici e ausili [0614]

Servizi di riparazione, noleggio e manutenzione di dispositivi medici e ausili [0614]. Pulizia, riparazione, noleggio e manutenzione di prodotti medico-diagnostici per uso personale, nonché prodotti di assistenza per la vista, l'udito, la mobilità e la vita quotidiana (es. noleggio di allarmi medici per uso domestico).

Servizi di riparazione, noleggio e manutenzione di dispositivi medici e ausili. Considerata l'eterogeneità di dispositivi medici e ausili oggetto di riparazione, noleggio e manutenzione è stata considerata per le tre categorie una percentuale residuale (10%) di spesa a basso valore.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
0614	Servizi di riparazione, noleggio e manutenzione di dispositivi medici e ausili	€ 44,63	10,0%	€ 4,46
0614	Servizi di riparazione, noleggio e manutenzione di dispositivi medici e ausili	€ 44,63	10,0%	€ 4,46

5.2. Servizi sanitari ambulatoriali

Includono servizi sanitari di prevenzione (di vaccinazione e altri), servizi dentistici ambulatoriali (di prevenzione dentale e altri), servizi ambulatoriali di cura e riabilitazione, servizi ambulatoriali di assistenza a lungo termine, altri servizi sanitari ambulatoriali.

5.2.1. Servizi sanitari di prevenzione

Box 5.5. Classificazione COICOP: Servizi sanitari di prevenzione [0621]

Servizi di vaccinazione [06211]. Spesa relativa alla consulenza, al tempo e alle competenze del personale, nonché all'acquisto del vaccino stesso, se fatturato congiuntamente al servizio. Rientrano in questa categoria: servizi di immunizzazione e vaccinazione per l'assistenza materno-infantile, vaccinazioni per viaggi e turismo e qualsiasi altro servizio di immunizzazione o vaccinazione, sia obbligatoria che volontaria.

Altri servizi di prevenzione [06219]. Pianificazione e consulenza familiare (compresa la consulenza genetica); servizi di assistenza prenatale e postnatale; servizi di controlli di routine, inclusi la crescita e lo sviluppo del bambino; identificazione di anomalie genetiche; screening, test diagnostici ed esami medici volti a individuare malattie trasmissibili e non trasmissibili (es. malaria, tubercolosi, carcinomi al seno, alla prostata, al collo dell'utero, al colon retto, diabete, HIV/AIDS e altre patologie) prima della comparsa dei sintomi; qualsiasi altro servizio medico fornito prima della comparsa dei sintomi, nonché servizi di laboratorio e diagnostica per immagini necessari per la prevenzione, fatturati congiuntamente al tempo e alle competenze del personale (es. mammografia).

Servizi di vaccinazione. La spesa di basso valore per questa categoria è stimata pari a zero, poiché è destinata esclusivamente alla somministrazione di vaccini o all'acquisto del vaccino stesso.

Altri servizi di prevenzione. La spesa di basso valore per questa categoria è stimata al 30%, in linea con il tasso di inappropriatelyzza di test diagnostici e prestazioni di specialistica ambulatoriale.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
06211	Servizi di vaccinazione	€ 15,94	0,0%	€ -
06219	Altri servizi di prevenzione	€ 5.587,70	30,0%	€ 1.676,31
0621	Servizi sanitari di prevenzione	€ 5.603,64	29,9%	€ 1.676,31

5.2.2. Servizi dentistici ambulatoriali

Box 5.6. Classificazione COICOP: Servizi dentistici ambulatoriali [0622]

Servizi di prevenzione dentale [06221]. Controlli dentistici preventivi di routine effettuati da dentisti, odontoiatri, endodontisti, chirurghi dentali, chirurghi orali e maxillo-facciali, patologi orali, ortodontisti, pedodontisti, parodontisti, protesisti, igienisti dentali e altri ausiliari dentali.

Altri servizi dentistici ambulatoriali [06222]. Tutte le prestazioni odontoiatriche, escluse quelle preventive, che non richiedono pernottamento; sono compresi i costi relativi a protesi, intarsi, corone, apparecchi ortodontici; servizi odontoiatrici per finalità estetiche.

Servizi di prevenzione dentale. La spesa di basso valore per questa categoria è stimata al 10%, pari un terzo di quanto stimato per prestazioni di specialistica ambulatoriale, in conseguenza di controlli troppo ravvicinati e di conseguenza inappropriati. Questa stima conservativa tiene conto del fatto che, salvo specifiche indicazioni, le prestazioni odontoiatriche non sono incluse nei LEA.

Altri servizi dentistici ambulatoriali. La spesa di basso valore per questa categoria è stimata al 20%. Questa stima conservativa tiene conto del fatto che, salvo specifiche indicazioni, le prestazioni odontoiatriche non sono incluse nei LEA, ma questa categoria comprende anche servizi dentistici per motivi estetici.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
06221	Servizi di prevenzione dentale	€ 5.004,39	10,0%	€ 500,44
06229	Altri servizi dentistici ambulatoriali	€ 3.496,70	20,0%	€ 699,34
00622	Servizi dentistici ambulatoriali	€ 8.501,09	14,1%	€ 1.199,78

5.2.3. Altri servizi sanitari ambulatoriali

Box 5.7. Classificazione COICOP: Altri servizi sanitari ambulatoriali [0623]

Servizi ambulatoriali di cura e riabilitazione [06231]. Tutte le prestazioni sanitarie ambulatoriali che non richiedono pernottamento: componenti della cura di una malattia o del trattamento di una lesione; interventi chirurgici; procedure diagnostiche e terapeutiche; servizi ostetrici; assistenza terapeutica e riabilitativa. Tali servizi sono inclusi indipendentemente dal tipo di operatore sanitario, sia esso un medico (specializzato) o altri professionisti della salute (es. infermieri e ostetriche). I servizi terapeutici e riabilitativi possono essere erogati in qualsiasi setting: day hospital; studi privati) o di gruppo; a domicilio o in ambienti esterni come la strada. Rientrano in questa categoria anche terapie fisiche, psicologiche e del linguaggio, comprese le prestazioni fornite da, fisioterapisti, logopedisti, audiologi, osteopati. Sono inclusi anche tutti i prodotti sanitari (farmaceutici, medici, assistenziali, terapeutici) necessari per la fornitura di servizi ambulatoriali curativi o riabilitativi, sia che questi siano fatturati separatamente che integrati nella tariffa del servizio del fornitore. non fatturati separatamente dalla tariffa del servizio del fornitore; tutti i prodotti per la salute (farmaceutici, medici, assistenziali, terapeutici) necessari a fornire servizi ambulatoriali curativi/riabilitativi fatturati dalla quota di servizio del fornitore (medico/specialista/infermiere/altro operatore sanitario).

Servizi ambulatoriali di assistenza a lungo termine [06232]*. Servizi di centri medici diurni; servizi diurni per anziani e persone con disabilità; trattamenti ospedalieri a lungo termine effettuati a domicilio (es. dialisi); servizi medici e infermieristici domiciliari; assistenza infermieristica erogata a domicilio, compresa l'assistenza finalizzata a ritardare o ridurre il deterioramento funzionale, a mantenere la funzionalità (es. alimentazione nasogastrica) o alla gestione di malattie croniche (es. somministrazione di farmaci psichiatrici prescritti); servizi non medici volti a mantenere le persone nelle loro abitazioni private, se integrati in un pacchetto di assistenza e fatturati congiuntamente; tutti i prodotti sanitari (farmaceutici, medici, assistenziali, terapeutici), servizi di diagnostica per immagini e servizi di laboratorio medico necessari per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, fatturati congiuntamente all'onorario del fornitore (medico, specialista, infermiere o altro operatore sanitario).

**In alcuni casi, i servizi ambulatoriali di assistenza a lungo termine sono inclusi in pacchetti che comprendono assistenza sociale e trasferimenti sociali. Se possibile, solo la componente medica dovrebbe essere inserita nella Divisione 06, mentre la parte relativa alla protezione sociale dovrebbe essere inserita nella Divisione 13. Nel caso in cui non sia possibile distinguere le due componenti, la scelta della divisione deve basarsi sul criterio di prevalenza: se il pacchetto include prevalentemente una componente di protezione sociale deve essere classificato nella Divisione 13; se è predominante la componente medica, deve essere inserito nella Divisione 06.*

Servizi ambulatoriali di cura e riabilitazione. La spesa di basso valore per questa categoria è stimata al 30%, in linea con quanto stimato per test diagnostici e prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Servizi ambulatoriali di assistenza a lungo termine. La spesa di basso valore per questa categoria è stimata pari al 10%, considerato che l'inappropriatezza d'uso di questi servizi è residuale.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
06231	Servizi ambulatoriali di cura e riabilitazione	€ 1.781,82	30,0%	€ 534,55
06232	Servizi ambulatoriali di assistenza a lungo termine	€ 927,56	10,0%	€ 92,76
0623	Altri servizi sanitari ambulatoriali	€ 2.709,38	23,2%	€ 627,31

5.3. Servizi sanitari ospedalieri

Includono i servizi ospedalieri di cura e riabilitazione e quelli di assistenza a lungo termine. si segnala che l'importo complessivo di questa categoria di spesa out-of-pocket (€ 808 milioni) è nettamente inferiore rispetto ai valori riportati dalle altre fonti.

5.3.1. Servizi ospedalieri di cura e riabilitazione

Box 5.8. Classificazione COICOP: Servizi ospedalieri di cura e riabilitazione [0623]

Servizi ospedalieri di cura e riabilitazione [0631]. Tutte le prestazioni sanitarie ospedaliere che richiedono pernottamento: servizi di assistenza curativa e riabilitativa forniti in regime di ricovero, comprese le cure odontoiatriche, erogati da qualsiasi tipo di fornitore (es. ospedale, struttura di assistenza infermieristica o strutture ambulatoriali che occasionalmente eseguono procedure che richiedono pernottamento; servizi strutture per la riabilitazione dall'alcolismo o dalle tossicodipendenze (diverse dagli ospedali autorizzati); servizi di case di convalescenza per la salute mentale o ospedali e qualsiasi altra struttura sanitaria all'interno di qualsiasi tipo di stabilimento che ospita pazienti che giustificano un pernottamento); tutti i servizi medici necessari per fornire servizi di assistenza ospedaliera durante il pernottamento, anche se fatturati separatamente come esami di laboratorio, diagnostica per immagini, medicinali e prodotti sanitari (medici, assistenziali, terapeutici); spese relative ai "costi di alloggio" per il paziente (es. cucina, pulizia, sistemazione) e, se indispensabile, i costi associati all'ospitalità dei parenti del paziente, qualora fatturati separatamente; trattamenti estetici effettuati in ospedale (es. chirurgia estetica per scopi diversi dalla chirurgia ricostruttiva).

Servizi ospedalieri di cura e riabilitazione. La spesa di basso valore per questa categoria è stimata al 30%, di cui il 10% per spese relative a servizi fruiti a condizioni migliorative (es. stanze singole, servizi alberghieri) e il 20% per prestazioni inappropriate.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
0631	Servizi ospedalieri di cura e riabilitazione	€ 647,06	30,0%	€ 194,12
0631	Servizi ospedalieri di cura e riabilitazione	€ 647,06	30,0%	€ 194,12

5.3.2. Servizi ospedalieri di assistenza a lungo termine

Box 5.9. Classificazione COICOP: Servizi ospedalieri di assistenza a lungo termine [0632]

Servizi ospedalieri di assistenza a lungo termine [0632]. Comprende i servizi di assistenza a lungo termine che richiedono pernottamento: servizi forniti da case mediche di convalescenza o ospedali di convalescenza, case di riposo per anziani con assistenza infermieristica, ospizi per ricoveri e istituti di cure palliative per malati terminali; servizi erogati da case di cura, case di riposo con assistenza infermieristica, strutture infermieristiche specializzate, case di cura didattiche, strutture residenziali per ritardi mentali, strutture per la salute mentale e l'abuso di sostanze per pazienti cronici (es. persone affette da demenza), case di riposo per anziani e residenze sanitarie per persone con disabilità; tutti i servizi medici necessari per erogare prestazioni di assistenza ospedaliera durante il pernottamento (es. esami di laboratorio, diagnostica per immagini, farmaci e prodotti sanitari (medici, assistenziali, terapeutici); spese relative ai "costi di alloggio" per il paziente (es. cucina, pulizia, sistemazione) e, se indispensabile, i costi relativi all'ospitalità dei parenti del paziente, qualora fatturati separatamente.

Servizi ospedalieri di assistenza a lungo termine. La spesa di basso valore per questa categoria è stimata pari al 10%, identificando con questa percentuale le spese relative a servizi fruiti a condizioni migliorative (es. stanze singole, servizi alberghieri).

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
0632	Servizi ospedalieri di assistenza a lungo termine	€ 165,75	10,0%	€ 16,58
0632	Servizi ospedalieri di assistenza a lungo termine	€ 165,75	10,0%	€ 16,58

5.4. Altri servizi sanitari

Includono i servizi di diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio e i servizi di trasporto d'urgenza pazienti e di soccorso di emergenza.

5.4.1. Servizi di diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio

Box 5.10. Classificazione COICOP: Servizi di diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio [0641]

Servizi di diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio [0641]. Servizi di laboratori di analisi mediche (es. esami delle urine e del sangue); servizi di diagnostica per immagini (es. TAC, risonanza magnetica, ecografia)

Servizi di diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio. La spesa di basso valore per questa categoria è stimata pari al 30%, in linea con il tasso di inappropriatazza di test diagnostici e prestazioni di specialistica ambulatoriale.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
0641	Servizi di diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio	€ 678,94	30,0%	€ 203,68
0641	Servizi di diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio	€ 678,94	30,0%	€ 203,68

5.4.2. Servizi di trasporto d'urgenza pazienti e di soccorso di emergenza

Box 5.11. Classificazione COICOP: Servizi di trasporto d'urgenza pazienti e di soccorso di emergenza [0642]

Servizi di trasporto d'urgenza pazienti e di soccorso di emergenza [0642]. Servizi di ambulanza per persone con o senza soccorso d'emergenza; trasporto individuale in aereo e con veicoli per motivi di emergenza medica, indipendentemente dal fatto che siano stati adattati per scopi medici; abbonamenti per servizi di trasporto d'emergenza.

Servizi di trasporto d'urgenza pazienti e di soccorso di emergenza. La spesa di basso valore per questa categoria è stata stimata pari a zero, considerato che l'inappropriatezza d'uso è assente.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a basso valore	
642	Servizi di trasporto d'urgenza pazienti e di soccorso di emergenza	€ 35,06	0,0%	€ -
642	Servizi di trasporto d'urgenza pazienti e di soccorso di emergenza	€ 35,06	0,0%	€ -

5.5. Spesa out-of-pocket a valore elevato

Secondo le stime sopra riportate, su una spesa out-of-pocket nel 2023 di oltre € 37,5 miliardi, quella a valore elevato ammonta a quasi € 23,4 miliardi, pari al 62,2% del totale.

COD	Categoria	Spesa totale	Spesa a valore elevato	
0611	Medicinali	€ 14.582,85	35,7%	€ 5.204,34
0612	Dispositivi medici	€ 1.603,32	90,0%	€ 1.442,98
0613	Ausili	€ 2.993,07	75,9%	€ 2.273,01
0614	Servizi di riparazione, noleggio e manutenzione di dispositivi medici e ausili	€ 44,63	90,0%	€ 40,16
061	Medicinali e prodotti per la salute	€ 19.223,87	46,6%	€ 8.960,49
0621	Servizi sanitari di prevenzione	€ 5.603,64	70,1%	€ 3.927,33
0622	Servizi dentistici ambulatoriali	€ 8.501,09	85,9%	€ 7.301,31
0623	Altri servizi sanitari ambulatoriali	€ 2.709,38	76,8%	€ 2.082,08
062	Servizi sanitari ambulatoriali	€ 16.814,11	79,2%	€ 13.310,72
0631	Servizi ospedalieri di cura e riabilitazione	€ 647,06	70,0%	€ 452,94
0632	Servizi ospedalieri di assistenza a lungo termine	€ 165,75	90,0%	€ 149,18
063	Servizi sanitari ospedalieri	€ 812,81	74,1%	€ 602,12
0641	Servizi di diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio	€ 678,94	70,0%	€ 475,26
0642	Servizi di trasporto d'urgenza pazienti e di soccorso di emergenza	€ 35,06	100,0%	€ 35,06
064	Altri servizi sanitari	€ 714,00	71,5%	€ 510,32
06	TOTALE	€ 37.564,79	62,2%	€ 23.383,65

Eventuali discrepanze tra le voci sono da imputare agli arrotondamenti

6. Conclusioni

Il defianziamento cronico del SSN, sprechi e inefficienze, l'elevata spesa out-of-pocket, spesso inappropriata, e la limitata capacità della sanità integrativa impongono un ripensamento strutturale e l'adozione di coraggiose riforme. Garantire un SSN equo e sostenibile non è solo essenziale per preservare il diritto costituzionale alla tutela della salute, ma rappresenta anche un investimento strategico per il futuro del Paese.

Dati e analisi di questo report offrono una fotografia chiara di numeri e dinamiche della spesa out-of-pocket, smascherano alcune false credenze e individuano ambiti di intervento prioritari per il legislatore, sia in termini di riforma della sanità integrativa che di possibili riforme fiscali sulle detrazioni delle spese sanitarie.

L'entità della spesa out-of-pocket non è un indicatore affidabile per valutare la riduzione delle tutele pubbliche. Da un lato è sottostimata dai bisogni di salute non soddisfatti, in quanto "arginata" da fenomeni conseguenti alle difficoltà economiche delle famiglie: limitazione delle spese per la salute, indisponibilità economica temporanea e, soprattutto, rinuncia alle cure. Dall'altro, è "gonfiata" dalla spesa a basso valore, indotta da fenomeni di consumismo sanitario e trainata dalla capacità di spesa individuale. Infatti, la distribuzione regionale della spesa out-of-pocket dimostra che i cittadini tendono a spendere di più nelle Regioni più ricche, e non in quelle dove la sanità garantisce meno tutele.

Un dibattito concentrato esclusivamente sull'entità della spesa out-of-pocket da intermediare si basa su un quadro distorto: infatti, se alcune famiglie spendono anche per servizi e prestazioni a basso valore che non hanno alcun impatto sulla salute, altre a causa di difficoltà economiche non riescono a soddisfare essenziali bisogni di salute non garantiti da un SSN in affanno.

Gli approcci tradizionali per analizzare la spesa sanitaria si concentrano su valori assoluti, rapporto percentuale sul PIL, spesa pro-capite e composizione percentuale tra spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata. Sebbene questi approcci siano ineccepibili nel principio e indispensabili per benchmark internazionali e nazionali, si basano sul presupposto che l'intero ammontare della spesa sanitaria, nelle sue tre componenti, contribuisca a migliorare la salute individuale e collettiva. In realtà, l'approccio della *value-based healthcare*, adottato nel report, dimostra che il ritorno in termini di salute della spesa sanitaria è molto variabile: a parità di importo, infatti, spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata non hanno lo stesso valore, ovvero ogni euro speso non ha lo stesso ritorno in termini di salute. In particolare, è stato stimato che quasi il 40% della spesa out-of-pocket è a basso valore. Di conseguenza, è indispensabile avviare riforme sanitarie e fiscali, oltre ad azioni di governance a tutti i livelli, al fine di perseguire due irrinunciabili obiettivi: ridurre al minimo i fenomeni di inappropriata (sovra-utilizzo e sotto-utilizzo di prestazioni sanitarie) e aumentare il valore generato da tutte le componenti della spesa sanitaria.

Come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per evitare di compromettere uguaglianza e accessibilità alle cure, la spesa out-of-pocket dovrebbe idealmente essere contenuta entro il 15% della spesa sanitaria totale mentre in Italia nel 2023 ha raggiunto il 23%. Questo obiettivo, tuttavia, non può essere perseguito in maniera semplicistica ipotizzando solo di intermediare la maggior parte della spesa out-of-pocket, ma richiede un approccio di sistema basato

su tre azioni principali. Innanzitutto, un progressivo e consistente rilancio del finanziamento pubblico da destinare *in primis* alla valorizzazione del personale sanitario, rendendo più attrattiva la carriera nel SSN. In secondo luogo, un'adeguata sensibilizzazione dei cittadini per ridurre gli eccessi di medicalizzazione e una formazione dei medici per limitare le prescrizioni inappropriate. Infine, una rimodulazione del perimetro dei LEA (non sostenibili per il numero di prestazioni incluse con l'attuale livello di spesa pubblica) per restituire al secondo pilastro il ruolo primario d'integrazione rispetto a quanto non è incluso nei LEA. In altre parole, l'ipotesi spesso ventilata dalla politica che una delle soluzioni per rilanciare il SSN consista nel "mettere a sistema" la maggior parte degli oltre € 40 miliardi di spesa out-of-pocket attraverso la sanità integrativa si rivela ampiamente infondata. Anche se il secondo pilastro, soprattutto per alcune prestazioni extra-LEA come l'odontoiatria, potrebbe contribuire ad alleggerire ulteriormente la spesa delle famiglie. Questo per tre motivi: anzitutto le tre componenti della spesa sanitaria (pubblica, out-of-pocket e intermediata) non obbediscono alla legge dei vasi comunicanti; in secondo luogo le dinamiche che governano la spesa out-of-pocket e quella intermediata sono guidate da driver diversi che ne riducono il valore in misura differente; infine, le stime riportate nel presente report dimostrano che poco più del 60% della spesa out-of-pocket è di valore elevato e, ovviamente, non vi è alcun vantaggio nell'intermediare il rimanente 40% a basso valore.

In un contesto di grave crisi del SSN, il ruolo della sanità integrativa deve essere profondamente ripensato. È del tutto evidente che, spostando sui fondi sanitari un numero crescente di bisogni di salute non soddisfatti dal SSN, anche la sostenibilità della sanità integrativa rischia di essere compromessa. Con l'aumento del numero di iscritti e conseguentemente delle richieste di rimborsi ai fondi, proporzionale all'incapacità del SSN di garantire prestazioni in tempi adeguati, si delinea uno scenario critico. Infatti, considerato che il valore dei contributi, in sede di contrattazione collettiva, non può essere aumentato significativamente per i bassi salari e l'elevata inflazione, il secondo pilastro rischia di non essere in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni di salute non soddisfatti dal SSN. Di conseguenza, da un lato aumenteranno la spesa out-of-pocket e le polizze assicurative individuali per chi dispone di risorse economiche; dall'altro cresceranno i fenomeni di riduzione delle spese per la salute e di rinuncia alle cure, con un inevitabile peggioramento degli esiti di salute. In definitiva, il secondo pilastro può essere sostenibile solo se integrato in un sistema pubblico efficace. Diversamente rischia di crollare insieme al SSN, spianando definitivamente la strada alla privatizzazione e configurando una sanità a "doppio binario" che alimenta iniquità e diseguaglianze, tradendo per sempre l'articolo 32 e i principi fondanti del SSN.



#SalviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org