

Senato della Repubblica
10^a Commissione permanente
(Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

**Indagine conoscitiva sulle forme integrative
di previdenza e di assistenza sanitaria
nel quadro dell'efficacia complessiva
dei sistemi di Welfare e di tutela della salute**

Banca d'Italia

Roma, 26 giugno 2023

1) Analisi delle principali relazioni tra redditi e spesa sanitaria privata

Considerata l'attività di monitoraggio svolta dalla Banca d'Italia sui bilanci delle famiglie, si chiede di illustrare: a) quale sia l'incidenza percentuale della spesa sanitaria privata per scaglioni di reddito e/o per quinti di reddito medio equivalente; b) quale sia l'ammontare medio della spesa sanitaria privata pro capite e/o per nucleo familiare per scaglioni di reddito e/o per quinti di reddito medio equivalente; c) eventuali diverse misurazioni (e.g., indice di Gini) elaborabili dalla Banca d'Italia in relazione all'incidenza ed alla consistenza della spesa sanitaria privata per i cittadini.

La spesa privata in Italia incide per quasi un quarto della spesa sanitaria complessiva (pari nel 2021 al 7,2 per cento del prodotto, ossia poco più di 2.160 euro pro capite). È costituita per circa il 90 per cento da esborsi *out of pocket* direttamente a carico delle famiglie e, per la quota residua, è intermediata da soggetti terzi (fondi sanitari, società di mutuo soccorso, casse, compagnie assicurative, istituzioni senza fini di lucro e imprese).

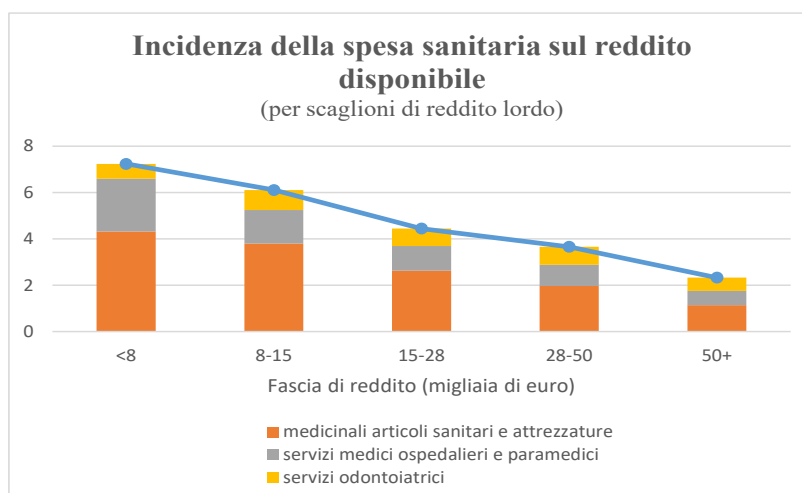
La spesa *out of pocket* delle famiglie italiane è particolarmente elevata nel confronto con la media europea (in base agli ultimi dati Eurostat è pari a circa 570 euro pro capite in Italia contro circa 470 nei paesi dell'Unione europea). Su tale spesa ha influito il razionamento delle risorse pubbliche destinate alla sanità nel decennio pre-pandemia, a fronte di una domanda crescente di prestazioni in larga parte indotta dall'invecchiamento della popolazione e dalla conseguente maggiore diffusione di patologie croniche¹. Alcune analisi suggeriscono tuttavia che una componente non trascurabile

¹ Fra il 2010 e il 2019 l'incidenza della spesa sanitaria pubblica si è ridotta dal 6,9 al 6,5 per cento, nel quadro di una strategia più generale di consolidamento dei conti pubblici; nello stesso periodo la quota di popolazione con oltre 65 anni e l'indice di vecchiaia (definito dal rapporto fra la popolazione ultrasessantacinquenne e quella con meno di 14 anni di età) sono sensibilmente aumentati (rispettivamente dal 20 al 23 per cento e dal 142,3 al 173,1 per cento; cfr. Aimone Gigio, L., Ivaldi G., Mancini A. e Messina G., 2022, "La sanità italiana all'appuntamento con la pandemia: debolezze strutturali e prospettive di riforma", *Politica economica*, vol.1, pp. 91-152).

degli esborsi *out of pocket* sia ascrivibile a consumi sanitari impropri, indotti da una tendenza crescente alla medicalizzazione della società².

I dati dell'*Indagine sui bilanci delle famiglie italiane* della Banca d'Italia (IBF), opportunamente integrati con quelli dell'*Indagine sulle spese delle famiglie* condotta dall'Istat, evidenziano che l'incidenza degli esborsi per motivi di salute delle famiglie italiane sul reddito si riduce stabilmente al crescere di quest'ultimo: dal 7,2 al 2,3 per cento rispettivamente per il primo e l'ultimo scaglione di reddito familiare lordo e dal 7,8 al 2,9 per cento per le famiglie rispettivamente collocate nel primo e nell'ultimo quintile di reddito equivalente (figg. 1 e 2³). In media i consumi sanitari costituiscono il 4-5 per cento della spesa delle famiglie italiane; la quota prevalente è destinata all'acquisto di farmaci e dispositivi medici, in particolare per le famiglie meno abbienti (l'incidenza di questa voce sul totale della spesa sanitaria è dell'ordine del 60 per cento nella media dei primi due scaglioni e dei primi due quintili di reddito, si riduce a poco più del 50 per cento nell'ultimo scaglione e nell'ultimo quintile). Va segnalato che l'incidenza delle prestazioni odontoiatriche sulla spesa sanitaria ha un andamento crescente rispetto al reddito disponibile familiare (da circa il 10 a oltre il 21 per cento dal primo all'ultimo quintile di reddito familiare equivalente).

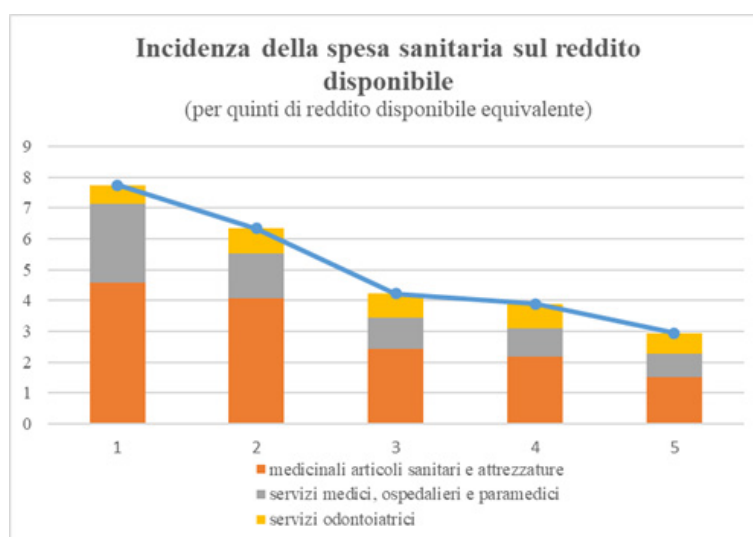
Figura 1



² Le stime condotte dalla fondazione Gimbe indicano che almeno il 40 per cento della spesa out of pocket è frutto di “consumismo sanitario”, poiché si rivolge a prestazioni senza alcun impatto documentato sullo stato di salute della popolazione (cfr. Gimbe, 2019, “[4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale](#)”).

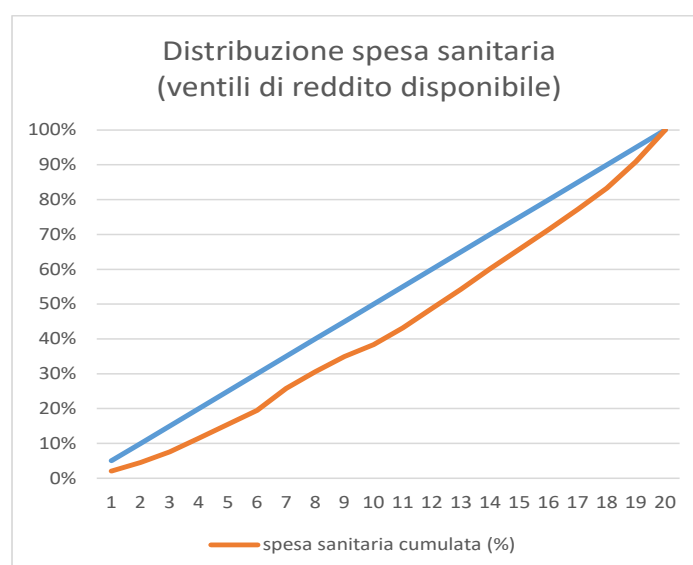
³ La voce “servizi medici ospedalieri e paramedici” include gli esami diagnostici e le visite specialistiche.

Figura 2



In termini assoluti, la spesa sanitaria privata è molto concentrata fra le famiglie più abbienti: l'indice di Gini, pari a 0,25 per la spesa complessiva delle famiglie, supera 0,60 nel caso dei consumi sanitari. Dai dati dell'indagine risulta difatti che i due terzi della spesa sanitaria privata è effettuata da nuclei con redditi lordi superiori a 85.000 euro e che la concentrazione della spesa sanitaria è ben più accentuata di quella dei redditi (le famiglie collocate nella prima metà della distribuzione dei redditi sono responsabili di meno del 40 per cento dei consumi sanitari; fig. 3).

Figura 3



Lo sviluppo della sanità integrativa non è necessariamente associato a un ridimensionamento della spesa privata a carico dei cittadini: nell'esperienza

internazionale vi sono difatti paesi in cui la *spesa out of pocket* delle famiglie è anche più elevata dell'Italia, nonostante la maggiore diffusione di schemi di intermediazione da parte di soggetti terzi (è il caso ad esempio di Svizzera, Spagna e Portogallo). Emerge invece una chiara correlazione di segno negativo fra gli esborsi sostenuti dalle famiglie e l'intensità del ruolo pubblico nel finanziamento della spesa sanitaria.

2) Incidenza delle spese sanitarie catastrofali sull'impoverimento delle famiglie e modalità di finanziamento della spesa sanitaria privata

Al fine di misurare puntualmente il contributo in termini economici assicurato dalla sanità integrativa e dal welfare aziendale con riferimento al settore del lavoro dipendente, si chiede di illustrare: a) quale sia la stima dell'impatto dell'impoverimento economico delle famiglie sulla rinuncia alle spese sanitarie; b) che consistenza abbia e quanto sia diffuso il fenomeno dell'impoverimento delle famiglie per ragioni sanitarie; c) eventuali diverse misurazioni di tale fenomeno elaborabili dalla Banca d'Italia, a partire dalla propria attività di monitoraggio dei bilanci delle famiglie.

Il peggioramento delle condizioni reddituali spinge le famiglie a contenere i consumi, inclusi quelli di tipo sanitario.

Secondo le informazioni contenute nell'ultimo rapporto dell'Osservatorio sulla povertà sanitaria la pandemia ha determinato un incremento consistente delle persone in condizione di povertà assoluta (circa un milione in più fra il 2019 e il 2020); i gruppi sociali più vulnerabili sono le famiglie con stranieri e quelle più numerose con figli minori⁴. Sono contestualmente divenuti più frequenti i casi segnalati di restrizioni volontarie nell'accesso alle cure per ragioni economiche: anche i cittadini più poveri devono talvolta farsi carico degli eventuali ticket sui farmaci e sulle cure dispensati dal SSN, e in ogni caso sostenere l'onere dei farmaci di classe C nonché di quelli da banco che non richiedono prescrizione medica. Secondo i dati dell'Osservatorio fra il 2019 e il 2020 le famiglie povere che hanno rinunciato a visite e accertamenti diagnostici per ragioni economiche sono aumentate del 27 per cento (mentre quelle non povere sono diminuite del 6 per cento). Nel complesso le rinunce

⁴ <https://www.opsan.it/cm-files/2021/12/15/bilanciopovera-2021-web.pdf>

alle prestazioni sanitarie per motivi economici avrebbero interessato poco meno di un sesto delle famiglie italiane.

Indicazioni utili a quantificare il fenomeno della povertà sanitaria possono essere tratte anche dall'Indagine *Aspetti della vita quotidiana* condotta con frequenza annuale dall'Istat. Da tale indagine emerge che negli anni della pandemia una quota crescente di persone avrebbe rinunciato alle cure per problemi economici o difficoltà di accesso anche dovute alle liste di attesa (l'incidenza di chi ha rinunciato alle cure è quasi raddoppiata fra il 2019 e il 2021, attestandosi all'11,1 per cento dei soggetti con necessità di visite specialistiche o esami diagnostici). Nel 2022 la quota di chi ha rinunciato alle cure si sarebbe ricollocata su valori più bassi (intorno al 7 per cento) e simili a quanto riscontrato prima della pandemia, ma la motivazione principale sarebbe riconducibile alla lunghezza delle liste di attesa: ciò avrebbe determinato anche una attenuazione delle differenze territoriali e di condizione economica nella rinuncia alle prestazioni (le fasce più abbienti sembrerebbero avere rinunciato a prestazioni sanitarie in misura maggiore rispetto al periodo pre pandemico) ⁵.

Infine per avere indicazioni utili ai fini del confronto internazionale si possono considerare i dati dell'Indagine campionaria EU-Silc, da cui emerge che la quota di popolazione italiana che dichiara di avere rinunciato a cure di tipo medico per ragioni economiche sarebbe sostanzialmente in linea con la media europea (intorno all'1,0 per cento) e inferiore a quanto riscontrato in paesi quali Grecia, Francia e Belgio⁶.

C'è il rischio che il mancato soddisfacimento dei bisogni di salute degli individui più fragili riduca a sua volta la loro capacità di lavorare e di sostentarsi, innescando un circolo vizioso fra povertà economica e povertà sanitaria.

3) Diffusione della sanità integrativa e delle polizze malattia

Considerato il contributo potenziale che la sanità integrativa potrebbe garantire in termini di recupero dell'accessibilità alle cure e di contenimento dell'incidenza della spesa sanitaria privata sui redditi delle famiglie, si chiede

⁵ Cfr. Istat, "Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute", 8 marzo 2023.

⁶ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_21/default/table?lang=en

di sapere: a) quali siano i dati rilevati in ordine alla diffusione delle polizze sanitarie, per categoria professionale (lavoro dipendente, lavoro autonomo, etc.); b) quale sia la spesa media delle famiglie per il pagamento di contributi/premi relativi a forme sanitarie integrative e a polizze malattia individuali.

L'offerta sanitaria in Italia si articola su tre pilastri: il primo è rappresentato dal servizio sanitario pubblico, che eroga livelli essenziali di prestazioni (LEA) secondo criteri di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle cure; il secondo è costituito da schemi collettivi di assistenza sanitaria (quali fondi sanitari, società di mutuo soccorso, casse ed altri enti no profit), che erogano prestazioni integrative rispetto ai LEA ed agiscono sulla base della ripartizione del rischio fra gli aderenti; il terzo pilastro è infine identificato da forme individuali di assistenza sanitaria (polizze sanitarie individuali), che operano secondo una logica assicurativa sulla base di stime probabilistiche relative alle frequenze e al costo dei sinistri.

La copertura offerta dai “terzi paganti” (ossia dai soggetti privati che operano nell'ambito del secondo e del terzo pilastro) può essere di tipo sostitutivo, aggiuntivo o complementare rispetto al servizio sanitario pubblico se riguarda rispettivamente prestazioni già incluse, accessorie o escluse dai LEA⁷.

I fondi sanitari svolgono un ruolo preminente nell'ambito del secondo pilastro; essi si distinguono in fondi di tipo A, con una finalità esplicitamente integrativa del SSN, e fondi di tipo B, con un'operatività più ampia. Secondo le informazioni più recenti del Ministero della salute negli ultimi anni si è osservata una crescita continua sia nel numero di fondi (soprattutto quelli di tipo B, che rappresentano la parte prevalente) sia nel numero di iscritti (pressoché raddoppiati fra il 2014 e il 2020, a 10,6 milioni)⁸. L'espressione “sanità integrativa”, con la quale si dovrebbe designare l'insieme dei soggetti e delle prestazioni ricompresi nel secondo pilastro, appare tuttavia fuorviante. L'erogazione di prestazioni non sostitutive del SSN riveste difatti un ruolo

⁷ Ad esempio rientrano nella prima tipologia gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche spesso offerte a condizioni vantaggiose per l'erogatore e con tempi di attesa più brevi rispetto al servizio pubblico; nella seconda tipologia sono compresi i rimborsi delle quote di compartecipazione a carico del cittadino o servizi accessori quali le camere a pagamento; la terza tipologia di copertura riguarda infine prestazioni quali quelle odontoiatriche o di cura domiciliare (cfr. Gimbe, 2019, op. cit. p. 12).

⁸ Fra il 2014 e il 2020 il numero di fondi sanitari di tipo B iscritti all'anagrafe del Ministero della Salute è aumentato da 276 a 306 unità, quelli di tipo A da 4 a 12 (cfr. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3215_allegato.pdf).

minoritario nell'ambito delle attività dei fondi sanitari, poiché ai fini del riconoscimento di benefici fiscali è sufficiente che appena un quinto delle risorse dei fondi sia destinato a prestazioni integrative. Inoltre i fondi sanitari sono molto spesso assicurati o gestiti direttamente da compagnie assicurative, per cui è formalmente difficile ricondurre le prestazioni intermedie all'una o all'altra tipologia di enti (che sono assoggettati a discipline molto diverse⁹).

Alcune informazioni sulla diffusione nella popolazione delle polizze sanitarie (individuali o collettive) per caratteristiche socio-demografiche dei sottoscrittori possono essere ricavate dall'IBF; in particolare, l'IBF consente di risalire alle caratteristiche relative al principale percettore di reddito delle famiglie che hanno sottoscritto tali polizze. Nell'indagine più recente, che si riferisce al 2020, è stato chiesto agli intervistati se i componenti della famiglia avessero sottoscritto almeno un'assicurazione sanitaria privata per infortuni e malattie. Dall'analisi dei dati emerge che nel 2020 circa il 13 per cento delle famiglie italiane aveva sottoscritto almeno un'assicurazione sanitaria privata. Il 61 per cento delle famiglie assicurate aveva come principale percettore di reddito un lavoratore dipendente, il 25 un lavoratore autonomo e il 14 una persona non occupata (Tav. 1 in allegato). In termini di professioni svolte, circa un quarto delle famiglie con almeno un'assicurazione faceva capo a impiegati, una quota analoga a liberi professionisti, un quinto a direttivi o dirigenti, il 14 per cento a pensionati o non occupati e il restante 13 a operai. Inoltre, la quota di adesione alle polizze sanitarie aumenta al crescere dei livelli di istruzione e reddito. Tra i nuclei che avevano sottoscritto almeno una polizza sanitaria circa il 40 per cento faceva capo a un percettore di reddito con almeno un diploma di laurea triennale; il 35 un diploma di scuola media superiore, il 14 una licenza di scuola media inferiore o elementare. Il 53 per cento delle famiglie assicurate apparteneva al quintile di reddito più alto, contro appena il 3 per cento del quintile più basso. Emergono differenze significative anche tra le principali aree geografiche. Nel Nord Ovest circa il 40 per cento dei nuclei familiari possedevano un'assicurazione sanitaria, il 27 per cento nel Nord Est, solo poco più del 5 per cento sia nel Sud sia nelle Isole.

⁹ I fondi sanitari formalmente sono enti senza scopo di lucro; il rapporto con l'assistito è disciplinato da un regolamento o uno statuto, è prevista la corresponsione di un contributo fisso e non si applicano criteri di selezione all'entrata, le malattie pregresse sono coperte e non è prevista la possibilità di recesso da parte del fondo. Le compagnie assicurative sono invece enti con finalità lucrative, agiscono in base ad un rapporto di tipo contrattuale che prevede la corresponsione di un premio variabile; sono applicati criteri di selezione all'ingresso, le malattie pregresse non sono coperte e la compagnia assicurativa può recedere dal contratto.

Il mercato delle polizze sanitarie è assai articolato; include sia le polizze per il ramo infortuni sia le polizze per il ramo malattia. In quest'ultimo ramo ricadono diverse fattispecie: rimborso spese mediche, invalidità permanente, diaria e altre. Sulla base dell'IBF si può stimare che nel 2020 il premio complessivo pagato dai nuclei familiari che avevano almeno una assicurazione sanitaria (per infortuni e malattie) era in media pari a circa 900 euro. In base a dati di fonte IVASS, nel 2021 (ultimo anno per cui i dati sono disponibili) i premi relativi alle polizze malattia ammontavano a 3,1 miliardi di euro, pari al 9,2 per cento della raccolta complessiva del ramo danni; tali polizze riguardavano circa 24 milioni di unità di rischio, con un premio medio per unità di 132 euro. Le polizze malattia in forma collettiva hanno raccolto premi per circa 2 miliardi di euro, di cui 1,7 relativi a fondi sanitari. In questo caso, il premio medio per unità di rischio è stato di 122 euro (134 per fondi sanitari; 88 per le altre forme collettive). Per le polizze individuali, sulla base di una rilevazione condotta dall'ANIA si può stimare che la spesa media per polizza nel 2021 sia stata pari a circa 430 euro. Una stima del complesso della spesa sanitaria integrativa privata relativa a polizze assicurative, fondi sanitari e altre forme collettive e del numero degli assistiti è riportata in [“Il bilancio del sistema previdenziale italiano”](#), Itinerari Previdenziali, 10, 2023.

4) Potenzialità dell'impiego della leva fiscale in sanità

A giudizio della Banca d'Italia, quali sarebbero gli effetti della leva fiscale sulla promozione della diffusione della sanità integrativa, con specifico riguardo alla possibilità di introdurre regimi agevolativi in grado di favorire l'estensione di queste tutele anche ai cittadini che non possono accedere ad una forma sanitaria integrativa mediante le previsioni della contrattazione e/o di regolamenti aziendali?

La spesa sanitaria privata, sia diretta che intermediata, beneficia di diverse forme di agevolazioni fiscali. Fra queste, le principali riguardano la detraibilità dall'Irpef degli esborsi *out of pocket* delle persone fisiche in una misura pari al 19 per cento dell'importo che eccede la franchigia di 129,11 euro e la deducibilità dalla stessa imposta dei contributi versati ai fondi

sanitari fino a un massimo di 3.615,2 euro¹⁰; inoltre, sono previsti benefici fiscali a favore delle imprese che erogano premi di risultato sotto forma di prestazioni di welfare aziendale (inclusa l'assistenza sanitaria integrativa) a favore dei loro dipendenti. Non è possibile quantificare con precisione il mancato gettito associato alle agevolazioni per la spesa sanitaria privata: secondo alcune stime le detrazioni al 19 per cento delle spese sanitarie e le deduzioni dei contributi sanitari avrebbero un impatto simile per ordine di grandezza e valutabile in circa 3,4 miliardi per ciascuna delle due tipologie di agevolazioni¹¹.

Come già rilevato dalla Banca d'Italia in occasione di una recente indagine conoscitiva¹², l'attuale sistema di incentivazioni fiscali è particolarmente frammentato, complesso e oneroso. I regimi agevolativi tendenzialmente beneficiano categorie circoscritte di soggetti economici a fronte di costi diffusi sull'intera platea di contribuenti, con perdite di gettito per l'erario difficili da quantificare e da monitorare. La maggiore opacità degli incentivi fiscali rispetto a espliciti programmi di spesa rende più difficile per i cittadini valutare le ricadute per la finanza pubblica delle scelte dei *policymaker*, alimentando il rischio di una composizione inefficiente del bilancio pubblico e di una eccessiva tendenza al disavanzo.

¹⁰ La detrazione delle spese sanitarie è riconosciuta anche per quelle soggette a rimborso per effetto della sottoscrizione di fondi sanitari o polizze sanitarie: nel primo caso la detraibilità riguarda solo la parte non rimborsata dal fondo; nel secondo caso la detraibilità riguarda anche la spesa rimborsata dall'assicurazione. I premi sulle polizze sanitarie non sono detraibili e sono tassati al 2,5 per cento.

¹¹ Per una stima della spesa fiscale associata alle deduzioni delle contribuzioni ai fondi sanitari integrativi cfr. la relazione finale della Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale, 5 ottobre 2022.

¹² Cfr. [“Audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sugli strumenti di incentivazione fiscale con particolare riferimento ai crediti di imposta”](#), Testimonianza del Capo del Servizio Assistenza e consulenza fiscale della Banca d'Italia Giacomo Ricotti, 21 febbraio 2023

Caratteristiche principali dei nuclei familiari italiani che detengono una polizza sanitaria, 2020 (*)

Status del lavoratore_1	Status del lavoratore_2	Titolo di studio	Area geografica	Quintili di reddito	Quota (in percentuale)	Quota (in percentuale)	Quota (in percentuale)
Occupato dipendente	Operai	Licenza elementare/ licenza media inferiore	Nord Ovest	1	60,7	13,9	38,0
Occupato autonomo	Impiegato	Diploma professionale (3 anni)	Nord Est	2	25,5	8,5	27,2
Non occupato	Dirigente/direttivo	Diploma media superiore Diploma universitario triennale/ laurea (laurea magistrale)/ specializzazione post- laurea	Centro	3	13,8	35,4	24,1
	Imprenditore/libero professionista/ altro autonomo		Sud	4		42,2	5,4
	Pensionato/non occupato		Isole	5			5,3
Totale					100	100	100

(*) Le famiglie che detenevano almeno una polizza assicurativa sanitaria (infortuni e malattie) rappresentavano, nel 2020, il 13 per cento del totale.
Fonte: IBF 2020

