

CAPITOLO 1

Finanziamento del SSN: da 3 a 4 pilastri

La spesa sanitaria si compone di due macro-categorie: spesa pubblica e spesa privata che include la spesa intermediata, da fondi sanitari integrativi (FSI) o da polizze assicurative, e la spesa out-of-pocket, direttamente sostenuta dai cittadini. In linea con queste categorie di spesa il DL 502/92 aveva già individuato tre pilastri per sostenere la sanità nel nostro Paese:

1. Il SSN, basato sui principi di universalità, equità e solidarietà
2. La sanità collettiva integrativa
3. La sanità individuale, attraverso polizze assicurative

Questo modello era basato su tre assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i livelli essenziali di assistenza, la sanità collettiva integrativa copre solo prestazioni non essenziali e ogni cittadino è libero di stipulare polizze assicurative individuali.

Tuttavia, la combinazione di fenomeni occorsi nell'ultimo decennio ha messo fortemente in discussione il modello a tre pilastri, come emerge dalla composizione della spesa sanitaria che nel 2015 ammonta a € 147,295 miliardi. Infatti, il Rapporto sul coordinamento della Finanza Pubblica della Corte dei Conti⁷ certifica € 112,408 miliardi di spesa pubblica e € 34,887 miliardi di spesa privata, di cui € 4,476 miliardi intermediata⁸ (€ 3,574 miliardi da FSI e € 0,902 miliardi da polizze assicurative) e € 30,411 miliardi di spesa out-of-pocket. In altri termini, il 23,7% della spesa sanitaria è privata e di questa oltre l'87% è out-of-pocket, che finisce per rappresentare di fatto un "quarto pilastro" che in termini finanziari è secondo solo alla spesa pubblica (figura 1).

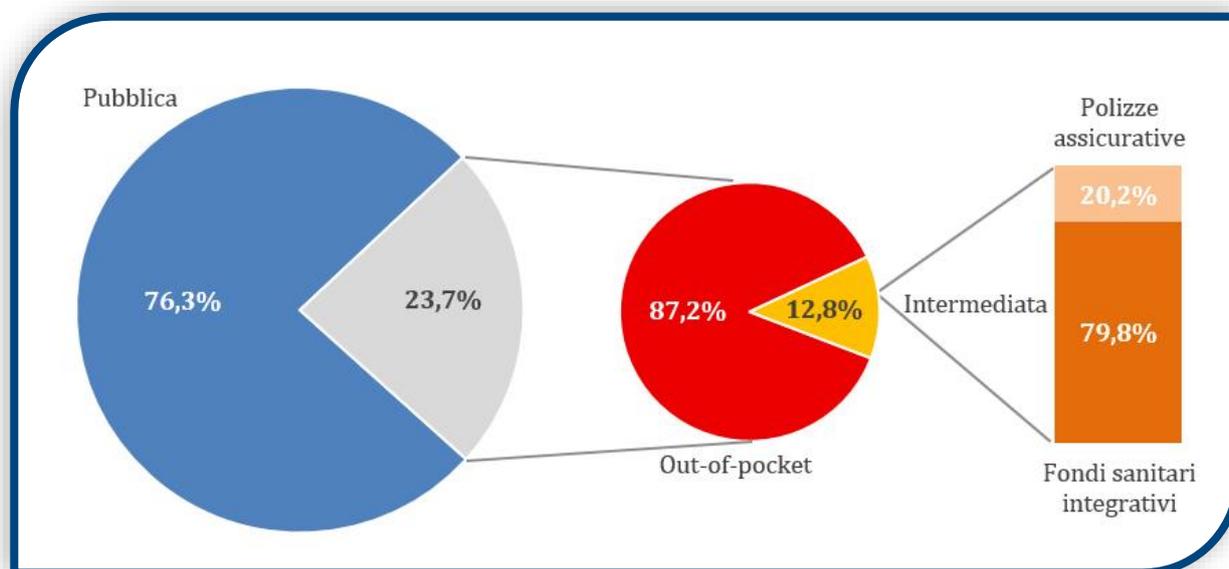


Figura 1. Ripartizione percentuale della spesa sanitaria (anno 2015)

⁷ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

⁸ Vecchietti M. RBM Assicurazione Salute su dati CEIS-CREA Sanità e Previmedical. Welfare Day, Roma 8 giugno 2016.

1.1. Finanziamento pubblico

1.1.1. Legge di bilancio 2017

A dispetto delle pessimistiche previsioni che per il 2017 oscillavano da possibili tagli a 1 solo miliardo di euro di aumento, il 15 ottobre 2016 in occasione della presentazione della Legge di Bilancio 2017 è stato annunciato un aumento del fondo sanitario nazionale di € 2 miliardi⁹, una cifra consistente rispetto agli incrementi irrisori – se non addirittura alle riduzioni – degli anni precedenti. Nonostante la crisi di Governo seguita all’esito della consultazione referendaria, il comma 392 della Legge di Bilancio 2017 ha confermato il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard: € 113 miliardi per il 2017, € 114 per il 2018 e € 115 per il 2019.

Rispetto a tale inatteso incremento del fondo sanitario, tuttavia, le attività di monitoraggio dell’Osservatorio GIMBE hanno documentato che:

- L’incremento di € 2 miliardi rappresenta di fatto un “anticipo di cassa”: infatti, come risulta dalla tabella 1, i € 115 miliardi previsti per il 2018 dall’Intesa Stato-Regioni dell’11 febbraio 2016 sono stati ridotti a € 114 nella Legge di Bilancio 2017, che ha spalmando nel triennio 2017-2019 la cifra concordata nel predetto accordo dalle Regioni per il biennio 2017-2018.

	2017	2018	2019
Intesa Stato-Regioni 11 febbraio 2016	113	115	ND
Legge di Bilancio 2017	113	114	115

Tabella 1. Finanziamento previsto dall’Intesa Stato-Regioni 11 febbraio 2016 vs quello assegnato dalla Legge di Bilancio 2017 (dati in miliardi di euro)

- Il finanziamento pubblico definito dalla Legge di Bilancio 2017 per il triennio 2017-2019 è al lordo del contributo annuale alla finanza pubblica a carico delle Regioni, che nel febbraio 2017 si è concretizzato nel “presunto taglio” di € 422 milioni (box 1).
- Dei € 2 miliardi assegnati alla sanità dalla Legge di Bilancio 2017, al netto del contributo di cui sopra, la quota non vincolata è del tutto irrisoria (figura 2).

⁹ Governo Italiano. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Bilancio 2017. Disponibile a: www.governo.it/sites/governo.it/files/slide-leggebilancio2017.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

Box 1. Fatti e numeri sul presunto “taglio” di 422 milioni di euro

- **Legge di Stabilità 2016.** Il comma 680 prevedeva per Regioni e Province Autonome un contributo alla finanza pubblica pari a € 3.980 milioni per il 2017 e € 5.480 milioni per il 2018 e il 2019, in ambiti di spesa e per importi proposti, nel rispetto dei LEA, da recepire con intesa Stato-Regioni entro il 31 gennaio di ogni anno.
- **Intesa Stato-Regioni dell’11 febbraio 2016.** Il “contributo alla finanza pubblica” viene convertito in “contributo del Servizio Sanitario Nazionale alla complessiva manovra a carico delle Regioni”, definita dalla Legge di Stabilità 2016. In altre parole, se questa rimandava al 31 gennaio di ogni anno la proposta delle Regioni sul contributo alla finanza pubblica, lasciando margini di recupero di risorse per la sanità, l’Intesa dell’11 febbraio 2016 ha sancito che il contributo per gli anni 2017-2019 graverà quasi tutto sulle spalle della sanità (€ 3.500 milioni per il 2017 e € 5.000 milioni per il 2018 e 2019). Pertanto, le Regioni vengono assolve dal compito di presentare proposte e il Governo da quello di valutarle e la definizione del riparto del contributo residuo (€480 milioni/anno per un totale di € 1.440 nel triennio 2017-2019) viene rinviato a successive intese Stato-Regioni da definire annualmente entro il 31 gennaio.
- **Legge di Bilancio 2017.** Definisce al comma 392 il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard: € 113 miliardi per il 2017, € 114 per il 2018 e € 115 per il 2019. Il comma 394 precisava che, se entro il 31 gennaio 2017 le Regioni a statuto speciale non avessero sottoscritto specifico accordo con lo Stato, sarebbe scattato il recupero delle somme stabilite a valere sul fondo sanitario nazionale, corrispondenti per il 2017 a € 480 milioni.
- **Ricorsi.** Quasi tutte le Regioni a statuto speciale hanno fatto ricorso alla Consulta, ritenendo di non dovere versare alcun contributo perché la sanità è già direttamente a loro carico: in particolare, il ricorso alla Legge di Stabilità 2016 ha permesso a Valle d’Aosta, Sicilia, Sardegna e Friuli-Venezia Giulia di sfilarsi dal contributo alla finanza pubblica. Con le stesse motivazioni, queste ultime due Regioni hanno già presentato ricorso alla Consulta contro la Legge di Bilancio 2017.

In sintesi:

- Il presunto “taglio” di € 422 milioni consegue all’applicazione di quanto previsto dall’intesa dell’11 febbraio 2016, con cui le Regioni a statuto ordinario avevano accettato di farsi carico del contributo residuo in caso di mancato raggiungimento dell’accordo con quelle a statuto speciale.
- Il contributo ammonta a € 422 milioni (invece di € 480) perché la Regione Trentino AA e le PA di Trento e Bolzano hanno definito con il Patto di Garanzia (L. 190/2014 c. 408) il concorso agli obiettivi di finanza pubblica.
- Il contributo alla finanza pubblica da parte delle Regioni a statuto speciale riguarda anche il 2018 e il 2019 e – se i meccanismi che consentono alle Regioni a statuto speciale di sfilarsi dal contributo alla finanza pubblica rimarranno invariati – il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard (€ 114 miliardi per il 2018 e € 115 per il 2019) già previsto dalla Legge di Bilancio 2017 sarà decurtato di tale somma.

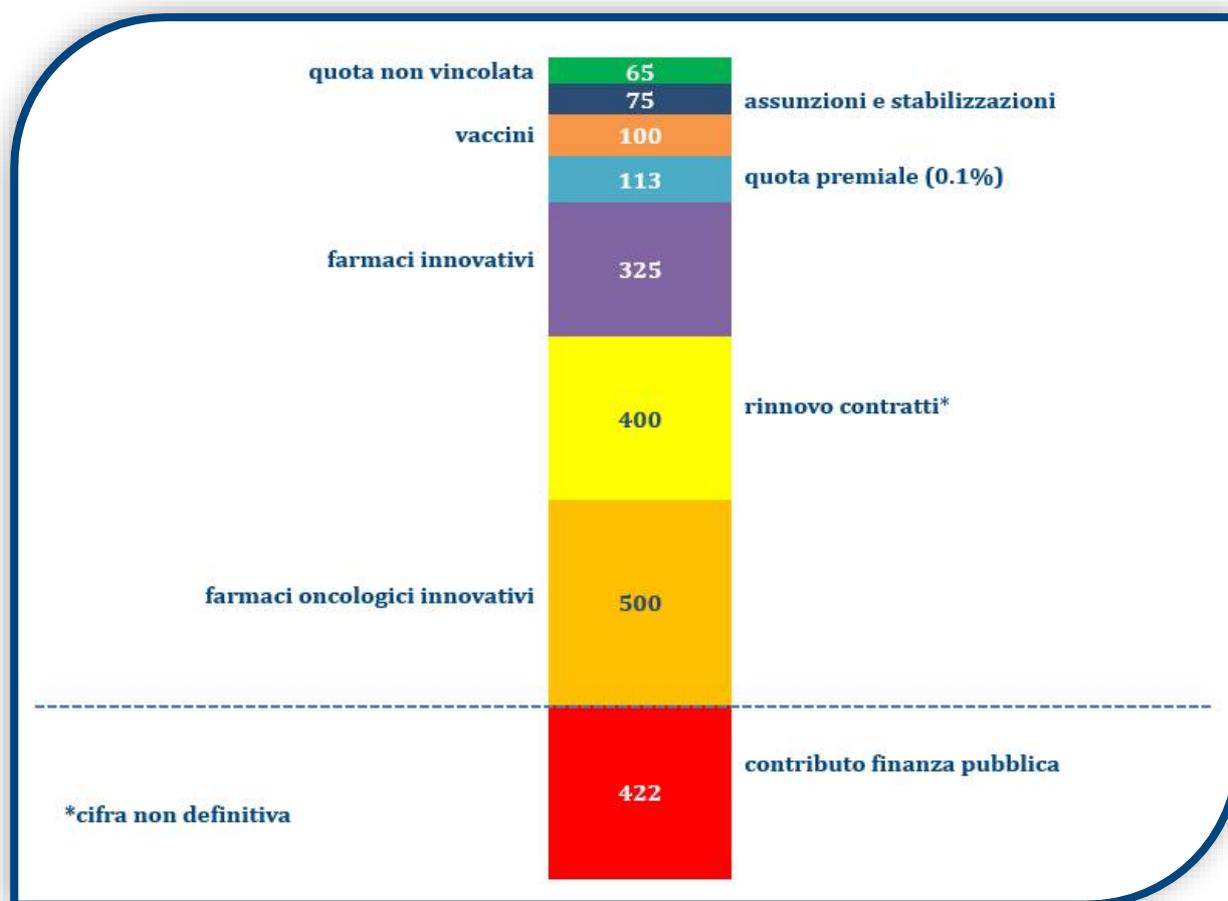


Figura 2. Destinazione dei € 2 miliardi assegnati alla sanità dalla Legge di Bilancio 2017 (dati in milioni di euro)

1.1.2. Documento di Economia e Finanza 2017

L'11 aprile 2017 il Consiglio dei Ministri ha deliberato il Documento di Economia e Finanza (DEF) 2017, secondo il quale nel triennio 2018-2020 il PIL nominale dovrebbe crescere in media del 2,9%/anno e l'incremento della spesa sanitaria attestarsi su un tasso medio annuo dell'1,3%. In termini finanziari per la sanità pubblica significherebbe passare dai € 114,138 miliardi stimati per il 2017 a € 115,068 miliardi nel 2018, a € 116,105 nel 2019 e € 118,570 nel 2020.

Se le stime del DEF 2017 su aumento del PIL e spesa sanitaria sono corrette, la chiave di lettura è una sola: crescendo meno del PIL nominale, la spesa sanitaria non coprirà nemmeno l'aumento dei prezzi. In altre parole, nel prossimo triennio la sanità pubblica potrà disporre delle stesse risorse in termini di potere di acquisto solo se la ripresa economica del Paese sarà in linea con previsioni più che ottimistiche, visto che la crescita stimata del PIL è del 2,2% nel 2017 e del 2,9% nel 2018 e nel 2019; se così non fosse, ulteriori tagli alla sanità pubblica saranno inevitabili.

Il dato più preoccupante per la salute delle persone, tuttavia, è che secondo il DEF 2017 il rapporto tra spesa sanitaria e PIL diminuirà dal 6,7% del 2017 al 6,5% nel 2018, per poi precipitare al 6,4% nel 2019, per la prima volta al di sotto della soglia di allarme fissata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui sotto il 6,5%, oltre la qualità dell'assistenza e l'accesso alle cure, si riduce anche

l'aspettativa di vita delle persone, fenomeno che nel frattempo è stato documentato per la prima volta dal Rapporto OsservaSalute 2015¹⁰ e dal Rapporto Istat 2016¹¹.

Le speculari risoluzioni di Camera e Senato sul DEF 2017 impegnano il Governo, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, a garantire l'universalità e l'equità del SSN rafforzandone ulteriormente l'efficienza e la qualità delle prestazioni, anche prevedendo interventi volti ad allineare progressivamente la spesa italiana in rapporto al PIL a quella media europea: tuttavia le dichiarazioni delle Camere hanno in questo caso un valore meramente politico, lasciando il Governo libero di agire come vuole.

In ogni caso, è bene ricordare che le stime del DEF sulla spesa sanitaria sono spesso illusorie, perché negli ultimi anni la sanità ha puntualmente ricevuto molto meno del previsto: clamoroso l'esempio del 2016, quando i € 117,6 miliardi stimati dal DEF 2013 si sono ridotti a € 116,1 con il DEF 2014, quindi a € 113,4 con il DEF 2015, per arrivare con la Legge di Stabilità 2016 a un finanziamento reale di € 111 miliardi, comprensivi di € 800 milioni da destinare ai nuovi LEA (figura 3).

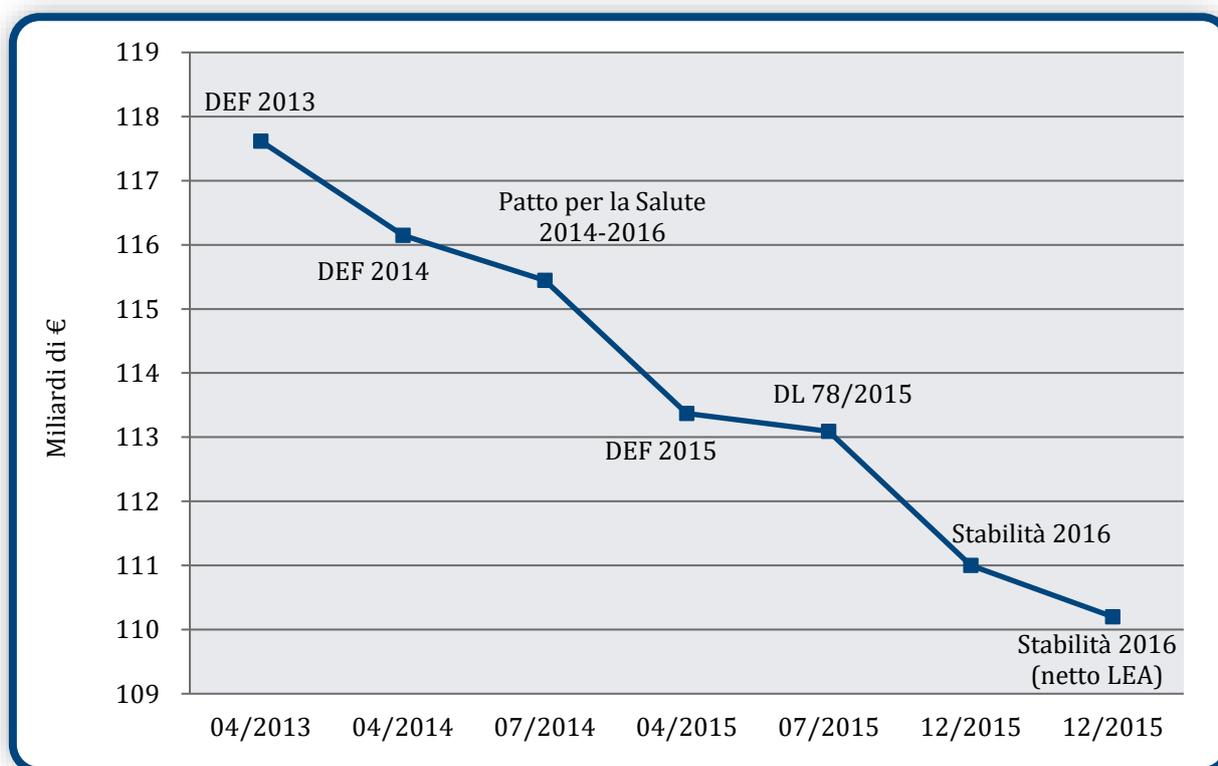


Figura 3. Finanziamento pubblico del SSN: anno 2016 (elaborazione GIMBE da¹²)

¹⁰ Rapporto OsservaSalute 2015. Disponibile a: www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2015/15. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

¹¹ Istat. Rapporto annuale 2016 - La situazione del Paese. Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/185497. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

¹² Corte dei Conti. Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 22 marzo 2016, p. 293. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2016/rapporto_coordinamento_finanza_pubblica_2016.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

1.1.3. Addizionali regionali IRPEF

Per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari, in sede di verifica annuale, il mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta “l’incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell’aliquota dell’IRAP e di 0,30 punti percentuali dell’addizionale all’IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti”¹³. Come chiarito dal Ministero dell’Economia e delle Finanze, lo status del Piano di rientro aggrava dunque la pressione fiscale su tutti i cittadini residenti, indipendentemente dallo scaglione di reddito¹⁴.

L’analisi effettuata dall’Osservatorio GIMBE sulle addizionali regionali IRPEF¹⁵ dimostra che, dopo la riforma del Titolo V del 2001, la media nazionale si è mantenuta relativamente stabile negli anni 2001-2009, con due flessioni nel 2005 e soprattutto nel 2009. Negli anni 2010-2011 si evidenzia la concomitante impennata delle aliquote minime e di quelle massime; successivamente, le aliquote minime si stabilizzano, mentre quelle massime aumentano ampliando la forbice sino al 2015 (figura 4).

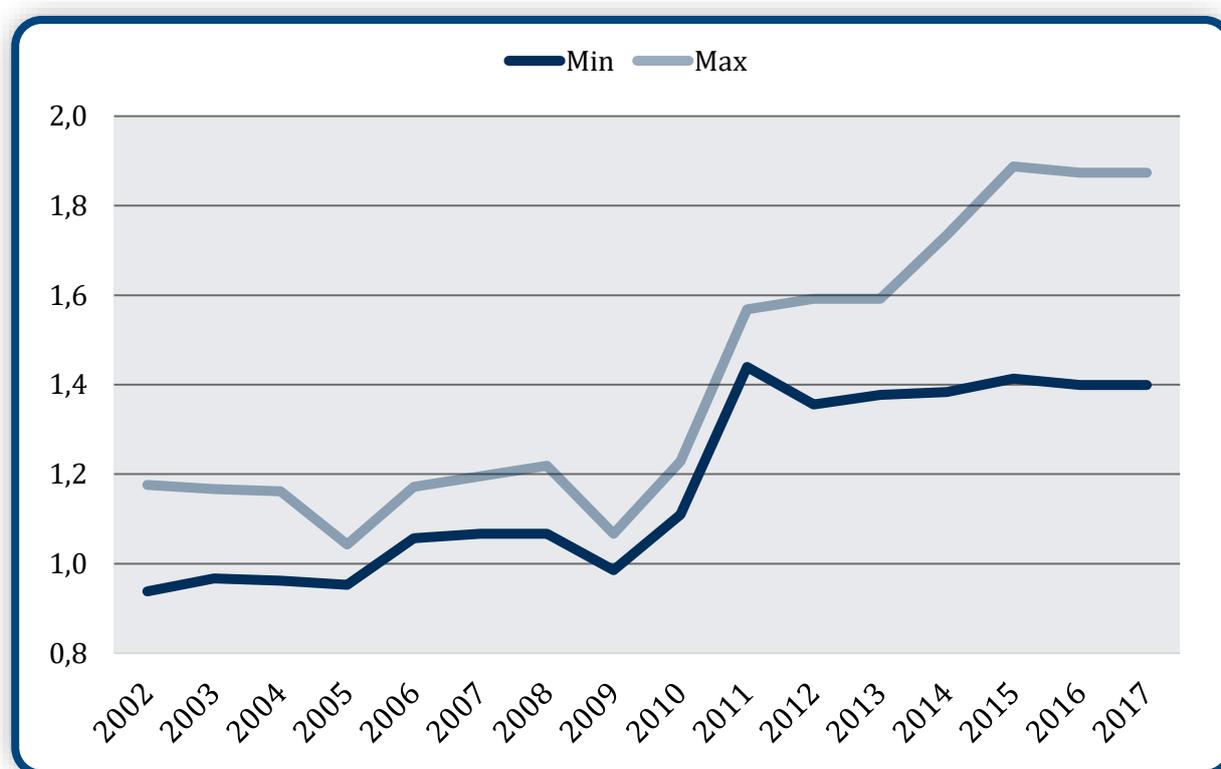


Figura 4. Media nazionale percentuali addizionali IRPEF: trend 2002-2017

Considerato che l’incremento delle aliquote non è limitato alle Regioni in Piano di rientro, il trend attesta inequivocabilmente la necessità delle politiche fiscali regionali di attingere a risorse aggiuntive, in

¹³ Art. 2, comma 86, Legge 23 dicembre 2009, n. 191.

¹⁴ Addizionale regionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche. Applicazione degli automatismi fiscali. Art. 6, comma 7, del D.lgs. 6 maggio 2011, n. 68. Ministero dell’Economia e delle Finanze: Roma, 15 giugno 2015. Prot. 19932. Disponibile a: www.ipsoa.it/~media/Quotidiano/2015/06/16/Addizionale-regionale-IRPEF--maggiorazione-dello-0-30--per-deficit-sanitario-senza-esenzioni/MEFris5_2015%20pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

¹⁵ Disponibile a: www.agenziaentrate.gov.it/wps/content/Nsilib/Nsi/Strumenti/Modelli/ModulisticaAP/Modelli+di+dichiarazione. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

particolare dalle fasce di reddito medio-alte, in un periodo caratterizzato dalla riduzione del finanziamento del SSN.

1.2. Spesa privata

Il progressivo definanziamento pubblico ha generato un aumento della spesa privata: secondo i dati riportati dalla Corte dei Conti la spesa per servizi sanitari e le spese per la salute sostenute dai cittadini nel 2015 hanno sfiorato € 35 miliardi¹⁶, per una spesa privata pro-capite di circa € 574, con notevoli differenze sia tra le varie Regioni (figura 5), sia tra le diverse aree del Paese (dai € 724 del nord-ovest ai € 397 del sud, passando per i € 564 del centro).

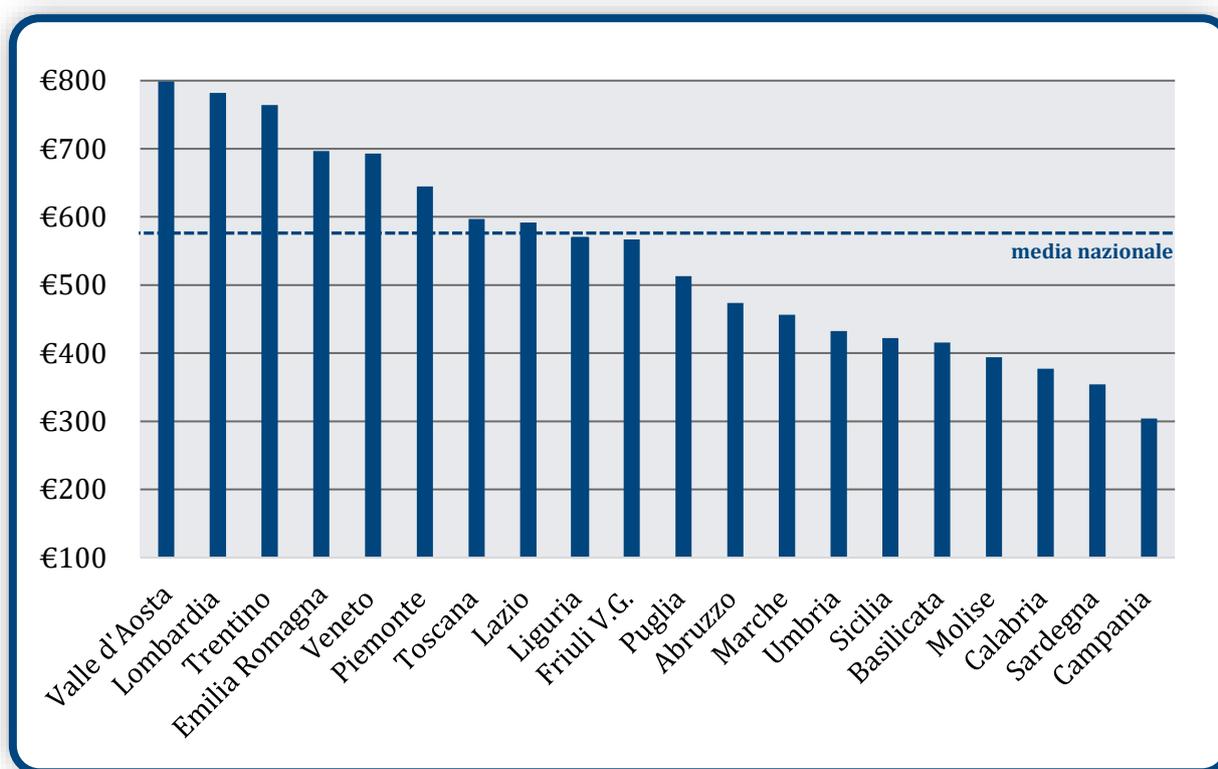


Figura 5. Spesa privata pro-capite, anno 2015

Inoltre, a partire dalle indagini ISTAT sui consumi delle famiglie, la Corte dei Conti ha documentato un quadro molto articolato nella composizione della spesa privata. A livello nazionale il 51,8% è destinato ad acquisto di medicinali, prodotti farmaceutici e attrezzature/apparecchiature medicali, il 47,4% a servizi ambulatoriali e solo lo 0,8% a servizi ospedalieri (figura 6). Scendendo più nel dettaglio, i prodotti farmaceutici assorbono il 39,1% della spesa privata, i servizi odontoiatrici il 25,3%, i servizi medici il 13,3% e poco meno del 10% è destinato ad attrezzature e apparecchi terapeutici.

¹⁶ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

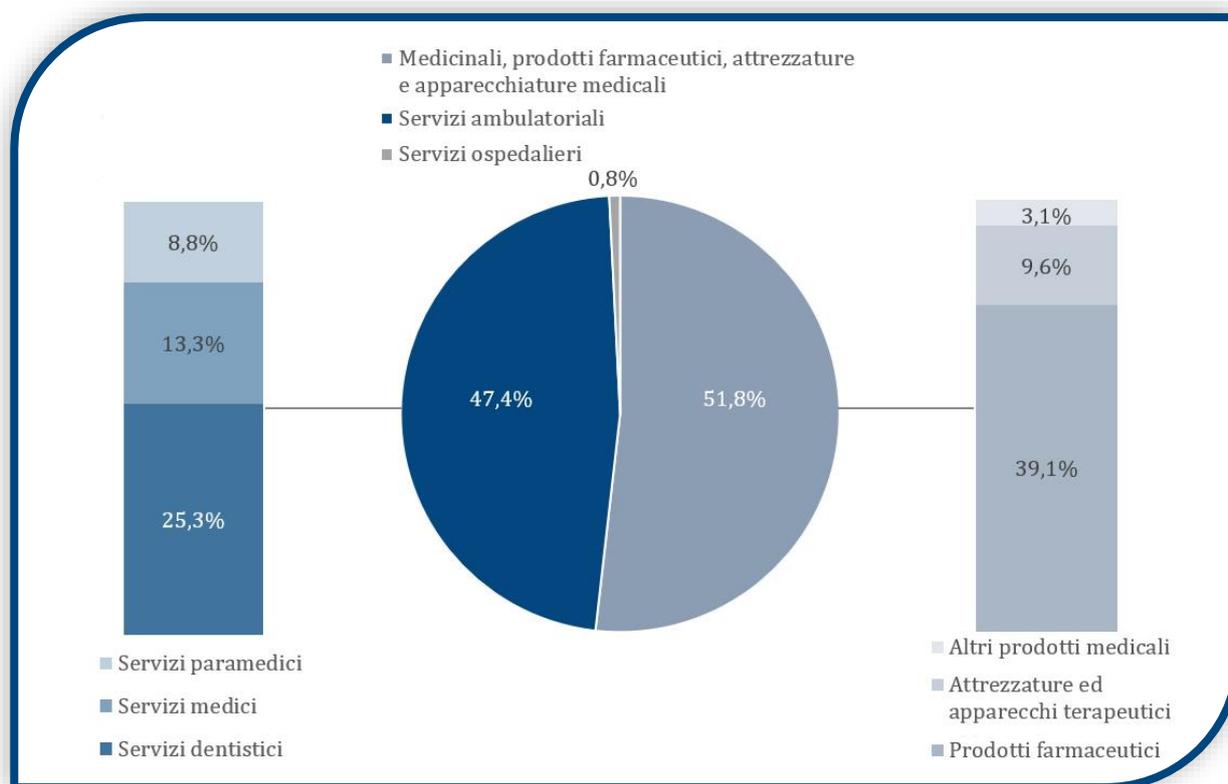


Figura 6. Composizione della spesa privata 2015

1.2.1. Spesa intermediata

Identificare con precisione l'entità della spesa privata intermediata non è affatto semplice perché dalla stima dei consumi sanitari delle famiglie (dato ISTAT) non sono scorporabili le spese sanitarie successivamente rimborsate da FSI e polizze assicurative. Infatti, si tratta di una spesa che avviene al di fuori degli accordi di convenzionamento diretto fondi-erogatori e che viene rimborsata successivamente su presentazione della fattura. Inoltre, la stima della spesa intermediata può avvenire, alternativamente, sul versante dei premi incassati o su quello dei rimborsi erogati a famiglie o strutture erogatrici¹⁷. La stessa Corte dei Conti, nel riportare i dati relativi alla spesa privata, precisa che «non è possibile nettare tale spesa dai rimborsi previsti nel caso di coperture indirette, né considerare la spesa per polizze assicurative individuali»¹⁸.

Considerato che la spesa intermediata può essere calcolata in modo diretto solo attraverso le fonti amministrative di FSI e assicurazioni, il Rapporto GIMBE si basa sui dati resi disponibili dagli operatori del settore: per il 2015 la spesa intermediata complessiva ammonta a circa € 4,45 miliardi con una copertura di oltre 11 milioni di persone, con un netto aumento di entrambe le variabili negli ultimi cinque anni¹⁹. In altri termini, FSI e polizze assicurative intermediano il 12,8% della spesa sanitaria privata: per il 10,2% di tratta di FSI, e per il 2,6% di polizze assicurative individuali.

¹⁷ Del Vecchio M, Mallarini E, Rappini V. Rapporto OCPS 2015: Osservatorio sui consumi privati in sanità. EGEE, luglio 2015.

¹⁸ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017, pag. 356. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

¹⁹ Vecchietti M. RBM Assicurazione Salute su dati CEIS-CREA Sanità e Previmedical. Welfare Day, Roma 8 giugno 2016.

Preme precisare che nel linguaggio comune il termine “sanità integrativa” viene spesso utilizzato impropriamente per riferirsi all’intera spesa intermediata, nonostante le notevoli differenze che esistono tra FSI (secondo pilastro) e polizze assicurative (terzo pilastro) (tabella 2).

	Fondi sanitari integrativi	Polizze assicurative
Scopo di lucro	NO	SÌ
Rapporto con l’assistito	Statuto/Regolamento	Contratto
Costi	Contributo fisso	Premio variabile in relazione a diversi elementi
Selezione dei rischi	NO	SÌ
Copertura malattie pregresse	SÌ	NO
Possibilità di recesso	NO	SÌ
Agevolazioni fiscali	Deducibilità contributi sino a € 3.615,20 Detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico	Detrazione delle spese sanitarie rimborsate per effetto di polizze il cui premio non dà diritto a detrazione

Tabella 2. Differenze tra fondi sanitari integrativi e polizze assicurative

Fondi sanitari integrativi. La disciplina dei FSI, introdotta dalla L. 833 del 1978, viene definita dal DL 502/92 che assegna loro il ruolo di “secondo pilastro” dell’assistenza sanitaria. Successivamente, il DL 229/1999 delinea le caratteristiche di questi fondi, finalizzati a preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica ma, al tempo stesso, a incoraggiare la copertura di quei servizi che – in tutto o in parte – non rientrano nei LEA²⁰.

I FSI sono dunque forme mutualistiche che si distinguono dalle polizze assicurative per l’assenza di criteri di “selezione all’entrata”, di discriminazione del contributo in ragione dell’età o di altri fattori, di concorrenza con le prestazioni a carico del SSN. Inoltre, i FSI godono di specifiche agevolazioni fiscali: deducibilità dei contributi sino a € 3.615,20 e detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico (tabella 2).

Due decreti ministeriali del 2008²¹ e del 2009²² hanno delineato il quadro attuale dei FSI, ribadendone il compito di favorire l’erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle che il finanziamento pubblico dovrebbe assicurare con i LEA. Nel 2009 è stata istituita presso il Ministero della Salute l’anagrafe dei FSI, alla quale possono iscriversi:

- FSI del SSN (“fondi doc”), istituiti o adeguati ai sensi dell’art. 9 del DL 502/92 e successive modificazioni;

²⁰ Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Art. 9 del Dlgs 502 del 1992 integrato con le successive modifiche del Dlgs 517 del 1993 e del Dlgs 229 del 1999.

²¹ Decreto 31 marzo 2008 “Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali”.

²² Decreto 27 ottobre 2009 “Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale”.

- enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale (“fondi non doc”), di cui all’art. 51 comma 2, lettera a) del DPR 917/1986.

Considerato che l’anagrafe dei FSI non è consultabile pubblicamente dal sito web del Ministero della Salute²³, le informazioni disponibili provengono per lo più da presentazioni in convegni e audizioni parlamentari. In particolare, per l’anno 2016 i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF) – presentati in occasione di un recente meeting²⁴ – attestano l’esistenza di 305 fondi sanitari registrati. Dalla tabella 3, che riporta i dati relativi all’anno fiscale 2015, emerge che i “fondi doc” rappresentano un’esiguità (8 con poco più di 9.000 iscritti) rispetto a quelli “non doc” (297 con oltre 9,4 milioni di iscritti). Entrambi rappresentano un “pilastro” specifico per l’assistenza odontoiatrica: i fondi “doc” sono di fatto interamente destinati a questa tipologia di prestazioni, mentre i “non doc” per oltre il 70%.

	8 Fondi “doc”	297 Fondi “non doc”
Totale iscritti	9.156	9.145.336
Lavoratori dipendenti	4.930 (53,8%)	6.418.532 (70,2%)
Lavoratori non dipendenti	169 (1,8%)	535.724 (5,9%)
Familiari lavoratori dipendenti	4.048 (44,2%)	1.858.158 (20,3%)
Familiari lavoratori non dipendenti	9 (0,1%)	332.922 (3,6%)

Tabella 3. Copertura FSI anno fiscale 2015

Grazie al crescente inserimento dei FSI nei rinnovi contrattuali aziendali, i dati del Ministero documentano sia un aumento del numero di fondi (da 255 del 2011 a 305 del 2016), sia soprattutto del numero degli iscritti: dai 6.914.184 nel 2013 ai 9.154.492 del 2015 (+2.240.308). Sebbene questo dato possa essere interpretato come un segnale di maggiore equità, in assenza di una governance nazionale della sanità integrativa il Sud rimane escluso dallo sviluppo del secondo pilastro, rendendo sempre meno sostenibile l’assistenza sanitaria: infatti, se la spesa intermediata rappresenta il 13,4% della spesa privata nel Nord (17,3% nel Nord Ovest e 8,0% nel Nord Est) e il 10,7% nel Centro, nel Sud e Isole raggiunge appena il 3,3%²⁵.

Infine, è rilevante sottolineare che nonostante la loro natura no-profit, oltre il 40% dei FSI eroga le prestazioni attraverso una convenzione con una compagnia assicurativa, determinando una anomala, seppur legittima, “contaminazione” del secondo pilastro.

²³ Ministero della Salute. Anagrafe fondi sanitari integrativi. Disponibile a:

www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_8_0.jsp?label=servizionline&idMat=FS&idAmb=AFSI&idSrv=01&flag=P. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

²⁴ Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Aggiornamenti dell’anagrafe dei fondi sanitari del Ministero della Salute. In: Itinerari Previdenziali. Annual meeting sul welfare integrato. Abano Terme, 10-12 novembre 2016. Disponibile a: www.itinerariprevidenziali.it/site/home/eventi/2016/annual-meeting-welfare-integrato/atti-i-e-ii-sessione-11-novembre/documento32040828.html. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

²⁵ 12° Rapporto Crea Sanità. Disponibile a: www.creasanita.it/12volume_dwn/dwn_fild/12_Rapporto_Sanit_2016_finale.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017

Polizze assicurative. Dai dati riportati dall'ultimo position paper dell'Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA)²⁶, circa 1,5 milioni di famiglie italiane sono coperte da una polizza malattia (rami danni), che rimborsa le spese sanitarie sostenute dall'assicurato e/o dai suoi familiari o sostiene direttamente i costi legati all'erogazione di una prestazione medica presso strutture convenzionate con la compagnia assicurativa; a questo numero vanno aggiunti circa 3 milioni di persone che aderiscono a fondi integrativi convenzionati con un'assicurazione privata. L'ANIA riporta che nel 2015 sono stati raccolti premi assicurativi relativi al ramo malattie per oltre € 2,1 miliardi, a cui si aggiungono premi per € 74 milioni, classificati nel comparto del ramo vita che copre i rischi di perdita di autosufficienza²⁷. Le polizze assicurative non godono degli stessi benefici fiscali dei fondi integrativi: in particolare, oltre al fatto che i premi non sono detraibili dal reddito imponibile, sono anche assoggettati all'imposta del 2,5%. Solo i premi dei contratti di copertura della *Long Term Care* (LTC) beneficiano della detrazione d'imposta del 19% fino a un importo annuo di € 1.291,14.

1.2.2. Spesa out-of-pocket

Dal 2005 al 2015 la spesa sanitaria privata in Italia è aumentata di oltre € 10 miliardi passando da € 25 a quasi € 35 miliardi, di cui oltre 87% out-of-pocket che nel 2015 ammonta a oltre € 500 pro-capite, una cifra assoluta superiore alla media OCSE e a numerosi paesi europei (figura 7).

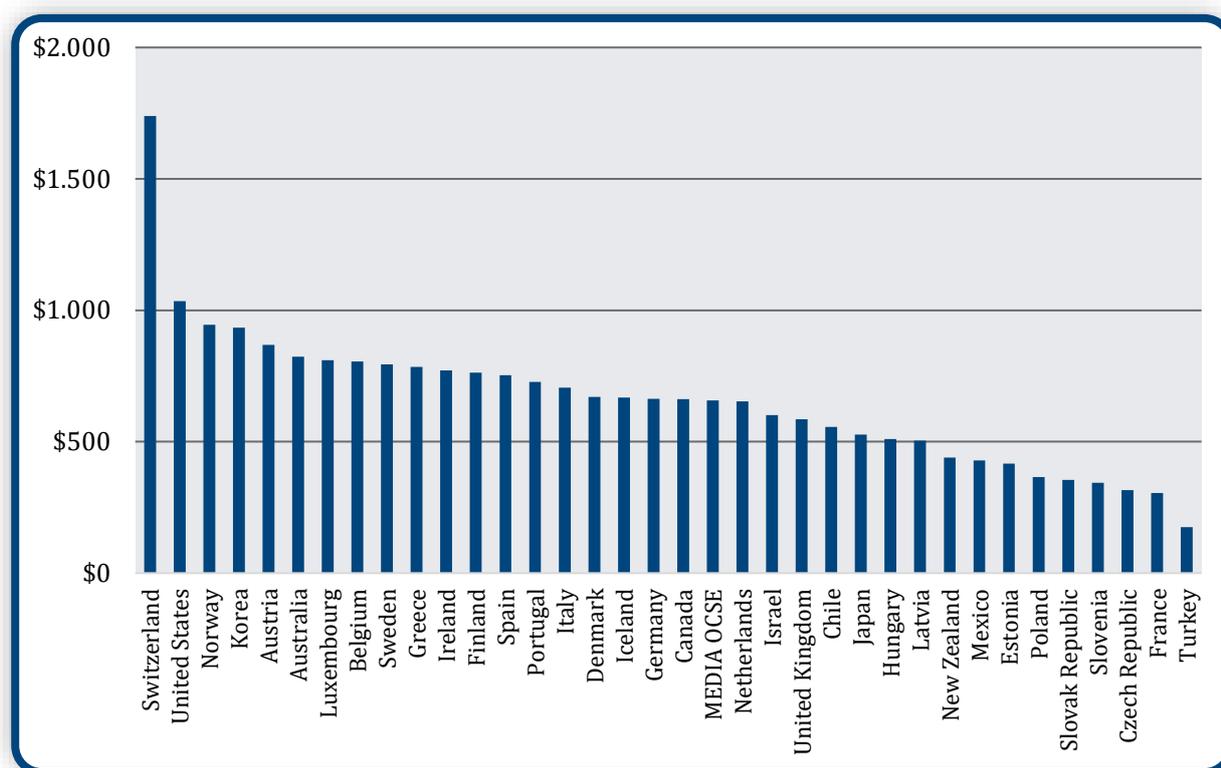


Figura 7. Spesa out-of-pocket nei paesi OCSE, anno 2015

²⁶ Fondi sanitari, la necessità di un riordino. Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA). Maggio 2015. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Fondi-sanitari-La-necessita-di-un-riordino-Position-Paper-23.06.2015.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

²⁷ ANIA: assicurazioni, nel 2015 cresce la raccolta premi vita (+4%) e cala la RC auto (-6,5%). Roma, 17 marzo 2016. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/sala-stampa/comunicati-stampa/2016/ANIA-Assicurazioni.-Nel-2015-cresce-la-raccolta-Premi-Vita-e-diminuisce-la-RC-Auto.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

Se tale incremento è un dato di fatto incontestabile, occorre sottolineare che la fonte dei dati della spesa privata (consumi ISTAT) non permette di confermare che la spesa out-of-pocket sia destinata interamente a fronteggiare le minori tutele pubbliche conseguenti al definanziamento. Infatti, bisognerebbe dimostrare che tale spesa viene realmente utilizzata per servizi e prestazioni dall'elevato *value*, efficaci e appropriate per migliorare lo stato di salute della popolazione. Nell'impossibilità di effettuare analisi dettagliate, è possibile comunque fare alcune assunzioni generali ripartendo dalla composizione della spesa privata (figura 6). Innanzitutto, una quota rilevante (circa il 25%) è destinata all'assistenza odontoiatrica, prestazione extra-LEA che rappresenta la principale copertura dei FSI; in secondo luogo, la quota destinata ai servizi ospedalieri è di fatto irrisoria (meno dell'1%); inoltre, è lecito stimare che almeno il 30% dei servizi medici e paramedici (specialistica ambulatoriale, test diagnostici, etc.) che valgono oltre € 7 miliardi siano inappropriati, analogamente a quelli pagati con la spesa pubblica; ancora, oltre € 1 miliardo è sborsato dai cittadini per acquistare il farmaco brand al posto dell'equivalente; infine, oltre il 50% della spesa privata è destinata a farmaci, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchi terapeutici, un calderone di oltre € 18 miliardi, di cui € 13,2 possono essere ulteriormente analizzati grazie al report annuale di Federfarma²⁸. La tabella 4 riporta i dati relativi al 2015, di cui ovviamente i € 12,013 miliardi relativi ai farmaci di classe A sono rimborsati dal SSN e € 2,012 relativi ai prodotti di igiene e bellezza sono stati esclusi.

Mercato	Valore prezzo pubblico
Farmaci non rimborsabili (Classe C)	€ 3.036,04
Farmaci di autocura	€ 2.318,59
Farmaci automedicazione	€ 1.708,64
Farmaci SOP	€ 609,95
PMC + altri notificati	€ 3.194,92
PMC	€ 6,61
Prodotti omeopatici	€ 252,20
Prodotti uso erboristico	€ 172,13
Altri (integratori)	€ 2.733,98
Nutrizionale	€ 408,04
Dietetici infanzia	€ 136,34
Dimagranti	€ 14,74
Altri nutrizionali	€ 256,96
Parafarmaceutico	€ 2.289,63

PMC= presidi medico chirurgici; SOP= senza obbligo di prescrizione

Tabella 4. Segmentazione del mercato farmaceutico italiano 2015

²⁸ Federfarma. La spesa farmaceutica nel 2015. Analisi dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale. Disponibile a: www.federfarma.it/Documenti/spesa/2015/Spesa2015.aspx. Ultimo accesso: 31 maggio 2017

Accanto a spese sostenute dai cittadini per prodotti indispensabili (apparecchi per aerosol, sfigmomanometri, farmaci di fascia C di provata efficacia, latte artificiale per le donne impossibilitate ad allattare, acido folico in gravidanza, etc), dunque, troviamo ben € 252 milioni di prodotti omeopatici, € 172 di prodotti di erboristeria, € 2,25 miliardi di integratori alimentari e numerosi altri prodotti dal *value* assolutamente discutibile che alimentano la spesa out-of-pocket, ma hanno un impatto minimo o nullo sulla salute delle persone. In tal senso, anche la distribuzione della spesa privata tra le diverse aree del Paese (oltre € 700 nel Nord-Ovest vs € 400 nel Sud) può essere letta come un indice di benessere economico che porta i cittadini ad acquistare prodotti assolutamente futili, condizionati da consumismo, pseudo-diagnosi e preferenze, ma non sostenute da alcuna base scientifica (es. prodotti senza glutine in soggetti non celiaci, prodotti a proteici per soggetti senza insufficienza renale cronica, latte artificiale per le donne che scelgono deliberatamente di non allattare, etc.).

Un'ulteriore conferma del rilievo crescente delle spese sanitarie a carico delle famiglie deriva dai dati desunti dalle dichiarazioni dei redditi: infatti, il testo unico sui redditi delle persone fisiche prevede una detrazione del 19% per le spese sanitarie relative alle spese mediche e di assistenza specifica, a quelle chirurgiche, per prestazioni specialistiche e per protesi dentarie e sanitarie in genere. Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti gli importi indicati nel 2015 ammontano a € 16.705.249, una cifra che ha generato mancati introiti IRPEF per € 3,174 miliardi, parte dei quali sono relative a prestazioni sanitarie assolutamente futili (una per tutte l'omeopatia), generando ulteriore spreco di denaro pubblico.

Ticket. Della spesa out-of-pocket 2015 quasi il 10% proviene dalle compartecipazioni dei cittadini per farmaci e prestazioni sanitarie. Nonostante l'impopolarità dei ticket e il costante aumento della spesa out-of-pocket su una popolazione fortemente impoverita, tutte le Regioni prevedono sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria, con un'autonomia che negli ha generato una vera e propria "giungla dei ticket". Infatti, come documentato dall'Agenas nel 2015²⁹, le differenze regionali sui ticket riguardano sia le prestazioni su cui vengono applicati (farmaci, prestazioni ambulatoriali e specialistiche, pronto soccorso, etc.), sia gli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, sia le regole utilizzate per definire le esenzioni.

Secondo i dati riportati dalla Corte dei Conti, nel 2016 i ticket hanno prodotto un gettito per le casse regionali di € 2.885,5 miliardi. Rispetto al 2015 i dati documentano un incremento medio della compartecipazione alla spesa per i farmaci del 1,1% e una riduzione media del 4,1% sulle prestazioni che raggiunge il 6,2% nelle Regioni in Piano di rientro (figura 8).

²⁹ La compartecipazione alla spesa nelle Regioni: sintesi della normativa vigente al 1 maggio 2015. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile a: www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/normativa_ticket_regioni_2015.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

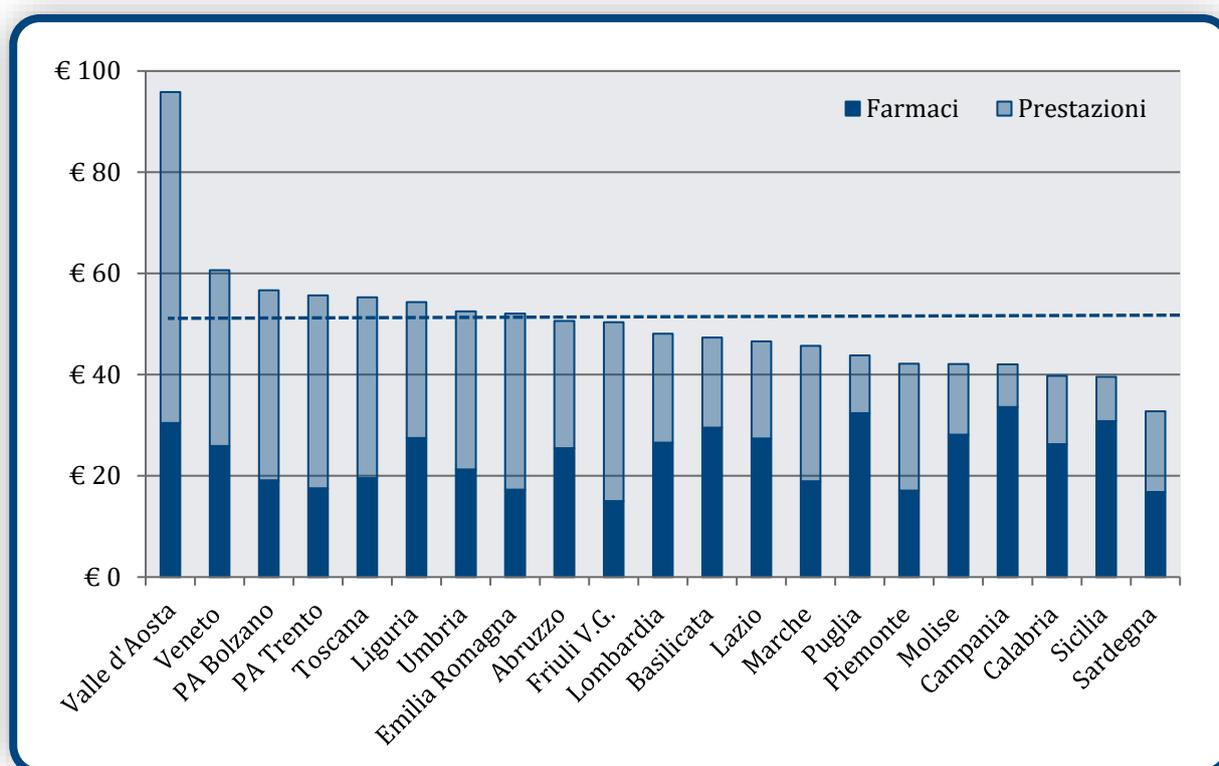


Figura 8. Compartecipazione alla spesa sanitaria: spesa pro-capite 2016

Al fine di uniformare le differenze regionali, l'articolo 8 del Patto per la Salute 2014-2016 aveva previsto la "Revisione disciplina partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni", tenendo conto della condizione economica dell'assistito o del nucleo di appartenenza. L'obiettivo era quello di evitare che "la compartecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi ed alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità ed universalismo", garantendo contemporaneamente un gettito finanziario adeguato per le Regioni all'insegna di una unitarietà del sistema, ed evitando che ticket troppo elevati, in particolare per la specialistica, favoriscano lo spostamento verso strutture private.

Nonostante la scadenza fissata dal Patto per la Salute al 30 novembre 2014, la revisione del sistema di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni non ha ricevuto alcuna attenzione politica sino al 5 aprile 2017 quando, dopo quasi tre anni di silenzio, il confronto Governo-Regioni è ripartito con l'obiettivo di pervenire entro l'estate ad una proposta condivisa. Al di là di strumentalizzazioni politiche dal sapore pre-elettorale e dalle prime ipotesi avanzate (abolizione del superticket - che vale circa € 900 milioni - e introduzione di un ticket sui codici verdi in pronto soccorso), la sfida reale è rivedere il meccanismo della compartecipazione alla spesa secondo principi di equità, solidarietà e universalismo senza ridurre il gettito finanziario di quasi € 3 miliardi/anno a cui le Regioni non intendono rinunciare.