

**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**

**Audizione dell'Istituto Nazionale di Statistica**

**Dott.ssa Cristina Freguja**

**Direttrice della Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare**

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

**Roma, 8 marzo 2023**



## Indice

<b>Introduzione</b>	<b>5</b>
<b>1. La spesa sanitaria pubblica e privata nel Sistema dei Conti della Sanità</b>	<b>6</b>
<b>2. La rinuncia alle prestazioni sanitarie e il ricorso all'“out of pocket”</b>	<b>8</b>
<b>3. Una stima dei contributi per l'assistenza sanitaria pagati dal datore di lavoro</b>	<b>10</b>



## Introduzione

In questa audizione verranno forniti alcuni elementi conoscitivi in tema di assistenza sanitaria nell'ambito dell'Indagine conoscitiva in discussione.

Sarà dapprima proposta una breve analisi dell'andamento recente della spesa sanitaria per tipologia di finanziamento, sulla base delle informazioni contenute nel "Sistema dei Conti della Sanità". Al fine di evidenziare l'esistenza di una domanda sanitaria inevasa – rilevata attraverso la rinuncia dei cittadini a prestazioni sanitarie ritenute necessarie – e il maggior ricorso all'"*out of pocket*", verranno poi presentati i dati, relativi all'anno 2022, tratti dall'Indagine "Aspetti della vita quotidiana". Si presenterà, infine, un approfondimento sui contributi per l'assistenza sanitaria pagati dai datori di lavoro ai propri dipendenti, reso possibile grazie alle informazioni amministrative raccolte ed elaborate nell'"Indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie"; l'analisi cattura un segmento del collettivo delle polizze assicurative, quelle che rientrano nel welfare aziendale.

Le nuove previsioni sul futuro demografico del Paese<sup>1</sup>, aggiornate al 2021 e diffuse lo scorso settembre, hanno ribadito l'entità del processo di invecchiamento della popolazione, con la potenziale amplificazione degli squilibri strutturali già oggi evidenti; l'impatto di tale scenario sulle politiche di protezione sociale sarà rilevante, dovendo fronteggiare i fabbisogni di una quota crescente di anziani (il rapporto tra individui in età lavorativa – 15-64 anni – e non – 0-14 e 65 anni e più – passerà da circa tre a due nel 2021 a circa uno a uno nel 2050). L'aumento della pressione sul sistema sanitario, di welfare e previdenziale richiede dunque già da oggi uno sforzo di programmazione delle politiche per il futuro. A riguardo, l'Istat ha più volte ricordato il ruolo del SSN, i suoi punti di forza e di criticità, e come la pandemia abbia messo a dura prova il nostro sistema di assistenza<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> L'ultimo comunicato relativo alle previsioni della popolazione residente e delle famiglie è disponibile a questo indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/274898>.

<sup>2</sup> Si veda in particolare il capitolo 2 del Rapporto Annuale Istat 2020, disponibile a questo indirizzo: <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2020/capitolo2.pdf> e l'audizione dell'Istat nell'ambito della proposta di "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" alla V Commissione "Bilancio, tesoro e programmazione" della Camera dei Deputati (si veda: <https://www.istat.it/it/archivio/253108>). In tema di previdenza, l'Istat produce annualmente i "Conti e le prestazioni della protezione sociale", coerenti col Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale (Sespros) e con il Sistema dei Conti Nazionali. Sulle condizioni di vita dei pensionati si veda il Report dell'Istat, disponibile a questo indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/278584>; le ultime informazioni sono relative al biennio 2020-2021.

## 1. La spesa sanitaria pubblica e privata nel Sistema dei Conti della Sanità

Un'analisi dell'andamento recente della spesa sanitaria pubblica e privata può essere ricavata dalle informazioni contenute nel "Sistema dei Conti della Sanità", che – integrando numerose fonti statistiche di natura amministrativa e campionaria – fornisce un quadro informativo sulla spesa sanitaria coerente con il sistema dei Conti Nazionali<sup>3</sup>.

Le regole europee consentono di rappresentare la spesa sanitaria secondo diverse tipologie di finanziamento attraverso cui le famiglie fruiscono dei servizi, tra cui: la spesa delle Amministrazioni pubbliche (AP)<sup>4</sup>, che soddisfa i bisogni individuali e collettivi della popolazione residente e include anche la spesa delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria; i regimi di finanziamento volontari; la spesa diretta delle famiglie ("*out of pocket*"). Queste ultime due categorie costituiscono la spesa sanitaria privata.

All'interno dei regimi di finanziamento volontari sono contabilizzate le spese delle assicurazioni sanitarie volontarie (limitatamente, al momento, alla sola parte relativa agli indennizzi delle assicurazioni nel ramo malattia<sup>5</sup>), la spesa finanziata dalle istituzioni senza scopo di lucro e quella finanziata dalle imprese (quest'ultima ha incluso finora la sola parte riferita alla promozione della salute nei luoghi di lavoro<sup>6</sup>). Come già ricordato in passato<sup>7</sup>, la componente della spesa finanziata attraverso i fondi sanitari integrativi non è al momento dettagliata all'interno del Sistema dei Conti della Sanità, poiché le informazioni a disposizione sono parziali e non consentono una rappresentazione esaustiva dell'attività svolta da tali operatori né

---

<sup>3</sup> Il Sistema dei conti della sanità è costruito secondo la metodologia del "System of Health Accounts - SHA" ed è in linea con il regolamento UE 359/2015 e le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti (SEC 2010). Attraverso la misura dei flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari, il Sistema dei conti della sanità fornisce un quadro dell'andamento della spesa sanitaria in Italia comparabile con il resto dei paesi europei. Inoltre, classificando la spesa a seconda del regime di finanziamento, consente di scomporre la spesa in pubblica e privata.

<sup>4</sup> In questa voce sono inclusi gli enti sanitari locali (ESL) che comprendono le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN. Inoltre, vi confluiscono gli enti delle AP diversi dagli ESL: Ministeri, Università, Croce Rossa Italiana, Agenzia italiana del farmaco, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e altri. La spesa finanziata dall'INAIL è contabilizzata nella componente delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria.

<sup>5</sup> La componente di spesa per governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento, riguardante le spese amministrative sostenute dalle assicurazioni per la gestione dell'assicurazione stessa, è approssimata dalla produzione (output) delle imprese di assicurazione nel ramo malattia.

<sup>6</sup> Sono escluse le spese rimborsate dai datori di lavoro ai propri lavoratori per prestazioni sanitarie e quelle sostenute per finanziare eventualmente assistenza integrativa ai dipendenti.

<sup>7</sup> Si veda l'audizione dell'Istat nell'ambito dell'"Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del servizio sanitario nazionale" alla XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati (<https://www.istat.it/it/archivio/229376>).

Per una analisi più dettagliata sul finanziamento del SSN e la spesa sanitaria, si veda il capitolo 2 del Rapporto Annuale Istat 2020, disponibile a questo indirizzo: <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2020/capitolo2.pdf>.

dell'analisi delle relazioni che intercorrono tra assicurazioni e fondi sanitari integrativi.

Nel 2021, ultimo anno per cui i dati del Sistema dei Conti della Sanità sono disponibili, la spesa sanitaria complessiva – pubblica e privata – ammontava a circa 168 miliardi di euro: per i tre quarti a carico delle AP (75,6%), per il 21,8% a carico direttamente delle famiglie e per il 2,7% sostenuta dai regimi di finanziamento volontari.

La spesa sanitaria delle AP è cresciuta, dal 2012 al 2021, dell'1,8% in media annua (+0,8 dal 2012 al 2019). In conseguenza dell'emergenza sanitaria connessa alla pandemia, la spesa ha subito un significativo aumento nel 2020 e nel 2021, attestandosi rispettivamente a 121 e 127 miliardi.

Nel 2021, la spesa sanitaria direttamente a carico delle famiglie è stata pari a 36,5 miliardi, con un aumento in media annua dell'1,7% osservato nel periodo 2012-2021 (+2,1% dal 2012 al 2019); la spesa era scesa a circa 34 miliardi nel 2020, ma è poi risalita nel 2021, tornando ai livelli del 2019. Le principali spese sanitarie sostenute direttamente dalle famiglie riguardano l'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione (il 36,5%), l'acquisto di prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (29,3%), l'assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine e l'acquisto di apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (per entrambe queste ultime due voci l'incidenza è pari al 10,4%).

Nel 2021, la spesa dei regimi di finanziamento volontari è stata pari a 4,5 miliardi. All'interno di questa voce, la spesa delle assicurazioni sanitarie volontarie ammonta a circa 3,4 miliardi, di cui 1,5 relativi alle spese per la parte amministrativa e per la gestione del servizio; al netto di tale voce, la parte riferita a prestazioni e beni sanitari ha registrato tra il 2012 e il 2021 una crescita del 2,9% in media annua (+4,3% dal 2012 al 2019); sempre al netto delle spese di gestione, nel 2021 il 62,3% della spesa delle assicurazioni volontarie è dedicata all'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione e il 17,9% alle spese per apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli.

Analizzando nel dettaglio la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie negli anni dal 2012 al 2021, si evidenzia che quella per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione è aumentata in media annua del 2,1% (+2,8% dal 2012 al 2019), con una crescita della componente ambulatoriale del 2,6% (+3,4% dal 2012 al 2019). Nel 2021, il 35,0% della spesa complessiva per assistenza ambulatoriale è stata sostenuta dalle famiglie.

Anche la spesa diretta delle famiglie per assistenza LTC ha registrato una crescita del +2,3% in media annua – considerando sempre il periodo 2012-2021 –, influenzata principalmente dagli aumenti della componente per assistenza ospedaliera (+2,2%) e di quella ambulatoriale (+3,2%). Nel 2021, il 38,0% della spesa complessiva per assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine è stata sostenuta dalle famiglie. È da evidenziare, inoltre, che quest'ultima incide per il 76,7% sull'acquisto di

apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli e per il 36,4% sulla spesa complessiva per prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli.

## **2. La rinuncia alle prestazioni sanitarie e il ricorso all’“out of pocket”**

L’impatto della pandemia ha determinato una forte mobilitazione di risorse economiche e umane per sopperire all’emergenza sanitaria. Nel contempo, sono state però distratte risorse e ridotte attività che hanno ulteriormente peggiorato alcuni aspetti critici che da tempo minano le garanzie di accessibilità alle prestazioni sanitarie, nonostante il principio di universalità del nostro Sistema Sanitario Nazionale e i risultati di salute raggiunti.

Durante l’emergenza sanitaria, la quota di persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie ritenute necessarie era quasi raddoppiata, passando dal 6,3% nel 2019 al 9,6% nel 2020, sino all’11,1% nel 2021. La stima della rinuncia a prestazioni sanitarie<sup>8</sup> fa riferimento al totale della popolazione che ha bisogno di visite specialistiche (escluse le visite dentistiche) o esami diagnostici e ha dichiarato di averci rinunciato per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio, incluse le liste di attesa – e negli anni della pandemia (2020, 2021 e 2022) a problemi legati al Covid. Si tratta quindi di un indicatore che dovrebbe impegnare i decisori per garantire equità di accesso e diritto alle cure nei tempi necessari.

Le stime più recenti relative al 2022 attesterebbero un netto recupero, con un ritorno a quote osservate negli anni precedenti la pandemia: la rinuncia per i motivi già citati si riduce al 7,0%, una percentuale simile a quella rilevata nel 2018 (7,2%), ma più contenuta dei due anni critici del 2020 e del 2021. Del resto, la quota di rinuncia per problemi di fruizione della prestazione dovuta al Covid-19 si è ridotta a quote trascurabili, dal 5,9% del 2021 all’1,2% del 2022.

La stima complessiva di rinuncia alle prestazioni sanitarie nasconde però alcune peculiarità: si nota, ad esempio, che il gradiente territoriale che ha sempre caratterizzato questo indicatore – con valori più contenuti nel Nord rispetto al resto delle aree territoriali – si è annullato a partire dall’anno della pandemia e ciò continua ad accadere anche nel 2022, nonostante la flessione delle rinunce dovute al Covid-19. Anche le disuguaglianze sociali nella rinuncia a prestazioni mostrano, dopo il Covid, differenziali minori – le fasce più abbienti sembrano dunque aver dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie in misura maggiore che negli anni precedenti la pandemia.

---

<sup>8</sup> La rinuncia a prestazioni sanitarie, indicatore presente anche tra gli indicatori BES (Benessere Equo e Sostenibile) è calcolata come percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi che possono compromettere l’equità di accesso alle cure: non poteva pagarla, costava troppo; scomodità struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi; lista d’attesa lunga; negli anni della pandemia è stato rilevato anche il mancato accesso dovuto all’emergenza sanitaria. La fonte di queste informazioni è l’Indagine annuale “Aspetti della vita quotidiana”.



Tra le chiavi di lettura per interpretare tali dinamiche, vi è la diversa composizione dei motivi della rinuncia. Nel confronto tra il 2022 e gli anni pregressi della pandemia, emerge un'inequivocabile barriera all'accesso costituita dalle lunghe liste di attesa, che nel 2022 diventa il motivo più frequente (il 4,2% della popolazione), a fronte di una riduzione della quota di chi rinuncia per motivi economici (era 4,9% nel 2019 e scende al 3,2% nel 2022).

Nel 2022, le prestazioni sanitarie fruite sono, inoltre, più contenute rispetto al periodo pre-pandemico. Dalle indagini Istat sulla popolazione, si rileva infatti una riduzione – diffusa a tutte le ripartizioni – della quota di persone che ha effettuato visite specialistiche (dal 42,3% nel 2019 al 38,8% nel 2022) o accertamenti diagnostici (dal 35,7% al 32,0%) – nel Mezzogiorno quest'ultima riduzione raggiunge i 5 punti percentuali. La flessione riguarda tutte le fasce d'età, ma è maggiore nelle età anziane, con riduzioni di 6 punti per le donne, e comunque anche tra i minori che ricorrono a visite specialistiche (-6 p.p.) o tra le donne adulte per gli accertamenti.

Contrariamente a quanto sarebbe stato auspicabile, non sembra quindi che nel 2022 si sia riusciti a recuperare i livelli di prestazioni sanitarie pre-pandemia – anche l'Agens conferma che nel primo semestre 2022 la quasi totalità delle regioni non solo non ha recuperato le code accumulate durante la pandemia, ma nemmeno i livelli di specialistica ambulatoriale del 2019<sup>9</sup> – ed emerge nel contempo dai dati Istat il maggior peso della rinuncia a prestazioni per lunghe liste di attesa.

Altro aspetto che potrebbe evidenziare una maggiore difficoltà di accesso alle cure è che per soddisfare il bisogno di prestazioni sanitarie è stato necessario un maggior ricorso all'“*out of pocket*” o a spese sanitarie garantite da copertura assicurativa. Nel 2022, la composizione rispetto alla spesa per visite e accertamenti si sposta di alcuni punti percentuali da prestazioni a carico del SSN o gratuite a quelle pagate di tasca propria o con rimborso parziale o totale da parte delle assicurazioni private o aziendali. Rispetto al 2019 aumenta soprattutto la quota di persone che dichiara di aver pagato interamente a sue spese sia per le visite specialistiche (dal 37% al 41,8% nel 2022) sia per gli accertamenti diagnostici (dal 23% al 27,6% nel 2022). Il ricorso alla copertura assicurativa nel 2022 riguarda una quota di poco superiore al 5% delle persone che hanno dichiarato di aver effettuato visite specialistiche o accertamenti diagnostici nei 12 mesi precedenti l'intervista, ma risulta in lieve aumento soprattutto al Nord-ovest, dove peraltro è più diffuso (per gli accertamenti, aumenta di quasi 3 punti rispetto al 2019 – dal 5,4% all'8,3% –, mentre nel Centro passa dal 6,3% al 7,1%).

Il ricorso a prestazioni sanitarie avvalendosi di copertura assicurativa sanitaria risulta da sempre più diffuso nel Lazio (nel 2022 il 10,8% delle persone dichiara di averne fatto ricorso in caso di visite specialistiche), in Lombardia (9,7%), nella Provincia

---

<sup>9</sup> Si veda:

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2154-convegno-agenas-mobilit%C3%A0-sanitaria-e-liste-di-attesa>.

autonoma di Bolzano (9,1%) e in Piemonte (8,1%); si attesta intorno al 5% in Liguria, Emilia Romagna e Toscana, mentre nelle regioni del Mezzogiorno copre in media solo l'1,3% per le visite specialistiche.

### **3. Una stima dei contributi per l'assistenza sanitaria pagati dal datore di lavoro**

In base alle informazioni amministrative raccolte ed elaborate nell'Indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie, relativa all'anno 2020, è possibile ricavare una stima dei contributi per assistenza sanitaria versati direttamente dal datore di lavoro e/o dal datore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale – che costituiscono una parte del cosiddetto welfare aziendale<sup>10</sup>. In particolare, si è preso a riferimento la “somma dei contributi sanitari desunti dalla Certificazione Unica” (punti 441 e 442), rispettivamente per la parte non concorrente/ovvero concorrente alla formazione del reddito da lavoro dipendente<sup>11</sup>.

Partendo da queste base informativa, si stima per l'anno 2020 una platea di circa 8 milioni e 130 mila lavoratori dipendenti e assimilati (ad es. soci di cooperative) fruitori di tali contributi, con associato un valore medio annuo di 316 euro. In altri termini, si stima che in quell'anno i datori di lavoro abbiano versato direttamente, ovvero per il tramite delle casse assistenziali col pagamento dei premi assicurativi, un ammontare complessivo pari a circa 2,6 miliardi di contributi sanitari (di cui solo il 3,7% assoggettabile ad imposta).

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche dei beneficiari mostra che si tratta perlopiù di uomini (il 59,8%, contro il 40,2% delle lavoratrici)<sup>12</sup> con un età compresa prevalentemente tra i 35 e i 54 anni (57,3%, con un peso relativo superiore alla quota che essi rappresentano all'interno della forza lavoro alle dipendenze, 52,8%).

I titolari di questo strumento di welfare aziendale vivono più frequentemente in coppia con almeno un figlio minore (36,5%), mentre un quinto risiede all'interno di coppie con figli adulti e il 14,7% è composto da una sola persona; di poco inferiore, la percentuale di chi dimora in coppia senza figli (13,5%) o in famiglie monogenitori (11,2%). La distribuzione della popolazione dei lavoratori dipendenti per tipologia familiare si discosta di poco rispetto a quella riferita al sottoinsieme dei soli titolari; unica eccezione, il caso delle coppie con figli minori che risultano sovrarappresentate nel collettivo di chi percepisce i contributi, rispetto al complesso dei dipendenti aventi la stessa caratteristica familiare (36,5% contro il 32,8%).

---

<sup>10</sup> All'interno del processo di revisione e produzione dei dati di reddito, le informazioni rilevate tramite intervista sono integrate con quelle provenienti da archivi amministrativi. Nella fattispecie, i dati qui riportati fanno riferimento alle informazioni di sola fonte amministrativa tratte dagli archivi fiscali. Informazioni sull'Indagine sono disponibili qui: <https://www.istat.it/it/archivio/5663>.

<sup>11</sup> Di cui all'art. 51, comma 2, lett. a) del TUIR.

<sup>12</sup> Nel 2020 le donne rappresentano il 45,5% della forza lavoro alle dipendenze (intesa come l'insieme dei percettori di almeno una fonte di reddito da lavoro dipendente nell'anno solare).

I titolari di contributi sanitari vivono più diffusamente nelle aree geografiche del Nord-ovest (38,1%) e del Nord-est (28,5%). Nel Mezzogiorno, il peso relativo dei lavoratori alle dipendenze che ricevono il contributo sanitario (14,5%) è di gran lunga inferiore al valore medio nazionale (28,4%).

I dipendenti che beneficiano di contributi sanitari lavorano più spesso in imprese che operano nell'industria in senso stretto (34,3%), nel settore del commercio (15%), nei servizi alle imprese (10%), mentre in ciascuno degli altri settori economici le percentuali sono sempre inferiori al 6,5%. Inoltre, appena il 6,8% dei lavoratori interessati lavora nel settore pubblico, a fronte di un quinto circa della forza lavoro alle dipendenze che essi rappresentano nel Paese.

Infine, a livello distributivo, si osserva come questa misura di welfare aziendale sia prevalentemente appannaggio delle classi di reddito più elevate. Infatti, ben il 31,6% dei titolari appartiene al quinto di reddito equivalente familiare più elevato, assorbendo circa il 58,5% delle risorse totali. Di contro, solo il 7,5% appartiene al collettivo dei meno abbienti, ovvero si colloca nel quinto di reddito più basso, ricevendo appena il 2,5% delle risorse impiegate.