



lavoce.info

MERCOLEDÌ 12 FEBBRAIO 2020

Google Ricerca personaliz



HOME

ARGOMENTI

FACT-CHECKING

RUBRICHE

LA REDAZIONE

SOSTIENI LAVOCE

SANITÀ

Quando per la salute si paga di tasca propria

11.02.20

Carla Collicelli

43 2 Commenti

La spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie italiane continua a crescere. Di conseguenza aumentano anche detrazioni e deduzioni fiscali. Le misure adottate sinora sono solo un primo e insufficiente passo per limitare il ricorso al privato.

Quanto hanno speso le famiglie

La spesa sanitaria privata di tasca propria (*out of pocket*) continua a crescere in Italia, come certificato dal sistema dei conti pubblici nazionali. L'Istat stima che la spesa privata a giugno 2019 sia passata da 33 miliardi e 930 milioni del 2016 (pari al 22,7 per cento della spesa sanitaria corrente e al 2 per cento del Pil) a 35 miliardi. L'andamento degli ultimi anni risulta costantemente in crescita, con tassi del 4,5 per cento tra 2014 e 2015 e dello 0,4 per cento tra 2015 e 2016.

L'Istat riporta che nel 2016 si è trattato di spesa in cura e riabilitazione per il 42,4 per cento, in farmaci e apparecchi sanitari per il 38,9 per cento e in assistenza sanitaria a lungo termine per il 10,2 per cento. Una ripartizione che non permette di capire se si tratti di una spesa complementare (o integrativa, come preferiscono dire le disposizioni ufficiali sulla sanità privata) o di una spesa sostitutiva rispetto ai livelli essenziali di assistenza (Lea) sanciti dal Servizio sanitario nazionale.

Anche il ministero dell'Economia e Finanze ha di recente pubblicato **dati sulla spesa sanitaria** dei cittadini. Sono i dati trasmessi all'Agenzia delle Entrate, nell'ambito del Sistema tessera sanitaria, dai soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, al fine della dichiarazione dei redditi: il totale ammontava a 30 miliardi e 48 milioni nel 2017 e a 32 miliardi e 29 milioni nel 2018.

Per quanto riguarda la tipologia delle spese segnalate dai soggetti erogatori, nel 2018 si è trattato per 9 miliardi e 51 milioni di prodotti acquistati nelle farmacie, per 7 miliardi e 49 milioni di visite mediche (di cui 4 miliardi e 85 milioni per visite odontoiatriche), di 6 miliardi per prestazioni in strutture private accreditate e di 4 miliardi e 100 milioni per prestazioni in strutture sanitarie autorizzate. In termini di tipologie di spesa e struttura di erogazione, sempre per il 2018 (figura 1), il 44,7 per cento della spesa ha riguardato visite e interventi medici, di cui il 32 per cento per prestazioni odontoiatriche, il 24 per cento per prestazioni in strutture autorizzate, il 20 per cento per prestazioni in strutture private, il 17 per cento per visite mediche non odontoiatriche e il 7 per cento per prestazioni in strutture pubbliche. Oltre alle visite e agli

ARGOMENTI

CONCORRENZA E MERCATI
CONTI PUBBLICI
CORPORATE GOVERNANCE
ENERGIA E AMBIENTE
EUROPA
FAMIGLIA
FINANZA
FISCO
GENDER GAP
GIUSTIZIA
IMMIGRAZIONE
IMPRESE
INFORMAZIONE
INFRASTRUTTURE E TRASPORTI
INNOVAZIONE E RICERCA
INTERNAZIONALI
INVESTIMENTI
ISTITUZIONI E FEDERALISMO
LAVORO
MEZZOGIORNO
MONETA E INFLAZIONE
PENSIONI
POVERTÀ
RELAZIONI INDUSTRIALI
SANITÀ
SCUOLA E UNIVERSITÀ
SOCIETÀ E CULTURA
SPORT

ARTICOLI CORRELATI

interventi medici, la spesa ha riguardato per il 15 per cento l'acquisto di farmaci, per il 10,3 per cento il pagamento del ticket, per il 10 per cento l'acquisto di dispositivi medici e per quasi il 18 per cento altre spese.

Anche i numeri forniti dal Mef sui soggetti erogatori e sulle tipologie di prestazioni pagate direttamente dai cittadini risultano poco utili per capire se si sia trattato di prestazioni complementari o integrative oppure di prestazioni sostitutive rispetto al Ssn.



Perché si ricorre al privato

La regione nella quale la spesa privata risulta più elevata è la Lombardia (7 miliardi e 65 milioni sempre nel 2018), seguita a notevole distanza dal Lazio (3 miliardi e 53 milioni), dal Veneto (3 miliardi e 26 milioni), dall'Emilia Romagna (3 miliardi e 9 milioni) e dal Piemonte (2 miliardi e 62 milioni). Si conferma quindi la tendenza a spendere di più in termini di *out of pocket* nelle regioni più ricche, che sono anche quelle dotate di un sistema sanitario pubblico più efficiente.

Per capire meglio quali siano le motivazioni della spesa diretta, risultano utili gli **studi effettuati recentemente** da Crea-Sanità. Se ne ricava che il ricorso al privato ha spesso a che fare con i tempi di accesso alle prestazioni e i relativi costi. I tempi di attesa nelle strutture pubbliche e private convenzionate risultano infatti notevolmente più lunghi, in alcuni casi anche dieci volte superiori, rispetto a quelli delle strutture private e rispetto a quelli delle prestazioni fornite nel pubblico in regime di **intramoenia**. Mentre i differenziali in termini di spesa tra ticket e costo della prestazione nel privato o in **intramoenia** sono molto meno accentuati (si tratta nella maggior parte dei casi di un rapporto di uno a due o di uno a tre).

La maggior parte della spesa privata non è intermediata da soggetti terzi, quali compagnie assicurative e fondi sanitari, e come tale è soggetta a un rischio particolarmente elevato in termini di mancata appropriatezza e di consumismo sanitario autogestito, una anomalia italiana spesso sottolineata (ad esempio dalla **Fondazione Gimbe**). Sappiamo anche che l'ammontare delle spese sanitarie portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi è stato nel 2018 pari a 18 miliardi e 500 milioni di euro, di cui 3 miliardi e 300 milioni per ticket. Mentre le deduzioni per la sanità integrativa ammontavano, sempre nel 2018, a 6 miliardi e 355 milioni. Ma, soprattutto, dal punto di vista della gestione strategica del Servizio sanitario universalistico, la spesa privata di tasca propria in sanità è generatrice di iniquità, in quanto favorisce i cittadini e le famiglie con maggiori disponibilità economiche.

Le possibili soluzioni a questa situazione problematica stentano a farsi strada e la discussione oscilla tra l'opzione di un rifinanziamento molto consistente del Ssn, che elimini – o quanto meno attenui – i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni e le altre disfunzioni del pubblico e le ipotesi che privilegiano una revisione sostanziale del regime della cosiddetta sanità integrativa, con definizione più precisa di compiti e responsabilità del secondo pilastro di offerta.

Emilia-Romagna contro Veneto: chi vince su tasse e sanità?

Il fact-checking de lavoce.info passa al setaccio le dichiarazioni di politici, imprenditori e sindacalisti per stabilire, con numeri e fatti, se hanno detto il vero o il falso. Questa volta [...]

Lo stato di salute del servizio sanitario

La spesa sanitaria pubblica del nostro paese è al di sotto della media dei paesi Ocse e della Ue. Ma la salute dei cittadini non ne ha sofferto. L'esperienza dei [...]

La sugar tax all'italiana manca l'obiettivo

Una sugar tax dovrebbe disincentivare l'adozione di regimi alimentari non salutari. Così come formulata, quella italiana sembra derivare solo dalla necessità di recuperare risorse. Resta lontano, invece, l'obiettivo di migliorare [...]

Si fa presto a dire "più risorse per la salute". Dove trovarle?

Appena insediato, il nuovo ministro della Salute ha rilanciato l'idea di abolire il super-ticket e di aumentare il finanziamento della sanità pubblica. Un'idea condivisibile. Da valutare con attenzione, invece, le [...]

Se il Servizio sanitario sceglie le cure meno care

Il Consiglio di stato ha chiuso la lunga vicenda dei farmaci Avastin-Lucentis. Con due sentenze ha sancito l'interesse pubblico al risparmio di spesa se esistono valide alternative terapeutiche a cure [...]

Pochi medici in corsia e troppi sui libri

Molti i pensionamenti dovuti a quota 100 nel nostro Servizio sanitario nazionale. Viceversa, sono pochi i medici pronti a sostituire coloro che se ne vanno. Risultato di una scarsa programmazione [...]

Sanità, il gioco dell'oca del governatore-commissario

Il governo prova a reintrodurre l'incompatibilità tra ruolo di presidente e di commissario alla sanità nelle regioni sottoposte a piano di rientro. Deve però trovare una formulazione nel rispetto della [...]

ISCRIVITI ALLA NEWSLETTER

Email:

L'abolizione del superticket dal 1° settembre 2020, l'aumento di 2 miliardi del Fondo sanitario nazionale e lo stanziamento di due fondi di 500 milioni ciascuno per farmaci innovativi oncologici e non, previsti nel Documento di economia e finanza per il 2020, mirano sicuramente a favorire l'equità e l'universalismo delle prestazioni, abbattendo i costi a carico degli utenti e cercando di migliorare e di ampliare l'offerta, ma l'intervento è ancora troppo debole rispetto alla realtà della spesa sanitaria privata italiana.

 43    2 Commenti

Stampa

SOSTIENICI

In questo articolo si parla di: **Carla Collicelli, medicina, sanità, Spesa sanitaria, superticket**

BIO DELL'AUTORE

CARLA COLLICELLI

[Altri articoli di Carla Collicelli](#)

Consenso al trattamento dei dati personali:

☐ accetto

☒ non accetto

Iscriviti

 Diventa **sostenitore** de lavoce.info.

Con il tuo contributo possiamo migliorare la qualità degli interventi e offrire nuovi servizi a voi lettori.

Donazione

Non vengono pubblicati i commenti che contengono volgarità, termini offensivi, espressioni diffamatorie, espressioni razziste, sessiste, omofobiche o violente. Non vengono pubblicati gli indirizzi web inseriti a scopo promozionale. Invitiamo inoltre i lettori a firmare i propri commenti con nome e cognome.

2 Commenti

Bizzotto Francesco 11/02/2020 alle 12:56

Rispondi

Grazie. Penso che andrebbe progettato un sistema pubblico - privato con tre soggetti: 1° Pubblico standardizzato com'è; 2° Mutue aziendali o di territorio integrative, che organizzano e favoriscono la prevenzione e la personalizzazione nei piccoli rischi (da definire) e 3° Privato assicurativo integrativo per i grandi rischi (anche delle Mutue) e la scelta senza confini (personalizzazione e percorsi di prevenzione). 2° e 3° possono ampiamente assorbire la spesa privata per la salute, e di più, perché Prevenzione e Personalizzazione (anticipare, accompagnare e far fronte, caso per caso, alle epidemie comportamentali e alle pandemie) è la vera, attuale, domanda latente, e siamo all'anno zero. Si diceva: tre visite in età scolare a occhi, orecchi e articolazioni possono ridurre fino al 50% le patologie in età adulta. Mutue e Assicurazioni possono far affluire finanziamenti al Pubblico (in concorrenza con la Sanità privata su tempi di attesa e terapie) e far decollare iniziative diverse di Prevenzione di malattie / infortuni. Un sistema così può fare equilibrio. Infatti Mutue e Assicurazioni hanno interesse economico alla salute. Le strutture del rimedio alla malattia. Se in campo ci sono solo queste il sistema costa e si incarta.

Attenzione: ha a disposizione solo 1.500 caratteri

1500

Nome*

Email*

Website

Pubblica il commento

Cicci Capucci 11/02/2020 alle 10:58

Rispondi

Ovviamente nel Paese dei campanelli l'equità si ottiene eliminando le detrazioni fiscali, così aumenta la popolazione soggetta ai disservizi della sanità pubblica e si incrementa in parallelo l'evasione fiscale. Succede quando l'ideologia del circolo Gramsci supera il pragmatismo.