

Dagli aggregati ai microdati

Spesa sanitaria privata e incentivi fiscali in Italia

Clara Andresciani
Sapienza Università di Roma

Nel dibattito pubblico, la spesa sanitaria privata, l'assicurazione sanitaria volontaria e gli incentivi fiscali sono sempre più considerati strumenti per migliorare la capacità di risposta e decongestionare i sistemi sanitari pubblici. La verifica empirica di tale ipotesi richiede tuttavia dati coerenti e sufficientemente disaggregati. Con riferimento all'Italia, questo lavoro analizza le principali fonti istituzionali sulla spesa sanitaria privata, la copertura assicurativa e le detrazioni fiscali, evidenziandone alcuni limiti: la scarsa comparabilità delle stime, la difficoltà di distinguere la spesa out-of-pocket da quella assicurativa e la limitata disponibilità di dati per analisi distributive. Il Sistema Tessera sanitaria rappresenta un'infrastruttura ancora sottoutilizzata che, attraverso un accesso sicuro ai dati individuali per finalità di ricerca, potrebbe consentire una misurazione più rigorosa della spesa privata e una migliore valutazione degli incentivi fiscali e dei meccanismi di finanziamento privato.

From aggregate data to microdata. Private healthcare expenditure and tax incentives in Italy

Private healthcare expenditure, voluntary health insurance, and tax incentives are increasingly considered instruments to improve responsiveness and relieve pressure on public health systems. Testing this hypothesis requires data that are conceptually coherent and sufficiently granular. Focusing on Italy, this paper analyses the main institutional sources on private healthcare expenditure, insurance coverage, and tax deductions, highlighting key limitations: the lack of comparability across estimates, the difficulty of distinguishing out-of-pocket payments from insurance-related expenditure, and the limited availability of data for distributional analysis. The Sistema Tessera sanitaria represents an underexploited administrative infrastructure that, through secure research access to individual-level data, could enable a more rigorous measurement of private expenditure and a better evaluation of fiscal incentives and private financing mechanisms.

DOI: 10.53223/Sinappsi_2026-02-09

Citazione	Parole chiave	Keywords
Andresciani C. (2026), Dagli aggregati ai microdati. Spesa sanitaria privata e incentivi fiscali in Italia, <i>Sinappsi</i> , XVI, n.2, pp.135-144	Cittadini Dati amministrativi Sanità	<i>Citizens</i> <i>Administrative data</i> <i>Health service</i>

Introduzione

Negli ultimi anni, il ruolo del finanziamento sanitario privato nei sistemi sanitari europei ha ricevuto crescente attenzione nel dibattito di policy e nella letteratura comparata sui sistemi sanitari. In diversi Paesi europei, la crescita della spesa

out-of-pocket (OOP) e, in misura eterogenea, della copertura assicurativa sanitaria volontaria si è sviluppata parallelamente alle persistenti pressioni sui sistemi pubblici legate all'invecchiamento della popolazione, ai vincoli fiscali, all'aumento della domanda di cura e ai problemi di accessibilità,

inclusi tempi di attesa e carenze di personale sanitario (OECD 2024). In questo quadro, il ricorso all'assicurazione sanitaria volontaria e ad altre forme di finanziamento privato è stato spesso interpretato come una risposta alle difficoltà di accesso e ai limiti di capacità dei sistemi pubblici, sebbene con rilevanti differenze istituzionali tra paesi europei (Purcel *et al.* 2023). Un maggiore coinvolgimento del settore privato è pertanto talvolta discusso come possibile strumento complementare in grado di ampliare la capacità di risposta dei sistemi sanitari e offrire canali alternativi di accesso alle cure.

Anche nel caso italiano, la spesa sanitaria privata, la copertura assicurativa volontaria e gli incentivi fiscali associati sono frequentemente richiamati nel dibattito pubblico e istituzionale come potenziali mezzi per migliorare l'accesso ai servizi e ridurre la pressione sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questa argomentazione richiama il cosiddetto 'effetto decongestione', secondo cui, se una quota crescente di individui ricorre al settore privato, parte della domanda sanitaria si sposterebbe fuori dal sistema pubblico, liberando capacità e risorse che potrebbero tradursi in un miglioramento dell'accesso per i pazienti che continuano a utilizzare il SSN. Sebbene tale meccanismo sia spesso evocato nel dibattito sulle interazioni tra pubblico e privato nei sistemi sanitari misti, le condizioni teoriche ed empiriche necessarie affinché esso si realizzi restano oggetto di dibattito e non trovano evidenza empirica univoca nella letteratura esistente (Besley *et al.* 1999; Propper 2000; Propper and Green 2001).

La possibilità di valutare empiricamente queste dinamiche e le relative implicazioni dipende tuttavia dalla disponibilità di dati affidabili, comparabili e sufficientemente disaggregati sulle diverse componenti del finanziamento sanitario privato.

Nel caso italiano, questo presupposto risulta solo parzialmente soddisfatto poiché il panorama informativo resta frammentato e caratterizzato da discontinuità che ostacolano il monitoraggio e la valutazione delle dinamiche del finanziamento privato e dei suoi effetti su accesso ed equità.

Innanzitutto, le stime della spesa sanitaria privata divergono tra fonti istituzionali perché poggiano su architetture contabili e classificazioni differenti – ad esempio COICOP¹/Conti nazionali rispetto a SHA/ICHA² – che implicano perimetri, definizioni

operative e criteri di imputazione non pienamente sovrapponibili. A ciò si aggiungono perimetri di riferimento diversi (territorio economico versus popolazione residente) e, soprattutto, scelte di confine non univoche su ciò che debba essere considerato 'privato': anche aspetti apparentemente tecnici, come il trattamento dei ticket o dei rimborsi e delle agevolazioni fiscali, possono incidere in modo significativo sui livelli stimati e sulla comparabilità nel tempo e nello spazio. La misurazione della spesa privata è ulteriormente ostacolata dall'assenza di informazioni sistematiche a livello individuale, condizione che vincola la possibilità di condurre analisi distributive e orientate all'equità: senza microdati non è possibile osservare con continuità chi sostiene la spesa, per quali prestazioni e con quale intensità, né ricostruire come tali profili varino per reddito, età, condizione occupazionale o area di residenza. Questa lacuna rende più difficile anche distinguere empiricamente tra spesa OOP, compartecipazioni al SSN e spesa intermediata o rimborsata da coperture assicurative, con ricadute dirette sulla solidità della base empirica disponibile.

Inoltre, la copertura assicurativa sanitaria volontaria rimane difficile da quantificare in termini che siano, al contempo, comparabili sul piano internazionale e utilizzabili sul piano nazionale per analisi empiriche robuste. Le criticità riguardano sia la tassonomia utilizzata da differenti organismi internazionali sia la disponibilità di dati granulari che consentano di studiarne la distribuzione per caratteristiche socioeconomiche e territoriali e, soprattutto, la sua interazione con l'uso dei servizi e con la spesa privata. Ne deriva un paradosso informativo: la copertura assicurativa sanitaria è frequentemente evocata come una potenziale soluzione alle criticità di accesso e ai tempi di attesa, nonché come uno strumento di alleggerimento della pressione sul SSN, ma rimane solo parzialmente osservabile con gli strumenti correnti, limitando la possibilità di valutare in modo rigoroso i suoi effetti.

Infine, le detrazioni fiscali per spese sanitarie – leva di policy rilevante sia per l'ammontare delle risorse mobilitate sia per i potenziali effetti distributivi – non possono essere valutate con pieno rigore utilizzando i dati oggi disponibili, poiché le statistiche esistenti non consentono di distinguere componenti di spesa sostanzialmente eterogenee. In assenza di

1 COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*) è la classificazione dei consumi individuali secondo lo scopo). È uno standard internazionale creato dalle Nazioni Unite per suddividere le spese di beni e servizi in gruppi chiari e ordinati.

2 SHA e ICHA sono gli acronimi usati dall'Istat per indicare il *System of Health Accounts* (Sistema dei conti della sanità) e l'*International Classification for Health Accounts* (Classificazione internazionale dei conti sanitari). Servono a misurare e confrontare la spesa sanitaria pubblica e privata in modo uguale in tutta Europa. Fonte: <https://www.istat.it/scheda-qualita/sistema-dei-conti-della-sanita/>.

una separazione informativa tra compartecipazioni al SSN (ticket), spesa pienamente privata e spesa intermediata o rimborsata da assicurazioni, risulta difficile stimare chi benefici effettivamente degli incentivi, in quale misura e con quali implicazioni per equità, accesso e protezione finanziaria.

All'interno di questo quadro, il Sistema Tessera sanitaria (STS) – gestito dal Ministero dell'Economia e delle finanze tramite la Ragioneria generale dello Stato – rappresenta un'opportunità cruciale e, per molti aspetti, ancora non pienamente valorizzata. In particolare, tale sistema raccoglie informazioni amministrative sulle transazioni sanitarie trasmesse in via elettronica dai fornitori e, in linea di principio, potrebbe costituire un'infrastruttura in grado di ridurre alcune delle principali opacità del finanziamento privato. Se i microdati individuali del sistema fossero accessibili per finalità di ricerca, sarebbe possibile distinguere la spesa OOP da quella rimborsata da assicurazioni, separare le compartecipazioni al SSN dalle prestazioni pienamente private e analizzare con maggiore precisione come spesa privata e incentivi fiscali si distribuiscano tra gruppi di popolazione e territori. Ciò consentirebbe di passare da un monitoraggio prevalentemente aggregato a un'analisi più dettagliata e informativa dei meccanismi sottostanti, inclusi i profili di regressività/progressività e le possibili interazioni tra copertura assicurativa, comportamento di spesa e utilizzo dei servizi.

Alla luce di queste premesse, l'obiettivo del presente lavoro è descrivere e discutere criticamente le principali sfide di misurazione relative alla spesa sanitaria privata, alla copertura assicurativa e alle detrazioni fiscali in Italia, mostrando in che modo tali limiti condizionino il monitoraggio orientato all'equità e la valutazione delle politiche pubbliche. Mettendo in relazione questioni tecniche di misurazione – contabilizzazione e accesso ai microdati – con domande di policy ben definite, come la distribuzione dei benefici fiscali e l'interazione tra copertura assicurativa, spesa privata e accesso ai servizi, il contributo delimita con maggiore chiarezza ciò che le fonti attualmente disponibili consentono di osservare e ciò che, al contrario, non è misurabile con adeguata precisione. In un contesto in cui i sistemi sanitari assumono assetti sempre più ibridi, rafforzare l'infrastruttura informativa diventa dunque una condizione necessaria per interpretare correttamente le dinamiche del finanziamento e le loro implicazioni per l'equità.

Il resto del lavoro è organizzato come segue: nella sezione successiva vengono esaminate le principali lacune e limitazioni nella misurazione della spesa sanitaria privata, della copertura

assicurativa e delle detrazioni fiscali in Italia, ricostruendone le implicazioni in termini di comparabilità, disaggregazione e possibilità di analisi empirica; nella sezione conclusiva vengono discusse le implicazioni per la governance dei dati e per la capacità valutativa delle politiche pubbliche, indicando le priorità informative necessarie a sostenere decisioni basate su evidenza in materia di finanziamento sanitario.

1. Lacune e limiti nella misurazione di spesa sanitaria privata, copertura assicurativa sanitaria e detrazioni fiscali

Il progressivo coinvolgimento del settore privato nei sistemi sanitari europei ha alimentato un ampio dibattito sulle possibili implicazioni di tali trasformazioni per l'equità nell'accesso alle cure e per la sostenibilità dei principi universalistici che caratterizzano i modelli pubblici di assistenza sanitaria (World Health Organization 2023). Sebbene l'espansione di alternative private sia spesso giustificata in termini di efficienza, maggiore capacità di risposta e decongestione del canale pubblico, l'impatto effettivo e le conseguenze distributive di questo spostamento non possono essere assunti *ex ante* e restano difficili da quantificare in modo convincente. La letteratura ha infatti evidenziato che, nei sistemi in cui l'accesso al settore pubblico è anche razionato tramite i tempi di attesa, l'allungamento delle liste può alimentare la domanda di copertura assicurativa privata come strumento di *bypass* dell'attesa (Besley *et al.* 1999). In modo coerente, evidenze recenti per l'Italia suggeriscono che la disponibilità di una copertura assicurativa sanitaria sia associata a una maggiore probabilità di ricorrere al canale privato per alcune prestazioni e a una diversa modalità di utilizzo del SSN, con implicazioni potenzialmente non neutrali per l'equità (Brenna 2025).

Alla luce di queste dinamiche, comprendere il ruolo del settore privato richiede di misurarne non solo il peso finanziario complessivo ma anche la composizione e la distribuzione dell'onere finanziario, e dunque le sue implicazioni distributive, tra individui e territori. Non è sufficiente conoscere l'ammontare aggregato della spesa sanitaria privata: è altrettanto necessario osservare, a livello individuale, chi sostiene la spesa, per quali voci (ticket, farmaci, diagnostica), quanta parte sia mediata o rimborsata da assicurazioni o fondi aziendali e come gli incentivi fiscali si intreccino con queste componenti. Tuttavia, in Italia le fonti disponibili differiscono per definizioni, metodi e livelli di aggregazione e, soprattutto, non consentono un'analisi a livello individuale e comparabile delle diverse componenti del finanziamento privato. Ne

deriva un vincolo diretto alla valutazione empirica, poiché diventa difficile stimare in modo robusto quali gruppi beneficino dei canali privati e degli incentivi fiscali e quali, al contrario, risultino maggiormente esposti a oneri e barriere economiche.

Le sezioni seguenti descrivono quindi le principali infrastrutture informative italiane sul finanziamento privato, dapprima rivedendo le fonti utilizzate per misurare la spesa sanitaria privata e, successivamente, esaminando i dati disponibili sulla copertura assicurativa volontaria e sulle detrazioni fiscali.

2. Dati sulla spesa sanitaria privata

Il finanziamento sanitario privato comprende sia la spesa OOP sia i premi versati per l'acquisto di coperture assicurative volontarie. Una sua quantificazione accurata richiede però, preliminarmente, di chiarire i confini concettuali dell'oggetto di misura e di ricostruire come le diverse fonti producano e rendano comparabili le proprie stime.

A differenza della spesa sanitaria pubblica, il cui perimetro e le cui modalità di finanziamento risultano relativamente più leggibili, la spesa sanitaria privata può essere delineata in modi diversi a seconda dell'obiettivo analitico e del framework contabile adottato. Su questo punto, Del Vecchio *et al.* (2024) evidenziano due questioni concettuali tra loro strettamente interrelate.

La prima riguarda il criterio utilizzato per attribuire una determinata componente di spesa al settore privato: se la classificazione debba basarsi sulla natura istituzionale del soggetto che raccoglie le risorse (pubblico o privato) oppure sulle caratteristiche del meccanismo di finanziamento, in particolare sul grado di volontarietà del trasferimento finanziario. In alcuni sistemi sanitari europei, infatti, una quota della spesa formalmente privata deriva da schemi a partecipazione vincolata o fortemente regolati dall'intervento pubblico. È il caso, ad esempio, dell'assicurazione sanitaria obbligatoria in Svizzera o di alcune forme di copertura complementare collettiva previste per specifiche categorie di lavoratori in Francia. In questi casi, pur trattandosi di flussi formalmente classificati come privati, il grado di scelta individuale risulta limitato e la distinzione tra finanziamento pubblico e privato diventa meno netta. Una questione distinta, ma concettualmente affine, riguarda invece le compartecipazioni richieste agli utenti all'interno dei sistemi sanitari pubblici. In Italia, i ticket su prestazioni coperte dal SSN sono sostenuti direttamente dalle famiglie ma si collocano all'interno di un'offerta regolata pubblicamente e rispondono a logiche di compartecipazione al

finanziamento del sistema. Analogamente, anche i vantaggi fiscali associati ad alcune spese sanitarie riducono l'onere netto effettivamente sostenuto dalle famiglie. Ne deriva che il perimetro della spesa sanitaria privata può essere costruito in modi differenti: ad esempio includendo o escludendo i ticket oppure considerando gli effetti delle agevolazioni fiscali quando l'obiettivo sia stimare il costo privato effettivamente sostenuto.

La seconda questione riguarda quali beni e servizi includere. I confini di ciò che si qualifica come 'Sanità' risultano oggi meno netti, anche in ragione dell'evoluzione dei bisogni di salute, delle trasformazioni demografiche che spingono dalla cura acuta alla gestione della cronicità e della crescente intersezione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale. Anche a fronte di definizioni operative relativamente consolidate, permane un margine di discrezionalità nel decidere se includere categorie specifiche – come integratori alimentari, procedure puramente estetiche o forme di assistenza di lungo periodo con una componente sanitaria – che, a seconda delle scelte adottate, possono incidere in modo non trascurabile sulle stime complessive.

Queste differenze concettuali si riflettono nelle principali fonti italiane. I Conti nazionali includono soltanto il consumo finale delle famiglie nel territorio economico e seguono tipicamente la classificazione COICOP, standard internazionale che ripartisce i consumi individuali 'per finalità' di spesa. Seguendo questa metodologia, la spesa delle famiglie viene attribuita in base al tipo di bene/servizio acquistato e allo scopo d'uso (ad esempio, sanità, istruzione, trasporti) e la sezione 'Sanità' include voci quali prodotti farmaceutici e altri prodotti medici, servizi ambulatoriali e servizi ospedalieri.

Le stime basate su SHA, invece, si riferiscono alle famiglie residenti e includono, oltre alla spesa OOP diretta, altre forme di finanziamento volontario, come assicurazioni private e schemi offerti dai datori di lavoro al di fuori dei meccanismi contributivi pubblici. Sviluppato da OECD, Eurostat e WHO, lo SHA rappresenta lo standard internazionale per la contabilità della spesa sanitaria e consente di confrontarne il livello e la composizione tra paesi e nel tempo. Diversamente da un approccio centrato sul consumo finale, tale approccio ricostruisce la spesa sanitaria distinguendo sistematicamente cosa viene acquistato (funzioni e servizi), chi eroga le prestazioni (fornitori) e attraverso quali schemi di finanziamento.

La tabella 1 sintetizza le principali fonti istituzionali utilizzate per misurare la spesa sanitaria privata in Italia, indicando approcci di aggregazione e classificazione, anni coperti, stime più recenti e livello di disaggregazione geografica. Il dettaglio

Tabella 1. Principali fonti istituzionali per la misurazione della spesa sanitaria privata in Italia

Fonte	Aggregati e metodi di riferimento	Classificazione	Stima nazionale (mld EUR, ultimo anno)	Anni disponibili	Revisionato nel tempo	Dettaglio geografico
ISTAT	Spesa sanitaria rilevata dall'Indagine sui consumi delle famiglie (sostenuta in Italia e all'estero)	COICOP 2018	35,9	1997-2022	No	Nazionale e regionale
ISTAT	Consumo finale di famiglie residenti e non residenti nel territorio economico, stimato secondo il Sistema dei conti nazionali (SEC 2010), integrando dati amministrativi e campionari	COICOP 1999	43,0	1995-2023	Sì	Nazionale
ISTAT	Spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione residente (spesa diretta delle famiglie e schemi volontari) stimata secondo il System of Health Accounts (SHA 2011)	SHA 2011	45,9	2012-2023	Sì	Nazionale
OECD / Eurostat / WHO	Spesa sanitaria privata (spesa diretta delle famiglie e schemi volontari di finanziamento) stimata secondo il System of Health Accounts (SHA 2011)	ICHA	45,9	1970-2023	Sì	Internazionale e nazionale
MEF	Spesa sanitaria privata sostenuta dai cittadini e trasmessa al Sistema Tessera sanitaria (HCS)	Spesa per regione, mittente e tipologia	43,1	2016-2023	No	Nazionale e regionale

Fonte: elaborazione dell'Autrice su dati pubblicati in Del Vecchio *et al.* (2024)

regionale è cruciale per studiare differenze territoriali e disparità tra sistemi sanitari regionali, ma un elemento critico è che solo due di queste fonti consentono stime a questo livello: l'Indagine sulle spese delle famiglie (Istat)³, uno strumento importante per documentare la spesa sanitaria delle famiglie, che tuttavia risente di variabilità campionaria e di possibili fenomeni di sotto-dichiarazione; e, sul versante amministrativo, la base dati del Sistema Tessera sanitaria⁴, oggi la fonte più ampia disponibile con dettaglio regionale, che registra le transazioni sanitarie trasmesse elettronicamente dai fornitori. Tuttavia, nelle statistiche pubblicate, il potenziale informativo del STS rimane fortemente compresso: la scomposizione per categorie di spesa è limitata e mancano elementi che permettano di distinguere i pagamenti OOP dai rimborsi mediati da assicurazioni, casse mutualistiche o altri schemi. Questa distinzione è cruciale perché i diversi meccanismi

di finanziamento privato non sono equivalenti né sul piano economico né su quello distributivo. I pagamenti OOP possono tradursi direttamente in barriere economiche e, per alcuni gruppi, in rinuncia o ritardo nelle cure. Il finanziamento assicurativo, invece, può ridurre l'esposizione al momento dell'utilizzo, ma può anche amplificare le disuguaglianze, concentrando i benefici tra chi può sostenere economicamente il pagamento dei premi e contribuendo a segmentare l'accesso ai servizi. Evidenze recenti per l'Italia mostrano inoltre che la relazione tra copertura assicurativa volontaria e spesa sanitaria privata risulta empiricamente complessa da ricostruire e difficilmente osservabile attraverso statistiche aggregate, anche a causa della limitata disponibilità di informazioni granulari che consentano di distinguere tra pagamenti OOP e spesa intermediata da assicurazioni o fondi sanitari (Celidoni e Rebba 2024). In assenza di tale

3 Per informazioni più dettagliate, si veda <https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/spese/>.

4 Per maggiori informazioni, si veda https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/previsione/spesa_sociale/sistema_tessera_sanitaria/index.html.

distinzione, l'analisi empirica resta vincolata e le affermazioni sugli effetti del finanziamento privato risultano difficili da valutare con rigore.

3. Dati sulla copertura assicurativa sanitaria e sulle detrazioni fiscali

La copertura assicurativa sanitaria volontaria presenta una forte eterogeneità tra i paesi europei sia in termini di diffusione sia rispetto alla funzione svolta all'interno dei sistemi sanitari (Sagan and Thomson 2016b; OECD 2024). In alcuni contesti opera come forma sostitutiva di copertura per gruppi esclusi dagli schemi statutari o che possono esercitare un'opzione di uscita dal sistema pubblico; in altri, invece, svolge una funzione complementare/supplementare, offrendo soprattutto un accesso più rapido, una maggiore scelta del fornitore o coperture aggiuntive per servizi non inclusi nel paniere pubblico.

Dal punto di vista delle politiche, l'espansione di questi schemi assicurativi e le strategie di incentivazione al ricorso al settore privato sono spesso giustificate richiamando un effetto di 'decongestione', ossia l'idea che lo spostamento di una quota di domanda verso il privato possa ridurre la pressione sui servizi pubblici e migliorare la capacità di risposta del sistema pubblico per coloro che restano. Tuttavia, valutare se tali effetti si realizzino – e, soprattutto, per quali gruppi e in quali contesti – è empiricamente difficile a causa di problemi di misurazione che

riguardano la definizione stessa di copertura assicurativa e la sua comparabilità tra fonti in termini di classificazione delle diverse tipologie di coperture assicurative. In particolare, la tabella 2 mostra che le istituzioni internazionali utilizzano denominazioni in larga misura simili, ma adottano tassonomie differenti, generando incoerenze nel modo in cui gli schemi assicurativi sono codificati nei dataset e, di conseguenza, nei tassi di copertura riportati. La reportistica OCSE distingue tra assicurazione sanitaria 'primaria', 'duplicativa', 'complementare' e 'supplementare', mentre la tassonomia comunemente impiegata nei rapporti dell'European Observatory raggruppa gli schemi in categorie 'sostitutiva', 'complementare' e 'supplementare', con confini in parte differenti (Sagan e Thomson 2016a). Differenze classificatorie possono tradursi in discrepanze anche ampie nei livelli di copertura riportati e, quindi, incidere non solo sulla comparabilità internazionale, ma anche sull'interpretazione del ruolo svolto dall'assicurazione nei sistemi sanitari nazionali⁵.

In Italia, la sfida di misurazione è aggravata dalla limitata disponibilità di microdati. Esistono strumenti di indagine – in particolare, l'Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie *Aspetti della vita quotidiana*, una rilevazione campionaria annuale strutturata come *repeated cross-section* – che includono quesiti sul possesso di una polizza sanitaria da parte dell'intervistato o di altri componenti del nucleo familiare. Tuttavia, tale informazione, pur presente

Tabella 2. Confronto tra tassonomie della VHI (OCSE vs. European Observatory)

Tassonomia OCSE	Tassonomia European Observatory
<i>VHI primaria</i> : unico canale di accesso alla copertura sanitaria perché non esiste copertura pubblica/obbligatoria oppure gli individui non sono eleggibili oppure possono optare per l'uscita dallo schema pubblico.	<i>VHI sostitutiva</i> : copre persone escluse dalla copertura finanziata pubblicamente o autorizzate a optare per l'uscita.
<i>VHI duplicativa</i> : copre servizi già inclusi nella copertura pubblica/obbligatoria offrendo accesso a fornitori diversi o a livelli di servizio più elevati (ad es. accesso più rapido), senza esentare dagli obblighi contributivi.	<i>VHI supplementare</i> : offre accesso più rapido ai servizi, maggiore scelta del fornitore o migliori comfort/amenità.
<i>VHI complementare</i> : copre in tutto o in parte i costi residui non altrimenti rimborsati (ad es. compartecipazioni, ticket). <i>VHI supplementare</i> : fornisce copertura per servizi sanitari aggiuntivi non coperti dallo schema pubblico/obbligatorio.	<i>VHI complementare</i> : copre servizi esclusi dal paniere di prestazioni finanziate pubblicamente e/o i costi a carico dell'utente per beni e servizi inclusi nel paniere pubblico.

Fonte: elaborazione dell'Autrice su dati OECD (2025) e Sagan e Thomson (2016a)

5 Un esempio è il Belgio: nel 2016 l'OCSE indicava che gli schemi di VHI complementare e supplementare coprivano, rispettivamente, il 97,9% e il 48,6% della popolazione. Sagan e Thomson (2016b), adottando la loro tassonomia, stimavano invece una copertura supplementare pari a circa il 60%.

nel questionario, non è inclusa nei microdati ad uso pubblico rilasciati da Istat⁶. Ciò preclude analisi distributive centrali per una valutazione orientata all'equità, quali l'identificazione dei gruppi socioeconomici e dei territori più esposti alla copertura e la verifica se l'assicurazione sanitaria sia associata a specifici profili di spesa privata e di accesso all'offerta privata.

Gli incentivi fiscali rappresentano un'ulteriore dimensione strettamente connessa del finanziamento privato. A livello internazionale, banche dati quali MISSOC e PwC Worldwide Tax Summaries documentano una marcata eterogeneità nelle agevolazioni fiscali relative ai premi assicurativi sanitari e alla spesa sanitaria⁷. L'Italia è un caso particolarmente istruttivo. Sul versante individuale, lo strumento principale è una detrazione IRPEF del 19% sulle spese sanitarie ammissibili oltre una franchigia (129,11 euro). Sul versante datoriale, i contributi ai fondi sanitari integrativi possono essere esclusi dal reddito imponibile dei lavoratori e interamente deducibili per i datori di lavoro entro un tetto (3.615,20 euro annui), a condizione di registrazione e del rispetto di requisiti di mutualità e solidarietà. Sebbene tali disposizioni possano stimolare copertura e spesa, esse sollevano anche questioni di equità, poiché i vantaggi fiscali tendono a generare benefici maggiori per individui e imprese con basi imponibili più elevate e rapporti di lavoro più stabili⁸.

Nonostante la loro rilevanza, i dati sugli incentivi fiscali sono oggi diffusi in forme che ne limitano fortemente l'analisi. Il Ministero dell'Economia e delle finanze rende disponibili soltanto aggregati regionali relativi alla spesa sanitaria detraibile al 19%, ma tali valori non distinguono tra ticket del SSN e spese sostenute interamente nel settore privato. Questa mancanza di disaggregazione informativa impedisce di valutare in modo convincente la natura redistributiva dello strumento: se le detrazioni finanzino principalmente forme di compartecipazione al sistema pubblico, se finiscano

per incentivare l'utilizzo di prestazioni private, oppure se avvantaggino in misura sproporzionata famiglie già più avvantaggiate.

Tali carenze informative sono strettamente intrecciate con le altre criticità discusse. In assenza di dati individuali capaci di separare ticket del SSN, spese per prestazioni integralmente private e rimborsi, non è possibile stimare con rigore l'impatto degli incentivi fiscali né analizzare in che misura la copertura assicurativa si associ ai profili di spesa privata. In questo quadro, il Sistema Tessera Sanitaria rappresenta un'infrastruttura amministrativa potenzialmente decisiva, poiché raccoglie informazioni sulle transazioni sanitarie trasmesse elettronicamente dai fornitori a fini fiscali e di rendicontazione. In linea di principio, i registri STS potrebbero sostenere una classificazione più coerente delle spese per tipologia di servizio e contesto di erogazione, consentire di distinguere i ticket dalle prestazioni acquistate privatamente e, laddove l'informazione fosse disponibile, identificare se e attraverso quali canali le spese siano rimborsate (assicurazioni, fondi/casse mutualistiche o altri schemi). In particolare, l'accesso ai microdati STS permetterebbe analisi distributive oggi fuori portata: l'incidenza dei benefici fiscali per gruppi di reddito e territori, l'interazione tra detrazioni e copertura assicurativa, e il grado in cui il finanziamento privato attenui o amplifichi le disuguaglianze di accesso. Al momento, tuttavia, questo potenziale risulta solo parzialmente valorizzato: pur offrendo totali utili, le elaborazioni STS oggi pubblicate restano aggregate e non rendono disponibili dati a livello individuale che consentano di ricostruire e separare ticket del SSN, spese per prestazioni integralmente private e rimborsi. Ne consegue che molte domande di policy, centrali nel dibattito, rimangono empiricamente poco esplorate.

Conclusioni e implicazioni di policy

Questo lavoro descrive il panorama informativo italiano su spesa sanitaria privata, assicurazione

6 Un quesito analogo è presente anche nell'indagine Istat *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* (modulo italiano dell'European Health Interview Survey (EHIS)) disponibile per il 2019. Tale informazione è stata utilizzata, ad esempio, da Brenna (2025); tuttavia, la sua disponibilità, attualmente limitata a un singolo anno, non consente analisi longitudinali e ne riduce l'utilità empirica per valutare dinamiche temporali della copertura assicurativa.

7 Per informazioni più dettagliate, si veda il database MISSOC e PwC Worldwide Tax Summaries.

8 Diversi studi empirici offrono indicazioni sugli effetti distributivi delle detrazioni fiscali per spese sanitarie in Italia. Ad esempio, Di Novi *et al.* (2018) utilizzano un modello di microsimulazione del sistema di imposte e trasferimenti per valutare l'impatto delle detrazioni sanitarie, mostrando che l'attuale configurazione tende a favorire i segmenti più abbienti della popolazione e risulta relativamente meno efficace nel sostenere i soggetti a basso reddito. Analogamente, Brenna (2018), basandosi su dati aggregati a livello regionale, conclude che i benefici delle detrazioni si concentrano in misura sproporzionata tra contribuenti con redditi più elevati e livelli di istruzione maggiori. Infine, Cavazza *et al.* (2023), avvalendosi di un dataset originale relativo agli iscritti a un piano di assicurazione sanitaria privata offerto da una grande impresa, evidenziano una marcata eterogeneità territoriale nell'adesione, con una copertura più concentrata nelle regioni settentrionali e relativamente più ricche.

sanitaria volontaria e incentivi fiscali legati alla spesa sanitaria come tre dimensioni interconnesse del finanziamento privato che incidono in modo crescente sui dibattiti relativi ad accesso, capacità di risposta ed equità. L'analisi mostra che la base informativa italiana resta frammentata e che tale frammentazione non è un mero problema tecnico, ma un vincolo sostanziale alla valutazione empirica e, quindi, alla qualità della discussione pubblica e della decisione di policy. I livelli di spesa sanitaria privata variano tra le fonti istituzionali perché poggiano su framework contabili, perimetri di riferimento e scelte di confine differenti; inoltre, le statistiche disponibili raramente offrono stime regionali che scompongano la spesa out-of-pocket da quella riconducibile all'assicurazione sanitaria, e mancano dati individuali che consentano la stessa scomposizione in modo sistematico. Ne deriva che fenomeni potenzialmente diversi – pagamenti diretti per prestazioni fuori dal perimetro pubblico, compartecipazioni al SSN, spesa mediata o rimborsata da schemi assicurativi – tendono a essere osservati in modo aggregato o indistinto, riducendo la capacità di interpretare correttamente l'evoluzione del finanziamento privato e i suoi effetti sulla protezione finanziaria delle famiglie.

Anche la copertura assicurativa privata è difficile da confrontare a livello internazionale e, in Italia, le sue implicazioni distributive sono complesse da valutare per via dell'accesso limitato ai microdati pertinenti. Tale lacuna pesa in modo particolare perché l'assicurazione sanitaria privata rappresenta un meccanismo che può interagire con l'offerta pubblica e con i comportamenti di ricorso al privato, amplificando o attenuando disuguaglianze preesistenti. Senza informazioni granulari, non è possibile stabilire in modo credibile se e quanto l'assicurazione si concentri in specifici gruppi socioeconomici o territori, né valutare se essa operi prevalentemente come integrazione al settore pubblico o come canale di accesso alternativo che può segmentare ulteriormente l'utilizzo dei servizi.

Infine, le evidenze sulle detrazioni fiscali sono in larga parte aggregate e non distinguono i ticket del SSN dalla spesa pienamente privata; ciò limita la possibilità di valutare con precisione l'incidenza degli incentivi e di comprendere se il disegno attuale produca effetti regressivi, premiando soprattutto chi ha maggiore capacità contributiva e maggiore propensione/possibilità di spesa. Nel complesso, questi limiti hanno implicazioni pratiche perché restringono ciò che può essere affermato con credibilità su chi paga, chi beneficia e su come il finanziamento privato interagisca con le disuguaglianze tra gruppi di reddito e territori.

Pertanto, il rafforzamento della misurazione e

dell'accesso a dati più granulari sono prerequisiti fondamentali per un monitoraggio significativo e per la valutazione delle politiche in sistemi sanitari sempre più ibridi. Questo contributo individua tre priorità tra loro strettamente connesse per consolidare la base informativa e orientare in modo credibile la progettazione delle politiche. Innanzitutto, una misurazione più informativa della spesa sanitaria privata richiede una disaggregazione più fine – almeno a livello regionale e, idealmente, individuale – insieme a una scomposizione trasparente della spesa privata in pagamenti OOP, compartecipazioni e spesa riconducibile all'assicurazione sanitaria privata. Questo passaggio è importante non solo per migliorare la comparabilità tra fonti, ma soprattutto per rendere osservabili i meccanismi: ad esempio, distinguere se una crescita della spesa privata sia trainata da quote elevate di ticket, da farmaceutica, da diagnostica, o da prestazioni private per tempi di attesa.

Inoltre, un migliore accesso ai microdati sulla copertura assicurativa è essenziale per consentire analisi distributive robuste su chi è coperto, dove la copertura si concentra e come essa si correli ai profili di spesa privata e di accesso: quesiti che non possono essere affrontati con gli aggregati attualmente disponibili e che sono centrali per valutazioni di equità e di policy.

Infine, l'accesso ai microdati sulle detrazioni fiscali per spese sanitarie è necessario per valutare adeguatamente l'incidenza degli incentivi e la loro interazione sia con la spesa OOP sia con gli schemi assicurativi privati: solo così è possibile capire se gli incentivi operino come strumento di protezione finanziaria o, viceversa, come sussidio implicito a consumi privati concentrati tra gruppi avvantaggiati.

In questa prospettiva, il STS italiano si configura come un'infrastruttura potenzialmente cruciale. Esso, infatti, registra informazioni dettagliate sulle transazioni sanitarie e potrebbe quindi supportare una scomposizione molto più coerente della spesa privata, abilitando al contempo analisi regionali e individuali, sotto una governance sicura e stringenti tutele della privacy. Se opportunamente governato, l'accesso ai microdati contenuti in tale sistema permetterebbe di rispondere a domande che oggi restano fuori portata: quantificare la quota di spesa privata effettivamente 'evitabile' se l'accesso pubblico fosse più tempestivo; misurare la concentrazione della spesa per fasce di reddito e profili demografici; distinguere con precisione la spesa netta delle famiglie al netto dei rimborsi assicurativi e dei benefici fiscali; verificare la sovrapposizione tra copertura assicurativa e fruizione di prestazioni private.

Sbloccare questo potenziale rafforzerebbe,

dunque, in modo sostanziale la capacità di monitorare il finanziamento privato e di valutare gli incentivi fiscali e le dinamiche di copertura in un SSN in cui componenti pubbliche e private risultano sempre più intrecciate. In termini più generali, migliorare la misurazione non è un obiettivo fine a sé stesso ma è condizione necessaria per sottoporre a verifica empirica affermazioni molto diffuse nel dibattito pubblico odierno che spesso non sono suffragate da evidenze robuste. Infatti, una infrastruttura informativa più solida consentirebbe

di stimare con maggiore robustezza gli effetti distributivi, di identificare aree e gruppi più esposti a oneri finanziari e barriere di accesso, e di orientare in modo più mirato gli strumenti di policy. In un sistema sanitario universalistico, questa capacità valutativa è parte integrante della governance: rende possibile un controllo più informato sulle scelte di finanziamento, chiarisce *trade-off* e priorità e riduce il rischio che l'espansione di canali privati avvenga senza strumenti adeguati a monitorarne effetti e conseguenze.

Bibliografia

- Besley T., Hall J., Preston I. (1999), The demand for private health insurance: do waiting lists matter?, *Journal of Public Economics*, 72, n.2, pp.155-181
- Brenna, E. (2018). Rich and well educated: are these requirements necessary to claim healthcare tax credits in Italy?, *Applied Health Economics and Health Policy*, 16, n.2, pp.207-217
- Brenna E. (2025), Public versus private access in the Italian NHS-The use of propensity score matching to provide more insight on the increasing adoption of voluntary health insurance, *Health Policy*, 154 <<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105271>>
- Cavazza M., Del Vecchio M., Fattore G., Fenech L. (2023), Geographical variation in the use of private health insurance in a predominantly publicly funded system, *Health Policy*, 130 <DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104720>
- Celidoni M., Rebba V. (2024), Spesa sanitaria privata e assicurazioni integrative: alcune evidenze dall'indagine SHARE, *Rivista di Politica Economica*, 103, n.1, pp.203-241
- Del Vecchio M., Fenech L., Preti L. M., Rappini V. (2024), I consumi privati in sanità, in CERGAS - Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2024*, Milano, Egea
- Di Novi C., Marenzi A., Rizzi D. (2018), Do healthcare tax credits help poor-health individuals on low incomes?, *The European Journal of Health Economics*, 19, n.2, pp.293-307
- OECD (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, Paris, OECD Publishing <<https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>>
- OECD (2025), *Voluntary Health Insurance. OECD Health Statistics 2025: Definitions, Sources and Methods*, Paris, OECD Publishing
- Propper C. (2000), The demand for private health care in the UK, *Journal of health economics*, 19, n.6, pp.855-876
- Propper C., Green K. (2001), A larger role for the private sector in financing UK health care: the arguments and the evidence, *Journal of Social Policy*, 30, n.4, pp.685-704
- Purcel A. A., Dragos C. M., Mare C., Dragos S. L. (2023), Voluntary health insurance and out-of-pocket payments in European OECD countries, *Economic Modelling*, 120, pp.106-190
- Sagan A., Thomson S. (2016a), *Voluntary Health insurance in Europe: Country Experience*, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies
- Sagan A., Thomson S. (2016b), *Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation*, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies
- World Health Organization (2023), *Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe: summary*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

Clara Andresciani

clara.andresciani@uniroma1.it

Dottoressa di ricerca in Economia politica presso Sapienza Università di Roma. La sua ricerca si colloca tra economia sanitaria ed economia delle disuguaglianze, con un'attenzione particolare alle trasformazioni del rapporto tra settore pubblico e settore privato nei sistemi sanitari. Nel corso del dottorato ha studiato come la configurazione di questo mix influenzi l'accesso alle cure e, in particolare, l'emergere di bisogni sanitari insoddisfatti, sia a livello europeo sia nel contesto italiano.
