

**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**

**Memoria dell'Istituto Nazionale di Statistica**

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

**Roma, 5 maggio 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>
<i>Focus: Le disuguaglianze nell’accesso alle prestazioni sanitarie nel 2022</i>	<b>10</b>
<b>3. Una stima dei contributi per l’assistenza sanitaria pagati dal datore di lavoro</b>	<b>12</b>
<b>4. Una stima dei benefici delle agevolazioni fiscali sulle spese sanitarie sostenute dalle famiglie</b>	<b>13</b>
- <b>Allegato statistico</b>	
- <b>Dossier: La spesa per beni e servizi sanitari nell’“Indagine sulle spese delle famiglie”</b>	



## Introduzione

Questa memoria integra le analisi presentate nel corso dell’Audizione dell’8 marzo 2023 di fronte a codesta Commissione nell’ambito dell’Indagine conoscitiva in discussione e fornisce ulteriori elementi conoscitivi sulla base delle sollecitazioni sopraggiunte.

La prima sezione presenta un’analisi dell’andamento recente della spesa sanitaria per tipologia di finanziamento, ottenuta sulla base delle informazioni tratte dal “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 delle famiglie all’*“out of pocket”*, la seconda sezione discute le principali informazioni a riguardo desunte dall’Indagine “Aspetti della vita quotidiana”, relativa all’anno 2022. Uno specifico approfondimento si concentra sulle disuguaglianze sociali nell’accesso alle prestazioni sanitarie, ponendo in luce il legame con la multimorbilità.

La terza e la quarta sezione presentano due approfondimenti condotti a partire dalle informazioni amministrative raccolte ed elaborate nell’“Indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie”, relativa all’anno 2020: il primo analizza i contributi per l’assistenza sanitaria pagati dai datori di lavoro ai propri dipendenti, catturando un segmento del collettivo delle polizze assicurative, quelle che rientrano nel welfare aziendale; il secondo propone un’analisi dei profili distributivi delle spese sanitarie presentate nelle dichiarazioni dei redditi dai contribuenti.

Il Dossier allegato fornisce, infine, un quadro dell’evoluzione recente della spesa per beni e servizi sanitari, ottenuto sulla base dell’“Indagine sulle spese delle famiglie”. Le Tavole danno conto del dettaglio delle informazioni disponibili: si mostrano, in particolare, dati sull’ammontare della spesa media mensile familiare rispetto alle diverse tipologie di spesa sanitaria – identificate sulla base della classificazione armonizzata dei consumi individuali secondo lo scopo (COICOP) – e alle principali caratteristiche delle famiglie.

Come di consueto, l’Istat si rende disponibile ad ulteriori elaborazioni che la Commissione riterrà opportune nello svolgimento dei lavori dell’Indagine.

Le 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

---

<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>.

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 Servizio Sanitario Nazionale (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>.

## 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

---

<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 (<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.

<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.

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 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<sup>8</sup>, 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) residenziale e ospedaliera di lunga durata 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

---

<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>.

<sup>8</sup> Le Tavole dalla 1 alla 4 nell'Allegato statistico illustrano nel dettaglio le dinamiche sintetizzate in questo paragrafo.

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 di lunga durata ha registrato una crescita del +2,3% in media annua – considerando sempre il periodo 2012-2021 –, influenzata principalmente dagli aumenti della componente per assistenza residenziale e ospedaliera (+2,2%) e di quella ambulatoriale (+3,2%). Nel 2021, il 38,0% della spesa complessiva per assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata 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 Servizio 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>9</sup> fa riferimento al totale della popolazione che ha bisogno di visite specialistiche (escluse le visite dentistiche) o esami diagnostici e ha dichiarato

---

<sup>9</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”. Per informazioni in merito alle principali caratteristiche dell'Indagine, alla scelta delle famiglie e al periodo di rilevazione si veda: <https://www.istat.it/it/archivio/91926>. In particolare, si segnala che le informazioni vengono raccolte nei primi quattro mesi dell'anno di riferimento.

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.

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 3,8% della popolazione), a fronte di una riduzione della quota di chi rinuncia per motivi economici (era 4,3% nel 2019 e scende al 2,9% 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'Agenas 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>10</sup> – ed emerge nel contempo dai dati Istat il maggior peso della rinuncia a prestazioni per lunghe liste di attesa.

---

<sup>10</sup> Si veda:

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2154-convegno-agenas-mobilit%C3%A0-sanitaria-e-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% delle persone che dichiarano di aver effettuato visite o accertamenti negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista 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 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.

### *Focus: Le disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie nel 2022*

Nel 2022, le disuguaglianze sociali nell'accesso alle prestazioni sanitarie restano elevate, pur registrando una lieve diminuzione; se nel 2019 la quota di persone che ha rinunciato a visite o accertamenti specialistici tra le persone con risorse economiche giudicate scarse o insufficienti era quattro volte superiore a quella di coloro che dichiaravano risorse economiche ottime o adeguate (12,4% contro 3,0%), nel 2022 tale forbice si è ridotta: alla riduzione delle disuguaglianze ha tuttavia concorso soprattutto l'aumento della rinuncia a prestazioni sanitarie tra le persone con risorse economiche ottime o adeguate (11,6% contro 4,7%).

Nel 2022, la percentuale di donne che ha rinunciato a prestazioni sanitarie è pari all'8% (contro il 5,9% degli uomini), ma si attesta al 13,5% tra le donne che versano in precarie condizioni economiche (contro il 5,3% per quelle con risorse adeguate; tra gli uomini, tali quote sono rispettivamente 9,5% e 4,1%); livelli elevati di rinuncia a prestazioni si rilevano tra le donne di 45-64 anni (11,2%), in special modo per quelle che versano in peggiori condizioni economiche (20,4%, a fronte del 6,5% tra le donne con adeguate risorse). Tra le persone con risorse ottime o adeguate, la percentuale di rinuncia è in crescita in tutte le ripartizioni, ma è particolarmente significativa al Nord. Come ricordato, tra i motivi della rinuncia è in aumento quello delle liste di attesa, che diventa il primo motivo tra i gruppi con migliori risorse economiche anche nel Nord del Paese.

Nel 2022, così come nel periodo antecedente alla pandemia, le persone con livelli di rinuncia a prestazioni sanitarie più elevate sono quelle affette da multimorbilità (ossia persone con almeno 2 patologie croniche); sebbene questo possa sembrare controintuitivo, è anche vero che si tratta delle persone che più di altre ricorrono a prestazioni sanitarie. Nel 2022, si stimano 1,7 milioni di persone affette da multimorbilità che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie, circa 1 persona su 7 tra quelle affette da multimorbilità, un rapporto in aumento rispetto al 2019, quando erano circa 1 su 9. Tra la popolazione che non dichiara alcuna patologia cronica, la quota di rinuncia a prestazioni sanitarie è più contenuta (1 persona su 25). Il fenomeno della rinuncia tra le persone con multicronicità appare stabile rispetto al 2019 tra le persone con scarse risorse economiche (pari a circa il 20%), mentre raddoppia tra quelle in buone condizioni (dal 5,5% al 10%); per quest'ultimo gruppo, in particolare, triplica la rinuncia per liste di attesa nel Nord del Paese (dal 2,4% al 7,8%), evidenziando come le barriere all'accesso alle prestazioni sanitarie siano aumentate per la difficoltà del sistema di soddisfare la domanda di assistenza dopo l'emergenza sanitaria.

All'analisi del confronto nel periodo 2019-2022 della rinuncia alle prestazioni sanitarie appare utile affiancare quella relativa al ricorso ai servizi ambulatoriali e di diagnostica, a seconda che esso sia a carico del SSN (a totale carico o con compartecipazione alla spesa) oppure a carico del cittadino (*out of pocket*) o con copertura assicurativa. Se si analizza il ricorso a prestazioni sul totale della popolazione, si evince che la flessione della quota di persone che ricorrono a prestazioni riguarda essenzialmente quella a carico del Servizio Sanitario Nazionale – circa 4 punti percentuali tra il 2019 e il 2022. In particolare, tra le fasce di età più anziane (*over75*), a fronte di una riduzione di oltre 6 punti di prestazioni a carico del SSN, si osserva un aumento del ricorso alla spesa privata (+1,5 punti percentuali per visite e +1,7 per accertamenti), con il verosimile incremento della quota di chi rinuncia o di chi ha dovuto rimandare alimentando le liste di attesa.

Tra il 2019 e il 2022, la quota di coloro che ha fatto ricorso alle prestazioni pagate di tasca propria è aumentata soprattutto al Nord, sia per chi dichiara risorse economiche adeguate (dal 17,8% nel 2019 al 19,2% nel 2022 per le visite) sia per chi lamenta risorse economiche scarse o insufficienti (dal 13,8% al 15,4%). Per gli accertamenti diagnostici, il maggior ricorso all'*out of pocket*, si registra anche nel Mezzogiorno, ma solo tra le persone con risorse economiche scarse (dal 6,0% nel 2019 al 7,5% nel 2022).

L'incremento del ricorso al pagamento a carico del contribuente tra le persone affette da multimorbilità riguarda soprattutto il Nord. In tale ripartizione, la quota di persone che ricorrono all'*out of pocket* cresce di oltre 3 punti percentuali per le persone affette da due o più malattie croniche. In generale, si nota comunque che il Mezzogiorno mostra una minore propensione al ricorso a prestazioni sanitarie – anche tra chi non dichiara patologie croniche o ne dichiara solo una – che si presume possa essere attribuito al minor accesso a scopo di prevenzione (in quanto l'entità del divario non è imputabile alla diversa distribuzione per età nel territorio).

### 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>11</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>12</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>13</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%).

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%).

---

<sup>11</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. Maggiori dettagli sull'Indagine sono disponibili qui: <https://www.istat.it/it/archivio/5663>.

<sup>12</sup> Di cui all'art. 51, comma 2, lett. a) del TUIR.

<sup>13</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 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 2,4% delle risorse impiegate<sup>14</sup>.

#### **4. Una stima dei benefici delle agevolazioni fiscali sulle spese sanitarie sostenute dalle famiglie**

Il regime di agevolazione fiscale delle spese sanitarie sostenute direttamente dalle famiglie (*out of pocket*)<sup>15</sup> assume prevalentemente la connotazione di detrazione fiscale al 19% e, marginalmente, quella di deduzione dalla base imponibile.

Sulla base delle informazioni amministrative raccolte ed elaborate nell'Indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie, si stima che le spese sanitarie sostenute nel 2020 e presentate in dichiarazione ammontavano a 20,1 miliardi di euro, raggiungendo una quota pari al 60% circa del totale delle spese sanitarie "*out of pocket*" delle famiglie stimate nel Sistema dei Conti della Sanità per quell'anno. Di queste spese, 19,7 miliardi riguardavano la componente detraibile<sup>16</sup> al 19%, mentre i restanti 389 milioni afferivano alle deduzioni dall'imponibile. Sono circa 15,4 milioni le famiglie che hanno esposto spese sanitarie in detrazione, dichiarando in media spese per un valore di circa 1.285 euro. Di esse 14,6 milioni hanno usufruito effettivamente delle relative detrazioni fiscali<sup>17</sup>, per un ammontare di circa 3,3 miliardi di euro<sup>18</sup> (225 euro in media famiglia). Sono state, invece, 184 mila le famiglie che hanno portato spese sanitarie in deduzione, con un livello medio di spesa di poco superiore ai 2.100 euro.

Sempre con riferimento all'anno 2020, si osserva che le coppie con figli minori rappresentano la tipologia che più di altre ha fruito di benefici fiscali associati alle spese sanitarie (22,7% delle famiglie percettrici), ricevendo in media rimborsi pari a 230 euro a famiglia<sup>19</sup>. Seguono le coppie con figli adulti (16,3% delle famiglie), che

---

<sup>14</sup> Si veda la Tavola 5 dell'Allegato Statistico.

<sup>15</sup> In particolare, si fa riferimento al complesso delle spese sanitarie esposte nel quadro "Oneri e spese" delle dichiarazioni dei redditi presentate dai contribuenti, rispettivamente nel modello 730 e Persone fisiche (PF).

<sup>16</sup> Calcolata al lordo della franchigia di 129,11 euro

<sup>17</sup> Nel senso che il valore di spesa dichiarato supera la soglia di 129,11 euro (franchigia).

<sup>18</sup> Generando una pari riduzione del gettito fiscale.

<sup>19</sup> Si veda la Tavola 6 dell'Allegato Statistico.

tuttavia disponevano di rimborsi fiscali più elevati rispetto al caso precedente: 296 euro a famiglia. Del pari significativa è la quota rappresentata dalle coppie senza figli in età avanzata (14,2%), i cui importi medi degli sconti fiscali erano di gran lunga superiori rispetto alle restanti tipologie: 327 euro. Conformemente alle attese, si osservano valori di rimborsi più alti in corrispondenza di nuclei la cui persona di riferimento è più avanti con l'età. Infatti, il maggiore ricorso alle spese sanitarie spesso si associa all'insorgenza di malattie legate al processo di invecchiamento.

Le famiglie che si collocano nel quinto più ricco della distribuzione dei redditi godono di agevolazioni fiscali (detrazioni e/o deduzioni) per un valore complessivo di circa 1,5 miliardi e drenano il 40,7% delle risorse complessive. Di contro, le famiglie meno abbienti, ovvero appartenenti al quinto più povero della distribuzione, usufruiscono globalmente di uno sconto fiscale che sfiora i 140 milioni (3,8% del totale delle agevolazioni), ovvero meno di un decimo di quanto assegnato al quinto più elevato. Tale disparità è ulteriormente ampliata dal fatto che, per larga parte, alle famiglie con redditi bassi non è consentito l'accesso ai benefici fiscali. Sovente, queste includono al proprio interno membri il cui reddito individuale è talmente basso (sotto la soglia di incapienza) da impedire ogni forma di agevolazione. Inoltre, in diversi casi, le famiglie più vulnerabili si sostengono attraverso lavori precari, tipicamente nei settori dell'economia informale, dove il mancato versamento delle imposte non dà diritto alle relative detrazioni/deduzioni. In base ai dati dell'Indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie, si stima che nell'anno 2020 quasi una famiglia su due del quinto più povero (2,6 milioni di unità) presenti, a livello aggregato, un valore nullo di imposte – sia perché tutti i componenti sono al di sotto della soglia di incapienza sia perché possono disporre di soli redditi sommersi (non registrati negli archivi fiscali).

## Allegato statistico

**Tavola 1 - Spesa corrente per l'assistenza sanitaria della popolazione residente per tipo di finanziamento. Anni 2012-2021**  
(milioni di euro)

TIPOLOGIA DI FINANZIAMENTO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Pubblica amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria</b>	<b>108.258</b>	<b>107.218</b>	<b>108.851</b>	<b>109.132</b>	<b>110.086</b>	<b>111.117</b>	<b>113.591</b>	<b>114.690</b>	<b>121.440</b>	<b>126.857</b>
Pubblica amministrazione	107.932	106.877	108.500	108.789	109.819	110.857	113.353	114.433	121.191	126.623
Assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria; conti di risparmio medico obbligatori	326	341	351	343	267	260	238	257	249	234
<b>Regimi di finanziamento volontari</b>	<b>2.909</b>	<b>2.852</b>	<b>2.937</b>	<b>3.076</b>	<b>3.367</b>	<b>3.705</b>	<b>3.980</b>	<b>4.346</b>	<b>4.223</b>	<b>4.481</b>
Assicurazioni sanitarie volontarie	2.271	2.179	2.157	2.252	2.496	2.742	2.934	3.230	3.191	3.362
Istituzioni senza scopo di lucro	166	187	206	223	222	263	327	360	341	368
Imprese	472	486	574	601	649	700	719	756	691	751
<b>Spesa diretta delle famiglie</b>	<b>31.509</b>	<b>31.456</b>	<b>32.529</b>	<b>34.405</b>	<b>34.510</b>	<b>35.875</b>	<b>36.219</b>	<b>36.487</b>	<b>33.965</b>	<b>36.517</b>
Regimi di finanziamento da parte del resto del mondo (a)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
<b>Tutti i regimi di finanziamento</b>	<b>142.676</b>	<b>141.526</b>	<b>144.317</b>	<b>146.613</b>	<b>147.963</b>	<b>150.697</b>	<b>153.790</b>	<b>155.523</b>	<b>159.628</b>	<b>167.855</b>
<b>Spesa diretta delle famiglie (% sulla spesa totale)</b>	<b>22,1</b>	<b>22,2</b>	<b>22,5</b>	<b>23,5</b>	<b>23,3</b>	<b>23,8</b>	<b>23,6</b>	<b>23,5</b>	<b>21,3</b>	<b>21,8</b>

Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità

(a) Il fenomeno esiste, ma le informazioni disponibili non consentono di misurarlo.

**Tavola 2 - Spesa diretta delle famiglie per l'assistenza sanitaria per funzioni di assistenza. Anni 2012-2021**  
(milioni di euro)

FUNZIONI DI ASSISTENZA	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione</b>	<b>12.545</b>	<b>12.406</b>	<b>13.461</b>	<b>15.002</b>	<b>15.087</b>	<b>15.807</b>	<b>15.601</b>	<b>15.222</b>	<b>13.772</b>	<b>15.116</b>
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	1.401	1.382	1.392	1.409	1.455	1.494	1.457	1.389	1.150	1.289
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	510	501	489	464	469	464	437	419	323	376
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	10.534	10.424	11.471	13.005	13.038	13.717	13.576	13.284	12.177	13.319
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	100	99	109	124	125	132	131	130	122	132
<b>Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)</b>	<b>3.475</b>	<b>3.550</b>	<b>3.654</b>	<b>3.739</b>	<b>3.790</b>	<b>3.927</b>	<b>4.004</b>	<b>4.057</b>	<b>3.993</b>	<b>4.249</b>
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	3.141	3.220	3.291	3.325	3.373	3.488	3.566	3.625	3.585	3.807
Assistenza (sanitaria) diurna di lunga durata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	263	260	286	326	328	346	345	340	321	348
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	71	70	77	88	89	93	93	92	87	94
<b>Servizi ausiliari (non specificati per funzione)</b>	<b>3.112</b>	<b>3.016</b>	<b>2.978</b>	<b>2.840</b>	<b>2.892</b>	<b>2.880</b>	<b>2.920</b>	<b>2.875</b>	<b>2.305</b>	<b>2.571</b>
<b>Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)</b>	<b>12.315</b>	<b>12.423</b>	<b>12.379</b>	<b>12.766</b>	<b>12.678</b>	<b>13.198</b>	<b>13.625</b>	<b>14.262</b>	<b>13.825</b>	<b>14.507</b>
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	9.407	9.485	9.388	9.693	9.481	10.014	10.377	10.923	10.377	10.701
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli(non specificati per funzione)	2.908	2.938	2.991	3.073	3.197	3.184	3.248	3.339	3.448	3.806
<b>Servizi per la prevenzione delle malattie</b>	<b>62</b>	<b>61</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>63</b>	<b>63</b>	<b>69</b>	<b>71</b>	<b>70</b>	<b>74</b>
<b>Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento</b>	<b>0</b>									
<b>Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove (n.c.a.)</b>	<b>0</b>									
<b>Tutte le funzioni</b>	<b>31.509</b>	<b>31.456</b>	<b>32.529</b>	<b>34.405</b>	<b>34.510</b>	<b>35.875</b>	<b>36.219</b>	<b>36.487</b>	<b>33.965</b>	<b>36.517</b>

Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità

**Tavola 3 - Spesa dei regimi di finanziamento volontari per funzioni di assistenza. Anni 2012-2021**  
(milioni di euro)

FUNZIONI DI ASSISTENZA	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione</b>	<b>1.016</b>	<b>989</b>	<b>1.016</b>	<b>1.043</b>	<b>1.045</b>	<b>1.131</b>	<b>1.300</b>	<b>1.474</b>	<b>1.347</b>	<b>1.418</b>
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	130	131	134	129	131	125	138	159	136	146
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	39	37	34	30	30	31	34	38	29	32
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	827	800	825	860	862	943	1.088	1.233	1.140	1.195
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	20	21	23	24	22	32	40	44	42	45
<b>Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>41</b>	<b>54</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>79</b>	<b>80</b>	<b>75</b>	<b>81</b>
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	13	18	18	30	38	28	39	36	33	36
Assistenza (sanitaria) diurna di lunga durata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	20	21	23	24	22	32	40	44	42	45
<b>Servizi ausiliari (non specificati per funzione)</b>	<b>289</b>	<b>277</b>	<b>264</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>268</b>	<b>322</b>	<b>364</b>	<b>308</b>	<b>330</b>
<b>Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)</b>	<b>224</b>	<b>220</b>	<b>210</b>	<b>199</b>	<b>206</b>	<b>212</b>	<b>252</b>	<b>301</b>	<b>311</b>	<b>329</b>
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli(non specificati per funzione)	224	220	210	199	206	212	252	301	311	329
<b>Servizi per la prevenzione delle malattie</b>	<b>483</b>	<b>498</b>	<b>587</b>	<b>614</b>	<b>662</b>	<b>718</b>	<b>742</b>	<b>781</b>	<b>715</b>	<b>777</b>
<b>Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento</b>	<b>864</b>	<b>829</b>	<b>819</b>	<b>926</b>	<b>1.154</b>	<b>1.316</b>	<b>1.285</b>	<b>1.346</b>	<b>1.467</b>	<b>1.546</b>
<b>Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove (n.c.a.)</b>	<b>0</b>									
<b>Tutte le funzioni</b>	<b>2.909</b>	<b>2.852</b>	<b>2.937</b>	<b>3.076</b>	<b>3.367</b>	<b>3.705</b>	<b>3.980</b>	<b>4.346</b>	<b>4.223</b>	<b>4.481</b>

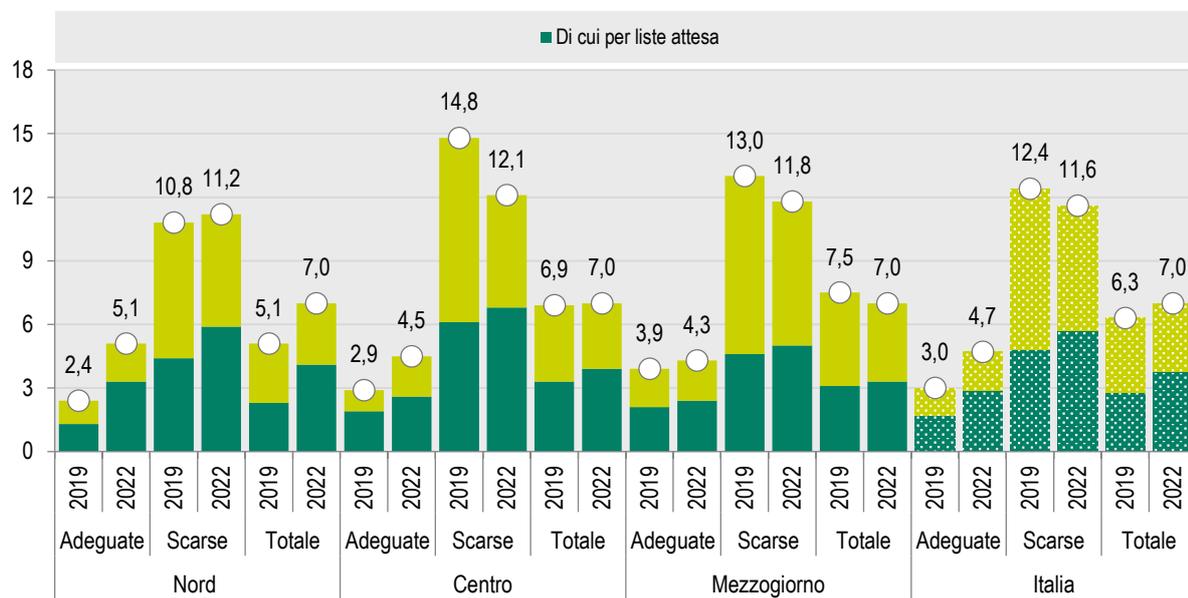
Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità

**Tavola 4 - Spesa della Pubblica Amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria per funzioni di assistenza. Anni 2012-2021**  
(milioni di euro)

FUNZIONI DI ASSISTENZA	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione</b>	<b>66.199</b>	<b>64.828</b>	<b>65.474</b>	<b>64.848</b>	<b>65.184</b>	<b>65.418</b>	<b>66.459</b>	<b>67.085 (a)</b>	<b>70.278</b>	<b>72.410</b>
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	40.817	39.521	39.269	38.919	39.299	39.507	39.907	39.732 (a)	42.860	44.162
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	6.066	5.599	5.870	5.694	5.555	5.283	4.912	4.460 (a)	4.043	4.165
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	19.021	19.378	20.056	19.957	20.056	20.310	21.328	22.399 (a)	22.798	23.488
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	295	330	279	278	274	318	312	494 (a)	577	595
<b>Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)</b>	<b>11.245</b>	<b>11.375</b>	<b>11.533</b>	<b>11.397</b>	<b>11.628</b>	<b>12.052</b>	<b>12.215</b>	<b>11.965 (a)</b>	<b>12.220</b>	<b>12.620</b>
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	5.685	5.786	5.815	5.781	6.014	6.147	6.306	5.893 (a)	5.987	6.168
Assistenza (sanitaria) diurna di lunga durata	979	966	897	923	922	959	952	800 (a)	755	778
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	2.535	2.554	2.592	2.567	2.585	2.634	2.683	2.446 (a)	2.490	2.596
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	2.046	2.069	2.229	2.126	2.107	2.312	2.274	2.826 (a)	2.988	3.078
<b>Servizi ausiliari (non specificati per funzione)</b>	<b>8.975</b>	<b>9.011</b>	<b>9.216</b>	<b>8.935</b>	<b>9.015</b>	<b>9.183</b>	<b>9.261</b>	<b>9.589 (a)</b>	<b>10.779</b>	<b>11.103</b>
<b>Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)</b>	<b>15.161</b>	<b>15.514</b>	<b>16.042</b>	<b>17.387</b>	<b>17.536</b>	<b>17.421</b>	<b>18.065</b>	<b>18.384 (a)</b>	<b>18.990</b>	<b>19.565</b>
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	14.325	14.664	15.156	16.493	16.630	16.522	17.146	17.486 (a)	18.186	18.737
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	836	850	886	894	906	899	919	898 (a)	804	828
<b>Servizi per la prevenzione delle malattie</b>	<b>5.306</b>	<b>5.332</b>	<b>5.513</b>	<b>5.436</b>	<b>5.521</b>	<b>5.857</b>	<b>6.377</b>	<b>6.484 (a)</b>	<b>7.961</b>	<b>9.919</b>
<b>Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento</b>	<b>1.372</b>	<b>1.158</b>	<b>1.073</b>	<b>1.129</b>	<b>1.202</b>	<b>1.186</b>	<b>1.214</b>	<b>1.183 (a)</b>	<b>1.212</b>	<b>1.240</b>
<b>Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove (n.c.a.)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>							
<b>Tutte le funzioni</b>	<b>108.258</b>	<b>107.218</b>	<b>108.851</b>	<b>109.132</b>	<b>110.086</b>	<b>111.117</b>	<b>113.591</b>	<b>114.690</b>	<b>121.440</b>	<b>126.857</b>

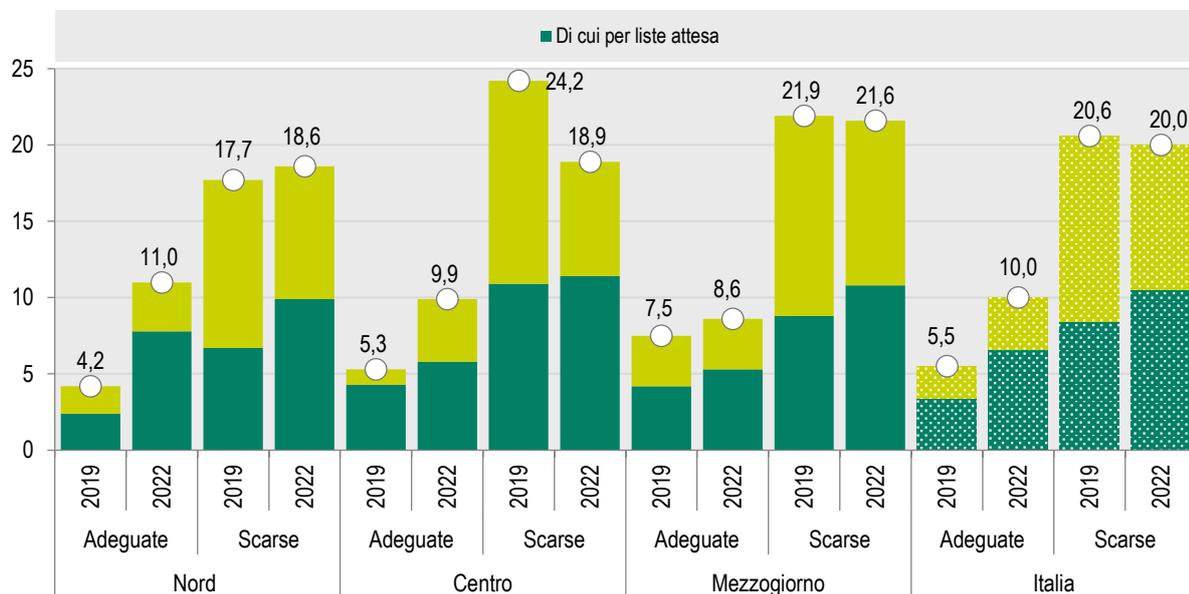
Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità  
(a) Break nella serie.

**Figura 1 - Popolazione che ha rinunciato negli ultimi 12 mesi a prestazioni sanitarie, di cui per lunghe liste di attesa, per risorse economiche familiari e area geografica. Anni 2019 e 2022 (per 100 persone)**



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

**Figura 2 - Popolazione in condizione di multimorbilità che ha rinunciato negli ultimi 12 mesi a prestazioni sanitarie, di cui per lunghe liste di attesa, per risorse economiche familiari e area geografica. Anni 2019 e 2022**  
 (per 100 persone con almeno due patologie croniche)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

**Tavola 5 - Contributi sanitari integrativi del welfare aziendale: lavoratori beneficiari e quota dei contributi ricevuti per quinti di reddito familiare equivalente di appartenenza. Anno 2020**  
(valori percentuali)

QUINTI DI REDDITO FAMILIARE EQUIVALENTE	Lavoratori beneficiari (%)	Quota contributi ricevuti (%)
Primo	7,5	2,4
Secondo	12,6	6,0
Terzo	19,5	11,3
Quarto	28,7	21,8
Quinto	31,6	58,5
<b>Italia</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Istat, Indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie (integrata con fonti amministrative)

**Tavola 6 - Agevolazioni fiscali sulle spese sanitarie: famiglie beneficiarie, quota risorse ricevute e importi medi a famiglia per tipologia familiare. Anno 2020**  
(valori assoluti e percentuali)

TIPOLOGIA FAMILIARE	Famiglie beneficiarie (%)	Quota risorse ricevute (%)	Importo medio a famiglia (euro)
Persone sole fino a 64 anni	10,1	7,3	181
Persone sole 65 anni e più	13,3	12,3	231
Coppie senza figli - Donna fino a 64 anni	10,5	10,8	259
Coppie senza figli - Donna 65 anni e più	14,2	18,5	327
Coppie con figli minori	22,7	20,9	230
Coppie con figli adulti	16,3	19,3	296
Monogenitori con figli minori	3,1	2,4	194
Monogenitori con figli adulti	7,6	6,7	219
Altra	2,3	1,8	201
<b>Italia</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>250</b>

Fonte: Istat, Indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie (integrata con fonti amministrative)