

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

**Rapporto OASI 2016**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e il Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.*

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

[www.egeaonline.it](http://www.egeaonline.it)

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di  
CERGAS - Bocconi

**Rapporto OASI 2016**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla  
Gestione dell'Assistenza  
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management





**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2016

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla  
Gestione dell'Assistenza  
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

*Impaginazione:* Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.  
Via Salasco, 5 – 20136 Milano  
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753  
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



*Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®*

# 7 I Consumi Privati in Sanità<sup>1</sup>

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech e Valeria Rappini<sup>2</sup>

## 7.1 Introduzione

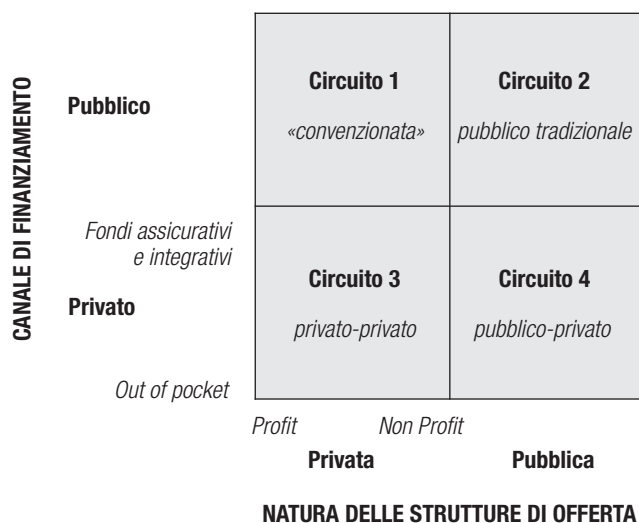
L'oggetto di attenzione del capitolo sono i consumi privati in sanità (CPS), cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie (out of pocket), delle imprese (per esempio, medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Il capitolo, curato dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) di SDA Bocconi offre, attraverso l'esplorazione dei database istituzionali più aggiornati, un quadro complessivo dei «numeri» del settore dei consumi privati in sanità e delle sue principali determinanti (socio-demografiche ed economiche) fino al 2015. Rispetto agli analoghi contributi che gli stessi autori hanno offerto nei precedenti rapporti per OASI (Del Vecchio, Fenech, Mallarini e Rappini, 2013, 2014 e 2015), è utile, in via preliminare, riprendere alcune riflessioni che possono aiutare a meglio definire il tema e a identificare le ragioni che lo rendono di particolare interesse.

La Figura 7.1 chiarisce come il riferimento dirimente sia la provenienza pubblica o privata delle risorse che alimentano il consumo (righe nella figura) e non, come usualmente accade nel dibattito su «pubblico e privato in sanità», l'assetto istituzionale delle strutture di erogazione (colonne nella figura). A una definizione apparentemente semplice e di immediata comprensione, come quella proposta, corrisponde, però, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti (Del Vecchio, 2012). I prodotti e servizi per la salute possono, infatti, essere inse-

<sup>1</sup> Il capitolo trae spunto dalla ricerca condotta dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) di SDA Bocconi, di cui nel presente capitolo si forniscono i principali dati ed evidenze (Del Vecchio, Mallarini e Rappini, 2015).

<sup>2</sup> Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 7.1, 7.4.1 e 7.4.3, possono essere attribuiti a Mario Del Vecchio; i §§ 7.3 e 7.5 a Lorenzo Fenech; i §§ 7.2 e 7.4.2 a Valeria Rappini.

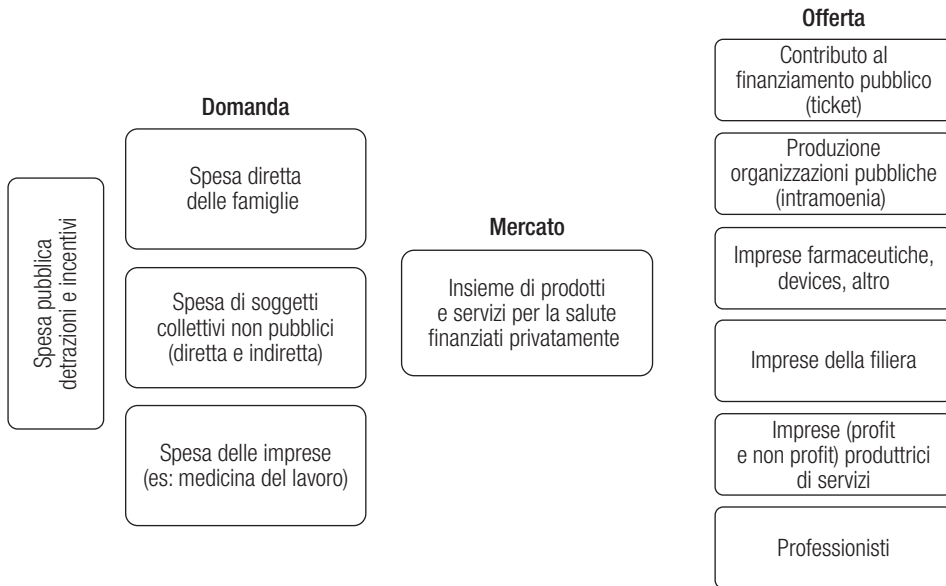
Figura 7.1 I quattro circuiti del settore sanitario



riti in meccanismi economici che si caratterizzano, non solo per il soggetto che ne sopporta l'onere, ma anche dalla pluralità di attori che compongono il sistema e i complessivi meccanismi di offerta (si veda la Figura 7.2). Così, da una parte, l'onere può ricadere sulle famiglie, sui fondi e le assicurazioni o sulle imprese e, dall'altra, i destinatari essere la stessa pubblica amministrazione, le imprese fornitrici di beni o servizi, o i professionisti. L'esistenza di diverse componenti, a partire dalla fondamentale distinzione tra out of pocket e consumi intermediati, oltre a rendere sempre meno significativi ragionamenti di natura aggregata e indistinta sul «privato in sanità», complicano la ricostruzione di quel quadro comprensibile e affidabile di informazioni sul quale sarebbe bene fondare un dibattito, come quello sul futuro del nostro sistema sanitario, che diventa sempre più intenso e animato.

Nel produrre una rappresentazione il più organica possibile del settore, gli autori si propongono di mettere in luce come la spesa sanitaria privata, troppo spesso considerata come aggregato indistinto, sia in realtà composta da elementi molto diversi tra loro. La scomposizione della spesa sanitaria privata nelle sue diverse componenti può, infatti, fornire spunti di riflessione e dar conto delle tendenze strutturali che stanno attraversando il settore. Tradizionalmente, gli studi sul tema adottano tipicamente un approccio macro che appare alquanto limitato nel cogliere le sue peculiarità e varietà di articolazioni (rispetto a diverse specialità e servizi, tipologie familiari, aree geografiche ecc.). La problematica emerge sia a livello nazionale che internazionale (Baldini e Turati, 2009), dove però bisogna notare un progressivo cambiamento di direzione, grazie all'introduzione di indagini più articolate e alla crescente presenza di lavori di ricerca basa-

Figura 7.2 I consumi privati: un mondo complesso e articolato



ti su indagini ad hoc (Propper, 2000; De Pietro et al. 2010; Fabbri e Monfardini, 2011; Exley et al. 2013; Sostituire con: Del Vecchio, Mallarini, Rappini, 2015).

Si tratta di superare l'idea che i consumi sanitari si comportino uniformemente, mentre osservazioni più analitiche possono cogliere e spiegare un alto grado di eterogeneità. Una dimostrazione esemplare è fornita dalla questione dell'elasticità al reddito della spesa sanitaria privata sulla quale a livello aggregato poco si riesce a stabilire, mentre a livello disaggregato risulta evidente come alcune componenti, per esempio quella odontoiatrica, si comportano come un «bene di lusso» a differenza di altre, come la spesa per farmaci, che per elasticità al reddito è simile a quella che caratterizza i «beni primari» (D'Angela, 2012).

L'osservazione e l'analisi consentono anche di evidenziare fenomeni controintuitivi. Se si guarda, per esempio, ai divari regionali sulla spesa sanitaria privata pro-capite (Par. 7.5.1), non trova riscontro l'idea comune che questi siano legati ai differenziali nel funzionamento del sistema pubblico. Analogamente, può sorprendere la rilevante presenza dell'operatore pubblico come destinatario della spesa ambulatoriale privata, sia attraverso il canale del *copayment* sia attraverso l'*intramoenia* (Par. 7.3.2 e Par 7.4.3). Dopo un breve paragrafo che ricorda le fonti utilizzate (7.2), nel prosieguo del capitolo la spesa sanitaria privata viene analizzata attraverso diverse prospettive di indagine:

- la natura delle relazioni che si instaurano tra diverse variabili macroeconomiche, prima e durante la crisi economica (Par. 7.3);

- ▶ la composizione interna dei CPS per funzioni di spesa e canali di finanziamento (Par. 7.4);
- ▶ le abitudini di spesa sanitaria, per regione, tipologie di consumatori e altre determinanti socio-demografiche (Par. 7.5).

## 7.2 Fonti

La scelta di riflettere sulla spesa sanitaria privata in termini disaggregati pone, evidentemente, il tema delle fonti da utilizzare per ricostruire un quadro informativo sufficientemente attendibile. Da questo punto di vista è bene sottolineare come la spesa sanitaria privata sia soggetta a molteplici stime, riflettendo il variegato universo di attori operanti nel settore e la pluralità di metodi a disposizione. Non stupisce, dunque, che i dati siano spesso frammentati, con il rischio di incorporare duplicazioni e passibili di interpretazioni diverse. Pur consapevole dei rischi e delle limitazioni l'OCPS ha avviato da alcuni anni un lavoro di ricostruzione e consolidamento delle informazioni. In questo capitolo, come nei rapporti precedenti, la principale fonte di riferimento è ISTAT che presenta un'ampia gamma di indagini e fonti informative, tra queste, in particolare: Contabilità Nazionale, Indagine sulla Spesa delle Famiglie, Indagine Multiscopo sulle Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari, Indagine Multiscopo sugli Aspetti della Vita Quotidiana.

Nel rimandare ai rapporti precedenti per approfondimenti sull'origine e la struttura delle fonti ISTAT, in questa sede si richiama come le stime sulla spesa sanitaria, insieme agli altri aggregati che compongono il paniere di consumo delle famiglie, siano state sottoposte in questi ultimi due anni ad un importante processo di rivalutazione. Per quanto riguarda il sistema dei Conti Nazionali (ISTAT), che rileva storicamente dati sull'attività economica del paese, va qui segnalato che le stime sono state rivisitate sulla base del nuovo sistema di regole Sec2010, per cui i conti registrano, a partire dal 2015, una rivalutazione generale delle serie storiche su tutte le principali grandezze macroeconomiche.

Tale rivalutazione è stata di particolare impatto sulla stima della spesa sanitaria delle famiglie, che nell'ultima edizione disponibile (Marzo 2016) viene indicata a 34,5 miliardi di euro per il 2015. La rivalutazione è, per buona parte, imputabile all'affinamento delle tecniche per la stima del «sommerso» e, soprattutto, alla rivalutazione della componente ambulatoriale della spesa sanitaria delle famiglie (visite mediche, analisi del sangue, accertamenti diagnostici e cure odontoiatriche). Usando il 2013 come riferimento, la stima della spesa sanitaria delle famiglie secondo l'edizione di settembre 2014 è pari a 31,4 miliardi di euro, di cui 12,9 per prodotti e medicinali, 13,9 per servizi ambulatoriali e 4,9 per servizi ospedalieri. Il rilascio dei Nuovi Conti Nazionali di marzo 2016 mostra, invece, un dato per il 2013 pari a 32,7 miliardi di euro (+4,1%), di cui 13 per prodotti e



medicinali (+1,2%), 14,8 per servizi ambulatoriali (+6,6%) e 4,9 per servizi ospedalieri (immutata). Come si vede, la rivalutazione è quasi per intero ascrivibile alla spesa ambulatoriale il cui aumento spiega circa il 90% dell'aumento complessivo (1,3 miliardi di euro). Si tratta di una rivalutazione di tipo «strutturale» che ha portato alla revisione di tutte le serie storiche e, pertanto, le dinamiche analizzate nei successivi paragrafi si basano su serie coerenti.

Bisogna poi ricordare come i cambiamenti avvenuti sul lato dei Conti Nazionali sono anche il frutto delle modifiche introdotte nella rilevazione campionaria della spesa effettuata attraverso la nuova Indagine sulle Spese delle Famiglie, la quale sostituisce la precedente Indagine sui Consumi ed è il «risultato di una lunga fase di sperimentazione di tecniche e metodologie per il miglioramento della qualità dei dati. Modifiche sostanziali sono state introdotte in tutte le fasi del processo» (ISTAT, 2015). Nel caso dell'Indagine sui Consumi si tratta di una vera e propria «rottura» con il sistema precedente che rende difficili i confronti intertemporali. Pertanto, se tradizionalmente questa indagine veniva utilizzata come fonte privilegiata sia per il rilascio delle stime aggregate che per l'analisi delle determinanti socio-demografiche, da quest'anno la principale fonte di riferimento per le stime aggregate in questo capitolo è rappresentata dai Nuovi Conti Nazionali. Le informazioni di fonte ISTAT sono come di consueto integrate con i dati di altre fonti istituzionali quali le analisi sull'out of pocket e sul *copayment* di Agenas, gli studi di settore dell'Agenzia delle Entrate, i rapporti sulla spesa sanitaria della Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2016) e il «Rapporto SDO» del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2016).

### 7.3 Le dinamiche della spesa sanitaria delle famiglie

#### 7.3.1 Relazione tra spesa sanitaria pubblica, privata, PIL e spesa generale delle famiglie<sup>3</sup>

La spesa sanitaria totale corrente ammonta in Italia nel 2015 a circa 149 miliardi di euro (vedi Capitolo 4 del presente Rapporto) ed è composta per circa il 77% da spesa sanitaria pubblica e per il restante 23% da spesa sanitaria privata (Tabella 7.1).

Se la composizione rimane abbastanza stabile negli ultimi dieci anni, la spesa sanitaria totale corrente mostra una dinamica in crescita fino al 2013, anno in cui subisce una riduzione di circa un miliardo che viene comunque più che compensata da una crescita di circa quattro miliardi tra il 2013 e il 2015. Tale oscillazione

<sup>3</sup> Come già accennato le principali grandezze macroeconomiche sono state oggetto di revisione, per cui le serie storiche dei dati contenuti nelle successive tabelle possono risultare diverse rispetto alle analoghe tabelle utilizzate nei precedenti rapporti.

Tabella 7.1 **Spesa sanitaria totale, spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria privata (2005-2015)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Spesa sanitaria totale corrente</b>											
Miliardi di euro	124,8	128,8	133,4	138,3	140,8	142,3	146,1	146,7	145,6	147,8	149,1
In % del PIL	8,4	8,3	8,3	8,5	8,9	8,9	8,9	9,1	9,1	9,2	9,1
<b>Spesa sanitaria pubblica corrente</b>											
Miliardi di euro	96,8	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6
In % della spesa sanitaria totale	77,5	77,4	77,8	77,4	78,3	78,2	77,2	77,7	77,5	77,3	76,9
% della spesa tot. corrente della PA	14,5	14,5	14,3	14,7	14,6	14,9	14,5	14,2	14,1	14,0	n.a.
% del PIL	6,5	6,4	6,4	6,6	7,0	6,9	6,9	7,1	7,0	7,1	7,0
<b>Spesa sanitaria delle famiglie</b>											
Miliardi di euro	28,0	29,1	29,6	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	32,7	33,5	34,5
In % della spesa sanitaria totale	22,5	22,6	22,2	22,6	21,7	21,8	22,8	22,3	22,5	22,7	23,1
In % della spesa delle famiglie	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4
In % del PIL	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1

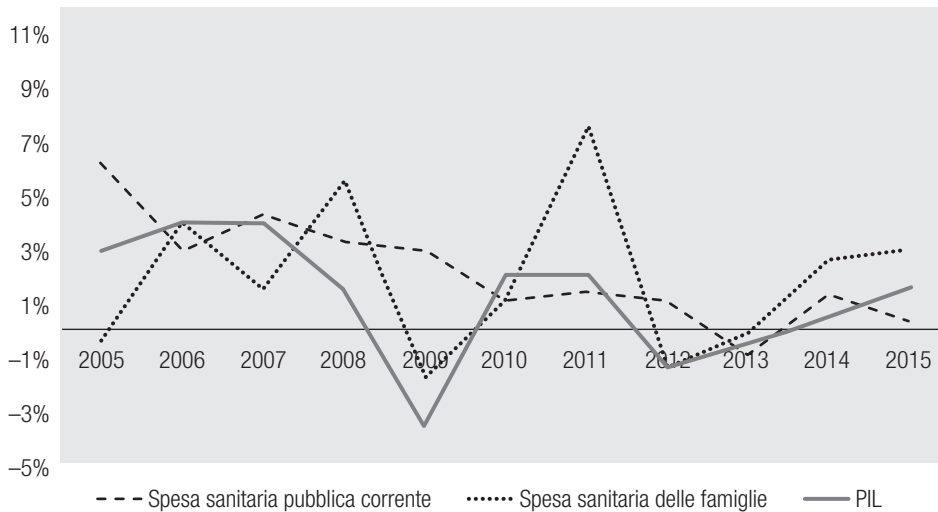
Fonte: elaborazioni OCPS-SDA Bocconi su dati Cergas-Bocconi (Spesa Sanitaria Pubblica), EUROSTAT (Spesa Pubblica Totale), ISTAT-Nuovi Conti Nazionali (Spesa Sanitaria delle Famiglie, Spesa Generale delle Famiglie, PIL)

non cambia sostanzialmente la composizione della spesa in quanto la variazione è imputabile sia alla componente pubblica che a quella privata, ormai saldamente agganciate alle dinamiche del reddito (Figura 7.3). A partire dal 2009, la spesa sanitaria pubblica rimane, infatti, intorno al 7% del PIL e la spesa sanitaria privata intorno al 2%. L'aumento della spesa sanitaria delle famiglie tra il 2013 e il 2015 non si traduce, quindi, in aumento del peso rispetto al reddito, e in una prospettiva congiunturale, può essere quasi interamente attribuito a una ripresa, seppure debole, della dinamica del PIL.

Bisogna, comunque notare, come nell'arco del decennio sembra esservi una lieve, ma a questo punto osservabile, crescita della componente privata della spesa in relazione alle principali grandezze di riferimento. Infatti nel periodo considerato la quota della spesa sanitaria privata su quella totale passa dal 22,5 al 23,1%, il suo peso nel paniere di spesa delle famiglie dal 3,1 al 3,4%, il suo contributo alla economia complessiva dall'1,9 al 2,1%.

Le tre variabili considerate (PIL, spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata) mostrano negli ultimi dieci anni una marcata correlazione sintetizzata dalla sostanziale stabilità degli indici di spesa rispetto al PIL. Tale stabilità può essere ricondotta a due diversi meccanismi. Da una parte, l'intensità dei vincoli

Figura 7.3 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL in Italia (2005-2015)**



Fonte: elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati Cergas Bocconi (Spesa Sanitaria Pubblica), ISTAT-Nuovi Conti Nazionali (Spesa sanitaria delle famiglie, PIL)

di finanza pubblica e la loro progressiva efficacia, in risposta alla crisi, sembrano avere stabilmente agganciato la dinamica della spesa sanitaria pubblica ai tassi di crescita (decrescita) del PIL. Dall'altra, come era lecito attendersi, le dinamiche del reddito sembrano essersi proporzionalmente riflesse sui consumi sanitari privati (elasticità intorno all'unità o lievemente superiore).

Le cautele interpretative sono in questo caso d'obbligo. Assunto un quadro di correlazioni tra le tre variabili, la natura dei nessi causali e la loro direzione non sono, infatti, di semplice decifrazione, a partire dall'ipotesi, spesso implicitamente assunta, di residualità della spesa privata. Secondo tale ipotesi il cittadino dovrebbe rivolgersi al privato solo quando il sistema pubblico non è in grado di fornire per obiettivi di appropriatezza, ragioni di equità o vincoli di bilancio servizi che possano rispondere ai propri bisogni (Levaggi e Turati, 2011). In tal caso, riduzioni di spesa sanitaria pubblica, a parità di altre condizioni, dovrebbero causare aumenti in quella privata. (Armeni e Ferré, 2014; Del Vecchio, Fenech, Prenestini, 2015).

Tuttavia, l'osservazione degli andamenti delle variabili non fornisce evidenze in tal senso. Ciò che rende particolarmente difficile comprendere come spesa pubblica (offerta e consumo) e spesa privata (consumo) possano interagire è la presenza di un effetto di reddito. Così al ridimensionamento dell'offerta pubblica, conseguente alla crisi economica, pur in presenza di una maggiore domanda potenziale di consumo sanitario privato, potrebbe non corrispondere un aumen-

to del consumo effettivo, in quanto i vincoli di bilancio sulle famiglie «mordono» con maggiore intensità (dominanza dell'effetto reddito). La stessa ipotesi di residualità potrebbe essere messa in discussione e potrebbe essere assunta l'ipotesi di una correlazione positiva tra qualità e quantità di consumi pubblici, da una parte, e consumi privati, dall'altra, nel senso che «maggiori quantità» di servizi sanitari pubblici potrebbero indurre negli individui e nelle famiglie una maggiore propensione a investire nella propria salute. Il tema verrà comunque meglio approfondito in seguito (Par. 7.5) attraverso una analisi sui dati regionali.

Nell'analisi delle relazioni tra spesa pubblica e privata il dibattito si concentra spesso sulle relazioni tra queste e il PIL, tralasciando il confronto tra il peso che queste assumono nei panieri di spesa di famiglie e pubblica amministrazione. Adottando questa prospettiva, i dati rivelano come la sanità sia una componente particolarmente stabile rispetto ad altre voci di spesa, in entrambi i casi. Per quanto riguarda la spesa pubblica corrente, si registra una sostanziale invarianza intorno ai valori del 14% del PIL, tra il 2004 e il 2013 (ultimo anno disponibile, vedi Tabella 7.1).

Secondo i dati dei Nuovi Conti Nazionali, la spesa sanitaria delle famiglie, in percentuale del paniere complessivo, rimane stabile tra il 2007 e il 2015, con una leggera tendenza alla crescita, contrariamente ad altri elementi del paniere che manifestano un progressivo cambiamento di peso nel portafoglio familiare (Tabella 7.2). Da una parte, diminuisce il peso delle spese per mobili e manutenzione casa (da 7,0% a 6,2%) e trasporti (da 13,0% a 12,0%). Dall'altra, aumenta di

Tabella 7.2 **Composizione percentuale della spesa generale delle famiglie (2007-2015)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alimentari e bevande non alcoliche	14,6	14,5	14,8	14,5	14,3	14,3	14,4	14,2	14,3
Bevande alcoliche, tabacco, narcotici	4,3	4,1	4,1	4,0	4,0	4,2	4,2	4,2	4,2
Vestitario e calzature	6,7	6,7	6,5	6,6	6,6	6,3	6,2	6,2	6,2
Abitazione e utenze*	20,8	21,5	22,6	22,6	22,6	23,7	24,4	24,2	23,9
Mobili e manutenzione casa**	7,0	6,8	6,7	6,9	6,8	6,4	6,3	6,2	6,2
<b>Sanità</b>	<b>3,1</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>
Trasporti	13,0	12,8	12,3	12,2	12,3	12,2	11,9	11,9	12,0
Comunicazioni	2,9	2,7	2,8	2,8	2,7	2,7	2,5	2,3	2,3
Ricreazione e cultura	7,0	6,8	7,0	7,2	7,1	6,8	6,5	6,6	6,7
Istruzione	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
Alberghi e ristoranti	9,1	9,1	9,4	9,4	9,4	9,6	9,7	9,7	9,8
Beni e servizi vari	10,7	10,8	9,6	9,7	10,0	9,6	9,7	10,0	9,8
Totale consumi delle famiglie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*abitazione, acqua, elettricità, gas ed altri combustibili

\*\*mobili, elettrodomestici e manutenzione della casa

Fonte: ISTAT (Nuovi Conti Nazionali, Edizione Marzo 2016)

ben due punti percentuali il peso relativo della spesa per abitazione e utenze (da 20,8% a 23,9%).

In un quadro di ridefinizione di alcuni pesi nel paniere familiare, si qualifica meglio un giudizio di sostanziale stabilità della quota della spesa sanitaria, la quale, seppur condizionata dalle dinamiche del reddito, non risulta molto «comprimibile» o «estensibile» rispetto ad altri *item* di spesa. Una valutazione di merito sul peso che la spesa sanitaria delle famiglie assume nel bilancio familiare deve, evidentemente, tener conto di altre variabili, sebbene il rapporto con altre voci, segnatamente la voce di spesa per «bevande alcoliche, tabacco, narcotici» che raggiunge livelli di spesa addirittura superiori a quello della spesa sanitaria, andrebbe attentamente considerato in qualunque discussione circa la sostenibilità di quest'ultima. Bisogna, infine, notare come ogni confronto tra dinamiche della spesa sanitaria e quelle relative ad altre componenti del paniere familiare riflettono inevitabilmente le dinamiche di prezzo relative. I consumi reali di servizi sanitari, soprattutto per alcune tipologie, potrebbero essere aumentati più di quanto i dati di spesa non lascino trasparire, se i prezzi relativi fossero diminuiti nel frattempo. Qualche segnale in tal senso sembra emergere, si tratta, comunque, di una prospettiva di analisi complessa qui non approfondita.

### 7.3.2 La spesa per copayment delle famiglie

Nell'analizzare la relazione tra consumi privati e sistema pubblico non si può non tenere conto delle dinamiche che si manifestano sul lato della compartecipazione alla spesa. Nato con il doppio scopo di migliorare il governo della domanda e, allo stesso tempo, garantire una fonte alternativa di finanziamento, il *ticket* viene introdotto per la prima volta in Italia nel 1978 nell'ambito della spesa farmaceutica, ma rimane lontano dai «riflettori» fino a tempi relativamente recenti. L'introduzione nel 2011 del cosiddetto «super *ticket*» per la specialistica ambulatoriale e la recente crisi economica, pongono, infatti, una serie di questioni sulla sua efficacia e sul suo impatto in termini di equità (Fenech e Panfili, 2013). Negli ultimi sei anni disponibili, la spesa per *copayment* delle famiglie – prevista sulle prestazioni specialistiche (visite, analisi, accertamenti diagnostici), sul pronto soccorso (se non si tratta di emergenze) e sull'acquisto di farmaci – è aumentata fino al 2013, registrando un incremento di circa 700 milioni di euro (Tabella 7.3), per poi stabilizzarsi nei due anni successivi. Il dato mostra un andamento oscillatorio quando si guarda in percentuale della spesa sanitaria privata totale: la spesa per *copayment* passa dal 7,2% del 2010 al 9,1% del 2013, per assestarsi al 8,3% del 2015.

Una possibile spiegazione è che, in un primo momento, l'innalzamento dei super *ticket* nel 2011 ha «spiazzato» gli utenti che hanno continuato comunque a usufruire dei prodotti/servizi offerti in regime di compartecipazione. In un se-

Tabella 7.3 **Spesa per compartecipazioni in Italia (beni e servizi)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Spesa totale per compartecipazioni</b>						
Miliardi di euro	2,22	2,67	2,95	2,6	2,88	2,85
In % della spesa sanitaria privata totale	7,2	8,0	9,0	9,1	8,6	8,3
<b>Ticket servizi sanitari (Sp. amb., PS, altro)</b>						
Miliardi di euro	1,22	1,34	1,55	1,52	1,45	1,40
In % della spesa sanitaria privata per servizi ambulatoriali	8,7	8,9	10,3	10,3	9,3	na
<b>Compartecipazione farmaci</b>						
Miliardi di euro	1,00	1,34	1,41	1,44	1,44	1,45
In % della spesa sanitaria privata per beni	8,0	10,2	11,0	11,1	11,2	na

Fonte: elaborazioni OCPS su dati ISTAT (Nuovi Conti Nazionali) e Corte dei Conti (vari anni)

condo momento, le condizioni macroeconomiche più favorevoli, le politiche di *pricing* più aggressive da parte dell'offerta privata e il riadattamento delle aspettative degli utenti potrebbero aver spostato parte della domanda verso i consumi sanitari pagati interamente dalle famiglie. L'oscillazione in questione appare legata, in particolare, alla spesa per servizi ambulatoriali (anche se i dati disaggregati arrivano fino al 2014). Le opportunità di mercato offerte dalla nuova struttura dei ticket e della remunerazione delle prestazioni sottostanti (tariffe) sembrano essere state colte solo progressivamente dal mercato, sulla spinta di alcuni operatori, come gli erogatori che operano in una logica *low cost*, le cui politiche di prezzo tengono esplicitamente conto dei livelli dei ticket (Del Vecchio e Rappini, 2011).

Una riflessione a parte meritano, invece, i farmaci, ambito in cui la compartecipazione alla spesa è composta da due elementi: da una parte, il pagamento della differenza di prezzo tra il farmaco generico a prezzo più basso, e i farmaci con prezzo più alto (farmaci *branded* e generici più costosi), qualora l'utente decida di optare per il secondo, e, dall'altra il *ticket* in senso stretto (*ticket* in quota fissa regionale). Come si vedrà nel paragrafo 7.4.2, la maggior parte della compartecipazione alla spesa farmaceutica pubblica è data dalla prima componente, segnalando una diffusa tendenza per l'acquisto dei *branded* rispetto ai generici, nonostante la crisi.

#### 7.4 **La struttura dei consumi sanitari privati: dati e prospettive a confronto**

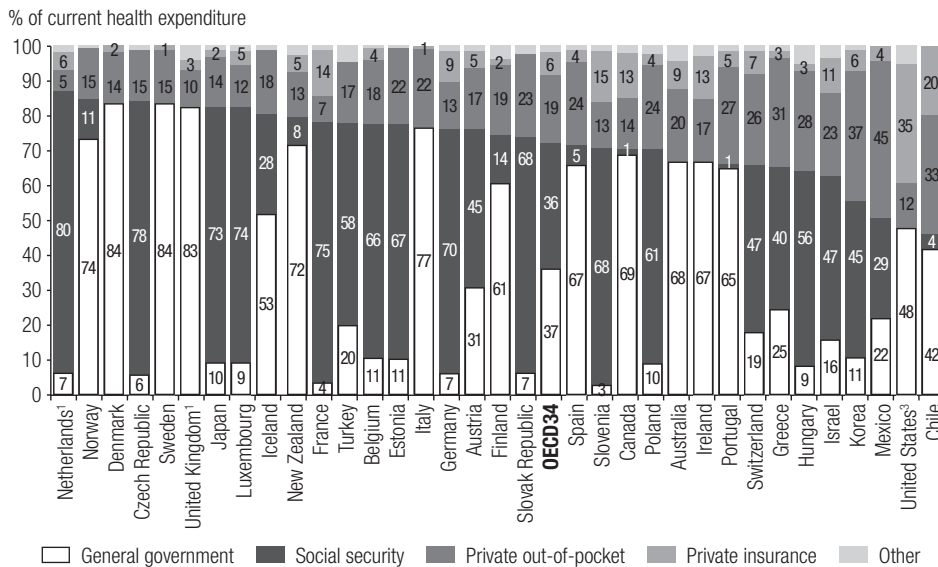
La composizione della spesa sanitaria privata e le sue dinamiche interne, diversamente dal dato a livello aggregato, sono ancora poco conosciute e analiz-

zate in Italia. Il dato analitico non è riportato nei principali rapporti e pubblicazioni, le classificazioni differiscono e le stime non sempre consentono interpretazioni univoche. La scomposizione della spesa sanitaria nelle sue diverse voci componenti, seppur da «maneggiare con cautela», può invece fornire spunti interessanti.

#### 7.4.1 I CPS per canale di finanziamento

Riprendendo la tradizionale classificazione dell'OECD<sup>4</sup>, la spesa sanitaria privata si distingue in spesa sanitaria intermediata da assicurazioni e mutue e spesa sanitaria out of pocket, cioè interamente o parzialmente (per esempio, *ticket*, o quota rimborsata dalle assicurazioni) a carico delle famiglie (OECD, 2015). L'OECD include nella definizione anche le spese sostenute da imprese e organizzazioni *non profit*, le quali, però, non trovano ancora una stima puntuale.

Figura 7.4 **Spesa sanitaria totale per fonte di finanziamento, 2013 (o anno più vicino)**



Fonte: OECD Health Statistics 2015

<sup>4</sup> «Private financing covers households' out of pocket payments, private health insurance and other private funds (NGOs and private corporations). Out of pocket payments are expenditures borne directly by patients. They include cost-sharing and, in certain countries, estimations of informal payments to health care providers» (OECD, 2011). Per un approfondimento degli schemi di finanziamento si veda anche OECD, EUROSTAT, WHO (2011).

Nell'ottica di un confronto internazionale (Figura 7.4), il dato sul peso della spesa sanitaria privata in percentuale del totale (circa 23%) appare tendenzialmente in linea con la media OECD (25%) e vicino a paesi di stampo «universalistico» come Francia (21%), Germania (23%) e Regno Unito (17%). Il nostro paese presenta, tuttavia, una peculiarità rispetto a questi paesi: la maggior parte della spesa sanitaria privata è di tipo out of pocket, cioè non intermediata da fondi o assicurazioni. Secondo i dati in figura, la spesa sanitaria out of pocket rappresenta in Italia circa il 22% della spesa sanitaria totale, in Francia il 7%, in Germania il 13% e in Gran Bretagna il 10%.

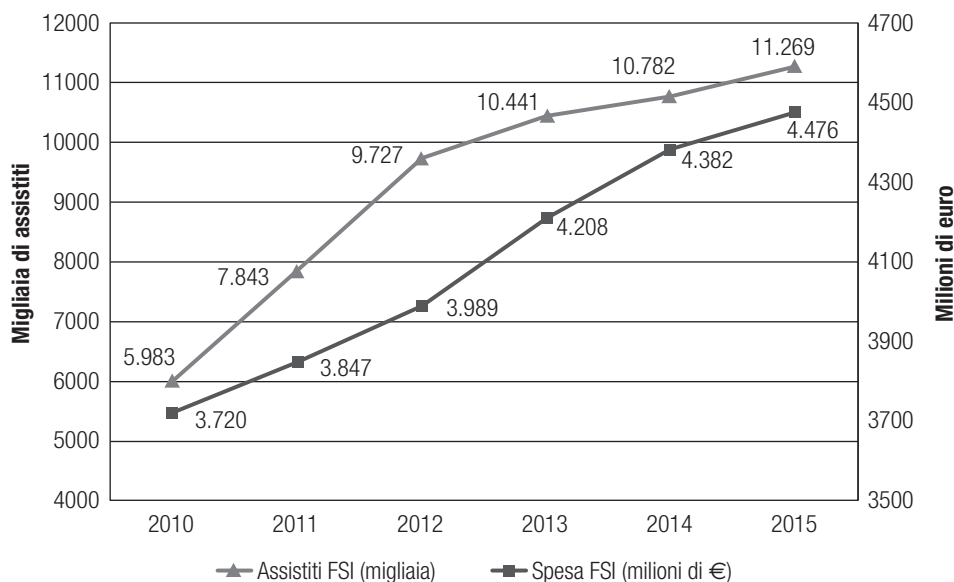
Dunque, secondo i dati OCSE, solo l'1% della spesa sanitaria totale è intermediata in Italia, dato che però sembra destinato ad aumentare. L'incremento della porzione intermediata potrebbe essere infatti, favorita da politiche aziendali volte a favorire l'erogazione di *benefit* rispetto ad aumenti salariali (*welfare* aziendale) e da dinamiche di mercato in un contesto di sempre maggiore consumerizzazione della sanità, ma anche di sensibilizzazione degli individui alle tematiche della prevenzione e del benessere in senso esteso.

Una stima accurata dell'entità della spesa privata intermediata non è agevole (Cavazza e De Pietro, 2011; Cavazza, Del Vecchio, De Pietro, Rappini, 2016). Le difficoltà nascono, in parte, dalla circostanza che nella stima dei consumi sanitari delle famiglie è incorporata una quota difficilmente quantificabile di spesa successivamente rimborsata da assicurazioni e fondi, attraverso il canale «indiretto». Si tratta di una spesa che avviene al di fuori degli accordi di convenzionamento diretto fondi-erogatori e che quindi viene rimborsata ex post su presentazione della fattura. Rimane poi il problema della stima della parte intermediata in modo «diretto», calcolabile solo da fonti amministrative delle compagnie e non sul lato della domanda. Inoltre, la stima della componente intermediata può avvenire, alternativamente, sul versante dei premi incassati o su quello dei rimborsi erogati a famiglie o strutture erogatrici. Nel rimandare al Rapporto OCPS 2015 (De Pietro, 2015) per un approfondimento specifico, qui si rileva che il dato che appare più attendibile – e che comprende tutte le diverse forme di copertura integrativa (Fondi Assicurati e Casse Aziendali, Fondi in Autogestione, Casse Professionali, Assicurazioni Individuali, Mutue) – è quello fornito dai principali operatori del settore che colloca, per il 2015, la spesa intermediata intorno ai 4,5<sup>5</sup> miliardi di euro, con una popolazione coperta di più di circa 10 milioni di persone, entrambe le variabili in netta crescita negli ultimi cinque anni disponibili (Figura 7.5).

<sup>5</sup> La stima OECD in figura 7.4 riconduce a delle stime inferiori in quanto riprende le stime ISTAT su dati ANIA sui premi contabilizzati rispetto alle polizze malattia che ammontano a circa 2 miliardi di euro.



Figura 7.5 **Spesa sanitaria intermediata e numero di assistiti di Fondi Sanitari Integrativi (FSI), Società di Mutuo Soccorso, Casse Mutue e Assicurazioni, 2010-2015**



Fonte: RBM Assicurazione Salute su dati CEIS-CREA Sanità e su dati Previmedical®

## 7.4.2 I CPS per funzione di spesa

Secondo i dati della Contabilità Nazionale, i 33,5 miliardi di euro di spesa sanitaria delle famiglie registrati nel 2014 sono costituiti per circa 5,0 miliardi da spesa per servizi ospedalieri, 15,7 miliardi da spesa per servizi ambulatoriali e 12,8 miliardi da spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico. Questa classificazione in tre componenti si basa sul noto sistema di classificazione internazionale «COICOP a tre cifre» ed è utile per un macroinquadramento della spesa privata, composta indicativamente per circa il 60% di servizi e circa il 40% di beni. Come per la spesa generale, non è detto, però, che le singole componenti della spesa sanitaria rimangano invariate nel tempo. Dall'osservazione delle dinamiche spicca, infatti, un tasso di crescita medio di più del 2% per i servizi e un tasso di crescita inferiore all'1% per i beni. (Tabella 7.4).

Al fine di poter disporre di analisi più approfondite, in questi anni OCPS ha avviato un lavoro di confronto tra i dati ufficiali e le stime ricavabili da altre

® I dati sono stati presentati da Marco Vecchietti (Consigliere Delegato RBM Salute Spa e Direttore Generale Previmedical Spa) l'8 giugno 2016 in occasione del *Welfare Day*.

Tabella 7.4 **La composizione della spesa sanitaria delle famiglie nel tempo (2004-2014), miliardi di euro euro e CAGR (Compounded Average Growth Rate)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	CAGR (%)
Spesa sanitaria delle famiglie	28,0	29,1	29,6	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	32,7	33,5	1,8
Di cui per servizi ospedalieri	3,6	3,7	3,6	3,9	4,1	4,5	5,0	4,9	4,9	5,0	3,4
Di cui per servizi ambulatoriali	12,6	13,2	13,5	14,4	14,0	14,0	15,1	15,0	14,8	15,7	2,2
Di cui per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	11,8	12,2	12,4	12,9	12,5	12,5	13,1	12,8	12,9	12,8	0,8

Fonte: ISTAT (Nuovi Conti Nazionali)

fonti in modo da scorporare e valutare il peso di alcuni aggregati «chiave» come la spesa per ricoveri ospedalieri, quella per dentisti e quella per medicinali.

La stima di contabilità nazionale per i servizi ospedalieri, ad esempio, comprende anche la spesa per ricoveri in residenze socio assistenziali che ne costituisce ragionevolmente la componente principale. Per quanto riguarda i ricoveri esclusivamente sanitari, il Ministero della Salute, pubblica, sulla base delle schede di dimissione ospedaliera (Rapporto SDO 2014), la remunerazione teorica relativa ai ricoveri a pagamento nelle strutture pubbliche e private accreditate<sup>7</sup>. La stima per ricoveri a carico del paziente è pari a 413 milioni di euro nel 2014, in leggera diminuzione rispetto al 2013 (452 milioni di euro). Tale dato di remunerazione teorica è riferibile al sotto-insieme dei ricoveri per acuti effettuati in istituti pubblici e privati accreditati, sono pertanto esclusi i ricoveri per riabilitazione e lungodegenza e quelli effettuati presso gli istituti privati autorizzati. Incrociando i dati di spesa delle varie fonti, la stima di Contabilità Nazionale ISTAT e quella del Ministero sembrano avere una qualche coerenza. Se, infatti, si sottrae alla stima di circa 5 miliardi di Contabilità Nazionale (comprensiva sia dei ricoveri strettamente ospedalieri sia dei ricoveri in altre strutture a prevalente assistenza sanitaria come, ad esempio, le RSA) il dato di 413 milioni del Ministero della Salute (relativo ai soli ricoveri in cliniche e ospedali) si ottiene un dato di circa 4,6 miliardi di euro relativo ai ricoveri in strutture diverse da clini-

<sup>7</sup> Il dato di remunerazione teorica è il risultato della somma delle remunerazioni teoriche per i seguenti oneri di degenza: in convenzione con differenza alberghiera (si tratta di ricoveri a prevalente carico dello SSN, con parte delle spese a carico del paziente per la differenza alberghiera); solvente (si tratta di un ricovero senza oneri per lo SSN, a totale carico del paziente, in questo caso si conteggiano, sia i residenti, sia i cittadini stranieri); in convenzione con libera professione (si tratta di ricoveri a prevalente carico dello SSN, con parte delle spese a carico del paziente per la libera professione); in convenzione con libera professione e con differenza alberghiera (si tratta di ricoveri a prevalente carico dello SSN, con parte delle spese a carico del paziente per la libera professione e la differenza alberghiera).

che e ospedali, coerente, negli ordini di grandezza, con i dati a cui si potrebbe giungere tenendo conto che i posti letto «a prevalente funzione sanitaria» sono circa 285.662 – secondo i dati dell’Indagine ISTAT sui «presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari» (2013) – e che, sulla base di quanto emerso dalle aziende partner OCPS, la spesa a carico delle famiglie (tipicamente la quota socio-assistenziale non rimborsata dai comuni) si attesta, per giornata di degenza, tra i 40 e i 50 euro.

Rimanendo in tema di servizi e passando a un ambito storicamente associato alla spesa sanitaria privata, gli Studi di settore dell’Agenzia delle Entrate rappresentano una fonte utile per comprendere la dimensione economica associata alle cure odontoiatriche. Tale fonte produce una stima dei «ricavi e compensi dichiarati dei servizi degli studi odontoiatrici» e dei «ricavi e compensi dichiarati per la fabbricazione e riparazione di protesi dentarie» (servizi degli studi odontotecnici), ottenuta moltiplicando i «ricavi o compensi medi dichiarati» per il «numero di contribuenti» (persone fisiche, società di persone, società di capitali). Il dato per il 2014 (ultimo dato disponibile) è di circa 6,7 miliardi di euro per i servizi degli studi odontoiatrici. Tali stime non comprenderebbero una quota strutturale di evasione che in Italia si può ipotizzare essere intorno al 18% per i servizi professionali<sup>8</sup> (ISTAT, 2015). Il dato complessivo di spesa per servizi odontoiatrici per il 2014 potrebbe pertanto attestarsi sugli 8 miliardi di euro. Il dato include la stima di circa 1 miliardo di euro di ricavi per la fabbricazione di protesi, sempre dell’Agenzia delle Entrate, che si ipotizza essere incorporata nella fattura finale degli studi odontoiatrici.

Per quanto riguarda i beni, l’Osservatorio Farmaci (OSFAR) Bocconi stima che la spesa per farmaci erogati tramite le farmacie aperte al pubblico da parte delle famiglie ammonti a circa 8 miliardi di euro (Tabella 7.5), dato in linea anche con altre fonti istituzionali (AIFA e IMS). Come prevedibile, la maggior parte della spesa si concentra su farmaci di automedicazione e su farmaci con obbligo di prescrizione non rimborsabili (fascia C), anche se è da rilevare l’importanza della componente legata alla differenza tra prezzo del farmaco brand ed e prezzo di riferimento pari a circa 900 milioni di euro (prezzo più basso in lista di trasparenza). Il dato rileva il permanere di un forte legame fiduciario con il brand. Se, quindi, la spesa sanitaria privata per beni è di circa 12,8 miliardi e quella per farmaci è di circa 8 miliardi, i restanti 4,8 miliardi sono attribuibili, in parte, ai medicinali generalmente intesi (prodotti omeopatici, ad uso erboristico, nutrizionali, presidi medico chirurgici, integratori, ecc.), e in parte, a prodotti per la salute come apparecchi per la pressione, apparecchi per l’udito, sedie e carrozzine, ecc.

<sup>8</sup> Sulla base della revisione dei Conti Nazionali, ISTAT ha rilasciato il 4 Dicembre 2015 le nuove stime per l’economia non osservata, relativamente al 2013. Per quanto riguarda la stima della quota di evasione per la categoria dei dentisti, il dato si riferisce alla stima sulla quota di «sotto-dichiarazione» del fatturato relativa ai liberi professionisti.

Tabella 7.5 **La spesa per beni sanitari (2014), dati in milioni di euro**

Spesa delle famiglie per farmaci		Tot
OSFAR-Cergas Bocconi	Compartecipazione farmaci di cui:	1.500
	- <i>Ticket in quota fissa regionale</i>	535,3
	- <i>Differenza prezzo di riferimento</i>	964,1
	Acquisto privato di farmaci in fascia A	1.332
	Farmaci in fascia C	2.951
	Automedicazione (SOP e OTC)	2.278
<b>ISTAT</b>	<b>Spesa delle famiglie per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico</b>	<b>12.840</b>

Fonte: OSFAR-Cergas (2015) Bocconi e ISTAT (Nuovi Conti Nazionali)

Lo sforzo di integrazione delle diverse fonti ha quindi portato OCPS SDA Bocconi a produrre delle stime della spesa sanitaria delle famiglie che permettono un maggiore livello di dettaglio rispetto ai macro aggregati dei Conti Nazionali, sebbene si tratti ancora di aggregati intermedi (Tabella 7.6). In sintesi, per quanto riguarda i servizi ospedalieri, dei circa 5 miliardi stimati da ISTAT circa l'8% sono riconducibili ai servizi pagati privatamente negli ospedali pubblici e privati accreditati. La maggior parte dei flussi è, invece, allocata nei servizi medici e socio-assistenziali offerti in case di cura e residenze per anziani. Per quanto riguarda la spesa per servizi ambulatoriali, circa la metà sono dedicati alle spese per dentisti, un settore tradizionalmente legato alla spesa sanitaria delle famiglie e la restante parte alle spese per visite specialistiche, analisi di laboratorio, dia-

Tabella 7.6 **La spesa sanitaria delle famiglie italiane per voci di spesa nel 2014**

	Contabilità Nazionale		Stime OCPS-SDA Bocconi	
	Euro (mln)	% del totale		% del totale di categoria
Servizi di ricovero (in ospedali e RSA)	5.041	15,0	Ricoveri per acuti in cliniche e ospedali pubblici e privati accreditati (solvenza, differenza alberghiera, scelta del professionista)	8,2
			Ricoveri in strutture diverse dall'ospedale con prevalente assistenza sanitaria (per esempio, RSA)	91,8
Servizi Ambulatoriali	15.650	46,7	Servizi ambulatoriali in senso stretto (visite, diagnostica, riabilitazione, ecc)	48,9
			Spese da dentista	51,1
Prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	12.840	38,3	Farmaci in senso stretto	62,8
			Altri medicinali (parafarmaci, integratori, ecc), articoli sanitari e materiale terapeutico	37,2
Totale Sanità	33.531	100,0	Spesa sanitaria totale delle famiglie	100,00

Fonte: Rapporto OCPS 2015

gnostica e riabilitazione. Infine, i prodotti sanitari pesano per circa il 40% della spesa sanitaria delle famiglie, di cui buona parte è allocata per farmaci in senso stretto, ma non è da sottovalutare la componente degli integratori, dei parafarmaci e dei prodotti utilizzati dai pazienti per il monitoraggio delle proprie patologie o per migliorare la funzionalità fisica.

### 7.4.3 I CPS: una visione d'insieme

Mettendo a sistema i dati precedenti e includendo le stime per l'attività a pagamento (intramoenia) nel pubblico, proponiamo, come per i rapporti precedenti, una visione di insieme che distingue, da un lato, tra beni e servizi e, dall'altro, tra componente pubblica e componente privata dell'offerta. Tale distinzione consente di identificare un'area dei consumi privati destinata a sostenere direttamente la spesa pubblica (Figura 7.6), escludendo così le risorse private legate al «puro» mercato. In questa prospettiva, la spesa sanitaria delle famiglie che confluisce verso il sistema pubblico, tramite l'attività a pagamento o il co-finanziamento di beni e servizi sanitari, risulta pari a circa 4,5 miliardi, cioè a circa il 13% della spesa sanitaria complessiva delle famiglie.

Figura 7.6 **La spesa sanitaria delle famiglie: un quadro d'insieme (2014 o anno più recente). Valori in miliardi di euro**

	Servizi	Beni	Spesa sanitaria totale delle famiglie
<b>PUBBLICO</b>			
Ticket	1,5	0,5	<b>4,5</b>
Intramoenia/differenza prezzo di riferimento	1,5	1,0	
<b>PRIVATO</b>	17,7	11,3	<b>29,0</b>
<b>Spesa sanitaria totale delle famiglie</b>	<b>20,7</b>	<b>12,8</b>	<b>33,5</b>

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA Corte dei Conti, ISTAT (Nuovi Conti Nazionali), Ministero della Salute<sup>9</sup>

<sup>9</sup> La spesa sanitaria privata totale, beni e servizi, è stimata sulla base dei Nuovi Conti Nazionali di ISTAT (2016); la spesa per compartecipazione è stimata sulla base dei dati AIFA (AIFA, 2016) e Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2016); la spesa per intramoenia per la specialistica ambulatoriale è rilevata dal Ministero della Salute (Osservatorio Nazionale per la Libera Professione Intramuraria, 2014).

Se poi si focalizza l'attenzione sulle aree dove ci sono maggiori interdipendenze tra sistemi pubblici e circuiti privati, quali i servizi ambulatoriali e i farmaci (Figura 7.7), il pubblico emerge come *key player* del mercato. Dei 7,7 miliardi di spesa per servizi ambulatoriali in senso stretto (esclusi i dentisti), la spesa per ticket ed intramoenia ammonta a circa il 32%. Per quanto riguarda i farmaci, degli 8 miliardi di spesa, il ticket (inteso come ticket fisso regionale per ricetta o per confezione) e la spesa per la differenza con il prezzo di riferimento ammontano a quasi il 20%.

Figura 7.7 **La spesa sanitaria delle famiglie: sistema pubblico e mercato privato di servizi ambulatoriali e farmaci (2014 o anno più recente). Valori in miliardi di euro**

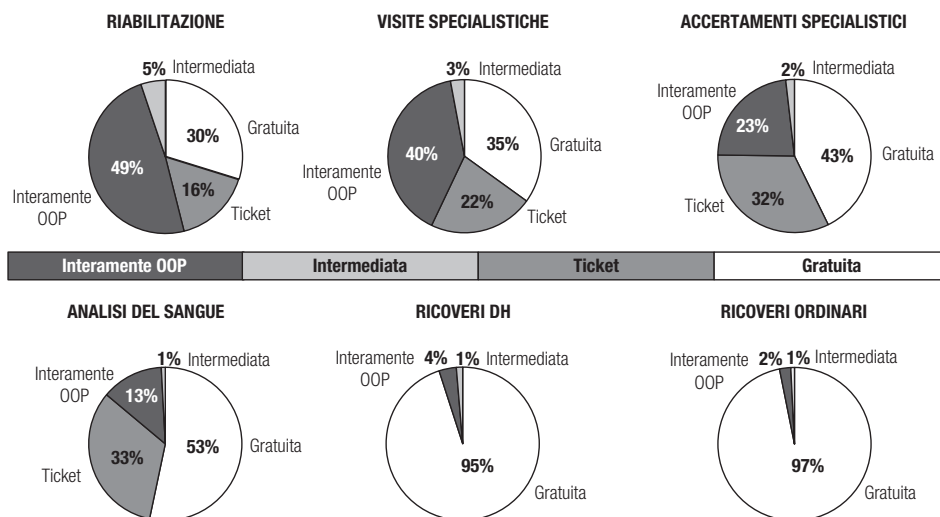
	Servizi ambulatoriali (esclusi dentisti)	Farmaci	Totale
<b>PUBBLICO</b>	Ticket	1,5	<b>4,0</b>
	Intramoenia/differenza prezzo di riferimento	1,0	
<b>PRIVATO</b>	5,2	6,5	<b>11,7</b>
<b>Totale</b>	<b>7,7</b>	<b>8,0</b>	<b>15,7</b>

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA Corte dei Conti, ISTAT (Nuovi Conti Nazionali), Ministero della Salute<sup>10</sup>

A una migliore comprensione delle caratteristiche di questa area di consumo, contribuiscono i dati dell'indagine ISTAT «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», che rilevano per le diverse categorie di prodotti e servizi considerati nel paniere «sanità» la modalità di spesa (non ha pagato nulla, ha pagato il *ticket*, ha pagato interamente-senza rimborsi dall'assicurazione, ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata-aziendale). Nel rimandare al già citato Rapporto OCPS 2015 per approfondimenti settoriali specifici, va qui segnalato che, a seconda della prestazione, cambia significati-

<sup>10</sup> La spesa sanitaria privata totale, beni e servizi, è stimata sulla base dei Nuovi Conti Nazionali di ISTAT (2016); la spesa per compartecipazione è stimata sulla base dei dati AIFA (AIFA, 2016) e Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2016); la spesa per intramoenia è rilevata dal Ministero della Salute (Osservatorio Nazionale per la Libera Professione Intramuraria, 2014).

Figura 7.8 **Popolazione italiana secondo la modalità di pagamento (% di utenti che hanno dichiarato una determinata modalità di pagamento nell'usufruire dell'ultima prestazione), Italia, 2013**



Fonte: Rapporto OCPS 2015

vamente il mix di canali di finanziamento utilizzati. In Figura 7.8 sono illustrate – per l'Italia – le stime relative a sei tipologie di prestazioni (riabilitazione, visite specialistiche, accertamenti specialistici, analisi del sangue, ricoveri DH e ricoveri ordinari), selezionate tra quelle più significative sia per frequenza sia per disponibilità di informazioni analitiche nel data base dell'Indagine ISTAT sulle «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari».

Le prestazioni di riabilitazione sono quelle per cui vi è un maggiore peso dei consumi finanziati «privatamente», in tutto o in parte (circa il 70%). All'estremo opposto vi sono, invece, i ricoveri per i quali la quota di consumo sanitario privato risulta molto bassa (circa il 3% per i ricoveri ordinari e circa il 5% per i ricoveri in DH). Da questo punto di vista le diverse prestazioni possono essere collocate in un *continuum* ideale tra prevalenza dei consumi onerosi (riabilitazione) e prevalenza dei consumi pubblici (ricoveri). Per la riabilitazione e le visite specialistiche<sup>11</sup> c'è, dunque, un'elevata propensione a rivolgersi al canale privato. Viceversa, per accertamenti specialistici e analisi del sangue, il sistema pubblico (che include anche il privato accreditato) garantisce più del 70% delle prestazioni, gratuitamente o attraverso la richiesta di un cofinanziamento.

<sup>11</sup> Nel calcolo per le visite specialistiche non sono incluse le visite pediatriche (76% a titolo gratuito) e le visite odontoiatriche (82% out of pocket). Sono escluse, per «definizione», le visite generiche dal medico di medicina generale.

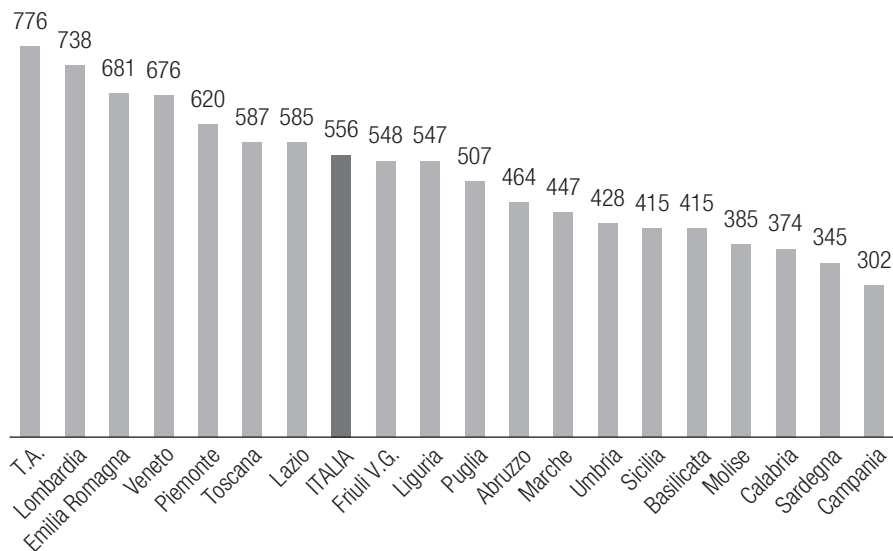
## 7.5 Dai consumi ai consumatori: differenze territoriali e caratteristiche socio-demografiche della spesa sanitaria delle famiglie

### 7.5.1 La spesa sanitaria delle famiglie per regione

A livello regionale si notano differenze rilevanti nella spesa sanitaria privata pro capite, differenze che definiscono un *ranking* molto netto tra le regioni (Figura 7.9). In linea con i rapporti precedenti, tale classifica sembra sottendere un legame positivo della spesa sanitaria delle famiglie, sia con il reddito sia con la qualità dell'offerta pubblica.

Nelle primissime posizioni si trovano, infatti, Regioni a più alto reddito come la Lombardia (738 euro), l'Emilia-Romagna (681 euro) e il Veneto (676 euro), che difficilmente potrebbero essere considerate nel contesto nazionale come le peggiori per i servizi sanitari offerti. Viceversa, Regioni come la Sicilia (415 euro), la Calabria (374 euro) e la Campania (302 euro), si trovano nelle ultime posizioni. La stessa graduatoria non subisce sostanziali modifiche pesando il dato «per età» della popolazione residente. Bisogna qui sottolineare, ancora una volta, come i risultati siano frutto di un'indagine campionaria che, seppur stratificata, produce delle stime meno solide via via che si riduce il livello istituzionale di riferimento. Il dato rimane comunque indicativo di una maggiore spesa nelle Regioni del Nord piuttosto rispetto a quelle del Sud.

Figura 7.9 **La spesa sanitaria delle famiglie pro capite nelle Regioni italiane (anno 2013)**



Fonte: elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2016)



## 7.5.2 La spesa sanitaria delle famiglie per caratteristiche sociodemografiche

L'indagine sulla spesa delle famiglie contiene dati socio demografici della popolazione oggetto di rilevazione. Ciò permette di associare ai dati di spesa sanitaria delle famiglie informazioni quali la tipologia familiare, l'età, il titolo di studio e la posizione professionale della persona di riferimento della famiglia. L'analisi delle famiglie a seconda delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione di riferimento è il frutto di una approssimazione della realtà, ma il quadro riportato in tabella 7.7 appare attendibile. La dimensione familiare e l'età sembrano infatti spiegare i diversi livelli di spesa sanitaria e, quindi, le differenti scelte di allocazione di risorse all'interno del portafoglio di spesa disponibile. In particolare, la spesa sanitaria media familiare aumenta con l'età della persona di riferimento e, quasi paradossalmente, diminuisce con il numero di figli. Ciò implica che la spesa a livello pro capite, nelle famiglie numerose, diminuisce in maniera rilevante

Il primo aspetto emerge in particolare dall'osservazione dei *pattern* di consumo delle «persone sole» e delle «coppie senza figli». Una «persona sola con 65 anni e più» spende, in media, 100 euro al mese, cioè più del doppio della «persona sola con meno di 35 anni» che spende, in media, circa 30 euro. Allo stesso modo, una «coppia senza figli con persona di riferimento di 65 anni e più», spende più di una «coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni» (165 euro e 66 euro al mese, rispettivamente). Le dinamiche della spesa generale e le propensioni al consumo sembrano indicare inoltre che, per queste tipologie familiari, l'età è un fattore più rilevante del reddito (Tabella 7.7). Prendendo come riferimento la categoria «persone sole», le persone con più di 65 anni presentano, in media, una spesa generale minore rispetto alle altre tipologie, ma hanno una propensione a spendere in sanità nettamente maggiore (6,1%, contro l'1,7% delle persone con meno di 35 anni e il 2,1 % delle persone tra i 35 e i 64 anni).

L'impatto «negativo» del numero di figli sulla spesa sanitaria è, invece, meno intuitivo e può trovare diverse spiegazioni. Una prima è legata ai vincoli di spesa che la famiglia incontra, i quali tendono ad aumentare in misura meno che proporzionale rispetto al numero dei figli. Questo dato «medio» potrebbe anche derivare dal fatto che al Sud, dove i redditi sono mediamente più bassi, vi è una maggiore incidenza di famiglie con più di 2 figli, circa 25% della popolazione, mentre al Nord, l'incidenza è di circa il 15%.

Una seconda considerazione è relativa alla propensione a spendere per sanità, calcolata come rapporto tra la spesa sanitaria e la spesa generale delle famiglie, che si riduce all'aumentare del numero dei figli. Alla base di tale diminuzione potrebbe esserci ancora una volta il reddito, se si assume che la spesa sanitaria si comporta come un bene di lusso e che le tipologie familiari con più di due figli presentano indici di povertà di gran lunga superiori alla

**Tabella 7.7 Spesa media mensile sanitaria, spesa media mensile generale pro famiglia e propensione alla spesa sanitaria, per tipologia familiare, titolo di studio e condizione professionale della persona di riferimento (2015)**

Variabili socio demografiche	Categorie	Spesa San. media mensile pro famiglia	Spesa Generale media mensile pro famiglia	Propensione alla spesa	
Tipologia familiare	Persona sola 18-34 anni	29,3	1674,7	1,7	
	Persona sola 35-64 anni	61,6	1985,1	3,1	
	Persona sola 65 anni e più	100	1641,4	6,1	
	Coppia senza figli con p.r. 18-34 anni	66,4	2424,9	2,7	
	Coppia senza figli con p.r. 35-64 anni	130,6	2833,1	4,6	
	Coppia senza figli con p.r. 65 anni e più	165,1	2538,8	6,5	
	Coppia con 1 figlio	133,6	2973,9	4,5	
	Coppia con 2 figli	123,8	3167,7	3,9	
	Coppia con 3 e più figli	125,8	3350,2	3,8	
	Mono-genitore	95,5	2439,1	3,9	
Titolo di studio conseguito	Altre tipologie	114,1	2661,4	4,3	
	Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	103,4	1723,0	6,0	
	Licenza di scuola media	105,4	2354,8	4,5	
	Diploma di scuola secondaria superiore	118,0	2795,5	4,2	
	Laurea e post-laurea	132,0	3383,1	3,9	
	Occupato	Dirigente, quadro e impiegato	111,6	3124,6	3,6
		Operato e assimilato	86,3	2321,5	3,7
		Imprenditore e libero prof.	110,3	3585,2	3,1
	Non occupato	Altro indipendente	116,1	2733,9	4,2
		In cerca di occupazione	60,6	1782,4	3,4
Inattivo		139,9	2319,1	6,0	
Condizione professionale	Ritirato dal lavoro	83,3	1839,3	4,5	
	In altra condizione	83,3	1839,3	4,5	
<b>Totale</b>		<b>112,7</b>	<b>2499,4</b>	<b>4,5</b>	

Fonte: elaborazione OCPS-SDA Bocconi su tabelle ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2016)

media italiana (ISTAT, 2016). Si potrebbe, però, anche ipotizzare, più in generale, che la spesa sanitaria sia il frutto di una decisione presa a livello familiare e che quindi il vincolo di bilancio operi a livello di famiglia e non a livello di individuo. È interessante notare, inoltre, come il titolo di studio possa influire positivamente sulla spesa sanitaria. Il dato potrebbe, però, anche in questo caso, sottendere l'influenza del reddito e dell'età. Da una parte, si rileva come all'aumentare del titolo di studio aumenti anche la spesa generale delle famiglie (*proxy* del reddito). Dall'altra, è ragionevole ipotizzare che gli anziani sono la fascia di popolazione adulta che presenta una minore frequenza di studi universitari. Anche i dati sulla condizione professionale sembrano sottendere delle relazioni con reddito ed età. Tra i dipendenti, spendono mediamente di più i dipendenti dirigenti, quadri e gli impiegati rispetto agli operai. Qui l'effetto reddito potrebbe unirsi all'adesione o meno dell'azienda di appartenenza a una qualche forma di welfare aziendale, notoriamente più corposo per i dirigenti e i quadri rispetto alle altre categorie. Con riferimento poi ai non occupati, i ritirati dal lavoro sono coloro che spendono di più e che presentano una propensione alla spesa pari al 6%, con la presumibile appartenenza alla classe di ultrasessantacinquenni.

## Bibliografia

- AIFA (2016), *L'uso dei farmaci in Italia*. Rapporto Osmed 2015.
- ANDI (2013), Rapporto 61° Congresso Scientifico 15-16 novembre 2013.
- Agenzia delle Entrate, Studi di settore (<http://www.agenziaentrate.gov.it>).
- ANIA (2012), *L'assicurazione italiana 2013/2014*, ANIA ([www.ania.it](http://www.ania.it)).
- Armeni P. e Ferré F. (2014), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Baldini M., Turati G. (2009), «Equità nell'accesso ai servizi sanitari: verso l'identificazione dei fattori esplicativi e delle politiche di intervento in Europa e nelle regioni italiane», in P. Bosi, N. Dirindin, G. Turati (a cura di), *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria: le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*, Milano: Vita e Pensiero.
- Cavazza M. e De Pietro C. (2011), «Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- Cavazza M., De Pietro C., Del Vecchio M., Rappini V. (2016). *L'innovazione nell'assicurazione salute*, Milano, Egea.
- Corte dei Conti (2016), *Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica*, <http://www.corteconti.it/>
- D'Angela D. (2012), «Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto

- equitativo della crisi finanziaria», in F. Spandonaro (a cura di), *VII Rapporto Sanità- Ceis*, Arti Grafiche Srl.
- Del Vecchio M. (2012) *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015), «I Consumi Privati in Sanità: i dati», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (2015) (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea
- Del Vecchio M., Fenech L., Prenestini A. (2015). «Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS» *Health Policy*, 119(3): 356-366.
- Del Vecchio M., Fenech L. Mallarini E., Rappini V. (2014), «I Consumi Privati in Sanità», in CER GAS – Bocconi (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L. Mallarini E., Rappini V. (2013), «I Consumi Privati in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*.
- Del Vecchio M. e Rappini V. (2011), «Low cost in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea, pp. 331-367.
- De Pietro C. (2015), «Le relazioni tra i fondi sanitari e gli erogatori di servizi sanitari in Italia», in Del Vecchio M., Mallarini E. e Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- De Pietro C., Domenighetti G., Tomada A., Vineis P. (2010), «Ability to pay and equity in access to Italian and British National Health Services», *The European Journal of Public Health*, 20(5):500-3.
- Exley C., Rousseau N., Donaldson C., Steele J. G. (2013), «Beyond price: individuals' accounts of deciding to pay for private healthcare treatment in the UK», *BMC Health Services Research*, 7 12-53.
- Fabrizi D., Monfardini C. (2011), «Opt out or top up? Voluntary healthcare insurance and the public vs. private substitution», WP 11/28, University of York.
- Fenech L., Panfili A. (2013), «L'evoluzione del ticket in Italia. Gli effetti delle politiche sulla spesa sanitaria delle famiglie e prospettive future». *Salute e Territorio* N. 198.
- ISTAT (2016), «La Povertà in Italia», *Statistiche Report*, 14 Luglio 2016.
- ISTAT (2015), «L'Economia non osservata nei Conti Nazionali», *Statistiche Report*, 4 dicembre 2015.
- Levaggi R., Turati G. (2011), «Spesa sanitaria pubblica e privata: sostituti o complementi?», in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R., Tardiola A. (a cura di), *La Sanità in Italia: organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.

- Ministero della Salute (2016), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: dati SDO 2014*, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- OECD (2016), Health Statistics ([www.oecd.org](http://www.oecd.org))
- OSFAR-Osservatorio Farmaci (2015), Executive Summary REPORT N°36, Cergas-Università Bocconi.
- Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale (2014), «Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria anno 2012, inviata al Parlamento il 16 Luglio 2014», [www.salute.gov.it/documentazione](http://www.salute.gov.it/documentazione).
- Propper C. (2000), «The demand for private health care in the UK», *Journal of Health Economics*, 19(6):855-76.