

5 I consumi privati in sanità¹

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Erika Mallarini, Valeria Rappini²

5.1 Introduzione e obiettivi

Rispetto all'analogo contributo che gli stessi autori hanno offerto nel precedente rapporto (Del Vecchio, Fenech, Mallarini e Rappini, 2013), 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 importante interesse.

L'oggetto di attenzione del capitolo sono i consumi privati in sanità, cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso la spesa direttamente a carico delle famiglie (*out-of-pocket*³), 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). La Figura 5.1 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», all'assetto istituzionale delle strutture di erogazione (colonne nella figura). A una definizione apparentemente semplice e di immediata comprensione corrisponde, però, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti (Del Vecchio, 2012). I prodotti e servizi per la salute possono, infatti, essere inseriti in meccanismi economici che si caratterizzano non solo per il soggetto che ne sopporta l'onere (con l'ulteriore possibilità che tra tali soggetti si instaurino relazioni economiche), ma anche dalla pluralità di attori che caratterizzano il sistema e i complessivi mec-

¹ Il capitolo trae spunto dalla ricerca condotta dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) di SDA Bocconi, di cui nel presente capitolo del Rapporto OASI si forniscono i principali dati ed evidenze.

² Il lavoro è frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 5.1 e 5.7 possono essere attribuiti a Mario Del Vecchio; i §§ 5.4.3, 5.5 e 5.6 a Lorenzo Fenech; i §§ 5.2, 5.4.1 e 5.4.4 a Erika Mallarini; i §§ 5.3, 5.4.2 e 5.4.5 a Valeria Rappini.

³ La locuzione è usata correntemente nel sistema statunitense per riferirsi a tutte le spese sanitarie non coperte dal sistema assicurativo (pubblico e privato). Nel dibattito italiano, la stessa locuzione viene spesso, erroneamente, utilizzata come sinonimo di spesa privata (si veda nota il § 5.4.1)

canismi di offerta (si veda la Figura 5.2). Così l'onere può ricadere sulle famiglie, su fondi e assicurazioni o sulle imprese e i destinatari essere la stessa pubblica amministrazione, le imprese fornitrici di beni o servizi, 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 che diventa sempre più intenso e animato.

I motivi per cui considerare con particolare attenzione i consumi privati, a partire, appunto, da un quadro informativo adeguato, si intrecciano su piani di ragionamento e orizzonti temporali diversi. Un fattore strutturale e di lungo periodo, la cui importanza non deve essere sottovalutata, è l'ormai compiuto passaggio nello scenario della sanità dal paradigma dell'acuzie a quello della cronicità. A un paziente caratterizzato da episodi di consumo isolati (l'acuto) si è progressivamente sostituito un paziente che si caratterizza come un consumatore abituale (il cronico e l'anziano, si veda Longo e Tanzi, 2010), i cui consumi presentano rilevanti interdipendenze nel tempo e nello spazio (stringhe di consumo). Una conseguenza di tale trasformazione è la crescente interconnessione tra i diversi quadranti della Figura 5.1, come risultato dell'operare di soggetti che, in vista del soddisfacimento dei propri bisogni, cercano di mobilitare tutte le risorse e i servizi disponibili. Effetti per certi versi analoghi vengono prodotti dalle tendenze alla medicalizzazione e «consumerizzazione», dinamiche che rendono sempre più incerti e sfumati quei confini tra bisogno e domanda, che rappresentano un elemento tradizionalmente fondante della distinzione tra ambiti meritevoli della tutela pubblica e ambiti da lasciare al funzionamento del mercato.

Sul versante dell'offerta, la recente diffusione di modelli di business a elevato «potenziale sociale»⁴ (low cost, imprese sociali o socialmente responsabili), da una parte, e la crescente platea degli individui coperti da una qualche forma di copertura sanitaria integrativa, dall'altra, operano nella medesima direzione. Si tratta, laddove in precedenza operavano segmenti disgiunti (consumi pubblici e privati), della progressiva formazione di un settore sanitario interconnesso, sia in termini di finalità da perseguire (la migliore tutela della salute con l'insieme delle risorse pubbliche e private a disposizione), sia di funzionamento operativo (ciò che avviene in un segmento genera conseguenze nell'altro).

Se i fenomeni di carattere generale, qui sinteticamente richiamati, hanno alimentato un interesse crescente verso una parte del sistema complessivo di risposta ai bisogni di salute tradizionalmente poco considerato, le dinamiche economico finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale collocano il tema dei consumi

⁴ Per un approfondimento, si rimanda a Del Vecchio e Rappini, 2011.

privati in un dibattito dai contorni molto più urgenti e politicamente sensibili. La sostanziale stabilizzazione, a partire dal 2009, della spesa sanitaria pubblica e la non irrealistica previsione che essa continui a essere chiamata a contribuire al risanamento della finanza pubblica in un quadro di debole crescita economica, pongono sempre più il problema di come un'inevitabile riconfigurazione del sistema pubblico di offerta si possa riflettere, o possa essere accompagnata, da cambiamenti nel settore dei consumi privati. Indipendentemente dalle visioni ideali e politiche sul ruolo e le funzioni dell'intervento pubblico in sanità, temi quali la compartecipazione alla spesa dei cittadini o la ridefinizione dei LEA, fino alla distribuzione dei poteri e delle responsabilità tra centro e periferia non possono essere affrontati senza una visione di insieme su tutti i meccanismi e le risorse che gli individui e le collettività mobilitano nel dare risposta ai propri bisogni di salute. In questa prospettiva, ogni scelta che voglia essere razionalmente fondata non può più ignorare caratteristiche e dinamiche di consumi che rappresentano più di un quinto dell'investimento complessivo che il nostro Paese destina alla tutela della salute.

Il capitolo non è, comunque, prioritariamente orientato a stimolare un pur necessario dibattito pubblico più *evidence based* sui temi del privato in sanità. Se il fine delle aziende sanitarie pubbliche è la tutela della salute e non la semplice produzione di servizi, i consumi privati non sono solo un'area di interdipendenze o di competizione, ma anche una potenziale riserva di risorse che possono contribuire all'obiettivo della tutela della salute. Affinché le aziende sanitarie pubbliche riescano a sfruttare tale potenziale è, però, necessario che imparino a conoscerlo e inizino a guardare i propri pazienti anche nella pro-

Figura 5.1 I quattro circuiti del settore sanitario

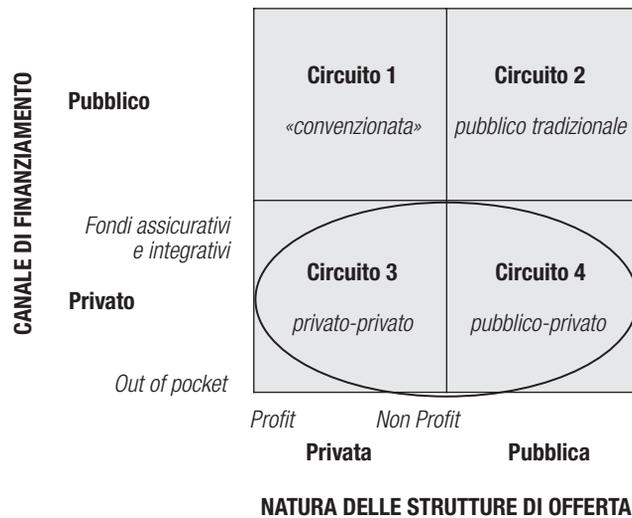
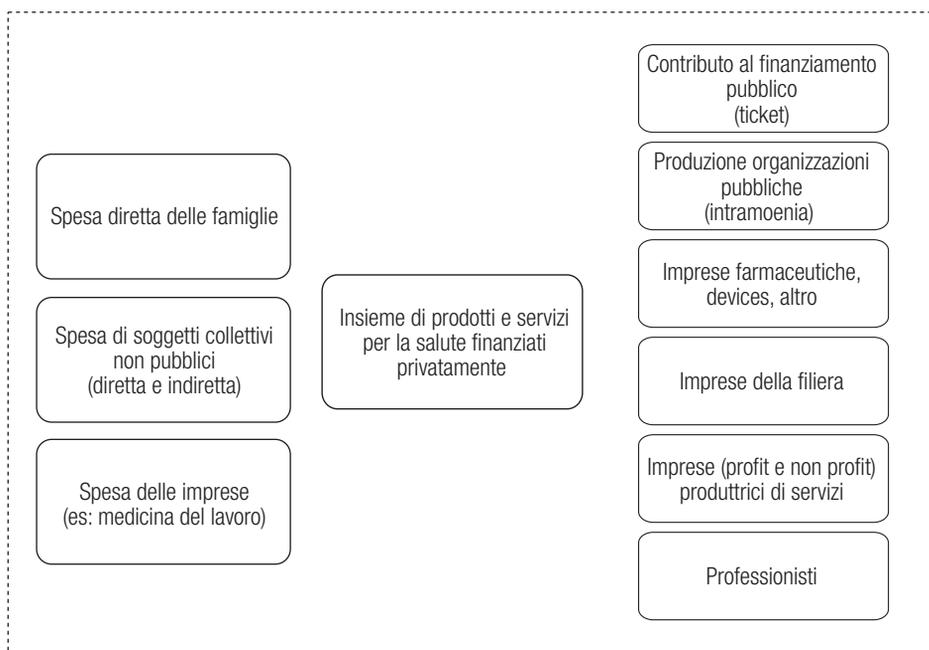


Figura 5.2 **I consumi privati: un mondo complesso e articolato**

spettiva di veri e propri clienti. Anche le aziende private operanti nel settore necessitano di una conoscenza più ampia, che non si limiti al proprio specifico segmento di mercato. Infatti, nuove opportunità, collegate a migliori livelli di risposta ai bisogni, nascono da una maggiore conoscenza dei propri clienti e dalla capacità di superare i modelli tradizionali di business, innovando le formule di servizio e attraversando i confini che separavano i diversi segmenti di mercato.

5.2 Metodi e materiali

Nei successivi paragrafi si presenta un aggiornamento di alcune delle principali analisi condotte dal gruppo di ricerca dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS). La principale fonte di riferimento per i dati è ISTAT, che presenta un'ampia gamma di indagini e fonti informative. Tra queste, si richiamano in particolare⁵:

⁵ Per un approfondimento sul sistema di indagini e fonti ISTAT, si veda l'*Annuario Statistico Italiano*, ISTAT, 2013.

- ▶ l'«Indagine sui Consumi delle Famiglie». L'indagine rileva le spese familiari per consumi, con particolare attenzione agli aspetti sociali ed economici delle condizioni di vita delle famiglie. Essa rappresenta, quindi, un utile strumento attraverso il quale poter descrivere e analizzare i comportamenti di spesa delle famiglie residenti in Italia. I dati di spesa riguardano l'intero portafoglio di spesa delle famiglie, di cui almeno quindici voci afferiscono all'ambito sanitario (si veda § 5.4.2). L'indagine è annuale e coinvolge circa 28 mila famiglie. Questa indagine costituisce il punto di partenza delle analisi OCPS proprio perché combina l'analiticità delle stime con la sistematicità delle rilevazioni;
- ▶ l'indagine multiscopo «Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari». L'indagine rappresenta un punto di riferimento per gli operatori del settore sanitario perché mette a disposizione un ampio ventaglio di informazioni sulla diffusione di patologie croniche, sulla salute percepita, condizioni di disabilità, stili di vita e prevenzione, ricorso ai servizi sanitari. L'indagine viene eseguita su un campione di circa 60.000 famiglie. La cadenza della rilevazione è, però quinquennale e il presente contributo è occasione per illustrare alcuni primi dati della nuova edizione dell'indagine, relativa al 2013 (l'ultima edizione risale al 2005);
- ▶ l'indagine multiscopo «Aspetti della Vita Quotidiana». L'indagine rileva gli aspetti fondamentali della vita quotidiana e i relativi comportamenti: famiglia, abitazione, istruzione, lavoro, tempo libero, condizioni di salute, micro-criminalità, funzionamento dei servizi di pubblica utilità, ecc. Ogni anno vengono intervistate circa 20.000 famiglie campione. Il capitolo ha utilizzato, in particolare, i dati sull'opinione degli intervistati in merito all'accessibilità del pronto soccorso e al grado di soddisfazione per l'ultimo ricovero effettuato;
- ▶ i «Conti Nazionali». Il sistema dei conti nazionali produce storicamente dati sull'attività economica e finanziaria del Paese o delle sue ripartizioni territoriali, svolta nel corso di un anno o di un trimestre. Le stime sono il frutto di elaborazioni e integrazioni di fonti diverse (indagine sui consumi delle famiglie, i risultati del cosiddetto «metodo della disponibilità», dati di fonte amministrativa, ecc.), all'interno di uno schema contabile «coerente» per costruzione. Qui i dati vengono utilizzati per i soli confronti tra grandezze macro economiche e discussi preliminarmente nel § 5.3.

Le informazioni di fonte ISTAT sono state integrate con i dati di altre fonti istituzionali, quali le analisi sull'*out-of-pocket* e sul *copayment* di Agenas⁶ (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali), gli studi di settore dell'Agenzia delle

⁶ In particolare, si fa riferimento allo studio di Cislighi e Giuliani (2008) sull'*out-of-pocket* e allo studio di Cislighi e Sferazza (2013) sul *copayment*.

entrate⁷, i rapporti sulla spesa sanitaria della Corte dei Conti⁸ e il «Rapporto SDO» del Ministero della Salute⁹.

Il bagaglio di informazioni da fonti istituzionali è ulteriormente arricchito dai risultati di un'indagine quantitativa sulla domanda degli anziani non autosufficienti, condotta dal team di OCPS per KCS caregiver cooperativa sociale, secondo la classica impostazione dell'analisi esplorativa attraverso intervista telefonica.

Nel corso del capitolo è accolta la prospettiva dei «consumi e dei consumatori» e, quindi, sono state utilizzate specifiche caratteristiche del data base ISTAT dell'indagine sui consumi (Annuari e Metadati ISTAT 2000-2013)¹⁰: le dinamiche dei consumi sanitari privati (§ 5.3); la relativa «scomponibilità» del dato aggregato e l'integrazione con altre fonti informative primarie (§5.4); la consistenza degli aggregati regionali (§5.5); e, infine, le potenzialità di correlazione con le variabili demografiche e socio-economiche (§5.6).

5.3 Le dinamiche dei consumi sanitari privati nello scenario della crisi economica

La spesa sanitaria totale corrente ammonta, in Italia, nel 2013, a circa 140 miliardi di euro ed è composta, per l'80%, da spesa sanitaria pubblica e, per il 20% da spesa sanitaria privata. Se la composizione rimane abbastanza stabile negli ultimi dieci anni, la spesa sanitaria totale corrente mostra una dinamica in crescita fino al 2012, per poi registrare, nel 2013, un calo di circa 3 miliardi. Tale riduzione non cambia sostanzialmente la composizione della spesa, in quanto è imputabile a una diminuzione sia della componente pubblica, che di quella privata (Tabella 5.1). Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica, il dato negativo (-1,4 miliardi) è il culmine di un processo di contenimento, che la vede, comunque, crescere negli ultimi dieci anni, ma a tassi sempre più bassi. Tra il 2004 e il 2012, il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica passa da picchi dell'11% a circa l'1%, fino ad arrivare, appunto, a un tasso negativo nel 2013 (-1%). La spesa sanitaria privata mostra un tasso negativo del -5% nel 2013, preceduto dal -2% nel 2012 e dal -2% nel 2009, con una dinamica del tutto sovrapponibile a quella del PIL (Figura 5.3).

Secondo l'ipotesi di «residualità», il cittadino si rivolge al privato solo quando il sistema pubblico non è in grado di fornire servizi che possano rispondere ai propri bisogni per obiettivi di appropriatezza, ragioni di equità o vincoli di

⁷ Agenzia delle Entrate, *Studi di settore* (<http://www.agenziaentrate.gov.it>).

⁸ Corte dei conti (2014), *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica* (www.corteconti.it).

⁹ Ministero della Salute (2014), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: dati SDO 2012*.

¹⁰ Rispetto al contributo precedente, le tabelle e figure includono i dati degli anni precedenti solo se significativamente diversi da quelli aggiornati.

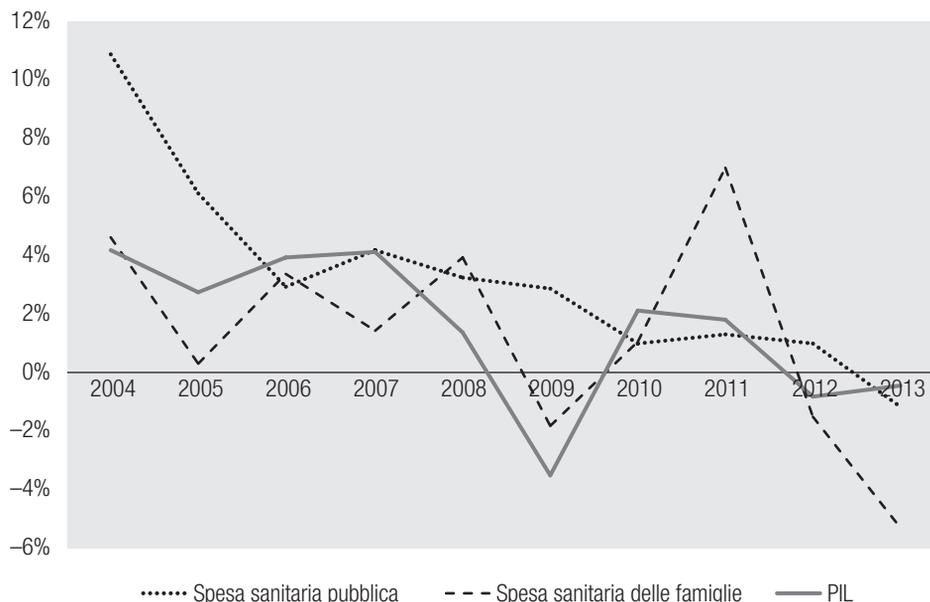
Tabella 5.1 Spesa sanitaria pubblica, privata, PIL e spesa generale delle famiglie

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	106,1	116,1	121,8	125,4	130,0	134,4	136,9	138,3	141,7	142,4	139,6
In % del PIL	13,2%	14,0%	14,2%	14,1%	14,1%	14,3%	14,8%	14,6%	14,5%	14,8%	14,7%
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	82,3	91,2	96,8	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,6
In % della spesa sanitaria totale	77,5%	78,5%	79,5%	79,4%	79,8%	79,7%	80,5%	80,5%	79,6%	80,0%	80,7%
In % del PIL	6,1%	6,5%	6,7%	6,7%	6,7%	6,8%	7,3%	7,2%	7,1%	7,3%	7,2%
Spesa sanitaria delle famiglie											
Miliardi di euro	23,8	24,9	25,0	25,8	26,2	27,2	26,7	27,0	28,9	28,5	26,9
In % della spesa sanitaria totale	22,5%	21,5%	20,5%	20,6%	20,2%	20,3%	19,5%	19,5%	20,4%	20,0%	19,3%
In % del PIL	1,8%	1,8%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,8%	1,7%	1,8%	1,8%	1,7%
<i>di cui per copayment</i>											
Miliardi di euro	1,6	1,6	1,5	1,5	1,7	1,8	2,0	2,2	2,7	3,0	3,0
In % della spesa sanitaria delle famiglie	6,7%	6,4%	6,2%	5,8%	6,6%	6,5%	7,6%	8,2%	9,3%	10,4%	11,0%
Spesa generale delle famiglie											
Miliardi di euro	801.946	830.303	857.010	891.925	920.948	940.666	923.270	950.502	975.957	964.052	952.379
In % del PIL	59,8%	59,4%	59,7%	59,7%	59,3%	59,7%	60,8%	61,2%	61,8%	61,5%	61,0%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Contabilità Nazionale), Ministero della Salute e Corte dei Conti

bilancio (Levaggi e Turati, 2011). In tal caso, riduzioni di spesa sanitaria pubblica, a parità di altre condizioni, dovrebbero causare aumenti in quella privata. Le serie storiche mostrano in modo evidente, invece, una correlazione di segno positivo nelle dinamiche delle due componenti di spesa e un'altrettanto evidente correlazione positiva con l'andamento del reddito. Assunto un quadro di correlazioni tra le tre variabili e la loro direzione, la natura dei nessi causali non è di semplice decifrazione. L'intensità dei vincoli di finanza pubblica e la loro progressiva efficacia sembrano avere stabilmente agganciato la dinamica della spesa sanitaria pubblica ai tassi di crescita (decrescita) del PIL. D'altra parte, le relazioni tra reddito e consumi generali sono indiscutibili e, in tale contesto, i consumi sanitari privati sembrano rientrare tra quelli a elevata elasticità (si veda §5.5). La dominanza dell'effetto reddito rende particolarmente difficile comprendere come spesa (offerta e consumo) pubblica e spesa (consumo) privata possano interagire. Potrebbe valere l'ipotesi di residualità, ma al ridimensionamento dell'offerta pubblica conseguente alla crisi economica, pur in presenza di una maggiore domanda potenziale di consumo privato, potrebbe non corrispondere un consumo effettivo, in quanto i vincoli di bilancio sulle famiglie, nella crisi, «mordono» con maggiore intensità. Viceversa, l'offerta pubblica, in quantità e qualità, potrebbe mostrare una correlazione diretta con la spe-

Figura 5.3 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Contabilità Nazionale) e Ministero della Salute

sa privata, nel senso che «maggiori quantità» di servizi sanitari pubblici potrebbero indurre negli individui e nelle famiglie una maggiore propensione a investire nella propria salute.

Nell'analizzare la relazione tra consumi privati e sistema pubblico non si può, poi, non tenere conto delle dinamiche che si manifestano sul lato della compartecipazione alla spesa. Quest'ultima è tendenzialmente stabile fino al 2007, quando inizia un percorso di crescita che ne vede raddoppiare il valore, da circa 1,6 miliardi di euro, a circa 3 miliardi di euro nel 2013. Il dato è conseguenza della progressiva regionalizzazione delle politiche di *copayment* sulla farmaceutica da parte delle Regioni e dell'introduzione, nel 2011, del cosiddetto *super-ticket* su pronto soccorso e specialistica (Fenech e Panfilì, 2013). In un contesto di moderata crescita della spesa sanitaria privata, la spesa per compartecipazione aumenta la sua quota sul totale della spesa sanitaria privata, passando dal 6,6% nel 2007, all'11% nel 2013 (Tabella 5.1). Questo spostamento di risorse private dal circuito privato-privato al circuito privato-pubblico, induce alcune riflessioni. Innanzitutto, il ticket sembra essere stato più efficace nel ruolo di fonte di entrata alternativa rispetto all'imposizione fiscale, che come strumento di riduzione della domanda inappropriata (Cislaghi e Sferrazza, 2013). Ciò potrebbe portare a riflettere sul tema dell'elasticità della domanda che si rivolge al settore pubblico e delle possibili relazioni con l'appropriatezza delle prestazioni richieste. Un assunto spesso implicito è, infatti, che le prestazioni più inappropriato siano quelle caratterizzate da una maggiore elasticità, ma se così non fosse, i fondamenti di molte politiche verrebbero meno. Un'ultima considerazione riguarda la capacità del sistema di offerta che opera nel circuito privato-privato di catturare una domanda potenzialmente in uscita dall'offerta pubblica. Le opportunità offerte da una struttura dei ticket e della remunerazione delle prestazioni sottostanti (tariffe) non sempre adeguate sono state, in parte, colte da alcuni operatori che agiscono in una logica *low cost*, ma l'intero settore non sembra essere stato, nel complesso, sufficientemente reattivo.

Bisogna sottolineare come il dibattito sulla natura dei consumi sanitari privati in Italia si concentri, spesso, sulla relazione con i consumi pubblici, tralasciando il ruolo che essi assumono nel portafoglio familiare e, quindi, nell'ambito delle specifiche scelte di individui e famiglie (Tabella 5.2). Assumendo questa diversa prospettiva, la spesa sanitaria delle famiglie rappresenta stabilmente, tra il 2000 e il 2012, un po' più del 3,5% dell'intero portafoglio familiare (i dati 2007 e 2008 sono una eccezione). Una valutazione di merito su tale dato è, evidentemente, di natura squisitamente politica, sebbene il rapporto con altre voci, segnatamente il tabacco, andrebbe attentamente considerato in qualunque discussione circa la sostenibilità della spesa privata.

Tabella 5.2 **Componenti di spesa generale delle famiglie (in % di quella totale)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alimentari e bevande	19,4	19,5	19,0	19,0	19,0	18,8	19,1	18,9	19,0	19,2	19,4
Tabacchi	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
Abbigliamento e calzature	6,8	6,7	6,6	6,3	6,4	6,3	6,0	5,8	5,8	5,4	5,0
Abitazione	24,7	24,9	25,5	25,8	26,0	26,7	26,9	28,0	28,4	28,9	28,9
Combustibili ed energia	4,7	4,7	4,7	4,9	5,0	4,7	5,2	5,5	5,3	5,1	5,6
Mobili, elettrodomestici e servizi per la casa	6,4	6,2	6,3	6,1	5,9	5,7	5,5	5,5	5,4	5,2	4,8
Sanità	3,8	3,8	3,8	3,8	3,5	4,0	3,8	3,6	3,7	3,7	3,6
Trasporti	14,3	14,0	14,2	14,3	14,7	14,7	14,3	13,8	13,8	14,2	14,5
Comunicazioni	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9
Istruzione	1,1	1,2	1,2	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2
Tempo libero, cultura e giochi	4,9	4,8	4,8	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,4	4,2	4,1
Altri beni e servizi	11,1	11,2	10,9	11,1	11,1	10,7	10,9	11,0	10,3	10,2	10,2

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie)

5.4 La fotografia dei consumi sanitari privati: dati e prospettive a confronto

Secondo le stime ufficiali di ISTAT, la spesa sanitaria delle famiglie, per il 2013, è di circa 27 miliardi di euro (Contabilità Nazionale, edizione marzo 2014). Come ordine di grandezza, tale stima risulta simile a quella di altre fonti istituzionali (per esempio, OECD, 2014¹¹). Passando dal livello aggregato a quello analitico, si riscontrano, tuttavia, delle marcate divergenze che possono dipendere sia dalle modalità utilizzate per le stime, sia dalla diversa definizione delle voci da conteggiare come spesa sanitaria privata¹². La spesa sanitaria privata è, infatti, 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 analitici siano ancora prodotti in modo frammentato dai diversi attori del sistema, con possibili duplicazioni nelle voci, e che ci possano essere differenze tra le stime analitiche o, ancora, che ci siano delle interpretazioni differenti dello stesso dato (Agenzia delle entrate, AIFA, ANDI, ANIA, Corte dei Conti, Farmindustria, Federfarma, ISTAT, Ministero della salute, OECD).

Il presente paragrafo sistematizza le informazioni e i dati delle varie fonti istituzionali, al fine osservare la spesa sanitaria per finanziamento e per funzioni di spesa, riprendendo l'impostazione dell'OECD. La convinzione di base

¹¹ OECD Health Data (www.oecd.org).

¹² Per un approfondimento si rimanda al capitolo 6 del Rapporto Oasi 2013.

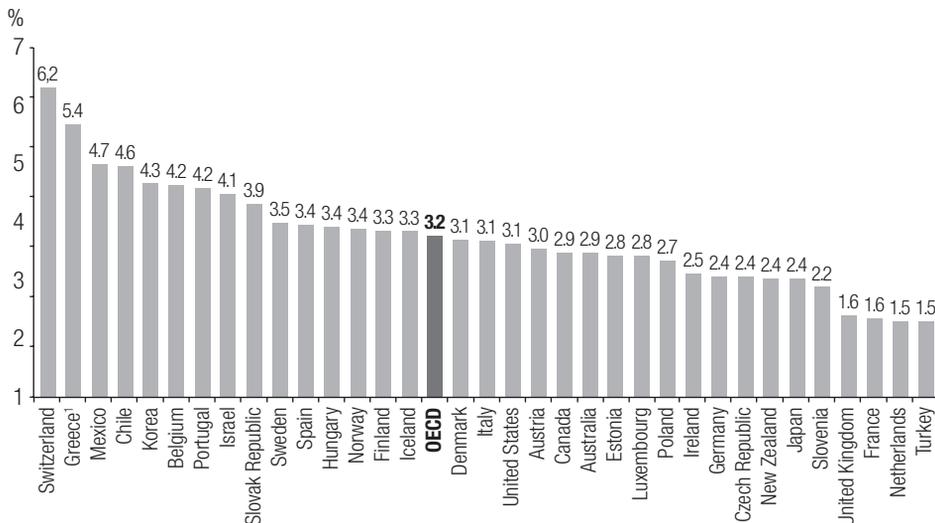
è che, seppur con le criticità che verranno richiamate via via nel testo, i dati sono elementi imprescindibili per qualunque operatore che voglia comprendere il settore.

5.4.1 I CPS per canale di finanziamento

Riprendendo la classificazione dell'OECD, la spesa sanitaria privata si distingue in spesa sanitaria intermediata dalle assicurazioni e spesa sanitaria *out-of-pocket*, cioè interamente o parzialmente (per esempio, ticket, quota non rimborsata dalle assicurazioni) a carico delle famiglie (OECD, 2014¹³). L'OECD include nella definizione anche le spese sostenute da imprese e istituti non profit, che, però, non è ancora stata oggetto di stima in Italia, forse perché considerata componente minore.

Come anticipato nel §5.3, la spesa sanitaria complessiva è finanziata, per circa l'80%, attraverso il canale pubblico e, per circa il 20%, attraverso il canale privato. Nell'ottica di un confronto internazionale, il dato appare tendenzialmente in linea con la media OECD e vicino a Paesi di stampo «universalistico» come Francia, Germania e Regno Unito. Se si guarda alla composizione della spesa, il

Figura 5.4 **Spesa *out-of-pocket* sul totale della spesa per consumi finali delle famiglie, 2009 (o anno più vicino)**



Fonte: OECD, «Health at a Glance», 2011

¹³ 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).

Tabella 5.3 **La spesa intermediata: fonti e oggetti di stima – 2011**

2011				
Fonti	ISTAT (Indagine Consumi)	ANIA	OECD (su dati ANIA)	PREVIMEDICAL
Premi assicurativi	Spesa delle famiglie per premi assicurativi 1,3 miliardi	Premi contabilizzati dalle assicurazioni 2,1 miliardi	–	
Erogato – Rimborsi	–	–	Rimborsi dalle assicurazioni 1,4 miliardi	Fondi, Polizze, SMS 3,8 miliardi

nostro Paese presenta, tuttavia, una peculiarità rispetto agli altri paesi OECD: la maggior parte della spesa sanitaria privata è di tipo *out-of-pocket*, cioè non intermediata da fondi o assicurazioni. Da questo punto di vista, l'Italia è molto più vicina agli Stati Uniti, piuttosto che a Francia e Regno Unito. Sempre secondo dati OECD (Figura 5.4), infatti, il peso medio della spesa *out-of-pocket* sul paniere di consumo delle famiglie italiane (circa il 3,2%) è molto più simile a quello delle famiglie statunitensi (circa il 3,1%), che a quello delle famiglie inglesi e francesi (circa l'1,6%).

Una stima accurata dell'entità della spesa privata intermediata non è agevole (Cavazza e De Pietro, 2011). Le difficoltà nascono, in parte, dalla circostanza che nella stima dei consumi sanitari delle famiglie è incorporata una quota difficilmente stimabile di spesa successivamente rimborsata da assicurazioni e fondi. Inoltre, la stima della componente intermediata può avvenire, alternativamente, sul versante dei premi incassati o su quello dei rimborsi erogati a famiglie o erogatori. In ogni caso, su una spesa sanitaria totale delle famiglie pari a circa 27 miliardi (ISTAT), il dato ufficialmente utilizzato nei confronti internazionali è quello delle statistiche OECD 30 (OECD Health Statistics), che colloca la componente intermediata pari a circa 1,4 miliardi di euro (Figura 5.3), cioè circa il 5% della spesa sanitaria privata. La stima OECD è calcolata sulla base dei rimborsi assicurativi di fonte ANIA ed è coerente con il dato, sempre ANIA¹⁴, dei premi contabilizzati, pari a circa 2,1 miliardi di euro (i premi sono tipicamente superiori ai rimborsi). Il dato dei premi contabilizzati non coincide, però, con il dato ISTAT (Indagine sui Consumi) sulla spesa sanitaria delle famiglie per malattie, pari a circa 1,3 miliardi di euro. Anche in questo caso la differenza sembra avere, comunque, una certa coerenza nel fatto che ISTAT si riferisce esclusivamente alle famiglie, mentre ANIA include anche la spesa delle imprese per le polizze dei dipendenti. Recenti dati Previmedical¹⁵,

¹⁴ ANIA, *L'assicurazione italiana 2012/2013*, Rapporti Annuali.

¹⁵ PREVIMEDICA, atti del Convegno Welfare Day 2014, Roma 17 Giugno 2014.

stimano poi il totale erogato «Fondi, Polizze e SMS» intorno ai 3,8 miliardi di euro, importo che probabilmente include sia i rimborsi delle famiglie, che quelli degli erogatori-produttori sanitari.

Da qualsiasi prospettiva si legga e qualsiasi dato si prenda in considerazione, la spesa intermediata risulta, comunque, finora una componente minoritaria della spesa sanitaria privata. Tale percentuale sembra, però, destinata a crescere, anche rapidamente, a fronte sia di una prevedibile crescita della popolazione coperta (Vecchietti, 2012) e di una maggiore propensione degli italiani a destinare anche parte del proprio reddito per trovare qualche forma di copertura¹⁶.

5.4.2 I CPS per funzione di spesa

La base di partenza per un'analisi disaggregata per funzioni è il database dell'Indagine sui Consumi delle Famiglie, che presenta, in relazione al tema affrontato, tre vantaggi fondamentali: l'estensione dell'analisi a tutte le voci del portafoglio di spesa delle famiglie, un elevato grado di analiticità delle componenti rilevate rispetto ai dati tipicamente conosciuti e la sistematicità della rilevazione. Il database analitico dell'Indagine sui Consumi ISTAT si presta, quindi, sia a un ragionamento sul perimetro del settore sanitario, che all'identificazione delle sue componenti più significative.

Nella seconda colonna della Tabella 5.4 si riportano le stime di spesa annuale per le quindici variabili che ISTAT include nella categoria «sanità», sulla base della classificazione internazionale COICOP¹⁷; la somma di queste variabili, per il 2012, è, appunto, 26,9 miliardi¹⁸. Questa composizione è ulteriormente aggregata in tabella, fino ad arrivare alla rappresentazione generalmente conosciuta come COICOP a tre cifre. Fermo restando che le singole stime riportate sono statisticamente solide per costruzione dell'indagine, la tabella rappresenta un tentativo di sistematizzazione dei dati sui consumi in sanità; uno strumento di lavoro fondamentale per chi vuole osservare il settore sia verticalmente, che orizzontalmente. A proposito di questa seconda prospettiva e volendo estendere il concetto di sanità anche all'area socio-sanitaria, nella tabella è inclusa anche la spesa per «assistenza disabili e anziani non autosufficienti».

¹⁶ CENSIS, *Il ruolo della sanità integrativa nel servizio sanitario nazionale sintesi dei principali risultati*, Roma, 4 giugno 2013.

¹⁷ La classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*) è uno standard internazionale messo a punto dalla Divisione Statistica delle Nazioni Unite, che viene usato, tra l'altro, per l'elaborazione degli indici dei prezzi al consumo.

¹⁸ Le stime includono, ragionevolmente, il sommerso, poiché l'indagine è rivolta alla domanda e vige il segreto statistico. Questo potrebbe, però, essere verosimile più per i servizi, che per i beni. I primi sono, infatti, rendicontati alla fine del mese attraverso un'intervista. I secondi, invece, sono tipicamente rilevati tramite un libretto degli acquisti nell'arco di una settimana ed è consuetudine rendicontarli attraverso gli scontrini fiscali. I dati includono, inoltre, per costruzione, le spese effettuate all'estero, in quanto l'indagine è effettuata sugli individui residenti.

Tabella 5.4 **La composizione della spesa sanitaria privata nel 2011 e 2012 (milioni di euro)**

	Aggregazione elementare		Aggregazione intermedia		Aggregazione Macro		
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
Ricoveri in cliniche o ospedali	230	229	<i>Inpatient Care</i>		Servizi ospedalieri		
Ricoveri in case di riposo, istituti di assistenza e simili	129	167	359	396	380	460	
Pronto Soccorso	21	64	Pronto Soccorso	21	64		
Visita medica da medico generico o specialista (a domicilio, in ambulatorio, in clinica od ospedale)	3.731	3.546	Servizi Medici	3.731	3.546		
Visita medica da dentista	5.466	4.983	Servizi Dentistici	5.466	4.983		
Servizi ausiliari sanitari (infermieri, fisioterapisti, ginnastica correttiva, ecc.)	683	860			Servizi ambulatoriali	11.882 11.657	
Analisi cliniche (del sangue, delle urine, ecc.)	1.057	1.194	Servizi Paramedici	2.684	3.128		
Esami radiologici, ecografici,	895	1.025					
Cure termali	49	49					
Medicinali (costo totale o ticket)	12.809	12.301	Prodotti Farmaceutici	12.809	12.301		
Termometri, siringhe, calze elastiche, ecc	624	606	Altri prodotti medicali	624	606		
Occhiali da vista e lenti a contatto, apparecchi	1.515	1.460			Prodotti medicinali, articolisantari e materiale terapeutico	15.655 14.733	
Protesi, apparecchi acustici, ecc	505	153	Attrezzature e apparecchi terapeutici	2.222	1.826		
Sedie e carrozzine per invalidi, apparecchi ortopedici	60	86					
Noleggio attrezzature sanitarie	143	126					
Spesa sanitaria totale delle famiglie	27.917	26.850	Totale Sanità	27.917	26.850	Totale Sanità	27.917 26.850
Assistenza disabili e anziani non autosufficienti					1.490	2.129	
Assicurazione malattie					1.331	1.377	

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie)

La tabella illustra sia i dati del 2011, che quelli del 2012, per rendere possibile un confronto temporale. Se si prende a riferimento la classificazione intermedia, si può notare come le diverse voci si muovano in maniera differenziata tra il 2011 e il 2012. Nell'ambito dei servizi, diminuiscono le spese dentarie e aumentano le spese per «servizi paramedici». Nel caso dei beni, diminuiscono, in particolare, i «medicinali» e le «attrezzature e apparecchi terapeutici». Il dato che spicca maggiormente non riguarda la sanità in senso stretto, ma attiene più all'area socio-sanitaria. Si tratta della spesa per disabili e anziani non autosufficienti, che aumenta del 30%, passando da 1,5 miliardi di euro a 2,1 miliardi euro. Al netto di possibili imprecisioni statistiche, è evidente, quindi, come le famiglie, in un contesto riduzione della spesa sanitaria, stiano, comunque, ponendo una sempre maggiore attenzione a questo ambito.

5.4.3 I Ricoveri¹⁹

Per quanto riguarda le voci di spesa relative ai servizi ospedalieri, o in regime di ricovero, va osservato che l'Indagine sui Consumi ISTAT ha, come popolazione di riferimento, le sole famiglie italiane che risiedono in abitazioni private e, quindi, esclude dal campione le persone ricoverate in RSA, case di riposo e istituti di assistenza e simili. Dal manuale *Metodologie di stima degli aggregati dei conti nazionali a prezzi correnti Anno base 2000* (ISTAT, 2011) si evince che, per la parte relativa ai servizi sanitari, la contabilità nazionale utilizza i dati non dell'indagine sui consumi, ma della multiscopo e li integra con le statistiche sanitarie, sempre dell'ISTAT, relative alle giornate di ricovero negli ospedali e nei vari istituti di cura. La stima rilasciata relativa alle spese per degenza è effettuata utilizzando tabelle di rimborso, fornite dalle maggiori società di assicurazioni, applicate totalmente ai dati relativi agli istituti privati e abbattuti di due terzi nel caso di istituti convenzionati. Il dato complessivo sui ricoveri privati stimato dalla contabilità nazionale è di 4,8 miliardi di euro nel 2012 (edizione marzo 2014), in calo di circa 400 milioni di euro rispetto all'anno precedente. È bene sottolineare, come verrà ripreso più avanti, che i quasi 5 miliardi di spesa hanno, con molta probabilità, come componente principale la spesa per ricoveri in residenze socio assistenziali.

Per quanto riguarda i ricoveri esclusivamente sanitari, il Ministero della Salute, pubblica, sulla base delle SDO (Rapporto annuale, dati SDO 2012), la remunerazione teorica relativa ai ricoveri a pagamento nelle strutture pubbliche e private accreditate derivati dalle SDO (Tabella 5.5). 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. Il dato è il risultato della somma delle remunerazioni teoriche per i seguenti oneri di degenza:

¹⁹ Al presente paragrafo ha contribuito in maniera determinante Clara Carbone.

- ▶ 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).

La stima per ricoveri a carico del paziente è pari a 467 milioni di euro nel 2012 (Tabella 5.5), in diminuzione rispetto al 2011 (530 milioni di euro).

La remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero viene calcolata «sulla base dell'ipotesi che ogni ricovero sia remunerato in ogni Regione secondo i valori delle tariffe di riferimento TUC 2009 e la casistica sia raggrupata secondo il sistema di classificazione DRG versione 24» (Rapporto annuale, dati SDO 2012). La stima presenta, però, alcune criticità che vale la pena richiamare per una corretta lettura e utilizzo del dato:

- ▶ primo, la valorizzazione dei ricoveri è teorica ed è riferita a valori tariffari standard sia per i ricoveri a parziale pagamento privato, sia per quelli a pagamento intero (per esempio, per i ricoveri per i quali è stata pagata la sola differenza alberghiera, il valore teorico è calcolato sulla base della tariffa DRG del ricovero stesso);
- ▶ secondo, il dato di remunerazione esclude i ricoveri «non acuti» (quindi, i ricoveri di riabilitazione e lungodegenza);
- ▶ terzo, il dato esclude i ricoveri effettuati in istituti privati autorizzati non accreditati (strutture che operano esclusivamente in regime privato).

Tabella 5.5 **La remunerazione teorica dei ricoveri nel 2012 (milioni di euro) per onere della degenza**

Voce di spesa (livello di aggregazione minimo)	Ministero della Salute Remunerazione Teorica (Rapporto SDO 2012)
Solvente	178,12
In convenzione con differenza alberghiera	191,05
In convenzione con libera professione	55,36
In convenzione con libera professione e con differenza alberghiera	42,93
TOTALE	467,48

Fonte: dati SDO Ministero della Salute (tabelle Rapporto SDO 2012)

Tabella 5.6 **Ricoveri per onere della degenza e natura della struttura, 2012**

	Natura dell'erogatore			Totale
	Pubblico	Privato accreditato	Privato	
SSN	7.534.295	2.416.219	–	9.950.522 (97,2%)
Privato	56.558	127.392	50.905	234.855 (2,3%)
Altro	35.717	8.540	5.897	50.154 (0,5%)
Totale	7.626.570 (74,5%)	2.552.151 (24,9%)	56.810 (0,6%)	10.235.531 (100%)

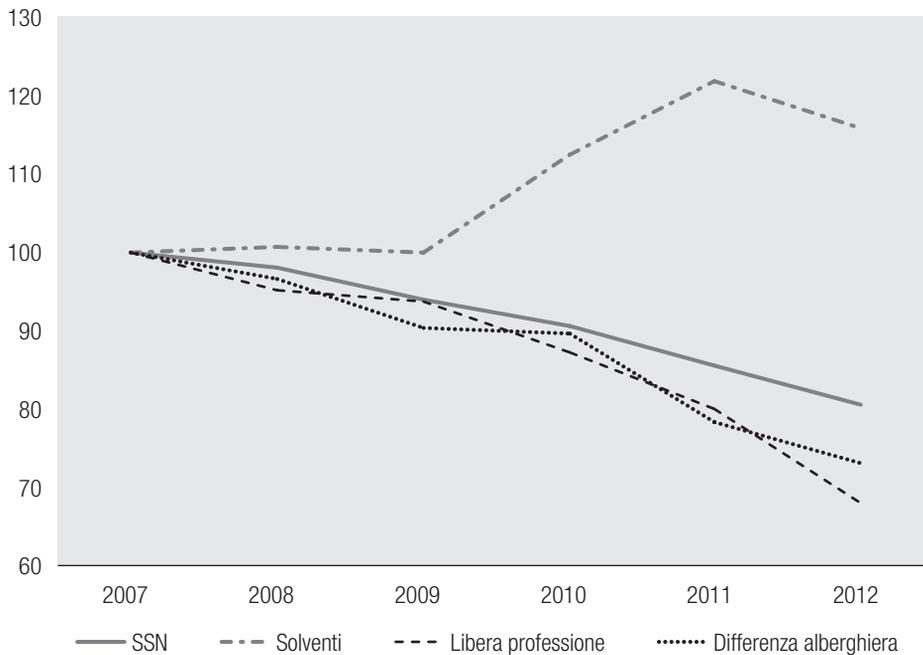
Fonte: elaborazione OCPS su dati SDO

Passando dai valori monetari ai volumi, sulla base delle SDO è possibile ricostruire il peso dei ricoveri a pagamento parziale e totale rispetto ai ricoveri complessivi e attribuirli alle diverse tipologie di erogatori (pubblici, privati accreditati e privati non accreditati – si veda la Tabella 5.6). I ricoveri da canale di finanziamento privato sono circa 235 mila e rappresentano solo il 2,3% del totale dei ricoveri in Italia (circa 10 milioni e 200 mila). Circa la metà (127 mila) sono effettuati da strutture private accreditate e il resto è erogato dal pubblico (56 mila) e dal privato non accreditato (circa 51 mila). Tenendo conto di quest'ultimo dato, sembrerebbe che il circuito privato-privato non si sia ancora sviluppato nel contesto delle acuzie. Bisogna, però, qui sottolineare che il Ministero riesce a rendicontare i dati SDO solo di una parte delle strutture non accreditate. Il dato per tale circuito potrebbe, quindi, essere leggermente sottostimato. L'ambito è poi importante da monitorare se si tiene conto dei recenti cambiamenti nella legislazione in materia di liberalizzazione delle autorizzazioni.

In termini di evoluzione, negli ultimi quattro anni disponibili, i ricoveri SSN sono diminuiti, mentre quelli in regime di solvenza piena sono aumentati (Figura 5.5). I ricoveri in differenza alberghiera e libera professione sembrano essere strettamente legati alle dinamiche dei ricoveri SSN strutturalmente in flessione per via delle politiche di razionalizzazione organizzativa e razionamento finanziario, mentre i ricoveri in solvenza hanno dinamiche del tutto autonome.

Incrociando, infine, i dati di spesa delle varie fonti, la stima di Contabilità Nazionale ISTAT e quella del Ministero sembrano avere una qualche coerenza (si veda la Tabella 5.7). Se, infatti, si sottrae alla stima di 4,8 miliardi di Contabilità Nazionale – comprensiva sia dei ricoveri strettamente ospedalieri, sia dei ricoveri in altre strutture a prevalente assistenza sanitaria, come, per esempio, le RSA – il dato di 467 milioni del Ministero della Salute – relativo ai soli ricoveri

Figura 5.5 **Andamenti dei ricoveri per onere della degenza per il periodo 2007-2012, 2007=100**



Fonte: elaborazione OCPS su dati SDO (Rapporti SDO 2007-2012)

Tabella 5.7 **La spesa per ricoveri: fonti e oggetti di stima**

FONTI	
ISTAT-CN (2012)	Ministero della Salute (2012)
Ricoveri ospedalieri (include anche ricoveri in strutture diverse dall'ospedale con prevalente assistenza sanitaria, ad esempio ricoveri in RSA) 4,8 miliardi di euro	Ricoveri per acuti in cliniche e ospedali pubblici e privati accreditati (remunerazione teorica a totale o parziale pagamento privato) 467 milioni di euro

in cliniche e ospedali – si ottiene un dato di circa 4,3 miliardi di euro relativo ai ricoveri in strutture diverse da cliniche e ospedali «che forniscono ai pazienti ricoverati cure sanitarie e terapia riabilitativa con l'obiettivo di curare il paziente piuttosto che di fornire un'assistenza a lungo termine». Per valutare l'attendibilità della stima, almeno in termini di ordine di grandezza, bisogna considerare che, nel 2011, il dato strutturale relativo ai posti letto «a prevalente funzione sanitaria» è pari a 285.662 – secondo i dati dell'Indagine ISTAT sui «presidi resi-

denziali socio-assistenziali e socio-sanitari» (database I.STAT) – e che, sulla base di quanto emerso dalle aziende partner OCPS, la spesa media *out- of-pocket* (a carico delle famiglie) si attesta per giornata di degenza intorno ai 40 euro. In condizioni di ipotetico tasso di utilizzo dei posti letto pari al 100%, la spesa sanitaria delle famiglie potrebbe essere stimata «al massimo» intorno ai 4,2 miliardi (285.662 posti letto*365 giorni*40 euro di spesa media).

5.4.4 L'odontoiatria

Sulle cure odontoiatriche, l'Indagine sui Consumi ISTAT stima, nel 2011, 5,5 miliardi di euro di spesa sanitaria per «visita medica dal dentista». Contrariamente a quanto avviene per i ricoveri, il dato è relativamente stabile nel tempo e ciò potrebbe essere elemento a sostegno della sua attendibilità. La stima è ripresa sia da Contabilità Nazionale (all'interno della macro-voce «servizi ambulatoriali»), sia dall'ANDI (Rapporto 61° Congresso Scientifico 15-16 novembre 2013). È, tuttavia, probabile che questo dato non ricomprenda pienamente eventuali altre voci di spesa delle famiglie inerenti le cure dentali, per esempio impianti, apparecchi, protesi o trattamenti.

Altre stime, che muovono dall'offerta, tendono a convergere su valori più elevati (si veda la Tabella 5.8). Tra queste si segnala: quella del Ministero della Salute – che indica in 9,6 miliardi la spesa odontoiatrica complessiva, di cui l'85,9% a totale carico delle famiglie (Ministero della Salute, 2011) – e quella dello Studio di settore dell'Agenzia delle Entrate. Da quest'ultima fonte è possibile desumere una stima dei «ricavi e compensi dichiarati dei servizi degli studi odontoiatrici» e «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 2011, è di quasi 6,5 miliardi di euro per i servizi degli studi odontoiatrici e di quasi 1 miliardo di euro per fabbricazione e riparazione di protesi dentarie.

Tali stime potrebbero non rappresentare la quota di evasione strutturale che in Italia si può ipotizzare intorno al 18% (anno 2011, dati Mef). Il dato complessivo di spesa per servizi odontoiatrici e odontotecnici per il 2011 potrebbe pertanto attestarsi tra i 7,61 e i 8,7 miliardi, a seconda di quanta parte del fatturato degli odontotecnici si sovrappone a quello dei dentisti.

Sempre sul lato dell'offerta, il database AIDA (Analisi Informatizzata delle Aziende Italiane) fornisce i dati sui «ricavi delle vendite» per le aziende iscritte. Selezionando le aziende che operano nel settore «ATECO: 8623 – Attività degli studi odontoiatrici» emerge un dataset di sole 1.975 aziende iscritte – su una popolazione effettiva di circa 40.000 studi odontoiatrici (Agenzia delle Entrate). Il dato complessivo che si può ricavare da AIDA – circa 680 milioni di euro (dato disponibile tra il 2010 e il 2012 per le 1.747 aziende che hanno pubblicato i «rica-

Tabella 5.8 **La spesa per dentisti: fonti e oggetti di stima**

FONTI		
ISTAT-IC (2011)	Agenzia delle Entrate (2011)	Con quota evasione (+18%)
Visite Mediche da Dentista 5,47 miliardi di euro	Ricavi e compensi dichiarati dei servizi degli studi odontoiatrici 6,45 miliardi di euro	7,61 Miliardi di euro
–	Ricavi e compensi dichiarati per la fabbricazione e riparazione di protesi dentarie 0,95 miliardi di euro	1.12 Miliardi di euro

vi delle vendite») – è, quindi, riferito a un campione estremamente piccolo. Eventuali inferenze sulla popolazione sono, inoltre, limitate dalla scarsa rappresentatività del campione perché include soprattutto «Srl» e «Spa», mentre le «persone fisiche» sono, nello specifico settore, maggioritarie (circa 35.000 a pari all'87,5% degli studi odontoiatrici secondo l'Agenzia delle Entrate, in coerenza con altre fonti).

5.4.5 Una visione di insieme e le nuove evidenze dall'Indagine Multiscopo

Come per il rapporto precedente, proponiamo ora una visione d'insieme che distingue, da un lato, tra beni e servizi e, dall'altro, tra componente pubblica e componente privata dell'offerta. Tale distinzione consente, tra l'altro, di identificare un'area dei consumi privati (spesa libera) che si rivolge al mercato, escludendo così le risorse private destinate a sostenere direttamente la spesa pubblica (Figura 5.6). In questa prospettiva, i beni rappresentano una voce importante (55% sulla spesa sanitaria privata complessiva, di cui il 10% a sostegno dell'offerta pubblica). Passando alla spesa per servizi, la componente probabilmente più intensamente percepita e politicamente rilevante dei consumi privati, è interessante notare come essa rappresenti meno della metà (45%) dei consumi totali. Se si considera la «spesa libera», dei circa 10 miliardi è possibile stimare che circa 6 siano destinati a odontoiatria e ricoveri (questi ultimi in larga parte intermediati), i 4 miliardi rimanenti dovrebbero rappresentare, in larga parte, consumi di «sanità leggera» quali visite cliniche, diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini per importi non superiori a 150/200 euro a prestazione. In tale area di consumi, risulta, per qualche verso, inaspettato che l'operatore dominante, con circa il 25% del mercato, sia il SSN attraverso la gestione dell'attività intramoenia dei suoi professionisti.

Figura 5.6 I consumi privati in sanità: un quadro d'insieme, 2012

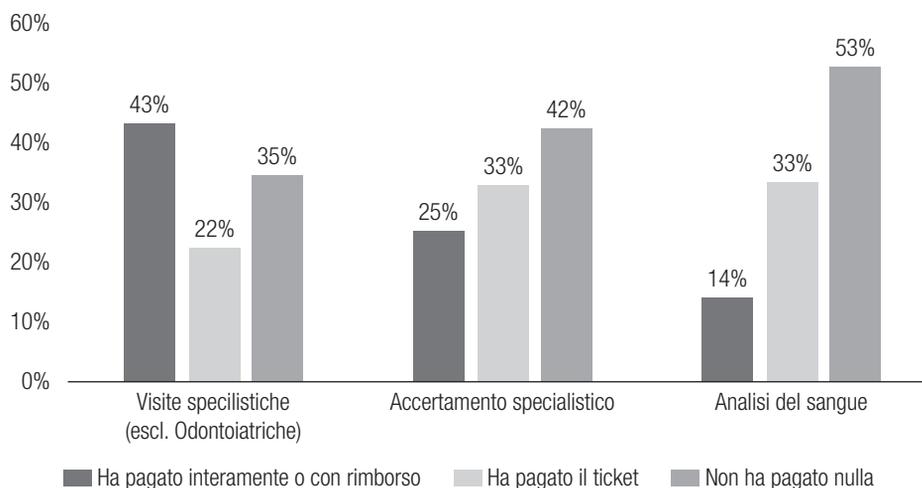
	Servizi	Beni	Spesa sanitaria totale delle famiglie	
<i>Copayment (ticket)</i>	1,6 (39%) (22%)	1,4 (34%) (10%)		Spesa sanitaria «libera» 24,1 miliardi
PUBBLICO			4,1 (100%) (15%)	
Intramoenia	1,1 (27%) (9%)			
PRIVATO	9,4 (41%) (78%)	13,3 (59%) (90%)	22,7 (100%) (85%)	
Spesa sanitaria totale delle famiglie	12,1 (45%) (100%)	14,7 (55%) (100%)	26,8 (100%) (100%)	

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA Corte dei Conti, ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie), Ministero dell'Economia e delle Finanze²⁰

A una migliore comprensione delle caratteristiche di quest'area di consumo, contribuiscono i dati della nuova indagine Multiscopo ISTAT. L'indagine mostra che, nel 2013, tra le persone che hanno effettuato una visita specialistica nell'anno di riferimento (circa il 50% della popolazione), il 43% ha pagato interamente o con rimborso (assicurativo) l'ultima visita specialistica (Figura 5.7). Il dato è in calo rispetto al 2005 (47%, cfr. ISTAT e Regione Piemonte, 2014), ma rimane comunque elevato. Se a questo si aggiunge la quota di persone che hanno dichiarato di aver pagato il ticket (circa il 22%), risulta che circa il 70% delle persone ha effettuato un consumo sanitario privato di visite specialistiche. L'ordine di grandezza è molto simile anche per l'ambito della riabilitazione, dove circa il 73% delle «persone che hanno effettuato prestazioni di riabilitazione nei dodici mesi precedenti l'intervista» (il 6,8% della popolazione) dichiara di aver «sostenuto delle spese» per usufruire delle prestazioni (si veda ISTAT e Regione Piemonte, 2014). Sulle analisi del sangue e accertamenti specialistici, la quota di

²⁰ La spesa sanitaria privata totale, beni e servizi, è stimata sulla base dell'Indagine sui Consumi, ISTAT; la spesa per compartecipazione è stimata sulla base dei dati AIFA (AIFA, 2014, *L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto OsMed 2013*) e Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2014, *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*); la spesa per intramoenia è rilevata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (*Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2012*).

Figura 5.7 **Popolazione italiana secondo la modalità di spesa per ultima visita specialistica (escluse le odontoiatriche), accertamento specialistico, analisi del sangue, anno 2013**



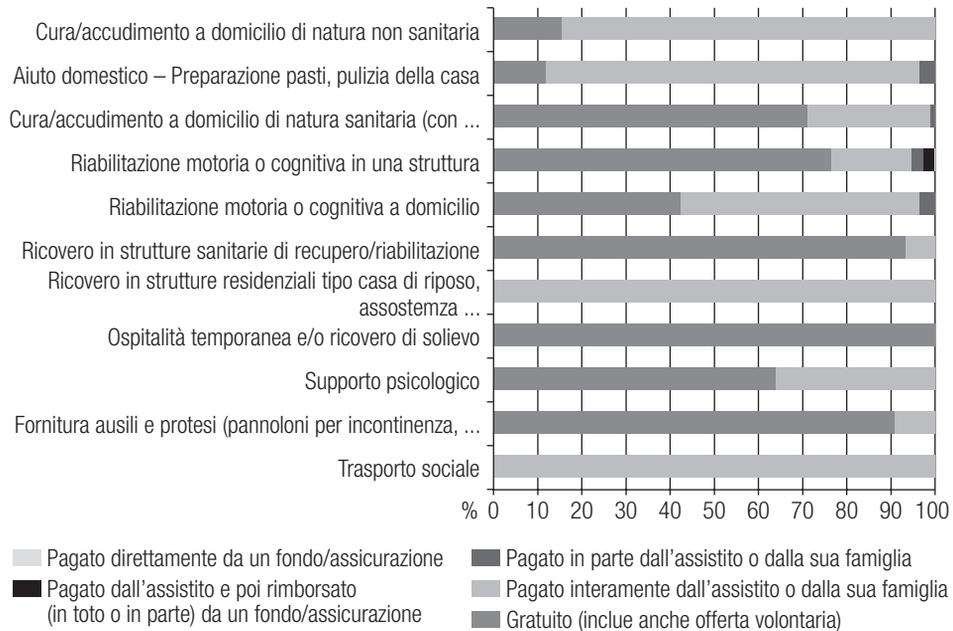
Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari»), 2012-2013

persone che hanno effettuato delle spese per l'ultima visita specialistica è, invece, inferiore rispetto alle categorie precedenti, rispettivamente il 47% e il 58% (incluso il ticket), ma comunque in aumento rispetto al 2005 (si veda ISTAT e Regione Piemonte, 2014).

A seconda della prestazione, cambia, quindi, il mix di canali di finanziamento utilizzati. Questo aspetto è ancora più marcato se si intreccia la prospettiva sanitaria con quella sociale. Una recente indagine OCPS finanziata da *KCS caregiver* cooperativa sociale sulla domanda degli anziani non autosufficienti mostra come le prestazioni sanitarie godano di una maggiore copertura gratuita, mentre quelle sociali siano tipicamente pagate interamente dall'assistito o dalla sua famiglia (Figura 5.8). È emblematico il caso dell'accudimento a domicilio: quando è di natura non sanitaria, è tipicamente pagato interamente, quando, invece, è di natura sanitaria, è tendenzialmente gratuito. Il dato è in linea con quanto avviene sul lato della spesa pubblica, dove i finanziamenti verso l'ambito sociale hanno un peso specifico nettamente inferiore alla sanità. Ci sono, comunque, delle aree di prestazioni in cui il mix è equilibrato tra finanziamento pubblico e accesso gratuito. Si tratta delle prestazioni di riabilitazione motoria e cognitiva a domicilio e del supporto psicologico.

Da notare, infine, la quasi totale assenza di intermediazione da parte di fondi e assicurazioni in un'area di forte bisogno come quella relativa agli anziani non autosufficienti. Il problema è ormai noto al dibattito politico-istituzionale, che

Figura 5.8 **Il mix dei canali di finanziamento per le prestazioni degli anziani non autosufficienti**



Fonte: Indagine esplorativa sulla domanda degli anziani non autosufficienti, OCPS-KCS caregiver cooperativa sociale

sta cercando di trovare delle vie per incentivare la copertura di questa parte di popolazione. Gli anziani non autosufficienti sono, infatti, una componente di popolazione tipicamente soggetta a meccanismi di «selezione avversa» da parte degli intermediari finanziari.

5.5 Le Regioni

A livello regionale, si notano differenze rilevanti nella spesa sanitaria pro capite, differenze che definiscono un ranking molto netto tra le regioni (Figura 5.9). Tale classifica sembra sottendere un legame positivo tra la spesa sanitaria privata sia con il reddito, che con la qualità dell'offerta pubblica. Nelle primissime posizioni si trovano, infatti, Regioni ad alto reddito come l'Emilia-Romagna (613 euro), il Veneto (579 euro), il Trentino Alto Adige (563 euro) e il Friuli Venezia Giulia (554 euro), che difficilmente potrebbero essere considerate come i peggiori servizi sanitari nel contesto nazionale. Viceversa, regioni come Puglia (313 euro), Calabria (306 euro), Sicilia (272 euro) e Campania (255 euro) si trovano nelle ultime posizioni. La stessa graduatoria non subisce sostanziali modi-

fiche pesando il dato «per età» della popolazione residente e risulta stabile nel tempo²¹.

Utilizzando il PIL come *proxy* del reddito e un set di indicatori di qualità come misure di qualità dei sistemi pubblici regionali, un'analisi *cross section* tra le regioni conferma, per il 2012, la presenza di una:

- ▶ correlazione²² positiva con reddito pro capite, pari a 91% (come per l'anno precedente);
- ▶ correlazione positiva con la qualità del sistema pubblico (valori maggiori di 80% per ciascun indicatore di qualità utilizzato²³).

Il secondo dato non è del tutto intuitivo, ma è significativo, in quanto è stato testato con diverse misure di qualità. Sono stati, infatti, presi in considerazione diversi indicatori di qualità, al fine di considerarla in tutte le sue diverse accezioni (soddisfazione, produttività, appropriatezza, ecc.). Il tema della qualità del sistema pubblico gode di una sempre maggiore attenzione e questo ha favorito la recente produzione di numerosi indici di qualità, rilevati da istituti statistici e centri di ricerca, nazionali e internazionali. A livello internazionale, il «QoG EU Regional Data» fornisce un indicatore denominato «Helqual», che misura il grado di soddisfazione verso il sistema sanitario regionale di vari Paesi, tra cui, appunto le regioni italiane (Charron *et al.*, 2013). Gli indici di soddisfazione sono anche misurati da ISTAT, che, nella nuova indagine Multiscopo del 2013, rileva «il giudizio complessivo per il servizio sanitario del territorio». Nell'Indagine «Aspetti della Vita Quotidiana» è poi possibile rintracciare il dato sulla «Soddisfazione per i servizi ospedalieri», misurato tra i pazienti che dichiarano di aver effettivamente fruito dei servizi. Sempre nella stessa indagine, si rileva «il grado di difficoltà a raggiungere il pronto soccorso», che può essere assunto come *proxy* dell'accessibilità ai servizi. Queste misure di qualità sono tutte costruite sul lato della domanda, cioè attraverso indagini campionarie. Sul lato dell'offerta, il Ministero della Salute produce un indice che risulta dalla combinazione di 21 indicatori di qualità che misurano il grado di aderenza con gli standard posti del SSN (Ministero della Salute²⁴). L'ultimo indicatore di qualità considerato è l'«Isq» del CeRMLAB, costruito sulla base di più indicatori sia di domanda, che di offerta (Pammolli e Salerno, 2011).

²¹ Per un approfondimento, si rimanda al capitolo 6 del Rapporto Oasi 2013.

²² L'indice di correlazione considerato nel corso della trattazione è quello di Pearson.

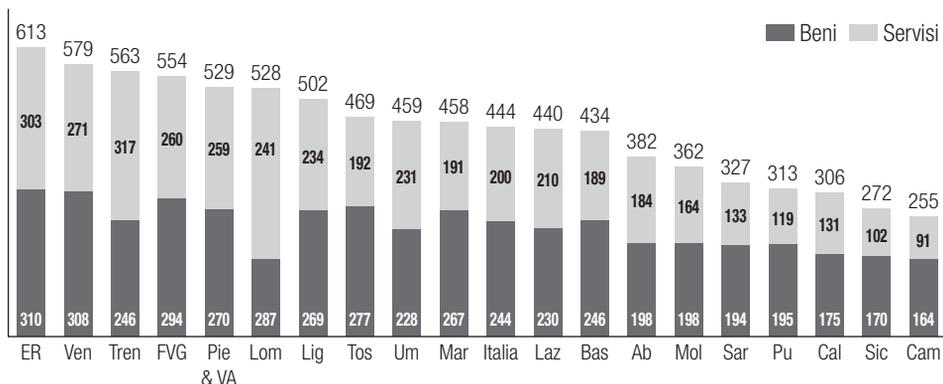
²³ La correlazione tra spesa sanitaria privata e reddito pro capite e la correlazione tra spesa sanitaria privata e tassi di fuga sono tendenzialmente stabili nell'arco del decennio considerato (2002-2011), a conferma della solidità delle relazioni individuate. La media delle correlazioni tra il 2002 e il 2011 è 82% nel primo caso, e -36% nel secondo.

²⁴ Ministero della Salute (2013), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia Lea*; 2013.

Utilizzando tutti gli indici di qualità appena citati, la correlazione con la spesa sanitaria privata è positiva e maggiore dell'80%. Questa forte correlazione positiva mina alla base ogni teoria semplicistica di immediato spiazzamento della spesa sanitaria privata in relazione alla qualità del sistema pubblico. Rimane, però, aperta la questione dell'effettiva natura delle relazioni causali tra le due variabili per il ruolo preponderante dell'effetto reddito. Oltre a quest'ultimo, ci sono poi anche altri noti fattori che possono intervenire nella determinazione della spesa sanitaria privata e che potrebbero agire come «confondenti», come, per esempio, l'età, la composizione familiare, il livello di istruzione, la tecnologia, ecc.

Bisogna, infine, considerare che la relazione con il reddito e la qualità dei sistemi pubblici potrebbe essere diversa a seconda della voce di spesa considerata. Riprendendo, per esempio, la macro-classificazione in beni e servizi proposta nei paragrafi precedenti, si osserva molto chiaramente come i livelli di spesa sanitaria pro capite tra le Regioni presentino maggiori differenze nei servizi piuttosto che nei beni. Nel primo caso, il valore più alto di spesa media pro capite è di 317 euro, in Trentino Alto Adige, e quello più basso è di 91 euro, in Campania. Per quanto riguarda i beni, il valore più alto è di 310 euro in Emilia Romagna e il più basso è di 164 euro in Campania. In entrambi i casi, sembra esserci un effetto del reddito, ma per i beni è di gran lunga inferiore che per i servizi. Questo sembra confermare la comune ipotesi che i servizi, in particolare quelli odontoiatrici, si comportino come «beni di lusso», mentre i beni, in particolare i farmaci, come «beni primari» (D'Angela, 2012). Da un altro punto di vista, si potrebbe, invece, ipotizzare che nelle Regioni dove il reddito è inferiore e la qualità del sistema pubblico è peggiore, è maggiore la

Figura 5.9 **La spesa sanitaria privata pro capite nelle regioni italiane nel 2012, beni e servizi sanitari**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie)

propensione a spendere per farmaci (spesa per farmaci sul totale della spesa sanitaria). Lo «spacchettamento» in beni e servizi a livello regionale fornisce, dunque, notevoli spunti di riflessione e un'utile prospettiva di analisi per futuri approfondimenti.

5.6 Tipologie familiari e classi socio-economiche

Il data base analitico fornito da ISTAT per la ricerca contiene dati socio demografici della popolazione oggetto di rilevazione. Ciò ha permesso di associare ai dati di spesa sanitaria delle famiglie informazioni quali la tipologia familiare e l'età della persona di riferimento. Dai dati riportati in Tabella 5.9, 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 diminuisce con il numero di figli.

Il primo aspetto emerge, in particolare, dall'osservazione dei *pattern* di consumo delle «persone sole» e delle «coppie senza figli» (prime sei righe della Tabella 5.9). Una «persona sola con 65 anni e più» spende, in media, 871 euro l'anno, cioè quasi il doppio della «persona sola con meno di 35 anni», che spende, in media, circa 447 euro. Allo stesso modo, una «coppia senza figli con persona di riferimento di 65 anni e più», spende quasi un terzo in più di una «coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni» (1.527 euro il primo, 1.136 euro il secondo). Le dinamiche della spesa generale e le propensioni al consumo sembrano indicare, inoltre, che, per queste tipologie familiari, l'età è addirittura un fattore più rilevante del reddito (colonna 2, Tabella 5.9). 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 (4,7%, contro il 2,5% delle persone con meno di 35 anni e il 2,6% delle persone tra i 35 e i 64 anni). La stessa dinamica è osservabile anche nella categoria «coppie senza figli». Qui è interessante notare come le coppie «anziane» rappresentino il 9% degli individui, l'11% della spesa generale e ben il 16% della spesa sanitaria totale.

L'impatto «negativo» del numero di figli sulla spesa sanitaria è meno intuitivo e può trovare diverse spiegazioni. Una prima è legata al budget di spesa complessivamente disponibile dalla famiglia, che tende ad aumentare meno che proporzionalmente all'aumentare del numero di 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 meridionale, mentre al nord, l'incidenza è di circa il 15%²⁵. Una seconda

²⁵ Elaborazione OCPS sui dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie).

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 hanno redditi sotto la media. Si potrebbe, però, anche ipotizzare, più in generale, che la spesa sanitaria sia il frutto di una decisione presa a livello familiare, per cui risente maggiormente di un aumento della numerosità della famiglia rispetto ad altre componenti di spesa. Si può, infatti, notare come, all'aumentare del numero dei figli, diminuisca la propensione familiare a spendere in sanità.

Osservare, quindi, sia la spesa, che la propensione marginale può aiutare a capire meglio quanta parte della spesa sanitaria sia legata al reddito e quanta all'utilità associata a quel tipo di spesa rispetto ad altre. Questo è un approccio

Tabella 5.9 **Spesa sanitaria privata media annuale pro famiglia, spesa generale pro famiglia, propensione media alla spesa sanitaria, per tipologia familiare (2012)**

	Spesa sanitaria media annuale pro famiglia	Spesa generale media annuale pro famiglia	Propensione alla spesa sanitaria (%)	Famiglie sul totale (%)	Individui sul totale (%)	Quota di spesa sanitaria (%)	Quota di spesa generale (%)
Persona sola con meno di 35 anni	477	22.882	2,1	2,8	1,2	1,3	2,2
Persona sola con 35-64 anni	634	24.102	2,6	13,0	5,5	7,8	10,8
Persona sola con 65 anni e più	871	18.469	4,7	15,8	6,7	13,1	10,1
Coppia senza figli con Persona di riferimento con meno di 35 anni	1.136	30.417	3,7	1,1	0,9	1,2	1,2
Coppia senza figli con Persona di riferimento con 35-64 anni	1.161	32.524	3,6	7,3	6,2	8,0	8,2
Coppia senza figli con Persona di riferimento con 65 anni e più	1.527	28.766	5,3	11,4	9,5	16,4	11,3
Coppia con 1 figlio	1.200	34.103	3,5	15,3	19,3	17,4	18,0
Coppia con 2 figli	1.191	36.280	3,3	15,5	26,1	17,5	19,4
Coppia con 3 e più figli	1.017	36.414	2,8	3,7	8,0	3,6	4,6
Monogenitore	1.036	28.291	3,7	8,4	8,3	8,2	8,2
Altre tipologie	1.058	31.381	3,4	5,6	8,4	5,6	6,0
Italia	1.058	29.031	3,6	100	100	100	100

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie)

utile sia per chi è interessato a valutare le potenzialità del mercato sanitario privato, sia per i soggetti regolatori nel perseguimento dell'equità.

Oltre alla classificazione per caratteristiche demografiche, può essere utile analizzare i comportamenti di consumo all'interno di opportune classi socio-economiche. Utilizzando il database dell'Indagine sui Consumi per il 2011 e adottando l'approccio delle «classi di spesa» (Filippucci *et al.*, 2011) si è considerata la spesa sanitaria come *proxy* della condizione socio-economica²⁶ e si è proceduto con una tipica segmentazione in tre classi (Atkinson e Brandolini, 2011): inferiore, media e superiore. Com'è ragionevole aspettarsi, la classe inferiore («i poveri») rappresenta il 35,6% della popolazione e solo il 16,6% della spesa totale. Viceversa, la classe superiore («i ricchi») rappresenta solo il 18,4% della popolazione e quasi il 40% della spesa sanitaria totale. La classe «media» presenta, invece, una struttura più equilibrata, poiché costituisce il 46% della popolazione e il 43,3% della spesa sanitaria totale.

In virtù della forte regionalizzazione dei comportamenti di spesa sanitaria privata (cfr. §5.5), si propone di seguito un'analisi nella prospettiva delle regioni. Il risultato della classificazione in tre classi sono illustrati in Tabella 5.10, dove si può notare come le differenze regionali nella spesa generale pro capite si riducano notevolmente all'interno delle classi, rispetto al dato aggregato osservato in Figura 5.9 per il 2012 e riportato nell'ultima colonna della Tabella 5.10. Questo è particolarmente evidente per la «classe media», dove la spesa generale pro capite è tendenzialmente omogenea tra le regioni (il coefficiente di deviazione²⁷ è solo 3%). La classe media rappresenta, pertanto, l'ambito ideale in cui analizzare le relazioni della spesa sanitaria con le sue determinanti «non socio-economiche». È interessante notare, per esempio, che, al contrario di quanto avviene a livello aggregato (si veda il §5.5), non si riscontra alcuna correlazione positiva tra la spesa sanitaria privata pro capite e la qualità dei sistemi regionali. Questo conferma ulteriormente che la spesa sanitaria privata non sia necessariamente il risultato o l'effetto, positivo o negativo che sia, dell'efficacia dei sistemi pubblici.

Se l'influenza delle variabili socio-economiche sulla spesa sanitaria pro capite regionale sembra essere in qualche modo neutralizzato all'interno delle classi socio-economiche, una visione di insieme, rivela, ancora una volta, come la condizione socio-economica sia un fattore determinante nello spiegare i livelli pro capite di spesa sanitaria privata. All'aumentare della condizione socio-economica non aumenta solo la spesa sanitaria, ma anche la propensione al consumo sanitario privato. Il fenomeno è tendenzialmente omogeneo tra le Regioni ed è particolarmente evidente nel passaggio dalla classe «inferiore» a quella «me-

²⁶ Le classi sono state costruite sulla base della soglia di povertà relativa per una famiglia di due componenti. Viene, inoltre, utilizzata la scala di equivalenza di Carboraro per minimizzare le differenze di spesa dovute legate alla dimensione familiare.

²⁷ Il coefficiente di deviazione è calcolato come il rapporto tra deviazione standard e la media

Tabella 5.10 **Spesa sanitaria privata media annuale, spesa generale, propensione media alla spesa sanitaria, per classe socio-economica (2012)**

Regione/ Classe socio-eco	Spesa sanitaria privata pro capite				Propensione al consumo sanitario				Spesa generale pro capite			
	Poveri	Classe media	Ricchi	Totale	Poveri	Classe media	Ricchi	Totale	Poveri	Classe media	Ricchi	Totale
Tren	170	432	1.870	707	2,8	3,7	6,5	4,9	6.109	11.784	28.635	14.380
Ven	185	501	1.419	666	3,0	4,2	5,3	4,6	6.172	11.850	26.848	14.435
FVG	163	497	1.210	588	2,6	4,1	4,6	4,1	6.347	12.243	26.448	14.222
ER	201	404	1.167	564	3,2	3,3	4,3	3,8	6.253	12.174	27.065	14.877
Lom	161	452	968	556	2,6	3,7	3,5	3,5	6.319	12.171	27.911	15.896
Um	122	472	1.373	514	2,1	4,0	5,3	4,2	5.796	11.776	26.139	12.319
Tos	134	438	1.120	511	2,2	3,7	4,1	3,7	6.237	11.975	27.520	13.918
Mar	203	423	1.168	496	3,3	3,6	4,4	3,9	6.216	11.669	26.539	12.826
Lig	192	457	1.011	495	3,0	3,7	3,5	3,5	6.439	12.207	29.177	13.998
Laz	161	410	1.212	476	2,6	3,5	4,7	3,8	6.129	11.779	25.818	12.507
Pie&V.A.	183	448	776	467	2,9	3,7	2,7	3,2	6.255	12.126	28.254	14.758
Ab	134	427	1.090	400	2,3	3,7	3,9	3,5	5.842	11.492	27.625	11.450
Mol	168	473	894	385	3,0	4,1	3,3	3,6	5.607	11.435	27.460	10.717
Cal	184	520	1.025	370	3,4	4,7	4,3	4,2	5.437	11.126	23.577	8.906
Pu	140	462	1.540	357	2,6	4,1	6,5	4,0	5.413	11.306	23.653	8.844
Sar	209	421	858	350	3,7	3,6	3,7	3,7	5.664	11.596	22.888	9.532
Ba	163	432	1.092	325	2,9	3,8	4,5	3,6	5.626	11.297	24.009	8.951
Sic	170	520	631	289	3,1	4,5	2,7	3,7	5.423	11.448	23.647	7.837
Camp	132	337	669	239	2,4	3,1	3,0	2,8	5.450	10.835	22.376	8.437
Italia	162	443	1.094	463	2,8	3,8	4,1	3,7	5.800	11.809	26.951	12.462
Coefficiente di deviazione (%)	5,5	9,9	27,2	27,3	15,1	10,1	25,9	12,5	6,1	3,4	8,0	21,7

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie)

dia», in cui si assiste a un aumento del dato medio nazionale dal 2,8% al 3,8%. Tale fenomeno appare di natura strutturale tra le Regioni, con qualche eccezione, come Emilia Romagna e Sardegna, che meriterebbero delle analisi mirate. In entrambi i casi, per esempio, la propensione media regionale rimane costante nel passaggio dalla prima alla seconda classe socioeconomica.

5.7 Conclusioni

Il capitolo ha fornito un quadro d'insieme dei consumi privati in ambito sanitario. Il livello di analisi dal quale partire non poteva che essere quello aggregato, dove le variabili sono di tipo macro e l'interesse si focalizza sulla natura delle relazioni che si instaurano tra le variabili stesse. A questo livello, i dati conferma-

no come, a una ormai acquisita stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica, non abbia corrisposto una crescita della spesa sanitaria privata, la quale sembra, non sorprendentemente, essere più ancorata alle dinamiche del PIL, che non a quelle dell'offerta pubblica. Nelle relazioni tra la le decisioni del sistema pubblico e i consumi privati, un ruolo di rilievo sembrano avere giocato le dinamiche legate alla compartecipazione alla spesa. I ticket in un arco di qualche anno hanno quasi raddoppiato il loro peso sull'insieme della spesa privata e, stante i crescenti vincoli di bilancio delle famiglie, sembrano avere prodotto un effetto di spiazzamento sugli altri consumi sanitari di ammontare equivalente. La dinamica complessiva è quella di una diminuzione della spesa sanitaria e ciò non può che essere un dato preoccupante.

La parte maggiore dell'impegno è stata dedicata alla disaggregazione di un insieme troppo spesso considerato solo nella sua dimensione aggregata, così i consumi sanitari privati, seguendo la struttura del precedente rapporto, sono stati analizzati a seconda dei canali di finanziamento, delle funzioni di spesa, dei contesti regionali e delle tipologie di consumatori. I dati e le analisi confermano la rilevanza delle dimensioni prescelte. Il rapporto tra spesa out-of-pocket e componente intermediata, nonostante la crescita di quest'ultima, rimane un elemento critico. Ma diventa, soprattutto, sempre più urgente disporre di un quadro informativo adeguato rispetto all'importanza del tema e alla necessità di assicurare una ragionevole supervisione pubblica. La composizione della spesa, articolata rispetto alle due principali dimensioni di analisi (beni e servizi, da una parte, e pubblico e privato, dall'altra), consente di cogliere differenze fondamentali non solo nel loro impatto economico su segmenti di offerta diversi, ma anche nella percezione della pubblica opinione rispetto alla accettabilità della componente privata. Il confronto tra Regioni, per come la spesa privata è distribuita e per l'entità dei differenziali che l'analisi evidenzia, continua, da una parte, a smentire le visioni semplificate che legano la spesa privata alla qualità dei sistemi e, dall'altra, a rendere ancora più complesso il problema di come assicurare un livello di omogeneità nell'accesso ai servizi sanitari coerente con il permanere di uno stato unitario. Infine, l'analisi per tipologia di consumatori evidenzia come il consumo di servizi sanitari finanziati privatamente sia un fenomeno difficilmente catturabile da categorie generali nella sua complessità e come variabili demografiche e sociali influenzino i consumi e gli sforzi richiesti per sopportarne il peso economico.

Una notazione conclusiva riguarda, da una parte, l'attendibilità e coerenza dei dati e, dall'altra, la funzione che l'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità vuole svolgere. Rispetto alla relativa solidità dei dati amministrativi solitamente utilizzati nel contesto della sanità (dati contabili e di attività delle SSN), il contesto dei consumi privati appare molto più problematico. La difficoltà nella definizione di un quadro informativo sufficientemente solido è in parte strutturale. Deriva dalla necessità di doversi affidare prevalentemente a dati che vengono

da indagini campionarie e di dovere combinare nelle stime fonti informative diverse per natura e finalità. Le difficoltà aumentano se l'oggetto, i consumi privati in questo caso, non ha ricevuto una sufficiente attenzione e se i dati non vengono regolarmente confrontati e discussi da un insieme di soggetti che, per motivi diversi, hanno interesse a costruire un quadro attendibile e condiviso dell'oggetto stesso. OCPS è impegnato da alcuni anni nel difficile sforzo di fare emergere un «oggetto di ricerca e di interesse» dai contorni sufficientemente definiti e raccogliere attorno a esso una comunità di soggetti interessati a comprendere sempre meglio ciò che effettivamente accade. Le analisi e i risultati qui presentati sono, quindi, il prodotto, via via sempre più solido, di un impegno collettivo di cui gli autori sono solo una componente.

Bibliografia

- Atkinson B. A., Brandolini A. (2011), «On the identification of the middle class», ECINEQ WP – 217.
- 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, pp. 173-200.
- Charron N, Dijkstra L, Lapuente L (2013), «Regional Governance Matters: Quality of Government within European Union Member States. Regional Studies 2013», *Doi:10.1080/00343404.2013.770141*.
- Cislaghi C. e Giuliani F. (2008), «Out of Pocket Sanitario nelle Regioni Italiane», *Quaderni Monitor*, AGENAS, n.22, anno VII, 3° supplemento, pp. 161-177.
- Cislaghi C. e Sferrazza A. (2013), «Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica», *Quaderni Monitor*, AGENAS, n.22, anno VII, 3° supplemento, pp. 161-177.
- D'Angela D. (2012), «Capitolo5a – Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria», in Spadonaro F. (Editor), *VII Rapporto Sanità-Ceis*, Arti Grafiche Srl, pp. 131-144.
- Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E., Rappini V. (2013) «I consumi privati in sanità», in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, Egea, pp 223-249.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in Sanità*, Milano, Egea.
- 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.
- 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 – 2013.

- ISTAT (2011), «Metodologie di stima degli aggregati dei conti nazionali a prezzi correnti Anno base 2000», *Metodi e Norme*, n.51, Roma, ISTAT.
- ISTAT e Regione Piemonte (2014), *Tutela della Salute e Accesso alle Cure, anno 2013*.
- Filippucci C., Mazzocchi M., Viviani A. (2011), «Dynamics and heterogeneity in Italian households through expenditure behaviors», *Rivista Italiana di Economia e Statistica*, volume n. 2, p.145-174.
- Levaggi R. e Turati G. (2011), «Spesa sanitaria pubblica e privata: sostituti o complementi?», in C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola (a cura di), *La Sanità in Italia: organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.
- Longo F. e Tanzi E. (2010), *I costi della vecchiaia*, Milano, Egea.
- Ministero della Salute (2011), *Quaderni del Ministero della Salute*, n. 7, 2011.
- OECD (2011), *Burden of out-of-pocket health expenditure. Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- OECD, Eurostat, WHO (2011), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing.
- Pammolli F. e Salerno N.C. (2011), *Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria. La Sanità alla sfida del Federalismo*. Working Paper n. 2, CeRM.
- Vecchietti M. (2012), «Scenari evolutivi per la sanità integrativa», in RBM Salute-Censis, *I Fondi Sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà*, RBM Salute.