

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2018

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 sul 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 2018:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) 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 l'evoluzione dei profili professionali (*skill mix*) del personale SSN; la centralizzazione degli acquisti, con un approfondimento sulle politiche di acquisto nel comparto farmaceutico; l'introduzione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici; i modelli per la segmentazione dei pazienti e il *Population Health Management*;
- a livello aziendale, si focalizza sui processi attuativi di certificabilità dei bilanci, sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali, sugli strumenti per la gestione del sapere professionale, sulla diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e 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. Quest'anno, inoltre, il CERGAS celebra il suo 40° anniversario, di pari passo con il SSN.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5156-6



9 788823 851566

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2018



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

CERGAS - Bocconi



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Egea

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management



**CER GAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CER GAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

CER GAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



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

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2018 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 2018

ISBN 978-88-238-5156-6

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®

6 I consumi privati in sanità

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Valeria Rappini¹

6.1. 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) del CERGAS (oggi parte di SDA Bocconi) offre, attraverso l'esplorazione delle fonti più aggiornate, un quadro complessivo dei «numeri» del settore dei consumi privati in sanità e delle sue principali determinanti (socio-demografiche ed economiche) fino al 2017. Rispetto agli analoghi contributi che gli stessi autori hanno offerto nei precedenti rapporti per OASI (Del Vecchio, Fenech, Mallarini, Rappini 2013, 2014; Del Vecchio, Fenech, Rappini 2015, 2016, 2017), 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 6.1 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, la natura 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 inseriti in circuiti economici che si caratterizzano non solo per il soggetto che ne sopporta l'onere, ma anche per la pluralità di attori e meccanismi di

¹ Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 6.1, 6.4.3 e 6.6 possono essere attribuiti a Mario Del Vecchio; i §§ 6.3 e 6.5 a Lorenzo Fenech; i restanti paragrafi a Valeria Rappini.

Figura 6.1 I quattro circuiti del settore sanitario

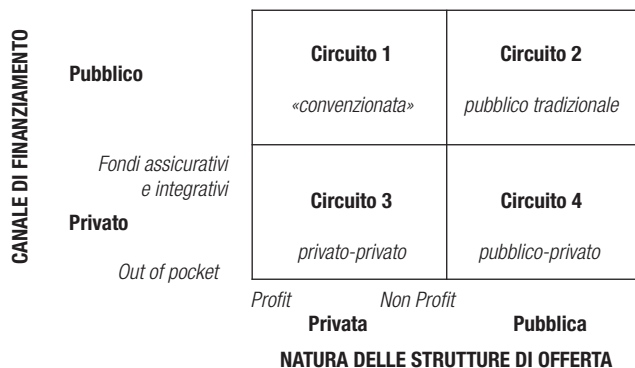
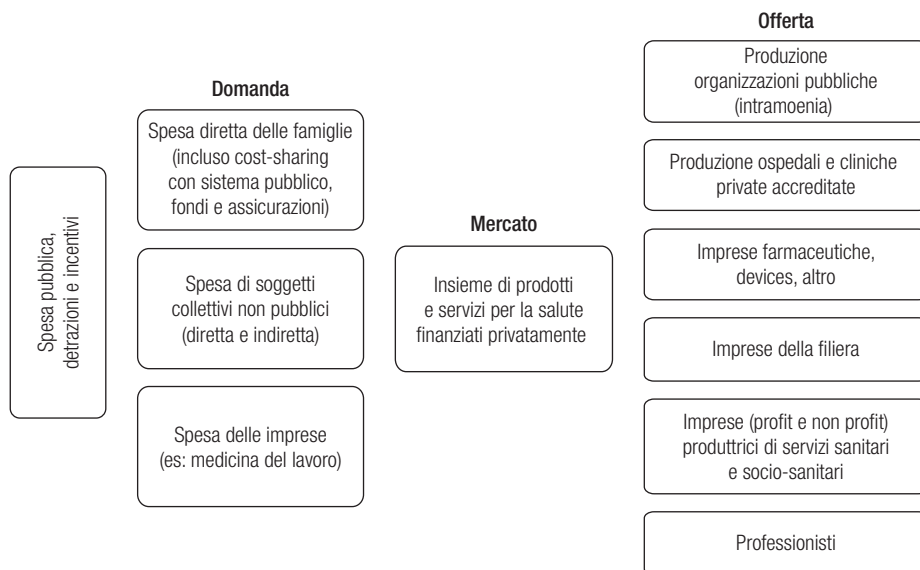


Figura 6.2 I consumi privati: un mondo complesso e articolato



offerta che compongono il sistema (Figura 6.2). 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 dovrebbe diventare sempre più intenso e animato.

La scomposizione della spesa sanitaria privata nelle sue diverse componenti può, dunque, fornire spunti di riflessione e dar conto delle tendenze strutturali che stanno attraversando il settore. A livello disaggregato, risulta evidente come alcune componenti, per esempio quella odontoiatrica, si comportino come un «bene di lusso» (D'Angela, 2012), a differenza di altre, come la spesa per farmaci, che per elasticità al reddito è simile a quella che caratterizza i «beni primari» (par. 6.5.3). L'osservazione e l'analisi consentono anche di evidenziare fenomeni contro-intuitivi. Se si guarda ai divari regionali sulla spesa sanitaria privata pro capite (par. 6.5.1), non trova riscontro l'idea comune che questi siano legati ai differenziali nel funzionamento del sistema pubblico; secondo l'ipotesi di residualità, in particolare, l'aumentare dei consumi sanitari privati dipenderebbe da un arretramento del sistema pubblico. Analogamente, può sorprendere la rilevante presenza dell'operatore pubblico come destinatario della spesa privata, sia attraverso il canale del *copayment* sia attraverso l'*intra-moenia* (par. 6.4.3).

Dopo un paragrafo introduttivo che ha l'obiettivo di chiarire quali sono le fonti e gli aggregati di spesa considerati rispetto ai diversi soggetti, circuiti e perimetri oggetto di analisi (par. 6.2), nel prosieguo del capitolo la spesa sanitaria privata viene analizzata attraverso diverse prospettive di indagine:

- ▶ le dinamiche della spesa sanitaria privata e le sue relazioni con le principali grandezze macro-economiche (par. 6.3);
- ▶ la struttura e la composizione della spesa sanitaria privata (par. 6.4);
- ▶ le caratteristiche socio-demografiche e le loro relazioni con la spesa sanitaria privata (par. 6.5).

6.2 Perimetri, fonti e aggregati di spesa sanitaria privata

La quantificazione della spesa sanitaria privata, sia in termini aggregati che in termini disaggregati, pone preliminarmente il tema della definizione dei metodi di stima e dei perimetri dell'oggetto.

Rispetto ai metodi, le stime possono basarsi su indagini quantitative, su dati amministrativi o, in caso di fonti secondarie, sull'integrazione di più fonti primarie. Il metodo dipende dagli obiettivi che i diversi soggetti vogliono perseguire nel raccogliere o incrociare i dati. L'Indagine sulla Spesa delle Famiglie di ISTAT, per esempio, ha l'obiettivo di indagare i comportamenti e le determinanti dei comportamenti di spesa (sanitaria e non) attraverso un'indagine campionaria realizzata annualmente su un numero di famiglie rappresentativo della popolazione italiana. Questo comporta che alcune componenti molto soggette a errori campionari per la loro dimensione, come i ricoveri, siano difficili da cogliere, così la stima della spesa sanitaria complessiva (che non è l'obiettivo

principale dell'indagine) è inferiore alle stime aggregate che ISTAT pubblica in Contabilità Nazionale (vedi Tabella 6.1) e che sono il frutto di complesse tecniche di integrazione dei dati di varie fonti.

Tabella 6.1 **Stime aggregate delle principali fonti istituzionali sulla componente privata della spesa sanitaria in Italia**

Fonti	Aggregati e metodi di riferimento	Classificazioni	Stima 2017 (o anno più recente)	Anni e serie disponibili	Soggetta ad aggiornamenti e revisioni
ISTAT	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (Sec2010) integrando dati amministrativi e campionari	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)	37,3	1995-2017	Si
	Spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione residente (spesa diretta delle famiglie e da regimi volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011)	International Classification for Health Accounts (ICHA)	39,7	2012-2017	Si
	Spesa sanitaria delle famiglie residenti per servizi e spese per la salute (sostenute in Italia e all'estero)	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)	34,9	1997-2017	No
OECD, Eurostat, WHO	Spesa sanitaria privata (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il System of Health Accounts (SHA 2011) che utilizza il Joint Health Accounts Questionnaire (JHAQ) per la trasmissione dei dati	International Classification for Health Accounts (ICHA)	39,7	1970-2017	Si

La componente privata della spesa sanitaria è, poi, soggetta a molteplici stime che possono riflettere differenti:

- ▶ interpretazioni di «pubblico» e «privato» nei regimi di finanziamento;
- ▶ popolazioni di riferimento (famiglie, imprese, assicurazioni, residenti, stranieri, ecc.);
- ▶ definizioni e classificazioni di beni e servizi «sanitari».

In merito alla questione del finanziamento, ovvero dei meccanismi attraverso i quali vengono reperite le risorse necessarie per la produzione e il consumo dei beni e servizi in ambito sanitario, la distinzione tra pubblico e privato è molto meno netta di quanto possa sembrare a prima vista (Del Vecchio, Rapporto OCPS 2015). Senza voler entrare qui nel dibattito, i meccanismi in questione sono variegati e potrebbero essere classificati come pubblici (finanziamento pubblico) o privati (finanziamento privato) guardando, non tanto alla natura istituzionale dei soggetti che raccolgono le risorse, ma alla volontarietà o meno

del trasferimento (Thomson, Foubister *et al.*, 2009). Assumendo questa prospettiva, se gli estremi di un asse «teorico» rimangono riconoscibili (spesa pubblica finanziata attraverso l'imposizione fiscale vs spesa privata interamente *out of pocket*) e possono essere oggetto di considerazioni generali, «in un *continuum* sempre più densamente popolato da specifiche configurazioni è difficile tracciare linee di demarcazione significative» (Del Vecchio, 2015). Una zona intermedia sono, per esempio, i regimi di finanziamento privati obbligatori (*compulsory private insurance schemes*), dove ricadono le spese intermedie dalle assicurazioni sanitarie nel sistema statunitense, svizzero, olandese e quelle intermedie attraverso la *complémentaire santé* in Francia, nei casi in cui sia previsto un obbligo legislativo nei confronti del datore di lavoro. Quali di queste spese possano considerarsi pubbliche per il solo fatto di essere obbligatorie e quali, invece, private, rimane una questione aperta e le stime possono differire tra istituzioni o, addirittura, tra i diversi rilasci di una stessa istituzione. In un recente aggiornamento del database OECD, in particolare, la spesa per assicurazione sanitaria privata obbligatoria statunitense è stata assimilata a quella svizzera e olandese, con gli Stati Uniti entrati improvvisamente nel *ranking* dei paesi a vocazione universalistica (OECD Health Data, edizione 2018, vedi *infra*).

Una seconda dimensione per la quale possono cambiare i perimetri dell'oggetto è la popolazione di riferimento. La popolazione può essere, ad esempio, quella residente e l'aggregato di spesa riferirsi ai consumi delle famiglie italiane anche al di fuori dei confini nazionali (es. cure odontoiatriche all'estero) oppure la popolazione può essere quella presente sul territorio economico e l'aggregato di spesa considerare la sola produzione di beni e servizi sanitari all'interno del territorio nazionale. Inoltre, può cambiare l'insieme dei soggetti considerati: individui, famiglie, imprese, assicurazioni, ecc. Residenza e tipologia dei soggetti considerati spiegano la maggior parte delle differenze tra le stime di spesa sanitaria privata di ISTAT-Conti Nazionali (circa 37,3 miliardi) che si riferisce alla spesa delle famiglie sul territorio economico e le stime di ISTAT-SHA (39,7 miliardi) che si riferisce alla spesa di famiglie, imprese, assicurazioni (effettuata dai residenti o per conto dei residenti) in Italia e all'estero (Del Vecchio, Fenech, Rappini, 2017). I Conti Nazionali stimano i consumi finali delle famiglie sul territorio economico, secondo la classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*). Le stime ISTAT-SHA (*System of Health Accounts*) fanno, invece, riferimento al sistema di classificazione ICHA (*International Classification of Health Accounts*) che riguarda le famiglie residenti e che prende in considerazione, oltre alla spesa diretta delle famiglie (pagamento diretto per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per il quale si attinge dai redditi da lavoro e capitale e/o risparmi), anche altri regimi di finanziamento privato volontario/soggetti «paganti»: le assicurazioni e i fondi sanitari integrativi; le istituzioni senza scopo di lucro (accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non

contributivo basati su donazioni provenienti dalla cittadinanza, dallo stato o dalle imprese); le imprese (accordi mediante i quali le imprese forniscono direttamente, oppure finanziano, i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime previdenziale). L'OECD, che prima si agganciava alla stima dei Conti Nazionali di ISTAT, ora prende a riferimento la versione ISTAT-SHA (Tabella 6.1).

Vi è, infine, il perimetro dell'universo dei beni e servizi «sanitari». Non è questo il luogo per entrare nel dibattito di cosa sia o non sia riconducibile alla sanità, ma bisogna sottolineare come la molteplicità delle stime riflette i mutamenti che stanno avvenendo nei bisogni prevalenti delle popolazioni. In questa prospettiva, le dinamiche demografiche stanno favorendo lo spostamento dei bisogni dalle acuzie alla cronicità, ampliando un'area d'intervento in cui il servizio offerto è molto meno definito e definibile rispetto alle acuzie e che fonde sempre di più il sanitario con il socio-assistenziale. Un'altra variabile rilevante è il passaggio da concezioni di *healthcare* a quelle di *wellbeing*, per cui l'individuo viene considerato nella sua totalità (Dolan, 2013), con la conseguenza di estendere i confini tradizionali del settore sanitario e di renderli sempre più sfumati, mobili e frastagliati (es: gli integratori sono da considerare nel paniere «sanitario»?).

Risulta quindi fondamentale, non solo in una logica di stima dell'ammontare della spesa sanitaria privata, ma anche in una prospettiva di analisi dell'interazione che questa ha con la spesa pubblica, specificare ex-ante e in maniera chiara quali siano i perimetri e i soggetti interessati dal processo di stima.

Secondo un lavoro di incrocio delle fonti portato avanti da OCPS, prendendo come *baseline* proprio il dato dei 39,7 miliardi utilizzato da ISTAT-SHA, OECD e ripreso da OCPS (vedi il par. 6.4), il valore della spesa sanitaria privata può variare da un minimo di 27,5 miliardi (spesa delle famiglie strettamente sanitaria, al netto del *cost-sharing* con il sistema pubblico e privato e delle *tax expenditures*) a un massimo di 49,5 miliardi a seconda della prospettiva di analisi che si intende adottare (Tabella 6.2). Possiamo, da un lato, allargare il perimetro oltre i confini del sistema ISTAT-SHA, includendo nella voce «medicinali» anche gli integratori e i medicinali omeopatici – circa 5 miliardi (che tipicamente vengono inclusi nella COICOP) – oppure restringerlo escludendo il contributo privato alle spese di assistenza LTC – circa 3 miliardi (ovvero alla componente alberghiera che rimane a carico delle famiglie in caso di ricovero in RSA). Da un punto di vista delle fonti di finanziamento, abbiamo già notato come sia possibile restringere il perimetro considerando la sola spesa delle famiglie al netto dei rimborsi dai fondi e assicurazioni oppure ampliare la prospettiva alla spesa intermediata (in forma diretta e indiretta) e agli altri regimi di finanziamento privato volontario. Inoltre, è possibile tener conto delle detrazioni fiscali e del *cost-sharing* con il sistema pubblico (es. ticket per la specialistica ambulatoriale), di cui si parlerà nel prossimo paragrafo.

Tabella 6.2 I perimetri e i range di stima della spesa sanitaria privata, valori in miliardi di euro (2017 o anno più recente)

Riduzione del perimetro		Area delle stime ufficiali		Allargamento del perimetro	
Le stime variano se vengono sottratti alle stime ufficiali (nell'ordine): le forme di compartecipazione obbligatoria (ticket), le tax expenditure e la spesa per assistenza in RSA		Le stime variano in funzione dei soggetti considerati: le famiglie (residenti e non), le forme sanitarie integrative (assicurazioni e fondi) e gli altri regimi di finanziamento volontari (imprese e no profit)		Le stime variano se sono aggiunte alla stima ufficiale (nell'ordine): la componente di spesa intermediaata non ancora stimata da ISTAT (fondi), le spese per integratori e prodotti omeopatici e per assistenza a disabili e anziani	
27,5	30,8	34,2	36,0	37,3	39,7
				42,7	47,7
					49,5
Configurazioni e componenti di spesa considerate					
Spesa sanitaria OOP (spesa diretta delle famiglie)		Spesa per consumi finali delle famiglie sul territorio economico (include parte dei rimborsi da assicurazioni)		Spesa privata (spesa delle famiglie residenti e degli altri regimi di finanziamento volontari)	
- 3,3 miliardi (spesa per assistenza in RSA)	- 3,4 miliardi (importo detrazioni)	- 1,8 miliardi (ticket)	Spesa diretta delle famiglie residenti in Italia e all'estero	Spesa per consumi finali delle famiglie sul territorio economico (include parte dei rimborsi da assicurazioni)	Spesa sanitaria privata (include tutti i regimi di finanziamento volontari)
					+ 3 miliardi (spesa intermediaata dai fondi)
					+ 5 miliardi (spesa per omeopatici e integratori)
					+ 1,8 miliardi (assistenza disabili anziani a domicilio e in casa di cura)
Razionale					
Esclusione di spese non strettamente sanitarie	Esclusione tax expenditure su IRPEF	Esclusione compartecipazione obbligatoria (assimilabile a tassazione)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)	Sistema dei conti nazionali (ISTAT-CN)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)
					Aggiustamento della componente di spesa intermediaata dai fondi (*)
					Inclusione di altre aree di consumo vicine o riconducibili alla sanità

* Per adesso la stima ufficiale non considera la parte intermediaata in forma diretta e indiretta dai fondi sanitari integrativi. Alcune stime degli operatori del settore portano la spesa sanitaria intermediaata a circa 5,5 miliardi (RBM Assicurazione Salute, 2018), di cui circa 2 miliardi in forma diretta.

6.2.1 Il ruolo dello Stato nella spesa sanitaria privata e della spesa sanitaria privata nell'offerta pubblica

Un buon esempio circa la rilevanza dei confini è il tema di come lo Stato sorregge i consumi privati e di come i consumi privati contribuiscono a sostenere l'offerta pubblica. Come già precisato, la distinzione tra spesa pubblica e spesa privata è spesso fuorviante, comunque non sufficiente a descrivere le modalità attraverso cui i diversi attori interagiscono in un sistema che vede la compresenza di meccanismi di consumo estremamente diversi tra loro. A questo proposito è utile analizzare brevemente il ruolo dello Stato nelle dinamiche della spesa sanitaria privata, cioè di come le scelte a livello pubblico ricadono all'interno dei perimetri di spesa privata fino ad ora definiti.

Innanzitutto, nell'analisi della relazione tra consumi privati e scelte pubbliche non si può non tenere conto delle dinamiche che sorgono dalla presenza di meccanismi di compartecipazione alla spesa siano essi obbligatori o volontari (Fenech e Panfili, 2013). I due grandi aggregati a cui sono ricondotti i ricavi da compartecipazione del sistema sanitario sono la compartecipazione per farmaci e quella per servizi sanitari.

All'interno del primo gruppo ricadono due forme di compartecipazione significativamente diverse tra di loro, sia per natura che per dimensione, entrambe applicate ai farmaci coperti dal SSN (Farmaci etici appartenenti alla fascia A). Circa un terzo delle entrate per compartecipazione sui farmaci consiste nei *ticket* regionali applicati alla singola prescrizione medica, il cui ammontare in quota fissa è stabilito appunto a livello regionale. La parte restante, invece, consiste nella differenza rispetto al prezzo di riferimento, che è una forma di compartecipazione applicata ai farmaci rimborsati dal SSN per il solo valore corrispondente a quello del farmaco equivalente, quando disponibile (*internal reference pricing*). In questo caso, quindi, la scelta del pagamento della forma di compartecipazione ricade esclusivamente nella scelta individuale del consumatore, nel caso in cui decida volontariamente di acquistare un farmaco *branded*, rispetto a quello equivalente garantito dal SSN. Nel 2017, la compartecipazione per farmaci ammontava a 1,55 miliardi, di cui 0,5 miliardi per *ticket* regionale e 1,05 miliardi per la differenza di prezzo. Si nota quindi come la parte più consistente della spesa in compartecipazione per farmaci derivi da una scelta individuale dei consumatori.

All'interno del secondo gruppo rientrano le spese per compartecipazione ai servizi sanitari. Al loro interno si distingue la compartecipazione per servizi specialistici e ambulatoriali (visite specialistiche, analisi di laboratorio, diagnostica per immagini, ecc.), che rappresentano la quasi totalità dei ricavi da compartecipazione per servizi. Hanno un ruolo marginale i *ticket* che derivano da prestazioni di pronto soccorso in codice bianco. Rientrano all'interno di questo

gruppo i *superticket*² introdotti nel 2011 e strutturati in maniera differenziata dalle singole regioni. I dati di gettito complessivo dei *ticket* sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono però disponibili soltanto parzialmente (Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2017). Infatti, le fonti ufficiali quantificano in 1,34 miliardi i ricavi da compartecipazione per servizi sanitari, tenendo in considerazione però soltanto i ricavi desumibili dai conti economici delle aziende sanitarie, le quali contabilizzano soltanto le entrate «dirette», ovvero per quelle prestazioni erogate direttamente dalle strutture pubbliche. Gli introiti percepiti a titolo di *ticket* dalle strutture private convenzionate non vengono contabilizzati nei bilanci delle aziende ospedaliere e sanitarie, che si limitano a tenere conto soltanto dei trasferimenti netti alle strutture convenzionate (rimborsi per prestazioni al netto del *ticket* già incassato dalle strutture). Un'idea della dimensione della spesa per compartecipazione per prestazioni ambulatoriali può essere desunta dal sistema di monitoraggio TS (sistema Tessera Sanitaria), recentemente introdotto, che quantifica le spese per *ticket* per prestazioni ambulatoriali in strutture private convenzionate in circa 600 milioni nel 2016. Il dato è comunque da considerarsi una stima cautelativa e al ribasso, date le limitazioni e le finalità del sistema di monitoraggio (si veda la Tabella 6.3 per un quadro riassuntivo).

Tabella 6.3 **La spesa per compartecipazione in Italia, 2017 (o anno più recente)**

	Ammontare (in milioni di euro)
Compartecipazione per farmaci	1.549
– ticket in quota fissa regionale	499
– differenza prezzo di riferimento	1.050
Compartecipazione per servizi ambulatoriali e altre prestazioni (visite specialistiche, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti di riabilitazione e altre prestazioni ambulatoriali erogate in strutture pubbliche)	1.294
Compartecipazione per servizi di PS (per gli accessi in codice bianco)	43
Totale	2.886
Stima compartecipazione per servizi ambulatoriali da strutture private convenzionate	596*

* Il dato si riferisce all'anno di imposta 2016

Fonte: elaborazione OCPS su dati Corte dei Conti, AIFA-OSMED e Ragioneria Generale dello Stato

Negli ultimi dieci anni, la spesa per *copayment* delle famiglie è aumentata fino al 2012 (passando da 1,5 a 3,0 miliardi di euro), per poi stabilizzarsi negli ultimi anni. L'incremento iniziale è imputabile principalmente alla crescita della componente di compartecipazione per farmaci. Nonostante la crescita della

² Introdotti con la Legge Finanziaria 2011 (L. 13 Dicembre 2010, n. 220), consistono in un aumento della compartecipazione per prestazioni ambulatoriali nella misura standard di € 10 per prescrizione. Nel tempo le regioni hanno rimodulato la forma di compartecipazione, introducendo forme di flessibilità in base al reddito o al valore della prestazione; altre ancora hanno optato per la non adozione della misura.

spesa per servizi ambulatoriali, la spesa per compartecipazione è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo (1,4 miliardi dal 2011 al 2016, 1,3 miliardi nel 2017) (Del Vecchio, Fenech e Rappini, 2017).

Sebbene il loro apporto sia largamente sottovalutato, nell'analisi della spesa sanitaria privata andrebbe anche considerato il contributo pubblico a sostegno della spesa della popolazione residente, attraverso il sistema di deduzioni e detrazioni in vigore per l'imposta sui redditi delle persone fisiche (IRPEF). Il Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR)³ prevede, infatti, due tipi di sostegno alla spesa sanitaria delle famiglie. La prima consiste nella detrazione del 19% di tutti gli oneri riguardanti la spesa sanitaria che eccedano la franchigia di 129,11 euro. Il ricorso a questo tipo di detrazione è ampiamente diffuso e consistente dal punto di vista finanziario. Nell'anno di imposta 2016, infatti, le detrazioni per spese sanitarie hanno comportato un mancato gettito IRPEF pari a 3,4 miliardi di euro. Bisogna sottolineare, comunque, come le spese sanitarie riportate ai fini della dichiarazione IRPEF non coprano l'intero ammontare della spesa sanitaria privata. Infatti, tale ammontare non include le spese sostenute da coloro che sono esenti dall'imposta sui redditi (incapienti), quelle non eccedenti la franchigia e alcune spese non detraibili perché non strettamente sanitarie (per esempio gli integratori) (Corte dei Conti, 2018). Inoltre, una parte difficilmente stimabile della spesa sanitaria privata ricade nell'ambito dell'attività economica sommersa e la detraibilità degli oneri non fornisce un adeguato incentivo a richiedere l'emersione di queste prestazioni, essendo la quantità detraibile generalmente inferiore rispetto al risparmio ottenuto in caso di prestazioni non dichiarate.

I dati dalle dichiarazioni fiscali per il 2016 (Tabella 6.4) sono comunque utili a confermare le indicazioni relative alle tendenze in atto, fornendo elementi a supporto delle analisi territoriali e socio-demografiche approfondite nei paragrafi successivi. Il 58,5% delle spese mediche è riportato da contribuenti residenti nelle regioni settentrionali, a cui comunque è riconducibile il 54,7% dell'imponibile complessivo. Analizzando ulteriori dati forniti dal Dipartimento delle Finanze (MEF), si evince inoltre come circa il 62% degli importi complessivi riportati sia appannaggio dei contribuenti con reddito tra i 15.000 e i 40.000 euro, a fronte del 55% di reddito dichiarato. Ai contribuenti con reddito superiore ai 50.000 euro, invece, è riconducibile soltanto il 15% delle spese sanitarie riportate e il 23% del reddito dichiarato. Dalle dichiarazioni fiscali emerge quindi come il peso delle spese sanitarie familiari sia maggiore nelle famiglie che si posizionano in una posizione intermedia della distribuzione dei redditi, e come questo diminuisce all'aumentare del reddito dichiarato. Questa informazione andrebbe però letta non solo alla luce delle limitazioni riportate sopra, riguardo all'impossibilità di considerare le spese sanitarie dichiarate

³ DPR 22 dicembre 1986, n. 917.

Tabella 6.4 Il contributo della fiscalità alla spesa sanitaria delle famiglie, 2016

	Spesa sanitaria (base per detrazione) in milioni di €	Importo detrazione in milioni di €	Distribuzione geografica contribuenti (%)	Distribuzione geografica reddito imponibile (%)	Distribuzione geografica spesa sanitaria (%)	Reddito medio	Spesa sanitaria media (per soggetti che riportano spese)	Spese sanitarie dichiarate/Reddito dichiarato(%)	Quota contribuenti con spese mediche (%)
Piemonte	1.479	281	7,8	8,3	8,4	22,170	1.012	2,1	46,1
Valle d'Aosta	45	9	0,2	0,2	0,3	21,979	955	2,1	48,9
Lombardia	4.004	761	17,4	20,6	22,6	24,395	1.152	2,3	48,8
Liguria	584	111	2,9	3,0	3,3	21,969	1.049	2,3	47,4
P.A. Trento	191	36	1,0	1,0	1,1	21,139	939	2,2	48,8
P.A. Bolzano	188	36	1,0	1,2	1,1	23,129	1.049	1,9	42,2
Veneto	1.737	330	8,7	9,1	9,8	21,747	974	2,3	50,3
Friuli Venezia Giulia	433	82	2,3	2,4	2,4	21,652	955	2,2	49,3
Emilia Romagna	1.683	320	8,2	8,9	9,5	22,740	1.015	2,2	49,7
Toscana	1.172	223	6,6	6,8	6,6	21,215	956	2,0	45,3
Umbria	240	46	1,5	1,4	1,4	19,465	872	2,0	44,2
Marche	454	86	2,7	2,5	2,6	19,348	853	2,1	47,9
Lazio	1.961	373	9,5	10,3	11,1	22,485	1.129	2,2	44,8
Abruzzo	296	56	2,2	1,9	1,7	17,552	812	1,9	40,4
Molise	57	11	0,5	0,4	0,3	15,801	741	1,7	36,3
Campania	873	166	7,8	6,4	4,9	16,788	825	1,6	33,4
Puglia	783	149	6,3	4,9	4,4	15,971	758	1,9	40,4
Basilicata	95	18	0,9	0,7	0,5	15,858	713	1,6	35,4
Calabria	295	56	2,9	2,1	1,7	14,697	763	1,7	32,6
Sicilia	813	154	7,1	5,6	4,6	16,002	770	1,8	36,6
Sardegna	312	59	2,6	2,2	1,8	17,501	840	1,7	35,4
Totale	17.695	3.362	100,0	100,0	100,0	20,625	979	2,1	44,2

Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF-Dipartimento delle Finanze

come pienamente rappresentative delle spese sanitarie delle famiglie, ma anche tenendo in considerazione gli incentivi forniti intrinsecamente dal sistema fiscale a riportare determinate spese, che sono verosimilmente decrescenti rispetto al reddito.

Infine, esiste un secondo strumento di supporto della fiscalità al sistema sanitario privato, in particolare rispetto alla diffusione delle forme di sanità integrativa. Lo stesso TUIR prevede la possibilità per i lavoratori dipendenti che aderiscono a un fondo sanitario in conformità di un contratto nazionale o di un accordo aziendale di dedurre dal reddito da lavoro percepito i contributi versati dal datore di lavoro o dal lavoratore, similmente a ciò che avviene per i contributi previdenziali, per un importo massimo di 3.615,20 euro. I contributi a carico delle aziende invece rappresentano una voce di costo del lavoro deducibile ai fini della determinazione del reddito di impresa. Nel 2016, il contributo fiscale a queste forme di copertura sanitaria ammontava a circa 1,32 miliardi (RBM, 2018), portando il contributo della fiscalità alle spese sanitarie delle famiglie a un valore di circa 4,6 miliardi di euro.

6.2.2 La spesa sanitaria privata nei confronti internazionali

Osservando i dati di spesa sanitaria pro capite (Tabella 6.5), si nota come l'Italia spenda relativamente poco rispetto agli altri paesi OECD e, in particolare, rispetto ai paesi europei con sistemi universalistici. La spesa pubblica pro capite si attesta in Italia sui 1.867 euro, mentre Regno Unito, Francia e Germania hanno tutte una spesa pubblica pro capite superiore ai 2.600 euro. Anche guardando la spesa privata pro capite, con una spesa di 655 euro l'Italia si attesta al pari del Regno Unito (689 euro) e al di sotto di Francia (900 euro) e Germania (970 euro). È fondamentale osservare però, come rispetto ai *competitor* europei, l'Italia sia caratterizzata da un'«anomalia»: dei 655 euro pro capite, infatti, 594 euro (91%) sono rappresentati da spesa *out of pocket* delle famiglie, mentre soltanto 61 euro (9%) rappresentano la spesa intermediata da fondi e assicurazioni. Questo dato è di gran lunga inferiore non solo a quello di paesi dove il sistema assicurativo sanitario privato è largamente diffuso (negli Stati Uniti la spesa intermediata pro capite ammonta a 3.429 euro, tra regimi di finanziamento privati obbligatori e volontari), ma anche a quello dei principali paesi europei: in Francia, la spesa intermediata ammonta a 525 euro (58%), in Germania a 442 euro (46%), nel Regno Unito a 184 euro (27%)⁴.

⁴ È da tenere ben presente come in Francia e Germania, a differenza dei sistemi Beveridge come Italia e Regno Unito, la presenza di un sistema bismarckiano possa aumentare la propensione dei cittadini ad accettare l'intermediazione assicurativa anche nella parte volontaria della spesa sanitaria.

Tabella 6.5 **Spesa sanitaria pro capite (in €) per regime di finanziamento, per paesi OECD, 2017 (o anno più recente)**

Paesi OECD selezionati	Spesa pubblica (del governo e assicurazioni sociali) (€ e % del totale)		Spesa privata intermediata obbligatoria (€ e % del totale)		% di spesa pubblica e privata obbligatoria	Spesa privata volontaria (€ e % del totale)				Spesa Totale (€)
						OOP		Intermediata (assicurazioni, imprese, non profit)		
Paesi €										
Austria	3.128	74%	0	–	74%	799	19%	294	7%	4.221
Belgio	2.951	79%	0	–	79%	594	16%	200	5%	3.744
Finlandia	2.754	74%	0	–	74%	792	21%	193	5%	3.738
Francia	2.946	77%	242	6%	83%	375	10%	283	7%	3.847
Germania	3.283	77%	315	7%	85%	528	12%	127	3%	4.253
Grecia	845	62%	0	–	62%	469	34%	55	4%	1.370
Irlanda	3.189	73%	0	–	73%	555	13%	639	15%	4.383
Italia	1.867	74%	0	–	74%	594	24%	61	2%	2.522
Paesi Bassi	1.103	25%	2.436	56%	81%	489	11%	326	7%	4.353
Portogallo	1.082	66%	0	–	66%	453	28%	96	6%	1.631
Spagna	1.538	71%	0	–	71%	514	24%	107	5%	2.158
Paesi non €										
Australia	3.183	70%	0	–	70%	833	18%	558	12%	4.574
Canada	2.889	70%	0	–	70%	608	15%	625	15%	4.123
Regno Unito	2.652	79%	5	0%	79%	505	15%	179	5%	3.341
Svezia	4.356	84%	0	–	84%	788	15%	67	1%	5.211
Svizzera	2.103	24%	3.316	38%	62%	2.552	30%	661	8%	8.631
Stati Uniti	4.245	49%	2.819	33%	82%	957	11%	610	7%	8.631

Fonte: elaborazione OCPS su dati OECD

Si nota quindi come l'Italia sia, tra i paesi con sistemi universalistici, tra quelli che spendono di meno in sanità, soprattutto dal lato pubblico. La minore spesa pro capite dal lato pubblico non è compensata da una maggiore spesa privata pro capite, dato che l'Italia si posiziona al di sotto della media OECD e comunque in linea con gli altri paesi europei. Come già accennato nelle precedenti edizioni, rimane ancora esclusa dalla stima per l'Italia la spesa finanziata attraverso i fondi sanitari integrativi (Del Vecchio, Fenech, Rappini, 2017). In questo contesto quindi è evidente come la stima della spesa intermediata pro capite prodotta da ISTAT e OECD sia molto conservativa e sicuramente destinata ad aumentare in futuro, attraverso un maggiore utilizzo delle informazioni amministrative (ISTAT, 2017). Riguardo al peso della spesa intermediata rispetto a quella privata, è importante fare alcuni distinguo. Nel caso della Francia, questa ha sicuramente tra le cause l'introduzione della *complémentaire santé* la copertura complementare resa obbligatoria per diverse tipologie di lavoratori e branche di attività. Inoltre, in paesi con sistemi universalistici come i Paesi Bassi e la Svizzera, la funzione di assicurazione sociale viene svolta da assicurazioni private (profit e/o non profit), la cui spesa ricade quindi all'interno della spesa

privata intermediata. La ridotta percentuale di spesa pubblica non deve quindi trarre in inganno, in quanto si tratta comunque di paesi con sistemi sanitari di tipo universalistico e solidaristico (vedi anche paragrafo 6.2 sulla questione delle stime e dei perimetri).

Conclusioni analoghe possono essere tratte osservando la distribuzione della spesa sanitaria per canale di finanziamento (Figura 6.3). Si nota infatti come, considerando il peso della spesa sanitaria privata in percentuale sul totale, l'Italia (circa il 26%) sia vicina ad altri paesi di stampo universalistico, quali Francia (circa 24%), Germania (circa 22%) e Regno Unito (circa 20%). È evidente anche da questo punto di vista l'«anomalia» italiana: infatti, soltanto il 2% della spesa sanitaria risulta intermediata da un soggetto privato, contro il 13% della Francia, il 10% della Germania e il 5% del Regno Unito. Tali rapporti sono sostanzialmente stabili negli ultimi dieci anni.

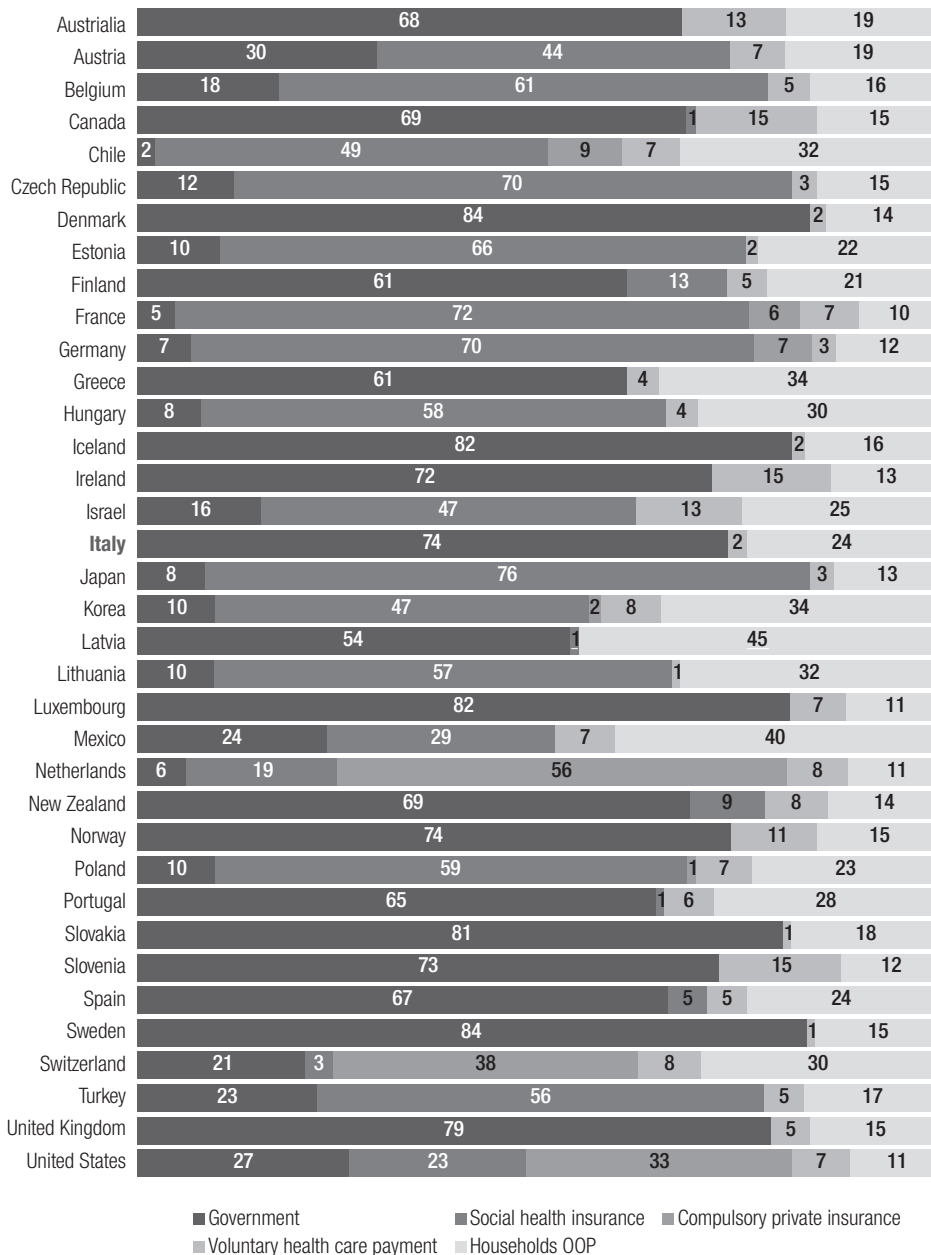
6.3 Le dinamiche della spesa sanitaria privata: relazione tra spesa sanitaria pubblica, privata, PIL e spesa generale delle famiglie

Al fine di osservare le dinamiche della spesa sanitaria e le sue relazioni con altre variabili macroeconomiche, si prende a riferimento il dato ISTAT dei Conti Nazionali per la spesa sanitaria privata, il PIL e la spesa generale. Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica i dati sono quelli elaborati nel presente Rapporto (vedi capitolo 3 sull'evoluzione della spesa).

Considerando la dinamica degli ultimi undici anni disponibili (Tabella 6.6), la spesa sanitaria totale corrente ha mostrato una crescita costante, eccetto che tra gli anni 2012 e 2013, dove ha subito una riduzione di circa un miliardo. La tendenziale crescita nell'arco di tempo considerato è imputabile sia alla componente pubblica, che passa dai 103,8 miliardi del 2007 ai circa 117,2 del 2017 (+13,4 miliardi; +12,9%), che a quella privata, che passa dai 29,6 miliardi del 2007 ai 37,3 del 2017 (+ 7,7 miliardi; +26%), seppur con andamenti diversi nel periodo considerato. A partire dal 2009, la spesa sanitaria si attesta in maniera stabile attorno al 9% del PIL, con quella pubblica intorno al 7% e quella privata intorno al 2% (al 2017 risultano rispettivamente il 6,8% e il 2,2% del PIL). Bisogna comunque notare come sembra esservi una lieve, ma progressiva, crescita della spesa sanitaria in relazione alle principali grandezze di riferimento, soprattutto nell'ultima fase di ripresa economica. La quota della spesa privata sanitaria delle famiglie su quella totale passa dal 22,2% del 2007 al 24,2% del 2017, il suo peso nel paniere di spesa delle famiglie dal 3,1% del 2007 al 3,5% del 2017, il suo contributo all'economia complessiva dall'1,8% del 2007 al 2,2% del 2017.

Analogo andamento mostra la spesa sanitaria privata ottenuta dal Sistema dei Conti della Sanità. In questo caso, le grandezze utilizzate sono le stesse usate dall'ISTAT e dalle istituzioni internazionali in una prospettiva di confron-

Figura 6.3 **Spesa sanitaria totale per regime di finanziamento, 2017 (o anno più recente)***



* La somma potrebbe non risultare 100 per via degli arrotondamenti

Fonte: elaborazione OCPS su dati OECD

Tabella 6.6 **Spesa sanitaria corrente in relazione alle principali grandezze macroeconomiche, 2007-2017**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	133,4	138,3	140,8	142,3	146,1	146,7	145,6	148,0	150,2	151,8	154,5
In % del PIL	8,3	8,5	9,0	8,9	8,9	9,1	9,1	9,1	9,1	9,0	9,0
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	103,8	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6	115,8	117,2
In % della spesa sanitaria totale	77,8	77,4	78,3	78,2	77,2	77,7	77,5	77,2	76,3	76,3	75,8
In % del PIL	6,4	6,6	7,0	6,9	6,9	7,1	7,0	7,0	6,9	6,9	6,8
In % della spesa per consumi finali della PA	34,1	33,8	34,0	34,0	35,2	36,1	35,8	36,5	36,8	36,6	36,7
Spesa sanitaria delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico											
Miliardi di euro	29,6	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	32,7	33,7	35,6	36,0	37,3
In % della spesa sanitaria totale	22,2	22,6	21,7	21,8	22,8	22,3	22,5	22,8	23,7	23,7	24,2
In % del Pil	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,2
In % della spesa delle famiglie	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5
Spesa generale delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico											
Miliardi di euro	960,8	978,9	957,9	983,0	1.012,8	1.001,0	989,2	994,1	1.015,9	1.031,9	1.059,0
In % del PIL	59,7	60,0	60,9	61,3	61,9	62,0	61,7	61,3	61,5	61,4	61,7

Fonte: elaborazione OCPS su dati OASI (Spesa sanitaria pubblica) e ISTAT-Contabilità Nazionale (Spesa sanitaria privata, PIL, Spesa per consumi finali della PA, Spesa per consumi delle famiglie)

to tra diversi paesi. Anche utilizzando un aggregato diverso rispetto a quello dei Conti Nazionali, si vede come la spesa sanitaria privata (in questo caso comprensiva anche dei regimi di finanziamento volontari) aumenta il suo peso sulla spesa sanitaria totale, passando dal 23,9% del 2012 al 26,0% del 2017 (Tabella 6.7).

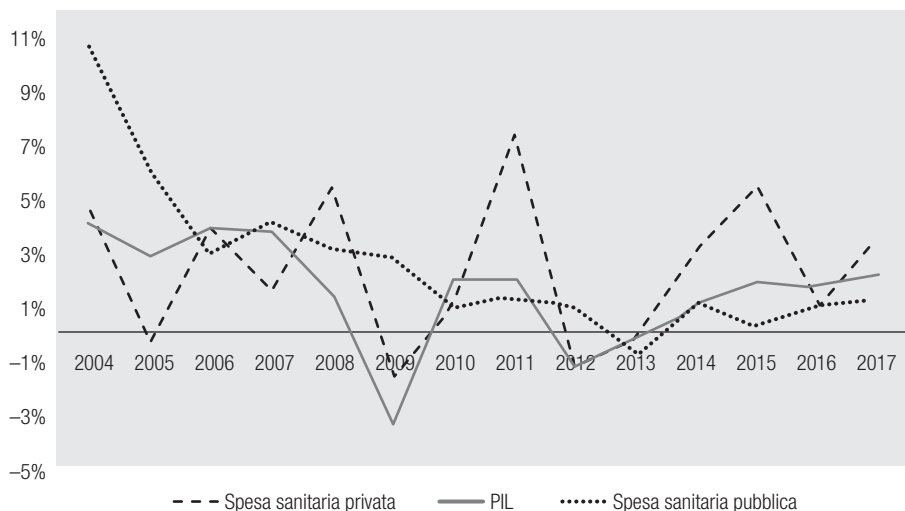
Le cautele interpretative sono ovviamente d'obbligo. La natura dei nessi causali e la loro direzione non sono di semplice decifrazione, partendo dall'ipotesi, spesso soltanto implicitamente assunta, di residualità della spesa privata. Secondo tale ipotesi, il ricorso alla spesa sanitaria privata troverebbe il suo fondamento nelle dinamiche del sistema pubblico, nelle difficoltà che esso troverebbe nel fornire servizi che possano rispondere ai bisogni dei cittadini, sia per obiettivi di appropriatezza, che per ragioni di equità o vincoli di bilancio (Armeni e Ferrè, 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 (o meno)

Tabella 6.7 **Spesa sanitaria corrente per regimi di finanziamento, 2012-2017**

Spesa corrente per l'assistenza sanitaria della popolazione residente						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tutti i regimi di finanziamento (totale)						
Miliardi di euro	144,5	143,6	146,2	148,5	150,2	152,8
Spesa della pubblica amministrazione						
Miliardi di euro	110,0	109,3	110,6	110,8	111,8	113,1
In % della spesa sanitaria totale	76,1	76,1	75,6	74,6	74,5	74,0
Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari						
Miliardi di euro	34,5	34,4	35,6	37,7	38,4	39,7
In % della spesa sanitaria totale	23,9	23,9	24,4	25,4	25,5	26,0

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Conti della Sanità (SHA)

di un effetto di reddito. Da una parte, la spesa sanitaria pubblica è stata soggetta a una progressiva politica di stabilizzazione nei tassi di crescita (a doppia cifra nel 2004 e tendenti all'1% e 0% dal 2010), con l'effetto di risultare pro-ciclica nella fase di crescita prima della crisi e nella fase di crisi economica, anti-ciclica nella recente ripresa (Figura 6.4). Dall'altra, le dinamiche del reddito sembrano essersi proporzionalmente riflesse sui consumi sanitari privati (elasticità intorno all'unità o lievemente superiore). In questa prospettiva, una traiettoria di crescita del PIL accompagnata da tassi di crescita inferiori (o nulli) della spesa

Figura 6.4 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL (2004-2017)**

Fonte: elaborazione OCPS i su dati OASI (Spesa sanitaria pubblica) e ISTAT-Contabilità Nazionale (Spesa sanitaria privata, PIL)

sanitaria pubblica non potrà che continuare a risolversi in un progressivo aumento della quota della spesa sanitaria privata. Sempre ipotizzando uno scenario economico positivo, eventuali politiche espansive della spesa pubblica non implicherebbero necessariamente una diminuzione nell'andamento della spesa sanitaria privata (vedi periodo pre-crisi).

Come evidenziato nei rapporti precedenti, la predominanza dell'effetto di reddito è evidente anche in presenza di scenari economici negativi, come quello recentemente sperimentato, dove ad un ridimensionamento dell'offerta pubblica non è corrisposto un aumento della spesa privata: l'effetto complessivo è stata la riduzione della spesa sanitaria totale tra il 2012 e il 2013.

Bisogna, infine, osservare gli andamenti della spesa sanitaria privata nel portafoglio di consumo delle famiglie residenti e non residenti. I dati mostrano come la spesa delle famiglie per consumi sanitari sia una componente piuttosto stabile, similmente a molte altre voci di spesa (Tabella 6.8). Considerando i dati del Sistema dei Conti Nazionali, la spesa sanitaria delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico rimane stabile, come percentuale della spesa per consumi delle famiglie, poco al di sopra del 3%, con oscillazioni che vanno dal 3,1% del 2007 al 3,5% del 2017⁵. In un quadro di ridefinizione marginale dei pesi di alcune componenti rispetto ad altre, rimane un giudizio di

Tabella 6.8 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (composizione percentuale)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alimentari e bevande non alcoliche	14,6	14,5	14,8	14,5	14,3	14,3	14,4	14,3	14,3	14,3	14,2
Alcolici, tabacco, narcotici	4,3	4,1	4,1	4,0	4,0	4,2	4,2	4,1	4,1	4,2	4,0
Vestitario e calzature	6,7	6,7	6,5	6,6	6,6	6,3	6,2	6,3	6,3	6,2	6,1
Abitazione e utenze (*)	20,8	21,5	22,6	22,6	22,6	23,7	24,4	23,9	23,8	23,6	23,4
Mobili e manutenzione casa (**)	7,0	6,8	6,7	6,9	6,8	6,4	6,3	6,3	6,2	6,2	6,2
Sanità	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5
Trasporti	13,0	12,8	12,3	12,2	12,3	12,2	11,9	12,0	11,9	12,2	12,4
Comunicazioni	2,9	2,7	2,8	2,8	2,7	2,7	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3
Ricreazione e cultura	7,0	6,8	7,0	7,2	7,1	6,8	6,5	6,5	6,6	6,6	6,6
Istruzione	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Alberghi e ristoranti	9,1	9,1	9,4	9,4	9,4	9,6	9,7	9,8	10,0	10,1	10,4
Beni e servizi vari	10,7	10,8	9,6	9,7	10,0	9,6	9,7	10,0	9,9	9,9	9,9
Totale consumi delle famiglie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili

** Mobili, elettrodomestici e manutenzione della casa

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Contabilità Nazionale

⁵ Rispetto all'edizione 2017, i dati per il 2014, 2015 e 2016 sono stati rivisti al ribasso.

sostanziale stabilità della componente sanitaria, la quale, sebbene condizionata dalle dinamiche di reddito (si veda il paragrafo precedente), risulta poco comprimibile o estensibile rispetto alle altre componenti di spesa. Un ulteriore approfondimento riguardo alla natura della spesa sanitaria sul bilancio familiare verrà fornito nei paragrafi successivi, attraverso un'analisi dei risultati derivanti dall'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie.

6.4 La struttura dei consumi sanitari privati (CPS)

La scomposizione della spesa sanitaria nelle sue diverse voci componenti, tenendo sempre bene a mente i limiti e i diversi perimetri e aggregati utilizzati dalle varie fonti, fornisce spunti interessanti. Il paragrafo si propone di illustrare il quadro di dettaglio della spesa attraverso tre canali di lettura: le funzioni di spesa (par. 6.4.1), le fonti di finanziamento (par. 6.4.2) e le direzioni dei flussi monetari (par. 6.4.3).

6.4.1 I CPS per funzione di spesa

Per un primo macro-inquadramento della spesa, le molteplici funzioni di assistenza previste dal sistema di classificazione ICHA-HC sono state riclassificate nel sistema internazionale COICOP (a tre cifre). Per ogni funzione di spesa, si è cercato di produrre una stima il più analitica e attendibile possibile delle diverse voci componenti, sulla base delle fonti istituzionali (e non) fin qui citate. Il valore complessivo di riferimento utilizzato è quello prodotto da ISTAT-SHA, lo stesso utilizzato nelle classificazioni internazionali, per cui la spesa sanitaria privata ammonta complessivamente a 39,7 miliardi (Tabella 6.9). Il dato va letto all'interno di un perimetro «ufficiale» della spesa sanitaria privata. È esclusa quindi dal computo la spesa stimata per prodotti medicinali non considerati farmaci in senso stretto (omeopatici, integratori, ecc.), che sappiamo essere non irrilevante in termini di ammontare (circa 5 miliardi di euro). Rimanendo quindi su un perimetro ristretto la spesa privata è composta per il 65,4% da spesa per servizi sanitari, divisa tra il 13,6% di servizi ospedalieri (prevalentemente per assistenza a lungo termine, 8,2%) e il 51,8% per servizi ambulatoriali, in cui la voce prevalente è quella per servizi dentistici (21,4%). I beni sanitari rappresentano infine il 34,6% della spesa sanitaria, concentrata in prevalenza sui farmaci in senso stretto (22,2%), che risultano quindi, tra tutte le componenti, la voce di spesa maggiore.

Le recenti stime introdotte da ISTAT-SHA consentono inoltre di investigare a un livello di dettaglio ulteriore la spesa per funzione di assistenza. Questa classificazione torna particolarmente utile per i servizi ospedalieri, permettendo di distinguere i ricoveri ordinari per acuti (assistenza ospedaliera in regime

Tabella 6.9 **La spesa sanitaria privata per voci di spesa, 2017 (o anno più recente)**

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	Valori (in milioni di euro)	% del totale	
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	2.150	5,4%	13,6%
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3.256	8,2%	
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	5.000	12,6%	51,8%
	Servizi dentistici	8.500	21,4%	
	Servizi diagnostici	3.201	8,1%	
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3.866	9,7%	
Beni sanitari	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	8.806	22,2%	34,6%
	Altri prodotti medicali	1.412	3,6%	
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	3.495	8,8%	
Totale		39.686	100,0%	
Altro (fuori dal perimetro SHA)	circa 5 miliardi per altri prodotti medicinali (omeopatici, erboristici, integratori, vitamine, ecc.)			

Fonte: elaborazione OCPS su varie fonti

ordinario e di *day-hospital* per cura e riabilitazione) da quelli per assistenza ospedaliera a lungo termine. Come già riportato nell'edizione precedente (Del Vecchio, Fenech, Rappini, 2017), la stima ISTAT-SHA ha consentito di superare le limitazioni imposte dall'utilizzo di fonti diverse, come il Rapporto SDO del Ministero della Salute, fortemente limitativo in fatto di stima della spesa per ricoveri ospedalieri in quanto indicativo soltanto della remunerazione teorica tariffaria e non comprensivo dei ricoveri nelle strutture private non accreditate e nelle residenze assistenziali.

Dai dati (Tabella 6.9) emerge come circa il 60% della spesa per assistenza ospedaliera sia destinata ad assistenza a lungo termine (3,3 miliardi). Il dato riferito alla sola assistenza ospedaliera può essere ulteriormente ampliato considerando le più recenti stime dell'Indagine sulla spesa delle famiglie (ISTAT, 2017), che includono tra le spese delle famiglie anche quelle per assistenza di anziani e/o disabili presso strutture, spesso non classificabili come sanitaria, per un ammontare pari a circa 740 milioni di euro (nel 2016). La stessa indagine consente di stimare le spese per assistenza domiciliare e per personale convivente per una cifra di circa 1,1 miliardi. Queste spese non possono essere tecnicamente definite come spese per assistenza sanitaria, ma sono per ovvi motivi una conseguenza della sempre maggiore diffusione dei bisogni di *Long Term Care* (LTC) (per un approfondimento si rimanda al cap. 5 del presente Rapporto).

Un ambito storicamente associato alla spesa sanitaria privata è quello delle cure dentistiche. L'ammontare complessivo di tale voce di spesa è di difficile elaborazione. Per la stima della componente privata, OCPS considera sia l'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie, che nel 2016 riporta un valore di circa 7,8 miliardi, sia i dati degli studi di settore forniti dall'Agenzia delle Entrate. Il dato che emerge dagli studi di settore è quello dei ricavi e dei compensi dichiarati dei servizi degli studi odontoiatrici, che ammonta per il 2016 a circa 7,1 miliardi di euro. Questo valore non comprende comunque una quota di sotto-fatturazione che è stimata da ISTAT in circa il 18% del valore aggiunto complessivo per la categoria dei servizi professionali (ISTAT, 2017). Alla luce di queste considerazioni, sembra ragionevole attribuire alla spesa per servizi dentistici un valore nell'intorno di 8,5 miliardi.

Per quanto riguarda i beni sanitari, e in particolare i medicinali e i prodotti farmaceutici, gli scostamenti tra le diverse stime sono essenzialmente collegati ai diversi perimetri delle due principali classificazioni utilizzate da ISTAT. Ai fini della nostra analisi, definiamo «farmaci in senso stretto» quelli appartenenti alle fasce A e C (c.d. farmaci etici) e i farmaci di automedicazione (Senza Obbligo di Prescrizione, SOP e *Over The Counter*, OTC); rientrano invece nella più ampia categoria dei «medicinali» anche i prodotti omeopatici, erboristici, integratori, vitamine e altri prodotti affini. I dati di spesa pubblica e privata dei farmaci in senso stretto sono forniti annualmente da AIFA, attraverso il Rapporto OsMed. Per il 2017, l'AIFA ha stimato una spesa privata per farmaci pari a 8,8 miliardi di euro. La Tabella 6.10 ne evidenzia la suddivisione per macro-classe: come prevedibile, la quota più consistente della spesa (2,9 miliardi) si concentra sui farmaci con obbligo di prescrizione, ma non rimborsabili (fascia C), seguita da quella sui farmaci di automedicazione (2,7 miliardi). Una quota comunque rilevante è destinata ai farmaci di fascia A, rimborsati dal SSN, ma acquistati privatamente per scelta del consumatore (1,3 miliardi). Come già esposto in precedenza, è da rilevare l'importanza del dato sull'esborso degli

Tabella 6.10 **La spesa per medicinali, 2017 (o anno più recente)**

Spesa per medicinali	Valori (in miliardi di euro)
Spesa per farmaci in senso stretto, di cui:	8,8
– ticket in quota fissa regionale	0,5
– differenza prezzo di riferimento	1,1
– acquisto privato farmaci in fascia A	1,3
– farmaci in fascia C con ricetta	2,9
– Automedicazione (SOP e OTC)	2,7
Spesa per altri medicinali e/o prodotti farmaceutici (omeopatici, erboristici, integratori, ecc.)	5,3
Spesa totale per prodotti farmaceutici	14,1

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA, Federfarma e ISTAT

utenti per la differenza tra prezzo del farmaco *branded* e il prezzo di riferimento rimborsato dal SSN (1,1 miliardo) che conferma un forte legame di fiducia verso i prodotti farmaceutici «di marca».

La seconda voce rilevante tra i beni sanitari è quella delle attrezzature e degli apparecchi terapeutici. In questo caso, il valore di riferimento è quello di ISTAT-SHA, corrispondente per il 2017 a circa 3,5 miliardi di euro. Il valore risulta attendibile confrontandolo con i dati di spesa delle famiglie derivanti dall'indagine ISTAT, che stima la spesa per attrezzature tra i 3,3 e i 3,8 miliardi (stima approssimativa 2015-2017). Sempre dall'indagine ISTAT, che mette a disposizione una disaggregazione più dettagliata rispetto ai dati SHA, emerge come la parte più significativa di spesa per attrezzature terapeutiche sia destinata ad occhiali e lenti a contatto correttive (tra il 55% e il 60%).

Lo sforzo di integrazione delle diverse fonti ha quindi portato OCPS a produrre delle stime della spesa sanitaria privata che permettono un maggiore livello di dettaglio rispetto a quello considerato nelle stime ufficiali ISTAT (sia con il sistema ICHA sia COICOP), sebbene si tratti ancora di aggregati provvisori. In particolare, non è stato possibile stimare con maggior precisione alcune specifiche componenti di spesa ambulatoriale, né considerare analiticamente la spesa sostenuta attraverso altri regimi di finanziamento volontari in quanto i dati non paiono ancora sufficientemente consistenti.

6.4.2 I CPS per canale di finanziamento

Riprendendo la classificazione SHA sui regimi di finanziamento (ICHA-HF), la spesa sanitaria privata italiana si distingue, innanzitutto, tra spesa *out of pocket*, cioè interamente o parzialmente (in *cost-sharing* con altri soggetti pubblici o privati) a carico delle famiglie, e spesa intermediata attraverso i diversi regimi di finanziamento volontari (Tabella 6.11).

Tabella 6.11 **Spesa sanitaria privata per regimi di finanziamento 2012-2017 (miliardi di euro).**

La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Spesa diretta delle famiglie	31,3	31,3	32,3	33,8	33,9	36,0
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	3,2	3,1	3,2	3,4	3,4	3,7
– Assicurazioni sanitarie volontarie*	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2	2,5
– Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,41	0,47	0,51	0,57	0,56	0,54
– Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,47	0,48	0,57	0,58	0,60	0,64
Totale	34,5	34,4	35,5	37,2	37,3	39,7

* la stima è basata principalmente sui dati di bilancio delle imprese assicuratrici e vengono utilizzati gli indennizzi pagati dalle assicurazioni nel ramo malattia.

Fonte: ISTAT-SHA (2017).

Rispetto alla classificazione internazionale ICHA-HF, in Italia sono del tutto assenti le voci di spesa riconducibili a regimi assicurativi obbligatori pubblici o privati. La spesa intermediata da assicurazioni in Italia è quindi da ricondurre esclusivamente a regimi di finanziamento volontari. Stimare in modo preciso l'ammontare della spesa intermediata da fondi e assicurazioni non è però agevole (Cavazza e De Pietro, 2011). Le difficoltà nascono, in parte, dalla circostanza che nella stima della spesa delle famiglie per consumi sanitari è incorporata una parte imprecisata di spesa successivamente rimborsata da assicurazioni e fondi.

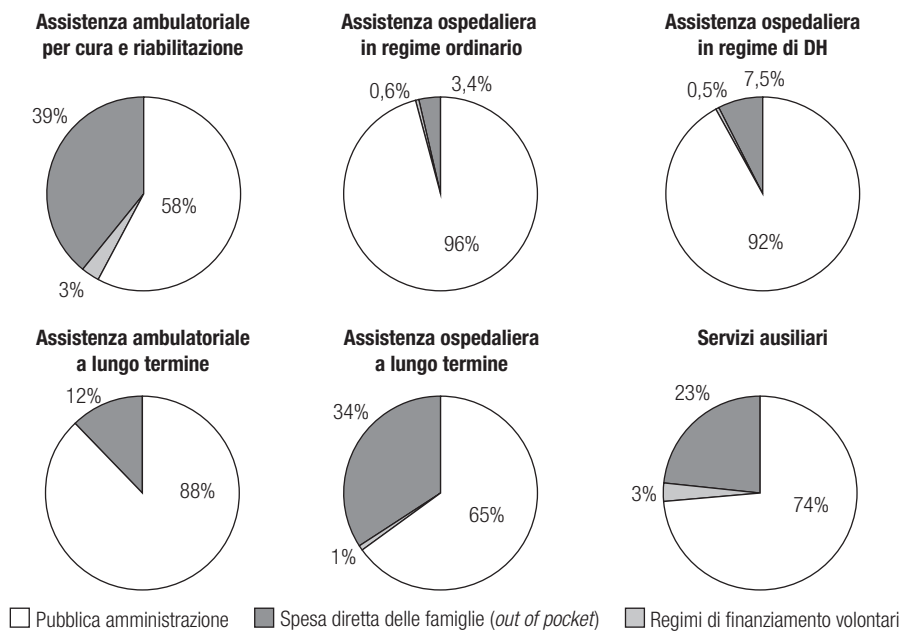
Questo processo avviene al di fuori degli accordi di convenzionamento diretto fondi-erogatori e si verifica solo *ex-post* su presentazione della fattura. Rimane inoltre il problema della spesa intermediata in modo diretto, calcolabile soltanto attraverso il ricorso alle fonti amministrative fornite dalle stesse compagnie, non quindi dal lato del consumatore.

La classificazione ICHA-HF include, nei regimi di finanziamento volontari, anche le spese sostenute da imprese e istituzioni senza scopo di lucro, le quali trovano una stima puntuale da parte di ISTAT con l'entrata in vigore nel 2016 del regolamento europeo per la produzione di dati armonizzati e sono pari a circa 0,5 miliardi (Tabella 6.11). Il dato riferito alla spesa sostenuta dalle imprese per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, in particolare, appare in linea con i dati inviati dai Medici Competenti a INAIL sui lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (circa 5,4 milioni di lavoratori).

Le Figure 6.5 e 6.6 illustrano, per otto tipologie di funzioni di assistenza selezionate tra quelle più significative della classificazione ICHA-HC, le stime relative ai principali tre schemi di finanziamento.

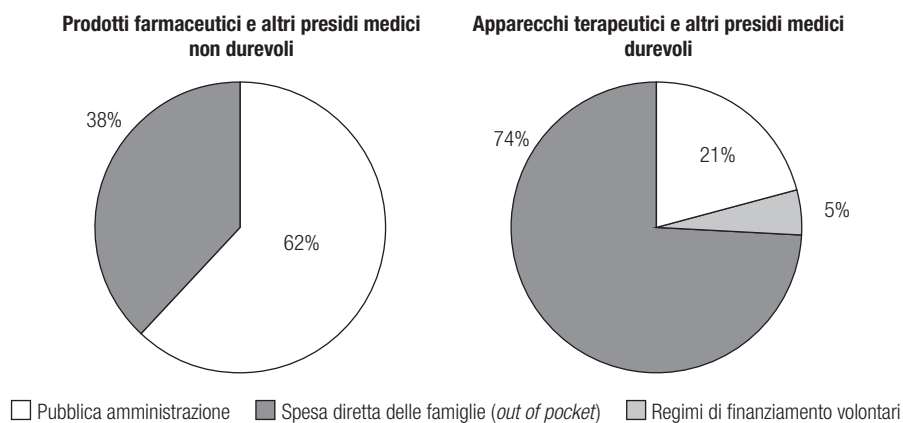
Nell'ambito dei servizi di cura e riabilitazione (Figura 6.6), l'assistenza ambulatoriale è la funzione in cui prevale il finanziamento privato, con il 39% finanziato direttamente dalle famiglie e il 3% finanziato attraverso i regimi di finanziamento volontari. All'estremo opposto troviamo i ricoveri ospedalieri (sia ordinari che *day-hospital*), per i quali il finanziamento è quasi esclusivamente pubblico. Diversamente, nell'assistenza a lungo termine, anche ospedaliera, esiste una quota rilevante di finanziamento privato, che passa dal 12% per l'assistenza ambulatoriale al 35% per l'assistenza ospedaliera (di cui il 34% è *out of pocket*). Di rilievo è anche la componente privata per i servizi ausiliari (diagnostica di laboratorio e per immagini, servizi di trasporto) che ammonta al 26%. Per i prodotti (Figura 6.7), la componente di spesa privata appare consistente, valendo il 38% per i prodotti non durevoli (farmaci e presidi medici non durevoli) e raggiungendo l'80% per gli apparecchi terapeutici e altri presidi medici durevoli (occhiali, apparecchi acustici, ecc.) di cui il 5% intermediato attraverso i regimi di finanziamenti volontari.

Figura 6.5 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza (servizi) e regime di finanziamento, 2017**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Conti della Sanità

Figura 6.6 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza (beni) e regime di finanziamento, 2017**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-Conti della Sanità

6.4.3 I CPS per direzione dei flussi monetari

Mettendo a sistema i dati fino a qui descritti, viene proposta una visione d'insieme della spesa sanitaria privata, declinata attraverso una classificazione che considera anche la direzione dei flussi economici e quindi i circuiti di offerta (pubblico o privato) coinvolti. Tale approccio consente di identificare un'area di spesa privata rivolta a sostenere il circuito pubblico (*ticket*, *intramoenia*) distinta da quella destinata, invece, ad alimentare il puro mercato. Dai dati raccolti si evince come le risorse private che alimentano la produzione pubblica ammontano a circa 3,9 miliardi (stabile rispetto al 2016), poco meno del 10% della spesa sanitaria privata totale (Figura 6.7). Di questi, 2,9 miliardi consistono in spesa per compartecipazione, tra beni e servizi (*ticket* e differenza di prezzo), e 1 miliardo consiste in prestazioni acquistate privatamente all'interno del circuito pubblico (*intramoenia*).

Figura 6.7 **La spesa sanitaria privata per circuito di offerta, 2017 (valori in miliardi di euro)**

		Servizi	Beni	Totale
PUBBLICO	Ticket	1,3	0,5	3,9
	<i>Intramoenia</i> o differenza prezzo di riferimento	1,0	1,1	
PRIVATO		23,7	12,1	35,8
TOTALE		26,0	13,7	39,7

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT, AIFA e Corte dei Conti

Figura 6.8 **La spesa sanitaria privata per circuito di offerta, per servizi ambulatoriali (esclusi i dentisti) e farmaci, 2017 (valori in miliardi di euro)**

		Servizi ambulatoriali (esclusi i dentisti)	Farmaci in senso stretto	Totale
PUBBLICO	Ticket	1,3	0,5	3,9
	<i>Intramoenia</i> o differenza prezzo di riferimento	1,0	1,1	
PRIVATO		5,9	7,2	13,1
TOTALE		8,2	8,8	17,0

Focalizzando l'attenzione sulle aree in cui c'è una maggiore sovrapposizione tra il sistema pubblico e il circuito privato, ovvero i farmaci e i servizi ambulatoriali (visite mediche e specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio), il pubblico emerge come attore rilevante sul mercato, anche quando alimentato da risorse private (Figura 6.8). Degli 8,2 miliardi che confluiscono in servizi ambulatoriali, la spesa che alimenta il circuito di offerta pubblico ammonta al 28%. Per quanto riguarda i farmaci, degli 8,8 miliardi di spesa privata, il 18% è rappresentato da spesa per compartecipazione (*ticket*) e per differenza di prezzo.

6.5 Dai consumi ai consumatori: determinanti, caratteristiche e intenzioni di spesa sanitaria

Una comprensione delle dinamiche che caratterizzano la spesa sanitaria delle famiglie passa necessariamente da un'analisi delle determinanti socio-demografiche. Il seguente paragrafo ha l'obiettivo, attraverso un'analisi approfondita dei micro-dati derivanti dall'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie, di individuare le determinanti geografiche e socio-demografiche della spesa sanitaria delle famiglie, in un'ottica di comprensione dei trend e delle dinamiche, piuttosto che delle stime puntuali.

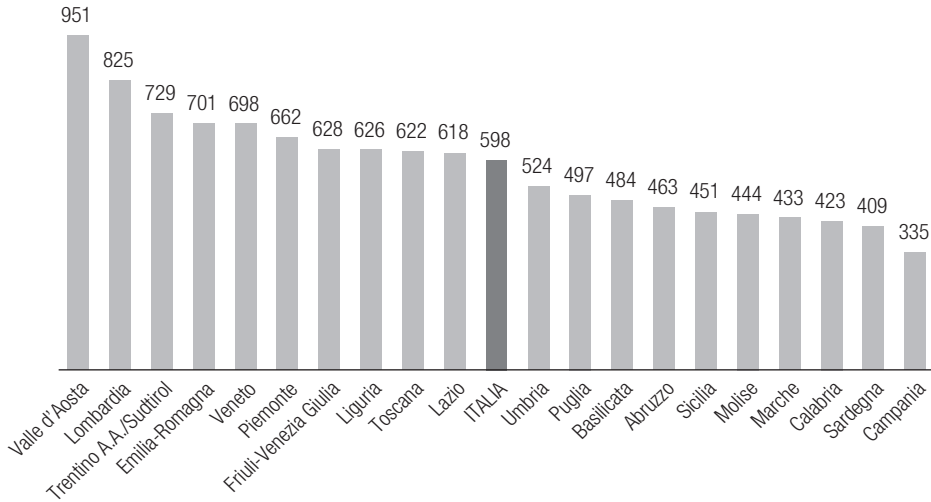
6.5.1 La spesa sanitaria delle famiglie per regione

Analizzando la spesa sanitaria pro capite, si notano differenze rilevanti tra le regioni che definiscono uno scenario molto netto (Figura 6.9). In linea con quanto già emerso nei rapporti precedenti, tale posizionamento sembra riflettere un legame positivo tra spesa sanitaria delle famiglie, reddito e qualità dei sistemi di offerta. Si nota in maniera evidente come le regioni in cui la spesa sanitaria privata pro capite è più alta sono quelle in cui si registrano anche livelli di reddito pro capite più alti.

Guardando a una media dei valori tra il 2015 e il 2017, infatti, troviamo ai primi tre posti le regioni che, oltre ad avere la maggiore spesa sanitaria privata pro capite, registrano anche i valori più alti di reddito pro capite: la Valle d'Aosta, la Lombardia e il Trentino-Alto Adige. Allo stesso tempo, alcune delle regioni al vertice del *ranking*, come Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, sono generalmente considerate come quelle con i migliori sistemi sanitari regionali. Viceversa, troviamo in coda le regioni meridionali, come Calabria e Campania, le quali, oltre ad avere i livelli di reddito pro capite più bassi, sono anche caratterizzate da sistemi sanitari in grande difficoltà. Il dato non mostra cambiamenti significativi anche tenendo in considerazione la diversa composizione per età.

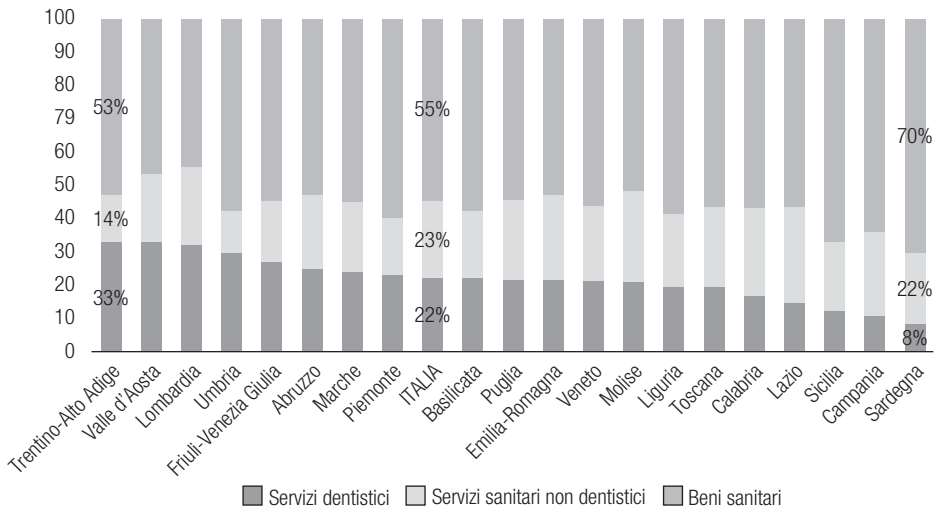
Da uno sguardo alla composizione percentuale della spesa (Figura 6.10), emerge come le famiglie residenti in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta e Lom-

Figura 6.9 **Spesa sanitaria pro capite delle famiglie per regione (valore medio 2015-2017)**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

Figura 6.10 **Composizione percentuale della spesa sanitaria delle famiglie, per macro componenti e per regione, 2016**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

bardia spendano più del 30% in cure dentali, contro una media nazionale del 22%. La diversa distribuzione tra componenti di spesa sembra quindi spiegare il posizionamento di queste regioni in termini di spesa sanitaria.

6.5.2 La spesa sanitaria delle famiglie per caratteristiche socio-demografiche

Il database dell'Indagine sulla spesa delle famiglie contiene diverse informazioni di tipo socio-demografico sulle famiglie oggetto della rilevazione. Da un'analisi delle tipologie familiari (Tabella 6.12), emergono alcuni spunti interessanti rispetto alla dimensione familiare, alla sua composizione e all'età dei suoi componenti.

Tabella 6.12 **Spesa sanitaria media mensile pro famiglia (in euro), per tipologia familiare, 2016**

Tipologia familiare	Spesa sanitaria	% spesa generale	Spesa per beni	In % della spesa sanitaria	Spesa per servizi	In % della spesa sanitaria
Persona sola 18-34 anni	36	2,1	21	58,5	15	41,5
Persona sola 35-64 anni	64	3,3	28	44,4	36	55,6
Persona sola 65 anni e più	98	5,9	66	67,1	32	32,9
Coppia senza figli con p.r. 18-34 anni	89	3,5	44	49,2	45	50,8
Coppia senza figli con p.r. 35-64 anni	123	4,3	63	51,2	60	48,8
Coppia senza figli con p.r. 65 anni e più	170	6,5	95	56,1	74	43,9
Coppia con 1 figlio	126	4,2	67	53,0	59	47,0
Coppia con 2 figli	125	3,8	63	50,8	62	49,2
Coppia con 3 e più figli	125	3,9	67	53,4	58	46,6
Mono-genitore	109	4,4	55	50,7	54	49,3
Altre tipologie	103	3,9	62	60,3	41	39,7
Media popolazione	113	4,5	62	54,9	51	45,1

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

I dati mostrano come la dimensione familiare, ma soprattutto la variabile età della persona di riferimento, incidano sull'ammontare della spesa sanitaria. Questo effetto è chiaro guardando al dato delle persone sole, con un'evidente progressione della spesa rispetto all'età: la spesa media mensile passa dai 36 euro delle persone con età tra i 18 e i 34 anni ai 98 euro delle persone con più di 65 anni. Lo stesso avviene in relazione alle coppie senza figli. Rispetto al numero di adulti nel nucleo familiare, la crescita è proporzionale. A parità di età della persona di riferimento, infatti, le coppie senza figli con età della persona di riferimento tra i 18 e i 34 anni spendono 89 euro (contro i 36 euro delle persone sole di pari età); similmente, le coppie senza figli e con età della perso-

na di riferimento superiore ai 65 anni spendono mediamente 170 euro mensili (contro i 98 euro delle persone sole di pari età). La stessa proporzionalità non si osserva invece considerando la dimensione del nucleo rispetto al numero di figli; in questo caso, si nota come non ci sia una dinamica crescente rispetto all'aumentare del numero di figli. L'effetto del numero di figli sulla spesa sanitaria può prestarsi a diverse interpretazioni. Innanzitutto, le spese familiari in generale, e quelle sanitarie in particolare, sono caratterizzate da economie di scala a livello familiare. Di conseguenza, l'aumento del numero di componenti non necessariamente corrisponde ad un aumento proporzionale delle spese familiari, anche in funzione di un fattore emotivo o di esperienza acquisita, che differenziano, per esempio, le coppie con più figli da quelle con un unico figlio o i nuclei mono-genitoriali. Bisogna considerare inoltre come il dato sulle tipologie familiari, in particolare quello che considera il numero di figli, potrebbe essere influenzato dalla variabile geografica, dato che le famiglie con un maggior numero di figli sono maggiormente rappresentate nelle regioni del Sud.

Quando si guarda al peso della spesa sanitaria sul bilancio familiare, l'età continua ad essere un fattore dominante nello spiegare le diverse attitudini e comportamenti di spesa. Si osserva infatti che i nuclei con la persona di riferimento con età superiore ai 65 anni hanno una propensione alla spesa sanitaria che sfiora il 6% (5,9%) per le persone sole, e addirittura il 6,5% per le coppie (contro una media per la popolazione del 4,5%). La variabile anagrafica determina inoltre un aumento della propensione a spendere per medicinali piuttosto che in servizi. Nella composizione della spesa sanitaria dai servizi ai beni la spesa per beni sanitari passa dal 58,5% delle persone sole 18-34 anni al 67,1% delle persone con più di 65 anni⁶.

6.5.3 La spesa sanitaria delle famiglie per classi socioeconomiche

Una lettura innovativa, rispetto alle precedenti edizioni, viene di seguito proposta attraverso un'analisi della spesa sanitaria delle famiglie per classi socioeconomiche. Il seguente approfondimento nasce dalla necessità di iniziare a pensare alla spesa sanitaria non più come bene indistinto, ma piuttosto come insieme di beni e servizi di natura diversa tra loro, che hanno quindi un impatto differente sui bilanci delle famiglie a seconda delle caratteristiche socioeconomiche delle famiglie stesse.

Si è proceduto quindi alla definizione di cinque classi socioeconomiche differenti, distinte rispetto all'ammontare della spesa equivalente, ovvero la spesa

⁶ Diversamente da quanto osservato dai dati ISTAT-SHA, che mostrano come la spesa per servizi ambulatoriali sia maggiore rispetto a quella per prodotti, la maggiore prevalenza della spesa per beni che deriva dall'indagine è probabilmente causata dalla più inclusiva definizione di beni e prodotti sanitari adottata ai fini dell'indagine.

generale delle famiglie standardizzata rispetto alla dimensione del nucleo familiare secondo la scala di Carbonaro⁷ (ISTAT, 2015). Le classi sono state disegnate secondo il metodo tradizionale delle classi di reddito, ricalibrati tenendo conto delle importanti «code» della distribuzione: la prima e l'ultima classe rappresentano ognuna il 5% della popolazione e contano, rispettivamente, l'1,8% e il 13,7% della spesa totale. Sebbene l'ISTAT definisca la soglia di povertà assoluta in termini di spesa familiare mensile in maniera variabile rispetto al luogo di residenza, l'età dei componenti e la dimensione del nucleo familiare (ISTAT, 2018), la classe I può ben rappresentare le famiglie che vivono in una condizione di grave povertà, relativa o assoluta (con una spesa equivalente mensile inferiore a 840 euro). All'estremo opposto, invece, la classe V rappresenta una classe residuale delle famiglie che spendono di più mensilmente, con un'alta variabilità interna in termini di spesa e composizione (la spesa mensile equivalente osservata nel campione oscilla tra i 5.200 e i 19.740 euro mensili). La popolazione rimanente è stata quindi suddivisa in tre classi omogenee per dimensione, rappresentanti ognuna il 30% delle famiglie residenti (Tabella 6.13), ma diverse per spesa assorbita: la seconda assimila circa il 18%, la terza il 26% e la quarta il 41%.

Le classi non solo rappresentano famiglie diverse in termini di spesa, ma anche e soprattutto in termini di caratteristiche sociali, economiche, demografiche, geografiche e culturali. A titolo di esempio, il 49% delle famiglie appartenenti alla classe I risiede nelle regioni del Sud, c'è una forte prevalenza di persone di riferimento disoccupate (18%) e con titolo di studio inferiore alla licenza media (74%), e ha una dimensione familiare superiore ai tre componenti (55%). Al contrario, le famiglie che appartengono alla classe V risiedono prevalentemente al Nord (38% nel Nord-Ovest), con una forte prevalenza di imprenditori (15%) o comunque dirigenti o impiegati, un livello di istruzione più elevato (33% ha almeno la laurea) e con una ridotta dimensione in termini di componenti (85% ha meno di due componenti).

Rispetto ai dati di spesa sanitaria, si osserva innanzitutto come la quinta e la quarta classe (35% delle famiglie) assorbano quasi il 60% della spesa sanitaria, un dato in linea con la spesa generale (circa il 55%), anche se leggermente superiore. Non stupisce, dunque, che la spesa sanitaria media mensile pro famiglia è crescente rispetto alle classi socioeconomiche, passando da una spesa di 25 euro mensili per la classe I a 254 euro mensili per la classe V: una progressione che sembra legata proporzionalmente alla capacità di spesa dato che, a parte per il

⁷ La scala di Carbonaro consente di standardizzare la composizione dei nuclei familiari riportando la spesa osservata a quella ipotetica nel caso in cui la famiglia fosse composta da 2 componenti. Il valore di spesa equivalente è ottenuto quindi dividendo la spesa generale osservata per famiglia per 0,6 (nel caso di un solo componente), 1 (nel caso di 2 componenti), 1,33 (nel caso di 3 componenti), 1,63 (nel caso di 4 componenti), 1,90 (nel caso di 5 componenti), 2,16 (nel caso di 6 componenti), 2,40 (nel caso di 7 o più componenti).

Tabella 6.13 **Composizione e comportamenti di spesa sanitaria per classi di spesa equivalente, 2016**

Classi di spesa	I	II	III	IV	V	Popolazione
Intervallo di spesa mensile equivalente (€)	< 840	840-1.710	1.710-2.550	2.550-5.200	> 5.200	–
Composizione percentuale delle classi						
% di famiglie	5%	30%	30%	30%	5%	–
% di spesa generale	1,8%	17,9%	25,9%	41,2%	13,2%	–
% di spesa sanitaria	1,2%	14,4%	25,7%	45,0%	13,7%	–
Composizione percentuale delle classi (cumulativa da destra)						
% di famiglie	100%	95%	65%	35%	5%	–
% di spesa generale	100%	97,2%	80,3%	54,4%	13,2%	–
% di spesa sanitaria	100%	98,8%	84,4%	58,7%	13,7%	–
Comportamenti di spesa sanitaria all'interno delle classi						
Spesa sanitaria media mensile pro famiglia (€)	25	57	99	165	254	113
Propensione alla spesa sanitaria (% della spesa generale)	3,1%	4,0%	4,5%	4,9%	4,6%	4,4%
% di famiglie che ha speso in sanità	48,7%	72,1%	81,4%	86,1%	91,0%	79,0%
Propensione alla spesa sanitaria (% della spesa generale) per famiglie che hanno speso in sanità	6,2%	5,6%	5,6%	5,6%	5,0%	5,6%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

salto tra la prima e la seconda classe, la propensione media alla spesa sanitaria (cioè la percentuale di spesa sanitaria sul bilancio familiare) rimane abbastanza stabile tra le classi, intorno a 4,4%. Non si osserva quindi una correlazione così evidente tra la propensione media della spesa sanitaria e le caratteristiche socioeconomiche. Bisogna però notare che la percentuale di famiglie che ha effettuato spese sanitarie è crescente al crescere delle classi socio-economiche. Ancora una volta, il salto maggiore avviene tra la prima e la seconda classe (da 48,7% a 72%) per poi aumentare progressivamente. Questo comporta che, almeno tra la prima e la seconda classe, la spesa sanitaria appare come regressiva considerando la propensione media delle famiglie che spendono in sanità (che passa dal 6,2% al 5,6%).

Nel ricordare che, trattandosi di spesa e non di reddito, non è comunque consequenziale la conclusione che la spesa sanitaria pesi di più sulle famiglie più ricche anche in termini di reddito (la propensione al risparmio cambia in modo rilevante nelle diverse classi economiche), è importante leggere i comportamenti di spesa in relazione anche alle altre componenti. Dai dati in Tabella 6.14

Tabella 6.14 **Composizione percentuale del bilancio delle spese familiari, per classi di spesa equivalente, 2016**

Classi di spesa totale equivalente	I	II	III	IV	V	Totale
Abitazione e utenze	51,4	42,7	38,2	33,4	30,7	38,4
Prodotti alimentari e bevande analcoliche	23,5	23,4	21,1	17,0	12,5	20,2
Trasporti	5,2	7,3	8,6	11,1	13,1	9,0
Altri beni e servizi*	4,7	5,7	6,5	7,7	8,8	6,7
Servizi sanitarie e spese per la salute	3,1	4,0	4,5	4,9	4,6	4,4
Abbigliamento e calzature	2,5	3,6	4,4	5,1	5,7	4,3
Ricreazione e cultura	1,5	2,6	4,1	5,5	7,0	4,1
Servizi ricettivi e ristorazione	0,9	2,2	3,9	5,9	6,6	4,0
Mobili, articoli e servizi per la casa	2,1	3,2	3,8	4,8	7,0	3,8
Comunicazioni	3,0	3,0	2,7	2,3	1,2	2,6
Bevande alcoliche e tabacchi	1,8	1,9	1,9	1,9	1,6	1,9
Istruzione	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4
Totale consumi delle famiglie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

emerge, infatti, come la propensione media rispetto alla spesa familiare cambia in modo molto diverso tra le diverse componenti. Alcuni elementi mostrano un andamento che ricalca chiaramente quello dei beni di prima necessità, con una propensione media decrescente rispetto alle classi (la spesa per *item* in termini assoluti cresce meno che proporzionalmente rispetto alla spesa complessiva). Tra queste, le componenti che mostrano il trend più chiaro sono la spesa per abitazione e utenze, che passa dal 51,4% nella classe I al 30,7% nella classe V, e la spesa per prodotti alimentari e bevande, che è sicuramente il più classico esempio di bene di prima necessità, che passa dal 23,5% al 12,5%. Ha una dinamica simile, anche se minore per entità, la spesa per comunicazioni, che passa dal 3% al 1,2%.

Tutt'altro andamento seguono le componenti «di lusso», rappresentate dalle spese per abbigliamento e calzature (dal 2,5% al 5,7%), per ricreazione e cultura (dal 1,5% al 7%), per servizi ricettivi e di ristorazione (dal 0,9% al 6,6%) e per mobili e articoli per la casa (dal 2,1% al 7%). In tutti questi casi, la propensione media rispetto alla spesa generale mostra una dinamica chiaramente crescente, e la loro natura ha a che fare con un consumo maggiormente collegato alle classi più ricche della popolazione. Altre componenti non mostrano una chiara dinamica rispetto alle classi di spesa (bevande alcoliche e tabacchi, istruzione).

In questa prospettiva, la spesa per servizi sanitari e per la salute non mostra un andamento altrettanto marcato. Per provare a capire il motivo di questa specificità, è utile osservare la composizione della spesa sanitaria. Infatti, la stessa indagine ci fornisce una scomposizione in sei componenti della spesa sanitaria,

tra tre componenti di servizi (medico-ospedalieri, dentistici, paramedici) e tre di prodotti (medicinali, altri articoli sanitari, attrezzature terapeutiche). Riproponendo la stessa analisi svolta sulle componenti della spesa generale, si osserva quindi come la composizione della spesa sanitaria cambia al variare delle classi di spesa (Tabella 6.15).

Questo tipo di rappresentazione permette di osservare delle dinamiche chiare per alcune componenti della spesa sanitaria, rispetto alla classe di spesa di appartenenza delle famiglie. Quello che emerge da questo quadro è una grande variabilità nel paniere della spesa sanitaria delle famiglie rispetto alle classi di spesa, a dimostrazione del fatto che la spesa sanitaria privata è un insieme di componenti diverse. Innanzitutto, si nota la dominanza della componente dei medicinali rispetto alle altre componenti di beni e servizi, presente per tutte le classi di spesa. Un dato che si spiega alla luce dei perimetri adottati nell'Indagine sulla spesa delle famiglie che includono nei medicinali anche gli integratori, gli omeopatici ecc. I medicinali mostrano un importante peso specifico e un evidente andamento decrescente rispetto alle classi di spesa (il peso sul paniere della spesa sanitaria passa dal 65,4% al 41,4%), in linea con altri studi che hanno collocato i medicinali tra i beni di «necessità» (D'Angela, 2012). All'opposto i servizi dentistici che si comportano come «beni di lusso» triplicano il peso, passando dal 6,5% al 19,1%, in maniera simile si comportano le attrezzature terapeutiche e i servizi paramedici. Più «piatta» è, invece, la dinamica dei servizi medici e ospedalieri e degli articoli sanitari.

Riprendendo, infine, la visione dell'intero portafoglio familiare, l'indagine permette di osservare i comportamenti e le intenzioni di spesa, con particolare riguardo alle limitazioni, o ai tentativi di limitazione, nell'effettuare spese per determinate componenti (Tabella 6.16). Sono state prese come esempio tre tipologie di beni e servizi: beni alimentari, visite e accertamenti diagnostici e carburanti. Le famiglie che hanno limitato le spese in sanità sono circa il 20% nel 2016, un dato inferiore agli alimentari e carburanti, rispettivamente 47% e 40%.

Tabella 6.15 **Composizione percentuale della spesa sanitaria, per classi di spesa equivalente, 2016**

Classi di spesa totale equivalente	I	II	III	IV	V	Totale
Medicinali	65,4	58,4	52,9	47,6	41,4	52,4
Servizi medici e ospedalieri	12,9	15,8	16,2	14,9	14,2	15,4
Servizi dentistici	6,5	7,5	11,1	15,3	19,1	11,8
Servizi paramedici	6,8	8,0	8,1	8,9	9,8	8,4
Attrezzature terapeutiche	3,4	5,3	6,6	8,7	10,2	7,1
Articoli sanitari	5,0	4,9	5,1	4,7	5,2	4,9
Totale consumi sanitari	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

Tabella 6.16 **Limitazioni di spesa delle famiglie (% di famiglie che ha provato a limitare le spese) per tipologia di beni e servizi e per classe di spesa, 2016**

Tipologia di spesa	Classi di spesa totale equivalente	I	II	III	IV	V	Totale
Alimentari	Ha diminuito	67,1	54,2	47,6	38,1	28,3	46,7
	Ha diminuito in quantità	47,5	32,3	24,4	18,3	16,5	25,7
	Ha diminuito in qualità	35,2	31,1	29,8	24,4	14,8	28,1
	Non ha acquistato	2,3	0,7	0,6	0,5	0,0	0,7
Visite e accertamenti	Ha diminuito	37,5	25,9	18,5	14,1	9,2	19,9
	Ha diminuito in quantità	32,6	21,7	15,8	12,1	7,5	16,9
	Ha diminuito in qualità	6,6	5,2	3,4	2,4	1,7	3,7
	Non ha acquistato	13,4	5,6	3,6	2,8	1,8	4,3
Carburanti	Ha diminuito	45,5	44,5	40,9	33,8	26,0	39,3
	Ha diminuito in quantità	35,3	32,0	24,6	20,6	17,3	25,8
	Ha diminuito in qualità	12,9	15,3	18,1	14,5	9,4	15,5
	Non ha acquistato	30,1	19,1	14,0	7,8	3,9	14,0

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

La spesa per visite e accertamenti si dimostra quindi, rispetto ad altre tipologie di spesa, in larga misura incompressibile e quella che le famiglie tendono a limitare di meno (ISTAT, 2017).

Da notare come tra le famiglie che dichiarano di aver cercato di limitare le spese in visite e accertamenti, lo abbiano fatto in larga parte in quantità (16,9%) piuttosto che in qualità (3,7%), ovvero rivolgendosi ad un altro fornitore con un prezzo più ridotto. Il ricorso alle limitazioni in qualità è invece molto diffuso per gli alimentari (28,1%) e comunque più diffuso per i carburanti (15,5%). Il dato è probabilmente legato alla complessità dell'oggetto e al fatto che il mercato sanitario privato nel nostro paese rimane ancora poco maturo e trasparente. Le intenzioni di spesa cambiano al variare delle classi di spesa: si tende a limitare le spese al crescere della classe di spesa. Anche in questo caso la tendenza è meno accentuata per la spesa per visite e accertamenti (dal 37,5% al 9,2%, -25%), rispetto a quella per alimentari (dal 67,1% al 28,3%, -58%) e per carburanti (dal 45,5% al 26%, -43%). Bisogna, infine, tener presente che vi è una percentuale di famiglie che non ha proprio effettuato acquisti. Il dato è naturalmente quasi nullo per gli alimentari, si colloca intorno al 3% per le visite e gli accertamenti e al 14% per il carburante. Rimane sempre elevato il dato per la prima classe (13% per visite e accertamenti e 30% per i carburanti) per la quale è evidente un problema socio-economico che va affrontato nel suo complesso.

6.6 Note conclusive

Le modalità con cui le società economicamente avanzate finanziano e organizzano la risposta ai propri bisogni di salute – ovvero i sistemi sanitari – diventano più complesse, intrecciando meccanismi basati su convenienze e scelte individuali con meccanismi orientati alla definizione e realizzazione di scelte collettive. Anche nel nostro paese il sistema sanitario si estende oltre i ben conosciuti confini di un SSN alimentato da risorse pubbliche e la cui produzione è affidata ad aziende pubbliche e private. Al di là di quei confini i consumi sanitari sono sostenuti da risorse private che, attraverso differenti circuiti, finanziano la produzione di servizi offerti da produttori principalmente privati, ma anche pubblici.

Il mondo dei consumi privati e le loro connessioni con quelli pubblici sono stati fino a tempi relativamente recenti poco esplorati, essendo considerati una componente marginale – e per molti osservatori poco accettabile – di un sistema quasi totalmente collocato in un ambito di responsabilità collettive. Lo sforzo compiuto da OCPS, a partire dalla sua nascita, è stato quello di offrire una base di osservazioni sistematiche a un dibattito che, nel prendere progressivamente atto di un ruolo significativo dei consumi privati, spesso rimane tuttora ancorato a visioni ideologiche e stenta ad assumere dati ed evidenze come base per ogni riflessione. Di dati, evidenze e riflessioni il capitolo ne ha offerti molti e vale qui la pena provare a riassumerne i principali.

Una questione preliminare che diventa sempre più rilevante via via che cresce il dibattito su pubblico e privato in sanità è quella del perimetro assunto come riferimento per definire i consumi sanitari privati. Come argomentato nel testo i numeri possono cambiare significativamente – da 27,5 a 49,5 miliardi ed essere usati, talvolta, anche in maniera strumentale – a seconda di ciò che venga considerato «sanità» e del significato da attribuire alle espressioni «pubblico» e «privato». Se la medesima locuzione può ormai riferirsi a oggetti molto diversi, il punto non è tanto quello di definire un perimetro corretto, quanto quello di chiarire con sempre maggiore attenzione e puntualità la configurazione di spesa sanitaria privata cui si fa riferimento e di utilizzare la configurazione ritenuta più adatta rispetto allo contesto di argomentazione.

Nonostante la presenza di un sistema universalistico circa un quarto della spesa sanitaria totale è finanziato privatamente (26%). Difficilmente ciò può essere semplicisticamente ascritto a una sorta di fallimento del sistema pubblico nel raggiungere i propri obiettivi istituzionali. La presenza di una componente privata della spesa può essere considerata un fenomeno strutturale e la sua relazione con la funzionalità del sistema pubblico non è facilmente decifrabile. In tal senso tre considerazioni possono essere utili. Innanzitutto, la quota di spesa sanitaria privata italiana è in linea con quella di altri paesi a estesa copertura pubblica, i quali, peraltro, mostrano livelli di spesa totale significativamente

maggiori. I dati mostrano, poi, come la spesa privata sia maggiore nelle regioni dove il sistema pubblico funziona meglio. Infine, la stessa quota di spesa privata non è variata significativamente nonostante i prolungati anni di contenimento sperimentati dalla spesa pubblica, sia in relazione alla spesa sanitaria totale, sia, soprattutto, in relazione ai consumi delle famiglie (3,5%). In altri termini, le due dinamiche della spesa – quella pubblica e quella privata – non sembrano essersi influenzate reciprocamente, così mentre la componente pubblica seguiva le decisioni di politica economica quella privata rispondeva alle variazioni del PIL.

Se nel nostro paese il contributo della componente privata alla spesa sanitaria totale è paragonabile a quello che caratterizza sistemi analoghi, il caso italiano rappresenta una eccezione per quanto riguarda la parte intermediata della stessa spesa privata. A differenza di altri paesi, infatti, le forme assicurative volontarie intermediano una parte ancora poco rilevante, rappresentando, a seconda delle stime, tra 10 e il 15% della spesa privata. Tale componente è comunque in crescita soprattutto in termini di popolazione coperta, grazie alla crescente diffusione della sanità integrativa di natura contrattuale. Dal 2010 al 2017 gli italiani coperti sono quasi raddoppiati, passando da circa 6 milioni a circa 13 milioni, mentre le risorse intermedie sono cresciute più lentamente incrementandosi nello stesso periodo da poco più di 3,5 miliardi a quasi 6 miliardi secondo le stime più ottimistiche oggi disponibili (RBM Assicurazione Salute, 2018). La diffusione delle forme di sanità integrativa e la crescita della parte intermediata rispetto a quella *out of pocket* sembrano essere dinamiche destinate a influenzare in maniera rilevante il sistema. Non si tratta solo del progressivo consolidamento di un sistema multipilastro, con la conseguente legittimazione di uno spostamento da responsabilità pubbliche a quelle private, ma anche dell'impatto che l'intermediazione produce sull'offerta. I soggetti collettivi privati sono, infatti, in grado di esercitare una pressione notevole sui prezzi e la redditività delle strutture di offerta, in un settore caratterizzata da un elevato valore aggiunto.

Spesso la spesa privata viene considerata come un insieme indistinto. In realtà essa è composta di segmenti diversi, che meritano analisi specifiche. Una prima importante segmentazione offerta nel testo mostra come la spesa in questione si ripartisca tra acquisto di beni (farmaci, ma non solo), che pesa per circa il 34,6%, e acquisto di servizi ospedalieri (13,6%) e ambulatoriali (51,8%). A loro volta, i più di 21 miliardi destinati ai servizi ambulatoriali, vedono come voci significative: la spesa odontoiatrica (circa 8,5 miliardi), le visite specialistiche (circa 5 miliardi), le prestazioni diagnostiche (circa 3,2 miliardi). In una diversa prospettiva gli stessi dati mostrano come una parte delle risorse private «tornino» al sistema pubblico (circa 4 miliardi) attraverso: la compartecipazione (ticket) obbligatoria alla spesa (circa 1,8 miliardi, di cui 1,3 sui servizi e il resto sui farmaci); l'integrazione rispetto ai farmaci equivalenti (circa 1,1 miliardo) e le prestazioni erogate in regime di mercato da parte delle strutture

pubbliche (circa 1 miliardo). Quest'ultimo dato sommato a quello relativo ai ticket sulle prestazioni porta il sistema pubblico ad assorbire circa 2,3 miliardi sugli 8,2 miliardi delle risorse private destinate alle prestazioni ambulatoriali (odontoiatria esclusa). Tali prestazioni vanno considerate con particolare attenzione in quanto, da una parte, rappresentano la parte più visibile ed emblematica della spesa privata e, dall'altra, nella loro componente non direttamente collegata alle cronicità, sembrano destinate a godere di minore copertura da parte del sistema pubblico. Le analisi svolte mostrano come già oggi circa il 40% delle visite specialistiche sia finanziato privatamente e come tale dato mostri variazioni limitate tra le diverse regioni italiane.

Non solo i consumi, ma anche i consumatori, meritano una visione in grado di cogliere gli elementi di differenziazione meglio di quanto non avvenga comunemente. Dai dati presentati è sicuramente percepibile un impatto, ampiamente prevedibile, del reddito sui consumi sanitari. A livello aggregato la serie storica sembrerebbe indicare una elasticità attorno all'unità. Meno facile è distinguere tra le diverse componenti, anche se appare evidente una più accentuata elasticità della spesa odontoiatrica rispetto alle altre e vi sono sufficienti indizi per ritenere l'elasticità dei consumi per servizi (al netto dell'odontoiatria) leggermente maggiori di quella che caratterizza i beni. Anche per altri fattori, pure questi ampiamente prevedibili, emerge dall'analisi una significativa influenza sul livello dei consumi. Così l'età è un gradiente di particolare importanza – al netto di un picco nell'età pediatrica – come pure la composizione e la dimensione familiare e, non ultimo, l'ambito geografico di residenza. I diversi fattori, comunque, si intrecciano rendendo difficile una clusterizzazione su base generale e suggerendo la necessità di approfondire le conoscenze rispetto a target specifici di consumatori.

Il quadro che il capitolo descrive è molto articolato e si presta a diverse letture, rispetto a un tema, come quello del rapporto tra pubblico e privato nei sistemi di tutela della salute, di per sé caratterizzato da confini labili e, inevitabilmente, segnato da giudizi di valore. Dati ed evidenze aiutano ad ancorare meglio il dibattito, ma certamente non sono in grado di fornire risposte risolutive. In questa prospettiva, al di là di una rappresentazione per quanto possibile accurata del fenomeno, si ritiene opportuno offrire, in conclusione, solo due considerazioni di ordine generale.

La prima riguarda un ancora avvertibile ritardo nel dibattito sul ruolo che la collettività intende assegnare ai consumi privati nell'evoluzione del sistema sanitario. Già adesso essi rappresentano una parte significativa della risposta ai bisogni di salute, così come avvertiti dalla popolazione. Prenderne semplicemente atto e avviare una riflessione esplicita su come risorse pubbliche e private possano concorrere nella risposta a bisogni importanti e crescenti rappresenterebbe un utile passo avanti rispetto a una situazione nella quale il dibattito pubblico – e quello politico, in particolare – evitano il confronto su temi difficili

e impopolari. Soprattutto chi, come i ricercatori OCPS, è convinto che la sanità debba rimanere un terreno ampiamente caratterizzato da scelte collettive, il tema non può più essere se il privato ha cittadinanza in sanità, ma come assicurare la positiva coesistenza di meccanismi diversi.

La seconda attiene ai dati e alle evidenze. Rispetto ai consumi sanitari pubblici, per i quali i dati amministrativi forniscono una solida base conoscitiva, le conoscenze sui consumi privati sono affidate a una pluralità di fonti informative e spesso originano da indagini *ad hoc*. Nonostante l'impegno di diversi soggetti e i miglioramenti intervenuti, il quadro informativo rimane ancora non in linea con quello disponibile in altri paesi. Si tratta di uno sforzo che dovrebbe vedere più uniti il mondo della ricerca, le istituzioni e i soggetti impegnati sul mercato. Un quadro concettuale e informativo adeguati sono infatti prerequisiti indispensabili non solo per decisioni collettive adeguate, ma anche per lo sviluppo del mercato stesso.

Bibliografia

- 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).
- Armeni P., 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 Bosi P., Dirindin N., Turati G. (a cura di), *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria: le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*, Milano: Vita e Pensiero.
- Cavazza M., De Pietro C. (2011), «Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- Cislaghi C., Giuliani F. (2008), «Out of Pocket Sanitario nelle Regioni Italiane», *Quaderni Monitor*, AGENAS, n. 22, anno VII, 3° supplemento, pp. 161-177.
- Cislaghi C., 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.
- Corte dei Conti (2017), *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, <http://www.corteconti.it/>
- D'Angela D. (2012), «Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria», in Spandonaro F. (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. (2015), «Pubblico e privato in sanità: nuove sfide per un tema antico», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2017), «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., 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. (2013), «I Consumi Privati in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*.
- Del Vecchio M., 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.
- Cavazza M., De Pietro C., Rappini V. (2016), «Il sistema sanitario e l'assicurazione salute in Italia», in Cavazza M., De Pietro C., Del Vecchio M., Rappini V. *L'Innovazione nell'Assicurazione Salute*, Milano, Egea.
- De Pietro C. (2015), «Le relazioni tra i fondi sanitari e gli erogatori di servizi sanitari in Italia», in Del Vecchio M., Mallarini 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.
- Fabbri 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., Panfilì 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.
- ISTAT (2017), «Il sistema dei conti della sanità per l'Italia», *Statistiche Report*, 4 luglio 2017.
- 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.
- Mallarini E., Rappini V., Vercellino L. (2015), «Over65 non autosufficienti: la domanda» in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Ministero della Salute (2011), Quaderni del Ministero della Salute, n. 7, 2011.
- Ministero della Salute (2015), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: dati SDO 2014*, www.salute.gov.it
- OECD (2017), Health Statistics (www.oecd.org)
- OECD, Eurostat, WHO (2017), Manual A System of Health Accounts (SHA, revised edition), Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2014), Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2013), Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health, Paris, OECD.
- OSFAR-Osservatorio Farmaci (2014), Executive Summary REPORT N° 35, Cergas-Università Bocconi.
- Propper C. (2000), «The demand for private health care in the UK», *Journal of Health Economics*, 19(6):855-76.
- Thomson S., Foubister S., Mossialos E. (2009), *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*. Copenhagen, World Health Organization.