

**Collana CERGAS**

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

## Rapporto OASI 2017

### 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 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definitivi, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

*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.*

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

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

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di  
CERGAS-SDA Bocconi

# Rapporto OASI 2017

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

**B** Università Bocconi  
CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
School of Management

**Egea**



## 8 I consumi privati in sanità

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech e Valeria Rappini<sup>1</sup>

### 8.1 Introduzione

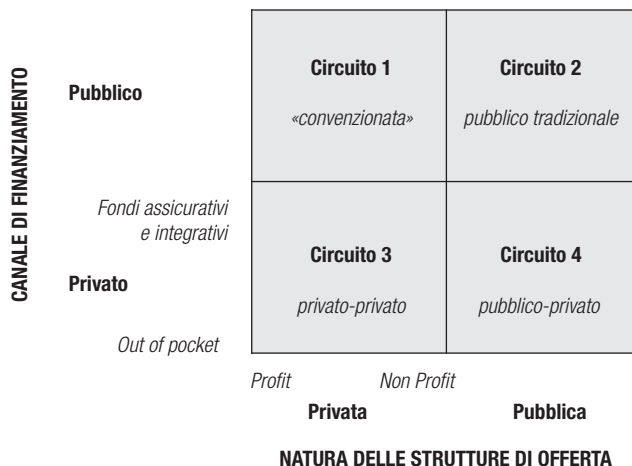
L'oggetto di attenzione del capitolo sono i consumi privati in sanità (CPS), cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (per esempio, medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Il capitolo, curato dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) di CERGAS-SDA Bocconi offre, attraverso l'esplorazione dei database istituzionali più aggiornati, un quadro complessivo dei «numeri» del settore dei consumi privati in sanità e delle sue principali determinanti (socio-demografiche ed economiche) fino al 2016. 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 e 2016), 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 8.1 chiarisce come il riferimento dirimente sia la provenienza pubblica o privata delle risorse che alimentano il consumo (righe nella figura) e non, come usualmente accade nel dibattito su «pubblico e privato in sanità», l'assetto istituzionale delle strutture di erogazione (colonne nella figura). A una definizione apparentemente semplice e di immediata comprensione, come quella proposta, corrisponde, però, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti (Del Vecchio, 2012). I prodotti e servizi per la salute possono, infatti, essere inseriti in meccanismi economici che si caratterizzano, non solo per il soggetto che ne sopporta l'onere, ma anche dalla pluralità di attori che compon-

---

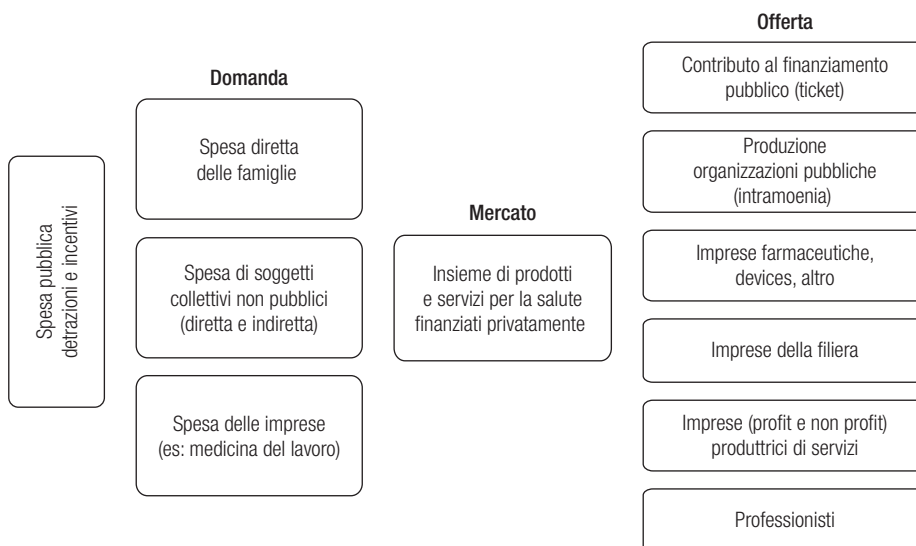
<sup>1</sup> Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 8.1, 8.4.3 e 8.6 possono essere attribuiti a Mario Del Vecchio; i §§ 8.3 e 8.5 a Lorenzo Fenech; i restanti paragrafi a Valeria Rappini.

Figura 8.1 I quattro circuiti del settore sanitario



gono il sistema e i complessivi meccanismi di offerta (si veda la Figura 8.2). 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

Figura 8.2 I consumi privati: un mondo complesso e articolato



di quel quadro comprensibile e affidabile di informazioni sul quale sarebbe bene fondare un dibattito, come quello sul futuro del nostro sistema sanitario, che diventa sempre più intenso e animato.

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» a differenza di altre, come la spesa per farmaci, che per elasticità al reddito è simile a quella che caratterizza i «beni primari» (D'Angela, 2012). L'osservazione e l'analisi consentono anche di evidenziare fenomeni contro-intuitivi. Se si guarda ai divari regionali sulla spesa sanitaria privata pro-capite (§ 8.5.1), non trova riscontro l'idea comune che questi siano legati ai differenziali nel funzionamento del sistema pubblico. Analogamente, può sorprendere la rilevante presenza dell'operatore pubblico come destinatario della spesa ambulatoriale privata, sia attraverso il canale del *copayment* sia attraverso l'*intra-moenia* (§§ 8.3.2 e 8.4.3).

Dopo un breve paragrafo che ricorda le fonti utilizzate e gli ultimi aggiornamenti nei metodi e nelle classificazioni utilizzate (§ 8.2), nel prosieguo del capitolo la spesa sanitaria privata viene analizzata attraverso diverse prospettive di indagine:

- ▶ la natura delle relazioni che si instaurano tra diverse variabili macroeconomiche (§ 8.3);
- ▶ la composizione interna dei CPS per funzioni di spesa, canali di finanziamento e natura degli erogatori (§ 8.4);
- ▶ le abitudini di spesa sanitaria, per regione, tipologie di consumatori e altre determinanti socio-demografiche (§ 8.5).

## 8.2 Le fonti utilizzate

La scelta di riflettere sulla spesa sanitaria privata in termini disaggregati pone, evidentemente, il tema delle fonti da utilizzare per ricostruire un quadro informativo sufficientemente attendibile. Da questo punto di vista è bene sottolineare come la componente privata della spesa sanitaria sia soggetta a molteplici stime, riflettendo il variegato universo di attori operanti nel settore, di oggetti di osservazione e pluralità di metodi a disposizione. Non stupisce, dunque, che i dati rilasciati dalle principali fonti istituzionali siano apparentemente discordanti e passibili di interpretazioni diverse. Lo stesso ISTAT, per esempio, facendo riferimento a differenti aggregati rilascia due stime (Tabella 8.1):

Tabella 8.1 **La pluralità delle fonti e delle stime sulla componente privata della spesa sanitaria**

Fonti	Aggregati e metodi di riferimento	Fonti primarie	Classificazioni	Stima 2016 (o anno più recente)
ISTAT-Contabilità Nazionale	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	Integrazione di numerose e diverse Fonti (ISTAT, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA)	<i>Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)</i>	35,2
	Spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione residente (spesa diretta delle famiglie) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011) che si muove in un ambito contiguo a quello dei Conti Nazionali		<i>International Classification for Health Accounts (ICHA)</i>	33,9
Corte dei Conti	Spesa sanitaria delle famiglie residenti per servizi e spese per la salute (sostenute in Italia e all'estero) stimata su dati campionari	Indagine ISTAT sulla Spesa delle Famiglie (2015)	<i>Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP)</i>	34,9
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	ISTAT (trasmessi i dati con JHAQ per gli anni 2015 e 2016 e riviste le stime dal 2012 al 2014)	<i>International Classification for Health Accounts (ICHA)</i>	37,3

- la prima, è quella del Sistema dei Conti Nazionali che considera la spesa per consumi finali delle famiglie (residenti e non) sul territorio economico (35,2 miliardi di euro nel 2016);
- la seconda deriva dal Sistema dei Conti per la Sanità (ISTAT, 2017) che considera la spesa diretta delle famiglie residenti (33,9 miliardi nel 2016).

Un'altra istituzione spesso citata è la Corte dei Conti che nell'ultimo rapporto (Corte dei Conti, 2017) rilascia una stima ancora diversa richiamando l'Indagine sempre ISTAT sulla Spesa delle famiglie italiane che rileva le spese per servizi e spese per la salute delle famiglie residenti (34,9 miliardi nel 2015). Infine, OECD utilizza i dati di fonte ISTAT per effettuare comparazioni tra i Paesi fornendo una stima provvisoria della spesa sanitaria privata (che considera, oltre alla spesa diretta delle famiglie, anche le diverse componenti dei «regimi di finanziamento volontari<sup>2</sup>») pari a 37,3 miliardi di euro per il 2016 (OECD, 2017).

Pur consapevole dei rischi e delle limitazioni, l'OCPS ha quindi avviato da alcuni anni un lavoro di ricostruzione e consolidamento delle informazioni uti-

<sup>2</sup> «Assicurazioni sanitarie volontarie, regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro, regimi di finanziamento da parte delle imprese» (ISTAT, 2017).

lizzando un approccio multi-fonte e di confronto con le principali classificazioni presenti in letteratura. In questo capitolo, come nei rapporti precedenti, la principale fonte di riferimento è ISTAT che realizza un'ampia gamma di indagini campionarie e, tra queste, in particolare: l'Indagine sulla Spesa delle Famiglie, l'Indagine sulle Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari, l'Indagine Multiscopo sugli Aspetti della Vita Quotidiana. Nel rimandare ai rapporti precedenti per approfondimenti sull'origine e la struttura delle principali Indagini ISTAT (Del Vecchio, Fenech, Mallarini, Rappini, 2013) in questa sede si richiamano alcuni aggiornamenti nei metodi e nelle classificazioni utilizzate.

Per quanto riguarda il Sistema dei Conti Nazionali, che rileva storicamente dati sull'attività economica del Paese, va qui segnalato che le stime sono state rivisitate sulla base del nuovo sistema di regole Sec2010, per cui i conti registrano, a partire dal 2015, una rivalutazione generale di tutte le principali grandezze macroeconomiche. Tale rivalutazione è, per buona parte, imputabile all'affinamento delle tecniche per la stima del «sommerso» e, nello specifico della spesa sanitaria delle famiglie, alla componente ambulatoriale (visite mediche, analisi del sangue, accertamenti diagnostici e cure odontoiatriche). Assumendo a riferimento il 2013, la spesa per servizi ambulatoriali passa dalla stima di 13,9 miliardi dell'edizione di settembre 2014 a quella di 14,8 miliardi dell'edizione di marzo 2016 (+6,5%). Si tratta di una rivalutazione di tipo «strutturale» che ha portato alla revisione di tutte le serie storiche e, pertanto, le dinamiche analizzate nei successivi paragrafi si basano su serie coerenti.

Nel 2016, sempre a livello europeo, è entrato in vigore il regolamento UE 359/2015 per la produzione di dati armonizzati secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) con la conseguente revisione dei dati per l'Italia. Nella stima dei dati secondo la metodologia SHA 2011 (OECD, Eurostat, WHO, 2014 e 2017) si fa riferimento al consumo di beni e servizi sanitari da parte della popolazione residente del Paese (sia in Italia sia all'estero). Ciò influenza la struttura delle classificazioni utilizzate per rappresentare il sistema, in quanto la priorità è data alla spesa per consumi finali piuttosto che alla produzione. Tale spesa è rappresentata secondo le dimensioni previste dall'*International Classification for Health Accounts* (ICHA) ovvero:

- ▶ per regime di finanziamento (ICHA-HF), che classifica il tipo di finanziamento attraverso cui la popolazione usufruisce di servizi sanitari (spesa della pubblica amministrazione e delle assicurazioni a contribuzione obbligatoria, spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari);
- ▶ per funzione (ICHA-HC), che dettaglia la tipologia e lo scopo dei servizi offerti distinguendo tra: assistenza per cura e riabilitazione (ospedaliera, ambulatoriale, domiciliare e a lungo termine), servizi ausiliari non specificati (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti, ecc.), prodotti farmaceutici e altri beni non durevoli;

- per erogatore (ICHA-HP), che classifica i fornitori di beni e servizi sanitari, quali ospedali, ambulatori, fornitori di servizi ancillari, farmacie (per l'Italia sono considerate le strutture pubbliche, private e private accreditate).

Il manuale SHA 2011 prevede che i dati siano trasmessi annualmente a Eurostat mediante il questionario denominato *Joint Health Accounts Questionnaire* (JHAQ), elaborato congiuntamente da Eurostat, OECD e WHO, allo scopo di creare un sistema comune di informazioni sulla spesa sanitaria. La compilazione del sistema dei conti della sanità per l'Italia si basa quindi sull'integrazione di dati amministrativi e campionari, muovendosi in un ambito contiguo a quello dei conti nazionali. L'ISTAT ha inviato a Eurostat con JHAQ edizione 2017 gli anni 2015 e 2016 (su base volontaria) e rivisto le stime per gli anni 2012-2014. Pertanto, se negli anni precedenti la fonte di riferimento per i confronti tra grandezze economiche era unicamente rappresentata dal Sistema dei Conti Nazionali, a partire da quest'anno saranno evidenziate anche quelle derivanti dal nuovo Sistema dei Conti della Sanità (rilasciate per la prima volta da ISTAT a luglio 2017 e rese disponibili per il periodo 2012-2016).

Bisogna poi ricordare come i cambiamenti avvenuti sul lato dei Conti Nazionali siano anche il frutto delle modifiche introdotte nella rilevazione campionaria della spesa effettuata attraverso la nuova Indagine sulle Spese delle Famiglie, la quale sostituisce la precedente Indagine sui Consumi ed è il «risultato di una lunga fase di sperimentazione di tecniche e metodologie per il miglioramento della qualità dei dati. Modifiche sostanziali sono state introdotte in tutte le fasi del processo» (ISTAT, 2015). Nel caso dell'Indagine sulle Spese si tratta di una vera e propria «rottura» con il sistema precedente che rende difficili i confronti intertemporali. L'indagine rileva le spese familiari per consumi finali, con particolare attenzione agli aspetti sociali ed economici delle condizioni di vita delle famiglie. Essa rappresenta, dunque, un utile strumento attraverso il quale poter descrivere e analizzare i comportamenti di spesa delle famiglie residenti in Italia. I dati di spesa riguardano l'intero portafoglio di spesa delle famiglie, di cui almeno quindici voci afferiscono all'ambito sanitario. L'indagine è annuale e coinvolge circa 28 mila famiglie. Questa indagine costituisce il punto di partenza delle analisi OCPS sulle determinanti sociali, economiche e territoriali della spesa sanitaria (§ 8.5).

Le informazioni di fonte ISTAT sono come di consueto integrate con i dati di altre fonti istituzionali quali, in particolare, il «Rapporto SDO» del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2016), gli studi di settore dell'Agenzia delle Entrate, i rapporti sulla spesa sanitaria della Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2017), ANIA, AIFA (rapporto OSMED) Federfarma e, infine, OECD che, insieme a Eurostat e WHO, produce statistiche a livello europeo e internazionale seguendo la metodologia del SHA.



## 8.3 Le dinamiche della spesa sanitaria privata

### 8.3.1 Relazione tra spesa sanitaria pubblica, privata e PIL

La spesa sanitaria totale corrente ammonta in Italia nel 2016 a circa 151 miliardi di euro (vedi Capitolo 4 del presente Rapporto) ed è composta per circa il 77% da spesa sanitaria pubblica e per il restante 23% dalla spesa diretta delle famiglie sul territorio italiano (Tabella 8.2).

Considerando gli ultimi dieci anni, la spesa sanitaria totale corrente mostra una dinamica in crescita fino al 2013, anno in cui subisce una riduzione di circa un miliardo che viene comunque più che compensata da una crescita di circa sei miliardi tra il 2013 e il 2016. Tale oscillazione non cambia sostanzialmente la composizione delle fonti di finanziamento della spesa sanitaria in quanto l'aumento è imputabile sia alla componente pubblica sia a quella privata, ormai

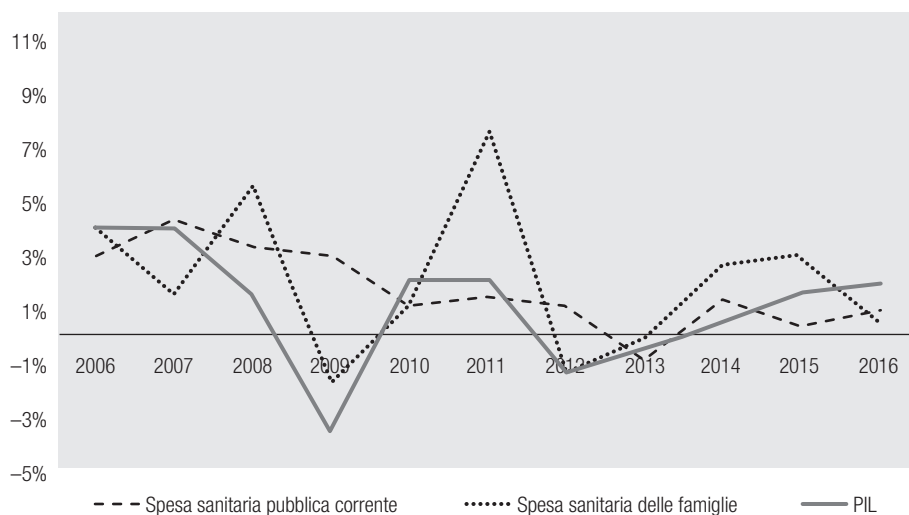
Tabella 8.2 **Spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria privata e PIL (2006-2016)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Spesa sanitaria totale corrente</b>											
Miliardi di euro	128,8	133,4	138,3	140,8	142,3	146,1	146,7	145,6	148,0	149,6	151,0
In % del PIL	8,3	8,3	8,5	9,0	8,9	8,9	9,1	9,1	9,1	9,1	9,0
<b>Spesa sanitaria pubblica corrente</b>											
Miliardi di euro	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6	115,8
In % della spesa sanitaria totale	77,4	77,8	77,4	78,3	78,2	77,2	77,7	77,5	77,2	76,6	76,7
In % del PIL	6,4	6,4	6,6	7,0	6,9	6,9	7,1	7,0	7,0	7,0	6,9
In % della spesa per consumi finali della PA	14,5	14,3	14,7	14,6	14,9	14,5	14,1	14,1	14,1	14,1	n.a.
<b>Spesa sanitaria delle famiglie sul territorio economico</b>											
Miliardi di euro	29,1	29,6	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	32,7	33,7	35,1	35,2
In % della spesa sanitaria totale	22,6	22,2	22,6	21,7	21,8	22,8	22,3	22,5	22,8	23,4	23,3
In % del PIL	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1
In % della spesa per consumi finali delle famiglie	3,1	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,4
<b>Spesa sanitaria privata (out of pocket famiglie residenti e regimi volontari)</b>											
Miliardi di euro	–	–	–	–	–	–	34,5	34,4	35,6	37,2	37,3
In % della spesa sanitaria totale *	–	–	–	–	–	–	23,9	23,9	24,3	25,1	24,9

\* Calcolata sulla stima della spesa sanitaria totale secondo il SHA.

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

Figura 8.3 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, delle famiglie e del PIL in Italia (2006-2016)**



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

saldamente agganciate alle dinamiche del reddito (Figura 8.3). A partire dal 2009, la spesa sanitaria pubblica rimane, infatti, intorno al 7% del PIL e la spesa sanitaria privata intorno al 2%. Il marcato aumento della spesa sanitaria delle famiglie tra il 2014 e il 2016 non si traduce, quindi, in aumento del peso rispetto al reddito e, in una prospettiva congiunturale, può essere quasi interamente attribuito a una ripresa, seppure debole, della dinamica del PIL.

Bisogna comunque notare come, nell'arco del decennio, sembra esservi una lieve, ma a questo punto osservabile, crescita della componente privata della spesa in relazione alle principali grandezze di riferimento. Infatti, nel periodo considerato la quota della spesa sanitaria delle famiglie su quella totale passa dal 22,6 al 23,3%, il suo peso nel paniere di spesa delle famiglie dal 3,1 al 3,4%, il suo contributo all'economia complessiva dall'1,9 al 2,1%. Analogo andamento mostra la spesa sanitaria privata stimata attraverso il sistema delle statistiche europee dei conti della sanità che include anche la componente sostenuta dai regimi di finanziamento volontari. Nel periodo 2012-2016 reso disponibile da ISTAT (ISTAT, 2017), la spesa sanitaria privata mostra una crescita media annua del 2%, con una diminuzione dello 0,3% nel 2013 e aumenti del 3,5% e del 4,5% nel 2014 e nel 2015 (Tabella 8.2). Nell'ultimo anno considerato (2016) la sua incidenza sul totale della spesa sanitaria è stata del 24,9%, in leggera diminuzione rispetto al 2015 (25,1%) ma comunque in aumento rispetto al 2013 (23,9%).

Le tre variabili considerate (PIL, spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria delle famiglie) mostrano negli ultimi dieci anni una marcata correlazione sintetizzata dalla sostanziale stabilità degli indici di spesa rispetto al PIL. Tale stabilità può essere ricondotta a due diversi meccanismi. Da una parte, l'intensità dei vincoli di finanza pubblica e la loro progressiva efficacia, in risposta alla crisi, sembrano avere stabilmente agganciato la dinamica della spesa sanitaria pubblica ai tassi di crescita (decrescita) del PIL. Dall'altra, le dinamiche del reddito sembrano essersi proporzionalmente riflesse sui consumi sanitari privati (elasticità intorno all'unità o lievemente superiore).

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

Tuttavia, l'osservazione degli andamenti delle variabili non fornisce evidenze in tal senso. Ciò che rende particolarmente difficile comprendere come spesa pubblica (offerta e consumo) e spesa privata (consumo) possano interagire è la presenza di un effetto di reddito. Così al ridimensionamento dell'offerta pubblica, conseguente alla crisi economica, pur in presenza di una maggiore domanda potenziale di consumo sanitario privato, potrebbe non corrispondere un aumento del consumo effettivo, in quanto i vincoli di bilancio sulle famiglie «mordono» con maggiore intensità (dominanza dell'effetto reddito). La stessa ipotesi di residualità potrebbe essere messa in discussione ed essere assunta l'ipotesi di una correlazione positiva tra qualità e quantità di consumi pubblici, da una parte, e consumi privati, dall'altra, nel senso che «maggiori quantità» di servizi sanitari pubblici potrebbero indurre negli individui e nelle famiglie una maggiore propensione a investire nella propria salute. Il tema verrà comunque meglio approfondito in seguito (§ 8.5.1) attraverso un'analisi sui dati regionali.

Nell'analisi delle relazioni tra spesa pubblica e privata il dibattito si concentra spesso sulle relazioni tra queste e il PIL, tralasciando il confronto tra il peso che queste assumono nei «panieri di spesa» della pubblica amministrazione e delle famiglie. Adottando questa prospettiva, i dati rivelano come la sanità sia una componente particolarmente stabile rispetto ad altre voci di spesa, in entrambi i casi. Per quanto riguarda la spesa pubblica corrente, si registra una sostanziale invarianza intorno ai valori del 14% tra il 2012 e il 2015 (ultimo anno disponibile, vedi Tabella 8.2). Sempre considerando i dati dei nuovi conti nazionali, anche

la spesa sanitaria delle famiglie (residenti e non) sul territorio economico, in percentuale del paniere complessivo, rimane sostanzialmente stabile tra il 2012 e il 2016, contrariamente ad altri elementi del paniere che manifestano un progressivo cambiamento di peso nel portafoglio familiare (Tabella 8.3). I valori si stabilizzano dopo il 2013 e, in alcuni casi, mostrano un'inversione di tendenza: da una parte, continua a diminuire il peso delle spese per mobili e manutenzione della casa (dal 7% del 2007 al 6,2% del 2016) e, dall'altra, diminuisce il peso relativo della spesa per abitazione e utenze dopo un aumento di ben quattro punti percentuali tra il 2007 e il 2013 (da 20,8% al 24,4%).

In un quadro di ridefinizione dei pesi di alcune componenti del paniere familiare, si qualifica meglio un giudizio di sostanziale stabilità della quota della spesa sanitaria, la quale, seppur condizionata dalle dinamiche del reddito, non risulta molto «comprimibile» o «estensibile» rispetto ad altri *item* di spesa. Una valutazione di merito sul peso che la spesa sanitaria delle famiglie assume nel bilancio familiare deve, evidentemente, tener conto di altre variabili, sebbene il rapporto con altre voci, segnatamente la voce di spesa per «bevande alcoliche, tabacco, narcotici», che raggiunge livelli di spesa addirittura superiori a quello della spesa sanitaria, andrebbe attentamente considerato in qualunque discussione circa la sostenibilità di quest'ultima.

L'Indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie recentemente rivisitata fornisce ulteriori elementi a supporto della tenuta della componente sanitaria nel paniere familiare pur mostrando, evidentemente, diversi ordini di grandezza

Tabella 8.3 **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
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
Bevande alcoliche, tabacco, narcotici	4,3	4,1	4,1	4,0	4,0	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1
Vestitario e calzature	6,7	6,7	6,5	6,6	6,6	6,3	6,2	6,3	6,3	6,2
Abitazione e utenze (*)	20,8	21,5	22,6	22,6	22,6	23,7	24,4	23,9	23,8	23,7
Mobili e manutenzione casa (**)	7,0	6,8	6,7	6,9	6,8	6,4	6,3	6,3	6,2	6,2
Sanità	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,5	3,4
Trasporti	13,0	12,8	12,3	12,2	12,3	12,2	11,9	12,0	12,0	12,3
Comunicazioni	2,9	2,7	2,8	2,8	2,7	2,7	2,5	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	6,7
Istruzione	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0
Alberghi e ristoranti	9,1	9,1	9,4	9,4	9,4	9,6	9,7	9,8	9,9	10,1
Beni e servizi vari	10,7	10,8	9,6	9,7	10,0	9,6	9,7	10,0	9,9	9,6
Totale consumi delle famiglie	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: ISTAT (Nuovi Conti Nazionali, Edizione Marzo 2017)

Tabella 8.4 **Spesa per consumi delle famiglie residenti (composizione percentuale)**

	2013 *	2014	2015	2016
SPESA MEDIA MENSILE FAMILIARE (=100)	2471,1	2488,5	2499,4	2524,4
Prodotti alimentari e bevande analcoliche	17,8	17,5	17,7	17,7
Bevande alcoliche e tabacchi	1,7	1,7	1,8	1,8
Abbigliamento e calzature	4,4	4,6	4,6	4,7
Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili	37,2	36,7	36,1	35,8
Mobili, articoli e servizi per la casa	3,8	4,1	4,2	4,2
Servizi sanitari e spese per la salute	3,9	4,4	4,5	4,5
Trasporti	10,5	10,3	10,6	10,7
Comunicazioni	2,8	2,6	2,5	2,5
Ricreazione, spettacoli e cultura	4,9	4,9	5,1	5,2
Istruzione	0,5	0,6	0,6	0,6
Servizi ricettivi e di ristorazione	4,8	4,4	4,9	5,1
Altri beni e servizi	7,7	8,1	7,5	7,3

\*anno di partenza della nuova indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie.

Fonte: ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2017)

(Tabella 8.4). Prendendo a riferimento il periodo successivo al 2013 (anno di partenza della nuova indagine) il peso della sanità nel paniere delle famiglie italiane residenti rimane infatti stabile intorno al 4,5%. Nello stesso periodo, dinamiche differenziate caratterizzano i diversi beni e servizi considerati in una fase di ripresa dell'economia. Aumentano le spese per servizi ricettivi e di ristorazione e anche le spese per beni e servizi ricreativi, spettacoli e cultura, fino a raggiungere un peso percentuale rispettivamente del 5,1 e del 5,2%. Sulla spesa per beni e servizi non alimentari a pesare è soprattutto la voce abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili che passa dal 37,2% del 2013 al 35,8% del 2015.

Con una dinamica inflazionistica prossima allo zero (0,2% e 0,1% le variazioni dell'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale rispettivamente nel 2014 e nel 2015) questo quadro dovrebbe confermarsi anche in termini reali. Bisogna, comunque, notare come ogni confronto tra dinamiche della spesa sanitaria e quelle relative ad altre componenti del paniere familiare riflettano inevitabilmente le dinamiche di prezzo relative. I consumi reali di servizi sanitari, soprattutto per alcune tipologie, potrebbero infatti essere aumentati più di quanto i dati di spesa non lascino trasparire, se i prezzi relativi fossero diminuiti nel frattempo. Qualche segnale in tal senso sembra emergere. Si tratta, comunque, di una prospettiva di analisi complessa qui non approfondita.

### 8.3.2 La spesa per *copayment* delle famiglie

Nell'analizzare la relazione tra consumi privati e sistema pubblico non si può non tenere conto delle dinamiche che si manifestano sul lato della compartecipazione alla spesa. Nato con il doppio scopo di migliorare il governo della domanda e, allo stesso tempo, garantire una fonte alternativa di finanziamento, il *ticket* viene introdotto per la prima volta in Italia nel 1978 nell'ambito della spesa farmaceutica, ma rimane lontano dai «riflettori» fino a tempi relativamente recenti. L'introduzione nel 2011 del cosiddetto «*super-ticket*» per la specialistica ambulatoriale e la recente crisi economica, pongono, infatti, una serie di questioni sulla sua efficacia e sul suo impatto in termini di equità (Fenech e Panfili, 2013). Negli ultimi dieci anni disponibili, la spesa per *copayment* delle famiglie – prevista sulle prestazioni specialistiche (visite, analisi, accertamenti diagnostici), sul pronto soccorso (se non si tratta di emergenze) e sull'acquisto di farmaci – è aumentata fino al 2012, registrando un incremento di circa 500 milioni di euro (Tabella 8.5), per poi stabilizzarsi negli ultimi tre anni disponibili.

Il dato mostra un andamento oscillatorio in particolare quando lo si guarda in percentuale della spesa sanitaria totale delle famiglie: la spesa per *copayment* passa dal livello minimo del 5,1% nel 2006 al livello massimo del 9,2% del 2012, per poi assestarsi all'8,2% nel 2016. Se l'incremento iniziale è imputabile alla vistosa crescita della spesa per compartecipazione farmaci sul totale della spesa delle famiglie per beni sanitari (dal 3,3 all'11,5%), la diminuzione degli ultimi anni sembra riconducibile alla riduzione del peso del *ticket* sulla spesa delle famiglie per servizi ambulatoriali (dal 9,3 del 2014 all'8,3% del 2015). Quest'ultimo trend segnala come i mercati stiano progressivamente reagendo alle politiche del *super-ticket* sia sul lato della domanda che dal lato dell'offerta privata

Tabella 8.5 **La spesa per compartecipazioni in Italia (beni e servizi)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Spesa totale per compartecipazioni</b>											
Miliardi di euro	1,5	1,7	1,8	2,0	2,2	2,7	3,0	2,9	3,0	2,9	2,9
In % della spesa sanitaria delle famiglie	5,1	5,7	5,8	6,5	7,1	8,1	9,2	9,2	8,6	8,3	8,2
<b>Ticket servizi sanitari (Specialistica ambulatoriale, PS, altre prestazioni)</b>											
Miliardi di euro	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4
In % della spesa delle famiglie per servizi ambulatoriali	8,3	8,9	7,7	8,6	8,6	9,3	9,3	9,7	9,2	8,3	n.a.
<b>Compartecipazione farmaci (quota compartecipazione sul prezzo di riferimento e ticket fisso per ricetta)</b>											
Miliardi di euro	0,4	0,5	0,6	0,9	1,0	1,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
In % della spesa sanitaria delle famiglie per beni	3,3	4,0	4,6	7,2	8,0	9,9	11,7	11,5	11,6	11,5	n.a.

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

che, sulla spinta di alcuni operatori, tiene esplicitamente conto dei livelli dei *ticket* nella formulazione del *pricing* (Del Vecchio e Rappini, 2011).

Una riflessione a parte meritano, invece, i farmaci, ambito in cui la compartecipazione alla spesa è composta da due elementi: da una parte, il pagamento della differenza di prezzo tra il farmaco generico a prezzo più basso e i farmaci con prezzo più alto (farmaci *branded* e generici più costosi), qualora l'utente decida di optare per il secondo, e, dall'altra il *ticket* in senso stretto (*ticket* in quota fissa regionale). Come si vedrà nel par. 8.4.2, la maggior parte della compartecipazione alla spesa farmaceutica pubblica è data dalla prima componente, segnalando una propensione per l'acquisto dei *branded* rispetto ai generici.

### 8.3.3 Il contributo dello Stato alla spesa sanitaria delle famiglie

Nell'analisi della spesa sanitaria privata andrebbe anche considerato il contributo pubblico a sostegno della spesa della popolazione residente. Il testo unico sui redditi delle persone fisiche prevede, infatti, una detrazione del 19% per le spese sanitarie. Come illustrato in Tabella 8.6, nel 2015 la detrazione ha comportato mancati introiti IRPEF per poco meno di 3,2 miliardi (1,4 ove si guardi ai soli pensionati), circa 800 milioni in più del 2009 (con un aumento del 32%) (Corte dei Conti, 2017). Va qui considerato che gli importi sono al netto della franchigia prevista per questo tipo di spesa (129 euro per contribuente) e che, i più rigidi criteri di premialità del fisco, portano a escludere alcune voci di spesa sanitaria. Si tratta, per esempio, delle attività legate a cure preventive o riabilitative non collegate a una specifica prescrizione medica. Bisogna sottolineare come le detrazioni non coprano l'intero perimetro della spesa sanitaria privata potenzialmente interessata. Infatti, una quota non facilmente determinabile della spesa è a carico di soggetti «incapienti» (non soggetti, quindi, a un onere di imposta che possa essere ridotto). Inoltre, rimane l'area (anche questa difficilmente quantificabile) per la quale l'incentivo del beneficio fiscale non è stato in grado di contrastare l'interesse a non dichiarare le spese per servizi sanitari. Nonostante questi limiti, i dati provenienti dalla dichiarazione dei redditi, oltre a indicare l'ammontare del beneficio fiscale sulla spesa sanitaria delle famiglie, confermano le indicazioni relative alle tendenze in atto e forniscono ulteriori elementi a supporto delle analisi territoriali e socio demografiche (§ 8.5.1). La spesa (e la conseguente detrazione) è per circa il 59% destinata a residenti delle Regioni del Nord, a cui è riconducibile il 55% del reddito complessivo. Sono poi i contribuenti tra i 15.000 e i 40.000 euro che presentano, nel periodo 2009-2015, i tassi di crescita delle spese più marcati. A questa stessa classe di reddito è riferibile oltre il 62% della spesa a fronte di una quota di reddito di poco superiore al 54%. I contribuenti con più di 50.000 euro di reddito denunciano spese per il 14,6% del totale e redditi per il 23%.

Tabella 8.6 Il contributo della fiscalità alla spesa sanitaria delle famiglie (anno 2015 e differenze con il 2009)

	Spesa sanitaria (base per detrazione)		Distribuzione geografica contribuenti (%)	Quota contribuenti con spese mediche (%)	Distribuzione geografica redditi dichiarati (%) 2015	Distribuzione geografica spesa sanitaria (%)	Reddito complessivo medio	2015/2009 Δ (%)	Importi medi spesa sanitaria (per soggetti che presentano la spesa)		Santità/reddito (%) 2015	Santità/reddito (%) 2009	Santità media/ reddito medio (%) 2015	Detrazione in milioni di euro 2015
	2015	2009							2015	Δ (%)				
Piemonte	1.402.859	1.060.662	7,8	44,4	8,4	8,4	21.989	10,3	997	9,0	2,0	1,6	4,5	266,5
Valle d'Aosta	42.529	32.359	0,2	45,8	0,3	0,3	21.833	6,3	954	9,0	2,0	1,6	4,4	8,1
Lombardia	3.809.767	2.892.277	17,4	47,3	20,6	22,8	24.235	8,8	1.136	7,5	2,2	1,8	4,7	723,9
Liguria	559.835	431.240	2,9	46,2	3,1	3,4	21.856	8,2	1.031	10,0	2,2	1,7	4,7	106,4
PA Trento	178.337	135.370	1,0	46,8	1,0	1,1	20.847	6,0	920	7,2	2,1	1,7	4,4	33,9
PA Bolzano	175.992	124.475	1,0	40,7	1,1	1,1	22.587	10,5	1.026	8,5	1,9	1,5	4,5	33,4
Veneto	1.635.835	1.178.897	8,7	48,8	9,1	9,8	21.418	10,2	949	12,9	2,2	1,7	4,4	310,8
Friuli Ven. Giulia	408.603	311.627	2,3	47,6	2,4	2,4	21.390	9,5	933	9,0	2,1	1,7	4,4	77,6
Emilia Romagna	1.602.093	1.242.045	8,1	48,5	9,0	9,6	22.470	10,3	993	10,6	2,2	1,8	4,4	304,4
Nord	9.815.850	7.408.952	49,4	47,1	54,9	58,8	22.712	9,5	1.035	9,4	2,2	1,8	4,6	186,5
Toscana	1.104.453	822.473	6,6	43,8	6,8	6,6	20.987	8,5	932	10,8	1,9	1,6	4,4	209,8
Umbria	224.265	162.240	1,5	42,4	1,4	1,3	19.260	6,7	846	10,3	1,9	1,4	4,4	42,6
Marche	430.508	321.087	2,7	46,6	2,5	2,6	19.085	9,0	830	11,9	2,0	1,6	4,4	81,8
Lazio	1.857.610	1.508.625	9,5	43,4	10,3	11,1	22.338	5,2	1.109	2,6	2,2	1,9	5,0	352,9
Centro	3.616.836	2.814.425	20,4	43,9	21,2	21,7	21.230	6,9	992	6,4	2,1	1,7	4,7	687,2
Abruzzo	276.439	188.942	2,2	38,7	1,9	1,7	17.371	9,6	789	9,9	1,8	1,3	4,5	52,5
Molise	51.808	38.049	0,5	34,7	0,4	0,3	15.642	7,5	704	6,4	1,6	1,2	4,5	9,8
Campania	805.123	600.762	7,7	31,9	6,3	4,8	16.684	5,4	801	-5,8	1,5	1,2	4,8	153
Puglia	732.584	525.217	6,3	38,8	4,8	4,4	15.821	6,2	740	7,8	1,8	1,4	4,7	139,2
Basilicata	87.104	63.492	0,9	33,2	0,7	0,5	15.733	8,8	688	3,5	1,5	1,1	4,4	16,5
Calabria	272.976	210.115	2,9	31,1	2,1	1,6	14.571	6,2	742	0,3	1,6	1,2	5,1	51,9
Sicilia	760.652	614.042	7,1	35,3	5,5	4,6	15.858	4,1	746	5,1	1,7	1,4	4,7	144,5
Sardegna	285.877	213.154	2,6	33,5	2,2	1,7	17.361	6,0	812	7,6	1,6	1,2	4,7	54,3
Sud	3.272.563	2.454.773	30,2	34,8	23,9	19,6	16.170	5,9	764	3,3	1,6	1,3	4,7	621,8
Non indicata	0	0	0,0	0,0	0,0	0	3.390	7,7					0,0	0,0
TOTALE	16.705.249	12.678.153	100,0	42,7	100,0	100	20.431	8,3	959	7,2	2,0	1,6	4,7	3174

Fonte: Corte dei Conti (2017) su dati MEF.



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

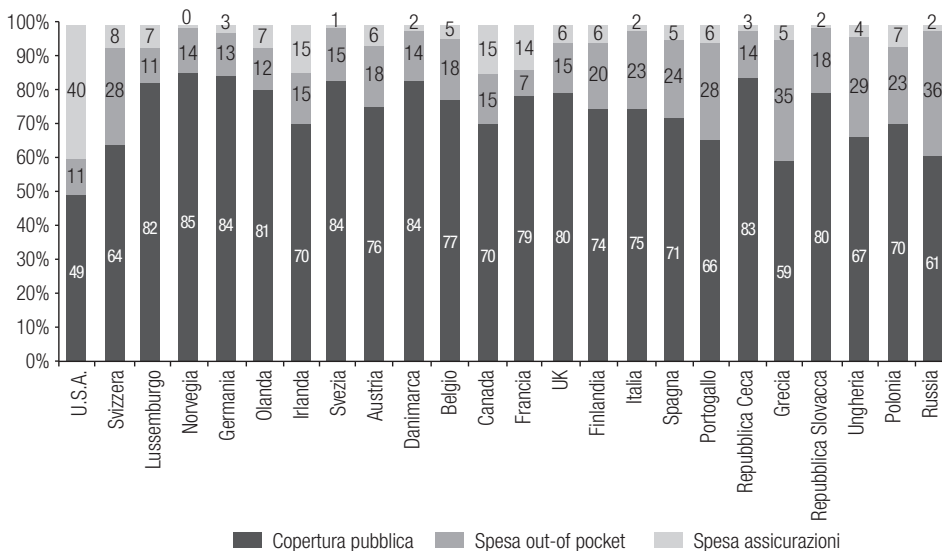
Il dato analitico della spesa sanitaria privata è sempre più presente nei principali rapporti e pubblicazioni del settore, ma le classificazioni differiscono e le stime non sempre consentono interpretazioni univoche. La scomposizione della spesa sanitaria nelle sue diverse voci componenti, seppur da «maneggiare con cautela», può però fornire spunti interessanti e pertanto il paragrafo si propone di illustrare il quadro di dettaglio della spesa in modo organico e sistemico attraverso tre chiavi di lettura: le fonti di finanziamento della spesa privata, le funzioni di spesa (oggetti di acquisto), le direzioni dei flussi monetari (verso sistemi pubblici e/o privati).

### 8.4.1 I CPS per canale di finanziamento

Riprendendo la classificazione del SHA sui regimi di finanziamento dell'assistenza sanitaria (ICHA-HF), la spesa sanitaria privata si distingue, innanzitutto, tra spesa sanitaria *out of pocket*, cioè interamente o parzialmente (per esempio, *ticket*, o quota rimborsata dalle assicurazioni) a carico delle famiglie e spesa sanitaria intermediata da assicurazioni.

Nell'ottica di un confronto internazionale (Figura 8.4), il dato sul peso della spesa sanitaria privata in percentuale del totale (circa 25%) è vicino ai Paesi di

Figura 8.4 Spesa sanitaria totale per fonte di finanziamento, 2015 (o anno più vicino)



Fonte: OECD Health Statistics 2015.

stampo «universalistico» come Francia (21%), Regno Unito (20%) e Germania (16%). Il nostro Paese presenta, tuttavia, una peculiarità rispetto a questi Paesi: la maggior parte della spesa sanitaria privata è di tipo *out of pocket*, cioè non intermediata da assicurazioni sanitarie. Secondo i dati in figura, la spesa sanitaria *out of pocket* rappresenta in Italia circa il 23% della spesa sanitaria totale, in Francia il 7%, in Germania il 13% e in Gran Bretagna il 15%.

Dunque, secondo i dati OECD, recentemente revisionati da ISTAT (Tabella 8.7), solo il 2% della spesa sanitaria totale è intermediato in Italia, dato che però sembra destinato ad aumentare. Rimane, infatti, ancora esclusa dalla stima per l'Italia la spesa sanitaria finanziata attraverso i fondi sanitari integrativi per la quale ISTAT prospetta «un utilizzo integrato delle informazioni di tipo amministrativo su cui ci sono ancora difficoltà» (ISTAT, 2017).

Una stima accurata dell'entità della spesa privata intermediata non è comunemente agevole (Cavazza e De Pietro, 2011). Le difficoltà nascono, in parte, dalla circostanza che nella stima dei consumi sanitari delle famiglie è incorporata una quota difficilmente quantificabile di spesa successivamente rimborsata da assicurazioni e fondi. Si tratta di una spesa che avviene al di fuori degli accordi di convenzionamento diretto fondi-erogatori e che quindi viene rimborsata *ex post* su presentazione della fattura. Rimane poi il problema della stima della parte intermediata in modo diretto, calcolabile solo da fonti amministrative delle compagnie e non sul lato della domanda. Inoltre, la stima della componente intermediata può avvenire, alternativamente, sul versante dei premi incassati o su quello dei rimborsi erogati a famiglie o erogatori. Nel rimandare a precedenti Rapporti OCPS per un approfondimento specifico (De Pietro, 2015; Cavazza, De Pietro, Del Vecchio, Rappini, 2016), qui si rileva che il dato che appare più attendibile – e che comprende tutte le diverse forme di copertura integrativa (Fondi Assicurati e Casse Aziendali, Fondi in Autogestione, Casse Professionali, Assicurazioni Individuali, Mutue) – è quello fornito dai principali operatori del settore che colloca, per il 2015, l'insieme dei rimborsi intorno ai

Tabella 8.7 **Spesa sanitaria privata per regimi di finanziamento 2012-2016**  
(miliardi di euro)

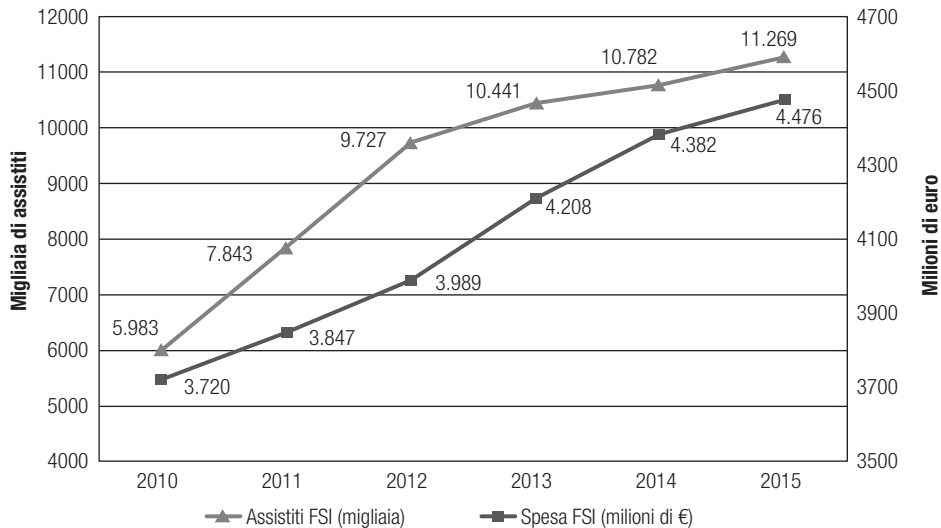
La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa diretta delle famiglie	31,3	31,3	32,3	33,8	33,9
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	3,2	3,1	3,2	3,4	3,4
• Assicurazioni sanitarie volontarie(*)	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2
• Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6
• Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
<b>Totale</b>	<b>34,5</b>	<b>34,4</b>	<b>35,5</b>	<b>37,2</b>	<b>37,3</b>

\* 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).

4,5<sup>3</sup> miliardi di euro, con una popolazione coperta di più di circa 11 milioni di persone. Entrambe le variabili registrano una netta crescita negli ultimi cinque anni disponibili (Figura 8.5).

Figura 8.5 **Spesa sanitaria intermediata e numero di assistiti di Fondi Sanitari Integrativi (FSI), Società di Mutuo Soccorso, Casse Mutue e Assicurazioni, 2010-2015**



Fonte: RBM Assicurazione Salute (2016)

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 (precedente Tabella 8.7). Il dato riferito alla spesa sostenuta dalle imprese per la promozione 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).

#### 8.4.2 I CPS per funzione di spesa

I 33,9 miliardi di euro di spesa diretta delle famiglie residenti per il 2016, di fonte ISTAT-SHA, sono costituiti per circa 5,1 miliardi da spesa per servizi ospe-

<sup>3</sup> La stima OECD in figura 7.4 riconduce a delle stime inferiori in quanto riprende le stime ISTAT su dati ANIA sui premi contabilizzati rispetto alle polizze malattia che ammontano a poco più di 2 miliardi di euro.

Tabella 8.8 **La composizione della spesa sanitaria delle famiglie residenti nel periodo 2012-2016 (dati in miliardi di euro)**

Servizi sanitari e spese per la salute (COICOP)	2012	2013	2014	2015	2016	Tasso di crescita 2012-2016 (%)
Servizi ospedalieri *	4,9	5,0	5,0	5,1	5,1	4,1
Servizi Ambulatoriali **	13,8	13,6	14,6	15,7	15,6	13,0
Medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali ***	12,6	12,7	12,7	13,0	13,2	4,8
Totale	31,3	31,3	32,3	33,8	33,9	8,3

\* Nei servizi ospedalieri sono inclusi (oltre i ricoveri in cliniche e ospedali) anche i trattamenti in day-care, home-care e i ricoveri in residenze assistenziali a lungo termine con una prevalente funzione sanitaria.

\*\* Nei servizi ambulatoriali sono ricomprese (oltre alle visite mediche) anche le cure dentali e i servizi paramedici quali, in particolare, gli esami diagnostici, i trattamenti riabilitativi e di medicina non convenzionale (es. chiropratici).

\*\*\* Secondo la classificazione COICOP nei medicinali (oltre ai farmaci in senso stretto) sono da ricomprendere anche i prodotti omeopatici, le vitamine e altri integratori che sono esclusi dalla stima ISTAT-SHA.

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-SHA (2017)

dalieri, 15,6 miliardi da spesa per servizi ambulatoriali e 13,2 miliardi da spesa per medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali (Tabella 8.8). Questa riclassificazione delle funzioni di spesa in tre componenti si basa sul noto sistema internazionale «COICOP a tre cifre»<sup>4</sup> ed è utile per un primo macro-inquadramento della spesa sanitaria privata. Dall'osservazione degli ultimi cinque anni resi disponibili da ISTAT spicca un tasso di crescita del 13% per i servizi ambulatoriali e un tasso di crescita di circa il 5% per i beni e del 4% per i servizi ospedalieri (Tabella 8.8).

Al fine di poter disporre di analisi più approfondite, in questi anni OCPS ha avviato un lavoro di confronto tra i dati ufficiali e le stime ricavabili da fonti diverse in modo da scorporare e valutare il peso di alcuni aggregati «chiave» come la spesa per ricoveri in cliniche e ospedali, quella per dentisti e quella per prodotti farmaceutici.

Le recenti stime prodotte da ISTAT-SHA, in particolare, consentono di distinguere la spesa per ricoveri in cliniche e ospedali per acuti (in regime ordinario) da quelli per assistenza a lungo termine (Tabella 8.9). Pertanto, per quanto riguarda i ricoveri per acuti, è stata conseguentemente rivalutata la stima OCPS rilasciata in precedenti rapporti basata sui dati delle sole schede di dimissione ospedaliera del Ministero della Salute, pari a 440 milioni di euro (Rapporto SDO 2015). Tale dato considera la remunerazione teorica relativa ai ricoveri a pagamento ed è riferibile al sotto-insieme dei ricoveri effettuati in istituti pubblici e privati accreditati; sono pertanto esclusi i ricoveri per riabili-

<sup>4</sup> La classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*) è uno standard internazionale messo a punto dalla Divisione Statistica delle Nazioni Unite che viene usato, tra l'altro, per l'elaborazione degli indici dei prezzi al consumo.

Tabella 8.9 **La spesa diretta delle famiglie per assistenza sanitaria ospedaliera e domiciliare a lungo termine nel periodo 2012-2016 (dati in miliardi di euro).**

Funzione di assistenza sanitaria (ICHA-HF)	2012	2013	2014	2015	2016
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Assistenza ospedaliera in regime di <i>day hospital</i> per cura e riabilitazione	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine	2,8	2,9	3,0	3,0	3,0
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna a lungo termine	0	0	0	0	0
Assistenza (sanitaria) domiciliare a lungo termine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: ISTAT-SHA (2017)

tazione e lungodegenza e quelli effettuati presso gli istituti privati autorizzati. Incrociando i dati amministrativi e campionari di varie fonti, la stima di ISTAT-SHA sembra avere pertanto maggiore consistenza. Il dato di circa 3 miliardi per assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine può essere ampliato ulteriormente considerando la più recente stima dell'indagine sulla Spesa Famiglie ISTAT che indica una spesa per assistenza anziani e/o disabili presso strutture, non classificabile come «sanitaria» ma ad essa strettamente correlata, pari a circa 500 milioni. Sempre la stessa indagine consente anche di stimare altre spese non classificate come sanitarie per LTC quali personale convivente e a domicilio per assistenza anziani e/o disabili (oltre 1,7 miliardi).

Rimanendo in tema di servizi e passando a un ambito storicamente associato alla spesa sanitaria privata, gli Studi di settore dell'Agenzia delle Entrate rappresentano una fonte utile per comprendere la dimensione economica associata alle cure odontoiatriche. Tale fonte produce una stima dei «ricavi e compensi dichiarati dei servizi degli studi odontoiatrici» e dei «ricavi e compensi dichiarati per la fabbricazione e riparazione di protesi dentarie» (servizi degli studi odontotecnici), ottenuta moltiplicando i «ricavi o compensi medi dichiarati» per il «numero di contribuenti» (persone fisiche, società di persone, società di capitali). Il dato per il 2015 (ultimo dato disponibile) è di circa 8 miliardi di euro per i servizi degli studi odontoiatrici. Tali stime non comprenderebbero una quota strutturale di evasione che in Italia si può ipotizzare essere intorno al 18% per i servizi professionali<sup>5</sup> (ISTAT, 2015). Il dato complessivo di spesa per servizi odontoiatrici per il 2015 potrebbe pertanto attestarsi sui 9,3 miliardi di euro. Il dato include la stima di circa 1,1 miliardi di euro di ricavi per la fabbricazione di protesi, sempre dell'Agenzia delle Entrate, che si ipotizza essere in-

<sup>5</sup> Sulla base della revisione dei Conti Nazionali, ISTAT ha rilasciato il 4 Dicembre 2015 le nuove stime per l'economia non osservata, relativamente al 2013. Per quanto riguarda la stima della quota di evasione per la categoria dei dentisti, il dato si riferisce alla stima sulla quota di «sottodichiarazione» del fatturato relativa ai liberi professionisti.

corporata nella fattura finale degli studi odontoiatrici. Anche l'Indagine ISTAT sulla Spesa delle Famiglie fornisce per il 2015 un dato analogo (8,7 miliardi) per cui si rileva, rispetto alle stime delle edizioni precedenti alla revisione, una rivalutazione consistente (di oltre il 50%).

Per quanto riguarda i beni e, in particolare, la voce «medicinali» vi sono alcuni importanti scarti tra le principali rilevazioni di settore, in parte spiegati dalla differenza tra il concetto di «farmaco» utilizzato da Contabilità Nazionale e quello di «medicinale» utilizzato nell'Indagine ISTAT sulla Spesa delle Famiglie (e ripreso dalla Corte dei Conti). LAIFA (Rapporto OSMED) stima che la spesa per farmaci erogati tramite le farmacie aperte al pubblico da parte delle famiglie ammonti a circa 8,4 miliardi di euro (Tabella 8.10), dato in linea anche con altre fonti istituzionali (OSFAR-CERGAS SDA Bocconi). Come prevedibile, la maggior parte della spesa si concentra su farmaci di automedicazione e su farmaci con obbligo di prescrizione non rimborsabili (fascia C). Sommando alle stime sui farmaci, i circa 5 miliardi di euro di altre voci associabili ai medicinali generalmente intesi (prodotti omeopatici, ad uso erboristico, nutrizionali, integratori, presidi medico chirurgici ecc.) il dato arriva ai circa 13,6 miliardi di euro stimati da ISTAT attraverso l'Indagine sulla spesa delle famiglie per «medicinali». È una conferma di come, nel percepito del consumatore, i «farmaci» non esauriscano il variegato ed esteso universo di bisogni di salute che trovano invece risposta nel più ampio insieme dei «medicinali». Sempre nell'ottica del consumatore, è da rilevare l'importanza del dato sull'esborso degli utenti per la differenza tra prezzo del farmaco *branded* e prezzo di riferimento (prezzo più basso in lista di trasparenza). Il dato rileva il permanere di un forte legame di fiducia con il *brand* (circa 1 miliardo di euro), contrariamente a quanto ci si sarebbe potuti aspettare.

Tabella 8.10 **La spesa per medicinali (2016 o dato più recente), dati in milioni di euro**

La spesa delle famiglie per medicinali	Valori (milioni di euro)	Fonti
<b>Spesa per farmaci</b> in senso stretto, di cui:	<b>8.380</b>	
• <i>Ticket</i> in quota fissa regionale	524	
• Differenza prezzo di riferimento	997	AIFA (Rapporto OSMED) e OSFAR Cergas
• Acquisto privato di farmaci in fascia A	1.487	Bocconi
• Farmaci in fascia C con ricetta	2.997	
• Automedicazione (SOP e OTC)	2.375	
<b>Spesa per altri medicinali (prodotti omeopatici, erboristici, integratori, pmc ecc.)</b>	<b>5.242</b>	Stime OCPS su ISTAT Indagine Spesa e Federfarma
<b>Spesa totale delle famiglie per medicinali</b>	<b>13.622</b>	

Fonte: AIFA (Rapporto OSMED), OSFAR-CERGAS SDA Bocconi, Federfarma e ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie)

Lo sforzo di integrazione delle diverse fonti ha quindi portato OCPS a produrre delle stime della spesa sanitaria delle famiglie che permettono un maggiore livello di dettaglio rispetto ai macro aggregati utilizzati dalle classificazioni internazionali in uso (ICHA e COICOP), sebbene si tratti ancora di aggregati provvisori (Tabella 8.11). In particolare, non è stato possibile «nettare» tale spesa dai rimborsi previsti nel caso di coperture indirette, né considerare analiticamente la spesa sostenuta attraverso altri regimi di finanziamento volontari in quanto i dati non paiono ancora sufficientemente consistenti.

Considerando quindi la sola spesa delle famiglie, e la relativa approssimazione della stima qui proposta, si possono comunque confermare alcune precedenti analisi OCPS sulla composizione della spesa sanitaria privata. In sintesi, per quanto riguarda i servizi ospedalieri, dei circa 5,1 miliardi stimati da ISTAT-SHA circa il 35% sono riconducibili ai servizi pagati privatamente negli ospedali pubblici e privati accreditati. La maggior parte dei flussi è, invece, allocata nei servizi socio-assistenziali offerti in case di cura e residenze per anziani. Per quanto riguarda la spesa per servizi ambulatoriali, oltre la metà (54%) è dedicata alle spese per dentisti e la restante parte alle spese per visite specialistiche, analisi di laboratorio, esami diagnostici e trattamenti di riabilitazione. Infine, i prodotti sanitari pesano per quasi il 50% della spesa sanitaria delle famiglie, di cui buona parte è allocata per farmaci in senso stretto, ma non è da sottovalutare la componente degli integratori, dei parafarmaci e dei prodotti utilizzati dai pazienti per il monitoraggio delle proprie patologie o per migliorare la funzionalità fisica. Tale componente non è inclusa nelle stime rilasciate da ISTAT attraverso il nuovo sistema SHA e spiega la maggior parte della differenza tra le stime proposte in Tabella 8.11.

### 8.4.3 I CPS: una visione d'insieme dei flussi economici nel settore

Mettendo a sistema i dati precedenti e includendo le stime per l'attività a pagamento (*intramoenia*) nel pubblico, proponiamo, come per i rapporti precedenti, una visione di insieme che distingue, da un lato, tra beni e servizi e, dall'altro, tra componente pubblica e componente privata dell'offerta. Tale distinzione consente di identificare un'area dei consumi privati destinata a sostenere direttamente la spesa pubblica (Figura 8.6), escludendo così le risorse private legate al «puro» mercato. In questa prospettiva, la spesa sanitaria delle famiglie che confluisce verso il sistema pubblico, tramite l'attività a pagamento o il co-finanziamento di beni e servizi sanitari, risulta pari a circa 3,9 miliardi, cioè a circa il 10% della spesa sanitaria complessiva delle famiglie.

Se poi si focalizza l'attenzione sulle aree dove ci sono maggiori sovrapposizioni tra sistemi pubblici e circuiti privati, quali i servizi ambulatoriali (visite mediche, esami diagnostici e altri servizi ausiliari) e i farmaci (Figura 8.7), il pubblico emerge come *key player* del mercato. Dei 7,5 miliardi di spesa per ser-

Tabella 8.11 La spesa sanitaria delle famiglie italiane per voci di spesa (2016 o anno più recente).

Voci di spesa secondo la COICOP a tre cifre		ISTAT-SHA riclassificata COICOP		STIME OCPS SDA Bocconi su varie fonti		Fonti	
Euro (min)	% del totale	Euro (min)	% del totale	Micro voci di spesa	Euro (min)	% del totale	
				Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	1.403		
				Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	460		
Servizi ospedalieri	15,1	5.100	15,1	Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine	3.050	5.153	13,1
				Assistenza (sanitaria) domiciliare	200		ISTAT (SHA) e Corte dei Conti
				PS ( <i>ticket</i> )	40		
				Servizi medici (visite specialistiche incluso <i>ticket</i> )	4.400		
				Servizi da dentista	8.700		Agenzia delle Entrate, Corte
Servizi Ambulatoriali	46,0	15.600	46,0	Servizi di laboratori di analisi ed esami radiografici (incluso <i>ticket</i> )	1.700	16.200	41,1
				Altri servizi paramedici (bagni termali, chinesiologia, ambulanza, noleggio di attrezzature terapeutiche, infermieri, psicologi, fisioterapisti, podologi, logopedisti, agopunturisti, ecc.)	1.400		(Indagine sulla Spesa e SHA)
				Farmaci in senso stretto (fascia A, C, OTC, con <i>ticket</i> )	8.400		
Medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali	38,9	13.200	38,9	Altri medicinali (prodotti omeopatici, erboristici, integratori, ecc.) *	5.200		Agenzia delle Entrate, Federfarma, AIFA, ISTAT (Indagine sulla Spesa)
				Altri prodotti medicali (cerotti, siringhe, termometri, Kit da pronto soccorso, bendaggi, fasce elastiche)	1.100	18.100	45,9
				Attrezzature e apparecchi terapeutici (occhiali e lenti a contatto correttivi, protesi uditive, riparazione e noleggio attrezzature)	3.400		
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>33.900</b>	<b>100</b>	<b>Spesa sanitaria totale delle famiglie</b>	<b>39.453</b>	<b>100</b>	

\*Questo elemento non viene considerato (o viene considerato solo in parte) nella stima ISTAT sulle spese sanitarie

Fonte: elaborazione OCPS su varie fonti



Figura 8.6 **La spesa sanitaria delle famiglie: un quadro d'insieme (2016 o anno più recente). Valori in miliardi di euro**

		Servizi	Beni	Spesa sanitaria totale delle famiglie
<b>PUBBLICO</b>	Copayment	1,4	0,5	<b>3,9</b>
	Intramoenia o differenza prezzo	1,0	1,0	
<b>PRIVATO</b>		18,9	16,6	<b>35,5</b>
<b>TOTALE</b>		<b>21,3</b>	<b>18,1</b>	<b>39,4</b>

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA Corte dei Conti, ISTAT (Nuovi Conti Nazionali), Ministero della Salute

Nota. La spesa sanitaria privata totale, beni e servizi, è stimata sulla base dei Nuovi Conti Nazionali di ISTAT (2016); la spesa per compartecipazione è stimata sulla base dei dati AIFA (AIFA, 2015) e Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2016); la spesa per *intramoenia* per la specialistica ambulatoriale è rilevata dal Ministero della Salute (Osservatorio Nazionale per la Libera Professione Intramuraria, 2015).

Figura 8.7 **La spesa sanitaria delle famiglie: sistema pubblico e mercato privato di servizi ambulatoriali e farmaci (2016 o anno più recente). Valori in miliardi di euro**

		Servizi ambulatoriali (esclusi dentisti)	Farmaci	Totale
<b>PUBBLICO</b>	Copayment	1,4	0,5	<b>3,9</b>
	Intramoenia o differenza prezzo	1,0	1,0	
<b>PRIVATO</b>		5,1	6,9	<b>12</b>
<b>TOTALE</b>		<b>7,5</b>	<b>8,4</b>	<b>15,9</b>

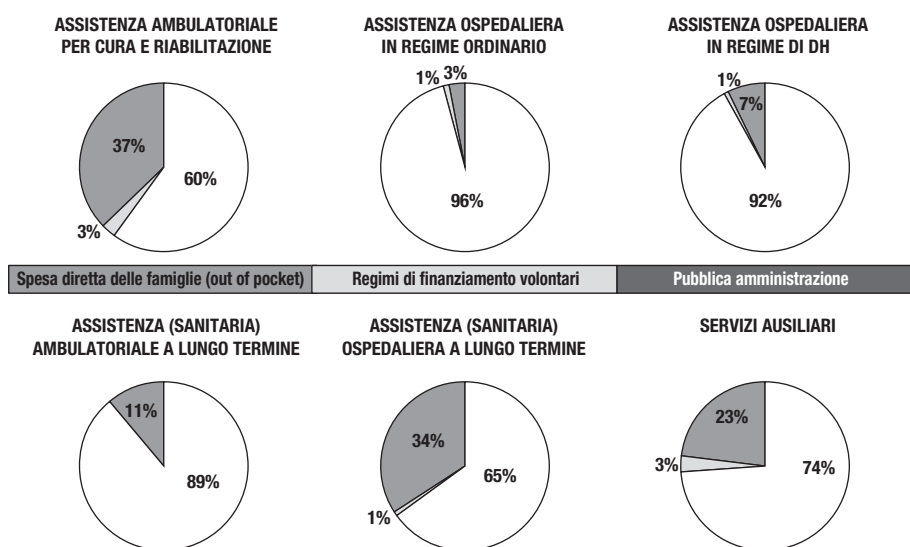
Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA Corte dei Conti, ISTAT (Nuovi Conti Nazionali), Ministero della Salute

Nota. La spesa sanitaria privata totale, beni e servizi, è stimata sulla base dei dati ISTAT-SHA (2017); la spesa per compartecipazione è stimata sulla base dei dati AIFA (AIFA, 2016) e Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2017); la spesa per *intramoenia* è rilevata dal Ministero della Salute.

vizi ambulatoriali in senso stretto (escluse le cure dentali), la spesa per *ticket* e *intramoenia* ammonta a circa il 35%. Per quanto riguarda i farmaci, degli 8,4 miliardi di spesa, il *ticket* (inteso come *ticket* fisso regionale per ricetta o per confezione) e la spesa per la differenza con il prezzo di riferimento ammontano a quasi il 20%.

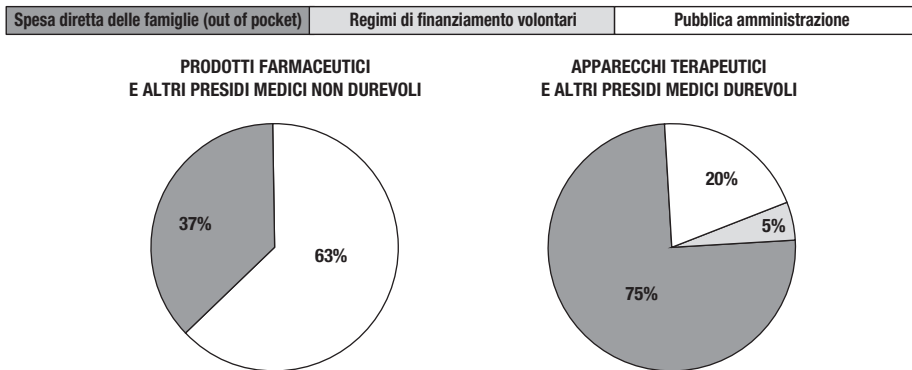
A una migliore comprensione delle caratteristiche di questa area di consumo, contribuiscono i dati di ISTAT-SHA, che rilevano per le diverse categorie di prodotti e servizi considerati nel paniere «sanità» gli schemi di finanziamento utilizzati (pubblica amministrazione, assicurazioni sanitarie volontarie, imprese e istituzioni senza scopo di lucro). Nel rimandare al già citato Rapporto OCPS 2015 per approfondimenti settoriali specifici, va qui segnalato che, a seconda della funzione di assistenza, cambia significativamente il mix di canali di finanziamento. In Figura 8.8 e in Figura 8.9 sono illustrate – per l'Italia – le stime relative a otto tipologie di funzioni selezionate tra quelle più significative per disponibilità di informazioni analitiche nell'ICHA-HC: (i) assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione; (ii) assistenza ambulatoriale a lungo termine; (iii) servizi ausiliari; (iv) assistenza ospedaliera in regime ordinario; (v) assistenza ospedaliera in regime di *day hospital*; (vi) assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine; (vii) prodotti farmaceutici e presidi medici non durevoli; (viii) apparecchi terapeutici e presidi medici durevoli.

Figura 8.8 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza e schema di finanziamento (2016), servizi**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-SHA (2017)

Figura 8.9 **Spesa sanitaria per funzione di assistenza e schema di finanziamento (2016), beni**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT-SHA (2017).

Nell'ambito dei servizi di cura e riabilitazione, l'assistenza ambulatoriale è la funzione in cui prevale il peso del finanziamento da parte delle famiglie (circa il 37%). All'estremo opposto vi sono, invece, i ricoveri ospedalieri per i quali la quota di spesa sanitaria privata risulta molto bassa (circa il 3,3% per i ricoveri ordinari e circa il 7,4% per i ricoveri in DH). Nell'assistenza a lungo termine, diversamente, il peso della spesa delle famiglie è maggiore per la funzione di assistenza ospedaliera (33,9%) rispetto a quella ambulatoriale (10,7%), mentre appare decisamente contenuta quella per assistenza sanitaria domiciliare (3,7%). Di rilievo anche la quota di finanziamento delle famiglie per servizi ausiliari (22,9%). Per i prodotti, la componente di spesa delle famiglie è quasi pari alla quota di finanziamento pubblico (42,4%) e raggiunge il 74,8% nel caso di apparecchi terapeutici e altri presidi medici durevoli. Si tratta dell'ambito di assistenza (quello degli apparecchi terapeutici e altri presidi medici durevoli) in cui i regimi di finanziamento volontari sembrano peraltro giocare, rispetto ad altre funzioni di assistenza, un certo ruolo (4,81%). Va qui, infine, segnalato come, nonostante la stima della componente intermedia della spesa sia ancora carente – non essendo stata ancora inclusa la spesa sostenuta dai fondi sanitari integrativi – sembra esservi una crescente attenzione dell'assicurazione salute al finanziamento della prevenzione rappresentata dal 10,5% di finanziamento della spesa per vaccinazioni (complessivamente pari a 5,4 miliardi nel 2016 secondo i dati ISTAT-SHA).

Tra il 2012 e 2016 (periodo reso disponibile da ISTAT-SHA) sono osservabili alcune dinamiche di rilievo (ISTAT, 2017). Innanzitutto, la spesa diretta delle famiglie per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione è aumentata in media annua del 3,7% con una crescita del 4,4% per la componente ambulatoriale. Su quest'ultima sembrano aver influito anche l'aumento dei livelli

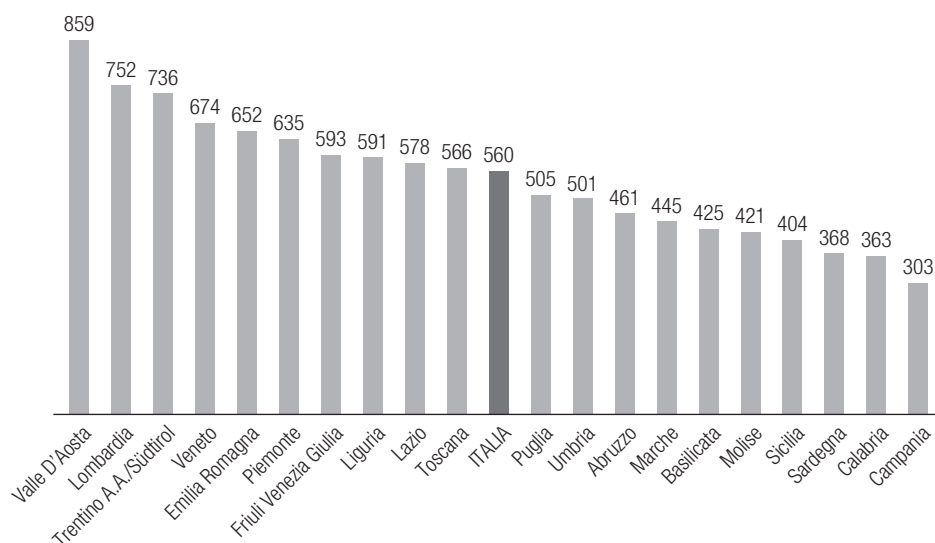
della compartecipazione (che avvicina le tariffe pagate nel pubblico a quelle del settore privato). Anche la spesa diretta delle famiglie per assistenza LTC ha registrato una crescita significativa (+2,1% in media annua), influenzata principalmente dagli aumenti della componente per assistenza ospedaliera (+1,8%) e di quella ambulatoriale (+4,5%). Infine, la crescita della spesa per prodotti (che ha registrato un aumento medio annuo del 2,7% nel periodo considerato) deriva, per la parte pubblica, dalla spesa per prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (+4,0%) e per quella privata dalla spesa per apparecchi e altri presidi medici (lenti correttive, lenti a contatto, apparecchi ortodontici e altro).

## 8.5 Dai consumi ai consumatori: differenze territoriali, caratteristiche socio-demografiche e «intenzioni» di spesa sanitaria

### 8.5.1 La spesa sanitaria delle famiglie per regione

A livello regionale si notano differenze rilevanti nella spesa sanitaria privata pro capite, differenze che definiscono un *ranking* molto netto tra le regioni (Figura 8.10). In linea con quanto già emerso nei rapporti precedenti, tale classifica sembra sottendere un legame positivo della spesa sanitaria delle famiglie, sia con il reddito sia con la qualità dell'offerta pubblica. Nelle primissime posizioni

Figura 8.10 **Spesa sanitaria annuale delle famiglie, media dei pro capite 2014-2016, per regione**



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

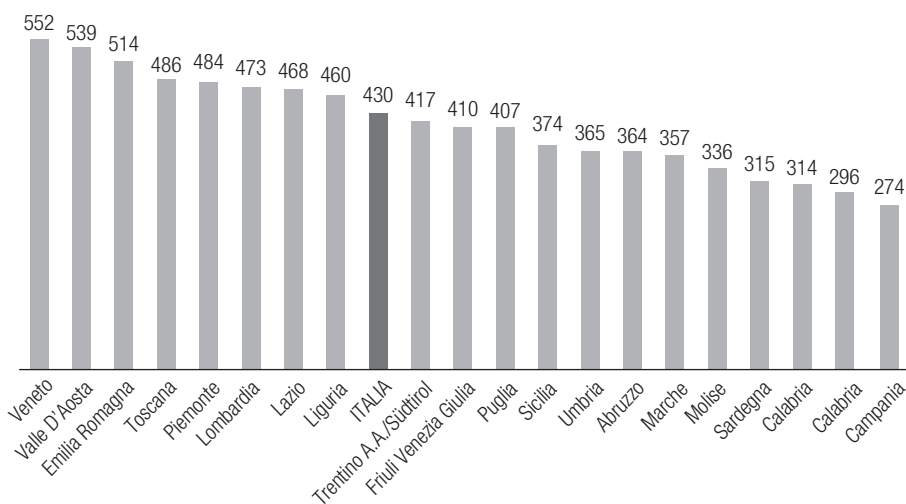
si trovano, infatti, regioni a più alto reddito come la Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna, che difficilmente potrebbero essere considerate nel contesto nazionale come le peggiori per i servizi sanitari offerti. Viceversa, regioni come la Sicilia, la Calabria e la Campania, si trovano nelle ultime posizioni. La stessa graduatoria non subisce sostanziali modifiche pesando il dato «per età» della popolazione residente. Bisogna qui sottolineare, ancora una volta, come i risultati siano frutto di un'indagine campionaria che, seppur stratificata, produce delle stime meno solide via via che si riduce il livello istituzionale di riferimento. Pertanto, con l'obiettivo di «irrobustire» il più possibile il confronto, il *ranking* viene prodotto sulla media triennale della spesa sanitaria pro capite delle famiglie.

Un approfondimento sui dati elementari del 2015 consente poi di distinguere tra le varie macro-componenti della spesa sanitaria e di valutare quali siano le componenti che concorrono a determinare il *ranking* generale. Usando come valore indice il coefficiente di variazione interregionale della spesa sanitaria pro capite (indice che va dall'1% al 100%), si osserva una variabilità del 27% per la spesa sanitaria generale, del 21% per quella relativa ai soli beni e del 40% per quella dei servizi. La variabilità della spesa sanitaria per servizi si riduce, allineandosi a quella per i beni, se si esclude la spesa per dentisti, che presenta la variabilità territoriale più alta (66%).

Da una prima valutazione di questo *pattern*, si potrebbe essere portati a ricondurre il divario Nord-Sud nella spesa sanitaria delle famiglie alla sua componente definita tipicamente di natura «voluttuaria»; difficilmente ascrivibile alle interdipendenze tra sistemi pubblici e privati e più facilmente riconducibile alle sole dinamiche del reddito. In realtà, quando si osserva il dato di spesa sanitaria complessiva escludendo dal computo la spesa per dentisti (Figura 8.11), il quadro generale rimane ancora caratterizzato da regioni settentrionali tendenzialmente superiori (o vicine) alla media e viceversa, con le regioni centrali spostate un po' a sinistra (Lazio) e un po' a destra del quadrante (Umbria, Marche, Abruzzo). Si possono però osservare chiaramente due effetti. Il primo è una riduzione del *range* in cui si colloca la spesa sanitaria pro capite tra le regioni (552/274 euro contro i 752/303 euro). Il secondo, è lo spostamento di alcune regioni nel *ranking*: «scendono» le prime tre regioni (Lombardia, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia) e «sale» la Sicilia.

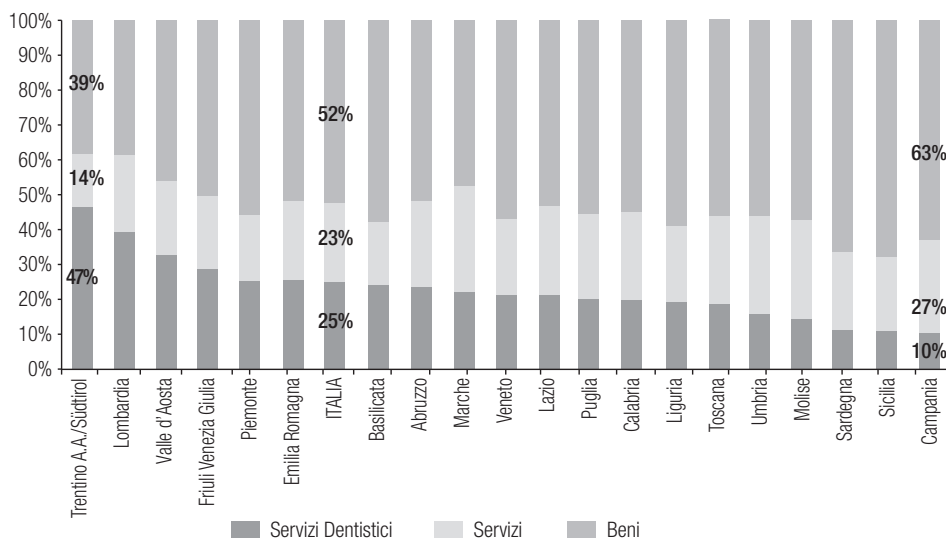
Da uno sguardo alla composizione percentuale della spesa sanitaria delle regioni, emerge, infatti, come le famiglie residenti in Trentino Alto Adige e Lombardia spendano più del 40% della loro spesa sanitaria per visite e cure dentarie, contro una media del 25% (Figura 8.12). La spesa per dentisti sembra pertanto offrire una spiegazione dei valori particolarmente elevati di spesa sanitaria osservati in queste due regioni (la coda sinistra del *ranking* generale di Figura 8.10).

Figura 8.11 **Spesa sanitaria annuale delle famiglie esclusa la spesa per dentisti, valori pro capite 2015, per regione**



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

Figura 8.12 **Composizione percentuale della spesa sanitaria delle famiglie, per macro componenti (Servizi Dentistici, Servizi, Beni) e per regione (2015), in ordine decrescente della quota di spesa per dentisti**



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

## 8.5.2 La spesa sanitaria delle famiglie per caratteristiche sociodemografiche

L'indagine sulla spesa delle famiglie contiene dati socio demografici della popolazione oggetto di rilevazione. Ciò permette di associare ai dati di spesa sanitaria delle famiglie informazioni quali la tipologia familiare, l'età, il titolo di studio e la posizione professionale della persona di riferimento della famiglia. La Tabella 8.12 mostra come la dimensione familiare e l'età sembrano infatti spiegare i diversi livelli di spesa sanitaria e, quindi, le differenti scelte di allocazione di risorse all'interno del portafoglio di spesa disponibile. In particolare, la

Tabella 8.12 **Spesa media mensile sanitaria, spesa media mensile generale pro famiglia e propensione alla spesa sanitaria, per tipologia familiare, titolo di studio e condizione professionale della persona di riferimento (2016)**

Variabili Socio demo	Categorie	Spesa San. media mensile pro famiglia	Spesa Gen. media mensile pro famiglia	Propensione alla spesa %		
Tipologia familiare	Persona sola 18-34 anni	36	1.716	2,1		
	Persona sola 35-64 anni	64	1.952	3,3		
	Persona sola 65 anni e più	98	1635	6,0		
	Coppia senza figli con p.r. 18-34 anni	90	2.538	3,6		
	Coppia senza figli con p.r. 35-64 anni	129	2.874	4,5		
	Coppia senza figli con p.r. 65 anni e più	168	2.617	6,4		
	Coppia con 1 figlio	127	2.997	4,2		
	Coppia con 2 figli	125	3.256	3,8		
	Coppia con 3 e più figli	127	3.174	4,0		
	Mono-genitore	110	2.467	4,5		
	Altre tipologie	107	2.643	4,0		
Titolo di studio conseguito	Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	102	1.725	5,9		
	Licenza di scuola media	101	2.288	4,4		
	Diploma di scuola secondaria superiore	120	2.786	4,3		
	Laurea e post-laurea	143	3.550	4,0		
Condizione professionale	Occupato	Dip. Dirigente, quadro e impiegato	122	3.164	3,8	
		Operaio e assimilato	86	2.231	3,9	
	Indip.	Imprenditore e libero prof.	109	3.586	3,0	
		Altro indipendente	97	2.805	3,5	
		In cerca di occupazione	58	1.736	3,3	
	Non occupato	Inattivo	Ritirato dal lavoro	141	2.372	6,0
			In altra condizione	89	1.871	4,7
	Totale		114	2.524	4,5	

Fonte: elaborazione OCPS-SDA Bocconi su Report ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2017)

spesa sanitaria media familiare aumenta con l'età della persona di riferimento e diminuisce con il numero di figli. Ciò implica che la spesa a livello pro capite, nelle famiglie numerose, diminuisca in maniera rilevante.

Il primo aspetto emerge in particolare dall'osservazione dei *pattern* di consumo delle «persone sole» e delle «coppie senza figli». Una «persona sola con 65 anni e più» spende, in media, circa 100 euro al mese, cioè più del doppio della «persona sola con meno di 35 anni» che spende, in media, circa 35 euro. Allo stesso modo, una «coppia senza figli con persona di riferimento di 65 anni e più», spende più di una «coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni» (168 euro e 90 euro al mese, rispettivamente). Le dinamiche della spesa generale e le propensioni al consumo sembrano indicare inoltre che, per queste tipologie familiari, l'età sia un fattore più rilevante del reddito (Tabella 8.12).

Prendendo come riferimento la categoria «persone sole», le persone con più di 65 anni presentano, in media, una spesa generale minore rispetto alle altre tipologie, ma hanno una propensione a spendere in sanità nettamente maggiore (6,0%, contro il 2,1% delle persone con meno di 35 anni e il 3,3 % delle persone tra i 35 e i 64 anni). L'impatto «negativo» del numero di figli sulla spesa sanitaria è, invece, meno intuitivo e può trovare diverse spiegazioni. Una prima è legata ai vincoli di spesa che la famiglia incontra, i quali tendono ad aumentare in misura meno che proporzionale rispetto al numero dei figli. Questo dato «medio» potrebbe anche derivare dal fatto che al Sud, dove i redditi sono mediamente più bassi, vi è una maggiore incidenza di famiglie con più di 2 figli, circa il 25% della popolazione, mentre al Nord, l'incidenza è di circa il 15%.

Anche i dati sulla condizione professionale sembrano sottendere delle relazioni con reddito ed età. Tra i dipendenti, spendono mediamente di più i dipendenti dirigenti, quadri e gli impiegati rispetto agli operai. Qui l'effetto reddito potrebbe unirsi all'adesione o meno dell'azienda di appartenenza a una qualche forma di welfare aziendale, notoriamente più corposo per i dirigenti e i quadri rispetto alle altre categorie. Con riferimento poi ai non occupati, i ritirati dal lavoro sono coloro che spendono di più in sanità e che presentano una propensione alla spesa pari al 6%, dato verosimilmente collegato al fattore età.

### 8.5.3 La spesa sanitaria delle famiglie e le «intenzioni» di spesa

Un'ultima riflessione meritano i dati dell'Indagine sulla Spesa delle famiglie Italiane di ISTAT relativi a cosa dichiarano le famiglie relativamente alle loro intenzioni di spesa per determinati beni e servizi. La Tabella 8.13 riporta i dati per il 2015 e 2016 circa la percentuale di famiglie che ha cercato di limitare la spesa per i seguenti beni e servizi: alimentari, bevande, abbigliamento e calzature, cure e igiene personale, visite mediche e accertamenti periodici di controllo, carburanti.



Tabella 8.13 **Intenzioni di spesa delle famiglie per alcuni beni e servizi (2015-2016)**

BENI E SERVIZI	Percentuale di famiglie che:					
	Hanno cercato di limitare la spesa riducendo la quantità o la qualità		Non hanno cercato di limitare la spesa		Non li acquistavano	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Alimentari	54	47	45	52	1	1
Bevande	51	47	42	48	7	6
Abbigliamento e calzature	63	60	29	33	8	7
Cura e igiene personale	51	48	45	49	4	3
Visite mediche e accertamenti periodici di controllo	20	21	74	74	6	5
Carburanti	42	40	41	46	17	15

Fonte: Report ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2017)

Ancora una volta, l'indagine permette di osservare i comportamenti di spesa sanitaria come il frutto di una scelta di consumo in «competizione» con gli altri beni e servizi che concorrono a comporre il budget familiare. In questa prospettiva, la sanità si stacca dal resto del gruppo in quanto solo il 21% delle famiglie dichiara di aver cercato di limitarne la spesa, contro un dato che si attesta al 47% per gli alimentari e le bevande, al 60% per abbigliamento e calzature, al 48% per cura e igiene personale e al 40% per carburanti. In altre parole: «La spesa sanitaria, essendo in larga misura incompressibile, si conferma nel tempo come quella sulla quale le famiglie agiscono meno per provare a limitare il budget di spesa» (ISTAT, 2017).

La visione di insieme del paniere delle famiglie permette innanzitutto di inquadrare il tema dell'accesso alla sanità a pagamento in un contesto più ampio nel quale i consumi sanitari, come quelli di altri beni indispensabili (per esempio, alimentari), sono soggetti a vincoli di bilancio e quindi a scelte di consumo.

Da un approfondimento dei dati 2015 (Tabella 8.14), si conferma poi la presenza di un gradiente territoriale che mostra una maggiore tendenza a voler limitare le spese sanitarie nelle regioni meridionali. Ciò potrebbe essere legato

Tabella 8.14 **Percentuale di famiglie che hanno cercato di limitare la spesa per visite e accertamenti, per area geografica, 2015**

Area geografica	% di famiglie che ha cercato di limitare la spesa
Nord-ovest	19
Nord-est	13
Centro	21
Sud	24
Isole	29

Fonte: Report ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2017)

a una diversa capacità di spesa che porterebbe le famiglie a minor reddito a incontrare vincoli di bilancio più stretti. In realtà, la stessa indagine ci mostra un fenomeno di segno contrario quando rileva che le famiglie che hanno effettivamente cercato di limitare la spesa non sono quelle che hanno livelli di reddito significativamente più bassi (la loro spesa media mensile non è lontana dalla media nazionale) (Tabella 8.15). Più chiaro è l'impatto dell'età: rispetto al dato nazionale, le famiglie che hanno limitato la sanità sono «più giovani» visto che presentano una minore quota di famiglie con persone di riferimento con età superiori ai 65 anni. Nel confronto tra i comportamenti dei due *cluster*, rimane poi inalterata la composizione della spesa sanitaria.

Tabella 8.15 **Confronto tra le famiglie che hanno cercato di limitare e i comportamenti delle famiglie italiane in generale, 2015**

	Famiglie che hanno cercato di limitare le spese	Famiglie italiane
Famiglie	5.242.750	25.788.585
Spesa media mensile familiare (euro)	2119	2499
Spesa sanitaria media mensile familiare (euro)	90	112
Servizi Medici (%)	0,6	0,6
Servizi Paramedici (%)	0,4	0,4
Servizi Dentistici (%)	0,9	1,1
Medicinali (%)	1,8	1,8
Articoli Sanitari (%)	0,2	0,1
Attrezzature Terapeutici (%)	0,4	0,4
Servizi Sanitari e Spesa per La Salute (%)	4,2	4,5
Famiglie con età della p.r. di età 65-74 (%)	15,3	17,0
Famiglie con età della p.r. di età over75(%)	14,6	19,2

Fonte: elaborazioni OCPS-SDA Bocconi su ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie)

Al contrario di quanto accade nel dibattito corrente, tali evidenze dovrebbero contribuire a mitigare l'ipotesi comune di un netto *trade-off* tra consumi sanitari privati e pubblici e a svincolare i consumi privati da un legame univoco con la capacità di spesa, riportando la discussione a una dimensione più ampia di scelte, priorità e attitudini di consumo. Interessante, infatti, notare come, tra le famiglie che dichiarano di aver cercato di limitare le spese in sanità, ben l'80% lo abbia fatto provando a ridurre il consumo senza provare a rivolgersi a un altro fornitore come avviene, ad esempio, per gli alimentari e, in parte, anche per l'abbigliamento (Tabella 8.16). Questo dato potrebbe essere legato alla complessità dell'oggetto in questione, ma anche alle dinamiche di un settore non ancora maturo e non sempre decodificabile in tutti i suoi elementi (difficoltà a reperire e confrontare i prezzi, ad esempio).

Tabella 8.16 **Famiglie che hanno cercato di limitare le spese per alcuni beni e servizi, per strategia di limitazione (rinuncia vs modifica del mix), 2015**

% di famiglie che hanno cercato di limitare le spese, per «tattica» di consumo e per capitolo di spesa			
	Solo in quantità	Solo in «qualità»	Sia per quantità che per qualità
Alimentari	38	44	18
Bevande	53	34	13
Abbigliamento	69	21	10
Igiene e cura della persona	60	31	9
Visite e accertamenti	80	16	4
Carburante	61	34	5

Fonte: elaborazioni OCPS-SDA Bocconi su ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie)

## 8.6 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 ed evidenze il capitolo ne ha offerti molti e vale qui la pena provare a riassumerne i principali.

Nonostante la presenza di un sistema universalistico poco meno di un quarto (23%) della spesa sanitaria totale è finanziata privatamente. 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 considerato un fenomeno strutturale e la sua relazione con la funzionalità del sistema pubblico non è facilmente deci-

frabile. 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 è rimasta sostanzialmente stabile 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.

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 spesa. A differenza di altri paesi, infatti, le forme assicurative volontarie intermediano una parte ancora minoritaria della spesa, 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 2015 gli italiani coperti sono quasi raddoppiati, passando da circa 6 milioni a circa 11 milioni, mentre le risorse intermedie sono cresciute più lentamente incrementandosi nello stesso periodo da poco più di 3,5 miliardi a circa 4,5 miliardi. 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 45%, e acquisto di servizi, il restante 55%. A loro volta, i più di 21 miliardi destinati ai servizi, vedono come voci significative: la spesa odontoiatrica (circa 9 miliardi), i ricoveri per acuti (circa 1,5 miliardi), le prestazioni ambulatoriali (circa 7 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 2 miliardi, di cui 1,5 sui servizi e il resto sui farmaci); l'integrazione rispetto ai farmaci equivalenti (circa 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 una

parte non irrilevante (circa il 35%) delle risorse private destinate alle prestazioni ambulatoriali. 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 in prospettiva 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 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 efficaci, 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](http://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 P. Bosi, N. Dirindin, G. Turati (a cura di), *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione sociosanitaria: 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 E. Cantù (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 F. Spandonaro (a cura di), *VII Rapporto Sanità- Ceis*, Arti Grafiche Srl.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.

- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2016), «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., Rappini V. (2015), «I Consumi Privati in Sanità: i dati», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (2015) (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea
- Del Vecchio M., Fenech L., Prenestini A. (2015), «Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS» *Health Policy*, 119(3): 356-366.
- Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E., Rappini V. (2014), «I Consumi Privati in Sanità», in CERGAS – Bocconi (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E., Rappini V. (2013), «I Consumi Privati in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*.
- Del Vecchio M., 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. 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., Panfili A. (2013), *L'evoluzione del ticket in Italia. Gli effetti delle politiche sulla spesa sanitaria delle famiglie e prospettive future*, Salute e Territorio, N. 198.
- ISTAT (2017), «Il sistema dei conti della sanità per l'Italia», Statistiche Report, 4 luglio 2017.
- ISTAT (2017), «Spese per consumi delle famiglie», Statistiche Report, 6 luglio 2017.

- ISTAT (2016), «La Povertà in Italia», *Statistiche Report*, 14 Luglio 2016.
- ISTAT (2015), «L'Economia non osservata nei Conti Nazionali», *Statistiche Report*, 4 dicembre 2015.
- Levaggi R., Turati G. (2011), «Spesa sanitaria pubblica e privata: sostituti o complementi?», in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R., Tardiola A. (a cura di), *La Sanità in Italia: organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.
- 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 (2016), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: dati SDO 2015*, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- Ministero della Salute (2011), Quaderni del Ministero della Salute, n. 7, 2011.
- OECD (2017), Health Statistics ([www.oecd.org](http://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.
- RBM Assicurazione Salute (2016), Sintesi Ricerca Welfare Day 2016.