

6 I Consumi Privati in Sanità¹

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech e Valeria Rappini²

6.1 Introduzione: scopi e materiali

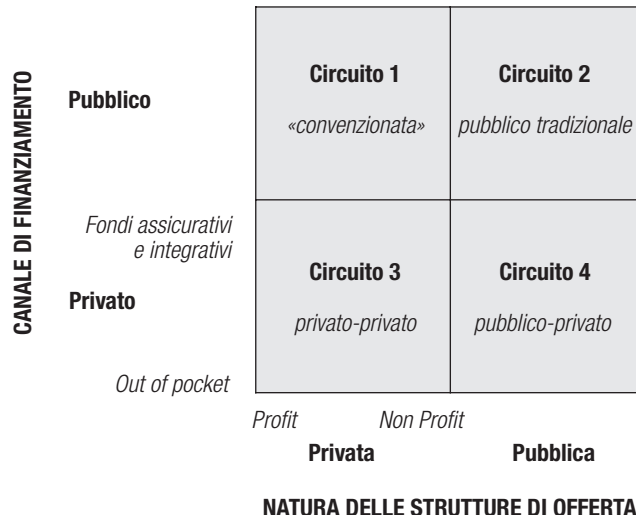
Il capitolo curato dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) di SDA Bocconi offre, attraverso l'esplorazione dei database istituzionali più aggiornati, un quadro complessivo dei «numeri» del settore dei consumi privati in sanità e delle sue principali determinanti (socio-demografiche ed economiche) fino al 2014. Rispetto agli analoghi contributi che gli stessi autori hanno offerto nei precedenti rapporti per OASI (Del Vecchio, Fenech, Mallarini e Rappini, 2013 e 2014), è utile, in via preliminare, riprendere alcune riflessioni che possono aiutare a meglio definire il tema e a identificare le ragioni che lo rendono di importante interesse.

L'oggetto di attenzione del capitolo sono i consumi privati in sanità, cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso la spesa direttamente a carico delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (per esempio, medicina del lavoro) o intermedia da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). La Figura 6.1 chiarisce come il riferimento dirimente sia la provenienza pubblica o privata delle risorse che alimentano il consumo (righe nella figura) e non, come usualmente accade nel dibattito su «pubblico e privato in sanità», all'assetto istituzionale delle strutture di erogazione (colonne nella figura). A una definizione apparentemente semplice e di immediata comprensione corrisponde, però, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti (Del Vecchio, 2012). I prodotti e servizi per la salute possono, infatti, essere inseriti in meccanismi economici

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

² Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 6.3, possono essere attribuiti a Mario Del Vecchio; i §§ 6.1 e 6.5 a Lorenzo Fenech; i §§ 6.2 e 6.4 a Valeria Rappini.

Figura 6.1 I quattro circuiti del settore sanitario



che si caratterizzano non solo per il soggetto che ne sopporta l'onere (con l'ulteriore possibilità che tra tali soggetti si instaurino relazioni economiche), ma anche dalla pluralità di attori che caratterizzano il sistema e i complessivi meccanismi di offerta (si veda la Figura 6.2). Così l'onere può ricadere sulle famiglie, su fondi e assicurazioni o sulle imprese e i destinatari essere la stessa pubblica amministrazione, le imprese fornitrici di beni o servizi, i professionisti. L'esistenza di diverse componenti, a partire dalla fondamentale distinzione tra *out of pocket* e consumi intermediati, oltre a rendere sempre meno significativi ragionamenti di natura aggregata e indistinta sul «privato in sanità», complica la ricostruzione di quel quadro comprensibile e affidabile di informazioni sul quale sarebbe bene fondare un dibattito che diventa sempre più intenso e animato.

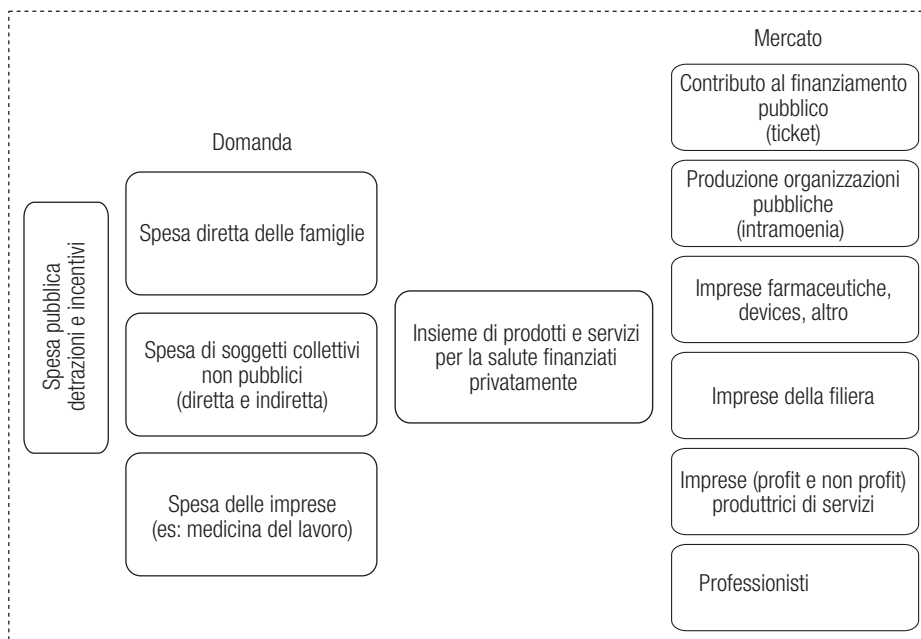
Nel produrre una rappresentazione organica del settore, gli autori si propongono di mettere in luce come la spesa sanitaria privata, troppo spesso considerata come aggregato indistinto, sia in realtà composta da elementi molto diversi tra loro. La scomposizione della spesa sanitaria nelle sue diverse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

dagini più articolate e alla crescente presenza di lavori di ricerca basati su indagini ad hoc (Propper, 2000; De Pietro et al. 2010; Fabbri e Monfardini, 2011; Exley et al. 2013).

Si tratta di superare l'idea che i consumi sanitari si comportino uniformemente, mentre osservazioni più analitiche possono cogliere e spiegare un alto grado di eterogeneità. Una dimostrazione esemplare è fornita dalla questione dell'elasticità al reddito della spesa sanitaria privata sulla quale a livello aggregato poco si riesce a stabilire, mentre a livello disaggregato risulta evidente come alcune componenti, per esempio quella odontoiatrica, si 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» (Par. 6.2.1). L'osservazione e l'analisi consentono anche di evidenziare fenomeni contro-intuitivi. Se si guarda, per esempio, ai divari regionali sulla spesa sanitaria privata pro-capite (Par. 6.4), non trova riscontro l'idea comune che questi siano legati ai differenziali nel funzionamento del sistema pubblico. Analogamente, può sorprendere la rilevante presenza dell'operatore pubblico come destinatario della spesa ambulatoriale privata, sia attraverso il canale del *copayment* sia attraverso l'*intramoenia* (Par. 6.2.2 e Par. 6.3.3).

La scelta di riflettere sulla spesa sanitaria privata in termini disaggregati pone, evidentemente, il tema delle fonti da utilizzare per ricostruire un quadro infor-

Figura 6.2 **I consumi privati: un mondo complesso e articolato.**



mativo sufficientemente attendibile. Da questo punto di vista è bene sottolineare come la spesa sanitaria privata sia soggetta a molteplici stime, riflettendo il variegato universo di attori operanti nel settore e la pluralità di metodi a disposizione. Non stupisce, dunque, che i dati siano spesso frammentati, con il rischio di incorporare duplicazioni e passibili di interpretazioni diverse. Pur consapevole dei rischi e delle limitazioni l'OCPS ha avviato da alcuni anni un lavoro di ricostruzione e consolidamento delle informazioni. La principale fonte di riferimento per le analisi che di seguito si propongono è ISTAT che presenta un'ampia gamma di indagini e fonti informative. Tra queste, si richiamano in particolare le seguenti.

- ▶ **Indagine sui Consumi delle Famiglie:** l'indagine rileva le spese familiari per consumi, con particolare attenzione agli aspetti sociali ed economici delle condizioni di vita delle famiglie. Rappresenta, quindi, un utile strumento attraverso il quale poter descrivere e analizzare i comportamenti di spesa delle famiglie residenti in Italia. I dati di spesa riguardano l'intero portafoglio di spesa delle famiglie, di cui almeno quindici voci afferiscono all'ambito sanitario. L'indagine è annuale e coinvolge circa 28.000 famiglie. Questa indagine costituisce il punto di partenza delle analisi OCPS proprio perché combina l'analiticità delle stime con la sistematicità delle rilevazioni. Tuttavia, dal 2014 l'indagine ha cambiato denominazione, divenendo Indagine sulle Spese delle Famiglie, e, pur conservando una continuità col passato, ha ulteriormente affinato le metodologie di indagine. Tale affinamento si è riflesso, come si dirà più avanti, in un aggiustamento delle stime sulla spesa sanitaria delle famiglie pubblicate nelle Tavole di Contabilità Nazionale.
- ▶ **Indagine multiscopo «Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari»:** l'indagine rappresenta un punto di riferimento per gli operatori del settore sanitario perché mette a disposizione un ampio ventaglio di informazioni sulla diffusione di patologie croniche, sulla salute percepita, condizioni di disabilità, sugli stili di vita e prevenzione e il ricorso ai servizi sanitari. L'indagine viene eseguita su un campione di circa 60.000 famiglie. La cadenza della rilevazione è però, purtroppo, quinquennale. Il presente contributo è occasione per un aggiornamento sui dati della nuova edizione dell'indagine, rilasciata nel 2014 e relativa al 2013 (Par. 6.3.3).
- ▶ **Indagine multiscopo «Aspetti della Vita Quotidiana»:** l'indagine rileva gli aspetti fondamentali della vita quotidiana e i relativi comportamenti: famiglia, abitazione, istruzione, lavoro, tempo libero, condizioni di salute, microcriminalità, funzionamento dei servizi di pubblica utilità, ecc. Ogni anno vengono intervistate circa 20.000 famiglie campione. Il tema della sanità e della salute è solo una parte dell'indagine, di cui si segnalano, in particolare, le rilevazioni sull'accessibilità del pronto soccorso e il grado di soddisfazione per l'ultima prestazione effettuata.

- ▶ «Conti Nazionali»: il sistema dei conti nazionali produce storicamente dati sull'attività economica del paese o delle sue ripartizioni territoriali, svolta nel corso di un anno o di un trimestre. Le stime sono il frutto di elaborazioni e integrazioni di fonti diverse (indagine sui consumi delle famiglie, i risultati del cosiddetto «metodo della disponibilità», dati di fonte amministrativa ecc.), all'interno di uno schema contabile «coerente» per costruzione. Recentemente rivisitati sulla base del nuovo sistema di regole Sec2010, i conti registrano una rivalutazione generale delle serie storiche su tutte le principali grandezze macroeconomiche. Tale rivalutazione è di particolare impatto sulla stima della spesa sanitaria delle famiglie che, nell'ultima edizione disponibile (marzo 2015), viene indicata a 31,9 miliardi per il 2013 rispetto alla stima di marzo 2014 che la collocava a 26,9 miliardi³. I dati aggiornati (marzo 2015) di contabilità nazionale vengono utilizzati per i confronti tra grandezze macro economiche e discussi nel successivo paragrafo.

Le informazioni di fonte ISTAT sono integrate con i dati di altre fonti istituzionali quali le analisi sull'*out of pocket* e sul *copayment* di Agenas⁴, gli studi di settore dell'Agenzia delle Entrate, i rapporti sulla spesa sanitaria della Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2015) e il «Rapporto SDO» del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2014).

Nel prosieguo del capitolo la spesa sanitaria privata viene scomposta in termini di componenti (fonti di finanziamento, funzioni di spesa), regioni e tipologie di consumatori secondo quattro distinte prospettive di indagine:

1. la natura delle relazioni che si instaurano tra diverse variabili macroeconomiche, prima e durante la crisi economica (Par. 6.2);
2. la composizione interna dei CPS (consumi sanitari privati), per funzioni di spesa e canali di finanziamento (Par. 6.3);
3. il confronto tra i diversi contesti regionali (Par. 6.4);
4. le abitudini di spesa sanitaria, le tipologie di consumatori e relative determinanti socio-demografiche (Par. 6.5).

³ Si tratta di una vera e propria rivalutazione di tipo «strutturale» che, nel caso della sanità, viene giustificata con l'affinamento delle tecniche per la stima del «sommerso» e l'inclusione di informazioni provenienti da altre fonti interne ed esterne a ISTAT che hanno portato a rivalutare soprattutto la componente ambulatoriale della spesa sanitaria delle famiglie (visite mediche, esami e accertamenti diagnostici).

⁴ In particolare, si fa riferimento allo studio di Cislighi e Giuliani (2008) sull'*out of pocket* e allo studio di Cislighi e Sferazza (2013) sul *copayment*.

6.2 Le dinamiche dei consumi sanitari nello scenario della crisi economica

6.2.1 Relazione tra spesa sanitaria pubblica, privata, PIL e spesa generale delle famiglie⁵

La spesa sanitaria totale corrente ammonta in Italia nel 2014 a circa 147 miliardi di euro ed è composta per circa il 78% da spesa sanitaria pubblica e per il 22% da spesa sanitaria privata (Tabella 6.1).

Tabella 6.1 **Spesa sanitaria totale, spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria delle famiglie.**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	119,4	124,8	128,8	133,4	138,3	140,8	142,3	146,1	146,7	144,8	147,0
% sul PIL	8,2	8,4	8,3	8,3	8,5	8,9	8,9	8,9	9,1	9,0	9,1
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	91,2	96,8	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,8	114,1
% sulla spesa sanitaria totale	76,4	77,5	77,4	77,8	77,4	78,3	78,2	77,2	77,7	77,9	77,6
% sulla spesa totale corrente della PA	14,1	14,5	14,5	14,3	14,7	14,6	14,9	14,5	14,2	14,1	n.a.
% del PIL	6,3	6,5	6,4	6,4	6,6	7,0	6,9	6,9	7,1	7,0	7,1
Spesa sanitaria delle famiglie											
Miliardi di euro	28,2	28,0	29,1	29,6	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	31,9	33,0
% sulla spesa sanitaria totale	23,6	22,5	22,6	22,2	22,6	21,7	21,8	22,8	22,3	22,1	22,4
% sulla spesa delle famiglie	3,3	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,2	3,3
% sul PIL	1,9	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0

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

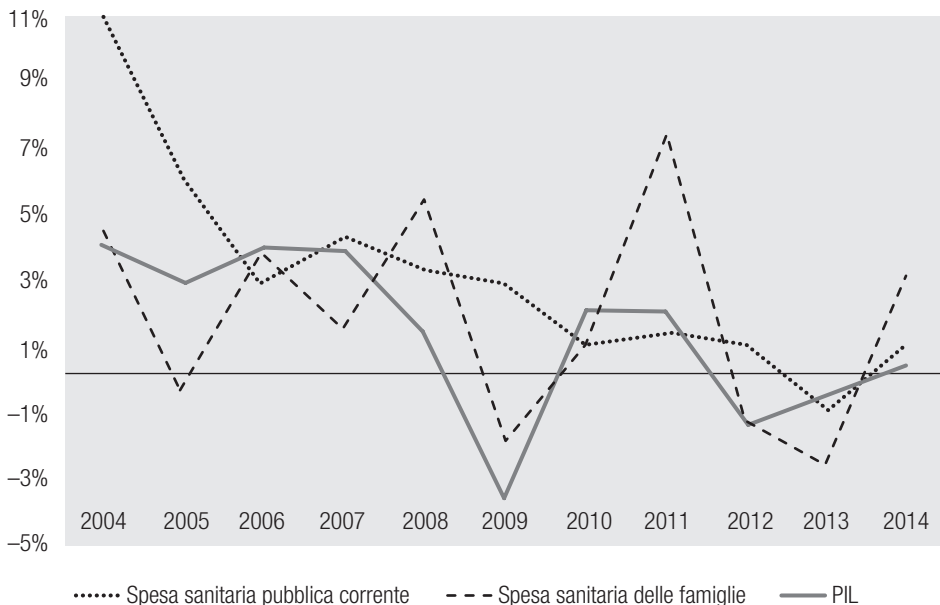
⁵ Come già accennato le principali grandezze macroeconomiche sono state oggetto di revisione, per cui le serie storiche dei dati contenuti nelle successive tabelle possono risultare diverse rispetto alle analoghe tabelle utilizzate nei precedenti rapporti.

Se la composizione rimane abbastanza stabile negli ultimi dieci anni, la spesa sanitaria totale corrente mostra una dinamica in crescita fino al 2013, anno in cui subisce una riduzione di circa tre miliardi che viene comunque compensata da un aumento di circa lo stesso ammontare nel 2014. Tale oscillazione non cambia sostanzialmente la composizione della spesa in quanto è imputabile sia alla componente pubblica che a quella privata.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica, la fluttuazione tra il 2012 e il 2014 rappresenta il culmine di un processo di contenimento che la vede comunque crescere negli ultimi dieci anni, ma a tassi sempre più bassi (vedi capitolo 4). Nel medio periodo, le serie storiche mostrano una correlazione di segno positivo nelle dinamiche delle due componenti di spesa sanitaria (privata e pubblica) e una, altrettanto evidente, con l'andamento del reddito (Figura 6.3).

In sintesi, le tre variabili considerate mostrano, a partire dalla crisi del 2009, 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'al-

Figura 6.3 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria delle famiglie e PIL in Italia.**



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

tra, come era lecito attendersi, le dinamiche del reddito sembrano essersi proporzionalmente riflesse sui consumi sanitari privati (elasticità intorno all'unità).

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 e potrebbe essere assunta l'ipotesi di una correlazione positiva tra qualità e quantità di consumi pubblici, da una parte, e consumi privati, dall'altra, nel senso che «maggiori quantità» di servizi sanitari pubblici potrebbero indurre negli individui e nelle famiglie una maggiore propensione a investire nella propria salute. Il tema verrà comunque meglio approfondito in seguito (Par. 6.4) attraverso una analisi sui dati regionali.

Nell'analisi delle relazioni tra spesa pubblica e privata il dibattito si concentra spesso sulle relazioni tra queste e il PIL, tralasciando il confronto tra il peso che queste assumono nei panieri di spesa di famiglie e pubblica amministrazione e, quindi, nell'ambito delle specifiche scelte dei due istituti. Adottando questa prospettiva, i dati rivelano come la sanità sia una componente particolarmente solida rispetto ad altre voci di spesa, in entrambi i casi. Per quanto riguarda la spesa pubblica corrente, si registra una sostanziale stabilità intorno ai valori del 14%, tra il 2004 e il 2013 (ultimo anno disponibile, vedi Tabella 6.1).

Nel caso delle famiglie, negli ultimi 10 anni, la spesa per la sanità rimane stabile intorno al 3,7% della spesa generale delle famiglie, secondo i dati dell'Indagine sui Consumi⁶, contrariamente ad altri elementi del paniere che manifestano un progressivo cambiamento di peso nel portafoglio familiare (Tabella 6.2). Da

⁶ Il dato di Contabilità Nazionale riportato in Tabella 6.1 è leggermente inferiore a quello dell'Indagine sui Consumi riportato in Tabella 6.2 ma mostra lo stesso andamento di medio periodo.

Tabella 6.2 **Componenti di spesa generale delle famiglie (in % di quella totale).**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alimentari e bevande	19,0	19,0	19,0	18,8	19,1	18,9	19,0	19,2	19,4	19,5
Tabacchi	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
Abbigliamento e calzature	6,6	6,3	6,4	6,3	6,0	5,8	5,8	5,4	5,0	4,6
Abitazione	25,5	25,8	26,0	26,7	26,9	28,0	28,4	28,9	28,9	29,4
Combustibili ed energia	4,7	4,9	5,0	4,7	5,2	5,5	5,3	5,1	5,6	5,8
Mobili, elettrodom. e servizi per la casa	6,3	6,1	5,9	5,7	5,5	5,5	5,4	5,2	4,8	4,6
Sanità	3,8	3,8	3,5	4,0	3,8	3,6	3,7	3,7	3,6	3,7
Trasporti	14,2	14,3	14,7	14,7	14,3	13,8	13,8	14,2	14,5	14,2
Comunicazioni	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9
Istruzione	1,2	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2	1,1
Tempo libero, cultura e giochi	4,8	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,4	4,2	4,1	4,0
Altri beni e servizi	10,9	11,1	11,1	10,7	10,9	11,0	10,3	10,2	10,2	10,2

Fonte: Rapporto OCPS 2015.

una parte, diminuiscono le spese per abbigliamento e calzature e le spese per mobili, elettrodomestici e servizi per la casa. Dall'altra, aumenta il peso relativo della spesa per combustibili ed energia e per l'abitazione. In un quadro di ricomposizione dei pesi nel paniere familiare, spicca, quindi, la stabilità della quota della spesa sanitaria che, seppur condizionata dalle dinamiche del reddito, non risulta «comprimibile» 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 il tabacco, andrebbe attentamente considerato in qualunque discussione circa la sostenibilità della spesa sanitaria privata.

L'analisi delle interdipendenze tra spesa sanitaria e altre componenti del paniere familiare può fornire ulteriori elementi di comprensione delle dinamiche del settore; si tratta di una questione finora poco approfondita, ma che, in prospettiva, acquisirà sempre un maggior peso alla luce delle trasformazioni sia sul lato della domanda sia dell'offerta, pubblica e privata.

6.2.2 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 ai 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 Panfilì, 2013). La spesa per *copayment* delle famiglie – prevista sulle prestazioni specialistiche (visite, esami, analisi), sul pronto soccorso (se non si tratta di emergenze) e sull'acquisto di farmaci – è tendenzialmente stabile fino al 2007, quando inizia un percorso di crescita che ne vede raddoppiare il valore, da circa 1,6 miliardi di euro a circa 3,0 miliardi di euro (Tabella 6.3).

Il dato è conseguenza della progressiva regionalizzazione delle politiche di *copayment*, con l'inasprimento delle misure nelle regioni in piano di rientro e con l'introduzione in tutte del «super *ticket*» su ogni ricetta per prestazioni di diagnostica e specialistica del valore di oltre 10 euro. In un contesto di moderata crescita della spesa sanitaria privata, la spesa per compartecipazione aumenta la sua quota sul totale della spesa sanitaria privata, passando dal 5,7% nel 2004, al 9,4% nel 2013. Questo avviene sia per i servizi sia per i farmaci (Tabella 6.3).

Nell'ambito dei servizi, la spesa del *ticket* passa da circa il 6% della spesa sanitaria privata per servizi all'8%, indicando, sul fronte della spesa, un trasferimento di risorse private dal circuito «privato-privato» al circuito «privato-pubblico» (Cislaghi e Sferrazza, 2013). Ciò potrebbe portare a riflettere sul tema dell'elasticità della domanda che si rivolge al settore pubblico e delle possibili relazioni con l'appropriatezza delle prestazioni richieste.

Una considerazione a parte, riguarda la capacità del sistema di offerta che opera nel circuito «privato-privato» di catturare una domanda potenzialmente in uscita dall'offerta pubblica. Le opportunità offerte da una struttura dei *ticket* e della remunerazione delle prestazioni sottostanti (tariffe) non sempre adegua-

Tabella 6.3 **Spesa per compartecipazioni in Italia (beni e servizi).**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Spesa totale per compartecipazioni										
Miliardi di euro	1,6	1,5	1,5	1,7	1,8	2,0	2,2	2,7	3,0	3,0
In % della spesa sanitaria privata totale	5,7	5,5	5,1	5,9	5,7	6,7	7,1	8,1	9,0	9,4
Ticket servizi sanitari (Sp. amb., PS, altro)										
Miliardi di euro	1,0	1,0	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5
In % della spesa sanitaria privata per servizi	6,0	6,4	6,4	7,0	6,1	6,5	6,5	6,7	7,1	8,2
Compartecipazione farmaci										
Miliardi di euro	0,6	0,5	0,4	0,5	0,6	0,9	1,0	1,3	1,5	1,4
In % della spesa sanitaria privata per beni	5,2	4,4	3,4	4,3	5,0	6,9	8,0	10,2	11,9	11,2

Fonte: Rapporto OCPS 2014

te alla struttura effettiva dei costi sono state in parte colte solo da alcuni operatori, quelli che operano in una logica *low cost* (Del Vecchio e Rappini, 2011), ma l'intero settore non sembra essere stato nel complesso sufficientemente reattivo.

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. Dall'altra, il *ticket* in senso stretto (ticket in quota fissa regionale). Come si vedrà nel paragrafo 6.3.2, la maggior parte della compartecipazione alla spesa farmaceutica pubblica è data dalla prima componente, segnalando una diffusa tendenza per l'acquisto dei *branded* rispetto ai generici nonostante la crisi.

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

La composizione della spesa sanitaria privata e le sue dinamiche interne, diversamente dal dato a livello aggregato, sono ancora poco conosciute e analizzate in Italia. Il dato analitico non è riportato nei principali rapporti e pubblicazioni, le classificazioni differiscono e le stime non sempre forniscono interpretazioni univoche. La scomposizione della spesa sanitaria nelle sue diverse voci componenti, seppur da «maneggiare con cautela», può invece fornire spunti interessanti.

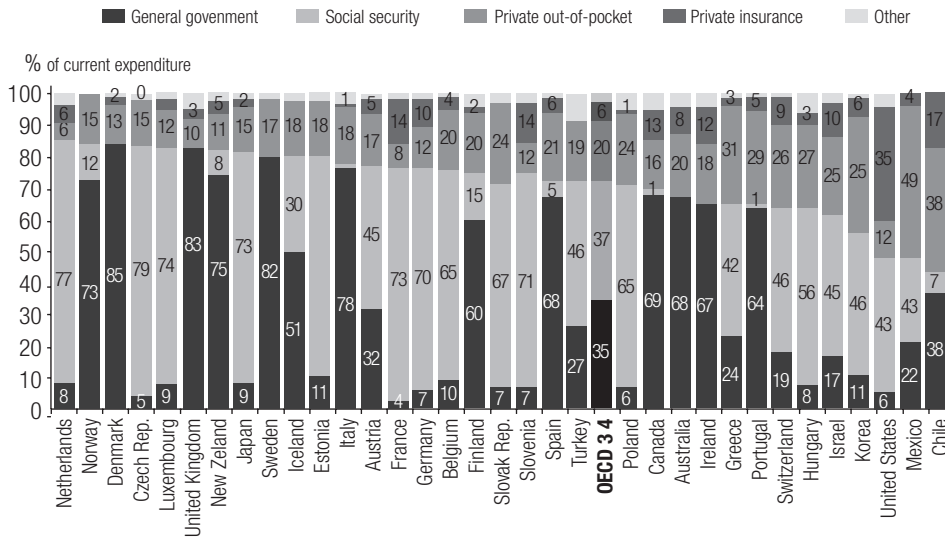
6.3.1 La spesa intermediata: i CPS per canale di finanziamento

Riprendendo la tradizionale classificazione dell'OECD⁷, la spesa sanitaria privata si distingue in spesa sanitaria intermediata da assicurazioni e mutue e spesa sanitaria *out of pocket*, cioè interamente o parzialmente (per esempio, *ticket*, o quota rimborsata dalle assicurazioni) a carico delle famiglie (OECD, 2014). L'OECD include nella definizione anche le spese sostenute da imprese e organizzazioni no profit, le quali, però, non trovano ancora una stima puntuale.

Nell'ottica di un confronto internazionale (Figura 6.4), il dato sulla spesa sanitaria privata appare tendenzialmente in linea con la media OECD e vicino a paesi di stampo «universalistico» come Francia, Germania e Regno Unito. 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

⁷ «Private financing covers households' *out of pocket* payments, private health insurance and other private funds (NGOs and private corporations). Out-of-pocket payments are expenditures borne directly by patients. They include cost-sharing and, in certain countries, estimations of informal payments to health care providers» (OECD, 2011). Per un approfondimento degli schemi di finanziamento si veda anche OECD, EUROSTAT, WHO (2011).

Figura 6.4 **Spesa sanitaria totale per fonte di finanziamento, 2012 (o anno più vicino).**



Fonte: OECD Health Statistics 2014.

da fondi o assicurazioni, anche se è possibile prevedere per i prossimi anni un aumento della quota di spesa intermedia.

Tale evoluzione potrebbe essere favorita anche da politiche aziendali volte a contenere i salari aumentando però i *benefit* e dall'esigenza di copertura integrativa delle spese sanitarie in un contesto di sempre maggiore sensibilizzazione dell'utente alle tematiche della prevenzione e del benessere in senso esteso.

Una stima accurata dell'entità della spesa privata intermedia non è comunque 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, attraverso il canale «indiretto». Rimane poi il problema della stima della parte intermedia in modo «diretto», calcolabile solo da fonti amministrative delle compagnie e non sul lato della domanda. Inoltre, la stima della componente intermedia può avvenire, alternativamente, sul versante dei premi incassati o su quello dei rimborsi erogati a famiglie o erogatori (Tabella 6.4).

Nel rimandare al Rapporto OCPS 2015 per un approfondimento specifico (De Pietro, 2015), 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 (altre fonti della Tabella 6.4) che colloca, per il 2013, l'insieme dei rimborsi intorno ai 4,4 miliardi

Tabella 6.4 **La spesa sanitaria intermediata (2013).**

ISTAT (Indagine Consumi)	ANIA	OECD (Su ISTAT- Conti Nazionali)	ALTRE FONTI
Premi assicurativi nella spesa delle famiglie (esclusi i premi delle imprese)	Premi assicurativi contabilizzati dalle assicurazioni	Erogato-Rimborsi dalle assicurazioni (oneri relativi a sinistri per gli assicuratori)	Erogato-Rimborsi Fondi, Polizze, SMS
1,4 miliardi di euro	2,1 miliardi di euro	1,4 miliardi di euro	4,4 miliardi di euro

Fonte: Rapporto OCPS 2015.

di euro, con una popolazione coperta di circa 10 milioni di persone. In ogni caso, su una spesa sanitaria totale delle famiglie pari a circa 31 miliardi (ISTAT), il dato ufficialmente utilizzato nei confronti internazionali è quello delle statistiche OECD 30 (OECD Health Statistics, 2015) che colloca la componente intermediata pari a circa 1,4 miliardi di euro. La stima OECD, che riprende la stima ISTAT su dati ANIA, riguarda i rimborsi assicurativi e potrebbe essere in linea, in termini di ordini di grandezza, con il dato, sempre ANIA, dei premi contabilizzati, pari a circa 2,1 miliardi di euro (i premi sono tipicamente superiori ai rimborsi). Il dato dei premi contabilizzati non coincide però con il dato ISTAT (Indagine sui Consumi) sulla spesa delle famiglie per assicurazioni sanitarie, pari a circa 1,4 miliardi di euro nel 2013. Anche in questo caso la differenza sembra avere comunque una sua possibile spiegazione nel fatto che ISTAT si riferisce esclusivamente alle famiglie, mentre ANIA include anche la spesa delle imprese per le polizze dei dipendenti.

6.3.2 La composizione della spesa sanitaria: i CPS per funzione di spesa

Secondo i dati della Contabilità Nazionale, i 31,9 miliardi di euro di spesa sanitaria delle famiglie per il 2013 sono costituiti per circa il 15% da spesa per servizi ospedalieri, il 44% da spesa per servizi ambulatoriali e il 41% da spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico. Questa classificazione in tre componenti si basa sul noto sistema di classificazione internazionale «COICOP a tre cifre»⁸ ed è utile per un primo macro-inquadramento della spesa privata nel settore, composta indicativamente per metà da servizi e per metà da beni.

⁸ 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.

I dati di Contabilità Nazionale non permettono però di entrare nel dettaglio delle singole voci, limitando così la visuale su un settore per sua natura molto variegato. Per un'osservazione analitica dei singoli «mercati», una base di partenza utilizzabile è quella dell'Indagine sui Consumi delle Famiglie di ISTAT che presenta, in relazione al tema affrontato, tre vantaggi fondamentali: l'estensione dell'analisi a tutte le voci del portafoglio di spesa delle famiglie, un elevato grado di analiticità delle componenti rilevate rispetto ai dati tipicamente conosciuti e la sistematicità delle rilevazioni (Tabella 6.5). Il database analitico dell'Indagine sui Consumi ISTAT si presta sia a un ragionamento sul perimetro del settore sanita-

Tabella 6.5 **La spesa sanitaria delle famiglie italiane per voci di spesa nel 2013.**

	AGGREGAZIONE MACRO				AGGREGAZIONE MICRO		
	Contabilità Nazionale		Indagine sui Consumi		Indagine sui Consumi		
	Euro (mln)	% del totale	Euro (mln)	% del totale	Euro (mln)	% del totale	
Servizi ospedalieri	4.636	14,6	499	1,9	Ricoveri in cliniche o ospedali	275	1,0
					Ricoveri in case di riposo, istituti di assistenza e simili	177	0,7
					Pronto Soccorso	47	0,2
Servizi ambulatoriali	14.035	44,4	11.311	42,0	Visita medica da medico generico o specialista (a domicilio, in ambulatorio, in clinica od ospedale)	3.516	13,1
					Visita medica da dentista	4.514	16,8
					Servizi ausiliari sanitari (infermieri, fisioterapisti, ginnastica correttiva, ecc.)	761	2,8
					Analisi cliniche (del sangue, delle urine, ecc.)	1.265	4,7
					Esami radiologici, ecografici, elettrocardiogramma, ecc.	1.201	4,5
					Cure termali	54	0,2
Prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	13.269	41,0	15.097	56,1	Medicinali (costo totale o ticket)	12.498	46,4
					Termometri, siringhe, calze elastiche, ecc.	523	1,9
					Occhiali da vista e lenti a contatto, apparecchi per la pressione, ecc.	1.417	5,3
					Protesi, apparecchi acustici, ecc	426	1,6
					Sedie e carrozzine per invalidi, apparecchi ortopedici	104	0,4
					Noleggio attrezzature sanitarie	130	0,5
Totale Sanità	31.939	100	26.907	100	Spesa sanitaria totale delle famiglie	26.907	100
					Assistenza disabili e anziani non autosufficienti	1.812	–
					Spesa per attività sportive	2.472	–

Fonte: Rapporto OCPS 2015

rio sia all'identificazione delle sue componenti più significative. Partendo dal macro per poi osservare il micro, si nota innanzitutto come la somma delle variabili di spesa sanitaria dell'Indagine sui Consumi sia pari a 26,9 miliardi nel 2013, un valore inferiore a quello di Contabilità Nazionale, per due principali ordini di motivi. In primo luogo, l'Indagine sui Consumi di fatto esclude la spesa sanitaria effettuata nelle case di riposo e nelle residenze sanitarie per anziani (RSA) poiché il campione utilizzato non include le persone istituzionalizzate. Secondo le stime dell'OCPS, si tratta di un valore di almeno 4 miliardi di euro (vedi Tabella 6.7). In secondo luogo, bisogna tener conto della recente rivalutazione generale delle stime da parte di Contabilità Nazionale che sta trovando una convergenza nella nuova Indagine sulla Spesa delle Famiglie, partita nel 2014.

Tenendo conto dei perimetri strutturali dell'Indagine sui Consumi, nel prosieguo del paragrafo si utilizzerà questa fonte informativa per osservare nel dettaglio il settore e proporre dei confronti con le stime puntuali di altre fonti di dati.

Nelle ultime colonne della Tabella 6.5 (aggregazione micro) si riportano quindi le stime di spesa annuale per le quindici variabili che l'ISTAT include nella categoria «sanità», suggerite sempre dal sistema internazionale COICOP. La fotografia al 2013 restituisce un quadro in cui rivestono un ruolo di grande rilievo la spesa per dentista, la spesa per visite mediche e quella per medicinali.

Come per la spesa generale, non è detto, però, che le componenti interne alla spesa sanitaria rimangano invariate nel tempo (Tabella 6.6).

Tabella 6.6 **La composizione della spesa sanitaria delle famiglie nel tempo in percentuale del totale.**

Voci di spesa (% del totale)		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Servizi	Servizi ospedalieri	1,6	1,1	1,7	1,1	1,2	1,1	1,3	1,4	1,7	1,9
	Visita medica da medico generico o specialista	13,3	12,7	13,1	12,9	14,2	13,2	13,4	13,4	13,2	13,1
	Visite medica da dentista	21,2	23,0	19,9	23,6	20,4	19,7	21,0	19,6	18,6	16,8
	Altri servizi ambulatoriali (accertamenti diagnostici, cure termali e servizi ausiliari)	10,0	9,6	9,7	10,1	9,9	10,0	10,4	9,6	11,6	12,2
Prodotti	Medicinali	44,1	43,8	46,6	42,7	44,2	46,2	43,8	45,9	45,8	46,4
	Altri prodotti sanitari (occhiali, termometri ecc.)	9,9	9,8	8,9	9,5	10,2	9,8	10,1	10,2	9,1	9,7
Totale		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sui Consumi)

Dall'osservazione delle dinamiche spicca, infatti, la progressiva riduzione della spesa per dentisti, a fronte di un aumento della spesa per medicinali. I dati dal punto di vista dei consumatori confermano, dunque, la crisi del settore dentistico, nel quale il prezzo diventa una leva competitiva sempre più rilevante. Le visite mediche, rimangono, invece, stabili nel tempo e le altre prestazioni e servizi sanitari mostrano un leggero aumento.

È utile, poi, un confronto tra dati ISTAT e quelli di altre fonti (Agenzia delle entrate, AIFA, ANDI, ANIA, Corte dei Conti, Farindustria, Federfarma, Ministero della salute, OECD), per fare emergere eventuali differenze che potranno dipendere, sia dalle modalità utilizzate per le stime, sia dalla diversa definizione delle voci da considerare come spesa sanitaria privata. Di seguito si propone una sistematizzazione delle informazioni e dati delle principali fonti istituzionali per alcune voci di spesa particolarmente «critiche»: la spesa per ricoveri, per dentista e per medicinali.

Per quanto riguarda i servizi ospedalieri, o ricoveri, va innanzitutto precisato che l'indagine sui consumi ISTAT ha come popolazione di riferimento le sole famiglie italiane che risiedono in abitazioni private e, quindi, tende a escludere nel campione le persone ricoverate e residenti in RSA, case di riposo e istituti di assistenza e simili. Per gli stessi servizi ospedalieri la contabilità nazionale, diversamente da quello che accade per altre voci di spesa, non utilizza i dati dell'indagine sui consumi⁹ e stima il dato intorno ai 4,6 miliardi di euro per il 2013 (edizione Marzo 2015). La stima comprende quindi anche la spesa per ricoveri in residenze socio assistenziali che ne costituisce ragionevolmente la componente principale. Per quanto riguarda i ricoveri esclusivamente sanitari, il Ministero della Salute, pubblica, sulla base delle SDO (Rapporto SDO 2013, settembre 2014), la remunerazione teorica relativa ai ricoveri a pagamento nelle strutture pubbliche e private accreditate (Tabella 6.7). La stima per ricoveri a carico del paziente è pari a 452 milioni di euro nel 2013, in leggera diminuzione rispetto al 2012 (467 milioni di euro). Tale dato di remunerazione teorica è riferibile al sotto-insieme dei ricoveri per acuti effettuati in istituti pubblici e privati accreditati, sono pertanto esclusi i ricoveri per riabilitazione e lungodegenza e quelli effettuati presso gli istituti privati autorizzati. Incrociando i dati di spesa delle varie fonti, la stima di Contabilità Nazionale ISTAT e quella del Ministero sembrano avere una qualche coerenza.

⁹ Dal manuale «Metodologie di stima degli aggregati dei conti nazionali a prezzi correnti Anno base 2000» (ISTAT, 2013) si rileva che, per la parte relativa ai servizi sanitari, la contabilità nazionale utilizza i dati dell'indagine multiscopo sulle famiglie e, nel particolare caso dei servizi ospedalieri, tali dati vengono integrati con le statistiche sanitarie dell'ISTAT, relative alle giornate di ricovero negli ospedali e nei vari istituti di cura. La stima dei costi di degenza è effettuata «utilizzando tabelle di rimborso, fornite da alcune maggiori società di assicurazioni, applicate totalmente ai dati relativi alle cliniche private e abbattuti di due terzi per quelli relativi alle cliniche convenzionate».

Tabella 6.7 **La spesa per ricoveri (2013).**

ISTAT-CN	Ministero della Salute
Ricoveri ospedalieri (include anche ricoveri in strutture diverse dall'ospedale con prevalente assistenza sanitaria, ad esempio ricoveri in RSA)	Ricoveri per acuti in cliniche e ospedali pubblici e privati accreditati (remunerazione teorica a totale o parziale pagamento privato)
4,64 miliardi di euro	452 milioni di euro

Fonte: Rapporto OCPS 2015.

Se, infatti, si sottrae alla stima di 4,6 miliardi di Contabilità Nazionale (comprensiva sia dei ricoveri strettamente ospedalieri sia dei ricoveri in altre strutture a prevalente assistenza sanitaria come, ad esempio, le RSA) il dato di 452 milioni del Ministero della Salute (relativo ai soli ricoveri in cliniche e ospedali) si ottiene un dato di circa 4,2 miliardi di euro relativo ai ricoveri in strutture diverse da cliniche e ospedali «che forniscono ai pazienti ricoverati cure sanitarie e terapia riabilitativa con l'obiettivo di curare il paziente piuttosto che di fornire un'assistenza a lungo termine».

Rimanendo in tema di servizi sanitari e passando a un ambito storicamente associato alla spesa sanitaria privata, le cure odontoiatriche trovano una stima nell'Indagine sui consumi alla voce «visita medica dal dentista», pari a 4,5 miliardi di euro (2013). Contrariamente a quanto avviene per i ricoveri, il dato è relativamente stabile nel tempo e la stima è ripresa sia da Contabilità Nazionale (all'interno della macro-voce «servizi ambulatoriali») sia dall'ANDI (Rapporto 61° Congresso Scientifico 15-16 novembre 2013). È tuttavia probabile che questo dato non ricomprenda pienamente eventuali altre voci di spesa delle famiglie inerenti le cure dentali, per esempio, impianti, apparecchi, protesi o trattamenti. Altre stime, che muovono dall'offerta, tendono a convergere su valori molto più elevati. Tra queste si segnala quella dello Studio di settore dell'Agenzia delle Entrate (Tabella 6.8). Da quest'ultima fonte è possibile desumere una stima dei «ricavi e compensi dichiarati dei servizi degli studi odontoiatrici» e «ricavi e compensi dichiarati per la fabbricazione e riparazione di protesi dentarie» (servizi degli studi odontotecnici), ottenuta moltiplicando i «ricavi o compensi medi dichiarati» per il «numero di contribuenti» (persone fisiche, società di persone, società di capitali). Il dato per il 2013 (ultimo dato disponibile) è di circa 6,6 miliardi di euro per i servizi degli studi odontoiatrici e di circa 960 milioni di euro per fabbricazione e riparazione di protesi dentarie. Tali stime potrebbero non rappresentare la quota di evasione strutturale che in Italia si può ipotizzare intorno al 18% (Ministero della Salute, 2011). Il dato complessivo di spesa per servizi odontoiatrici e odontotecnici per il 2013 potrebbe pertanto at-

Tabella 6.8 **La spesa per cure odontoiatriche (2013).**

ISTAT-IC	Agenzia delle Entrate	Con quota evasione (+18%)
Visite Mediche da Dentista 4,51 miliardi di euro	Ricavi e compensi dichiarati dei servizi degli studi odontoiatrici 6,60 miliardi di euro	7,80 Miliardi di euro
—	Ricavi e compensi dichiarati per la fabbricazione e riparazione di protesi dentarie 0,96 miliardi di euro	1,13 Miliardi di euro

Fonte: Rapporto OCPS 2015.

testarsi tra i 7,8 e gli 8,9 miliardi di euro, a seconda di quanta parte del fatturato degli odontotecnici si sovrappone a quello dei dentisti.

Per la voce medicinali vi sono alcuni importanti scarti tra le principali rilevazioni di settore, in parte spiegati dalla differenza tra il concetto di «medicinale» utilizzato nell'indagine sui consumi ISTAT e quello di «farmaco» utilizzato da Farmindustria, IMS, OSFAR, AIFA e peraltro ripreso da contabilità nazionale (Tabella 6.9). Sommando alle stime sui farmaci di AIFA, Federfarma e OSFAR, le altre voci associabili ai medicinali generalmente intesi (prodotti omeopatici, a uso erboristico, nutrizionali, presidi medico chirurgici, integratori, ecc.), il dato arriva a circa 13,4 miliardi di euro. Il dato non si allontana molto dalla stima effettuata sul lato della domanda da parte dell'Indagine sui Consumi che rileva un dato di spesa per medicinali pari a circa 12,5 miliardi di euro. È una conferma di come, nel percepito dell'utente/paziente/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, circa 900 milioni di euro, per la differenza tra prezzo del farmaco *branded* e prezzo di riferimento (prezzo più basso in lista di trasparenza), contrariamente a quanto ci si sarebbe potuti aspettare in un contesto di crisi economica.

Una riflessione specifica meritano altre voci di spesa delle famiglie considerate nell'indagine sui consumi ISTAT, non conteggiate come spesa sanitaria, e che possono essere di potenziale interesse per il settore qui analizzato quali, volendo estendere i confini della sanità al concetto di *wellness*, anche le spese per «sport: frequenza a piscine, palestre, campi tennis, ecc.» (2,5 miliardi di euro nel 2013) oppure la voce «assistenza disabili e anziani non autosufficienti» (1,8 miliardi di euro nel 2013), più attinente all'area sociale e socio sanitaria (si veda precedente Tabella 6.5).

Tabella 6.9 **La spesa per farmaci e medicinali (2013).**

Fonti		Stima spesa farmaceutica privata (milioni di euro)	
OSFAR	Compartecipazione farmaci di cui:	1.436	Farmaci 8.007
	– Ticket in quota fissa regionale	562	
	– Differenza prezzo di riferimento	874	
	Acquisto privato di farmaci in fascia A	1.321	
	Fascia C	2.956	
	Automedicazione (SOP e OTC)	2.294	
FEDERFARMA	Presidi medico chirurgici e altri notificati	2.745	«Altro» 5.372
	Nutrizionali	448	
	Parafarmaci	2.179	
	TOTALE FARMACI E ALTRO	13.379	Tot 13.379
ISTAT	«MEDICINALI» (costo totale o ticket)	12.498	Tot 12.498

Fonte: Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati AIFA, Federfarma, OSFAR-Cergas Bocconi e Indagine ISTAT sui Consumi (2013).

6.3.3 I CPS: una visione d'insieme

Proponiamo ora 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, tra l'altro, di identificare un'area di consumi privati che si rivolge completamente al mercato («spesa libera»), escludendo così dalla stima quella parte delle risorse delle famiglie private destinate a sostenere direttamente la spesa pubblica (Figura 6.5). A una migliore comprensione delle caratteristiche di questa area di consumo, contribuiscono i dati dell'indagine ISTAT «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», che rilevano per le diverse categorie di prodotti e servizi considerati nel paniere «sanità» la modalità di spesa (non ha pagato nulla, ha pagato il *ticket*, ha pagato interamente senza rimborsi dall'assicurazione, ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata-aziendale).

Nel rimandare al Rapporto OCPS 2015 per approfondimenti settoriali specifici, va qui segnalato che, a seconda della prestazione, cambia significativamente il mix di canali di finanziamento utilizzati.

In Figura 6.6 sono illustrate – per l'Italia – le stime relative a sei tipologie di prestazioni (riabilitazione, visite specialistiche, accertamenti specialistici, analisi del sangue, ricoveri DH e ricoveri ordinari), selezionate tra quelle più significative sia per frequenza sia per disponibilità di informazioni analitiche nel data base dell'Indagine ISTAT sulle «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari».

Figura 6.5 **I consumi privati in sanità: un quadro d'insieme (2013 o anno più recente).**

	Servizi	Beni	Spesa sanitaria totale delle famiglie
PUBBLICO			
Ticket	1,5	0,5	4,0
Intramoenia/differenza prezzo di riferimento	1,1	0,9	
PRIVATO	9,2	13,7	22,9
Spesa sanitaria totale delle famiglie	11,8	15,1	26,9

Spesa sanitaria «libera»
93% della spesa sanitaria totale delle famiglie

Fonte: Elaborazione OCPS su dati AIFA Corte dei Conti, ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie), Ministero della Salute¹⁰.

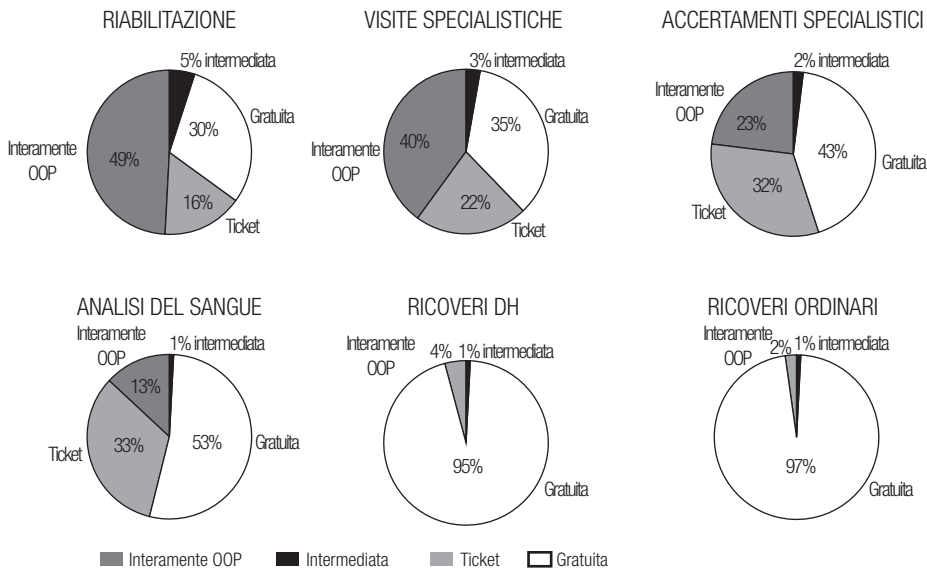
Le prestazioni di riabilitazione sono quelle per cui vi è un maggiore peso dei consumi finanziati «privatamente», in tutto o in parte (circa il 70%). All'estremo opposto vi sono, invece, i ricoveri per i quali la quota di consumo sanitario privato risulta molto bassa (circa il 3% per i ricoveri ordinari e circa il 5% per i ricoveri in DH). Da questo punto di vista le diverse prestazioni possono essere collocate in un *continuum* ideale tra prevalenza dei consumi onerosi (riabilitazione) e prevalenza dei consumi pubblici (ricoveri). Per la riabilitazione e le visite specialistiche¹¹ c'è, dunque, un'elevata propensione al consumo privato. Viceversa, per accertamenti specialistici e analisi del sangue, il sistema pubblico (che include anche il privato accreditato) garantisce più del 70% delle prestazioni, gratuitamente o attraverso la richiesta di un cofinanziamento.

La differenziazione tra le prestazioni nelle modalità di pagamento è ancora più marcata se si intreccia la prospettiva sanitaria con quella sociale. La stessa

¹⁰ La spesa sanitaria privata totale, beni e servizi, è stimata sulla base dell'Indagine sui Consumi, ISTAT (2013); la spesa per compartecipazione è stimata sulla base dei dati AIFA (AIFA, 2014) e Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2014); la spesa per intramoenia è rilevata dal Ministero della Salute (Osservatorio Nazionale per la Libera Professione Intramuraria, 2012).

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

Figura 6.6 **Popolazione italiana secondo la modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie, Italia, 2013.**



Fonte: Rapporto OCPS 2015.

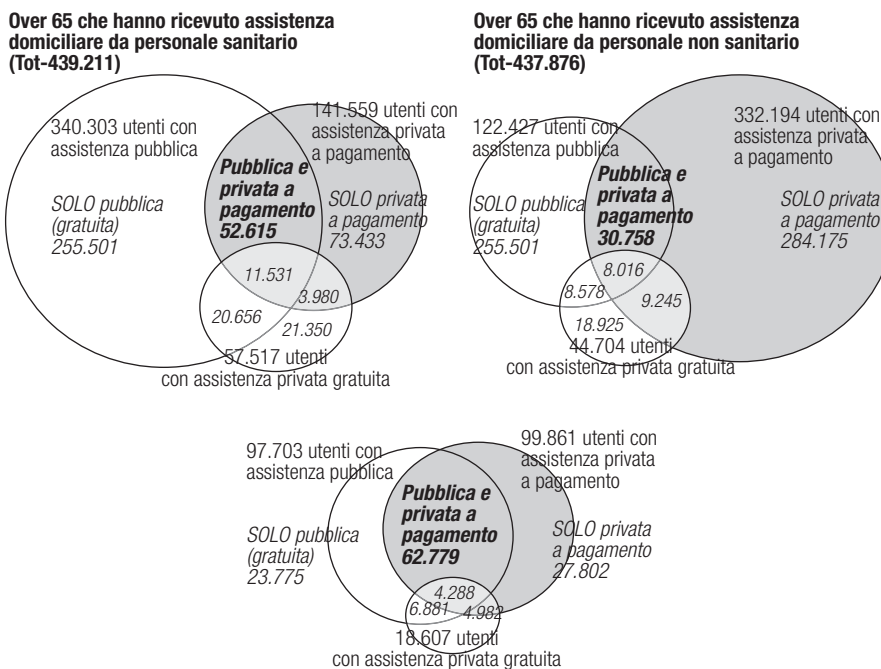
Indagine ISTAT mostra, infatti, come le prestazioni sanitarie godano di una maggiore copertura gratuita, mentre quelle sociali siano tipicamente pagate interamente dall'assistito o dalla sua famiglia. È emblematico il caso dell'assistenza a domicilio: quando è di natura non sanitaria è tipicamente pagato interamente dal cittadino, quando, invece, è di natura sanitaria, è tendenzialmente gratuito (Figura 6.7).

Il dato è in linea con quanto avviene sul lato della spesa pubblica, dove i finanziamenti verso l'ambito sociale hanno un peso specifico nettamente inferiore alla sanità. Da notare, infine, la quasi totale assenza di intermediazione da parte di fondi e assicurazioni, in un'area di forte bisogno come quella relativa agli over 65 anni non autosufficienti. Il problema è ormai noto al dibattito politico-istituzionale che sta cercando di trovare delle vie per incentivare la copertura di questa parte di popolazione (Mallarini, Rappini, Vercellino, 2015).

6.4 Le Regioni italiane: analisi delle differenze

A livello regionale si notano differenze rilevanti nella spesa sanitaria privata pro capite, differenze che definiscono un ranking molto netto tra le regioni (Figura

Figura 6.7 **Circuito pubblico e privato nell'assistenza a domicilio per la popolazione di Over 65 anni con limitazioni funzionali, Italia, 2013.**



Fonte: Rapporto OCPS 2015.

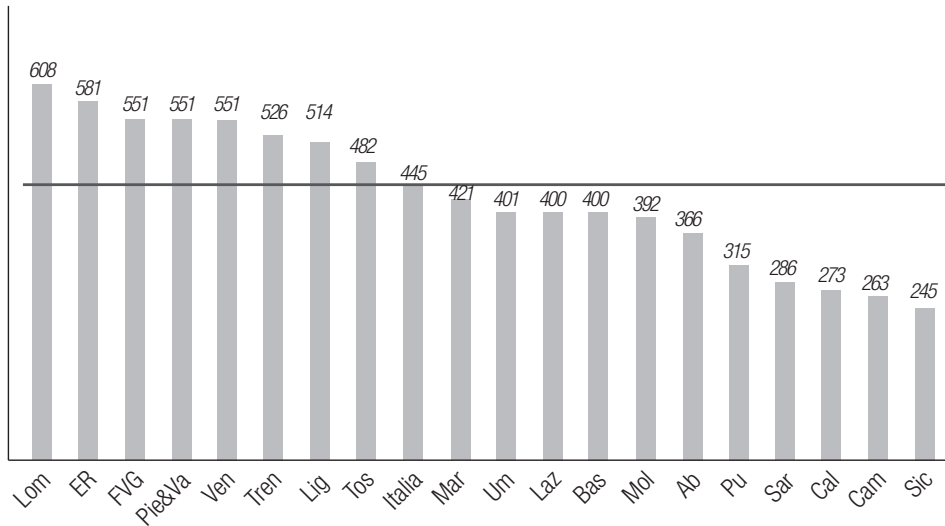
6.8). Tale classifica sembra sottendere un legame positivo della spesa sanitaria delle famiglie, sia con il reddito sia con la qualità dell'offerta pubblica.

Nelle primissime posizioni si trovano, infatti, Regioni a più alto reddito come la Lombardia (608 euro), l'Emilia-Romagna (581 euro) e il Friuli Venezia Giulia (551 euro), che difficilmente potrebbero essere considerate nel contesto nazionale come le peggiori per i servizi sanitari offerti. Viceversa, Regioni come Calabria (274 euro), Campania (263 euro) e Sicilia (245 euro), si trovano nelle ultime posizioni. La stessa graduatoria non subisce sostanziali modifiche pesando il dato «per età» della popolazione residente.

Il ranking generale tra le Regioni, così come emerge per il 2013, è rimasto abbastanza stabile negli ultimi dieci anni (Tabella 6.10), anche se la fotografia non è rimasta del tutto immutata in questi ultimi anni. Da una comparazione del ranking nel 2013 e il ranking costruito sulla media della spesa sanitaria delle famiglie (pro capite) per il periodo 2011-2013, emerge come durante gli ultimi anni della crisi economica, le Regioni abbiano andamenti differenti, pur mantenendosi all'interno del proprio gruppo di riferimento di «alto-spendenti» o «basso-spendenti».

Il fenomeno sembra valere in particolare per le regioni del Nord, dove, ad

Figura 6.8 **La spesa sanitaria delle famiglie pro capite nelle Regioni italiane (2013).**



Fonte: Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sui Consumi, 2014).

esempio, Lombardia e Trentino tendenzialmente invertono le posizioni nei tre anni di riferimento. Bisogna qui sottolineare, ancora una volta, come i risultati siano frutto di un'indagine campionaria che, seppur stratificata, produce delle stime meno solide via via che si riduce il livello istituzionale di riferimento. Il dato rimane comunque indicativo di un maggior dinamismo tra le Regioni del Nord piuttosto che di quelle del Sud.

Utilizzando il PIL come *proxy* del reddito disponibile e un set di indicatori di qualità dei sistemi pubblici regionali, un'analisi *cross sectional* tra le Regioni conferma la presenza di una:

- ▶ correlazione positiva con il reddito pro capite, pari a 91% nel 2013;
- ▶ correlazione positiva con la qualità del sistema pubblico (valori maggiori di 80%, utilizzando sei diversi indicatori di qualità¹²).

Il secondo dato non è del tutto intuitivo, ma è significativo in quanto è stato testato con diverse misure di qualità.

Bisogna infine considerare che la relazione con il reddito e la qualità dei sistemi pubblici potrebbe essere diversa a seconda della voce di spesa considerata (Figura 6.9).

¹² Per un elenco dei sei indicatori utilizzati si rimanda a pagina 206 del Rapporto OASI 2014. Nell'edizione di quest'anno sono stati utilizzati gli indicatori più aggiornati, laddove disponibili.

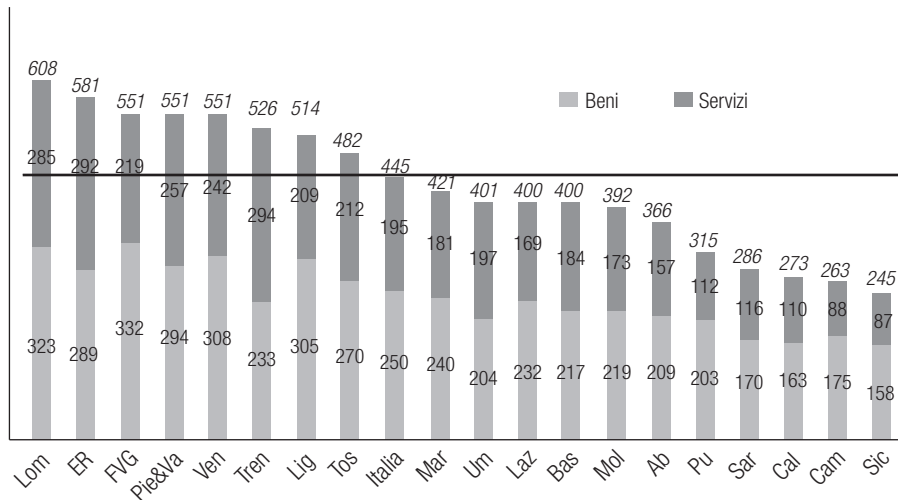
Tabella 6.10 **La spesa sanitaria delle famiglie pro capite (euro) e ranking delle regioni, negli ultimi tre anni disponibili (2013).**

	2011	2012	2013	Media 2011-2013	Ranking 2013	Ranking medio 2011-2013
Lombardia	558,6	527,9	604,3	563,6	1	4
Emilia Romagna	565,6	613,2	578,4	585,7	2	3
Friuli Venezia Giulia	581,7	553,6	550,8	562,0	3	5
Piemonte e Valle d'Aosta	463,5	529,1	549,6	514,1	4	6
Veneto	664,2	579,0	549,3	597,5	5	2
Trentino Alto Adige	707,5	562,9	522,5	597,6	6	1
Liguria	490,7	502,4	514,9	502,7	7	7
Toscana	510,8	468,9	480,4	486,7	8	8
Marche	495,2	457,9	420,8	458,0	9	10
Basilicata	322,4	434,4	401,6	386,1	10	12
Umbria	514,3	459,4	400,2	458,0	11	9
Lazio	477,3	440,0	396,6	438,0	12	11
Molise	382,1	361,6	393,6	379,1	13	14
Abruzzo	399,2	382,1	365,9	382,4	14	13
Puglia	356,6	313,4	315,6	328,6	15	15
Sardegna	348,6	327,2	286,3	320,7	16	16
Calabria	368,3	306,1	273,8	316,1	17	17
Campania	238,2	255,0	263,3	252,2	18	19
Sicilia	288,3	271,8	245,3	268,5	19	18
Italia	462,7	444,2	444,0	450,3	-	-

Fonte: Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sui Consumi, 2014).

Riprendendo la macro-classificazione in beni e servizi proposta precedentemente, si osserva che i livelli di spesa sanitaria pro capite delle Regioni presentano maggiori differenze nei servizi piuttosto che nei beni. Il valore più alto di spesa media pro capite per i servizi si registra in Emilia-Romagna (292 euro) e in Trentino Alto Adige (294 euro) e quello più basso in Campania (88 euro) e Sicilia (87 euro). Per quanto riguarda i beni, il valore più alto è 332 euro in Friuli Venezia Giulia e il più basso è 158 euro in Sicilia. In entrambi i casi sembra esserci un effetto del reddito ma per i servizi sembra essere maggiore che per i beni. Questo sembra confermare la comune ipotesi che i servizi, in particolare quelli odontoiatrici, vengono percepiti come «beni di lusso», mentre i beni, in particolare i farmaci, come «beni primari» (D'Angela, 2012). Da un altro punto di vista, si

Figura 6.9 **La spesa sanitaria delle famiglie pro capite nelle Regioni italiane, beni e servizi sanitari (2013).**



Fonte: Rapporto OCPS 2015.

potrebbe invece ipotizzare che nelle Regioni dove il reddito è inferiore e la qualità del sistema pubblico è peggiore, è maggiore la propensione a spendere per farmaci (spesa per farmaci sul totale della spesa sanitaria).

Lo «spacchettamento» in beni e servizi a livello regionale fornisce, dunque, notevoli spunti di riflessione e un'utile prospettiva di analisi per futuri approfondimenti.

6.5 Tipologie familiari e classi socio-economiche

Il database analitico dell'Indagine sui consumi di ISTAT (2000-2013) 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 e l'età della persona di riferimento. Come rappresentato in Tabella 6.11, la dimensione familiare e l'età sembrano spiegare i diversi livelli di spesa sanitaria e, quindi, le differenti scelte di allocazione di risorse all'interno del portafoglio di spesa disponibile. In particolare, la spesa sanitaria media familiare aumenta con l'età della persona di riferimento e diminuisce con il numero di figli. Il primo aspetto emerge in particolare dall'osservazione dei *pattern* di consumo delle «persone sole» e delle «coppie senza figli» (Tabella 6.11). Una «persona sola con 65 anni e più» spende, in media, 919 euro l'anno, cioè più del doppio della «persona sola con meno di 35 anni» che spende, in media, circa 368 euro.

Tabella 6.11 **Spesa sanitaria e spesa generale media annuale delle famiglie (in euro) e propensione alla spesa sanitaria, per tipologia familiare (2013).**

	Spesa sanitaria pro famiglia	Spesa generale pro famiglia	Spesa sanitaria pro capite	Spesa generale pro capite	Propensione alla spesa sanitaria (%)	Famiglie sul totale (%)	Individui sul totale (%)	Quota di spesa sanitaria (%)	Quota di spesa generale (%)
Persona sola con meno di 35 anni	368	22.235	368	22.235	1,7	2,9	1,2	1,0	2,3
Persona sola con 35-64 anni	634	24.027	634	24.027	2,6	14,1	6,0	8,5	12,0
Persona sola con 65 anni e più	919	19.023	919	19.023	4,8	15,7	6,6	13,8	10,6
Coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni	1.409	32.487	705	16.243	4,3	1,0	0,8	1,3	1,1
Coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni	1.317	31.668	658	15.834	4,2	6,8	5,7	8,5	7,6
Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più	1.615	27.787	808	13.894	5,8	11,2	9,5	17,3	11,0
Coppia con 1 figlio	1.122	33.594	374	11.198	3,3	15,3	19,5	16,4	18,2
Coppia con 2 figli	1.059	34.691	265	8.673	3,1	15,2	25,8	15,4	18,7
Coppia con 3 e più figli	1.038	34.407	201	6.672	3,0	3,6	7,8	3,5	4,3
Monogenitore	1.030	27.640	433	11.612	3,7	8,6	8,7	8,5	8,4
Altre tipologie	1.100	29.887	310	8.414	3,7	5,6	8,4	5,9	5,9
Italia	1.049	28.309	444	11.981	3,7	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Rapporto OCPS 2015.

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» (1.615 euro e 1.409 euro, rispettivamente). Le dinamiche della spesa generale e le propensioni al consumo sembrano indicare inoltre che, per queste tipologie familiari, l'età è un fattore più rilevante del reddito (Tabella 6.11). Prendendo come riferimento la categoria «persone sole», le persone con più di 65 anni presentano, in media, una spesa generale minore rispetto alle altre tipologie, ma hanno una propensione a spendere in sanità nettamente maggiore (4,8%, contro il 1,7% delle persone con meno di 35 anni e il 2,6% delle persone tra i 35 e i 64 anni). La stessa dinamica è osservabile anche nella categoria «coppie senza figli», in cui è interessante notare come le coppie «anziane» rappresentino il 9,5% degli individui, l'11% della spesa generale e ben il 17% della spesa sanitaria totale. L'impatto «negativo» del numero di figli sulla spesa sanitaria è meno intuitivo e può trovare diverse spiegazioni. Una prima è legata 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

Tabella 6.12 **Spesa sanitaria e spesa generale media annuale delle famiglie e propensione alla spesa sanitaria, per tipologia familiare (2013).**

Regione/ fascia socio-eco	Spesa sanitaria delle famiglie pro capite (in euro)				Propensione alla spesa sanitaria %				Spesa generale delle famiglie pro capite (in euro)			
	Bassa	Media	Alta	Tot.	Bassa	Media	Alta	Tot.	Bassa	Media	Alta	Tot.
Lombardia	153	469	1.245	604	2,8	3,9	4,6	4,1	5.440	12.123	27.239	14.643
E.R.	158	506	1.077	578	2,7	4,2	3,8	3,9	5.818	12.087	28.302	14.902
F.V.G.	136	417	1.567	551	2,3	3,5	5,2	4,0	5.957	11.753	30.416	13.636
P&V.A.	103	471	1.168	550	1,8	3,9	4,3	3,9	5.750	12.210	27.057	14.205
Veneto	138	507	1.184	549	2,5	4,3	4,2	4,1	5.507	11.898	27.984	13.534
T.A.A.	105	412	1.003	523	1,8	3,5	3,7	3,5	5.757	11.895	26.978	15.028
Liguria	113	429	1.261	515	1,9	3,5	4,5	3,8	5.831	12.178	27.953	13.716
Toscana	186	376	1.133	480	3,2	3,3	4,1	3,6	5.859	11.574	27.901	13.446
Marche	160	414	1.070	421	2,8	3,6	4,1	3,6	5.793	11.357	26.153	11.560
Basilicata	183	432	1.393	402	3,5	3,9	5,9	4,3	5.229	10.945	23.624	9.274
Umbria	169	380	970	400	3,2	3,3	3,5	3,4	5.341	11.562	27.332	11.916
Lazio	85	362	966	397	1,5	3,1	3,6	3,1	5.497	11.763	26.591	12.754
Molise	150	417	1.235	394	2,7	3,8	5,4	4,0	5.553	11.051	22.819	9.942
Abruzzo	224	372	799	366	4,1	3,3	3,4	3,5	5.428	11.253	23.778	10.467
Puglia	119	487	984	316	2,4	4,4	4,2	3,7	4.983	11.150	23.366	8.568
Sardegna	132	338	1.098	286	2,6	3,0	4,0	3,1	5.021	11.186	27.650	9.119
Calabria	146	449	725	274	3,0	4,1	3,1	3,6	4.852	10.863	23.536	7.707
Campania	139	373	777	263	2,7	3,5	3,3	3,2	5.178	10.665	23.710	8.313
Sicilia	121	467	654	245	2,5	4,2	2,6	3,2	4.884	11.186	25.189	7.610
Italia	135	438	1.118	444	2,6	3,7	4,1	3,7	5.292	11.696	27.049	11.981
Coeff. di deviazione %	23,0	12,0	22,0	27,0	24,0	11,0	20,0	10,0	6,0	4,0	8,0	23,0
Corr. con qualità SSR %	-12,0	21,0	55,0	80,0	-28,0	-5,0	33,0	42,0	66,0	68,0	64,0	79,0
Corr. con spesa generale %	0,8	34,1	49,6	94,5	-25,7	-2,4	8,8	35,7	-	-	-	-
Distribuzione percentuale della popolazione, della spesa sanitaria delle famiglie e della spesa generale delle famiglie, per classe socio-economica												
Fasce socio-economiche				Bassa				Media				Alta
Residenti (%)				35,8%				47,5%				16,8%
Spesa san. delle famiglie (%)				15,8%				46,3%				37,9%
Spesa gen. delle famiglie (%)				10,9%				46,8%				42,2%

Fonte: Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie).

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%. Una seconda considerazione è relativa alla propensione a spendere per sanità, calcolata come rapporto tra la spesa sanitaria e la spesa generale delle famiglie, che si riduce all'aumentare del numero dei figli. Alla base di tale diminuzione potrebbe esserci ancora una volta

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

Osservare quindi sia la spesa sia la propensione marginale possono aiutare a capire meglio quanta parte della spesa sanitaria sia legata al reddito e quanta priorità associata a quel tipo di spesa rispetto ad altre.

Oltre alla classificazione per caratteristiche demografiche, può essere utile analizzare i comportamenti di consumo all'interno di opportune classi socio-economiche (Del Vecchio, Fenech, Prenestini, 2015). Utilizzando il database dell'Indagine sui Consumi per il 2013 e adottando l'approccio delle «classi di spesa», si è considerata la spesa generale delle famiglie come *proxy* della condizione socio-economica e si è proceduto con una tipica segmentazione in tre fasce: bassa, media e alta. Com'è ragionevole aspettarsi, la «fascia bassa» rappresenta il 35,8% della popolazione e solo il 15,8% della spesa sanitaria totale. Viceversa, la «fascia alta» rappresenta solo il 16,8% della popolazione e quasi il 37,9% della spesa sanitaria totale. La «fascia media» presenta, invece, una struttura più equilibrata poiché costituisce il 47,5% della popolazione e il 46,3% della spesa sanitaria totale. Il risultato della classificazione in tre fasce è illustrato in Tabella 6.12, dove si può notare che le differenze regionali nella spesa generale delle famiglie si riducono notevolmente all'interno della stessa fascia, rispetto al dato aggregato (avendo, con le fasce, parzialmente sterilizzato l'influenza sui consumi esercitata dai differenti redditi medi tra le Regioni). Il fenomeno è particolarmente evidente per la «fascia media», dove la spesa generale delle famiglie pro capite è tendenzialmente omogenea tra le Regioni (il coefficiente di deviazione è solo il 6,5% rispetto al dato aggregato che presenta un coefficiente pari al 22,5%). La fascia media rappresenta pertanto l'ambito ideale in cui analizzare le relazioni della spesa sanitaria delle famiglie con le sue determinanti «non socio-economiche».

Nella stessa Tabella 6.12, si osserva come nel passaggio da una fascia a un'altra non solo aumenti la spesa sanitaria pro capite, ma anche la propensione al consumo sanitario privato, misurato come percentuale del budget familiare destinato alla sanità. Il fenomeno è tendenzialmente omogeneo tra le Regioni ed è particolarmente evidente nel passaggio dalla fascia «bassa» a quella «media», in cui si assiste a un aumento del dato medio nazionale dal 2,6% al 3,7%. Le informazioni conducono, da una parte, a confermare la presenza dell'effetto reddito positivo sulla spesa sanitaria delle famiglie e, dall'altra, a smentire la comune ipotesi di una relazione negativa tra spesa sanitaria delle famiglie e qualità dei sistemi pubblici.

Bibliografia

- AIFA (2013), *L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto Nazionale Anno 2013*, AIFA (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/>).
- ANDI (2013), Rapporto 61° Congresso Scientifico 15-16 novembre 2013.
- Agenzia delle Entrate, Studi di settore (<http://www.agenziaentrate.gov.it>).
- ANIA (2012), *L'assicurazione italiana 2013/2014*, ANIA (www.ania.it).
- Armeni P. e Ferré F. (2014), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea
- Baldini M., Turati G. (2009), «Equità nell'accesso ai servizi sanitari: verso l'identificazione dei fattori esplicativi e delle politiche di intervento in Europa e nelle regioni italiane», in P. Bosi, N. Dirindin, G. Turati (a cura di), *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria: le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*, Milano: Vita e Pensiero.
- Cavazza M. e De Pietro C. (2011), «Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- 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., Sferazza 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 (2015), *Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica*, <http://www.corteconti.it/>
- D'Angela D. (2012), «Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria», in F. Spandonaro (a cura di), *VII Rapporto Sanità- Ceis*, Arti Grafiche Srl.
- Del Vecchio M. (2012) *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015), «I Consumi Privati in Sanità: i dati», in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., 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. e Rappini V. (2011), «Low cost in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea, pp. 331-367.
- De Pietro C. (2015), «Le relazioni tra i fondi sanitari e gli erogatori di servizi sanitari in Italia», in Del Vecchio M., Mallarini E. e Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- De Pietro C., Domenighetti G., Tomada A., Vineis P. (2010), «Ability to pay and equity in access to Italian and British National Health Services», *The European Journal of Public Health*, 20(5):500-3.
- Exley C., Rousseau N., Donaldson C., Steele J. G., (2013), «Beyond price: individuals' accounts of deciding to pay for private healthcare treatment in the UK», *BMC Health Services Research*, 7 12-53.
- Fabrizi D., Monfardini C. (2011), «Opt out or top up? Voluntary healthcare insurance and the public vs. private substitution», WP 11/28, University of York.
- Fenech L., Panfili A. (2013), «L'evoluzione del *ticket* in Italia. Gli effetti delle politiche sulla spesa sanitaria delle famiglie e prospettive future». *Salute e Territorio* N. 198.
- Levaggi R., Turati G. (2011), «Spesa sanitaria pubblica e privata: sostituti o complementi?», in De Vincenti C., Finocchi Gherzi 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. e Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Ministero della Salute (2014), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: dati SDO 2013*, www.salute.gov.it
- OECD (2015), Health Statistics (www.oecd.org)
- OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing.
- OSFAR-Osservatorio Farmaci (2013), *Executive Summary REPORT N°33*, Cergas-Università Bocconi.
- Propper C. (2000), «The demand for private health care in the UK», *Journal of Health Economics*, 19(6):855-76.