

**Collana CERGAS**

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

**Rapporto OASI 2013**

**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 mondo della sanità italiana, adottando l'approccio economico-aziendale. OASI rappresenta un tavolo comune dove ricercatori e professionisti 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 2013:

- presenta l'assetto complessivo del SSN, del settore sanitario (con un particolare focus sui consumi privati), nonché del sistema socio-sanitario e i principali dati che li caratterizzano (parametri di struttura, di attività, di spesa), anche in una prospettiva di confronto internazionale;
- approfondisce quattro temi di *policy* rilevanti per il sistema sanitario: gli investimenti e le relative modalità di finanziamento, la gestione dei tempi di pagamento, la selezione dei Direttori Generali, l'evoluzione del ruolo delle Società Medico Scientifiche;
- a livello aziendale, discute lo sviluppo di due innovazioni, il *lean management* e il fascicolo sanitario elettronico; propone due tematiche rilevanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie: il cambiamento dello *skill mix* e la gestione di assenze (permessi *ex lege* 104/92) e inidoneità alla mansione; approfondisce i sistemi multidimensionali di misurazione della performance e i nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario (*HealthCare Retailization*).

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Negli ultimi 35 anni, il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e alla diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in sanità; introduzione di 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 sanitarie) e sul settore socio-assistenziale.*

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



**150 Years**  
Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5122-1



9 788823 851221

€ 60,00

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



Rapporto OASI 2013

CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2013

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di  
CERGAS - Bocconi

SDA Bocconi  
School of Management

**CERGAS** CENTRO DI RICERCHE SULLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea



**Collana CERGAS**

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





a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2013

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

**SDA Bocconi**  
School of Management

**CERGAS** CENTRO DI RICERCHE  
SULLA GESTIONE  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE  
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 Egea

## 6 I consumi privati in sanità\*1

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

### 6.1 Introduzione

Nell'attuale dibattito sul futuro del servizio sanitario italiano meritano una particolare attenzione i cambiamenti che stanno avvenendo in quei circuiti economici del settore sanitario non sostenuti da risorse pubbliche e trainati, in misura prevalente, da scelte individuali e da meccanismi di mercato. Si tratta dei consumi che attengono i bisogni di salute finanziati attraverso la spesa diretta delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (es. medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Tali consumi possono essere intesi, in prima approssimazione, come, appunto, «consumi privati» (Del Vecchio, 2012).

È importante non sottovalutare l'accento posto sul termine «consumi» in quanto le analisi e il dibattito su pubblico e privato in sanità finiscono spesso per spostarsi sul terreno ideologico e tendono a usare il termine «privato» per riferirsi indifferentemente a una colonna della Figura 6.1 (produzione di servizi sanitari da parte di soggetti privati e non profit) o a una riga (finanziamento privato di servizi sanitari offerti da soggetti privati o pubblici) della stessa figura.

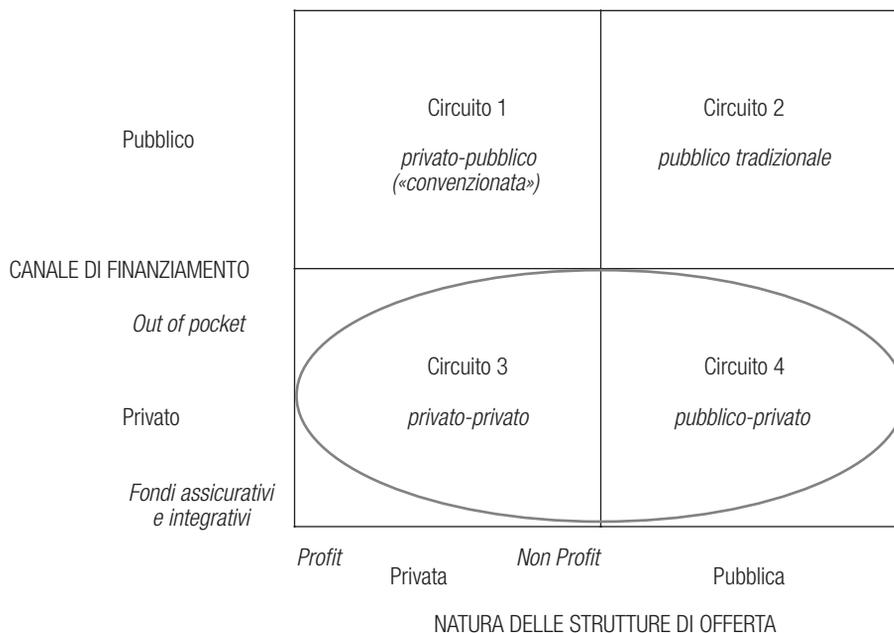
Contrariamente a quanto avviene per i «consumi pubblici», cioè finanziati attraverso il canale pubblico e governati dalle scelte collettive, e nonostante la loro rilevanza economica (rappresentano circa un quarto della spesa sanitaria complessiva, Tabella 6.2), i «consumi privati» non sono stati finora oggetto di

\* I dati di spesa relativi al 2012 sono provvisori e potranno subire variazioni in sede di pubblicazione della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese.

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

<sup>2</sup> Il lavoro è frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori, per quanto riguarda la stesura i §§ 6.1 e 6.5 possono essere attribuiti a Mario Del Vecchio; i paragrafi §§ 6.3.1, 6.3.4 e 6.4.1 a Lorenzo Fenech; i §§ 6.4.2 e 6.4.3 a Erika Mallarini; i §§ 6.2, 6.3.2 e 6.3.3 a Valeria Rappini.

Figura 6.1 I quattro circuiti del settore sanitario



Fonte: nostra elaborazione

misurazioni analitiche e sistematiche. Gli studi hanno pertanto adottato tipicamente un approccio macro che appare alquanto limitato nel cogliere le peculiarità del settore dei consumi privati e la varietà delle sue articolazioni specialistiche. La problematica emerge sia a livello nazionale che internazionale (Baldini e Turati, 2009), dove però bisogna notare un progressivo cambiamento di direzione, grazie all'introduzione di indagini più articolate (European Union Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE) e alla crescente presenza di lavori di ricerca basati su indagini ad hoc (Propper, 2000; Fabbri e Monfardini, 2003; De Pietro et al., 2010; Exley et. al., 2012).

Nel caso specifico italiano, le ragioni di una storica scarsa attenzione al tema dei consumi privati in sanità possono essere molteplici, tra queste la necessità di difendere una certa retorica del sistema pubblico universalistico potrebbe aver giocato un ruolo importante. L'esistenza di una spesa sanitaria privata, da una parte, poteva rappresentare il segno di un fallimento dell'intervento pubblico e come tale non poteva essere messa troppo «sotto i riflettori» (es. odontoiatria), dall'altra, finiva per essere identificata come un'area di spesa voluttuaria (la sanità per «ricchi»), o perlomeno di consumi non appropriati, e, quindi, non meritevoli di particolari attenzioni.

L'idea che i consumi privati non siano rilevanti per il funzionamento del sistema sanitario e per le aziende che lo compongono – oltre che, principalmente per la società nel suo complesso – risulta oggi sempre meno sostenibile in virtù di una serie di fenomeni che da qualche tempo stanno investendo il settore sanitario e che stanno modificando le relazioni e gli equilibri tra le attese crescenti di individui e collettività, da una parte, e offerta di servizi, dall'altra. Tali fenomeni rendono sempre più interconnessi i diversi circuiti e ciò che avviene nel settore dei consumi privati può avere effetti anche rilevanti su quelli pubblici.

Una prima dinamica rilevante riguarda la «deintegrazione istituzionale» del sistema sanitario pubblico, cioè l'apparire di aziende pubbliche con funzioni specializzate, che lo ha reso strutturalmente più aperto e interdipendente rispetto all'insieme del settore (Conticelli, 2012). Un altro fattore di trasformazione è rappresentato dal mutamento dei bisogni prevalenti. In questa prospettiva, le dinamiche demografiche stanno favorendo lo spostamento dei bisogni dalle acuzie alla cronicità, ampliando un'area d'intervento in cui il servizio offerto è molto meno definito e definibile rispetto alle acuzie (Longo e Tanzi, 2010). Sempre in relazione ai bisogni, un'altra variabile rilevante è il passaggio da concezioni di *healthcare* a quelle di *wellbeing*, per cui l'individuo viene considerato nella sua totalità (Dolan, 2013), con la conseguenza di estendere i confini tradizionali del settore sanitario e di renderli sempre più sfumati, mobili e frastagliati. In questa direzione opera anche la progressiva trasformazione del paziente in cliente, riconducibile a una minore asimmetria informativa (reale o percepita).

Se da una parte il concetto di sanità si va estendendo e intrecciando con quello di benessere, dall'altra, aumentano le differenze nei livelli di salute in senso stretto, riconducibili in parte alle iniquità all'accesso dei consumi sanitari privati (Baldini e Turati, 2009; Franzini e Giannoni, 2010; De Pietro et al., 2010). A questa duplice dinamica cercano di dare risposta nuove politiche sul versante dell'offerta privata, come ad esempio quelle che si richiamano al *low cost* e che possono spingere ulteriormente sia verso la cosiddetta banalizzazione dei consumi sia verso una maggiore accessibilità alle cure sanitarie in regime privato-privato (Del Vecchio e Rappini, 2011). Sempre in questa prospettiva, bisogna infine considerare il ruolo crescente di altri attori in grado di influenzare la domanda, come ad esempio le assicurazioni e i fondi integrativi (Cavazza e De Pietro, 2011).

Le dinamiche strutturali qui brevemente richiamate s'intrecciano tra loro, riducendo i margini di governo della domanda da parte del sistema pubblico e allo stesso tempo indebolendo le barriere che separano i diversi circuiti sanitari. In questo nuovo contesto di interdipendenze tra «consumi pubblici» e «consumi privati» e di confini sempre meno definiti nel settore sanitario in generale, la mancanza di studi sistematici sui «consumi privati» in Italia rimane una lacuna problematica ai fini di una buona *governance* dell'intero settore e del suo servizio sanitario nazionale.

## 6.2 Scopi e materiali

L'obiettivo generale di questa ricerca è quello di offrire una prima ricognizione dei consumi privati in sanità che superi i meri e tradizionali dati economici in forma aggregata. Lo «spacchettamento» in termini di categorie, regioni, tipologie di consumatori di un fenomeno, finora considerato come un aggregato largamente indistinto, è un passaggio preliminare per ricondurre il dibattito su pubblico e privato su terreni meno segnati da ideologie e valori e più ancorati all'osservazione della realtà.

Il contributo che viene offerto non è, comunque, prioritariamente rivolto al dibattito pubblico su come la collettività possa e voglia rispondere a bisogni tanto fondamentali degli individui. Le aziende sanitarie pubbliche, e il sistema nel suo complesso, dovrebbero guardare agli stessi dati e alle analisi che da essi è possibile sviluppare con l'attenzione che merita una parte finora poco considerata dell'ambiente in cui sono chiamati a operare. Se il fine delle aziende sanitarie pubbliche è la tutela della salute, e non la semplice produzione di servizi, i consumi privati non sono solo un'area di interdipendenze o di competizione, ma anche una potenziale riserva di risorse che possono contribuire all'obiettivo della tutela della salute. Affinché le aziende sanitarie pubbliche riescano a sfruttare tale potenziale è però necessario che imparino a conoscerlo e inizino a guardare i propri pazienti anche nella prospettiva di veri e propri clienti. Da questo punto di vista il contributo vuole sottolineare anche l'esigenza di metodi che partano dai dati, richiamando le aziende a prendere decisioni sempre di più sulla base di evidenze piuttosto che di semplici percezioni. Da ultimo, anche le aziende private operanti nel settore necessitano di una conoscenza più ampia, che non si limiti al proprio specifico segmento di mercato. Infatti, nuove opportunità nascono dalla capacità di legare segmenti tradizionali di consumo attraverso modelli innovativi di business come sta dimostrando l'interesse suscitato dalla «nutraceutica», dalle formule *low cost*, dalla diffusione delle cosiddette «catene odontoiatriche» o dall'entrata della grande distribuzione nel settore delle parafarmacie (si veda: Del Vecchio, 2012; Del Vecchio e Rappini, 2011).

Nei successivi paragrafi si presentano le principali analisi condotte dal gruppo di ricerca dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) e che, per gli scopi qui richiamati, si sono avvalse in forma preferenziale del data base analitico dell'indagine ISTAT sui consumi delle famiglie – fornito da ISTAT a OCPS per il periodo 2000-2011 –, nonché di altre fonti e indagini correlate. Si richiamano, tra le più significative curate da ISTAT e nella prospettiva di analisi dei consumi privati in sanità, le indagini multiscopo e quella sui prezzi al consumo (tabella 6.1). Le informazioni rilevate sulla base di queste indagini sono analizzate nel presente contributo tenendo conto in particolare delle pubblicazioni di Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali) e, tra queste, quella sull'*out of pocket* (Cislaghi e Giuliani, 2008), le note sintetiche sul *copayment* (Agenas, 2012) e i do-

Tabella 6.1 **Le indagini ISTAT dal lato della domanda**

	Indagine sui Consumi delle Famiglie	Indagine Multiscopo «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari»	Indagine Multiscopo «Aspetti della Vita Quotidiana»	Indagine sui Prezzi al Consumo
Contenuti generali	Spese per acquisto di beni e servizi destinati al consumo	Stato di salute, Ricorso ai principali servizi sanitari pubblici e privati, Fattori di rischio per la salute, Comportamenti di prevenzione	Relazioni familiari, Condizioni abitative, Condizioni di salute e stili di vita, Comportamenti tempo libero, Rapporto con vecchie e nuove tecnologie, Rapporto dei cittadini con i servizi di pubblica utilità	Prezzi rilevati per il 2012 riferiti a 1.398 beni e servizi
Dati sui consumi privati in sanità	Spesa sanitaria mensile delle Famiglie (15 voci di spesa)	Fruizione servizi sanitari privati, Livelli di soddisfazione dei servizi sanitari privati, Tempi di attesa, Motivo della scelta del servizio sanitario privato	Accessibilità servizi (Farmacie e Pronto Soccorso), Possesso di Assicurazione, Malattie, Utilizzo di internet per cercare informazioni sanitarie	Prezzi delle variabili di spesa sanitaria
Unità di rilevazione e ampiezza campione	Circa 25.000 famiglie	Circa 60.000 famiglie	Circa 20.000 famiglie	42mila punti vendita, 591mila quotazioni di prezzo
Periodo di rilevazione	Annuale	Quinquennale (in corso)	Annuale	Mensile

cumenti della ricerca Remolet (Rete di monitoraggio dei livelli essenziali tempestiva) sugli effetti del super ticket nell'assistenza specialistica (Agenas, 2013).

I dati di contabilità nazionale – stimati da ISTAT tramite elaborazioni e integrazione di fonti diverse, quali la stessa indagine sui consumi delle famiglie, i risultati del cosiddetto «metodo della disponibilità», nonché di dati di fonte amministrativa – sono stati utilizzati per i soli confronti tra grandezze macro economiche e discussi preliminarmente nel successivo paragrafo (§6.3.1). Nel proseguo del capitolo è accolta la prospettiva dei «consumi e dei consumatori» e, quindi, utilizzate le specifiche caratteristiche del data base ISTAT dell'indagine sui consumi (Annuari e Metadati ISTAT 2000-2011): la relativa «scomponibilità» del dato aggregato e l'integrazione con altre fonti informative primarie (§6.3.2.); l'integrazione, anche, con l'indagine sui prezzi al consumo (§6.3.3); la consistenza degli aggregati regionali (§6.3.4); e, infine, le potenzialità di correlazione con le altre variabili socio demografiche contenute nello stesso data base ISTAT e l'individuazione di *pattern di consumo* sanitario (§6.4 e seguenti).

## 6.3 La spesa sanitaria privata: dinamiche e composizione

### 6.3.1 Relazione tra spesa pubblica, privata e PIL

La spesa sanitaria totale corrente ammonta per l'Italia approssimativamente a 138 miliardi di euro nel 2012. Circa l'80% è costituita dalla spesa sostenuta dal

Servizio Sanitario Nazionale e il rimanente 20% dalla spesa privata sostenuta dalle famiglie (Tabella 6.2). Questa distribuzione appare abbastanza stabile tra il 2003 e il 2012 (Tabella 6.2) con un leggero aumento della quota della componente pubblica rispetto a quella privata; entrambe crescono nel periodo considerato ma la spesa pubblica cresce a ritmi più elevati soprattutto fino al 2006. I tassi di crescita su base annuale della spesa sanitaria pubblica subiscono un declino nell'intero periodo considerato e, tra il 2010 e il 2012, mostrano un segno negativo (Figura 6.2); la spesa sanitaria pubblica subisce infatti una contrazione storica tra il 2010 e il 2012 di circa 400 milioni di euro (Tabella 6.2), si suppone a seguito delle severe politiche di contenimento della spesa avviate dal governo. Nello stesso biennio, la spesa sanitaria privata mostra prima un incremento nel 2011 e poi una riduzione nel 2012, in linea con l'oscillazione del PIL (Figura 6.2). In generale, la spesa sanitaria privata appare infatti più sensibile al reddito che a alla spesa sanitaria pubblica, come osservabile dalle dinamiche dei tassi di crescita per l'intero arco di tempo considerato (Figura 6.2). Evidenza sostenuta anche dal fatto che l'elasticità della spesa sanitaria privata al reddito è di circa l'81%, mentre l'elasticità alla spesa sanitaria pubblica è molto più bassa (45%), nostre elaborazioni sui dati ISTAT per il periodo 2002 e 2012.

Queste ultime due evidenze meritano un'attenzione particolare. La prima, ovvero l'elasticità al reddito, indica che la spesa sanitaria delle famiglie ha un comportamento molto simile a quello dei «beni di lusso», un'ipotesi in linea con la più recente letteratura in materia (Caroppo e Turati, 2007; Filippucci, Mazzocchi, Viviani, 2011). La seconda, l'elasticità alla spesa sanitaria pubblica, porterebbe a concludere che, sebbene in misura minore del reddito, la spesa sanitaria privata sia positivamente legata a quella pubblica. Ciò contrasta con l'ipotesi di «residualità» della spesa sanitaria privata rispetto a quella pubblica, in base alla quale il cittadino si rivolge al privato per tutto ciò che il pubblico non è disposto a fornire per vincoli di appropriatezza, equità o attese dell'elettore mediano (Levaggi e Turati, 2011). Come vedremo in seguito (paragrafo 6.3.4), entrambi i risultati sembrano trovare conferma nei dati *cross section* delle Regioni.

Sulla base di queste premesse, non sorprende quindi che dopo anni di contenuta ma stabile crescita della spesa sanitaria privata i dati più recenti mostrino una riduzione tra il 2011 e il 2012 (Figura 6.2), in un quadro di decrescita del PIL e di contestuali politiche di riduzione della spesa sanitaria pubblica.

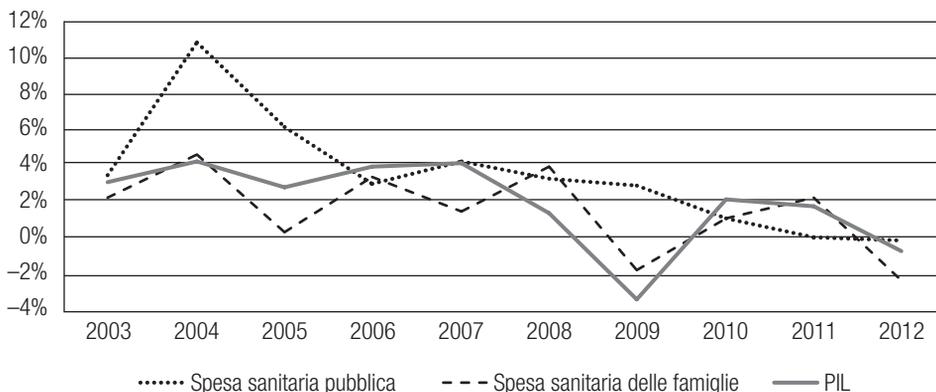
Bisogna qui sottolineare come il dibattito sulla natura della spesa sanitaria privata in Italia si sia spesso concentrato sulla relazione con la spesa sanitaria pubblica, tralasciando il ruolo che essa assume nel portafoglio familiare e, quindi, nell'ambito delle scelte particolari di individui e famiglie. Assumendo questa diversa prospettiva, la spesa sanitaria delle famiglie rappresenta stabilmente, tra il 2000 e il 2011, circa il 4% dell'intero portafoglio familiare; un peso contenuto rispetto ad alcune voci quali, ad esempio, «alimentari e bevande», «abitazione» e «trasporti», ma in linea con altre voci come «abbigliamento e calzature», «tempo

Tabella 6.2 **Spesa sanitaria pubblica, privata e PIL (2003-2012)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Spesa Sanitaria Totale</b>										
Miliardi di euro	106,1	116,1	121,8	125,4	130,0	134,4	136,9	138,3	138,9	137,9
In % del PIL	7.9	8.2	8.4	8.5	8.2	8.6	9.0	9.0	8.8	8.9
<b>Spesa sanitaria pubblica corrente(*)</b>										
Miliardi di euro	82,3	91,2	96,8	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	111,3	111,0
In % della spesa sanitaria totale	77.5	78.5	79.5	79.4	79.8	79.7	80.5	80.5	80.1	80.5
In % del PIL	6.1	6.5	6.7	6.7	6.7	6.8	7.2	7.2	7.0	7.1
<b>Spesa sanitaria delle famiglie</b>										
Miliardi di euro	23,8	24,9	25,0	25,8	26,2	27,2	26,7	27,0	27,6	26,9
In % della spesa sanitaria totale	22.5	21.5	20.5	20.6	20.2	20.3	19.5	19.5	19.9	19.5
In % del PIL	1.8	1.8	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	1.7	1.7	1.7
<b>Spesa generale delle famiglie</b>										
Miliardi di euro	801,9	830,3	857	891,9	920,9	940,7	923,3	950,5	979,9	965,8
In % del PIL	59.8	59.4	59.7	59.7	59.3	59.7	60.8	61.2	62.1	61.7

Nota: (\*) Le stime della spesa sanitaria pubblica corrente sono rilevate dalla RGSEP ed escludono gli ammortamenti.

Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT (Contabilità Nazionale) e RGSEP 2012

Figura 6.2 **Tassi di crescita su base annua di spesa sanitaria pubblica, privata e PIL (2003-2012)**

Nota: Le stime della spesa sanitaria pubblica corrente sono rilevate dalla RGSEP ed escludono gli ammortamenti. Per le altre voci, la fonte è ISTAT (Contabilità Nazionale).

Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT (Contabilità Nazionale)

libero» e «combustibili ed energia». Interessante anche il dato per cui una famiglia spende in media circa il 4% in «sanità» e l'1% in «tabacco». La spesa sanitaria delle famiglie appare inoltre più fortemente influenzata dalla capacità di spesa complessiva rispetto ad altre categorie di beni e servizi (Tabella 6.3), a ulteriore conferma della positiva relazione con il reddito. Se da una parte la spesa sani-

Tabella 6.3 **Componenti di spesa generale delle famiglie (in % di quella totale) (2000; 2005-2011)**

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alimentari e bevande	18,6	19,0	19,0	18,8	19,1	18,9	19,0	19,2
Tabacchi	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8
Abbigliamento e calzature	6,6	6,3	6,4	6,3	6,0	5,8	5,8	5,4
Abitazione	22,3	25,8	26,0	26,7	26,9	28,0	28,4	28,9
Combustibili ed energia	4,6	4,9	5,0	4,7	5,2	5,5	5,3	5,1
Mobili, elettrodomestici e servizi per la casa	7,4	6,1	5,9	5,7	5,5	5,5	5,4	5,2
Sanità	3,9	3,8	3,5	4,0	3,8	3,6	3,7	3,7
Trasporti	15,3	14,3	14,7	14,7	14,3	13,8	13,8	14,2
Comunicazioni	2,3	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9
Istruzione	1,3	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1
Tempo libero, cultura e giochi	5,3	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,4	4,2
Altri beni e servizi	11,4	11,1	11,1	10,7	10,9	11,0	10,3	10,2

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

taria delle famiglie rimane stabile intorno al 4% della spesa generale per il periodo considerato, ci sono altre voci che mostrano rilevanti cambiamenti. Ad esempio, la spesa per «abitazione» aumenta notevolmente rispetto ad altre voci, mentre la spesa per «abbigliamento e calzature» diminuisce insieme alla spesa per «mobili, elettrodomestici e servizi per la casa». In una società di «consumo», oltre alle interdipendenze tra pubblico e privato, si dovrebbero quindi indagare le interdipendenze tra spesa sanitaria e altre componenti. In quest'ottica, diventa determinante capire e analizzare anche le dinamiche dei prezzi relativi e il loro impatto sulle scelte di consumo sanitario; una questione finora del tutto sottostimata ma che acquisirà sempre un maggior peso alla luce delle trasformazioni sia sul lato della domanda che dell'offerta, pubblica e privata (§6.3.4).

### 6.3.2 Composizione della spesa sanitaria privata

Secondo le stime ufficiali di ISTAT la spesa sanitaria delle famiglie è di circa 28 miliardi di euro (vedi anche Armeni e Ferré, 2012). Ci sono stime anche diverse per l'Italia (Cislaghi e Giuliani, 2008; OECD, 2013), ma le differenze dipendono, sia dalle modalità utilizzate per le stime, sia dalla diversa definizione delle voci da conteggiare come spesa sanitaria privata.

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 ISTAT (2007, 2012), le classificazioni differiscono e le stime non sempre forn-

scono interpretazioni univoche (AIFA e ISS, 2012; Farminindustria, 2012; Federfarma, 2013; ANIA, 2011; OECD, 2011; Ministero della salute, 2012; ANDI, 2005). La scomposizione della spesa sanitaria nelle sue diverse voci componenti può fornire ulteriori spunti di riflessione anche rispetto ai temi trattati nel precedente paragrafo 6.3.1. Si tratta dell'idea che i consumi sanitari si comportino uniformemente, mentre in realtà osservazioni più analitiche possono cogliere differenze più significative. Ad esempio, sulla questione della sanità come bene di lusso, è stato mostrato che la componente di spesa sanitaria più in linea con questo paradigma è quella per «visita medica da dentista». Al contrario, la spesa per «medicinali» è più simile nelle dinamiche del portafoglio familiare alla spesa per beni primari (D'Angela, 2012).

Una prima ricognizione condotta dal gruppo di ricerca OCPS ha consentito di valutare l'attendibilità delle principali misurazioni sulla spesa sanitaria privata a livello nazionale, evidenziare alcune discrepanze e approfondire la questione di quali voci siano inserite nella spesa sanitaria delle famiglie, e che rivelano i «confini» del settore sanitario secondo ISTAT. Come anticipato, la base di partenza per tale ricognizione è il database dell'Indagine sui Consumi delle Famiglie che presenta due vantaggi fondamentali: l'estensione dell'analisi a tutte le voci del portafoglio di spesa delle famiglie e un elevato grado di analiticità delle componenti rilevate rispetto ai dati tipicamente conosciuti. Il database analitico dell'Indagine sui Consumi ISTAT si presta, quindi, sia a un ragionamento sul perimetro del settore sanitario che all'identificazione delle sue componenti più significative. Nella prima colonna della Tabella 6.4 si riportano le stime di spesa annuale per le quindici variabili che l'ISTAT include nella categoria «sanità» sulla base della classificazione internazionale COICOP<sup>3</sup>; la somma di queste variabili è, appunto, 28 miliardi<sup>4</sup>. Questa composizione è ulteriormente aggregata in tabella fino ad arrivare alla rappresentazione generalmente conosciuta, la COICOP a tre cifre. Fermo restando che le singole stime riportate sono statisticamente solide per costruzione dell'indagine, la tabella rappresenta un primo tentativo di sistematizzazione dei dati sui consumi in sanità; uno strumento di lavoro fondamentale per chi vuole osservare il settore sia verticalmente che orizzontalmente. A proposito di questa seconda prospettiva, e volendo estendere il concetto di sanità, si potrebbero includere altre voci di spesa delle famiglie inerenti al benessere o al socio-sanitario rilevate in forma analitica nell'indagine sui consumi.

<sup>3</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.

<sup>4</sup> Le stime includono ragionevolmente il sommerso poiché l'indagine è rivolta alla domanda e vive il segreto statistico. Questo potrebbe però essere più verosimile per i servizi che per i beni. I primi sono infatti rendicontati alla fine del mese attraverso un'intervista. I secondi, invece, sono tipicamente rilevati tramite un libretto degli acquisti nell'arco di una settimana ed è consuetudine rendicontarli attraverso gli scontrini fiscali. I dati includono inoltre, per costruzione, le spese effettuate all'estero in quanto l'indagine è effettuata sulla popolazione residente.



Per quanto riguarda le voci di spesa relative ai servizi ospedalieri, o in regime di ricovero, va osservato che l'indagine sui consumi ISTAT, che presenta il livello maggiore di analiticità, ha come popolazione di riferimento le sole famiglie italiane che risiedono in abitazioni private e quindi tende a escludere nel campione le persone ricoverate in RSA, case di riposo e istituti di assistenza e simili, e che ivi hanno la residenza. Per gli stessi servizi ospedalieri la contabilità nazionale, diversamente da altre voci di spesa, non utilizza i dati dell'indagine sui consumi. Dal manuale «Metodologie di stima degli aggregati dei conti nazionali a prezzi correnti Anno base 2000» (ISTAT, 2011) 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. Il dato complessivo dei ricoveri stimato dalla contabilità nazionale è di 4,5 miliardi di euro nel 2011. Il Ministero della Salute rilascia il dato sulla remunerazione teorica dei ricoveri (ordinari e in *day hospital*) a pagamento nelle strutture pubbliche e private accreditate derivati dalle SDO (Rapporto annuale, dati SDO 2011). Il dato corrispondente per il 2011 è di 530 milioni di euro.

Per la voce «medicinali» vi sono alcuni importanti *gap* tra le principali rilevazioni di settore, in parte spiegati dalla differenza tra il concetto di «medicinale» utilizzato nell'indagine sui consumi e quello di «farmaco» utilizzato da Farmindustria, IMS, OSFAR, AIFA e peraltro ripreso da contabilità nazionale (Tabella 6.5). Sommando alle stime sui farmaci di Farmindustria (2012) e OSFAR (2011), le altre voci associabili ai medicinali generalmente intesi (prodotti omeopatici, ad uso erboristico, nutrizionali, presidi medico chirurgici, integratori, ecc.) il dato arriva a circa 10,6 miliardi di euro.

Tabella 6.5 **Le stime per farmaci e prodotti medicinali per il 2011 (milioni di euro)**

Indagine sui Consumi ISTAT	Fonte	
	Farmindustria	OSFAR
Medicinali (costo totale o ticket)	Spesa farmaceutica privata (costo totale, ticket e spread)*	Spesa Farmaceutica a carico del paziente (costo totale, ticket e spread)**
12.809	8.671	7.833

Note: (\*) Include i farmaci di fascia A e C, senza obbligo di prescrizione (SOP) e gli OTC (Over The Counter) acquistati in GDO e farmacie.

(\*\*) Include i farmaci rimborsabili, i farmaci etici non rimborsabili e i prodotti non soggetti all'obbligo di prescrizione.

Sui dati a livello macro le principali fonti e gli utilizzatori di prima istanza dei dati tendono comunque a convergere, anche se spesso si equivoca, parlando di quota privata dei servizi sanitari, tra l'erogazione di servizi prodotti da imprese private, ma convenzionate con il SSN – e quindi interamente pagati dallo stesso – e, invece, la quota di servizi, magari anche prodotti dal servizio pubblico, ma interamente a carico del cittadino fruitore. Quando si parla di spesa privata ci si riferisce alla seconda delle accezioni e per evitare confusioni la si definisce comunemente spesa *out of pocket*. Non è considerata *out of pocket* la spesa assicurativa privata pagata direttamente dai privati e oggetto di rimborso. Tale componente di spesa è rilevata e conteggiata separatamente nell'indagine ISTAT sui consumi delle famiglie (Tabella 6.4) e stimata dalla contabilità nazionale a partire dai dati ANIA (Associazione Nazionale Imprese di Assicurazione). Per i confronti internazionali tra Paesi, OECD propone una metodologia che consente la classificazione della spesa sanitaria per fonti di finanziamento distinguendo tra spesa pubblica, spesa privata (corrente e investimenti), spesa *out of pocket* e spesa assicurativa (OECD, 2011). Il nostro Paese, come peraltro altri Paesi OECD, non ha tuttavia ancora aderito formalmente al sistema e le metodologie in uso per la stima degli aggregati dei conti nazionali non permettono ancora una adeguata rendicontazione. Per quanto riguarda la parte intermediata, le diverse fonti tendono comunque a convergere sulla quota finanziata dalle assicurazioni private (1,39 miliardi di euro) e pari ai rimborsi assicurativi per assicurazione malattia, definita da OECD come «*non-life insurance claims (reimbursements) of private insurance for health*» (OECD, 2013). Le tipiche fonti (ISTAT, ANIA, OECD) non forniscono tuttavia stime ufficiali per la quota di spesa sanitaria intermediata dai fondi integrativi (Cavazza e De Pietro, 2011). In questo caso bisogna riferirsi a quelle proposte in alcune ricerche mirate condotte dagli operatori del settore (Vecchietti, 2012) e che ipotizzano la seguente ripartizione:

- ▶ 30% polizze individuali;
- ▶ 37% fondi sanitari integrativi autogestiti;
- ▶ 23% fondi sanitari integrativi assicurati e polizze collettive;
- ▶ 10% mutue autogestite.

Da una prima stima resa pubblica da Agenas sull'indagine *copayment* in sanità di maggio 2013 ([www.agenas.it](http://www.agenas.it)) è infine possibile desumere, in prima approssimazione, la consistenza della spesa sanitaria delle famiglie «libera», ossia quella componente della spesa sanitaria delle famiglie non correlata a meccanismi di compartecipazione pubblica alla spesa (Tabella 6.6). Nell'ultima indagine multi-scopo ISTAT del 2005 la classificazione delle prestazioni sanitarie per tipo di pagamento è: a) completamente gratuita, b) con rimborso di una assicurazione privata, c) parzialmente a pagamento (ticket), d) completamente a spese della famiglia. Nell'elaborazione di OCPS proposta in Tabella 6.6 si distingue, da un

Tabella 6.6 I consumi privati in sanità: un quadro d'insieme

	Servizi	Beni	Spesa sanitaria totale delle famiglie
<i>Copayment (ticket)</i>	2,1 (17%)	1,3 (8%)	4,5
PUBBLICO	-----		
<i>Intramoenia</i>	1,1 (9%)		23,4
PRIVATO	9,0 (74%)	14,4 (92%)	
Spesa sanitaria totale delle famiglie	12,2 (100%)	15,7 (100%)	27,9

Spesa sanitaria «libera»  
24,5 miliardi  
87% della spesa sanitaria totale delle famiglie

Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie), Agenas, Ministero della Salute, Farmindustria

lato, tra beni e servizi e, dall'altro, tra componente pubblica e componente privata dell'offerta. È interessante notare che il 26% dei consumi privati per servizi sanitari alimenta il circuito pubblico, sia attraverso il *copayment* (ticket), sia attraverso l'*intramoenia*. Il rimanente 74% dei consumi per servizi sanitari è in gran parte legato alla spesa per dentisti (5,4 miliardi di euro, che rappresenta il 60% dei consumi per servizi sanitari della componente privata). I beni rappresentano una voce importante (56% sulla spesa sanitaria privata complessiva), di cui in questo caso solo l'8% rimane alla componente pubblica.

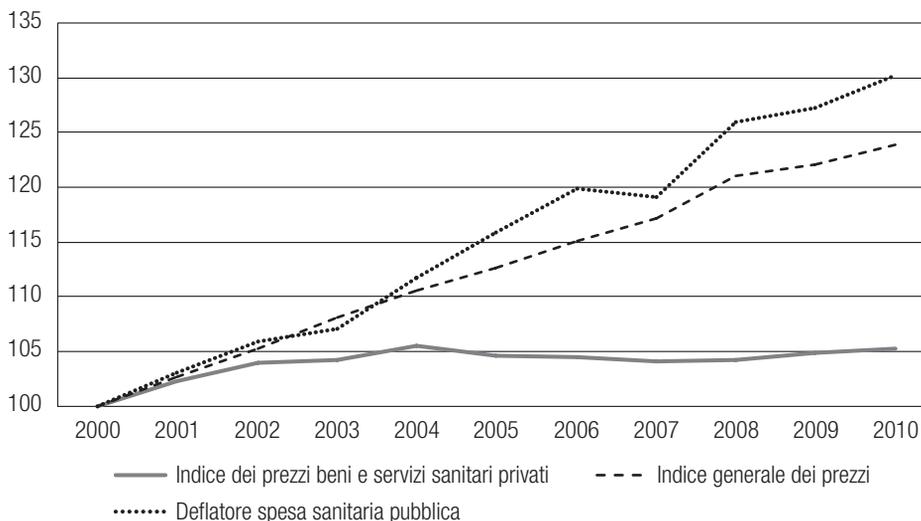
Una riflessione specifica merita la questione delle altre voci di spesa sanitaria delle famiglie considerate nell'indagine sui consumi ISTAT e che possono essere oggetto di ulteriori analisi e approfondimenti. Tale indagine, in effetti, non solo rappresenta la principale fonte analitica di riferimento per i servizi ambulatoriali, ma contiene anche altre voci di potenziale interesse per il settore qui analizzato quali, come già ricordato, la spesa per assicurazioni sanitarie e, inoltre, la voce per l'assistenza disabili anziani non inclusa, anch'essa, nell'aggregato di spesa sanitaria (Tabella 6.4).

### 6.3.3 Dinamiche reali nei consumi sanitari

Sulla questione se in Italia i consumi sanitari pubblici e privati siano sostitutivi o complementari la letteratura è scarsa come già osservato nel precedente paragrafo. L'analisi dei dati suggerisce una più approfondita riflessione in termini di

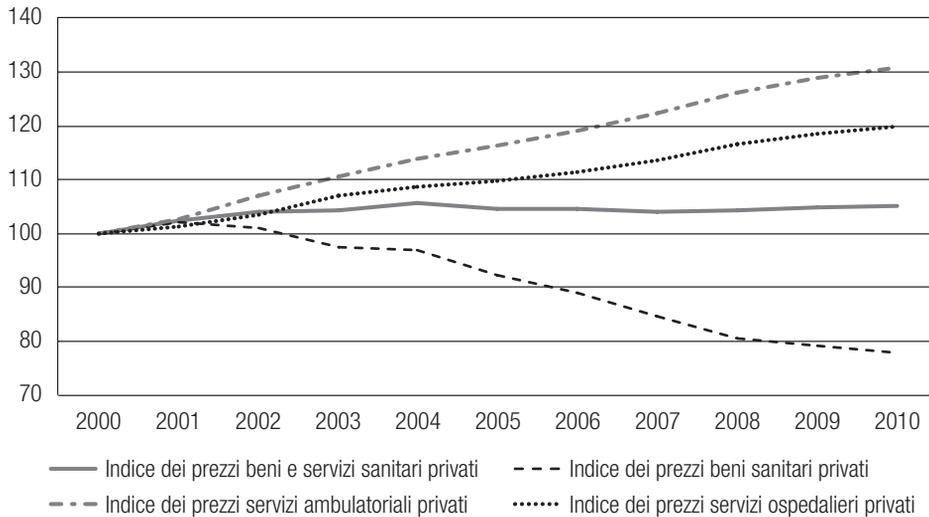
consumi reali e introduce l'opportunità di integrare le analisi usando deflatori *ad hoc*. Le successive figure mostrano l'andamento dei prezzi nel decennio 2000-2010. La prima (Figura 6.3) differenzia tra spesa sanitaria pubblica, privata e spesa generale delle famiglie<sup>5</sup>, fornendo alcuni primi spunti di riflessione. In particolare, il fatto che l'indice dei prezzi sanitari rimanga costante costituisce un elemento a supporto di alcune recenti ricerche che mostrano l'emergere di formule innovative di creazione del valore e il diffondersi di fenomeni quali il *low cost* anche in settori, quali quello sanitario, fino a ora reputati estranei a tali tipi di pratiche (Del Vecchio e Rappini, 2011). È pertanto ipotizzabile che la componente privata dei consumi sanitari pesi, in termini reali, più del 20% dell'offerta totale di prodotti e servizi sanitari e più del 4% del portafoglio di «spesa» familiare. La seconda figura (Figura 6.4) presenta una ulteriore scomposizione dell'indice dei prezzi sanitari privati che può consentire di apprezzare come il peso dei beni sanitari (*in primis* i farmaci), in termini di consumo, sia andato aumentando nel tempo rispetto alla componente dei servizi sanitari.

Figura 6.3 **Indice generale dei prezzi e indici specifici per la sanità (anno base 2000)**



Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT

<sup>5</sup> L'indice dei prezzi riferito alla spesa sanitaria pubblica è un deflatore implicito, calcolato come rapporto tra spesa sanitaria nominale e spesa sanitaria reale rilevati dal database ISTAT. Dato che non esistono prezzi al consumo per le prestazioni erogate tramite la spesa pubblica, il deflatore implicito può essere inteso come un indice di efficienza/competitività del sistema. L'indice generale dei prezzi e le sue componenti sanitarie sono, invece, gli indici dei prezzi al consumo rilevati dall'ISTAT per il calcolo dell'inflazione generale (indici NIC).

Figura 6.4 **Indici dei prezzi al consumo dei beni e servizi sanitari**

Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT

### 6.3.4 Le regioni italiane: analisi delle differenze

La spesa sanitaria delle famiglie italiane appare legata principalmente al reddito e poco alla qualità dell'offerta pubblica. Infatti, in linea con quanto già osservato per le serie storiche a livello macro (par. 6.3.1) e assumendo che i tassi di fuga siano indicativi della (scarsa) qualità del servizio sanitario pubblico regionale, l'analisi *cross section* tra le regioni presenta nel 2011, una spesa sanitaria delle famiglie pro capite):

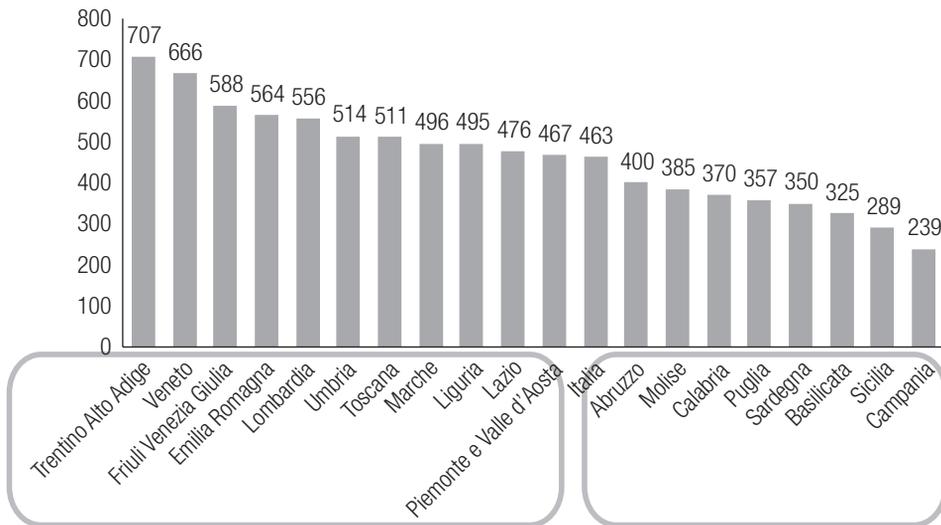
- ▶ correlata<sup>6</sup> positivamente con il reddito (PIL) pro capite (91%);
- ▶ correlata negativamente con i tassi di fuga (-46%)<sup>7</sup>.

Nelle primissime posizioni della classifica per la spesa sanitaria privata pro capite (Figura 6.5) si trovano regioni come il Trentino Alto Adige con 707 euro pro capite nel 2011, il Veneto (666 euro), il Friuli Venezia Giulia (588 euro), l'Emilia-Romagna (564 euro) e la Lombardia (556 euro), che difficilmente potrebbero essere considerati come i peggiori servizi sanitari nel contesto nazionale. La stessa graduatoria non subisce sostanziali modifiche pesando il dato «per età» della

<sup>6</sup> L'indice di correlazione considerato nel corso della trattazione è quello di Pearson.

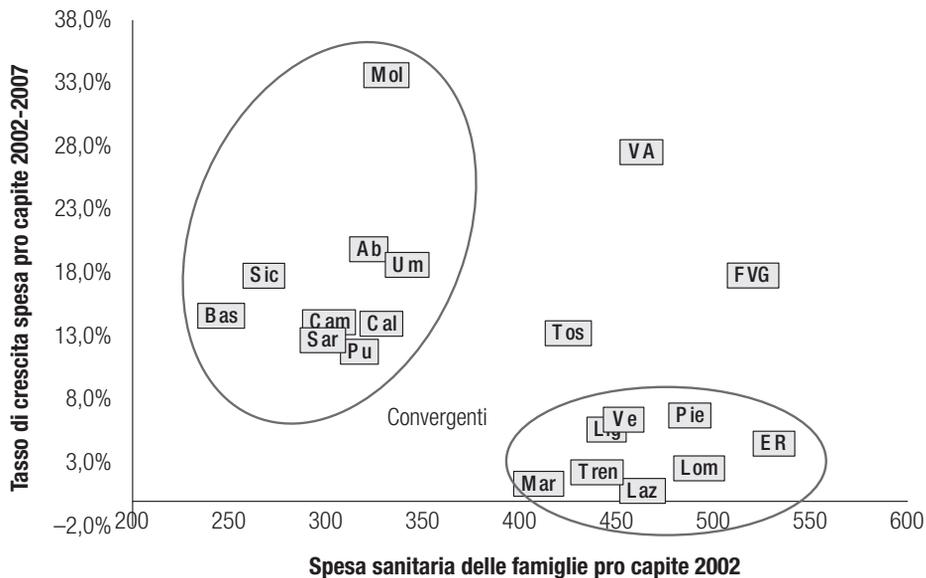
<sup>7</sup> La correlazione tra spesa sanitaria privata e reddito pro capite e la correlazione tra spesa sanitaria privata e tassi di fuga sono tendenzialmente stabili nell'arco del decennio considerato (2002-2011), a conferma della solidità delle relazioni individuate. La media delle correlazioni tra il 2002 e il 2011 è 82% nel primo caso, e -36% nel secondo.

Figura 6.5 **La spesa sanitaria privata pro capite nelle regioni italiane (2011)**



Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT

Figura 6.6 **Le regioni italiane: le dinamiche pre-crisi (2002-2007). Relazione tra tassi di crescita della spesa sanitaria privata regionale tra il 2002 e il 2007 e la spesa sanitaria privata pro capite all'inizio del periodo**

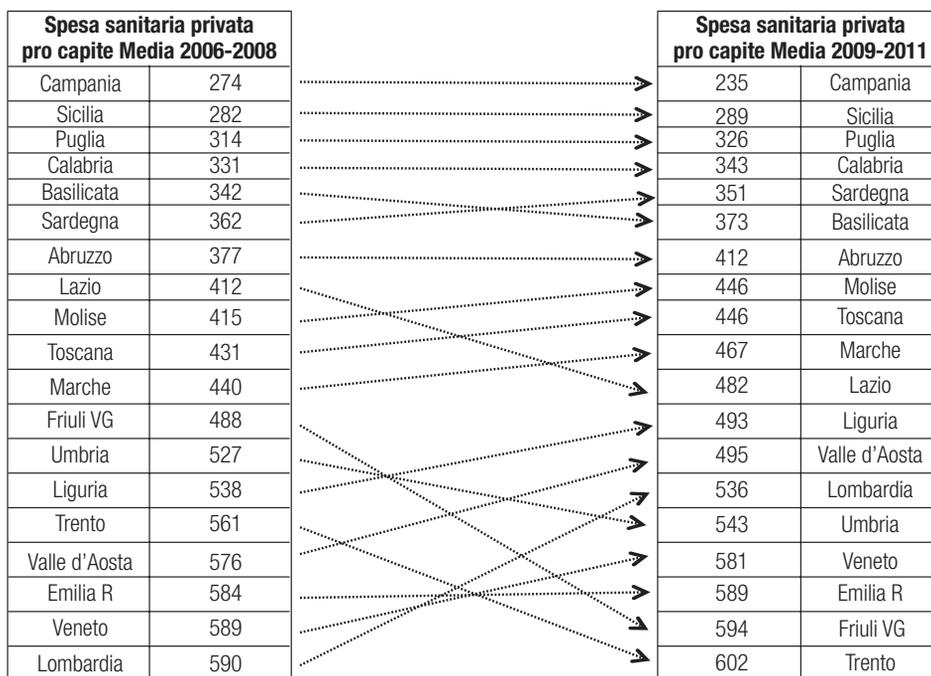


Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT

popolazione residente. Ulteriori conferme all'idea che la spesa sanitaria privata non sia compensativa dell'offerta pubblica trovano poi riscontro in altre indagini qualitative, tra cui quella di Cermlab (Pammolli e Salerno, 2011) che fornisce una classifica relativa dei diversi servizi regionali elaborando un Indicatore sintetico di qualità (Isq); la correlazione tra spesa sanitaria pro capite regionale e l'indice Isq del Cermlab è infatti positiva e pari all'81%.

Il ranking generale tra le regioni, così come emerso per il 2011 (Figura 6.5), è rimasto abbastanza stabile negli ultimi dieci anni anche se bisogna sottolineare che la fotografia non è del tutto statica nel tempo. Si rilevano infatti delle dinamiche interessanti sia nella fase precedente alla crisi economica (2002-2007) che in quella successiva. Tra il 2002 e il 2007 le regioni con spesa sanitaria privata inferiore alla media nazionale presentano tassi di crescita annuali maggiori di quelle con spese superiori alla media nazionale, rivelando dei processi di convergenza tra le spese sanitarie private pro capite delle regioni (Figura 6.6). Durante la crisi, diversamente, le prime mostrano andamenti quasi costanti mentre le seconde hanno subito impatti differenti che ne stanno modificando il ranking, almeno all'interno del gruppo delle «alto-spendenti» (Figura 6.7).

Figura 6.7 **Le regioni italiane: impatto della recessione sulla spesa sanitaria pro capite delle famiglie tra il 2006 e il 2011. Ranking sulla base delle medie triennali**



Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT

## 6.4 Le famiglie: abitudini di spesa sanitaria e *cluster* di consumatori

### 6.4.1 Tipologie familiari e propensioni alla spesa sanitaria

Il data base analitico fornito da ISTAT per la ricerca contiene dati socio demografici della popolazione oggetto di rilevazione. Ciò ha permesso di associare ai dati di spesa sanitaria delle famiglie informazioni quali la tipologia familiare e l'età della persona di riferimento. Una prima elaborazione effettuata sulla base della rilevazione ISTAT 2011 è riportata nella successiva Tabella 6.7, che mostra i livelli di spesa media annuale (complessiva di famiglia e pro capite) per tipologia familiare, ordinati in ordine decrescente. 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 pro capite aumenta con l'età della persona di riferimento e diminuisce con il numero di figli. Quest'ultimo dato è meno intuitivo e può trovare diverse spiegazioni. Una prima è legata al budget di spesa complessivamente disponibile dalla famiglia, che tende ad aumentare meno che proporzionalmente all'aumentare del numero di figli (colonna 4, Tabella 6.7). Questo dato «medio» potrebbe anche derivare dal fatto che al sud, dove i redditi sono mediamente più bassi, vi è una maggiore incidenza di famiglie con più di 2 figli, circa 25% della popolazione meridionale, mentre al nord, l'incidenza è di circa il 15%<sup>8</sup>. 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. 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. La propensione al consumo sanitario rimane comunque alquanto eterogenea tra le tipologie familiari, anche tra quelle che mostrano una simile spesa sanitaria annuale pro capite. È il caso, ad esempio, della «persona sola con meno di 35 anni» e della «coppia con un figlio» che hanno una spesa sanitaria media annuale pro capite di circa 450 euro, ma la prima ha una spesa generale pro capite quasi doppia rispetto alla seconda. La «coppia con due figli», invece, ha una propensione di circa 1,5% maggiore di quella della «persona sola con 35-64 anni», ma ha una spesa sanitaria media annuale che è circa la metà della seconda, legata a una minor spesa/reddito. In generale, l'età e la composizione familiare sembrano un fat-

<sup>8</sup> Elaborazione OCPS sui dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie).

Tabella 6.7 **Spesa sanitaria privata media annuale (pro capite e complessiva) e propensione marginale media alla spesa sanitaria, per tipologia familiare.**

Tipologia familiare	Spesa sanitaria media annuale delle famiglie (pro capite)	Spesa generale media annuale delle famiglie (pro capite)	Spesa sanitaria media annuale delle famiglie (pro famiglia)	Spesa generale media annuale delle famiglie (pro famiglia)	Propensione marginale media familiare alla spesa sanitaria (dati in %)
Persona sola con 65 anni e più	870	18.088	870	18.088	4,8
Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più	766	13.697	1.532	27.393	5,6
Coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni	637	16.295	1.275	32.589	3,9
Persona sola con 35-64 anni	620	24.830	620	24.831	2,5
Coppia con 1 figlio	456	11.842	1.370	35.526	3,9
Persona sola con meno di 35 anni	445	22.972	445	22.972	1,9
Monogenitore	409	12.214	968	28.888	3,4
Coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni	401	15.731	801	31.462	2,5
Altre tipologie	346	9.113	1.223	32.242	3,8
Coppia con due figli	317	9.678	1.268	38.711	3,3
Coppia con tre figli e più	234	7.529	1.207	38.749	3,1

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

tore determinante anche quando si guarda alle propensioni marginali: «Nel caso degli anziani, tra le spese incompressibili devono essere incluse anche quelle sanitarie, che rappresentano un ulteriore 4,8% nel caso di persone sole e il 5,6% nel caso di coppie» (ISTAT, 2012). Osservare quindi sia la spesa che la propensione marginale può aiutare a capire meglio quanta parte della spesa sanitaria sia legata al reddito e quanta all'utilità associata a quel tipo di spesa rispetto ad altre. Un approccio utile sia agli imprenditori che valutano le potenzialità del mercato sanitario privato sia ai soggetti regolatori per ragioni di equità.

#### 6.4.2 Pattern di consumo

Tra gli obiettivi della ricerca di OCPS vi è quello di individuare *pattern* di consumo ovvero, da un lato, identificare prestazioni e prodotti per i quali le fami-

glie adottino comportamenti simili in termini di spesa, dall'altro, segmentare le famiglie in gruppi di soggetti con comportamenti omogenei, sempre in termini di spesa.

Il primo quesito che il gruppo di ricerca si è posto è se i consumi delle prestazioni e dei servizi abbiano il medesimo andamento, ovvero se esista un unico modello di consumo generale per la sanità *out of pocket*, e, nel caso in cui ciò non sia verificabile, se esistano e quali siano eventuali macrofattori di aggregazione dei singoli *items* di consumo o se si debba, al contrario, considerare che ciascuna tipologia di prestazione o di prodotto abbia un proprio modello.

A questo scopo si è condotta una *factor analysis* sui dati relativi all'Indagine sui Consumi delle Famiglie 2011 per la quale sono state prese a riferimento dodici delle quindici voci che l'ISTAT classifica come spesa sanitaria, (Tabella 6.4) ovvero (1) medicinali (costo totale o ticket); (2) dentista; (3) visita medica (medico generico o specialista); (4) occhiali da vista, *ecc.*; (5) analisi cliniche; (6) esami radiologici, ecografici, elettrocardiogramma *ecc.*; (7) termometri, siringhe, calze elastiche, *ecc.*; (8) servizi ausiliari sanitari (infermieri, fisioterapisti, *ecc.*); (9) noleggio attrezzature sanitarie, (10) cure termali; (11) sedie e carrozzine per invalidi, apparecchi ortopedici. Sono state quindi escluse quattro voci che l'ISTAT classifica come spesa sanitaria ovvero «ricoveri in cliniche o ospedali», «ricoveri in case di riposo e istituti di assistenza», «protesi, apparecchi acustici, *ecc.*» e «pronto soccorso» in quanto le prime tre presentano andamenti poco robusti e la quarta è indipendente dalle scelte del cittadino, ma funzionale a valutazioni del personale sanitario. Infine, sono state aggiunte dal medesimo data base altre due voci non considerate nell'aggregato dei consumi sanitari: assistenza disabili anziani e assicurazione malattie. Per garantire l'oggettività nella selezione delle variabili, queste ultime sono state individuate utilizzando le evidenze di un'analisi esplorativa preliminare condotta dai ricercatori di OCPS su 30 aziende *opinion leader* operanti nel settore della sanità privata.

La *factor analysis* evidenzia che le prestazioni e i beni non possono essere considerate come un unico fattore, ma consente comunque di individuare un numero ridotto di combinazioni lineari delle variabili originarie che «spieghino» gran parte della varianza (ovvero del contenuto informativo) delle variabili stesse (Molteni e Troilo, 2003): essa raggruppa le 13 categorie di beni e prestazioni rilevate da ISTAT – e qui considerate per l'analisi – in 6 fattori o costrutti latenti, identificati come combinazioni lineari delle variabili originarie (Tabella 6.8):

1. Accertamenti diagnostiche e visite mediche (include visite, analisi di laboratorio e diagnostica per immagini);
2. Servizi socio sanitari e beni per anziani e invalidi (include servizi ausiliari sanitari, assistenza per disabili e anziani non autosufficienti, occhiali da vista e

- apparecchi per la pressione e sedie e carrozzine per invalidi, nonché apparecchi ortopedici);
3. Farmaco e parafarmaco (include medicinali, termometri, siringhe e calze elastiche);
  4. Dentista (include oltre alle visite dentisti anche la spesa per assicurazione malattie);
  5. Assicurazione malattie;
  6. Cure Termali;

Dall'analisi si evince che i *pattern* di consumo propongono categorizzazioni diverse rispetto a quelle illustrate al paragrafo 6.3.2 (Tabella 6.4) e, nel particolare caso del fattore 2, trascendono la classica ripartizione tra beni e servizi/prestazioni.

Tabella 6.8 **Factor Analysis – Matrice delle componenti (fattori) principali**

PRESTAZIONI	FATTORI					
	Accertamenti diagnostici e visite mediche	Servizi socio sanitari e beni per anziani e invalidi	Farmaco e parafarmaco	Dentista e assicurazione	Assicurazione	Cure termali
1. Visita medica (medico generico o specialista)	0,601	0,061	0,220	-0,031	0,101	-0,001
2. Analisi cliniche	0,660	-0,079	-0,048	0,020	-0,040	-0,029
3. Esami radiologici, ecografici, elettrocardiogramma, ecc.	0,477	0,344	-0,105	0,013	-0,019	0,064
4. Servizi ausiliari sanitari (infermieri, fisioterapisti, ecc.)	0,151	0,480	-0,002	0,007	-0,008	-0,047
5. Assistenza per disabili e anziani non autosufficienti	-0,246	0,486	0,227	-0,125	0,036	-0,003
6. Occhiali da vista, lenti a contatto, apparecchi per la pressione	0,208	0,329	0,119	0,164	-0,038	0,057
7. Sedie e carrozzine per invalidi, apparecchi ortopedici	-0,061	0,691	-0,112	0,016	0,029	0,016
8. Medicinali (costo totale o ticket)	0,339	-0,012	0,582	0,007	0,033	-0,005
9. Termometri, siringhe, calze elastiche, ecc.	-0,037	0,075	0,666	-0,078	-0,102	-0,048
10. Noleggio attrezzature sanitarie	-0,146	-0,064	0,441	0,364	0,130	0,084
11. Dentista	0,016	-0,002	-0,008	0,853	-0,083	0,009
12. Assicurazione malattie	0,092	0,180	-0,160	0,327	0,352	-0,157
13. Cure termali	0,018	0,009	-0,028	0,003	-0,001	0,977

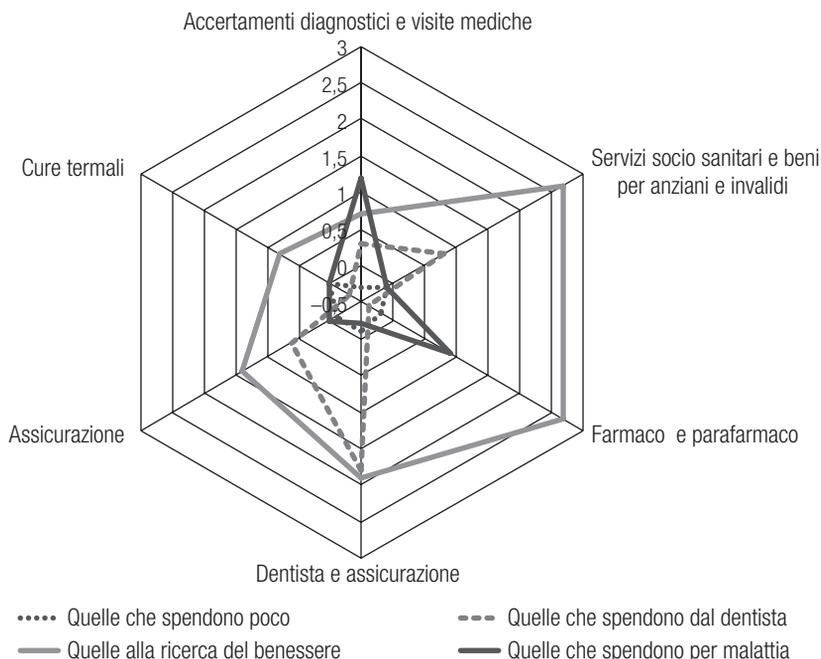
Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie)

### 6.4.3 Abitudini di spesa sanitaria e *cluster* di consumatori

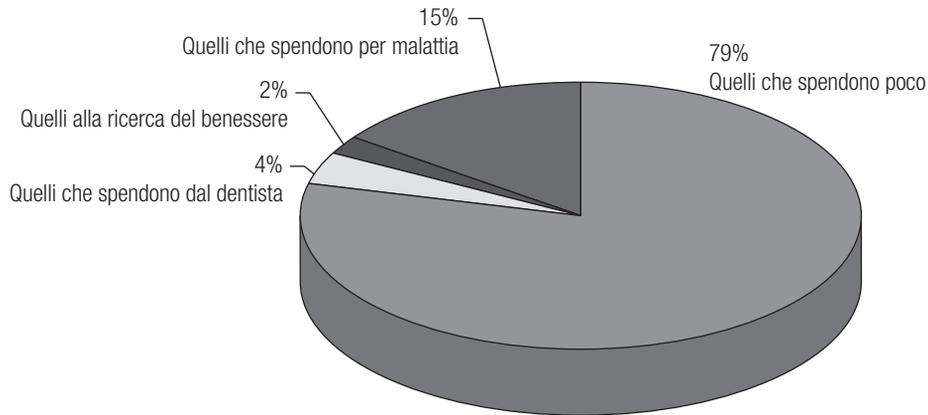
Una volta individuati i fattori, si è proceduto con una *cluster analysis* (seguendo la metodologia *two step*), al fine di identificare gruppi di famiglie caratterizzati da omogeneità interna e respingenza esterna rispetto ai comportamenti in merito ai fattori (Tyron, 1939; Kaufman e Rousseeuw, 1990; Molteni e Troilo, 2003; Castaldo, 2003).

I risultati della *cluster analysis* (Figura 6.8) evidenziano quattro segmenti di famiglie: (1) quelle che spendono in generale poco per tutti e sei i fattori e che rappresentano il 79% del campione, ma solo il 27% della spesa sanitaria privata; (2) quelle per le quali si rileva una spesa elevata solo per prestazioni dentali, mentre per gli altri tre fattori i consumi sono in media con le altre famiglie, che rappresentano il 4% del campione e il 17% della spesa; (3) quelle che spendono molto per le malattie e che hanno elevati livelli di spesa per i due fattori relativi a farmaco e parafarmaco e accertamenti e visite mediche che rappresentano il 15% del campione e il 36% della spesa; e (4), infine, le famiglie alla ricerca del benessere, che spendono sopra la media su tutti e sei i fattori e che, pur rappresentando solo il 2% delle famiglie (Figura 6.9), formano il 20% della spesa sanitaria privata.

Figura 6.8 I cluster di famiglie



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

Figura 6.9 **Ampiezza dei cluster (% di famiglie sul totale)**

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

Tabella 6.9 **Spesa media mensile per prestazioni e beni sanitarie suddivisa per cluster di famiglie**

Cluster	Spesa sanitaria complessiva per famiglia	Spesa sanitaria complessiva pro capite	Visite mediche	Analisi cliniche	Medicinali	Servizi ausiliari	Occhiali da vista	Assicurazione malattie
1. Quelle che spendono poco	69	15	61	29	53	57	75	39
2. Quelle che spendono dal dentista	536	171	93	44	78	176	263	162
3. Quelle che spendono per malattia	257	96	151	66	161	98	127	275
4. Quelle alla ricerca del benessere	1.072	396	223	155	135	431	408	58

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

Le tabelle di contingenza della *cluster analysis* consentono di descrivere, oltre alle abitudini di spesa sanitarie dei quattro segmenti (Tabella 6.9), anche le caratteristiche degli stessi. La tipologia di famiglia, ad esempio, incide solo sui *cluster 2* e *4*: il *cluster 2* è composto per il 40,6% da coppie con 1 o 2 figli, e per il 10% da persone sole di 35-64 anni; il *cluster 4* è composto per il 36,4% da persone sopra i 65 anni e per il 33,8% da famiglie con bambini. Ci sono poi delle variabili specifiche per singolo *cluster*: ad esempio il 46% del *cluster 2* ha un'assicura-

zione malattie per la quale spende mensilmente una media di 162 euro, al contrario del *cluster* 3 nel quale solo il 2,4% ha un'assicurazione per malattia; il 98% del *cluster* 4 spende mediamente più degli altri *cluster* in articoli di profumeria, istituti di bellezza, abbigliamento, ovvero prodotti e servizi non sanitari per il benessere, e sembrerebbe avere un livello culturale medio alto spendendo sensibilmente più degli altri *cluster* in libri non scolastici.

I dati emergenti da questa prima profilazione dei consumatori di beni e servizi sanitari ovviamente non sono esaustivi, ma fungeranno da base per il reclutamento e il campionamento di una successiva ricerca empirica quali-quantitativa sul *consumer behaviour*.

## 6.5 Conclusioni

Lo scopo di questo contributo è di natura essenzialmente conoscitiva, rivolto a mettere in luce come un segmento troppo spesso considerato indistinto – la spesa sanitaria privata – sia in realtà composto di elementi molto diversi tra loro come ad esempio la spesa farmaceutica, la spesa odontoiatrica, quella per servizi ambulatoriali. Da un altro punto di vista, non tutta la spesa privata alimenta circuiti di produzione privati e una parte, attraverso la compartecipazione alla spesa degli utenti (ticket) o l'acquisto di prestazioni in libera professione, alimenta i circuiti pubblici. Iniziare a ragionare in termini disaggregati ovvero, come è stato qui proposto, nella prospettiva dei consumi, non solo aiuterebbe a fondare giudizi e valutazioni su evidenze più adeguate, ma consentirebbe alle aziende e al sistema pubblico di calibrare meglio le proprie strategie. Ad esempio, se guardate sotto il profilo dei consumi, le politiche di compartecipazione alla spesa, soprattutto per quanto riguarda la cosiddetta «sanità leggera», non potrebbero limitarsi a considerare la sola dimensione della spesa pubblica, ma dovrebbero tenere conto di come reagiscono quelli che, a questo punto vista la limitata distanza tra prezzi di mercato e ticket, non sono più pazienti o utenti, ma veri e propri consumatori. Così si tratterebbe di considerare gli effetti sulle «quote di mercato» dei diversi produttori di certe politiche e valutare la loro desiderabilità o, semplicemente, prendere esplicitamente atto delle conseguenze nelle politiche aziendali.

L'analisi dei dati sui consumi messi a disposizione dall'ISTAT ha consentito di evidenziare l'esistenza di forti divari regionali nei livelli di spesa sanitaria privata pro-capite. Se si guarda a tali divari risulta sufficientemente evidente come una semplificazione spesso implicitamente assunta nel dibattito politico e pubblico in generale trovi scarso riscontro nelle evidenze. Si tratta dell'idea che i differenziali tra regioni nella spesa privata siano essenzialmente il risultato dei differenziali nel funzionamento dei sistemi pubblici, tale idea è alla base di molti attacchi politici o polemiche pubbliche sui consumi privati il cui livello viene

addebitato al governo regionale di turno. Le evidenze che si traggono dai dati mostrano come i livelli di spesa siano correlati ai livelli di reddito e come, quindi, le regioni meridionali i cui sistemi difficilmente potrebbero essere considerati come i migliori nel contesto nazionale, siano anche quelle che in cui si spende di meno in sanità privata. Ciò non significa, evidentemente, che gli assetti generali e il quadro istituzionale dei sistemi sanitari pubblici siano ininfluenti nello spiegare la quota complessiva di spesa sanitaria privata, ma, all'interno dei quadri istituzionali dati, i differenziali non trovano una loro causa nella quantità e qualità dei servizi pubblici offerti. Bisogna comunque sottolineare come tali risultati si siano formati in un contesto di spesa sanitaria pubblica crescente, non è detto che in quadro di eventuale riduzione dei servizi offerti dai sistemi pubblici, la spesa privata non inizi a evidenziare correlazioni significative con ciò che avviene nel sistema pubblico.

L'ultima parte del lavoro qui presentato, la costruzione di *cluster* di consumatori, deve essere considerato non solo rispetto alla conoscenza del fenomeno, ma anche come un contributo sul piano della proposizione di metodi di analisi della domanda ancora scarsamente diffusi in questo peculiare settore. La spinta alla conoscenza dei propri clienti nei loro comportamenti e nelle loro preferenze è tipica delle strutture di mercato e ha dato vita a un *corpus* di conoscenze e strumenti, il marketing, che le imprese utilizzano per perseguire meglio i propri fini istituzionali. La stessa tensione non ha finora, e per certi versi comprensibilmente, animato le aziende sanitarie pubbliche essenzialmente perché la categoria concettuale del «paziente» implica, da una parte, l'esercizio di un potere sovraordinato che necessita solo di alcuni elementi di informazione e non di altri (ad esempio le preferenze dei destinatari non rappresentano fattori di rilievo) e, dall'altra, la necessità di guardare ai bisogni piuttosto che alla domanda. Il quadro sottostante la categoria concettuale del paziente si sta progressivamente trasformando e, mentre rimangono fermi i fini istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche, la loro realizzazione deve confrontarsi con pazienti che diventano sempre più clienti. Le descrizioni e gli strumenti proposti, per quanto attualmente lontani dalla cultura e dalla pratica delle aziende sanitarie pubbliche, devono riuscire a diventare una delle chiavi fondamentali nelle relazioni con l'ambiente.

## Bibliografia

- AIFA e ISS (2012), *L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto OsMed (gennaio – settembre 2012)*, AIFA (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/>).
- AGENAS (2012), *Dossier Copayment: note sintetiche*, AGENAS ([www.agenas.it](http://www.agenas.it)).
- AGENAS (2013), *Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica*, AGENAS ([www.agenas.it](http://www.agenas.it)).

- ANDI (2005), *La crisi del settore dentale in Italia: analisi e misure di rilancio – Dossier*, ANDI.
- ANIA (2011), *L'assicurazione italiana 2010/2011*, ANIA ([www.ania.it](http://www.ania.it))
- Armeni P. e Ferrè F. (2012), *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea, pp. 109-165.
- Baldini M. e 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.
- Caroppo M.S. e Turati G. (2007), *I sistemi sanitari regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, 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, pp. 173-200.
- Cislaghi C. e Giuliani F. (2008), «Out of Pocket Sanitario nelle Regioni Italiane», *Quaderni Monitor*, AGENAS, n.22, anno VII, 3° supplemento, pp. 161-177.
- Conticelli M., (2012), *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, Giuffrè Editore.
- D'Angela D. (2012), «Capitolo 5a – Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria», in Spadonaro F. (Editor), *VII Rapporto Sanità-Ceis*, Arti Grafiche Srl, pp. 131-144.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in Sanità*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. e Rappini V. (2011), «Low cost in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea, pp. 331-367.
- De Pietro C., Domenighetti G., Tomada A. e Vineis P., «Ability to pay and equity in access to Italian and British National Health Services», *The European Journal of Public Health Advance Access published February 8, 2010*
- Dolan Paul, «Addressing misconceptions in valuing Health» *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res.* 13(1), 1–3 (2013).
- Exley C., Rousseau N., Donaldson C. e Steele J. G. (2013), «Beyond price: individuals' accounts of deciding to pay for private healthcare treatment in the UK», *BMC Health Services Research* 2012.
- Farindustria (2012), *Indicatori farmaceutici 2012*, Farindustria (<http://www.farindustria.it/Farindustria/html/index.asp>).
- Federfarma (2013), *La spesa farmaceutica nel 2012; Analisi dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale*, Federfarma (<http://www.federfarma.it/>).

- Franzini L. e Giannoni M. (2010), «Determinants of health disparities between Italian regions», *BMC Public Health* 2010, 10:296.
- ISTAT (2011), «Metodologie di stima degli aggregati dei conti nazionali a prezzi correnti Anno base 2000», *Metodi e Norme*, n.51, Roma, ISTAT (www.istat.it).
- ISTAT (2007), «Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari, Anno 2005», *Nota per la stampa*, ISTAT (www.istat.it).
- ISTAT (2012), «I consumi delle famiglie », *Report 14 Luglio 2012*, ISTAT (www.istat.it).
- ISTAT (2000-2011), «I consumi delle famiglie», *Annuari*, n. 7-16, Roma, ISTAT (www.istat.it).
- Kaufman L. e Rousseuw P.J. (1990), *Findind groups in data: An introduction to cluster analysis*, New York, John Wiley and Sons. Inc.
- Filippucci C., Mazzocchi M. e Viviani A. (2011), «Dynamics and heterogeneity in Italian households through expenditure behaviors», *Rivista Italiana di Economia e Statistica*, Volume N. 2, p.145-174.
- Levaggi R. e Turati G. (2011), «Spesa sanitaria pubblica e privata: sostituti o complementi?», in C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola (a cura di), *La Sanità in Italia: organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.
- Longo F. e Tanzi E. (2010), *I costi della vecchiaia*, Milano, Egea.
- Ministero della Salute (2012), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: dati SDO 2011*, Ministero della salute (<http://www.salute.gov.it/>).
- OECD (2013), *OECD Health Data 2013* (www.oecd.org).
- OECD (2011), *A System of Healthcare Accounts* (<http://www.oecd.org>).
- OSFAR-Osservatorio Farmaci (2011), *Executive Summary REPORT N°29, Report annuale per il 2011*, Cergas-Università Bocconi.
- Pammolli F. e Salerno N.C. (2011), *Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria. La Sanità alla sfida del Federalismo*. Working Paper n. 2, CeRM.
- Tryon R. C. (1939), *Cluster Analysis*, New York, Mc Graw Hill.
- Vecchietti M. (2012), «Scenari evolutivi per la sanità integrativa», in RBM Salute-Censis, *I Fondi Sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà*, RBM Salute.