



Capitolo 4

Indicatori di *Performance*

Performance indicators

4a. Indicatori di *Performance*: impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

English Summary

Key Indicators

4b. Indicatori di *Performance*: le *Performance* Regionali

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 4

Indicatori di *Performance*

In ambito sanitario la valutazione assume un ruolo fondamentale, per effetto sia della meritorietà del bene salute, sia della asimmetria informativa che lo caratterizza.

Le Dimensioni della valutazione sono molteplici: tra queste, senza pretesa di esaustività, ricordiamo gli esiti (non solo clinici), l'appropriatezza, l'efficienza, l'equità e l'innovazione (tra cui quella tecnologica e di processo).

Nello specifico, il Capitolo 4 comprende alcune valutazioni fatte da prospettive diverse; in particolare:

- il Capitolo 4a contiene la misura dell'equità del sistema sanitario in termini di impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie causato dai consumi sanitari; l'analisi contiene, inoltre, un approfondimento sul *gap* di spesa sanitaria tra famiglie meno abbienti e più abbienti, per tipologia di spesa, e la sua dinamica temporale
- il Capitolo 4b, è dedicato all'implementazione di tecniche di composizione delle preferenze espresse da diverse categorie di *stakeholders*, finalizzate alla definizione di un'unica di misura di *Performance* regionale (in termini di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di esiti sociali, economici, etc.).

CHAPTER 4

Performance indicators

In the health sector, assessment plays a fundamental role, due to both the great value of health and the information asymmetry that characterises it.

The dimensions of assessment are manifold and include, by way of example, outcomes (not only the clinical ones), appropriateness, efficiency, equity and innovation (including technological and process innovation).

Specifically, Chapter 4 includes a number of assessment made from different perspectives. In particular:

- *Chapter 4a measures the equity of the health system in terms of households' impoverishment, catastrophicity payment and econom-*

ic distress caused by health consumption; the Chapter also makes an in-depth analysis of the gap in health spending between less well-off and better-off households, by type of spending and its trends and dynamics over time

- *Chapter 4b is dedicated to the implementation of methods for composing the preferences expressed by different groups of stakeholders, aimed at defining a single measure of regional performance (in terms of satisfaction with services, clinical outcomes, social and economic outcomes, etc.).*

CAPITOLO 4a

Indicatori di Performance: Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

d'Angela D.¹, Spandonaro F.²

4a.1. Premessa

Il presente contributo si pone l'obiettivo di analizzare il consumo sanitario i cui oneri sono direttamente sostenuti dalle famiglie, tenendo conto della loro dinamica nel tempo, ed anche mettendoli in relazione con l'andamento dei consumi totali delle famiglie.

Ulteriore obiettivo è quello di valutare l'effettiva tutela offerta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia, e la sua tenuta nel tempo; in particolare, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, è stata determinata l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento causato da spese per consumi sanitari, della catastroficità (intesa come "eccesso" di incidenza della spesa sanitaria sui bilanci familiari), delle "nuove" rinunce al consumo, ed il disagio economico causato dalle spese sanitarie.

Quest'anno, in aggiunta al calcolo di tali indicatori, è stato elaborato, e analizzato nel suo *trend* temporale, un nuovo indicatore (definito di distribuzione) pari alla differenza dei *gap* di spesa tra i nuclei familiari "più abbienti" e i "meno abbienti", registrati nei consumi "generali", e nei consumi sanitari, questi ultimi disaggregati anche per singola voce di spesa.

Propedeuticamente, va segnalato che i consumi sanitari delle famiglie rilevati possono essere sovrastimati: la ragione risiede nel fatto che i dati disponibili non rilevano con precisione la quota di spesa coperta dalle polizze assicurative (individuali e non) in forma cosiddetta "indiretta", ovvero quella parte dei consumi che di fatto gode di un successivo rimborso delle spese effettuate.

Tutte le analisi sono state effettuate partendo dai microdati dell'indagine campionaria Istat sulla "Spesa delle famiglie", e sono state disaggregate sia in base al quintile di consumo delle famiglie, sia in base alla Regione di residenza delle stesse.

4a.2. La spesa sanitaria delle famiglie

Nel 2019, il 77,8% delle famiglie italiane ha sostenuto spese per consumi sanitari: valore sostanzialmente invariato rispetto al precedente biennio (77,9% e 77,6% rispettivamente).

Nel periodo 2014-2019, la quota delle famiglie che consumano per beni e servizi sanitari acquistati direttamente, si è incrementata di 16,0 punti percentuali. Ad eccezione del calo registrato nell'anno successivo alla crisi finanziaria del 2013, quando solo il 58,2% delle famiglie aveva fatto ricorso a spese per consumi sanitari privati, il *trend* è cresciuto continuamente, sebbene con un quadro sostanzialmente di stabilità nell'ultimo triennio.

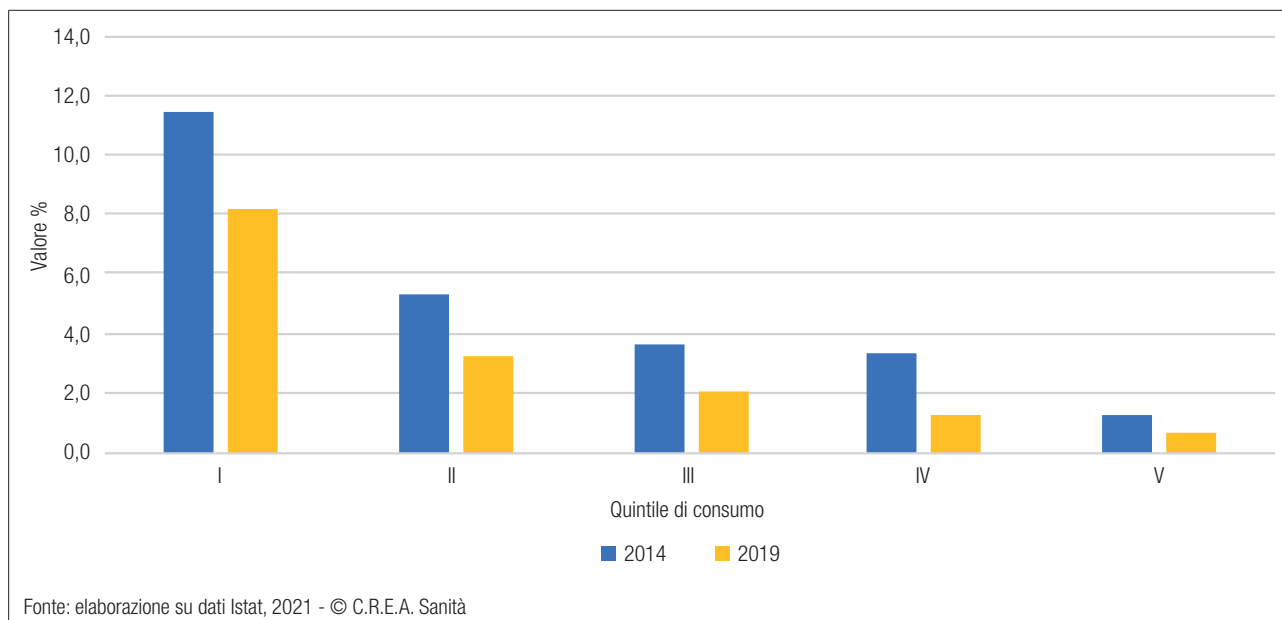
A livello regionale, in quattro (Calabria, Molise, Lazio, e Basilicata) il dato supera l'80% (80,7%, 81,3%, 82,5% e 85,8% rispettivamente); l'incidenza più bassa, pari al 73,8% si registra in Liguria, che peraltro ricordiamo essere la Regione con l'età media più alta.

Sempre nel 2019, 2,9 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie, e di queste 797.543 non le hanno in effetti affatto sostenute: convenzionalmente identifichiamo queste famiglie come casi di "rinunce" alle spese sanitarie.

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² C.R.E.A. Sanità, Università San Raffaele, Roma

Figura 4a.1. “Rinunce” alla spesa per consumi sanitari



Il fenomeno della necessità di limitare i consumi si è ridotto del 6,8% (circa 200.000 famiglie in meno nell'ultimo anno), come anche quello delle “rinunce” (- 2,7%), che ha coinvolto circa 20.000 famiglie in meno dell'anno precedente.

Le “rinunce” alle spese per consumi sanitari, diminuiscono in tutti i quintili di consumo: nel 2014 il fenomeno coinvolgeva rispettivamente l'11,5% ed il 5,3% delle famiglie del I e II quintile, mentre nel 2019 tali valori si sono ridotti all'8,2% e allo 0,7% (Figura 4a.1.).

Per quanto concerne la spesa, si consideri che, nel 2019, le famiglie italiane hanno sostenuto una spesa media annua totale per consumi pari a € 30.706,9 (- 0,4% rispetto al 2018): il consumo è minore, pari a € 24.819,9, per i residenti nel Mezzogiorno, ed arriva a € 33.367,1 per quelle residenti nel Nord-Ovest del Paese.

In termini di composizione, non si registrano variazioni significative rispetto all'anno precedente: quasi il 90% della spesa totale si concentra in sole quattro voci di spesa, ovvero “Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili” (34,9%), “Affitti figurativi” (22,9%), “Prodotti alimentari e bevande analcoliche” (20,0%) e “Trasporti” (11,2%).

La spesa sanitaria media annua delle famiglie, nel 2019, risulta pari a € 1.409,8, in riduzione dell'1,9%

rispetto all'anno precedente.

I consumi sanitari rappresentano l'ottava voce di spesa in ordine di importanza. L'ordine dei consumi rimane lo stesso in tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione del Mezzogiorno, dove i consumi sanitari salgono nel “ranking” di una posizione.

L'incidenza dei consumi sanitari sulla spesa delle famiglie si attesta al 4,6%.

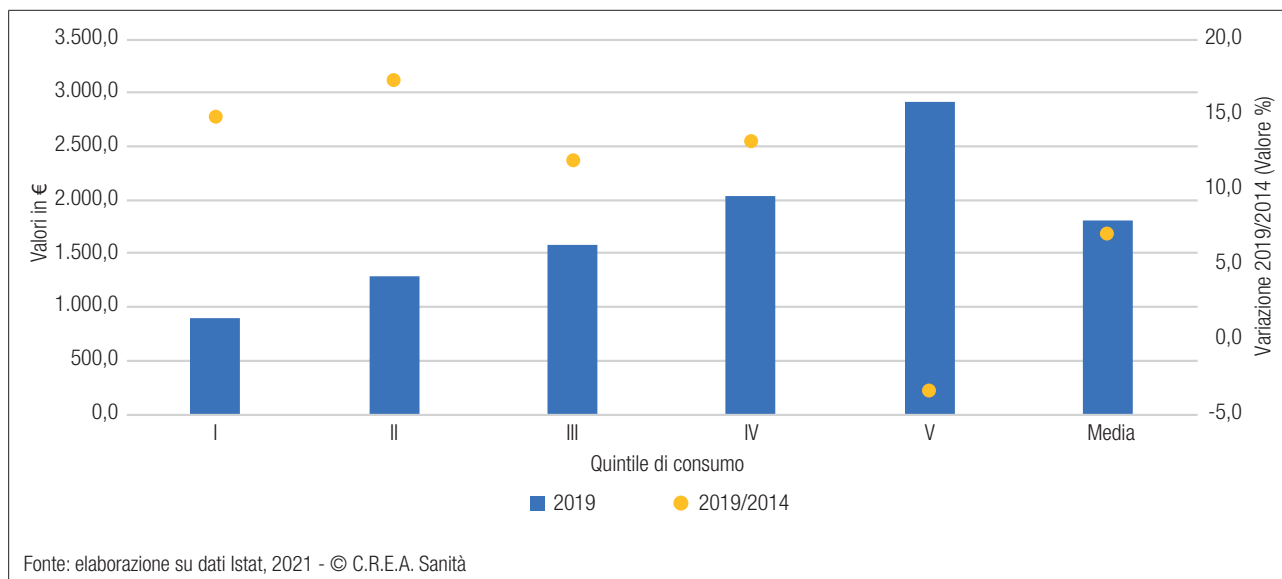
L'incidenza dei consumi sanitari sul totale oscilla da un valore minimo del 4,5% nel Centro ad uno massimo, pari al 5,0% nel Mezzogiorno.

L'incidenza sulla spesa totale delle famiglie si attesta al 3,7% per le famiglie del I quintile (le meno “abbienti”) ed al 4,7% per quelle dell'ultimo (le più “abbienti”).

Rispetto all'anno precedente, l'incidenza per quelle del I quintile è diminuita di 0,2 punti percentuali, e di 0,3 per quelle dell'ultimo quintile. Si tratta di una inversione di tendenza poiché, nell'ultimo quinquennio, si era registrato un aumento di incidenza media di 0,2 punti percentuali, concentrata soprattutto nei primi tre quintili: + 1,1, + 1,2 e + 1,1 rispettivamente.

La spesa media effettiva familiare (Figura 4a.2.), ovvero quella calcolata sui soli nuclei che la sostengono, ammonta a € 1.809,5 (- 2,2% rispetto al 2018).

Figura 4a.2. Spesa effettiva delle famiglie per consumi sanitari per quintile di consumo

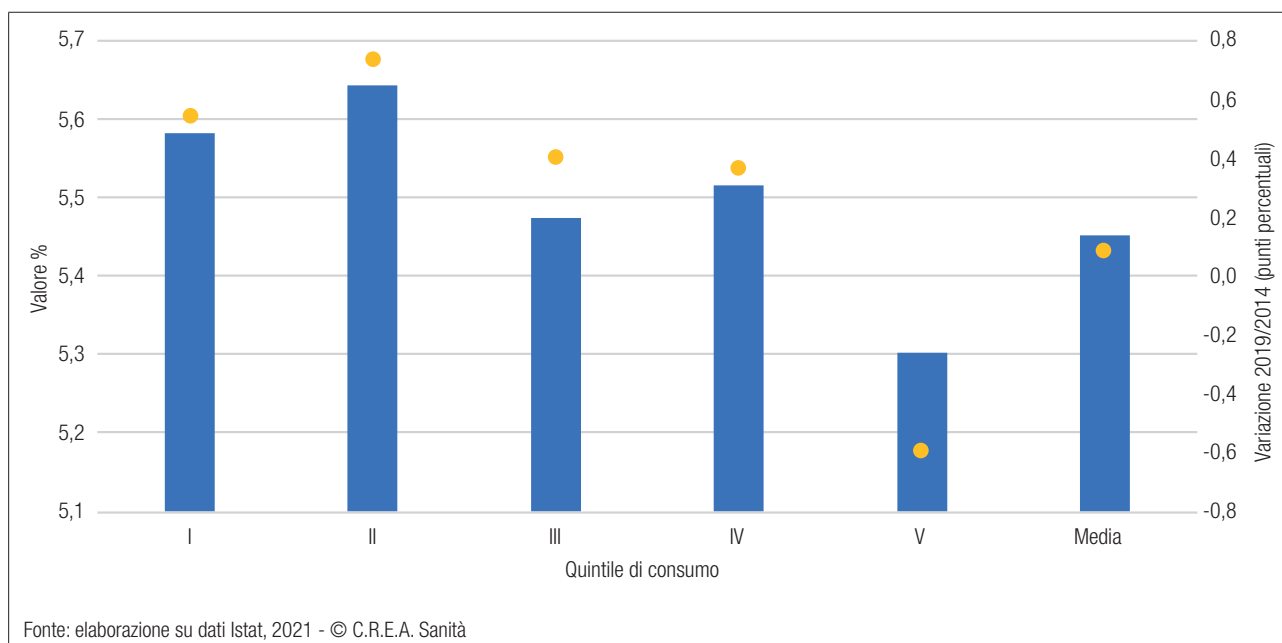


Dall'analisi del dato per area geografica, si conferma come la spesa media annua familiare "effettiva" per consumi sanitari è massima nel Nord-Ovest (€ 1.997,7; - 4,5% rispetto al 2018) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.549,5; + 1,4% rispetto al 2018), con un *gap* tra queste due ripartizioni pari al 30%, legger-

mente inferiore a quello che si registra per i consumi totali (35,9%).

A livello regionale il *gap* di spesa sanitaria privata tra i due quintili estremi varia da un valore massimo, pari al 5,8%, riscontrato in Piemonte, ad uno minimo, pari a 2,1, della Basilicata.

Figura 4a.3. Incidenza della spesa effettiva per consumi sanitari su quella totale e variazione per quintile di consumo. Anno 2019



La variazione della spesa, fra il 2014 e il 2019, è stata positiva per le famiglie di tutti i quintili (11,8% - 14,7%), tranne per quelle dell'ultimo (- 3,5%).

Per i nuclei che hanno consumi sanitari, l'incidenza della spesa sanitaria sul totale dei consumi è pari al 5,5% ed è aumentata nel periodo 2014-2018 di 0,6 punti percentuali, per poi ridursi di 0,5 nel 2019, con un "saldo" finale di - 0,1 punti percentuali (Figura 4a.3.).

Si osservi che la riduzione dell'incidenza ha interessato tutti i quintili, ma meno quelli centrali (- 0,1 punti percentuali).

In termini relativi, l'impatto maggiore lo hanno registrato le famiglie meno abbienti (l'incidenza, nell'ultimo quinquennio, sale dello + 0,5 e + 0,7 punti percentuali per I e II quintile rispettivamente); per quelle dell'ultimo nello stesso periodo l'incidenza si è ridotta di 0,6 punti percentuali.

La variabilità tra i diversi quintili dell'incidenza della spesa sanitaria "effettiva" sui consumi, nel 2019, si riduce: il *gap* dell'incidenza fra I quintile e V quintile si è ridotto a 0,3 punti percentuali (- 0,2 punti percentuali): infatti, si passa da un valore massimo pari al 5,6% per le famiglie del I quintile, al 5,3% per quelle dell'ultimo.

4a.3. Il profilo di consumo sanitario delle famiglie

Analizzando nel dettaglio il profilo di consumo delle famiglie, si osserva come il 76,6% di quelle che effettuano spese sanitarie acquista farmaci, il 38,9% prestazioni specialistiche e/o di ricovero, il 26,3% prestazioni diagnostiche, il 20,7% cure odontoiatriche, il 16,8% protesi e ausili ed il 14,8% attrezzature sanitarie.

Il quadro, rispetto all'anno precedente, è rimasto sostanzialmente invariato; nell'ultimo quinquennio si è, però, ridotta di circa 6 punti percentuali la quota di famiglie che spendono per farmaci, ed è aumentata di oltre 9 punti percentuali quella di chi spende per il dentista.

Nel Mezzogiorno la quota di famiglie che spende privatamente per farmaci arriva all'82,6%; nel Nord invece è maggiore (38,5%) la quota di famiglie che spendono per visite specialistiche e ricovero (Figura 4a.4.); la maggior quota di famiglie che ricorrono alle spese odontoiatriche si registra invece nel Nord-Est, ed è pari al 25,3%.

Figura 4a.4. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e ripartizione geografica. Anno 2019

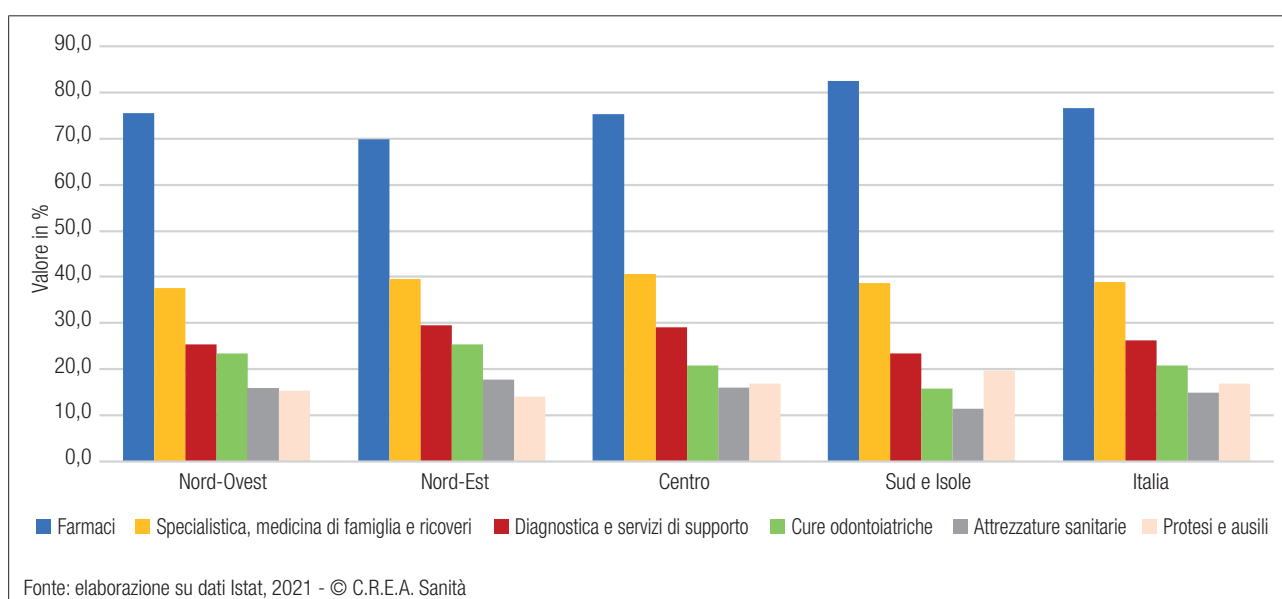
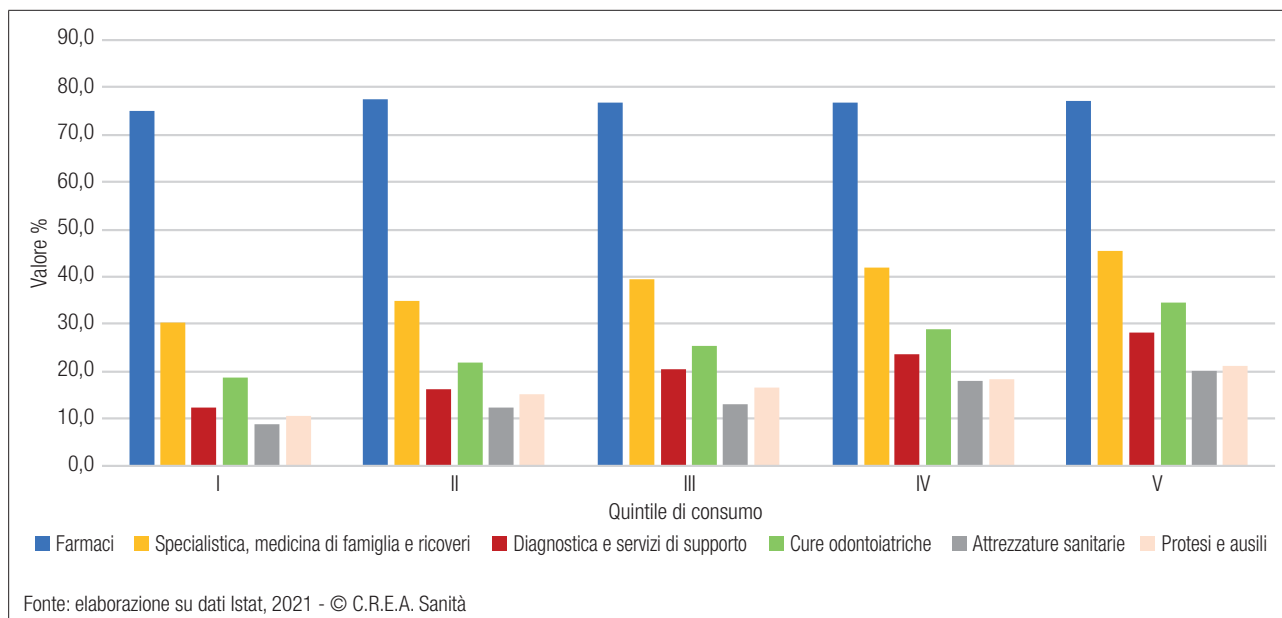


Figura 4a.5. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e quintile di consumo. Anno 2019



La quota di famiglie che spendono per farmaci e protesi e ausili sostanzialmente non varia fra i quintili di consumo; di contro quella delle famiglie che spendono per il dentista, le attrezzature sanitarie e la specialistica e ricoveri, cresce con il censo: per il dentista si passa dal 12,4% delle famiglie del primo quintile al 28,3% di quelle dell'ultimo; per le attrezzature sanitarie dall'8,7% (I quintile) al 20,0% (ultimo quintile), per la specialistica dal 30,3% al 45,5% (Figura 4a.5.).

In termini di spesa, la composizione per singole voci è rimasta sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente: i farmaci rappresentano stabilmente la quota maggiore di spesa sanitaria privata, pari al 42,2%, (40,5% nel 2018); seguono le cure odontoiatriche con il 21,4% (22,9% nel 2018), le visite specialistiche, medicina generale e ricoveri con il 15,1% (invariato nell'ultimo biennio), le attrezzature terapeutiche con il 9,7% (10% nel 2018), e l'acquisto di presidi e ausili è rimasta sostanzialmente invariato e pari al 3,3%.

Dall'analisi per quintile di consumo delle famiglie, risulta che, nel 2019, per le famiglie del I quintile la

spesa per i farmaci rappresenta il 53,5% di quella sanitaria totale, mentre quelle per il dentista il 12,7% (poco più della metà rispetto al valore medio nazionale).

Le famiglie dell'ultimo quintile, al contrario, destinano il 27,6% della spesa per consumi sanitari alle cure odontoiatriche ed il 34,9% ai farmaci (Figura 4a.6.).

Prendendo in considerazione l'aspetto geografico (Figura 4a.7.), la quota maggiore di spesa farmaceutica si registra nel Mezzogiorno (48,1%, in crescita di 9,7 punti percentuali rispetto al 2018), quella per il dentista nel Nord-Ovest (25,8%), quella per le visite di controllo nel Mezzogiorno (16,7%) e quella per le indagini diagnostiche nel Centro (10,7%).

In definitiva, si conferma come i farmaci rappresentano la voce di spesa più frequentemente sostenuta, ed in crescita, seguita da quella per le cure odontoiatriche e la specialistica (visite ed esami diagnostici): per queste ultime due voci si conferma una maggiore propensione al consumo per le famiglie appartenenti ai quintili più "abbienti".

Figura 4a.6. Composizione della spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e quintile di consumo. Anno 2019

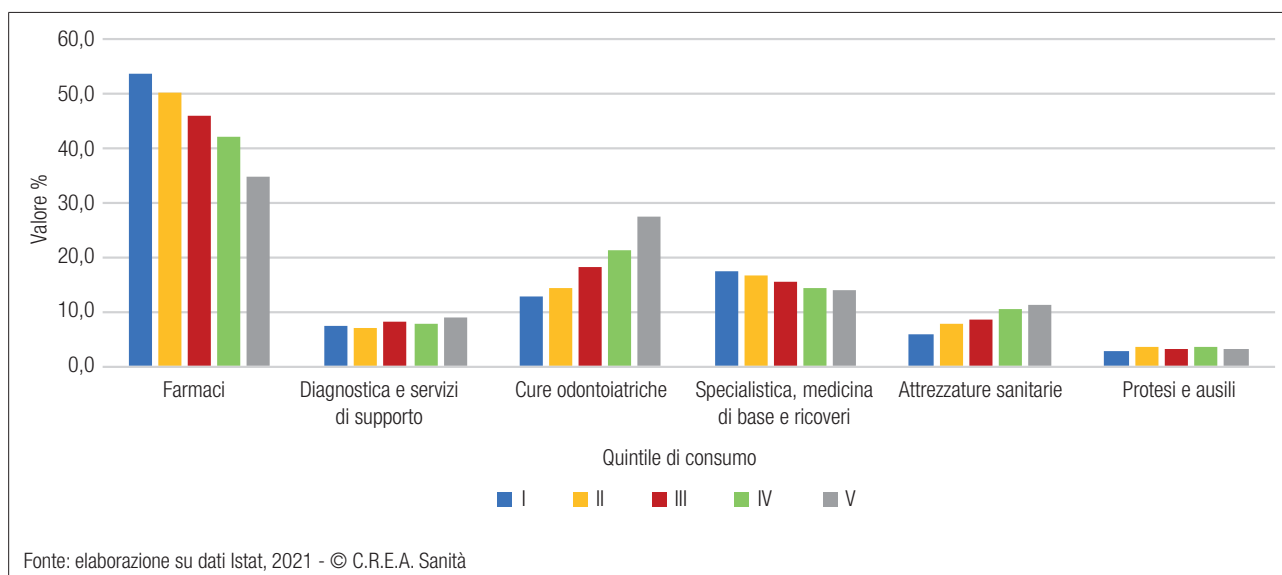
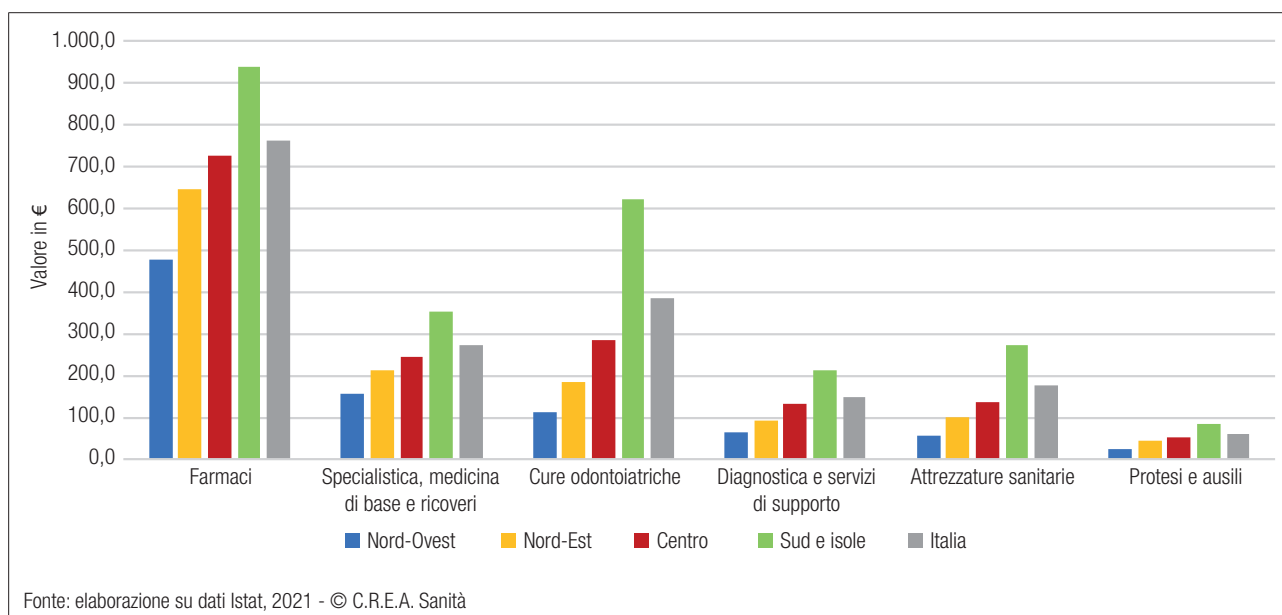


Figura 4a.7. Spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e ripartizione geografica. Anno 2019



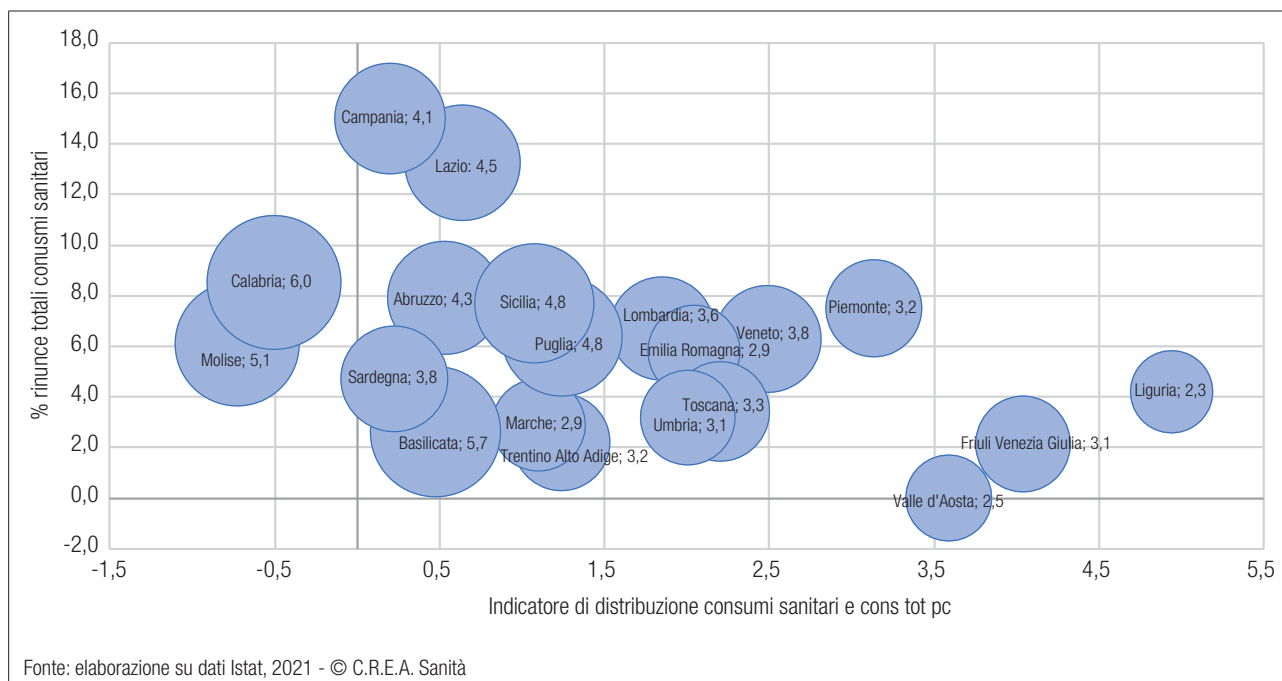
4a.4. L'equità dei SSR: i gap di spesa per quintile

Vale la pena di osservare due elementi che configurano criticità nel principio equitativo alla base del SSN.

In primo luogo, per il complesso delle famiglie meno "abbienti" l'incidenza delle spese sanitarie ri-

sulta minore che per i quintili superiori; ma, se si considerano solo le famiglie che consumano, il gradiente si inverte. In altri termini, fra quelle meno "abbienti", sono di più le famiglie che non registrano consumi sanitari, probabilmente per effetto delle rinunce; in secondo luogo, a "parità di bisogno", le famiglie meno abbienti registrano un impatto maggiore dei consumi sanitari sui loro bilanci.

Figura 4a.8. Consumi sanitari: indicatore di distribuzione, “rinunce”, incidenza sulla spesa dei meno “abbienti”. Anno 2019



Inoltre, dobbiamo constatare che il riavvicinamento delle incidenze dipende da un incremento relativo dell'onere a carico delle famiglie meno “abbienti” e di quelle del ceto medio (II e III quintile).

Quanto precede, ci ha spinto a verificare la capacità protettiva dei Servizi Sanitari Regionali (SSR): a tal fine è stato costruito un nuovo indicatore, convenzionalmente definito indicatore di distribuzione, costruito come differenza tra i *gap* di spesa media delle famiglie appartenenti ai quintili estremi di consumo per consumi totali e sanitari, questi ultimi anche per singola voce.

L'attesa sarebbe che il *gap* registrato per la spesa sanitaria sia superiore di quello che si registra per il totale dei consumi (indicatore di distribuzione superiore a 1), per effetto della protezione che i SSR dovrebbero garantire alle famiglie meno “abbienti”.

Per la spesa sanitaria pro-capite nel suo complesso, nel 2019, il *gap* a livello nazionale risulta pari a 5,8 volte: ovvero le famiglie più “abbienti” spendono quasi 6 volte più di quelle meno “abbienti”. A livello di ripartizione si passa da un *gap* massimo di 8,0 del Nord-Est, ad uno minimo pari a 5,0 del Mezzogiorno.

La Liguria risulta essere la Regione con il maggio-

re *gap* tra i due quintili estremi, con un valore pari a 9,7; il Molise quella con il minore, pari a 4,0 (Figura 4a.8.).

Considerando congiuntamente l'indicatore di distribuzione (riportato sull'asse delle ascisse) e quello della quota di rinunce alla spesa per consumi sanitari (asse delle ordinate), nonché l'incidenza della spesa per consumi sanitari per le famiglie del primo quintile (meno “abbienti”), rappresentato dal diametro dei cerchi, si osserva come Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Liguria sono caratterizzate da bassa incidenza dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie meno “abbienti”, bassi livelli di “rinunce” e un valore elevato dell'indicatore di distribuzione: possiamo quindi concludere che garantiscono un livello di protezione dei meno “abbienti” elevato; di contro Molise e Calabria, hanno una incidenza alta dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie meno “abbienti”, con livelli medio-alti di “rinunce” e un indicatore di distribuzione addirittura negativo: possiamo quindi concludere che la capacità redistributiva di tali SSR è del tutto insufficiente.

Campania e Lazio sono caratterizzate da una incidenza medio-alta dei consumi sanitari sui bilanci

delle famiglie meno “abbienti”, ma ridotta dai più alti livelli di “rinunce”, oltre ad indicatore di distribuzione prossimo allo zero: possiamo quindi concludere che anche in questo caso si evidenzia una capacità redistributiva insufficiente.

Basilicata, Sicilia, Puglia e Abruzzo anche presentano un basso livello di protezione dei meno abbienti con un effetto redistributivo sovrapponibile a quella dei consumi totali: in particolare in Basilicata a carico dei meno “abbienti”.

Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Piemonte, sebbene con una quota intermedia di rinunce, presentano un effetto redistributivo importante che tutela i meno “abbienti”.

La risposta equitativa dei SSR appare, quindi, molto difforme: in generale nel Sud, rispetto alle altre ripartizioni, i consumi sanitari delle classi meno “abbienti” sono più alti, in termini relativi, rispetto a quelli delle classi più “abbienti”, evidenziando così un chiaro problema di tipo equitativo.

Si osservi che, nell'ultimo quinquennio, per i consumi totali si è registrato un aumento del *gap* di spe-

sa (sempre tra i due quintili estremi), passato da 4,8 a 5,0; mentre si è registrata una riduzione di quello relativo ai consumi sanitari (da 6,4 del 2014 a 5,8 del 2019).

Tale dinamica suggerisce che, oltre ad una maggiore sperequazione a livello dei consumi totali, sia in atto un indebolimento della capacità di protezione da parte del SSN: non si registra, infatti, una adeguata protezione (finanziaria) per le fasce più deboli. A riprova di ciò, i consumi sanitari sono aumentati soprattutto nei primi tre quintili (14,5%, 22,1% e 15,0% rispettivamente), e questa è il vero motivo della riduzione del *gap* (Figura 4a.9.).

Per i consumi farmaceutici, il rapporto tra quella sostenuta dagli appartenenti all'ultimo quintile di consumo (più “abbienti”) e quella sostenuta da quelli del primo (meno “abbienti”) è pari a circa 3,5 volte; a livello di ripartizione geografica si passa da un *gap* massimo pari a 5,1 nel Nord-Ovest ad uno minimo, pari a 3,2 nel Mezzogiorno. Il Veneto è la Regione con il maggiore *gap* tra i due quintili, pari a 11,5; il Molise è quella con il minore, pari a 4,0.

Figura 4a.9. Dinamica spesa per consumi totali e sanitari

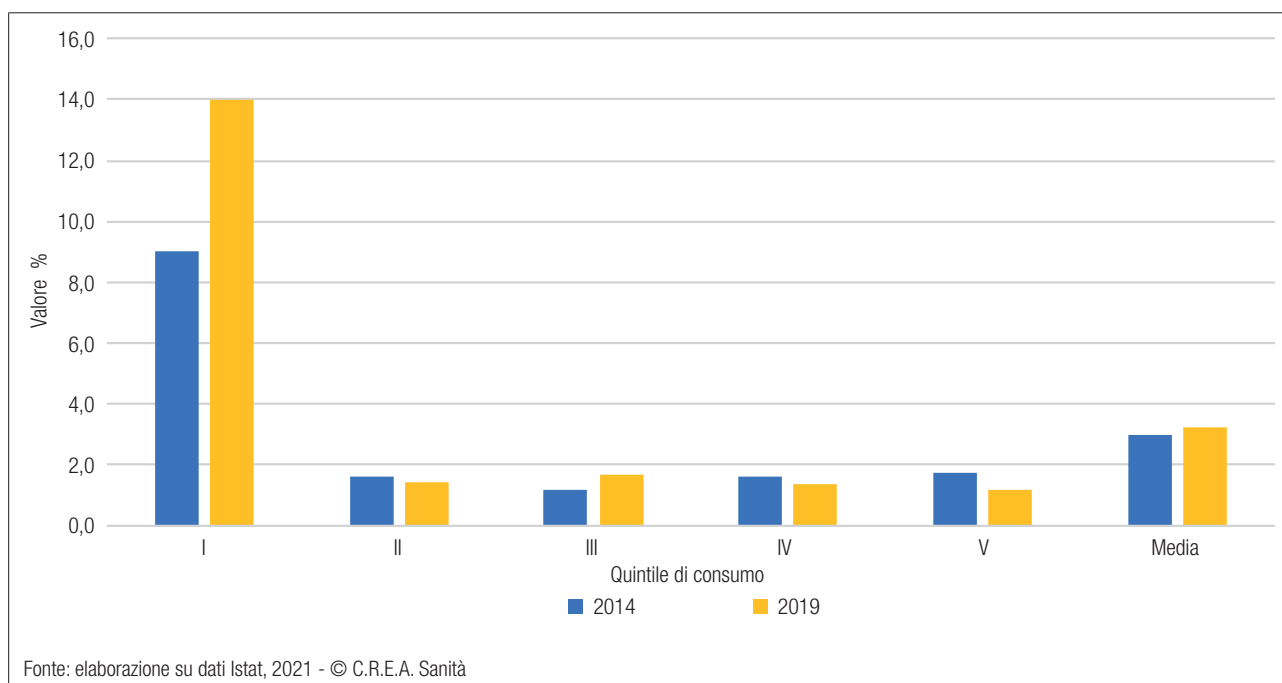


Figura 4a.10. Consumi farmaceutici: indicatore di distribuzione, “rinunce”, incidenza sulla spesa dei meno “abbienti”. Anno 2019

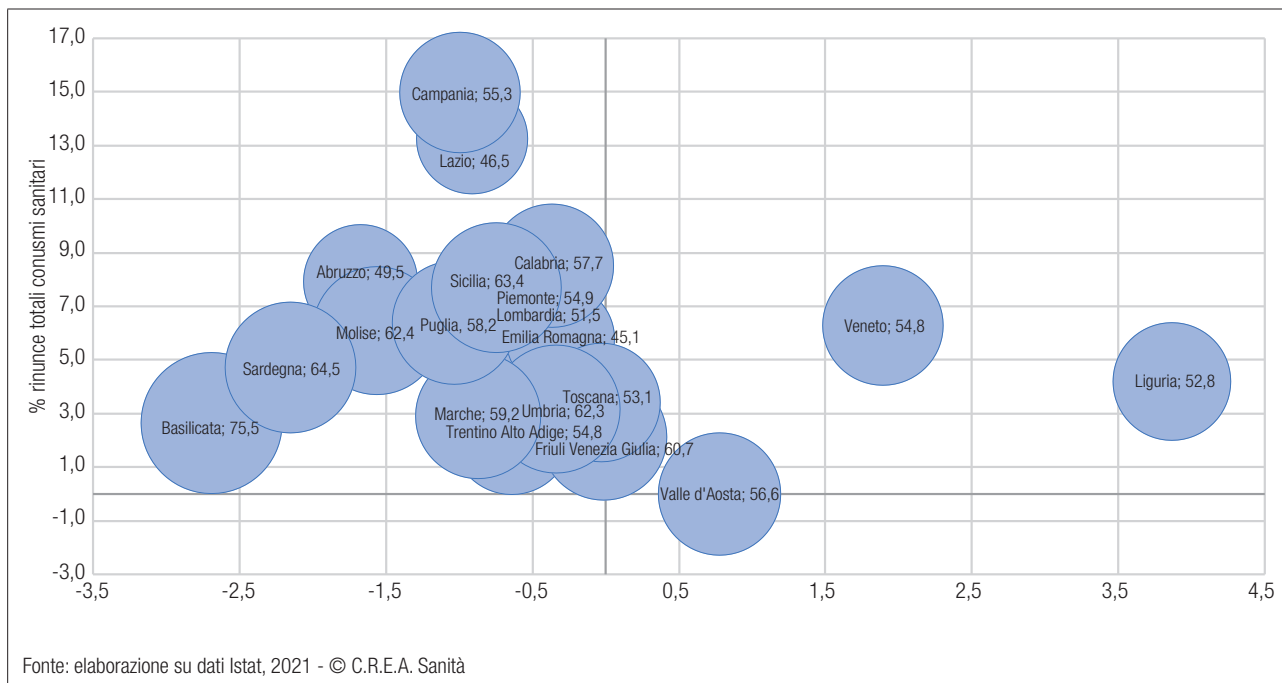
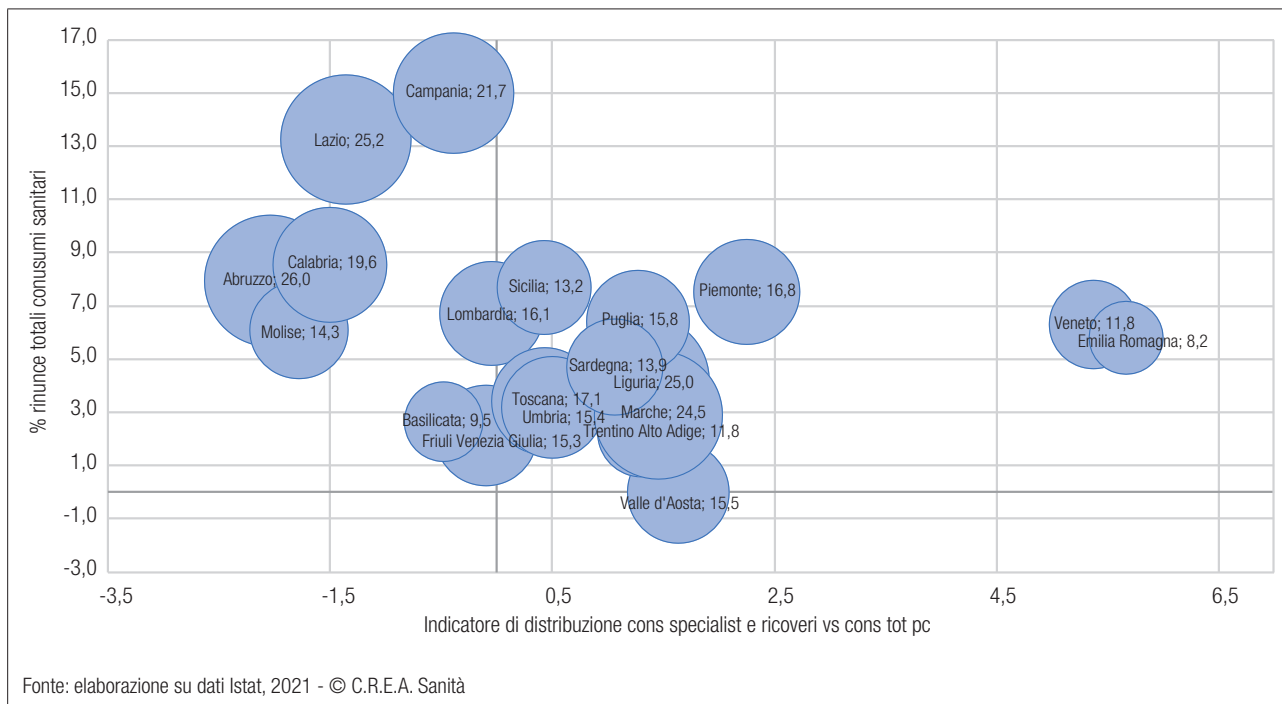


Figura 4a.11. Consumi per specialistica e ricoveri: indicatore di distribuzione, “rinunce”, incidenza sulla spesa dei meno “abbienti”. Anno 2019



Mediamente per i farmaci il *gap* di spesa tra i quintili estremi è, inferiore a quello della media dei consumi sanitari, indicando un minor effetto “redistributivo” dei SSR per voce di consumo sanitario.

Ad esclusione di Liguria e Veneto che registrano un indicatore di distribuzione superiore ad 1, indi-

cativo dell'esistenza di un meccanismo "protettivo dei meno "abbienti", in tutte le altre realtà tale effetto è quasi assente; in Basilicata e Sardegna si registra anche una elevata quota dei consumi sanitari destinata ai farmaci da parte dei meno abbienti. In Campania e Lazio, si sovrappone anche una elevata quota di rinunce alle spese sanitarie (Figura 4a.10.).

Per le visite specialistiche e generiche, e i ricoveri ospedalieri, si registra un *gap* di spesa tra i due quintili estremi pari a 4,6 volte: anche in questo caso, inferiore alla media dei consumi sanitari.

A livello di ripartizione geografica si passa da un *gap* massimo pari a 7,1 nel Nord-Est ad uno minimo, pari a 4,4, nel Mezzogiorno.

A livello regionale il Veneto è la realtà con il maggiore *gap* tra i due quintili, pari a 10,8, e l'Abruzzo quella con il minore, pari a 2,8 (Figura 4a.11.).

Complessivamente si registra un basso livello di protezione per questa voce di spesa da parte dei SSR, sebbene con marcate differenze regionali.

Veneto ed Emilia Romagna fanno eccezione, e registrano un forte effetto redistributivo (in senso "protettivo") dei meno "abbienti", con l'esito di una bassa incidenza di tale spesa sui consumi sanitari totali.

All'estremo opposto, con una sostanziale assenza di effetto redistributivo, si collocano Lazio, Campania, Abruzzo, Calabria e Molise, per le quali si registra una incidenza elevata di tale spesa sui bilanci delle famiglie meno "abbienti". Basilicata, Trentino e Valle d'Aosta non evidenziano l'esistenza di redistribuzioni favorevoli ai meno "abbienti", ma registrano una incidenza contenuta di tale voce sui loro bilanci.

Per i servizi diagnostici e di supporto il *gap* è maggiore e pari a 7,2 volte. Si passa da un *gap* massimo pari a 11,1 del Centro, ad uno minimo pari a 4,8 del Nord-Ovest.

A livello regionale è il Veneto che registra il *gap* più alto (11,5); il Molise quello più basso (4,0).

Figura 4a.12. Consumi per servizi diagnostici e di supporto: indicatore di distribuzione, "rinunce", incidenza sulla spesa dei meno "abbienti". Anno 2019

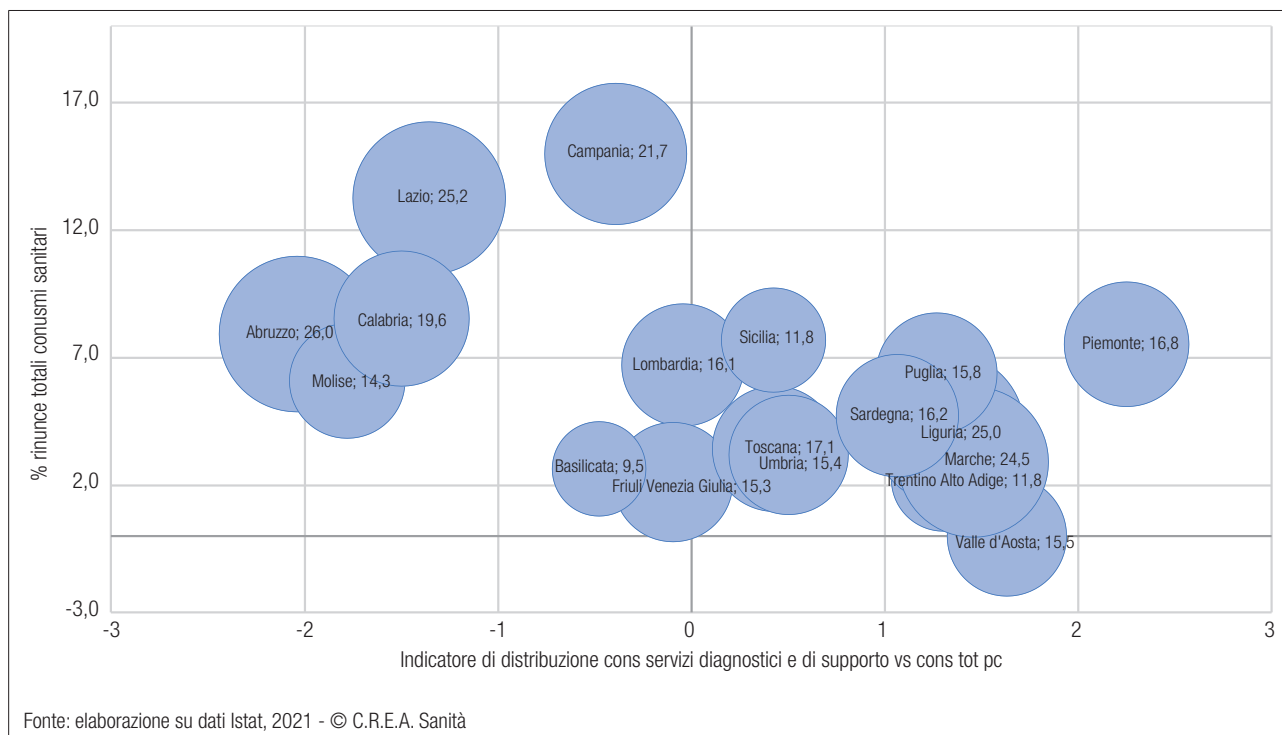
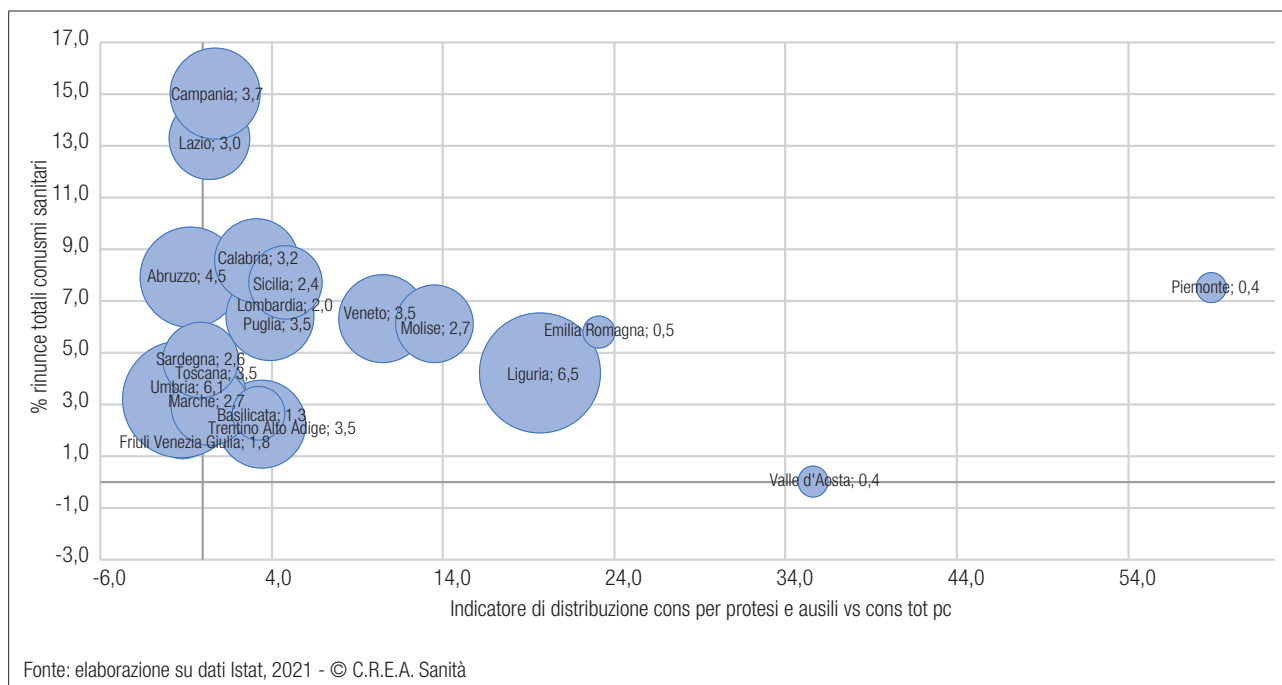


Figura 4a.13. Consumi per protesi e ausili: indicatore di distribuzione, “rinunce”, incidenza sulla spesa dei meno “abbienti”. Anno 2019



In sette Regioni si riscontra un effetto redistributivo marcato (indicatore di distribuzione superiore a 1): in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta peraltro con un maggiore livello di protezione dei meno “abbienti” (l'incidenza di tale voce sui consumi totali risulta bassa); all'estremo opposto si collocano Abruzzo, Lazio, Campania, Calabria e Molise, con un effetto redistributivo delle tutele sostanzialmente nullo ed una elevata incidenza di tali spese sui bilanci delle famiglie meno “abbienti” (Figura 4a.12.).

Per i consumi di protesi e ausili il *gap* è pari a 6,7; a livello di ripartizione geografica si passa da un *gap* massimo pari a 7,8 nel Nord-Est ad uno minimo, pari a 4, nel Nord-Ovest. Le Marche sono la Regione con il maggiore *gap*, pari a 78,6, il Trentino Alto Adige è quella con il minore, pari a 1,7.

Piemonte, Valle d'Aosta, Emilia Romagna e Veneto registrano un forte effetto redistributivo a favore dei meno “abbienti” (indicatore di distribuzione superiore a 15 e incidenza contenuta); la Liguria, pur registrando un valore dell'indicatore di distribuzione elevato, registra per i meno “abbienti” una elevata incidenza di tale voce di spesa (6,5% dei consumi sanitari); seguono la Sicilia, la Lombardia e la Pu-

glia, con un valore di distribuzione che supera il 3,5; all'estremo opposto si trovano Umbria, Friuli Venezia Giulia ed Abruzzo, dove non si registrano effetti di protezione verso i più deboli, soprattutto da parte della prima che registra una incidenza di oltre sei punti percentuali di tale voce di spesa sui consumi sanitari (Figura 4a.13.).

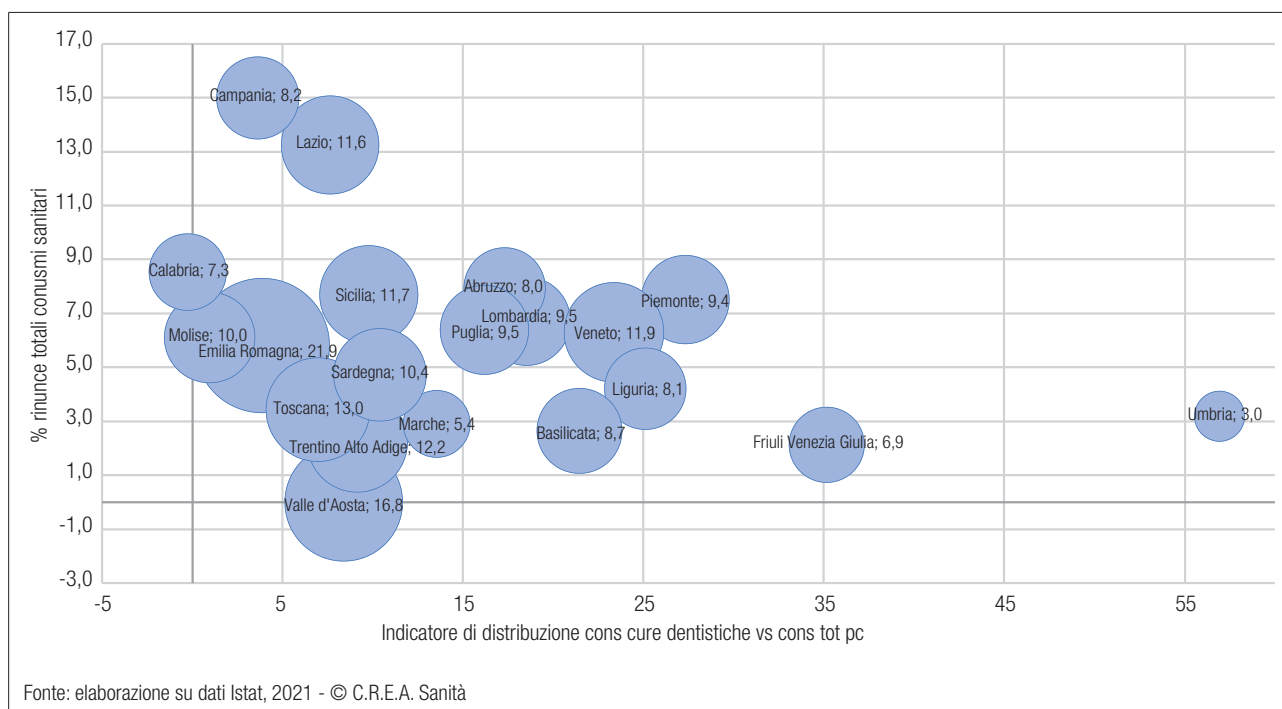
Infine, per le cure odontoiatriche il *gap* tra quella sostenuta dai due quintili estremi è pari a circa 16,5 volte. A livello di ripartizione geografica si passa da un *gap* massimo pari a 25,0 nel Nord-Ovest ad uno minimo, pari a 12,6, nel Mezzogiorno.

A livello regionale si passa da un *gap* massimo pari a 61,4 dell'Umbria ad uno minimo pari a 4,3 della Calabria.

Il massimo effetto protettivo rispetto alla spesa per il dentista si registra in Umbria: si evidenzia una forte tutela dei meno “abbienti” (tale voce incide appena il 3% sui consumi sanitari totali); seguono le Marche con una redistribuzione superiore a quella dei consumi totali e poco “carico” sulle famiglie meno “abbienti”.

Ad eccezione di Calabria e Molise, che registrano un valore di indicatore di distribuzione negativo,

Figura 4a.14. Consumi per cure odontoiatriche: indicatore di distribuzione, “rinunce”, incidenza sulla spesa dei meno “abbienti”. Anno 2019



rappresentativo quindi dell'assenza di una attesa redistribuzione favorevole ai meno “abbienti”, in tutte le altre realtà l'indicatore è positivo ma, per effetto di una, generale, elevata incidenza delle “rinunce”.

In particolare, le “rinunce” sono elevate in Campania e Lazio.

In Emilia Romagna e Valle d'Aosta, la spesa per il dentista sostenuta dalle famiglie meno abbienti supera il 16% di quella per i consumi sanitari (Figura 4a.14.).

Gli indicatori proposti sembrano suggerire che:

- 1) cresce la disuguaglianza nei consumi (almeno fra le fasce estreme della distribuzione per censo delle famiglie)
- 2) diminuisce quella relativa ai consumi sanitari, ma in realtà perché cresce l'onere per le famiglie meno abbienti, specialmente nel Sud
- 3) anche dove si assiste ad una redistribuzione, come nel caso dell'odontoiatria, in verità si annida un problema equitativo, perché il *gap* è frutto di una barriera all'accesso al servizio per le famiglie più povere.

4a.5. L'equità dei SSR: impoverimento

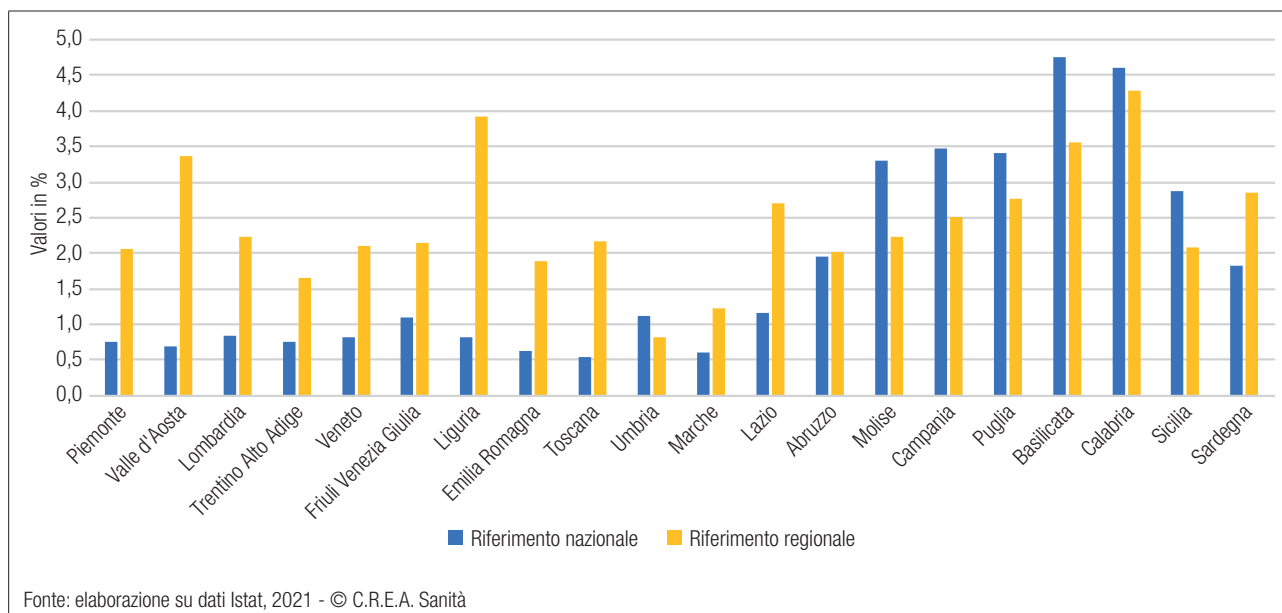
Nel 2019 l'incidenza nazionale del fenomeno dell'impoverimento dovuto alla spesa sanitari privata è pari all'1,58%, interessando 410.891 nuclei familiari: 39.048 in meno rispetto all'anno precedente (2,1% di quelle che effettuano consumi sanitari).

L'impoverimento coinvolge le famiglie dei quintili più bassi (I e II): il 13,3% (0,5 punti percentuali in più rispetto al 2018) di quelle del I quintile che sostengono spese per consumi sanitari e lo 0,7% di quelle del II (0,5 punti percentuali in meno rispetto al 2018).

Nell'ultimo quinquennio si è registrata una crescita dell'impoverimento per spese sanitarie di 0,35 punti percentuali. Rapportando il dato alle sole famiglie che sostengono spese sanitarie, l'incidenza è rimasta sostanzialmente invariata (2,1 nel 2018 vs 2,0% nel 2014).

Le famiglie residenti nel Mezzogiorno sono le più colpite: l'incidenza è del 3,2% (0,1 punti percentuale in meno rispetto al 2018 e 0,3 rispetto al 2014), contro lo 0,9% di quelle del Centro (0,5 punti percentuali in meno rispetto al 2018), lo 0,9% di quelle del

Figura 4a.15. Quota famiglie impoverite. Anno 2019



Nord-Est (invariato rispetto all'anno precedente) e lo 0,8% di quelle del Nord-Ovest (0,3 punti percentuali in meno rispetto al 2018). Considerando le sole famiglie che sostengono spese sanitarie l'impatto nel Mezzogiorno è quasi quattro volte quello delle altre ripartizioni.

Basilicata e Calabria risultano essere le Regioni più colpite dal fenomeno dell'impoverimento: si impoveriscono rispettivamente il 4,8% e 4,6% delle famiglie residenti; Toscana, Marche, Emilia Romagna e Valle d'Aosta invece risultano le meno colpite: lo 0,5%, 0,6%, 0,6% e 0,7% rispettivamente.

Applicando soglie di povertà relative regionali, la misura del fenomeno dell'impoverimento registra 520.396 famiglie impoverite (2,4% delle famiglie), ovvero circa 110.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard" (Figura 4a.15.).

L'applicazione delle soglie regionali riduce in maniera importante le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche; l'aumento interessa soprattutto le Regioni del Nord-Ovest (l'incidenza passa dallo 0,8% al 2,4%), seguite da quelle del Nord-Est (si passa dallo 0,9% al 2,0%); in quelle del Mezzogiorno si assiste invece ad una riduzione di 0,7 punti percentuali. Il valore massimo si raggiunge in Calabria, dove il 4,3% delle famiglie risultano impoverite;

il valore minimo in Umbria, con lo 0,8%.

Analizzando la composizione dei consumi sanitari delle famiglie impoverite si osserva come destinino ai farmaci e alle cure odontoiatriche una quota superiore a quella media (43,2% e 21,9% rispettivamente), rimanendo in linea con la media nazionale per le altre voci: visite specialistiche, medicina generale e ricoveri (15,1%) e attrezzature sanitarie e protesi e ausili (10,2% e 4,7% rispettivamente).

In sintesi, il fenomeno dell'impoverimento si è ridotto nell'ultimo anno, sebbene sia cresciuto nell'ultimo quinquennio, e continua a rimanere principalmente un problema del Sud del Paese, sebbene considerando soglie di povertà relative si allarga anche al settentrione. Le famiglie impoverite essenzialmente si impoveriscono a causa di acquisti di farmaci e per il dentista.

4a.6. L'equità dei SSR: spese catastrofiche

Il fenomeno delle spese sanitarie catastrofiche (definite come quelle che incidono per oltre il 40% della *Capacity To Pay* delle famiglie) ha continuato a ridursi anche nel 2019, interessando il 2,4% delle

famiglie residenti (0,7 punti percentuali in meno rispetto al 2018), ovvero il 3,2% di quelle che sostengono consumi sanitari): le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche sono 630.032 (quasi 200.000 nuclei in meno rispetto all'anno precedente). Il Mezzogiorno continua ad essere la ripartizione più colpita, con il 5,8% delle famiglie, segue il Nord-Est con

il 2,3%, il Nord-Ovest con il 2,2% ed il Centro con l'1,7%. Rispetto all'anno precedente è aumentata la quota delle famiglie residenti nel Nord e si è ridotta quella relativa alle famiglie del Mezzogiorno; nel Centro l'incidenza del fenomeno è rimasta sostanzialmente invariata negli ultimi due anni (Figura 4a.16.).

Figura 4a.16. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche. Anno 2019

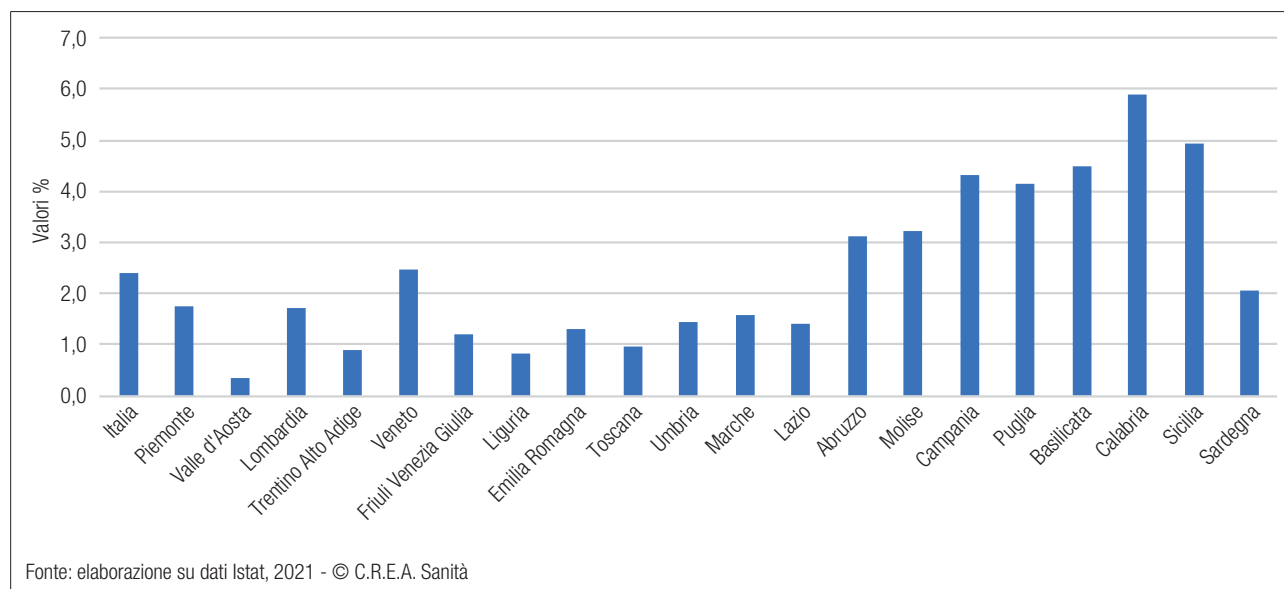
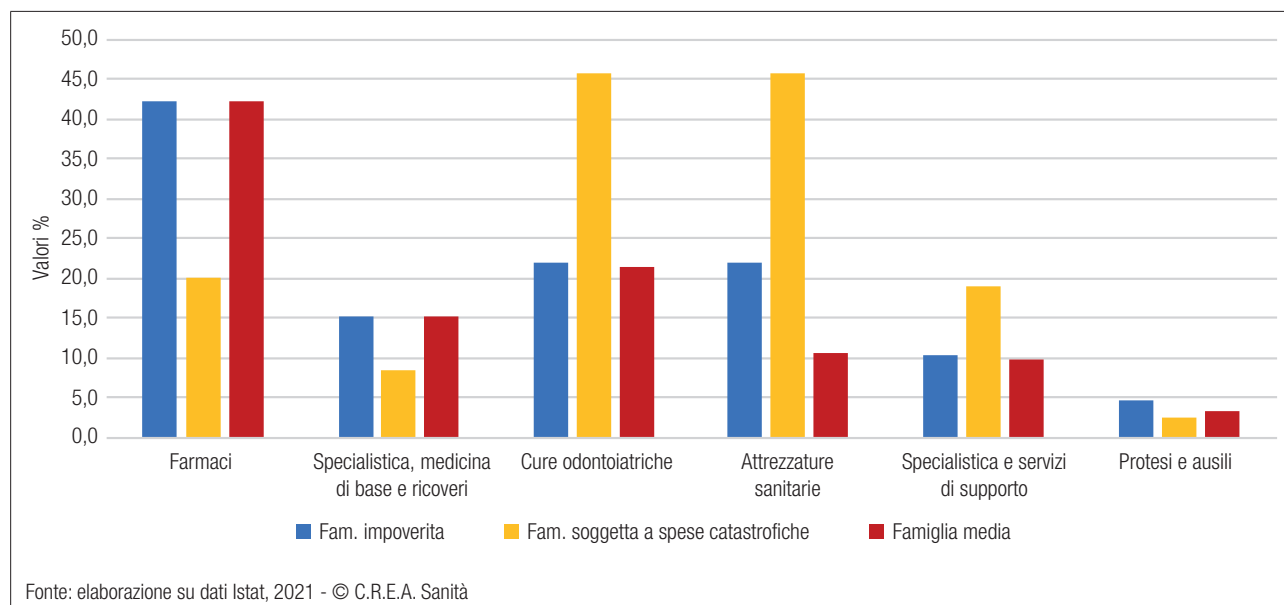


Figura 4a.17. Composizione consumi sanitari famiglie impoverite e soggette a spese catastrofiche per tipo di voce. Anno 2019



Nell'ultimo quinquennio si è registrata una crescita del fenomeno (+0,2 punti percentuali) che ha interessato soprattutto le famiglie del I e III quintile di consumo (Figura 4a.17.).

Le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Calabria e Sicilia (5,9% e 4,9% rispettivamente); quasi assente il fenomeno in Valle d'Aosta, Liguria e Trentino Alto Adige, dove sono colpite dal fenomeno rispettivamente lo 0,4%, 0,8% e 0,9% delle famiglie residenti (Figura 4a.16.).

Le spese catastrofiche sono distribuite fra tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente (14,0%) nel I quintile, del 1,4% fra quelle del II, dell'1,7% fra quelle del III, dello 1,3% fra quelle del IV e dell'1,2% fra quelle dell'ultimo (Figura 4a.15.). Rispetto all'anno precedente si è registrata una riduzione di incidenza nei quintili centrali.

Le famiglie soggette a spese catastrofiche destinano quasi la metà (45,7%) dei propri consumi sanitari alle cure odontoiatriche, e il 20,7% ai farmaci; destinano solo l'8,3% ed il 4,5% all'assistenza specialistica e alla diagnostica (Figura 4a.17.).

In sintesi, il fenomeno delle spese catastrofiche si è ridotto, ma, a differenza di quello dell'impoverimento, anche se in minore entità, colpisce anche il Nord del Paese: in particolare è determinato dalle spese per il dentista.

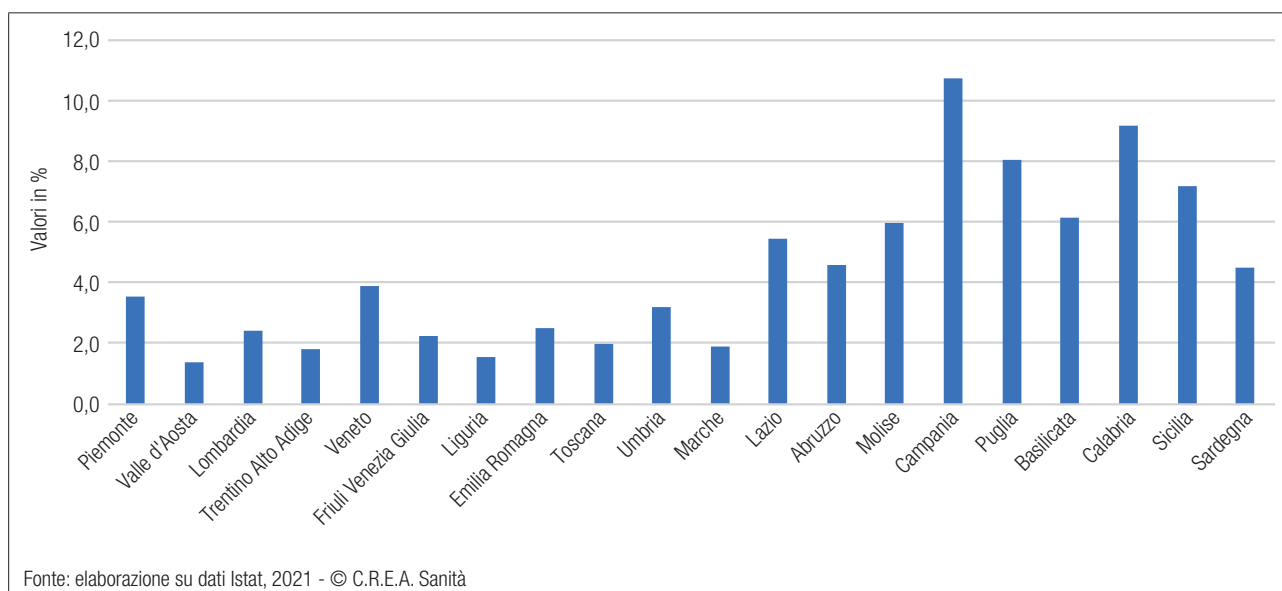
4a.7. L'equità dei SSR: disagio economico

Definendo come "disagio economico" delle famiglie, l'indicatore che somma i fenomeni dell'impoverimento e delle "rinunce" alle spese per i consumi sanitari (come sopra definite), la quota di famiglie che, nel 2019, ha sperimentato un "disagio economico" a causa di consumi sanitari è pari al 4,6% (Figura 4a.18.), con una riduzione di 0,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente.

Nell'analisi dell'indicatore va tenuto conto del fatto che una parte delle famiglie senza consumi sanitari potrebbero non averne avuto bisogno, o avere una assicurazione (cosa peraltro improbabile nei primi quintili); d'altra parte, l'indicatore non considera le rinunce parziali a sostenere spese sanitarie e non coglie i casi di rinunce "ripetute", ovvero chi non sostiene negli anni alcuna spesa per consumi sanitari.

In ogni caso, i valori sono significativamente superiori nel Sud del Paese (8,0% a fronte dell'7,9% dell'anno precedente); segue il Centro (3,8% a fronte del 4,9% del 2018) e il Nord (2,8% a fronte del 2,7% del 2018).

Figura 4a.18. Quota di disagio economico. Anno 2019



Campania e Calabria risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto ai consumi sanitari: rispettivamente il 10,7% ed il 9,2% delle famiglie; all'estremo opposto troviamo la Valle d'Aosta e la Liguria, dove l'1,6% e l'1,4% rispettivamente delle famiglie residenti sperimentano condizioni di disagio economico.

4a.8. Riflessioni finali

La spesa privata "effettiva" delle famiglie, destinata ai consumi sanitari, si è ulteriormente ridotta (- 2,2%) rispetto all'anno precedente, raggiungendo, nel 2019, € 1.809,5 pari al 5,5% dei consumi totali (mezzo punto percentuale in meno rispetto allo scorso anno).

La riduzione ha interessato soprattutto i primi due quintili di consumo (- 0,6 e - 0,4 punti percentuali rispettivamente) e l'ultimo (- 0,4 punti percentuali); per quelli centrali è stata decisamente contenuta (- 0,1 punti percentuali per entrambi).

L'incidenza sui consumi delle spese sanitarie è omogenea fra i quintili, passando dal 5,6% per le famiglie del I quintile al 5,3% per quelle dell'ultimo.

Negli ultimi cinque anni si osserva, però, che l'impatto maggiore lo hanno patito le famiglie meno abbienti per le quali l'incidenza è aumentata (+ 0,4 e + 0,6 punti percentuali per I e II quintile rispettivamente); per quelle dell'ultimo quintile, nello stesso periodo, l'incidenza si è, invece, ridotta di mezzo punto percentuale.

A questo fenomeno si associa quello di una minore incidenza di "rinunce" alle spese per consumi sanitari, soprattutto nel caso dei meno abbienti.

Si osserva, altresì, che la spesa "effettiva" pro-capite per consumi sanitari degli appartenenti all'ultimo quintile è quasi sei volte maggiore di quella sostenuta dalle famiglie del primo.

Complessivamente, Liguria, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta, seguite da Umbria e Campania, risultano avere i SSR che generano il maggior livello redistributivo, in senso protettivo dei meno "abbienti"; Molise, Calabria, Campania e Lazio, quelle con il

più basso effetto. Veneto ed Emilia Romagna garantiscono una maggior protezione per la specialistica e protesi ed ausili (per quest'ultima voce si aggiungono anche Piemonte e Valle d'Aosta); Marche ed Umbria per le cure odontoiatriche; Veneto e Liguria per i farmaci; Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta per servizi diagnostici e di supporto.

Cure dentistiche e i servizi diagnostici, sono le principali cause di iniquità, con *gap* elevati dovuti alle barriere di accesso sofferte dai meno "abbienti".

Nell'ultimo quinquennio per i consumi totali si è registrato un aumento del *gap* di consumo pro-capite sostenuto tra i due quintili estremi, passato da 4,8 a 5,0, e si è registrata una riduzione di quello relativo ai consumi sanitari, passato invece da 6,4 del 2014 a 5,8 del 2019.

Tale dinamica evidenzia una crescente disparità nei consumi totali, e una contemporanea riduzione della redistribuzione per quelli sanitari. A conferma di ciò, i consumi totali crescono progressivamente con il "reddito", mentre quelli sanitari sono aumentati soprattutto nei primi tre quintili (14,5%, 22,1% e 15,0% rispettivamente).

Nel 2019, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie risulta pari all'1,58%, interessando 410.891 nuclei familiari: 39.048 in meno rispetto all'anno precedente (2,1% di quelle che effettuano consumi sanitari). Il fenomeno continua a colpire soprattutto il Mezzogiorno (3,2% dei suoi residenti). La Calabria, è la Regione più colpita, il 4,3% delle famiglie risultano impoverite; all'estremo opposto abbiamo l'Umbria dove solo lo 0,8% dei suoi residenti versano in tale stato.

Applicando soglie di povertà relative regionali, la misura del fenomeno dell'impoverimento registra 520.396 famiglie impoverite (2,4% delle famiglie), ovvero circa 110.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard".

Anche il fenomeno della catastroficità si è ridotto, mantenendo una più alta incidenza nel Sud; le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Calabria e Sicilia (5,9% e 4,9% rispettivamente); quasi assente il fenomeno in Valle d'Aosta, Liguria e Trentino Alto Adige, dove sono colpite dal fenomeno rispettivamente lo 0,4%, 0,8% e 0,9% delle famiglie

residenti.

L'indicatore aggregato di "disagio economico per i consumi sanitari" si è ridotto a livello nazionale di 0,3 punti percentuali nell'ultimo anno, raggiungendo un valore del 4,6% (delle famiglie); è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,0% a fronte dell'7,9% dell'anno precedente); segue il Centro (3,8% a fronte del 4,9% del 2018) e il Nord (2,8% a fronte del 2,7% del 2018).

Campania e Calabria risultano essere le Regioni più colpite da casi di disagio economico: rispettivamente il 10,7% ed il 9,2% delle famiglie; all'estremo opposto troviamo la Valle d'Aosta e la Liguria, dove l'1,6% e l'1,4% rispettivamente delle famiglie residenti sperimentano condizioni di disagio.

In sintesi, la dinamica nell'ultimo quinquennio degli indicatori proposti, sembra dimostrare una crescente incapacità del sistema di welfare italiano di mettere in atto politiche equitative efficaci: sono crescite le problematiche di accesso, seppure con alcuni aspetti positivi quali la riduzione della cata-

stroficità e del disagio economico; colpisce in particolare come la riduzione del gap di spesa fra i quintili estremi sia dovuta ad un incremento di onere per le famiglie meno abbienti, soprattutto nel Mezzogiorno: in pratica, queste rinunciano meno a sostenere consumi sanitari, ma a scapito di altri consumi, che si riducono proporzionalmente.

Le spese per cure dentistiche e servizi diagnostici rappresentano le maggiori cause di iniquità: la crescita delle disuguaglianze in Sanità condiziona fortemente la capacità di accesso e quindi di tutela della propria Salute, confermando l'idea che politiche equitative efficaci devono essere ritagliate sulle specificità dei settori di intervento, oltre che dei bisogni e dei comportamenti degli individui.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità
Istat (anni vari), Indagine 'Spesa delle famiglie'

ENGLISH SUMMARY

Performance indicators: impoverishment, catastrophic expenditure and economic discomfort

This contribution has analysed the actual protection levels provided by the National Health Service (NHS) with regard to the economic risks arising from health and how they have held up over time. In particular, in continuity with the previous Reports, the incidence of various phenomena has been determined: the impoverishment caused by expenditure for health reasons; catastrophicity (understood as the “excess” incidence of health expenditure on family budgets); the total give up to health consume, and the economic distress caused by health expenditure.

In particular, a new indicator (defined as distribution indicator) has been developed and analysed in its time trend: it equal to the difference of the expenditure gaps recorded in “general” consumption, and in health consumption, between the more “affluent” and the less “affluent” households. Health expenditure has also been disaggregated by individual expenditure item.

The yearly “actual” private household expenditure on healthcare decreased further (-2.2%) compared to the previous year, falling in 2019 to € 1,809.5 or 5.5% of total consumption (down by 0.5% as against the previous year).

The reduction mainly affected the less “affluent”, i.e. households in the first two quintiles of consumption (-0.6 and -0.4%, respectively) and the last quintile (-0.4%). For the middle quintiles the reduction was decidedly small (-0.1% for both ones).

The incidence of healthcare expenditure on consumption is homogeneous among the quintiles, ranging from 5.6% for households in the first quintile to 5.3% for those in the last one.

Over the last five years, the greatest impact has been suffered by the less “affluent” families, for whom the incidence has increased, while it has decreased for those in the last quintile.

It is also noted that the “actual” per-capita expenditure on healthcare for those belonging to the last quintile is almost six times greater than that borne by households in the first quintile.

Over the last five years, total consumption has recorded an increase in the gap of per-capita consumption between the two extreme quintiles, from 4.8 to 5, as well as a reduction in the gap relating to health consumption, which has instead fallen from 6.4 in 2014 to 5.8 in 2019.

This trend shows a growing disparity in total consumption, and a simultaneous reduction in the redistribution of health consumption in favour of the less “affluent” people. This is confirmed by the fact that total consumption has grown progressively with “income”, while health consumption has increased above all in the first three quintiles (14.5%, 22.1% and 15%, respectively).

As proof of this, the aforementioned distribution indexes have been developed, from which it emerges that, overall, Liguria, Friuli Venezia Giulia and Valle d’Aosta, followed by Umbria and Toscana, have the Regional Health Services that generate the highest redistribution level, in the sense of protecting the less “affluent” people, while Molise, Calabria, Campania and Lazio are the Regions generating the lowest redistribution level. Veneto and Emilia Romagna ensure greater protection for specialist care, prostheses and aids (for this last item, followed by Piemonte and Valle d’Aosta); Marche and Umbria for dental care; Veneto and Liguria for pharmaceuticals; Trentino and Valle d’Aosta for diagnostic and support services.

In 2019, 410,891 households (1.58% of residents) were impoverished, down by 0.15% as against 2018. By applying regional poverty thresholds, the incidence of the phenomenon is increasing (up by

110,000).

The phenomenon continues to affect above all the South (3.2% of its residents). Calabria is the most affected Region, with 4.3% of households impoverished while, at the other extreme, there is Umbria, where only 0.8% of its residents are impoverished.

Catastrophicity has also decreased, albeit maintaining a higher incidence in the South. The most affected Regions are Calabria and Sicilia (5.9% and 4.9%, respectively), while Valle d'Aosta, Liguria and Trentino Alto Adige are almost not affected.

"Economic distress and hardship" affect 4.6% of households and are significantly higher in the South (8%), followed by Central (3.8%) and Northern Italy (2.8%).

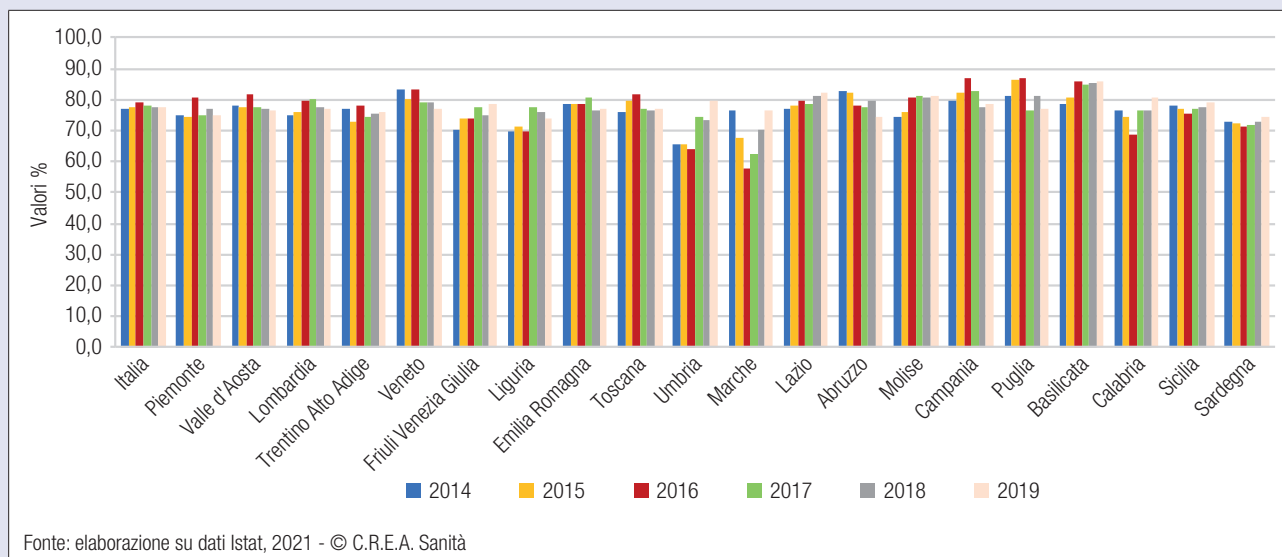
Campania and Calabria are the most affected Regions, while Valle d'Aosta and Liguria are the least affected ones.

Therefore, over the last five years the Italian welfare system has been increasingly unable to implement effective equity policies. The problems of ac-

cess have grown, albeit with some positive aspects such as the reduction of catastrophicity and economic distress and hardship (impoverishment only in the last year, but it should be noted that the index is distorted by the cases of giving up to health consume). It is particularly striking to note to what extent the reduction of the expenditure gap between the extreme quintiles is due to an increase in the burden on the less "affluent" households, especially in the South: in practice, they renounce less to health consumption, but to the detriment of other types of consumption, which are proportionally reduced.

Expenditure on dental care and diagnostic services are the main causes of inequality. The growth of inequalities in healthcare strongly affects the ability of access and hence the ability to protect one's own health, thus confirming the idea that effective equity policies must be tailored to the specificities of the intervention sectors, as well as to people's needs and behaviours.

KI 4a.1. Quota famiglie che sostengono spese per consumi sanitari



Nel 2019, in Italia, il 77,8% delle famiglie hanno sostenuto spese per consumi sanitari.

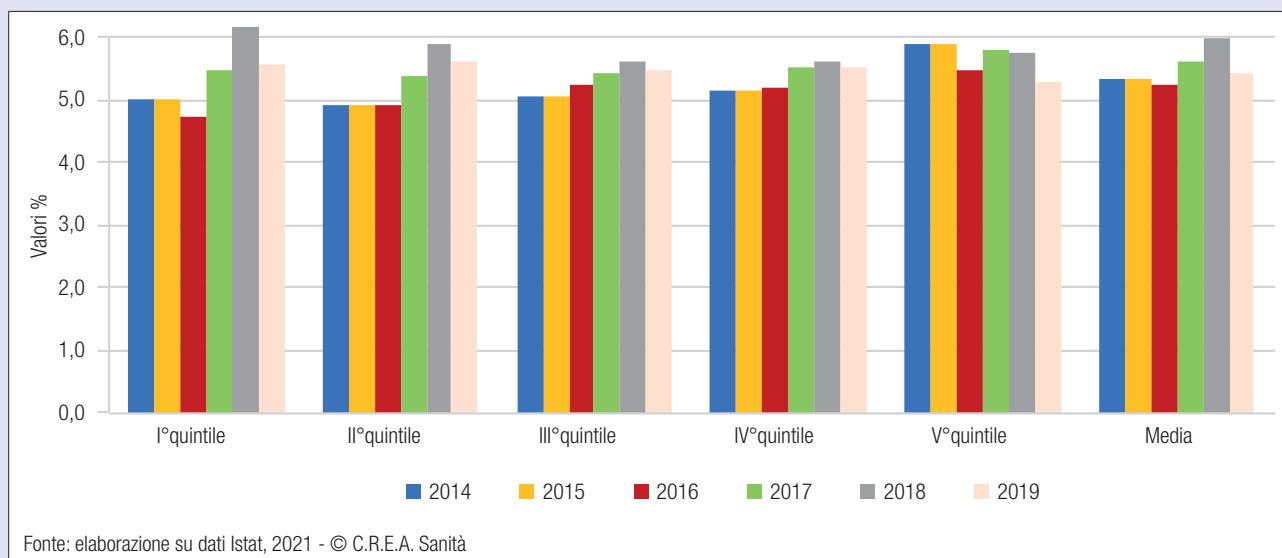
La quota di famiglie che sostengono spese sanitarie è maggiore nel Mezzogiorno (78,2%), seguito dal Nord (77,2%) e dal Centro (77,7%).

Nell'ultimo anno si è registrato un aumento nelle Regioni del Centro, una diminuzione nelle Regioni del Nord; è rimasta invece invariata l'incidenza nel Sud.

La quota minima (73,8%) si registra in Liguria e quella massima (85,8%) in Basilicata.

Nell'ultimo quinquennio, il maggior aumento dell'incidenza si è registrato in Umbria (+ 6,2 punti percentuali) e la maggiore diminuzione in Abruzzo - 5,3 punti percentuali.

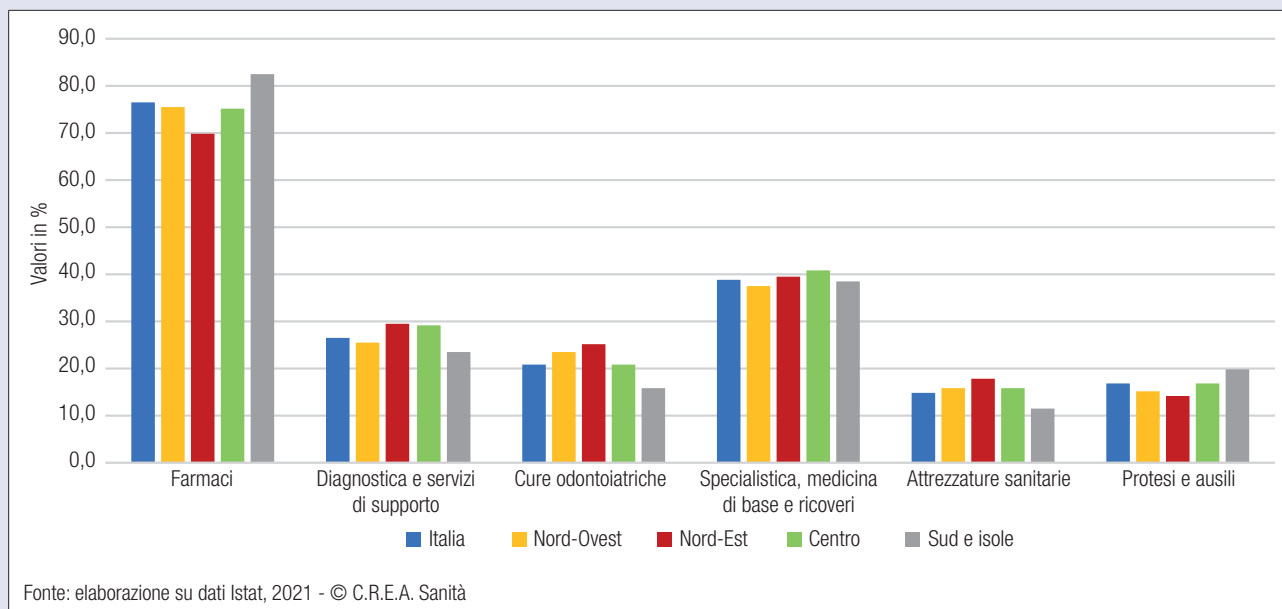
KI 4a.2. Incidenza della spesa media sanitaria effettiva sui consumi familiari, per quintile di consumo



Nel 2019, in Italia, la spesa effettiva per consumi sanitari (riferita alle famiglie che la sostengono) incide per il 5,5% sui consumi totali, variando da un minimo pari al 5,3% nelle famiglie appartenenti all'ultimo quintile di consumo ad un massimo pari al 5,6% in quelle appartenenti ai primi due quintili di consumo.

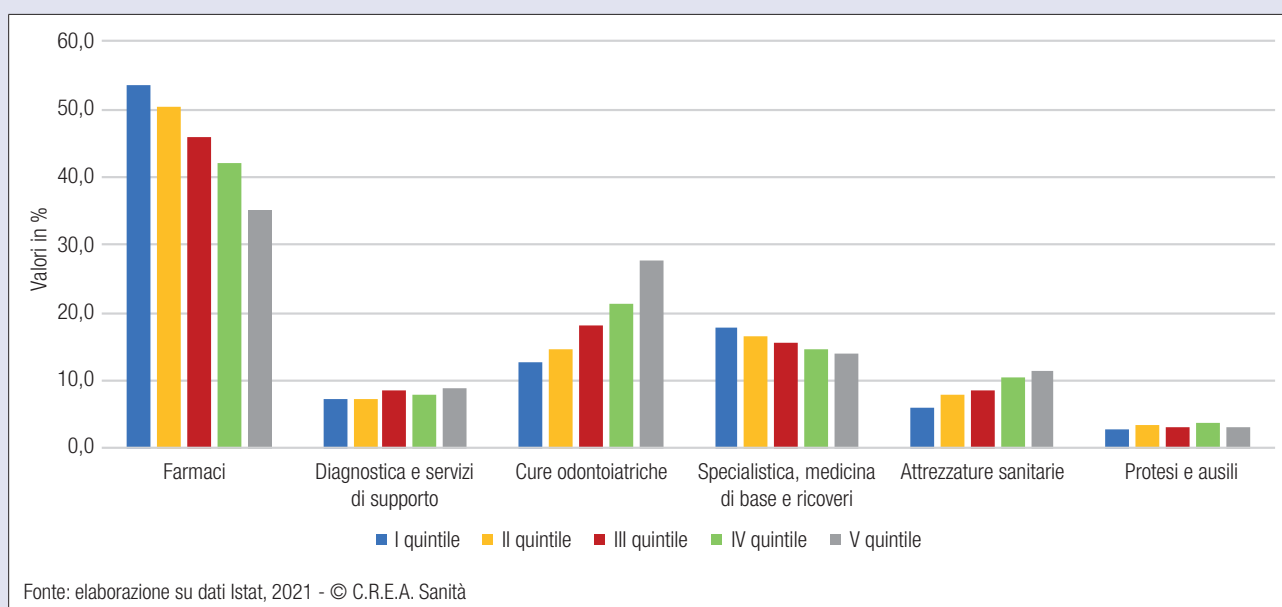
Rispetto all'anno precedente l'incidenza media si è ridotta di 0,5 punti percentuali: si è ridotta soprattutto nelle famiglie più povere (I quintile di consumo), e più ricche, rispettivamente di - 0,6 e - 0,4 punti percentuali.

KI 4a.3. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per consumi sanitari, per tipologia di spesa. Anno 2019

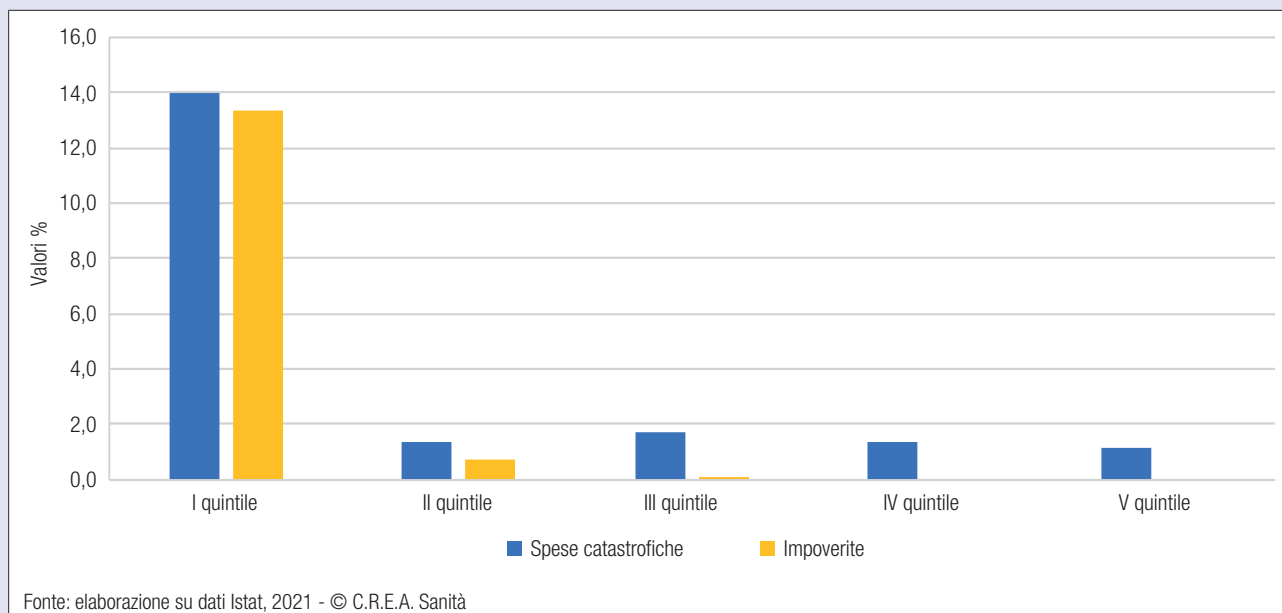


Nel 2019, in Italia, il 76,6% delle famiglie che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 38,9% visite specialistiche, generiche e ricoveri, il 26,3% indagini diagnostiche e servizi ausiliari (psicologo, fisioterapista etc.), il 20,7% spende per il dentista, il 16,8% per protesi e ausili e il 14,8% per le attrezzature sanitarie. Per i farmaci si oscilla dal 68,9% del Nord-Est all'82,6% del Mezzogiorno. Per le visite specialistiche, generiche ed i ricoveri si oscilla dal 37,5% del Nord-Ovest al 40,7% del Centro. Per le cure odontoiatriche si oscilla da un minimo del 15,7% delle famiglie del Mezzogiorno ad un massimo del 25,3% del Nord-Est. Per la diagnostica e i servizi ausiliari si oscilla dal 23,5% del Mezzogiorno al 29,4% del Nord-Est.

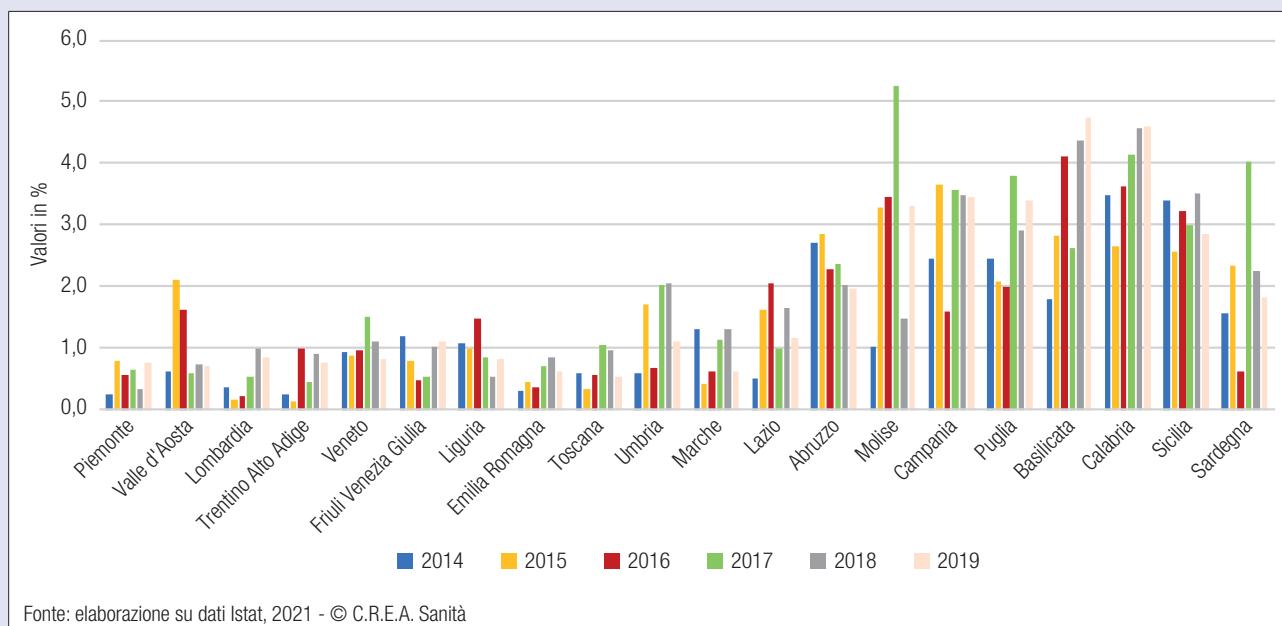
KI 4a.4. Composizione della spesa per consumi sanitari - per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2019



Nel 2019, in Italia, le famiglie italiane che sostengono spese per consumi sanitari destinano in media il 42,2% di queste ai farmaci, il 21,4% alle cure odontoiatriche, il 15,1% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri, il 9,7% alle attrezzature sanitarie, l'8,3% alle diagnostiche e ai servizi ausiliari e il 3,3% a protesi ausili. Le famiglie appartenenti ai quintili più bassi di consumo destinano la metà delle loro spese sanitarie (53,5%) ai farmaci, circa il 17,7% alla specialistica, il 12,7% alle cure odontoiatriche, il 7,3% alle indagini diagnostiche, il 6,1% alle attrezzature sanitarie e l'2,7% a protesi e ausili. Le famiglie dell'ultimo quintile destinano ai farmaci il 34,9% dei loro consumi sanitari, il 27,6% alle cure odontoiatriche, il 23,0% alla specialistica e alle indagini diagnostiche.

KI 4a.5. Incidenza di famiglie impoverite e soggette a spese per consumi sanitari catastrofici, per quintile di consumo. Anno 2019


Nel 2019, in Italia, le famiglie impoverite appartengono ai primi due quintili di consumo: rappresentano l'13,3% di quelle del I quintile e lo 0,7 di quelle del II quintile. Il fenomeno della catastroficità (famiglie che sostengono spese per consumi sanitari di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*) è patito dal 14,0% delle famiglie del I quintile, dal 1,4% di quelle del II, dal 1,7% di quello del III, dall'1,3% di quelle del IV e dall'1,2% di quelle dell'ultimo.

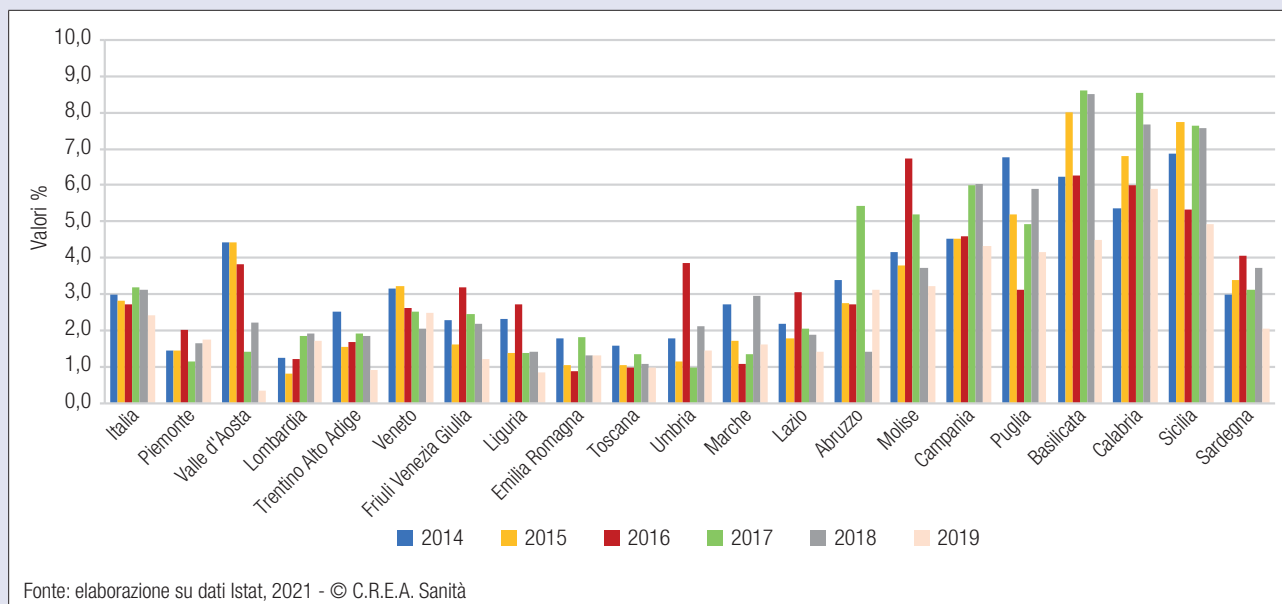
KI 4a.6. Quota famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari


Nel 2019, in Italia, si sono impoverite a causa di spese per consumi sanitari l'1,6% delle famiglie residenti (410.891 nuclei).

Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud, dove si sono impoverite il 3,2% delle famiglie (- 0,1 punti percentuali rispetto al 2018 e - 0,3 rispetto al 2014), contro lo 0,9% di quelle del Centro (- 0,5 punti percentuali in meno rispetto al 2018), lo 0,9% di quelle del Nord-Est (invariato rispetto all'anno precedente) e lo 0,8% di quelle del Nord-Ovest (- 0,3 punti percentuali rispetto al 2018).

Basilicata e Calabria risultano essere le Regioni più colpite dal fenomeno dell'impoverimento, con rispettivamente il 4,8% e il 4,6% delle famiglie residenti; la Toscana risulta la meno colpita (0,5%).

KI 4a.7. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche per consumi sanitari

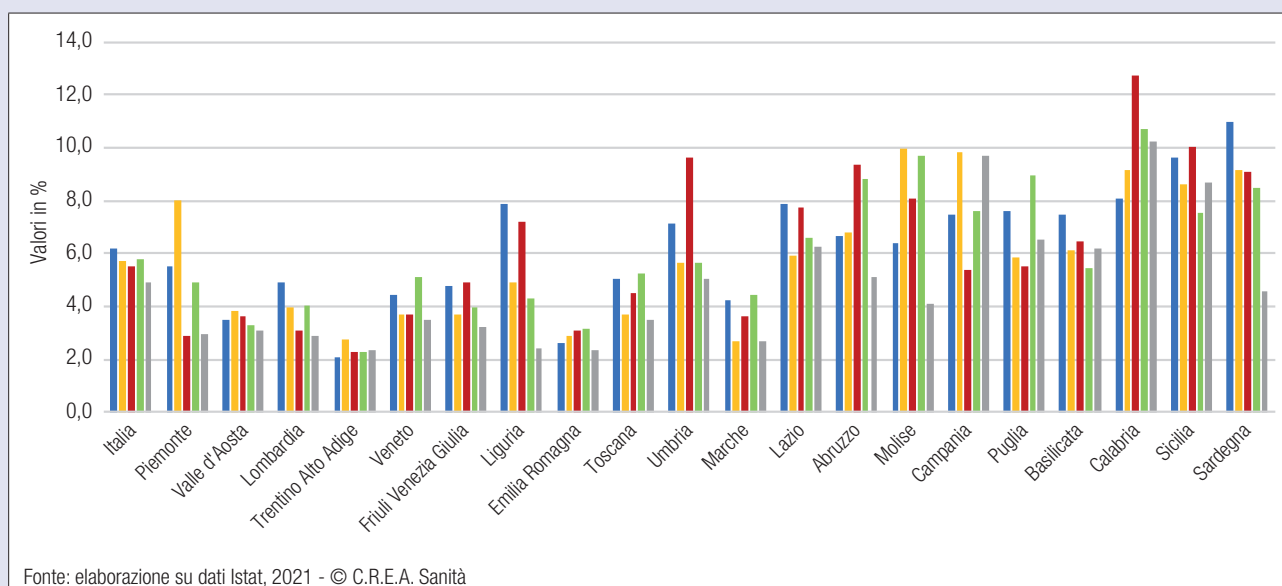


Fonte: elaborazione su dati Istat, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2019, in Italia, il 2,4% delle famiglie (630.032 nuclei) sono state soggette a spese sanitarie catastrofiche (consumi di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*). Il fenomeno della catastroficità, colpisce soprattutto le Regioni del Sud (5,8%), segue il Nord-Est con il 2,3%, il Nord-Ovest con il 2,2% ed il Centro con l'1,7%. Rispetto all'anno precedente è aumentata la quota di famiglie residenti nel Nord che sostengono spese catastrofiche e si è ridotta quella relativa alle famiglie del Mezzogiorno; nel Centro l'incidenza del fenomeno è rimasta sostanzialmente invariata negli ultimi due anni.

Le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere la Calabria e la Sicilia (5,9% e 4,9% rispettivamente); risulta quasi assente il fenomeno in Valle d'Aosta (0,4%).

KI 4a.8. Quota di famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2021 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2019, in Italia, il 4,6% delle famiglie si trova in condizioni di disagio economico (come somma dei fenomeni di impoverimento e rinunce alle spese per consumi sanitari) a causa dei consumi sanitari. Rispetto al 2018 si registra una riduzione di 0,3 punti percentuali, che ha interessato soprattutto le Regioni del Centro.

Nel Sud il livello raggiunge l'8,0% a fronte dell'7,9% dell'anno precedente; segue il Centro con il 3,8% (4,9% del 2018) e il Nord con il 2,8% (2,7% del 2018).

Campania e Calabria risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto ai consumi sanitari, rispettivamente con il 10,7% ed il 9,2% delle famiglie; all'estremo opposto troviamo la Valle d'Aosta e la Liguria con l'1,6% e l'1,4% rispettivamente.