

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people standing in a circle, holding hands. The silhouettes are dark blue and appear to be in motion, suggesting a group activity or a community gathering.

*Rapporto*

# CEIS - Sanità 2007

*Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà,  
Integrazione, Valutazione e Empowerment:  
6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN*

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people of various ages and ethnicities holding hands in a circle, symbolizing unity and community.

# *Capitolo 4*

## *Equità*

## 4.1 - Distribuzione e cause dell'impoverimento e delle spese catastrofiche: le modifiche del quadro equitativo nel SSN

Doglia M.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 4.1.1 Introduzione e obiettivi

L'analisi condotta ormai da diversi anni dal CEIS nell'ambito degli studi sull'equità ha segnalato più volte il rischio dell'impoverimento delle famiglie dovuto ad un'inadeguata copertura delle spese (socio)sanitarie da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In precedenti lavori (Doglia e Spandonaro, 2006a; 2006b; 2006c) si è cercato di identificare le determinanti sociali di tali spese e di sottolineare come l'inefficienza protettiva dei diversi sistemi sanitari regionali (SSR) tenda in effetti ad ampliare le sperequazioni già esistenti tra le diverse realtà territoriali.

A fronte di una possibile riduzione della povertà, ci si trova di fronte a dati che segnalano un maggiore impoverimento delle famiglie con la conseguente stabilità di quella che si può definire la "povertà effettiva"; appare quindi di fondamentale importanza individuare non solo le caratteristiche sociali delle famiglie impoverite o il peso relativo delle diverse voci di consumo sanitario sui bilanci di queste, ma soprattutto il contributo che tali voci apportano, in termini probabilistici, ai fenomeni dell'impoverimento e della catastroficità.

### 4.1.2 Dati e metodologia

Il lavoro è basato sull'analisi dei microdati dell'indagine sui consumi delle famiglie prodotta annualmente dall'Istat e relativa ad un campione di circa 25.000 famiglie l'anno; nello studio sono stati utilizzati, oltre ai dati relativi all'ultima edizione dell'indagine (anno 2005), anche i microdati dell'annualità precedente (2004).

Il contesto metodologico è, come per altri precedenti lavori, quello delle misure di equità nel cosiddetto *burden space*, misure proposte dalla WHO che tengono conto delle spese per consumi sanitari effettivamente a carico delle famiglie e quindi della sostenibilità, per le stesse, dei costi dell'assistenza sanitaria.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Le suddette misure sono state adattate dal CEIS tramite l'applicazione delle soglie di povertà relativa e assoluta definite dall'Istat. Tale modifica è apparsa necessaria per rendere il modello maggiormente coerente con le specificità dei fenomeni nel nostro Paese. Bisogna inoltre sottolineare come, al fine di cogliere in modo il più possibile esaustivo il fenomeno dell'assistenza alla disabilità e garantire al contempo la continuità con l'analisi contenuta nei Rapporti CEIS Sanità 2005 e 2006, si è scelto di includere nella spesa sanitaria *out of pocket* (OOP) anche i consumi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti e ai disabili: sebbene, con riferimento alla quota erogata da professionisti non sanitari (badanti etc.), non si tratti strettamente di spese classificabili come sanitarie. Lo studio del contributo delle varie voci di spesa sanitaria alla probabilità di impoverirsi e di incorrere in spese catastrofiche da parte delle famiglie è stato effettuato tramite l'uso di modelli logistici ad uscita binaria; al fine di eliminare l'effetto confondente del livello di reddito tali modelli sono stati elaborati su opportune stratificazioni delle famiglie (basate sul consumo standardizzato equivalente).

#### 4.1.3 L'impoverimento e le spese catastrofiche

Nel 2005 in Italia risultano impoverite 346.069 famiglie (pari a circa l'1,5% del totale); risultano invece 948.253 famiglie (pari al 4,1% dei nuclei) soggette a spese catastrofiche. Risulta quindi che, applicando la metodologia della WHO con le soglie Istat, in Italia si è avuto tra il 2004 e il 2005 un aumento della percentuale di famiglie impoverite che passa dall'1,3% all'1,5%.

Tale aumento può, almeno in parte, essere imputato ad un calo dei livelli di povertà segnalato sia dalla metodologia WHO che da quella Istat. In pratica è maggiore il numero di famiglie vicine (ma non sotto) alla soglia di povertà, che finiscono poi per ricadere nella povertà per un'inadeguata copertura del SSN.

**Tabella 1 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie Istat, distribuzione percentuale delle famiglie per quintili di consumo standardizzato, Italia 2005**

Quintile	1	2	3	4	5	Tutta Italia
POOR <sup>2</sup>	54,3%	-	-	-	-	11,5%
IMPOOR	6,6%	0,7%	0,1%	-	-	1,5%
CATA	14,1%	2,2%	1,2%	1,2%	1,6%	4,1%
CATA NETTO	5,7%	2,2%	1,2%	1,2%	1,6%	2,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

<sup>2</sup> Il dato presenta valori leggermente differenti rispetto a quanto pubblicato dall'Istat (Istat, 2006), questo perché la metodologia di aggregazione delle spese indicata dalla WHO è leggermente differente rispetto a quella usata dall'Istat.

La catastroficità invece rimane pressoché costante. Per quanto riguarda la distribuzione dei due fenomeni, anche nel 2005 si conferma la concentrazione sia delle famiglie impoverite che di quelle soggette a spese catastrofiche tra le famiglie del primo e secondo quintile (e quindi presumibilmente più povere); è peraltro importante osservare che mentre l'impoverimento è praticamente assente nei quintili superiori al secondo, in questi si rileva invece un numero non trascurabile di famiglie soggette a spese catastrofiche con una frequenza addirittura maggiore nel quinto quintile (famiglie più ricche) rispetto ai due quintili inferiori. Questa diversa distribuzione sottolinea come i due fenomeni abbiano in realtà dinamiche e motivazioni eterogenee e come nelle cause delle spese catastrofiche coesistano due realtà profondamente diverse: da una parte (primo e secondo quintile) famiglie a bassa *capacity to pay* che, se non adeguatamente protette dal SSN, consumano con grande facilità in spese sanitarie il budget disponibile; dall'altra (quarto e quinto quintile) famiglie che scelgono deliberatamente di sottrarsi alla protezione del SSN, presumibilmente perché insoddisfatte del livello di servizio fornito. Inoltre, poiché la catastroficità nei primi quintili è fortemente influenzata dalla bassa *capacity to pay* delle famiglie povere, si è scelto di affiancare all'indicazione dell'incidenza delle famiglie soggette a catastroficità anche l'incidenza delle stesse al netto delle famiglie povere (*cata netto*). Per individuare quali tipologie familiari siano maggiormente interessate dai fenomeni dell'impoverimento e della soggezione a spese catastrofiche si può fare riferimento alla tabella 2 e alla tabella 3; la distribuzione dei nuclei impoveriti (*impoor*) e di quelli soggetti a spese catastrofiche (*cata*) può essere infatti correttamente interpretata solo se si legge facendo riferimento anche all'incidenza dei due fenomeni nelle differenti tipologie familiari e alla distribuzione delle stesse nella popolazione.

**Tabella 2 - Distribuzione percentuale delle famiglie impoverite e di quelle soggette a spese catastrofiche secondo la tipologia familiare, Italia 2004 e 2005**

Tipologia familiare	2004		2005	
	impoor	cata	impoor	cata
Persona sola con meno di 35 anni	0,0%	0,3%	0,0%	0,5%
Persona sola con 35-64 anni	1,9%	2,4%	2,2%	2,9%
Persona sola con 65 anni e più	25,1%	31,2%	28,3%	25,7%
Coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni	0,0%	0,2%	0,7%	0,6%
Coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni	3,8%	3,2%	3,7%	3,2%
Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più	24,5%	20,1%	17,4%	18,9%
Coppia con 1 figlio	8,8%	8,3%	13,7%	9,7%
Coppia con 2 figli	15,6%	12,2%	14,2%	13,8%
Coppia con 3 e più figli	3,8%	6,0%	5,4%	7,9%
Monogenitore	7,4%	7,3%	7,0%	6,7%
Altre tipologie	9,1%	8,8%	7,4%	10,1%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 3 - Incidenza delle famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche secondo la tipologia familiare e distribuzione delle tipologie familiari nella popolazione, Italia 2004 e 2005**

Tipologia familiare	2004				2005			
	famiglie	poor	impoor	cata	famiglie	poor	impoor	cata
Persona sola con meno di 35 anni	2,9%	3,3%	0,0%	0,4%	2,9%	4,9%	0,0%	0,8%
Persona sola con 35-64 anni	9,3%	4,5%	0,3%	1,1%	9,8%	3,0%	0,3%	1,2%
Persona sola con 65 anni e più	14,1%	13,6%	2,3%	9,4%	14,5%	11,6%	2,9%	7,2%
Coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni	2,1%	3,3%	0,0%	0,4%	2,1%	4,7%	0,5%	1,2%
Coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni	7,2%	5,9%	0,7%	1,9%	7,3%	4,7%	0,7%	1,8%
Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più	11,2%	14,8%	2,8%	7,6%	11,3%	12,6%	2,3%	6,8%
Coppia con 1 figlio	18,0%	8,8%	0,6%	1,9%	17,2%	8,5%	1,2%	2,3%
Coppia con 2 figli	17,7%	13,4%	1,1%	2,9%	17,1%	13,3%	1,2%	3,3%
Coppia con 3 e più figli	4,3%	22,4%	1,1%	6,0%	4,2%	24,1%	1,9%	7,6%
Monogenitore	7,9%	12,7%	1,2%	3,9%	8,1%	13,1%	1,3%	3,4%
Altre tipologie	5,3%	18,3%	2,3%	7,1%	5,5%	19,5%	1,9%	7,4%
Totale	100,0%	11,5%	1,3%	4,2%	100,0%	10,9%	1,5%	4,1%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Tale analisi non solo conferma il forte rischio di impoverimento in quelle famiglie caratterizzate dalla presenza di uno o più anziani (Persona sola con 65 anni e più e Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più) a cui sono associate le più alte incidenze di impoverimento (2,9% e 2,3% rispettivamente), ma mette in risalto un secondo preoccupante fenomeno: l'impoverimento sempre maggiore, sia in termini relativi che assoluti delle coppie con figli; in particolare le coppie con un figlio, la cui incidenza dell'impoverimento passa dallo 0,6% all'1,6% a fronte di una sostanziale stabilità nell'incidenza di povertà (intorno all'8,5%) e quelle con tre o più figli la cui incidenza di impoverimento passa dall'1,1% all'1,9% accompagnata peraltro da un'incidenza di povertà anch'essa crescente (dal 22,4% al 24,1%).

Un tale risultato, seppure possa essere in parte influenzato dalla variabilità campionaria tra un anno e l'altro, accende sicuramente un rinnovato allarme sulla carente protezione delle coppie con figli a carico.

Per quanto riguarda la distribuzione sul territorio italiano dei fenomeni dell'impoverimento e della catastoficità (tabella 4), si conferma l'effetto di allargamento dello *spread* di povertà tra Regioni del Nord e Regioni del Sud legato ad inefficienze protettive dei diversi SSR. Le Regioni settentrionali presentano infatti incidenze di impoverimento minori del livello nazionale mentre quelle del Sud valori superiori che tendono di conseguenza ad incrementare più della media nazionale il già alto livello di povertà.

Bisogna comunque segnalare che, rispetto ai dati dello scorso anno, alcune Regioni del Nord (quali Veneto, Friuli Venezia Giulia e in misura minore il Piemonte e la Valle d'Aosta) presentano un peggioramento negli indicatori di equità; sfortunatamente un peggioramento analogo, e talvolta anche di maggiore intensità, è presente anche per le Regioni del Sud.

**Tabella 4 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie ISTAT, incidenza delle famiglie per Regione, Italia 2004-2005**

	2004			2005		
	Poor	Impoor	Cata	Poor	Impoor	Cata
Italia	11,5%	1,3%	4,2%	10,9%	1,5%	4,1%
Piemonte e Valle d'Aosta	6,2%	0,9%	3,4%	6,7%	0,7%	3,0%
Lombardia	3,6%	1,0%	2,2%	3,6%	1,0%	2,2%
Trentino Alto Adige	7,0%	0,8%	3,7%	4,9%	0,4%	4,0%
Veneto	4,2%	0,7%	2,7%	4,3%	1,3%	3,3%
Friuli Venezia Giulia	5,1%	0,3%	1,9%	6,7%	0,9%	2,1%
Liguria	5,6%	1,5%	2,8%	5,0%	1,4%	3,5%
Emilia Romagna	3,4%	1,0%	2,7%	2,4%	0,5%	1,2%
Toscana	5,4%	1,2%	2,4%	4,6%	0,3%	1,7%
Umbria	8,8%	1,4%	4,0%	6,7%	0,8%	2,1%
Marche	7,4%	0,5%	3,9%	5,0%	1,0%	1,9%
Lazio	7,9%	0,9%	2,5%	6,8%	1,0%	2,1%
Abruzzo	16,1%	1,5%	4,4%	11,5%	2,0%	3,8%
Molise	21,4%	2,3%	8,0%	21,0%	1,3%	6,1%
Campania	24,7%	1,4%	6,2%	26,7%	2,5%	7,7%
Puglia	25,1%	2,3%	7,3%	18,9%	2,8%	6,8%
Basilicata	27,6%	1,8%	9,7%	24,2%	2,4%	8,5%
Calabria	24,3%	2,6%	10,2%	23,1%	4,9%	11,2%
Sicilia	29,6%	2,4%	9,2%	30,2%	2,6%	8,7%
Sardegna	15,1%	1,9%	5,6%	15,7%	2,6%	6,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Migliorano invece gli indicatori di tutte le Regioni del Centro, dell'Emilia Romagna e del Trentino. Chiaramente la significatività di tali variazioni e la loro indipendenza da fenomeni di selezione campionaria la si potrà verificare solo nei prossimi anni.

#### **4.1.4 La struttura della spesa sanitaria e il contributo relativo delle spese all'impoverimento e alle spese catastrofiche**

Per quanto riguarda il contributo relativo di ciascuna voce di spesa, l'analisi della composizione della spesa *out of pocket* (tabelle 5, 6, 7 e 8) indicherebbe le spese farmaceutiche e quelle per visite specialistiche come le voci di spesa *out of pocket* che impiegano la maggior parte delle risorse degli impoveriti del primo quintile (con quote del 13,4% e 58,2% rispettivamente) e le spese farmaceutiche e quelle odontoiatriche (con quote del 29,4% e 31,1% rispettivamente) come quelle che impiegano gran parte delle risorse degli impoveriti del secondo quintile (tabella 7).

Per analizzare tale dato abbiamo effettuato un'analisi attraverso modelli logistici ad uscita binaria: il primo applicato agli impoveriti del primo quintile ed un secondo alla popolazione degli impoveriti del secondo quintile; analizzando gli *odds ratio* relativi a tali modelli (tabelle 9 e 10), appare evidente come il ruolo preminente nel determinare l'impoverimento sia, contrariamente a quanto emerge dall'analisi descrittiva, da attribuire alle spese per la disabilità, la cui presenza aumenta notevolmente la probabilità di impoverirsi di una

**Tabella 5 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato – Tutte le famiglie, Italia 2005**

Quintili	1	2	3	4	5	Totale
Ospedale	0,15%	0,60%	0,72%	0,59%	1,77%	1,10%
Specialistica	12,60%	13,34%	12,89%	13,18%	11,20%	12,24%
Dentista	6,03%	8,52%	12,16%	18,95%	32,74%	22,13%
Serv. ausiliari	1,32%	1,34%	2,23%	2,09%	2,84%	2,32%
Analisi	6,11%	7,42%	7,28%	7,18%	5,75%	6,52%
Apparecchi	2,89%	4,10%	6,29%	6,43%	8,97%	7,07%
Termali	0,00%	0,00%	0,05%	0,41%	0,66%	0,40%
Farmacia	68,72%	62,67%	55,63%	46,93%	31,93%	44,62%
Disabilità	2,18%	2,01%	2,75%	4,24%	4,14%	3,61%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 6 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato - Famiglie povere, Italia 2005**

Quintili	1
Ospedale	0,1%
Specialistica	14,2%
Dentista	5,1%
Serv. ausiliari	1,1%
Analisi	6,0%
Apparecchi	2,1%
Termali	0,0%
Farmacia	71,1%
Disabilità	0,3%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 7 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato - Primi due quintili, famiglie impoor, Italia 2005**

Quintili	1	2
Ospedale	0,3%	4,8%
Specialistica	13,4%	11,5%
Dentista	10,4%	31,1%
Serv. ausiliari	0,4%	0,6%
Analisi	6,6%	5,0%
Apparecchi	3,7%	5,3%
Termali	0,0%	0,0%
Farmacia	58,2%	29,4%
Disabilità	7,0%	12,3%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 8 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato - Famiglie soggette a spese catastrofiche, Italia 2005**

Quintili	1	2	3	4	5
Ospedale	0,2%	1,7%	5,0%	0,0%	6,6%
Specialistica	16,0%	12,0%	7,6%	7,9%	1,4%
Dentista	8,5%	18,8%	28,1%	50,5%	70,2%
Serv. ausiliari	1,0%	2,8%	3,7%	1,8%	0,2%
Analisi	5,9%	6,4%	3,2%	2,3%	1,1%
Apparecchi	3,6%	7,8%	10,5%	7,7%	10,0%
Termali	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	1,1%
Farmacia	60,6%	41,0%	27,2%	6,8%	2,6%
Disabilità	4,2%	9,5%	14,7%	22,6%	6,8%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

famiglia (di 33,3 volte nel caso di famiglie del secondo quintile e la rende quasi una certezza per le famiglie del primo quintile). Seconda determinante dell'impoverimento sembra essere la presenza di spese odontoiatriche che aumenta la probabilità di impoverirsi di 26,7 volte per una famiglia appartenente al primo quintile e di 15,36 volte per una appartenente al secondo.

**Tabella 9 - Odds Ratio (Rapporti di quote) relativi alla probabilità di impoverirsi a seguito di diverse tipologie di spesa per famiglie appartenenti al primo quintile di consumo standardizzato, Italia 2005**

Tipo spesa	Odds Ratio	95% - Limiti di confidenza di Wald	
Specialistica	8,832	8,691	8,976
Dentista	26,735	26,04	27,448
Analisi	4,22	4,147	4,295
Apparecchi	3,984	3,862	4,111
Farmacia	19,309	19,043	19,578
Disabilità	266,331	248,165	285,827

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 10 - Odds Ratio (Rapporti di quote) relativi alla probabilità di impoverirsi a seguito di diverse tipologie di spesa per famiglie appartenenti al secondo quintile di consumo standardizzato, Italia 2005**

Tipo spesa	Odds Ratio	95% - Limiti di confidenza di Wald	
Specialistica	7,17	7,00	7,35
Dentista	15,36	14,95	15,79
Analisi	1,39	1,34	1,43
Apparecchi	5,26	5,07	5,46
Farmacia	3,30	3,20	3,39
Disabilità	33,33	32,05	34,66

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Le spese farmaceutiche per loro conto sembrano avere un particolare ruolo di generatori di iniquità proprio sulle famiglie più fragili della popolazione; le tabelle 9 e 11 mostrano infatti come la presenza di spese farmaceutiche aumenti la possibilità di impoverimento di 19,31 volte, e di 16,15 volte quella di incorrere in spese catastrofiche delle famiglie appartenenti al primo quintile; relativamente alle spese catastrofiche bisogna notare come l'analisi venga fortemente influenzata proprio dalle spese che colpiscono maggiormente le famiglie povere (in particolare appunto la farmaceutica): gli *odds ratio* cambiano infatti se si escludono dal modello le famiglie povere (tabella 12); in tal caso il ruolo della farmaceutica viene ridimensionato e appaiono ancora più rilevanti gli impatti delle spese odontoiatriche e della disabilità.

**Tabella 11 - Odds Ratio (Rapporti di quote) relativi alla probabilità di incorrere in spese catastrofiche a seguito di diverse tipologie di spesa per famiglie appartenenti al primo quintile di consumo standardizzato, Italia 2005**

Tipo spesa	Odds Ratio	95% - Limiti di confidenza di Wald	
Specialistica	8,458	8,363	8,554
Dentista	8,886	8,714	9,061
Analisi	2,87	2,833	2,907
Apparecchi	7,818	7,621	8,02
Farmacia	16,148	16,015	16,283
Disabilità	73,694	70,046	77,531

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 12 - Odds Ratio (Rapporti di quote) relativi alla probabilità di incorrere in spese catastrofiche a seguito di diverse tipologie di spesa per famiglie appartenenti al primo quintile di consumo standardizzato escluse le famiglie povere, Italia 2005**

Tipo spesa	Odds Ratio	95% - Limiti di confidenza di Wald	
Specialistica	7,831	7,701	7,963
Dentista	14,79	14,442	15,147
Analisi	2,222	2,176	2,268
Apparecchi	10,198	9,896	10,509
Farmacia	7,738	7,607	7,872
Disabilità	174,353	164,955	184,286

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

#### 4.1.5 Conclusioni

La nostra analisi mostra un preoccupante aumento dell'impoverimento, tale fenomeno colpisce in particolare le famiglie con anziani (persone sole con 65 anni e più e coppie senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più), ma è in netta crescita anche tra le coppie con figli dove è passato dallo 0,6% all'1,6% per le coppie con un figlio e dall'1,1% all'1,9% per quelle con tre o più figli.

Tale fenomeno, che conferma come le politiche di welfare (in questo caso tutela della salute e della famiglia) siano strettamente interrelate fra loro, appare quindi una sollecitazione ad applicare anche in ambito sanitario adeguate politiche per la protezione delle coppie con figli a carico.

Le misure di equità a livello geografico sono abbastanza disomogenee: in particolare dai dati del 2005 emerge un miglioramento della situazione delle Regioni del Centro a cui però si affianca un peggioramento della situazione di molte Regioni del Nord e di tutte quelle del Sud.

Ancora una volta si conferma il ruolo determinante delle spese per la disabilità che, sep-

pure compongono una parte relativamente piccola (3,61%) delle spese dell'intera popolazione, hanno alte probabilità di trascinare le famiglie obbligate a sostenerle sotto la soglia di povertà.

Il ruolo della farmaceutica nel generare iniquità è invece particolarmente accentuato nei confronti delle famiglie più povere, probabilmente anche a causa di schemi di compartecipazione a somma fissa che, seppur piccoli in valore assoluto sulla singola prescrizione, lasciano comunque un carico eccessivo sulle famiglie più deboli.

Per migliorare quindi i livelli di equità del SSN (a livello di impatto economico sui bilanci familiari) appare quindi urgente ripensare le politiche di compartecipazione/esenzione, ma soprattutto trovare forme di tutela per la non autosufficienza e le cure odontoiatriche. Se quelle precedenti appaiono le priorità, in quanto coinvolgono i ceti indigenti e in generale più fragili, non si può neppure tacere che aumenta la platea di coloro che di fatto "escono" dal SSN. Vuoi che tale comportamento sia dovuto a insoddisfazione per i servizi del SSN, vuoi che sia dovuto a mancanza di risposta, certamente esso mina alla base la logica dell'universalità del sistema, incentivando le spinte all'*opting out* da parte di rilevanti fasce di popolazione: si noti non più solo a reddito alto, ma ormai anche in una parte del cosiddetto ceto medio.

### Riferimenti bibliografici

- Doglia M e Spandonaro F (2007), *Burden space measures of equity: determinants for impoverishment and catastrophic payments*, presentato al sesto congresso mondiale dell'IHEA "Explorations in Health Economics", Copenhagen.
- Doglia M e Spandonaro F (2006a), *L'equità nel Servizio Sanitario Nazionale: impoverimento e spese catastrofiche*, in Rapporto CEIS – Sanità 2006, IEP, Roma, pp. 229-240.
- Doglia M e Spandonaro F (2006b), *Healthcare expenditures on Italian households with elderly members: impoverishment and catastrophic payments*, in Atti della XLIII Riunione Scientifica della SIS, SIS, Torino.
- Doglia M e Spandonaro F (2006c), *Il peso della spesa sanitaria privata sui bilanci delle famiglie italiane*, in Sanità Pubblica e Privata, (Maggio-Giugno), Maggioli, Rimini, pp. 35-44.
- Doglia M e Spandonaro F (2005), *La fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano*, in Rapporto CEIS – Sanità 2005, IEP, Roma, pp.220-233.
- Istat (2004), *La povertà assoluta: informazioni sulla metodologia di stima*, Statistiche in breve, 30 giugno 2004.
- Istat (2005), *La povertà relativa in Italia nel 2004*, Statistiche in breve, 6 ottobre 2005.
- Istat (2006), *La povertà relativa in Italia nel 2005*, Statistiche in breve, 11 ottobre 2006.
- Maruotti A, Mennini F.S, Piasini L e Spandonaro F (2004), *Equità e fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano*, in Rapporto CEIS – Sanità 2004, IEP, Roma.
- Mennini FS et al. (2004), *Monitoraggio della Spesa Sanitaria e del Finanziamento dell'Assistenza Sanitaria*, in Salute e Territorio, 2004.
- Murray CJL et al. (2003), *Assessing the Distribution of Household Financial Contribution to the Health System: Concepts and Empirical Application*, Health System Performance Assessments, WHO, Ginevra.
- Rafaniello A e Spandonaro F (2003), *Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistribu-*

*tivi*, in Rapporto CEIS – Sanità 2003, IEP, Roma, 2003.

- Wagstaff A (2001), *Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index*, Development Research Group and Human Development Network, World Bank.
- World Health Organization, *Distribution of health payments and catastrophic expenditures*.
- Xu K et al. (2003), *Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical and Technical Challenges*. Health Systems Performance Assessments, WHO