

# Sanità Pubblica e Privata

## Rivista di diritto, economia e management in sanità

**Direttore responsabile**

Manlio Maggioli

**Direttore**

Fabio Roversi-Monaco

Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

**Condirettore**

Davide Croce

Direttore CREMS  
Università Carlo Cattaneo - LIUC**Comitato scientifico****Sezione giuridica****Aldo Bardusco** - Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Milano**Marzio Branca** - Consigliere di Stato**Giuseppe Caia** - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna**Luigi Carbone** - Consigliere di Stato**Guido Carpani** - Direttore generale Ufficio della segreteria generale Presidenza della Repubblica**Fabio Cintioli** - Consigliere di Stato**Rosario Ferrara** - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Torino**Carlo Emanuele Gallo** - Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università di Torino**Giuseppe Morbidelli** - Professore ordinario di Diritto pubblico comparato nell'Università di Roma "La Sapienza"**Antonio Romano Tassone** - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università Mediterranea di Reggio Calabria**Franco G. Scoca** - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Roma "La Sapienza"**Ernesto Sticchi Damiani** - Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Lecce**Mario Luigi Torsello** - Consigliere di Stato**Redazione**

Carlo Bottari, Giampiero Cillone, Claudia Corbetta

SPISA - Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica dell'Università di Bologna  
Via Belmeloro, 10 - 40126 Bologna  
tel. 051.2094050 - fax 051.2094060**Sezione economia e management****Gianfranco Rebola** - Rettore e Preside della Facoltà di Economia Università Carlo Cattaneo - LIUC**Ugo Luigi Aparo** - Direttore Sanitario IRCCS IDI Istituto Dermopatico dell'Immacolata - Roma**Renato Botti** - Direttore Generale IRCCS Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor - Milano**Angelo Carezzi** - Direttore CEFASS Centro Europeo di Formazione per gli Affari Sociali e la Sanità Pubblica - Milano**Ranieri Guerra** - Dirigente Ufficio Relazioni Esterne ISS Istituto Superiore di Sanità - Roma**Aldo Pagni** - Fondatore SIMG Società Italiana di Medicina Generale e già Presidente FNOMCeO - Firenze**Renato Ruffini** - Professore Associato di Economia aziendale Università Carlo Cattaneo - LIUC**Antonio Emilio Scala** - Prorettore Università Vita-Salute S. Raffaele, Direttore Scientifico I.Re.F. Scuola di Direzione in Sanità**Federico Spandonaro** - Docente Facoltà di Economia e Coordinatore CEIS-Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"**Gino Tosolini** - Direttore Generale Agenzia Regionale della Sanità - Regione autonoma Friuli Venezia Giulia**Redazione**

Fabio Giuseppe Angelini, Ilaria Bellet, Stefano Cianca, Emanuele Porazzi, Antonio Sebastiano

CREMS - Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità  
Università Carlo Cattaneo - LIUC  
Corso Matteotti, 22 - 21053 Castellanza (VA)  
tel. 0331.572466-210 - fax 0331.572465  
e-mail: [crems@liuc.it](mailto:crems@liuc.it)

**Diritto**  
**5**  
**La integrazione socio-sanitaria nei LEA**  
*Fosco Foglietta*

**18**  
**Il rapporto di lavoro del personale del comparto sanità alla luce degli ultimi C.c.n.l.**  
*Nicola Gasparro*

**30**  
**La nuova configurazione del Comitato dei garanti alla luce delle modifiche introdotte dal C.c.n.l. per l'area della dirigenza medica e veterinaria**  
*Lorenzo Broccoli*

**Economia e Management**  
**35**  
**Il peso della spesa sanitaria privata sui bilanci delle famiglie italiane**  
*Marco Doglia e Federico Spandonaro*

**45**  
**L'impatto economico della CEUS nelle lesioni focali incidentali del fegato**  
*A. Martegani, M.B. Gallazzi, I. Colangelo, E. Porazzi, M. Castiglioni Rusconi*

**52**  
**Elementi per l'avvio di una fondazione d'organo a supporto delle attività sanitarie: il *business plan***  
*Massimiliano Sabatino e Davide Croce*

a cura di  
**Euro P.A.**  
SALONE DELLE AUTONOMIE LOCALI  
**59**  
**Le funzioni di coordinamento delle professioni infermieristiche**  
*Felice Marra*

**Esperienze in vetrina**  
**71**  
**Errori di terapia: conoscenza del rischio ed interventi conseguenti nell'Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate di Gallarate**  
*Vittoria Frontuto, Raffaella Lombardo Lorena Peruzzotti*

**Giurisprudenza commentata**  
**77**  
**Le prestazioni all'estero ed i rapporti con il Servizio sanitario nazionale**  
*Commento a cura di Claudia Corbetta*

**Uno sguardo ai numeri**  
**87**  
**La pensione nella vita e nell'immaginario degli italiani**  
*a cura di Andrea Carobene*

**Forum**  
**92**  
**Quali strumenti per un *management* strategico del territorio? Il ruolo della programmazione partecipata e del Terzo Settore**

**94**  
**Le istituzioni sanitarie ed i sistemi locali: riflessioni e spunti per un nuovo rapporto con il territorio**

**Rassegna normativa**  
**98**

## Il peso della spesa sanitaria privata sui bilanci delle famiglie italiane

Marco Doglia \* Federico Spandonaro \*\*

### I. PREMESSA

Il Rapporto CEIS Sanità 2004 e quello 2005 hanno proposto, per la prima volta, l'utilizzo in Italia della *fairness* quale approccio utile a comprendere l'equità del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) sul versante dell'impatto sui bilanci familiari<sup>1</sup>, definendo al contempo le modalità più adeguate per l'adattamento di tale approccio alla realtà italiana.

L'approccio si basa sul *framework* metodologico fornito dalla World Health Organization (WHO), la quale propone di affiancare alle misure di equità sul versante del reddito (*income space*), nuove misure che tengano conto dei consumi sanitari effettivamente a carico delle famiglie e, quindi, della sostenibilità per esse dei costi dell'assistenza sanitaria (*burden space*).

Ci sembra opportuno considerare che è nella natura di un sistema sanitario pubblico di stampo universalistico assicurare i cittadini dall'insorgenza degli oneri economici derivanti dalla malattia: non a caso si parla, infatti, di "assicurazione sociale". In tale prospettiva, appare di notevole interesse lo studio degli effetti della spesa sanitaria privata, con particolare riferimento a quei casi in cui questa superi predefiniti livelli, rappresentando, quindi, un onere rilevante sul *budget* familiare e configurando un fallimento del meccanismo assicurativo.

Tale analisi appare ancor più importante in un contesto come quello italiano, ove la spesa sanitaria privata è pari al 24,9% (OCSE, 2003) del totale, ed è in larga misura condizionata dalle politiche pubbliche mediante il trasferimento di oneri derivanti dai livelli di compartecipazione alla spesa adottati (*ticket*, ormai di pertinenza regionale).

### 2. LA METODOLOGIA

Nel seguito si adotta l'approccio di Murray et al. (2003), che in collaborazione con la WHO, hanno

Il lavoro, utilizzando un *framework* metodologico proposto dalla World Health Organization per valutare la *fairness* dei sistemi sanitari, indaga i rischi di impoverimento e di dover sostenere spese catastrofiche a causa di consumi sanitari *out of pocket* delle famiglie. Utilizzando i dati ISTAT sui consumi delle famiglie, si analizzano specificamente quali sono le tipologie familiari più a rischio di impoverimento e "catastroficita" e quali sono le voci di spesa sanitaria che gravano maggiormente sulle stesse.

\* Istat.

\*\* Ceis Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".

(1) Cfr. A. MARUOTTI, F.S. MENNINI, L. PIASINI F. SPANDONARO, *L'equità e la fairness del Servizio sanitario nazionale italiano*, in Rapporto Ceis Sanità 2004 e M. DOGLIA, F. SPANDONARO, *La fairness del Servizio Sanitario nazionale italiano*, in Rapporto Ceis Sanità 2005.

### Il peso della spesa sanitaria privata sui bilanci delle famiglie italiane

proposto di studiare l'impatto equitativo dei sistemi sanitari prendendo esplicitamente in considerazione le spese che devono essere sostenute dalle famiglie ed il loro impatto sui bilanci familiari<sup>2</sup>.

L'approccio si basa su misure che tengono in particolare considerazione l'aspetto dell'incidenza delle spese sanitarie rispetto alle capacità di pagamento delle famiglie, come anche la variabilità dell'incidenza delle spese *out of pocket*.

L'analisi da noi condotta porta a privilegiare le misure di impoverimento e "catastroficita": già in altre sedi questi indicatori sono stati analizzati con riferimento sia alla composizione della spesa, sia alle differenze territoriali dell'impatto<sup>3</sup>. Lo scopo di questo contributo è ora di aggiornare quanto precedentemente pubblicato e, al contempo, di approfondire l'analisi dei rischi di impoverimento e catastroficita in relazione alla tipologia familiare, analizzando, tra l'altro, la composizione delle spese sanitarie che gravano maggiormente sulle famiglie più a rischio.

Il privilegiare l'impoverimento e la "catastroficita" discende dall'osservazione di come tali fenomeni siano indicatori di carenze nel sistema di assicurazione sociale, vuoi per il fallimento del meccanismo di trasferimento del rischio economico, vuoi per le tensioni all'*opting out* dal sistema universalistico, implicite nella presenza di una quota di famiglie gravate da oneri rilevanti per l'assistenza sanitaria.

Il limite maggiore degli indicatori di impoverimento e "catastroficita" è relativo alla "arbitrarietà" delle soglie prescelte; in particolare, mentre esiste una fiorente letteratura sulle soglie di povertà, per quanto riguarda la "catastroficita" delle spese, si assume un livello in modo "aprioristico".

Per ottenere una maggiore robustezza delle stime ed al contempo analizzare una realtà sviluppata quale quella italiana, si è ritenuto di elaborare gli indicatori in quella che abbiamo definito la "versione CEIS", sostituendo cioè alle soglie WHO (basate essenzialmente su livelli di sussistenza alimentare) le soglie di povertà (relativa ed assoluta) fornite dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) per il nostro Paese.

(2) Per i dettagli metodologici si rimanda a A. MARUOTTI, F.S. MENNINI, L. PIASINI, F. SPANDONARO, *L'equità e la fairness del Servizio sanitario Nazionale italiano*, in *Rapporto Ceis Sanità 2004*.

(3) Cfr. M. DOGLIA, F. SPANDONARO, *La fairness del Servizio sanitario nazionale italiano*, in *Rapporto Ceis Sanità 2005*.

Per il resto si è, invece, mantenuto il procedimento di stima usato internazionalmente dal WHO.

Ricordiamo che un limite implicito della metodologia, peraltro difficilmente superabile con i dati disponibili, riguarda l'assenza di considerazione del risparmio e, quindi, della ricchezza accumulata: la questione è certamente poco rilevante se l'analisi si riferisce ai Paesi in via di sviluppo, ma lo può essere in un contesto quale quello italiano. In particolare, per quanto attiene alle spese catastrofiche, appare opportuno sottolineare come, in molti casi, le famiglie riescano a far fronte a queste ricorrendo appunto alla ricchezza accumulata, al punto che possa essere proprio questa a favorire la scelta per una spesa privata rispetto all'equivalente servizio pubblico. Nonostante ciò, riteniamo fondamentale l'analisi delle spese catastrofiche in quanto segnalano la presenza di famiglie che esprimono, con la loro volontà di consumo, una disaffezione verso il SSN e che sono potenzialmente incentivate a chiedere la libertà di fuoriuscire dal sistema sanitario obbligatorio nazionale (*opting out*).

### 3. LA BANCA DATI

L'analisi si basa sui dati desunti dall'indagine campionaria sui consumi delle famiglie effettuata annualmente dall'ISTAT. Nella presente edizione si è utilizzato l'ultimo ciclo di rilevazione disponibile, relativo ai consumi dell'anno 2004.

Le variabili prese in considerazione sono considerate a livello di singola famiglia ed includono sia informazioni di tipo strutturale (numero dei componenti), sia di tipo economico (consumi totali, spesa alimentare, spesa *out of pocket*).

La spesa *out of pocket* è stata ottenuta sommando le spese per ricoveri in ospedali, cliniche o case di cura, le spese per il pronto soccorso, le cure dentistiche, le spese connesse a visite mediche o specialistiche, le spese per protesi e cure termali, il costo dei medicinali e del noleggio/acquisto di attrezzature sanitarie. La spesa alimentare è stata desunta dal "libretto degli acquisti" dell'indagine ISTAT, senza però comprendere le spese per alcolici, tabacco e le spese alimentari relative a pasti e consumazioni fuori casa (bar, alberghi, ristoranti, chioschi o simili).

Come per l'analisi contenuta nel Rapporto CEIS Sanità 2005, si è scelto di includere nella spesa sanitaria *out of pocket* anche i consumi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti ed ai disabili: sebbene, con riferimento alla quota erogata da professionisti

non sanitari (badanti, ecc.), non si tratti strettamente di spese classificabili come sanitarie, è sembrato interessante cogliere il fenomeno complessivo dell'assistenza alla disabilità. Inoltre, visto che i dati rilevati dall'ISTAT relativi alla classe di reddito, non vengono diffusi in quanto ritenuti non sufficientemente affidabili, si è scelto di stimare il livello di reddito attraverso il calcolo di una variabile proxy individuata nel consumo familiare (calcolato secondo la metodologia WHO) standardizzato con la dimensione familiare equivalente (sempre come definita dal WHO).

Per quanto attiene, infine, alla definizione delle tipologie familiari, si è scelto di garantire la massima standardizzazione possibile, adottando la classificazione ISTAT.

#### 4. IMPOVERIMENTO E SPESE CATASTROFICHE IN ITALIA

Nel 2004 in Italia risultano impoverite 295.572 famiglie (pari a circa l'1,3% della popolazione), gran parte delle quali (circa il 65,3%) presenta almeno un membro di età superiore ai 65 anni; risultano invece 967.619 famiglie (pari al 4,5% della popolazione) soggette a spese catastrofiche. È importante, comunque, ricordare che mentre l'analisi dell'impoverimento esclude le famiglie già catalogate come povere, l'analisi della catastoficità le include ed è fortemente influenzata dalle basse *capacity to pay* delle stesse. Se si restringesse l'analisi alle sole famiglie non povere, il numero di quelle costrette ad affrontare spese catastrofiche scenderebbe a 427.422 (pari a circa l'1,9% del totale nazionale dei nuclei).

Tabella 1 – Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie ISTAT, distribuzione percentuale delle famiglie per quintili di consumo standardizzato – Italia 2004

Quintile	1	2	3	4	5	Tutta Italia
POOR	57,3%	-	-	-	-	11,5%
IMPOOR	5,4%	1,0%	-	-	-	1,3%
CATA	14,3%	2,6%	1,5%	1,3%	1,5%	4,2%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Se si considera il tipo di famiglia, l'impoverimento si concentra fortemente nei nuclei monocomponente di anziani (25,1%) e nelle coppie senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più (24,5%), confermando la gravità della situazione per le famiglie di anziani soli; meno grave appare la situazione delle altre tipologie familiari anche se è opportuno evidenziare il ruolo non marginale delle coppie con

due figli, tra cui si contano 46.174 nuclei impoveriti (circa il 15,6% del totale).

A fronte di tali dati, si è cercato di individuare la probabilità di impoverimento dei diversi nuclei: da tale analisi emerge come le coppie senza figli con persona di riferimento con 65 anni o più siano quelle a maggior rischio impoverimento (3,3%) seguite dalle famiglie di anziani soli (2,7%) e dalle "altre tipologie" (2,8%).

Tabella 2 – Distribuzione percentuale degli impoveriti e dei soggetti a spese catastrofiche secondo la tipologia familiare Italia 2004

Tipologia Familiare	Impoor	Cata
Persona sola con meno di 35 anni	0,0%	0,3%
Persona sola con 35-64 anni	1,9%	2,4%
Persona sola con 65 anni e più	25,1%	31,2%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con meno di 35 anni	0,0%	0,2%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 35-64 anni	3,8%	3,2%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 65 anni e più	24,5%	20,1%
Coppia con 1 figlio	8,8%	8,3%
Coppia con 2 figli	15,6%	12,2%
Coppia con 3 e più figli	3,8%	6,0%
Monogenitore	7,4%	7,3%
Altre tipologie	9,3%	8,8%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Tabella 3 – Probabilità di impoverimento e di soggezione a spese catastrofiche per tipologia familiare – Italia 2004

Tipologia Familiare	Probabilità Impoor	Probabilità Cata
Persona sola con meno di 35 anni	0,0%	0,4%
Persona sola con 35-64 anni	0,3%	1,1%
Persona sola con 65 anni e più	2,7%	9,4%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con meno di 35 anni	0,0%	0,4%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 35-64 anni	0,7%	1,9%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 65 anni e più	3,3%	7,6%
Coppia con 1 figlio	0,7%	1,9%
Coppia con 2 figli	1,3%	2,9%
Coppia con 3 e più figli	1,5%	6,0%
Monogenitore	1,4%	3,9%
Altre tipologie	2,8%	7,1%
<b>Totale</b>	<b>1,5%</b>	<b>4,2%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

È bene, comunque, ricordare che sia la probabilità di impoverimento, sia quella di incorrere in spese catastrofiche sono influenzate principalmente da due diversi fattori: innanzitutto la probabilità di essere colpiti dall'evento "malattia" e successivamente la possibilità che questo si riveli "grave" nel senso che porti effettivamente ad una spesa catastrofica, ad un impoverimento o ad entrambe le cose. Si è, quindi, cercato di isolare questo secondo effetto computando le probabilità di incorrere in impoverimento o in spese catastrofiche, condizionatamente alla necessità/volontà di sostenere spese sanitarie dirette. Si è, quindi, provveduto a stimare le probabilità solo sulle famiglie che effettivamente compiono spese sanitarie. A questo proposito emerge che nel 2004,

ogni mese, il 61,3% dei nuclei ha effettuato spese *out of pocket*. L'analisi "condizionata" a questo sottoinsieme, porta ad un ovvio aumento delle probabilità sia di impoverimento, sia di incorrere in spese catastrofiche. Le variazioni più significative, per entrambi gli eventi, si trovano ancora una volta tra le famiglie monocomponente di anziani (che passano da 2,7% a 3,6% per l'impoverimento e da 9,4% a 14,6% per il rischio di catastroficità) e tra le coppie senza figli con persona di riferimento anziana (che passano da 3,3% a 4,1% per l'impoverimento e da 7,6% a 11,1% per il rischio di catastroficità).

Un tale risultato sembra confermare le analisi già fatte relativamente alle tipologie di nucleo familiare maggiormente a rischio.

Tabella 4 – Probabilità di impoverimento e di soggezione a spese catastrofiche per le famiglie soggette a spese sanitarie private, distribuzione per tipologia familiare – Italia 2004

Tipologia Familiare	Probabilità Impoor	Probabilità Cata
Persona sola con meno di 35 anni	0,0%	1,1%
Persona sola con 35-64 anni	0,6%	2,4%
Persona sola con 65 anni e più	3,6%	14,6%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con meno di 35 anni	0,0%	0,7%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 35-64 anni	1,1%	3,1%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 65 anni e più	4,1%	11,1%
Coppia con 1 figlio	1,0%	3,0%
Coppia con 2 figli	1,8%	4,6%
Coppia con 3 e più figli	1,8%	9,7%
Monogenitore	2,0%	6,5%
Altre tipologie	3,5%	11,1%
<b>Totale</b>	<b>2,1%</b>	<b>6,9%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Abbiamo già avuto modo di sottolineare che una delle principali variabili associate all'impoverimento è il livello di consumo standardizzato della famiglia e, quindi, presumibilmente, il livello di reddito *pro capite*. Al fine di avere una migliore comprensione del fenomeno, si è provveduto ad analizzare la composizione delle spese sanitarie *out of pocket* per tipologia del nucleo familiare e per livello di consumo.

La popolazione italiana spende per assistenza sanitaria (tab. 5) fondamentalmente per l'acquisto di farmaci (presumibilmente in larga misura per effetto dei *ticket*), la cui quota decresce al crescere dei quintili di consumo. Segue, per importanza, l'assistenza specialistica che rimane praticamente costante nei quintili.

Tabella 5 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato-Tutte le famiglie - Italia 2004

Quintili	1	2	3	4	5
Ospedale	0,2%	0,6%	0,8%	0,8%	2,6%
Specialistica	12,2%	14,3%	14,6%	12,5%	11,8%
Dentista	5,1%	9,5%	11,8%	18,7%	28,9%
Analisi	6,9%	7,2%	8,6%	6,9%	6,3%
Apparecchi	3,6%	5,8%	5,8%	6,6%	8,6%
Termali	0,0%	0,3%	0,2%	0,2%	0,7%
Farmacia	68,7%	57,3%	52,8%	47,3%	33,7%
Disabilità e serv.Ausiliari	3,4%	5,0%	5,4%	7,0%	7,4%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

### 5. ALCUNE RIFLESSIONI SUI MOTIVI DELL'IMPOVERIMENTO E DELLE SPESE CATASTROFICHE

L'assistenza odontoiatrica mostra ovviamente un andamento crescente: tale fenomeno è dovuto almeno in parte al maggior numero di nuclei che possono permettersi di ricorrere al dentista nelle fasce più ricche della popolazione.

Anche la quota per la disabilità e quella per le protesi ed il noleggio di apparecchiature seguono un andamento crescente, anche se meno marcato, segno del diverso tipo di assistenza che gli individui nei vari livelli di consumo possono fornire ai membri dei nuclei non autosufficienti o che necessitano di ausili.

Tabella 6 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato-Famiglie povere - Italia 2004

Quintili	1
Ospedale	0,4%
Specialistica	10,3%
Dentista	4,4%
Analisi	7,7%
Apparecchi	2,7%
Termali	0,0%
Farmacia	70,5%
Disabilità e serv.Ausiliari	4,1%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Per le famiglie povere (tab. 6), il dato più eclatante, è che la spesa *out of pocket* si concentra sulla farmaceutica. Questo denota un fallimento della politica delle esenzioni, probabilmente derivante dalla quota fissa

per ricetta che rimane, comunque, a carico della famiglia, e sottolinea che i *ticket* sono una componente importante della spesa sanitaria privata che spesso può mettere in serie difficoltà le famiglie meno abbienti.

## Il peso della spesa sanitaria privata sui bilanci delle famiglie italiane

**Tabella 7 – Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo standardizzato-Primi due quintili, famiglie impoverite - Italia 2004**

Quintili	1	2
Ospedale	0,1%	2,1%
Specialistica	16,5%	15,9%
Dentista	9,2%	26,9%
Analisi	6,9%	6,9%
Apparecchi	7,6%	5,9%
Termali	0,0%	0,3%
Farmacia	54,4%	25,0%
Disabilità e serv.Ausiliari	3,0%	15,1%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Appare sorprendente la presenza di impoverimento in tutti i quintili di consumo equivalente (anche se la significatività statistica di tale presenza non è stata testata). Chiaramente la maggior parte delle famiglie impoverite (99,2%) si concentra nei primi due quintili.

La struttura dell'impoverimento (tab. 7) è funzione del quintile di consumo (e quindi presumibilmente di reddito). È evidente come le spese farmaceutiche siano sempre una componente predominante, ma decrescente rispetto al livello di consumo; anche le cure odontoiatriche continuano ad avere un ruolo

determinante: la quota ad esse imputabile appare, però, crescente. Questo è dovuto probabilmente ad un effetto "rinuncia" tra le fasce meno abbienti della popolazione.

Nell'impoverimento, soprattutto delle famiglie appartenenti al quintile meno a rischio, assume un ruolo predominante l'assistenza per la disabilità ed è, quindi, su questo aspetto che dovrebbero concentrarsi gli interventi di politica sanitaria.

Anche la quota rilevante della Specialistica sottolinea una copertura di questa voce non del tutto adeguata.

**Tabella 8 – Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo standardizzato-Famiglie soggette a spese catastrofiche - Italia 2004**

Quintili	1	2	3	4	5
Ospedale	0,3%	0,9%	0,7%	4,9%	9,4%
Specialistica	12,8%	16,8%	6,7%	3,7%	2,2%
Dentista	7,2%	16,8%	28,9%	43,4%	57,9%
Analisi	6,3%	6,7%	5,0%	3,9%	0,5%
Apparecchi	5,3%	9,1%	8,3%	4,0%	7,4%
Termali	0,0%	0,1%	0,0%	0,7%	2,2%
Farmacia	61,9%	32,5%	23,6%	8,3%	4,3%
Disabilità e serv.Ausiliari	6,1%	17,0%	26,7%	31,0%	16,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Per le famiglie soggette a spese catastrofiche (tab. 8) l'analisi deve essere distinta a seconda dei quintili: in quelli centrali (2, 3 e 4) hanno notevole importanza le spese per la disabilità ed i servizi ausiliari, la farmaceutica ed il dentista. Questo, oltre a confermare quanto già evidenziato, mostra come la presenza di un disabile o di un anziano non autosufficiente (anche se solo temporaneamente) possa mettere in difficoltà le famiglie di reddito medio che tentino di

ricorrere ad aiuto di personale esterno al nucleo familiare. Il peso appare ancora più accentuato se si considera che anche parte della quota di *out of pocket* dovuto al noleggio di apparecchiature e protesi è spesso legata al fenomeno della disabilità. Tale effetto è fortemente attenuato nel quinto quintile, probabilmente dalla presenza di redditi più alti e la conseguente scelta di *opting out* delle famiglie più abbienti dal sistema ospedaliero pubblico (evidente

nella crescita della quota relativa all'ospedalità per il quarto e quinto quintile). Le quote decrescenti delle spese per Specialistica e Farmaceutica pongono in evidenza l'effettiva adeguatezza degli attuali sistemi redistributivi e di esenzione relativamente a queste voci. Inoltre, dall'analisi della struttura dell'*out of pocket* sia per le famiglie impoverite, sia per quelle soggette a catastroficità, emerge come la copertura per le cure dentistiche e la disabilità siano molto carenti.

## 6. ALCUNE RIFLESSIONI SUI MOTIVI DELL'IMPOVERIMENTO E DELLE SPESE CATASTROFICHE PER LE DIVERSE TIPOLOGIE FAMILIARI

Appare a questo punto opportuno analizzare la struttura dell'*out of pocket* a seconda della tipologia familiare; difatti, la composizione del nucleo è una delle variabili che influenzano non solo la probabilità di impoverimento e catastroficità, ma anche la diversa rilevanza delle varie voci di spesa.

Tabella 9 - Composizione del consumo sanitario out of pocket per tipologia familiare - Tutte le famiglie - Italia 2004

Tipologia Familiare	Ospedale	Specialistica	Dentista	Analisi	Apparecchi	Termali	Farmacia	Disabilità e Serv. Ausiliari
Persona sola con meno di 35 anni	0,0%	14,6%	20,5%	7,7%	6,7%	0,0%	47,7%	2,8%
Persona sola con 35-64 anni	0,2%	12,1%	14,8%	7,3%	5,6%	0,5%	55,1%	4,5%
Persona sola con 65 anni e più	0,3%	8,9%	6,9%	4,6%	6,2%	1,0%	55,6%	16,3%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con meno di 35 anni	13,5%	17,3%	14,5%	10,7%	4,6%	0,0%	38,6%	0,8%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 35-64 anni	3,2%	13,5%	21,4%	8,7%	7,9%	0,3%	39,3%	5,8%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 65 anni e più	3,0%	13,5%	13,5%	5,5%	8,1%	0,6%	47,7%	8,0%
Coppia con 1 figlio	1,0%	13,7%	24,8%	7,4%	6,7%	0,6%	41,9%	3,9%
Coppia con 2 figli	0,7%	13,7%	28,8%	7,9%	7,0%	0,2%	39,4%	2,3%
Coppia con 3 e più figli	0,7%	12,1%	29,3%	7,7%	7,6%	0,0%	42,3%	0,3%
Monogenitore	1,2%	12,7%	21,3%	6,6%	7,4%	0,1%	45,1%	5,4%
Altre tipologie	0,9%	9,3%	13,9%	5,4%	7,8%	0,0%	44,7%	18,0%
<b>Totale</b>	<b>1,5%</b>	<b>12,7%</b>	<b>20,3%</b>	<b>6,9%</b>	<b>7,1%</b>	<b>0,4%</b>	<b>44,6%</b>	<b>6,5%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Dalla nostra analisi risulta che le voci che incidono maggiormente sulla spesa delle famiglie con persona di riferimento anziana, sono la Farmaceutica e le spese legate alla disabilità: per entrambe le tipologie di consumo i valori rilevati per tali nuclei sono nettamente superiori ai valori di incidenza rilevati sull'insieme delle famiglie.

In particolare, emerge come il problema della disabilità appaia molto più accentuato nel caso di anziani soli (famiglie monocomponenti con persona di rife-

rimento con 65 anni e più) rispetto alle coppie in cui sia presente almeno un anziano.

Un simile fenomeno è rilevabile anche dall'analisi della spesa *out of pocket* ristretta alle sole famiglie impoverite (tab. 10). Anche in tale sottogruppo, infatti, gli anziani in coppia sembrano riuscire a fronteggiare meglio dei singoli la presenza di disabilità.

Per quanto attiene alle altre tipologie familiari, è interessante sottolineare la rilevanza della quota delle spese farmaceutiche a carico dei nuclei familiari, di

## Il peso della spesa sanitaria privata sui bilanci delle famiglie italiane

solito considerati meno a rischio (persona sola con 35-64 anni e coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni); tale dato supporta, da un lato, la necessità di un approfondimento dell'analisi della struttura delle spese farmaceutiche e, dall'altro, l'urgenza di una revisione delle politiche di esenzione. Ultimo dato da sottolineare è l'associazione rilevata tra la presenza di figli nella coppia ed il peso delle spese per le cure odontoiatriche.

tiche e, dall'altro, l'urgenza di una revisione delle politiche di esenzione. Ultimo dato da sottolineare è l'associazione rilevata tra la presenza di figli nella coppia ed il peso delle spese per le cure odontoiatriche.

**Tabella 10 – Composizione del consumo sanitario out of pocket per tipologia familiare – Famiglie impoverite Italia 2004**

Tipologia Familiare	Ospedale	Specialistica	Dentista	Analisi	Apparecchi	Termali	Farmacia	Disabilità e serv. Ausiliari
Persona sola con meno di 35 anni	-	-	-	-	-	-	-	-
Persona sola con 35-64 anni	0,0%	0,0%	0,0%	11,5%	8,8%	0,0%	79,7%	0,0%
Persona sola con 65 anni e più	1,0%	14,2%	1,6%	5,3%	10,3%	0,0%	50,2%	17,3%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con meno di 35 anni	-	-	-	-	-	-	-	-
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 35-64 anni	0,0%	28,2%	0,0%	2,5%	5,3%	0,0%	64,0%	0,0%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 65 anni e più	2,5%	20,1%	6,0%	6,2%	5,5%	0,4%	51,7%	7,6%
Coppia con 1 figlio	3,0%	14,0%	20,2%	8,3%	16,4%	0,0%	33,4%	4,6%
Coppia con 2 figli	0,0%	17,7%	37,2%	5,8%	7,3%	0,0%	29,1%	2,9%
Coppia con 3 e più figli	0,0%	6,1%	30,1%	5,2%	25,1%	0,0%	33,6%	0,0%
Monogenitore	1,8%	22,7%	16,4%	11,8%	3,9%	0,0%	36,7%	6,7%
Altre tipologie	0,0%	3,2%	25,2%	6,2%	7,9%	0,0%	27,7%	29,7%
<b>Totale</b>	<b>1,3%</b>	<b>15,6%</b>	<b>15,8%</b>	<b>6,5%</b>	<b>9,0%</b>	<b>0,1%</b>	<b>41,5%</b>	<b>10,1%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

**Tabella 11 – Composizione del consumo sanitario out of pocket per tipologia familiare Famiglie soggette a spese catastrofiche – Italia 2004**

Tipologia Familiare	Ospedale	Specialistica	Dentista	Analisi	Apparecchi	Termali	Farmacia	Disabilità e serv. Ausiliari
Persona sola con meno di 35 anni	0,0%	0,0%	86,3%	0,0%	0,0%	0,0%	13,7%	0,0%
Persona sola con 35-64 anni	0,1%	7,6%	53,1%	1,3%	5,8%	0,0%	22,3%	9,8%
Persona sola con 65 anni e più	0,7%	5,6%	13,2%	2,9%	5,7%	2,0%	34,9%	35,0%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con meno di 35 anni	0,0%	24,3%	67,9%	0,0%	0,0%	0,0%	7,2%	0,6%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 35-64 anni	20,0%	2,4%	54,6%	2,9%	0,2%	0,0%	7,8%	12,1%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 65 anni e più	11,2%	10,8%	26,6%	5,2%	8,5%	0,6%	22,9%	14,3%
Coppia con 1 figlio	0,7%	6,7%	49,7%	3,9%	12,2%	3,6%	14,1%	9,1%
Coppia con 2 figli	0,9%	6,8%	71,8%	3,1%	3,8%	0,0%	12,5%	1,2%
Coppia con 3 e più figli	0,1%	4,8%	60,0%	5,1%	8,3%	0,0%	21,7%	0,0%
Monogenitore	6,1%	6,5%	36,5%	2,9%	11,0%	0,0%	19,7%	17,4%
Altre tipologie	3,3%	3,7%	18,6%	1,4%	6,3%	0,0%	17,6%	49,2%
<b>Totale</b>	<b>4,9%</b>	<b>6,8%</b>	<b>37,8%</b>	<b>3,5%</b>	<b>6,8%</b>	<b>1,0%</b>	<b>21,0%</b>	<b>18,2%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Anche l'analisi della struttura di consumo delle famiglie soggette a spese catastrofiche conferma quanto già visto; in particolare, emergono la rilevanza delle spese legate alla disabilità per le famiglie con anziani, nonché la minore incidenza delle stesse quando gli anziani sono in una coppia. Si evidenzia, inoltre, l'associazione tra presenza di figli nei nuclei e spese dentistiche: queste ultime, peraltro, presentano una quota elevata per gran parte delle tipologie familiari che sottolinea ancora una volta l'onerosità e la scarsa copertura delle spese odontoiatriche da parte del S.S.N.

L'analisi della struttura delle spese catastrofiche pone poi in evidenza la presenza, nelle coppie senza figli con persona di riferimento con più di 35 anni, di quote di spesa per l'ospedalità superiori a quelle rilevate nel resto della popolazione. Questo è interpretabile come una conseguenza di una ricerca, tramite il ricovero e l'assistenza ospedaliera privati, della cura e dell'attenzione che queste famiglie non sembrano percepire nel servizio ospedaliero pubblico.

## 7. CONCLUSIONI

I consumi sanitari, che evidentemente incidono sulle risorse disponibili per altri usi delle famiglie, dipendono sia da preferenze individuali, sia da regolamentazioni del sistema sanitario (compartecipazioni, ticket, ecc.).

L'evidenza statistica sottolinea come un numero ancora rilevante di famiglie, 295.572 secondo l'approccio WHO nella rielaborazione da noi effettuata sulla base delle soglie di povertà relativa dell'ISTAT, cadono mediamente ogni mese sotto la soglia di povertà a causa di spese sanitarie.

In tale gruppo, i nuclei in cui è maggiore la presenza di anziani appaiono quelli maggiormente a rischio; dagli studi effettuati, infatti, circa il 49,6% dei nuclei impoveriti è composto da un anziano solo o da una coppia con "capo famiglia" anziano. Peraltro queste due tipologie familiari appaiono quelle a più alto rischio di impoverimento e catastroficità.

Inoltre, una quota di famiglie, in larga misura distinte dalle prime, è chiamata a sostenere spese sanitarie cosiddette "catastrofiche", ovvero superiori al 40% della propria *capacity to pay*. Si tratta di 967.619 famiglie che, in qualche modo, possiamo dire sono in

"affanno" economico a causa dei consumi sanitari; anche se, almeno per i quintili di consumo più elevati, i nuclei predetti possono talvolta far fronte senza problemi alle spese attingendo al proprio patrimonio.

Anche tra le famiglie soggette a catastroficità appaiono particolarmente a rischio i gruppi familiari con anziani e le famiglie con più di due figli.

A priori si può dire che dovendo (o volendo) affrontare una spesa sanitaria privatamente, si ha una probabilità nel 2,1% dei casi di impoverirsi e nel 6,9% di spendere oltre il 40% della propria *capacity to pay*.

L'elemento in complesso più denso di implicazioni appare, quindi, l'osservazione che la natura di assicurazione sociale (universale) del S.S.N. italiano sembra incompiuta: la spesa sanitaria diretta delle famiglie continua ad essere in assoluto rilevante e per molte famiglie rappresenta un onere economico significativo, vuoi per l'incidenza dei ticket, vuoi per la carenza di servizi in alcune aree di cura, vuoi ancora per l'autonoma decisione di non utilizzare i servizi gratuiti forniti dal settore pubblico.

Si conferma ancora una volta come le ragioni dell'impoverimento e delle spese catastrofiche, pur con elementi comuni, sembrano distinte. Nel primo caso disabilità (LTC) e ticket sembrano giocare un ruolo fondamentale; nel secondo caso anche il ricovero ospedaliero e il dentista hanno un'importanza rilevante per le famiglie più ricche.

L'analisi dell'impoverimento e della catastroficità per tipologia familiare sottolinea come l'intervento del SSN debba tener conto della struttura e della differente fragilità dei nuclei nel programmare le politiche di intervento più adeguate.

L'analisi della composizione della spesa *out of pocket* delle famiglie povere indica che il sistema delle esenzioni urge di un'analisi più approfondita e probabilmente di una riforma sostanziale, essendo in generale poco selettivo e nello stesso tempo non garantendo l'assenza di oneri per i nuclei più poveri.

L'accesso alle cure (in particolare le liste di attesa), le politiche di compartecipazione e le connesse esenzioni, nonché l'adeguata copertura per le cure odontoiatriche e per la disabilità (LTC), sono quindi tre fattori prioritari per rendere realmente compiuto il disegno universalistico del S.S.N. italiano.

### Il peso della spesa sanitaria privata sui bilanci delle famiglie italiane

#### **Bibliografia**

- A. Maruotti, F. S. Mennini, L. Piasini e F. Spandonaro, *Equità e fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano*, in *Rapporto CEIS – Sanità 2004*, IEP, Roma, 2004.
- A. Rafaniello e F. Spandonaro, *Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistributivi*, in *Rapporto CEIS – Sanità 2003*, IEP, Roma, 2003.
- A. Wagstaff, *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, 2001.
- C. J. L. Murray et al., *Assesing the Distribution of Household Financial Contribution to the Health System: Concepts and Empirical Application*, Health System Performance Assessments, WHO, Ginevra, 2003.
- F. S. Mennini et al., *Monitoraggio della Spesa Sanitaria e del Finanziamento dell'Assistenza Sanitaria*, in *Salute e Territorio*, 2004.
- Istat, *La povertà assoluta: informazioni sulla metodologia di stima*, Statistiche in breve, 30 giugno 2004.
- Istat, *La povertà relativa in Italia nel 2004*, Statistiche in breve, 6 ottobre 2005.
- K. Xu et al., *Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical and Technical Challenges*. Health Systems Performance Assessments, WHO, Ginevra, 2003.
- M. Doglia e F. Spandonaro, *La fairness del Servizio Sanitario Nazionale Italiano*, in *Rapporto CEIS – Sanità 2005*, IEP, Roma, 2005.
- World Health Organization, *Distribution of health payments and catastrophic expenditures*.