

CAPITOLO 4a

Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

d'Angela D.¹, F. Spandonaro²

4a.1. Premessa

Il presente capitolo si pone l'obiettivo di descrivere i consumi sanitari direttamente sostenuti dalle famiglie, e la loro dinamica nel tempo, anche in relazione a fenomeni più macro che hanno interessato il nostro Paese (andamento dei consumi generali, del reddito familiare, del Prodotto Interno Lordo etc.). Ulteriore obiettivo è quello di valutare la effettiva tutela offerta dal SSN rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia.

Per quanto concerne quest'ultimo obiettivo, 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 sui bilanci familiari) ed è stato elaborato un indicatore che abbiamo definito di "disagio economico causato dalle spese sanitarie".

Si fa presente che i fenomeni sopra elencati possono essere sovrastimati, poiché i consumi sanitari delle famiglie considerati sono al lordo della quota di spesa coperta dalle polizze assicurative (individuali e non) in forma cosiddetta "indiretta" (rimborso delle spese effettuate).

Tutte le analisi sono state effettuate prendendo in considerazione la capacità di consumo delle famiglie e l'area geografica dove le stesse risiedono.

Per la stima dell'incidenza dell'impoverimento l'analisi è stata svolta con riferimento tanto alla soglia di povertà relativa nazionale, quanto a quelle da noi elaborate per il livello regionale.

4a.2. I consumi delle famiglie

Secondo l'Indagine Istat sulla 'Spesa delle famiglie', nel 2017, le famiglie italiane hanno sostenuto una spesa media annua per consumi pari a € 30.749,7, con un livello minimo, pari a € 14.383,0, riscontrato per quelle afferenti al I quintile di consumo, ed uno massimo, pari a € 54.098,2 per quelle dell'ultimo quintile.

Analizzando la composizione dei consumi si osserva come quasi il 90% della spesa totale sia associata a quattro voci di spesa: "Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili" (35,0%), "Affitti figurativi" (22,9%), "Prodotti alimentari e bevande analcoliche" (17,8%) e "Trasporti" (11,3%); i consumi sanitari rappresentano il 4,7% dei consumi delle famiglie.

Sebbene con valori assoluti differenti, tali voci di spesa conservano lo stesso ordine in tutte le ripartizioni geografiche ad eccezione del Mezzogiorno, dove, "Affitti figurativi" e "Prodotti alimentari e bevande analcoliche" invertono la loro posizione.

La spesa per "Servizi sanitari e spese per la salute" occupa l'ottava posizione in tutte le ripartizioni geografiche, nuovamente ad eccezione del Mezzogiorno, dove è settima, scambiando la sua posizione con "Ricreazione, spettacoli e cultura" (Figura 4a.1.)

Rispetto al 2011 si è registrata una riduzione dei consumi totali delle famiglie dello -0,1% medio annuo, più netta nel periodo post crisi (2012); la riduzione è massima per le famiglie del II quintile (-0,6%), segue quella delle famiglie dell'ultimo (-0,1%); le famiglie del III e IV quintile hanno invece registrato un

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

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

aumento complessivo rispettivamente dello 0,1% e 0,3% medio annuo (Figura 4a.2).

La crisi ha allargato le disparità in termini di con-

sumo, in particolare, a partire del 2017, si è registrata una ripresa soprattutto per i più abbienti.

Figura 4a.1. Consumi familiari, per ripartizione geografica e tipologia. Anno 2017

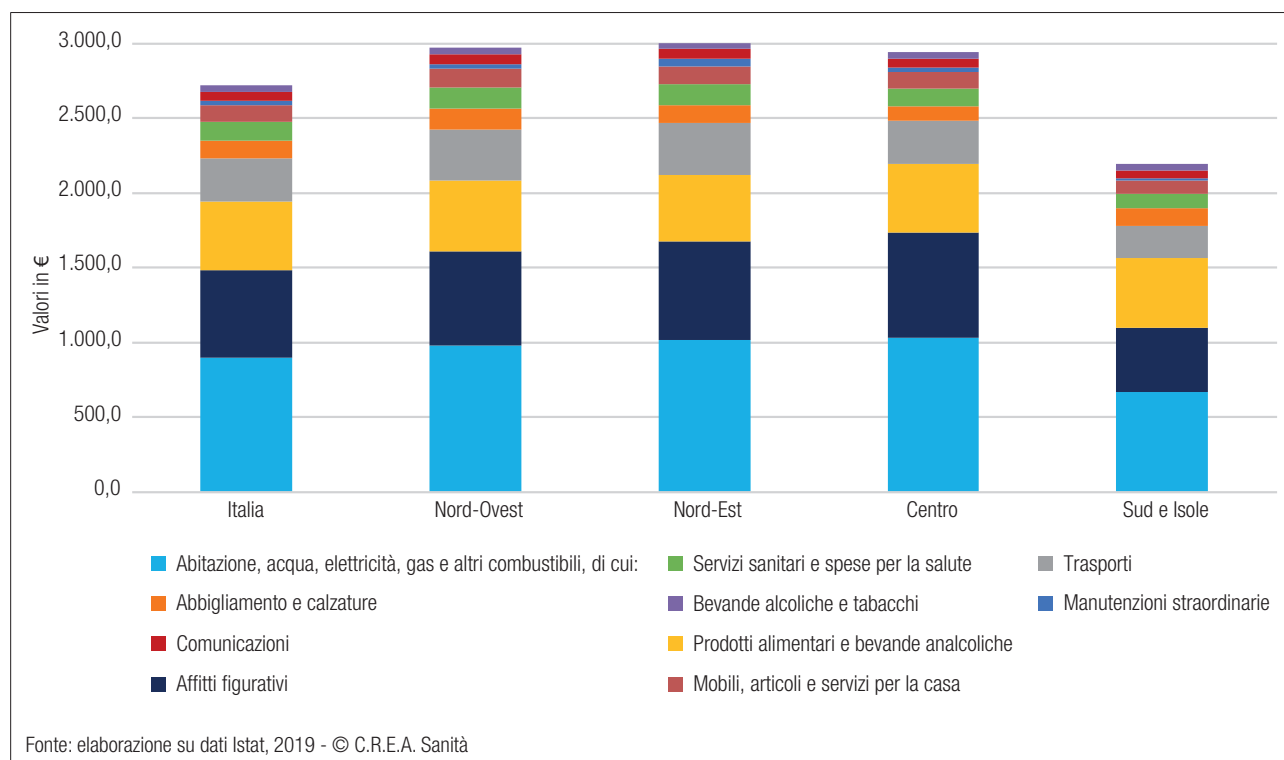
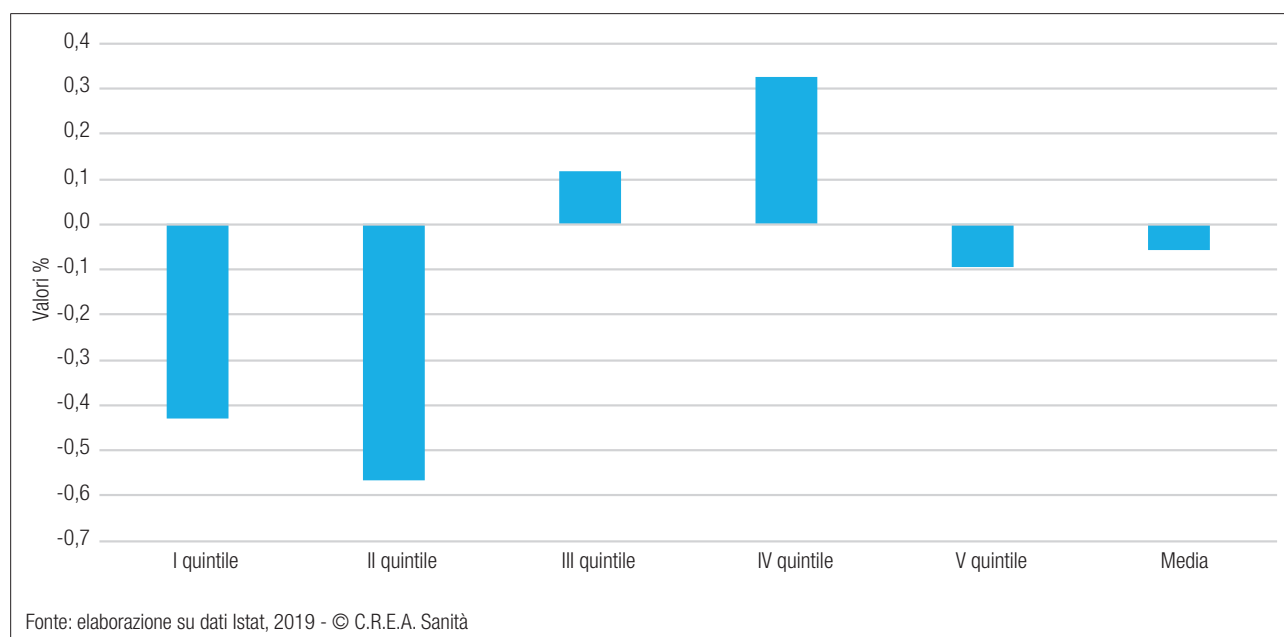


Figura 4a.2. Variazione 2017/2011 consumi familiari per quintile di consumo



Nel periodo preso in analisi (2011-2017) non sembrano essere cambiate le priorità di spesa delle famiglie residenti in Italia per le voci sopra elencate; hanno invece perso qualche posizione “Abbigliamento e calzature”, passata dal 9° al 13° posto,

“Mobili, articoli e servizi per la casa”, dal 6° al 10°; non si registrano importanti differenze di *ranking* tra le diverse ripartizioni geografiche. Anche la spesa per la sanità non ha variato la sua posizione negli anni (Tabella 4a.1.).

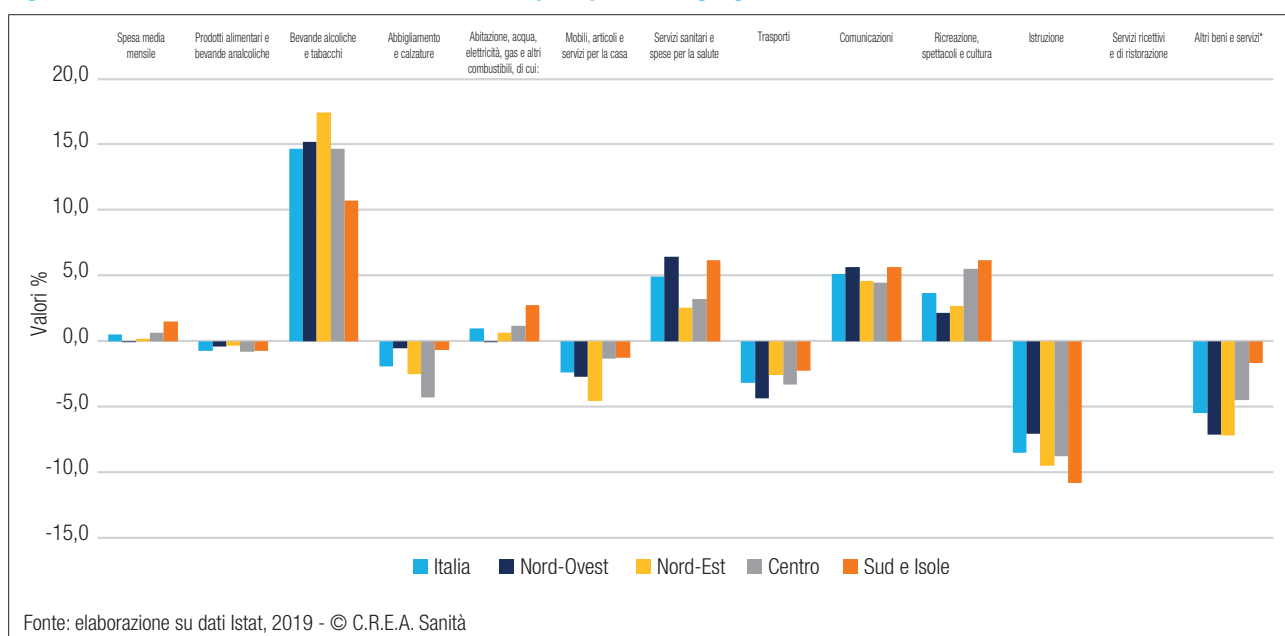
Tabella 4a.1. *Ranking* consumi sanitari e differenza 2017-2011 per ripartizione geografica

| Voce di spesa | Italia | | Nord-Ovest | | Nord-Est | | Centro | | Sud e isole | |
|---|--------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|--------|----------------|-------------|----------------|
| | 2017 | Diff 2017-2011 | 2017 | Diff 2017-2011 | 2017 | Diff 2017-2011 | 2017 | Diff 2017-2011 | 2017 | Diff 2017-2011 |
| Prodotti alimentari e bevande analcoliche | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 0 |
| Bevande alcoliche e tabacchi | 12 | 1 | 12 | 1 | 13 | 2 | 12 | 1 | 12 | 2 |
| Abbigliamento e calzature | 9 | 4 | 9 | 3 | 9 | 3 | 10 | 5 | 6 | 1 |
| Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili, di cui: | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Manutenzioni straordinarie* | 13 | n.d. | 13 | n.d. | 12 | n.d. | 13 | n.d. | 13 | n.d. |
| Affitti figurativi* | 2 | n.d. | 2 | n.d. | 2 | n.d. | 2 | n.d. | 3 | n.d. |
| Mobili, articoli e servizi per la casa | 10 | 4 | 10 | 5 | 9 | 4 | 9 | 3 | 9 | 3 |
| Servizi sanitari e spese per la salute | 8 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 | 7 | 0 |
| Trasporti | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 |
| Comunicazioni | 11 | 2 | 11 | 2 | 11 | 2 | 11 | 2 | 11 | 2 |
| Ricreazione, spettacoli e cultura | 7 | 0 | 7 | 0 | 7 | 0 | 6 | -1 | 8 | 0 |
| Istruzione | 14 | 4 | 14 | 4 | 14 | 4 | 14 | 4 | 14 | 3 |
| Servizi ricettivi e di ristorazione | 6 | n.d. | 6 | n.d. | 6 | n.d. | 7 | n.d. | 10 | n.d. |
| Altri beni e servizi | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 |

*voci non disponibili nell'anno 2011

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.3. Variazione 2017/2011 consumi familiari per ripartizione geografica



Le voci di spesa che hanno registrato un incremento nel periodo in analisi più elevato sono state: “Bevande alcoliche e tabacchi” (+14,6% medio annuo), “Comunicazioni” (+5,1%) ed anche “Servizi sanitari e spese per la salute” (+4,9%); le spese per l’“Istruzione” hanno invece registrato la maggiore riduzione, pari al -5,8% medio annuo. Nelle diverse ripartizioni geografiche, seppure con valori diversi, gli andamenti descritti hanno lo stesso “segno” (Figura 4a.3.).

4a.3. La spesa delle famiglie per consumi sanitari

Secondo l’Indagine Istat sulla ‘Spesa delle famiglie’, nel 2017, il 77,9% delle famiglie ha sostenuto spese per consumi sanitari.

La quota è cresciuta negli anni: nel periodo 2011-2017 è passata dal 61,8% al 77,9%; si è registrato un calo nell’anno successivo alla crisi (2013), quando si è ridotta al 58,2%.

Si tenga anche conto che, nel 2017, 4,2 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limi-

tare le spese sanitarie, e di queste 1,1 milioni non le hanno in effetti sostenute: convenzionalmente le assumiamo quali “nuove” rinunce alle spese sanitarie.

La spesa sanitaria media annua delle famiglie, nel 2017, è stata pari a € 1.495,4, pari al 4,7% dei consumi totali. Si passa da un’incidenza del 3,7% per le famiglie del I quintile ad una del 5,3% per quelle dell’ultimo. Nel periodo 2011-2017 si è registrato un aumento di incidenza dal 3,8% al 4,7%, concentrata soprattutto nei primi tre quintili: +1,1, +1,2 e +1,1 punti percentuali rispettivamente.

Considerando le sole famiglie che sostengono spese per consumi sanitari, la spesa media (che denomineremo “effettiva”) risulta di € 1.867,9 e l’incidenza sui loro consumi si è ridotta nel periodo 2011-2017, passando dal 5,9% del 2011 al 5,6% del 2017 (Figura 4a.4.).

Nel 2017, l’incidenza della spesa sanitaria effettiva sui consumi non varia significativamente con le disponibilità economiche familiari: si passa da un valore minimo pari al 5,5% per le famiglie del I quintile di consumo, al 5,4% di quelle del II quintile, al 5,4% di quelle del III, al 5,5% di quelle del IV e al 5,8% per quelle dell’ultimo (Figura 4a.5.).

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

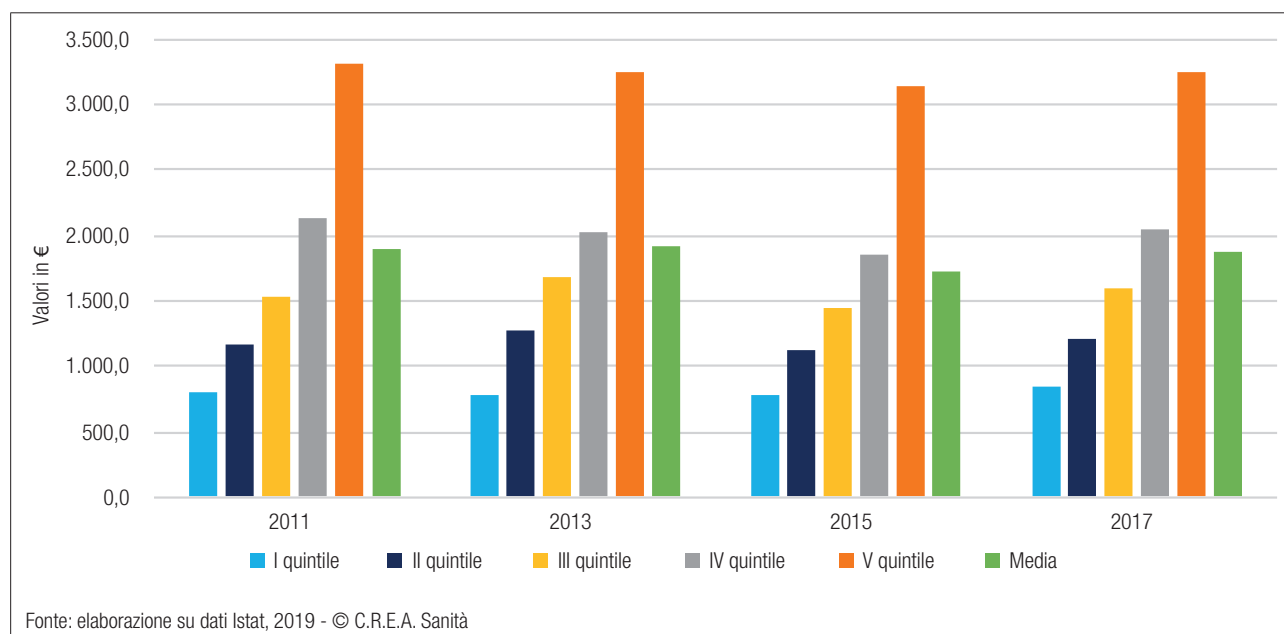
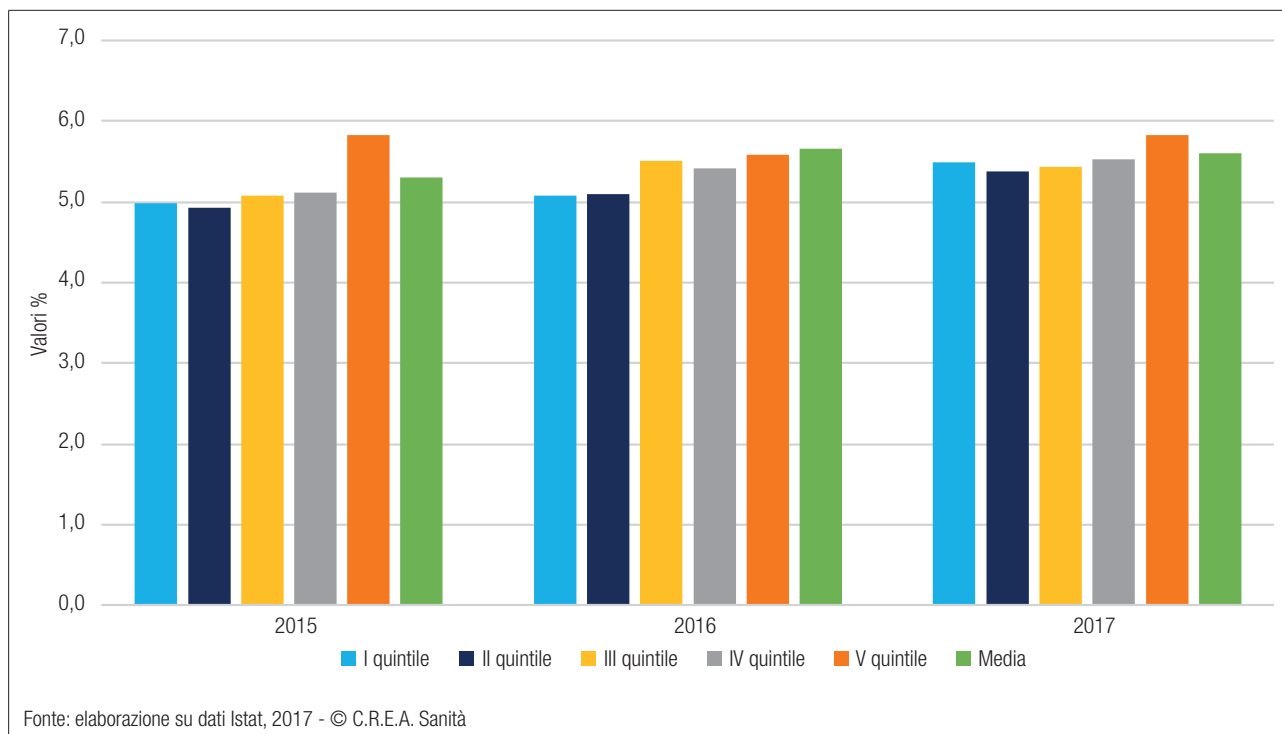


Figura 4a.5. Incidenza effettiva della spesa per consumi sanitari su quella totale, per quintile di consumo



Si evidenzia quindi che l'incidenza della spesa aumenta con il reddito (nella misura in cui assumiamo una proporzionalità diretta con i consumi), ma questa è effetto di una maggiore percentuale di famiglie che consumano e non della spesa effettiva per famiglia: indirettamente ci sembra che emerga una indicazione sul fatto che nelle fasce meno abbienti incide maggiormente il fenomeno delle rinunce, che analizzeremo nel seguito.

L'invarianza della incidenza sembra contrastare con l'assunzione di una natura della assistenza sanitaria riconducibile ad un bene di lusso (ovvero con una crescita dell'incidenza dei consumi più che proporzionale rispetto al reddito): in altri termini, sembra che si potrebbe argomentare che i consumi sanitari privati in Italia abbiano un forte componente di "necessità".

Rispetto al 2016 la spesa per consumi sanitari è cresciuta del +9,0%: +11,6% per quelle del I quintile, +8,0% per quelle del II, +6,7% per quelle del III, +8,3% per quelle del IV e +10,2% per quelle dell'ultimo, a fronte di un contestuale aumento dei consumi totali, anche se di minore entità, per le famiglie di III,

IV e ultimo quintile (+4,1%, +2,0% e +2,9% rispettivamente); nelle famiglie dei quintili medio-bassi questi si sono, invece, ridotti del -3,2% (I quintile) e -2,3% (II quintile).

A differenza del biennio precedente (2015-2016), in cui la spesa media era cresciuta solo perché erano sempre più le famiglie che sostenevano spese sanitarie (il livello di spesa per singolo nucleo si riduceva), nel biennio 2017-2016 la crescita ha riguardato effettivamente il livello di spesa sostenuta.

Guardando a tutto il periodo considerato (2011-2017) la spesa media effettiva delle famiglie passa da € 1.891,7 a € 1.867,9 con un decremento dell'1,3%; per quelle del I quintile di consumo passa, però da, € 804,2 a € 843,2 con un incremento del 4,9%; analogamente per il II quintile si passa da € 1.169,5 a € 1.211,1 con un incremento del 3,6%; per il III quintile si passa da € 1.526,3 a € 1.595,4 con un incremento del 4,5%; per il IV quintile si passa da € 2.120,3 a € 2.045,7 con invece una riduzione del -3,5%; per il V quintile si passa da € 3.318,6 a € 3.235,2 con una riduzione del -3,2% (Figura 4a.6.).

Figura 4a.6. Variazione spesa media effettiva familiare. Anno 2017/2011

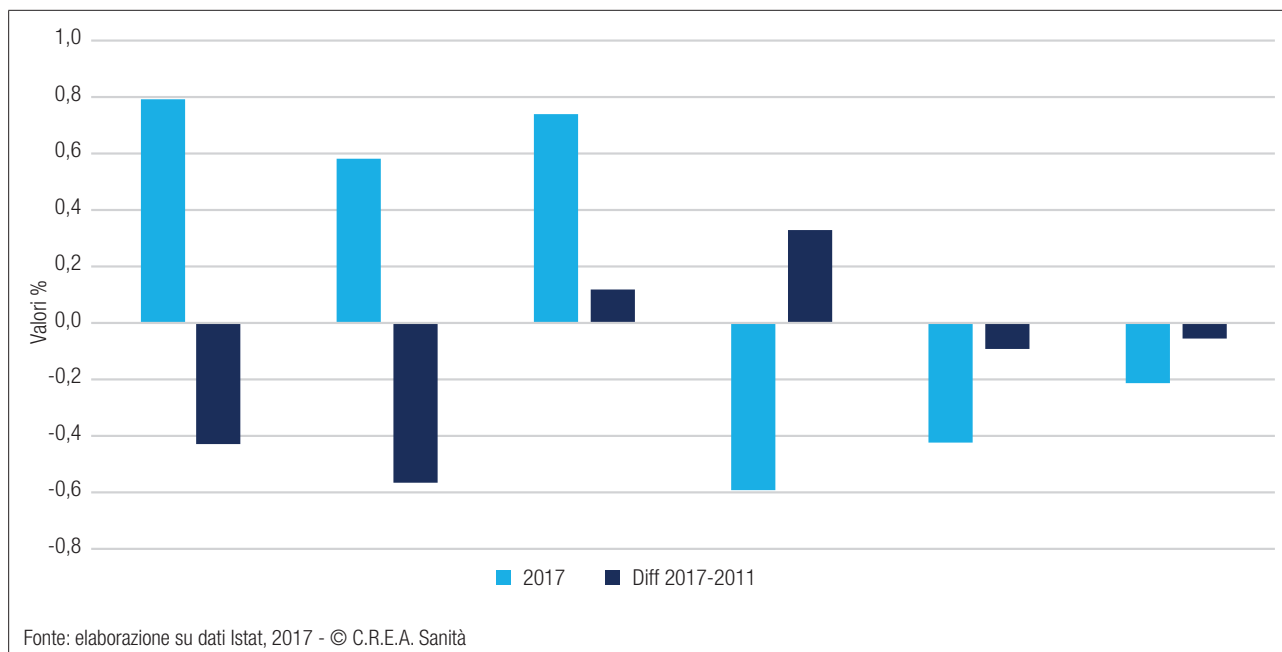
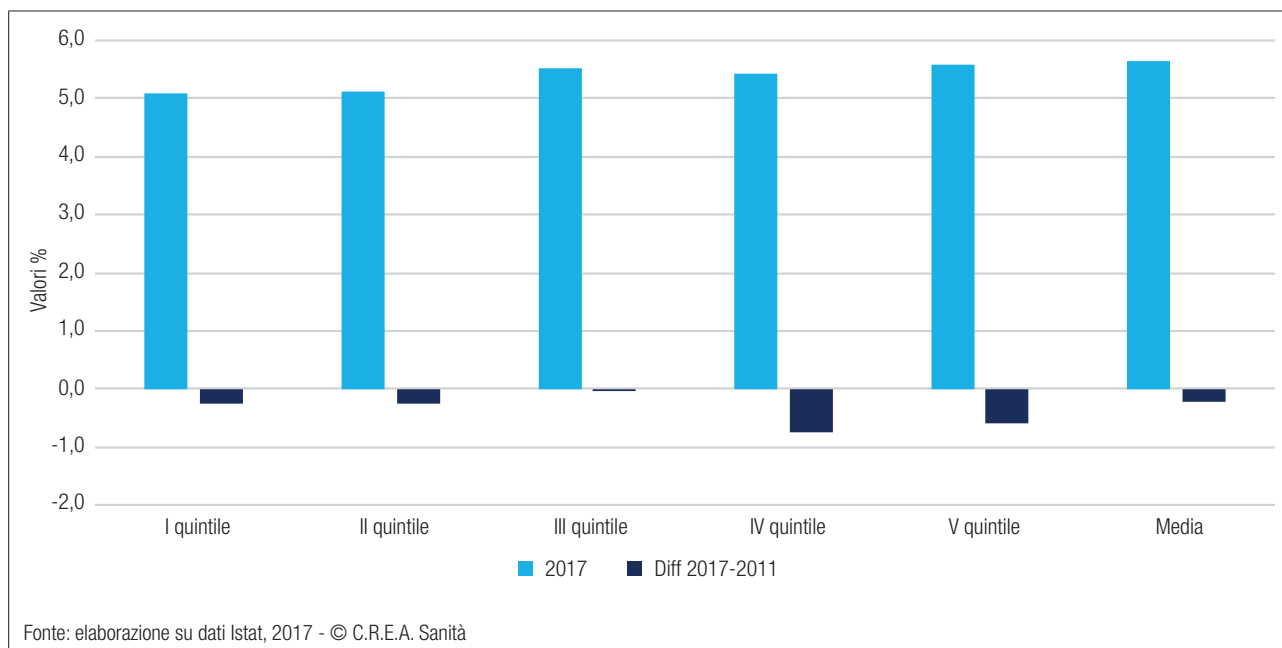


Figura 4a.7. Incidenza della spesa sanitaria su quella totale e variazione per quintile di consumo

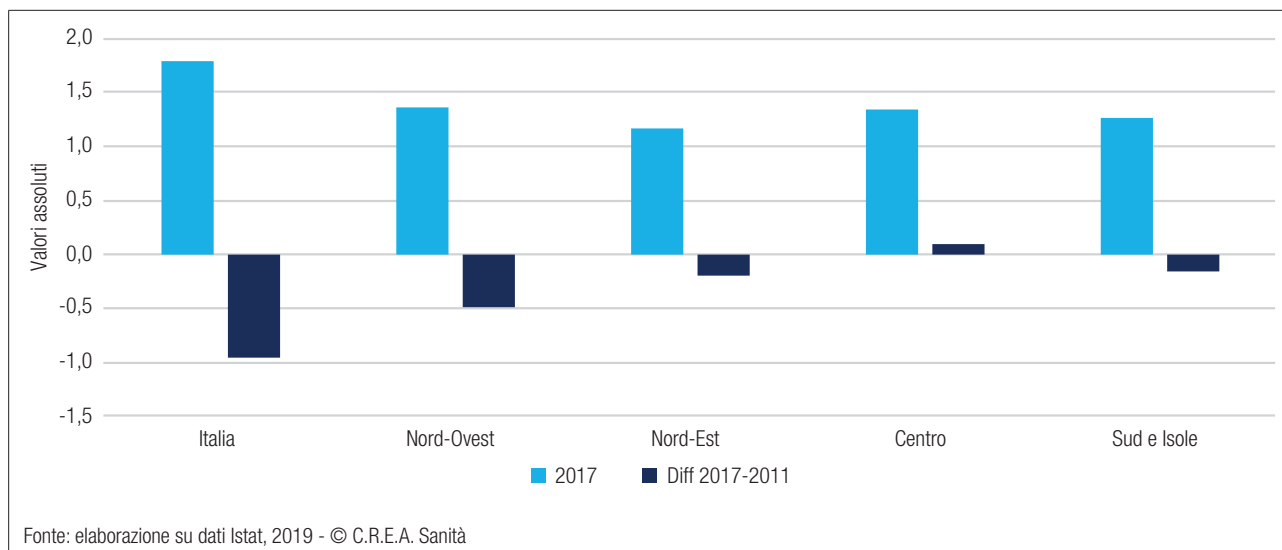


Nello stesso periodo aumentano i consumi sanitari totali delle famiglie del III e IV quintile, mentre diminuiscono quelle degli altri, ma in modo rilevante nei primi due quintili e modesto per il quinto.

Ne segue che l'incidenza della spesa sanitaria "effettiva" sui consumi totali (Figura 4a.7.) si è ridot-

ta di 0,2 punti percentuali, rispetto al 2011. Però, le famiglie del I e II quintile sono quelle per le quali si è registrata una minore riduzione di incidenza (-0,3 e -0,2 punti percentuali rispettivamente); quelle del IV e V invece hanno registrato la maggiore riduzione (-0,8 e -0,6 punti percentuali rispettivamente).

Figura 4a.8. Diseguaglianze di spesa per consumi sanitari. Anno 2017 e differenza 2017-2011



Analizzando il dato per area geografica, osserviamo che la spesa media annua familiare effettiva per consumi sanitari è massima nel Nord-Ovest (€ 2.135,4) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.500,9).

Rispetto al 2011 la spesa media effettiva sanitaria è cresciuta complessivamente del +15,3% nelle famiglie del Mezzogiorno, dell'8,1% in quelle del Nord-Ovest e si è ridotta del -2,6% e dell'-1,0% nel Nord-Est e Centro rispettivamente.

Il rapporto tra il valore massimo e minimo di spesa media "effettiva" regionale è pari all'1,8; a livello di ripartizione si va dall'1,3 nel Nord-Ovest, Centro e Mezzogiorno, all'1,2, nel Nord-Est.

Nel periodo 2011-2017, la differenza si è ridotta di 1 punto a livello nazionale; a livello di ripartizione si è registrata una riduzione ovunque, ad eccezione del Centro (+0,1 punto); nel Nord-Ovest si è ridotto di -0,5 punti, e nel Nord-Est e nel Sud di -0,2 (Figura 4a.8.).

In altri termini, la spesa media privata del Meridione si avvicina a quella delle Regioni settentrionali, malgrado si tratti di Regioni con un reddito medio inferiore.

In parallelo, si noti che, a fronte di un indice di diseguaglianza del reddito³ pari a 5,9 a livello nazionale (2017), si arriva al 6,7 nel Mezzogiorno, contro il 4,3 nel Nord-Est. Rispetto al 2011, a fronte di un aumento delle disuguaglianze a livello nazionale di 0,3 punti, quello massimo, pari a 0,4, si è registrato nel Nord-Ovest e nel Mezzogiorno, mentre nessuna variazione è stata invece registrata nel Nord-Est del Paese (Figura 4a.9.).

In sintesi, nel periodo 2011-2017, le spese per consumi sanitari sono cresciute per i quintili più poveri (I, II e III quintile) e diminuite per quelle più ricche (IV e V quintile), mentre il consumo totale è diminuito per le prime e aumentato per le seconde.

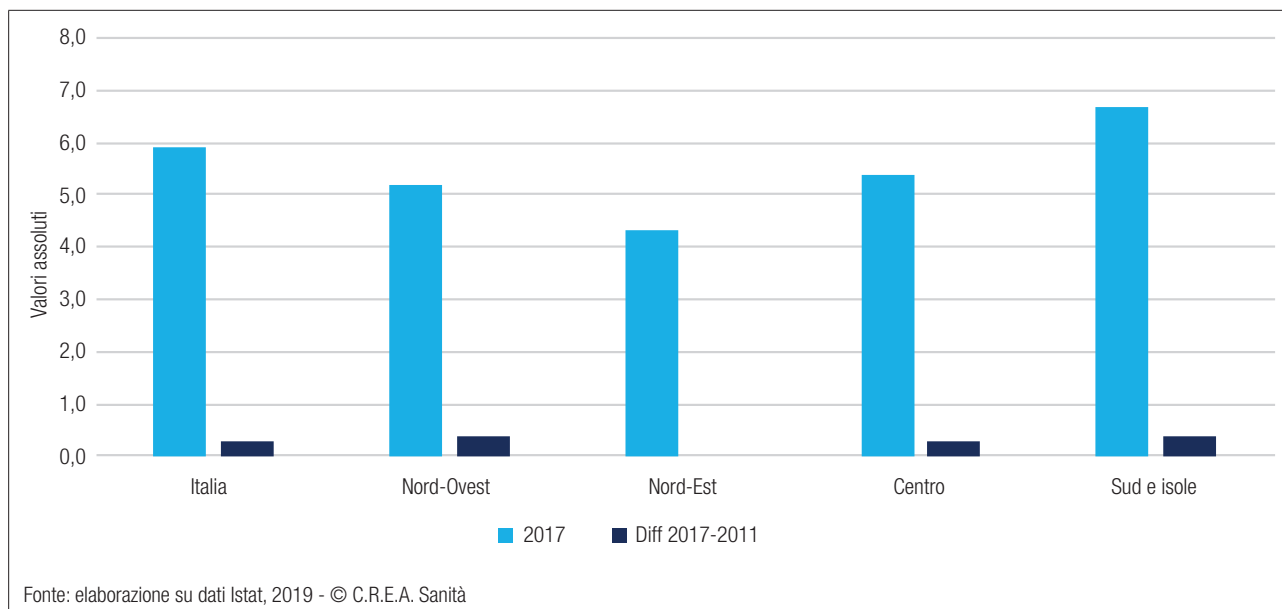
Questo si accompagna ad un avvicinamento delle spese private delle famiglie del Mezzogiorno a quelle settentrionali, malgrado abbiano una minore disponibilità economica.

Il Mezzogiorno è anche gravato da una maggiore disuguaglianza di reddito, che tende anche ad aumentare.

Nel complesso, si osserva una chiara tendenza al peggioramento delle iniquità.

³ Rapporto fra il reddito equivalente totale ricevuto dal 20% della popolazione con il più alto reddito e quello ricevuto dal 20% della popolazione con il basso reddito. Fonte: Istat, Indagine Eu-Silc (Rapporto BES - Istat)

Figura 4a.9. Diseguaglianze di reddito



4a.4. Il profilo del consumo sanitario delle famiglie

Analizzando il profilo di consumo delle famiglie si osserva come il 77,2% di quelle che effettuano spese sanitarie acquista farmaci, il 38,3% prestazioni specialistiche e/o di ricovero, il 25,3% prestazioni diagnostiche, il 20,5% cure odontoiatriche.

Rispetto al 2011, si è ridotta la quota di famiglie

che acquistano farmaci di circa 8 punti percentuali (84,0% nel 2011) ed è aumentata di oltre 12 punti percentuali la quota di quelle che spendono per il dentista (7,8% nel 2011).

Nel Mezzogiorno arriva all'82,5% la quota di famiglie che acquista farmaci; nel Nord arriva al 25,9% la quota di famiglie che spendono per cure odontoiatriche (Figura 4a.10.).

Figura 4a.10. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e ripartizione geografica. Anno 2017

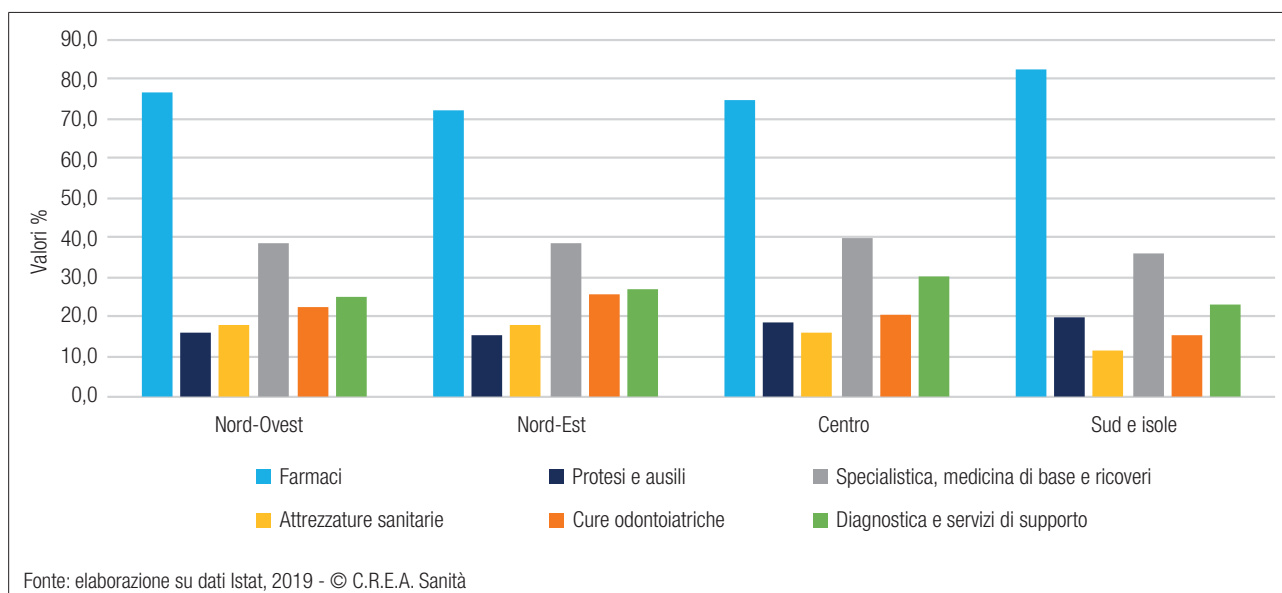


Figura 4a.11. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e quintile di consumo. Anno 2017

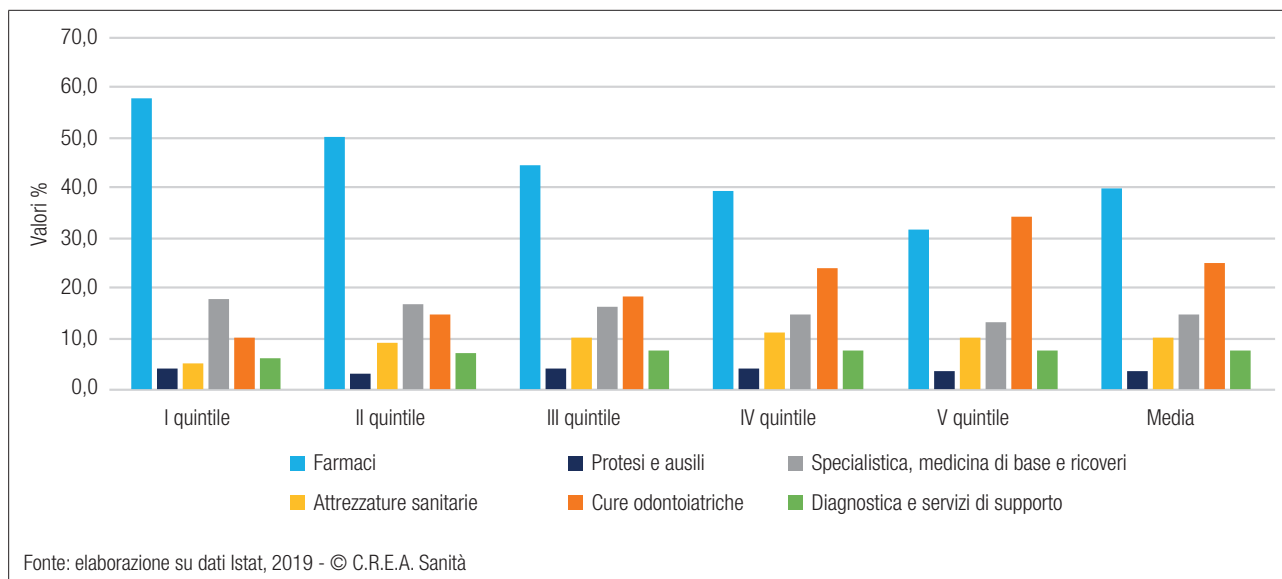
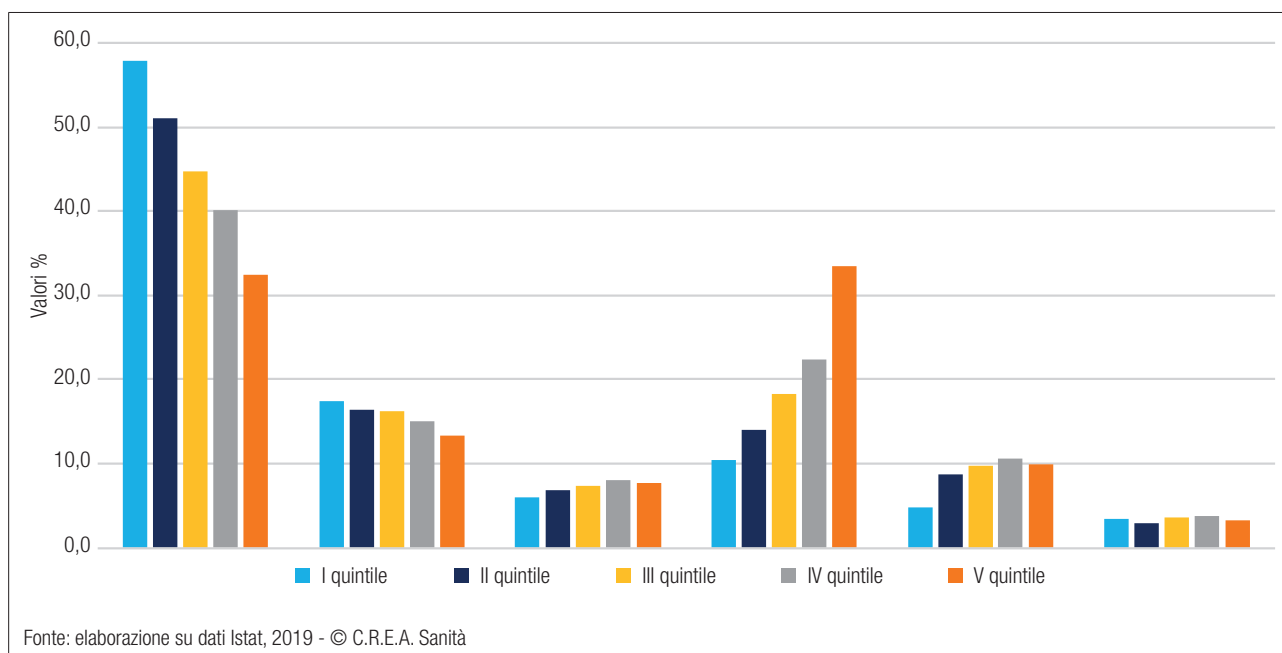


Figura 4a.12. Composizione della spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e quintile di consumo. Anno 2017

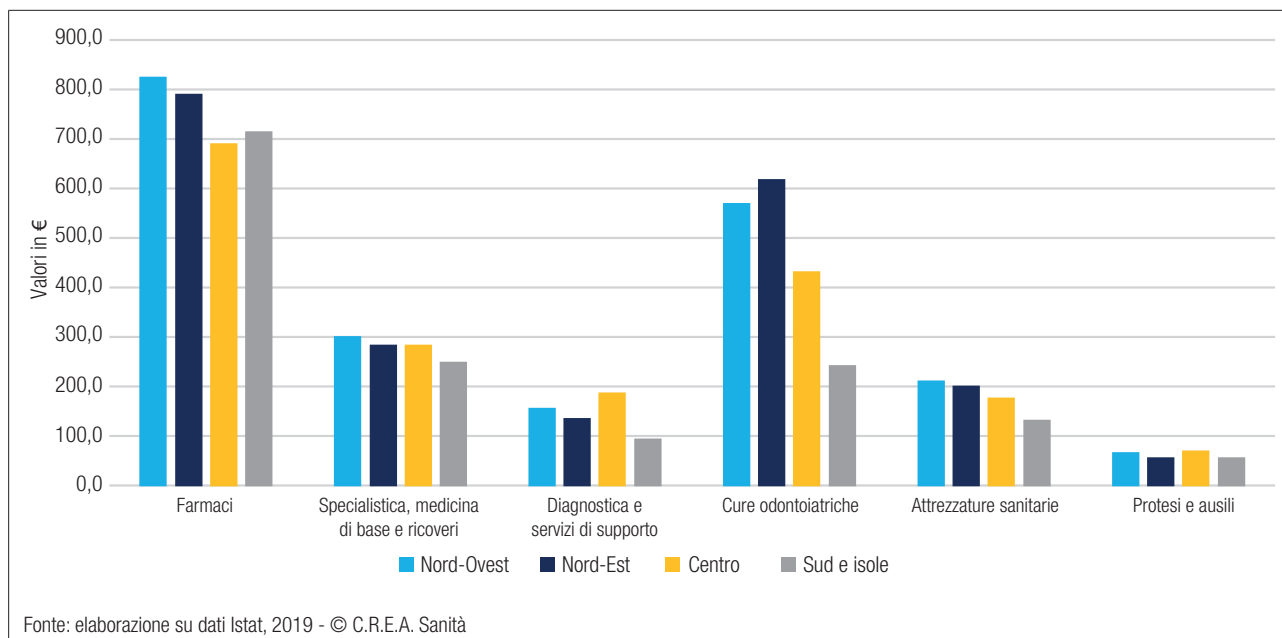


Fra le famiglie dei quintili inferiori è maggiore la quota di quelle che acquistano farmaci e visite specialistiche; spostandosi verso i quintili più alti aumenta la quota di famiglie che acquistano prestazioni diagnostiche e cure odontoiatriche (Figura 4a.11.).

In termini di spesa, i farmaci rappresentano stabilmente la quota maggiore di spesa sanitaria priva-

ta, pari al 40,6%, (40,3% nel 2016); seguono le cure odontoiatriche con il 24,1% (23,4% nel 2016), le visite specialistiche, medicina generale e ricoveri con il 14,9% (14,3% nell'anno precedente), le attrezzature terapeutiche con il 9,5% (10,7% nel 2016), l'acquisto di presidi e ausili (rimasta sostanzialmente invariata e pari al 3,4%).

Figura 4a.13. Spesa media annua effettiva familiare per consumi sanitari, per tipologia e ripartizione geografica. Anno 2017



Nel periodo 2011-2017, analizzando il dato per voce di consumo si osserva come si è ridotta la spesa media effettiva per “Protesi e ausili”, diagnostica e farmaci, rispettivamente del -62,2%, -19,1% e -8,1%; è invece aumentata del 27,8% quella per il dentista e del 5,5% quella per visite specialistiche e/o ricoveri.

Dall’analisi per quintile di consumo delle famiglie, risulta che, per le famiglie del I quintile la spesa per i farmaci ha raggiunto il 57,3% di quella totale, mentre quelle per il dentista (10,3%, pesano meno della metà rispetto al valore medio nazionale (24,1%).

Le famiglie dell’ultimo quintile, al contrario, destinano il 34,3% della spesa per consumi sanitari alle cure odontoiatriche ed il 31,8% ai farmaci (Figura 4a.12.).

Prendendo in considerazione l’aspetto geografico (Figura 4a.13.), la spesa maggiore per i farmaci si registra nel Nord-Ovest (€ 826,4), quella per il dentista nel Nord-Est (€ 617,4), quella per le visite di controllo nel Nord-Ovest (€ 301,5) e quella per le prestazioni diagnostiche nel Centro (€ 188,5).

In definitiva, i farmaci rappresentano la voce di spesa più frequentemente sostenuta, seguita dalla specialistica e dalle cure odontoiatriche, seppur con differenze in base alla capacità di consumo delle fa-

miglie: l’acquisto di farmaci e specialistica ricorrono di più per i primi quintili, le cure odontoiatriche per gli ultimi.

Rispetto al 2011 non si sono riscontrate sostanziali differenze nella composizione del consumo, ma una tendenza all’ulteriore ricorso alla spesa diretta per i farmaci e dentista.

In termini di spesa, i farmaci rappresentano stabilmente la quota maggiore, seguiti dalle cure odontoiatriche, dalle visite specialistiche, medicina generale e ricoveri, e dalle attrezzature terapeutiche e protesi e ausili.

Rispetto al 2011 si è ridotta la spesa media effettiva per “Protesi e ausili”, diagnostica e farmaci, ed è invece aumentata quella per il dentista e per le visite specialistiche e/o ricoveri.

4a.5. L’equità dei SSR: impoverimento

Nel 2017 l’incidenza nazionale del fenomeno dell’impoverimento per spese sanitarie è pari all’1,7%, e interessa 438.510 nuclei familiari, ovvero 110.545 in più rispetto all’anno precedente (1,4% delle residenti).

L'impoverimento che ha sempre coinvolto soprattutto le famiglie dei quintili più bassi (I e II), inizia ad interessare, sebbene in minima parte, anche quelle del III quintile: l'11,8% di quelle del I quintile che sostengono spese per consumi sanitari, l'1,2% di quelle del II e lo 0,1% di quelle del III.

Rispetto al 2011 si è registrata una crescita dell'impoverimento per spese sanitarie di 0,5 punti percentuali. Rapportando il dato alle sole famiglie

che sostengono spese sanitarie, il 2,2% risultano impoverite nel 2017, a fronte del 2,0% del 2011 (Figura 4a.14.).

Il fenomeno colpisce soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno: il 3,2% (2,4% nel 2016), contro l'1,1% di quelle del Centro (1,5% nel 2016), l'1,0% delle famiglie del Nord-Est e lo 0,6% di quelle del Nord-Ovest.

Figura 4a.14. Quota di famiglie che sostengono consumi sanitari impoverite

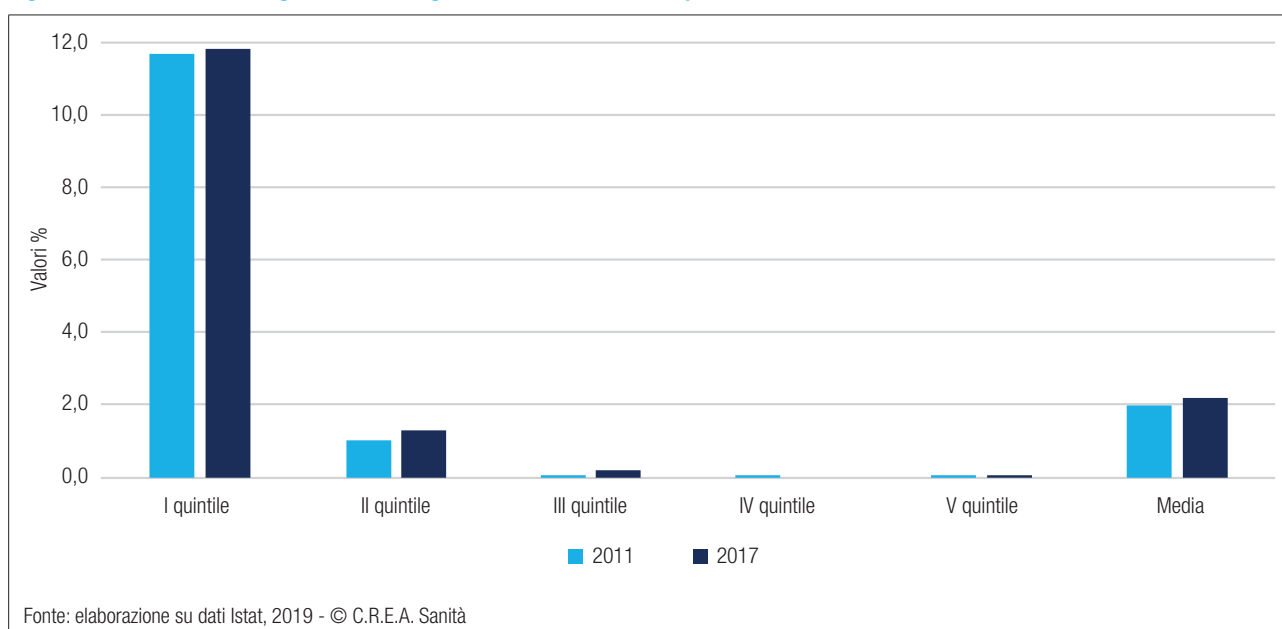
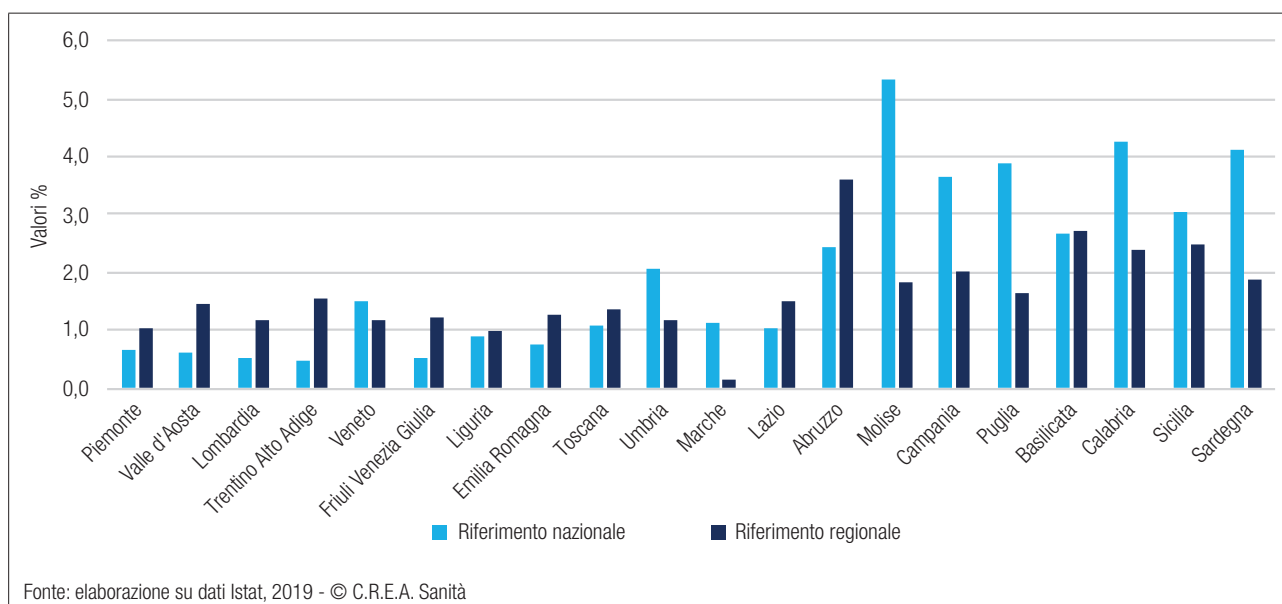


Figura 4a.15. Quota famiglie impoverite. Anno 2017



Molise, Calabria e Sardegna sono le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 5,4%, 4,2% e 4,1%; Trentino Alto Adige, Lombardia, Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente con lo 0,5%, 0,5% e 0,6%.

In analogia con la scorsa edizione, sono stati rielaborati i dati applicando soglie di povertà relativa regionali: con tale approccio, la misura del fenomeno dell'impoverimento si riduce, registrandosi 385.442 famiglie impoverite (1,5% delle famiglie), ovvero circa 50.000 famiglie in meno rispetto alla metodologia "standard" (Figura 4a.15.).

Com'era lecito aspettarsi, con le soglie regionali le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche si riducono: aumenta l'incidenza nelle realtà del Nord e si riduce in quelle del Sud; il picco di incidenza, pari al 2,2% si registra, però, sempre al Sud; segue il Centro con l'1,3% e poi il Nord con l'1,2% in media. Il valore massimo si raggiunge in Abruzzo, dove il 3,6% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo nelle Marche, con lo 0,8%.

Analizzando la composizione dei consumi sanitari delle famiglie impoverite si osserva come destinino ai farmaci una quota superiore a quella media (47,8%), e una inferiore alle cure odontoiatriche (19,6%), mentre sono in linea con la composizione

media nazionale per visite specialistiche, medicina generale e ricoveri (15,4%) e attrezzature sanitarie e protesi e ausili (9,6%).

In sintesi, aumenta l'impoverimento, che rimane un problema essenzialmente del meridione, sebbene in termini relativi riguardi anche il settentrione. Le famiglie impoverite non si possono evidentemente permettere l'odontoiatria privata: essenzialmente si impoveriscono a causa di acquisti di farmaci.

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

Il fenomeno della catastroficità è cresciuto rispetto all'anno precedente, coinvolgendo il 3,2% delle famiglie residenti (il 4,1% di quelle che sostengono consumi sanitari): le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche sono 825.840, oltre 100.000 nuclei in più rispetto all'anno precedente. Il fenomeno coinvolge il 6,2% delle famiglie che risiedono nel Mezzogiorno, il 1,7% di quelle che risiedono nel Centro e l'1,9% di quelle residenti al Nord. Rispetto all'anno precedente è aumentata la quota di quelle residenti nel Mezzogiorno e si è ridotta quella del Centro; nel Nord l'incidenza del fenomeno è rimasta sostanzialmente invariata (Figura 4a.16.).

Figura 4a.16. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche. Anno 2017

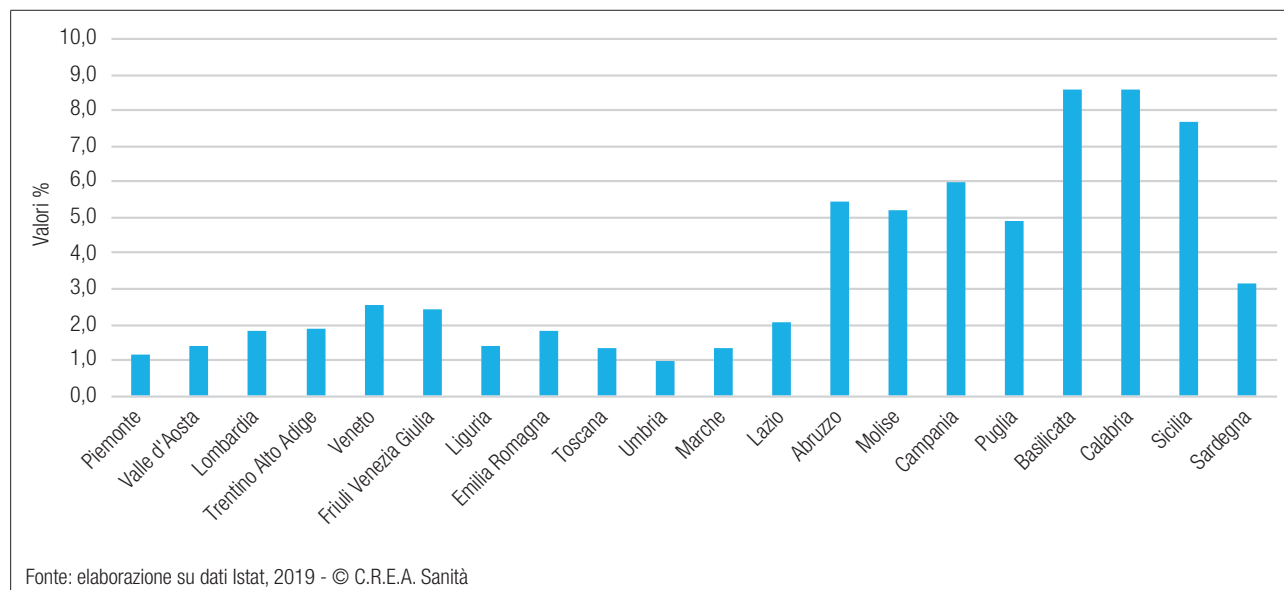


Figura 4a.17. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche per quintile di consumo

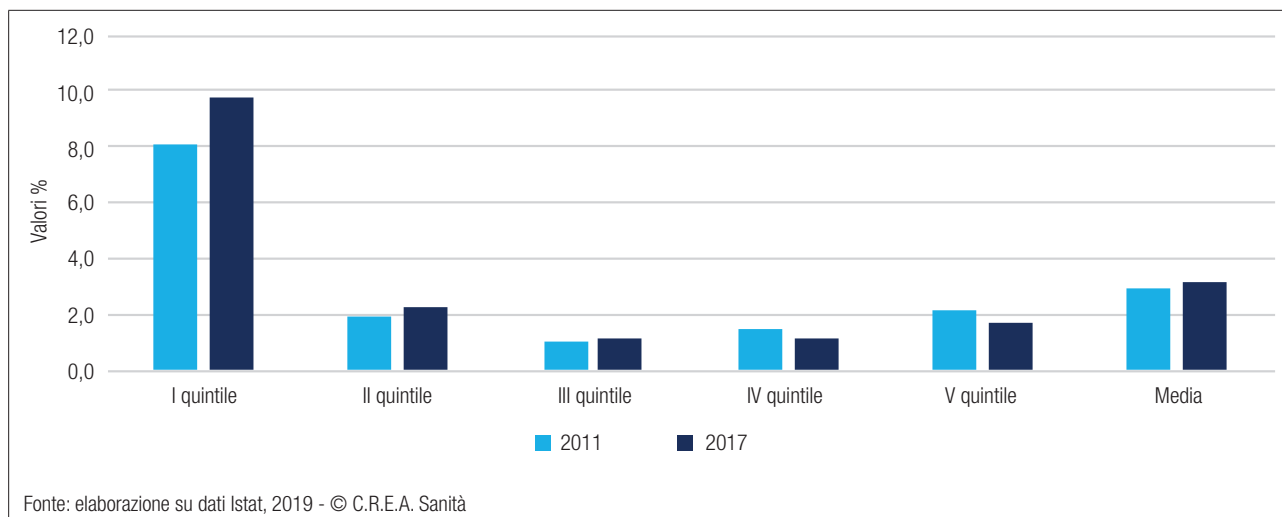
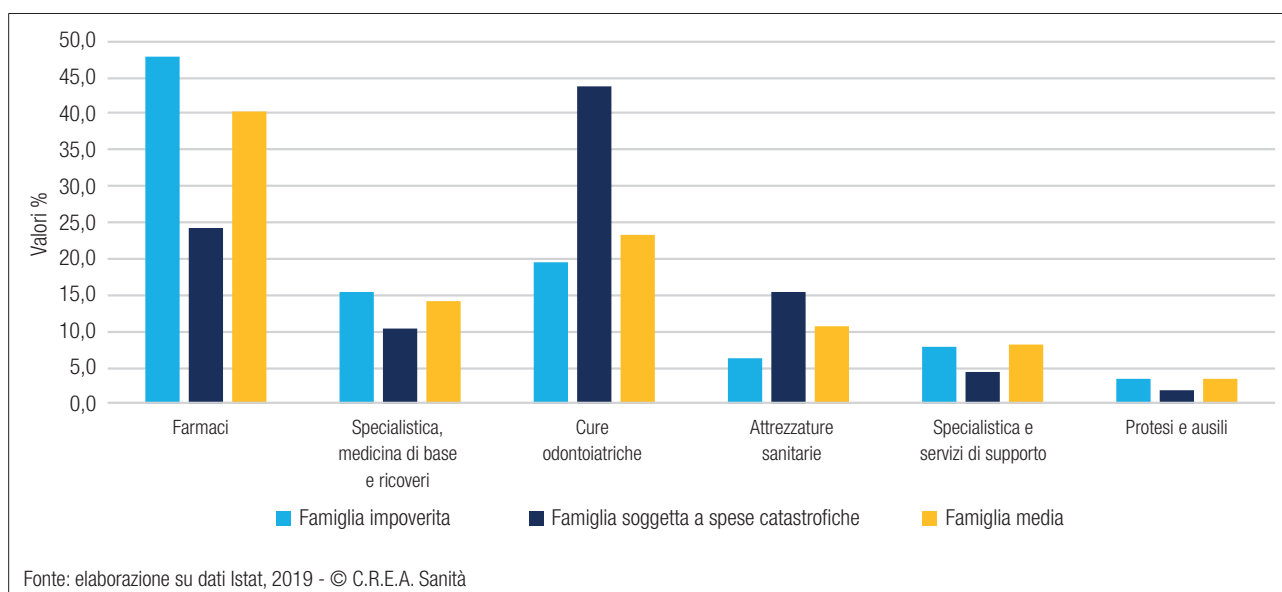


Figura 4a.18. Composizione consumi sanitari famiglie impoverite e soggette a spese catastrofiche per tipo di voce. Anno 2017



Le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Basilicata e Calabria (8,6%); ne sono quasi assenti l'Umbria (1,0%) e il Piemonte (1,1%).

Le spese catastrofiche sono distribuite fra tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente (9,8%) nel I quintile, del 2,2% fra quelle del II, dell'1,1% fra quelle del III, dell'1,2% fra quelle del IV e dell'1,7% fra quelle dell'ultimo (Figura 4a.17.).

Rispetto al 2011, oltre alla crescita dell'impoverimento per spese sanitarie, si è quindi registrato

anche l'aumento delle famiglie soggette a spese catastrofiche, in particolare nel I e II quintile, essendo invece diminuita l'incidenza nel IV e V.

Le famiglie soggette a spese catastrofiche destinano quasi la metà (43,7%) dei propri consumi sanitari alle cure odontoiatriche, e il 24,2% ai farmaci; quote decisamente inferiori al valore medio complessivo sono invece destinate alla specialistica e a protesi e ausili (Figura 4a.18.).

In sintesi, aumenta anche il fenomeno delle spese

catastrofiche, che è prevalentemente un problema del Meridione, ma colpisce anche il Settentrione. La causa della catastoficità è essenzialmente l'odontoiatria.

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

Al fine di riassumere globalmente la capacità di tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia offerta dal sistema sanitario, è stato elaborato un indicatore di "disagio economico" delle famiglie (relativo all'impatto delle spese associate ai consumi sanitari), sommando i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie (come sopra definite).

L'indicatore presumibilmente sottostima il fenomeno: anche se una parte delle famiglie che non hanno consumi potrebbero non averne avuto bisogno o avere una assicurazione (cosa peraltro improbabile nei primi quintili), d'altra parte 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.

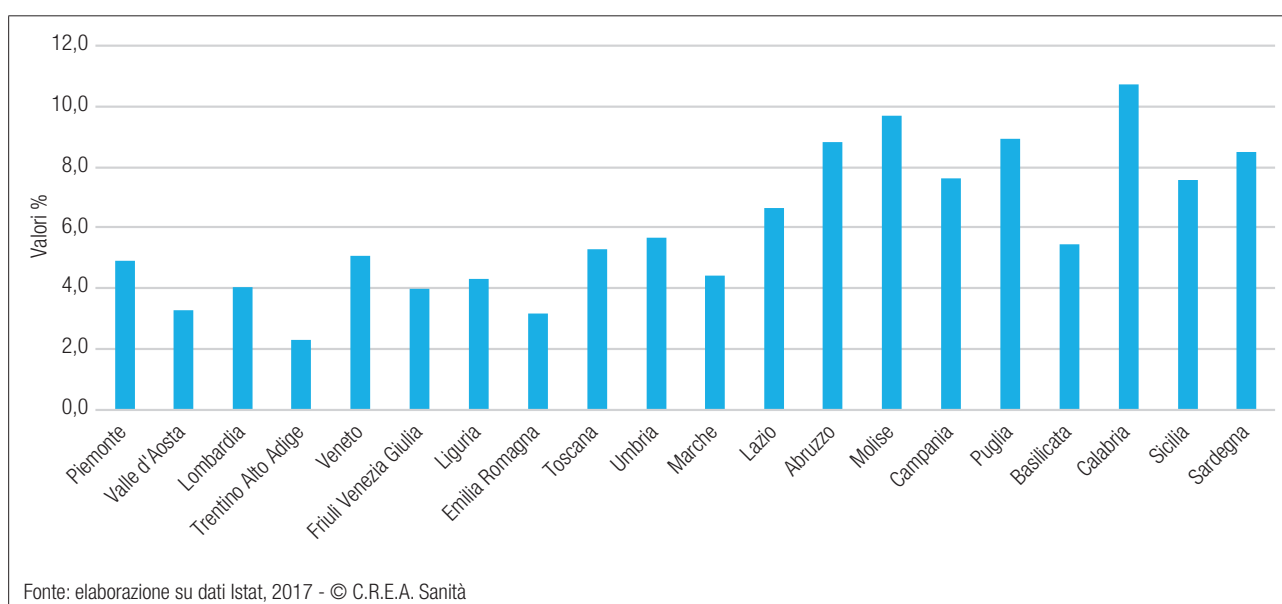
Con i caveat espressi, la quota di disagio economico risulta pari in media al 5,8% a livello nazionale (Figura 4a.19.), ed è cresciuta di 0,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente. È significativamente superiore nel Sud del Paese (8,3% a fronte del 7,9% dell'anno precedente); segue il Centro (5,9% a fronte del 6,4% del 2016) e il Nord (4,1% a fronte del 3,5% del 2016).

Calabria e Puglia risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano disagio: rispettivamente il 10,7% ed il 9,0% delle famiglie versano in tale condizione; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,3% delle famiglie residenti sono in condizioni di disagio economico dovuto ai consumi sanitari, e l'Emilia Romagna con il 3,2%.

La modifica dell'indagine dell'Istat a partire dal 2014 non consente di determinare la quota delle "nuove" rinunce, e quindi del disagio economico, per l'anno 2011, impedendoci di analizzarne la dinamica in analogia con quanto fatto per i fenomeni dell'impoverimento e della catastoficità.

Si conferma, però, che la iniquità aumenta, sia nel medio periodo, che nell'ultimo anno, confermando un indebolimento della capacità di tutela del SSN.

Figura 4a.19. Quota di disagio economico. Anno 2017



4a.8. Conclusioni

La spesa privata “effettiva” delle famiglie, destinata ai consumi sanitari, continua ad aumentare: nel 2017 è pari a € 1.867,9 (+9,0% rispetto al 2016) e rappresenta il 5,6% dei consumi totali (0,4 punti percentuali in più rispetto all’anno precedente), con un’incidenza del 5,2% per le famiglie del I quintile ad una del 5,8% per quelle dell’ultimo.

Analizzando il dato per area geografica, osserviamo che la spesa media annua familiare effettiva per consumi sanitari è massima nel Nord-Ovest (€ 2.135,4) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.500,9).

Analizzando i dati del periodo 2011-2017, si osserva una riduzione media complessiva della spesa per consumi sanitari dello -0,2% medio annuo, a fronte di una riduzione media annua dei consumi dello -0,1%, con una lieve diminuzione della incidenza.

Le famiglie dei primi due quintili, però, registrano una crescita dei consumi sanitari e insieme una riduzione di quelli totali: +0,8% vs -0,4% per il I, +0,6% vs -0,6% per il II: ne consegue un aggravamento dell’incidenza dei consumi sanitari; le famiglie del III quintile registrano una crescita sia dei consumi sanitari che di quelli totali (+0,7% vs +0,1%), anche in questo caso con un aggravamento dell’incidenza dei primi; le famiglie del IV, invece, hanno incrementato i loro consumi nel periodo (+0,3%), riducendo quelli destinati alla salute (-0,6%); quelle dell’ultimo, hanno ridotto i consumi totali dello -0,1% ed in maggior misura quelli sanitari (-0,4%).

Nel periodo 2011-2017 le spese per consumi sanitari sono quindi cresciute per i quintili più poveri e diminuite per quelle più ricche, mentre il consumo totale è diminuito per le prime e aumentato per le seconde, facendo registrare un chiaro peggioramento in termini equitativi.

Questa “tendenza iniqua” si conferma sul piano geografico: sempre nel decennio considerato, la spesa sanitaria effettiva delle famiglie meridionali si avvicina a quella sostenuta da quelle settentrionali, che pure hanno livelli di reddito maggiori.

E il Mezzogiorno è anche gravato al suo interno da maggiori disuguaglianze di reddito, in aumento nel periodo.

Si aggiunga che, nel 2017, l’incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie è pari all’1,7% ed è aumentata (+0,5% rispetto al 2011),

continuando a coinvolgere soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno (3,2%).

Molise, Calabria e Sardegna sono le realtà più colpite dall’impoverimento: rispettivamente il 5,4%, 4,2% e 4,1%; Trentino Alto Adige, Lombardia, Valle d’Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente lo 0,5%, 0,5% e 0,6%.

Applicando soglie di povertà relativa regionali, le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche si riducono: aumenta nelle realtà del Nord e si riduce in quelle del Sud. Il valore massimo si raggiunge in Abruzzo, dove il 3,6% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo nelle Marche, dove solo lo 0,8% versano in tale condizione.

Il fenomeno della catastroficità, dopo due anni di riduzione, ha ripreso ad aumentare, mantenendo una più alta incidenza al Sud; le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Basilicata e Calabria (8,6%); quelle quasi “esenti” l’Umbria (1,0%) e il Piemonte (1,1%).

Il fenomeno che abbiamo definito di “disagio economico per le spese sanitarie” è aumentato a livello nazionale di 0,3 punti percentuali nell’ultimo anno, raggiungendo una incidenza del 5,8%. È significativamente superiore nel Sud del Paese (8,3% a fronte del 7,9% dell’anno precedente), seguito dal Centro (5,9% a fronte del 6,4% del 2016) e dal Nord (4,1% a fronte del 3,5% del 2016). Calabria e Puglia risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di condizioni di disagio: rispettivamente il 10,7% ed il 9,0% delle famiglie versano in tale condizione; all’estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,3% delle famiglie residenti sono in condizioni di disagio economico dovuto ai consumi sanitari, e l’Emilia Romagna con il 3,2%.

Tutte le analisi svolte sembrano concordi nell’indicare che l’iniquità aumenta, sia rispetto al 2011, che nell’ultimo anno: in altri termini, si conferma che è in atto un indebolimento della capacità di tutela e di redistribuzione del SSN.

Riferimenti bibliografici

1. C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità
2. Istat (anni vari), Indagine ‘Spesa delle famiglie’
3. Istat (anni vari), Rapporto “Benessere equo e sostenibile”

ENGLISH SUMMARY

Catastrophic expenditure, impoverishment and economic discomfort

Chapter 4a analyses the health consumption and expenditures directly incurred by households. Their trends and dynamics over time are related to the macroeconomic phenomena that have affected Italy (trends in general consumption, household income, Gross Domestic Product, etc.).

Furthermore, an attempt is made to assess the level of actual protection provided by the National Health Service (NHS) with respect to the disease-related economic risks, by determining the incidence of the impoverishment caused by healthcare expenditures, as well as the impact of catastrophic health expenditures (seen as “excess” of healthcare expenditures incidence on family budgets). An indicator has also been developed, defined as “economic distress caused by healthcare expenditure”.

In quantitative terms, we note that households’ “actual” private health expenditure keeps on increasing (+9% compared to 2016) and currently accounts for 5.6% of total consumption (up by 0.4 percentage points than in the previous year), with a 5.2% incidence rate for the households in the first quintile to a 5.8% incidence rate for those of the last quintile.

The highest incidence rate is recorded in the North-West of Italy, while the lowest one in the South.

Compared to 2011, there was a 0.2% yearly average reduction in health expenditure as against a 0.1% average annual reduction in consumption, with a slight decrease in incidence.

In particular, the households of the first two quintiles recorded a growth in health consumption and, at the same time, a reduction in total consumption, with a worsening of the health consumption incidence. The households of the third quintile recorded a growth in both health and total consumption, again with a worsening of the health consumption incidence. Conversely, the households of the fourth

quintile increased their consumption in the period considered and reduced those intended for health. The households of the latter quintile reduced total consumption, but also health consumption to a greater extent.

Hence, compared to 2011, spending on health consumption increased for the poorest quintiles and decreased for the richest ones, while total consumption decreased for the former and increased for the latter.

This “unequal trend” is confirmed on a geographical level: again in the decade under consideration, the actual health expenditure of Southern households was similar to that incurred by Northern ones that also have higher income levels.

The South of Italy is also burdened by greater income inequalities, on the increase in the period under consideration.

In addition, in 2017, the incidence of impoverishment for healthcare expenditures was 1.7% and increased by 0.5 percentage points compared to 2011, thus continuing to affect mainly the families living in the South of Italy (3.2%).

Molise, Calabria and Sardegna are the Regions most affected by impoverishment, while Trentino Alto Adige, Lombardia and Valle d’Aosta are the least affected ones. By implementing regional relative poverty thresholds, the differences in incidence between Regions decrease. The incidence rate increases in Northern Regions and decreases in Southern Regions. The maximum value is reached in the Abruzzo Region, where 3.6% of households are impoverished, while the minimum value is recorded in the Marche Region, where only 0.8% of households are impoverished.

After two years of reduction, the phenomenon of catastrophic health expenditures has begun to in-

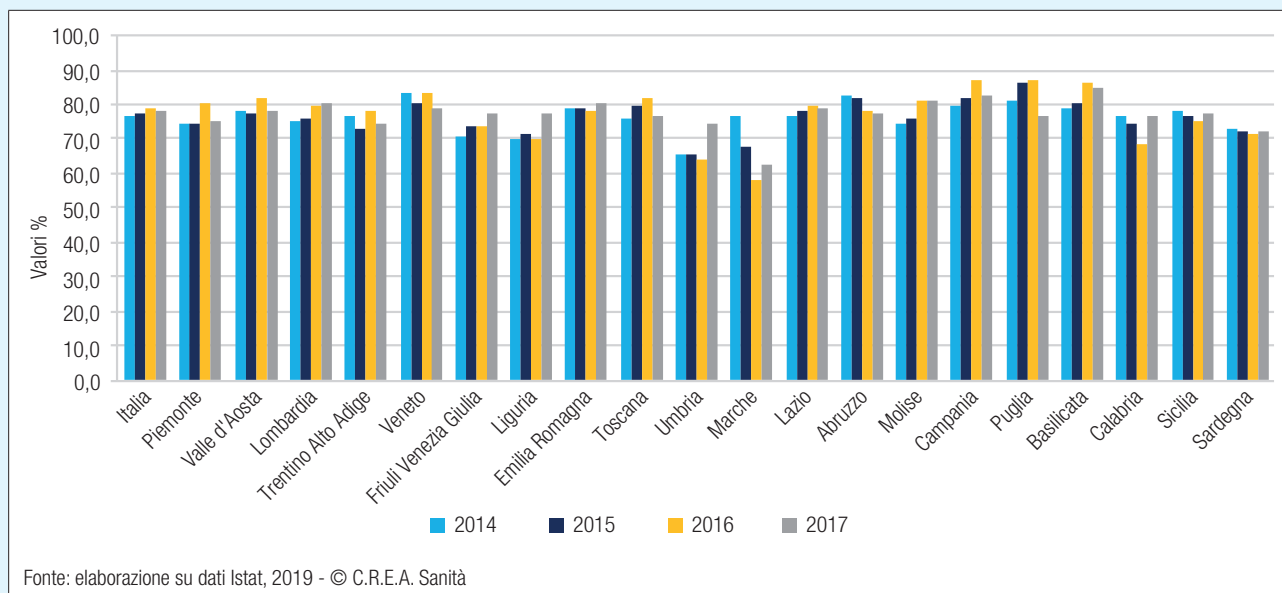
crease again, maintaining a higher incidence in the South. The Regions most affected by this phenomenon are Basilicata and Calabria, while Umbria and Piemonte are almost “exempt” from it.

The phenomenon that has been defined as “economic distress caused by healthcare spending” increased nationally by 0.3 percentage points last year, reaching a 5.8% incidence rate. It was significantly higher in the South of Italy, followed by Cen-

tral and Northern Italy. Calabria and Puglia are the Regions with the highest incidence of hardship and distress. At the other extreme we find Trentino Alto Adige and Emilia Romagna.

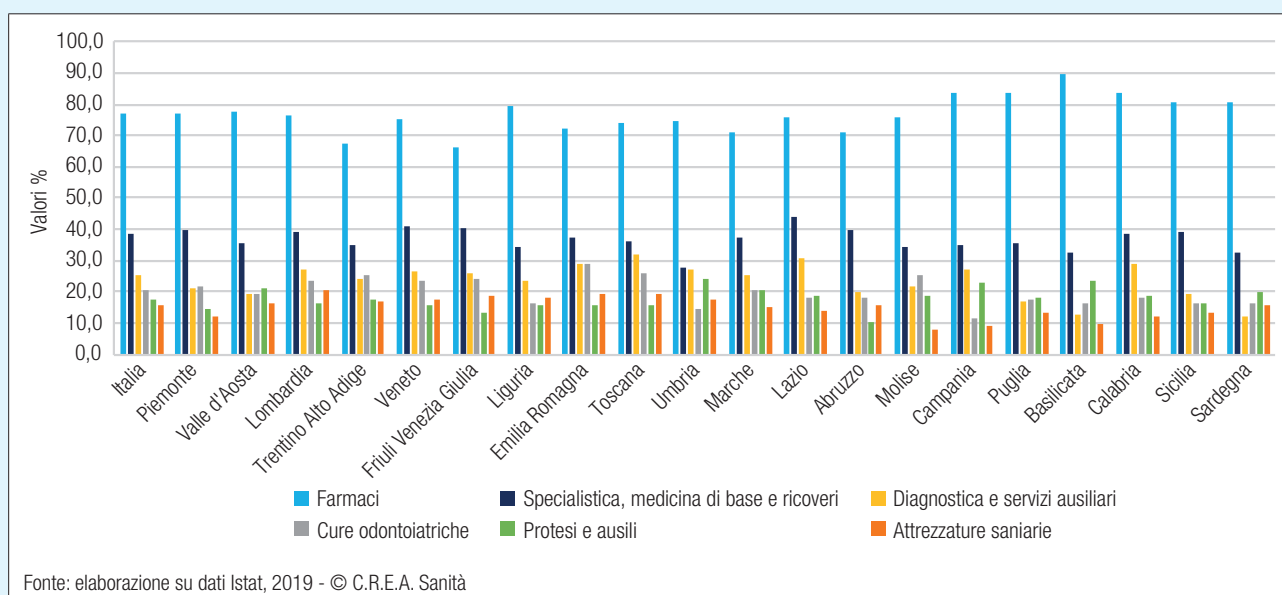
Hence all the analyses made seem to agree on the fact that inequity and inequality increased both compared to 2011 and last year: in other words, it is confirmed that the NHS protection and redistribution ability is weakening.

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



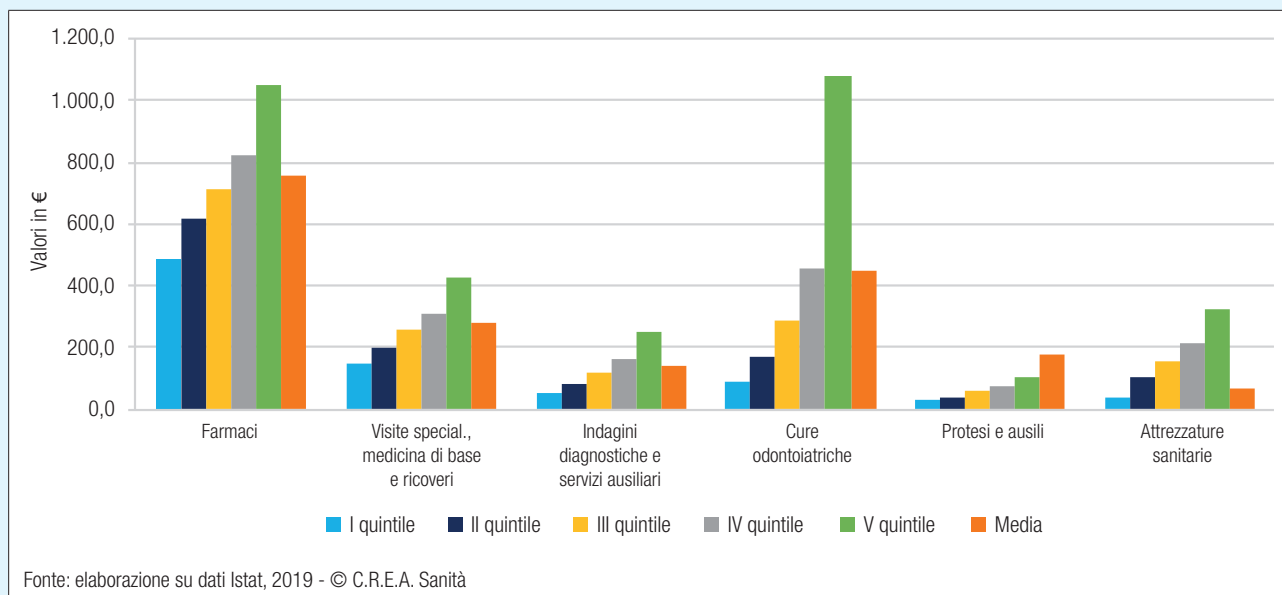
In Italia, nel 2017, il 77,9% delle famiglie ha sostenuto spese per consumi sanitari. La quota minima è pari al 62,4% delle Marche e quella massima all'86,4% della Basilicata. Il maggior aumento si è registrato in Umbria e Calabria (+10,6% e +7,6% rispettivamente). In Puglia, Piemonte e Toscana la quota è invece diminuita: rispettivamente -10,8%, -5,6% e -4,7%. La quota di famiglie che sostengono spese sanitarie è maggiore nel Mezzogiorno (78,2%), seguito dal Nord (78,6%) e dal Centro (75,8%). Nell'ultimo anno si è registrato un aumento nelle Regioni del Sud e del Nord; è rimasta invece pressoché invariata per quelle del Centro.

KI 4a.2. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per consumi sanitari, per tipologia di spesa. Anno 2017



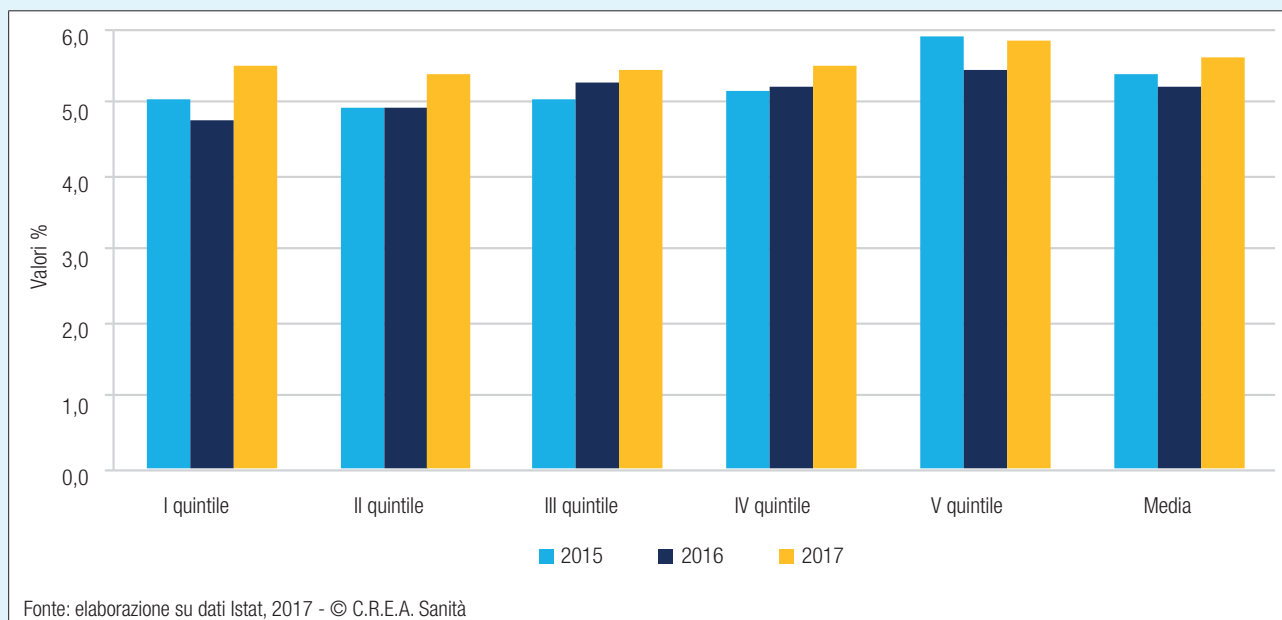
Nel 2017, in Italia, il 77,2% delle famiglie che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 38,3% visite specialistiche, medicina di base e ricoveri, il 25,3% indagini diagnostiche e servizi ausiliari (psicologo, fisioterapista etc.), il 20,5% spende per il dentista, il 17,3% per protesi e ausili e il 15,8% per le attrezzature sanitarie. Per i farmaci si oscilla dal 70,8% del Nord-Est all'83,7% del Mezzogiorno, con la Sicilia che è la Regione con il dato più elevato (89,9%), e il Friuli Venezia Giulia con il minore (66,0%). Alle visite specialistiche, la medicina di base ed i ricoveri ricorre il 39,3% delle famiglie residenti nel Nord, il 38,3% di quelle del Centro ed il 34,6% di quelle del Mezzogiorno, con un massimo del 44,2% nel Lazio e un minimo del 28,0% in Sicilia e Umbria. Alle cure odontoiatriche ricorre il 24,8% delle famiglie del Nord, il 16,6% di quelle del Centro e il 15,8% di quelle del Mezzogiorno; con un massimo in Emilia Romagna (29,2%), ed i minimo in Campania (11,5%).

KI 4a.3. Spesa media effettiva lorda per consumi sanitari - per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2017



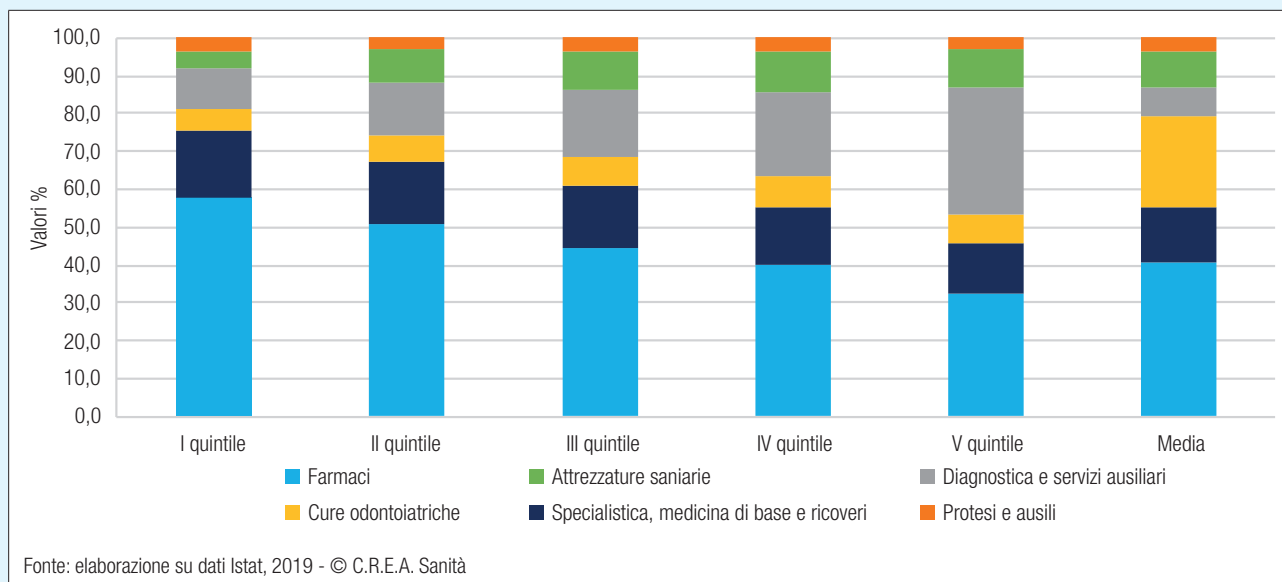
Nel 2017 la spesa sanitaria effettiva annua (riferita quindi alle famiglie che la sostengono) è pari a € 1.786,7 (+9,0% rispetto al 2016). Quella per i farmaci oscilla da € 487,6 per le famiglie del I quintile di consumo a € 1.048,0 dell'ultimo quintile; quella per le visite specialistiche da € 147,4 a € 429,9, quella per il dentista da € 87,6 a € 1.081,3.

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



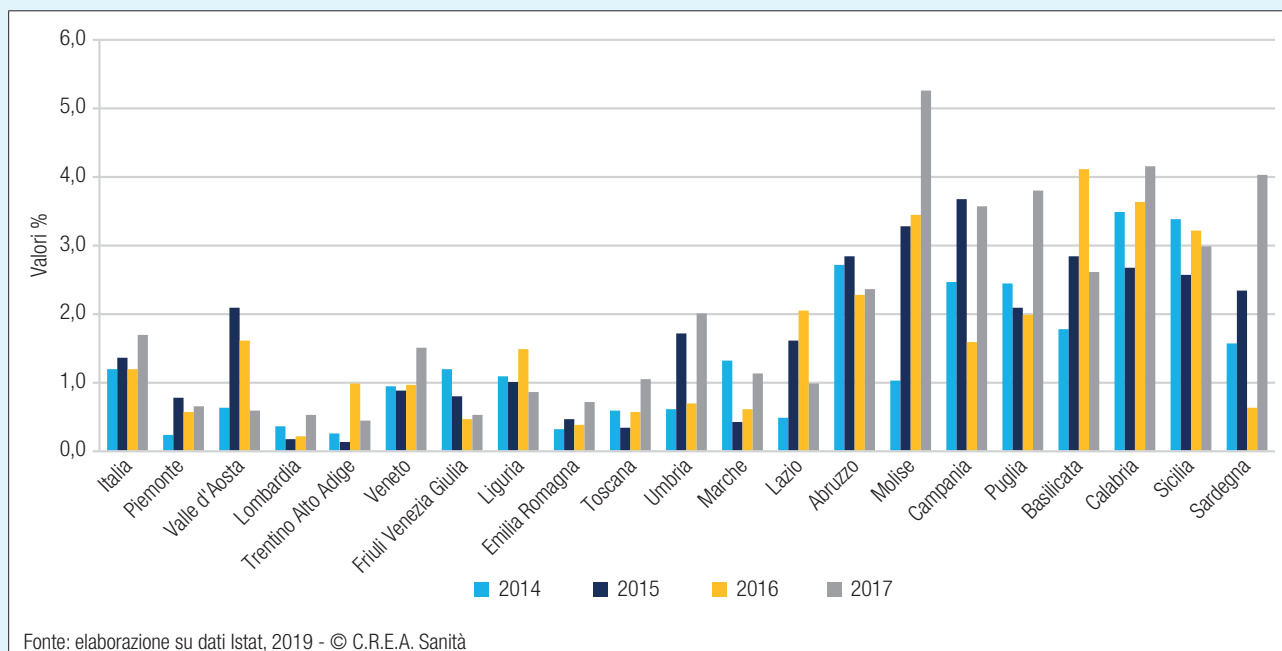
Nel 2017 la spesa effettiva per consumi sanitari (riferita quindi alle famiglie che la sostengono) incide per il 5,6% dei consumi totali, variando da un minimo pari al 5,4% nelle famiglie appartenenti al secondo e terzo quintile di consumo ad un massimo pari al 5,8% in quelle appartenenti all'ultimo quintile. Rispetto all'anno precedente l'incidenza è aumentata di 0,4 punti percentuali (5,2% nel 2016): è cresciuta soprattutto nelle famiglie più povere (I e II quintile di consumo), rispettivamente +0,7 e +0,5 punti percentuali.

KI 4a.5. Composizione della spesa per consumi sanitari per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2017



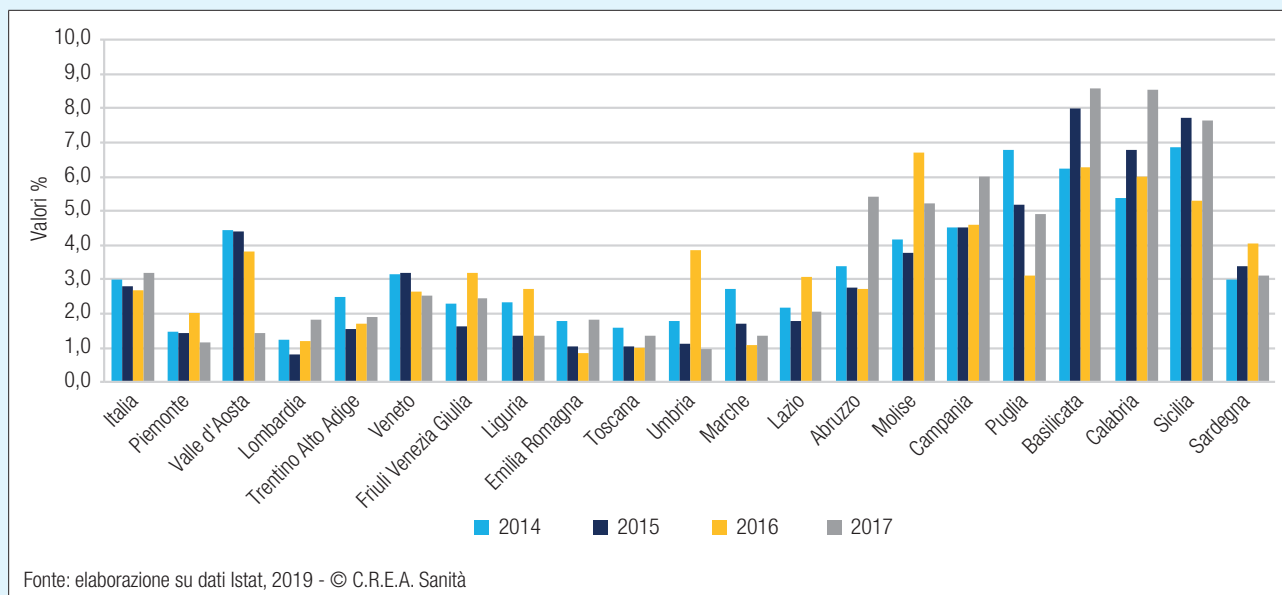
Le famiglie italiane che sostengono spese per consumi sanitari destinano in media il 40,6% di queste ai farmaci, il 24,1% alle cure odontoiatriche, il 14,9% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri, il 9,5% alle attrezzature sanitarie, il 7,5% alle diagnostica e ai servizi ausiliari. Le famiglie appartenenti ai quintili più bassi di consumo destinano la metà delle loro spese sanitarie (57,8%) ai farmaci, circa il 17,5% alla specialistica, il 10,4% alle cure odontoiatriche, l'8,2% ad attrezzature sanitarie e protesi e ausili. Per confronto, le famiglie dell'ultimo quintile destinano ai farmaci il 32,4% dei loro consumi sanitari, il 33,4% alle cure odontoiatriche, il 13,3% alla specialistica e ai ricoveri.

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



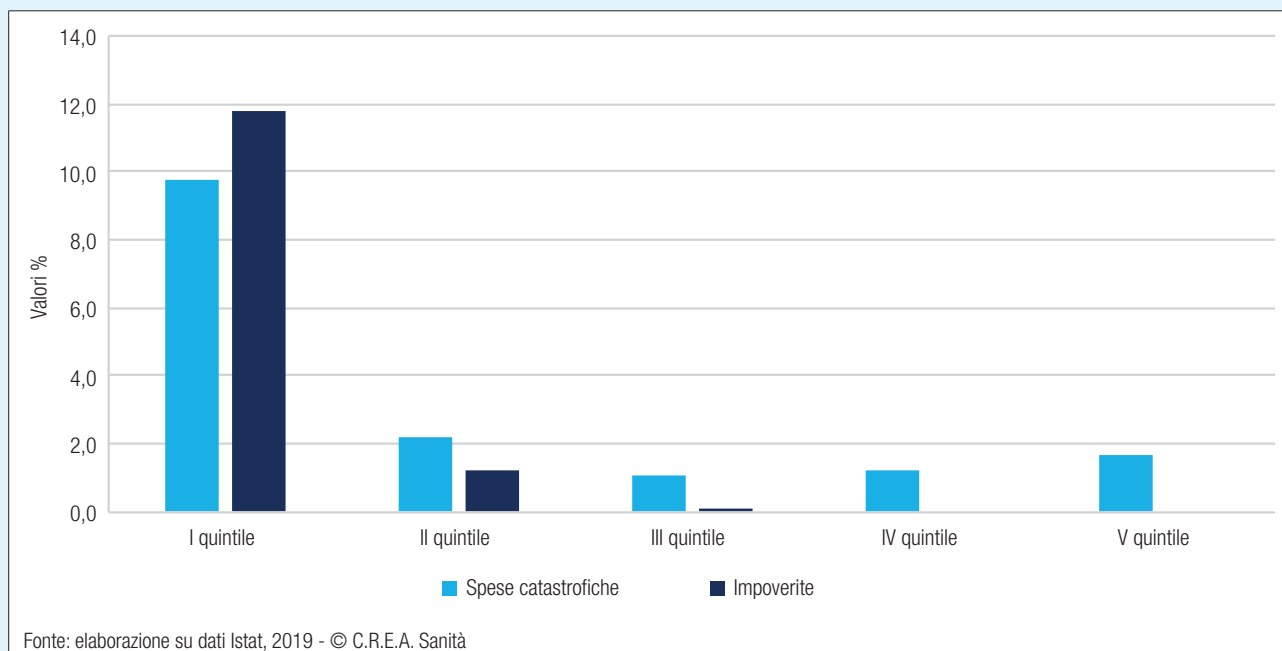
Nel 2017, in Italia, si sono impoverite a causa di spese per consumi sanitari l'1,7% delle famiglie residenti (438.510 nuclei). Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (3,2%), poi quelle del Centro (1,1%) e del Nord (0,8%). Rispetto all'anno precedente l'incidenza dell'impoverimento è cresciuta di 0,5 punti percentuali (110.545 nuclei in più), soprattutto nel Mezzogiorno e nel Nord; si è ridotta, invece, nel Centro. Molise, Calabria e Sardegna sono le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 5,4%, 4,2% e 4,1%; Trentino Alto Adige, Lombardia, Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente lo 0,5%, 0,5% e 0,6%.

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



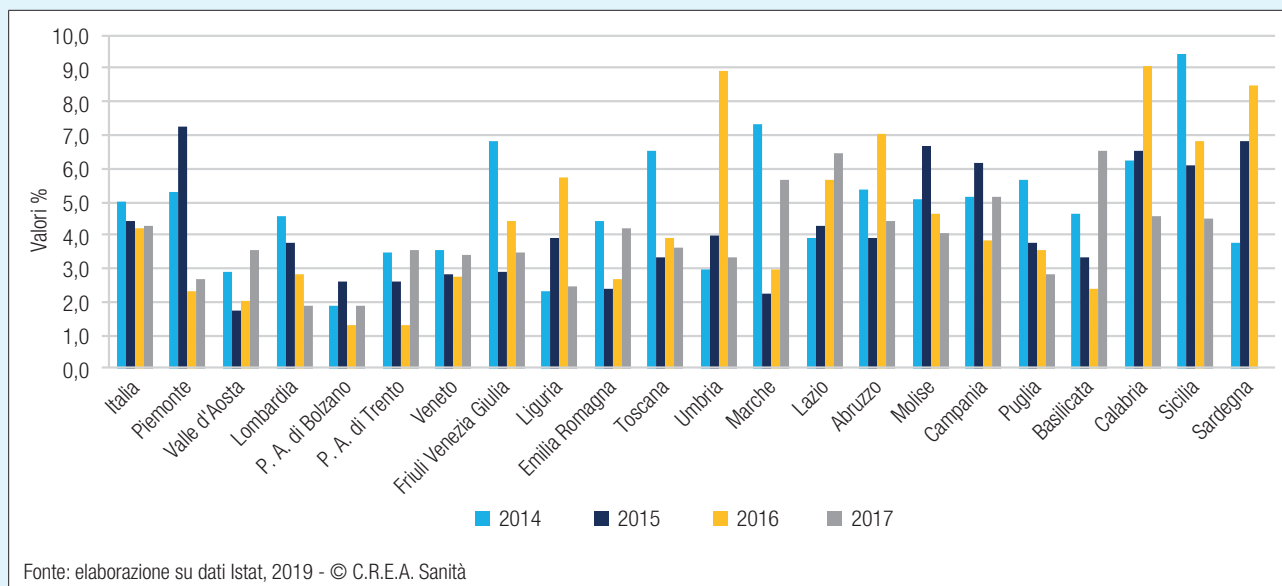
Nel 2017, in Italia, il 3,2% delle famiglie (703.235 nuclei) sono state soggette a spese sanitarie catastrofiche (consumi di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*). Il fenomeno dell'impoverimento, colpisce soprattutto le Regioni del Sud (4,5%), poi quelle del Centro (2,9%) e del Nord (1,7%). Rispetto al 2016, si è assistito ad una crescita del fenomeno di +0,5 punti percentuali (+110.545 nuclei). L'aumento è stato maggiore nelle Regioni del Sud. La Sicilia risulta la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (6,9%), la Lombardia quella più indenne (1,2%).

KI 4a.8. Incidenza di famiglie impoverite e soggette a spese per consumi sanitari catastrofici, per quintile di consumo. Anno 2017



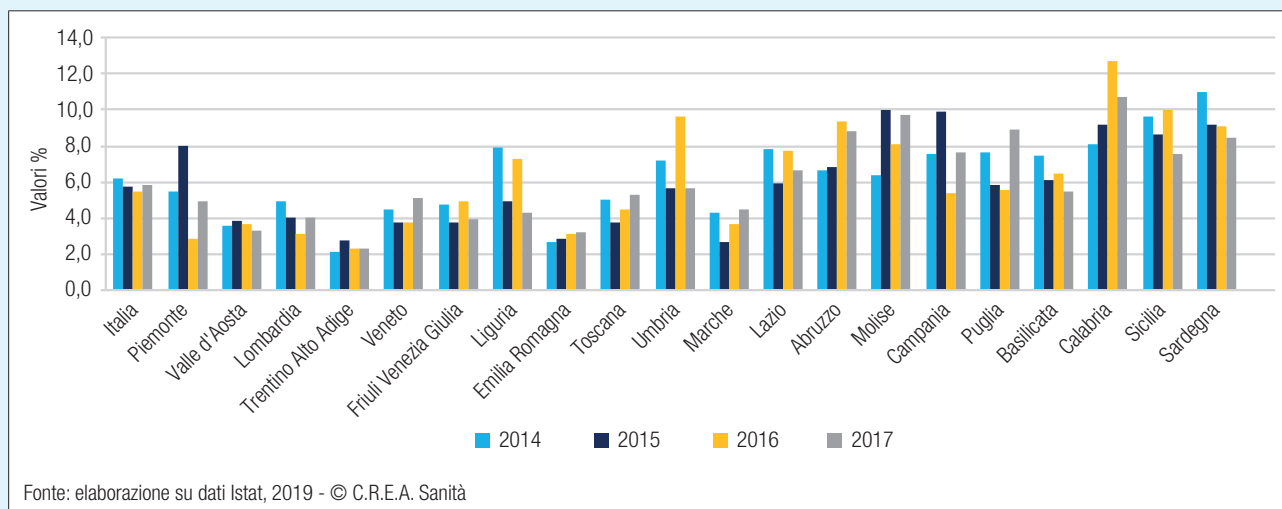
Le famiglie impoverite appartengono ai quintili di consumo medio-bassi, in particolare queste rappresentano l'11,8% di quelle del I quintile, l'1,2 di quelle del II e lo 0,1% di quelle del III. Il fenomeno della catastroficità (famiglie che sostengono spese per consumi sanitari di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*, si verifica invece in tutti i quintili di consumo. Queste famiglie sono il 9,8% di quelle del I quintile, il 2,2% di quelle del II, l'1,1% di quelle del III, l'1,1% di quelle del IV e l'1,7% di quelle dell'ultimo.

KI 4a.9. Quota di famiglie soggette a “nuove” rinunce alle spese per consumi sanitari



Nel 2017, in Italia, 4,2 milioni di famiglie residenti hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie. Tra queste, 1,1 milioni non hanno sostenuto alcuna spesa per consumi sanitari. Le probabili rinunce riguardano soprattutto le Regioni del Sud: il 5,6% delle famiglie ha consumi sanitari nulli dichiarando di averle volute ridurre; seguono quelle del Centro (5,1%); la minor frequenza di “rinunce” si registra nel Nord (3,0%), in particolare nel Nord-Est (2,8%). La Calabria è la Regione più colpita dal fenomeno con il 6,5% delle famiglie. Il Trentino Alto Adige e l'Emilia Romagna sono le realtà con minore incidenza del fenomeno: rispettivamente il 1,9% ed il 2,4% delle famiglie ivi residenti.

KI 4a.10. Quota di famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari



L' indicatore di disagio economico delle famiglie per spese sanitarie somma i fenomeni dell'impoverimento e delle “nuove” rinunce alle spese per consumi sanitari. In Italia, nel 2017, il 5,8% delle famiglie si trova in condizioni di disagio economico nel sostenere consumi sanitari. Rispetto al 2016 se ne registra una crescita, che ha interessato soprattutto le Regioni del Mezzogiorno. Calabria e Molise risultano essere le Regioni con maggior incidenza del fenomeno: il 10,7% e il 9,7% rispettivamente; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige e l'Emilia Romagna con rispettivamente il 2,3% ed il 3,2%.