



# Capitolo 4

## Indicatori di *Performance*

### *Performance indicators*

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

*English Summary*

*Key Indicators*

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

*English Summary*

*Key Indicators*

4c. Il Benessere equo e sostenibile e la Salute

*English Summary*

*Key Indicators*



## CAPITOLO 4

### Indicatori di *Performance*

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

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

Quest'anno il capitolo 4 comprende valutazioni riferite in particolare alla:

- misura dell'equità del sistema sanitario in termini di impoverimento, catastoficità e disagio economico delle famiglie causato dai consumi sanitari; quest'anno l'analisi è stata arricchita di un approfondimento sul *gap* di spesa sanitaria tra famiglie meno abbienti e più abbienti, messo a confronto con il *gap* registrato per altri consumi meritori, quali l'istruzione e i trasporti (Capitolo 4a)
- implementazione di tecniche di composizione delle preferenze espresse da diverse categorie di *stakeholders* finalizzate alla definizione di un'unica di misura di *Performance* regionale (in termini di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di esiti sociali, economici, etc.); la metodologia è stata sviluppata in partnership con un Panel di esperti, scelti in rappresentanza delle diverse categorie di *stakeholder* del sistema sanitario (Capitolo 4b)
- analisi del Benessere Equo e Sostenibile (BES) con particolare riferimento al contributo della salute: questa linea di ricerca nasce dall'esigenza di superare l'identificazione del benessere complessivo di una popolazione o Nazione con il solo benessere economico, in una logica di cosiddetto "superamento del PIL" (Capitolo 4c).

## Performance indicators

*In the healthcare sector, performance evaluation plays a fundamental role, due to both the meritorious nature of health as an asset and the information asymmetry that characterises it.*

*The performance evaluation indicators are manifold and include, by way of example, outcomes (not only the clinical ones), appropriateness, efficiency, equity and innovation (including technology and process innovation).*

*This year, Chapter 4 includes evaluations referring particularly to:*

- *the equity of the healthcare system in terms of households' impoverishment and economic hardship caused by health consumption; this year's analysis has been enriched by an in-depth examination of the health spending gap between more and less affluent households, compared to the gap recorded in other areas,*
- *such as education and transport (Chapter 4a)*
- *the implementation of methods for assessing the preferences expressed by different categories of stakeholders, with a view to defining a single regional performance measure (in terms of service satisfaction, clinical outcomes, social and economic outcomes, etc.); the methods have been developed in partnership with a Panel of experts, chosen to represent the different categories of stakeholders in the healthcare system (Chapter 4b)*
- *the analysis of Equitable and Sustainable Wellbeing (ESB), with specific reference to the contribution provided by health: this line of research stems from the need to go well beyond the logic assessing the overall wellbeing of a population or nation, only with an economic and GDP-based approach (Chapter 4c).*

## CAPITOLO 4a

### Indicatori di *Performance*:

### Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

*d'Angela D.<sup>1</sup>, F. Spandonaro<sup>2</sup>*

#### 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 mettendoli in relazione con l'andamento dei consumi generali delle famiglie.

Ulteriore obiettivo è quello di valutare l'effettiva tutela offerta dal SSN rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia, e la sua tenuta nel tempo, anche confrontandola con quella garantita dallo Stato in altri settori quali l'istruzione ed i trasporti.

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), delle "nuove" rinunce, ed il disagio economico causato dalle spese sanitarie.

Quest'anno, in aggiunta al calcolo di tali indicatori, è stato determinato il *gap* di spesa tra le famiglie "più ricche" e quelle "più povere" per consumi sanitari, per l'istruzione e per i trasporti, nonché la sua dinamica temporale.

Si fa presente che i consumi sanitari delle famiglie possono essere sovrastimati, in quanto quelli considerati sono al lordo della quota di spesa coperta dalle polizze assicurative (individuali e non) in forma cosiddetta "indiretta" (ovvero dei consumi che godono di un rimborso delle spese effettuate).

Tutte le analisi sono state effettuate sia in base al quintile di consumo delle famiglie, sia in base all'area geografica di residenza delle stesse.

#### 4a.2. I consumi delle famiglie

Secondo l'indagine Istat sulla 'Spesa delle famiglie', nel 2018, le famiglie italiane hanno sostenuto una spesa media annua per consumi pari a € 30.841,9 (+0,3% rispetto al 2017), con un livello minimo, pari a € 14.480,9, riscontrato per quelle afferenti al I quintile di consumo, ed uno massimo, pari a € 54.438,0 per quelle dell'ultimo quintile.

Quasi il 90% della spesa totale si concentra in 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, e rappresentano l'ottava voce di spesa delle famiglie in tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione del Mezzogiorno, dove sono la settima, scambiando la loro posizione con "Ricreazione, spettacoli e cultura".

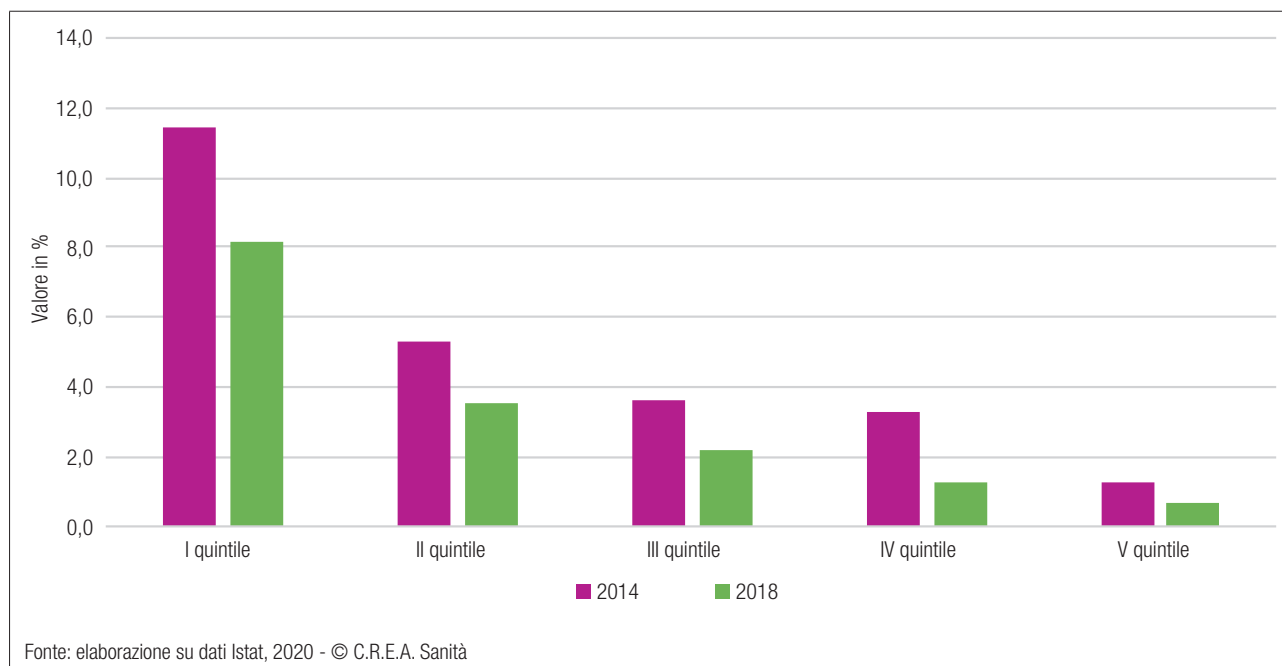
#### 4a.3. La spesa delle famiglie per consumi sanitari

Sempre secondo l'indagine Istat sulla 'Spesa delle famiglie' 2018, il 77,6% le famiglie hanno sostenuto spese per consumi sanitari, dato sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente (77,9%). In quattro Regioni (Molise, Lazio, Puglia e Basilicata) il dato ha superato l'80% (80,5%, 81,0%, 81,0% e 85,3% rispettivamente); l'incidenza più bassa, pari al 70,4% si registra nelle Marche.

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

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

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



Ad eccezione del calo registrato nell'anno successivo alla prima crisi finanziaria (2013), quando solo il 58,2% delle famiglie aveva fatto ricorso a spese per consumi sanitari privati, il trend è complessivamente in crescita: nel periodo 2011-2018 l'aumento complessivo è stato di 16,1 punti percentuali.

Nel 2018, 3,1 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie, e di queste 819.482 non le hanno affatto sostenute: convenzionalmente possiamo definire queste ultime “nuove” rinunce alle spese sanitarie.

Rispetto all'anno precedente, il fenomeno delle “limitazioni” ha coinvolto 1,1 milioni di famiglie in meno, e quello delle “rinunce” circa 300.000 in meno.

Le “nuove” rinunce alle spese per consumi sanitari, diminuiscono in tutti i quintili di consumo, ed anche per i meno abbienti: se nel 2014 il fenomeno coinvolgeva l'11,5% ed il 5,3% delle famiglie del I e II quintile rispettivamente, nel 2018 tali valori si sono ridotti rispettivamente all'8,2% e al 3,6% (Figura 4a.1.).

La spesa sanitaria media annua delle famiglie, nel 2018, è stata pari a € 1.435,8, in riduzione del 4,0% rispetto all'anno precedente, con un'incidenza sul consumo totale del 3,9% per le famiglie del

I quintile ad una del 5,0% per quelle dell'ultimo. Rispetto all'anno precedente, l'incidenza per quelle del I quintile è aumentata di 0,2 punti percentuali, mentre è diminuita di 0,3 per quelle dell'ultimo quintile (il più ricco).

Per confronto, nel periodo 2014-2018 si era registrato un aumento di incidenza dal 4,5% al 4,7%, concentrata soprattutto nei primi tre quintili: +1,1, +1,2 e +1,1 punti percentuali rispettivamente.

Sempre rispetto al 2014, la spesa per consumi sanitari, per le famiglie del I quintile è cresciuta complessivamente del +15,5%, a fronte di una riduzione dei consumi totali del 2,3%; per quelle del II del +15,6%, vs. una riduzione di quelli totali dell'1,3%; per le famiglie dei successivi quintili, cresce la spesa sanitaria ma anche quella per i consumi totali: per quelle del III rispettivamente del +11,5% e del +4,7%, per quelle del IV del +12,1% vs. +4,7%, e per quelle del V del +3,5%, con un incremento maggiore (+5,2%) dei consumi totali.

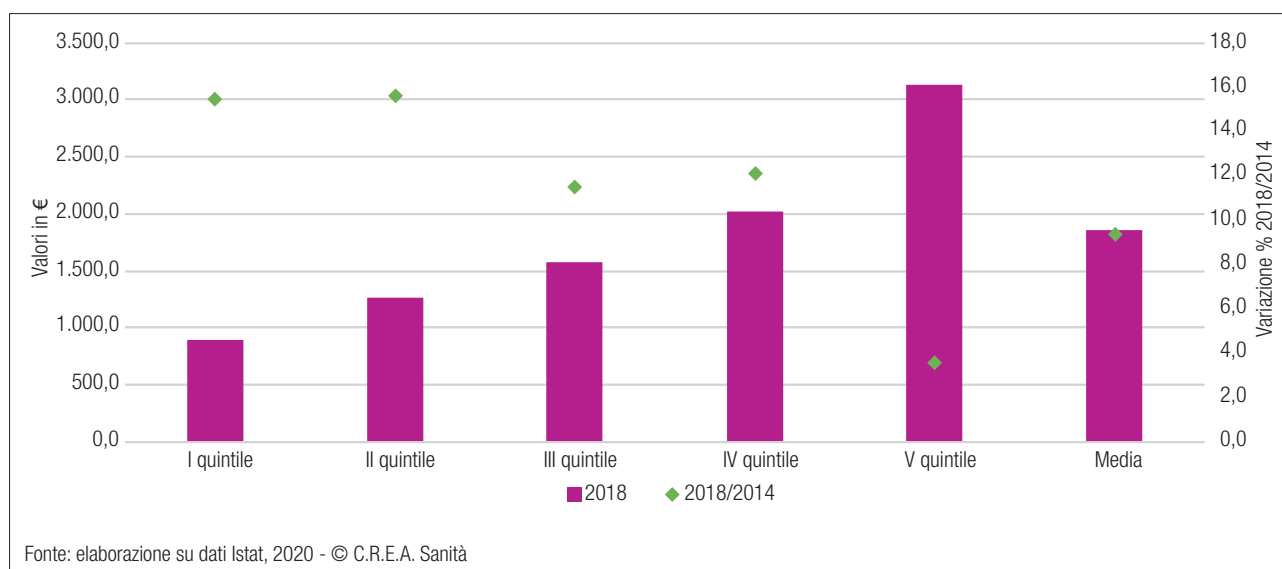
Considerando le sole famiglie che sostengono spese per consumi sanitari, la spesa media (che denomineremo “effettiva”) risulta di € 1.850,5, in leggera riduzione (-0,9%) rispetto all'anno precedente; l'incidenza delle spese sanitarie sui consumi totali,

per queste famiglie, è aumentata nel periodo 2014-2018, passando dal 5,7% del 2014 al 6,0% del 2018 (Figura 4a.2.).

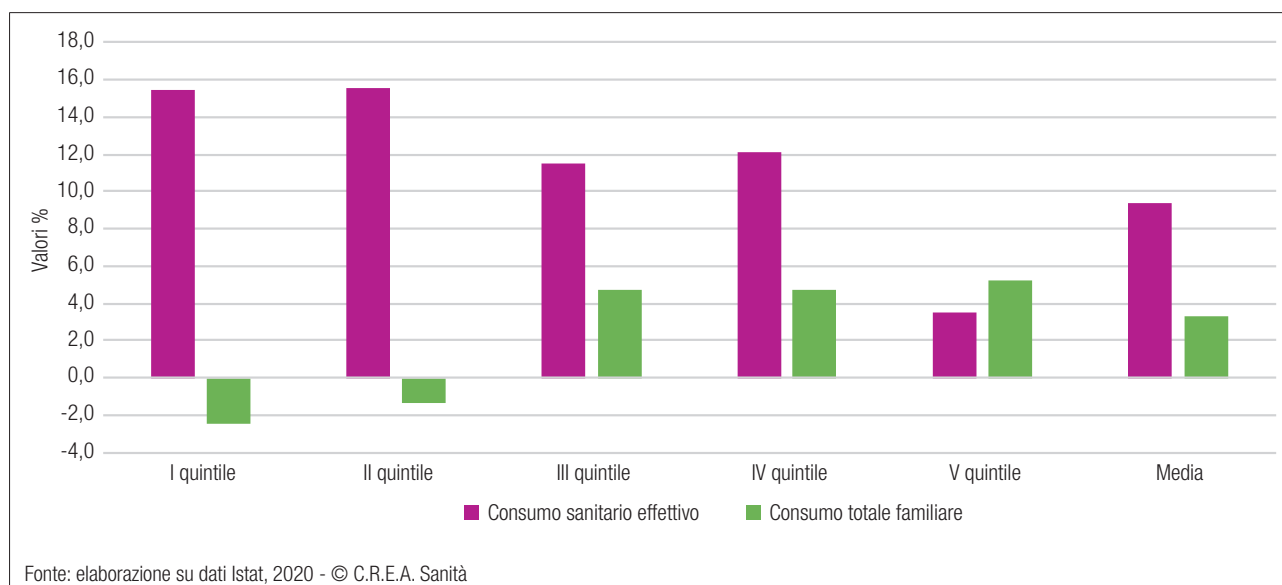
Sempre nel periodo 2014-2018, la spesa media "effettiva" delle famiglie per consumi sanitari è passata da € 1.692,2 a € 1.850,5 con un incremento complessivo del 9,4%; per quelle del I quintile di consumo, passa da € 778,1 a € 898,5 con un incremento del 15,6%, a fronte di una riduzione dei consumi totali del 2,5%; analogamente per il II quintile si

passa da € 1.096,8 a € 1.267,8 con un incremento del 15,5%, a fronte di una riduzione dei consumi totali del 2,5%; per i quintili successivi aumenta tanto la spesa sanitaria, quanto quella totale per consumi: per il III quintile si passa da € 1.411,1 a € 1.572,8 con un incremento dell'11,5% (+4,7% per i consumi totali); per il IV da € 1.799,6 a € 2.017,8 con una crescita del 12,1% (+4,7% per i consumi totali); per il V da € 3.020 a € 3.120,0 con un aumento del +3,5% vs +5,2% per i consumi totali (Figura 4a.3.).

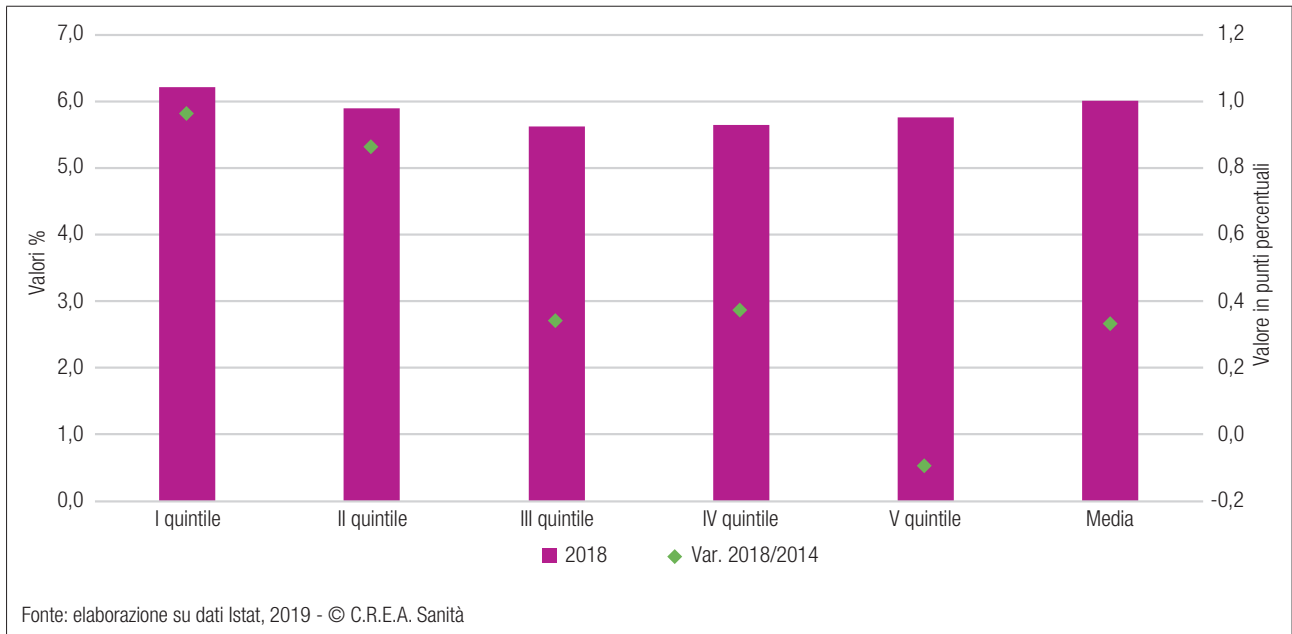
**Figura 4a.2. Spesa effettiva delle famiglie per consumi sanitari per quintile di consumo**



**Figura 4a.3. Variazione 2018/2014 della spesa media effettiva familiare per consumi**



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



Ne segue che l'incidenza della spesa sanitaria "effettiva" sui consumi totali (Figura 4a.4.) è aumentata in media di 0,3 punti percentuali rispetto al 2014, ma l'incremento maggiore si registra per le famiglie del I e II quintile (+1,0 e +0,9 punti percentuali rispet-

tivamente); quelle del III e IV invece hanno registrato un minor incremento (+0,3 e +0,4 punti percentuali rispettivamente); e quelle dell'ultimo registrano una seppur minima riduzione, pari a 0,1 punti percentuali.

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

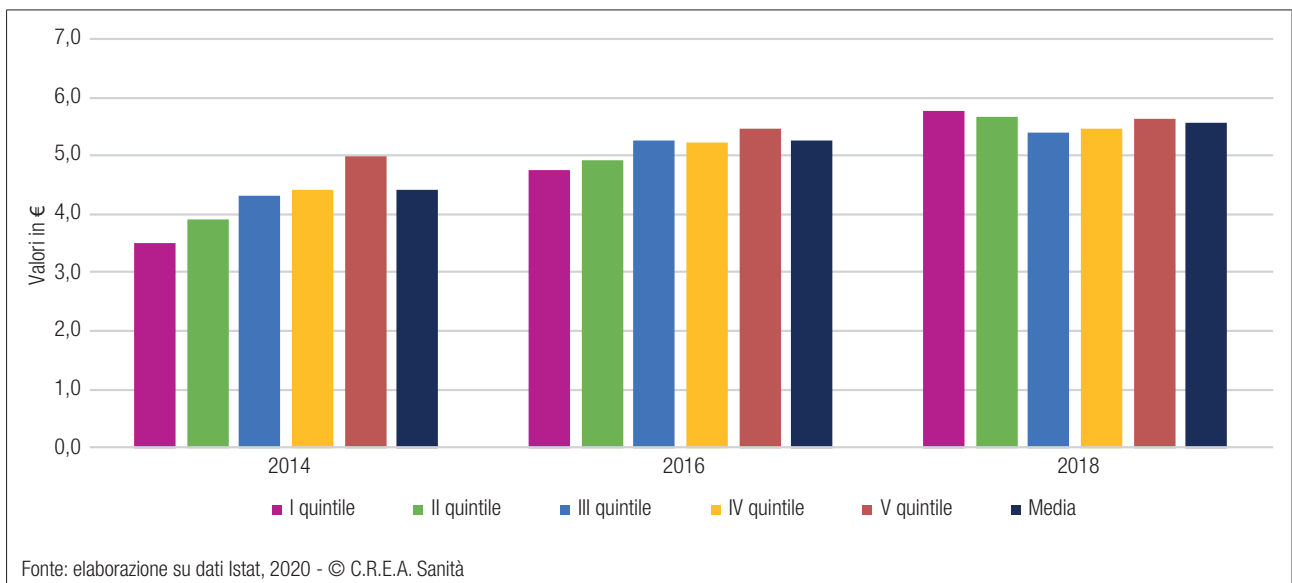
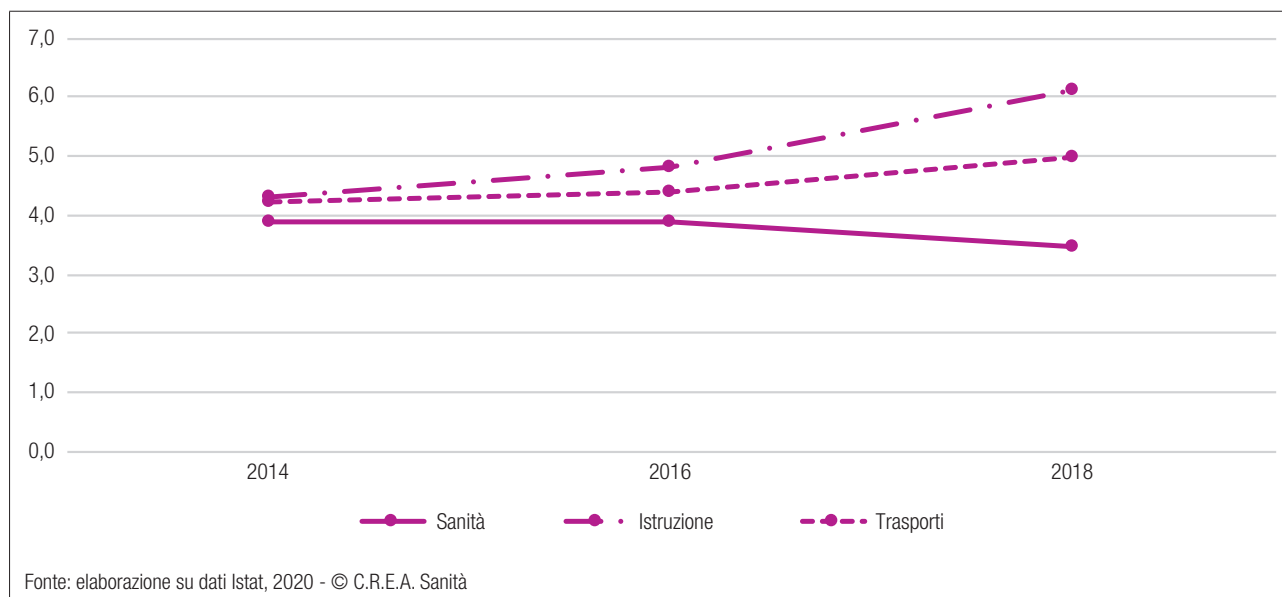




Figura 4a.6. Rapporto di spesa familiare effettiva per consumi (Sanità, Istruzione e Trasporti) tra I e V quintile



In definitiva, si conferma quanto già riscontrato nel 2017, ovvero che l'incidenza della spesa sanitaria "effettiva" sui consumi nel 2018 non varia significativamente nei diversi quintili di consumo: si passa da un valore massimo pari al 5,8% per le famiglie del I quintile, al 5,7% di quelle del II, al 5,4% di quelle del III, al 5,5% di quelle del IV e al 5,6% per quelle dell'ultimo (Figura 4a.5.). Come anticipato, il fenomeno deriva, in particolare, da un incremento nel tempo dell'incidenza per le famiglie dei primi due quintili.

Osserviamo che l'invarianza, in media, della incidenza nei vari quintili, risulta in contrasto con la natura di "bene di lusso", che normalmente viene associata alla assistenza sanitaria e che ancora si riscontrava nel 2014: se l'incidenza dei consumi non cresce più che proporzionalmente rispetto al reddito, neppure diminuisce, segnalando un vulnus nella logica di tutela che dovrebbe caratterizzare il SSN.

Complessivamente, osserviamo che la spesa media per consumi sanitari delle famiglie (che hanno consumi sanitari) dell'ultimo quintile, nel 2018, è 3,5 volte maggiore di quella sostenuta dalle famiglie del primo quintile.

Analizzando la questione in termini dinamici, osserviamo come, rispetto al 2014, per la Sanità il *gap* si è ridotto, passando da 3,9 a 3,5, mentre negli altri

due settori considerati, il *gap* è invece cresciuto di 1,8 volte per l'Istruzione e di 0,8 volte per i Trasporti (4,3 e 4,2 rispettivamente nel 2014).

In Sanità il *gap* si è ridotto nel tempo perché, come anticipato, è cresciuta la spesa sostenuta dalle famiglie meno abbienti. Per le famiglie del I e II quintile la spesa media per consumi sanitari è cresciuta circa del 16 %, contro il 3,7% per quelle dell'ultimo; nel caso dei consumi per l'Istruzione si è ridotta nei primi due quintili (-5,2% e -22,3% rispettivamente) ed è aumentata negli ultimi due (+20,4% e +38,7% rispettivamente); infine, nel caso dei Trasporti si è ridotta per le famiglie del I quintile (-7,5%) ed è cresciuta progressivamente in tutti gli altri, con un incremento minimo del +3,5% per le famiglie del II quintile ed uno massimo del 20,1% per quelle dell'ultimo (Figura 4a.7.).

Volendo trarre una conclusione da questi andamenti, potremmo dire che si coglie l'effetto redistributivo del SSN, osservando che in Sanità la disparità fra quintili è minore che negli altri settori; ma allo stesso tempo ci sono evidenze del fatto che si stia sviluppando un processo iniquo, che vede crescere l'onere diretto sulle famiglie meno abbienti, più che su quelle abbienti; se in Sanità è difficile che si tratti di meccanismi di *drop out*, questo è invece il

rischio nell'Istruzione: in questo caso le famiglie più abbienti investono molto più delle altre in istruzione, creando un crescente distacco dalle altre: sebbene l'istruzione esuli dai confini del Rapporto, per inciso osserviamo che, seppure non si evidenzia un aumento dell'onere per i meno abbienti, nondimeno si può paventare l'esistenza di una crescente iniquità, legata alla qualità dei servizi; quest'ultima genera una crescente tendenza al *drop out* da parte delle famiglie che possono permetterselo (peraltro questo meccanismo si riscontra anche in Sanità, però su un settore specifico, ovvero quello dell'odontoiatria, che rimane appannaggio dei più "ricchi"). In definitiva, gli elementi di analisi a disposizione sembrano segnalare una crescente incapacità del sistema di welfare italiano di mettere in atto politiche equitative efficaci, specialmente nel caso di Sanità e Istruzione, e con qualche problematicità in meno nel caso dei Trasporti (dove comunque l'onere, seppure distribuito sui quintili, appare crescente per tutte le famiglie).

Dall'analisi del dato per area geografica, si conferma come la spesa media annua familiare "effettiva" per consumi sanitari è massima nel Nord-Ovest (€ 2.091,3) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.529,1), con un gap tra queste due ripartizioni pari al 33%,

leggermente inferiore a quello relativo che si registra per i consumi familiari complessivi (37%); considerando invece i consumi totali delle sole famiglie che sostengono spesa per consumi sanitari, tale gap risulta essere sostanzialmente allineato.

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

### Il profilo del consumo sanitario delle famiglie

Analizzando nel dettaglio il profilo di consumo delle famiglie, si osserva come il 76,4% di quelle che effettuano spese sanitarie acquista farmaci, il 38,8% prestazioni specialistiche e/o di ricovero, il 26,3% prestazioni diagnostiche, il 20,4% cure odontoiatriche.

Rispetto al 2014, si è ridotta di circa 6 punti percentuali la quota di famiglie che spendono per farmaci, ed è aumentata di oltre 9 punti percentuali la quota di quelle che spendono per il dentista.

Nel Mezzogiorno la quota di famiglie che spende privatamente per farmaci arriva all'82,2%; nel Nord arriva al 37,8% la quota di famiglie che spendono per cure odontoiatriche (Figura 4a.9.).

Figura 4a.7. Differenza 2018/2014 di spesa effettiva familiare per consumi (Sanità, Istruzione e Trasporti)

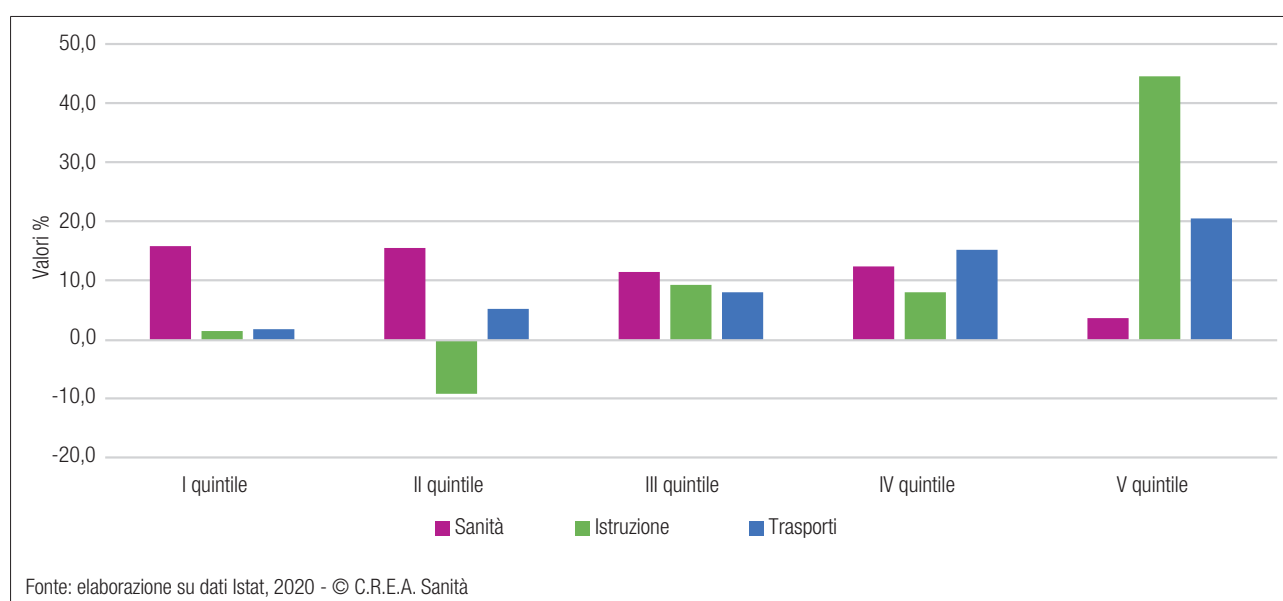


Figura 4a.8. Differenza 2018/2014 di spesa familiare per consumi (Sanità, Istruzione e Trasporti)

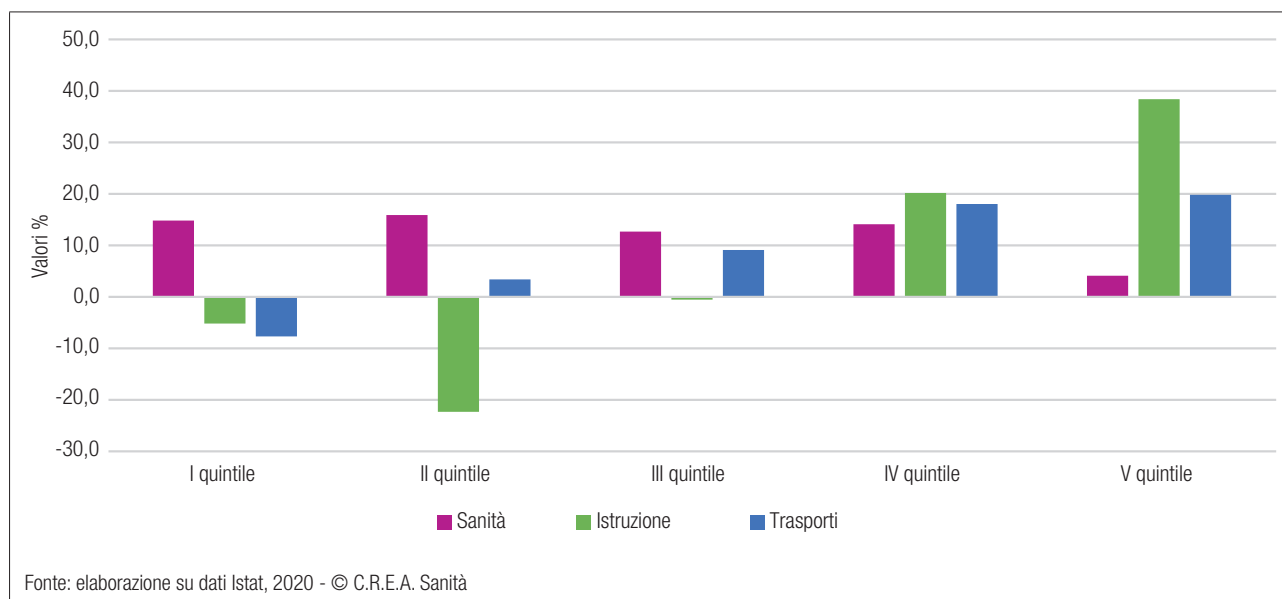
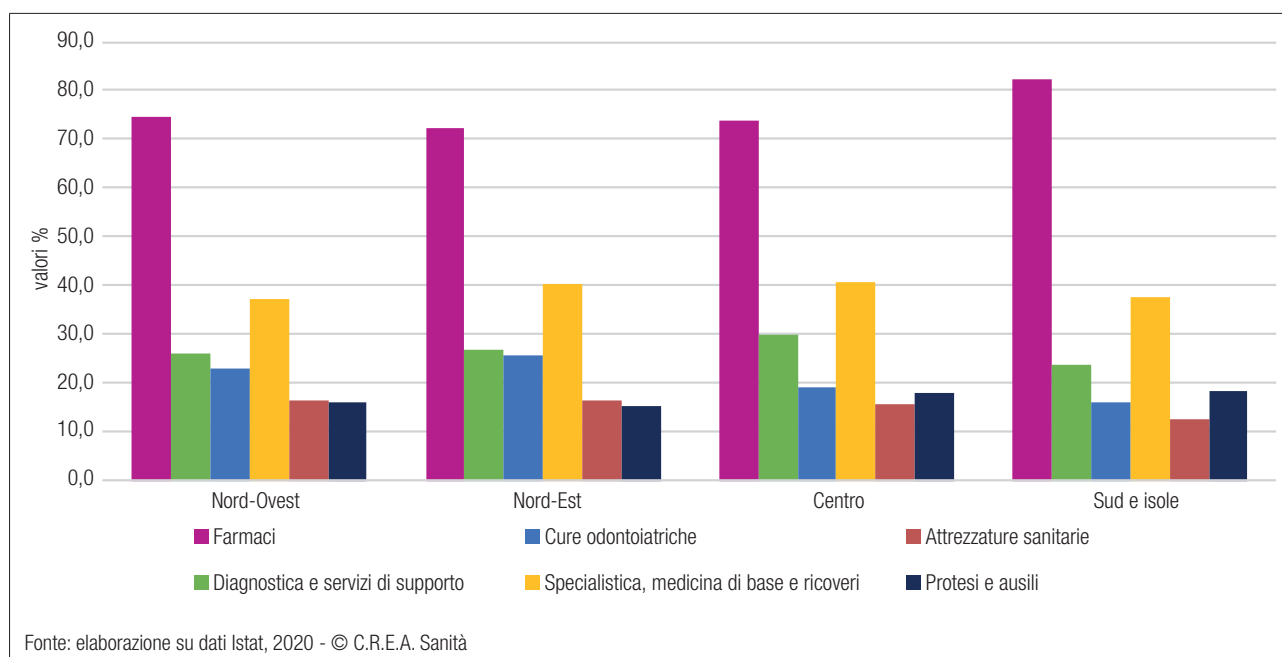


Figura 4a.9. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e ripartizione geografica. Anno 2018



Fra le famiglie dei quintili inferiori è maggiore la quota che spende per farmaci e visite specialistiche; nei quintili più alti aumenta la quota di famiglie che acquistano prestazioni diagnostiche e cure odontoiatriche (Figura 4a.10.).

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

vata, pari al 40,5%, (40,6% nel 2017); seguono le cure odontoiatriche con il 22,9% (24,1% nel 2017), le visite specialistiche, medicina generale e ricoveri con il 15,0% (invariato rispetto all'anno precedente), le attrezzature terapeutiche con il 10,0% (9,5% nel 2017), e l'acquisto di presidi e ausili è rimasta sostanzialmente invariato e pari al 3,4%.

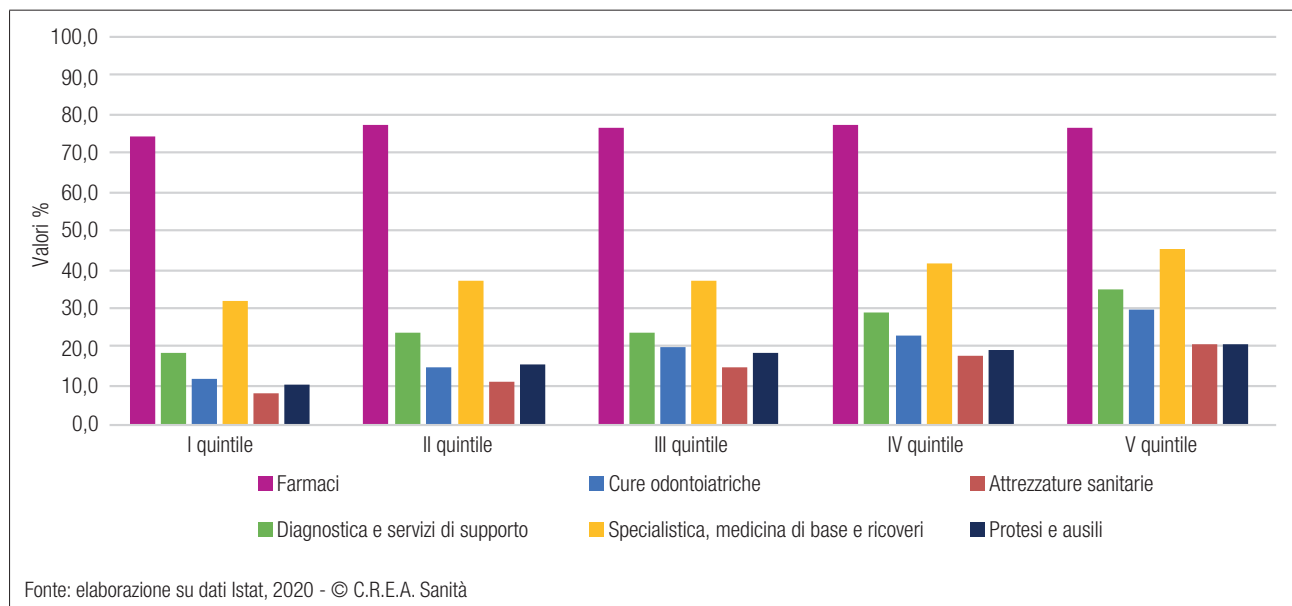
Nel periodo 2014-2018, analizzando il dato per voce di consumo si osserva come si è ridotta la spesa media “effettiva” per “Protesi e ausili”, diagnostica e farmaci, rispettivamente del -56,2%, -13,1% e -7,1%, mentre è aumentata del 21,2% quella per il dentista e del 4,3% quella per visite specialistiche e/o ricoveri.

Dall’analisi per quintile di consumo delle famiglie,

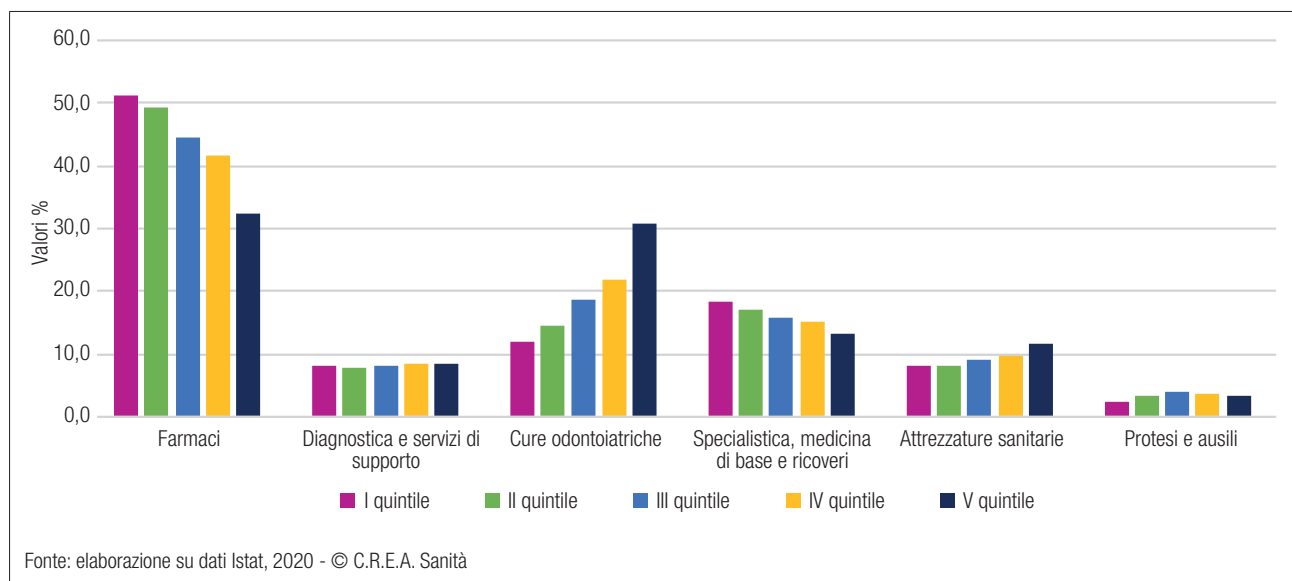
risulta che, per le famiglie del I quintile la spesa per i farmaci rappresenta il 51,2% di quella sanitaria totale, mentre quelle per il dentista il 12,0% (poco più della metà rispetto al valore medio nazionale).

Le famiglie dell’ultimo quintile, al contrario, destinano il 30,8% della spesa per consumi sanitari alle cure odontoiatriche ed il 32,5% ai farmaci (Figura 4a.11.).

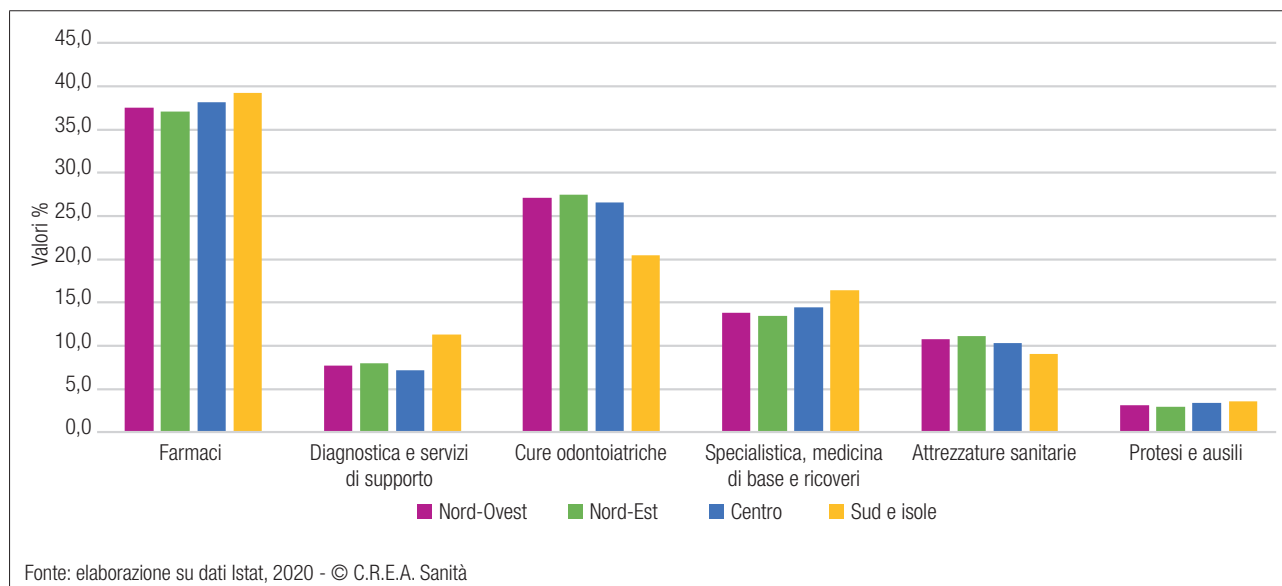
**Figura 4a.10. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e quintile di consumo. Anno 2018**



**Figura 4a.11. Composizione della spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e quintile di consumo. Anno 2018**



**Figura 4a.12. Composizione della spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e ripartizione geografica. Anno 2018**



Prendendo in considerazione l'aspetto geografico (Figura 4a.12.), la quota maggiore di spesa farmaceutica si registra nel Mezzogiorno (38,4%), quella per il dentista nel Nord-Est (27,2%), quella per le visite di controllo e per le prestazioni diagnostiche nel Mezzogiorno (17,5% e 12,2% rispettivamente).

In definitiva, si conferma come i farmaci rappresentano la voce di spesa più frequentemente sostenuta, seguita dalla specialistica e dalle cure odontoiatriche: per la specialistica e l'odontoiatria si conferma una maggiore propensione al consumo per le famiglie appartenenti agli ultimi quintili, che per il dentista si associa a evidenti barriere all'accesso per le famiglie meno abbienti.

Rispetto al 2014 non si sono riscontrate sostanziali differenze nella composizione del consumo, se non una tendenza ad un crescente ricorso alla spesa diretta per le visite specialistiche ed il dentista.

#### 4a.4. L'equità dei SSR: impoverimento

Nel 2018 l'incidenza nazionale del fenomeno dell'impoverimento dovuto ai consumi sanitari diretti è pari all'1,74%, interessando 449.939 nuclei familiari: 11.429 in più rispetto all'anno precedente (2,2% di quelle che effettuano consumi sanitari).

L'impoverimento coinvolge le famiglie dei quintili più bassi (I e II): il 12,6% di quelle del I quintile che sostengono spese per consumi sanitari e l'1,2% di quelle del II.

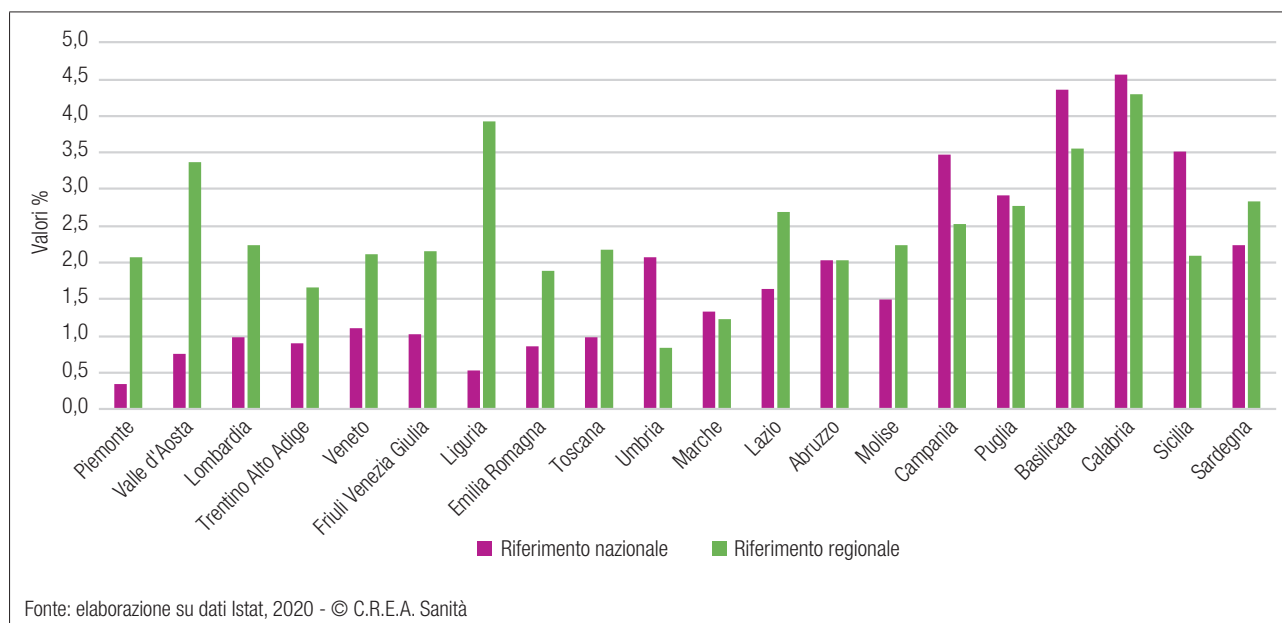
Rispetto al 2014 si è registrata una crescita dell'impoverimento per spese sanitarie di 0,5 punti percentuali. Rapportando il dato alle sole famiglie che sostengono spese sanitarie, il 2,2% risultano impoverite nel 2018, a fronte del 2,0% del 2014.

Le famiglie residenti nel Mezzogiorno continuano ad essere le più colpite: 3,3% (0,1 punti percentuale in più rispetto al 2017 e 0,3 rispetto al 2014), contro l'1,4% di quelle del Centro (0,3 p.p. in più rispetto al 2017), l'1,0% di quelle del Nord-Est (invariato rispetto all'anno precedente) e lo 0,8% di quelle del Nord-Ovest (0,2 p.p. in più rispetto al 2017).

Calabria e Basilicata risultano essere le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 4,6%, ed il 4,4%; Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente con lo 0,3%, 0,5% e 0,7%.

Applicando soglie di povertà relativa regionali, la misura del fenomeno dell'impoverimento registra 610.396 famiglie impoverite (2,4% delle famiglie), ovvero circa 160.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard" (Figura 4a.13.).

Figura 4a.13. Quota famiglie impoverite. Anno 2018



L'applicazione delle soglie regionali riduce in maniera importante le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche; l'aumento interessa soprattutto le Regioni del Nord-Ovest (l'incidenza passa dallo 0,8% al 2,4%), seguite da quelle del Nord-Est (si passa dall'1,0% al 2,0%); in quelle del Mezzogiorno si assiste invece ad una riduzione di 0,7 p.p.. Il valore massimo si raggiunge in Calabria, dove il 4,3% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo in Umbria, con lo 0,8%.

Analizzando la composizione dei consumi sanitari delle famiglie impoverite si osserva come destino ai farmaci una quota superiore a quella media (47,8%), e una inferiore alle cure odontoiatriche (19,6%), rimanendo in media nazionale per visite specialistiche, medicina generale e ricoveri (15,4%) e attrezzature sanitarie e protesi e ausili (9,6%).

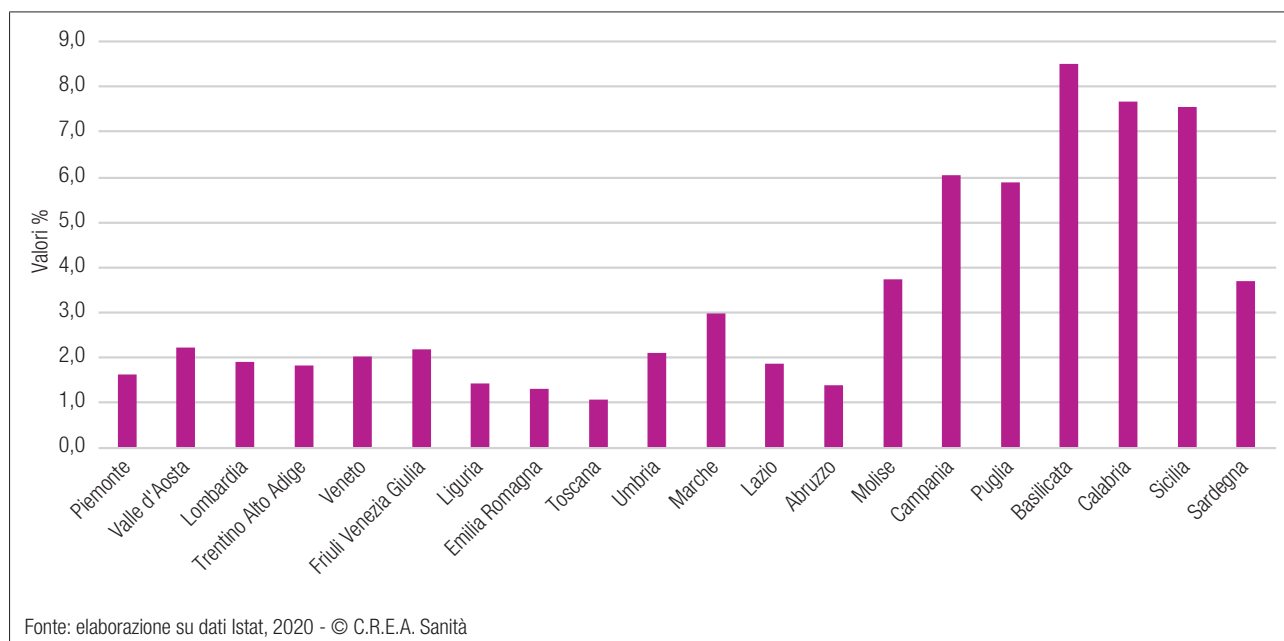
In sintesi, aumenta l'impoverimento, che rimane un problema essenzialmente del meridione, sebbene in termini relativi riguardi anche il settentrione. Le famiglie impoverite non si possono evidentemente permettere l'odontoiatria privata: essenzialmente si impoveriscono a causa di acquisti di farmaci.

#### 4a.5. L'equità dei SSR: spese catastrofiche

A differenza di quanto riscontrato per il fenomeno dell'impoverimento, quello delle spese sanitarie catastrofiche (definite come quelle che incidono per oltre il 40% della *Capacity To Pay* delle famiglie) si è ridotto rispetto all'anno precedente, coinvolgendo il 3,1% delle famiglie residenti (il 4,0% di quelle che sostengono consumi sanitari): le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche sono 811.012 (quasi 15.000 nuclei in meno rispetto all'anno precedente). Il Mezzogiorno continua ad essere la ripartizione più colpita, con il 6,2% delle famiglie, seguono il Centro ed Nord con l'1,8%. Rispetto all'anno precedente è aumentata la quota delle famiglie residenti nel Mezzogiorno e si è ridotta quella relativa alle famiglie del Nord; nel Centro l'incidenza del fenomeno è rimasta sostanzialmente invariata (Figura 4a.14.).

Le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Basilicata, Calabria e Sicilia (8,5%, 7,7% e 7,6% rispettivamente); ne sono quasi esenti Toscana (1,1%) e Abruzzo (1,4%).

Figura 4a.14. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche. Anno 2018



Le spese catastrofiche sono distribuite fra tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente (9,9%) nel I quintile, del 2,5% fra quelle del II, dell'1,1% fra quelle del III, dello 0,9% fra quelle del IV e dell'1,2% fra quelle dell'ultimo (Figura 4a.15.). Rispetto all'anno precedente si è registrata una ridu-

zione di incidenza negli ultimi due quintili.

Rispetto al 2014, si evidenzia una riduzione delle famiglie soggette a spese catastrofiche, che ha interessato in particolare le famiglie del IV e V quintile di consumo.

Figura 4a.15. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche per quintile di consumo

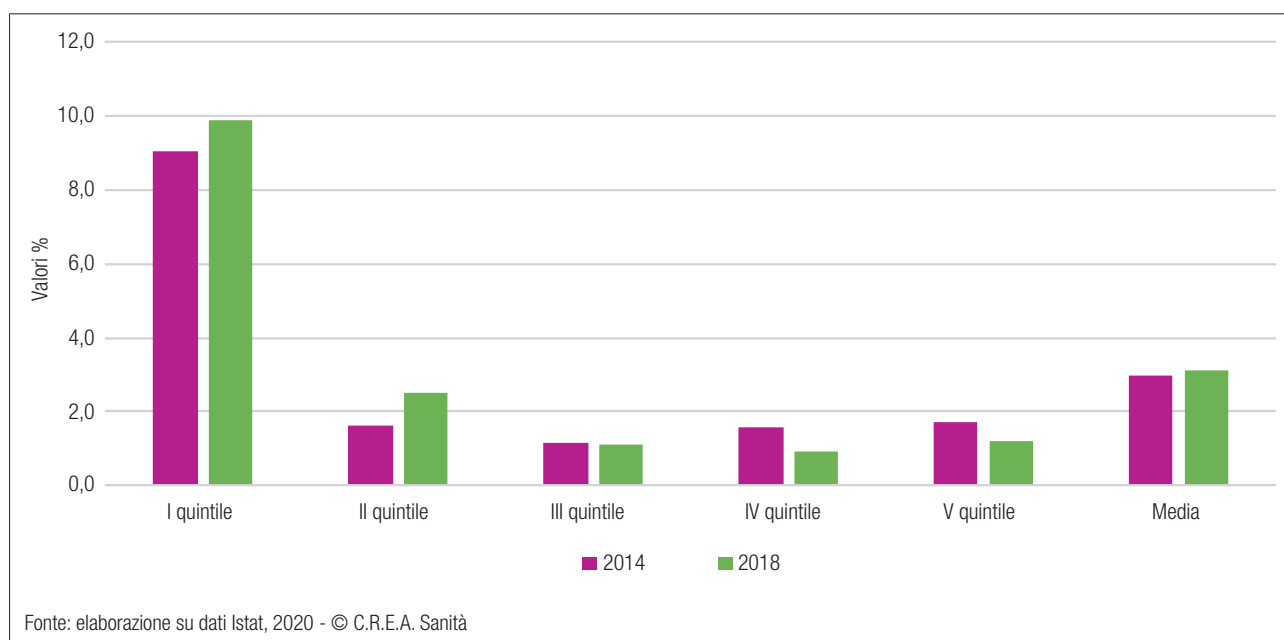
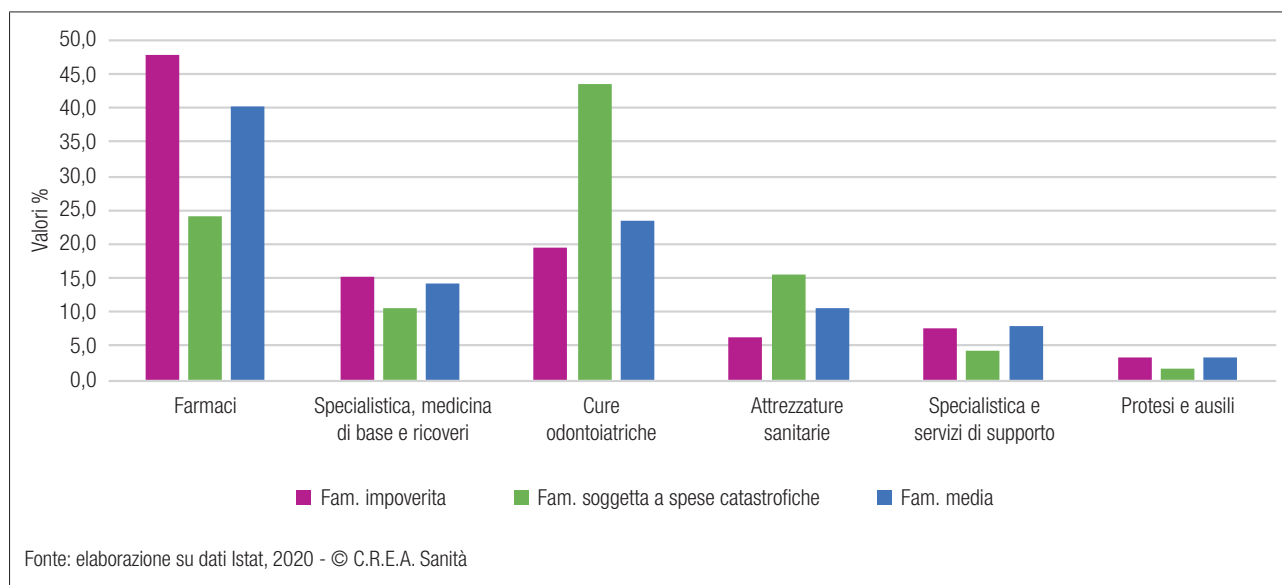


Figura 4a.16. Composizione consumi sanitari famiglie impoverite e soggette a spese catastrofiche per tipo di voce. Anno 2018



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; molto poco impattanti risultano le spese per l'assistenza ambulatoriale specialistica, nonché a protesi e ausili (Figura 4a.16.).

In sintesi, si riduce il fenomeno delle spese catastrofiche, che è prevalentemente un problema del meridione, ma colpisce anche il settentrione: in particolare è determinato dalle spese per il dentista.

#### 4a.6. L'equità dei SSR: disagio economico

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Sanità, è stato elaborato, per il 2018, l'indicatore aggregato di "disagio economico" delle famiglie (relativo all'impatto delle spese associate ai consumi sanitari), che somma i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese per i consumi sanitari (come sopra definite).

Nell'analisi dell'indicatore va tenuto conto del fatto che una parte delle famiglie senza consumi sanitari

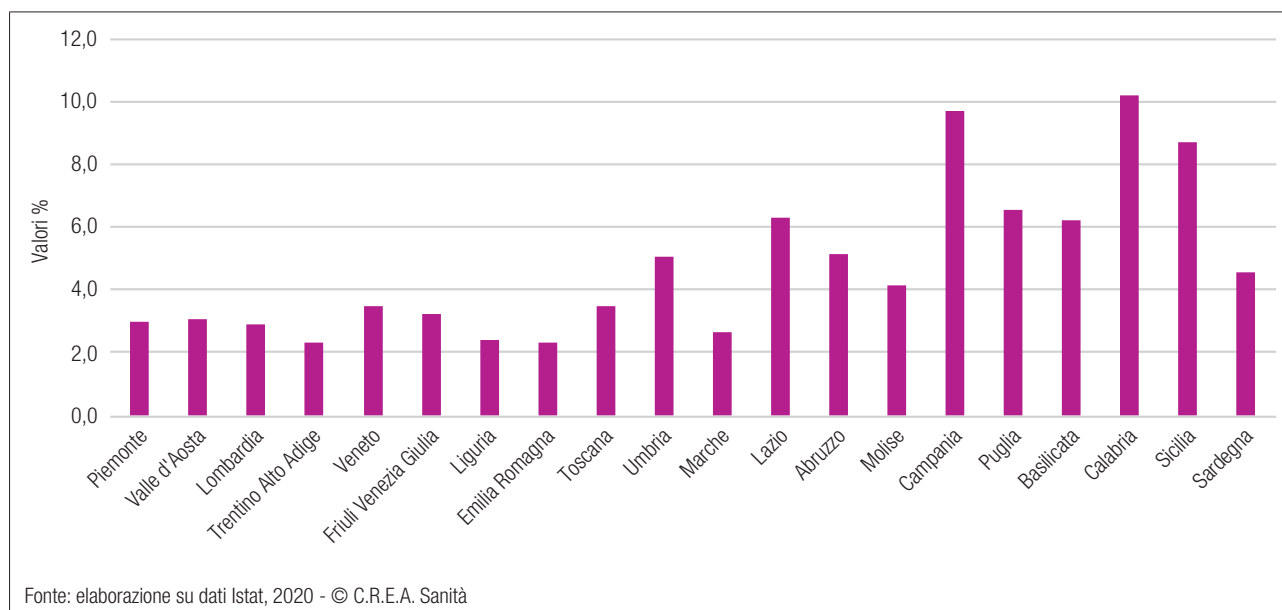
potrebbero non averne avuto bisogno, o avere una assicurazione (cosa peraltro improbabile nei primi quintili); d'altra parte che non si considera le rinunce parziali a sostenere spese sanitarie e non si colgono i casi di rinunce "ripetute", ovvero chi non sostiene negli anni alcuna spesa per consumi sanitari.

Con i caveat espressi, la quota di famiglie che nel 2018 ha sperimentato un disagio economico a causa di consumi sanitari è pari al 4,9% delle famiglie (Figura 4a.17.), con una riduzione di 0,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente. È significativamente superiore nel Sud del Paese (7,9% a fronte dell'8,3% dell'anno precedente); segue il Centro (4,9% a fronte del 5,9% del 2017) e il Nord (2,7% a fronte del 4,1% del 2017).

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



Figura 4a.17. Quota di disagio economico. Anno 2018



## 4a.7. Conclusioni

La spesa privata “effettiva” delle famiglie, destinata ai consumi sanitari, si è sensibilmente ridotta (-0,9%) rispetto all’anno precedente, raggiungendo, nel 2018, € 1.850,5 pari al 5,6% dei consumi totali (stessa incidenza rispetto dello scorso anno).

L’incidenza sui consumi delle spese sanitarie è omogenea fra i quintili, passando dal 5,8% per le famiglie del I quintile al 5,6% per quelle dell’ultimo.

Questo fenomeno è il frutto di un progressivo aumento dell’incidenza nei quintili più bassi.

A questo fenomeno si associa quello di una minore incidenza di “nuove” rinunce alle spese per consumi sanitari, soprattutto per i meno abbienti: l’aumento della spesa per consumi sanitari si associa, però, ad una riduzione degli altri consumi.

Dall’analisi del dato per area geografica, si conferma che la spesa media annua familiare “effettiva” per consumi sanitari è massima nel Nord-Ovest (€ 2.091,3) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.529,1), con un *gap* che raggiunge il 33%, di poco inferiore a quello relativo ai consumi familiari complessivi (37%).

Si osserva, altresì, che la spesa “effettiva” familiare per consumi sanitari delle famiglie dell’ultimo

quintile è quasi quattro volte maggiore di quella sostenuta dalle famiglie del primo quintile.

Confrontando il *gap* di spesa per i consumi sanitari con quello che si registra per Istruzione e Trasporti, si osserva come quello per la Sanità sia inferiore, ma perché nel tempo è aumentata la spesa media familiare effettiva sostenuta dalle famiglie dei quintili meno abbienti (di circa il 16% nel periodo 2014-2018); di contro, negli altri due settori la crescita di spesa è proporzionale alle capacità di consumo delle famiglie.

Volendo trarre una conclusione da questi andamenti, potremmo dire che in Sanità si sta sviluppando un processo iniquo, con un sempre maggiore onere sulle famiglie meno abbienti; che anche nell’istruzione sembra determinarsi uno sviluppo iniquo, seppure di altro tipo, con le famiglie più abbienti che investono molto più delle altre in istruzione dei figli; meno problematica appare invece lo sviluppo nel caso dei Trasporti.

A livello regionale il *gap* di spesa, fra le famiglie nei quintili estremi, è di oltre 4 volte in Piemonte, Emilia Romagna e Umbria, ed è inferiore a 3 volte in quelle del Sud (Puglia, Sardegna, Campania, Abruzzo, Basilicata).

Nel 2018, l’incidenza del fenomeno di impoveri-

mento per spese sanitarie è pari all'1,74%, interessando 449.939 nuclei familiari: 11.429 in più rispetto all'anno precedente (2,2% di quelle che effettuano consumi sanitari), continuando a coinvolgere soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno (3,4%).

Calabria e Basilicata risultano essere le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 4,6%, ed il 4,4%; Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente con lo 0,3%, 0,5% e 0,7%.

Applicando soglie di povertà relativa regionali la misura delle famiglie dell'impoverite aumenta, attivando a 610.396 famiglie impoverite (2,4% del totale), ovvero circa 160.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard"; il valore massimo si raggiunge in Calabria, dove il 4,3% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo in Umbria, con lo 0,8%.

Il fenomeno della catastroficità si è, invece, ridotto, mantenendo una più alta incidenza nel Sud; Le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Basilicata, Calabria e Sicilia (8,5%, 7,7% e 7,6% rispettivamente); ne sono quasi esenti Toscana (1,1%) e Abruzzo (1,4%).

L'indicatore aggregato che abbiamo definito di "disagio economico per i consumi sanitari" si è ridotto a livello nazionale di 0,9 punti percentuali nell'ultimo anno, raggiungendo un valore del 4,9% (delle famiglie); è significativamente superiore nel Sud del Paese (7,9%, a fronte dell'8,3% dell'anno precedente); segue il Centro (4,9%, a fronte del 5,9% del 2017) e il Nord (2,7%, a fronte del 4,1% del 2017).

Calabria e Campania risultano essere le Regioni

con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico per i consumi sanitari: rispettivamente il 10,2% ed il 9,7% delle famiglie; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,3% delle famiglie residenti sono in condizioni di disagio, e l'Emilia Romagna con il 2,3%.

In sintesi, la dinamica degli indicatori proposti, sembra dimostrare una crescente incapacità del sistema di welfare italiano di mettere in atto politiche equitative efficaci, specialmente nel caso di Sanità e Istruzione; in Sanità, crescono le problematiche di accesso, seppure con alcuni dati positivi (i fenomeni di catastroficità e disagio economico, si riducono leggermente); colpisce in particolare come la riduzione del gap di spesa fra i quintili estremi sia dovuto ad un incremento di onere per le famiglie meno abbienti: in pratica, queste rinunciano meno a sostenere consumi sanitari, ma a scapito di altri consumi, che si riducono proporzionalmente.

La crescita delle disuguaglianze, che in Sanità condiziona fortemente la capacità di accesso e quindi di tutela della propria Salute, è comune anche ad altri settori del Welfare italiano fortemente meritori, quale quello dell'istruzione: ma i meccanismi di azione risultano affatto sovrapponibili, confermando così che politiche equitative efficaci devono essere ritagliate sulle specificità dei settori di intervento, oltre che dei bisogni e dei comportamenti delle famiglie.

## Riferimenti bibliografici

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

## ENGLISH SUMMARY

Chapter 4a analyses the health consumption and expenditures directly incurred by households. Their trends over time have been studied in deep.

Furthermore, an attempt has been made to assess the level of actual protection provided by the National Health Service (NHS) with respect to the disease-related economic risks: 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) have been evaluated; moreover an indicator of the households “economic distress” caused by healthcare expenditure has been proposed.

Finally the health expenditure gap between households belonging to the first and last quintile has been elaborated and compared with those experienced in education and transportations.

In quantitative terms, we note that households’ “actual” health expenditure keeps on decreasing (-0,9% compared to 2017) and currently accounts for 5.6% of total consumption (same incidence than in the previous year), with a 5.8% incidence rate for the households in the first quintile to a 5.6% incidence rate for those of the last quintile.

According with the previous year, the highest incidence rate is recorded in the North-West of Italy, while the lowest one in the South.

Compared to 2014, there was, mainly for families of lower consume quintiles, a growth of health expenditure higher than overall expenditures.

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. Conversely, the households of the third, fourth and latter quintile increased their consumption in the

period considered and reduced those intended for health.

Hence, compared to 2014, 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.

The ratio between expenditures of first and latter quintile is lower for healthcare expenditure than for instruction and transports expenditures, and is decreased from 2014, differently from the other two sector analysed. But the phenomenon is due to the growth of expenditures in the lower quintiles.

In 2018, the incidence of impoverishment for healthcare expenditures was 1.7% and increased by 0.2 percentage points compared to 2014, thus continuing to affect mainly the families living in the South of Italy (3.3%).

Calabria and Basilicata are the Regions most affected by impoverishment, while Piemonte, Liguria 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 Calabria Region, where 4.3% of households are impoverished, while the minimum value is recorded in the Umbria Region, where only 0.8% of households are impoverished.

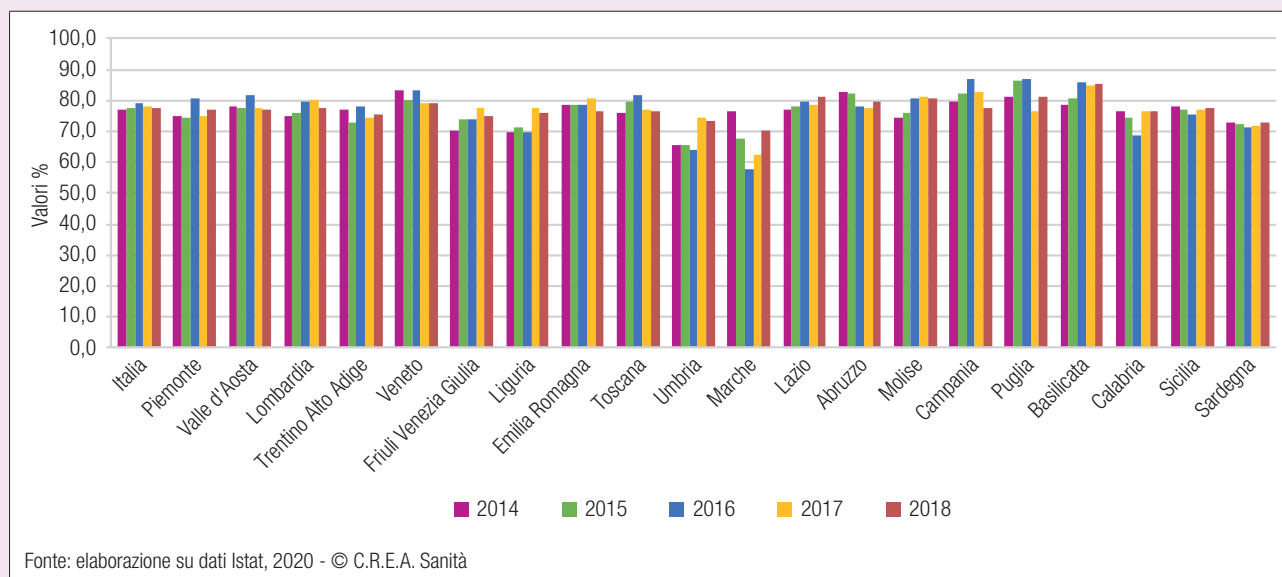
The phenomenon of catastrophic health expenditures has also decreased, by maintaining a higher incidence in the South. The Regions most affected by this phenomenon are Basilicata, Calabria and Sicilia, while Toscana and Abruzzo are almost “exempted” from it.

The incidence of “economic distress caused by healthcare spending” decreased nationally by 0.9

percentage points last year, reaching a 4.9% incidence. It was significantly higher in the South of Italy, followed by Central and Northern Italy. Calabria and Campania 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, although an improvement in some measures, inequality increased both compared to 2014 and last year: generally speaking, we observe a deterioration in the effectiveness of the policies for equity in the Italian Welfare system.

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



Nel 2018, il 77,6% delle famiglie italiane hanno sostenuto spese per consumi sanitari.

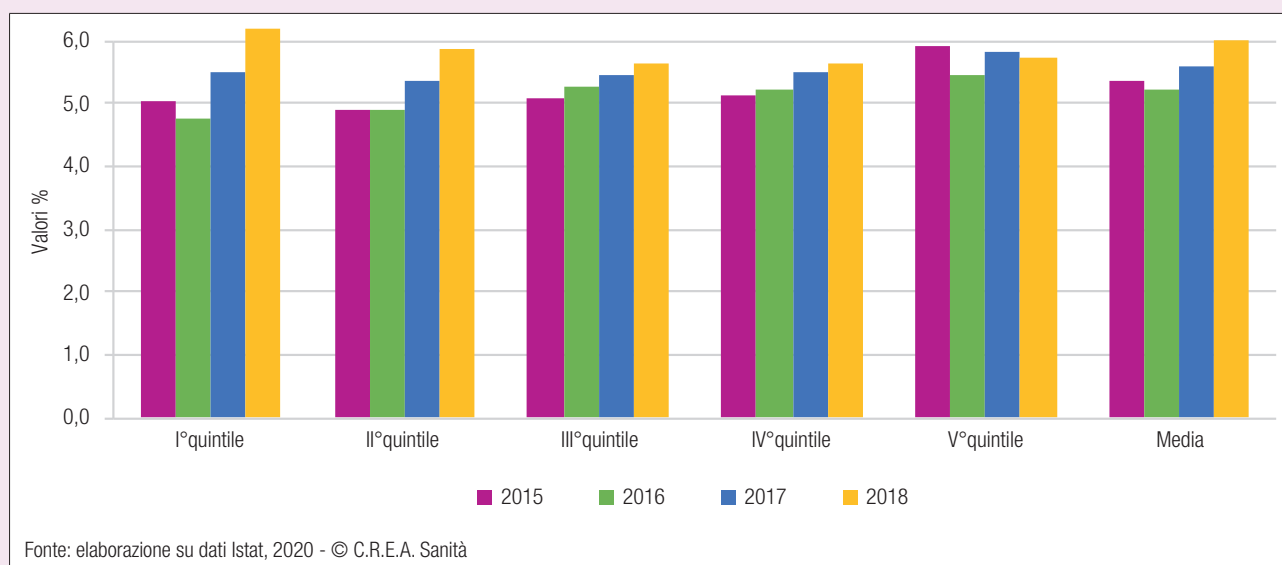
La quota minima è pari al 70,4% delle Marche e quella massima all'85,3% della Basilicata.

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

Il maggior aumento si è registrato nelle Marche (+8 p.p.). In Campania, Lombardia e Friuli Venezia Giulia la quota è invece diminuita: rispettivamente -4,9 p.p., -2,7 p.p., -2,3 p.p..

Nell'ultimo anno si è registrato un aumento nelle Regioni del Centro, una diminuzione nelle regioni del Nord; è rimasta invece invariata per quella del Sud.

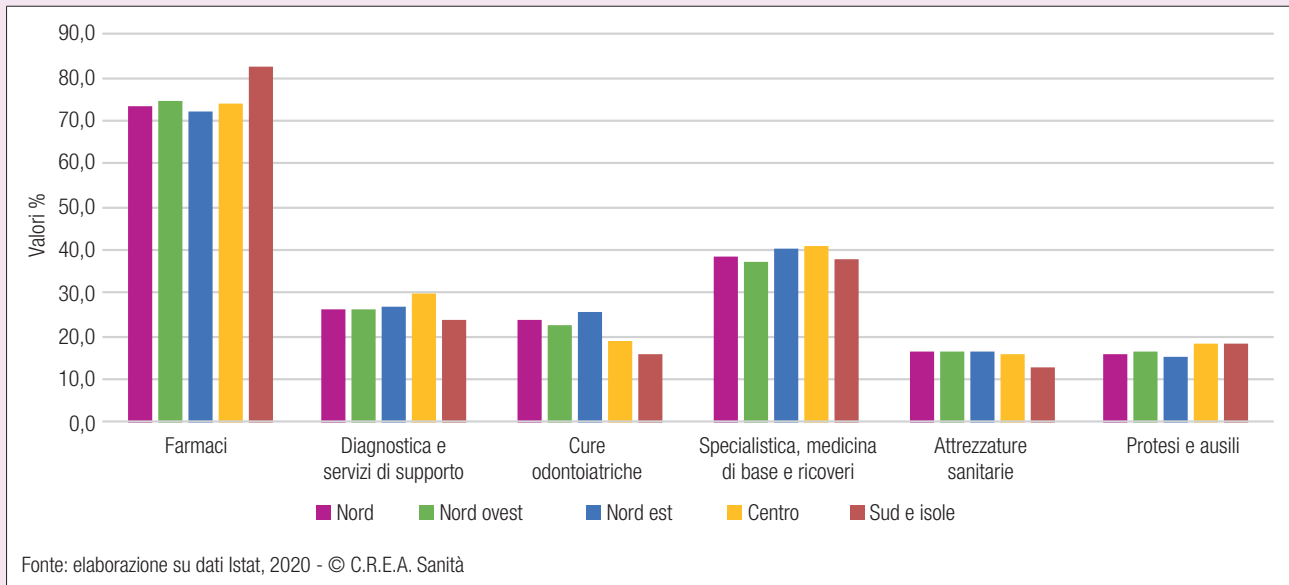
## KI 4a.2. Incidenza della spesa media sanitaria effettiva sui consumi familiari, per quintile di consumo



Nel 2018 la spesa "effettiva" per consumi sanitari (ovvero elaborata con esclusivo riferimento alle famiglie che registrano consumi sanitari non nulli) incide per il 6,0% dei consumi totali, variando da un minimo pari al 5,6% nelle famiglie appartenenti al terzo e quarto quintile di consumo ad un massimo pari al 6,2% in quelle appartenenti al primo quintile.

Rispetto all'anno precedente l'incidenza è aumentata di 0,4 punti percentuali (5,6% nel 2017): è cresciuta soprattutto nelle famiglie dei primi quintili (I e II quintile di consumo), con rispettivamente +0,7 e +0,5 punti percentuali.

**KI 4a.3. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per consumi sanitari, per tipologia di spesa. Anno 2018**



Nel 2018, il 76,4% delle famiglie italiane che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 38,8% visite specialistiche, medicina di base e ricoveri, il 26,3% indagini diagnostiche e servizi ausiliari (psicologo, fisioterapista etc.), il 20,4% spende per il dentista, il 17,3% per protesi e ausili e il 15,8% per le attrezzature sanitarie.

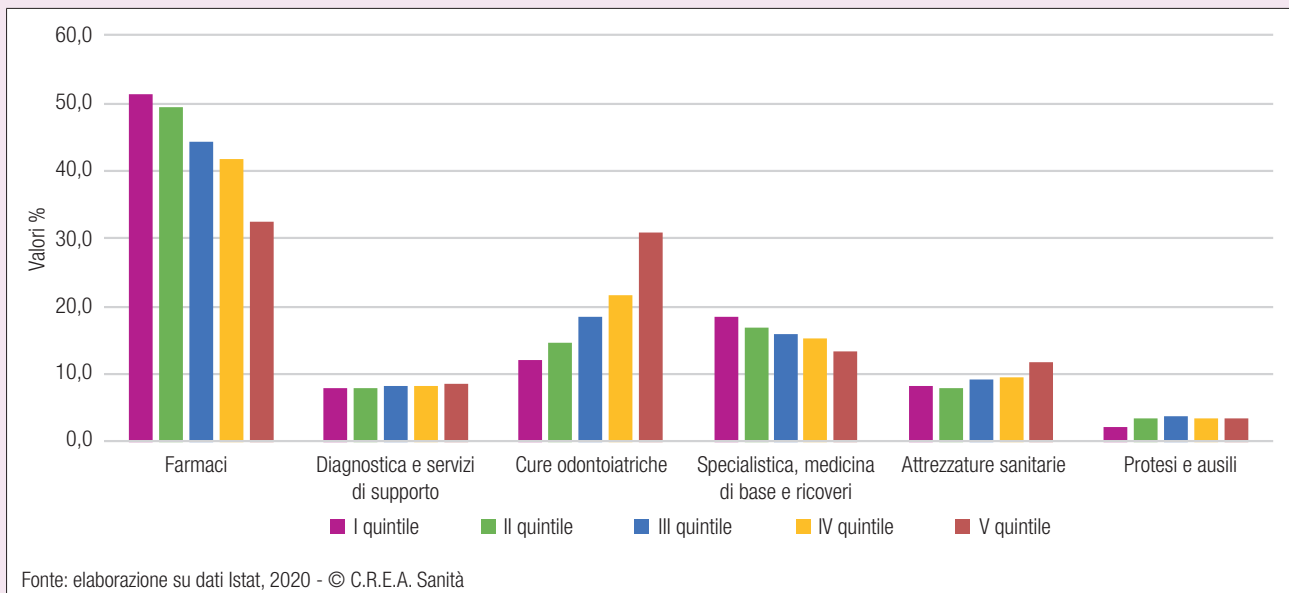
Per i farmaci si oscilla dal 72,3% del Nord-Est all'82,2% del Mezzogiorno.

Per le visite specialistiche, la medicina di base ed i ricoveri si oscilla dal 37,4% del Nord ovest al 40,7% del Centro.

Per le cure odontoiatriche si va da un minimo del 16,0% delle famiglie del Mezzogiorno ad un massimo del 25,7% del Nord est.

Per la diagnostica e i servizi ausiliari la variazione è fra il 23,6% del Mezzogiorno e il 30% del Centro.

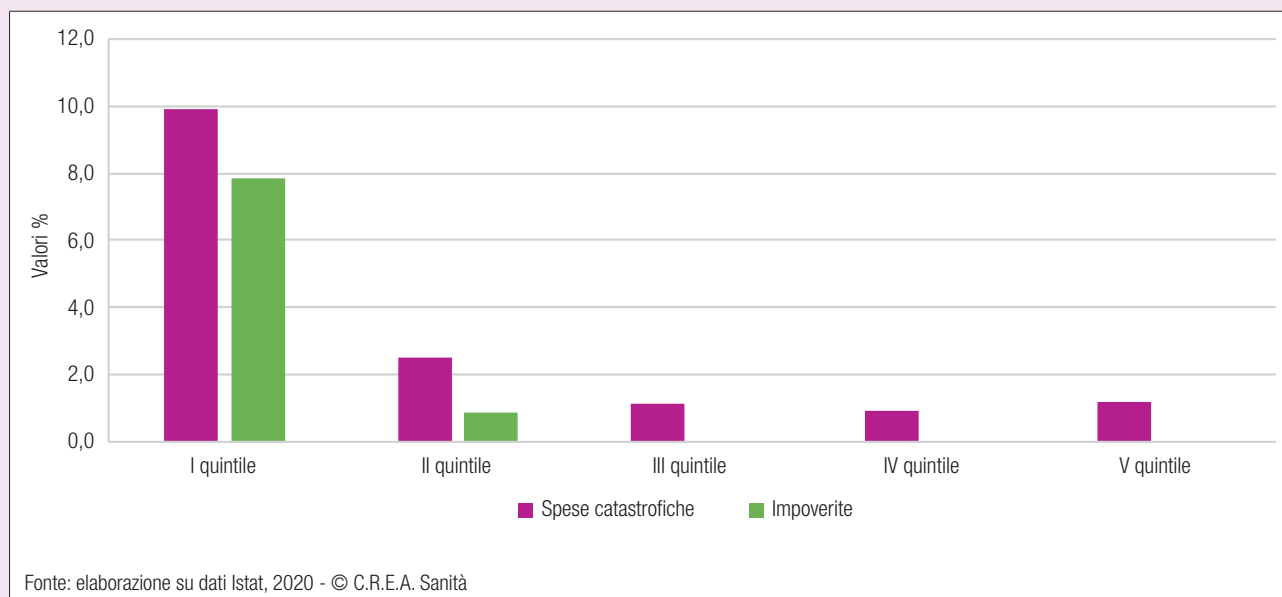
**KI 4a.4. Composizione della spesa per consumi sanitari - per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2018**



Le famiglie italiane che sostengono spese per consumi sanitari, ne destinano in media il 40,5% ai farmaci, il 22,9% alle cure odontoiatriche, il 14,9% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri, il 10% alle attrezzature sanitarie, il 8,2% alle diagnostiche e ai servizi ausiliari e il 3,4% a protesi e ausili.

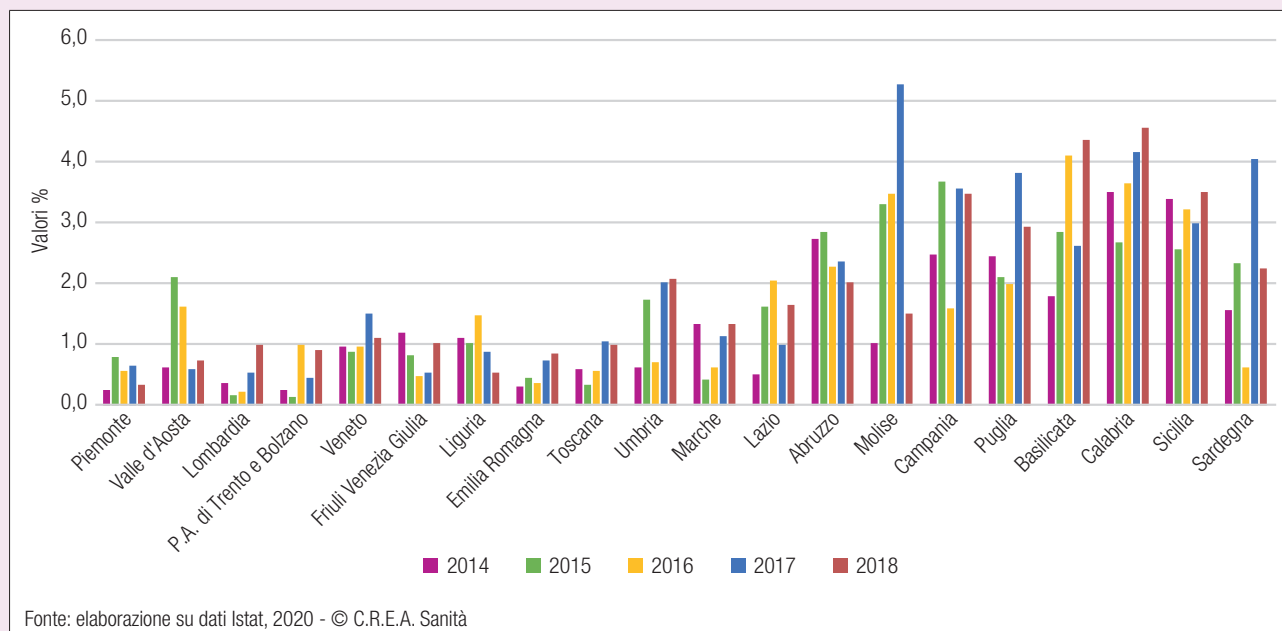
Le famiglie appartenenti ai quintili più bassi di consumo destinano oltre la metà delle loro spese sanitarie (51,2%) ai farmaci, circa il 17,5% alla specialistica, il 13,2% alle cure odontoiatriche, l'8,0% alle indagini diagnostiche, l'8,0% alle attrezzature sanitarie e il 2,7% a protesi e ausili.

Per confronto, le famiglie dell'ultimo quintile destinano ai farmaci il 32,5% dei loro consumi sanitari, il 30,8% alle cure odontoiatriche, il 21,7% alla specialistica e alle indagini diagnostiche.

**KI 4a.5. Incidenza di famiglie impoverite e soggette a spese per consumi sanitari catastrofici, per quintile di consumo. Anno 2018**

Il 7,8% delle famiglie italiane del I quintile di consumo e lo 0,8 di quelle del II quintile si impoveriscono per i consumi sanitari.

Le famiglie soggette a spese catastrofiche (quelle che superano il 40% della loro *capacity to pay*) sono il 9,9% nel I quintile, il 2,5% nel II, l'1,1% nel III, lo 0,9% nel IV e l'1,2% nell'ultimo.

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

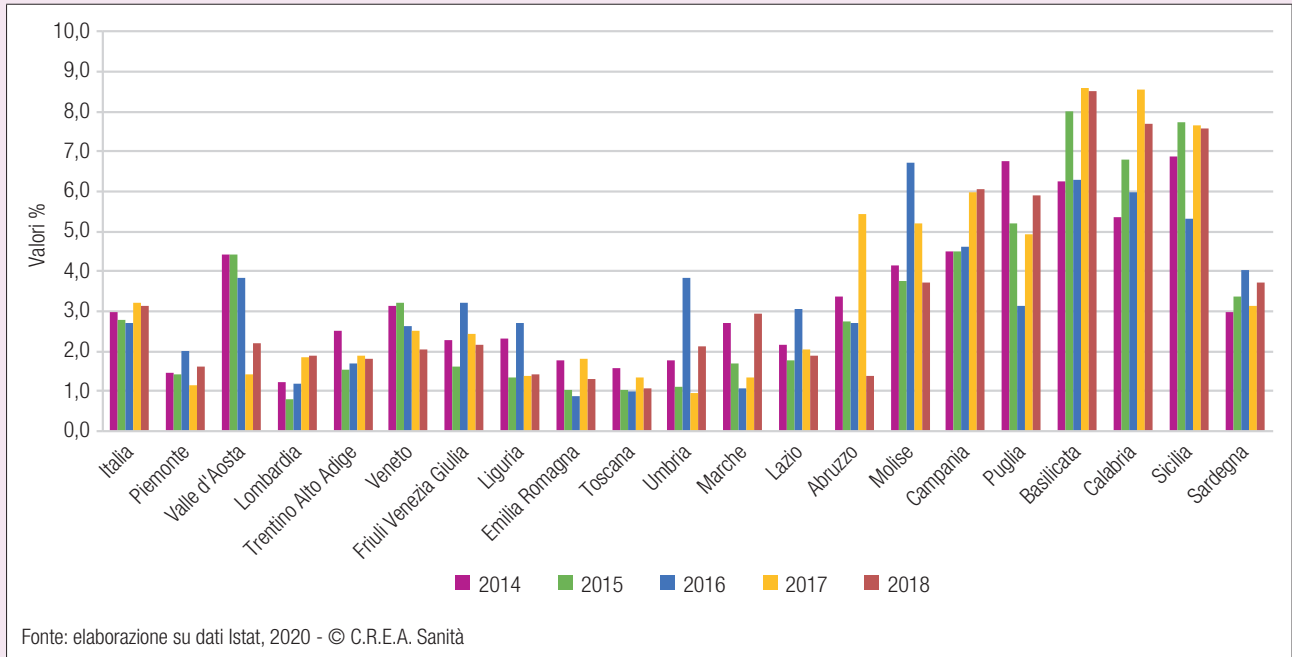
Nel 2018, si sono impoverite a causa di spese per consumi sanitari l'1,7% delle famiglie italiane (449.939 nuclei).

Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (3,3%), poi quelle del Centro (1,4%) e del Nord (0,9%).

Rispetto all'anno precedente l'incidenza dell'impoverimento è cresciuta di 0,04 punti percentuali (11.429 nuclei in più), soprattutto nel Centro e nel Nord; risulta limitata la crescita registratasi nel Mezzogiorno.

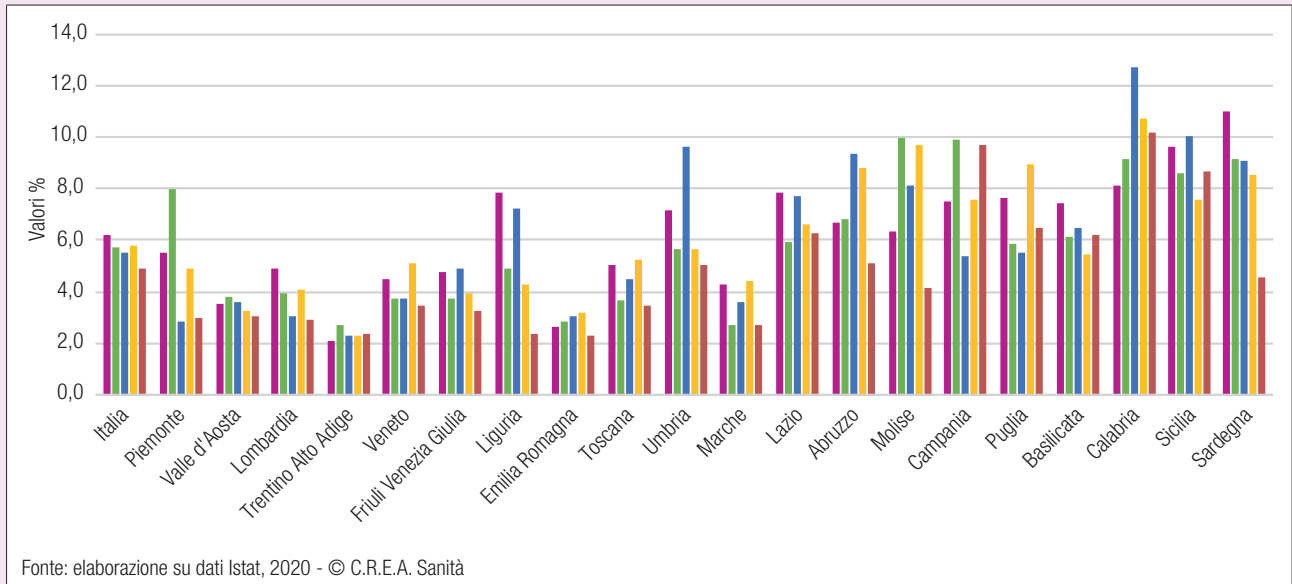
Calabria e Basilicata sono le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 4,6% e 4,4%; Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente lo 0,3%, 0,5% e 0,7%.

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



Nel 2018, il 3,1% delle famiglie italiane (811.012 nuclei) sono state soggette a spese sanitarie catastrofiche (consumi di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*). Il fenomeno della catastoficità, colpisce soprattutto le Regioni del Sud (6,2%), poi quelle del Centro e del Nord (1,8% in entrambe le ripartizioni). Rispetto al 2017, si è assistito ad una riduzione del fenomeno di 0,1 p.p. (-15.000 nuclei). L'aumento è stato maggiore nelle Regioni del Sud; si è registrata una riduzione del fenomeno nel Nord ed una invarianza nel Centro. Le Regioni più colpite del fenomeno risultano essere Basilicata, Calabria e Sicilia (8,5%, 7,7%, 7,6% rispettivamente); ne sono quasi esenti Toscana (1,1%) e Abruzzo (1,4%).

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



Nel 2018, il 4,9% delle famiglie italiane, secondo un indicatore che somma i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese per consumi sanitari) affronta un disagio economico causato dai consumi sanitari. Rispetto al 2017 si registra una riduzione di 0,9 p.p. dell'incidenza, che ha interessato soprattutto le Regioni del Nord. Calabria e Campania risultano essere le Regioni con maggior incidenza del fenomeno: il 10,2% e il 9,7% rispettivamente; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige e l'Emilia Romagna con entrambe il 2,3%.