



Rapporto **CEIS - Sanità 2005** *Sette parole chiave del SSN*

a cura di

V. Atella
A. Donia Sofio
M. Meneguzzo
F.S. Mennini
F. Spandonaro

CEIS - Sanità, Facoltà di Economia
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

IEP

ITALPROMO ESIS PUBLISHING

5.2 La fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano

Doglia M.¹, Spandonaro F.²

5.2.1 Premessa

Il Rapporto CEIS Sanità 2004 ha proposto per la prima volta l'utilizzo della *fairness* quale approccio utile a comprendere l'equità del sistema sul versante dell'impatto sui bilanci familiari³.

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

Si definisce quindi un nuovo modo di intendere l'equità del sistema: mentre le misure nell'*income space* configurano determinazioni ex-ante dei livelli equitativi, facendo riferimento alla redistribuzione del reddito derivante dalla tassazione, le seconde (nel *burden space*) analizzano ex-post il fenomeno, confrontando consumi e capacità di spesa delle famiglie. L'integrazione dei due approcci sembra di rilevante importanza in considerazione della debolezza concettuale dell'estensione del concetto di misura della progressività ai consumi sanitari privati: per assurdo la spesa *out of pocket* potrebbe risultare progressiva, essendo maggiormente sostenuta dalle famiglie più ricche; sembra peraltro evidente che esiste una profonda differenza concettuale fra un prelievo (tramite imposta) il cui onere finanzia un beneficio dei più bisognosi ed una spesa sanitaria familiare a cui corrisponde, come contropartita, l'acquisizione del relativo beneficio⁴.

Si consideri, inoltre, che escludere dal campo dell'utile applicazione degli indici di redistribuzione la spesa sanitaria diretta delle famiglie lascia un vuoto conoscitivo, particolarmente importante in un contesto come quello italiano, ove la spesa sanitaria privata è pari al 24,9%⁵ del totale, e in larga misura condizionata dalle politiche pubbliche, mediante il trasferimento di oneri derivante dai livelli di compartecipazione alla spesa adottati (*ticket*, ormai di pertinenza regionale).

Infine, ci sembra rilevante considerare che è nella natura di un Sistema Sanitario pubblico di stampo universalistico assicurare i cittadini dall'insorgenza degli oneri economici derivanti dalla malattia: non a caso si parla di "assicurazione sociale". In tale prospettiva, sebbene la spesa diretta possa in via di principio essere giustificata su un piano di efficienza, si pensi alla compartecipazione quale strumento di moderazione dei consumi inap-

¹ ISTAT.

² CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".

³ Cfr. Maruotti A., Mennini F.S., Piasini L., Spandonaro F. (2004).

⁴ Cfr. Doglia M., Spandonaro F., Cap. 5.1 nel presente Rapporto.

⁵ OCSE (2003).

propriati, qualora superi predeterminati livelli, e rappresenti quindi un onere rilevante sul budget familiare, configura un fallimento del meccanismo assicurativo.

Da questo punto di vista diviene rilevante anche l'analisi della composizione della spesa *out of pocket*, al fine di inferire la natura della spesa in questione e quindi la sua maggiore o minore meritorietà.

5.2.2 La banca dati e gli indicatori di *fairness*

Nel seguito si adotta l'approccio di Murray et. al. (2003) che, in collaborazione con la WHO, hanno proposto di studiare l'impatto equitativo dei sistemi sanitari prendendo esplicitamente in considerazione le spese che devono essere sostenute dalle famiglie e il loro impatto sui bilanci familiari⁶.

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

Gli indicatori proposti non sono evidentemente scevri da aspetti problematici⁷; l'analisi da noi condotta ci porta a privilegiare le misure di impoverimento e "catastroficà", sebbene nel prosieguo verrà anche elaborato l'indice complessivo di *Fairness (FFC)*, al fine di garantire la confrontabilità con gli studi WHO e con il contributo pubblicato sul Rapporto CEIS Sanità 2004.

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

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

Per questo motivo si è ritenuto di elaborare gli indicatori in doppia versione: secondo le soglie WHO e quindi con nuove soglie più consone al contesto italiano (nel seguito indicate come "versione CEIS"). Le soglie di povertà WHO sono basate su un livello di sussistenza alimentare che mal si adatta ad una realtà sviluppata quale quella italiana. Si è invece mantenuta l'ipotesi WHO che valuta catastrofica una spesa sanitaria *out of pocket* che supera il 40,0% della capacità di spesa familiare.

Un limite implicito della metodologia, peraltro difficilmente superabile con i dati disponibili, riguarda l'assenza di considerazione del risparmio e quindi della ricchezza accumulata: la questione è certamente poco rilevante se l'analisi si riferisce ai Paesi in via di sviluppo, ma lo può essere in un contesto quale quello italiano.

⁶ Per i dettagli metodologici si rimanda a Maruotti A., Mennini F.S., Piasini L., Spandonaro F., *L'equità e la fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano, in Rapporto CEIS Sanità 2004.*

⁷ Cfr. Wagstaff (2001).

L'analisi si basa sui dati desunti dall'indagine campionaria sui consumi delle famiglie effettuata annualmente dall'ISTAT. Nella presente edizione si sono utilizzati gli ultimi due cicli di rilevazione disponibili, riferiti ai consumi degli anni 2002 e 2003 (i dati 2004 non sono stati ancora resi disponibili).

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

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

Rispetto all'analisi contenuta nel Rapporto CEIS Sanità 2004 si evidenziano due principali fattori di discontinuità: da una parte sono stati inclusi nella spesa sanitaria *out of pocket* anche i consumi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti e ai disabili; sebbene, con riferimento alla quota erogata da professionisti non sanitari (badanti ecc.), non si tratta strettamente di spese classificabili come sanitarie, è sembrato interessante cogliere il fenomeno complessivo dell'assistenza alla disabilità. Inoltre, dal ciclo di rilevazione sui consumi 2003, l'ISTAT non rileva più la classe di reddito, e questo ha impedito di effettuare correzioni per passare da una stima della *capacity to pay* basata sui consumi ad una basata sul reddito disponibile.

Per garantire confrontabilità, sono stati rielaborati gli indicatori 2002, con i nuovi algoritmi di calcolo.

L'analisi è stata condotta a livello regionale, in considerazione delle rilevanti differenze socioeconomiche esistenti, ma anche dei diversi sistemi di regolamentazione regionale sul versante delle compartecipazioni alla spesa e delle relative esenzioni.

5.2.3 Gli indicatori di *fairness* secondo l'approccio WHO

In questo paragrafo forniamo le elaborazioni ottenibili mediante un'applicazione integrale della metodologia WHO.

La soglia di povertà adottata è puramente alimentare; la Tabella 1 riporta i dati ottenuti per tipologia di composizione familiare.

A livello nazionale abbiamo che lo 0,09% delle famiglie, pari a 19.204 nuclei, cadono sotto la soglia della povertà a causa delle spese sanitarie sostenute⁸ (famiglie IMPOOR).

⁸ Il dato riportato, come anche quelli seguenti, è interpretabile nel senso che mediamente ogni mese lo 0,09% delle famiglie pari a 19.204 nuclei cade sotto al soglia di povertà per effetto di spese sanitarie *out of pocket*. Quindi il numero di famiglie complessivamente interessate dal fenomeno durante l'anno è certamente maggiore. Alcune saranno risultate impoverite una tantum (in un solo singolo mese), mentre altre (al limite) potrebbero esserlo per tutto l'anno: i dati non permettono però di avere questa distinzione.

Tabella 1 - Soglie di povertà (in €) per livelli di composizione familiare – Metodologia WHO – Anno 2003

COMPONENTI	SOGLIA DI POVERTÀ
1	268,31
2	395,55
3	496,38
4	583,15
5	660,77
6	731,80
7	797,78
8	859,73
9	918,35
10	974,16
11	1027,57
12	1078,88

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Peraltro si apprezzano rilevanti differenze a livello territoriale (Tabella 2). Come era lecito aspettarsi l'impovertimento delle famiglie si concentra nel centro-sud, ove le famiglie hanno in partenza redditi inferiori⁹.

Tabella 2 - Quota di famiglie che mediamente si impoveriscono a causa delle spese sanitarie sostenute o che sono soggette a spese catastrofiche – Metodologia WHO - Anno 2003

REGIONE	IMPOOR	CATA
Italia	0,09%	0,76%
Piemonte-Valle d'Aosta	0,02%	0,71%
Lombardia	0,02%	0,77%
Trentino Alto Adige	0,08%	1,68%
Veneto	0,00%	0,50%
Friuli Venezia Giulia	0,00%	1,29%
Liguria	0,00%	1,21%
Emilia Romagna	0,00%	1,06%
Toscana	0,01%	0,26%
Umbria	0,20%	0,94%
Marche	0,00%	0,26%
Lazio	0,00%	0,12%
Abruzzo	0,11%	1,33%
Molise	0,00%	1,05%
Campania	0,12%	0,68%
Puglia	0,23%	0,96%
Basilicata	0,30%	1,71%
Calabria	0,50%	1,19%
Sicilia	0,37%	0,94%
Sardegna	0,00%	0,72%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

⁹ Nelle elaborazioni sono ovviamente escluse le famiglie in partenza povere.

Passando a considerare le famiglie che devono sostenere spese catastrofiche (famiglie CATA)¹⁰ (Tabella 2), esse sono lo 0,76% a livello nazionale, con punte dell'1,71% in Basilicata e dell'1,68% in Trentino Alto Adige, pari rispettivamente a 3.669 e 6.208 nuclei familiari. Confrontando il dato ottenuto con i valori assunti da altri Paesi¹¹, l'Italia presenta valori in termini di percentuale di famiglie soggette a spese catastrofiche nettamente superiori a quelli riscontrati nei principali Paesi europei (Francia, Germania, UK, Spagna). Rispetto all'anno precedente la quota di famiglie impoverite è aumentata del 18,0%, mentre quella delle famiglie soggette a spese catastrofiche è diminuita del 22,0%. Infine si è elaborato l'indice FFC (Tabella 3), che riassume la *fairness* del sistema: l'indicatore non è esente da problemi¹², ma viene riproposto anche al fine di effettuare un confronto con quanto emerso dallo studio internazionale di Murray (2003)¹³. Come si evince dalla Tabella 3, l'Italia si colloca allo stesso livello di Slovenia, Francia e Spagna ma sempre sotto i valori degli altri principali Paesi europei¹⁴, denotando in definitiva una scarsa attenzione verso il problema dell'equità nel cosiddetto *burden space*.

Tabella 3 - Fairness in Financial Contribution Index – Confronti internazionali

PAESI	FFC
Slovacchia	0,941
UK	0,921
Danimarca	0,920
Svezia	0,920
Germania	0,913
Ungheria	0,905
Repubblica Ceca	0,904
Belgio	0,903
Finlandia	0,901
Romania	0,901
Islanda	0,891
Slovenia	0,890
Italia (2003)	0,890
Francia	0,889
Spagna	0,889
Norvegia	0,888
Italia (2002)	0,882
Lituania	0,875
Svizzera	0,875
Estonia	0,872
Croazia	0,865
Bulgaria	0,862
Grecia	0,858
Portogallo	0,845
Lettonia	0,828
Ucraina	0,788

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e WHO (Murray et al.) 2003

¹⁰ La soglia è stata posta al 40,0% della capacity to pay come negli studi promossi dalla WHO – Cfr. anche nota 7.

¹¹ Murray (2003).

¹² Cfr. Wagstaff (2001), *op. cit.*

¹³ È utile sottolineare che nello studio WHO l'Italia non è stata presa in considerazione.

¹⁴ Gli indicatori sono riferiti ad anni diversi.

Per quanto riguarda l'analisi del grado di *fairness* nelle Regioni italiane (Tabella 4), la Basilicata (0,862) ha il valore minore, mentre Lazio (0,923) e Toscana (0,913) hanno i risultati migliori. In ogni caso le Regioni italiane, con l'esclusione di Lazio e Toscana, si posizionano tutte a livelli di *fairness* inferiori rispetto a Regno Unito, Danimarca, Svezia e Germania, e in media anche sotto Francia e Spagna.

Tabella 4 - Fairness in Financial Contribution Index – Italia 2003

REGIONE	FFC
Basilicata	0,862
Trentino Alto Adige	0,862
Friuli Venezia Giulia	0,868
Sicilia	0,871
Calabria	0,875
Puglia	0,877
Abruzzo	0,880
Molise	0,880
Liguria	0,889
Italia	0,890
Lombardia	0,891
Umbria	0,891
Piemonte e Valle d'Aosta	0,891
Sardegna	0,894
Emilia Romagna	0,895
Campania	0,897
Marche	0,898
Veneto	0,899
Toscana	0,913
Lazio	0,923

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Complessivamente si apprezza un miglioramento degli indici di *fairness* per le Regioni Emilia Romagna, Campania, Lombardia, Veneto e Lazio; peggiorano invece gli indici di *fairness* per Trentino Alto Adige, Umbria, Abruzzo e Friuli Venezia Giulia.

5.2.4 Gli indicatori di *fairness* secondo l'approccio WHO rivisto dal CEIS

La soglia di povertà utilizzata dalla WHO appare poco adatta ad un contesto sviluppato come quello italiano; si è pertanto replicato l'esercizio utilizzando le soglie di povertà ricalcolate secondo la metodologia ISTAT¹⁵ (Tabella 5).

¹⁵ Cfr. ISTAT, *Approfondimenti*, 30 Giugno 2004 e ISTAT, *Statistiche in breve*, 13 Ottobre 2004.

Tabella 5 - Soglie di povertà relativa (in €) per livelli di composizione familiare – ISTAT – Anno 2003

COMPONENTI	SOGLIA DI POVERTÀ RELATIVA	SOGLIA DI POVERTÀ ASSOLUTA (RIVALUTATA)
1	521,70	392,99
2	869,50	589,12
3	1156,44	836,77
4	1417,29	1059,63
5	1652,05	1335,53
6	1878,12	1539,29
7 e +	2086,80	1736,97

Fonte: ISTAT

La metodologia ISTAT porta ad aumentare le soglie di povertà relativa e il livello di spese di sussistenza, come è ovvio, ricordando che nel concetto di sussistenza della WHO si considera solo la spesa alimentare, si ha un aumento della stima delle famiglie a rischio di impoverimento, come anche di quelle soggette a spese catastrofiche (Tabella 6).

Tabella 6 - Spese catastrofiche e famiglie che si impoveriscono a causa delle spese sanitarie sostenute – Metodologia CEIS – Anno 2003

REGIONE	IMPOOR	CATA
Italia	1,3%	4,2%
Piemonte-Valle d'Aosta	0,9%	3,6%
Lombardia	0,5%	2,4%
Trentino Alto Adige	0,9%	3,7%
Veneto	0,8%	2,0%
Friuli Venezia Giulia	1,4%	4,9%
Liguria	0,9%	3,1%
Emilia Romagna	1,4%	2,9%
Toscana	0,9%	1,3%
Umbria	1,8%	4,1%
Marche	1,1%	2,3%
Lazio	1,0%	1,5%
Abruzzo	2,7%	7,3%
Molise	1,9%	8,4%
Campania	2,2%	6,4%
Puglia	2,1%	6,7%
Basilicata	2,5%	8,4%
Calabria	3,4%	11,7%
Sicilia	2,0%	9,7%
Sardegna	1,9%	4,3%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

In questa nuova elaborazione le famiglie che si impoveriscono sarebbero l'1,3% pari a 297.299 nuclei. Ovviamente si conferma la prevalenza nel Mezzogiorno, con punte del 3,4% in Calabria (24.386 nuclei), il 2,5% (5.441 nuclei) in Basilicata e il 2,2% in Campania (41.981 nuclei). In questo contesto anche le Regioni del Nord sono soggette al fenomeno, con punte dell'1,4% (rispettivamente 6.984 e 22.885 nuclei) in Friuli Venezia Giulia e in Emilia Romagna (Tabella 6)¹⁶.

La stima delle famiglie soggette a spese catastrofiche, seguendo i nuovi parametri di elaborazione, è del 4,2% per l'Italia, pari a 940.427 nuclei.

Anche le spese catastrofiche sono più frequenti nel Sud Italia, dove tutte le Regioni presentano percentuali superiori al valore nazionale (Tabella 6)¹⁷. Spiccano in particolare Sicilia, Calabria, Basilicata e Molise con una proporzione di catastroficità doppia rispetto a quella nazionale. Le Regioni del Nord (con l'esclusione del Friuli Venezia Giulia con un 4,9% pari a 25.024 nuclei) presentano invece livelli di spese catastrofiche più bassi del valore per l'intero Paese. Un elemento di grande interesse è rappresentato dalla probabilità di incorrere in impoverimento o in spese catastrofiche, condizionatamente alla necessità/volontà di sostenere spese sanitarie dirette.

Tabella 6b - Spese catastrofiche e famiglie che si impoveriscono a causa delle spese sanitarie sostenute rispetto alle famiglie che hanno sostenuto spese *out of pocket* Metodologia CEIS – Anno 2003

REGIONE	IMPOOR	CATA
Italia	2,2%	6,9%
Piemonte-Valle d'Aosta	1,3%	5,6%
Lombardia	0,8%	3,8%
Trentino Alto Adige	1,6%	6,4%
Veneto	1,2%	3,0%
Friuli Venezia Giulia	2,5%	9,0%
Liguria	1,4%	4,5%
Emilia Romagna	2,1%	4,6%
Toscana	1,5%	2,3%
Umbria	2,8%	6,5%
Marche	1,8%	3,9%
Lazio	1,8%	2,5%
Abruzzo	4,9%	13,2%
Molise	3,6%	15,5%
Campania	3,7%	11,0%
Puglia	3,6%	11,3%
Basilicata	5,5%	18,2%
Calabria	5,4%	18,7%
Sicilia	3,4%	16,9%
Sardegna	3,3%	7,4%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

¹⁶ Cfr. nota 7.

¹⁷ Cfr. nota 7.

A questo proposito emerge che il 60,8% dei nuclei effettua spese *out of pocket* ogni mese. Riportare i valori dei nuclei impoveriti o soggetti a catastroficità a questo sottoinsieme riduce il possibile effetto sugli indici di variazioni territoriali di morbosità. Questa analisi “condizionata” porta ad un ovvio aumento delle percentuali sia regionali che nazionali (il 2,2% dei nuclei che affrontano spese *out of pocket* si impoveriscono e il 6,9% affronta spese catastrofiche). È interessante notare come il ranking delle Regioni non subisca variazioni significative né per l’impoverimento (si presentano solo alcuni scambi di posto tra Regioni contigue come Marche e Lombardia, Sicilia e Basilicata ed Emilia Romagna e Liguria), né per l’analisi della catastroficità dove le Regioni che compiono spostamenti notevoli in graduatoria (due posizioni) sono quelle più piccole (Molise e Basilicata), più soggette ad effetti di distorsione del campione.

Tale risultato supporta l’ipotesi che le differenze regionali siano prevalentemente dovute a differenze nel reddito e nei sistemi sanitari piuttosto che alla diversa proporzione di “ammalati” nelle Regioni.

5.2.5 Alcune riflessioni sui motivi dell’impoverimento e delle spese catastrofiche

Al fine di avere una migliore comprensione del fenomeno si è provveduto ad analizzare la composizione delle spese sanitarie *out of pocket*, per tipologia di consumo del nucleo familiare. Come era lecito aspettarsi, la quota di spesa *out of pocket* sul totale dei consumi familiari è relativamente costante (“ognuno si cura come può”) anche se, almeno per la popolazione nei quintili più alti (3, 4 e 5), è presente una certa correlazione al consumo totale e quindi, presumibilmente, al reddito.

La Tabella 7 fornisce le quote di *out of pocket* per quintili di consumo totale: il 1° quintile è il più “povero” e il 5° il più ricco.

Tabella 7 - Quota di consumo sanitario <i>out of pocket</i> sul consumo totale per quintili di consumo totale – Metodologia CEIS – Italia 2003						
QUINTILE	1	2	3	4	5	TUTTA ITALIA
TOT	3,7%	3,4%	3,4%	3,8%	4,3%	3,9%
POOR	3,0%	1,8%	2,7%	-	-	2,5%
IMPOOR	15,9%	11,6%	14,8%	33,6%	83,1%	14,8%
CATA	13,3%	18,5%	31,2%	34,9%	46,5%	28,4%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Appare di grande interesse replicare l’analisi per tipologia di nucleo familiare, considerando separatamente le famiglie povere, quelle impoverite e quelle soggette a spese catastrofiche (Tabella 7).

La quota di spese sanitarie *out of pocket* per le famiglie povere è ovviamente minore che nel complesso del campione, quella delle famiglie impoverite è invece più alta e cresce al

crescere del consumo, chiara conseguenza del fatto che è necessaria una spesa maggiore per fare impoverire una famiglia più ricca. Si noti in particolare che le famiglie povere non sono comunque libere da oneri per l'assistenza sanitaria.

Per le famiglie soggette a spese catastrofiche, la quota di spesa *out of pocket* è superiore che nel campione generale; inoltre nei quintili "più poveri" è in media inferiore al 40% del consumo, in quanto con la metodologia CEIS la capacità di spesa viene sempre stimata sul consumo ma al netto della soglia di povertà assoluta ISTAT.

Come ulteriore analisi si è andati ad analizzare la composizione della spesa sanitaria *out of pocket* nei diversi sottoinsiemi.

Tabella 8a - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo totale – Tutte le famiglie – Italia 2003

QUINTILI	1	2	3	4	5
Ospedale	0,2%	0,7%	0,7%	1,5%	3,4%
Specialistica	11,3%	13,9%	13,5%	12,9%	10,8%
Dentista	2,7%	8,0%	10,3%	17,5%	33,6%
Analisi	5,7%	7,2%	6,5%	7,3%	6,6%
Apparecchi	2,7%	5,2%	6,4%	6,0%	8,8%
Termali	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	0,7%
Farmacia	73,1%	59,3%	56,0%	47,6%	31,5%
Disabilità e serv. Ausiliari	4,3%	5,6%	6,4%	6,8%	4,6%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

La popolazione italiana spende per assistenza sanitaria (Tabella 8a) fondamentalmente per l'acquisto di farmaci (in larga misura per effetto dei *ticket*), tale quota decresce al crescere dei quintili di consumo. Segue per importanza l'assistenza specialistica che rimane costante nei quintili.

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

La quota per la disabilità mantiene un andamento costante nei quintili, causa probabilmente del diverso tipo di assistenza che gli individui nei vari livelli di consumo possono fornire ai membri dei nuclei non autosufficienti.

Questo conferma che i *ticket* sono una componente importante della spesa *out of pocket*, ma anche che la copertura per le cure dentistiche e per la disabilità sono molto carenti.

Tabella 8b - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo totale – Famiglie povere – Metodologia WHO – Italia 2003

QUINTILI	1
Ospedale	3,7%
Specialistica	8,1%
Dentista	0,0%
Analisi	0,1%
Apparecchi	0,0%
Termali	0,0%
Farmacia	88,0%
Disabilità e serv. Ausiliari	0,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Per le famiglie povere (Tabella 8b), il dato più eclatante è che la spesa *out of pocket* si concentra sulla farmaceutica; tale dato non cambia nemmeno se si considerano le famiglie “relativamente povere” (Tabella 8c), se cioè si applica alla metodologia WHO la soglia di povertà relativa dell’ISTAT. Questo denota un fallimento della politica delle esenzioni, probabilmente derivante dalla quota fissa per ricetta che rimane comunque a carico della famiglia.

Tabella 8c - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo totale – Famiglie povere – Metodologia CEIS – Italia 2003

QUINTILI	1	2	3
Ospedale	0,8%	0,9%	0,3%
Specialistica	10,3%	12,1%	11,3%
Dentista	1,8%	6,3%	21,4%
Analisi	6,4%	10,5%	2,0%
Apparecchi	2,2%	5,9%	5,1%
Termali	0,0%	0,0%	0,0%
Farmacia	76,2%	63,9%	60,0%
Disabilità e serv. Ausiliari	2,2%	0,4%	0,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Tabella 8d - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo totale – Famiglie impoverite – Metodologia CEIS – Italia 2003

QUINTILI	1	2	3
Ospedale	0,0%	4,0%	7,4%
Specialistica	9,2%	11,1%	10,3%
Dentista	6,4%	15,0%	27,2%
Analisi	3,5%	12,5%	2,0%
Apparecchi	1,8%	5,3%	2,3%
Termali	0,0%	0,0%	0,0%
Farmacia	66,5%	45,2%	36,5%
Disabilità e serv. Ausiliari	12,6%	7,0%	14,3%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Appare sorprendente la presenza di impoverimento in tutti i quintili di consumo anche se la maggior parte delle famiglie impoverite (86,3%) si concentra nei primi due.

La struttura dell'impoverimento (Tabella 8d) è molto variabile in funzione del quintile di consumo (e quindi presumibilmente di reddito). L'analisi dei primi tre quintili (in cui si concentra il 98,1% delle famiglie impoverite) mostra come le spese farmaceutiche siano sempre una componente predominante ma decrescente in funzione del livello di consumo; anche le cure odontoiatriche continuano ad avere un ruolo determinante: la quota di tali spese appare crescere con il consumo, probabilmente per un effetto "rinuncia" tra le fasce meno abbienti della popolazione.

Nell'impoverimento assume un ruolo predominante l'assistenza per la disabilità, e questo dovrebbe essere un elemento chiave degli interventi di politica sanitaria.

Un'ultima osservazione va fatta sull'andamento crescente della quota di out of pocket dovuta all'ospedalità, tale andamento è probabilmente legato alla maggiore domanda di ospedalità privata all'aumentare delle possibilità di consumo.

Tabella 8e - Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo totale – Famiglie soggette a spese catastrofiche – Metodologia CEIS – Italia 2003

QUINTILI	1	2	3	4	5
Ospedale	0,6%	2,1%	2,1%	8,5%	11,5%
Specialistica	11,7%	15,1%	11,2%	2,7%	1,8%
Dentista	4,3%	18,5%	29,9%	50,0%	70,9%
Analisi	5,6%	6,6%	3,3%	2,1%	1,0%
Apparecchi	4,6%	7,4%	8,8%	6,4%	6,5%
Termali	0,0%	0,0%	0,1%	1,8%	0,3%
Farmacia	65,6%	30,8%	20,4%	8,4%	3,9%
Disabilità e serv. Ausiliari	7,6%	19,5%	24,2%	20,2%	4,2%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Anche per le famiglie soggette a spese catastrofiche (Tabella 8e), l'analisi deve essere distinta a seconda dei quintili: in quelli centrali (2, 3 e 4) hanno notevole rilevanza le spese per la disabilità e i servizi ausiliari, la farmaceutica e il dentista. Questo, oltre a confermare quanto già evidenziato, mostra come la presenza di un disabile o un anziano non autosufficiente (anche se solo temporaneamente) possa mettere in difficoltà le famiglie di reddito medio che tentino di ricorrere ad aiuto di personale esterno al nucleo familiare. Il peso appare ancora più accentuato se si considera che anche parte della quota di out of pocket dovuto al noleggio di apparecchiature e protesi è spesso legata al fenomeno della disabilità. Tale effetto sembra essere attenuato nel quinto quintile, probabilmente dalla presenza di redditi più alti. Per le famiglie presumibilmente più ricche, oltre alla predominanza delle spese per il dentista, rileva anche la percentuale di spesa legata all'ospedalità, effetto probabilmente di una scelta di *opting out* delle famiglie più abbienti dal sistema ospedaliero pubblico.

5.2.6 Conclusioni

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

L'evidenza statistica sottolinea come un numero ancora rilevante di famiglie, 19.204 secondo l'approccio WHO, 297.299 nella rielaborazione da noi effettuata sulla base delle soglie di povertà relativa e assoluta dell'ISTAT, cadono mediamente ogni mese sotto la soglia di povertà a causa di spese sanitarie.

Inoltre una quota di famiglie, in larga misura distinte dalle prime, è chiamata a sostenere spese sanitarie cosiddette "catastrofiche", ovvero superiori al 40,0% della propria *capacity to pay*. Si tratta di 940.427 famiglie (168.891 se si fa riferimento alla metodologia della WHO), che in qualche modo possiamo dire che sono in "affanno" economico a causa dei consumi sanitari; anche se in alcuni casi i nuclei predetti possono far fronte senza problemi alle spese, esprimono con la loro volontà di consumo una disaffezione verso il SSN e sono potenzialmente incentivati a chiedere la libertà di fuoriuscire dal sistema sanitario obbligatorio nazionale (*opting out*).

Rispetto al 2002 il numero degli impoveriti, calcolato con la correzione CEIS, diminuisce di circa il 2%, quello delle famiglie soggette a spese catastrofiche dell'11,0%.

Complessivamente la *fairness* del sistema, misurata tramite l'FFC, migliora portando il Paese a livelli più simili a quelli di altri Paesi europei (Spagna e Francia), ma ancora lontano dai Paesi più "fair" quali Regno Unito, Danimarca, Svezia, o Germania. A livello regionale le differenze risultano notevoli, si rilevano alcuni miglioramenti sia al Nord (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) che nel Centro-Sud (Campania e Lazio).

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

A priori si può dire che dovendo (o volendo) affrontare una spesa sanitaria privatamente, si ha una probabilità nel 2,0% dei casi di impoverirsi e nel 7,0% di spendere oltre il 40% della propria *capacity to pay*.

Assistenza odontoiatrica e LTC sembrano confermarsi i principali bisogni residui della popolazione italiana, in quanto non adeguatamente coperti dall'assicurazione pubblica: la nostra analisi ne quantifica l'impatto sui bilanci familiari.

L'analisi della composizione della spesa *out of pocket* delle famiglie povere indica che il sistema delle esenzioni urge di una riforma sostanziale, essendo in generale poco selettivo (in alcune Regioni in pratica rende inutili i *ticket*) e nello stesso tempo non garantisce l'assenza di oneri per le famiglie povere.

Le ragioni dell'impoverimento e delle spese catastrofiche, pur con elementi comuni, sembrano distinte. Nel primo caso LTC e *ticket* sembrano giocare un ruolo fondamentale; nel secondo caso anche il ricovero ospedaliero e il dentista hanno un'importanza rilevante per le famiglie più ricche.

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

Bibliografia

- ISTAT (2004), *La povertà assoluta: informazioni sulla metodologia di stima*.
- ISTAT (2004), *La povertà relativa in Italia nel 2003*.
- Maruotti A., Mennini F.S., Piasini L., Spandonaro F. (2004), *Equità e fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano*, in CEIS Rapporto Sanità 2004.
- Mennini et al. (2004), *Monitoraggio della Spesa Sanitaria e del Finanziamento dell'Assistenza Sanitaria*, forthcoming in *Salute e Territorio*, 2004.
- Murray et al. (2003), *Assessing the Distribution of Household Financial Contribution to the Health System: Concepts and Empirical Application*, Health System Performance Assessments, Geneva, WHO.
- Rafaniello A., Spandonaro F. (2003), *Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistributivi*, in CEIS Rapporto Sanità 2003.
- Wagstaff A. (2001), *Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index*, Development Research Group and Human Development Network, World Bank.
- World Health Organization (2004), *Distribution of health payments and catastrophic expenditures*.
- Xu et al. (2003), *Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical and Technical Challenges*. Health Systems Performance Assessments, Geneva, WHO.