

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

Capitolo 4

Equità

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

Doglia M.¹, Spandonaro F.¹

4.1.1 Introduzione e obiettivi

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

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

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

4.1.2 Dati e metodologia

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

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

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

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

4.1.3 L'impoverimento e le spese catastrofiche

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

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

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

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

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

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

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

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

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

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

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

4.1.5 Conclusioni

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

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

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

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

4.2 - Le politiche tariffarie ospedaliere in Italia

Rocchetti I., Sciattella P².

4.2.1 Introduzione

La spesa ospedaliera è, come noto, parte preponderante della spesa sanitaria: in Italia, secondo l'ultimo dato ufficiale disponibile, contenuto nel Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria 2002-2003, essa rappresenta il 48% della spesa pubblica totale.

La spesa ospedaliera afferente gli ospedali a gestione diretta delle Asl si è incrementata, in termini nominali, tra il 1997 e il 2004 del 44%, mentre quella afferente alle strutture private accreditate del 20% (Aiop, 2006). Proprio per le ingenti e crescenti risorse che assorbe, l'assistenza ospedaliera sta assumendo un ruolo sempre più centrale nelle politiche sanitarie di gran parte dei Paesi occidentali e in particolare in Italia. L'assorbimento di risorse è, fra l'altro, legato ai sistemi di finanziamento e remunerazione prescelti a livello Paese.

Il sistema di classificazione e remunerazione delle prestazioni ospedaliere presente oggi in Italia è stato introdotto nel 1993, nell'ambito del processo di aziendalizzazione delle strutture di ricovero, e si è di fatto stabilizzato nel 1995 con l'adozione del sistema a livello nazionale e l'introduzione del finanziamento prospettico degli ospedali, in uso negli Stati Uniti già dal 1983.

Come è noto, il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere nel nostro Paese è basato sui DRG (*Diagnosis Related Groups*, in italiano "Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi", ROD).

Il sistema introdotto nel 1993 ha rivoluzionato le modalità con cui sono gestiti i flussi di finanziamento ospedaliero: ogni ricovero viene attribuito al rispettivo DRG e, in via di principio, pagato dall'ente finanziatore in base alla tariffa determinata a livello regionale, a prescindere dal costo effettivo sostenuto. Gli ospedali dovrebbero in questo modo essere incentivati a ridurre gli sprechi garantendo allo stesso tempo un'alta qualità dei servizi ed una equità nella distribuzione delle risorse.

La classificazione dei ricoveri adottata si basa sul principio generale secondo il quale malattie simili, trattate in reparti ospedalieri simili, hanno mediamente lo stesso livello di complessità e comportano mediamente lo stesso utilizzo di risorse e quindi lo stesso

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

² Facoltà di Scienze Statistiche, Università degli studi di Roma "La Sapienza".

costo. Di conseguenza le tariffe stabilite per la remunerazione delle prestazioni dovrebbero rispettare il criterio “isorisorse”, su cui lo stesso sistema DRG si fonda.

Evidentemente, la corretta determinazione della tariffa appare fondamentale: scarti dai valori reali dei costi mediamente sostenuti, introdurrebbero nel sistema distorsioni e incentivi a comportamenti opportunistici.

Dobbiamo aggiungere che il progressivo decentramento di responsabilità alle Regioni ha di fatto determinato una pleora di modifiche al sistema tariffario inizialmente adottato.

Il primo tariffario nazionale delle prestazioni ospedaliere per acuzie eseguite in regime ordinario e in *day hospital* risale, infatti, al 1994 (DM 14/12/1994); ad esso è seguito un aggiornamento nel 1997 (DM 30/06/1997). La normativa nazionale, oltre a stabilire la remunerazione massima che può essere corrisposta ai soggetti erogatori, già dal 1995 ha concesso alle singole Regioni e alle Province Autonome la facoltà di adottare propri dei tariffari regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Oggi ogni Regione ha adottato propri tariffari, in alcuni casi arrivando a modificare (o integrare) anche i raggruppamenti (DRG) delle diagnosi.

L'obiettivo di questo contributo è quello di analizzare come si siano evoluti i livelli regionali di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, attraverso l'analisi e il confronto longitudinale dei tariffari ospedalieri regionali, tenendo altresì presente che molte Regioni adottano già da tempo tariffari diversi in funzione della tipologia delle strutture erogatrici. Tale analisi è finalizzata non solo alla rilevazione statistica delle differenze tariffarie tra le Regioni³, ma anche alla comprensione e alla spiegazione dei fattori che determinano l'evoluzione delle tariffe stesse.

4.2.2 Analisi longitudinale

Un primo obiettivo del nostro studio è quello di verificare se i livelli tariffari medi ospedalieri (ci concentreremo su quelli per ricoveri in acuzie) delle singole Regioni abbiano subito delle variazioni nel corso del tempo e quantificare eventualmente tali variazioni. In questo contesto ci siamo limitati a sintetizzare le differenze relative ai primi 50 DRG (i più frequenti) in ricovero ordinario per acuzie (Vd. Appendice); essi assorbono il 43% circa della spesa (teorica) per l'assistenza ospedaliera degli acuti in regime ordinario (elaborazione Ceis Sanità sulle schede di dimissione ospedaliera del 2004).

La tabella 1 mostra, relativamente ai 50 DRG più frequenti, le variazioni percentuali medie delle tariffe intervenute nel periodo 1997-2006, per un insieme significativo di Regioni e per singole tipologie di strutture assistenziali. Le medie sono state ottenute ponderando gli incrementi (o i decrementi) percentuali per il case-mix regionale relativo ai DRG considerati; la banca dati utilizzata è quella delle SDO fornite dal Ministero della Salute relative all'anno 2004.

³ *A causa della carenza di dati in serie storica a disposizione non è stato possibile stimare le variazioni nei tariffari di tutte le Regioni.*

Tabella 1 - Variazioni percentuali medie dei rinnovi tariffari, primi 50 DRG per Regione e tipologia di struttura

Regione	Anni	Tipologia struttura	Variazioni percentuali medie
Basilicata	1997/2005	Fascia A: strutture pubbliche	- 15%
	1997/2005	Fascia B: strutture private	- 3%
Provincia Autonoma Bolzano		Fascia A: strutture complesse (Ospedale centrale di Bolzano)	0%
	2000/2001	Fascia A	0%
	2001/2004	Fascia A	0%
	2004/2006	Fascia A	0%
		Fascia B: strutture intermedie (Ospedali aziendali di Merano, Bressanone e Brunico)	0%
	2000/2001	Fascia B	0%
	2001/2004	Fascia B	0%
	2004/2006	Fascia B	0%
		Fascia C: strutture di base (Ospedali di base di Silandro, Vipiteno e S. Candido)	0%
	2000/2001	Fascia C	0%
	2001/2004	Fascia C	0%
	2004/2006	Fascia C	0%
	Fascia D: Per strutture ospedaliere senza pronto soccorso, terapia intensiva o semintensiva e quant'altro richieda particolare sforzo organizzativo e strumentale (case di cura private accreditate).	7%	
2000/2001	Fascia D	7%	
2001/2004	Fascia D	7%	
2004/2006	Fascia D	5%	
Calabria	2001/2002	Tariffario unico	-10%
	2002/2002 (DRG 457/LR 29)	Tariffario unico	-12%
	2002/2002 (LR 29/LR 51)	Tariffario unico	0%
	2002/2005	Tariffario unico	19%
	2005/2006	Tariffario unico	-11%
Emilia Romagna		Fascia A: A.O., IRCCS, Presi di Ospedalieri con DEA	2%
	2000/2001	Fascia A	0%
	2001/2002	Fascia A	1,4%
	2002/2003	Fascia A	2%
	2003/2004	Fascia A	0%
	2004/2005	Fascia A	0%
		Fascia B: Presidi Ospedalieri privi di DEA, case di cura tranne l'alta specialità	2%
	2000/2001	Fascia B:	0%
	2001/2002	Fascia B:	8%
	2002/2003	Fascia B:	2%
	2003/2004	Fascia B:	0%
	2004/2005	Fascia B:	0%
Friuli Venezia Giulia		Fascia A: strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria ovvero sede di attività di ricerca o di attività didattica universitaria	10%
	1999/2000	Fascia A	10%
	2000/2001	Fascia A	5%
	2001/2002(DGR 149)	Fascia A	3,4%
	2002(DGR 149)/2002(4502)	Fascia A	5%
	2002/2004	Fascia A	2%
	2004/2005	Fascia A	1%
	2005/2006	Fascia A	-16%
	1999/2000	Fascia B: tutte le altre strutture e case di cura	10%
	2000/2001	Fascia B	5%
	2001/2002(DGR 149)	Fascia B	3,4%
	2002(DGR 149) /2002 (DGR 4502)	Fascia B	5%
	2002/2004	Fascia B	2%
	2004/2005	Fascia B	1%
2005/2006	Fascia B	1%	

Segue

segue Tabella 1- Variazioni percentuali medie dei rinnovi tariffari, primi 50 DRG per Regione e tipologia di struttura

Regione	Anni	Tipologia struttura	Variazioni percentuali medie
Lombardia	2000(DGR 48854) /2000(DGR 941)	Tariffario unico	0%
	2000(941)/2001	Tariffario unico	0%
	2001/2002	Tariffario unico	0%
	2002/2003(DGR 13796)	Tariffario unico	-5,7%
	2003 (DGR 13796) /2004 (DGR 18585)	Tariffario unico	2%
	2004 (DGR 18585) /2004 (DGR 19688)	Tariffario unico	1%
Toscana	2003/2004	Fascia A: Presidi che operano in emergenza urgenza	2,5%
	2003/2004	Fascia B: Presidi che operano in elezione programmata	2,3%
Umbria	2001/2002	Tariffario unico	2,7%
		Fascia A: Strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di secondo livello (incremento 20% tariffario base regionale)	
	2004/2005		0%
	2005/2006	Fascia A	3,3%
		Fascia B: Strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di primo livello (incremento 10% tariffario base regionale)	
	2004/2005		0%
	2005/2006	Fascia B	3,3%
		Fascia C: Altre strutture non rientranti nelle fasce precedenti (tariffario base regionale)	
2004/2005		0%	
2005/2006	Fascia C	3,3%	
Valle d'Aosta	1995/1997	Tariffario unico	6,5%
	1997/2004	Tariffario unico	0%
Veneto	2004/2005	Tariffario unico	-4%
	2005/2006	Tariffario unico	1,4%

Fonte: elaborazioni Ceis Sanità su dati dei DGR, LR.

Dalle nostre elaborazioni risulta che non sono infrequenti i casi di variazioni nulle per lunghi periodi. Essendo nel frattempo intervenuti aumenti in tutti le voci di costo sanitario, per effetto dei rinnovi contrattuali, dell'inflazione, etc., di fatto si registra una forte contrazione dei livelli di remunerazione riconosciuti.

In alcune Regioni, in particolare Calabria e Basilicata, le tariffe sono addirittura mediamente diminuite. Tali andamenti dovrebbero far ritenere che le tariffe nazionali, inizialmente determinate, siano state regionalmente valutate come fortemente sovrastimate. Il caso della Calabria appare peraltro paradigmatico di una non chiara strategia tariffaria. Si nota che le tariffe introdotte dal DGR 512 del 2001 vengono ridotte di 10 punti percentuali dal DGR 457 del 2002. Leggi regionali successive (LR 29 e LR 51) prevedono rispettivamente una decurtazione temporanea del 12% e l'autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2003 senza alcuna modifica tariffaria. Nel 2005, di contro, le tariffe dei 50 DRG risultano nuovamente incrementate, in media del 19% rispetto alle tariffe introdotte dalla LR 29 del 2002. Dopodiché, un ulteriore aggiornamento delle tariffe è stato introdotto nel 2006, riducendo di nuovo, in media dell'11%, le remunerazioni.

Alcune Regioni hanno invece agito sulle differenze di remunerazione fra tipologie di ero-

gatori. Ad esempio nel Friuli Venezia Giulia i tariffari prevedono una suddivisione delle strutture ospedaliere in due fasce:

- Fascia A: strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria ovvero sede di attività di ricerca o di attività didattica universitaria;
- Fascia B: tutte le altre strutture e case di cura.

Le tariffe ospedaliere per le strutture appartenenti alle due diverse fasce seguono variazioni opposte tra il 1999 e il 2000: mentre per le strutture di fascia A infatti le tariffe aumentano in media del 10% per i ricoveri ordinari, per le strutture di fascia B le tariffe subiscono una decurtazione media del -16%.

Dal 2001 le tariffe delle diverse tipologie di strutture seguono lo stesso *trend*, con variazioni identiche sia tra fasce, che tra regimi di ricovero; l'incremento più importante è quello introdotto dal DGR del 2001 che determina un aumento medio delle tariffe del 10%, mentre i decreti successivi fanno registrare progressivi incrementi percentuali nel corso degli anni che variano dall'1% al 5%. Per quanto riguarda la differenza tra fasce, si riscontrano tariffe maggiori in media del 27% nelle strutture appartenenti alla fascia A, tale differenza rimane costante nel tempo. Sembra quindi che ci sia stata una programmata rideterminazione dei costi di riferimento relativi alle due tipologie di strutture: una volta operata, gli incrementi hanno seguito lo stesso *trend*.

Al contrario, in Basilicata le tariffe ospedaliere delle strutture pubbliche diminuiscono in media del -15% tra il 1997 e il 2005, mentre le strutture private subiscono una riduzione media dei DRG più frequenti solo del -3%.

Analizzando le differenze tra strutture pubbliche e strutture private, per quanto riguarda le prestazioni in regime ordinario, si nota che nel 1997 le tariffe delle strutture pubbliche risultano superiori rispetto a quelle private in media del 25%, mentre tale differenza nel 2005 scende al 15%.

Nel tentativo di cogliere al meglio le differenze strutturali e di *case-mix* fra le diverse tipologie di strutture, la Provincia Autonoma di Bolzano adotta un tariffario diverso a seconda di quattro tipologie strutturali: Fascia A: strutture complesse (Ospedale centrale di Bolzano); Fascia B: strutture intermedie (Ospedali aziendali di Merano, Bressanone e Brunico); Fascia C: strutture di base (Ospedali di base di Silandro, Vipiteno e S. Candido); Fascia D: per strutture ospedaliere senza pronto soccorso, terapia intensiva o semintensiva e quant'altro richieda particolare sforzo organizzativo e strumentale (case di cura private accreditate). Le variazioni percentuali calcolate per le fasce A, B, C, non evidenziano modifiche nelle tariffe per le prestazioni di ricovero ordinario tra il 2000 e il 2006. Le strutture appartenenti alla fascia D subiscono progressivi incrementi tariffari nel corso degli anni, tra il 2000 e il 2001 per i ricoveri si verificano aumenti medi del 7%; lo stesso incremento si registra per le tariffe relative ai ricoveri ordinari tra il 2001 e il 2004. Tra il 2004 e il 2006 si ha un incremento medio dei costi degli acuti in regime ordinario del 5% per i primi 50 DRG. Confrontando le tariffe delle quattro categorie di strutture nei vari anni si vede che le differenze tra le fasce A, B e C rimangono invariate. Un discorso differente va fatto invece per la fascia D, le cui tariffe hanno subito un incremento nel corso degli anni.

Nel particolare, in regime ordinario la fascia A mantiene le sue tariffe più alte dell'11%

rispetto alla fascia B, del 17% rispetto alla fascia C; le tariffe della fascia B in regime ordinario risultano superiori rispetto a quelle della fascia C del 6%.

Per quanto riguarda la fascia D, invece, nel 2000 le tariffe risultano più basse rispetto alle fasce A, B e C rispettivamente del 40%, del 27% e del 20% per i ricoveri ordinari. Sempre relativamente alle strutture di tipo D, l'aumento negli anni successivi al 2000 delle tariffe relative ai primi 50 DRG ha portato nel 2006 i costi DRG ai seguenti livelli: -17% rispetto alla fascia A e -6% rispetto alla fascia B.

Anche l'Emilia Romagna utilizza un tariffario ospedaliero diverso a seconda delle tipologie di struttura (Fascia A: A.O., Irccs, Presidi ospedalieri con Dea; Fascia B: Presidi ospedalieri privi di Dea, Case di cura tranne l'alta specialità). Le variazioni percentuali delle due fasce nel tempo seguono lo stesso *trend*, entrambe infatti vedono aumentare le tariffe relative ai primi 50 DRG dal 2000 al 2001 dell'1%: la media è probabilmente condizionata da decisioni legate ad aspetti di appropriatezza: in particolare i valori del DRG 39 (interv. sul cristallino con o senza vitrectomia) variano del -93% nella fascia A e del -92% nella fascia B, mentre i costi relativi ai restanti DRG aumentano in tutte le strutture analizzate del 3%. Nel 2003 è stato concesso un aumento medio nei tariffari rispetto all'anno precedente dell'1,4% nella fascia A e dell'8% nella fascia B; in quest'ultimo caso però la media è fortemente influenzata dal DRG 467. Le tariffe nel 2004 risultano più alte in media del 2% rispetto a quelle dell'anno precedente e non subiscono ulteriori aumenti con il DGR 2126 del 2005.

Considerando la differenza tra le due fasce previste, essa rimane invariata nel 2000, 2001 e 2002, con tariffe delle strutture appartenenti alla fascia A in media più alte del 13% circa rispetto a quelle delle strutture appartenenti alla fascia B. Negli anni successivi le differenze riscontrate sono nell'ordine del 12% (2003), del 14% (2004) e del 10% (2005).

Per quanto riguarda la Lombardia, si nota come i DGR emanati dal 1998 al 2002 non determinino variazioni percentuali per le tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime ordinario. Nel 2003 il DGR 13796 comporta una riduzione media delle tariffe per ricovero ordinario del -5,7%. Nel 2004 vengono emanati due DGR, il 18585 e il 19688: il primo introduce un incremento medio del 2%, con il secondo un ulteriore 1%.

Per la Toscana (i dati raccolti si riferiscono agli anni 2003 e 2004), i tariffari DRG specifici si differenziano a seconda delle strutture di erogazione della prestazione di ricovero. Per i tariffari relativi alle strutture di fascia A (Presidi che operano in emergenza urgenza) si registra un aumento medio delle tariffe per le prestazioni di ricovero ordinario del 2,5%, mentre per la fascia B (Presidi che operano in elezione programmata) tali incrementi sono nei fatti leggermente inferiori (2,3%). Analizzando inoltre le differenze tra le tariffe delle strutture appartenenti alle due fasce, si registra una decurtazione dell'11% circa per le strutture di fascia B rispetto a quelle di fascia A.

Le tariffe di assistenza ospedaliera disponibili per l'Umbria sono quelle definite dai DGR del 2001, 2002, 2004, 2005 e 2006. La classificazione in fasce delle strutture ospedaliere è stata introdotta con il DGR 1950 del 9 dicembre 2004 secondo il criterio seguente:

- Fascia A: strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con Dea di secondo livello (incremento del 20% rispetto al tariffario base regionale);
- Fascia B: strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con Dea di primo livello

(incremento del 10% rispetto al tariffario base regionale);

- Fascia C: altre strutture non rientranti nelle fasce precedenti (tariffario base regionale). L'analisi svolta rivela come le tariffe (sempre relative ai 50 DRG più frequenti) per le strutture appartenenti alla fascia A siano maggiori del 20% rispetto a quelle base, mentre i tariffari per le strutture incluse nella rete di emergenza con Dea di primo livello differiscono dal tariffario base del +10%.

Le tariffe delle singole fasce non sono variate con il DGR 199 del 2005 rispetto a quanto deciso con il DGR 1950 del 2004, mentre il DGR 2019 del 2006 ha comportato, per i DRG più frequenti, un aumento medio in tutte le fasce del 3,3%.

Per quanto riguarda il tariffario unico in atto fino al 2004, tra il 2001 e il 2002 si registra un aumento medio delle tariffe per le prestazioni di ricovero ordinario relative ai primi 50 DRG pari al 2,7%.

Le tariffe di assistenza ospedaliera disponibili per la Valle d'Aosta sono quelle relative al DGR 6823 del 1995, DGR 3807 del 1997 e al DGR 4986 del 2004: tutti prevedono un tariffario unico (nella Regione insiste un unico ospedale). Il DGR 3807 del 1997 provoca un incremento medio del 6,5% rispetto alle tariffe definite dal DRG del 1995; il DGR del 2004 non modifica le tariffe introdotte dal decreto del 1997.

Le tariffe di assistenza ospedaliera disponibili per il Veneto sono quelle relative al DGR 4300 del 2004, DGR 62 del 2005 e al DGR 916 del 2006: anche in questo caso si tratta di tariffari unici validi per ogni struttura di ricovero, indipendentemente dalle sue specialità. Tra il 2004 e il 2005 si ha un decremento medio del -4% delle tariffe relative ai primi 50 DRG più frequenti, almeno per quanto riguarda il regime ordinario; al contrario tra il 2005 e il 2006 i costi medi subiscono un incremento dell'1,4%.

In conclusione si può notare che le tariffe DRG specifiche all'interno delle singole fasce subiscono nel corso del tempo nella maggior parte dei casi degli incrementi (con le notevoli eccezioni sopra ricordate). Tali incrementi non sono tuttavia molto consistenti, considerando che sono riferiti a 10 anni: le variazioni sono infatti complessivamente in media minori o uguali al +10%. Per quanto riguarda le differenze di tariffa tra le varie tipologie strutturali si nota un *trend* simile in tutte le Regioni: le strutture pubbliche vengono remunerate mediamente di più; le differenze rispetto alla fascia privata sono, fino agli anni più recenti, dell'ordine del 20%: nello specifico del 27% in Friuli Venezia Giulia, del 25% in Basilicata (fino al 2005), del 20% nella Provincia Autonoma Di Bolzano etc.

Gli scarti tra le tariffe relative alle diverse strutture tuttavia diminuiscono negli anni più recenti; basti pensare al caso della Basilicata, per cui fino al 2005 le tariffe pubbliche maggiorano quelle delle strutture private del 25% in regime ordinario, mentre dal 2005 al 2006 la maggiorazione scende al 15%.

Interessante è il fatto che mentre alcune Regioni considerate hanno sostanzialmente, anche se non in tutti gli anni, garantito almeno la copertura degli aumenti di costo derivanti dall'inflazione, ciò non è vero in generale. Sicuramente non sono stati "coperti" gli incrementi di costo di alcuni fattori di produzione: per confronto, nel periodo considerato, l'incremento percentuale medio annuo della spesa per il personale è stato del 3,5% e quello della spesa per beni e servizi del 10,9% (Assr, 2007).

4.2.3 Analisi variazioni massime e minime

Il secondo obiettivo che si è voluto perseguire è quello di analizzare quali siano i DRG che hanno subito nel corso del tempo incrementi o decrementi maggiori nella tariffa associata. La tabella sottostante mostra che i DRG soggetti a incrementi percentuali maggiori nelle varie Regioni sono quelli relativi alla “colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune senza cc”, a “interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori”, alla “calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni”, alla “psicosi” e agli “altri fattori che influenzano lo stato di salute”.

La variazione percentuale media (fra le Regioni) dei DRG considerati è pari al 20% per la colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, al 23% per gli interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori, al 12% per la calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni, al 27% per la psicosi.

I DRG che hanno subito più frequentemente riduzioni maggiori nel corso del tempo nelle Regioni considerate sono quelli relativi alla “legatura e *stripping* di vene” nell’ordine in media del -12%, all’“ipertensione” (-24%), alle “afezioni mediche del dorso” (-8%), alla “calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni” (-25%).

Nello specifico degli interventi sul cristallino l’Emilia Romagna tra il 2000 e il 2001 si caratterizza per la riduzione massima, pari al -92%.

Tabella 2a - DRG che presentano incrementi massimi

DRG	Descrizione DRG	Variazione massima
198	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	20%
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	23%
323	Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	12%
430	Psicosi	27%

Fonte: elaborazioni Ceis Sanità su tariffe regionali DRG specifiche

Tabella 2b - DRG che presentano decrementi massimi

DRG	Descrizione DRG	Variazione minima
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	-92%
119	Legatura e stripping di vene	-12%
134	Ipertensione	-24%
243	Afezioni mediche del dorso	-8%
323	Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	-25%

Fonte: elaborazioni Ceis Sanità su tariffe regionali DRG specifiche

Un aspetto molto importante da considerare è quello per cui la maggior parte dei DRG che in regime ordinario presentano riduzioni più elevate (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia, legatura e *stripping* di vene, ipertensione, affezioni mediche del dorso) fanno parte dei 43 DRG definiti “potenzialmente a rischio di inappropriatezza”; ciò evidenzia come le (riduzioni delle) tariffe siano state utilizzate come disincentivo ai ricoveri inappropriati.

4.2.4 Differenze tra DRG

Le Regioni e le Province Autonome, come sopra accennato, godono di autonomia nell'adozione dei tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera; proprio per questo motivo un nostro ulteriore obiettivo è quello di sintetizzare l'entità degli scarti esistenti nelle tariffe delle varie Regioni (sempre relativamente ai 50 DRG più frequenti), anche nell'ottica di valutare le garanzie di equità sul versante della remunerazione delle strutture. Per ogni DRG sono state selezionate tra le tariffe delle strutture pubbliche quelle delle Regioni che presentavano il valore massimo e minimo; è stato poi stimato lo scarto percentuale tra i valori estremi (Regione che presenta il massimo e il minimo) e il coefficiente di variazione su tutti i valori delle tariffe DRG specifiche in tutte le Regioni. I risultati ottenuti sono riassunti nella tabella 3.

Si può notare come le tariffe tra le diverse Regioni considerate si differenzino significativamente: in poco meno della metà dei casi, infatti, la differenza supera il 100%. Gli scarti minimi si registrano per i DRG “interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori”, “interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea”, “interventi sul ginocchio senza cc”, “aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia”, “interventi su dorso e collo, senza cc”: tali differenze sono dell'ordine del 40% in media.

I DRG soggetti a variazioni maggiori sono: “neonati con altre affezioni significative” (276,81%), “minaccia di aborto” (275,51%), “dolore toracico” (248,46%), “altri fattori che influenzano lo stato di salute” (238,65%).

La tabella 3 mostra che le tariffe più elevate, per la maggior parte dei DRG considerati, si registrano in Friuli Venezia Giulia (che non ci sembra un caso è la Regione con tassi di ospedalizzazione inferiori) mentre quelle più basse sono in Veneto e in Calabria.

È anche interessante notare come evolvano le differenze tariffarie nel tempo. I risultati mostrano un sostanziale incremento delle discrepanze regionali nell'ultimo quinquennio; nello specifico delle Regioni che dall'analisi precedente risultavano quelle con scarti medi maggiori (Friuli Venezia Giulia e Calabria), gli scarti relativi ai 50 Drg più frequenti passano in 5 anni dal 15% circa al 42% circa.

I dati sopra riportati attestano l'esistenza di grandi differenze nelle politiche tariffarie attuate dalle varie Regioni che non si spiegano con l'incremento medio delle tariffe, e difficilmente anche con diversi livelli dei costi unitari dei fattori produttivi.

Le Regioni esercitano la loro autonomia sul fronte delle politiche tariffarie, ma differenze così marcate non permettono di escludere che alcune tariffe abbiano poca attinenza con i costi reali delle prestazioni, rischiando di introdurre distorsioni nel sistema.

Tabella 3 - Scarti percentuali tra Regioni⁴

DRG	Regione valore massimo	Regione valore minimo	Scarto %	CV (Coefficiente di variazione)
12	Friuli V.G.	Veneto	114,71	0,31
14	Friuli V.G.	Basilicata	57,33	0,18
15	Friuli V.G.	Veneto	93,56	0,25
39	Friuli V.G.	Emilia R.	142,98	0,31
55	Umbria	Emilia R.	83,28	0,28
70	Friuli V.G.	Umbria	62,04	0,23
82	Friuli V.G.	Basilicata	57,34	0,17
87	Friuli V.G.	Basilicata	57,32	0,18
88	Friuli V.G.	Basilicata	67,18	0,21
89	Friuli V.G.	Veneto	71,98	0,23
98	Emilia R.	Basilicata	102,56	0,30
112	Friuli V.G.	Calabria	33,73	0,69
119	Umbria	Emilia R.	97,96	0,31
125	Veneto	Calabria	52,28	0,17
127	Friuli V.G.	Veneto	68,56	0,21
134	Friuli V.G.	Emilia R.	167,40	0,42
138	Friuli V.G.	Veneto	111,30	0,30
139	Friuli V.G.	Veneto	103,61	0,27
140	Friuli V.G.	Veneto	78,16	0,22
143	Friuli V.G.	Veneto	248,46	0,43
158	Friuli V.G.	Emilia R.	78,29	0,27
162	Umbria	Emilia R.	98,20	0,32
182	Friuli V.G.	Veneto	93,75	0,25
183	Friuli V.G.	Emilia R.	107,28	0,32
184	Friuli V.G.	Umbria	93,97	0,28
198	Umbria	Veneto	124,25	0,32
202	Friuli V.G.	Basilicata	67,15	0,20
203	Friuli V.G.	Basilicata	57,31	0,17
209	Friuli V.G.	Calabria	33,73	0,10
211	Umbria	Calabria	75,22	0,21
215	Veneto	Calabria	46,29	0,70
219	Umbria	Calabria	98,15	0,31
222	Friuli V.G.	Calabria	42,28	0,69
225	Umbria	Calabria	53,07	0,19
231	Emilia R.	Calabria	52,67	0,17
243	Friuli V.G.	Emilia R.	137,13	0,38
316	Friuli V.G.	Basilicata	57,33	0,18
323	Friuli V.G.	Veneto	123,46	0,27
324	Friuli V.G.	Veneto	189,38	0,42
359	Umbria	Emilia R.	118,67	0,33
371	Friuli V.G.	Emilia R.	109,74	0,24
373	Friuli V.G.	Emilia R.	163,79	0,37
379	Friuli V.G.	Veneto	275,51	0,46
381	Friuli V.G.	Calabria	42,34	0,17
389	Emilia R.	Calabria	147,57	0,38
390	Emilia R.	Umbria	276,81	0,50
395	Friuli V.G.	Veneto	154,71	0,39
410	Umbria	Calabria	64,04	0,22
430	Veneto	Umbria	165,34	0,38
467	Friuli V.G.	Veneto	238,65	0,42

Fonte: elaborazioni Ceis Sanità su tariffe regionali DRG specifiche

⁴ Le Regioni considerate sono la Basilicata, la Calabria, l'Emilia Romagna, il Friuli V.G., l'Umbria e il Veneto.

4.2.5 Conclusioni

L'analisi svolta mette in evidenza aspetti di grande interesse. In generale si osserva come nella maggior parte delle Regioni gli incrementi nei livelli tariffari (relativi ai 50 DRG più frequenti, per ricoveri degli acuti in regime ordinario) sono mediamente insufficienti a garantire la copertura degli aumenti di costo derivanti dall'inflazione.

Questo può voler dire che le preoccupazioni finanziarie hanno prevalso su quelle economiche, oppure che fossero fortemente sovrastimate le tariffe iniziali. Nel primo caso dobbiamo però osservare che gli ospedali pubblici difficilmente rimangono nei limiti del finanziamento che sarebbe garantito dalle tariffe, così che l'efficacia finanziaria delle riduzioni è limitata alla quota privata degli erogatori.

Si consideri che le strutture private vengono comunque remunerate mediamente meno di quelle pubbliche. Gli scarti tra tariffe di prima e seconda fascia tuttavia si vanno riducendo negli anni più recenti. Qualora valga la seconda spiegazione, sarebbe auspicabile capire la direzione della razionalizzazione.

Le tariffe dei DRG a rischio di inappropriata (nello specifico interventi sul cristallino con o senza vitrectomia, legatura e *stripping* di vene, ipertensione, affezioni mediche del dorso) sono quelli per cui si è registrata una riduzione più elevata nel corso del tempo nella maggior parte delle Regioni considerate. Peraltro si assiste anche a casi di andamento di senso opposto difficilmente spiegabili. Difficilmente spiegabili sono anche determinazioni tariffarie altalenanti nei valori, sebbene limitatamente ad alcune Regioni. Infine l'analisi svolta mostra l'esistenza di una forte variabilità regionale tra le tariffe dei singoli DRG, che oltretutto va aumentando nel corso del tempo. Le differenze difficilmente sono spiegabili con costi unitari localmente difformi; il rischio che si creino distorsioni, e quindi rischi per la tutela dei cittadini, non possono essere escluse.

Riferimenti bibliografici

- Assr (2007), Monitoraggio della Spesa Sanitaria (www.Assr.it).
- Deliberazione della Giunta Regionale della Basilicata, 30 dicembre 1997, n. 9645.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Basilicata, 21 dicembre 2005, n. 2686.
- Delibera della Giunta Provinciale di Bolzano, 28 febbraio 2000, n. 697.
- Delibera della Giunta Provinciale di Bolzano, 27 agosto 2001, n. 2797.
- Delibera della Giunta Provinciale di Bolzano, 18 ottobre 2004, n. 3774.
- Delibera della Giunta Provinciale di Bolzano, 3 aprile 2006, n. 1158.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Calabria, 28 maggio 2002, n. 457.
- Legge regionale della Regione Calabria, 7 agosto 2002, n. 29.
- Legge regionale della Regione Calabria, 27 dicembre 2002, n. 51.
- Legge regionale della Regione Calabria, 16 febbraio 2005, n. 2.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 21 marzo 2000, n. 703.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 28 dicembre 2001, n. 2931.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 16 dicembre 2002, n. 2582.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 3 novembre 2003, n. 2169.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 20 dicembre 2004, n. 2642.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 19 dicembre 2005, n. 2126.

- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 15 gennaio 1999, n. 32.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 5 maggio 2000, n. 1241.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 6 aprile 2001, n. 1099.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 22 gennaio 2002, n. 149.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 30 dicembre 2002, n. 4502.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 16 aprile 2004, n. 951.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 23 maggio 2005, n. 1158.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 13 aprile 2006, n. 780.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 1 marzo 2000, n. 48854.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 31 agosto 2000, n. 941.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 3 dicembre 2001, n. 30052.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 20 dicembre 2002, n. 11637.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 25 luglio 2003, n. 13796.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 5 agosto 2004, n. 18585.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 3 dicembre 2004, n. 19688.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Toscana, 29 dicembre 2003, n. 1394.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Toscana, 27 dicembre 2004, n. 1404.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria, 27 dicembre 2001, n. 1786.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria, 30 ottobre 2002, n. 1502.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria, 9 dicembre 2004, n. 1950.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria, 10 febbraio 2005, n. 199.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria, 22 novembre 2006, n. 2019.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Valle d'Aosta, 27 ottobre 1997, n. 3807.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Valle d'Aosta, 30 dicembre 2004, n. 4986.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto, 29 dicembre 2004, n. 4300.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto, 21 gennaio 2005, n. 62.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto, 28 marzo 2006, n. 916.
- Istat (2000-2007), Indici dei prezzi al consumo, Conti economici nazionali (www.istat.it).
- Ministero della Salute (2005), Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.
- Ospedalità privata (2006), Il paradosso della spesa sanitaria in Italia, 41ma assemblea generale dell'AIOP.

APPENDICE Tabella A1 - Elenco dei 50 DRG più frequenti in regime ordinario (acuzie)

DRG	Descrizione
12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO
14	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPPO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO
15	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI
39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA
55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA
70	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18
82	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
88	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA
89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC
98	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18
112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE
125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPPO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK
134	IPERTENSIONE
138	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC
139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC
140	ANGINA PECTORIS
143	DOLORE TORACICO
158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC
182	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC
183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC
184	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18
198	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC
202	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS
209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI
211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEPPO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 SENZA CC
215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC
219	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMIERO ECCEPPO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 SENZA CC
222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC
225	INTERVENTI SUL PIEDE

Segue

SEGUE APPENDICE - Elenco dei 50 DRG più frequenti in regime ordinario (acuzie)

DRG	Descrizione
231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCEETTO ANCA E FEMORE
243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO
316	INSUFFICIENZA RENALE
323	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI
324	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC
371	PARTO CESAREO SENZA CC
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI
379	MINACCIA DI ABORTO
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA
389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI
390	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA
430	PSICOSI
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE

Fonte: Ceis Sanità

4.3 - L'assicurazione sanitaria integrativa: le attuali coperture assicurative

Borgia P.¹, Doglia M.¹, Spandonaro F.¹

4.3.1 Premessa

Lo sviluppo della sanità integrativa è una priorità del sistema sanitario italiano per svariati motivi. In primo luogo perché la quota di spesa privata che rimane *out of pocket* è rilevante e si stima raggiunga, nel 2004, il 21,7% della spesa sanitaria totale, creando evidenti problemi di iniquità. A riprova di ciò si confrontino le evidenze sull'impoverimento e sulle spese catastrofiche contenute nel Cap. 3.1 (Doglia, Spandonaro) di questo rapporto.

È altresì vero che la continua e fisiologica crescita della spesa sanitaria, attribuibile a invecchiamento, innovazione tecnologica, aspettative della popolazione, etc., in presenza di economie ristagnanti, rende sempre più difficile il finanziamento dei sistemi sanitari pubblici, obbligando a prevedere una rimodulazione della ripartizione fra finanziamento pubblico e privato.

Aggiungiamo che il D.Lgs. 229 del 1999 aveva in effetti previsto un trattamento di maggior favore per i fondi sanitari integrativi del SSN, con l'obiettivo di svilupparne la diffusione. Purtroppo la mancata emanazione dei regolamenti attuativi della norma, e probabilmente una non chiarezza di fondo sulle finalità dell'incentivazione, hanno sinora vanificato un significativo sviluppo delle forme di assicurazione integrativa.

Le attuali forme integrative di assistenza sanitaria, che fanno capo a casse, fondi, società di mutuo soccorso e assicurazioni private, risultano infatti ancora poco diffuse. Secondo una stima prodotta da un progetto di ricerca della Fondazione Pfizer nel 2003, gli iscritti alle varie tipologie di fondi sanitari risultavano 980.865 per un totale di assistiti di 2.179.363².

Se i principi universalistici che ispirano l'attuale SSN, e anche il buon livello di prestazioni offerte, pur con alcune anomalie, rappresentano in molti casi un buon disincentivo al ricorso all'assistenza sanitaria privata, esistono tipologie di assistenza che attualmente non trovano adeguata copertura, quali la non autosufficienza e l'assistenza odontoiatrica, per le quali il ricorso a coperture integrative/aggiuntive appare opportuno.

Con lo scopo di comprendere quanto più possibile quali siano le leve per migliorare lo sviluppo delle coperture integrative, ci è parso utile ricostruire l'attuale situazione assicurativa delle famiglie italiane. A tal fine, nel presente documento abbiamo voluto appro-

¹ Ceis Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

² Nomisma (2003).

fondire le rilevazioni dell'indagine sui bilanci delle famiglie di Banca d'Italia focalizzando la nostra attenzione non solo sulle famiglie ma soprattutto sui singoli individui assicurati. Dalla nostra analisi abbiamo potuto elaborare alcune considerazioni sui differenti obiettivi che caratterizzano da una parte le esigenze di bilancio delle amministrazioni pubbliche, dall'altra i bisogni di prestazioni sanitarie dei cittadini.

4.3.2 Dati e metodologia

Per le analisi sull'assicurazione sanitaria integrativa dell'edizione 2007 del rapporto CEIS abbiamo scelto di utilizzare i dati provenienti dall'indagine sui bilanci delle famiglie effettuata da Banca d'Italia, relativa all'anno 2004; in tale edizione sono stati infatti introdotti una serie di quesiti di approfondimento relativi alle assicurazioni sanitarie, che permettono di ricavare informazioni non solo sulle famiglie assicurate ma anche sul numero e le caratteristiche degli individui coperti da tali assicurazioni.

Bisogna qui ricordare che l'indagine di Banca d'Italia è un'indagine condotta su un campione di oltre 8.000 famiglie per un totale di circa 22.000 individui; tale indagine è però di tipo campionario e pertanto tutte le stime effettuate sono soggette ad un margine di incertezza; inoltre, visto che la nostra analisi si basa su quesiti di nuova introduzione, bisognerà attendere le future indagini per confermare risultati e tendenze.

L'analisi effettuata è prevalentemente descrittiva e procede per livelli gerarchici; si inizia con un'analisi generale a livello di famiglia, per poi approfondire scendendo al livello individuale e quindi a livello di polizza. Appare opportuno premettere che l'analisi effettuata va, a nostro avviso, intesa come riferita solamente a quelle famiglie che pagano di persona almeno parte della copertura sanitaria integrativa; appare infatti che, benché l'indagine di Banca d'Italia richieda informazioni sul possesso di una o più polizze sanitarie integrative e sulla copertura delle stesse, nel campione risulta solo una percentuale bassissima (circa lo 0,63%) di polizze con costo nullo. Tale ipotesi, facilmente giustificabile con una non consapevolezza (o non memoria) degli individui di godere di coperture per cui non partecipano alla spesa, spiegherebbe anche il perché di stime relative alla numerosità degli assicurati più basse di quanto emergerebbe da calcoli effettuati dividendo il monte premi per i costi medi per persona delle polizze.

4.3.3 Analisi a livello familiare

In Italia l'assicurazione sanitaria si conferma ancora poco diffusa, circa il 6,1% delle famiglie aveva nel 2004, secondo l'indagine di Banca d'Italia, almeno una polizza sanitaria. A conferma di quanto già emerso nelle analisi dello scorso anno (effettuate su dati Istat), la distribuzione delle polizze sanitarie è fortemente dipendente dal livello di reddito; infatti, se si considera la distribuzione per quintili di reddito equivalente delle famiglie con almeno una assicurazione (tabella 1), si nota come la maggior parte di queste (51,6%) appartenga al 20% delle famiglie più ricche (quelle cioè del quinto quintile). Tale percentuale sale al 74,1% se si considera il 40% delle famiglie (quarto e quinto quintile).

Una delle prime informazioni che si possono ricavare dall'analisi dei dati è che solo il 31,3% delle famiglie che hanno almeno un'assicurazione sanitaria ha una copertura per tutti i membri (con una o più polizze) mentre ben il 41,1% delle famiglie ha polizze che

Tabella 1 - Distribuzione e incidenza delle famiglie con almeno una assicurazione sanitaria per quintili di reddito standardizzato, Italia 2004

Quintile	Famiglie assicurate	Incidenza
1	3,4%	1,0%
2	8,7%	2,7%
3	13,8%	4,2%
4	22,5%	6,9%
5	51,6%	15,8%
Totale	100,0%	6,1%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Tabella 2 - Distribuzione delle famiglie con almeno una assicurazione sanitaria per quota dei membri coperti, Italia 2004

% coperti	Frequenza	Frequenza cumulata
16,7%	0,6%	0,6%
20,0%	4,0%	4,5%
25,0%	15,9%	20,4%
33,3%	20,8%	41,1%
40,0%	0,1%	41,2%
50,0%	22,2%	63,5%
66,7%	4,1%	67,6%
75,0%	1,1%	68,7%
100,0%	31,3%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Tabella 3 - Percentuale media dei membri coperti nelle famiglie con almeno una assicurazione sanitaria, Italia 2004

Quintili	Percentuale di membri assicurati
1	43,4%
2	41,2%
3	51,1%
4	53,1%
5	52,1%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

coprono un terzo o meno dei componenti (tabella 2).

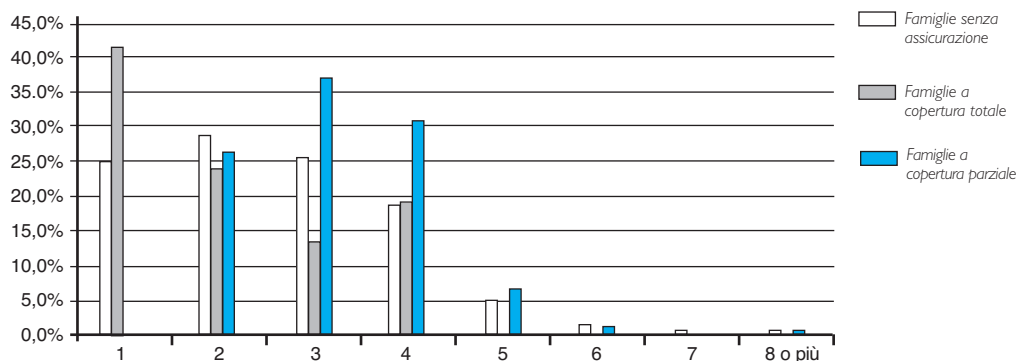
La percentuale media di componenti della famiglia coperti da assicurazione (tabella 3) varia con il livello del reddito e presenta valori prossimi al 40% per i quintili di reddito più bassi e valori superiori alla media nazionale (50,9%) per le famiglie più ricche.

La copertura sanitaria integrativa degli italiani è quindi ancora più bassa di quanto fosse emerso da una prima analisi a livello familiare, infatti solo il 3,4% della popolazione risulta coperto da una polizza sanitaria integrativa.

Relativamente alla composizione delle famiglie con assicurazione, la figura 1 mostra come la maggior parte (93,1%) delle famiglie con una copertura assicurativa parziale dei propri membri sia composta da 2, 3 o 4 individui (rispettivamente il 26,1%, il 36,2% e 30,8%); mentre le famiglie con una copertura totale sono invece più spesso (67% dei casi) composte da uno o due membri (con quote del 42,9% e 24,2% rispettivamente). Questo dato si riflette in parte anche sul numero di percettori di reddito della famiglia: uno o due per le famiglie a copertura totale, spesso (59,2% dei casi) due per le famiglie con copertura parziale.

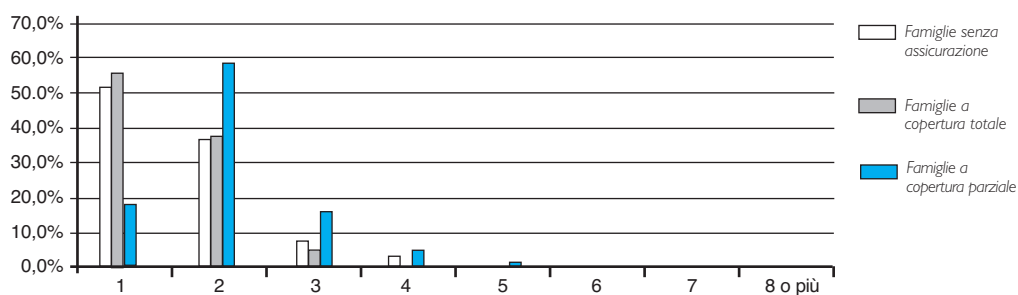
La spesa media per la copertura sanitaria integrativa delle famiglie con almeno un'assi-

Figura 1 - Distribuzione delle famiglie con copertura assicurativa dei membri parziale, totale o senza assicurazione per numero di componenti



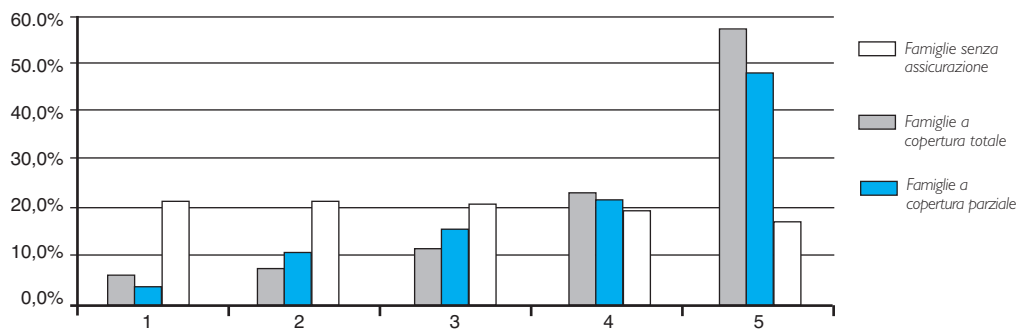
Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Figura 2 - Distribuzione delle famiglie con copertura assicurativa dei membri parziale, totale o senza assicurazione per numero di percettori di reddito



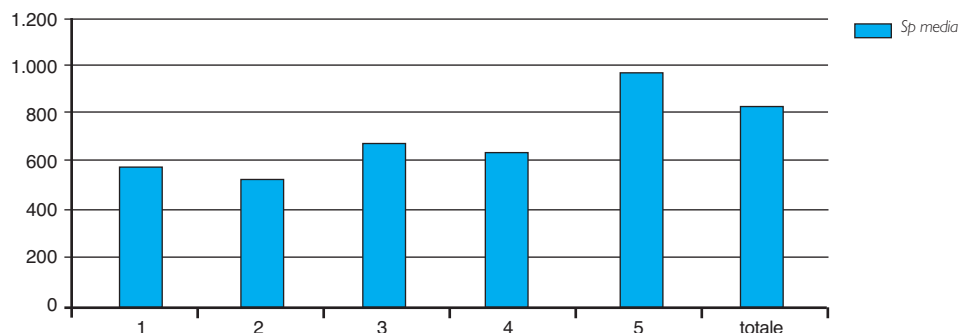
Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Figura 3 - Distribuzione delle famiglie con copertura assicurativa dei membri parziale, totale o senza assicurazione per quintile di reddito netto standardizzato



Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Figura 4 - Distribuzione per quintili di reddito netto standardizzato della spesa media familiare per l'assicurazione sanitaria delle famiglie con almeno una polizza



Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

curazione è di circa € 805, e presenta una distribuzione fortemente asimmetrica con una spesa mediana di € 500. Se si considera la spesa media nei differenti quintili (figura 4) si nota una certa variabilità; in media le famiglie dei quintili di reddito più bassi tendono a spendere meno (€ 564 e € 523 nel primo e secondo quintile rispettivamente) di quelle dei quintili più alti (€ 641 e € 978 rispettivamente nel quarto e nel quinto quintile).

Da quanto finora argomentato, appare evidente che un'analisi a livello familiare può essere fuorviante se non affiancata ad un'analisi individuale e a livello di polizza.

4.3.4 Gli individui

Le tabelle seguenti (tabelle 4 e 5) analizzano diverse caratteristiche socio demografiche degli individui assicurati comparandole con le distribuzioni delle stesse caratteristiche relative all'intera popolazione e alla sottopopolazione dei non assicurati.

Dalla tabella 4 emerge come la maggior parte degli assicurati (54,4%) abbia un'età compresa tra i 41 e i 65 anni, è sempre nelle classi 41-50 e 51-65 anni che si rilevano le più alte incidenze di individui assicurati.

Tabella 4 - Distribuzione degli assicurati e dei non assicurati e incidenza degli assicurati per classi di età, Italia 2004

Classe età	assicurati	non assicurati	totale	incidenza assicurati
fino a 30	15,4%	33,1%	32,5%	1,6%
31-40	20,8%	15,7%	15,9%	4,5%
41-50	25,1%	15,1%	15,5%	5,6%
51-65	29,3%	17,8%	18,2%	5,5%
oltre 65	9,4%	18,3%	18,0%	1,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	3,4%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Tabella 5 - Distribuzione degli assicurati e dei non assicurati e incidenza degli assicurati per qualifica professionale, Italia 2004

Qualifica	assicurati	non assicurati	totale	incidenza assicurati
operai	10,1%	14,2%	14,0%	2,5%
impiegati	18,2%	13,8%	14,0%	4,5%
dirigenti/direttivi	8,0%	1,9%	2,1%	13,3%
imprenditori/liberi				
professionisti	17,1%	2,6%	3,1%	19,0%
altri autonomi	12,1%	4,5%	4,7%	8,8%
pensionati	16,9%	23,1%	22,9%	2,6%
altri non occupati	17,6%	39,9%	39,2%	1,5%
totale	100,0%	100,0%	100,0%	3,4%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Tabella 6 - Distribuzione degli assicurati e dei non assicurati e incidenza degli assicurati per Regione di residenza, Italia 2004

Regione	assicurati	non assicurati	totale	incidenza assicurati
Piemonte	7,0%	6,9%	6,9%	3,5%
Val d'Aosta	0,9%	0,4%	0,4%	8,0%
Lombardia	28,6%	15,1%	15,6%	6,3%
Trentino	1,4%	1,6%	1,6%	3,1%
Veneto	14,5%	8,1%	8,3%	6,0%
Friuli	6,1%	2,0%	2,2%	9,7%
Liguria	2,1%	2,7%	2,7%	2,8%
Emilia Romagna	12,4%	7,2%	7,4%	5,8%
Toscana	5,1%	6,1%	6,1%	2,9%
Umbria	2,9%	1,6%	1,7%	5,9%
Marche	4,1%	2,6%	2,6%	5,3%
Lazio	8,0%	8,8%	8,8%	3,1%
Abruzzo	0,5%	1,9%	1,8%	0,9%
Molise	0,1%	0,9%	0,9%	0,3%
Campania	0,7%	10,4%	10,0%	0,2%
Puglia	2,4%	7,1%	6,9%	1,2%
Basilicata	0,3%	1,8%	1,7%	0,7%
Calabria	0,2%	2,7%	2,7%	0,3%
Sicilia	1,7%	9,1%	8,9%	0,7%
Sardegna	0,9%	2,9%	2,8%	1,2%
Italia	100,0%	100,0%	100,0%	3,4%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Dalla lettura congiunta delle tabelle 5 e 6 emerge come, sebbene la maggior parte degli assicurati faccia parte dei lavoratori dipendenti (36,3%), l'incidenza maggiore si rilevi invece tra i lavoratori autonomi.

L'analisi della distribuzione degli assicurati nelle diverse Regioni, e ancor di più l'esame delle

diverse incidenze regionali (tabella 6) mostra una netta differenza nella distribuzione delle assicurazioni sanitarie tra le Regioni del Nord e del Sud.

In particolare l'incidenza è piuttosto bassa in Trentino (3,1%) mentre si rileva un'incidenza molto alta in Friuli (9,7%); nelle Regioni del Sud invece le incidenze degli assicurati sono tutte nettamente inferiori alla media nazionale e in soli due casi (Puglia e Sardegna) superano l'1%.

4.3.5 Le coperture

Per quanto riguarda le singole coperture, il costo delle stesse è piuttosto variabile e, salvo alcuni casi eccezionali, è compreso tra € 100 e € 3.000, con un costo medio di € 638,54 (a fronte di un costo mediano di € 400). Il costo per individuo coperto è invece di € 578,43 (con un costo mediano di € 360).

Andando ad esaminare la distribuzione delle coperture per costo medio per individuo coperto (tabella 7), si rileva come oltre la metà (58,1%) sia inferiore a € 400, tale percentuale sale al 75,1% se si considera una soglia di costo di € 600.

Solo il 5,8% delle coperture ha un costo per individuo di più di € 1.600. Tali valori non si discostano di molto dalla distribuzione per costo globale della polizza (tabella 8), questo perché la maggior parte delle polizze (89,5%) copre un singolo individuo (tabella 9).

Tabella 7 - Distribuzione percentuale delle coperture per classe di costo annuale, Italia 2004

classe costo	assicurazioni (%)	cumulata (%)
<200	29,7%	29,7%
200-400	28,4%	58,1%
400-600	17,0%	75,1%
600-800	7,3%	82,4%
800-1000	5,0%	87,4%
1000-1200	2,7%	90,1%
1200-1400	1,0%	91,1%
1400-1600	3,1%	94,2%
>1600	5,8%	100,0%
Totale	100,0%	

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Tabella 8 - Distribuzione percentuale delle coperture per classe di costo annuale per individuo coperto, Italia 2004

classe costo	assicurazioni (%)	cumulata (%)
<200	25,8%	25,8%
200-400	28,7%	54,5%
400-600	17,6%	72,2%
600-800	6,9%	79,0%
800-1000	5,8%	84,8%
1000-1200	2,9%	87,7%
1200-1400	1,9%	89,6%
1400-1600	3,6%	93,2%
>1600	6,8%	100,0%
totale	100,0%	

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Tabella 9 - Distribuzione percentuale delle coperture per numero di individui coperti, Italia 2004

n° coperti	frequenza %
1	89,6%
2	4,1%
3	2,1%
4	4,2%
Totale	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

4.3.6 Conclusioni

La nostra analisi evidenzia la scarsa propensione da parte delle famiglie, e ancor più dei singoli, alla ricerca di un completamento dell'assistenza pubblica tramite forme assicurative integrative; resta da comprendere se questo sia dovuto ad una scarsa percezione del rischio da parte degli individui, oppure alla presenza di una copertura del SSN in fondo adeguata a soddisfare le esigenze dei più, o ancora ad una debolezza dell'offerta di polizze da parte delle compagnie di assicurazione. Resta il fatto che gli individui maggiormente coperti da assicurazione privata sembrano essere quelli appartenenti alle classi che, da un punto di vista economico, risultano invece meno a rischio di eventi catastrofici o di eccessiva riduzione del reddito a seguito di spese sanitarie (cfr. Doglia Spandonaro Cap. 3.1 di questo rapporto).

Risultano infatti praticamente assenti forme di assicurazione per le coppie con tre o più figli o per le persone ultra sessantacinquenni che più rischiano di venire colpiti dalle conseguenze di spese sanitarie eccessive. Appare pertanto evidente che, se si vuole utilizzare l'assicurazione sanitaria privata come strumento di politica economico-sanitaria, bisogna incentivare la copertura delle famiglie e degli individui più a rischio (coppie con figli e anziani) e delle spese che maggiormente creano difficoltà alle famiglie: in particolare *Long Term Care* (LTC) e spese odontoiatriche.

Alla luce delle considerazioni effettuate e di quanto emerso dall'analisi, appare quindi difficile ritenere che una maggiore deducibilità fiscale sia condizione sufficiente al decollo della sanità integrativa.

Si aggiunga che le famiglie che necessiterebbero di ulteriori coperture sono proprio quelle che, avendo livelli di reddito più bassi, beneficerebbero meno di una riduzione di pressione fiscale.

Gli attuali limiti di deducibilità previsti per le forme di assicurazione integrativa (pari a € 3.615,20) appaiono peraltro congrui, essendo del tutto minoritaria la quota di famiglie (pari a circa l'1,04% delle assicurate) che detiene polizze di costo superiore.

Si consideri, quindi, che appare fondamentale che l'incentivo finanziario sia concentrato su quelle coperture che effettivamente vanno a tutelare i bisogni che meno trovano tutela pubblica, che come abbiamo visto sono in primo luogo le spese odontoiatriche e la LTC.

Riferimenti bibliografici

- ANIA (2007), *L'assicurazione italiana nel 2005/2006*, Roma.
- Banca d'Italia (2004), *I Bilanci delle famiglie italiane*.
- Borgia P, Maruotti A, Spandonaro F (2005), *Costi delle forme di assistenza sanitaria integrativa e prospettive di sviluppo in Sanità Pubblica e Privata* n° 1-2/2005, Maggioli.
- Borgia P, Doglia M e Spandonaro F (2005), *I comportamenti di consumo sanitario delle famiglie assicurate e le prospettive di sviluppo dell'assicurazione malattia in Rapporto CEIS-Sanità 2005*, Italtromo Esis Publishing, Roma.
- Bruni (2002), *Le determinanti della domanda di assicurazioni integrative: un'analisi empirica del caso italiano*, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna.
- Doglia M e Spandonaro F (2005), *La fairness del Servizio Sanitario Nazionale Italiano in Rapporto CEIS-Sanità 2005*, Italtromo Esis Publishing, Roma.

- ISTAT (2002), *Indagine Multiscopo sulla famiglia "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000"*.
- Nomisma (2003), *I Fondi sanitari integrativi*, Franco Angeli, Milano.
- OECD (2004), *Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project*.
- OECD (2004), *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems – Health Working Papers*.
- OECD (2005), *Health Data*.
- R.I.B. (2002), *L'industria delle assicurazioni ed il mondo della sanità che cambia in Atti del 9° Convegno*.