

Sanità bene comune: tu cosa ne pensi?

30 novembre
2017

La sanità, la salute, la possibilità di curarsi sono temi caldi che destano interesse e preoccupazione tra i cittadini. Negli anni il sistema sanitario è cambiato e nel frattempo anche le condizioni economiche della maggior parte delle persone, con la crisi, sono peggiorate

La percezione della sanità in Emilia-Romagna

in collaborazione con

Spi – Cgil Emilia-Romagna, Auser Emilia-Romagna e Cgil Emilia-Romagna

L'indagine *"Sanità bene comune: tu cosa ne pensi?"* è stata promossa da Federconsumatori Emilia-Romagna in collaborazione con Spi – Cgil Emilia-Romagna, Auser Emilia-Romagna e Cgil Emilia-Romagna.

Il rapporto è stato realizzato da Ires Emilia-Romagna ed in particolare curato da Marzia Moccia e Davide Dazzi.

Realizzato nell'ambito del Programma generale di intervento della Regione Emilia-Romagna con l'utilizzo dei fondi del Ministero dello sviluppo economico. Ripartizione 2015

Sommario

Introduzione	4
1. I rispondenti.....	6
1.1. Profilo anagrafico dei rispondenti.....	6
1.2. Profilo socio-economico dei rispondenti	13
2. Lo stato di salute.....	20
3. Fragilità reddituale e struttura dei bisogni socio-sanitari	22
3.1. Alcuni possibili profili dei rispondenti: tra presente e futuro	25
4. La spesa familiare	27
5. La spesa sanitaria totale	32
5.1. Il razionamento della spesa sanitaria.....	35
5.2. La spesa sanitaria interamente a carico del cittadino.....	38
5.3. La spesa sanitaria privata	41
5.4. La spesa farmaceutica	45
6. Percezione del Sistema sanitario pubblico e accreditato/convenzionato	47
Conclusioni.....	51

Introduzione

L'indagine qui presentata si intitola "Sanità, bene comune: tu cosa ne pensi?" e si propone, attraverso questionario, di coinvolgere il più ampio numero di cittadini in tutta la regione Emilia-Romagna. L'iniziativa progettuale è promossa da Federconsumatori in collaborazione SPI CGIL e AUSER con il supporto della CGIL regionale.

La sanità, la salute, la possibilità di curarsi sono temi caldi che destano interesse e preoccupazione tra i cittadini. Negli anni il sistema sanitario è cambiato e nel frattempo anche le condizioni economiche della maggior parte delle persone, con la crisi, sono peggiorate. I tagli al fondo sanitario, l'avanzare di forme privatistiche, la compartecipazione alla spesa tramite i ticket, le nuove patologie, l'invecchiamento della popolazione, il costo dei farmaci, la qualità dei servizi pubblici e privati sono tutti fenomeni che stanno mettendo a dura prova i malati e le loro famiglie.

In generale, lo stato di salute è una variabile fortemente esposta alla classe sociale di appartenenza dei soggetti a causa di diversi elementi: le risorse materiali disponibili, l'esposizione a fattori con effetti determinanti sulla salute in fasi iniziali della vita e durante quella lavorativa, la vulnerabilità in caso di contrazione di malattia. Tra i soggetti esistono, infatti, diversità in termini di salute prodotte da processi sociali e non da fattori biologici. Il pericolo di accentuare tali diseguaglianze nel campo della salute si è fatto più concreto in fase di crisi economica, durante la quale si è verificata una contrazione della spesa pubblica e anche un progressivo aumento della spesa sanitaria privata di natura "out of pocket"¹ o intermediata da fondi sanitari assicurativi e contrattuali. In più, il cambiamento demografico in atto sta trasformando gli equilibri esistenti tra le classi sociali chiamate a rispondere al "patto generazionale" su cui per anni si è basato il sistema di welfare conosciuto, e pone in modo preoccupante il problema della sostenibilità di tale modello, considerando le stringenti regole sulla spesa pubblica dettate dal Patto di Stabilità. Il fabbisogno assistenziale della popolazione residente cresce sia per ragioni demografiche sia per l'aumento dell'aspettativa di vita, fabbisogni assistenziali ai quali il finanziamento pubblico dovrebbe rispondere prontamente. In questo contesto analizzare il tema sanitario ha come scopo quello di capire come le trasformazioni in atto stiano gravando sulla popolazione e come l'attuale sistema di welfare sia in grado di rispondere al tema dell'universalismo del diritto alla salute, costituzionalmente protetto.

La ricerca, curata per la parte scientifica dall'Istituto di ricerca IRES Emilia-Romagna, vuol indagare tutti questi aspetti e capire le percezioni e le prospettive che riguardano la cura dei cittadini dell'Emilia-Romagna.

L'indagine viene strutturata attraverso quattro sezioni che ricalcano i temi principali del questionario somministrato.

La prima sezione del questionario è volta ad acquisire le caratteristiche socio-anagrafiche dei rispondenti quali età, genere e territorio di residenza; successivamente indaga la condizione reddituale dei soggetti per la fascia di reddito, il grado di istruzione, la condizione abitativa e lo stato occupazionale. L'identificazione della condizione reddituale assume, inoltre, accezione prospettica. La valutazione del reddito familiare futuro dei rispondenti è volta a comprendere se

¹ Letteralmente di "tasca propria", rappresenta la spesa sanitaria privata direttamente pagata dal soggetto e non intermediata da fondi sanitari privati.

esista una preoccupazione diffusa riguardo i bisogni di salute a cui i rispondenti dovrebbero far fronte. A tal fine, nel processo di analisi, sono stati identificati sei profili di rispondenti legando la valutazione dello stato di salute attuale alla valutazione della propria capacità futura di fronteggiare i propri bisogni socio-sanitari. La seconda sezione è incentrata sulla dinamica della spesa per consumi delle famiglie in relazione alle voci classiche (attività ricettive, cultura, trasporti, sanità, abitazione e acqua, gas ed elettricità, vestiario, alimenti e assistenza alla persona). Particolare riguardo è stato dedicato alla voce della sanità attraverso la sezione centrale che indaga il ruolo della spesa sanitaria privata e della spesa farmaceutica. Infine viene esplorata la valutazione dei rispondenti del sistema sanitario pubblico e accreditato esistente.

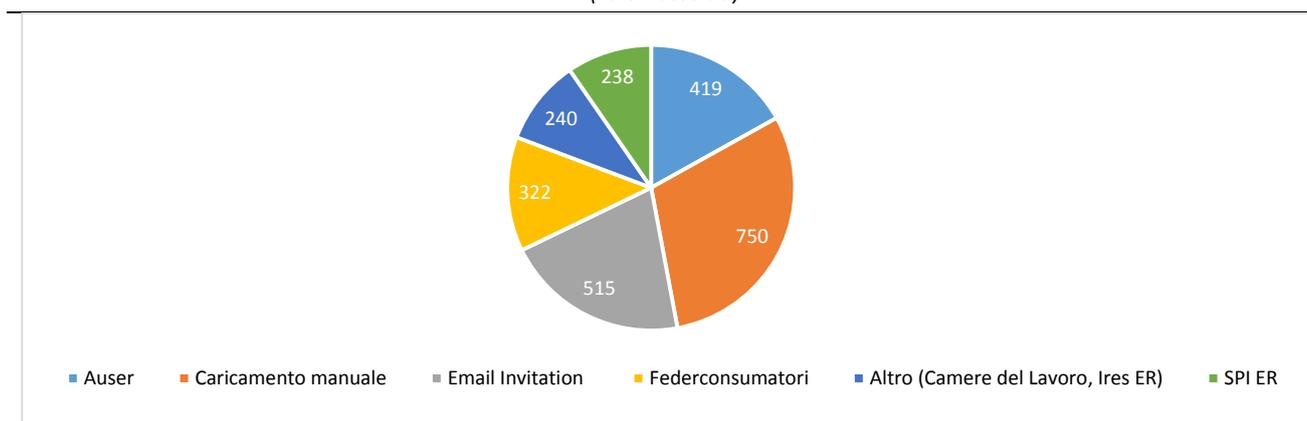
L'obiettivo dei promotori è quello di rilanciare l'interesse dei cittadini sui temi della sanità in un momento critico e di svolta per rilanciare l'idea di una sanità pubblica e universale.

1. I rispondenti

1.1. Profilo anagrafico dei rispondenti

In questo paragrafo si intende fornire una descrizione della composizione del campione di indagine introducendo linee guida iniziali per la costruzione del profilo dei partecipanti. I questionari raccolti e oggetto di analisi sono complessivamente 2.484, somministrati in formato elettronico e cartaceo attraverso il lavoro di Federconsumatori Emilia-Romagna in collaborazione con SPI-Cgil Emilia-Romagna, Auser Emilia-Romagna e il coinvolgimento delle Camere del Lavoro. Tramite il canale telematico, registriamo 515 rispondenti al sollecito di compilazione inviato via mail, 322 rispondenti attraverso il sito di Federconsumatori ER, 238 tramite SPI ER. A questi si associano 750 riscontri cartacei di Federconsumatori e SPI ER, 419 di Auser ER. Dal momento che il campionamento non ha seguito schemi casuali di estrazione, ma la CGIL ha costituito porta di accesso preferenziale al questionario in esame, il campione non ha la pretesa di essere rappresentativo ma si propone come risultato di una indagine orientata alla massima estensione della platea dei rispondenti.

Figura 1- Distribuzione dei rispondenti per canale di accesso al questionario
(valori assoluti)

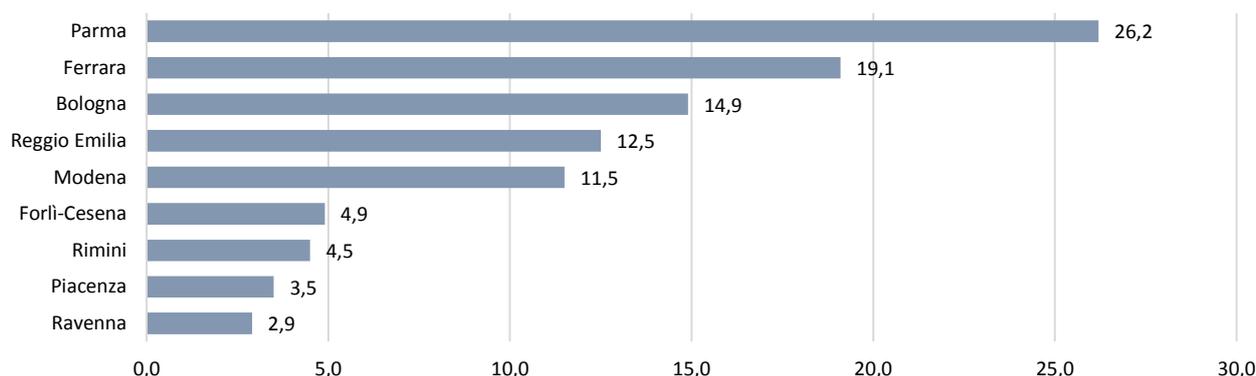


Fonte: Elaborazioni IRES ER.

I migliori tassi di risposta si sono registrati nel territorio di Parma, seguito da Ferrara e Bologna, complessivamente le tre province agglomerano il 60,2% dei partecipanti all'indagine.

Procedendo al confronto dei tassi di risposta territoriali raccolti con il peso relativo di ciascun territorio in termini di residenti, possiamo analizzare quanto la composizione territoriale del campione in esame possa risultare congrua all'andamento regionale. Le due province con il miglior tasso di risposta (Parma e Ferrara) risultano sovra-rappresentate in quanto il peso regionale risulta inferiore rispetto al peso percentuale emerso dall'analisi. Di contro, tutte le province romagnole (Rimini, Ravenna e Forlì-Cesena), così come le province di Piacenza, Bologna e Modena risultano sotto-rappresentate. Per la sola provincia di Reggio Emilia il tasso di risposta risulta congruo al peso regionale territoriale.

Figura 2- Distribuzione territoriale dei rispondenti all'indagine
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Tabella 1- Distribuzione campione e universo (valori assoluti, composizione percentuali)

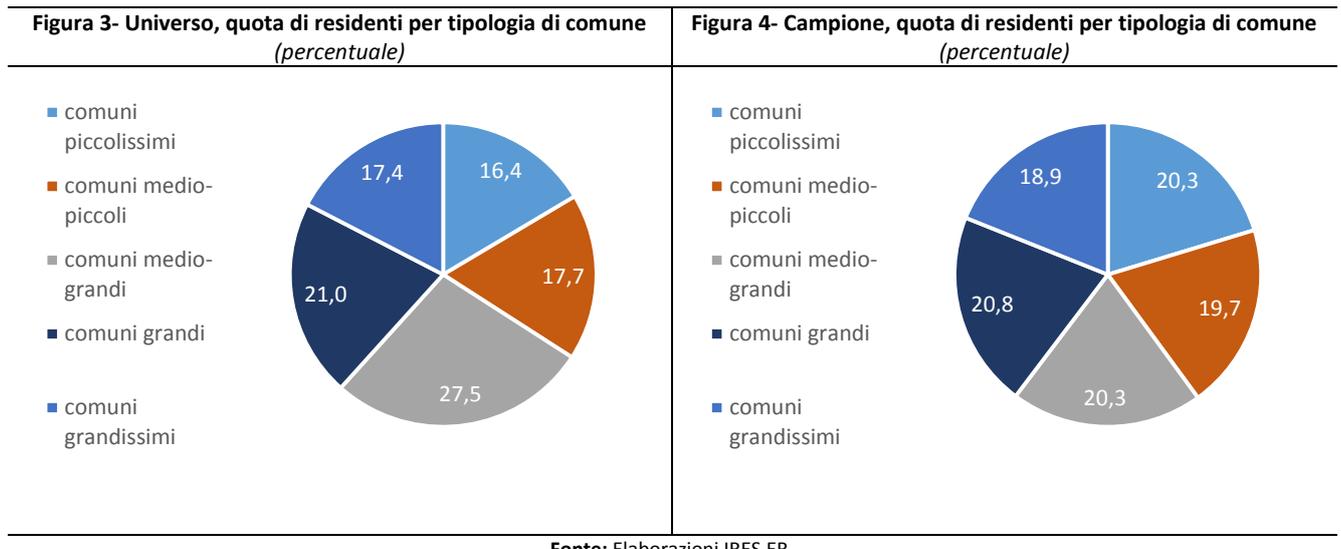
TERRITORIO	Campione		Universo	
	FREQUENZA	% CASI VALIDI	VALORI ASSOLUTI	PESO %
Bologna	335	14,9	878.877	22,8
Ferrara	430	19,1	310.877	8,0
Forlì-Cesena	111	4,9	341.836	8,9
Modena	258	11,5	603.483	15,6
Parma	589	26,2	388.387	10,1
Piacenza	79	3,5	250.594	6,5
Ravenna	66	2,9	342.101	8,9
Reggio Emilia	282	12,5	453.953	11,8
Rimini	101	4,5	291.904	7,6
Totale casi validi	2.251	100		
Casi mancanti	233			
Totale	2.484		3.862.012	

Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Ponendo l'attenzione sul micro-dato comunale, registriamo 235 comuni rispondenti all'indagine su una presenza regionale di 333 realtà. Procedendo al confronto dei comuni rispondenti, raggruppati per classi di popolazione², con l'universo regionale di riferimento, possiamo riscontrare come i comuni piccolissimi e medio-piccoli risultino sovra-rappresentati. Il 44,6% di rispondenti residenti in comuni piccolissimi provengono dal territorio di Parma, ulteriore dato che conferma la sovra-rappresentazione della provincia. Risultano leggermente sovra-rappresentati anche i comuni grandissimi, mentre il dato per i comuni grandi si registra in linea al peso regionale. I comuni medio-grandi sono l'unica tipologia a risultare sotto-rappresentata (vedi fig. 3 e 4).

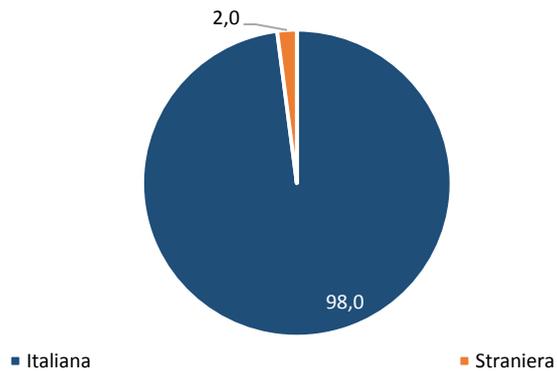
I rispondenti sono, nella quasi totalità, soggetti di nazionalità italiana, infatti si registra un 98% di rispondenti italiani. Il tasso di rispondenti stranieri maggiore si è registrato nel territorio Forlì-Cesena.

² La ripartizione per classi di popolazione è stata condotta salvaguardando l'omogeneità della distribuzione del campione: si sono creati 5 classi di dimensione comunale con lo stesso numero di rispondenti. Si intenda per "comuni piccolissimi" i comuni di popolazione inferiore ai 6.572 abitanti, per "comuni medio-piccoli" i comuni di popolazione compresa tra i 6.572 e i 12.725 abitanti, per "comuni medio-grandi" i comuni di popolazione compresa tra i 12.725 e i 61.195 abitanti, per "comuni grandi" i comuni di popolazione compresa tra i 61.195 e 146.173 e per "comuni grandissimi" quelli di popolazione superiore a 146.173 abitanti.



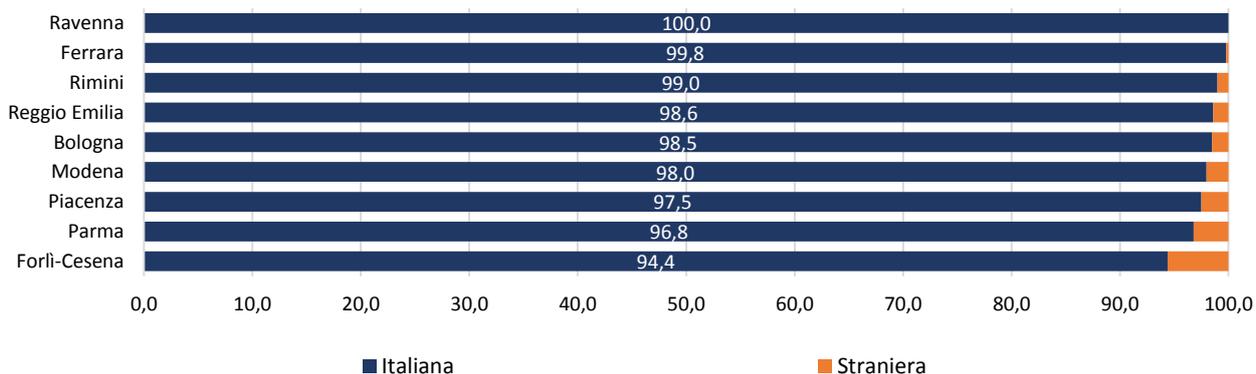
Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Figura 5- Nazionalità
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

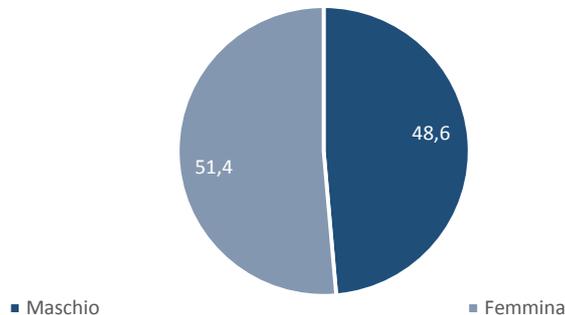
Figura 6- Nazionalità per distribuzione territoriale
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

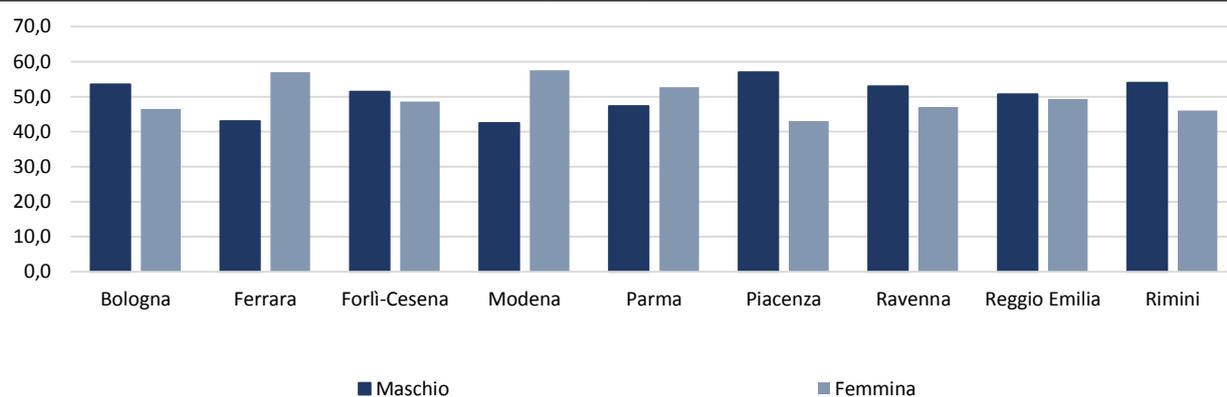
La distribuzione per genere è equilibrata, la componente femminile risulta leggermente superiore e pari al 51,4% dei rispondenti, ma comunque in linea con la composizione della popolazione residente in Emilia-Romagna. Nei territori di Bologna, Piacenza, Ravenna e Rimini il tasso di rispondenti maschi è di poco superiore al tasso di rispondenti donne, mentre per Modena e Ferrara è vero il contrario.

Figura 7- Genere
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

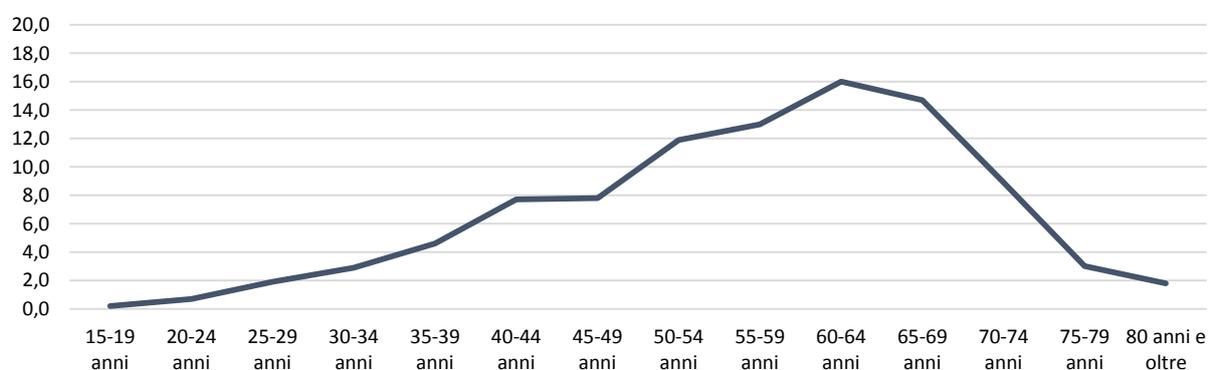
Figura 8- Distribuzione per genere e territorio
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

L'insieme dei soggetti di interesse è racchiuso in un *range* di età che va dai 15 anni in su, con un addensamento nelle classi di età tra i 50 e i 69 anni attorno alle quali si concentra il 55,2% dei rispondenti (vedi fig.9). L'età media dei rispondenti risulta, infatti, essere 56 anni. Guardando alla coda destra della distribuzione, i rispondenti classificabili come "grandi anziani" (80 anni e oltre) risultano pari all'1,8%.

Figura 9- Distribuzione del campione per classi di età quinquennali
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Figura 10 - Distribuzione del campione per classi di età aggregate
(composizione percentuale)

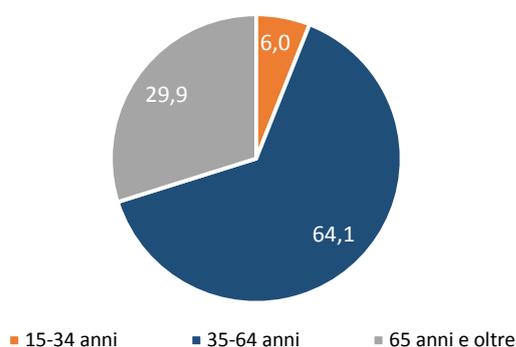
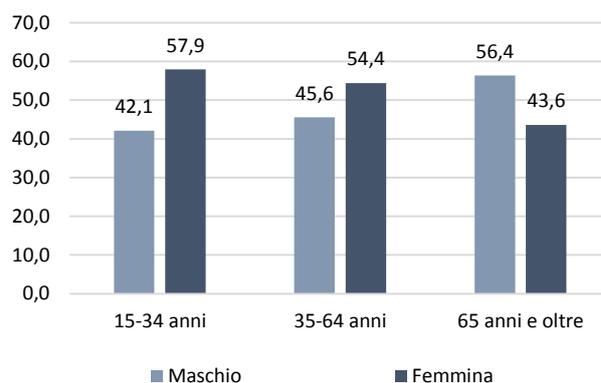


Figura 11 - Distribuzione del campione per classi di età aggregate e genere
(composizione percentuale)

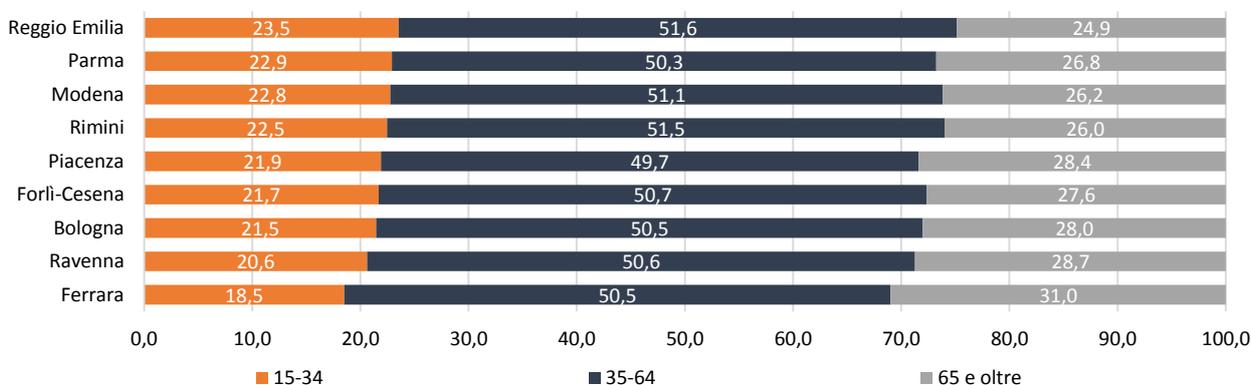


Fonte: Elaborazioni IRES ER.

In termini più aggregati, la coorte di età più giovane del campione (15-34 anni) rappresenta il 6% dei rispondenti, la parte rimanente è composta per due terzi da soggetti tra i 35-64 anni e per un terzo da over sessantacinquenni. Il tasso di risposta per i soggetti over 65 anni si registra più elevato per i comuni piccolissimi. La componente femminile risulta essere leggermente prevalente a quella maschile per le prime due classi di età, ma il tasso di rispondenti maschi sale tra gli over 65, e si attesta al 56,4%.

Si è voluto analizzare la popolazione residente attraverso le medesime classi di età utilizzate per il campione al fine di avere un'idea della struttura dei bisogni socio-sanitari dei territori in cui ci muoviamo, tenendo conto che la regione Emilia-Romagna è caratterizzata da tassi di invecchiamento della popolazione via via più elevati³. La classe di età più anziana pesa di più nelle province di Ferrara, Ravenna, Piacenza e Bologna. In più le province di Ferrara, Ravenna e Bologna presentano la percentuale più bassa della classe di età più giovane.

Figura 12- Distribuzione della popolazione per territorio e classe di età
(composizione percentuale)



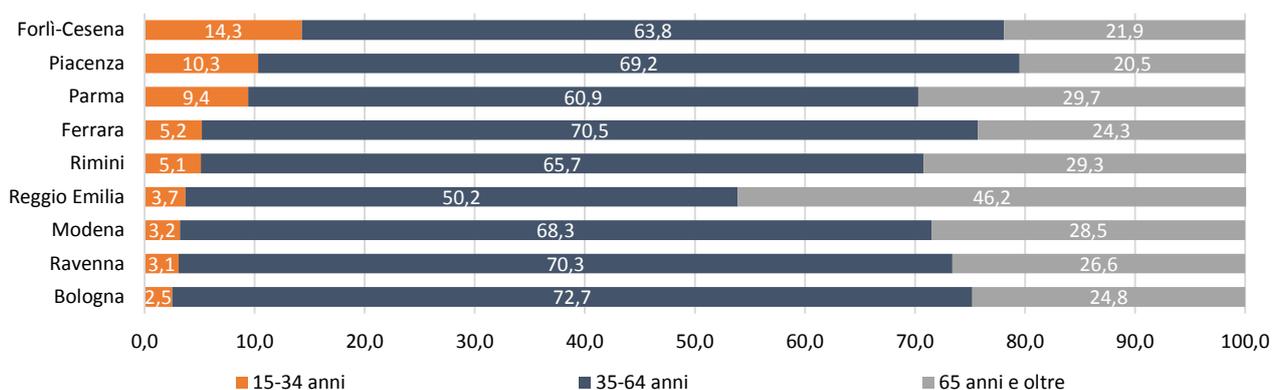
Fonte: Elaborazioni IRES ER su dati Regione Emilia-Romagna, Statistica self service.

³ IRES ER (2017), Cresce lo squilibrio generazionale. In: Osservatorio dell'economia e del lavoro in Emilia Romagna.

Per quanto riguarda il campione raccolto, i tassi di risposta più alti della classe di età più giovane (15-34 anni) si sono registrati nei territori di Forlì-Cesena, Piacenza e Parma, mentre il tasso più basso si registra per l'area di Bologna. Il maggior numero di rispondenti più anziani è, invece, da rintracciarsi nel territorio di Reggio Emilia: ben il 46,2% dei soggetti appartiene alla fascia 65 anni e oltre. In termini regionali, però, la provincia di Reggio Emilia presenta il peso minore della fascia di età più anziana, per cui il grado di penetrazione del questionario nella classe di età 65 e oltre è stato particolarmente elevato. Ponendo, infatti, l'attenzione sulla fascia di età degli ultra ottantenni o grandi anziani, la cui dinamica è essenziale nella definizione dei bisogni socio-assistenziali territoriali, la presenza maggiore è da rintracciarsi proprio nella provincia di Reggio Emilia.

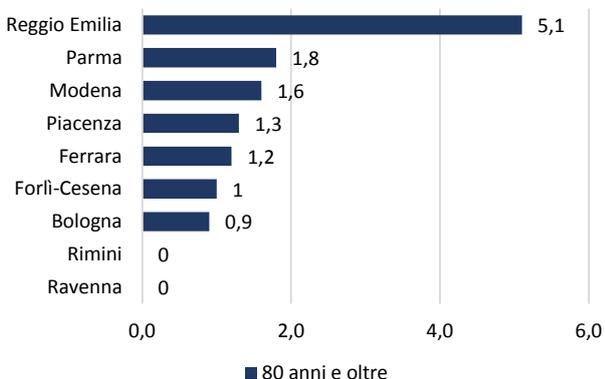
In termini regionali la provincia di Rimini presenta la più alta percentuale di grandi anziani, tuttavia il questionario condotto non ha raccolto nessun rispondente di tale classe, sintomatico del basso tasso di rispondenti nel territorio considerato.

Figura 13- Distribuzione dei rispondenti per territorio e classe di età
(composizione percentuale)



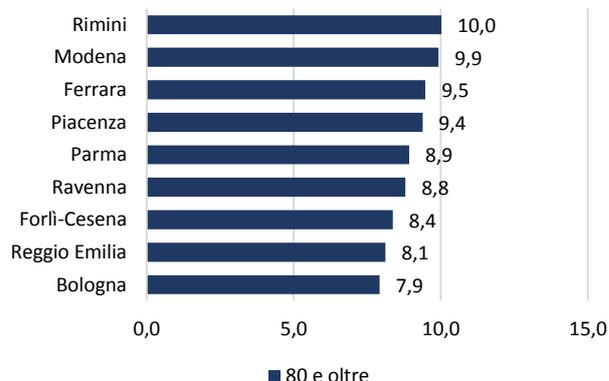
Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Figura 14- Distribuzione dei grandi anziani nel campione
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Figura 15- Distribuzione dei grandi anziani in Emilia-Romagna
(composizione percentuale)



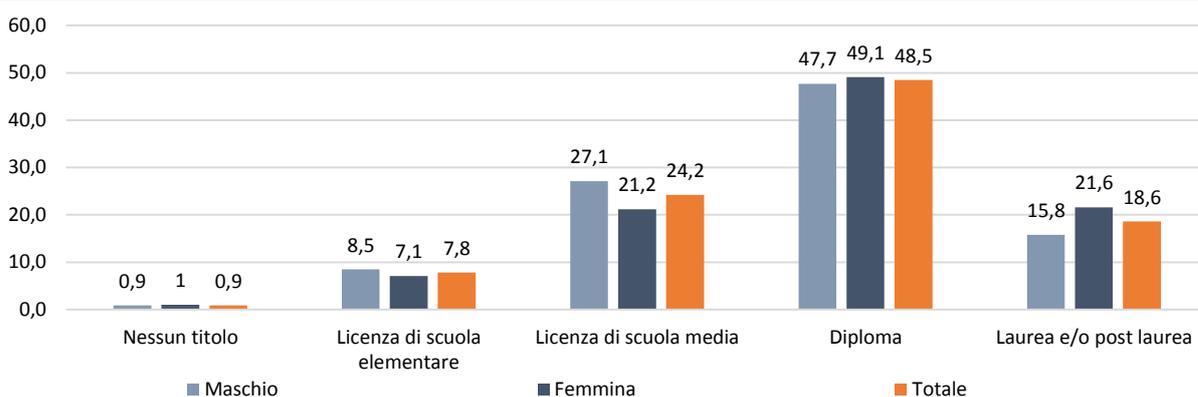
Fonte: Elaborazioni IRES ER su dati Regione Emilia-Romagna, Statistica.

1.2. Profilo socio-economico dei rispondenti

Per ottenere una visione completa della condizione economico-reddituale dei partecipanti all'inchiesta sono state considerate tre dimensioni: il livello di istruzione, la condizione abitativa e la condizione reddituale.

Rispetto alla dimensione educativa il 48,5% del campione è in possesso del diploma di istruzione secondaria. L'esame del livello di scolarizzazione per genere conferma un tendenziale equilibrio tra la componente maschile e femminile, ma si registra una maggiore propensione femminile per il grado di istruzione più elevato (laurea e post/laurea). Si nota, inoltre, come all'aumentare dell'età si abbassi il grado di istruzione raggiunto: la qualifica più diffusa è la licenza di scuola media per la classe 70-74 anni e la licenza elementare dai 75 anni in su; tali dati risultano congrui all'andamento per titolo di studio della popolazione regionale⁴. Inoltre, è possibile notare come la percentuale di rispondenti con grado di istruzione medio-basso salga per i comuni "piccolissimi", mentre per le realtà urbane "grandi" e "grandissime" il tasso di scolarizzazione si confermi più elevato.

Figura 16- Titolo di studio
(composizione percentuale)

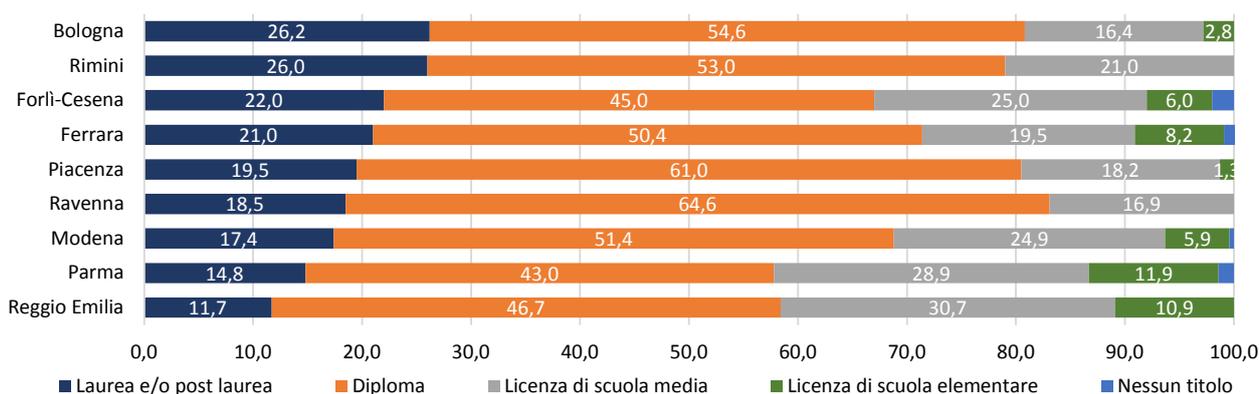


Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Articolando l'analisi in termini territoriali, è possibile notare come la provincia di Reggio Emilia, territorio che registra il maggior numero di rispondenti anziani, registri, infatti, un grado di scolarizzazione inferiore alla media regionale del campione. Di interpretazione analoga risulta anche il dato per la provincia di Parma.

⁴ ISTAT, *Popolazione 15 anni e oltre per titolo di studio - livello regionale*.

Figura 17- Titolo di studio per territorio
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

L'analisi della condizione abitativa registra che il 65,9% dei partecipanti vive in una casa di proprietà e il 44,7% in coppia con figli.

Figura 18- Tipologia Familiare
(composizione percentuale)

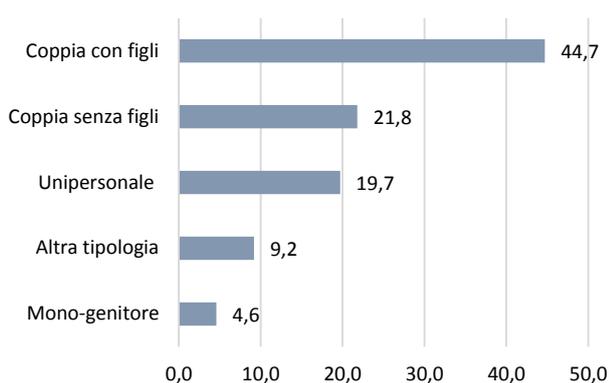
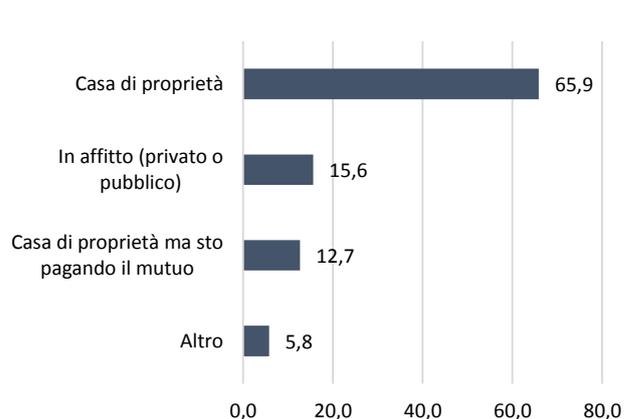


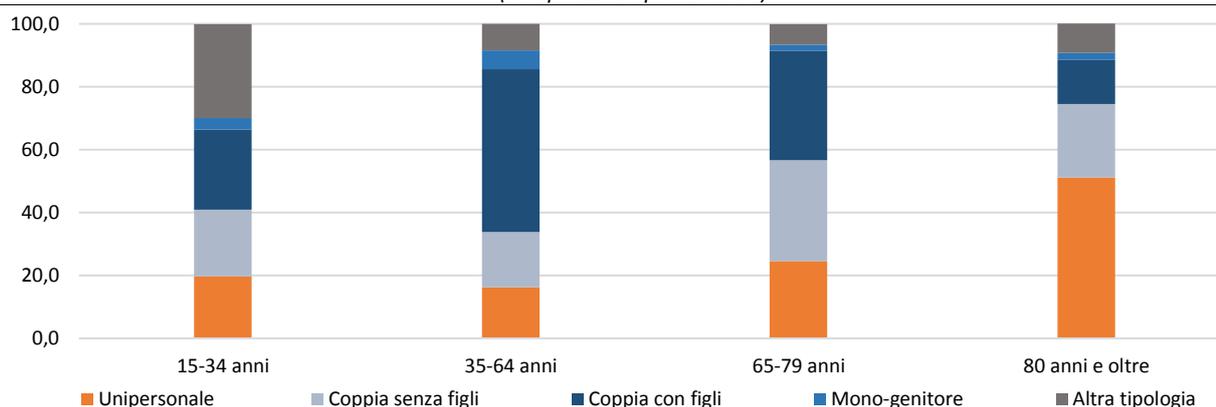
Figura 19- Abitazione
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

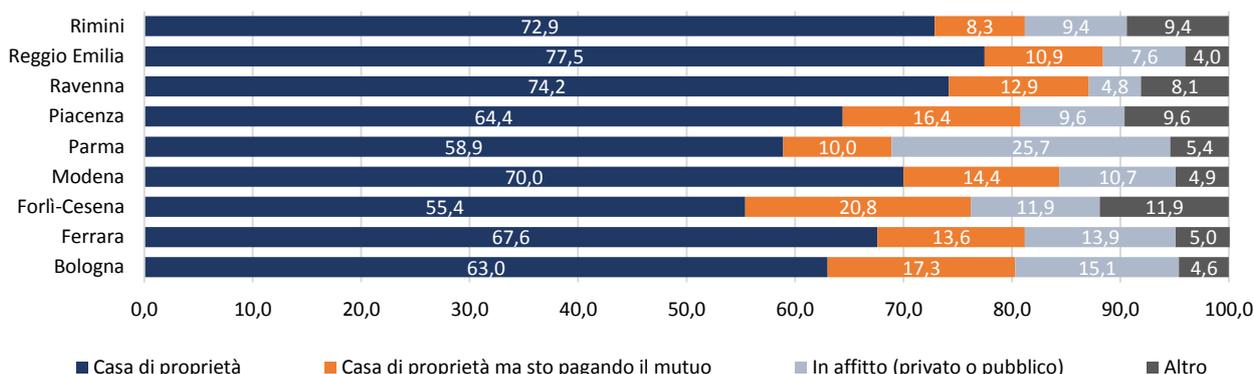
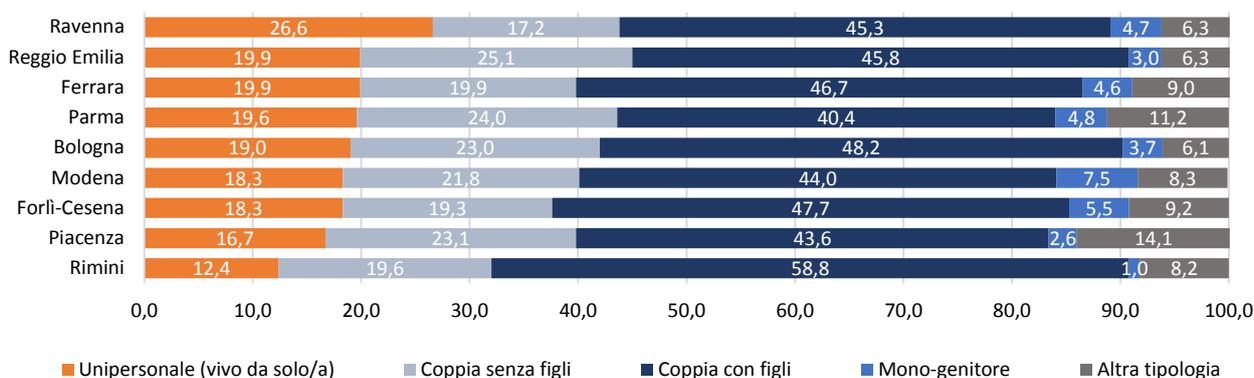
La tipologia familiare evolve al crescere dell'età dei soggetti, in modo particolare tra le classi di età più anziane aumenta la percentuale di rispondenti che dichiara di vivere da solo: il 51,20% dei grandi anziani si colloca in una tipologia familiare unipersonale e il 23,30% in coppia senza figli.

Figura 20- Tipologia familiare per classe di età
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

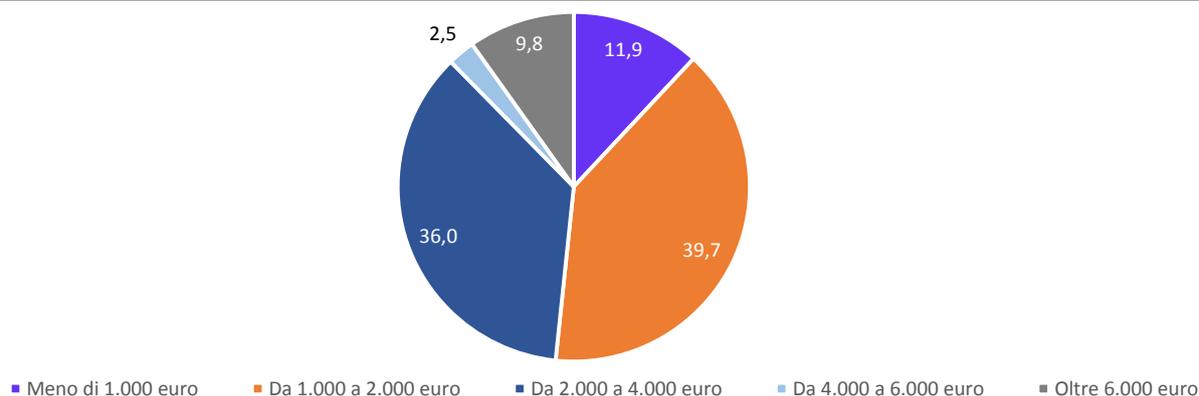
Figura 21- Tipologia familiare e abitazione per territorio
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Guardando all'aspetto reddituale, il 39,7% degli intervistati dichiara di appartenere alla fascia reddituale tra i 1.000-2.000 euro, il 36% a quella tra i 2.000-4.000 euro. L'11,9% del campione si situa nella fascia reddituale inferiore ai 1.000 euro, percentuale che sale al 21,6% per i comuni "piccolissimi".

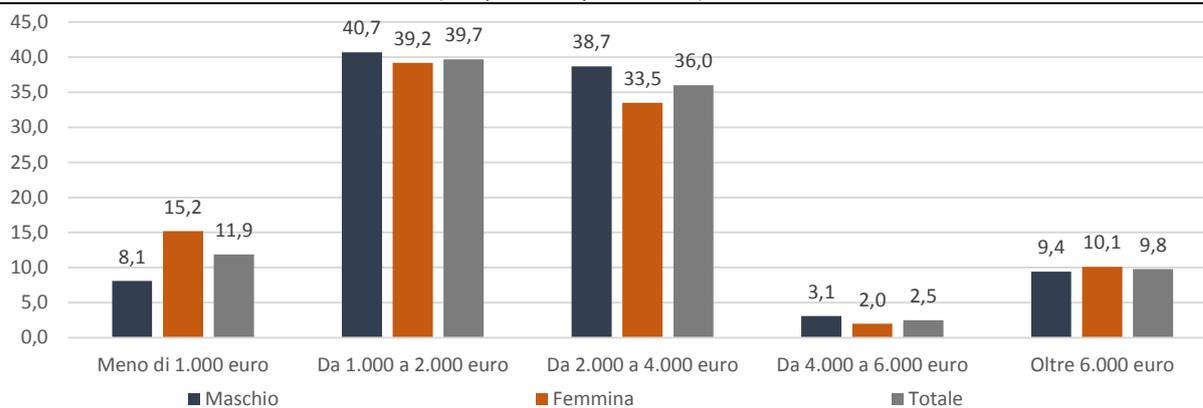
Figura 22- Distribuzione per fascia di reddito familiare netto mensile
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

La fascia reddituale più bassa raccoglie un maggior numero di rispondenti donna, così come la fascia più alta, per le rimanenti classi di reddito la componente femminile registra sempre tassi inferiori a quelli maschili.

Figura 23- Distribuzione fascia di reddito netto mensile per genere
(composizione percentuale)

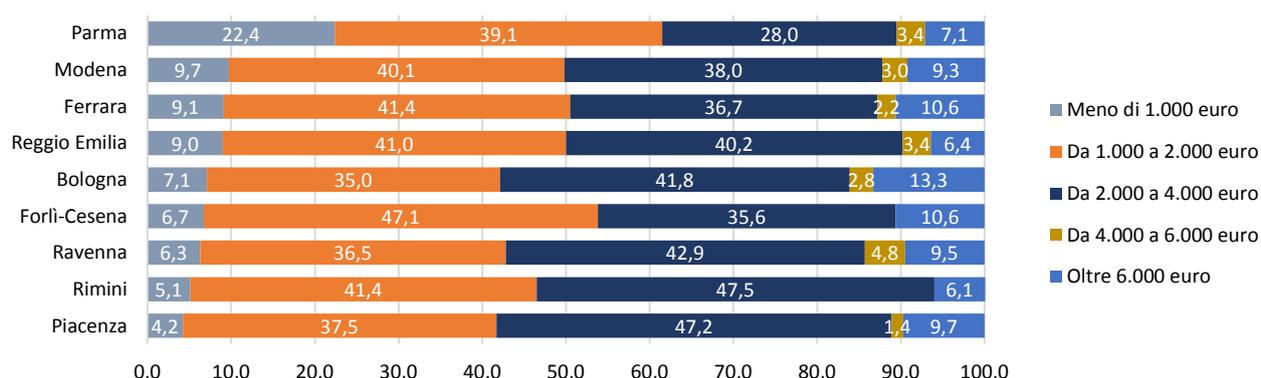


Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Il maggior numero di rispondenti “poveri”, con fascia reddituale inferiore ai 1.000 euro, sono da rintracciarsi nella provincia di Parma, il cui dato incide significativamente sulla media regionale del campione. Il maggior numero di rispondenti “ricchi” appartengono alla realtà metropolitana di Bologna, dove si registrava, non a caso, anche il più alto tasso di scolarizzazione dei rispondenti.

Il dato della provincia parmense si spiega in relazione al fatto che il 44,6% dei rispondenti residenti in comuni “piccolissimi” proviene dal territorio di Parma, e si è mostrato come per i comuni “piccolissimi” la percentuale di rispondenti appartenenti alla fascia reddituale più debole cresca dal 11,9% campionario al 21,6% e raccoglie i livelli di istruzione più bassi.

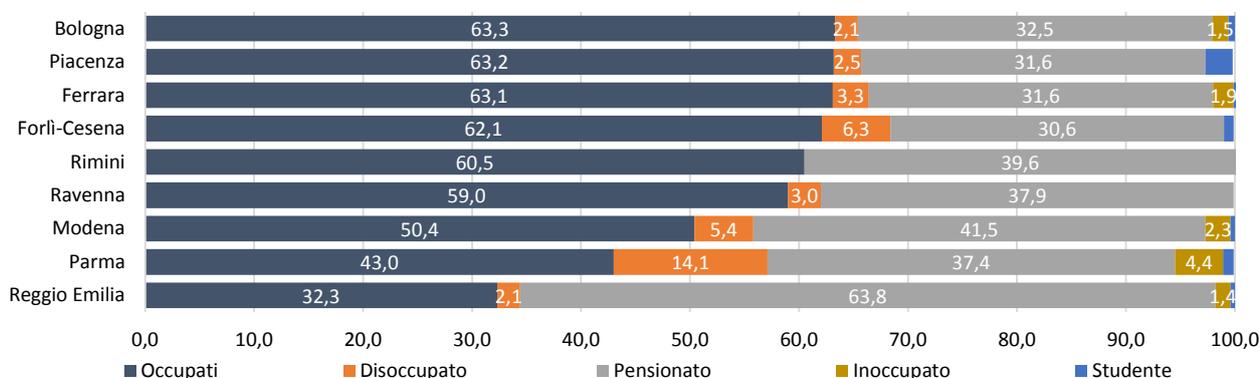
Figura 24- Distribuzione fascia reddituale per territorio
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Dall'analisi della distribuzione del reddito dei rispondenti sono emerse due fasce reddituali consistenti (fascia 1.000-2.000 e 2.000-4.000) da leggersi in relazione ai dati occupazionali. Il campione si compone per un 51,3% di occupati, un 40% di pensionati, un 6% di disoccupati e un 2,7% di inoccupati (non lavora e non cerca lavoro); risultati in linea con la composizione della popolazione per condizione professionale dell'Emilia-Romagna⁵.

Figura 25- Stato occupazionale per territorio
(composizione percentuale)



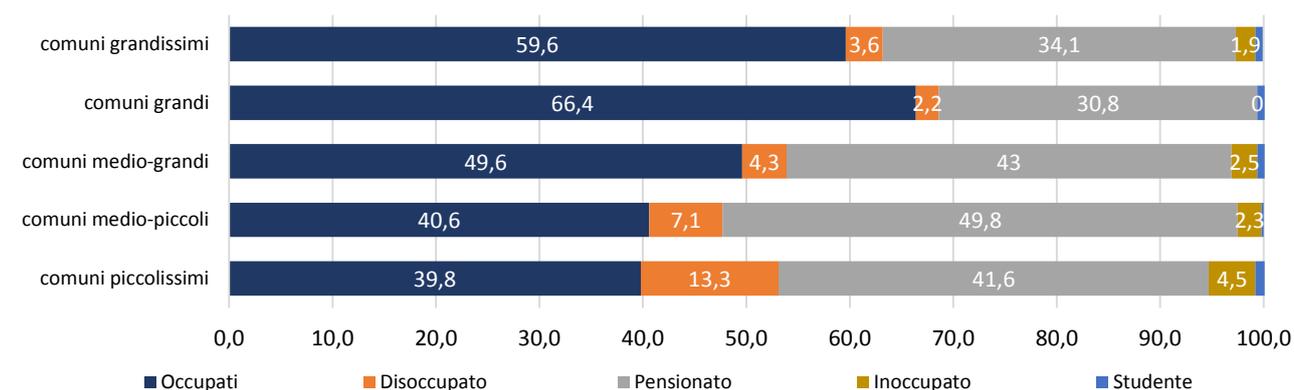
Fonte: Elaborazioni IRES ER.

In analogia a quanto detto in precedenza, Reggio Emilia presenta il numero più alto di rispondenti in pensione, mentre Parma presenta il numero più elevato di rispondenti disoccupati.

La lettura del dato di Parma si accompagna anche in questa sede alla lettura del dato comunale, il tasso di rispondenti disoccupati sale al 13,3% per i comuni "piccolissimi" a fronte di una percentuale campionaria regionale pari al 6% che spiega in parte la fragilità reddituale riscontrata nel territorio.

⁵ ISTAT, *Popolazione per condizione professionale*.

Figura 26- Stato occupazionale per tipologia di comune
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Per il 44% di lavoratori a tempo indeterminato viene garantita la fascia reddituale 2.000-4.000, mentre per il 48,8% dei lavoratori a tempo determinato la fascia di riferimento è più bassa e pari a 1.000-2.000 euro, così come per il 36,2% dei lavoratori autonomi.

Il 50% dei lavoratori in forma discontinua ricadono nella fascia reddituale più bassa così come il 58,3% dei disoccupati.

Per quanto riguarda il mondo dei pensionati si segnala che il 42,3% è incluso nella fascia 1.000-2.000, con il 12,6% nella fascia reddituale più povera. Bisogna sottolineare che il 12,6% dei pensionati rispondenti afferenti alla fascia reddituale più bassa costituiscono il 41,6% di tutti coloro che rientrano in tale fascia.

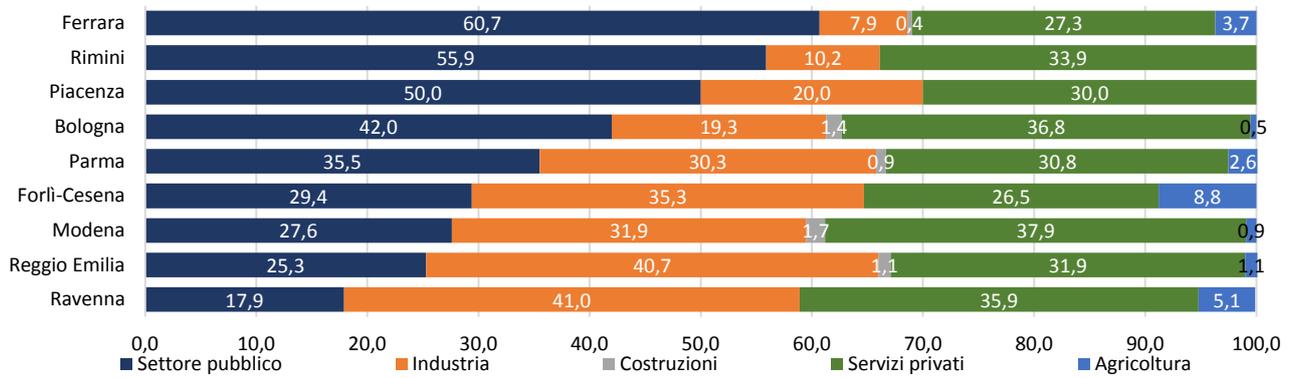
Tabella 2- Fascia reddituale mensile netta per stato occupazionale (composizione percentuale)

STATO OCCUPAZIONALE	FASCIA REDDITUALE MENSILE NETTA					Totale
	<1.000	1.000-2.000	2.000-4.000	4.000-6.000	Oltre 6.000	
Occupato a tempo indeterminato	2,3	38,5	44,0	2,7	12,4	100,0
Occupato a tempo determinato	20,2	48,8	22,6	2,4	6,0	100,0
Occupato come lavoro autonomo	10,3	36,2	34,5	5,2	13,8	100,0
Occupato in Cassa integrazione (CIG)	25,0	25,0	37,5	12,5	0,0	100,0
Occupato in forma discontinua o non retribuita	50,0	25,0	21,9	0,0	3,1	100,0
Disoccupato (non lavora e cerca lavoro) o in mobilità	58,3	29,9	7,1	1,6	3,1	100,0
Pensionato	12,6	42,3	34,0	2,4	8,6	100,0
Inoccupato (non lavora e non cerca lavoro)	36,4	47,7	11,4	0,0	4,5	100,0
Studente	45,5	27,3	27,3	0,0	0,0	100,0
Totale	11,9	39,7	36,0	2,5	9,8	100,0

Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Il settore occupazionale di appartenenza più diffuso tra i rispondenti è quello pubblico che raccoglie il 41,7% degli occupati, particolarmente forte nel territorio di Ferrara. Performance molto bassa ha registrato il settore agricolo insieme al settore costruzioni.

Figura 27- Settore di occupazione per territorio
(composizione percentuale)

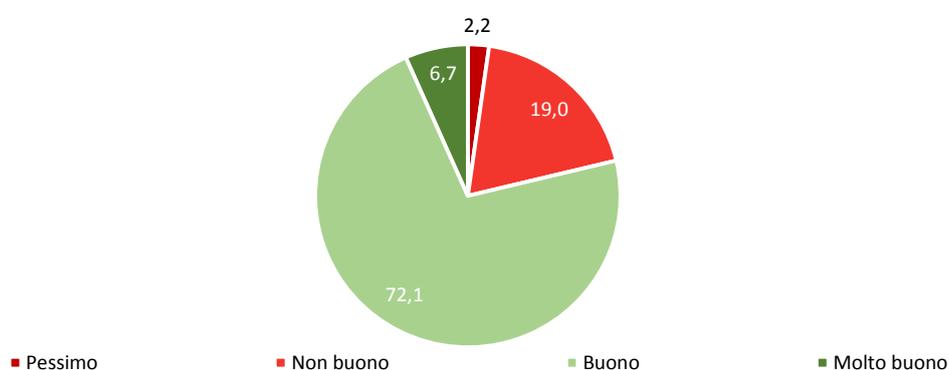


Fonte: Elaborazioni IRES ER.

2. Lo stato di salute

Il profilo dei rispondenti si arricchisce introducendo il tema relativo alla valutazione del proprio stato di salute. Si può notare come emerga uno stato di salute buono del campione, come affermato dal 72,1% dei soggetti. Le classi che indicano una maggiore fragilità (stato di salute “pessimo” e “non buono”) raccolgono in totale il 21,2% dei rispondenti. A segnalare uno stato di salute più fragile è maggiormente la componente femminile, i rispondenti con uno stato di salute più debole sono nel 55% dei casi rispondenti donne.

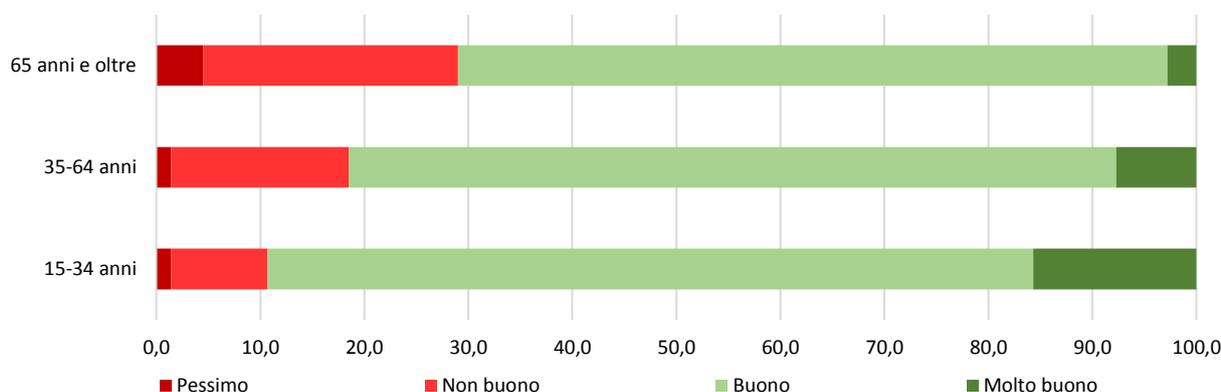
Figura 28- Come valuti il tuo stato di salute attuale?
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Comprensibilmente lo stato di salute varia in relazione all'età, e la prima naturale constatazione è che per ragioni fisiologiche il tasso di rispondenti che afferma di avere uno stato di salute buono si abbassi al crescere dell'età (vedi fig.29). In termini aggregati tale andamento risulta confermato, tuttavia i dati presentano una certa eterogeneità che rileva la significatività della variabile reddituale.

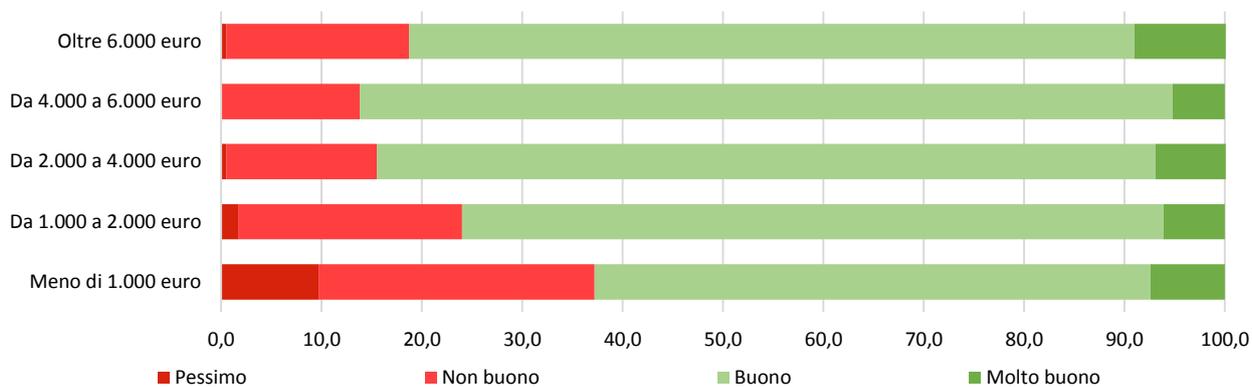
Figura 29- Autovalutazione del proprio stato di salute in funzione dell'età
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

È infatti possibile notare come esista una relazione crescente tra fascia reddituale e autovalutazione del proprio stato di salute: al crescere del reddito, così come suggerito dalla teoria classica⁶, aumenta la percentuale di rispondenti che qualifica il proprio stato di salute come “buono”.

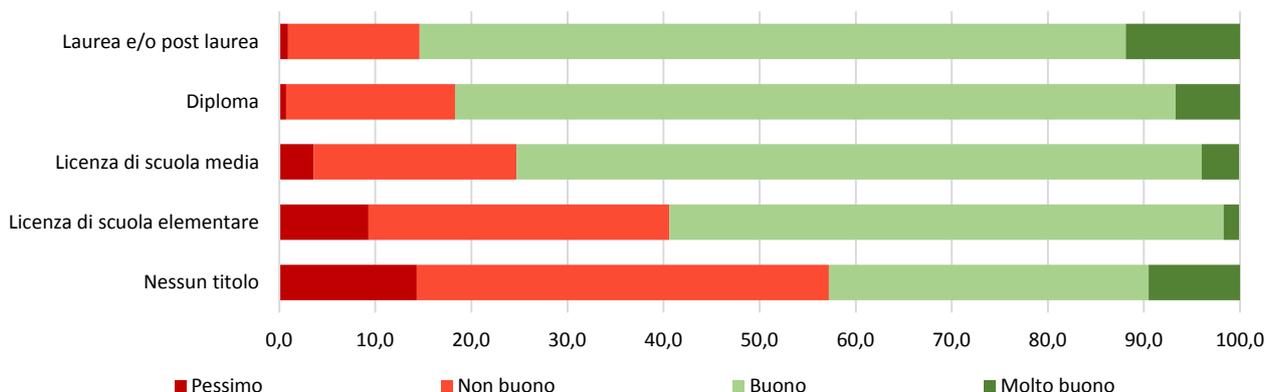
Figura 30- Autovalutazione del proprio stato di salute in funzione del reddito
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Legato alla significatività della variabile reddituale è l’andamento dell’autovalutazione del proprio stato di salute in funzione del titolo di studio conseguito. Un maggior grado di istruzione agisce sulla condizione di salute sia attraverso il reddito - a livelli di istruzione più elevata sono associate retribuzioni più elevate - sia in termini di attenzione alla cura del proprio stato di salute - a livelli di istruzione più elevati si associa una maggiore attenzione nel seguire le indicazioni terapeutiche in caso di malattia. Nel campione, infatti, al crescere del tasso di scolarizzazione diminuisce la percentuale di rispondenti che si attribuiscono uno stato di salute “pessimo” e “non buono”.

Figura 31- Autovalutazione del proprio stato di salute in funzione del titolo di studio
(composizione percentuale)

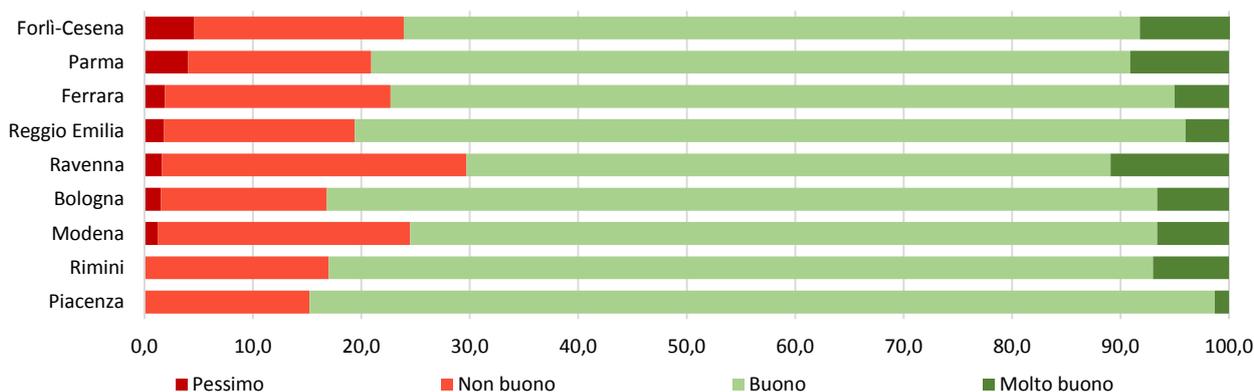


Fonte: Elaborazioni IRES ER.

⁶ Deaton, Paxson. Aging and Inequality in Income and Health. American Economic Review. 1998

Tale andamento è debolmente confermato anche territorialmente, la provincia di Parma che ha registrato maggiori fragilità reddituali presenta uno dei tassi più elevati di rispondenti che valutano il proprio stato di salute come “pessimo”, mentre Bologna presenta, insieme a Modena, quello più basso.

Figura 32- Autovalutazione del proprio stato di salute per provincia
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

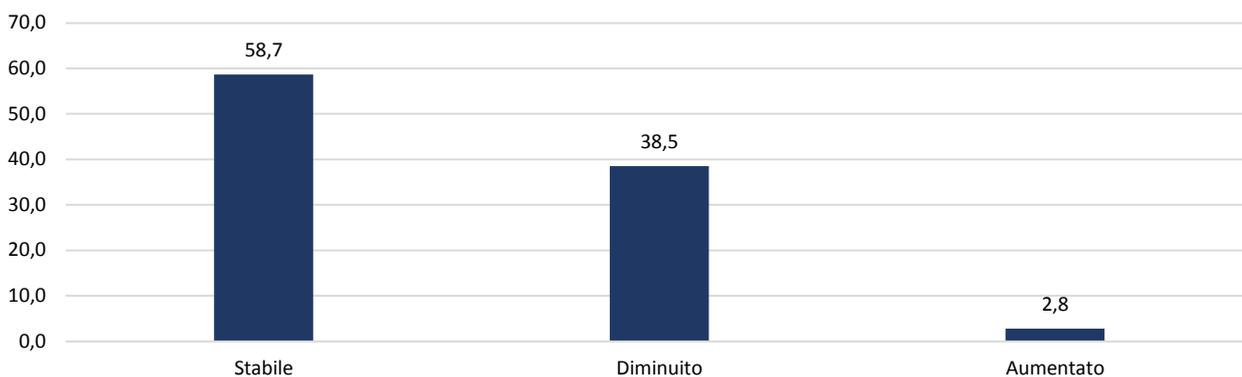
3. Fragilità reddituale e struttura dei bisogni socio-sanitari

L’evidenza di una significatività della variabile reddituale indica forme di disegualianza nella salute che necessitano di un sistema di sicurezza sociale e di un servizio sanitario pubblico in grado di contrastarle, attraverso meccanismi di redistribuzione di giustizia sociale. Il sistema di sanità pubblica è inoltre chiamato a rispondere oggi alle dinamiche di invecchiamento della popolazione, connotata da bisogni socio-sanitari crescenti. L’aumento del fabbisogno socio-sanitario pubblico della popolazione legato a variabili demografiche e di lotta alla salute diseguale può non trovare risposta pubblica soprattutto nel contesto attuale di crisi economica e fasi di restrizione del finanziamento possono legarsi a una serie di fragilità sociali allarmanti. In primo luogo la crisi economica agisce sulla variabile reddituale della popolazione acuendo le disuguaglianze reddituali e, di conseguenza, le disuguaglianze nella salute. In un contesto di spese sanitarie private crescenti e fasi di riduzione del finanziamento pubblico la tutela della salute diventa, quindi, soggetta ancor di più alla variabile reddituale e rischia di scardinare la finalità di universalismo. L’influsso della crisi, inoltre, non è legata alla sola variabile reddituale, esistono diverse evidenze empiriche che analizzano la relazione esistente tra periodi di crisi ed effetti sulla salute, in particolare per le fasce sociali più deboli. Catalano e al. (2011) indicano tre fattori di influenza negativa: lo stress legato al rischio di disoccupazione, l’effetto budget che potrebbe indurre i più fragili a ridurre le spese nella prevenzione o per la qualità degli alimenti, gli atteggiamenti psicosomatici di “frustrazione-aggressione” legati a percezioni di ingiustizia sociale. La messa in atto di una strategia di contrasto di tali fragilità dovrebbe costituire uno dei punti principali dell’agenda politica come richiesto dalla Commissione europea nel 2009⁷.

⁷ Commissione europea, Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell’Ue. 2009

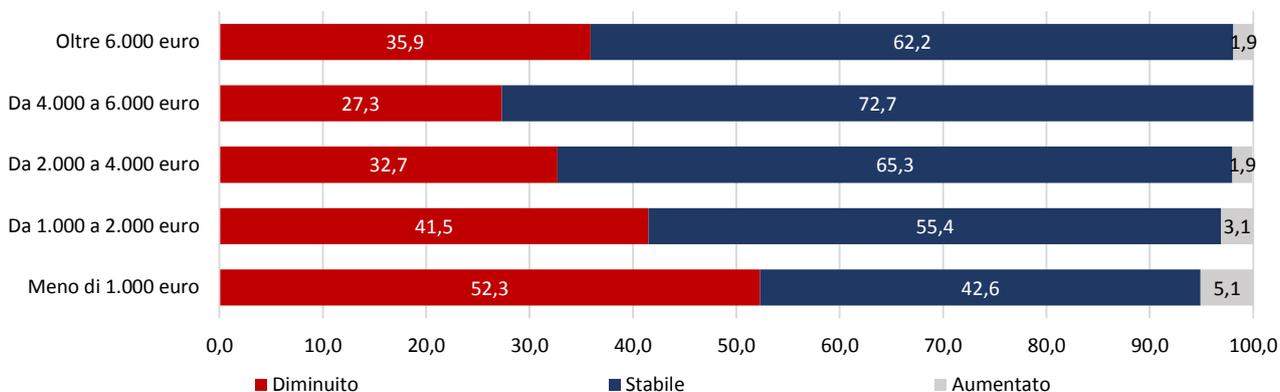
Possiamo analizzare tale fragilità in termini di prospettive future reddituali e socio-sanitarie dei rispondenti. Un indicatore ne è il fatto che il 38,5% dei rispondenti totali dichiara che il reddito disponibile nei prossimi 12 mesi sarà in diminuzione, percentuale che sale al 41,8% per le rispondenti donna. La percentuale, inoltre, sale per i comuni con popolazione inferiore ai 70.000 abitanti, confermando una maggiore esposizione delle fasce reddituali più basse. In particolare una prospettiva negativa si associa, infatti, a fasce di reddito già deboli (vedi fig.34).

Figura 33- Considerando le prospettive economiche della tua famiglia, a tuo giudizio come sarà il reddito disponibile familiare nei prossimi 12 mesi? (percentuale)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

Figura 34- Considerando le prospettive economiche della tua famiglia, a tuo giudizio come sarà il reddito disponibile familiare nei prossimi 12 mesi? (composizione percentuale per classe di reddito)

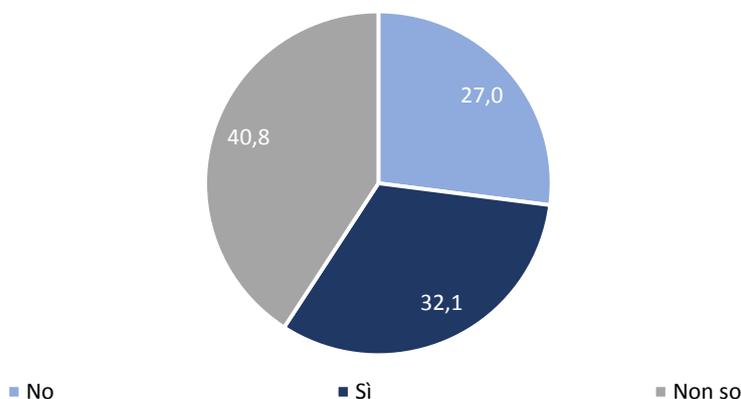


Fonte: Elaborazioni Ires ER.

La fragilità reddituale futura si rispecchia in termini di capacità di far fronte ai bisogni di salute e di spesa sanitaria: il 27% del campione sancisce di non essere in grado di far fronte alle necessità sanitarie future, percentuale che sale al 67,3% per coloro con una prospettiva reddituale in calo e al 30,7% per le rispondenti donna. La tipologia familiare più a rischio risulta quella unipersonale, i rispondenti nel 35,5% dei casi si valutano incapaci di fronteggiare i bisogni assistenziali futuri. Un'analisi per stato occupazionale rileva che a segnalare un'incapacità nel far fronte alle spese sanitarie future sono nel 46,1% dei casi occupati a tempo indeterminato e nel 32% pensionati. Se da un lato esistono prospettive fortemente pessimistiche, dall'altro il 40,8% dei rispondenti evidenzia profonda incertezza, dichiarando la loro perplessità nel poter far fronte in termini reddituali ai bisogni di salute che si presenteranno. Abbiamo già discusso del legame esistente tra

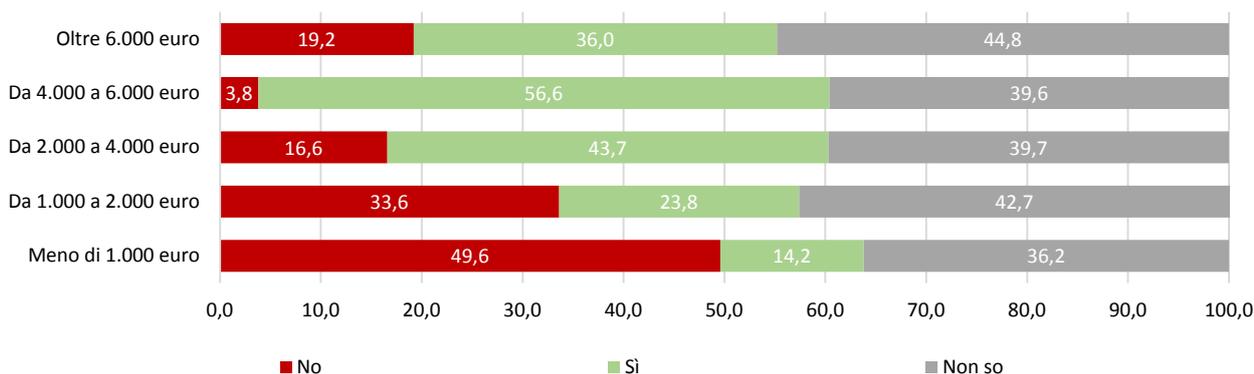
fascia reddituale e stato di salute, esso è rilevante anche in una prospettiva di fabbisogno assistenziale futuro. Un grado più alto di prevenzione, condizioni di vita migliori e una maggiore disponibilità reddituale per poter fronteggiare la variabilità dello stato di salute implicano che a classi reddituali più alte dovrebbero associarsi prospettive maggiormente ottimistiche nella capacità di far fronte ai bisogni di salute futuri. In generale, l'analisi per classi di reddito segnala, da un lato, che al crescere del reddito familiare disponibile diminuisce la percentuale di rispondenti che dichiara di non poter far fronte ai futuri bisogni di salute, ma dall'altro canto una rilevante quota di incertezza permane per ciascuna fascia reddituale. Le fasce più giovani della popolazione inoltre, nutrono incertezza riguardo la variabile salute in modo poco differenziato rispetto alla classe più anziana. Tale evidenza è sintomatica di una grande cautela degli intervistati nel valutare i bisogni futuri, e di una percezione diffusa della grande variabilità a cui potrebbe essere soggetta la condizione "salute".

Figura 35- Pensando alle tue prospettive future, pensi di riuscire a far fronte ai tuoi bisogni di salute in modo adeguato?
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

Figura 36- Pensando alle tue prospettive future, pensi di riuscire a far fronte ai tuoi bisogni di salute in modo adeguato?
(composizione percentuale per classe di reddito)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

Articolando l'analisi per stato di salute attuale è possibile notare come esso incida sulla valutazione dei bisogni sanitari futuri dei rispondenti. Il 69,2% dei rispondenti con uno stato di salute "pessimo" sancisce di non poter far fronte ai futuri bisogni sanitari, tale percentuale scende al 23,5% per coloro con uno stato di salute "buono". Così come la quota di rispondenti che si

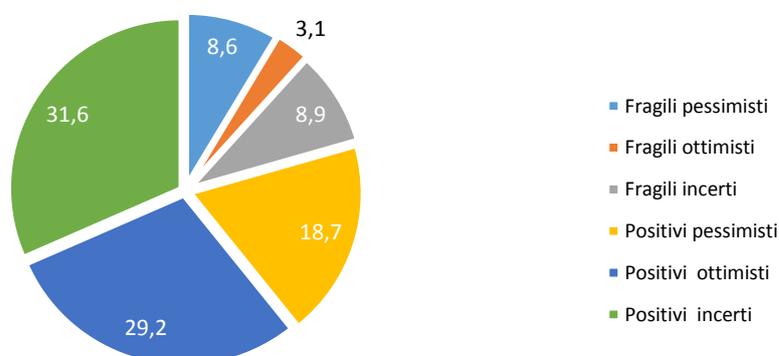
dicono in grado di far fronte ai bisogni sanitari futuri passa dal 15,6% per chi gode di uno stato di salute “non buono” al 46,4% per chi gode di uno stato di salute “molto buono”. Si è voluto analizzare il legame emerso attraverso la creazione di profili ad hoc, per i quali si rimanda al paragrafo successivo.

3.1. Alcuni possibili profili dei rispondenti: tra presente e futuro

La struttura e composizione del nostro database consente di andare oltre le variabili formalmente previste per spiegare l'evoluzione della dimensione percettiva e costruire appositi profili di rispondenti capaci, in linea ipotetica, di catturare asimmetrie distributive o addensamenti di risposte che altrimenti sarebbero rimasti nascosti nelle pieghe del rapporto. In questa direzione sono stati sviluppati 6 profili di risposta incrociando opportunamente lo stato di salute attuale, ovvero al momento della compilazione e l'aspettativa futura di riuscire a far fronte ai bisogni di salute in modo adeguato:

- **Fragile ottimista**, chi non valuta positivamente il proprio stato di salute ma pensa di riuscire a far fronte ai bisogni di salute futuri in modo adeguato;
- **Fragile pessimista**, chi non valuta positivamente il proprio stato di salute e pensa di non riuscire a far fronte ai bisogni di salute futuri in modo adeguato;
- **Fragile incerto**, chi non valuta positivamente il proprio stato di salute e non sa se riuscirà a far fronte ai bisogni di salute futuri in modo adeguato;
- **Positivo ottimista**, chi valuta positivamente il proprio stato di salute e pensa di riuscire a far fronte ai bisogni di salute futuri in modo adeguato;
- **Positivo pessimista**, chi valuta positivamente il proprio stato di salute ma pensa di non riuscire a far fronte ai bisogni di salute futuri in modo adeguato;
- **Positivo incerto**, chi valuta positivamente il proprio stato di salute e non sa se riuscirà a far fronte ai bisogni di salute futuri in modo adeguato.

Figura 37- Profili di risposta
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

La distribuzione delle risposte per profili conferma alcune caratteristiche già emerse dal confronto con le variabili costitutive: chi ha una percezione positiva del proprio stato di salute supera chi vive una condizione di salute fragile nel presente. È di interesse osservare come la componente di incertezza sia predominante sia per chi, ad oggi, sta bene e chi, invece, valuta negativamente il proprio stato di salute. Per i fragili pessimisti si rintraccia una più consistente presenza femminile mentre per i fragili ottimisti sono i maschi ad essere più rappresentativi. Allo stesso modo tra chi ad oggi sta bene segnali di pessimismo risultano preponderanti sempre nella quota femminile. Tra gli under 35 il profilo che si distingue è quello dei “positivi pessimisti” mentre per gli over 65 quello dei “fragili ottimisti”, evidenziando la specularità delle due tipologie di rispondenti non solo sotto l’aspetto anagrafico.

Articolando l’analisi per territorio, è possibile notare come per il territorio di Parma si registri una percentuale superiore di quella regionale per il profilo “fragili pessimisti” da ricondurre, ipoteticamente, alla maggiore fragilità reddituale emersa nel campione di analisi da tale provincia.

Il territorio di Reggio Emilia registra la percentuale più elevata di rispondenti “robusti ottimisti”, sebbene sia il territorio col maggior tasso di rispondenti over 65; invece prospettive più pessimistiche si riscontrano nelle province di Bologna e Ferrara.

Tabella 3 - Distribuzione profili per territorio (composizione percentuale)

PROFILI	TERRITORIO									Totale
	Bologna	Ferrara	Forlì-Cesena	Modena	Parma	Piacenza	Ravenna	Reggio Emilia	Rimini	
Fragili pessimisti	7,3	8,2	8,9	10,8	11,3	4,0	11,5	4,6	5,5	8,6
Fragili ottimisti	2,2	2,4	6,9	3,9	2,5	0,0	0,0	5,0	5,5	3,1
Fragili incerti	7,3	11,9	5,9	9,5	7,8	9,3	16,4	8,1	6,6	8,9
Positivi pessimisti	20,3	23,5	18,8	15,6	18,5	17,3	21,3	12,3	19,8	18,7
Positivi ottimisti	27,3	22,8	29,7	29,4	26,8	34,7	32,8	42,7	28,6	29,2
Positivi incerti	35,6	31,2	29,7	30,7	33,1	34,7	18,0	27,3	34,1	31,6

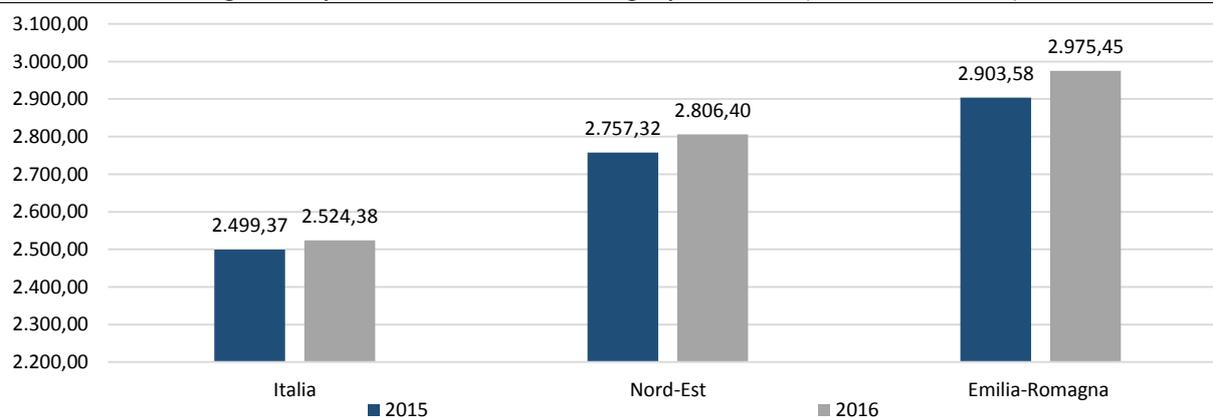
Fonte: Elaborazioni IRES ER.

4. La spesa familiare

Una volta tracciati i profili di base dei rispondenti, si è proceduto ad analizzare l'evoluzione della spesa sanitaria familiare negli ultimi anni. Per poterne strutturare un'analisi completa il questionario, in prima battuta, raccoglie i dati dei rispondenti sull'evoluzione della spesa totale familiare, cercando di capire come la spesa sanitaria si sia relazionata alle altre voci di consumo costituenti il bilancio familiare; in seconda battuta indaga la dinamica della spesa sanitaria totale (inclusa la spesa privata e farmaceutica) e la gravosità di essa sul bilancio familiare.

Secondo i dati ISTAT nel 2016, in Italia, la spesa media mensile familiare in valori correnti è pari a 2.524,38 euro, in aumento dell'1,0% rispetto al 2015⁸. In Emilia-Romagna l'ammontare complessivo di spesa media mensile è stimato pari a 2.975,45 euro, più alto del dato italiano e della macro area del Nord-Est. La spesa media mensile delle famiglie emiliano-romagnole aumenta del 2,5% rispetto al 2015, confermando di seguire gli andamenti di incremento più timidi registrati negli anni precedenti (+0,33% nel 2014, +0,7% nel 2015). Considerazioni analoghe sono valide per la spesa media mensile in termini reali dal momento che la variazione dei prezzi al consumo è risultata prossima allo zero.

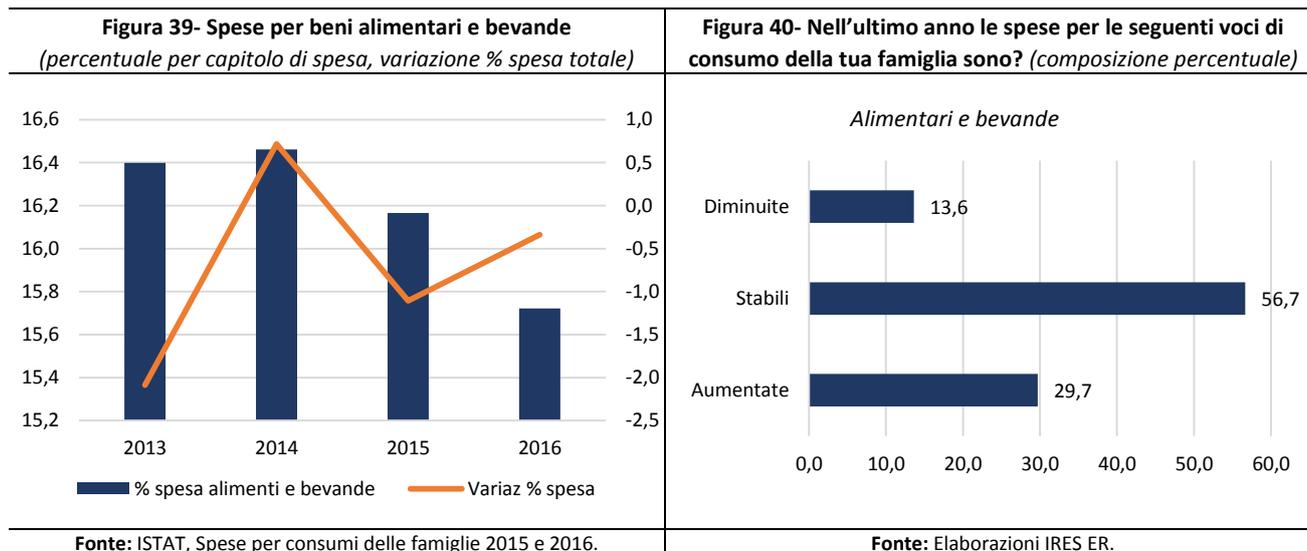
Figura 38- Spesa media mensile delle famiglie per territorio (valori stimati in euro)



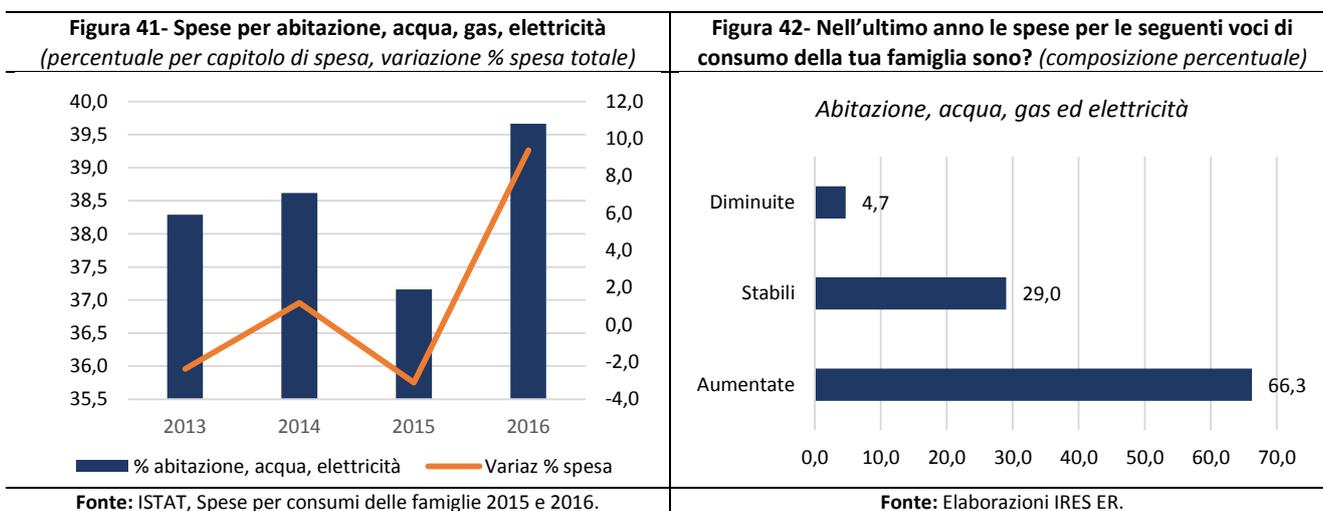
Fonte: Elaborazioni IRES ER su dati ISTAT.

Nell'analisi della composizione percentuale di ciascuna voce di spesa si sono registrate, tuttavia, variazioni di segno diverso. I partecipanti all'indagine sono stati chiamati a rispondere sulle modificazioni delle proprie abitudini di spesa riguardo le tradizionali voci di consumo e servizi al fine di ricostruire le variazioni da un anno all'altro della composizione del paniere familiare. Di seguito si mettono a confronto l'andamento secondo i dati ISTAT dei capitoli di spesa di interesse e le risposte raccolte nell'indagine. Il fine non è quello di confrontare i due risultati ma semplicemente quello di mostrare quale sia l'andamento macroeconomico del fenomeno e quale, invece, l'andamento soggettivo di esso, cioè dichiarato dai soggetti appartenenti alle famiglie del campione intervistato.

⁸ ISTAT, Spese per consumi delle famiglie anno 2016.

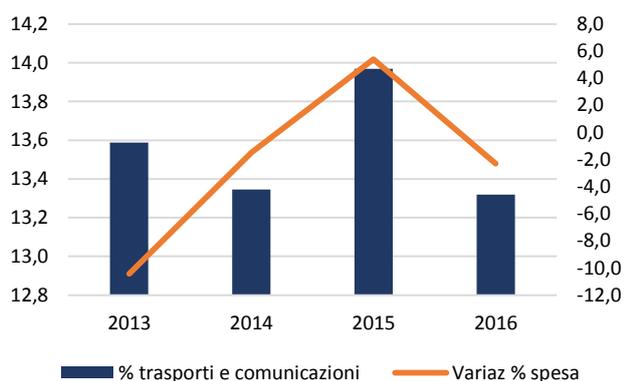


La quota percentuale di spesa mensile destinata a beni alimentari e bevande per l'Emilia Romagna si è registrata in leggero calo (-0,5%) rispetto al 2015, tale variazione è tuttavia molto contenuta. Nel 2015 le famiglie spendevano in media 469,38 euro per prodotti alimentari e bevande, nel 2016 si sono spesi 467,8 euro. La maggioranza dei rispondenti (56,7%), infatti, segnala che la quota alimentare di spesa nelle loro famiglie è sostanzialmente stabile.



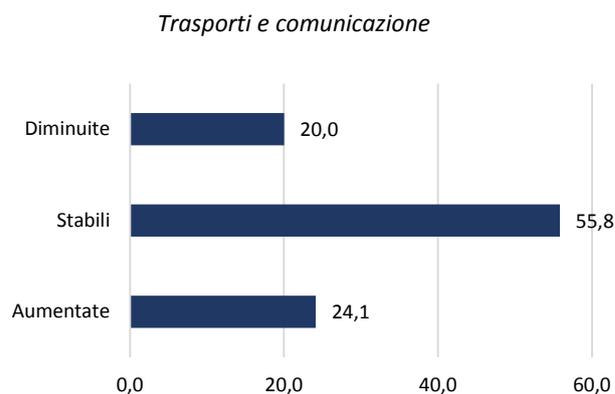
In aumento le spese per abitazione, acqua, gas ed elettricità del +2,5%, passano dai 1.078,95 euro ai 1.180,28 euro. In linea a tale andamento i riscontri del 66,3% dei soggetti rispondenti che segnalano le proprie spese abitative in aumento.

Figura 43- Spese per trasporti e comunicazioni (percentuale per capitolo di spesa, variazione % spesa totale)



Fonte: ISTAT, Spese per consumi delle famiglie 2015 e 2016.

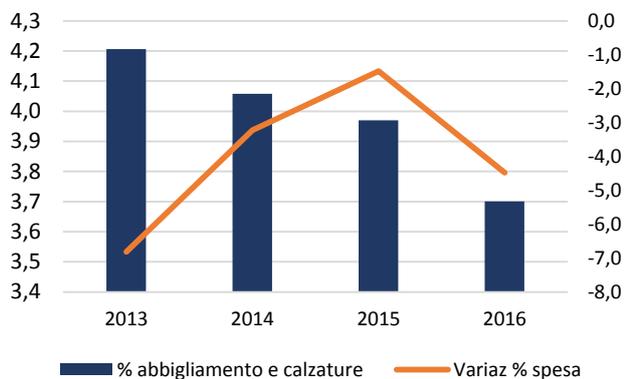
Figura 44 -Nell'ultimo anno le spese per le seguenti voci di consumo della tua famiglia sono? (composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

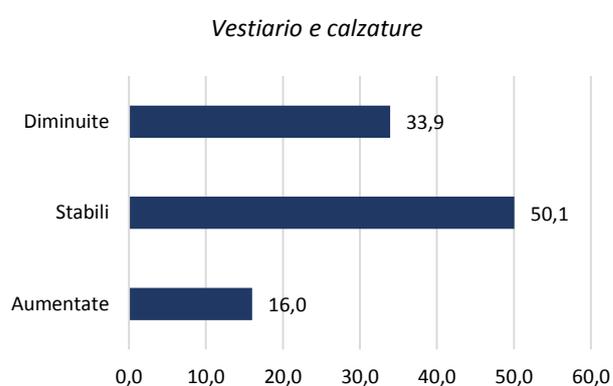
In leggera diminuzione la quota di spesa media mensile familiare destinata ai trasporti e comunicazioni: nel 2015 in Emilia-Romagna era pari a 405,58 euro, mentre nel 2016 è scesa a 396,28 euro. I partecipanti all'indagine segnalano in maggioranza (55,8%) un andamento stabile, e, data la leggera diminuzione, in sostanza congruo ai dati Istat.

Figura 45- Spese per vestiario e calzature (percentuale per capitolo di spesa, variazione % spesa totale)



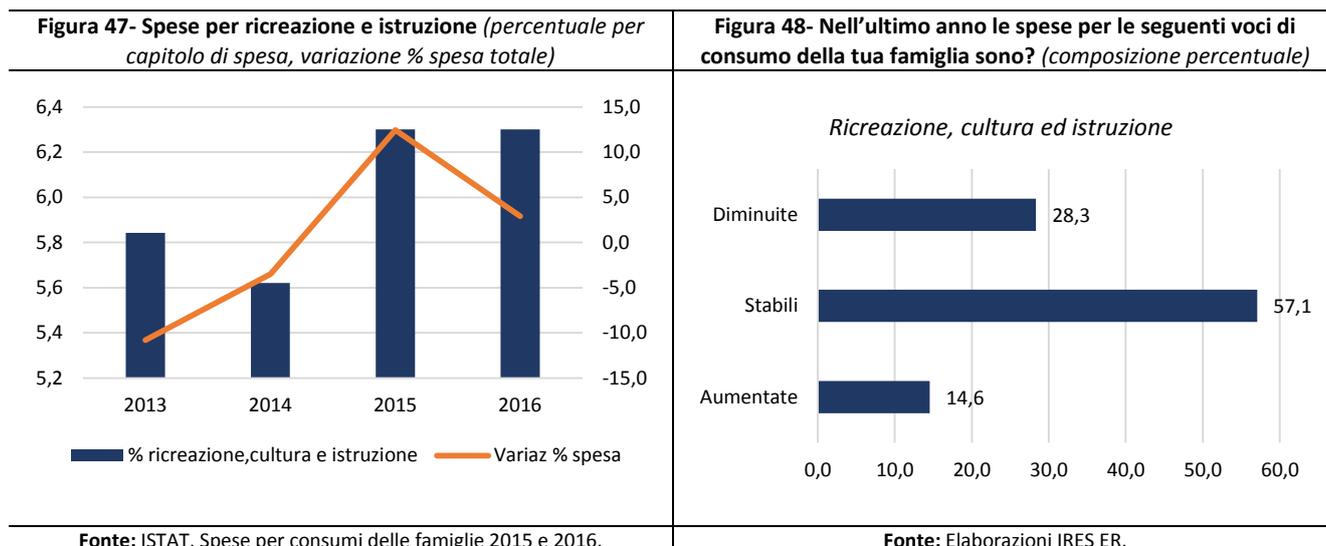
Fonte: ISTAT, Spese per consumi delle famiglie 2015 e 2016.

Figura 46 -Nell'ultimo anno le spese per le seguenti voci di consumo della tua famiglia sono? (composizione percentuale)

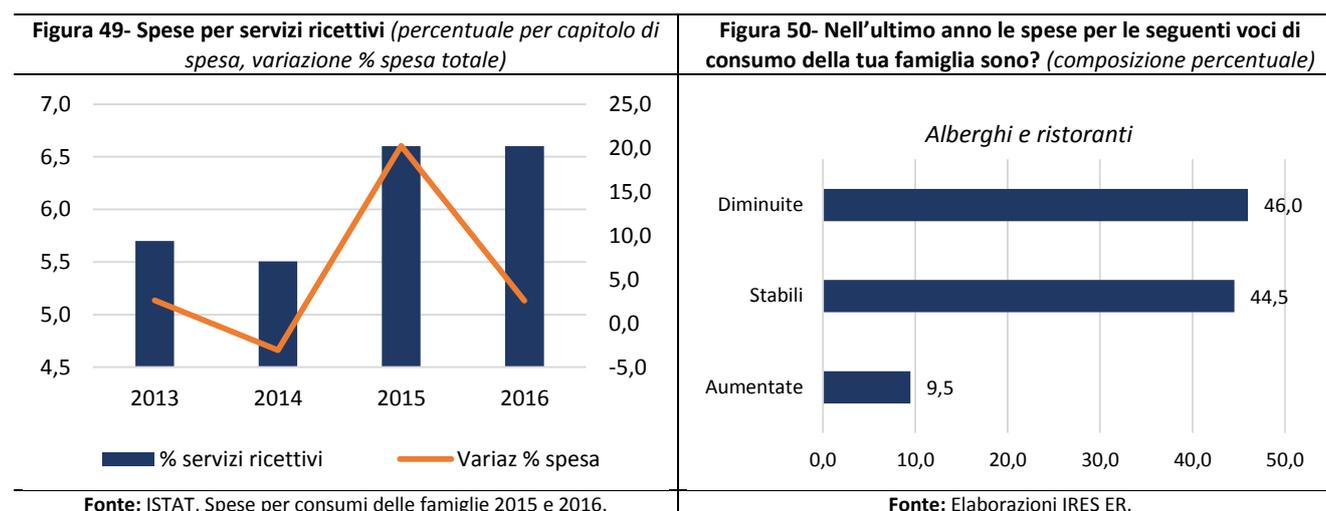


Fonte: Elaborazioni IRES ER.

In leggera riduzione dello 0,3% la quota di spesa per abbigliamento e calzature, da 115,26 euro in media mensili a 110,10 euro per famiglia. Il 50,1% dei rispondenti segnalano spese stabili per questa voce di consumo.



Secondo i dati Istat rimane stabile anche la quota di spesa per cultura, istruzione, ricreazione, nel 2015 si spendeva 182,20 euro, nel 2016 187,49 euro. Anche la maggioranza (57,1%) degli intervistati segnala spese per attività culturali, ricreative e di istruzione stabili.



Nel caso dei servizi ricettivi e di ristorazione le quote di spesa per l'Emilia-Romagna sono rimaste invariate. Nel 2015 le famiglie spendevano in media mensilmente 190,93 euro, nel 2016 hanno speso 195,86 euro, quindi la spesa è di poco cresciuta a seguito dell'aumento della spesa media mensile totale. Nel campione di analisi, però, il 46% segnala una diminuzione delle proprie spese per alberghi e ristoranti, mentre il 44,5% le mantiene stabili. Da un'analisi più particolare riguardo i rispondenti per i quali le spese in attività ricettive e ristorative sono in diminuzione emerge che il 42,6% appartiene alla fascia di reddito 1.000-2.000 euro, il 30,5% alla fascia di reddito successiva. In più il 42% dei rispondenti che segnalano tale diminuzione sono occupati a tempo indeterminato e un 34,9% sono pensionati. Possiamo ipotizzare che la diminuzione delle spese in attività ricettive e ristorative sia frutto, per una quota dei soggetti in esame, di una riallocazione della spesa familiare a favore di altre voci di consumo e di beni considerati di maggiore necessità. Nello specifico, infatti, emerge che il 48,8% dei rispondenti che diminuiscono le spese in alberghi e

ristoranti segnala un aumento delle spese per la sanità e il 67,8% segnala un aumento delle spese per abitazione, luce, gas ed elettricità.

Figura 51- Distribuzione rispondenti che diminuiscono le spese in servizi ristorativi e ricettivi per fascia di reddito (composizione percentuale)

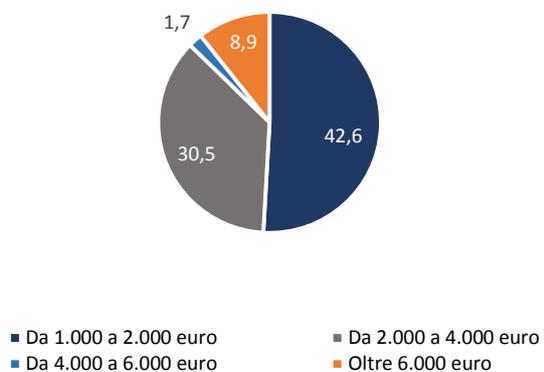
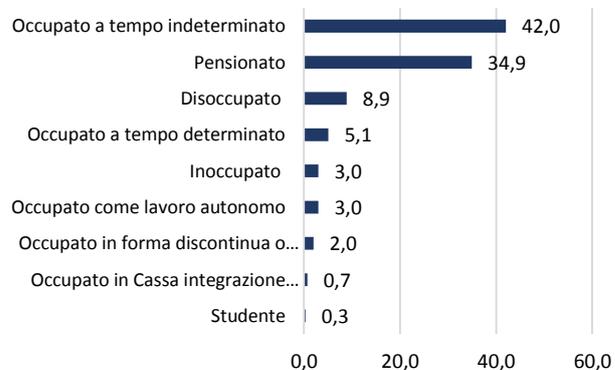


Figura 52- Distribuzione rispondenti che diminuiscono le spese in servizi ristorativi e ricettivi per occupazione (composizione percentuale)

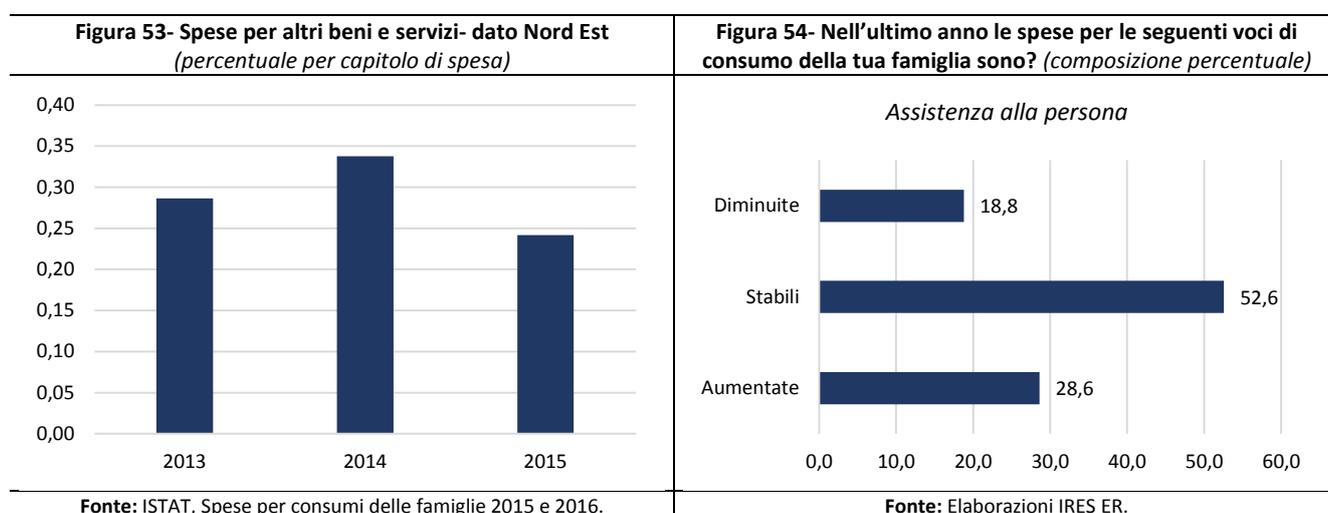


Fonte: Elaborazioni IRES ER.

5. La spesa sanitaria totale

Passate in rassegna le tradizionali voci di consumo, l'indagine ha riservato attenzione particolare all'evoluzione della spesa sanitaria totale e assistenziale.

Riguardo le spese per l'assistenza alla persona l'istituto nazionale di statistica ha reso il dato disponibile per la macro area Nord-Est, in particolare nel 2015 ciascuna famiglia dell'area spendeva in media 9,31 euro mensili per servizi di assistenza sociale⁹, nel 2016 tale valore è sceso a 6,79 euro. Il campione in esame segnala che le spese per assistenza alla persona sono rimaste stabili nel bilancio familiare dei rispondenti, anche tale dato è congruo all'andamento della quota di spesa a livello aggregato per il territorio del Nord-Est.

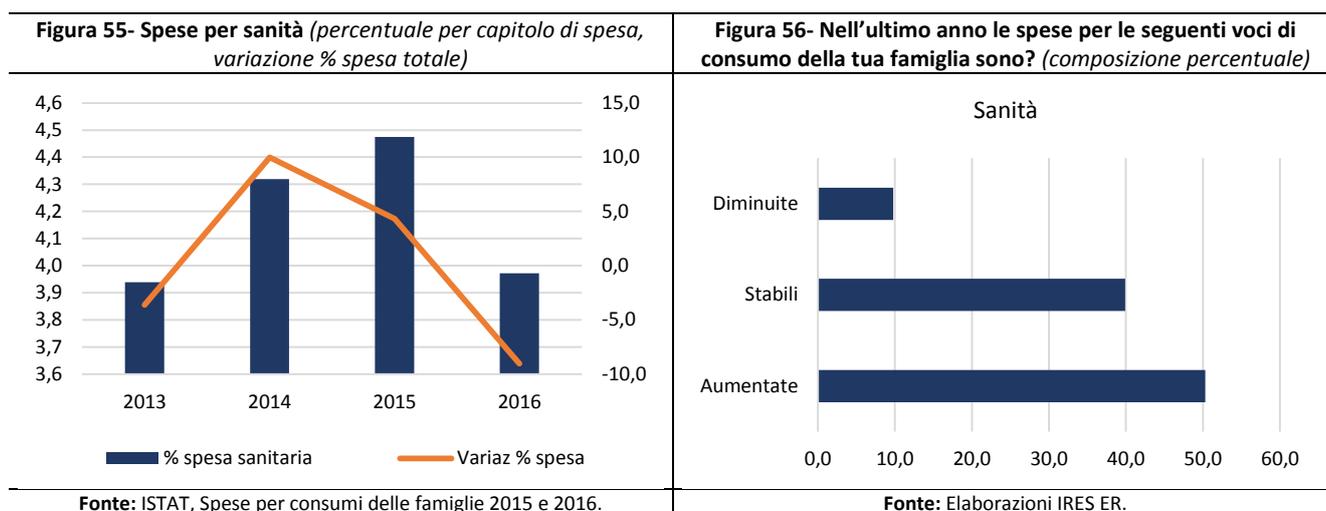


La ricostruzione del dato riguardo l'andamento della spesa sanitaria può essere letto sotto una duplice lente: la spesa sanitaria totale pro-capite e la spesa sanitaria media mensile familiare. Nel primo caso, in riferimento a quanto emerge dai dati Previmedical e Censis¹⁰ la spesa sanitaria totale per cittadino in Italia è stata mediamente di 2.447,55 euro pro-capite nel 2016. L'Emilia-Romagna si è classificata come regione "alto-spendente" per un ammontare complessivo di spesa di 2.675,30 euro per cittadino. Quanto tale costo abbia inciso sul portafoglio dei cittadini residenti dipende dal finanziamento pubblico ricevuto per il SSN e dalle spese sanitarie private, scorporata la quota di spesa rimborsata da forme di sanità integrative se previsti. Nel secondo caso e in misura più vicina alla logica familiare, i dati ISTAT¹¹ segnalano che le spese sanitarie medie mensili per famiglia in Emilia Romagna per l'anno 2015 sono state pari a 129,93 euro e nel 2016 sono scese a 118,18 euro, registrando un calo dopo due anni di aumenti. Il dato regionale 2016 risulta leggermente più alto rispetto a quello nazionale pari a 113,65 euro, ma inferiore a quello della zona Nord-Est pari a 123,67 euro.

⁹ La voce di assistenza sociale è contenuta nel capitolo di spesa "altri beni e servizi" nella categorizzazione ISTAT, include servizi per bambini, case di cura per anziani e residenze per persone disabili, servizi di assistenza a domicilio e consulenza.

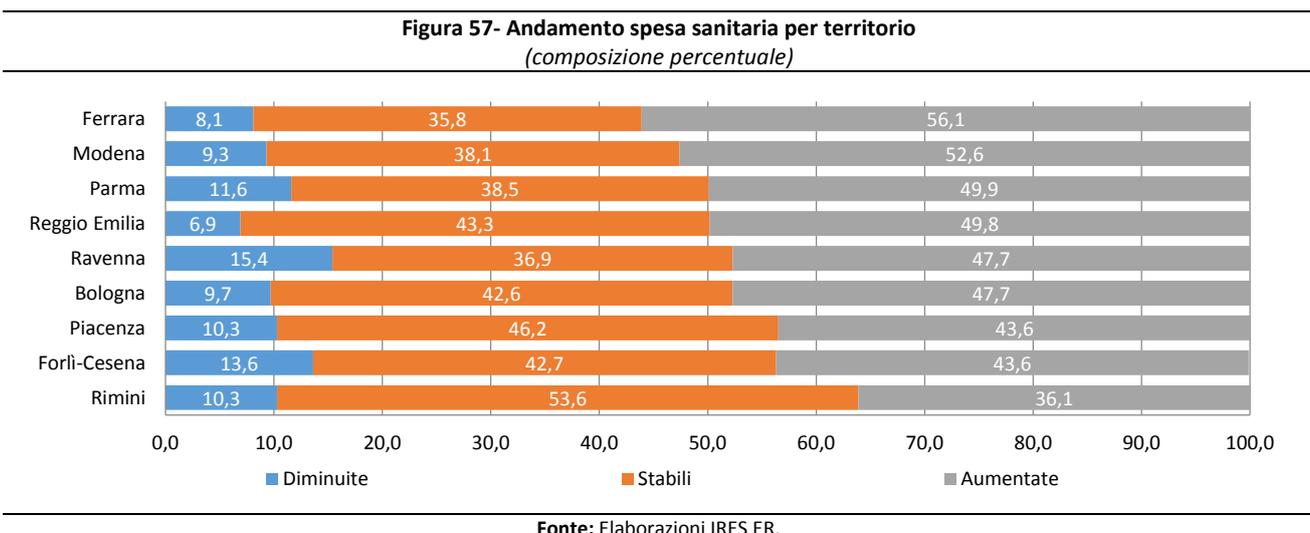
¹⁰ CENSIS-RBM ASSICURAZIONE SALUTE (2017), VII Rapporto RBM Assicurazione Salute - Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Integrativa "Per Tanti...non più per tutti-La sanità italiana al tempo dell'universalismo selettivo".

¹¹ Il dato dell'istituto nazionale di statistica include medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature medicali, servizi ambulatoriali e ospedalieri.



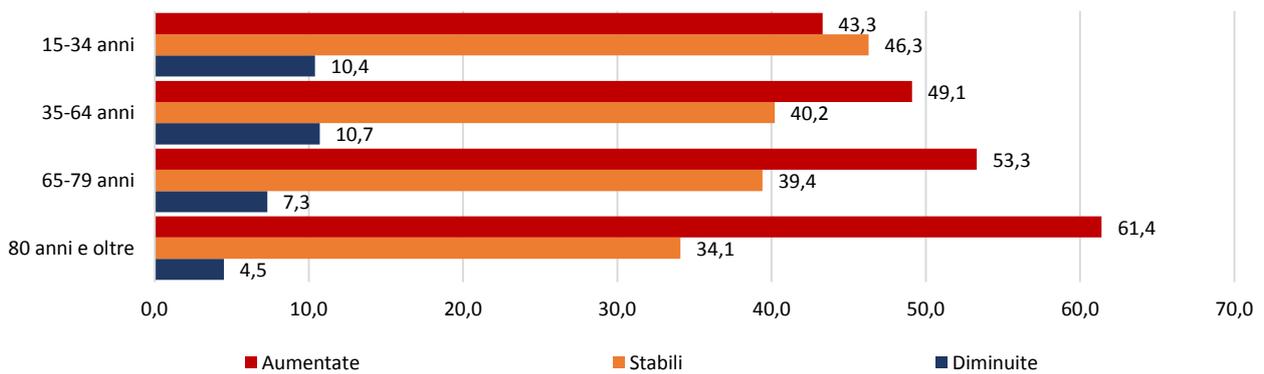
I soggetti intervistati dichiarano un aumento della spesa sanitaria familiare nell'ultimo anno, come indicato dal 50,3% dei rispondenti, la percezione soggettiva è quindi che l'incidenza del costo delle spese sanitarie sul bilancio familiare sia in rialzo. Tale evidenza ha due principali spiegazioni: da un lato è possibile che i rispondenti, a seguito degli aumenti della spesa sanitaria familiare negli ultimi due anni, abbiamo ancora la percezione di spese sanitarie in aumento, dall'altro potrebbe rappresentare un fenomeno soggettivo del campione analizzato che si distacca dalla media regionale racchiusa nei dati Istat.

La provincia in cui l'aumento è stato maggiormente percepito è Ferrara, in particolare in questo territorio la percentuale di rispondenti con spese sanitarie in aumento tocca l'apice del 68,8% per i comuni "piccolissimi".



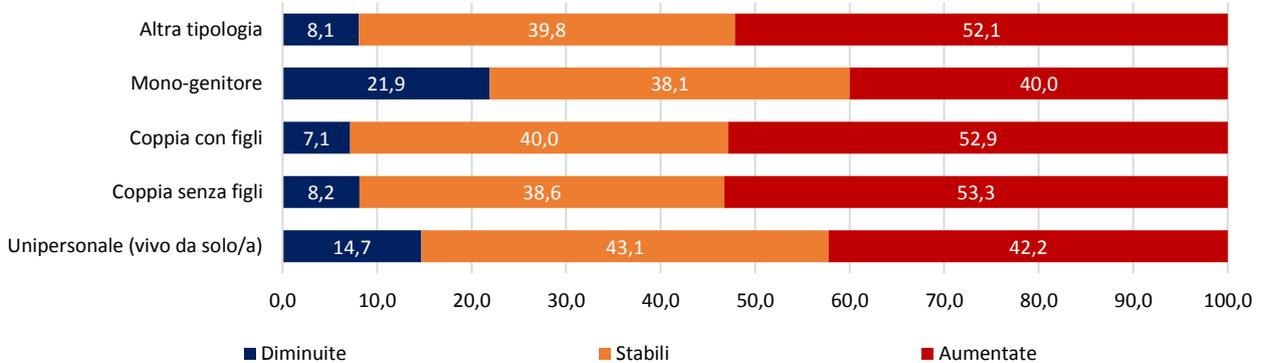
La percentuale di rispondenti con spesa sanitaria in rialzo segue alcuni trend di facile interpretazione: la percentuale aumenta al crescere dell'età, aumenta per coloro che dichiarano uno stato di salute "non buono" e aumenta per le tipologie familiari di coppia.

Figura 58- Andamento spesa sanitaria per fascia di età
(composizione percentuale)



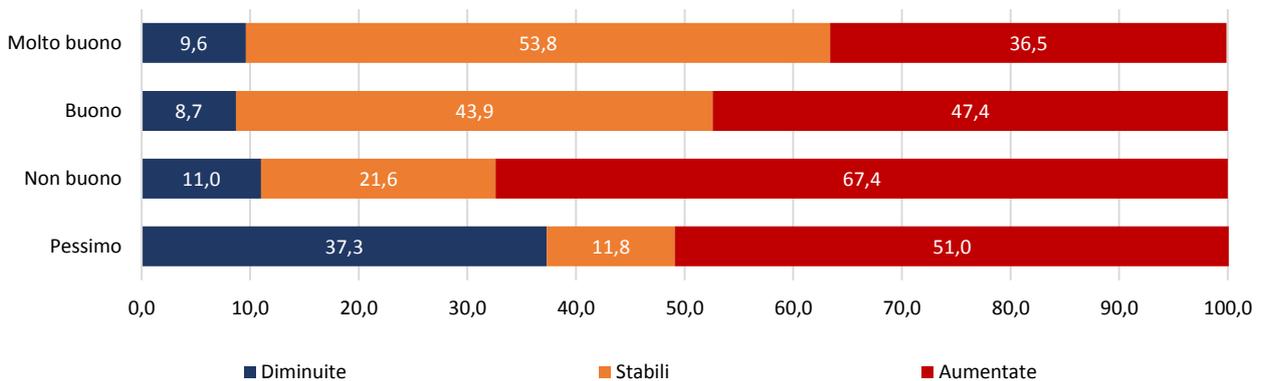
Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Figura 59- Andamento spesa sanitaria per tipologia familiare
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

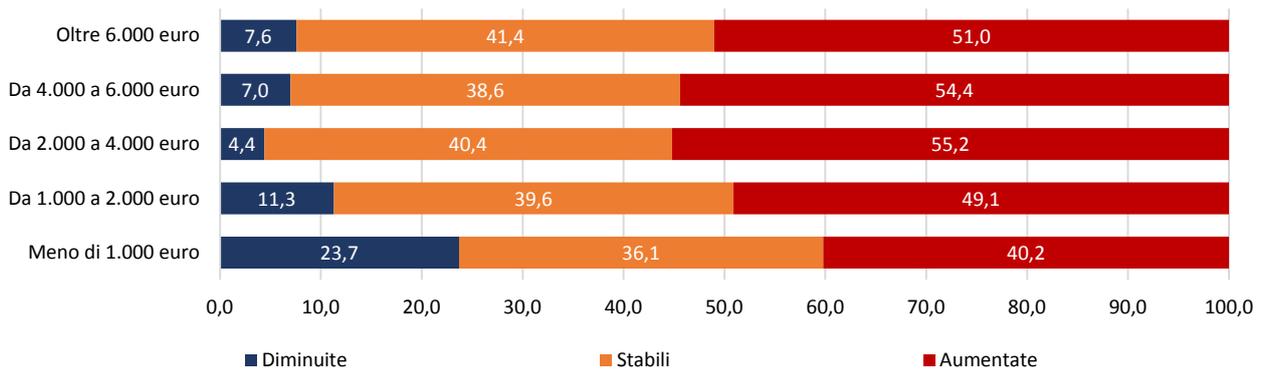
Figura 60- Andamento spesa sanitaria per autovalutazione stato di salute
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

È possibile notare, inoltre, come l'aumento della spesa sanitaria sia segnalato in misura maggiore dalle fasce di reddito più forti, segnalando spese sanitarie in aumento attribuibili proprio ai rispondenti che godono di un grado di benessere più elevato (vedi fig.61).

Figura 61- Andamento spesa sanitaria per fascia di reddito
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

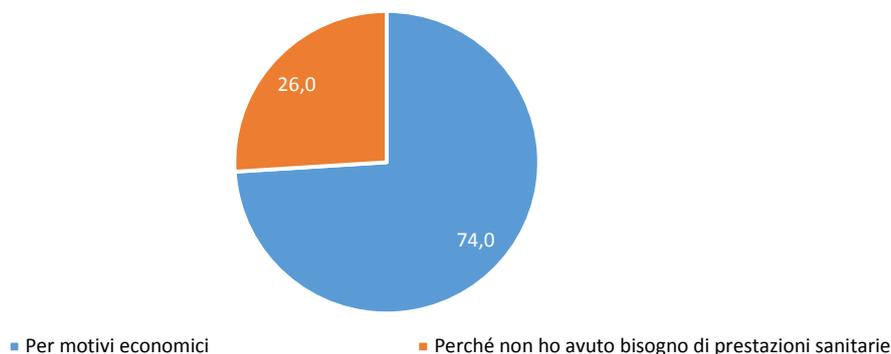
Sebbene la lettura del dato non sia di immediata interpretazione, sembrerebbe indicare un atteggiamento di maggiore consumo per le prestazioni sanitarie delle classi di reddito più forti. L'analisi appena condotta consente di mostrare, inoltre, come i profili reddituali più fragili segnalino, invece, una diminuzione delle spese sanitarie ben oltre la media campionaria, le spese sanitarie risultano in diminuzione per il 23,7% degli afferenti alla fascia reddituale più bassa, a fronte di una media campionaria del 9,8%. L'attenzione alla dinamica della spesa sanitaria in calo risulta interessante dal momento che tale riduzione viene segnalata dalla fascia reddituale più debole e dai rispondenti che qualificano il proprio stato di salute come "pessimo" e per questo viene approfondita di seguito.

5.1. Il razionamento della spesa sanitaria

Nel campione di analisi il 9,8% dei rispondenti riscontra spese sanitarie in calo, il 74% di questi profili lo riconduce a un mutamento di spesa per motivi economici. In particolare, infatti, è emerso che a ridurre la spesa sanitaria siano state proprio le fasce reddituali più deboli: la percentuale di rispondenti con spese sanitarie in diminuzione sale al 23,7% per la fascia reddituale più povera e l'81% dei rispondenti che segnala tale razionamento per motivi economici appartiene proprio alla fascia reddituale più bassa.

Il calo della spesa sanitaria familiare segnalato e riconducibile a motivi economici è da intendersi, quindi, come una necessaria riduzione della componente di spesa sanitaria e una riallocazione delle risorse all'interno del bilancio familiare. Dal momento che la percentuale di rispondenti che razionano le spese sanitarie è pari al 37,3% dei rispondenti con uno stato di salute "pessimo" risulta di particolare interesse capire quali siano state le tipologie di prestazioni sanitarie a cui siano stati costretti a rinunciare.

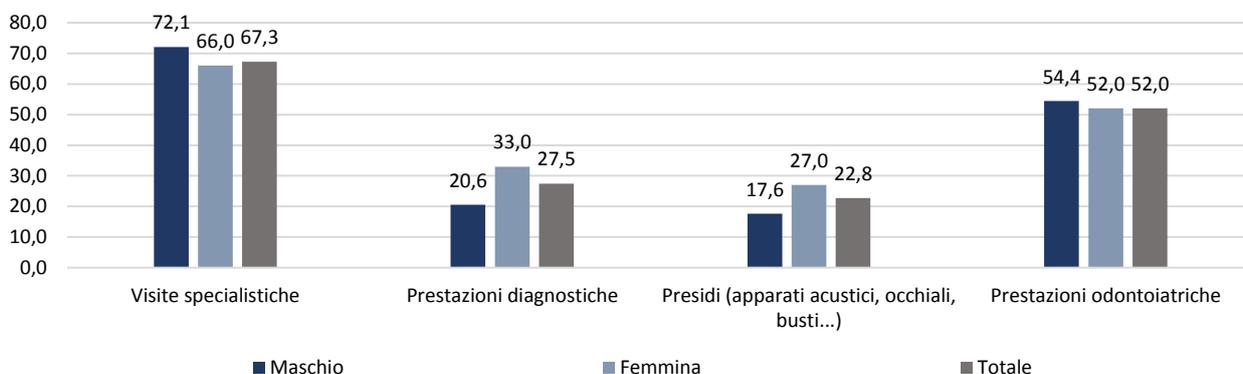
Figura 62- Se le spese per consumi/servizi sono diminuite, indicare la cause/motivazioni
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni IRES ER.

La fig.63 mostra come le visite specialistiche si confermino le visite a cui più hanno rinunciato i rispondenti, seguite dalle prestazioni odontoiatriche, entrambe prestazioni particolarmente costose in media. Da un'analisi per genere, inoltre, è possibile notare come tale riallocazione delle risorse, testimoniata dal 74% di coloro che riducono le spese sanitarie, colpisca maggiormente rispondenti donne e la quota femminile domina quella maschile in termini di rinuncia a prestazioni diagnostiche e presidi.

Figura 63- Se le spese per consumi/servizi in sanità sono diminuite per motivi economici, a quali tipi di prestazione/servizi sanitari, di cui avevi bisogno e prescritti dal tuo medico, hai rinunciato?
(composizione percentuale)



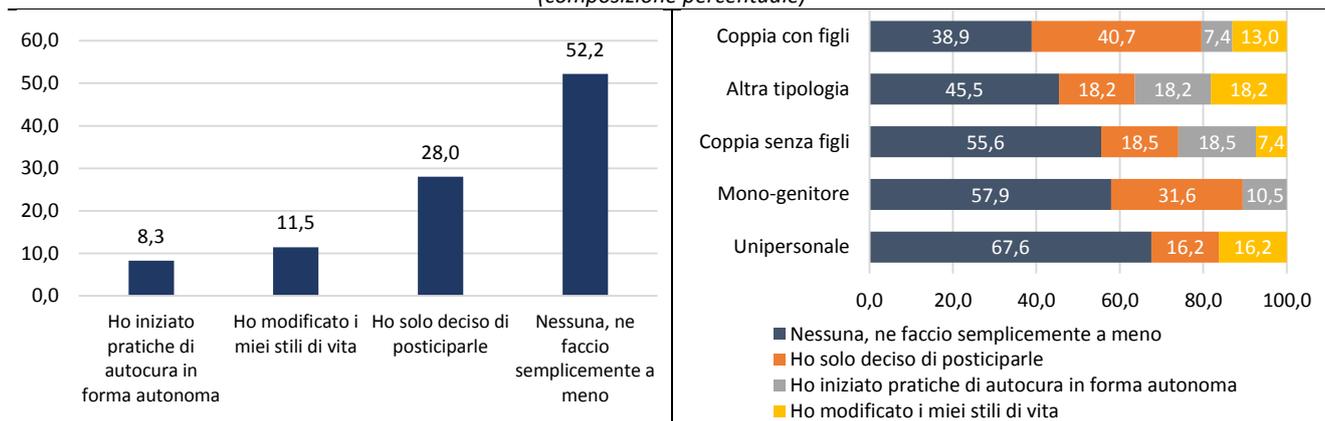
Fonte: Elaborazioni IRES ER.

Nello specifico per capire se i soggetti che hanno ridotto la spesa sanitaria per motivi economici avessero adottato una forma alternativa di cura a quella a cui hanno dovuto rinunciare, si è chiesto ai partecipanti all'indagine in cosa consistesse. Emerge che il 52,2% dei soggetti ha rinunciato alla prestazione sanitaria evitandone il ricorso e un più basso 28% le ha posticipate; entrambe le alternative registrano una maggioranza di rispondenti donna. È possibile notare, inoltre, come la percentuale di coloro che ne hanno evitato definitivamente il ricorso salga al 69,6% per la fascia di reddito più bassa.

Le percentuali residue di alternative “attive” registrano tassi inferiori, l’11,5% dichiara di aver modificato i propri stili di vita e l’8,3% di aver iniziato pratiche di autocura in forma autonoma. La rinuncia si articola in forma diversa a seconda della tipologia familiare di appartenenza, per le coppie con figli la rinuncia prende la forma di un semplice posticipo, mentre per le tipologie familiari unipersonali la rinuncia è definitiva.

Rispetto alle modalità alternative in risposta alla riduzione delle spese sanitarie, risulta di particolare interesse la distinzione tra comune capoluogo e comune non capoluogo, ipotizzando che il comune capoluogo rappresenti uno spazio con una maggior prossimità geografica ai servizi sanitari, sociali e amministrativi. In generale i comuni capoluogo si distinguono per una quota superiore, rispetto alla media, di chi semplicemente “fa a meno” della cura sanitaria (55,7% a fronte del 47,6% dei comuni non capoluogo), una minore propensione a posticiparla (24,6% a fronte del 32,1% dei comuni non capoluogo) mentre nei comuni non capoluogo si rileva una più alta inclinazione a modificare i propri stili di vita per far fronte ad una riduzione delle spese sanitarie.

Figura 64- Se le spese per consumi/servizi in sanità sono diminuite per motivi economici, quali alternative hai adottato?
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

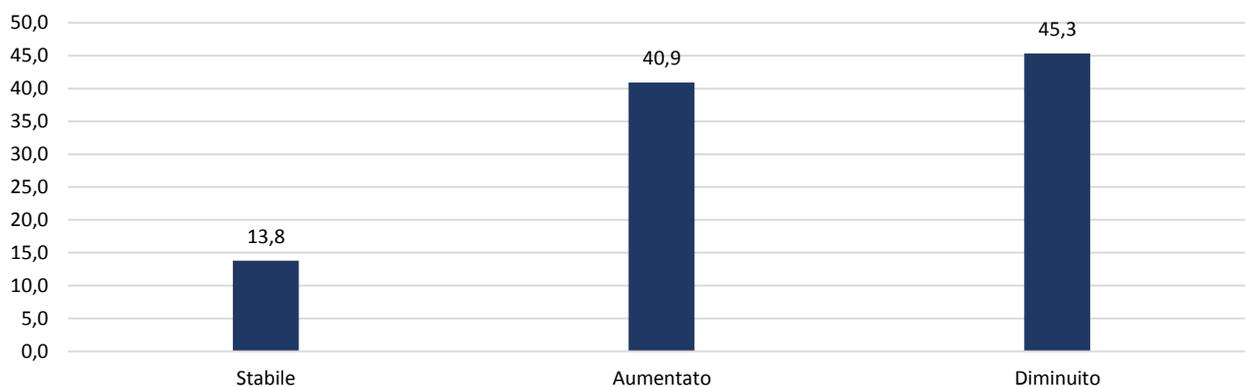
L’analisi fin qui condotta porta alla luce il tema della “sanità negata”. Secondo quanto emerge che dal VII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermedia, 12,2 milioni di persone in Italia nel 2016 hanno rinunciato o rinviato per ragioni economiche una prestazione sanitaria, +10,9% rispetto al dato 2015¹². Tale numero varia da regione a regione, per l’Emilia-Romagna i dati RBM Assicurazione Salute - Censis registrano 763.064 cittadini rinunciatari di cure, il 17,1% della popolazione residente. Il dato segnalato dal rapporto RBM Salute-Censis è sicuramente molto più elevato di quanto non emerga dalla nostra. In generale i due dati non sono confrontabili, nello specifico, infatti, il questionario sottoposto ai soggetti partecipanti ha voluto differenziare riguardo i motivi del mancato ricorso, contrariamente al dato Censis, e alle eventuali alternative adottate al fine di filtrare il dato omnicomprensivo dei rinunciatari.

Si noti, inoltre, come il 40,9% dei rispondenti con spese per la sanità in diminuzione riscontrino, allo stesso tempo, un aumento delle prestazioni di cui si sono fatti carico (vedi fig.65). La relazione,

¹² CENSIS-RBM ASSICURAZIONE SALUTE, VII Rapporto RBM Assicurazione Salute - Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Integrativa “Per Tanti...non più per tutti-La sanità italiana al tempo dell’universalismo selettivo”. 2017

apparentemente contro-intuitiva, potrebbe rimandare ad un percorso interpretativo in base al quale la maggior esposizione al mercato privato indurrebbe il cittadino ad una maggior cautela nella spesa. La ridotta disponibilità economica unita all'aumento delle spese direttamente a carico dell'utente potrebbe aver comportato la riduzione del ricorso alle prestazioni sanitarie più costose.

Figura 65- Andamento della spesa a carico dell'utente per rispondenti con spese in sanità in diminuzione
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

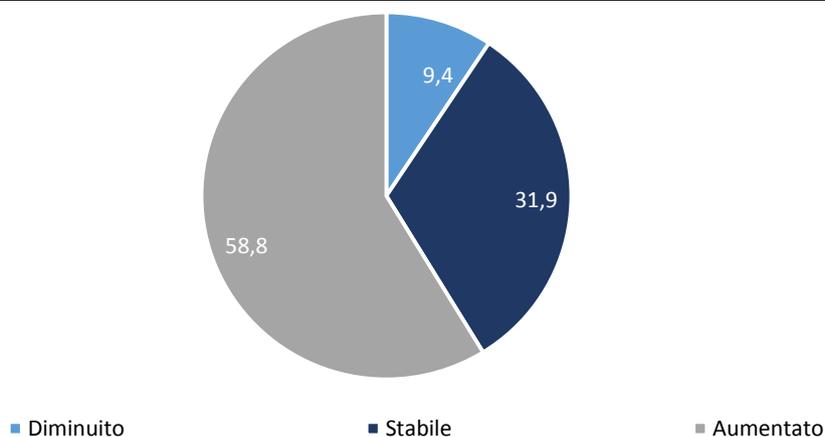
5.2. La spesa sanitaria interamente a carico del cittadino

In una logica complementare alle informazioni sulla spesa sanitaria, si procede ora ad analizzare la dinamica della quota totalmente a carico dei rispondenti, ovvero il costo sanitario che grava interamente sul bilancio familiare e non rientra nella pratiche di compartecipazione.

Il 58,8% dei rispondenti segnala un aumento delle prestazioni sanitarie di cui si sono fatti interamente carico.

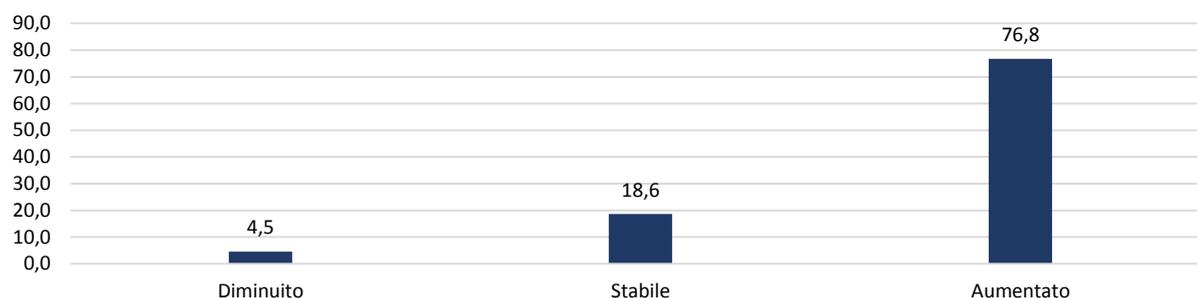
Si segnala come il 76,8% di coloro che già segnalavano un aumento delle spese per la sanità riscontrino un aumento nelle spese per prestazioni sanitarie a proprio carico (vedi fig.67).

Figura 66.- Negli ultimi anni, il ricorso a prestazioni sanitarie di cui ti sei fatto totalmente carico (ovvero hai pagato totalmente di tasca propria) è:
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

Figura 67- Andamento della spesa a carico dell'utente per rispondenti con spese in sanità in aumento (percentuale)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

L'andamento della quota di spesa sanitaria gravante sugli utenti sembra, quindi, ricoprire un ruolo cardine per spiegare l'aumento della spesa sanitaria a carico delle famiglie emiliano-romagnole intervistate.

I rispondenti che segnalano tale aumento, inoltre, crescono al crescere del reddito disponibile. Una maggiore disponibilità di risorse si accompagna a un maggiore ricorso a prestazioni totalmente a carico degli individui. Anche in questo caso la distinzione tra chi vive nei comuni capoluogo e non determina delle asimmetrie nella distribuzione delle risposte: per chi vive nei comuni capoluogo, infatti, è maggiore la quota di chi vede aumentate le prestazioni totalmente a carico del cittadino (59,6% a fronte del 57,4% di chi vive nei comuni non capoluogo). L'aumento viene, infatti segnalato con percentuali maggiori da realtà urbane, con una popolazione superiore ai 70.000 abitanti.

Tabella 4- Ricorso alle prestazioni sanitarie a carico dell'utente per fascia di reddito (composizione percentuale)

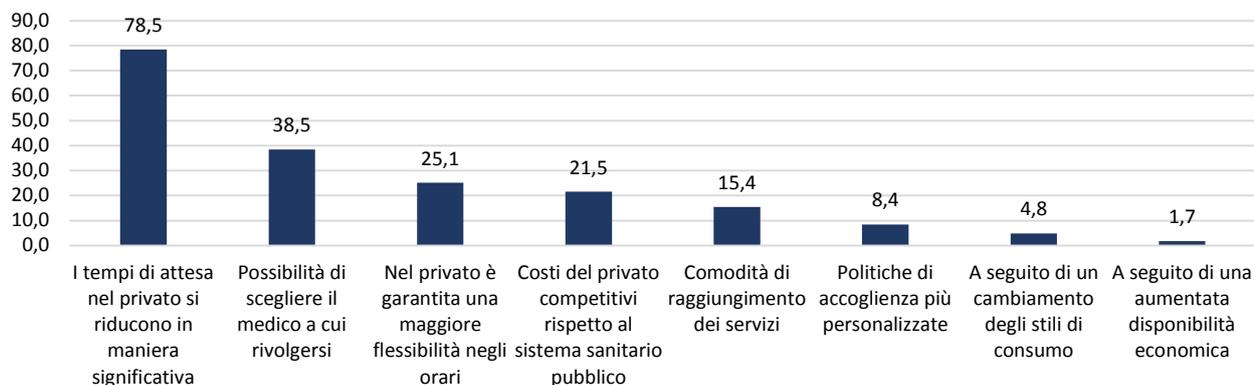
FASCIA DI REDDITO	Andamento		
	Diminuito	Stabile	Aumentato
Meno di 1.000 euro	24,1	27,6	48,2
Da 1.000 a 2.000 euro	9,1	31,0	60,0
Da 2.000 a 4.000 euro	5,7	31,9	62,4
Da 4.000 a 6.000 euro	5,6	24,1	70,4
Oltre 6.000 euro	9,4	33,0	57,6
Totale	9,4	31,9	58,8

Fonte: Elaborazioni Ires ER.

Ai rispondenti che hanno segnalato tale aumento sono state chieste le motivazioni principali alla base di tale scelta. Come mostrato nella fig.68- il 78,5% di coloro che hanno aumentato il ricorso a prestazioni sanitarie totalmente a carico del cittadino lo ha fatto per ridurre i tempi di attesa in modo significativo, il 38,5% per la possibilità di scelta del medico a cui rivolgersi, punto segnalato a maggioranza da rispondenti donna. L'aumento è da attribuirsi a un cambiamento degli stili di consumo per il solo 4,8% e per il solo 1,7% a un aumento della disponibilità economica. Le percentuali su ogni motivazione aumentano al crescere del reddito evidenziando come l'attrattiva del privato aumenti in funzione della disponibilità economica familiare. Questa tendenza sembra non manifestarsi in corrispondenza delle voci "costi del privato competitivi

rispetto al sistema sanitario pubblico” – che in qualche modo restituisce il grado di convenienza della compartecipazione al sistema pubblico – e “a seguito di un cambiamento degli stili di consumo”. Per le fasce di reddito più fragili, dunque, il farsi carico integralmente del costo della prestazione sanitaria sembra dipendere più da necessità che da una ricerca di maggior comodità del servizio.

Figura 68- Se aumentato, per quale ragione?
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

La lunghezza delle liste di attesa costituisce, quindi, il principale meccanismo di aumento della forza di attrazione della sanità privata. Le maggiori criticità sono legate alle prestazioni diagnostiche e alle visite specialistiche. I dati RBM-Censis segnalano che per la regione Emilia-Romagna i tempi di attesa medi (tutte le prestazioni) con ticket sono pari a circa 36 giorni a fronte di circa 6 giorni di attesa per l’ambito privato; e in linea con quanto previsto dalla normativa. Il dato, inoltre, risulta particolarmente al di sotto della media nazionale, i cui tempi di attesa pubblici sono prossimi ai 55 giorni. Il tema delle liste di attesa costituisce, infatti, ambito di lavoro per la Regione già da diverso tempo: il piano regionale di riduzione dei tempi di attesa, infatti, ha registrato performance via via migliori dal 2015 per l’erogazione entro i tempi previsti dalla normativa (30 o 60 gg) di prestazioni diagnostiche e visite specialistiche. La percezione dei rispondenti riguardo tale tematica rimane, tuttavia, critica e segnala la necessità di dover intervenire ancora in merito sia in termini di ottimizzazione del servizio che in termini di percezione soggettiva dello stato di urgenza.

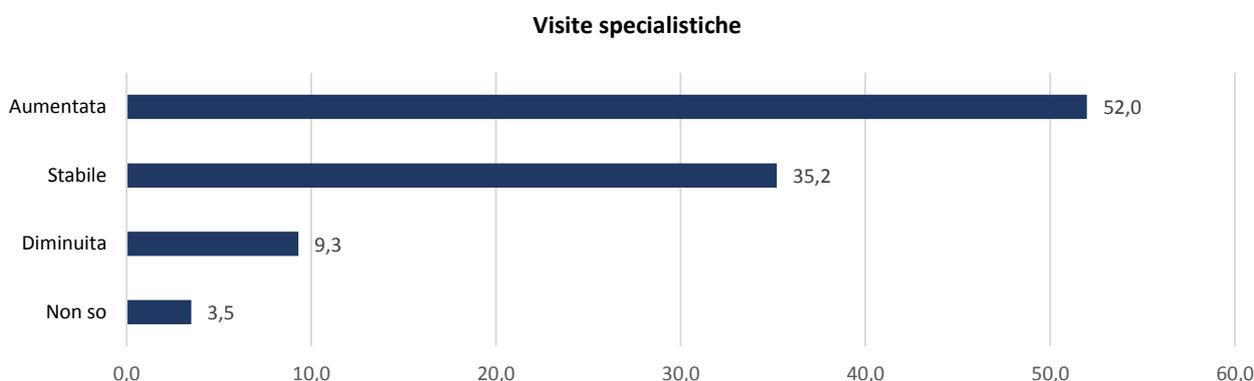
La distinzione tra chi vive e non vive in comuni capoluogo genera una divaricazione delle risposte soprattutto rispetto alla “comodità di raggiungimento dei servizi”: se per chi vive nei centri capoluogo la quota di chi vede nella vicinanza dei servizi socio-sanitari una causa dell’aumento delle spese sanitarie a carico è il 12,5%, nei comuni non capoluogo la quota sale al 16,8%. Si mostra come la prossimità geografica riesca a mitigare l’effetto di aumento delle spese sanitarie.

5.3. La spesa sanitaria privata

Secondo quanto stimato dall'Istat, dal 2005 al 2015 la spesa sanitaria privata in Italia è aumentata di oltre 10 miliardi, passando da 25 miliardi a 35 nel 2015, ed è stata stimata prossima ai 37 miliardi per il 2016¹³. Mediamente la spesa sanitaria privata pro-capite in Emilia-Romagna è di 688,50 euro di cui 588,57 euro gravanti direttamente sui cittadini, ammontare in costante aumento negli ultimi anni e superiore alla media OCSE. Seppur non sia possibile definire una relazione causale tra spesa sanitaria privata in aumento e rinuncia alle cure, è indubbio che i due fenomeni rappresentino due facce complementari della necessità di ripensare e rimodulare il sistema sanitario in uso. Per capire in modo più specifico quale sia stata l'evoluzione di ciascuna categoria di spesa sanitaria privata, i rispondenti totali si sono espressi riguardo la dinamica di spesa familiare per ciascuna voce: visite specialistiche, prestazioni diagnostiche, ricoveri ospedalieri, presidi (apparati acustici, occhiali, busti...) e prestazioni odontoiatriche. Il 52% dei rispondenti segnala un aumento della spesa per visite specialistiche e il 44,4% un aumento delle prestazioni odontoiatriche. Le prestazioni diagnostiche risultano stabili per la maggior parte dei partecipanti all'indagine, a fronte di un 38,6% che ne segnala un aumento. In analogia anche le spese per i presidi risultano in aumento per il 32,2%, stabili per il 42,7% dei rispondenti. I ricoveri ospedalieri risultano stabili per il 42,6% dei soggetti, ma raccolgono il 23,3% di "non so" (vedi fig.69).

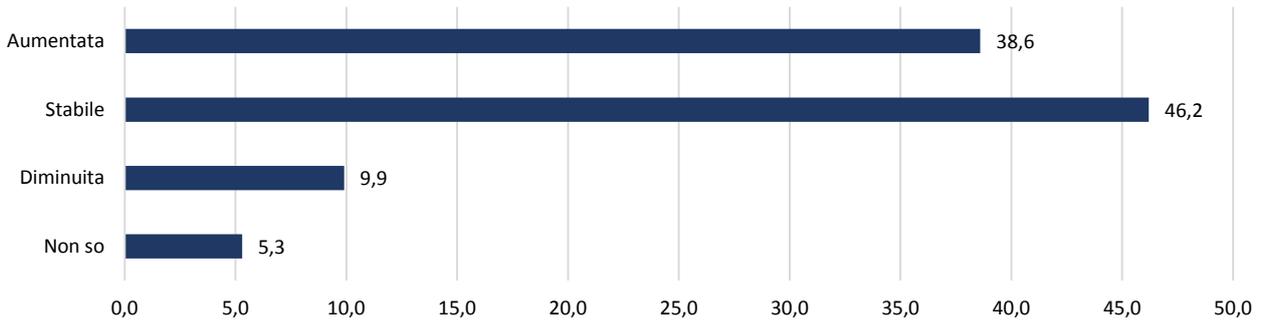
Le percentuali più elevate di spesa privata in aumento si registrano, quindi, per visite specialistiche e odontoiatriche. Secondo i dati Previmedical, infatti, la distribuzione della spesa sanitaria privata per l'Emilia Romagna è costituita per il 37% da visite e controlli, per il 33% da ospedalizzazione e interventi e per il 19% da spesa di natura odontoiatrica. I bisogni degli intervistati trovano una pronta risposta nel servizio sanitario privato soprattutto se si tratta di visite specialistiche e odontoiatriche, dato in linea con quanto raccontato da Previmedical.

Figura 69- Negli ultimi anni, il valore della spesa sanitaria privata per la tua famiglia nelle seguenti voci è:
(composizione percentuale)

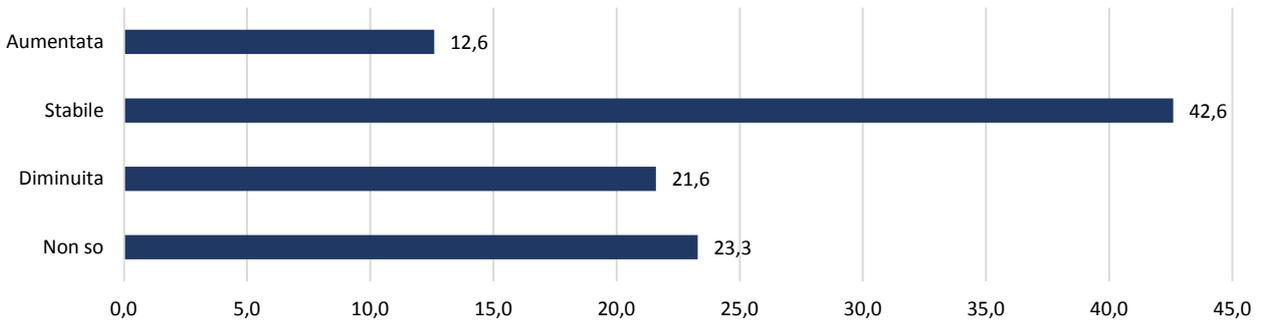


¹³ ISTAT (2017), Il sistema dei conti della sanità per l'Italia anni 2012-2016.

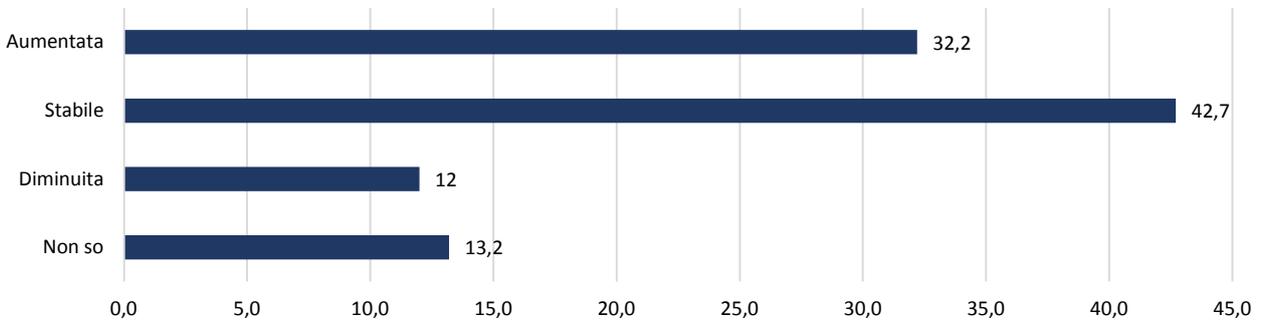
Prestazioni diagnostiche



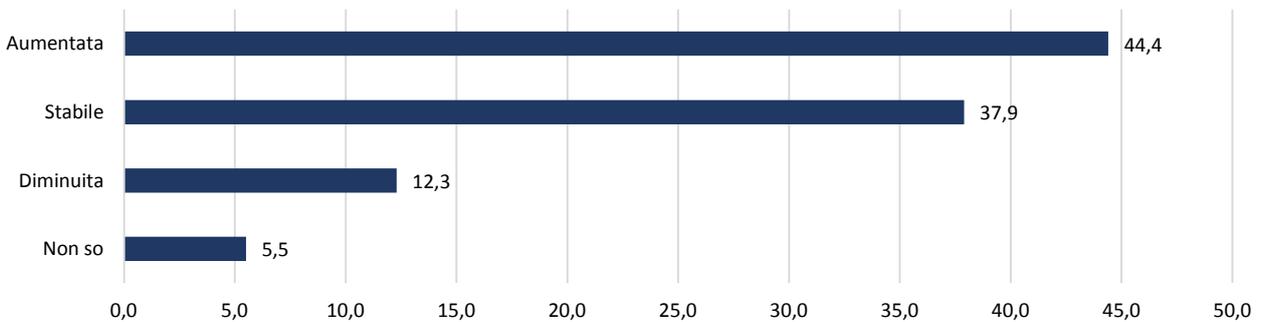
Ricoveri ospedalieri



Presidi (appareti acustici, occhiali, busti...)



Prestazioni odontoiatriche

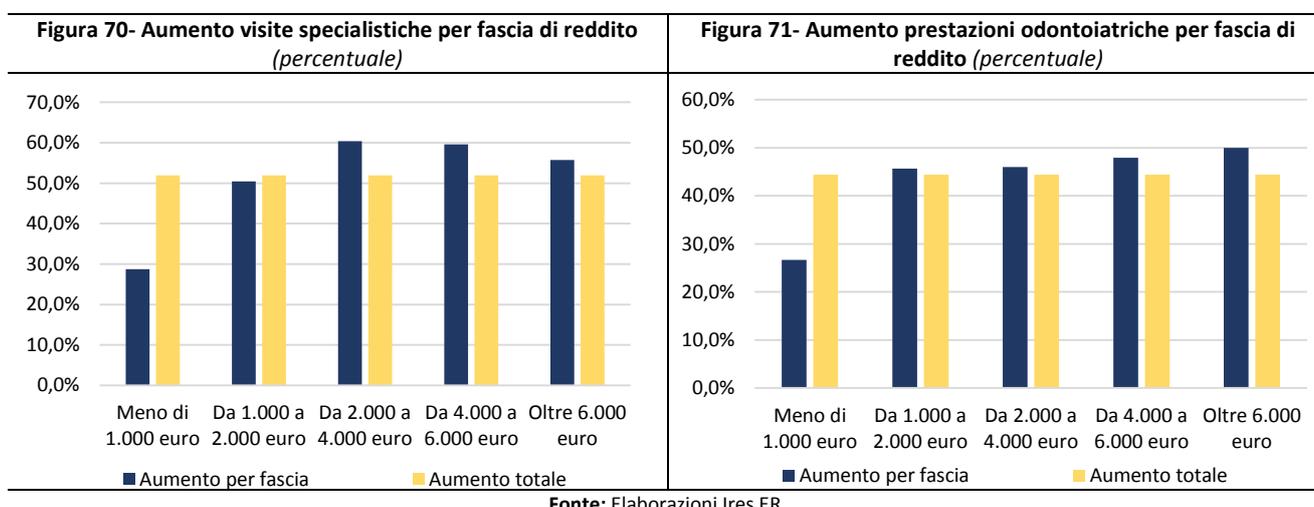


Fonte: Elaborazioni Ires ER.

Da un'analisi per classi di età emerge che l'aumento di visite specialistiche viene segnalato soprattutto dalle coorti centrali di età (tra i 35 e 64 anni) con oltre il 53%, mentre la percentuale di oltre sessantacinquenni si attesta intorno al 49,7%. L'aumento è confermato anche dalle classi di età più giovani (15-34 anni) per oltre il 40%. Per le prestazioni odontoiatriche, invece, l'aumento viene segnalato al crescere dell'età del campione, se per gli under 24 la quota di rispondenti che segnala un aumento delle spese odontoiatriche private è pari al 17,4% essa sale al 45,7% per la classe 45-64 e al 46,2% per gli over 65.

Si può notare, inoltre, come lo stato di salute dichiarato incida sull'andamento della spesa privata per ciascuna voce analizzata. I rispondenti con uno stato di salute "non buono" segnalano in aumento tutte le categorie di spesa fatta eccezione per i ricoveri ospedalieri privati. In particolare, il 63% dei rispondenti con uno stato di salute "non buono" segnala visite specialistiche private in aumento, il 54,8% prestazioni diagnostiche in aumento, il 40,2% presidi in aumento e il 50% prestazioni odontoiatriche.

Le figure qui sotto rappresentate mostrano il raffronto tra la quota media campionaria (istogramma giallo) e le quote per fasce di reddito (istogramma blu). La percentuale di rispondenti che segnala un aumento delle visite specialistiche e odontoiatriche di natura privata aumenta, comprensibilmente, all'aumentare del reddito ed aumenta per le realtà urbane con popolazione superiore ai 70.000 abitanti. Una maggiore disponibilità reddituale comporta un ricorso maggiore alle prestazioni di natura privata, mentre la fascia di reddito più debole tende a razionarle.



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

Il finanziamento della spesa sanitaria privata è di natura "out of pocket" per l'82,5% dei rispondenti. La gravosità del costo sanitario privato non intermediato spiega il meccanismo di razionamento del ricorso all'ambito privato per le fasce reddituali più deboli.

Il reddito familiare disponibile, quindi, è il canale di finanziamento principale in grado di garantire prestazioni sanitarie integrative. All'aumentare del reddito, infatti, aumenta anche la quota di spesa sanitaria privata finanziata da assicurazioni sanitarie individuali o fondi sanitari contrattuali, segnale del fatto che alle fasce di reddito più elevate viene garantita una maggiore copertura dei bisogni sanitari. Inoltre, i rispondenti coperti dal fondo sanitario contrattuale sono nel 63,5% rispondenti maschi. I fondi sanitari contrattuali coprono il bisogno sanitario dei redditi più alti e

registrano una diffusione più marcata nei comuni capoluogo (14%) che nei comuni non capoluogo (8,5%). Scomponendo ulteriormente il dato si scorge come i fondi sanitari contrattuali siano in larga parte riferiti ad occupati nel settore privato (il 77% di chi ha una copertura integrativa contrattuale) e con contratto a tempo indeterminato (75%). In una logica complementare è da rilevare come, tra chi ha una copertura integrativa contrattuale, esistano residui non marginali nel settore pubblico (il 22%) e tra i pensionati (il 15,7%) riproducendo dunque le asimmetrie e le possibilità di copertura proprie del fondo contrattuale.

Tabella 5- Finanziamento spesa sanitaria privata (composizione percentuale)

FASCIA DI REDDITO	SPESA SANITARIA PRIVATA				Totale
	Pagata direttamente di tasca propria (out of pocket)	Intermediata da Assicurazione sanitaria privata individuale	Intermediata da Fondi sanitari contrattuali	Intermediata da Assicurazione per la non autosufficienza	
Meno di 1.000 euro	79,4	8,8	5,4	6,4	100,0
Da 1.000 a 2.000 euro	85,7	3,5	9,9	0,9	100,0
Da 2.000 a 4.000 euro	83,6	5,5	10,6	0,3	100,0
Da 4.000 a 6.000 euro	76,0	4,0	20,0	0,0	100,0
Oltre 6.000 euro	71,6	9,8	18,6	0,0	100,0
Totale	82,5	5,5	10,9	1,1	100,0

Fonte: Elaborazioni Ires ER.

La distribuzione dei fondi, dunque, sembra insinuarsi in asimmetrie esistenti e riprodurre ulteriore disuguaglianza ricalcando, su scala regionale, quello che Ascoli e Pavolini¹⁴ definiscono essere i principali dualismi del welfare occupazionale: la copertura sanitaria, infatti, insiste su redditi già alti e su forme contrattuali stabili trascurando le sacche occupazionali e reddituali più fragili. Dai dati in analisi emerge, quindi, chiaramente che i fondi integrativi contrattuali come strumenti di integrazione dell'offerta sanitaria sono mezzi di risposta poco esaustivi e nel campione costituiscono elemento di disuguaglianza. Secondo l'analisi di E. Granaglia la presenza di fondi sanitari può garantire un'estensione delle prestazioni sanitarie, riducendo il rischio di razionamento dell'offerta pubblica e permettendo una riallocazione in termini di efficienza della spesa privata "out of pocket" e una riallocazione più efficiente del rischio all'aumentare del pool di assicurati. Esistono, tuttavia, allo stesso tempo diverse criticità legate alla diffusione del modello di Fondo Sanitario contrattuale. In primis l'esistenza di costi nascosti del modello di sanità complementare che si dividono in costi in termini di equità e costi riguardo il rischio di peggioramento delle prestazioni sostenute dal Sistema Sanitario Nazionale¹⁵. I costi di equità sono legati alle agevolazioni fiscali dei trattamenti di sanità complementare (entro il massimale di 3.615 euro) e consistono nel mancato gettito da tassazione che ricade sulla collettività quando, però, a beneficiare della riduzione di tassazione non sono le classi di reddito più fragili. I secondi costi sono legati al rischio di peggioramento del Sistema sanitario nazionale quando i trattamenti di cui si beneficia in sanità complementare sono di fatto sostitutivi di quelli pubblici. Dal momento che il pubblico sceglie di favorire le forme di sanità integrativa attraverso iniziative di agevolazione fiscale (un esempio quella prima citata), potrebbe ridursi il finanziamento pubblico del Ssn inficiandone la qualità. Il problema di equità si propone, poi, anche in termini di accesso al fondo sanitario stesso, essendo questo legato o al posto di lavoro o a uno stato di benessere economico

¹⁴ E. Pavolini, U. Ascoli e M.L. Mirabile, *Tempi moderni. Il welfare nelle aziende in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2013

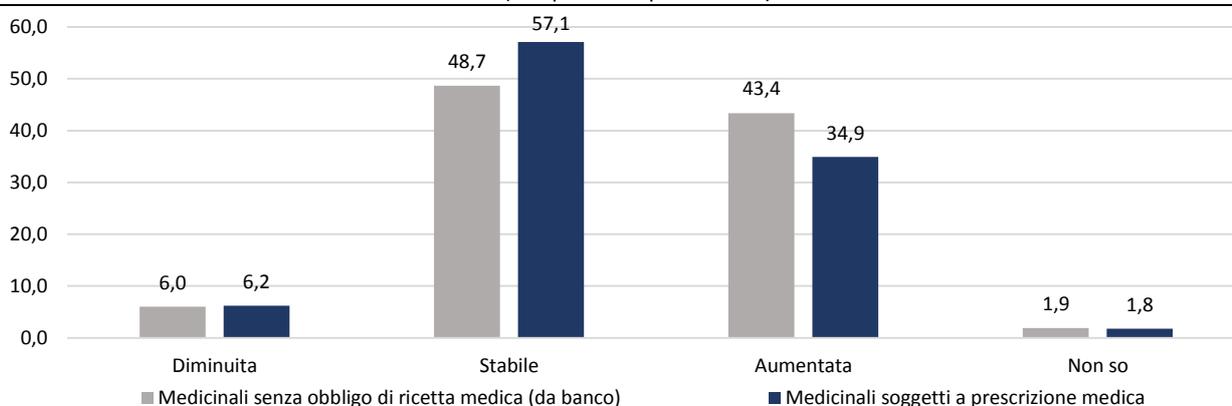
¹⁵ E. Granaglia, *Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcuni costi nascosti in Riviste delle Politiche Sociali*, Ediesse, Roma n.2 2017

preesistente. La tutela del diritto alla salute rischia di diventare eterogenea e legata alla tipologia di lavoratore dipendente, al grado di inquadramento professionale ma anche alla tipologia di azienda e di welfare aziendale perseguito, quindi, per definizione, diseguale. Bisogna ricordare, inoltre, che esistono una serie di criticità economiche strettamente legate allo specifico settore assicurativo e alla sostenibilità economica dei fondi sanitari italiani che necessitano dell'intervento pubblico. Gli esempi più classici sono, in primis, il problema di "adverse selection" dal momento che l'assicuratore non conosce la tipologia di rischio e lo stock di salute associato al richiedente, la pratica del "cream skinning" legato alla copertura solo di alcuni rischi sanitari, o ancora il "moral hazard" che potrebbe comportare fenomeni di sovra-consumo. Tutti casi di fallimento del mercato nel settore privato che sottolineano quanto la realtà assicurativa privata non può proporsi come sostitutiva di quella pubblica. Per questi motivi M. Arlotti, U. Ascoli e E. Pavolini¹⁶ parlano di *policy drift* riscontrando nello strumento dei fondi sanitari integrativi una grave minaccia all'universalismo del diritto alla salute e una fonte di disuguaglianza ancora più profonda di quella esistente.

5.4. La spesa farmaceutica

Un altro capitolo di spesa sanitaria rilevante è quello farmaceutico. Secondo i dati Federfarma 2016¹⁷ l'incidenza sulla spesa lorda farmaceutica delle quote di partecipazione a carico dei cittadini è aumentata a livello nazionale, passando dal 13,7% al 14,2%. In particolare, la spesa farmaceutica lorda (pubblica, a compartecipazione privata e non rimborsabile) pro-capite per l'Emilia-Romagna è stata pari a 385 euro nel 2016, in leggero calo rispetto al 2015 dove è risultata pari a 398 euro. In media si è registrato un leggero calo per tutte le tipologie di farmaci: i farmaci fascia A (parzialmente o totalmente rimborsabili), fascia C (non rimborsabili) e commerciali di igiene e bellezza. Secondo i dati Federfarma, l'incidenza delle confezioni di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle confezioni erogate in regime di SSN è pari a oltre il 79% per l'Emilia-Romagna, in particolare l'incidenza delle confezioni di generici veri e propri è pari a il 34,2% del totale.

Figura 72- Nell'ultimo anno, la spesa farmaceutica per la tua famiglia rispetto alle diverse tipologie di farmaci è:
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

¹⁶ M. Arlotti, U. Ascoli, E. Pavolini. Fondi sanitari e policy drift *Riviste delle Politiche Sociali*, Ediesse, Roma n.2 2017. Una trasformazione strutturale nel sistema sanitario italiano?

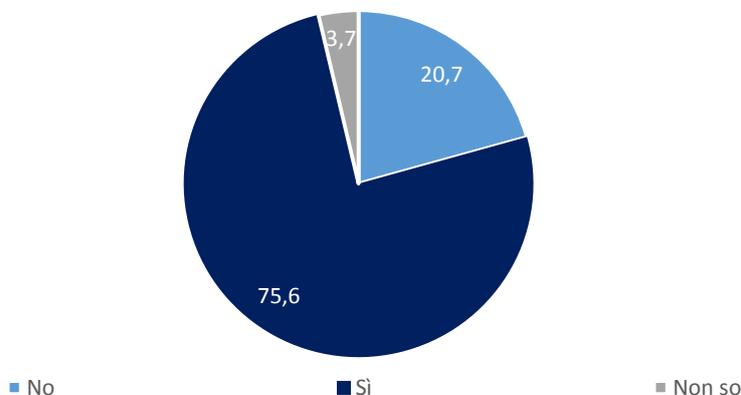
¹⁷ Federfarma, La spesa farmaceutica nel 2016.

Nel campione di analisi la maggior parte dei rispondenti segnala che la spesa farmaceutica è rimasta stabile, sia per farmaci a prescrizione medica sia per quelli da banco. Il 43,4% dei rispondenti, tuttavia, ha segnalato un aumento del costo dei farmaci da banco, mentre un 34,9% un aumento dei farmaci con obbligo di ricetta. L'aumento della spesa per i medicinali senza obbligo di ricetta è maggiore per le fasce di reddito più forti, segnale che un maggiore consumo dei farmaci da banco si assimila a una maggiore capacità reddituale.

Dal momento che l'uso di farmaci equivalenti è relativamente diffuso nel campione di analisi, il 75,6% dei rispondenti dice di farne ricorso (vedi fig.73), uno dei motivi della stabilità della spesa può essere rintracciata nell'abolizione del brevetto e una maggiore diffusione del farmaco generico. Inoltre, la percentuale di ricorrenti al farmaco equivalente è costante per tutte le fasce di reddito e per tutte le classi di età, quindi il grado di fidelizzazione al marchio non cresce al crescere del reddito né dell'età. Tale dato è in linea con quanto accade a livello regionale: il consumo di farmaci equivalenti sul totale dei farmaci erogati dalle farmacie convenzionate è passato dal 26% del 2005 all'80% del 2016¹⁸.

Il grado di fidelizzazione al marchio si registra leggermente più elevato nei comuni "piccolissimi", dove la percentuale di rispondenti che dichiara di non fare ricorso a farmaci equivalenti sale al 26,9%.

Figura 73- Nell'ultimo anno, hai fatto uso di farmaci equivalenti?
(composizione percentuale)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

Tabella 6- Nell'ultimo anno, hai fatto uso di farmaci equivalenti? (composizione percentuale)

	No	Sì	Non so	Totale
comuni piccolissimi	26,9	68,3	4,9	100,0
comuni medio-piccoli	17,9	76,5	5,6	100,0
comuni medio-grandi	21,4	77,2	1,4	100,0
comuni grandi	20,5	75,4	4,1	100,0
comuni grandissimi	18,8	78,0	3,2	100,0
Totale	20,7	75,6	3,7	100,0

Fonte: Elaborazioni IRES ER.

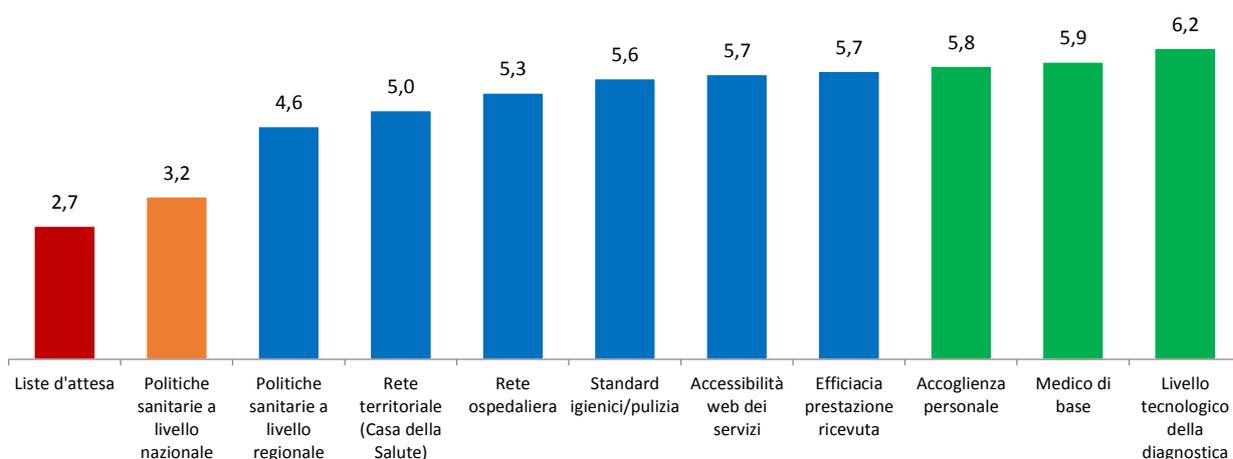
¹⁸ Dato Federfarma.

6. Percezione del Sistema sanitario pubblico e accreditato/convenzionato

Nella fase finale di compilazione del questionario, i rispondenti sono stati chiamati a valutare una serie di dimensioni della realtà sanitaria pubblica e accreditata/convenzionata afferenti sia ad aree tematiche di contesto (politiche sanitarie nazionali e regionali), sia ad aree tematiche di esperienza pratica (rete di servizi sanitari, standard igienici, efficacia della prestazione, medico di base...). Sulla base delle risposte pervenute è stato costruito un indicatore che rappresenta la media del grado di soddisfazione registrato per ciascuna voce di valutazione del sistema sanitario su una scala 0-10 preferendo una modalità di restituzione di più immediata comprensione: più il valore è prossimo allo 0 più è alta l'insoddisfazione mentre più si tende al valore massimo (10) più è alta la soddisfazione. È opportuno sottolineare come l'indicatore così costruito dipenda sia dal grado di soddisfazione espresso dal campione sia dall'incidenza all'interno del campione dei diversi livelli di soddisfazione. Come mostrato nella fig.74, è possibile notare come performance peggiori siano state registrate per le liste di attesa e le politiche sanitarie a livello nazionale: se per le ultime il 78,5 del campione si è detto "per nulla insoddisfatto" o "insoddisfatto" per le prime la quota di insoddisfatti sale all'84. Questo livello di insoddisfazione, inoltre, si registra in modo costante per tutte le fasce di età, sintomatico del fatto che queste voci costituiscano macro-aree di insoddisfazione di "senso comune" e di percezione diffusa.

Una lettura di genere mostra come gli uomini siano generalmente più soddisfatti delle donne con la sola eccezione in corrispondenza della accessibilità web dei servizi, suggerendo come l'informatizzazione dei servizi trovi un ampio consenso ed un più ampio utilizzo nella componente femminile della cittadinanza. In generale, inoltre, si osserva come al crescere del titolo di studio cresca anche il livello di soddisfazione su tutte le voci con la sola eccezione del medico di base e della rete territoriale per cui si ravvisa una relazione inversa e per l'accoglienza del personale per la quale non si rilevano asimmetrie distributive in funzione del titolo di studio.

Figura 74- Qual è la tua percezione del sistema sanitario pubblico e accreditato/convenzionato per i seguenti aspetti?
(indicatore scala da 0 a 10)



Fonte: Elaborazioni Ires ER.

Un certo grado di insoddisfazione permane riguardo le politiche sanitarie a livello regionale e la rete territoriale e ospedaliera ma con livelli di insoddisfatti più contenuti e rispettivamente pari a

51,7%, 44,1% e 36,5%. Performance migliori si registrano, invece, per gli standard igienici, l'accessibilità web dei servizi e l'efficacia della prestazione ricevuta. Il livello di soddisfazione più alto si registra per l'accoglienza del personale e il medico di base e soprattutto per il livello tecnologico della diagnostica sintomatico di un sistema sanitario emiliano-romagnolo innovativo: per le tre voci specifiche, infatti, la quota di insoddisfatti scende rispettivamente al 24,8, al 26,1 e al 17,6. Il grado di soddisfazione per l'efficacia dell'accoglienza del personale, per il medico di base e per il livello tecnologico della diagnostica registra tassi più elevati per la classe di età più elevata. In particolare per i grandi anziani si registrano quote di soddisfazione per il medico di base molto alte e solo di poco inferiore all'indice di gradimento del livello tecnologico della diagnostica.

È possibile, inoltre, osservare come la percezione di chi vive nei comuni capoluogo sia mediamente più critica. In particolare gli scostamenti percettivi più di rilievo si concentrano in due dimensioni su cui si è deciso di sviluppare la valutazione del sistema sanitario. In primo luogo la percezione del ruolo del medico di base: il 31% di chi vive nei comuni in capoluogo, quindi circa 1 su 3, non è soddisfatto del medico di base a fronte del 23,2% di chi vive nei comuni non capoluogo. Allo stesso tempo, l'insoddisfazione di chi vive nei comuni capoluogo risulta più alta relativamente alla accessibilità web dei servizi sanitari: 34,2% a fronte del 27,4% di chi risiede nei comuni non capoluogo. La lettura della distribuzione delle risposte per dimensione comunale conferma e rafforza le tendenze evidenziate dalla distinzione tra comune capoluogo e comune non capoluogo. In particolare al diminuire della dimensione comunale cresce la soddisfazione rispetto sia al medico di base, evidenziando ancora il legame fiduciario con tra i cittadini e la figura del "medico di famiglia", sia all'accessibilità web mostrando un'aspettativa più alta della informatizzazione nei centri più popolosi. La percezione sulle rete territoriale mostra, diversamente, una soddisfazione polarizzata nei comuni più piccoli e nei comuni più grandi.

Leggendo gli indicatori percettivi del sistema sanitario per profili, ovvero la combinazione tra lo stato attuale di salute e le aspettative future di capacità di cura, si rileva con chiarezza grafica come entrambe le componenti agiscano sul fattore percettivo. Ovvero all'aumentare della stato di salute presente e della sicurezza di riuscire a far fronte ai fabbisogni sanitari futuri cresce anche il livello di soddisfazione rispetto a tutte le dimensioni considerate del sistema sanitario.

Tabella 7– Indicatori percettivi sul sistema sanitario per profilo di rispondente (percentuale)

	Politiche sanitarie a livello nazionale	Politiche sanitarie a livello regionale	Medico di base	Rete ospedaliera	Rete territoriale (Casa della Salute)	Liste d'attesa	Standard igienici/pulizia	Livello tecnologico della diagnostica	Accessibilità web dei servizi	Efficacia prestazione ricevuta	Accoglienza personale
Fragili pessimisti	2,1	3,1	5,3	4,2	4,0	2,0	4,7	5,2	4,3	4,5	4,9
Fragili ottimisti	3,6	5,2	5,8	5,5	4,9	3,1	5,6	6,5	5,9	5,9	5,9
Fragili incerti	3,0	4,3	5,7	5,0	4,7	2,3	5,4	6,1	5,4	5,6	5,8
Robusti pessimisti	2,4	3,5	5,5	4,6	4,5	2,0	5,2	5,8	5,4	5,1	5,3
Robusti ottimisti	4,2	5,7	6,4	6,2	5,5	3,4	6,2	6,7	6,2	6,3	6,5
Robusti incerti	3,2	4,8	6,0	5,3	5,0	2,7	5,6	6,3	5,7	5,9	5,9
Totale	3,2	4,6	5,9	5,3	5,0	2,7	5,6	6,2	5,7	5,7	5,9

Fonte: Elaborazioni Ires ER.

Entrando più nel dettaglio è possibile osservare come non sia tanto la condizione presente di salute ad incidere principalmente sul dato percettivo quanto la prospettiva futura di riuscire a

rispondere adeguatamente a bisogni di cura. Chi, infatti, lamenta ad oggi uno stato di salute “fragile” ma ha una visione ottimistica rispetto alla capacità di far fronte ai bisogni di cura futura esprime un livello di soddisfazione uguale o superiore alla media rispetto alle politiche sanitarie a livello nazionale e regionale, rispetto alla rete ospedaliera, lista d’attesa, livello tecnologico della diagnostica, accessibilità web dei servizi ed efficacia della prestazione. Allo stesso tempo chi ad oggi ha uno stato di salute “robusto” ma è preoccupato per il futuro mostra mediamente un livello di soddisfazione più basso rispetto al campione nel suo complesso per ogni singola dimensione analizzata.

L’analisi territoriale rivela quote di insoddisfazione maggiori per la provincia di Ferrara, per la quale ciascuna voce di valutazione del sistema sanitario pubblico e accreditato registra quote di insoddisfatti maggiori della media campionaria. La performance migliore viene registrata nel territorio di Reggio Emilia, nonostante sia il territorio con percentuale più elevata di rispondenti over 65. Le province romagnole registrano quote di insoddisfazione molto più elevate della media per la rete territoriale, tuttavia l’interpretazione del dato non può prescindere dalla considerazione che il tasso di rispondenti nel territorio specificato risulta piuttosto basso. L’analisi per singola dimensione del sistema sanitario analizzato mostra come a Ravenna si registri la soddisfazione più contenuta rispetto al medico di base e alla rete territoriale mentre a Rimini e Reggio Emilia si rintracciano i più alti livelli di soddisfazione relativamente all’accoglienza del personale e degli standard igienici/pulizia. Complessivamente, dopo Ferrara, il punteggio relativo alla soddisfazione è generalmente più basso nelle province di Forlì Cesena e Ravenna.

È di interesse osservare come i territori in cui si raggiunge la massima distanza tra politiche nazionali e regionali sono Reggio Emilia e Rimini, per una soddisfazione regionale che supera in dinamica la pur alta soddisfazione rispetto al contesto nazionale, e Ravenna, Modena e Bologna dove, diversamente, le percezioni rispetto al livello regionale e nazionale si muovono in direzioni opposte. Per quest’ultime, infatti, l’indicatore percettivo sulle politiche regionali mostra valori superiori alla media a fronte di valori sotto la media per le politiche sanitarie nazionali.

Tabella 8– Indicatori percettivi sul sistema sanitario per livello provinciale (percentuale)

	Politiche sanitarie a livello nazionale	Politiche sanitarie a livello regionale	Medico di base	Rete ospedaliera	Rete territoriale (Casa della Salute)	Liste d’attesa	Standard igienici/pulizia	Livello tecnologico della diagnostica	Accessibilità web dei servizi	Efficacia prestazione ricevuta	Accoglienza personale
Bologna	3,2	4,8	5,8	5,4	5,1	2,7	5,4	6,3	5,7	5,7	6,0
Ferrara	2,8	3,9	5,8	4,2	4,4	2,2	5,4	5,9	5,7	5,4	5,6
Forlì-Cesena	2,9	4,3	5,8	5,1	4,3	2,7	5,4	5,7	5,1	5,5	5,4
Modena	3,1	4,8	5,9	5,5	4,8	2,8	5,7	6,3	5,7	5,8	5,8
Parma	3,2	4,3	5,9	5,5	5,4	2,8	5,4	6,2	5,4	5,8	5,8
Piacenza	3,9	5,1	6,2	5,4	5,2	2,8	5,9	6,1	5,6	5,7	6,0
Ravenna	3,2	4,8	5,5	5,2	4,3	2,7	5,4	6,1	5,2	5,5	5,6
Reggio Emilia	3,8	5,6	6,4	6,3	5,4	3,1	6,6	6,9	6,6	6,3	6,5
Rimini	3,6	5,4	6,0	5,8	4,4	2,6	6,1	6,3	5,9	5,8	6,2
Totale	3,2	4,6	5,9	5,3	5,0	2,7	5,6	6,2	5,7	5,8	5,9

Fonte: Elaborazioni Ires ER

La stessa distribuzione per zona altimetrica suggerisce come il territorio impatti sulla dimensione percettiva soprattutto rispetto ad alcuni voci per cui l’elemento territoriale gioca un ruolo determinante. La rete territoriale incontra una più alta soddisfazione in chi vive nei comuni nelle montagna. Mentre i comuni di

montagna raccolgono più consistenti sacche di insoddisfazione rispetto alle politiche sanitarie a livello nazionale e regionale, a testimonianza di come la lontananza fisica dai centri decisionali si traduca anche in lontananza percettiva.

Tabella 9- Indicatori percettivi sul sistema sanitario per zona altimetrica (percentuale)

	Politiche sanitarie a livello nazionale	Politiche sanitarie a livello regionale	Medico di base	Rete ospedaliera	Rete territoriale (Casa della Salute)	Liste d'attesa	Standard igienici/pulizia	Livello tecnologico della diagnostica	Accessibilità web dei servizi	Efficacia prestazione ricevuta	Accoglienza personale
Pianura	3,2	4,7	5,9	5,3	4,9	2,7	5,7	6,2	5,8	5,8	5,9
Collina	3,3	4,6	5,9	5,4	5,0	2,7	5,5	6,2	5,6	5,7	5,9
Montagna interna	2,8	3,8	5,9	5,3	5,3	2,0	5,5	6,4	5,9	6,2	5,9
n.c.	3,5	4,9	6,0	5,3	5,0	2,5	5,3	6,1	5,3	5,6	5,7
Totale	3,2	4,7	5,9	5,3	5,0	2,7	5,6	6,2	5,7	5,7	5,8

Fonte: Elaborazioni Ires ER

Sono possibili letture anche rispetto al distretto socio-sanitario ma con il rischio di introdurre elementi interpretativi poco robusti a causa della scarsa numerosità del campione. Data la distribuzione territoriale, ragionamenti di un qualche significato posso essere mossi solo rispetto al territorio di Parma e Ferrara.

A Parma il distretto socio sanitario in cui si riscontra un livello di soddisfazione più basso rispetto al valore medio provinciale su più dimensioni è il distretto Sud Est con valori decisamente critici sulla percezione rispetto alle liste di attesa e all'accessibilità web dei servizi. Diversamente il distretto di Parma mostra valori solitamente al di sopra dei valori medi e con livelli di soddisfazione relativamente inferiori solo rispetto a tre voci: medico di base, standard igienici/pulizia e livello tecnologico della diagnostica. Il distretto di Fidenza si caratterizza per un'alta soddisfazione rispetto al medico di base e per una più contenuta soddisfazione rispetto all'efficacia delle prestazioni e all'accoglienza del personale.

Tabella 10- Indicatori percettivi per distretto sociosanitario a Parma (percentuale)

	Politiche sanitarie a livello nazionale	Politiche sanitarie a livello regionale	Medico di base	Rete ospedaliera	Rete territoriale (Casa della Salute)	Liste d'attesa	Standard igienici/pulizia	Livello tecnologico della diagnostica	Accessibilità web dei servizi	Efficacia prestazione ricevuta	Accoglienza personale
Distretto Fidenza	3,1	4,2	6,2	5,4	5,2	2,8	5,5	6,1	5,5	5,6	5,5
Distretto Parma	3,3	4,6	5,6	5,6	5,7	2,9	5,3	6,1	5,7	5,8	5,8
Distretto Sud-Est	2,8	3,9	5,9	5,3	5,1	1,6	5,1	6,1	4,5	6,0	6,0
Distretto Valli Taro e Ceno	3,4	4,3	5,7	5,8	5,6	3,4	5,6	6,3	5,1	5,9	6,0
Non classificato	5,0	6,7	6,7	5,8	5,0	3,3	4,2	5,8	4,2	6,7	5,8
Totale provinciale	3,2	4,3	5,9	5,5	5,4	2,8	5,4	6,2	5,4	5,8	5,8
Totale regionale	3,2	4,6	5,9	5,3	5,0	2,7	5,6	6,2	5,7	5,8	5,9

Fonte: Elaborazioni Ires ER

La distribuzione distrettuale a Ferrara evidenzia come le maggiori criticità insistano nel distretto Sud Est dove si lamenta una profonda insoddisfazione rispetto alla rete ospedaliera e all'efficacia della prestazione ricevuta. Sono sparuti, inoltre, i casi in cui le performance di soddisfazione negli altri distretti superino il livello regionale. In particolare il distretto Ovest si distingue per un livello di soddisfazione più alto della media regionale rispetto al medico di base, livello tecnologico della diagnostica ed efficacia della prestazione ricevuta. Il distretto Centro-Nord dentro al quale cade il comune capoluogo mostra le criticità più evidenti, almeno da un punto di vista percettivo, nei

confronti delle politiche regionali, del medico di base e delle liste di attesa uguagliando o peggiorando il già labile livello di soddisfazione provinciale.

Tabella 11– Indicatori percettivi per distretto sociosanitario a Ferrara (percentuale)

	Politiche sanitarie a livello nazionale	Politiche sanitarie a livello regionale	Medico di base	Rete ospedaliera	Rete territoriale (Casa della Salute)	Liste d'attesa	Standard igienici/pulizia	Livello tecnologico della diagnostica	Accessibilità web dei servizi	Efficiacia prestazione ricevuta	Accoglienza personale
Distretto Centro-Nord	2,8	3,8	5,6	4,5	4,8	2,2	5,5	5,9	5,8	5,6	5,8
Distretto Ovest	2,7	4,1	6,6	4,3	3,7	2,4	5,5	6,3	5,7	6,0	5,8
Distretto Sud-Est	2,9	3,8	5,6	3,8	4,3	2,3	5,2	5,5	5,5	4,8	5,2
Non classificato	1,9	3,8	6,2	3,8	3,3	1,0	5,2	5,2	6,1	6,7	5,2
Totale	2,8	3,9	5,8	4,2	4,4	2,2	5,4	5,9	5,7	5,4	5,6
Totale regionale	3,2	4,6	5,9	5,3	5,0	2,7	5,6	6,2	5,7	5,8	5,9

Fonte: Elaborazioni Ires ER

Conclusioni

Michael Marmot¹⁹ sottolinea come il grado di impegno di un Paese nella lotta alle disuguaglianze nella salute sia indicatore del grado stesso di giustizia sociale e di civiltà. L'autore nel capitolo finale del suo libro invita a introdurre pratiche di contrasto delle disuguaglianze, partendo proprio da quelle di salute, nella vita quotidiana di ciascuno. L'autore stila una serie di raccomandazioni da mettere in campo rivolte soprattutto agli operatori sanitari, ma anche a tutti i decisori delle politiche di contrasto da attuare soprattutto perché il pericolo della "salute diseguale" si fa più concreto durante fasi di crisi economica. Le crisi economiche tendono ad aumentare il grado di disuguaglianza reddituale esistente in una società, tale fenomeno è davvero rischioso dal momento che la variabile reddituale incide significativamente sulle condizioni di salute presenti e future dei cittadini. L'atteggiamento mediamente più critico delle fasce reddituali più deboli, riguardante soprattutto le aree di valutazione più generali del sistema pubblico sanitario (politiche nazionali, regionali), è il segnale dell'incremento di un atteggiamento di frustrazione di tali fasce verso fenomeni di ingiustizia sociale. In questa sede, tale fenomeno si sostanzia nel razionamento delle prestazioni sanitarie di bisogno causato da motivi economici e dalla percezione di una mancata risposta del settore pubblico di assistenza. A questi andamenti si è associata una crescita della spesa sanitaria privata, qualora questa si configurasse come spesa privata per prestazioni sostitutive di quelle pubbliche si farebbe concreto un potenziale pericolo di screditamento del sistema sanitario nazionale e un sostanziale aumento del fenomeno della "salute diseguale". La scarsa e asimmetrica diffusione dei fondi sanitari integrativi non sembra agire in una logica redistributiva andando a cristallizzare, e non risolvere, le criticità del welfare e producendo ulteriori costi in termini di equità e qualità.

¹⁹ M. Marmot, La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2016