

Più Povertà e più Disuguaglianze? L'accesso ai Servizi Sanitari in Tempo di Crisi

Cinzia Di Novi[†], Cristina Orso[†]

Lo stato socioeconomico, misurato attraverso reddito, istruzione e occupazione, è considerato tra le determinanti dell'accesso alle cure, dello stile vita e, di conseguenza, dello stato di salute individuale. Qualunque sia l'indicatore di posizione sociale impiegato, il rischio di mortalità cresce in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono. L'appartenenza ad una classe sociale bassa è spesso associata ad un alto tasso di mortalità, in particolare a causa di malattie cardiovascolari. Nonostante il miglioramento generale dello stato di salute in Europa registrato negli ultimi decenni, con la Grande Recessione iniziata nel 2008, la disuguaglianza sociale si è inasprita e con essa le disparità nell'accesso alle cure e nello stato di salute.

Il grafico sottostante mette in evidenza lo stato di salute percepito dalla popolazione europea raggruppata per quintili di reddito. L'indicatore utilizzato cattura lo stato di benessere psicofisico percepito dagli intervistati ed è misurato su una scala ordinale a cinque posizioni, dove 5 indica lo stato di salute migliore e 1 il peggiore. Il quesito è quello raccomandato dalla World Health Organization e ampiamente diffuso nella letteratura empirica: alla domanda "*Come giudicherebbe la sua salute in generale?*" l'intervistato risponde esprimendo un giudizio con una scala verbale a cinque valori (molto cattiva, cattiva, né buona né cattiva, buona, molto buona). Sull'asse delle ordinate è riportata la percentuale di popolazione con più di 16 anni che ha risposto di godere di uno stato di salute buono o molto buono.

[†]Università Ca' Foscari, Dipartimento di Economia, Venezia; e-mail: cinzia.dinovi@unive.it;

[†]Università Ca' Foscari, Dipartimento di Economia, Venezia.

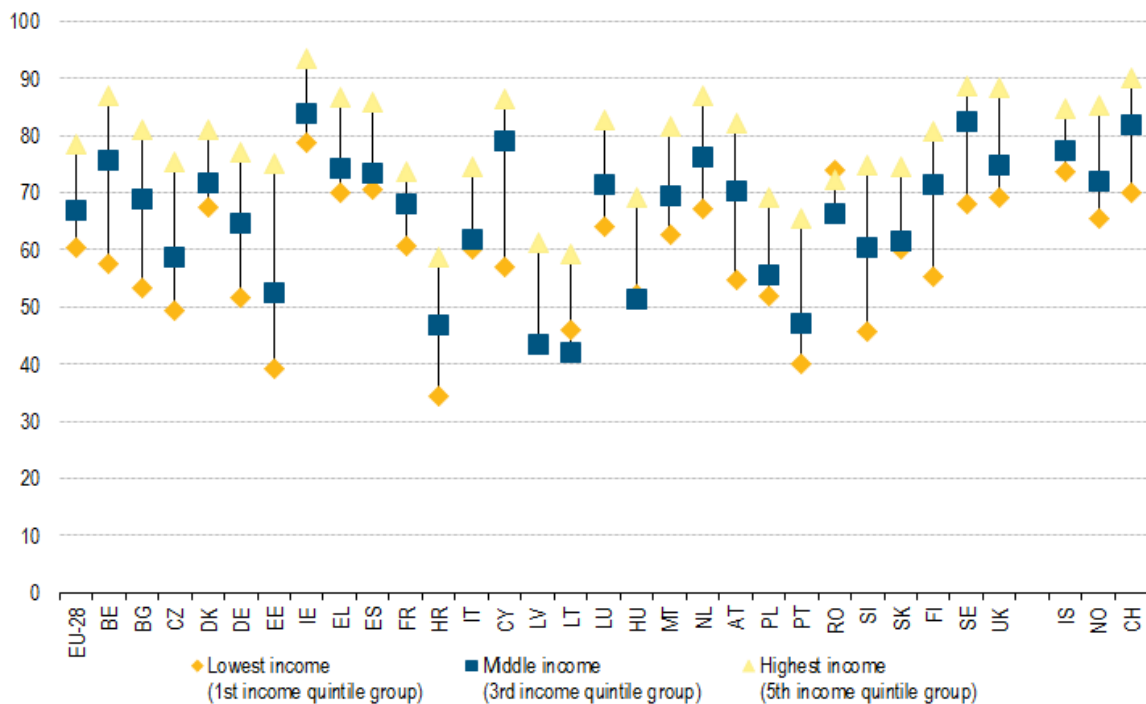


Figura 1: Salute percepita per quantile di reddito nei paesi Europei nel 2011 - *Fonte:* Eurostat (Dati EU Statistics on Income and Living Conditions - EU-SILC).

In media nei Paesi Europei il 60% circa della popolazione raggruppata nel primo quintile di reddito (ossia la popolazione con il reddito più basso) percepisce uno stato di salute buono o molto buono. La percentuale sale al 61% se si considera il secondo quintile, al 67% se si considera il terzo quintile, al 73% se si considera il quarto quintile e supera il 78% nel quinto quintile (che corrisponde alla categoria di reddito più elevato). La disuguaglianza assoluta più ampia tra il primo e il quinto quintile di reddito emerge in Estonia (circa 36 punti percentuali di differenza tra ricchi e poveri) seguita da Belgio, Cipro e Slovenia (con circa 30 punti percentuali di differenza tra il primo e l'ultimo quintile in tutti e tre i paesi). Nessuna differenza significativa in Romania. Mentre l'Italia mostra meno di 20 punti percentuali di differenza nella salute percepita tra il primo e il quinto quintile di reddito.

La Disuguaglianza Relativa nell'Accesso alle Cure

In questo breve articolo tenteremo di capire se esistono disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari (nello specifico, visite ambulatoriali, medico di base, visite specialistiche, e ricoveri ospedalieri) e se le disuguaglianze sono aumentate dopo la crisi economica. La disuguaglianza sarà

di tipo relativo ossia tenendo conto dei bisogni individuali espressi in termini di caratteristiche demografiche e stato di salute. I dati utilizzati nell'analisi sono basati sull' Indagine su Salute, Invecchiamento e Pensioni in Europa - SHARE (acronimo di Survey of Health, Ageing and Retirement). SHARE, il cui disegno è in parte riconducibile a quello dello studio americano *Health and Retirement Study* (HRS) e dello studio inglese *English Longitudinal Study of Ageing*, è la prima banca dati Europea che contiene informazioni dettagliate sullo stato di salute, sulle caratteristiche socio-economiche, sulle relazioni familiari degli ultracinquantenni in Europa. Dato il progressivo invecchiamento della popolazione che sta interessando in particolare il "vecchio" continente, il tema dell'accesso ai servizi sanitari nella popolazione anziana è diventato un fenomeno di grande rilievo per le politiche sociali ed economiche e pertanto i dati SHARE risultano particolarmente interessanti.

Per la nostra analisi utilizziamo, nello specifico, i dati provenienti da tre indagini SHARE: la prima condotta tra il 2004/2005; la seconda condotta tra il 2006/2007; la quarta condotta tra il 2011/2012. Non consideriamo la terza indagine (SHARELIFE) poiché retrospettiva. Le tre indagini ci consentono di indagare sulle dinamiche relative all'accesso ai servizi di cura (e le relative disuguaglianze espresse sulla base del reddito) sia nel periodo antecedente alla crisi economica, sia nel periodo post-crisi con particolare focus sull'Italia inserita in un contesto comparato a livello europeo. In particolare, i paesi "monitorati" nello studio SHARE presenti in tutte e tre le indagini oltre all'Italia sono: Spagna, Germania, Austria, Svezia, Paesi Bassi, Francia, Danimarca e Belgio.

Equità Orizzontale e Disuguaglianza Relativa

Un sistema sanitario equo in senso orizzontale è essenzialmente un sistema in cui è garantita la possibilità di accedere in egual misura alle prestazioni sanitarie a parità di bisogno. L'accessibilità cioè viene modulata sulla base dei bisogni individuali. Al fine di verificare il grado di equità orizzontale che ha caratterizzato i vari sistemi sanitari in Europa pre e post crisi introduciamo un indice di concentrazione noto in letteratura come *Horizontal Inequity Index* (HI). Tale indice costituisce una misura del grado di equità nell'accesso ai servizi sanitari "ponderato" per le variabili che misurano il bisogno individuale, ossia indicatori che riguardano lo stato di salute dei singoli individui (si veda Wagstaff et al., 2000; Kakwani et al., 2007, García Gomez et al., 2014). Il segno dell'indice indica la direzione della relazione tra la variabile che misura l'accesso alle prestazioni sanitarie di cui si intende stimare la distribuzione e la posizione all'interno della popolazione ordinata rispetto al reddito. Il valore dell'indice, compreso fra -1 e +1, descrive l'intensità di questa

relazione (Zucchelli, 2009; Kawkani et al.,1997). In altre parole, valori negativi dell'indice di concentrazione corrispondono al caso in cui la disuguaglianza in termini di accesso ai servizi sanitari è concentrata a favore dei poveri, mentre valori positivi corrispondono al caso in cui la disuguaglianza è concentrata a favore dei ricchi. L'indice di concentrazione poi può essere scomposto al fine di individuare il contributo di ciascun fattore considerato per calcolare la disuguaglianza relativa di accesso ai servizi. Il vantaggio dell'adozione della procedura di scomposizione dell'indice consiste nella possibilità di quantificare i singoli contributi delle varie determinanti dell'accesso alle prestazioni sanitarie, evidenziandone l'importanza ai fini della determinazione della disuguaglianza. In questo articolo scomporremo gli indici per l'Italia.

Ai fini della nostra analisi utilizzeremo quattro misure binarie di accesso alle prestazioni sanitarie: accesso alle visite ambulatoriali, accesso al medico di base, accesso alle visite specialistiche, accesso alle cure ospedaliere. Tra le determinanti dell'accesso consideriamo lo stato socio-economico degli individui. Prima di tutto il *reddito familiare equivalente* (secondo la scala di equivalenza OCSE). Il reddito equivalente consentirà di ordinare la popolazione di riferimento sulla base di una misura di reddito che tiene conto sia della dimensione del nucleo familiare sia del numero di figli. Inoltre, considereremo tra gli indicatori dello stato socio-economico il livello di istruzione (misurato sulla base della classificazione ISCED-97), lo stato civile (se l'individuo è sposato o convivente), e lo stato occupazionale (pensionato, occupato, o appartenente ad altre categorie).

Tra gli indicatori di "bisogno" (noti in letteratura come "*needs*") il cui scopo essenziale è fornire un'istantanea dello stato di salute dell'individuo saranno inclusi: età (espressa in anni), sesso, salute percepita, numero di limitazioni in termini di mobilità, numero di disturbi fisici di cui l'individuo ha sofferto negli ultimi sei mesi prima dell'intervista (ad esempio mal di schiena, dolori alle ginocchia, alle anche o ad altre articolazioni, difficoltà di respirazione, ecc.) numero di patologie diagnosticate in passato o durante l'anno dell'intervista e, infine, se l'individuo riceve o meno cure informali da un parente, amico o vicino di casa (Bolin et al., 2008).

Risultati

Dai risultati contenuti nella Tabella 1 emerge che, in Italia, gli indici di concentrazione che si riferiscono all'accesso verso prestazioni sanitarie specialistiche, ricorso al medico di base e visite

ambulatoriali, nei tre periodi in considerazione (2004/2005; 2006/2007; 2011/2012) presentano segno positivo e in generale statisticamente significativo. Il segno positivo mostra che l'accesso a questi servizi tende ad essere concentrato tra gli individui appartenenti a fasce di reddito più elevate. Sorprendentemente anche l'accesso al medico di base presenta un indice di disuguaglianza pro-ricchi. Confrontando gli indici nelle tre indagini emerge un trend crescente nella disuguaglianza pro-ricchi ovvero un peggioramento in termini di accesso alle cure da parte delle classi sociali più svantaggiate, in linea con il progressivo svilupparsi della crisi economica. Non emerge disuguaglianza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri

Per ciò che riguarda in particolare l'accesso alle cure specialistiche l'istruzione ha un ruolo fondamentale: il contributo dell'appartenenza ad una classe di istruzione bassa assume valore positivo ed è significativo in tutti e tre i periodi considerati (anche se lievemente ridotto nel periodo post-crisi), a conferma del fatto che la scarsa istruzione penalizza l'accesso alle cure specialistiche per gli individui poveri.

Se guardiamo al contesto europeo, l'Italia segue il trend degli altri paesi per quanto riguarda, una volta ancora, l'accesso alle cure specialistiche. Dalla tabella 2 osserviamo, infatti, un andamento simile degli indici di concentrazione per quasi tutti i paesi considerati, fatta eccezione per Paesi Bassi e Danimarca, per i quali non è individuabile un trend chiaro e significativo.

Negli altri paesi europei considerati nel gruppo SHARE, in controtendenza rispetto all'Italia, l'accesso verso le visite ambulatoriali e il ricorso al medico di base tendono ad essere concentrati tra le classi più povere della popolazione. Tuttavia, come si nota dalle stime, non è possibile identificare un chiaro trend pre e post crisi per questi servizi (ovvero un andamento crescente della disuguaglianza nel corso degli anni), ed inoltre gli indici di concentrazione nei diversi periodi non sempre risultano statisticamente significativi.

Tabella 1: Indici di concentrazione per l'accesso alle cure sanitarie e contributo di ciascuna determinante alla disuguaglianza

	Vis. Ambulatoriali			Medico di base			Specialista			Ric. Ospedale		
	2004	2006	2011	2004	2006	2011	2004	2006	2011	2004	2006	2011
Accesso alle cure (<i>"aggiustato" per le variabili di bisogno</i>)	0.005	0.004	0.056	0.037	0.005	0.051	0.0972	0.0975	0.134	-0.0122	-0.015	.028
Reddito equivalente <i>Contributo</i>	0.017	0.011	0	0.029	0.001	-0.011	0.019	0.022	0.055	0.016	0.004	-0.009
Età <i>Contributo</i>	-0.001	-0.002	0.001	-0.006	-0.002	0.0027	0.012	0.104	0.004	-0.001	0.001	-0.007
Genere <i>Contributo</i>	0	0	-0.002	0	0	-0.0022	0	-0.0024	-0.004	0	0.0024	0.003
Salute percepita <i>Contributo</i>	-0.015	-0.008	-0.009	-0.025	-0.01	-0.011	-0.0174	-0.027	-0.029	-0.013	-0.017	-0.015
N limitazioni mobilità <i>Contributo</i>	0.002	0.005	0.006	0.009	0.005	0.0054	-0.005	0.001	0.005	-0.004	-0.004	-0.005
N disturbi ultimi 6 mesi <i>Contributo</i>	-0.008	-0.07	-0.002	-0.009	-0.008	-0.001	-0.0087	-0.008	-0.0152	0.0023	-0.002	-0.003
N patologie <i>Contributo</i>	-0.021	-0.015	-0.018	-0.016	-0.018	-0.02	-0.033	-0.0334	-0.029	-0.006	-0.0005	-0.005
Cure informali <i>Contributo</i>	0	0	0	0.002	0	-0.001	-0.002	-0.0026	-0.001	-0.001	-0.0022	-0.007
Istruzione (livello primario) <i>Contributo</i>	0.01	0.0015	0	-0.001	-0.003	-0.001	0.05	0.04	0.003	-0.05	-0.006	0
Istruzione (laurea) <i>Contributo</i>	0.0025	0.001	0	0.0024	0	0	0.0057	0.009	0.001	-0.03	0.002	0
Coniugato <i>Contributo</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0.003	0	1.40E-06	0
Pensionato <i>Contributo</i>	0.003	-0.001	0.006	0.004	-0.001	0.007	0.006	0.013	0.007	0	0.002	0
Altra attività <i>Contributo</i>	-0.006	0	-0.001	-0.006	0.004	-0.002	-0.01	-0.004	0.009	-0.005	-0.003	-0.001

Tab. 2: Indici di concentrazione "aggiustati" per le variabili di bisogno

	Italia			Spagna			Germania			Austria			Svezia			Paesi Bassi			Francia			Danimarca			Belgio		
	2004	2006	2011	2004	2006	2011	2004	2006	2011	2004	2006	2011	2004	2006	2011	2004	2006	2011	2004	2006	2011	2004	2006	2011	2004	2006	2011
Vis. Ambulatoriali																											
<i>Ind. concentrazione</i>	0,050	0,004	0,056	0,019	0,033	0,008	0,019	0,006	0,012	0,049	-0,002	0,042	0,070	0,070	0,050	0,048	0,070	0,008	0,006	0,032	0,023	0,047	0,024	-0,007	0,008	0,020	0,002
Medico di base																											
<i>Ind. concentrazione</i>	0,038	0,005	0,051	-0,011	0,013	-0,006	-0,013	0,000	-0,049	-0,015	-0,024	0,003	0,016	0,005	0,001	0,048	0,056	-0,032	-0,028	0,002	0,025	0,024	0,013	-0,022	0,001	0,021	0,005
Specialista																											
<i>Ind. concentrazione</i>	0,097	0,098	0,135	0,063	0,017	0,116	0,104	0,090	0,151	0,074	0,103	0,117	0,064	0,086	0,111	0,035	0,022	0,038	0,155	0,164	0,182	0,066	0,046	0,019	0,100	0,081	0,073
Ric. Ospedale																											
<i>Ind. concentrazione</i>	-0,012	-0,015	-0,029	-0,013	0,024	0,004	0,008	0,031	-0,005	0,015	0,010	-0,004	-0,025	-0,015	-0,008	0,012	-0,027	-0,022	-0,002	0,004	0,004	0,048	-0,003	-0,013	-0,011	-0,004	0,016

Fonte: Elaborazione degli autori su dati SHARE.

Nota: La significatività degli indici ($P > 0.1$) è indicata in grassetto

Bibliografia

- Bolin, K, Lindgren, B., e Lundborg, P. (2008) “Informal and formal care among single-living elderly in Europe”, *Health Economics*, 17: 393-409.
- Kakwani, N.C., Wagstaff, A., e van Doorslaer, E. (1997) “Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical inference”, *Journal of Econometrics*, 77, 1: 87-104.
- Garcia Gomez, P., Hernandez-Quevedo C., Jimenez-Rubio, D., e Oliva, J (2014) “Inequity in long-term care use and unmet need: two sides of the same coin”, LSE Working paper.
- Shin, H., e Kim, J. (2010) “Differences in income-related inequality and horizontal inequity in ambulatory care use between rural and non-rural areas”, *International Journal for Equity in Health*, 9:17.
- Wagstaff, A., e van Doorslaer, E. (2000) “Equity in health care finance and delivery”, in *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier, 1803-1862.
- Wagstaff, A. , van Doorslaer, E., e Watanabe, N. (2003) “On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam”, *Journal of Econometrics*, 112, 1: 207-223.
- Zucchelli, E (2009) “Le disuguaglianze di salute legate al reddito in Italia e nel resto d’Europa: un’analisi su dati SHARE”, in *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Il Mulino, Bologna.