

Equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri in Europa e in Italia

Cristina Masseria, Francesco Paolucci
Institute of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam

Abstract

Equity in the delivery of inpatient care in Europe and Italy

Income-related horizontal inequity in hospital admissions is estimated in twelve European countries. Pooled data of the EHCS for five years (1994-1998) are used to estimate and compare inequity indices. In most EU member states, after standardizing for need differences, the better off are more likely to be admitted to hospitals than the poor, and significantly so in Portugal, Greece, Austria, Italy, Ireland, Germany and France. Regional disparities in hospital supply also plays a role in the measured degree of inequity, in particular, in Italy and Spain. For the former we studied more deeply this phenomenon by using the Multiscopo ISTAT survey. The analysis confirms that people living in the North of Italy have a higher probability of being hospitalized than their counterparts and enjoy better quality of care. To make it worse, in the South people tend more intensively to move to other regions to receive hospital care.

Quaderni acp 2005; 12(1): 3-7

Key words Hospital admission in Europe. Regional disparities in Italy

In questo articolo vengono stimati gli indici di "Income-related horizontal inequity" riguardanti l'accesso ospedaliero in dodici paesi Europei, utilizzando i dati dell'EHCS (1994-1998). Nella maggior parte dei paesi della EU, gli individui più ricchi hanno maggior probabilità di essere ammessi nelle strutture ospedaliere rispetto ai soggetti meno abbienti. Questo risultato è particolarmente importante in Portogallo, Grecia, Austria, Italia, Irlanda, Germania e Francia. Oltre al reddito, l'eterogenità nell'offerta di ospedali tra regioni gioca un ruolo importante nella misurazione del grado di ineguaglianza nell'accesso ospedaliero, in particolare in Italia e in Spagna. Per quanto riguarda l'Italia analizziamo le disparità regionali nel dettaglio, utilizzando i dati del questionario "Multiscopo". Tale analisi conferma che gli abitanti delle regioni settentrionali hanno una maggiore probabilità di essere ospedalizzati dei soggetti abitanti nelle regioni meridionali, a parità di bisogni, e usufruiscono di un trattamento sanitario qualitativamente superiore. Inoltre, gli abitanti delle regioni meridionali tendono a spostarsi con maggiore frequenza in altre regioni per essere ospedalizzati.

Parole chiave Ricoveri ospedalieri in Europa. Diseguaglianze regionali italiane. Diseguaglianze economiche

1. Introduzione

L'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie è uno dei principi fondamentali su cui si fondano i diversi sistemi sanitari europei. Tutti i cittadini con i medesimi livelli di bisogno dovrebbero godere della stessa probabilità di essere visitati da un medico o di essere ricoverati in ospedale. Fattori socio-economici, come il reddito, l'educazione e la regione di residenza, non dovrebbero influenzare il livello e la qualità delle cure sanitarie ricevute.

Sebbene la maggior parte dei servizi sia garantita a tutti i cittadini gratuitamente o

a costi ridotti, il finanziamento e l'offerta di prestazioni sanitarie variano notevolmente da Paese a Paese. Negli ultimi anni, tutti i sistemi sanitari, sebbene con differente enfasi, hanno introdotto misure preposte alla riduzione del deficit sanitario. L'aumento del numero degli anziani, l'introduzione di nuove e costose tecnologie, l'aumento della domanda di servizi di "lusso" hanno condotto alcuni governi europei a riconsiderare la possibilità di aumentare la partecipazione individuale al finanziamento della sanità per esempio attraverso l'introduzione di assicurazioni private.

Precedenti lavori hanno evidenziato come, in tutti i Paesi europei, per l'accesso alle visite specialistiche vi sia inequità a favore dei pazienti più ricchi, mentre per le visite ai medici di base, qualora vi sia inequità, questa è a favore delle classi di reddito più svantaggiate.

Il tema dell'equità nei ricoveri ospedalieri è stato trattato solo marginalmente in letteratura e il quadro che emerge risulta abbastanza positivo; infatti nessun livello di inequità è stato individuato nel caso di prestazioni ospedaliere. Questo risultato può certamente essere considerato rassicurante, giacché la spesa ospedaliere rappresenta la parte predominante nei bilanci sanitari (in alcuni Paesi più del 50% della spesa sanitaria è destinata a coprire il settore ospedaliero). Tuttavia, tali risultati sono da valutare con cautela poiché la stima dei bisogni della popolazione nel caso dei servizi ospedalieri potrebbe mancare di consistenza (*lack of power*) per le seguenti due motivazioni: il ricovero è un fenomeno raro e la sua distribuzione è particolarmente *skewed*.

L'obiettivo di questo articolo è quello di analizzare il livello di equità rispetto al reddito nell'accesso ai ricoveri ospedalieri utilizzando un modello panel (dal 1994 al 1998). In questo modo, è infatti possibile neutralizzare il problema della consistenza nelle stime econometriche. Violazioni del principio di equità sono testate in 12 Paesi membri della Comunità Europea: Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Olanda, Portogallo, Regno Unito e Spagna. Per i dati abbiamo utilizzato la banca dati Eurostat (1) che dal 1994 colleziona dati per un elevato numero di Paesi europei. Una particolare attenzione è rivolta al caso dell'Italia e all'analisi delle differenze regionali. Per l'analisi del caso italiano i risultati sono stati ottenuti utilizzando anche l'indagine ISTAT Multiscopo per il 1999-2000. Per queste ultime stime il reddito è stato imputato

Per corrispondenza:
Francesco Paolucci
e-mail: fpaolucci@yahoo.it

salute pubblica

utilizzando i dati Eurostat per il 2000, poiché nella Multiscopo non era presente alcuna domanda riguardante il reddito.

2. L'indice di equità orizzontale

Per garantire che vi sia equità orizzontale nell'accesso ai ricoveri ospedalieri, le risorse devono essere distribuite a seconda dei bisogni della popolazione e variabili socio-economiche come il reddito non devono influenzare tale distribuzione (4). È quindi necessario testare che individui con medesimi bisogni, ma diversi livelli di reddito, abbiano la stessa probabilità di essere ricoverati in ospedale.

L'indice di equità orizzontale (HI) è stato costruito utilizzando un approccio indiretto di standardizzazione, come proposto da Wagstaff e van Doorslaer (2). Questo indice è definito come la differenza tra il grado di disuguaglianza nell'accesso attuale alle prestazioni ospedaliere (CM) e il grado di disuguaglianza stimato sulla base dei bisogni della popolazione (CN). I bisogni della popolazione sono stati misurati utilizzando un modello probit. Per le stime europee i dati sono stati raccolti per cinque anni (dal 1994 al 1998) e si è effettuata un'analisi panel. L'indice così come derivato misura il grado di equità del sistema: quando è uguale a zero, si ipotizza che vi sia equità nell'accesso alle prestazioni ospedaliere; quando è maggiore di zero, vi è inequità e a favore delle classi più ricche; se è minore di zero, l'inequità è a favore delle classi più povere.

È, inoltre, possibile decomporre l'indice di equità orizzontale (per una descrizione della metodologia vedere Wagstaff et al.) (3). Questa metodologia permette di individuare il contributo dei diversi fattori socio-economici al totale livello di inequità. Il contributo di ogni singola variabile dipende da due fattori (**a** moltiplicato **b**): **a**, l'effetto della variabile sulla probabilità di essere ricoverato in ospedale; **b**, la sua distribuzione rispetto al reddito¹.

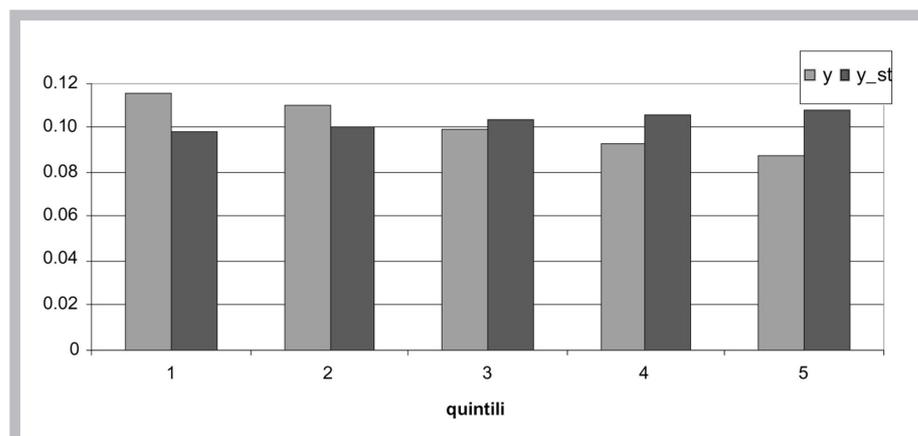
3. Equità nei ricoveri ospedalieri in Europa

In Europa, gli individui a più basso reddito hanno una maggiore probabilità di essere ricoverati in ospedale (periodo di riferimento 12 mesi). L'indice di concentrazione (CM) è negativo e statisticamente significativo (tabella 1) in tutti i Paesi europei analizzati, ad eccezione dell'Italia (non statisticamente significa-

TABELLA 1: INDICI DI CONCENTRAZIONE ATTUALE E STANDARDIZZATO E INDICE DI EQUITÀ ORIZZONTALE HI

Paesi	CM	CN	HI	t(HI)	Wald regioni
Austria	-0.025	-0.058	0.050	3.990	0.000
Belgio	-0.098	-0.073	-0.025	-1.990	0.001
Danimarca	-0.091	-0.097	0.006	0.430	
Francia	-0.038	-0.061	0.023	2.520	0.009
Germania	-0.021	-0.054	0.033	3.010	
Grecia	-0.103	-0.159	0.055	4.580	0.648
Irlanda	-0.057	-0.092	0.036	6.060	0.009
Italia	-0.004	-0.054	0.050	2.570	0.000
Olanda	-0.062	-0.055	-0.008	-0.660	
Portogallo	-0.061	-0.135	0.074	4.600	0.000
Regno Unito	-0.093	-0.089	-0.003	-0.260	
Spagna	-0.038	-0.054	0.016	1.260	0.001

FIGURA 1: DISTRIBUZIONE MEDIA EUROPEA ATTUALE (Y) E STANDARDIZZATA (Y_ST) DEI RICOVERI OSPEDALIERI PER QUINTILE DI REDDITO



tivo). Tuttavia i bisogni non sono equamente distribuiti nella popolazione; è, quindi, necessario confrontare la distribuzione delle prestazioni ospedaliere con i bisogni della popolazione. In media gli individui più poveri hanno un maggiore bisogno di cure sanitarie.

La distribuzione media europea e standardizzata di prestazioni ospedaliere, varia tra quintili di reddito (figura 1). Mentre la prima si riduce all'aumentare del reddito, la seconda, stimata in base ai bisogni della popolazione, aumenta. Confrontando gli indici di concentrazione CM e CN (tabella 1) risulta evidente come in tutti i paesi, tranne il Belgio, l'Olanda e l'Inghilterra, la probabilità di essere ricoverati sarebbe dovuta essere superiore a quella attuale per gli individui a basso reddito. L'indice di equità orizzontale risulta infatti essere positivo per tutti i restanti nove Paesi, segnalando

la presenza di un livello di inequità a favore degli individui più ricchi; in sette Paesi l'indice è anche statisticamente significativo. Il grado di inequità nei ricoveri ospedalieri è preoccupante in Portogallo (0.074), Grecia (0.055), Italia (0.050), Austria (0.050) e Irlanda (0.036). In tutti questi Paesi, ad eccezione dell'Austria, i medici hanno la possibilità di offrire prestazioni private all'interno del sistema ospedaliero pubblico. Sembra quindi emergere un quadro in cui il sistema sanitario stesso incoraggia azioni che possono causare un aumento del livello totale di inequità. Il Belgio è l'unico Paese in cui l'indice di equità orizzontale è negativo e statisticamente significativo, suggerendo che la probabilità di ricevere cure ospedaliere è maggiore per i pazienti più poveri anche dopo aver standardizzato per i bisogni della popolazione.

TABELLA 2: INDICE DI CONCENTRAZIONE E CONTRIBUTO DI OGNI REGIONE AL LIVELLO TOTALE DI EQUITÀ

Regioni	Austria		Belgio		Francia		Grecia		Irlanda		Italia		Portogallo		Spagna	
	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI
r 2	0.067	-0.135	0.006	-0.028	-0.077	0.031	-0.033	0.007	-0.054	-0.151	0.147	-0.014	0.018	0.046	0.120	-0.032
r 3	-0.100	0.070	-0.038	0.072	-0.177	-0.027	-0.141	0.012	0.098	0.003	0.125	0.018	0.002	0.005	-0.099	0.120
r 4					0.022	0.010	0.200	-0.069			0.281	0.026			-0.212	0.193
r 5					-0.073	-0.004					0.048	-0.007			0.121	0.040
r 6					-0.083	0.010					0.090	-0.008			-0.198	0.325
r 7					0.002	-0.001					-0.016	0.000			-0.236	0.074
r 8					-0.055	-0.002					-0.234	0.036				
r 9											-0.220	0.072				
r10											-0.227	0.071				
r11											-0.211	0.020				

Codici regionali: **Austria:** r1 ovest, r2 est, r3 sud. **Belgio:** r1 Brussels, r2 Flemish, r3 Walloon. **Francia:** r1 Ile de France, r2 Bassin Parisien, r3 nord, r4 est, r5 ovest, r6 sud-ovest, r7 centro, r8 Mediterraneo. **Grecia:** r1 Kentriki, r2 Nisia, r3 Voreia, r4 Attiki. **Irlanda:** r1 Dublino, r2 il resto, r4 senza risposta. **Italia:** r1 Lombardia, r2 nord-ovest, r3 nord-est, r4 Emilia, r5 Lazio, r6 centro, r7, Abruzzo e Molise, r8 sud, r9 Campania, r10 Sicilia, r11 Sardegna. **Portogallo:** r1 Portogallo senza isole, r2 Madeira, r3 Acores. **Spagna:** r1 Madrid, r2 nord-est, r3 nord-ovest, r4 centro, r5 est, r6 sud, r7 Canarie.

3.1. Differenze regionali

Differenze regionali nell'offerta di prestazioni sanitarie possono influenzare il livello di equità complessivo del sistema. Le regioni più ricche possono godere di infrastrutture tecnologicamente avanzate e attirare medici maggiormente qualificati; anche il numero di posti letto e di personale medico può variare a livello regionale. Si è quindi ritenuto opportuno stimare il contributo delle diverse regioni. Per la Danimarca, la Germania, l'Olanda e la Gran Bretagna non è stato possibile effettuare l'analisi regionale.

Nonostante l'informazione a livello regionale sia scadente in molti Paesi europei, le *dummy* regionali giocano un ruolo particolarmente significativo nella distribuzione dei servizi sanitari. In tutti paesi, ad eccezione della Grecia², il Wald test rifiuta l'ipotesi che l'effetto congiunto delle regioni sia zero (*tabella 1*). Per analizzare più in dettaglio il contributo delle varie regioni al livello di inequità del sistema si è decomposto l'indice di equità orizzontale, come proposto da Wagstaff et al. (4). Nella *tabella 2* riportiamo sia il contributo delle varie regioni al livello di inequità (% Con/HI) sia l'indice di concentrazione (CI) di ogni singola regione al fine di differenziare le regioni più ricche da quelle più povere. In Italia, le regioni del sud e le isole sono più povere e, a parità di bisogni, presentano anche una minore probabilità di

essere ricoverati in ospedale; infatti il loro contributo al livello di inequità è positivo. In Spagna, le isole Canarie, il sud, il nord-ovest e il centro sono le regioni più povere e ancora una volta gli abitanti di queste regioni godono di un minor livello di prestazioni ospedaliere. In Belgio, la regione Vallonia sembra contribuire in modo significativo al livello complessivo di inequità che in questo caso è a favore dei più poveri. In Irlanda, è stato possibile differenziare solo gli individui che vivono a Dublino da tutti gli altri. Data la distribuzione dei servizi sanitari in questo Paese così come per la Grecia e il Portogallo sarebbe interessante differenziare le aree urbane da quelle rurali. I costi, monetari e non, per coloro che non vivono nelle grandi città risultano infatti essere notevolmente più elevati. Tuttavia, in questi tre Paesi il livello di informazione per regioni è minimo.

In conclusione, possiamo affermare che le regioni sembrano giocare un ruolo significativo nella distribuzione delle risorse sanitarie e sul livello di equità complessivo del sistema. Data la portata di questi risultati, si è deciso di approfondire l'analisi regionale per l'Italia.

4. Il ruolo delle regioni e le scelte relative alla localizzazione dell'ospedale in Italia

L'indagine Multiscopo ci ha dato la possibilità di valutare, con maggiore preci-

sione, il ruolo di tutte le venti regioni italiane. Tuttavia, l'indagine manca di importanti dati sul reddito, il che complica l'analisi statistica. Per risolvere questo problema, abbiamo imputato i dati sul reddito utilizzando la banca dati Eurostat. Inoltre, il periodo di riferimento nel caso di ricoveri ospedalieri è tre mesi e non dodici mesi. Tre mesi potrebbe essere una finestra di tempo troppo piccola per valutare adeguatamente il livello di uguaglianza e equità nei ricoveri ospedalieri³.

Combinando i dati Istat con quelli della Multiscopo, è possibile analizzare la relazione tra il numero di posti letto, il personale medico, il livello di soddisfazione e la distribuzione del reddito tra regioni (*tabella 3*). Il sud e le isole si confermano essere le regioni più povere. Le regioni più ricche sembrano avere maggiore possibilità di attirare personale medico, di offrire un maggior numero di posti letto e di garantire una gamma di servizi ospedalieri a più elevata qualità. Infatti, il livello di soddisfazione per le prestazioni ospedaliere ricevute nel nord è maggiore di quello registrato nel sud. Sembra esistere un vero gradiente nord-sud per quanto riguarda il numero di personale medico e il livello di soddisfazione.

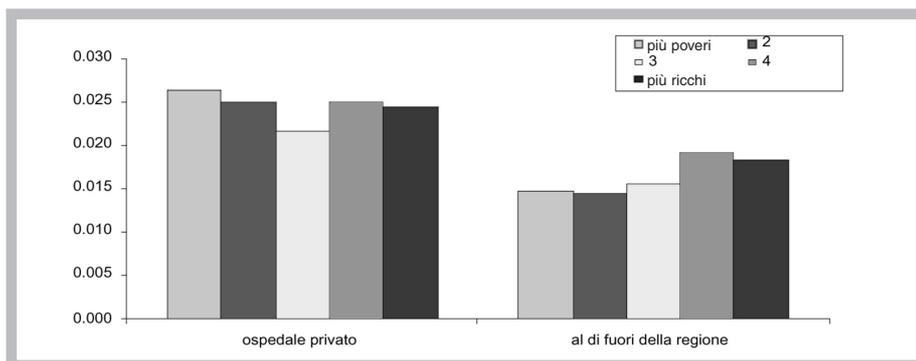
Le differenze regionali in Italia possono influire notevolmente sul livello globale

TABELLA 3: DISPONIBILITÀ DI PERSONALE MEDICO, POSTI LETTO, LIVELLO DI SODDISFAZIONE E DISTRIBUZIONE DEL REDDITO TRA REGIONI

Regioni	Posti letto	Personale medico	Soddisfazione	CI
Piemonte	4.68	117.50	46.50	0.09
ValleAosta	3.71	11.23	41.70	0.12
Lombardia	4.84	125.62	39.63	0.08
Trentino	4.98	121.86	63.13	0.05
Veneto	4.69	108.57	36.10	0.01
Friuli	4.97	130.60	57.07	0.07
Liguria	4.82	122.78	34.23	0.08
Emilia	4.70	109.18	46.77	0.11
Toscana	4.41	105.79	39.53	0.04
Umbria	3.85	93.27	36.20	0.04
Marche	4.71	98.23	26.60	0.03
Abruzzo	4.19	106.82	20.70	-0.05
Molise	4.50	93.26	20.47	-0.04
Campania	3.46	82.51	20.77	-0.15
Puglia	4.22	91.51	17.13	-0.11
Basilicata	4.06	74.79	20.37	-0.10
Calabria	4.40	88.83	20.87	-0.13
Sicilia	3.67	85.32	17.37	-0.13
Sardegna	4.98	92.83	29.33	-0.15

TABELLA 4: DECISIONI RELATIVE AL TIPO DI OSPEDALE E AL LUOGO DI RICOVERO (VALORI PERCENTUALI)

Regioni	Tipo di ospedale			Localizzazione		
	Pubblico	Accreditato	Privato	Provincia	Regione	Altrove
Piemonte	0.89	0.08	0.03	0.79	0.10	0.11
Valle d'Aosta	0.88	0.09	0.03	0.69	0.00	0.31
Lombardia	0.84	0.15	0.01	0.90	0.07	0.03
Bolzano	0.87	0.09	0.04	0.93	0.01	0.06
Trentino	0.87	0.12	0.01	0.82	0.05	0.13
Veneto	0.89	0.10	0.02	0.82	0.10	0.08
Friuli	0.91	0.07	0.01	0.87	0.09	0.04
Liguria	0.96	0.01	0.02	0.86	0.07	0.07
Emilia	0.85	0.14	0.01	0.88	0.06	0.05
Toscana	0.94	0.04	0.02	0.81	0.14	0.04
Umbria	0.94	0.05	0.01	0.83	0.08	0.09
Marche	0.91	0.09	0.01	0.84	0.10	0.06
Lazio	0.88	0.11	0.01	0.89	0.08	0.04
Abruzzo	0.87	0.12	0.01	0.83	0.09	0.07
Molise	0.88	0.11	0.01	0.80	0.04	0.16
Campania	0.83	0.16	0.01	0.85	0.07	0.08
Puglia	0.91	0.09	0.00	0.83	0.08	0.09
Basilicata	0.95	0.04	0.01	0.74	0.06	0.20
Calabria	0.73	0.26	0.00	0.79	0.03	0.18
Sicilia	0.87	0.11	0.02	0.88	0.06	0.06
Sardegna	0.83	0.17	0.00	0.89	0.09	0.02

FIGURA 2: RELAZIONE TRA IL LIVELLO DI REDDITO E LA SCELTA RELATIVA AL TIPO DI OSPEDALE E ALLA LOCALIZZAZIONE

di equità nell'accesso ai servizi sanitari, in quanto tutti i cittadini sono liberi di scegliere tra ospedali pubblici e accreditati situati sia nella propria ASL di competenza sia altrove sul territorio nazionale. I dati della Multiscopo evidenziano che, nonostante la maggior parte degli intervistati abbia preferito gli ospedali pubblici (87.2% degli intervistati) localizzati nella propria regione di residenza (86%), vi sono significative differenze tra regioni.

La percentuale degli intervistati che hanno deciso di farsi ricoverare in ospedali accreditati è maggiore nel sud e nelle isole (tabella 4). In Calabria il 26% dei ricoveri era in ospedali accreditati, in Sardegna il 17% e in Campania il 16%. Al contrario, in Liguria e Toscana tale percentuale era solo l'1 e il 4%. In questo quadro, che sembra delineare una netta differenza tra nord e sud, la Lombardia è un'eccezione con il 15% dei ricoveri in ospedali accreditati. Certamente, questo dipende dalle caratteristiche del sistema sanitario regionale; alcune regioni più che altre preferiscono delegare la fornitura di alcune prestazioni sanitarie a strutture accreditate. Nel sondaggio Multiscopo era, inoltre, chiesto a coloro che erano stati ricoverati nei tre mesi precedenti se il ricovero era avvenuto nella propria provincia, regione o altrove. In media solo il 7.4% dei ricoveri avveniva al di fuori della propria provincia e il 6.4% in un'altra regione. Tuttavia, nel sud e nord-ovest la percentuale degli intervistati che si era spostata in un'altra regione per effettuare un ricovero ospedaliero era 4-3 volte superiore alla media. Per esempio, in Valle d'Aosta il 31% degli intervistati aveva preferito spostarsi in un'altra regione, probabilmente per le dimensioni regionali, in Basilicata il 20%, in Calabria il 18%, in Molise il 16% e in Piemonte l'11%.

La figura 2 evidenzia come tale propensione allo spostamento sia legata al reddito. Nonostante l'ospedalizzazione sia gratuita e l'ASL di appartenenza si assuma tutto il costo diretto, tale decisione presenta notevoli costi indiretti. Un altro membro della famiglia tende sempre ad accompagnare il paziente con notevoli costi che ricadono completamente sul bilancio familiare. Al contrario, la relazione tra la decisione di farsi ricoverare in un ospedale privato (sia accreditato sia non) e il reddito non è chiara. I dati del sondaggio Multiscopo evidenziano inol-

tre come la decisione di spostarsi sia legata alla ragione del ricovero. In caso di gravidanza gli intervistati preferiscono rimanere nella loro regione di residenza, se non addirittura nella propria provincia. Mentre per malattie gravi e operazioni chirurgiche la propensione allo spostamento sembra essere maggiore.

Questi risultati sono confermati anche dall'analisi econometrica. Il modello probit applicato alla scelta di muoversi in un'altra regione per un ricovero ospedaliero mette in luce come gli intervistati con un peggiore stato di salute siano coloro che hanno una maggiore probabilità di spostarsi. Questo è facilmente spiegabile: nel caso di malattie gravi il valore che gli individui danno alla reputazione dell'ospedale e del reparto, ai tempi di attesa e non ultimo al medico che lavora in tale reparto, è maggiore. Inoltre, i risultati evidenziano che qualora i pazienti decidano di spostarsi, è maggiore la probabilità che il ricovero avvenga in un ospedale accreditato o privato e che il ricovero sia deciso dallo specialista. Emerge, inoltre, come gli individui più anziani e con un minore livello di scolarizzazione abbiano una minore probabilità di muoversi. Come prevedibile, i risultati del modello probit confermano che la probabilità di effettuare il ricovero in un'altra regione dipende dalla regione di provenienza. Nel sud e nel nord-ovest tale probabilità è maggiore. Questo è dovuto anche alle differenze nei sistemi sanitari regionali. Come evidenziato, sembra esistere un vero e proprio gradiente nord-sud per quanto riguarda il numero di personale medico e il livello di soddisfazione.

5. Considerazioni conclusive

Tra gli obiettivi portanti dei sistemi sanitari europei vi è il principio di equità nell'accesso ai servizi sanitari. Il settore ospedaliero rappresenta il costo maggiore nei bilanci sanitari e garantire un equo accesso alle prestazioni sanitarie per tutti i cittadini è basilare per ottenere e mantenere un equo sistema sanitario.

Dai risultati di questo lavoro emerge come la probabilità di essere ammessi in ospedali aumenti all'aggravarsi delle condizioni di salute. Tuttavia, anche il reddito sembra giocare un ruolo non marginale in molti Paesi europei. La distribuzione attuale di prestazioni ospedaliere è infatti a favore delle classi più povere, ma una volta standardizzata per i

bisogni della popolazione, il quadro sembra modificarsi per molti paesi. L'inequità diventa a favore delle classi più ricche in molti Paesi e il suo livello è preoccupante per il Portogallo, la Grecia, l'Italia, l'Austria e l'Irlanda.

È difficile individuare una relazione tra il livello di inequità e le caratteristiche del sistema sanitario. Non esiste infatti un prototipo di sistema sanitario per tutta l'Europa, al contrario ci sono enormi differenze tra i diversi Paesi. Tuttavia, negli ultimi anni le diversità sembrano essersi smorzate; ovunque, sebbene con diversa enfasi, lo stato ha delegato alcuni servizi al settore privato: introduzione di forme di assicurazioni private complementari e/o supplementari al sistema di finanziamento pubblico, aumento della quota di contributi privati.

Le differenze regionali nell'offerta di prestazioni sanitarie possono giocare un ruolo importante dato l'elevato livello di deregolamentazione registratosi in alcuni Paesi europei negli ultimi decenni. I risultati per l'Europa evidenziano la presenza di questo fenomeno ma i dati Eurostat non permettono di effettuare una dettagliata valutazione a livello regionale. Per l'Italia è, invece, possibile approfondire l'argomento utilizzando l'indagine Multiscopo.

Le regioni del sud e le isole sono più povere rispetto al nord con risvolti anche nel settore ospedaliero. Il numero di posti letto, di personale medico e anche il livello di soddisfazione per le prestazioni ricevute è superiore nel nord d'Italia. Sembra esserci un vero e proprio gradiente nord-sud per quanto riguarda sia la disponibilità di personale medico sia la qualità dei servizi forniti. I cittadini tendono inoltre a spostarsi maggiormente in un'altra regione per ricevere cure ospedaliere. Questa decisione dipende da una serie di fattori, tra cui anche la reputazione dell'ospedale e del reparto, nonché il tempo di attesa e la qualità dell'équipe medica. Il livello di qualità atteso gioca, quindi, un forte ruolo nella decisione di effettuare il ricovero al di fuori della propria regione.

La propensione allo spostamento dipende anche dal reddito. Nonostante l'ASL di appartenenza si faccia carico di tutto il costo del ricovero, vi sono altri costi legati a tale decisione che sono completamente a carico del bilancio familiare. Gli individui a reddito medio tendono a spostarsi molto di più che non le altre

categorie di reddito. Questo fenomeno può essere ricollegato all'alto numero di ospedali privati di buona qualità nel sud d'Italia; i più ricchi, in caso di bisogno, possono più agevolmente usufruire di cure private.

Tali differenze tra regioni sono anche più preoccupanti in un'ottica di federalismo prima e *devolution* poi. Il rischio è che il nuovo sistema possa esacerbare ancora di più le divergenze.

È importante evidenziare i limiti di questo lavoro. Nella stima dell'equità non si è valutata la qualità del servizio, ma solo la probabilità di riceverlo. Inoltre, abbiamo considerato solo i ricoveri ospedalieri; i day hospital sono esclusi. Ci si può facilmente aspettare che il livello di disuguaglianza e inequità possa solo aumentare con l'introduzione di questi ulteriori elementi. ♦

Bibliografia essenziale

- (1) EUROSTAT, European Community Household Panel (ECHP). European Commission. Eurostat, Luxembourg, 2001.
- (2) Wagstaff A, van Doorslaer E. Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. *Journal of Human Resources*, 2000;35:716-33.
- (4) Wagstaff A, van Doorslaer E, Watanabe N. "On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam". *Journal of Econometrics* 2003;112: 207-23.
- (5) Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care financing and delivery. In: Culyer AJ. *Handbook of Health Economics*, North Holland. Newhouse Ed, 2000.

Note

1 Per fare un esempio, gli individui con un livello maggiore di educazione hanno in media redditi più elevati (effetto b). Se la loro probabilità di essere ricoverati in ospedale risulta essere maggiore rispetto alla categoria di riferimento (effetto a) allora il contributo di questa variabile sarà positivo; se inferiore, il contributo sarà negativo.

2 Per la Grecia è sorprendente come le regioni non influenzino affatto la probabilità di essere ricoverati in ospedale, data la ben nota differenza nell'offerta di prestazioni sanitarie tra le aree urbane e rurali. Tuttavia, per la Grecia era possibile differenziare solo tra grandi aree: Attiki, Kentriki, Nisia e Voreia.

3 Non si registra alcun livello di inequità nei ricoveri ospedalieri quando si stima la probabilità nei tre mesi precedenti l'intervista. Questo risultato è in contrasto con i risultati ottenuti, utilizzati i dati Eurostat e con ulteriori stime effettuate con la Multiscopo. Nella Multiscopo viene chiesto agli intervistati con malattie croniche se sono mai stati ricoverati, questo ha permesso di costruire una *proxy* per la probabilità di essere ricoverati in ospedale in un più lungo periodo temporale. L'indice di equità orizzonte in questo caso è ancora positivo e statisticamente significativo.