



CENSIS

**RBM ASSICURAZIONE SALUTE – CENSIS
VIII WELFARE DAY
ANNO 2018**

**LA SANITA' DEL RANCORE, IL
RANCORE PER LA SANITA'
SCENE DA UN PAESE DISEGUALE**

Roma, 6 giugno 2018

INDICE

Spesa sanitaria di tasca propria degli italiani e iniquità sociale crescente:
priorità ineludibile 1

PRIMA PARTE - LE VERITÀ ELEMENTARI CHE LO STATO DI FATTO RACCONTA

1. Viene da lontano ed è qui per restare (molto) a lungo: le ragioni della crescente spesa sanitaria privata 4
 - 1.1. Incremento più intenso della spesa per consumi delle famiglie 4
 - 1.2. Più spesa privata come quota della spesa sanitaria totale 6
 - 1.3. La spesa sanitaria pubblica mai più potrà generare una copertura adeguata ai fabbisogni sanitari 8
 - 1.4. L'implacabile confronto con altri paesi 9
2. Più spesa di tasca propria per la salute, più disuguaglianze 10
 - 2.1. La spesa sanitaria privata pesa di più sui redditi più bassi 10
 - 2.2. Più invecchi, più spendi per la salute, più pesa sul reddito familiare 13
 - 2.3. La spesa sanitaria privata non è solo per i residenti dei territori a più alto benessere 13
 - 2.4. Perché più spesa sanitaria delle famiglie vuol dire più iniquità sociale 15

SECONDA PARTE - ESPERIENZE E VALUTAZIONI SOGGETTIVE DEGLI ITALIANI SU ACCESSO E SPESA PER LA SANITÀ

3. La sanità ingiusta 17
 - 3.1. La spesa sanitaria privata è di tutti, ma pesa di più sui meno abbienti 17
 - 3.2. Spese aggiuntive che il reddito familiare sempre meno riesce a coprire da solo 20
 - 3.3. Il difficile accesso e i suoi effetti 21
4. Il rancore sanitario monta 24
 - 4.1. Il rancore che vuol escludere 24
 - 4.2. Il rancore verso la sanità e il ruolo della politica 27
5. Le disuguaglianze sanitarie in essere: disparità di salute e di vita 30

APPENDICE: NOTA METODOLOGICA RELATIVA
ALL'INDAGINE DI POPOLAZIONE E ALLE FONTI DEI DATI
STRUTTURALI 31

SPESA SANITARIA DI TASCA PROPRIA DEGLI ITALIANI E INIQUITÀ SOCIALE CRESCENTE: PRIORITÀ INELUDIBILE

Cosa accade ad una società quando le persone devono sempre più pagare di tasca propria servizi e prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno? E cosa accade quando il rapporto con la sanità diventa un moltiplicatore di disparità e un amplificatore di insicurezze?

Ecco i temi chiave del Rapporto Censis-Rbm Salute 2018 che consente di enucleare alcune verità elementari sul rapporto degli italiani con la sanità:

- la spesa sanitaria privata sta aumentando. Lo fa da molto tempo e per tante ragioni che generano una domanda di prestazioni necessarie;
- la spesa sanitaria privata pesa di più sulle famiglie a più basso reddito, per le quali la sua incidenza sul reddito familiare è cresciuta dalla crisi in avanti;
- le nuove disuguaglianze sanitarie legate alla crescita della spesa sanitaria privata delle famiglie amplificano la diffusa percezione di iniquità sociale. I redditi più bassi sentono che nel post crisi la spesa per l'acquisto di servizi e prestazioni sanitarie necessarie è cresciuta come quota del proprio reddito con una intensità maggiore rispetto alle famiglie con redditi più alti.
- lievita un rancore sordo che è fatto di voglia di bloccare l'accesso alle cure a chi non è attento alla tutela della propria salute e a chi non risiede nella propria regione. Ed è il rancore sordo di chi è convinto che in Italia le persone non abbiano più le stesse opportunità di cura. Il dover metter mano al portafoglio per ragioni di salute amplifica le difficoltà sociali e semina insicurezza.
- è un rancore sordo che diventa rabbia verso il Servizio sanitario e, più ancora, verso la politica da cui ormai solo una minoranza si attende un contributo positivo alla buona sanità del futuro prossimo.

Ecco il quadro a tinte forti di un mutamento epocale per la nostra sanità che data dalla crisi e più ancora dai processi di aggiustamento strutturale delle sanità regionali che hanno reso irreversibile ed evidente che la spesa sanitaria pubblica mai più crescerà al ritmo dei fabbisogni sanitari di un Paese che invecchia, affronta le cronicità e ambisce a utilizzare le migliori e più avanzate tecnologie mediche e farmacologiche.

Più spesa privata, non più appannaggio dei soli benestanti o dei territori dove la sanità funziona meglio, e spesa pubblica che non ha più lo stesso ritmo di

crescita dei fabbisogni; e poi più alta incidenza della spesa sanitaria privata sui redditi dei gruppi sociali più vulnerabili: ecco svelata la regressività attuale del rapporto con la sanità che sempre più esaspera gli italiani.

Inoltre, dalle regioni dove è più alta l'insoddisfazione per la qualità delle cure si è registrata una fuga massiccia di pazienti, anche per patologie complesse come quelle tumorali.

Tali spostamenti hanno generato per i pazienti delle regioni di fuga e per i relativi familiari costi sociali aggiuntivi (di trasporto, vitto, alloggio, assenze dal lavoro, ecc.) rispetto a quelli prettamente sanitari. Invece, in molte regioni di destinazione della mobilità sanitaria ci sono ormai tempi di attesa per talune patologie addirittura superiori a quelli delle regioni di fuga: ecco un ulteriore meccanismo di produzione di rancore sociale.

La novità è che la sanità italiana oggi genera e attira rancore sociale: bloccarne la spirale, a questo punto, è decisivo.

PRIMA PARTE - LE VERITÀ ELEMENTARI CHE LO STATO DI FATTO RACCONTA

1. VIENE DA LONTANO ED È QUI PER RESTARE (MOLTO) A LUNGO: LE RAGIONI DELLA CRESCENTE SPESA SANITARIA PRIVATA

1.1. Incremento più intenso della spesa per consumi

Nel 2017 la spesa sanitaria privata delle famiglie italiane è stata pari a 37,3 miliardi di euro (tab. 1). Nel 2013-2017 essa è aumentata in termini reali del +9,6%, mentre la spesa totale per consumi del +5,3%; nel 2016-2017 gli incrementi reali sono stati rispettivamente del +2,9% e del +1,5%.

Tab. 1 - Spesa sanitaria privata e spesa totale per consumi, 2001-2017 (v.a. in milioni di euro correnti, var.% reale)

Anni	Spesa sanitaria privata	Spesa totale per consumi
	<i>v.a. mln € correnti</i>	
2017	37.325	1.058.983
	<i>var.% reale</i>	
2013-2017	+9,6	+5,3
2016-2017	+2,9	+1,5
2001-2017	+2,5	+2,3
2001-2008	+3,6	+3,9
2009-2017	+3,6	+0,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

La prima verità elementare è che la spesa sanitaria privata in capo alle famiglie italiane sta aumentando ad un ritmo più intenso della loro spesa totale per consumi.

Dal 2001 al 2017 emerge che:

- nel periodo pre-crisi, 2001-2008, l'incremento reale della spesa totale per consumi (+3,9%) è stato superiore a quello della spesa sanitaria privata (+3,6%);
- nel periodo dalla crisi alla stentata ripresa, 2009-2017, la spesa sanitaria privata è aumentata del +3,6%, la spesa totale per consumi del +0,3% (tab. 2).

Tab. 2 - Spesa sanitaria pubblica, privata e Pil, 2001-2017 (v.a. in milioni di euro correnti, var.% reale)

Anni	PIL	Spesa sanitaria		
		Pubblica	Privata	Totale
<i>v.a. mln € correnti</i>				
2017	1.716.935	113.131	37.325	150.456
<i>var.% reale</i>				
2013-2017	+3,5	+2,0	+9,6	+2,8
2016-2017	+1,5	+0,3	+2,9	0,0
2001-2017	+0,7	+16,8	+2,5	+12,3
2001-2008	+5,5	+14,8	+3,6	+11,9
2009-2017	+1,1	+0,6	+3,6	+0,4

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Gli incrementi di spesa sanitaria privata delle famiglie italiane sono di lungo periodo e rinviano a mutamenti strutturali nei comportamenti sanitari, sociali e di spesa; con la crisi sono entrati in gioco anche gli effetti degli aggiustamenti strutturali del welfare e del Servizio sanitario a loro volta hanno contribuito ai trend incrementali.

Si può quindi dire che la spesa sanitaria privata:

- acquista prestazioni necessarie, viene da lontano ed è qui per restare ancora molto a lungo;
- non dipende solo ed esclusivamente dal più recente razionamento indotto dalle manovre sul welfare pubblico, ma da una molteplicità di ragioni inscritte nella materialità dei comportamenti sanitari e sociali dei cittadini;

- si è andata ritagliando una fetta più ampia nella spesa delle famiglie perché ha avuto variazioni positive più intense della spesa pubblica per sanità.

La multifattorialità delle cause e l'intensità visibile della sua dinamica mostrano che la spesa sanitaria privata è un fenomeno socialmente trasversale che coinvolge gruppi sociali diversificati.

1.2. Più alta quota della spesa sanitaria totale

Più intenso il ritmo di crescita della spesa privata, meno quello della spesa pubblica soprattutto in relazione ai fabbisogni di una popolazione che invecchia e fronteggia il costo delle cronicità: ecco l'esito degli andamenti di lungo periodo. Infatti, in termini di variazioni percentuali reali emerge che:

- nel pre-crisi, negli anni 2001-2008, la spesa sanitaria pubblica decolla letteralmente del +14,8%, quella privata registra +3,6%;
- negli anni 2009-2017 la pubblica aumenta di +0,6, la privata del +3,6%;
- negli anni 2013-2017 la pubblica registra +2%, la privata +9,6%.

Dal 2010 al 2017 la spesa sanitaria privata come quota della spesa sanitaria totale è sempre cresciuta passando dal 21,5% al 24,8%, laddove quella pubblica si è ridotta dal 78,5% al 75,2% (tab. 3).

Tab. 3 – Le quote di spesa sanitaria pubblica e privata sulla spesa sanitaria totale, 2010-2017 (*) (val.% e differenze)

Anni	Spesa sanitaria pubblica	Spesa sanitaria privata	Totale spesa sanitaria
2010	78,5	21,5	100,0
2017	75,2	24,8	100,0
<i>Diff. % 2010-2017</i>	-3,3	3,3	-

(*) Dati di Contabilità Nazionale Istat, ed. aprile 2018

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Uno spostamento di 3,3 punti percentuali del finanziamento per la sanità dallo Stato alle famiglie che significa che l'incremento nominale di 6,7 miliardi di euro di spesa totale del 2010-2017 è per il 95% costituito di spesa sanitaria in capo alle famiglie e per il restante 5% da spesa pubblica. In 7 anni la spesa in capo alle famiglie come valore nominale corrente è cresciuta di quasi 6,4 miliardi di euro, quello pubblica di appena 336 milioni di euro.

Dati incontrovertibili che, alla verità elementare di una spesa privata che aumenta, affianca quella di una spesa pubblica che si riduce come quota del totale.

La seconda verità, elementare e ineludibile, raccontata dai numeri è: la spesa sanitaria in capo alle famiglie sta crescendo, anche perché la spesa pubblica ha rallentato il passo in relazione alla dinamica dei fabbisogni sanitari di un paese che invecchia e affronta le cronicità.

Del resto, sulla spesa sanitaria pubblica e i suoi deficit sono stati fatti veri e propri miracoli finanziari: si è passati dal saldo negativo di -6 miliardi di euro del 2006 a quello di -976 milioni di euro nel 2016. Un miracolo che purtroppo non poteva essere e non è stato indolore.

1.3. Mai più una spesa sanitaria pubblica adeguata ai fabbisogni sanitari

La dinamica di spesa sanitaria pubblica e Pil nel periodo 2001-2017 indica il 2009 come tornante di una radicale inversione di tendenza:

- nel 2001-2008 la variazione percentuale della spesa in capo al Ssn è stata pari al 14,8%, quella del Pil del +5,5%;
- nel 2009-2017 la variazione del Pil è stata dell'1,1%, quella della spesa pubblica per sanità del +0,6%;
- nel 2016-2017 il Pil è aumentato del +1,1%, la spesa pubblica del +0,3%.

In rapporto al Pil emerge che la spesa sanitaria pubblica nel periodo 2001-2008 sale dal 5,8% al 6,7%, e nella fase successiva scende fino al 6,6% del 2017.

E' lo scenario futuro il problema chiave sul quale ragionare; non si tratta di promuovere visioni catastrofiste sull'evoluzione del Servizio sanitario pubblico, piuttosto di costruire una valutazione solida a partire dalla evidente dinamica divaricante tra le esigenze sanitarie dei cittadini e la copertura pubblica possibile.

Gli scenari previsionali enucleabili dalla Nota di aggiornamento al Def 2017 per gli anni 2018-2020 indicano che la *spesa annua* del Servizio sanitario aumenterà di circa 1,3% all'anno, con un ritmo più lento di quello del Pil in valore nominale che viene fissato a circa il 3% annuo. Pertanto lo scenario ufficiale di riferimento ipotizza una contrazione della spesa sanitaria pubblica entro il 2020 fino al 6,3% del Pil.

Così facendo la spesa pubblica di fatto resterebbe stazionaria in termini reali, sufficiente per la gestione ordinaria del Servizio sanitario, ma assolutamente inadeguata per promuovere sviluppo e investimento.

I numeri ufficiali degli scenari futuri attesi inchiodano tutti alla realtà di una spesa pubblica sanitaria che non seguirà la dinamica dei fabbisogni sanitari, e che non sarà in grado di alimentare risorse per un ammontare di servizi e prestazioni in linea con le nuove esigenze di salute dei cittadini e i relativi costi di produzione indotti da tecnologie e quantità da erogare.

1.4. L'implacabile confronto con altri Paesi

La comparazione con i dati di altri Paesi non perdona, perché quale che sia il periodo di riferimento che viene preso in considerazione, in Italia la spesa sanitaria pubblica cresce in misura minore che altrove.

Sono dinamiche di cui occorre prendere atto perché aiutano a capire il senso vero dello stato di fatto delle risorse pubbliche che l'Italia destina alla sanità (tab. 4).

Tab. 4 - Spesa sanitaria pubblica pro capite, confronto internazionale andamento 2010-2016 (var. % reale)

Paesi	Var. % reale 2010-2016
Italia	-8,8
Paesi Bassi	2,6
Germania	11,4
Francia	6,2
Spagna	-3,8
Portogallo	-14,4
Grecia	-38,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Corte dei Conti

Infatti, la spesa sanitaria pubblica procapite in termini reali nel periodo 2010-2016 in Italia si riduce del -8,8%, mentre in Germania aumenta del +11,4%, in Francia del +6,2%, nei Paesi Bassi del +2,6%; invece si riduce in Spagna (-3,8%), Portogallo (-14,4%) e in Grecia (-38,3%).

La spesa sanitaria privata è in Italia, come quota della spesa sanitaria totale, superiore a quella delle principali economie dell'Unione Europea e inferiore solo ai valori di paesi come Spagna, Portogallo o Grecia, o i Paesi dell'Est della Ue.

2. PIÙ SPESA DI TASCA PROPRIA PER LA SALUTE, PIÙ DISUGUAGLIANZE

2.1. Pesa di più sui redditi più bassi

Nel misurare l'equità del sistema sanitario ampiamente inteso non conta solo e tanto chi spende di più di tasca propria per acquistare servizi e prestazioni sanitarie appropriate e necessarie, ma quanto tale spesa incida sul budget familiare e come tale incidenza è cambiata nel periodo dopo la crisi.

La valutazione dell'incidenza reale della spesa sanitaria privata sui budget familiari apre ai temi della sua regressività sociale, perché ognuno è solo a fronteggiare la spesa con le proprie risorse e, in un paese sempre più disuguale, ciò amplia le disuguaglianze.

La spesa sanitaria privata delle famiglie come quota del reddito è passata dal 3% del 2008 al 3,4% del 2016.

La spesa sanitaria privata in rapporto alla spesa totale per consumi pesa di più per le famiglie con reddito fino a 40 mila euro rispetto a quelle con reddito pari ad almeno 120 mila euro: meno guadagni e più la spesa sanitaria privata ti pesa sul reddito familiare.

Il confronto tra famiglie operaie e famiglie di imprenditori consente di precisare ulteriormente la regressività della spesa sanitaria privata poiché (tab. 5)

Tab. 5 - Spesa sanitaria sulla spesa totale per consumi: confronto operai-imprenditori, 2014-2016 (num. indice totale famiglie= 100, v.a. in milioni di euro correnti, var.% e diff.)

	Operai e assimilati	Imprenditori
	Indice spesa sanitaria privata su spesa per consumi (totale famiglie= 100)	
2016	106	74
<i>Diff.% 2014-2016</i>	6	-2
	Spesa sanitaria privata media per famiglia (euro correnti per famiglia)	
2016	1.087,3	1.288,4
<i>Diff. val. € per famiglia 2014-2016</i>	86	80
<i>var.% 2014-2016</i>	8,6	6,6
	Spesa sanitaria privata (v.a. milioni di euro correnti)	
2016	5.989,6	1.033,7
<i>Diff. v.a. mln € correnti 2014-2016</i>	505	74
<i>var.% 2014-2016</i>	9,2	7,7

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

- fatta 100 l'incidenza della spesa sanitaria sui consumi delle famiglie italiane, per quelle operaie è pari a 106 e per quelle degli imprenditori a 74. La spesa sanitaria privata pesa molto di più sui consumi di una famiglia con capofamiglia operaio rispetto a quella dove il capofamiglia fa l'imprenditore.
- nel 2016, rispetto al 2014, una famiglia operaia spende 86 euro in più all'anno (+8,6%) per una spesa media per famiglia di 1.087 euro pari al 3,7% dei consumi familiari. Nelle famiglie degli imprenditori l'aumento annuo è stato di 80 euro per una spesa sanitaria privata media annua di 1.288 euro, con +6,6% e una incidenza sui consumi di 2,6%.

La regressività è evidente poiché la spesa sanitaria privata pesa molto di più sui redditi delle famiglie operaie e tale peso è aumentato molto di più nel tempo rispetto a quanto accaduto alle famiglie di imprenditori.

I dati certificano alcune verità elementari:

- meno guadagni, più la spesa che devi affrontare di tasca tua per comprare sanità pesa sul tuo reddito;
- meno guadagni, più il peso della spesa sanitaria sul tuo reddito nel tempo è aumentato.

Ecco plasticamente dimostrata la regressività sociale della spesa sanitaria privata: non solo dei ceti più abbienti, ma coinvolge anche i meno abbienti sui cui redditi pesa di più.

Tali dati sono la base materiale di quel *sentiment* diffuso, soprattutto tra i redditi più bassi, che occorre mettere mano al portafoglio più che in passato per comprare prestazioni sanitarie necessarie.

Ecco svelato il trucco della nuova disparità in sanità: a contare non è tanto il livello assoluto della spesa sanitaria privata che ovviamente è in funzione dell'età e della disponibilità di reddito (*meno risorse hai, meno ne puoi spendere*); a contare è l'incidenza reale e percepita della spesa sanitaria privata sui redditi familiari, notoriamente più lenti per i livelli medio bassi e più veloci per quelli alti.

Per questo è legittimo e urgente affrontare gli impatti negativi della crescente spesa sanitaria privata, che amplificano le disparità sociali.

Strumentali sono i tentativi di interpretare la spesa sanitaria privata come espressione o di inappropriatazza o peggio come puro portato di desideri superflui dei benestanti. Ceti meno abbienti e ceto medio sono sotto pressione anche a causa delle spese sanitarie, e i loro redditi ne risentono sia oggettivamente che nella percezione soggettiva.

2.2. Più invecchi, più spendi per la salute, più pesa sul reddito

Un anziano spende per la sanità circa l'80% in più di tasca propria rispetto ad un giovane: fatto 100 l'incidenza della spesa sanitaria privata sul reddito della famiglie italiana, nelle famiglie degli anziani l'indice è pari a 131,4, in quelle di adulti di età compresa tra 35 e 64 anni a 85,7 e in quelle dei giovani a 72,4 (tab. 6).

Tab. 6 - Spesa sanitaria privata sul reddito, per classi d'età del capofamiglia, 2008-2016
(num. indice totale famiglie= 100, differenze)

Classi d'età capofamiglia	Indice spesa sanitaria privata sul reddito (totale famiglie= 100)
	2016
18-34 anni	72,4
35-64 anni	85,7
65 anni e più	131,4
Totale famiglie	100,0

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Pertanto, anche se tra gli anziani è più alta la quota di esenti anch'essi acquistano prestazioni sanitarie, addirittura mettendo mano al portafoglio di più degli altri. D'altro canto ci sono anche molti esenti che, pur avendo accesso gratuito alla sanità pubblica, sono coinvolti dagli acquisti di sanità con risorse proprie.

2.3. Non solo per i residenti dei territori a più alto benessere

La Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia sono le due regioni dove le spese sanitarie private più incidono sui redditi familiari, seguono poi la Basilicata e la Calabria, quindi il Veneto, l'Emilia Romagna, la Sardegna e la Puglia (tab. 7).

Tab. 7 - Graduatoria regionale dell'incidenza della spesa sanitaria privata sul reddito delle famiglie, 2015 (num. indice totale famiglie= 100 e rank)

Regioni	Indice spesa sanitaria privata sul reddito (totale famiglie= 100)
Valle d'Aosta	142
Friuli-Venezia Giulia	140
Basilicata	128
Calabria	124
Veneto	109
Emilia-Romagna	107
Sardegna	105
Puglia	105
Piemonte	104
Molise	103
Toscana	98
Sicilia	98
Marche	96
Abruzzo	95
Umbria	94
Liguria	94
Lazio	94
Campania	93
Lombardia	91
Trentino Alto Adige	90
Italia	100

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

La graduatoria regionale smentisce l'idea che la spesa sanitaria privata sia appannaggio delle regioni più ricche e/o di quelle in cui la sanità funziona meglio. Sulla dinamica della spesa sanitaria privata gioca una pluralità di fattori, e la presenza di Basilicata, Calabria e Puglia nella parte alta della graduatoria indica che la spesa sanitaria privata è anche in capo ai territori con minore benessere economico e/o sanità meno performante.

Per aree geografiche si rileva che fatto 100 il valore nazionale dell'incidenza della spesa sanitaria privata sul reddito delle famiglie, nel Nord-est l'indice è pari a 112, al Sud-isole a 103, al Centro e al Nord-Ovest a 97.

I dati confermano che non esiste un gradiente di spesa privata dalle regioni più ricche e dalla sanità migliore alle altre, vince una articolazione di valori tra aree geografiche che conferma come spendere di tasca propria per la salute sia un fenomeno socialmente trasversale, che pesa molto anche su territori, oltre che gruppi sociali, più deboli.

2.4. Perché più spesa sanitaria privata vuol dire più iniquità sociale

L'identikit di chi spende per la sanità e, più ancora, di chi ne subisce in misura maggiore il peso sulle proprie risorse evidenzia come la spesa sanitaria privata sia:

- appannaggio non solo dei benestanti;
- vettore di iniquità specifica e moltiplicatore delle disuguaglianze più generali.

La spesa sanitaria privata crea iniquità perché è diversa la capacità di spesa delle persone e famiglie e perché negli ultimi anni è cresciuto di più il peso sui redditi bassi.

Ecco un aspetto ancora troppo sommerso e troppo poco conosciuto del rapporto degli italiani con la sanità. Aspetto di cui tenere conto perché la sanità deve curare bene le persone e così facendo lenire anche le disparità sociali nel suo ambito che esistono e si vanno ampliando.

**SECONDA PARTE - ESPERIENZE E VALUTAZIONI
SOGGETTIVE DEGLI ITALIANI SU ACCESSO E
SPESA PER LA SANITÀ**

3. LA SANITÀ INGIUSTA

3.1. La spesa sanitaria privata è di tutti, ma pesa di più sui meno abbienti

L'86,3% degli italiani ha dovuto pagare per l'acquisto di prestazioni a pagamento intero o in *intramoenia* e/o ha dovuto pagare il ticket (tab. 8).

Tab. 8 - Italiani che nell'ultimo anno hanno acquistato prestazioni sanitarie* (val.%)

	Val.%
Ameno una modalità	86,3
<i>di cui</i>	
A pagamento intero	64,7
Intramoenia	54,7
Ticket	64,8

(*) Comprende prestazioni sanitarie private a pagamento intero o in intramoenia o con ticket

Fonte: Indagine Censis, 2018

Pagare tutto o qualcosa per prestazioni sanitarie coinvolge talmente tanti italiani da poter essere ormai considerata un'esperienza diffusa e trasversale a età, territori, titolo di studio, genere, reddito familiare, fino a coinvolgere anche quote di esenti.

Ha coinvolto il 75,7% delle persone con reddito fino a 15 mila euro, il 90,9% con reddito tra 15 e 30 mila, il 92,7% tra 30 e 50 mila e 88,1% con oltre 50 mila euro (tab. 9). E poi l'80% dei residenti al Nord-Ovest, l'86,9% di quelli al Nord-Est, l'89,1% al Centro, l'89% al Sud-isole. Il 90% dei giovani, l'89,8% degli adulti e il 72,7% degli anziani (tab. 10).

Tab. 9 -Italiani che nell'ultimo anno hanno acquistato prestazioni sanitarie (*), per reddito familiare (val.%)

Prestazioni sanitarie	Reddito lordo annuale della famiglia				Totale
	fino a 15 mila euro annui	tra 15 mila e 30 mila	tra 30 mila e 50 mila	oltre 50 mila euro	
Sì	75,7	90,9	92,7	88,1	86,3
No	24,3	9,1	7,3	11,9	13,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Comprende prestazioni sanitarie private a pagamento intero o in intramoenia o con ticket
Fonte: Indagine Censis, 2018

Tab. 10 - Italiani che nell'ultimo anno hanno acquistato prestazioni sanitarie (*), per area geografica di residenza (val.%)

Prestazioni sanitarie	Area geografica				Totale
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	
Sì	80,1	86,9	89,1	89,1	86,3
No	19,9	13,1	10,9	10,9	13,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Comprende prestazioni sanitarie private a pagamento intero o in intramoenia o con ticket
Fonte: Indagine Censis, 2018

L'esperienza del pagare tutto o una parte per avere prestazioni sanitarie coinvolge maggioranze di persone trasversali ai gruppi sociali.

A contare però è l'incidenza di tali spese sui budget familiari e dall'indagine risulta che pesano molto o abbastanza sul bilancio delle famiglie per (tab. 11):

- il 69% delle persone con reddito familiare lordo annuo fino a 15 mila euro;
- il 73,5% di quelle con reddito tra 15 e 30 mila;
- il 70,7% per quelle tra 30 e 50 mila;
- il 62,7% per quelle oltre 50 mila.

I dati relativi ai redditi bassi e medi indicano che la percezione collettiva è ancora più netta nel certificare quanto emerso dai dati strutturali: *le famiglie dei ceti bassi e medi più soffrono per il peso delle spese sanitarie private da finanziare.*

Tab. 11 - Incidenza della spesa sanitaria privata sui budget familiari, per reddito familiare (val.%)

<i>Quanto incidono le spese sanitarie sul bilancio della famiglia</i>	Reddito lordo annuale della famiglia (val.%)				Totale
	fino a 15 mila euro annui	tra 15 mila e 30 mila	tra 30 mila e 50 mila	oltre 50 mila euro	
Molto, abbastanza	69,0	73,5	70,7	62,7	70,4
Molto	28,0	18,2	14,6	9,0	19,5
Abbastanza	41,0	55,3	56,1	53,7	50,9
Poco, per niente	31,0	26,5	29,3	37,3	29,6
Poco	24,3	23,6	28,3	32,8	25,6
Per niente	6,7	2,8	1,0	4,5	4,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

3.2. E il reddito familiare basta sempre meno

Le spese sanitarie private tendono ad assumere la forma di spese non correnti, cioè di incrementi di spesa o, più ancora, di spese aggiuntive rispetto a quelle ordinarie coperte coi redditi correnti.

Il 41% delle persone le finanzia con il solo reddito corrente, il 23,3% con il reddito e altre fonti e il 35,6% con solo fonti diverse dal reddito (tab. 12).

Tab. 12 - Modalità per finanziare la spesa sanitaria privata utilizzate dalle famiglie, per reddito familiare (val %)

<i>Le spese sanitarie private che lei e la sua famiglia avete sostenuto nel corso dell'ultimo anno come sono state finanziate?</i>	Reddito lordo annuale della famiglia (val.%)				
	fino a 15 mila euro annui	tra 15 mila e 30 mila	tra 30 mila e 50 mila	oltre 50 mila euro	Totale
	%	%	%	%	%
Solo con il reddito corrente	35,4	42,0	39,5	45,5	41,1
Con il reddito e altre voci	22,7	23,9	27,3	28,8	23,3
Solo con altre voci (risparmi, debiti ecc.)	41,9	34,2	33,2	25,8	35,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Nel ricorso a fonti diverse quasi 7 milioni di italiani hanno dovuto fare ricorso a prestiti da amici, familiari o da banche e istituti vari; 2,8 milioni hanno dovuto vendere immobili o liquidare investimenti mobiliari per recuperare le risorse necessarie per affrontare spese sanitarie private.

L'incrocio per livello di reddito consente di rilevare che per le persone con redditi familiari

- *sino a 15 mila euro*, il reddito basta a coprire le spese sanitarie nel 35,4% dei casi, nel 22,7% c'è bisogno sia del reddito che di altre fonti, nel 41,9% si ricorre solo ad altre fonti quali risparmio, indebitamento, liquidazione di immobili o di valori mobiliari.
- *tra 15 e 30 mila euro*, il reddito copre in toto le spese nel 42% dei casi, nel 23,9% le coprono reddito e altre voci, nel 34,2% il ricorso ai risparmi

- o a prestiti o alla vendita di immobili o alla liquidazione di qualche investimento;
- *tra 30 e 50 mila euro*, il reddito copre in toto le spese nel 39,5% dei casi, nel 27,3% reddito e altre voci, nel 33,2% solo con il ricorso ad altre fonti;
 - *oltre 50 mila euro*, il reddito copre in toto le spese nel 45,5% dei casi, nel 28,8% la copertura è con reddito e altre voci, nel 25,8% solo con altre fonti.

I redditi bassi sono costretti a indebitarsi di più per coprire le spese sanitarie private, visto che il reddito da solo non basta. Le altre fonti a cui i redditi bassi più devono fare ricorso sono nel 49,8% i risparmi, nel 14% prestiti da familiari e amici e nel 5,7% da istituti di credito, nel 3,1% le risorse ricavate dalla liquidazione di qualche investimento e nel 2,6% dalla cessione di un immobile.

Tra le persone con reddito familiare fino a 15 mila euro lorde annue ben il 51,5% ha dovuto tagliare altre spese familiari per sostenere quelle sanitarie, così è stato per il 49,9% dei redditi tra 15 e 30 mila, il 40,5% per quelli tra 30 e 50 mila e per il 40,3% per quelli con oltre 50 mila euro.

Tutto converge a indicare come l'esperienza diretta di questi ultimi anni e la percezione di essa ha fatto crescere l'idea che essa crea disparità perché:

- sempre più incide sui redditi più bassi;
- costringe le famiglie a redditi più bassi a ricorrere maggiormente a fonti di finanziamento extra-reddito corrente, come i risparmi, l'indebitamento, la cessione di immobili e la liquidazione di investimenti finanziari.

3.3. Il difficile accesso e i suoi effetti

Nella percezione collettiva dei cittadini la lunghezza delle liste di attesa resta ancora il problema più grande della sanità pubblica e tra le ragioni fondamentali del ricorso al privato a pagamento intero e all'intramoenia.

Per questo si moltiplicano gli espedienti per tentare di ridurre i tempi di attesa, saltando le liste che altrimenti sarebbero troppo lunghe.

Il 24% degli italiani dichiara di avere fatto ricorso a conoscenze, raccomandazioni per avere o per accelerare l'accesso a visite mediche, analisi, accertamenti ecc. E' un comportamento che decolla nel meridione (lo fa il 33,3% dei residenti) e tra i laureati (più del 30%) (tabb. 13-14).

Tab. 13. - Ricorso a conoscenze, raccomandazioni per saltare le liste di attesa nella sanità pubblica, per area geografica (val.%)

Nell'ultimo anno, Le è capitato di fare ricorso a conoscenze, raccomandazioni per avere o accelerare l'accesso a visite mediche, analisi, accertamenti ecc.	Area geografica				Totale
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	
Sì	20,7	19,6	17,7	33,3	24,0
No	79,3	80,4	82,3	66,7	76,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Tab. 14. - Ricorso a conoscenze, raccomandazioni per saltare le liste di attesa nella sanità pubblica, per titolo di studio (val.%)

Nell'ultimo anno, Le è capitato di fare ricorso a conoscenze, raccomandazioni per avere o accelerare l'accesso a visite mediche, analisi, accertamenti ecc.	Titolo di studio			Totale
	Al più la licenza media	Diploma/qualifica professionale	Laurea o superiore	
Sì	16,1	23,2	30,9	24,0
No	83,9	76,8	69,1	76,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Il ricorso agli espedienti *salta-lista* genera un meccanismo socialmente molto regressivo perché si svolge di più nei territori dove la sanità funziona meno bene e, in tali contesti, è più praticato dai laureati locali, presumibilmente le persone con maggiore disponibilità economica. Del resto, chi ha una condizione sociale migliore ha anche una rete relazionale più potente e riesce più e meglio degli altri a forzare le liste di attesa, accelerando l'accesso alle cure.

Altro aspetto che rende non facile la vita di pazienti e familiari occupati consiste nel dover saltare ore o giornate intere di lavoro per recarsi presso le

strutture sanitarie. Ciò chiama in causa distanze e orari dei servizi e delle strutture.

Ben il 68,1% degli occupati in un anno ha dovuto saltare il lavoro perché si è dovuto recare presso una struttura sanitaria per visite mediche, analisi, accertamenti, per se stesso o per accompagnare un familiare ecc. E' il 74,6% degli occupati al Sud-isole, il 71,8% al Nord-ovest, il 62,5% al Nord-est ed il 60,2% al Centro.

Anche questo è un aspetto disperante, e troppo poco si considera il costo in termini di ore di lavoro da saltare per gli occupati, con i dipendenti che ricorrono a permessi, ferie, o altri strumenti, e gli autonomi e i lavoratori in proprio che trasferiscono tempo dalle attività professionali a quelle di cura o di care per familiari.

Il difficile accesso alla sanità genera costi aggiuntivi per le persone e nelle sue varie forme contribuisce ad incrementare le disuguaglianze e la sensazione che bisogna cavarsela da soli.

Dover saltare giornate di lavoro o di svolgimento dell'attività professionale per accedere alla sanità provoca rabbia, frustrazione, fastidio profondo.

Una sanità che lascia spazio ai furbi nel mentre chiede un surplus di sacrificio a chi lavora non può che contribuire dalla generazione di rancore sociale.

4. IL RANCORE SANITARIO MONTA

4.1. Il rancore che vuol escludere

Le difficoltà di accesso alla sanità pubblica e i connessi costi sociali in capo alle persone, nonché le disuguaglianze indotte dal ricorso alla spesa privata strutturano oggi il rapporto concreto e di pensiero degli italiani con la sanità.

La potenza della dinamica della spesa privata, in particolare sui redditi più bassi e il connesso rapporto socialmente trasversale con la sanità a pagamento vincono sul mero richiamo al valore storico del Servizio sanitario e all'indubbio *di più* che esso costituisce per la qualità della vita degli italiani e per il benessere collettivo.

E' così che si forma il malanimo fino al rancore che pervade in modo crescente il rapporto degli italiani con la sanità che diventa catalizzatrice di rabbie sociali indicibili:

- il 40,7% degli italiani vorrebbe penalizzare con tasse o nell'accesso alla sanità persone con stili di vita notoriamente nocivi per la salute (fumo, alcol, droghe ecc.). E sono le persone laureate (44,3% e i giovani (49,5%) i più agguerrite nel voler penalizzare chi ha comportamenti nocivi per la propria salute (tab. 15-16);
- il 25,2% vuole che le persone siano obbligate a curarsi solo nella propria regione. Non più mobilità sanitaria e libertà di andare dove si ritiene la sanità sia migliore: che ognuno si curi a casa propria. Lo vuole il 35% delle persone a basso titolo di studio e il 28,7% dei residenti nel Nord-Ovest (tab. 17);
- il 54,7% pensa che in Italia le persone non hanno le stesse opportunità di diagnosi e cure. E lo pensa di più chi ha reddito familiare lordo tra 15 e 30 mila euro: il 57% (tab. 18).

Tab. 15 - Opinioni sulla penalizzazione con tasse e/o nell'accesso alla sanità di persone con stili di vita nocivi per la propria salute (fumatori, alcolisti, tossicodipendenti, obesi ecc.), per titolo di studio (val.%)

	Titolo di studio			Totale
	Al più la licenza media	Diploma o qualifica professionale	Laurea o superiore	
D'accordo	31,3	42,5	44,3	40,7
In disaccordo	68,7	57,5	55,7	59,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Tab. 16 - Opinioni sulla penalizzazione con tasse e/o nell'accesso alla sanità di persone con stili di vita nocivi per la propria salute (fumatori, alcolisti, tossicodipendenti, obesi ecc.), per età (val.%)

	Età in classe			Totale
	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e più	
D'accordo	49,2	41,7	28,2	40,7
In disaccordo	50,8	58,3	71,8	59,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Tab. 17 - Opinioni sul blocco della mobilità sanitaria tra regioni, per area geografica (val.%)

	Area geografica				Totale
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	
D'accordo	28,7	21,6	26,4	23,9	25,2
In disaccordo	71,3	78,4	73,6	76,1	74,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Tab. 18 - Opinioni sulla eguaglianza di opportunità di diagnosi e cura per i cittadini italiani al di là delle differenze sociali ed economiche, per reddito familiare (val.%)

	Reddito lordo annuale della famiglia				Totale
	fino a 15 mila euro annui	tra 15 mila e 30 mila	tra 30 mila e 50 mila	oltre 50 mila euro	
D'accordo	48,5	43,0	44,4	46,3	45,3
In disaccordo	51,5	57,0	55,6	53,7	54,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Sono le forme sociali della sanità del rancore, quella dove il difficile accesso viene fluidificato con le relazioni o con i soldi e si diventa progressivamente intolleranti verso gli altri che ci occupano la sanità, da quelli che sono soggettivamente corresponsabili del proprio male, magari perché hanno vite poco regolate, a coloro che arrivano da altre regioni.

E intanto cresce la fuga dalle regioni dove i cittadini considerano le cure di qualità più bassa, con effetti paradossali di moltiplicazione del risentimento:

- per chi va in cerca di una sanità migliore, si creano costi di trasporto, vitto, alloggio, di assenza dal lavoro ecc. aggiuntivi rispetto a spese sanitarie propriamente dette. Sono costi in capo a pazienti e familiari accompagnatori residenti in aree dove la sanità funziona meno bene;
- per i residenti delle regioni di destinazione, le liste di attesa per talune prestazioni sono a volte più lunghe delle liste omologhe delle regioni di provenienza di pazienti in fuga. Ecco la radice materiale di una delle forme della sanità del rancore che assume la non più indicibile idea che *“ognuno si deve curare a casa propria”*.

4.2. Il rancore per la sanità e il ruolo della politica

Rispetto al Servizio sanitario i sentimenti prevalenti sono (tab. 19):

Tab. 19 - Il sentiment degli italiani verso il Servizio sanitario (val %)

<i>Nei confronti del Servizio sanitario nazionale qual è il suo sentimento prevalente e/o quale sentimento le provoca?</i>	Val %
Rabbia (liste di attesa troppo lunghe, troppi casi di malasanità ecc.)	37,8
Approccio critico, fastidio (oltre alle tasse mi tocca pagare per troppe prestazioni sanitarie, non sempre funziona com	26,8
Senso di sicurezza, protezione (pensando al rischio di ammalarmi mi capita di pensare meno male che c'è Il servizio s	17,3
Positività, orgoglio (la nostra sanità è tra le migliori del mondo, è una grande conquista sociale)	11,3
Indifferenza (non ho idee in proposito, non mi interessa)	6,0
Altro	0,8
Totale	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

- *rabbia* per liste di attese troppo lunghe, malasanità, ecc. per il 37,8%;
- *fastidio, approccio critico* perché oltre alle tasse troppe sono le cose da pagare, perché non sempre funziona come dovrebbe, indicato dal 26,8%;
- *senso di sicurezza, di protezione*, poiché di fronte al rischio di ammalarsi pensano “meno male che il servizio sanitario esiste”, indicato dal 17,3%;
- *orgoglio, positività* perché la sanità italiana è comunque tra le migliori al mondo, condiviso dal 11,3%;
- *indifferenza, senza idee precise sul tema*, ed è il 6% a dirlo.

I più arrabbiati sono le persone con reddito fino a 15 mila euro tra i quali ben il 43,3% segnala la rabbia come sentimento prevalente verso il Servizio sanitario. La quota degli arrabbiati si riduce al crescere del reddito degli intervistati, poiché sono il 33,3% tra coloro con più di 50 mila euro di reddito. E sono molto più arrabbiati nel Sud-Isole (45,5%), rispetto alle altre macroaree.

La rabbia verso la sanità coinvolge in modo rilevante sia i ceti popolari che il ceto medio, con una sorta di *alleanza del rancore* verso quel che il welfare tradizionale non riesce più a dare.

Il rancore è potenziato dalle aspettative piatte sul futuro e in particolare da quelle relative al contributo che potrà arrivare dalla politica: infatti, il 63% degli italiani per la sanità non si attende alcun contributo dalla politica malgrado il nuovo contesto postelettorale poiché (tab. 20):

Tab.20 - Aspettative degli italiani sul contributo della politica per migliorare la sanità nel prossimo futuro (val %)

<i>Alla luce del nuovo quadro politico postelettorale, nel prossimo futuro ci sarà un contributo della politica per migliorare la sanità?</i>	Val %
Sì	37,0
Perché siamo ad un nuovo inizio	11,2
Perché abbiamo toccato il fondo ed il peggio è dietro le spalle	16,4
Perché c'è un ricambio di classe dirigente, politica	17,9
No	63,0
Perché ci sono state troppe promesse, poco realismo e poche idee veramente valide	47,0
Perché la politica non ha più la competenza, capacità di un tempo	24,5
Perché la politica comunque conta poco rispetto ad altre cose	7,4
Totale	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

- il 47% ritiene che ci sono state troppe promesse, poco realismo e poche idee veramente valide;
- il 24,5% pensa che la politica non abbia più la competenza, capacità di un tempo;
- il 7,4% è convinto che la politica conta poco rispetto ad altre cose.

Il *sentiment* così poco speranzoso verso la politica è trasversale a gruppi sociali e territori; a sperare di più che la situazione migliori in sanità grazie alla politica sono gli elettori del M5S (47,1%) e quelli della Lega (44,7%), tra gli elettori di Fi e Partito Democratico gli speranzosi di una sanità rilanciata dalla politica sono meno di un terzo, e tra quelli di Liberi e uguali la quota è ancora inferiore.

Un rancore verso la sanità che non è altro che un'altra forma del rancore verso la politica, giudicata inadeguata a rilanciare la buona sanità in uno dei settori cardine della vita delle persone e delle comunità.

5. LE DISUGUAGLIANZE SANITARIE IN ESSERE: DISPARITÀ DI SALUTE E DI VITA

La lunga corsa verso il benessere che ha caratterizzato la vicenda italiana dal miracolo economico alla grande crisi del 2008 è stato connotato da una sorta di corsa generalizzata verso il meglio, in termini anche di qualità della vita.

Dalla crisi in poi, invece, l'attenzione generale non poteva che spostarsi sulle disparità sociali che si sono di fatto moltiplicate anche a seguito del più generale contesto di caduta economica prima e di stentata crescita poi.

E' importante rendere evidenti alcune di queste disparità che toccano aspetti quotidiani della vita delle persone, percorsi di vita e di opportunità.

La speranza di vita, ad esempio, uno dei parametri di maggior successo del nostro paese mostra un differenziale per gruppi sociali particolarmente rilevante:

- tra le donne esiste un gap di 1,5 anni tra alta e bassa scolarità a livello nazionale che diventa di 1,8 anni al Sud-Isole;
- tra i maschi il gap è addirittura di 3,1 anni a livello nazionale che diventano 3 anni al Nord-est.

Un campo di oscillazione significativo, che modifica le opportunità di vita delle persone. Il Molise è la regione in cui il divario tra alta scolarità e bassa scolarità è più alto per i maschi (+3,9 anni) e invece la Campania è quella dove il gap di speranza di vita tra alta e bassa scolarità è più alto per le donne (+2,2 anni).

La possibilità di sopravvivere a 90 anni è fortemente correlata alla disponibilità di capitale culturale ed economico poiché:

- tra le donne la sopravvivenza a 90 è pari a 44,5% per alta scolarità e 37,1% per bassa scolarità, con un gap di 7,4 punti percentuali che diventano addirittura 8,3 punti percentuali al Sud-Isole;
- per i maschi la sopravvivenza è del 27% per alto titolo di studio e 18,9% per basso titolo di studio, con un gap di 8,1 punti percentuali che salgono a 9,5 punti percentuali al Nord-Ovest.

Valle d'Aosta, Molise e Lombardia sono le tre regioni in cui è più ampio il divario di sopravvivenza a 90 anni a beneficio dei maschi con alta scolarità rispetto a quelli a bassa scolarità. Per le donne, invece, le regioni in cui il basso titolo di studio è più penalizzante come possibilità di sopravvivenza a 90 anni sono la Basilicata e la Sicilia.

Dati che introiettano disuguaglianze significative che tagliano trasversalmente i gruppi sociali e i territori: gli indicatori che tradizionalmente sono utilizzati per segnalare anche la performance finale della sanità sono ormai unidirezionali nell'indicare che le disuguaglianze sono importanti.

APPENDICE

NOTA METODOLOGICA RELATIVA ALL'INDAGINE DI POPOLAZIONE E ALLE FONTI DEI DATI STRUTTURALI

L'indagine, effettuata dal 23 aprile al 2 maggio 2018 dal Censis in collaborazione con la società Demetra, è stata realizzata attraverso la somministrazione di un questionario strutturato ad un campione rappresentativo di 1.000 adulti (18 anni e oltre) residenti in Italia.

Le interviste sono state condotte attraverso la tecnica mista CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) - CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) che offre garanzia specifiche per intercettare tutte le tipologie di soggetti da intervistare, così da raggiungere la piena rappresentatività del campione

Il disegno campionario ha previsto numerosità proporzionali all'universo di riferimento stratificato secondo le seguenti variabili di tipo strutturale: classe di età (18-34 anni, 35-64 anni e 65 anni e oltre), genere e area geografica di residenza (nord-ovest, nord-est, centro e mezzogiorno). Ulteriore variabile di stratificazione è l'ampiezza demografica del comune di residenza: con comuni piccoli e medi (fino a 10.000 abitanti, da 10.001 a 30.000 abitanti, da 30.001 a 100.000 abitanti) e grandi comuni (101.000 -250.000 abitanti e oltre 250.000 abitanti).

La numerosità campionaria di 1.000 casi assicura, ad un livello di confidenza del 95% un errore campionario del +/- 3,1%. La stratificazione effettuata, inoltre, garantisce stime più efficienti rispetto al campionamento casuale semplice di pari numerosità perché l'aumento di efficienza è proporzionale alla varianza delle medie di strato (ovvero, quanto più gli strati sono omogenei al loro interno tanto più la stratificazione è efficace).

La seguente tabella A indica la distribuzione del campione sulla base della variabili di stratificazioni precedentemente indicate.

Tab. A - Distribuzione del campione per le variabili di stratificazione (val.% e v.a.)

Variabili di stratificazione	%	Campione
<i><u>Area geografica</u></i>		
Nord-Ovest	25,8	261
Nord-Est	19,7	199
Centro	21,8	220
Sud e Isole	32,7	330
<i><u>Ampiezza del comune di residenza</u></i>		
Fino a 10.000	30,5	308
10.001-30.000	24,3	245
30.001-100.000	21,5	217
100.001-250.000	8,2	83
Oltre 250.000	15,5	157
<i><u>Età in anni compiuti</u></i>		
18-34	21,5	215
35-44	17,0	170
45-64	34,8	348
over 64	26,7	267
<i><u>Sesso del rispondente</u></i>		
Maschi	45,6	461
Femmine	54,4	549
Totale	100,0	1.010

I dati utilizzati per le elaborazioni strutturali relative alla spesa sanitaria pubblica, alla spesa sanitaria privata, al Pil ed alle spese per consumi sono di fonte Istat.

La spesa sanitaria privata rilevata dall'Istat contiene le seguenti voci: prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico, servizi ambulatoriali e servizi ospedalieri.