



Anziani lombardi verso la sanità privata. Quali policy?

Versione breve

Coordinamento: Claudio Dossi, Spi CGIL Lombardia

A cura di Stefano Menegat e Francesco Montemurro

Dicembre 2015

.....

1.5 Spese sanitarie delle famiglie e rischio socio-economico delle categorie più fragili.

In un rapporto del 2013 l'Istat denunciava come “la crisi economica attuale sollecita alcune valutazioni sulle condizioni di salute della popolazione e sulla risposta dell'assistenza sanitaria ai bisogni di salute” (Istat, 2013, p. 1). Nel rapporto viene così mostrato come i rischi socio-economici siano fortemente correlati con il sostentamento della spesa sanitaria da parte dei cittadini. A livello nazionale, infatti, durante tutto il periodo di crisi economica¹ le disuguaglianze legate alla distribuzione dei servizi sanitari sono aumentate considerevolmente. Il fenomeno coinvolge in maniera particolare i soggetti più fragili, primi fra tutti gli anziani con scarse risorse economiche, i quali denunciano sempre più spesso condizioni di salute precarie. Secondo l'indagine dell'Istat, la percentuale di anziani versanti in tali condizioni è aumentata dal 28,6% del 2005 al 30,2% del 2012. In maniera trasversale tra le diverse fasce d'età della popolazione, si è registrato un calo netto delle visite odontoiatriche (23,1%) , proprio a causa degli alti costi del servizio a pagamento intero (categoria che, come si è visto, rappresenta circa l'83,4% del totale delle visite odontoiatriche). Cambiano anche le scelte di consumo di servizi sanitari differenti da quelli odontoiatrici. Le altre visite specialistiche a pagamento intero passano infatti dal 45,9% del 2005 al 40,4% del 2012. Aumenta nel contempo la quota di visite specialistiche pagate con ticket o oggetto di esenzione. Differente è il caso delle analisi del sangue, il cui pagamento a costo intero è aumentato del 19% nel periodo considerato, arrivando a rappresentare quasi il 55% del totale delle analisi. Contestualmente è aumentato tra gli individui anziani in buone condizioni economiche il ricorso alla prevenzione, mentre diminuisce simmetricamente per gli anziani in condizioni economiche più precarie. Gli accertamenti di laboratorio e specialistici aumentano per gli anziani così come aumenta la quota di accertamenti a pagamento intero, rispettivamente pari al 23,5% e 15,8% nel 2005 e 27,6% e 20,4% nel 2012. Il pagamento intero di servizi di ricovero rimane configurato come prerogativa dei più benestanti (che scelgono questa forma di servizio nel 5,6% dei casi), mentre si ferma all'1,8% nel caso delle famiglie meno agiate. Infine, denuncia il rapporto, un ulteriore elemento critico è rappresentato dal fatto che sempre più individui si trovano in condizioni economiche tali da dover rinunciare a determinati servizi sanitari anche se ne avrebbero necessità. Per i servizi odontoiatrici, ad esempio, il 14,3% ha rinunciato a visite ed interventi, e nell'83% dei casi la rinuncia si deve a questioni economiche. Nel caso delle visite specialistiche la fragilità economica è causa di rinunce per circa il 7,7% delle prestazioni, così come nel caso dei farmaci, il cui prezzo è spesso troppo alto

1 Il periodo dell'indagine “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” corrisponde al periodo 2005-2012, per cui sono esclusi dall'analisi i dati più recenti, corrispondenti ad ulteriori tre anni di crisi economica.

(70% dei casi) o il ticket relativo risulta troppo elevato (25%).

L'effetto diretto di tali dinamiche sul medio e sul lungo periodo potrebbe indurre un complessivo aumento della domanda di servizi sanitari, specialmente nella forma di interventi complessi e trattamento di acuti e cronici. Il potenziale per l'attuazione e il finanziamento di politiche socio-sanitarie dirette a ridurre tale rischio passa necessariamente attraverso la valutazione di quelli che, ad oggi, sono i costi della sanità regionale. I prossimi paragrafi tratteranno dunque di questa tematica, con l'obiettivo di riflettere in maniera il più possibile equilibrata, i margini di manovra che sia le amministrazioni pubbliche che i privati cittadini possono mettere in campo.

1.5.1. La spesa sanitaria dei lombardi, analisi macroeconomica

Secondo i dati diffusi attraverso il sistema di indicatori "Health for All" dell'Istat, la spesa sanitaria pubblica e convenzionata rappresentava, al 2012, circa il 75% del totale della spesa sanitaria regionale. Questo valore equivaleva a circa 18 miliardi di euro, pari a quasi il 5% del Pil regionale, e, in termini di spesa pro-capite, la Lombardia stanziava ogni anno circa 1.807,00 € per cittadino. A questi dati occorre aggiungere la spesa privata che, in media, ogni lombardo sostiene per avere accesso ai servizi sanitari. Si tratta di circa 606,00 euro annui, per un totale complessivo pari a quasi 6 miliardi di euro. Questa cifra corrisponde al complemento mancante per il finanziamento della spesa sanitaria complessiva, vale a dire il 25%. In termini di incidenza sul Pil la spesa delle famiglie pesa per circa 2 punti percentuali.

Tab. 13. La spesa sanitaria delle regioni italiane, fonti di finanziamento. Anno 2012.

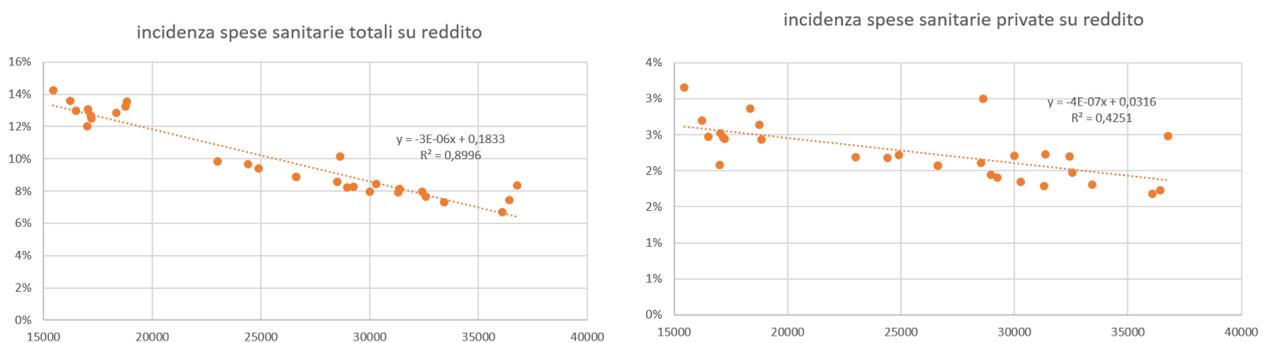
	%spesa sanitaria pubblica corrente rispetto al Pil	%spesa sanitaria delle famiglie rispetto al Pil	Totale sul PIL - %	Spesa pro-capite pubblica - €	Spesa pro-capite Privata - €	Spesa totale pro-capite - €
Piemonte	6,44	2,06	8,5	1847	602	2449
Valle d'Aosta	5,87	2,46	8,33	2160	912	3072
Lombardia	4,96	1,66	6,62	1807	606	2413
Trentino-Alto Adige	5,68	1,73	7,41	2084	630	2714
Veneto	5,72	2,16	7,88	1724	663	2387
Friuli-Venezia Giulia	7,11	2,95	10,06	2040	858	2898
Liguria	6,56	1,83	8,39	1999	560	2559
Emilia-Romagna	5,72	2,15	7,87	1872	712	2584
Toscana	6,21	1,92	8,13	1813	563	2376
Umbria	7,45	2,17	9,62	1827	532	2359
Marche	7,18	2,16	9,34	1791	553	2344
Lazio	5,96	1,66	7,62	1923	560	2483
Abruzzo	7,58	2,08	9,66	1756	504	2260
Molise	11,12	2,31	13,43	2095	459	2554
Campania	9,84	2,06	11,9	1686	354	2040
Puglia	10,82	2,58	13,4	1764	438	2202
Basilicata	9,98	2,86	12,84	1833	526	2359
Calabria	11,05	3	14,05	1715	488	2203
Sicilia	10,4	2,38	12,78	1731	408	2139
Sardegna	10,56	2,51	13,07	1994	494	2488
Italia	6,76	2,01	8,77	1816	551	2367

Fonte: Elaborazioni IRES Lucia Morosini su dati ISTAT e ASR-Lombardia

Come si evince dalla tabella sovrastante, la Lombardia è la regione italiana che dedica la più bassa percentuale del proprio Pil alla sanità pubblica. Regioni come il Veneto, il Piemonte e l'Emilia

Romagna, mantengono infatti un livello di spesa superiore, pari rispettivamente al 5,72%, al 6,44% e al 5,72% del proprio prodotto lordo. Anche la spesa delle famiglie lombarde, se rapportata al Pil regionale, risulta la più bassa a livello nazionale contro il 2,06% del Piemonte, il 2,16% del Veneto e il 2,15% dell'Emilia Romagna. Nel complesso, quindi, la spesa totale pro capite risulta, anche se di poco, inferiore rispetto alla spesa sanitaria del Piemonte e dell'Emilia Romagna (rispettivamente 2.413,00 euro, 2.449,00 euro e 2.584,00 euro). L'onere dei servizi sanitari sui bilanci delle famiglie risulta di conseguenza più elevato in Emilia Romagna (712,00 euro) e Veneto (663,00 euro), mentre le famiglie piemontesi spendono in media 602,00 euro e quelle lombarde 606,00 euro. Dai dati appena discussi si evince chiaramente come l'incidenza delle spese sanitarie segua una correlazione negativa con il reddito pro capite. Come si evince dai grafici sottostanti, al crescere del reddito, diminuisce l'incidenza della spesa sanitaria complessiva.

Fig. 13. Analisi della correlazione tra reddito pro-capite e spesa sanitaria regionale



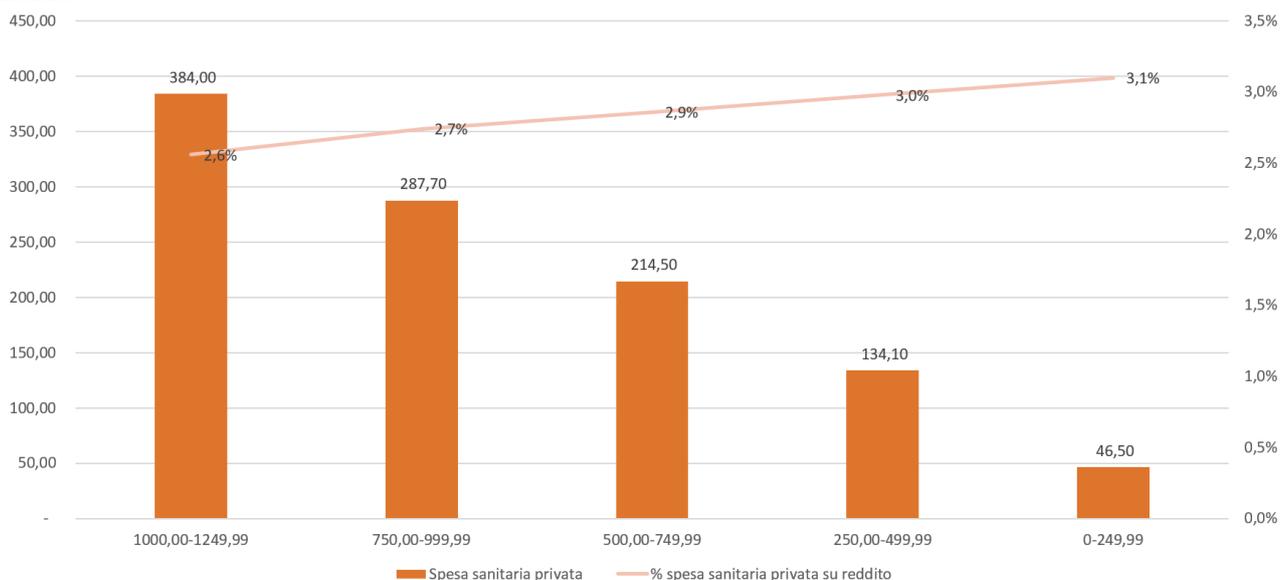
Fonte: Elaborazioni IRES Lucia Morosini su dati ISTAT e ASR-Lombardia

Il primo grafico mette in luce in maniera inequivocabile come al crescere del reddito pro-capite l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil diminuisca. Un'interpretazione diretta di tale effetto risiede nel fatto che, probabilmente, le regioni più ricche e di più grandi dimensioni tendono a realizzare attraverso economie di scala e di scopo, un migliore ripartimento della spesa. Un'altra interpretazione potrebbe invece indicare nella struttura demografica della regione, e di conseguenza nelle sue scelte politiche, una possibile fonte di correlazione. Potrebbe questo essere il caso delle regioni autonome del Nord, quali Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta. Ma potrebbe anche essere il caso di altre grandi regioni settentrionali, proprio come il Piemonte o l'Emilia Romagna. Quest'ultima evenienza è parzialmente comprovata dal fatto che la correlazione tra il reddito pro-capite e l'incidenza della spesa privata delle famiglie sul Pil risulta quasi costante, con una leggera correlazione negativa che ammette diverse eccezioni (*outliers*). In termini basilari, al crescere del reddito disponibile, il costo dei servizi sanitari potrebbe mantenersi pressoché costante, mettendo

quindi in discussione l'ipotesi di importanti economie di scala o di scopo².

Un tentativo di utilizzo pratico della relazione statistica appena presentata potrebbe essere effettuato attraverso l'applicazione del coefficiente di correlazione tra reddito e spesa sanitaria delle famiglie. Nel caso specifico, applicando alle famiglie lombarde con un reddito inferiore ai 15.000,00 euro lordi annui la relazione individuata, si ottiene il seguente grafico.

Fig. 14. Famiglie lombarde e spesa sanitaria. Proiezioni relative alla spesa sanitaria privata a seconda degli scaglioni di reddito mensile.



Fonte: Elaborazioni IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Nel grafico vengono rappresentati 5 scaglioni di reddito corrispondenti, idealmente, a livelli reddituali bassi come, ad esempio, i redditi da pensione. Come si evince dal grafico, la spesa sanitaria privata misura una correlazione negativa con il reddito, con un'incidenza che per il primo scaglione rappresenta il 2,6% del reddito e per l'ultimo scaglione arriva a toccare il 3,1%. Questo dato fornisce un'idea chiara di come una spesa sanitaria privata rigida rispetto al reddito costituisca un problema sostanziale per le famiglie meno abbienti. Nello scenario qui rappresentato, la spesa sanitaria privata può arrivare a toccare i 384 euro annui per un percettore di un reddito mensile compreso tra i 1.000 e i 1.250 euro, per decrescere fino a circa 46,50 euro annui per un percettore di un reddito estremamente basso, vale a dire sotto i 250 euro mensili. Ne consegue che la spesa privata, insostenibile per determinate categorie familiari, dovrebbe essere o completamente sostituita da una più equa

2 Per quanto non di pertinenza del presente lavoro, la discussione relativa ad eventuali economie di scala e di scopo può essere di fondamentale importanza per la valutazione dei sistemi sanitari. Nella loro trattazione sul tema Wholey et al. (1996) hanno dimostrato come nel sistema americano sia possibile rintracciare effetti benefici sulla spesa derivanti da economie di scala ma, nel contempo, effetti negativi dovuti a diseconomie di scopo. Per quanto riguarda il caso della Lombardia si rimanda alla discussione riportata in Barbetta e Turati (2001) circa l'analisi della produttività e dell'efficienza tecnica del sistema sanitario regionale.

distribuzione della spesa pubblica (in grado di coprire le esigenze sanitarie dei cittadini meno abbienti permettendo loro di evitare di ricorrere al finanziamento privato), oppure la spesa privata stessa dovrebbe essere oggetto di politiche di sostegno o redistributive, di modo che la sua incidenza divenga decrescente al decrescere del reddito. Come si vedrà nel prossimo capitolo, l'analisi empirica ha messo in luce come, ad oggi, entrambe queste ipotesi rimangano assai distanti dall'essere messe efficacemente in pratica. Osservando i dati medi relativi agli importi percepiti dai pensionati lombardi si intuisce come lo scenario di valutazione del peso della sanità privata non convenzionata sul reddito delle categorie più deboli sia incisivo. La tabella sottostante mostra lo scostamento stimato tra le spese sanitarie dei pensionati delle singole province lombarde.

Tab. 14. Stima della spesa privata dei cittadini pensionati per provincia di residenza e importo della pensione media. Anno 2013.

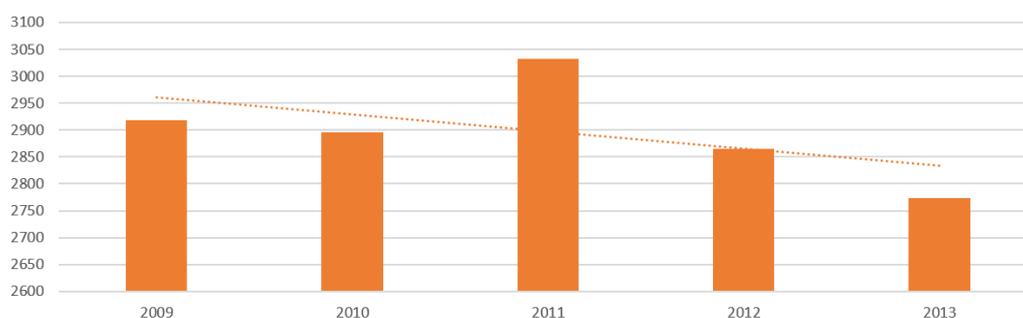
	Importo pensione media	Stima del peso medio delle spese sanitarie private	Stima dell'importo medio annuale attribuibile a spese sanitarie private
Milano	20.436,74	2,34%	478,7
Bergamo	17.115,11	2,48%	423,7
Brescia	16.420,08	2,50%	411,0
Como	17.176,50	2,47%	424,8
Cremona	17.222,86	2,47%	425,6
Lecco	17.958,40	2,44%	438,5
Lodi	17.913,02	2,44%	437,7
Mantova	16.337,80	2,51%	409,5
Monza e della Brianza	18.395,58	2,42%	445,9
Pavia	17.704,03	2,45%	434,1
Sondrio	16.120,53	2,52%	405,5
Varese	17.780,06	2,45%	435,4
Italia	17.007,70	2,48%	421,7

Fonte: Elaborazioni IRES Lucia Morosini su dati Unioncamere e INPS

N.B. La popolazione presa come riferimento per i valori procapite corrisponde alla semisomma della popolazione a inizio e a fine anno.

Come denunciato in diversi rapporti più o meno recenti, gli effetti della crisi economica si possono registrare sulla struttura dei consumi delle famiglie. Considerando il periodo 2009-2013, ad esempio, il livello dei consumi in Lombardia ha seguito una dinamica che viene riportata in figura.

Fig. 15. Andamento dei consumi delle famiglie lombarde, periodo 2009-2013.



Fonte: Elaborazioni IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Come segnalato dalla letteratura disponibile in materia, al decrescere del reddito disponibile, la composizione media della spesa delle famiglie tende a variare, con l'incremento di alcune spese essenziali, quali le spese per l'abitazione o gli alimentari e le bevande.

Fig. 16. Dinamica della composizione media della spesa delle famiglie lombarde, periodo 2009-2013.



Fonte: Elaborazioni IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Come si evince dai grafici sovrastanti, la spesa delle famiglie lombarde ha risentito della crisi economica soprattutto in termini di spese per l'abitazione (+2,2 punti percentuali), spese sanitarie private (+0,7 punti percentuali) e, in misura minore, spese per alimenti e bevande (+0,5%). La spesa sanitaria dei lombardi ha dunque aumentato la sua incidenza sul reddito dei cittadini lombardi durante gli anni della crisi. Basandosi sui dati elaborati da Del Vecchio et al. (2014) si può stimare come tale spesa in Lombardia sia composta per circa il 43,5% per l'acquisto di beni, mentre il restante 56,5% sia impegnato per la fruizione di servizi. Purtroppo non sono disponibili dati sulla composizione specifica di tale spesa a dettaglio regionale, tuttavia il 10 Luglio 2014 la Regione Piemonte e l'Istat hanno rilasciato un documento molto interessante in questo senso.

Tab. 15. Classi di spesa per visite specialistiche e accertamenti a pagamento effettuati nei dodici mesi precedenti l'intervista per risorse economiche della famiglia, area geografica e numero di prestazioni effettuate. Anno 2013. Tassi standardizzati per 100 persone.

RISORSE ECONOMICHE E AREA GEOGRAFICA	NUMERO DI PRESTAZIONI	VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE			ACCERTAMENTI SPECIALISTICI			ANALISI DEL SANGUE		
		<80 euro	80-199 euro	>=200 euro	<50 euro	50-119 euro	>=120 euro	<40 euro	40-79 euro	>=80 euro
Buona	1-2	35,2	44,3	20,5	35,7	44,5	19,8	27,9	44,2	27,9
	3+	9,9	25,1	65,0	8,0	27,2	64,9	9,8	18,5	71,7
	Totale	28,2	37,4	36,4	28,6	40,1	31,3	25,2	40,3	34,5
Scarse	1-2	41,0	41,8	17,4	38,6	43,9	17,5	31,3	42,6	26,1
	3+	11,5	27,9	60,7	8,7	27,4	63,9	12,9	19,6	67,5
	Totale	29,8	36,4	33,8	30,9	39,6	29,5	28,1	38,7	33,2
Nord-Ovest	1-2	35,7	43,5	20,8	34,8	46,8	18,4	27,8	46,5	25,6
	3+	9,3	25,7	65,0	5,9	26,6	67,5	10,7	16,3	73,0
	Totale	28,2	37,1	36,6	27,4	41,7	30,9	25,3	42,1	32,6
Nord-Est	1-2	39,9	44,0	16,2	47,1	38,1	14,8	31,0	46,2	22,8
	3+	11,7	28,1	59,2	10,4	29,9	59,7	11,0	20,6	68,4
	Totale	30	38,8	31,2	38	36,1	26	28,2	42,6	29,2
Centro	1-2	35,6	43,9	20,6	31,9	45,1	23,1	25,4	39,9	34,6
	3+	9,7	23,3	66,9	7,1	25,7	67,2	7,8	20,4	72,0
	Totale	26	36,2	37,8	25,3	39,9	34,8	22,8	37,1	40,1
Sud	1-2	36,6	43,2	20,2	34,9	46,8	18,3	32,1	40,7	27,2
	3+	11,4	25,3	63,3	11,0	28,8	60,3	14,0	18,4	67,6
	Totale	27,3	36,6	36,1	29	42,3	28,7	28,9	38,7	34,4
Isole	1-2	39,5	41,1	19,5	32,4	44,2	23,5	28,8	46,1	25,1
	3+	10,7	28,6	60,7	6,9	23,8	69,3	9,9	20,2	69,8
	Totale	28,3	36,2	35,5	25,3	38,5	36,2	25	40,9	34
TOTALE	1-2	37,1	43,4	19,5	36,6	44,3	19,1	29,0	43,7	27,3
	3+	10,5	26,1	63,5	8,2	27,2	64,5	10,9	18,9	70,2
	Totale	27,4	37,1	35,5	29,3	39,9	30,7	26,2	39,8	34,1

Fonte: ISTAT (2014: 24)

Come si evince dalla tabella la differenza esistente tra il profilo di spesa di individui con scarse risorse economiche e gli individui in buone condizioni risulta piuttosto evidente. Il reddito disponibile opera dunque come un vincolo fondamentale nell'accesso alle prestazioni, si tratti di visite specialistiche, accertamenti o analisi del sangue. E' importante notare come la proporzione di individui in cattive condizioni economiche sia obbligato comunque a mantenere un alto profilo di spesa nel caso in cui 3 o più prestazioni siano necessarie. Per il Nord Ovest occorre notare come le visite specialistiche incidano 200 euro e più per il 36,6 % degli individui. Ancora, gli accertamenti specialistici superano i 120 euro nel 30,9% dei casi e le analisi del sangue costano al cittadino più di 80 euro nel 32,6% dei casi. Sempre con riferimento ai dati elaborati da Del Vecchio et al. (2014), si può citare come in Lombardia, mediamente, la spesa sanitaria pro capite vari notevolmente tra le diverse categorie sociali. Gli individui più poveri risultano spendere infatti circa 161 euro annui in spesa sanitaria privata. La classe media vede aumentare tale cifra fino a circa 452 euro, mentre la classe più ricca spende fino a 968 euro annui in prestazioni sanitarie private. In termini di propensione al consumo è invece la classe media che mostra il valore maggiore, pari a 3,7, mentre la classe povera registra un valore pari a 2,6 e la classe ricca 3,5.

Secondo i dati più recenti diffusi sul tema (Istat 2015a), le famiglie lombarde sono le quarte in Italia in termini di spese sanitarie sostenute nel 2014. Con una media annuale di 1.628 euro, sono superate solo dalle famiglie venete (1.735 euro), alto atesine (1.770 euro) e valdostane (1.803 euro).

Tab. 16. Spesa sanitaria delle famiglie. Anno 2014.

Valle d'Aosta	1803
Trentino-Alto Adige	1770
Veneto	1735
Lombardia	1628
Emilia-Romagna	1488
Piemonte	1371
Friuli-Venezia Giulia	1364
Lazio	1338
<i>Italia</i>	<i>1314</i>
Puglia	1286
Liguria	1254
Toscana	1246
Marche	1194
Abruzzo	1099
Umbria	994
Molise	983
Sicilia	982
Calabria	907
Basilicata	902
Campania	876
Sardegna	820

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat (2015a).

Osservando la serie storica delle rilevazioni svolte dall'Istat circa la spesa delle famiglie, si evince come in appena otto anni, complice la crisi economica, l'incidenza delle spese per la salute sul totale delle spese dei lombardi sia aumentata dell'1%, passando dal 3,6% al 4,6%. Tale dinamica, d'altronde, è ravvisabile per la maggior parte delle regioni italiane, sintomo dunque della generale trasformazione della struttura dei consumi già descritta in precedenza.

Tab. 17. Incidenza delle spese sanitarie sul totale dei consumi delle famiglie italiane. Periodo 2006-2014.

	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
Piemonte	4,3	3,8	3,6	3,1	3,6	3,5	3,9	4,5	3,9
Valle d'Aosta	5,6	4,6	5,1	4,2	3,8	4,5	3,6	5,1	3
Liguria	4,5	3,8	3,7	3,5	2,9	4,3	4,3	4,3	3,7
Lombardia	4,6	4,1	3,5	3,5	3,6	3,4	3,7	4,6	3,6
Trentino Alto Adige	4,8	3,5	3,8	4,9	3,8	4,8	3,9	4,4	4,2
Veneto	5,4	4,1	4,1	4,6	4,1	3,6	4,5	4,2	3,5
Friuli-Venezia Giulia	4,5	4	4,1	4,1	4,3	4,2	3,8	4	3,2
Emilia-Romagna	4,3	3,9	4	3,8	4,1	3,9	4,1	4	3,8
Toscana	3,9	3,6	3,5	3,7	3,1	3,4	3,5	3,7	2,8
Umbria	3,5	3,4	3,7	4,2	4,3	4,3	4,6	4,1	3,7
Marche	4,1	3,6	3,7	3,9	3,9	3,6	3,7	3,8	3,8
Lazio	4,2	3,1	3,6	3,8	4,1	3,6	3,5	3,3	3,4
Abruzzo	4,3	3,5	3,5	3,5	4	3,4	4,7	3,2	2,9
Molise	4	4	3,3	3,6	4,7	3,9	4,3	4,7	3
Campania	3,6	3,2	3,1	2,8	2,8	3	3,3	3,3	3,3
Puglia	5,2	3,7	3,6	4	3,5	3,6	3,9	3,6	3
Basilicata	4	4,3	4,8	3,6	4,6	4,5	4,3	4	3,6
Calabria	4,3	3,6	3,7	4,2	4	4,1	3,9	4,4	3,4
Sicilia	4,6	3,2	3,5	3,7	3,7	3,6	3,7	3,7	3,1
Sardegna	3,2	3,1	3,5	3,7	3,6	4,2	3,7	3,7	3,7

Fonte: Elaborazioni IRES Lucia Morosini su dati Istat (2015a) ed edizioni precedenti

1.5.2. Spesa sanitaria privata e rischio socio-economico per i pensionati lombardi.

Il paragrafo precedente ha messo in luce come l'iniquità nell'accesso ai servizi sanitari possa essere

un fenomeno diffuso non solo a livello nazionale ma anche in Lombardia. Benché tale tema richieda un approfondimento molto maggiore, in questo paragrafo si propone una rapida panoramica su una delle componenti sociali maggiormente esposte a tale rischio: i pensionati.

Tab. 18. I pensionati lombardi per provincia di residenza al 31/12/2013.

Provincia	Totale Pensionati	% sul totale pensionati Lombardia
Milano	838.941	31,79
Brescia	309.439	11,72
Bergamo	275.442	10,44
Varese	244.414	9,26
Monza e Brianza	223.466	8,47
Pavia	161.316	6,11
Como	160.212	6,07
Mantova	115.744	4,39
Cremona	105.427	3,99
Lecco	94.647	3,59
Lodi	58.113	2,20
Sondrio	52.078	1,97
Totale	2.639.239	100,00

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati INPS

Concentrati in maggioranza tra le province di Milano, Brescia e Bergamo, i pensionati lombardi si trovano in una condizione particolare. Mentre dalle statistiche aggregate si potrebbe presumere che il livello di vita di questo segmento importante della popolazione sia nettamente migliore rispetto a quello dei pensionati residenti in altre province italiane grazie al più alto livello di reddito pro-capite, in realtà la situazione si presenta più di difficile interpretazione. Le disparità sono infatti molto evidenti se si osservano i dati reddituali anche solo a livello provinciale (tab. 17).

Tabella 19. Numero pensioni e importi per pensionato, 2013

	Numero medio pensioni per pensionato	Importo complessivo annuo (in migliaia di euro)	Importo medio annuo (in euro)
Milano	1,41	17.145.216	20.436,74
Monza e della Brianza	1,37	4.110.787	18.395,58
Lecco	1,41	1.699.708	17.958,40
Lodi	1,4	1.040.979	17.913,02
Varese	1,39	4.345.696	17.780,06
Pavia	1,48	2.855.943	17.704,03
Cremona	1,42	1.815.754	17.222,86
Como	1,4	2.751.881	17.176,50
Bergamo	1,38	4.714.221	17.115,11
Brescia	1,38	5.081.014	16.420,08
Mantova	1,44	1.891.002	16.337,80
Sondrio	1,5	839.525	16.120,53
Lombardia	1,41	48.291.727	18.297,60
Italia	1,43	271.258.238	17.007,70

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati INPS

I pensionati residenti nelle province di Brescia, Mantova e Sondrio possono contare su redditi medi addirittura inferiori rispetto alla media nazionale. Inoltre, come emerso in altri studi svolti sul tema (Ires Lucia Morosini, 2015), le differenze socio-economiche tra i pensionati lombardi appaiono molto forti anche all'interno delle singole province.

Ciò che emerge con chiarezza dalle analisi disponibili in materia è che alcune categorie specifiche di pensionati soffrono di condizioni socio-economiche negative in modo molto marcato rispetto alle altre, per motivi di carattere demografico, storico-culturale e sociale. Nel caso specifico le donne con età molto anziana rappresentano la categoria più fragile, alla quale si associano in generale redditi bassi, condizioni di salute che diventano in maggior misura precarie con l'avanzare dell'età e un elevato rischio di ricadere in condizione di solitudine.

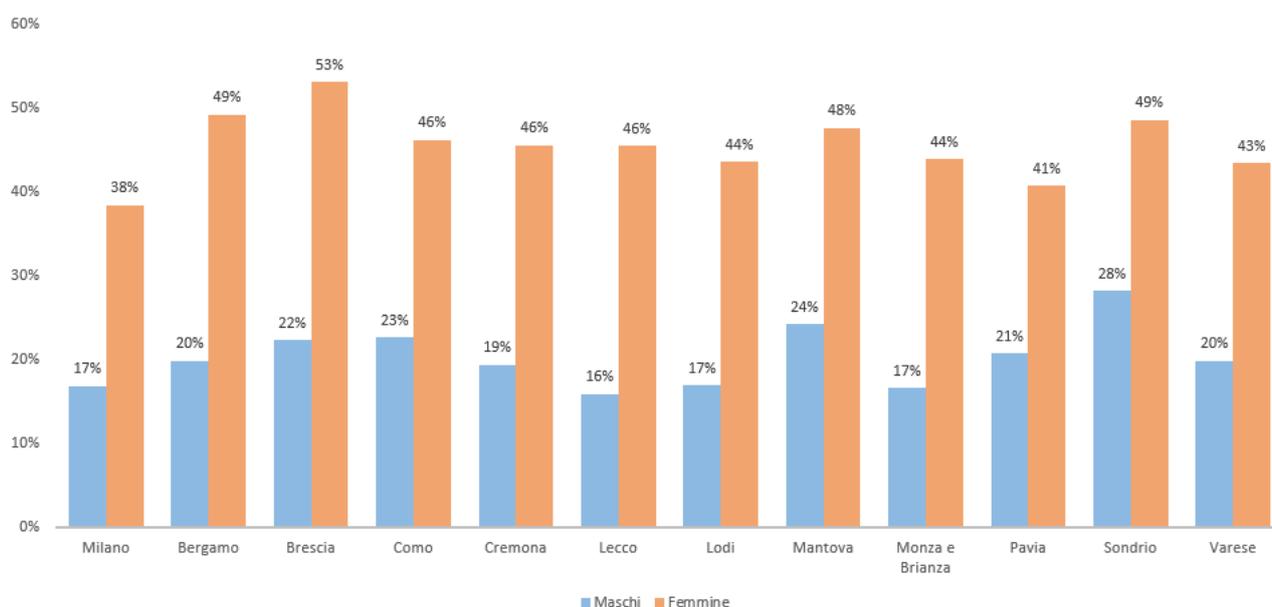
Tab. 20. Numero pensionati lombardi per classe di importo medio mensile percepito e sesso, al 31.12.2013.

	Valori assoluti			Valori percentuali riferiti al totale			Valori percentuali riferiti alla classe		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
0-249,99	36.858	25.330	62.188	2,6%	2,1%	2,4%	59%	41%	100,0%
250,00-499,99	104.166	63.565	167.731	7,3%	5,2%	6,4%	62%	38%	100,0%
500,00-749,99	309.460	62.857	372.317	21,8%	5,1%	14,1%	83%	17%	100,0%
750,00-999,99	172.711	84.175	256.886	12,2%	6,9%	9,7%	67%	33%	100,0%
1000,00-1249,99	191.655	105.720	297.375	13,5%	8,7%	11,3%	64%	36%	100,0%
1250,00-1499,99	174.604	150.990	325.594	12,3%	12,4%	12,3%	54%	46%	100,0%
1500,00-1749,99	149.583	206.829	356.412	10,6%	16,9%	13,5%	42%	58%	100,0%
1750,00-1999,99	88.490	128.797	217.287	6,2%	10,5%	8,2%	41%	59%	100,0%
2000,00-2249,99	65.782	99.556	165.338	4,6%	8,1%	6,3%	40%	60%	100,0%
2250,00-2499,99	43.258	68.328	111.586	3,1%	5,6%	4,2%	39%	61%	100,0%
2500,00-2999,99	43.128	88.051	131.179	3,0%	7,2%	5,0%	33%	67%	100,0%
3000,00 e più	37.552	137.794	175.346	2,6%	11,3%	6,6%	21%	79%	100,0%
Totale	1.417.247	1.221.992	2.639.239	100,0%	100,0%	100,0%	54%	46%	100,0%

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati INPS

Dalla tabella sovrastante si evince nettamente il disequilibrio insistente tra la distribuzione dei pensionati per classe di reddito e sesso del percettore. Circa il 48% delle pensionate lombarde percepisce meno di 1.000 euro lordi mensili, contro il 19% circa relativo agli uomini. Infatti, a percepire redditi molto bassi (sotto i 500 euro lordi mensili) sono per lo più donne (61%), e la percentuale sale al 72% se si prendono in considerazione i redditi fino a 1.000 euro.

Fig. 17. Percentuale di pensionati percettori di redditi da pensione inferiori ai 1.000 euro mensili per sesso e provincia di residenza. Anno 2013.



Fonte: Elaborazioni IRES Lucia Morosini su dati INPS.

Anche in questo caso è possibile notare come vi siano delle differenze interprovinciali nella

distribuzione dei pensionati per sesso e importo percepito. Nello specifico, le province dove risulta più alta la concentrazione di donne con redditi inferiori ai 1.000 euro mensili risultano essere Brescia (53%), Sondrio (49%) e Bergamo (49%). A Milano, il capoluogo regionale, la percentuale scende al 38% in virtù del più alto livello medio delle pensioni, e simile comportamento si osserva infatti anche per gli uomini, che risultano avere un reddito inferiore ai 1.000 euro mensili solo nel 17% dei casi (contro, ad esempio, il 28% di Sondrio).

Dunque le pensionate in Lombardia si trovano esposte ad un rischio economico e sociale molto accentuato, il quale può divenire drammatico nel caso delle persone che vivono in condizioni di solitudine e infermità parziale o totale.

A titolo esemplificativo, riprendendo i dati riportati nella tabella 15, è possibile ricavare una stima del “peso” relativo alle spese sanitarie private sostenute dai pensionati lombardi per la fruizione di visite, accertamenti e analisi del sangue. Volendo concentrarsi sulla categoria sociale più fragile, si possono prendere in considerazione i dati relativi ai circa 860.000 pensionati lombardi che percepiscono redditi da pensione inferiori ai 1.000 euro lordi al mese. Di questi, come riportato precedentemente, circa il 72% sono donne, le quali in media nel 41.8% dei casi risultano vivere in condizioni di solitudine. Questo valore, rappresentativo di circa 260.500 pensionate lombarde, può ben approssimare la fascia di popolazione anziana più vulnerabile ai rischi socio-economici in generale, e al rischio socio-sanitario in particolare. Nella tabella seguente si tenta di evidenziare la potenziale incidenza delle spese sanitarie “ordinarie” per le pensionate lombarde che in un anno hanno avuto necessità di fruire almeno una volta di analisi specialistiche (escluse quelle odontoiatriche) e accertamenti a pagamento.

Tab. 21. Stima dell’impatto delle visite specialistiche (escluse odontoiatriche) e degli accertamenti a pagamento in un anno per le pensionate lombarde secondo classe di reddito.

Classe di reddito	N. medio pensioni per pensionato	Reddito medio annuo (euro)	Spesa annuale (ipotesi massima)	Incidenza sul reddito	Spesa annuale (ipotesi minima)	Incidenza sul reddito	Spesa annuale (media pesata)	Incidenza sul reddito
0-249,99	1,03	1.976,20	400	20,2%	40	2,0%	96	4,9%
250,00-499,99	1,11	4.504,82	400	8,9%	40	0,9%	96	2,1%
500,00-749,99	1,07	7.382,99	400	5,4%	40	0,5%	96	1,3%
750,00-999,99	1,36	10.432,17	400	3,8%	40	0,4%	96	0,9%
1000,00-1249,99	1,57	13.653,88	400	2,9%	40	0,3%	96	0,7%

Fonte: Elaborazioni IRES Lucia Morosini su dati INPS e ISTAT

Come si evince dalla tabella, per soggetti versanti in condizioni di salute negative (ipotesi massima), la stima si traduce in un esborso annuale che può arrivare anche a superare i 400 euro per tre prestazioni o più fruite sia per le visite specialistiche sia per gli accertamenti a pagamento. In tal caso, l’incidenza delle spese sanitarie a costo intero può raggiungere fino al 20% del reddito medio annuo

disponibile. Tuttavia, calcolando la media pesata dei valori riportati in tabella 15, è possibile ricavare un valore inferiore, pari a circa 96 euro annuali. Tale valore non esclude comunque che le prestazioni fruite possano avere un costo molto superiore alla media. Secondo i dati elaborati dall'Istat, ad esempio, la percentuale di individui che a seguito di un ricovero ospedaliero ha speso più di 3.900 euro risulta essere superiore al 22% nel caso degli ultrasessantacinquenni (Istat, 2014a). Tuttavia, questo e molti altri esempi concreti possono sfuggire al tipo di analisi sin qui proposto. Il rischio legato alle “spese catastrofiche” per quello che riguarda i soggetti più vulnerabili risulta infatti una determinante-chiave nelle valutazioni circa l'equità del sistema sanitario italiano (C.R.E.A. Sanità, 2015). Può dunque essere importante contestualizzare i rapporti tra sistema sanitario e disagio socio-economico delle famiglie da un punto di vista qualitativo. Diviene indispensabile dunque l'analisi di dati qualitativi provenienti da diverse fonti, al fine di fornire una descrizione verosimile delle difficoltà che alcune categorie di cittadini possono incontrare nell'accesso al sistema sanitario pubblico e, in particolar specie, privato. Nella seconda parte del presente lavoro ci si concentrerà quindi sulle risultanze di un'indagine svolta sul campo attraverso la raccolta di dati primari relativi alle spese sanitarie sostenute dai pensionati lombardi.

PARTE II. Indagine campionaria

Se da un lato l'analisi istituzionale ha chiarito come l'equo accesso ai servizi sanitari possa diventare un problema per numerose famiglie lombarde in precarie condizioni economiche, d'altro canto non è emerso in modo distinto il come le famiglie sono colpite da tale fenomeno. Lo scopo dell'indagine campionaria è stato dunque quello di raccogliere informazioni di primo livello circa le condizioni socio-economico-sanitarie di uno dei gruppi di soggetti maggiormente colpiti dalla crisi e dai disagi legati alla salute: i pensionati.

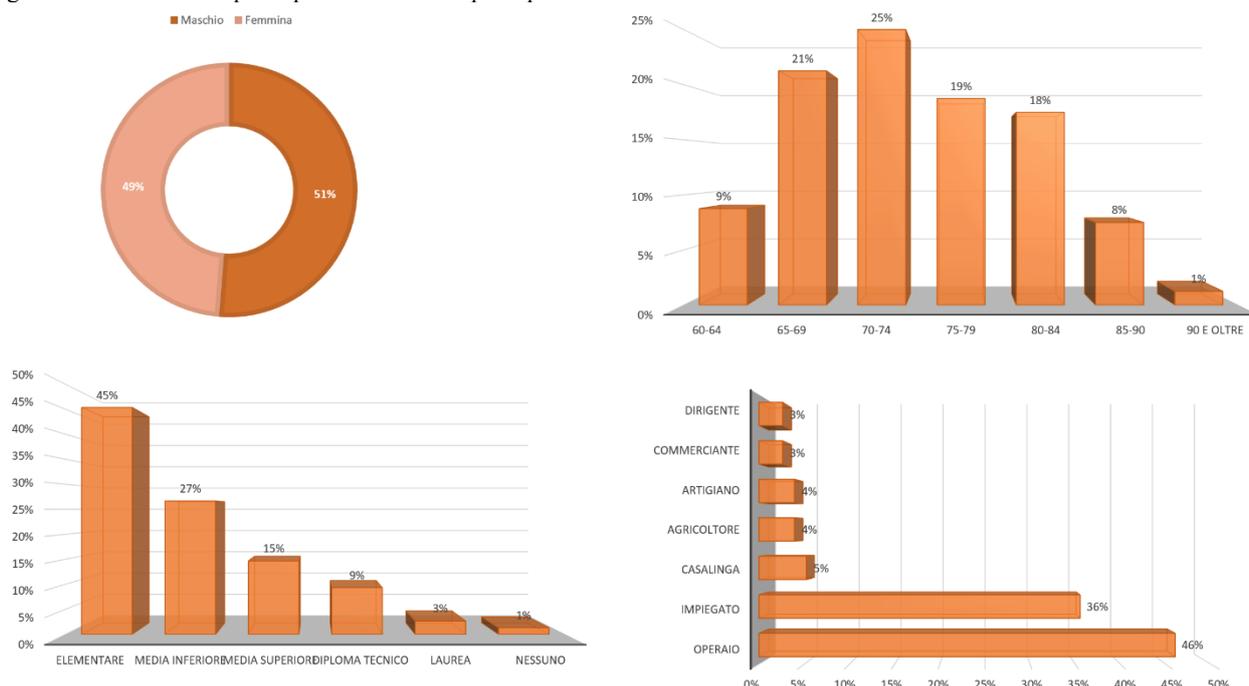
2.1 Struttura del campione

Le rilevazioni campionarie hanno avuto luogo tra le sedi del sindacato SPI CGIL di Brescia, Monza e Brianza, Como, Cremona, Lecco, Pavia, Sondrio, Ticino Olona e Varese. In tutto sono stati somministrati 99 questionari in forma di intervista semi-strutturata. Alcune decine di questionari sono stati direttamente compilati on-line e inviati alle sedi del sindacato pertinenti. La maggioranza degli intervistati ha invece preferito la somministrazione direttamente presso lo sportello.

Le principali caratteristiche socio-demografiche dei rispondenti possono essere riassunte come segue:

- Il campione ha visto la partecipazione in proporzioni eguali tra uomini (51%) e donne (49%);
- La fascia d'età maggiormente rappresentata comprende gli individui tra i 65 e i 74 anni (46% del totale). Consistente risulta essere anche la rappresentanza della fascia d'età 75-84 anni (37%).
- Titolo di studio della maggior parte degli intervistati è la licenza elementare (45%). Risultano più frequenti i diplomi rispetto ai diplomi tecnici. Molto bassa la presenza di individui senza titolo di istruzione.
- Le professioni maggiormente esercitate dai pensionati durante la loro vita lavorativa sono l'operaio (46%) e l'impiegato. Molto esiguo il numero di agricoltori, artigiani e commercianti. Poco frequenti anche le casalinghe, così come i ruoli dirigenziali.
- I nuclei famigliari sono spesso composti da due persone (coniugi), specialmente nella fascia d'età più rappresentata (65-74 anni). Con l'aumento dell'età aumenta anche l'incidenza di anziani soli (specialmente donne), mentre per la fascia d'età 60-64 si riscontrano frequentemente nuclei con più di 2 persone (genitori e figli).

Fig. 18. Struttura del campione per caratteristiche principali.



- Il reddito medio appare in linea con le medie regionali e provinciali, e, al netto, si attesta intorno ai 1200 € mensili. Il reddito individuale minimo è pari a 225 € mentre il massimo dichiarato si attesta a 2.500 €. Il reddito medio dell'intero nucleo familiare si attesta invece attorno ai 1700 € mensili, con un minimo di 490 e un massimo di 3.800.
- Gli intervistati dichiarano inoltre di aver notato negli ultimi tre anni una sostanziale stazionarietà del loro reddito (61% dei casi), oppure di aver misurato un calo (35% dei casi). Solo il 4% degli intervistati dichiara di aver osservato un aumento nei propri introiti mensili.

Tab. 22. Dimensione media del nucleo familiare, reddito medio e variazione del reddito negli ultimi tre anni.

Dimensione nucleo familiare		Reddito medio	
		Personale	Nucleo familiare
Media	1,92	1196,21	1668,67
Dev. Std.	0,74	467,06	738,73
Min	1	225	490
Max	4	2500	3800

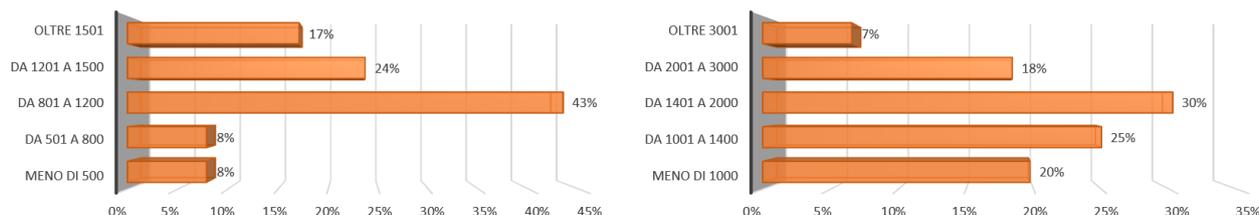
Variazione del reddito – ultimi tre anni		
Postivo	Invariato	Negativo
4%	61%	35%

- Sempre in merito ai redditi percepiti, la distribuzione dei valori dichiarati per classe dimensionale mostra una particolare concentrazione di redditi personali compresi tra gli 800 € e i 1.200 € mensili. Appare comunque elevata la percentuale di individui che dichiara di percepire più di 1.200 € (41%),

mentre risulta preoccupante il dato relativo a coloro i quali possono contare su redditi inferiori ai 500 €, vale a dire circa l'8% del campione.

- In termini di reddito familiare la situazione mostra una differenza sostanziale con quanto osservato per i redditi individuali. La percentuale di nuclei con redditi inferiori ai 1.000 € è molto elevata (20%), a testimonianza del fatto che per i pensionati lombardi la presenza di un coniuge con assegno previdenziale molto basso può un motivo di ulteriore vulnerabilità.

Fig. 19. Distribuzione dei rispondenti per fascia di reddito individuale e familiare.

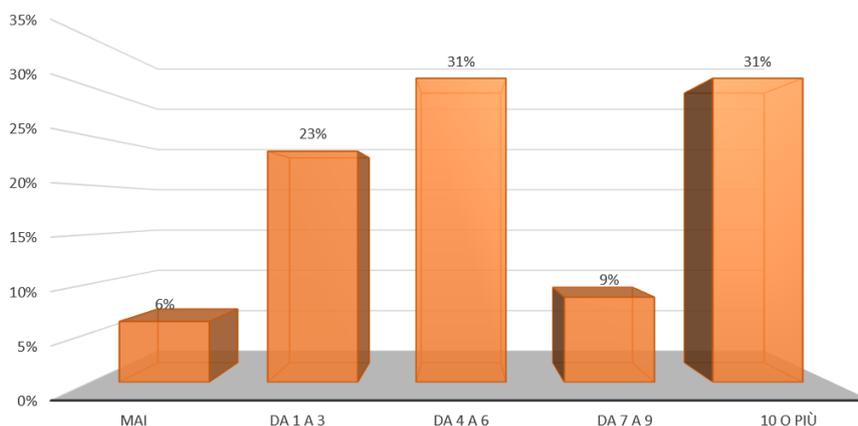


2.2 La domanda dei pensionati lombardi per servizi sanitari pubblici

Definita la dimensione del campione e le sue caratteristiche principali si può procedere a presentare alcuni dei risultati più rilevanti. Di seguito si riportano i risultati relativi alla seconda sezione del questionario somministrato, quella relativa al ricorso ai servizi della sanità pubblica tramite pagamento di ticket o esenzione.

- Considerando l'intero campione dei rispondenti, il numero medio di prestazioni sanitarie fruite
- Come si evince dal grafico sottostante, il 31% dei dichiaranti ha usufruito di un numero di prestazioni compreso tra le 4 e le 6, e la stessa percentuale ha avuto la necessità di 10 o più prestazioni nell'ultimo anno e mezzo.
- Un 29% dichiara inoltre di aver avuto bisogno di servizi sanitari solamente meno di 3 volte nello stesso periodo.

Fig. 22. Distribuzione dei rispondenti a seconda del numero di prestazioni ricevute dal sistema sanitario pubblico durante gli ultimi 12 mesi.

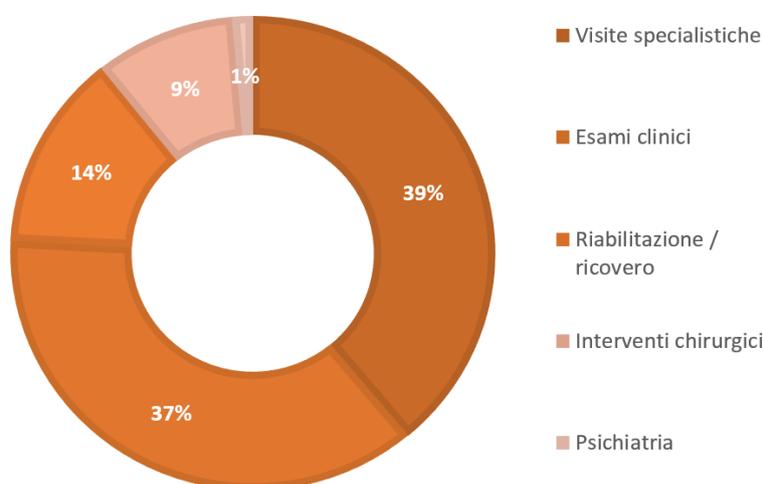


Tab. 23. Numero di prestazioni erogate, media, dev. Std., min. e max.

Strutture pubbliche – numero prestazioni erogate	
Media	5,7
Dev. Std.	3,4
Min	0
Max	10

A completamento delle informazioni sopra riportate agli intervistati è stato chiesto di indicare quali tipologie di prestazione sanitaria avessero fruito. I rispondenti hanno indicato 5 principali categorie di prestazione ricevuta.

Fig. 21. Distribuzione dei rispondenti per tipologia di prestazione ricevuta presso strutture pubbliche.



- Come intuibile risultano per lo più incidenti le visite specialistiche e gli esami clinici (76% delle prestazioni).
- Sono anche piuttosto frequenti le degenze per riabilitazioni o ricoveri per diversa causa mentre (14%) mentre nel 9% dei casi i dichiaranti hanno subito interventi chirurgici.
- Poco rappresentativa ma degna di nota è la presenza di alcune risposte, seppur marginali, che denotano la fruizione di servizi di psichiatria, per questioni principalmente legate a demenza senile.

Data la relativa varietà di prestazioni indicate dagli intervistati, è risultato interessante approfondire il lato economico del servizio ricevuto. Interpellati in merito gli intervistati hanno indicato come su una scala da 1 a 10 la sanità pubblica abbia pesato sui loro redditi per 5,5 in media. Questa misura, puramente qualitativa, tiene conto di due differenti fattori:

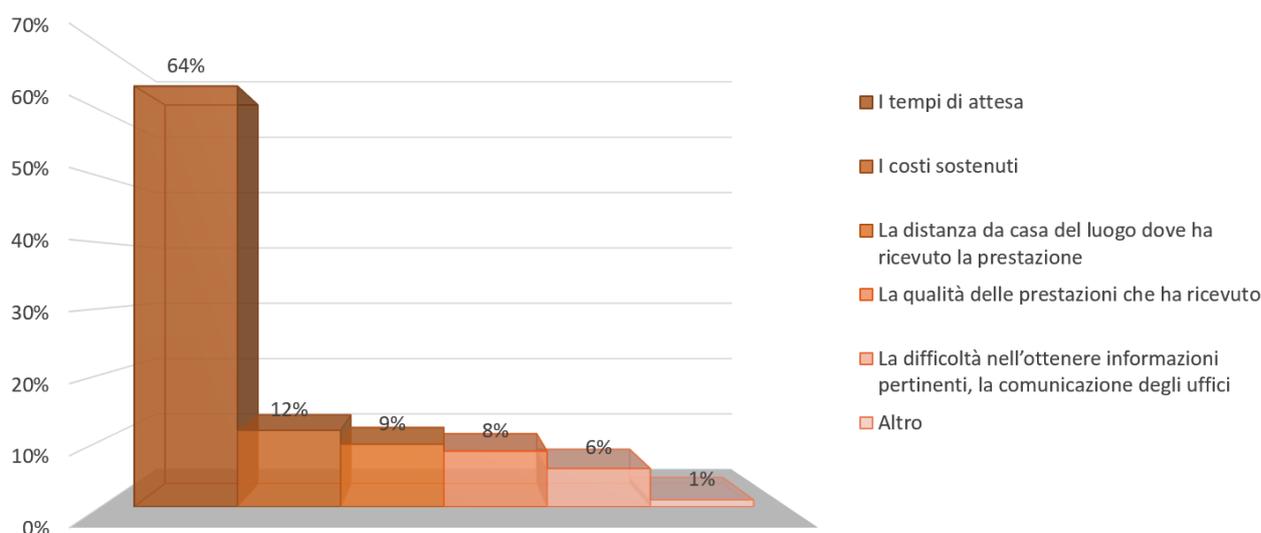
- La valutazione complessiva delle spese sanitarie sostenute dai dichiaranti durante gli ultimi 18 mesi, pari in media a 957 € pro capite;
- L'incidenza di prestazioni inderogabili e dall'alto costo. Nello specifico, stando a quanto dichiarato in sede di intervista, la prestazione più costosa si attesta sui 374 €. Tale cifra (che assume le dimensioni di una spesa problematica per i nuclei famigliari a basso reddito), è legata al peso che alcuni dichiaranti hanno assegnato agli interventi chirurgici e, in misura molto minore ma comunque significativa, misure di fisioterapia.

Tab. 24. Il peso delle spese sostenute per l'accesso a servizi sanitari erogati da strutture pubbliche a detta degli intervistati.

Peso sanità pubblica su bilancio familiare	5,52				
Spesa media ultimi 18 mesi	957				
Prestazione più costosa (media)	374	Interventi chirurgici	Esame clinico	Visita specialistica	Fisioterapia
		3083,33	96,28	146,19	348,57

Nonostante il peso economico che il ricorso alla sanità pubblica può comportare, solamente il 12% considera dei rispondenti giudica negativamente il costo delle prestazioni. Il 64% (valori pesati) considera invece la lunghezza dei tempi di attesa come il principale problema, mentre è interessante notare come circa il 9% degli intervistati abbia considerato problematico l'accesso ai servizi sanitari a causa della distanza degli stessi dalla propria abitazione. La scarsa qualità dei servizi è stata indicata come un problema solo nell'8% dei casi, e ancora la difficoltà ad avere informazioni pertinenti e a contattare gli uffici sia stata rilevata dal 6% dei rispondenti.

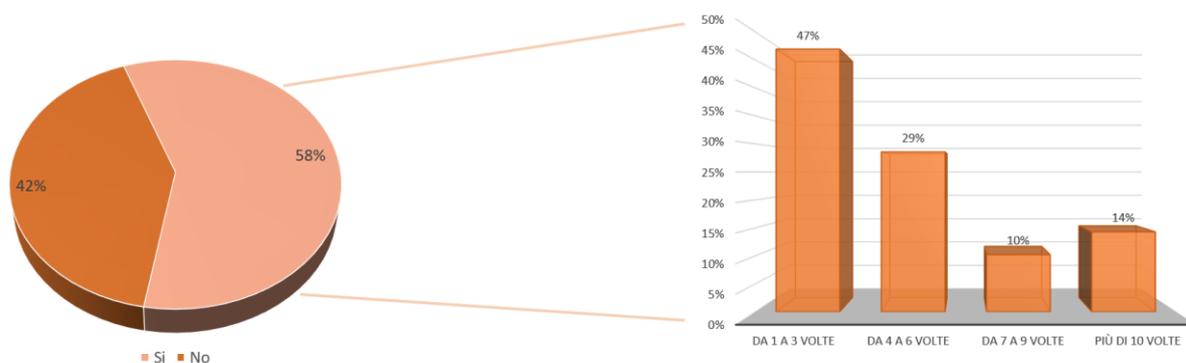
Fig. 22. Maggiori problemi incontrati dagli intervistati relativamente all'accesso ai servizi sanitari erogati presso strutture pubbliche.



2.3 L'accesso alle prestazioni sanitarie tramite spesa privata. Le risposte dei pensionati lombardi.

Interrogati in merito, gli intervistati hanno dichiarato nel 58% dei casi di aver usufruito di prestazioni sanitarie private almeno una volta negli ultimi 18 mesi. Il numero medio di prestazioni usufruite in questo caso si attesta a 2,92 pro capite, un valore quasi dimezzato rispetto alle prestazioni erogate dal servizio pubblico. Tra coloro che hanno avuto accesso a servizi erogati da operatori privati la maggior parte (47%) ha utilizzato il servizio da un minimo di 1 a un massimo di 3 volte. Un altro 29% vi si è rivolto tra le 4 e le 6 volte e un 24% più di 7 volte.

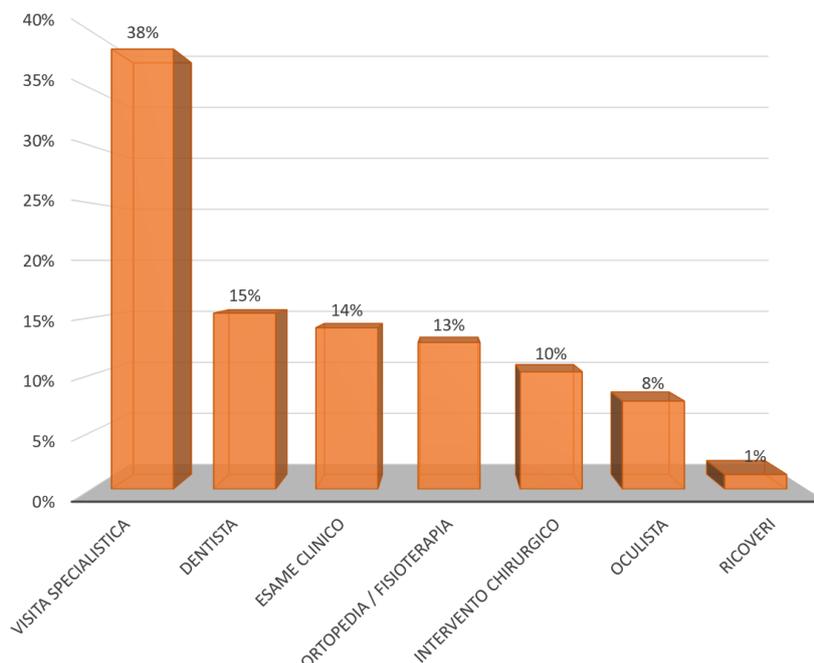
Fig. 23. Percentuale di rispondenti che hanno fatto ricorso a prestazioni erogate in regime privato con pagamento completo della prestazione e numero complessivo di prestazioni fruite.



Come diverse volte ribadito dalla letteratura disponibile in materia, le prestazioni più sovente erogate in regime di pagamento intero sono le visite specialistiche (escluse le odontoiatriche) e, appunto le odontoiatriche. La terza categoria, come sottolineato dalle fonti citate nella prima parte di questo lavoro, è rappresentata dagli esami clinici.

Risulta interessante notare come anche l'ortopedia e la fisioterapia siano sovente oggetto di richiesta da parte dei pensionati lombardi. Importanti, ma meno incidenti sono invece gli interventi chirurgici, l'oculista e le altre degenze.

Fig. 24. Prestazioni maggiormente fruitate erogate in regime privato a pagamento intero.



A differenza di quanto osservato in merito al peso economico delle prestazioni erogate in regime pubblico sui redditi dei pensionati, nel caso delle prestazioni erogate da privati il costo medio risulta molto elevato: 2.362 € in media. Come prevedibile le prestazioni più onerose riguardano l'odontoiatria (4.277 € in media), e i ricoveri per interventi chirurgici (3.900 € in media). Seguono le visite ortopediche e la fisioterapia (760 €) e le altre visite specialistiche (473 €). Non sembra invece essere motivo di preoccupazione il peso delle prestazioni oculistiche (213 €). Nonostante i valori rilevati collochino comportino notevoli costi per i cittadini lombardi, il livello dichiarato di incidenza sui redditi risulta simile a quello osservato per le prestazioni pubbliche (5,23 su 10).

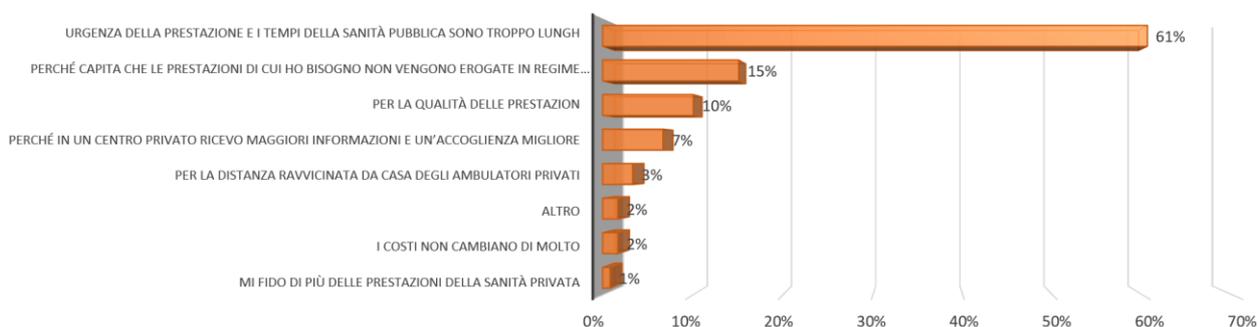
Tab. 25. Costo medio, prestazioni più costose e incidenza dei costi sostenuti a pagamento intero per la fruizione di servizi sanitari erogati in regime privato.

Costo medio delle prestazioni erogate in regime di sanità privata					
	Media				2362,3
	Dev. Std.				2703,9
	Min.				70
	Max.				10.000
Le prestazioni più onerose	Odontoiatria	Oculistica	Visite specialistiche	Ortopedia / Fisioterapia	Ricoveri / Interventi chirurgici
Media	4277	213	307	760	3900
Dev. Std.	3754,5	157,6	473,9	674,3	1039,2
Incidenza dei costi sostenuti per servizi erogati da privati					
5,23					

A determinare la scelta di accedere ai servizi a costo pieno è per la maggior parte degli intervistati

l'urgenza delle prestazioni domandate, e il fatto che i tempi previsti dalle liste d'attesa della sanità pubblica sono troppo lunghi (61% dei casi). E' comunque interessante notare gli intervistati indichino come importante anche il fatto che molte delle prestazioni richieste non vengano erogate in regime pubblico. Un 10% delle persone intervistate indica invece come fattore decisivo per la scelta del privato, la presenza di medici e specialisti di fiducia, elemento ritenuto fondamentale per l'offerta di prestazioni di alta qualità.

Fig. 26. Principali motivazioni sottostanti la scelta dell'erogatore privato e del finanziamento del costo intero del servizio a detta degli intervistati.



Tuttavia, il fatto che la maggior parte delle scelte per il privato sia orientata da motivi di urgenza induce a riflettere sull'impatto che tale scelta può avere sulle condizioni economico-finanziarie dei pensionati lombardi. Infatti, solamente il 4% degli intervistati è in possesso di assicurazione sanitaria integrativa, il cui premio d'altronde risulta alquanto elevato, attestandosi in media sui 704 € annuali. Interrogati sulla questione se il ricorso alla sanità privata possa comportare un costo «catastrofico» per le finanze familiari, i pensionati lombardi hanno risposto in maniera affermativa nel 42% dei casi. Ad essere in particolar modo incisiva è in media la prestazione odontoiatrica, spesso necessaria ma (come già osservato) estremamente onerosa per i cittadini. In seguito a tali elementi circa il 23% del campione ha dovuto rivolgersi all'aiuto dei familiari per far fronte alle spese sanitarie impreviste erogate in regime di costo intero.

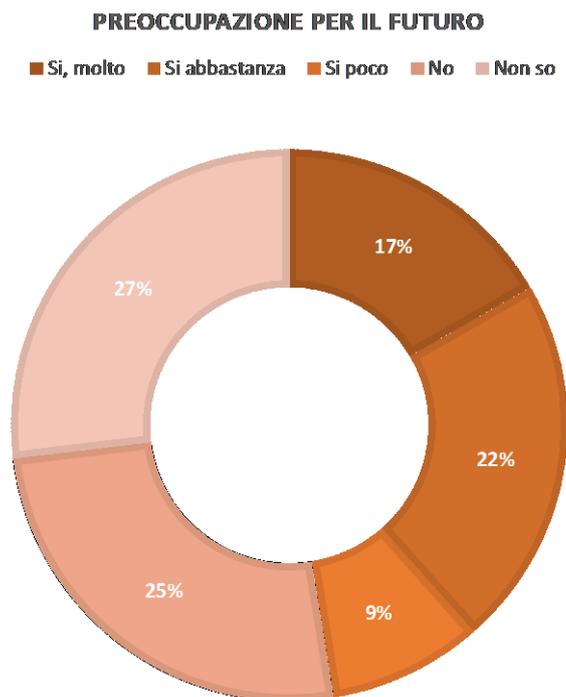
Tab. 27. Dichiaranti che hanno incontrato difficoltà nel sostenere i costi della sanità privata, principali soluzioni per il finanziamento.

Percentuale di individui con assicurazione sanitaria integrativa sul totale del campione	4%	Premio medio	704
Percentuale di individui che ha dovuto chiedere sostegno ai familiari per far fronte alle spese sanitarie private	23%	Prestazione maggiormente incisiva	Odontoiatria

L'esito di tale situazione, come si rileva dai questionari raccolti, provoca un elevato livello di stress psicologico per gli intervistati. Circa il 48% di essi dichiara infatti di essere preoccupato per il futuro,

sia per la gestione di malattie croniche, sia per l'eventualità di imprevedibili, improvvisi e urgenti misure mediche. Interrogati in merito alle proprie intenzioni di fronte al realizzarsi di tali possibilità gli intervistati non hanno saputo fornire risposte, salvo, in rari casi, portare la questione sull'eventualità di vendere in nuda proprietà gli immobili in loro possesso. Non è mai stata menzionata la possibilità di rivolgersi a forme formali ed informali di credito.

Fig. 26. Risposte dei dichiaranti circa le aspettative per il futuro.

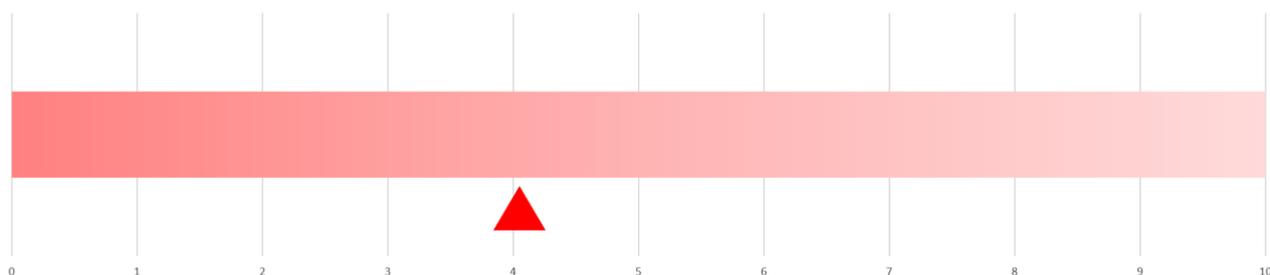


Il quadro sino ad ora delineato mostra quindi una situazione di estrema precarietà per i pensionati lombardi intervistati. Alla radice della maggior parte dei problemi rilevati vi sono alcuni elementi comuni. Il primo riguarda, ovviamente, le condizioni di salute in cui versano gli intervistati al momento dell'intervista. Il secondo è connesso direttamente con le attività di prevenzione che, come si è visto nella prima parte del presente lavoro, sono mediamente meno diffuse in Lombardia rispetto ad altre regioni settentrionali. Il terzo elemento riguarda il tema delle prospettive e delle aspettative degli intervistati, elementi in grado di influenzare direttamente i livelli di fruizione (e quindi di spesa) di servizi sanitari erogati in regime privato. L'avversione al rischio, infatti, risulta crescente in periodi di crisi e di difficoltà economico-sociale generalizzata. La decisione di anticipare o ritenere inderogabili eventuali prestazioni che potrebbero essere erogate in regime pubblico con tempi di attesa più lunghi può rappresentare un incentivo forte verso il finanziamento intero del costo sanitario. Nel prossimo paragrafo si discuteranno brevemente gli elementi appena citati.

2.4 Condizioni di salute, prevenzione e prospettive future dei pensionati lombardi.

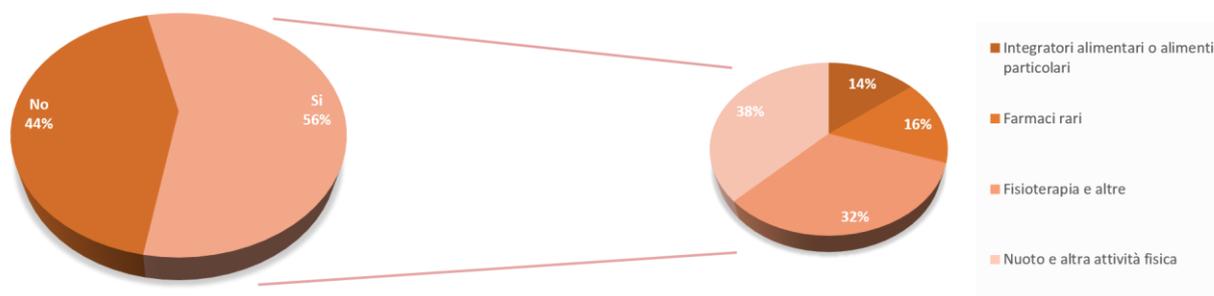
Ai pensionati lombardi intervistati è stato richiesto di rispondere ad una specifica domanda sulla percezione delle proprie condizioni di salute. Alla questione «Come si sente fisicamente, su una scala da 1 a 10?», i rispondenti hanno dichiarato in media «4,1». Il «termometro» che misura quindi la salute dei pensionati lombardi pende quindi dalla parte negativa della scala. La situazione è percepita più negativamente da chi è affetto da problemi cardiovascolari (35% dei rispondenti alla domanda), problemi articolari (24%) e diabete (7%). Molto numerosi è inoltre l'incidenza di più o meno gravi patologie che coinvolgono il restante 35% dei rispondenti. Ad ogni modo, dall'analisi della letteratura disponibile in materia, il ruolo che potrebbe ricoprire la prevenzione nel ridurre i rischi per gli anziani gioca un ruolo fondamentale.

Fig. 27. Il «termometro» dei pensionati lombardi. Percezione della propria condizione di salute psico-fisica.



La percezione sul proprio stato di salute è un indicatore fondamentale per comprendere al meglio le decisioni assunte dagli individui. Direttamente o indirettamente tale percezione influenza anche le attività di prevenzione degli individui stessi, dato che, come spesso accade, un generale senso di malessere o addirittura una condizione invalidante possono compromettere la volontà o la capacità di svolgere attività preventive. Solamente il 56% del campione dichiara di svolgere una o più attività di prevenzione. La maggior parte (70%) praticando attività fisica, riabilitativa o fisioterapica. Un 16% assumendo specifici farmaci. Un 14% attraverso la dieta o l'assunzione di integratori alimentari. Tuttavia, tali comportamenti virtuosi sono anch'essi un peso sulle finanze dei pensionati lombardi. In media, il costo per le attività di prevenzione prezzabili, si attesta intorno ai 50 € mensili. Un elemento quest'ultimo di eventuale disincentivazione per la diffusione di tali pratiche.

Fig. 28. Percentuale di intervistati che dichiara di svolgere regolarmente attività di prevenzione e principali categorie di attività svolte.



Dall'analisi dei questionari somministrati ai pensionati lombardi emergono in conclusione diversi punti di interesse, il cui cardine è il limitato reddito a disposizione degli individui. Anche a causa della mancata rivalutazione delle pensioni occorsa durante gli ultimi anni, ad oggi le spese sanitarie per i pensionati lombardi che hanno partecipato all'intervista arrivano a pesare intorno al 13% del proprio reddito, in media. Preoccupante rimane il problema delle spese catastrofiche, che, come rilevato nel corso dell'analisi possono arrivare a contare migliaia di euro per singolo intervento. Un rapido calcolo basato sui dati raccolti mostra come una spesa improvvisa possa assorbire in media il 9-10% del reddito annuale di un pensionato. D'altronde anche le attività preventive, per quanto possano essere a costo zero, pesano sul bilancio degli intervistati. Con una stima ricavata dai dati raccolti si può individuare in circa il 2-3% la media relativa alle spese annue per la prevenzione per un pensionato lombardo. Con un potenziale di assorbimento pari a circa il 26% del proprio reddito, gli anziani sono quindi soggetti alla minaccia di impoverimento dovuto a spese sanitarie. Come si è visto in precedenza, per una famiglia media lombarda, circa il 50% del reddito viene impiegato per l'abitazione e il cibo. La sanità, che normalmente conta intorno al 4% diventa quindi un fattore di vera e propria destabilizzazione, ovvero potenziale causa di degradazione economica e sociale di una delle categorie di per sé già vulnerabili, gli anziani.

Conclusioni

Con il presente lavoro si è visto come la Lombardia si trovi in una condizione particolare in termini di accessibilità del sistema sanitario regionale. Rispetto ad altre regioni italiane l'offerta appare alle volte ben strutturata e alle volte carente, determinando così un quadro di difficile lettura. Ciò che sembrerebbe emergere con chiarezza è il fatto che con il trascorrere degli anni le politiche di austerità e il controllo della spesa provocheranno un sempre maggior incremento della quota di denaro che annualmente i cittadini lombardi spendono in servizi sanitari a costo intero. Senza una strutturale riforma diretta a migliorare nettamente l'efficienza e l'efficacia del sistema pubblico, i costi economici della compartecipazione più i costi sociali delle liste d'attesa determineranno un sempre più incisivo calo di fiducia dei cittadini verso il sistema pubblico. L'universalità del sistema sanitario nazionale appare dunque a rischio, anche nella regione più importante d'Italia da un punto di vista demografico ed economico. Le difficoltà del servizio pubblico a garantire l'accesso alle prestazioni ad un moderato costo economico e sociale (tempi di attesa) riducono le possibilità di fruire di prestazioni sanitarie centinaia di migliaia di cittadini lombardi che oggi vivono in condizioni di difficoltà.

L'analisi dei dati raccolti tramite l'indagine campionaria ha confermato questa interpretazione, mettendo in luce il carattere di urgenza che assume il fenomeno in relazione ai pensionati, ed in particolare alle pensionate sole e con problemi di salute (soprattutto quelle che vivono nelle grandi città). Il cammino verso una riforma del sistema sanitario nazionale e regionale deve quindi essere intrapreso ponendo al centro della questione il concetto di equità, ovvero la causa prima e prima motivazione di ogni politica di *welfare*.

continua.....

Bibliografia

- A.I.F.A. 2013. L'uso dei farmaci in Italia. *Rapporto nazionale anno 2012. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali* (OsMed).
- Barbetta, G. P., & Turati, G. (2001). *L'analisi dell'efficienza tecnica nel settore della sanità. Un'applicazione al caso della Lombardia*. Economia Pubblica.
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2000). *The health and wealth of nations*. Science (Washington), 287(5456), 1207-1209.
- Censis-Rbm Salute, 2015. «Oltre l'attuale welfare integrativo: rinnovare la previdenza complementare e la sanità integrativa».
- C.R.E.A. Sanità. 11° Rapporto Sanità.
- Del Vecchio M., Fenech L., e Rappini V. 2015. *I consumi privati in sanità*, in CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2015, Milano, Egea, pp. 211-240.
- Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E. e Rappini V. 2014. *I consumi privati in sanità*, in CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2014, Milano, Egea, pp. 184-214.
- Eurostat Dataset
- Finocchi Ghersi, R. & Tardiola, N. 2010, *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del Ssn*, eds. De Vincenti, C., Finocchi Ghersi, R., Tardiola, A. "La Sanità in Italia. Organizzazione, Governo, Regolazione, Mercato". Il Mulino, Quaderni di Astrid, Bologna.
- Ires Lucia Morosini, 2015. Ricerca sulle pensioni nella provincia di Bergamo
- Istat, 2013. *La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi*. Statistiche report, 24 Dicembre 2013.
- Istat, 2014a. *Tutela della salute e accesso alle cure, anno 2013*.
- Istat, 2014b. "Rapporto annuale" 2014. Par. 4 *Tendenze demografiche e trasformazioni sociali: nuove sfide per il sistema di welfare*.
- Istat, 2015. "Noi Italia 2015".
- Istat, 2015a. *La spesa per consumi delle famiglie, anno 2014*. 8 Luglio 2015 ed edizioni precedenti.
- OECD Dataset.
- OECD, 2014. Health at a Glance: Europe 2014.
- Wholey, D., Feldman, R., Christianson, J. B., & Engberg, J. (1996). *Scale and scope economies among health maintenance organizations*. Journal of health economics, 15(6), 657-684.
- World Health Organization, 1948. "World health organization constitution". Basic documents, 1.