

NUOVI argomenti

Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Numero 1/2 • Gennaio-Febbraio 2016

Spedizione in abbonamento postale 45% art. 2 comma. 20/B legge 662/96 - filiale di Milano

SALUTE Quanto costa al cittadino?

Atti del Convegno



CGIL
SPI

Lombardia

Sommario

- 3** **Introduzione**
- 4** Un problema che riguarda tutto il Paese
Claudio Dossi
- 8** Il peso della spesa sanitaria privata
sugli anziani
Francesco Montemurro
- 12** Sfruttare il privato come risorsa
Renato Cerioli
- 18** La sanità deve essere pubblica
Mario Del Vecchio
- 23** Una filiera territoriale
per le cure
Angelo Capelli
- 28** Pensare al futuro
accompagnando il cambiamento
Alessandro Alfieri
- 32** Occorre più attenzione politica,
culturale, civile
Nerina Dirindin
- 38** Perché i Comuni vogliono contare di più
Graziano Pirotta
- 42** La spesa di welfare
per redistribuzione ricchezza
Melissa Oliviero
- 46** I problemi del welfare sociale
Valentina Gbetti
- 48** **Conclusioni**
La sanità, bene pubblico per eccellenza
Stefano Landini
- 53** Sintesi della ricerca
**Anziani verso la sanità privata.
Quali policy? La Lombardia
e le altre regioni.**
*A cura di Stefano Menegat
e Francesco Montemurro*
*Coordinamento Spi Lombardia: Claudio Dossi
Ires Morosini: Francesco Montemurro*

Questo numero contiene gli atti del convegno *Anziani verso la sanità privata. Quale policy?* Organizzato da Spi Lombardia e tenuto a Milano il 4 dicembre 2015.
Le foto sono di Danilo Fasoli

Nuovi Argomenti Spi Lombardia

*Pubblicazione mensile del Sindacato Pensionati Italiani
Cgil Lombardia*

Numero 1/2 • Gennaio-Febbraio 2016

Direttore responsabile: Erica Ardentini

Editore: Mimosa srl uninominale, presidente Italo Formigoni

Impaginazione: A&B, Besana in Brianza (MB)

Prestampa digitale, stampa, confezione:

RDS WEBPRINTING S.r.l.

Via Belvedere, 42 - 20862 Arcore (MB)

Registrazione Tribunale di Milano n. 477 del 20 luglio 1996

Numero singolo euro 2,00

Abbonamento annuale euro 10,32

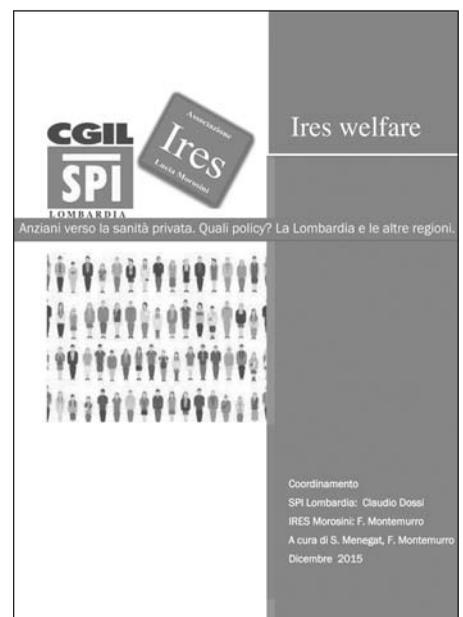
Introduzione

Anziani lombardi versa la sanità privata. Quale policy?, questo il tema del convegno organizzato da Spi Lombardia che si è tenuto lo scorso 4 dicembre presso Palazzo dei Giureconsulti. L'obiettivo cominciare a discutere di un tema molto delicato: i problemi che i cittadini lombardi, e in specifico gli anziani, devono affrontare per dare risposta ai problemi di salute che l'invecchiamento comporta.

Una prima discussione, dunque, ma a 360 gradi visto che si sono avvicendati relatori provenienti dal mondo accademico, da quello politico, dal sindacato, da Anci come da Lombardia sociale. Base del confronto la ricerca che lo Spi lombardo aveva chiesto a Ires Lucia Morosini e che Francesco Montemurro ha curato ed esposto ai presenti. La ricerca è stata suddivisa in due parti: la prima va dall'analisi del sistema sanitario lombardo in termini di capacità operativa rispetto alla domanda dell'utenza, all'analisi della spesa sanitaria dei cittadini lombardi. La seconda parte esamina, invece, i risultati ottenuti attraverso un'indagine campionaria effettuata con l'ausilio degli sportelli di alcune leghe dello Spi, indagine condotta, appunto, fra i pensionati.

Nella relazione introduttiva di Claudio Dossi, segretario Spi Lombardia, sono anche accennate alcune delle proposte che lo Spi sta elaborando per affrontare questo tema e che sono state offerte come spunto in più al dibattito.

Qui di seguito trovate gli atti dell'intero convegno, ovvero la trascrizione degli interventi che sono stati fatti, e la sintesi della ricerca elaborata da Ires Lucia Morosini. ■



UN PROBLEMA CHE RIGUARDA TUTTO IL PAESE

Claudio Dossi *Segreteria Spi Lombardia*

Anziani lombardi verso la sanità privata. Quali politiche? è un tema molto delicato e, proprio per questo, abbiamo voluto avere degli ospiti importanti, scelti accuratamente perché vogliamo costruire con loro, come Spi Lombardia, un'interlocuzione che duri nel tempo considerato che siamo interessati non solo a fare la fotografia dell'esistente, ma a cercare anche di capire quali sono le strade migliori che possiamo intraprendere per difendere gli anziani.

Siamo partiti dagli anziani lombardi, ma è evidente che per noi questo è un tema che riguarda tutto il Paese.

Abbiamo con noi oggi il professor Francesco Montemurro, il ricercatore che ha curato questa indagine e ce ne illustrerà i risultati, il dottor Renato Cerioli dell'Aiop, il professor Mario Del Vecchio, presidente dell'Osservatorio dei consumi privati in sanità dell'Università Bocconi, il dottor Angelo Capelli, consigliere regionale NCD e anche uno degli attori principali della riforma socio-sanitaria Lombardia, la senatrice Nerina Dirindin della Commissione Igiene e sanità del Senato e docente dell'Università di Torino, il dottor Graziano Pirrotta, presidente del Dipartimento Welfare Anci Lombardia, Melissa Oliviero della segreteria Cgil Lombardia, Alessandro Alferi, consigliere regionale



del Partito Democratico, la dottoressa Valentina Ghetti, vicedirettore di Lombardia sociale e il nostro segretario generale Stefano Landini, che concluderà la giornata di oggi.

Il titolo del nostro incontro è un po' sensazionalistico proprio perché ha l'obiettivo di provocare la discussione su un tema molto delicato: rendere evidente quali siano oggi i problemi che gli an-

ziani lombardi incontrano per ottenere dalla sanità risposte ai loro problemi di salute. Parliamo dell'anziano come soggetto di una fragilità naturale conseguenza dell'invecchiamento.

Premettiamo che al risultato di questo lavoro di ricerca hanno contribuito anche gli sportelli sociali dello Spi Cgil, sportelli istituiti per rendere fruibili attraverso l'aiuto offerto dai volontari che li animano i diritti. Sono stati, infatti, i nostri volontari a raccogliere e compilare i questionari loro affidati, un lavoro fatto, come si suol dire, in frontiera, elemento che ha arricchito ulteriormente i risultati.

A loro, a nome dello Spi Lombardia, un particolare ringraziamento.

Il 5 agosto in Lombardia è stata approvata la tanto attesa e necessaria riforma socio-sanitaria lombarda e oggi sono qui con noi ospiti importanti e competenti e anche consiglieri di maggioranza e minoranza, che si sono confrontati

sui contenuti della legge, da cui ci aspettiamo considerazioni sul come questa nuova legge possa ottemperare a uno dei suoi compiti: risolvere le problematiche del mondo degli anziani. Come sindacato confederale abbiamo partecipato ai tavoli di confronto sul merito del Disegno di legge prima poi diventato Legge, tavoli voluti dal presidente della Regione che ha, così, riconosciuto al sindacato confederale il suo essere rappresentanza generale e la sua vocazione a contribuire allo sviluppo della Regione con proprie proposte.

Dopo il confronto abbiamo siglato con il presidente Maroni un accordo sui principi generali della Legge; un'intesa sulla diminuzione delle rette della Rsa a favore delle famiglie, la cancellazione dei super ticket e un impegno all'attivazione di sostegno alle persone attraverso la creazione di un welfare anche su base mutualistica. Siamo in attesa che il presidente onori l'intesa sindacale. Abbiamo tenuto sufficientemente conto dei tempi del bilancio regionale, ma ora serve passare dagli impegni alla loro realizzazione.

Costo delle rette e ticket pesano notevolmente sulla spesa privata degli anziani. Il tema dell'invecchiamento e della cronicità impone a tutti l'obbligo di ridisegnare un sistema pubblico che, assieme al privato convenzionato, sia sempre più efficiente e di qualità. Si dice che la sanità costi e, oggi più di ieri, è un obbligo per tutti evitare sprechi. Serve combattere l'illegalità e l'inappropriatezza. Serve favorire l'integrazione fra i vari livelli istituzionali nell'ottica di favorire una sanità che, sempre più, si prenda cura della persona e della sua fragilità.

Detta così chi potrebbe non essere d'accordo? Eppure gli italiani, e tra questi gli anziani, sono in fuga dal Servizio sanitario nazionale spesso perché costretti, altre volte per scelta. Le cause sono i ticket alti e i tempi di attesa troppo lunghi. Questo produce il fatto che le persone, oltre dodici milioni di italiani, si spostino verso la sanità privata per una spesa di trenta miliardi all'anno. Una cifra considerevole. Ecco che la *spesa di tasca propria* diventa una spesa ingente, ma ciò che più ci preoccupa, come sindacato degli anziani, è che l'applicazione del ticket di fatto esclude sempre più le fasce economicamente più deboli della popolazione dall'accesso alle prestazioni sanita-

rie, in particolare per la specialistica e la diagnostica. Questa spesa sanitaria privata negli ultimi sei anni è cresciuta del 3%.

La domanda è: il pubblico come risponde al superamento delle liste d'attesa? Il 61% degli italiani (tra questi gli anziani) ricorre al privato per due ragioni: liste d'attesa troppo lunghe e una politica delle tariffe del privato ormai concorrenziali con il pubblico.

Ma il vero problema è che tre milioni di italiani dal 2014 hanno avuto problemi economici a causa della spesa sanitaria mentre due milioni e mezzo hanno rinunciato a visite, analisi e cure odontoiatriche.

Un milione di persone sono soggette a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali. Pensiamo ai non autosufficienti. Il tema delle pesanti rette nelle Rsa, soprattutto in Lombardia dove il sistema è fortemente radicato, è diventato per la famiglia e per i Comuni un evento catastrofico.

Attraverso i dati contenuti nella ricerca vedremo come spesso per certe fasce di anziani e per le loro famiglie la spesa sanitaria *di tasca propria* sia uno dei principali fattori di impoverimento. Proprio per questo la famiglia è il punto nodale ma anche di caduta del sistema.

Come sapete gli anziani contribuiscono in modo significativo con le loro pensioni al bilancio quotidiano della famiglia di figli e nipoti, soprattutto se conviventi. Non solo, in generale conviventi o no contribuiscono alle spese straordinarie come il mantenimento di un giovane della famiglia durante il periodo di studio universitario. Vi è di fatto una solidarietà intergenerazionale non convenzionale che sta diventando costosa per gli anziani e che spesso li porta a rinunciare a ciò di cui hanno bisogno loro stessi pur di aiutare i famigliari in difficoltà. Ecco allora che la troppa compartecipazione alla spesa convenzionale e non degli anziani, accompagnata da una indebolita crescita delle rivalutazioni pensionistiche di questi anni ha di fatto affievolito quel pilastro fondamentale della nostra società rappresentata dagli anziani. Con loro si affievolisce un pezzo del sistema di welfare non convenzionale del nostro sistema.

Ecco perché riteniamo importante la riforma socio-sanitaria lombarda a cui affidiamo il com-

pito di intervenire per correggere ciò che non è più adeguato ai mutamenti. Come sindacato chiediamo di poter contribuire con le nostre proposte a renderla più rispondente ai bisogni delle persone.

Nella nuova Legge si parla di prevenzione, di diagnosi precoci, di nuovi stili di vita, di integrazione, di un importante ruolo programmatico del pubblico, un pubblico che sappia favorire una concreta integrazione.

A nostro avviso serve un nuovo sistema socio-sanitario che coinvolga e faccia partecipi i medici di Medicina generale nel processo di declinazione e attuazione della riforma; i medici sono, infatti, una parte importante dell'integrazione tra ospedale e territorio e la riuscita o il parziale fallimento dipenderà anche da loro. Per quanto ci riguarda saremo attenti protagonisti dell'attuazione del percorso.

Alla ricerca che vi verrà presentata abbiamo affidato il compito di studiare la compartecipazione e i costi della sanità sopportata dagli anziani lombardi e più specificatamente quanto pesi il costo della sanità privata sui loro redditi. Il peso di questa compartecipazione sui redditi degli anziani, come vedremo dai risultati dell'indagine, ci spinge a fare proposte per nuove politiche correttive al sistema, proposte che rispondano al bisogno degli anziani principalmente con bassi redditi preoccupati per il loro futuro. Anziani che spesso incrociano eventi catastrofici a cui non sanno come far fronte e che vedono il sistema universalistico sempre più a rischio. Ecco perché servono politiche virtuose e urgenti che possano favorire processi di integrazione e di aiuto, che non facciano sentire esclusa e dimenticata dal sistema sanitario una parte non secondaria dei nostri anziani.

Veniamo alle proposte e anche alla conclusione della mia introduzione.

Cosa proponiamo al dibattito? Oltre alla ricerca già ricca di spunti, che non intendo antic-

“Va potenziata la rete delle cure intermedie mentre sul territorio bisogna favorire l’attivazione di ambulatori con apertura di almeno sedici ore continuative”

pare, facciamo proposte di politiche attive che potrebbero in parte risolvere le problematiche che incontrano gli anziani lombardi. Proposte non dissimili da quelle che potrebbero valere per tutti gli anziani italiani,

proposte relative a interventi che, se attuati dalla Regione, potrebbero ridurre i costi che i nostri anziani devono sostenere per la cura favorendo così la salvaguardia del loro reddito da pensione. Proponiamo di attivare sistemi di maggiore tracciabilità con la finalità di abbattere le liste d'attesa e garantire equità di accesso dei pazienti alle prestazioni, monitorando l'attività libero professionale intramoenia. L'idea di tracciare i tempi di attesa per visite ed esami, sia quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale sia quelle effettuate a pagamento intramoenia. Tutto questo per ridurre le disparità nei tempi di accesso.

Serve insistere per ridurre i ricoveri inappropriati. Chiediamo che vengano attivati i processi di vaccinazione tra la popolazione anziana impegnando i medici di Medicina generale a partecipare scrupolosamente a queste campagne. Va, inoltre, potenziata la rete delle cure intermedie mentre sul territorio bisogna favorire l'attivazione di ambulatori con apertura di almeno sedici ore continuative.

Serve una forte riduzione dei ticket di cui proponiamo la definitiva abolizione per le fasce di reddito più basse. Da subito dovrebbe essere cancellato il super ticket e lo stesso per i ticket che gravano sulle aree di macro attività ambulatoriale e per quelli collegati con i piccoli interventi chirurgici sempre a livello ambulatoriale.

Va, inoltre, completata la rete delle cure oncologiche. Proponiamo di attivare processi di medicina di iniziativa con la realizzazione della figura dell'infermiere di famiglia o case manager per la gestione delle patologie croniche nei percorsi di cura.

Inoltre la Regione potrebbe riservare una quo-



ta delle risorse stanziare per il socio-sanitario per interventi finalizzati a sostenere gli anziani a basso reddito nei momenti drammatici della loro vita, ad esempio in caso di malattie e spese sanitarie catastrofiche. Spese che possono trascinare le famiglie in condizioni di povertà assoluta.

Per le persone anziane colpite da gravi malattie, soprattutto quelle oncologiche, potrebbe essere assicurato a livello di Ats un servizio di assistenza psicologica alla persona e alla famiglia. Va garantita la gratuità del ricovero alle persone in coma o in stato vegetativo non per cause traumatiche.

I fondi europei potrebbero essere utilizzati per le politiche di prevenzione volte a evitare per esempio le cadute in casa o altri incidenti collegati con una situazione abitativa non adeguata agli anziani.

Si rende sempre più urgente un sostegno da parte del sistema per le cure odontoiatriche partendo dalla prevenzione che va preventivata e deve essere gratuita per le fasce di reddito più deboli. Vanno potenziati gli sportelli sulla fragilità e va attivata una politica della riduzione delle rette Rsa per le famiglie elevando la quota sanitaria a carico della Regione.

Insomma come vedete serve a nostro avviso una visione più complessiva e articolata della salute legata alla condizione degli anziani. Il *mondo anziani* ha bisogno di essere letto e interpretato nelle sue peculiarità e per questo riteniamo sia necessario costituire un tavolo regionale di confronto dedicato. Un tavolo dove analizzare le problematiche della sanità in tutti i loro aspetti, tenendo poi conto anche dell'esistenza per gli anziani di problematiche trasversali che impattano su di loro.

Proprio questo ci fa dire che più che parlare per segmenti che parlano degli anziani, oggi servirebbe parlare della condizione degli anziani nella sua globalità promuovendo politiche integrate che sappiano rispondere alla crescente complessità.

Come vedremo questo emerge in modo sfumato anche dalla ricerca e, a questo punto, do la parola a Francesco Montemurro dell'Ires Lucia Morosini. ■

IL PESO DELLA SPESA SANITARIA PRIVATA SUGLI ANZIANI

Francesco Montemurro *Ires Lucia Morosini*

Buongiorno a tutti, grazie allo Spi regionale della Lombardia per averci invitato a svolgere questa indagine. Essa costituisce un contributo al dibattito sulla sanità e sul sistema socio-sanitario Lombardia, con particolare attenzione ai seguenti interrogativi: in che modo gli anziani della Lombardia hanno intrapreso il cammino verso la sanità privata? Come i costi per la sanità privata incidono sui bilanci famigliari e sulle condizioni sociali? Quali sono le criticità e i momenti di maggiore fragilità e in che modo in questi momenti le persone anziane possono essere tutelate dal sistema di welfare?

I temi dell'indagine riguardano l'analisi istituzionale e il contesto regionale, i principali indicatori di interesse socio demografico, la struttura della domanda di servizi sanitari in Lombardia, le caratteristiche dell'offerta, la relazione domanda-offerta, le spese sanitarie delle famiglie a rischio socio-economico, le categorie più fragili, il rischio d'impovertimento e il caso degli anziani.

I dati statistici disponibili consentono di registrare gli effetti della crisi economica sulla struttura dei consumi delle famiglie. Considerando il periodo 2009-2013, la spesa delle famiglie lombarde è scesa da 2.918 euro a 2.774 euro, registrando però la crescita delle spese sanita-



rie (0,7 punti percentuali), per l'abitazione (+2,2 punti percentuali) e per alimenti e bevande (+0,5%). Nel 2014 l'incidenza della spesa per la sanità sui consumi a livello regionale è cresciuta fino al 4,6% (dati ISTAT), come effetto combinato dell'aumento dei bisogni sanitari e per la salute e della progressiva riduzione dell'offerta pubblica e convenzionata. .

Il dato più importante è che la differenza esistente tra il profilo di spesa di individui con scarse risorse economiche e gli individui in buone condizioni risulta piuttosto evidente, specie quando si tratta di persone anziane.

Secondo la letteratura prevalente, infatti, le condizioni di salute delle persone anziane di status sociale basso sono peggiori, dunque gli individui in cattive condizioni economiche sono in qualche modo obbligati a mantenere un alto profilo di spesa, specie quando presentano diverse patologie.

Abbiamo ricavato una stima del "peso" relativo alle spese sanitarie private sostenute dai pensionati lombardi per la fruizione di visite, accertamenti e analisi del sangue. Abbiamo preso in considerazione la categoria sociale più fragile elaborando i dati relativi ai circa 860.000 pensionati lombardi che percepiscono redditi da pensione inferiori ai 1.000 euro lordi al mese.

Di questi, 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. Abbiamo tentato 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. La stima 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. Tale valore non esclude comunque che le prestazioni fruite possano avere un costo molto superiore. Secondo i dati elaborati dall’Istat nel 2014, 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. Il rischio legato alle “spese catastrofiche” per quello che riguarda i soggetti più vulnerabili risulta una determinante-chiave nelle valutazioni circa l’equità del sistema sanitario italiano.

Per approfondire i rischi delle spese per la sanità in termini di disagio economico, l’Ires Morosini e lo Spi Cgil Lombardia hanno svolto un’indagine sul campo attraverso la raccolta di dati primari relativi alle spese sanitarie sostenute dai pensionati lombardi.

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 che vivono nelle province di Brescia, Milano, Monza e Brianza,

“L’incidenza delle spese sanitarie a costo intero può raggiungere fino al 20% del reddito medio annuo disponibile”

Como, Cremona, Lecco, Pavia, Sondrio e Varese. In tutto sono stati somministrati agli anziani un centinaio di questionari in forma di intervista semi-strutturata.

Il reddito medio appare in linea con le medie regionali e provinciali, e, al netto, si attesta intorno ai 1200 euro mensili. Il reddito medio dell’intero nucleo familiare si attesta invece attorno ai 1700 euro 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.

- 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 euro è molto elevata (20%), a testimonianza del fatto che per i pensionati lombardi la presenza di un coniuge con assegno previdenziale molto basso o di figli disoccupati o con un lavoro precario è un motivo di ulteriore vulnerabilità.

Negli ultimi 12 mesi, quasi un terzo dei dichiaranti (il 31%) ha usufruito di un numero di prestazioni sanitarie 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. 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.

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 (ticket, prestazioni convenzionate) 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 euro pro capite;
- L'incidenza di prestazioni inderogabili e dall'alto costo. Stando a quanto dichiarato in sede di intervista, la prestazione più costosa si attesta sui 374 euro.

Nonostante il peso economico che il ricorso alla sanità pubblica può comportare, solamente il 12% considera degli intervistati 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.

Interrogati in merito all'accesso alle prestazioni sanitarie tramite spesa privata, gli intervi-

stati 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.

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.



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 euro in media. Come prevedibile le prestazioni più onerose riguardano l'odontoiatria (4.277 euro in media), e i ricoveri per interventi chirurgici (3.900 euro in media). Seguono le visite ortopediche e la fisioterapia (760 euro) e le altre visite specialistiche (473 euro). Non sembra invece essere motivo di preoccupazione il peso delle prestazioni oculistiche (213 euro). 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).

Su questa situazione pesa naturalmente la progressiva riduzione dell'offerta pubblica. Basti pensare che in Italia, secondo i più recenti dati Istat, meno del 20% di famiglie con persone che hanno limitazioni funzionali fruisce di assistenza domiciliare, e nel 70% dei casi non si avvalgono di alcun aiuto a domicilio alcun aiuto a domicilio neppure a pagamento. Le recenti stime elaborate a livello nazionale sulla spesa out of pocket per la sanità (Ceis; Censis; Istat, Cergas Bocconi) ipotizzano che questa abbia raggiunto circa 30 miliardi di euro l'anno per le sole spese sanitarie, cui occorre aggiungere le risorse destinate ai problemi della non autosufficienza (circa 15-30 miliardi): una cifra superiore

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.

A seguito della crescita del privato, che spesso sostituisce il pubblico, inadempiente o in ritardo, il consumatore paga due volte per i suoi problemi di salute; la prima, attraverso le tasse, a vantaggio del sistema pubblico; la seconda, per garantirsi cure e/o esami nel privato. ■

SFRUTTARE IL PRIVATO COME RISORSA

Renato Cerioli *Responsabile della Commissione lavoro AIOP Lombardia
e membro dell'esecutivo regionale oltre che del Direttivo nazionale AIOP*

Ringrazio per l'invito a questo incontro dal titolo molto stimolante. Ho avuto in precedenza la ricerca che è stata presentata prima, che porta dei dati, a mio avviso, molto interessanti. Prima di tutto volevo presentare e spiegare cosa sia AIOP, dare qualche dato che magari non è noto, poi cercherò di fare qualche brevissima riflessione sul tema.

L'AIOP è l'Associazione dell'Ospedalità Privata formata in Lombardia da quarantasei strutture ospedaliere: ci sono tre Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, tre centri di riabilitazione e quattro Rsa. L'Associazione raggruppa aziende che hanno circa 8.600 posti letto e impiegano circa 21.500 addetti.

Cos'è il 'privato' in Lombardia? Il 'privato' da noi, tranne una componente che incide meno del 10%, svolge un servizio pubblico ed eroga in Lombardia circa il 40% delle prestazioni sanitarie, cura circa il 60% dei pazienti che vengono da altre regioni, rappresenta l'80% degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed infine, in base a dati che sono pubblici, costa meno del 20% rispetto agli erogatori di diritto pubblico, nonostante vengano curati nelle aziende di diritto privato pazienti mediamente più complessi.

Nella **slide 1** evidenzierò la colonna relativa al totale % spesa ospedaliera (sfondo colorato) e la



colonna relativa al ricovero % su totale (la terza). Questo dato mette in evidenza che dal '96 in avanti fino al 2015 l'incidenza della spesa per i ricoveri ospedalieri è andata progressivamente riducendosi.

Perché ho voluto mettere in evidenza questo dato? Perché uno dei difetti imputati (ingiustamente) al Servizio Sanitario della Regione Lombardia – più per la non

conoscenza dei dati reali – è che il nostro sistema è troppo 'ospedalecentrico'. Questa affermazione è in realtà molto discutibile, tant'è che l'incidenza della spesa per i ricoveri negli anni si è fortemente ridotta a vantaggio di altre attività, in particolare a favore del c.d. 'territorio' all'interno del quale vanno ricomprese le prestazioni di natura ambulatoriale.

Una seconda slide (**slide 2**) che ritengo opportuno evidenziare è quella che mostra il ruolo del privato accreditato nel Servizio Sanitario Regionale: basandoci sul parametro dei ricoveri, l'incidenza negli ultimi dieci anni è rimasta sostanzialmente costante. Il che vuol dire che il privato e il pubblico nella sanità della Lombardia hanno trovato una sorta di equilibrio: circa il 35-40% viene erogato dal privato accreditato e circa il 65-60% è svolto dall'erogatore di diritto pubblico, un sostanziale equilibrio che dura da oltre 10 anni.

1 - FONDO SANITARIO REGIONALE RICOVERI-SPECIALISTICA-FUNZIONI NON TARIFFATE

anno	Finanz. ricovero	ricovero % su totale	finanz. specialistica ambulatoriale	spec.amb. % su totale	finanz. funzioni non tariffate	funz non tariff % su totale	totale spesa ospedaliere	totale % spesa ospedaliere	totale finanz.
2015	5302	29,61%	2200	12,28%	897	5,01%	8.399	46,90%	17.909
2014	5277	29,86%	2200,2	12,45%	897	5,07%	8.374	47,38%	17.675
2013	5231	30,07%	2179	12,53%	960	5,52%	8.370	48,12%	17.395
2012	5265	30,17%	2222	12,73%	576	3,30%	8.063	46,21%	17.450
2011	5457	31,75%	2105	12,25%	571	3,32%	8.133	47,32%	17.187
2010	5380	32,93%	2005	12,27%	556	3,40%	7.941	48,60%	16.340
2009	5150	32,09%	1845	11,50%	701	4,37%	7.696	47,95%	16.050
2008	5075	32,02%	1727	10,90%	689,3	4,35%	7.491	47,26%	15.851
2007	4939	32,49%	1516	9,97%	662	4,35%	7.117	46,81%	15.203
2006	4.871	34,63%	1.393	9,90%	615	4,37%	6.879	48,91%	14.066
2005	4.687	34,69%	1.323	9,79%	540	4,00%	6.550	48,48%	13.511
2004	4.470	35,56%	1.232	9,80%	540	4,30%	6.242	49,65%	12.571
2003	4.310	35,30%	1.165	9,54%	560	4,59%	6.035	49,42%	12.211
2002	4.210	34,54%	1.090	8,94%	470	3,86%	5.770	47,33%	12.190
2001	4.209	36,27%	981	8,46%	449	3,87%	5.640	48,60%	11.605
2001	4.209	38,81%	981	9,05%	449	4,14%	5.640	52,00%	10.846
2000	4.065	38,80%	930	8,87%	310	2,96%	5.304	50,63%	10.475
2000	4.065	41,50%	930	9,49%	310	3,16%	5.304	54,16%	9.794
1999	3.982	41,68%	852	8,92%	300	3,14%	5.134	53,74%	9.554
1998	3.623	43,29%	723	8,64%	238	2,84%	4.584	54,77%	8.369
1997	3.520	45,28%	671	8,64%	155	1,99%	4.346	55,91%	7.773
1996	3.641	49,46%	694	9,42%	168	2,28%	4.502	61,17%	7.361

Fonte dati: delibere regionali su regole di finanziamento annuali

2 - RICOVERI

	ricovero ordinario / 0-1 Die / Day Hospital *				totale ricovero
	privato	privato % su tot ric	pubblico	pubblico % su tot ricov	
2013	2.013.180.016	37,44%	3.363.614.807	62,56%	5.376.794.823
2012	1.986.170.485	36,74%	3.419.222.951	63,26%	5.405.393.436
2011	2.074.302.140	36,61%	3.591.584.887	63,39%	5.665.887.027
2010	2.055.543.973	36,11%	3.636.174.696	63,89%	5.691.718.669
2009	2.016.116.463	35,92%	3.596.101.068	64,08%	5.612.217.531
2008	1.950.961.824	35,59%	3.531.113.111	64,41%	5.482.074.935
2007	1.919.513.652	35,79%	3.443.616.027	64,21%	5.363.129.679
2006	1.889.266.564	35,60%	3.417.597.090	64,40%	5.306.863.654
2005	1.816.941.658	35,01%	3.373.189.828	64,99%	5.190.131.486
2004	1.714.260.365	34,03%	3.322.813.562	65,97%	5.037.073.927
2003	1.623.334.394	32,91%	3.309.309.779	67,09%	4.932.644.173
2002	1.660.118.250	33,72%	3.263.736.621	66,28%	4.923.854.871
2001	1.541.878.966	31,86%	3.297.243.159	68,14%	4.839.122.125
2000	1.388.442.117	30,50%	3.164.276.638	69,50%	4.552.718.755
1999	1.263.839.225	28,85%	3.116.619.202	71,15%	4.380.458.427
1998	1.202.944.021	27,37%	3.192.310.463	72,63%	4.395.254.484
1997	1.068.237.560	25,59%	3.106.487.144	74,41%	4.174.724.704
1996	886.988.448	23,12%	2.949.617.180	76,88%	3.836.605.628

Fonte: * dati ricovero: pubblicazioni annuali "Ricoveri in Lombardia" (Regione Lombardia).

Si è parlato molto in questi giorni di una spesa privata di circa 30 miliardi di Euro.

Cerchiamo di specificare meglio: la spesa sanitaria in Italia si compone di un valore di 110 miliardi di euro di spesa relativa al nostro Sistema Sanitario Nazionale e di circa 30 miliardi di euro di spesa privata dei cittadini, la spesa cosiddetta 'out of pocket', cioè la spesa che, negli ospedali pubblici, negli ospedali privati, nei poliambulatori, negli studi medici, viene pagata dalla persona direttamente o attraverso la sottoscrizione di una polizza sanitaria o aderendo ad una Mutua/Cassa.

Il privato in Lombardia, il cosiddetto privato convenzionato, è rappresentato da erogatori che al 90% erogano un servizio pubblico e che si dividono in aziende ospedaliere for profit e non for profit.

La **slide 1** mette in evidenza il valore delle 'funzioni non tariffate' che hanno generato molto dibattito negli ultimi anni.

Proviamo a sintetizzare di cosa si tratta.

Il sistema di remunerazione degli ospedali in regione Lombardia, almeno teoricamente, funziona con una logica prestazionale per circa l'80% della spesa complessiva, cioè vengono pagate le

prestazioni di ricovero ed ambulatoriali erogate effettivamente, mentre circa il 20% del Fondo complessivo è riservato a delle 'funzioni' svolte da alcuni erogatori. A titolo di esempio e semplificando la funzione dell'emergenza è pagata agli operatori dotati di PS, DEA o EAS legando la remunerazione principalmente ai costi standard che il livello di emergenza comporta superando la logica prestazionale. Le funzioni non tariffate vengono percepite per circa l'80% dalle aziende ospedaliere pubbliche e per circa il 20% dal privato accreditato.

Non entro nel merito della riforma sanitaria, credo ne parlerà approfonditamente il Consigliere Angelo Capelli. Mi preme evidenziare che la normativa approvata vada nella giusta direzione perché legittima l'idea che la componente privata sia una risorsa del Sistema Sanitario Pubblico. Le normative definiscono il perimetro all'interno del quale il privato può misurarsi, e più si amplia questo perimetro e maggiore è la possibilità che il privato concorra positivamente al miglioramento del Servizio Sanitario Regionale. Questa lezione è facilmente dimostrabile guardando cosa è successo nelle varie regioni.

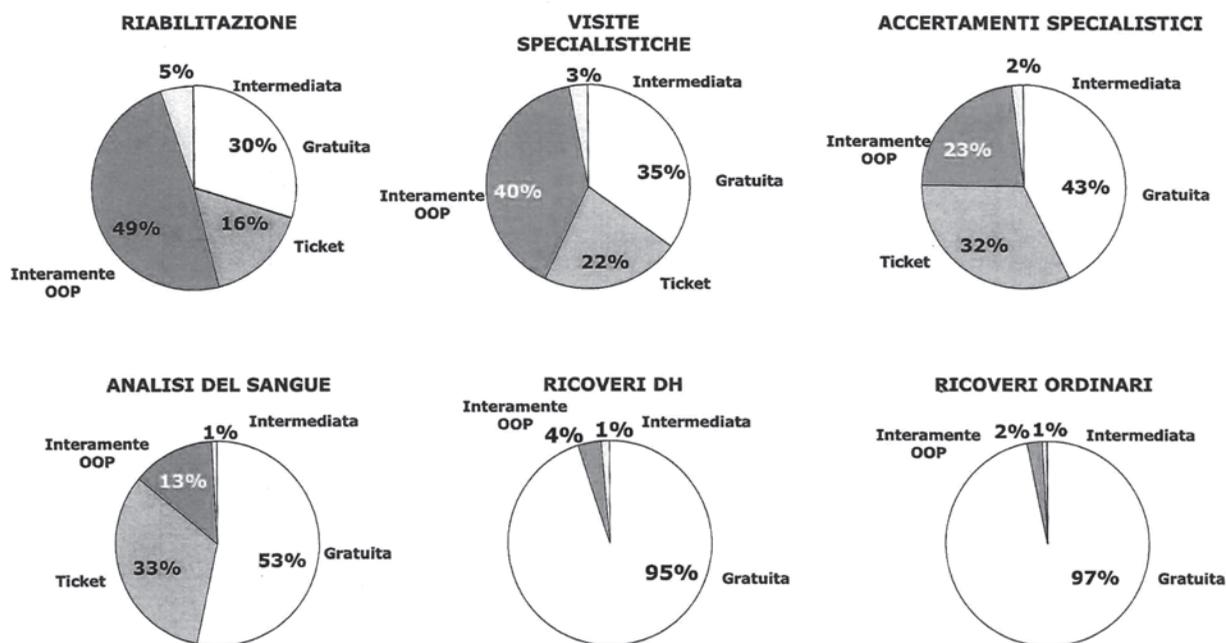
Qual è stata la vera peculiarità, a mio avviso, dell'impatto della riforma sanitaria degli anni ottanta in Regione Lombardia? Sicuramente l'aver permesso al privato di potersi confrontare su diversi livelli assistenziali e in diversi settori: l'alta specialità, la riabilitazione, l'emergenza-urgenza, la ricerca, le attività ambulatoriali, le attività domiciliari etc...

Abbiamo in Regione Lombardia, un privato unico rispetto a quello presente in altre regioni, anche perché evidentemente i vincoli che si sono consolidati in altre regioni non hanno permesso al privato di confrontarsi ed investire così come è avvenuto da noi. Tra l'altro nei sistemi dove è cresciuto il livello del privato abbiamo anche avuto, parallelamente, un deciso miglioramento della componente pubblica (per esempio con l'aumento del case-mix e con la riduzione delle liste di attesa).

Noi, in questa regione, abbiamo potuto beneficiare di un grande sistema sanitario che si regge su due componenti di valore:



3 - MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE, % (2013)



Fonte: Elaborazione OPCS-SDA Bocconi su ISTAT («Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari», 2014)

le aziende di diritto pubblico e le aziende di diritto privato.

Lo stimolo di questa riforma deriva anche dall'enfasi posta sulla presa in cura della persona e del suo percorso di cura dentro le mura di un ospedale e al di fuori di esse, e all'attenzione posta al problema della cronicità.

È un'ulteriore sfida che può essere lanciata al privato. Già oggi abbiamo molte aziende ospedaliere che si occupano di assistenza domiciliare integrata, di cura domiciliare e di hospice. Credo che l'obiettivo della nuova normativa – che mira a coordinare il sociale e il sanitario nell'ambito di un unico Assessorato per cercare di dare qualcosa di integrato – sia di stimolo e sicuramente troverà la componente privata a disposizione per raccogliere le nuove sfide.

La **slide 3** si aggancia bene al tema di oggi.

Lavoriamo purtroppo su dati molto vecchi – lo diceva prima anche Montemurro, che presentava i dati riferendosi al 2012, ma siamo nel 2015 e stiamo per entrare nel 2016 e abbiamo tutti noi la percezione di quanto sia cambiato negli ultimi tre anni, è cambiato il mondo.

Questi dati sono stati presentati in Bocconi,

poco tempo fa, e sono relativi a un confronto internazionale sulla 'rinuncia alle cure dei cittadini' e si vede che l'Italia (il dato ha un trend crescente) è una delle nazioni che ha avuto più problemi in tal senso. La crisi economica ha inciso pesantemente sulla spesa sanitaria delle nostre famiglie e si è visto che la nostra nazione è una di quelle dove maggiore è stata la rinuncia alle prestazioni di cura.

Senza entrare troppo nel dettaglio, si vede inoltre che in Lombardia e, in generale in Italia, i ricoveri ordinari sono totalmente a carico del servizio sanitario mentre per le prestazioni ambulatoriali c'è una parte, i 'ticket' per chi non è esente, che è posta a carico del paziente.

Permettetemi di fare una riflessione.

Uno dei dati che veniva messo in evidenza prima dalla ricerca è che, in particolare con la crisi, la fragilità viene pagata maggiormente dalle famiglie meno abbienti.

Qual è l'unico invito che mi sento di fare in base alla mia esperienza? È un invito a concentrarci sulla difesa del sistema sanitario pubblico. Questa è la riflessione che adesso cercherò di declinare.



Lo dico anche alla luce della mia precedente esperienza come Past President di Confindustria Monza e Brianza. Confindustria nasce per rappresentare soprattutto le aziende del manifatturiero ed il ruolo delle aziende private della sanità è un po' meno sentito, e questo non mi ha favorito nel confronto associativo.

È qualche anno che si sente dire che la sanità è in crisi e che il suo futuro debba passare necessariamente attraverso lo sviluppo di fondi assicurativi o mutue assicuratrici, che occorra quindi puntare sul secondo pilastro.

Io sono preoccupato per questo, perché c'è il rischio di minare alcuni dei principi del nostro sistema sanitario che sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Universalità vuol dire che il servizio sanitario è rivolto a tutti, uguaglianza che i cittadini devono accedere alle prestazioni del Ssn senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche ed equità, in sintesi, che la cura deve essere la stessa a parità di bisogno.

Puntare sul secondo pilastro incontra due problemi: il primo è il costo. Se faccio riferimento ad una Cassa/Mutua qualcuno la deve pur pagare, o il datore di lavoro o il lavoratore. E a fron-

te di questo costo aggiuntivo siamo sicuri che poi c'è dietro un risparmio nel servizio sanitario pubblico?

Qual è invece la stranezza italiana della spesa privata? Non è tanto nella dimensione, i 30 miliardi di euro, in proporzione sono in linea rispetto agli altri paesi più industrializzati, ma nel fatto che questa parte – contrariamente per esempio a quanto avviene in Francia o in altri paesi – è poco 'intermediata' dalle Casse/mutue assicuratrici.

Il problema è che se noi non difendiamo il servizio sanitario pubblico le famiglie in fragilità avranno più problemi.

Questo lo dico anche perché si rischia di dare l'illusione di un secondo pilastro che possa risolvere i problemi di una intera popolazione che noi cerchiamo di tutelare.

Non possiamo non renderci conto che su 60 milioni di abitanti in Italia, ci sono 22 milioni e mezzo di lavoratori di cui 17 dipendenti e una parte indipendenti e ci sono circa 16 milioni di pensionati.

Prendere atto della situazione reale vuol dire considerare che ci sono persone che sono lavoratori dipendenti, che hanno il lavoro e che potranno

aderire a un qualcosa che dà un servizio. E che a seconda del tipo di cassa/mutua avranno diritto ad un servizio più o meno completo. Ci sarà chi ha la Cassa più ricca e chi quella meno ricca. Ma chi non ha una cassa di riferimento sarà ancora di più esposto a condizioni di fragilità.

Questo per me è un rischio e bisogna stare attenti inoltre perché, noi abbiamo una fragilità nel sistema delle imprese e pensare di introdurre sistemi mutualistici/assicurativi senza prendere atto che la base della nostra imprenditoria è fatta da micro imprese, più sensibile alle dinamiche congiunturali – e la cui componente nel panorama industriale è la più alta d'Europa – significa sicuramente non valutare il rischio di un secondo pilastro sostitutivo del primo (SSN).

Io credo che il tema sia invece di difendere il nostro sistema sanitario pubblico.

Avvalersi di una prestazione privata deve essere una scelta del cittadino: 'io voglio essere operato da quel medico e scelgo di andarci privatamente oppure ... voglio un trattamento alberghiero di un certo tipo'. In questi casi il sistema sanitario pubblico non copre queste esigenze.

Il servizio pubblico garantisce che se si ha un bisogno di salute si ha diritto a ricevere la prestazione di cura nel rispetto di rigorosi parametri che sono alla base delle regole di accreditamento.

Mi preoccupa, invece, quando si accede al privato non per scelta ma per bisogno: nella ricerca veniva messo in evidenza il tema del 'io ricorro alla visita privata perché ci sono lunghe liste d'attesa'.

Un'ultima riflessione prima di chiudere.

Bisogna stare attenti anche al tema del 'costo della prestazione' che non è solo il medico e l'assistenza sanitaria.

Il costo della prestazione risiede anche in altro, risiede nel fatto che alle volte devo prendere un mezzo pubblico e il mezzo pubblico lo devo pagare. Il fatto che alle volte il mezzo pubblico per raggiungere una data struttura sanitaria non c'è, anche perché si va verso una specializzazione degli ospedali per cercare di dare maggiore qualità. Magari devo prendere un taxi e poi devo pagare il parcheggio, oppure devo chiedere a un mio parente o un amico di accompagnarli. Poi mi trovo in ospedale e devo attendere mezz'ora per ricevere la prestazione,

magari un'ora perché c'è un po' di disfunzione nell'ospedale e allora la persona che mi accompagna perde una-due-tre ore di lavoro.

Queste sono sicuramente tematiche che dovrebbero far riflettere.

Una delle sfide che noi abbiamo per difendere le persone fragili è di investire sul sistema sanitario pubblico. Sfruttare la componente privata come una risorsa, e cercare di rendere sempre più efficiente la nostra rete sanitaria pubblica.

Grazie. ■

LA SANITÀ DEVE ESSERE PUBBLICA

Mario Del Vecchio *Presidente osservatorio dei consumi privati in sanità – SDA Bocconi*

Com'è stato detto io faccio parte dell'Osservatorio sui consumi privati in sanità che abbiamo costituito in Bocconi quattro anni fa. Voglio fare una premessa perché il tema dei consumi privati in sanità e l'accostamento Bocconi potrebbe ingenerare qualche preconcetto sul fatto di aver qui presente un iperliberista. Cosa che non è, nel senso che chi ci conosce sa che gli studiosi, i ricercatori che lavorano in Bocconi sui temi della sanità sono principalmente impegnati nell'analizzare il sistema pubblico, quindi dichiaro in anticipo che noi abbiamo una sorta di mantra che annunciamo sempre in premessa: "siamo sostanzialmente impegnati perché la sanità rimanga un ambito di scelte collettive, cioè debba essere pubblica". Inoltre – cosa che forse mi divide da chi mi ha preceduto e i cui motivi sono lunghi da spiegare in questo contesto – siamo altresì convinti che per poter continuare a rimanere un ambito di scelte collettive quell'ambito deve essere difeso da un robusto sistema di aziende pubbliche. Il che non vuol dire che non ci debbano essere contributi dal sistema dell'ospedalità privata che può esercitare anche avere un ruolo rilevante, vuol dire che, se viene a mancare il pilastro di un robusto sistema di aziende pubbliche, noi non riusciamo nemmeno a difendere la sanità come ambito di scelte collettive.



Proprio questa posizione ci ha portato a ragionare sul tema dei 33 miliardi di spesa di consumi privati in sanità, spesa alimentata da circuiti che non sono quelli supportati dai meccanismi di prelievo coattivo della ricchezza.

Qui dobbiamo parlare di spesa privata e di anziani.

Spesa privata e anziani è un tema importante per due motivi molto semplici: il primo, più immediato, è un

fatto noto e cioè via, via che l'età aumenta – lasciamo perdere la prima fase della vita delle persone dove si spende un po' di più – la spesa aumenta. È inevitabile. Questo ci fa anche capire che quello che stiamo cercando di fare tutti quanti è di migliorare la curva età/salute, cioè il fatto che a parità di età (per esempio 70 anni) le persone arrivino in migliore salute e quindi possono spendere di meno.

Tutti i sistemi sono impegnati a fare quest'operazione di spostamento: arrivare alla terza o quarta età in buona salute.

Rimane un problema che alcuni studiosi pongono: se questo poi diminuisce la spesa totale o l'aumenta, perché qualcuno dice che il grosso delle spese è fatto negli ultimi sei mesi di vita che si consuma e lì posso spostarla quando voglio ma, comunque, ci arrivo. Altri studiosi, paradossalmente, dicono che l'allungamento dell'età potrebbe in qualche maniera aiutarci a

diminuire quelle spese perché le spese nel periodo terminale dell'esistenza sono maggiori quanto più uno è giovane, poiché i sistemi impegnano più risorse in quella fase.

Questo è il primo ragionamento, un ragionamento di buonsenso; il secondo è un po' meno immediato e non concerne solo gli anziani ma è un tema di cui tenere conto. Cerco di metterlo in forma molto semplificata.

Quello che sta succedendo – ed è un problema che tutte le società hanno – è che il numero d'insieme delle cose potenzialmente utili per la salute delle persone sta aumentando a dismisura, quindi ci sono tante cose che noi possiamo fare o avere per consumare pubblico o privato, per tutelare la salute. Questo universo si sta espandendo per via dell'aumento delle opportunità scientifiche e tecnologiche.

Ora è evidente che i sistemi pubblici, cioè le tutele collettive, non possono dare tutto ciò che è efficace ma danno tutto ciò che è sufficientemente efficace per giustificare un intervento pubblico.

Faccio un esempio banale ma che forse rende l'idea: il pap test alle donne viene dato, superata una certa fascia di età, ogni due anni. Ora

è evidente che se una donna facesse una visita ginecologica o un pap test ogni sei mesi sarebbe forse meglio, ma non è sufficientemente utile, non raggiunge quei livelli di costi sociali.

Questo tema è quello che mette in discussione e interroga i sistemi sanitari perché in certi casi può essere anche pericoloso: i sistemi pubblici danno ciò che è il costo efficace e non ciò che è potenzialmente efficace.

Questo aumenta l'area dei consumi sanitari di cose che fanno potenzialmente bene, ma non fanno sufficientemente bene da poter giustificare il fatto che sia la società a farsene carico.

Per i nostri sistemi è evidente che questa è una sfida, era infatti più facile quarant'anni fa definire ciò che era pubblico da ciò che doveva essere privato. Era molto semplice allora definire ciò che faceva bene e ciò che invece non serviva a niente. In realtà quello che sta aumentando a dismisura è l'area grigia. Pensate soltanto a questo nuovo termine che si chiama *nutraceutica*, cioè l'esistenza di alimenti che fanno bene e che dobbiamo rimborsare noi. Questo tema è un tema importante.

Stiamo ragionando di queste cose perché il sistema pubblico, dopo venti anni di crescita dal



3 al 6%, dall'inizio della crisi ha stabilizzato la spesa. Questa è una buona notizia ed è una notizia di cui dobbiamo essere fieri perché siamo riusciti, dal 2009, a stabilizzare la spesa sanitaria. **E non è vero che la sanità in questo Paese dilapida delle risorse**, non è questo il problema. Trovo anche pericolosa questa idea che si sprechino le risorse e che sia semplicemente con lo snidare le inefficienze che si possa risolvere il problema. È evidente che nel sistema pubblico ci sono delle nefandezze che gridano vendetta così come ci sono delle sacche di inefficienza, ma immaginare che noi possiamo continuare a tenere bloccata la spesa, stabilizzandola, e allo stesso tempo possiamo stare dietro all'invecchiamento della popolazione, ai nuovi farmaci semplicemente utilizzando i tesoretti delle inefficienze è un'arma di distrazione di massa. Io non voglio sapere se il sistema italiano è primo secondo o terzo, ma diciamo che, come minimo, è non inferiore agli altri. Noi spendiamo significativamente meno degli altri quindi, se abbiamo tutta questa inefficienza, vuol dire che ci sono dei Superman che ci tengono a livello degli altri. Cosa che non mi sembra ragionevole, quindi combattiamo le inefficienze ma poniamoci il problema del futuro, di che sistema vogliamo avere fra dieci anni.

Faccio un esempio di questi giorni. Si sta aprendo il tema delle cinquemila assunzioni di medici ma, se io penso e guardo la platea rispetto a cosa avremo bisogno tra cinque o dieci anni, forse avremo bisogno di due infermieri specializzati e di più OS rispetto ai medici. Quindi – se vogliamo risolvere i problemi non solo di oggi, ma anche quelli che avremo fra dieci anni – se oggi assumiamo cinquemila medici e insieme non assumiamo diecimila infermieri e quindicimila OS, fra dieci anni ci ritroveremo a

dire che il rapporto medici-infermieri, OS in questo paese è peggiorato.

A fronte di questo c'è la stabilizzazione della spesa sanitaria delle famiglie. È rimasta abbastanza stabile

perché la relazione tra spesa pubblica e spesa privata è una relazione complicata. E nel momento della crisi economica dove noi dovevamo tirare il freno sulla spesa pubblica, abbiamo tirato anche il freno sulla spesa privata perché le persone spendono se hanno i soldi.

Questo per dire che noi dobbiamo provare a ragionare su tutto l'insieme della spesa, cioè sulle risorse di tutti i circuiti che la collettività italiana mette a disposizione del soddisfacimento di bisogni importanti come quello della sanità. Questo cosa dice? Dice di guardare i soldi che possono venire dal pubblico o dal privato, abbiamo 110-115 miliardi sul pubblico e ne abbiamo 30 sul privato, i bisogni possono essere soddisfatti dal sistema di offerta pubblica o privata.

Dobbiamo guardare al quadro nel suo complesso non perché voglio scegliere il privato, io voglio scegliere il pubblico ma devo tenere conto che il 20 e passa per cento trova una risposta su quell'altro pezzo.

Anche qui per dirla con una battuta è inconcepibile che in questo paese se l'*Esselunga* fa il sottocosto di alcuni prodotti deve mettere un cartello, mentre se io vado in un laboratorio di analisi il sottocosto non lo evidenziano. Ci, però, sono dei laboratori di analisi – parliamo di altre regioni – dove soprattutto agli anziani praticamente regalano le analisi perché quando poi vanno a ritirarle si sentono dire: “signora, guardi qua c'è un'ombra, abbiamo qui il cardiologo perché non va a farsi la visita?”.

Noi dobbiamo iniziare a tutelare il consumatore, è paradossale che non lo si faccia, perché non curiamo questo aspetto? Credo che sia anche il frutto di una cultura che guardava con una certa vergogna alla spesa sanitaria privata. Mi è capitato più di una volta che qualcuno mi dicesse: “professore, ma perché nella nostra regione si

spende così tanto in sanità privata?”. Ed è chiaro che quella domanda me la poneva chi si trovava all'opposizione non chi era parte del governo regionale, perché? Perché l'opinione

“Io voglio scegliere il pubblico ma devo tenere conto che il 20 e passa per cento trova una risposta su quell'altro pezzo”



corrente è che si spende tanto in sanità privata quando la sanità pubblica non funziona.

I dati della spesa sanitaria privata nelle regioni del nostro paese ci restituiscono l'idea che la spesa sanitaria privata c'è quando non funziona il sistema pubblico evidentemente questo solo concetto non sta in piedi perché la spesa sanitaria privata è una cosa molto più complessa .

Anche qui un ragionamento bisognerebbe aprirlo. La mia impressione è che, fermo restando il fatto che bisogna dare certi livelli, ci siano degli indizi che dicono che laddove funziona bene il sistema economico, laddove funziona bene il sistema pubblico, funziona bene anche il sistema privato e c'è una maggiore propensione delle persone a prendersi cura di se stessi e a investire parte del proprio reddito. Bisogna, dunque, smetterla con la semplificazione di questi ragionamenti che fanno a pugni con la realtà.

Si è mostrato molto bene nella relazione che ci sono fenomeni di consumo, bisognerà iniziare ad andarli a vedere, pezzo per pezzo, perché una cosa sono le analisi del sangue, una cosa sono le visite mediche e un'altra cosa ancora è la riabilitazione. In generale prendiamo e parliamo dei consumi privati dimenticando che metà è fatta

di prodotti, quando si parla di sanità privata uno dice: "oddio il cardiologo"... mentre metà è fatta di prodotti, che vuol dire farmaci, vuol dire integratori, vuol dire anche apparecchi per la pressione, vuol dire tante cose. L'altra metà è fatta di prestazioni, i cui due terzi grossomodo sono di odontoiatria, quindi dobbiamo anche sapere di che cosa stiamo parlando. Come minimo bisognerebbe separare l'odontoiatria, il tema dei farmaci e dei presidi rispetto al tema delle visite e delle prestazioni diagnostiche. Sono tre cose che rappresentano tre sottoinsiemi diversi e non possiamo pensare alla spesa privata come se stessimo parlando solo delle visite che, in realtà, sono una componente minoritaria.

Se andiamo a vedere gli over 65, a livello nazionale, la parte di out of pocket diminuisce perché aumenta la copertura del servizio sanitario nazionale. La spesa aumenta, ma aumentano anche i gradi di copertura. La riabilitazione per la popolazione complessiva è 49%, l'out of pocket per la parte over 65 diventa 41%; le visite specialistiche che sono il 40% pagato privatamente negli over 65 diventano il 30%, perché? Perché l'over 65 – se vogliamo fare una grande semplificazione – spende di più del resto della

popolazione e quel di più in parte è compensato dal fatto che viene tutelato meglio degli altri.

Facendo la distinzione beni e servizi possiamo illustrare un altro aspetto. Quando ragioniamo in termini di spesa sanitaria dovremmo ragionare come spesso fanno alcuni economisti di spesa pro-capite, ma poi bisognerebbe anche iniziare a ragionare sulle spese delle famiglie. I dati mostrano come una coppia con un figlio spenda tendenzialmente di più della coppia con tre figli, perché la coppia con tre figli ha dei vincoli di bilancio diversi. Bisogna, quindi, iniziare a ragionare sul tema delle famiglie.

Proviamo immaginare il carrello della spesa della famiglia italiana: cosa c'è dentro? Nel carrello della spesa della famiglia italiana c'è il 10% di alimentari, il 4% di calzature e abbigliamento, il 30% per l'abitazione e c'è il 3,7% per la spesa sanitaria e lo 0,9% per i tabacchi. Quindi, fatto 1 la spesa per tabacchi, spendiamo meno di 4 per la spesa sanitaria: forse spazio per consumi un po' più meritori dei tabacchi bisognerà pur trovarlo.

Chi paga quella spesa? Quella spesa viene pagata in parte dalle famiglie e in parte da fondi e assicurazioni.

Anche qui non sono del tutto d'accordo con l'oratore che mi ha preceduto e sarebbe interessante poi confrontarci, perché? Gli ultimi dati dicono che noi abbiamo dieci milioni di persone coperte da forme di assistenza integrativa. È un universo largo, un universo che pesa circa quattro miliardi. Quello che sta avvenendo là dentro è che sono sempre meno assicuratori e sempre più aggregatori di domanda. Che cosa vuol dire? Che se voi andate alla Coop – o da qualsiasi altra parte – e vi dicono: “qui c'è un'assicurazione sanitaria che pagate 200 Euro e così mettete nel carrello della spesa, insieme al quinto televisore, questa assicurazione in cui c'è scritto che vi offrono un mezzo check-up più tre ecografie”, è evidente che non state comprando un'assicurazione, ma state comprando il check-up e le tre ecografie.

Questa è una trasformazione che sta avvenendo nel mondo assicurativo dove fanno sempre di più gli aggregatori di domanda.

È evidente che la parte relativa al servizio sanitario nazionale rimane il pilastro fondamentale

di tutto ciò che noi dobbiamo preservare, ma dobbiamo sapere come integrare la parte relativa alla spesa fatta direttamente dalle famiglie, questo per non sprecare risorse e dobbiamo anche decidere – è un argomento difficile – chi deve fare quell'integrazione. Di fronte a qualunque anziano non più autosufficiente il pubblico dice: “lei ha bisogno due volte alla settimana di un infermiere”, ma molto spesso è evidente che ne ha bisogno quattro o di cinque. Questo avviene perché il Pai (Piano di assistenza individuale, ndr) viene fatto sulla disponibilità del pubblico non sui bisogni del malato. Ed è altrettanto chiaro, come è capitato nell'ultimo periodo di vita di mio padre, che trenta secondi dopo che il fisioterapista aveva messo piedi in casa ha chiaramente spiegato a mia madre che non c'era bisogno di tre volte ma di cinque volte e che lui, a 20 Euro, era disponibile a venire il giorno dopo. Il problema è chi chiude quel cerchio? Lo lasciamo chiudere al mercato e ai singoli o iniziamo a porci il problema di come lo chiudiamo noi? ■

Questo intervento non è stato rivisto dal relatore. Ci scusiamo, quindi, per le eventuali imperfezioni che possono essere riscontrate.

UNA FILIERA TERRITORIALE PER LE CURE

Angelo Capelli *Consigliere Ncd Regione Lombardia*

Vorrei toccare rapidamente alcuni temi che mi sembrano di grande attualità, soprattutto alla luce dei dati che avete illustrato. La Riforma è stata voluta perché ormai il bisogno era evidente e sotto gli occhi di tutti, come si può leggere in filigrana nel titolo stesso del convegno di oggi. Ma essa introduce un cambiamento che necessiterà di parecchi anni per entrare a regime e che non era più rimandabile.

Il nostro Sistema sanitario (l.r. 31/1997; t.u. 33/2009) nel quadro nazionale ed internazionale è certamente uno dei più capaci in termini di risposta e di organizzazione puntuale del servizio; è in grado cioè di offrire ai pazienti le risposte giuste, soprattutto a livello ospedaliero, rispetto alla domanda acuta. Tuttavia dalla creazione del “meccanismo” (l.r. 31/1997) sono passati quasi vent’anni e nel frattempo nella popolazione è aumentata la domanda cronica e “non acuta”, a fronte di una “macchina” concepita per innalzare il livello della filiera di produzione delle prestazioni dentro l’ospedale che, tipicamente, non è il posto corretto per offrire quelle cure.

Ciò ha provocato due conseguenze che oggi si fanno sentire particolarmente, soprattutto nelle persone più anziane: liste d’attesa ormai intollerabili e intasamento della domanda di prestazione acuta dentro gli ospedali, in particolare



nei pronto soccorso, accompagnati da una sostanziale assenza di assistenza territoriale. Una situazione che fa sentire la sensazione a chi esce dall’ospedale, dopo aver ricevuta la cura, di essere sostanzialmente abbandonato e che dà avvio alla ridda di telefonate al primario, alla caposala o al familiare per affrontare il “dopo”. E che contribuisce alla percezione di un’abbassamento nella

qualità del servizio.

E qui devo fare la prima precisazione rispetto ai dati che avete presentato: le risposte raccolte si rifanno – giustamente – non al livello tecnico-prestazionale ricevuto (in ospedale), ma all’impressione di scarsa qualità complessiva del Sistema, che non è in grado (dopo) di prendersi cura della persona. Ed è una percezione che non è certo colpa di chi la avverte, ma di chi (il Sistema) non crea il benessere atteso, e che si genera non solo con la cura in senso stretto, ma con tutta una serie di prestazioni che offrono nell’insieme la consapevolezza di essere stato assistito come desideravi.

La Riforma l.r. 23/2015 cerca di rispondere appunto a questa situazione e a questi quesiti facendo essenzialmente due scelte apparentemente contraddittorie, ma importanti, e assolutamente in linea con la storia del territorio lombardo.



Organizzare una filiera territoriale per le cure. È stato come trovarsi di fronte a un'equazione da risolvere che, come primo dato, aveva la parte più importante delle figure professionali impegnate in questo ambito ma che non rispondono al Sistema sanitario regionale: mi riferisco alle categorie dei Medici di medicina generale di libera scelta e a quella dei Medici di continuità assistenziale. E che come secondo dato aveva il territorio, la Lombardia, che è un luogo davvero originale in quanto capace di rispondere al bisogno quasi a prescindere dal Sistema. Una capacità che è cresciuta nel tempo, passando dalle case di riposo, così com'erano state pensate all'inizio, cioè come luoghi di residenzialità prevalentemente protetta, alle Rsa, che in alcuni contesti sono diventate addirittura dei semi ospedali. E a questo punto ripeto sempre il solito interrogativo: sapete qual'è la differenza tra un reparto di Geriatria e alcuni livelli di assistenza che vengono erogati in tante Rsa? Una sola: il costo letto che varia, là dai 700 ai 900 euro al giorno, mentre

qua con 160 euro ti danno tutto.

Il titolo che avete scelto al nostro incontro da questo punto di vista è già molto interessante perché dice "spingiamo verso i privati". Ma il privato come sapete non è uno solo; in Lombardia, come pure in altre regioni, ce ne sono di almeno tre categorie: profit, no-profit e privato sociale. Sono tutti erogatori, fanno cioè lo stesso mestiere, anche se mossi da finalità diverse. Ma dal punto di vista del Sistema sono tutti privati.

Negli ospedali cosa è successo infatti negli ultimi vent'anni? C'è stato un processo di strutturazione dell'offerta. La Lombardia è uno dei pochi posti al mondo in cui cioè non è un problema trovare dei centri di altissima specializzazione. Abbiamo quasi l'imbarazzo della scelta per individuare la clinica o l'ospedale pubblico che diano altissime prestazioni: operazioni al pancreas piuttosto che al polmone, trapianto di cuore piuttosto che di fegato sono ormai abbastanza all'ordine del giorno. Questi interventi però corrispondono a meno del 30 per cento della spesa sanitaria

che è di 19 miliardi, perché il 73 per cento invece dei costi è sui cronici. Quindi ho dei luoghi che mi danno prestazioni altissime ma che "consumano" poco rispetto al carico finanziario della spesa e che paradossalmente non riescono a rispondere alla più grossa parte della domanda. Dunque io Regione spendo di più perché il modello con cui erogo quel tipo di prestazioni – in ospedale – è inappropriato.

La "varietà" del privato dunque, quella differenza di cui parlavo prima, a me come Sistema serve. Oggi per esempio sul territorio, soprattutto in ambito socio-sanitario, ho tanti punti di offerta che coprono l'85 per cento della domanda di salute. E si tratta appunto prevalentemente di privati: profit – più piccoli in questo contesto –, no profit e sociale, che è il vero protagonista dell'offerta in questo settore.

Come facciamo a "spostare" queste osservazioni, questa nuova consapevolezza, questi dati a favore del cittadino? Visto che vogliamo che non sia il cittadino a seguire il Sistema, ma il Sistema a correre dietro al cittadino. Il percorso

di cura corretto, che abbiamo introdotto con la Riforma, è proprio questo, sennò diventa una petizione di principio, diventa teoria che serve solo agli studiosi.

Allora il modello che abbiamo scritto distingue in maniera nitida l'erogazione da programmazione, acquisto e controllo. Questo sostanzialmente vuole dire che oggi abbiamo completato il percorso iniziato con la l.r. 31/1997 e che ha portato al famoso scontro istituzionale tra il Ministero e la Regione che aveva "preso" un pezzo di prestazioni cosiddette "distrettuali", ovvero quelle specialistiche-ambulatoriali. I Distretti infatti ora, così come siete abituati a vederli, non esistono più, perché tutta la filiera prestazionale è stata messa in Azienda (Azienda per la tutela della salute – Ats) e quindi tutti sono diventati degli erogatori "puri". Cioè prima l'Asl erogava in maniera formalmente corretta dal punto di vista legislativo alcuni tipi di "prestazioni" che in effetti erano prestazioni di salute pubblica: non erano assistenza e non erano cura alla persona. Oggi invece tutta la filiera della cura l'abbiamo messa nell'Ats. Perché? Abbiamo creato un'unica regia e fatto in modo che Aziende ed erogatori – poi vedremo con quale livello d'integrazione – si organizzino per prendere in carico la gestione del cittadino offrendogli tutta una serie di prestazioni, da quando entra in ospedale, nella fase più acuta, a quando torna a casa, perché guarito o permangono dei postumi che lo possono trasformare in cronico. Abbiamo studiato un modello organizzativo che dia questa garanzia, nella consapevolezza che tutto è processabile: da chi fa le ciabatte a chi fa i missili nucleari, perché non esistono luoghi nei quali non possono essere processate le attività che erogano prestazioni.

L'altro obbligo che ci siamo dati, come Sistema, è quello di partire da ciò che c'è già sul territorio. È un principio straordinariamente importante e che si chiama: "sussidia-

rietà orizzontale". Cioè: io non devo costruire dei nuovi luoghi di erogazione o creare a tavolino dei nuovi modelli di offerta, devo invece osservare quello che esiste già. E come ricordavo prima, nell'ambito territoriale, oggi abbiamo una ricchezza straordinaria di soggetti privati che hanno una grande funzione sociale e che sono capaci meglio di altri, sicuramente più del pubblico, di rispondere a quei bisogni.

Vi faccio due esempi. Il primo: chi sa dove vivono gli ultranovantenni soli? Non certo le Asl, ma le associazioni di volontariato che vanno a prenderli in macchina la mattina per portarli dove hanno bisogno di essere portati. Questi dati il funzionario pubblico, soprattutto nelle realtà grandi, non li ha, quindi il Sistema li deve mettere in rete. Per questo ho dovuto pensare a un modello di governo che metta la lettura del bisogno nel luogo dove si fa programmazione, per trasformarlo in indicazioni e linee guida. Chi eroga infatti la prestazione deve farlo attraverso un modello organizzato, ma lo deve fare anche competendo sui livelli prestazionali sia in termini di qualità che di costo. Perché è vero che possiamo efficientare poco, ma vi assicuro che la Riforma tocca molto anche la spesa sociale. Oggi infatti il problema è che molti costi di natura sanitaria a bassissima intensità di cura stanno dentro quel 73 per cento di cui parlavo prima e che non sono neppure coperti dalla spesa sanitaria.

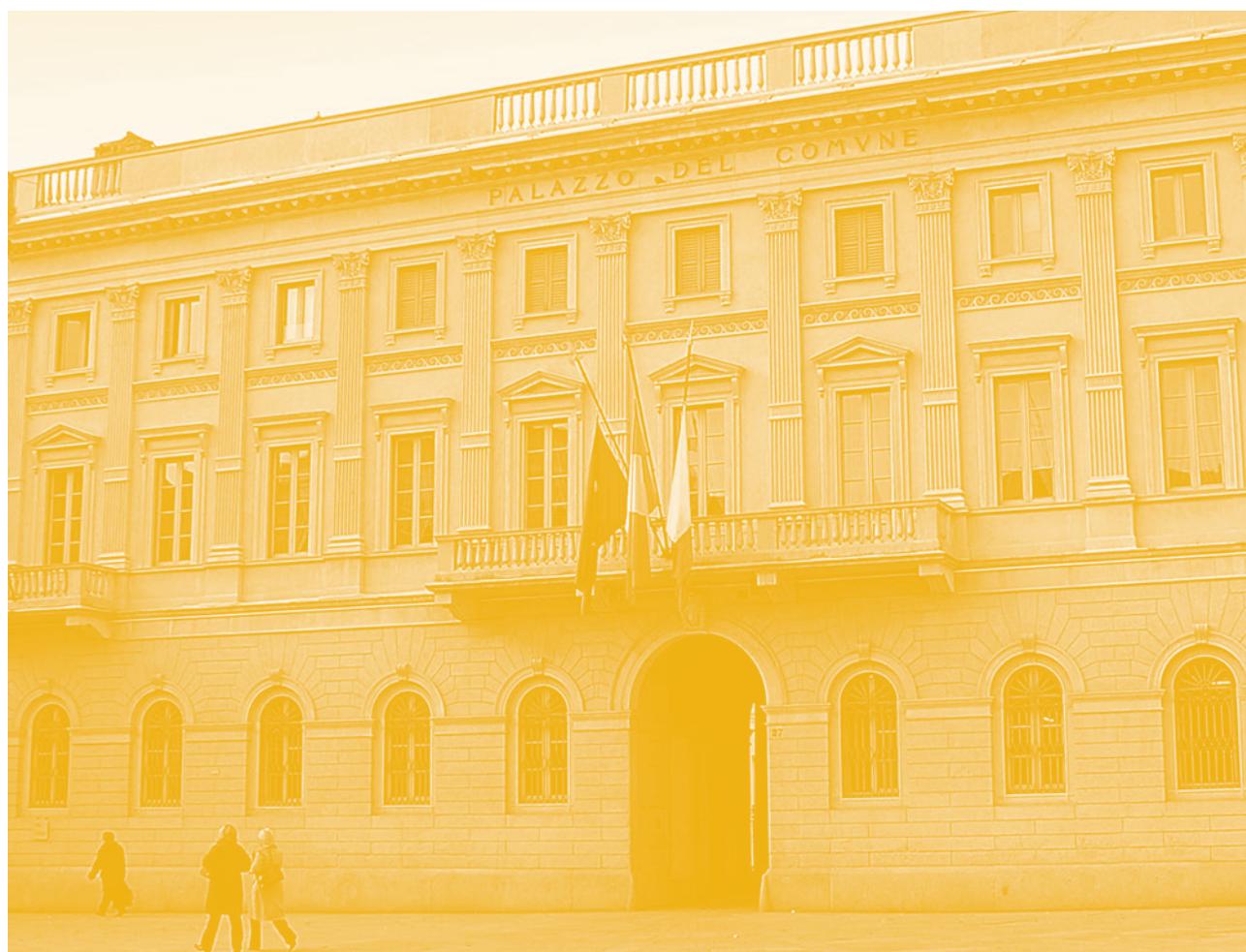
E vengo al secondo esempio: il centro diurno disabili è un posto dove una persona che ha una disabilità può rimanere per qualche ora e ricevere non solo assistenza ma anche prestazioni sanitarie, come semplicemente la pastiglia somministrata. Ma chi paga le ore dell'operatore

che non è magari, anzi certamente, un'assistente professionalizzato per erogare quella prestazione? Il fondo sanitario? Manco per niente! La pagano il fondo sociale e il fondo dei Comuni. Ecco perché allora serve

“Chi eroga la prestazione deve farlo attraverso un modello organizzativo e competendo sui livelli prestazionali sia in termini di qualità che di costo”

un luogo di governo, che sono poi le Aziende per la tutela della salute – Ats, per fare in modo che i due protagonisti della presa in carico – servizi sociale e socio-sanitario –, i due soggetti pubblici che ne hanno la titolarità – Comuni e Stato/Regioni nel caso organizzato –, i due fondi che erogano le risorse – sociale e sanitario –, siano messi nella condizione di rimanere separati, ciascuno per la sua parte, nell'esercizio della funzione e nella programmazione della presa in carico, ma abbiano un luogo istituzionale – un dipartimento nell'Ats – creato apposta e dove possano sedersi per progettare insieme, o meglio dove programmino anche il bisogno sociale in base alle domande raccolte. Perché ho fatto questa lunga precisazione? Ci si lamenta sempre perché il fondo sociale è basso, ma pochi sanno che i Comuni lombardi, al netto di alcuni costi – e sto approssimando per difetto – mettono mediamente ogni anno tra i 20 e i 30 euro pro-capite nei fondi di solidarietà che hanno costituito e che rappresentano uno

dei pilastri del welfare; il che moltiplicato per 10 milioni di abitanti dà una cifra imponente. I Comuni molto spesso litigano per avere dal fondo nazionale 20 milioni in più da aggiungere, e il luogo dove avviene la programmazione dei servizi sociali è normalmente il cosiddetto Piano di zona. Ma se vi prendete il gusto di andare a vedere come viene programmata la spesa in quei Piani di zona trovate semplicemente una righina. Questo cosa vuole dire? Significa che non c'è programmazione e che la domanda è stata "storicizzata". Dunque che ho costruito un modello che di fatto non legge più le richieste ma ha preconfezionato l'offerta. E ciò significa che: o non sono capace di fare ciò che faccio, ma non è vero perché viceversa c'è una grande sensibilità sull'argomento, oppure che ho dei bacini di livello di lettura del bisogno troppo piccoli che non creano quel volume minimo di analisi che mi permetterebbe di capire dove devo indirizzare le risorse per prendere in carico le richieste e collaborare col Sistema sa-



nitario per obbligarlo a farsi carico sul livello assistenziale di tutti i “pezzi” che sono di sua competenza. Nella l. r. 23/2015 pensate che abbiamo inserito l’articolo 24, che è addirittura interamente dedicato al volontariato. Questa è una sfida culturale enorme perché richiede allora che il mondo del Terzo settore mi dia dei ritorni veri, al di là anche dei dati statistici legati “in percentuale al Pil”. Perché, se la Lombardia produce il 30 per cento del Pil del Paese, è chiaro che se io misuro alcune spese percentuali sul Pil, il dato non corrisponde, nel senso che se qua produco cento e in Campania quaranta, ma qui dicono che io spendo il 3 per cento e là il 5 per cento, è chiaro che io spendo qui più che di là.

Questo però vuol dire anche che, quando mi metto al tavolo per ragionare sulla presa in carico e su chi sono i miei partner, il privato non devo guardarlo come un unicum, normalmente messo nella casellina di quello che fa profitto, perché una fondazione che ha nel suo scopo istituzionale quello di fare pagare il meno possibile la prestazione, è sì un privato ma fa un altro mestiere rispetto una spa. Quindi c’era bisogno di un Sistema che leggesse tutto questo stato delle cose per portare alla diminuzione progressiva della spesa possibile.

Così, sul livello organizzativo, come dicevo prima, se io ho un’offerta ospedaliera spesso utilizzata impropriamente per rispondere a un bisogno che non è prevalentemente acuto, vuol dire che lì ho uno spazio organizzativo per adattare i livelli d’intensità. Tant’è che nella Riforma parliamo di Aziende socio-sanitarie territoriali – Asst che sono quelle che si sono messe in pancia i livelli prestazionali. Non si chiamano più Aziende ospedaliere, ed è un modello che non corrisponde più al d.lgs 502/1992, tant’è che il Ministero ce l’ha autorizzato come forma sperimentale, ed è una scommessa che fanno anche loro con noi per vedere se funziona.

Oggi quanti ospedali abbiamo? È tutto indispensabile quello che abbiamo lì dentro? Ovvero i reparti di tutti gli ospedali vengono utilizzati con un numero di prestazioni che garantiscono la sicurezza? Ai cittadini intendo, non al Sistema? Infatti in certi contesti erogare all’anno un numero troppo basso di prestazioni

vuole dire fare rischiare la pelle a chi entra. Io ho fatto il sindaco e noi sindaci, tutte le volte che si parla di razionalizzazione, creiamo un problema volendo difendere l’esistente.

Ecco allora che tutto quello che ho descritto è come una grande sfida per permettere al Sistema di adattarsi al cambiamento che ho abbozzato e che in termini brutali ed economici è mostrato dalle cifre che ho indicato prima: 19 miliardi l’anno di spesa, col 73 per cento di questa a carico della cronicità e un’offerta bilanciata sulla parte più bassa della spesa. Come ho detto per un vero cambiamento occorreranno diversi anni affinché entri a regime, ma abbiamo deciso d’iniziarlo e quello che ho descritto seppure velocemente e per sommi capi è lo schema del lavoro della Riforma che come Regione ci siamo è impegnata a portare avanti. ■

PENSARE AL FUTURO ACCOMPAGNANDO IL CAMBIAMENTO

Alessandro Alfieri *Consigliere Pd Regione Lombardia*

Trovo il titolo molto stimolante e che permette di fare, rispetto al passato, una discussione meno ideologica e più pragmatica su questi temi.

Io voglio partire da alcuni dati più di scenario, è una riflessione che stiamo facendo anche dentro il gruppo del Partito Democratico sui profondi cambiamenti intervenuti nella società sul versante della demografia. Siamo stati il primo gruppo a presentare, in questa legislatura, un progetto di riforma socio-sanitaria e nel prepararlo, anche simbolicamente, siamo andati a vedere nel 1997 – data dell'ultima riforma sanitaria voluta da Formigoni – quali erano gli anni di aspettativa di vita e quali sono oggi: in diciassette anni per gli uomini sono aumentati di cinque anni e mezzo e per le donne di più di tre anni e mezzo. Basterebbe questo dato per dire che c'è la necessità di incidere pesantemente nelle politiche di welfare, di ripensarle complessivamente, di capire come questo impatti sulla finanza pubblica e quindi ci voglia una riflessione molto seria sul sistema di finanziamento.

Allo stesso tempo abbiamo avuto un notevole progresso medico-scientifico; si curano patologie che prima non era possibile curare, ci sono stati passi avanti nella ricerca farmaceutica proprio nel momento in cui il fondo sanitario



è aumentato tanto. Adesso che il grafico del fondo sanitario in qualche modo assume, invece, più le sembianze di una linea retta i bisogni sono esplosi. La presenza di cittadini extracomunitari è esplosa soprattutto nei paesi a forte pressione migratoria. Nell'81 erano diecimila i cittadini extracomunitari dai paesi a forte pressione migratoria, quindi togliamo europei, togliamo gli Stati

Uniti, il Canada e l'Australia, diventano poi centomila all'inizio degli anni '90, un milione e 135mila nel 2015.

La Lombardia è cambiata profondamente in termini di invecchiamento della popolazione e la politica se non vuole perdere la partita deve avere l'ambizione di provare a guidare o perlomeno accompagnare i fenomeni di cambiamento. Non l'ha fatto ed è abbastanza in ritardo. È un tema che pone una sfida alla politica non solo in termini di come noi andiamo ad allocare risorse ma anche etici rispetto a chi le rendiamo disponibili.

Contemporaneamente i cambiamenti che ci sono stati anche nel progresso scientifico e medico, nelle emergenze di nuove patologie e di nuove emergenze sociali, hanno portato a livello nazionale, ma non solo, a riflettere su nuovi layout.

Dopo tanto tempo nella Legge di stabilità dovrebbero essere inseriti circa 800 milioni in

più, e lì dentro c'è anche l'evoluzione degli stili di vita, c'è l'evoluzione di come ci si approccia a un tema delicatissimo come quello della maternità perché dentro c'è il tema dell'eterologa, c'è il tema dell'epidurale, c'è il tema della nuova protesica e quindi c'è anche un aggiornamento nei temi della riabilitazione.

Tutto questo vuol dire una richiesta di risorse in più e, come diceva Del Vecchio, c'è anche il tema dell'obsolescenza del nostro personale medico, della necessità di inserire nuove figure professionali.

Ce la facciamo solo con soldi pubblici? No, è complicato, è maledettamente complicato però allo stesso tempo se vogliamo mantenere un servizio pubblico all'altezza io condivido il fatto che serva un robusto e sano sistema di aziende pubbliche. Un sistema pubblico che possa funzionare. No, alla guerra ideologica che in passato abbiamo fatto, anche del nostro partito, su questa contrapposizione, diventata sterile, fra pubblico e privato però dobbiamo trovare nuove politiche, questo è evidente.

Faccio un esempio, io sono convinto che la Regione Lombardia abbia sbagliato quando ha

stanziato, per abbattere le liste d'attesa, dei soldi per le aziende non contrattualizzate. Io penso che quei soldi più opportunamente potevano essere messi dentro il sistema pubblico per permettere al personale di rimanere di più al lavoro, per allungare i tempi. Si sperava che con quella sperimentazione che è iniziata in Lombardia si potesse fare molto prima in maniera più estesa, per tenere aperte le strutture pubbliche per fare esami e fare diagnostica fino a tardi e anche per andare a saturare l'ottimizzo dei macchinari con investimenti tecnologici molto importanti anche dal punto di vista economico.

La seconda riflessione sul tema della cronicità e di come noi abbiamo questo dilemma nel momento in cui abbiamo l'esigenza di investire molto più in prevenzione. I dati esposti all'inizio dicono che la Lombardia è un po' indietro sul tema della prevenzione e, come gran parte delle nostre risorse, vada sulla cronicità e come vada ripensata anche qui la rete.

Io la vedo un po' diversamente da Angelo Capelli ma su questo ci siamo confrontati in Regione, abbiamo condiviso l'idea di integrare ospedali e territorio. Sicuramente c'è stato, in passato, anche una presa d'atto che c'era qualcosa che non funzionava nella Legge precedente.

Io vedo due limiti nella riforma: uno relativo al ruolo non chiaro dei medici di medicina generale che devono essere in partita. Certo ci sono delle contraddizioni, il legame al contratto a livello nazionale rende più difficile l'integrazione ma non si può pensare di garantire l'integrazione ospedale-territorio senza un protagonismo dei medici di medicina generale.

Diversamente da quanto diceva chi mi ha preceduto io sono un convinto sostenitore dei piani di zona e della programmazione a livello territoriale.

Noi abbiamo insegnato, con quella Legge voluta fortemente dal centrosinistra, a fare un pezzo di programmazione insieme ai Comuni. Guardate se letta solo guardando al passato posso capire il ragionamento che faceva Angelo, ma noi dobbiamo leggerla anche alla luce dell'innovazione istituzionale e portare avanti quella Legge Del Rio. Certamente pasticciata in alcuni campi ma dobbiamo avere



in mente come andiamo a costruire delle zone omogenee, come insegniamo ai Comuni a fare un pezzo di progettazione insieme, a mettere insieme alcune funzioni e servizi e alle Province chiedere di dare alcune funzioni a questi ambiti regionali.

In futuro io penso che quel luogo possa essere veramente il luogo della programmazione del welfare in senso lato, un luogo in cui hai dentro il sociale ma hai dentro anche un pezzo di formazione e di mercato del lavoro. È vero che il dramma dei soggetti fragili dei nostri territori lo conoscono probabilmente più le associazioni di volontariato ma abbiamo bisogno un luogo dove il pubblico stia dentro le Asl, dove le forze sociali, le associazioni di volontariato, i Comuni insieme si incontrano. E quel luogo sono i piani di zona dove un pezzo di progettazione è stata fatta e se le risorse sono così, qualche responsabilità ce l'ha anche la Regione Lombardia. Quindi il tema diventa anche come noi quel luogo lo facciamo diventare un luogo veramente di confronto, di monitoraggio dei bisogni delle esigenze dei soggetti fragili e di risposta. Penso che questo sia un pezzo fondamentale.

Basta quello? No, e arrivo al tema della sfida che poneva Del Vecchio nel suo intervento, di come facciamo a chiudere quel cerchio. È una sfida maledettamente complicata perché sulle analisi ci ritroviamo mentre sulle soluzioni è molto più complicato, tanto più che anche al nostro interno, all'interno del Partito Democratico, non c'è una visione complessiva. Qualcuno potrebbe fare una battuta come su tanti altri temi, però su questo penso che sia giusto anche dibattere, discutere perché adesso, rispetto al passato, c'è una consapevolezza maggiore. Il punto adesso, la sfida è trovare le soluzioni.

Sono convinto anch'io che non si possa pensare di affrontare questo tema pensando che si risolva con la spending review, recuperando qualche soldo e facendo un po' di efficienza.

“Possiamo riscoprire la dimensione della mutualità, che è anche quella che parte dai Comuni, dai territori che riscoprono uno spirito di comunità”

Questa è una sfida epocale come dicevo prima, i dati relativi all'aspettativa di vita, alla presenza di cittadini extracomunitari, al progresso scientifico pongono delle sfide enormi.

C'è il tema sicuramente della spending review che va fatta, c'è il tema della medicina difensiva e c'è il tema di come noi affrontiamo tutto ciò. Potrei citare la parte drammatica finale che interroga le famiglie quando affrontano i drammi di un familiare-paziente oncologico e di quanto costi nella fase finale, di quanto poi sia appropriato un determinato tipo di cura e di terapia. Stiamo parlando di farmaci che costano tantissimo. Ma non è solo qui che si affronta perché è tale e tanta la portata della sfida e delle richieste di nuovi bisogni che ci sono, che noi dobbiamo ripensare l'intero sistema.

Qual è la risposta? È l'apertura al mondo delle assicurazioni quindi verso il privato, un'assicurazione obbligatoria, ripensare complessivamente il sistema per cui non c'è solo il pubblico e il privato. In mezzo possiamo riscoprire una dimensione che era la dimensione che è stata un pezzo anche della nostra storia della mutualità, ad esempio. La mutualità non è solo quella che è utilizzata in alcuni accordi che voi andate a fare di welfare aziendale ma è anche una mutualità che parte dai Comuni, dai territori, che riscoprono uno spirito di comunità e ci sono delle esperienze interessanti in Lombardia.

C'è una Legge che valorizza la storia e le finalità culturali delle società di mutuo soccorso. Le finalità culturali non riprendono le finalità assistenziali. Un ragionamento serio su come noi proviamo a rilanciare anche il mutualismo in Lombardia e proviamo a sostenere delle esperienze che stanno nascendo sui territori, dove è certo

complicato se devo farlo da soli. Io penso che in una fase come questa di cambiamento profondo della società, chi fa politica deve avere l'ambizione di provare a pensare al futuro e di accompagnare il processo di cambiamento.



Una riflessione seria su questo punto io la colgo, ma ci dobbiamo interrogare su questo e vedo anche tutti i limiti nostri di chi fa politica se preso dall'emergenza di tutti i giorni e di risposte immediate e di chi fa fatica a pensare invece a temi più di scenario.

Ma questo è un tema fondamentale, tema fondamentale vuol dire parlare di una delle sfide più grandi rispetto a come rendere sostenibile un sistema che noi vorremmo mantenere universale, che permetta a chi appunto prende una pensione sotto i mille Euro di avere ancora accesso a una serie di servizi e di prestazioni in qualsiasi posto del nostro paese abiti. Altrimenti quello che abbiamo scritto nella Costituzione sul diritto ad avere determinate cure, diritto che deve essere garantito su tutto il territorio in maniera uguale, e la stessa richiesta al Governo di vigilare sui livelli essenziali di assistenza e sui livelli essenziali delle prestazioni rischia di diventare un farsa.

Oggi non è così perché sennò non si spiega perché dalla Sicilia e dalla Campania vengono a farsi curare negli ospedali dell'Emilia Romagna, del Veneto e della Lombardia. Quindi, una riflessione su questo tema è fondamentale per

chi come voi fa un lavoro sul territorio prezioso e importante e per chi, come noi dentro le istituzioni, poi deve prendere delle decisioni.

Non ci sono soluzioni definitive, non c'è la bacchetta magica ma che oggi questo dibattito si imponga grazie anche al lavoro che voi fate penso che sia molto importante. ■

OCCORRE PIÙ ATTENZIONE POLITICA, CULTURALE, CIVILE

Nerina Dirindin *Commissione Igiene e Sanità del Senato - docente UNI Torino*

Nel mio intervento, proverò a riprendere e sviluppare alcuni dei temi già sollevati da chi mi ha preceduto.

Parto da una affermazione di Mario Del Vecchio. Mario ha detto: “Anche se sono qui a parlare di spesa privata e anche se provengo da una Università privata, non sono liberista”. Analogamente, vorrei premettere che anche se farò delle affermazioni che

possono apparire conservatrici, perché volte a riprendere principi che sembrano non più di moda, non sono conservatrice. Sono progressista e proprio per questo ritengo che dobbiamo domandarci, anche a costo di sembrare poco moderni (cosa che di questi tempi sembra essere una delle colpe più gravi di cui ci si possa macchiare), se nell'affrontare alcuni temi non si debba ripartire dai fondamenti.

Alessandro Alfieri lo ha appena fatto citando la Costituzione e io lo faccio con riferimento ai principi che il nostro sistema di welfare si è dato e che le generazioni che ci hanno preceduto ci hanno lasciato in eredità. Un robusto sistema di welfare che mi ha consentito di andare a scuola e frequentare l'università, pur appartenendo a una famiglia modesta, e ha permesso alla mia famiglia di affrontare tanti problemi di salute senza alcuna preoccupazione economica.

Sono questioni sulle quali dobbiamo riprendere



a ragionare, perché il timore è che, in tempo di crisi e di debolezza del pensiero politico, le decisioni siano prese in modo estemporaneo, sulla base delle emergenze, senza una visione organica e strategica e quindi con il rischio di trovarci in futuro a dover affrontare grandi problemi sociali. È quanto abbiamo discusso anche nella Commissione Sanità del Senato, nell'ambito dell'indagine co-

noscitiva sulla sostenibilità del sistema sanitario. È proprio di questi giorni la domanda di quale situazione dovranno affrontare i nostri figli quando avranno l'età della pensione; analoghe domande potrebbero essere poste con riguardo alla salute: come potranno affrontare in futuro, e in particolare da anziani, le spese connesse ai problemi di salute? Personalmente vorrei lasciare ai miei figli un sistema che li tuteli, da anziani, così come io fino ad ora sono stata tutelata. In caso contrario, si compromettono le fondamenta della nostra società e si intaccano i principi alla base della coesione sociale. Per questo c'è bisogno di riprendere a parlare di principi e di valori.

Si tratta di principi largamente condivisi fra di noi, ma – torno a dire – oggi è sempre più importante riprenderli e riaffermarli, senza alcun timore di essere accusati di essere troppo ancorati al passato, di essere nostalgici. Alcuni

principi possono richiedere una revisione nel modo in cui possono essere declinati nel contesto attuale, altri possono richiedere una riflessione in termini di priorità rispetto ad altri meno consolidati, ma i principi alla base della nostra convivenza civile e sociale vanno confermati con forza.

Non possiamo permettere che, con la “scusa” della crisi economica, si smantelli il welfare. Come ha sostenuto Naomi Klein “quelli che si oppongono al *welfare state* non sprecano mai una buona crisi” per demolire un sistema. Ovviamente ciò che non funziona va superato, a partire dalle inefficienze e dalle opacità ancora presenti nel nostro sistema di welfare (e che incidono soprattutto sui più deboli) e ciò va fatto proprio perché lo richiedono i principi generali e non perché gli stessi siano da superare. Questo è quanto in questo momento mi sento di dire e credo di poterlo dire non solo a nome del gruppo PD della Commissione Sanità del Senato, ma anche dell’intera Commissione che ha condiviso all’unanimità l’esigenza di riaffermare i principi di solidarietà, universalità e globalità del Servizio sanitario nazionale. A tal fine dobbiamo creare alleanze, affrontando in modo serio e senza pregiudizi la questione del tipo di sistema che vogliamo lasciare in eredità ai nostri figli, distinguendo ciò che ha dimostrato di funzionare, e va quindi mantenuto, da ciò che ha mostrato di non funzionare e va quindi superato. Ma non possiamo aderire acriticamente alla tendenza a pensare che tutto vada cambiato; per molti aspetti il sistema italiano di tutela della salute è riconosciuto fra i migliori al mondo: rottamare un sistema all’avanguardia vuol dire peggiorare le tutele nei confronti dei cittadini.

Il primo principio fondamentale da recuperare nel dibattito politico è la *tutela della salute*.

Tutela della salute e non solo *tutela del consumatore di prestazioni sanitarie*, come talvolta si sente affermare. Innanzitutto perché le persone non sono solo consumatori. Il loro diritto alla tutela della salute va ben oltre il bisogno individuale di avere accesso ai servizi sanitari. Molti interventi di politica sanitaria non rispondono ad una domanda individuale ma ad un bisogno collettivo, il cui soddisfacimento ha ricadute importanti sulla salute di ogni persona anche

quando il singolo non assume la veste di consumatore diretto di un servizio (basta pensare alle attività di igiene pubblica e di prevenzione). Inoltre pare riduttiva la tendenza a prestare attenzione agli individui in quanto consumatori e non in quanto persone. Le persone hanno diritti e dignità anche quando non consumano. La tutela della salute è un obiettivo degno di essere perseguito non in quanto strumentale all’aumento dei consumi sanitari, ma in quanto in grado di migliorare il benessere dei singoli e della collettività.

Allo stesso modo è necessario domandarsi quando un aumento (soprattutto in alcuni ambiti) dei consumi di prestazioni sanitarie è funzionale al miglioramento della salute della popolazione. Il mercato di beni e servizi per la salute è molto aggressivo, in grado di promuovere il consumo di prestazioni anche in assenza di adeguate evidenze di efficacia, facendo leva sulle tante asimmetrie informative tipiche del settore; in tale contesto il consumatore va tutelato in quanto carente delle informazioni necessarie per fare scelte ottimali evitando di essere spinto a diventare un consumatore acritico e passivo.

Devo confessare che inorridisco quando sento parlare di marketing sanitario perché si tratta di un concetto che è in contraddizione – mi perdonino coloro che lo fanno in modo serio – con il principio della tutela della salute. Il problema non è vendere più farmaci, più check-up, più esami diagnostici, più RMN; il problema è vendere ciò che serve per tutelare la salute del cittadino: il primo problema è sempre la tutela della salute. Diverso sarebbe se avessimo come obiettivo la tutela del consumo, dove gli interessi dell’industria della salute potrebbero prevalere sugli interessi della popolazione. Si tratta di uno dei grandi dilemmi del nostro Paese: l’attenzione al contenimento della spesa sanitaria ha provocato, nel tempo, anche un contenimento del mercato delle prestazioni, ed è proprio per contrastare il minor sviluppo del fatturato dell’industria della salute (rispetto ad altri paesi, come Francia e Germania) che il mondo dei produttori propone iniziative che non sempre hanno come esclusivo interesse la tutela della salute.

Passiamo così al tema dell’inappropriatezza, di

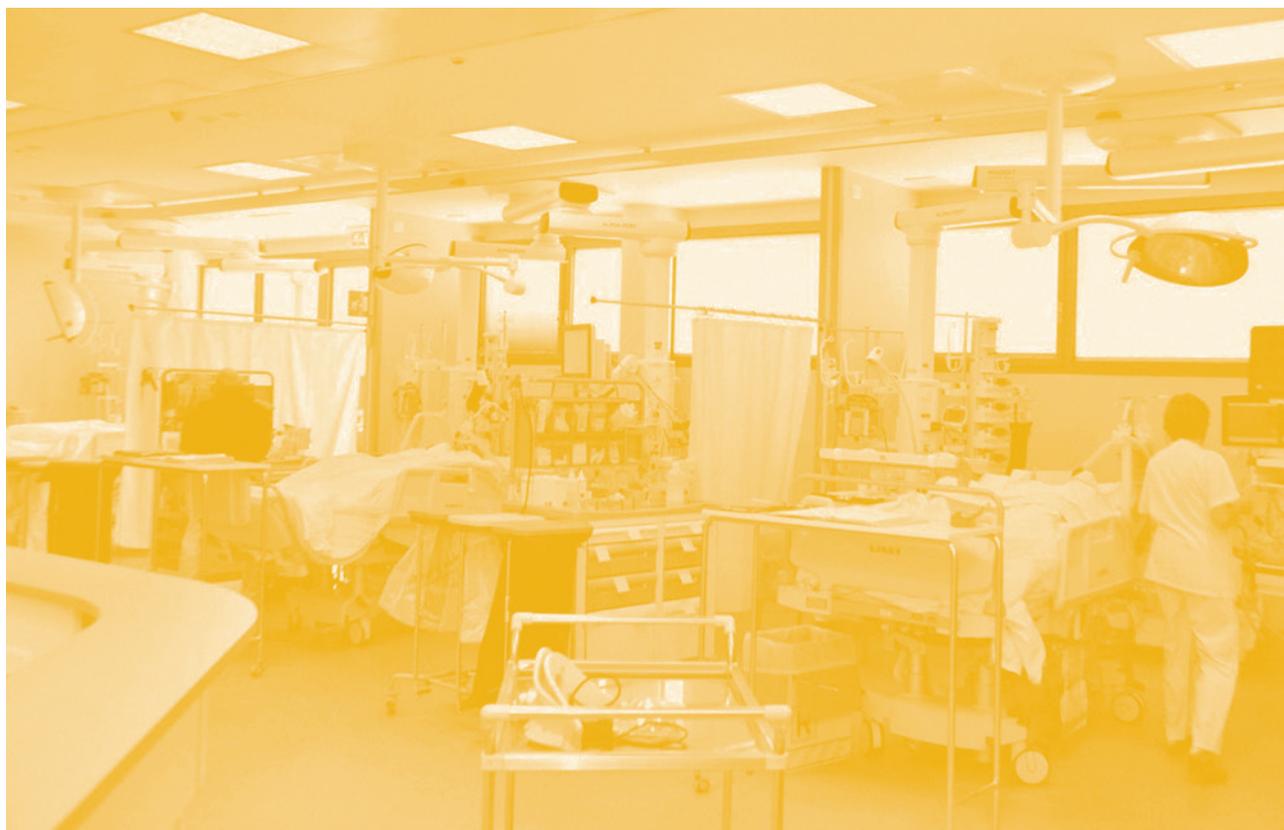
grande attualità. Presente nella normativa nazionale già dalla fine degli anni '90, il principio della appropriatezza è stato adottato da alcune Regioni che hanno lavorato per sostenere il cittadino contro il rischio di consumare prestazioni inutili o addirittura dannose, oltre che costose. Si pensi anche solo al danno di creare ansia, di suscitare nelle persone il timore di una grave malattia, danno che andrebbe evitato, salvo quando giustificato da una effettiva necessità di approfondimenti diagnostici.

Il principio dell'appropriatezza è alla base di un sistema pubblico di tutela della salute. Ma quando è adottato in modo inadeguato, ovvero calato dall'alto e senza una corretta informazione, rischia solo di ridurre le garanzie assicurate dalla sanità pubblica e di rinviare i cittadini alle prestazioni a pagamento. Ancora una volta è un problema di tutela della salute: se una prestazione è inappropriata (per lo specifico bisogno) lo è sia che sia erogata da una struttura pubblica sia che sia acquistata sul mercato privato. Su questo tema il recente decreto ministeriale presenta importanti debolezze: fa apparire il servizio sanitario nazionale una arcigna matrigna che nega i servizi ai propri assistiti e favorisce

il rinvio al mercato privato per le prescrizioni che il pubblico non eroga tempestivamente e/o gratuitamente.

Un secondo aspetto attiene ai conflitti di interesse: la tutela della salute richiede che il cittadino possa contare su un consiglio spassionato, su una prescrizione disinteressata. Nel settore sanitario il conflitto di interessi è invece una *condizione di rischio* molto diffusa, per ragioni per lo più indipendenti dal comportamento dei professionisti. La sua gestione richiede strumenti di prevenzione e di monitoraggio di cui il nostro Paese non si è ancora dotato in modo adeguato.

Un ulteriore principio da recuperare è il rispetto delle persone più vulnerabili. Fra queste, vi sono sicuramente gli anziani, i quali non possono essere considerati un problema o un costo. È una questione culturale. Come ha detto Papa Francesco gli anziani, i malati o le persone con disabilità non possono essere considerati degli "scarti". Rabbrivisco al pensiero che il nostro Paese rischi di andare nella direzione di considerare gli anziani un peso. Gli anziani sono una risorsa, la memoria della nostra storia, i custodi di esperienze e vissuti che non possono certo es-



sere dimenticati. Un Paese che invecchia è un Paese che riesce ad evitare le morti precoci, che riesce a curare le malattie che un tempo portavano alla morte in età giovanile. Ciò implica, naturalmente, l'adozione di politiche capaci di affrontare i bisogni delle persone più anziane, con risorse e strumenti adeguati. Ma non possiamo certo pensare che sia preferibile vivere in un paese in cui la popolazione non invecchia (cioè, muore da giovane!).

Quindi considerare gli anziani una risorsa, come fa l'Auser e tante altre organizzazioni. Recuperare il rispetto di tutte le persone, anche di quelle che non sono più produttive, e creare quella capacità di relazione che può dare sostegno ai più fragili all'interno di una comunità. Il terzo principio, molto importante, è quello della trasparenza, della legalità e dell'integrità del settore sanitario.

Anche una regione come la Lombardia ha sperimentato gravi casi di illegalità all'interno del settore sanitario. Casi che sono particolarmente odiosi perché ogni euro destinato a pagare tangenti è un euro sottratto a qualcuno che ha bisogno di ricevere assistenza. Come possono regioni così avanzate essere vittime della corruzione, essere incapaci di prevenire il malaffare, essere prive di campanelli d'allarme in grado di segnalare precocemente i rischi?

Molto spesso il settore sanitario viene guardato come un ambito che soffre in primo luogo di sprechi e di inefficienze, e che per questo ha bisogno di riorganizzazioni e di azioni riformatrici. In realtà il primo problema che dovrebbe essere affrontato è l'integrità del sistema. Il futuro della sanità dipende più dal rafforzamento dei principi di trasparenza e legalità che da interventi quali gli accorpamenti delle aziende, i nuovi modelli gestionali, le centralizzazioni degli acquisti, ecc.

Un altro tema di grande attualità è la sostenibilità economico finanziaria del servizio sanitario nazionale, soprattutto in tempi di grandi sacrifici imposti al settore.

Chi più di me conosce gli sforzi che la Commissione Sanità del Senato ha fatto in questa legislatura per far comprendere ai Governi – a tutti i ministri dell'economia e a tutti i ministri della salute – che le restrizioni imposte alla

sanità stanno rendendo sempre più difficile l'accesso ai servizi da parte dei cittadini. Purtroppo la situazione della finanza pubblica è pesante e le politiche per la salute non sono nella priorità dei Governi degli ultimi quindici anni. Ce lo dobbiamo dire con molta franchezza. Emilia De Biasi, presidente della Commissione Sanità afferma spesso con ironia che “dobbiamo starne nutire” per sentir pronunciare da un rappresentante del Governo la parola salute.

A fronte delle difficoltà della finanza pubblica, la tendenza è guardare ai fondi integrativi come alla soluzione del problema. Si tratta di un tema complesso e insidioso, sul quale mi permetto di fare qualche riflessione ma sul quale bisognerà fare un approfondimento, anche all'interno dell'indagine conoscitiva nella Commissione Sanità.

Il quesito è: esistono forme di finanziamento e di protezione dei rischi sanitari più economiche e più eque di quella che abbiamo attraverso il Ssn? Se i fondi integrativi sono più economici e più equi del Ssn (o di parte di esso) dobbiamo andare verso un loro potenziamento, senza pregiudizi e senza tentennamenti, perché l'obiettivo è spendere meno a parità di risultato, evitando di lasciare soli proprio coloro che sono più esposti ai rischi, ovvero le persone con problemi più gravi e più fragili.

Se invece i fondi integrativi sono più costosi e meno equi del sistema attuale, dobbiamo andare verso un potenziamento della protezione pubblica, senza pregiudizi e senza tentennamenti, attivandoci per contrastare al meglio ogni opacità e ogni inefficienza.

Sono preoccupata, e lo dico qui in un incontro con la Cgil, con cui da tempo mi confronto, perché anche il welfare aziendale non è tutto oro. Ce lo dobbiamo dire con molta franchezza: nasce per rispondere ad alcune esigenze (ognuno può riempire la scatola delle esigenze come meglio crede) ma produce un sistema di tutela della salute segmentato, costoso e differenziato. I punti di debolezza andrebbero affrontati con laicità: primo, tutto il welfare aziendale è assolutamente poco trasparente, nei costi, nei rischi coperti, nei fondi accantonati, nei servizi erogati, i costi di gestione, ecc. Questo è un problema perché è vero che paghiamo in tanti e paghiamo poco, ma



mi piacerebbe capire, per ciascun fondo, quanto paghiamo complessivamente e quanto riceviamo come servizi, senza trascurare che le forme integrative godono di agevolazioni fiscali e, quindi, ci costano anche come contribuenti perché il mancato gettito delle agevolazioni lo pagano tutti i contribuenti.

Secondo, i fondi integrativi si rivolgono solo a specifiche categorie di cittadini (o di lavoratori), categorie che non necessariamente sono fra le più deboli del Paese; tutelano chi ha un lavoro, per lo più dipendente, ma non accolgono chi il lavoro non ce l'ha o ce l'ha solo precario o è sottoremunerato. C'è, è vero, qualche fondo integrativo che si rivolge anche ai lavoratori autonomi, come i giornalisti, ma certamente non alle fasce più deboli.

Non conosciamo il rapporto fra servizi erogati (o danni risarciti) e contributi versati: quanto pesano i costi amministrativi e le somme mandate a riserva? Se tenessimo conto di tali voci, aggiungendo anche le agevolazioni fiscali, potremmo immaginare che, fatto pari a 100 quanto ricevuto mediamente sotto forma di servizi da un iscritto al fondo, i contributi versati complessivamente dalle aziende e dai lavoratori do-

vrebbero essere di gran lunga superiori (almeno del 50%). Si tratta di costi che, salvo (parte di) quelli amministrativi, non sono sostenuti nel caso di copertura pubblica.

Il quesito fondamentale è quindi il seguente: se dovessimo decidere di destinare 100 Euro in più alla tutela della salute, quale strumento sarebbe preferibile utilizzare affinché questi 100 Euro possano restituire ai cittadini il massimo possibile di tutele e di servizi, senza disperdere risorse?

Diverso è il caso, esaminato da Del Vecchio, dell'aggregazione della domanda. Ma cosa vuol dire aggregazione della domanda? Sarebbe certamente molto utile avere qualcuno che ci aiuti ad affrontare i problemi rispetto ai quali il sistema sanitario pubblico non riesce a dare risposta. C'è necessità di aggregare la domanda perché non siamo in grado di sfruttare tutte le possibilità e le sinergie che potremmo mettere in campo per cercare di capire quali sono le modalità con le quali i cittadini si possono mettere insieme per imparare a organizzarsi per scegliere la badante, per aiutare le persone che hanno bisogno di ricevere un pasto a casa, per trasportare un malato che deve andare a un cen-

tro diagnostico, per sostenere un cittadino che necessita di una prestazione. Si tratta spesso di prestazioni sociali di grande rilevanza sanitaria che, probabilmente, richiedono un coinvolgimento diretto delle comunità locali.

Spesso si parla della necessità di una *intermediazione* che supporti il consumatore in difficoltà e quasi sempre si fa riferimento all'intermediazione finanziaria e/o assicurativa. Non ho nessun pregiudizio nei confronti dell'intermediazione finanziario-assicurativa anche se sono certa che non si tratti di un settore in crisi, da sostenere favorendo l'acquisizione di ulteriori quote di mercato. A me interessa lavorare per dare risposte soprattutto ai cittadini più fragili: se l'intermediazione può aiutare a dare risposte ai cittadini più fragili ben venga, altrimenti rimbocchiamoci le maniche e cerchiamo – a tutti i livelli: politico, sindacale, di comunità, di società civile, di volontariato – di pensare come possiamo recuperare maggiori capacità di risposta, in modo efficiente e nel rispetto della legalità. L'idea che per alcune prestazioni e per alcuni bisogni si possa provare a mettere a disposizione le nostre capacità organizzative, il tempo, le competenze e i valori che ognuno di noi ha (i pensionati hanno in tal senso esperienze e tempo preziosi per tutti), senza ricorrere necessariamente al mercato e all'intermediazione finanziario-assicurativa, non va trascurata. Non possiamo arrenderci all'idea che solo la finanza, che è – non dimentichiamolo – all'origine della crisi mondiale, possa risolvere i problemi di chi si trova in difficoltà. Insomma dovremmo affrontare il tema valutando i pro e i contro dei diversi scenari possibili, avendo come punto di riferimento sempre il benessere del cittadino e la tutela dei più deboli, e non solo la crescita del Pil.

Se poi pensiamo, come dice il ministro della Salute, che i fondi integrativi possano essere promossi per le prestazioni sanitarie che non hanno “sufficienti evidenze scientifiche di efficacia”, commettiamo ben due errori. Favoriamo forme integrative di protezione molto costose e selettive e spingiamo i cittadini a consumare prestazioni prive di efficacia, contraddicendo il principio fondamentale dell'appropriatezza dei trattamenti.

La tutela del cittadino disinformato, che soffre di asimmetrie informative, richiede strumenti ben più validati dei fondi integrativi agevolati fiscalmente: avremmo forse potuto risolvere il problema del cd caso stamina semplicemente garantendo la prestazione a carico di un fondo integrativo?

La grande confusione e il groviglio di interessi che operano all'interno del tema della tutela della salute, in particolare in momenti di grandi difficoltà economiche, richiederebbero un surplus di attenzione, politica, culturale e civile. Non esistono soluzioni facili, solo soluzioni che possono o non possono fare riferimento ai principi basilari che mi sono permessa di sottolineare. ■

PERCHÉ I COMUNI VOGLIONO CONTARE DI PIÙ

Graziano Pirotta *Presidente Dipartimento Welfare Anci Lombardia*

Vorrei riprendere il punto di vista dei Comuni rispetto alla questione della vostra ricerca ma, soprattutto, della riforma socio-sanitaria regionale in atto. La prima cosa che mi interessava sottolineare era la necessità, e quindi la richiesta fatta dai Comuni, in sede di presentazione della nuova riforma, di contare un po' di più nelle scelte fondamentali.

Giustamente il consigliere Capelli parlava di programmazione definita, ormai, all'interno dell'ATS. I Comuni sono stati inseriti, a livello di contrattazione, proprio nell'ATS. Nella legge, però, perlomeno per ora – poi vedremo le delibere attuative e i regolamenti vari – non mi sembra di vedere che ci sia una obbligatorietà da parte di chi gestirà poi l'ATS di interfacciarsi con i Comuni.

Una cosa, tra l'altro molto specifica, che sarà forse una delle prime che dovranno essere sistemate, è proprio la definizione della suddivisione territoriale dei distretti in Ambiti e Sub-Ambiti perché nella legge si dice che sarà l'ATS a organizzarli. Mi sarebbe piaciuto che ci fosse inserita nella legge una frase che dicesse “in accordo obbligatorio con i Comuni”: ma questa frase non c'è.

Sottolineo questo perché i Comuni – con realtà sociali come il Terzo settore e tutta quella serie di componenti che, soprattutto, in Regione



Lombardia stanno portando avanti tante partite all'interno del welfare – penso siano di fondamentale importanza nella contrattazione con la Regione rispetto a questa riforma. Perché poi alla domanda che si faceva stamattina, ossia se davvero questa riforma risolve le problematiche di salute degli anziani, la risposta è: 'Forse!'...nel senso che non abbiamo ancora tutti gli elementi per poter valuta-

re la ricaduta di questa nuova riforma.

C'è da dare atto, in effetti, che ci sono dei passaggi, per esempio nell'articolo 9 dove si parla dei modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile, in cui c'è un tentativo, una volontà di sottolineare alcune questioni, di portarle avanti e di cercare di gestirle. Nello stesso tempo, riflettendo un po' sulle cose da dire stamattina, ho provato a mettere insieme un elenco delle prime misure che mi venivano in mente rispetto ai servizi che possono essere d'aiuto alla generalità delle persone lombarde ma, soprattutto, agli anziani.

E qui mi sono venute in mente tante prestazioni: dalla Rsa aperta al servizio assistenza domiciliare integrata; al SAD comunale; alla nuova legge sul Lavoro di cura (badant); alle misure B1 e B2 del fondo non autosufficienze; ai percorsi di missione protetta; alle certificazioni di invalidità, perché spesso non ci ricordiamo che

c'è tutta quella parte di fondi disponibili per le famiglie sull'indennità di accompagnamento che dovrebbero essere utilizzate in maniera consistente. C'è poi tutta la realtà dei nuovi Presidi Ospedalieri Territoriali che ci saranno, i POT; i PRESST per il lavoro dei medici di medicina generale; le risorse che pare adesso la Regione stia mettendo in atto sul reddito di autonomia... sono infatti usciti due giorni fa i bandi per disabili e anziani.

Secondo me i soldi non mancano però c'è una grossa difficoltà a fare una riconduzione ad unica regia e all'appropriatezza rispetto a questi interventi.

Prima giustamente la Senatrice diceva che ci vorrebbe una intermediazione. Io l'ho sempre vista, questa intermediazione, negli operatori territoriali... può essere il medico di medicina generale e l'assistente sociale, magari del Comune o di quello che sarà l'Ambito. Logicamente, però, colui che viene chiamato da chi fa questi studi "case manager" è un'altra figura da strutturare perché non sempre né il medico di medicina generale né l'operatore sociale hanno il tempo corretto da dedicare a una situazione di fragilità, perché davvero mettere insieme tutte

queste cose costa tempo e anche una organizzazione particolare.

Rispetto a queste prestazioni, che arrivano anche dalla Regione, si devono integrare i servizi comunali, quindi tutti quelli di cui si è parlato anche stamattina.

Anch'io avevo pensato al servizio, che può sembrare un esempio banale, del trasporto sociale che, invece, è diventato di fondamentale importanza in questi ultimi anni ed è supportato – non so in che percentuale ma sicuramente nella stragrande maggioranza – dal volontariato delle nostre Associazioni, dall'Auser che è intervenuto prima e da tante altre Associazioni magari anche limitate del singolo Comune e dove il Comune stesso mette a disposizione l'automobile e paga la benzina, mentre le ore spese ad accompagnare la persona sono dei nostri volontari. Questo è davvero un servizio alla popolazione. Come ricordava prima Capelli, il fatto che si vada verso la specializzazione degli ospedali deve comportare un pensiero anche sulla ricaduta territoriale. Non dico di tornare nei vecchi distretti di vent'anni fa, dove praticamente ogni due o tre paesi c'era l'ambulatorio con tutta una serie di prestazioni, però sicura-





mente una verifica di quello che ci può essere sul territorio è utile e necessario per poter organizzare in maniera adeguata l'assistenza, soprattutto per i nostri cittadini fragili, non solo anziani ma i fragili in generale.

Rispetto alla riforma e anche alle proposte fatte da Dossi, concordo su tutta una serie di richieste.

La prima, che è stata sottolineata e che sottolineiamo spesso anche noi di ANCI, è quella della necessità che davvero il fondo sanitario a disposizione per pagare i servizi di unità d'offerta socio-sanitarie venga aumentato da parte di Regione Lombardia. Questo libererebbe tante risorse che attualmente stanno gestendo i Comuni e le persone singole. E io ho sempre detto, in tutte le occasioni che ho avuto, che l'impegno di Anci sarà quello di dire ai Comuni: "queste risorse che state risparmiando lì non mettetele da un'altra parte, rimettetetele in circolo sul sociale". Certo, però, il primo passaggio deve essere quello che queste risorse ci siano e, quindi, che aumenti il fondo sanitario regionale per queste unità d'offerta.

Sono d'accordissimo anche sulla diminuzione dei costi dei ticket perché comunque i cittadini, soprattutto quelli in difficoltà economiche,

hanno un'incidenza maggiore della spesa sanitaria sul proprio reddito.

Concordo con la necessità dell'abolizione delle liste d'attesa però vedo una criticità che secondo me c'è stata con l'iniziativa degli "ambulatori aperti": sono convinto che troppa offerta, a volte, incentivi troppi la domanda. È vero che è stato necessario cercare di fare questo intervento per abbattere le liste d'attesa, ma quando si dà troppa offerta – un po' perché c'è il medico che applica "la medicina difensiva"; un po' perché magari il medico prescrive un esame in più per timore di poter fare un errore; un po' perché c'è il cittadino che quando sente parlare di una nuova patologia va su Internet e vede tutta una serie di cose e si spaventa e quindi va dal medico – forse si crea una domanda che non doveva neanche esistere.

Su queste proposte, quindi, bisognerebbe fare attenzione perché si rischia davvero di utilizzare ulteriormente dei fondi sanitari che potrebbero essere gestiti su altre partite, magari in maniera più adeguata.

L'altra questione che abbiamo sottolineato e che continueremo a richiedere a Regione Lombardia è relativa a un maggiore peso dei Comuni an-

che a livello di ASST, le Aziende socio-sanitarie territoriali, proprio per quello che si diceva stamattina. È giusto che i Sindaci ci siano in fase decisionale all'interno della programmazione, ma a nostro modo di vedere è anche giusto che ci possano essere maggiori interlocuzioni rispetto a quanto c'è stato fino adesso. Fino adesso c'erano le Aziende Ospedaliere: ecco lì abbiamo contato veramente poco! Secondo me, invece, la possibilità che i Sindaci e anche altre realtà del territorio possano dire la loro su come può essere strutturato un ospedale e, a discendere, tutta la catena delle dimissioni protette e dei servizi del territorio, penso che sia fondamentale.

Da una parte c'è il rischio di creare dei doppioni e questo non lo metto in dubbio, mentre dall'altra – se viene fatto in maniera corretta e adeguata – penso che questa maggiore integrazione possa invece evitarli questi doppioni e creare una serie di sinergie di territorio che a volte non ci sono state e quindi, necessariamente, un maggior legame tra ospedale e territorio con tutte le attività connesse. Penso che sia la cosa fondamentale.

Un'altra richiesta su cui concordo assolutamente è quella della maggior integrazione del sanitario, socio-sanitario e sociale.

Qui sta un'altra criticità di cui abbiamo discusso e discuteremo, penso anche a Bergamo settimana prossima col consigliere Capelli, sul fatto che la riforma della legge 23 abbia effettivamente abrogato tanti pezzetti importanti della L. R. 3 del 2008 che era quella di governo del sistema socio-sanitario della regione.

Io mi auguro che tutto quello che è stato tolto da lì trovi cittadinanza nella Legge Regionale 23/2015 e nei suoi sviluppi ma nello stesso tempo la paura è quella che la Legge Regionale 3/2008 così com'è stata emendata, lasci davvero un po' troppo in disparte tutto il sistema sociale e non venga più integrata all'interno di tutto il percorso.

Condivido anche la necessità, com'è scritto nell'articolo 26, di rivedere le nuove unità d'offerta socio-sanitaria perché è richiesta che viene da più parti del territorio, dai sindaci ma anche dagli enti gestori. È la richiesta e la volontà di riformare questi servizi socio-sanitari che sono diventati troppo rigidi, che danno delle risposte

ormai troppo rigide rispetto i bisogni dei cittadini, che sono sempre più differenziati. Davvero, penso che ci sia una partita importante per tutti nell'andare a ridefinire alcuni passaggi che devono tenere conto di alcuni standard strutturali o gestionali di questi servizi e che però devono essere resi il più possibile flessibili perché il cittadino fragile li possa utilizzare e possa avere un'assistenza adeguata da parte di queste strutture.

Questo vuol dire anche che non ci devono essere vincoli che impediscano a chi è in una struttura – banalizzo, il CCD – di frequentare per una parte del suo tempo anche un'altra struttura, che può essere un CSE o uno SFA o un appartamento di autonomia. Tutte queste unità d'offerta devono essere viste nel loro complesso e questa, penso, sia davvero una possibilità che abbiamo da giocarci all'interno della riforma, fino in fondo.

Chiudo prendendo un ultimo spunto, quello relativo alla realtà delle RSA che effettivamente si stanno aprendo al territorio.

La richiesta che ha fatto la Regione è questa, e penso che sia la richiesta che fanno i Comuni e possa essere sostenuta: che le RSA – avendo questo sistema molto strutturato – possano diventare anche loro un punto di assistenza territoriale. Se non un vero e proprio POT, se non un vero e proprio presidio ospedaliero, però sicuramente un presidio per affrontare le fragilità del territorio, sempre in collaborazione con quella che sarà la futura Azienda Socio-Sanitaria Territoriale e, soprattutto, con i Comuni che fanno riferimento a quell'area. ■

LA SPESA DI WELFARE PER REDISTRIBUZIONE RICCHEZZA

Melissa Oliviero *Segreteria Cgil Lombardia*

Vorrei innanzitutto dire che ritengo questa iniziativa utile e di grande livello di approfondimento rispetto a un argomento che molto spesso rischia di rimanere in ombra, che è il tema della spesa privata in sanità, credo anche che la ricerca presentata da Montemurro in apertura dell'iniziativa ci dia diversi spunti di riflessione.

Vorrei focalizzarmi su alcuni blocchi logici, su alcuni temi che interessano in particolar modo un'organizzazione confederale e di rappresentanza generale come la Cgil. Innanzitutto i dati che sono stati forniti dalla ricerca, ma poi anche da Mario Del Vecchio, sulla spesa privata in sanità nel nostro Paese e nella nostra regione. I dati parlano di numeri importanti: la spesa sanitaria privata nella nostra regione ammonta a 606 Euro procapite, quindi complessivamente se moltiplicata per gli abitanti della Lombardia risulta pari a 6 miliardi di Euro, che aggiunti ai 18 miliardi di finanziamento del sistema regionale, quindi di origine pubblica, ci porta a dire che nella nostra regione per la sanità complessivamente si spendono 24 miliardi di Euro; 6 miliardi di spesa privata e 18 miliardi di spesa pubblica: vuol dire che esattamente un quarto della spesa complessiva è di origine out-of-pocket, vale a dire privata. Questo è un dato diverso dalla media nazionale, in cui il peso della spesa privata



sul complesso della spesa sanitaria è pari circa al 22%.

Dalla presentazione dei risultati della ricerca emerge il dato, che a noi era già noto e che abbiamo anche evidenziato a più riprese, di come in Lombardia ci sia non solo un problema di accessibilità alle cure sanitarie, ma anche di rinuncia da parte di larghe fasce di popolazione a curarsi. Nella ricerca viene messa in evidenza la difficoltà di

accesso da parte degli anziani, testimoniata dalla forte incidenza della spesa sanitaria privata sul reddito con un carattere di forte regressività, considerati ovviamente i livelli bassi delle pensioni nella nostra regione. Tra l'altro un dato che peggiora, se osserviamo la platea delle donne anziane e pensionate e che è peggiorato con la crisi economica negli ultimi anni. A me interessa però mettere in luce cosa ci sta dietro alla spesa privata in sanità, cioè capire in particolare se è una scelta libera o se si tratta invece di una strada obbligata. Dalla ricerca Spi emerge un tema di iniquità nell'accesso ai servizi sanitari che riguarda gli anziani, con un rischio maggiore per le donne anziane che rappresentano la categoria più fragile. Credo che però sia interessante soffermarsi sulle ragioni che spingono i cittadini a ricorrere all'out-of-pocket. In testa a quello che ci diceva la ricerca vi è il tema delle liste di attesa.

Siamo in una regione, credo sia utile ricordarlo, dove diciotto anni fa – mi riferisco allo scenario precedente la legge regionale 31 – il punto di critica al sistema sanitario regionale che giustificò la riforma del sistema stesso, con l’apertura incondizionata del sistema sanitario regionale al privato, era proprio questo e cioè la necessità di ridurre i tempi delle liste d’attesa; a oggi i risultati di questa ricerca, e anche di altre ricerche, ci dicono che è un problema tuttora irrisolto. Questi dati però ci parlano anche di due realtà oggettive, innanzitutto che, se le cose stanno così, la spesa privata più che una scelta libera è una strada obbligata per ottenere la prestazione; secondariamente credo sia importante riflettere sul sistema regionale di welfare, che ha senza dubbio dei punti di eccellenza, a partire dal trattamento delle acuzie per intenderci, in cui però permangono ancora alcune criticità evidenti come l’aspetto delle liste d’attesa.

Il meccanismo dei tetti che ci è stato spiegato (tra l’altro noi sappiamo che anche il sistema dei tetti attribuiti alle strutture sanitarie mostra dei limiti, nel senso che spesso nella seconda parte dell’anno ci si trova proprio ad un allungamento delle liste d’attesa con la necessità da parte dei cittadini di rivolgersi alle strutture private) introduce nel sistema degli elementi di iniquità di accesso al sistema stesso, minacciando il principio universalistico anche in una regione importante dal punto di vista economico come la Lombardia, in quanto dal punto di vista formale non mi viene negato l’accesso alla prestazione ma l’allungamento delle liste d’attesa mi induce a rivolgermi all’offerta privata. Da questo punto di vista sarebbe interessante sapere quale incidenza sulle liste d’attesa ha avuto l’operazione “ambulatori aperti” in questa regione, nel senso che sarebbe interessante capire se ha inciso in modo significativo e come ha inciso sul sistema delle liste d’attesa.

Questo è un po’ il ragionamento per quanto riguarda i tempi di attesa delle prestazioni, dopodiché c’è tutta la riflessione sul tema della compartecipazione alla spesa sanitaria, mi riferisco in particolar modo ai ticket. Se noi guardiamo i dati aggregati a livello nazionale nel decennio 2004-2013 l’incidenza dei ticket sul totale della spesa passa dal 6 all’8%, dicendoci

quindi che la compartecipazione è stata più efficace come fonte di entrate piuttosto che come strumento per introdurre elementi di maggior appropriatezza delle prestazioni.

Nella nostra regione, per quanto riguarda il sistema dei ticket, vi è una fascia critica di esenzione, ossia gli anziani dai 60 ai 65 anni; diverso è il sistema per il resto della popolazione, nel senso che sempre più spesso noi registriamo una rinuncia alle cure non solo per l’alta incidenza della spesa privata, delle spese specialistiche o nella riabilitazione, ma anche per il forte peso che hanno i ticket sulle prestazioni. Infatti se noi pensiamo che in regione Lombardia il cosiddetto “superticket” è commisurato alla complessità della prestazione e non è correlato in alcun modo al reddito, si comprende come possa comportare talvolta effetti distorsivi all’interno del sistema, perché spesso la rimodulazione del “superticket” per talune prestazioni rende il costo a carico del cittadino uguale o in alcuni casi addirittura superiore al costo che la stessa prestazione avrebbe nelle strutture private.

Sappiamo che nella nostra regione il sistema dei ticket misura 750 milioni di Euro più o meno divisi così: 500 milioni per la specialistica e il resto per la farmaceutica quindi sono 750 milioni di Euro che i cittadini della nostra regione sborsano, “out of pocket”. Abbiamo firmato l’anno scorso con la Regione un accordo che, tra le altre cose, parla anche di riduzione di compartecipazione alla spesa; è un accordo che noi riteniamo importante e sul tema della compartecipazione affronta due aspetti: ticket e rette. In merito ai ticket in quell’accordo noi abbiamo non solo condiviso l’orizzonte di abolizione per quanto riguarda il sistema dei ticket, ma anche chiesto – in un recente documento inviato alla Regione – che tale risultato si consegua partendo dall’immediata abolizione del “superticket” nella nostra regione e dall’ampliamento e dalla ridefinizione del sistema delle esenzioni. In altri termini un processo di revisione del sistema che realizzi delle condizioni di maggiore equità nell’accesso al sistema stesso.

Poi c’è il tema delle rette, perché l’altra voce di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini è proprio quello delle rette delle Rsa. L’accordo prevede l’impegno da parte della Regione

a portare la quota sanitaria a carico del sistema regionale al 50%, così com'è previsto dai LEA. Noi sappiamo che attualmente la quota a carico del servizio sanitario regionale, per ammissione della Regione, è di poco superiore al 40% e quindi abbiamo presentato una proposta di merito, che io definisco ragionevole, che prevede un avvicinamento anche graduale a questa percentuale di copertura, ma finora le risposte non ci sono state.

C'è poi tutto il tema delle prestazioni extra LEA e su questo aspetto, terminando, vorrei fare un ragionamento sul tema dei fondi. Le prestazioni extra LEA sono le prestazioni non coperte dal servizio sanitario regionale. È stato ricordato anche negli ultimi interventi. Sappiamo che c'è un sistema di welfare contrattuale, un sistema robusto di welfare contrattuale, con numeri importanti, è un sistema che copre circa 10 milioni di cittadini. Ci sono 27 fondi regionali di origine contrattuale, un'alta percentuale delle grandi aziende che attuano una copertura, che noi possiamo variamente nominare welfare contrattuale per i propri dipendenti: se per esempio prendiamo le grandi aziende, il 95% ha introdotto una qualche forma di welfare; sappiamo tuttavia che se parliamo di welfare sanitario integrativo di questi fondi meno del 10% offre una polizza per la long term care.

Io credo che, al di là di affermare l'utilità del welfare integrativo, specie in questo momento di crisi economica che impoverisce le famiglie e fa crescere la domanda di stato sociale, sia necessario affermare convintamente il carattere integrativo del welfare contrattuale, cioè non sostitutivo di quello che viene già erogato dal welfare universale e pubblico. La stessa legislazione istitutiva dei fondi lo prevede, parlo del 20% delle risorse che la legge vuole destinate alle prestazioni extra LEA (a me vengono in mente principalmente le prestazioni odontoiatriche e la lungodegenza cioè la long term care). I dati ci dicono che la strada da percorrere è ancora lunga, visto che solo un terzo dei fondi assicurano qualche prestazione in questo campo e quasi nessuno di questi si occupa di anziani over 70. Tra l'altro la spesa sanitaria privata è di 31 miliardi di Euro, la quota di questa spesa privata intercettata dai fondi è di 1 miliardo

e 400 milioni di Euro, quindi ci sono numeri molto distanti.

Se poi consideriamo il fatto che questi sono fondi di origine contrattuale, non è difficile capire come la tutela riguardi solo in minima parte la componente di chi sta fuori dal mondo del lavoro (anziani, pensionati) e allora io credo che per chiudere il cerchio sia necessario ragionare su una logica universalistica e territoriale. Che cosa voglio dire? Nell'accordo che io citavo precedentemente, firmato con Regione Lombardia l'anno scorso, c'è anche un impegno di entrambe le parti ad avviare uno studio di fattibilità di una possibile copertura mutualistica integrativa per tutte le prestazioni extra LEA. Io credo che una soluzione a sostegno di ciò che non è garantito dal sistema pubblico del welfare sia necessaria e sia necessaria proprio a partire dalle prestazioni di long term care e di odontoiatria, perché anche nella nostra regione ci sono tante persone e, se penso all'odontoiatria, mi vengono in mente tanti anziani ma anche tanti minori che non vi accedono. Fra l'altro se guardiamo gli studi sui consumi privati in sanità l'odontoiatria ha un comportamento da bene di lusso sul mercato della sanità. Se poi pensiamo alla lungodegenza i dati demografici della nostra regione ci dicono che la Lombardia a breve sarà tra le prime regioni d'Italia ad avere un picco massimo di over 75 anni, già adesso sono 370.000 le persone non autosufficienti, pari al 4% della popolazione residente.

Io credo che il tema delle prestazioni che rimangono fuori dai livelli essenziali di assistenza possa essere oggetto almeno di un ragionamento rispetto ad una eventuale copertura integrativa che si baricentri sul territorio, un territorio visto come l'ambito in cui si cerca di andare a recuperare quell'universalismo che spesso i fondi privati minano alla base per le cose che sono state dette anche precedentemente. Io credo che questo sia il tema e allora noi dobbiamo porci la domanda di come possiamo dare, ricomponendo l'universalismo, la risposta ai bisogni di quel pezzo di popolazione che non è coperta dalle tutele del welfare integrativo. Mi riferisco agli anziani, perché essendo un welfare spesso di origine contrattuale ne sono esclusi, mi riferisco ai minori che sono esclusi praticamente



per la stessa ragione, mi riferisco a tutti quelli che un lavoro non ce l'hanno oppure ce l'hanno precario; credo che il territorio possa essere l'ambito in cui noi andiamo a ricomporre l'universalismo e a dare delle risposte a questi segmenti sociali, che risposte nei sistemi attuali non ne trovano. Io credo che il livello regionale, per i numeri degli abitanti di questa regione, possa rispondere in termini di massa critica ad un eventuale ragionamento in questa direzione. Ovviamente poi si tratterà di capire quale sarà la governance, chi sarà interessato alle coperture e chi finanzia, però io credo che i tempi siano maturi per affrontare il problema.

Chiudo con un ragionamento di carattere più generale.

Io penso che la spesa pubblica per il welfare sociale e sanitario non sia "un lusso che il nostro Paese non si può più permettere" (come ci spiegano da qualche anno), credo anzi che la spesa di welfare sia non solo un investimento, ma soprattutto uno straordinario strumento di redistribuzione della ricchezza in un orizzonte di maggiore equità sociale. Noi, come movimento sindacale, ci siamo particolarmente affezionati perché è uno dei risultati delle nostre lotte e

credo che per noi il concetto di equità, il concetto di redistribuzione della ricchezza, siano traguardi a cui non solo non vogliamo rinunciare, perché vorrebbe dire azzerare tutte le conquiste delle lotte che abbiamo fatto, ma credo che in particolar modo in un momento come questo in una società sempre più diseguale siano obiettivi che vanno perseguiti con maggiore determinazione. ■

I PROBLEMI DEL WELFARE SOCIALE

Valentina Ghetti *Vicedirettore Lombardia Sociale*

È difficile intervenire dopo tanti interventi che hanno già toccato molti dei temi cruciali. Sarò quindi telegrafica, vorrei dare qualche elemento per non perdere l'attenzione sul "fratello minore" del welfare, quella parte che oggi è stata solo tangenzialmente toccata: il welfare sociale governato prevalentemente da Asl e Comuni e con il concorso di tanta parte della società civile più o meno organizzata.

Qui vorrei semplicemente dire che fenomeni analoghi a quelli descritti sin qui e, talvolta, con una incidenza anche maggiore rispetto a quello che la ricerca ha fotografato, si presentano in modo significativo e incipiente anche per quanto riguarda il welfare sociale.

Parto da un primo punto. Cresce il peso della spesa privata anche per quanto riguarda il ricorso al welfare sociale per i cittadini. Abbiamo imparato a conoscere in questi anni la costruzione, e poi diffusione, di welfare parallelo a quello pubblico con il fenomeno del badantato. Oggi in Lombardia le badanti sono stimate in oltre 150mila persone e pesano sulle tasche dei cittadini per oltre un miliardo e mezzo, un miliardo e sei, quindi più della spesa complessiva che i Comuni dedicano al welfare e quasi vicina alla spesa socio-sanitaria regionale, dunque una parte decisamente significativa.

Aggiungo un altro elemento: per due terzi si



tratta di una spesa che accede ad un mercato sommerso – in nero, quindi dal punto di vista delle garanzie di qualità dell'assistenza offerta – sia per il lavoratore che per la persona che fruisce di assistenza – si pongono significativi problemi.

Un terzo elemento riguarda il costo per l'accesso al welfare pubblico. La Regione Lombardia, e qui mi riferisco in particolare alla spesa

sociale, è una delle regioni con i livelli di copayment più alti rispetto alle regioni comparabili, una compartecipazione che è in costante crescita nel tempo. Gli esempi sono diversi. I servizi di assistenza domiciliare anziana hanno visto in questi dieci anni una notevole evoluzione: per lungo tempo servizi esenti, oggi servizi per cui in moltissimi contesti sono state introdotte soglie di compartecipazione dell'utente. Sulle Rsa, i vari osservatori e gli studi di questi anni, mostrano un andamento crescente delle quote a carico degli utenti, soprattutto per le rette minime. Questo per sottolineare che il peso per le finanze private dei singoli cittadini, in particolare anziani e fragili, per accedere a servizi di welfare è cresciuto anche per quanto riguarda il comparto del welfare sociale e questo in correlazione ad un progressivo arretramento del welfare pubblico, sicuramente in termini di finanziamento. Infatti se oggi, come si diceva, stiamo

vivendo una fase di assestamento della spesa sanitaria e della spesa socio-sanitaria, rispetto alla spesa sociale (è stato certificato dall'Istat) siamo arrivati già ad evidenziare a un "segno meno". Con il 2012 in Lombardia abbiamo una flessione negativa del -3,6% sulla spesa sociale, superiore a quella di altre regioni, essendo tra l'altro una di quelle che già investiva meno in termini di spesa sociale.

È importante osservare però che questa flessione negativa, della spesa sociale dei Comuni, non pesa in modo analogo su tutti i comparti: abbiamo una spesa per *minori e famiglia* sostanzialmente stabile e una spesa per la *disabilità* in crescita. Paradossalmente il contenimento è sull'area *povertà e anziani*, quest'ultima anche in modo molto significativo (es. -20% proprio sull'assistenza domiciliare).

Speriamo di non vedere la medesima parabola negativa anche nell'andamento alla spesa per il comparto socio-sanitario e sanitario, oggi entrambi già in assestamento.

Aggiungo infine che quello che sta accadendo con la riforma sanitaria (l.r.23/2015), in particolare il parziale accorpamento del socio-sanitario dentro l'assessorato al welfare insieme al sanitario, pone qualche dubbio sulla capacità di mantenere il livello di finanziamento e di attenzione sul socio-sanitario. Qualche punto interrogativo emerge sul fatto che, nel nuovo assessorato unico, domini il "più forte", ovvero la sanità. È sicuramente un elemento a cui dovremo prestare attenzione nel prossimo futuro. Per quanto riguarda il welfare sociale, l'arretramento del sistema pubblico non riguarda solo il finanziamento, ma anche l'adeguatezza e l'appropriatezza di quanto stiamo erogando. Porto dei dati "flash".

Oggi abbiamo un sistema di offerta di Adi, Rsa, Sad che arriva al 4% della popolazione anziana, potenzialmente bisognosa. Per il Sad abbiamo meno di due persone anziane su cento che riescono a essere assistite, con livelli di adeguatezza sicuramente discutibili (parliamo mediamente di due accessi settimanali) e con una differenziazione infra-regionale significativa che ulteriori questioni in termini di equità garantita. Su questo aspetto pesa certamente la mancanza di una garanzia, a livello nazionale,

di livelli essenziali di prestazioni. Per quanto riguarda l'Adi abbiamo Asl che riescono a garantire livelli di copertura che arrivano anche ad oltre il 13% e altre dove l'Adi copre l'1% dei potenziali aventi bisogni.

In termini di adeguatezza pongo un ulteriore elemento: siamo di fronte a un sistema di servizi che fatica ad incontrare e a soddisfare anche la specificità dei bisogni crescenti, come per esempio l'insorgere delle demenze.

Gli effetti di tali inadeguatezze si vedono e sono già in atto. Sono sicuramente, analogamente al sanitario, una iniquità nell'accesso: oggi chi può si rivolge a una badante o anche al welfare privato regolarizzato e strutturato, e chi non può vi rinuncia o, se non è nelle condizioni di rinunciare, lo fa a costo del proprio impoverimento.

Voglio chiudere con un tema che non sottovaluterei: questi arretramenti stanno riproponendo sul sociale un tema nodale, quello della rifamilizzazione del welfare. Perché se non posso gestire un intervento chirurgico a casa mia, posso assistere un anziano, anche con elevate compromissioni, al domicilio. Questo pone con urgenza un tema che pensavamo superato, ovvero quello della questione femminile, perché donne sono le mogli e le figlie che si occupano degli anziani e donne sono prevalentemente anche le badanti. Un tema su cui viviamo in Italia un certo avvallo culturale e che pone questioni cruciali rispetto alle esigenze di conciliazione e all'adeguatezza dell'assistenza che si riesce a offrire. Mi trovo esattamente nella fascia di quella che viene definita *sandwich generation* – madre di un bimbo piccolo, con genitori anziani che cominciano ad avere problemi di non autosufficienza – per cui sottolineo particolarmente questo aspetto. ■

Conclusioni

LA SANITÀ, BENE PUBBLICO PER ECCELLENZA

Stefano Landini *Segretario generale Spi Cgil Lombardia*

Non capita spesso ma, oggi, ci siamo un po' riconciliati con la politica. Questo per dire che mentre in questa fase la politica sembra rappresentare la pancia del Paese, i temi discussi qui non sono all'ordine del giorno ed esaltano poco le folle. Al contrario per noi il dibattito sulla sanità è centrale e, a costo di rimanere degli inguaribili romantici, rimane un pezzo determinante della tenuta del legame sociale del nostro Paese, sia per ragioni numeriche e che qualitative.

Sul tema sanità lavoriamo con la confederazione. Ci sentiamo molto confederali anche perché lo Spi rappresenta l'ancoraggio confederale della Cgil e mette tutto il suo peso dentro questo posizionamento.

Del resto siamo un'organizzazione complessa: abbiamo 465mila iscritti in Lombardia, siamo l'organizzazione regionale di categoria più grossa d'Italia. Nella nostra organizzazione abbiamo 220 leghe e, su 1.500 Comuni, in 1.131 posti della Lombardia per qualche giorno, per qualche ora, a volte, per dieci ore, c'è un posto in cui c'è un quadratino rosso e dentro lì c'è una lega dello Spi. Siamo secondi solo alla Chiesa cattolica con la quale non competiamo per ra-



gioni di origine. Sono partiti prima loro e, quindi, ci teniamo da questo punto di vista il secondo posto molto volentieri.

La legge che abbiamo discusso, parlando della ricerca, l'ha fatta la maggioranza. Il Presidente della Regione lo eleggono i lombardi. Lo dico perché ogni tanto qualcuno, quando mettiamo lì un mezzo punto di assenso che è frutto anche delle battaglie

che conduciamo, ci fa l'esame del sangue.

È complicato vivere, se non si fanno accordi e se si fanno bisogna dire che sei amico di quello e di quell'altro. Noi cerchiamo di dire che il nostro ruolo non è dato dall'aver una paletta rossa e una paletta verde per cui se mettiamo il verde va bene, mentre se è rosso si fermano. Non funziona più così neanche a livello nazionale, neanche con il centrosinistra, ragion per cui cerchiamo di occupare degli spazi per indirizzare le scelte, la velocità non è il tutto, perché si può andare anche velocemente a sbattere contro il muro, quindi cerchiamo di far fruttare questo spazio.

Poi, essendo una vecchia scuola, gli spazi li copriamo tutti e, quindi, il fatto che abbiamo fatto una legge dove sta scritto che c'è un ruolo del

sindacato comporta che noi copriremo quello spazio. Anche se dovessero convocarci alle cinque del mattino dietro il Convento delle Orsoline per un'informale noi ci saremo perché non si dica che ci hanno dato uno spazio che noi non abbiamo coperto.

In più cerchiamo di esercitare una nostra titolarità, che è quella dello Spi, che è anche specifica. Ad esempio, saremmo per riproporre in Regione, lo abbiamo detto sebbene non piaccia alle confederazioni con qualche eccezione, il ripristino di quel tavolo nazionale che veniva chiamato "tavolo Prodi" che non c'è più da quando non c'è più quel presidente del consiglio, un tavolo dedicato alle tematiche relative alla condizione degli anziani. Ci pareva un tavolo di coordinamento molto significativo.

Per noi, la sanità è un bene pubblico per eccellenza e non saprei individuare qualcos'altro che vada oltre. Noi cerchiamo di intervenire sulla governance pubblica difendendola e difendendo la programmazione pubblica. In questo senso vorremmo che ci fosse questo ruolo del pubblico al fine di dare universalità.

Due anni fa abbiamo fatto una ricerca, che è stata presentata al Parlamento europeo fatta dal CeRGAS Bocconi. L'abbiamo presentata con quattro città europee (Parma, Lipsia, Marsiglia e Oxford), quattro città che i ricercatori avevano ritenuto equipollenti dal punto di vista della valutazione e ci siamo misurati, in quel Parlamento europeo, insieme ai deputati di questi Paesi sulle diversità e, soprattutto, sui temi della non autosufficienza nell'ambito del sistema di welfare.

Sono venute fuori le cose che sono state dette anche qui e cioè che abbiamo una bassa spesa pubblica rispetto a questi altri Paesi, che siamo il Paese che monetizza di più, che diamo cash mentre dalle altre parti danno più servizi, che c'è una grossa fetta di compartecipazione e che c'è un'anomalia sul tema non autosufficienza che, per come la risolviamo, è tutta nostra. Quando denunciavamo questa cosa ci rispondevano parlando dell'assegno di accompagnamento, che nasconde questa diversità. Ma quel giorno al Parlamento europeo, sapevamo bene che quel pensionato dello Spi di Brescia, seduto a fianco del pensionato di Lipsia, su 1.500 Euro lordi di

pensione ne pagava 450 di tasse mentre il pensionato di Lipsia 80.

Se dovessimo scegliere una strada – lo dico io che sono dell'ala moderata interna e lo si capisce – sulle pensioni io sceglierei la strada fiscale così si avrebbe una rivalutazione del potere d'acquisto delle pensioni. Siamo l'unico Paese in cui le pensioni sono tartassate più degli stipendi perché la no tax area penalizza più le pensioni che gli stipendi e la pensione – vorrei ricordare – la si è pagata per quarantadue anni con i contributi quindi non è una rendita, ma salario differito. Per questo negli altri Paesi c'è questa diversità di tassazione che, come vedete, fa per tutti – su 1500 euro – quasi l'assegno di accompagnamento.

Vorrei anche assicurare sul fatto che noi cerchiamo di fare una battaglia per il valore degli anziani. Abbiamo depositato anche un logo, si chiama *Risorsa Anziano*, che è un festival che abbiamo fatto a Pavia e che faremo ogni anno in una città della Lombardia. L'abbiamo fatto con i giovani di quell'Università e, in quel contenitore, abbiamo fatto emergere questo concetto: l'anziano non è un peso, in Lombardia quelli che hanno tra i 60 e i 70 anni danno più agli anziani stessi di quanto ricevono e, cioè, aiutano altri anziani.

E poi una cosa, che non piace molto alle compagnie e neanche ai compagni, e che riporto come dato di fatto: 900mila persone in questo Paese accedono al lavoro perché ci sono i nonni e le nonne in servizio permanente effettivo, che è una vocazione alla quale noi non vogliamo essere relegati obbligatoriamente. Lo dico per inciso, questi sono dei punti di Pil rilevanti in questo senso e, quindi, lavoriamo su questo sapendo che discutere di questo in Lombardia vuol dire discutere anche di economia e non solo di qualità sociale. Abbiamo fatto quattro calcoli e tutto quello che viene messo tra Rsa e badanti nella nostra regione, lo rende uno dei più importanti settori economici della regione. Discutere di questo è discutere anche di economia sapendo che in questo settore c'è tanta brava gente, ci sono le eccellenze, c'è anche qualche delinquente e ci sono blocchi di potere per cui il nostro ruolo, credo, sia anche quello di mettere in trasparenza e di ragionare su tutto questo.

Cerchiamo di sollecitare l'intercettazione dei bisogni, la loro prevenzione per costruire una rete e affrontare il problema prima che diventi acuto o drammaticamente irrecuperabile.

In questo senso la riforma socio-sanitaria era necessaria perché – l'hanno detto tutti maggioranza e opposizione – non era più corrispondente alla carta d'identità del nostro Paese come della nostra regione con due milioni di ultra sessantacinquenni, mentre nei prossimi dieci anni gli ultra ottantacinquenni aumenteranno del 50% e, quindi, l'invecchiamento è un tema prioritario.

Nessun politico dice che non è prioritario, ma metterlo in agenda diventa difficile perché si scopre quando il problema è immane e la serie di risorse a volte non corrispondenti a quanto c'è già adesso, figuriamoci nei prossimi dieci anni.

La tracciabilità sulle liste di attesa per garantire l'equità di accesso dei pazienti alle prestazioni: è indubbio che una delle cose che incentiva è il tempo, se una persona si sente dire: "vieni fra sei mesi" se ha 200 Euro li tira fuori. Quindi cerchiamo di proporre alle istituzioni di combattere quelle situazioni in cui vengono creati percorsi paralleli di ricovero, spesso vincolati a visite a pagamento.

L'idea, ad esempio, che ha proposto Claudio Dossi, di tracciare i tempi di attesa per visite ed esami monitora la ragione principale del ricorso al privato e cioè il tempo di attesa per ottenere una visita o una prestazione. Abbiamo fatto anche proposte sulla riduzione dei ricoveri inappropriati.

Questa ricerca dice che anche nella ricca Lombardia (meno che in altre parti) la gente per curarsi si impoverisce e noi anche di questo dobbiamo occuparci. In questo contesto c'è la Legge 23, e, speriamo che non sia solo un insieme di contenitori, perché anche quelli che l'hanno scritta inciampavano sulle sigle.

Ci sarà bisogno di un rodaggio e, alla domanda quanto dura il rodaggio, ci è stato detto: "per un anno non se ne parla nemmeno" ma qualche dirigente della Regione – sotto anonimato e senza essere torturato – ha detto che secondo lui il periodo di transizione solo ottimisticamente durerà dodici mesi.

Lo dico perché la domanda che viene fatta è:

"cosa succede il 1° gennaio del prossimo anno che è domani mattina?". Siamo in una situazione nella quale nessuno di quelli che hanno scritto la legge dice cosa succede. Noi ci siamo approcciati, come sempre, senza pregiudizio alla richiesta di cambio di direzione, abbiamo riconosciuto le ragioni e, quindi, faremo valere il nostro ruolo.

La segretaria della Cgil medici, in un convegno, ha detto una cosa che mi sono scritto: "In Lombardia praticamente si fa fatica ad entrare in ospedale ma si fa fatica anche ad uscire dall'ospedale". La presa in carico è una proposta che, innanzitutto non facciamo da oggi, e che mira a non lasciare le persone a se stesse, con un vuoto da colmare. Miriamo, piuttosto, a un sistema di dimissioni protetto. Dossi, ad esempio, ha fatto dei giri nelle Case della salute che gli sono sembrate un luogo civico che si aggiunge agli ospedali e che ricuce un vuoto esistente. Questa era il perché abbiamo fatto ed elaborato la proposta.

Si tratterebbe di capire bene quali sono le risorse per far partire la macchina. Vogliamo lavorare su questo con i sindaci ai quali abbiamo proposto, in questo caso unitariamente come sindacato dei pensionati della Cgil e della Cisl Lombardia, il seguente tema: è possibile che in una regione come la nostra, che ha un perimetro quasi uguale all'Emilia Romagna, ci sia il triplo dei sindaci dell'Emilia Romagna? Questo sapendo che un sacco di questi piccoli Comuni spende più del 60% per mantenere se stesso e che il sindaco, quando arriva lì, comincia a piangere un chilometro di distanza, tanto che come ti vede ti dice: "Soldi non ce ne sono, sia chiaro".

Ora, con tutto il bene, che vogliamo ai sindaci questo tema molto impopolare della riduzione delle fasce tricolori si pone quando parliamo questi temi, in una situazione – evidenziata anche da una ricerca sugli avanzi di bilancio – dove Comuni, amministrazioni hanno una situazione di non capacità di spesa.

Con questo, sono d'accordo con tutti quelli che l'hanno detto e cioè non è che con un po' di efficientismo si risolvono questi colossali problemi. Certo è che siamo in una situazione di questo tipo, sapendo che Maroni è inadempiente.

Ha firmato un accordo con il sindacato, sostenu-



to da un ordine del giorno di tutto il Consiglio regionale, attendiamo ancora l'applicazione di quell'accordo.

Cerchiamo, poi, di lavorare anche sull'orientare le risposte, gli sportelli sociali, che ha lo Spi, sono un servizio sociale.

Se qualcuno viene da noi, allo sportello sociale, prima gli si domanda se sa che diritti ha. Perché la gente che diritti ha non lo sa. Non è che si arrivi lì dicendo: "allora io posso fare questo". Utilizzando gli strumenti dell'informatica cerchiamo di indirizzarlo per risolvere il suo problema e per dare un contributo, ovviamente, alla collettività oltre alla persona che viene da noi.

Non è vero che in questa situazione non si capisce più dove sta la destra e la sinistra, perché questa situazione rappresenta il momento in cui si potrebbe capire dove sta la destra e la sinistra. Io credo che la sinistra debba avere l'ambizione di estendere i diritti, di armonizzare la crescita economica e le pari opportunità sociali.

Noi cerchiamo di fare la nostra parte.

Se uno si domanda: "ma lo Spi cos'è che fa?", io prendo ago e filo e dico: "lo Spi tenta di ricucire gli strappi sociali tutte le mattine, a volte ci riusciamo e a volte non ci riusciamo ma lo

facciamo in maniera non tattica". Sappiamo, a differenza di quelli che pensano al partito della Cgil o a robe di questo tipo che stanno solo nella mente bacata di qualcuno, che noi non siamo in Consiglio regionale ad alzare le mani, non siamo in Parlamento. Dobbiamo difendere questa autonomia e, quindi, fare un richiamo alla politica e dire sostanzialmente che, alla fine, è solo la politica che ci può salvare dalla cattiva politica.

Continuiamo a essere della gente che fa il tifo per la politica e che sa che la salute è un bene primario che non va sempre confuso con il Pil o maneggiato con lo spread. Da questo punto di vista, il nostro spread è la negoziazione sociale. Noi facciamo il 40% di negoziazione sociale dei pensionati che si fa in tutta Italia e vogliamo aumentare questo spread di quantità e di qualità. Abbiamo tanti difetti ma quello che non ci manca è la tenacia. Su queste cose, a partire da quelle che abbiamo indicato qui, torneremo nel sollecitarvi tentando di difendere nel miglior modo possibile coloro che noi rappresentiamo. ■

ANZIANI VERSO LA SANITÀ PRIVATA. QUALI POLICY? LA LOMBARDIA E LE ALTRE REGIONI

Sintesi della ricerca

A cura di Stefano Menegat e Francesco Montemurro

Coordinamento Spi Lombardia: Claudio Dossi

Ires Morosini: Francesco Montemurro



Ires welfare

Anziani verso la sanità privata. Quali policy? La Lombardia e le altre regioni.



INTRODUZIONE

Il 9 Giugno 2015, in occasione del quinto “Welfare Day”, Censis e Rbm Salute presentavano i risultati di una ricerca indirizzata a cogliere segnali relativi al futuro dell’assistenza sanitaria italiana, con un focus particolare sul tema delle spese “*out of pocket*”, vale a dire le spese direttamente sostenute dalle famiglie. I dati presentati, relativi al 2014, mostrano una situazione critica per lo stato di “salute” del sistema sanitario nazionale. Complici diversi aspetti critici del servizio sanitario pubblico (liste d’attesa in primis), i cittadini italiani sono sempre più propensi a spendere quote maggiori di denaro per svolgere in tempi rapidi esami, accertamenti e via dicendo. 22 milioni di italiani durante il 2014 hanno fatto ricorso ad accertamenti specialistici mentre sono ben 4.5 milioni gli individui che hanno dovuto rinunciare ad almeno una prestazione sanitaria. Va sottolineato che per l’accesso ai servizi del settore pubblico, il pagamento del ticket e l’incertezza circa le tempistiche delle prestazioni funzionano da barriera per una quantità sempre crescente di persone che non possono trovare nel privato una alternativa valida, a causa dei costi maggiori. In questo panorama, il problema di un equo accesso alle cure e ai trattamenti diventa sempre più pressante.

Incentrato prevalentemente sul principio dell’universalismo che ne ha determinato le caratteristiche sin dalla sua introduzione alla fine degli anni settanta¹, il sistema sanitario italiano attraversa da alcuni anni una fase di profonda trasformazione. A caratterizzare tale situazione vi sono elementi di natura politica, economico-finanziaria e amministrativa, che a partire dagli anni 2000 hanno indirizzato il dibattito su alcune direttrici fondamentali: la spinta federalista, che per circa un decennio ha permeato il dibattito politico, sino all’approvazione della legge delega per l’attuazione del federalismo fiscale (L. 42/2009); le debolezze, finanziarie e di risultato, della programmazione regionale sanitaria, che hanno interessato in primo luogo le otto regioni in regime di piano di rientro (Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Sicilia, Calabria, Piemonte, Puglia), ma anche altre esperienze territoriali; l’avvento della crisi economica internazionale che ha portato all’introduzione di politiche orientate al contenimento della spesa; sino alla recente riflessione circa la sostenibilità del sistema sanitario nazionale che si è sviluppata nel dibattito politico-istituzionale durante gli ultimi due anni.

In questo contesto, gli erogatori di servizi sanitari si trovano ad affrontare un insieme di circostanze particolari nel garantire la “tutela della salute” così come definita dalla Costituzione (art. 32). Occorre ricordare come a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, sia aumentato il ruolo delle Regioni in ambito sanitario (sussidiarietà), mentre contestualmente siano stati istituiti e costituzionalizzati i cosiddetti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) stabiliti a livello centrale dallo Stato e finalizzati a garantire ai cittadini la tutela dei propri diritti in materia di salute e benessere. Questi elementi sono quindi alla base del quadro di *governance* del Sistema Sanitario Nazionale (Finocchi Gherzi et al., 2010). Per questo motivo, con il presente lavoro, si concentrerà l’analisi sul livello regionale, con l’obiettivo di fornire una panoramica generale sullo stato del sistema sanitario lombardo e le dinamiche evolutive della spesa sanitaria privata.

La ricerca è composta da due parti centrali: la prima è dedicata all’analisi istituzionale dei dati disponibili sul tema (dall’analisi del sistema sanitario lombardo in termini di capacità operativa rispetto alla domanda dell’utenza all’analisi della spesa sanitaria dei cittadini lombardi); nell’analisi istituzionale sono state considerate diverse fonti e i più recenti contributi al dibattito in materia. Tuttavia, per la natura del presente lavoro e per necessità legate all’omogeneità dei dati, alcuni indicatori e alcune fonti sono stati preferiti ad altri. È il caso, ad esempio, di diverse misure proposte in maniera organica e standardizzata dall’Istat attraverso il set di indicatori “Health for All”, che risulta la fonte più completa e coerente disponibile, specialmente per quanto con-

cerne gli indicatori di analisi inter regionale. Per quanto concerne tali misure, in alcune occasioni, si è preferito tenere conto dei valori proposti dall'Istat piuttosto che delle rilevazioni elaborate dalle singole regioni, anche se aggiornate ad anni più recenti, proprio per eventuali problemi nella gestione della qualità e uniformità dei dati provenienti da un numero troppo elevato di fonti diverse.

Nella seconda parte del presente lavoro si esaminano invece i risultati ottenuti attraverso un'indagine campionaria effettuata con l'ausilio degli sportelli di alcune leghe dello SPI Cgil lombardo e condotta su uno dei gruppi sociali più direttamente colpiti tanto dalla crisi economica quanto dall'emergenza del rischio socio-sanitario: i pensionati. Mentre la prima parte della ricerca mostra alcuni risultati quantitativi ottenuti attraverso l'analisi di banche dati istituzionali e di altre fonti statistiche, la seconda parte mira a fornire una valutazione qualitativa su quello che è un fenomeno che coinvolge in maniera diretta una tipologia sociale le cui caratteristiche sono piuttosto omogenee all'interno del campione che ha preso parte allo studio. I questionari sono stati somministrati sotto forma di intervista semi-strutturata, e hanno permesso di rilevare alcune informazioni circa l'accesso dei pensionati lombardi ai servizi della sanità pubblica e i relativi costi, i maggiori problemi riscontrati, la fruizione di servizi sanitari privati a costo intero e le motivazioni alla base di tali scelte. In conclusione si riportano alcune riflessioni emerse dall'esame dei risultati della prima e della seconda sezione della ricerca, con uno specifico richiamo ai dati emersi dall'indagine campionaria in merito al ruolo che il sindacato dovrebbe coprire, a detta degli intervistati, in termini di politiche della salute e protezione dei diritti del cittadino.

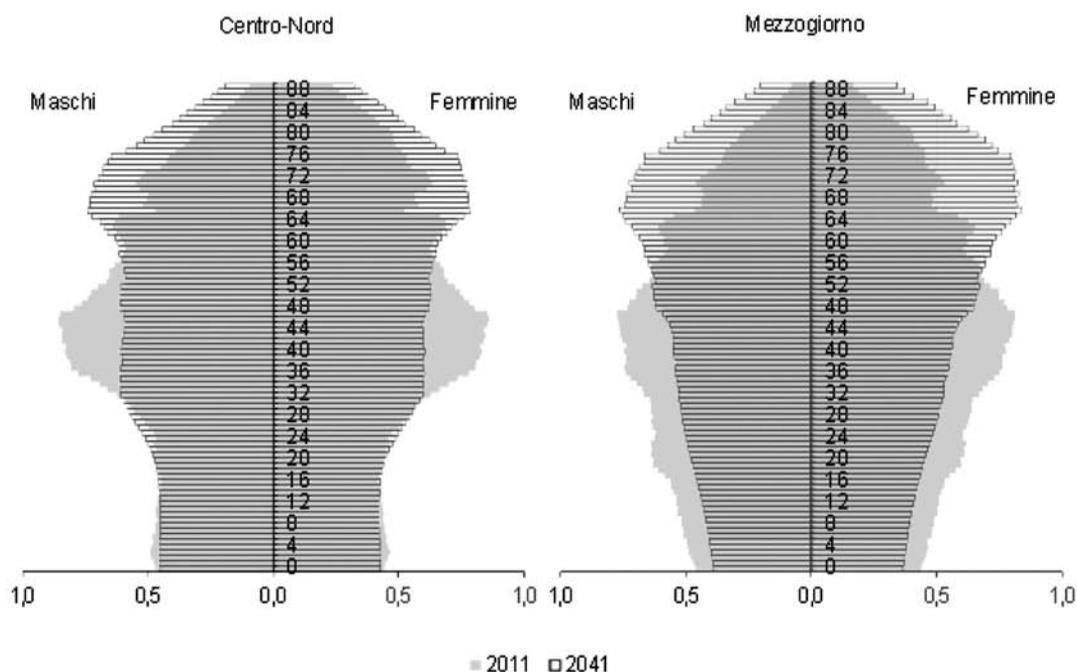
PARTE 1. ANALISI ISTITUZIONALE

1.1 Il contesto regionale, principali indicatori di interesse socio-demografico

Con circa 10 milioni di abitanti distribuiti su una superficie di 24.000 km quadrati e residenti in circa 1.530 comuni, la Lombardia rappresenta la maggiore regione italiana in termini di peso demografico. Mentre in diverse regioni settentrionali si è registrato un incremento demografico nell'arco dell'ultimo decennio, nella maggior parte dei casi si è assistito a un contestuale incremento dell'età media della popolazione. Il fenomeno, che ha coinvolto e coinvolge tuttora in maniera maggiore il Piemonte, è apparso invece più attenuato in Lombardia. Una certa vivacità nella dinamica demografica mantiene infatti positivo il tasso di crescita della popolazione, controbilanciandone il progressivo invecchiamento. Dai dati emerge come negli ultimi 12 anni la Lombardia abbia registrato un incremento demografico pari al 10%, contro il 9% del Veneto e il 5% del Piemonte. Questa tipologia di informazione risulta essere estremamente rilevante specialmente in rapporto all'analisi dei sistemi socio-sanitari regionali. La dinamica demografica è e sarà sempre in misura maggiore un driver diretto delle trasformazioni nella domanda di servizi sanitari, tanto al Nord quanto al Sud (Istat, 2014). Un secondo elemento definibile come driver comprende invece la dinamica economica del Paese, che influisce direttamente sulle risorse del sistema sanitario pubblico, sulla spesa sanitaria delle famiglie e sulla dinamica demografica stessa² (ibid.).

In termini demografici acquisisce dunque una primaria rilevanza il dato relativo alla distribuzione della popolazione per classi di età. La figura sottostante mostra in maniera inequivocabile come il processo di transizione demografica avrà ancora un ruolo importante nei prossimi decenni. La distribuzione della popolazione per classi d'età ha già plasmato la forma a piramide tipica delle società "giovani" alla forma romboidale, che caratterizza la società attuale. Nei prossimi anni la distribuzione della popolazione per classi d'età subirà un'ulteriore trasformazione, rovesciando definitivamente la piramide nella forma attesa per una società sempre più anziana.

Figura 1 - PIRAMIDI DELLE ETÀ A CONFRONTO. CENTRO-NORD E MEZZOGIORNO, ANNI 2011 E PREVISIONI PER IL 2041



Fonte: Istat, 2014. P. 160.

In termini di servizi sanitari il quadro appena delineato implica un progressivo incremento della pressione della domanda per il trattamento di patologie croniche gravi, la cui incidenza sul totale della popolazione potrebbe aumentare dal 15% attuale al 20% nel 2024 e al 22% nel 2034 (ibid., p. 164). Tale fenomeno potrebbe inoltre essere notevolmente influenzato dall'andamento della congiuntura, specialmente nel caso in cui l'uscita dalla crisi si rivelasse più complicata e lunga del previsto. Sempre l'Istituto nazionale di Statistica (2014) evidenzia infatti come la crisi economica abbia avuto un impatto diretto sulla capacità degli italiani a far fronte a cure e servizi sanitari necessari. Il problema delle disuguaglianze sociali nell'accesso al diritto alla salute è sempre più percepito in molteplici strati della popolazione. Come intuitivo, è proprio la componente più anziana della popolazione a soffrire in maniera più accentuata tali condizioni. In Lombardia la popolazione con più di 65 anni di età supera i 2 milioni di individui, ossia il valore più elevato osservato in Italia in termini assoluti. In termini relativi, tuttavia, la popolazione anziana lombarda risulta meno incisiva sul tessuto demografico regionale rispetto alla maggior parte delle regioni italiane. La popolazione anziana, che risulta una delle componenti più vulnerabili dal punto di vista socio-economico, si mantiene infatti su proporzioni leggermente inferiori rispetto alla media nazionale. Dalla tabella sottostante si evince come la quota di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione raggiunga il 21,5% in Lombardia contro il 24,7% del Piemonte, il 21,45% del Veneto o il 23,32% dell'Emilia Romagna (tab. 1). L'indice di dipendenza degli anziani³ risulta invece in linea o leggermente superiore rispetto alla media nazionale (33,45% contro il 33,41%) e decisamente inferiore rispetto ai valori registrati per il Piemonte (38,64) e per l'Emilia Romagna (36,92%).

Tabella 1 - PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI. REGIONI ITALIANE, ANNO 2014

	Popolazione residente	Popolazione residente con più di 65 anni	% popolazione residente con più di 65 anni sul totale della popolazione	Indice di dipendenza degli anziani
Piemonte	4430633	1075264	24,27	38,64
Valle d'Aosta	128445	28570	22,24	34,85
Lombardia	9988006	2147240	21,5	33,45
Trentino-Alto Adige	1053943	207705	19,71	30,46
Veneto	4927207	1057133	21,45	33,27
Friuli-Venezia Giulia	1228243	306030	24,92	39,87
Liguria	1587601	442261	27,86	45,98
Emilia-Romagna	4448431	1037403	23,32	36,92
Toscana	3751583	922845	24,6	39,32
Umbria	895752	218352	24,38	38,94
Marche	1551967	365935	23,58	37,32
Lazio	5881438	1209974	20,57	31,35
Abruzzo	1332757	298867	22,42	34,65
Molise	314037	72590	23,12	35,63
Campania	5865747	1019394	17,38	25,93
Puglia	4090186	827318	20,23	30,82
Basilicata	577505	123669	21,41	32,55
Calabria	1978582	396050	20,02	30,26
Sicilia	5093509	1005850	19,75	30,05
Sardegna	1663573	354567	21,31	31,96
Italia	60789140	13117009	21,58	33,41

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Anche per quanto concerne una delle categorie sociali più a rischio, gli anziani soli, la Lombardia misura valori in linea con la media nazionale (14,78% contro il 14,69%). Tuttavia la concentrazione di donne ultrasessantacinquenni sole risulta significativamente maggiore rispetto alla media nazionale (41,8% contro il 38,98%), dato che desta una certa preoccupazione se si considera che molto spesso ad essere esposte maggiormente al rischio di deprivazione economica sono proprio donne in tale fascia d'età (Ires Lucia Morosini, 2015). A prescindere da ciò, il fenomeno della povertà è comunque presente in Lombardia, dove risiede circa il 6,5% delle totale delle famiglie italiane che versano in tali condizioni. In altri termini, la povertà relativa colpisce in media 6,4 famiglie ogni 100 in Lombardia, contro le 5,7 del Piemonte e le 4,5 dell'Emilia Romagna (mostra invece valori del tutto simili il Veneto, dove il fenomeno colpisce circa 6,5 famiglie ogni 100).

Tabella 2 - PRINCIPALI INDICATORI DI RISCHIO SOCIO-DEMOGRAFICO. REGIONI ITALIANE. ANNO 2014

	% persone sole con più di 65 anni	% persone sole con più di 65 anni - maschi	% persone sole con più di 65 anni - femmine	Incidenza della povertà relative - ogni 100 famiglie	%famiglie povere (Italia=100)
Piemonte	15,93	17,64	40,57	5,72	4,24
Valle d'Aosta	17,9	26,27	49,79	7,05	0,09
Lombardia	14,78	16,69	41,8	6,43	6,54
Trentino-Alto Adige	13,18	17,08	38,14	4,32	1,04
Veneto	12,95	14,47	34,93	6,56	3,17
Friuli-Venezia Giulia	17,83	20,33	43,45	6,09	1,08
Liguria	19,82	23,95	44,3	6,55	1,77
Emilia-Romagna	14,84	17,13	37,51	4,52	3,68
Toscana	15,25	15,38	36,95	4,84	2,99
Umbria	15,47	14,42	37,43	10,86	1,21
Marche	14,78	15,18	34,49	8,37	1,2
Lazio	14,7	21,46	38,72	8,45	6,02
Abruzzo	15,93	15,67	40,92	15,52	2,61
Molise	17,1	18,78	39,96	19,59	0,85
Campania	12,81	15,87	36,38	23,06	16,9
Puglia	13,31	12,75	36,25	23,91	12,47
Basilicata	15,74	15,21	42,02	22,94	1,93
Calabria	13,31	12,71	38,81	32,35	7,33
Sicilia	14,98	16,3	42,78	32,45	19,67
Sardegna	13,52	20,29	34,07	24,81	5,22
Italia	14,69	16,85	38,98	12,59	100

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

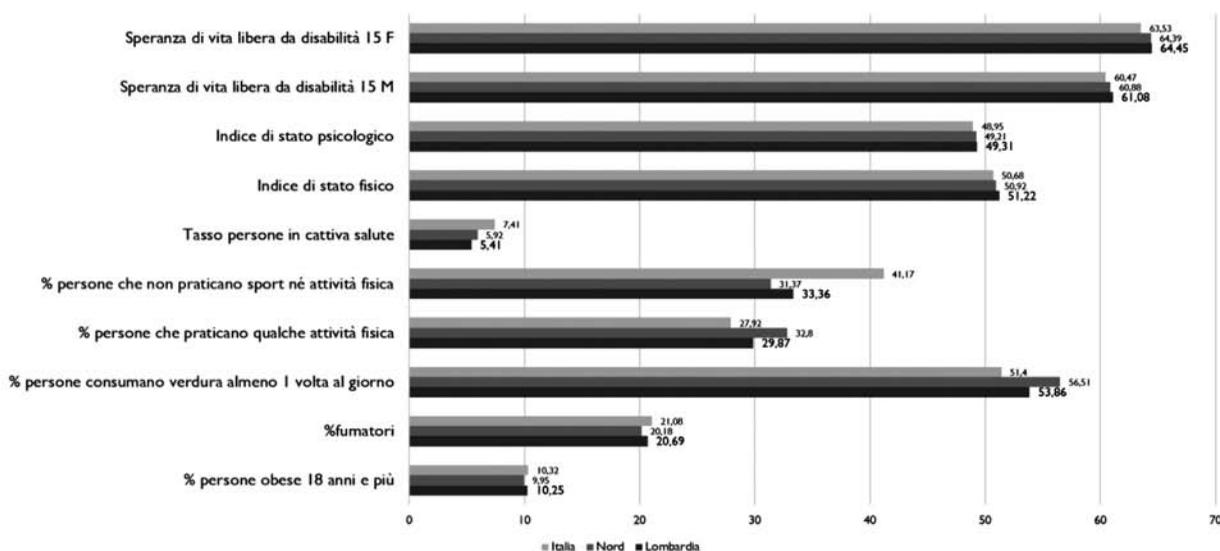
Principale regione italiana anche per ricchezza prodotta, la Lombardia registra comunque alcune criticità dal punto di vista socio-demografico. Mentre il reddito pro-capite risulta stabilmente il più elevato tra le regioni a statuto ordinario (Istat, 2015), la povertà relativa colpisce circa 283.000 famiglie collocando la Lombardia come la sesta regione per numero di famiglie povere, dopo Sicilia, Calabria, Campania, Puglia e Calabria. Sebbene queste considerazioni possano apparire lontane dalla tematica principale del presente lavoro, è tuttavia utile mantenere un riferimento con tali argomenti. Si tornerà su alcuni di questi punti nell'analisi delle condizioni di difficoltà relativa che i lombardi possono incontrare nell'accesso ai servizi sanitari, che saranno invece l'oggetto del prossimo capitolo.

1.2 Struttura della domanda di servizi sanitari in Lombardia

Caratteristiche generali

Nell'ambito della presente ricerca si è scelto di analizzare alcune caratteristiche-chiave del sistema sanitario lombardo in modo da contestualizzare al meglio le indagini svolte sia a livello istituzionale che campionario. Il primo punto da approfondire riguarda la struttura della domanda di servizi sanitari in Lombardia, vale a dire la condizione di salute media dei cittadini lombardi e il ricorso a prestazioni mediche sia presso strutture pubbliche che private. Prima di procedere ad un primo esame dello stato di salute dei cittadini lombardi occorre definire brevemente cosa si intende con il concetto di salute. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità un individuo può essere considerato in stato di salute quando manifesta uno "stato di benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" (WHO, 1948), accezione successivamente ampliata con la Carta di Ottawa (1986). Tale definizione trova riscontro nella legislazione italiana solamente a partire dal 1978, quando con la legge n. 833 viene anche sancita la priorità della prevenzione rispetto alla cura della malattia. Per gli scopi del presente lavoro risulta di particolare interesse il carattere generale di tali definizioni. Con il grafico sottostante si evidenziano alcuni aspetti salienti relativi allo stato di salute dei cittadini lombardi rispetto ai loro connazionali per l'anno 2013.

Figura 2 - INDICATORI RELATIVI ALLO STATO DI SALUTE DEI CITTADINI: LOMBARDIA, NORD ITALIA, ITALIA. ULTIMO DATO DISPONIBILE*



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

*Speranza di vita libera da disabilità: 2005; Indice di stato psicologico, indice di stato fisico, Tasso di persone in cattiva salute, % persone che praticano qualche attività fisica, % persone che consumano verdura almeno una volta al giorno, % Fumatori, Persone obese 18 anni e più, 2013.

Come previsto dalla letteratura scientifica disponibile in materia⁴, la speranza di vita e le generali condizioni di salute dei cittadini lombardi risultano correlati con l'alto livello di reddito pro capite disponibile. I lombardi godono infatti di una salute mediamente migliore rispetto ai propri connazionali. Ad esempio, il dato relativo alla speranza di vita senza disabilità risulta più elevato rispetto al corrispettivo delle altre regioni del Nord Italia e alla media nazione, tanto per gli uomini che per le donne. Sia dal punto di vista fisico che psicologico gli indicatori mostrano una situazione migliore rispetto ai dati medi della partizione settentrionale e della media nazionale. Desti per contro una certa preoccupazione il dato relativo all'obesità, fenomeno che in Lombardia arriva a coinvolgere quasi 835.000 persone con un'incidenza del 10,25% rispetto al 9,95% del Nord Italia. Mentre risulta pressappoco in linea con il dato medio per il settentrione, l'incidenza dei fumatori, che si attesta a circa il 20,7% della popolazione con più di 15 anni. In termini di prevenzione i cittadini lombardi sono invece meno attivi rispetto agli altri del Nord Italia, con una proporzione di individui che non pratica nessuno sport né attività fisica che raggiunge il 33,36% (contro il 31,37%) registrato per le regioni settentrionali e con una percentuale di consumatori regolari di frutta e verdura che si ferma al 53,86% della popolazione (rispetto al 56,61% relativo al Nord Italia).

Tabella 3 - DOMANDA DI SERVIZI SANITARI DI PREVENZIONE, LOMBARDIA E REGIONI ITALIANE, ANNO 2013

Tasso mammografia in assenza sintomi		Tasso pap-test in assenza sintomi		Tasso ricerca sangue occulto		Tasso esame colon-retto		Tasso controllo osteoporosi		Tasso vaccinazioni dichiarate per influenza							
1	Emilia-Romagna	81,16	1	Emilia-Romagna	84,97	1	Emilia-Romagna	41,13	1	Trentino-Alto Adige	22,69	1	Emilia-Romagna	48,21	1	Friuli-Venezia Giulia	58,66
2	Veneto	77,44	2	Trentino-Alto Adige	84,58	2	Valle d'Aosta	39,97	2	Emilia-Romagna	20,19	2	Lazio	48,02	2	Emilia-Romagna	56,52
3	Lombardia	76,6	3	Veneto	83,68	3	Veneto	38,05	3	Veneto	19,11	3	Abruzzo	45,74	3	Veneto	56,51
.	.	.	4	Friuli-Venezia Giulia	82,61	4	Friuli-Venezia Giulia	36,77	4	Friuli-Venezia Giulia	18,15	4	Veneto	45,33	4	Umbria	55,82
.	.	.	5	Lombardia	82,11	5	Umbria	35,45	5	Toscana	18,08	5	Toscana	45,28	5	Toscana	55,04
.	.	.	6	.	.	6	Lombardia	34,07	6	Umbria	17,11	6	Sardegna	45,23	6	Molise	53,91
.	.	.	.	.	.	7	Lombardia	17,06	7	Marche	44,46	7	Basilicata	44,46	7	Basilicata	53,51
.	.	.	.	.	.	.	.	.	8	Umbria	43,86	8	Lazio	43,86	8	Lazio	52,92
.	.	.	.	.	.	.	.	.	9	Liguria	42,84	9	Puglia	42,84	9	Puglia	52,55
.	.	.	.	.	.	.	.	.	10	Lombardia	42,34	10	Calabria	42,34	10	Calabria	52,5
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	11	Campania	42,34	11	Campania	51,85
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	12	Marche	42,34	12	Marche	50,84
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	13	Sicilia	42,34	13	Sicilia	50,4
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	14	Abruzzo	42,34	14	Abruzzo	50,3
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	15	Liguria	42,34	15	Liguria	49,63
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	16	Valle d'Aosta	42,34	16	Valle d'Aosta	49,18
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	17	Piemonte	42,34	17	Piemonte	49,14
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	18	Lombardia	42,34	18	Lombardia	48,33

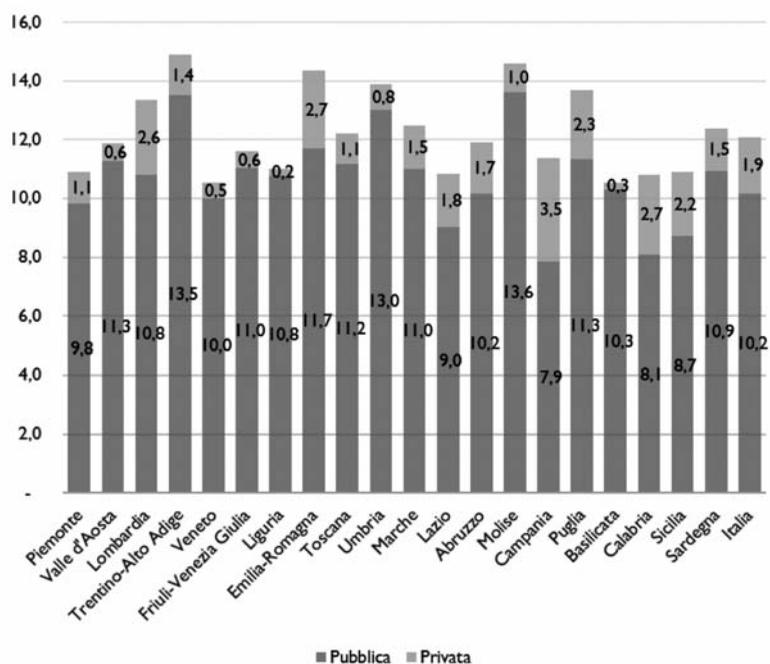
Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

La tabella sovrastante mostra invece il tasso di partecipazione della popolazione lombarda alle principali campagne di prevenzione in ambito sanitario. I dati risultano ambigui, con una buona copertura relativa ad alcune tipologie di attività preventive (come ad esempio il tasso di mammografie realizzate in assenza di sintomi) e una scarsa copertura, ad esempio, per le attività di monitoraggio dell'osteoporosi o per i vaccini antinfluenzali.

1.2.1 Analisi dei principali indicatori relativi alla domanda di servizi sanitari

Il ricorso a servizi sanitari in Lombardia può essere stimato in termini relativi attraverso i dati disponibili circa le degenze ospedaliere. Come si può osservare dal grafico sottostante, la Lombardia mostra un livello di degenze pro-capite medio-alto, pari a circa 13,4 giornate ogni 100 abitanti. Tale valore risulta inferiore a Trentino Alto Adige (14,9), Molise (14,6), Emilia-Romagna (14,4), Umbria (13,9) e Puglia (13,7). Esibiscono valori decisamente inferiori altre grandi regioni sia settentrionali che meridionali, tra cui vale la pena citare il Veneto (10,5), il Lazio (10,8), il Piemonte (10,9) e la Sicilia (10,9). In termini di incidenza relativa delle giornate di degenza registrate presso strutture private accreditate in rapporto a quelle pubbliche, vi è da notare come le prime tre regioni siano la Campania (45%), la Calabria (33%) e la Sicilia (25%), mentre la Lombardia risulta la quarta regione italiana (24%). Tale valore è in linea con quanto registrato per l'Emilia Romagna (23%), mentre la media nazionale si ferma al 19%. È interessante notare come diverse grandi regioni del Nord Italia mantengano tuttavia un rapporto inferiore, che nel caso del Piemonte si attesta a circa il 11% e nel caso del Veneto al 5%. Questi primi dati forniscono dunque una visione generale di come il sistema sanitario lombardo sia comparabile a quello di altre regioni italiane sia dal punto di vista dell'incidenza delle degenze pro-capite sia per quanto concerne la divisione delle prestazioni erogate tra strutture pubbliche e private convenzionate. In tale prospettiva è comunque importante segnalare che la Lombardia, tra le regioni settentrionali, mostra un profilo più simile a quello dell'Emilia Romagna piuttosto che a quello del Piemonte o del Veneto.

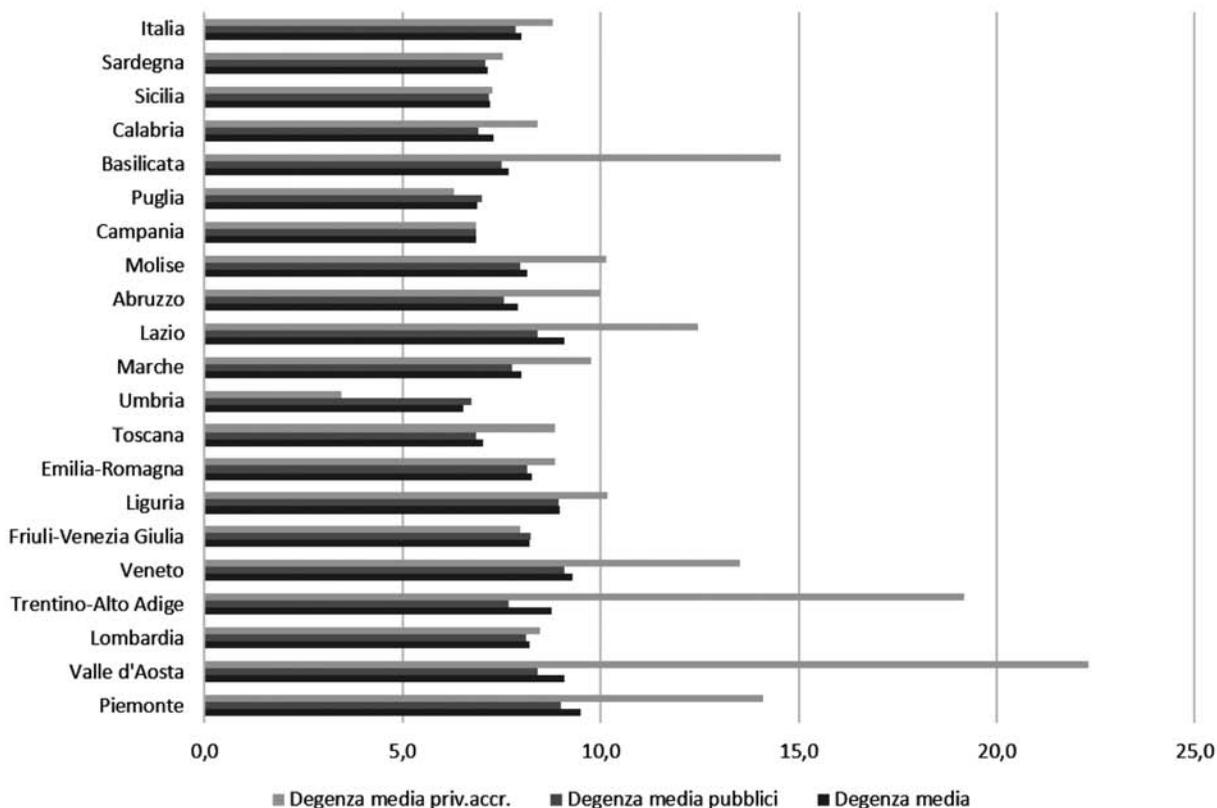
Figura 3 - NUMERO MEDIO DI DEGENZE PRO-CAPITE PER EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI. ANNO 2013



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Proprio queste ultime due regioni mantengono il più alto valore in termini di degenza media, che si attesta a 9,5 giorni per il Piemonte e a 9,3 giorni per il Veneto. La Lombardia in questa speciale classifica occupa l'ultima posizione tra le regioni settentrionali, a causa di una degenza che, in media, si attesta a 8,2 giorni. Sebbene a valori bassi corrispondano potenzialmente una maggiore efficienza in termini di casistica trattata e produttività dei servizi, questo tipo di indicatore non riflette alcuna valutazione sulla reale efficacia del sistema sanitario regionale. Il valore relativo alla degenza media è tuttavia utile a definire in maniera dettagliata il "peso" della domanda di servizi sanitari a livello regionale. Nel caso specifico risulta inoltre di interesse discutere la differenza sostanziale che per alcune regioni italiane si registra circa la durata media delle degenze presso strutture private e strutture pubbliche. Nello specifico si può facilmente apprezzare come la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige guidino questa particolare graduatoria, con una durata media delle degenze presso strutture private che supera 1,6 volte la durata presso le strutture pubbliche nel primo caso e 1,5 volte nel secondo. Ancora una volta Piemonte e Veneto mostrano valori distanti rispetto a quelli della Lombardia, dato che nel primo caso le degenze presso strutture private sono più lunghe del 57% rispetto alle degenze in strutture pubbliche mentre nel secondo caso tale valore si attesta al 49%. Le degenze medie presso strutture private e pubbliche in Lombardia sono piuttosto simili (8,5 giorni nel primo caso e 8,1 giorni nel secondo). Anche in questo caso i valori espressi sono simili a quelli dell'Emilia Romagna (8,1 e 8,9).

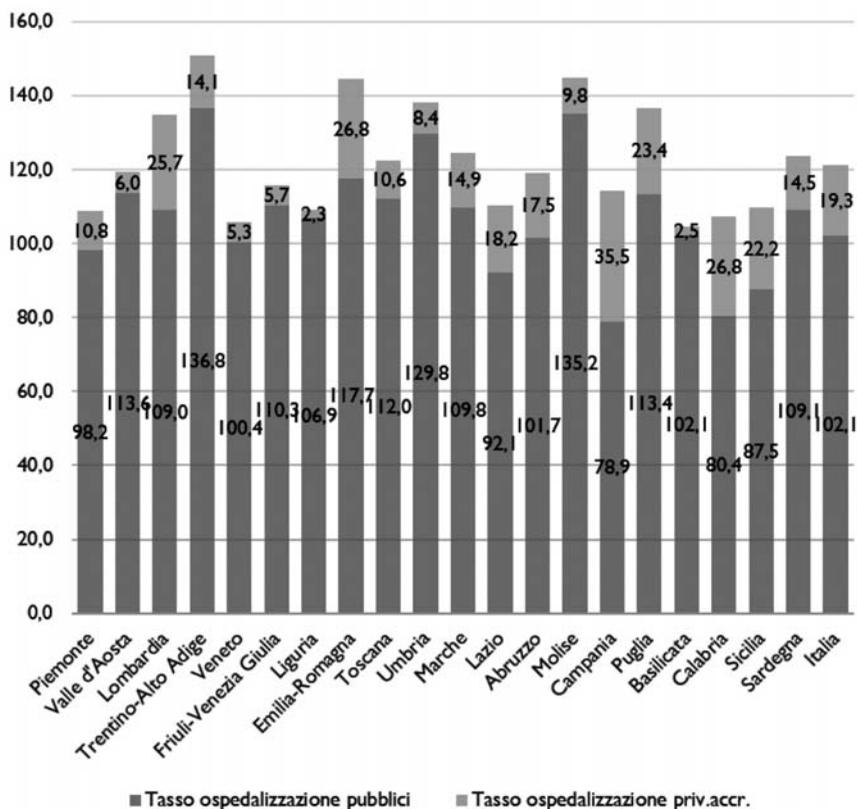
Figura 4 - DEGENZA MEDIA (IN GIORNI) PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE. ANNO 2013



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Un altro indicatore di interesse per la stima della domanda di servizi sanitari a livello regionale è rappresentato dal tasso di ospedalizzazione. Tale misura, che viene calcolata sulla base delle dimissioni ospedaliere ogni 1.000 abitanti, mostra ancora una volta il divario sostanziale tra Lombardia, Veneto e Piemonte, e la similarità con il caso dell'Emilia Romagna. Con un tasso di ospedalizzazione pari a 134,7, la Lombardia mostra il valore più elevato tra le regioni settentrionali dopo l'Emilia Romagna (144,5), mentre Piemonte (109,0) e Veneto (105,7) rimangono molto distanziate. Anche in questo caso il peso del settore privato accreditato si manifesta in maniera evidente in Lombardia (24%) ed Emilia Romagna (23%) più che in Piemonte (11%) e Veneto (5%). La Lombardia, in effetti, si conferma come quarta regione italiana per peso relativo del settore privato rispetto al settore pubblico in merito alle ospedalizzazioni, mentre le prime tre posizioni sono ricoperte da regioni del Sud Italia, nello specifico Campania (45%), Calabria (33%) e Sicilia (25%).

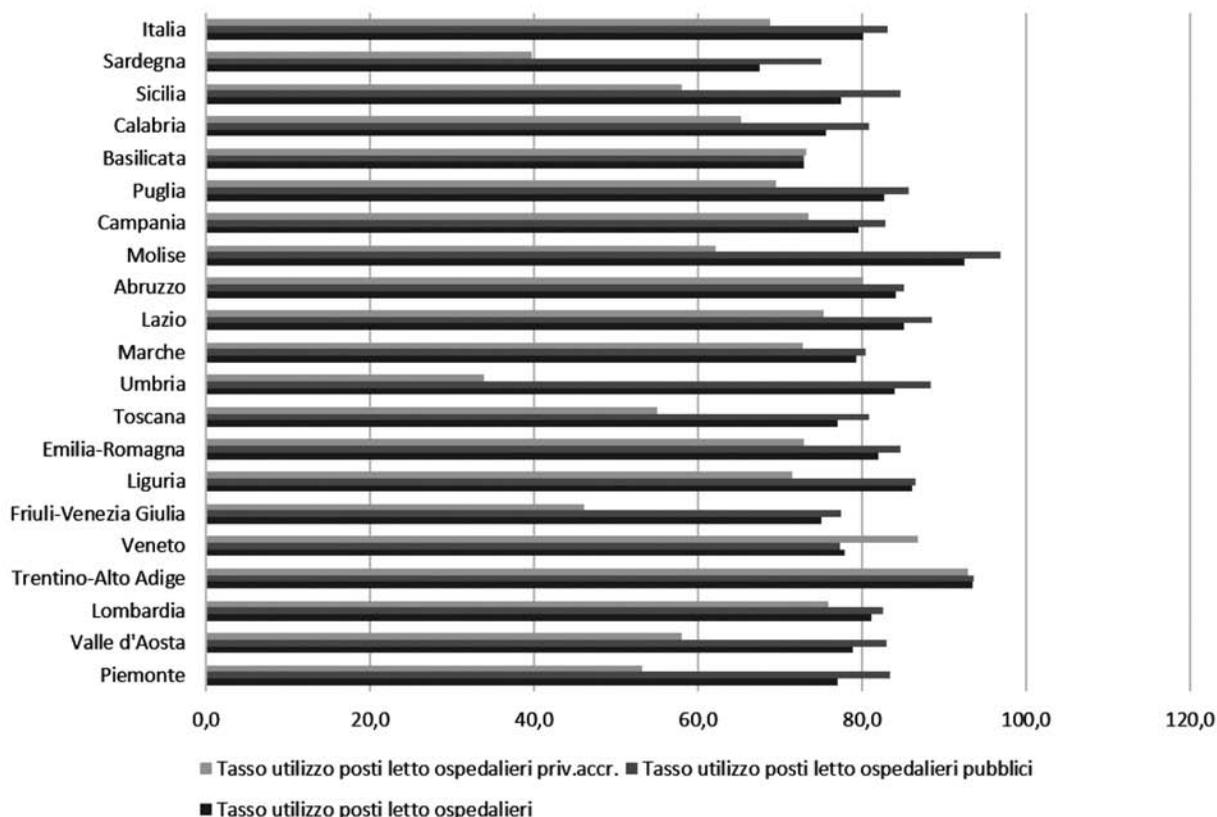
Figura 5 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE. ANNO 2011



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

L'analisi del tasso di utilizzo dei posti letto ospedalieri mostra inoltre come la Lombardia sia piuttosto efficiente nel garantire alla domanda l'accesso all'offerta di servizi sanitari. Con un tasso vicino all'81,1%, infatti, la regione si colloca vicino alla media nazionale (80,2%) ed in linea con i valori espressi dall'Emilia Romagna (82%). Mentre a livello nazionale la media di occupazione di posti letto privati e pubblici differisce di circa 11 punti percentuali a vantaggio dei secondi, in Lombardia il sistema appare pressoché equilibrato (82,6% per le strutture pubbliche e 75,8% per le strutture private). Il fatto che il tasso di utilizzo di posti letto sia vicino all'80% sia nel settore pubblico che privato induce infatti a ipotizzare che a livello territoriale l'offerta di servizi sanitari sia equilibrata, senza che vi sia un eccessivo rischio di sperequazioni territoriali in termini di capacità ricettiva. L'indice di ricettività residua (dato dalla formula "1 - tasso di utilizzo di posti letto disponibili") potrebbe essere individuato idealmente nella misura del 25% proprio per la capacità di assorbimento di eventuali picchi nella domanda. Tale valore si registra infatti per diverse regioni italiane (compresi Veneto, Piemonte, Lazio, Sicilia, Sardegna, Molise) e anche a livello nazionale, con un valore che si attesta a 27,1%. Con un valore pari al 18,9% l'indice di ricettività residua della Lombardia risulta adeguato, anche se, localmente, non è escluso il rischio di saturazione della capacità ricettiva delle strutture ospedaliere.

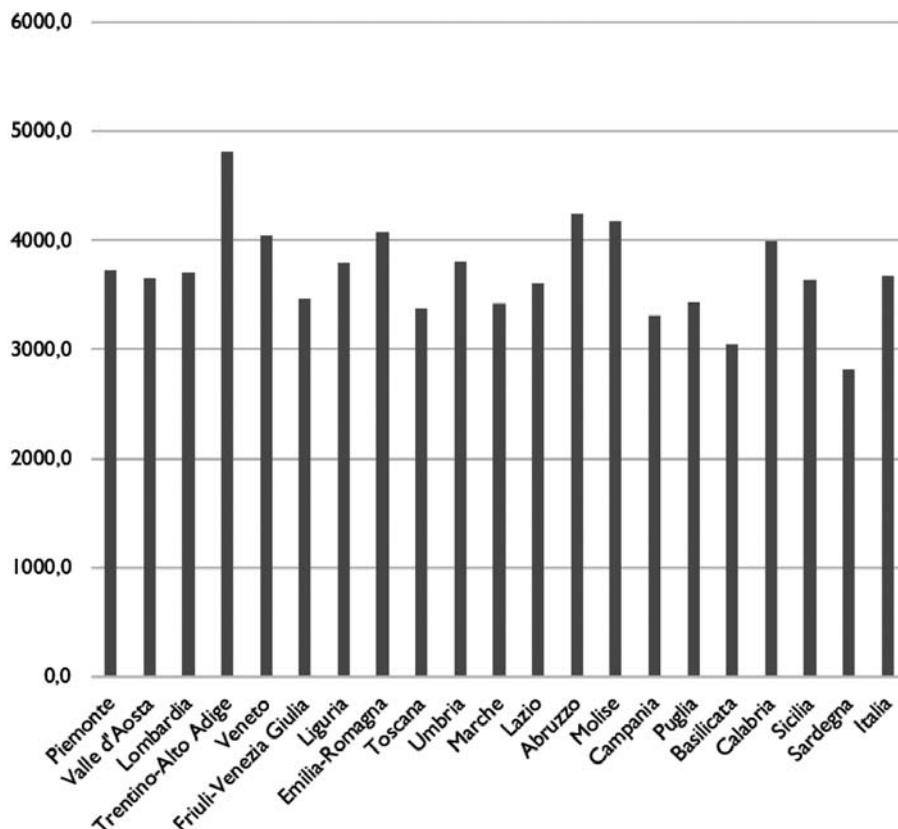
**Figura 6 - TASSO DI UTILIZZO DI POSTI LETTO DISPONIBILI, STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE.
ANNO 2011**



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Tale condizione risulta confermata se si osservano i dati medi di accesso dei cittadini ai servizi di pronto soccorso. Nel caso della Lombardia, infatti, il tasso di ricorso al pronto soccorso risulta di poco superiore alla media nazionale (370,5 contro 367,2), e decisamente inferiore rispetto ai valori registrati per il Trentino Alto Adige (481,7) che guida la classifica delle regioni italiane. L'Emilia Romagna in questo caso appare anche distanziata (408,1) così come il Veneto (404,1). Simili ai dati Lombardi appaiono invece i valori relativi al Piemonte (372,6).

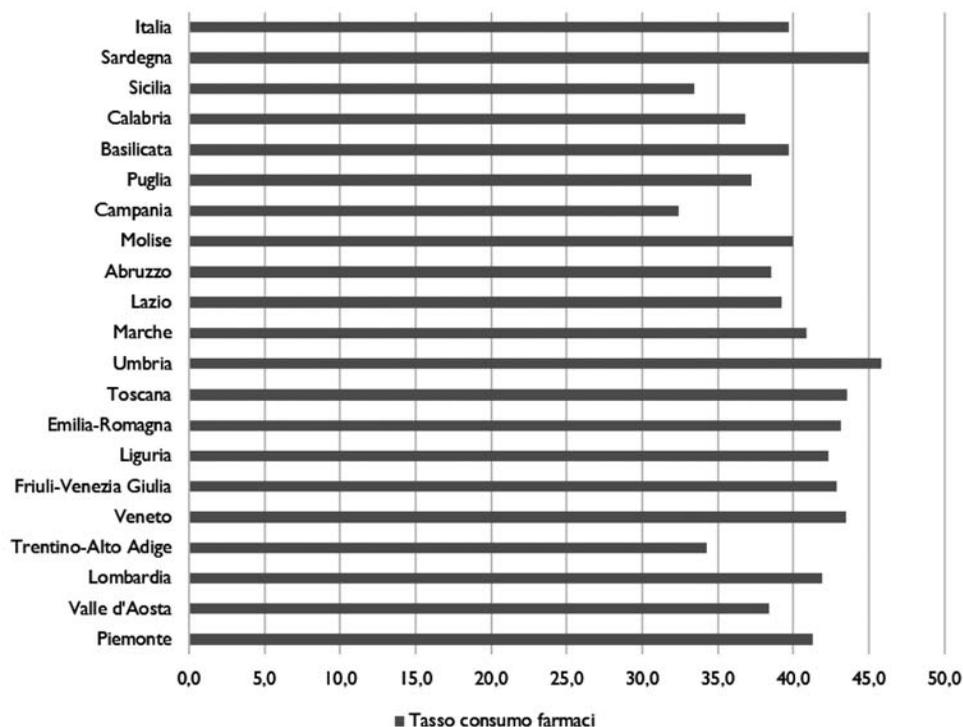
Figura 7 - TASSO DI RICORSO AL PRONTO SOCCORSO. ANNO 2011



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Simile al dato piemontese risulta essere anche il tasso di consumo di farmaci del lombardi, rispettivamente 41,3% e 41,9%, dati comunque superiori alla media nazionale (39,7%) di per se già molto elevata (AIFA, 2012). Questo tipo di dato, unitamente alla dinamica della domanda di servizi sanitari nella regione, rappresenta una delle principali componenti in grado di influenzare l'entità complessiva della spesa sanitaria, tanto pubblica che privata. Occorrerà dunque tenere presente durante la discussione dei prossimi paragrafi, che la propensione del sistema sanitario lombardo alla prescrizione e al consumo di farmaci può costituire un importante punto di intervento per l'introduzione di politiche volte alla riduzione della spesa, sia pubblica che privata.

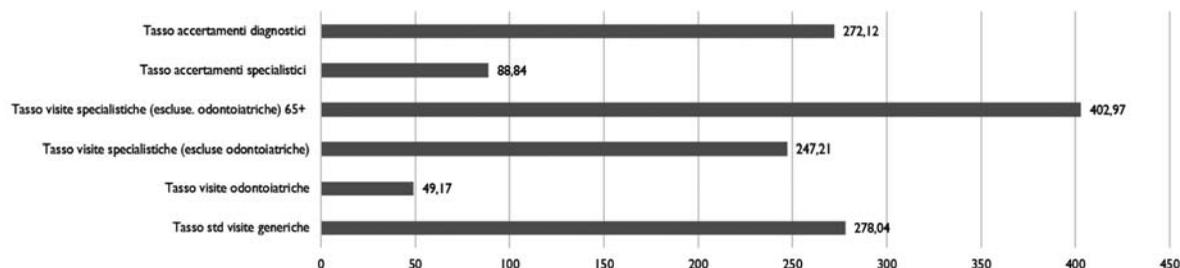
Figura 8 - TASSO DI CONSUMO DI FARMACI, 2013



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Oltre che per il consumo di farmaci, i cittadini lombardi si rivolgono al sistema sanitario regionale per la fruizione di tutta una serie di prestazioni, più o meno ordinarie. Con il grafico sottostante si annoverano alcuni esempi significativi. La prestazione maggiormente erogata è la visita specialistica per gli ultrasessantacinquenni (non inclusiva della prestazione odontoiatrica). I cittadini lombardi ricorrono a tali visite meno dei loro connazionali, che in media effettuano 414 visite ogni 1.000 abitanti. Con 402,97 visite la Lombardia si trova ad essere una delle regioni con il tasso meno elevato dopo le regioni meridionali e la Sardegna. Secondo elemento alla base del ricorso ai servizi di sanità pubblica da parte dei cittadini lombardi sono le visite generiche. Mentre a livello regionale la classifica in tale campo è guidata da Calabria (443,6), Sardegna (410,15), Puglia (393,09), la Lombardia si colloca ben al di sotto della media nazionale (278 contro 317). Tale elemento lascia presumere che, mentre si può considerare elevata la pressione esercitata dalla domanda di visite specialistiche per gli ultrasessantacinquenni, il ricorso alle visite generiche non mostra particolari segni di “sovraccarico”. Simile discorso vale per il tasso di accertamenti specialistici, che si mantiene al di sotto dei 90 punti, comunque al di sopra della media nazionale pari a 82,82. Interessante, a titolo di menzione, il dato relativo al tasso di visite odontoiatriche, il quarto più elevato a livello nazionale (dopo Lazio, Veneto e Sardegna). Tale dato risulta interessante proprio perché, come si vedrà dai prossimi paragrafi e nel successivo capitolo, il costo delle prestazioni odontoiatriche nella maggioranza dei casi incide direttamente ed in misura consistente sul reddito delle famiglie lombarde, comportando rischi e pressioni sulla condizione economica e sociale dei cittadini.

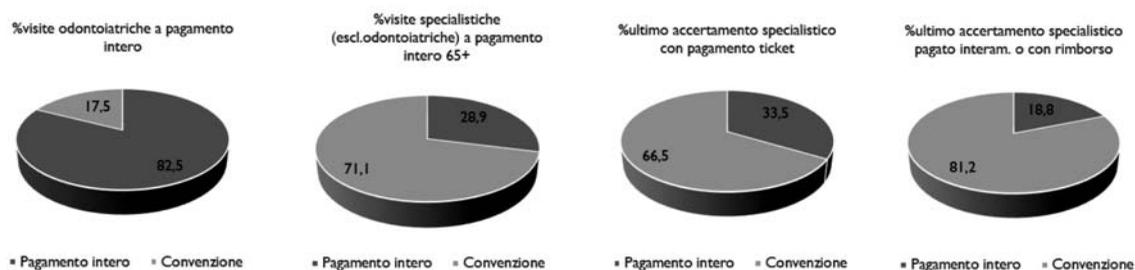
Figura 9 - PRINCIPALI PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE IN LOMBARDIA, ANNO 2013



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Le prestazioni discusse nel paragrafo precedente a titolo esemplificativo risultano utili ad introdurre l'argomento centrale del presente lavoro: il finanziamento privato di prestazioni sanitarie in Lombardia. A tal proposito, ad esempio, si può affermare che le prestazioni odontoiatriche rappresentano la principale fonte di esborso per i cittadini lombardi. Infatti, nell'82,5% dei casi la prestazione erogata è pagata interamente dal cittadino. Gli accertamenti specialistici coperti da ticket risultano molto spesso (un terzo dei casi) a intero carico del paziente, mentre gli accertamenti specialistici con pagamento intero o rimborso sono coperti da convenzione nell'80% dei casi.

Figura 10 - PERCENTUALE DI FINANZIAMENTO PUBBLICO E PRIVATO RELATIVAMENTE ALLE PRINCIPALI PRESTAZIONI EROGATE. LOMBARDIA, ANNO 2013



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Tutti i temi introdotti nei paragrafi precedenti trovano in sintesi un comune denominatore nell'analisi della percezione della qualità del sistema sanitario regionale tra i cittadini. Tale valutazione poggia su 5 principali indicatori di qualità del servizio, elencati nella tabella sottostante.

Tabella 4 - SODDISFAZIONE DEI CITTADINI PER I SERVIZI SANITARI RICEVUTI. ANNO 2013

	% persone molto soddisfatte ultima visita specialistica	% persone molto soddisfatte ultimo accertamento specialistico	% persone molto soddisfatte ultimo ricovero ospedaliero	Persone molto soddisfatte per assist. medica ospedaliera	Persone molto soddisfatte assist. infermieristica ospedaliera
Piemonte	76,4	78,8	76,5	55,0	57,0
Valle d'Aosta	74,4	73,7	...	37,3	43,9
Lombardia	78,2	79,4	78,7	52,5	49,9
Trentino-Alto Adige	81,6	84,7	80,8	64,7	66,9
Veneto	74,8	78,2	79,3	52,5	55,6
Friuli-Venezia Giulia	76,4	80,8	75,8	43,7	38,0
Liguria	74,4	75,4	71,2	47,6	39,3
Emilia-Romagna	78,7	79,7	77,5	50,1	54,7
Toscana	72,9	71,0	65,8	35,8	37,9
Umbria	78,5	78,3	75,3	56,6	54,6
Marche	69,8	69,9	68,0	40,2	47,5
Lazio	72,3	72,0	69,1	42,0	42,2
Abruzzo	67,1	67,2	65,3	28,9	30,9
Molise	61,5	59,9	...	23,6	17,9
Campania	62,1	62,7	63,8	28,2	25,5
Puglia	70,1	69,0	64,1	28,3	27,5
Basilicata	63,5	62,3	58,5	25,9	26,0
Calabria	64,0	63,3	61,0	32,4	35,7
Sicilia	66,2	65,6	64,2	17,6	16,4
Sardegna	73,8	74,4	72,9	28,2	29,8
Italia	73,0	73,9	71,6	41,3	41,4

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Come si evince dai dati la Lombardia può annoverare il proprio sistema sanitario regionale tra i migliori a livello nazionale, proprio grazie all'alta proporzione di persone che si dicono soddisfatte sia in termini di visite specialistiche, sia in termini di accertamenti specialistici, sia in termini di ricoveri ospedalieri. Rimane debole, in termini assoluti, la valutazione dell'assistenza medica ospedaliera e la soddisfazione per l'assistenza infermieristica ospedaliera.

In conclusione, gli indicatori presentati in questa sezione mostrano una situazione non sempre facile da interpretare. Il sistema sanitario lombardo presenta alcune caratteristiche di eccellenza e di qualità nel servizio, tuttavia meritano attenzione alcuni fenomeni quali, ad esempio, la capacità di carico del sistema sanitario regionale e le questioni relative all'equità nell'accesso ai servizi sanitari.

1.2.2. L'indice di pressione della domanda a livello regionale

Per avere un quadro più preciso circa lo "stato di salute" del sistema sanitario regionale, può essere utile lo sviluppo di un indice di prestazione di tipo puramente qualitativo. Senza voler entrare nel dominio delle analisi di efficienza del sistema sanitario nazionale, né tantomeno varcare la soglia delle analisi delle performance delle singole strutture sanitarie, può tuttavia essere utile fornire un'interpretazione del sistema sanitario regionale in base a un criterio di equilibrio tra domanda e offerta. Prendendo a riferimento i dati relativi alle altre regioni italiane, è possibile quindi costruire un indice di pressione della domanda (che raccoglie i dati relativi allo stato di salute della popolazione regionale) ed un indice di capacità di carico dell'offerta (che comprende le principali caratteristiche del sistema sanitario regionale). Il raffronto tra le due misure mira ad ottenere una valutazione del livello di stress a cui è sottoposto il sistema sanitario regionale. Nel caso in cui tale misura risulti negativa, ci si troverà in presenza di un deficit tra capacità di carico dell'offerta e pressione della domanda. In tale evenienza si creerà dunque il presupposto per l'apertura di una riflessione circa l'equità nell'accesso ai servizi di sanità pubblica, gli eventuali problemi di finanziamento pubblico e privato della spe-

sa e l'eventuale presenza o sviluppo di movimenti migratori intraregionali a scopi sanitari. Al fine di sintetizzare quanto sino ad ora emerso circa la pressione della domanda per servizi sanitari in Lombardia e nelle altre regioni italiane, risulta utile l'adozione di una misura di sintesi, che si è scelto di individuare con l'elaborazione di un indice standardizzato di pressione della domanda (i.p.d.).

Considerando contemporaneamente diversi indicatori (tab. 5), diviene possibile determinare a livello relativo (ovvero in rapporto a quanto registrato dalle altre regioni italiane), il grado di intensità della domanda di servizi sanitari dei cittadini lombardi. All'interno della misura proposta rientrano dunque determinate stime quantitative relative all'accesso dei cittadini lombardi a prestazioni ordinarie, all'incidenza di determinate patologie, all'intensità di specifici trattamenti. I valori così rilevati possono essere standardizzati (Z_i) e sommati per ottenere un indice la cui magnitudine sarà tanto maggiore quanto maggiore sarà l'effettiva dimensione degli indicatori presi in considerazione (X_i). La formula sottostante mostra la definizione formale dell'indice proposto.

$$i. d. p. = \sum(Z_i) = \sum\left(\frac{X_i - \mu_i}{\sigma_i}\right)$$

Tabella 5 - ELENCO DEI 18 INDICATORI COSTITUENTI L'INDICE DI PRESSIONE DELLA DOMANDA PER SERVIZI SANITARI E RELATIVO ANNO DI RIFERIMENTO

1 Persone con almeno un ricovero negli ultimi 3 mesi	2012	10 Tasso Malattie Allergiche	2013
2 Ricorso al pronto soccorso ultimi 3 mesi - ogni 1.000 abitanti	2012	11 Tasso Malattie del sistema nervoso	2013
3 Ricorso alla guardia medica ultimi 3 mesi - ogni 1.000 abitanti	2012	12 Tasso Ulcera gastrica o duodenale	2005
4 Tasso Diabete	2013	13 Tasso Consumo di farmaci	2013
5 Tasso Iperensione	2013	14 Tasso utilizzo posti letto acuti pubblici	2011
6 Tasso Bronchite Cronica	2013	15 Tasso utilizzo posti letto acuti privati	2011
7 Tasso Artrosi, Artrite	2013	16 Tasso riabilitazione-lungodegenze pubblici	2011
8 Tasso Osteoporosi	2013	17 Tasso riabilitazione-lungodegenze privati	2011
9 Tasso Malattie del cuore	2013	18 Tasso ospedalizzazione lungodegenza	2011

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

L'esito dell'esame di 18 indicatori differenti mostra il posizionamento della Lombardia in fondo alla classifica delle regioni italiane a più alta domanda di servizi sanitari. In prima posizione, la Calabria, seguita da Sardegna e Campania, mentre la Lombardia si colloca penultima, superata solo dal Trentino Alto-Adige (tab. 6). Tale risultato va interpretato relazionando ai singoli indicatori utilizzati il valore relativo alla popolazione lombarda e il livello medio delle regioni italiane. In tal senso, ad esempio, si può intuire come, in Lombardia, l'incidenza di alcune patologie (tasso diabete, ipertensione, ecc.) sia mediamente più basso rispetto alla maggior parte delle altre regioni italiane.

Nello stesso modo si può interpretare il tasso relativo all'utilizzo di alcuni servizi sanitari (tasso di utilizzo posti letto, tasso di ospedalizzazione, tasso di consumo di farmaci) da parte della popolazione, che risulta più basso in Lombardia rispetto alla media delle altre regioni.

Nella tabella sottostante si riassumono i punteggi registrati dalle singole regioni italiane. Dalla tabella si evince come la domanda di servizi sanitari in Lombardia sia mediamente meno pressante rispetto a quella espressa in altre regioni italiane. Tale primo elemento, potrebbe potenzialmente rappresentare un vantaggio per il sistema sanitario regionale, che, senza essere soggetto a eccessivi stress, potrebbe essere organizzato in modo da mantenere un elevato grado di efficienza in termini di costi e di efficacia in termini di universalità.

Tabella 6 - PRESSIONE DELLA DOMANDA DI SERVIZI SANITARI NELLE REGIONI ITALIANE

Regione	Pressione della domanda
Calabria, Sardegna, Campania	Molto alta
Lazio, Molise, Basilicata, Umbria, Puglia, Liguria, Veneto	Alta
Sicilia, Abruzzo, Toscana, Marche, Piemonte, Emilia-Romagna	Media
Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Lombardia	Bassa
Trentino-Alto Adige	Molto bassa

L'indicatore realizzato non consente ovviamente di stimare direttamente l'entità della domanda di servizi sanitari (né in termini di prestazioni né in termini monetari), tuttavia permette di creare un quadro di rappresentazione della realtà che permetta di cogliere con un solo indice una quantità complessa e variegata di informazioni differenti. In termini simili, anche se ovviamente con diversi scopi, l'indagine "Benessere Equo e Sostenibile in Italia" dell'Istat ha individuato per il 2015 una posizione simile per la Lombardia in termini di indice di stato di salute. Le prime due posizioni individuate dall'indicatore elaborato dall'Istat, vedono proprio la presenza del Trentino Alto Adige e della Lombardia, mentre risultano differenti le posizioni coperte da altre regioni italiane, in particolare del Veneto e Liguria (Istat, 2015c). La classifica elaborata nella tabella sovrastante, se riportata su una mappa, mostra chiaramente che le differenze interregionali classiche, come la divisione Nord-Sud, si possono rintracciare anche nel caso dell'analisi dei bisogni sanitari dei cittadini. A esprimere un livello dei bisogni sanitari più elevato rispetto alla media delle regioni italiane, sono numerose regioni del Centro-Sud. La Lombardia si colloca come una delle regioni settentrionali a più bassa intensità di domanda di servizi sanitari.

Figura 11 - INDICE DI PRESSIONE DELLA DOMANDA PER SERVIZI SANITARI



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat e Asr-Lombardia.

Definita in un primo momento la pressione esercitata dalla domanda sul sistema sanitario regionale, occorre adesso trattare la capacità di carico dell'offerta.

1.3 La struttura dell'offerta di servizi sanitari in Lombardia

Il sistema sanitario lombardo è sicuramente uno dei più complessi a livello nazionale. Organizzato sulla base di 15 Aziende Sanitarie Locali, la presenza territoriale dell'offerta sanitaria lombarda si articola su 95 distretti. Nel 100% dei casi le ASL lombarde mettono a disposizione un dipartimento di salute mentale e un dipartimento di prevenzione, oltre ad offrire un servizio di assistenza domiciliare integrata. Quasi tutte le aziende locali (il 93,33%) sono dotate di un dipartimento materno-infantile, mentre solo il 40% delle ASL mantiene invece un servizio di trasporto ai centri di dialisi. Da un punto di vista amministrativo, al momento, soltanto il 46% delle ASL risulta essere connesso ad un centro unificato di prenotazione. Questi dati mettono fornisco una prima grossolana idea di come possa essere definito il sistema sanitario lombardo. Diversi punti di forza sono controbilanciati da determinati punti di potenziale debolezza, nella tabella successiva si annoverano le caratteristiche principali delle strutture distrettuali lombarde.

Tabella 7 - DIMENSIONE DELL'OFFERTA DI SERVIZI SANITARI DISTRETTUALI, LOMBARDIA E REGIONI ITALIANE. ANNO 2011

	Numero abitanti	Strutture san.dist. con assistenza specialistica ambulatoriale	Di cui pubbliche	Strutture san.dist. con altra assistenza territoriale	Di cui pubbliche	Strutture san.dist. con assistenza semi-residenziale	Di cui pubbliche	Strutture san.dist. con assistenza residenziale	Di cui pubbliche	Totale	Di cui pubblico	Numero abitanti per struttura
Piemonte	4405425	471	82%	357	98%	149	44%	971	24%	1948	53%	2262
Valle d'Aosta	128218	6	33%	25	96%	4	0%	13	8%	48	56%	2671
Lombardia	9883961	741	39%	746	85%	688	23%	1351	12%	3526	35%	2803
Trentino-Alto Adige	1045943	98	59%	122	81%	14	100%	162	12%	396	48%	2641
Veneto	4904287	458	48%	544	76%	479	34%	762	22%	2243	43%	2186
Friuli-Venezia Giulia	1225612	148	71%	78	92%	75	45%	191	35%	492	56%	2491
Liguria	1578533	385	75%	159	92%	60	35%	282	14%	886	56%	1782
Emilia-Romagna	4411921	468	60%	602	95%	579	15%	961	19%	2610	43%	1690
Toscana	3721670	809	65%	519	91%	244	61%	535	41%	2107	65%	1766
Umbria	891491	112	65%	110	95%	61	67%	108	45%	391	68%	2280
Marche	1549147	198	47%	107	90%	30	90%	102	64%	437	64%	3545
Lazio	5713864	821	31%	447	94%	58	98%	186	31%	1512	52%	3779
Abruzzo	1323223	165	42%	128	98%	12	100%	82	24%	387	58%	3419
Molise	314033	55	25%	17	88%	13	0%	17	6%	102	29%	3079
Campania	5819858	1530	19%	458	68%	100	85%	144	72%	2232	36%	2607
Puglia	4070535	686	37%	294	96%	55	29%	215	11%	1250	46%	3256
Basilicata	577293	116	58%	59	88%	4	75%	38	18%	217	59%	2660
Calabria	1969386	384	42%	129	91%	15	67%	82	23%	610	51%	3229
Sicilia	5047435	1475	20%	535	84%	33	91%	113	44%	2156	38%	2341
Sardegna	1652119	355	46%	165	94%	21	52%	68	21%	609	57%	2713
Italia	60233948	9481	41%	5601	88%	2694	36%	6383	23%	24159	47%	2493

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Dalla tabella sovrastante è possibile evincere alcune importanti informazioni. La densità dell'offerta di servizi sanitari in Lombardia risulta essere media, con circa 2.800 abitanti per struttura esistente. L'Emilia Romagna è la regione con più alta densità di servizi (uno ogni 1.690 abitanti), mentre il Lazio e le Marche sono le regioni a più bassa densità territoriale di servizi sanitari (uno ogni 3.779 cittadini nel primo caso e uno ogni 3.545 cittadini nel secondo). Umbria, Toscana e Marche sono le regioni in cui i succitati servizi sono per lo più gestiti da strutture pubbliche, mentre Campania, Lombardia e Molise sono le regioni in cui si concentra la minor incidenza di struttura pubbliche. Nello specifico, la Lombardia mostra un livello molto basso di strutture di assistenza specialistica ambulatoriale (0,075 ogni 1.000 abitanti) specialmente in rapporto ai valori esibiti da Sicilia (0,29), Campania (0,26) e Liguria (0,24). Simile discorso vale per le strutture con altra assistenza territoriale (0,075 ogni 1.000 abitanti), specialmente in rapporto a Valle d'Aosta, Toscana ed Emilia Romagna (rispettivamente 0,19, 0,14 e 0,13 strutture ogni 1.000 abitanti). Risulta per contro molto elevata la densità di strutture con assistenza semi-residenziale e residenziale. In termini funzionali, le strutture lombarde mostrano alcune importanti differenze con altre regioni settentrionali, specialmente Piemonte ed Emilia Romagna. Nello specifico, il numero di strutture lombarde con diagnostica strumentale (3,9 ogni 100.000 abitanti) risulta inferiore sia rispetto al Piemonte (5,1), sia rispetto all'Emilia Romagna (4,9) e circa la metà rispetto a Sardegna (8,2) e Liguria (7,2). Simile discorso vale per le strutture con attività di laboratorio, per le quali le proporzioni con la Lombardia rimangono simili sia rispetto al Piemonte, che all'Emilia Romagna. Discorso diametralmente opposto è quello relativo all'assistenza ai disabili fisici, per i quali il sistema sanitario lombardo mette a disposizione 4,7 strutture ogni 100.000 abitanti, secondo solo al sistema emiliano-romagnolo, che conta 11,4 strutture ogni 100.000 abitanti.

Tabella 8 - CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA DI SERVIZI SANITARI DISTRETTUALI, LOMBARDIA E REGIONI ITALIANE. ANNO 2011

	Valori assoluti									Valori per 100.000 abitanti								
	con diagnostica strumentale	on attività di laboratorio	on consultorio materno infantile	on assistenza psichiatrica	con assistenza agli anziani	con assistenza ai disabili fisici	on assistenza ai disabili psichici	con centri di salute mentale	con assistenza idrotermale	con diagnostica strumentale	con attività di laboratorio	con consultorio materno infantile	con assistenza psichiatrica	con assistenza agli anziani	con assistenza ai disabili fisici	con assistenza ai disabili psichici	con centri di salute mentale	con assistenza idrotermale
Piemonte	224	197	181	319	532	127	244	74	8	5,1	4,5	4,1	7,2	12,1	2,9	5,5	1,7	0,2
Valle d'Aosta	3	1	21	9	1	2	2	8	1	2,3	0,8	16,4	7	0,8	1,6	1,6	6,2	0,8
Lombardia	388	304	253	462	914	469	28	309	13	3,9	3,1	2,6	4,7	9,2	4,7	0,3	3,1	0,1
Trentino-Alto Adige	32	37	59	36	131	1	4	18	7	3,1	3,5	5,6	3,4	12,5	0,1	0,4	1,7	0,7
Veneto	164	163	249	316	424	160	412	89	118	3,3	3,3	5,1	6,4	8,6	3,3	8,4	1,8	2,4
Friuli-Venezia Giulia	42	27	39	96	139	10	30	12	2	3,4	2,2	3,2	7,8	11,3	0,8	2,4	1	0,2
Liguria	114	86	91	77	228	4	33	26	2	7,2	5,4	5,8	4,9	14,4	0,3	2,1	1,6	0,1
Emilia-Romagna	215	182	279	299	641	503	1	232	24	4,9	4,1	6,3	6,8	14,5	11,4	0	5,3	0,5
Toscana	167	109	269	203	401	116	139	128	28	4,5	2,9	7,2	5,5	10,8	3,1	3,7	3,4	0,8
Umbria	32	34	45	57	71	25	25	16	2	3,6	3,8	5	6,4	8	2,8	2,8	1,8	0,2
Marche	66	97	48	53	48	4	12	25	6	4,3	6,3	3,1	3,4	3,1	0,3	0,8	1,6	0,4
Lazio	361	458	198	136	78	20	29	117	11	6,3	8	3,5	2,4	1,4	0,4	0,5	2	0,2
Abruzzo	44	99	66	54	34	6	7	23	3	3,3	7,5	5	4,1	2,6	0,5	0,5	1,7	0,2
Molise	22	26	8	28	1	-	-	2	-	7	8,3	2,5	8,9	0,3	-	-	0,6	-
Campania	403	798	178	162	31	15	28	70	88	6,9	13,7	3,1	2,8	0,5	0,3	0,5	1,2	1,5
Puglia	151	331	168	166	84	10	42	72	3	3,7	8,1	4,1	4,1	2,1	0,2	1	1,8	0,1
Basilicata	28	53	42	31	7	2	6	4	2	4,9	9,2	7,3	5,4	1,2	0,3	1	0,7	0,3
Calabria	109	179	65	28	41	12	14	36	3	5,5	9,1	3,3	1,4	2,1	0,6	0,7	1,8	0,2
Sicilia	315	602	205	74	30	18	35	184	9	6,2	11,9	4,1	1,5	0,6	0,4	0,7	3,6	0,2
Sardegna	136	104	71	52	23	20	25	52	5	8,2	6,3	4,3	3,1	1,4	1,2	1,5	3,1	0,3
Italia	3.016	3.887	2.535	2.658	3.859	1.524	1.116	1.497	335	5	6,5	4,2	4,4	6,4	2,5	1,9	2,5	0,6

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

In termini di assistenza ospedaliera, occorre notare che la Lombardia mantiene un rapporto elevato tra posti letto ordinari e numero di abitanti. Con 0,37 posti letto ogni 100 abitanti, la Lombardia è superata solo da Emilia Romagna (0,40), Trentino Alto Adige (0,38), Molise (0,38) e Valle d'Aosta (0,38). Con 0,29 posti letto ospedalieri acuti ogni 100 abitanti la Lombardia si colloca invece in nona posizione tra le regioni italiane, esibendo comunque un valore superiore alla media nazionale (0,28). Dalla tabella sottostante risulta interessante notare come in Lombardia si concentri una percentuale di ospedalizzazione presso strutture private accreditate piuttosto simile rispetto alla media italiana; relativamente a questo tipo di strutture la media nazionale risulta maggiore del dato lombardo sia per quanto riguarda i posti letto riservati agli acuti, sia con riferimento alle lungodegenze e riabilitazioni. In termini di percentuale relativa ai posti letto a pagamento presso ospedali pubblici la Lombardia mostra valori superiori alla media nazionale (1,95% contro 1,32%), analoga considerazione va svolta per quanto concerne la quota di posti letto destinata agli acuti a pagamento (2,11% contro 1,37%) e alle lungodegenze (1,05% contro 0,86%).

Tabella 9 - CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA. LOMBARDIA E REGIONI ITALIANE. ANNO 2012

	Posti letto residenziali	Posti letto ospedalieri ordinari	Posti letto ospedalieri ordinari acuti	%posti letto ospedalieri ordinari privati accreditati	%posti letto ospedalieri ordinari priv.accr.acuti	%posti letto ospedalieri ordinari priv.accr.lungodegenza e riabilitazione	%p.letto ospedalieri pubblici a pagamento su p.letto ordinari	%p.letto ospedalieri pubbl.a pagamento su p.letto ordinari acuti	%p.letto ospedalieri pubbl.a pagamento su p.letto ordinari lungodegenza e riabilitazione	Posti letto ospedalieri day hospital
Piemonte	48970	16352	11908	21,26	10,69	49,59	0	0	0	1296
Valle d'Aosta	1420	482	395	16,6	0	91,95	0,5	0,51	0	34
Lombardia	81433	36786	28895	21,24	14,86	44,6	1,95	2,11	1,05	3320
Trentino-Alto Adige	12368	4029	3158	20,58	5,26	76,12	0,75	0,8	0	306
Veneto	39064	16899	14330	6,62	5,08	15,22	1,91	2,11	0,64	1463
Friuli-Venezia Giulia	12271	4379	3988	9,73	8,75	19,69	4,02	4,23	1,59	594
Liguria	16434	5092	4435	2,81	0,97	15,22	0,85	0,96	0	849
Emilia-Romagna	43882	17871	14177	22,52	16,79	44,48	1,31	1,53	0,1	1774
Toscana	19016	11506	10321	15,34	10,68	55,95	2,34	2,46	0,19	1454
Umbria	4034	2676	2400	8,52	8,17	11,59	0,33	0,36	0	273
Marche	10679	5382	4583	15,98	9,78	51,56	0,27	0,27	0,26	453
Lazio	20605	18855	14895	26,33	15,17	68,33	0,54	0,4	1,99	2835
Abruzzo	6276	4247	3548	22,27	14,97	59,37	3,64	3,88	1,06	496
Molise	1975	1193	966	12,57	9,32	26,43	13,61	10,5	29,94	110
Campania	9480	16155	14594	34,69	30,57	73,22	0,68	0,71	0	2442
Puglia	10924	13292	11605	18,03	14,57	41,85	0,66	0,71	0,2	1295
Basilicata	2968	1859	1554	7,96	3,22	32,13	0,53	0,6	0	259
Calabria	5692	6027	5141	35,39	26,92	84,54	0,13	0,13	0	1428
Sicilia	18036	14598	12974	27,15	24,07	51,72	0,7	0,75	0	2046
Sardegna	7435	6122	5744	21,32	17,83	74,34	0,79	0,81	0	620
Italia	372962	203802	169611	20,79	15,09	49,08	1,32	1,37	0,86	23347

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Questa panoramica generale sul sistema sanitario lombardo non fornisce un'interpretazione univoca circa la sua capacità di farsi carico dei bisogni espressi dai cittadini. Gli indicatori citati rivelano come la distribuzione sul territorio di diversi servizi sia inferiore rispetto alla dotazione di altre regioni. Tale indicazione non permette tuttavia di stabilire se il sistema sanitario regionale sia inefficace (insufficiente capacità di carico) oppure molto efficiente (in grado di trattare una più larga proporzione di utenti) rispetto a quello delle altre regioni italiane. Questo tipo di riflessione permette di introdurre l'analisi dell'indice scelto per rappresentare la capacità di carico dell'offerta sanitaria regionale. Sempre utilizzando un indice costruito *ad hoc*, l'intento è di sintetizzare le principali informazioni disponibili per le strutture sanitarie e le loro dotazioni in Lombardia e nelle altre regioni italiane, in modo da fornire una misura indicativa del livello di servizio complessivo offerto ai cittadini. I valori rilevati per ciascun indicatore riportato in tabella 10, possono essere standardizzati (Z_i) e sommati per ottenere un indice la cui magnitudine sarà tanto maggiore quanto maggiore sarà l'effettiva dimensione degli indicatori presi in considerazione (Y_i) rispetto alla media delle altre regioni. La formula corrispondente risulta quindi simmetrica a quella precedentemente proposta.

$$c.c.o. = \sum(Z_i) = \sum\left(\frac{Y_i - \mu_i}{\sigma_i}\right)$$

Gli indicatori selezionati per valutare la capacità di carico dell'offerta regionale di servizi sanitari comprendono diverse misure, sia indirizzate a includere l'ospedalizzazione ordinaria, sia a valutare l'assistenza specialistica che residenziale.

Tabella 10 - ELENCO DEI 18 INDICATORI COSTITUENTI L'INDICE DI CAPACITÀ DI CARICO DELL'OFFERTA REGIONALE DI SERVIZI SANITARI E RELATIVO ANNO DI RIFERIMENTO

Tasso medici generici ogni 1.000 abitanti	2011	Tasso posti letto residenziali	2012
Tasso pediatri di base	2011	Tasso ospiti età 18-24	2012
Tasso personale dipendente SSN ogni 1.000 abitanti	2011	Tasso ospiti età 25-44	2012
Medici odontoiatri dipendenti SSN ogni 1.000 abitanti	2011	Tasso ospiti età 45-64	2012
Personale infermieristico dipendente SSN ogni 1.000 abitanti	2011	Tasso ospiti età 65-74	2012
Medici iscritti all'albo ogni 1.000 abitanti	2013	Tasso ospiti età 75+	2012
Odontoiatri iscritti all'albo ogni 1.000 abitanti	2013	Tasso ospiti anziani 65+	2012
Medici specialisti in attività ogni 1.000 abitanti	2013	Tasso ospiti anziani autosufficienti 65+ M	2012
Tasso posti letto ospedalieri ordinari	2011	Tasso ospiti anziani non autosufficienti 65+ M+F	2012

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat e Asr-Lombardia.

L'esito del processo di standardizzazione rivela come, rispetto alle altre regioni italiane, la Lombardia sia caratterizzata da una capacità di carico del proprio sistema sanitario regionale media. Tale asserzione si riferisce al fatto che i tassi rilevati in Lombardia circa la presenza di medici generici, pediatri, specialisti e via dicendo, risulta inferiore alla media di alcune altre regioni italiane. Allo stesso modo gli indicatori di capacità ospedaliera e i tassi di ospedalizzazione risultano inferiori rispetto a quelli di regioni e è sicuramente correlato con la pressione della domanda, che, presumibilmente, implica una maggiore capacità di risposta dell'offerta laddove essa stessa sia più pressante. Come si è visto con il paragrafo precedente, la pressione della domanda non risulta particolarmente elevata in Lombardia, di conseguenza la capacità di carico del sistema lombardo potrebbe essere commisurata alla domanda del territorio.

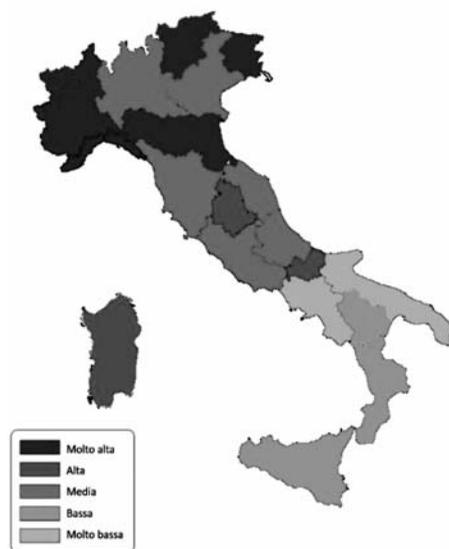
Tabella 11 - CAPACITÀ DI CARICO DELL'OFFERTA NELLE REGIONI ITALIANE

Regione	Capacità di carico dell'offerta
Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Liguria, Trentino-Alto Adige	Molto alta
Molise, Umbria	Alta
Lombardia, Lazio, Sardegna, Abruzzo, Marche, Toscana, Veneto	Media
Calabria, Basilicata, Sicilia	Bassa
Campania e Puglia	Molto Bassa

Tale comportamento risulta del tutto normale se si considera che, effettivamente, la domanda di servizi sanitari risulta maggiore in altre regioni italiane. Di conseguenza, quindi, l'indice di capacità di carico dell'offerta potrebbe essere del tutto commisurato con i bisogni della popolazione regionale. L'indicatore realizzato non consente infatti di stimare direttamente l'entità dell'offerta di servizi sanitari (né in termini di prestazioni né in termini monetari), tuttavia permette di costituire un quadro di rappresentazione della realtà che permetta di cogliere con un solo indice una quantità complessa e variegata di informazioni differenti. Come nel caso dell'indice di pressione della domanda, la classifica elaborata se riportata su una mappa mostra chiaramente che le diffe-

renze interregionali classiche, come la divisione Nord-Sud, si possono rintracciare anche nel caso dell'analisi dell'offerta sanitaria. Per ottenere un quadro interpretativo più completo occorre dunque commisurare i valori rilevati per l'indice di pressione della domanda con i valori calcolati per l'indice di capacità di carico dell'offerta.

Figura 12 - INDICE DI CAPACITÀ DI CARICO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE



Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat e Asr-Lombardia.

1.4 Domanda e offerta a confronto

I due indici elaborati nei precedenti paragrafi possono essere infine messi a confronto, per ottenere una panoramica concettuale sullo stato di solidità e resilienza dei sistemi sanitari regionali italiani. I risultati di questa semplice operazione sono esposti nella tabella seguente.

Tabella 12 - INDICE DI PERFORMANCE COMPLESSIVA DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Regione	c.c.o. – i.d.p.
Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Liguria, Trentino-Alto Adige	Molto alta
Lombardia, Piemonte, Marche, Molise	Alta
Lazio, Sardegna, Abruzzo, Toscana, Veneto, Umbria, Sicilia	Media
Puglia, Calabria, Basilicata	Bassa
Campania	Molto Bassa

Come si evince dai dati elaborati, la misura della capacità di carico del sistema lombardo appare adeguata al livello di domanda sanitaria espressa dai cittadini. Tuttavia, rispetto alle altre regioni settentrionali, la Lombardia presenta una differenza tra offerta e domanda di servizi sanitari leggermente in difetto. Per Emilia Romagna, Liguria e Friuli Venezia Giulia, ad esempio, l'indice di pressione della domanda è più che compensato da un'elevata capacità di carico dell'offerta, sempre rispetto alla media delle altre regioni italiane. Come si evince dai dati elaborati, il sistema

lombardo appare comunque nella classificazione pertinente alle regioni italiane con una differenza positiva tra pressione della domanda e capacità dell'offerta. Tale misura, vale la pena ricordarlo ancora una volta, rappresenta in maniera sintetica e indicativa il rapporto tra i diversi livelli di domanda e offerta di servizi sanitari espressi dalle singole regioni. Il fatto che la Lombardia presenti un valore mediamente positivo deve essere interpretato nel modo seguente: sebbene la domanda di servizi sanitari risulti inferiore rispetto alla media espressa a livello nazionale, il livello standardizzato di offerta risulta invece inferiore rispetto a quanto registrato in altre realtà più o meno simili. L'interpretazione del risultato potrebbe certamente comprendere ragioni di efficienza che il sistema lombardo (o quello veneto) sarebbero in grado di esprimere rispetto alle altre regioni. Tuttavia, attenendosi ad una lettura diretta del dato, il rapporto tra i due indici potrebbe implicare una situazione opposta, vale a dire una situazione di parziale difficoltà dell'offerta a incontrare in modo proporzionato la domanda. Tale eventualità potrebbe essere alla radice di fenomeni complessi, quali, ad esempio, lo spostamento di porzioni della domanda su un potenziale mercato privato o lo spostamento fisico degli individui in regioni limitrofe al fine di usufruire di prestazioni sanitarie (regioni come ad esempio Piemonte ed Emilia Romagna). Il dato importante da registrare riguarda quindi la posizione di relativa fragilità del complesso sanitario lombardo. Fragilità che, come vedremo nei prossimi paragrafi, potrebbe avere un impatto negativo sull'equità nell'accesso alle prestazioni incidendo direttamente sui costi privati sostenuti dai cittadini. Ad oggi, come è opportuno ricordare, la Lombardia si presenta come una delle regioni con un tasso di mobilità positivo, vale a dire con un tasso di emigrazione per motivi sanitari (3,8%) inferiore al tasso di immigrazione (9,8%). Tuttavia, in un periodo di transizione come quello attuale (sia dal punto di vista economico-finanziario che amministrativo), questa situazione potrebbe essere soggetta a una notevole variabilità.

1.5 Spese sanitarie delle famiglie lombarde

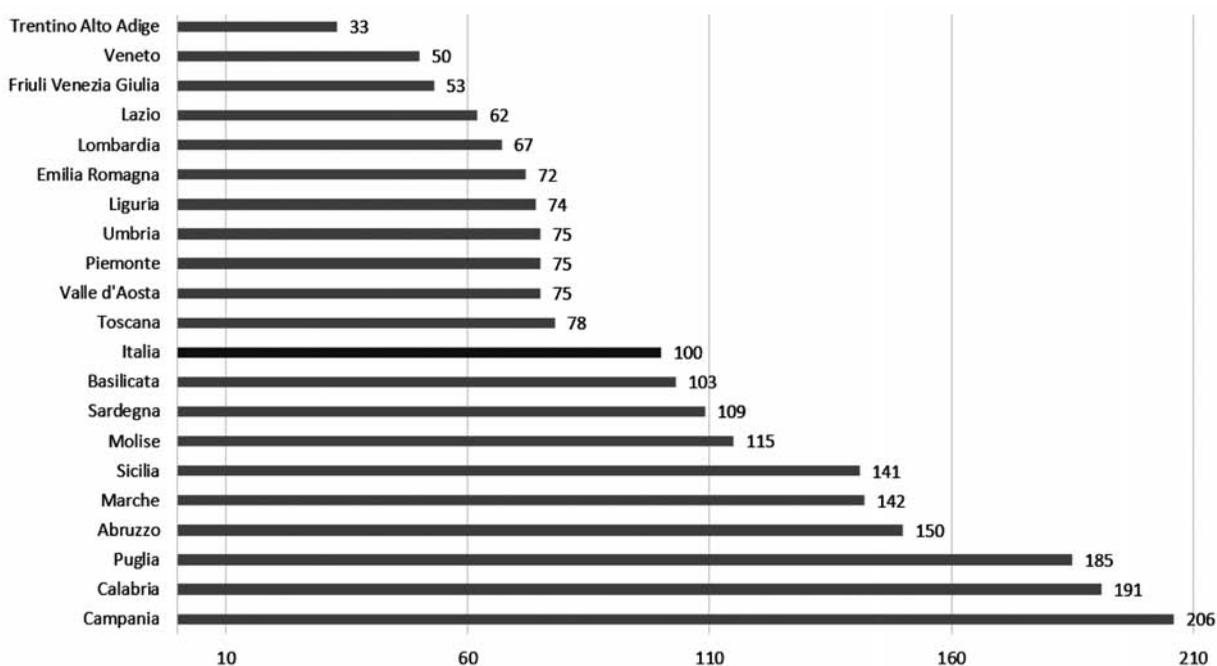
In un rapporto del 2013 l'Istat denunciava come "la crisi economica attuale sollecita alcune valutazioni sulle condizioni di salute della popolazione e sulla risposta dell'assistenza sanitaria ai bisogni di salute" (Istat, 2013, p. 1). Nel rapporto viene così mostrato come i rischi socio-economici siano fortemente correlati con il sostentamento della spesa sanitaria da parte dei cittadini. A livello nazionale, infatti, durante tutto il periodo di crisi economica⁵ 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 elemen-

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

Le rinunce e le difficoltà di accesso ai servizi sanitari sono tuttavia solo parzialmente correlate al costo delle prestazioni erogate. In termini di equità di accesso ai servizi sanitari, infatti, gioca un ruolo fondamentale l'equa distribuzione del reddito, a cui molte regioni ovviano attraverso un più elevato livello di spesa pubblica distributiva (C.R.E.A., 2015).

Figura 13 - INDICE DI EQUITÀ REGIONALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI. NUMERI INDICE (ITALIA=100)



Fonte: C.R.E.A. Sanità (2015:31).

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. Benché l'indicatore presentato nel paragrafo precedente sia soltanto in parte adatto a cogliere tali complesse retroazioni, ci si può attendere che nel futuro possa variare in senso negativo, ovviamente a parità di condizioni nell'offerta. 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 regiona-

le, e, in termini di spesa pro-capite, la Lombardia stanziava circa 1.807,00 euro 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.

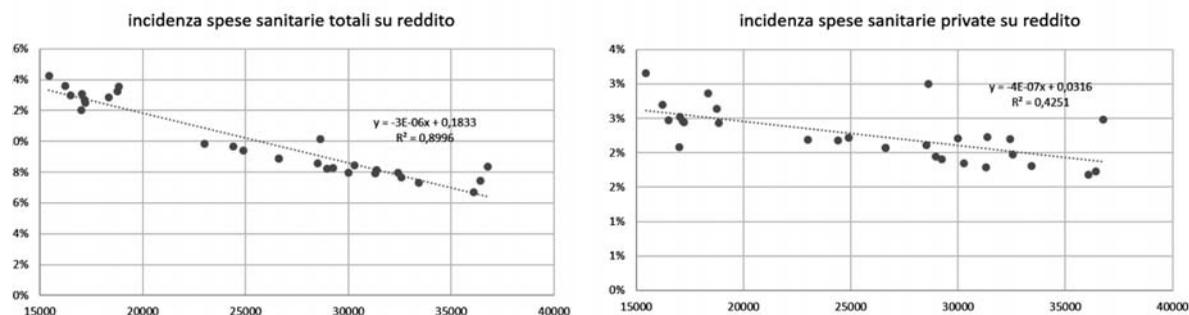
Tabella 13 - LA SPESA SANITARIA DELLE REGIONI ITALIANE, FONTI DI FINANZIAMENTO. ANNO 2012

	%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.

Figura 14 - ANALISI DELLA CORRELAZIONE TRA REDDITO PRO-CAPITE E SPESA SANITARIA REGIONALE

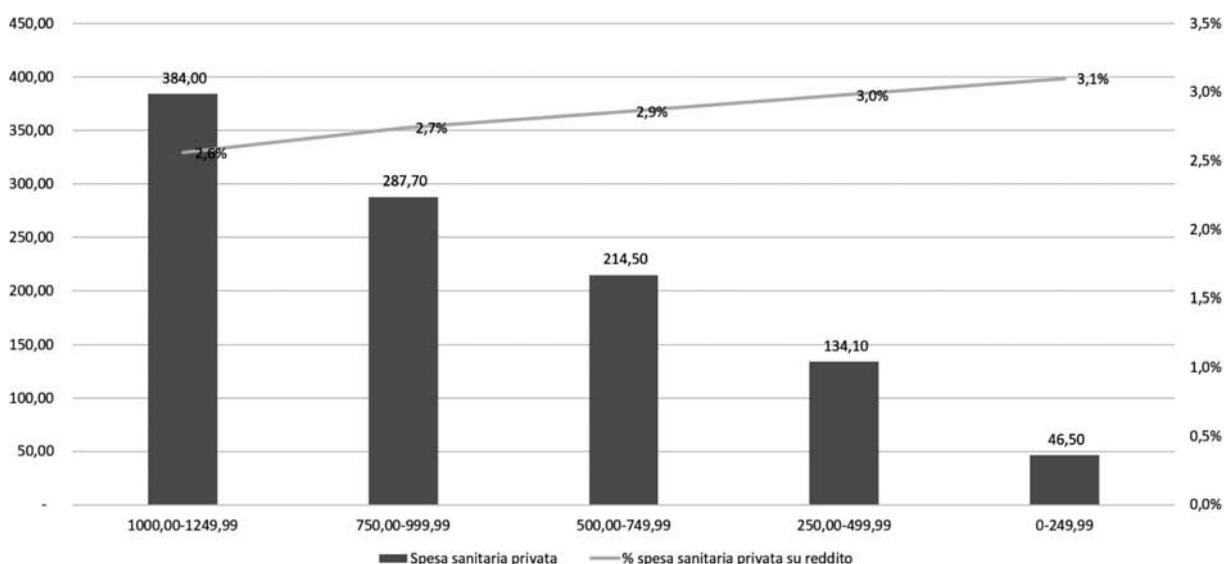


Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat e Asr-Lombardia.

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 scopo⁶.

Un tentativo di utilizzo pratico della relazione statistica appena presentata potrebbe essere tentato 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.

Figura 15 - FAMIGLIE LOMBARDE E SPESA SANITARIA. PROIEZIONI RELATIVE ALLA SPESA SANITARIA PRIVATA A SECONDA DEGLI SCAGLIONI DI REDDITO MENSILE

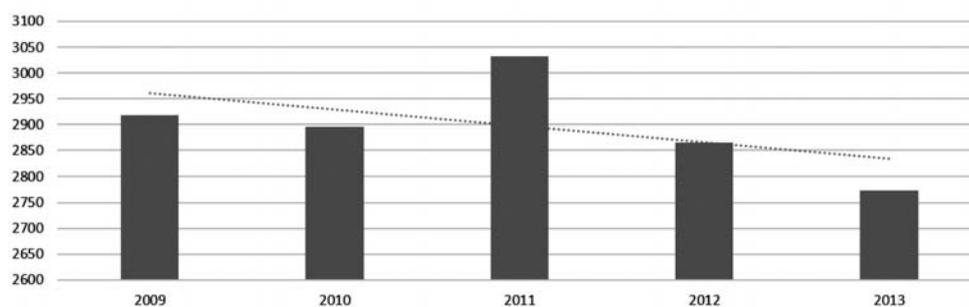


Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

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 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 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.

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.

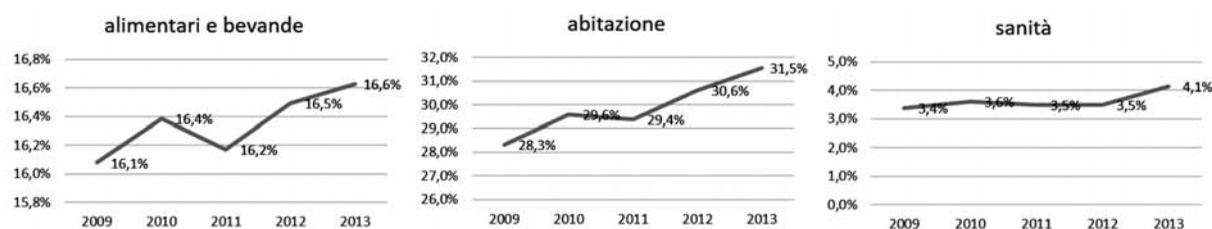
Figura 16 - ANDAMENTO DEI CONSUMI DELLE FAMIGLIE LOMBARDE, PERIODO 2009-2013



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.

Figura 17 - 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.

Tabella 14 - 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
		1-2	3+	Totale	1-2	3+	Totale	1-2	3+	Totale
Buone	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	26,2	37,4	36,4	28,6	40,1	31,3	25,2	40,3	34,5
Scarse	1-2	41,0	41,6	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	33,6	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	26,2	37,1	36,8	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	29,1	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	7,6	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	36,7	34,4
Isola	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	68,8
	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. È 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), altoatesine (1.770 euro) e valdostane (1.803 euro).

Tabella 15 - 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.

Tabella 16 - 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.

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

Il paragrafo precedente ha messo in luce come l'inequità nell'accesso ai servizi sanitari possa essere un fenomeno diffuso non solo a livello nazionale ma con ricadute anche per le regioni più ricche e con un sistema sanitario meglio strutturato, come nel caso della 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. Concentrati in maggioranza tra le province di Milano, Brescia e Bergamo, gli oltre 2.600.000 pensionati lombardi sono distribuiti sul territorio come mostrato in tabella.

Tabella 17 - 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.

Mentre dalle statistiche aggregate si potrebbe presumere che il livello di vita di questo segmento importante della popolazione sia 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. Osservando tali valori si intuisce come lo scenario di valutazione del peso delle spese sanitarie *out of pocket* sul reddito delle categorie più deboli possa rivelarsi incisivo per alcune province più di altre. La tabella sottostante mostra lo scostamento stimato tra le spese sanitarie dei pensionati delle singole province lombarde.

Tabella 18 - 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 si evince dai dati, 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. Inoltre, come si evince dai più recenti dati diffusi dall'Istat (2015b), per i prossimi anni potrebbe acuirsi un'ulteriore disparità intra-generazionale, che vede i nuovi pensionati ricevere assegni previdenziali inferiori rispetto ai trattamenti cessati e ai trattamenti dei pensionati sopravvissuti⁷.

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 più marcato rispetto alle altre, per motivi di carattere demografico, storico-culturale e sociale. Nel caso specifico le donne in età avanzata 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.

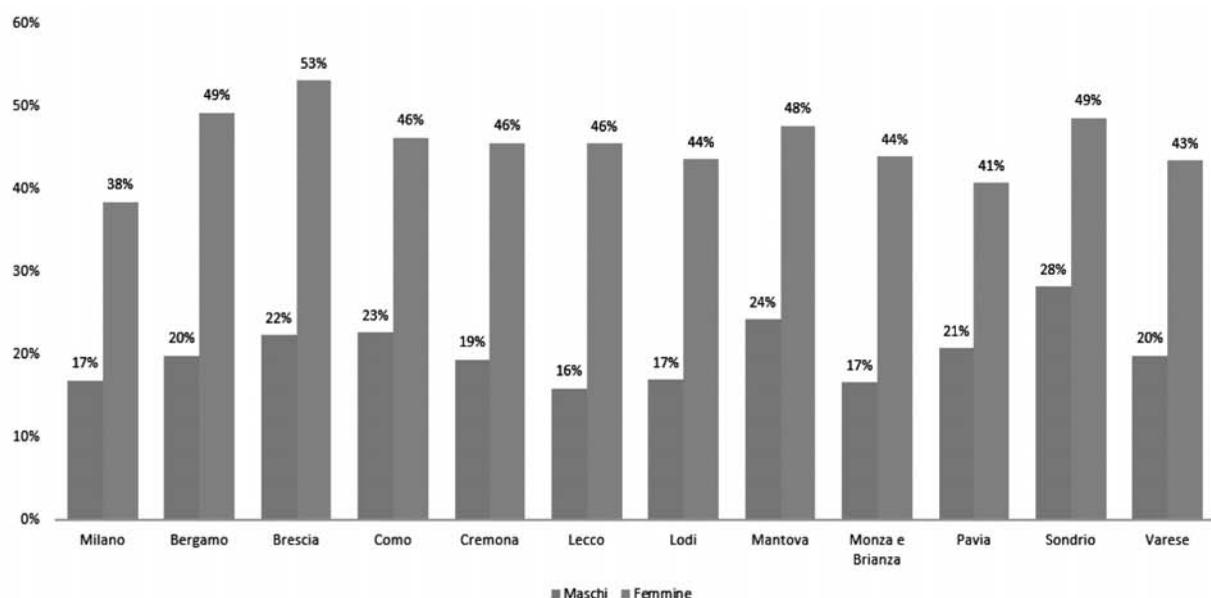
Tabella 19 - NUMERO PENSIONATI LOMBARDI PER CLASSE DI IMPORTO MEDIO MENSILE PERCEPITO E SESSO, AL 31.12.2013

	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 può misurare 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.

Figura 18 - PERCENTUALE DI PENSIONATI PERCEPTORI 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 incorrono in condizioni di infermità parziale o totale.

Nei prossimi paragrafi si rende conto di alcune delle componenti principali della domanda di servizi sanitari degli anziani lombardi. Si vedranno dunque alcuni aspetti legati all'accesso degli anziani alle prestazioni ambulatoriali e di laboratorio (visite, analisi, accertamenti), al trattamento degli acuti (ospedalizzazione) e al trattamento dei post-acuti (riabilitazione, lungodegenza). Infine si tratterà la tematica della non autosufficienza.

1.6.1 Visite specialistiche e accertamenti a pagamento

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 svolgere, almeno una volta, analisi specialistiche (escluse quelle odontoiatriche) e accertamenti a pagamento.

Tabella 20 - 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.

1.6.2 Il trattamento degli acuti e le spese di ospedalizzazione

I valori riportati nel paragrafo precedente non escludono 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). In estrema sintesi, il rischio legato alle “spese catastrofiche” per quello che riguarda i soggetti più vulnerabili risulta una determinante-chiave nelle valutazioni circa l'equità del sistema sanitario italiano (C.R.E.A. Sanità, 2015). In Lombardia la gestione degli Acuti avviene principalmente tramite strutture pubbliche o private accreditate, mentre risulta più raro il caso di ricoveri per interventi o altre prestazioni a costo intero.

Tabella 21 - DIMISSIONI PER ACUTI, DATI IN PERCENTUALE SUL TOTALE REGIONALE. LOMBARDIA, ANNO 2014

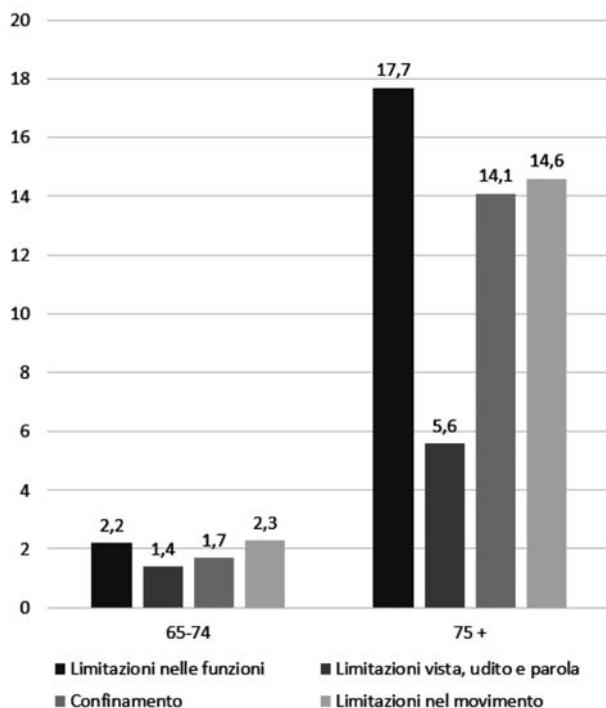
Aziende ospedaliere	61,5
Ospedali a gestione diretta	0,8
I.R.C.C.S. pubblici e fondaz. pub	7,3
I.R.C.C.S. privati e fondaz. prv	10,7
Ospedali classificati	2,6
Case di cura private accreditate	17,0
Case di cura private non accreditate	0,1
Totale	100,0

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Ministero della Sanità

Infatti, ad incidere maggiormente, come argomentato in precedenza risultano essere le spese per le visite specialistiche (comprese le odontoiatriche) e, in modo particolare, le spese legate all'assistenza per individui non autosufficienti.

1.6.3 Anziani soggetti a limitazioni funzionali, l'accesso ai servizi per i non autosufficienti
 Le principali limitazioni funzionali in cui rischia di incorrere la popolazione anziana sono legate principalmente alle limitazioni delle funzioni della vita quotidiana, le difficoltà di movimento, al confinamento e alle limitazioni di vista, udito e parola. Come si vede dal grafico sottostante, l'incidenza di tali disfunzionalità registra un incremento esponenziale a partire dai 75 anni, mentre rimane di poco più elevato rispetto alla media relativa alle altre fasce d'età per il *range* 65-74 anni.

**Figura 19 - TIPO DI LIMITAZIONE
 NELLA POPOLAZIONE ANZIANA DEL NORD OVEST
 DI 65 ANNI E PIÙ, 2013, VALORI PER 100 PERSONE**



Fonte: Dati estratti da Pelliccia (2015).

In termini numerici, gli ospiti di presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali con più di 65 anni in Lombardia erano, al 2013, circa 65.563, vale a dire circa il 3,1% del totale della popolazione anziana, con una crescita esponenziale in funzione della classe d'età rappresentata (0,6% risulta essere l'incidenza nella classe 65-74 anni, 1,8% per la classe 75-79 anni, 4,3% per la classe 80-84 anni e 12,8% per gli anziani con più di 85 anni).

Tabella 22 - NUMERO OSPITI DI STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI. ANNO 2013

Livello di assistenza sanitaria – Totale popolazione 65+					
	Assente	Basso	Medio	Alto	Totale
Ospiti autosufficienti	365	817	2095	867	4144
Ospiti non autosufficienti	11	1543	34537	25328	61419
Totale ospiti	376	2360	36632	26195	65563

Livello di assistenza sanitaria – Maschi 65+					
	Assente	Basso	Medio	Alto	Totale
Ospiti autosufficienti	69	225	612	293	1199
Ospiti non autosufficienti	4	417	7501	5646	13568
Totale ospiti	73	642	8113	5939	14767

Livello di assistenza sanitaria – Femmine 65+					
	Assente	Basso	Medio	Alto	Totale
Ospiti autosufficienti	296	592	1483	574	2944
Ospiti non autosufficienti	7	1126	27036	19683	47852
Totale ospiti	303	1718	28519	20257	50796

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

Dalla tabella sovrastante si evince ancora una volta come l'incidenza delle donne anziane sul totale della popolazione ospite di presidi residenziali risulti molto alta in rapporto agli uomini: 77,5% contro il 22,5%. Gli ospiti autosufficienti richiedono un livello di assistenza medio-basso e rappresentano solamente il 6,3% del totale degli ospiti. La restante parte, composta dagli ospiti non autosufficienti, mostra una distribuzione per livello di assistenza sanitaria richiesto simile per uomini e donne. A richiedere un livello di assistenza elevato sono infatti il 41% degli ospiti non autosufficienti, sia nel caso dei maschi che delle femmine, e percentuali simili (intorno al 55%) si misurano anche nel caso di una domanda media di servizi di assistenza sanitaria. Secondo i dati della Direzione "Reddito di autonomia e inclusione sociale" della Regione Lombardia, sono operative sul territorio 690 strutture sanitario-residenziali (R.S.A.), per un totale di 62.103 posti letto ordinari abilitati, dei quali 57.001 accreditati.

Tabella 23 - RSA LOMBARDE, POSTI LETTO, RETTA MINIMA E RETTA MASSIMA. (N = 604). ANNO 2015

Posti Letto autorizzati	
Min.	14
Max.	605
Media	93
Dev. Std.	63,3
Retta minima	
Min.	€ 30,50
Max.	€ 120,00
Media	€ 59
Dev. Std.	13,2
Retta massima	
Min.	€ 38,80
Max.	€ 200,00
Media	€ 68
Dev. Std.	22,1

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Asl provinciali.

Dalla tabella sovrastante si possono ricavare alcuni dati di primario interesse. Esaminando, infatti, i dati diffusi costantemente dalle ASL lombarde⁸, è possibile apprezzare come, in media, siano disponibili circa 93 posti letto per struttura, con un minimo di 14 e un massimo di 605. Le liste di attesa risultano relativamente lunghe, con circa 76 persone in media per struttura. Le rette minime possono spaziare tra i 30,5 euro al giorno, fino a 120 euro al giorno, con una media pari a circa 58 euro. Le rette massime, per contro, vanno dai 38,80 euro fino ai 200, con una media che si attesta su all'incirca 68 euro giornalieri. Tali cifre mostrano in maniera chiara ed inequivocabile come l'avvento di una condizione di non autosufficienza possa essere economicamente insostenibile per un anziano, specialmente se solo. Tuttavia, per ottenere una rappresentazione più precisa del fenomeno della non autosufficienza occorre considerare l'insieme della popolazione a domicilio oltre a quella istituzionalizzata (ospite delle strutture residenziali). Purtroppo i dati in tal senso sono riferiti solamente all'aspetto dell'offerta dei servizi, in quanto i dati circa l'incidenza della popolazione non autosufficiente sono stati diffusi solamente in forma di quozienti standardizzati, dunque non funzionali alla descrizione quantitativa del fenomeno. Osservando i valori relativi all'assistenza domiciliare integrata si può comunque ottenere una prima panoramica del fenomeno. L'assistenza domiciliare integrata a scopo socio-assistenziale, è offerta in circa l'83,7% dei comuni lombardi, coinvolgendo circa l'1,4% degli ultrasessantacinquenni residenti. Tuttavia, l'assistenza con servizi sanitari (ADI) risulta offerta solo nel 13,1% dei comuni, per un indice totale di presa in carico pari a solamente lo 0,2%. Nel complesso, nel 2012, sono stati trattati in Lombardia 11.617 pazienti tramite il sistema dell'ADI (Eupolis, 2013). Quasi la metà dei comuni lombardi (49,5%) mette inoltre a disposizione strumenti quali i voucher, gli assegni di cura e i buoni socio-sanitari per aiutare gli anziani in stato di bisogno. Tali strumenti raggiungono un elevato indice di presa in carico specialmente in provincia di Mantova (2,4%), mentre il dato aggregato per la Lombardia si ferma allo 0,5%.

Tabella 24 - L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER GLI ANZIANI IN LOMBARDIA E NELLE PROVINCE LOMBARDE. ANNO 2012

	percentuale di comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare			Indice di presa in carico (ogni 100 residenti 65+)		
	assistenza domiciliare socio-assistenziale	assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari (ADI)	voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario	assistenza domiciliare socio-assistenziale	assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari (ADI)	voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario
Varese	73,0	2,8	8,5	0,8	0,1	0,1
Como	55,0	1,9	99,4	1,3	0,0	0,3
Sondrio	100,0	0,0	92,3	0,9	0,0	0,3
Milano	82,1	15,7	41,0	1,1	0,1	0,9
Bergamo	97,5	32,8	48,8	2,2	0,3	0,1
Brescia	89,3	19,4	25,2	1,9	0,4	0,1
Pavia	68,4	14,2	80,5	0,7	0,0	0,2
Cremona	84,3	13,0	47,0	1,5	0,3	0,0
Mantova	87,1	1,4	30,0	2,3	0,6	2,4
Lecco	98,9	1,1	57,8	1,8	0,0	0,2
Lodi	100,0	9,8	4,9	1,5	0,3	0,0
Monza e della Brianza	96,4	9,1	21,8	1,2	0,1	0,1
Lombardia	83,7	13,1	49,5	1,4	0,2	0,5

Fonte: Elaborazioni Ires Lucia Morosini su dati Istat.

I dati sino a qui proposti risultano comunque parziali e non esaustivi per la corretta interpretazione dell'onere socio-economico a carico dell'anziano quando questi necessita di servizi sanitari. Diviene indispensabile dunque l'analisi di dati qualitativi provenienti da fonti diverse da quelle istituzionali, 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.

Note

¹ Introduzione avvenuta con la Legge 23 Dicembre 1978, n. 833.

² Osservando i dati messi a disposizione dall'Istat emerge chiaramente come il numero medio di figli per donna (e di conseguenza il ritmo di invecchiamento della popolazione) mostra una correlazione negativa con l'avvento della crisi economica. A partire dal 2008 un progressivo rallentamento, seguito da una decrescita di tale indicatore si è osservato sia per le donne residenti al Nord, sia per le donne residenti al Centro e al Sud del Paese.

³ L'Indice di dipendenza strutturale degli anziani misura il rapporto tra popolazione con più di 65 anni e popolazione attiva (16-64 anni), moltiplicato per 100.

⁴ Si veda a questo proposito l'interessante studio svolto da Bloom et al. (2000).

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ Secondo i dati diffusi dall'Istat, nel 2014 i nuovi percettori di reddito da pensione percepivano, a livello nazionale, un assegno pari a 13.965 euro, contro i 15.356 euro dei trattamenti cessati e i 17.146 euro dei pensionati sopravvivenenti.

⁸ I dati diffusi dalle ASL tengono conto di quanto riportato sulla Carta dei Servizi delle singole RSA. A causa di alcuni dati mancanti e/o difficoltà nel reperimento del singolo dato, l'analisi svolta tiene conto di 604 strutture, vale a dire l'87% delle 690 RSA lombarde.

PARTE 2. 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.

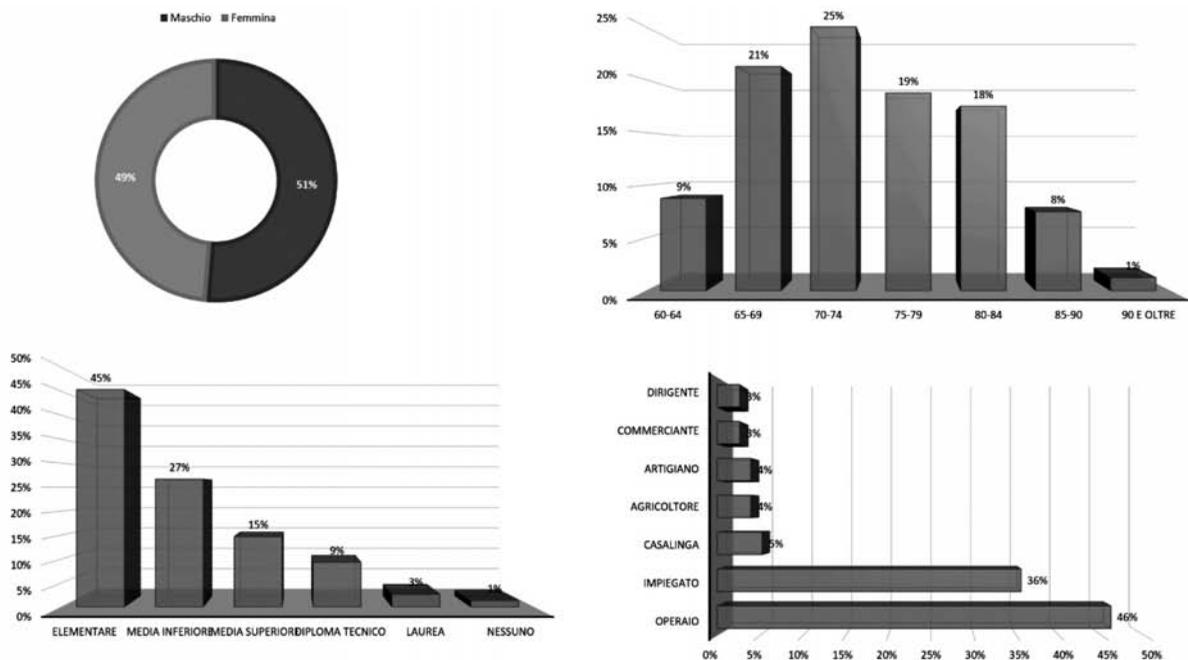
2.1 Struttura del campione

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).

Figura 20 - 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 euro mensili. Il reddito individuale minimo è pari a 225 euro mentre il massimo dichiarato si attesta a 2.500 euro. Il reddito medio dell'intero nucleo familiare si attesta invece attorno ai 1700 euro 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.

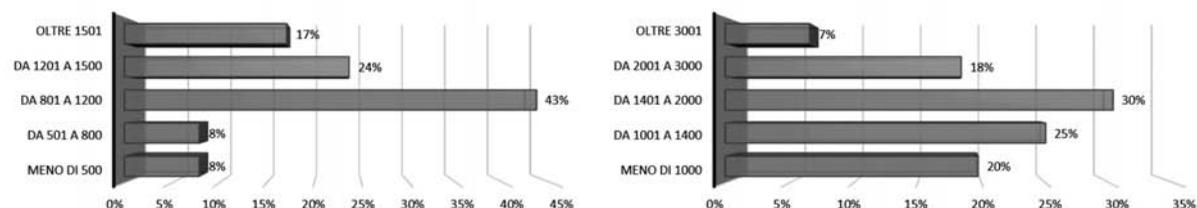
Tabella 25 - DIMENSIONE MEDIA DEL NUCLEO FAMILIARE, REDDITO MEDIO E VARIAZIONE DEL REDDITO NEGLI ULTIMI TRE ANNI

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 euro e i 1.200 euro mensili. Appare comunque elevata la percentuale di individui che dichiara di percepire più di 1.200 euro (41%), mentre risulta preoccupante il dato relativo a coloro i quali possono contare su redditi inferiori ai 500 euro, 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 euro 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.

Figura 21 -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 fruito

- 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.

Figura 22 - DISTRIBUZIONE DEI RISPONDENTI A SECONDA DEL NUMERO DI PRESTAZIONI RICEVUTE DAL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO DURANTE GLI ULTIMI 12 MESI

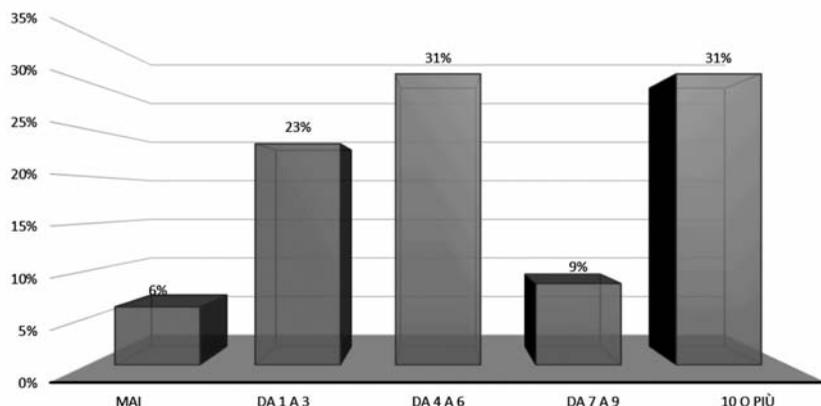
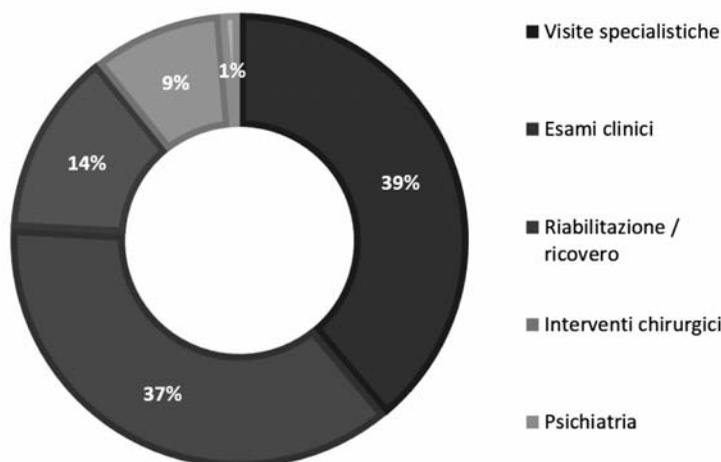


Tabella 26 - NUMERO DI PRESTAZIONI EROGATE, MEDIA, DEV. STD., MIN. E MAX

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.

Figura 23 - 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 euro 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 euro. 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.

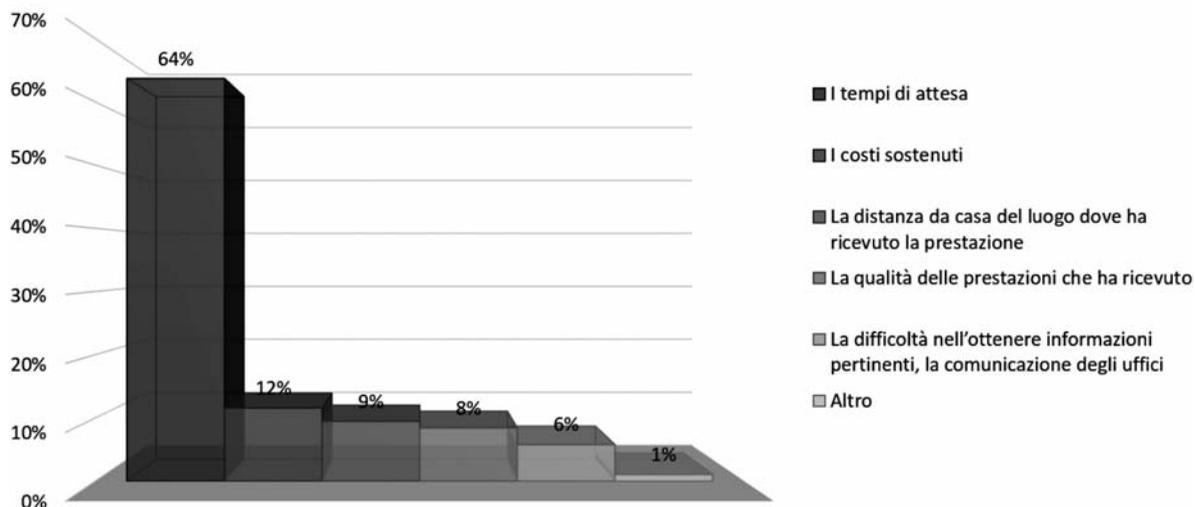
Tabella 27 - IL PESO DELLE SPESE SOSTENUTE PER L'ACCESSO A SERVIZI SANITARI EROGATI DA STRUTTURE PUBBLICHE A DETTA DEGLI INTERVISTATI

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 servi-

zi 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.

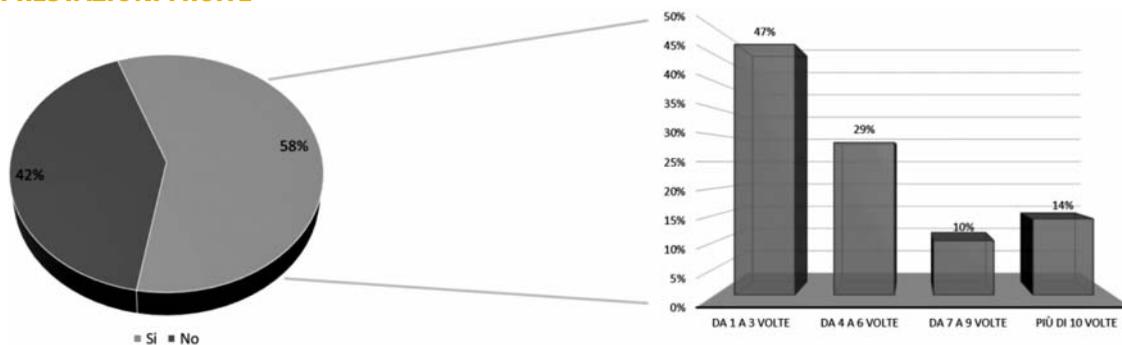
Figura 24 - MAGGIORI PROBLEMI INCONTRATI DAGLI INTERVISTATI RELATIVAMENTE ALL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI EROGATI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE



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.

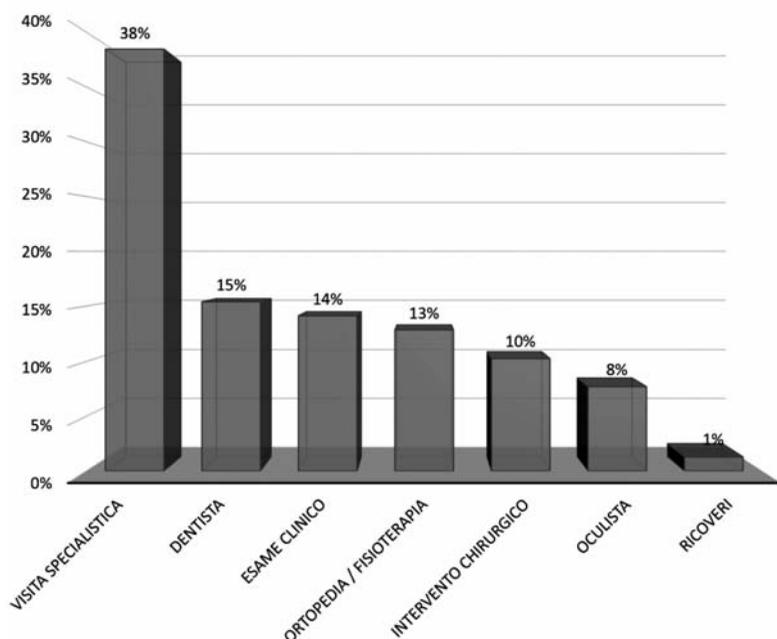
Figura 25 - PERCENTUALE DI RISPONDENTI CHE HANNO FATTO RICORSO A PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME PRIVATO CON PAGAMENTO COMPLETO DELLA PRESTAZIONE E NUMERO COMPLESSIVO DI PRESTAZIONI FRUITE



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.

Figura 25 - PRESTAZIONI MAGGIORMENTE FRUITE EROGATE IN REGIME PRIVATO A PAGAMENTO INTERO



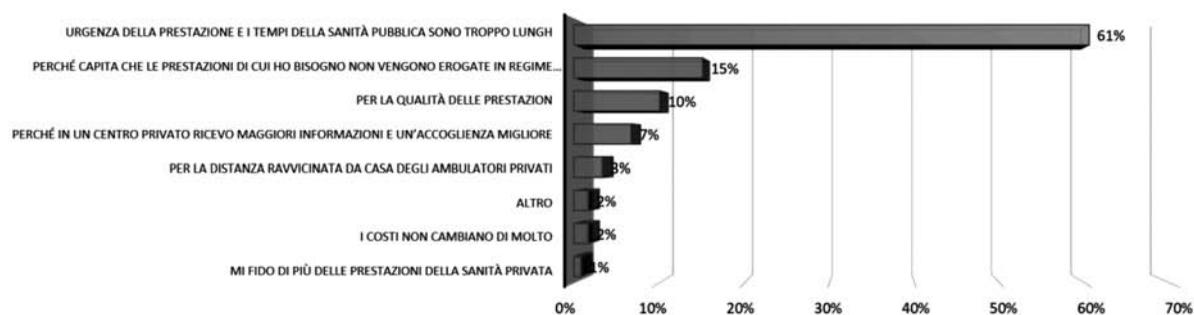
A differenza di quanto osservato in merito al peso economico delle prestazioni erogate in regime pubblico sui redditi dei pensionati, nel caso delle prestazioni erogate da privati il costo medio risulta molto elevato: 2.362 euro in media. Come prevedibile le prestazioni più onerose riguardano l'odontoiatria (4.277 euro in media), e i ricoveri per interventi chirurgici (3.900 euro in media). Seguono le visite ortopediche e la fisioterapia (760 euro) e le altre visite specialistiche (473 euro). Non sembra invece essere motivo di preoccupazione il peso delle prestazioni oculistiche (213 euro). 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).

Tabella 28 - 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). È 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.

Figura 27 - 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 euro annuali. Interrogati sulla questione se il ricorso alla sanità privata possa comportare un costo «catastrofico» per le finanze famigliari, 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 famigliari per far fronte alle spese sanitarie impreviste erogate in regime di costo intero.

Tabella 29 - DICHIARANTI CHE HANNO INCONTRATO DIFFICOLTÀ NEL SOSTENERE I COSTI DELLA SANITÀ PRIVATA, PRINCIPALI SOLUZIONI PER IL FINANZIAMENTO

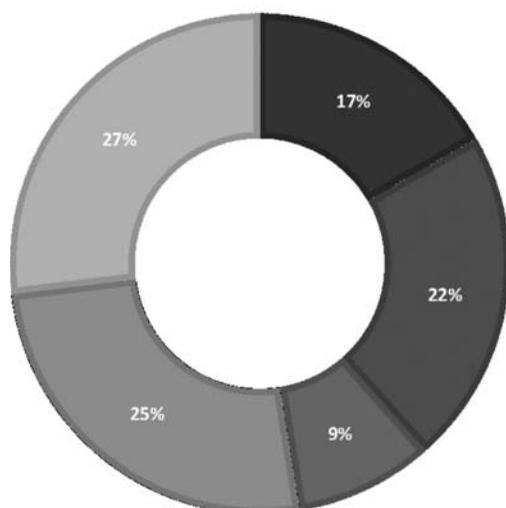
Percentuale di individui con assicurazione sanitaria integrativa sul totale del campione	4%	Premio medio	704
Percentuale di individui che ha dovuto chiedere sostegno ai famigliari per far fronte alle spese sanitarie private	23%	Prestazione maggiormente incisiva	Odontoiatria

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, improvvise 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.

Figura 28 - RISPOSTE DEI DICHIARANTI CIRCA E ASPETTATIVE PER IL FUTURO

PREOCCUPAZIONE PER IL FUTURO

■ Sì, molto ■ Sì abbastanza ■ Sì poco ■ No ■ Non so

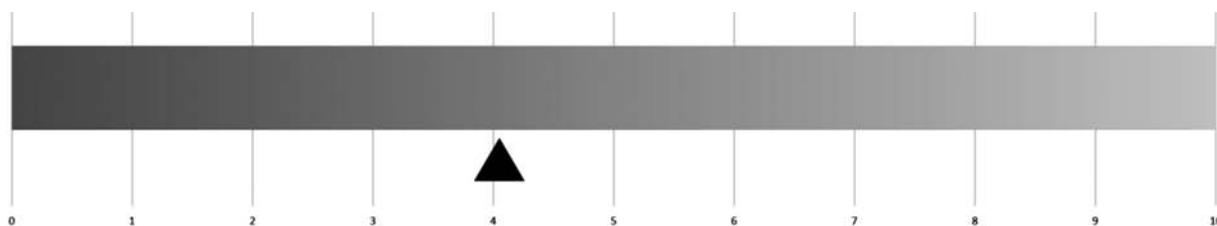


Il quadro sino ad ora delineato mostra quindi una situazione di estrema precarietà per i pensionati lombardi intervistati. Alla radice della maggior parte dei problemi rilevati vi sono alcuni elementi comuni. Il primo riguarda, ovviamente, le condizioni di salute in cui versano gli intervistati al momento 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.

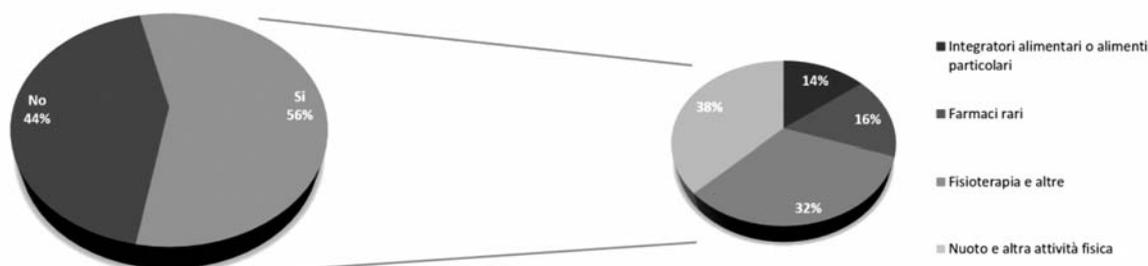
Ai pensionati lombardi intervistati è stato richiesto di rispondere ad una specifica domanda sulla percezione delle proprie condizioni di salute. Alla questione «Come si sente fisicamente, su una scala da 1 a 10?», i rispondenti hanno dichiarato in media «4,1». Il «termometro» che misura quindi la salute 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.

Figura 29 - 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 euro mensili. Un elemento quest'ultimo di eventuale disincentivazione per la diffusione di tali pratiche.

Figura 30 - 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, QUALE RUOLO PER IL SINDACATO

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 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. La presenza di servizi a pagamento funziona da "campanello di allarme" di situazioni di non gradimento/non accesso dei servizi del S.S.N. da parte della popolazione. I problemi riguardano anche l'elevato grado di inappropriata degli interventi (specie a livello prescrittivo), che costituiscono una delle cause delle lunghe liste di attesa.

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. 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*.

In generale, gli elementi emersi dall'analisi campionaria convalidano i risultati dell'analisi istituzionale. La spesa out of pocket per problemi sanitari è uno dei principali fattori di impoverimento delle famiglie.

Lo studio condotto ha confermato l'ipotesi che le pensionate lombarde siano una delle categorie a più alto rischio di esclusione dal carattere universalistico del sistema sanitario nazionale. Grazie all'analisi qualitativa si è compreso in maniera inequivocabile quali possono essere i rischi legati all'incorrere di spese sanitarie dal carattere catastrofico, così come si è avuto modo di fornire una visione più dettagliata di quelle che sono le strategie che gli intervistati mettono in campo per far fronte a tale rischio. Dall'analisi dei dati raccolti e dei questionari somministrati appare urgente la necessità di attivare politiche che promuovano l'equità di accesso ai servizi del sistema sanitario pubblico, ma soprattutto appare drammatica la necessità di attivare politiche redistributive della ricchezza, che calmeranno, almeno parzialmente, le importanti diseguaglianze che affliggono i soggetti più vulnerabili: gli anziani.

Tenendo dunque presente le fragilità del sistema sociale con il quale si cerca di costruire delle politiche condivise, gli attori del processo politico dovrebbero infine agire con determinazione per riportare il *welfare* a livello nazionale e regionale ad un livello adeguato per una società che necessita guardare al futuro con ottimismo. ■

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. 2015. 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.

Eupolis, 2013. *Riforma dell'assistenza domiciliare integrata in Lombardia. Prime osservazioni*. A cura di Lucia Ferrara e Verdiana Morando, 24 Maggio 2013.

Eurostat Dataset

Finocchi Gherzi, R. & Tardiola, N. 2010, *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del Ssn*, eds. De Vincenti, C., Finocchi Gherzi, 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.

Istat, 2015b. *Trattamenti pensionistici e beneficiari, anno 2014*. 3 Dicembre 2015.

Istat, 2015c. *Il benessere equo e sostenibile in Italia, anno 2015*.

OECD Dataset.

OECD, 2014. Health at a Glance: Europe 2014.

Pelliccia, L., 2015. *Le persone con limitazioni funzionali: quante sono e cosa sappiamo di loro?*, url: <http://www.lombardiasociale.it/2015/04/07/le-persone-con-limitazioni-funzionali-quante-sono-e-cosa-sappiamo-di-loro/>

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.

