Il sistema del *Welfare*

(pp. 245 – 328 del volume)

La numerazione delle tabelle riproduce quella del testo integrale

La salute diseguale

Nel mutevole assetto dell'offerta sanitaria è importante capire quali siano i livelli di *performance* e di benessere garantiti alla popolazione, nella loro diversa articolazione territoriale.

Mediante una serie di indicatori sintetici sono state quindi valutate le condizioni complessive di salute, quelle socio-economiche e il livello di offerta sanitaria. Il quadro che emerge evidenzia un gradiente negativo Nord-Sud con un tendenziale peggioramento della situazione della salute dei cittadini residenti man mano che si procede verso le regioni meridionali, nonostante la struttura per età della popolazione, che determina un peggioramento degli indici di morbosità e mortalità all'aumentare del tasso di invecchiamento, tendenzialmente più elevato al Nord ed al Centro. A fronte del rapido invecchiamento del Sud la significatività della variabile demografica comincia a mostrare la corda, mentre acquistano peso altre determinanti legate ad esempio alla prevenzione, più diffusa al Nord, ed emerge il peso della crescente omologazione del meridione rispetto a stili di vita a rischio e problemi di impatto ambientale fino ad oggi appannaggio delle aree settentrionali (fig. 1).

Le condizioni socio-economiche sembrano quindi confermarsi uno dei fattori più rilevanti nella determinazione della condizione di salute, e in effetti le regioni che si collocano nelle prime classi della graduatoria che misura la positività della situazione socio-economica occupano tendenzialmente posizioni elevate anche in quella dell'indicatore di salute (fig. 2).

In un quadro così caratterizzato l'assetto dell'offerta risulta evidentemente decisivo, e l'indicatore sintetico realizzato mostra ancora una volta una variazione in negativo passando dal Nord al Sud del Paese (fig. 3).

La vecchia dicotomia Nord-Sud, in cui si descrive un meridione caratterizzato da una popolazione più giovane e quindi tendenzialmente più sana nonostante un livello di offerta meno soddisfacente, a fronte di un Centro-Nord in cui la variabile demografica pesa in modo decisivo, appare sostanzialmente superata. I livelli di offerta sembrano ricalcare quelli della situazione socio-economica, e non appaiono in grado di mitigare gli effetti della differenza delle condizioni sociali di partenza, creando una sorta di effetto di rinforzo, ad ulteriore testimonianza dei problemi di equità nell'accesso alle cure e nell'esercizio del diritto alla salute dei cittadini residenti nel meridione.

I progressi nella governance condivisa della Sanità regionalizzata

La *devolution* sanitaria ha rappresentato un passaggio cruciale nell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, che ha avuto un impatto significativo non solo sugli assetti politici e organizzativi dei servizi sanitari, ma anche sulla percezione e sulle aspettative degli utenti.

La regionalizzazione ha però per molti aspetti ratificato le disomogeneità di fatto dei servizi sanitari, e le opinioni dei cittadini raccolte nell'ambito dell'indagine condotta dal Censis-Forum BM nel 2006, mostrano forti differenze a proposito dell'adeguatezza dei loro sistemi regionali (tab. 1).

Dopo oltre un quinquennio di *devolution*, risultano oggi quanto mai necessari interventi e strumenti mirati a mettere a regime un sistema di governo condiviso tra Ministero e Regioni. Il Patto per la Salute rappresenta una delle pietre angolari di questo nuovo equilibrio, a partire dalla gestione economica e finanziaria dei servizi sanitari: contestualmente ad un adeguamento delle risorse messe a disposizione del SSN, prevede infatti un assestamento della spesa complessiva sulla base di obbiettivi concordati con le Regioni, pienamente responsabilizzate dal punto di vista finanziario, e similmente la gestione dei Piani di rientro rappresenta un esempio concreto degli esiti di questo modello sul nuovo governo della spesa.

Questi interventi mirati al riequilibrio richiedono necessariamente strumenti finalizzati alla lettura ed il confronto dei dati, e alla costruzione di standard e di procedure trasferibili e condivisibili: il progetto "Mattoni Ssn", a partire dalle esperienze delle Regioni, ha posto le basi per una armonizzazione della classificazione dei servizi offerti, e dunque per la realizzazione di un sistema informativo sanitario (Nsis) che supporti in modo efficace le politiche sanitarie a tutti i livelli.

Nel chiudere il cerchio del nuovo modello di governo condiviso gioca a questo punto un ruolo fondamentale il SIVeAS, il sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, strumento del Ministero per la verifica che ai finanziamenti erogati corrispondano servizi per i cittadini, e che i servizi erogati rispondano a criteri di efficienza e appropriatezza.

Nel processo di evoluzione del Ssn, la fase attuale si caratterizza quindi in modo netto come un momento di riformulazione e di rilancio delle funzioni del livello centrale, che prevedono però una costante concertazione con i livelli locali, in una rinnovata vocazione alla trasversalità ed alla condivisione delle responsabilità.

La relazione medico paziente: trasformazione, e crisi

La relazione medico paziente ha attraversato, negli ultimi decenni, una serie di trasformazioni che hanno visto i pazienti divenire sempre più istruiti e informati, e a fronte dei quali il medico si è visto più o meno costretto a svestire i panni del "dottore" inteso come unico possessore di conoscenze superiori e non condivisibili. I *media* in generale costituiscono per gli italiani fonte costanti e diffuse di informazioni, in particolare il *web* (sul quale cerca informazioni sanitarie il 25,2%) rappresenta un database pressoché illimitato di notizie. Con questo bagaglio, seppure talvolta impreciso, i cittadini si dispongono ad un confronto ed a un modello di interazione più paritario. Per la maggioranza di italiani (55,9%), intervistati nell'ambito della ricerca Censis-Forum BM 2007, il modello vincente di relazione medico paziente è infatti quello della condivisione del processo decisionale, mentre il 10,0% indica addirittura che sarebbe preferibile una torsione del rapporto, per cui al medico spetterebbe solo il compito di illustrare le differenti opzioni terapeutiche, lasciandone invece al paziente la scelta.

In questo scenario di potenziale conflittualità si registra da una parte il disagio dei medici, che guardano con preoccupazione alle istanze di autonomia decisionale dei pazienti e denunciano spesso una frustrazione per lo svilimento della propria professione che si mescola a desideri malcelati di fughe all'indietro ed alla "nostalgia" per scenari passati in cui il sapere dell'unico "vero" esperto della salute era indiscutibile (come emerso dalle indagini qualitative del Censis-Forum BM del 2007), sia nei pazienti stessi che valutano con crescente preoccupazione l'eventualità di errori sanitari.

Secondo lo studio pubblicato nel gennaio 2006 da Eurobarometro il 97% degli italiani ritiene infatti che gli errori sanitari rappresentino un problema molto o abbastanza importante nel Paese (tab. 4). E' un dato particolarmente significativo, specie se confrontato con la media dei 25 Paesi della Ue, pari al 78%, e ancor più sintomatico di un disagio fondamentalmente culturale laddove si osserva che l'esperienza, diretta o indiretta, di errori medici non risulta più alta in Italia che nel resto dell'Europa a 25 (è il 18% dei rispondenti italiani, pari alla media europea, a sottolineare di aver subito in famiglia un grave errore medico durante un ricovero ospedaliero). Un quadro così caratterizzato evidenzia chiaramente la necessità di una riformulazione dei ruoli, nella quale la centralità e l'insostituibilità del sapere del medico deve necessariamente riuscire a declinarsi con il diritto dei pazienti a conoscere e condividere le scelte terapeutiche.

La lezione dell'Alzheimer: una rete integrata di servizi

Rispetto alla visione catastrofista di un'emergenza "grigia" ritenuta in grado di far saltare tutti gli equilibri economici del *welfare*, l'attuale situazione di invecchiamento della popolazione italiana evidenzia alcuni tratti di una evoluzione meno negativa. L'ultima indagine Multiscopo dell'Istat, relativa al 2005, segnala infatti una netta diminuzione della quota di disabili nella popolazione anziana (dal 21,7% al 18,8% tra il 1994 ed il 2005). Di fatto, proiettando la decrescita della quota di disabili tra gli anziani over65enni registrata negli ultimi dieci anni al prossimo decennio si può ipotizzare che tale percentuale possa ulteriormente scendere. Anche se il contemporaneo allargarsi della coorte più anziana della popolazione farà sì che il numero dei disabili *over 65* rimanga consistente (tab. 5).

Sarebbe dunque miope sottovalutare l'impatto dell'invecchiamento sul profilo epidemiologico della popolazione, soprattutto con riferimento a quelle patologie cronico degenerative che, determinano incrementi significativi nel bisogno di assistenza, anche se più spesso collocabili nelle fasi più avanzate della vecchiaia.

Per molti versi la situazione dell'Alzheimer appare emblematica dei rischi del nuovo assetto demografico. I malati di Alzheimer oggi in Italia sono oltre 500.000, i nuovi casi sono stimabili in circa 80.000 all'anno, e si tratta di un dato destinato ad aumentare (nel 2020 i nuovi casi di demenza attribuibili all'Alzheimer saranno circa 113.000), e la loro condizione (e quella dei loro familiari) è indicativa delle difficoltà del nostro sistema sanitario e socio-assistenziale nell'approntare risposte e soluzioni adeguate per la presa in carico delle patologie croniche ed invalidanti che possono accompagnarsi alla condizione anziana.

Il modello di intervento per far fronte alle complesse esigenze del malato di Alzheimer rimane infatti caratterizzato dal coinvolgimento totale della famiglia che è e rimane il soggetto centrale dell'assistenza.

Non è quindi un caso che una delle più significative variazioni nel modello di assistenza, così come evidenziato da una ricerca Aima-Censis realizzata nel 2006 su un campione di *caregiver* di malati di Alzheimer, consista nell'aumentato ricorso alle badanti (il 40,9% del campione contro il 30% circa nel 1999). Il 32,7% dei malati è assistito da badanti straniere (erano il 7,5% nel 1999), che in misura prevalente dormono nella stessa casa del paziente, donne nel 95,1% dei casi e nell'89,0% senza titolo professionale specifico, di cui l'82,3% retribuito con denaro dello stesso malato o del coniuge.

La delega alla famiglia dei compiti di cura ed assistenza del malato di Alzheimer ha peraltro un costo sociale enorme, la stima del Censis, realizzata a partire dalle indicazioni del campione nazionale di *caregiver* intervistato, fa riferimento ad un Costo Medio Annuo per Paziente (Cmap), comprensivo sia dei costi familiari che di quelli a carico della collettività, di circa 60.900 euro. Determinando una situazione in cui il costo pesantissimo posto in capo ad essa può essere mitigato solo attraverso una vera e profonda revisione del modello delle cure: ecco perché in merito al modello auspicabile di servizi l'opzione prevalente tra i *caregiver* (53,3%) è per la rete di servizi, articolata e gratuita su cui poter contare, una sorta di intervento modulare che mitighi senza sostituire la delega alla famiglia ma la renda più tollerabile e proficua.

Il rischio di una solidarietà selettiva

Quasi il 69% degli italiani ritiene che in caso di bisogno si può contare sull'aiuto degli altri, mentre l'idea che la cooperazione tra persone sia un portato della natura umana trova l'accordo di oltre il 75% degli italiani.

Trova così conferma l'esistenza di una intensa relazionalità orizzontale nel nostro Paese, mentre è molto meno intensa la partecipazione dei cittadini ai problemi della comunità, visto che è il 17,9% dei cittadini che dichiara di organizzarsi, spesso o molto spesso, con gli altri per risolvere un problema comune. Negli ultimi anni si sono invece moltiplicati i movimenti di cittadini centrati sulla autotutela della propria sicurezza.

In questo quadro, si è consolidata la percezione del nesso tra insicurezza e immigrati: infatti, è il 50% dei cittadini a fare propria questa idea, mentre la media europea dei 25 Paesi è pari al 42% (tab. 7).

Solo una minoranza di cittadini italiani (35%) ritiene che gli altri gruppi etnici arricchiscano la vita culturale del nostro Paese (54% è il dato medio europeo).

Alla diffusione di questa sfiducia nel diverso, contribuisce la percezione di vulnerabilità socioeconomica: il 21% dei cittadini italiani dichiara di sentirsi fuori della società, messo ai margini, dato che risulta molto più elevato della media europea, mentre il 36% ritiene di essere direttamente a rischio di cadere in povertà nel corso della sua vita ed il 55% che chiunque è a rischio nella propria vita a cadere nella povertà.

Il costo previdenziale di un mercato del lavoro ostile alla longevità

La dinamica crescente della speranza di vita e di quella libera da disabilità, impone un progressivo adattamento dell'età pensionabile. Se l'età di pensionamento effettivo è ancora oggi inferiore ai sessanta anni, secondo gli italiani le età giuste di pensionamento sono, rispettivamente, 63 anni per gli uomini e 61 anni per le donne. Quote significative di intervistati indicano età pensionabili giuste, per gli uomini e per le donne, superiori a quelle previste dalla normativa e a quelle effettive (tab. 8).

D'altra parte, che l'età pensionabile a 65 anni non sia più un tabù trova una conferma indiretta anche dai *pensionati pentiti*, quei pensionati che se potessero decidere adesso, ritarderebbero la propria età di pensionamento. Si tratta di oltre il 31% dei pensionati che hanno indicato che, alla luce dell'attuale esperienza, ritarderebbero il pensionamento, in media, di 6,3 anni i maschi e di 5,8 anni le femmine (tab. 9).

Il dibattito sulle pensioni però rischia di implodere se non si prende atto che il pensionamento è anche, e spesso soprattutto, il "punto di fuga" di generazioni di lavoratori che stentano a stare dietro alle dinamiche produttive e tecnologiche, incalzati anche dalla logica del taglio dei costi.

Dati di una indagine Censis-Salute La Repubblica indicano che tra i pensionati è il 2,4% a svolgere un'attività lavorativa remunerata. A trovare più facilmente collocazione nel mondo del lavoro sono gli anziani con più alta scolarità; sono invece gli anziani con basso titolo di studio ad avere una più elevata disponibilità a lavorare (ben il 62,3% dei possessori al massimo di licenza elementare rispetto al 26,2% tra i laureati). Emerge così il paradosso del rapporto tra mercato del lavoro e anziani: mentre il tasso di attività degli anziani langue, chi vuole lavorare non ha posto per collocarsi e chi potrebbe lavorare non ha intenzione di farlo. È questo il nodo scorsoio che dal mercato del lavoro si trasferisce alla previdenza e, vista la dinamica dell'invecchiamento, rischia di stritolare anche la finanza pubblica.

Fig. 1 - Indicatore sintetico *(*)* delle condizioni di salute nelle regioni italiane

Valore indicatore sintetico Regione:	
1 Trentino-Alto Adige	74,9
2 Veneto	59,1
3 Friuli-Venezia Giulia	58,7
4 Lombardia	55,6
5 Emilia-Romagna	55,3
6 Valle d'Aosta	54,7
7 Abruzzo	54,2
8 Puglia	53,9
9 Marche	52,2
10 Molise	50,4
11 Toscana	49,7
12 Piemonte	48,9
13 Campania	48,9
14 Lazio	48,0
15 Umbria	46,2
16 Calabria	42,2
17 Liguria	41,9
18 Basilicata	39,0
19 Sicilia	38,7
20 Sardegna	37,9

(*) L'indicatore di salute è stato costruito tenendo conto di diversi aspetti: la speranza di vita (ottenuta mediando la speranza di vita delle donne e quella relativa agli uomini), la mortalità (tasso di mortalità totale, tasso di mortalità infantile, tasso di mortalità per tumori e tasso di mortalità malattie del sistema circolatorio), gli stili di vita (diffusione della pratica sportiva, incidenza delle persone di 18 anni e più obese, fumatori di 14 anni e più), l'autopercezione dello stato di salute (% di persone che hanno valutato buono o molto buono il proprio stato di salute), prevenzione (% di persone che ha effettuato controlli per la pressione arteriosa, per il colesterolo e per la glicemia in assenza di sintomi) ed infine la morbosità (% di popolazione con malattie croniche).

Fonte: elaborazioni Censis su dati Istat e Ministero della Salute, 2004-2006

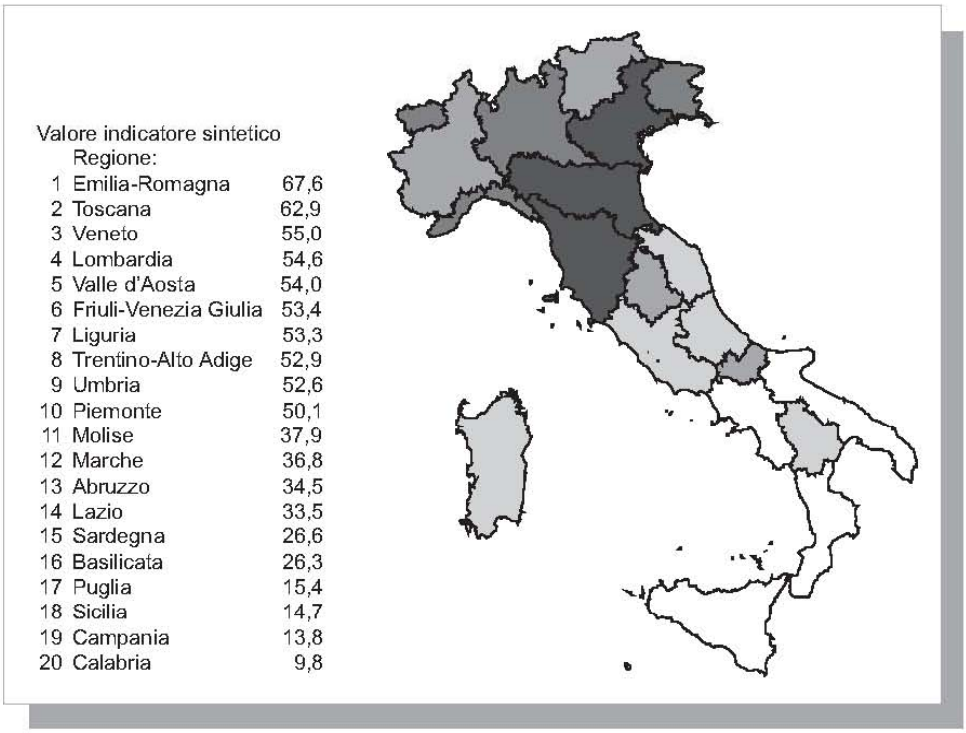
Fig. 2 - Indicatore sintetico *(*)* del contesto socio-economico nelle regioni italiane

Valore indicatore sintetico Regione:	
1 Valle d'Aosta	89,1
2 Trentino-Alto Adige	84,4
3 Emilia-Romagna	83,2
4 Veneto	82,0
5 Lombardia	79,6
6 Marche	76,0
7 Toscana	75,9
8 Piemonte	74,2
9 Friuli-Venezia Giulia	73,8
10 Liguria	65,7
11 Umbria	64,1
12 Abruzzo	53,8
13 Lazio	49,3
14 Sardegna	48,2
15 Molise	40,0
16 Puglia	35,8
17 Basilicata	32,0
18 Campania	24,2
19 Calabria	23,4
20 Sicilia	20,1

(*) L'indicatore di contesto sociale è stato costruito sintetizzando le seguenti variabili: indice di povertà regionale, tasso di attività 15-64 anni, livello di istruzione della popolazione adulta, tasso di disoccupazione giovanile e tasso di disoccupazione.

Fonte: elaborazioni Censis su dati Istat e Ministero della Salute, 2004-2006

Fig. 3 - Indicatore sintetico *(*)* dell'offerta sanitaria nelle regioni italiane



(*) L'indicatore di offerta sanitaria è stato costruito tenendo conto dei seguenti diversi aspetti: la valutazione dell'utenza (% di persone che hanno valutato il Servizio sanitario del proprio territorio con un voto da 7 a 10, persone per valutazione media data al Servizio sanitario pubblico), l'offerta ospedaliera (medici di medicina generale per 1.000 abitanti, personale infermieristico del Servizio sanitario pubblico per 1.000 abitanti, personale medico del Servizio sanitario pubblico per 1.000 abitanti, posti letto per acuti per 1.000 abitanti e l'indice di modernizzazione ossia il numero di Tac (tomografo assiale computerizzato), di Ali (acceleratore lineare) e di Trm (tomografo a risonanza magnetica) per 100.000 abitanti), la mobilità ospedaliera (indice di attrazione e indice di fuga della regione), e assistenza territoriale (ossia la presenza sul territorio di consultori materno infantili, strutture di assistenza agli anziani, di assistenza psichiatrica, di assistenza a disabili fisici e di assistenza a disabili psichici, anziani assistiti dall'Adi)

Fonte: elaborazioni Censis su dati Istat e Ministero della Salute, 2004-2006

Tab. 1 - Giudizio sull'adeguatezza dei servizi sanitari della propria Regione, per ripartizione geografica *(val. %)*

Secondo Lei, i servizi sanitari della sua Regione sono:	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	**Totale**
Adeguati	63,9	62,4	64,1	35,2	53,7
Inadeguati	26,7	18,8	26,0	57,4	35,7
Non so	9,4	18,8	9,9	7,4	10,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Differenza adeguati/inadeguati	+37,2	+43,6	+38,1	-22,2	+18,0

Fonte: indagine FBM-Censis 2006

Tab. 4 - Graduatorie delle opinioni dei cittadini europei in relazione agli errori medici *(val. %)*

Cittadini che ritengono il problema degli errori medici nel proprio Paese molto od abbastanza importante		Cittadini che ritengono molto od abbastanza probabile che un paziente ricoverato in ospedale possa subire un grave errore medico		Cittadini che hanno nell'ambito della propria famiglia subito un grave errore medico durante un ricovero ospedaliero	
	%		%		%
Italia	97	Lettonia	83	Lettonia	32
Polonia	91	Grecia	75	Danimarca	29
Lituania	90	Polonia	72	Polonia	28
Grecia	86	Cipro	70	Estonia	27
Regno Unito	85	**Italia**	70	Lituania	26
Cipro	85	Lituania	69	Lussemburgo	25
Paesi Bassi	82	Portogallo	59	Finlandia	22
Malta	82	Slovacchia	51	Malta	22
Slovenia	81	Lussemburgo	49	Cipro	22
Ungheria	78	**EU 25**	47	Svezia	19
EU 25	78	Malta	46	Francia	19
Portogallo	77	Ungheria	45	Repubblica Ceca	19
Lettonia	76	Estonia	44	**EU 25**	18
Svezia	75	Belgio	44	Regno Unito	18
Lussemburgo	75	Regno Unito	42	**Italia**	18
Francia	75	Irlanda	42	Spagna	18
Irlanda	73	Slovenia	41	Belgio	18
Germania	72	Danimarca	41	Slovenia	17
Belgio	72	Francia	40	Paesi Bassi	17
Slovacchia	65	Germania	38	Portogallo	16
Austria	63	Spagna	37	Slovacchia	15
Spagna	61	Finlandia	35	Irlanda	15
Repubblica Ceca	60	Paesi Bassi	34	Grecia	13
Estonia	59	Repubblica Ceca	33	Ungheria	12
Danimarca	49	Svezia	25	Germania	12
Finlandia	48	Austria	17	Austria	11

Fonte: Eurobarometro 2006

Tab. 5 - La popolazione anziana in Italia, censimenti, stima e previsioni *(v.a. e val.%)*

	1901 (1)	1951	2001	2005 (2)	2025 (3)	2050 (3)
60 e più	3.116.800	5.773.609	14.110.821	14.752.150	19.323.987	20.978.257
	9,6	12,2	24,8	25,1	33,6	40,4
65 e più	1.970.300	3.895.184	10.645.874	11.592.335	14.845.282	17.811.397
	6,1	8,2	18,7	19,7	25,8	34,3
70 e più	1.133.800	2.362.701	7.565.926	8.286.640	11.082.919	14.596.866
	3,5	5,0	13,3	14,1	19,3	28,1
80 e più	194.200	510.269	2.475.638	3.008.534	4.810.215	7.511.336
	0,6	1,1	4,3	5,1	8,4	14,5
Totale	32.475.200	47.515.537	56.995.744	58.751.711	57.521.628	51.890.448
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Popolazione presente ai confini dell'epoca
(2) Dati al 1° gennaio dell'anno successivo
(3) Dati frutto di previsione, ipotesi centrale; popolazione al 1° gennaio dell'anno successivo

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tab. 7 - Giudizio sull'impatto sociale della presenza di altri gruppi etnici nel paese: confronto internazionale *(val. %)*

	LA PRESENZA DI PERSONE DI ALTRI GRUPPI ETNICI:		
	Genera insicurezza	Aumenta la disoccupazione	Arricchisce la vita culturale
Italia	50,0	49,0	35,0
Francia	33,0	38,0	66,0
Spagna	47,0	42,0	43,0
Belgio	37,0	36,0	30,0
Danimarca	47,0	33,0	68,0
Regno Unito	53,0	55,0	54,0
Olanda	38,0	36,0	67,0
Finlandia	35,0	26,0	75,0
Europa	42,0	46,0	54,0

Fonte: elaborazione Censis su dati Eurobarometro, 2007

Tab. 8 - Età pensionabile giusta per gli uomini e le donne *(val. %)*

A che età sarebbe giusto mandare in pensione gli uomini e le donne?	Uomini	Donne
55-59 anni	4,5	20,6
60 anni	52,2	46,7
61-65 anni	34,3	26,4
Dopo i 65 anni	9,0	6,3
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis-Salute La Repubblica, 2007