

Le Politiche Regionali verso le Disuguaglianze in Salute

Luca Giachi
Issirfa, Istituto di Studi sui Sistemi Regionali Federali e sulle
Autonomie "Massimo Severo Giannini", Cnr, Roma.

Daniele Babusci
Ricercatore Indipendente

La disuguaglianza sanitaria nelle Regioni italiane

Regione	Valutazione LEA 2016	Valutazione LEA 2015	Differenza 2015/2016
Veneto	209	202	+7
Toscana	208	212	-4
Piemonte	207	205	+2
Emilia Romagna	205	205	0
Umbria	199	189	+10
Lombardia	198	196	+2
Liguria	196	194	+2
Marche	192	190	+2
Abruzzo	189	182	+7
Lazio	179	176	+3
Basilicata	173	170	+3
Puglia	169	155	+14
Molise	164	156	+8
Sicilia	163	153	+10
Calabria	144	147	-3
Campania	124	106	+18

Fonte: Cittadinanzattiva su dati Corte dei Conti, rapporto di Coordinamento di Finanza Pubblica 2018. Il Ministero della Salute riporta che non sono disponibili i dati per le seguenti regioni: Friuli Venezia Giulia, P.A. Trento e Bolzano, Valle d'Aosta.

- Calabria e Campania sono inadempienti nell'erogazione dei LEA
- Puglia, Molise e Sicilia ritornano sopra la soglia di sufficienza
- Enorme forbice tra Veneto e Sicilia, differenza di 46 punti



La disuguaglianza sanitaria nelle Regioni italiane

- quota di ticket medio pro capite sostenuta dai cittadini nel 2016 (dati Corte dei Conti):
Sardegna (32,9 €) ↔ Valle d'Aosta 96,4 €
- quota di persone che ha rinunciato a una visita specialistica è cresciuta tra il 2008 e il 2015 dal 4% al 6,5% della popolazione. Fenomeno appare più accentuato nel Mezzogiorno che passa dal 6,6% nel 2008 al 10,1% nel 2015 (dati Istat)
- lista di attesa: segnalazioni al tribunale dei diritti del malato nell'anno 2015 da parte dei cittadini di Abruzzo, Basilicata, Liguria, Marche, Puglia per le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie. Calabria, Campania, Lazio, Molise inadempienti nel fornire l'indicatore relativo alle liste d'attesa
- Farmaci: solamente il 52% delle strutture prevede procedure per il sostegno dei costi dei farmaci non passati dal SSN (Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva nel 2016).



Dalla sanità a pagamento alla sanità negata

La prima verità elementare è che la spesa sanitaria privata in capo alle famiglie italiane sta aumentando a un ritmo più intenso della loro spesa totale per consumi (Censis- Rbm assicurazione Salute 2018).

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

Anni	Spesa sanitaria privata	Spesa totale per i consumi
	v. a. mln Euro	Correnti
2017	37.325	1.058.983
	Var. % reale	
2013- 2017	+9,6	+5,3
2016- 2017	+2,9	+1,5

"La seconda verità è che la spesa sanitaria in capo alle famiglie sta crescendo, anche perché la spesa pubblica ha rallentato il passo in relazione alla dinamica dei fabbisogni sanitari di un paese che invecchia e affronta la cronicità" (Censis- Rbm assicurazione Salute 2018).

quote di spesa sanitaria pubblica e privata sulla spesa sanitaria totale, 2010- 2017 (dati di Contabilità Nazionale Istat, ed. Aprile 2018) (val % e differenze)

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

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat.



Sanità negata



Regioni con spesa privata più bassa



Famiglie che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie



Sanità negata:
69% dei cittadini vive nel Mezzogiorno e nel Centro Italia.
40% dei cittadini vive in Campania o Lazio o Sicilia



Le Politiche Regionali e gli interventi del Fondo Sociale Europeo

- Programmazione europea (2007 - 2013 con slittamento delle realizzazioni al 2015) per l'Asse inclusione sociale 23.465 record di progetti per un importo di finanziamento complessivo pari a € 1.617.404.794.
- i dati sono stati letti e in parte ricodificati, cercando, in coerenza con le modalità delle diverse variabili, di individuare destinatari degli interventi e la diversa tipologia degli interventi.
- Individuazione di quattro diverse categorie

Ricodificazione progetti in quattro tipologie con finanziamento complessivo e numero progetti

	Finanziamento complessivo (€)	Numero progetti
Progetti con enti attuatori	628.881.098	9760
Progetti per infrastrutture	884.806.985	934
Progetti con singoli beneficiari	27.277.377	12338
Progetti non avviati	76.439.334	433
Totale	1.617.404.794	23465

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.



Le Politiche Regionali e gli interventi del Fondo Sociale Europeo

1)		Finanziamento complessivo (€)	Numero progetti
	Progetti con enti attuatori	628.881.098	9760

i progetti realizzati attraverso l'intermediazione di un soggetto terzo o della stessa PA (progetti con enti attuatori);

oltre il 50% dei progetti in tre regioni: Puglia (2.095 progetti), Piemonte (1.714), Liguria (1.581).

destinatari progetti con Enti Attuatori	frequenza	%
persone con disagi (anziani, carcerati, disabili, migranti, pazienti psichiatrici)	5.048	51,7
persone a rischio disagio (giovani under 18, giovani, famiglie, minori)	2.584	26,5
rafforzamento enti (imprese sociali, società di assistenza, piccole medie imprese)	1.004	10,3
formazione permanente (formatori, occupati)	762	7,8
Società (pubblica amministrazione)	362	3,7
Totale	9.760	100,0



Le Politiche Regionali e gli interventi del Fondo Sociale Europeo

2)		Finanziamento complessivo (€)	Numero progetti
	Progetti per infrastrutture	884.806.985	934

i progetti coordinati tra FSE e FESR, o finanziati da altri fondi, destinati a strutture fisiche per la socialità o la sanità (progetti per infrastrutture)

il 47% di questi progetti è in Puglia, per una concentrazione di spesa pari al 68,6%. Seguono la Basilicata con il 21,9% dei progetti e il 17,2% della spesa complessiva e la Calabria con il 18,4% di progetti e il 4,7% di spesa.

Tipologia strutture	Frequenza	%
Strutture sociali e ricreative (Edifici sociali, culturali e assistenziali, altre strutture sociali, impianti sportivi)	241	25,8
Strutture tecnologiche (Impianti ed infrastrutture hardware e software per centri di servizio informatici)	3	0,3
Strutture residenziali (Fabricati residenziali urbani, altri edifici abitativi)	37	4,0
Infrastrutture per servizi a minori e famiglie (asili nido, scuole materne, altri edifici scolastici)	60	6,4
Strutture sanitarie (altri presidi sanitari territoriali, residenze sanitarie assistenziali)	160	17,1
Strutture pubbliche e beni culturali 8altri servizi per la collettività, strutture per sedi PA)	24	2,6
Altre infrastrutture	409	43,8
Totale	934	100



Le Politiche Regionali e gli interventi del Fondo Sociale Europeo

3)		Finanziamento complessivo (€)	Numero progetti
	Progetti con singoli beneficiari	27.277.377	12338

i progetti con finanziamenti erogati direttamente ai singoli destinatari ('progetti con singoli beneficiari')

il 72,7% sono stati finanziati dalla regione Lombardia

il 54,2% sono indirizzati genericamente a persone in condizione di svantaggio. Segue una percentuale del 30,7% di progetti destinati a persone con misure cautelative

Il 96,7% degli interventi è volto alla categoria dell'inserimento lavorativo (73,1%) o ad attività formativa per un reinserimento lavorativo

la natura degli interventi è prevalentemente quella di concessione di contributi alle singole persone (86,0%) o di acquisto di servizi reali (12,3%), sia direttamente da parte della Regione che da parte dei singoli (attraverso contributi per l'acquisto di percorsi formativi, di borse lavoro o di reddito di dignità con conseguente percorso di reinserimento lavorativo o scolastico).



Le Politiche Regionali e gli interventi del Fondo Sociale Europeo

4)		Finanziamento complessivo (€)	Numero progetti
	Progetti non avviati	76.439.334	433

i progetti approvati e non avviati ('progetti non avviati').

I progetti non avviati riguardano per oltre il 59% le due regioni Liguria e Lazio e si giunge quasi all'80% considerando i progetti non avviati dalla regione Abruzzo

Per l'82,7% i soggetti beneficiari sono enti, pubblici o privati (profit e non profit)

Obiettivo generale di questi progetti era, nel 95,6% dei casi, l'inclusione sociale. I progetti avrebbero previsto nel 78,8% dei casi attività diversificate dedicate all'interazione e all'ingresso (o rientro) nel mercato del lavoro sia come occupato/a che attraverso iniziative di autoimprenditorialità.



Le Politiche Regionali e gli interventi del Fondo Sociale Europeo

L'analisi dell'Asse Inclusione Sociale del Fondo Sociale europeo evidenzia che talune Regioni hanno concentrato i loro progetti principalmente, se non quasi esclusivamente, su uno specifico indirizzo, volendo quindi sottolineare una linea strategica definita partendo dal proprio contesto sociosanitario.

- Lombardia 8973/8978 per progetti per singoli beneficiari
- Puglia 2095 progetti attraverso enti attuatori e 443 per progetti per infrastrutture
- Piemonte 1714/ 1763 progetti per attività effettuate da enti attuatori
- Abruzzo 1031 progetti con singoli beneficiari

I progetti dell'Asse Inclusione Sociale contribuiscono alla riduzione della difficoltà di accesso alle cure in due modi distinti:

- in modo diretto: a) attraverso interventi sanitari e/o di rafforzamento/ integrazione delle strutture sanitarie (in particolare la Basilicata) e sociosanitarie (in particolare la Puglia) b) con interventi dedicati alle categorie con disagi conclamati o a forte rischio di essi (anziani, minori, carcerati e disabili);
- in modo indiretto: a) attraverso interventi d'integrazione sociale e lavorativa b) attraverso interventi di ri/socializzazione e integrazione di comunità.

Va sottolineata la totale mancanza di progetti, in qualsiasi categoria, da parte della Sicilia.

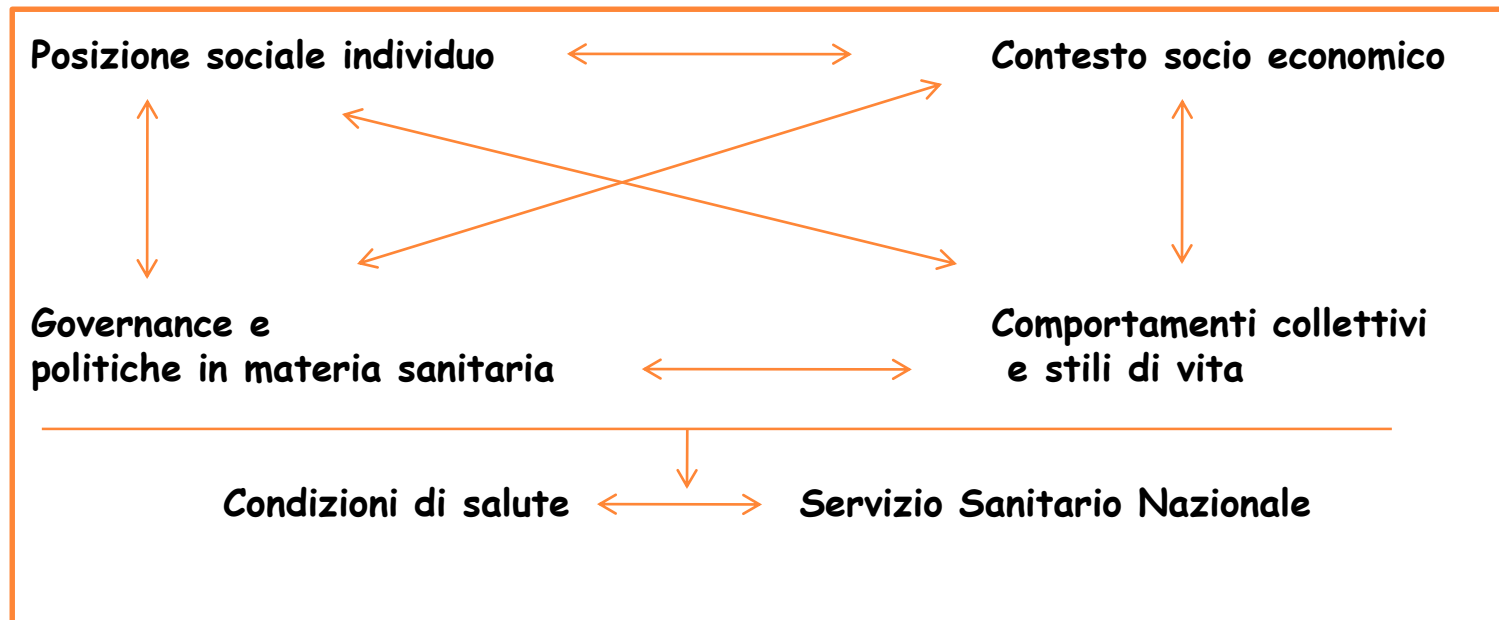


Determinanti sociali della Salute e Piani Sanitari Regionali

Differenze nelle condizioni di salute:

- Approccio multidimensionale e sistemico

Commissione sui determinanti sociali della salute dell'Organizzazione mondiale della salute



Determinanti Sociali della Salute e Piani Sanitari Regionali

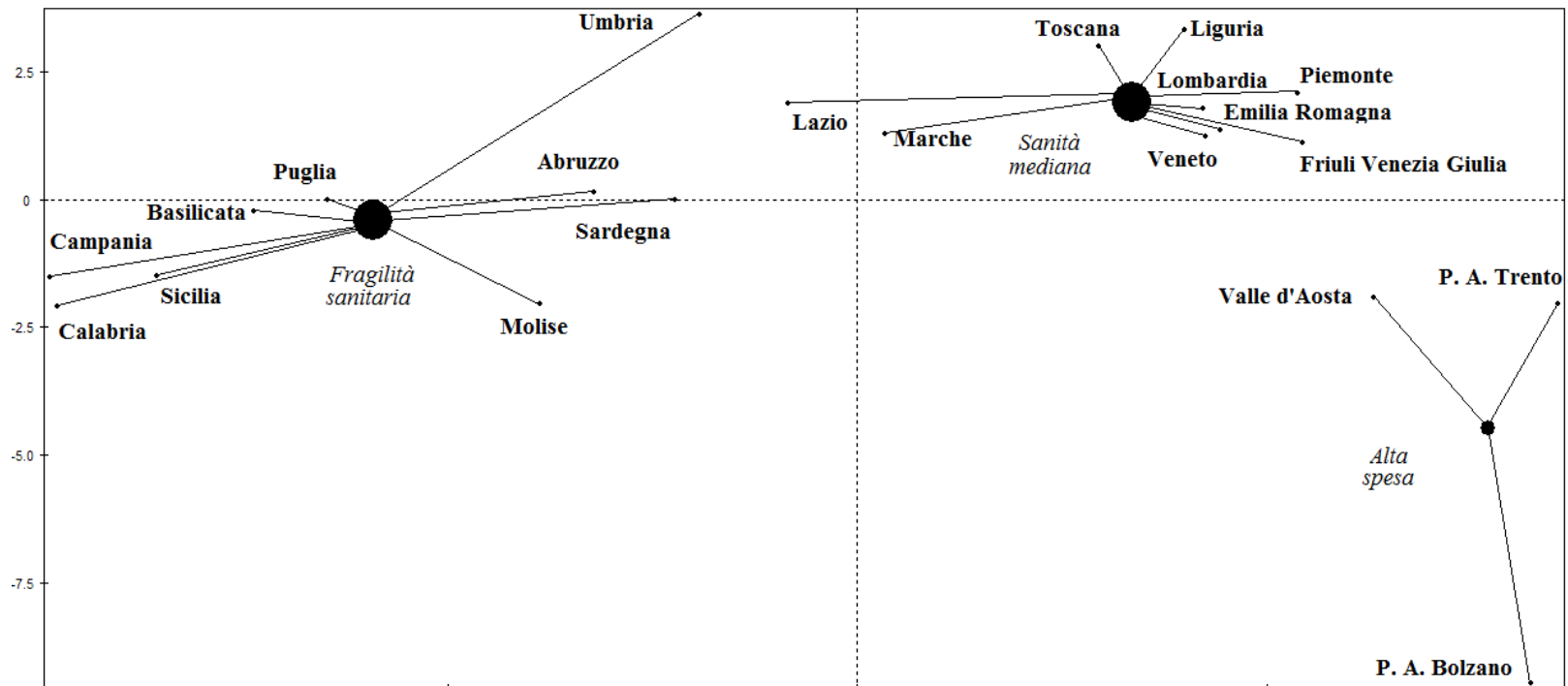
Analisi multivariata

102 variabili:

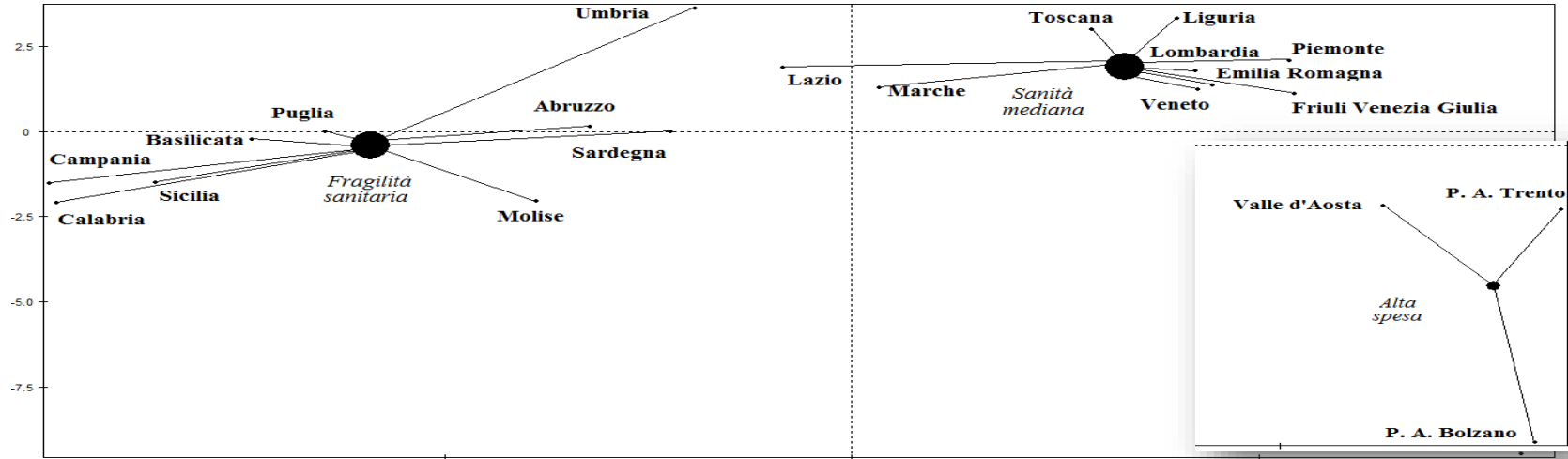
- dati demografici
- composizione e spese delle famiglie
- istruzione e formazione
- occupazione e conciliazione con i tempi di vita

- stili di vita e condizioni di salute
- organizzazione e assetto finanziario del SSN
- sistema socio assistenziale
- fattori ambientali

Cluster analysis: 3 macro gruppi regionali.

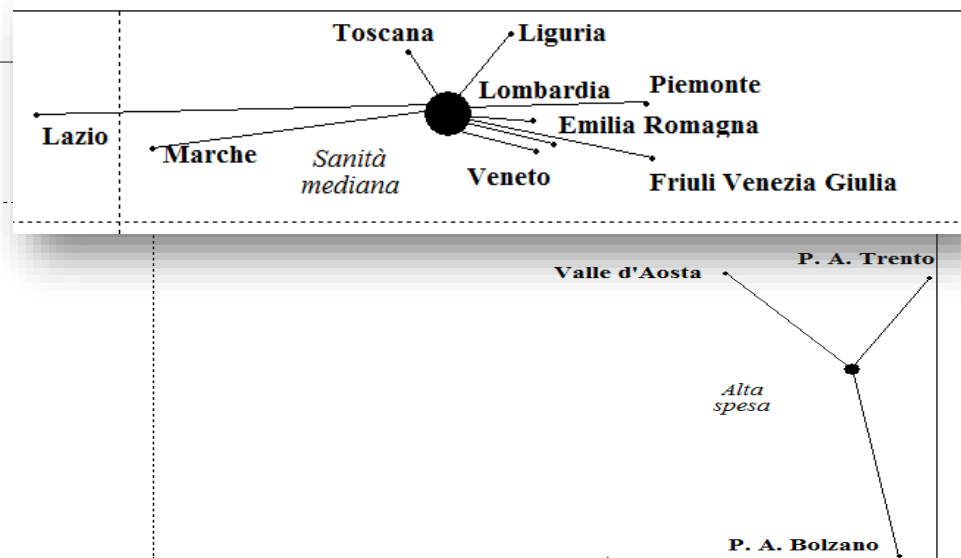
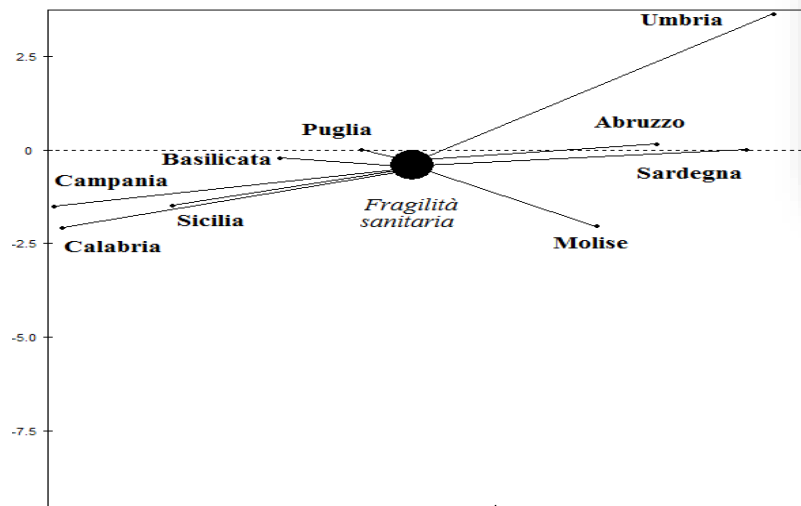


Gruppo Alta spesa:



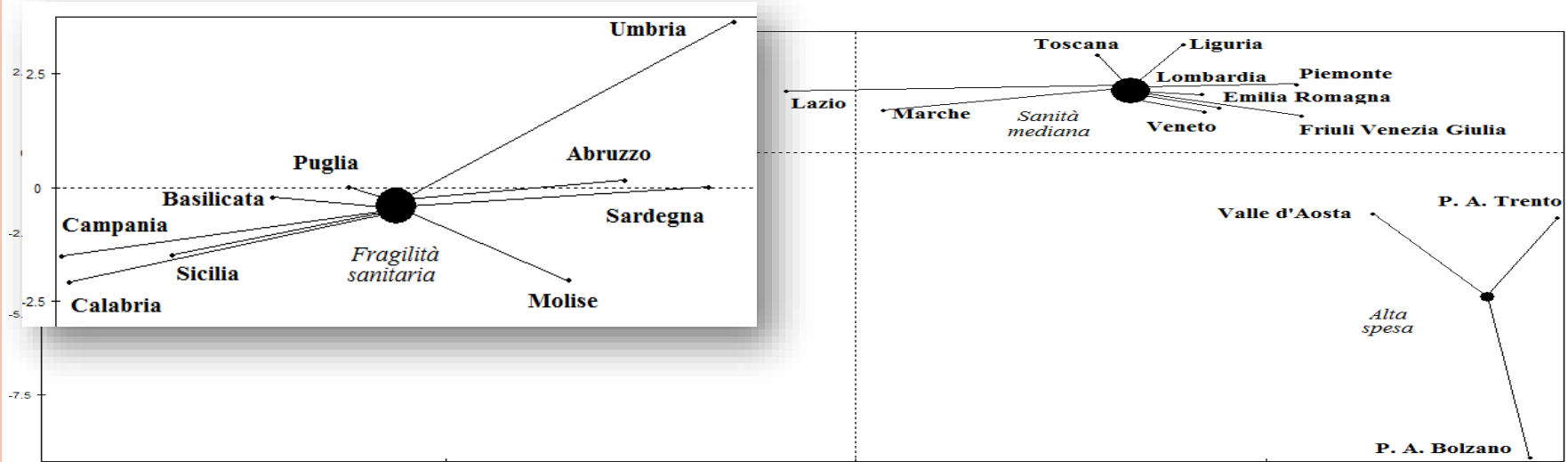
- **La speranza di vita in buona salute alla nascita** è più alta di quasi 6 anni dalla media nazionale (58,8 anni).
P.A. Bolzano (69,3 anni); P.A. Trento (65,5 anni); Valle d'Aosta (59,9 anni)
- **Disavanzo sanitario pubblico pro capite** elevato per esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore a quello considerato sufficiente dal CIPE (Comitato Inteministeriale per la Programmazione Economica) per coprire il fabbisogno sanitario regionale standard.
P.A. Bolzano (437 euro); Valle d'Aosta (170 euro). (anno di riferimento 2016)
- Più bassa **quota di famiglie che hanno tentato di ridurre le spese sanitarie per ragioni economiche**.
Media nazionale (23,39%). P.A. Bolzano e Trento (8,9%); Valle d'Aosta (13,9%).
- Elevato **consumo di alcol**. Rischio di problemi alcol-correlati. Ricadute sul servizio sanitario e socio assistenziale.
Media nazionale (18,4%).
P.A. Bolzano (29%) valore più alto in Italia; Valle d'Aosta (27,3%); P.A. Trento (22,2%).
Nei rispettivi Piani sanitari e socio-sanitari viene dato risalto al problema considerandolo un obiettivo necessario per un'adeguata opera di prevenzione.

Gruppo Sanità Mediana:



- **Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni** maggiore della media (9,7 anni).
Aspetto importante se si considera il processo di invecchiamento della popolazione.
Emilia Romagna (10,9 anni); Lombardia (11,4 anni); Toscana (10,9 anni); Piemonte (10,7 anni); Veneto (10,5 anni); Marche (10,2 anni); Liguria (11,4 anni); Friuli Venezia Giulia (11,4 anni); Lazio (9,5 anni).
- Quota di **popolazione straniera residente** maggiore rispetto alla media nazionale (7,5%).
Emilia Romagna (12%); Lombardia (11,5%); Lazio (11%); Toscana (10,5%); Piemonte (9,5%); Veneto (10%); Marche (9%); Liguria (9%); Friuli Venezia Giulia (8,5%).
 - Peggioramento condizioni di salute direttamente proporzionale agli anni di permanenza in Italia.
 - Peggioramento condizioni materiali e adozione di stili di vita simili alle fasce più povere del Paese ospitante.
 - Ricorso minore alle visite mediche generiche e specialistiche, come forma di prevenzione primaria.
 - Attenuare con la presenza di mediatori culturali come strumento di integrazione e garanzia di accesso alle cure.
- L'elevata lunghezza dei **tempi di attesa per Ricoveri** penalizza l'accessibilità alle cure.
Elemento non solo negativo, perché i SSR sono poli di attrazione della mobilità sanitaria.
Tranne il Lazio e la Liguria, le quali prevedono nei rispettivi Piani il governo delle liste di attese.

Gruppo Fragilità Sanitaria:



- **La speranza di vita in buona salute alla nascita** è più bassa della media nazionale (58,8 anni).
Umbria (58,2 anni); Puglia (57,8 anni); Sicilia (57,8 anni); Molise (57,5 anni); Campania (57,3 anni);
Abruzzo (56,7 anni); Sardegna (54,1 anni); Basilicata (53,3 anni); Calabria (51,7 anni).
- **La Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni** è più bassa della media nazionale (9,7 anni).
La media del gruppo (8,3 anni).
- **Più alta quota di famiglie che hanno tentato di ridurre le spese sanitarie per ragioni economiche.**
Una famiglia su tre. Media nazionale (23,39%).
Calabria (35,8%); Sicilia (32,7%); Basilicata (33,1%); Puglia (31,8%); Sardegna (31,4%); Campania (29,8%);
Molise (27,9%); Abruzzo (26,8%); Umbria (23,3%).

- Aumento rischio di impoverimento per famiglie in situazione di fragilità sanitaria o costrette a spostarsi in altre regioni per curarsi.
- Regioni che alimentano la mobilità sanitaria (tranne il Molise e l'Umbria)
- La composizione familiare allargata se non supportata da adeguate misure finanziarie e socio-sanitarie può essere un ostacolo alla possibilità di cura.

Conclusioni

L'analisi comparata della categoria dei Progetti per infrastrutture e della rappresentazione sugli assi della divisione in gruppi delle Regioni mette in risalto che Puglia, Campania, Basilicata e Calabria sembrano essere collegate tra loro, sottolineando sia le condizioni di salute più precarie del paese che il forte investimento di queste regioni in progetti legati alle infrastrutture.

Valle d'Aosta e la P.A. di Bolzano presentano alti livelli sia di salute che d'investimenti in termini sanitari e sociali, ma poca attenzione verso i Fondi Sociali Europei, Valle d'Aosta 30 progetti presentati, P.A. di Bolzano 60.

Sembrano quindi avere una politica di investimenti sociosanitari che parte principalmente, se non esclusivamente, dalla loro attività economica regionale.

Le questioni sociali non possono essere scisse da quelle sanitarie, particolarmente in questo delicato momento di crisi economica.

Difatti la fragilità individuale e/o familiare è frutto del sistema sociosanitario delle Regioni, da cui le disuguaglianze in salute andrebbero affrontate, oltre che con un supporto alle fasce deboli, anche con interventi strutturali.



Conclusioni

Risulta esserci un legame profondo tra condizione sociale e condizione di salute e sembra ormai impossibile parlare dell'una senza menzionare l'altra.

Elemento che si nota dalla composizione dei piani sociosanitari regionali effettuati ormai dalla maggioranza delle Regioni, ovvero non più due piani distinti (piano sociale e piano sanitario) bensì due piani che vanno di pari passo insieme.

	<i>Piano sociale</i>	<i>Piano Sociosanitario</i>	<i>Piano Sanitario</i>
Abruzzo	2016- 2018		2016- 2018
Basilicata		2018- 2020	
P.A. Bolzano	2007- 2009		2016-2020
Calabria			2004-2006
Campania	2016-2018		
Emilia Romagna		2017-2019	
Friuli Venezia Giulia		2014	
Lazio	2017- 2019		2016- 2018
Liguria		2017-2019	
Lombardia		2010-2014	
Marche		2012- 2014	
Molise	2015- 2018		2013-2015
Piemonte		2012- 2015	
Puglia	2017- 2020		
Sardegna		2005	
Sicilia		2017	
Toscana		2012-2015	
P.A. Trento		2015- 2020	
Umbria	2017		2018-2020
Valle d'Aosta		2011-2013	
Veneto		2012-2016	

Grazie per l'attenzione!

