

# Le Istituzioni Sanitarie Cattoliche in Italia: significati di una presenza

Roma, 1 giugno 2013

✠ Mariano Crociata

L'occasione odierna è davvero preziosa per condividere, secondo le responsabilità proprie di ciascuno, la premura che ci anima nei confronti del mondo della fragilità umana e della cura, così carico di sfide e di criticità, ma non di meno ricco di esperienze di dedizione, professionalità, innovazione e ricerca. Sono particolarmente compiaciuto di questo convegno, che conclude la serie di incontri regionali svolti in questi mesi accogliendo l'invito rivolto dalla Segreteria generale della Conferenza episcopale italiana. L'iniziativa ha voluto rispondere a un'esigenza, diffusa nel mondo della sanità cattolica, di condivisione e di confronto, di sostegno reciproco e di rilancio dell'impegno vocazionale e professionale. La presenza di sacerdoti, religiosi, religiose e laici che operano nel vasto campo socio-sanitario, esprime la coscienza del momento che attraversiamo insieme alla volontà di affrontarlo con coraggio e fiducia.

Insieme a voi, un caloroso saluto rivolgo al Ministro della Salute, onorevole Beatrice Lorenzin, che ringrazio vivamente per la partecipazione. La sua presenza mi suggerisce la prima delle tre considerazioni che desidero offrire alla vostra riflessione. Quella cattolica rappresenta, come abbiamo ascoltato, una quota significativa, per numeri e qualità, della sanità pubblica <sup>1</sup>. A essa fanno ricorso cittadini di tutte le regioni del Paese, confermando un credito guadagnato sul campo nel corso del tempo. L'intera società italiana trae vantaggio da presenze in cui la ricerca dei migliori standard di efficienza dei servizi socio-sanitari si coniuga con un'ispirazione imperniata sull'«accoglienza e cura totale della persona» <sup>2</sup> e su una cultura della vita – dal concepimento fino alla sua conclusione naturale – che contrasta con la contemporanea rimozione del limite, del dolore, della morte. Per questo la Chiesa stessa guarda con fiducia alle istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana, «nella certezza che esse possono

---

<sup>1</sup> Per una panoramica sulla situazione, cf. CEI, *Opere per il bene comune. Rilevazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari ecclesiali in Italia*, EDB, Bologna 2012. Un Osservatorio appositamente costituito si farà carico di monitorare l'evoluzione del settore.

<sup>2</sup> Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute della CEI, «*Predicate il Vangelo e curate i malati*». *La comunità cristiana e la pastorale della salute*, 4 giugno 2006, n. 14.

offrire un valido contributo all'azione dello Stato nell'ambito della sanità, facendo appello al valore della solidarietà, nel rispetto del pluralismo dei valori e dei soggetti»<sup>3</sup>.

Purtroppo, nonostante il carattere di servizio pubblico, le strutture della sanità cattolica sono sottoposte a uno stress gestionale e organizzativo che, in tempi di crisi come l'attuale, mette a repentaglio la sostenibilità del servizio stesso. Sappiamo bene come i ritardi abbiano radici complesse e chiedano a tutti una condivisione del disagio collettivo che attraversa non solo l'economia del nostro Paese. Nondimeno vanno segnalate disparità che non sempre rispettano la dignità propria di un servizio pubblico. Siamo fiduciosi che l'esperienza del credito di professionalità e talora anche di eccellenza di cui godono le istituzioni sanitarie cattoliche, possa trovare riscontro in un'attenzione rinnovata alle attese di cura dell'intera popolazione, che si dirige alle strutture pubbliche senza fare troppe differenze, se non – quando può – quelle dettate dal credito scientifico e dalla qualità dei servizi offerti.

Tra l'altro, proprio in tempi di maggior travaglio, la solidarietà e il dialogo dovrebbero indicare la via più adeguata per affrontare e superare le difficoltà. La Segreteria della Conferenza episcopale offre la sua disponibilità ad accompagnare la ricerca di soluzioni alle questioni che interessano la responsabilità degli organismi sanitari nel loro rapporto con le istituzioni governative e statuali. È importante non sprecare questa opportunità e cercare percorsi convergenti, per dare compattezza e persuasività ai rapporti istituzionali, che potranno solo avvantaggiarsi da un dialogo unitario, aperto e franco. Vanno scongiurati, per la loro sterilità se non per i danni che procurano, sia un'irragionevole contrapposizione frontale, sia la ricerca di percorsi di parte che disperdono energie e allontanano soluzioni strutturali positive per tutti. Confidiamo che la capacità di ascolto da parte delle istituzioni e della politica, oggi così autorevolmente significata dalla partecipazione del signor Ministro, caratterizzi un percorso che conduca a trovare soluzioni di sostenibilità e di durata per strutture socio-sanitarie attanagliate dalla crisi.

Ho voluto menzionare in prima battuta questo tema, a motivo delle urgenze dettate dalla situazione di strutture in alcuni casi a rischio di sopravvivenza; dobbiamo tuttavia prontamente aggiungere che l'ordine delle urgenze è sovrastato da quello delle cause più profonde e dei loro veri effetti, che non sono soltanto di carattere economico. In non pochi casi, la crisi economica è stata la circostanza rivelatrice di una fragilità più profonda. Non mi riferisco tanto a quelle strutture socio-sanitarie nelle quali sono state, purtroppo, portate allo scoperto malefatte e vere e proprie colpe di estrema gravità, morale se non amministrativa, poiché tutto questo, eventualmente, si condanna da sé; mi soffermo invece sulla perdita o quantomeno sull'appannamento di quello spirito

---

<sup>3</sup> *Ib.*, n. 24.

che è all'origine di tante vostre opere. In esse si esige qualcosa di più della professionalità e della legalità, che devono essere assicurate con il massimo rigore: se non si radicano nel vivo carisma ispiratore della storia che ci sta alle spalle, anche la tensione etica si vede indebolita fino a estenuarsi. In questo senso risulterà particolarmente proficuo un approfondimento ulteriore del Motu proprio *Intima Ecclesiae natura* di papa Benedetto XVI, le cui indicazioni sono determinanti per quanti offrono un servizio di carità di matrice ecclesiale.

Questo secondo ordine di considerazioni suggerisce di tornare a rivolgere l'attenzione al piano delle motivazioni di fondo e in esso cercare coesione e sostegno. Le istituzioni sanitarie cattoliche presenti nel nostro Paese costituiscono una realtà consistente e in significativa evoluzione, eredi di una secolare tradizione e forti di una radicata presenza nel territorio. A tale riguardo, non è secondario ciò che sta progressivamente mutando nella composizione del personale che opera nelle vostre strutture, sempre più caratterizzato da una forte diminuzione di quello religioso. Si tratta di un'evoluzione che ha ripercussioni significative non soltanto sul piano economico, e che interpella la capacità di rinnovare la fedeltà al carisma da cui le opere sono sorte, rileggendolo alla luce della realtà presente e tenendolo vivo perché continui a portare frutto. L'identità specifica delle istituzioni sanitarie cattoliche, infatti, non è un limite né può costituire un elemento di discriminazione. Rappresenta piuttosto una risorsa in più per la capacità che possiede di interpretare profeticamente i mutamenti in atto, mostrando la viva attualità dei carismi fondatori.

Fra le caratteristiche e le trasformazioni che interessano le istituzioni sanitarie cattoliche merita un accenno, in tal senso, la dimostrata capacità di leggere e affrontare i bisogni emergenti nella situazione attuale, a riprova del legame col territorio e della disponibilità ad adattarsi alle novità, accettando anche di adeguarsi o riconvertirsi. Penso, ad esempio, alle numerose strutture per gli anziani affetti da patologie neurodegenerative, così come alle esperienze "di frontiera" nella ricerca e nella cura nel campo della psichiatria infantile e per gli adulti. Questo, e molto altro, è capace di produrre una vitalità religiosa tenuta alta da una forte tensione spirituale. Da essa scaturisce una intelligenza concreta e un giudizio corrispondente che rendono abili ad affrontare i problemi, a trovare nuove strade, a inventare aggiornamenti del carisma che incarnano la perenne giovinezza dello spirito che sta all'origine della nostra storia di prossimità, di cura e di solidarietà. A un tale impegno invita papa Francesco quando dice che bisogna «"ripensare la solidarietà" non più come semplice assistenza nei confronti dei più poveri, ma come ripensamento globale di tutto il sistema, come ricerca di vie per riformarlo e correggerlo in modo coerente con i diritti fondamentali dell'uomo, di tutti gli uomini»<sup>4</sup>. L'attenzione per l'evoluzione legislativa e per gli sviluppi degli strumenti

---

<sup>4</sup> Francesco, *Discorso alla Fondazione "Centesimus Annus pro Pontifice"*, 25 maggio 2013.

economici e organizzativi, allora, deve rispecchiare e tradurre la vivacità di una intelligenza creativa, che non solo si integra perfettamente con una spiritualità profonda ma addirittura la postula, poiché solo spiriti spenti sono incapaci di risvegliare una intelligenza sonnolenta.

Richiamare tutto ciò non attenua, ma rafforza il senso di gratitudine e di responsabilità verso quanti hanno dato vita a tali strutture o le sostengono, vi operano o vi trovano accoglienza e risposte competenti ai propri bisogni. È un aspetto che interpella anche le prospettive di sviluppo e le necessarie sinergie: e qui si sofferma, brevemente, la terza considerazione. Sentire la responsabilità di essere eredi di una storia spirituale che ha generato e tenuto vive a volte per secoli opere significative, se non imponenti per valore, non deve rendere ciechi alle esigenze di cambiamento. Oggi un nome ineliminabile del cambiamento necessario è proprio sinergia. C'è una terza via, infatti, oltre la falsa alternativa tra andare avanti come si è sempre fatto e gettare la spugna e disfarsi di un'opera come se fosse un peso ingombrante: è la via della collaborazione, della interazione e della integrazione, delle molteplici forme di alleanze per segmenti specialistici o per intere strutture. Non ci si lasci ingannare, in questo mondo globalizzato, dal miraggio che la via d'uscita stia nella creazione di colossi o di mastodonti anonimi, facile preda di oscuri gnomi della finanza virtuale. Creare strutture solide, grandi ma senza gigantismi, sorrette da reti di protezione e di solidarietà che salvaguardino specificità, identità, inventiva della carità, garantite da buone pratiche e processi virtuosi, nonché da accresciuta efficienza: questa rappresenta una prospettiva realizzabile.

Se si coglie questa opportunità, in una fase che sta vedendo cambiare profondamente il panorama della sanità, allora ci si troverà facilmente a camminare insieme. A questo proposito, i Tavoli della Sanità Cattolica, nazionali e regionali, pensati dai Vescovi come «utili a stabilire un collegamento permanente tra i soggetti aderenti per il confronto, la ricerca e l'attuazione di comuni indirizzi etico antropologici, anche per favorire l'effettivo perseguimento delle finalità evangeliche per cui le istituzioni sono sorte»<sup>5</sup>, sono uno strumento importante da rivalutare opportunamente, con il leale contributo delle parti interessate. Coerenti con tale intendimento, torniamo a dichiarare la nostra disponibilità ad accompagnare e a coordinare tutti coloro che hanno intenzione di porsi sulla strada così indicata.

---

<sup>5</sup> *Ib.*, n. 62.

## *Conferenza Episcopale Italiana*

Ufficio Nazionale per la pastorale della salute

### **Le Istituzioni Sanitarie Cattoliche Un servizio prezioso in evoluzione**

#### Presentazione dell'evento

don Carmine Arice, ssc  
*Direttore dell'Ufficio Nazionale  
per la pastorale della salute - CEI*

Un cordiale benvenuto e un sincero ringraziamento per la vostra presenza.

Saluto Sua Eccellenza Mons. Mariano Crociata e lo ringrazio per aver voluto e sostenuto questo evento mostrando grande sensibilità e concreta attenzione verso la "sanità cattolica".

Saluto e ringrazio cordialmente anche il Signor Ministro, Onorevole Beatrice Lorenzin che ha accolto l'invito del Segretario Generale a essere con noi questa mattina, portando il suo saluto e il suo contributo alla riflessione della giornata.

Un reverente saluto a Mons. Giuseppe Merisi, Presidente della Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute e con lui saluto i direttori diocesani di pastorale della salute qui convenuti.

In questa sala sono presenti i Superiori Maggiori e i responsabili nella direzione generale, amministrativa e sanitaria di *diverse* Istituzioni Sanitarie Cattoliche in Italia, oltre ad alcuni loro collaboratori. Sappiamo che questo evento a carattere nazionale, viene a concludere un'iniziativa voluta dal Segretario Generale della CEI, quella cioè di *"inviare il Direttore dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute a incontrare regione per regione, i responsabili delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche, per esprimere vicinanza e sostegno, attraverso una conoscenza più diretta delle varie istituzioni"...* e questo perché, *"ritenendo la sanità cattolica un tesoro prezioso da tutelare, i Vescovi italiani sono preoccupati della difficile situazione in cui versano attualmente diverse [di queste] strutture"*.<sup>1</sup>

Ed è proprio di questi incontri che vorrei dire qualcosa, introducendo i lavori di questa mattina. Cosa ho colto e soprattutto ascoltato dai diversi interventi dei partecipanti? Sintetizzo le osservazioni raccolte in sei punti.

1. *Ho colto un presenza significativa quanto a impegno, numeri e qualità dei servizi offerti*. Le Istituzioni sanitarie di matrice ecclesiale sono presenti in 15 regioni Italiane. Per servire le persone ammalate che chiedono assistenza sanitaria a queste strutture in cui sono disponibili circa 45.000 posti-letto, sono presenti complessivamente sul territorio nazionale: 2 policlinici universitari, 24 ospedali classificati, 12 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, 4 Presidi Sanitari, circa 200 strutture tra, Case di cura e Centri di Riabilitazione. Vi lavorano circa 70.000 operatori sanitari, di cui 8.000 medici. Sono cifre riportate per difetto, di una realtà complessa e in continuo cambiamento, che dicono il grande impegno della comunità cristiana nel mondo della salute sul nostro territorio nazionale. In questi dati non sono comprese le numerosissime RSA - Case di Riposo e servizi socio assistenziali, che sovente, per i necessari parametri richiesti, hanno caratterizzazioni sanitarie molto forti. Nel 2009 in un censimento voluto dalla Conferenza Episcopale

---

<sup>1</sup> Lettera di Mons. Mariano Crociata ai Superiori Maggiori e Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche presenti sul territorio italiano

Italiana, sono state individuate in Italia, e anche qui per difetto, ben 14.246 servizi socio assistenziali e sanitari ecclesiali, servizi che vanno dal piccolo dispensario, al centro di ascolto o mensa per i poveri, ai grandi policlinici.

Tornando alle Istituzioni sanitarie, si nota che la distribuzione di queste strutture è molto variegata. Molto più presenti al Nord, con la Lombardia che fa da capofila con oltre 50 realtà, la loro presenza diminuisce notevolmente man mano che scendiamo al Sud dove, per esempio in Sicilia, ne troviamo solo 2. In alcune regioni come la Sardegna o la Calabria sono totalmente assenti. Da sottolineare le oltre 20 strutture della Regione Lazio, presenti per la maggior parte a Roma e dintorni.

Anche questa mappatura delle presenze è un dato su cui occorre riflettere con l'aiuto di esperti. La domanda di salute non è una questione di appartenenza geografica, come pure la presenza di fasce più povere e fragili. Talvolta può essere più difficile rispondere ai bisogni per ragioni che occorre individuare e tenere presente.

2. Incontrando superiori, direttori e amministratori ho constatato *un sincero apprezzamento per questa iniziativa* della Segreteria Generale che ha voluto esprimere la sua vicinanza e la sua stima in questo momento certamente complesso e difficile. La significativa presenza dei Vescovi delegati per la pastorale della salute in diversi incontri, a dimostrazione di stima e volontà di vicinanza dei Pastori della Chiesa italiana, è stata apprezzata da tutti i partecipanti.

Tutto questo ha portato ad una rinnovata coscienza dell'importanza della *mission* proposta dai fondatori o dagli enti che hanno dato inizio a queste realtà: essere cioè luoghi di evangelizzazione in obbedienza al comando di Gesù: *annunciate il Vangelo e curate i malati* (cfr. Lc 9,2). E' questa infatti la ragion d'essere di organizzazioni che si propongono di andare oltre alla pur necessaria e qualificata cura assistenziale e sanitaria, con un'attenzione specifica anche alla cura spirituale e religiosa.

Qualcuno ha sinceramente ammesso che talvolta le preoccupazioni di carattere gestionale sono così gravi per cui non sempre la necessaria attenzione pastorale è sufficientemente sostenuta. Certamente si può e si deve fare di più, ma è anche stato evidenziato come la stessa qualità dell'offerta del servizio sanitario, l'attenzione a far sì che ci sia una reale umanizzazione della cura, il privilegiare l'accoglienza delle fasce più fragili e povere della popolazione, siano parte integrante della missione che è affidata a quanti offrono il loro servizio di carità in nome della Chiesa.

3. L'occasione di questi incontri è stata anche propizia, come indicato nella lettera del Segretario Generale Mons. Crociata, per una prima presentazione del Motu proprio del papa emerito Benedetto XVI, *Intima Ecclesiae natura* sulle "diverse forme ecclesiali organizzate del servizio della carità". Il confronto seguito alla presentazione, ha riaffermato l'impegno nel promuovere e servire la vita di ogni persona umana, dal concepimento fino alla sua morte naturale, nel rispetto della verità dell'uomo e nella fedeltà al Vangelo e al Magistero della Chiesa. Nel medesimo tempo è stato riaffermato il dovere di vigilanza dei Pastori a garanzia e beneficio dell'intero popolo di Dio, perché la gestione di queste opere sia oculata, competente e onesta. E questo riconoscendo proprio la responsabilità che hanno le opere ecclesiali nei confronti della comunità cristiana e sull'opinione pubblica. Intervenendo un amministratore ha detto: "*Nelle nostre strutture abbiamo la possibilità di dare una testimonianza concreta di etica del lavoro*".
4. Questi incontri sono stati però anche l'occasione per evidenziare *una sincera preoccupazione da parte dei gestori e degli amministratori per il pericolo di dover chiudere servizi per problemi gravi di carattere finanziario ed economico*. Per allontanare il più possibile questa involontaria decisione, diverse Congregazioni Religiose o enti proprietari

hanno ripianato *i ritardati o non avvenuti rimborsi dei notevoli crediti accumulati*, rimettendo beni della propria famiglia religiosa o dell'ente promotore. E' certamente questa, una delle sofferenze maggiori che costringe all'indebitamento con le banche e questo fin quando è possibile o è loro concesso dagli istituti di credito.

E' stato fatto presente anche la disparità di trattamento di realtà complementari al sistema statale e integrati nella pianificazione regionale che, pur avendo oneri eguali e talvolta superiori, come per esempio gli *ospedali classificati*, risultano penalizzati.<sup>2</sup>

5. Ho rilevato nei dirigenti che sono intervenuti agli incontri regionali, una chiara consapevolezza che, un'attenta lettura delle situazioni e dei bisogni emergenti, induce una riflessione seria circa le modalità della presenza sul territorio, tenendo conto *dell'evoluzione della domanda e quindi della conseguente risposta*. E' il grande tema della riconversione delle strutture. Gli esperti questa mattina ci aiuteranno a riflettere anche a questo proposito. Nelle discussioni avute durante i vari incontri, è stato constatato la necessità di coniugare insieme, attenzione al territorio, valutazione dei servizi esistenti, continuata attenzione ai servizi più necessari, e questo per una corretta allocazione delle risorse disponibili e un'efficace risposta alla domanda di salute. E' un'operazione che non può essere effettuata senza una sinergia tra le strutture presenti in una regione e gli amministratori pubblici che la governano.

Tutto questo ci riporta a considerare *quel principio di sussidiarietà* non solo richiamato dal Magistero della Chiesa in vari documenti ma sancito anche dalla stessa Costituzione Italiana, all'art 118. Inoltre essere strutture *non profit* è un valore così importante per lo sviluppo etico di una società civile, che ha bisogno di essere sostenuto e incoraggiato e mai penalizzato.<sup>3</sup>

6. Infine è stata riaffermata la necessità di una maggior *sinergia con le Istituzioni pubbliche sia nazionali che regionali*. Si sente l'esigenza di un maggior ascolto reciproco per una concordata progettazione dell'offerta dei servizi, che valorizzi la presenza delle Istituzioni Cattoliche, riconoscendo la loro identità di strutture non-profit, ben radicate sul territorio, a servizio di tutti ma con sguardo privilegiato verso i più indigenti.

Eccellenza Reverendissima, Signor Ministro, queste sono alcune, spero quelle più importanti, delle indicazioni emerse da questi incontri fatti nelle regioni. Sono stati momenti di riflessione certamente ricchi di confronto, proposte, ma anche di provocazioni. Sempre però ho potuto constatare la passione con la quale religiosi e laici vogliono fare del loro lavoro anche un servizio alla Chiesa e alla società civile.

Il cammino continua oggi con un'altra tappa significativa e autorevole e ringraziando del vostro ascolto, lascio la parola all'atteso intervento di Sua Eccellenza Mons. Mariano Crociata. Grazie.

---

<sup>2</sup> Vedi anche G. Rusconi, *L'impegno*, Rubettino, 2013, pagg. 59-63.

<sup>3</sup> Cfr Benedetto XVI, Lettera Enciclica *Caritas in veritate*, Città del Vaticano, 2009, nn. 34-42.

**Le Istituzioni Sanitarie Cattoliche in Italia**  
**un servizio prezioso in evoluzione**  
**Roma, 1 giugno 2013**

**Intervento del Ministro della Salute, On. Beatrice Lorenzin**  
(trascrizione dal parlato, non rivista dall'autore)

Innanzitutto desidero veramente rivolgere un saluto molto cordiale a Sua Eccellenza Monsignor Mariano Crociata e a Don Carmine Arice per il lavoro svolto, a tutte le Istituzioni presenti, alla Conferenza Episcopale Italiana. E' un saluto non retorico. Ritengo che l'incontro di oggi, proprio per il livello degli interventi svolti e per la prospettiva che hanno disegnato, sia un incontro estremamente importante che, spero, segni anche (voi avete chiamato quest'incontro di oggi "*Un servizio prezioso in evoluzione*") un passo significativo per l'evoluzione di tutto il nostro sistema nazionale. Devo dire che ascoltandovi, ma anche vedendo i titoli di questo Convegno e degli interventi che si succederanno al mio, (*Criticità: esperienze e prospettive di una presenza nel mondo della salute; L'evoluzione del bisogno; Sostenibilità dei Sistemi Sanitari*), constato riflessioni potrebbero essere tranquillamente traslati in una conferenza, o in un Tavolo di approfondimento per tutto il pubblico sanitario, anche per quello che io rappresento in modo precipuo cioè quello pubblico. Questo per dirvi che oggi viene prospettata un'adesione di insieme per tenere, e cercare di realizzare, un welfare sostenibile nella nostra Nazione. I temi che ha posto sul tavolo Monsignor Crociata sono quelli che riguardano e interrogano tutti gli operatori del settore.

Lo stress degli ultimi anni del Servizio Sanitario è stato enorme! Noi abbiamo dovuto affrontare, dico noi come sistema Italia, la crisi economica, che è stata per tutti un momento in cui i nodi sono venuti al pettine, nodi irrisolti, nodi ancora più pesanti per quanto riguarda tutto il mondo del servizio alla persona. Si è dovuto temperare, in modo molto faticoso, la necessità di ripristinare un equilibrio di bilancio, e quindi un approccio di tipo economicistico, a quello che in realtà è la nostra missione. Parlo come Ministro ma dicendo "missione" intendo riferirmi a chiunque opera nella società e, nel caso della salute, ancora di più, per garantire la salute del cittadino e avere a cuore i bisogni delle fasce più deboli e più fragili. E chi è più fragile di una persona malata? Chi è più fragile di un bambino o di una persona anziana? E tutto questo di fronte a una velocità di cambiamenti che erano anche prevedibili ma che sono stati affrontati, in Italia e non solo, con un certo ritardo. Penso alle sfide che ci ha posto la globalizzazione nel settore economico, e anche nel settore sanitario, le sfide riguardanti la crisi finanziaria e, soprattutto, la necessità di riorganizzare, presto e in modo forte, le grandi questioni della Previdenza e della Salute, che sono i due pilastri sui quali si muove il modello europeo che ci distingue da tutti gli altri modelli, anche dei paesi occidentali.

Dico questo perché ho colto, con grande attenzione, le parole di Monsignor Crociata quando parla di "ripensare i sistemi di welfare" e quando fa riferimento anche alle parole del Santo Padre per quanto riguarda proprio un "*ripensamento della solidarietà*". E' evidente che io parto da qui per arrivare poi a considerare come noi possiamo lavorare insieme per il



raggiungimento di un fine comune, per il bene delle nostre Comunità di appartenenza e dei singoli cittadini che vivono nel nostro Paese. Ripensare la solidarietà, in un sistema di welfare, in tempi di crisi, significa innanzitutto assunzione di responsabilità da parte di tutti, e ricomporre, rivalorizzare quelle che sono le specificità dei nostri territori che sono ambiti comunitari. Sono d'accordo con Monsignor Crociata quando fa riferimento alla necessità di ristrutturazione senza però cedere al gigantismo perché la tipicità italiana non è quella del gigantismo. La nostra tipicità è data dalla presenza di strutture che siano compatibili economicamente ma che rispettino le specificità territoriali e la nostra tradizione.

La sussidiarietà non è qualcosa che hanno inventato gli inglesi. L'abbiamo inventata noi, l'abbiamo costruita noi, in Italia, e soprattutto, se vogliamo essere proprio precisi, esperienze secolari che vengono da questo lato del Tevere, hanno portato un contributo non indifferente. Ci sono tantissimi casi di sussidiarietà, io ne cito uno tipico. Mia mamma è fiorentina e io sono vissuta con le "Misericordie", che è qualcosa di unico nella sua organizzazione territoriale. Non dobbiamo imparare niente da nessuno.

Allora, come fare convivere questi aspetti, questa necessità di accompagnare una popolazione che tende ad invecchiare, delle prospettive economiche che, sicuramente, non ci pongono vicino ad una nuova fase di boom, come quella degli anni '50 e '60, una necessità di soddisfare i bisogni della nostra popolazione e rispondere a una domanda, sempre più forte, di sicurezza sociale, di progresso tecnologico e mantenere questa domanda in un ambito di umanizzazione del servizio? Sono tutte sfide che ci riguardano, e che dobbiamo affrontare oggi per il domani, per non arrivare troppo tardi (come spesso arriviamo), a traguardi che ci porteranno, immagino nei prossimi 20/30 anni, visto l'invecchiamento della popolazione, ad un'incapacità di affrontare dei cambiamenti molto forti, senza creare disparità di trattamento, per esempio, tra fasce di anziani, o tra chi è anziano oggi e chi sarà anziano tra 20 o 30 anni.

Dico questo perché nella riorganizzazione del Servizio Sanitario, con la forte riprogrammazione economica che è avvenuta in Italia negli ultimi anni, dei sei miliardi di euro di bilancio del pubblico che avevamo, noi ne abbiamo in pochissimi anni, recuperati quattro, e gli altri due sono concentrati uno proprio nel Lazio, Regione che ci ospita, e l'altro miliardo è concentrato nelle Province Autonome. Quindi noi abbiamo uno sbilancio territoriale su cui stiamo lavorando con impegno. E' evidente, però, che una concentrazione così forte sui termini economicistici, per le esigenze che vi dicevo prima, cioè l'esigenza di tenere il bilancio e la bilancia economica italiana in equilibrio, rispetto agli accordi internazionali che tutti ben conoscete, in alcuni territori ha costituito una difformità di trattamento nell'erogazione del servizio e nella qualità. Quantomeno questo è fortemente concepito dai cittadini, altrimenti non si giustificerebbe il turismo sanitario che avviene nelle nostre Regioni e non si verificherebbero delle disparità così forti negli equilibri. E' anche vero che se noi andiamo a fare un'analisi nel merito, vediamo che le Regioni che hanno una maggiore tenuta e capacità economica di razionalizzazione delle risorse sono quelle in cui l'offerta sanitaria è oggettivamente migliore e questo è un dato da cui non si può prescindere.

Quello che stiamo provando a fare, e faremo nel Patto per la Salute, è cercare di portare dei modelli vincenti, alla luce anche dei cambiamenti e delle trasformazioni che sono avvenute dopo la Riforma del Titolo V della Costituzione, in tutto il territorio nazionale, negoziando

con le Regioni delle procedure che possano comportare almeno una filosofia unitaria all'interno del Servizio Sanitario, che ponga al centro la persona e il paziente e, quindi, i suoi bisogni. Questo è un progetto molto ambizioso. Non siamo all'anno zero perché ci sono dei modelli che già stanno tenendo. Il modello vincente è la nuova regolamentazione del Sistema Ospedaliero, una tendenza alla de-ospedalizzazione, quindi concentrare negli ospedali la gestione degli acuti, la gestione delle emergenze che richiedono attenzione tecnologica e il massimo dell'eccellenza che si possa avere in ambito proprio medico, tecnico e scientifico e lasciare al territorio la medicina d'iniziativa, l'assistenza domiciliare, che è veramente il futuro del nostro sistema, non solo sanitario ma anche socio-assistenziale, nonché la gestione dei cronici. Diciamo quindi, una territorialità, un'organizzazione che non va verso il gigantismo ma va, invece, verso la valorizzazione delle specificità territoriali e una vicinanza tra la medicina d'iniziativa e quelli che sono i bisogni dei pazienti, quelli che sono soli, sempre più anziani e, spesso, vivono in contesti disumanizzanti. Nello stesso momento concentrare nell'ospedalità tutto ciò che è elemento specifico da trattare nei distretti. Questo comporterà, da una parte, grandi risparmi ma risparmi non effettuati come tagli lineari, bensì risparmi con tagli chirurgici (mi perdonino i medici che sono in sala), cioè andando ad utilizzare le risorse laddove veramente servono e attivare diverse vie, anche economiche, sul territorio. Questo avverrà, e può avvenire, solo se c'è una prevalenza di crescita di sussidiarietà perché non è pensabile che lo Stato possa fare tutto.

Avviare, tra l'altro, dei progetti così forti di territorializzazione e di de-ospedalizzazione significa utilizzare le infrastrutture che ci sono (e voi siete dotati di grandi infrastrutture territoriali), per metterle a regime in una prospettiva di fabbisogno diversa, anche per la popolazione che sta cambiando, con delle necessità diverse, dove si può dare una forza di vicinanza sicuramente migliore e più integrata.

Questo per dirvi che il processo di cambiamento a cui accennavano Monsignor Crociata e don Carmine Arice, cioè la necessità di riorganizzazione degli Istituti Cattolici che offrono cura, sono molto simili alle esigenze che vi ho esposto e praticamente stanno seguendo le stesse strade. Bisogna fare in modo che queste strade si incontrino, e non si scontrino. Io credo che questo sia veramente un valore condiviso e che è insito nella nostra tradizione. Ogni Paese ha una sua specificità, le sue caratteristiche, una sua storia. La storia nostra e la nostra tradizione parla di un dialogo comune e questa deve essere la strada che possiamo e dobbiamo, secondo me, intraprendere con l'unico fine di risolvere i problemi che abbiamo sul territorio. L'unico fine che ha il Ministro della Salute è allargare lo spettro di salute ai propri cittadini e, nel mio caso, vorrei dire anche, con un'attenzione particolare al lato umano. Potremo fare un altro convegno su questo, sul valore etico della cura, sulla parte formativa, sulla formazione degli operatori che dev'essere non solo tecnico-scientifica ma anche umanistica, un approccio empatico al paziente che è il centro dell'assistenza. Come il bambino è al centro di un processo educativo, ed è solo il bambino al centro del processo educativo, così il paziente è al centro del processo di cura e questo in una visione complessiva del sistema.

E' evidente che raggiungere questi livelli non comporta un percorso che si fa in pochissimo tempo, ma credo che molto sia già stato fatto, almeno è stato avviato; noi possiamo insieme continuare in questo processo, correggere delle storture, degli errori che ci

possono essere stati in questo percorso e registrare insieme, sul campo, i successi e gli insuccessi perché questo fa parte delle procedure operative.

Io ho registrato anche, da parte di don Carmine Arice, un suo appello, di sofferenza rispetto ad un aspetto che è proprio vostro e che non può lasciarci indifferenti: cioè come molte delle vostre strutture sono nate e cresciute grazie al sacrificio di tante persone, di tante sorelle che hanno dedicato tutta la loro vita al servizio degli altri e di tanti cittadini che hanno dedicato i loro beni perché queste strutture potessero continuare a svolgere la loro opera sui territori delle loro comunità. Credo che questo sia un grande valore di per sé che viene portato, ed è un valore che va tutelato perché è un elemento di ricchezza per il patrimonio pubblico (anche perché, statale o non statale, in realtà noi viviamo in una grande comunità di persone). Insieme dobbiamo perseguire, come dicevo prima, il bene comune, il bene più alto, il raggiungimento di una qualità della vita dei nostri cittadini sempre migliore e questo in un tempo di crisi e di difficoltà, prima di tutto sociale e culturale, a cui ognuno di noi, nell'ambito della propria dimensione e delle proprie competenze, non può non dare risposte. Grazie.

# Innovazione e sostenibilità in sanità

## Il punto di vista del CENSIS

**Carla Collicelli – Fondazione CENSIS**

maggio 2013

# Tre grandi temi al momento attuale

**Crisi**

**Crisi di senso più che economica**

**Metamorfosi**

**Nuovo sociale: qualità, personalizzazione**

**Spazi di innovazione**

**Tecnologie, meccanismi finanziari nuovi, terzo settore**

# Sanità : un settore economico imponente

- \* 113 miliardi di euro di spesa pubblica (7,3% Pil)
- \* 31 miliardi di euro di spesa privata (in totale tra pubblica e privata 9% Pil)
- \* 152 miliardi di euro di valore aggiunto diretto e indiretto (11,2% del Pil)
- \* 1 milione 568 mila addetti (6,4%)

# Welfare a dura prova

## 1. Il peso dei fondamentali

- demografici
- economici
- esclusione sociale

## 2. Le sfide della modernità

- Efficienza
- Efficacia
- Qualità
- Sostenibilità

## 3. La fine della grande coesione

- economicismo
- devolution
- conflittualità crescente

# 1. SALUTE

**Nucleo  
Hard**

**Patologie  
gravi**

**Tecnologie  
Cure  
pesanti**

**Spersonalizzazione**

**Salute  
allargata**

**Benessere  
Mali lievi**


**Prevenzione  
Riabilitazione**

**Umanizzazione e  
empowerment**



# Cresce l'informazione diretta e il disorientamento

**Il 33% degli italiani si sente poco informato su salute e malattia**



**Il 39% si sente poco informato sui servizi sanitari**



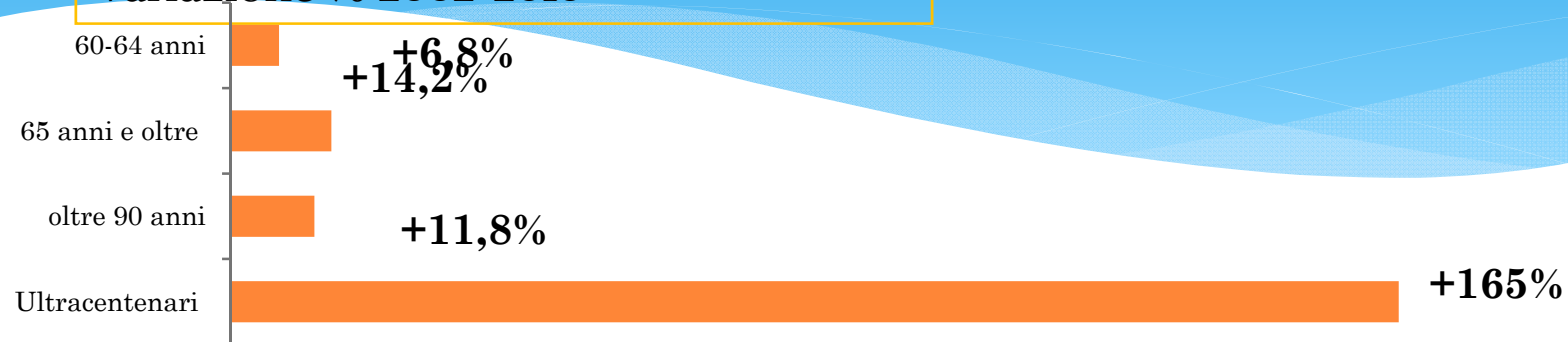
**Il 77% denuncia scarsa comprensibilità, superficialità, contraddizioni, difficoltà varie**

# La cultura della salute dei pazienti è una sfida per la sostenibilità

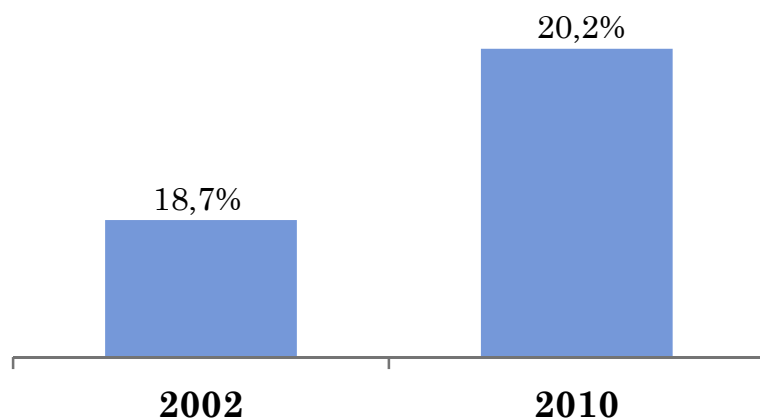
1.	Dalla salute come assenza di malattia alla salute come equilibrio psico-fisico e come benessere e longevità
2.	Dalla concezione organicista del corpo al corpo come unità psico-fisica perfettibile attraverso i comportamenti e le pratiche preventive e curative
3.	Da una concezione “miracolistica” della medicina ad una concezione più razionale e di arbitraggio
4.	Dal paziente “passivo” al paziente “attivo” nei confronti del medico (Challenging patient)
5.	Dalla cura del sintomo alla promozione della salute
6.	Dalla dipendenza terapeutica alla autonomia: la self-care e la medicina alternativa

## 2. La demografia: in crescita i grandi anziani e gli uomini anziani

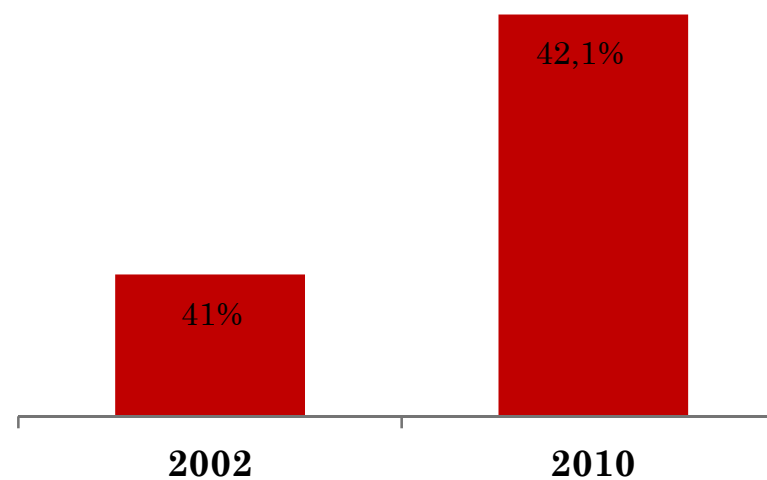
Variazione % 2002-2010



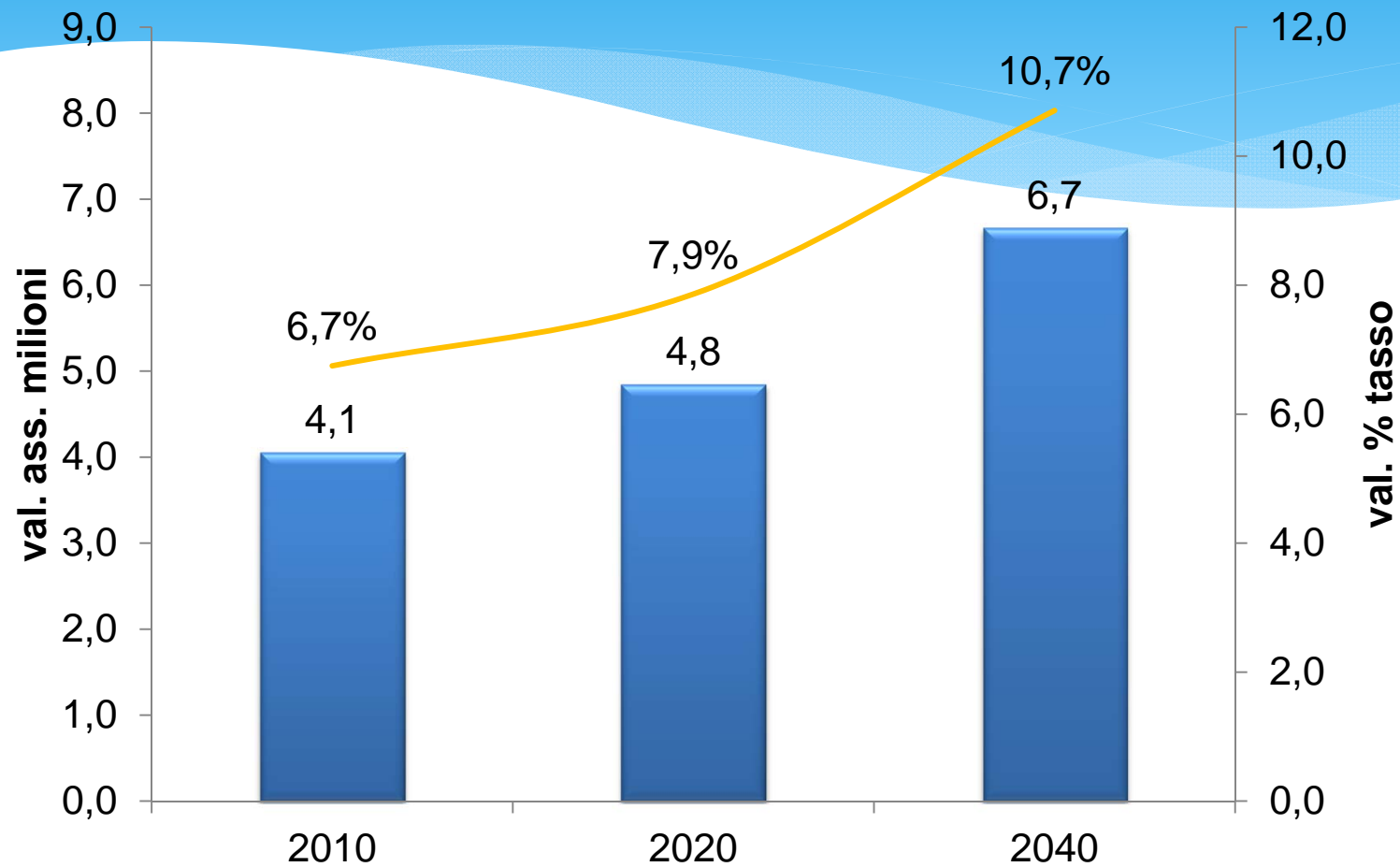
% over 65 su totale popolazione  
anni 2002 e 2010



% uomini su popolazione over 65  
anni 2002 e 2010



# La disabilità (stima Censis)



# Utilizzatori nel quotidiano di almeno un dispositivo medico

	v.a.
<b>UTILIZZANO ALMENO UN DISPOSITIVO MEDICO</b>	<b>11.200.000</b>
<i>di cui:</i>	
- Tutori, plantari, busti ortopedici, ginocchiere, ecc.	6.300.000
- Lettore per la determinazione rapida della glicemia	2.300.000
- Ausili per la mobilità personale, come stampelle, deambulatori	1.500.000
- Strumenti per la cardiostimolazione (pacemaker, ecc.)	1.300.000
- Apparecchi e protesi acustiche di vario tipo	1.000.000
- Prodotti per medicazioni avanzate per ulcere da decubito, agli arti inferiori, ecc.	250.000
- Dispositivi per incontinenza e ritenzione	240.000
- Sacche e placche per stomizzati	200.000

# Gli stili di vita non migliorano significativamente

- \* Il 39% della popolazione italiana non pratica né sport né attività fisica (con punte in Campania, 57,3%, e in Sicilia, 55,2%)
- \* Quasi il 22% fuma (spiccano sempre Campania, 24,6% e Sicilia, 24,5%)
- \* Il 15,5% è un consumatore di alcol a rischio (23,3% in Valle d'Aosta, il 22% in Molise)
- \* Il 10% è obeso (Molise, 13,5%, Basilicata, 13,1%)
- \* Tra il 2009 e il 2012: diminuiscono, ma di poco, i fumatori (-1,1%) e i sedentari (-1,4%); lieve anche la riduzione dei consumatori di alcol (-0,6%) e delle persone obese (-0,3%).

# Regioni meridionali particolarmente a rischio

Più cittadini del Sud rispetto a quelli del Centro-Nord non godono di un **buono stato di salute**, e tra il 2010 e il 2012 si è verificato un **ulteriore peggioramento** (probabilmente attribuibile anche all'invecchiamento della popolazione)

Nelle regioni meridionali si registra una situazione critica anche rispetto all'**assenza delle malattie croniche**; in alcune regioni del Centro-Nord, come Lombardia e Piemonte, l'indice è peggiorato

Diverse regioni del Sud e isole presentano un indice delle **famiglie con almeno un anziano** superiore alla media; sono le regioni del Centro-Nord a collocarsi agli ultimi posti della graduatoria relativa alle **famiglie con almeno un minore**

Nel 2012 il 39% della popolazione italiana si dichiara sedentaria, il 22% circa fuma, il 15,5% è un consumatore di alcol a rischio e una quota pari al 10% è obeso. **Fumatori, alcolisti, sedentari e obesi** nel periodo 2009-2012 sono diminuiti, ma soprattutto nelle regioni del Centro-Nord

# Il sistema è a rischio di sostenibilità

anche a causa di

Longevità e basso ricambio generazionale, che sbilanciano il rapporto fra attivi e non attivi

Pressione sulla sanità delle malattie cronico degenerative e crescita della non autosufficienza

Aspirazione diffusa al benessere ma comportamenti contraddittori



# 3. Le finanze: il peso delle manovre economiche

(valori in milioni di Euro) 2012 - 2015

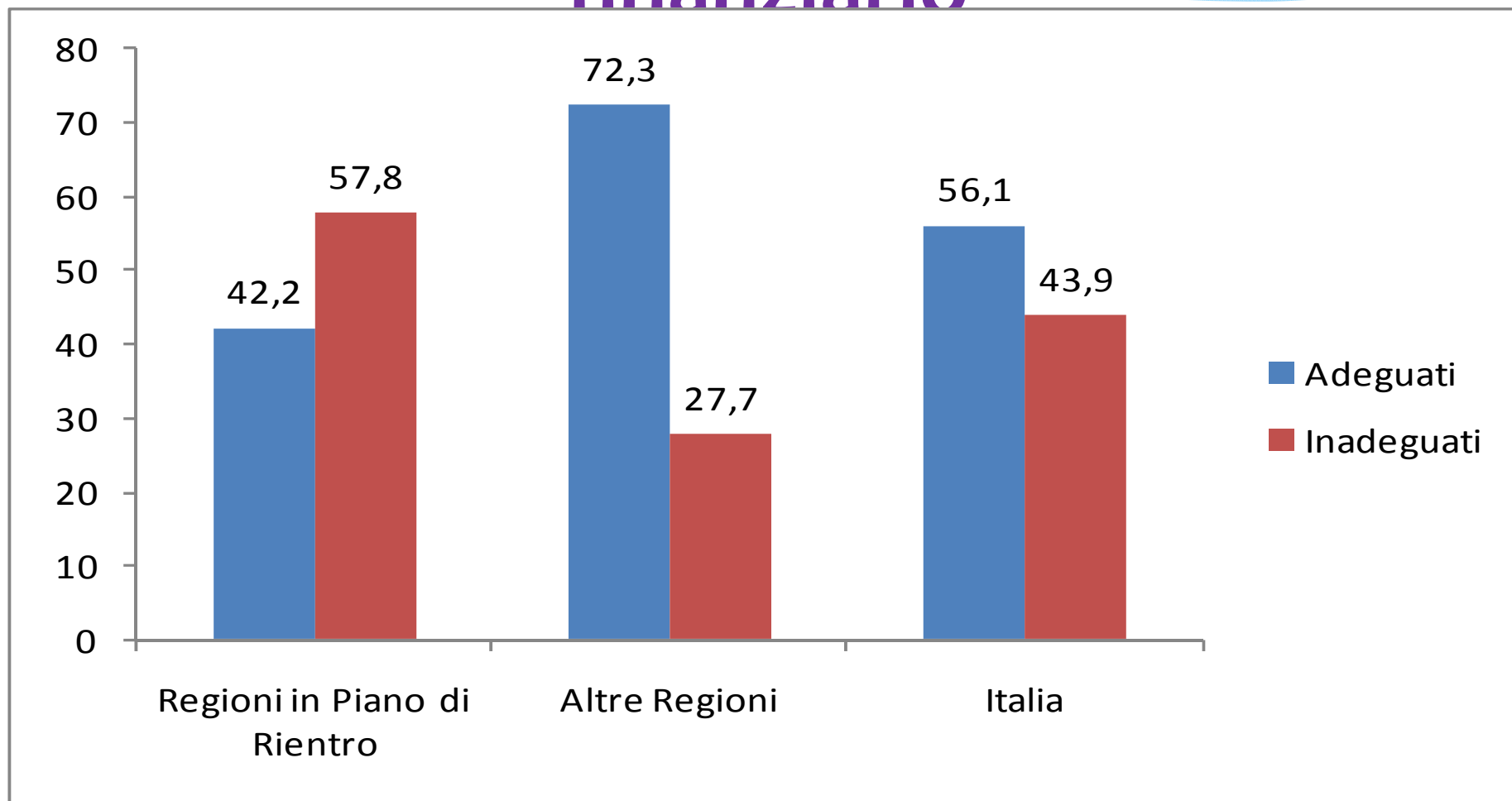
Norme di riferimento	2012	2013	2014	2015	2012-2015
Patto salute 2010 - 2012	€ 466,00	€ 466,00	€ 466,00	€ 466,00	€ 1.864,00
Legge 122/2010 - Art. 9	€ 1.132,00	€ 1.132,00	€ 1.132,00	€ 1.132,00	€ 4.528,00
Legge 122/2010 - Art. 11	€ 600,00	€ 600,00	€ 600,00	€ 600,00	€ 2.400,00
Legge 11/2011 - Ticket	€ 834,00	€ 834,00	€ 834,00	€ 834,00	€ 3.336,00
Legge 11/2011 - Tagli spesa	€ -	€ 2.500,00	€ 5.450,00	€ 5.450,00	€ 13.400,00
D.L. 95/2012	€ 900,00	€ 1.800,00	€ 2.000,00	€ 2.100,00	€ 6.800,00
Tagli DDL stabilità 2013	€ -	€ 600,00	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 2.600,00
<b>Totale tagli</b>	<b>€ 3.932,00</b>	<b>€ 7.932,00</b>	<b>€ 11.482,00</b>	<b>€ 11.582,00</b>	<b>€ 34.928,00</b>

# La paura che i tagli alla sanità determinino rischi per la salute

Opinioni sull'impatto del contenimento della spesa pubblica in sanità sulla qualità dei dispositivi medici, per area geografica (val. %)

<i>Lei teme che la necessità di contenere la spesa in sanità, acquistando ad esempio prodotti medicali sempre al prezzo più basso, possa determinare rischi per la salute?</i>	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Totale
<b>Si</b>	65,2	54,1	54,6	56,5	58,1
<i>di cui</i>					
- sta già accadendo	56,4	31,9	42,0	41,2	43,8
- accadrà in futuro	8,8	22,2	12,6	15,3	14,3
<b>No, credo comunque che i controlli siano in grado di tenere insieme prezzi bassi e qualità</b>	34,8	45,9	45,4	43,5	41,9

# Soddisfazione in calo soprattutto in presenza di interventi per il rientro finanziario



(\*) Comprende le seguenti regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

Carla Collicelli - Fondazione CENSIS

# I driver di lungo periodo della spesa privata

Da cosa dipende  
l'aumento della spesa  
sanitaria privata  
(+25,5% in 10 anni)

- Presenza di settori scoperti , come l'odontoiatria, (95% della spesa a carico dei privati)
- Inadeguatezza dell'offerta pubblica rispetto alla domanda
- Fattori socio-culturali: autoregolazione e low cost

# OGGI LA SPESA SANITARIA PRIVATA CRESCE OVUNQUE (2012-2013)...

58%

Ha subito un aumento della spesa di tasca propria per sanità

18%

Peso dell'aumento medio percepito

## Il «salasso ticket»

Per **farmaci** (65% li indica come voce di spesa in aumento)

**Visite mediche specialistiche** (64,4%)

**Analisi e radiografie** (62,8%)

# AD ESEMPIO: HANNO PAGATO DI TASCA PROPRIA LA DIFFERENZA PER AVERE FARMACO DI MARCA NEL 2012

**SI**

**44,8%**

**Anziani**

**54,2%**

**Donne**

**48,7%**

**Sud- Isole**

**49,4%**

**Persone con  
pessimo stato di  
salute**

**70,6%**

# LOW COST E INTERNET

## COSA SI ACQUISTA

59,1%

- prestazioni di **odontoatria**, come pulizia denti, sbiancatura denti, apparecchi per denti, ecc.

36,4%

- prestazioni e servizi legati alla **prevenzione**, dalla mammografia all'esame della mappatura dei nei, analisi del sangue e delle urine, ecc.

22,7%

- visite con dietologo, nutrizionista, test di intolleranze alimentari, **diete** personalizzate

9,1%

- chirurgia **estetica**, sedute di cavitazione medica, addominoplastica, liposuzione, ecc.

# CH NON PUO' PAGARE RINUNCIA

Hanno dovuto rinunciare per motivi economici a prestazioni sanitarie in un anno

<b>Totale cittadini</b>		<b>9.100</b>
<i>di cui:</i>		
<b>Sesso</b>	Maschio	3.500
	Femmina	5.600
<b>Area geografica</b>	Nord ovest	1.600
	Nord est	1.360
	Centro	2.100
	<b>Sud e isole</b>	<b>4.000</b>
<b>Età</b>	18-29 anni	800
	30-44 anni	2.200
	<b>45-64 anni</b>	<b>3.700</b>
	65 anni e oltre	2.400
<b>Tipologia familiare</b>	Unipersonale	1.000
	Coppia senza figli	2.500
	<b>Coppia con figli</b>	<b>5.000</b>
	“Monogenitore”	350
	Altra tipologia	240



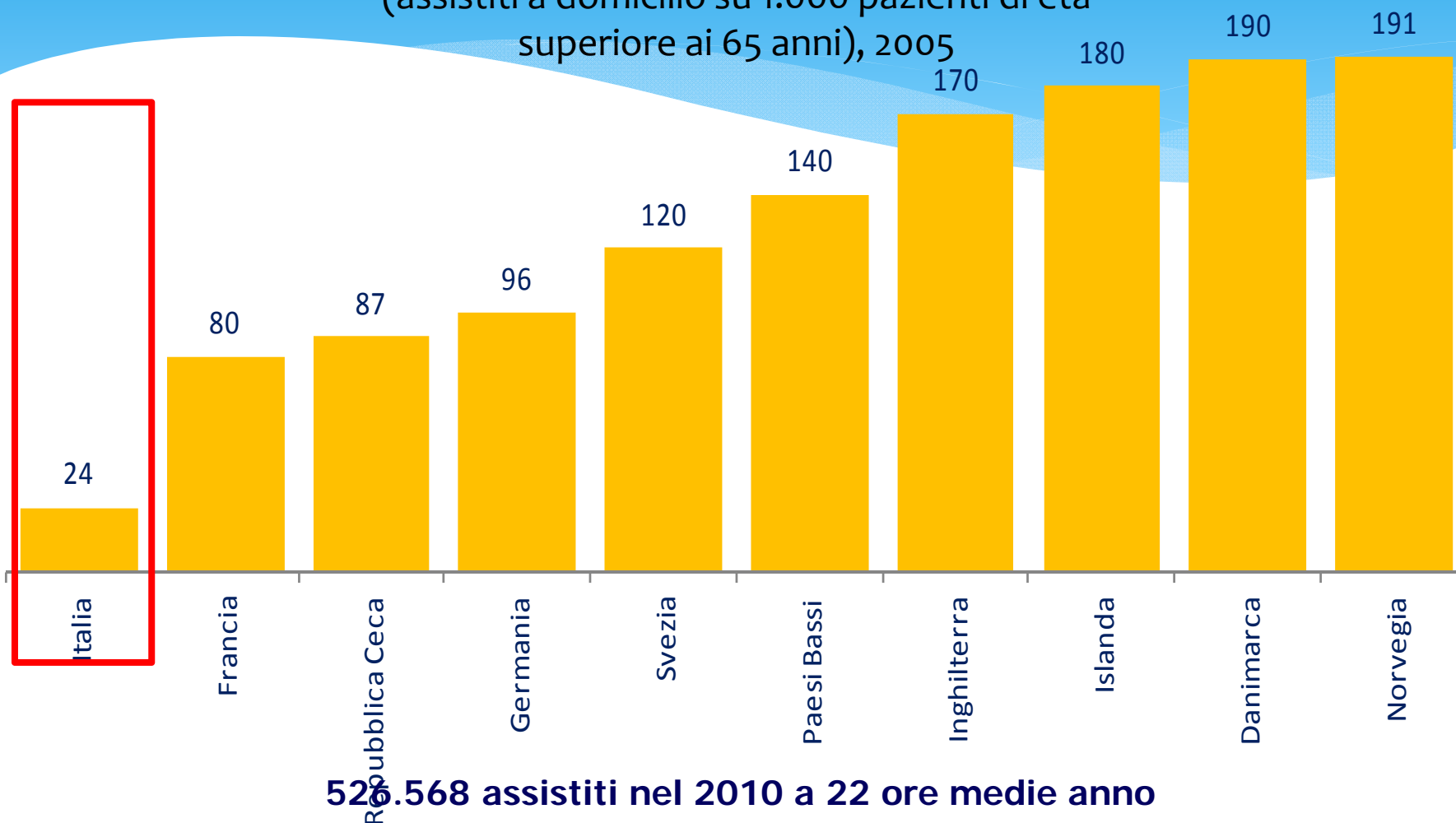
# Sostenibilità economica e sostenibilità sociale

**Al contenimento del pubblico corrisponde un aumento della spesa privata e il concomitante razionamento**

**La presunta sostenibilità obbliga a tagliare e genera razionamento e iniquità nella tutela**

## 4. Territorio e cronicità

**Assistenza domiciliare in Europa**  
(assistiti a domicilio su 1.000 pazienti di età superiore ai 65 anni), 2005



**526.568 assistiti nel 2010 a 22 ore medie anno**

# In tutte le patologie croniche

**Emerge uno SQUILIBRIO enorme tra:**

**i costi sociali in capo a pazienti e  
caregiver**

**e gli strumenti monetari di cui beneficiano  
(meno del 3%)**

**che aggrava l'impatto economico  
su chi è colpito dalla patologia**

# Tra il 2006 e il 2011...

## Peggiora l'offerta per *disabilità e cronicità* specie nel Meridione

**Indice di attrazione dei pazienti** al di sotto della media in tutte le regioni del Sud e isole, ad eccezione del Molise e della Sardegna; ma nel periodo 2009-2011 si registrano notevoli miglioramenti dell'indice in diverse regioni meridionali pur rimanendo al di sotto della media (come Basilicata, Sicilia e Campania)

**Soddisfazione** dei cittadini al di sotto della media in tutte le regioni del Sud e isole, al contrario registrano valori superiori alla media tutte le regioni del Centro Nord (ad eccezione di Liguria e Lazio). Nel periodo 2010-2011 il grado di soddisfazione è peggiorato principalmente nelle regioni del Centro-Nord; nel Meridione invece, ad eccezione della Calabria (-13) e dell'Abruzzo (-6), il grado di soddisfazione è migliorato

La totalità delle regioni meridionali e diverse regioni del Centro-Nord (Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Lazio, Marche) presenta una performance negativa **dell'offerta per disabilità e cronicità**, e nel periodo 2006-2010 la situazione è peggiorata in molte regioni, spicca il caso della Sicilia (-25)

# LA SOSTENIBILITA' E' CARENTE SPECIE PER LE CRONICITA' E LA LONG TERM CARE

La sanità italiana risulta essere di buon livello (anche se con differenze territoriali)

ma l'assistenza socio-sanitaria è inadeguata

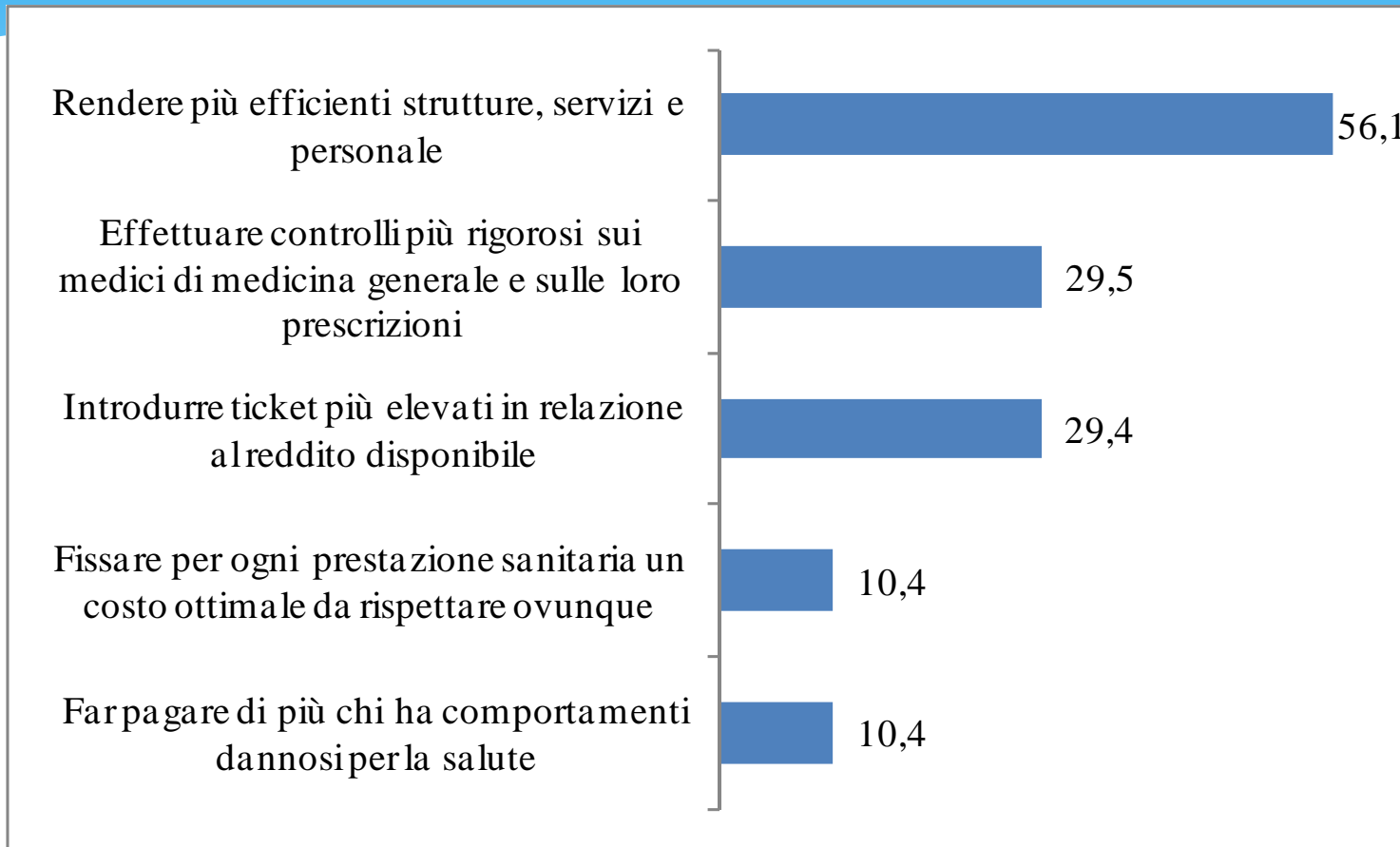
i costi a carico di pazienti e famiglie incidono in modo pesante

per il futuro i costi sociali rischiano di esplodere se non si potenzia la prevenzione e non si investe in cure più efficaci e personalizzate

## 5. Che fare?

- \* Riconnettere le politiche di bilancio alle più ampie strategie di innalzamento della **qualità** e delle **performance** dei servizi sanitari risulta una priorità indilazionabile, pena un ampliamento delle fratture regionali e di quelle sociali all'interno del paese
- \* Ciò significa dare massima importanza e massimo spazio agli obiettivi finali di **salute e benessere**, alle esigenze reali degli utenti (**empowerment**), al buon uso delle **risorse**, all'**etica** professionale, all'**innovazione**

# L'Agenda delle cose da fare per una assistenza sanitaria sostenibile (val.%)



Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

# MENO POLITICA PIÙ MANAGERIALITÀ

Iniziative per rendere maggiormente compatibile l'assistenza sanitaria con la quantità limitata delle risorse.

## Confronto tra Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni

(val. %)

Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte

	Regioni con Piano di rientro	Altre Regioni
Fare gestire la sanità da <b>manager</b> competenti non scelti dalla politica	44,2	36,0
Fare pagare il consumo di sanità (con ticket appositi) in relazione al <b>reddito</b> disponibile	35,2	42,3
Rendere più <b>efficienti</b> strutture, servizi e personale	40,6	33,5
Effettuare <b>controlli</b> più rigorosi sui medici di medicina generale	19,7	17,9
Fissare per ogni prestazione sanitaria un <b>costo</b> ottimale da fare rispettare ovunque, anche nella mia regione	12,8	14,6
Fare pagare di più coloro che hanno <b>comportamenti dannosi</b> per la salute (fumatori, obesi, ecc.)	10,6	9,9
Bisogna <b>rassegnarsi</b> a ridurre per tutti la copertura sanitaria pubblica	2,7	5,6



# Transparency: tangenti e ruolo delle persone comuni in Europa ed in Italia

	Spain	France	Germany	Italy	UK
Corruption has gotten worse in past 3 years	73%	66%	70%	65%	67%
Have paid a bribe for health services in past year	2.3%	5.1%	0.7%	<b>10.0%</b>	0.6%
Agree that ordinary people can make a difference in fight against corruption	79.1%	68.8%	62.5%	67.2%	76.7%

Source: Transparency International Global Corruption Barometer, 2010-2011.

## 6. La terza via della mutualità nel finanziamento della sanità

Il 77% della spesa sanitaria è finanziata con risorse pubbliche

La mutualità sanitaria integrativa intermedia meno del 14% dell'*out of pocket*

La mutualità integrativa è una fonte di risorse potenzialmente virtuosa

In quanto consente di redistribuire il rischio e di coprire aree scoperte come le disabilità e le cronicità

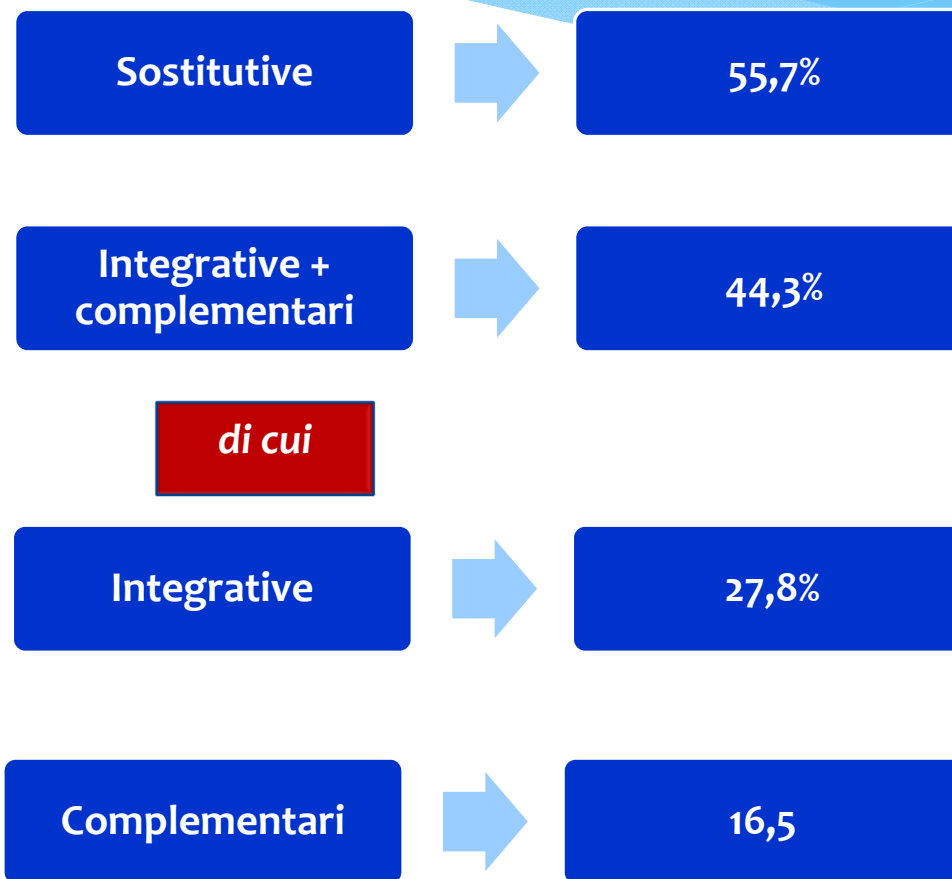
**Le società di mutuo soccorso in Italia sono 2.800 (soprattutto al Nord)**

**Sono 5,7 milioni gli italiani che aderiscono alle mutue sanitarie**

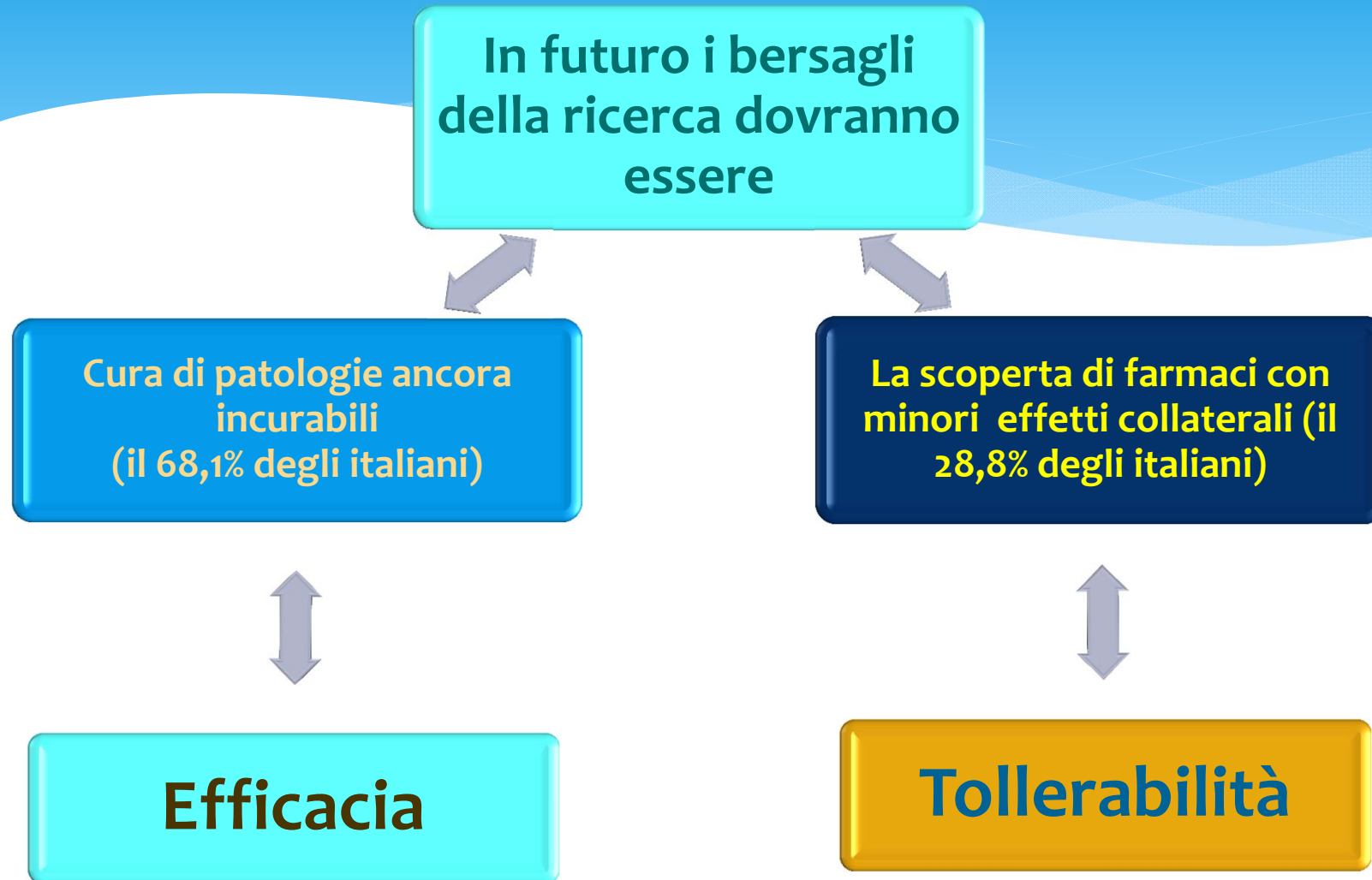
**Sono circa 3 milioni gli italiani che si dichiarano disponibili a sottoscrivere una mutua sanitaria integrativa, malgrado manchi una adeguata informazione**

# PRESTAZIONI INTEGRATIVE, COMPLEMENTARI E SOSTITUTIVE

(QUOTE DEGLI IMPORTI RICHIESTI)



# 7. A monte di tutto: l'innovazione



# L'IMPORTANZA DELLE TECNOLOGIE

## MORTALITÀ EVITATA

GRAZIE AD ACCERTAMENTI TRAMITE IMAGING DIAGNOSTICO O  
TEST DI LABORATORIO



Diagnosi precoce

Sono **più di 2 MILIONI** le persone che nel 2011 grazie ad un accertamento diagnostico o un test di laboratorio hanno scoperto di avere una patologia grave e si sono curati per tempo

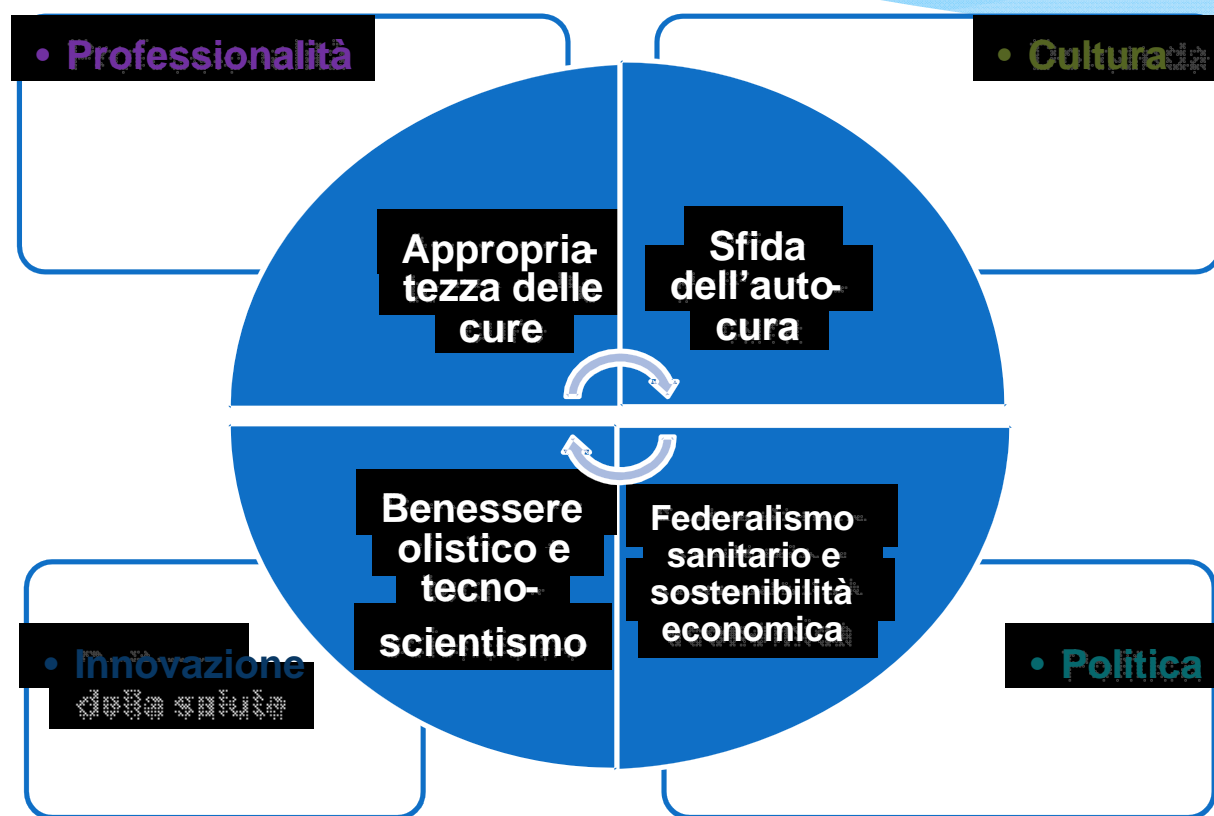
# Terapie innovative personalizzate e attenzione agli aspetti psicologici: priorità per il futuro (%)

A partire dalla Sua esperienza, può indicare quali sono le priorità per il futuro per la condizione dei pazienti oncologici? (val. %)	Pazienti con tumore alla mammella	Altri pazienti	Totale
<b>Terapie innovative sempre più personalizzate</b>	71,6	75,1	73,7
<b>Più attenzione agli impatti psicologici della patologia</b>	35,5	29,2	31,9
<b>Più sussidi economici, erogazioni monetarie</b>	28,7	28,4	28,5
<b>Maggiori informazioni sulle varie fasi del percorso di cura</b>	16,8	16,8	16,8
<b>Maggiori strumenti di tutela del lavoro</b>	9,6	7,3	8,3
<b>Più attenzione ai servizi di riabilitazione</b>	6,9	4,8	5,7

Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2012

## 8. La necessaria ricerca di un equilibrio tra i vari ambiti, tutti di grande rilievo





# Un modello sociale da rilanciare con decisione

Valorizzando la partecipazione degli utenti

Sfruttando le capacità residue e le risorse spontanee

Evitando gli sprechi e le duplicazioni inutili

Valutando la qualità e i requisiti dei *provider*

Valorizzando la cultura locale dei servizi

# Soprattutto lavorare in termini promozionali e non solo riparativi

- Rafforzare i fattori di protezione sociale (famiglia, casa, valori, fiducia, speranza)
- Creare comunità e dialogo per la condivisione, il mutuo aiuto, la solidarietà di quartiere
- **Promuovere la redistribuzione del reddito e l'equità distributiva**
- **Promuovere la responsabilità dei servizi pubblici locali, il “welfare locale”, l'integrazione dei servizi, la continuità assistenziale**
- **Promuovere la cultura della sobrietà e del vero benessere**

# Altro corollario: integrazione sistemica

**Integrare il welfare con le politiche per:**

- **energia**
- **agricoltura**
- **occupazione**
- **economia**
- **educazione**
- **politiche sociali**

# Comunità come ambiente di civilizzazione



**Grazie  
dell'attenzione!**