



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 5

*N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.*

**10<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE** (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE FORME INTEGRATIVE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA SANITARIA NEL QUADRO DELL'EFFICACIA COMPLESSIVA DEI SISTEMI DI *WELFARE* E DI TUTELA DELLA SALUTE

39<sup>a</sup> seduta (antimeridiana): giovedì 23 febbraio 2023

Presidenza del presidente ZAFFINI

**INDICE****Audizione di rappresentanti della Fondazione Censis**

|                                |                               |                   |                                |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| PRESIDENTE . . . . .           | Pag. 3, 7, 10 e <i>passim</i> | VACCARO . . . . . | Pag. 3, 11, 12 e <i>passim</i> |
| FURLAN (PD-IDP) . . . . .      | 9, 15                         |                   |                                |
| MAZZELLA (M5S) . . . . .       | 7                             |                   |                                |
| PIRRO (M5S) . . . . .          | 7                             |                   |                                |
| SBROLLINI (Az-IV-RE) . . . . . | 9                             |                   |                                |
| ZAMPA (PD-IDP) . . . . .       | 8, 12                         |                   |                                |
| ZULLO (Fdi) . . . . .          | 8                             |                   |                                |

---

**N.B.** L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori

Sigle dei Gruppi parlamentari: Azione-Italia Viva-RenewEurope: Az-IV-RE; Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE; Cd'I-NM (UDC-CI-Nci-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-Patt, Campobase, Sud Chiama Nord): Aut (SVP-Patt, Cb, SCN); Misto: Misto; Misto-ALLENZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS.

*Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza della Fondazione Censis, la dottoressa Concetta Maria Vaccaro, responsabile dell'area welfare e salute.*

*I lavori hanno inizio alle ore 9.*

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali *web* e satellitare del Senato della Repubblica, e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto inoltre che, previa autorizzazione del Presidente del Senato, la pubblicità della seduta odierna è assicurata anche attraverso il resoconto stenografico.

#### *PROCEDURE INFORMATIVE*

##### **Audizione di rappresentanti della Fondazione Censis**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di *welfare* e di tutela della salute, sospesa nella seduta del 16 febbraio.

I nostri lavori prevedono oggi l'audizione di rappresentanti della Fondazione Censis.

In rappresentanza della fondazione Censis, interviene la dottoressa Concetta Maria Vaccaro, responsabile dell'area *welfare* e salute, alla quale cedo senz'altro la parola, pregandola di contenere la durata della sua esposizione, in modo tale da lasciare ai senatori che lo riterranno lo spazio per porre domande ed eventualmente interloquire.

VACCARO. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per l'opportunità che ci avete offerto con l'invito ad intervenire all'audizione di oggi in rappresentanza del Censis. Ci è stato chiesto di fare riferimento soprattutto ai risultati delle nostre ricerche più recenti in questo ambito, che hanno il pregio, a mio parere, di mettere in evidenza qual è il punto di vista dei cittadini. Entro subito nel merito, visti i tempi ristretti.

Chiaramente se parliamo di sanità integrativa dobbiamo inserirla necessariamente nell'ambito del più complesso sistema delle cure, dove il Servizio sanitario nazionale è la parte preponderante. Per questo, il primo dato che vi voglio portare è quello del giudizio dei cittadini italiani sul funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Questa è una ricerca molto recente, che abbiamo condotto alla fine del 2022 e la pongo in rilievo perché questo è un tipo di indagine che svolgiamo abbastanza spesso, con una certa periodicità e questa è la prima volta che registriamo un dato in cui quasi il 60 per cento del campione riferisce di non essere soddisfatto del Servizio sanitario nazionale nella sua Regione, con l'unica esclusione dei rispondenti del Nord-Est. È chiaro che su questo dato ha impattato l'esperienza drammatica della pandemia, ma voglio mostrarvi, con l'ausilio del grafico che ho preparato, in che senso va letto tale dato. Il primo grafico riporta che gli italiani hanno dato un giudizio sostanzialmente positivo e direi anche largamente positivo della prova del Servizio sanitario durante l'emergenza. Se guardiamo invece i dati dal 2019 al 2022 vediamo che c'è stato un vero e proprio ribaltamento di questo giudizio: se prima prevalevano i giudizi positivi, ora c'è questo rapporto 60-40 per cento con la prevalenza dei giudizi di non soddisfazione. Il dato interessante è che si è proprio ribaltato il valore riferito agli abitanti del Nord-Ovest del Paese e comunque c'è stato un peggioramento complessivo del giudizio. Ad essere meno soddisfatti della situazione sono coloro che hanno un livello di reddito più basso. Ho voluto mostrarvi questo dato perché a mio giudizio è quello che in medicina si chiama l'evento sentinella, cioè è un dato che deve preoccupare molto perché significa che il sistema in questo momento manca uno dei suoi obiettivi strutturali, quello dell'universalismo, dell'equità, dell'accesso alle cure, cioè quelli che potenzialmente hanno più difficoltà sono quelli che danno un giudizio meno positivo.

Chiaramente abbiamo da scontare l'effetto pandemia, questo è inevitabile, ma anche perché la pandemia ha fatto venire i nodi al pettine di tutte quelle che erano invece le difficoltà preesistenti del sistema: il blocco del *turnover*, le politiche di ridimensionamento continuo della spesa sanitaria, i tagli, la razionalizzazione (perfino la Corte dei conti ha riconosciuto che la razionalizzazione del comparto sanitario ha dato un contributo importante a quella del bilancio complessivo dello Stato). Ne consegue che – perdonatemi il termine un po' conviviale – questa cura dimagrante a cui era stato sottoposto il Servizio sanitario nazionale alla fine ha fatto sì che si dovesse pagare un conto. Questo è quello che è successo in questi anni. Nel grafico si può osservare l'andamento dal 2012 al 2021 della spesa corrente per l'assistenza sanitaria distinta tra pubblica, privata, privata *out of pocket* e privata intermediata.

Il dato che emerge è che vi è stato una sorta di arretramento dell'impegno pubblico sanitario, che ha avuto poi come corrispondenza un incremento della spesa privata delle famiglie, sia della spesa intermediata che della spesa privata *out of pocket*, ma chiaramente questa è la parte principale (il 90 per cento), quindi il vero impatto si è avuto sulle tasche

dei cittadini italiani. Il dato è evidente: la spesa privata *out of pocket* è aumentata in termini reali dell'8,2 per cento, la pubblica del 3 per cento e l'intermediata – che però presenta valori molto più bassi – del 43,7 per cento. Per i dettagli potrete poi consultare le *slide* che lascerò alla Commissione, ma vorrei solo evidenziare che questa graduatoria apparentemente strana, che mette insieme andamento del valore della spesa *pro capite* pubblica e privata è un po' il frutto del combinato disposto tra la capacità di offerta e la capacità di spesa dei cittadini. Il dato che secondo me è rilevante, però, è che comunque la nostra spesa pubblica *pro capite* è più bassa della media europea e di quella di Paesi come la Francia e la Germania (rispetto a quella della Germania è anche molto più bassa). Il dato che vi ho mostrato all'inizio è quindi frutto di una dinamica di lungo periodo che si è poi accentuata dopo la pandemia, anche perché c'è una forte domanda inevasa e molte prestazioni in meno, ma il meccanismo di base era ed è lo stesso: da una parte c'è un fabbisogno crescente e dall'altra c'è un'offerta che fatica a stare appresso a questo fabbisogno crescente. Tengo però a precisare che la gran parte di questo fabbisogno crescente lo è per motivi oggettivi, che conoscete naturalmente meglio di me: l'invecchiamento della popolazione, l'impatto epidemiologico di questo invecchiamento, l'accesso a nuove cure. Il fabbisogno, insomma, non cresce solo per consumerismo – per intenderci – ma è frutto di una crescita oggettiva dei bisogni sanitari. Quel che è accaduto in questi anni e che oggi si nota più marcatamente è che alla fine c'è stato questo passo indietro più o meno sotto traccia del Servizio sanitario nazionale, che ha creato di fatto un razionamento dell'attività oltre che della spesa pubblica. Le strategie a cui sono stati messi davanti i cittadini sono state o accettare la lista d'attesa o pagare per avere prestazioni in tempi ritenuti congrui, oppure rinviare o addirittura rinunciare alle prestazioni.

Vi mostro velocemente i dati offerti ancora dall'indagine del 2022: sono sempre maggioritarie le quote di cittadini che dicono di aver trovato una lista d'attesa lunga o addirittura bloccata, in quasi tutte le aree del Paese tranne il Nord-Est. Per quanto riguarda i soggetti più penalizzati, vedete che non ci sono differenze: se si considera il livello di studio come una *proxy* del livello socioculturale complessivo della persona, ci si rende conto che questo ostacolo è trasversale alle classi sociali. Non è trasversale alle classi sociali, invece, la capacità di risposta all'ostacolo. Il 67,3 per cento dei rispondenti riferisce che ha dovuto ricorrere al privato pagando di tasca propria perché la lista d'attesa era troppo lunga e vedete che ci sono delle differenze tra aree del Paese, quasi sette punti percentuali di differenza tra il Nord, il Sud e le isole, anche in questo caso riflesso del funzionamento. Per quanto riguarda l'effetto del razionamento, invece, potete osservare la rappresentazione grafica, naturalmente semplificata, che mostra che chi ha potuto mettere mano al portafoglio per ricorrere al privato in assenza della possibilità di accedere al pubblico naturalmente è chi ha un livello socio-economico più elevato, per cui si

verifica di nuovo una condizione che è il contrario di quello che dovrebbe essere il funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

Anche riguardo al dato ufficiale dell'Istat sulla rinuncia alle prestazioni c'è un elemento interessante da notare: mentre nel 2019 c'erano delle differenze tra le Regioni e le aree geografiche, adesso queste differenze si sono livellate, quindi la rinuncia alle prestazioni è diventata in qualche modo trasversale, intorno all'11 per cento.

Questo è un dato del Censis di poco precedente, che risale al 2021, e dà l'idea di quello che poi accade, ovvero che chi ha il livello socioeconomico più basso finisce per rassegnarsi alla lista d'attesa, mentre l'*exit* verso il privato è naturalmente più elevato, anche nella forma dell'assicurazione sanitaria, tra chi ha un livello socioeconomico più elevato.

Un altro punto che volevo sottolineare insieme a voi riguarda l'andamento della spesa, che qui viene rappresentato graficamente in modo un po' diverso da quanto abbiamo visto prima: la quote di spesa pubblica, di spesa privata *out of pocket* e di spesa intermediata rimangono sostanzialmente costanti nel tempo e questo dà l'idea che anche la crescita dell'intermediata ha avuto uno scarso impatto, di fatto, sulla spesa privata, cioè i cittadini hanno dovuto continuare in qualche modo a pagare di tasca propria per rispondere a quel meccanismo di razionamento a cui facevo riferimento. Non entro nel merito dei dati perché so che altri ve li hanno mostrati in modo ancora più dettagliato, ma questo è importante perché ci mostra come si articola la spesa sanitaria della famiglia, cioè dove è destinata la spesa *out of pocket* degli italiani? Questo è un dato dell'indagine multiscopo, ma è un dato Istat ufficiale, in cui vediamo l'articolazione della spesa media mensile delle famiglie che si concentra sostanzialmente su due ambiti: i prodotti farmaceutici, anche in chiave di compartecipazione oltre che di acquisto diretto, e i servizi ambulatoriali. La parte da leone la fa naturalmente l'odontoiatria, che da sempre è molto al margine dell'offerta pubblica, ma non c'è una spesa per i ricoveri ospedalieri e questo dà l'idea che è come se ci fosse una selezione per cui si accede a prestazioni più semplici attraverso le opportunità offerte dalla dimensione privata della spesa – sia *out of pocket* che intermediata – mentre gli interventi più complessi sono comunque appannaggio della dimensione pubblica.

C'è poi un altro dato di sondaggio che mette in evidenza il forte apprezzamento che i lavoratori attribuiscono al *welfare* aziendale, addirittura più dell'85 per cento degli intervistati ritiene che sia una richiesta che farebbe al proprio datore di lavoro. Anche qui, però, c'è un rischio di asimmetria, perché da questa indagine del 2020 si evince che solo il 23 per cento dei lavoratori italiani sa bene di cosa si parla quando si parla di *welfare* aziendale, con una differenziazione di consapevolezza non da poco, perché questo 23 per cento si articola tra il 40 dei dirigenti e dei direttori e il 14 degli operai assimilati, quindi c'è una discrasia tra chi afferma di conoscere questa opportunità. Come sapete, poi, per definizione il *welfare* aziendale è solitamente rivolto ai dipendenti di comparti lavorativi forti e lascia un po' al margine la parte più debole del mercato

del lavoro. Ribadisco che non entrerò nel merito della complessa articolazione del mondo della sanità integrativa, su cui per la verità si sa poco. Credo che il lavoro della Commissione sia lodevole e indispensabile per cercare di fare chiarezza su questo mondo così articolato e poco conosciuto. Osservando gli obiettivi conoscitivi del cruscotto predisposto dall'Osservatorio, si vede che al momento si sa pochissimo di quello che succede con riguardo alla questione dei fondi. In ogni caso, il rischio è di organizzare solo una domanda forte.

Un altro dato che non è del CENSIS, ma di Medical, mette poi in evidenza la discrasia a livello territoriale nella distribuzione dei cittadini che sono assicurati: la quota è molto minoritaria, direi quasi residuale al Sud rispetto ad altre zone del Paese.

Infine, illustro una *slide* che mostra, nonostante quel giudizio di insoddisfazione che ho posto in evidenza all'inizio, una dichiarazione di fiducia nel sistema sanitario pubblico, che mi sembra un punto importante da sottolineare, perché una quota di intervistati simile a quella dei non soddisfatti afferma di avere fiducia nel fatto che in caso di necessità la sanità pubblica gli darà la risposta necessaria. Credo che questo sia molto importante, perché mette in evidenza che il Servizio sanitario nazionale – come ha dimostrato anche durante la pandemia – è stato un fattore strategico di coesione sociale per il nostro Paese, ma è stato anche una sorta di preconditione fondamentale per lo sviluppo individuale e per lo sviluppo collettivo del Paese. Penso che quando si fa una riflessione sul nostro sistema sanitario non si possa prescindere da questo dato che, ancora una volta, proviene dalla valutazione dei cittadini.

Vi ringrazio per l'attenzione e naturalmente sono a disposizione per eventuali approfondimenti.

**PRESIDENTE.** La ringrazio, dottoressa Vaccaro, per la sua esposizione e anche per questa ultima *slide* che ci lascia un messaggio da una parte di speranza e dall'altra di grande responsabilità.

**MAZZELLA (M5S).** La ringrazio per la relazione, dottoressa Vaccaro, che ci ha mostrato l'esistenza di differenze nel Paese da un punto di vista della spesa *out of pocket* rispetto alle esigenze e ai bisogni di cura, che credo siano indifferenziati e uniformi sul territorio. Le chiedo una valutazione, dal vostro punto di vista, su come sia possibile in qualche modo riequilibrare il sistema in termini di differenze senza far mettere mano al portafoglio nuovamente ai cittadini.

**PIRRO (M5S).** Ho trovato molto interessanti i dati che ci sono stati illustrati, che confermano più o meno il sentore che avevamo.

Dottoressa Vaccaro, in merito alla questione delle liste d'attesa, le vorrei chiedere se, al di là dei tempi di attesa e delle mancate erogazioni, i numeri relativi alle prestazioni effettuate nel 2022 sono tornati ai livelli del 2021: mi pare che siamo ancora al di sotto e vorrei sapere se avete fatto delle ipotesi sulle ragioni per cui nel 2022, ad emergenza conclusa

(a parte i primi mesi) e senza più restrizioni, il nostro sistema sanitario ancora non riesce ad erogare lo stesso numero di prestazioni di prima della pandemia.

ZULLO (*FdI*). Le domande che vorrei porre alla dottoressa Vaccaro sono due. In una precedente audizione, ponevo la questione della percentuale di italiani che rinunciano alle cure e la quantificavo nell'11 per cento, perché era un dato che a me sembrava acclarato da più parti e da più fonti d'informazione. Quando però abbiamo ascoltato l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) questo dato è stato smentito, in quanto ci è stato riferito che era appena il 3-4 per cento che rinunciava alle cure. La prima domanda, quindi, è la ragione di questa differenza di valutazione tra due organi importanti come Censis e Agenas.

Abbiamo poi visto come vi sia una forte correlazione fra tasso di rinuncia alle cure e livello di istruzione. Ebbene, stiamo discutendo della legge delega sull'assistenza agli anziani e in questo ambito si vede che anche la perdita della autosufficienza è in percentuale superiore fra i soggetti che hanno un livello di istruzione più bassa. Pensavo che questo fosse da addebitare a una minore cultura della prevenzione legata al più basso grado d'istruzione. La seconda domanda, dunque, è se è stata svolta un'indagine da parte del Censis che metta in correlazione l'andamento della non autosufficienza nei soggetti meno istruiti anche in rapporto alla rinuncia alle cure.

ZAMPA (*PD-IDP*). Il senatore Zullo ha formulato una domanda molto interessante, che avremmo posto anche noi.

Ho trovato molto illuminante la relazione della dottoressa Vaccaro, ma credo che quei dati andrebbero accompagnati anche da dati in termini assoluti. Sarebbe anche interessante comprendere – forse questi sono dati che dovrebbe fornire il Ministero della salute – qual è il tipo di risposta che hanno le liste d'attesa, se questa è graduata a seconda dei bisogni. In molte Regioni, per fortuna, funziona molto bene la segnalazione: presentarsi con un sospetto di una malattia grave non è indifferente per avere una risposta più o meno veloce e incide anche la tipologia della visita o della prestazione che viene richiesta. Mi interesserebbe anche capire, se fosse possibile, se c'è una perfetta correlazione tra le liste d'attesa che sono andate gonfiandosi e l'impossibilità di erogare prestazioni durante i due anni della pandemia, perché moltissimi ospedali hanno oggettivamente sospeso tutto, perché in realtà il problema cominciava già ad essere avvertito prima.

Infine, entrambe le *slide* che lei ci ha mostrato sembrano indicare che gli italiani sono ancora perfettamente consapevoli di quanto vale il Servizio sanitario nazionale, ma anche questo è un dato sostanzialmente di percezione e non di misurazione oggettiva. Per questo, vorrei sapere se il Censis è in grado di procurarci un raffronto con altre realtà europee, che forse ci aiuterebbe a capire meglio questo aspetto.

SBROLLINI (*Az-IV-RE*). Signor Presidente, vorrei prima di tutto ringraziare la dottoressa Vaccaro per la chiarezza e l'efficacia della sua relazione. Per noi sicuramente questa rimane una delle ricerche più importanti per il lavoro che stiamo svolgendo nell'ambito dell'indagine conoscitiva e ci fa comprendere ancora di più quanto sia importante aver posto questo tema all'attenzione della Commissione.

Le considerazioni e le domande poste dalla senatrice Zampa e dal senatore Zullo sono le stesse che avrei voluto fare io, quindi non le ripeto. Aggiungo soltanto che nel peggioramento generale cui abbiamo assistito dopo la pandemia, che sicuramente ha fatto emergere ancora di più problemi che ci portiamo avanti da venti o trent'anni, oltre ai tagli che sono stati apportati in questi anni alla sanità, si rileva ancora una volta che ci sono sicuramente delle differenze che continuano ad aumentare tra Nord, Centro e Sud. Mi ha colpito molto il dato del Nord-Ovest che peggiora tantissimo, addirittura – dottoressa, mi corregga se sbaglio – quasi paragonabile al Sud del nostro Paese e invece il Nord-Est, dove io vivo, quindi non ne faccio una questione di appartenenza politica. Mi ritrovo in questo dato, perché nonostante il peggioramento anche nel Nord-Est, il sistema di sanità già misto pubblico-privato inevitabilmente ha retto rispetto al resto dell'Italia. Questo non significa che non ci siano problemi anche nel Nord-Est, ma c'è una consapevolezza diversa. Il tema della prevenzione, ad esempio, rimane forte nella nostra Regione, ma c'è anche una risposta molto attiva, forse perché i redditi sono più alti, perché dal punto di vista culturale e sociale c'è una risposta e un'attenzione anche in termini di partecipazione attiva dei cittadini rispetto al diritto alla salute.

Tutto questo ci conferma una volta di più che il diritto alla salute rimane la priorità per i cittadini italiani e quindi tutti gli altri temi pure assolutamente importanti – il lavoro, l'ambiente – sono al secondo e terzo posto, perché il diritto alla salute è la priorità per i nostri cittadini.

FURLAN (*PD-IDP*). Ringrazio anch'io la dottoressa Vaccaro per l'illustrazione. Sarei interessata a capire meglio il dato relativo all'indebitamento delle famiglie, perché se è vero che a reddito più alto corrisponde anche un utilizzo maggiore della sanità privata, è anche vero che la necessità di curarsi alle volte porta anche a fare scelte dolorose come quella di indebitarsi. Vorrei capire com'è il livello di indebitamento delle famiglie per la cura e come questo si traduce in termini di efficacia maggiore o minore nei vari territori, perché sicuramente è correlato. Vorrei anche capire per cosa le famiglie si indebitano, perché lei prima osservava, giustamente, che generalmente si utilizza la sanità privata per prestazioni meno gravi e meno costose, ma il ricovero ospedaliero nel sistema sanitario pubblico si utilizza per tutte le situazioni più complesse. Credo che anche su questo il dato sia un po' parziale, basti pensare a quello che è successo per i malati oncologici in modo particolare nei due anni della pandemia: probabilmente anche per le questioni più complesse, quando l'urgenza è tale che significa rischiare la vita, molte famiglie

sono state costrette ad indebitarsi. Credo sia importante capire meglio questo rapporto fra utilizzo, urgenza e – quando non ci sono le risorse – purtroppo indebitamento delle famiglie e per curare cosa.

PRESIDENTE. Desidero manifestare soddisfazione per il livello delle domande poste dai colleghi. Suggestirei, se fosse possibile, magari nei prossimi giorni di formulare delle domande più specifiche e chiedere la disponibilità di Censis a risponderci con delle *slide* o comunque con dei dati oggettivi, che ci aiuterebbero nella nostra ricerca di comprensione.

Dopodiché le farei anch'io due domande. La prima domanda parte dal fatto che ci sono un livello di spesa pubblica (lei ce l'ha fatto vedere plasticamente) e un livello di spesa privata. Quella bianca è quella che censiamo (sappiamo che nella spesa privata, purtroppo, c'è anche una parte di sommerso); la spesa privata è più o meno la metà rispetto a quella pubblica. Quanto ritiene che questa parte di spesa privata sia sovrapponibile, anche in termini quantitativi, con la sanità integrativa? Mi spiego: qual è a suo avviso il livello fisiologico di intermediazione di questa spesa privata, che oggi vede un'intermediazione bassissima (pari al 7-8 per cento) e peraltro stabile negli anni (come lei ci ha fatto vedere)? Guardando la media europea, vediamo che siamo ampiamente al di sotto del livello di intermediazione della spesa privata, della cosiddetta *out of pocket*. È un po' lo scopo della nostra indagine quello di tentare di capire meglio che cosa accade in questo mondo, dove gira una massa enorme di danaro, ovviamente in risposta a una massa altrettanto enorme di bisogni insoddisfatti da parte della sanità pubblica, per vedere quanti sono questi attori e mettere un po' d'ordine, attraverso un testo che riesca a mettere a sistema questa enorme massa di danaro e a renderla non so se intermedia o no, ma comunque con maggiori garanzie nei confronti del fragile. Un privato che sostiene di tasca propria una spesa importante è evidente che, in quel momento, è un contraente debole rispetto alla prestazione e alla parità dei soggetti. Da una parte c'è il medico, lo specialista o la struttura (privata o pubblica che sia, perché con l'*out of pocket*, a pagamento, a volte si va anche nel pubblico) e dall'altra parte c'è il privato che porta un bisogno di cura e che è pronto a qualunque cosa pur di vedere assolto il suo bisogno di cura. È ovvio che solo lo Stato può mettere ordine in questo rapporto. Quanto la ritiene sovrapponibile?

Seconda cosa, banale: come spiega questo dato del Nord-Est? È un dato di sistema o di risposta al Covid? I dati sono recenti e quindi – come diceva giustamente la collega Zampa – più che essere oggettivi rispondono a un sentimento. Voi avete fatto una domanda e la persona ha risposto d'impeto, quindi è un sentimento. Questo sentimento, a suo avviso, è più legato alla risposta all'emergenza Covid, cioè al momento di maggiore difficoltà del nostro Sistema sanitario nazionale, o è invece un ragionamento di sistema – come diceva la collega Sbröllini – per cui potrebbe diventare un modello? Secondo lei potremmo tendere a quel modello?

VACCARO. Signor Presidente, ci vuole una giornata per rispondere alle domande che mi avete fatto, che sono tutte molto interessanti. Comincerei, se siete d'accordo, dalle questioni più puntuali, per poi allargare il discorso su un piano più generale. Per quanto riguarda la questione delle liste d'attesa, sicuramente c'è anche qui un andamento di lungo periodo. Non ho mostrato i dati perché sono vecchi, sono pre-Covid, e quindi non sono utili per descrivere la situazione attuale; c'è stata veramente una rivoluzione. C'è però qualche dato relativo al 2019, che fra l'altro ho inserito nelle *slide*, che dà l'idea della lunghezza di alcune liste d'attesa per certi tipi di prestazioni (si parla di 11 o di 14 mesi); come avete visto, quasi il 50 per cento ci ha riferito che le liste sono bloccate. C'è un tema relativo alle liste d'attesa legato a questo *gap* (che c'è sempre stato e che non è recente) tra un fabbisogno che cresce per motivi oggettivi e una domanda che arranca, perché è stata compressa e perché le opportunità del sistema, di fronte a una lunga stagione di tagli e di ridimensionamento della spesa, ha inevitabilmente creato questo *gap* e non c'è stato il tempo di rincorrerla.

Adesso si parla anche di rincorsa. Ho portato i dati rispetto alle prestazioni non evase a causa del Covid: parliamo di 1,3 milioni di ricoveri in meno, di cui 500.000 urgenti, di 19 milioni di visite specialistiche in meno, di 785.000 *screening* cervicali in meno, di 817.000 *screening* mammografici in meno, di 1.196.000 *screening* del colon-retto in meno. È evidente che questo ha creato un sovraccarico ulteriore. Per inciso va ricordato che nel 2019, a onor del vero, era già stato stanziato circa un miliardo per il recupero delle liste d'attesa, le quali già funzionano nel modo in cui diceva lei: il medico curante, nel momento in cui fa la ricetta, dà un segnale di prioritarizzazione. La regola è questa; poi c'è il tema delle enormi differenze territoriali del sistema. Per rispondere sulle liste d'attesa, credo che si tratti di un problema strutturale, che si può risolvere solo facendo degli investimenti organizzativi, altrimenti non ne usciamo.

PRESIDENTE. Quindi di sistema.

VACCARO. Sì, sicuramente. La cosa che mi preoccupa e che mi permetto di sottolineare – visto che parlo con dei legislatori – è che noi abbiamo anche conosciuto una stagione in cui sembrava che le magnifiche sorti e progressive della sanità sarebbero state di nuovo promosse. Invece al momento abbiamo una situazione in cui sembra che stiamo tornando indietro, anche sul finanziamento. Un dato su cui invito a riflettere (nel mio piccolo, da osservatore) è il rischio di non avere una spesa corrente sufficiente per gestire la nuova offerta, ammesso che la riusciamo a fare. Sono problemi – ripeto – di lungo periodo e di lunga deriva, che possono essere affrontati solo con uno « strappo » – perdonatemi il termine – rispetto al passato e con un investimento che necessariamente deve mettere mano anche all'organizzazione.

Un altro tema è quello della differenza regionale, che sta dietro a tutti i dati. Io vi ho mostrato sia dati di sondaggio (quindi di opinione)

che dati strutturali; per esempio il dato sulla spesa è un dato ufficiale, così come è un dato ufficiale dell'Istat quello sulla rinuncia alle prestazioni di tipo diagnostico e specialistico. Non so a quale dato facesse riferimento l'Agenas; io ho voluto portare il dato dell'Istat proprio per questa sua egida di ufficialità, che il dato di sondaggio ha in misura minore. La questione della differenza tra Regioni (e anche all'interno delle Regioni, peraltro) è la questione principale del nostro Servizio sanitario nazionale. Essa si lega anche al discorso che sollevava il Presidente quando si chiedeva cosa fosse successo nel Nord-Ovest o nel Nord-Est e se vi fosse un modello che funziona meglio dell'altro. Abbiamo delle differenze profonde che si sono quasi accumulate nel tempo, perché non abbiamo messo mano all'ordinaria amministrazione e abbiamo lasciato che queste differenze si radicassero. Anche con il PNRR si è dato per scontato che le differenze preesistenti a livello regionale si risolvessero in automatico. Ma non è così e non può essere così. Su tali questioni potremmo disquisire a lungo, c'è anche un problema di qualità della classe dirigente all'interno delle strutture sanitarie; insomma, possiamo fare un elenco dei motivi. Ma torniamo al punto che hanno sottolineato anche i dati di sondaggio. Noi partivamo da una situazione in cui le differenze di valutazione dal punto di vista della soddisfazione degli utenti vedevano un buon posizionamento del Nord, con un posizionamento sempre più elevato del Nord-Est, tendenzialmente, ma comunque anche il Nord-Ovest aveva dei livelli di soddisfazione superiori alla media. Al Centro e al Sud questo livello di soddisfazione via via decresceva. Giustamente lei si chiede cosa sia successo. Sicuramente l'esperienza drammatica che il Nord-Ovest e la Lombardia in particolare hanno vissuto non può averli lasciati indifferenti; questo è evidente.

PRESIDENTE. Se avessimo fatto l'indagine due anni prima, quell'emozionalità avrebbe agito diversamente.

VACCARO. Però noi abbiamo fatto un'indagine – ho mostrato anche quella – sulla valutazione durante la gestione dell'emergenza Covid. Anche i lombardi hanno risposto bene e hanno detto che la risposta del Servizio sanitario è stata adeguata durante l'emergenza Covid. Quindi c'è un riconoscimento del grande sforzo del sistema e delle sue risorse umane. C'è stato anche un investimento importante, con un incremento dei lavoratori.

ZAMPA (PD-IDP). Infatti bisognerebbe incrociare i dati e andare a vedere quali Regioni hanno fatto le assunzioni con i soldi che erano stati messi a disposizione.

VACCARO. Questi sono dati che penso il Ministero del lavoro possa fornire.

Vorrei concludere sulla questione posta, che è centrale. Credo che ci sia stato anche il tema del disvelamento del modello. Per anni abbiamo

avuto – chi si occupa di sanità lo sa – delle posizioni quasi ideologiche tra i diversi modelli regionali: il modello lombardo, il modello veneto, il modello dell’Emilia-Romagna e il modello toscano. Ha tentato di consolidarsi e di attestarsi anche quello del Lazio. Ci sono stati dei punti di riferimento quasi ideologici. A un certo punto, attraverso il Covid, si è visto che alcune scelte che erano state fatte in termini di mancata territorializzazione (questo va detto) e di potenziamento dell’ambito ospedaliero non pagavano e non hanno pagato. Ci sono enormi differenze nella capacità dei diversi sistemi regionali, anche con le nuove risorse, di fornire risposte a domicilio ai malati di Covid, per esempio, semplicemente sulla base dell’esperienza pregressa. Peraltro non è una questione politica, come diceva giustamente la senatrice Sbröllini, perché nel Nord-Est c’è il Veneto, che ha un tipo di impostazione politica, e c’è l’Emilia-Romagna, che ne ha un’altra. È proprio un tema di modello; si tratta di un modello che ha saputo, fin dal suo sorgere, intrecciare la dimensione dell’ospedale e la dimensione del territorio in misura molto maggiore rispetto a quello è stato fatto in altre aree del Paese. Questo è un dato del sistema e ciò ha dato un ruolo maggiore alla dimensione pubblica rispetto a quella privata (si tratta di dati strutturali, non di sondaggio). Ciò vale sia per il Veneto che per l’Emilia-Romagna, con scelte diverse, naturalmente, come impostazione e come gestione; ma questo sicuramente c’è stato. Io credo che, se vogliamo, potrebbe essere molto interessante, come strategia, imparare dalle *best practice*. Abbiamo visto qual è il modello sanitario per un Paese che invecchia come il nostro; noi abbiamo il primato dell’invecchiamento in Europa, con 14 milioni di ultrasessantacinquenni, anche se è vero che abbiamo grandi prospettive di migliorare la qualità della salute dei più anziani di oggi. Molti di noi, io per prima, ci stiamo affacciando e siamo i *baby boomer* che diventeranno anziani; probabilmente avremo condizioni di salute migliori di quelle delle generazioni precedenti, perché non abbiamo fatto la guerra e abbiamo avuto condizioni di vita e opportunità migliori. Abbiamo inoltre una sensibilità diversa per la prevenzione, quindi probabilmente arriveremo a questa fatidica soglia anagrafica dell’anzianità in condizioni migliori.

PRESIDENTE. Ieri il « Corriere della Sera » proponeva di spostare l’età a 75 anni; io sono molto d’accordo.

VACCARO. Guardi che tutti gli italiani sono d’accordo, perché noi abbiamo chiesto a che età una persona si considera anziana e la maggioranza del campione ci ha risposto che non si sente anziana, anche tra quelli che hanno ottanta anni e più, sottolineando che quello che ti fa sentire anziano non è una soglia anagrafica, ma è la tua condizione di vita, è quello che ti è successo ed è in particolare la condizione di salute; quest’ultima è la vera discriminante. Dati ufficiali (non di sondaggio) testimoniano che c’è un enorme peso dei determinanti sociali nella condizione di salute delle persone, sia per quelle giovani che per quelle anziane. Agire sui determinanti sociali e sui fattori che sono al di fuori

della salute in senso stretto è una strategia importante per risolvere i problemi a cui voi oggi fate riferimento. La prevenzione non si fa solo in sanità, ma deve essere una politica articolata in tutti gli ambiti, a partire dal modo in cui sono costruite le città e dal tema dell'inquinamento; mai come quest'anno abbiamo imparato che *one health* non è uno *slogan*, ma è una cosa reale. Lo spostamento dell'attenzione verso comparti diversi da quello sanitario secondo me è ciò che ci può aiutare a migliorare le condizioni di salute, ma anche la capacità di risposta del nostro sistema, perché, se non deve inseguire cose che sono prevenibili, avrà anche più risorse da mettere a disposizione per le condizioni di salute più gravi. Nonostante i vecchietti di domani (cioè noi) staranno tendenzialmente meglio, dobbiamo abituarci a convivere con la cronicità, perché è così che funziona.

Si faceva infine riferimento all'indebitamento e a dove va la spesa privata. Al momento la spesa privata delle famiglie, parlando di sanità in senso stretto, va dove è indicato dall'Istat (anche quello è un dato ufficiale). I casi a cui si faceva riferimento (che abbiamo anche trovato in una vecchia indagine, che non vi ho riproposto proprio per questo motivo) verso forme di indebitamento e di ricorso all'*out of pocket*, che in qualche modo diventa condizionante per i *budget* familiari, si verificano soprattutto per quei problemi sanitari che hanno anche una componente assistenziale molto forte (la *long term care*, per esempio). Diciamocelo chiaramente: il rischio di privatizzazione dei rischi sanitari, che è ciò a cui abbiamo assistito con la politica del razionamento, si verifica già in pratica quando parliamo di *long term care*, perché la soluzione diffusa in Italia per dare risposta ai problemi della non autosufficienza e degli anziani con livelli più o meno gravi di disabilità è in capo alle famiglie. I problemi di indebitamento e i problemi più gravi sul *budget* familiare hanno a che vedere con la necessità di una gestione continuata nel tempo di patologie gravi croniche. Sull'acuzie non è così (ci possono essere naturalmente i casi che lei ha citato), perché gli italiani sanno che l'ospedale c'è, tant'è vero che vanno al pronto soccorso, quando non trovano risposte da altre parti, e lì ricevono delle risposte tendenzialmente efficaci e di livello su tutto il territorio nazionale, con poche eccezioni. Perché non mettono i soldi nel ricovero? Perché obiettivamente quelle sono attività di cura che hanno un costo economico molto rilevante e che nessuno si sente di affrontare.

Dico un'ultima cosa, ringraziandovi per il tempo che mi avete concesso. Non dobbiamo dimenticarci che una cosa è il meccanismo con cui funziona il sistema sanitario pubblico universalistico e un'altra cosa è il meccanismo con cui funzionano la sanità integrativa in generale e le assicurazioni sanitarie. C'è il rischio di una selezione all'inizio degli assicurati: se sei vecchio o malato, che premio devi pagare? Questo è normale, è la legge del mercato. Altra cosa è la questione della sanità integrativa, naturalmente; i fondi di tipo A – lo sapete meglio di me – non hanno nessuna selezione all'ingresso e forniscono prestazioni integrative. Tutti gli studi fatti in altri Paesi mostrano che, quando ci sono tanti terzi

paganti, la spesa sanitaria aumenta; questo è abbastanza intuitivo. Quello che manca nel nostro Paese, secondo me, è un'analisi come quella che voi state facendo e che avete promosso, la quale ci aiuti a capire cosa fanno i vari pezzi e come si intrecciano fra di loro. Al momento le evidenze empiriche che abbiamo ci indicano – come diceva anche il Presidente – che questa spesa intermediata non ha cambiato i destini della spesa privata delle famiglie. Essa è comunque una quota importante della spesa totale (il 22 per cento) ed è cresciuta nel tempo in termini reali, come vi ho fatto vedere. Inoltre, se non interveniamo con delle regole, corriamo il rischio di fare delle duplicazioni o di organizzare una domanda già forte. Una riflessione su un utilizzo più proficuo di questi 36 miliardi che le famiglie italiane spendono per la sanità *out of pocket* (che non sono pochi) secondo me è doverosa, ma con tutta questa serie di *caveat*, perché è importante capire se l'utilizzo di queste risorse in modo più strutturato, cioè se l'ipotesi del secondo pilastro (tanto per essere chiari) è un'ipotesi funzionale al buon funzionamento del primo oppure no. Su questo non abbiamo ancora le evidenze empiriche che ci consentono di affermarlo.

PRESIDENTE. Dottoressa Vaccaro, mi complimento con lei, perché abbiamo centrato il tema della nostra indagine. Nei prossimi tempi ci sentiremo e tenteremo di mettere a sistema il suo contributo, per capire come potrà aiutarci per realizzare meglio il nostro scopo. La ringrazio molto. Ovviamente lei ha capito qual è il nostro ambito di indagine: qualunque elemento avesse nei prossimi giorni, utile allo scopo, ce lo rimetta, per cortesia, e poi comunque troveremo il modo di collaborare meglio.

FURLAN (*PD-IDP*). Signor Presidente, vorrei aggiungere solo una domanda, che è utile per il lavoro che stiamo facendo. Vorrei capire meglio se il fatto che le liste d'attesa si gonfiano è dovuto percentualmente di più alla mancanza di strumentazione o alla mancanza di personale. Questo secondo me fa la differenza, non solo per l'indagine e per il lavoro che stiamo facendo, ma anche per l'analisi dei bisogni che ci sono a livello di sanità pubblica. In molti casi esistono gli strumenti, ma la carenza di tecnici e di personale determina il fatto che non c'è nessuno che sia in grado di utilizzarli, se non per un numero limitato di ore. Capire meglio questo aspetto, possibilmente con un po' di mappatura, non dico per singole strutture, ma almeno per territori e Regioni, può aiutare il nostro lavoro.

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 10.*

