



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
FACOLTÀ DI SCIENZE POLITICHE,
ECONOMICHE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN
ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE

SANITA' ITALIANA TRA PUBBLICO E PRIVATO.
L'ESPERIENZA DEL CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO

Relatore: Professoressa Franca MAINO

Tesi di laurea di:
Elisa DI MAURO
Matricola 797404

Anno Accademico 2013-2014

Indice

Introduzione	3
1. Dal welfare state in crisi al secondo welfare	5
1.1 Cos'è il welfare state	5
1.2 Cenni storici	6
1.3 La crisi e le proposte di rinnovamento in Italia.....	8
1.4 La risposta del secondo welfare in Italia.....	11
2. I cittadini di fronte alla sanità	19
2.1 La sanità tra bisogni e consumi.....	19
2.2 Dalla sanità pubblica a quella privata	25
3. Centro Medico Santagostino.....	30
3.1 I promotori, la mission e i pazienti	30
3.2 Medici specialisti e specialità mediche	34
3.3 Certificazioni e qualità	39
3.4 Comunicazione e iniziative sociali	43
Conclusioni	48
Bibliografia e Sitografia.....	50

Introduzione

Questo elaborato, dedicato alla sanità italiana, si propone di analizzare quali sono le condizioni che hanno portato all'attuale situazione del Sistema Sanitario Nazionale pubblico e allo sviluppo della sanità privata, partendo dalle origini del welfare state fino all'introduzione di un secondo welfare integrativo e quindi all'estensione del mercato privato anche in quest'area.

Inizialmente, nel primo capitolo, un approfondimento storico evidenzia le tre tappe fondamentali di costituzione dello Stato sociale in Europa, dalle prime forme di assistenza ai poveri del XVII secolo fino alla distinzione tra i diversi modelli di welfare della metà del 900, quello universalistico e quello occupazionale, per poi soffermarsi sulle possibili cause che hanno portato, verso la fine del XX secolo, alla crisi del moderno welfare state.

Successivamente, focalizzandosi sul caso italiano, vengono evidenziate le proposte per il superamento della crisi e sono approfonditi i punti salienti con cui l'Italia è arrivata ad introdurre, accanto al primo, un secondo pilastro previdenziale, studiando quali sono i bisogni e le spese sanitarie nelle diverse fasi della vita di un individuo.

Nel secondo capitolo, l'attenzione si sposta sulle diverse dinamiche socio-demografiche, economiche, politico-istituzionali e culturali che hanno portato alla trasformazione e allo sviluppo della sanità e alle conseguenti strategie adottate per ridurre gli aspetti sfavorevoli derivanti dalle stesse, attuate negli anni Ottanta e Novanta. Viene poi analizzato lo stato della domanda e dell'offerta sanitaria e le manovre per riequilibrarle, con un breve sguardo sugli enti assicurativi ed i fondi sanitari integrativi.

Proseguendo, l'elaborato approfondisce il sempre maggior interesse verso la sanità privata, analizzando cosa sostiene la legge in merito alle strutture pubbliche, private e private accreditate, e, in seguito, quali sono le specialità più richieste nell'ambito privato e chi si rivolge maggiormente a queste strutture.

Infine, nel terzo capitolo, viene proposto il caso del Centro Medico Santagostino, una struttura privata che dal 2009 opera nell'area di Milano fornendo prestazioni mediche e attività correlate alla salute, a prezzi calmierati. In particolare ci si sofferma sulla tipologia di pazienti che usufruiscono dei servizi, sugli specialisti medici che operano nel poliambulatorio, sulle diverse modalità di assistenza al paziente in situazioni di bisogno e sugli aspetti organizzativi e gestionali.

L'obiettivo finale è comprendere le ragioni del successo di un'esperienza lavorativa sicuramente innovativa, costruita e valutata fase per fase; solo in questo modo si può rendere questa esperienza esportabile in altri contesti, con vantaggi di salute per gli utenti, di possibile espressione lavorativa per i professionisti e di ritorno economico sia per i professionisti che per i finanziatori.

1. Dal welfare state in crisi al secondo welfare

1.1 Cos'è il welfare state

Il welfare state, solitamente tradotto in italiano con “Stato Sociale” o “Stato del Benessere”, è un complesso di politiche pubbliche dirette a migliorare le condizioni di vita dei cittadini e una sorta di "contratto sociale" in cui lo Stato si assume il ruolo di garante del benessere dei cittadini; è un insieme di interventi statali connessi ad un processo di trasformazioni economiche, sociali e politico-istituzionali, con le quali lo Stato cerca di eliminare le disuguaglianze sociali ed economiche tra la popolazione¹.

In Gran Bretagna, negli anni dopo la Seconda Guerra Mondiale, si inizia a parlare di welfare state, inteso come interventi di protezione sociale a carattere tendenzialmente universale, in risposta alla nuova configurazione di rischi e bisogni originata dalle dinamiche di modernizzazione. Esso copriva, ad esempio, la disoccupazione, l'invalidità, i bisogni della vita coniugale (come la maternità, la vedovanza o l'interruzione dei guadagni del marito), i sussidi all'infanzia, la malattia fisica.

Prima di esso esistevano diverse forme di assistenza sociale, già dal XVII secolo, ma erano principalmente rivolte a classi socialmente svantaggiate (minori, orfani, poveri). È nel XX secolo, quando vengono riconosciuti i diritti sociali (affiancati ad altri due diritti fondamentali di cittadinanza, i diritti civili e politici), che si assiste all'evoluzione dello Stato Sociale: si hanno così interventi pubblici connessi al processo di modernizzazione sia dell'istruzione, che dell'assistenza, dell'assicurazione e della sicurezza sociale e, di conseguenza, vengono introdotti doveri di contribuzione finanziaria.

L'assistenza sociale comprende tutti quegli interventi volti a rispondere in modo mirato a specifiche categorie di bisognosi. Condizionale è l'accertamento del

¹ Il paragrafo seguente è tratto da:
Enciclopedia Treccani
Della Porta (2008)
Zagrebel'sky (2009)

cosiddetto stato di bisogno, cioè la presenza di una necessità individuale manifesta e l'impossibilità del bisognoso di farvi fronte, verificata attraverso una "prova dei mezzi". Date le sue caratteristiche, l'assistenza sociale è una forma di protezione selettiva e residuale, garantita automaticamente a chiunque si trovi nelle condizioni previste e rispetto alla capacità di risposta individuale o familiare. Prescinde da requisiti di tipo contributivo e il finanziamento avviene via fiscalità generale.

L'assicurazione sociale comprende gli interventi pubblici caratterizzati dall'erogazione di prestazioni in forma automatica e imparziale (tutela infortuni, malattia, vecchiaia, disoccupazione, carichi familiari di persone non autosufficienti) sulla base di precisi diritti e doveri individuali; ha carattere obbligatorio e un finanziamento di tipo contributivo.

La sicurezza sociale, rispetto ai precedenti sistemi di protezione, è estesa a tutta la popolazione per quanto riguarda la garanzia del reddito, e a tutti i cittadini per quanto riguarda l'assistenza sanitaria. Essa è volta a fornire prestazioni omogenee corrispondenti ad un "minimo nazionale", ritenuto indispensabile per condurre una vita dignitosa, ed è perciò finanziata via fiscalità generale e scollegata dai contributi versati.

1.2 Cenni storici

L'origine storica del moderno welfare state è riconducibile alle misure di assistenza ai poveri, sviluppatesi in tutti gli stati europei a partire dal XVII secolo, che interessavano con varie modalità assistenziali povertà, indigenza e vagabondaggio. L'assistenza ai poveri era erogata principalmente dalla Chiesa, ma nel corso degli anni crebbe notevolmente il ruolo dello Stato, e si basava su interventi di natura filantropica, anche allo scopo di ridurre fenomeni negativi connessi alla povertà, come criminalità e violenza².

² I contenuti fanno riferimento a:
Ferrera (1985)
Casula (2000)
Ferrera (2006)

L'avvio del moderno stato sociale, e quindi la fase dell'instaurazione, avvenne alla fine del 1800 grazie all'introduzione dell'assicurazione obbligatoria: essa offriva ai poveri prestazioni standardizzate, fondate su precisi diritti individuali, in contrasto alla semplice assistenza occasionale degli anni precedenti. Il primo paese ad introdurre l'assicurazione obbligatoria fu la Germania, ad opera del cancelliere Bismarck nel 1883, mentre gli altri paesi cominciarono ad introdurre forme assicurative sussidiate o finanziate dallo Stato ma senza obbligatorietà (in Italia venne adottata nel 1898).

Il primo schema obbligatorio fu quello contro gli infortuni sul lavoro, soprattutto per tre ragioni: in primo luogo poiché alla fine del secolo ci fu un'accelerazione del processo di industrializzazione che comportò un aumento degli infortuni e incidenti sul lavoro, in secondo luogo perché era il meno distante dai principi liberali e, infine, era il meno osteggiato dai movimenti socialisti.

Successivamente l'assicurazione obbligatoria venne estesa al settore della malattia, della vecchiaia e dell'invalidità, anche con trasferimenti di risorse finanziarie a favore dei lavoratori e delle loro famiglie; a spingere, in tal senso, era principalmente la preoccupazione di ridurre e porre sotto controllo il dissenso e il conflitto sociale.

La fase dell'instaurazione durò fino alla Prima Guerra Mondiale, dopo la quale prese avvio quella del consolidamento. In questo periodo molti paesi cominciarono ad estendere le tipologie di beneficiari, includendo altre categorie di soggetti oltre ai lavoratori dipendenti: l'assicurazione contro le malattie venne estesa ai componenti familiari, quella pensionistica ai superstiti.

Assistiamo così al passaggio da un'assicurazione limitata solo ai lavoratori da una più ampia definita poi assicurazione sociale.

Nel cosiddetto "Trentennio glorioso" (1945-1975) ci fu uno sviluppo generalizzato: in tutti i paesi vi fu una costante estensione della copertura dei bisogni e un miglioramento della protezione offerta dallo Stato.

Mentre prima la protezione riguardava principalmente persone bisognose, dopo la Seconda Guerra Mondiale la “prova dei mezzi” venne abolita e la copertura fu estesa a tutta la popolazione. Furono i paesi scandinavi (Danimarca, Svezia e Norvegia) gli apripista di tale percorso, che consolidò un modello universalistico di welfare con schemi di protezione sociale che coprivano tutti i cittadini indipendentemente dalla posizione lavorativa e basato su principi egualitari e finanziamento fiscale.

Nei paesi dell’Europa continentale il processo di estensione della copertura fu più contenuto: in quest’area, infatti, si consolidò il cosiddetto modello occupazionale di welfare, dove le formule di calcolo per l’erogazione delle prestazioni sono collegate ai contributi e/o alle retribuzioni e i principali destinatari sono lavoratori adulti e capo famiglia.

La scelta del modello di copertura definisce infatti i confini interni del welfare state, gli ambiti di condivisione dei rischi sociali e della redistribuzione. Durante il “Trentennio glorioso” la spesa sociale crebbe e vennero sviluppate tecniche sempre più sofisticate per migliorare e razionalizzare l’estrazione di imposte e contributi ed erogare prestazione alle tipologie di beneficiari.

1.3 La crisi e le proposte di rinnovamento in Italia

Il periodo che va dagli anni '50 fino agli anni '90 fu caratterizzato da una crescita della spesa pubblica, specialmente nei Paesi che adottarono una forma di welfare universale, ma la situazione rimase tutto sommato sotto controllo grazie alla crescita del prodotto interno lordo (PIL); tuttavia verso la fine del XX secolo, a causa di ragioni economiche, politiche, sociali e culturali, i sistemi di welfare entrarono in crisi, tanto da poter parlare di “crisi del welfare state”³.

Le possibili cause della crisi dello stato sociale furono tre:

³ La fonte del testo seguente è:
Maino - Petretto - Simoncini (2013)

1. il manifestarsi di nuovi rischi e bisogni sociali, anche associati all'incremento della speranza di vita, per i quali il welfare pubblico non sapeva dare risposte adeguate: ad esempio la precarietà lavorativa, la non autosufficienza, l'esclusione sociale e la difficoltà di conciliare il lavoro e la famiglia;
2. la quasi totale assenza di risorse, sottoposte a vincoli di bilancio sempre più categorici, che ne impedivano l'uso per dare risposta ai bisogni emergenti;
3. l'emergere di una crisi economico-finanziaria fortemente influente sulle prime due cause, in un contesto di mancato rinnovamento del sistema di protezione sociale: non era più praticabile un welfare costoso ed ampio a causa del progressivo deterioramento della possibilità di finanziarlo tassando i ceti medi, che si stanno avviando verso redditi medio bassi (a causa del calo d'importanza dell'industria).

In Italia la crisi del welfare state ha portato all'individuazione di tre possibili scenari per il superamento della crisi stessa (Maino e Ferrera, 2013):

- smantellamento: progressiva destrutturazione del sistema di welfare italiano attraverso una serie di misure come tagli e forme di privatizzazione
- mantenimento: non mettere in discussione l'impostazione di base dello stato sociale, ma procedere, con interventi di razionalizzazione e di ricalibratura, allo spostamento di risorse da alcuni settori ad altri, più bisognosi
- rinnovamento: lavorare sul primo welfare affiancando nuovi elementi in una logica integrativa e non sostitutiva. Il rinnovamento deve consentire lo sviluppo di un nuovo welfare

Il problema in Italia non è stato l'eccesso di spesa sociale, ma la sua articolazione interna sbilanciata verso la spesa previdenziale (maternità, vecchiaia, ...) a discapito dei settori sottoprotetti: ad esempio la spesa sociale pro-capite per povertà ed esclusione sociale è inferiore a quella di altri paesi

europei e l'incremento di risorse non è più rinviabile per fronteggiare i problemi di questi settori.

Ad oggi molti esperti stanno studiando e ricercando la possibilità del rinnovamento del welfare state, poiché il terzo scenario appare il più attuabile.

Dal primo welfare possono venire alcuni elementi, come una maggiore selettività rispetto al reddito o il riordino e/o riduzione delle detrazioni; all'interno della sfera pubblica, poi, vanno anche potenziate alcune funzioni, per esempio l'introduzione di strumenti con un approccio universalistico a tutela dei soggetti a rischio povertà e a rischio di esclusione sociale, o l'introduzione di schemi di reddito minimo di cittadinanza e di reddito minimo garantito.

Da un secondo welfare, possono derivare ulteriori elementi, come la mobilitazione e la valorizzazione del risparmio privato in modo più ottimale ed efficiente, delle risorse di pagatori privati e del ruolo degli erogatori non pubblici.

Andrebbe inoltre ripensato il ruolo dell'attore pubblico, non tanto a livello nazionale quanto a livello locale, per attuare azioni mirate e specifiche per e sul territorio.

Rispetto ai nuovi attori – o meglio, attori già esistenti ma non “correttamente” valorizzati – andrebbe data loro più considerazione, soprattutto nell'ottica di nuove funzioni e spazi all'interno del “*new welfare*”. Essi sono categorizzabili come:

- soggetti che dispongono di risorse: assicurazioni, aziende, sindacati, casse mutue, associazioni di categoria, fondazioni bancarie, di impresa e di comunità
- soggetti che, modificando il loro rapporto con lo Stato, possono essere nuovi erogatori di prestazioni e di servizi: imprese sociali, cooperative, enti caritativi, associazioni di volontariato
- regioni e governi locali che dovranno svolgere nuove funzioni di coordinamento, monitoraggio e valutazione

Questi nuovi attori, dal ruolo essenziale in un'ottica di affiancamento, sostegno e cooperazione alla sfera pubblica, sono fondamentali per il progetto di rinnovamento del welfare state.

1.4 La risposta del secondo welfare in Italia

Non è possibile comprendere appieno il significato del secondo welfare, se prima non si tratta e si descrivono le linee guida del primo welfare.

Il primo welfare si sviluppa nel XX secolo finanziato dal bilancio pubblico ed è caratterizzato dall'intervento diretto dello Stato. Il problema del primo welfare italiano è che la spesa sociale pubblica è squilibrata a favore delle funzioni di vecchiaia e superstiti, del sistema pensionistico, e deve quindi essere ristrutturata. Notiamo come il paese presenti una duplice distorsione: funzionale e distributiva.

Funzionale, poiché vi è un'iperprotezione del rischio correlato a vecchiaia e a superstiti a discapito di rischi e bisogni collegati ad altre fasi del ciclo di vita (povertà, servizi all'interno della famiglia, disagio abitativo).

Distributiva, poiché il grado di protezione dipende dall'appartenenza a tre diversi gruppi sociali:

- gruppo dei garantiti, con protezione molto elevata contro tutti i rischi; è composto dai lavoratori dipendenti delle amministrazioni pubbliche e delle grandi imprese
- gruppo dei semi-garantiti, la cui protezione tipica è la pensione al minimo per quel che riguarda il rischio di vecchiaia, mentre per quanto riguarda gli altri rischi le prestazioni e le tutele sono limitate negli importi e nella durata, oppure assenti; è composto da lavoratori dipendenti, autonomi e lavoratori atipici
- gruppo dei non garantiti, per i quali la pensione o l'assegno sociale tutelano il rischio di vecchiaia, ma che non godono di nessuna protezione

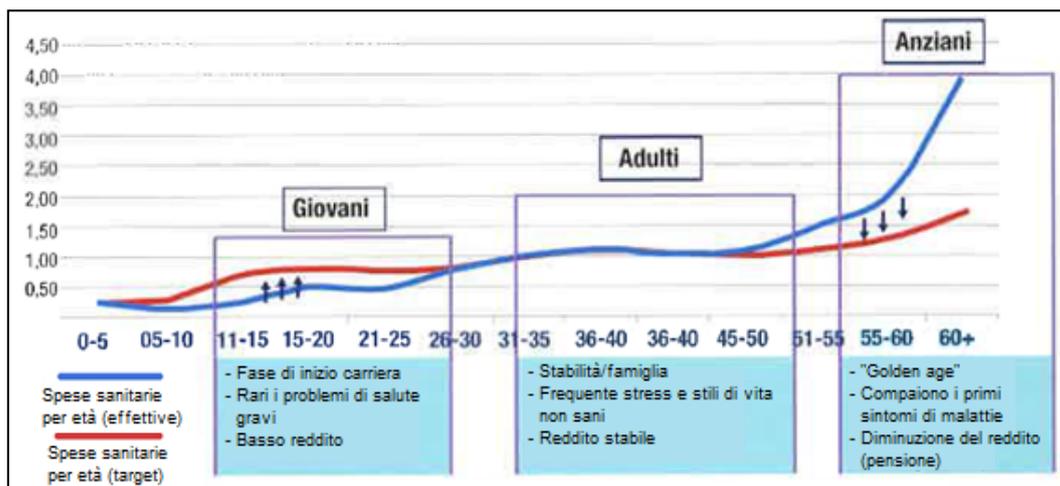
per gli altri rischi; è composto dai lavoratori legati ad un economia sommersa

Considerati sia i vincoli europei che indicano che ci sono pochi margini di espansione della spesa pubblica, sia i bisogni crescenti che richiedono investimenti sociali, una possibile soluzione è la ristrutturazione dei sistemi di bisogno: allargare il perimetro della protezione sociale affiancando un secondo welfare al primo.

Se dividiamo la vita di un uomo in tre fasi, una pre-lavorativa, una lavorativa e una post-lavorativa, possiamo notare come i due welfare si integrino tra loro grazie alle diverse forme di assistenza, creando un modello "*life cycle*" che va a comprendere le principale esigenze sia del lavoratore che della sua famiglia (*figura 1.1*):

- fase pre-lavorativa, dall'infanzia alla gioventù: il primo welfare propone asili nido comunali, scuole di infanzia e assegni di studio statali, affiancati dal secondo welfare che propone asili nido aziendali, scuole d'infanzia private e borse di studio erogate da fondazioni
- fase lavorativa: a tutela della disoccupazione il primo welfare propone politiche attive (ad esempi sussidi), mentre il secondo welfare propone assicurazioni aziendali sanitarie integrative e programmi di welfare aziendali
- fase post-lavorativa, della vecchiaia: il primo welfare offre assistenza socio-sanitaria pubblica e il secondo welfare mette a disposizione polizze *long term care*

Figura 1.1 Spese sanitarie (valore relativo) in un modello “life cycle”



Fonte: RBM Salute - Censis, *Scenari evolutivi per il Welfare Integrativo: Sanità, Previdenza e Assistenza nel Secondo Pilastro*, giugno 2014

Attualmente la suddivisione precedente appare superata, in relazione sia alle mutate caratteristiche del mercato del lavoro - in particolare al diffondersi del fenomeno della “precarietà” connessa alla diffusione di forme di ingresso nella vita lavorativa alternative al contratto a tempo indeterminato - sia tenendo conto del significativo spostamento in avanti dei requisiti dell’età pensionabili previsti dalla Riforma Fornero del 2012, che ha determinato problemi di riduzione/assenza di reddito lavorativo negli anni antecedenti alla maturazione del diritto alla pensione.

Una classificazione più rispondente alla realtà è esposta nella tabella 1.2:

Figura 1.2 Classi omogenee di età articolate per bisogni di welfare

Classi di bisogno	Caratteristiche	Età di ingresso	Età di uscita
I - Ingresso in attività	Periodo di apprendistato o di contratto a tempo determinato	20/30 anni	25/35 anni
II - Lavoratore standard	Contratto a tempo interminato	25/35 anni	60/62 anni
III - Lavoratore "anziano"	Riduzione delle ore di lavoro o uscita dall'attività SENZA il diritto alla prestazione pensionistica di base	60/62 anni	66/67 anni
IV - Pensionato "giovane"	Percezione della pensione INPS	66/67 anni	76/78 anni
V - Pensionato "anziano"	Probabile minore autonomia	76/78 anni	Fine vita

Fonte: Maino Franca, *Welfare integrato: una proposta*, Percorsi di Secondo Welfare, 8 settembre 2014

Per ogni classe sono stati individuate prestazioni immediate, di cui l'individuo potrebbe beneficiare durante il periodo di permanenza nella classe, e prestazioni differite, che potrebbero essere erogate in occasione del passaggio ad una successiva classe di bisogno (*figura 1.3*).

Figura 1.3 Possibili prestazioni di welfare integrato distinte per classi di età omogenee e tipo di bisogno

Classi di età/ bisogno	Bisogni e tipi di prestazioni	Coperture attualmente previste dalla normativa
I	Immediati <ul style="list-style-type: none"> • Acquisto 1° casa • Contributi spese familiari (asili nidi, assegni studio) • Assistenza sanitaria • Non autosufficienza da attivo • Sostegno reddito per periodo di disoccupazione • Sostegno spese di mobilità Differiti <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione pensionistica • Non autosufficienza da pensionato 	<ul style="list-style-type: none"> • Previdenza complementare: anticipazione • <i>Fringe benefits</i> • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (anticipazioni) • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (pensione invalidità anticipazione) <ul style="list-style-type: none"> • Previdenza complementare • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (maggiorazione rendita)
II	Immediati <ul style="list-style-type: none"> • Acquisto 1° casa • Contributi spese familiari (asili nidi, assegni studio) • Rimborso spese per servizi di cura e di assistenza per persone non autosufficienti a carico • Assistenza sanitaria • Non autosufficienza da attivo • Sostegno reddito per periodo di disoccupazione • Sostegno spese di mobilità Differiti <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione pensionistica • Non autosufficienza da pensionato 	<ul style="list-style-type: none"> • Previdenza complementare: anticipazione - anticipazione 30% • <i>Fringe benefits</i> • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (anticipazioni) • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (pensione invalidità anticipazione) <ul style="list-style-type: none"> • Previdenza complementare • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (maggiorazione rendita)
III	Immediati <ul style="list-style-type: none"> • Acquisto 1° casa/Acquisto casa per figli • Spese per lo studio (universitario) dei figli • Assistenza sanitaria • Non autosufficienza da attivo • Sostegno reddito per periodo di disoccupazione totale o parziale prima del pensionamento • Altro Differiti <ul style="list-style-type: none"> • Non autosufficienza da pensionato 	<ul style="list-style-type: none"> • Previdenza complementare: anticipazione • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (anticipazioni) • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (pensione invalidità anticipazione) • Previdenza complementare: anticipazione 30% <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (maggiorazione rendita)
IV	Immediati <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza sanitaria • Non autosufficienza da pensionato • Altro 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza sanitaria integrativa • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (maggiorazione rendita)
V	Immediati <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza sanitaria (a domicilio) • Non autosufficienza da pensionato • Spese per servizi di supporto e vicinanza 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza sanitaria integrativa • Assistenza sanitaria integrativa/Prev. complementare (maggiorazione rendita)

Fonte: Maino Franca, *Welfare integrato: una proposta*, Percorsi di Secondo Welfare, 8 settembre 2014

Il principio ispiratore dell'iniziativa di integrazione tra primo e secondo welfare è stata un'osservazione di Ralf Dahrendorf, sociologo e filosofo tedesco, riferendosi alla riforma del welfare: *“La condizione economica di molte famiglie consente oggi di cercare un nuovo equilibrio tra prestazioni offerte e finanziate dalla collettività e il contributo degli individui e delle loro associazioni”* (Dahrendorf, *La nuova libertà*, 1977).

Dunque, a maggiori responsabilità della società civile e delle sue associazioni si affiancano maggiori responsabilità individuali nell'affrontare rischi e bisogni. Perciò all'insieme delle misure emergenti che non poggiano sulle strutture pubbliche, è stato attribuito l'aggettivo di “secondo”.

Tale aggettivo ha un doppio significato: temporale e funzionale. Temporale, perché si tratta di forme, sperimentazioni e innovazioni che hanno come base il primo welfare; funzionale, perché si integra al primo per colmarne le lacune, portando risorse aggiuntive, nuove e non pubbliche, messe a disposizione in parte dalle famiglie e in parte da nuovi attori economici e sociali. Il primo welfare non viene messo in discussione nella sua funzione redistributiva e produttiva di base, ma solo integrato dall'esterno laddove vi siano domande non soddisfatte.

Il secondo welfare è pensato per fornire servizi per le nuove categorie di soggetti vulnerabili, non in forma di erogazioni monetarie, ma di vere e proprie prestazioni utili al sostentamento e al mantenimento di una persona.

Questi interventi sono forniti da diversi soggetti, piccole comunità, volontari, aziende private (*i nuovi attori elencati nel paragrafo 1.3*) che, agendo in collaborazione, creano delle reti tra di loro e sul territorio, rispondendo alle esigenze che si manifestano sul territorio stesso, per attutire le conseguenze della crisi.

Oltre a questi soggetti, un ruolo fondamentale è assunto dagli enti locali, che promuovono la cooperazione tra il settore pubblico, il settore privato e il settore privato sociale, migliorano i network tra gli attori e contribuiscono al reperimento di risorse aggiuntive.

I nuovi attori hanno quindi un ruolo strategico all'interno del secondo welfare e, consapevoli di ciò, in tutto il territorio nazionale sempre più aziende, istituti bancari, enti privati e organizzazioni no profit muovono i passi nella direzione che il secondo welfare sta indicando.

È però importante ricordare che il welfare pubblico non deve essere messo da parte ma, sfruttando lo stimolo derivante dal privato, deve introdurre alcune riforme basilari, mantenere alto il livello di attenzione sull'universalità della protezione sociale e soprattutto deve evitare che il privato si sostituisca interamente al pubblico.

È vero, infatti, che il secondo welfare ha il vantaggio di far fronte alla crisi economica ampliando la platea dei beneficiari di protezione sociale e offrendo maggiori risposte ai cittadini, di mobilitare soggetti economici e risorse innovative contribuendo a creare nuova occupazione e nuove imprese e di fornire servizi più flessibili tarati sui veri bisogni, ma rischia anche di non riuscire a colmare le carenze storiche delle politiche sociali e anzi di lasciare sempre più indietro poveri ed esclusi, differenziando maggiormente "chi è dentro" e "chi è fuori".

Figura 1.4 Diffusione delle prestazioni di welfare aziendale (percentuale di aziende sul totale di quelle presenti sul territorio)

Prestazioni	Centro-Nord	Meridione
Alloggi	7,2	2,8
Borse di studio	24,3	14,3
Agevolazioni al consumo	26,3	8,6
Sostegno al reddito	24,4	14,3
Prestiti agevolati	38,8	40
Fondo pensione	88,7	77,1
Fondo sanitario	62,3	47,1
Fondo Long Term Care	10,2	2,8
Servizi di cura per l'infanzia	19,5	2,8
Congedi extra	29,4	14,3
N. medio interventi per azienda	3,3	2,1

Fonte: Ascoli, Mirabile e Pavolini 2012

Come si può osservare dalla figura 1.4, il secondo welfare è diventato molto rilevante e incide direttamente sulle condizioni di vita di milioni di italiani di ogni età: più del 80% delle aziende con più di 500 dipendenti ha avviato una qualche iniziativa di welfare aziendale e il 40% offre almeno due tipi di interventi di welfare per i propri lavoratori; inoltre le cooperative sociali sono più di 11.000 e le Fondazioni (di origine bancaria e di comunità) più di 6.000.

2. I cittadini di fronte alla sanità

2.1 La sanità tra bisogni e consumi

Uno dei compiti principali del sistema di welfare, oltre al miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini e la tutela delle fragilità, è il permettere l'accesso universale all'educazione e alla sanità; quest'ultima in Italia rappresenta la seconda voce di spesa, dopo quella pensionistica, a carico del fondo nazionale stanziato per sostenere la totalità degli interventi previsti (*figura 2.1*)⁴.

Figura 2.1 Totale della spesa primaria stanziata dallo Stato

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Spesa primaria corrente	660,6	669,9	669,6	666,5	671,4	679,4	693,2
Pensioni	233,0	238,6	244,9	250,6	255,2	262,5	269,6
Sanità	110,5	112,5	111,6	110,8	111,1	113,0	115,4
Altre spese correnti	317,2	318,9	313,2	305,1	305,1	303,8	308,2
Spese in conto capitale	66,9	51,8	48,1	47,8	55,3	45,4	46,0
Totale spesa primaria	727,6	721,7	717,7	714,4	726,7	724,8	739,2

Fonte: Istat e Documento di Economia e Finanza (DEF), 2013

Compito primario della sanità è quello di tutelare la salute dei cittadini che viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità”*; questa consapevolezza, e lo sviluppo di nuove tecnologie sanitarie, ha influenzato notevolmente le aspettative che i cittadini hanno nei confronti delle organizzazioni sanitarie e del loro ruolo nell'identificazione e soluzione dei diversi problemi del singolo, portando ad un cambiamento della domanda che si è ampliata verso ambiti che inizialmente non erano di competenza della sanità. La maggior fiducia nella medicina ha portato ad un ricorso sempre più significativo a terapie innovative e ad alto contenuto tecnologico, determinando importanti conseguenze sul livello dei

⁴ Il paragrafo è tratto da:
Maino in Ferrera (2012)

costi, già notevolmente incrementati dal fattore socio-demografico dell'aumento della popolazione anziana: tale trasformazione demografica è dovuta al calo della natalità e all'allungamento della speranza di vita, derivante dai progressi della scienza e delle tecnologie biomediche.

Oggi siamo in presenza del cosiddetto “paradosso medico”, poiché con l'aumento di persone anziane, le più bisognose di cure mediche, cresce il numero di persone dipendenti dal sistema sanitario.

Nell'evoluzione della sanità, oltre alle trasformazioni socio-demografiche, hanno avuto un ruolo significativo anche dinamiche di tipo economico, politico-istituzionali e culturali.

Per le prime è stata evidenziata una correlazione positiva tra consumo sanitario e reddito nazionale: una maggiore disponibilità economica consente un maggior consumo di beni sanitari offerti dall'industria della salute.

Per le dinamiche politiche-istituzionali si è visto che, a causa dell'ampliamento della copertura assicurativa obbligatoria di malattia e della varietà di rischi sempre più protetti, è aumentato il ricorso ai diritti sanitari e quindi i costi per lo Stato.

Infine, per gli aspetti culturali, è stato verificato che il sistema dei servizi estesamente garantiti dal primo welfare e concepiti come diritto acquisito, ha influenzato “negativamente” i tre soggetti protagonisti dell'arena sanitaria: i consumatori sono stati inizialmente illusi di poter usufruire gratuitamente, o quasi, delle prestazioni e dell'assistenza; i fornitori delle prestazioni (principalmente i medici) sono stati tendenzialmente esonerati da vincoli economici di spesa sociale, se non nel rispetto del giuramento di Ippocrate, e spesso sono stati spinti a intensificare la propria attività professionale; i finanziatori (principalmente lo Stato) si sono riservati pochi poteri di controllo della qualità e di valutazione economica e hanno mostrato scarsa efficienza regolativa.

Le trasformazioni appena descritte hanno determinato, sul piano finanziario, aspetti sfavorevoli, con il conseguente stimolo alla ricerca di nuovi strumenti normativi ed organizzativi per il contenimento dei costi, il controllo degli erogatori e la responsabilizzazione dei finanziatori.

Le strategie adottate possono essere raccolte in tre diverse linee di intervento, messe in pratica negli anni Ottanta e Novanta:

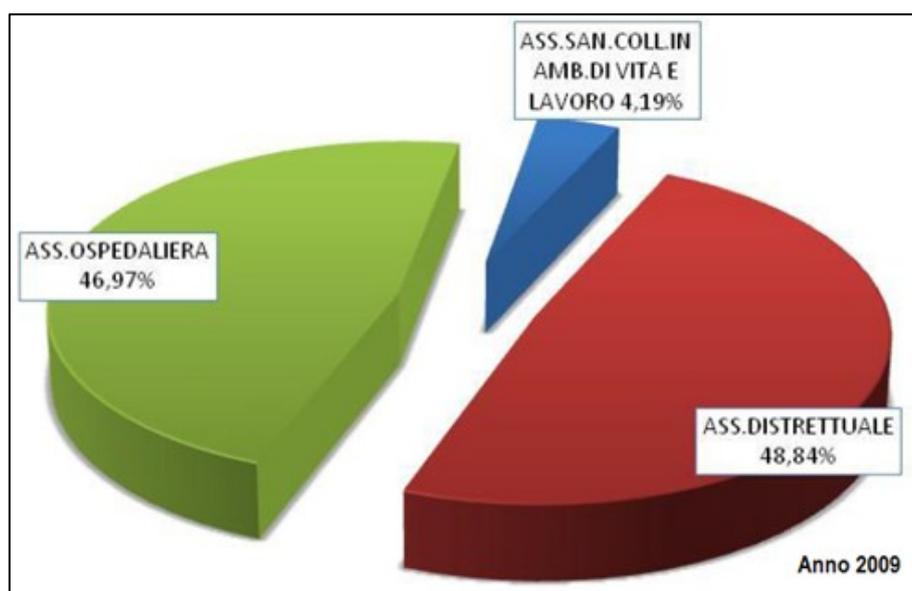
1. razionamento dei servizi sanitari, con il fine di ridurre progressivamente l'impegno statale nell'erogazione dei servizi, trasferendo in tutto o in parte i costi ai cittadini. Questa strategia, che mina l'idea di universalismo, è stata adottata in forme differenti dai diversi paesi interessati: in Italia, per esempio, si è intrapresa nel 2001 la via della "comprendività del pacchetto di prestazioni", individuando le prestazioni essenziali da mantenere a carico della tutela pubblica (i cosiddetti LEA, livelli essenziali di assistenza, nel DPCM del 29 novembre 2001) e quindi a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
2. adozione di misure di tipo restrittivo sul versante dell'offerta, tra cui:
 - la fissazione di tetti di spesa e di bilanci, per l'intero settore sanitario o per alcuni comparti (quello ospedaliero in primis)
 - la riorganizzazione delle strutture e del personale
 - controlli sulle tecnologie e sui prezzi, per ridurre l'acquisto di attrezzature sofisticate e per razionalizzarne l'utilizzo
 - controlli sul comportamento prescrittivo dei medici, per responsabilizzarli e contenere i costi indotti
3. gestione manageriale della produzione sanitaria: l'introduzione di logiche di mercato, tipiche delle organizzazioni private, all'interno di un sistema sanitario pubblico fa sì che i produttori di prestazioni sanitarie possano competere tra loro e che i manager a capo delle strutture di produzione possano agire come degli imprenditori. La finalità di questo intervento deriva dalla necessità di aumentare il livello di efficienza e di produttività degli apparati della Pubblica Amministrazione, introducendo meccanismi

di maggiore pertinenza nell'utilizzo e nella verifica della qualità di risorse impiegate, in rapporto all'erogazione di un servizio.

Questo perché il settore della sanità pubblica, così com'è strutturato, ha molti limiti e genera eccessivi costi, ma al contempo è impensabile che ci sia una completa e totale privatizzazione a causa delle sue caratteristiche intrinseche e della peculiarità dei servizi trattati.

Nonostante queste strategie di sviluppo, che spingono la medicina verso un'evoluzione di tipo specialistico e imprenditoriale, l'organizzazione sanitaria continua ad essere fortemente centrata sull'ospedale, soprattutto in Italia, e quindi l'integrazione tra società e sanità che più facilmente si attuerebbe grazie all'assistenza territoriale, risulta ancora lontana dai livelli sperati: come si osserva dalla figura 2.2, nel 2009 l'assistenza ospedaliera richiedeva il 46,97% delle risorse per la spesa sanitaria nazionale, mentre l'assistenza distrettuale il 48,8%. Il "Patto per la Salute 2010-2012" fissa i livelli al 44% per la prima e al 51% per la seconda.

Figura 2.2 Ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale tra i macro livelli di assistenza (anno 2009)



Fonte: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, *Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza - Anno 2007/2009*, novembre 2011

Il quadro che si presenta è quello di una domanda in rapida crescita sotto la spinta dei cambiamenti demografici, culturali e tecnologici e di un'offerta che non riesce a cambiare con altrettanta rapidità. Per cercare di riequilibrare tale quadro, le diverse autorità sanitarie hanno innanzitutto operato sull'offerta: hanno modernizzato i servizi, applicato nuove tecnologie potenzialmente capaci di migliorare i processi, hanno incentivato lo sviluppo dell'innovazione e l'appropriatezza della cura.

Questo grazie soprattutto ad una nuova visione strategica di più ampio respiro e alla capacità di investire su tecniche di valutazione in grado di orientare scelte basate su criteri oggettivi, di operare interventi organizzativi per migliorare l'integrazione socio-sanitaria e di favorire, attraverso momenti formativi ed educativi, l'affermarsi di un nuovo rapporto tra gli operatori socio-sanitari e i cittadini (Carenzi, 2010).

Per quanto riguarda la domanda, che varia in base ai diversi fattori socio-culturali e che risulta impropria se l'offerta non è sufficientemente adeguata, ci si è chiesto come intervenire senza andare contro i principi dell'universalismo e della libera scelta: il secondo Report CEFASS sul welfare in Europa riporta nelle conclusioni l'affermazione *“certamente non sarà facile per i cittadini europei comprendere che il benessere raggiunto deve essere riguadagnato. Non è solo un problema di provvedimenti legislativi, ma di educazione”* (BAREA e CESANA, secondo Rapporto CEFASS sul welfare in Europa, 2005).

Ciò spinge a ripensare il ruolo del cittadino: non più soggetto passivo, ma soggetto capace di investire sull'iniziativa personale, sulla capacità di rischiare e sull'assunzione di responsabilità, affinché ciascuno si senta protagonista per quanto gli compete.

Sempre nella prospettiva di influenzare la domanda, è da considerare il ruolo sempre crescente di altri attori, come gli enti assicurativi ed i fondi sanitari integrativi: esistono, ad esempio, assicurazioni per la salute che consentono di integrare o coprire le prestazioni erogate dal SSN, ottenendo il rimborso

parziale/totale (in forma diretta o indiretta) di molte delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate.

La maggior parte dei contratti di lavoro comprende la copertura sanitaria, basta verificare se in busta paga è presente una voce relativa a trattenute per fondo sanitario/cassa mutua, oppure controllare cosa dice il CCNL e, in alcuni casi, la copertura di cui si è beneficiato durante l'attività professionale viene estesa anche alla pensione.

Da un'analisi recentemente svolta da RBM e Censis nel 2013 (RBM SALUTE - CENSIS, *Scenari evolutivi per il Welfare Integrativo: Sanità, Previdenza e Assistenza nel Secondo Pilastro*, giugno 2014) si è però rilevato quanta poca informazione e conoscenza ci sia sui fondi sanitari integrativi e sulle loro funzioni: la figura 2.3 evidenzia che il 33,6% degli intervistati non ne ha mai sentito parlare e il 34,9% ne ha sentito parlare ma non sa esattamente cosa siano.

Occorre dunque promuovere la consapevolezza delle diverse modalità di finanziamento e copertura della sanità.

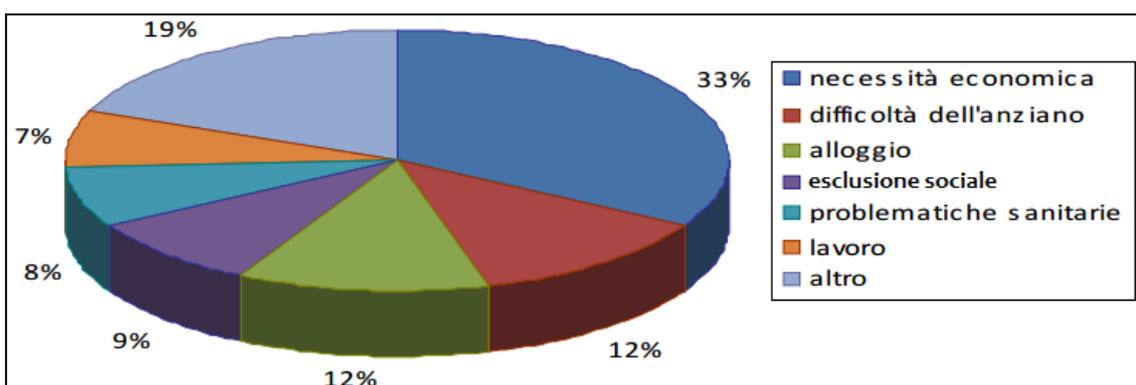
Figura 2.3 Grado di conoscenza degli intervistati sulla sanità integrativa (val. %)

Lei a conoscenza di cosa siano i Fondi Sanitari Integrativi?					
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì, lo so	35,6	43,3	37,1	18,8	31,5
Ne ho sentito parlare, ma non so esattamente cosa siano	34,7	33,5	36,7	34,9	34,9
Non ne ho mai sentito parlare	29,7	23,2	26,2	46,3	33,6
Totale	100	100	100	100	100

Fonte: RBM Salute - Censis, *Scenari evolutivi per il Welfare Integrativo: Sanità, Previdenza e Assistenza nel Secondo Pilastro*, giugno 2014

Infine, provando a rispondere alla domanda “quali sono i bisogni sanitari oggi”, è bene citare prima le problematiche sociali come la precarietà lavorativa, la conciliazione lavoro-famiglia, l’esclusione sociale e la non autosufficienza (figura 2.4) e poi, entrando nello specifico della sanità, evidenziare la necessità di erogazioni territoriali, di visite specialistiche di buona qualità e prezzi accessibili nella fase successiva ai ricoveri ospedalieri, dove il subacuto risulta “abbandonato” e senza una vera offerta di qualità.

Figura 2.4 Differenti tipologie di bisogni (anno 2010)



Fonte: Scala Elena - Saggese Letizia - Toli Rosalba (a cura di), *Le domande e i bisogni sociali della popolazione*, 2010

2.2 Dalla sanità pubblica a quella privata

Un cittadino, se necessita di cure mediche comprese nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), può decidere di rivolgersi a strutture sanitarie pubbliche pagando un ticket o eventualmente, se ha diritto all’esonero, usufruendo di prestazioni gratuite, oppure può decidere di rivolgersi a strutture sanitarie private no profit, quindi senza scopo di lucro, agli stessi prezzi.

Tali strutture sono da sempre considerate una grande risorsa per il SSN che, affermando la centralità del cittadino, gli ha riconosciuto il diritto di libera scelta del luogo di cura. Le strutture private per equipararsi a quelle pubbliche devono essere autorizzate e accreditate.

L'autorizzazione, secondo l'art. 8 ter D.Lgs n. 502/92, è necessaria sia alle strutture sanitarie pubbliche che a quelle private: per poter esercitare la propria attività devono cioè ottenere la concessione dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, atto con cui il Comune e la Regione verificano che la struttura abbia i requisiti strutturali (metri quadrati, sale e spazi, assenza di barriere architettoniche, depositi, magazzini e spogliatoi, ...) e organizzativi (figure professionali abilitate ed in numero idoneo all'attività sanitaria da svolgere in piena sicurezza per i pazienti).

L'accREDITAMENTO è invece specifico delle strutture private: l'art. 8 quater D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. definisce gli standard qualitativi, organizzativi e strutturali che la struttura privata deve possedere per essere equiparata a quella pubblica.

Ottenuti autorizzazione e accREDITAMENTO, la struttura privata stipula precisi accordi contrattuali con la Regione, tramite i quali si stabilisce il numero di prestazioni che il SSN "acquista" da essa; come già accennato, le prestazioni saranno erogate al cittadino senza alcuna spesa aggiuntiva rispetto alla stessa prestazione erogata nella struttura pubblica e alle stesse condizioni (pagamento del ticket o diritto all'esenzione).

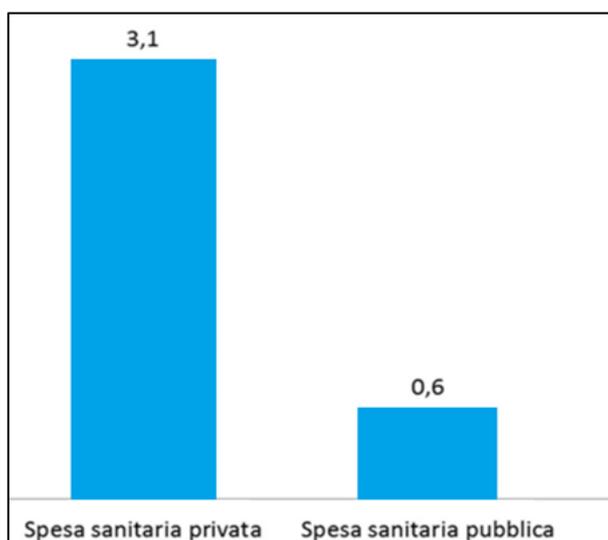
Più marginali rispetto alle strutture sanitarie pubbliche o a quelle private accREDITATE sono le strutture sanitarie private for profit, dedicate quindi all'erogazione di prestazioni in esclusivo regime privatistico, in genere utilizzate per la soddisfazione di bisogni sanitari meno rilevanti, non coperti dai LEA.

In recenti studi, tra cui il rapporto «Welfare, Italia» 2014 di Unipol e Censis, si è però analizzato come tra il 2007 e il 2013 la spesa sanitaria pubblica sia praticamente rimasta invariata, con un +0,6% in termini reali, mentre sia cresciuta la spesa sanitaria privata rispetto a quella pubblica (*figura 2.5 e 2.6*).

Le analisi effettuate hanno evidenziato che le persone, principalmente per motivi economici, hanno rinunciato o rimandato le prestazioni prescritte non urgenti oppure, per le prestazioni urgenti si sono rivolte maggiormente, rispetto agli anni precedenti, al settore privato e all'intramoenia (*"prestazioni erogate al*

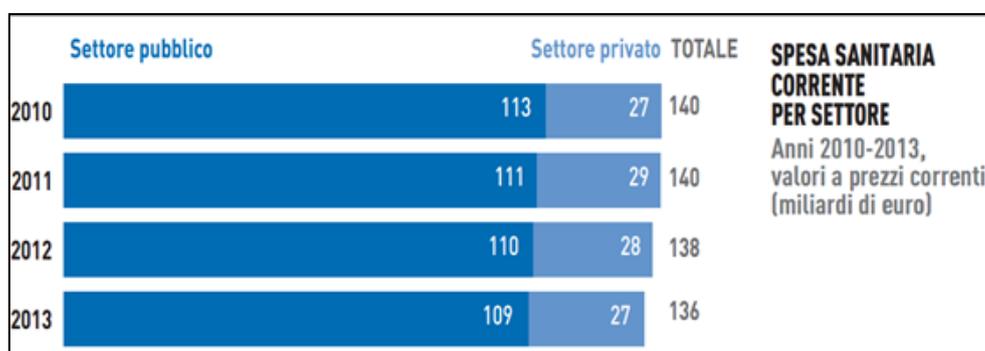
di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa”, Ministero della Salute).

Figura 2.5 Variazione percentuale della spesa sanitaria pubblica e privata in termini reali (2007-2013)



Fonte: Censis su elaborazione di dati Istat, 2014

Figura 2.6 Spesa sanitaria corrente per settore (anni 2010-2013)



Fonte: Istat, *Italia in Cifre 2014*

Le motivazioni che spingono i cittadini italiani a rivolgersi alla sanità privata, e quindi a pagare di tasca propria (è molto utilizzato il termine inglese “*out of pocket*”), sono diverse: la più diffusa è sicuramente rappresentata dai lunghi

tempi di attesa per accedere al servizio pubblico, il quale, pur offrendo servizi di buona qualità, non sempre è in grado di rispettare criteri di efficienza; una seconda motivazione che viene spesso citata riguarda il ticket, che negli ultimi anni risulta in molti casi più costoso rispetto al costo della stessa prestazione nel privato, o poco inferiore ad esso, facendo così preferire il settore privato dati i vantaggi del minor tempo di attesa.

Per poter garantire in modo efficace a tutti i cittadini il diritto a cure appropriate, una strada percorribile sembra allora essere quella dell'integrazione tra settore pubblico e privato, sempre nel rispetto di alcune condizioni essenziali:

- agire in una prospettiva di integrazione collaborativa (e non di sostituzione) con il settore pubblico
- garantire e tutelare i diritti di chi accede alle cure ed alle prestazioni, a costi accessibili
- essere sottoposti al controllo di organismi pubblici di vigilanza

Il fenomeno compensativo del ricorso alla sanità privata, fronteggiato con la fuoriuscita di risorse economiche familiari, non sembra tuttavia correlato al grado di efficienza del welfare pubblico: in Italia, e nelle principali economie avanzate, la spesa sanitaria privata tende a crescere a causa della compensazione per la ridotta offerta pubblica, e anche perché la domanda di benessere è strettamente collegata agli stili di vita e di consumo e sarà probabilmente destinata a espandersi ulteriormente.

Altri studi condotti da RBM e Censis nel 2013 (RBM SALUTE - CENSIS, *Scenari evolutivi per il Welfare Integrativo: Sanità, Previdenza e Assistenza nel Secondo Pilastro*, giugno 2014), hanno analizzato quali sono le principali prestazioni sanitarie richieste nel settore pubblico e quali quelle nel privato: ci si rivolge a strutture del SSN per prestazioni a maggiore impatto tecnologico e in fase iniziale di accertamento (mammografie, colonscopie, visite ortopediche, ecografie all'addome, esami del sangue), mentre per prestazioni diagnostiche continuative e per prestazioni terapeutiche ci si rivolge più spesso alle strutture

private (visite ginecologiche, cure odontoiatriche, cure fisioterapiche); inoltre, per andare incontro alle esigenze dei cittadini che si ritrovano sempre più spesso ad operare ristrettezze ai budget familiari a causa della crisi economica, le strutture private stanno sempre di più orientando la propria offerta verso prestazioni *low cost*, soprattutto per quelle prestazioni meno coperte e assistite dal Servizio Sanitario Nazionale (tipo l'odontoiatria).

In una ricerca curata dalla Fondazione Censis e Cergas-Bocconi, "*Il Sistema Sanitario in controluce. Sostenibilità economica e qualità dell'assistenza. Rapporto 2012*" su progetto di Fondazione Farmafactoring, si è invece rilevato l'identikit dei principali utilizzatori della sanità privata: oltre il 38% dei cittadini ha dichiarato di avere fatto ricorso alla sanità privata per almeno una prestazione e vi hanno fatto ricorso soprattutto le donne, gli adulti della fascia di età 45-64 anni, i residenti al Nord-ovest ed i laureati (*figura 2.7*).

Figura 2.7 Identikit dei principali utilizzatori della sanità privata (valore %)

45-64enni	42,5
Laureati	42,5
Residenti in Comuni con 10-30 mila abitanti	42,0
Donne	41,8
Residenti al Nord-Ovest	41,6
Residenti in Regioni con Piano di Rientro	39,1
Totale	38,1

Fonte: indagine Censis, 2012

Dopo aver analizzato la situazione generale della sanità pubblica e privata in Italia, si riporta di seguito un esempio specifico nell'ambito del settore privato: il caso del Centro Medico Santagostino di Milano.

3. Centro Medico Santagostino

3.1 I promotori, la mission e i pazienti

Il Centro Medico Santagostino, realtà sanitaria controllata da Società e Salute Spa, apre a Milano nel marzo 2009, posizionandosi in Piazza Sant'Agostino 1, una location centralizzata, vicina a diverse realtà d'incontro, tra cui l'Università Cattolica, la Basilica di Sant'Ambrogio, il Carcere di San Vittore, il Museo della Scienza e della Tecnologia; la piazza è anche sede di un mercato bisettimanale molto esteso e piuttosto rinomato in città ed è facilmente raggiungibile grazie ai vari collegamenti urbani dislocati nelle vicinanze, oltre ad avere una fermata della metropolitana dedicata.

Il progetto proposto, un poliambulatorio medico che offre una medicina specialistica di alto livello, nasce da un'idea promossa da Oltre Venture, società pioniera in Italia di *social venture capital* (detto anche *impact investing*), che effettua cioè investimenti a sostegno di progetti imprenditoriali e start up che si caratterizzano per innovazione ed elevato potenziale di sviluppo sociale, ma che non trovano nel mercato supporti infrastrutturali adeguati, e dove l'apporto di capitale è sostenuto da un coinvolgimento attivo degli investitori nella gestione strategica delle iniziative imprenditoriali sociali finanziate per il tempo necessario alla loro affermazione. Uno degli obiettivi principali dei finanziatori è la creazione e la massimizzazione dell'impatto sociale dei propri investimenti, perseguendo la sostenibilità economica e finanziaria per garantire almeno il mantenimento del capitale impiegato.

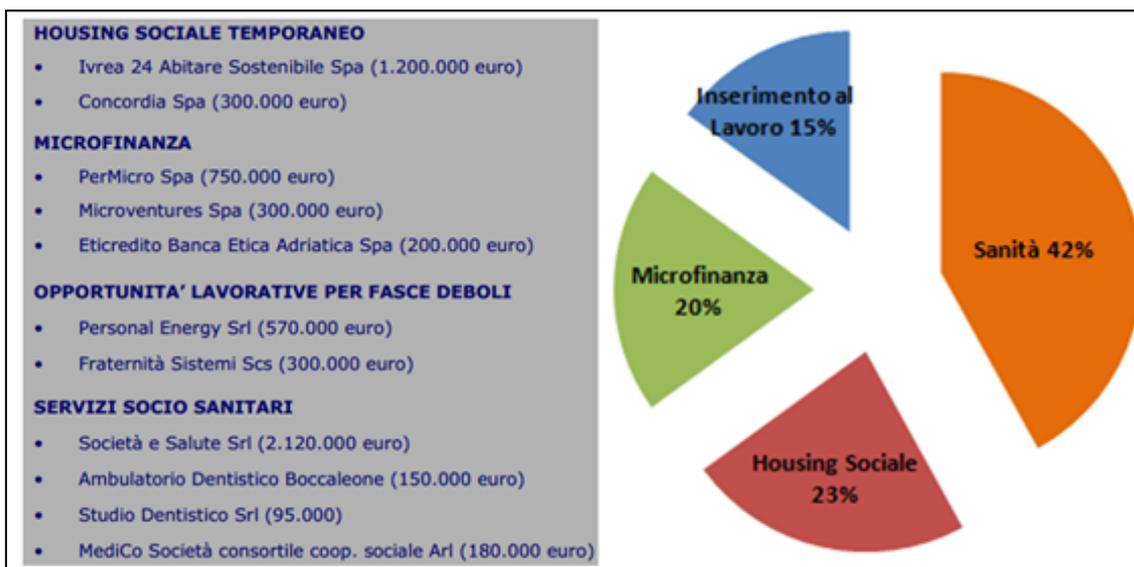
Oltre Venture, società in accomandita per azioni il cui socio accomandatario è Oltre Gestioni Srl, è fondata nel 2006 da Luciano Balbo, già fondatore nel 2002 di Fondazione Oltre, prima *venture philanthropy* italiana con l'obiettivo di sostenere e rafforzare organizzazioni non profit attraverso contributi economici, strategici ed organizzativi (tipici del settore for profit) al fine di incrementarne l'impatto sociale, e da un gruppo di privati da sempre attenti alle iniziative d'interesse e di bisogno della collettività, raccogliendo investimenti e

partecipazioni di persone fisiche, fondazioni e imprese che hanno scelto di finanziare un progetto unico e innovativo nel panorama italiano, mettendo a disposizione i propri capitali. Tutti i soci sono consapevoli del profilo di rischio del loro investimento, legato alla complessità e all'alta componente di innovazione degli interventi, ma sono insieme consci del suo rilevante ritorno sociale.

Oltre Venture ha dedicato il 42% delle risorse economiche ad investimenti nel settore dei servizi sociosanitari, tra cui non rientrano però né ospedali né residenze sanitarie assistenziali; insieme all'esperienza del Centro Medico Santagostino, la società ha finanziato, e continua tutt'ora a sostenere, diverse iniziative a supporto della collettività colpita da forme di disagio che riguardano sia bisogni primari che relazionali (*figura 3.1*): nelle aree dell'housing sociale temporaneo (con il 23% del capitale, un esempio è il progetto "Ivrea 24 Abitare Sostenibile spa"), della microfinanza (con il 20% del capitale, come l'idea di "PerMicro spa") e del lavoro per le fasce deboli (con il restante 15%, tra cui il programma "Personal Energy srl"); tali bisogni rientrano in una cosiddetta "area grigia", perché sono difficilmente coperti sia dallo Stato che dal mercato, e per ogni iniziativa finanziata, Oltre studia un sistema di valutazione dell'impatto sociale e si confronta con altri modelli nel mondo che operano sugli stessi bisogni, per far proprie le migliori esperienze e per evitare l'autoreferenzialità.

Fino ad oggi, l'investimento più consistente di Oltre Venture è stato proprio quello del poliambulatorio specialistico Centro Medico Santagostino CMS, con un impiego di 2.120.000 di euro di cui il 90% da parte di Oltre e il restante 10% da altri investitori privati.

Figura 3.1 Iniziative di Oltre Venture

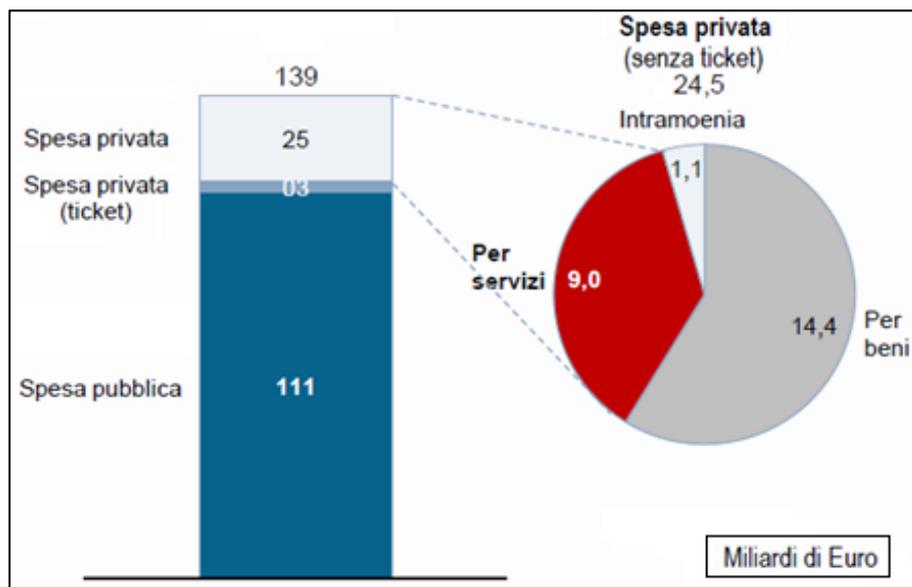


Fonte: Oltre Venture (2011)

Come già accennato, il CMS nasce a Milano nel 2009 con l'intenzione di colmare un gap creatosi tra Stato e mercato, inserendosi nel mercato delle prestazioni specialistiche, un mercato cosiddetto "grigio", con sempre meno copertura da parte del SSN, il quale presenta servizi ambulatoriali e territoriali carenti che portano a lunghi tempi d'attesa, riduzione del tempo di visita e spersonalizzazione del rapporto, e ancora troppo costoso nel privato, che per conto del pubblico eroga quasi principalmente prestazioni convenzionate a maggiore marginalità, come gli esami diagnostici e di laboratorio.

L'area in cui opera il CMS rappresenta una delle principali voci di spesa totalmente *out of pocket* dei cittadini, circa 9 miliardi di euro nel 2011, e riguarda la sanità specialistica di base (il primo livello sopra il medico di base), un'area decisamente critica dal momento che la domanda di prestazioni è molto elevata, ma il SSN non riesce a rispondere in modo soddisfacente e il privato non accreditato è troppo costoso (*figura 3.2*).

Figura 3.2 Spesa sanitaria corrente (2011)



Fonte: Istat e Cergas Bocconi, 2011

La *mission* del Centro vuole essere l'innovazione del welfare: intervenire dove principalmente c'è lo Stato e dove i privati accreditati sono erogatori soltanto per quanto richiesto dal sistema pubblico ma senza proporre una reale capacità di innovazione; Oltre ha deciso di entrare in un mercato già esistente, offrendo però un servizio di migliore qualità, dove la domanda ed i bisogni dell'utenza, orientano lo sviluppo e la crescita del progetto del Centro Medico Santagostino.

Il Centro ambisce ad essere sostenibile sul piano economico-finanziario, stabilendo margini di guadagno largamente inferiori a quelli a cui ambisce un privato economico puro; se il progetto funziona e i margini vengono superati, "ribaltano" i *benefit* sui pazienti e migliorano i servizi offerti (allargamento del mercato, abbattimento dei costi, copertura più ampia sul territorio).

Gli utenti medi del Centro sono pazienti provenienti da Milano e dall'hinterland, con un'affluenza maggiore di donne (66%) e, anagraficamente parlando, una richiesta più alta da parte di soggetti tra i 21 e i 40 anni (46%), a seguire il target d'età 41-65 (34%) e il restante 20% suddiviso tra under 20 e over 65.

Questi numeri si spiegano con il fatto che il SSN copre gli under 18 e gli over 65 (i quali sono principalmente cronici e quindi esenti) creando un salto economico molto elevato, e anche con il fatto che gli strumenti di comunicazione e pubblicizzazione maggiormente utilizzati dal Centro sono internet, radio, telefono e giornali, in genere utilizzati da un target di persone non troppo giovane o troppo anziano.

Dal punto di vista della provenienza socio-economica, gli utenti sono di cultura medio-alta e reddito medio, comprendendo la cosiddetta “generazione mille euro” (neologismo introdotto in Italia nel 2006, utilizzato per identificare soggetti che mediamente guadagnano 1000€ al mese, indipendentemente dal tipo di lavoro svolto e dalla loro formazione scolastica e professionale, che presentano bisogni di salute non cronici), una grande forza per il mercato perché sono coloro che amano sperimentare le cose nuove e faranno da leader di opinione nel futuro.

Se si guarda alle patologie, si rivolgono al poliambulatorio pazienti abbastanza sani, mentre i pazienti acuti, o i cronici, si rivolgono agli ospedali perché richiedono un'intensità di cure che il Centro non può fornire.

3.2 Medici specialisti e specialità mediche

Tutte le visite sono sostenute da una équipe di più di 350 medici provenienti dalle principali realtà ospedaliere di Milano (tra cui Policlinico, San Paolo, San Raffaele, Gaetano Pini e Mangiagalli) e universitarie (Università degli Studi di Milano e di Milano-Bicocca).

Lo staff medico è scelto in base alle competenze professionali e all'esperienza fatta, ma non solo: componenti fondamentali sono la passione verso il lavoro ambulatoriale e la capacità di relazionarsi con l'assistito per creare un buon rapporto medico-paziente, basato sull'ascolto e sulla fiducia.

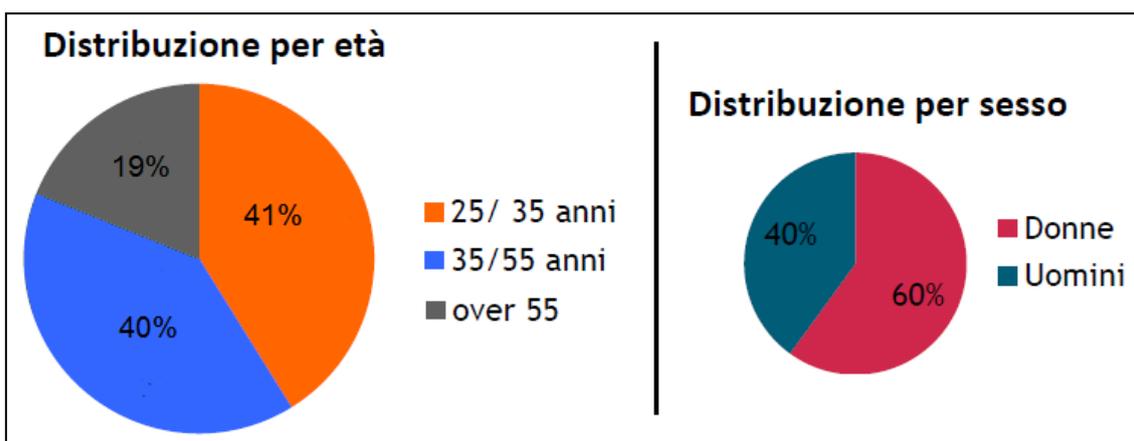
Proprio per questi motivi il Centro dispone della possibilità di far scegliere lo specialista, in fase di prenotazione, per permettere la continuità terapeutica.

Il Centro risulta “attraattivo” per lo specialista per la qualità del lavoro più che per gli *economics*, dato che la retribuzione è poco maggiore, se non equivalente, a quella del servizio pubblico e la carriera non è pre-definita o comparabile a quella di un ospedale, essendo però l’esperienza una *start up* la promessa è di crescita con un modello meritocratico.

I medici del CMS si possono suddividere in tre categorie (*figura 3.3*):

1. i giovani, specializzati da qualche anno e già operanti all’interno del SSN, ma con un’esperienza professionale breve, che hanno la possibilità di avere nuovi pazienti ogni giorno
2. i 40-50enni, medici nel pieno della carriera che riconoscono l’importanza dell’innovativo modello sanitario applicato e vogliono farne parte
3. i senior, medici che hanno lavorato tanti anni in ospedale ma che non vogliono fare gli imprenditori e aprire un proprio ambulatorio, e quindi trovano nel Centro la condizione ideale per continuare ad esercitare.

Figura 3.3 Distribuzione per età e sesso degli specialisti



Fonte: Centro Medico Santagostino, ottobre 2014

I medici senior collaborano attivamente anche alla selezione diretta dei colleghi junior, affiancandoli nella gestione degli ambulatori.

I medici più esperti garantiscono la qualità medica e, se necessario, assicurano il collegamento con le strutture ospedaliere.

Allo staff clinico non è imposto di aderire alla mission del Centro: i medici possono inserirsi all'interno del contesto, un luogo di lavoro impegnativo e appagante dove mettersi alla prova e crescere professionalmente in base al merito e ai risultati effettivamente raggiunti, e devono rispettare gli standard minimi e accettare le regole del gioco operativo ed economico, esercitando come "meglio credono", con la consapevolezza che coloro che condividono i valori, hanno la possibilità di lavorare in un ambiente che offre più di un ritorno economico.

Le prestazioni che il Centro propone sono di alto livello ed economicamente accessibili, riuscendo così ad offrire visite specialistiche a prezzi calmierati pur non operando in regime di accreditamento con il SSN: le tariffe inferiori del 30-50% al mercato privato milanese, ad esempio le ecografie e le prime visite di quasi tutte le branche a 60€. Anche per le aree meno coperte dal settore pubblico i prezzi sono accessibili: una prima visita odontoiatrica comprensiva di ortopantomica ha un costo di 30€, un'igiene dentale invece 70€, una singola seduta di psicoterapia o di logopedia costa 35€; solitamente nel privato queste prestazioni hanno prezzi medio-alti (*figura 3.4*).

Figura 3.4 Confronto costi tra pubblico, privato convenzionato, privato e intramoenia

Costi per visita ginecologica (valore attuale in €)				
	Pubblico	Privato Convenzionato	Privato	Intramoenia
Media	27,38	30,56	113,11	116,56
Minimo	18,60	22,50	35,00	80,00
Massimo	40,66	46,15	200,00	190,30

Costi per ecografia dell'addome completo (valore attuale in €)				
	Pubblico	Privato Convenzionato	Privato	Intramoenia
Media	52,05	48,66	146,30	116,42
Minimo	36,15	36,00	62,00	72,00
Massimo	71,79	55,50	335,00	185,00

Fonte: RBM Salute - Censis, *Scenari evolutivi per il Welfare Integrativo: Sanità, Previdenza e Assistenza nel Secondo Pilastro*, giugno 2014

L'alto livello della qualità è garantito dall'esperienza dei professionisti che, come già espresso, sono tutti medici ospedalieri o universitari.

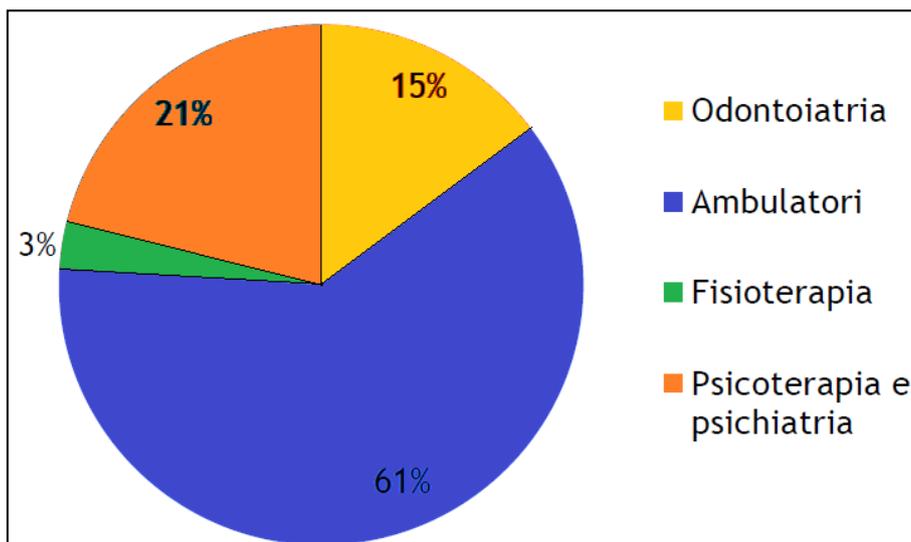
I prezzi calmierati si spiegano invece con il fatto che l'interesse dei clienti/pazienti viene prima del ritorno economico degli investitori e che, grazie agli elevati volumi di prestazioni che il Centro eroga e garantisce ai medici, riesce ad ottenere un meccanismo di economia di scala che permette al paziente di pagare meno, agli specialisti di guadagnare di più avendo più clienti.

Un'organizzazione efficace ed efficiente del lavoro aiuta a contenere i costi e a garantire allo stesso tempo la massima qualità.

Guardando alle specialità offerte, il CMS copre quattro grandi aree (*figura 3.5*):

- ambulatoriale polispecialistica
- fisioterapia
- psicoterapia
- odontoiatria.

Figura 3.5 Distribuzione per specialità



Fonte: Centro Medico Santagostino, ottobre 2014

Nell'area ambulatoriale rientrano circa 40 diverse specialità tra cui angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, ginecologia, oculistica, ortopedia, osteopatia, otorinolaringoiatria, pediatria, urologia e molte altre; le più richieste sono in media ginecologia, dermatologia, cardiologia, oculistica e otorinolaringoiatria, come si può osservare dalla figura 3.6 che rappresenta il report delle visite effettuate nella settimana del 15 dicembre 2014 (dal lunedì al sabato).

Figura 3.6 Report visite effettuate (settimana del 15 dicembre 2014)

AMBULATORI MEDICI			ODONTOIATRIA	
Allergologia - Pneumologia	33		Prime visite	85
Allopatia	1		Prime visite - Ortodontiche	11
Angiologia	37		Igiene	100
Cardiologia	155	3°	Cure in corso	219
Cefalee	12		TOTALE VISITE	415
Chirurgia	51			
Dermatologia	247	2°	PSICOLOGIA	
Laser	59		Prime visite <13	3
Dietetica	45		Prime visite >13	6
Diabetologia	1		Cure in corso <13	6
Dietologia	5		Cure in corso >13	115
Endocrinologia - Disturbi del Metabolismo	31		TOTALE PSICOLOGIA	130
Fisiatria	47		PSICHIATRIA	
Gastroenterologia	31		Prime visite	12
Ginecologia	446	1°	Cure in corso	263
Geriatrics	5		TOTALE PSICHIATRIA	275
Mammografie	3		TOTALE VISITE	405
Medicina Estetica	11			
Medicina Non Convenzionale	7		AMBULATORI TERAPIE	
Medicina dello Sport	2		Logopedia - Visite	3
Medicina Palliativa	1		Logopedia - Cure	35
Nefrologia	0		Fisioterapia	280
Neurochirurgia	1		Fisioterapia a domicilio	0
Neurologia	12		Neuropsicologia Infantile	66
Neurologia Anziano	2		Neuropsicologia Anziano	0
Oculistica	126	4°	Neuropsicomotricista	6
Ortopedia	58		Osteopatia	64
Otorinolaringoiatria	115	5°	Podologia	72
Pediatria	12		Reading Trainer	0
Radiologia	165		Empowerment	0
Reumatologia	6		Benessere e Lavoro	0
Senologia	12		Ambulatorio Fumo	0
Terapia del Dolore	9		TOTALE VISITE	526
Neuropsichiatria Infantile	13			
Urologia	103			
Vaccini	0			
TOTALE VISITE	1864		TOTALE VISITE	3.210

Fonte: Centro Medico Santagostino, dicembre 2014

3.3 Certificazioni e qualità

Il Centro Medico Santagostino ha ottenuto il certificato dell'Asl che autorizza l'esercizio dello stesso, come richiesto dal l'art. 8 ter D.Lgs n. 502/92, dopo un'attenta e completa valutazione delle strutture fisiche, delle apparecchiature e delle procedure operative; il modello di business del Centro è stato studiato e

valutato da Databank (gruppo che offre servizi di *business information*) per accertare che i minori prezzi siano ottenuti grazie all'efficienza e alla qualità della produzione e dell'organizzazione aziendale e nel rispetto di valori etici, di responsabilità sociale e di rispetto dell'ambiente.

Inoltre il Centro, fin dall'apertura, fa parte delle aziende certificate da Assolowcost, associazione nazionale che collega le imprese che adottano la filosofia del "*low cost* di qualità", caratterizzata da due elementi fondanti: l'individuazione del mix ottimale per il cliente e l'individuazione delle ottimizzazioni di processo, e dunque di costo, che consentono di offrire al cliente il mix di valore individuato ad un prezzo molto competitivo rispetto al prezzo medio di mercato.

È da segnalare anche che molti dei professionisti del team di psicologia e psicoterapia del Centro provengono da COIRAG (Confederazione di Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi), un'associazione non profit che ha lo scopo di contribuire alla ricerca, alla formazione e alla promozione della pratica clinica ed istituzionale nell'ambito delle psicoterapie di orientamento psicoanalitico.

Ancora, il CMS è convenzionato con AIV (Associazione Italiana Vulvodinia Onlus), associazione senza fini di lucro nata per migliorare la qualità di vita delle donne affette da malattie che inducono dolore vulvare cronico, offrendo così un supporto alle pazienti nel percorso diagnostico e terapeutico grazie anche alla supervisione scientifica del Direttore Scientifico dell'associazione stessa.

Il controllo della qualità clinica avviene innanzitutto mediante l'individuazione di un leader clinico, che è il referente della compagine medica della specialità, e mediante l'introduzione di una cartella clinica digitale che consente di gestire e di rielaborare i diversi dati dei pazienti; la qualità è verificata soprattutto in caso di situazioni anomale, e le cartelle cliniche sono periodicamente controllate a campione.

Riferendosi all'odontoiatria, è interessante sapere che a stendere i piani terapeutici dei pazienti è un medico senior esperto, che ha solo questo incarico: in questo modo si evitano i conflitti di interesse tra il medico curante, retribuito a tempo, e il paziente, che riceve così una prestazione coerente con il bisogno, di buona qualità e al giusto prezzo.

Bassi costi possono non significare minore qualità, ma ottimizzazione dei servizi e taglio radicale degli sprechi.

La ricerca della massima qualità è evidente, oltre che nell'offerta garantita dai medici professionisti, negli strumenti diagnostici all'avanguardia e nelle procedure cliniche rigorose, anche nei tempi di attesa rapidi per ottenere l'appuntamento e nell'adeguata durata della visita (da 20 a 60 minuti) per una completa diagnostica e per favorire la creazione della relazione medico-paziente.

Il team di professionisti del Centro, dai medici fino al personale all'accettazione, è dedicato ad offrire la migliore esperienza di cura di qualità in ogni momento del rapporto con il paziente, dalla fase di informazione e prenotazione alla fase di richiesta di feedback successivo all'esecuzione della prestazione medica, senza trasferirne gli oneri sul prezzo che, al contrario, diventa così uno degli elementi di valore. Luca Foresti, amministratore delegato del Centro Medico Santagostino, sostiene che l'ingrediente segreto del successo del poliambulatorio sia proprio la cura dei mille dettagli, che permette di mantenere un equilibrio che viene percepito dai pazienti come attenzione verso di loro: la novità del Centro sta proprio nel fatto che il cliente da soddisfare non è il medico, ma il paziente, e quindi nel momento in cui c'è richiesta sanitaria gli specialisti che vogliono investire nel progetto si mettono in gioco accettando, e qualcuno condividendo, l'identità propria del poliambulatorio, che è prioritaria rispetto all'identità del medico (pensiero controcorrente, solitamente la presenza di bravi medici comporta l'arrivo di tanti pazienti). In un'intervista rilasciata ad Affaritaliani.it ("*Visita specialistica a 60 euro: la rivoluzione della sanità privata low cost*" del 17 dicembre 2015), Foresti definisce il modello *low cost* "*un'analisi*

maniacale della catena del valore percepita dal cliente, e ad ogni anello di questa catena va assegnato un costo in base a quanto è importante per il cliente. Noi abbiamo analizzato la catena del valore e abbiamo capito che la sanità non stava dando sufficiente valore per esempio all'extraclinico, cioè a tutto quello che riguarda la prenotazione, i tempi di attesa... Nel nostro caso tutto questo è diventato centrale". Si è osservato così fase per fase cosa succede agli utenti, da quello che ricerca un servizio online fino a quello che riceve un referto di una visita diagnostica fatta in precedenza, studiando quali sono i costi economici e vari che il paziente deve sostenere, e quindi come abbassare gli oneri mantenendo la qualità. Un'attività del genere non risulta che sia mai stata attuata in Italia ed è sicuramente difficile, ma produce una grande forza di mercato.

È anche per questo motivo che il Centro Medico Santagostino ha aperto altre sedi oltre alla principale, portando quindi a 5 il numero dei centri, tutti facilmente raggiungibili grazie ai mezzi pubblici:

- due poliambulatori più piccoli, dedicati principalmente alla ginecologia e all'area mente-cervello (dalla neurologia alla psicologia alla logopedia), sempre nell'area limitrofa alla sede di Piazza Sant'Agostino
- un poliambulatorio, grande come l'originale e con quasi tutte le stesse specialità, in un'altra area centrale della città, in zona Repubblica-Porta Venezia
- un poliambulatorio, di media grandezza, a Sesto San Giovanni, per portare il modello sanitario nella periferia di Milano

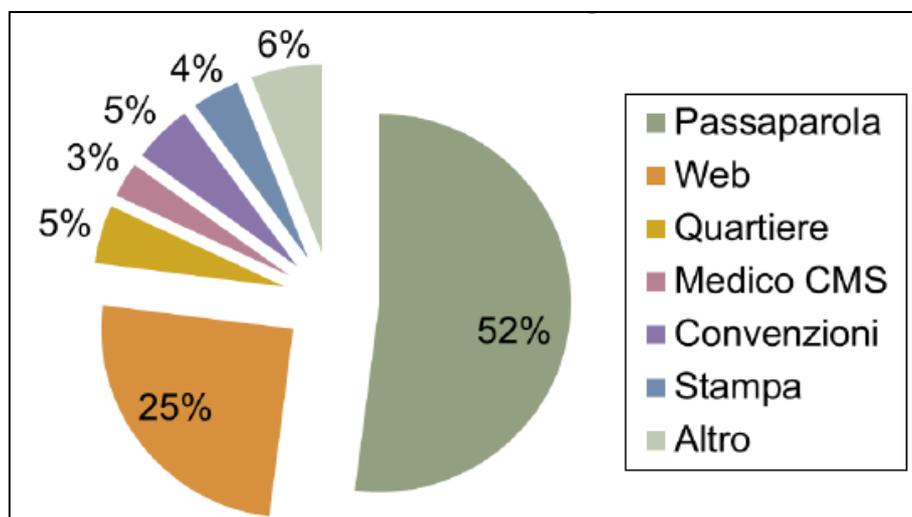
In tutti i luoghi di visita l'accoglienza è garantita da ambienti ariosi e piacevoli sia per gli adulti che per i bambini, a cui è dedicata un'area giochi; tali ambienti sono attrezzati con piccole e grandi tecnologie che migliorano il servizio al paziente, come il fast check-in (dispositivo che agevola l'accettazione del paziente in fase di arrivo al Centro per effettuare una visita) o l'utilizzo di una cartella clinica elettronica, per ogni singolo paziente, utilizzata da tutta l'équipe per una presa in carico integrata, o ancora servizi di mediazione culturale e

consulenza, spazi dedicati alla “biblioteca della salute” e postazioni internet e connessione wifi.

3.4 Comunicazione e iniziative sociali

Il Centro Medico Santagostino, dalla sua apertura nel marzo 2009, ha servito oltre 100.000 utenti, con una costante crescita del ritorno dei pazienti, che sono i veri promotori del Centro e il principale canale di marketing: il 52% dei nuovi pazienti arriva al CMS tramite passaparola (*figura 3.7*), quindi c'è una volontà del cliente di condividere l'esperienza positiva.

Figura 3.7 Provenienza dei nuovi pazienti



Fonte: Centro Medico Santagostino, giugno 2014

La comunicazione con gli utenti avviene soprattutto tramite canali relazionali, cercando un contatto *one-to-one* piuttosto che una comunicazione di massa, quindi tramite:

- sms e/o e-mail per ricordare gli appuntamenti prenotati
- sito internet: informazioni appropriate dal punto di vista clinico con linguaggio di facile comprensione per tutti, trasparenza sui prezzi (uno dei requisiti di inclusione per Assolowcost), sulle liste d'attesa (aggiornate settimanalmente) e sui profili degli specialisti. È possibile

prenotare e pagare le visite online (usufruendo di uno sconto immediato sulla prestazione) e dare un feedback sul servizio ricevuto. I vari contenuti del sito (foto, video d'approfondimento, schede tematiche) sono tutti materiali auto-prodotti con la collaborazione dei medici. Nel dicembre 2014 le statistiche indicano una media di 3.600 visitatori effettivi al giorno

- newsletter: ha cadenza mensile, informa su nuovi servizi, convenzioni ed eventi e offre la possibilità di non riceverla più. A luglio 2014 le statistiche mostrano che viene inviata a circa 35.000 persone, e che il 40% la apre
- brochure all'interno del Centro e monitor in sala d'attesa
- social network (facebook, twitter, blog dedicato)
- eventi: ogni due mesi viene installata una mostra di arte e fotografia nella sede principale e saltuariamente vengono organizzati corsi e/o incontri con gli specialisti (gratis o a tariffe simboliche), open day e incontri sulla salute. Alcuni esempi: incontri per neo genitori, giornata del benessere sessuale, open day sulla medicina estetica.

Il Centro dispone di un'ampia scelta di modalità per effettuare le prenotazioni, per essere sempre più vicino alle necessità dei pazienti stessi, ed è quindi possibile richiedere una prestazione mediante richiesta in loco, telefonata con un operatore del call center (con risposta assicurata entro 20 secondi), invio di sms, invio di e-mail, compilazione di modulo sul sito, tramite richiesta a farmacie collegate al poliambulatorio, assicurazioni lavorative convenzionate con il CMS o in maniera autonoma registrandosi sul sito del Centro (prenotazione nel giro di 2 minuti, con immediata conferma via e-mail di avvenuta prenotazione).

Per valutare la *customer satisfaction*, il Centro manda via e-mail ai pazienti un modulo da compilare che monitora il livello della soddisfazione nei singoli dettagli, dallo specialista ad aspetti organizzativi; se ci sono valutazioni molto basse e giudizi negativi, si cerca di analizzare l'evento in collaborazione con il personale del desk e/o il medico, e poi si ricontatta il paziente. Questo perché il

reclamo viene analizzato al fine di rilevare potenziali aree di miglioramento, per cui rappresenta un'opportunità.

Tutto ciò consente di orientare l'offerta in modo sempre più mirato ed efficace. Di seguito una tabella con dati esemplificativi raccolti in data 27 ottobre 2014:

Figura 3.8 Indici di performance con situazioni limite

Indici di performance con situazioni limite (pseudo reclami)						
	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre
Erogato	6.276	7.543	6.860	6.874	6.876	8.225
# Reclami	5	8	12	11	6	19
Reclami su erogato	0,17%	0,24%	0,38%	0,27%	0,08%	0,23%

Fonte: Centro Medico Santagostino, ottobre 2014

Grazie anche agli orari di apertura delle strutture molto ampi e comodi (dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 21.00, il sabato dalle 8.00 alle 17.00), alla facilità di raggiungere le diverse sedi grazie alla vicinanza dei mezzi pubblici, alla semplicità di prenotazione e alle liste di attesa brevi (a seconda del tipo di prestazione desiderata e della sede scelta, il Centro è in grado di offrire appuntamenti entro 3-7 giorni nella maggior parte dei casi), il Centro Medico Santagostino presenta una percentuale di crescita anno su anno che dal 2013 al 2014 è stata del 59%, decuplicando il numero di pazienti che dai 4mila del 2009 è passata ai 40mila e più nel 2014, come si può osservare dalla figura 3.9.

Figura 3.9 Crescita del CMS dal 2009 al 2014

Dati	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sedi	1	1	1	3	4	5
Ambulatori	20	20	21	29	53	68
Prestazioni erogate	7.777	18.079	32.518	41.549	73.101	155.000
Pazienti trattati	4.633	8.735	15.004	21.759	37.264	46.000
Fatturato	631.348	1.486.643	2.698.441	3.453.458	5.153.381	8.200.000
Crescita anno su anno		135%	82%	28%	49%	59%

Fonte: Centro Medico Santagostino, dicembre 2014

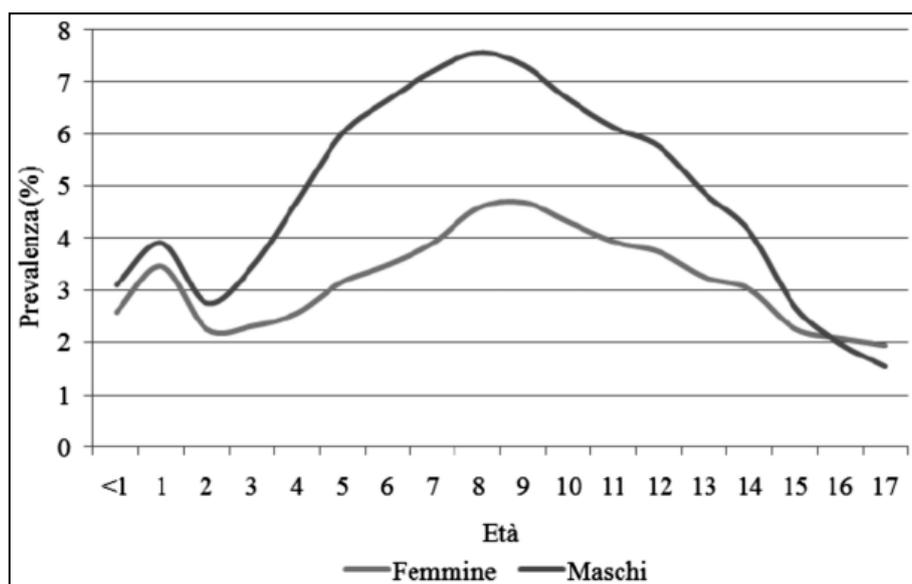
Il Centro non offre solo le classiche prestazioni sanitarie, ma si fa promotore anche di molte proposte di carattere più sociale, utili alla vita dei pazienti, ascoltando i loro bisogni e accompagnandoli quindi con una visione olistica.

Nascono così, tra le molte iniziative:

- l'accordo tra il Centro e la Croce Bianca (associazione volontaria milanese di pronto soccorso e assistenza pubblica) per fornire un servizio di trasporto assistito privato ai soggetti che non possono raggiungere il poliambulatorio in autonomia, con una spesa agevolata
- i buoni regalo (tessere prepagate da 30 a 120 euro) per fidelizzare i pazienti ma al contempo incentivare anche la buona pratica di attenzione alla salute
- le convenzioni con i principali enti assicurativi, fondi sanitari integrativi e mutue e scontistiche stipulate con aziende, Cral, associazioni e scuole
- l'iniziativa "Santagostino per tutti", che consente a ciascun medico del Centro di riservare il 5% delle proprie prestazioni a pazienti in seria difficoltà economica, rilasciando così visite gratuite soprattutto per terapie che richiedono un ciclo continuativo come la logopedia o la fisioterapia, dove i tassi di bisogno nella popolazione sono molto alti.

Basti pensare che nel solo anno 2008 circa 65.000 utenti residenti in Lombardia hanno ricevuto prestazioni ambulatoriali specialistiche per disturbi neuropsichici, corrispondenti al 4% della popolazione 0-17 anni (figura 3.10); è da specificare che, laddove le prestazioni richieste siano erogate in modalità accettabili per il paziente dal Sistema Sanitario Nazionale, il Centro Medico Santagostino non eroga tali prestazioni sostituendosi al primo.

Figura 3.10 Prevalenza (%) per età e sesso di pazienti con almeno una prestazione specialistica per disturbi neuropsichiatrici



Fonte: Regione Lombardia, *La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*, 20 novembre 2013.

Conclusioni

Al termine dell'analisi dell'esperienza del Centro Medico Santagostino, e dopo uno sguardo più ampio sulla sanità italiana e sul welfare state, sono giunta ad alcune riflessioni e ad alcune constatazioni che ho potuto effettuare direttamente sul campo, considerata la mia esperienza lavorativa proprio presso il Centro.

Si può affermare che l'assistenza sanitaria è un'area in continua evoluzione: da responsabilità unicamente pubblica sta diventando sempre più responsabilità e campo d'azione anche di realtà private, che affiancano lo Stato nell'erogazione di servizi sempre più rispondenti a mutati bisogni degli utenti.

I cittadini infatti sono disponibili a farsi carico economicamente della propria salute quando riconoscono la validità della realtà erogatrice della prestazione di assistenza sanitaria: tale validità è misurata dall'utente con parametri quali la rapidità d'accesso, la molteplicità dei modi di accesso, una buona accoglienza iniziale che facilita il rapporto di cura, la varietà dell'offerta assistenziale, la possibilità di incidere e produrre cambiamento attraverso l'espressione del proprio parere.

Una realtà privata, più flessibile e meno burocratica rispetto a servizi statali, può, dopo un'attenta analisi delle esigenze di natura sanitaria e più in generale di natura olistica della persona, dare delle risposte più personalizzate, più efficienti e qualitativamente valide.

Ciò non è necessariamente connesso ad un aumento dei costi, anzi: un'accurata organizzazione e una pianificazione dell'uso delle risorse consentono di mantenere e produrre salute con una spesa accettabile per l'utente e anche con un riscontro economico per il professionista, che opera in luoghi e modi più vicini al quotidiano dei pazienti e lontano dall'idea dell'ospedale come unico centro per la salute.

Di pari passo con il concetto di una salute attuata sul territorio, vanno i modi sempre più moderni che il privato utilizza per farsi conoscere e avvicinarsi agli utenti: l'utilizzo della tecnologia è percepito dalle persone come elemento funzionale ma anche attrattivo, segno di un servizio "giovane" e al passo con i tempi.

L'esperienza del Centro Medico Santagostino è un'esperienza esportabile proprio perché studiata a tavolino ma costantemente revisionata fase per fase. Infatti è nelle intenzioni dei finanziatori continuare ad allargare e approfondire l'offerta clinica seguendo le indicazioni e i bisogni dei pazienti, ed esportare il modello in altre città italiane. A riprova di ciò, è stata da poco inaugurata a Bologna la prima sede fuori dalla regione d'origine.

Un altro degli elementi importanti di questa esperienza è di non limitarsi all'erogazione di singole prestazioni, ma di porre attenzione alla promozione della salute con particolare riguardo a patologie croniche ad alto impatto sanitario e sociale, a problematiche correlate alla nutrizione e agli stili di vita e all'accompagnamento di particolari momenti della vita individuale e di coppia, come la genitorialità.

Infine, resta comunque basilare la promozione della conoscenza e dell'informazione sulla sanità integrativa, affinché la popolazione possa usufruirne in modo corretto e possa scegliere.

Per fare ciò sono necessarie campagne comunicative idonee per i diversi target, come anziani o giovani, e una maggiore diffusione delle disposizioni normative in materia, per far sì che i cittadini abbiano gli strumenti per chiedere correttamente le risposte ai loro bisogni, determinando un'evoluzione della sanità dal basso.

Bibliografia e Sitografia

- BATTISTONI Francesca, *Siamo a corto di risorse? C'è un Secondo Welfare che avanza*, in www.saperi.forumpa.it/story/75003/siamo-corto-di-risorse-c-e-un-secondo-welfare-che-avanza, 12 dicembre 2013
- BENZI Eveina Bianchi, *Un esempio di Venture Philanthropy: il Centro Medico Santagostino*, in www.secondowelfare.it/privati/investimenti-nel-sociale/centro-medico-santagostino.html, 2 maggio 2013
- CARENZI Angelo, *Welfare e sanità: focus Lombardia 2010*, Milano, Irer, 2010
- CARLONE Ugo, *Il "secondo welfare": quando lo Stato non ce la fa*, in www.linkiesta.it/secondo-welfare, 20 agosto 2013
- CASULA Carlo Felice, *Lo Stato Sociale. Origini e percorsi*, Roma, La Rivista di Servizio Sociale, 2000
- CENSIS - FONDAZIONE CARIPLO, *I Pilastri del Nuovo Welfare. Dal monopolio statale all'articolazione delle forme di tutela: le lunghe derive della protezione sociale italiana*, Roma, dicembre 2014
- CENSIS - UNIPOL, *Rapporto «Integrare il welfare, sviluppare la white economy. Come gli strumenti di welfare pubblici e privati possono rilanciare la crescita economica e l'occupazione»* realizzato nell'ambito del programma pluriennale «Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali», Roma, luglio 2014
- DELLA PORTA Donatella, *Introduzione alla Scienza Politica*, Bologna, Il Mulino, 2008
- DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, *Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza - Anno 2007/2009*, Ministero della Salute, novembre 2011
- ENCICLOPEDIA ITALIANA TRECCANI, *Welfare State*, in www.treccani.it/enciclopedia/welfare-state
- FERRERA Maurizio, *Il Welfare State in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Bologna, Il Mulino, 1985
- FERRERA Maurizio, *Le Politiche Sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Bologna, Il Mulino, 2006

- FONDAZIONE OLTRE ONLUS, *Il primo Fondo di Investimento Sociale*, in www.oltreventure.com/adm/upload/documenti/120109120605__ilprimofondodiinvestimentosociale.pdf, ottobre 2006
- FORESTI Luca (intervista a), *Visita specialistica a 60 euro: la rivoluzione della sanità privata low cost*, in www.affaritaliani.it/economia/centro-medico-santagostino171214.html, 17 dicembre 2014
- MAINO Franca - FERRERA Maurizio, *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, novembre 2013
- MAINO Franca - PETRETTO Alessandro - SIMONCINI Andrea, convegno "*Per un nuovo Welfare: crescita, equità, sussidiarietà*", Firenze, Fondazione Filippo Turati Onlus, marzo 2013
- MAINO Franca, *Welfare integrato: una proposta*, in www.secondowelfare.it/welfare-contrattuale/welfare-integrato-una-proposta.html, 8 settembre 2014
- MALLONE GIULIA, *Venture capital sociale in Italia: l'esperienza di Oltre Venture*, in www.secondowelfare.it/terzo-settore/impresa-sociale/venture-capital-sociale-in-italia-l-esperienza-di-oltre-venture.html, 22 dicembre 2011
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Il cittadino può rivolgersi gratuitamente (o pagando il ticket) a strutture sanitarie e professionisti pubblici o privati accreditati con il Ssn*, in www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=47&area=Il_Ssn, 30 gennaio 2013
- OLTRE VENTURE, *Venture Capital Sociale*, in www.oltreventure.com/adm/upload/documenti/110328065047__presentazioneoltrepersito.pdf, febbraio 2011
- RBM SALUTE - CENSIS, *Scenari evolutivi per il Welfare Integrativo: Sanità, Previdenza e Assistenza nel Secondo Pilastro*, Roma, RBM Salute Spa, giugno 2014
- REGIONE LOMBARDIA, *La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*, 20 novembre 2013

- SCALA Elena - SAGGESE Letizia - TOLI Rosalba, *Le domande e i bisogni sociali della popolazione*, in www.comune.roma.it/PCR/resources/cms/documents/cap_3_domande_bisogni_sociali_della_popolazione.pdf, 2010
- VERRINI Benedetta, *Una Vita per gli Altri*, articolo tratto dalla testata Monsieur, dicembre 2014
- ZAGREBELSKY Gustavo, *Questa Repubblica*, Milano, Le Monnier Scuola, 2009
- www.assolowcost.it - ultima consultazione 15/01/2015
- www.cmsantagostino.it - ultima consultazione 24/02/2015
- www.oltreventure.com - ultima consultazione 24/02/2015
- www.secondowelfare.it - ultima consultazione 24/02/2015