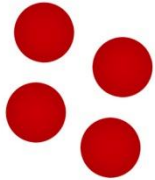


Ottobre 2019

FACT SHEET 2/2019



Il paradosso della sanità italiana

Emmanuele Pavolini, Università degli Studi di Macerata

Chi ha letto e legge i giornali in questi anni in Italia, ma anche chi si occupa da un punto di vista professionale e scientifico della sanità italiana, e in particolare del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), si trova di fronte a una serie di informazioni che difficilmente possono essere, a una prima lettura, interpretate in senso univoco. Da un lato vi sono elementi, riportati in maniera più o meno accurata e imparziale dai mass media, che sembrano indicare una crisi del SSN: lunghe liste di attesa, casi di malasanità e, ultimamente, la “fuga” dei medici dalla sanità pubblica. Dall’altro, l’Italia continua ad avere, e spesso a migliorare, tutta una serie di indicatori non solo di buona salute (speranza di vita alla nascita, ecc.) ma anche di buon funzionamento e qualità della cura sanitaria prestata (speranza di sopravvivenza a seguito di malattie oncologiche o cardiache, ecc.).

Pertanto, sorge spontanea la domanda: come fanno a coesistere elementi e immagini così differenti sul SSN?

Per rispondere a tale quesito occorre cogliere il paradosso in cui si trova il SSN, i cui elementi essenziali sono: la buona qualità della cura, ottenuta a scapito di due dimensioni essenziali quali le diseguaglianze nell’accesso ai servizi e l’eccessivo carico posto sulle spalle degli operatori della sanità (dai medici agli infermieri e alle altre figure professionali), in termini di contratti e condizioni di lavoro.

Come mostra la tabella 1, la speranza di vita in Italia, sia alla nascita che nella terza età, è alta e risulta migliore della media dell'Europa occidentale (UE-15) oltre che in crescita. Allo stesso tempo i tassi di mortalità, sia generali che nell'infanzia, sono più bassi che altrove e in diminuzione nel corso del tempo. Molti altri indicatori puntano nella stessa direzione, fra cui quelli che misurano in maniera più puntuale la qualità della cura sanitaria nei casi più gravi: i tassi di sopravvivenza a malattie di diversa natura (in tabella vengono riportate informazioni solo su malattie cardiocircolatorie, ma un discorso simile si può fare per quelle oncologiche) sono in genere simili o più positivi di quelli dell'UE-15 e fanno registrare miglioramenti nel corso del tempo.

Tabella 1. *Stato di salute e funzionamento della sanità in Italia in ottica comparata nel tempo.*

	Italia		UE-15	
	2000	2016	2000	2016
<i>Stato di salute</i>				
Speranza di vita alla nascita – donne (anni)	82,8	85,6	81,2	84,3
Speranza di vita alla nascita – uomini (anni)	76,9	80,7	75,1	79,3
Speranza di vita a 65 anni – donne (anni)	20,7	22,8	19,7	22,0
Speranza di vita a 65 anni – uomini (anni)	16,7	19,2	15,8	18,6
Tasso di mortalità – morti per 100,000 persone (tassi standardizzati)	870,3	708,9	963,5	744,8
Mortalità infantile – morti per 1,000 nati vivi	4,1	2,8	4,4	3,2
<i>Indicatori di qualità della cura</i>				
Tassi di mortalità a trenta giorni dopo ricovero ospedaliero per infarto	9,1	5,5	n.d.	7,2
Tassi di mortalità a trenta giorni dopo ricovero ospedaliero per ictus emorragico	21,0	19,6	n.d.	22,9
Tassi di mortalità a trenta giorni dopo ricovero ospedaliero per ictus ischemico	8,3	6,2	n.d.	8,0

Nota: n.d.: non disponibile.

Fonte: OECD Health Statistics online database (2019)

Molti altri studi, nazionali ed internazionali, illustrano la forza e la qualità del nostro SSN sotto molteplici punti di vista. Il SSN è riuscito a contenere con successo i costi della sanità, come documentato più volte dalla Corte dei Conti, dall'OMS e dall'OCSE. Inoltre, queste istituzioni certificano miglioramenti sotto il profilo della performance sia clinica e strettamente sanitaria che finanziaria. Gli stessi dati del Ministero della Salute, ormai disponibili in serie storica da quasi un ventennio, certificano i miglioramenti e la qualità complessiva del sistema delle cure.

Ma se tutto sembra essere apparentemente roseo, da dove vengono le critiche e le preoccupazioni? Le critiche sono fondate su tre elementi: le risorse economiche messe a disposizione del SSN, le diseguaglianze nell'accesso ai servizi e la gestione delle risorse umane.

L'Italia è un paese che ormai da due decenni spende (molto) meno per la salute di ciascuno di noi rispetto all'Europa occidentale (Tabella 2). Già nel 2000, in Italia, la spesa pro-capite pubblica in sanità era circa il 9% in meno della media dei paesi dell'UE-15. In altri termini, per ogni 100 euro spesi in sanità pubblica per un cittadino dell'Europa occidentale, l'Italia ne spendeva 91. La situazione è precipitata negli anni della crisi. Nel 2018, il nostro paese spendeva oltre un quarto di meno per ognuno di noi rispetto alla media dell'UE-15. Dal 2005 al 2018 la spesa pubblica italiana in sanità, in termini reali, è salita solo dello 0.2% all'anno (dato non riportato in tabella), mentre nel resto dell'UE-15 (con l'esclusione della Grecia) è cresciuta dell'1.5%.

A pagare le spese nel breve-medio periodo di un sistema che regge sotto il profilo della performance, ma con risorse finanziarie calanti (e ormai scarse), sono stati i lavoratori e alcuni gruppi sociali. Per quanto riguarda i lavoratori, si tenga presente che nell'ultimo decennio il blocco delle assunzioni, che ha riguardato anche la sanità, ha accentuato due caratteri già tipici del SSN: la scarsa presenza relativa di infermieri e una forza lavoro di medici che va invecchiando. Il database dell'OCSE sulla sanità, citato in precedenza,

indica che, nei primi anni 2000, vi erano circa 5,2 infermieri ogni mille abitanti; nel 2018, tale rapporto era cresciuto solo fino a 5,5, mentre nell'UE-15 era pari a 8,2 già un ventennio fa e ha raggiunto 10,1 negli anni più recenti. In altri termini, abbiamo un SSN che funziona con la metà degli infermieri presenti in molti altri sistemi sanitari europei. Allo stesso tempo, la percentuale di medici con almeno 55 anni sul totale dei medici è passata dal 19% circa del 2000 al 56% del 2018 (contro una media del 34% nell'UE-15).

Inoltre, la spesa sanitaria pubblica pro capite più bassa che in molti altri paesi ha comportato un maggiore esborso di risorse da parte dei cittadini: l'OCSE fa presente come, nel 2018, il 23,1% della spesa totale sanitaria provenisse direttamente dalle famiglie. Si tratta di un dato nettamente più alto di quello medio dell'UE-15 (attorno al 16%, escludendo la Grecia). Chiaramente, non tutti possono permettersi di pagare di tasca propria le prestazioni sanitarie e quindi, accanto a una incidenza della spesa privata in sanità più alta che altrove, vi è una fetta consistente di popolazione, concentrata nella fascia di redditi bassi e medio-bassi, che afferma di dover rinunciare ad alcune cure sanitarie per motivi di costo, distanza o liste di attesa. Infine, specificità tutta italiana, oltre che per classe sociale i problemi di accesso e di qualità delle cure assumono un grado e una intensità differenti a seconda del territorio, con le regioni del Sud in genere nettamente più svantaggiate rispetto a quelle del Centro-Nord.

Tabella 2. *Le risorse economiche per la sanità pubblica in Italia in ottica comparata nel tempo (spesa pubblica pro-capite in sanità, espressa in percentuale, rispetto alla media dell'UE-15 a parità di potere di acquisto).*

2000	2005	2010	2018
91%	90%	83%	73%

Fonte: elaborazione dell'autore da OECD Health Statistics online database (2019)

Per saperne di più:

Giarelli, G. (a cura di) (2019), *Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea*, Milano, Franco Angeli.

ESPN (2018), *Inequalities in access to healthcare - A study of national policies*, ESPN: Bruxelles,

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8152&furtherPubs=yes>

OECD <http://www.oecd.org/health/> (per dati e ricerche comparative sulla sanità)

Fact Sheet 2 | Ottobre 2019

