

Saggi Tascabili

Walter Ricciardi

LA BATTAGLIA

PER LA

SALUTE

editori  laterza

Saggi Tascabili Laterza

Walter Ricciardi

La battaglia per la salute



Editori Laterza

© 2019, Gius. Laterza & Figli

Edizione digitale: gennaio 2019

www.laterza.it

Proprietà letteraria riservata
Gius. Laterza & Figli Spa, Bari-Roma

Realizzato da Graphiservice s.r.l. - Bari (Italy)
per conto della
Gius. Laterza & Figli Spa

ISBN 9788858136386

È vietata la riproduzione, anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata

Indice

Premessa

1.

Breve storia della tutela
della salute

- 1. La nascita del sistema assicurativo sociale nella Prussia di Bismarck*
- 2. Il primo servizio sanitario nazionale al mondo: il National Health Service britannico*
- 3. Tutti i paesi ricchi allineati,
tranne gli USA fino a Obama*

2.

I trionfi della medicina,
l'aumento della complessità, la crisi

- 1. Le grandi scoperte scientifiche che hanno cambiato la medicina (e la vita degli uomini)*
- 2. I quattro paradossi della sanità contemporanea: medici insoddisfatti,
cittadini più sani ma scontenti,
aumento delle medicine alternative,
aumento esponenziale dei costi*
- 3. La crisi finanziaria: come l'avidità e la stupidità hanno distrutto la salute e la vita
di milioni di persone*

3.

Viva l'Italia?

Pregi e difetti del nostro Servizio sanitario nazionale

- 1. Una storia di incredibile successo*
- 2. Una riforma sciagurata*
- 3. Il paese più disuguale al mondo*
- 4. Guai ai meridionali,
soprattutto se donne ed anziane*

4.

Il paese più vecchio del mondo:
salute e malattia
nell'Italia del XXI secolo

- 1. Le condizioni di salute degli italiani*

2. *E la qualità della vita?*
3. *Perché siamo messi così?*
4. *Una politica inadeguata a gestire la complessità della sanità*
5. *La mancata valorizzazione del capitale umano*
6. *La mancata risposta riformatrice alla crisi economica*
7. *La politica e i manager*
8. *Le colpe dei medici*
9. *Le colpe dei cittadini*
10. *La crisi è già iniziata: le prime «vittime»*

5.

Cosa aspettarsi dal futuro?

1. *Ci saranno le risorse per un sistema sanitario pubblico?*
2. *Cosa faranno gli italiani per curarsi?*

Conclusioni.

Istruzioni per un futuro migliore (verranno mai seguite?)

1. *Cosa dovrebbe fare la politica?*
2. *E quindi?*

Appendice.

12 punti per vincere

la battaglia per la salute

(per sé e per i propri cari)

1. *Avere una corretta alimentazione*
2. *Evitare le bevande zuccherate*
3. *Consumare più alimenti di origine vegetale*
4. *Limitare il consumo di carne rossa ed evitare il consumo di carni lavorate e conservate*
5. *Limitare il consumo di alimenti ricchi di sale*
6. *Fare attività fisica*
7. *Non bere alcool o farlo con moderazione*
8. *Non fumare né tabacco né altro*
9. *Stare attenti alle «bufale»*
10. *Fare medicina preventiva (screening)*
11. *«Studiare» la sanità della propria regione*
12. *Se possibile, farsi un'assicurazione sanitaria integrativa*

Bibliografia

Ringraziamenti

Premessa

Un tempo non molto lontano, diciamo fino alla Seconda guerra mondiale, la salute veniva considerata ‘semplicemente’ come assenza di malattia. Si stava bene se non si era malati, se si poteva uscire di casa e recarsi al lavoro e, quando andava bene, si campava fino a poco più di 60 anni.

E l’Italia era messa molto peggio di tutti i principali paesi del mondo occidentale. Certo, rispetto all’aspettativa di vita di 34 anni (!!!) che gli italiani avevano nel 1860, alla vigilia dell’unificazione nazionale, erano stati fatti importanti passi avanti, ma ancora fino agli anni Settanta la mortalità neonatale e quella infantile erano molto alte, il doppio della vicina Francia, solo per fare un esempio.

Poi, quarant’anni fa, si è verificato un cambiamento che in breve tempo ha catapultato l’Italia ai vertici delle classifiche degli indicatori sanitari mondiali, con la maggiore aspettativa di vita dopo il Giappone, il quasi azzeramento della mortalità materna e, in alcune regioni, la più bassa mortalità infantile del mondo. Che cosa ha reso possibile questo vero miracolo italiano, sicuramente più duraturo di quello economico degli anni Sessanta, dal momento che, sia pure tra qualche scricchiolio, permane anche in questi primi travagliati anni del XXI secolo?

La risposta è semplice: il Servizio sanitario nazionale (SSN), realizzato appunto a partire dal 1978. Un sistema cioè universalistico, finanziato attraverso la tassazione generale, che non discrimina in funzione di sesso, razza, religione, livello economico-sociale, in cui la tutela della salute è vista come un diritto fondamentale dell’individuo e della collettività, al pari cioè del diritto all’alimentazione e all’educazione.

Oggi è urgente porsi alcune domande: il nostro Servizio sanitario nazionale è al sicuro? È sostenibile? Sarà in grado di dare ai cittadini di domani, ma anche di oggi, le stesse prestazioni che hanno contribuito a far entrare l’Italia nel novero dei paesi più ricchi e sviluppati? La risposta a queste domande è semplice ed è, purtroppo, negativa.

Il SSN è oggi più a rischio che mai, anche se molti sembrano far finta di

niente. D'altra parte, sempre più persone si sono già rassegnate a pagare i servizi sanitari, con crescenti costi umani e finanziari. Se non si interviene presto e bene rischiamo di andare incontro a una vera e propria *débâcle* civile e sociale.

Alla domanda se è possibile salvare, anzi consolidare e migliorare un sistema sanitario che non chiede carta di credito o certificato assicurativo a nessuno e fornisce milioni di prestazioni l'anno, la risposta non è semplice né univoca ed è: dipende. Dipende dalla partita che tutti i protagonisti – cittadini, professionisti, manager, politici – decideranno di giocare e, soprattutto, se decideranno di giocarla insieme con senso di responsabilità, o gli uni contro gli altri.

In questo libro cercheremo di capire come è nato il Servizio sanitario nazionale, quali sono i suoi punti di forza e quali invece le criticità mai risolte; quali sono le sfide del presente. E cercheremo di prefigurare gli scenari futuri: che cosa succederà? Continueremo a godere di un sistema solidale e sostenibile o, quando ci ammaliamo, dovremo condurre una vera e propria battaglia per curarci e recuperare la salute?

Noi, è bene dirlo subito, facciamo il tifo perché il Servizio sanitario nazionale rimanga e sia addirittura migliorato, ma siamo ormai quasi fuori tempo massimo.

1.

Breve storia della tutela della salute

1. La nascita del sistema assicurativo sociale nella Prussia di Bismarck

I sistemi sanitari come li intendiamo oggi sono un frutto della modernità: in passato era possibile curarsi solo se si disponeva dei mezzi economici sufficienti per pagare il medico, che peraltro fino a cent'anni fa o forse meno aveva strumenti diagnostici e terapeutici decisamente limitati. Per arrivare al primo sistema sanitario moderno bisogna attendere la fine del XIX secolo.

Nell'Europa di quell'epoca non si viveva praticamente mai in pace. Le guerre tra le potenze si susseguivano senza soluzione di continuità: la Francia contro l'Inghilterra, la Prussia contro la Russia, e poi l'Austria contro l'Italia – diventata un paese unitario solo nel 1861 e ancora nel 1847 definita da Metternich una «espressione geografica» – per poi proseguire con la costante tensione al confine tra Francia e Germania, che periodicamente si trasformava in conflitto aperto.

Uno dei problemi per tutti i capi di Stato e di governo dell'epoca era la scarsità della manodopera, cioè della risorsa essenziale con cui si combattevano le guerre e con cui si costruivano le armi: i soldati e gli operai.

L'aspettativa di vita media del tempo era inferiore ai quarant'anni. Epidemie di malattie infettive mietevano migliaia di vittime, e soldati e operai, quando si ammalavano, non avevano quasi mai risorse sufficienti per pagare di tasca propria le limitate cure che i medici potevano erogare loro. Certo, fin dal 1500 c'erano ordini religiosi che avevano tra le loro ragioni d'essere l'assistenza e la fondazione di ospedali, come i Fatebenefratelli, ma la loro misericordia non poteva certamente risolvere i problemi di milioni di persone ed essi erano solo una pallida luce nelle tenebre della malattia e della sofferenza che coinvolgevano intere popolazioni.

Come spesso succede, però, la necessità aguzza l'ingegno e, nei paesi di

prima industrializzazione, gli operai avevano provato ad auto-organizzarsi, cominciando a versare mensilmente una piccola parte del proprio salario in una cassa comune a cui attingevano per pagare le cure per sé stessi e per la propria famiglia nel momento del bisogno. Erano nate così le Società di mutuo soccorso, che avevano però anch'esse il limite di coprire solo una parte molto limitata della popolazione.

Lo statista che intuì la necessità di un sistema sanitario moderno per supportare lo sviluppo economico del proprio paese fu il primo cancelliere dell'impero tedesco, Otto von Bismarck, che estese all'intera Germania l'idea del mutuo soccorso introducendo l'obbligo normativo per tutti i cittadini di stipulare una polizza assicurativa sanitaria, pagata in parte dal datore di lavoro e in parte dal dipendente. Il risultato fu eccezionalmente positivo. Di fatto, l'obbligo garantiva una copertura universale in un sistema in cui lo Stato aveva la funzione di garante, di controllore e, per coloro che, non avendo un lavoro, non disponevano di un reddito per pagare un'assicurazione, di finanziatore di un pacchetto minimo di copertura dei rischi sanitari.

La popolazione apprezzò e l'economia ne uscì rafforzata, per non parlare del potenziale bellico della Germania, anche se questo portò – come è noto – a un eccesso di militarismo non estraneo al divampare di tutti i conflitti che sconvolsero l'Europa, anche nel XX secolo.

Fatto sta che tutti i paesi, inclusa l'Italia con la legge Crispi-Pagliani (presidente del Consiglio il primo, professore ordinario di Igiene all'Università di Torino il secondo), abbracciarono, con maggiore o minore successo, il modello bismarckiano, denominato da allora «assicurativo sociale» e che rimase per molti decenni l'unico modello di sistema sanitario.

Per la nascita del secondo modello bisognerà aspettare quasi settant'anni e due terribili guerre mondiali.

2. Il primo servizio sanitario nazionale al mondo: il National Health Service britannico

All'indomani della vittoria sul nazifascismo, il primo ministro britannico Winston Churchill, che aveva dato un contributo indubitabile e fondamentale nella lotta contro le dittature e che aveva portato alla vittoria il proprio paese, immaginava che sarebbe stato riletto trionfalmente dai cittadini, riconoscenti per una leadership leggendaria esercitata in condizioni proibitive. Invece, gli inglesi assicurarono una forte maggioranza parlamentare al partito contrario a Churchill, quello laburista, che aveva promesso «non più lacrime e sangue»,

ma un futuro di serenità e prosperità basato su un sistema di *welfare* garantito «dalla culla alla tomba», concepito dalla mente geniale dell'economista e sociologo William Beveridge: scuola e università, formazione professionale, sussidi di disoccupazione, pensioni e, per la salute, un National Health Service (NHS), un servizio sanitario nazionale, naturalmente pubblico, finanziato con le tasse dei cittadini, in cui operavano medici e personale salariato, gratuito al momento dell'uso, equo, solidale.

Un'utopia che diventava realtà e, ai giornalisti che gli chiedevano se davvero pensava di poter realizzare quel che prometteva, il ministro della Sanità Aneurin Bevan rispose senza esitazione: «Sì! La malattia non è un lusso da pagare o una maledizione da vivere da soli, ma un evento che deve essere affrontato grazie alla efficienza di una società solidale».

E così fu. Tra l'incredulità della gente e le resistenze dei medici, il NHS partì nel 1948 e i risultati straordinari che ottenne, affiancati al desiderio di equità e di giustizia sociale che emergevano dopo il conflitto mondiale, indussero altri governi ad adottarlo. Cominciarono i governi socialdemocratici dei paesi scandinavi e, nel 1978, si aggiunse al gruppo il primo paese dell'Europa del Sud, l'Italia appunto.

In realtà, di un sistema siffatto si era cominciato a parlare anche da noi già nel 1948. La «più bella Costituzione del mondo» è ancora l'unica a considerare il diritto alla tutela della salute, nel suo articolo 32, come un diritto umano fondamentale, sia a livello individuale che collettivo. Così recita, infatti, il primo comma dell'articolo: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti». Ci sarebbero voluti trent'anni (e la tragedia del terrorismo, come a breve diremo) per favorirne l'effettivo avvio.

Nel frattempo il nostro sistema prevedeva cittadini di serie A, quelli coperti da una «mutua» assicurativa, i quali potevano godere di cure da questa rimborsate, e cittadini di serie B, che pagavano le prestazioni di tasca propria o, in caso di incapacità, venivano inseriti in liste di «poveri» da assistere caritatevolmente.

Tutto cambiò il 16 marzo 1978, quando venne rapito Aldo Moro, segretario del più importante partito politico dell'epoca, la Democrazia cristiana. La sua uccisione, ad opera del gruppo terroristico delle Brigate Rosse, indurrà la formazione di un governo di unità nazionale che prenderà misure urgenti e varerà, con una rapidità inconcepibile per la politica italiana in tempi ordinari, tre leggi sanitarie che cambieranno la vita di milioni di persone.

La prima, n. 180, per la riforma dell'assistenza psichiatrica; la seconda, n. 194, per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza; la terza, n. 833, per l'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Da quel momento l'Italia si proiettava tra le nazioni più avanzate del pianeta per i livelli di assistenza erogati alla propria popolazione.

3. Tutti i paesi ricchi allineati, tranne gli USA fino a Obama

Dagli anni Ottanta in poi, tutti i paesi sviluppati del mondo, ad eccezione degli Stati Uniti d'America, hanno adottato in sanità o un modello «bismarckiano» (assicurativo sociale) o uno «beveridgiano» (servizio sanitario nazionale).

In Europa, dopo i paesi scandinavi, sono stati quelli dell'Europa meridionale – Italia, Spagna e Portogallo *in primis*, seguiti dalla Grecia – a istituire servizi sanitari nazionali, mentre i paesi dell'Europa orientale, man mano che si liberavano del giogo sovietico, preferivano abbracciare un modello assicurativo sociale. In ogni caso, oggi 500 milioni di cittadini dell'Unione Europea hanno, in un modo o in un altro, una copertura sanitaria universale.

Negli altri continenti, paesi sviluppati come il Canada, l'Australia e la Nuova Zelanda, garantivano la stessa tipologia di copertura mentre quelli più poveri, soprattutto in Africa e in Asia, dipendevano – e in larga misura dipendono ancora – da donazioni internazionali con enormi livelli di inefficienza e inequità.

L'unica eccezione tra i paesi ricchi era rappresentata dagli Stati Uniti, fino all'approvazione, nel 2010, dell'*Affordable Care Act*, il cosiddetto «Obamacare».

La cultura della frontiera, il liberismo esasperato e fortissimi interessi commerciali avevano prodotto in quel paese un sistema stile «selvaggio West», dove la salute e la malattia venivano considerate una responsabilità totalmente individuale e la sanità un bene di consumo, da erogare tramite assicurazioni puramente commerciali, costosissime e pertanto nella disponibilità solo di coloro che potevano permetterselo.

Rimanevano così in balia della sorte decine di milioni di persone per le quali ammalarsi poteva significare impoverirsi drammaticamente o, semplicemente, morire per l'impossibilità di curarsi.

La riforma Obama ha attenuato, ma non risolto, i problemi strutturali di tale sistema e, benché abbia certamente garantito la copertura assicurativa a oltre

30 milioni di cittadini che prima non l'avevano, continua a presentare livelli di inefficienza e di inequità senza paragoni nel resto del mondo. Nella capitale degli Stati Uniti, ad esempio, convivono indicatori da Primo mondo in alcuni quartieri ricchi e performance 'africane' a poche fermate di autobus di distanza per le persone più povere. Il tutto a fronte di una spesa sanitaria 'mostruosa', pari ormai a quasi il 20% del PIL nazionale.

Ma è quello che potrebbe succedere anche in Europa, e persino da noi, se non ci attrezziamo in tempo.

I primi segnali preoccupanti già si intravedono.

2.

I trionfi della medicina, l'aumento della complessità, la crisi

1. Le grandi scoperte scientifiche che hanno cambiato la medicina (e la vita degli uomini)

A grandi linee possiamo affermare che fino al XIX secolo la medicina poteva fare veramente poco per i propri pazienti. Non vi erano strumentazioni diagnostiche, i farmaci erano limitatissimi, la tecnica chirurgica rudimentale. In questo quadro, i medici avevano una formazione eterogenea e, spesso, improvvisata. Il cambiamento avviene quando si comincia ad applicare il metodo scientifico con maggiore rigore e la ricerca biomedica, sia laboratoristica sia clinica, supportata da scoperte eccezionali in biologia, chimica, fisica e ingegneria, inizia a produrre risultati straordinari.

Il XX secolo è quello della svolta e della grande accelerazione. Le prime grandi conquiste si registrano nel settore della diagnostica, nella capacità di identificare alterazioni prima macroscopiche degli organi e poi microscopiche a carico di cellule e tessuti.

Dalla radiologia basata esclusivamente sui raggi X scoperti da Röntgen nel 1895 ed applicati per la prima volta per scopi medici da Hall-Edwards, che nel 1908 dovette farsi amputare il braccio sinistro a causa di una dermatite da essi causata, si passò alle più sofisticate immagini della TAC (tomografia assiale computerizzata) prima e della RMN (risonanza magnetica nucleare) poi. A questi si affiancarono altri strumenti diagnostici importanti come l'ecografia e l'endoscopia gastrointestinale.

Una patologia quasi sempre letale come l'infarto acuto del miocardio divenne curabile tramite l'identificazione precoce con test di laboratorio e la terapia chirurgica del bypass aorto-coronarico prima e quella angioplastica successivamente.

La mammografia fu identificata come lo strumento per prevenire milioni di

casi di cancro della mammella ed altrettanti milioni di pazienti tornarono a vedere nitidamente tramite la chirurgia della cataratta.

Le tecniche chirurgiche divennero sempre più risolutive (si pensi ad esempio a quelle per sostituire le anche e le ginocchia con protesi) e sempre meno invasive (come quelle laparoscopiche).

Infine, ma non per la loro enorme rilevanza terapeutica, l'avvento di farmaci eccezionali ha consentito l'allungamento e il miglioramento della vita di milioni di pazienti: parliamo degli ACE-inibitori (inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina, dall'inglese Angiotensin Converting Enzyme, utilizzati nella terapia dell'ipertensione arteriosa, del post-infarto del miocardio e dell'insufficienza cardiaca cronica), delle statine (utili per prevenire l'eccesso di colesterolo nel sangue), degli inibitori della pompa protonica e H2 antagonisti per la cura delle gastriti, degli antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRIs, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) e non-SSRI, degli steroidi inalatori per l'asma, degli antinfiammatori non steroidei.

Decennio dopo decennio le scoperte si fanno ancora più incalzanti. Oggi abbiamo a disposizione nanomacchine che viaggiano attraverso i vasi sanguigni rimuovendo il colesterolo e le placche aterosclerotiche, nanotecnologie che riescono ad esplorare il processo cognitivo a livello molecolare, impianti neurali per contrastare le malattie neurodegenerative, T-shirt con sensori in grado di monitorare il battito cardiaco e altri parametri vitali e trasmettere le informazioni direttamente a un medico, test genetici e nuovi approcci nella progettazione dei farmaci. Per citarne soltanto alcune.

Questo straordinario processo di avanzamento della ricerca e della tecnologia offre preziose opportunità, ma determina anche un enorme aumento della complessità gestionale. Mentre un tempo vi era il medico, solo con la sua conoscenza e saggezza, oggi vi sono altre professioni sanitarie, le tecnologie sono diventate sofisticatissime, la logistica decisiva, le infrastrutture essenziali. E tutto questo, oltre che essere difficilissimo da gestire, assorbe anche enormi risorse finanziarie. La sanità è oggi uno dei settori più complessi e costosi da gestire. Purtroppo questa complessità è talvolta affrontata in modo inadeguato e ciò determina situazioni paradossali.

2. I quattro paradossi della sanità contemporanea: medici insoddisfatti, cittadini più sani ma scontenti,

*aumento delle medicine alternative,
aumento esponenziale dei costi*

Il mondo ha bisogno di medici e di personale sanitario. Dall’Africa alle Filippine serve personale per vaccinare i bambini, prestare le cure di base e assistere le madri durante il parto e la gravidanza. Ma questi professionisti non ci sono. Ne mancano in tutto più di 4,3 milioni tra medici, infermieri, chirurghi, ostetriche, psichiatri e molti altri ancora.

Anche in Italia questa risorsa essenziale comincia a scarseggiare e molti di quelli che oggi praticano la professione sono insoddisfatti. Le motivazioni sono evidenti: anni di studio durissimo dopo una selezione difficilissima, necessità di aggiornarsi continuamente, enormi responsabilità, status socio-economico in discussione. A ciò si aggiunga che nella loro formazione di base i medici italiani non sono stati ancora tutti adeguatamente educati ad una migliore comunicazione con i pazienti e ad una gestione più manageriale delle risorse.

A questo stato d’animo fa fronte un analogo disagio da parte dei cittadini, che non discutono quasi mai sulla competenza tecnico-professionale dei sanitari, ma spesso rimproverano loro la mancanza di empatia e la scarsità di tempo dedicato ai pazienti.

Ciò produce il paradosso che, a fronte di grandi professionalità e strumenti tecnologici evoluti, sicuri ed efficaci, si ricorre sempre più spesso a pratiche alternative di scarsa o nulla scientificità, i cui operatori però si dedicano ad un ascolto più attento delle esigenze dei pazienti.

Ma, al di là del disagio psicologico dei protagonisti, le vere difficoltà strutturali sono nel ritardo culturale, organizzativo e gestionale che caratterizza oggi nel nostro paese le strutture sanitarie, nell’aumento esponenziale dei loro costi e nei danni che la crisi finanziaria ha generato nel nostro Servizio sanitario nazionale.

3. La crisi finanziaria: come l’avidità e la stupidità hanno distrutto la salute e la vita di milioni di persone

Era il 2007 quando la più grande crisi finanziaria dal 1929 si manifestò in tutta la sua gravità. L’evento più emblematico del cataclisma fu, come è noto, la chiusura, negli Stati Uniti, della più grande e fino ad allora considerata inaffondabile banca d’affari, la Lehman Brothers.

Da quel momento la chiusura di migliaia di aziende e la perdita di milioni di

posti di lavoro provocarono una recessione senza precedenti e le conseguenze non tardarono a farsi sentire anche nel settore sanitario. I paesi che pagarono, e tuttora pagano, il prezzo più caro furono quelli con un sistema sanitario di tipo Beveridgeano, ossia con un servizio sanitario nazionale. Il crollo della loro ricchezza ha prodotto infatti una forte diminuzione del gettito fiscale, che ha a sua volta causato tagli al settore, con riduzione dei servizi erogati, blocco dei salari del personale e del *turnover*, rallentamento negli investimenti tecnologici.

In alcuni casi, il fallimento del paese e il successivo commissariamento da parte della cosiddetta «troika» – costituita dalla Commissione europea, dalla Banca centrale europea e dal Fondo monetario internazionale –, come in Grecia, Irlanda e Portogallo, hanno determinato un drastico ridimensionamento delle prestazioni sanitarie pubbliche; in altri paesi, come Spagna, Italia e Regno Unito, i tagli hanno obbligato a strategie di contenimento dei costi draconiane.

L'Italia è certamente tra i paesi che hanno pagato a più caro prezzo gli effetti della crisi: perdita del 25% della produzione industriale, diminuzione del prodotto interno lordo del 10%, record di disoccupati, potere d'acquisto precipitato ai livelli del 1994. Tutto questo ha comportato tagli al Fondo sanitario nazionale per circa 25 miliardi e solo dal 2016 si è ritornati a investire, seppure in maniera limitata e assolutamente insufficiente, sul Servizio sanitario nazionale.

Queste scelte hanno avuto conseguenze drammatiche sulla salute dei cittadini.

In Grecia i tassi di mortalità materna, neonatale e infantile sono tornati a salire dopo decenni di miglioramento; il numero di bambini sottopeso o denutriti è aumentato enormemente, così come quello degli infetti da HIV. L'accesso ai farmaci, perfino quelli salvavita, è stato drasticamente ridotto.

In Portogallo, Spagna e Irlanda il numero di medici e operatori sanitari che lasciano il proprio paese per lavorare all'estero è aumentato molto significativamente.

In Italia e nel Regno Unito si è registrato il tasso di mortalità più rilevante dal secondo dopoguerra e la mancanza di personale ha prodotto situazioni di disagio inaudite sia nella gestione dell'emergenza che in elezione, ovvero per gli interventi già programmati. Solo per fare un esempio, il sottofinanziamento del NHS ha determinato la cancellazione di tutti gli interventi chirurgici del mese di gennaio 2018 e il decesso di pazienti ospedalieri non alimentati per mancanza di personale.

In Italia, a causa dell'assetto del nostro sistema sanitario, con le regioni responsabili dell'organizzazione dei propri servizi, la crisi ha determinato un caleidoscopio di indicatori sia per quanto attiene i parametri sanitari sia per quelli sociali. In alcune regioni la tardiva riorganizzazione dei servizi ha provocato una crescente difficoltà da parte di migliaia di cittadini ad accedere a prestazioni anche essenziali, costringendoli a migrare in altre regioni per ottenerle. Il risultato è stato un progressivo aumento delle morti evitabili e una diminuzione nell'aspettativa di vita alla nascita che è oggi, per i cittadini di molte regioni meridionali, notevolmente inferiore rispetto a quella delle regioni centro-settentrionali.

In sostanza, il sistema di *welfare* elaborato da Beveridge nella prima metà del XX secolo, basato su un meccanismo di solidarietà e di trasferimenti dai ricchi ai poveri, dai giovani ai vecchi, dagli occupati ai disoccupati, dai sani ai malati, è entrato in una profonda crisi da cui rischia di non emergere, a meno che non agiamo in modo rapido ed efficace.

3.

Viva l'Italia?

Pregi e difetti del nostro Servizio sanitario nazionale

1. Una storia di incredibile successo

L'istituzione, nel 1978, del Servizio sanitario nazionale è forse il provvedimento legislativo che ha cambiato più in profondità e in meglio la vita degli italiani.

Prima del suo avvento, in Italia morivano più di 20 neonati su 1.000 nati vivi (contro i poco più di 9 della Francia e della Svezia) e 30 bambini su 1.000 morivano prima del compimento del primo anno di vita, contro i 10 della Svezia o i 15 della Francia. Una catastrofe.

Far sì che le mamme potessero partorire gratuitamente al sicuro in reparti strutturati e con personale competente ha ridotto quei numeri in modo incredibile, al punto che oggi in Europa siamo secondi solo alla Svezia per indicatori materno-infantili: attualmente la nostra mortalità neonatale è di 2,1 su 1.000 rispetto all'1,3 della Finlandia e quella infantile di 2,8 contro 1,9 su 1.000 degli scandinavi.

Ma il vero record è nella crescita dell'aspettativa di vita: un cittadino italiano che nasce oggi può aspirare a vivere 81 anni se è maschio e 85 se è femmina.

Prima dell'avvento del SSN eravamo gli ultimi tra i paesi industrializzati e oggi siamo tra i primi al mondo, anche se da alcuni anni abbiamo cominciato (appunto!) a perdere qualche posizione a vantaggio di Spagna e Francia. Ma questo non vale per tutti.

2. Una riforma sciagurata

Il nostro paese conta al suo interno enormi differenze, da ogni punto di vista. Ogni cento chilometri cambia tutto: paesaggio, dialetti, cultura, storia,

gastronomia. E sebbene sin dalla sua unificazione vi sia sempre stata una «questione meridionale», con un Nord più ricco e sviluppato e un Sud più povero e arretrato, in campo sanitario fino al 2001 questa differenza non era eclatante; anzi, per motivazioni diverse, gli indicatori di salute delle regioni meridionali erano migliori di quelle settentrionali.

Tabella 1. Speranza di vita alla nascita per regione e sesso, 2001 (valori stimati)

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte ¹	76,4	82,6
Valle d'Aosta ¹	76,4	82,6
Lombardia	76,3	83,1
Prov. aut. di Bolzano	77,0	84,1
Prov. aut. di Trento	76,9	83,9
Veneto	76,9	83,7
Friuli Venezia Giulia	76,6	83,2
Liguria	76,5	82,7
Emilia Romagna	77,2	83,4
Toscana	77,3	83,3
Umbria	77,8	83,5
Marche	78,0	84,3
Lazio	76,9	82,7
Abruzzo ¹	77,7	83,8
Molise ¹	77,7	83,8
Campania	75,3	81,2
Puglia	77,6	83,2
Basilicata	77,5	83,0
Calabria	77,6	82,9
Sicilia	76,6	81,9
Sardegna	76,2	83,0
Totale	76,7	82,9

¹ Regioni accorpate per calcolo del dato (Piemonte con Valle d'Aosta e Abruzzo con Molise).

Fonte: ISTAT, Tavole di mortalità della popolazione residente, Sistema di *nowcast* per indicatori demografici.

La tabella 1 mostra che, in quell'anno, l'aspettativa di vita di lucani, pugliesi e calabresi era maggiore di circa un anno rispetto, ad esempio, a quella di lombardi, veneti e trentini.

Dal 2001 è cambiato tutto, perché?

Perché mentre i fattori di rischio che portano gli italiani ad ammalarsi, e a morire, sono aumentati in tutte le regioni italiane in modo abbastanza simile, la capacità di risposta, sia preventiva che curativa, si è differenziata in modo abissale, anche a seguito della riforma del titolo V della Costituzione, che ha affidato alle amministrazioni regionali il compito di organizzare e gestire il

proprio sistema sanitario, lasciando alle strutture centrali – *in primis* il ministero della Salute – esclusivamente tre compiti: effettuare la programmazione, determinare le prestazioni da garantire a tutti i cittadini indipendentemente dalla loro residenza (i cosiddetti LEA, Livelli essenziali di assistenza) e finanziare i servizi con un meccanismo di quota capitaria, cioè un importo predefinito per ciascun cittadino.

Va ricordato che questa riforma, approvata in Parlamento per un pugno di voti in un momento di forti tensioni centrifughe da parte di alcune regioni settentrionali, era animata dal principio di riportare decisioni importanti per la vita dei cittadini, come appunto la sanità o i trasporti, più vicino ai cittadini stessi. Il risultato è stato certamente positivo per i cittadini delle regioni le cui amministrazioni hanno compreso e gestito adeguatamente la sfida della complessità dei sistemi sanitari, ma per quelli residenti nelle regioni gestite in modo inefficace e inefficiente le conseguenze sono state drammatiche.

3. Il paese più disuguale al mondo

Bisogna ricordare che oggi quasi il 90% degli italiani si ammala di patologie causate esclusivamente da quattro fattori di rischio: eccessiva e cattiva alimentazione, scarsa o nulla attività fisica, eccessivo consumo di alcool e utilizzo di tabacco.

Tutti questi fattori di rischio sono aumentati in modo rilevante in tutte le regioni, ma l'incremento è stato eclatante, ad eccezione del consumo di alcool, soprattutto nelle regioni del Sud e questo ha provocato un aumento delle malattie, soprattutto quelle cronico-degenerative, a cui le strutture sanitarie meridionali non sono state in grado di dare risposte adeguate né per quanto concerne la prevenzione né la cura. Il che ha fatto sì che nel nostro paese, accanto alle ben note differenze socio-economiche, presenti in tutto il mondo, si affiancassero e prevalessero quelle geografiche.

Nel 2001, preoccupato per l'assenza di un sistema di valutazione delle condizioni di salute e di assistenza sanitaria conseguenti alla riforma della Costituzione, attivai presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma un osservatorio che monitorasse questi indicatori, per fornire sia ai decisori nazionali sia a quelli regionali utili informazioni in merito. Nel corso degli ultimi quindici anni l'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, grazie all'attività di quasi novecento ricercatori, ha svolto questo compito producendo annualmente il *Rapporto Osservasalute*, con più di cento indicatori

misurati e analizzati. Orbene, non vi è uno di questi indicatori che risulti uguale in alcuna delle regioni italiane e, nel corso degli anni, il trend è stato univoco e inderogabile: tutte le regioni del Nord migliorano e tutte quelle del Sud peggiorano.

4. Guai ai meridionali, soprattutto se donne ed anziane

In che cosa si traduce questo divario? Nel fatto che chi nasce oggi al Sud ha un'aspettativa di vita consistentemente inferiore rispetto a chi nasce al Nord: un bambino napoletano o palermitano ha un'aspettativa di vita di circa tre anni inferiore rispetto a un bimbo marchigiano o trentino. Insomma, nascere oggi nelle regioni meridionali significa nascere in un paese diverso, più simile alla Romania o alla Bulgaria, fanalini di coda dell'Unione Europea, che però negli ultimi anni hanno registrato progressi significativi. Viceversa, nascere al Nord significa avere indicatori sanitari simili a quelli di Svezia e Germania.

Essere donne al Sud significa appartenere ad una categoria particolarmente svantaggiata, priva di presidi preventivi e diagnostici in età giovanile ed adulta, abbandonata a sé stessa in età anziana. Basti pensare che mentre nella Provincia autonoma di Trento, in Emilia Romagna e in Veneto si raggiungono valori di copertura per lo screening mammografico molto alti (rispettivamente di circa l'89%, l'87% e l'86%), prevenendo così migliaia di casi di malattia, la percentuale scende al 50% circa in Campania e al 55% in Calabria, determinando in queste regioni una mortalità notevolmente più elevata e drammatica, se si considera che sono quasi tutte malattie e morti evitabili.

Le donne anziane del Sud, come quelle del Centro e del Nord, sono destinate, in larga maggioranza, a sopravvivere ai loro mariti, ma mentre quelle residenti nelle regioni centro-settentrionali possono contare su una rete socio-assistenziale meglio organizzata, quelle meridionali sono sempre di più affidate esclusivamente alla famiglia o, peggio, abbandonate ad una vecchiaia in solitudine e con una scarsa qualità della vita che riguarda, in media, gli ultimi sedici anni di vita.

Benché le disuguaglianze di salute siano una problematica ben nota e, purtroppo, crescente un po' in tutto il mondo, non vi è una situazione così drammatica come quella che si è determinata in Italia nell'ultimo ventennio e

il Sud del nostro paese è l'unica area dell'intera Unione Europea a far registrare una costante decrescita economica, sociale e sanitaria.

È un dato che dovrebbe non solo farci riflettere, ma indurci a immediate ed efficaci azioni correttive.

4.

Il paese più vecchio del mondo: salute e malattia nell'Italia del XXI secolo

Alla fine di questo *excursus* il termine che, da solo, forse meglio descrive il nuovo ambiente è «complessità». La sanità pubblica moderna, da cui dipende la tutela della salute dei cittadini, è un sistema complesso. Non solo dal punto di vista delle competenze mediche e farmacologiche e della tecnologia, ma anche dal punto di vista organizzativo: la complessità riguarda il disegno dell'intera organizzazione sanitaria nazionale e internazionale.

Le malattie del benessere richiedono interventi articolati, dalla prevenzione primaria alla programmazione degli screening, dall'implementazione e diffusione tempestiva di terapie efficaci agli investimenti in risorse e capitale umano adeguati.

Un quadro complesso che spesso pone quesiti – cui non è facile dare risposta – sulla sostenibilità di specifici interventi, come quelli per la non autosufficienza, oppure quello del costo sbalorditivo di alcune terapie *ad personam*.

La domanda che si pone in materia di sanità pubblica è se il paese si stia attrezzando per trovare le risposte ai bisogni di salute della popolazione in una situazione la cui complessità appare crescente. Per mantenere i progressi del passato – straordinari e per certi versi inattesi – l'Italia dovrà necessariamente guardare avanti cercando di comprendere a fondo il carattere inedito della complessità della sanità pubblica moderna e le sfide che essa deve affrontare.

Negli ultimi vent'anni, a livello mondiale, abbiamo assistito a due fenomeni contrapposti: da un lato, il sorprendente aumento dell'aspettativa di vita della popolazione (circa un anno in più ogni quattro anni); dall'altro, l'incremento della prevalenza delle malattie croniche, che si sono diffuse su scala globale, configurandosi in alcuni paesi e per alcune patologie (ad esempio il diabete)

come vere e proprie epidemie. La diretta conseguenza di tali fenomeni è una popolazione sicuramente più longeva, ma al tempo stesso più malata e bisognosa di cure.

L'Italia non solo non fa eccezione, ma è tra i paesi al mondo più interessati da questi fenomeni. Infatti, come abbiamo ricordato, noi italiani possiamo vantare un'aspettativa di vita alla nascita pari a 83 anni e coloro che raggiungono il sessantacinquesimo anno d'età possono contare di vivere mediamente altri ventuno anni. Solo il Giappone presenta un'aspettativa di vita alla nascita superiore alla nostra.

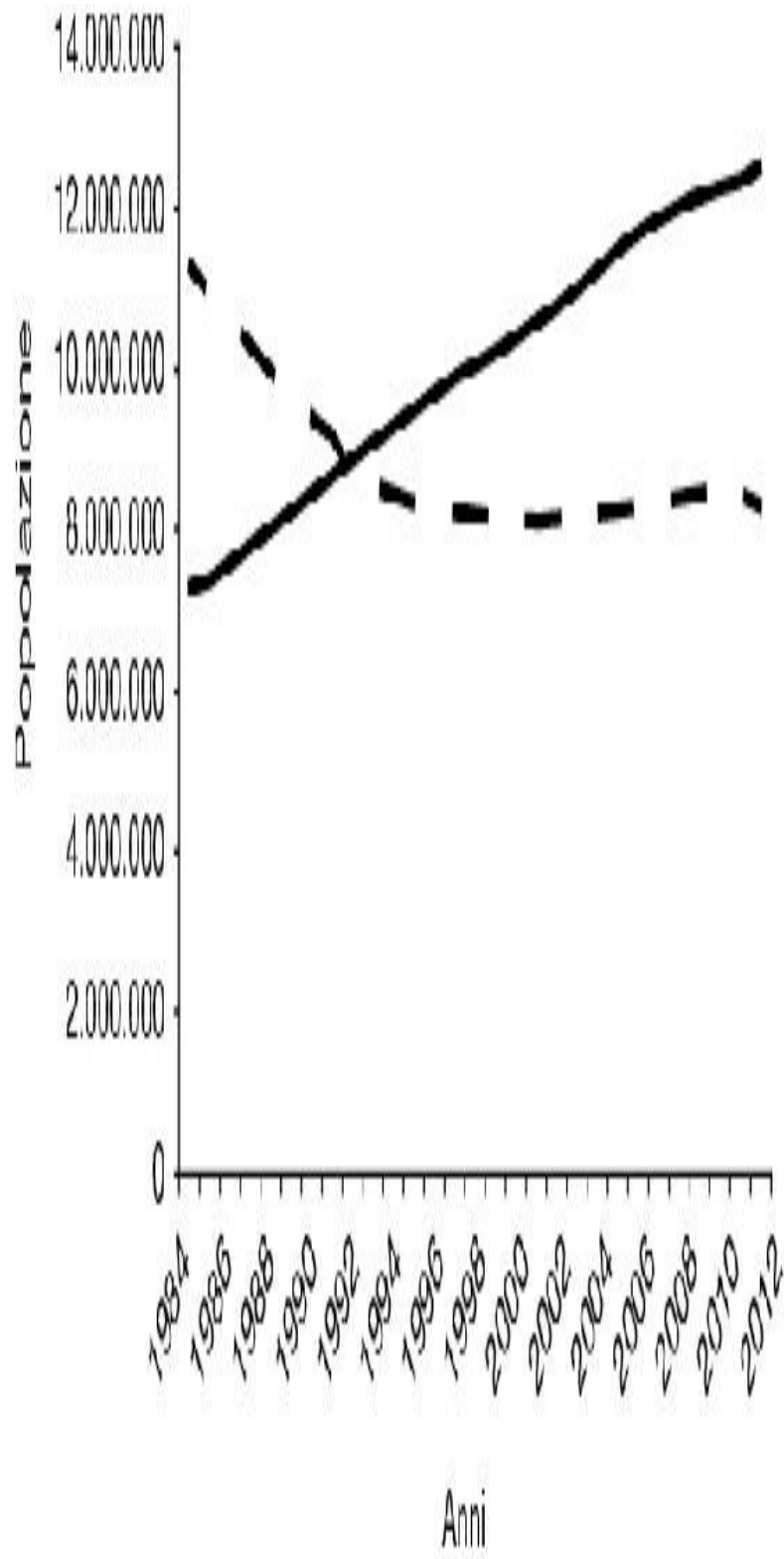
Naturalmente, l'aumento dell'aspettativa di vita comporta un aumento della popolazione anziana. Negli ultimi sessant'anni in Italia il numero di residenti di età pari o superiore ai 65 anni è aumentato di oltre trenta volte. Dati aggiornati al 2018 ci dicono che gli ultrasessantacinquenni sono quasi 14 milioni e secondo le previsioni demografiche dell'ISTAT sono destinati ad aumentare nel 2030, arrivando a più di 16 milioni.

A tale aumento della popolazione anziana, peraltro, non è corrisposto un pari aumento della popolazione giovane, essendosi verificata negli anni una progressiva riduzione delle nascite che ha interessato in modo particolare le regioni del Sud, un tempo ad alto tasso di natalità. Il 2017 ha fatto registrare un nuovo record negativo per la popolazione italiana. Secondo gli ultimi dati ISTAT, in quell'anno sono nati in Italia solo 458.000 bambini: il 3% in meno rispetto ai 473.000 del 2016, quando si registrò il record di minimo storico dall'Unità d'Italia. È la nona consecutiva diminuzione dal 2008, anno in cui nacquero solo 577.000 bambini. E il bilancio sarebbe ancora più drammatico se non vi fossero le nascite dei nuovi immigrati.

Insomma, in Italia non solo aumentano gli anziani, ma aumenta pure il loro peso sulla società: oggi metà della popolazione ha un'età superiore a 45,2 anni e quando questi quarantenni invecchieranno troveranno pochi giovani a sostenerli.

Il problema del ricambio generazionale si comprende meglio guardando il grafico 1. Negli anni abbiamo osservato in Italia un'inversione del rapporto tra numero di giovani (rappresentati dai residenti di età pari o inferiore ai 14 anni) e anziani (rappresentati dai residenti di età pari o superiore ai 65 anni). Questa inversione si è verificata, per la precisione, nel 1992 e da allora la forbice tra popolazione anziana e popolazione giovane si è continuamente allargata. Il fenomeno ha interessato molti paesi nel mondo, ma non c'è

dubbio che in Italia l'aumento della proporzione di anziani sul totale dei residenti sia particolarmente marcato.



— Popolazione 65+ anni - - Popolazione 0-14

Grafico 1. *Popolazione con 65 anni di età o più e popolazione di età pari o inferiore a 14 anni in Italia, 1984-2012*

Fonte: ISTAT 2018a.

In molti casi, solo i residenti stranieri sono stati in grado di dare un significativo contributo al mantenimento della popolazione giovane, pur senza riuscire a compensare l'invecchiamento globale del paese: circa il 74% degli stranieri ha un'età inferiore ai 45 anni, mentre l'89% di essi ha un'età inferiore ai 55 anni. Senza l'arrivo di cittadini stranieri, negli ultimi vent'anni la popolazione italiana sarebbe diminuita di circa un milione di abitanti.

Non bisogna aver studiato demografia o economia per comprendere che una società così strutturata non è sostenibile.

1. Le condizioni di salute degli italiani

Come si ripercuote questo invecchiamento della popolazione sulla salute degli italiani?

Com'è noto, i soggetti più anziani sono a maggior rischio di essere affetti da almeno una malattia cronica, come il diabete, le patologie cardiovascolari, i problemi osteoarticolari, le demenze e vari tipi di tumore. Quindi, l'invecchiamento degli italiani avrà come effetto finale un aumento della proporzione di soggetti con patologie croniche e comorbidità. E infatti negli ultimi dieci anni la proporzione di italiani affetti da almeno una malattia cronica è aumentata dal 38,8% del 2009 al 39,9% del 2017, mentre la proporzione di soggetti affetti da almeno due malattie croniche è aumentata dal 20,3% del 2009 al 20,9% del 2017.

In valori assoluti questo significa che in dieci anni vi è stato un incremento di circa 1,3 milioni di pazienti con almeno una malattia cronica e quasi 0,7 milioni di pazienti in più con almeno due patologie croniche. Tutto questo, come vedremo più avanti, ha determinato anche un aumento significativo dei livelli di disabilità.

Oggi più che ieri, dunque, ci si ammala (e si muore) prevalentemente per patologie legate all'invecchiamento. Anche se la prevenzione e i progressi di tipo diagnostico-terapeutico possono rallentare l'insorgenza o migliorare il decorso di molte malattie, la proporzione di soggetti affetti da tutte le più importanti patologie croniche è invariabilmente in crescita.

Negli ultimi vent'anni abbiamo visto aumentare i soggetti diabetici, quelli affetti da ipertensione arteriosa e malattie cardiache, da malattie respiratorie croniche e da patologie osteoarticolari, in particolare osteoporosi. Inoltre, negli ultimi anni sono aumentati i pazienti a cui sia stata diagnosticata una malattia mentale (nevrosi, psicosi o depressione), complici forse anche la maggior sensibilità al tema e la crisi economica.

Come è ben noto, il benessere complessivo degli individui è determinato dall'armonia tra la salute fisica e quella mentale: è logico quindi aspettarsi che il peggioramento di entrambe le dimensioni potrebbe portarci, in un futuro non troppo lontano, a dover affrontare una domanda di salute senza precedenti da parte della popolazione.

Del resto, nel nostro paese uno dei più seri problemi legati all'invecchiamento è il numero di soggetti affetti da demenza (demenza senile, malattia di Alzheimer o altre forme). Questo gruppo di patologie costringe i familiari a spese consistenti e spesso ad allontanarsi dal posto di lavoro. L'Italia, con i suoi 1,1 milioni di affetti da demenza, è tra i 10 paesi al mondo col maggior numero di casi e sicuramente tra i paesi con tassi di prevalenza più elevati (basti pensare che in Cina, con una popolazione oltre venti volte superiore, gli abitanti affetti da demenza sono soltanto cinque volte di più).

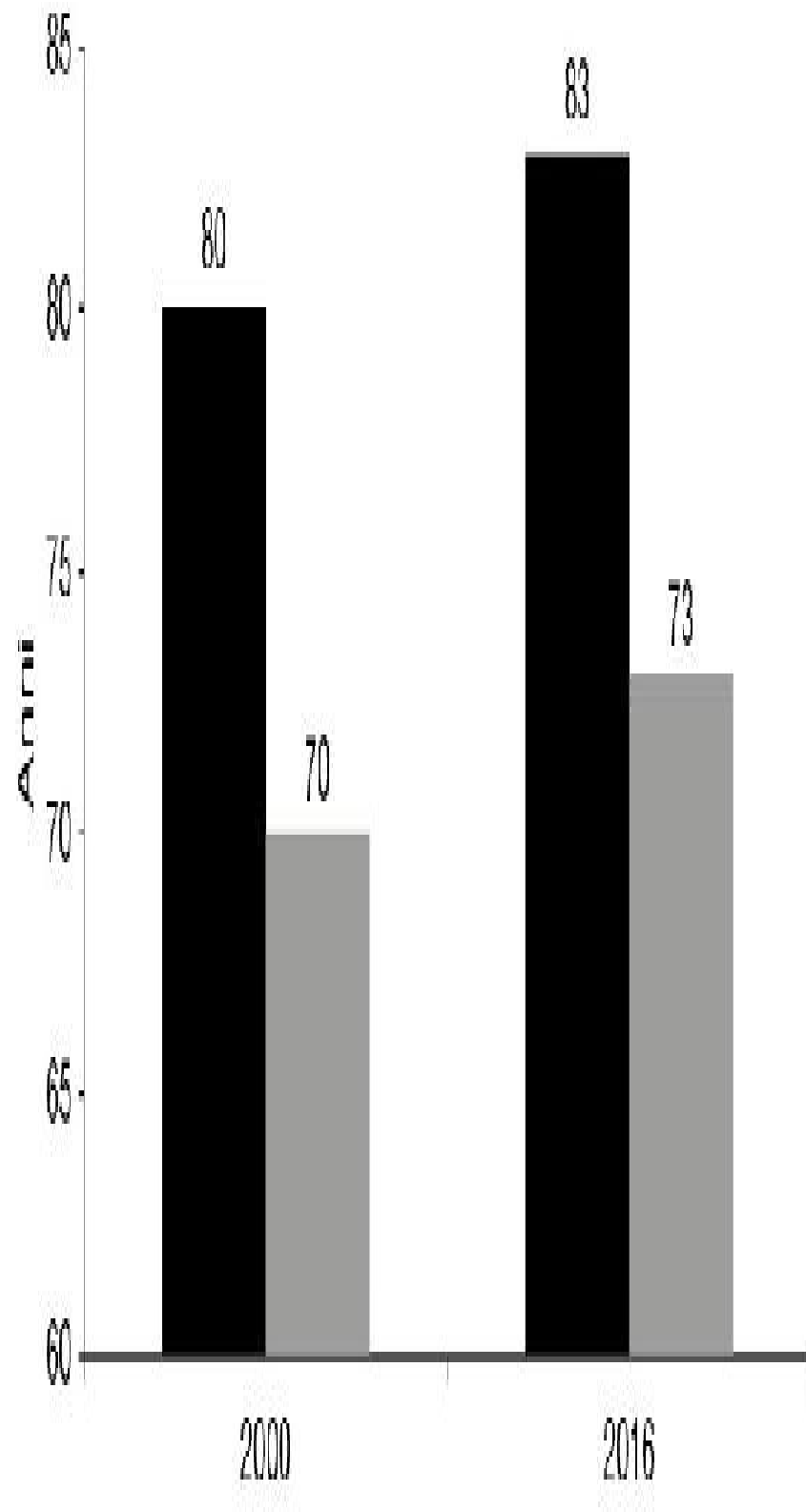
2. E la qualità della vita?

Volendo ricomporre il quadro (fisico e mentale), si può far riferimento ai dati sulla salute percepita: oggi circa un italiano su venti lamenta una salute non buona, anche se, in questo caso, non si registrano variazioni significative negli ultimi anni.

Come abbiamo visto, negli ultimi quarant'anni si è osservato un progressivo allungamento della vita media della popolazione italiana, accompagnato tuttavia da un certo aumento delle malattie, specialmente croniche. È lecito quindi chiedersi se l'aumento dell'aspettativa di vita sia accompagnato o meno da un aumento degli anni vissuti in benessere, senza disabilità.

In realtà, come si può osservare nel grafico 2, sono mediamente dieci gli anni di vita non vissuti dagli italiani in buona salute: e questo è vero oggi come era vero all'inizio del nuovo millennio. Ovviamente, sono le patologie croniche ad essere responsabili della maggior parte della disabilità con cui si vive il periodo finale della vita. Tra queste, sebbene in netta riduzione, sono le malattie cardiovascolari a costituire ancora oggi la principale causa di disabilità,

mentre aumenta il peso dei disturbi muscolo-scheletrici e dei disturbi neurologici, nonché delle patologie neoplastiche e del diabete.



■ Aspettativa di vita alla nascita ■ Aspettativa di vita in buona salute alla nascita

Grafico 2. *Aspettativa di vita e aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Italia nel 2000 e nel 2016*

Fonte: WHO 2018a.

Dal punto di vista della sanità pubblica la situazione si fa preoccupante: il numero assoluto di anni vissuti con disabilità è andato progressivamente aumentando (insieme all'invecchiamento della popolazione), passando dai circa 6,95 milioni del 1990 ai circa 8,49 milioni del 2017, con importanti implicazioni in termini economici e di sostenibilità. In altre parole, la situazione demografica finora descritta non sembra comportare un processo di peggioramento delle condizioni di salute dei singoli individui (anche grazie ai progressi nella diagnosi e nella cura delle principali malattie), quanto piuttosto un incremento della popolazione anziana esposta al rischio di ammalarsi e, quindi, un aumento delle persone con disabilità che andranno in qualche modo a gravare sul sistema di sicurezza sociale.

3. Perché siamo messi così?

Si parla spesso di «problema culturale» per definire la situazione dell'Italia, da troppo tempo descritta da molteplici indicatori ad un livello ben al di sotto delle proprie possibilità; un'Italia frenata da criticità riconducibili ad un unico substrato culturale che fa sì che si possa parlare di colpe largamente diffuse ad ogni livello. In una società, la catena delle responsabilità funziona qualora il substrato di riferimento sia forte e, per essere forte, una società deve essere formata da individui consapevoli. Al contrario, una società è (e resta) debole quando gli individui che la compongono non si curano del bene comune, non sono capaci di autodeterminarsi in modo responsabile, né di curare la propria salute e il proprio futuro.

Se vogliamo essere obiettivi, le 'colpe' dell'attuale situazione vanno ripartite in modo equanime tra i diversi protagonisti del sistema: i politici, i manager, i professionisti sanitari e i cittadini/pazienti.

Abbiamo provato a farlo.

4. Una politica inadeguata a gestire la complessità della sanità

L'inadeguatezza di gran parte della classe politica di fronte alle sfide e alle

urgenze del «sistema salute» e l'eccessiva pervasività della stessa nell'organizzazione e gestione della sanità rappresentano fenomeni ben presenti e conosciuti, ma difficilmente misurabili. Quello che a prima vista appare come un paradosso, si risolve in realtà in un fardello gravoso di concause che testimonia quanto in Italia il peso della politica sia incisivo e decisivo nel processo di tutela del diritto alla salute a tutti i livelli e, quindi, quanto sia necessario trovare nuovi equilibri tra politica e *governance* attraverso la pianificazione di azioni sia a medio sia a lungo termine.

Ad esempio, una concreta attività di programmazione sanitaria, sebbene presente negli intenti del legislatore che aveva pensato la riforma del SSN sin dal 1978, prende forma solo nel 1994, quasi vent'anni dopo la sua istituzione. Occorre invece aspettare trent'anni per vedere il primo Piano nazionale della prevenzione e quasi quaranta per le malattie rare e per il diabete. In questo periodo la navigazione è stata sostanzialmente a vista, rendendo impossibile implementare una serie di attività di natura strutturale (come la prevenzione) che oggi avrebbero potuto offrirci una condizione di salute notevolmente migliore rispetto all'attuale. A ciò bisogna poi aggiungere che la direttiva nazionale va calata nel contesto regionale attraverso i rispettivi Piani sanitari che rendano operative le indicazioni in essa contenute. Anche in questo caso i ritardi e le inadempienze sono stati e restano notevoli.

Accanto alla mancata capacità di programmazione sanitaria si registra spesso un elevato livello di corruzione. Sprechi e malaffare impongono alla sanità italiana un fardello ingente in termini finanziari, di qualità e appropriatezza dell'assistenza e di mancata produttività. Nelle aree di assistenza sanitaria vengono ancora tollerati fenomeni di corruzione nell'erogazione dei servizi medici, nell'aggiudicare gli appalti, rapporti commerciali illeciti, uso improprio di posizioni di prestigio, richieste di rimborso ingiustificate, truffe e malversazioni relative a medicinali e a dispositivi medici.

Il libro bianco sulla corruzione in sanità, pubblicato nel 2014, evidenzia come la stima più accreditata del tasso medio di corruzione e frode in sanità sia del 5,59% (con un intervallo che varia tra il 3,29 e il 10%). Se si applicassero questi valori per la sanità italiana, che vale annualmente circa 110 miliardi di euro, questo si tradurrebbe in un danno di circa 6 miliardi di euro l'anno. La mancanza di reale autonomia da parte dell'amministrazione sanitaria, a fronte degli interessi e delle pressioni che possono talora derivare dalla politica, è certamente concausa delle cattive gestioni, sia degli acquisti sia dei rapporti con gli erogatori.

Nella percezione dei cittadini, infatti, la sanità (in particolare i servizi che seguono le gare e gli appalti) appare come un settore corrotto, anche al di là del suo effettivo livello di corruzione. Negli ultimi decenni, diverse organizzazioni non governative e istituti di ricerca internazionali hanno prodotto una serie di indicatori aggregati che sintetizzano vari aspetti o manifestazioni della corruzione. Ad esempio il *Corruption Perceptions Index*, calcolato annualmente da Transparency International (TI), classifica i paesi in base a quanto il proprio settore pubblico è percepito come corrotto. A ciascuno dei 177 paesi analizzati da TI è associato uno *score* su una scala da 0 a 100, dove al valore minimo corrisponde una percezione di altissima corruzione, mentre al valore massimo corrisponde un'elevata trasparenza e affidabilità del settore pubblico. I primi posti sono riservati a paesi del Nord Europa, come Danimarca e Finlandia, mentre l'Italia è tra i paesi dell'UE dove non solo il livello di percezione della corruzione è elevatissimo (secondo a Grecia, Bulgaria, Romania), ma, contrariamente a quanto avviene negli altri paesi in fondo alla classifica, non si registrano da anni segnali di miglioramento.

5. La mancata valorizzazione del capitale umano

Un'altra responsabilità enorme della politica italiana è la mancata valorizzazione (e non solo in sanità) del capitale umano.

Il sistema sanitario ha tutte le caratteristiche per essere considerato un sistema complesso: è aperto, è in relazione con il sistema sociale, politico, economico, è dinamico e adattativo, offre una vasta gamma di servizi e prestazioni ed esprime professionalità ad alta specializzazione. Proprio per questo, valorizzare il capitale umano in sanità e programmare i livelli di accesso alla formazione e al mondo del lavoro dovrebbe essere una grande e prioritaria responsabilità della politica. Se ciò non avviene, si perde l'equilibrio all'interno del sistema e si disperdono risorse umane e finanziarie difficilmente recuperabili.

Negli ultimi tredici anni c'è stata una pressoché totale assenza di visione strategica e di *governance* nel settore della programmazione delle risorse umane in sanità, che ha visto arrivare l'intero sistema sull'orlo della non sostenibilità, a causa della perdita di equilibrio tra accesso alla formazione pre-laurea,

accesso alla formazione post-laurea (scuole di specializzazione e formazione specifica di medicina generale) e accesso al mondo del lavoro.

Questa situazione richiede interventi urgenti di ristrutturazione dell'offerta formativa che si fondino su una chiara pianificazione quali-quantitativa dei professionisti sanitari necessari alla nostra sanità nei prossimi anni, recuperando voci di spesa inappropriate (ad esempio, razionalizzazione della tipologia e della durata delle scuole di specializzazione) e allocando ulteriori finanziamenti alla formazione di medici specialisti di medicina generale, assistenza primaria e gestione delle patologie cronico-degenerative, in accordo al carico di malattia precedentemente descritto. Già oggi non riusciamo ad avere specialisti in settori cruciali come la pediatria, la radiologia, l'anestesia, l'igiene, mentre migliaia di professionisti sanitari sono costretti ad emigrare per specializzarsi e ottenere una più adeguata valorizzazione delle proprie competenze.

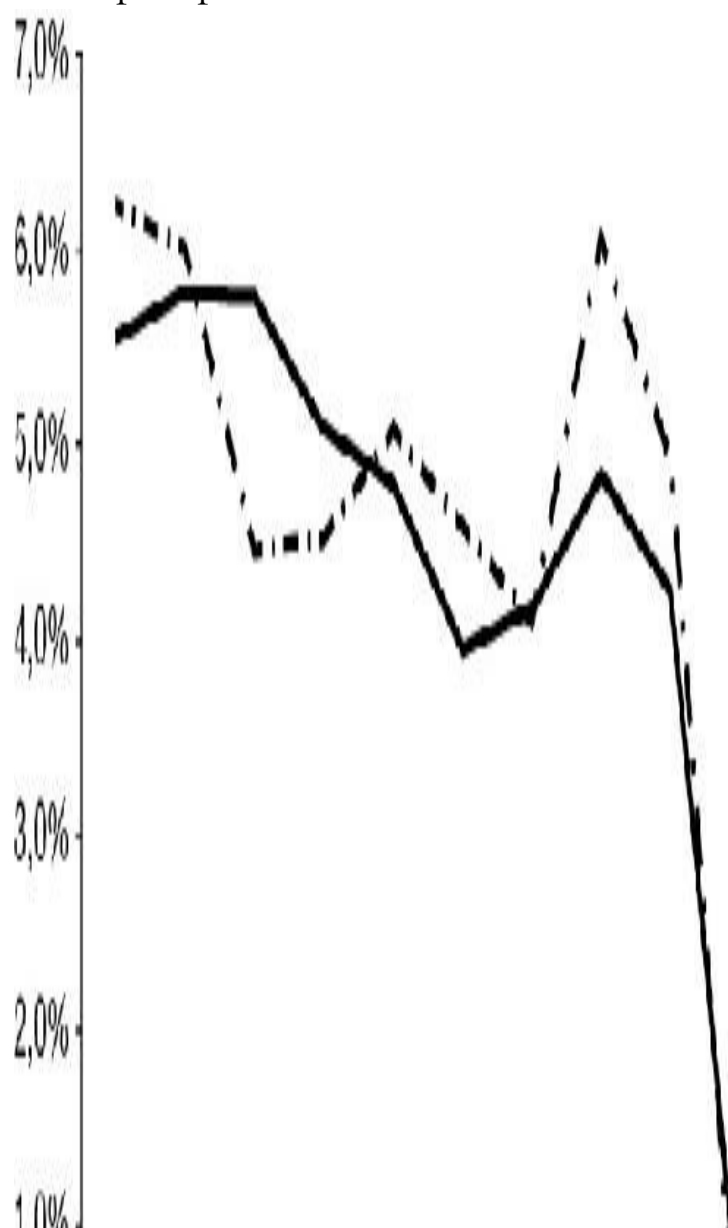
Senza interventi urgenti sarà inevitabile la dispersione all'estero di un capitale umano fatto di professionisti su cui si sono investite ingenti risorse, sia pubbliche (da parte dello Stato/società) sia private (da parte delle famiglie), che rischiano di rimanere veri e propri investimenti a fondo perduto e lasciare gli italiani privi di personale sanitario qualificato.

6. La mancata risposta riformatrice alla crisi economica

In tempi di crisi, uno dei settori più pesantemente colpiti dalle misure restrittive – oltre l'istruzione e la spesa sociale – è proprio quello della sanità. Dal 2008, ben 37 paesi (di cui 25 'sviluppati') hanno avviato, anche se con approcci molto diversi, una serie di riforme sanitarie (Mladovsky *et al.*, 2012). Alcuni sistemi sanitari erano sicuramente meglio preparati di altri a intervenire, poiché avevano già promosso una serie di importanti misure prima della crisi, atte ad accumulare riserve finanziarie. Ci sono poi stati casi in cui politiche programmate prima del 2008 sono state attuate con maggiore intensità o velocità, in quanto diventate più urgenti o politicamente fattibili di fronte alla crisi. Ci sono stati anche casi in cui, in risposta alla crisi, le riforme pianificate sono state rallentate o abbandonate.

Indipendentemente dalle modalità con le quali i paesi sono intervenuti a riformare i sistemi sanitari, l'effetto comune a tutti è ben visibile nel grafico 3, che mostra il rilevante calo della spesa sanitaria a partire dal 2010. Tutti i

settori della sanità sono stati colpiti dai tagli. La spesa farmaceutica è stato l'obiettivo primario, con una spesa in lieve calo nel 2010, seguita da riduzioni consistenti nel 2011. Molti paesi hanno aumentato la compartecipazione dei costi per i prodotti farmaceutici, hanno imposto riduzioni nei prezzi e nelle coperture e promosso l'uso di farmaci generici. In più di tre quarti dei paesi OCSE la spesa per la prevenzione e per la salute pubblica è stata tagliata, anche se questi interventi, in genere, rappresentano solo una piccola parte del budget complessivo. Inoltre, in molte nazioni si è tentato di contenere la crescita della spesa ospedaliera – la più importante voce di spesa – tagliando i salari, riducendo il personale ospedaliero e i posti letto, aumentando la compartecipazione per i pazienti.



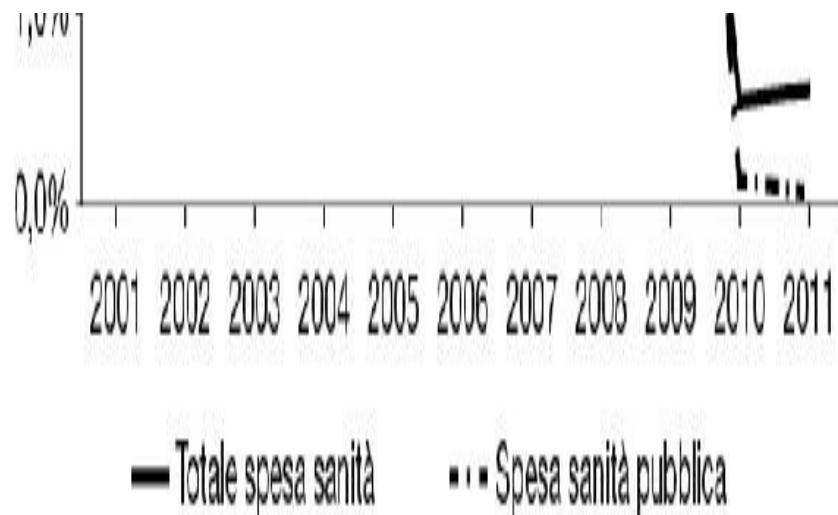


Grafico 3. Tassi di crescita della spesa sanitaria media OCSE in termini reali, dal 2000 al 2011, pubblica e totale

Fonte: elaborazione Fondazione Farmafactoring su dati OECD Health Data 2013.

Nel 2011, in Italia la spesa sanitaria rappresentava il 9,2% del PIL, una percentuale leggermente inferiore alla media dei paesi dell'OCSE (9,3%), ma decisamente più bassa rispetto a quella di altri Stati europei, come i Paesi Bassi (11,9%), la Francia (11,6%) e la Germania (11,3%). Le dinamiche osservate dal 2011 fino al 2017 sul fronte del finanziamento pubblico alla sanità ci lasciano immaginare che non ci saranno grandi risorse aggiuntive in questo settore, sempre che non riparta in modo concreto la crescita economica, cosa che al momento rimane una grossa incognita. E questo significa che la spesa sanitaria sarà sempre più a carico delle famiglie italiane.

7. La politica e i manager

A fronte degli indirizzi generali formulati, uno dei modi principali con cui la politica influenza il sistema sanitario pubblico (e privato) a livello locale (regionale e di ASL) è attraverso la nomina dei manager, ovvero dei professionisti che devono garantire il rispetto dei diritti di accesso alle cure indicati nei documenti di indirizzo nazionale e il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza, efficacia ed efficienza indicati nei documenti di indirizzo regionale.

La disciplina degli incarichi dirigenziali nel comparto della sanità è stata caratterizzata, sin dalle sue origini, dalla presenza di tratti specifici rispetto alla normativa che regola la pubblica amministrazione. La dirigenza del servizio sanitario è al proprio interno variamente articolata secondo criteri funzionali

(in relazione alle diverse attività di indirizzo strategico, di gestione e professionali), organizzativi (in relazione alla complessità delle strutture dirette) e professionali (in relazione al ruolo medico, sanitario, professionale, tecnico o amministrativo d'appartenenza). Il cosiddetto *top management* aziendale comprende il direttore generale, scelto fiduciarmente dal governo regionale, il direttore amministrativo e il direttore sanitario, scelti a loro volta, almeno teoricamente, dal direttore generale. A un livello inferiore si colloca la dirigenza operativa, articolata al proprio interno nella dirigenza del ruolo medico e sanitario e nella dirigenza del ruolo professionale, tecnico e amministrativo.

Benché connotata da soluzioni regolatorie eccentriche, sin dagli esordi la disciplina della dirigenza delle strutture sanitarie si caratterizza, al pari di quella ministeriale, per la forte impronta «fiduciaria» data alla scelta dei dirigenti, in ossequio al paradigma aziendalistico accolto dalle riforme degli anni Novanta. Se da un lato la logica manageriale sottesa alle nomine su base fiduciaria ha ricevuto nel tempo il sostanziale avallo della giurisprudenza, dall'altro l'assenza di reali forme di regolamentazione del potere di nomina è stata col tempo giudicata quale concausa del crescente livello di politicizzazione delle nomine aziendali, anche per quanto riguarda la media dirigenza aziendale.

Nelle ultime tornate elettorali per il rinnovo delle giunte regionali, che sono quelle che conferiscono gli incarichi dirigenziali, mass media e opinione pubblica – sollecitati da casi di mala sanità o inchieste relative a sprechi e mala gestione – si sono spesso cimentati sul tema della trasparenza delle nomine dei manager della sanità. Di fatto, però, quello che è accaduto è che, al termine delle campagne elettorali, le promesse di una tornata di rinnovi ai vertici delle ASL sono sempre state seppellite da una massiccia attività di lottizzazione politica, che ha la prerogativa di essere assoluta e universale, senza distinzioni di schieramenti politici e gradienti geografici di alcun tipo. Il primo governo a fare qualcosa in merito è stato quello Gentiloni, in cui la ministra Beatrice Lorenzin ha istituito l'elenco di abilitazione nazionale con uno specifico articolo inserito all'interno del decreto legge sulla pubblica amministrazione, di fatto forzando la mano all'autonomia delle regioni, gelosissime delle proprie prerogative in materia di governo della sanità (nomine comprese).

Le regioni però continuano ad avere amplissimi margini di autonomia nella definizione degli obiettivi di performance per la valutazione dei direttori generali. Difatti, la mobilità di questi è legata non solo a giudizi sull'operato del professionista in relazione ai risultati dell'azienda (richiesta ad un anno

dall'insediamento), ma anche a dinamiche istituzionali e politiche come le scadenze di legislatura, la modificazione delle maggioranze e/o lo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse.

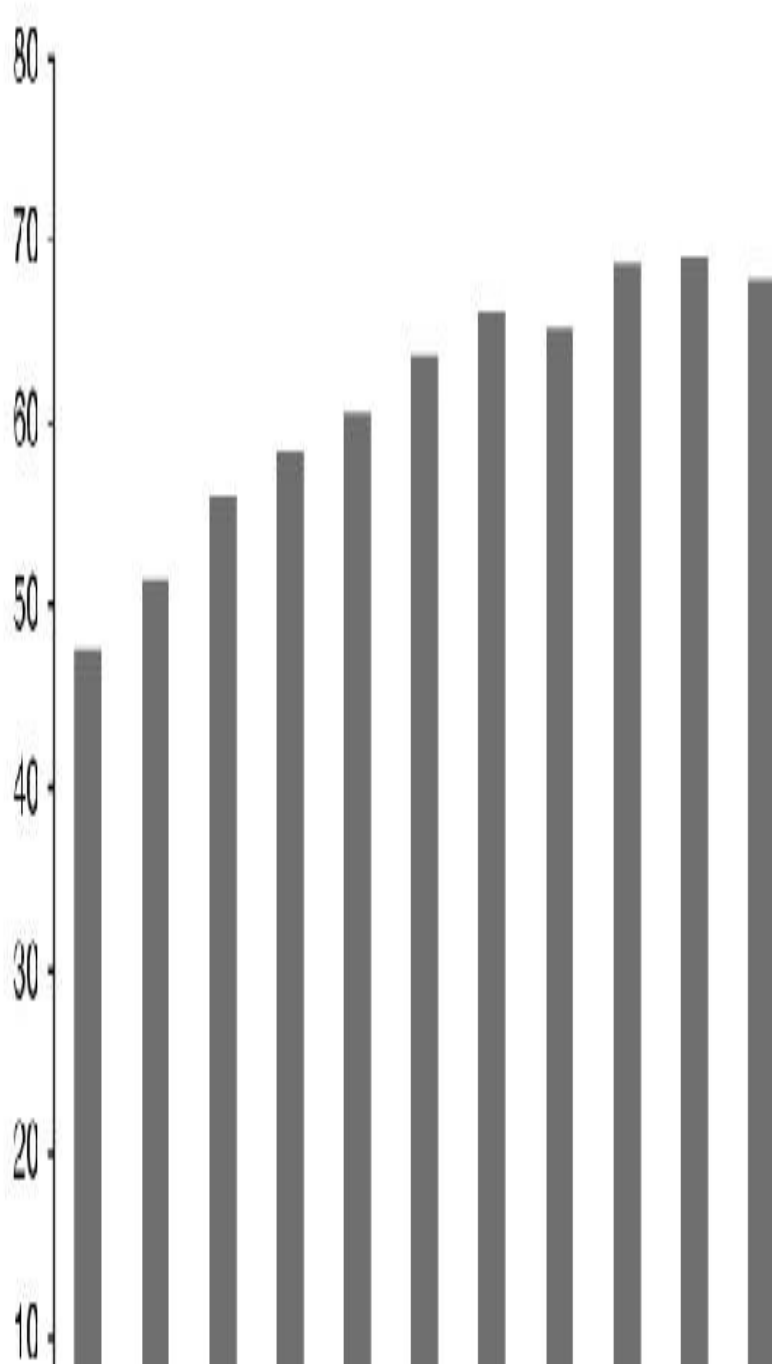
Instabilità finanziaria, eccesso di dirigismo, interessi della sfera politica, contrazione degli stipendi, formazione inadeguata, precarietà del personale, pressione mediatica, vertenzialismo degli utenti, numerosi *stakeholders*, forme giuridiche poco adatte alle esigenze reali delle strutture, brevità del periodo in cui i direttori generali rimangono in carica (a dispetto della durata teorica del mandato) che non consente un'adeguata programmazione, rappresentano solo una parte della pluralità di fattori normativi, politici e finanziari che vincolano fortemente l'azione dei direttori generali operanti nella sanità, con risultati non sempre soddisfacenti. E questo rappresenta un problema perché se è vero che un buon direttore generale non è garanzia di efficacia ed efficienza di una ASL o di un ospedale, è certo che un direttore generale inadeguato non potrà che danneggiarne il buon funzionamento.

8. Le colpe dei medici

La qualità dell'assistenza è il risultato finale di un complesso intreccio di fattori, quali la capacità di gestione, la razionalità nell'uso delle risorse disponibili, la capacità di governo dell'innovazione e di indirizzo dei comportamenti professionali degli operatori e, non ultima, della gestione del rischio; è il risultato di specifiche scelte di politica sanitaria che intervengono sugli assetti organizzativi e sui meccanismi di trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica e sulla capacità del sistema di documentare i risultati ottenuti. La qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti, quindi, passano anche dalla competenza del medico curante che, nell'epoca della sanità organizzata, non può fare a meno di apprendere, aggiornandosi continuamente, le migliori e più moderne soluzioni per gestire le complessità e le aspettative del cittadino/paziente.

Volendo trattare il rapporto medico-paziente e le responsabilità dei sanitari è utile, ad esempio, analizzare il grafico 4, relativo alla percentuale di pazienti con più di 14 anni affetti da diabete mellito di tipo 2 che sono stati oggetto di almeno una prescrizione di emoglobina glicata durante l'anno di riferimento. L'emoglobina glicata è un esame necessario alla corretta gestione della patologia diabetica, in quanto misura l'esposizione ad elevati livelli di glicemia nel corso delle 8-12 settimane precedenti. In pazienti adulti affetti da diabete

mellito di tipo 2 andrebbe misurata almeno due volte all'anno. Il grafico 4 mostra che appena il 60% dei pazienti riceve almeno una prescrizione all'anno per questa analisi. Appaiono così non secondarie le colpe della classe medica qualora si riscontri una non perfetta rispondenza ai protocolli o alle linee guida nazionali e internazionali da parte del professionista che ha in cura il paziente e che dovrebbe garantire un'appropriata presa in carico delle patologie croniche secondo le migliori evidenze disponibili.



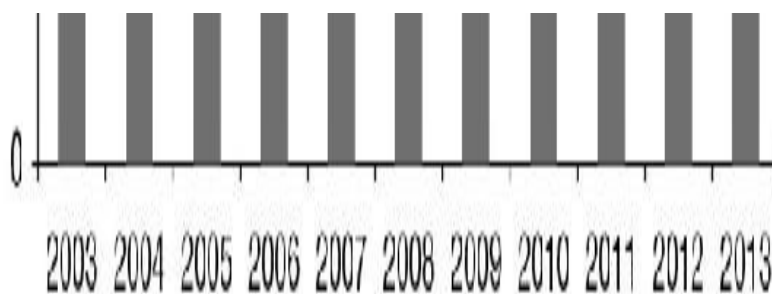


Grafico 4. Percentuale di pazienti diabetici ≥ 14 anni con almeno una prescrizione per emoglobina glicata, 2003-2013

Fonte: Istituto di ricerca della SIMG 2014 (estrazione dati effettuata il 1° agosto 2014).

Una spiegazione può essere legata al fatto che l'Italia è uno dei pochi paesi in cui non è necessario alcun procedimento di rinnovo della licenza per esercitare la professione medica, creando in tal modo un forte deterrente all'aggiornamento professionale e determinando spesso una pratica clinica obsoleta.

Molti dei paesi che, come l'Italia, non richiedono alcun rinnovo della licenza medica basano però la ricerca della qualità della professionalità dei propri medici su una stringente normativa relativa all'aggiornamento professionale e all'educazione continua. Anche l'Italia ha previsto nella propria normativa l'aggiornamento obbligatorio dei professionisti tramite il sistema dell'Educazione continua in medicina (ECM), attivo dal 2002. Ogni operatore sanitario è chiamato a provvedere alla propria formazione in ambito ECM in completa autonomia, cercando di rispettare e prediligere quegli obiettivi di interesse nazionale e regionale che sono stati prefissati dall'apposita Commissione nazionale per la formazione continua, che ha individuato i temi prioritari dell'ECM come obiettivi formativi d'interesse nazionale. La partecipazione al programma ECM è un dovere previsto anche dal Codice deontologico e un obbligo confermato dalla sentenza del TAR n. 14062/2004 del 18 novembre 2004. La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e, come tale, dovrebbe essere sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione.

In realtà tale normativa non ha ancora trovato piena applicazione, i medici sanzionati per non essersi aggiornati si contano sulle dita di una sola mano e l'educazione continua si configura spesso più come un business legato all'erogazione di corsi e congressi che come un reale strumento di controllo della qualità della professionalità e delle competenze dei medici italiani.

Quello che alla fine succede è che se un medico è veramente coscienzioso si aggiorna, se invece non lo è, o è semplicemente pigro, la qualità della sua attività professionale inevitabilmente si deteriora, a svantaggio dei suoi pazienti che possono letteralmente pagare questo deterioramento con la vita.

Un esempio per tutti è il principale fattore correlato alla prescrizione tempestiva di farmaci antipertensivi, necessaria per prevenire le conseguenze della pressione alta, non a caso definita, se trascurata, un killer silenzioso. Orbene, mentre nei principali paesi del mondo il killer è, appropriatamente, il livello della pressione arteriosa, in Italia è... l'anno di laurea! In altre parole, se un medico non si è aggiornato prescrive i farmaci secondo i livelli pressori definiti «pericolosi» ai suoi tempi, quando era sui banchi dell'università, e non basandosi su quelli aggiornati in seguito alla ricerca scientifica successiva. Inevitabilmente saranno i pazienti a pagare cara questa mancanza di aggiornamento.

9. Le colpe dei cittadini

Molte delle malattie croniche, che rappresentano la principale causa di morte e quasi il 70% dei costi totali delle cure nei paesi industrializzati, si possono efficacemente prevenire contrastando i fattori di rischio comportamentali, quali fumo, alcool, abitudini alimentari non salutari e sedentarietà, e riducendo la diffusione dell'obesità. Da questo punto di vista, il ruolo (e le colpe) dei cittadini nel cercare di arginare questi comportamenti/fenomeni è fondamentale. Purtroppo, c'è da dire che in un confronto internazionale l'Italia non figura bene rispetto ad altri paesi, lasciando intendere che anche i cittadini hanno una serie non marginale di colpe se il sistema sanitario sta diventando insostenibile.

Alcuni esempi.

Il quadro relativo al comportamento a rischio legato al consumo di alcool in Italia è leggermente migliorato negli ultimi anni, tuttavia resta connaturato al grave rischio per la salute legato, in special modo, alla mortalità per incidenti stradali attribuibili all'alcool. L'Italia è oggi uno dei paesi europei con il più elevato numero di morti causate dall'abuso di alcool (10,1%), con una media europea di 7,64% che segna un trend in diminuzione e che vede tra i principali membri dell'Unione solo Italia, Cipro e Portogallo in controtendenza.

Abitudini alimentari non salutari, sedentarietà e diffusione dell'obesità sono

altri fattori di criticità che influenzano lo stato di salute degli italiani. L'obesità, in particolare, è universalmente diventata uno dei maggiori problemi di sanità pubblica con un grosso impatto sui sistemi sanitari nazionali ed è considerata una vera e propria epidemia: in trent'anni il fenomeno è più che raddoppiato e attualmente, a livello globale, ci sono più di 1,4 miliardi di adulti in sovrappeso; fra questi, oltre 200 milioni di uomini e quasi 300 milioni di donne sono obesi.

L'Italia, in merito ai corretti stili di vita, si attesta purtroppo sul podio delle peggiori realtà mondiali. Il nostro paese è infatti terzo, dietro Grecia e Stati Uniti, presentando il 30,9% di bambine di età compresa tra i 5 e i 17 anni in condizione di sovrappeso o obesità, nonostante un patrimonio di tradizioni e cultura legato ai benefici della dieta mediterranea. Non di molto differisce la situazione per il genere maschile, che vede i bambini italiani dietro ai coetanei di Grecia, Stati Uniti e Spagna, con il 32,4% di obesi o in sovrappeso (a fronte di una media europea del 22,9%).

L'analisi dei dati regionali su sovrappeso e obesità nella fascia di età 6-17 anni conferma questo trend ed evidenzia altre caratteristiche, come la progressiva diminuzione con l'età e un forte gradiente Nord-Sud, con percentuali particolarmente elevate in Campania (37,4%), Molise (34,1%), Basilicata (29%) e Calabria (30,1%).

Per quanto concerne la fascia di età adulta, sovrappeso e obesità mostrano un netto trend in ascesa in tutte le regioni del paese con la situazione peggiore a carico del Sud e delle Isole, macroarea che registra un picco nel 2007 pari a 39,49% per poi attestarsi nel 2012 a 38,89% di residenti maggiorenni in sovrappeso, con tendenza all'aumento.

Va sottolineato che i dati su sovrappeso e obesità disponibili fanno riferimento ai risultati delle indagini ISTAT, dove i valori antropometrici sono autoriportati dagli intervistati; qualora si prendesse in considerazione il dato oggettivo registrato dai medici di medicina generale, la situazione si rivelerebbe ancora più grave.

Un dato positivo è invece quello relativo al consumo di tabacco, che dimostra come siano state efficaci alcune politiche antifumo poste in essere in Italia nell'ultimo ventennio. Il trend in diminuzione di persone di 14 anni e oltre che fanno uso di tabacco è fortissimo, passando negli ultimi dieci anni da oltre il 26% della popolazione a meno del 20%. Un trend che ricorda quello delle patologie respiratorie connesse al fumo (broncopneumopatia cronica

ostruttiva o BPCO e carcinoma polmonare), anch'esse in calo negli ultimi anni.

Analoghi interventi di sanità pubblica legati all'attività fisica e alla pratica dello sport sarebbero parimenti necessari, in quanto è ormai evidenza assodata che svolgere una regolare attività fisica, ossia qualsiasi attività muscoloscheletrica che comporti un dispendio energetico, per circa trenta minuti al giorno, per almeno cinque volte a settimana, favorisce uno stile di vita sano con notevoli benefici per la salute della persona.

Purtroppo però nel 2015, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che praticano uno o più sport nel tempo libero sono soltanto il 34,3% della popolazione, pari a circa 20 milioni. Tra questi, il 24,4% si dedica allo sport in modo continuativo e il 9,8% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 26,4% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 23 milioni, pari al 39,0%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 24,5% del 2015). Tuttavia nel 2015, rispetto al 2012, si registra la diminuzione di quasi tre punti percentuali della quota di coloro che dichiarano di svolgere qualche attività fisica (dal 29,2% del 2012 al 26,4% del 2015), mentre la quota di coloro che praticano sport in modo saltuario è rimasta sostanzialmente invariata (dal 9,2% del 2012 al 9,6% del 2015).

Il quadro fin qui descritto, caratterizzato da una scarsa attenzione da parte dei cittadini italiani alla tutela della propria salute e al mantenimento di stili di vita salutari improntati alla prevenzione, è segnato da una scarsa percezione del rischio e/o da una irresponsabilità personale alquanto diffusa.

Eppure questo quadro appare contraddittorio con quanto i cittadini italiani rappresentano in modo consistente a proposito dei loro timori e delle preoccupazioni più grandi. Difatti, i dati mostrano come la malattia e la non autosufficienza siano di gran lunga le questioni che maggiormente preoccupano le famiglie italiane, molto più che altre problematiche diffuse come il futuro dei propri figli, la crisi economico-finanziaria o i problemi connessi al lavoro.

Potrebbe sussistere, quindi, un limite tra la volontà ideale e la possibilità reale intesa come capacità di leggere la realtà e affrontare il futuro. Secondo i numeri dello studio Ipsos MORI (2014), condotto nel Regno Unito, l'Italia è il paese più ignorante d'Europa, nel senso che 'ignora' la dimensione reale di alcuni fenomeni ed è convinto che tutto vada drammaticamente peggio. Nel

nostro paese, infatti, la gente pensa che il 30% della popolazione sia composto da immigrati (in realtà è il 7%), che il 20% siano musulmani (quando sono appena il 4%), che il 48% sia over 65 (in realtà è il 21%) e che i cittadini disoccupati siano il 49% (quando in realtà sono il 12%).

Rispetto ai coetanei degli altri paesi europei, i giovani italiani in età scolare hanno maggiori difficoltà in matematica, scienze e lettura. In particolare, l'Italia risulta al 34° posto su 65 Stati analizzati nel 2015 dal *Programme for International Student Assessment* (PISA) per quanto riguarda le capacità e le conoscenze legate alla matematica e alle scienze e al 31° posto per l'area di analisi legata alla lettura.

Il nostro paese presenta risultati migliori in un altro indicatore preso in esame dal PISA 2015, ovvero la capacità degli studenti analizzati di applicare strategie efficaci di *problem solving*.

In sostanza, misurando le competenze e le conoscenze culturali su una scala di 5 livelli, in cui il livello 5 indica piena padronanza degli «alfabeti e dei linguaggi» considerati indispensabili per destreggiarsi nella società moderna, e il livello 1 evidenzia persone con competenze e abilità estremamente modeste e fragili, l'Italia mostra una predominanza di persone adulte con basse competenze (livelli 1 e 2), ovvero soggetti che possono presentare difficoltà nell'utilizzare materiali stampati per svolgere le attività quotidiane con precisione e coerenza. Tra queste attività: distinguere i farmaci, leggere un'etichetta, seguire istruzioni di procedure. Sarebbe necessario portarle almeno al livello 3, che indica una popolazione capace di «rispondere efficacemente alle esigenze di vita e di lavoro del mondo attuale».

Altri esempi che sottolineano un senso di non perfetta responsabilità sociale sono legati all'utilizzo degli strumenti di prevenzione, sia primaria, come l'adesione alle vaccinazioni, sia secondaria, come l'aderenza agli interventi di screening. L'adesione, su base volontaria, rappresenta un importante indice di responsabilità sociale dei singoli nella tutela della propria salute. Nello specifico, per quanto attiene alla percentuale di persone che hanno effettuato test di screening primario in un programma organizzato per cervice uterina, mammella, colon-retto, si evincono enormi differenze interregionali, con una tendenza al peggioramento soprattutto nelle regioni del Sud.

Ulteriori esempi di gestione non corretta e responsabile del proprio stato di salute possono essere forniti dall'analisi dei dati sulla percentuale di pazienti aderenti alla terapia antipertensiva e antidiabetica, che sono ampiamente insoddisfacenti un po' in tutta Italia.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), per aderenza alla terapia cronica si intende «la misura in cui il comportamento di un paziente (prendere i farmaci, seguire una dieta o cambiare le abitudini di vita) corrisponde alle raccomandazioni del proprio medico curante» (WHO 2003).

Molti fattori possono influenzare l'aderenza alla terapia, come il rapporto medico-paziente, lunghi periodi di ospedalizzazione, ma in particolare la percezione individuale del singolo paziente sui rischi e i benefici che si possono trarre dalla terapia. Di sicuro essa è un fattore prognostico fondamentale che ha ripercussioni dirette sugli esiti del trattamento, sulla mortalità e sulla morbilità.

Ma ai nostri connazionali non risulta difficile fare le scelte giuste solo quando si parla della propria salute. Troppo spesso molti italiani, prima ancora di diventare pazienti, e quindi utilizzatori del SSN, trascurano i diritti e i doveri che li caratterizzano in quanto cittadini. Non a caso l'Italia si fregia del triste primato di essere il paese europeo in cui è massimo il cosiddetto *VAT gap* (25,9%), inteso come la differenza tra l'ammontare teorico del gettito da imposta sul valore aggiunto (IVA) e il gettito reale registrato in una nazione nell'anno di riferimento. Il differenziale per l'Italia nel 2016 era di oltre 35 miliardi di euro, il 2,15% del PIL registrato per quell'anno. La Germania detiene il secondo posto, con un *VAT gap* di 22.678 milioni di euro, staccando di poco il Regno Unito, che registra un valore pari a 22.040 milioni di euro.

Per quanto possa essere difficile disporre di dati certi su un fenomeno complesso come l'evasione fiscale, nell'aprile 2012 l'Unità di informazione finanziaria per l'Italia ha pubblicato un interessante rapporto con dettaglio regionale in cui venivano stimati i soldi evasi ogni 100 euro versati, evidenziando una media nazionale di 38,19 euro dovuti all'erario e non versati.

Questo comportamento ha ripercussioni particolarmente gravi sui paesi che hanno un servizio sanitario pubblico finanziato attraverso la tassazione generale. Se i cittadini evadono il fisco le risorse a disposizione saranno minori, con grave pregiudizio per la qualità e la quantità di servizi disponibili.

Ed è quello che sta già accadendo in Italia.

10. La crisi è già iniziata: le prime «vittime»

Come già detto, nel nostro paese le malattie croniche negli anziani con più di

65 anni con risorse economiche scarse o insufficienti hanno subito dal 2005 in poi un aumento significativo: per quanto riguarda i pazienti che presentavano almeno due malattie croniche, la quota ha raggiunto il 49,2% nel 2012, partendo dal 45,7% del 2005, con un aumento di 3,5 punti percentuali. Leggermente minore è stato, invece, il divario raggiunto nei pazienti con malattie croniche gravi. Nel 2005 la quota di anziani con più di 65 anni con risorse scarse o insufficienti che presentavano una malattia cronica era il 49,4%, e ha raggiunto il 50,7% nel 2012, aumentando quindi di 1,3 punti percentuali.

Questa dinamica è preoccupante perché per le persone in cattive condizioni di salute (con almeno una malattia cronica grave o multicroniche) si osservano livelli molto più elevati di accesso ai servizi sanitari (visite mediche, accertamenti e ricoveri) rispetto al resto della popolazione.

Nel complesso, il confronto tra i numeri delle visite generiche e pediatriche tra il 2005 e il 2012 è allarmante. Su un ammontare totale di oltre 19 milioni di visite nel 2012, l'aumento rispetto al 2005 è di circa il 22,6% (+3,5 milioni), registrato soprattutto nel genere femminile e nelle classi di età over 75 e 25-34 anni, nelle quali tale aumento è stato rispettivamente del 19% e del 21,5%.

Valutando nello specifico la relazione tra le risorse economiche dei pazienti in cattive condizioni di salute e il ricorso alle visite generiche nel 2012, l'incremento, rispetto al 2005, è stato osservato per lo più nelle fasce economicamente svantaggiate; nello specifico le visite mediche effettuate dai pazienti multicronici sono aumentate di 4,7 punti percentuali, raggiungendo perfino i 7,5 punti percentuali per i pazienti cronici gravi.

Anche il ricorso alle visite specialistiche è aumentato progressivamente: nel 2012 sono risultate circa 17 milioni, ovvero 28,7 ogni 100 persone, in aumento rispetto al 2005 sia in valore assoluto (erano 14 milioni) sia in rapporto alla popolazione. Le visite specialistiche sono aumentate soprattutto tra gli ultrasessantacinquenni (da 36,9 nel 2005 a 46,2 visite ogni 100 persone nel 2012).

Analizzando anche in questo caso la presenza di multicronicità e le risorse economiche a disposizione dei pazienti, si osserva un incremento del numero di visite specialistiche in tutte le categorie esaminate. Ciò che va evidenziato è il confronto tra i risultati nei pazienti con risorse adeguate e quelli con risorse insufficienti: tra i pazienti cronici gravi con problemi economici, rispetto al 2005, il numero di visite specialistiche è passato da 54,3% a 62,5% (+8,2%) e

nei pazienti multicronici da 60,1% a 64,2% (+4,1%). Questi gradienti sono molto più accentuati tra i pazienti con risorse economiche adeguate. Tra quest'ultimi è stato riscontrato, per i malati cronici gravi, un aumento di 11,6 punti percentuali (da 50,2% a 61,8%), mentre per quelli multicronici l'incremento è stato di 10,3 punti percentuali (da 54,5% a 64,8%), vale a dire più del doppio del valore registrato per i pazienti multicronici economicamente svantaggiati.

Questi risultati confermano quanto era presumibile pensare: il ricorso al medico generico aumenta soprattutto tra le persone in cattive condizioni di salute ed economicamente svantaggiate, le quali tendono ad usufruire di un servizio che non richiede loro spese di compartecipazione che, trattandosi di pazienti cronici, determinerebbero un eccessivo carico economico in relazione alle loro risorse. Discorso inverso vale per il ricorso ai servizi dei medici specialisti, dove il pagamento del ticket o del super-ticket influisce sulla scelta.

Se si scende nel dettaglio della tipologia di visite specialistiche effettuate, si comprende ancora più a fondo come tra il 2005 e il 2012 sia variato profondamente lo scenario per la popolazione italiana. Se si considera il volume complessivo di visite specialistiche, nonostante sia stato registrato un incremento rispetto al 2005 per le visite geriatriche (+63,6%), psichiatrico-psicologiche (+54,4%) e neurologiche (+48,1%), si nota come siano diminuite quelle che incidono maggiormente sulle finanze dei cittadini, ovvero le visite dietologiche (-9%) e quelle odontoiatriche (-23,1%, con un picco di -25% registrato per le persone con difficoltà economiche, passando da 5,6 a 4,2 ogni 100 persone); queste ultime, infatti, rappresentano la branca specialistica con la quota più elevata di visite a pagamento intero (83,4%), ovvero tutto a carico del paziente.

Nello specifico, le visite odontoiatriche nel 2012 sono state 2,8 milioni, pari a 4,7 ogni 100 persone, in sensibile calo rispetto al 2005 (erano 3,7 milioni, 6,4 ogni 100 persone). La diminuzione di questa tipologia di visite rispetto al 2005 si è accompagnata ad una relativa riduzione della percentuale di visite a pagamento intero (-9%). Suddividendo l'Italia per macroaree (Nord, Centro, Sud e Isole), la propensione a effettuare visite odontoiatriche si è ridotta in misura maggiore nell'Italia centrale, dove il ricorso era più elevato, passando da 8,0 nel 2005 a 5,2 visite ogni 100 persone nel 2012, mentre la quota di visite a pagamento intero si è ridotta in tutte le ripartizioni, ma in misura maggiore al Sud (da 90,7% a 79,2%).

Le percentuali che risultano dall'analisi rispecchiano una situazione generale del paese aggravata dalla crisi economica, in linea con il quadro precedentemente descritto. Crisi economica ed elevato costo delle cure stanno allontanando la popolazione dalle terapie odontoiatriche, spingendo molti italiani, costretti a fare a meno delle cure standard, a ricorrere ad alternative *low cost*, soprattutto nei paesi dell'Europa dell'Est. Per contro, molti studi specialisti odontoiatrici stanno progressivamente chiudendo o cercando soluzioni alternative, come quella di aggregarsi in cooperative di grandi dimensioni per limitare le spese e poter continuare ad offrire i propri servizi a prezzi concorrenziali.

Non bisogna però dimenticare che la minore attenzione alla prevenzione odontoiatrica può presentare effetti negativi a medio e lungo termine che vanno oltre i pur importanti problemi estetici e funzionali: infatti, con la riduzione delle cure odontoiatriche, specie quelle di prevenzione, si rischia di mancare importanti appuntamenti per la diagnosi precoce di patologie tumorali del cavo orale che, se prese in fase iniziale, generalmente asintomatica e poco evidente, possono avere una prognosi significativamente più favorevole rispetto alla diagnosi fatta in seguito alla loro manifestazione clinica.

Rimane complessivamente stabile la percentuale di accertamenti diagnostici effettuati da pazienti che godono di buone condizioni economiche; dal 2005 al 2012 tra i pazienti con almeno una malattia cronica si è registrato un incremento della propensione ad effettuare accertamenti diagnostici dal 66,4% al 67,8% (+1,4%), mentre tra i pazienti multicronici l'aumento osservato è stato solo di 0,2 punti percentuali (da 66,4% a 66,6%). Ben diversa è, invece, la situazione riscontrata nei pazienti con difficoltà economiche: il confronto tra il 2005 e il 2012 mette in evidenza una differenza di 8,4 punti percentuali in meno, sia nei pazienti cronici gravi (dal 78,1% del 2005 al 69,7% del 2012) sia nei pazienti che soffrono di almeno due malattie croniche (dal 75,4% del 2005 al 67,0% del 2012).

Tali risultati evidenziano come la situazione economica italiana successiva alla crisi del 2008 abbia inciso sulle risorse economiche delle famiglie, determinando una contrazione della spesa per gli accertamenti diagnostici, i quali, sia nel pubblico sia nel privato, possono avere costi onerosi per le famiglie con risorse insufficienti, specie in presenza di pazienti con malattie croniche che necessitano di un percorso diagnostico articolato, complesso e costoso.

Tra le persone in cattive condizioni di salute si riducono anche i ricoveri ospedalieri, senza però differenze marcate rispetto alla disponibilità di risorse economiche. La riduzione osservata, confrontando la percentuale di ricoveri effettuati nel 2005 e nel 2012, ha portato a un livellamento delle percentuali sia per i pazienti cronici gravi sia per quelli multicronici. La diminuzione dei ricoveri registrata in sette anni, sia nei pazienti cronici più abbienti sia in quelli con difficoltà economiche, potrebbe anche essere intesa come un segnale debolmente positivo, dovuto ad una maggiore attenzione alla *governance* del sistema ospedale e all'appropriatezza dei ricoveri. Infatti, la riduzione della spesa sanitaria a livello nazionale e regionale ampiamente descritta nei precedenti capitoli si è ripercossa nel corso degli anni sui finanziamenti dei singoli ospedali, spingendoli a tagliare molte delle inefficienze che li avevano caratterizzati nel passato, in parte anche come risposta a un territorio carente nell'offerta e nell'organizzazione dei servizi.

Volendo fornire un quadro d'insieme, si può affermare che le risorse economiche familiari, unitamente all'offerta dei servizi erogati, hanno un impatto importante nel ricorso alle prestazioni sanitarie (visite, accertamenti, interventi chirurgici) o all'acquisto di farmaci. In tutta Italia, infatti, si registrano percentuali significative di rinuncia a tali prestazioni.

Analizzando il territorio per macroaree, la quota più contenuta di persone che rinunciano ad almeno una delle prestazioni considerate si registra nel Nord-Ovest, con una percentuale pari al 7,5%; nel Mezzogiorno la percentuale raddoppia (nel Sud raggiunge il 14,7% e nelle Isole il 15,5%); nel Nord-Est si attesta al 9,5% e al Centro è pari all'11,3%. La percentuale più alta di persone che rinunciano ad almeno una delle prestazioni considerate si riscontra tra i disoccupati (21,4%). Nel confronto tra chi gode di risorse economiche ottime o adeguate e chi le giudica scarse o insufficienti, la quota dei rinunciatari passa dal 6,8% al 17,6%. Nel Nord-Ovest il rapporto è quasi di uno a tre (passa dal 4,5% al 13,3%); nel Sud e nelle Isole anche chi dichiara una buona condizione economica ha rinunciato nel 9,3% dei casi, contro il 5,7% del Nord-Est.

Anche in questa analisi sono le visite e i trattamenti odontoiatrici le prestazioni a cui si rinuncia più frequentemente: il 14,3% vi ha rinunciato negli ultimi dodici mesi, principalmente per motivi economici (85,3%). Nel caso di rinuncia ad altre tipologie di visite specialistiche (escluse quindi quelle odontoiatriche), la percentuale si riduce al 7,7%. Inoltre è pari al 4,1% la percentuale di chi rinuncia all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno; tra

questi, oltre il 70% perché avrebbe dovuto pagarli di tasca propria non essendo prescrittibili e il 25% a causa del ticket troppo caro.

Riguardo alle motivazioni che stanno alla base di queste rinunce, il 6,2% ha indicato questioni economiche, il 4,0% problemi di offerta di tali servizi (liste di attesa troppo lunghe, orari scomodi per l'appuntamento, difficoltà a raggiungere la struttura) e l'1,1% altri motivi, quali impegni di lavoro o familiari o altro. Considerando le motivazioni rispetto al territorio, appare rilevante la quota di chi rinuncia per motivi economici nel Sud (9,2%) e nelle Isole (9,5%); al Centro, invece, è più elevata della media nazionale la rinuncia per problemi legati all'offerta di servizi: 5,3% contro 4,0%. La percentuale di chi rinuncia sale al 18,4% fra chi ha una malattia cronica grave e al 23,3% fra i multicronici: tutte condizioni che, esponendo a una maggiore necessità di assistenza, offrono probabilmente anche maggiori rischi di abbandono delle cure.

Nel 2012 si sono registrate altre difficoltà di accesso a servizi di pubblica utilità, quali farmacie e pronto soccorso; quest'ultimo manifesta le situazioni di maggiore problematicità (52,7%).

Questi dati rappresentano segnali di un'inversione di tendenza rispetto a un fenomeno consolidato nel lungo periodo per cui le risorse familiari hanno compensato un'offerta del *welfare* pubblico che si restringeva. Oggi anche il *welfare* privato familiare comincia a mostrare segni di cedimento, non riuscendo più a sopperire da solo a tali carenze. L'allungamento dell'aspettativa di vita, il marcato invecchiamento della popolazione, le previsioni di incremento delle disabilità e del numero delle persone non autosufficienti prefigurano bisogni crescenti di protezione sociale. Negli anni a venire l'incremento dei bisogni della popolazione e della domanda di sanità e di assistenza proseguirà a ritmi serrati, non ricevendo però un'offerta pubblica soddisfacente.

Curarsi diventerà una battaglia? Se non si agisce subito sarà sicuramente così.

5.

Cosa aspettarsi dal futuro?

Cosa ci attende allora all'orizzonte?

Attraverso l'utilizzo di modelli matematici è possibile fin da ora prevedere cosa si verificherà in futuro. Ad esempio, per quanto riguarda il numero delle persone con multicronicità – cioè coloro che nel prossimo futuro soffriranno di almeno tre malattie croniche –, proiettando la loro prevalenza sulla struttura per età della popolazione prevista per i prossimi venti anni, ci si attende un numero di multicronici pari a quasi 13 milioni nel 2024 e di oltre 14 milioni nel 2034, ossia rispettivamente il 20,2% e il 22,6% della popolazione (nel 2016 si attestava al 25,1%). Il numero maggiore di multicronici si registrerà nelle regioni del Nord: 5,6 milioni nel 2024 e 6,3 milioni nel 2034. Particolarmente rilevante il fenomeno tra gli anziani: nel 2024, infatti, a livello nazionale tale condizione interesserà circa 9 milioni di individui ultrasessantacinquenni, cifra che salirà nel 2034 a circa 11 milioni.

Lo scenario fin qui presentato ci mostra per il futuro una situazione di crescenti bisogni da parte di una popolazione sempre più anziana e disabile. Se l'incidenza – ovvero il numero di nuovi casi – di malattie croniche registrate non dovesse rallentare o diminuire nel tempo, l'aumento assoluto della richiesta di assistenza sanitaria richiederebbe un inevitabile aumento della spesa al fine di garantire adeguati livelli di salute. Purtroppo, i segnali che possiamo vedere oggi indicano che si tratta di una situazione insostenibile dal punto di vista economico e finanziario!

Questa situazione di insostenibilità è vissuta da tutti i paesi industrializzati e non è certo il prodotto della crisi economica del 2008. Il sistema era infatti insostenibile già prima della crisi, che ha solo amplificato e reso più evidente il problema. Tra il 2007 e il 2009 il PIL reale pro capite è diminuito di quasi il 2,5% all'anno nella zona OCSE nel suo complesso, con una lenta ripresa solo a partire dal 2010, ripresa che tuttavia, a tutt'oggi, non ha riportato ovunque il

livello alla situazione pre-crisi. Tra i paesi dell'OCSE, infatti, sia la tempistica sia la portata dei cambiamenti economici sono state molto differenti.

Tra gli Stati membri dell'Unione Europea, l'Italia è stata sicuramente uno dei più colpiti dalla recessione, che si è presentata in due diversi momenti, tra il 2007 e il 2013. Nel 2008 e 2009, il PIL italiano è diminuito rispettivamente dell'1,2% e del 5,1%. Nei due anni successivi la ripresa è stata debole, con il PIL che ha registrato un incremento dell'1,7% nel 2010 e solo dello 0,4% nel 2011. Successivamente, nel 2012 si è avuto un riacutizzarsi della crisi, con un crollo del -2,4% del PIL, seguito da una ulteriore diminuzione dell'1,8% nel 2013. A fine 2018 l'Italia risulta essere l'unico tra i paesi più industrializzati a non aver ancora recuperato i livelli di PIL del 2001.

Inoltre, a livello dei paesi OCSE più avanzati, il nostro è tra quelli con il sistema di sostegno al reddito meno efficace in assoluto: Italia e Spagna sono gli unici due paesi dove, nel periodo della crisi (2007-2012), alla riduzione del PIL si è legata una pressoché equivalente riduzione del reddito disponibile delle famiglie. Al contrario, nel Regno Unito, in Finlandia e in Danimarca la recessione del PIL è stata accompagnata da un aumento del reddito disponibile, segno di un sistema di ammortizzatori sociali meglio funzionante.

In effetti, in Italia la crisi ha aumentato anche la povertà assoluta: tra il 2011 e il 2012 si è registrato un vero e proprio balzo nel numero delle famiglie e degli individui in condizione di povertà, che è salito del 33,0% e del 41,0%, rispettivamente, con un ulteriore peggioramento nel 2013.

Molti studi hanno dimostrato che il livello di salute di una popolazione è fortemente correlato con la sua condizione economica; pertanto, se la fase di crisi che stiamo attraversando si prolungherà nel tempo (e purtroppo ci sono importanti elementi per ritenere che essa non sia congiunturale, ma abbia forti componenti strutturali, in particolare in Italia), ci si dovrà attendere un peggioramento generale delle condizioni di salute nel nostro paese.

1. Ci saranno le risorse per un sistema sanitario pubblico?

Il dato dal quale dobbiamo partire per contestualizzare la situazione sanitaria italiana è rappresentato dallo storico e strutturale divario tra il finanziamento pubblico (Fondo sanitario nazionale) e la spesa sanitaria. Tale divario, sin dalla nascita del SSN stesso, ha determinato l'accumularsi progressivo di un consistente disavanzo.

La spesa sanitaria in Italia è cresciuta, sin dagli anni Novanta, meno che negli altri paesi, e ad oggi è sotto la media UE sia in percentuale del PIL, sia in valori assoluti.

Nel complesso la spesa sanitaria pro capite italiana, sia pubblica che privata, è inferiore rispetto alla media europea. Nel 2017 la spesa sanitaria totale pro capite era ancora inferiore di circa il 7% rispetto ai paesi appartenenti all'eurozona. Nel 2001 tale *gap* era pari al 19,6%. Per effetto degli interventi di contenimento attuati negli ultimi anni, la componente pubblica della spesa sanitaria italiana pro capite è oggi del 22,2% inferiore a quella dell'Unione, mentre quella privata lo è del 29,4%.

A seguito del costante definanziamento, le analisi effettuate sul database *OECD Health Statistics* dimostrano che la spesa sanitaria in Italia continua inesorabilmente a perdere terreno, considerando sia la percentuale del PIL sia, soprattutto, la spesa pro capite. In particolare, se oggi in Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale è in linea con la media OCSE, in Europa siamo ultimi tra i paesi ricchi, insieme alla Spagna, mentre Svizzera, Germania, Svezia, Francia, Olanda, Danimarca, Belgio, Austria, Norvegia, Regno Unito e Finlandia destinano alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra.

La situazione peggiora ulteriormente prendendo in considerazione la spesa pro capite totale, inferiore alla media OCSE (3.542 dollari a fronte di 3.742), che posiziona l'Italia prima tra i paesi più poveri dell'Europa: Spagna, Portogallo, Repubblica Ceca, Grecia, Slovacchia, Ungheria, Lituania, Estonia e Lettonia.

Guardando alla spesa pubblica pro capite emerge in tutta la sua criticità il definanziamento pubblico del SSN: siamo sotto la media OCSE (2.622 dollari a fronte di 2.895) e in Europa 14 paesi investono più dell'Italia in sanità, con un *gap* minimo di 235 dollari della Spagna e un *gap* massimo di 2.777 dollari della Norvegia.

Il dato relativo al definanziamento emerge in maniera ancora più evidente confrontando la crescita percentuale della spesa pubblica nel 2000-2008 e nel 2009-2015. Nel primo caso il finanziamento pubblico in Italia è aumentato quasi del 60%, rispetto a una media OCSE del 72%; nel periodo 2009-2015 siamo fanalino di coda tra i paesi che hanno registrato un incremento percentuale della spesa pubblica, con un misero +2,9% (rispetto al 20% della media OCSE), visto che dietro di noi rimangono solo i paesi dove si è verificata una riduzione percentuale (Spagna, Portogallo e Grecia). Nel 2016 i

trend hanno iniziato, fortunatamente, ad invertirsi, ma solo nel 2017 l'Italia (come Spagna e Portogallo) è riuscita a tornare ai livelli di spesa pro capite pre-crisi.

Un quadro altrettanto inquietante emerge dal confronto con i paesi del G7, dove l'Italia è ultima per spesa totale e per spesa pubblica, ma seconda (dopo gli Stati Uniti) per spesa *out-of-pocket*, ossia direttamente sostenuta dai cittadini, testimonianza inequivocabile che la politica si è progressivamente sbarazzata di una consistente quota di spesa pubblica, scaricandola sui cittadini senza preoccuparsi di rinforzare in alcun modo la spesa privata intermediata. Tutto questo senza tener conto delle raccomandazioni dell'OCSE, che nel gennaio 2015 aveva già richiamato il nostro paese a «garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza».

Il trend del finanziamento pubblico 2000-2015 tra i paesi del G7 dimostra infine che se nel 2000 le differenze assolute sulla spesa pubblica erano modeste, da circa dieci anni in Italia il progressivo definanziamento pubblico le ha rese incolmabili: ad esempio, se nel 2000 la Germania investiva 2.120 dollari contro i 1.488 dollari dell'Italia (+30%), nel 2017 la differenza è di 4.869 dollari contro 2.622 dollari (+46%).

Sebbene la spesa sanitaria pubblica italiana sia inferiore ai livelli dell'Unione Europea e sia cresciuta meno che in altri paesi, le esigenze di finanza pubblica hanno imposto negli anni una serie di manovre – ad esempio, il Documento di economia e finanza (DEF) del 2012; il d.l. 95/2012 (cosiddetto «Spending Review»); il d.l. 158/2012 – che hanno programmato, a partire dal 2012 e fino al 2014, ulteriori tagli progressivi alle spese sanitarie.

In particolare, i tagli hanno riguardato la voce «beni e servizi», con una riduzione del 5% degli oneri dei contratti di fornitura (circa 1,5 miliardi di euro in meno rispetto al 2011), una riduzione di acquisto di prestazioni di ricovero e ambulatoriali dai privati accreditati, una riduzione dei tetti di spesa per la farmaceutica, ospedaliera e territoriale.

Nel 2018 il governo ha presentato la *Nota di aggiornamento* del DEF 2018, secondo il quale nel triennio 2019-2021 il PIL nominale dovrebbe crescere nei tre anni rispettivamente del 3,1%, 3,5% e 3,1%, con un incremento della spesa sanitaria rispettivamente dello 0,8%, 1,9% e 2%. In termini finanziari, per la sanità pubblica significherebbe passare dai 117,239 miliardi di euro stimati per il 2019 ai 119,452 miliardi di euro per il 2020, fino ai 121,803 miliardi di euro nel 2021.

Se le stime della *Nota* al DEF 2018 su aumento del PIL e spesa sanitaria sono corrette, la chiave di lettura è una sola: crescendo meno del PIL nominale, la spesa sanitaria non coprirà nemmeno l'aumento dei prezzi. In altre parole, nel prossimo triennio la sanità pubblica potrà disporre delle stesse risorse in termini di potere di acquisto solo se la ripresa economica del paese sarà in linea con previsioni più che ottimistiche; se così non fosse, ulteriori tagli alla sanità pubblica saranno inevitabili.

Il dato più preoccupante per la salute delle persone, tuttavia, è che secondo il DEF 2018 il rapporto tra spesa sanitaria e PIL diminuirà ancora (dal 6,5% del 2019 al 6,4% del 2020 e 2021), al di sotto della soglia di allarme fissata dall'OMS, secondo la quale sotto il 6,5% si riduce, oltre alla qualità dell'assistenza e all'accesso alle cure, anche l'aspettativa di vita – fenomeno che era stato documentato per la prima volta dal *Rapporto Osservasalute* 2015 e dal Rapporto ISTAT 2016.

In ogni caso, è bene ricordare che le stime del DEF sulla spesa sanitaria sono spesso illusorie, perché negli ultimi anni la sanità ha puntualmente ricevuto molto meno del previsto: clamoroso l'esempio del 2016, quando i 117,6 miliardi di euro stimati dal DEF 2013 si sono ridotti a 116,1 con il DEF 2014, quindi a 113,4 con il DEF 2015, per arrivare con la legge di stabilità 2016 a un finanziamento reale di 111 miliardi di euro, comprensivi di 800 milioni da destinare ai nuovi LEA.

Alla luce di questi dati, le risorse del nostro Sistema sanitario nazionale sono sufficienti?

Se si guarda alla spesa per il personale, a quella per beni e servizi, a quella per investimenti in infrastrutture e tecnologie e a quella per ricerca e sviluppo, non vi è una voce che possa essere ritenuta coperta in modo adeguato alle sfide demografiche, epidemiologiche ed assistenziali presenti – figuriamoci per quelle future –, rendendo ulteriormente critica l'erogazione di un'assistenza sanitaria di qualità.

E allora, cosa faranno gli italiani per curarsi?

2. Cosa faranno gli italiani per curarsi?

Quali tentativi per cercare di salvarsi? Negli ultimi anni si è ricorsi più volte a svariate strategie per evitare di affondare. Sono in aumento, ad esempio, gli italiani che pagano di tasca propria i servizi sanitari che il pubblico non

garantisce più, oppure le persone che decidono di farsi curare «altrove» per motivi di qualità, di tempo d'attesa o di costi.

La spesa sanitaria italiana, infatti, si compone di due macrocategorie: spesa pubblica e spesa privata, che include la spesa intermediata – da Fondi sanitari integrativi (FSI) o da polizze assicurative – e la spesa *out-of-pocket*.

In linea con queste categorie di spesa il d.l. 502/1992 aveva già individuato tre pilastri per sostenere la sanità nel nostro paese:

1. SSN pubblico;
2. sanità collettiva integrativa;
3. sanità individuale, attraverso polizze assicurative.

Questo modello era basato su tre assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i LEA, la sanità collettiva integrativa copre solo prestazioni non essenziali e ogni cittadino è libero di stipulare polizze assicurative individuali.

La Fondazione GIMBE (2018b) rileva però che la combinazione di fenomeni occorsi nell'ultimo decennio ha messo fortemente in discussione il modello a tre pilastri, come emerge dalla composizione della spesa sanitaria totale, che nel 2016 ammontava a 157,613 miliardi di euro. Di tale spesa, secondo la Corte dei Conti, il 28,8% è privata e di questa quasi l'88% è *out-of-pocket*, e finisce per rappresentare, di fatto, un «quarto pilastro», che in termini finanziari è secondo solo alla spesa pubblica.

In sostanza, il progressivo definanziamento pubblico ha generato un aumento della spesa privata: sempre secondo il Rapporto GIMBE, le spese per la salute sostenute dai cittadini nel 2016 hanno superato i 45 miliardi di euro, con una spesa pro capite di oltre 657 euro, con notevoli differenze sia tra le varie regioni, sia tra le diverse aree del paese. Ad esempio, per quanto riguarda la spesa *out-of-pocket* pro capite si passa dagli 859 euro della Valle d'Aosta ai 303 della Campania, con una media nazionale di 560 euro.

Inoltre, a partire dalle indagini ISTAT e dell'Osservatorio sui consumi privati in sanità (OCPS) dell'Università Bocconi sui consumi delle famiglie, è emerso un quadro molto articolato nella composizione della spesa privata. Analizzando più nel dettaglio la spesa *out-of-pocket* risulta che vengono spesi 5,2 miliardi di euro per i servizi ospedalieri, con oltre 3 miliardi destinati alla *long-term care*, 15,5 miliardi per i servizi ambulatoriali, di cui 8,5 miliardi sono destinati all'assistenza odontoiatrica, e 13,2 miliardi per prodotti farmaceutici.

Considerato che la spesa intermediata può essere calcolata in modo diretto solo attraverso le fonti amministrative di FSI e assicurazioni, il Rapporto

GIMBE, basandosi sui dati resi disponibili dagli operatori del settore, calcola che nel 2016 la spesa intermediata complessiva è ammontata a circa 5,60 miliardi di euro, coprendo oltre 11 milioni di persone, con un netto aumento di entrambe le variabili negli ultimi cinque anni. In altri termini, FSI e polizze assicurative intermediano il 12,3% della spesa sanitaria privata, facendo riferimento a diverse tipologie di terzi paganti: 3,83 miliardi di euro da fondi sanitari e polizze collettive, che rappresentano quindi la maggiore quota parte della spesa intermediata (68,4%); 601 milioni di euro da imprese; 593 milioni di euro da polizze assicurative individuali e 576 milioni di euro da istituzioni senza scopo di lucro.

Per l'anno 2016, i dati del Sistema informativo anagrafe fondi (SIAF) attestano l'esistenza di 323 fondi sanitari registrati, per un totale di 10.616.847 iscritti, ripartiti in soli 9 «fondi doc» e 314 «non doc»¹, entrambi «pilastro» specifico per l'assistenza odontoiatrica.

I dati del ministero della Salute documentano un aumento sia del numero di fondi (da 255 del 2010 a 323 del 2016) sia, soprattutto, del numero degli iscritti: dai 3.312.474 del 2010 ai 10.616.847 del 2016 (+7.304.373). Va notato che il Sud rimane sostanzialmente escluso dallo sviluppo del secondo pilastro: infatti, se la spesa intermediata rappresenta il 19,8% della spesa privata nel Nord (11,5% nel Nord-Ovest e 8,3% nel Nord-Est) e l'8,6% nel Centro, nel Sud e nelle Isole raggiunge appena il 6,3%.

Per quanto attiene alle assicurazioni private, secondo i dati dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA) circa 1,7 milioni di famiglie italiane sono coperte da una polizza malattia, che rimborsa le spese sanitarie sostenute dall'assicurato e/o dai suoi familiari o sostiene direttamente i costi legati all'erogazione di una prestazione medica presso strutture convenzionate con la compagnia assicurativa; a questo numero vanno aggiunti circa 3 milioni di persone che aderiscono a fondi integrativi convenzionati con un'assicurazione privata. L'ANIA riporta che nel 2016 sono stati raccolti premi assicurativi relativi al ramo malattie per un totale di 2,5 miliardi di euro. Di questi, quasi 600 milioni di euro sono stati spesi nel settore delle polizze individuali (il 63% riguarda la garanzia di rimborso delle spese mediche) e 1,9 miliardi nel settore delle polizze collettive (l'84% per garanzia di rimborso delle spese mediche).

Infine, per quanto concerne la spesa *out-of-pocket*, dal 2012 al 2017 quella sanitaria privata in Italia è aumentata di circa 5 miliardi di euro, passando da 31 a circa 36 miliardi di euro, di cui quasi l'88% *out-of-pocket*, che nel 2016

ammonta a circa 580 euro pro capite, una cifra assoluta superiore alla media OCSE e a numerosi paesi europei.

Una quota rilevante (circa il 25%) di questa spesa è destinata all'assistenza odontoiatrica, non compresa nei LEA, che rappresenta la principale copertura dei FSI, mentre la quota destinata ai servizi ospedalieri è di fatto irrisoria (meno dell'1%). I cittadini sborsano oltre un miliardo di euro per acquistare il farmaco originale anziché l'equivalente; infine, oltre il 50% della spesa privata è destinata a farmaci, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchi terapeutici, per un totale di oltre 18 miliardi di euro.

Un'ulteriore conferma del rilievo crescente delle spese sanitarie a carico delle famiglie deriva dai dati desunti dalle dichiarazioni dei redditi: infatti, il Testo unico delle imposte sui redditi delle persone fisiche prevede una detrazione (nella misura del 19% per la parte eccedente i 129,11 euro) per le spese mediche e di assistenza specifica, per quelle chirurgiche, per prestazioni specialistiche e per protesi dentarie e sanitarie in genere. Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti, gli importi indicati nel 2016 ammontavano a 17.695.164 euro.

Infine, della spesa *out-of-pocket* oltre il 7,2% proviene dalle compartecipazioni dei cittadini per farmaci e prestazioni sanitarie, il cosiddetto ticket. Tutte le regioni, infatti, prevedono sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria, con un'autonomia che negli anni ha generato una vera e propria giungla, con differenze che riguardano sia le prestazioni su cui vengono applicati (farmaci, prestazioni ambulatoriali e specialistiche, pronto soccorso ecc.), sia gli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, sia le regole utilizzate per definire le esenzioni.

Secondo i dati riportati dalla Corte dei Conti, nel 2016 i ticket hanno prodotto un gettito per le casse regionali di 2.885,5 milioni di euro. Rispetto al 2015 i dati documentano un incremento medio della compartecipazione alla spesa per i farmaci dell'1,1% e una riduzione media del 4,1% sulle prestazioni, che raggiunge il 6,2% nelle regioni sottoposte alla disciplina dei Piani di rientro.

Ma perché gli italiani optano per prestazioni private e *intra moenia*?

La qualità e le liste d'attesa non sono le uniche motivazioni che spingono gli italiani a preferire prestazioni private: in un'indagine realizzata dal CENSIS nel 2013 il 27% degli intervistati ha infatti dichiarato che il ticket pagato per una prestazione sanitaria è stato superiore alla spesa che avrebbe sostenuto per la stessa prestazione nel privato, ossia pagando per intero di tasca propria.

Le prestazioni svolte più frequentemente in strutture private a pagamento intero riguardano l'odontoiatria (circa 90%), la ginecologia (57%), la riabilitazione motoria (36%), le visite ortopediche (34,4%). Il 38% degli italiani ha aumentato negli ultimi anni il ricorso al privato per la riabilitazione motoria, oltre il 35% per la colonscopia, il 34% per le visite ortopediche.

Tali dati mostrano il tentativo dei cittadini italiani di supplire a una carenza di sistema, ma anche la necessità di scegliere le prestazioni sanitarie da fare subito a pagamento e quelle da rinviare oppure da non fare. La conseguenza di ciò è un aumento della disuguaglianza e delle differenze interregionali.

Se si analizza l'andamento della spesa sanitaria media pro capite nelle regioni italiane prima e durante la crisi economica (confronto tra il biennio 2006-2008 e il biennio 2009-2011), emergono infatti importanti differenze interregionali, che evidenziano come la spesa sanitaria delle famiglie italiane sia legata principalmente al reddito e poco alla qualità dell'offerta pubblica (CERGAS-Bocconi 2014).

Tra il 2009 e il 2011 la media pro capite per la spesa sanitaria privata variava infatti da circa 600 euro per regioni come Trentino, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Veneto, a circa 300 euro (la metà) per regioni come Puglia, Sicilia e Campania. Tra il biennio 2006-2008 (prima della crisi economica) e il biennio 2009-2011 (durante la crisi) la spesa pro capite privata dei cittadini italiani è aumentata nella maggior parte delle regioni italiane.

Se poi non si può usufruire dei servizi sanitari nella propria regione per motivi di qualità, di tempi d'attesa o di costi, allora non rimane che 'scappare'. Il fenomeno della mobilità ospedaliera interregionale è particolarmente rilevante. Le ragioni che conducono a effettuare il ricovero lontano dalla propria residenza sono diverse: in alcuni casi la mobilità è giustificata dalla vicinanza geografica con strutture di altre regioni, oppure dipende dalla presenza dell'assistito in altre regioni per motivi di studio o lavoro; in altri casi le motivazioni sono legate alle condizioni di salute, e quindi alla necessità di usufruire di prestazioni di alta specializzazione non erogate dalla propria regione, o ad una maggiore fiducia nei servizi ospedalieri di altre regioni.

Le regioni col maggiore indice di fuga – quindi prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della regione di residenza – sono Lazio (13,9%), Campania (10,1%), Lombardia (7,7%), Calabria (7,5%), Puglia (7,4%) e Sicilia (6,5%).

L'esame congiunto dei due indicatori di emigrazione e immigrazione, leggibile nell'indice di attrazione ospedaliera, mostra come alcune regioni compensino positivamente i due flussi e come altre, al contrario, siano in

deficit. Le regioni da cui i cittadini emigrano per farsi curare sono prevalentemente quelle del Sud (258.000 persone del Sud si spostano al Nord per le cure e 235.000 dal Sud al Centro) e i poli attrattivi principali (che riguardano 1 migrante della salute su 4) sono rappresentati da Roma, Milano, Genova, Bologna, Padova, Firenze, Pisa e Siena (RBM-CENSIS 2017). L'indice di attrazione conferma dunque il dualismo tra alcune regioni del Centro-Nord, che registrano un valore significativamente elevato, e quasi tutte le regioni del Mezzogiorno.

Inoltre, dal punto di vista dell'economia familiare occorre ricordare che, in concomitanza con le crisi economiche, cresce l'attenzione al costo delle prestazioni e alla ricerca di opportunità di accesso a prestazioni di qualità accettabile in tempi ragionevoli e al prezzo più basso. Ciò è confermato anche da studi che riguardano «l'intenzionalità» dei cittadini di rivolgersi «altrove» per curarsi. Da un'indagine FBM-CENSIS (2012) emerge infatti, specie nelle regioni meridionali, l'intenzionalità dichiarata dei cittadini, in caso di grave problema di salute, di rivolgersi a un medico, a una struttura o a un servizio di un'altra regione o all'estero. Tale intenzionalità riguarda oltre il 58% degli intervistati (il 47,6% si recherebbe in un'altra regione e il 10,9% addirittura all'estero) (FBM-CENSIS 2012).

Occorre inoltre tenere presente che in futuro la mobilità tra le regioni e nelle sue versioni *low cost* diventerà con ogni probabilità ancora più massiccia, configurandosi sempre più come un meccanismo spontaneo di correzione delle disparità territoriali nell'accesso alle cure.

Per quanto riguarda l'emigrazione sanitaria all'estero, il nostro paese registra, secondo i dati più recenti, un deficit nella bilancia commerciale sanitaria verso altri Stati membri dell'UE pari a circa 76 milioni di euro. Ad oggi l'attrattività dell'Italia per «turismo sanitario» risulta bassa; di contro il numero degli italiani che si recano all'estero è cresciuto, passando da circa 70.000 pazienti nel 2009 a 184.000 nel 2012. I paesi beneficiari di tali flussi sono in prevalenza quelli che offrono vantaggi in ambito odontoiatrico (CERGAS-Bocconi 2014).

1 I «fondi doc» o di tipo A sono fondi sanitari integrativi del SSN (art. 9 del d.l. 502/1992 e successive modifiche); i «fondi non doc» o di tipo B, invece, sono erogati da enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale (art. 52, comma 2, lettera a, del d.p.r. 917/1986).

Conclusioni.

Istruzioni per un futuro migliore (verranno mai seguite?)

Dall'analisi sin qui svolta, appaiono chiare e inequivocabili le seguenti conclusioni:

1. il Servizio sanitario nazionale è stato uno dei maggiori successi nell'intera storia del nostro paese;
2. ha prodotto risultati sanitari (ed economici) eccezionali che stanno cominciando ad attenuarsi;
3. l'Italia è oggi uno dei paesi più disuguali del mondo: nascere o vivere in una determinata regione può comportare una vita più breve e più tribolata;
4. lo scenario demografico ed epidemiologico presente, e soprattutto futuro, è preoccupante: avremo milioni di vecchi e malati, moltissimi non autosufficienti, e non disporremo delle risorse umane e finanziarie per assisterli;
5. la responsabilità di questo scenario preoccupante va condivisa tra politici, manager, professionisti e cittadini;
6. se non si agisce subito la battaglia per la salute sarà inevitabile e provocherà morti e feriti;
7. i cittadini dovranno mettere sempre di più la mano al portafoglio per pagarsi le cure.

È possibile evitare questa tempesta perfetta? Forse sì, ma occorre mettere in atto prontamente una serie di correttivi, la cui attuazione purtroppo non appare né facile, né scontata.

1. Cosa dovrebbe fare la politica?

Proviamo a rispondere per punti, indicando per ciascuno di essi le probabilità di realizzazione.

Dovrebbe smetterla di fare soltanto proclami elettorali: la sanità

dovrebbe essere una materia bipartisan

Le ultime elezioni sono state vinte dai partiti attualmente al governo anche tramite una serie di promesse elettorali, soprattutto in campo economico, fiscale e di ordine pubblico. Di sanità si è parlato poco, salvo che per dire che sarebbero state trovate tante risorse aggiuntive. Tutte le forze politiche italiane appaiono, in teoria, a favore di un servizio sanitario nazionale universalistico; il problema è che quando sono al governo alle dichiarazioni non seguono i fatti. Ad esempio, al contrario di quanto promesso, l'attuale maggioranza ha riservato alla sanità un posto da Cenerentola nella legge di bilancio: pochissime e insufficienti le risorse finanziarie, velleitari i proclami su una migliore *governance* del sistema.

Ci vorrebbe uno sforzo bipartisan per prendere decisioni operative finalizzate a motivare il personale, a migliorare le infrastrutture, a fare investimenti tecnologici, a facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari.

Probabilità di realizzazione: bassa, a causa della conflittualità politica e della vulnerabilità economica e finanziaria del paese.

Dovrebbe predisporre una regia nazionale coordinata con le regioni

Si è molto discusso del giusto rapporto tra Stato e regioni in campo sanitario, della necessità di decentralizzare compiti e funzioni alle istituzioni che sono più vicine ai cittadini (le regioni?) ed evitare una gestione burocratica troppo distante dalla vita delle persone. La realtà che abbiamo vissuto negli ultimi quindici anni è quella di una frammentazione esasperata, di una conflittualità latente e dell'aumento esponenziale delle differenze nella qualità e quantità dei servizi, non solo tra regioni, ma anche all'interno della stessa regione.

Se si vuole un servizio sanitario nazionale equo, efficace ed efficiente è necessaria un'unica cabina nazionale di regia, che guidi il sistema verso percorsi sicuri e che deleghi alle regioni le funzioni necessarie per garantire un servizio ottimale ai cittadini.

Probabilità di realizzazione: quasi nulla, a causa della difficoltà di riformare la Costituzione, unico modo per riequilibrare il rapporto tra Stato e regioni.

Dovrebbe attuare una rigorosa programmazione

Nel nostro paese abbiamo tutti i dati per programmare adeguatamente il funzionamento dei servizi sanitari, ma raramente questi dati vengono trasformati in informazioni operative. Un sistema complesso come quello sanitario non si gestisce da solo e per farlo è necessario cercare una coerenza

tra gli obiettivi e le risorse umane, finanziarie, tecnologiche e logistiche a disposizione e identificare una strada logica, razionale e percorribile per raggiungere i risultati auspicati. L'alternativa è il caos, la confusione, l'abbandono dei più deboli e vulnerabili.

Probabilità di realizzazione: medio-bassa, a causa della frequente mancanza di volontà politica a livello nazionale, ma soprattutto regionale, e della carenza di competenze professionali necessarie per un'adeguata programmazione sia strategica che operativa.

Dovrebbe stanziare la giusta quantità di risorse

Ogni sistema ha bisogno di adeguate risorse umane, finanziarie, tecnologiche e logistiche per svolgere efficacemente le proprie funzioni; in mancanza di ciò il SSN è destinato ad andare in panne. Realisticamente, il nostro paese impiegherà molto tempo per recuperare la competitività e la ricchezza perdute negli ultimi anni ed è utopistico pensare a nuove ingenti risorse per finanziare la sanità pubblica. Ciò nonostante, è possibile fare bene anche con le risorse attualmente a disposizione, purché vengano utilizzate correttamente, ad esempio riallocandole facendo attenzione all'andamento degli indicatori di processo e di risultato, riducendo gli sprechi, premiando le buone pratiche e incentivando trasparenza e merito. Nel medio periodo questo non sarà sufficiente, ma sarebbe un buon inizio.

Probabilità di realizzazione: medio-bassa, a causa della mancanza di riforme strutturali per un migliore funzionamento del paese e per il miglioramento della sua competitività, il che preclude un aumento di risorse finanziarie a disposizione e mette a rischio anche il corretto utilizzo di quelle attuali.

I manager dovrebbero essere scelti sulla base del loro curriculum e della loro esperienza e dovrebbero essere valutati per i risultati sanitari ed economici; i professionisti devono essere adeguatamente formati e aggiornati

Per far funzionare adeguatamente un sistema così complesso e in continua evoluzione è indispensabile avere degli ottimi professionisti. I prossimi anni metteranno a dura prova sia i manager che gli operatori sanitari e la loro capacità di far fronte con risorse sempre più limitate alle richieste crescenti da parte dei cittadini. Oltre che competenze tecniche, saranno sempre più necessarie competenze comunicative e gestionali per far diventare i cittadini coproduttori attivi della propria salute e non spettatori passivi di un viaggio sempre più triste. È indispensabile che lo Stato curi adeguatamente la

formazione, il reclutamento e la gestione di un personale che sarà sempre più scarso e conteso, anche da paesi stranieri.

Probabilità di realizzazione: medio-bassa, a causa della frequente e persistente volontà della politica sia nazionale che regionale di premiare la fedeltà più del merito.

I cittadini devono essere adeguatamente formati e informati

Un sistema sanitario i cui protagonisti siano disinformati e deresponsabilizzati è destinato al caos. È necessario che i cittadini comprendano le regole essenziali per vivere a lungo e in salute, adottando comportamenti e stili di vita adeguati, così da godersi l'esistenza nella pienezza delle proprie facoltà fisiche e mentali.

Per questo è fondamentale un sistema di informazioni e di comunicazioni facilmente comprensibili dai cittadini gestito dalle istituzioni pubbliche, che li aiuti a fare le scelte che li riguardano in modo semplice ed efficace. E che impedisca a imbrogliatori e a ciarlatani di danneggiare la loro salute e, di conseguenza, la sicurezza dell'intero paese.

Probabilità di realizzazione: bassa, a causa della mancanza di volontà politica di investire in formazione e cultura e della conseguente persistenza di altissimi livelli di analfabetismo scientifico e sanitario nella popolazione italiana.

2. E quindi?

La crisi ha posto notevoli sfide ai sistemi sanitari di tutti i paesi più avanzati, in particolare quelli europei, in cui i sistemi di *welfare* sono molto generosi. In un contesto in cui, da un lato, disoccupazione e povertà faranno aumentare la domanda di servizi sanitari e, dall'altro, i bilanci pubblici continueranno ad essere limitati in termini di risorse disponibili, gli effetti della crisi sulla salute rischiano di diventare sempre più evidenti col passare del tempo.

Le politiche sociali potrebbero sicuramente attenuare questi effetti limitando i periodi di disoccupazione, fornendo reti di sicurezza a chi è senza lavoro, prevenendo così gli effetti negativi sulla salute dovuti all'essere disoccupato. Inoltre, il settore sanitario ha un ruolo fondamentale nella protezione sociale, fornendo un accesso tempestivo ed equo a servizi sanitari efficaci, garantendo anche che le persone non vadano incontro a nuove difficoltà finanziarie a causa dei problemi di salute.

Come abbiamo già osservato, per vincere questa sfida è necessario cambiare rotta su una serie di aspetti che hanno caratterizzato la politica sanitaria italiana

dal 2001 fino a oggi. A scanso di equivoci, vale la pena sottolineare che auspicare un cambiamento non vuole certo significare tornare indietro al dirigismo centralista precedente agli anni Duemila. I vantaggi di una gestione locale più vicina al paziente sono a tutti noti e, quindi, vanno preservati. Al tempo stesso, però, occorre rivalutare il ruolo di cooperazione e di scambio di esperienze tra regioni e tra centro e regioni, che in questi anni è venuto a mancare per vari motivi. In assenza di tali condizioni, in futuro ogni situazione di difficoltà continuerà ad essere un'emergenza, con il rischio sempre maggiore di rendere il sistema meno sostenibile e la salute dei cittadini più precaria.

La sfida più importante che oggi possiamo raccogliere è sforzarci di vedere questa crisi economica e finanziaria come un'opportunità per introdurre riforme del sistema sanitario e, più in generale, del sistema di sicurezza sociale. È noto che più le riforme coinvolgono importanti cambiamenti strutturali, più sono difficili da attuare rispetto, per esempio, a semplici interventi che puntino a ridurre i prezzi dei farmaci o a introdurre misure di compartecipazione alla spesa. Riforme che incidano in modo strutturale sul sistema richiedono anche investimenti in capitale umano, fisico e finanziario. Occorre cambiare in modo strutturale la sanità in Italia, cercando di introdurre politiche efficaci per prevenire le malattie, rafforzare l'accesso a un'assistenza primaria di qualità e migliorare il coordinamento delle cure, soprattutto per le persone con patologie croniche. I vantaggi di una simile operazione sarebbero elevatissimi, consentendo di traghettare il nostro paese verso un porto sicuro.

Da un punto di vista di benessere collettivo la strategia ottimale dovrebbe essere quella di disegnare politiche sanitarie che siano «dinamicamente efficienti», ossia creare oggi le migliori condizioni per operare meglio domani. Infatti, l'adozione (oggi) di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare (domani) a una riduzione del numero di persone da curare. Adottare un tale approccio significherebbe, quindi, anche guardare alla spesa sanitaria (o a una larga parte di essa) più in termini di spesa per investimenti che di parte corrente. Tuttavia sarà necessaria una decisa inversione di tendenza nell'allocazione dei fondi per la sanità in Italia, che con una quota inferiore all'1% della spesa complessiva si colloca tra gli ultimi posti nella classifica dei paesi OCSE per investimenti in prevenzione. Aspettare che i cittadini, in seguito ad anni di stili di vita poco salutari (ad esempio, eccessivo introito calorico e proteico, malnutrizione, vita sedentaria, alcool, fumo), si

ammalino e si rechino in pronto soccorso o in ospedale è una strategia perdente e costosissima. È quindi imperativo cambiare rotta e promuovere politiche incisive di prevenzione e promozione alla salute.

Investire in prevenzione significa studiare e implementare strategie che non saranno necessariamente limitate a interventi nel settore sanitario. Al contrario, bisognerà effettuare interventi che:

a) promuovano e consentano ai cittadini italiani di vivere una vita sana, attiva e indipendente sino a tarda età;

b) contribuiscano alla sostenibilità e all'efficienza del sistema sanitario, sociale e del *welfare*;

c) contribuiscano all'ideazione di prodotti e servizi «made in Italy» connessi al benessere, alla longevità e all'invecchiamento attivo in buona salute.

La nuova rotta dovrebbe quindi ambire a spostare risorse economiche e umane dalla cura delle malattie alla prevenzione. Questo imporrebbe di «re-ingegnerizzare» l'intero SSN, formando una nuova classe di professionisti della salute preventiva e trasformare, mettendole in rete, le strutture già esistenti sul territorio (ad esempio, strutture sanitarie, scuole alberghiere, scuole primarie e secondarie, palestre pubbliche) per educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute. Proprio come a scuola, si dovrebbe insegnare ai cittadini a conoscere gli alimenti, a cucinare e alimentarsi in maniera sana ed equilibrata, a fare attività fisica in maniera corretta e regolare, a evitare l'esposizione a sostanze nocive per la salute. Inoltre, si potrebbero introdurre sistemi di incentivi (annullamento ticket sanitario o una sorta di schema bonus-malus) per i cittadini che mettono in pratica le strategie preventive (riducendo, ad esempio, la circonferenza vita e i fattori di rischio cardiovascolari e tumorali), favorendo in tal modo comportamenti virtuosi.

A questo punto, non volendo neanche prendere in considerazione l'idea che vi sia un disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, il piano per il suo «salvataggio» dovrebbe passare almeno attraverso le seguenti tre azioni:

1. rimodulare le prestazioni erogate gratuitamente a tutti i cittadini – i cosiddetti LEA – secondo rigorosi criteri scientifici, destinando alla spesa privata gli interventi il cui costo aggiuntivo non corrisponde a miglioramenti significativi della salute del paziente;

2. ridefinire i criteri della compartecipazione alla spesa sanitaria e le detrazioni per spese sanitarie, tenendo conto anche del valore delle

prestazioni, e attuare al più presto un riordino legislativo della sanità integrativa;

3. realizzare concretamente un piano nazionale della prevenzione.

Se ciò non verrà realizzato, in uno scenario caratterizzato da un progressivo definanziamento pubblico che comincia a pregiudicare anche il funzionamento delle regioni più virtuose e nella consapevolezza che quelle in Piano di rientro già adesso non adempiono neppure all'erogazione dei vecchi LEA, il risultato non potrà che essere l'allungamento delle liste d'attesa con spostamento della domanda verso il privato e aumento della spesa *out-of-pocket*, sino alla rinuncia alle cure.

Crediamo che questa strategia sia realizzabile e sia vincente, ma siamo scettici sulla sua effettiva concretizzazione (vero è che la speranza è l'ultima a morire!), anche perché il DEF 2017 esclude per i prossimi tre anni una ripresa del finanziamento pubblico e nulla pare essere cambiato in modo sostanziale con l'attuale governo.

Proprio per questo desideriamo concludere fornendo in Appendice una serie di consigli per ogni cittadino che desideri sopravvivere a lungo e felice nel probabile contesto darwiniano in cui nel prossimo futuro si troverà il nostro paese. Del resto, siamo un popolo di grandi individualisti; stavolta utilizziamo il nostro talento per vincere la battaglia per la salute!

Appendice.

12 punti per vincere la battaglia per la salute (per sé e per i propri cari)

1. Avere una corretta alimentazione

Una sana alimentazione associata a uno stile di vita attivo è uno strumento valido per la prevenzione, la gestione e il trattamento di molte malattie.

Un regime dietetico adeguato ed equilibrato non solo garantisce un apporto ottimale di nutrienti in grado di soddisfare i fabbisogni dell'organismo, ma permette anche di ricevere sostanze che svolgono un ruolo protettivo e/o preventivo nei confronti di molte condizioni patologiche.

Una prima colazione sana fornisce l'energia necessaria, dopo il riposo notturno, e permette al corpo e al cervello di ripartire al meglio, grazie all'apporto di diversi nutrienti. Una prima colazione adeguata aiuta ad aumentare il senso di sazietà durante tutto il giorno, favorendo la regolarità dei pasti. È ormai dimostrato che chi non fa colazione ha più difficoltà nel controllare il proprio peso e tende ad adottare abitudini alimentari scorrette, che possono portare poi a patologie anche gravi.

Una dieta troppo ricca di alimenti altamente energetici, in particolare prodotti industriali, è strettamente correlata a un aumento del rischio di sovrappeso e obesità; queste condizioni aumentano il rischio di cancro e di numerose altre patologie croniche.

Non tutti gli alimenti ricchi di calorie sono deleteri per la salute; un classico esempio è rappresentato dalla frutta secca che, se consumata in quantità adeguata, è in grado di incidere positivamente sullo stato di salute poiché ricca di fibra, grassi salutari, micronutrienti e fitocomposti.

2. Evitare le bevande zuccherate

Le bevande zuccherate sono quelle che contengono una notevole quantità di calorie provenienti dagli zuccheri (di origine sia naturale, come nei succhi di frutta o nei frullati, sia artificiale, come in molte bevande analcoliche o gassate). Non è stato fissato un livello specifico di zuccheri che distingua le bevande «zuccherate» da quelle «non zuccherate», ma a titolo orientativo la maggior parte delle bevande gassate e dei succhi di frutta contiene circa 10 grammi di zuccheri per ogni 100 millilitri di prodotto (quindi una quantità tipica, pari a 330 ml, conterrà 33 g di zuccheri, equivalenti a circa 6 cucchiaini e a circa 130 calorie).

Bere acqua è la scelta migliore, e anche il tè e il caffè senza zucchero rappresentano delle buone opzioni (anche se è bene limitare il consumo di caffè a non più di quattro tazze al giorno). Alcune ricerche suggeriscono che una moderata quantità di caffè può contribuire positivamente a prevenire alcuni problemi di salute, ma l'eccesso di caffeina è comunque dannoso.

3. Consumare più alimenti di origine vegetale

In generale frutta e verdura, essendo ricche di acqua e fibra, hanno un apporto calorico basso e, soprattutto quando consumate con varietà, rappresentano un'importante fonte di vitamine, sali minerali e altre molecole benefiche chiamate fitocomposti. I legumi sono una buona fonte proteica e i cereali integrali contribuiscono all'apporto di fibra nella dieta. La frutta secca e i semi oleosi sono veri e propri concentrati di micronutrienti e grassi salutari, benefici per il sistema cardiovascolare, mentre le erbe aromatiche e le spezie sono utili per arricchire la dieta di sapori naturali, vitamine e sali minerali. Consumando principalmente alimenti di origine vegetale è possibile ridurre il rischio di cancro ma anche di sovrappeso e obesità.

4. Limitare il consumo di carne rossa ed evitare il consumo di carni lavorate e conservate

Gli alimenti di origine animale consumati all'interno di una dieta sana e ricca di prodotti vegetali rappresentano un importante apporto di nutrienti e possono rientrare in una dieta salutare e preventiva. Per quanto riguarda la carne rossa, i dati raccolti finora dicono che un consumo al di sotto dei 500 g alla settimana non costituisce un pericolo per la salute. Gli insaccati e le carni lavorate e processate sarebbero da eliminare dalla lista della spesa e da consumare solo occasionalmente. Non è chiaro quale sia il collegamento diretto tra il consumo di carni lavorate e conservate e il rischio di cancro

perché i fattori di rischio potrebbero essere legati al metodo di conservazione (sale, affumicatura, conservanti, coloranti) oppure al contenuto di grassi saturi.

5. Limitare il consumo di alimenti ricchi di sale

Alcuni metodi di preparazione, lavorazione e conservazione dei cibi possono influire sul rischio di tumore. Le evidenze a oggi più convincenti riguardano le carni conservate con metodi di affumicatura, salatura e uso di conservanti. Il sale è importante per la salute dell'organismo, ma i livelli di cui necessitiamo sono sensibilmente inferiori a quelli consumati in media dalla popolazione. Studi recenti hanno confermato che un consumo medio di sale al di sotto di 5 g al giorno rappresenta un buon compromesso tra il soddisfacimento del gusto e la protezione della salute. I principali problemi legati a un consumo eccessivo di sale includono l'aumento del rischio di cancro allo stomaco e di ipertensione.

6. Fare attività fisica

La correlazione tra obesità e malattie croniche (come malattie cardiovascolari, diabete e cancro) è ormai accertata. Le maggiori cause di sovrappeso e obesità sono le scorrette abitudini alimentari e la sedentarietà. Mantenersi nell'intervallo del normopeso può essere uno dei migliori comportamenti in grado di prevenire patologie cardiovascolari e tumori. È importante mantenersi normopeso per l'intera durata della vita: essere sovrappeso durante l'infanzia e l'adolescenza aumenta le probabilità di essere un futuro adulto obeso. L'attività fisica ha un ruolo decisivo in questo e dovrebbe essere parte integrante di un sano stile di vita a tutte le età. L'attività fisica quotidiana, controllata e adeguata alle proprie capacità, è uno dei migliori farmaci che ci si possa autosomministrare. Come abbiamo già visto, praticare regolarmente, per circa trenta minuti al giorno e almeno cinque volte a settimana, qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporti un dispendio energetico fa bene, aiuta a sentirsi meglio, riduce lo stress, tonifica i muscoli e migliora il sonno notturno. Muoversi è piacevole, salutare, si può fare ovunque, in qualunque momento della giornata, non richiede un equipaggiamento particolare ed è gratuito. Non è, infatti, necessario andare in una palestra, piscina o altra struttura sportiva per fare attività fisica. Fare sport all'aperto, ma anche solamente svolgere attività semplici come giocare, camminare, andare in bicicletta, dovrebbe entrare a far parte della regolare attività quotidiana.

7. Non bere alcool o farlo con moderazione

L'eccesso di alcool, indipendentemente dal tipo di bevanda, è legato a un aumento del rischio di cancro: se ne raccomanda quindi un consumo decisamente moderato. Allo stesso tempo, però, esistono evidenze che un consumo moderato di un certo genere di alcool possa contribuire alla prevenzione del rischio di patologie cardiovascolari. Queste informazioni richiedono molta attenzione perché, se è vero che dal punto di vista cardiologico un piccolo consumo di alcool possa fare bene, in ambito oncologico questo beneficio non si è mai dimostrato e anzi non è stato possibile individuare un livello di consumo al di sotto del quale il rischio di cancro non aumenti. Le ricerche effettuate finora dimostrano che l'effetto negativo dell'alcool è ulteriormente amplificato quando combinato con il fumo di sigaretta. Oltretutto le bevande alcoliche forniscono parecchie calorie, quindi un consumo smodato di alcool può aumentare il rischio di sovrappeso e obesità. Le donne incinte non dovrebbero consumare alcool.

8. Non fumare né tabacco né altro

Ogni anno nel mondo muoiono 6 milioni di persone a causa del consumo di tabacco. Tale dato è ancora più sconcertante se si considera che una su dieci di queste morti avviene per effetto del fumo passivo. Si stima che ogni anno, in Italia, muoiano dalle 90.000 alle 95.000 persone a causa del fumo. In pratica, nel nostro paese su 100 decessi 15 sono causati dal fumo di sigaretta.

Più di un quarto di queste morti riguarda soggetti di età compresa fra i 35 e i 65 anni. Il fumo miete più vittime di alcool, AIDS, droghe, incidenti (stradali, domestici, sul lavoro, terremoti, alluvioni, disastri aerei e ferroviari), omicidi e suicidi messi insieme. Chi fuma tabacco rischia più degli altri di sviluppare oltre cinquanta gravi malattie, tumorali e non: il fumo aumenta di dieci volte il rischio di morire di enfisema polmonare, raddoppia quello di avere un ictus e aumenta da due a quattro volte quello di essere colpiti da infarto cardiaco, oltre a danneggiare la circolazione del sangue a livello di tutti quanti gli organi. Oltre a quello al polmone, il fumo favorisce lo svilupparsi di numerosi altri tipi di tumore, tutti potenzialmente mortali – da quelli del cavo orale e della gola a quelli al pancreas, al colon, alla vescica, al rene, all'esofago e alla mammella –, e di alcune forme di leucemie.

9. Stare attenti alle «bufale»

Il progresso scientifico necessita di tempo per ottenere risultati convincenti. Bisogna quindi porre attenzione ai termini «scoperta scientifica» oppure «miracolo» in quanto anche una scoperta apparentemente plausibile ha bisogno di tempo per essere confermata.

Si raccomanda di ricercare la «versione integrale» della storia: i report che si possono vedere in televisione o leggere sui giornali sono troppo brevi per includere tutti i dettagli di un argomento. La cosa migliore è affidarsi a fonti istituzionali e riconosciute, come il portale ISSalute dell'Istituto superiore di sanità.

Bisogna in buona sostanza mantenere un sano scetticismo: non è necessario screditare o diffidare di ogni articolo o report che leggiamo o vediamo, ma è sufficiente utilizzare il buonsenso. Se una soluzione suona troppo facile e comoda per essere vera, probabilmente non lo sarà.

10. Fare medicina preventiva (screening)

Premesso che il 70% dei tumori può essere prevenuto adottando uno stile di vita corretto, negli ultimi anni le diagnosi di tumore sono aumentate e nel 2018 sono state 373.300, più di 1.000 al giorno. Gli uomini sono più colpiti (52%) rispetto alle donne (48%) e i big killer più frequenti sono il tumore al colon-retto per entrambi i sessi e il tumore della mammella per le donne. Tuttavia, grazie a diagnosi precoci e cure sempre più efficaci, la mortalità diminuisce, la sopravvivenza aumenta e sempre di più si parla di guarigione. La prevenzione è un'arma potente e il nostro SSN fornisce, gratis, tre programmi di screening della popolazione per la prevenzione dei tumori del seno, del collo dell'utero e del colon-retto. È importante effettuare lo screening proprio quando non si hanno né segni né sintomi. Le cellule alterate, infatti, non danno sintomatologia soprattutto nelle fasi iniziali, ma possono in alcuni anni crescere fino a trasformarsi in cancro; sottoponendosi allo screening, invece, si può fare una diagnosi precoce. Insomma, non c'è certezza che il cancro possa essere debellato, ma sicuramente può essere diagnosticato e curato precocemente.

11. «Studiare» la sanità della propria regione

Se si abita in una regione cosiddetta in Piano di rientro, cioè 'obbligata' dal governo centrale a rientrare da esposizioni finanziarie a debito maturate all'inizio degli anni Duemila (al momento Puglia, Abruzzo, Sicilia, Calabria,

Campania, Lazio, Molise), o in regioni che sono uscite da poco dai Piani di rientro (Liguria, Piemonte, Sardegna), è probabile che i servizi di cui si dispone siano minori rispetto a quelli delle altre regioni. Questo perché le amministrazioni regionali sono state costrette ad attuare strategie di contenimento dei costi per rientrare dai debiti pregressi e hanno effettuato tagli riguardanti soprattutto il personale, non sostituendo quello andato in pensione, e le tecnologie, non investendo nel rinnovo delle attrezzature e limitando in tal modo la quantità e, spesso, anche la qualità dei servizi.

Le conseguenze sui problemi acuti non sono generalmente drammatiche (ad eccezione di sporadici casi di cattiva organizzazione e/o negligenza, il pronto soccorso è garantito in modo adeguato in tutta Italia), ma possono essere eclatanti per quanto attiene alla prevenzione, agli esami diagnostici, alla gestione della cronicità e dell'autosufficienza. In questi casi l'auto-organizzazione, di cui parleremo nel prossimo punto, può supplire alle carenze istituzionali.

12. Se possibile, farsi un'assicurazione sanitaria integrativa

Se se ne ha la possibilità – indipendentemente dalla regione di residenza, ma a maggior ragione se si abita in una delle regioni citate nel paragrafo precedente – sarebbe saggio stipulare un'assicurazione sanitaria, o aderendo alle offerte che i datori di lavoro fanno ai propri dipendenti e alle loro famiglie, alimentando sistemi di *welfare* aziendali che sono sempre più numerosi e qualificati, o scegliendone una commerciale adatta alle proprie esigenze.

Come abbiamo detto, anche se desidereremmo il contrario, è altamente improbabile che il nostro SSN sia fiscalmente sostenibile; il definanziamento pubblico attualmente è certo e, poiché le condizioni psicofisiche degli italiani, per l'allungamento della vita e l'aumento delle cronicità, richiederanno prestazioni socio-sanitarie via via più impegnative, sarà sempre più necessario pagarsele privatamente. Meglio essere previdenti che costretti a pagare, e magari poi indebitarsi, per far fronte alle spese sanitarie, o dover perfino rinunciare a curarsi.

Bibliografia

- Ania (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici) - Servizio attuariato, statistiche e analisi banche dati (2017), *Portafoglio diretto italiano – Dati al 31 dicembre 2016*, «ANIA Trends infortuni e malattia», anno I, n. 2, giugno, disponibile all'indirizzo http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/COLLANE-PERIODICHE/ANIA-Trends/ANIA-Trends-Infortuni-e-Malattia/2016/Newsletter-Infortuni-e-Malattia_Anno-2016.pdf.
- Centro studi e ricerche di itinerari previdenziali (a cura di) (2018), *Il bilancio del sistema previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2016*, Rapporto n. 5, disponibile all'indirizzo <http://www.itinerariprevidenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/quinto-rapporto-bilancio-del-sistema-previdenziale-italiano.html>.
- CERGAS-Bocconi (a cura di) (2014), *Rapporto OASI 2014. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, Egea, Milano.
- Drope Je., Schluger N., Cahn Z., Drope Ja., Hamill S., Islami F., Liber A., Nargis N., Stoklosa M. (2018), *The Tobacco Atlas*, American Cancer Society and Vital Strategies, Atlanta.
- EpiCentro (2012), *Fumo. Aspetti epidemiologici*, 7 giugno, Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/epid.asp>.
- European Commission-TAXUD (Taxation and Customs Union Directorate-General) (2012), *Study to Quantify and Analyse the VAT Gap in the EU-27 Member States. Final Report*, disponibile all'indirizzo https://ec.europa.eu/taxation_customs/sites/taxation/files/docs/body/vat-gap.pdf.
- FBM-CENSIS (Forum per la ricerca biomedica-Centro studi investimenti sociali) (2012), *Quale sanità dopo i tagli? Quale futuro per le risorse in sanità?*, 15 marzo, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.irisonline.it/web/images/News19Mar12/censis_testo_completo.pdf.
- Fondazione Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) (a cura di) (2017), *I numeri del cancro in Italia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, disponibile all'indirizzo http://media.aiom.it/userfiles/files/doc/AIOM-Fondazione/2017_numeri_del_cancro_ed_pazienti.pdf.
- Fondazione Farmafactoring (2016), *La struttura dei costi della sanità in Italia: analisi dei trend e dei differenziali regionali (2004-11)*, «Quaderni», 1, disponibile all'indirizzo <http://www.fondazionefarmafactoring.it/documents/53057/56132/FondFarma+1+Quadercf7b-41a9-80eb-fdb9348379ad>.
- Fondazione GIMBE (Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze) (2018a), *La mobilità sanitaria interregionale nel 2017*, Report Osservatorio GIMBE, 3, luglio, disponibile all'indirizzo https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2018.03_Mobilita_sa
- Fondazione GIMBE (2018b), *3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio sanitario*

nazionale, giugno, disponibile all'indirizzo http://www.rapportogimbe.it/3_Rapporto_GIMBE.pdf.

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) (2018), *GBD Compare – YLDs*, disponibile all'indirizzo <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

Ipsos Mori (Market & Opinion Research International) (2014), *Perils of Perception: A Fourteen Country Study*, disponibile all'indirizzo <https://www.ipsos.com/ipsos-mori/en-uk/perceptions-are-not-reality-things-world-gets-wrong>.

ISPE Sanità (Istituto per la promozione dell'etica in Sanità) (2014), *Libro bianco sulla corruption in sanità*, disponibile all'indirizzo <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato15042014.pdf>.

ISTAT (Istituto nazionale di statistica) (2012a), *La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi. Dati provvisori*, disponibile all'indirizzo https://www.istat.it/it/files//2013/12/Stat_report_salute.pdf.

ISTAT (2012b), *Reddito e condizioni di vita*, disponibile all'indirizzo https://www.istat.it/it/files//2013/12/Stat_reddito.pdf.

ISTAT (2015), *La pratica sportiva in Italia. Report*, disponibile all'indirizzo <https://www.istat.it/it/files/2017/10/Pratica-sportiva2015.pdf?title=La+pratica+sportiva+in+Italia+-+19%2Fott%2F2017+-+Testo+integrale++e+nota+metodologica.pdf>.

ISTAT (2016), *Annuario statistico italiano 2016*, ISTAT, Roma, disponibile all'indirizzo <https://www.istat.it/it/files/2016/12/Asi-2016.pdf>.

ISTAT (2018a), *Health for All – Italia. Sistema informativo territoriale su sanità e salute*, disponibile all'indirizzo <http://www.istat.it/it/archivio/14562>.

ISTAT (2018b), *Rapporto 2018*, disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it/>.

Istituto di ricerca della SIMG (Società italiana di medicina generale e delle cure primarie) (2014), *VIII Report Health Search*, SIMG, Firenze.

Ministero della Salute (2016), *Piano nazionale della cronicità*, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.

Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M., Evetovits T., Thomson S., Mckee M. (2012), *Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe*, World Health Organization, Copenhagen.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2017a), *Health at a Glance: Oecd Indicators*, disponibile all'indirizzo <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>.

OECD (2017b), *Obesity Update 2017*, disponibile all'indirizzo <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.

OECD (2018a), *Gross Domestic Product (GDP) (Indicator)*, disponibile all'indirizzo <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>.

OECD (2018b), *Health Spending (Indicator)*, disponibile all'indirizzo <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.

OECD (2018c), *Household Disposable Income (Indicator)*, disponibile all'indirizzo <https://data.oecd.org/hha/household-disposable-income.htm>.

Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2018), *Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, disponibile all'indirizzo <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2018/10/ro-2017.pdf>.

PISA (Programme for International Student Assessment) (2012), *Results in Focus: What 15-Year-Olds Know and What They Can Do With What They Know*, disponibile all'indirizzo <http://www.oecd.org/pisa/keyfindings/pisa-2012-results-overview.pdf>.

RBM Assicurazione Salute-CENSIS (2017), *VII rapporto RBM-CENSIS sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Il futuro del Sistema sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura*

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento a Pasquale Cacciatore, Elettra Carini, Andrea Gentili e Angelo Pezzullo, giovani e appassionati medici specializzandi in Igiene e Medicina preventiva, che mi hanno aiutato a garantire un'aggiornata evidenza scientifica all'elaborazione di questo libro, e a Lia Di Trapani e Cinzia Puca per i saggi ed efficaci consigli editoriali.