

TESI CONGRESSUALE

SOSTENIBILITÀ E FINANZIAMENTO DEL SSN

a cura di

CARLO PALERMO
DOMENICO ISCARO
GIULIO LIBERATORE
GABRIELE GALLONE
DOMENICO MONTEMURRO

- **Il Ssn a 40 è in pessima salute**
- **Disuguaglianze sanitarie**
- **Il definanziamento progressivo**
- **Calo e invecchiamento della popolazione medica**
- **Posti letto e demografia della popolazione italiana**
- **Conclusioni**

IL SSN A 40 ANNI È IN PESSIMA SALUTE

La legge n. 833 del 23 dicembre 1978 istituiva, 40 anni fa, il Servizio Sanitario Nazionale. Le motivazioni di tale riforma epocale erano principalmente due: la sostenibilità finanziaria dell'assistenza sanitaria e la necessità di garantire alla popolazione il diritto alla salute. Da queste due motivazioni si dovrebbero trarre lezioni fondamentali per le prospettive future del SSN. Al contrario, i segnali che registriamo oggi documentano una assoluta incapacità della classe politica di affrontare il problema facendoci ricadere in una situazione non dissimile da quella che determinò quella importante riforma.

Torniamo al 1978. Se per tutti i cittadini italiani sembra oggi normale recarsi in un pronto soccorso per una urgenza, andare dal proprio medico di base per farsi prescrivere un farmaco o una prestazione sanitaria o ritirare in farmacia il medicinale per trattare l'ipertensione, è bene sapere che prima di quell'anno la situazione era ben diversa. La Sanità in Italia appariva più simile a quella degli USA che a quella di un Paese europeo.

La Costituzione della Repubblica Italiana del 1948 stabiliva, al primo comma dell'articolo 32, che la salute era un diritto fondamentale dell'individuo e che lo Stato dovesse garantire le cure agli indigenti. Malgrado ciò, solo nel 1958 viene istituito il Ministero della Sanità e comunque la erogazione delle prestazioni sanitarie venne lasciata ad un sistema "mutualistico". Le *mutue* erano delle "assicurazioni sociali" a cui aderivano volontariamente o obbligatoriamente i cittadini (solitamente sulla base della loro attività lavorativa) e rappresentavano il terzo pagante per le prestazioni di cui necessitavano i propri iscritti.

La filosofia di base delle *mutue* era di tipo assicurativo-risarcitoria.

Nel 1976 si contavano circa 100 enti mutualistici maggiori ed oltre 1.000 minori. La situazione non era però più sostenibile. Il sistema determinava delle notevoli sperequazioni; parte della popolazione era di fatto esclusa da questo tipo di assistenza sanitaria contravvenendo di fatto al dettame costituzionale. La gestione era principalmente orientata alle prestazioni di ricovero e di diagnosi e caratterizzate da elevata inappropriatazza. Non vi era alcun interesse per la prevenzione in quanto gli enti mutualistici si occupavano solo delle condizioni di malattia denunciate dai contribuenti. La mutua consentiva l'accesso ad alcune specifiche categorie di cittadini sulla base della contribuzione lavorativa, della tipologia di lavoro svolto, della residenza anagrafica e soprattutto tali enti rappresentavano numerosi centri di spesa incontrollabili e con attività non coordinate.

La situazione finanziaria di molte mutue era al limite del tracollo in quanto il pagamento delle prestazioni agli Ospedali, alle cliniche ed altri erogatori risultava sempre più difficoltosa.

Lo Stato decise pertanto di estinguere tutti i debiti delle mutue con la legge n. 386 del 17 agosto 1974 ("Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri") accollandoseli integralmente. Nei successivi anni, fino al 1978, lo Stato, dopo questo "salvataggio", decise di gestire in prima persona la Sanità e declinare l'articolo 32 della Costituzione in principi ed obiettivi.

Il più importante è sicuramente ciò che è definito all'articolo 1 della Legge 833/78: "Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo mo-

dalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”.

L'articolo 2 ribadisce ulteriormente tale concetto in quanto il legislatore aveva ben presente una situazione di grave difformità nell'accesso alle cure ed alla prevenzione: **“Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese”**.

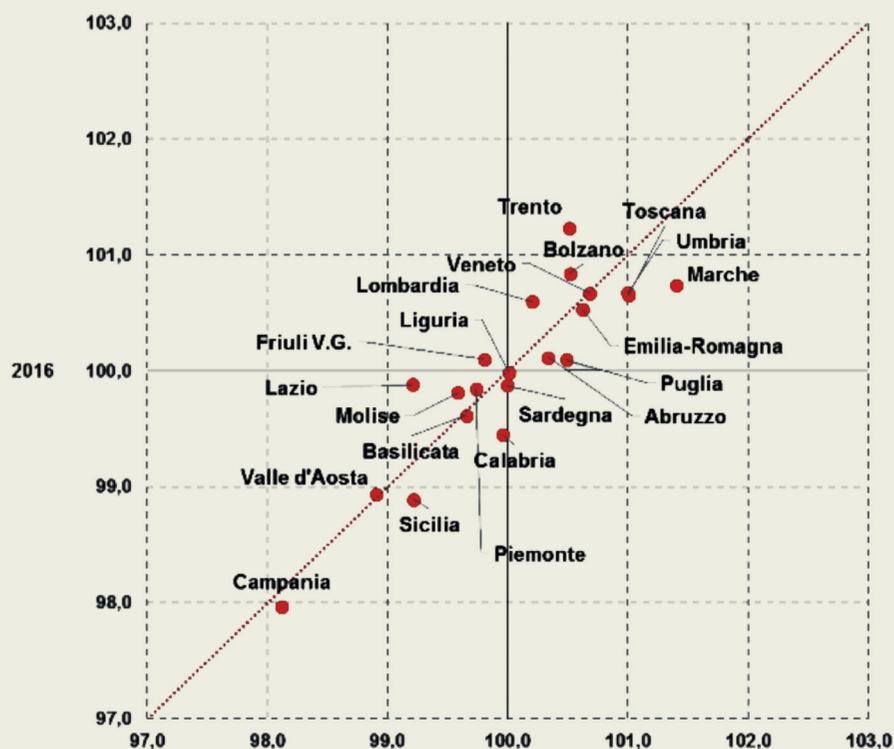
DISUGUAGLIANZE SANITARIE

Il principio alla base del Sistema Sanitario Nazionale è l'universalismo il quale è un presupposto per l'uniformità delle condizioni di salute sul territorio. L'Osservatorio Salute che ha elaborato i dati ISTAT fino al 2016, ha dimostrato che le disuguaglianze di salute nel nostro Paese stanno sensibilmente peggiorando¹

Vivere in una Regione piuttosto che in un'altra modifica sensibilmente la speranza di vita. La maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6; decisamente inferiore nelle regioni del Mezzogiorno, nelle quali si attesta a 79,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne. In Campania, ad esempio, gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3; mentre nella Provincia Autonoma di Trento gli uomini mediamente sopravvivono 81,6 anni e le donne 86,3.

GRAFICO 1

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA 2005-2006 (NUMERI INDICI ITALIA=100)



Citando il rapporto: *“La dinamica della sopravvivenza, tra il 2005 e il 2016, dimostra che tali divari sono persistenti, in particolare Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna, Molise, Basilicata, Lazio, Valle d'Aosta e Piemonte restano costantemente al di sotto della media nazionale. Tra queste la Campania, la Calabria e la Sicilia peggiorano addirittura la loro posizione nel corso degli anni. Per contro, quasi tutte le regioni del Nord, insieme ad Abruzzo e Puglia, sperimentano, stabilmente, una aspettativa di vita al di sopra della media nazionale”*.

Anche la mortalità prematura (tra i 30 e i 69 anni) presenta forti divari a livello territoriale. Nella figura seguente la Campania, la Sicilia, la Sardegna, il Lazio, il Piemonte e il Friuli presentano valori elevati di mortalità prematura, con una dinamica negativa tra il 2004 e il 2013 che le vede costantemente al di sopra della media nazionale. Dato molto negativo, visto che si tratta di morti evitabili con idonee politiche di prevenzione.

¹ Rapporto Osservasalute 2017

GRAFICO 2

TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER LE MAGGIORI CAUSE DI MORTE TRA 30-69 ANNI (NUMERI INDICI ITALIA=100)



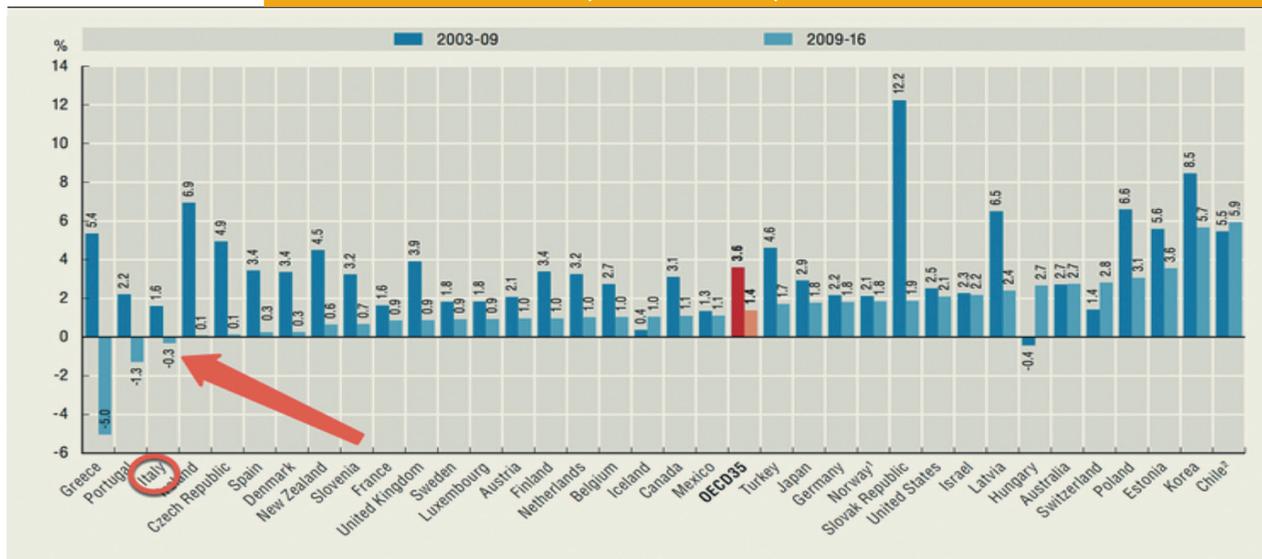
La riforma del Titolo V della Costituzione e il Decreto legislativo n. 56 del 2000 che introduce il federalismo fiscale non hanno pertanto migliorato tali disuguaglianze ma le stanno semmai peggiorando. La riforma costituzionale stabiliva che il potere legislativo tra Stato e Regioni in materia di sanità fosse concorrente, facendo sì che chi aveva il compito di governare il sistema sanitario a livello locale potesse cogliere meglio le esigenze ed i bisogni inespresi dei cittadini. Tale riordino ha portato invece alla creazione di 21 differenti sistemi sanitari nazionali con creazione di evidenti disuguaglianze anche nell'accesso alle prestazioni.

IL DEFINANZIAMENTO PROGRESSIVO

Sulla deriva delle placche tettoniche regionali in tema di Sanità si incardina un problema di finanziamento a livello nazionale. Il progressivo definanziamento statale è dimostrato inequivocabilmente dai dati. La spesa sanitaria pro-capite ha conosciuto, tra il 2003 ed il 2009, uno dei minori incrementi tra i Paesi OCSE (pari all'1,6% con media pari ad un incremento del 3,6%). Dopo il 2009 abbiamo invece il poco invidiabile record di far parte del ristretto novero degli Stati (insieme a Grecia e Portogallo) che hanno ridotto la spesa sanitaria (-0,3% in confronto ad un incremento medio dei Paesi OCSE dell'1,4%)².

GRAFICO 3

ANNUAL AVERAGE GROWTH RATE IN PER CAPITA HEALTH EXPENDITURE, REAL TERMS, 2003 TO 2006 (OR NEAREST YEAR)



² Health at a glance. OECD Indicators. 10 Novembre 2017

La spesa sanitaria in rapporto al PIL (ultimi dati OCSE disponibili) evidenzia un progressivo arretramento della posizione del nostro Paese. La figura seguente evidenzia che complessivamente l'Italia è praticamente in linea con la media OCSE, ma in realtà il finanziamento statale è sempre più ridotto. Le barre evidenziano infatti due tipi di spesa: quella statale (colore più scuro) e quella "out of pocket" (colore più chiaro) ovvero quella che i cittadini sostengono di tasca propria (inclusi i ticket sanitari).

Al di là di questa distinzione va anche tenuto conto che il dato medio OCSE è il risultato di dati di spesa sanitaria/PIL che includono Paesi quali India, Cina, Brasile, Indonesia, Russia. In questa ottica, non solo ci collochiamo nella parte a destra della media insieme a Nazioni il cui livello di assistenza sanitaria non è paragonabile a quello dei Paesi europei ma soprattutto, proprio a livello europeo e tra i Paesi maggiormente industrializzati (G8 per intenderci), siamo indubbiamente tra gli ultimi insieme a Spagna, Portogallo e Grecia.

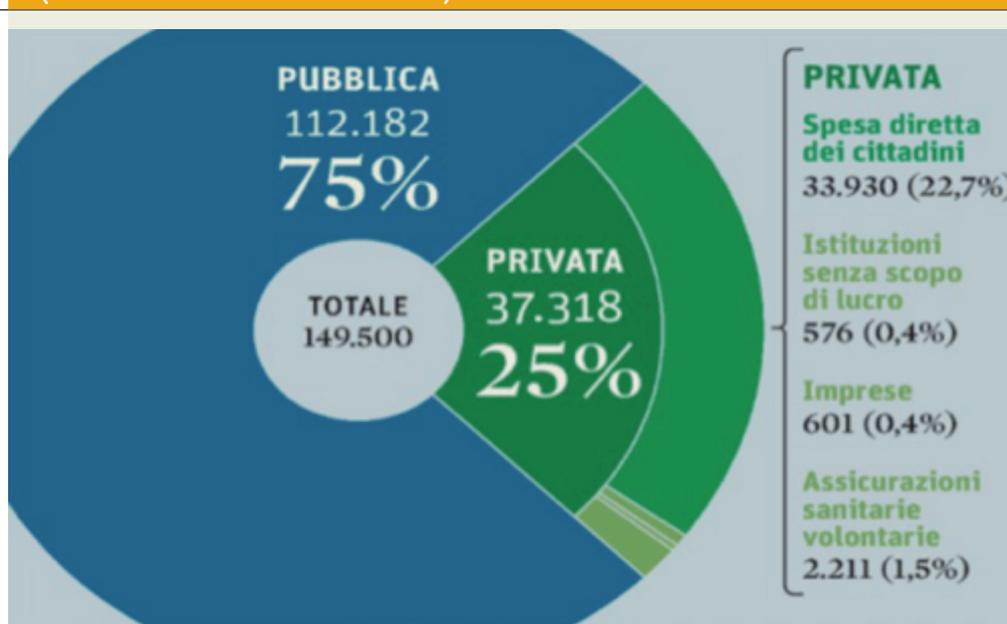
GRAFICO 4

HEALTH EXPENDITURE AS A SHARE OF GDP, 2016 (OR NEAREST YEAR)



GRAFICO 5

QUANTO VALE LA SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA (DATI IN MILIONI DI EURO. FONTE ISTAT)





Se guardiamo al finanziamento statale depurato dalla spesa “out of pocket” il definanziamento risulta evidente anche negli ultimi 3 anni: dal 7,4% di finanziamento sul PIL (anno 2015 dati Eurostat) giungiamo al 6,5% del 2018 con una previsione del 6,3% per il 2020. Un livello che ci pone più vicino a Colombia e Repubblica Slovacca escludendoci di fatto dai Paesi dell’area euro (Grafico 4).

Il livello complessivo di spesa sul PIL è quindi determinato dall’aumento della spesa privata che supercompensa il declino (o la ritirata progressiva?) del finanziamento statale. Un fardello in più per i cittadini italiani che costituisce per molti un impegno finanziario insostenibile. Attualmente quasi un quarto della spesa sanitaria (22,7%) è in carico ai cittadini (Grafico 5).

I dati rispetto agli altri Paesi OCSE non sono neppure in questo caso confortanti.

La figura che segue evidenzia come nella parte sinistra del grafico (ovvero quella in cui la spesa privata per i cittadini è maggiore del 20%) siamo insieme a Lituania, Grecia, Messico, Ungheria e Polonia, mentre sotto il 15% vi sono tutti i Paesi dell’area euro (tra cui quelli facenti parte del G8). Basti far presente che la spesa privata in Germania è del 12,5%, in Inghilterra del 10,6% ed in Francia addirittura del 6,8%.

GRAFICO 6

CHANGE IN OUT-OF-POCKET EXPENDITURE AS A SHARE OF EXPENDITURE ON HEALTH, 2009 TO 2015 (OR NEAREST YEAR)



Source: OECD Health Statistics 2017.

L’indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN della XII Commissione del Senato, conclusasi a gennaio 2018, ha rimarcato la situazione molto problematica del progressivo definanziamento a 10 anni dalla recessione del 2008: “in occasione dell’approvazione del DEF 2017, che il Governo aveva formalmente accolto impegnandosi a prevedere specifici interventi. Purtroppo, ad oggi, nessun intervento è stato previsto, neanche nella legge di Bilancio per il 2018, la quale non solo non prevede alcun riallineamento ma va esattamente nella direzione opposta. Con riguardo al finanziamento cui concorre il Bilancio dello Stato, la legge di Bilancio fissa per il 2018 il finanziamento pari a 114 miliardi di euro, 1 mld in più rispetto al 2017. L’aumento di 1 miliardo non è peraltro sufficiente a coprire le maggiori spese già imposte alle regioni: il rinnovo dei contratti e delle convenzioni (stimato circa 1,3 miliardi) cui si aggiunge il taglio di 604 milioni per coprire il rifiuto delle regioni a statuto speciale a partecipare al risanamento della finanza pubblica. E così continua il processo di erosione delle risorse messe a disposizione del Ssn”.³

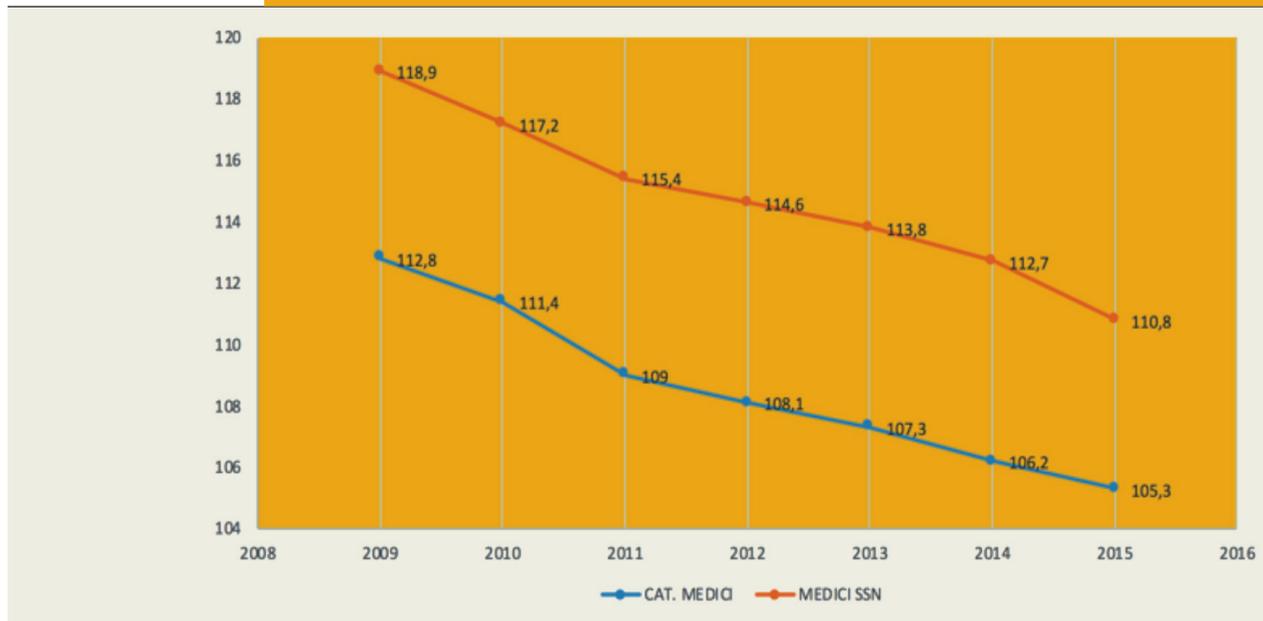
CALO ED INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE MEDICA

La **progressiva riduzione** delle disponibilità finanziarie per il Sistema Sanitario Nazionale si accompagna inevitabilmente alla carenza di risorse strutturali ed ad allarmanti dati previsionali. Tra i molti indicatori ne scegliamo due: la inarrestabile riduzione del numero di posti letto e del numero di medici. È noto che politiche di razionamento delle risorse (malcelate in terminologie bocconiane di “efficientamento”) puntano principalmente sulla voce del personale. Il grafico 7 documenta la tendenza ormai pluriennale relativa al calo di medici del SSN.

1 Legislatura 17ª - 12ª Commissione permanente - Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN del 10/01/2018

GRAFICO 7

CONTO ANNUALE DELLO STATO MEDICI DIPENDENTI DEL SSN E CATEGORIA MEDICI, DAL 2009 AL 2015



A questa situazione se ne accompagnano altre tre, letteralmente esplosive, che rendono ancora più grave il prossimo futuro:

1. l'età media,
2. l'elevato numero di pensionamenti
3. la carenza di programmazione nella formazione di nuovi medici.

Anche ai livelli attuali (poco più di 100.000 medici) la situazione non sarebbe assolutamente critica se l'età media dei medici fosse di circa 40 anni. Ma se invece ci si trovasse di fronte ad un calo della popolazione medica associata ad un incremento continuo della età l'effetto risultante sarebbe notevolmente amplificato.

Con l'incremento dell'età aumentano le probabilità di patologie (anche stress lavoro-correlate data l'esiguità di personale in molte aree), l'aumento di limitazioni alla attività lavorativa, la difficoltà ad effettuare attività che 20 anni prima potevano essere svolte agevolmente. La situazione purtroppo è proprio questa.

GRAFICO 8

SHARE OF DOCTORS AGED 55 YEARS AND OVER, 2000 AND 2015 (OR NEAREST YEAR)



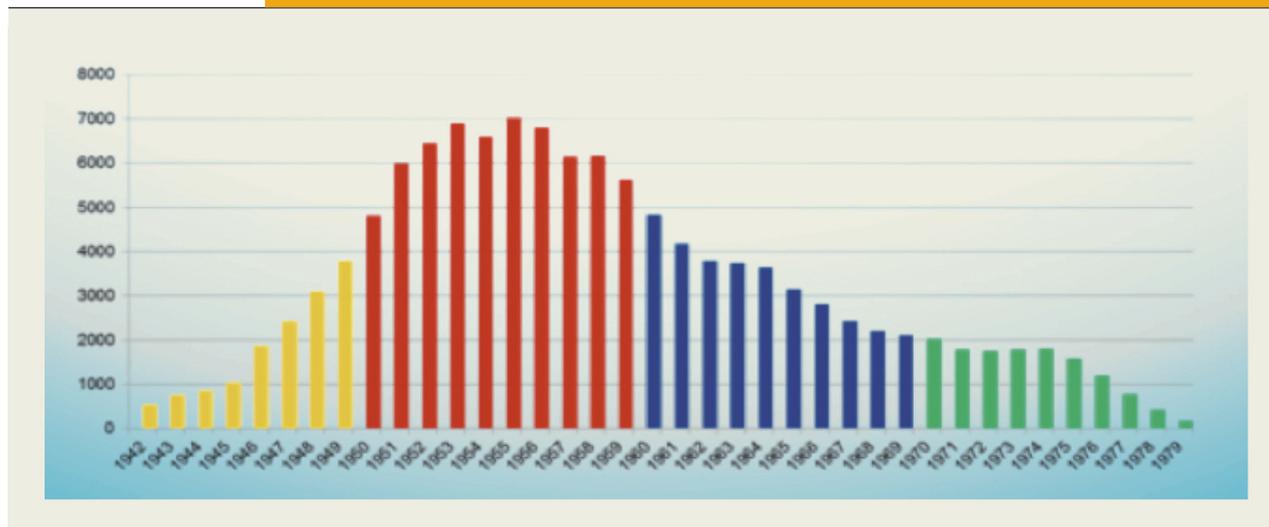
L'Italia detiene il poco invidiabile record dei medici ultracinquantacinquenni. Il grafico evidenzia come più della metà dei medici è over-55 (esattamente il 53,3%). Deteniamo anche il record del balzo in avanti di tale percentuale. Nel 2000 i medici over-55 erano meno del 20%. Come si può notare dalla lunga linea che connette il cerchio bianco (anno 2000) a quel-

lo azzurro (anno 2015) vi è stato un nettissimo aumento della età metà media spiegabile solo con una completa stagnazione del turn-over.

A livello OCSE la percentuale di medici ultra-55enni si attesta a circa il 34%. Quindi in 15 anni abbiamo più che raddoppiato (o quasi triplicato) questo dato. L'Italia è pertanto passata dalla parte destra del grafico alla parte sinistra, fino ad occupare il primo posto, grazie soprattutto alla assenza di programmazione. In Inghilterra solo il 13% dei medici ha più di 55 anni. Ciò è dovuto all'alto numero di neolaureati che sono entrati nella forza lavoro nel decennio passato. Il peggio deve ancora venire in quanto la cosiddetta "gobba demografica" (vedi grafico) riserverà un numero di pensionamenti elevatissimo. A cavallo degli anni '60-'70 si sono laureati molti medici, grazie alla assenza di blocchi all'accesso quale il numero chiuso. La curva demografica mostra un picco con riferimento ai medici nati negli anni cinquanta. Tutti questi medici stanno iniziando ad andare in pensione in questi anni, aggravando così la riduzione assoluta dei medici in attività. Considerando che, per sfornare nuovi medici (con specializzazione) servono almeno 10 anni, si può ben capire come il tempo sia ormai pochissimo per invertire il trend.

GRAFICO 9

CONTO ANNUALE DELLO STATO MEDICI DIPENDENTI DEL SSN E CATEGORIA MEDICI, DAL 2009 AL 2015



La programmazione è pertanto centrale per evitare il tracollo. Ma né Regioni né il Ministero sembrano minimamente preoccuparsi della situazione e nel frattempo, considerando che assistiamo anche alla incredibile situazione di molti medici laureati che non trovano posto nelle scuole di specializzazione, assistiamo ad un incremento considerevole di colleghi che scelgono di emigrare all'estero. In 10 anni - dal 2005 al 2015 - sono stati 10.104 gli 'espatriati', secondo i dati forniti dalla Commissione europea sulle migrazioni dei professionisti. Nell'ultimo decennio, su 100 medici europei che lasciano il Paese d'origine, il 52% sono di nazionalità italiana. Una percentuale altissima considerando che al secondo posto di questa classifica vi è la Germania con il 19%.

Infine le ultime stime evidenziano una emorragia di circa 50.000 medici dipendenti del SSN nel decennio che va dal 2016 al 2025 cui si aggiungeranno circa 33.000 medici di medicina generale. Che tutti possano essere rimpiazzati pare, allo stato attuale, impossibile.

POSTI LETTO E DEMOGRAFIA DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

Vi è un cespite irrinunciabile che caratterizza l'attività ospedaliera da centinaia di anni e che travalica anche i pur necessari aggiornamenti tecnologici, la formazione, la logistica ed i molteplici aspetti connessi a essa. Un mezzo senza il quale l'attività ospedaliera, anche la più moderna ed efficiente sarebbe semplicemente senza senso: il posto letto. Senza posto letto è impossibile ricoverare, operare, curare o riabilitare nessun paziente. Abbiamo purtroppo esempi sempre più numerosi in cui l'assenza di posti letto viene anche vicariata con visite o manovre rianimatorie su pavimenti, scrivanie o barelle. Tali anomalie confermano il fatto che i posti letto non sono più commisurati ai bisogni di salute in ogni nosocomio. La situazione italiana dal 2000 al 2015 non è dissimile al tracollo dovuto all'invecchiamento dei medici.

GRAFICO 10

HOSPITAL BEDS PER 1.000 POPULATION, 2000 AND 2015 (OR NEAREST YEAR)

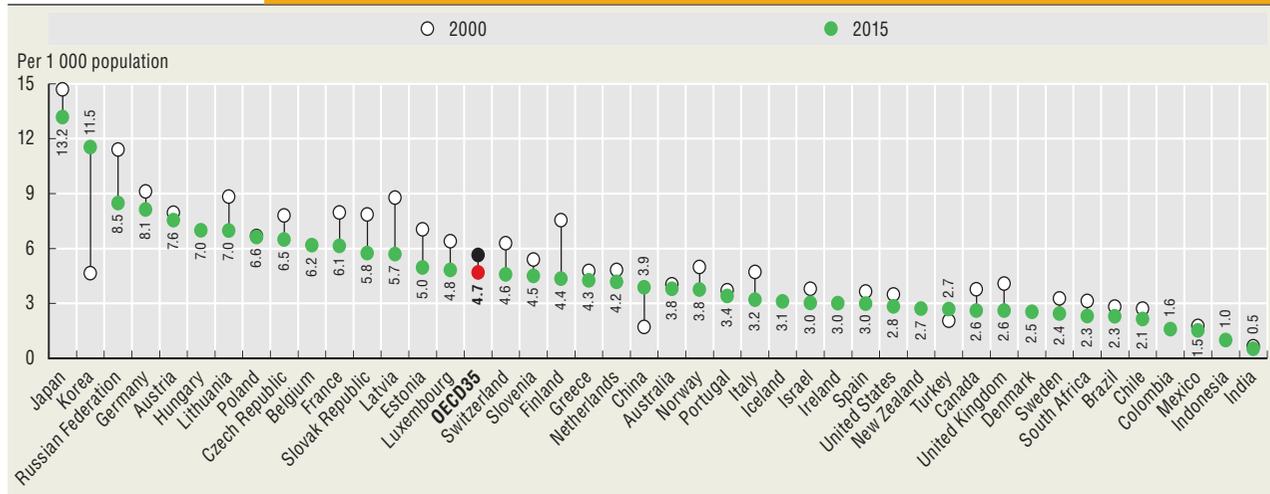
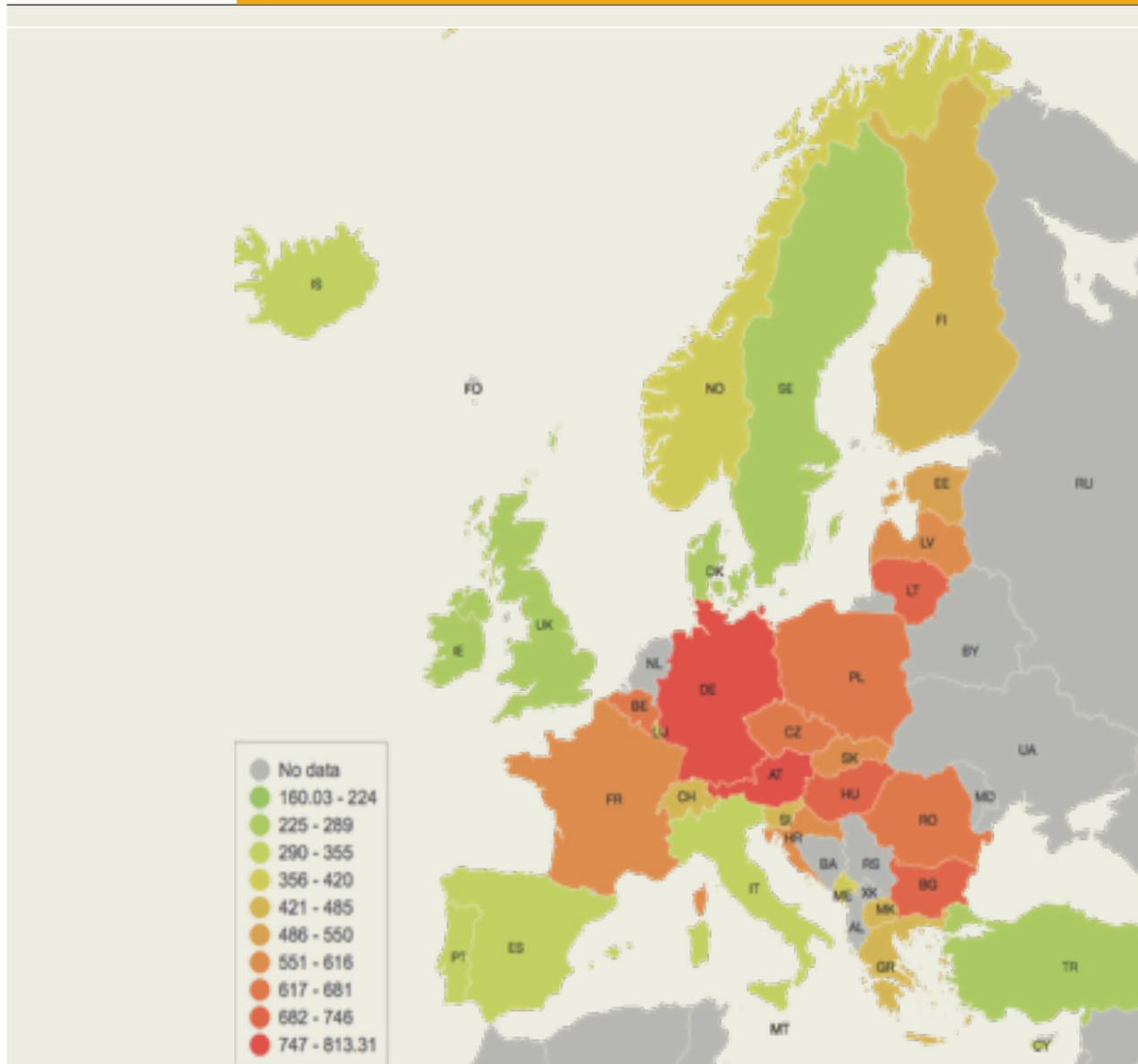


GRAFICO 11

HOSPITAL BEDS PER 1.000 POPULATION, 2000 AND 2015 (OR NEAREST YEAR)

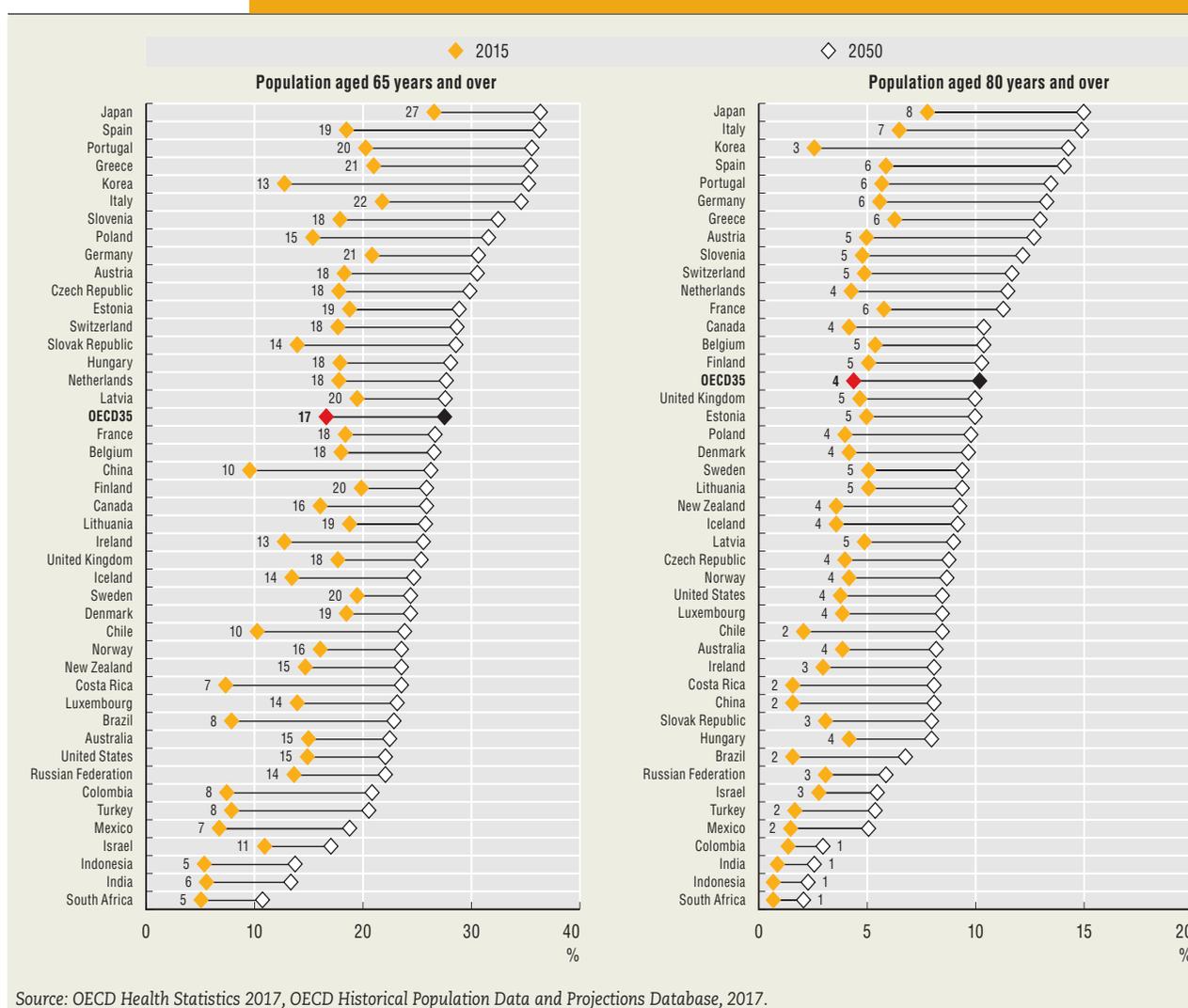


L'Italia che già non brillava per numero di posti letto nel 2005 (al di sotto della media OCSE) si è inabissata fino al 3,2 posti letto / 1.000 abitanti (Grafico 10). L'arretramento del nostro Paese è tanto più grave quando si considerano altri fattori che rendono tale dato assai più problematico per una erogazione di prestazioni ospedaliere commisurata alle esigenze della popolazione. Nel grafico 11 (elaborazione Eurostat) il numero di posti letto è rapportato a 100.000 abitanti ma ha il pregio di evidenziare la geolocalizzazione della situazione europea. Situazione assai più grave di quanto già sembri dato che in altri Paesi con un numero di posti letto/100.000 abitanti simile, l'età media della popolazione è ben diversa. Il preoccupante "pallore" del nostro Paese è indice di pessima salute. Va notato che, per questo dato, siamo dietro anche alla Grecia.

Il dato più eclatante è quello dell'invecchiamento della popolazione. L'Italia è un Paese con una aspettativa di vita tra le più elevate del mondo. L'età media della popolazione però aumenta sempre di più ed il saldo nascite/morti è negativo. Ciò determinerà modifiche sostanziali dell'assetto demografico. Dai grafici seguenti (Grafico 12) si può vedere che già oggi l'Italia ha il 22% della popolazione superiore ai 65 anni (rombo giallo). Nel 2050 (rombo bianco) sarà circa del 35%. La popolazione sopra gli 80 anni è oggi seconda solo al Giappone (7%). Nel 2050 toccherà il 15%. Le difficoltà che già oggi possiamo vedere in tutti i pronto soccorso e nei reparti di medicina con moltissimi anziani che accedono negli ospedali per i cosiddetti ricoveri di sollievo, intasando le già esigue possibilità di ricovero, non saranno più gestibili.

GRAFICO 12

SHARE OF THE POPULATION AGED OVER 65 AND 80 YEARS, 2015 AND 2050

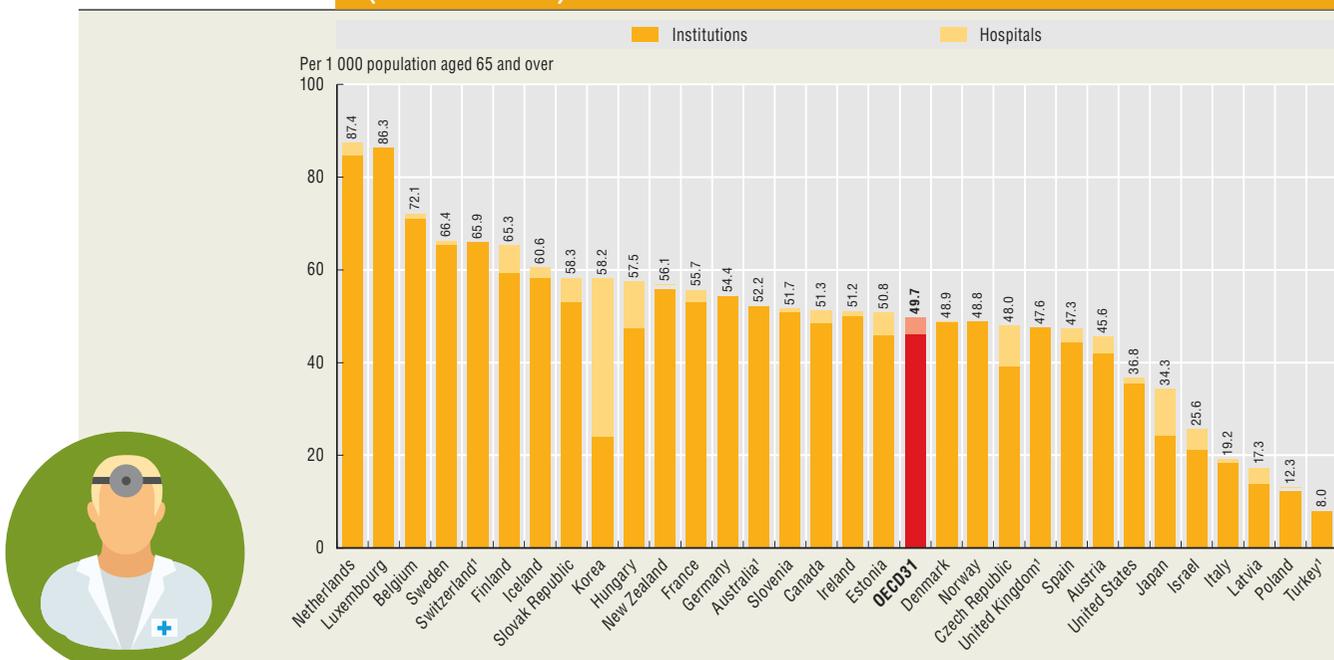


Source: OECD Health Statistics 2017, OECD Historical Population Data and Projections Database, 2017.

Questa situazione avrebbe già dovuto preoccupare i nostri governanti da tempo ma, purtroppo, la situazione è stata ampiamente sottovalutata. Tra i Paesi OCSE solo la Lituania, la Polonia e la Turchia hanno meno posti letti percentualmente dedicati agli ultra-65enni (teniamo presente che questi 3 Paesi hanno una età media della popolazione assai più giovane della nostra). Non è quindi sorprendente che nei nostri reparti di medicina ci sia spazio solo per anziani (nei letti o nelle barelle) e che nei pronto soccorso sia possibile permanere anche più di una settimana per attendere un posto letto libero.

GRAFICO 13

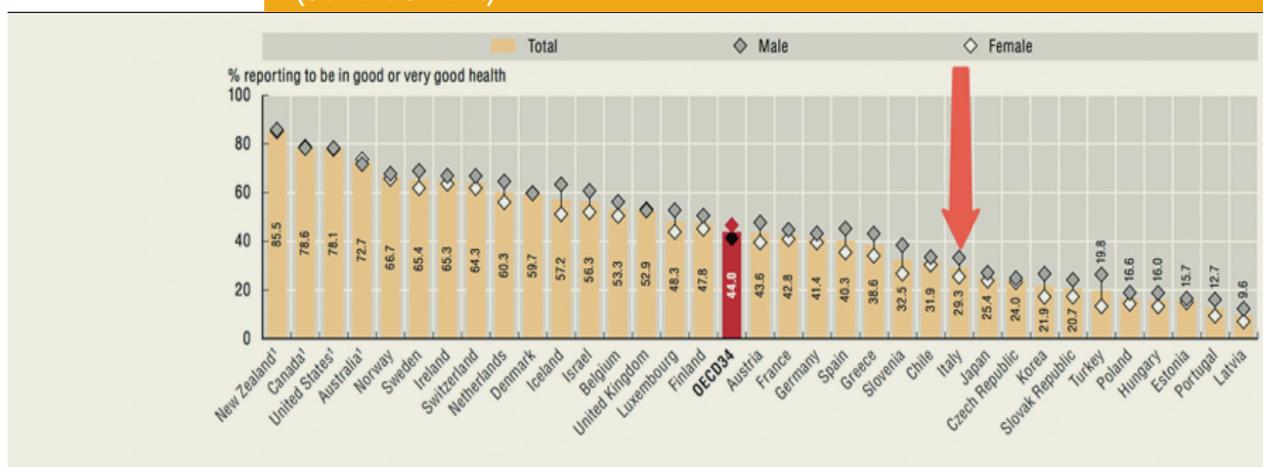
LONG TERM CARE BEDS IN INSTITUTIONS AND HOSPITALS, 2015 (OR NEAREST YEAR)



La “narrativa” del nostro Sistema Sanitario come tra i migliori al mondo è stata avvalorata (erroneamente) con l’alta età media della popolazione e la lunga aspettativa di vita. È una equivalenza sbagliata in quanto la bontà di un valido sistema sanitario, profilato anche e soprattutto per le esigenze dei più anziani si misura con altri indicatori. L’Italia ha un valore estremamente basso di stato di salute percepito tra gli over 65.

GRAFICO 14

PERCEIVED HEALTH STATUS IN ADULTS AGED 65 YEARS AND OVER, 2015 (OR NEAREST YEAR)



Ma il dato più drammatico sono gli anni medi in buone condizioni di salute dopo i 65 anni. Pur essendo l’aspettativa di vita dopo i 65 anni tra le più alte al mondo (circa 21 anni - dati 2015), gli anni medi di vita in buone condizioni di salute e senza disabilità sono solo 7,7. Il

confronto con un paese con una aspettativa di vita oltre i 65 anni simile al nostro, ovvero la Svezia, (20,2 anni) evidenzia che sono ben 16,3 gli anni medi in buone condizioni di salute. Pertanto nel nostro Paese le persone anziane, oltre a percepire uno stato di salute peggiore della media, patiscono, oltre i 65 anni, di un periodo di tempo in buone condizioni di salute decisamente inferiore rispetto alla media.

GRAFICO 15

HEALTHY LIFE YEARS AT AGE 65, EUROPEAN COUNTRIES, 2015 (OR NEAREST YEAR)



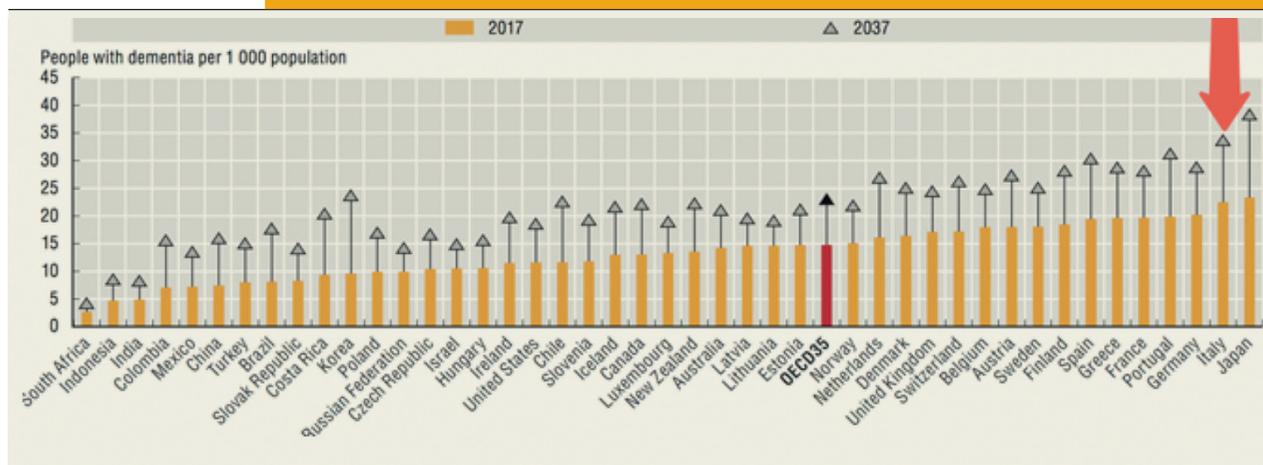
L'ultimo dato, dà l'idea di quale potrà essere il peso della assistenza sanitaria, attuale e futura, rivolta agli anziani del nostro Paese. Già oggi la prevalenza di persone con demenza è seconda solo al Giappone a livello mondiale ovvero pari a 25 casi/1.000 abitanti. Nel 2037 tale prevalenza sarà pari a 35 casi/1000 abitanti.

Nella situazione attuale, senza adeguati investimenti nel settore "long term care" e con i vari parametri delle disuguaglianze e della carenza di personale e della continua carenza di posti letto, il futuro del nostro Sistema Sanitario, già molto preoccupante in molte Regioni italiane, sarà segnato.

Alle famiglie non resterà altro che attingere all'esercito delle badanti, pagando di tasca propria una assistenza che dovrebbe essere invece dovuta. Oppure abdicare finanziariamente lasciando il loro caro in un letto di ospedale. Determinando inevitabilmente una ulteriore pressione sul settore ospedaliero.

GRAFICO 16

DEMENTIA PREVALENCE



CONCLUSIONI

Sulla base di tutti questi dati non possiamo sostenere che il Sistema Sanitario Nazionale, a soli 40 anni dalla sua nascita, sia in buona salute. Senza interventi radicali e immediati il futuro del nostro SSN sarà segnato.

La pressione demografica che porterà la nostra popolazione di anziani in numero sempre maggiore, la carenza di posti letto (soprattutto grave per la lungodegenza e le case di riposo), la progressiva riduzione di medici e di specialisti, la fuga verso l'estero dei medici italiani, la maggiore propensione del medico a lasciare il sistema pubblico avaro di gratificazioni ma ricchissimo di delusioni e fonte di stress ed infine, le gravi disuguaglianze territoriali favorite dal pessimo sistema federalista, sarebbero già sufficienti a segnare il destino. Abbiamo in aggiunta il progressivo definanziamento da parte dei Governi che si sono succeduti negli ultimi 15 anni, i quali hanno ritenuto la Sanità come una fonte di sprechi su cui praticare tagli indiscriminati senza che le ruberie (nel peggiore dei casi) e l'incompetenza (nel migliore dei casi) di chi ha gestito il sistema ne sia uscito minimamente scalfito.

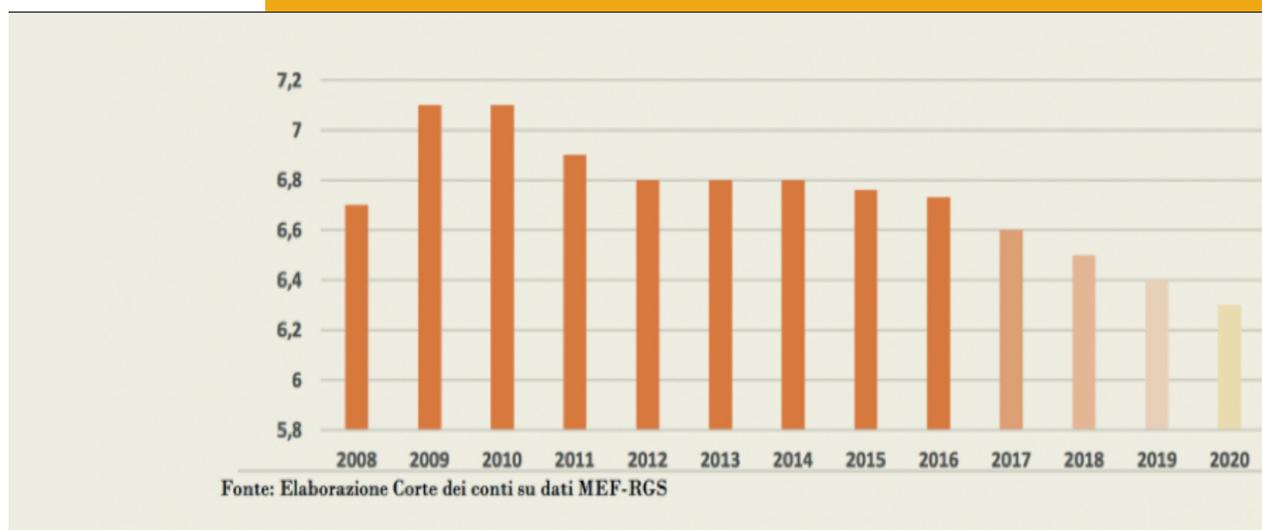
La questione dei posti letto è particolarmente grave. Secondo l'ultimo rapporto della Corte dei Conti: *“Nel periodo 2007/2015, l'Italia ha ridotto sensibilmente il numero di posti letto, da 228.286 a 194.065 (-15%), portando il rapporto posti letto per mille abitanti a 3,232 (era 4,7 nell'anno 2000). È uno dei valori più bassi dell'Unione europea: tutti i paesi dell'Unione hanno ridotto nel corso del tempo il numero di posti letto, ma Francia e Germania, nel 2015, hanno una dotazione di posti letto pari, rispettivamente, a 6,1 e 8,1 per mille abitanti.”*⁴

Non meno preoccupante il fatto che il nostro Paese investa molto meno in Sanità: *“Da segnalare, infine, che secondo dati Ocse relativi al 2015, gli investimenti fissi lordi totali, pubblici e privati, nel settore sanitario, sono stati pari allo 0,35% del Pil in Italia, e circa doppi in Francia (0,6%) e Germania (0,7%).”*

Ecco come il nostro Sistema Sanitario difficilmente potrà sopravvivere così come lo conosciamo.

Questo grafico vale mille parole:

GRAFICO 17

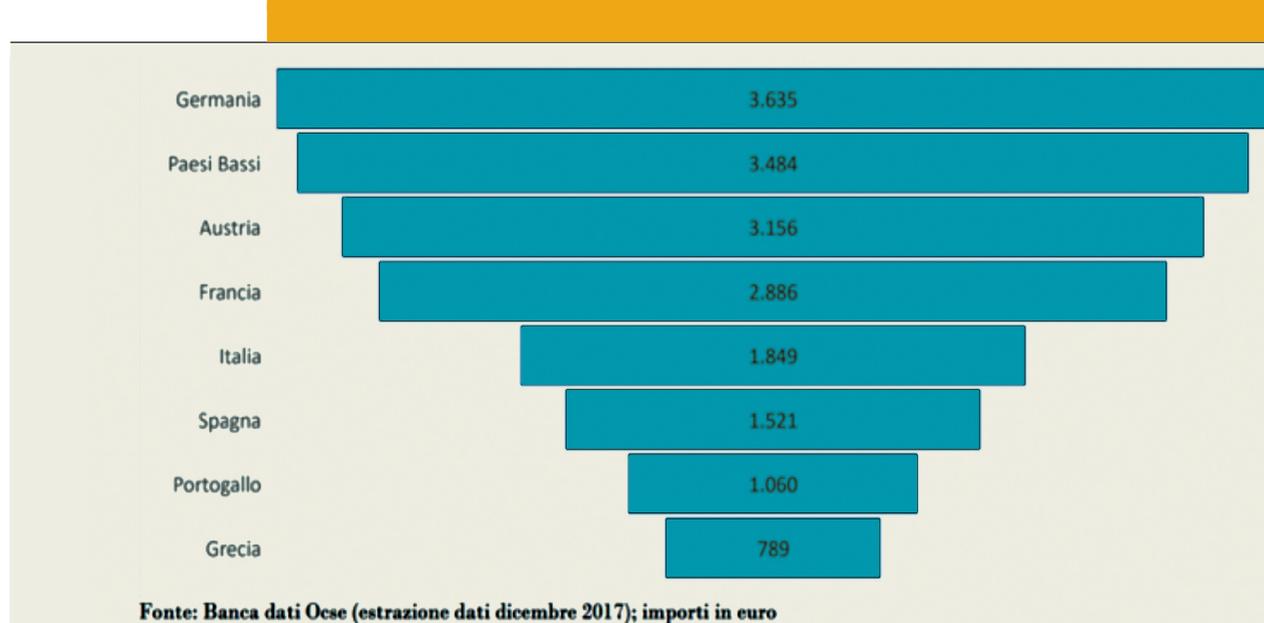
INCIDENZA SPESA SSN SUL PIL

⁴ Corte dei Conti. Referto al Parlamento sulla situazione dei servizi sanitari regionali (Delib. n. 3 /SEZAUT/2018/FRG)

Mentre il successivo grafico documenta in modo incontrovertibile come ormai la nostra situazione sia leggermente migliore solo di Spagna, Portogallo e Grecia ma molto lontana ormai da Paesi il cui PIL è più simile al nostro.

GRAFICO 18

SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO CAPITE - ANNO 2016

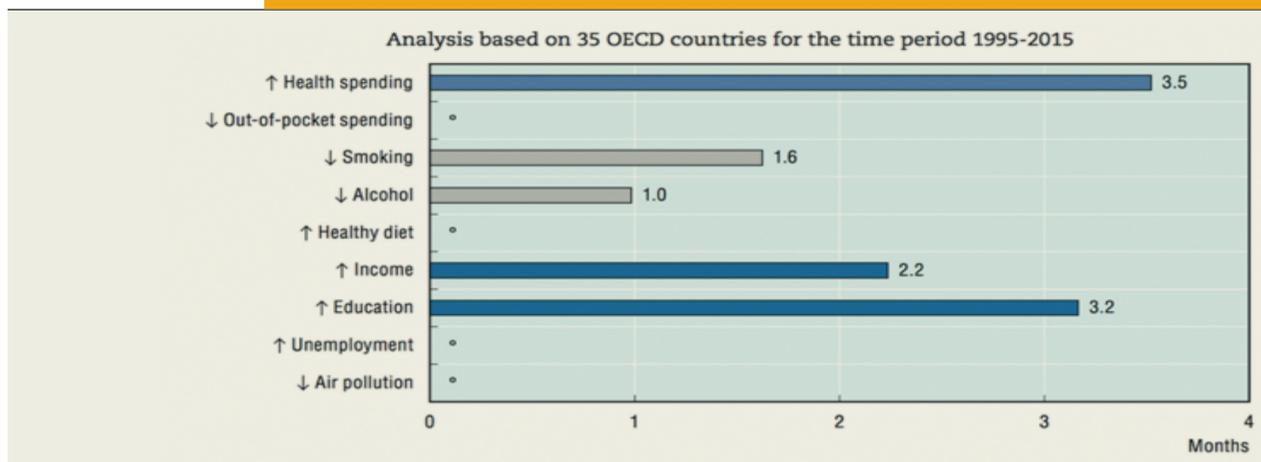


Le soluzioni migliori ad un declino annunciato sono chiare:

1. Aumento del Fondo Sanitario Nazionale
2. Aumento degli accessi alle Scuole di Medicina e programmazione accurata delle necessità di specialisti sul territorio nazionale
3. Modifica del sistema formativo post-laurea che garantisca l'immediata immissione nel mondo del lavoro degli specializzandi
4. Modifica radicale del sistema federalista che ha determinato più problemi (e deficit) che vantaggi in Sanità
5. Aumento dei posti letto, in particolare nel settore "long term care"

Ciò richiede che l'agenda politica cambi le priorità e parli finalmente di un Sistema Sanitario adeguato e rispondente al dettame costituzionale. Un ultimo dato. Il grafico alla pagina seguente documenta, nell'arco temporale 1995-2015, quale guadagno, in termini di aspettativa di vita, si possono attendere dall'aumento (o dalla diminuzione) del 10% di alcuni determinanti. Tra questi, l'aumento del 10% della spesa sanitaria porta ad un incremento della aspettativa di vita di 3,5 anni, l'aumento del 10% della spesa in istruzione ad un aumento nella aspettativa di vita di 3,2 anni, mentre l'aumento del 10% del reddito ad un aumento nella aspettativa di vita di 2,2 anni di vita.

GRAFICO 18

LIFE EXPECTANCY GAINS ASSOCIATED WITH A 10% CHANGE IN THE MAIN DETERMINANTS OF HEALTH
 ANALYSIS BASED ON 35 OECD COUNTRIES FOR THE TIME PERIOD 1995-2005


Ancora una volta la spesa in sanità vince.

Investire nella sanità pubblica vuol dire innanzitutto dare certezza di finanziamenti adeguati per un tempo adeguato (triennale), escludendo cioè riduzioni in corso d'opera come spesso è avvenuto sulla base di aggiustamenti di bilancio dell'ultimo ora.

Investire si può e si deve prioritariamente nei punti di forza oggi in sofferenza per:

- **garantire** la piena esigibilità dei vecchi e nuovi LEA in tutte le regioni e in tutti i territori delle regioni considerando le peculiarità del tessuto sociale, delle caratteristiche epidemiologiche e superando lo strumento dei LEA;
- **allineare** in un quadro programmatico, gli standard quali quantitativi di prestazioni sanitarie e sociosanitarie del Mezzogiorno a quelli delle regioni più avanzate e, al riguardo, fattore critico è affiancare ai finanziamenti dei fabbisogni sanitari standard, una quota di perequazione per le regioni del Mezzogiorno misurata da altri indicatori di fabbisogni quali la deprivazione sociale;
- **favorire** la diffusione di modelli di cura e assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali, ospedalieri e territoriali che mettono al centro i bisogni della persona, per la prevenzione, per un impegno diffuso e omogeneo per le cronicità e le fragilità, per la continuità delle cure e dell'assistenza, per una efficace integrazione tra cure specialistiche ospedaliere e cure primarie territoriali e servizi socio assistenziali del territorio;
- **prendersi** cura del capitale umano, i professionisti, della loro formazione di base e specialistica adeguando i modelli e contenuti formativi, alle complesse transizioni dei fini e dei mezzi della moderna medicina e della relazione con le persone assistite e istituzioni sanitarie, del loro aggiornamento, del loro lavoro, della loro remunerazione, dei loro ruoli nelle organizzazioni votate ad assistere e curare;
- **incentivare** la ricerca sanitaria pura e applicata, in progettazione e produzione di tecnologie avanzate, di organizzazioni sicure ed efficaci che ruotano intorno all'umanizzazione e personalizzazione delle cure;
- **migliorare** i luoghi di assistenza e cura facendone innanzitutto ambienti sicuri ed accoglienti;
- **una nuova** governance del farmaco e delle nuove tecnologie (HTA) fondata sull'appropriatezza delle indicazioni, accessibilità all'uso, trasparenza delle fonti scientifiche basate sulle migliori evidenze disponibili, sostenibilità dei costi.

Varrebbe la pena ricordare a chi ha tagliato fino all'osso le risorse per la sanità le parole della Commissione Romanov, nel Rapporto relativo al sistema sanitario canadese nel 2002, ovvero che *“non vi è uno standard su quanto un paese dovrebbe spendere per la salute: un sistema sanitario è tanto sostenibile quanto un paese vuole che lo sia”*.

Quale sia la volontà del nostro Paese lo vedremo nei prossimi anni.