

Marco Geddes

La progressiva privatizzazione della nostra sanità, in atto negli ultimi due decenni, spiegata nella relazione dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB).

L'Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB) è una struttura indipendente che svolge una funzione di vigilanza sulla finanza pubblica. È composto da tre persone nominate dai Presidenti della Camera e del Senato su una rosa di dieci personalità approvata a maggioranza dei due terzi dalle Commissioni Bilancio della Camera e del Senato. Queste brevi informazioni per richiamare la rilevanza e la "terzietà" del documento su: **Lo stato della sanità in Italia**, un Focus tematico del 2 dicembre di quest'anno (vedi **Risorse**).

Il documento ha il pregio della chiarezza e della sintesi toccando le principali problematiche del nostro servizio sanitario e offrendone un quadro, o meglio un giudizio, largamente condivisibile. Ne richiamo i punti salienti riassumendo (e riportando in corsivo testualmente) le principali affermazioni. In parentesi quadra le integrazioni del sottoscritto.

Sobrio ed efficace?

Il nostro SSN risulta piuttosto efficiente (poco costoso) e, in base ad alcuni indicatori, anche abbastanza efficace. Si tratta di indicatori "forti" quali la speranza di vita, la mortalità infantile etc., che sono tuttavia largamente influenzati dai determinanti di salute non ascrivibili al sistema sanitario, ma anche indicatori più influenzati dai sistemi di cura quali la mortalità trattabile e accesso alle cure^[1], che testimoniano un livello elevato di efficacia (dato del 2015). **Si nota invece una diminuzione, nel 2017 rispetto all'anno precedente, dell'aspettativa di vita in buona salute a 65 anni**, che risulta inferiore rispetto alla media UE sia nelle donne (9,8, vs 10,2) sia negli uomini (9,4 vs 9,8).

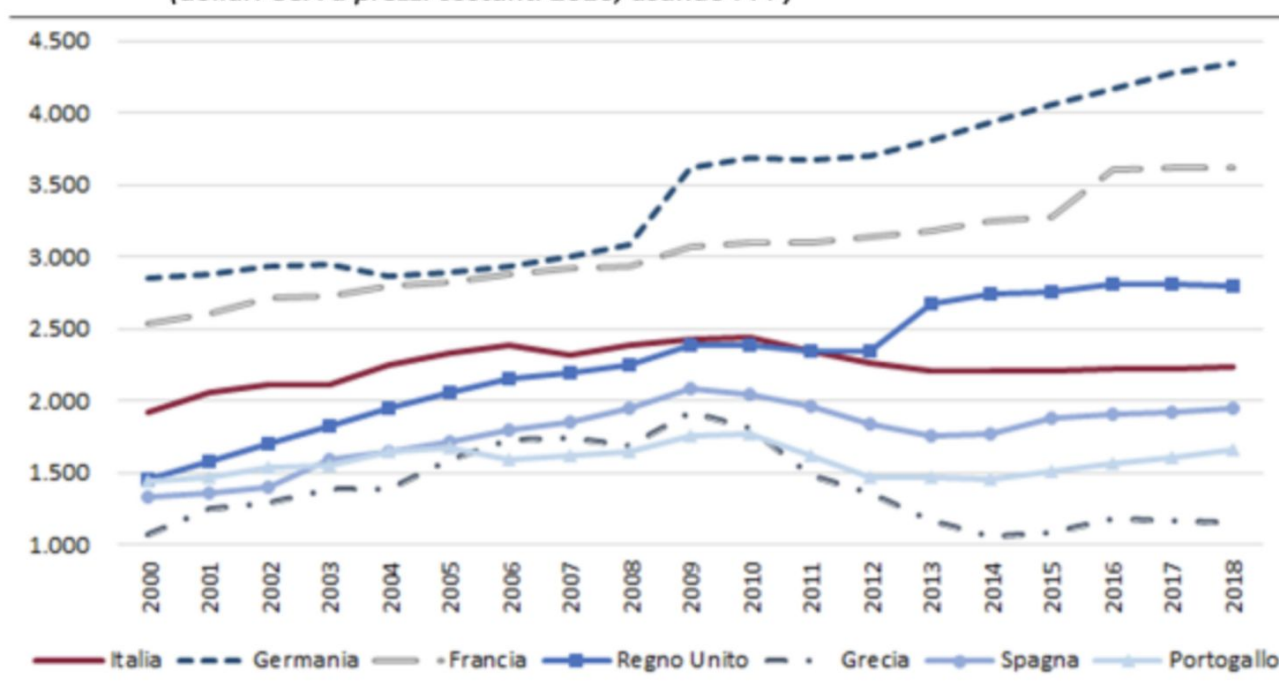
Spesa sanitaria

La spesa sanitaria pubblica colloca il nostro Paese in una posizione abbastanza centrale, con una percentuale sul Pil del 6,5% nel 2018 (contro il 6,6 della media OCSE); si tratta tuttavia di una spesa inferiore a quella della maggior parte dei paesi dell'Europa settentrionale e centrale, che ci avvicina pertanto a quella dei paesi dell'Est.

In termini di spesa pubblica pro capite il divario diventa assai più accentuato; spendiamo 2.545 dollari pro capite, un importo molto lontano, ad esempio, dai

5.289 dollari della Norvegia e dai 5.056 della Germania (Figure 1 e 2). Si tenga peraltro conto che l'Italia è il paese europeo con la maggiore percentuale di individui oltre 65 anni e oltre 85 anni, che notoriamente hanno i profili di spesa sanitaria più elevati.

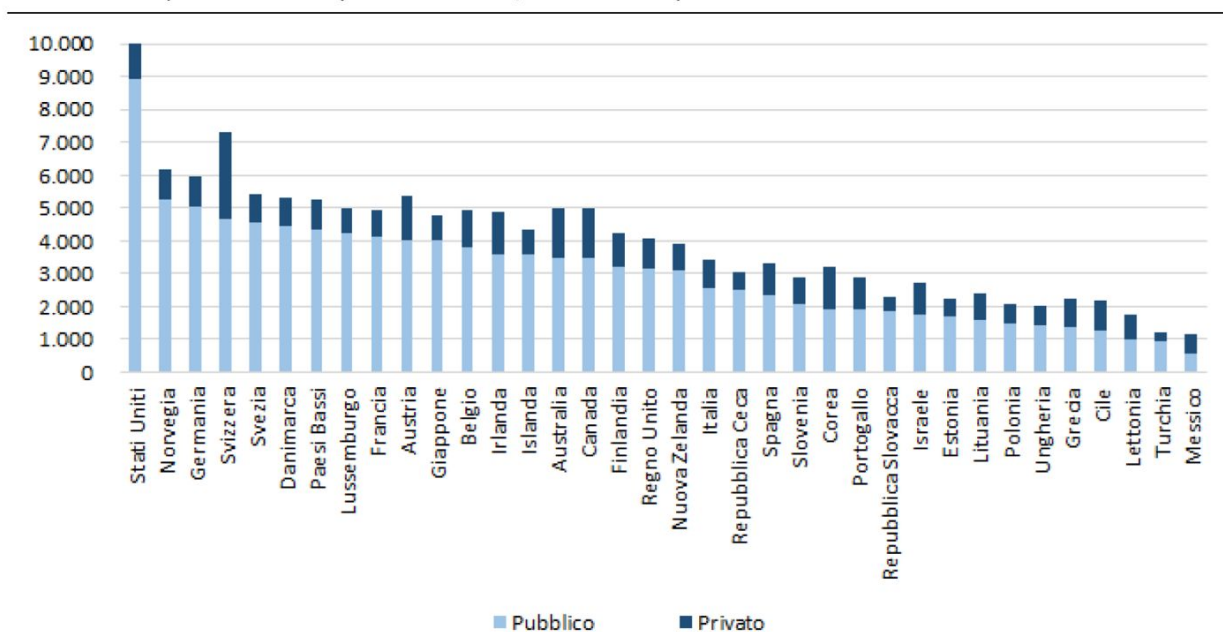
Fig. 1 – Spesa sanitaria pubblica reale *pro capite* in alcuni paesi europei (1)
(dollari USA a prezzi costanti 2010, usando PPP)



Fonte: elaborazioni su dati OCSE (2018), "Health spending (indicator)", dati estratti il 7 ottobre 2019.

(1) Molti dati, soprattutto i più recenti, sono stimati o provvisori; sono presenti rotture di serie: per la Francia e la Spagna nel 2003; per la Grecia nel 2009; per l'Italia nel 2012; per il Regno Unito nel 2013.

Fig. 2 – Spesa sanitaria *pro capite* nei paesi OCSE nel 2018 (1) (2)
(dollari USA a prezzi correnti, usando PPP)



Fonte: elaborazioni su dati OCSE (2018), "Health expenditure and financing 2019", dati estratti il 7 ottobre 2019.

(1) La spesa pubblica include gli schemi assicurativi obbligatori; la spesa privata comprende gli schemi assicurativi volontari e i pagamenti diretti (*out-of-pocket*). – (2) Dati stimati o provvisori; i dati dell'Australia per la spesa pubblica e di Australia e Austria per quella privata sono calcolati con metodologia diversa.

Personale

La riduzione della spesa è stata ottenuta, in questi anni, in particolare grazie alla riduzione del personale (in termini di costi 2 miliardi in meno dal 2010 al 2018).

Il personale a tempo indeterminato del SSN nel 2017 è risultato inferiore a quello del 2008 per circa 42.800 unità (di cui 42.300 stabili), con una riduzione continua a partire dal 2010 (complessivamente si è registrata una diminuzione del 6,2 per cento). Il personale non "stabile", che nel caso del SSN comprende i direttori generali e il personale contrattista, è diminuito del 35%. "In confronto agli altri paesi europei, la presenza complessiva di medici in Italia non è particolarmente limitata (il numero di medici che esercitano la pratica clinica per 1.000 abitanti era pari a 4 nel 2016, contro 3,6 della media europea), ma è molto contenuta quella di infermieri (5,6 infermieri e ostetriche praticanti per 1.000 abitanti nel 2016 contro una media europea di 8,4). Soprattutto, le differenze regionali all'interno del SSN sono oggi molto ampie. Nel 2017 la densità di personale a tempo indeterminato del SSN corrispondeva complessivamente a 81 per 10.000 abitanti nelle Regioni in piano di

rientro standard e 108 in quelle con piano di rientro leggero, contro 119 in quelle senza piano e 148 in quelle autonome; la differenza non era elevata per i medici (17 per le Regioni in piano di rientro standard, 19 per quelle in piano di rientro leggero, 18 per quelle senza piano, 24 in quelle autonome), ma risultava più consistente, ad esempio, per gli infermieri, con una densità di 35 (piano standard) e 43 (piano leggero), contro 49 (senza piano) e 57 (autonome)".

Tale quadro quantitativo deve essere completato da alcuni dati sull'età media che, complessivamente è passata da 43,5 anni nel 2001 a 47,2 nel 2009 e a 50,7 nel 2017. Sulla qualità del lavoro e la sicurezza di pazienti e operatori incide inoltre la pesantezza degli orari di fatto e, indirettamente, la mancata crescita delle remunerazioni, più basse nel 2017 rispetto a quelle del 2010, in termini nominali [*solo recentemente - dopo la predisposizione di questo documento - si è avuto un ritocco del salario dei medici, con il contratto siglato*].

Tutto questo ha alimentato il disagio nel personale e, in particolare, nei medici e infermieri, orientandoli spesso a trasferirsi all'estero o sul privato o, con gli ultimi provvedimenti (quota 100) al pensionamento.

La situazione si è aggravata per la carenza di specifiche figure professionali in conseguenza di una errata programmazione dei fabbisogni e conseguentemente dei posti nelle scuole di specializzazione, per la limitatezza delle risorse messe a disposizione e la difficoltà delle università di gestire un numero maggiore di studenti, soprattutto per quanto riguarda le attività pratiche.

Verso il privato

Il Rapporto fa presente che il costo del ticket e in particolare il super ticket, ancora presente (fino a settembre 2020) ha spostato sul privato una rilevante parte delle prestazioni sollecitando di fatto l'ingresso di nuovi attori imprenditoriali privati nel sistema sanitario. Viene inoltre sviluppata una riflessione critica sul sistema di welfare aziendale con le agevolazioni fiscali che vengono così a favorire un sistema categoriale - corporativo alternativo al servizio pubblico. "Assecondare questa tendenza e contemporaneamente continuare nella compressione del finanziamento del servizio pubblico potrebbe mettere in discussione l'universalità del sistema vigente, laddove il passaggio a un sistema sanitario mutualistico, o addirittura privatistico, potrebbe avere l'effetto di aumentare la spesa complessiva per la sanità, con pressioni anche su quella pubblica".

Vi è inoltre un altro elemento che viene evidenziato, e che si configura nello spostamento o

degli aumenti salariali da voci soggette a tassazione a voci esenti, che sottrae risorse all'Irpef, con un impatto sui conti pubblici, che risulterà rilevante qualora tale tipologia di tutela categoriale si espandesse ulteriormente, con un *trade-off* tra finanziamento del SSN universale e del *welfare* aziendale.

Il Rapporto sottolinea inoltre che il combinato disposto di liste di attesa e ticket comporta la “...rinuncia all'uso del servizio pubblico, soprattutto per alcune prestazioni, esercitata da parte di soggetti appartenenti alle fasce di reddito più elevate, che possono optare per il privato, ma in alcuni casi anche da quelli con redditi medio - bassi, che più spesso finiscono per essere esclusi dalle cure, [ciò] può rappresentare un fattore di disgregazione del SSN, segnalandone la diminuita affidabilità. Ne potrebbero derivare richieste di fuoriuscita dal SSN da parte dei cittadini - e di esonero dalle imposte volte a finanziarlo - e una messa in discussione dell'universalismo”.

Una sanità territoriale debole

Il documento richiama un altro punto di rilievo, la debolezza della sanità territoriale sia a livello di medicina di base che di assistenza domiciliare e di strutture residenziali.

In sintesi sottolinea come il tentativo di assicurare una presenza continua sulle 24 ore dei medici di base, avviato - o meglio auspicato - con il cosiddetto decreto Balduzzi (DL 158/2012), non abbia trovato applicazione diffusa [*in realtà non ha trovato applicazione!*], anche per carenza di finanziamenti e per il ritardo nel rinnovo delle convenzioni.

A livello di assistenza domiciliare l'Italia risulta notevolmente arretrata [*ci affidiamo sostanzialmente alle badanti!*] e per quanto riguarda le strutture residenziali per cure a lungo termine, i posti letto sono a 4,2 per 1.000 residenti in Italia nel 2017 (con enormi differenze regionali), contro 9,8 in Francia, 11,5 in Germania e 8,2 nel Regno Unito.

Tutto ciò contribuisce indubbiamente, anche a seguito della contrazione dei posti letto ospedalieri, alla difficile gestione dei servizi di emergenza, soprattutto nelle grandi città.

Il Rapporto termina con una riflessione, che richiama le considerazioni dell'economista William J. Baumol (*The cost disease*): “Appare plausibile, e non di per sé motivo di allarme, che nei paesi industrializzati, con l'incremento del benessere e la scoperta di tecnologie più efficaci, le preferenze dei cittadini possano spingere nel tempo verso una ristrutturazione dei consumi che privilegi i servizi per la salute, allargando la quota di risorse da dedicare al sistema sanitario”.

Non possiamo che prendere atto che anche a livello di istituzioni parlamentari si certifichi quanto da tempo alcune voci, poco ascoltate e giudicate “ideologiche” (non nel senso nobile della parola, ma come pregiudizialmente orientate al di là dei dati oggettivi), sostengono con ricchezza di dati, riferimenti alla letteratura e ad altri Rapporti, di istituzioni nazionale e internazionali, quanto segue: **il sotto finanziamento del nostro Servizio sanitario; la mancanza di una pianificazione, in particolare nella formazione e delle assunzioni di personale; la necessità di un ri-orientamento della sanità (e degli investimenti) verso il territorio e in relazione al prevalere delle patologie croniche; la lenta, ma progressiva, privatizzazione della nostra sanità in atto negli ultimi due decenni.**

Risorse

[UPB, Lo stato della sanità in Italia](#)[PDF: 1Mb]

Bibliografia

1. Global Burden of Disease Healthcare Access and Quality Collaborators (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2017;390(10091): 231-66 .