

LA GARANZIA DELLE CURE DEL SERVIZIO SANITARIO È IL PIÙ IMPORTANTE DETERMINANTE DI SALUTE

ANDREA CIATTAGLIA, GIULIO FORNERO

Nel Rapporto “Health at a Glance 2017”, dell’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), il capitolo “Cosa ha guidato i guadagni dell’aspettativa di vita negli ultimi decenni? Una analisi transnazionale degli stati membri dell’OCSE”, ci ricorda che l’aspettativa di vita è aumentata costantemente nella maggior parte dei paesi OCSE (1) di oltre dieci anni in media dal 1970, mentre i tassi di mortalità per le principali cause di morte, le malattie cardiovascolari e il cancro, sono generalmente scesi. L’analisi si basa sui dati a livello di Paese per il periodo 1995-2015 e copre tutti i 35 Stati membri dell’Organizzazione.

Più servizio sanitario = più salute. Il dato fondamentale emerso dalla ricerca è che i servizi sanitari pubblici organizzati – non in generale la sanità, comprensiva di una larga fetta di spesa sanitaria privata out-of-pocket (la spesa sanitaria sostenuta direttamente di tasca propria dalle persone o dalle famiglie per ricoveri, visite, esami, farmaci, prestazioni ambulatoriali, cure domiciliari, ecc.) – sono il determinante di salute in assoluto più importante per l’incremento dell’aspettativa di vita. Più ancora del pur decisivo miglioramento delle condizioni socioeconomiche, dell’accesso all’istruzione primaria e dell’adozione di stili di vita più sani.

Le cifre. In che termini un aumento della spesa dei sistemi sanitari, stili di vita più sani, redditi più elevati e una migliore copertura dell’istruzione nel tempo hanno associazioni positive e statisticamente significative con l’aspettativa di vita? Qualche cifra estrapolata dalla ricerca che, per estensione geografica e periodo di analisi, rappresenta un poderoso studio, impossibile da non considerare nella analisi sul tema dei servizi sanitari: un aumento del 10% nella

spesa sanitaria pro capite (in termini reali) è associato a un guadagno di 3,5 mesi di aspettativa di vita. Lo stesso tasso di miglioramento degli stili di vita più sani (10%) è associato a un guadagno di 2,6 mesi di aspettativa di vita (meno fumatori a 1,6 mesi, riduzione dell’uso di alcool a 1,0 mesi). Anche i determinanti sociali più ampi contano. Un aumento del 10% delle entrate pro capite (in termini reali) è associato a un guadagno di 2,2 mesi di aspettativa di vita e un aumento del 10% della copertura dell’istruzione primaria a 3,2 mesi.

Altro elemento decisivo nella qualificazione della spesa sanitaria è la sua «tipologia». Secondo il rapporto, la quota delle spese dirette delle famiglie nella spesa sanitaria totale non è risultata avere una associazione significativa con i guadagni di aspettativa di vita. Il dato è stato successivamente confermato, per altre strade, dal 4° rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale (2019) della Fondazione GIMBE che indica in 14 miliardi di euro la spesa sanitaria privata delle famiglie utilizzata per beni e servizi irrilevanti e inappropriati, oppure per prestazioni già esigibili dal Servizio sanitario nazionale, senza conseguenze in termini di salute (2). Dati che sfatano il mito «quando si paga di tasca propria si spende per il meglio» e che aprono una finestra interessante sul tema dell’appropriatezza diagnostico-terapeutica, solo parzialmente compatibile con un sistema in cui le prestazioni sono un «prodotto» che deve prima di tutto creare utile per l’operatore privato che le eroga.

Termini assoluti. Mentre, però, un aumento del 10% della spesa sanitaria è associato a un guadagno di 3,5 mesi di aspettativa di vita, la spesa sanitaria in termini assoluti è cresciuta del 98% in venti anni. Il reddito è aumentato del 42% nello stesso periodo di tempo e la copertura dell’istruzione del 44%. I miglioramenti in stili di vita sani sono stati meno marcati: i tassi di fumo si sono ridotti del 31%, ma il consumo di

(1) I paesi che aderiscono all’Organizzazione sono: Australia, Austria, Belgio, Canada, Cile, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Repubblica di Corea, Repubblica Slovacca, Regno Unito, Slovenia, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Turchia, Ungheria. Nel 2016 e nel 2018 si sono aggiunte rispettivamente Lettonia e Lituania.

(2) Rapporto Gimbe, pag. 56

alcol è sceso solo dell'8% e il tasso di consumo giornaliero di ortaggi è aumentato solo del 2% dal 1990 al 2010.

Data la notevole evoluzione nella spesa sanitaria in 20 anni, la più elevata spesa dei sistemi sanitari è associata a 42,4 mesi (poco più di tre anni e mezzo) di guadagno dell'aspettativa di vita in questo periodo di tempo. Per i paesi ad alto reddito la spesa sanitaria organizzata è stata il principale fattore di crescita dell'aspettativa di vita, mentre il miglioramento del reddito procapite è stato il principale fattore di crescita nelle economie emergenti.

In tutti i paesi dell'OCSE, sia l'aspettativa di vita che la spesa sanitaria sono aumentate nel tempo. Ma questi tassi di aumento variano significativamente tra i paesi. La notevole anomalia è costituita dagli Stati Uniti, dove la spesa sanitaria è aumentata molto più rapidamente nel tempo rispetto ad altri paesi dell'OCSE e tuttavia i miglioramenti dell'aspettativa di vita sono stati inferiori.

Nell'insieme, la principale implicazione che emerge dall'analisi OCSE è la significativa opportunità di miglioramento della salute da azioni coordinate tra i responsabili per l'istruzione, l'ambiente, il reddito e la protezione sociale, insieme con quelli della salute. Ciò include azioni intersectoriali per affrontare comportamenti legati alla salute. A questo proposito, il programma dell'Organizzazione mondiale della Sanità OMS "La salute in tutte le politiche" (HiAP) offre ai paesi un approccio che tiene conto sistematicamente delle implicazioni sanitarie delle politiche pubbliche nei vari settori (OMS, 2013).

Conferme 2019. Secondo il Rapporto "Health at a Glance 2019", molti fattori al di fuori del sistema sanitario influenzano lo stato di salute, in particolare il reddito, l'educazione, l'ambiente fisico in cui un individuo vive e il grado in cui le persone adottano stili di vita sani. Il contesto demografico, economico e sociale influenza anche la domanda e l'offerta di servizi sanitari e, in definitiva, lo stato di salute.

Allo stesso tempo, le prestazioni di un sistema sanitario hanno un forte impatto sulla salute di una popolazione. Quando i servizi sanitari sono di alta qualità e accessibili a tutti, i risultati sulla salute delle persone sono migliori. Il raggiungimento di obiettivi di accesso e qualità e, in definitiva, di migliori risultati sulla salute, dipende

direttamente da una spesa sufficiente per la tutela della salute. Con la spesa sanitaria si pagano gli operatori sanitari per fornire le cure necessarie, nonché i beni e i servizi necessari per prevenire e curare le malattie. Tuttavia, anche queste risorse devono essere spese saggiamente, in modo da massimizzare il rapporto qualità-prezzo.

I tagli italiani. Le considerazioni dell'OCSE vanno contestualizzate nel panorama italiano degli ultimi vent'anni, caratterizzato da una diminuzione drastica dei servizi sanitari. Vent'anni fa la sanità italiana poteva contare sul 30% in più di servizi ospedalieri. Tagli, riduzioni di personale, chiusure di strutture, carenze sistema parallelo di cure territoriali e domiciliari, sempre più spinte esternalizzazioni di servizi ai privati sono stati una costante nella gestione del comparto sanitario pubblico dal 2000 in poi. Le cifre dell'Annuario del Servizio sanitario al Ministero della Salute così fotografano la situazione: nel 2007 l'Italia contava 1.197 strutture ospedaliere, nel 2017 (ultimo dato disponibile) sono scese a 1.000, quasi 200 ospedali in meno, il 16%. Si veniva da un decennio di tagli simili: tra il 2000 e il 2009 vennero tagliati il 15% dei posti ospedalieri, soprattutto nel settore pubblico. Se è vero che i dati sull'ospedalità riguardano solo una parte della sanità, è pur vero che essi sono significativi perché «il riordino dell'assistenza ospedaliera ha preceduto, anziché seguire, la qualificazione dell'assistenza distrettuale» (3).

In Piemonte, negli ultimi dieci anni, la sanità pubblica ha perso il 7% degli addetti, registrando poco più di 55 mila dipendenti alla fine del 2017, 4mila in meno rispetto al 2009. I dati dell'Istituto di ricerche economiche e sociali (Ires), ottenuti elaborando i numeri del Ministero dell'Economia e delle Finanze, certificano che, nel giro di un decennio, il taglio piemontese è stato in linea con la media italiana, ma ben più consistente rispetto a Lombardia, Veneto, Emilia Romagna. Hanno inciso particolarmente i vincoli imposti dal Piano di rientro per debito eccessivo a cui è stata sottoposta la Regione Piemonte dal 2010 al 2017. Dal Senato alla Corte dei Conti, dalle Associazioni di rappre-

(3) N. Dirindin, *La Sanità italiana tra crisi ed eccellenza*, Il Mulino – Rivista bimestrale di cultura e di politica 3/20, numero 509, pp. 408-414.

sentanza dei malati (Fondazione promozione sociale, Csa) fino ai Sindacati medici (Anaa) e allo stesso Ordine dei Medici le motivazioni del Piano di rientro sono state, seppure da una minoranza di attori, duramente contestate: «4 miliardi di euro di spese assegnate alla sanità non sono state spese negli anni passati per quel comparto», hanno detto a più riprese gli osservatori più attenti scorrendo le relazioni della magistratura contabile, concludendo che non era la Sanità ad essere in rosso, ma altri settori regionali (4). La scelta dei tagli è però stata compiuta e ha sacrificato il personale con funzioni amministrative (-13%), i medici (-6%), infermieri e tecnici (-4%) e ha inciso complessivamente sulle prestazioni per i malati, in particolare i cronici non autosufficienti (30mila piemontesi malati esclusi dalla presa in carico sanitaria, nonostante il loro indifferibile bisogno di cure sanitarie).

Anni di vita/anni di vita attivi. Tutti i paesi dell'OCSE hanno sperimentato enormi miglioramenti nell'aspettativa di vita all'età di 65 anni per uomini e donne negli ultimi decenni (5). In media nei paesi dell'OCSE, l'aspettativa di vita a 65 anni è aumentata di 5,5 anni tra il 1970 e il 2017, fino a 21,2 anni per le donne e a 17,8 anni per gli uomini, ma tali aumenti sono rallentati negli ultimi anni. Mentre tutti i paesi dell'OCSE hanno registrato miglioramenti nell'aspettativa di vita all'età di 65 anni tra il 1970 e il 2017, non tutti gli anni aggiuntivi sono vissuti in buona salute. In Europa, un indicatore dell'aspettativa di vita senza disabilità noto come «anni di vita sani» viene calcolato regolarmente, sulla base di una domanda generale sulla disabilità nel sondaggio dell'Unione europea sulle

(4) G. Cavallero, R. Zerbi, *La Sanità piemontese da dieci anni è in credito – L'amara storia del Piano di rientro*, in *Torino Medica* 1/2011, pp. 36-39.

(5) Va qui osservato che ormai l'anzianità inizia oltre i 75 anni, com'è stato riconosciuto dalla Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg) nel congresso nazionale 2018. La nuova definizione del concetto di anzianità ha spostato la soglia d'ingresso in questa età, spiegano i documenti della Sigg, perché «un 65enne di oggi ha la forma fisica e cognitiva di un 40-45enne di 30 anni fa e un 75enne quella di un individuo che aveva 55 anni nel 1980». I dati relativi al criterio dei 65 anni, quindi, possono essere assunti come meramente indicativi, ma oltre a non fotografare automaticamente la popolazione malata (e, in aggiunta, non autosufficiente), il dato degli over 65 ingigantisce la platea oggetto di studio, catalogando irragionevolmente ultrasessantacinquenni nella categoria degli improduttivi e quindi dei potenzialmente bisognosi, cosa che non riflette affatto la situazione reale (anche solo perché l'età pensionabile è stata spostata oltre tale termine).

statistiche sul reddito e le condizioni di vita. In media nei paesi OCSE che hanno partecipato al sondaggio, il numero di anni di vita in buona salute all'età di 65 anni era 9,6 per le donne e 9,4 per gli uomini - una differenza nettamente inferiore rispetto a quella dell'aspettativa di vita generale all'età di 65 anni tra uomini e donne. In particolare, l'Italia è al sesto posto tra i Paesi OCSE per aspettativa di vita a 65 anni, mentre è intorno alla media per numero di anni di vita in buona salute all'età di 65 anni.

Quali cure a casa? Molte persone malate non autosufficienti che necessitano di cure Long term care (cure sanitarie di lungo periodo, LTC) desiderano rimanere nelle loro case il più a lungo possibile. In risposta a queste preferenze e agli elevati costi delle LTC erogate in strutture residenziali, molti paesi dell'OCSE hanno sviluppato servizi per supportare l'assistenza domiciliare per gli anziani. Secondo un rapporto Eurostat 2018, quanto all'uso di assistenza professionale a domicilio rispetto al fabbisogno, il dato dell'Italia è del 20,4%, cioè del 40% inferiore alla media europea.

Secondo la ricerca OCSE, nel 2017 c'erano 47 posti letto (p.l.) per 1.000 persone di età pari o superiore a 65 anni nei paesi aderenti all'organizzazione. La stragrande maggioranza dei p.l. - 44 per 1.000 persone di età pari o superiore a 65 anni - erano situati in strutture LTC, con solo 3 p.l. LTC per 1.000 persone negli ospedali. Il numero di p.l. LTC per 1.000 persone di età pari o superiore a 65 anni varia enormemente tra i paesi OCSE. Cinque paesi - Italia, Lettonia, Polonia, Turchia e Grecia - avevano meno di 20 p.l. per 1.000 adulti di età pari o superiore a 65 anni. Quattro - Lussemburgo, Paesi Bassi, Belgio e Svezia - avevano più di 70 p.l. per 1.000 adulti di età pari o superiore a 65 anni.

Il dato estremamente disomogeneo è, molto probabilmente, frutto dei diversi sistemi sanitari nazionali. Non va dimenticato che la ricerca OCSE aggrega dati riferiti a sistemi sanitari universalistici pubblici (come quello italiano) (6), oppure sistemi sanitari fondati sulle assicurazio-

(6) Va sempre ricordato che dal 2001, con i Lea - Livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, articolo 54 della legge 289/2002), e ancora di più dal 2017 con la revisione complessiva dei Lea (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017), l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie è stato vincolato per i

ni/mutue private come quello tedesco, o ancora su una copertura sanitaria estremamente diseguale e selettiva come quella statunitense.

La stessa accortezza va utilizzata nel leggere le raccomandazioni OCSE sulle cure domiciliari che, sostanzialmente, indicano all'Italia la via dell'aumento di tali prestazioni, seguendo il modello di altri paesi europei. Se per il rapporto non c'è dubbio che «*la spesa dei sistemi sanitari è stata il principale fattore che ha contribuito all'aumento dell'aspettativa di vita negli ultimi due decenni*», va anche considerato che le cure domiciliari, comprese quelle di Long term care destinate alla presa in carico di pazienti cronici non autosufficienti, devono rientrare appieno in questo sistema.

La strada è già stata tracciata in Italia da alcuni esperimenti territoriali, (es. legge 10/2010 della Regione Piemonte) cui purtroppo non sono seguite sinora stabilità, replicabilità e continuità nel tempo. Tali esperienze consentono

malati non autosufficienti a criteri non sanitari e sottoposto a pagamento di una percentuale rilevante del costo a carico dell'utente. Cfr. l'editoriale "Nuovi Lea: la più grande controriforma della sanità italiana (a danno dei malati)", *Prospettive assistenziali* 204, 2018.

un utilizzo più razionale e molto meno dispendioso di risorse pubbliche, riconoscendo che sono parte della cura domiciliare, e quindi di competenza gestionale e di finanziamento del settore sanitario, sia le prestazioni dei medici (di medicina generale o specialistici) o dell'infermiere, sia le prestazioni indicate già nei Lea del 2001 come «*aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*» rivolte al malato non autosufficiente e assicurate 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno, direttamente dal familiare o con l'aiuto di una persona di fiducia qualificata. Anche i LEA del 2017 confermano che il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la presa in carico della persona, «*privilegiando gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite [rectius, curate] al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali*».

La strada qui indicata di presa in carico domiciliare appare quindi la più efficace per rispondere all'allerta OCSE e per qualificare e implementare l'offerta del Servizio Sanitario sia nella prevenzione dei rischi pandemici, sia in prospettiva di lungo periodo.

Documento base per un'azione comune *(segue da pag. 8)*

deboli, soprattutto se impossibilitati ad autodifendersi (minori, adulti e anziani non autosufficienti), salvo che si tratti di comunità di tipo familiare di piccole dimensioni (8-10 posti al massimo) hanno sempre dato risultati pessimi: vedi scuole speciali, brefotrofi, orfanotrofi, istituti medico-psico-pedagogici, ospedali psichiatrici. Infatti queste strutture hanno la caratteristica di costare meno, spesso molto meno, di quelle aperte a tutte le persone con analoghi bisogni. Ne consegue che gli amministratori, specialmente i dirigenti di azienda, previsti dall'attuale organizzazione del Servizio sanitario, premono per la massima possibile riduzione dei costi allo scopo di ottenere i benefici previsti dal raggiungimento del budget di spesa. Nello stesso tempo sono purtroppo assai numerosi gli operatori sanitari, medici compresi, che non esitano ad allontanare i malati non autosufficienti, i più deboli, che spesso sono anche quelli con maggiori esigenze terapeutiche o che richiedono terapie di contrasto al dolore e cure palliative.

Per questo oggi è importante l'impegno di un'azione comune, nella consapevolezza che ciascuno di noi o un nostro familiare potrebbe trovarsi, anche d'improvviso, malato cronico e non autosufficiente. È adesso che possiamo agire per garantirci il diritto alle cure del Servizio sanitario nel momento di maggior dipendenza.

Se difendiamo i nostri diritti, difendiamo anche quelli di chi già oggi non è autosufficiente e non più in grado di farlo da sé, che magari è ricoverato in Rsa non idonee e paga rette private esose perché non ha ottenuto la convenzione a cui ha diritto, oppure è a casa senza alcun aiuto da parte del servizio sanitario. Anche per chi è sopravvissuto al Coronavirus, oltre che per chi è morto a causa anche delle gravi carenze di prestazioni sanitarie, il nostro impegno può avere un senso etico e civile nel ripristinare il rispetto, da parte delle istituzioni preposte, dei diritti sanciti dalle norme vigenti a tutela della salute di tutti, senza discriminazioni per malattia o per età.