



OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Le disuguaglianze di salute in Italia

Il problema delle disuguaglianze nel settore della sanità è stato ampiamente trattato dalla letteratura scientifica, soprattutto per individuarne le principali determinanti. Secondo questi lavori, i fattori principali delle disuguaglianze sono legati al contesto e agli individui. I primi si riferiscono agli aspetti di sistema, quali risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), la sua organizzazione ed efficacia; altri fattori possono essere riscontrabili nel contesto di vita, per esempio il livello di deprivazione, il grado di urbanizzazione e il capitale sociale del territorio di residenza. I fattori individuali sono sia di natura biologica, quali il genere, l'età e patrimonio genetico, sia di natura socio-economica, questi ultimi legati al titolo di studio, alla condizione professionale e al livello di reddito. Alcuni studi assegnano maggiore rilevanza ai fattori individuali piuttosto che a quelli di contesto, attribuendo implicitamente, a parte gli aspetti biologici, al comportamento di ogni individuo la responsabilità delle proprie condizioni di salute.

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, con questo focus, non entra nel merito della gerarchia delle determinanti delle disuguaglianze, ma si limita a documentare le disuguaglianze osservate nel nostro Paese mettendole in relazione con i principali fattori individuali e di contesto.

Prima di entrare nel merito delle analisi, appare interessante richiamare alcuni dei principi insiti nel nostro Ssn, in particolare quelli attinenti al tema delle disuguaglianze.

Il Servizio sanitario nazionale è nato con l'obiettivo di tutelare la salute, come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, e superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese. Il principio alla base del Ssn è l'universalismo ritenuto un presupposto per l'uniformità delle condizioni di salute sul territorio (cfr Legge 23 dicembre 1978 n. 833, Art. 1, 2 e 3).

A circa quindici anni dalla legge istitutiva del Ssn, in un quadro che vede il nostro Paese affrontare i forti vincoli di finanza pubblica imposti dagli accordi di Maastricht, si avvia la prima riforma, finalizzata a migliorare l'efficienza economica, attraverso l'aziendalizzazione delle articolazioni territoriali (Azienda sanitarie locali (Asl)). Tra i principi cardini di questa riforma la responsabilità del pareggio di bilancio in capo ai Direttori generali delle Asl, la coerenza tra i livelli uniformi di assistenza sanitaria e il quadro clinico ed epidemiologico delle Regioni, infine il legame tra le prestazioni da garantire a tutti i cittadini e il volume di risorse a disposizione. Pertanto, prima la Legge del 30 dicembre del 1992, n. 502, poi quella del 7 dicembre 1993, n. 517, introducono nel sistema il concetto della compatibilità tra volumi di prestazioni e risorse finanziarie disponibili.

A distanza di pochi anni il Ssn è interessato da una ulteriore riforma, nota come riforma ter, con la quale il legislatore introduce i livelli essenziali e uniformi di assistenza (Lea) (cfr Legge 19 giugno 1999, n. 229). Si tratta di una lista di prestazioni, appropriate dal punto di vista clinico e correlate ai bisogni di salute della popolazione, utili per il perseguimento delle finalità stabilite negli Articoli 1 e 2 della legge istitutiva del Ssn. L'essenzialità della lista richiama concetti di economicità ed efficienza, infatti, la selezione delle prestazioni è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Ssn che dovranno essere compatibili con i vincoli di finanza pubblica.

Il ciclo di trasformazione degli anni novanta si conclude all'inizio del nuovo millennio con altre due importanti novità legislative, la riforma del Titolo V della Costituzione e il Decreto legislativo n. 56

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene
Università Cattolica del Sacro Cuore
L.go Francesco Vito, 1 – 00168 Roma
Tel. 06-3015.6807/6808



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

del 2000 che introduce il federalismo fiscale. La riforma costituzionale stabilisce che il potere legislativo in materia di sanità è concorrente tra Stato e Regioni e perfeziona il principio di sussidiarietà, secondo il quale chi governa un sistema deve essere vicino ai cittadini per coglierne meglio i bisogni e i desiderata. Allo Stato è assegnato il compito di stabilire il quadro normativo generale, alle Regioni è attribuito il compito di legiferare sul proprio territorio, per attuare le linee guida del Governo centrale e organizzare i servizi e gli interventi di sanità pubblica. Il Decreto legislativo in materia di federalismo fiscale ha stabilito le fonti di finanziamento dei Servizi sanitari regionali: il gettito dell'Iva, dell'Irpef e il fondo di perequazione. L'ammontare del finanziamento è stabilito dallo Stato per finanziare i Lea, gli eventuali deficit di bilancio sono stati posti a carico della fiscalità regionale.

Da questa breve storia del Ssn si evince facilmente come la riduzione delle disuguaglianze, sociali e territoriali, sia uno dei principi cardine del nostro welfare sanitario. Ma anche che i vincoli di finanza pubblica hanno acquisito nel corso degli anni sempre maggiore importanza, fino a stabilire che i volumi di assistenza erogati debbano essere compatibili con le risorse assegnate.

Tornando al tema delle disuguaglianze di salute, gli indicatori evidenziano l'esistenza di sensibili divari di salute sul territorio, ne sono la prova i dati del 2017 della Campania dove 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 (cfr. <http://www.istat.it/it/archivio/208951>). In generale, 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.

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 (cfr Graf.1)

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene
Università Cattolica del Sacro Cuore
L.go Francesco Vito, 1 – 00168 Roma
Tel. 06-3015.6807/6808

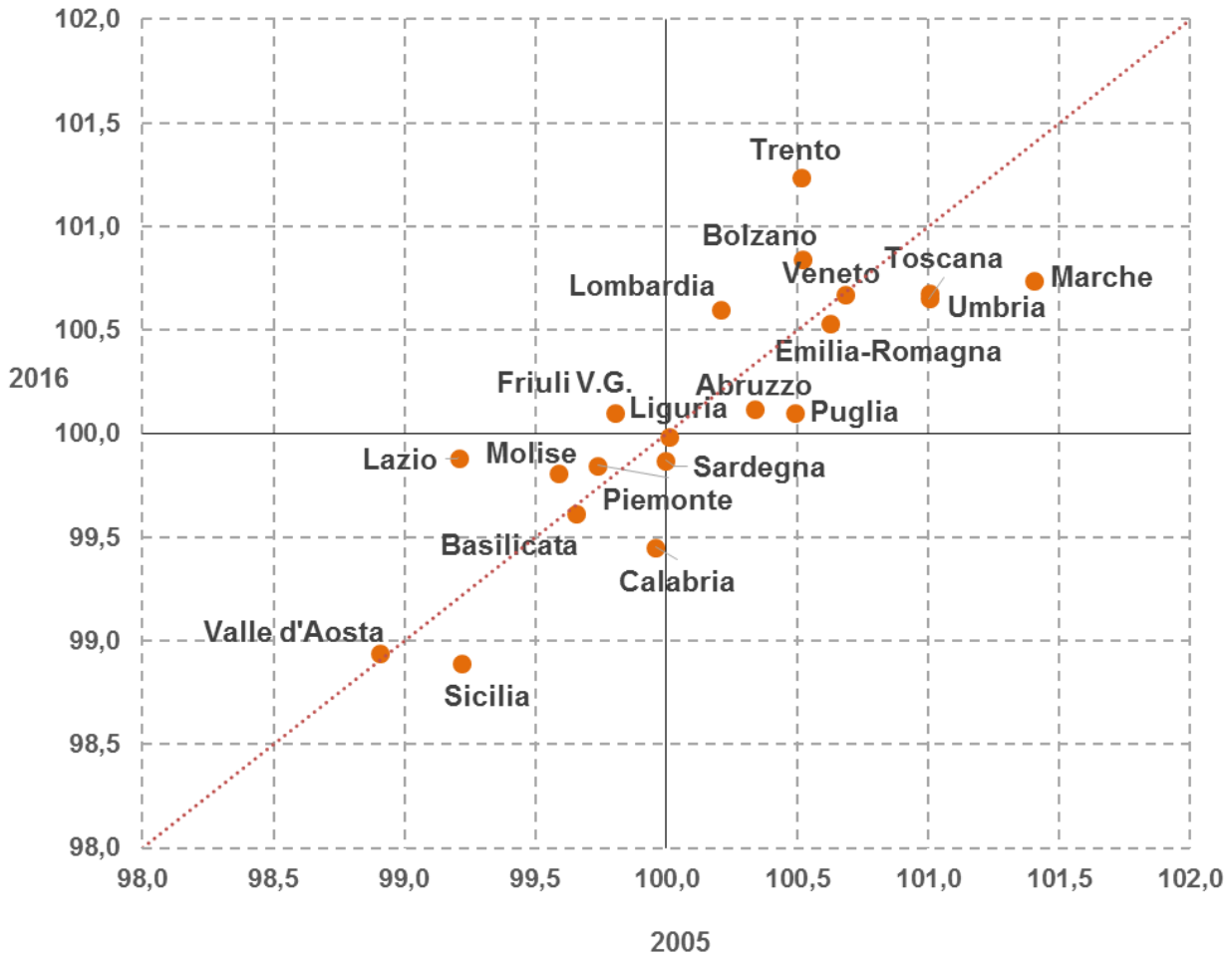


UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Grafico 1 - Speranza di vita alla nascita 2005-2016 (numeri indici Italia =100)



Fonte: elaborazioni su dati Istat

Scendendo nel dettaglio territoriale, il dato sulla sopravvivenza mette in luce l'enorme svantaggio delle province di Caserta e Napoli che hanno una speranza di vita di oltre 2 anni inferiore a quella nazionale, seguite da Caltanissetta e Siracusa che palesano uno svantaggio di sopravvivenza di 1,6 e 1,4 anni rispettivamente. Le Province più longeve sono quelle di Firenze, con 84,1 anni di aspettativa di vita, 1,3 anni in più della media nazionale, seguite da Monza e Treviso con poco più di un anno di vantaggio su un italiano medio (cfr Tabella 1).

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene
Università Cattolica del Sacro Cuore
L.go Francesco Vito, 1 – 00168 Roma
Tel. 06-3015.6807/6808



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Tabella 1 Speranza di vita alla nascita per provincia di residenza - Anno 2016

Territorio		Territorio		Territorio	
Italia	82,751	Emilia-Romagna	83,189	Campania	81,068
Nord-ovest	83,007	Piacenza	82,778	Caserta	80,658
Piemonte	82,625	Parma	83,142	Benevento	81,967
Torino	83,097	Reggio nell'Emilia	82,867	Napoli	80,683
Vercelli	81,707	Modena	83,342	Avellino	82,025
Novara	82,745	Bologna	83,510	Salerno	82,004
Cuneo	82,504	Ferrara	82,224	Puglia	82,832
Asti	81,784	Ravenna	83,521	Foggia	82,664
Alessandria	81,892	Forlì-Cesena	83,573	Bari	83,279
Biella	81,995	Rimini	84,047	Taranto	82,497
Verbano-Cusio-Ossola	82,540	Centro	83,010	Brindisi	82,532
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	81,871	Toscana	83,290	Lecce	82,970
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	81,871	Massa-Carrara	82,678	Barletta-Andria-Trani	82,875
Liguria	82,739	Lucca	82,504	Basilicata	82,433
Imperia	82,546	Pistoia	83,355	Potenza	82,398
Savona	82,641	Firenze	84,094	Matera	82,522
Genova	82,771	Livorno	82,738	Calabria	82,296
La Spezia	83,255				

Fonte: Istat

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene

Università Cattolica del Sacro Cuore

L.go Francesco Vito, 1 – 00168 Roma

Tel. 06-3015.6807/6808

osservasalute@unicatt.it - www.osservatoriosullasalute.it



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Tabella 1 (segue) Speranza di vita alla nascita per provincia di residenza - Anno 2016

Lombardia	83,246	Pisa	83,371	Cosenza	82,284
Varese	83,376	Arezzo	83,413	Catanzaro	82,756
Como	83,283	Siena	83,446	Reggio di Calabria	82,172
Sondrio	82,222	Grosseto	82,834	Crotone	82,120
Milano	83,595	Prato	83,512	Vibo Valentia	82,459
Bergamo	83,004	Umbria	83,311	Isole	82,041
Brescia	83,364	Perugia	83,518	Sicilia	81,835
Pavia	81,962	Terni	82,803	Trapani	82,034
Cremona	82,140	Marche	83,364	Palermo	81,817
Mantova	83,104	Pesaro e Urbino	83,758	Messina	81,910
Lecco	83,457	Ancona	83,600	Agrigento	82,175
Lodi	82,635	Macerata	83,218	Caltanissetta	81,133
Monza e della Brianza	83,920	Ascoli Piceno	83,073	Enna	81,519
Nord-est	83,255	Fermo	83,225	Catania	81,818
Trentino Alto Adige / Südtirol	83,571	Lazio	82,654	Ragusa	82,508
Provincia Autonoma Bolzano / Bozen	83,448	Viterbo	82,100	Siracusa	81,400
Bolzano / Bozen	83,448	Rieti	81,781	Sardegna	82,645
Provincia Autonoma Trento	83,773	Roma	82,926	Sassari	82,139
Trento	83,773	Latina	82,606	Nuoro	81,715
Veneto	83,306	Frosinone	82,148	Cagliari	83,492
Verona	83,358	Mezzogiorno	82,054	Oristano	82,654
Vicenza	83,642	Sud	82,056	Olbia-Tempio	82,851
Belluno	82,620	Abruzzo	82,849	Ogliastra	81,577
Treviso	83,867	L'Aquila	82,466	Medio Campidano	82,116
Venezia	83,113	Teramo	83,102	Carbonia-Iglesias	82,287
Padova	83,403	Pescara	83,191		
Rovigo	82,070	Chieti	82,781		
Friuli-Venezia Giulia	82,834	Molise	82,594		
Udine	82,942	Campobasso	82,817		
Gorizia	82,142	Isernia	82,047		
Trieste	82,297				
Pordenone	83,704				

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene

Università Cattolica del Sacro Cuore

L.go Francesco Vito, 1 – 00168 Roma

Tel. 06-3015.6807/6808



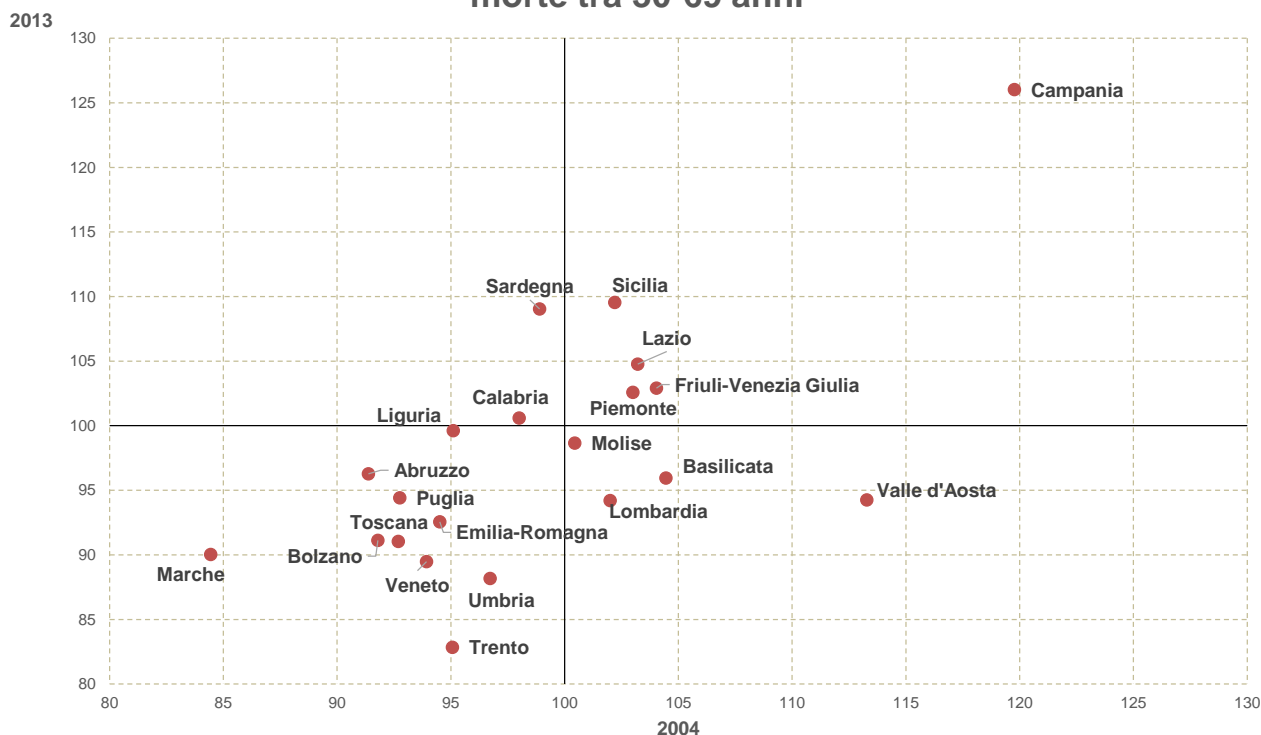
UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Anche la mortalità prematura, proposta dall'Oms nell'ambito della Sustainable development goals, denuncia forti divari territoriali. Infatti, 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 (cfr Figura). Questo è un dato molto negativo, visto che si tratta di morti evitabili con idonee politiche di prevenzione.

Tasso standardizzato di mortalità per le maggiori cause di morte tra 30-69 anni



Fonte: elaborazioni su dati Istat

Non meno gravi i divari sociali di sopravvivenza, in Italia, un cittadino può sperare di vivere 77 anni se ha un livello di istruzione basso e 82 anni se possiede almeno una laurea; tra le donne il divario è minore, ma pur sempre significativo: 83 anni per le meno istruite, circa 86 per le laureate (cfr. Graf. 2).

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene
Università Cattolica del Sacro Cuore
L.go Francesco Vito, 1 – 00168 Roma
Tel. 06-3015.6807/6808

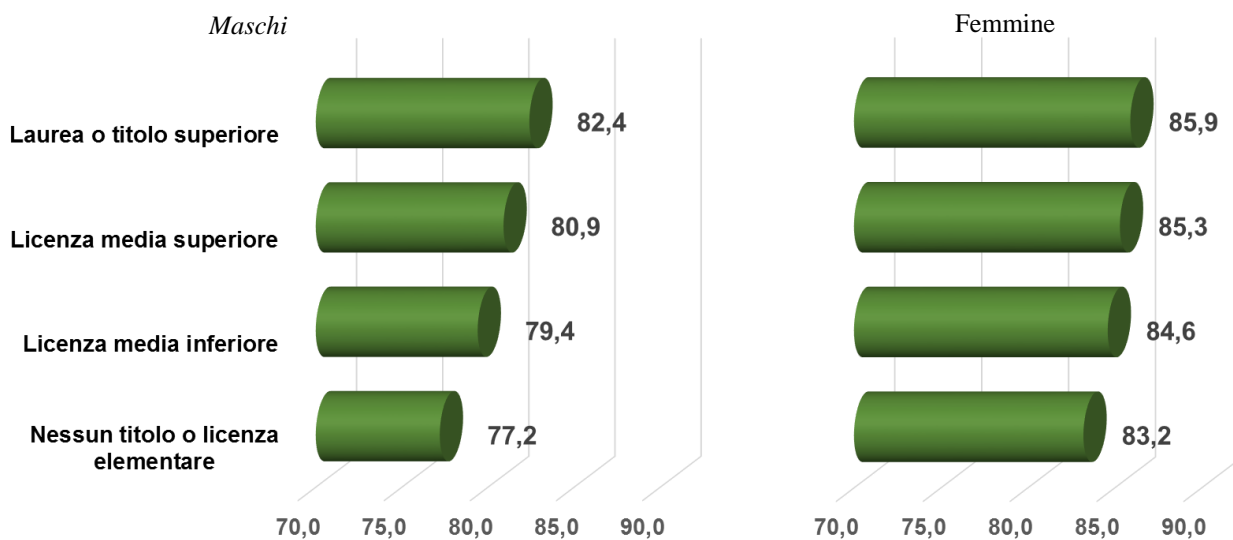


UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

osservasalute@unicatt.it - www.osservatoriosullasalute.it



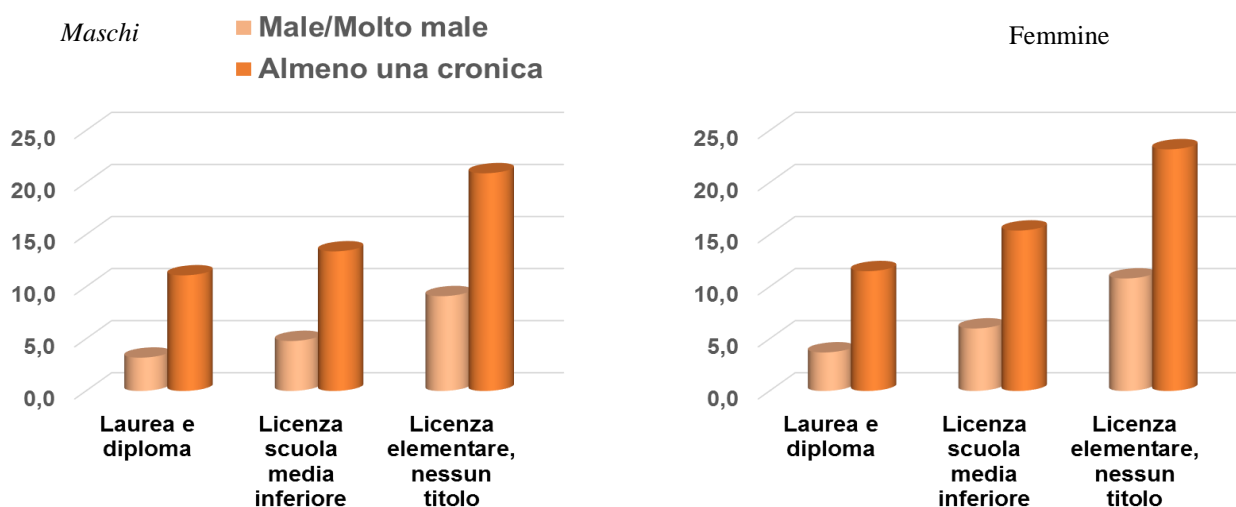
Grafico 2 Speranza di vita alla nascita per genere e titolo di studio – Anno 2012



Fonte: elaborazioni su dati Istat

Anche le condizioni di salute, legate alla presenza di cronicità, denunciano sensibili differenze sociali, nella classe di età 25-44 anni la prevalenza di persone con almeno una cronica grave è pari al 5,8% tra coloro che hanno un titolo di studio basso e al 3,2% tra i laureati. Tale gap aumenta con l'età, nella classe 45-64 anni, è il 23,2% tra le persone con la licenza elementare e l'11,5% tra i laureati (cfr Grafico 3).

Grafico 3 Persone di 45-64 anni che hanno dichiarato di stare "Male/Molto male", di avere almeno una cronica grave per livello di istruzione. (Valori percentuali) - Anno 2005 – 2013



Fonte: elaborazioni su dati Istat

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene
Università Cattolica del Sacro Cuore
L.go Francesco Vito, 1 – 00168 Roma
Tel. 06-3015.6807/6808

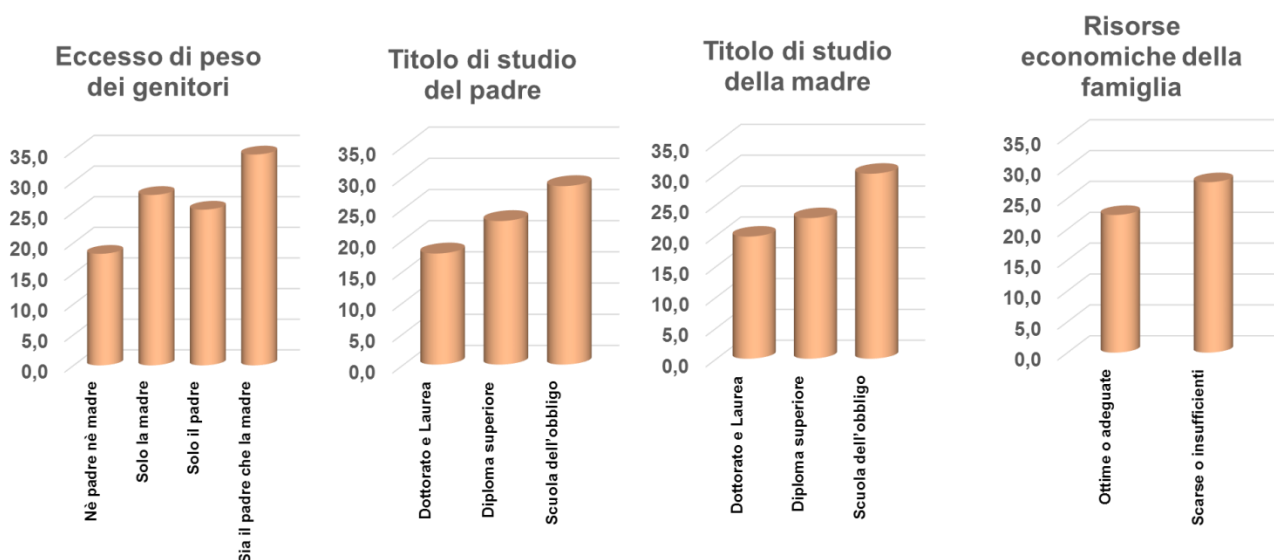


UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



I divari di salute sono particolarmente preoccupanti quando sono così legati allo status sociale, poiché i fattori economici e culturali influenzano direttamente gli stili di vita e condizionano la salute delle future generazioni. Un tipico esempio è rappresentato dall'obesità, uno dei più importanti fattori di rischio per la salute futura, la quale interessa il 14,5% delle persone con titolo di studio basso e solo il 6% dei più istruiti (cfr Grafico 4). Anche considerando il livello di reddito gli squilibri sono evidenti: l'obesità è una condizione che affligge il 12,5% del quinto più povero della popolazione e il 9% di quello più ricco. I fattori di rischio si riflettono anche sul contesto familiare, infatti il livello di istruzione della madre rappresenta un destino per i figli, a giudicare dal fatto che il 30% di questi è in sovrappeso quando il titolo di studio della madre è basso, mentre scende al 20% per quelli con la madre laureata.

Grafico 4 Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per genere e per titolo di studio della madre e del padre, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori - Anni 2014-2015



Fonte: elaborazioni su dati Istat

Alle disuguaglianze di salute si affiancano quelle di accesso all'assistenza sanitaria pubblica, si tratta delle rinunce, da parte dei cittadini, alle cure o prestazioni sanitarie a causa dell'impossibilità di pagare il ticket per la prestazione. La difficoltà di accesso alle cure sanitarie è un problema particolarmente grave perché impatta molto sulla capacità di prevenire la malattia, o sulla tempestività della sua diagnosi. Nella classe di età 45-64 anni le rinunce ad almeno una prestazione sanitaria è pari al 12% tra coloro che hanno completato la scuole dell'obbligo e al 7% tra i laureati. La rinuncia per motivi economici tra le persone con livello di studio basso è pari al 69%, mentre tra i laureati tale quota si ferma al 34%.

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene
Università Cattolica del Sacro Cuore
L.go Francesco Vito, 1 – 00168 Roma
Tel. 06-3015.6807/6808



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



In tema di disuguaglianze di salute è interessante effettuare un confronto con alcuni altri Paesi dell'Unione Europea, in particolare con quelli che adottano uno dei due principali modelli sanitari: Beveridge e Bismarck¹. Dall'analisi emerge molto chiaramente che le disuguaglianze maggiori rispetto al livello di istruzione si riscontrano per i sistemi sanitari di tipo mutualistico, dove si osserva che la quota di persone che sono in cattive condizioni di salute è di quasi 15 punti percentuali più elevata tra coloro che hanno titoli di studio più bassi (cfr. Tabella 2). Il nostro Paese è quello che ha il livello di disuguaglianza minore dopo la Svezia, avendo 6,6 punti percentuali di differenza tra i meno e i più istruiti. Questa evidenza ci spinge a dire che, nonostante i divari appena rilevati, il modello italiano è, comunque, tra i migliori, anche in considerazione della maggiore longevità di cui godono i nostri concittadini.

Tabella 2 Percentuale di persone che dichiarano di stare male o molto male nella classe di età 25-64 anni rispetto alla tipologia del sistema sanitario e titolo di studio - 2015

	Fino alla licenza media (1)	Laurea e oltre (2)	Diff (1)-(2)
Bismarck			
Paesi Bassi	18,1	3,2	14,9
Svizzera	10,7	1,7	9,0
Lussemburgo	14,6	1,5	13,1
Germania	17,3	2,9	14,4
Austria	17,1	3,5	13,6
Beveridge			
Norvegia	12,1	2,9	9,2
Finlandia	9,5	1,6	7,9
Danimarca	17,1	4,4	12,7
Islanda	10,8	2,2	8,6
Svezia	6,9	2,4	4,5
Italia	9,7	3,1	6,6
Dati Eurostat			

¹ Modello Bismarck: sistema di social health insurance, noti anche come sistemi mutualistici. Il bene Salute, garantito dallo Stato, è un diritto dei cittadini nei limiti della copertura assicurativa sociale (compartecipazione dei lavoratori e dei datori di lavoro)

Modello Beveridge : sistema tax-financed, cioè finanziati con la fiscalità generale. Il bene Salute, garantito dallo Stato, mediante accesso universalistico gratuito attraverso la fiscalità generale.

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene

Università Cattolica del Sacro Cuore

L.go Francesco Vito, 1 – 00168 Roma

Tel. 06-3015.6807/6808



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



Conclusioni

La sfida futura del Ssn sarà quella di contrastare le persistenti disuguaglianze con interventi e politiche urgenti. Apprezzabile la sensibilità dimostrata su questi temi dal Ministero della salute nel rapporto “L’Italia per l’Equità nella Salute” pubblicato recentemente². Il Rapporto avanza alcune proposte e linee strategiche che appaiono condivisibili e orientate nella giusta direzione. In particolare, si ritiene prioritaria l’attivazione di iniziative finalizzate all’empowerment culturale verso i temi della salute e degli stili di vita, da attuare nelle scuole per i ragazzi e le loro famiglie. Spesso, infatti, gli interventi delle politiche sono vanificati da atteggiamenti e comportamenti individuali sbagliati che ne riducono gli effetti attesi. Non meno rilevante è la lotta contro la povertà e la deprivazione che deve essere un obiettivo ineludibile di tutte le politiche di welfare, anche per migliorarne l’efficacia, vista la stretta relazione tra la condizione economica e la salute.

Un altro punto su cui occorre riflettere riguarda l’allocazione del finanziamento alle Regioni, non è da escludere, infatti, che i divari territoriali possano discendere in parte da una divisione del Fondo sanitario non coerente con i bisogni di salute della popolazione. Non sembra, infatti, plausibile che regioni come la Campania e la Calabria ricevano minori finanziamenti, pur denotando condizioni di salute peggiori di altre regioni.

Un ulteriore problema emerso nelle analisi è l’accessibilità alle cure, in altre parole, le file d’attesa. Si tratta di un tema per il quale non si riesce a trovare una soluzione soddisfacente, l’opinione dell’Osservatorio è che occorra mettere in rete tutte le strutture, ospedaliere e territoriali, e governare centralmente gli accessi in base all’appropriatezza degli interventi e all’urgenza degli stessi.

Il tema delle disuguaglianze di salute si intreccia, per quanto detto in precedenza sulla compatibilità delle risorse finanziarie con i vincoli del bilancio pubblico, con quello della sostenibilità economica che resta uno dei punti al centro delle riflessioni della politica e degli addetti ai lavori. Le soluzioni che circolano poggiano sull’ingresso dei fondi sanitari privati e su forme di welfare aziendale in grado di affiancare lo Stato per questa importante funzione. Questa suggestione, se da un lato, potrebbe rappresentare una facile soluzione per il futuro, dall’altro apre interrogativi sui quali vale la pena di riflettere. In particolare, se i fondi sanitari debbano avere un ruolo sostitutivo o complementare nella sanità pubblica. Ma tale scelta potrebbe, da un lato, risolvere la sostenibilità della spesa sanitaria pubblica, dall’altro acuire le differenze sociali nella salute dei cittadini.

I fondi sanitari erano stati introdotti dalla riforma Ter aveva previsto il ricorso a forme di integrazione per tutte quelle prestazioni sanitarie non comprese nella lista dei livelli essenziali ma comunque di rilevanza per l’assistenza del cittadino. La funzione dei fondi era, pertanto, complementare in quanto si affiancavano al finanziamento pubblico. Altra faccenda è l’introduzione di forme assicurative sanitarie che nascerebbero con la finalità di intermediare i 35 miliardi di spesa sanitaria privata ed eventualmente sostituire, almeno in parte, una quota di quella che attualmente è a carico della finanza pubblica e della fiscalità generale. I problemi che si pongono in questo caso sono legati ai premi elevati per i cittadini più a rischio, oppure a fenomeni di selezione avversa, cioè esclusione dalla copertura assicurativa di alcune tipologie di persone, quali anziani e malati gravi. Inoltre, si

² Ministero della salute, (2018) - “L’Italia per l’Equità nella Salute” – ISBN 9788898544196





OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

prospetterebbe un'assistenza sanitaria di qualità differenziata a seconda dei premi assicurativi che le persone sono in grado di pagare, oppure si potrebbero generare differenze tra i lavoratori coperti o meno da forme di welfare aziendale. In altre parole, l'introduzione di fondi sanitari di natura sostitutiva finirebbe per acuire le forti disuguaglianze sociali di cui già soffre il settore.

In conclusione, è opinione dell'Osservatorio che il quadro presentato, più che un reale problema di sostenibilità economica³, rappresenti un elemento di preoccupazione per la sostenibilità politica del nostro Servizio sanitario nazionale, poiché i persistenti divari sociali che lo caratterizzano potrebbero far vacillare il principio di solidarietà che ispira il nostro welfare, contrapponendo gli interesse delle fasce di popolazione insofferenti per la crescente pressione fiscale, a quelli delle fasce sociali più deboli che sperimentano peggiori condizioni di salute e difficoltà di accesso alle cure pubbliche. Per questi motivi sarebbe auspicabile rivedere i criteri di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e di accesso alle cure e intensificare gli sforzi per combattere l'elevata evasione fiscale che attanaglia il nostro Paese e mina la sostenibilità dell'intero sistema di welfare state.

E' opportuno, infine, sottolineare che, pur con le problematiche rappresentate, il Servizio sanitario nazionale resta una dei migliori in Europa in termini di efficacia, nonostante le risorse impegnate siano tra le più basse registrate nell'Ue. Pertanto è necessario attuare tutti gli sforzi necessari per preservare il nostro Servizio sanitario e renderlo più equo e sostenibile.

³ Secondo il Ministero dell'economia e delle Finanze l'incidenza della spesa pubblica sul pil nel 2025 sarà pari a circa al 7,2%, nel 2035 al 7,6% e raggiungerà l'8,3% nel 2060 (cfr. Ministero dell'economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (2014) - Le tendenze di medio-lungo periodo del Sistema pensionistico e Socio-sanitario).

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene

Università Cattolica del Sacro Cuore

L.go Francesco Vito, 1 – 00168 Roma

Tel. 06-3015.6807/6808



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore