

# Hic Rhodus

## Rivista di argomenti e logica civile

### Essere poveri fa male alla salute

Posted on [10/03/2017](#) by [ottonieri](#) [Lascia un commento](#)



Qui su Hic Rhodus abbiamo da anni affrontato il tema della sanità pubblica italiana, e in particolare della qualità della spesa. Abbiamo osservato che la spesa sanitaria in Italia è squilibrata rispetto a una qualità dei servizi disuguale (<https://ilsaltodirodi.com/2014/10/22/il-servizio-sanitario-spreca-soldi-e-la-nostra-salute/>) sul territorio; che i “costi standard” di cui si è molto parlato sono una foglia di fico (<https://ilsaltodirodi.com/2014/03/12/spesa-sanitaria-e-costi-standard-lo-stiamo-facendo-sbagliato/>) che nasconde profonde inefficienze; che i tagli alla spesa pubblica in generale e a quella sanitaria in particolare di cui si parla da anni sono più che altro un’illusione ottica (<https://ilsaltodirodi.com/2014/03/03/spesa-pubblica-e-tasse-evitiamo-le-illusioni-ottiche/>) all’interno di una crescita tendenziale (<https://ilsaltodirodi.com/2014/08/06/la-spesa-pubblica-alla-riscossa-si-salvi-chi-puo/>) della spesa che non si arresta, sospinta certo dall’invecchiamento della popolazione ma anche dal resistere di sprechi e malagestione.

**Ce l’abbiamo con la sanità pubblica, quindi?** Al contrario. Pensiamo che la sanità pubblica italiana sia un enorme patrimonio della collettività, e che bisogna difenderla anche dalle sue stesse inefficienze, che potrebbero finire per screditarla e distruggerla. Ancora oggi, con tutti i suoi mali, il Servizio Sanitario Nazionale è considerato (<https://ilsaltodirodi.com/2016/04/29/sanita-pubblica-bravi-medici-mediocri-utenti-pessime-regioni/>) uno dei migliori al mondo, e nonostante quello che si dice probabilmente finora fanno più danni (<https://ilsaltodirodi.com/2016/02/26/in-italia-si-muore-di-piu-per-colpa-dei-tagli-alla-sanita/>) le campagne antivaccinali dei tagli alla sanità. Il SSN è *anche* un

enorme strumento di equiparazione sociale, e come tale va difeso, specie in una stagione storica in cui le disuguaglianze aumentano in modo allarmante, mettendo a rischio quella che viene elegantemente chiamata la coesione sociale.

Tra gli indicatori della qualità del servizio sanitario (o meglio, dell'assistenza sanitaria complessiva, pubblica e privata, di cui gode una popolazione), **quello probabilmente più ovvio è la longevità**. È proprio questo uno dei parametri che pongono l'Italia tra i paesi con la migliore assistenza sanitaria, e, se è vero che alcuni recenti allarmi sono probabilmente fuori luogo, non possiamo più dare semplicemente per scontato che la durata della vita continui a crescere indefinitamente. Proprio per questo, è importante osservare che esistono margini per allungare ulteriormente la nostra aspettativa di vita, "semplicemente" riducendo la *mortalità evitabile*. Cosa intendiamo per mortalità *evitabile*? Esiste una definizione ([http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable\\_and\\_preventable\\_deaths\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics)) adottata dall'Eurostat, che computa come evitabili le morti:

- Prevenibili, ossia evitabili se si fossero adottate le migliori pratiche di prevenzione, sia sanitarie che no, ivi incluso uno stile di vita appropriato.
- Trattabili, ossia evitabili se si fossero applicate le migliori pratiche terapeutiche oggi disponibili.

Ovviamente, una stessa morte può essere sia prevenibile che trattabile, e quindi bisogna adottare una certa cautela nell'analizzare i dati. Mi limiterò qui a riportare solo alcuni di essi, rinviando al sito Eurostat per il database completo. Cominciamo dal vedere come si posizionano i vari paesi europei, e in particolare l'Italia, dal punto di vista della mortalità evitabile:

**Tabella 1: Mortalità trattabile e prevenibile, tassi di mortalità standardizzati, 2012 e 2013**  
(per 100 000 abitanti)

	Mortalità trattabile		Mortalità prevenibile	
	2012	2013	2012	2013
<b>EU-28 (*)</b>	<b>122,8</b>	<b>119,5</b>	<b>207,0</b>	<b>204,1</b>
Belgium	94,3	94,1	213,0	211,4
Bulgaria	272,3	249,4	243,5	245,6
Czech Republic	175,6	175,6	277,0	276,9
Denmark	101,3	93,9	215,0	201,6
Germany (*)	106,6	106,8	195,1	199,2
Estonia	229,2	218,5	331,5	301,7
Ireland	110,4	106,0	195,5	189,1
Greece	120,5	113,6	164,7	163,0
Spain	86,1	82,9	153,2	151,3
France	74,2	72,8	178,3	174,1
Croatia (*)	196,4	187,3	307,8	295,2
<b>Italy</b>	<b>89,6</b>	<b>85,0</b>	<b>150,7</b>	<b>143,5</b>
Cyprus	96,4	83,3	150,2	145,4
Latvia	324,7	320,4	410,9	407,1
Lithuania	306,7	297,7	440,7	431,3
Luxembourg	91,6	102,7	197,6	200,8
Hungary (*)	255,8	245,0	403,9	384,9
Malta	136,6	113,5	183,3	160,6
Netherlands	90,0	86,5	181,8	174,5
Austria	101,5	101,3	210,9	205,9
Poland	174,5	166,8	277,3	270,1
Portugal	108,5	103,5	168,3	168,2
Romania	307,8	295,9	345,7	331,6
Slovenia	122,0	118,2	261,9	252,7
Slovakia	236,6	237,3	345,0	339,5
Finland	113,3	107,0	225,2	217,4
Sweden	92,8	92,6	167,1	167,2
United Kingdom (*)	110,8	108,1	196,7	195,4
Liechtenstein	90,2	80,7	139,7	194,6
Norway	91,2	86,5	183,3	182,1
Switzerland	73,3	70,4	160,2	159,2
Serbia	227,4	215,2	262,3	255,0
Turkey (*)	145,2	:	175,6	:

(<https://quisalta.files.wordpress.com/2017/02/eu-trattabile-e-prevenibile1.jpg>)

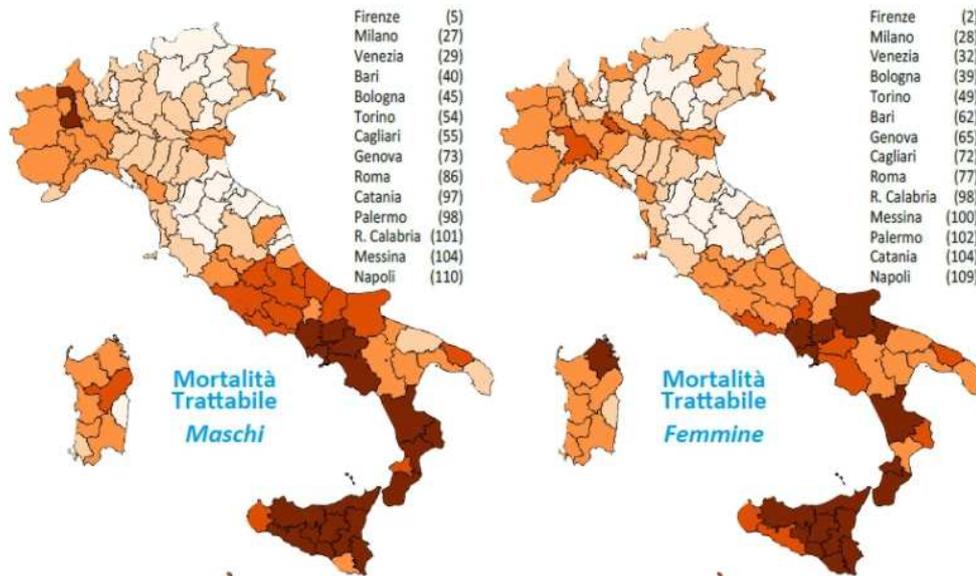
Fonte: Eurostat

**Come si vede, l'Italia ha una mortalità evitabile abbastanza bassa e nettamente inferiore alla media dell'UE**, sia per quella trattabile che per quella prevenibile. Pare quindi confermato che la sanità italiana sia complessivamente buona; vale anche la pena di osservare che tra il 2012 e il 2013 i tassi di mortalità evitabile sono scesi un po' in tutta Europa.

Per quanto riguarda il dettaglio dei dati relativi all'Italia, un importante riferimento sono gli studi della *Nebo Ricerche PA* (<http://www.nebo.it/>), una società specializzata da anni in questo tipo di analisi, e in particolare il suo **rapporto 2017** ([http://mortalitaevitabile.it/\\_mevi/2017/MEVi2017-rapporto.pdf](http://mortalitaevitabile.it/_mevi/2017/MEVi2017-rapporto.pdf)) sulla mortalità evitabile. Tra i molti dati interessanti che vi invitiamo a esplorare, mi soffermerei sulle mappe relative alle singole regioni, concentrandomi sulla *mortalità trattabile*, che è quella più univocamente riconducibile alla qualità dell'assistenza sanitaria:

## Mappe epidemiologiche della mortalità evitabile

Giorni perduti std pro-capite per Provincia  
Con indicazione del posizionamento delle Città metropolitane



Fonte: Dati Istat 2012-2014 elaborati da Nebo ricerche, 2017

Come si vede, è chiarissimo l'effetto delle differenze regionali nella qualità del Servizio Sanitario. Vanno bene le "solite" Regioni del Centro-Nord, vanno male o malissimo quelle del Sud, il che non sorprende di certo. Peraltro, un po' in tutta Italia i decessi evitabili con un migliore trattamento sanitario sono meno di quelli di quelli "prevenibili", soprattutto per gli uomini che, nel periodo 2012-2014, hanno però visto calare drasticamente il tasso di morti prevenibili, che pure è rimasto nettamente più elevato rispetto a quello femminile.

Insomma: mentre la Sanità italiana dà risultati tra i migliori in Europa, se vogliamo anche parzialmente in controtendenza con la salute della nostra economia, al nostro interno **le disuguaglianze nelle condizioni sanitarie riproducono quelle economiche**, tanto che ci si potrebbe chiedere se vi sia un rapporto diretto di causa ed effetto tra i due fenomeni, e quanto invece vi sia una comune radice ambientale per entrambi. Insomma: al Sud i cittadini hanno una peggiore assistenza sanitaria, e sono anche mediamente molto più poveri, il che ovviamente non può che accentuare i rischi per la salute. Ma di quanto?

Il peso delle disuguaglianze economiche sull'aspettativa di vita è stato oggetto di uno studio ([http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32381-9/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32381-9/fulltext)) pubblicato recentemente su *Lancet*, la prestigiosa rivista medica britannica; come si vede in dettaglio nella figura qui sotto, da una rilevazione svolta su un ampio campione di cittadini di sette paesi sviluppati tra cui l'Italia, la condizione socio-economica incide sull'aspettativa di vita in modo confrontabile con alcuni dei principali fattori di rischio presi in considerazione. Ad esempio, per un uomo, far parte della fascia più svantaggiata economicamente comporta **una perdita media di 2,6 anni di vita**, simile a quella derivante dall'inattività fisica, e inferiore a quella causata dal fumo o dall'essere diabetico.

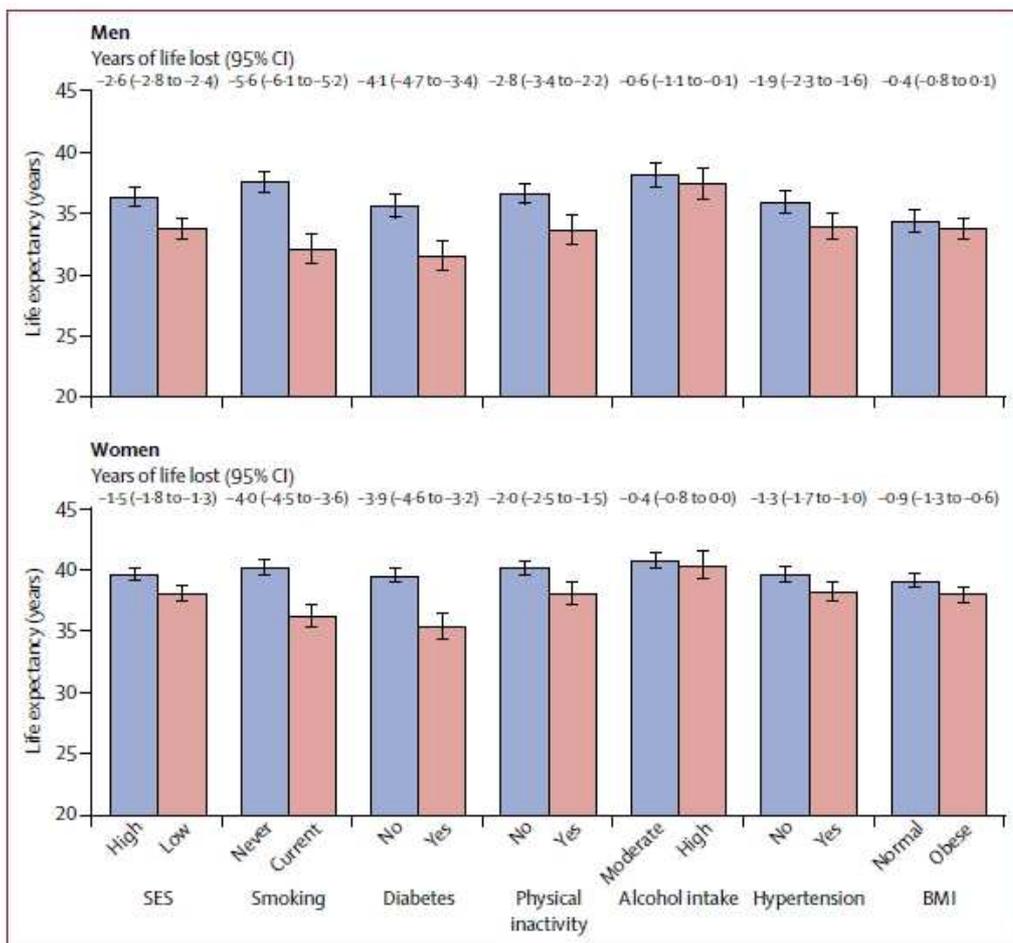


Figure 6: Life expectancy from age 40 years to 85 years and years of life lost due to low socioeconomic status and 25 × 25 risk factors

SES=socioeconomic status. BMI=body-mass index.

Fonte: *Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality*, Lancet, 2017

A quali conclusioni possiamo arrivare? Non tanto a quella banale per cui i ricchi possono permettersi un'assistenza sanitaria migliore: sarebbe davvero strano se i ricchi fossero così stupidi da non usare parte del proprio denaro per assicurarsi le migliori cure possibili.

**Le conclusioni che vorrei invece sottolineare sono:**

1. La nostra Sanità pubblica offre tuttora **livelli di assistenza molto validi, ma con gravi difformità** tra regione e regione, che si riflettono in diverse aspettative di vita in dipendenza dall'area geografica di residenza dei cittadini.
2. Queste difformità, per la particolare situazione italiana, **si sommano all'effetto delle disuguaglianze di origine economica**, visto che le evidenze negative si riscontrano nelle stesse aree geografiche (il Sud) che soffrono di difficoltà economiche.
3. È quindi ancora più necessario che il Servizio Sanitario si dia l'obiettivo di **erogare servizi di qualità equivalente su tutto il territorio nazionale**. Da questo punto di vista, è inutile nascondersi che la competenza regionale sui servizi sanitari non fa che amplificare le differenze e rendere difficile riconciliarle.
4. Guardando le cose al contrario, è interessante osservare che l'effetto delle differenze economiche sulla durata della vita non è in generale maggiore di quello dei principali fattori di rischio; in altre parole, una persona non abbiente che smetta di fumare o cominci a fare attività fisica regolare **otterrà un beneficio per la salute equivalente a quello che avrebbe diventando ricco**. Se diventare ricchi è difficile, cambiare il proprio stile di vita è possibile, e la buona notizia è che farlo può regalarci importanti benefici in termini di salute.