

# L'emergenza dimenticata

Tito Boeri

**Lo stato di salute del Sistema sanitario nazionale è una delle principali preoccupazioni degli italiani. Eppure, neanche le ingenti risorse del Pnrr sembrano aver avviato un percorso per renderlo capace di affrontare le sfide che abbiamo davanti, mettendo a frutto le lezioni della pandemia. È anche così che aumentano le disuguaglianze tra generazioni e fra persone della stessa età.**

Quando si parla di disuguaglianza il riferimento è quasi sempre ai divari di reddito. Eppure, le differenze nelle condizioni di salute delle persone sono spesso molto più marcate che le differenze nei livelli di reddito. Il Gabon ha un reddito medio, a parità di potere d'acquisto, superiore a un terzo di quello medio degli Stati Uniti, ma in Gabon muoiono nel primo anno di vita cinque bambini su cento nati vivi, mentre negli Stati Uniti questo avviene per cinque bambini su mille. Vi sono profonde differenze nella speranza di vita anche all'interno degli Stati Uniti: chi nasce e passa la sua vita nelle zone rurali, grande serbatoio di voti per Donald Trump, vive mediamente fino a 30 anni in meno di chi vive nelle grandi città. Emergono in maniera sempre più netta anche differenze di genere: le donne sono più longeve degli uomini, ma soffrono con maggiore probabilità di malattie che causano dolore e invalidità.

## L'invecchiamento disuguale e il malessere dei giovani

Negli ultimi 70 anni abbiamo guadagnato circa 2 anni di vita ogni decade grazie alle straordinarie conquiste della medicina. Ma l'aumento della longevità non è uguale per tutti e lo è ancora di meno la probabilità di avere un invecchiamento in buone condizioni di salute. Soprattutto la presenza e intensità di declino cognitivo e di malattie come l'Alzheimer consentono stili di vita molto diversi fra persone appartenenti alla stessa generazione. Le malattie neurologiche e la depressione creano profonde differenze non solo fra i senior della stessa generazione, ma anche fra generazioni diverse. Sino a 15 anni

**Oggi la depressione è più alta tra i giovani che in ogni altra fascia d'età**

fa la felicità, il benessere dichiarato dagli individui, aveva un andamento a U, con il periodo di maggiore depressione che coincideva con la cosiddetta "crisi di mezza età". Si soffriva, si andava in crisi, soprattutto a 50 anni. Oggi la depressione è più alta tra i giovani che in ogni altra fascia d'età. Sono più che altro le ragazze sotto i 25 anni a essere angosciate, spaventate e depresse, mentre invece le cose migliorano gradualmente

con l'età. Il problema delle malattie mentali dei minori e della depressione in gioventù è una vera e propria emergenza sociale dimenticata in paesi in cui gli elettori e gli eletti diventano sempre più vecchi (come abbiamo documentato il mese scorso su *eco*). La copertura e la qualità delle prestazioni sanitarie giocano un ruolo importante nel generare crescenti divergenze nella durata e qualità della vita. Ma non basta introdurre programmi universali di copertura sanitaria gratuita per abbattere le differenze nelle condizioni di salute e nella longevità. Nonostante l'universalismo abbia caratterizzato l'accesso ai servizi sanitari nel Regno Unito fin dall'immediato dopoguerra, la gratuità per tutti delle cure sanitarie è andato di pari passo con un

incremento nelle differenze nelle condizioni di salute delle famiglie britanniche nei 40 anni successivi. Anche in Italia, un paese dotato di un servizio sanitario che offre, almeno in linea di principio, una copertura universale, ci sono grandi differenze nella lunghezza della vita, soprattutto di quella sana. Come documentiamo nelle pagine che seguono, chi abita a Napoli vive mediamente quattro anni in meno di chi abita a Trento e, quel che più conta, il divario sembra destinato ad aumentare perché la crescita nella speranza di vita è più forte nelle regioni dove già in partenza si viveva più a lungo. Al contempo, aumentano le differenze nelle condizioni di salute in base al livello di reddito. Il divario nella speranza di vita fra il 20% più ricco e il 20% più povero nella distribuzione dei salari è più forte tra le generazioni degli anni Cinquanta che tra chi è nato negli anni Trenta e Quaranta.

### L'emergenza nell'emergenza

Per garantire a tutti un accesso a cure adeguate è importante favorire l'incontro fra la domanda e l'offerta di servizi sanitari. La congestione dei pronto soccorso in diverse parti d'Italia è un indicatore importante del fatto che oggi questo incontro non c'è. Molte persone si rivolgono alla medicina di emergenza in modo improprio perché altrimenti avrebbero accesso a esami diagnostici e terapie con tempi molto lunghi e mancano medici di base in grado di meglio orientare la domanda di servizi sanitari. Al tempo stesso, i pronto soccorso faticano a reclutare personale anche per gestire le emergenze vere e proprie e ricorrono ai cosiddetti gettonisti, spesso neolaureati senza specializzazione. Alle carenze di medici generici si sommano infatti le carenze di specialisti nella medicina di urgenza e di infermieri in una combinazione che porta, da una parte, a far aumentare i flussi in entrata al pronto soccorso e, dall'altra, a ridurre quelli in uscita verso ricoveri nelle corsie ospedaliere, col risultato

## Alle carenze di medici generici si sommano le carenze di specialisti nella medicina di urgenza e di infermieri

di tenere molte persone in pronto soccorso, spesso in barella, per giorni interi. Siamo in piena emergenza nell'emergenza sanitaria. La congestione dei nostri pronto soccorso è comunque solo uno degli aspetti, forse il più visibile, del mancato incontro fra domanda e offerta di servizi sanitari. Legittimo chiedersi allora: perché di fronte a una richiesta crescente di medici in ruoli chiave non aumenta l'offerta? In Italia la formazione dei medici è fortemente sussidiata. Studiare medicina costa molto meno che in altri paesi e questo dovrebbe portare ad aumentare il numero di coloro che scelgono le facoltà di medicina. Tuttavia, anche il reddito dei medici è mediamente molto più basso che altrove. Quando si decide il proprio corso di studi conta non solo il costo che si dovrà immediatamente affrontare – nel nostro caso, fra l'altro, rette universitarie, eventuale cambio di residenza, mancati guadagni perché mentre si studia non si lavora – ma anche il rendimento che questo investimento iniziale produrrà in termini di sbocchi professionali e redditi futuri. E i medici in Italia sono pagati molto meno che in altri paesi. Inoltre, per lungo tempo, abbiamo avuto un numero di borse per le specializzazioni del tutto anacronistico alla luce della domanda di servizi sanitari e del numero di laureati, con il risultato di spingere molti futuri medici, sulla cui istruzione il nostro sistema educativo aveva già abbondantemente investito, a emigrare.

### L'intelligenza artificiale per "leggere" i dati sanitari

Al di là dell'accesso differenziato (o del mancato accesso) alle cure sanitarie, ci sono fattori culturali, ambientali, sociali, legati al lavoro, che incidono profondamente sulle condizioni di vita, l'alimentazione e la prevenzione delle malattie. E le terapie più efficaci per alcune spesso sono troppo costose anche per il più generoso dei sistemi sanitari nazionali. L'allungamento della speranza di vita, infatti, è andato di pari passo alla cronicizzazione di molte patologie che prima erano terminali. La cronicizzazione dei trattamenti è molto costosa. La sostenibilità economica dei progressi fatti in campo medico di fronte a una popolazione più vecchia – e dunque più esposta al rischio di sviluppare, prima o poi, queste patologie – richiede perciò un'attività di diagnostica

## L'intelligenza artificiale può essere uno strumento molto potente nell'ampliare le attività di prevenzione

preventiva molto più accurata e mirata, rivolta soprattutto alle persone che hanno quadri clinici che aumentano il rischio che le patologie si manifestino. Per farlo, bisogna permettere agli operatori sanitari e a chi ha le competenze di leggere e interpretare i dati sanitari, di accedere a queste informazioni. L'intelligenza artificiale può essere uno strumento molto potente nell'ampliare le attività di prevenzione perché riesce a leggere gli esami clinici in modo complementare a quanto

può fare l'occhio del medico. Molto grave che in Italia ci sia una cultura negativa rispetto all'accesso ai dati. Grave anche che permanga una forte esitazione a vaccinarsi, il che comporta costi elevati per il sistema sanitario in cure che potrebbero essere evitate e mette a rischio la salute di tutti noi nel caso di esitazione a vaccinarsi contro malattie contagiose, come abbiamo imparato molto bene in negli anni della pandemia. Le condizioni di lavoro – il luogo dove trascorriamo una quota molto consistente, in alcuni casi maggioritaria, del tempo di vita (circa 1.500 ore all'anno per i lavoratori dipendenti italiani) – contano non poco nel condizionare la nostra salute. Non a caso, gli addetti alla sicurezza hanno a 50 anni durate di vita mediamente inferiori di cinque anni rispetto a chi lavora in un ministero. L'incidenza delle morti bianche, degli infortuni non mortali e delle malattie professionali è concentrata in un numero ristretto di attività: costruzioni, trasporti e agricoltura. Gli immigrati, che spesso svolgono i lavori che gli italiani non vogliono più fare (conceria delle pelli, coglitore di frutta e ortaggi, cucitore a macchina, badante, marittimo) sono particolarmente esposti a questi infortuni, soprattutto quando sono irregolari e hanno lavori saltuari. La regolarizzazione e la naturalizzazione degli immigrati può avere un ruolo importante nel ridurre questa dimensione delle disuguaglianze perché, come documentiamo, migliora la qualità del lavoro soprattutto per chi parte in condizioni di maggiore svantaggio. La spesa per la sanità non potrà che aumentare nei prossimi anni in virtù dell'aumento della quota di popolazione che ricorre più frequentemente alle cure mediche. Gli italiani, non a caso, ritengono nei sondaggi che gli investimenti in sanità dovrebbero essere una priorità del governo. Eppure siamo fermi al palo. Questo è tanto più sorprendente perché con il Pnrr abbiamo ricevuto 69 miliardi di sovvenzioni dall'Europa e 123 miliardi in prestiti agevolati, più 30 miliardi stanziati dal Fondo complementare. Essendo questo conferimento di risorse maturato all'indomani della pandemia, era lecito aspettarsi che avremmo usato queste ingenti risorse almeno per avviare la soluzione definitiva del problema numero uno del paese, partendo dalla costruzione di una vera e propria sanità territoriale. È invece davvero paradossale che, dopo aver ricevuto queste enormi somme dall'Europa, ci ritroviamo a parlare della crisi della sanità come se quasi niente fosse avvenuto. E invece di avvicinarsi, la soluzione si allontana, perché nel frattempo, col Pnrr e coi bonus edilizi, ci siamo accollati quasi il 20% del reddito nazionale di debito aggiuntivo. Il decreto approvato dal governo alla vigilia delle elezioni europee è una presa d'atto del fatto che non ci sono soldi aggiuntivi per la sanità. Insomma la salute, soprattutto quella dei minori, è una emergenza per il nostro paese e il nostro sistema sanitario non sembra avere affatto ridotto negli ultimi anni la propria vulnerabilità a eventi come una nuova pandemia. Ci sono ampi margini di miglioramento se utilizziamo al meglio i dati già oggi raccolti dal nostro sistema sanitario e impariamo dalle lezioni in positivo come dagli errori degli altri paesi. L'impegno che, nel nostro piccolo, prendiamo coi lettori è di continuare a prestare attenzione ai temi della salute e a come rendere sostenibile e più equa la spesa sanitaria. Sarà, d'ora in poi, una rubrica fissa della nostra rivista.

[direttore@rivistaeco.com](mailto:direttore@rivistaeco.com)