



State of Health in the EU Italia

Profilo della sanità 2017

I profili per paese

La compilazione di una serie di profili nazionali consente di ottenere una panoramica sintetica e programmaticamente pertinente dello stato di salute e dei sistemi sanitari dei singoli Stati membri dell'UE, ponendo l'accento sulle caratteristiche e sulle sfide specifiche di ciascun paese. I profili mirano a sostenere gli Stati membri nell'elaborazione di politiche fondate su dati concreti.

Essi sono frutto del lavoro congiunto dell'OCSE e *European Observatory on Health Systems and Policies*, in collaborazione con la Commissione europea. Il gruppo di lavoro ringrazia gli Stati membri e la rete per il controllo delle politiche e dei sistemi sanitari per i preziosi commenti e suggerimenti.

Indice

1 • PUNTI SALIENTI	1
2 • LA SALUTE IN ITALIA	2
3 • I FATTORI DI RISCHIO	4
4 • IL SISTEMA SANITARIO	6
5 • L'EFFICIENZA DEL SISTEMA SANITARIO	9
5.1 Efficacia	9
5.2 Accessibilità	12
5.3 Resilienza	13
6 • RISULTATI PRINCIPALI	16

Fonti dei dati e delle informazioni

Le informazioni e i dati contenuti nei profili derivano principalmente da statistiche nazionali ufficiali fornite a Eurostat e all'OCSE, convalidate nel mese di giugno 2017 per garantire la massima comparabilità dei dati. Le fonti e i metodi alla base di tali dati sono reperibili nella banca dati di Eurostat e nella banca dati sulla sanità dell'OCSE. Alcuni dati supplementari provengono inoltre dall'Istituto per la misurazione e la valutazione della salute (*Institute for Health Metrics and Evaluation*, IHME), dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), dallo studio sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (*Health Behaviour in School-Aged Children*, HBSC), dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e da altre fonti nazionali.

Salvo diversa indicazione, le medie calcolate per l'Unione europea sono ponderate per i 28 Stati membri.

Per scaricare il foglio Excel relativo a tutti i grafici e le tabelle presenti in questo profilo, digitare nel browser il seguente StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/888933623343>

Contesto demografico e socioeconomico in Italia nel 2015

	Italia	EU
Fattori demografici	Popolazione (in migliaia)	60 731
	Popolazione oltre i 65 anni (%)	18,9
	Tasso di fecondità ¹	1,6
Fattori socioeconomici	PIL pro capite (EUR PPA ²)	28 900
	Tasso di povertà relativa ³ (%)	10,8
	Tasso di disoccupazione (%)	9,4

1. Numero di figli per donna tra i 15 e i 49 anni.

2. La parità di potere d'acquisto (PPA) è definita come il tasso di conversione monetaria in base al quale il potere d'acquisto di valute diverse risulta equivalente, eliminando le differenze tra i vari paesi nei livelli di prezzo.

3. Percentuale di persone che vivono con meno del 50 % del reddito mediano disponibile equivalente.

Fonte: Banca dati di Eurostat.

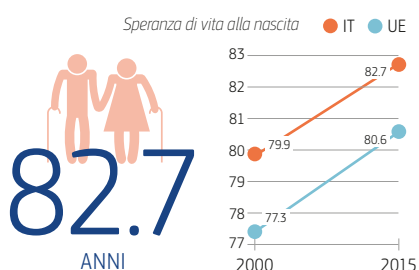
Clausola di esclusione della responsabilità: Le opinioni e le argomentazioni espresse nel presente documento rappresentano unicamente il punto di vista degli autori e non rispecchiano necessariamente le posizioni ufficiali dell'OCSE o dei suoi Stati membri, né quelle dell'European Observatory on Health Systems and Policies e dei suoi partner. Le posizioni descritte nel documento non possono in alcun modo essere considerate opinioni ufficiali dell'Unione europea.

Il presente documento, così come i dati e le cartine ivi inclusi, non pregiudicano lo status di un territorio o la sovranità su di esso, la demarcazione delle frontiere e dei confini internazionali e la denominazione di qualunque territorio, città o area geografica. Ulteriori clausole di esclusione della responsabilità dell'OMS sono consultabili al seguente indirizzo: <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>.

1 Punti salienti

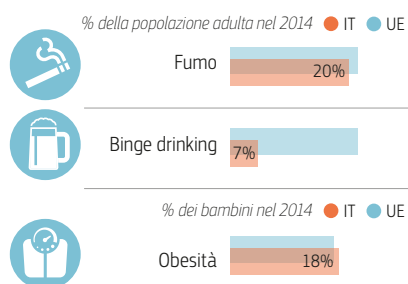
La speranza di vita degli italiani è tra le più alte d'Europa, sebbene si riscontrino disparità a livello regionale e socioeconomico. Nonostante gli stringenti vincoli di bilancio, l'Italia è riuscita a riformare e ampliare il pacchetto delle prestazioni sanitarie nazionali. Il governo centrale sta promuovendo inoltre una ricentralizzazione dei finanziamenti e sta progettando un nuovo sistema che consenta di ripartire le risorse tra le regioni per raggiungere l'ambizioso obiettivo di offrire a tutti i residenti l'accesso al pacchetto di prestazioni ampliato.

Stato di salute



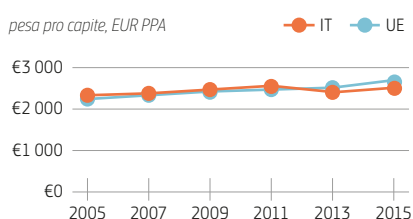
La speranza di vita alla nascita in Italia ha raggiunto 82,7 anni nel 2015, contro i 79,9 anni del 2000, ponendo il paese al secondo posto nell'Unione europea dopo la Spagna. L'allungamento della speranza di vita si deve soprattutto alla riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari. Permangono tuttavia notevoli disparità legate al sesso e alle condizioni socioeconomiche.

Fattori di rischio



Nel 2014 in Italia la percentuale degli adulti che fumavano tabacco quotidianamente era del 20 %, appena al di sotto della media UE e in calo rispetto al 25 % del 2000. Anche il consumo di alcol per adulto è sceso e si colloca ampiamente al di sotto della media UE; la percentuale di adulti che dichiara un consumo di alcolici elevato e regolare è molto più bassa che nella maggior parte degli Stati membri. Per contro, si è riscontrato un aumento dei problemi di sovrappeso e obesità infantile, con una diffusione ormai superiore alla media UE.

Spesa sanitaria

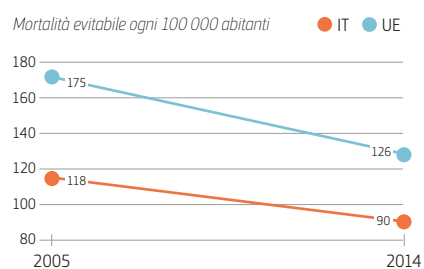


Nel 2015 in Italia la spesa sanitaria pro capite, pari a 2 502 EUR, era inferiore del 10 % rispetto alla media UE di 2 797 EUR. La spesa sanitaria corrisponde al 9,1 % del PIL, anche in questo caso al di sotto della media UE del 9,9 %. Sebbene una serie di servizi di base siano gratuiti, le spese direttamente a carico dei pazienti sono relativamente elevate (23 % del totale, contro una media UE del 15 % nel 2015) e riguardano soprattutto i farmaci e le cure odontoiatriche.

Prestazioni del sistema sanitario

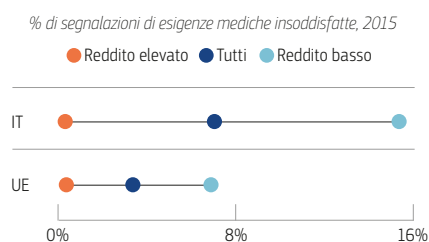
Efficacia

In Italia la mortalità evitabile rimane tra le più basse dell'Unione, il che fa supporre una buona efficacia del sistema sanitario nel trattamento dei pazienti con malattie potenzialmente letali.



Accesso

Il servizio sanitario nazionale italiano copre automaticamente tutti i cittadini e i residenti stranieri. Nell'accesso alle prestazioni sanitarie, tuttavia, si riscontrano notevoli variazioni in base alle regioni e alla fascia di reddito.



Resilienza

Un nuovo sistema per migliorare l'equità della spesa sanitaria regionale è stato proposto; un maggior numero di infermieri è stato formato per far fronte all'invecchiamento della popolazione e nuove misurazioni delle prestazioni sono state introdotte per favorire una maggiore responsabilizzazione e una migliore qualità dell'assistenza.

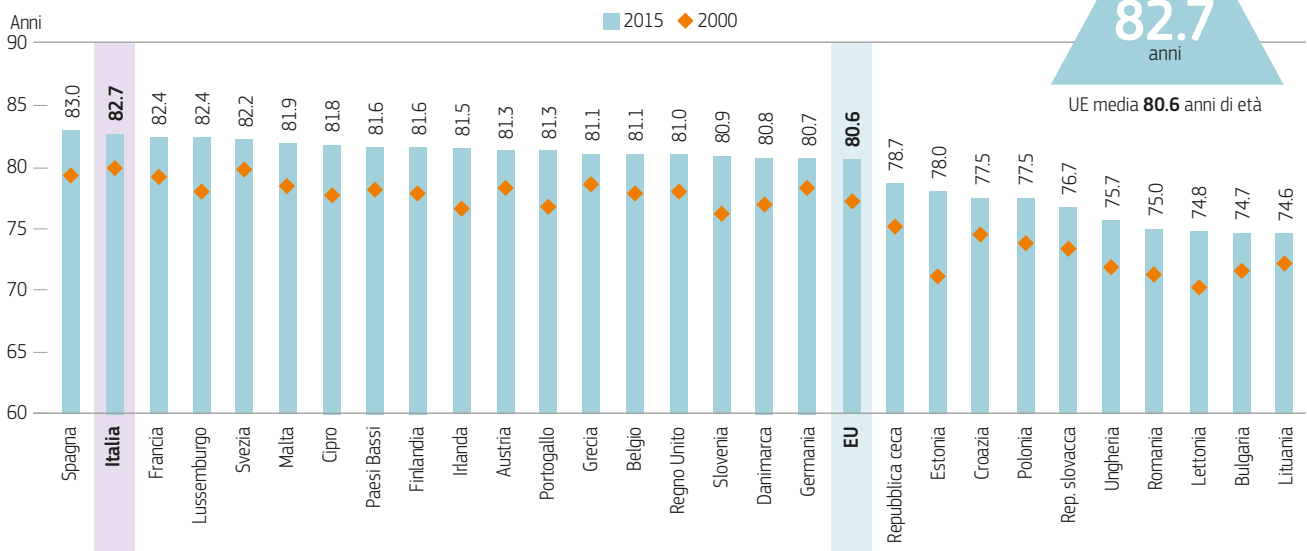


2 La salute in Italia

L'Italia è il secondo paese nell'UE per speranza di vita alla nascita

Con una speranza di vita alla nascita di 82,7 anni, l'Italia si colloca al secondo posto tra i paesi dell'Unione europea (dietro alla Spagna), con due anni in più rispetto alla media UE (Grafico 1). La speranza di vita è aumentata di 2,8 anni tra il 2000 e il 2015. Come in altri paesi europei, si riscontra ancora un marcato divario di genere, per cui le donne hanno una speranza di vita di circa cinque anni in più rispetto agli uomini. Rimangono inoltre le disparità legate alle condizioni socioeconomiche. In Italia, chi possiede un livello di istruzione elevato ha una speranza di vita alla nascita di quattro anni superiore rispetto a chi non ha completato l'istruzione secondaria¹.

Grafico 1. Speranza di vita alla nascita: l'Italia è due anni sopra la media UE



Fonte: Banca dati di Eurostat.

Le principali cause di morte sono ancora le malattie cardiovascolari e i tumori

Nel 2014, quasi due terzi dei decessi in Italia erano dovuti a patologie cardiovascolari o oncologiche (Grafico 2). Tra le donne, le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte (40%), seguite dai tumori (24%), mentre per gli uomini un terzo dei decessi è legato a malattie cardiovascolari e un terzo ai tumori.

Se si guarda all'andamento delle cause di morte più specifiche, emerge che nel 2014 in cima alla lista rimangono le patologie cardiache e l'ictus (Grafico 3). Il tumore al polmone è ancora la principale causa di morte di natura oncologica, seguito dal cancro al colon-retto, al seno e al pancreas. I decessi dovuti all'Alzheimer e ad altre forme di

In Italia l'allungamento della speranza di vita rispetto al 2000 si deve principalmente alla riduzione dei tassi di mortalità dopo i 65 anni. All'età di 65 anni, gli italiani hanno una speranza di vita superiore rispetto ai coetanei di altri paesi dell'Unione europea, ma con meno anni in buona salute. Nel 2015 una donna italiana sessantacinquenne aveva una speranza di vita di 22,2 anni, mentre per un uomo della stessa età si scendeva a 18,9 anni. All'età di 65 anni, alle donne si prospettava appena un terzo degli anni futuri senza disabilità (7,5 anni), mentre per gli uomini gli anni senza disabilità previsti erano il 40% (7,8 anni) di quelli restanti².

demenza hanno riportato un notevole aumento rispetto al 2000 a causa dell'invecchiamento della popolazione, ma anche per effetto di una diagnosi più precisa e dei progressi nella registrazione di varie forme di demenza quali cause primarie del decesso.

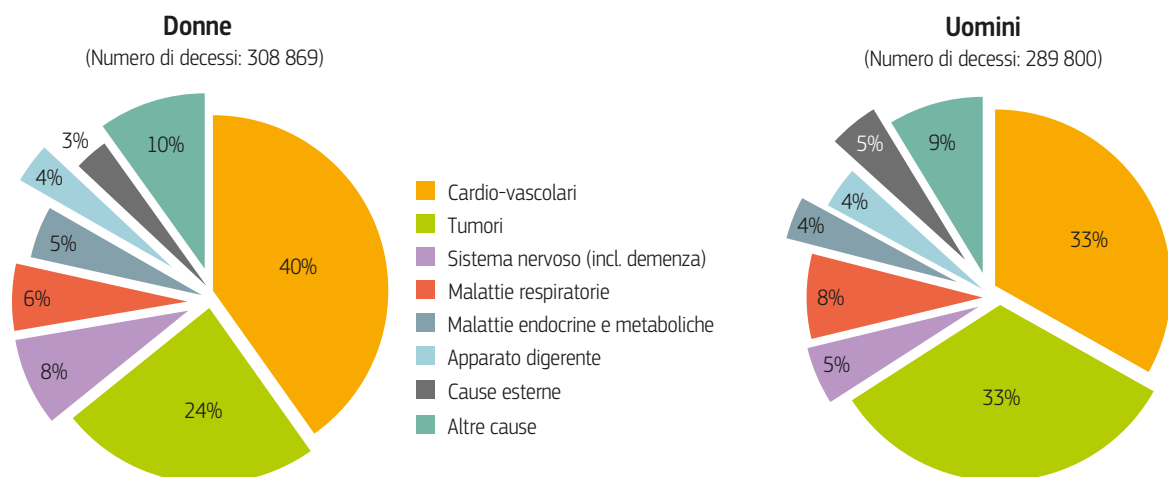
L'Italia sta affrontando un'elevata incidenza delle malattie croniche legate soprattutto all'invecchiamento della popolazione...

Oltre all'impatto dovuto alle malattie cardiovascolari e ai tumori, le patologie muscoloscheletriche (incluse lombalgia e cervicalgia), il diabete e le patologie legate all'invecchiamento, tra cui cadute, morbo di Alzheimer e altre forme di demenza, incidono in modo determinante sugli anni di vita persi per la disabilità³ (disability-adjusted life years, DALYs) (IHME, 2016).

1. I livelli di istruzione inferiori corrispondono a quelli di chi non ha completato l'istruzione primaria oppure possiede un'istruzione primaria o secondaria inferiore (livelli ISCED 0-2), mentre i livelli superiori corrispondono all'istruzione terziaria (livelli ISCED 5-8).

2. Tali dati si basano sull'indicatore degli "anni di vita in salute", che misura gli anni di speranza di vita senza disabilità in base all'età del soggetto in esame.

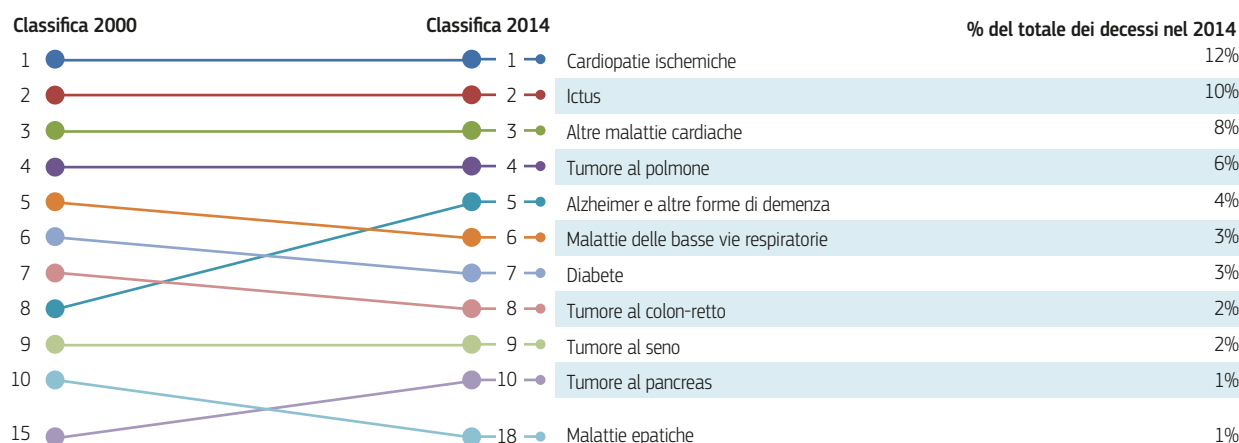
Grafico 2. In Italia le malattie cardiovascolari e i tumori provocano quasi due decessi su tre



Nota: I dati sono presentati in base a una classificazione ICD generica. La demenza è stata inserita tra le malattie del sistema nervoso con il morbo di Alzheimer (la principale forma di demenza).

Fonte: Banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2014).

Grafico 3. Le malattie cardiovascolari rimangono la prima causa di morte, ma aumentano i decessi dovuti alla demenza



Fonte: Banca dati di Eurostat.

Dall'indagine europea sulla salute condotta mediante interviste (European Health Interview Survey, EHIS) è emerso che circa il 5 % degli italiani soffre di asma, oltre il 20 % convive con l'ipertensione e intorno al 6,5 % ha il diabete. Differenze significative sono riscontrate nell'incidenza di queste patologie croniche per livello di istruzione. Rispetto ai cittadini con i livelli di istruzione più elevati, chi possiede un'istruzione inferiore ha quasi il quadruplo delle probabilità di cadere in depressione, più del triplo di sviluppare il diabete e più del doppio di soffrire di ipertensione⁴.

...e alla diffusione delle epatiti virali

Dai dati del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie risulta che l'Italia ha il più alto tasso di infezioni da virus dell'epatite C nella popolazione generale, con una percentuale del 5,9 % per i nuovi donatori di sangue. L'Italia riporta inoltre il maggiore tasso di infezioni da epatite C tra i migranti provenienti dall'Europa orientale, con una percentuale del 7,1 % (ECDC, 2016).

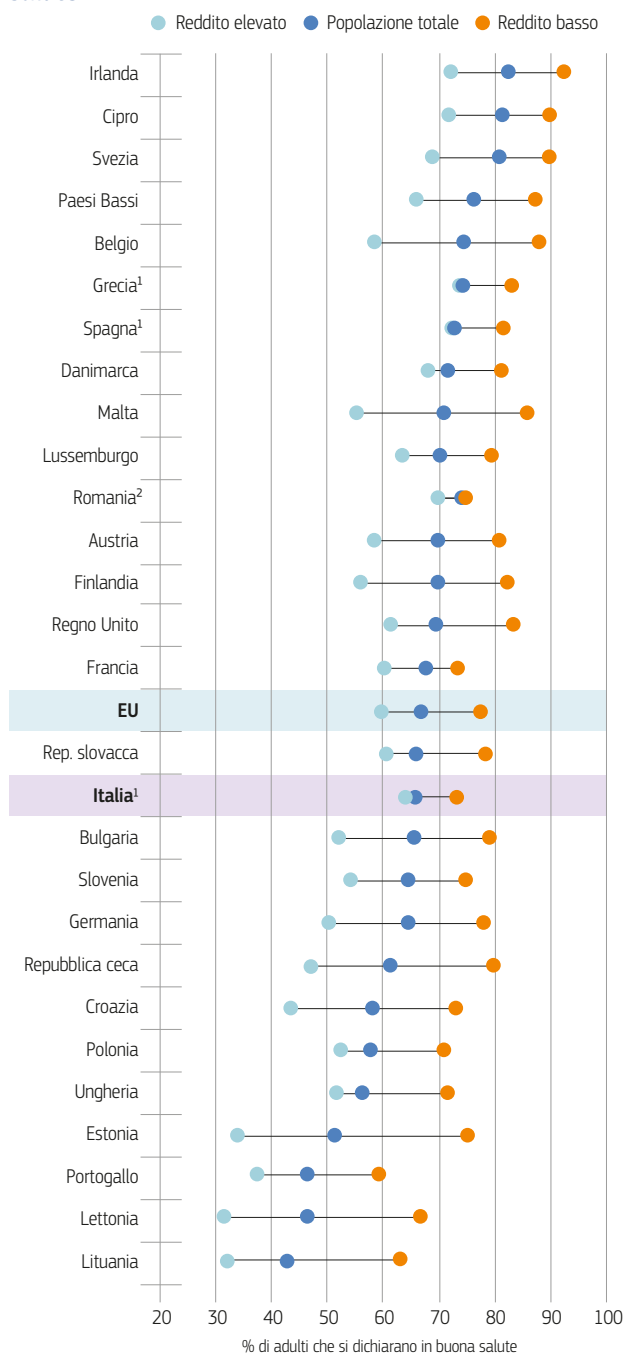
3. Il DALY è un indicatore usato per stimare il numero complessivo degli anni persi a causa di patologie e fattori di rischio specifici. Un DALY equivale a un anno vita in salute perso (IHME).

4. Le disparità legate all'istruzione sono in parte imputabili all'elevata percentuale di anziani con bassi livelli di istruzione, ma sulle disparità socioeconomiche incidono anche altri fattori

La maggior parte degli italiani si dichiara in buona salute

Due terzi della popolazione italiana dichiara di godere di buona salute, pressoché in linea con la media dell'Unione europea (Grafico 4). La percezione della propria salute è diversa nei gruppi ad alto e a basso reddito, ma il divario è minore rispetto a quanto osservato in altri paesi: il 73 % dei cittadini che rientrano nel quintile con il reddito più elevato ritiene di godere di buona salute, contro il 64 % dei cittadini del quintile con il reddito più basso.

Grafico 4. Due terzi degli italiani si dichiarano in buona salute



1. Le percentuali per la popolazione generale e per la fascia a basso reddito sono pressoché analoghe.

2. Le percentuali per la popolazione generale e per fascia ad alto reddito sono pressoché analoghe.

Fonte: Banca dati di Eurostat, basata su EU-SILC (i dati si riferiscono al 2015).

3 I fattori di rischio

I principali fattori di rischio comportamentali hanno forti ripercussioni sulla salute

Dalle stime dell'Istituto per la misurazione e la valutazione della salute (IHME) risulta che in Italia, nel 2015, l'impatto delle malattie (misurato in DALYs) era dovuto in buona misura a fattori di rischio comportamentali, primi fra tutti i rischi connessi alla dieta (11,2 %), il tabagismo (9,5 %), un elevato indice di massa corporea (6,1 %), il consumo di alcolici (4,2 %) e una scarsa attività fisica (2,5 %) (IHME, 2016).

Fumo: in calo tra gli adulti, ma tra gli adolescenti la diminuzione è ancora limitata

In Italia la percentuale dei fumatori abituali in età adulta ha subito un netto calo ed è oggi lievemente inferiore alla media dell'UE; nonostante ciò, un adulto su cinque è ancora un fumatore abituale. Il tabagismo continua a essere molto più diffuso tra gli uomini: il 25 % fuma quotidianamente, contro appena il 15 % delle donne. Più preoccupante è l'assenza di una significativa riduzione dei fumatori tra gli adolescenti, tra i quali la percentuale di tabagisti è tra le più elevate nell'Unione: nel 2013-2014 ha dichiarato di fumare abitualmente il 22 % delle quindicenni e il 20 % dei quindicenni (rispettivamente al secondo e al terzo posto in Europa). Questo avviene nonostante una serie di



provvedimenti per la salute pubblica nell'ambito della lotta al tabagismo, quali il divieto di fumare nei luoghi pubblici e l'introduzione di avvertenze illustrate alla fine del 2016 (cfr. Sezione 5.1).

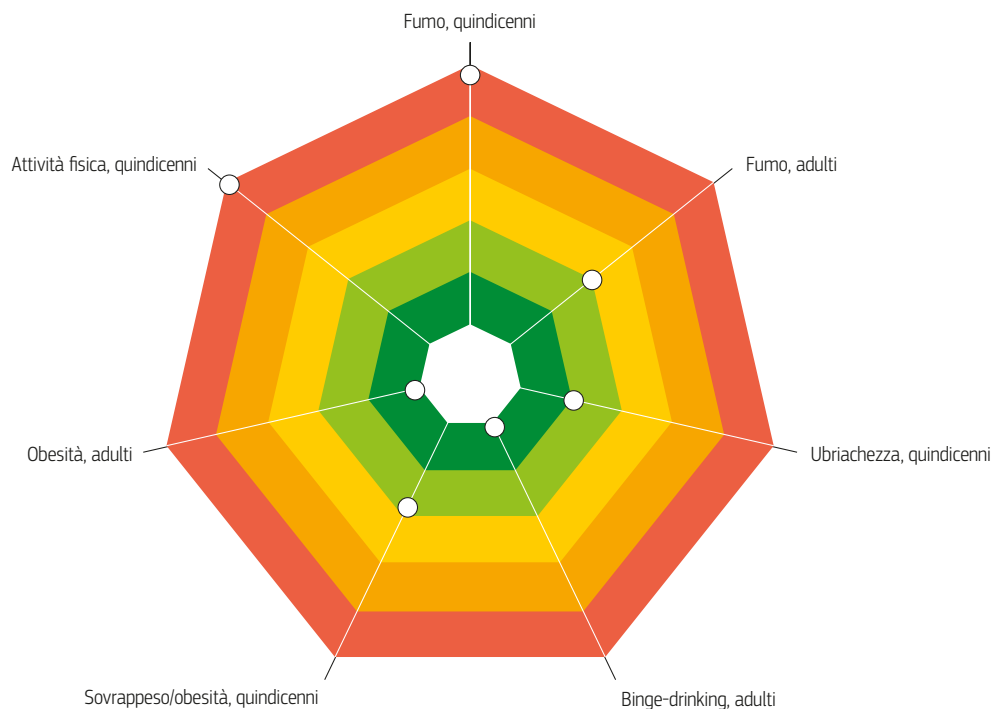
Il consumo di alcolici è relativamente basso

Rispetto ad altri paesi dell'UE, in Italia la percentuale degli adulti che riferiscono un consumo di alcolici elevato e regolare ("binge drinking"⁵) è molto contenuta. Appena il 7 % degli adulti dichiara un consumo non moderato, il secondo valore più basso nell'Unione dopo Cipro. Il consumo complessivo di alcolici, misurato in base alle vendite, è anch'esso modesto e l'Italia si colloca al terzultimo posto nel consumo pro capite (prima della Grecia e della Svezia). Tra gli adolescenti il consumo di alcolici è stabile e relativamente contenuto: il 14 % delle ragazze e il 19 % dei ragazzi di quindici anni riferiscono di essersi ubriacati più di una volta, dei tassi inferiori a quelli riscontrati nella maggior parte dei paesi UE.

Obesità: tassi relativamente bassi tra gli adulti, elevati e in aumento tra gli adolescenti

In Italia gli adulti obesi sono poco più del 10 %, la seconda percentuale più bassa nell'Unione europea. Nonostante l'obesità sia aumentata, il tasso è salito più lentamente rispetto ad altri paesi UE. Preoccupa invece che la percentuale di adolescenti in condizioni di sovrappeso od obesità sia aumentata piuttosto rapidamente e abbia ormai raggiunto la media europea del 18 %. In Italia la percentuale di quindicenni maschi in sovrappeso od obesi è particolarmente elevata (26 %) e si attesta al quarto posto in Europa. Il tasso degli adolescenti in sovrappeso e obesi in Italia, elevato e in costante aumento, è legato almeno in parte agli scarsi livelli di attività fisica (Grafico 5). Tale dato è particolarmente allarmante se si considera che il sovrappeso e l'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza rappresentano un forte indicatore delle condizioni di sovrappeso e obesità in età adulta.

Grafico 5. Fumo e sovrappeso negli adolescenti: questioni importanti per la salute pubblica in Italia



5. Il "binge drinking" è un comportamento definito come l'assunzione di sei o più bevande alcoliche in un'unica occasione, con una frequenza di almeno una volta al mese nell'ultimo anno.

Nota: Più il punto è vicino al centro, migliori sono le condizioni del paese rispetto agli altri Stati membri dell'UE. Nessun paese rientra nell'area obiettivo bianca perché tutti possono migliorare nei vari settori. Per l'Italia non sono disponibili dati comparabili relativi a una misurazione globale dell'attività fisica tra gli adulti.

Fonte: Calcoli dell'OCSE basati sulla banca dati di Eurostat (EHIS, anno 2014 circa). Statistiche sulla salute dell'OCSE e studio HBSC del 2013-2014. (Grafico: Laboratorio MeS).

4 Il sistema sanitario

Un servizio sanitario nazionale altamente decentralizzato comporta modelli organizzativi e risultati diversi nelle varie regioni

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN) è organizzato su base regionale e il governo centrale condivide la responsabilità dell'assistenza sanitaria con le 19 regioni e le due province autonome che compongono il paese. A livello nazionale il governo esercita un ruolo di programmazione, controllo e distribuisce le dotazioni per la sanità derivanti dal gettito fiscale e stabilisce prestazioni e servizi che devono essere garantiti a tutti i cittadini e gli stranieri residenti in Italia (i cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza, LEA). Le regioni sono responsabili dell'organizzazione, della pianificazione e dell'erogazione dei servizi sanitari tramite le autorità sanitarie locali. I medici che prestano servizio presso gli ospedali pubblici sono lavoratori dipendenti.

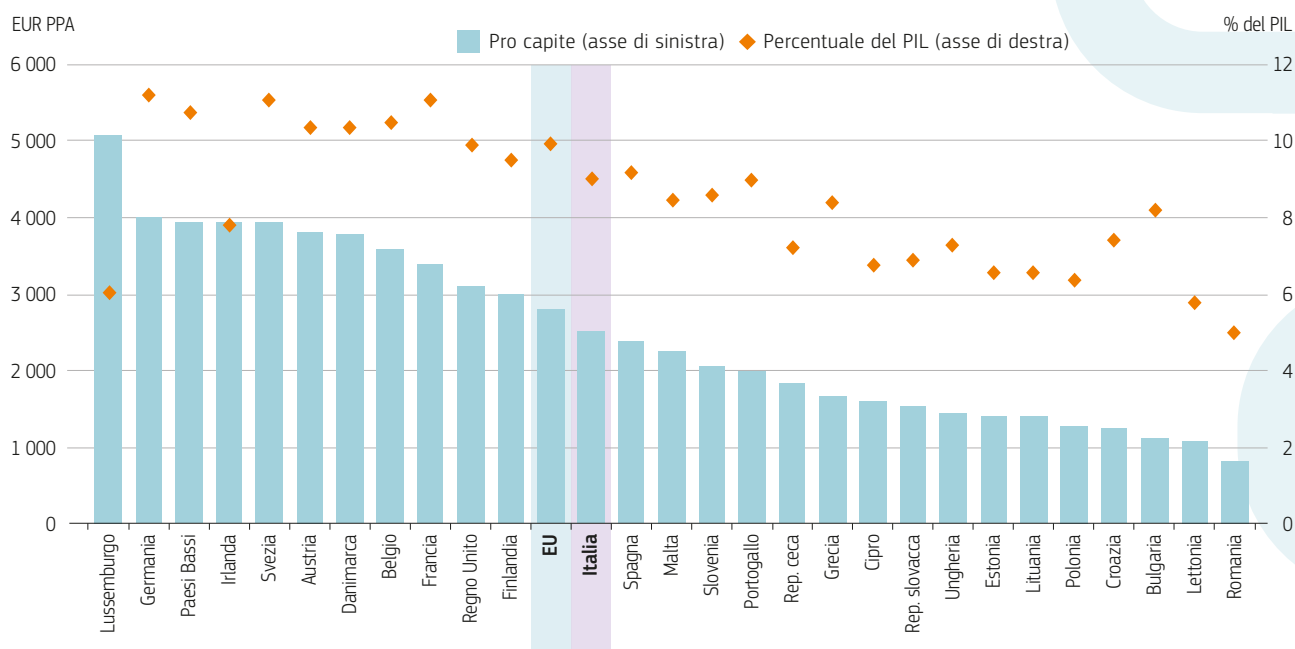
Le regioni hanno un'elevata autonomia nella configurazione dei rispettivi sistemi sanitari entro il quadro generale istituito a livello nazionale (a seguito di precedenti interventi di decentramento e riforme incomplete orientate al mercato). Dal 2016, diverse regioni hanno accorpato Aziende sanitarie locali con l'obiettivo di incrementare l'efficienza e migliorare

la qualità dell'assistenza attraverso economie di scala e integrazione organizzativa. Nonostante la decentralizzazione del sistema sanitario sia prevista dalla normativa vigente, le disparità regionali relative allo stato di salute della popolazione, l'accesso ai servizi sanitari e la loro qualità restano al centro del dibattito politico (OASI, 2016). Si tratta di questioni che riguardano un'efficace gestione a livello regionale delle prestazioni di ospedali, ambulatori e professionisti (OCSE, 2014).

Dopo i tagli dovuti alla crisi economica del 2008, la spesa sanitaria complessiva torna ad aumentare

Nel 2015 l'Italia ha destinato il 9,1 % del PIL alla sanità, ossia 2 502 EUR pro capite (aggiustati per differenze nel potere d'acquisto), collocandosi al di sotto della media UE del 10 % (Grafico 6). Dopo la crisi economica del 2008, la spesa sanitaria complessiva pro capite in termini reali è rimasta invariata o ha registrato un calo, ma ha iniziato a crescere nuovamente dal 2014. La spesa sanitaria complessiva è finanziata con fondi pubblici per il 76 % e privati per il restante 24 %, principalmente spese a diretto carico dei pazienti, giacché le assicurazioni sanitarie private facoltative rivestono un ruolo marginale.

Grafico 6. L'Italia spende nella sanità il 10 % in meno della media UE



Fonti: Statistiche sulla salute dell'OCSE; Banca dati di Eurostat; Banca dati dell'OMS sulla spesa sanitaria globale (i dati si riferiscono al 2015).

Il contenimento dei costi dell'assistenza sanitaria rappresenta un obiettivo prioritario

Da anni in Italia contenere i costi dell'assistenza sanitaria rappresenta un obiettivo prioritario, che si inserisce nel più ampio impegno per la riduzione dell'elevato debito pubblico. Dal 2012, una revisione della spesa pubblica ha comportato un taglio dei finanziamenti al Servizio Sanitario Nazionale, compreso tra 900 milioni e 2,1 miliardi di EUR annui tra il 2012 e il 2015, e ha introdotto nuove norme e nuovi regolamenti relativi ai servizi sanitari, come una maggiore promozione della prescrizione di farmaci generici. Sempre nel 2012 il decreto Balduzzi ha introdotto una serie di provvedimenti, tra cui la ristrutturazione degli ospedali e delle Aziende sanitarie locali, la revisione dei livelli di compartecipazione al costo di farmaci e prestazioni e dell'elenco dei farmaci rimborsabili, nell'ambito di un pacchetto di misure per la riduzione dei costi e il miglioramento dell'efficienza della spesa. Non tutti i provvedimenti hanno avuto un'attuazione uniforme sul territorio.

Alle regioni con un deficit del bilancio sanitario sono stati imposti dei "piani di rientro" regionali che si avvalgono di vari strumenti per promuovere una riduzione della spesa e colmare il disavanzo. Più recentemente, nel 2016, il governo centrale ha introdotto dei piani di rientro obbligatori anche per le Aziende ospedaliere in deficit, quale strumento integrativo per il risanamento dei rispettivi bilanci.

Sebbene alcune prestazioni non rientrino nei LEA, i gruppi vulnerabili sono tutelati grazie alle esenzioni

Il sistema sanitario italiano offre una copertura universale, con prestazioni in buona parte gratuite a totale carico del SSN. Fra i trattamenti non inclusi nei LEA vi sono (salvo che per alcuni gruppi specifici della popolazione⁶) le cure dentistiche, che devono essere pagate dalle famiglie di tasca propria oppure con la sottoscrizione di una polizza assicurativa privata. Anche prestazioni come i trattamenti ortodontici non sono coperte dal SSN. I LEA prevedono, inoltre, una copertura totale per una serie di servizi destinati a pazienti affetti da malattie croniche.

Le variazioni nelle risorse disponibili e nella qualità percepita dell'assistenza generano notevoli disparità regionali e la mobilità dei pazienti

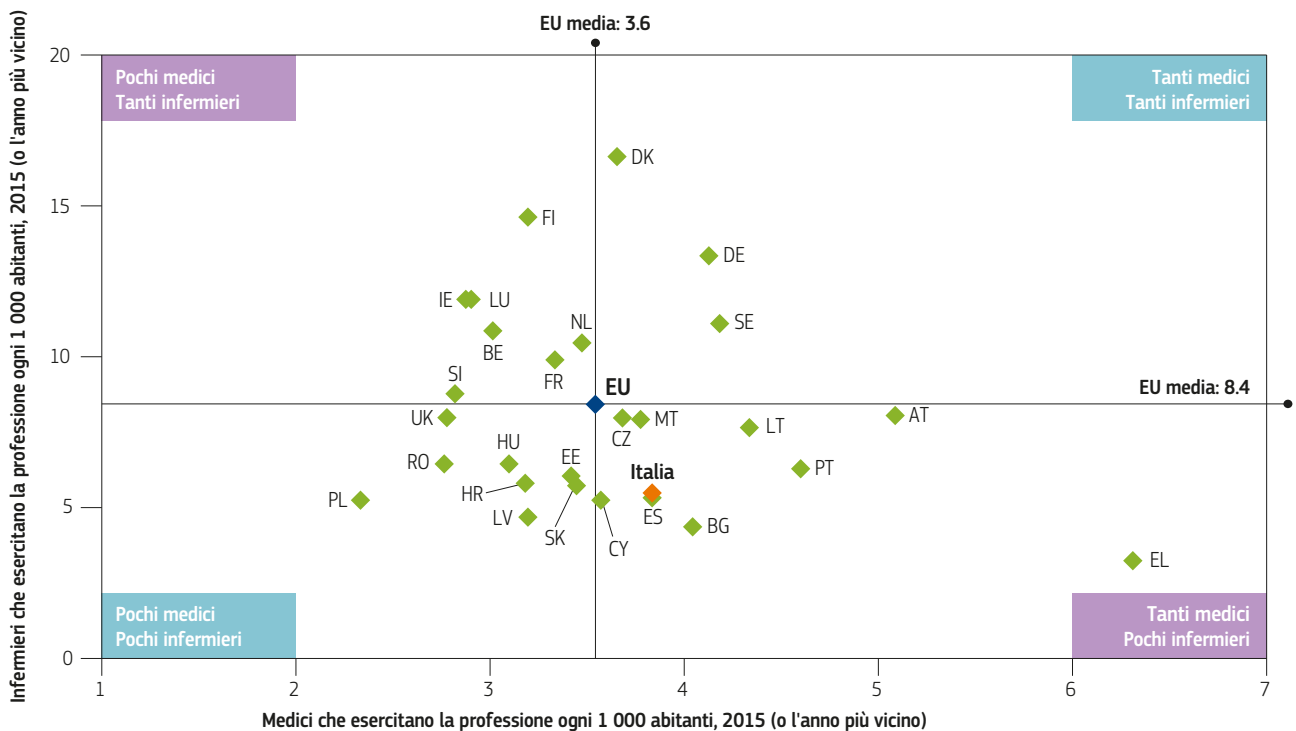
Le marcate disparità regionali nelle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria comportano una sfida per l'accesso ai servizi. In linea di massima, le regioni settentrionali e centrali godono di una offerta maggiore, di tecnologie più avanzate e di una maggiore qualità percepita delle prestazioni rispetto alle regioni meridionali. A fronte di tali differenze, si assiste a un flusso di pazienti verso le regioni centro-settentrionali per richiedere assistenza sanitaria. Come si evince dai dati del ministero della Salute, al sud Campania, Calabria e Sicilia vedono ogni anno almeno 30 000 pazienti recarsi fuori regione per ricevere assistenza (e il flusso in entrata di pazienti da altre regioni è nettamente inferiore). È risaputo che i pazienti si recano al nord soprattutto perché cercano un'assistenza sanitaria di maggiore qualità (Ministero della Salute, 2011).

Nel complesso, dal 2000 si è registrata una rapida diminuzione dei posti-letto dedicati alle prestazioni per acuti (da 4,2 posti-letto ogni mille abitanti nel 2000 a 2,8 posti-letto nel 2013) dovuta, sia agli obiettivi nazionali di riduzione generale dei posti-letto, sia alla trasformazione di alcune strutture destinate all'assistenza per acuti in altri servizi, al fine di rispondere alle mutate esigenze dell'utenza (ad esempio per assistere i pazienti con malattie croniche o gli anziani più deboli).

Il rapporto infermieri/medico è molto basso

Nell'ultimo decennio la forza lavoro del settore sanitario ha riportato una crescita costante. Il Grafico 7 mostra come il rapporto medici/cittadini (3,8 medici ogni mille abitanti) sia al di sopra della media dell'Unione (3,6). Per contro, gli infermieri sono relativamente pochi (6,1 ogni mille abitanti, contro una media UE di 8,4). Ne consegue un rapporto di infermieri per medico (1,5) tra i più bassi dell'Unione europea (la cui media è di 2,3). Al momento, in Italia si sta potenziando il ruolo degli infermieri, soprattutto ai fini della gestione dell'assistenza dei pazienti con malattie croniche e dell'introduzione di gruppi professionali guidati da infermieri nell'assistenza sanitaria di base.

6. Bambini fino a 16 anni, ultrasessantacinquenni, gruppi vulnerabili e persone in condizioni di disagio economico o di emergenza.

Grafico 7. L'Italia presenta un numero relativamente elevato di medici e pochi infermieri

Nota: Per il Portogallo e la Grecia i dati si riferiscono a tutti i medici abilitati, pertanto il numero dei medici che esercitano la professione è fortemente sovrastimato (nel caso del Portogallo circa del 30 %). Per l'Austria e la Grecia il numero degli infermieri è sottostimato in quanto i dati si riferiscono soltanto agli infermieri che lavorano nelle strutture ospedaliere.

Fonte: Banca dati di Eurostat.

Un'assistenza di base forte, per un migliore coordinamento del servizio all'utenza

I servizi dell'assistenza sanitaria sono erogati da enti pubblici (quali i presidi ospedalieri di Asl, le Aziende ospedaliere, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i Policlinici universitari) e da operatori privati accreditati. Grande attenzione è dedicata all'assistenza di base, per la quale i cittadini sono tenuti a scegliere il proprio Medico di base (o pediatra, fino all'età di 14 anni), al quale sono rivolti incentivi economici per coordinare l'assistenza sanitaria, filtrare le richieste e le necessità dei propri pazienti e fornirgli le indicazioni e le prescrizioni più appropriate. I servizi di assistenza sanitaria di base sono garantiti 24 ore su 24, 7 giorni su 7 attraverso il servizio di Guardia medica, attivo negli orari in cui non sono disponibili i Medici di base. Negli ultimi anni, ai Medici di base sono stati offerti incentivi economici affinché facciano rete tra loro o con altri professionisti sanitari, ispirandosi a vari modelli organizzativi, in un'ottica multidisciplinare e multiprofessionale. Nell'intento di migliorare il coordinamento dell'assistenza, alcune regioni hanno introdotto inoltre programmi di gestione delle malattie croniche, concentrandosi su patologie quali il diabete, l'insufficienza cardiaca congestizia e le malattie respiratorie.



5 L'efficienza del sistema sanitario

5.1 EFFICACIA

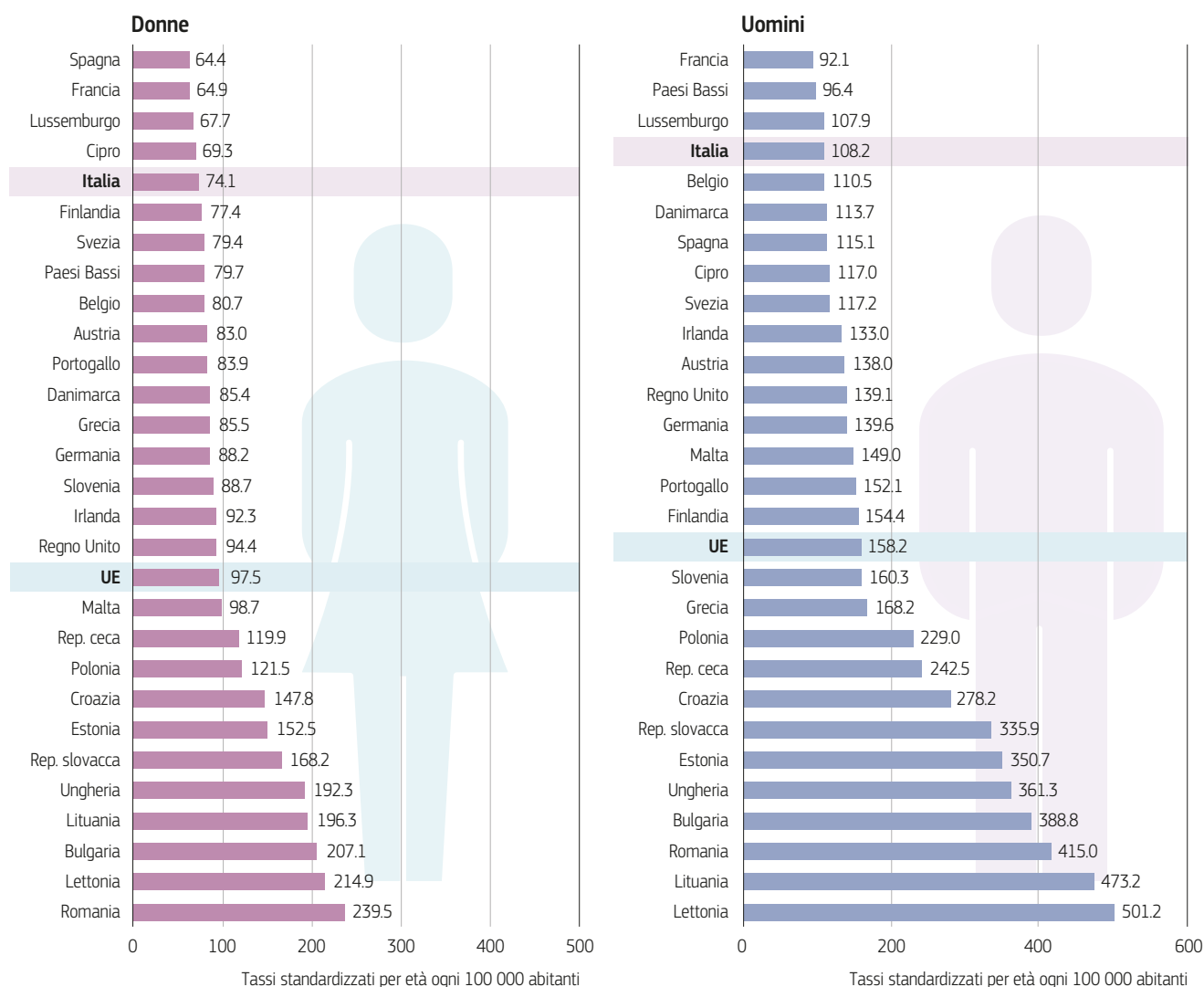
I bassi tassi di mortalità evitabile suggeriscono l'efficacia generale del sistema sanitario italiano

La mortalità dovuta a patologie ritenute imputabili all'assistenza medica può essere considerata un indicatore generale dell'efficienza del sistema sanitario. In Italia i tassi relativamente bassi di mortalità evitabile suggeriscono l'efficacia del sistema sanitario nazionale nell'affrontare patologie potenzialmente letali quali cardiopatie ischemiche, ictus, tumori al seno e al collo dell'utero e altre patologie oncologiche curabili; i tassi di mortalità sono relativamente contenuti sia per gli uomini sia per le donne (Grafico 8). Nell'ultimo decennio inoltre i tassi di mortalità evitabile hanno registrato una tendenza al ribasso.

Un efficace sistema di assistenza per acuti contribuisce a bassi tassi di mortalità per patologie cardiovascolari

Gli indicatori della qualità dell'assistenza suggeriscono in linea di massima buone prestazioni degli ospedali nel salvare la vita dei pazienti, sebbene vi siano delle variazioni a seconda delle regioni e delle strutture ospedaliere. I decessi a seguito di un ricovero per infarto miocardico acuto (la principale forma di patologia ischemica cardiaca) sono tra i più bassi nei paesi UE che registrano tali dati, con appena 7,6 decessi ogni 100 ricoveri nel 2015 (Grafico 9). Questi progressi nella riduzione della mortalità si devono a una serie di fattori, quali un trasporto più tempestivo all'ospedale e interventi medici più efficaci. Analogamente, i tassi di mortalità per ictus si sono ridotti e nel 2015 erano tra i più bassi d'Europa.

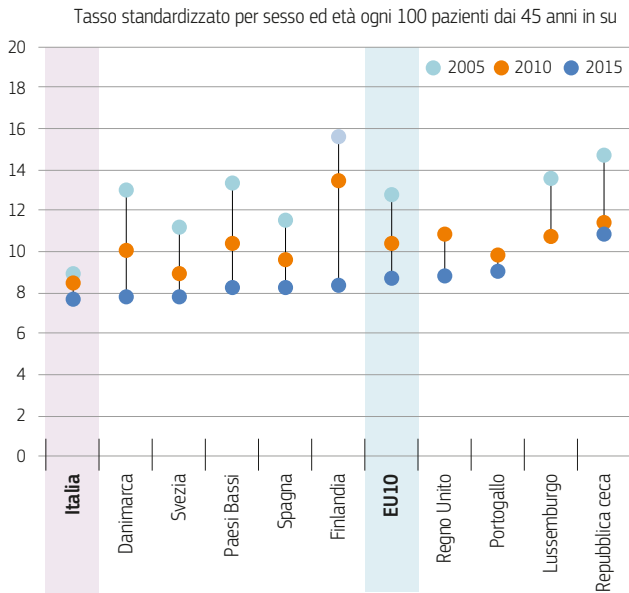
Grafico 8. In Italia i tassi di mortalità evitabile sono tra i più bassi d'Europa



7. Medici del servizio pubblico che erogano prestazioni in privato presso gli ospedali pubblici.

Fonte: Banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2014).

Grafico 9. In Italia il tasso dei decessi ospedalieri a seguito di infarto miocardico acuto è sceso e si attesta a livelli molto bassi



Nota: Questo indicatore si basa su dati a livello di paziente. Per il Lussemburgo si tratta di una media triennale. La media UE non è ponderata.

Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2017.

In genere l'assistenza di base è di buona qualità

La capacità dell'assistenza di base di rispondere alle esigenze dei pazienti affetti da malattie croniche è spesso usata come indicatore dell'efficacia di questo tipo di assistenza. In caso di malattie croniche che necessitano di assistenza ambulatoriale (o in day-hospital), quali l'asma, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'insufficienza cardiaca congestizia (CHF) e il diabete, un'assistenza di base accessibile ed efficace in genere può ridurre il rischio di complicazioni ed evitare il

ricovero ospedaliero. In linea di massima, il sistema sanitario italiano offre un'assistenza di base di qualità ai pazienti affetti da tali patologie croniche, come dimostra il tasso relativamente basso di ricoveri per queste malattie che richiedono assistenza di tipo ambulatoriale (Grafico 10).

Nonostante i bassi livelli di screening il tasso di sopravvivenza ai tumori è tra i più alti nell'UE

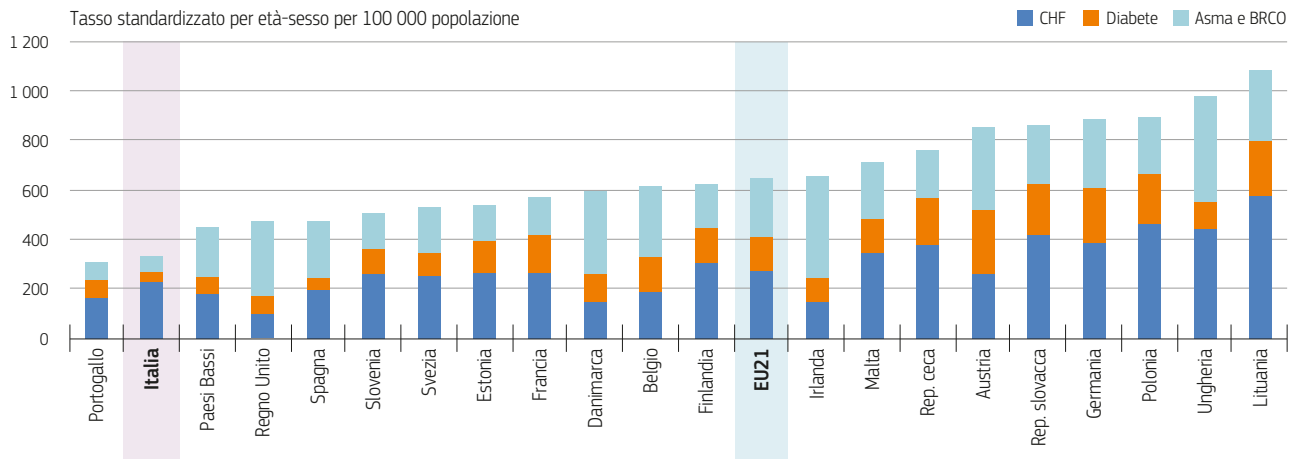
Negli ultimi anni sono stati introdotti diversi programmi nazionali di screening per potenziare il monitoraggio e la diagnosi precoce dei tumori più comuni, ossia al colon-retto, al seno e al collo dell'utero. In linea con gli orientamenti dell'Unione europea, i programmi di screening sulla popolazione sono offerti a titolo gratuito, a determinati segmenti della popolazione, su base regionale.

I dati del programma CONCORD dimostrano che, dal 2000-2004 al 2010-2014, in Italia i tassi di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi di varie tipologie di tumori sono aumentati e nel quadriennio 2010-2014 si sono mantenuti a livelli più elevati rispetto alla maggior parte dei paesi UE per il tumore: al seno (86%), al colon-retto (64%) e al collo dell'utero (67%).

La mortalità prevenibile è stata ridotta con politiche sanitarie mirate a combattere i comportamenti a rischio

In Italia si è riscontrata una riduzione anche nei tassi di mortalità per numerose cause prevenibili, risultato dovuto almeno in parte a politiche di salute pubblica volte a ridurre i fattori di rischio. Il numero dei decessi provocati da patologie legate al consumo di alcolici (escluse le cause esterne) è molto basso e nel 2014 il paese ha riportato il quarto valore più basso in Europa (5,9 ogni 100 000 abitanti, contro una media UE di 15,7). L'Italia riporta un tasso di mortalità per incidenti stradali di 5,9 ogni 100 000 abitanti, in linea con la media dell'Unione.

Grafico 10. I bassi tassi di ricovero indicano un'assistenza di qualità per le malattie croniche



Nota: I tassi non sono adeguati in base al fabbisogno di assistenza o ai fattori di rischio per la salute.

Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2017 (i dati si riferiscono al 2015).

Nel 2014 i decessi per tumore al polmone erano al di sotto della media europea, con 60,2 casi ogni 100 000 abitanti contro 82,5. Da 15 anni sono in atto politiche per la lotta al tabagismo, incluso il divieto di fumare in tutti i locali pubblici e luoghi di lavoro introdotto nel 2012 e le ulteriori restrizioni al consumo da parte dei minori, seppure il tasso di fumatori tra gli adolescenti rimanga troppo elevato (cfr. Sezione 3). Un recente provvedimento europeo, mirato in particolare agli adolescenti, ha introdotto alla fine del 2016 avvertenze illustrate sui pacchetti. L'effetto potrebbe tuttavia essere mitigato dalla contemporanea uscita sul mercato di custodie per i pacchetti, acquistabili presso i tabaccai, realizzate espressamente per nascondere le inquietanti immagini presenti sulle nuove confezioni.

RIQUADRO 1. LA RIDUZIONE DELLA COPERTURA VACCINALE È LA CAUSA PRINCIPALE DI UN'EPIDEMIA DI MORBILLO NEL 2016-2017

Per raggiungere l'obiettivo di una copertura vaccinale del 95 % stabilito dalle linee guida dell'OMS, nel 2012 è stato approvato un piano vaccinale nazionale che sottolinea il diritto alla vaccinazione, obbligatoria e inclusa nei LEA. Sebbene nel 2012 i tassi di copertura fossero perlopiù superiori all'obiettivo del 95 %, negli ultimi anni si è osservata una tendenza negativa e nel 2015 per alcuni vaccini specifici (DTP3, MCV, HepB3) la copertura è scesa di 3-5 punti percentuali.

Per effetto della riduzione delle vaccinazioni, nel 2016-2017 si è verificata una preoccupante epidemia di morbillo, con un totale di 865 casi nel 2016 e 2 851 casi registrati fino a giugno 2017 (ECDC, 2017). Dei casi segnalati nel 2017, l'89 % dei soggetti (principalmente bambini) non era stato vaccinato, mentre al 6 % era stata somministrata soltanto la prima dose del vaccino (il che aumenta le probabilità di contagio rispetto alla copertura con entrambe le dosi).

Per fare fronte alla riduzione della copertura vaccinale, nel mese di maggio 2017 per i bambini che frequentano la scuola sono stati resi obbligatori dodici vaccini.



L'Italia ha recentemente introdotto nuove misure per incrementare la copertura vaccinale tra i bambini, al fine di ridurre il rischio di epidemie dovute alla diffusione di malattie infettive (Riquadro 1).

L'impegno per ridurre l'obesità infantile sembra dare buoni risultati, ma persistono disparità regionali

Il governo italiano ha preso provvedimenti per controllare e ridurre i tassi di sovrappeso e obesità infantili. Dal 2008, il sistema di vigilanza "OKkio alla salute" monitora i bambini della scuola primaria in tutto il paese. L'ultima relazione (Nardone *et al.* 2016) indica che a livello nazionale, tra i bambini di 8-9 anni, i tassi sono scesi dal 23 % del 2008 al 21,3 % per il sovrappeso e dal 12 % al 9,3 % per l'obesità. La tendenza alla diffusione del sovrappeso è pressoché stabile, con una lieve diminuzione nel 2014 e nel 2016 rispetto ai periodi precedenti; per l'obesità si osserva invece una costante tendenza al ribasso. Persistono tuttavia marcate differenze regionali, con tassi di sovrappeso e obesità superiori al 40 % in regioni meridionali quali la Calabria, la Campania e il Molise, mentre al nord le percentuali rimangono al di sotto del 25 %. La relazione "OKkio alla salute" individua ampie disparità regionali nella disponibilità di palestre nelle scuole, nelle iniziative per la promozione di abitudini alimentari più salutari e nella percentuale delle scuole con il servizio mensa, i cui pasti sono generalmente ritenuti più sani (meno del 50 % al sud contro il 90 % al nord).

La resistenza agli antimicrobici rappresenta una grave minaccia per la salute pubblica, per il sistema sanitario e per l'economia

L'Italia è particolarmente esposta alla resistenza agli antimicrobici, dato che nel paese si riscontrano livelli di resistenza tra i più alti d'Europa per la maggior parte dei patogeni monitorati dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC, 2017). Nel 2014, l'Italia ha introdotto un piano di prevenzione quadriennale per la resistenza agli antimicrobici basato sul modello *One Health* (un metodo trasversale di affrontare i rischi per la salute basato sull'idea che la salute dell'uomo, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse). Il piano attuale fa soprattutto affidamento sul fatto che le regioni mettano in atto sistemi di monitoraggio, strategie di conservazione e prevenzione e campagne di formazione per promuovere il corretto impiego degli antibiotici. Un nuovo piano integrato, che include molte priorità evidenziate nel piano d'azione globale dell'OMS per la resistenza agli antimicrobici, è in fase di sviluppo e dovrebbe vedere la luce nel 2018. L'Italia combatte la resistenza agli antimicrobici anche con la partecipazione a iniziative internazionali come la *Global Health Security Agenda*, volta a coordinare gli sforzi a livello globale per l'istituire piani nazionali completi in materia di resistenza agli antimicrobici, potenziare i sistemi di vigilanza e promuovere la gestione dell'uso degli antibiotici (*antibiotic stewardship*).

5.2 ACCESSIBILITÀ

Nonostante la copertura universale, una percentuale relativamente elevata di cittadini segnala necessità sanitarie non soddisfatte

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale copre tutti i cittadini e gli stranieri residenti e pertanto, in linea di principio, offre assistenza sanitaria all'intera popolazione. Il sistema garantisce l'accesso ai servizi di base - come il Pronto Soccorso - anche a stranieri che non possiedono un permesso di soggiorno, senza richiedere l'iscrizione al SSN. Organizzazioni non governative offrono un crescente numero di altri servizi di assistenza sanitaria a quanti non sono in possesso di un permesso di soggiorno, ma i costi delle prestazioni che non rientrano nei servizi di base sono prevalentemente a carico dell'assistito.

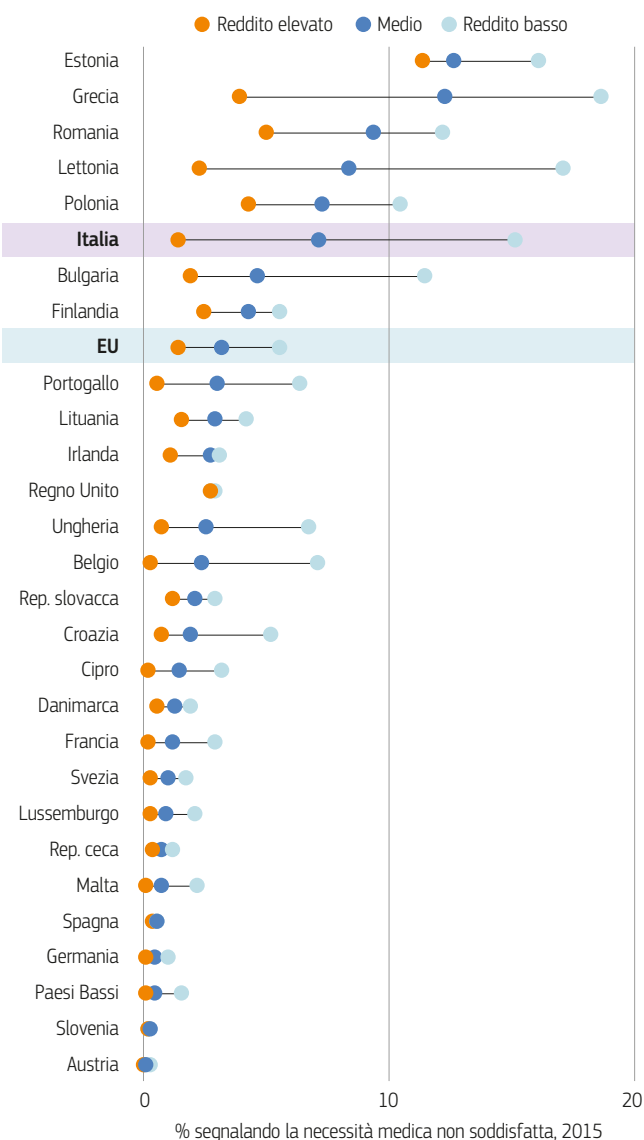
Il mercato delle assicurazioni sanitarie facoltative è piuttosto ridotto (0,9 % della spesa sanitaria complessiva nel 2012). Le assicurazioni sanitarie facoltative sono sottoscritte come polizze integrative finalizzate a coprire le spese per la partecipazione ai costi (ticket), oppure per servizi in parte esclusi dai LEA - quali le cure dentistiche, o ancora per le prestazioni rese in regime di *intra-moenia*⁸ (che garantiscono l'accesso in tempi più brevi). Negli ultimi anni, il governo nazionale ha introdotto alcune forme di incentivazione economica (esenzioni fiscali) per promuovere le assicurazioni integrative.

Nonostante la copertura completa per le prestazioni sanitarie di base, nel 2015 il 7 % degli italiani ha segnalato bisogni sanitari non soddisfatti per motivi di natura economica, geografica (distanze eccessive) o di attesa. Tale percentuale è superiore alla media europea (inferiore al 4 %) e negli ultimi anni ha riportato un aumento, risultando particolarmente elevata nella fascia di reddito più bassa: oltre il 15,0 %, nel 2015, contro meno dell'1,5 % nella fascia di reddito più elevata (Grafico 11). La maggior parte dei bisogni insoddisfatti è imputabile al costo troppo elevato della prestazione, mentre le liste d'attesa e le barriere geografiche sono fattori meno incisivi.

Dagli studi a livello nazionale sono emerse profonde differenze nella fruizione del servizio sanitario in base alla condizione socioeconomica, con un ricorso alle visite specialistiche ed alle indagini diagnostiche ambulatoriali nettamente superiore tra le classi più agiate e un maggiore ricorso all'assistenza di base tra le classi meno abbienti (Glorioso e Subramanian, 2014). Le disparità nel ricorso alle visite specialistiche ed alle indagini diagnostiche ambulatoriali sono ampiamente riconducibili a una maggiore alfabetizzazione sanitaria delle classi benestanti (che influisce sui tassi di fruizione dei servizi di prevenzione e degli screening) e agli oneri fissi a carico del paziente quale compartecipazione al costo delle prestazioni (che limitano l'accesso delle persone a basso reddito, soprattutto all'assistenza specialistica al di fuori del ricovero ospedaliero), nonché ai servizi di scarsa qualità e alle lunghe liste d'attesa (soprattutto nelle regioni meridionali), che inducendo i cittadini a rivolgersi all'assistenza sanitaria privata, attivano la correlazione tra possibilità di pagare le prestazioni e condizione socio-economica del paziente.

8. La disparità è ancor più marginale se si tiene conto degli indennizzi per la mobilità interregionale dei pazienti che si recano in altre regioni per l'assistenza medica.

Grafico 11. In Italia il fabbisogno sanitario insoddisfatto è tra i più alti d'Europa, soprattutto per i meno abbienti



Nota: I dati si riferiscono al fabbisogno di visite o trattamenti medici che non è stato soddisfatto a causa dei costi, della distanza geografica o dei tempi di attesa. Nel confronto dei dati relativi ai vari paesi occorre tenere conto di alcune differenze negli strumenti di indagine utilizzati.

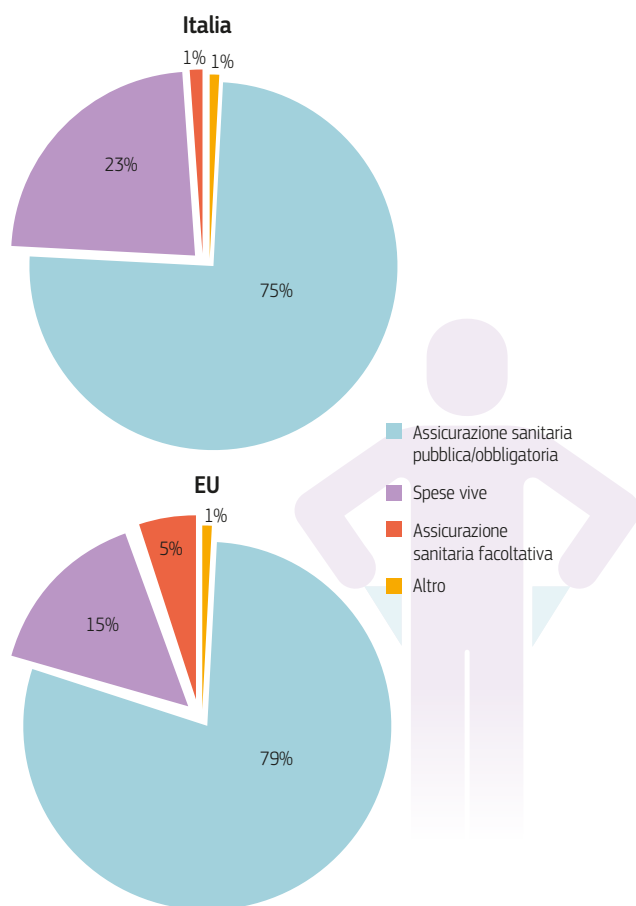
Fonte: Banca dati di Eurostat, basata su EU-SILC (i dati si riferiscono al 2015).

Le spese a diretto carico del paziente sono aumentate in seguito alla crisi economica

Circa il 23 % della spesa sanitaria in Italia è a diretto carico del paziente, contro la media UE del 15 % (Grafico 12). L'assistenza di base e i ricoveri ospedalieri sono gratuiti, mentre per le visite specialistiche e per le indagini diagnostiche ambulatoriali, nonché per i farmaci coperti totalmente o parzialmente dal SSN, è richiesto il pagamento di un contributo (in presenza di una richiesta del medico di base; diversamente è richiesto il pagamento dell'intero costo della prestazione/farmaco).

I livelli di compartecipazione sono stabiliti dalle regioni entro vincoli stabiliti a livello nazionale. L'aumento della compartecipazione al costo

Grafico 12. Più di un quinto delle spese mediche grava sulle famiglie



Fonti: Statistiche sulla salute dell'OCSE; Banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2015).

dei farmaci in molte regioni è diventato una strategia comune per contenere la spesa pubblica e per ottenere prescrizioni più appropriate. La maggior parte delle regioni ha attuato o incrementato diversi livelli di compartecipazione al costo dei farmaci. Alcune regioni hanno introdotto un ticket anche per chi ricorre impropriamente al Pronto Soccorso. Determinati gruppi della popolazione sono tuttavia esenti dal pagamento del ticket, come i bambini al di sotto dei 6 anni e gli ultrasessantacinquenni a basso reddito, le donne in gravidanza e quanti sono affetti da disabilità gravi o da numerose specifiche patologie, croniche e rare.

Le disparità regionali nella capacità di erogare le prestazioni incluse nei LEA potrebbero persistere

Nel 2016 la copertura prevista dal Servizio Sanitario Nazionale (i Livelli Essenziali di Assistenza -LEA) è stata riveduta e ampliata (cfr. Riquadro 2).

Aumentano tuttavia le perplessità circa la capacità delle singole regioni di erogare le prestazioni incluse nei nuovi LEA stabiliti a livello nazionale. Nel complesso, le risorse destinate alle regioni, ripartite soprattutto in base a fattori demografici, non raggiungono il budget necessario al finanziamento dei costi dei nuovi LEA. In linea con le disposizioni dei piani

RIQUADRO 2. IL NUOVO PACCHETTO RAZIONALIZZA E AMPLIA IL VENTAGLIO DEI SERVIZI SANITARI DISPONIBILI

Nel 2016 il governo ha approvato un elenco rivisto delle prestazioni e dei servizi sanitari garantiti a tutti coloro che risiedono in Italia. Quando sono stati pubblicati i primi Livelli Essenziali di Assistenza, nel 2001, la normativa prevedeva soltanto una descrizione generale dei sottolivelli di assistenza che dovevano essere erogati dalle regioni. I nuovi LEA, invece, sono stati stabiliti sulla base delle esigenze demografiche ed epidemiologiche contingenti, definendo nel dettaglio i servizi sanitari messi a disposizione della popolazione con l'impiego di risorse pubbliche. I LEA ampliati includono ulteriori prestazioni specialistiche ambulatoriali (imponendo particolare attenzione all'efficacia clinica nell'utilizzo), nuovi vaccini e screening neonatali, nuove applicazioni di tecnologie innovative, ad esempio relative alle protesi, ad integrazione e in sostituzione di trattamenti ormai superati. È stato ampliato inoltre l'elenco delle malattie croniche, e di quelle rare, per le cui prestazioni diagnostiche e terapeutiche sono interamente a carico del SSN.

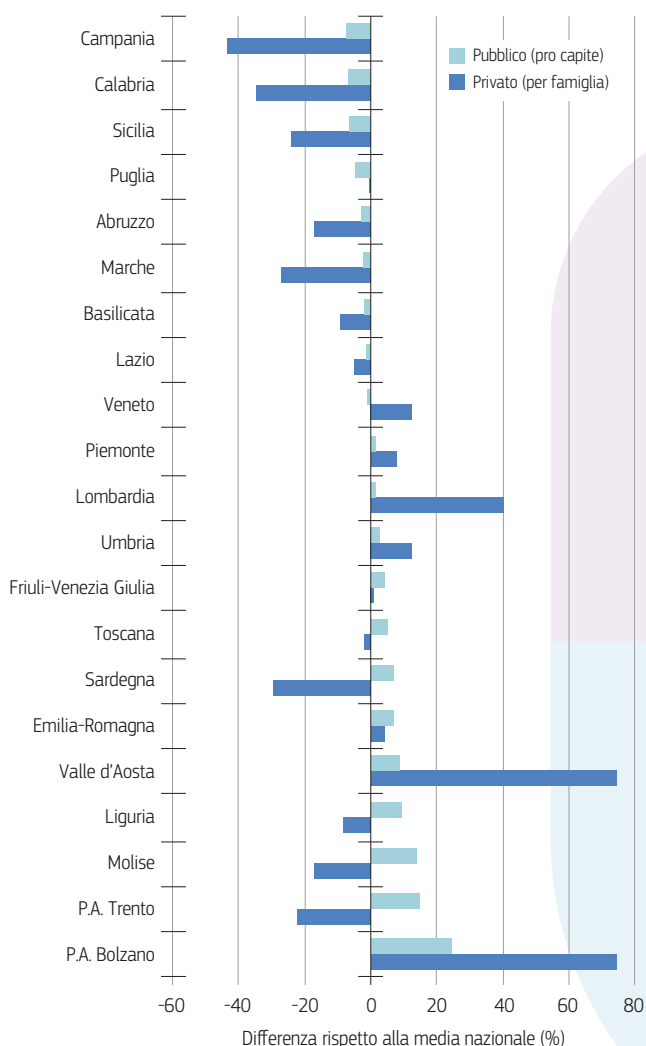
di rientro, le regioni che sistematicamente non raggiungono i livelli di finanziamento necessari all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) dovranno contribuire individualmente con risorse supplementari al raggiungimento del budget necessario a garantire il servizio all'utenza. In base all'entità delle risorse supplementari disponibili, vi è il rischio che le disparità regionali nell'accesso al pacchetto nazionale persistano o aumentino.

5.3 RESILIENZA

È in corso un processo di ricentralizzazione

Nel 2001 l'Italia ha avviato un profondo processo di decentramento in ambito sanitario, trasferendo alle regioni competenze di natura fiscale, finanziaria e gestionale. In particolare, i trasferimenti di fondi dal governo centrale alle regioni sono stati sostituiti da imposte regionali sulle attività e da un fondo di solidarietà nazionale finanziato con il ricavato delle imposte sul valore aggiunto. In varie regioni tuttavia sono state riscontrate carenze di fondi e di servizi dovute principalmente a scarse capacità gestionali e a una produttività insufficiente, che a loro volta hanno avuto ripercussioni negative sulla qualità percepita dell'assistenza (Fattore, Petrarca e Torbica 2014), con la conseguente richiesta di una (ri)centralizzazione del sistema. Il risultato è stato il crearsi di un notevole disavanzo nel settore sanitario nella metà delle regioni. Anche a seguito della crisi economica del 2009, il governo centrale ha imposto l'attuazione di piani di rientro regionali nelle aree con il deficit più elevato, che si sono dimostrati efficaci nella riduzione del disavanzo.

Grafico 13. Nelle regioni meridionali la spesa sanitaria è inferiore alla media nazionale



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat (i dati si riferiscono al 2016).

L'offerta di servizi a una popolazione che invecchia mette a rischio la sostenibilità finanziaria

Nelle regioni più ricche, ossia la provincia autonoma di Bolzano, la Lombardia e la Valle d'Aosta, la spesa sanitaria per famiglia nel settore privato è due volte quella delle regioni più povere, ossia la Campania e la Calabria (Grafico 13). Nelle regioni povere del meridione si riscontra una spesa sanitaria inferiore anche nel settore pubblico, sebbene in questo caso le differenze regionali siano meno incisive⁹.

Con il 22 % della popolazione oltre i 65 anni nel 2015, l'Italia ha la popolazione più anziana d'Europa. In tale contesto, e tenuto conto di una serie di proiezioni relative alla salute della popolazione e alla crescita economica futura, si prevede che in Italia la spesa pubblica per l'assistenza sanitaria quale percentuale del PIL subirà un lieve aumento

raggiungendo il 6,7 % del PIL nel 2060. Si stima inoltre che nel 2060 la spesa pubblica per l'assistenza a lungo termine ai pazienti cronici (*long-term care*) raggiungerà il 2,7 % del PIL, per effetto dell'aumentato fabbisogno legato all'invecchiamento della popolazione (Commissione europea e comitato per la politica europea, 2015).

Aumenta l'attenzione al coordinamento e all'integrazione dell'assistenza

Il "decreto Balduzzi", approvato nel 2012, ha promosso la costituzione volontaria di poliambulatori per l'assistenza di base: dagli studi individuali dei medici di base, è stato previsto il passaggio alla creazione di reti e al lavoro di squadra, a tutto vantaggio dei pazienti con bisogni complessi. Più recentemente, il Patto per la salute del 2014 ha compiuto un ulteriore passo verso l'integrazione dell'assistenza chiedendo alle regioni di istituire "unità complesse di cure primarie", in cui operino medici di medicina generale, specialisti, infermieri e operatori sociali. Il nuovo modello organizzativo intende migliorare la continuità dell'assistenza e al contempo ridurre l'uso improprio dei servizi di pronto soccorso.

Migliorare l'efficienza del settore ospedaliero è necessario e possibile

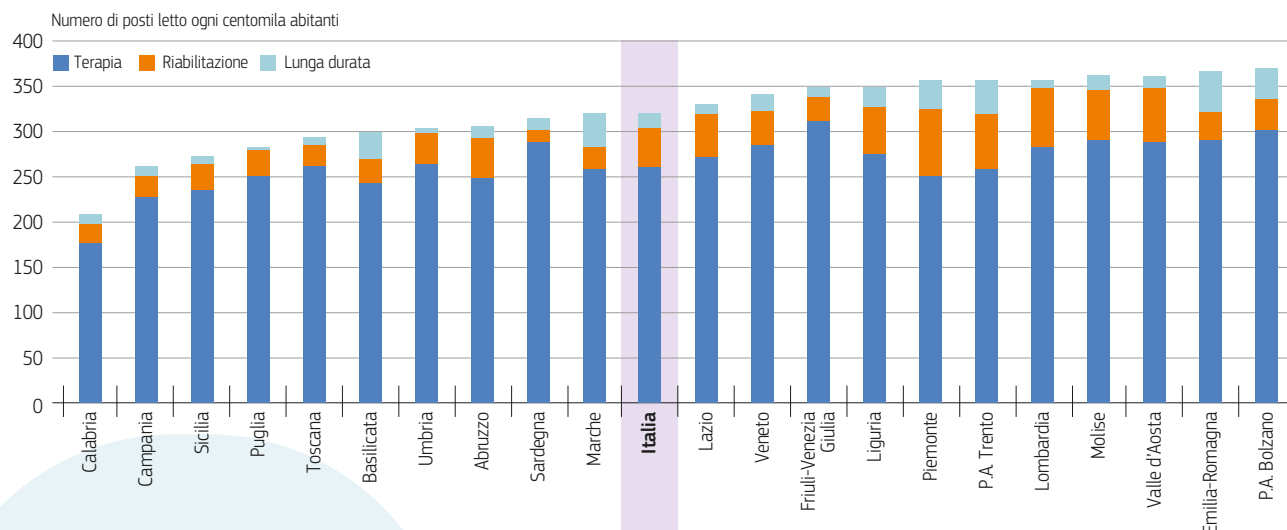
Come in molti altri paesi dell'Unione europea, dal 2000 in Italia si è avuta una riduzione dei posti-letto ospedalieri pro capite (cfr. Sezione 4). Nel 2015, i posti-letto ospedalieri per l'assistenza in acuzie, riabilitazione e lungodegenza erano 3,2 ogni 1 000 abitanti, dunque ampiamente al di sotto della media europea di 5,1. Si osservano tuttavia consistenti disparità regionali, con una offerta inferiore nelle aree meridionali (Grafico 14).

A differenza di altri paesi dell'Unione europea, a partire dal 2000 in Italia la durata media delle degenze ospedaliere non ha subito una riduzione, ma è rimasta costante intorno agli otto giorni, in linea con la media UE. Il tasso di occupazione media dei posti-letto ospedalieri nel 2015 era del 79 %, anche in questo caso in linea con la media europea.

In Italia si prescrivono pochi farmaci generici

La revisione della spesa pubblica avviata nel 2012, oltre a provvedimenti quali il taglio dei posti-letto ospedalieri e della spesa pubblica dedicata al Servizio Sanitario Nazionale, ha compiuto un ulteriore passo per promuovere la prescrizione di farmaci generici da parte dei medici di base, ora tenuti a esplicitare sulla prescrizione i principi attivi per agevolare il passaggio al generico. Nonostante questo provvedimento, in Italia la penetrazione del mercato da parte dei farmaci generici è ancora relativamente modesta rispetto ad altri paesi europei: nel 2015, si attestava all'11 % della spesa farmaceutica e al 19 % dei consumi. Anche in questo caso sussistono marcate disparità regionali, nelle modalità di prescrizione e di consumo dei farmaci generici, che sembrano tuttavia risultare non tanto da differenze programmatiche, quanto piuttosto da preferenze culturali e dai sistemi di monitoraggio delle autorità sanitarie locali.

9. La disparità è ancor più marginale se si tiene conto degli indennizzi per la mobilità interregionale dei pazienti che si recano in altre regioni per l'assistenza medica.

Gráfico 14. Le regioni meridionali hanno una minore offerta di posti-letto ospedalieri

Fonte: Banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2015).

L'Italia guarda avanti, puntando su un maggior numero di infermieri e sulla regolamentazione delle badanti

In seguito alla crisi economica del 2008 si è assistito a un congelamento delle assunzioni dei professionisti sanitari nel settore pubblico. Come già evidenziato, in Italia la forza lavoro è caratterizzata da un numero relativamente elevato di medici e da pochi infermieri. Per rispondere a tale squilibrio, negli ultimi 15 anni si è avuto un marcato aumento degli studenti ammessi ai percorsi formativi per infermieri e dei laureati in tale ambito, peraltro anche con un miglioramento dell'iter formativo. Il numero dei laureati in medicina è rimasto pressoché costante intorno ai 6 500 l'anno, mentre i laureati in infermieristica sono più che quadruplicati, passando da 3 100 nel 2000 a oltre 13 000 nel 2014. Considerati i recenti blocchi delle assunzioni, la sfida consiste ora nella creazione di posti di lavoro sufficienti ad assorbire il crescente volume di laureati, per raggiungere un migliore equilibrio tra medici e infermieri.

Sebbene gli infermieri stranieri siano una netta minoranza (appena il 5 % del totale), la richiesta di operatori stranieri per l'assistenza domiciliare agli anziani (*badanti*) è molto elevata. Secondo le stime, nel 2015 la domanda di lavoratori stranieri non qualificati per l'assistenza domiciliare era tre volte superiore alla domanda di infermieri con una formazione specifica. A fronte dell'invecchiamento della popolazione si prevede un ulteriore aumento della domanda. Poiché la maggior parte dei prestatori di assistenza informale inizialmente entra nel paese senza permesso di soggiorno, il governo ha preso provvedimenti per regolamentare la loro condizione e ha ammorbidito i requisiti di ingresso alla formazione infermieristica.

Maggiori sforzi per adottare nuove tecnologie e migliorare il monitoraggio delle prestazioni

In Italia il Comitato nazionale per i dispositivi medici e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) contribuiscono a promuovere l'adozione di nuove tecnologie economicamente efficienti, anche tenendo conto dei risultati di studi di Health Technology Assessment (HTA; valutazioni delle tecnologie sanitarie). Alcune regioni hanno istituito inoltre proprie Agenzie sanitarie, che monitorano la qualità dell'assistenza, svolgono analisi comparative dell'efficacia del servizio e offrono assistenza scientifica agli Assessorati sanitari regionali.

Rafforzando la Sanità elettronica (eHealth) ed il sistema informativo sanitario, l'Italia negli ultimi anni ha posto l'accento sulla valutazione delle prestazioni. A seguito dell'organizzazione dei Piani di rientro regionali, il governo punta a rendere più efficace il monitoraggio dei servizi ospedalieri, al fine di garantire alla popolazione l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Gli erogatori pubblici sono tenuti per legge a misurare e comunicare set prestabiliti di indicatori delle prestazioni, quali i tempi di attesa e i parametri della qualità, nell'ambito della "Carta dei servizi" pubblicata a livello nazionale. Analoghe rendicontazioni sono state adottate anche ai fini dell'accreditamento degli erogatori privati, per consentire ai cittadini e alle Autorità il monitoraggio e la valutazione della qualità dei servizi erogati.

6 Risultati principali

- Il sistema sanitario italiano ha contribuito notevolmente al miglioramento della salute dei cittadini e all'allungamento della speranza di vita. In Italia la mortalità evitabile presenta uno dei tassi più bassi d'Europa, soprattutto grazie alla lieve ma costante riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari. Il numero dei decessi legati al consumo di alcolici è tra i più bassi nell'Unione europea, un dato che riflette un consumo generalmente moderato di bevande alcoliche e un basso livello di "binge drinking". Occorre tuttavia un impegno ulteriore per ridurre il fumo tra gli adolescenti e gli adulti e ottenere così un calo dei decessi dovuti al tumore al polmone e ad altre patologie correlate al fumo.
- Nonostante le iniziative del governo italiano per ridurre l'incidenza del sovrappeso e dell'obesità, regioni meridionali quali la Calabria, la Campania e il Molise presentano tassi di sovrappeso e obesità infantile superiori al 40 %.
- In seguito alla crisi economica del 2008, una serie di provvedimenti per la riduzione della spesa pubblica ha prodotto tagli ai finanziamenti pubblici per la sanità. Con l'introduzione dei piani di rientro, la maggior parte delle regioni ha chiesto ai cittadini una maggiore partecipazione ai costi per l'acquisto dei farmaci e a fronte di un uso improprio del pronto soccorso.
- Nella fascia di reddito più bassa la percentuale di cittadini che segnalano bisogni sanitari non soddisfatti per motivi economici è particolarmente elevata, lasciando supporre marcate disparità nell'accesso all'assistenza. Vari gruppi vulnerabili sono comunque esenti dal pagamento dei ticket sanitari.
- A seguito della ripresa economica degli ultimi anni, nel 2016 i Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale sono stati rivisti e ampliati, ma vi sono perplessità in merito alla capacità finanziaria delle regioni di erogare le prestazioni incluse nei nuovi LEA, a cui devono poter accedere tutti i residenti in Italia. La ripartizione dei fondi solleva dubbi circa la capacità delle regioni più povere di finanziare l'accesso a tali servizi senza alzare le imposte regionali (o creare deficit) e il rischio è un aumento dei bisogni sanitari non soddisfatti e delle spese sanitarie a diretto carico dei pazienti.
- Nonostante l'impegno per migliorare l'efficienza della spesa farmaceutica, i farmaci generici costituiscono ancora una piccola percentuale del volume complessivo dei medicinali oggetto di prescrizione medica. Recenti provvedimenti promuovono la prescrizione dei generici, imponendo ai medici di base di indicare esplicitamente nella ricetta i principi attivi, agevolando così la sostituzione.
- È in corso la formazione di un maggior numero di infermieri e la regolarizzazione delle badanti nel tentativo di rispondere ai crescenti bisogni sanitari e in particolare di assistenza "long-term" da parte di una popolazione sempre più anziana, nell'ottica di un uso più efficiente delle risorse umane. Rispetto agli altri paesi UE l'Italia è caratterizzata da un basso rapporto infermieri/medici, ma negli ultimi 15 anni il numero degli studenti che completano i corsi di studio in scienze infermieristiche è quadruplicato. Ora la sfida è trovare impieghi adeguati all'interno del sistema sanitario per tutti questi nuovi professionisti. Il ruolo degli operatori per l'assistenza personale, che rappresentano la percentuale più elevata degli operatori di assistenza domiciliare per gli anziani, è in via di regolamentazione nel tentativo di rispondere alla crescente domanda di assistenza a lungo termine.



Fonti principali

Ferré, F. et al., "Italy: Health System Review", *Health Systems in Transition*, Vol. 16(4), 2014, pagg. 1168.

OCSE/UE, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Parigi, 2016. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Riferimenti bibliografici

ECDC, "Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe 2015", *Relazione annuale della rete europea di sorveglianza della resistenza antimicrobica (EARS-Net)*, 2017.

ECDC, "Hepatitis C", *Relazione epidemiologica annuale 2015*, 2016.

Commissione europea (DG ECFIN) e Comitato di politica economica (gruppo di lavoro sull'invecchiamento della popolazione, Ageing Working Group - AWG), "The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)", *European Economy* 3, Bruxelles, Maggio 2015.

Fattore, G., G. Petrarca e A. Torbika, "Traveling for Care: Inter-regional Mobility for Aortic Valve Substitution in Italy", *Health Policy*, Vol. 117, 2014, pagg. 90-97.

Glorioso, V. e S.V. Subramanian, "Equity in Access to Health Care Services in Italy", *Health Services Research*, Vol. 49(3), 2014, pagg. 950-970.

IHME, "Global Health Data Exchange", Istituto per la misurazione e la valutazione della salute, 2016. Disponibile online al seguente indirizzo: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> on 8 February 2017.

Ministero della Salute, "Sistema di valutazione e monitoraggio della qualità dell'assistenza e delle performance dei sistemi sanitari", *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010*, Roma, 2011. Disponibile online al seguente indirizzo: www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaParagrafoRssp.jsp?sezione=risposte&capitolo=valutazione&id=2677.

Nardone, P. et al., "Il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute. Risultati 2014", 2016. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>.

OASI, "Strutture e attività SSN", Rapporto OASI, Cergas Università Bocconi, 2016 .

OCSE, *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, Parigi, 2014. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.

Elenco dei codici paese

Austria	AT	Estonia	EE	Italia	IT	Polonia	PL	Romania	RO
Belgio	BE	Finlandia	FI	Lettonia	LV	Portogallo	PT	Slovenia	SI
Bulgaria	BG	Francia	FR	Lituania	LT	Regno Unito	UK	Spagna	ES
Cipro	CY	Germania	DE	Lussemburgo	LU	Repubblica ceca	CZ	Svezia	SE
Croazia	HR	Grecia	EL	Malta	MT	Repubblica		Ungheria	HU
Danimarca	DK	Irlanda	IE	Paesi Bassi	NL	slovacca	SK		

State of Health in the EU

Profilo della sanità 2017

I profili sanitari dei vari paesi rappresentano un passo importante nel ciclo biennale sullo stato di salute nell'UE della Commissione europea e sono il risultato di una collaborazione tra l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) e l'European Observatory on Health Systems and Policies. Il progetto è stato coordinato dalla Commissione e realizzato con il sostegno finanziario dell'Unione europea.

I profili per paese, sintetici e programmaticamente pertinenti, si basano su una metodologia trasparente e coerente che si avvale di dati quantitativi e qualitativi e si adatta in modo flessibile al contesto di ciascuno Stato membro dell'UE. L'obiettivo è creare uno strumento che consenta l'apprendimento reciproco e scambi su base volontaria, per sostenere l'impegno degli Stati membri nell'elaborazione di politiche fondate su dati concreti.

Ogni profilo contiene una breve sintesi dei seguenti aspetti:

- lo stato di salute del paese;
- i fattori determinanti per la salute, con l'accento sui fattori di rischio comportamentali;
- l'organizzazione del sistema sanitario;
- l'efficacia, l'accessibilità e la resilienza del sistema sanitario.

Questa è la prima serie di profili biennali per paese, pubblicata nel novembre 2017. La Commissione sta inserendo i risultati principali di tali profili in una relazione di accompagnamento.

Per maggiori informazioni, consultare il seguente indirizzo: ec.europa.eu/health/state/summary.

Come citare questo documento:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Italia: Profilo della sanità 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285248-it>

ISBN 9789264285248 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.