

La sanità italiana nel confronto internazionale: quali priorità d'azione?

Introduzione

In molti Paesi, soprattutto in seguito alle crisi finanziarie dell'ultimo decennio, gli alti tassi di disoccupazione, i mancati redditi e il carico maggiore di spesa sulle famiglie (1) hanno contribuito a peggiorare le condizioni sociali e di salute della popolazione (2). I tassi di fecondità sono ulteriormente diminuiti, accentuando i problemi dovuti all'invecchiamento della popolazione in termini demografici, sanitari e finanziari; le famiglie hanno ridotto le spese essenziali, tra cui quelle per i beni alimentari e per la salute, compromettendo il benessere attuale e futuro dei loro componenti (3). In questo contesto, un numero crescente di persone ha dichiarato di non essere soddisfatto della propria vita ed è venuta meno anche la fiducia nei Governi (2).

Per l'insieme dei Paesi che fanno parte dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), negli ultimi 15 anni la spesa sanitaria è cresciuta più del doppio del Prodotto Interno Lordo (PIL) e, nel frattempo, c'è stata una riduzione dell'impegno finanziario pubblico che per questo settore continua a rimanere la prevalente modalità di finanziamento.

La capacità dei Governi di rispondere alle crisi economiche è limitata dal crescente indebitamento delle finanze pubbliche: l'aumento dell'invecchiamento demografico, accompagnato da quello della spesa per la salute e l'assistenza a lungo termine, continuerà a fare pressione sui bilanci pubblici nel corso dei prossimi decenni pur adottando politiche di contenimento dei costi: per i Paesi dell'OCSE questa spesa passerà da circa il 6% del PIL del 2006-2010 al 9,5% nel 2060¹ (4).

Le evidenze prodotte dall'analisi comparata dei sistemi sanitari, pubblicate di recente dall'OCSE nel Report *Health at a Glance 2015* (5-7), sono il punto di partenza di questo lavoro: i Paesi che spendono di più in sanità non sono, necessariamente, quelli che hanno i migliori risultati in termini di salute e, fino ad oggi, non è stato individuato un modello di sistema sanitario migliore. I principali risultati di queste analisi portano alla selezione di alcuni indicatori chiave² utili alla valutazione comparata dei sistemi sanitari (7, 8): l'obiettivo di questo lavoro è identificare, attraverso questi indicatori, i punti di forza e, soprattutto, i punti di debolezza del Servizio Sanitario Nazionale per delinearne le priorità d'azione.

Metodi

La struttura concettuale utilizzata come riferimento per l'analisi comparata dei sistemi sanitari è quella sviluppata nell'ambito del Progetto dell'OCSE sugli indicatori di qualità (Figura 1), per cui oltre all'obiettivo di garantire il miglioramento dello stato di salute delle popolazioni dei Paesi membri si aggiunge l'analisi della dimensione organizzativo-economica per valutarne l'efficienza (8-10).

Il Report annuale dell'OCSE sulla sanità (7, 8) ha l'obiettivo di affrontare gli aspetti economici, le sfide sociali ed ambientali della globalizzazione ed è uno degli strumenti adottati, fin dal 2001, per individuare e confrontare la *performance* dei sistemi sanitari (11) in forma accessibile a tutti gli *stakeholder*.

Tale strumento è utilizzato per individuare i punti di forza e di debolezza di ciascun sistema sanitario in ottica comparata in modo da poter confrontare le esperienze politiche, trovare risposte a problemi comuni ed individuare le *best practice* da adottare come esempio per i Paesi in difficoltà.

Risultati

Nell'Edizione del Report *Health at a Glance* dell'OCSE del 2015 (8), vengono analizzate sette dimensioni della *performance* (stato di salute, fattori di rischio e stili di vita, forza lavoro, servizi sanitari in termini di prestazioni, accesso alle cure, qualità dell'assistenza, spesa sanitaria e finanziamento), il contesto socio-demografico ed economico e, per la prima volta, un "cruscotto" introduttivo in cui viene riportato il *ranking* del singolo Paese per ciascun indicatore *core*, selezionato tra quelli pubblicati nell'intero Report identificandolo come "core".

Per ognuna di queste dimensioni sono stati selezionati, da un gruppo di esperti, alcuni indicatori tra quelli presenti nella banca datisanitari dell'OCSE (12), seguendo i criteri della: 1. rilevanza concordata per le

¹Senza tali politiche di contenimento dei costi il valore potrebbe raggiungere circa il 14% del PIL.

²Indicatori estratti tra quelli presenti nella banca dati dei 34 Paesi membri dell'OCSE con l'ultimo aggiornamento del 2015 (Australia, Austria, Belgio, Canada, Cile, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Israele, Italia, Giappone, Corea, Lussemburgo, Messico, Olanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia, Regno Unito, Stati Uniti). Dal 1 luglio 2016 i Paesi membri sono 35, essendo stata ratificata la convenzione OCSE anche dalla Lituania.

politiche sanitarie; 2. disponibilità del dato; 3. chiara interpretabilità nell'ambito di una selezione di cinque dimensioni: stato di salute, fattori di rischio, accesso alle cure, qualità dell'assistenza e risorse sanitarie. Solo la dimensione dell'analisi delle risorse sanitarie a disposizione dei singoli sistemi sanitari non è stata valutata con lo stesso approccio valutativo poiché è stato escluso il terzo criterio della chiara interpretabilità. Questa esclusione è stata determinata dal fatto che non è chiaramente valutabile se il dato di un Paese che ha speso di più o ha più personale sanitario di un altro sia migliore o peggiore.

L'obiettivo della selezione è riuscire ad individuare i punti di forza e di debolezza di ciascun Paese rispetto alla valutazione della *performance* del sistema sanitario, identificando le aree in cui è prioritario intervenire. Questo è possibile attraverso una classifica di risultato che divide in tre grandi gruppi omogenei i Paesi: quelli con il risultato migliore, peggiore e intermedio. Il posto in classifica è calcolato in base al numero di Paesi per cui sono disponibili i dati per ciascun indicatore. Per ciascun indicatore è stata riportata la posizione in classifica dell'Italia ed i Paesi che si trovano al primo ed all'ultimo posto, evidenziando per ciascuno di essi il gruppo di appartenenza per risultato ottenuto (Tabella 1).

Rispetto alla dimensione che misura lo stato di salute, sono stati selezionati gli indicatori della speranza di vita, per genere e per classi di età, e la mortalità per patologie cardiovascolari (la prima causa di morte nella maggior parte dei Paesi del gruppo). Per questa dimensione tutti gli indicatori selezionati sono disponibili per i 34 Paesi membri dell'OCSE.

L'Italia, rispetto all'indicatore relativo alla speranza di vita alla nascita, si colloca nel gruppo di Paesi che ha risultati migliori, con valori del *ranking* che oscillano dal 3° posto, per la speranza di vita alla nascita per gli uomini (insieme a Svizzera, Islanda, Israele, Spagna, Svezia, Giappone, Australia, Lussemburgo, Norvegia, Olanda e Nuova Zelanda), al 4° posto per le donne (insieme a Giappone, Spagna, Francia, Corea, Svizzera, Australia, Finlandia, Grecia, Portogallo, Lussemburgo e Israele). Per questo indicatore le differenze di genere sono molto elevate soprattutto a causa dell'elevata mortalità degli uomini nelle fasce di età giovanili (età da lavoro) nei Paesi dell'Europa dell'Est dove Estonia, Polonia, Ungheria, Repubblica Slovacca e Turchia hanno delle differenze pari a circa 8 anni di vita in meno per gli uomini ed un altro gruppo composto da Corea, Francia, Giappone, Spagna e Portogallo in cui la differenza tra i due generi è di 6 anni di vita (7). Di conseguenza, l'indicatore della speranza di vita a 65 anni tra gli uomini fa slittare il valore dell'Italia all'8° posto, nel primo gruppo di Paesi fino al 12° posto con Svizzera, Francia, Spagna, Israele, Australia, Giappone, Lussemburgo, Nuova Zelanda, Svezia, Islanda e Canada; per la speranza di vita delle donne l'Italia resta, invece, al 4° posto.

Il tasso di mortalità per patologie cardiovascolari fa posizionare l'Italia più in basso nella lista, arrivando al 17° posto e, quindi, entrando nel secondo gruppo di Paesi (insieme a Svezia, Stati Uniti, Svizzera, Portogallo, Messico, Lussemburgo, Nuova Zelanda, Irlanda, Islanda, Cile e Belgio). I Paesi in cui questi valori risultano i peggiori sono: Repubblica Slovacca, Ungheria, Estonia, Repubblica Ceca, Polonia, Turchia, Slovenia, Grecia, Austria e Germania.

Affiancando questi tre indicatori del cruscotto a quello della speranza di vita in buona salute all'età di 65 anni, dato pubblicato nella banca dati dell'*Health at a Glance* OCSE 2015 (7), l'Italia ha i valori tra i più bassi della media dei Paesi dell'OCSE collocandosi al 19° posto, su 24 posizioni possibili, poiché riporta 7,1 anni di vita in buona salute, senza disabilità, per le donne e 7,7 anni per gli uomini, contro i 15 anni di chi vive in Islanda ed in Norvegia (Grafico 1).

Rispetto alla dimensione di analisi dei fattori di rischio e degli stili di vita, sono stati selezionati gli indicatori inerenti la percentuale di adulti fumatori, di consumatori di alcol e di persone obese e in sovrappeso per gruppi di età.

L'Italia si trova al 24° posto tra i Paesi con livelli intermedi di fumatori adulti, valore che a partire dal 2000, a seguito di interventi efficaci di politica sanitaria, si è mostrato in netto calo (è passato dal 24,4% del 2000 al 19,4% del 2014) (9). Nei Paesi del Nord Europa e del Nord America la situazione è migliore (Svezia, Norvegia, Islanda, Nuova Zelanda, Stati Uniti e Canada).

Rispetto al consumo di alcol tra la popolazione in età adulta, l'Italia si trova nel primo gruppo di Paesi con livelli migliori, quindi più bassi, con un valore che è diminuito in media negli ultimi 20 anni più che in altri Paesi dell'OCSE (6).

Questi ultimi due indicatori diventano, invece, una priorità di azione preventiva per l'Italia quando si analizzano i dati per fasce di età: infatti, tra i giovani si registra un notevole consumo di tabacco e di alcol "a rischio" (6).

Ulteriore allarme in tema di politiche di prevenzione va sollevato analizzando i valori relativi al tasso di sovrappeso ed obesità tra i bambini, dati che fanno classificare l'Italia terzultima (al 31° posto su 33 Paesi), prima di Regno Unito (32° posto) e Grecia (33° posto).

Per quanto riguarda la valutazione della dimensione relativa all'accesso alle cure sanitarie ci troviamo nel gruppo di Paesi che raggiunge in maniera intermedia gli obiettivi, trovandoci al 22° posto su 34 Paesi, per percentuale di spesa a carico delle famiglie (insieme ad Irlanda, Repubblica Slovacca, Australia, Spagna, Svezia, Cile, Portogallo, Ungheria, Grecia, Messico e Corea) e al 20° ed al 21° posto su 23 Paesi, rispettivamente, per le

rinunce a cure mediche e dentali (insieme ad Irlanda, Islanda, Finlandia, Estonia, Polonia e Grecia). Le disegualianze per livello di reddito per la rinuncia a cure mediche e dentali sono tra le più ampie: l'Italia è terzultima, dopo Grecia e Lettonia (Grafico 2, Grafico 3).

L'Italia è tra quei Paesi che non ha indicatori nella banca dati OCSE relativi ai tempi di attesa per i due tipi di intervento chirurgico molto frequenti nella popolazione anziana e presenti nel cruscotto: la protesi dell'anca e la cataratta (sono solo 14 i Paesi membri che forniscono questo dato).

Rimanendo nell'ambito delle procedure chirurgiche più frequenti la percentuale di parti cesarei, in Italia, continua ad avere un primato negativo a livello europeo, nonostante la riduzione avvenuta dal 2006 al 2013 (nel 2006 la percentuale di parti cesarei nel nostro Paese era il 38,0%, nel 2013 è il 36,1%: nella media dei Paesi OCSE è pari al 27,6%). Per raggiungere i valori di parto cesareo raccomandati dall'OMS c'è ancora molto da fare: rispetto alle caratteristiche tipiche delle partorienti in Italia, tale valore non dovrebbe superare il 20% dei parti (Grafico 4) (Indicatore "Parti con Taglio Cesareo" nel Capitolo "Salute materno-infantile").

Dando uno sguardo alla dimensione dell'assistenza sanitaria, i dati relativi all'offerta fornita di assistenza a lungo termine alla popolazione anziana evidenziano un'altra priorità per il nostro Paese visto che, seppur in aumento rispetto ai dati del 2000, mostrano ancora valori inferiori alla maggior parte dei Paesi dell'OCSE (16 Paesi su 28) (Grafico 5). Inoltre, la rete di assistenza per *long-term care* è davvero esigua se la si misura attraverso i posti letto dedicati a questo tipo di assistenza sul totale dei posti letto a livello nazionale: in Italia, sono il 18,9% rispetto al 53,1% della Germania e alla media OCSE del 49,7% (Grafico 6).

Analizzando la dimensione della qualità delle cure emerge che, rispetto ai sette indicatori selezionati nel cruscotto, per i 2/3 di essi ci collochiamo nel primo terzo di Paesi che ha il miglior risultato per: tasso di ospedalizzazione per asma e bronchite cronica (2° posto su 32 Paesi), diabete (1° posto su 32 Paesi), per i valori dell'indice di *case-fatality* per infarto (5° su 32 Paesi) ed ictus (7° su 31 Paesi) e, infine, sopravvivenza per cancro alla cervice uterina (3° posto su 25 Paesi). Ci troviamo, invece, nel secondo gruppo di Paesi, quelli con risultati intermedi, rispetto agli indicatori di sopravvivenza per: cancro della mammella (15° posto su 25 Paesi) e del colon-retto (12° posto su 23 Paesi).

Dall'analisi della dimensione relativa all'utilizzo di risorse si nota che, come in molti altri Paesi europei, la spesa sanitaria complessiva in Italia è diminuita negli ultimi anni, in particolare a partire dal 2011 (i dati preliminari per il 2015 indicano una ulteriore riduzione). Il contesto d'azione è un ampio disavanzo di bilancio che ci connota tra i Paesi a forte rischio insostenibilità (il debito pubblico ha raggiunto, in Italia, il 133,8% nel secondo trimestre 2014, dopo la Grecia e seguita da Portogallo-129,4% e Irlanda-116,7%). La spesa sanitaria pro capite nel nostro Paese rimane, comunque, inferiore ai livelli precedenti la crisi economica e ampiamente al di sotto della spesa di altri Paesi dell'OCSE ad alto reddito.

In Italia, inoltre, la spesa pubblica rappresenta, nel 2014, il 77,7% della spesa sanitaria complessiva, posizionandosi al di sopra della media dei Paesi dell'OCSE (72,0%). Quasi l'83% della spesa privata italiana è di tipo *out-of-pocket*, cioè spesa diretta delle famiglie (uno dei valori più alti fra i Paesi dell'Unione Europea a 15 Paesi membri), mentre solo una piccola quota è finanziata da assicurazioni e fondi sanitari integrativi.

La spesa sanitaria complessiva è pari a circa il 9% del PIL (dati 2015): una percentuale molto vicina alla media dei Paesi dell'OCSE (9,2%), ma molto inferiore a quella degli Stati Uniti (che ha speso circa il 17% del PIL per la sanità nel 2015) come pure a quella di altri Paesi europei quali i Paesi Bassi, la Francia, la Svizzera e la Germania.

In molti Paesi dell'OCSE, tra cui l'Italia, una riduzione della spesa farmaceutica ha contribuito alla riduzione complessiva della spesa sanitaria. In Italia, tra il 2008 e il 2012, la spesa per farmaci è scesa di circa il 14% in termini reali.

Negli ultimi anni si è registrato un incremento dell'utilizzo dei farmaci generici che ha, sicuramente, contribuito alla riduzione dei prezzi e della spesa per i medicinali nel complesso, ma ancora assorbe una quota del mercato farmaceutico che è la metà di quella assorbita in media per i Paesi dell'OCSE (11% in Italia vs il 24% nei Paesi dell'OCSE).

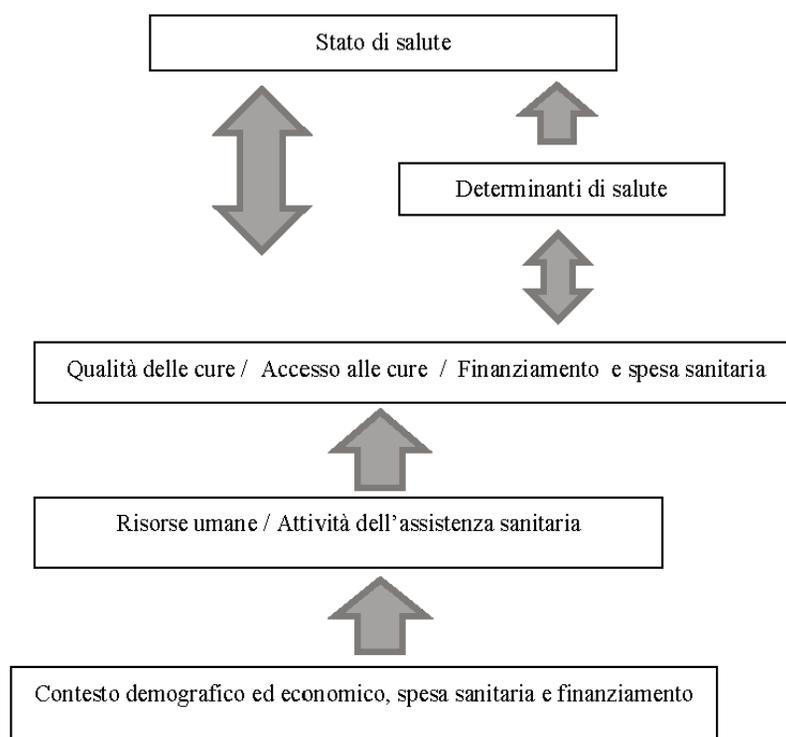
Una priorità non inserita nel cruscotto OCSE, ma che è importante riportare, è l'elevato utilizzo di antibiotici in Italia che nel 2013 ha assorbito il 28,6% delle prescrizioni farmaceutiche, valore al di sopra della media OCSE (20,7%) (Grafico 7). Infine, restando sempre nel settore farmaceutico, il Report OCSE (8) sottolinea come dal confronto con gli altri Paesi l'Italia sia tra quelli che investono di meno in ricerca e sviluppo nel settore: l'indicatore utilizzato è aggiornato al 2011 e si tratta del *Business Expenditure on Research and Development* misurato come proporzione rispetto al PIL (Grafico 8).

L'analisi dei dati relativa al personale che presta servizio nel settore sanitario evidenzia che circa la metà dei medici che esercitano la loro professione in Italia hanno oltre 55 anni (49%)³: in media nei Paesi dell'OCSE, i medici di 55 anni ed oltre sono il 33% (Grafico 9).

³L'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici prevede che i medici della specialità di Medicina Generale, entro il 2023, verranno a mancare in 16.000 rispetto al fabbisogno, per cui circa 20 milioni di italiani potrebbero rimanere senza la disponibilità di questa professionalità (15).

Infine, da questa rassegna di dati diffusi dall'OCSE emerge la mancanza di dati per l'Italia rispetto ad alcuni settori chiave per le decisioni di politica sanitaria internazionale inerenti i seguenti ambiti: assistenza ambulatoriale e territoriale, spesa per patologia e per età, tempi delle liste di attesa per alcune procedure chirurgiche frequenti e prescrizioni farmaceutiche per profilo patologico.

Figura 1 - *Struttura concettuale di riferimento dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico per la valutazione della performance di un sistema sanitario*



Fonte dei dati: OECD Health at Glance 2015 (7), adattamento di Kelley, E. and J. Hurst (2006). Health Working Papers. OECD Health Working Papers No. 23. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper (8).

LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO INTERNAZIONALE: QUALI PRIORITÀ D'AZIONE?

487

Tabella 1 - Cruscotto degli indicatori sullo stato di salute e sui servizi sanitari dei 34 Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico* - Anno 2015

Paesi	1. Stato di salute									
	Speranza di vita alla nascita Maschi		Speranza di vita alla nascita Femmine		Speranza di vita a 65 anni Maschi		Speranza di vita a 65 anni Femmine		Mortalità per malattie cardiovascolari	
	Paesi	Paesi	Paesi	Paesi	Paesi	Paesi	Paesi	Paesi	Paesi	Paesi
Svizzera	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Italia	3	4	8	4	4	4	4	4	17	17
Messico	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
	Giappone	Giappone	Svizzera	Giappone	Giappone	Giappone	Giappone	Giappone	Giappone	Giappone
	Italia	Italia	Italia	Italia	Italia	Italia	Italia	Italia	Italia	Italia
	Messico	Messico	Ungheria	Ungheria	Ungheria	Ungheria	Ungheria	Repubblica Slovacca	Repubblica Slovacca	Repubblica Slovacca

Paesi	2. Fattori di rischio			
	Fumatori tra gli adulti	Consumo di alcol	Obesità negli adulti	Sovrappeso e obesità nei bambini
	Paesi	Paesi	Paesi	Paesi
Svezia	1	1	1	1
Italia	24	4	4	31
Grecia	34	34	34	33
	Turchia	Giappone	Norvegia	Norvegia
	Italia	Italia	Italia	Italia
	Austria	Stati Uniti	Grecia	Grecia

Paesi	3. Accesso alle cure			
	% out of pocket a carico delle famiglie	Rinuncia a cure mediche	Rinuncia a cure dentali	Tempi di attesa per intervento di cataratta
	Paesi	Paesi	Paesi	Paesi
Turchia	1	1	1	1
Italia	22	20	21	n.d.
Svizzera	34	23	23	14
	Austria	Olanda	Ungheria	Danimarca
	Italia	Italia	Italia	Italia
	Grecia	Portogallo	Polonia	Polonia

Paesi	4. Qualità delle cure			
	Ricoveri ospedalieri per asma e bronchite cronica	Ricoveri per infarto acuto del miocardio case fatality	Ricoveri per ictus case fatality	Sopravvivenza per cancro della mammella
	Paesi	Paesi	Paesi	Paesi
Giappone	1	1	1	1
Italia	2	5	7	15
Irlanda	32	32	31	25
	Italia	Australia	Norvegia	Svezia
	Svezia	Italia	Italia	Italia
	Messico	Messico	Cile	Polonia

Paesi	Ritardi di attesa per interventi di protesi d'anca	
	Paesi	Paesi
Italia	1	1
Polonia	n.d.	n.d.
Corea	14	23

Tabella 1 - (segue) Cruscotto degli indicatori sullo stato di salute e sui servizi sanitari dei 34 Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico* - Anno 2015

Paesi	Spesa sanitaria totale pro capite	Risorse sanitarie					RM pro capite		
		Paesi	Medici pro capite	Paesi	Infermieri pro capite	Paesi		Posti letto ordinari pro capite	Paesi
Stati Uniti	1		1	Giappone	1	Giappone	1	Giappone	1
Italia	20	Grecia Italia Turchia	8 34	Italia Turchia	24 34	Italia Messico	3 32	Italia Messico	9 32
Turchia	34								

Legenda:

Ranking per tre gruppi di Paesi con risultato:

Migliore
Intermedio
Peggior

TAC = Tomografia Assiale Computerizzata

RM = Risonanza Magnetica.

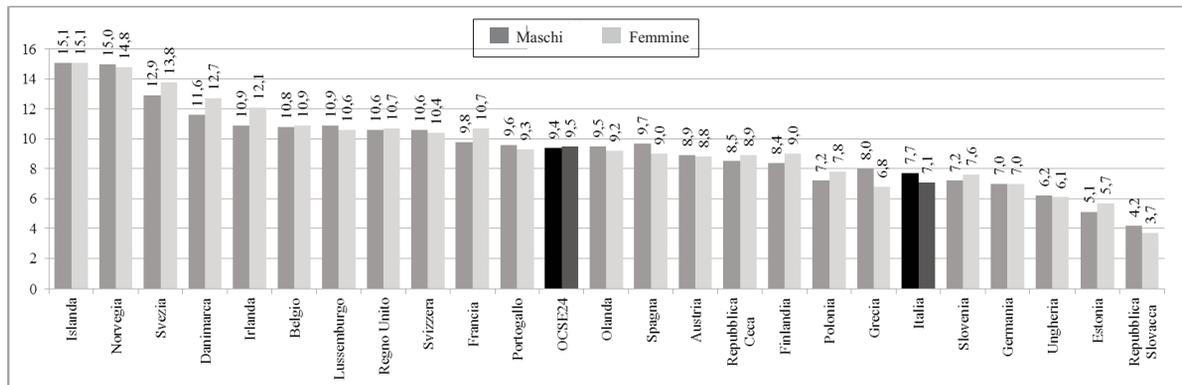
n.d. = non disponibile

*Dal 1 Luglio 2016 i Paesi membri dell'OCSE sono 35; anche la Lituania ha ratificato la Convenzione OCSE. Disponibile sul sito: <http://www.oecd.org/about/membersandpartners>.

Fonte dei dati: OECD Health at a Glance 2015 (7).

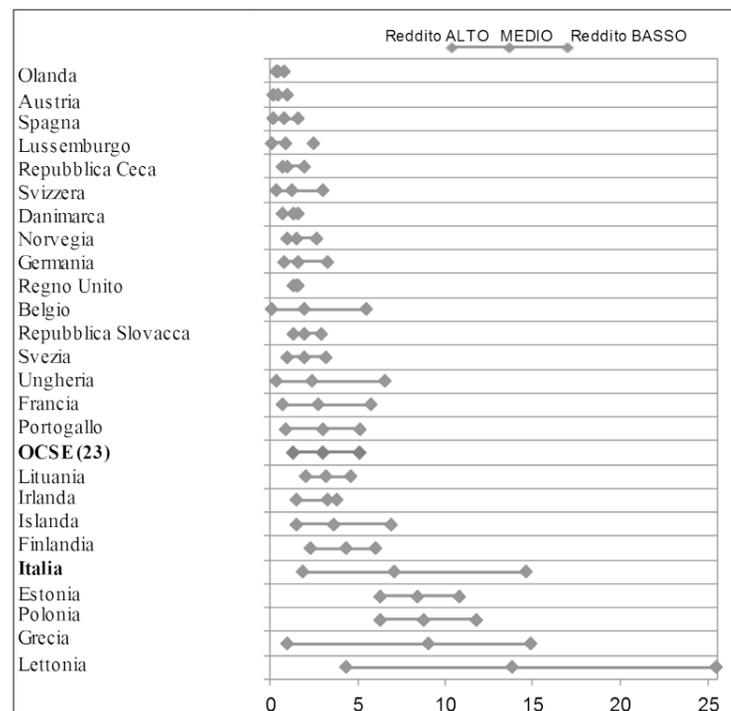
LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO INTERNAZIONALE: QUALI PRIORITÀ D'AZIONE?

Grafico 1 - Speranza di vita (valori in anni) libera da disabilità a 65 anni per Paese - Anno 2013



Fonte dei dati: Eurostat Database 2015 (12), Jagger, C. et al. (2010), "The Global Activity Limitation Indicator (GALI) Measured Function and Disability Similarly across European Countries", Journal of Clinical Epidemiology, Vol. 63, pp. 892-899 (13).

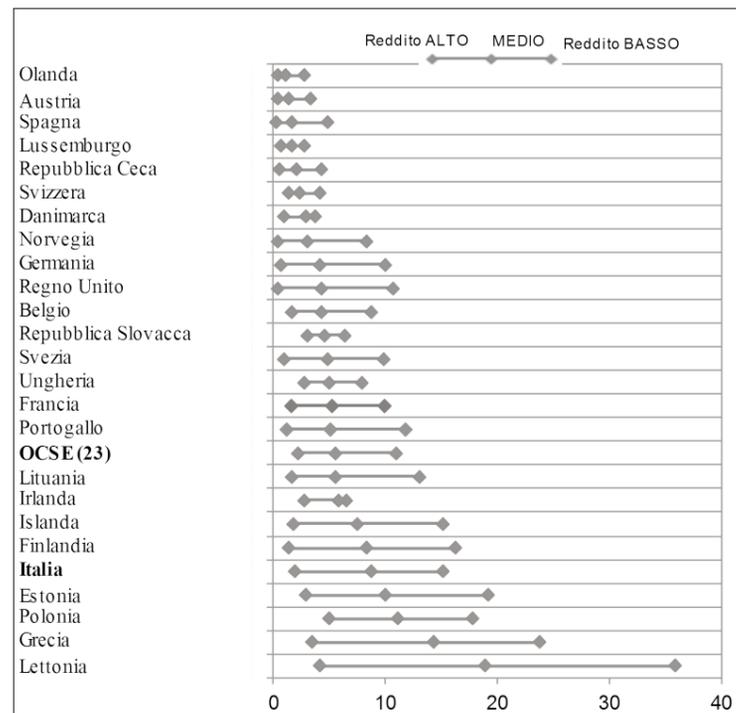
Grafico 2 - Rinunce (valori percentuali) ad esami e visite mediche (perché troppo costose, troppo distanti i luoghi in cui poterle effettuare o troppo lunga la lista di attesa) per livello di reddito per Paese - Anno 2013



Nota: nel 2013 i Paesi membri dell'OCSE di questo grafico erano 23: dal 1 Luglio 2016 si è aggiunta anche la Lituania che ha ratificato la convenzione OCSE.

Fonte dei dati: EU-SILC 2013 (7).

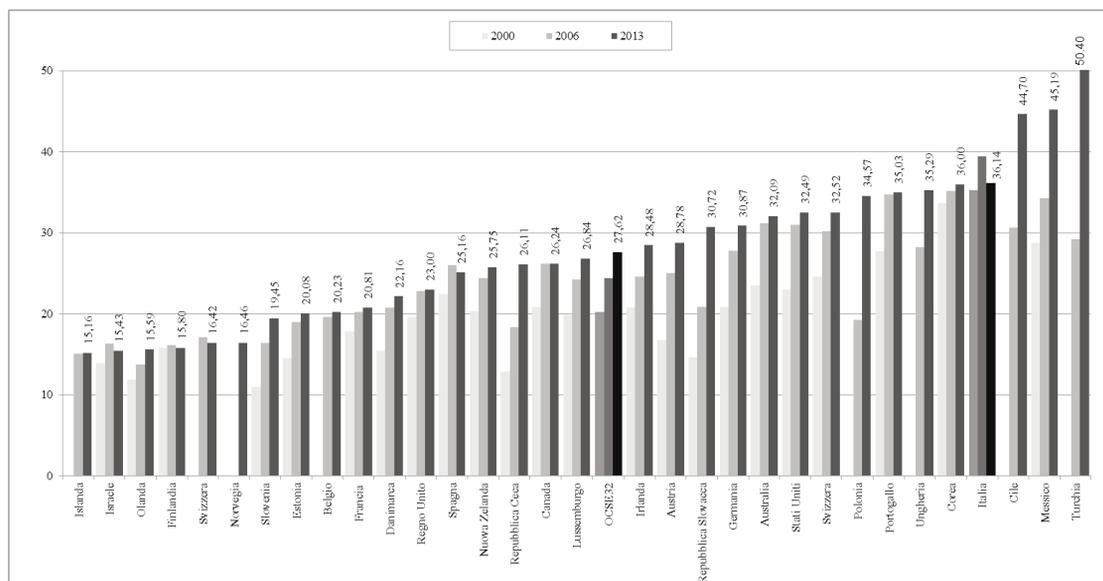
Grafico 3 - Rinunce (valori percentuali) a cure dentali (perché troppo costose, troppo distanti i luoghi in cui poterle effettuare o troppo lunga la lista di attesa) per livello di reddito per Paese - Anno 2013



Nota: nel 2013 i Paesi membri dell'OCSE di questo grafico erano 23: dal 1 Luglio 2016 si è aggiunta anche la Lituania che ha ratificato la convenzione OCSE.

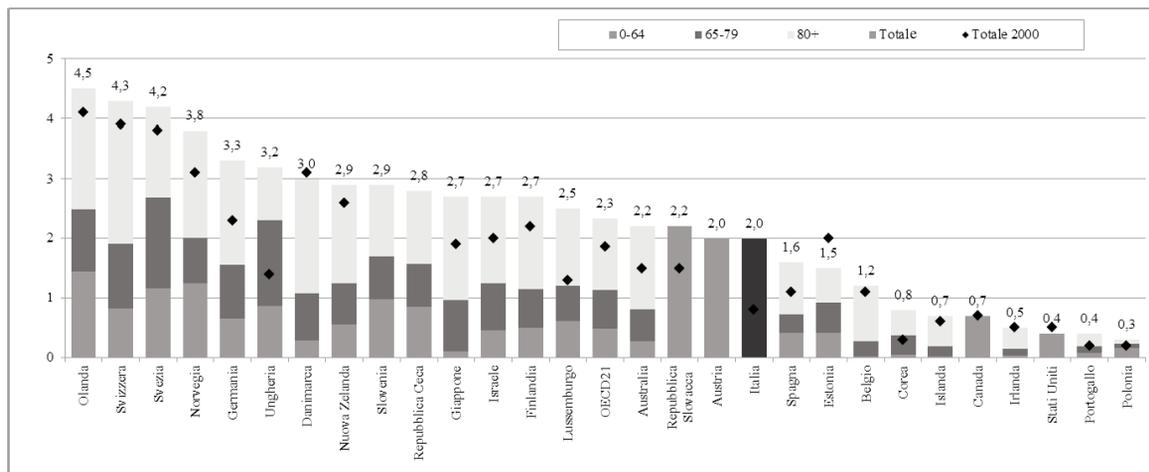
Fonte dei dati: EU-SILC 2013 (7).

Grafico 4 - Tasso (valori per 100 nati vivi) di parti cesarei per Paese - Anni 2000, 2006, 2013



Fonte dei dati: OCSE Health Statistics 2015 (7). Disponibile sul sito: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

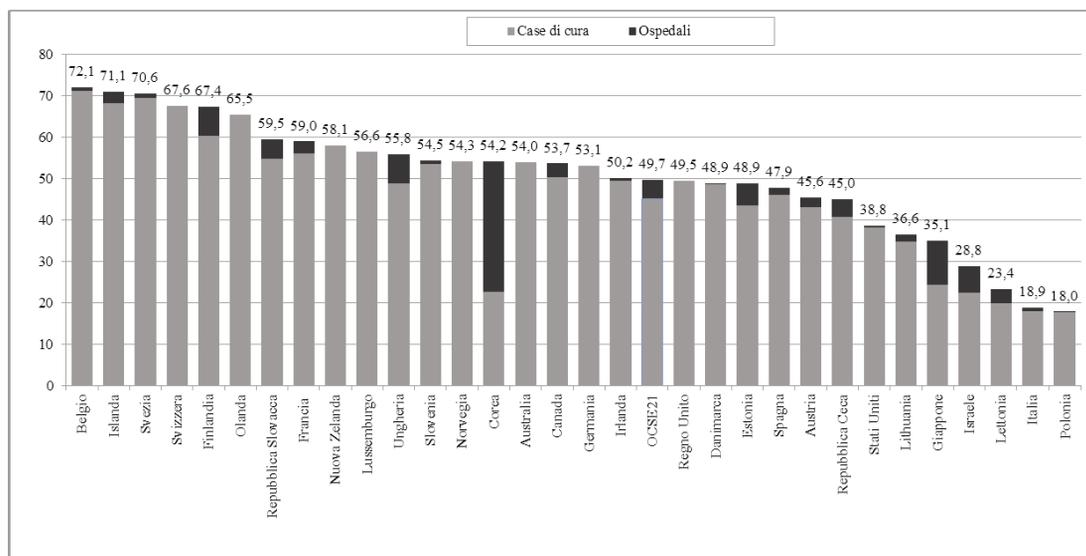
Grafico 5 - Proporzione (valori per 100) della popolazione ricevente assistenza di lungo termine per classe di età per Paese - Anni 2000, 2013



Nota: il valore OCSE-21 è il valore medio considerando tutti i Paesi membri dell'OCSE che hanno fornito i dati per classe di età anche nel 2000.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2015 (7), Disponibile sul sito: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

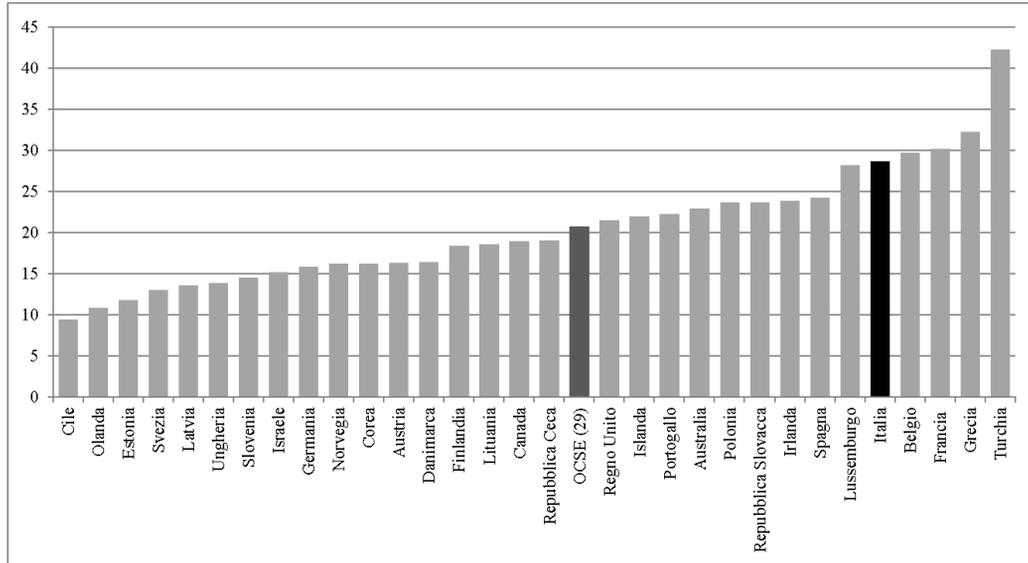
Grafico 6 - Posti letto (valori percentuali) dedicati alla long-term care per la popolazione di età 65 anni ed oltre per Paese - Anno 2013



Nota: il valore OCSE-21 è il valore medio considerando tutti i Paesi membri dell'OCSE che hanno fornito i dati dei posti letto distinti per quelli in case di cura ed in ospedale.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2015 (7), Disponibile sul sito: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

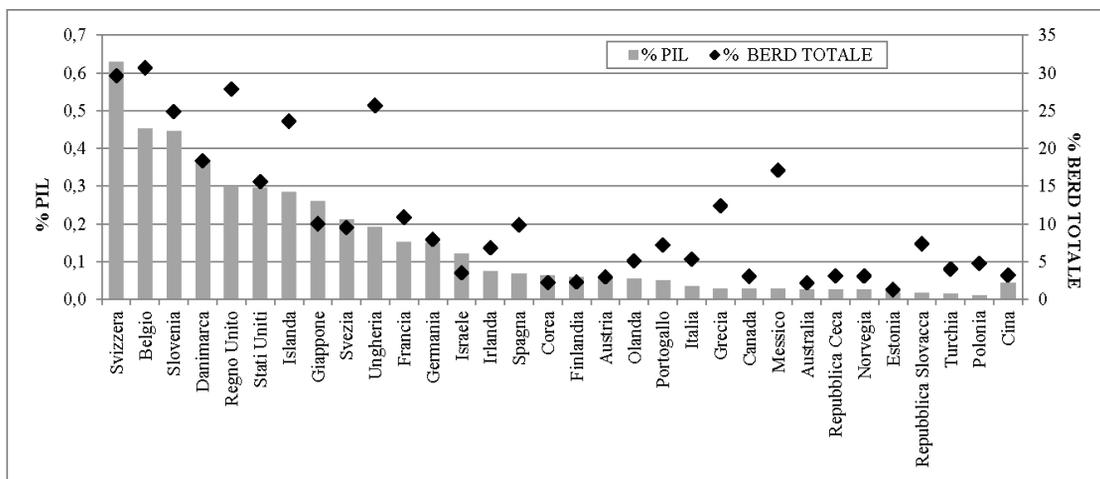
Grafico 7 - Prescrizioni (valori percentuali) di antibiotici per dose giornaliera (valori in Defined Daily Dose) per Paese - Anno 2013



Nota: nel 2013 i Paesi membri dell'OCSE di questo grafico erano 29; dal 1 Luglio 2016 si è aggiunta anche la Lituania che ha ratificato la convenzione OCSE.

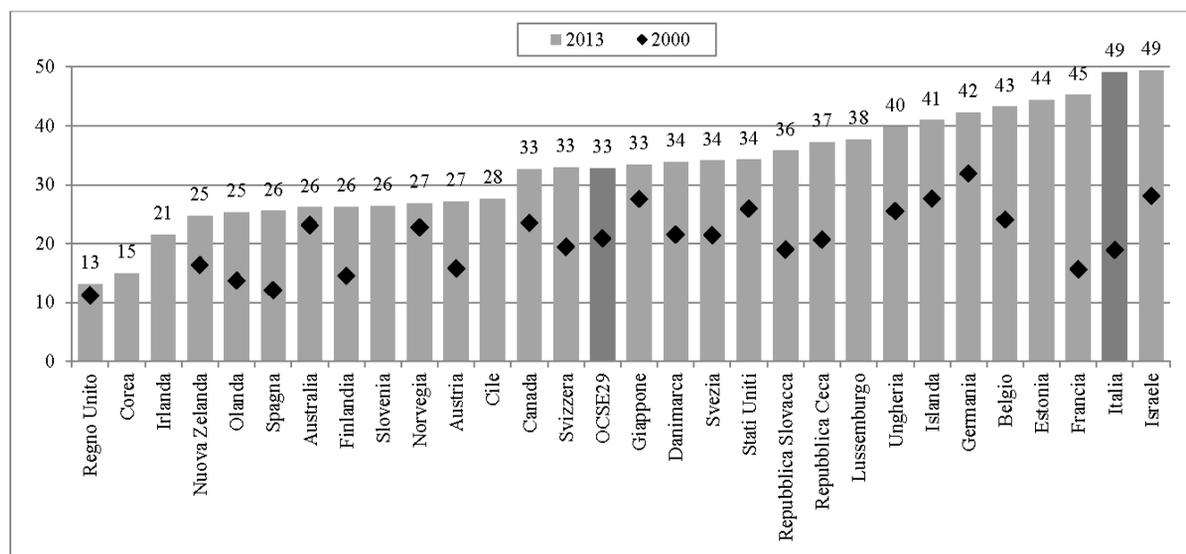
Fonte dei dati: European Centre for Disease Prevention and Control 2015 (14) e OECD Health Statistics 2015. Disponibile sul sito: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Grafico 8 - Spesa in Ricerca e Sviluppo nell'industria farmaceutica (Business Expenditure on Research and Development) e Prodotto Interno Lordo (valori percentuali) per Paese - Anno 2011



Fonte dei dati: OECD Main Science and technology Indicators Database 2015. Disponibile sul sito:

<http://dx.doi.org/10.1787/888933281362> Health at a glance 2015 - Research and development in the pharmaceutical sector (7).

Grafico 9 - Medici (valori percentuali) di età 55 anni ed oltre per Paese - Anni 2000, 2013

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2015. Disponibile sul sito: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> (7).

Conclusioni

Molti indicatori di salute e di qualità dell'assistenza sanitaria tra quelli riconosciuti come *core* a livello internazionale, fanno collocare l'Italia al di sopra degli obiettivi raggiunti dalla media dei Paesi dell'OCSE. Tuttavia, resta indietro su alcuni aspetti per cui sono necessarie politiche di azione per sviluppare, ed in alcuni casi migliorare, i risultati raggiunti: migliorare la rete di assistenza agli anziani, intraprendere politiche di prevenzione per comportamenti a rischio mirate verso le classi di età più giovani, migliorare l'assistenza per ridurre la procedura di parto cesareo e ridurre l'eccessiva prescrizione di antibiotici.

Nonostante l'universalità e la garanzia dei servizi siano definiti nell'ambito dei principi del nostro Servizio Sanitario Nazionale, si riscontrano ampie diseguglianze per livello di reddito, nell'accesso ai servizi sanitari, portando i più svantaggiati a rinunciarvi.

Sono state segnalate, inoltre, altre priorità di azione nella pianificazione dei percorsi professionali dei medici, nell'allocazione delle risorse in generale e nell'adeguatezza dei sistemi informativi per riuscire a misurare, completamente, tutte le dimensioni del servizio sanitario. Gli attuali tagli alla spesa sanitaria rischiano di determinare un aumento del fabbisogno sanitario in futuro, soprattutto a discapito della prevenzione e dell'attività socio-sanitaria svolta sul territorio e verso i gruppi di popolazione più vulnerabili⁴ (16, 17).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. "Spesa sanitaria delle famiglie. Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo". Edizione 2016. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/184206.
- (2) OECD. Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators, OECD Publishing 2014. doi: 10.1787/soc_glance-2014-en.
- (3) Istat. Rapporto annuale 2016. La situazione del Paese. Maggio 2016 ISBN 978-88-458-1901-8. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/185497.
- (4) OECD. What Future for Health Spending? OECD Economics Department Policy Notes, No. 19 June 2013.
- (5) OECD. Health care systems: Getting more value for money. OECD Economics. Department Policy Notes, No. 2. Economics. 2010.
- (6) OECD. Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing 2014. Disponibile sul sito: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en. ISBN 978-92-64-22357-8.
- (7) OECD Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en, 2015.
- (8) Kelley, E. and J. Hurst. Oecd Health Working Papers No. 23. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. Marzo 2006. DELSA/HEA/WD/HWP (2006) 3.
- (9) Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J., and Klazinga, N.S. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, 18, 5-13.2006.
- (10) Murray J.L.C., Frenk J. Theme Papers. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), 2000.
- (11) OECD. Health Statistics. Disponibile sul sito: www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm.
- (12) Eurostat Database 2015. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

⁴Nel 2015, si stima che le famiglie residenti in condizione di povertà assoluta siano pari a 1 milione e 582 mila e gli individui a 4 milioni e 598 mila (il numero più alto dal 2005 a oggi) (16). Dal 2007, anno che anticipa l'inizio della crisi economica, al 2016 la percentuale di persone povere è più che raddoppiata, passando dal 3,1% al 7,6% (nel 2016 vivono al di sotto della soglia di povertà anche i lavoratori, le famiglie non necessariamente numerose e, soprattutto, i giovani) (17).

- (13) Jagger, C. et al. "The Global Activity Limitation Indicator (GALI) Measured Function and Disability Similarly across European Countries", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 63, pp. 892-899, 2010.
- (14) European Centre for Disease Prevention and Control, 2015. Disponibile sul sito: <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>.
- (15) La stampa. Tra sette anni un italiano su tre non avrà più il medico di famiglia. Fuga verso la pensione, chi se ne va non viene rimpiazzato dalle giovani leve. Entro il 2023 ce ne saranno 16mila in meno. Le Regioni attivano solo 900 borse di studio l'anno. Disponibile sul sito: www.lastampa.it/2016/10/05/italia/cronache/tra-sette-anni-un-italiano-su-tre-non-avr-pi-il-medico-di-famiglia-FO960VOBT96PWsts5oMYGN/pagina.html.
- (16) Istat. Indagine sulle spese delle famiglie, La Povertà in Italia dati 2015. Luglio 2016. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2016/07/La-povert%C3%A0-inItalia_2015.pdf?title=La+povert%C3%A0+in+Italia+-+14%2Fflug%2F2016+ +Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf.
- (17) VaSi COmuNiCaNti. RAPPORTO 2016 su povertà ed esclusione sociale in Italia e alle porte dell'Europa. Caritas Italiana. ISBN 978-88-99725-40-2.