European Commission

State of Health in the EU

Italia

Profilo della Sanità 2019

OECD
POLITICHE MIGLIORI PER UNA VITA MIGLIORE

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

I profili sanitari per paese

I Profili Sanitari prodotti per ciascun paese nell'ambito del ciclo *State of Health in the EU* ("Stato della salute nell'UE") consentono di ottenere una panoramica sintetica e programmaticamente puntuale della salute e dei sistemi sanitari dei paesi dell'UE e dello Spazio Economico Europeo. Le analisi presentate, condotte su base comparativa, si focalizzano sulle caratteristiche e sulle sfide specifiche di ciascun paese. L'obiettivo e' quello di offrire supporto a decisori politici e personalità rilevanti tramite uno strumento di apprendimento reciproco e confronto volontario fra paesi.

I Profili Sanitari sono frutto del lavoro congiunto dell'OCSE e dell'Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, in collaborazione con la Commissione Europea. Il gruppo di lavoro ringrazia il network Health Systems and Policy Monitor, il Comitato Salute dell'OCSE e il Gruppo di Esperti dell'UE sull'Informazione Sanitaria per i preziosi commenti e suggerimenti ricevuti.

Indice

1. PUNTI SALIENTI 3
2. LA SALUTE IN ITALIA 4
3. I FATTORI DI RISCHIO 7
4. IL SISTEMA SANITARIO 8
5. VALUTAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO 11
   5.1. Efficacia 11
   5.2. Accessibilità 15
   5.3. Resilienza 18
6. I RISULTATI PRINCIPALI 22

Dati e fonti delle informazioni

Le informazioni e i dati contenuti nei profili sanitari per paese derivano principalmente da statistiche nazionali ufficiali fornite ad Eurostat e all'OCSE, che sono state vagliate per garantire la massima comparabilità dei dati. Le fonti e le metodologie di raccolta 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 medie ponderate per i 28 Stati membri. L'Islanda e la Norvegia sono escluse dalle medie dell'UE.

Il presente profilo è stato completato nell'agosto 2019 in base ai dati disponibili a luglio 2019.

Per scaricare il foglio Excel relativo a tutti i grafici e le tabelle presenti in questo profilo, digitare nel browser il seguente URL: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Italy.xls

Contesto demografico e socioeconomico in Italia nel 2017

Fattori demografici	Italia	UE
Popolazione (stime di metà anno)	60 537 000	511 876 000
Popolazione oltre i 65 anni (%)	22,3	19,4
Tasso di fecondità[1]	1,3	1,6
Fattori socioeconomici		
PIL pro capite (EUR PPA[2])	28 900	30 000
Tasso di povertà relativa[3] (%)	20,3	16,9
Tasso di disoccupazione (%)	11,2	7,6

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 valutaria in base al quale il potere d'acquisto di valute diverse risulta equivalente, eliminando le differenze nei livelli di prezzo tra i vari paesi. 3. Percentuale di persone che vivono con meno del 60 % del reddito disponibile mediano 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'Osservatorio europeo delle politiche e dei sistemi sanitari o dei suoi partner. Le opinioni in esso espresse non possono in alcun modo esser considerate opinioni ufficiali dell'Unione europea.

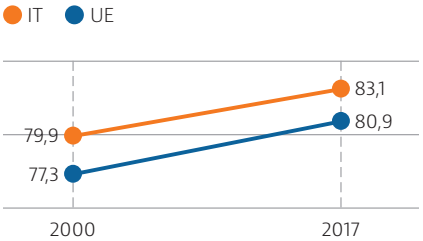
Il presente documento, così come i dati e le cartine ivi inclusi, non pregiudicano lo status di un territorio o la sovranità su di esso, la demarcazione delle frontiere e dei confini internazionali e la denominazione di qualunque territorio, città o area geografica.

Ulteriori clausole di esclusione della responsabilità dell'OMS sono consultabili al seguente indirizzo: http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Punti salienti

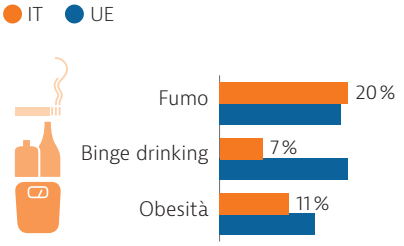
L'Italia ha la seconda più alta speranza di vita in Europa, anche se notevoli disparità persistono tra le regioni, per genere e situazione socioeconomica. Nel complesso, il sistema sanitario italiano è efficiente, e garantisce un buon accesso a prestazioni sanitarie di elevata qualità a costi relativamente bassi, sebbene si registrino differenze considerevoli tra le regioni. Le principali sfide per il sistema sanitario italiano consistono nel migliorare il coordinamento delle prestazioni sanitarie per la crescente fascia della popolazione affetta da malattie croniche, e ridurre le disparità di accesso alle cure.



Speranza di vita alla nascita, anni

Stato della salute

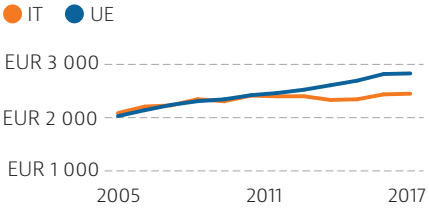
Nel 2017, la speranza di vita alla nascita in Italia ha raggiunto gli 83,1 anni, ponendo il paese al secondo posto nell'Unione europea dopo la Spagna. Nonostante che a partire dal 2000 il divario di genere nella speranza di vita sia diminuito, gli uomini italiani vivono in media ancora quattro anni in meno delle donne. Sussistono inoltre notevoli disparità connesse alla situazione socioeconomica e a livello interregionale: gli uomini italiani meno istruiti vivono in media 4,5 anni in meno rispetto a quelli più istruiti, e le persone che risiedono nelle regioni più abbienti del Nord vivono oltre tre anni in più rispetto a chi vive in quelle meno prospere del Sud.



% di adulti

Fattori di rischio

A partire dal 2000, il numero di fumatori in Italia è diminuito leggermente, ma nel 2017 fumavano quotidianamente ancora un adulto su cinque, una cifra leggermente superiore rispetto alla media dell'UE (19 %). L'obesità tra gli adulti è aumentata dal 9 % nel 2003 all'11 % nel 2017, ma rimane tuttavia inferiore alla media dell'UE (15 %). I problemi di sovrappeso tra i bambini e gli adolescenti rappresentano un'altra questione problematica per la sanità pubblica, con circa un quinto dei quindicenni in sovrappeso od obeso nel periodo 2013-2014, una quota prossima alla media dell'UE. Su una nota più positiva, la percentuale di adulti che dichiara regolarmente un consumo di alcolici elevato è molto più bassa rispetto alla maggior parte dei paesi dell'UE.



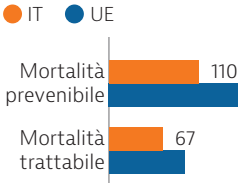
Spesa pro capite (EUR PPA)

Spesa sanitaria

Nel 2017 la spesa sanitaria pro capite in Italia, pari a 2 483 EUR, era del 15 % inferiore rispetto alla media dell'UE, pari a 2 884 EUR. La spesa sanitaria ha ripreso a crescere negli ultimi anni, ma a un ritmo più lento rispetto a quello della maggior parte dei paesi dell'UE. In proporzione ai restanti settori economici, nel 2017 la spesa sanitaria era pari all'8,8 % del PIL, un punto percentuale in meno rispetto alla media dell'UE del 9,8 %. La spesa sanitaria è finanziata per circa tre quarti con fondi pubblici, mentre la parte restante è principalmente a carico dei pazienti.

Efficacia

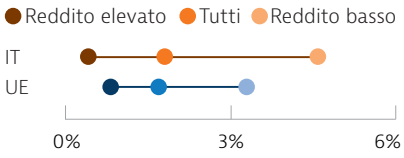
Il sistema sanitario italiano è relativamente efficace nell'evitare le morti premature e presenta uno dei livelli più bassi di cause prevenibili e trattabili di mortalità nell'UE.



Tasso di mortalità standardizzato per età ogni 100 000 abitanti, 2016

Accessibilità

In Italia i bisogni sanitari non soddisfatti sono in genere bassi, sebbene le fasce di popolazione a basso reddito e i residenti in alcune regioni incontrino maggiori ostacoli per accedere ad alcuni servizi.



% di segnalazioni di bisogni sanitari insoddisfatti, 2017

Resilienza

Come in molti altri Stati Membri, negli anni a venire l'invecchiamento della popolazione eserciterà pressioni sui sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine; sarà quindi necessaria una maggiore efficienza, che deriverà da un'ulteriore evoluzione dei modelli di erogazione del servizio verso un'assistenza per le malattie croniche prestata al di fuori delle strutture ospedaliere.

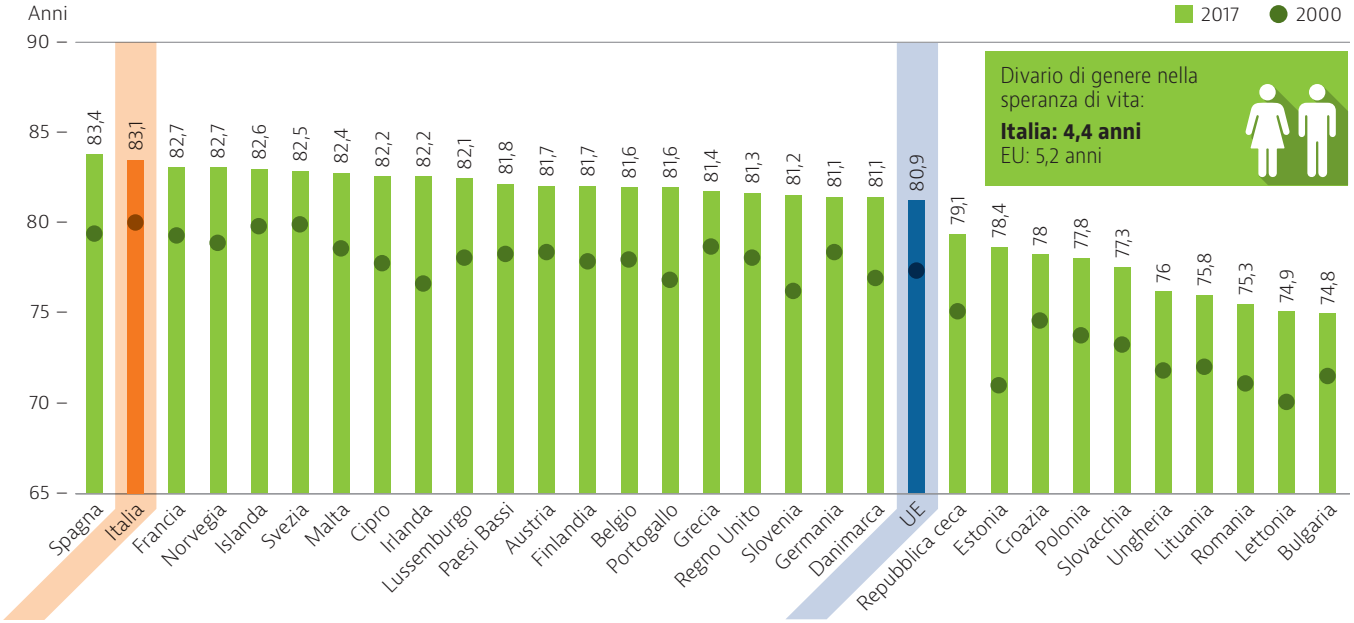
2 La salute in Italia

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

Con una speranza di vita alla nascita di 83,1 anni nel 2017, l'Italia si colloca al secondo posto tra i paesi dell'Unione europea dietro alla Spagna, con due anni in più rispetto alla media dell'UE (Figura 1). Tra il 2000 e il 2017, la speranza di vita degli italiani è aumentata di 3,2 anni, un incremento di poco inferiore rispetto all'aumento medio dell'UE nel suo complesso (3,6 anni).

Il divario di genere nella speranza di vita è inferiore alla media dell'UE. Benché le donne italiane vivano ancora quattro anni in più rispetto agli uomini, il divario è diminuito di un anno e mezzo tra il 2000 e il 2017, poiché la speranza di vita degli uomini è aumentata più rapidamente rispetto a quella delle donne.

Figura 1. Gli italiani godono della seconda speranza di vita alla nascita più lunga nell'UE



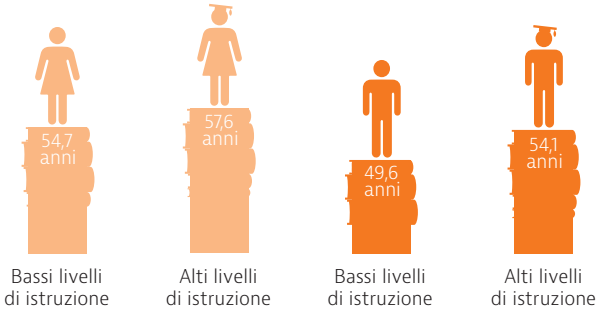
Fonte: Banca dati di Eurostat.

Le disuguaglianze nella speranza di vita sono meno pronunciate rispetto ad altri paesi dell'UE

Sebbene siano meno pronunciate rispetto alla maggior parte degli altri paesi dell'UE, le disuguaglianze nella speranza di vita connesse alla condizione socioeconomica restano notevoli. Come illustrato nella Figura 2, gli uomini di 30 anni con livelli di istruzione inferiori vivono in media 4,5 anni in meno rispetto ai coetanei che possiedono livelli di istruzione più elevati. Tra le donne tale divario è minore, circa tre anni. Queste differenze sono riconducibili, almeno in parte, alla maggiore esposizione a vari fattori di rischio e a stili di vita malsani, ad esempio tassi di tabagismo più elevati e cattive abitudini alimentari, tra gli uomini e le donne che possiedono livelli di istruzione inferiori.

Esistono anche disparità regionali nella speranza di vita – tuttavia, esse sono meno marcate di quelle connesse al livello di istruzione. Nel 2017, la regione con la speranza di vita alla nascita più elevata era la regione settentrionale del Trentino-Alto Adige, i cui cittadini avevano una speranza di vita di tre anni superiore rispetto alla regione meridionale della Campania, la regione in cui la speranza di vita era la più breve.

Figura 2. Il divario nella speranza di vita in base al livello di istruzione è di 4,5 anni per gli uomini e di circa 3 anni per le donne



Divario nella speranza di vita a 30 anni in base al livello di istruzione:

Italia: 2,9 anni
UE21: 4,1 anni

Italia: 4,5 anni
UE21: 7,6 anni

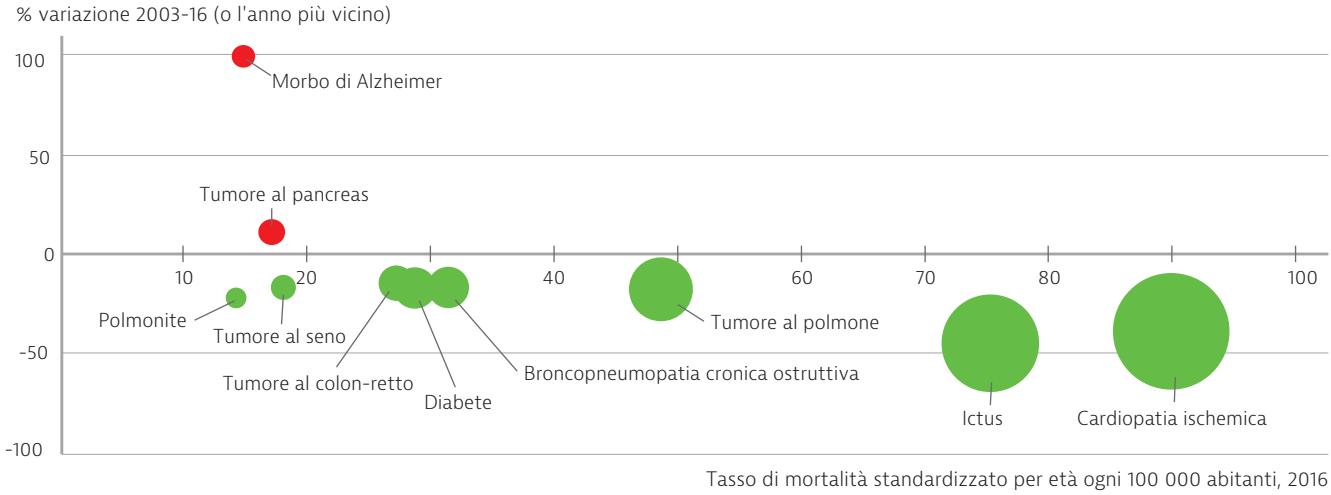
Nota: I dati si riferiscono alla speranza di vita a 30 anni. Possiede alti livelli di istruzione chi ha completato un'istruzione terziaria (livelli ISCED 5-8), mentre per chi non possiede un'istruzione secondaria i livelli sono bassi (livelli ISCED 0-2).
Fonte: Banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2016).

La principale causa di morte in Italia è rappresentata ancora dalle malattie cardiovascolari

L'aumento della speranza di vita a partire dal 2000 è stato trainato principalmente da una sostanziale riduzione dei tassi di mortalità per cardiopatia ischemica e ictus, benché queste patologie fossero ancora le due principali cause di morte in Italia nel 2016 (Figura 3). Il tumore al polmone e al colon-retto sono le cause più frequenti di morte per cancro, ma anche in questi casi i tassi di mortalità sono diminuiti di circa il 15 % dal 2000.

Allo stesso tempo, in Italia i decessi associati al morbo di Alzheimer sono aumentati in modo notevole, benché l'incremento sia dovuto in larga misura ai miglioramenti nelle diagnosi e ai cambiamenti nelle pratiche di registrazione dei decessi.

Figura 3. Le principali cause di morte sono ancora le cardiopatie ischemiche, l'ictus e il tumore al polmone



Nota: La dimensione delle sfere è proporzionale ai tassi di mortalità nel 2016. L'aumento dei tassi di mortalità connessi al morbo di Alzheimer è in gran parte dovuto ai cambiamenti nelle pratiche diagnostiche e nella registrazione dei decessi.
Fonte: Banca dati di Eurostat.

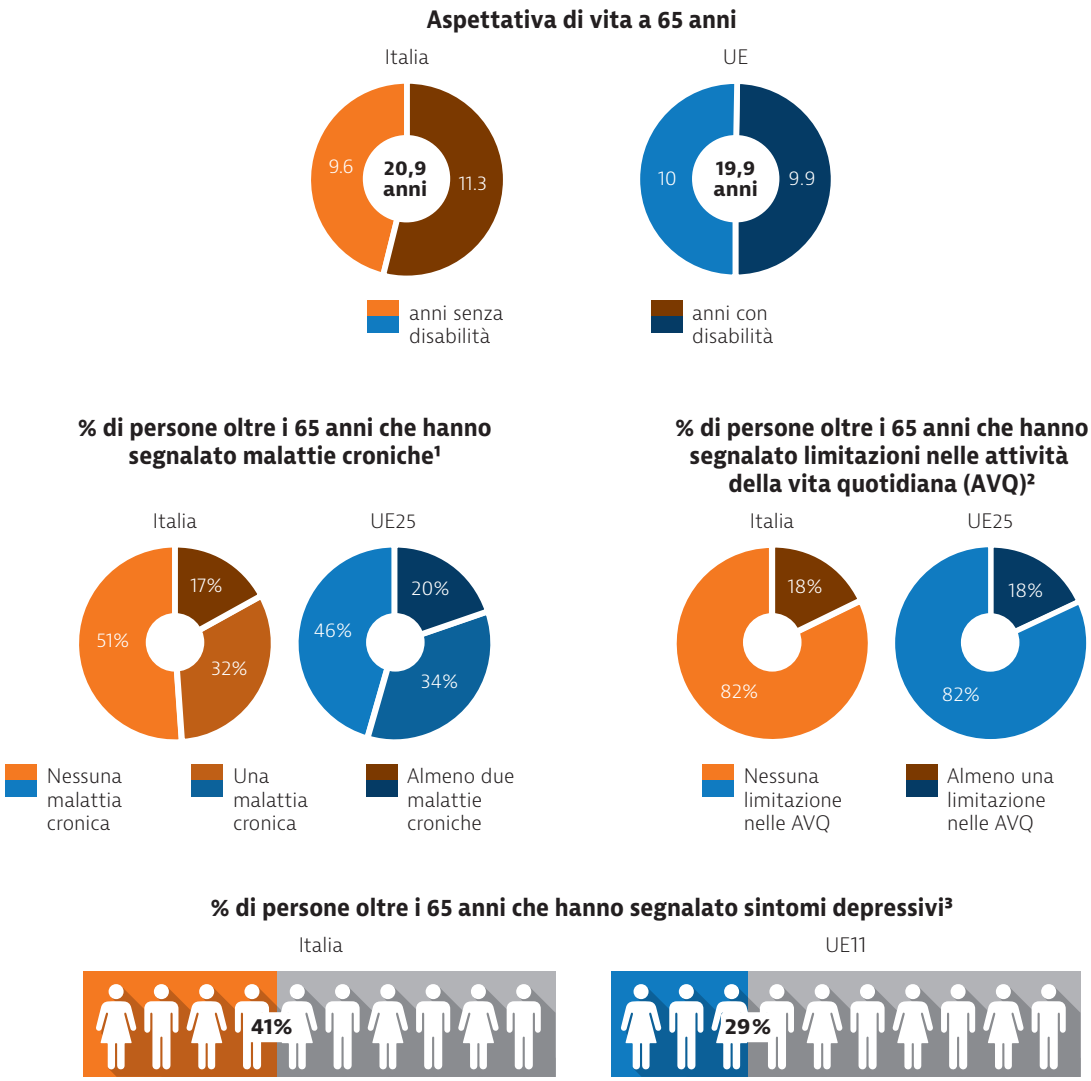
Gli italiani soffrono di malattie croniche e disabilità per molti anni dopo i 65 anni di età

Il notevole aumento della speranza di vita e i bassi tassi di fecondità degli ultimi vent'anni hanno contribuito a un incremento costante della quota di popolazione di età pari o superiore a 65 anni. Nel 2017, oltre un italiano su cinque aveva un'età pari o superiore a 65 anni, rispetto a un solo italiano su otto nel 1980. In base alle stime, la quota è destinata a salire sino a raggiungere una proporzione di uno a tre entro il 2050.

Nel 2017 la speranza di vita a 65 anni ha raggiunto quasi 21 anni, un anno al di sopra della media dell'UE (Figura 4). Tuttavia, come in altri paesi, poco più della metà degli anni di vita successivi ai 65 anni di età sono vissuti dagli italiani con problemi di salute e disabilità. Il divario di genere nella speranza di vita all'età di 65 anni è di circa tre anni a favore delle donne, mentre non si registra alcun divario di genere nel numero di anni di vita in buona salute, poiché le donne italiane vivono una parte maggiore della loro anzianità con problemi di salute e disabilità rispetto agli uomini.

Nel 2017, poco meno della metà degli italiani di età pari o superiore a 65 anni ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica, una cifra inferiore rispetto alla media dell'UE. La maggior parte delle persone continua a vivere in autonomia anche in età avanzata, ma un italiano ultrasessantacinquenne su sei ha riportato nel 2017 di convivere con limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana, come il vestirsi e il nutrirsi, che possono necessitare di un'assistenza a lungo termine. Circa quattro persone su dieci oltre i 65 anni d'età hanno dichiarato di soffrire di sintomi depressivi, una percentuale superiore alla media dell'UE.

Figura 4. Circa la metà degli italiani dichiara di soffrire di una o più malattie croniche dopo i 65 anni



Nota: 1. Le malattie croniche includono l'infarto, l'ictus, il diabete, il morbo di Parkinson, il morbo di Alzheimer, l'artrite reumatoide o l'osteoartrite. 2. Tra le attività di base della vita quotidiana rientrano le seguenti: vestirsi, camminare in una stanza, fare il bagno o la doccia, mangiare, salire o scendere dal letto e usare i servizi igienici. 3. Si considerano affette da sintomi depressivi le persone che riferiscono di avere più di tre sintomi depressivi (su 12 variabili possibili). Fonti: Banca dati di Eurostat sulla speranza di vita e sugli anni di vita in salute (i dati si riferiscono al 2017); indagine SHARE per gli altri indicatori (i dati si riferiscono al 2017).

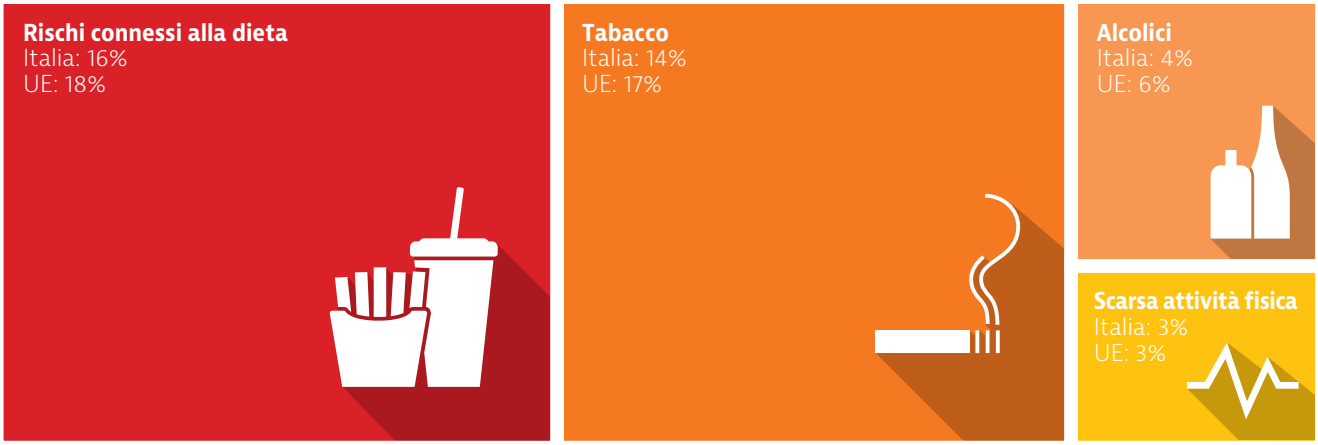
3 I fattori di rischio

I fattori di rischio comportamentali sono responsabili di un terzo di tutti i decessi in Italia

Secondo le stime, circa un terzo dei decessi avvenuti in Italia nel 2017 è attribuibile a fattori di rischio comportamentali, tra cui i rischi connessi alla dieta, il tabagismo, il consumo di alcolici e la scarsa attività fisica (Figura 5; IHME, 2018). Questa percentuale è di gran lunga inferiore alla media dell'UE.

Sul totale dei decessi avvenuti nel 2017, circa il 16 % (98 000) è riconducibile a rischi connessi alla dieta (tra cui un basso consumo di frutta e verdura e un consumo elevato di zuccheri e sale). Il consumo di tabacco (compreso il fumo attivo e passivo) è responsabile di circa il 14 % delle morti (oltre 90 000), quasi il 4 % (26 000) è attribuibile al consumo di alcolici e il 3 % (18 000) alla scarsa attività fisica. Tutte le percentuali sono inferiori alla media dell'UE, ad eccezione di quella relativa alla scarsa attività fisica.

Figura 5. Circa un terzo dei decessi è attribuibile a fattori di rischio modificabili



Nota: Il numero complessivo di decessi collegati a tali fattori di rischio (210 000) è inferiore al totale ottenuto sommando ciascun fattore individualmente (231 000), poiché un decesso può essere attribuito a più fattori di rischio. I rischi connessi alla dieta includono 14 componenti, tra cui lo scarso consumo di frutta e verdura, il consumo di bevande altamente zuccherate e il consumo di sale.
Fonte: IHME (2018), Global Health Data Exchange (stime relative al 2017).

Il fumo resta un serio problema per la salute pubblica

In Italia il consumo di tabacco continua a rappresentare uno dei principali problemi di salute pubblica, in particolare tra gli uomini: nel 2017, il 25 % della popolazione maschile in Italia ha dichiarato di fumare quotidianamente, rispetto al 15 % delle donne. Nonostante il calo registrato nell'ultimo decennio, la percentuale di fumatori resta superiore a quella della maggior parte dei paesi dell'UE.

Resta molto elevato anche il numero di fumatori tra gli adolescenti italiani. Nel 2015, più di un terzo dei ragazzi e delle ragazze di 15 e 16 anni ha dichiarato di avere fumato, anche solo occasionalmente, nel mese precedente; si tratta della percentuale più elevata nell'UE (Figura 6). La percentuale di fumatori tra gli adolescenti italiani non è diminuita tra il 1995 e il 2015, a differenza di quanto accaduto nella maggior parte degli altri paesi dell'UE.

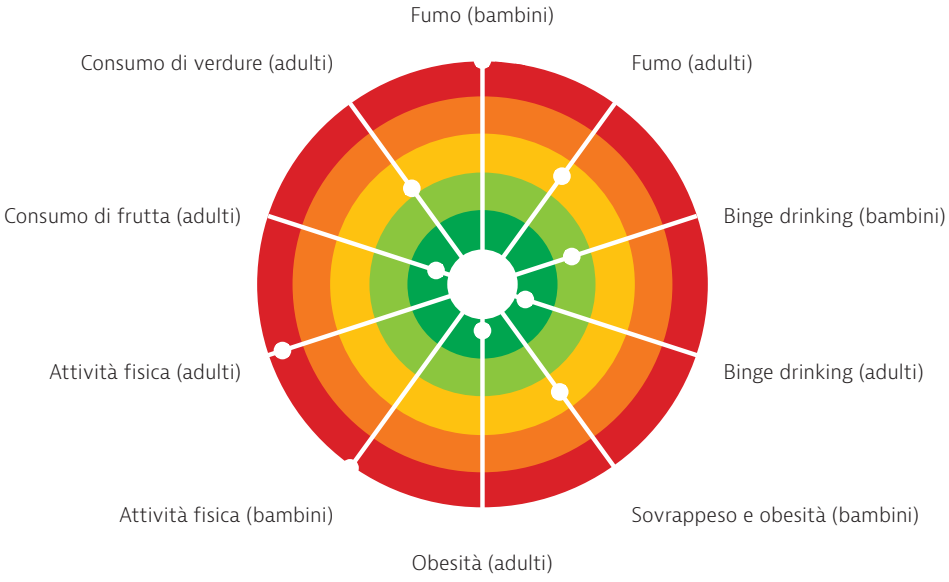
I tassi di sovrappeso e obesità tra i bambini e gli adolescenti sono elevati

Secondo lo studio sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare condotto in tutta Europa, nel periodo 2013-2014 quasi un quindicenne su cinque (18 %) in Italia era o sovrappeso od obeso. Da un'altra indagine nazionale più recente, incentrata sui bambini che frequentano la scuola primaria, sono emerse percentuali ancora più elevate. In base ai risultati, nel 2016 era obeso o in sovrappeso quasi un bambino su tre (31 %) dell'età di 8-9 anni, percentuale tuttavia in lieve calo rispetto al 35 % registrato nel 2008 (Spinelli et al., 2017).

L'elevata percentuale di bambini in sovrappeso od obesi è legata almeno in parte alla scarsa attività fisica. Nel periodo 2013-2014 solo il 5 % delle ragazze e l'11 % dei ragazzi di 15 anni ha dichiarato di praticare ogni giorno un'attività fisica almeno moderata: il tasso più basso di tutta l'UE. Anche il livello di attività fisica tra gli adulti italiani è tra i più ridotti dell'Unione europea.

L'obesità tra gli adulti ha registrato un lieve aumento negli ultimi 15 anni, passando dal 9 % del 2003 all'11 % del 2017 secondo un'indagine nazionale, ma resta comunque inferiore al tasso registrato nella maggior parte dei paesi dell'UE.

Figura 6. In Italia molti fattori di rischio per i bambini sono più diffusi rispetto ad altri paesi dell'UE



Nota: Più il punto è vicino al centro, migliori sono i risultati ottenuti dal paese rispetto agli altri paesi membri dell'UE. Nessun paese rientra nell'area bersaglio bianca perché vi è margine di miglioramento per tutti i paesi in tutti i settori.
Fonti: Calcoli dell'OCSE basati sull'indagine ESPAD (European School Project on Alcool and Other Drugs) del 2015 e sullo studio HBSC del 2013-2014 per gli indicatori relativi ai bambini e su EU-SILC 2017, sulla banca dati di Eurostat EHIS 2014 e sulle statistiche sulla salute dell'OCSE 2019 per gli indicatori relativi agli adulti.

In Italia, la percentuale di adulti che dichiara di consumare almeno una porzione di frutta e verdura quotidianamente è maggiore rispetto a quella nella maggioranza dei paesi dell'UE. Tuttavia, nel 2017 il 15 % degli adulti in Italia ha dichiarato di non consumare nemmeno un frutto al giorno, e il 20 % di non consumare verdura.

Il consumo di alcolici tra gli adulti è limitato, ma un terzo degli adolescenti è dedito al "binge drinking"

Il consumo di alcolici tra gli adulti in Italia è diminuito di circa il 20 % dal 2000, ed è attualmente tra i più bassi dell'UE. Anche la percentuale di adulti che riferiscono un consumo di alcolici elevato e regolare ("binge drinking"[1]) è molto più limitata rispetto a quasi tutti gli altri paesi dell'UE.

La pratica del "binge drinking" è tuttavia piuttosto diffusa tra gli adolescenti italiani. Nel 2015, circa un terzo dei ragazzi e delle ragazze di 15-16 anni ha riferito almeno un episodio di consumo eccessivo di alcolici nel corso del mese precedente, una percentuale vicina alla media dell'UE.

4 Il sistema sanitario

Il servizio sanitario nazionale in Italia è altamente decentrato e garantisce una copertura universale

Il servizio sanitario nazionale (SSN) è decentrato e organizzato su base regionale. Il governo centrale riversa parte delle entrate fiscali generali nell'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici, definisce il pacchetto di prestazioni sanitarie (i cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza, LEA) ed esercita un ruolo di gestione generale. Ciascuna regione è responsabile dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sanitari tramite le unità sanitarie locali, gli ospedali pubblici e privati accreditati. Il servizio sanitario è garantito per tutti i cittadini e gli stranieri legalmente residenti. La copertura è automatica e universale, e l'assistenza è in genere gratuita per i servizi ospedalieri e medici. Dal 1998 gli immigrati irregolari hanno il diritto di accedere ai servizi urgenti ed essenziali.

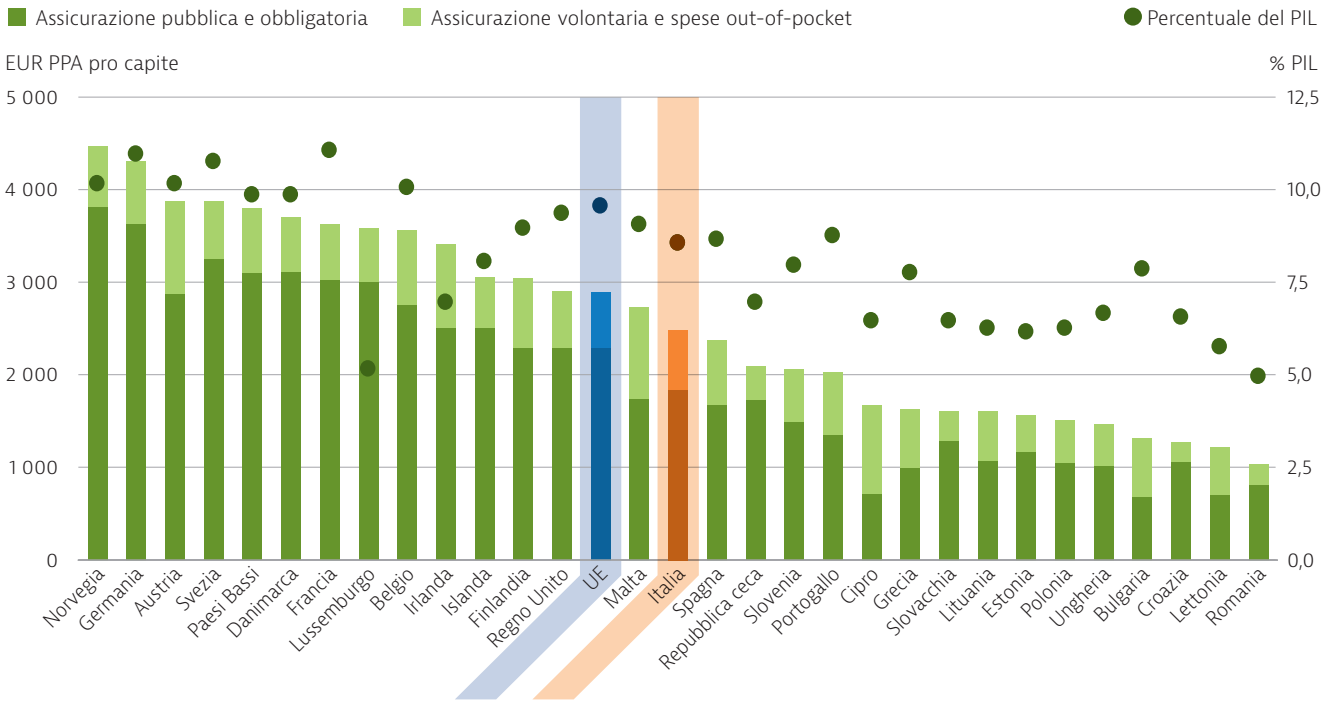
1: Il "binge drinking" è un comportamento definito come l'assunzione di sei o più bevande alcoliche in un'unica occasione per gli adulti e di cinque o più bevande alcoliche per gli adolescenti.

La spesa sanitaria in Italia è inferiore alla media dell'UE

Nel 2017 l'Italia ha destinato alla sanità l'8,8 % del PIL, collocandosi al di sotto della media UE del 9,8 %. La spesa sanitaria pro capite si è attestata a 2 483 EUR (rettificata per tenere conto delle differenze nel potere d'acquisto), oltre il 10 % in meno rispetto alla media dell'UE, pari a 2 884 EUR (Figura 7). Dopo la crisi economica del 2009, la spesa sanitaria pro capite ha registrato un calo fino al 2013, per poi riprendere ad aumentare moderatamente.

Nel 2017 la spesa sanitaria era finanziata per il 74 % da fondi pubblici (ossia il 6,5 % del PIL). Sebbene i LEA di base coprano un'ampia gamma di servizi, le spese non rimborsabili a carico delle famiglie sono relativamente elevate (24 %) e costituiscono la maggior parte della spesa sanitaria rimanente. Le assicurazioni sanitarie private rivestono un ruolo marginale, andando a coprire soltanto il 2 % circa della spesa sanitaria totale.

Figura 7. L'Italia spende meno nella sanità della maggior parte degli altri paesi dell'Europa occidentale



Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2019 (i dati si riferiscono al 2017).

I disavanzi sanitari delle regioni sono stati colmati in buona parte

Il sistema sanitario italiano è finanziato principalmente con le entrate derivanti dal gettito fiscale generale, integrate da quelle dalle imposte regionali sul reddito delle imprese e delle persone fisiche, e dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie direttamente a carico del paziente (spesa out-of-pocket). Le differenze regionali in termini di capacità contributiva ed efficienza dell'assistenza sanitaria sollevano preoccupazioni circa la capacità delle regioni più povere o con capacità di performance inferiori di fornire servizi sanitari di elevata qualità senza aumentare le imposte regionali o il disavanzo già esistente (Riquadro 1). Tuttavia, tramite controlli molto rigorosi della spesa, la maggior parte delle regioni è riuscita negli ultimi anni a mantenere in equilibrio i bilanci sanitari. Nel 2017 sono stati imposti piani di risanamento sottoposti a vigilanza a livello nazionale solo in sette regioni su venti (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia), un numero inferiore rispetto al 2007.

Riquadro 1. I LEA sono stati estesi nel 2017, ma diverse regioni non dispongono delle capacità per erogare nuovi servizi

Nel gennaio 2017 il governo italiano ha approvato un ampliamento moderato dei LEA, destinato a integrare determinate patologie rare e croniche, nuovi servizi diagnostici, nuovi vaccini, nonché dispositivi di screening neonatale e di assistenza. I nuovi LEA hanno inoltre introdotto il tanto atteso aggiornamento delle tariffe pagate per i diversi servizi. Tuttavia, l'assenza di linee guida a livello nazionale e i vincoli finanziari hanno comportato livelli di attuazione diversi tra le varie regioni. Secondo quanto indicato dal comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (comitato LEA), nel 2017 cinque regioni (Campania, Valle d'Aosta, Sardegna, Calabria e Provincia Autonoma di Bolzano) non erano conformi agli obiettivi e i traguardi sull'erogazione dei servizi posti a livello nazionale.

Le regioni hanno inoltre la facoltà di offrire servizi non previsti dai LEA, ma devono farsi carico dei costi autonomamente. L'elevata mobilità interregionale dei pazienti è uno degli indicatori delle disuguaglianze nell'erogazione dei servizi sanitari in tutto il paese. La percentuale di pazienti sottoposti a cure in una regione diversa da quella di origine è passata dal 7 % nel 2001 a circa l'8,5 % nel 2016. La percentuale di pazienti originari delle regioni meridionali che scelgono di recarsi in altre regioni per ricevere cure mediche è quasi doppia rispetto a quella dei pazienti che vivono al Nord.

Il pagamento del ticket è una prassi diffusa in tutta Italia, ma le tariffe e le esenzioni variano da una regione all'altra

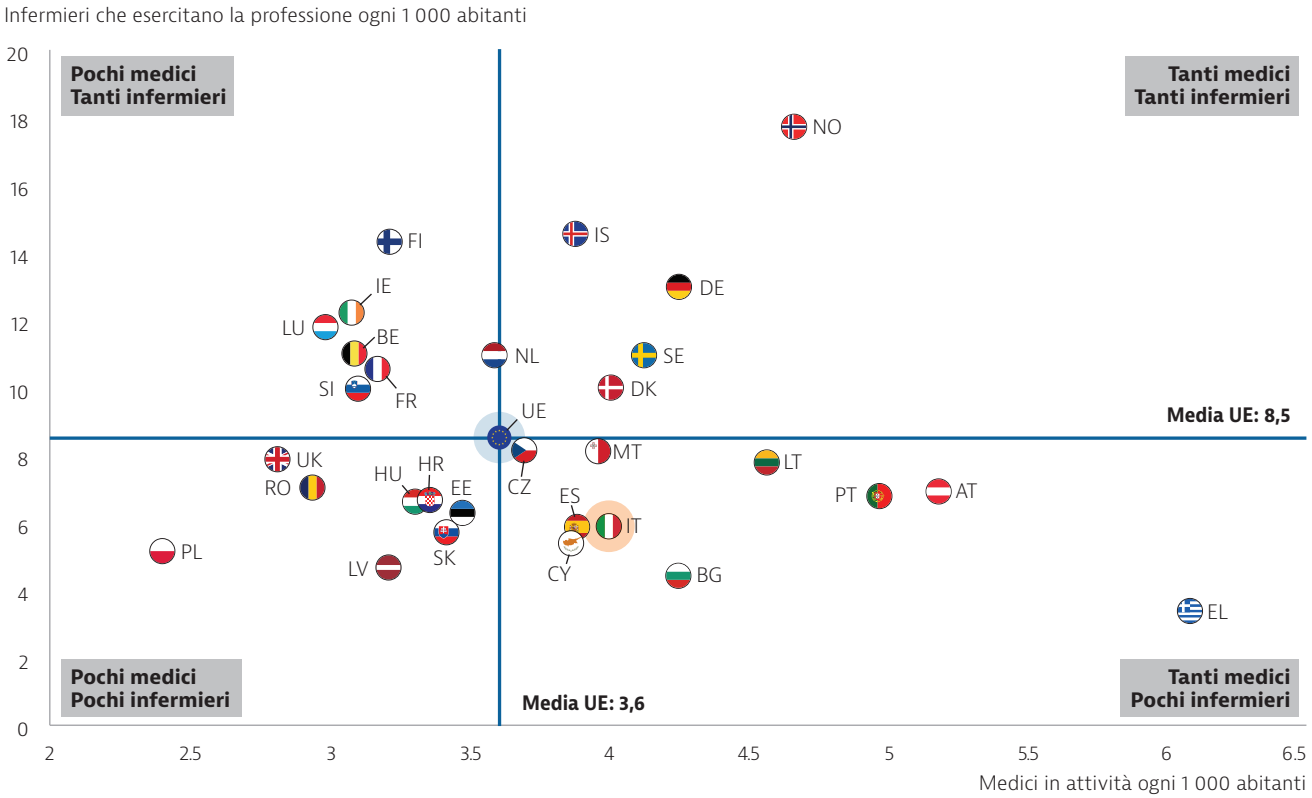
Storicamente, la spesa out-of-pocket ha rappresentato poco più di un quinto del totale della spesa sanitaria in Italia. Tuttavia, nell'ultimo decennio, la quota di questa categoria di spesa è gradualmente aumentata, di pari passo con gli obblighi di compartecipazione alle spese per molti servizi sanitari e farmaci in diverse regioni (cfr. Sezione 5.2). Il pagamento del ticket è obbligatorio per le procedure diagnostiche, i farmaci, le visite specialistiche ambulatoriali e gli interventi non giustificati (non urgenti) nelle unità ospedaliere di pronto soccorso. Poiché ciascuna regione fissa in modo autonomo i livelli di compartecipazione alla spesa farmaceutica e le esenzioni per determinate fasce della popolazione, l'ammontare del ticket non è lo stesso in tutto il paese. Non esistendo massimali annuali per la compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie o farmaceutiche, il pagamento del ticket si ripercuote maggiormente sugli utenti non esenti dal ticket che ricorrono spesso ai servizi sanitari.

Il numero dei medici è superiore alla media dell'UE, mentre quello degli infermieri è inferiore

Mentre il numero totale dei medici per abitante in Italia è superiore alla media dell'UE (4,0 rispetto al 3,6 per 1 000 abitanti nel 2017), il numero dei medici che esercitano negli ospedali pubblici e in qualità di medici di famiglia è in calo, e oltre la metà dei medici attivi ha un'età superiore ai 55 anni: tale situazione desta serie preoccupazioni riguardo alla futura carenza di personale.

L'Italia impiega meno infermieri rispetto a quasi tutti i paesi dell'Europa occidentale (ad eccezione della Spagna) e il loro numero è notevolmente inferiore alla media dell'UE (5,8 infermieri per 1 000 abitanti contro gli 8,5 dell'UE; Figura 8).

Figura 8. Rispetto alla media dell'UE, in Italia il numero di medici è elevato mentre quello del personale infermieristico è inferiore



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 del 30 % circa). In Austria e 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 (i dati si riferiscono al 2017 o all'anno più vicino).

Migliorare il trattamento delle malattie croniche è essenziale per innovare l'assistenza sanitaria

I servizi sanitari sono erogati principalmente da enti pubblici, oltre che da operatori privati o pubblico-privati. I medici di famiglia e i pediatri svolgono una funzione di gatekeeper per l'accesso alle cure secondarie. Nell'ambito del SSN, i pazienti hanno la possibilità di scegliere tra operatori pubblici o privati convenzionati per le cure ospedaliere e i servizi ambulatoriali specializzati, di solito a seconda della qualità percepita e dei tempi di attesa.

Riconosciuta la necessità di introdurre altre tipologie di servizi per rispondere ai nuovi bisogni assistenzali, nel settembre 2016 è stata avviata un'iniziativa nazionale intesa a migliorare il coordinamento dell'assistenza per le patologie croniche (Piano Nazionale della Cronicità; Ministero della Salute, 2016). Varie regioni stanno sperimentando l'attuazione di diversi modelli di servizio sanitario, attraverso l'istituzione di poliambulatori territoriali e una gestione dei casi che combini assistenza sanitaria e sociale, al fine di rispondere al meglio alle esigenze dei pazienti con comorbidità. Nella maggior parte dei casi questi progetti pilota non sono però stati oggetto di alcuna valutazione formale.

5 Valutazione del sistema sanitario

5.1. Efficacia

I bassi tassi di mortalità prevenibile e trattabile riflettono l'efficacia del sistema sanitario

Dopo una riduzione di oltre il 10 %, osservata tra il 2011 e il 2016, l'Italia registra il secondo tasso più basso di mortalità prevenibile nell'UE, dopo Cipro (Figura 9). Il basso tasso di mortalità prevenibile è frutto delle percentuali ridotte di mortalità per cardiopatie ischemiche, tumore al polmone, decessi accidentali, suicidi e malattie connesse al consumo di alcolici, che si attestano a livelli ben al di sotto delle medie dell'UE, grazie a una diffusione più limitata dei fattori di rischio e a una minore incidenza di questi problemi di salute.

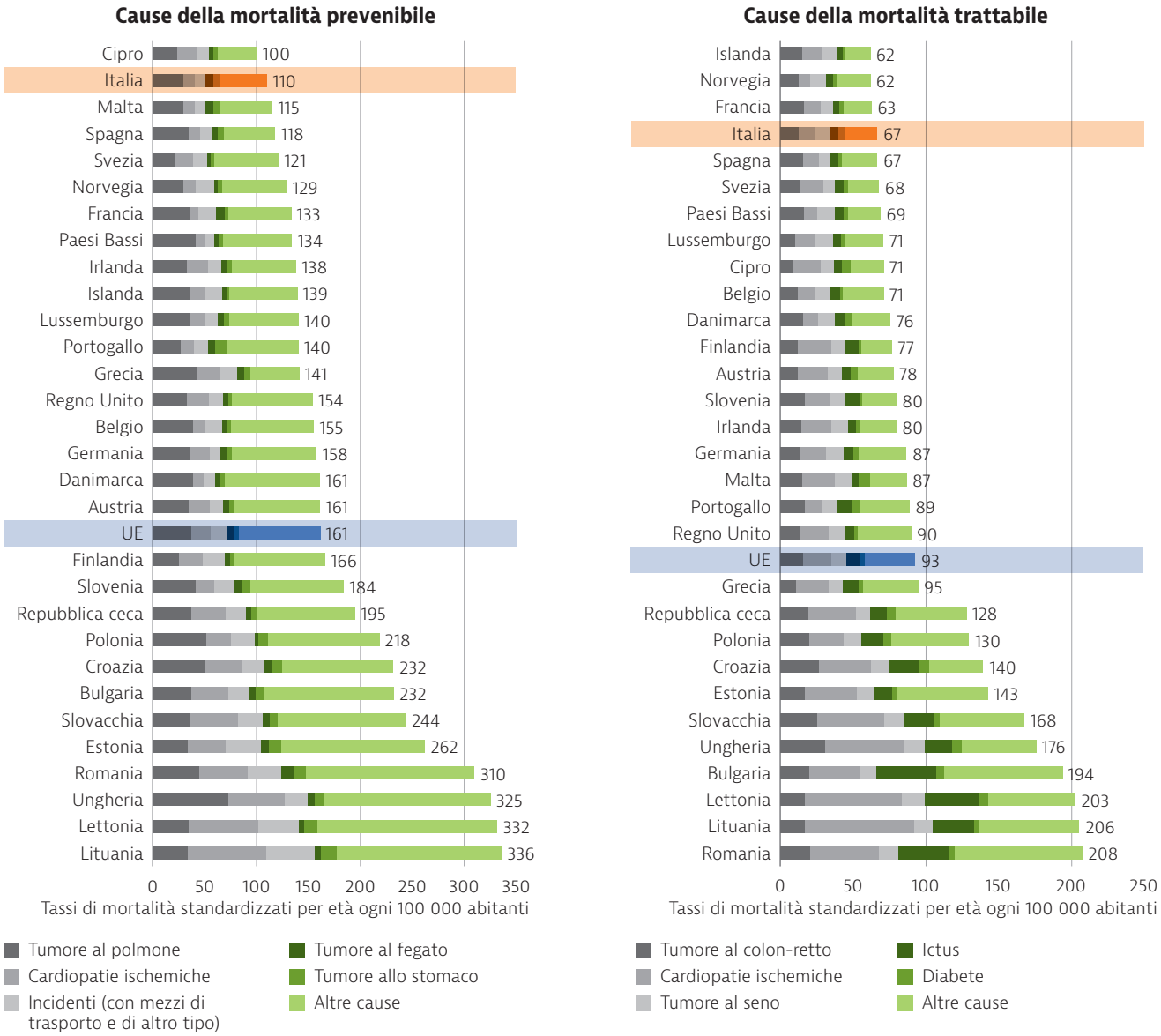
Anche il numero di decessi ritenuti potenzialmente evitabili con il ricorso a interventi sanitari è stato uno dei più bassi dell'UE nel 2016, a dimostrazione dell'efficacia generale del sistema sanitario italiano nel trattamento di pazienti con affezioni potenzialmente letali. Tali risultati positivi sono legati a tassi di mortalità relativamente bassi per cardiopatie ischemiche, ictus e cancro colon-rettale, che sono considerevolmente inferiori rispetto alla media dell'UE, grazie all'efficacia dei trattamenti generalmente erogati per le patologie di questo tipo.

Le politiche in materia di salute pubblica degli anni 2000 stanno dando i loro frutti, come dimostrano i bassi livelli di mortalità prevenibile

I bassi livelli di mortalità prevenibile in Italia sono riconducibili, almeno in parte, alle solide politiche in materia di salute pubblica attuate una decina di anni fa (Riquadro 2). Nel 2005 è stato introdotto, a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro, e sono stati applicati costanti aumenti dei prezzi delle sigarette. Nel 2013 sono state inoltre introdotte norme più severe sull'accesso al tabacco da parte dei giovani: l'età minima d'acquisto è stata innalzata a 18 anni, sono state fissate multe più elevate per i tabaccai che vendono sigarette ai minori, sono stati installati sistemi automatici di rilevamento dell'età nei distributori automatici di tabacco, il divieto di fumo è stato esteso agli spazi esterni delle scuole, ed è stato introdotto il divieto di vendita di sigarette elettroniche ai minori. Inoltre una nuova legge adottata nel 2016 ha regolamentato la riproduzione di immagini e avvertenze sui pacchetti di sigarette, e ha introdotto il divieto di fumo nelle automobili (in presenza di donne incinte e minori) e negli spazi esterni degli ospedali.

La notevole riduzione del consumo di alcolici registrata negli ultimi decenni è dovuta in larga parte a diversi fattori socio-demografici ed economici e, più specificamente, all'urbanizzazione (Allamani et al., 2014). In aggiunta, le politiche di controllo del consumo di alcolici, tra cui le norme sulla guida in stato di ebbrezza, le restrizioni alle vendite durante eventi di massa introdotte negli anni 2000 e l'aumento a 18 anni del limite di età per l'acquisto di alcolici entrato in vigore nel 2012, hanno contribuito a ridurre il consumo di alcolici.

Figura 9. L'Italia registra tra i tassi più bassi di mortalità prevenibile e trattabile nell'UE



Nota: Per mortalità prevenibile si intendono i decessi che potrebbero perlopiù essere evitati grazie a interventi sanitari e di prevenzione primaria. La mortalità per cause trattabili (o evitabili) include i decessi che potrebbero essere evitati principalmente grazie a interventi di assistenza sanitaria, tra cui lo screening e le cure mediche. Entrambi gli indicatori si riferiscono alla mortalità prematura (sotto i 75 anni). I dati si basano sugli elenchi OCSE/Eurostat riveduti.
Fonte: Banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2016).

Riquadro 2. Un programma nazionale affronta i fattori di rischio pertinenti con un approccio multisettoriale

Il programma nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", inizialmente approvato nel 2007, è attuato ancora oggi in collaborazione con le regioni e le province autonome. L'obiettivo essenziale del programma consiste nell'affrontare, in modo coordinato, quattro principali fattori di rischio modificabili per la salute della popolazione di ogni età: alimentazione inadeguata, inattività fisica, fumo e consumo di alcolici. Le tematiche sono affrontate sia dal punto di vista del settore sanitario sia da una più ampia prospettiva sociale e ambientale, attraverso azioni intersettoriali basate sui principi del progetto "Salute in Tutte le Politiche".

Sulla base di questo storico programma, nel Febbraio 2019 i Ministri della Salute e dell'Istruzione hanno adottato una nuova serie di orientamenti politici intesi a incoraggiare migliori abitudini alimentari, l'attività fisica e altre attività di promozione della salute nelle scuole (Ministero della Salute, 2019).

Incrementare i tassi di vaccinazione tra i bambini costituisce una sfida di fondamentale importanza

A causa della scarsa fiducia di cittadini e genitori nei benefici della vaccinazione, fino al 2016 il tasso di vaccinazione infantile era sceso al di sotto dell'obiettivo del 95 % raccomandato dall'OMS per proteggere la popolazione contro la diffusione di una serie di malattie trasmissibili. In risposta, nel 2017 il governo Italiano ha adottato un piano biennale esauriente inteso ad aumentare la copertura vaccinale, anche rendendola un obbligo per la frequenza scolastica. Ciononostante, la disinformazione e la scarsa coerenza delle politiche hanno sinora ostacolato l'attuazione del piano (Riquadro 3).

Riquadro 3. L'attuazione di un piano nazionale di vaccinazione è ostacolata dalla disinformazione

Nel gennaio 2017 è stato approvato un piano nazionale della prevenzione vaccinale, che ha armonizzato in un unico programma nazionale i 20 diversi programmi regionali precedenti. Il piano non solo stabilisce obiettivi per la copertura vaccinale, ma delinea altresì azioni volte a ridurre le disparità tra regioni. Nonostante questo passo avanti, l'esitazione vaccinale continua a rappresentare un problema, causato dall'azione di diversi gruppi nell'ambito dell'opinione pubblica italiana che contestano l'efficacia, la sicurezza e la necessità delle vaccinazioni.

In risposta alle epidemie di morbillo del periodo 2016-2017, nel luglio 2017 il governo Italiano ha reso dieci vaccini gratuiti e obbligatori per i bambini che frequentano la scuola. In aggiunta, nel settembre 2017 è diventato obbligatorio dimostrare la copertura vaccinale per i bambini fino all'età di 6 anni che frequentano le scuole dell'infanzia e gli asili nido ed è stata inoltre avanzata la proposta di multare i genitori che rifiutino di vaccinare i loro figli, indipendentemente dalla loro età.

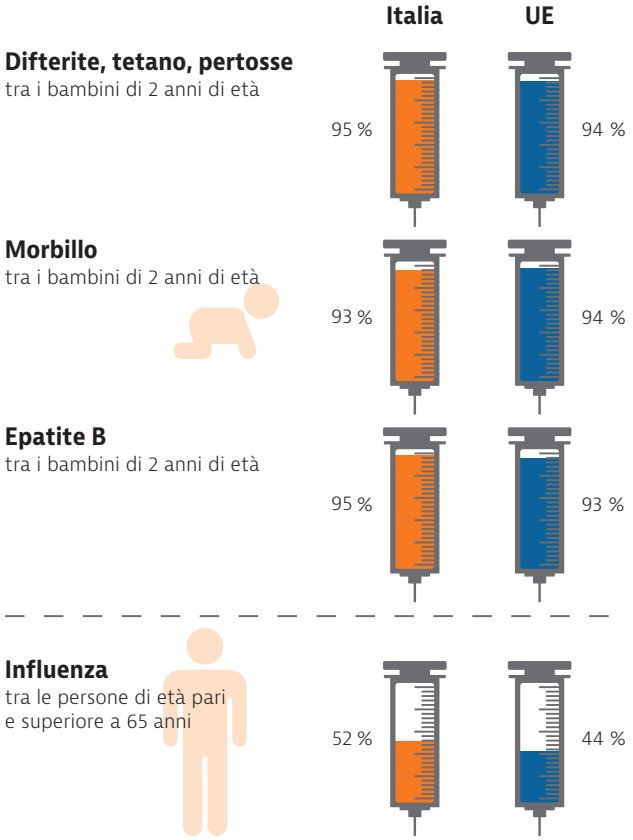
L'attuazione del piano è stata indebolita nel Giugno 2018 dalla decisione del governo successivo di permettere ai genitori di dimostrare agli istituti scolastici la situazione vaccinale dei figli con un'autocertificazione e non necessariamente mediante un certificato medico. Nel mese successivo a tale provvedimento, si è registrato un aumento dei casi di morbillo nel paese, in seguito al quale si è deciso di ripristinare l'applicazione dell'obbligo vaccinale. La scarsa coerenza politica da parte del governo costituisce uno dei fattori che rafforza l'esitazione vaccinale e i movimenti "No vax" in Italia.

Nel 2017 e nel 2018 la copertura vaccinale tra i bambini ha registrato un lieve aumento, rientrando nuovamente nell'obiettivo del 95 % dell'OMS per la difterite, il tetano, la pertosse e, per la prima volta dal 2014, per l'epatite B, ma è rimasta leggermente al di sotto di tale livello per il morbillo (Figura 10).

Tra il 2017 e il 2019 sono stati registrati diversi focolai di morbillo in Italia, che occupa il quarto posto per numero di segnalazioni di casi di morbillo in Europa, la stragrande maggioranza dei quali riguardanti persone non vaccinate.

Anche se il tasso di copertura è superiore alla media dell'UE, nel 2017 solo poco più della metà delle persone di età pari o superiore a 65 anni sono state vaccinate contro l'influenza, una percentuale ben al di sotto dell'obiettivo raccomandato dall'OMS, pari al 75 %. La percentuale di persone anziane vaccinate è diminuita nell'ultimo decennio, ancora una volta in parte a causa della disinformazione e della percezione errata riguardo ai benefici e ai rischi legati alla vaccinazione.

Figura 10. In Italia i tassi di vaccinazione infantile per il morbillo non raggiungono l'obiettivo dell'OMS

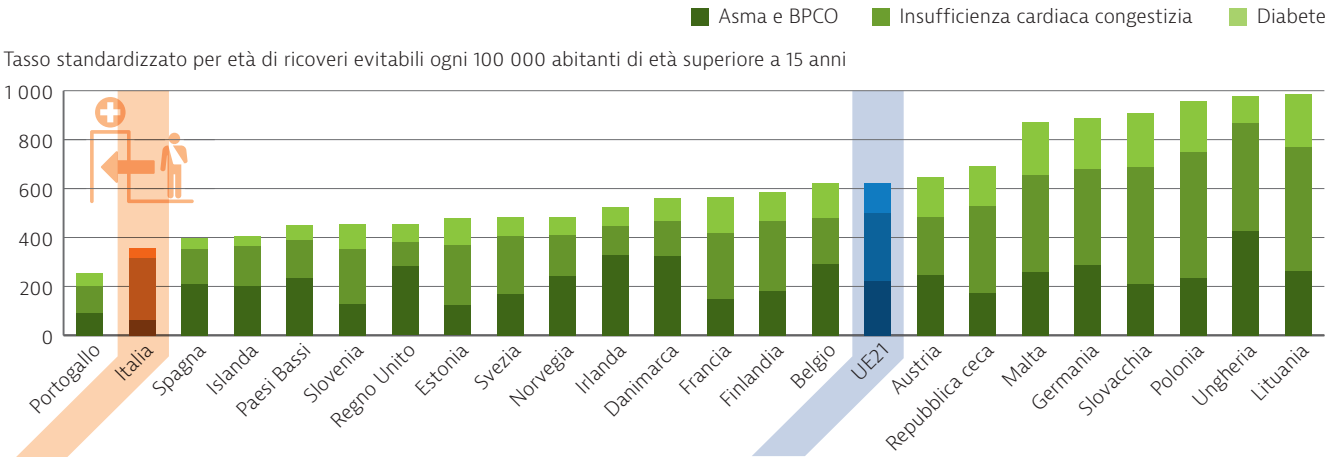


Nota: I dati si riferiscono alla terza dose per difterite, tetano, pertosse ed epatite B, e alla prima dose per il morbillo.
Fonte: Dati OMS relativi ai bambini (i dati si riferiscono al 2018); statistiche sulla salute dell'OCSE 2019 e banca dati di Eurostat per le persone di età pari o superiore a 65 anni (i dati si riferiscono al 2017).

Un'assistenza primaria efficace contribuisce a prevenire i ricoveri ospedalieri

Il tasso di ricoveri ospedalieri registrati in Italia per malattie croniche quali l'asma, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e il diabete è tra i più bassi dell'UE (Figura 11). Questo risultato è dovuto alla solidità del sistema di erogazione delle cure primarie, in cui i medici di famiglia svolgono una funzione di gatekeeper per l'accesso alle cure secondarie, e un numero sempre maggiore di equipe mediche multidisciplinari prestano assistenza per acuti e per pazienti affetti da malattie croniche, nonché servizi di prevenzione per l'intera popolazione.

Figura 11. I ricoveri ospedalieri evitabili per malattie croniche sono ben al di sotto della media dell'UE

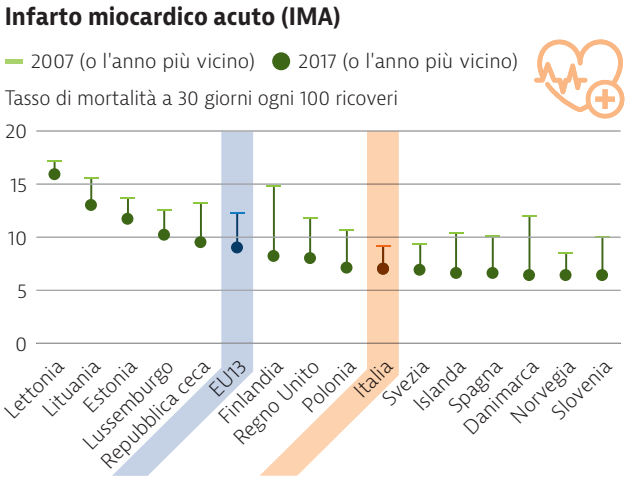


Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2019 (i dati si riferiscono al 2017 o all'anno più vicino).

Gli ospedali garantiscono in genere cure di elevata qualità ai pazienti che necessitano di assistenza per acuti

Negli ultimi dieci anni la qualità dell'assistenza ospedaliera per acuti erogata per patologie potenzialmente letali, come l'infarto miocardico acuto, è migliorata ed è oggi del tutto paragonabile a quella di altri paesi dell'UE, come risulta dai tassi di mortalità in seguito a ricovero (Figura 12). Nel 2012 è stato avviato il Programma Nazionale Esiti (PNE), finalizzato a valutare e sostenere il miglioramento delle procedure e degli esiti clinici. Gestito dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), il programma presenta una valutazione comparativa a livello nazionale dell'efficacia, della sicurezza e della qualità delle cure erogate nell'ambito del SSN. I risultati a livello nazionale e regionale vengono pubblicati regolarmente su un sito web, utilizzati per gli audit e per fornire riscontri volti a migliorare le pratiche cliniche.

Figura 12. I tassi di mortalità in seguito a ricovero in caso di infarto miocardico acuto sono tra i più bassi dell'UE



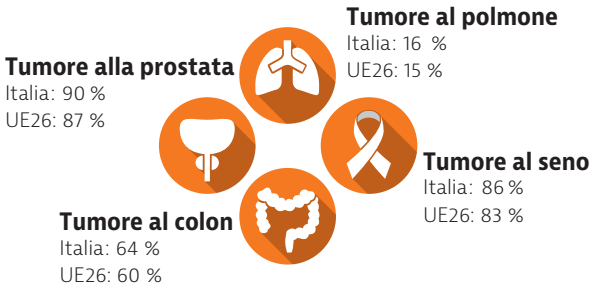
Nota: Le cifre si basano su dati relativi ai pazienti e sono state standardizzate per età-sesso rispetto alla popolazione OCSE del 2010 di età superiore ai 45 anni ricoverata in ospedale per infarto miocardico acuto.
Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2019 (i dati si riferiscono al 2017 o all'anno più vicino).

Il tasso di sopravvivenza ai tumori è superiore alla media dell'UE, nonostante le percentuali di screening relativamente basse

Nell'ultimo decennio sono stati messi in atto diversi piani nazionali di screening per potenziare la diagnosi precoce dei tumori più comuni, ossia al seno, al collo dell'utero e al colon-retto. Sebbene i programmi siano offerti a titolo gratuito ai segmenti della popolazione cui sono destinati, la copertura rimane limitata. Nel 2017, solo il 60 % circa delle donne della fascia di età tra i 50 e i 69 anni si era sottoposto a screening per il tumore al seno nei due anni precedenti, una percentuale prossima alla media UE del 61 %. I tassi di screening per il cancro al collo dell'utero sono molto più bassi: solo il 40 % circa delle donne di età compresa tra 20 e 69 anni si è sottoposto a screening negli ultimi tre anni, rispetto alla media dell'UE del 66 %.

Nonostante i livelli di screening relativamente bassi, i tassi di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi di queste e altre malattie oncologiche sono leggermente più elevati in Italia rispetto ad altri paesi dell'UE (Figura 13), a dimostrazione del fatto che il sistema sanitario nazionale fornisce di norma cure efficaci e tempestive per i pazienti oncologici.

Figura 13. I tassi di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi per varie forme tumorali sono superiori alla media dell'UE



Nota: I dati si riferiscono alle persone che hanno ricevuto una diagnosi tra il 2010 e il 2014.
Fonte: Programma CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

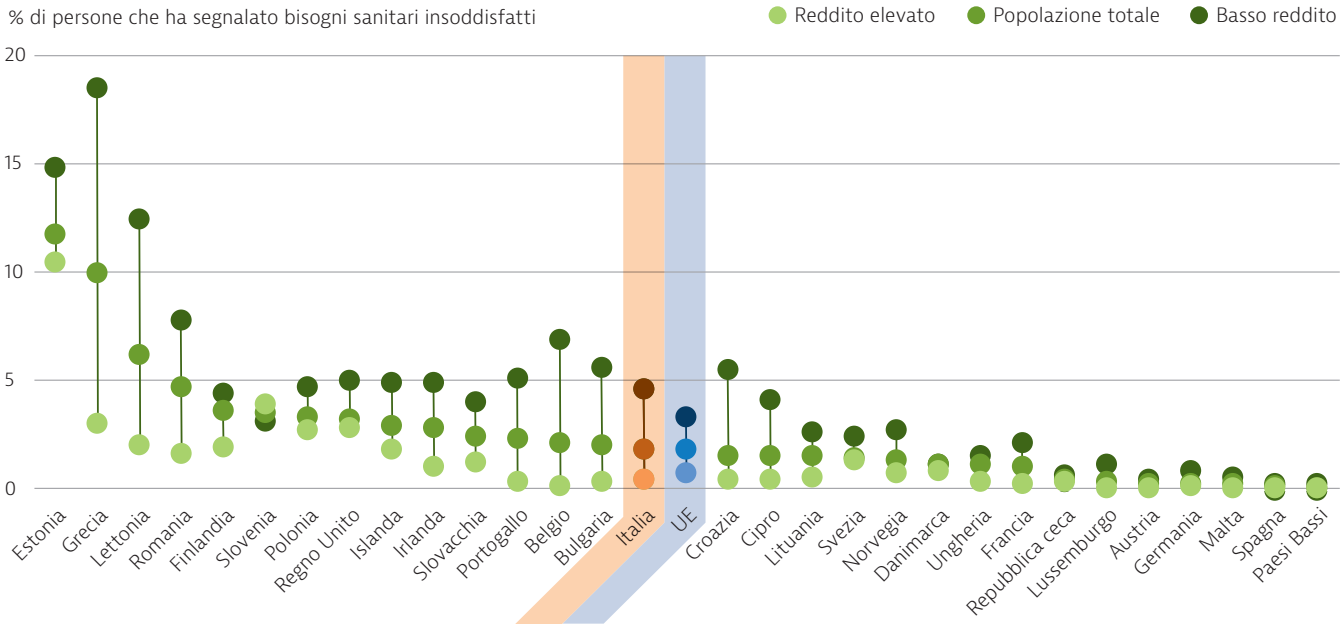
5.2. Accessibilità

Il bisogno sanitario non soddisfatto è prossimo alla media dell'UE

Come indicato nella Sezione 4, quasi tutti i residenti italiani sono coperti dal SSN, che sostiene la maggior parte delle spese mediche ospedaliere e delle visite mediche. Soltanto il 2 % circa della popolazione ha segnalato un bisogno sanitario non soddisfatto nel 2017 (Figura 14), principalmente a causa di problemi connessi ai costi e a problematiche legate ai tempi di attesa. Il tasso di bisogni sanitari non soddisfatti era maggiore tra il quintile di reddito più basso (quasi il 5 %) rispetto al quintile di reddito più alto (meno dell'1 %).

I dati sui bisogni sanitari non soddisfatti indicano altresì notevoli differenze di accesso alle cure tra le regioni: i cittadini delle regioni meridionali, meno prospere, hanno una probabilità quasi doppia di riscontrare un bisogno sanitario non soddisfatto rispetto a quelli nelle più ricche regioni settentrionali. Nelle regioni meridionali sono superiori anche il tasso di bisogni sanitari non soddisfatti legati ai tempi di attesa e alle distanze da percorrere (Commissione Europea, 2019).

Figura 14. Il tasso aggregato di bisogni sanitari non soddisfatti in Italia è basso, ma le differenze in base al reddito dei residenti sono superiori rispetto alla media dell'UE

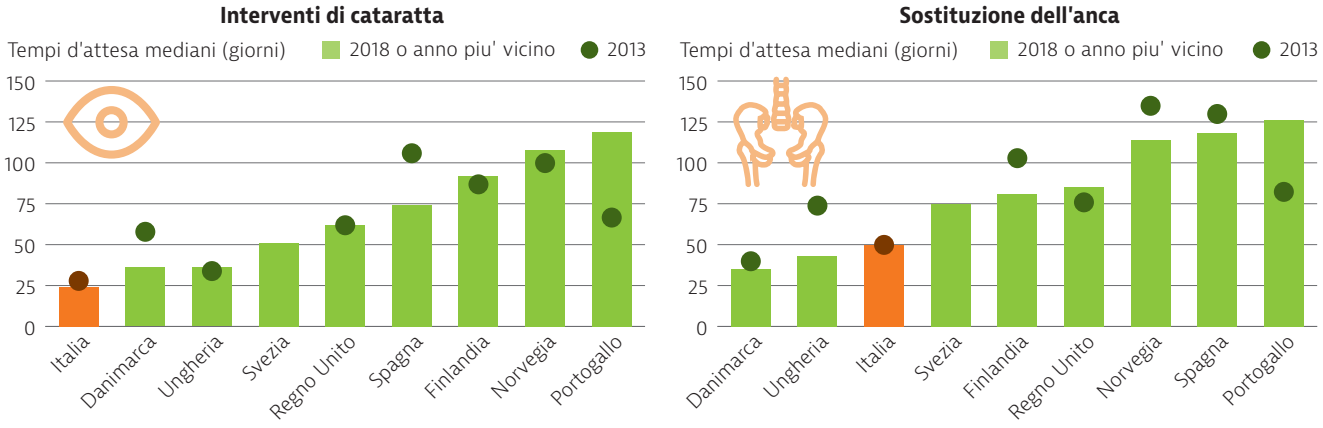


Nota: I dati si riferiscono al fabbisogno di visite o di trattamenti medici che non è stato soddisfatto a causa dei costi, della distanza geografica o dei tempi di attesa. Nel confronto dei dati relativi ai vari paesi occorre tenere conto di alcune differenze negli strumenti di indagine utilizzati.
Fonte: Banca dati di Eurostat, basata su EU-SILC (i dati si riferiscono al 2017).

Il governo ha recentemente adottato un nuovo piano inteso a ridurre i tempi di attesa

Come in molti altri sistemi sanitari nazionali, i tempi di attesa rappresentano una questione annosa del Sistema Sanitario Italiano, e sono stati oggetto di molteplici dibattiti e iniziative politiche. Benché esistano per diversi servizi sanitari, dati confrontabili a livello UE sono disponibili soltanto per le procedure elettive. Rispetto ad altri Stati dell'Unione Europea con dati disponibili, l'Italia registra buoni risultati in termini di tempi di attesa per gli interventi di chirurgia elettiva, quali la rimozione della cataratta e la sostituzione dell'anca (Figura 15), anche se esistono differenze da una regione all'altra.

Figura 15. I tempi di attesa per la chirurgia elettiva sono più bassi in Italia rispetto a molti altri paesi Europei



Nota: I dati si riferiscono ai tempi di attesa mediani.
Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2019.

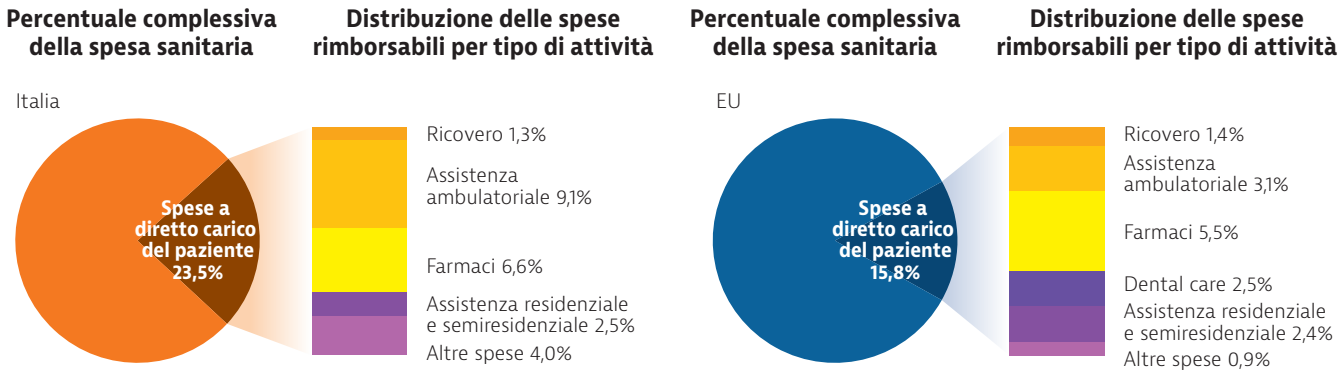
All'inizio del 2019, il Ministero della Salute ha adottato un nuovo piano nazionale triennale sulle liste di attesa, che obbliga le regioni a fissare tempi massimi di attesa per tutti i servizi sanitari erogati. Il piano prevede la creazione di centri regionali unici di prenotazione, al fine di migliorare la gestione degli appuntamenti, e di rendere queste informazioni accessibili in tempo reale attraverso piattaforme online. In caso di mancata fruibilità del servizio entro i tempi massimi di attesa, i pazienti potranno accedere ai servizi erogati da un altro operatore nelle vicinanze senza costi aggiuntivi.

Nel giugno 2019 è stato istituito, presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio nazionale sulle liste d'attesa, finalizzato a sostenere le regioni nell'attuazione del piano e a monitorare i tempi di attesa sull'intero territorio nazionale.

Le spese out-of-pocket sono elevate, soprattutto per l'assistenza sanitaria ambulatoriale e i farmaci

In seguito alla crisi economica, la quota dei pagamenti a carico dei pazienti nella spesa sanitaria è passata dal 21 % del 2009 al 23,5 % del 2017, a causa dei crescenti obblighi di compartecipazione alle spese per molti servizi sanitari e farmaci in diverse regioni. La percentuale è nettamente superiore alla media dell'UE, pari al 16 % (Figura 16).

Figura 16. Le spese out-of-pocket rappresentano una percentuale della spesa sanitaria superiore alla media dell'UE



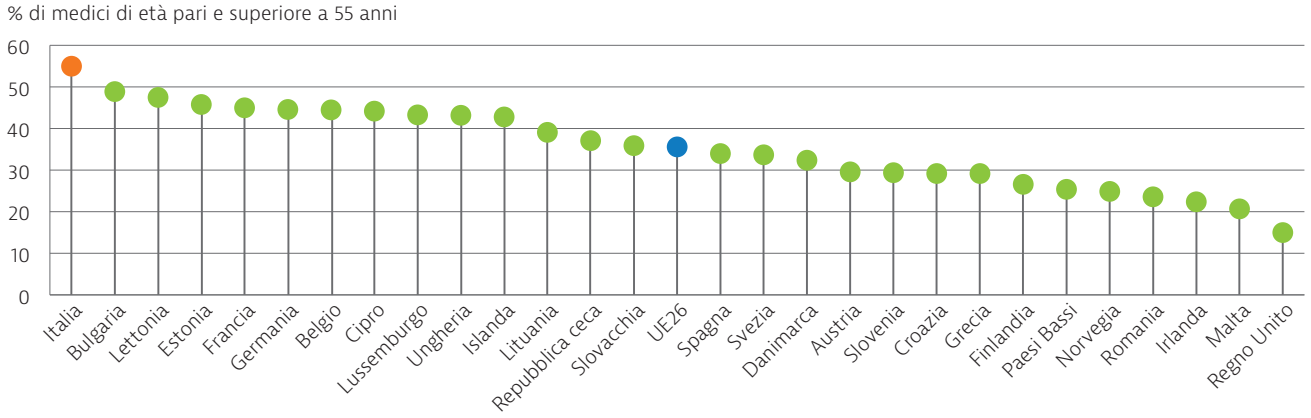
Nota: In Italia le spese out-of-pocket per le cure odontoiatriche sono incluse nell'assistenza sanitaria ambulatoriale.
Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2019 (i dati si riferiscono al 2017).

Il 40 % delle spese out-of-pocket in Italia sono destinate all'assistenza medica ambulatoriale. Quasi la metà di questa voce di spesa è destinata alle cure odontoiatriche. I prodotti farmaceutici ambulatoriali rappresentano invece circa il 30 % delle spese out-of-pocket totali. Le consultazioni del medico di famiglia sono gratuite, mentre occorre pagare il ticket per le visite specialistiche con prescrizione del medico di famiglia (senza prescrizione il costo è interamente a carico del paziente), per le procedure diagnostiche, e per i prodotti farmaceutici (per i farmaci non coperti totalmente dal SSN, nel caso in cui siano imposti ticket a livello regionale, e nel caso di spese dovute all'esistenza di una differenza di prezzo tra il prodotto farmaceutico acquistato e il prezzo di un prodotto alternativo equivalente meno costoso).

Gli ostacoli a livello di formazione e assunzione di nuovi medici destano preoccupazioni riguardo alla carenza di personale

Sebbene il numero di medici pro capite in Italia sia ancora superiore alla media dell'UE (cfr. Sezione 4), la composizione anagrafica dei medici attualmente in esercizio desta preoccupazioni circa la capacità del sistema sanitario di rispondere alle esigenze sanitarie della popolazione in futuro. Nel 2017 più della metà dei medici italiani in attività aveva un'età pari o superiore a 55 anni, la percentuale più elevata dell'UE (Figura 17).

Figura 17. La maggioranza dei medici italiani andrà in pensione nei prossimi dieci anni



Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE e banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2017).

Le preoccupazioni circa la futura disponibilità di personale medico sono aggravate dagli ostacoli a livello di formazione e assunzione dei nuovi medici, necessari per sostituire il gran numero di medici che presto andranno in pensione. Tali ostacoli sono altresì all'origine di un'emigrazione massiccia di neolaureati in medicina e di giovani medici all'inizio della carriera.

Tra il 2010 e il 2016 il numero dei laureati in medicina nelle facoltà italiane è passato da circa 6 700 a oltre 8 000 unità. Tuttavia, non riuscendo a trovare un tirocinio e una specializzazione per completare la formazione poiché i posti sono limitati a un numero totale nettamente inferiore a quello dei laureati, molti neolaureati hanno deciso di andare all'estero per portare a termine la loro formazione specialistica. In aggiunta, si sono trasferiti all'estero anche medici appena formati in Italia, desiderosi di beneficiare di migliori opportunità di lavoro, dato che le retribuzioni inziali dei medici in Italia sono molto basse (dai 2 000 ai 2 500 euro al mese, anche per i chirurghi generali). Di conseguenza, tra il 2010 e il 2018, oltre 8 800 neolaureati in medicina o medici già in possesso di una formazione completa hanno lasciato l'Italia per trovare un tirocinio o un posto di lavoro in un altro paese Europeo. Il fenomeno è stato compensato solo in parte dall'afflusso, nello stesso periodo, di 1 100 medici formatisi all'estero.

L'offerta limitata di nuovi medici sta mettendo a dura prova le capacità di alcune unità sanitarie locali e aziende ospedaliere di occupare i posti di lavoro vacanti, con un conseguente aumento della carenza di personale. Per migliorare l'attrattiva dei contratti di lavoro, nel 2019 è stato adottato un decreto che conferisce alle regioni maggiore flessibilità per l'offerta di contratti a tempo indeterminato in sostituzione dei medici prossimi al pensionamento.

Il potenziale di espansione dei ruoli infermieristici è ancora in larga misura inutilizzato

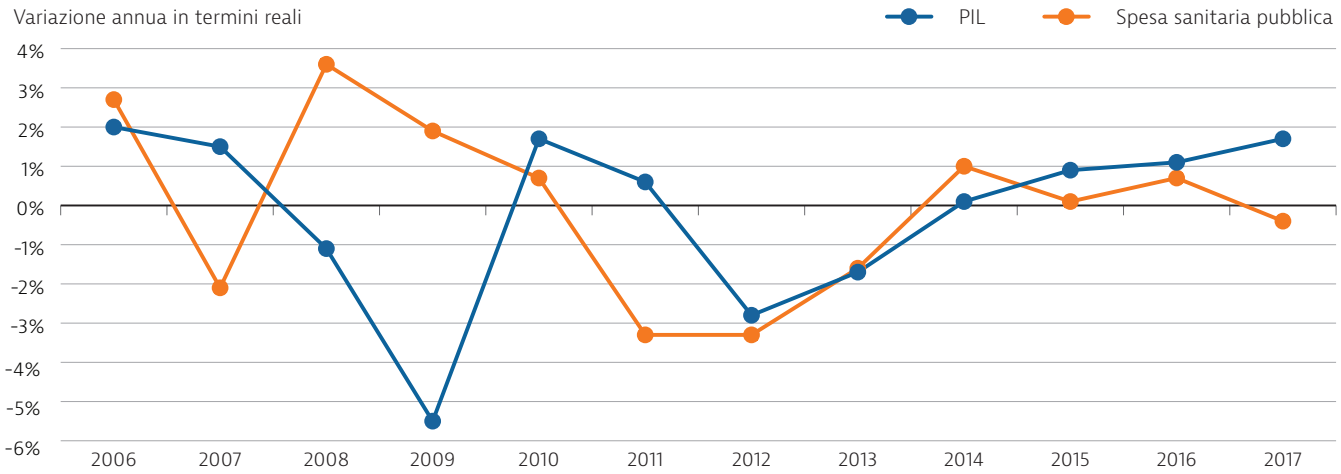
In Italia il quadro normativo per l'assistenza infermieristica non è ancora stato riveduto per consentire la creazione di nuovi ruoli e il trasferimento di compiti e delle responsabilità, come è invece avvenuto in altri paesi dell'UE. Tuttavia, secondo un'indagine condotta nel periodo 2015-2016 tra gli operatori sanitari, i dirigenti sanitari e pazienti, circa il 30 % degli intervistati ha dichiarato che nei cinque anni precedenti vi sono stati cambiamenti di ruolo del personale infermieristico impiegato nella gestione dei casi di tumore al seno. Oltre il 50 % degli intervistati ha citato un ampliamento del ruolo degli infermieri nella gestione dei casi di infarto miocardico acuto (Maier et al., 2018). In concreto, tali risultati indicano che in Italia sembra emergere un trasferimento dei compiti, per la cui ulteriore attuazione potrebbe essere necessarie modifiche normative volte a rimuovere gli ostacoli rimanenti.

5.3. Resilienza[2]

Dopo i tagli dovuti alla crisi economica del 2008, negli ultimi anni la spesa sanitaria è rimasta stabile

Dopo la crisi economica del 2009 e la lenta crescita economica degli ultimi anni, la spesa sanitaria pubblica in Italia è cresciuta a un tasso molto modesto, in media di circa lo 0,2 % all'anno in termini reali tra il 2010 e il 2017 (Figura 18). Poiché il PIL è cresciuto poco più rapidamente in quel periodo, la spesa sanitaria pubblica in percentuale del PIL ha registrato un lieve calo, passando dal 7,0 % nel 2010 al 6,5 % nel 2017.

Figura 18. La spesa sanitaria pubblica è rimasta stabile negli ultimi anni



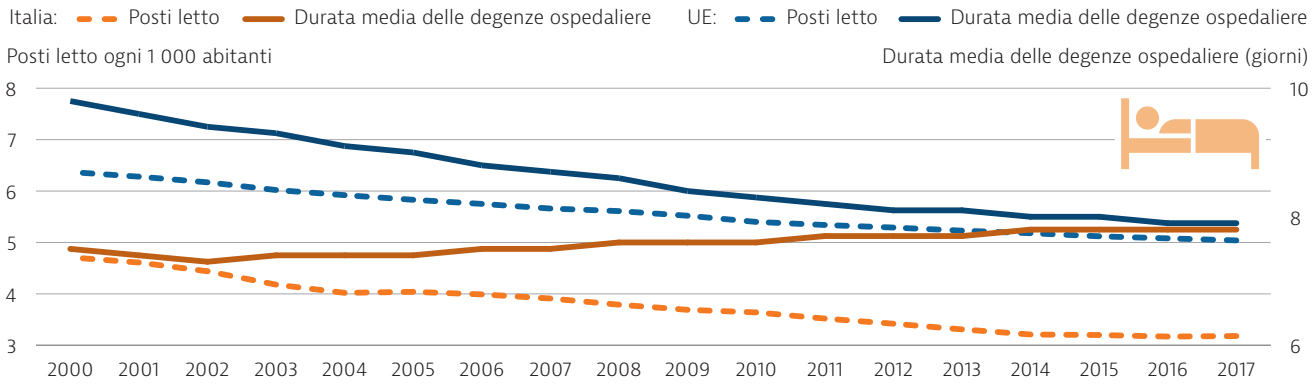
Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2019; banca dati di Eurostat.

Guardando al futuro, si prevede che, come in molti altri Stati Membri dell'UE, negli anni e nei decenni a venire l'invecchiamento della popolazione e la crescita economica moderata andranno ad esercitare pressioni sulla spesa pubblica sulla sanità e sull'assistenza a lungo termine. Secondo stime recenti, la spesa sanitaria pubblica aumenterà di 0,7 punti percentuali del PIL tra il 2016 e il 2070, mentre la spesa pubblica per l'assistenza a lungo termine dovrebbe aumentare di 1,3 punti percentuali, in larga misura in linea con la media dell'UE (Commissione Europea - CPE, 2018).

La capacità ospedaliera è stata ridotta e sono stati posti incentivi per promuovere un'assistenza più adeguata

In linea con la tendenza osservata in quasi tutti i paesi dell'UE, tra il 2000 e il 2017 il numero di posti letto ospedalieri pro capite in Italia è diminuito di circa il 30 %, arrivando a 3,2 posti letto per 1 000 abitanti, una cifra nettamente inferiore alla media dell'UE (Figura 19). Il numero di dimissioni ospedaliere è diminuito di pari passo con quello dei posti letto, mentre la durata media delle degenze ospedaliere ha subito un lieve aumento, dovuto almeno in parte al ricovero di pazienti con patologie più gravi e al maggiore ricorso all'assistenza ambulatoriale per i casi meno gravi.

Figura 19. Il numero di posti letto ospedalieri è diminuito, mentre la durata media della degenza è aumentata



Fonte: Banca dati di Eurostat.

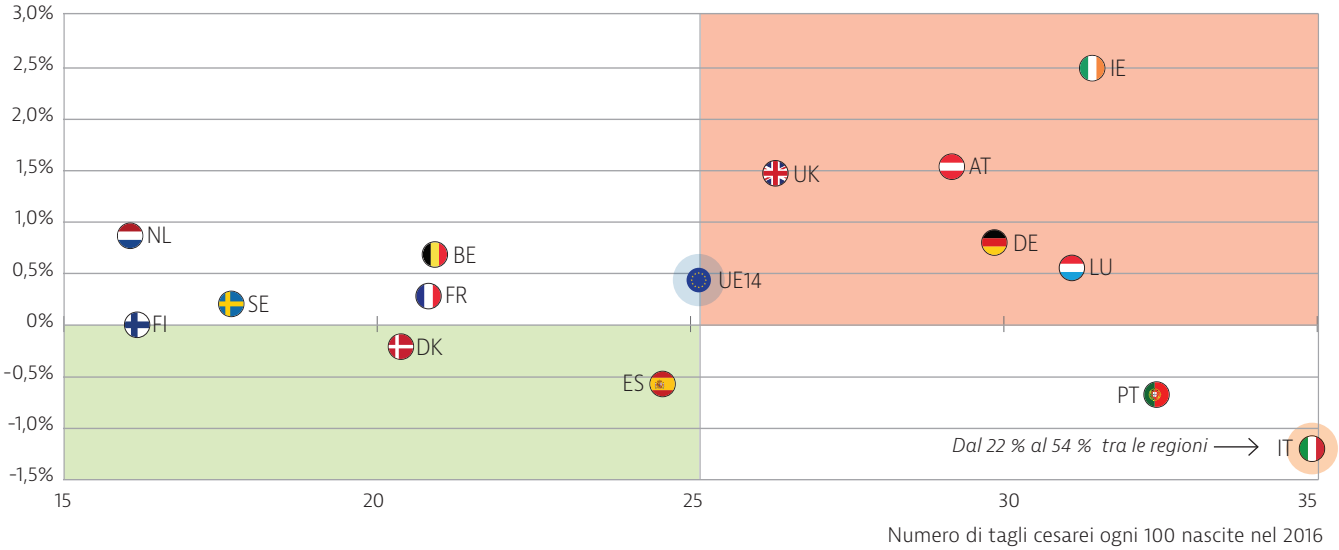
2: La resilienza si riferisce alla capacità di un sistema sanitario di adeguarsi efficacemente a contesti mutevoli o a shock e crisi improvvise.

Dal 2010 sono state avviate importanti iniziative per migliorare i processi di approvvigionamento, l'efficienza operativa e l'adeguatezza delle cure ospedaliere. Sono stati registrati progressi nella riduzione delle cure di minor valore e degli interventi non necessari. Ad esempio, il tasso di ricorso al taglio cesareo è diminuito nell'ultimo decennio, passando dal 39 % nel 2006 al 35 % nel 2016, ma rimane comunque uno dei più elevati nei paesi dell'Europa occidentale. Anche a tale proposito sono notevoli le differenze a livello interregionale: in alcune regioni, la percentuale dei tagli cesarei supera di più del doppio quella registrata in altre regioni (Figura 20).

Dal 2012 la percentuale dei cesarei rappresenta uno dei 35 indicatori i cui obiettivi regionali sono fissati e controllati dal ministero della Salute. I buoni risultati ottenuti per tutti questi indicatori e i progressi realizzati si sono tradotti in un incremento del 3 % del bilancio regionale per la sanità.

Figura 20. Nonostante il netto calo, il tasso di tagli cesarei resta elevato e superiore alla media dell'UE

Tasso di crescita medio annuo di tagli cesarei, ultimi 10 anni



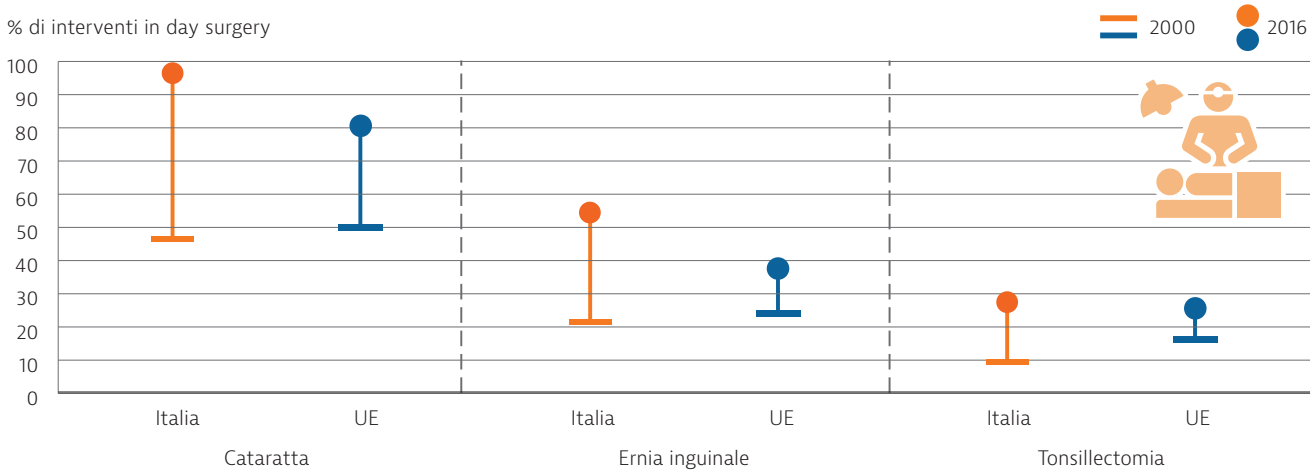
Fonte: Banca dati di Eurostat, escluso il registro perinatale dei Paesi Bassi (www.perined.nl/) (i dati si riferiscono al 2016 e al tasso di crescita tra il 2006 e il 2016).

Gli interventi chirurgici in day surgery hanno registrato un netto aumento e sono possibili ulteriori progressi

Lo sviluppo degli interventi in day surgery ha rappresentato una priorità negli ultimi decenni, al fine di ridurre i casi evitabili di impiego delle risorse ospedaliere, nonché di soddisfare la richiesta della maggior parte dei pazienti di rientrare a casa quanto prima possibile. In Italia la percentuale di interventi di cataratta, ernia inguinale e tonsillectomia eseguiti in day surgery ha registrato un aumento considerevole dal 2000, raggiungendo, se non addirittura superando, la media dell'UE (Figura 21). Restano tuttavia margini di miglioramento per raggiungere i livelli dei paesi che presentano i risultati migliori, come quelli Scandinavi e il Regno Unito (OECD/UE, 2018).

Figura 21. In Italia alcune tipologie di interventi in day surgery hanno registrato un rapido aumento

% di interventi in day surgery



Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2018; banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2000 e al 2016 o agli anni più vicini).

Sono state adottate misure di contenimento della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica in Italia costituisce una componente importante della spesa sanitaria pubblica. Alcune misure normative, ad esempio quelle relative all'introduzione di tetti massimi di spesa farmaceutica extra-ospedaliera e ospedaliera, sono state introdotte con diversi gradi di successo.

Introdotti per la prima volta nel 2001, i massimali per le spese farmaceutiche rimborsabili nelle farmacie aperte al pubblico erano stati inizialmente limitati al 13 % della spesa sanitaria totale annua a livello nazionale e regionale, per poi scendere all'11 % nel 2013 e all'8 % nel 2017. Nel 2003 sono stati introdotti massimali di spesa anche per i medicinali forniti dalle farmacie ospedaliere in caso di ricovero e assistenza ambulatoriale. Inizialmente i massimali per la spesa farmaceutica ospedaliera erano stati fissati al 2,4 % della spesa sanitaria totale, e sono in seguito passati al 3,5 % nel 2013 e al 6,9 % nel 2017. L'aumento è dovuto al fatto che i nuovi farmaci utilizzati negli ospedali stanno diventando sempre più costosi. Ad esempio, dal 2016 al 2017 la spesa per i farmaci oncologici è aumentata del 12 %, rappresentando così quasi il 23 % dell'intera spesa farmaceutica pubblica nazionale del 2017 (AIFA, 2018).

Al fine di evitare eccessi di spesa, sono stati siglati accordi tra l'industria farmaceutica, le regioni e il SSN. In caso di superamento del massimale di spesa delle farmacie aperte al pubblico, l'industria (produttori e distributori) è tenuta a rimborsare al SSN la spesa eccedente in base al meccanismo di ripiano noto come "pay-back". In caso di superamento del tetto di spesa ospedaliera, le regioni e i produttori sono tenuti a rimborsare al SSN il 50 % di ogni eccedenza.

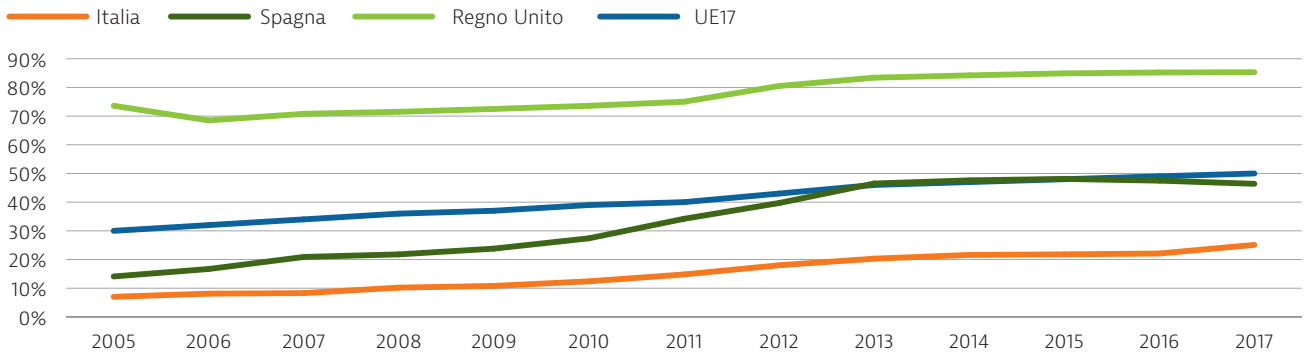
Per monitorare la dinamica della spesa farmaceutica e delle prescrizioni dei medici di famiglia è stato introdotto un sistema di informazione completo, il Sistema Tessera Sanitaria, che tiene traccia delle prescrizioni elettroniche e di altri dati sanitari per ciascun paziente (Commissione Europea, 2019b).

Disincentivi finanziari per i farmacisti hanno frenato l'aumento della diffusione dei farmaci generici

Per migliorare il rapporto qualità/prezzo della spesa farmaceutica, l'Italia ha attuato una serie di misure intese a promuovere un maggiore ricorso ai farmaci generici. A meno che il medico non specifichi un impedimento alla sostituzione del farmaco di riferimento, il farmacista è tenuto a proporre al cliente un prodotto equivalente più economico, se esistente. Qualora il medico indichi che il medicinale sia "non sostituibile" oppure laddove l'assistito intenda comunque acquistare il farmaco originatore, la differenza tra il prezzo del farmaco erogato e l'alternativa più economica è a carico dell'assistito.

Benché tra il 2005 e il 2017 sia passata dal 7 % al 25 % in volume (Figura 22), la quota di mercato dei farmaci generici in Italia resta notevolmente inferiore alla media dell'UE. Ciò è in parte dovuto al fatto che la retribuzione dei farmacisti è calcolata in base a una percentuale fissa del prezzo dei prodotti, aspetto che costituisce un disincentivo a proporre ai clienti farmaci generici (meno costosi).

Figura 22. L'uso di farmaci generici in Italia è nettamente inferiore alla media dell'UE

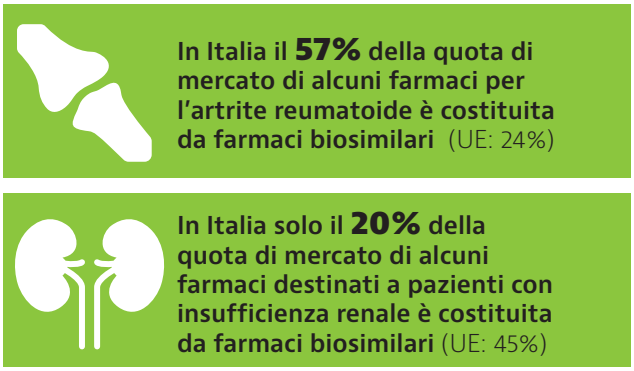


Nota: I dati si riferiscono alla proporzione di farmaci generici per volume nell'intero mercato, incluse le farmacie aperte al pubblico e gli ospedali.
Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2019.

Ridurre la variazione nell'uso di farmaci biosimilari potrebbe aiutare a contenere la spesa farmaceutica

Nel dicembre 2016 è stata approvata una nuova legge per migliorare l'accesso ai farmaci biosimilari. L'Agenzia Italiana del Farmaco ha adottato norme specifiche che interessano anche la sostituibilità dei prodotti e l'approvvigionamento pubblico di farmaci biosimilari attraverso gare d'appalto regionali. Pur avendo riconosciuto che i medicinali biosimilari e i relativi medicinali di riferimento abbiano gli stessi benefici terapeutici, l'Agenzia non ha reso obbligatoria la sostituzione automatica tra i due prodotti. In seguito all'immissione sul mercato di un farmaco biosimilare, i medici possono decidere se prescrivere o meno la nuova alternativa terapeutica. In Italia, come in molti paesi dell'UE, la diffusione dei medicinali biosimilari varia notevolmente a seconda del prodotto e dell'ambito terapeutico (Figura 23).

Figura 23. La diffusione dei farmaci biosimilari non è omogenea nei diversi ambiti terapeutici



Fonte: IMS Institute for Healthcare Informatics (2016) (i dati si riferiscono al 2015 e al 2016).

L'antibiotico-resistenza rappresenta un problema sanitario ed economico prioritario in Italia

L'Italia registra il maggior numero di decessi per infezioni resistenti agli antibiotici nell'UE, con un tasso di mortalità stimato di 18,2 abitanti su 100 000 nel 2015. La percentuale di infezioni antibiotico-resistenti è aumentata negli ultimi anni, passando dal 17 % del 2005 al 30 % del 2015, e potrebbe aumentare ulteriormente in futuro qualora si confermino le attuali tendenze relative a consumo di antibiotici, popolazione e crescita economica. Anche l'impatto della resistenza agli antibiotici sul bilancio del sistema sanitario italiano è notevole ed è il più elevato dell'UE, con un costo annuo stimato a circa 600 000 EUR per 100 000 persone (OCSE, 2018).

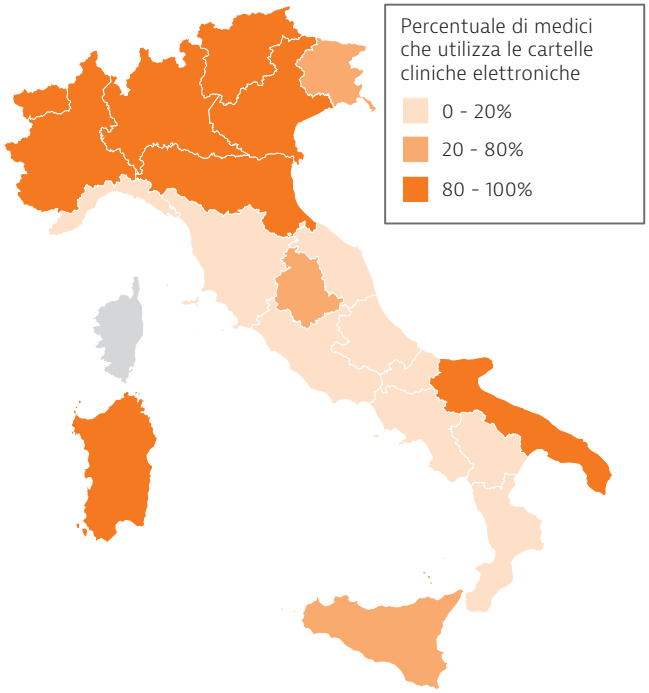
L'Italia ha predisposto un piano plurisettoriale per combattere l'antibiotico-resistenza, che comprende un programma operativo e sistemi di monitoraggio. Tuttavia, l'attuazione di programmi di gestione degli antimicrobici è limitata ad alcune strutture sanitarie, e le campagne di sensibilizzazione organizzate sono state sviluppate su una scala relativamente limitata.

La digitalizzazione del sistema sanitario procede a ritmi diversi a seconda delle regioni

Nel 2016 è stato siglato il Patto per la Sanità Digitale, inteso a gestire e promuovere la diffusione della sanità elettronica (eHealth) in modo coordinato in tutto il paese. Le principali priorità sono state lo sviluppo di cartelle cliniche elettroniche, di sistemi di telemedicina e di innovazioni nel settore delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) in grado di migliorare la gestione del flusso di lavoro e il trattamento dei pazienti. Al patto hanno fatto seguito la strategia per la crescita digitale e il piano triennale per l'informatica della pubblica amministrazione 2019-2021, la cui finalità è fornire orientamenti per la digitalizzazione del sistema sanitario pubblico. Il piano triennale comprende iniziative che consentiranno di promuovere ulteriormente le cartelle cliniche elettroniche, le prescrizioni mediche elettroniche e la telemedicina in tutte le regioni (Ministero della Salute, 2017).

Il tasso di adozione delle cartelle cliniche elettroniche presenta notevoli differenze a livello regionale, come dimostrato dal fatto che nel 2019 in sette regioni nessun medico si fosse mai avvalso delle cartelle cliniche elettroniche, mentre in otto regioni le avessero utilizzate oltre l' 80 % dei medici (Figura 24).

Figura 24. La percentuale di medici che utilizzano le cartelle cliniche elettroniche varia considerevolmente da una regione italiana all'altra



Fonte: Agenzia per l'Italia digitale. Fascicolo Sanitario Elettronico (i dati si riferiscono al 2019), https://www.fascicolosanitario.gov.it/.

Il quadro giuridico ha definito per la prima volta nel 2009 il concetto di prescrizioni elettroniche per farmaci e cure, e nel 2011 ha introdotto procedure tecniche più specifiche. Una serie di regolamenti adottati in seguito ne hanno sostenuto l'ulteriore attuazione. Nel 2017,17 dei 20 sistemi sanitari regionali presentavano tassi di prescrizioni elettroniche superiori al 90 %.

Le Linee Guida Nazionali per la Telemedicina, elaborate nel 2014, hanno definito norme generali per promuovere lo sviluppo della telemedicina, ma da allora si è fatto poco per implementare le varie opportunità.

6 I risultati principali

- La popolazione italiana gode in generale di buona salute e il paese occupa il secondo posto dopo la Spagna per speranza di vita. Sussistono tuttavia notevoli differenze tra regioni e per situazione economica. Gli uomini italiani meno istruiti vivono 4,5 anni in meno rispetto a quelli più istruiti (un dato comunque inferiore rispetto alla media dell'UE) e il divario nella speranza di vita tra chi risiede nelle regioni del Sud o del Nord può raggiungere i tre anni a favore di queste ultime.

- Sebbene le politiche di lotta al tabagismo abbiano comportato una riduzione del tasso di fumatori tra gli adulti, la percentuale di adolescenti e di adulti fumatori resta superiore alla media dell'UE. L'obesità tra gli adulti è inferiore alla media dell'UE, mentre è superiore la percentuale di bambini e adolescenti in sovrappeso od obesi. Nel febbraio 2019 i Ministri della Sanità e dell'Istruzione hanno adottato una serie di orientamenti politici integrati per incoraggiare migliori abitudini alimentari, l'attività fisica e altre attività di promozione della salute nelle scuole.

- In seguito alla crisi economica del periodo 2008-2009 la spesa sanitaria ha inizialmente subito dei tagli, rimanendo poi stabile negli ultimi anni. Nel 2017 l'Italia ha destinato alla spesa sanitaria l'8,8 % del PIL italiano, una percentuale inferiore rispetto alla media dell'UE, pari al 9,8 %. La spesa sanitaria è stata finanziata per circa tre quarti con fondi pubblici, una percentuale inferiore rispetto al 2010 (79 %) nonché alla media attuale dell'UE (79 %). Le spese out-of-pocket sono aumentate in seguito all'introduzione, sulla scia della crisi economica, di nuovi ticket per molti servizi sanitari e prodotti farmaceutici. Il tasso di bisogni sanitari non soddisfatti è generalmente basso, ma resta più elevato per le persone a basso reddito.

- L'Italia vanta un solido sistema di assistenza sanitaria primaria che le consente di fare fronte alle esigenze di una popolazione che invecchia. Diverse regioni stanno sperimentando nuovi modelli di erogazione dei servizi, con l'istituzione di poliambulatori territoriali e strutture di assistenza intermedie che si collocano tra l'assistenza sanitaria primaria e quella ospedaliera, potenziando in tal modo la capacità di gestione dei casi e associando i servizi sanitari con l'assistenza sociale. Sebbene queste iniziative mirino a identificare nuovi modelli di assistenza per pazienti affetti da malattie croniche, la maggior parte di questi progetti sperimentali non è ancora stata oggetto di un processo di valutazione formale.

- L'Italia ha dovuto far fronte a sfide importanti per ripristinare la fiducia dell'opinione pubblica riguardo ai benefici della vaccinazione: ad esempio, l'inadeguata copertura vaccinale, sia adesso che in passato, ha comportato negli ultimi anni la comparsa di diversi focolai di morbillo. Nel 2017 è stato approvato un piano nazionale di prevenzione vaccinale, che ha dato vita a un unico programma nazionale di vaccinazione comprendente dieci vaccini obbligatori per i bambini. Tuttavia, la disinformazione e la scarsa coerenza delle politiche continuano a ostacolarne l'attuazione.

- A livello di personale sanitario, se da un lato il numero di medici e infermieri per abitante ha registrato un leggero aumento nell'ultimo decennio, dall'altro crescono le preoccupazioni riguardo alla carenza di personale nel futuro, dato che oltre la metà dei medici attivi ha un'età superiore ai 55 anni. Negli ultimi anni la formazione e l'assunzione di nuovi medici è stata limitata dalla mancanza di tirocini e di specializzazioni post-laurea, nonché di buone opportunità di lavoro per i medici di recente formazione, il che ha portato all'emigrazione di molti laureati in medicina e giovani medici. L'ambito della pratica infermieristica rimane limitato e non sono previsti ampliamenti di ruolo ai fini di migliorare sia l'accesso alle cure che le prospettive di avanzamento professionale del personale infermieristico.

- Come in altri Stati Membri dell'UE, le previsioni indicano che l'invecchiamento della popolazione e la moderata crescita economica eserciteranno negli anni e nei decenni futuri una pressione sulla spesa pubblica per la sanità e l'assistenza a lungo termine. Un migliore coordinamento a livello nazionale per lo sviluppo di soluzioni sanitarie digitali potrebbe contribuire a migliorare l'accesso ai servizi sanitari e l'efficienza dell'erogazione dei servizi.

Fonti principali

Ferré F, et al. (2014), *Italy: Health System Review,* Health Systems in Transition, 16(4):1–168.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle,* OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Riferimenti bibliografici

AIFA (2018), *National Observatory on the Use of Medicines: the Use of Drugs in Italy* – National Report 2017. Italian Medicines Agency, Rome.

Allamani A et al. (2014), *Italy between Drinking Culture and Control Policies for Alcoholic Beverages*, Substance Use & Misuse, 49(12):1646-64. doi: 10.3109/10826084.2014.913386.

Commissione europea (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070),* Institutional Paper 079. May 2018. Brussels.

Commissione europea (2019a), *Country Report Italy 2019.* 2019 European Semester. Brussels

Commissione europea (2019b), *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability.* Institutional Paper 105. Brussels.

IMS Institute for Healthcare Informatics (2016), *Delivering on the Potential of Biosimilar Markets – The Role of Functioning Competitive Markets.*

Maier C et al. (2018), *Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries,* Human Resources for Health, 16(1):24.

Ministero della Salute (2016), *Piano Nazionale della Cronicità.* Rome, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

Ministero della Salute (2017), *Italian eHealth Strategy Implementation*, Rome, https://www.consorzioarsenal.it/c/document_library/get_file?uuid=07519d97-8c08-47b0-a3bb-3987861fb25f&groupId=10157.

Ministero della Salute (2019), *Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute*, Rome, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3607_listaFile_itemName_0_file.pdf

OECD (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More,* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264307599-en.

Silano M, Agostoni C, Fattore G (2018). *Italy Unsolved Childhood Obesity Crisis*. Archives of Disease in Childhood. 315678.

Spinelli A et al. (2017), OKkio alla Salute: 2016 National Data, *Promotion of Health and Healthy Growth in Primary School Children*, National Centre for Disease Prevention and Health Promotion, https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016.

Elenco dei codici paese

Austria	AT	Estonia	EE	Islanda	IS	Norvegia	NO	Romania	RO
Belgio	BE	Finlandia	FI	Italia	IT	Paesi Bassi	NL	Slovacchia	SK
Bulgaria	BG	Francia	FR	Lettonia	LV	Polonia	PL	Slovenia	SI
Cipro	CY	Germania	DE	Lituania	LT	Portogallo	PT	Spagna	ES
Croazia	HR	Grecia	EL	Lussemburgo	LU	Regno Unito	UK	Svezia	SE
Danimarca	DK	Irlanda	IE	Malta	MT	Repubblica ceca	CZ	Ungheria	HU

European Commission

State of Health in the EU
Profilo della Sanità 2019

I profili sanitari per paese rappresentano un passo importante nell'attuale ciclo di scambio e condivisione delle conoscenze della Commissione Europea 'State of Health in the EU' (Stato della Salute nell'UE), elaborato con il sostegno finanziario dell'Unione Europea. I Profili della Sanità sono frutto del lavoro congiunto dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) e dell'Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari, in collaborazione con la Commissione Europea.

I Profili per paese, sintetici e programmaticamente puntuali, si basano su una metodologia trasparente e coerente che si avvale di dati quantitativi e qualitativi, e che si adatta in modo flessibile al contesto di ciascuno Stato Membro dell'UE e dello Spazio Economico Europeo. L'obiettivo è creare uno strumento di apprendimento reciproco e di scambio volontario destinato a decisori politici e personalità influenti.

Ogni Profilo per paese contiene una breve sintesi dei seguenti aspetti:

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

La Commissione intende integrare i risultati principali di tali profili con una relazione di accompagnamento.

Per maggiori informazioni si veda la seguente pagina: ec.europa.eu/health/state

Come citare questo documento: OCSE/Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari (2019), *Italia: Profilo della sanità 2019, Lo Stato della Salute nell'UE,* OECD Publishing, Parigi/Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari, Bruxelles.

ISBN 9789264568426 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
POLITICHE MIGLIORI PER UNA VITA MIGLIORE

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO