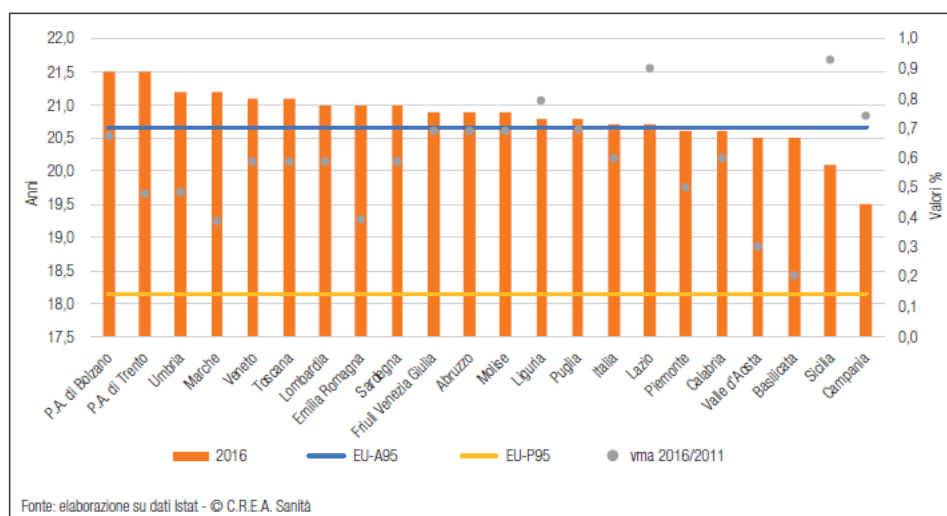


## ESITI (AGGREGATI) E SOLIDARIETÀ: UN SUCCESSO DEL SSN

L'Italia ha un'aspettativa di vita alla nascita di 85,6 anni per le donne e 81,0 per gli uomini, risultando uno dei Paesi più longevi al mondo; anche la speranza di vita residua a 65 anni (19,4 anni per gli uomini e 22,9 per le donne) è, per entrambi i generi, più elevata di un anno rispetto alla media EU [TAVOLA 1].

### TAVOLA 1

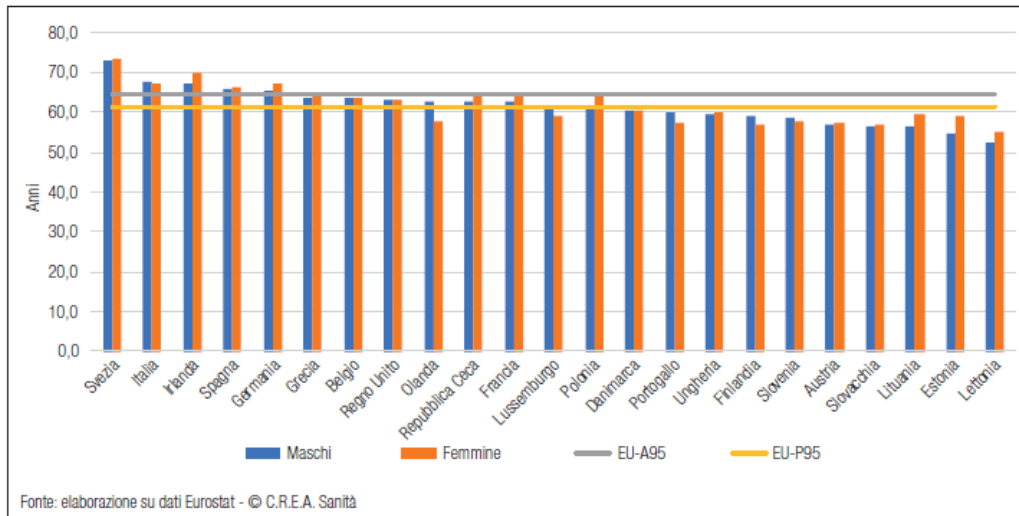
#### Aspettativa di vita residua a 65 anni



Se si vive di più che negli altri Paesi, si vive anche meglio. La speranza di vita in buona salute alla nascita in Italia si attesta a 67,6 anni per gli uomini e 67,2 anni per le donne [TAVOLA 2], e quella a 65 anni è pari a 10,4 anni per gli uomini e 10,1 per le donne, contro una media EU inferiore, e pari rispettivamente a 9,8 e 10,1 anni. In Italia, sempre a 65 anni, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane è di 9,8 anni nel 2016 e in aumento rispetto al 2010 di quasi un anno, dimostrando che è in atto una compensazione almeno parziale degli effetti attesi dell'invecchiamento.

## TAVOLA 2

### Aspettativa di vita alla nascita in buona salute



Rimane il divario tra Settentrione e Meridione, con oltre un anno di svantaggio in termini di aspettativa di vita nelle Regioni del Mezzogiorno, che diventano 3 per quella a 65 anni.

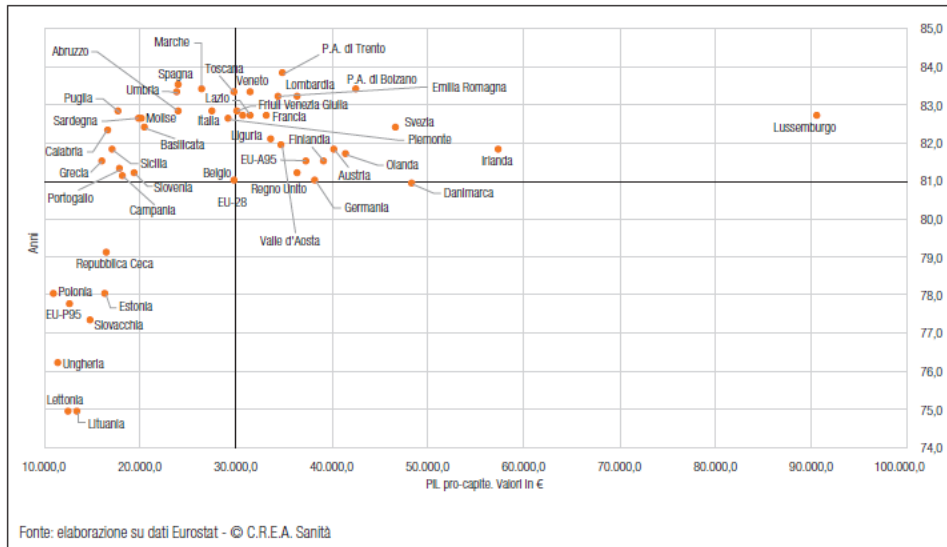
Tuttavia le aspettative di vita nelle Regioni Meridionali sono incomparabilmente migliori di quanto ci si potrebbe aspettare sulla base del loro livello di sviluppo economico: Grecia e Portogallo, ad esempio, pur con un PIL pro-capite paragonabile a quello del nostro meridione, "performano" peggio di tutte le Regioni italiane, Campania esclusa; e quest'ultima, comunque, performa molto meglio di tutti i Paesi dell'EU orientale.

Questo è il risultato del meccanismo redistributivo alla base del SSN, il quale permette alle Regioni più povere di avere risorse comunque sufficienti per la Sanità

**[TAVOLA 3].**

### TAVOLA 3

#### Speranza di vita alla nascita vs PIL pro-capite



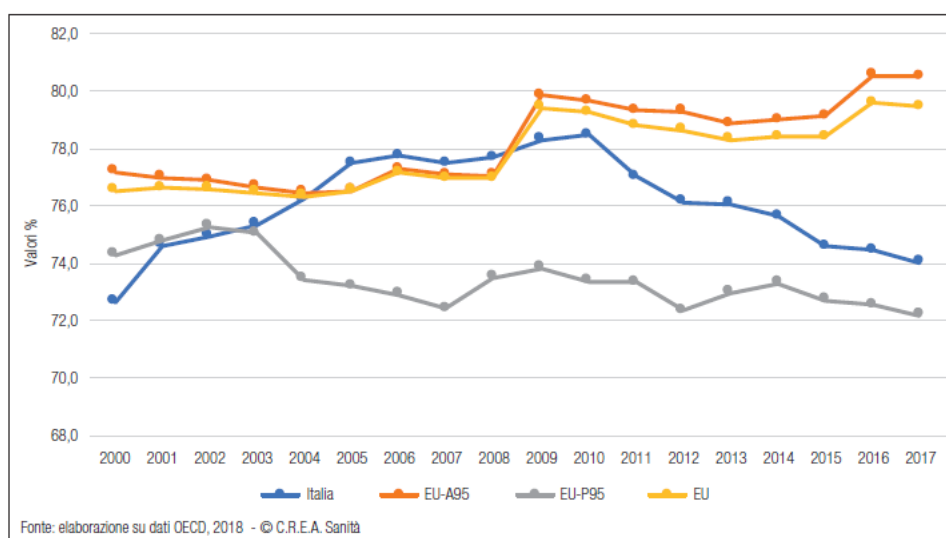
Riassumendo il SSN italiano produce ottimi esiti aggregati di salute e salvaguardia le popolazioni delle Regioni con minori risorse, grazie ai meccanismi redistributivi. E tutto questo ad un costo largamente inferiore a quello sostenuto negli altri Paesi (vedi la scheda spesa e finanziamento). Ma questo non basta a “promuovere” completamente il SSN.

## SPESA (“VIRTUOSA”) E FINANZIAMENTO (“PROBLEMatico”)

Il settore pubblico rappresenta la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi EU, ma mentre nei Paesi dell'EU-Ante 1995 fa fronte in media all'80,5% della spesa sanitaria corrente, in Italia tale quota risulta pari al 74,0%, avvicinandosi ai livelli dei Paesi dell'EU-Post 1995 (in gran parte a quelli dell'est), che si posizionano al 72,2% **[TAVOLA 4]**.

**TAVOLA 4**

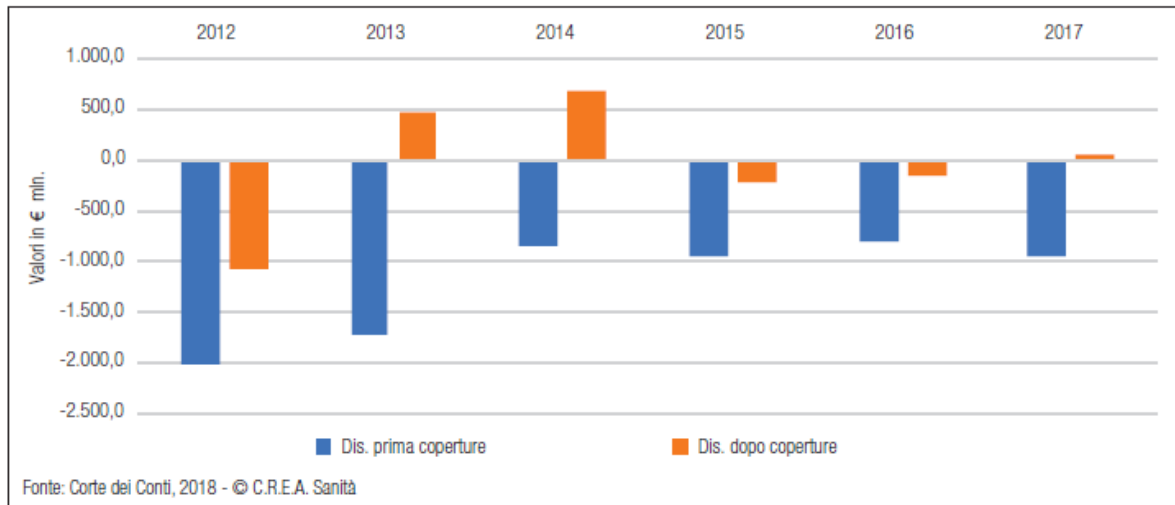
### **Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente**



Il (de)finanziamento ha un impatto sull'equità del sistema (vedi scheda equità) e sui bilanci delle famiglie (vedi oltre): ma ha permesso il sostanziale azzeramento del deficit. Nel 2017, il disavanzo complessivo al netto delle coperture ammonta a circa € 950,0 mln. in riduzione del 52,7% rispetto al 2012 quando superava quota € 2,0 mld. **[TAVOLA 5]**.

## TAVOLA 5

### Disavanzo prima e dopo le coperture

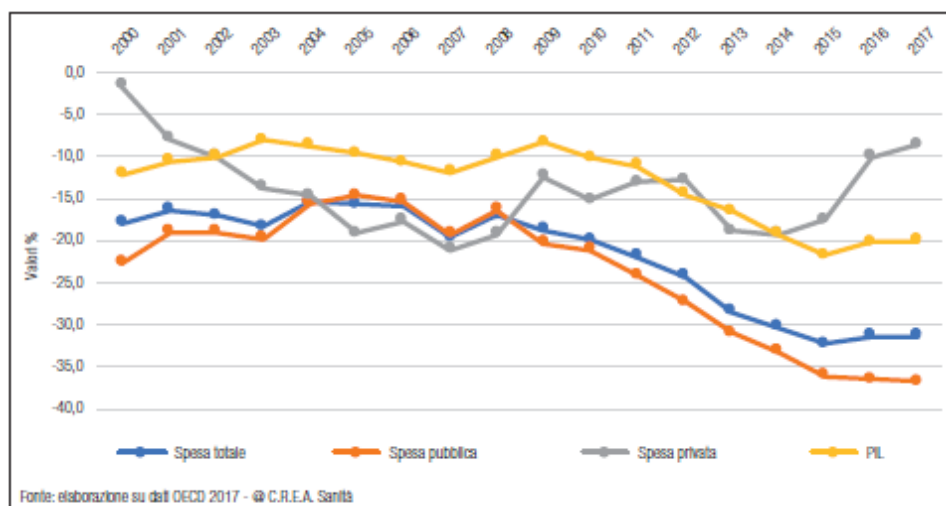


Complessivamente la spesa sanitaria italiana è ormai inferiore del 31,3% rispetto a quella dei Paesi dell'EU-Ante 1995. E, sebbene il gap risulti tendenzialmente stabile rispetto all'anno precedente, la stabilizzazione del gap è solo "apparente", in quanto dovuta alla massiccia contrazione nominale della spesa sanitaria che si è verificata in due specifiche realtà: la Grecia (per effetto del *default*) e nel Regno Unito (per effetto della Brexit).

Sul fronte della spesa pubblica, il divario tra l'Italia e l'EU-Ante 1995 ha raggiunto il 36,8%, mentre per quanto riguarda la spesa privata il gap è dell'8,5% [TAVOLA 6].

## TAVOLA 6

### Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap dell'Italia vs i Paesi dell'EU-Ante 1995

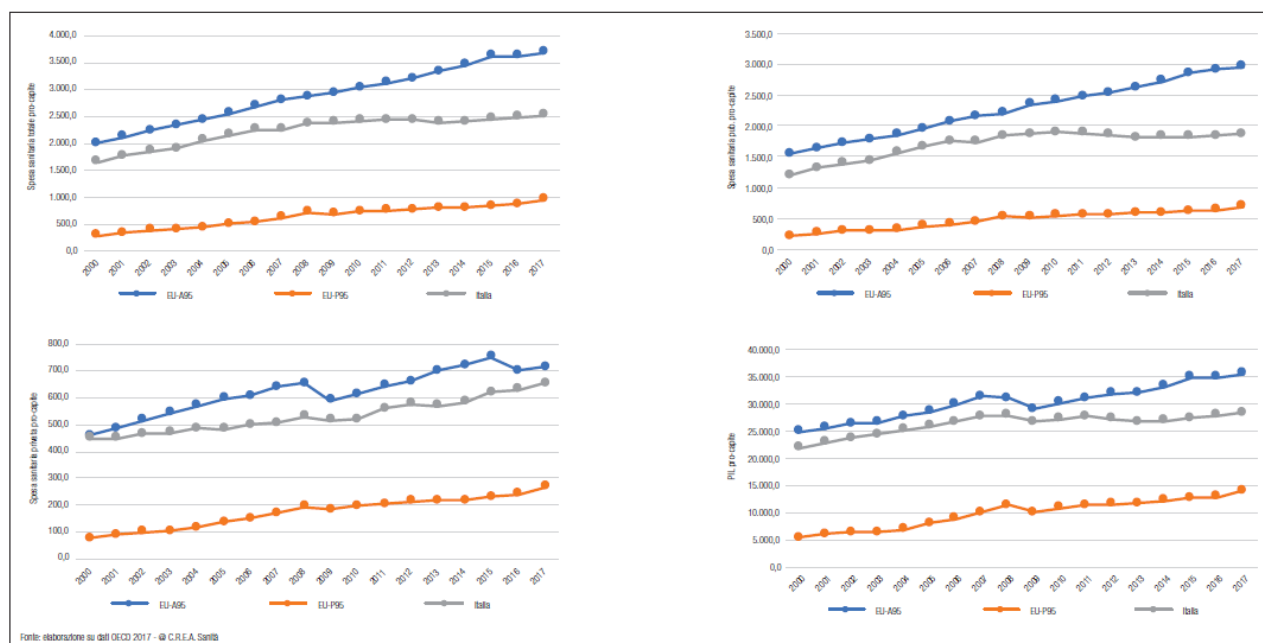


Si osserva, quindi la tendenza ad un progressivo avvicinamento dei livelli di spesa

dell'Italia a quelli dei Paesi dell'EU-Post 1995 [TAVOLA 7].

### TAVOLA 7

## Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite, in Italia, EU-Ante 1995 e EU-Post 1995



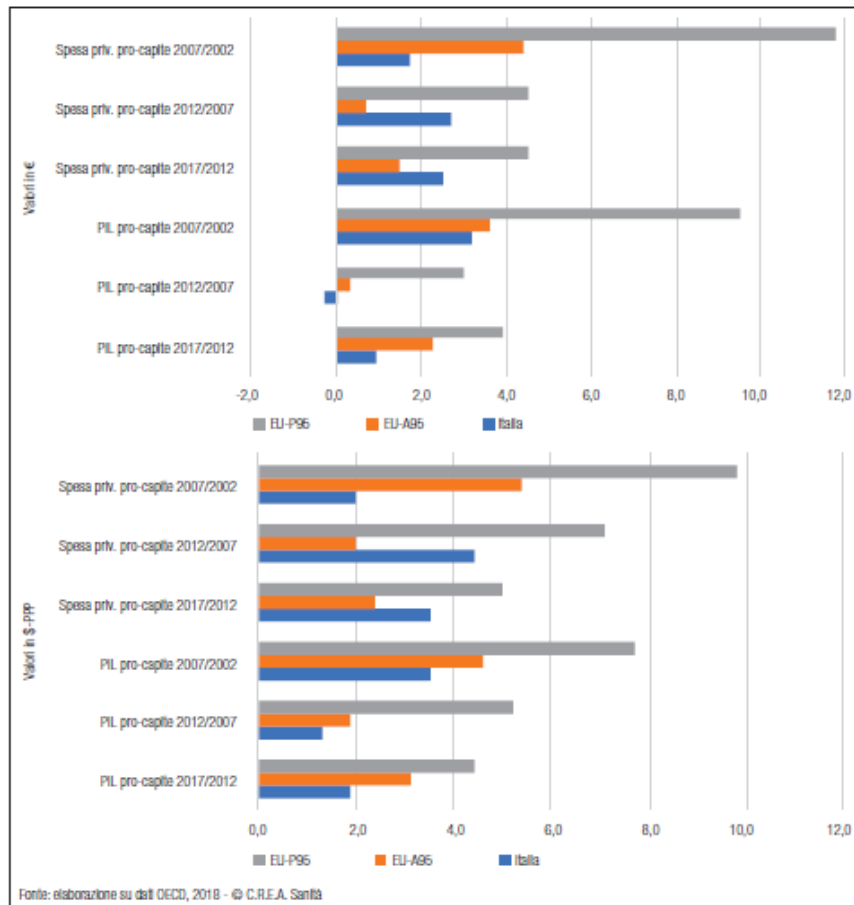
La spesa privata pro-capite italiana nel quinquennio 2012-2017 ha registrato un tasso di crescita medio annuo dell'Italia superiore a quello di EU-Ante 1995 [TAVOLA 8], raggiungendo € 37,8 mld. (€ 624,0 pro-capite, +4,4% rispetto al 2016).

A parità di potere di acquisto, i cittadini italiani pagano di tasca loro approssimativamente la stessa cifra dei Paesi EU-Ante 1995.

A livello regionale, i valori massimi si rilevano in Valle d'Aosta e Lombardia (rispettivamente € 1.202,8 e € 927,8), mentre all'estremo opposto si collocano Campania (€ 300,5) e Calabria (€ 380,8): le differenze di spesa nelle Regioni sono ormai al 90% attribuibile alla componente privata: la differenza di spesa privata tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari a € 902,2.

## TAVOLA 8

Variazione della spesa sanitaria delle famiglie e del PIL pro-capite. Confronto con gli altri Paesi dell'EU-Ante 1995 e dell'EU-Post 1995



## EQUITÀ: UN PROBLEMA IRRISOLTO NEL SSN ITALIANO CON UN CHIARO GRADIENTE GEOGRAFICO

Il 79,0% (circa 20,4 milioni di nuclei) delle famiglie italiane ha speso per consumi sanitari, a fronte del 58,0% del 2013; alla maggiore frequenza del ricorso a spese private, è associata una riduzione della spesa media effettiva pro-capite (-1,2% rispetto all'anno precedente).

Il 17,6% delle famiglie residenti (4,5 milioni) hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie per motivi economici (100.000 in più rispetto al 2015), e di queste 1,1 milioni le hanno annullate del tutto: i due terzi di queste famiglie appartengono ai quintili di minor consumo.

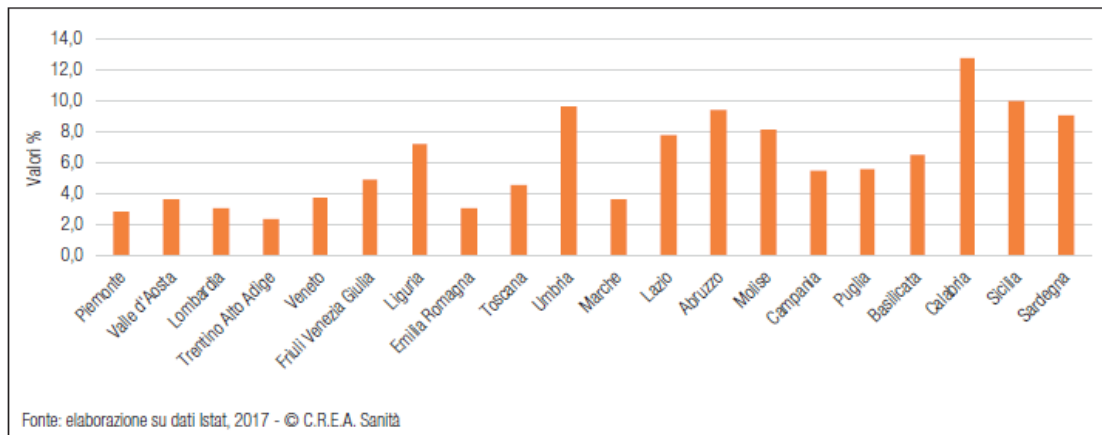
Il Mezzogiorno è la ripartizione geografica più colpita (5,6% delle famiglie), seguita dal Centro (5,1%), dal Nord-Ovest (3,0%) e dal Nord-Est (2,8%).

Il disagio economico per le spese sanitarie, combinazione di impoverimento per consumi sanitari e "nuove" rinunce per motivi economici, è sofferto dal 5,5% delle famiglie, ed è significativamente superiore nel Sud del Paese (7,9% delle famiglie). Rispetto all'anno precedente si è registrata una riduzione del disagio nelle Regioni del Centro e del Nord ed un sensibile aumento in quelle del Sud (da 8,3% a 8,4%). Calabria, Sicilia e Umbria risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di condizioni di disagio: rispettivamente il 12,7%, il 10,0% e il 9,6% delle famiglie; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,3% delle famiglie residenti sono in condizioni di disagio economico dovuto ai consumi sanitari, e la Lombardia con il 3,1%. **[TAVOLA 9]**



## TAVOLA 9

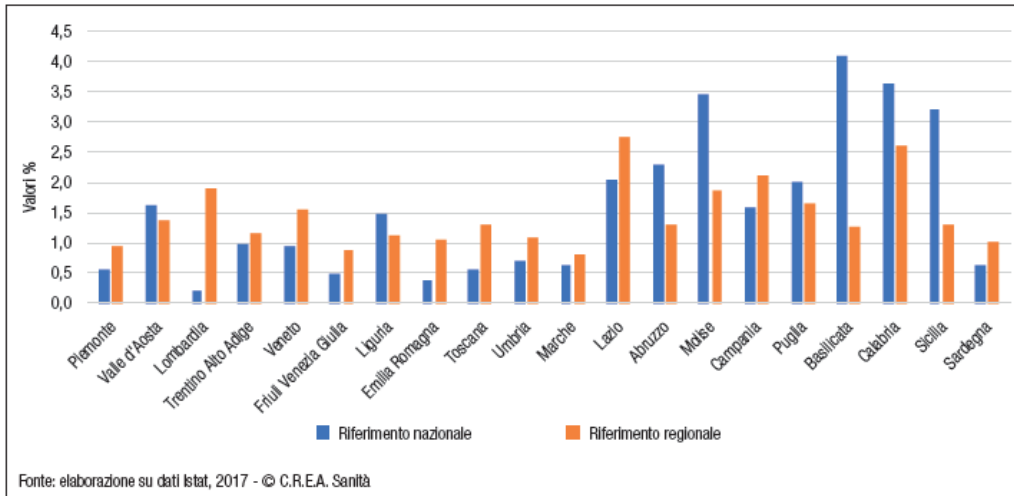
Quota di famiglie che patiscono un disagio economico legato alle spese sanitarie.  
Anno 2016



L'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie si è paradossalmente ridotto, per effetto della riduzione della spesa pro-capite media effettiva delle famiglie associata all'aumento dei consumi totali: sono 327.965 (22.834 in meno rispetto all'anno precedente) i nuclei familiari impoveritisi; si tratta prevalentemente di nuclei familiari con componenti minorenni e/o anziani over 75. Applicando soglie di povertà relativa a livello regionale, l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento aumenta, registrandosi 416.694 famiglie impoverite (1,6% delle famiglie), ovvero 88.729 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard". Le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche però si riducono: aumenta l'incidenza nelle realtà del Nord e si riduce in quelle del Sud. Il valore massimo si raggiunge nel Lazio, dove il 2,7% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo nelle Marche, dove solo lo 0,8% versano in tale condizione. **[TAVOLA 10]**

## TAVOLA 10

### Quota famiglie impoverite. Anno 2016



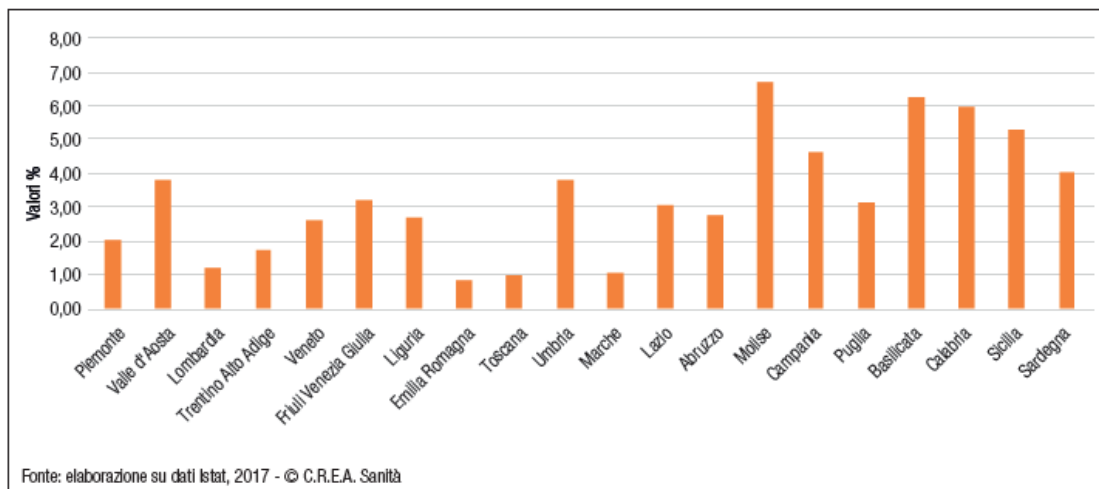
Il fenomeno della catastroficità (forte impatto sul bilancio familiare dei consumi sanitari) continua a ridursi: 703.235 famiglie, pari al 2,7% delle residenti, sono state colpite dal fenomeno. Il Mezzogiorno è la ripartizione maggiormente esposta al fenomeno (4,5% delle famiglie ivi residenti).

La riduzione ha interessato in particolare il Centro (dove l'incidenza si è quasi dimezzata) ed il Settentrione.

Oltre il 60% delle famiglie colpite ha componenti *under 14* e/o *over 75*. [TAVOLA 11]

## TAVOLA 11

### Famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche. Anno 2016

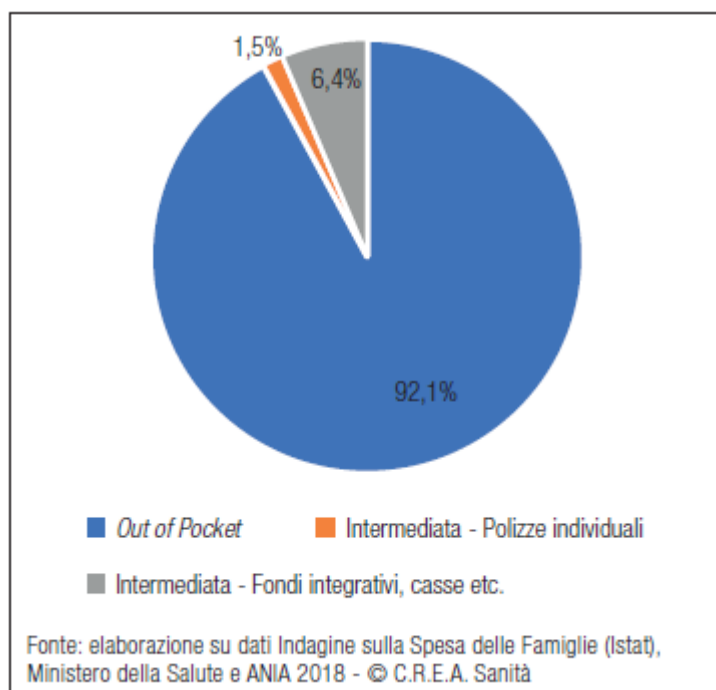


La spesa sanitaria privata intermediata rimane di molto inferiore a quella *out of pocket*, rappresentando solo il 7,9% della spesa sanitaria privata totale.

Per il 6,4% si tratta di polizze collettive (Fondi sanitari integrativi e complementari, Società di Mutuo Soccorso) e per l'1,5% di spesa per polizze individuali. [TAVOLA 12] Il minore ricorso alla componente intermediata nelle Regioni del Mezzogiorno rischia in prospettiva di esasperare le differenze regionali già esistenti, implicando una minore protezione dai rischi di impoverimento e catastroficità: mentre la componente intermediata rappresenta il 10,2% della spesa privata nel Nord (8,7% nel Nord Ovest e 4,9% nel Nord Est), e l'8,1% nel Centro, si ferma solamente al 2,3% nel Sud e Isole.

### TAVOLA 12

#### Composizione della spesa sanitaria privata. Anno 2017



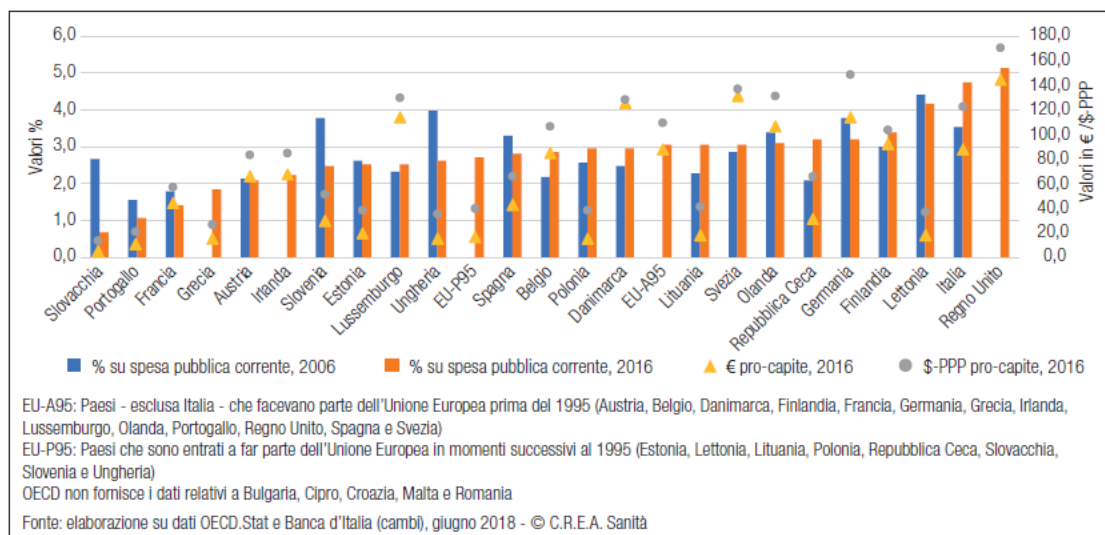
## POLITICHE PREVENTIVE EFFICACI MALGRADO UN INSUFFICIENTE FINANZIAMENTO

Secondo le stime fornite da OECD nel giugno 2018, la spesa per programmi di prevenzione pubblica in Italia sarebbe pari, nel 2016, al 4,7% della spesa pubblica corrente. Il nostro Paese sarebbe secondo solo al Regno Unito (5,1%) sui 23 Paesi dell'Unione Europea (EU) di cui si dispone del dato.

Ma la spesa (€ 87,4) resta inferiore a quella di altri Paesi quali Regno Unito, Svezia, Danimarca, Germania, Lussemburgo e Olanda, nonché alla media degli altri Paesi EU-Ante 1995 (€ 88,2) **[TAVOLA 13]**.

**TAVOLA 13**

### **Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in Europa**



Passando agli esiti delle politiche di prevenzione (in senso lato), e con particolare riferimento ai fattori di rischio per le malattie non trasmissibili e agli stili di vita, le criticità riguardano soprattutto l'eccesso ponderale e l'insufficiente attività fisica, in special modo tra i bambini e gli adolescenti. L'Italia ricopre invece una buona posizione per obesità e consumo di alcol tra gli adulti, e un posto intermedio in tema di fumo di tabacco, ma molto resta da fare.

Infatti, secondo la WHO, nel periodo 2015-2017 in Italia la quota di bambini maschi (6-9 anni) in eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) è la seconda più alta in EU (42,0%); se si considerano i soli bambini obesi, Italia e Cipro registrano la quota maggiore (21,0%). A livello regionale, secondo l'ISS nel 2016 i tassi di obesità tra i bambini (8-9 anni) sono maggiori al Sud (con qualche eccezione).

Secondo WHO in Italia gli adolescenti in età scolare (11-17 anni) che non praticano

sufficiente attività fisica sono il 91,0% tra i maschi e il 92,6% tra le femmine: i più alti in EU (2010). L'Italia è anche il sesto Paese con maggiore prevalenza (35,9%) di adulti maggiorenni che praticano attività fisica insufficiente (un aggiornamento al 2016 della WHO parla del 45,0%).

L'Italia è il secondo Paese con il minor consumo di alcol tra le persone di 15 anni e più; con riferimento al fumo di tabacco, siamo in una posizione intermedia in EU e in diminuzione rispetto al 2006. **[TAVOLA 14]**

## TAVOLA 14

### Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in Europa

Indicatore	Unità misura	Anno	Fonte	Valore Italia	Media valori (n° Paesi osservati)	Paese (valore massimo)	Paese (valore minimo)
Obesità persone 15+	%	2016 (o più vicino)	OECD	9,8	16,6 (23)	Ungheria (21,2)	Italia (9,8)
Spesa programmi di prevenzione in % della spesa pubblica corrente	%	2016	OECD	4,7	2,8 (23)	Regno Unito (5,1)	Slovacchia (0,7)
Consumo di alcol persone 15+	Litri pro-capite	2016 (o più vicino)	OECD	7,1	10,0 (23)	Lituania (13,2)	Grecia (6,5)
Obesità adulti 18+	%	2016	WHO	23,0	25,3 (28)	Malta (31,0)	Danimarca (21,0)
Spesa pro-capite per programmi di prevenzione	€	2016	OECD	87,4	61,0 (23)	Regno Unito (145,2)	Slovacchia (5,9)
Persone 15+ che fumano giornalmente	%	2016 (o più vicino)	OECD	20,0	20,0 (23)	Grecia (27,3)	Svezia (10,9)
Donne 50-69 anni che hanno effettuato mammografia in programma organizzato screening	%	2016 (o più vicino)	OECD	60,0	59,7 (17)	Finlandia (82,2)	Lettonia (27,4)
Eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) ragazzi di 15 anni	%	2013-2014	OECD	15,5	14,5 (23)	Grecia (21,5)	Danimarca (9,5)
Anziani 65+ vaccinati contro influenza stagionale*	%	2016 (o più vicino)	OECD	49,9	36,2 (23)	Regno Unito (70,5)	Estonia (2,8)
Bambini a 1 anno vaccinati con 3 dosi DTP	%	2017	OECD	94,0	95,7 (19)	Grecia, Ungheria e Lussemburgo (99,0)	Finlandia (89,0)
Adulti 18+ che praticano attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	35,9	27,3 (28)	Malta (45,2)	Estonia (15,2)
Obesità adolescenti 10-19 anni	%	2016	WHO	10,0	8,0 (28)	Malta e Grecia (12,0)	Estonia (5,0)
Obesità bambini maschi 6-9 anni	%	2015-2017	WHO	21,0	13,5 (23)	Italia e Cipro (21,0)	Danimarca (5,0)
Adolescenti 11-17 anni che svolgono attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	91,8	81,1 (27)	Italia (91,8)	Irlanda (71,6)

Peggior della media EU (\*oppure migliore della media EU ma senza raggiungere il valore minimo raccomandato, come nel caso delle vaccinazioni over 65)
  Simile alla media o con scostamento minimo
  Migliore della media EU

La "media valori" è intesa come media dei valori di tutti i Paesi presi in esame per ciascun indicatore

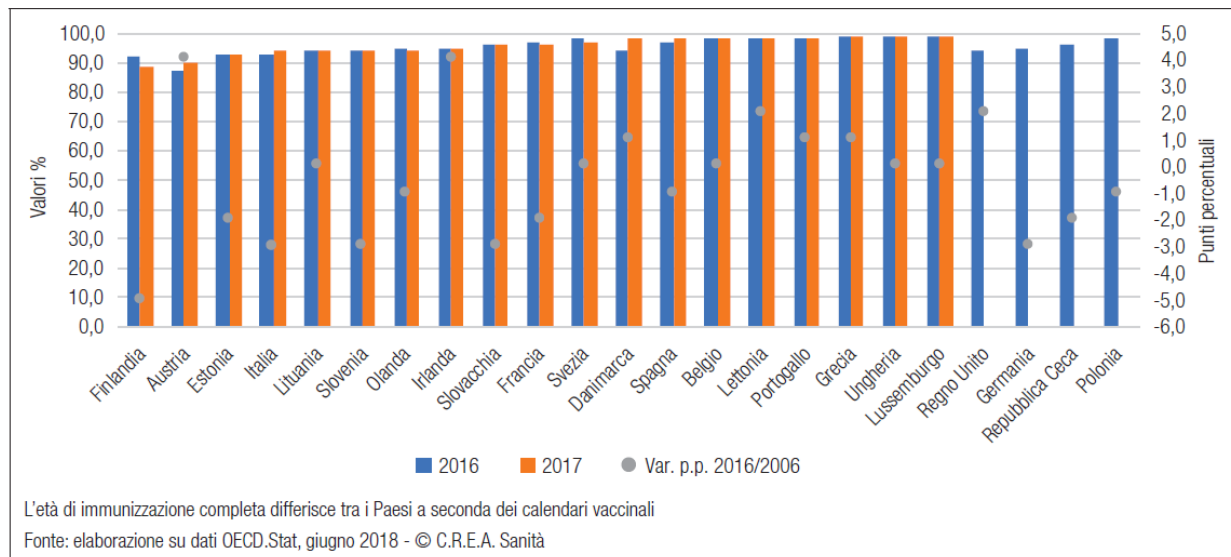
Fonte: elaborazione su dati OECD e WHO, anni vari – © C.R.E.A. Sanità

Passando alle coperture vaccinali dei bambini a 1 anno per 3 dosi di vaccino DTP (differite, tetano e pertosse) si ferma al 94,0% (+1 punto percentuale rispetto al 2016), al di sotto però della soglia minima del 95,0% raccomandata per raggiungere l'“immunità di gregge”. Al di sotto della soglia le coperture in altri 6 Paesi EU (su 19)

**[TAVOLA 15].**

## TAVOLA 15

### Bambini a un anno di età vaccinati con 3 dosi di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse) in Europa

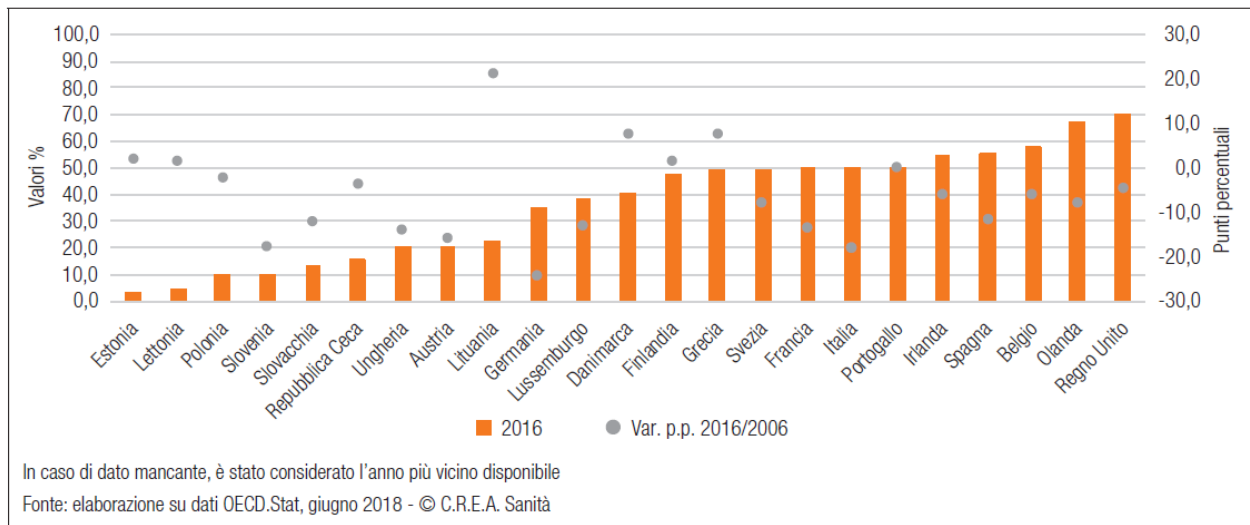


Secondo il Ministero della Salute (febbraio 2018), a livello nazionale, dopo il calo osservato negli ultimi anni, nel 2017 si assiste ad una ripresa delle vaccinazioni pediatriche nei bambini a 24 mesi rispetto al 2016 (tranne che per la varicella), ma per nessuna di quelle attualmente obbligatorie in base alla L. n. 119/2017 (contro polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B, Hib, morbillo, parotite, rosolia e varicella) si raggiunge la copertura minima del 95,0%. Sono 9 le Regioni, in prevalenza settentrionali, in cui le coperture non raggiungono la soglia per nessuno dei 10 antigeni.

Con riferimento alle coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani over 65, secondo OECD nel 2016 l'Italia, con il 49,9% (e una previsione del 52,0% per il 2017), è settima su 23 Paesi EU (-18,4 punti percentuali rispetto al 2006), ma ancora distante dalla soglia raccomandata del 75,0%, che peraltro non viene raggiunta da nessun Paese **[TAVOLA 16]**.

**TAVOLA 16**

**Anziani di 65 anni e più vaccinati contro l'influenza stagionale in Europa**



Con riferimento agli *screening oncologici*, e in particolare alla quota di donne (50-69 anni) che ha accettato l'invito ad un programma di *screening* contro il tumore al seno effettuando una mammografia nei due anni precedenti l'intervista, secondo OECD nel 2016 l'Italia, con il 60,0%, si trova a metà classifica su 17 Paesi EU (+0,4 punti percentuali rispetto al 2006), persistendo un gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali (con qualche eccezione) [TAVOLA 17].

**TAVOLA 17**

**Donne fra 50 e 69 anni che hanno effettuato una mammografia all'interno di un programma organizzato di screening nei due anni precedenti, in Europa**

