

Un'iniziativa sostenuta da Amgen, Pfizer e Sanofi

MERIDIANO SANITÀ

Le coordinate della salute

Rapporto 2015

Un'iniziativa sostenuta da Amgen, Pfizer e Sanofi



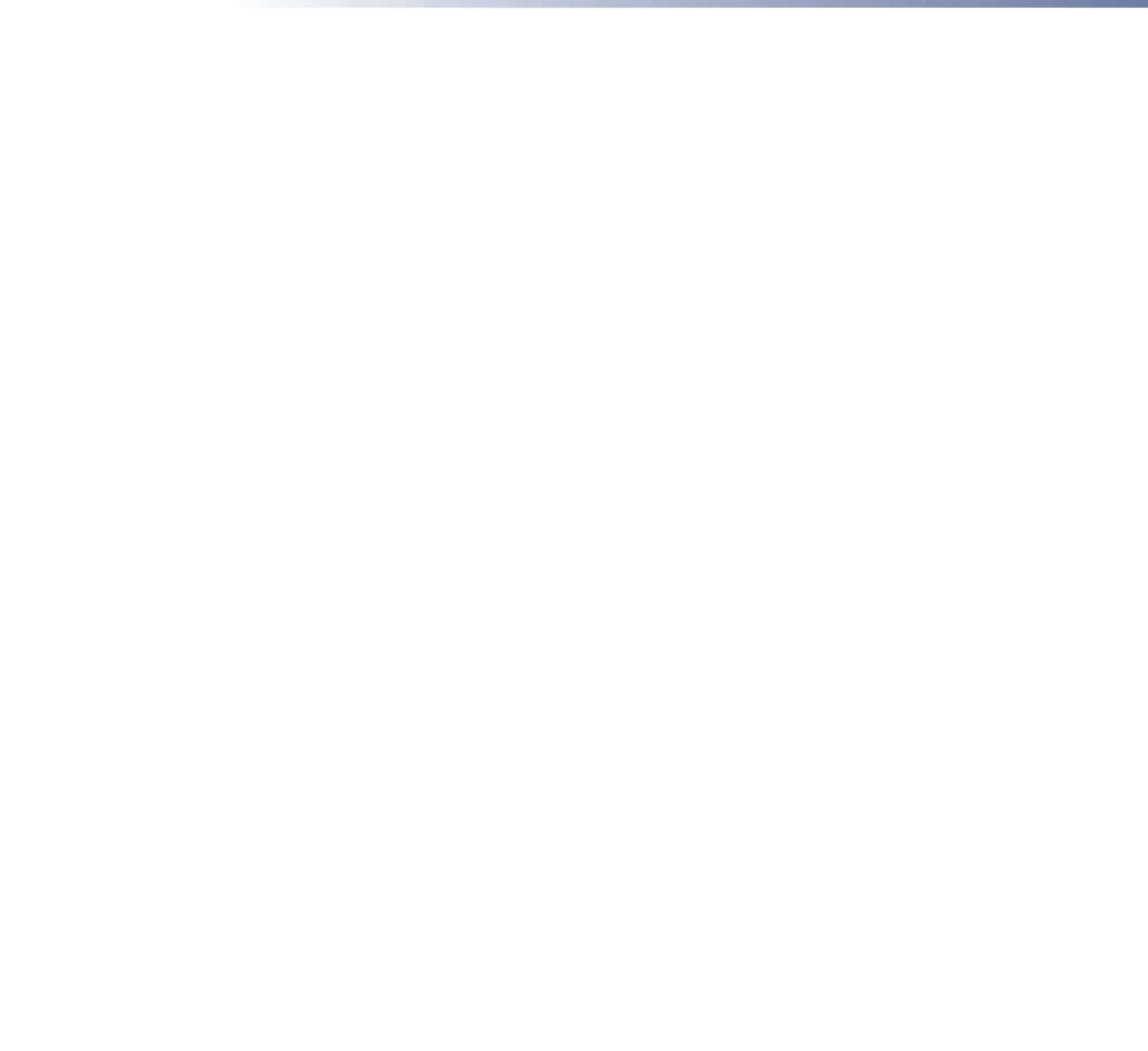
MERIDIANO SANITÀ
Le coordinate della salute

Rapporto 2015

Con il contributo di Bristol-Myers Squibb,
Eli Lilly e Sanofi Pasteur MSD

Si ringrazia Farmindustria

© 2015 The European House-Ambrosetti S.p.A. TUTTI I DIRITTI RISERVATI. Questo documento è stato ideato e preparato da The European House-Ambrosetti S.p.A. Nessuna parte di esso può essere riprodotta, memorizzata in un sistema di ricerca automatica, o trasmessa in qualsiasi forma o tramite qualsiasi supporto - elettronico, meccanico, fotocopiatura, registrazione od altro senza l'autorizzazione scritta della The European House-Ambrosetti S.p.A.



PREMESSA

Nel 2005 nasceva Meridiano Sanità come la prima piattaforma *multistakeholder* che aggregava un centinaio di rappresentanti delle varie istituzioni sanitarie e scientifiche, delle associazioni di pazienti e della filiera del settore in vari tavoli di confronto. Meridiano Sanità sviluppava le proprie riflessioni su una nuova sanità basata su 7 pilastri: la centralità del paziente, l'integrazione ospedale-territorio, la valutazione delle performance sulla base dei risultati in termini di salute e risorse utilizzate, il nuovo ruolo della medicina primaria, il superamento della logica dei silos, la sostenibilità futura del sistema e la visione della sanità come investimento.

Dopo 10 anni questi temi sono ancora di grande attualità, anche se troppo spesso gli aspetti economici dominano la scena e i razionamenti sembrano essere gli unici strumenti utilizzabili.

Nel Rapporto di quest'anno, Meridiano Sanità ha voluto focalizzare l'attenzione sul concetto di valore della sanità, superando la visione della sanità come spesa.

Le analisi e le riflessioni contenute nel Rapporto portano ad un'equazione molto semplice, in cui il Valore (V) non è altro che il risultato della somma di Prevenzione (P) e Innovazione (I), due elementi che vengono richiamati da alcuni anni sia dall'OMS che dall'Europa nei vari programmi ma che i Governi spesso dimenticano.

Prevenzione in tutte le politiche pubbliche e Innovazione a 360°.

$P+I=V$, è in questa equazione che il nostro sistema sanitario deve investire per continuare a garantire una sanità di valore per il cittadino e di valore per il Paese.

Il Rapporto contiene inoltre le fotografie delle valutazioni multidimensionali delle performance del nostro sistema sanitario, visto sia nel confronto con alcuni Paesi europei che nelle declinazioni regionali, sintetizzate nel Meridiano Sanità Index. Questo strumento può rappresentare una bussola per orientare le azioni prioritarie di chi governa la sanità partendo dai punti di debolezza delle quattro aree che vengono misurate da 40 indicatori.

Noi non apprezziamo il valore di ciò che abbiamo mentre lo godiamo; ma quando ci manca o lo abbiamo perduto, allora ne spremiamo il valore.

William Shakespeare, Molto rumore per nulla, 1599

Ringraziamo i partner di Meridiano Sanità: Amgen, Pfizer, Sanofi, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Sanofi Pasteur MSD e Farmindustria che hanno sostenuto l'iniziativa.

Un ringraziamento particolare anche agli advisor Americo Cicchetti, Walter Ricciardi, Carlo Signorelli e Federico Spandonaro per avere fornito preziosi contributi al lavoro.

Infine desidero ringraziare il Gruppo di Lavoro The European House - Ambrosetti composto da Daniela Bianco, Emiliano Briante, Rossana Bubbico e Piera Lucibello.

Valerio De Molli
Managing Partner
The European House - Ambrosetti



INDICE

| | |
|---|-----|
| PREMESSA | 3 |
| LE PROPOSTE DI MERIDIANO SANITÀ 2015. PREVENZIONE + INNOVAZIONE = VALORE | 9 |
| 1 LO SCENARIO MACROECONOMICO A LIVELLO EUROPEO | 17 |
| 2 L'EVOLUZIONE DELLO SCENARIO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO | 29 |
| 2.1 Le dinamiche demografiche in Europa e in Italia..... | 29 |
| 2.1.1 I cambiamenti nel <i>mix</i> demografico..... | 29 |
| 2.1.2 L'invecchiamento della popolazione in Italia..... | 35 |
| 2.2 I principali <i>trend</i> epidemiologici in Italia..... | 40 |
| 2.2.1 Il tasso di mortalità e le principali patologie causa di decesso o disabilità..... | 40 |
| 2.2.2 Le malattie cardiovascolari..... | 41 |
| 2.2.3 I tumori..... | 43 |
| 2.2.4 Le malattie del sistema respiratorio..... | 45 |
| 2.2.5 Le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche..... | 49 |
| 2.2.6 Le malattie infettive..... | 55 |
| 2.2.7 I disturbi mentali..... | 57 |
| 2.2.8 Le malattie reumatiche..... | 59 |
| 2.2.9 Le malattie osteoarticolari..... | 59 |
| 2.3 L'aumento delle patologie croniche e della disabilità..... | 61 |
| 3 SOSTENIBILITÀ E PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO NEL CONFRONTO EUROPEO | 67 |
| 3.1 La spesa sanitaria pubblica e privata in Europa..... | 68 |
| 3.2 Il Meridiano Sanità Index..... | 76 |
| 3.2.1 Stato di salute della popolazione..... | 76 |
| 3.2.2 Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute..... | 79 |
| 3.2.3 Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria..... | 82 |
| 3.2.4 Qualità dell'offerta sanitaria e <i>responsiveness</i> del sistema..... | 85 |
| 3.2.5 Meridiano Sanità Index..... | 88 |
| 4 LE DINAMICHE DELLA SPESA SANITARIA IN ITALIA | 91 |
| 4.1 L'analisi della spesa sanitaria italiana..... | 91 |
| 4.1.1 La spesa sanitaria privata..... | 92 |
| 4.1.2 La spesa sanitaria pubblica..... | 96 |
| 4.2 La sostenibilità finanziaria del SSN..... | 101 |

| | |
|--|------------|
| 4.3 L'evoluzione della Spesa Sanitaria: il Modello Previsionale di Meridiano Sanità..... | 105 |
| 4.3.1 I <i>driver</i> della spesa sanitaria e la costruzione di un modello previsionale..... | 105 |
| 4.3.2 I risultati del modello previsionale..... | 107 |
| 4.3.3 Il focus sui <i>driver</i> della crescita della spesa sanitaria..... | 108 |
| 4.3.4 Ipotesi di variazione del quadro epidemiologico: il caso del diabete..... | 111 |
| 4.3.5 Ipotesi di variazione del quadro epidemiologico: il caso dell'obesità..... | 113 |
| 5 LE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI | 117 |
| 5.1 Il Meridiano Sanità Regional Index..... | 117 |
| 5.1.1 Stato di salute della popolazione..... | 119 |
| 5.1.2 Equità e capacità di risposta ai bisogni di salute..... | 124 |
| 5.1.3 Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria..... | 130 |
| 5.1.4 Qualità dell'offerta sanitaria e <i>responsiveness</i> del sistema..... | 136 |
| 5.1.5 Meridiano Sanità Regional Index..... | 142 |
| 5.2 La sostenibilità dei sistemi sanitari regionali..... | 145 |
| 6 IL VALORE DELLA PREVENZIONE PER IL SISTEMA..... | 155 |
| 6.1 Gli ambiti di azione della prevenzione..... | 155 |
| 6.1.1 Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e le declinazioni regionali..... | 157 |
| 6.2 La spesa sanitaria in prevenzione in Italia..... | 161 |
| 6.2.1 Le stime italiane e il confronto internazionale..... | 161 |
| 6.2.2 Le declinazioni regionali..... | 166 |
| 6.2.3 Spesa e consumi dei vaccini in Italia..... | 171 |
| 6.3 La prevenzione vaccinale..... | 174 |
| 6.3.1 L'efficacia della prevenzione vaccinale e il contesto internazionale..... | 174 |
| 6.3.2 La <i>leadership</i> italiana nelle politiche vaccinali internazionali ed europee..... | 175 |
| 6.3.3 Il crescente fenomeno della vaccine <i>hesitancy</i> : evidenze e strategie..... | 176 |
| 6.3.4 Le coperture vaccinali in Italia a tre anni dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-14: bilancio e sfide future..... | 177 |
| 6.3.5 "Approccio per la Vita" alla prevenzione vaccinale e strategie di immunizzazione per la popolazione adulta e anziana..... | 187 |
| 6.3.6 Verso il nuovo Piano di Prevenzione Vaccinale 2014-2018..... | 191 |
| 6.4 La sfida della resistenza antimicrobica..... | 194 |
| 6.4.1 Le dimensioni del problema in Europa e in Italia..... | 194 |
| 6.4.2 Le implicazioni socio-sanitarie ed economiche..... | 199 |
| 6.4.3 Le politiche di controllo e prevenzione..... | 202 |
| 6.4.4 Prospettive future..... | 205 |
| 6.5 Benessere psicologico e salute mentale tra le priorità del piano nazionale della prevenzione..... | 206 |
| 6.5.1 La salute mentale e l'impatto della crisi economico-finanziaria..... | 206 |
| 6.5.2 Il quadro di riferimento della salute mentale in Italia..... | 208 |
| 6.5.3 La spesa sanitaria per servizi di salute mentale: la dimensione internazionale e il contesto italiano..... | 211 |
| 6.5.4 Le politiche di salute mentale e le strategie di prevenzione..... | 213 |

| | |
|---|------------|
| 6.6 La prevenzione secondaria attraverso gli <i>screening</i> | 214 |
| 6.6.1 Lo <i>screening</i> mammografico..... | 217 |
| 6.6.2 Lo <i>screening</i> coloretale..... | 220 |
| 6.6.3 Lo <i>screening</i> alla cervice uterina..... | 223 |
| 6.7 Il valore della prevenzione: nuovi strumenti e modelli di finanziamento..... | 226 |
| 7 INNOVAZIONE E VALORE DEL SETTORE FARMACEUTICO | 231 |
| 7.1 La ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci e il valore per la salute..... | 231 |
| 7.2 Il valore del settore farmaceutico per l'economia europea..... | 234 |
| 7.3 Il settore farmaceutico come volano per la crescita economica in Italia..... | 239 |
| 7.4 Le dinamiche della spesa farmaceutica in Italia..... | 254 |
| 7.4.1 Il sistema dei tetti per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera..... | 257 |
| 7.5 Il consumo di farmaci in Italia..... | 260 |
| 7.6 Verso un nuovo approccio per l'accesso all'innovazione e possibili strumenti..... | 262 |
| 7.6.1 L'ecosistema di valutazione dell'innovazione..... | 262 |
| 7.6.2 Lo strumento <i>Hospital Workbox for HTA</i> | 264 |
| 7.6.3 Le caratteristiche del modello HoW-HTA..... | 266 |
| 7.6.4 La struttura del modello..... | 268 |
| BIBLIOGRAFIA | 271 |



LE PROPOSTE DI MERIDIANO SANITÀ 2015. PREVENZIONE + INNOVAZIONE = VALORE

Quanto si spende in Italia per la sanità? I dati sulla spesa sanitaria che permettono di fare confronti internazionali - quelli pubblicati dall'OCSE nel report *Health Statistics 2015* - fissano la spesa sanitaria pro capite totale (pubblica più privata) in Italia a quota 2.355 euro (valore espresso a parità di potere d'acquisto, anno 2013). Il confronto con la Germania, la Francia e il Regno Unito e con la media europea (EU-14) evidenzia un divario molto rilevante, compreso tra il 13% con il Regno Unito e oltre il 51% con la Germania (figura 1). Se questa fotografia fosse stata scattata nel 1990 la situazione sarebbe stata molto diversa, con la spesa pro capite degli italiani superiore del 25% rispetto a quella inglese, pressoché allineata a quella francese e inferiore a quella tedesca del 25%, la metà rispetto ad oggi.

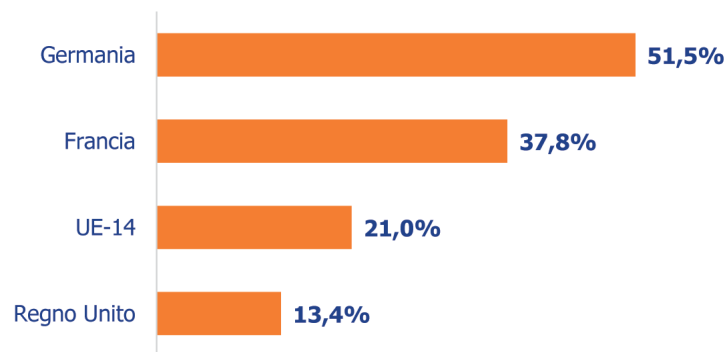


Figura 1. Gap di spesa sanitaria pubblica pro capite dell'Italia nei confronti degli altri principali Paesi europei (percentuale), 2013

Fonte: *The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2015*

In Italia dunque si spende in sanità decisamente meno rispetto ai Paesi europei più direttamente confrontabili con il nostro Paese e i divari stanno crescendo nel tempo.

Se osserviamo il valore della spesa sanitaria pubblica in percentuale del Prodotto Interno Lordo, ovvero la quota di risorse che un Paese mette a disposizione della sanità rispetto all'intera ricchezza prodotta, la distanza dell'Italia con gli altri principali Paesi europei è confermata: 7,1% dell'Italia rispetto a 7,6% del Regno Unito, 8,7% della Germania, 9% della Francia (per ulteriori dettagli si veda il capitolo 3 di questo rapporto).

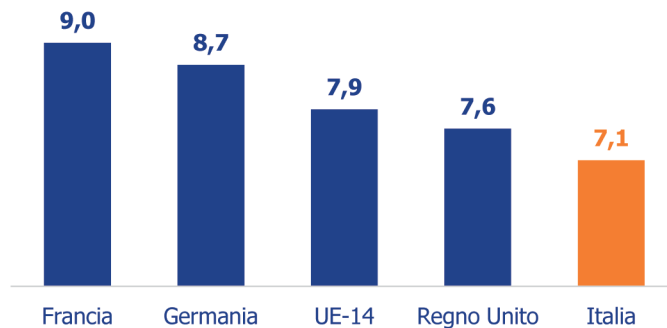


Figura 2. Incidenza della spesa sanitaria pubblica su PIL nei principali Paesi europei (percentuale, 2013)

Fonte: *The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2015*

Come evolverà la spesa sanitaria pro capite nel prossimo futuro? Ipotizzando che il rapporto tra spesa e PIL rimanga costante, possiamo stimare la spesa pro capite al 2020 per l'effetto delle dinamiche attese di crescita del PIL e della numerosità della popolazione. In questo caso i divari dell'Italia si allargherebbero ulteriormente, per via di una crescita del PIL più lenta che negli altri Paesi. La differenza con il Regno Unito crescerebbe al 24%, quella con la Francia al 43% e quella con la Germania ad oltre il 60%.

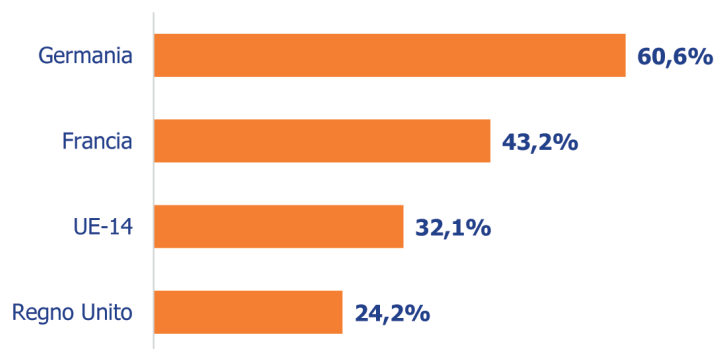


Figura 3. Gap di spesa sanitaria pubblica pro capite dell'Italia nei confronti degli altri principali Paesi europei (percentuale), 2020

Fonte: *stime The European House - Ambrosetti su dati OECD e IMF, 2015*

Questo effetto di ulteriore ampliamento del divario di spesa tra Italia ed altri Paesi è oltretutto sottostimato. Infatti i dati Istat indicano che la spesa sanitaria è scesa al 6,9% del PIL nel 2014 e, elemento ancora più rilevante, il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha indicato nel Documento di Economia e Finanza (DEF) del 10 aprile 2015, confermato dalla nota di aggiornamento di settembre, una crescita per la spesa sanitaria inferiore a quella del PIL, prefigurando un calo del rapporto spesa/PIL al 6,8% nel 2015 e al 6,5% nel 2019. Guardando ai valori assoluti si tratta di un finanziamento più basso di quello previsto nel Patto per la Salute di oltre 2,3 miliardi di euro ogni anno.

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Spesa sanitaria (in milioni di euro) | 111.289 | 113.372 | 115.509 | 117.709 | 120.094 |
| In % del PIL | 6,8% | 6,7% | 6,6% | 6,6% | 6,5% |

Figura 4. Previsione della spesa sanitaria da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2015-2019

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su Documento di Economia e Finanza 2015

È lecito interrogarsi sulla sostenibilità di tale differenza di spesa, anzitutto con riferimento alla capacità del sistema sanitario di continuare a garantire adeguati livelli di promozione e tutela dello stato di salute dei cittadini e di cura dei pazienti, e di conseguenza anche rispetto alle risorse necessarie in futuro per far fronte a *trend* ampiamente prevedibili come la dinamica demografica, soprattutto se associata ad un possibile deterioramento dell'aspettativa di vita in buona salute rispetto all'aumento atteso della longevità. La figura seguente illustra purtroppo proprio quest'ultimo fenomeno. L'aspettativa di vita alla nascita in Italia è cresciuta di quasi 2 anni tra il 2005 e il 2013. L'aspettativa di vita in buona salute (ovvero libera da gravi malattie e disabilità), invece, è calata di 5,8 anni. L'effetto combinato di queste due dinamiche è l'aumento del numero di anni vissuti non in buona salute, passati da 13,6 a 21,4. Si tratta di un allungamento medio di 7,8 anni della fase della vita degli individui che impatta maggiormente sull'assorbimento di servizi sanitari e risorse, oltre ovviamente sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari.

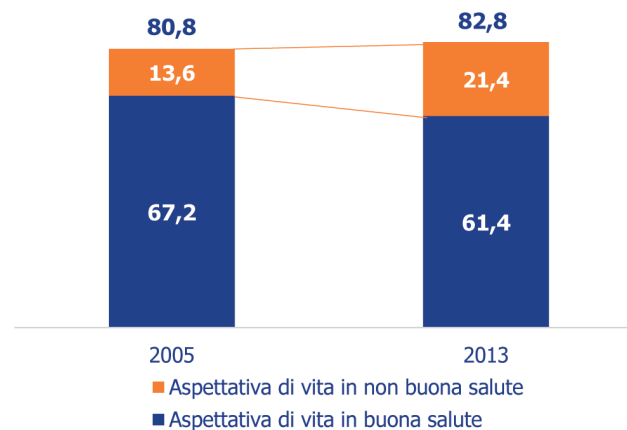


Figura 5. Aspettativa di vita alla nascita in Italia (anni), 2005 e 2013

Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

A questo aspetto occorre aggiungere una considerazione sull'evoluzione degli scenari epidemiologici (si veda anche il capitolo 2). A fronte dell'ulteriore riduzione dei tassi di mortalità per patologie ad alta diffusione come le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete, le malattie respiratorie, si attendono più alti tassi di prevalenza delle stesse, sia perché i fattori di rischio modificabili alimentano l'incremento dell'incidenza di tali patologie (si pensi ad esempio agli effetti dell'ipercolesterolemia, dell'obesità, dell'ipertensione, ecc. su eventi cardio-cerebrovascolari, diabete e alcuni tipi di cancro), sia perché i

progressi della medicina e l'innovazione farmacologica consentiranno di aumentare ancora di più i tassi di sopravvivenza per malattie che in precedenza portavano rapidamente alla morte (si pensi ad esempio ai nuovi farmaci immuno-oncologici). In aggiunta, nuove minacce per la salute delle persone e per la sostenibilità economica del sistema sanitario, come il fenomeno dell'antimicrobico resistenza e la ricomparsa di alcune malattie infettive, rischiano di cogliere impreparato il nostro Paese.

Tutti questi elementi sembrano indicare la necessità di un deciso aumento delle risorse economiche da destinare alla sanità (come indicato anche dai risultati del modello previsionale di spesa sanitaria elaborato da Meridiano Sanità – capitolo 4), anziché un loro razionamento (come avvenuto negli ultimi anni) o comunque un calo del loro peso in relazione all'andamento dell'economia del Paese (come indicato dal MEF per i prossimi anni).

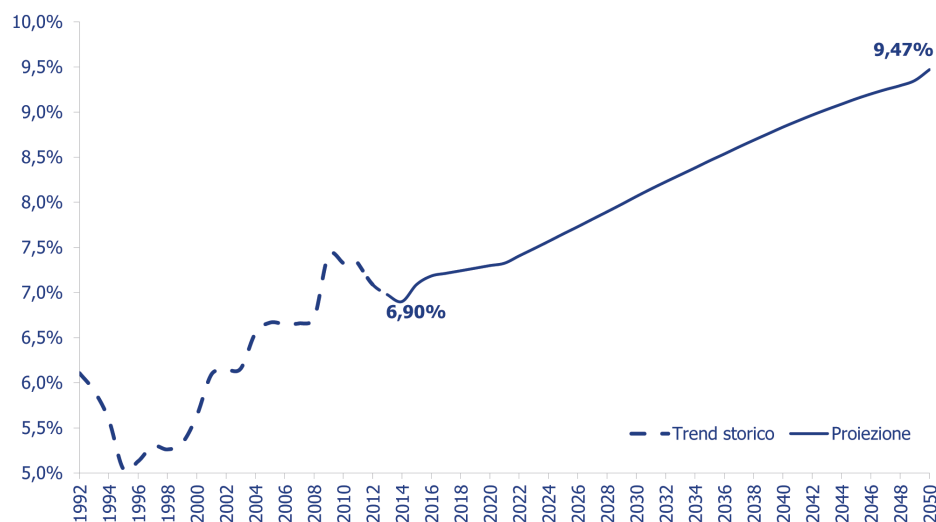


Figura 6. Andamento del rapporto spesa sanitaria su PIL, 1992-2050

Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

Meridiano Sanità sostiene che tornare ad investire in sanità rappresenta un indirizzo strategico prioritario per il Paese, in considerazione del fatto che mantenere elevati livelli di salute e qualità della vita delle persone costituisce anche un elemento imprescindibile per lo sviluppo e la crescita economica del Paese.

Più nello specifico, Meridiano Sanità individua nell'investimento in Prevenzione (P) e in Innovazione (I) i due capisaldi per generare Valore (V) per il sistema Paese, oggi e in futuro. Questo approccio può essere sintetizzato in una semplice equazione:

$$P + I = V$$

Per ciascuno dei due addendi, tra loro fortemente sinergici e correlati, sono state elaborate alcune indicazioni di policy sanitaria e proposte concrete, con riferimento all'impostazione strategica che Meridiano Sanità suggerisce di adottare, gli strumenti operativi da implementare e le possibili fonti delle risorse economiche aggiuntive necessarie.

Con riferimento all'area della Prevenzione, alcuni dati recenti indicano un preoccupante deterioramento delle coperture vaccinali pediatriche che può portare rapidamente alla ricomparsa di gravi malattie infettive, altri confermano il ritardo della diffusione degli *screening* con un'accentuata diversità tra le Regioni (per maggiori dettagli si vedano il capitolo 3 e il capitolo 6 di questo Rapporto).

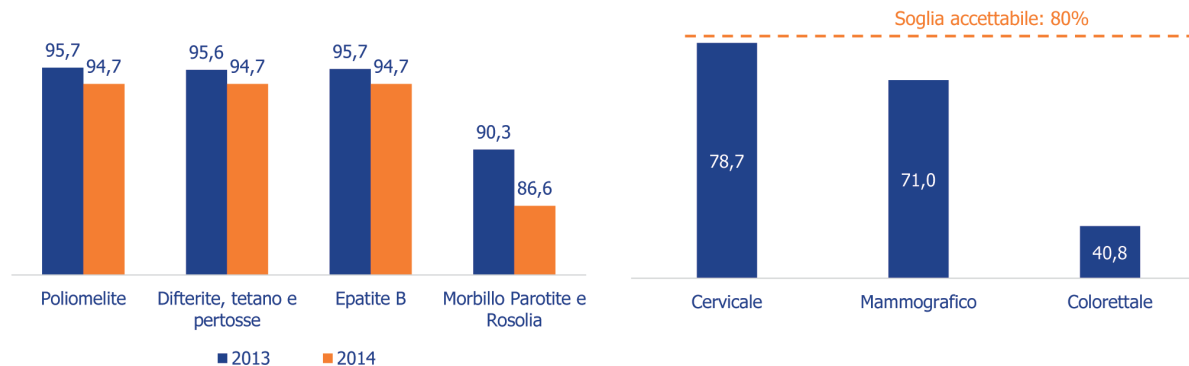


Figura 7. A sinistra: Tassi di copertura vaccinale (percentuale), 2013-2014. A destra: Tassi di estensione effettiva degli screening (percentuale), 2013

Fonte: The European House – Ambrosetti su fonti varie, 2015

La spesa in prevenzione, come indicato da AGENAS, è stata pari a 4,9 miliardi di euro nel 2013, valore pari al 4,19% del totale, il che significa, rispetto ad un obiettivo del 5% stabilito nei LEA, un sotto-finanziamento di circa 1 miliardo. Questo nonostante le evidenze scientifiche sostengano da tempo il valore della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria) e gli studi di farmaco-economia abbiano evidenziato ripetutamente profili di costo-efficacia particolarmente positivi per le attività di prevenzione.

Meridiano Sanità propone un approccio strategico per la prevenzione, che prevede di:

- Riconoscere il ruolo determinante della prevenzione e della promozione e tutela della salute per lo sviluppo sociale, la crescita economica e la sostenibilità del *welfare* e diffondere tale visione in "tutte le politiche".
- Combattere le malattie infettive ("vecchie" e "nuove") e ridurre i fattori di rischio per le patologie croniche non trasmissibili ad "alto impatto" sul sistema in termini di salute e di costi sanitari (*in primis* malattie cardiovascolari, tumori, diabete).

A livello più operativo, occorre:

- Lanciare una campagna informativa autorevole e chiarificatrice di comunicazione sull'importanza, il valore e la sicurezza delle vaccinazioni.
- Implementare il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale in modo omogeneo e monitorarne l'applicazione e i risultati.
- Aumentare l'estensione e ridurre le disomogeneità regionali dei programmi di *screening*.
- Individuare e diffondere le soluzioni più efficaci (sia tra i programmi di modifica dei comportamenti che tra le soluzioni terapeutiche innovative) per la riduzione dei fattori di rischio modificabili (sedentarietà, fumo, sovrappeso e obesità, sindrome pre-metabolica, ipertensione, ipercolesterolemia, ecc.) delle patologie ad "alto impatto".

Sul fronte delle risorse economiche è necessario:

- Vincolare il livello minimo di finanziamento del 5% della spesa sanitaria (attualmente è pari al 4,2%) per le attività di prevenzione e istituire un fondo nazionale per le vaccinazioni per salvaguardare la salute del singolo e della collettività come richiesto dagli organismi europei e in base al Piano Nazionale Vaccinazioni.
- Trattare le spese per interventi di prevenzione con un rapporto costo-efficacia particolarmente favorevole (vaccini, *screening*, terapie eradicative) come spese per investimenti, ovvero non considerarle tra le spese correnti e tra i vincoli del Patto di Stabilità.
- Individuare fonti di finanziamento innovative di carattere pubblico-privato (ad esempio i *Social Impact Bond*, come illustrato nel capitolo 6).

Passando al tema dell'innovazione, in particolare quella legata ai farmaci, in Italia emerge un vero e proprio paradosso.

Da un lato, se consideriamo la disponibilità e il consumo di nuovi farmaci approvati dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA), in Italia il divario con i principali Paesi europei è enorme. Per i farmaci introdotti in Italia nel 2014, infatti, il consumo registrato è stato inferiore del 91,2% rispetto alla media di Germania, Francia, Regno Unito e Spagna. Per quelli introdotti da due anni (2013) il consumo è stato inferiore dell'81,6%. Il differenziale rimane elevato, pari al 66,7%, anche se si considerano i farmaci introdotti da tre anni (2012) e solo per quelli introdotti da 5 anni la differenza si riduce al 16,5%. Si tratta non solo di ritardi causati da impedimenti burocratici e duplicazioni procedurali, ma anche e soprattutto dovuti a vincoli che ne limitano l'utilizzo a seguito dell'autorizzazione.

In questo modo il nostro sistema sanitario di fatto utilizza in misura molto ridotta rispetto agli altri Paesi il frutto dell'innovazione del settore farmaceutico, che invece rappresenta un *asset* strategico di enorme importanza per valore prodotto in termini di *outcome* di salute e di capitale economico e cognitivo per il sistema Paese (si veda il capitolo 7). Infatti, il settore farmaceutico rappresenta un volano in grado di trainare crescita, produttività e innovazione, un settore capace di attrarre investimenti, soprattutto dall'estero, con un elevato grado di innovazione, una leva cruciale per il rilancio della manifattura italiana e per la sua sostenibilità nel lungo periodo. La figura successiva evidenzia il confronto tra i dati chiave del settore farmaceutico con quelli della manifattura.



Figura 8. Un confronto tra settore manifatturiero e farmaceutico in Italia (manifatturiero =100)

Fonte: *The European House – Ambrosetti su dati Farindustria e Istat, 2015*

Meridiano Sanità assegna un ruolo strategico all'innovazione in Sanità, non solo con riferimento al comparto farmaceutico, e ritiene prioritario:

- Salvaguardare l'innovazione (tecnologica, organizzativa, gestionale, ecc.) e favorire la diffusione e l'utilizzo dei risultati degli sforzi di R&S delle imprese che operano nel settore, valutandone correttamente gli impatti positivi a livello di sistema, oltre i "confini della sanità" e anche nel medio-lungo termine, superando così logiche di silos e visioni di breve periodo.
- Cogliere le opportunità offerte dalla digitalizzazione delle attività e dei processi e dalla gestione dei *Big Data* in sanità, per migliorare l'efficacia e l'efficienza dello studio, monitoraggio, prevenzione e cura delle patologie.

Per questo occorre:

- Rafforzare l'attività di HTA a livello centrale, in coordinamento con i *network* europei; diffondere a livello locale cultura e strumenti basati sulle logiche di HTA, per valutare una tecnologia all'interno dei percorsi e rilevarne correttamente anche gli impatti gestionali e organizzativi.
- Semplificare il modello di governo della spesa farmaceutica eliminando i tetti di classe e prodotto e utilizzando sistemi di *value based reimbursement*.
- Individuare nuovi modelli di *partnership* e collaborazione pubblico-privato sia nell'ambito della ricerca e sviluppo clinico che dell'accesso dei nuovi farmaci (*managed entry agreements*).
- Introdurre meccanismi di monitoraggio dell'accesso effettivo all'innovazione farmaceutica (ad esempio la percentuale di pazienti trattati con farmaci registrati negli ultimi 12 mesi) e stabilire degli obiettivi da raggiungere per colmare il divario con gli altri Paesi europei.
- Implementare gli strumenti di sanità digitale, telemedicina e *mobile*, per migliorare l'accessibilità e garantire la continuità delle cure.

Infine, con specifico riferimento alle risorse economiche, è necessario:

- Anche in considerazione delle stime di crescita del PIL elaborate per i prossimi anni (positive anche se più modeste rispetto ad altri Paesi dell'UE), assicurare che il finanziamento della spesa sanitaria cui concorre lo Stato sia fissato in modo da mantenere (almeno) costante il rapporto spesa/PIL, a differenza invece di quanto attualmente previsto dal MEF, al fine di poter disporre di risorse aggiuntive necessarie per far fronte ai bisogni di salute emergenti, tra cui la cura di patologie ad alto impatto economico e sociale attraverso i nuovi farmaci in arrivo sul mercato.
- Garantire la certezza di una programmazione pluriennale e definire criteri, tempi e regole trasparenti sul finanziamento della spesa farmaceutica.
- Adottare forme di finanziamento della sanità integrative di quelle erogate dal SSN per la copertura delle prestazioni escluse dai LEA (oggi e in futuro) e impiegare le risorse liberate per nuovi investimenti per l'innovazione in sanità.

Investire in Sanità secondo gli approcci sopra descritti consentirebbe di creare valore a più livelli, oltre la sfera della salute delle persone e il comparto della sanità. Tra i risultati di un tale approccio infatti è possibile attendersi:

- Il miglioramento degli *outcome* sanitari e dell'aspettativa di vita in buona salute dei cittadini.
- Il contenimento dei costi sanitari attesi in futuro e miglioramento della sostenibilità economica dell'intero sistema di *welfare*.
- L'aumento della produttività lavorativa delle persone e un contributo alla crescita economica.
- Il miglioramento dell'ecosistema della ricerca e della produzione nel settore delle *life sciences* e una maggiore attrazione di investimenti esteri.



1 LO SCENARIO MACROECONOMICO A LIVELLO EUROPEO

La crisi economico-finanziaria che ha colpito le economie mondiali negli ultimi sei anni resta ancora un tema di grande attualità e non sembra aver lasciato il posto ad una ripresa significativa. Prima di affrontare la trattazione delle dinamiche di spesa sanitaria è utile, quindi, osservare lo scenario macroeconomico in Europa.

A livello globale, il Fondo Monetario Internazionale nel *World Economic Outlook* di ottobre parla di una crescita stimata pari al 3,1% per il 2015, in ribasso di 0,3 punti percentuali rispetto alle previsioni del 2014 e di 0,2 rispetto a quelle di luglio 2015. Per il 2016 è stimata, invece, una crescita del 3,6% del PIL globale contro il 3,8% previsto pochi mesi fa.

A livello europeo, il 2014 registra una crescita pari all'1,5% circa, con un incremento stimato all'1,9% sia per il 2015 che per il 2016. A sostegno della ripresa delle economie europee si devono considerare diversi fattori, come il prezzo del petrolio che continua a mantenersi su valori relativamente bassi e l'attuazione a livello centrale di politiche economiche e monetarie favorevoli (in particolare, la manovra del *Quantitative Easing* della BCE, lanciata ad inizio 2015, che ha l'obiettivo di ridurre i tassi di interesse e migliorare le condizioni di credito dei Paesi).

Dall'analisi dei tassi di crescita del PIL nei Paesi UE-15¹ dal 2008 al 2014, si rileva un valore medio negativo, pari a -0,09%, rispetto al valore pre-crisi del +2,32% (periodo 2002-2007). Il differenziale maggiore si registra in Grecia, dove la crisi ha prodotto una fortissima contrazione del PIL (da un tasso di crescita del +4,4% ad un calo del -4,8%). Anche la Spagna è passata dal +3,6% di crescita al -1%. I Paesi che, invece, sono stati meno colpiti dalle tensioni finanziarie degli ultimi anni sono quelli che anche prima del 2008 avevano economie molto solide, come Francia (+0,3%), Germania (+0,6%) e Regno Unito (+0,7%).

L'Italia, già debole prima della crisi con una crescita media del +1,23%, tra il 2008 e il 2014 ha perso in media l'1,4%. Segnali di ripresa si sono però registrati a partire dall'ultimo trimestre del 2014, con l'uscita del Paese dalla recessione, e sono stati riconfermati dalle prime stime Istat sul 2015: nei primi tre mesi dell'anno il Prodotto Interno Lordo italiano è aumentato dello 0,3% rispetto al trimestre precedente, con un ulteriore incremento dello 0,3% nel secondo trimestre.

¹ Dalle analisi che riguardano la UE-15 è stato escluso il Lussemburgo, in ragione della particolare struttura economica che lo caratterizza.

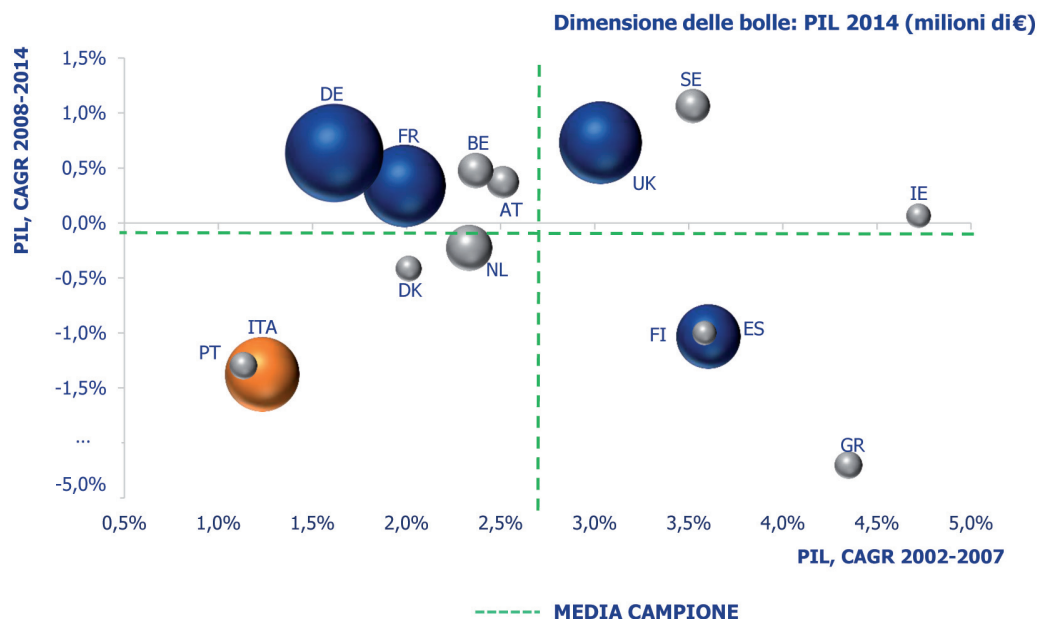


Figura 1. Valore del PIL al 2014 (milioni di euro) nei Paesi UE-15 e suo andamento, CAGR nel periodo 2002-2007 e 2008-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2015

Per effetto di un rafforzamento dell'attività economica ed una crescita del PIL dei Paesi europei auspicabilmente stabile, si prevede per i prossimi anni in Europa una progressiva riduzione del rapporto tra il debito pubblico e il PIL². Un impulso ulteriore al riassorbimento del disavanzo dovrebbe provenire dall'impegno rinnovato verso le riforme strutturali, prescritto dalla Commissione Europea a tutti i Paesi membri per uno stimolo all'imprenditorialità e all'occupazione, e da politiche di bilancio attente e responsabili³.

Il 2014 registra comunque un dato ancora negativo per l'Europa, che da un rapporto debito/PIL del 93,2% nel 2013 si è attestata al 94,2% nel 2014. Le previsioni indicano, tuttavia, un miglioramento già a partire dal 2015, con un rapporto debito/PIL del 94%, per proseguire con il 92,5% nel 2016. Tra i Paesi UE-15, hanno ridotto il proprio rapporto di indebitamento soltanto Germania (-3,7%), Danimarca (-2,5%), Paesi Bassi (-0,3%) e, soprattutto, Irlanda (-13,8%).

I Paesi che hanno superato la quota del 100% del rapporto debito/PIL sono stati Grecia (177,2%), Italia (132,1%), Portogallo (130,2%), Irlanda (109,5%) e Belgio (105,6%). Tra i cinque Paesi con il rapporto di indebitamento più elevato, l'Italia è quello che nel biennio 2013-2014 ha visto, purtroppo, crescere maggiormente il proprio disavanzo con +3,5 punti percentuali (p.p.), contro i +2,2 della Grecia, +1 del Belgio e +0,5 del Portogallo.

I Paesi del Nord Europa (Finlandia, Danimarca e Svezia) si riconfermano come gli Stati caratterizzati dal minor livello di indebitamento, con un rapporto debito pubblico su PIL inferiore al 60%.

2 Fonte: Commissione Europea, "Spring 2015 Economic Forecast: Tailwinds support the recovery", 2015.

3 Fonte: Commissione Europea, "Analisi annuale della crescita 2015".

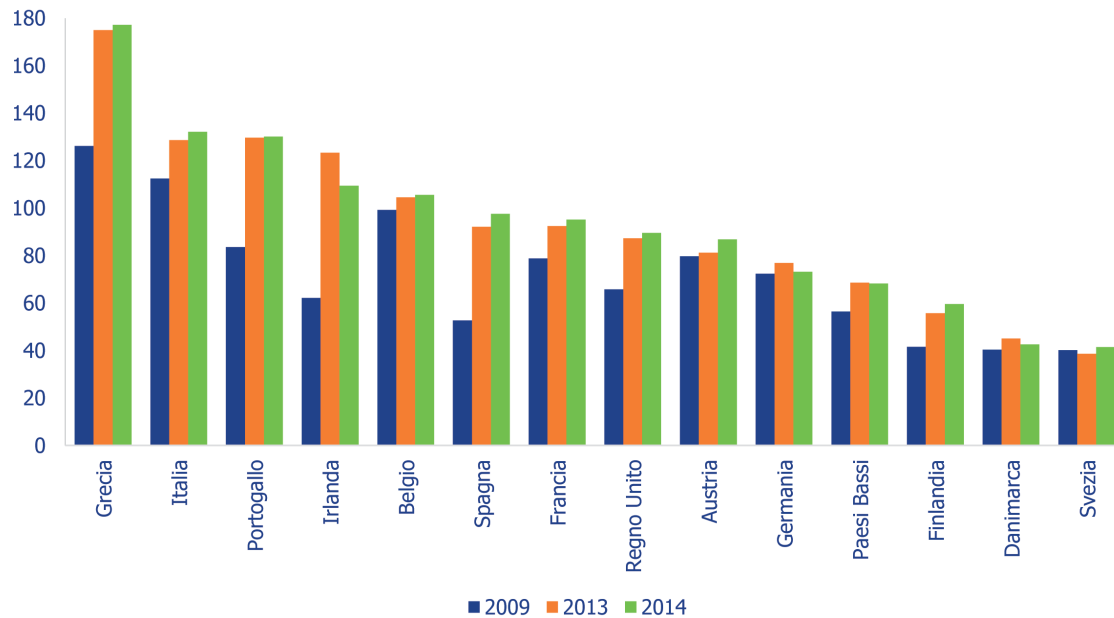


Figura 2. Debito pubblico in percentuale del PIL nei Paesi UE-15 nel 2009-2013-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati IMF, 2015

Durante il periodo 2008-2013 il PIL pro capite è rimasto sostanzialmente stabile, con un tasso medio annuo di crescita pari allo 0,5%. Tra il 2013 e il 2014 si registra, invece, un incremento significativo del dato, aumentato del 2,5%. I soli Paesi a vedere un calo del PIL pro capite sono stati Italia (-0,9%) e Finlandia (-0,1%). Il PIL pro capite medio dei Paesi della UE-15 nel 2014 è stato pari a 32.028 euro (nel 2013 era pari a 31.270 euro). La ricchezza pro capite più elevata è stata registrata in Irlanda (35.468 euro), seguita da Paesi Bassi (35.346 euro) e Austria (34.184 euro), mentre la Grecia è il Paese con la ricchezza pro capite minore (19.446 euro).

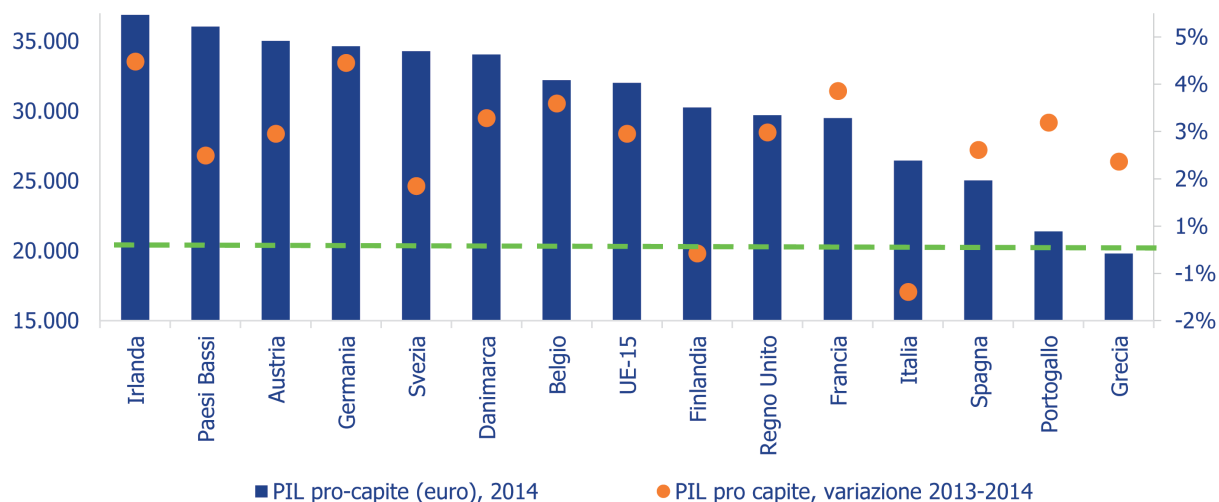


Figura 3. PIL pro capite nel 2014 (euro) nei Paesi UE-15 e sua variazione tra il 2013 e il 2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

La crisi del 2007-2008 ha inoltre generato un aumento del tasso di disoccupazione medio di 4 p.p. (nel periodo 2008-2014) nella UE-15.

Il mercato del lavoro oggi inizia a dare i primi segnali di rilancio, ma i tassi di disoccupazione nel 2014 rimangono ancora alti, per un valore medio nell'UE-15 dell'11,6%, pur in calo di 0,4 punti percentuali rispetto all'anno precedente.

Un'analisi dettagliata sui singoli Paesi consente di rilevare una forbice di valori molto ampia, che spazia dal 5% della Germania al 26,5% della Grecia.

Insieme al Paese ellenico, sono al di sopra della media europea, come nel 2013, l'Italia (12,7%), il Portogallo (14,1%) e, con più del doppio della disoccupazione media europea, la Spagna (24,5%). L'Italia è l'unico Paese dei quattro a far registrare, rispetto al 2013, un peggioramento del dato (+0,6 p.p.). Segnali incoraggianti emergono, tuttavia, dalle prime rilevazioni Istat per il 2015 che parlano di un aumento degli occupati (+324.000 persone occupate) e di un calo dei disoccupati di 0,7p.p..

In cima alla classifica si riconfermano, invece, Germania e Austria, mentre i Paesi Bassi vengono superati dal Regno Unito che, riducendo di 1,5 p.p. il proprio tasso di disoccupazione, rientra per il 2014 tra i tre Paesi più virtuosi.

| | Variazione p.p. 2002-2007 | Variazione p.p. 2008-2014 | Tasso di disoccupazione 2014 | Variazione p.p. 2013-2014 |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Germania | -0,1 | -2,4 | 5,0 | -0,2 |
| Austria | 0,5 | 1,5 | 5,6 | 0,2 |
| Regno Unito | 0,2 | 0,5 | 6,1 | -1,5 |
| Danimarca | -0,8 | 3,2 | 6,6 | -0,4 |
| Paesi Bassi | 0,5 | 3,7 | 7,4 | 0,1 |
| Svezia | 0,1 | 1,7 | 7,9 | -0,1 |
| Belgio | 0 | 1,5 | 8,5 | 0,1 |
| Finlandia | -2,2 | 2,3 | 8,7 | 0,5 |
| Francia | 0,1 | 2,8 | 10,2 | 0 |
| Irlanda | 0,2 | 4,9 | 11,3 | -1,8 |
| Media UE-15 | -0,8 | 4,0 | 11,6 | -0,4 |
| Italia | -2,4 | 6 | 12,7 | 0,6 |
| Portogallo | 2,9 | 5,3 | 14,1 | -2,3 |
| Spagna | -3,3 | 13,2 | 24,5 | -1,6 |
| Grecia | -1,9 | 18,7 | 26,5 | -1 |

Figura 4. Tasso di disoccupazione nei Paesi UE-15 nel 2014 e variazioni 2002-2007, 2008-2014 e 2013-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

Ai tassi di disoccupazione elevati si affianca una quota molto significativa di NEET, ovvero la percentuale dei giovani di età compresa tra i 15 e 24 anni "Not in Education, Employment or Training". I NEET nella UE-15 rappresentano il 12,1% della popolazione di riferimento, in calo di 0,1 p.p. rispetto all'anno precedente. L'Italia è ancora il Paese con la maggior percentuale di NEET (22,1% della popolazione di riferimento).

| | Quota di NEET al 2014 | Variazione p.p. 2002-2007 | Variazione p.p. 2008-2014 | Variazione p.p. 2013-2014 |
|--------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Paesi Bassi | 5,0 | -0,5 | 1,6 | -0,1 |
| Danimarca | 5,8 | -0,9 | 1,5 | -0,2 |
| Germania | 6,4 | 0,5 | -2 | 0,1 |
| Svezia | 7,2 | 0 | -0,6 | -0,3 |
| Austria | 7,7 | 1,3 | 0,3 | 0,4 |
| Finlandia | 10,2 | -1,6 | 2,4 | 0,9 |
| Francia | 10,7 | 0 | 0,5 | -0,5 |
| Regno Unito | 11,9 | 0,8 | -0,2 | -1,3 |
| Belgio | 12,0 | -4,9 | 1,9 | -0,7 |
| Media UE-15 | 12,1 | -0,3 | 1,1 | -0,6 |
| Portogallo | 12,3 | 0,5 | 2,1 | -1,8 |
| Irlanda | 15,2 | -3,2 | 0,2 | -0,9 |
| Spagna | 17,1 | -0,6 | 2,8 | -1,5 |
| Grecia | 19,1 | -3,7 | 7,7 | -1,3 |
| Italia | 22,1 | -0,7 | 5,5 | -0,1 |

Figura 5. Percentuale di NEET nei Paesi UE-15 nel 2014 e variazioni 2002-2007, 2008-2014 e 2013-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

Nel contesto economico descritto, in cui il livello di ricchezza dei cittadini registra una graduale seppur lenta risalita e inizia a diffondersi un clima di maggiore fiducia del mercato, l'accentuata propensione al risparmio che aveva caratterizzato i cittadini europei soprattutto negli anni immediatamente successivi alla crisi, inizia ad affievolirsi.

Un'analisi sui consumi pro capite delle famiglie consente, infatti, di mettere in evidenza tra il 2013 e il 2014 un incremento della spesa in tutti i Paesi dell'UE-15. Fanno eccezione Svezia e Italia in cui la propensione al consumo è calata rispettivamente del 2,9% e 1,1%, sebbene i dati previsionali indichino una progressiva convergenza verso i valori medi europei.

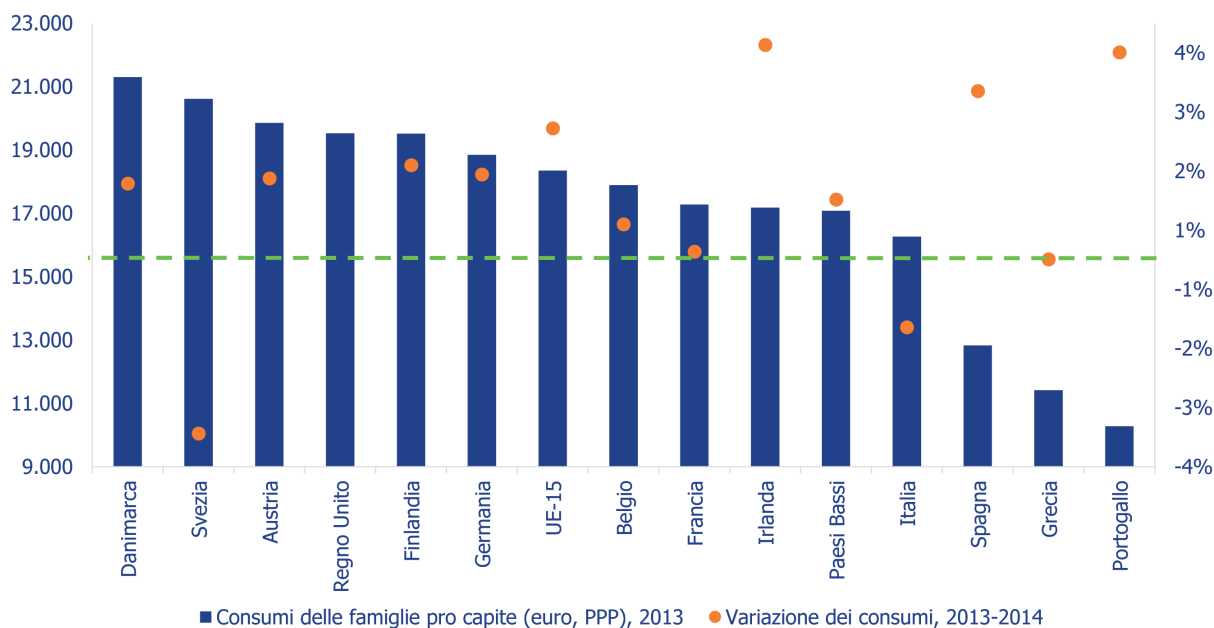


Figura 6. Consumi delle famiglie (in termini pro capite) nei Paesi UE-15 nel 2013 e variazione 2013-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

La spesa pubblica nella UE-15 è sempre aumentata, sia nel periodo antecedente la crisi che nel periodo ad essa successivo, sebbene dal 2008 al 2014 si sia registrata una riduzione del tasso medio di crescita di circa 2 p.p. (dal +3,8% del quinquennio 2002-2007 all'1,8%). I Paesi che più di tutti hanno contribuito all'abbassamento della media europea risultano essere Grecia, Irlanda e Spagna, con una riduzione dei propri livelli di spesa rispettivamente pari a 12,1, 10,9 e 7,7 p.p.. Dal 2013 al 2014 la spesa pubblica greca è stata decurtata di un quinto del suo valore.

Nel periodo 2008-2014 hanno invece aumentato la propria spesa ad un tasso superiore rispetto al quinquennio precedente Germania (+1,7%), Svezia (+1,2%), Danimarca (+0,4%) e Finlandia (+0,3%).

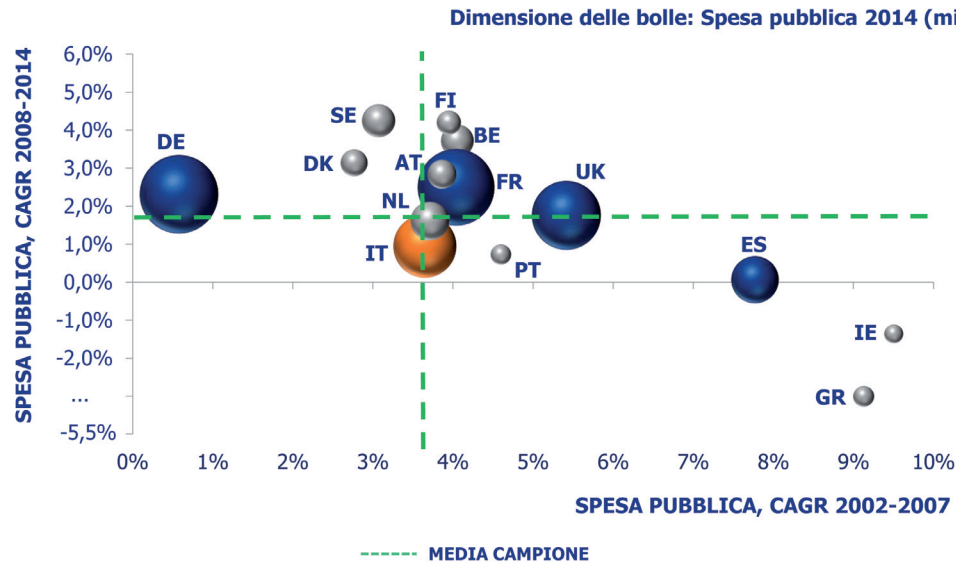


Figura 7. Spesa pubblica nel 2014 (milioni di euro) e suo andamento nei Paesi UE-15, CAGR nel periodo 2002-2007 e 2008-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

Per una corretta analisi della spesa pubblica bisogna tener presente che essa racchiude ben dieci di voci di spesa, scomponibili a loro volta in ulteriori sotto-voci, caratterizzate ciascuna da un peso più o meno rilevante. La figura 9 mostra la scomposizione della spesa pubblica.

| SERVIZI PUBBLICI GENERALI | AFFARI ECONOMICI | PROTEZIONE SOCIALE | ISTRUZIONE | AMBIENTE |
|---|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Organi esecutivi e legislativi, affari finanziari e fiscali, relazioni esterne Aiuti economici esteri Servizi generali Operazioni di debito pubblico Trasferimenti di carattere generale tra diversi livelli di governo | <ul style="list-style-type: none"> Affari economici generali, commerciali e del lavoro Agricoltura, silvicoltura, pesca e caccia Combustibili e energia Industria mineraria, manifattura e edilizia Trasporti Comunicazione Altre industrie | <ul style="list-style-type: none"> Anziani Malattia e disabilità Disoccupazione Famiglie e bambini Superstiti Alloggi Esclusione Sociale | <ul style="list-style-type: none"> Istruzione materna e primaria Istruzione secondaria Università Programmi di dottorato Servizi ausiliari all'istruzione | <ul style="list-style-type: none"> Gestione dei rifiuti Gestione delle acque reflue Abbattimento dell'inquinamento Protezione della biodiversità e dei paesaggi Trasporti Comunicazione Altre industrie |
| SALUTE | CULTURA E RELIGIONE | DIFESA | ORDINE PUBBLICO E SICUREZZA | ASSETTO TERRITORIALE |
| <ul style="list-style-type: none"> Medicinali e dispositivi medicali Assistenza domiciliare Servizi ospedalieri Servizi di sanità pubblica | <ul style="list-style-type: none"> Servizi sportivi Cultura Servizi di radiodiffusione e di edizione Religione | <ul style="list-style-type: none"> R&S Difesa militare Difesa civile Aiuti militari all'estero | <ul style="list-style-type: none"> Servizi di polizia Vigili del fuoco Tribunali Carceri | <ul style="list-style-type: none"> Abitazioni Sviluppo della comunità Fornitura d'acqua Illuminazione |

Figura 8. Macro-voci di spesa pubblica, secondo la classificazione Eurostat – Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

Tra i Paesi UE-Big 5 la Francia presenta la più alta incidenza della spesa pubblica sul PIL, pari al 57%, e la più alta spesa pubblica pro capite, pari a 18.341 euro a parità di potere d'acquisto, seguita da Germania e Italia. In linea con l'anno precedente, i livelli maggiori di spesa nel 2013 sono stati destinati alla Protezione sociale e alla Salute. L'Italia è il Paese che alloca la maggior quota di risorse in Servizi pubblici generali (17,5% della spesa pubblica) investendo una percentuale inferiore di spesa in Salute.

L'insieme della spesa in Protezione sociale e quella in Salute rappresentano il 32,6% del PIL in Francia, il 28,2% in Italia, il 25,8% in Germania, il 24,5% nel Regno Unito e il 23,6% in Spagna.

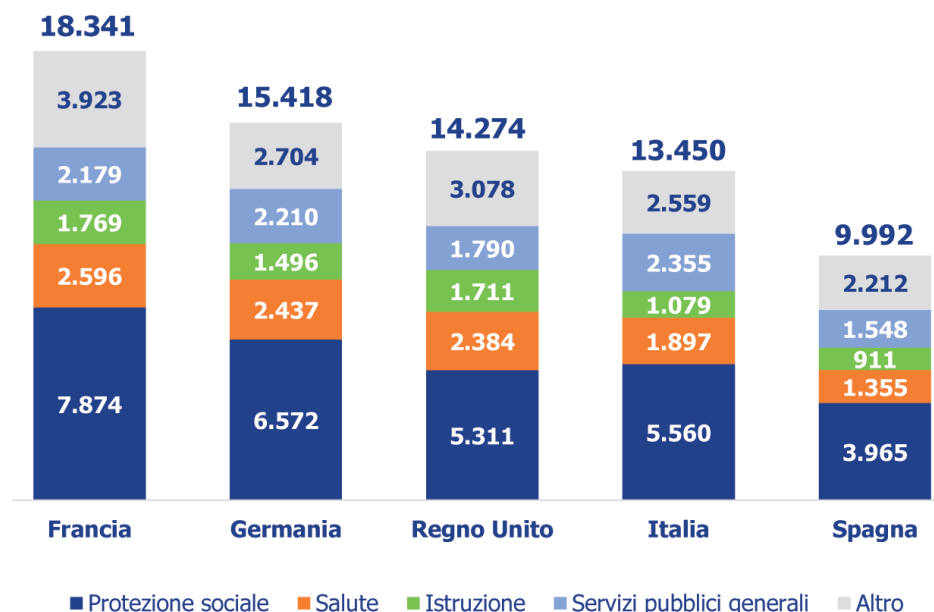


Figura 9. Spesa pubblica pro capite suddivisa per macro-voci (in euro PPP) nei Paesi EU Big-5 nel 2013

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

Nel periodo 2008-2013, in tutti i Paesi è aumentata la spesa in Protezione sociale, con variazioni comprese tra l'11% dell'Italia e il 19,3% della Spagna. Italia e Spagna sono, però, gli unici Paesi ad aver registrato un calo della spesa in Salute, che invece è aumentata nel Regno Unito (+8,2%) e, in maniera molto significativa, in Germania (+21,2%) e Francia (+12,8%).

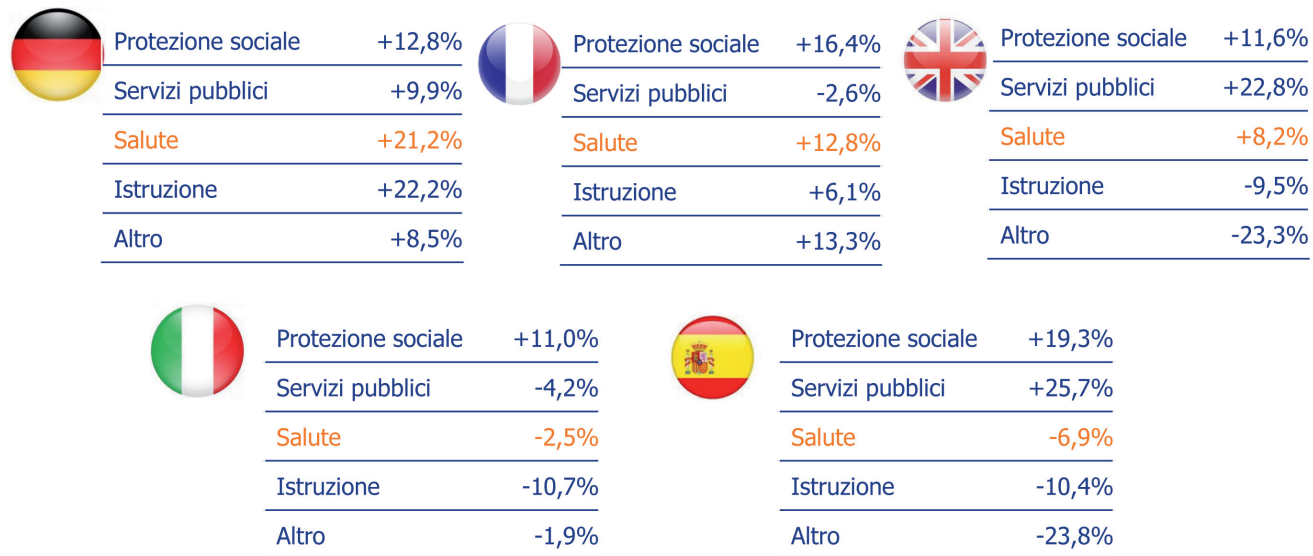


Figura 10. Andamento di alcune voci di spesa pubblica nei Paesi EU Big-5 nel periodo 2008-2013

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

La spesa in Protezione sociale può essere ulteriormente scomposta in:

- Spesa per malati e disabili, che include sussidi per le cure mediche e la fornitura di prodotti farmaceutici, le pensioni di invalidità e la fornitura di beni e servizi - diversi dalle cure mediche - per i disabili;
- Spesa per gli anziani, che include le pensioni di anzianità e la fornitura di beni e servizi - diversi dalle cure mediche - agli anziani;
- Pensioni di reversibilità per coloro che perdono un parente;
- Spesa per la famiglia e i bambini, che include il supporto durante la gravidanza e il parto;
- Indennità di disoccupazione, che comprende anche la formazione professionale finanziata dagli enti pubblici;
- Sussidi per gli alloggi;
- Spesa per l'esclusione sociale, che comprende la riabilitazione di alcolisti e tossicodipendenti.

Tra tutte le voci di Protezione sociale, le Pensioni rappresentano la componente più rilevante, tanto da presentare un'incidenza sul PIL che varia tra l'8,6% del Regno Unito e il 14,0% dell'Italia. Guardando sempre alla composizione della spesa in Protezione Sociale, emerge come l'Italia sia il Paese che destina meno risorse alla voce Malattia e Disabilità (466,4 euro a persona), mentre la Spagna è l'unico Paese in cui la spesa per le indennità di disoccupazione supera quella per malattia e disabilità (668 euro contro 515 euro).

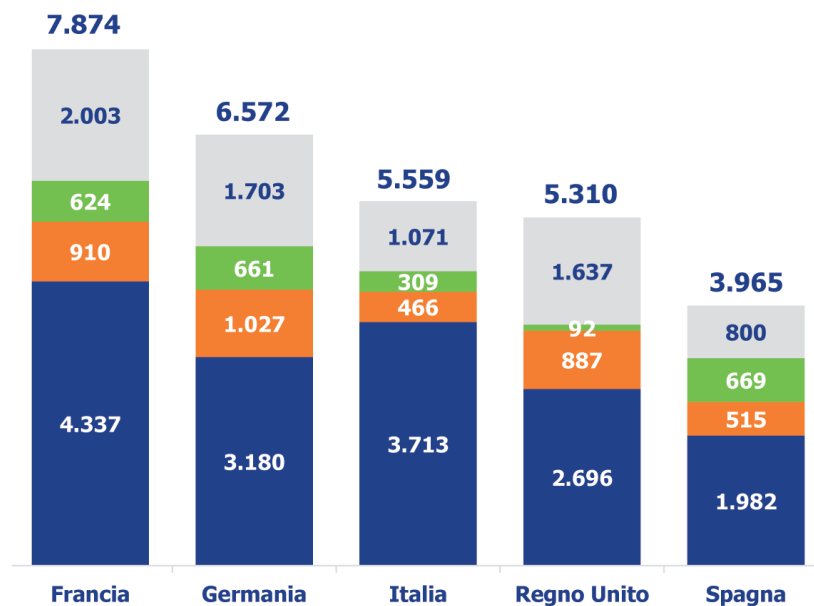


Figura 11. Spesa pubblica in protezione sociale pro capite suddivisa per macro-voci (in euro PPP) nei Paesi EU Big-5 nel 2013

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

Nel periodo 2008-2013 tutte le voci di spesa in Protezione sociale sono aumentate nei Paesi UE-Big 5, con due sole eccezioni: la spesa per le indennità di disoccupazione, che in Germania viene ridotta del 14,5% e nel Regno Unito del 6,1%; la spesa per malattia e disabilità che in Spagna cala del 3,2%.

Coerentemente con l'evoluzione dei tassi di disoccupazione dei singoli Paesi negli anni, la spesa per le indennità di disoccupazione è la voce che ha registrato l'aumento più significativo in Paesi come Italia (+103,8%), Spagna (+36%) e Francia (+30,7%), contrariamente a quanto avvenuto in Germania e Regno Unito dove i tassi di disoccupazione sono sempre stati tenuti sotto controllo, anche nel periodo post-crisi.



Figura 12. Crescita di alcune voci di spesa pubblica in protezione sociale nei Paesi EU Big-5 nel periodo 2008-2013

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

In sintesi, i 5 Paesi presi in considerazione, in funzione della condizione delle proprie finanze pubbliche e delle proprie economie, hanno operato differenti scelte di allocazione delle risorse e le dinamiche future delle voci di spesa esaminate appaiono strettamente legate all'evolversi dell'attuale congiuntura economica.

2 L'EVOLUZIONE DELLO SCENARIO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

2.1 LE DINAMICHE DEMOGRAFICHE IN EUROPA E IN ITALIA

2.1.1 I cambiamenti nel *mix* demografico

Il quadro epidemiologico e socio-demografico è un elemento fondamentale da considerare per elaborare lo scenario della Sanità di un Paese e, più in generale, del suo sistema di Welfare.

A livello di demografia, i *driver* principali di cambiamento di un sistema sono: l'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione, la crescita demografica, l'intensificazione dei flussi migratori.

In Europa l'età mediana della popolazione è aumentata di 0,3 anni ogni anno nell'ultimo decennio, passando da 39,2 anni nel 2004 a 42,2 anni nel 2014. La percentuale di giovani (da 0 a 14 anni) è pari al 15,6% della popolazione europea; tra i singoli Paesi, l'Irlanda ha la percentuale più alta (22%), la Germania quella più bassa (13,1%). La quota di persone in età lavorativa (dai 15 ai 64 anni) è del 65,9% e risulta in calo in tutti gli Stati dell'UE-28 in favore dell'aumento della quota di anziani (>65 anni). L'Italia si conferma il Paese con la più alta percentuale di anziani (21,4%), in contrapposizione all'Irlanda, il Paese più giovane dell'UE con il 12,6%, (figura 1).

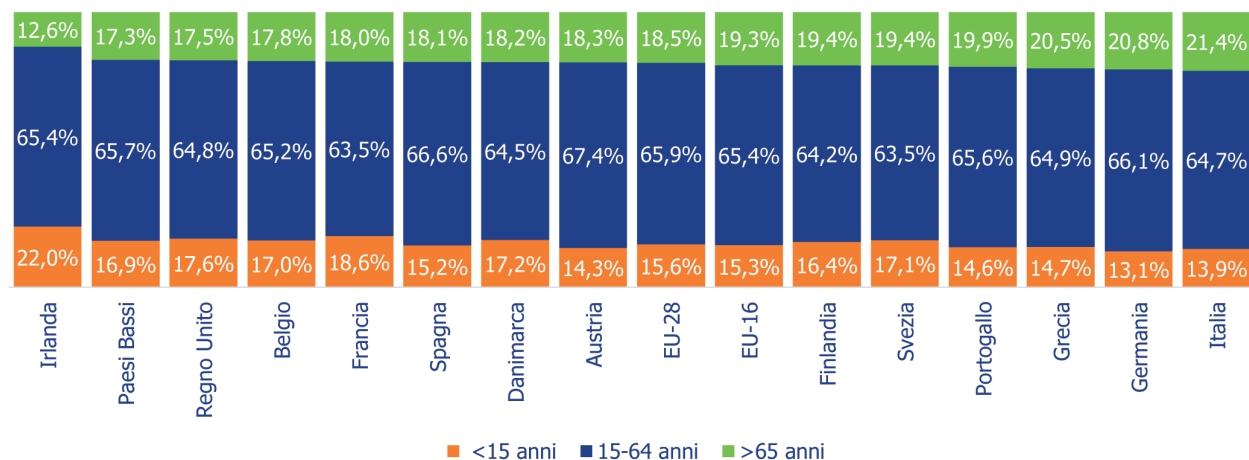


Figura 1. Scomposizione della popolazione per fasce d'età nelle principali economie europee, 2014

Fonte: Rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat 2015

Le cause del processo di invecchiamento della popolazione sono ascrivibili sostanzialmente a due fenomeni: la riduzione delle nascite da un lato, l'allungamento della vita media dall'altro.

In merito al primo punto, emblematico è il caso dell'Italia, in cui lo spostamento in avanti dell'età media al matrimonio e dell'età media alla maternità (31,5 anni) ha determinato una progressiva riduzione del numero di figli, che nel 2014 è stata pari a 1,39 (dati Istat). Questo è dovuto certamente anche ad una sostanziale ridefinizione del ruolo della donna, sempre più emancipata e proiettata alla carriera, e alla valutazione dell'impatto economico che i figli hanno sui bilanci familiari.

Relativamente all'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita, come rappresentato nella figura 2, una persona nata nel 2013 può aspettarsi di vivere circa 82 anni, ovvero quasi 8 anni in più rispetto ad una nata nel 1980. In questi ultimi decenni i Paesi delle economie avanzate hanno registrato notevoli miglioramenti nella speranza di vita alla nascita, grazie a migliorate condizioni di vita della popolazione, ad un rafforzamento delle attività di prevenzione, alla promozione di stili di vita più corretti e all'avanzamento scientifico e tecnologico nel settore medico-sanitario.

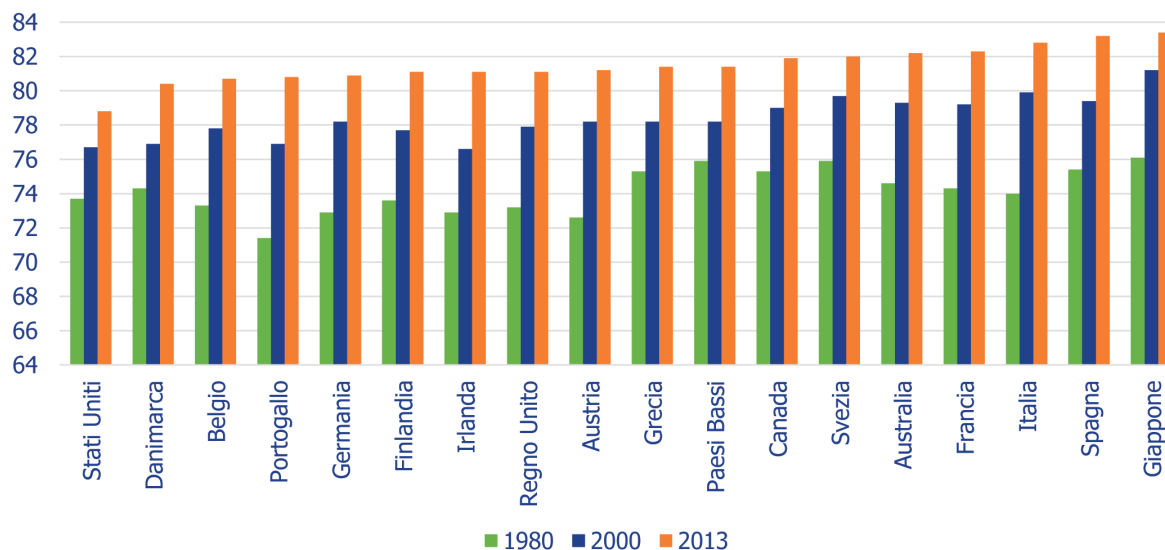


Figura 2. Aspettativa di vita alla nascita (anni) in Italia e in alcune economie occidentali: confronto tra 1980, 2000 e 2013

Fonte: Rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD, "Health Statistics 2015"

L'aspettativa di vita alla nascita, tuttavia, fornisce una visione parziale dello stato di salute della popolazione. Malattie croniche, fragilità e disabilità tendono a diventare più frequenti in età più avanzata, pertanto una popolazione con una speranza di vita più alta è anche più esposta ad un progressivo peggioramento della sua qualità di vita all'avanzare dell'età. Per tale motivo un ulteriore indicatore da tenere in considerazione è l'aspettativa di vita in buona salute della popolazione (*HALE, Healthy Adjusted Life Expectancy*) e il divario dall'aspettativa di vita, ovvero il numero di anni che la popolazione vive non in buona salute. Queste valutazioni risultano particolarmente importanti per prevedere la domanda potenziale di servizi sanitari, le esigenze di assistenza a lungo termine della popolazione anziana e, di conseguenza, il più adeguato modello di allocazione delle risorse¹.

¹ Fonte: European Commission, "EU health indicators", 2015.

Secondo i dati Eurostat, in Europa, dal 2005 al 2013, l'aspettativa di vita in buona salute risulta migliorata nella maggior parte dei Paesi (Irlanda, Svezia, Spagna, Belgio, Portogallo, Austria, Germania e Finlandia), per un sostanziale allineamento all'andamento dell'aspettativa di vita: il gap tra i due indici è stato quindi mantenuto costante, se non addirittura ridotto, per una qualità della vita mediamente migliorata e una popolazione che invecchia in salute. Altri Paesi, di contro, hanno mantenuto costante il dato (Regno Unito, Francia), altri ancora lo hanno invece peggiorato (Grecia, Italia, Danimarca, Paesi Bassi): in questi casi, dal contestuale aumento dell'aspettativa di vita totale, risulta un aumento degli anni vissuti non in buona salute e, di conseguenza, un maggiore assorbimento di servizi sanitari e risorse.

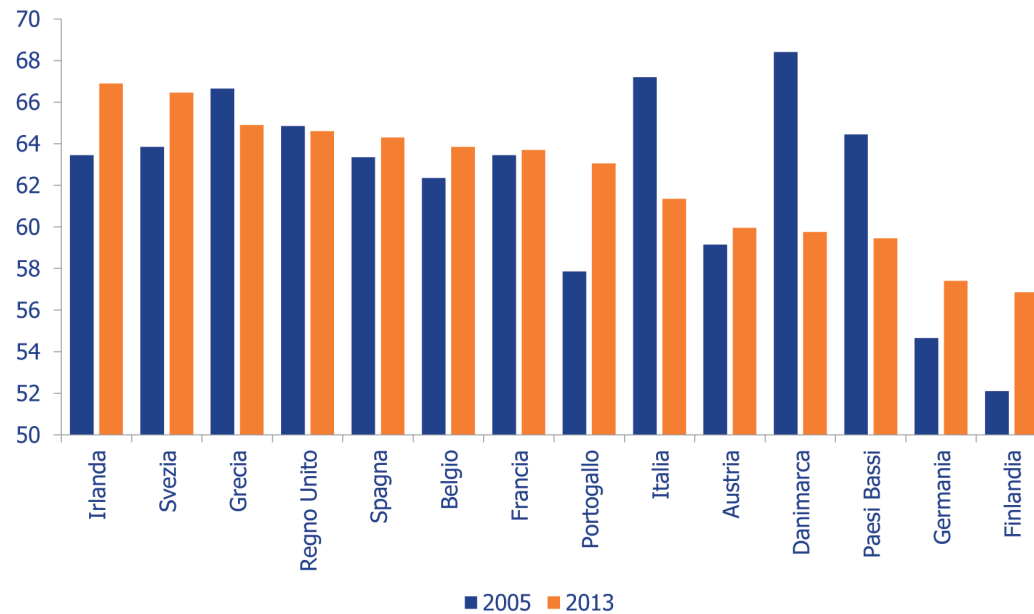


Figura 3. Anni di vita in buona salute alla nascita nei Paesi EU-15: confronto tra 2005 e 2013

Fonte: Rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

In Europa una persona nata nel 2013 può aspettarsi di vivere all'incirca 82 anni, ma di questi solo 62 in buona salute. La Finlandia è il Paese con il divario più elevato, con circa 24 anni non in buona salute. Il dato migliore è, invece, quello dell'Irlanda con una differenza tra aspettativa di vita e HALE pari a 14 anni. L'Italia è tra i Paesi con il gap più elevato: l'aspettativa di vita alla nascita è di quasi 83 anni, di cui solamente 61 vissuti in buona salute.

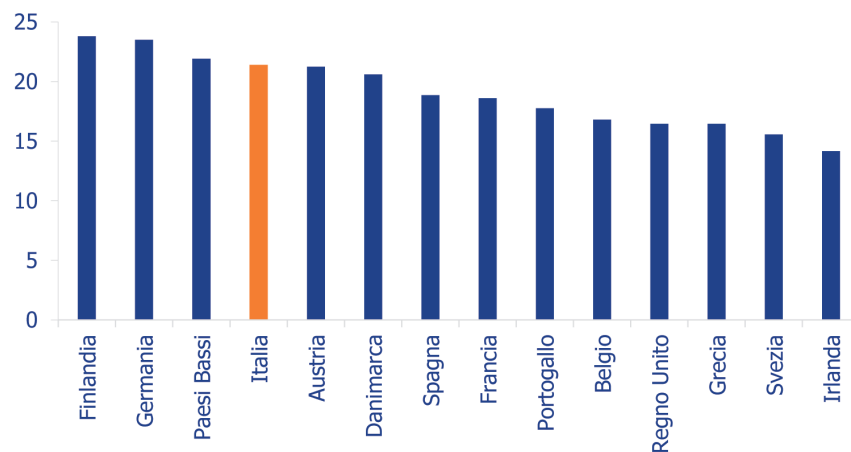


Figura 4. Gap (anni) tra aspettativa di vita e anni di vita in buona salute alla nascita in Italia e in alcune economie europee, 2013

Fonte: Rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

Un focus sulle prime cinque economie europee consente di mettere in evidenza le diverse dinamiche con le quali l'aspettativa di vita in buona salute e l'aspettativa di vita si sono modificate nel tempo. Dalla figura 5 è possibile notare infatti come dal 2005 al 2013 la popolazione viva mediamente più a lungo in tutti i Paesi, ma il numero di anni di vita non in buona salute aumenta. Fa eccezione solo la Germania, che ha tuttavia i valori assoluti peggiori. L'Italia è il Paese in cui il tempo vissuto non in buona salute è aumentato maggiormente, con una crescita di quasi otto anni.

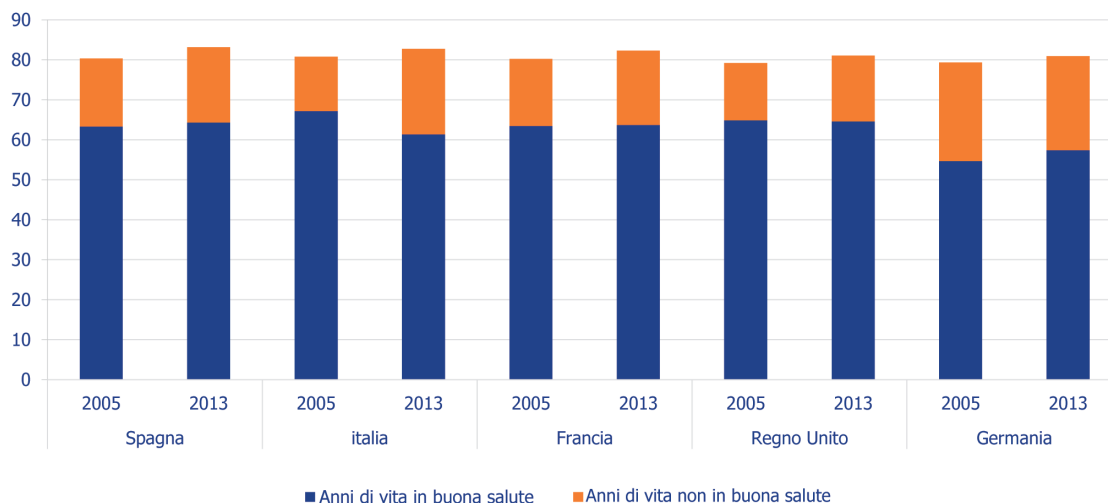


Figura 5. Anni di vita in buona salute e anni di vita non in buona salute alla nascita nei Paesi UE-Big 5: confronto tra 2005 e 2013

Fonte: Rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

La popolazione dell'UE-28 al 1° Gennaio 2015 è stata stimata pari a 508,2 milioni di persone, in crescita dello 0,3% rispetto ai 506,8 milioni dell'anno precedente.

Le proiezioni Eurostat sulle tendenze demografiche parlano di un incremento progressivo di questo dato che vedrà un picco di 525,5 milioni di persone entro il 2050, che si abbasserà poi gradualmente a 520 milioni entro il 2080. Più nel dettaglio, secondo le stime, vedranno aumentare il proprio numero di abitanti soprattutto Italia, Francia e Regno Unito, con un complessivo 15,7% di abitanti in più entro il 2060. La Spagna rimarrà sostanzialmente stabile su una media di circa 45 milioni di abitanti, mentre la Germania registrerà un calo demografico che dagli 81 milioni del 2015, arriverà a circa 71 milioni di persone.

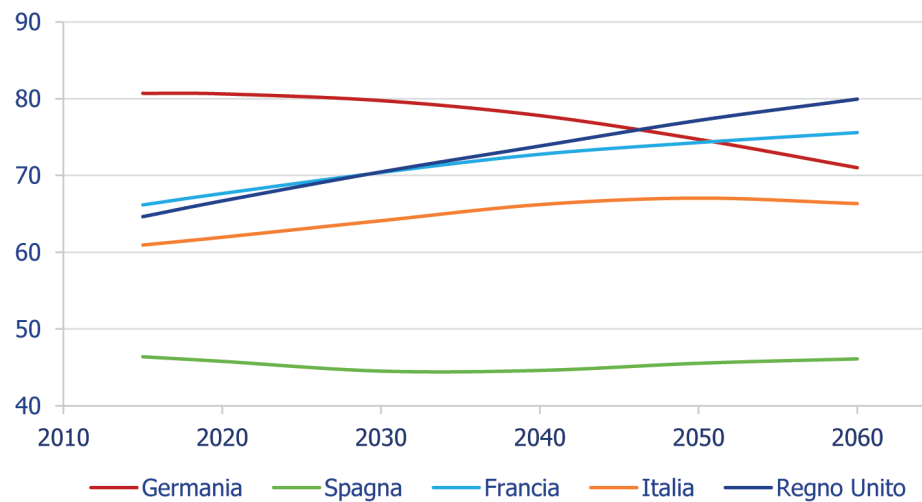


Figura 6. Andamento demografico nei principali Paesi europei, dal 2013-2060 (milioni di persone)

Fonte: Rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat 2015

Tra i processi demografici, l'aumento dei flussi migratori internazionali ha senza dubbio contribuito in maniera importante all'evoluzione della popolazione europea negli ultimi decenni.

I Paesi dell'Europa nord-occidentale hanno rappresentato una meta sempre più ambita da parte di migranti provenienti dalle zone più disastrose del pianeta e il peso della componente straniera sul totale della popolazione europea è andato via via aumentando. Questo fenomeno è destinato ad intensificarsi ulteriormente, come dimostra l'attuale emergenza dei migranti provenienti dalla Siria e dal Nord Africa (350mila arrivi sulle coste italiane e greche nei primi 8 mesi del 2015, rispetto ai 200mila totali del 2014).

In Italia, secondo i dati Istat al 1° gennaio 2015 ci sono 5,73 milioni di stranieri residenti, ovvero l'8,3% della popolazione residente totale, con un incremento di 151mila unità rispetto al 1° gennaio 2014.

Ad influenzare la crescita demografica non è soltanto il flusso migratorio netto che di anno in anno si registra nei singoli Paesi europei, ma anche il contributo dato dalla fecondità delle madri straniere.

In Italia, le stime parlano di un dato di incidenza delle nascite straniere sul totale delle nascite che è andato costantemente aumentando, passando dall'8% del 2003 al 19% degli ultimi 3 anni. Eppure, la natalità nel 2014 ha registrato un calo di più di 5mila nascite rispetto alle 514mila dell'anno precedente, per via non solo di una riduzione del tasso riproduttivo delle donne italiane, ma anche di quelle straniere. La fecondità di queste ultime, pur continuando a contribuire concretamente alla natalità del Paese, registra per la prima volta un numero di figli inferiore a 2, attestandosi a 1,97.

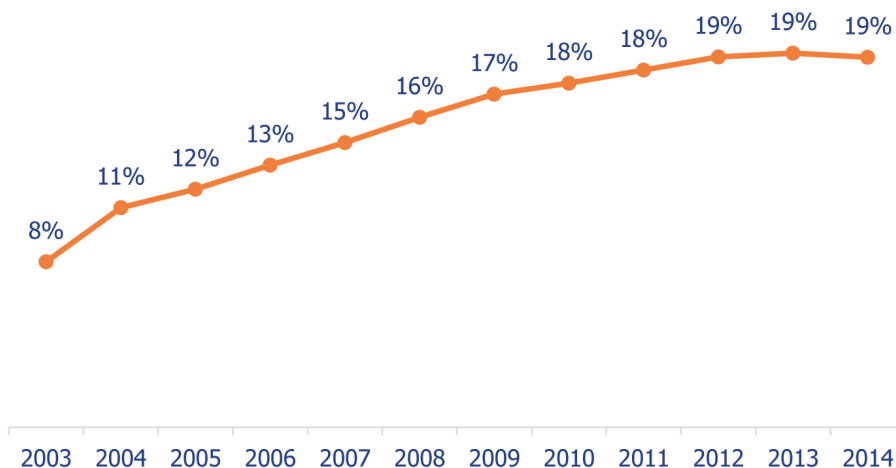


Figura 7. Incidenza dei nati stranieri sul totale delle nascite in Italia (valori percentuali), 2003-2014

Fonte: Rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat 2015

Continuerà, in linea con le tendenze degli ultimi decenni, anche l'evoluzione della popolazione verso una struttura più anziana. Nel periodo 2014-2080 si stima, infatti, che la quota di persone in età lavorativa diminuirà costantemente fino al 2050 per poi stabilizzarsi, mentre le persone anziane rappresenteranno una quota sempre crescente della popolazione totale: entro il 2080, le persone di età superiore ai 65 anni passeranno dal 18,5% della popolazione UE-28 al 28,7%; gli ultraottentenni raddoppieranno la loro quota passando dal 5,1% al 12,3% (figura 8).

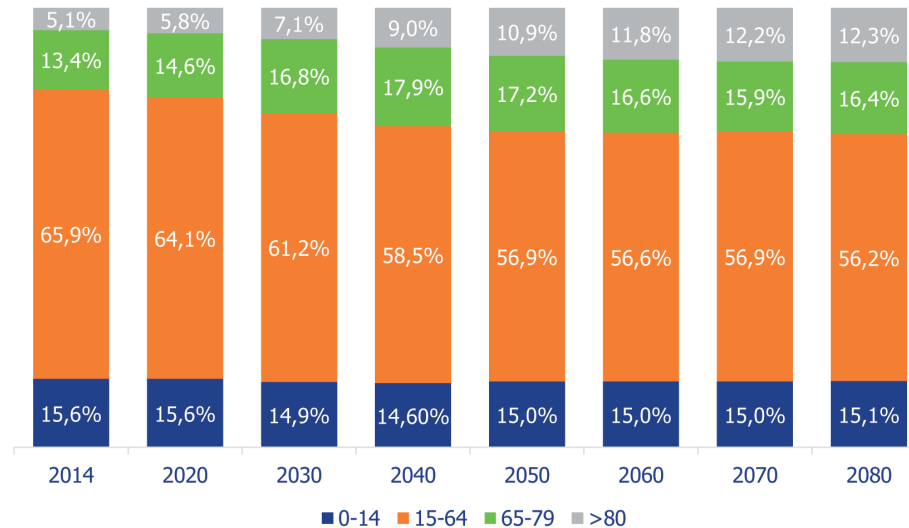


Figura 8. Scomposizione della popolazione per fasce d'età nell'UE-28, 2014-2080

Fonte: Rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat 2015

2.1.2 L'invecchiamento della popolazione in Italia

La conoscenza della struttura demografica della popolazione e lo studio della sua evoluzione nel tempo sono passaggi fondamentali per prevedere la domanda di assistenza del Paese e adattarvi la più adeguata rete di servizi socio-sanitari.

Al fine di delineare il profilo demografico dell'Italia è stata, pertanto, elaborata la tradizionale "piramide della popolazione", ovvero una rappresentazione grafica di come la popolazione residente si distribuisce per genere, fasce d'età e cittadinanza.

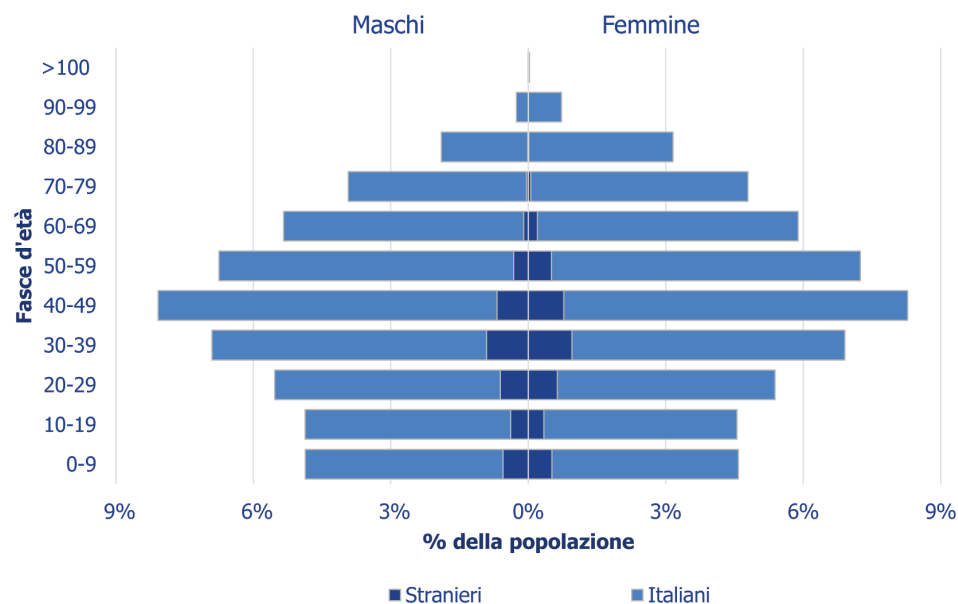


Figura 9. Piramide per genere, fasce di età e cittadinanza della popolazione residente in Italia, 2015

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Geo-demo Istat, 2015

La forma attuale della piramide permette di delineare con buona approssimazione quale sarà la struttura della popolazione nel prossimo futuro. A partire dagli anni Duemila, la base della piramide in Italia è andata via via restringendosi a causa del calo delle nascite, mentre il vertice si è progressivamente allargato per via della maggior longevità degli anziani. In merito alle differenze tra generi, le donne si confermano le più longeve e lo sbilanciamento della piramide verso il sesso femminile è tanto più marcato quanto più elevata è l'età: la percentuale di donne passa, infatti, dal 52% della popolazione tra i 60 e i 69 anni a quasi l'84% della popolazione ultranovantenne.

La tendenza all'invecchiamento della popolazione italiana viene riaffermata anche dalle proiezioni Istat sull'evoluzione demografica del paese da qui ai prossimi 50 anni. Secondo questi dati, la combinazione tra aumento dell'aspettativa di vita media e decremento della natalità risulterà in un ulteriore progressivo "slittamento verso l'alto" delle coorti di popolazione che oggi si trovano nelle classi d'età centrali (fascia 30-49 anni) e il peso relativo della popolazione over 65 anni aumenterà notevolmente, arrivando a rappresentare circa un terzo della popolazione totale.

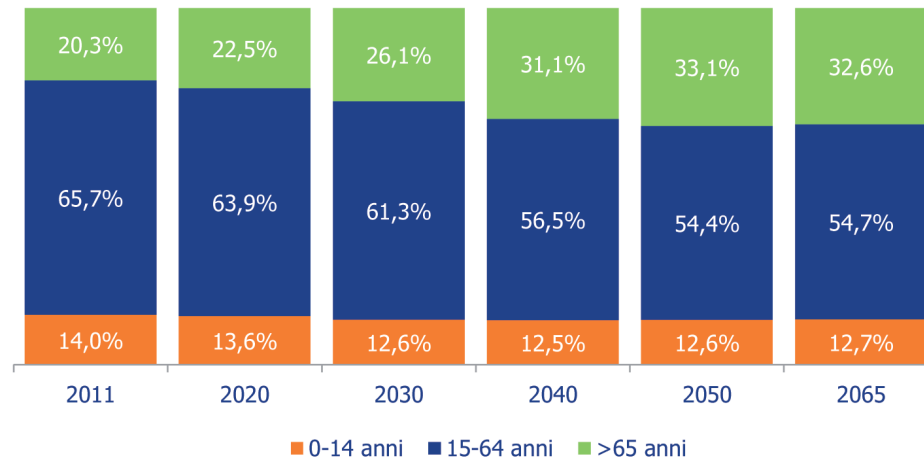


Figura 10. Evoluzione della composizione della popolazione in Italia per fasce di età (valori percentuali): confronto tra 2011 e proiezioni al 2065

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati su dati Geo-demo Istat, 2014

Già ad oggi le persone di 75 anni ed oltre costituiscono l'11% del totale della popolazione residente (anno 2015), in crescita rispetto al 2014 di 0,3 punti percentuali. I dati mostrano significative differenze geografiche: la Liguria resta la Regione con la struttura per età più sbilanciata verso le classi di età maggiori (il 28% della popolazione regionale è ultrasessantacinquenne, il 15,1% ha più di 75 anni), ma valori elevati si osservano anche in Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Piemonte. Al contrario, l'incidenza della popolazione anziana è relativamente più contenuta agli estremi del Paese (Campania, Sicilia, Calabria e Trentino Alto Adige).

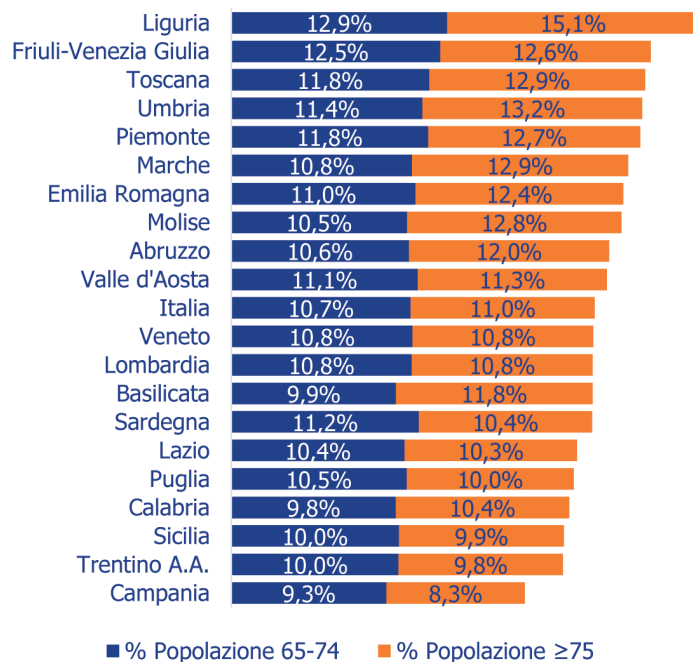


Figura 11. Popolazione di età pari o superiore ai 65 anni nelle Regioni Italiane (percentuale della popolazione), 2015

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati su dati Istat, 2015

Questo fenomeno può essere letto a livello territoriale attraverso l'indice di vecchiaia²: le prime tre Regioni con il maggior peso della popolazione sopra i 65 anni rispetto a quello della popolazione sotto i 15 anni sono Liguria (243%), Friuli Venezia Giulia (199%) e Molise (197%), rispetto ad un valore medio nazionale pari a 157%. Nell'ultimo decennio, il rapporto è aumentato in modo significativo soprattutto nel Mezzogiorno, in primis in Sardegna (+46 p.p.) rispetto al 2004, Puglia (+43 p.p.) e Campania (+39 p.p.).

² L'indice di vecchiaia è dato dal rapporto percentuale tra la popolazione in età anziana (65 anni e più) e la popolazione in età giovanile (meno di 15 anni).

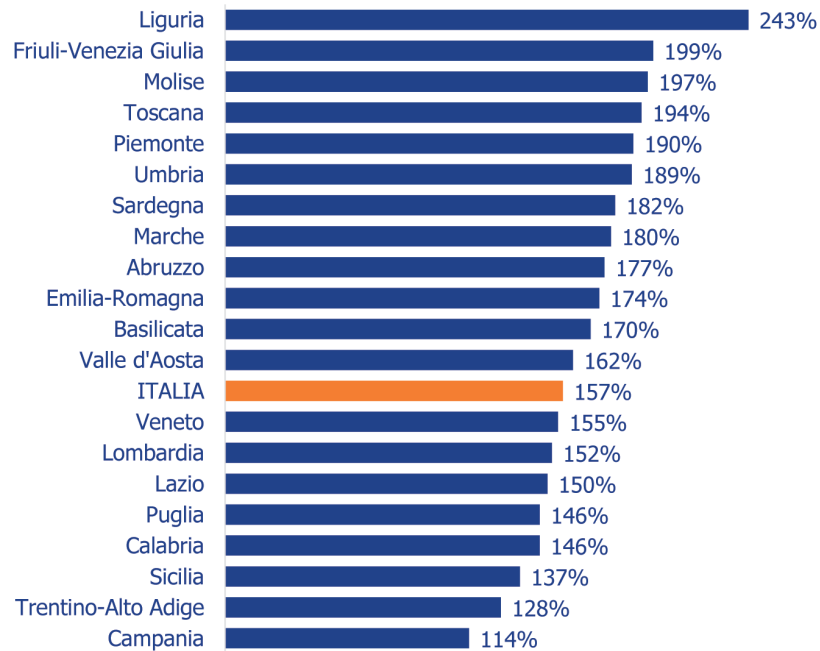


Figura 12. Indice di vecchiaia nelle Regioni italiane (percentuale della popolazione), 2015

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati su dati Istat, 2015

In un'epoca di razionamento delle risorse economiche, la spesa sanitaria è al centro del dibattito politico e le tendenze demografiche delineate evidenziano ancor di più le sfide economiche, finanziarie e sociali da affrontare per il futuro.

Ad impattare ulteriormente sulla struttura socio-demografica della popolazione è l'incremento delle famiglie unipersonali che in dieci anni sono aumentate dal 24,9% del totale (censimento del 2001) al 31,2% (censimento del 2011).

Il 48,7% delle persone che vivono sole sono anziani over 65 (l'11,1% delle persone sole ha più di 85 anni); con riferimento al genere, fra le donne, la percentuale di persone sole nella popolazione anziana sale al 62,5%, mentre fra gli uomini è pari al 30%. Anche questo dato avrà effetti sempre più importanti sui costi di assistenza agli anziani, che tradizionalmente era affidata in gran parte ai nuclei familiari di appartenenza.

2.2 I PRINCIPALI TREND EPIDEMIOLOGICI IN ITALIA

2.2.1 Il tasso di mortalità e le principali patologie causa di decesso o disabilità

Nel 2014 il numero di decessi è stato pari a 598.364, inferiore di 2.380 unità rispetto al 2013, per un tasso di mortalità pari a 9,8 per mille. Più nel dettaglio, è stata registrata una diminuzione del numero dei decessi nelle Regioni del Centro e del Nord, mentre nelle Regioni del Sud e nelle Isole si è osservato un lieve incremento. La Provincia Autonoma di Bolzano risulta avere il più basso tasso di mortalità, pari all'8 per mille, contro la Liguria con il 13 per mille (dati Istat).

Nel complesso, se si esamina l'andamento delle cause di mortalità nel nostro Paese negli ultimi quarant'anni, si rileva una sensibile riduzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio (che dal 1971 al 2012 si è ridotta da 44,6 a 38,5 decessi ogni 10.000 abitanti), dell'apparato digerente (-32% rispetto al 1971) e, in misura meno marcata, per malattie dell'apparato respiratorio (-5%). Preoccupante risulta, invece, il dato sui tumori, aumentato del 56% nello stesso periodo, passando da una mortalità di 19 a 29,7 decessi ogni 10.000 abitanti.

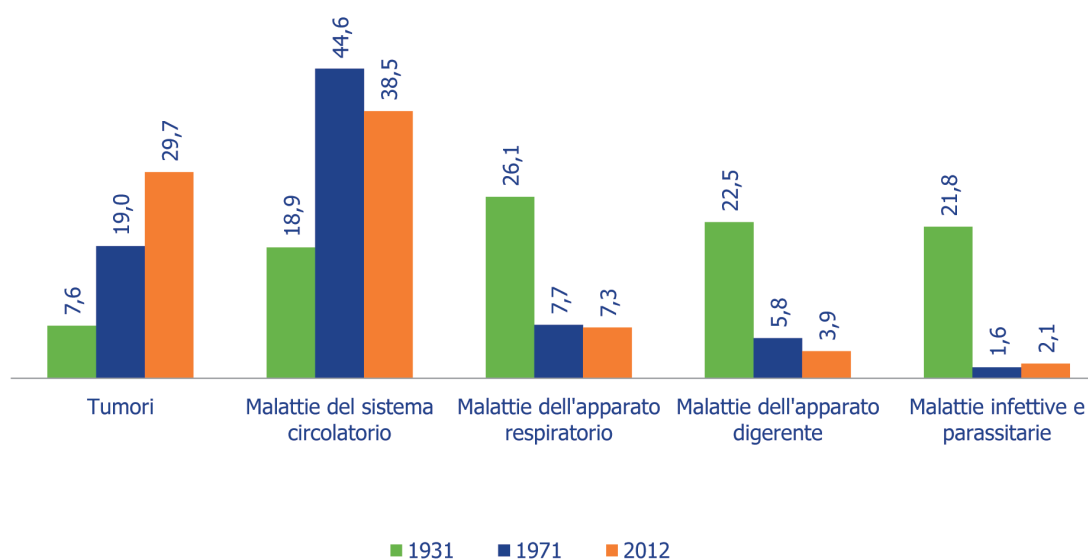


Figura 13. Tasso di mortalità in Italia per grandi gruppi di cause (decessi ogni 10.000 abitanti): confronto tra 1931, 1971 e 2012

Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2015

I guadagni di vita rilevati nel corso degli anni – grazie alla riduzione della mortalità per patologie per le quali la prevenzione primaria e secondaria, l'efficacia e la tempestività delle cure sono centrali – si sono concretizzati, nel decennio 2004-2014, in un aumento di 2,3 anni di vita per gli uomini e 1,3 anni per le donne.

Nel 2012 le malattie cardiovascolari (circa 230mila decessi) e i tumori (oltre 177mila decessi nello stesso anno) restano le principali cause di morte in Italia, contribuendo rispettivamente al 38% e al 29% dei decessi totali³. Seguono, anche se più distanziati, i decessi dovuti a malattie del sistema respiratorio (più di 43mila casi), malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (quasi 28mila decessi), malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (circa 25mila decessi). Per tutti i gruppi di patologie citate, la mortalità risulta peggiorata nel triennio 2009-2012 (in alcuni casi – tra cui quello della malattie cardiovascolari – in controtendenza rispetto al trend di lungo periodo sopra descritto). Gli incrementi più marcati si evidenziano, però, per le malattie infettive e parassitarie (nel 2012 +39% di morti rispetto al 2009), soprattutto a causa di epatite virale (+16%) ed altre malattie infettive e parassitarie (+64%)⁴.



Figura 14. Decessi in Italia per grandi gruppi di cause (valori assoluti), 2009-2012

Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2015

2.2.2 Le malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari (MCV) sono ancora oggi la principale causa di morte e di disabilità tipica delle età adulte e senili. Rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio ed *angina pectoris*) e le malattie cerebrovascolari (*ictus* ischemico ed emorragico).

³ Il dato complessivo comprende anche le morti riconducibili a cause esterne di traumatismo ed avvelenamento (ad esempio, incidenti, suicidio, omicidio ed aggressioni).

⁴ Al contrario, nel triennio 2009-2011 si è ridotto il numero di decessi per tubercolosi (-19%) e AIDS (-2%).

Le MCV si caratterizzano per un'eziologia multifattoriale, in base alla quale è la concorrenza di più fattori di rischio a risultare determinante per l'insorgenza della malattia.

I fattori di rischio cardiovascolare sono stati individuati e studiati: da un lato vi sono quelli "non modificabili", ovvero età (il rischio cresce con l'età), sesso (i maschi sono meno protetti dal rischio di MCV) e familiarità; dall'altro quelli "modificabili". Questi ultimi fanno riferimento a quei fattori suscettibili di correzione mediante modifiche dell'alimentazione, del comportamento, dello stile di vita, o mediante interventi farmacologici, e che configurano le malattie cardiovascolari come malattie prevenibili a tutti gli effetti. Nel dettaglio, essi si riferiscono a:

- Ipercolesterolemia
- Ipertensione
- Diabete
- Fumo
- Obesità
- Alimentazione scorretta
- Sedentarietà.

A livello globale, nel 2008 17,3 milioni di persone sono morte per malattie cardiovascolari, di cui 7,3 per attacchi di cuore e 6,2 per *ictus*. In particolare, più di 3 milioni di tali decessi sono avvenuti prima dei 60 anni di età ed avrebbero potuto essere ampiamente prevenuti.⁵

Anche in Europa le malattie cardiovascolari sono ancora oggi la principale causa di morte con più di 4 milioni di morti l'anno, pari al 46% delle morti totali (51% di tutte le morti nelle donne, 42% negli uomini).⁶

Il fenomeno desta preoccupazione non solo per gli impatti sulla salute pubblica e sulle risorse sanitarie ed economiche⁷, ma anche in chiave prospettica considerando la tendenza all'invecchiamento della popolazione: da un lato, chi sopravvive ad una forma acuta diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che risulta necessario affrontare; dall'altro, essendo queste patologie fra le principali determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producono disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

5 Anche nei Paesi in via di sviluppo, in cui le malattie infettive rappresentano le patologie con maggiore mortalità, le malattie ischemiche del cuore, insieme a quelle cerebrovascolari e ad altre malattie cronico-degenerative, sono sempre più presenti. Fonte: "Rapporto Osservasalute 2013".

6 European Cardiovascular Disease Statistics, edizione 2014.

7 Secondo la Società Europea di Cardiologia e l'European Heart Network, a livello comunitario, si stima, per la cura delle patologie cardiovascolari, un costo per l'economia dell'UE di oltre 196 miliardi di euro all'anno tra costi sanitari diretti (54%), perdite di produttività (24%) e assistenza informale (22%). In Italia, secondo l'Istat, la spesa per gli interventi cardiocirurgici è stimabile in circa 650 milioni di euro all'anno (1% della spesa sanitaria complessiva).

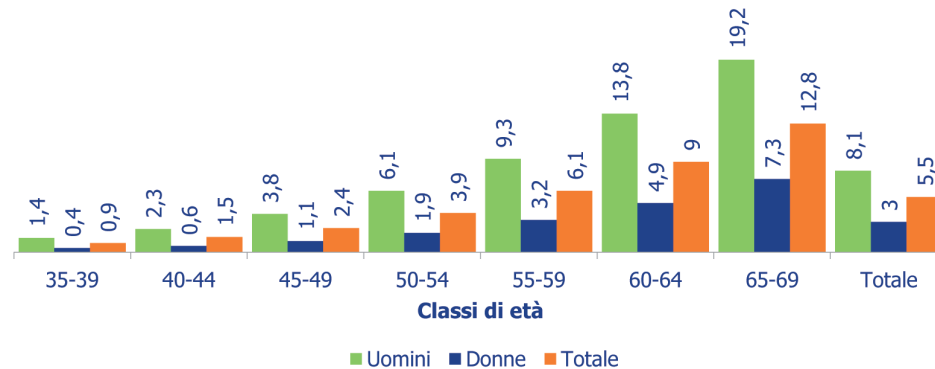


Figura 15. Livello medio di rischio cardiovascolare per fascia d'età e sesso in Italia (numero medio di eventi attesi in 10 anni su 100 persone), 2012

Fonte: *The European House – Ambrosetti su dati Osservatorio del Rischio Cardiovascolare, 2014*

In Italia, la mortalità per malattie ischemiche del cuore costituisce ancora la principale causa di morte (in particolare, il 33% del complesso delle malattie del sistema circolatorio) e continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne (13,47 ogni 10.000 abitanti per gli uomini contro 7,46 per le donne)⁸. Si rileva, tuttavia, una graduale riduzione a partire dal 2003 in entrambi i generi, in tutte le classi di età e in tutte le Regioni⁹ per effetto del progresso delle misure di prevenzione primaria, che influiscono sulla riduzione del rischio di sviluppare la malattia, così come delle terapie farmacologiche e delle innovazioni tecnologiche, che aumentano la possibilità di sopravvivenza dei malati grazie ad un intervento tempestivo ed efficace nel contrastare tali patologie e prevenire successivi eventi avversi.

A livello territoriale, la Regione con il più alto tasso di mortalità per malattie ischemiche del cuore resta la Campania, sia nella popolazione maschile (17,14 per 10.000) che in quella femminile (10,61 per 10.000). I tassi più bassi sono riportati, invece, per Valle D'Aosta per gli uomini (11,41 per 10.000) e Piemonte per le donne (5,52 per 10.000).

2.2.3 I tumori

A livello globale, i tumori rappresentano la principale causa di morte, con circa 8,2 milioni di decessi nel 2012 (in crescita rispetto ai 7,9 milioni del 2011)¹⁰, e si stima che tale numero aumenterà del 39%, ovvero a 11,4 milioni, entro il 2025¹¹. Si prevede, inoltre, che le nuove diagnosi di tumore aumenteranno del 70% in tutto il mondo nel prossimo ventennio, passando dagli attuali 14,1 milioni a quasi 25.

I tumori rappresentano la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio sia in Italia che in Europa.

⁸ Fonte: "Rapporto Osservasalute 2014".

⁹ Tutte le Regioni presentano tassi di mortalità per malattie ischemiche del cuore superiori a 11 (per 10.000) per gli uomini e a 5 (per 10.000) per le donne. Fonte: "Rapporto Osservasalute 2014".

¹⁰ Nel mondo circa 4,2 milioni di persone all'anno muoiono prematuramente (tra i 30 e i 69 anni) per tale patologia. Fonte: WHO Global Health Observatory e IARC - International Agency for Research on Cancer, 2014.

¹¹ Entro il 2025 circa l'80% dell'incremento nel numero di morti per tumore si registrerà nei Paesi meno sviluppati. Fonte: IARC, "World Cancer Report 2014".

Si stima che nel nostro Paese vi siano ogni anno circa 366.000 nuove diagnosi di tumore maligno¹², distribuite per il 55% tra gli uomini e il 45% tra le donne.

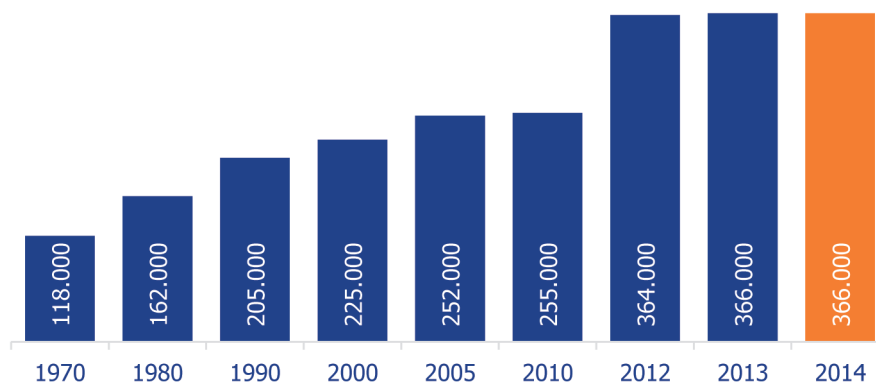


Figura 16. Tumori: nuovi casi diagnosticati per anno in Italia, 1970 – 2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Rapporto Osservasalute 2012, INT, ISS, FAVO e AIOM-AIRTUM, 2015

Se si escludono i carcinomi della cute, la patologia oncologica diagnosticata più frequentemente nella popolazione italiana è il tumore del colon-retto, con oltre 54.000 nuove diagnosi stimate per il 2013, seguito da quello della mammella (48.000 nuovi casi); i tumori del polmone e della prostata contano rispettivamente circa 38.000 casi all'anno (per il 30% nelle donne) e quasi 36.000 casi (pari al 20% di tutti i tumori diagnosticati nella popolazione maschile). Con riferimento alle diagnosi per genere:

- tra gli uomini, dopo il tumore alla prostata, la seconda patologia tumorale più diffusa è quella del polmone (15%, con tendenza alla riduzione nel tempo), seguita dal tumore del colon-retto (14%) e della vescica (10%);
- nella popolazione femminile, dietro al tumore della mammella (29% delle diagnosi oncologiche), si collocano i tumori del colon-retto (14%), del polmone (6%), del corpo dell'utero (5%) e della tiroide (5%)¹³.

¹² Esclusi i carcinomi della pelle. Fonte: AIRTUM e AIRC, 2014.

¹³ Fonte: AIOM - AIRTUM, "I numeri del cancro in Italia, 2014"

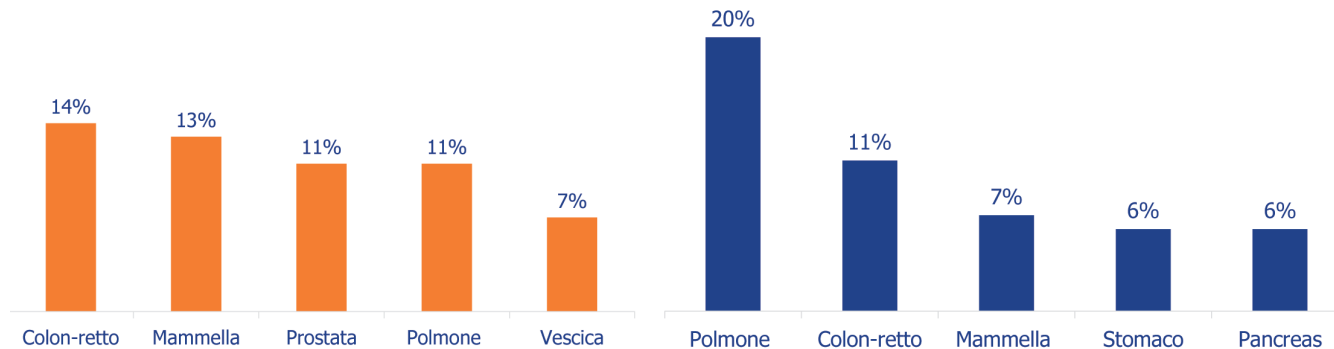


Figura 17. Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati (percentuale sul totale dei tumori) e prime cinque cause di morte tumorali più frequenti (percentuale sul totale dei decessi oncologici) in Italia, media 2007 – 2010

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati AIOM e AIRTUM, 2013

Il peso dei tumori è più rilevante tra gli uomini (36%), dove causano un numero di decessi leggermente superiore a quello per malattie cardio-circolatorie, rispetto alle donne (24% dei decessi), anche se la mortalità degli uomini sta diminuendo nel tempo più rapidamente di quella delle donne (dati Istat). Con riferimento alle cause di morte oncologica per sesso, tra gli uomini, il carcinoma del polmone è la prima causa di morte oncologica in tutte le fasce di età, con un dato medio di 47,9 decessi su 10.000 persone per gli uomini nel 2013, seppure in calo del 26,8% rispetto al 2003 (nelle donne, il dato si attesta a 13,9 decessi per 10.000 persone, contro i 12,7 del 2003). Nella popolazione femminile, il tumore più nefasto risulta quello della mammella con il 15% dei decessi. Anche in questo caso, sebbene le tendenze del rischio di ammalarsi di questo tipo di tumore stimate tra il 2003 ed il 2013 risultano in crescita del 10,5%, si registra nello stesso periodo un miglioramento della sopravvivenza di circa il 24%.¹⁴

Nella fascia di popolazione sotto i 50 anni, i tumori sono poco frequenti (11% dei tumori diagnosticati sul totale della popolazione). Si riscontra, in ogni caso, tra gli uomini una prevalenza dei tumori al testicolo (11%), del linfoma non-Hodgkin (9%), dei melanomi e del tumore al colon retto (8%); tra le donne giovani, al primo posto si trovano i tumori della mammella (41%), seguiti da quelli della tiroide (7%). Nella fascia di età tra i 50 e 69 anni prevalgono, tra gli uomini, il tumore della prostata (23%), del colon retto (15%), del polmone (14%) e della vescica (10%); tra le donne, i tumori della mammella (36%), del colon retto (13%), del corpo dell'utero (7%) e del polmone (6%). Nella fascia over 70 prevalgono i tumori alla prostata tra gli uomini e alla mammella tra le donne (entrambi al 21%).

L'analisi dei dati consente di evidenziare un incremento della prevalenza per molti tumori, risultato che riflette l'evoluzione demografica del Paese, che vede una maggiore sopravvivenza e l'invecchiamento della popolazione.

Grazie agli sviluppi nelle tecniche di *imaging* e nella prevenzione – che, attraverso programmi di *screening*, hanno contribuito significativamente all'anticipazione diagnostica che, come noto, aumenta le probabilità di essere efficacemente curati¹⁵ - e nella terapia oncologica di determinate patologie, la sopravvivenza a cinque anni è aumentata notevolmente rispetto al passato¹⁶. In Italia, i principali tumori per i quali si svolgono attività di prevenzione

¹⁴ Fonte: "Rapporto Osservasalute 2014".

¹⁵ È il caso, ad esempio, dei programmi di *screening* del tumore della mammella, del colon-retto e della cervice uterina.

¹⁶ Fonte: AIOM - AIRTUM, "I numeri del cancro in Italia 2013", luglio 2013.

primaria e secondaria sono quelli del polmone, del colon-retto, della mammella e della cervice uterina. Secondo le ultime indagini effettuate nel nostro Paese¹⁷, nel 2013 è aumentata la prevenzione dei tumori femminili rispetto al 2005, grazie alla diffusione dei programmi pubblici di *screening*¹⁸.

2.2.4 Le malattie del sistema respiratorio

Oggi le malattie respiratorie – gruppo che comprende una vasta gamma di gravi condizioni patologiche che causano morbilità e mortalità – sono responsabili dell'8% delle morti nell'UE-28 (terza causa di mortalità dopo malattie cardiovascolari e tumori, oltre 400mila decessi nel 2012, di cui 43.444 in Italia)¹⁹. Le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il 2030 stimano che polmoniti, tubercolosi, BPCO e cancro del polmone saranno responsabili di un caso di morte su 5 a livello globale²⁰.

Inoltre, la malattia pneumococcica (*streptococcus pneumoniae*) è responsabile di complicazioni come rino-sinusiti, otiti e polmoniti ed il tasso più alto di questa malattia si riscontra tra i bambini sotto i 2 anni di età e gli anziani *over 65*. Inoltre, le persone che soffrono di disturbi e *deficit* immunitario incorrono in un rischio maggiore di contrarla.

Il costo totale delle malattie respiratorie nei 28 paesi nella sola UE ammonta a oltre 380 miliardi di euro ogni anno. Tale cifra include i costi sanitari diretti, associati all'assistenza sanitaria primaria e a quella ospedaliera (circa 55 miliardi di Euro), e i costi indiretti relativi alle perdite di produzione (circa 42 miliardi di Euro) e alla monetizzazione dell'attesa di vita perduta a causa della disabilità (DALY) (circa 280 miliardi di Euro).²¹

Il fumo e le infezioni respiratorie sono tra le principali cause delle malattie del sistema respiratorio in Europa, ma sono entrambe potenzialmente prevenibili. Gli investimenti in prevenzione sono in grado di far risparmiare ingenti costi per la cura di queste patologie. Infatti, i sistemi sanitari europei spendono in media circa 364.000 euro per ogni caso di tumore ai polmoni e circa 86.000 euro per ogni paziente con tubercolosi. Destano preoccupazione anche l'asma e la BPCO in quanto la spesa media annua per queste patologie (rispettivamente pari a circa 7.000 e 6.000 euro per caso all'anno) aumenta nel tempo anche per effetto dell'aumento dei casi cronici.

Passando all'analisi dei dati relativi al nostro Paese, si stima che la broncopneumopatia cronica ostruttiva colpisca oltre 2,6 milioni di persone in Italia. Le cifre, contenute nel Libro Bianco dell'European Respiratory Society pubblicato nel 2013²², evidenziano come il tasso di mortalità delle malattie respiratorie in Italia sia pari a 65 ogni 100.000 (15,35 per 100.000 nel caso della sola BPCO). Dal 2005 al 2013, la prevalenza di questa patologia ha mostrato un trend crescente passando dal 2,5% al 3,0%, con valori maggiori negli uomini (3,2% nel 2005 e 3,6% nel 2013) rispetto a quelli registrati nelle donne (1,8% nel 2005 e 2,4% nel 2013). Sensibili differenze si evidenziano nella stima della prevalenza a livello geografico, con valori più elevati al sud rispetto al nord. Diversi sono anche i dati in funzione dell'età, con valori marcatamente più elevati per le popolazioni più adulte, con un netto incremento nel sesso maschile che raggiunge un picco negli ultra 85enni pari al 18,0%.

17 Fonte: Istat, indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013", condotta tra il 2012 e il 2013.

18 Per un approfondimento sul tema degli *screening* si veda il capitolo 6 del presente Rapporto.

19 Si osserva un tendenziale gradiente del tasso standardizzato di mortalità per malattie respiratorie dal Nord al Sud dell'Europa: in Paesi quali Regno Unito (139 morti ogni 100.000 abitanti nel 2010), Irlanda (128), Paesi Bassi (100) e Norvegia (94) la mortalità è infatti molto più alta che nei Paesi dell'Europa meridionale, tra i quali Italia (52), Francia (58) e Croazia (55). Fonte: Eurostat, 2014.

20 Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, "World Health Statistics 2011".

21 Fonte: "European Lung White Book", 2013.

22 Si veda: European Respiratory Society (ERS), "European Lung White Book", 2013.

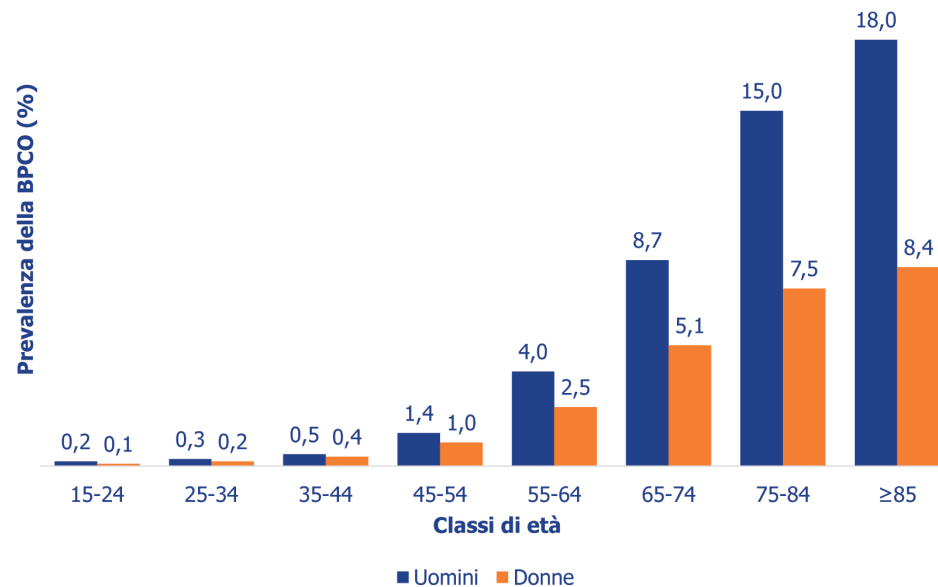


Figura 18. Prevalenza percentuale di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) per sesso e fasce di età, 2013

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati S.I.M.G., "VII Report Health Search", 2013-2014

Nel 2013 si dichiarava affetto da bronchite cronica il 3,8% della popolazione italiana: tale quota raggiunge l'8,9% nella fascia 70-74 anni, il 12,5% nella fascia 75-79 anni e il 15,9% tra gli ultraottantenni.

Anche la prevalenza di asma bronchiale²³ evidenzia un andamento crescente, che è variato dal 3,0% del 2003 al 6,9% del 2013, con stime sensibilmente maggiori nelle donne (dal 3,3% del 2003 al 7,5% del 2013) rispetto agli uomini (dal 2,7% del 2003 al 6,3% nel 2013). La segmentazione per fasce d'età mostra una relazione inversa all'invecchiamento per entrambi i sessi, con valori di prevalenza nel corso della vita tendenzialmente superiori per la popolazione femminile, ad eccezione della fascia sotto i 34 anni di età.

23 L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da ostruzione bronchiale, iperreattività bronchiale e da un accelerato declino della funzionalità respiratoria che può portare anche ad una ostruzione bronchiale irreversibile.

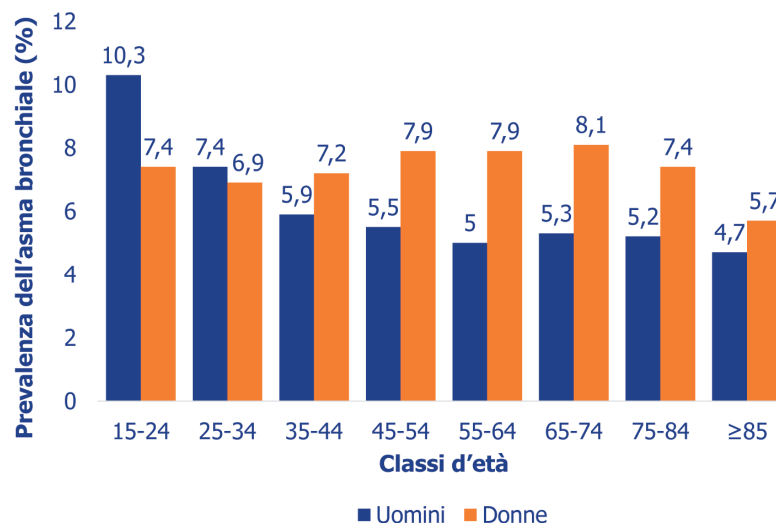


Figura 19. Prevalenza percentuale di asma bronchiale per sesso e fasce di età, 2013

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati S.I.M.G., "VIII Report Health Search", 2013-2014

Si rileva un aumento, dal 51,7% (2003) al 57,9% (2011), della quota di soggetti con asma senza trattamento farmacologico, in particolare tra i soggetti dai 15 ai 44 anni. In generale, la prevalenza è in aumento soprattutto nell'età pediatrica e l'evoluzione verso forme persistenti e gravi (e quindi invalidanti) appare in crescita, spesso come conseguenza dell'aggravamento delle forme lievi e moderate sottovalutate e curate in maniera impropria e insufficiente.

Oggi malattie allergiche e asma costituiscono la prima causa di malattia cronica nei bambini e ragazzi sotto i 14 anni d'età, interessando nel 2013 rispettivamente il 9,9% e il 3,1% di tale fascia di popolazione, con una maggior incidenza rispetto ai valori registrati nel 2005²⁴.

Nel campo della prevenzione delle malattie respiratorie, è fondamentale garantire un'adeguata qualità dell'aria che si respira, implementare i programmi di vaccinazione disponibili e l'utilizzo appropriato degli antibiotici per evitare l'insorgenza di ceppi di batteri e di tubercolosi resistenti alle terapie.

Quasi il 50% dei costi socio-economici complessivi delle malattie respiratorie, metà dei decessi e almeno un quarto di tutti i ricoveri ospedalieri sono imputabili al fumo di sigaretta. Più nel dettaglio, si valuta che il 60% della BPCO nell'EU sia attribuibile al fumo, insieme con l'85% del cancro al polmone e il 10% di altre malattie delle vie aeree inferiori. L'Organizzazione Mondiale della Sanità calcola infatti che, a livello globale, sono da attribuire al fumo oltre 6 milioni di morti in un anno. Per tale motivo, l'obiettivo per il 2025 è la riduzione del 30% del numero dei fumatori.

In Italia, nell'ultimo trentennio, la prevalenza di fumatori è scesa dal 31,1% della popolazione di 14 anni e più nel 1983 al 22% nel 2014. Il divario di genere si è ridotto nel tempo soprattutto per la riduzione della quota dei fumatori piuttosto che delle fumatrici: nel 1983 i fumatori erano il 45,6% contro l'attuale 25,4%, e le fumatrici il 17,7% contro l'attuale 18,9% (rispetto al 2013, resta stabile la prevalenza dei fumatori, che diminuisce dell'0,8%, mentre aumenta quella femminile del 3,2%). Il consumo medio di sigarette al giorno si attesta intorno alle 13 sigarette. Oltre il 70% di fumatori consuma più di 10 sigarette al giorno e il 28,5% più di un pacchetto ("fumatori forti"). Ne fuma meno di 9 soltanto il 26%. Migliora il dato relativo ai giovanissimi: tra i

²⁴ La prevalenza di queste due patologie croniche sale rispettivamente al 17,6% e al 4,1% tra gli adolescenti tra i 14 e i 24 anni d'età. Fonte: Istat, indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", luglio 2014.

15 e i 24 anni la percentuale di chi fuma meno di 15 sigarette al giorno è passata al 67,8%, contro l'81% del 2013. Nel complesso il fumo, così come alcol e obesità, continua ad interessare soprattutto gli uomini e le fasce centrali di età: è nella fascia 25-44 anni che i fumatori raggiungono infatti la percentuale più elevata (33,5% gli uomini e 27% le donne).

2.2.5 Le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

Diabete

Il diabete è senza dubbio uno dei più importanti problemi di sanità pubblica a livello mondiale. Ad esserne colpiti sono sia i Paesi avanzati che i Paesi che hanno da poco iniziato il loro sviluppo economico. Ad agevolare la diffusione sono i fattori tipici della Società odierna, come l'alimentazione sempre più ricca e sofisticata e una vita sedentaria con scarsi livelli di attività fisica.

L'*International Diabetes Federation* stima 382 milioni di malati in tutto il mondo nel 2013, con previsioni di incremento a 600 milioni entro il 2035.

In Europa gli adulti che convivono con il diabete sono più di 56 milioni, per una prevalenza dell'8,5%, anche in questo caso in rapida crescita nei prossimi vent'anni (si prevedono 70 milioni di malati entro il 2035).

In Italia, secondo i dati dell'Istat, nel 2014 è diabetico il 5,5% della popolazione, pari a circa 3 milioni di persone. Tenendo conto del cambiamento nella composizione per età e sesso della popolazione italiana nel corso degli anni, il tasso standardizzato della prevalenza del diabete è aumentato dal 4,0% del 2005 al 4,8% nel 2014²⁵. Ad aggravare il dato la stima di almeno un altro milione di casi di diabete non ancora diagnosticati.

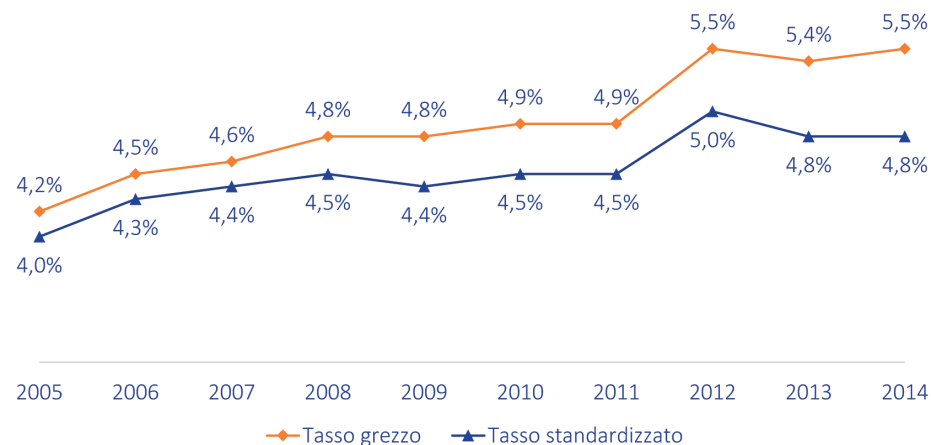


Figura 20. Andamento della prevalenza del diabete in Italia (percentuale sul totale della popolazione, tasso grezzo e standardizzato), 2005-2014

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat ed Istituto Superiore della Sanità, 2014

25 Il "salto" registrato nel 2012 rispetto al dato del 2011 è riconducibile soprattutto al miglioramento nei sistemi di rilevazione applicati dall'Istat. Fonte: Istat, "Annuario Statistico Italiano 2013", dicembre 2013.

Si osservano significative differenze a livello territoriale nella stima di prevalenza, con valori mediamente più alti nel Mezzogiorno (6,6%) e nelle Isole (6,0%), con il valore massimo registrato in Basilicata, rispetto a quelli del Centro e del Nord Italia (rispettivamente pari al 5,5% e al 4,7%)²⁶.

Nel complesso, la prevalenza del diabete è pari al 5,3% nella popolazione maschile e al 5,6% in quella femminile, con valori più alti all'aumentare con l'età, che raggiungono il 19,1% tra gli uomini e il 21% tra le donne *over 75*.

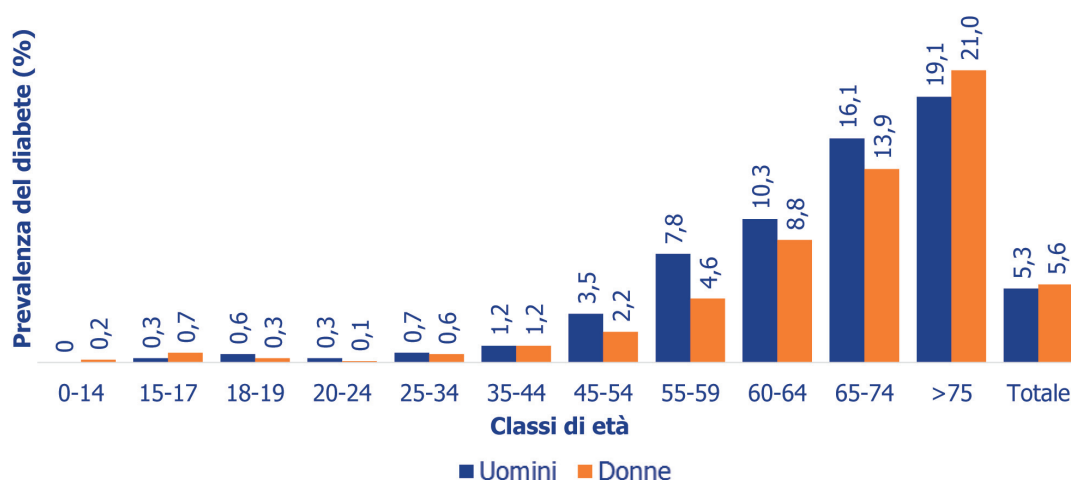


Figura 21. Prevalenza del diabete per sesso e fasce di età, 2014

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su "Annuario Statistico 2014", Istat 2015

Negli ultimi anni, la prevalenza dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 (85-95% dei casi) in cui prevale l'insulino-resistenza, spesso associata ad obesità, è aumentata sensibilmente: se nel 2003 rappresentavano rispettivamente il 21,9% e il 20,2% dei soggetti diabetici, nel 2011 tali prevalenze sono rispettivamente pari al 32,4% e al 31,7%²⁷. Il diabete tipo 2 presenta una lunga fase asintomatica durante la quale la malattia può essere diagnosticata solo se attivamente ricercata attraverso una procedura di *screening*. Si stima, infatti, che la percentuale di diabete non diagnosticato varia fra il 30 e il 50% dei casi di diabete tipo 2.²⁸ Se non opportunamente trattato, il diabete può pregiudicare la funzionalità di diversi organi ed apparati, con conseguenze rilevanti sulla qualità e l'aspettativa di vita dell'individuo. L'assistenza al cittadino diabetico richiede quindi una rete di servizi integrati finalizzati a prevenire, diagnosticare e curare questa patologia²⁹.

Nel decennio 2001-2010 il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario appare in riduzione in tutte le Regioni italiane, passando da 52,7 a 32,1 per 10.000 a livello nazionale. Con riferimento al biennio 2011-2013, il tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni

26 I dati di prevalenza per macro-area geografica non sono standardizzati, per cui le differenze osservate potrebbero dipendere da una diversa composizione per età della popolazione nelle diverse aree geografiche. Tuttavia elaborazioni effettuate sui dati del 2011 mostrano che le differenze permangono anche dopo la standardizzazione. Fonte: elaborazioni Istituto Superiore della Sanità su dati Istat, 2014.

27 Fonte: S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale), "VII Report Health Search. Anno 2011-2012", novembre 2012.

28 Fonte: A.M.D. (Associazione Medici Diabetologi) – S.I.D. (Società Italiana di Diabetologia), "Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014".

29 Per un approfondimento su questo tema si veda il rapporto "Meridiano Sanità Diabete 2020" curato da The European House - Ambrosetti, 2013.

ospedalieri totali per diabete mellito si è ridotto da 81,77 a 71,79³⁰: ciò è stato reso possibile da una migliore applicazione delle Linee Guida e da una più efficiente organizzazione delle cure territoriali. Nel 2013, come per gli anni precedenti e per entrambi i generi, i tassi standardizzati risultano maggiori al Sud e nelle Isole. Relativamente al regime ospedaliero, il valore più elevato si registra in Puglia (95,25 per 10.000), seguita da Molise (87,85 per 10.000) e Campania (86,55 per 10.000). Per il regime di *Day Hospital*, invece, i valori più alti si osservano in Molise (28,14 per 10.000) e Campania (18,96 per 10.000). I tassi nella popolazione maschile sono maggiori rispetto a quella femminile, con un rapporto pari a circa 1,5 a livello nazionale per i ricoveri ordinari e 1,6 per quelli in *Day Hospital*.³¹

La spesa media totale annua per un paziente diabetico varia dai 2.800 (diabete mellito di tipo I) ai 3.000 euro (diabete mellito di tipo II), di cui il 30% circa per farmaci (ma solo il 18,2% sono farmaci antidiabetici), per un costo della malattia che impatta sulle casse dello Stato per l'8,6% del bilancio del SSN.³²

Obesità e sedentarietà

L'obesità è uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale, costituendo non solo un fattore di rischio per molte malattie mortali come l'infarto e alcune forme di tumore, ma anche un'importante aggravante di stati di salute già critici fra cui rientrano problemi respiratori, aumento del rischio chirurgico e complicanze in gravidanza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che in tutto il mondo ogni anno muoiano circa 2,8 milioni di persone per problemi di sovrappeso o obesità, con impatti di natura socio-economica elevatissimi, soprattutto nei Paesi occidentali ed industrializzati, in cui si stima sia responsabile del 2-8% della spesa sanitaria. Oggi il fenomeno interessa più di 1,4 miliardi di adulti in sovrappeso e, di questi, 200 milioni di uomini e 300 milioni di donne sono obese, con il dato allarmante di più di 40 milioni di bambini sotto i 5 anni di età in sovrappeso o obesi³³.

In Italia un adulto su 10 è obeso (10,3% nel 2013, in crescita rispetto all'8,5% del 2002), mentre quasi 4 su 10 sono in eccesso ponderale. Tuttavia, nel contesto europeo, la prevalenza degli italiani adulti obesi si posiziona tra i valori più bassi, registrando oltretutto un incremento di obesità dal 2000 ad oggi molto più contenuto rispetto a quello rilevato negli altri Paesi OECD. Come in altri paesi, tuttavia, anche in Italia l'aumento di obesità è più significativo nei gruppi di popolazione socio-economicamente svantaggiati e con livelli di istruzione più bassi.³⁴

30 Fonte: "Rapporto Osservasalute 2014".

31 Fonte: "Rapporto Osservasalute 2013".

32 Fonte: "Meridiano Sanità - Diabete 2020", The European House – Ambrosetti, 2013.

33 Di questi, 30 milioni di bambini in eccesso ponderale vivono in Paesi in via di sviluppo. Fonte: World Health Organization, "Obesity and overweight. Fact sheet n. 311", agosto 2014.

34 Fonte: "Le dimensioni della salute in Italia", Istat, 2015.

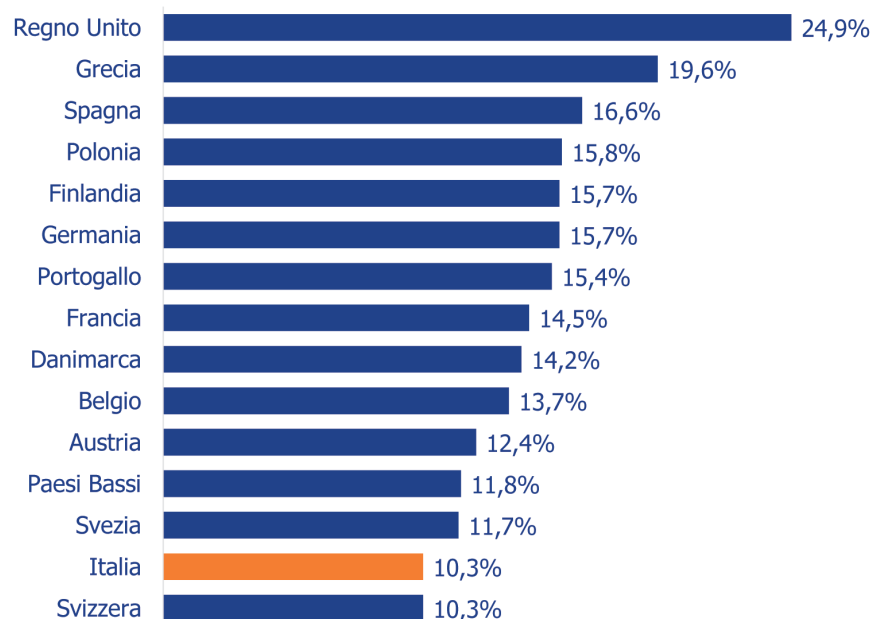


Figura 22. Incidenza dell'obesità in Italia e in alcuni Paesi europei (quota percentuale di persone obese sulla popolazione adulta), 2013 o ultimo anno disponibile

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD, "Health Statistics 2015"

In Italia permangono pronunciate differenze regionali a svantaggio del Sud dove, a parità di distribuzione per età, la quota di persone obese appare più alta (11%) rispetto al Centro-Nord (10%). Analizzando l'evoluzione del dato negli anni, dal 2000 al 2013 l'incidenza della popolazione obesa è aumentata in tutte le Regioni italiane - ad eccezione del Molise, rimasto pressoché stabile, e della Campania che, invece, si è avvicinata ai valori nazionali riducendo dello 0,9% la quota di persone obese nel suo territorio. Al 2013, i valori più elevati si registrano per Basilicata (14,2%), Molise (12,7%) e Abruzzo (12,1%), mentre Trentino, Piemonte e Liguria vantano quelli più bassi.

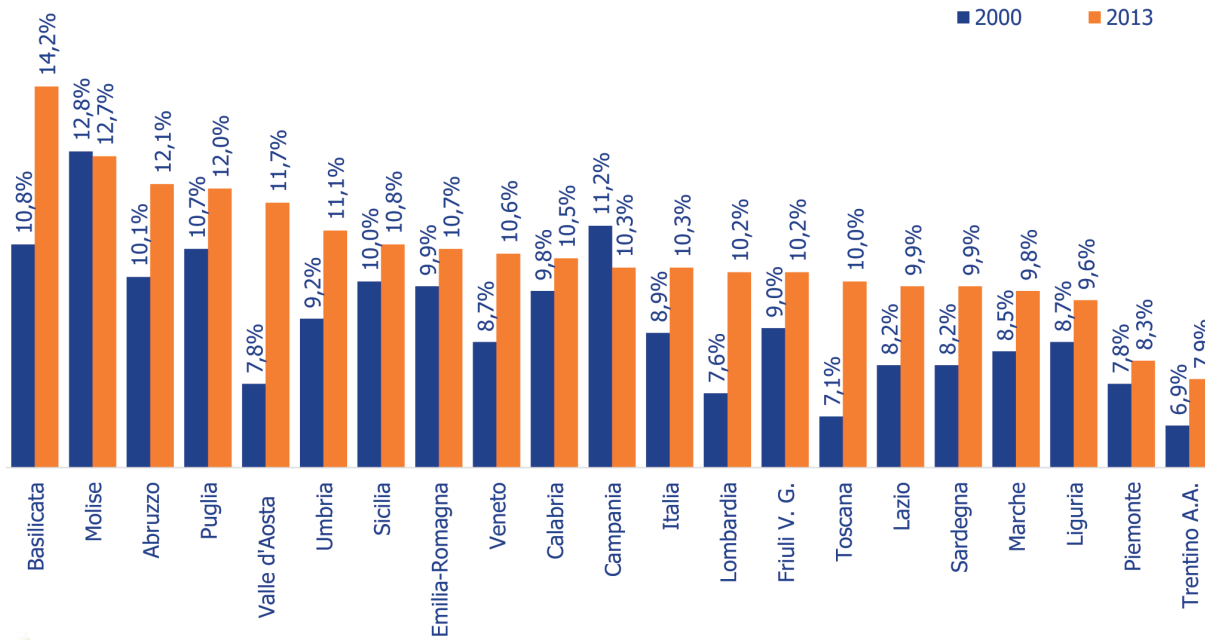


Figura 23. L'obesità nelle Regioni italiane (quota percentuale di persone obese sulla popolazione adulta): confronto tra 2000 e 2013

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2015

Lo svolgimento di una regolare attività fisica è un elemento chiave per contrastare l'insorgenza di problemi di ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta (principalmente nelle persone anziane) ed alcune tipologie tumorali (come tumore del colon retto e della mammella), oltre che per migliorare il benessere psicologico dell'individuo.

Nel 2014 gli italiani che si dichiarano sedentari sono circa 24 milioni, pari al 39,9% della popolazione (in lieve miglioramento rispetto al 42,0% nel 2013 e il 40,3% nel 2001), mentre meno di un terzo della popolazione dichiara di praticare sport in modo continuativo o saltuario.

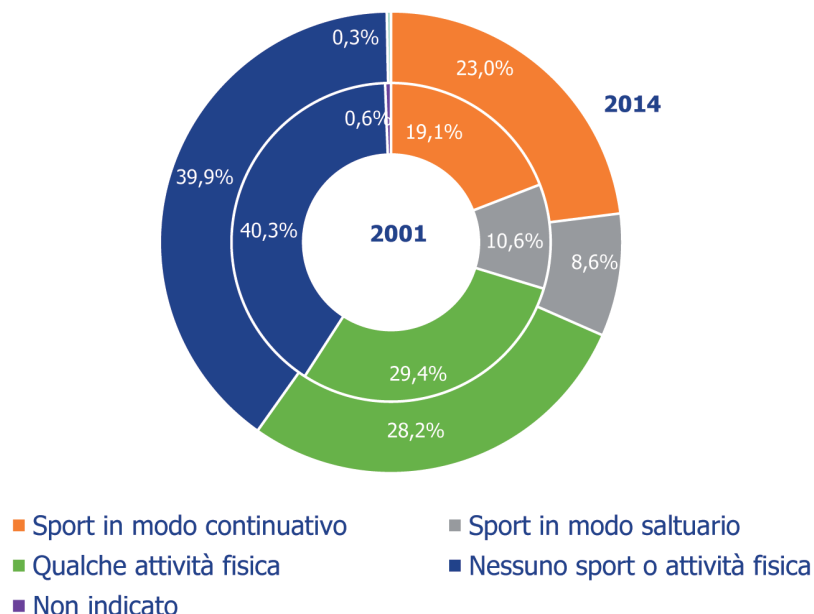


Figura 24. Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica in Italia (% della popolazione di 3 anni di età ed oltre): confronto tra 2001 e 2014

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2015

A livello geografico, le Regioni centro-settentrionali presentano la quota più elevata di persone che praticano sport (36,7% al Nord e 34,3% al Centro contro il 23,3% al Sud). Nel Mezzogiorno appare elevata la quota di persone sedentarie, con più di metà della popolazione che dichiara di non praticare alcuna attività fisica (54%, con punte del 60,2%, 56,2% e 54,6% per le popolazioni di Sicilia, Puglia e Campania). All'aumentare dell'età si rileva un graduale aumento dell'attività fisica e del tempo dedicato allo sport, anche se questo dato subisce una successiva decrescita nelle età più avanzate, dove il tasso di sedentarietà arriva a circa il 70% tra gli ultra 75enni.

Ridurre la sedentarietà tra i soggetti con patologie dovute a fattori di rischio come fumo, consumo eccessivo di alcol ed alimentazione non corretta mediante la prescrizione dell'esercizio fisico è uno degli obiettivi centrali previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 del Ministero della Salute, ai fini di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbilità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili in Italia³⁵.

Considerando l'impatto della pratica sportiva sulla spesa sanitaria nazionale³⁶, recenti analisi hanno stimato che la diminuzione prospettica di un punto percentuale del tasso di sedentarietà in Italia potrebbe portare ad un risparmio annuo per lo Stato di circa 200 milioni di euro sulla spesa (sanitaria e non), e di 4 miliardi di euro come valore della vita salvaguardato in termini di anni di vita guadagnati.

35 Il Piano 2014-2018 prevede i seguenti macro-obiettivi: la riduzione del carico di malattia; l'investimento sul benessere dei giovani; il rafforzamento e la conferma del patrimonio comune delle pratiche preventive; la lotta alle disuguaglianze e il rafforzamento degli interventi per la prevenzione di disabilità; la promozione del rapporto salubre tra salute e ambiente per contribuire alla riduzione delle malattie in particolare di quelle croniche non trasmissibili. Fonte: Ministero della Salute, settembre 2014.

36 Stima applicata alla popolazione con più di 14 anni e considerando i benefici relativi a cinque patologie per le quali è provato il nesso di causalità tra sport e salute (malattie cardiovascolari, ictus, tumore al colon, tumore al seno e diabete tipo 2). Fonte: CONI, "Libro Bianco dello Sport Italiano", 2012.

Particolarmente preoccupante è il dato relativo ai minori, considerando l'impatto negativo che questo esercita sulla loro qualità della vita e sul loro benessere futuro, con le relative conseguenze sul sistema salute. L'Italia si trova, infatti, ai primi posti in Europa per incidenza di bambini sotto i 18 anni in eccesso di peso (30,1% tra i maschi e 23,6% tra le femmine): tale valore sale al 35,7% nella fascia di età 6-10 anni (nel Sud, quasi uno su due – 48%)³⁷. Al crescere dell'età, la prevalenza media dell'eccesso di peso scende al 17,3% (fascia di età 14-17 anni).

La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambini e ragazzi richiede particolare attenzione in quanto costituisce un fattore di rischio per la salute: sin dall'età infantile, sono esposti a problemi all'apparato respiratorio, osteoarticolare, all'apparato digerente e a quello cardiocircolatorio, oltre che ad una mobilità ridotta e a disturbi di carattere psicologico³⁸. Quando non dipende da una specifica patologia, il trattamento principale dell'obesità è rappresentato dalla prevenzione, attraverso una alimentazione corretta e una attività fisica adeguata.

Per frenare la crescita di sovrappeso e obesità nella popolazione giovanile, la Commissione Europea ha varato l'*Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020* con l'obiettivo di favorire l'implementazione di politiche nazionali di contrasto all'obesità infantile tra i ragazzi sotto i 18 anni³⁹.

2.2.6 Le malattie infettive

Nel campo delle malattie infettive si sono raggiunti notevoli progressi: basti pensare all'incidenza della tubercolosi per la quale si riscontra una progressiva diminuzione nella maggior parte dei Paesi europei e, più in generale, all'effetto che le campagne di prevenzione vaccinale hanno sortito contro molte malattie batteriche e virali.

L'epidemia di ebola iniziata alla fine del 2013 ha ribadito l'importanza delle malattie infettive nel potenziale impatto sulla salute delle popolazioni e sulle economie e i sistemi sanitari anche dei Paesi non colpiti (nel caso dell'ebola, dall'inizio dell'epidemia, sono stati segnalati più di 28mila casi di EVD - *Ebola Virus Disease* - di cui circa 11mila decessi⁴⁰).

L'evoluzione dei dati epidemiologici delle malattie infettive a trasmissione respiratoria (morbillo, parotite, rosolia e varicella) nel periodo 1996-2012 parlano, ad esempio, di notevoli miglioramenti, sebbene siano stati comunque di recente rilevati picchi endemici/epidemici.⁴¹ L'Italia ha aderito, nel 2011, al Piano strategico messo a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita in Europa entro il 2015, approvando il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015 con Intesa Stato-Regioni. Gli obiettivi generali dettati dall'OMS fissavano per il 2015: l'eliminazione dei casi di morbillo endemico, l'eliminazione dei casi di rosolia endemica, la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a meno di 1 caso ogni 100.000 nati vivi.⁴² Nonostante i progressi, la copertura vaccinale non è ancora

37 A tali dati possono essere aggiunti anche quelli del sistema di sorveglianza "Okkio alla Salute", secondo cui il 22,1% è in sovrappeso (-1,1% rispetto al 23,2% del 2008/2009) e il 10,2% è obeso (rispetto al 12% della precedente rilevazione) con una maggior prevalenza nel Centro-Sud. La rilevazione, di carattere biennale, ha coinvolto 46.492 bambini appartenenti a 2.623 classi terze della scuola primaria. Fonte: Ministero della Salute e Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie, "Okkio alla Salute", marzo 2013.

38 Alcune evidenze scientifiche indicano che più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti che sono in sovrappeso mantengono questa condizione anche da adulti. Fonte: "Rapporto Osservasalute 2013".

39 Si veda: Commissione Europea, "EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020", febbraio 2014. Per affrontare e gestire al meglio la crisi globale di obesità infantile, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha istituito la *Commission on Ending Childhood Obesity* per identificare quali approcci e interventi di contrasto all'obesità si siano dimostrati più efficaci nei diversi Paesi del mondo.

40 Fonte: Ministero della Salute.

41 Ad esempio, per il morbillo sono stati registrati picchi endemici nel 1996-1997 (67,49 casi per 100.000 nel 1997) e nel 2002-2003 (30,92 casi per 100.000 nel 2002), quando furono principalmente colpite le Regioni del Sud e le Isole e la fascia di età 0-14 anni; nel 2008 (8,81 casi per 100.000) e 2011 (11,08 casi per 100.000) quando, invece, le più colpite furono le Regioni del Nord e del Centro e la fascia di età 15-24 anni. Fonte: "Rapporto Osservasalute 2014".

42 Fonte: Ministero della Salute. "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015."

sufficiente a garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati: circa il 90% dei bambini italiani è stato vaccinato con una dose di vaccino antimorbillo entro i due anni di età (esistono comunque aree con valori variabili dal 71,5% al 96,7%)⁴³, ma i dati epidemiologici nazionali evidenziano la presenza di sacche di persone, ormai adulte, ancora suscettibili a tale malattia⁴⁴.

Altra criticità relativa alla gestione delle malattie infettive, messa in evidenza dal Rapporto OsservaSalute 2014, è quella dell'emergenza delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera, uno dei più forti problemi di Sanità Pubblica, correlato al fenomeno dell'antibiotico resistenza.

L'antibiotico resistenza⁴⁵ consiste nella capacità di un batterio di essere resistente all'attività di un farmaco antimicrobico che originariamente era efficace per il trattamento di infezioni causate da esso. La trasformazione dei ceppi batterici in organismi resistenti è un meccanismo evolutivo naturale dovuto a mutazioni del corredo genetico in grado di proteggere dall'azione del farmaco. Tuttavia, fattori come l'utilizzo inappropriato di antibiotici e condizioni igienico-sanitarie insufficienti accelerano tale meccanismo, facendo registrare progressivamente negli anni una gamma sempre più ampia di infezioni, anche abbastanza comuni, sempre più difficili da trattare.

A causa dell'antibiotico resistenza ogni anno muoiono circa 50.000 persone tra Europa e Stati Uniti, a cui si aggiungono centinaia di migliaia di morti in altre aree del mondo. Le complicazioni da resistenza agli antibiotici aumenteranno notevolmente nei prossimi 20 anni, tanto che si stima che nel 2050 possano arrivare a colpire fino a 10 milioni di persone (di cui 200.000 con un'infezione batterica del torrente circolatorio e circa 80.000 a rischio di morte).

Anche in Italia le antibiotico-resistenze sono molto rilevanti e percentuali maggiori rispetto alla media europea si riscontrano per i tre microrganismi patogeni Gram-negativi più frequentemente associati alle infezioni e alle complicazioni nosocomiali (*Escherichia Coli*, *Klebsiella Pneumoniae* e *Pseudomonas Aeruginosa*)⁴⁶.

Come è ovvio, l'impatto epidemiologico si riflette su quello economico, perlopiù determinato proprio dalle complicazioni cliniche che le resistenze spesso arrecano a pazienti già compromessi, inducendo un prolungamento della degenza ed un conseguente impatto sui costi e l'utilizzo di risorse sanitarie. Secondo i dati dell'ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*, si registrano ogni anno circa 25mila decessi per infezioni a batteri resistenti, per un impatto economico stimato pari a 1,5 miliardi di euro (allarmanti sono anche le previsioni per i prossimi trent'anni che descrivono per i paesi dell'OECD una perdita economica futura compresa tra i 20 e i 35 miliardi di dollari⁴⁷). In Italia si parla, invece, di 5-7mila decessi l'anno per oltre 100 milioni di euro di danno economico.

Anche l'insorgenza di fenomeni globali quali nuovi flussi migratori (spesso da Paesi a basso reddito e in condizioni di emergenza umanitaria), il cambiamento climatico e l'aumento degli spostamenti tra continenti di merci e persone, contribuisce ad introdurre e a diffondere patologie difficili da sconfiggere, in quanto più resistenti ai farmaci.

Secondo gli ultimi dati disponibili a livello europeo, l'Italia è prima in Europa per il tetano (quattro casi su 10 nell'UE nel 2011, concentrati soprattutto tra gli *over 65*), al quinto posto per la parotite (758 casi nel 2010) e decima per la pertosse (348 casi nel 2011).

Le malattie prevenibili con la vaccinazione, ad eccezione – come si è visto – del morbillo, presentano una tendenza alla riduzione, così come le infezioni e le tossinfezioni alimentari, con l'eccezione della listeriosi e delle diarree infettive. Alcune meningiti batteriche (da pneumococco e da meningococco) mostrano una tendenza alla persistenza o all'aumento.

43 Come indicato nel Piano, per interrompere la trasmissione dell'infezione è necessario raggiungere e mantenere coperture vaccinali molto elevate ($\geq 95\%$ per due dosi di vaccino).

44 Nei primi 8 mesi del 2014, i nuovi casi di morbillo in Italia sono stati 1.517. Tali casi si sono concentrati in tre Regioni italiane (Piemonte, Liguria ed Emilia-Romagna) e per il 58,1% hanno interessato persone tra i 15 e i 39 anni. L'85,1% era non vaccinato, ed il 6,7% aveva effettuato una sola dose di vaccino. Fonte: Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, "Morbillo & Rosolia News", settembre 2014.

45 Per un approfondimento sul tema dell'antibiotico resistenza si veda il Capitolo 6 del presente Rapporto.

46 Fonte: "European Centre for Disease Prevention and Control", 2013.

47 Fonte: "Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations", Jim O'Neill, 2014.

Particolare attenzione deve essere dedicata alla persistenza, con una tendenza all'aumento, delle malattie a trasmissione sessuale (sifilide e gonorrea), così come delle infezioni da *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) che, dopo una iniziale stabilizzazione nel numero, hanno ripreso a crescere e continuano ad essere diagnosticate in fase troppo avanzata. Nel periodo 1991-2012, si sono registrati in Italia 96.752 nuovi casi di infezioni sessualmente trasmesse⁴⁸, per il 70,1% nella popolazione maschile e per il 19,7% di nazionalità straniera. Tra questi soggetti, la prevalenza di HIV – dopo alcuni picchi toccati nel 1997 (11%), nel 2000 (10,5%) e nel 2003 (10,3%) – dal 2008 ha registrato un incremento fino al 6,4% del 2012⁴⁹.

Infine, altro rilevante problema di Sanità pubblica sono le epatiti. In Italia è portatore cronico di epatite C oltre un milione di persone, di cui 330.000 con cirrosi. In Europa, il nostro Paese risulta quello col più alto numero di soggetti HCV positivi e col tasso di mortalità per tumore primitivo del fegato maggiore. Le Regioni del Sud sono quelle più colpite: in Campania, Puglia e Calabria, la prevalenza dell'HCV (epatite da virus C) supera il 20% nella popolazione ultrasettantenne. Centrale è stato, nel 2015, il problema delle Epatiti, affrontato dal Ministero della Salute con il nuovo "Piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali (Pnev)" e trasmesso alle Regioni pochi mesi fa con l'obiettivo di rendere più efficaci le strategie di prevenzione e cura⁵⁰.

2.2.7 I disturbi mentali

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute mentale come uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive ed emozionali, esercitando la propria funzione all'interno della società e rispondendo alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno.⁵¹

Diverse determinanti, quali fattori sociali, culturali, economici, ma anche lo stress, la genetica, l'alimentazione, l'esposizione a rischi ambientali, possono rischiare di compromettere tale stato di salute, portando l'individuo a sviluppare quello che, in generale, viene chiamato *disturbo mentale*⁵².

La classe delle malattie mentali include sia i disturbi psichici e comportamentali della persona, come depressione, ansia, bipolarismo, che le malattie del sistema nervoso, o malattie *neurodegenerative* ed, insieme, costituiscono nei Paesi ad alto reddito la principale causa di perdita di anni di vita per morte prematura e disabilità.⁵³

Le malattie neurodegenerative sono malattie a carico del sistema nervoso centrale, innescate da un processo cronico di morte neuronale, spesso collegate all'età. La patogenesi per molte di queste malattie non è ancora definita, ma fattori come la genetica e l'ambiente risultano certamente giocare un ruolo fondamentale.

A caratterizzare queste malattie è la perdita progressiva e irreversibile di importanti funzioni cerebrali, con la conseguenza di gravi deficit cognitivo-comportamentali, demenza, alterazioni motorie e disturbi psicologici.

Tra le malattie neurodegenerative più note e diffuse vi sono: la Demenza di Alzheimer e il morbo di Parkinson.

48 Fonte: Istituto Superiore della Sanità, "Le infezioni sessualmente trasmesse: i dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia", in "Notiziario dell'ISS", volume 24 – numero 4, aprile 2014.

49 Una recente pubblicazione stima che in Italia vi fossero, alla fine del 2012, 123.000 individui di 15 anni o più affetti da HIV e che nel 2020 nel nostro Paese le persone adulte con HIV/AIDS possa salire a 130.000. Fonte: COA, "Estimates of the Number of People Living with HIV in Italy" (a cura di L. Camoni, V. Regine, K. Stanecki, M.C. Salfa, M. Raimondo e B. Suligo), luglio 2014.

50 Fonte: Schema d'intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale per la prevenzione delle epatiti virali da virus B e C (PNEV)", Ministero della Salute, 2015.

51 Fonte: Rapporto OsservaSalute, 2014.

52 Fonte: Organizzazione Mondiale della Salute, 2015.

53 Per un approfondimento sul tema dei disturbi psichici e comportamentali si veda il Capitolo 6 del presente Rapporto.

Demenza di Alzheimer

La demenza di Alzheimer rappresenta la più comune causa di patologia neurodegenerativa (tra il 50% e 60% dei casi rilevati), che colpisce progressivamente le cellule cerebrali, portando al declino progressivo e globale delle funzioni cognitive e al deterioramento della personalità e della vita relazionale. A livello globale si stima che le persone affette da demenza siano 46,8 milioni, di cui circa 20 affette da Alzheimer, cifra destinata a raddoppiare entro il 2030 e a più che triplicare entro il 2050⁵⁴. Il dato di incidenza mondiale parla di 9,9 milioni di nuovi casi di demenza all'anno, vale a dire un nuovo caso ogni 3,2 secondi.

In Italia la demenza colpisce circa 1,2 milioni di persone: di questi, circa 600 mila soffrono della malattia di Alzheimer⁵⁵.

La prevalenza di demenza mostra un andamento crescente che oggi si attesta sul 5% nella popolazione over-60⁵⁶, con una frequenza maggiore nella popolazione femminile e con una accelerazione al progredire dell'invecchiamento⁵⁷.

Dall'ultimo "Rapporto Mondiale sull'Alzheimer"⁵⁸ emerge una possibile correlazione tra la demenza e un basso livello di educazione in età giovanile, lo sviluppo di ipertensione durante la mezza età e fumo e diabete nel corso di tutta la vita. In un modello recente, è stato stimato che una riduzione del 10% di questi ed altri fattori di rischio, ridurrebbe la prevalenza di demenza dell'8,3% entro il 2050.

La crescente necessità di assistenza a lungo termine degli anziani non autosufficienti affetti da questa sindrome e le stime di diffusione del fenomeno a livello globale (277 milioni di anziani con esigenze di tipo assistenziale nel 2050) inducono ad auspicare che la demenza venga inserita nei piani nazionali di salute pubblica, al pari di altre importanti malattie non trasmissibili, con la previsione di adeguati finanziamenti per la prevenzione, il trattamento e l'assistenza.

Malattia di Parkinson

Dopo la demenza di Alzheimer, il morbo di Parkinson è la malattia neurodegenerativa più diffusa. Si tratta di una patologia degenerativa del sistema nervoso centrale⁵⁹ che colpisce in Italia circa 230.000 pazienti. La prevalenza della malattia è pari all'1-2% della popolazione sopra i 60 anni e al 3-5% della popolazione sopra gli 85 anni.⁶⁰

A causa del crescente invecchiamento della popolazione si prevede che la prevalenza di tale patologia raddoppierà nei prossimi 15 anni. Durante il decorso della malattia si osserva un peggioramento dei sintomi, anche se il trattamento con i nuovi farmaci e le terapie non farmacologiche hanno permesso di migliorare sensibilmente la qualità di vita dei pazienti⁶¹.

54 Il costo globale associato oggi alla cura di queste patologie è pari a 818 miliardi di dollari (+35% rispetto ai 604 miliardi di dollari calcolati nel Rapporto Mondiale 2010) e si stima che raggiungerà 1.000 miliardi di dollari entro il 2030. Fonte: Alzheimer's Disease International, "World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction".

55 Fonte: Fondazione Alzheimer Italia, 2015.

56 Fonte: Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.

57 Fonte: S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale), "VII Report Health Search. Anno 2011-2012", novembre 2012.

58 Alzheimer's Disease International (ADI), "World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia", 2015.

59 La malattia di Parkinson è una sindrome extrapiramidale caratterizzata da rigidità muscolare che si manifesta con resistenza ai movimenti passivi, tremore che insorge durante lo stato di riposo e può aumentare in caso di stato di ansia, che provoca difficoltà a iniziare e terminare i movimenti. Questi sintomi si risolvono poi in disturbi dell'equilibrio, andatura impacciata e postura curva. Altri sintomi possono essere depressione e lentezza nel parlare. Fonte: Istituto Superiore Sanità, 2014.

60 Fonte: Ministero della Salute.

61 Fonte: Istituto Superiore della Sanità, "Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson", 2013.

Il tasso di incidenza aumenta all'avanzare dell'età, ma si rileva la comparsa di questa malattia sempre più nella popolazione giovane (un paziente su 4 ha meno di 50 anni ed il 10% ha meno di 40 anni), presso cui mostra un decorso più veloce e un'aggressività maggiore, evidenziando così l'importanza dell'attività di diagnosi precoce e prevenzione.

2.2.8 Le malattie reumatiche

Le malattie reumatiche (artrite e artrosi) sono molto diffuse in Italia: colpiscono oltre 5 milioni di persone, di cui circa 734.000 in forma cronica⁶², con conseguenze sulla vita lavorativa e sociale dell'individuo. Nella popolazione anziana (*over 75*), almeno una persona su due soffre di artrosi o artrite.

Le patologie reumatiche invalidanti mostrano una insorgenza piuttosto precoce (in media prima dei 40 anni), colpendo le persone ancora nel pieno della propria vita lavorativa: in media i pazienti possono svolgere pienamente il proprio lavoro solo nei primi 7 anni dall'esordio della malattia ed oltre la metà delle persone, nel primo anno di malattia, è costretta ad assentarsi dal lavoro in media per 31 giorni. Sono la prima causa di disabilità temporanea, la seconda di invalidità permanente: il 27% delle pensioni di invalidità nel nostro paese è dovuto, infatti, a problemi reumatici. Tuttavia, la somministrazione di una terapia adeguata impatta positivamente sulla qualità di vita del paziente al punto che, con il passare del tempo, i giorni di assenza per malattia si riducono fino ad una media di 17 giorni nell'ultimo anno considerato.

L'artrite reumatoide colpisce circa lo 0,3-1% della popolazione a livello mondiale, evidenziando frequenze più elevate in alcune aree geografiche dell'Europa settentrionale. In Italia la percentuale è dello 0,7%, per un totale di circa 400mila malati ed un'incidenza stimata attorno ai 6 nuovi casi per anno ogni 100mila individui adulti. La popolazione femminile è maggiormente colpita da tale patologia, con una incidenza superiore di 3-4 volte rispetto agli uomini. In aggiunta, l'esordio dell'artrite reumatoide è più frequente tra i 40 e 50 anni, anche se può manifestarsi anche in età infantile e senile⁶³.

Il costo legato all'artrite reumatoide in Europa è significativo: ammonta, infatti, ad oltre 45 miliardi di euro, con una spesa media nei Paesi dell'Europa Occidentale superiore ai 17.000 euro annui per paziente. Una stima complessiva dei costi diretti in Italia, rileva un ammontare di 1 miliardo di euro. Con i costi indiretti si sale a 5 miliardi di euro (il costo annuo di un paziente può variare dai 14mila ai 23mila euro, con un incremento di circa 6 volte nel passaggio dalla condizione di autonomia alla perdita dell'autosufficienza).

2.2.9 Le malattie osteoarticolari

Le patologie osteoarticolari sono rappresentate da un complesso di condizioni di natura degenerativa, metabolica, infiammatoria, infettiva, neoplastica delle ossa e delle articolazioni, spesso legate alle già citate malattie reumatiche.

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro, lenta ma progressiva, caratterizzata da una ridotta massa ossea che porta a fragilità scheletrica ed aumento del rischio di fratture ossee (soprattutto vertebre e femore). Tale patologia è tipicamente correlata all'età, con un'incidenza che aumenta proporzionalmente all'invecchiamento della popolazione, ed è favorita da una ridotta attività fisica, da una dieta povera di calcio e da una carenza di vitamina D.

⁶² La prevalenza nel corso della vita dell'artrosi è aumentata dal 12,6% del 2003 fino al 16,5% del 2013, con una frequenza superiore nelle donne (21,5%) rispetto agli uomini (11,2%).

⁶³ Fonte: ANMAR (Associazione Nazionale Malati Reumatici), ATMAR (Associazione Trentina Malati Reumatici) e SIR (Società Italiana di Reumatologia).

A livello globale l'osteoporosi colpisce oltre 200 milioni di persone e in Italia interessa una donna su 3 (circa 5 milioni di persone) e un uomo su 5 (circa 1 milione di persone) nella popolazione sopra i 50 anni d'età. Almeno il 40% di queste donne e il 15-30% degli uomini sosterrà una o più fratture da fragilità nella propria vita. Poiché nei prossimi 20 anni la percentuale della popolazione italiana al di sopra dei 65 anni d'età aumenterà del 25%, è atteso un proporzionale incremento dell'incidenza dell'osteoporosi.

Tra gli anziani, le fratture osteoporotiche rappresentano una delle principali cause di mortalità: ad esempio, nella popolazione italiana ultracinquantenne, secondo le evidenze dell'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), il numero di fratture di femore in un anno è di oltre 90.000. Tali fratture da osteoporosi (femore, anca, vertebre, polso, ecc.) non solo peggiorano la qualità della vita dei soggetti colpiti, in quanto causa di disabilità temporanea o permanente, ma determinano anche un costo notevole per il sistema socio-sanitario. Si stima che il costo complessivo – per i costi diretti (di ospedalizzazione, dei centri di riabilitazione e dei farmaci) e indiretti (spese per l'assenza dal lavoro⁶⁴ per malattia o disabilità), più le spese *out of pocket* per le prestazioni assistenziali non rimborsate – ammonti per l'Italia a 6,7 miliardi di euro all'anno⁶⁵.

In termini di fasce d'età, l'osteoporosi tende ad aumentare con l'età sia per gli uomini che per le donne, con una riduzione negli ultra 85enni. In particolare, nella popolazione femminile il picco massimo di prevalenza si raggiunge tra 75 e 84 anni (57,6%) mentre per gli uomini oltre gli 85 anni (45,0%).

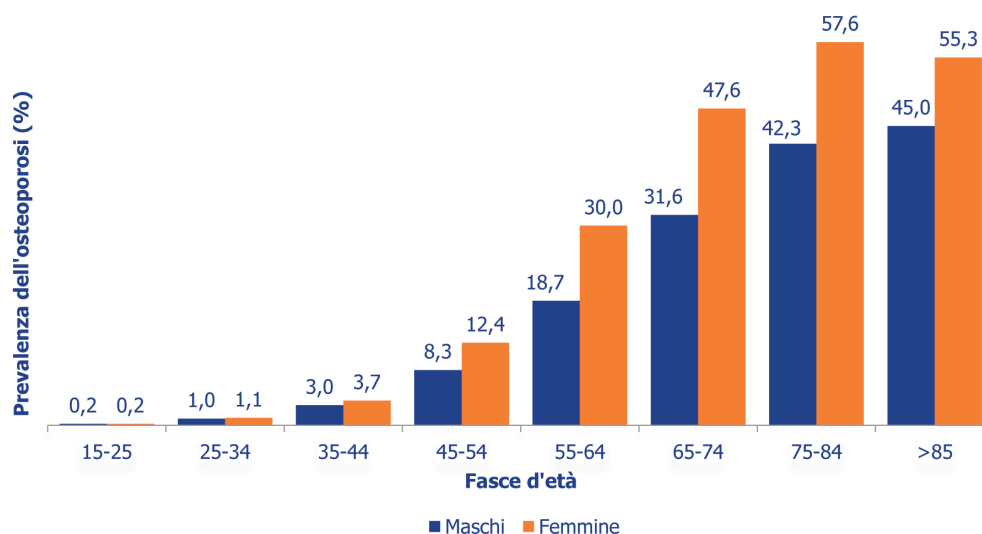


Figura 25. Prevalenza percentuale di osteoporosi per sesso e fasce di età, 2013

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati S.I.M.G., "VIII Report Health Search", 2013-2014

⁶⁴ Per una stima dei costi legati alla perdita di produttività lavorativa diretta (pazienti in età da lavoro) e indiretta (famigliari impegnati nell'assistenza dei pazienti) si veda anche lo studio "Un modello di stima dei costi sanitari dell'osteoporosi e dell'impatto sulla produttività lavorativa: il caso delle ASL Milano 1 e Milano 2" realizzato da The European House – Ambrosetti con il sostegno di AMGEN.

⁶⁵ Fonte: International Osteoporosis Foundation.

2.3 L'AUMENTO DELLE PATOLOGIE CRONICHE E DELLA DISABILITÀ

All'allungamento della vita media – come visto anche nei paragrafi precedenti – si associa l'aumento della prevalenza delle principali patologie croniche, cosiddette *Not Communicable Diseases* (NCDs).

Le patologie più frequenti sono l'ipertensione arteriosa (17,3%), l'artrosi/artrite (16,5%), le malattie allergiche (13,7%), cefalea/emicrania ricorrente (10,8%). Nel complesso, ipertensione, cefalea/emicrania e malattie allergiche sono le patologie che rispetto al 2005 mostrano la maggiore dinamica di crescita (rispettivamente, +3,7%, +3,1%, +3%).

Nella popolazione over 65, circa una persona su due soffre di artrosi/artrite o ipertensione (rispettivamente 50,1% e 48,6%), il 25,5% di osteoporosi e il 17,3% di diabete; il 13,3% delle persone anziane dichiara di soffrire di depressione o ansietà cronica.

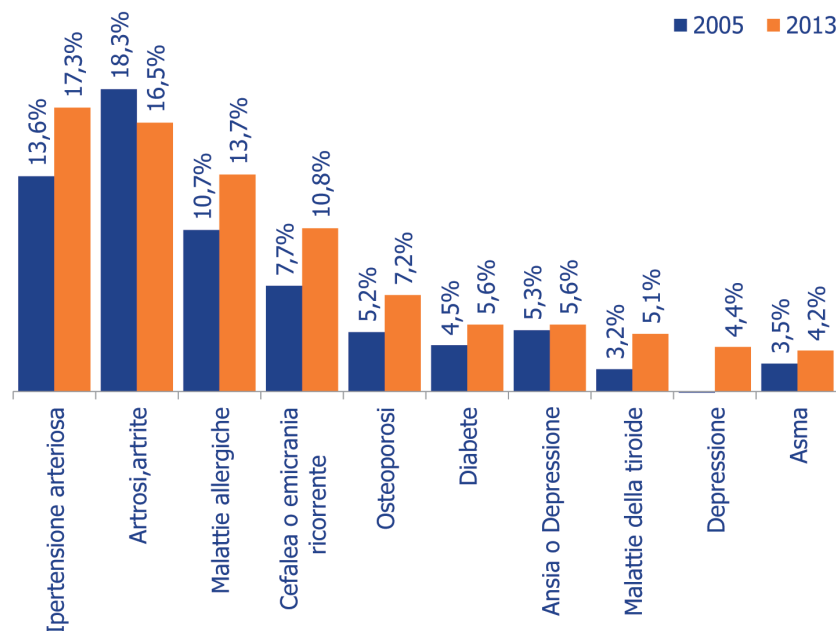


Figura 26. Prime dieci patologie croniche per diffusione in Italia (percentuale della popolazione italiana): confronto tra 2005 e 2013

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2015

Nel 2013 è aumentato al 15,2% della popolazione italiana (contro il 13,3% del 2005) il numero di quanti dichiarano di soffrire di almeno una patologia cronica grave⁶⁶. Ad allarmare è, però, il dato sulle comorbilità che descrive un'importante fetta della popolazione affetta dalla presenza concomitante di più patologie, soprattutto all'avanzare dell'età (più del 55% della popolazione ultraottantenne si trova in una situazione di comorbilità). Negli anziani

⁶⁶ Sono considerate "malattie croniche gravi": diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), parkinsonismo, Alzheimer e demenze. Fonte: Istat, "Rapporto annuale 2014".

questo dato si traduce in una maggiore complessità di gestione del paziente, che è più predisposto a sviluppare complicanze, a tempi di ospedalizzazione più lunghi, a ri-ospedalizzazioni e, complessivamente, ad un più elevato rischio di mortalità e di disabilità.

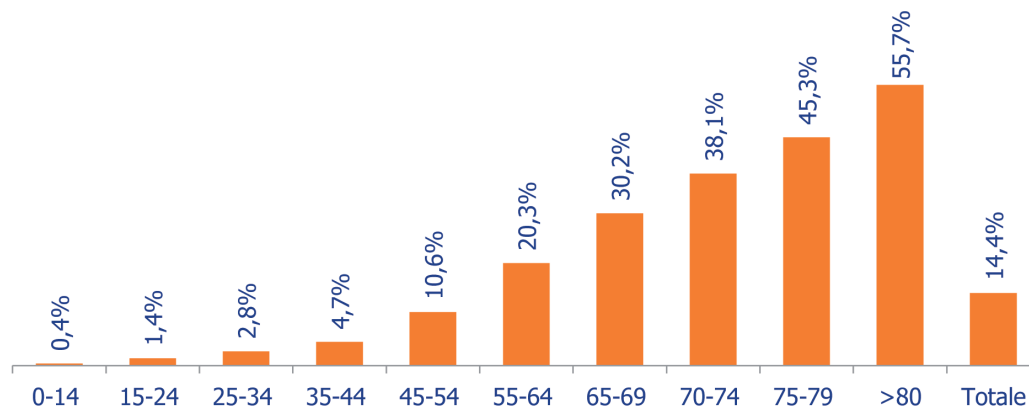


Figura 27. Persone con tre o più patologie croniche per fascia di età (% della popolazione italiana), 2013

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2015

Un secondo fenomeno connesso all'invecchiamento della popolazione è rappresentato dall'aumento della disabilità⁶⁷, ovvero gravi limitazioni nelle attività della vita quotidiana della persona anziana, connesse al peggioramento delle condizioni di salute e alla riduzione della mobilità o delle capacità sensoriali.

Gli italiani con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi sono circa 13 milioni, pari al 25,5% della popolazione (più della metà sono donne - 54,7% - e con un'età superiore ai 65 anni - 61,1%). L'analisi territoriale dei tassi consente di evidenziare un gradiente Nord/Sud e Isole, con i valori più elevati in Campania, Puglia e Sicilia, mentre quelli più bassi si riscontrano in Valle d'Aosta e nella Provincia Autonoma di Trento.

Nel corso degli anni Duemila il tasso standardizzato per età si è tuttavia ridotto, passando da 6,1% nel 2000 a 5,5% nel 2013 (pari a circa 3 milioni di italiani). Un analogo andamento si rileva tra le persone anziane (dal 22% del 2000 al 19,8% del 2013). Nello specifico, dichiarano limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane legate alle attività di cura della persona (come vestirsi o spogliarsi, lavarsi mani, viso, o il corpo, tagliare e mangiare il cibo, ecc.) e limitazioni di tipo motorio rispettivamente il 3,4% e il 2,6% della popolazione di 6 anni e più. Nel Mezzogiorno la quota si mantiene significativamente più elevata rispetto alle altre aree territoriali.

⁶⁷ La disabilità è intesa come una condizione della persona legata a quel ventaglio di attività di vita che subiscono serie restrizioni a causa di limitazioni funzionali (menomazioni fisiche o sensoriali legate alla vista, all'udito e alla parola), come vestirsi o spogliarsi, lavarsi mani, viso, o il corpo, tagliare e mangiare il cibo, ecc.

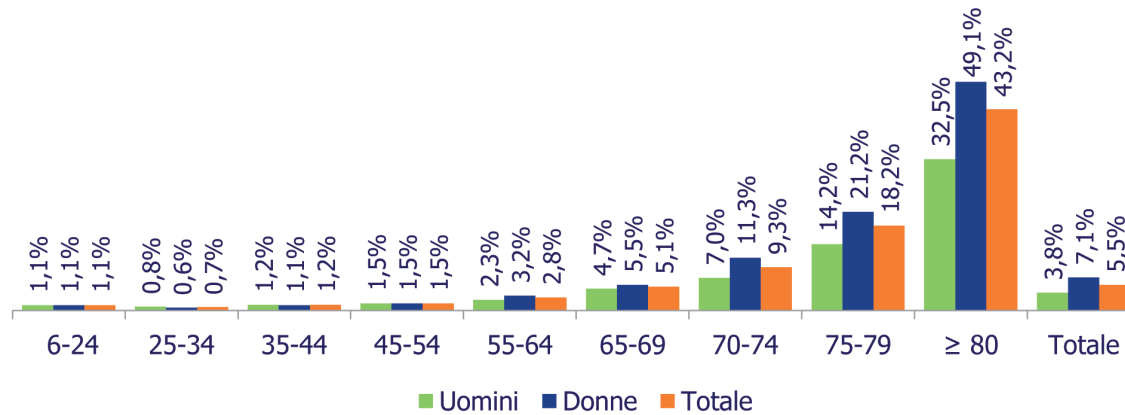


Figura 28. Persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali per classe di età e sesso (valori percentuali), 2013

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2015

L'aumento di patologie croniche e disabilità non solo espone gli anziani al rischio di emarginazione sociale, laddove le politiche sociali non intervengano con adeguate strategie di aiuto e assistenza, ma devono anche confrontarsi con gli effetti dell'attuale contesto economico stagnante e critico per le fasce sociali più a rischio⁶⁸.

La spesa destinata alle persone con disabilità⁶⁹ in Italia è pari al 5,8% della spesa nazionale per la protezione sociale, rispetto ad una media UE-28 del 7,7%.

Alla luce dei *trend* sopra evidenziati del quadro epidemiologico, in futuro ci si attende quindi un aumento della pressione sul sistema sanitario nazionale, dovuto all'incremento di persone bisognose di cure e assistenza, soprattutto se la sanità dovrà continuare a farsi carico anche del *gap* di spesa socio-assistenziale che caratterizza il nostro Paese nel confronto europeo.

⁶⁸ Tra le persone con limitazioni funzionali gravi risulta occupato solamente il 19,7%, circa una persona su cinque. Si segnalano anche difficoltà per motivi di salute a incontrare amici o parenti e il 22,1% a svolgere attività nel tempo libero. Fonte: Istat.

⁶⁹ Pensioni di invalidità, contributi per favorire l'inserimento lavorativo, servizi finalizzati all'assistenza e all'integrazione sociale e strutture residenziali.

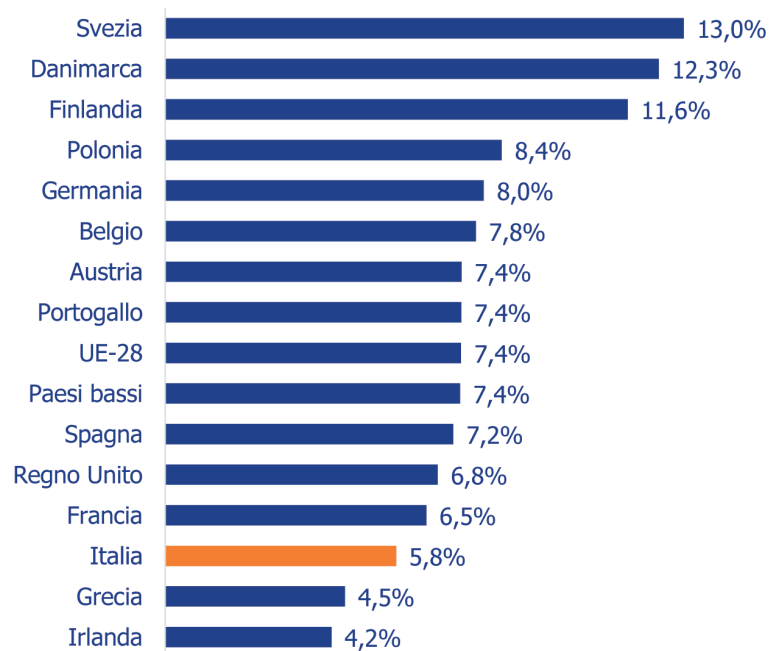


Figura 29. Spesa sociale per disabilità (% della spesa per la protezione sociale): confronto tra Italia e alcuni Paesi dell'UE-28, 2012

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

Il 45,2% delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi dichiara che le risorse economiche di cui dispone sono scarse o insufficienti.

L'incidenza della povertà relativa a livello nazionale nella popolazione anziana (età ≥ 65 anni) si attesta al 9,3% (per la popolazione tra i 55 e i 64 anni all'8%). Valori allarmanti si registrano nel Meridione dove il livello di povertà risulta doppio rispetto alla media del Paese (17,6% per la fascia d'età 55-64, 21,5% per gli over-65).

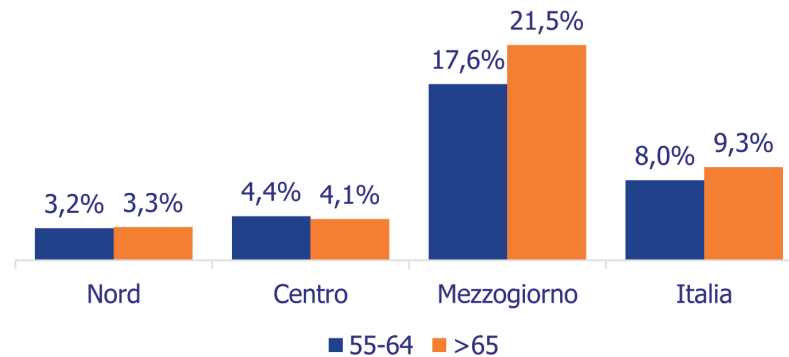


Figura 30. Incidenza di povertà relativa nella popolazione anziana per macro-aree geografiche (valori percentuali), 2014

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2015

Sul fronte sociale, resta determinante nel nostro Paese il ruolo della famiglia e delle reti informali di sostegno nelle attività di cura per le persone disabili e per gli anziani e grandi anziani (sopra gli 85 anni d'età).

Il sistema di assistenza continuativa – formato dalle persone non autosufficienti, dai loro familiari, dai professionisti dei servizi sanitari e sociali e dagli assistenti familiari privati – ammonta in Italia a 5 milioni di persone, ma la quota di quanti possono contare su servizi di assistenza domiciliare pubblica è ancora contenuta⁷⁰.

Le famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali sono l'11%; di queste, meno del 20% ricevono assistenza domiciliare pubblica. Considerando anche quelle che suppliscono a tali carenze ricorrendo a servizi privati a pagamento, ammonta a oltre il 70% la quota di quante non usufruiscono di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica⁷¹.

In aggiunta, la percentuale di persone che beneficiano dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è rimasta stabile attorno ai 409 anziani su 10.000 residenti *over-65*, mentre quella degli anziani che usufruiscono del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) tra 2008 e 2010 si è ridotta dall'1,7% all'1,4% dei potenziali utenti ultrasessantacinquenni.

Secondo una indagine del 2012 di Cittadinanzattiva⁷², per più del 64% dei casi è ancora la famiglia ad occuparsi della cura e dell'assistenza della persona anziana affetta da patologie croniche, spesso dovendo provvedere all'anziano in modo autonomo e disaggregato, attraverso il supporto informale dei figli (89,3% dei casi) e/o a forme di assistenza alla persona (c.d. badanti, nel 60,7% dei casi).

Tale situazione porta ad un impegno gravoso in termini di tempo e di risorse finanziarie da allocare per le famiglie con anziani e disabili a proprio carico, oltre che a un rilevante costo-opportunità per il Sistema Paese in termini di perdita di produttività lavorativa delle persone coinvolte. Appare quindi quanto mai urgente un rafforzamento del ruolo del sistema sociale che tenga conto delle trasformazioni in corso e future nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

⁷⁰ Fonte: Network Nazionale per l'Invecchiamento, IRCCS e INCRA, IV Rapporto "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Tra crisi e ripartenza", Maggioli Ed. 2014.

⁷¹ Fonte: Istat, "Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013", luglio 2014.

⁷² Si veda: CnAMC e Cittadinanzattiva, "XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità", ottobre 2012.

3 SOSTENIBILITÀ E PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO NEL CONFRONTO EUROPEO

La sanità rappresenta una delle voci più importanti di spesa pubblica nei Paesi europei: la sua incidenza sulla spesa pubblica va dal 20,7% nei Paesi Bassi all'11,7% in Grecia. Paesi Bassi e Germania presentano un'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa pubblica nettamente superiori (+70%) rispetto a quelle di Finlandia e Grecia. In Italia l'incidenza è pari al 14%, allineata a quella registrata in Irlanda (14,1%) e Spagna (13,9%).

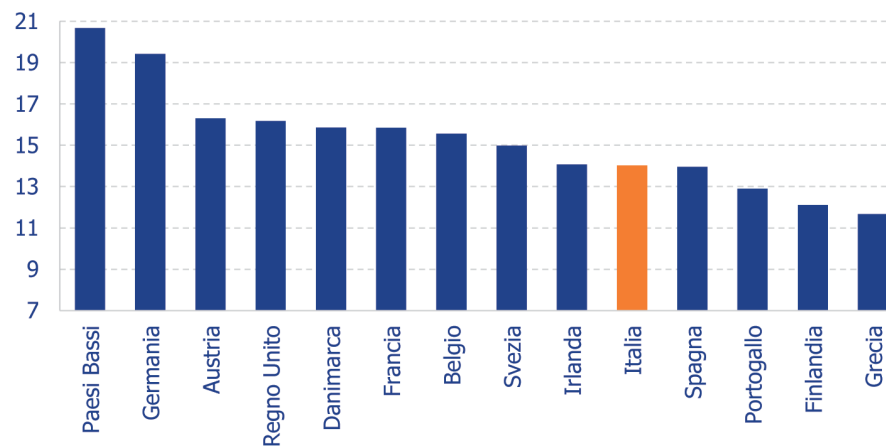


Figura 1. Spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa pubblica complessiva nei Paesi UE-14, 2014

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

Data la sua rilevanza per il bilancio pubblico e il concomitante perdurare della crisi economico-finanziaria, molti Paesi hanno introdotto revisioni profonde alle proprie politiche di spesa e di investimento al fine di migliorare la stabilità delle proprie finanze pubbliche.

Le politiche di contenimento della spesa atte a garantire la sostenibilità economica e finanziaria del sistema non dovrebbero però compromettere la qualità dell'offerta sanitaria e il diritto dei cittadini a ricevere le cure migliori.

3.1 LA SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA IN EUROPA

In Europa¹ la spesa sanitaria ha un'incidenza sul PIL pari al 10,3%, in leggero rialzo rispetto al 2012.

L'incidenza massima si registra nei Paesi Bassi, unico Paese in cui la spesa sanitaria complessiva risulta pari al 12% del PIL. Sul versante opposto, Irlanda e Spagna sono gli unici Paesi con un'incidenza inferiore al 9%; questi Paesi sono preceduti da Italia e Regno Unito con una spesa pari al 9,1% del PIL.

Il nostro Paese mostra una leggera flessione dell'incidenza della spesa sanitaria su PIL (era il 9,2% l'anno precedente), contrariamente a quello che accade in Europa, a causa di una riduzione della spesa sanitaria superiore rispetto a quella del Prodotto Interno Lordo.

In Europa la componente pubblica della spesa rappresenta in media quasi i due terzi della spesa complessiva: in particolare nel 2013 essa rappresenta il 7,9% del PIL, mentre la componente privata solo il 2,4%. In tutti i Paesi la spesa privata rappresenta meno del 3% del PIL, ad eccezione di Portogallo (3,4%) e Grecia (3,0%).

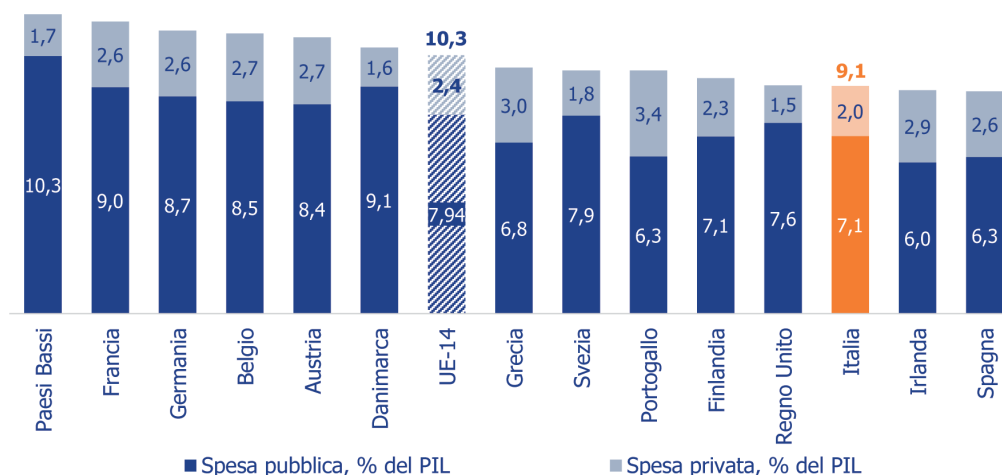


Figura 2. Spesa sanitaria pubblica e privata nei Paesi UE-14, in percentuale del PIL, 2013

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD Health, 2015

In termini pro capite, i Paesi Bassi con 3.915 euro² registrano il più alto livello di spesa sanitaria totale, precedendo Austria (3.679 euro) e Germania (3.624 euro). 6 Paesi registrano una spesa inferiore alla media europea, pari a 2.903 euro: tra questi figurano anche Regno Unito (2.494 euro) e Italia (2.355 euro). In coda si trovano Grecia e Portogallo, i Paesi più colpiti dalla crisi economica, con una spesa totale inferiore ai 2.000 euro.

¹ In tutto il capitolo con il termine Europa si farà riferimento ai Paesi della UE-15, ad eccezione del Lussemburgo escluso in virtù della sua dimensione e struttura dell'economia.

² Tutte le grandezze espresse in euro sono da intendersi a parità di potere di acquisto e sono calcolate applicando ai valori forniti da OECD in dollari di riferimento il tasso medio di cambio euro/dollaro dell'anno.

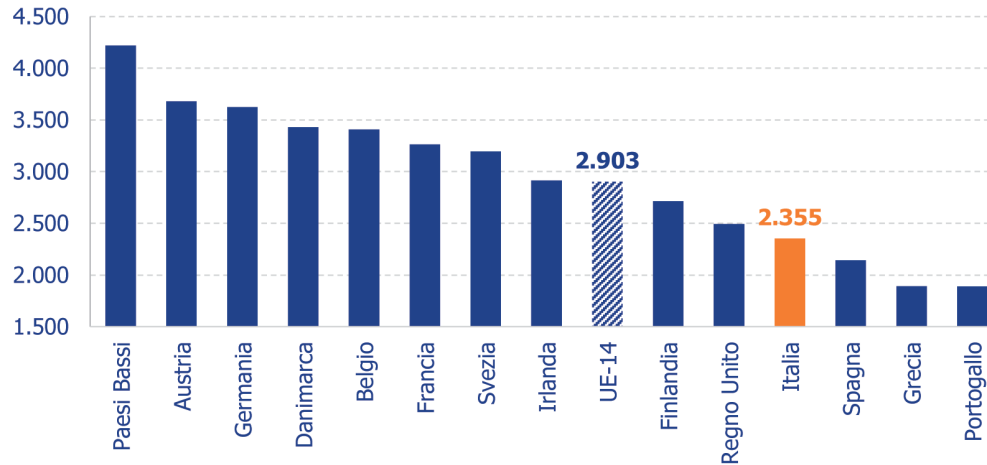


Figura 3. Spesa sanitaria totale pro capite nei Paesi UE-14, (euro PPP), 2013 - Fonte: The European House – Ambrosetti su dati OECD Health 2015

Considerando la sola componente pubblica, l'Europa nel 2013 ha registrato una spesa sanitaria pro capite pari a 2.223 euro. I Paesi Bassi, già caratterizzati dal più alto livello di spesa totale, hanno registrato anche la più elevata spesa sanitaria pubblica pro capite, pari a 3.369 euro. 8 Paesi hanno registrato una spesa compresa tra i 2.000 e i 3.000 euro. L'Italia ha un livello di spesa pari a 1.837 euro, in leggera riduzione rispetto al 2012. Anche per la componente pubblica, Portogallo e Grecia hanno registrato i livelli di spesa più bassi, inferiori a 1.500 euro.

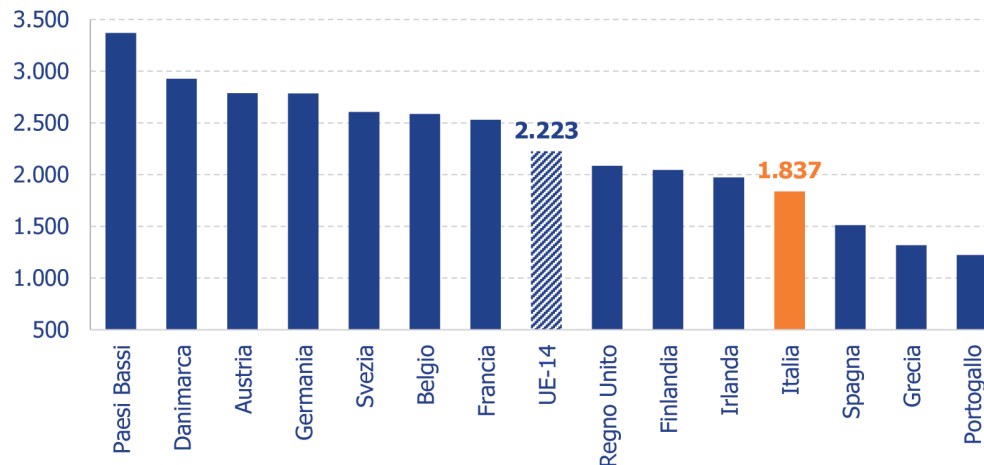


Figura 4. Spesa sanitaria pubblica pro capite nei Paesi UE-14 (euro PPP), 2013 - Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD Health 2015

Dal confronto della spesa sanitaria pubblica tra i principali Paesi europei, i cosiddetti EU-Big 5, è possibile notare come il nostro Paese continui a presentare un gap significativo nei confronti di Germania e Francia, ma anche di sistemi come il Regno Unito e più in generale della media europea. Se la Germania spende 2.784 euro pro capite, l'Italia spende ben 947 euro in meno. Rimane importante anche il divario con la Francia (che spende il 38% in più) e il Regno Unito (con una spesa pro capite superiore del 13%). Rispetto alla media europea il nostro Paese spende 386 euro in meno, pari a un divario del 21%. L'unico Paese che presenta un valore inferiore all'Italia è la Spagna (1.510 euro).

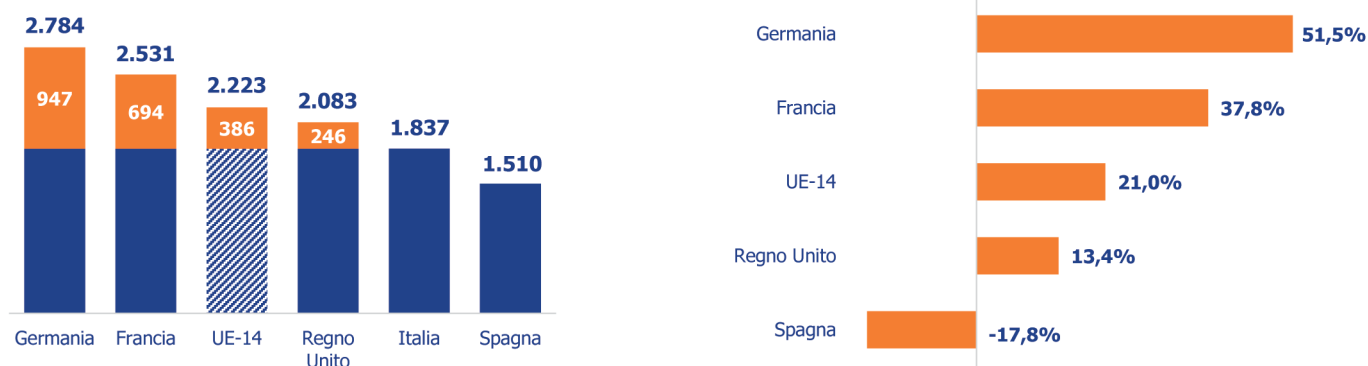


Figura 5. A sinistra: Spesa sanitaria pubblica pro capite nei Paesi EU-Big5 (euro PPP), 2013. A destra: Gap di spesa sanitaria pubblica pro capite dell'Italia nei confronti degli altri EU-Big 5 (percentuale), 2013 - Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2015

Ipotizzando che il rapporto fra PIL e spesa sanitaria pubblica rimanga costante in tutti e 5 i Paesi e considerando le stime di crescita reale del PIL – contenute nel rapporto di ottobre 2015 del *World Economic Outlook* del Fondo Monetario Internazionale – è possibile stimare la spesa sanitaria pubblica pro capite nel 2020.

Data la crescita del PIL italiano, più debole rispetto agli altri Paesi, se il rapporto tra spesa e PIL rimanesse costante, non solo si confermerebbe il *gap* fra l'Italia e gli altri Paesi EU-Big5, ma si verificherebbe un ulteriore ampliamento del divario. Infatti, nel 2020 la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia sarebbe pari a 1.879 euro a parità di potere d'acquisto: un dato inferiore del 61% rispetto alla Germania, del 43% rispetto alla Francia, del 32% rispetto alla media europea e del 24% rispetto al Regno Unito.

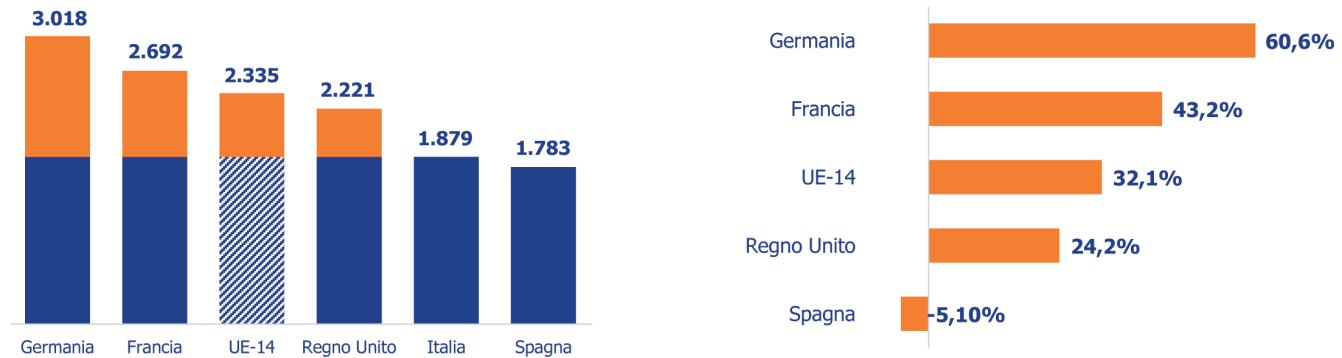


Figura 6. A sinistra: Spesa sanitaria pubblica pro capite nei Paesi EU-Big5 (euro PPP), 2020. A destra: Gap di spesa sanitaria pubblica pro capite dell'Italia nei confronti degli altri EU-Big 5 (percentuale), 2020 - Fonte: stime The European House - Ambrosetti su dati OECD e IMF, 2015

Un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL costante fino al 2020 implicherebbe una spesa sanitaria pubblica complessiva che dai 109,66 miliardi di euro del 2013 passerebbe a 116,45 miliardi di euro nel 2020, un aumento di 6,8 miliardi di euro in 7 anni.

Nel caso in cui l'Italia volesse allinearsi alla media europea al 2020 (incidenza della spesa sanitaria su PIL pari a 7,9%) dovrebbe raggiungere un livello di spesa sanitaria al 2020 pari a 129,58 miliardi di euro, ben 20 miliardi in più rispetto ai livelli attuali.

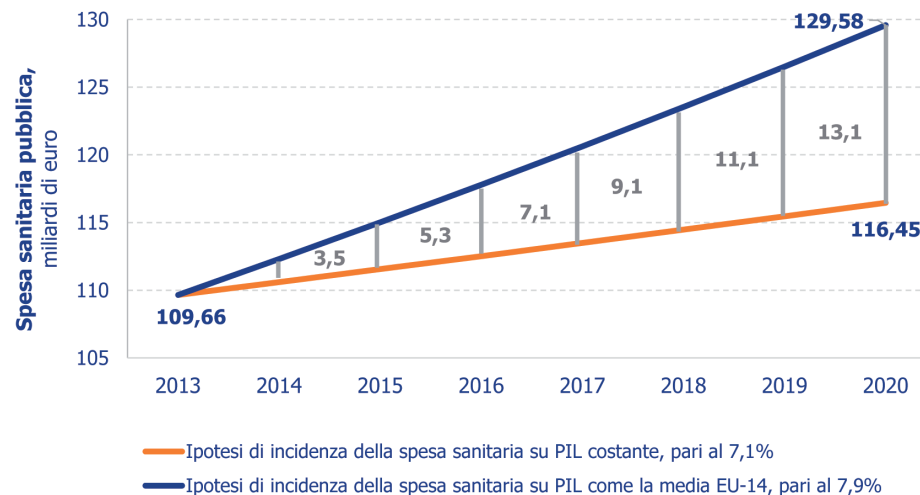


Figura 7. Andamento della spesa sanitaria pubblica in due ipotesi di scenario (miliardi di euro), 2013-2020

Fonte: stime The European House – Ambrosetti su dati OECD e IMF, 2015

Già nel 1990 i Paesi presentavano livelli di spesa molto differenti. La Germania risultava già caratterizzata dalla spesa maggiore con 1.357 dollari PPP, seguita da Francia (1.104 dollari PPP), Italia (1.077 dollari PPP), Regno Unito (784 dollari PPP) e Spagna (685 dollari PPP).

Dal 1990 al 2013 la spesa pur in crescita in tutti i Paesi mostra dinamiche differenti. In particolare, negli ultimi 5 anni, il periodo della crisi economica, la spesa sanitaria è cresciuta costantemente solo in Francia e Germania. Nel Regno Unito e in Spagna, si è registrato un calo della spesa solo tra il 2009 e il 2011. L'Italia invece dal 2009 ha mantenuto un livello di spesa stabile nel tempo.

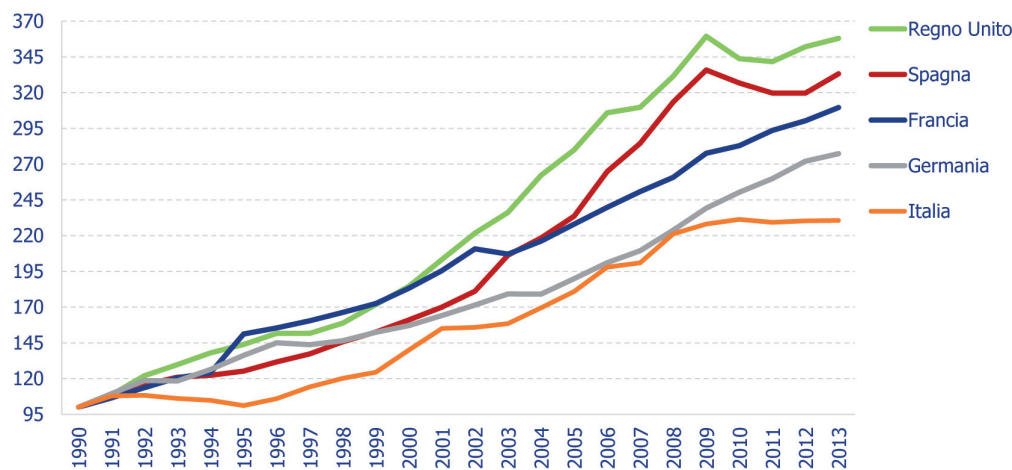


Figura 8. Spesa sanitaria pubblica negli EU-Big 5 (1990=100), 1990-2013 - Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2015

Restringendo il periodo di osservazione dal 2000 ad oggi, emerge come la spesa sanitaria pubblica sia cresciuta in tutti i Paesi dal 2000 al 2007 con tassi annui di crescita superiori al 4%. La crescita più sostenuta è stata registrata in Irlanda e Paesi Bassi.

Una situazione diversa emerge se si considera il periodo della crisi economico-finanziaria: sebbene la spesa sanitaria pubblica pro capite sia cresciuta in Europa ad un tasso annuo pari al 2,2%, ben 4 Paesi, Grecia, Portogallo, Spagna e Irlanda hanno registrato una riduzione della spesa, nel caso dell'Irlanda pari quasi al 2% annuo.

Italia e Portogallo sono stati invece gli unici due Paesi che hanno visto crescere la propria spesa sanitaria pubblica a ritmi inferiori rispetto alla media europea in entrambi i periodi di osservazione. Paesi Bassi e Finlandia, al contrario, hanno assistito ad una crescita della propria spesa a ritmi superiori rispetto alla media europea in entrambi i periodi di osservazione.

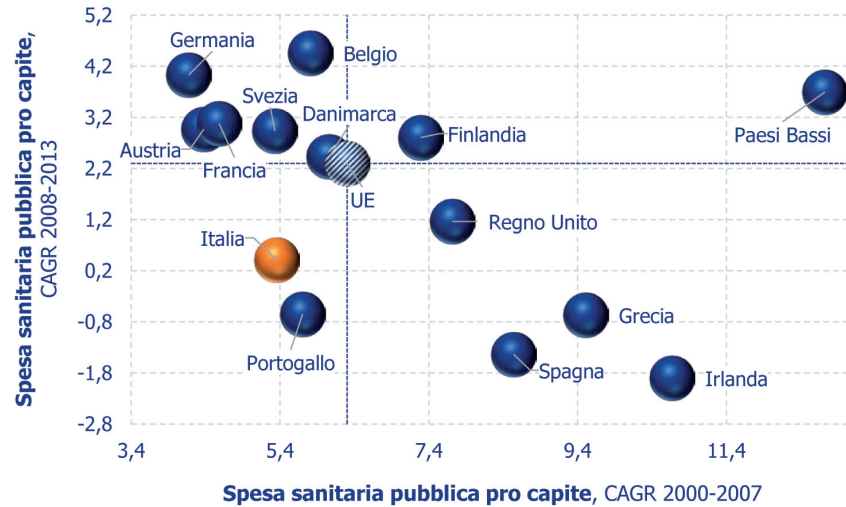


Figura 9. Spesa sanitaria pubblica nei Paesi UE-14, tasso medio annuo di crescita nei periodi 2000-2007 e 2008-2013

Fonte: The European House - Ambrosetti su dati OECD Health, 2015

Considerando la componente privata della spesa sanitaria, l'Europa nel 2013 ha registrato una spesa sanitaria pro capite pari a 658 euro. In Irlanda è stato registrato il più alto livello di spesa sanitaria privata pro capite (942 euro) davanti ad Austria (892 euro) e Germania (840 euro). Il Regno Unito, caratterizzato dal livello di spesa più basso, è l'unico Paese a scendere sotto il livello dei 500 euro.

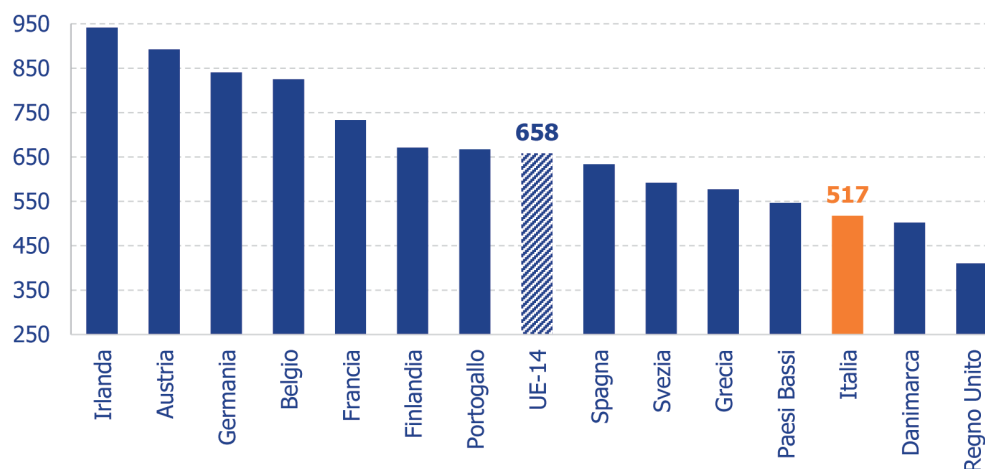


Figura 10. Spesa sanitaria privata pro capite nei Paesi UE-15, 2013 (euro PPP) - Fonte: The European House - Ambrosetti su dati OECD Health, 2015

Analizzando la spesa sanitaria privata negli EU-Big 5 emerge una composizione diversificata della stessa. Ad esempio in Francia la spesa sanitaria privata intermediata dalle forme di sanità integrativa rappresenta ben il 67% della spesa privata, equivalente a 492 euro. Quote significative di spesa privata intermediata pari a circa il 40% del totale, si registrano anche in Germania e Regno Unito. L'Italia è l'unico Paese in cui la spesa privata intermediata rappresenta meno del 20% della spesa sanitaria privata.

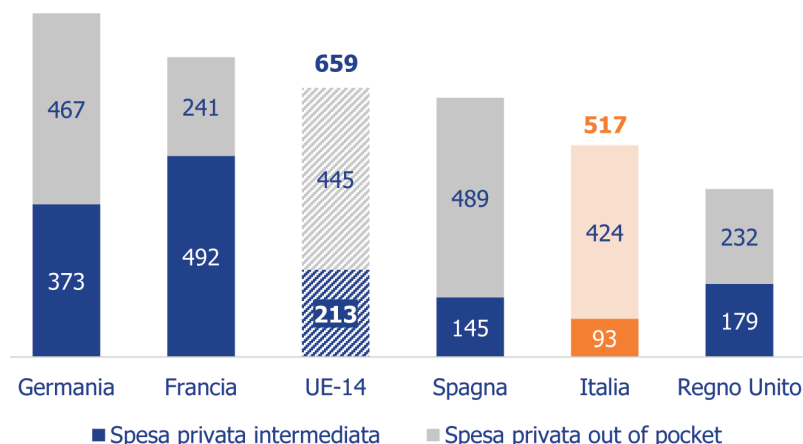


Figura 11. Composizione della spesa sanitaria privata pro capite negli EU-Big 5 (euro), 2013

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD Health, 2015

La spesa sanitaria privata in Europa è in continua crescita dal 2000, anche se con velocità differenti a seconda che si consideri il periodo precedente la crisi (2000-2007) o il periodo della crisi (2008-2013). Irlanda, Germania, Belgio e Svezia sono gli unici Paesi a registrare una crescita della spesa sanitaria privata superiore alla media europea in entrambi i periodi. La Grecia è invece il Paese ad aver registrato la crescita maggiore nel periodo antecedente la crisi e la decrescita più sostenuta negli anni della crisi, quando il calo della ricchezza delle famiglie ha posto un freno ai consumi, compresi quelli in sanità.

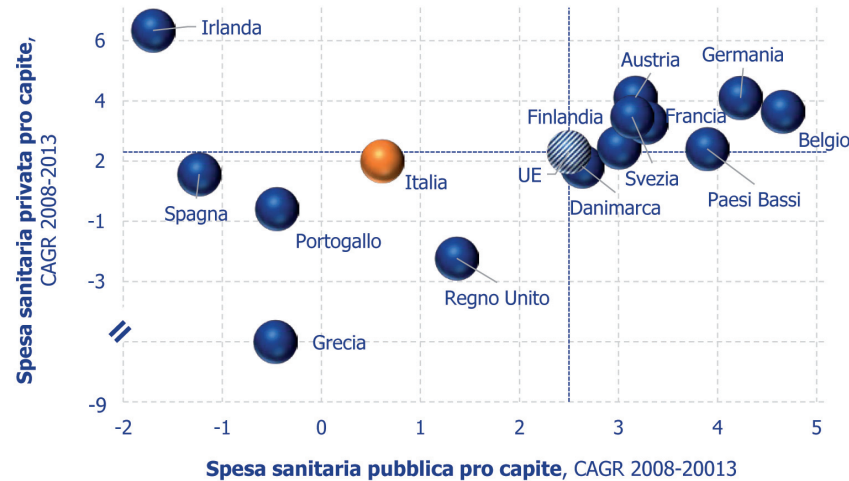


Figura 12. Spesa sanitaria privata nei Paesi UE-14, tasso medio annuo di crescita nei periodi 2000-2007 e 2008-2013

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD Health, 2015

Dall'analisi emerge come l'Italia abbia tenuto sotto controllo la spesa sanitaria registrando oggi uno dei livelli di spesa più bassi, e nel tempo tassi di crescita per entrambe le componenti di spesa più bassi della media europea.

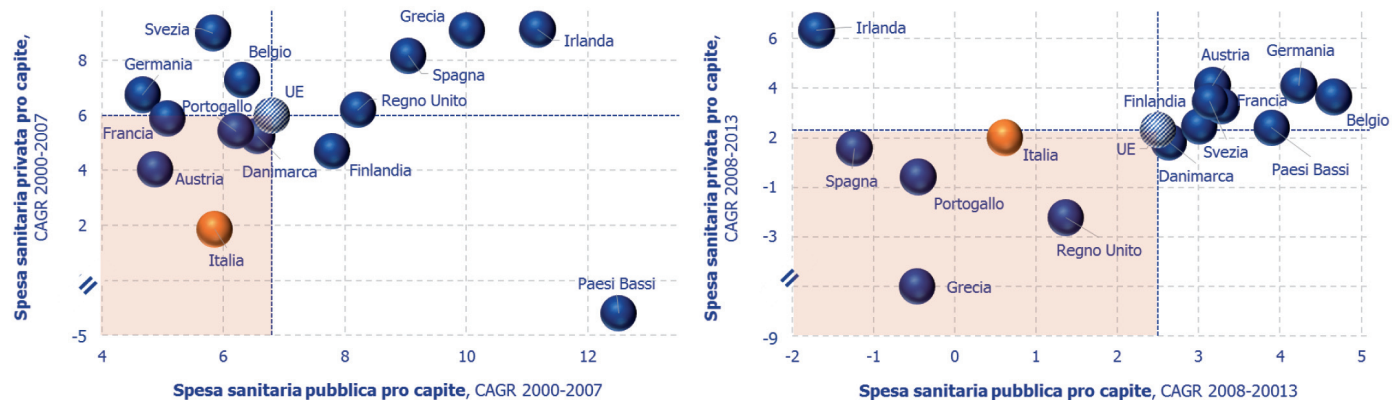


Figura 13. A sinistra: Spesa sanitaria pubblica e privata pro capite, tassi di crescita annui nel periodo antecedente la crisi (2000-2007). A destra: Spesa sanitaria pubblica e privata pro capite, tassi di crescita annui nel periodo della crisi (2008-2013) - Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati OECD Health, 2015

Livelli di spesa già oggi sottodimensionati, se ulteriormente ridotti, potrebbero compromettere la qualità dell'intero sistema sanitario con importanti ripercussioni sulla salute dei cittadini.

3.2 IL MERIDIANO SANITÀ INDEX

Misurare le *performance* di un sistema sanitario è un fenomeno complesso in virtù della molteplicità di aspetti che vanno considerati e valutati. La misurazione delle *performance* permette di capire se un sistema sanitario produce livelli di salute migliori di un altro o se un sistema, a parità di risultati, assorbe meno risorse di un altro.

Come visto nel paragrafo precedente, dal punto di vista della sostenibilità, l'Italia è tra i Paesi più virtuosi in Europa grazie ai livelli di spesa – pubblica e privata – nettamente inferiori rispetto a quelli di altri Paesi, con tassi di crescita contenuti sia nel periodo antecedente la crisi che durante la crisi stessa. Va però compreso se il razionamento della spesa pubblica sanitaria abbia avuto implicazioni sulla capacità del Paese di erogare un'offerta sanitaria di qualità.

Il Meridiano Sanità Index, ideato da Meridiano Sanità lo scorso anno, ha l'obiettivo di fornire una valutazione multidimensionale delle *performance* del sistema sanitario nazionale, attraverso un confronto con gli altri principali Paesi europei.

L'obiettivo è quello di identificare le aree di debolezza del nostro sistema sanitario basandosi sul confronto con altre esperienze europee, in modo da potersi concentrare sulle azioni di miglioramento necessarie. D'altro canto è importante anche riconoscere le aree di eccellenza del nostro sistema rispetto agli altri e occorre continuare a presidiarle con impegno e risorse adeguate, per garantire la sostenibilità del SSN.

L'index è un indice sintetico di misurazione delle *performance* dei sistemi sanitari basato su un numero contenuto di indicatori, rappresentativi degli aspetti chiave che riguardano i sistemi sanitari e selezionati anche in funzione della confrontabilità e disponibilità di dati per i principali Paesi europei³.

L'Italia è stata messa a confronto con i Paesi EU-14⁴ in 4 aree:

- A. Stato di salute della popolazione
- B. Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute
- C. Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria
- D. Qualità dell'offerta sanitaria e *responsiveness* del sistema.

Ciascuna area è stata analizzata attraverso 5 KPI, per un totale di 20 KPI.

Il valore assunto da ogni Paese in ciascuno dei 20 KPI è stato trasformato in un punteggio compreso tra 1 e 10, operazione necessaria in quanto gli indicatori hanno unità di misura diverse. Il punteggio di ciascuna area è stato poi calcolato come media dei 5 KPI che la compongono, mentre l'indice finale è stato calcolato come media dei punteggi delle singole 4 aree.

3.2.1 Stato di salute della popolazione

La prima area valuta i risultati del sistema sanitario in termini di salute della popolazione attraverso l'analisi di indicatori di speranza di vita, mortalità e fattori di rischio per la salute.

³ Sono state utilizzate soprattutto le banche dati pubbliche messe a disposizione da OECD, OMS e Eurostat.

⁴ Dal confronto è stato escluso il Lussemburgo in virtù della sua dimensione e della particolare struttura economica.

Gli indicatori monitorati sono:

- Aspettativa di vita in buona salute, che misura il numero di anni di vita in buona salute alla nascita, dove la buona salute è definita come l'assenza di limitazioni e disabilità.
- Tasso di mortalità infantile, che indica il numero di bambini morti nel primo anno di vita per 10.000 bambini nati vivi nello stesso anno.
- Tasso di mortalità standardizzato per età, per quantificare il fenomeno della mortalità al netto dell'età, che può avere un effetto distortivo.
- Fattori di rischio per la salute dei bambini, indice composito costruito aggregando i dati sul fumo, sul consumo di verdura, sulla percentuale di persone in sovrappeso e sullo svolgimento di attività fisica per la popolazione di età inferiore ai 15 anni.
- Fattori di rischio per la salute degli adulti, indice composito costruito aggregando i dati sul fumo, sul consumo di alcool e di verdura, sulla percentuale di persone in sovrappeso e sullo svolgimento di attività fisica per la popolazione di età superiore ai 15 anni.

| STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE | Impatto | Fonte |
|---|----------------|--------------|
| Aspettativa di vita in buona salute | (+) | Eurostat |
| Tasso di mortalità infantile | (-) | OCSE |
| Tasso di mortalità standardizzato per età | (-) | Eurostat |
| Fattori di rischio per la salute dei bambini | (-) | OCSE e OMS |
| Fattori di rischio per la salute degli adulti | (-) | OCSE e OMS |

Figura 14. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Stato di salute della popolazione" - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

Con riferimento all'aspettativa di vita in buona salute l'Irlanda nel 2013 ha registrato il risultato migliore, con una aspettativa di vita in buona salute pari a 66,9 anni, seguita dalla Svezia (66,5 anni). All'ultimo posto dei Paesi considerati, come lo scorso anno si trovano invece Finlandia (56,2 anni) e Germania (57,4 anni), con un'aspettativa di vita in buona salute in diminuzione. L'Italia con un'aspettativa di vita in buona salute pari a 61,4 anni (era pari a 61,8 nel 2012) si colloca al di sotto della media europea pari a 62 anni.

Sono stati poi considerati i tassi di mortalità infantile e degli adulti, standardizzati per età. Nel caso della mortalità infantile i Paesi che ottengono le *performance* migliori sono Finlandia con 1,8 morti per 1.000 bambini nati vivi, Spagna e Svezia, entrambi con 2,7 per 1.000. Regno Unito e Paesi Bassi registrano i risultati peggiori con 3,8 morti per 1.000 bambini nati vivi. L'Italia ottiene un risultato migliore della media europea (2,9 vs. 3,2 per 1.000).

Per quanto riguarda invece la mortalità adulta, Francia, Spagna e Italia fanno registrare i dati migliori in Europa con 889, 898 e 923 decessi per 100 mila abitanti rispettivamente. Per tutti e 3 i Paesi il tasso di mortalità standardizzato per età è leggermente superiore a quello registrato lo scorso anno. Il Paese con la mortalità maggiore, come lo scorso anno è la Danimarca con 1.088 decessi per 100 mila abitanti, in diminuzione rispetto al 2012.

Gli ultimi due indicatori sono stati creati come sintesi di diversi indicatori OECD e OMS che misurano i fattori di rischio per la salute (in particolare per la malattie croniche), sia per i bambini che per gli adulti: consumo di alcol, fumo, consumo di frutta e di verdura, attività fisica, sovrappeso e obesità. Mediando tutte queste grandezze, il Paese più attento alla prevenzione dei fattori di rischio dei bambini è il Belgio seguito a brevissima distanza dall'Irlanda: i 2 Paesi confermano entrambi l'ottima *performance* conseguita lo scorso anno ma si scambiano la posizione. L'Italia si posiziona terzultima, soprattutto a causa del più basso livello di attività fisica svolta dai bambini e dei dati preoccupanti in tema di sovrappeso e obesità infantile. Il Paese precede solo Austria e Finlandia.

Guardando invece ai fattori di rischio per gli adulti, il nostro Paese realizza una *performance* molto buona, rimanendo, come lo scorso anno, alle spalle solo della Svezia. L'Italia in particolare vanta il tasso di sovrappeso e obesità più basso in Europa tra gli adulti e il minor consumo di alcool. Il Portogallo registra invece la *performance* peggiore.

La figura 15 illustra il punteggio medio dei Paesi europei nell'area "Stato di salute della popolazione": al primo posto si trova la Svezia, seguita da Irlanda e Spagna. Regno Unito, Italia e Francia sono tutti a pari merito con un punteggio pari a 6,1. La Germania risulta ultima con un punteggio pari a 3,7.

Il nostro Paese perde quindi una posizione rispetto allo scorso anno ma ottiene comunque risultati migliori della media europea. La Grecia invece è il Paese che ha peggiorato più significativamente la propria *performance*, passando dal nono al tredicesimo posto: non vi è dubbio che la dura crisi economica che sta attraversando il Paese abbia avuto effetti sullo stato di salute della popolazione.

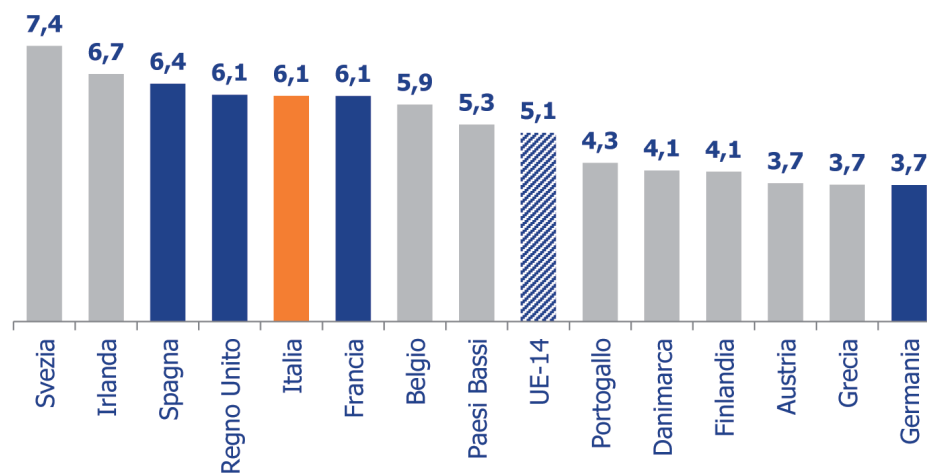


Figura 15. Sintesi dell'area "Stato di salute della popolazione" (punteggio 1-10) - Fonte: The European House - Ambrosetti, 2015

Il posizionamento relativo dell'Italia nei 5 KPI che compongono questo indice è rappresentato in figura 16: in arancione è indicato il punteggio dell'Italia, in blu il punteggio medio dei Paesi europei.

L'Italia si posiziona molto meglio della media se osserviamo i tassi di mortalità e l'indice dei fattori di rischio per gli adulti.

L'area più critica è rappresentata dall'indice dei fattori di rischio per i bambini che suggerisce la necessità di investire maggiormente in prevenzione degli stili di vita e abitudini alimentari e comportamentali dei più giovani, per non compromettere lo stato di salute della popolazione nei prossimi anni.

Il dato sull'aspettativa di vita in buona salute, anche se di poco inferiore rispetto alla media europea preoccupa molto perché in costante diminuzione negli ultimi anni.

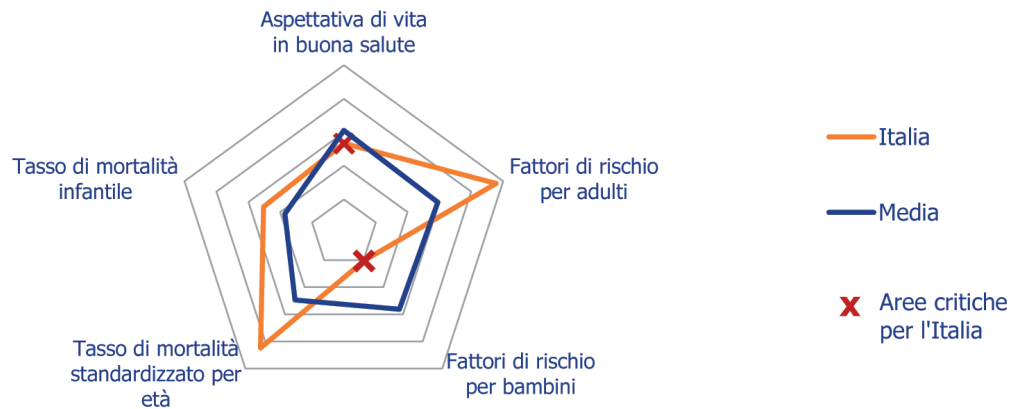


Figura 16. Posizionamento dell'Italia nei KPI dell'area "Stato di salute della popolazione" - Fonte: The European House - Ambrosetti, 2015

3.2.2 Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute

La seconda area analizzata si propone di valutare come i sistemi sanitari si siano organizzati per rispondere a 3 grandi sfide: la prevenzione, la gestione dei pazienti anziani sul territorio e la possibilità di offrire ai cittadini nuove soluzioni terapeutiche. Sono stati pertanto selezionati 5 KPI che rappresentano delle buone *proxy* di tali aspetti, in verità molto più complessi e articolati (figura 17).

Gli indicatori monitorati sono:

- Tasso di copertura dei programmi di vaccinazione infantile, con riferimento ai vaccini per differite, tetano e pertosse e per morbillo.
- Tasso di copertura dei programmi di vaccinazione per gli anziani, con riferimento al vaccino antinfluenzale.
- Tasso di copertura degli *screening*, con riferimento ai programmi di *screening* a seno e utero.
- Posti letto per *long-term care*, indicatore utilizzato per valutare come il sistema sanitario sta affrontando la sfida dell'invecchiamento della popolazione.
- Accesso all'innovazione farmaceutica da parte dei cittadini, misurata attraverso il consumo di alcuni farmaci innovativi⁵.

⁵ Dati ricavati da un'analisi EFPIA, che considera nuovi farmaci antidiabetici, farmaci anticoagulanti e terapie per il contrasto della degenerazione maculare legata all'età.

| CAPACITÀ DI RISPOSTA AI BISOGNI DI SALUTE | Impatto | Fonte |
|--|----------------|--------------|
| Tasso di copertura dei programmi di vaccinazione infantile | (+) | OCSE |
| Tasso di copertura dei programmi di vaccinazione per anziani | (+) | OCSE |
| Tasso di copertura degli <i>screening</i> | (+) | OCSE |
| Posti letto in RSA | (+) | OCSE |
| Accesso all'innovazione farmaceutica | (+) | EFPIA |

Figura 17. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute" - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

Per quanto riguarda il primo KPI, che valuta i programmi di vaccinazione infantile, la Grecia realizza la *performance* migliore, con il 99% di copertura per entrambi i vaccini considerati (Difterite, tetano e pertosse e Morbillo), seguita dalla Finlandia. L'Italia risulta invece piuttosto in ritardo: la copertura sul morbillo, pari al 90%, colloca il Paese davanti solo a Francia e Danimarca, entrambe con una copertura pari all'89%.

Il Regno Unito è invece il Paese in cui è più alta la copertura per la vaccinazione antinfluenzale agli over 65 (75% e in aumento rispetto all'anno precedente). In questo caso l'Italia ottiene un risultato superiore alla media europea (54% vs. 53%), anche se in netto calo rispetto agli anni precedenti. Del problema dei bassi tassi di copertura vaccinale a livello nazionale e regionale si discuterà nei capitoli 5 e 6 di questo Rapporto.

L'area della prevenzione è stata valutata anche con l'indicatore relativo al tasso di copertura degli *screening*⁶ per tumore al seno e all'utero. Svezia e Austria ottengono i migliori risultati, seguiti dal Regno Unito. Germania e Grecia ottengono invece i risultati peggiori. L'Italia registra una *performance* inferiore alla media europea soltanto per i programmi di *screening* al seno (70% vs. una media europea pari al 74%).

Il numero di posti letto per *long-term care* in residenze sanitarie per anziani vede Belgio e Svezia, rispettivamente con 72,1 e 70,6 posti letto per 1.000 abitanti over 65, come i Paesi con la maggiore disponibilità di posti letto. Per questo indicatore l'Italia si colloca all'ultimo posto in Europa con un dato di appena 18,9 posti letto, in leggero aumento rispetto alla rilevazione dell'anno precedente (17,8 posti letto per 1.000 abitanti over 65).

Sul fronte dell'accesso all'innovazione farmaceutica, Danimarca e Germania sono i Paesi europei in cui si fa maggior uso di farmaci innovativi. L'Italia invece al contrario registra la *performance* peggiore tra i Paesi UE-14, preceduta dai Paesi Bassi. Il nostro Paese, oltre a registrare tempi più lunghi per l'accesso ai nuovi farmaci, registra anche una minore penetrazione dei farmaci innovativi sul territorio.

⁶ Si tratta dell'estensione dei programmi di *screening* offerti dal sistema sanitario, al quale si aggiungono gli *screening* spontanei svolti privatamente.

In figura 18 è rappresentato il punteggio medio ottenuto dai Paesi europei nell'area "Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute". Purtroppo il nostro Paese si posiziona all'ultimo posto del *ranking*, ben al di sotto della media europea. I Paesi del Nord Europa, Paesi Bassi, Belgio e Finlandia, registrano i risultati migliori, seguiti da Regno Unito, Germania e Francia.

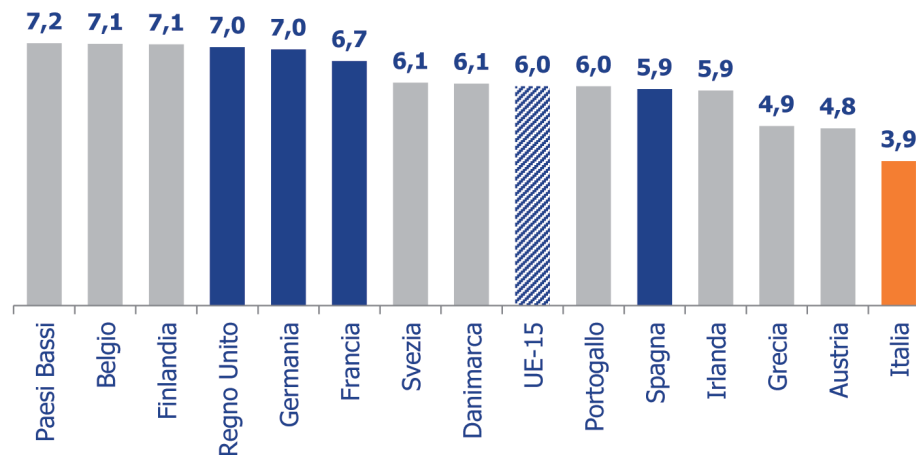


Figura 18. Sintesi dell'area "Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute" (punteggio 1-10) - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

Il posizionamento relativo dell'Italia in quest'area del Meridiano Sanità Index appare piuttosto preoccupante. Tutti i KPI analizzati ad eccezione del tasso di copertura dei programmi di vaccinazione antinfluenzale posizionano il nostro Paese ben al di sotto della media europea. Particolarmente evidenti appaiono i ritardi nell'accesso all'innovazione farmaceutica, nella prevenzione vaccinale per i bambini e nella gestione delle cronicità sul territorio (posti letto per *long-term care*). La *performance* ben superiore alla media ottenuta lo scorso anno sulla copertura dei programmi di vaccinazione antinfluenzale per gli anziani non è stata confermata in questa edizione dell'Index: se anche l'anno prossimo il trend di riduzione della copertura dovesse riconfermarsi il Paese rischia di ottenere risultati inferiori alla media europea per tutti i KPI analizzati.

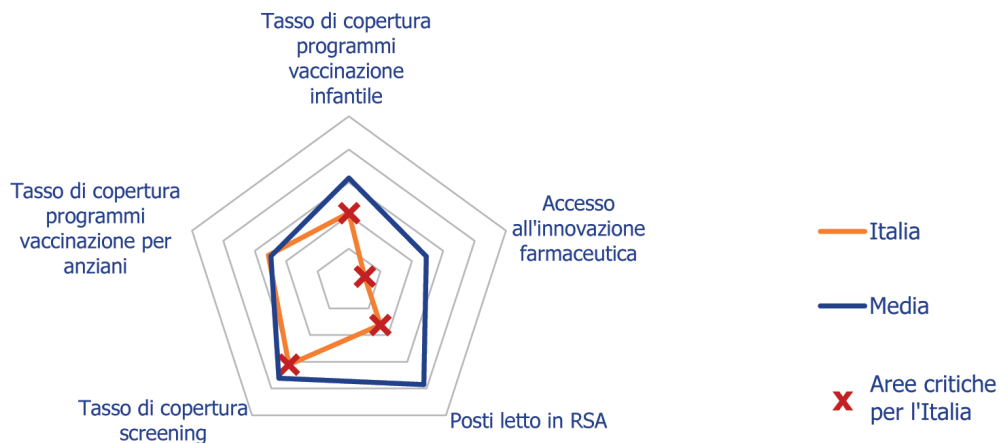


Figura 19. Posizionamento dell'Italia nei KPI dell'area "Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute" - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

3.2.3 Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria

La terza area che compone il Meridiano Sanità Index valuta il livello di efficienza e di appropriatezza dei servizi erogati dal sistema. A tal fine sono stati utilizzati indicatori di appropriatezza dei ricoveri, che rappresentano anche delle *proxy* dell'efficienza organizzativa delle cure territoriali (che dovrebbero far fronte alla prevenzione e gestione delle cronicità evitando le complicanze che generano i ricoveri), un indicatore di efficienza gestionale e infine, con riferimento ai farmaci, un indicatore di appropriatezza prescrittiva ed efficienza della spesa.

I KPI considerati sono:

- Ricoveri e prestazioni evitabili, indicatore misurato attraverso il tasso di ospedalizzazione per BPCO e diabete senza complicanze e la percentuale di parti cesarei; si tratta di un indicatore di appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni.
- Durata media del ricovero per infarto acuto del miocardio, secondo indicatore di appropriatezza dei ricoveri.
- Dotazione di apparecchiature diagnostiche, misurato come il numero di tomografi computerizzati e a risonanza magnetica per milione di abitanti; si tratta di un indicatore di efficienza gestionale volto a valutare se la dotazione di apparecchiature è appropriata rispetto al numero di abitanti.
- Consumo di antibiotici pro capite, misurato come il volume di antibiotici prescritti espresso in dosi definite giornaliere e *proxy* dell'appropriatezza prescrittiva.
- Peso del mercato farmaceutico generico, quota del mercato dei farmaci generici rispetto al valore totale del mercato farmaceutico; questo indicatore è una *proxy* dell'efficienza della spesa farmaceutica.

| EFFICIENZA/APPROPRIATEZZA DELL'OFFERTA SANITARIA | Impatto | Fonte |
|---|----------------|--------------|
| Ricoveri e prestazioni evitabili | (-) | OCSE |
| Durata media del ricovero per infarto acuto del miocardio | (-) | OCSE |
| Dotazione di apparecchiature diagnostiche | (-) | OCSE |
| Consumo di antibiotici <i>pro capite</i> | (-) | OCSE |
| Peso del mercato farmaceutico generico sul totale | (+) | EFPIA |

Figura 20. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" – Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

Le ospedalizzazioni e le prestazioni evitabili vedono i Paesi Bassi e la Francia ottenere i risultati migliori, mentre l'Austria registra la *performance* peggiore. La percentuale di parti cesarei è stata più bassa nei Paesi Bassi (15,6%) e in Belgio (20,2%). I più bassi tassi di ospedalizzazione sono stati invece registrati in Portogallo per la BPCO (71 ricoveri tra gli adulti per 100.000 abitanti) e in Italia per il diabete senza complicanze (54 ricoveri tra gli adulti per 100.000 abitanti). Il nostro Paese registra anche il secondo tasso di ospedalizzazione più basso in Europa per BPCO (90 ricoveri tra gli adulti per 100.000 abitanti) ma anche la più alta percentuale di parti cesarei (36,8%).

La Danimarca ottiene il miglior punteggio per la durata del ricovero dovuto a infarto acuto del miocardio (3,9 giorni), seguita dalla Svezia (4,7). Le ospedalizzazioni più lunghe si trovano in Germania (10,3 giorni), Finlandia (8,8) e Austria (8,1). L'Italia in questo indicatore si posiziona nella parte medio bassa del *ranking*, con una durata media delle ospedalizzazioni di 7,8 giorni nel 2012, dato leggermente più basso a quello registrato lo scorso anno (7,9 giorni).

Il Regno Unito risulta il Paese più efficiente tra i Paesi UE-14 in termini di dotazione delle apparecchiature diagnostiche con 6,2 tomografi a risonanza magnetica e 8,1 tomografi computerizzati per milione di abitanti. Grecia e Italia registrano invece un sovradimensionamento delle dotazioni di apparecchiature, indice di inefficienza gestionale e di una generale debolezza delle valutazioni di HTA e della programmazione degli investimenti. In particolare Grecia e Italia mostrano rispettivamente un numero di apparecchiature per TAC per milione di abitanti pari a 35,2 e 33,3 e un numero di apparecchiature per risonanza magnetica per milione di abitante pari a 24,3 e 24,6, entrambi in aumento rispetto allo scorso anno.

Il consumo più basso di antibiotici *pro capite* si registra nei Paesi Bassi (11,4 DDD), seguiti da Germania, Svezia e Austria (rispettivamente 14,1 e 14,3 e 14,5 DDD). La Grecia è invece il Paese con il consumo di gran lunga più elevato (35,1 DDD). L'Italia registra un consumo superiore alla media europea (27,6 DDD vs. una media europea paria 21,3 DDD) e, cosa preoccupante, in aumento nel tempo.

L'Italia è il Paese in cui i farmaci generici sono maggiormente diffusi: la quota dei generici rappresenta infatti il 41,5% del mercato farmaceutico complessivo in aumento di 4 punti percentuali rispetto allo scorso anno. Un largo consumo di questo tipo di farmaci si registra anche in Austria (36%) e Germania (34%). Dal lato opposto si trovano i Paesi Bassi, il Belgio e la Grecia, nei quali il mercato dei generici vale meno del 15% del totale.

Svezia, Paesi Bassi e Regno Unito ottengono il punteggio più alto in quest'area del Meridiano Sanità Index. L'Italia si posiziona al di sotto della media, a pari merito con Spagna e Finlandia e davanti a Irlanda e Belgio e Grecia. Quest'ultima registra una *performance* nettamente inferiore a quella degli altri Paesi.

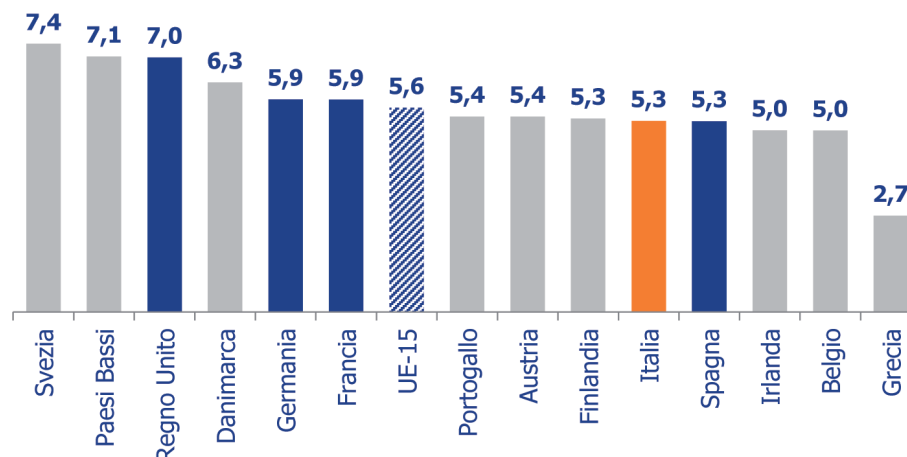


Figura 21. Sintesi dell'area "Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" (punteggio 1-10) - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

Il buon posizionamento dell'Italia in quest'area è frutto in particolare della *performance* ottenuta in tema di appropriatezza delle ospedalizzazioni e dimensione del mercato dei farmaci generici. Si registrano risultati negativi sul fronte della dotazione di apparecchiature diagnostiche, che appare largamente sovradimensionata. Inferiori alla media – e quindi meritevoli di maggiore attenzione – sono anche il consumo di antibiotici (appropriatezza prescrittiva) e la durata media dei ricoveri per infarto acuto del miocardio (efficienza del sistema ospedale-territorio).

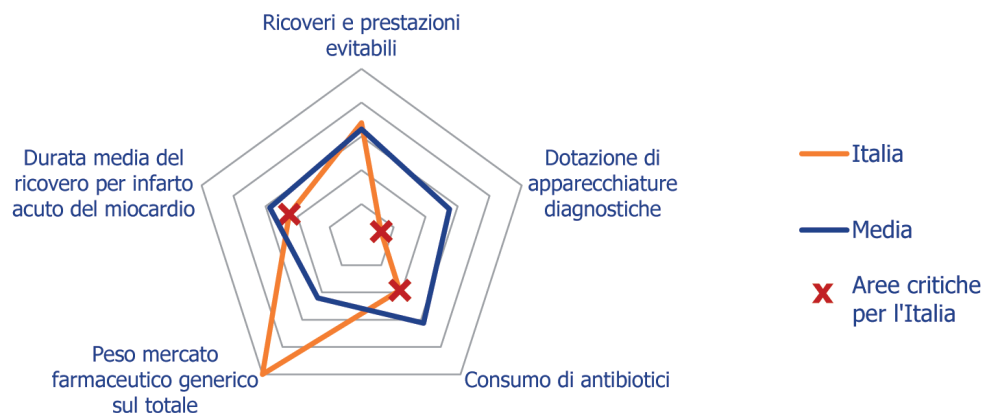


Figura 22. Posizionamento dell'Italia nei KPI dell'area "Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2014*

3.2.4 Qualità dell'offerta sanitaria e *responsiveness* del sistema

La quarta area del Meridiano Sanità Index riguarda la qualità del sistema, intesa sia come qualità degli esiti clinici (misurata ad esempio con i tassi di sopravvivenza/mortalità a seguito di gravi patologie), che come qualità percepita dagli attori del sistema per i servizi erogati e ricevuti e capacità del sistema di rispondere alle aspettative degli utenti (durata delle liste di attesa, possibilità di utilizzare sistemi elettronici per prescrizioni e prenotazioni, livello di soddisfazione generale degli utenti).

I KPI analizzati in quest'area sono:

- Durata delle liste di attesa per chirurgia elettiva.
- Tasso di sopravvivenza a 5 anni da cancro, indicatore composito costruito considerando i tassi di sopravvivenza al cancro al seno, all'utero e al colon-retto.
- Tasso di mortalità a seguito di infarto acuto del miocardio e di ictus, indicatore di qualità dell'esito clinico; la sopravvivenza di un paziente colpito da infarto acuto del miocardio o da ictus dipende dalla tempestività dall'efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero.
- Il livello di informatizzazione dei servizi sanitari, misurati attraverso la diffusione dell'eBooking, dell'ePrescription e del Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Valutazione della soddisfazione dei pazienti, utile a comprendere quanto un sistema sanitario riesca a rispondere alle aspettative dei pazienti.

| QUALITÀ DELL'OFFERTA SANITARIA E RESPONSIVENESS DEL SISTEMA | Impatto | Fonte |
|--|---------|---------------|
| Durata delle liste d'attesa per chirurgia elettiva | (-) | Patent View |
| Tasso di sopravvivenza a 5 anni da cancro | (+) | OCSE |
| Tasso di mortalità a seguito di infarto acuto del miocardio e di ictus | (-) | OCSE |
| Livello di informatizzazione dei servizi sanitari | (+) | Eurostat |
| Valutazione della soddisfazione di pazienti | (+) | Eurobarometro |

Figura 23. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Qualità dell'offerta sanitaria e *responsiveness* del sistema" - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

Il primo KPI considerato in quest'area è quello relativo alla durata delle liste di attesa per interventi chirurgici. È stato utilizzato un indice realizzato da *Patient View* che considera un paniere di diversi interventi chirurgici e mette in relazione la durata delle liste di attesa con valori soglia diversi per ciascun intervento. Il risultato vede Paesi come Belgio, Danimarca e Germania con tempi di attesa piuttosto contenuti e, al contrario, Spagna e Irlanda con tempi molto più lunghi. L'Italia si posiziona in una situazione intermedia.

La qualità delle cure può essere misurata facendo riferimento all'esito finale (morte del paziente) a seguito di una grave patologia. Il Meridiano Sanità Index ha considerato come proxy di questo aspetto il tasso di sopravvivenza standardizzato a 5 anni da cancro (realizzando una media del cancro all'utero, al seno e al colon-retto) e il tasso di mortalità a seguito di infarto acuto del miocardio e ictus. Con riferimento ai tumori, la migliore qualità clinica è ottenuta dalla Svezia, seguita a distanza dal gruppo composto da Paesi Bassi, Belgio, Finlandia e Austria. Anche l'Italia ottiene un buon punteggio in questo indicatore, grazie soprattutto al tasso di sopravvivenza da tumore dell'utero; la sopravvivenza per il tumore al seno vede il Paese in linea con la media europea, mentre quella per tumore al colon-retto vede il Paese al di sotto della media. Irlanda e Regno Unito fanno registrare invece i dati peggiori.

Per quanto riguarda le patologie cardiovascolari, il Paese che ottiene la *performance* migliore è nettamente la Danimarca, che registra la mortalità minima sia a seguito di infarto miocardico acuto che di ictus (rispettivamente 3% e 4% dei pazienti over 45 deceduti nei primi 30 giorni dopo il verificarsi dell'evento avverso). L'Italia ottiene il terzo miglior valore medio tra infarto e ictus (5,8% e 6,5% dei pazienti over 45 deceduti nei primi 30 giorni dopo il verificarsi dell'evento avverso), dopo la Svezia. Spagna, Portogallo e nuovamente il Regno Unito realizzano invece le *performance* peggiori.

L'informatizzazione della sanità rappresenta una grande opportunità per rendere più efficienti i servizi erogati, ma anche e soprattutto per aggiungere valore agli stessi, consentendo agli attori del sistema di risparmiare tempo, ridurre gli errori, migliorare la qualità dei servizi. Il KPI utilizzato valuta il livello di diffusione delle prescrizioni elettroniche (*e-prescription*) e delle prenotazioni elettroniche (*e-booking*), nonché la diffusione della cartella clinica elettronica. I Paesi più avanti in questo campo sono i Paesi del Nord Europa, Danimarca, Finlandia, Paesi Bassi e Svezia. Ad esempio in Danimarca più del 30% dei cittadini prenota online le proprie visite mediche, il 99% dei medici utilizza la rete per inviare le ricette mediche in farmacia. Più attardata l'Italia, soprattutto sull'*e-prescription* (è usata solo dal 9% dei medici) e l'*e-booking* (praticata solo dal 9% dei cittadini).

L'ultimo indicatore utilizzato in quest'area è relativo ad un'indagine svolta da Eurobarometro sulla soddisfazione dei cittadini dei Paesi europei nei confronti del proprio sistema sanitario nazionale (la domanda posta è stata: "È soddisfatto delle cure mediche che riceve nel suo Paese?"). Pur tenendo in considerazione i limiti di un indicatore basato su un sondaggio di opinione, è interessante notare come in Finlandia, Svezia e Austria la percentuale di persone che giudicano decisamente buona la qualità delle cure mediche ricevute è sopra al 70%, mentre in Paesi Irlanda, Italia e Grecia questa quota scende sotto al 50. In Grecia, dove i cittadini hanno subito forti tagli alla spesa sanitaria, la soddisfazione per le cure mediche scende al 30%.

I Paesi del Nord Europa ottengono i punteggi più elevati nell'indice che misura la qualità dell'offerta sanitaria: la Danimarca, con un punteggio pari a 8,2, precede la Finlandia, la Svezia e i Paesi Bassi. Con il punteggio più basso si trova invece l'Irlanda, preceduta da Grecia, Portogallo e Regno Unito. L'Italia, con un punteggio pari a 4,5 si posiziona al di sotto della media europea.

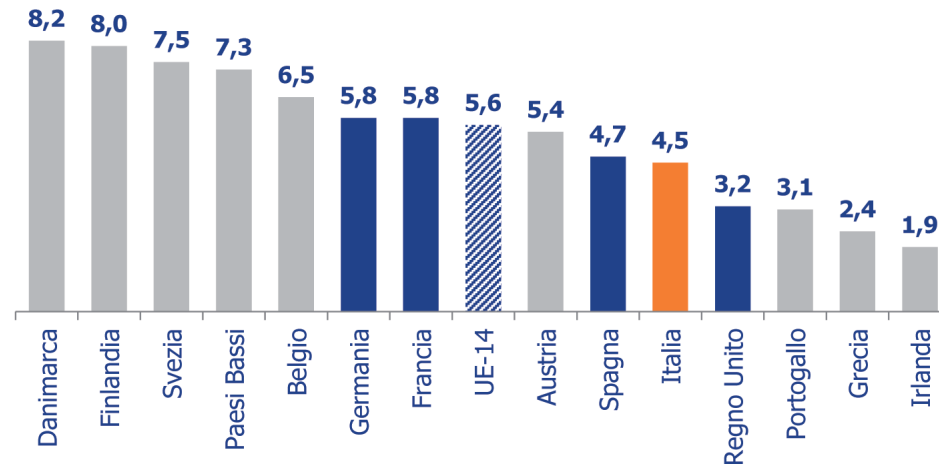


Figura 24. Sintesi dell'area "Qualità dell'offerta sanitaria e *responsiveness* del sistema" (punteggio 1-10) - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

Ancora una volta è interessante osservare il posizionamento dell'Italia rispetto alla media europea in ciascuno dei 5 KPI che determinano il punteggio dell'indice di quest'area del Meridiano Sanità Index. I due indicatori scelti come *proxy* della qualità clinica vedono il nostro Paese al di sopra della media europea, anche in modo sostanziale come nel caso della mortalità a seguito di infarto acuto del miocardio e di ictus. Le aree di criticità invece riguardano il livello di informatizzazione della sanità e la soddisfazione dei pazienti verso il sistema.

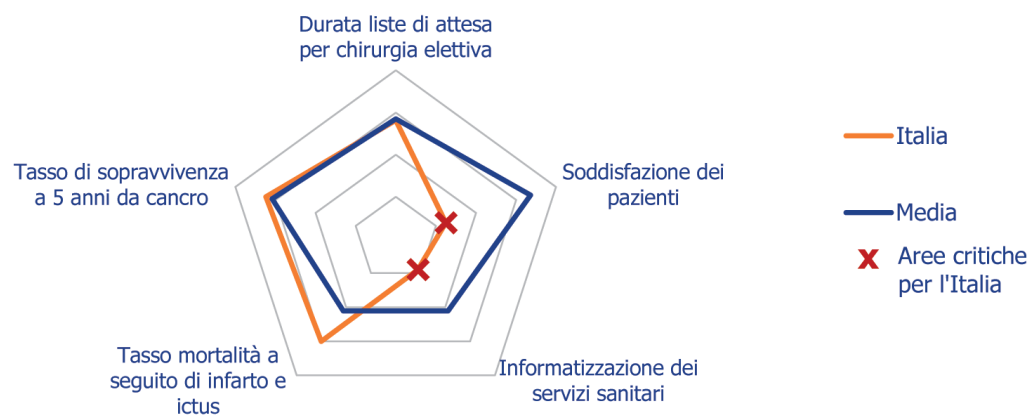


Figura 25. Posizionamento dell'Italia nei KPI dell'area "Qualità dell'offerta sanitaria e *responsiveness* del sistema" - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

3.2.5 Meridiano Sanità Index

La media dei punteggi ottenuti dai Paesi europei nei 4 sotto-indici che compongono il Meridiano Sanità Index offre una visione di insieme delle aree analizzate (figura 26).

La Svezia ottiene di gran lunga il punteggio migliore (7,1 punti), grazie alle *performance* eccellenti ottenute in 3 delle 4 aree analizzate. I Paesi Bassi seguono a distanza con un punteggio pari a 6,7. Tutti gli EU-Big 5 si collocano in un intorno della media europea con punteggi che vanno da 6,1 della Francia a 5,0 dell'Italia. nettamente peggiore di quello degli altri Paesi europei è il punteggio finale ottenuto dalla Grecia.

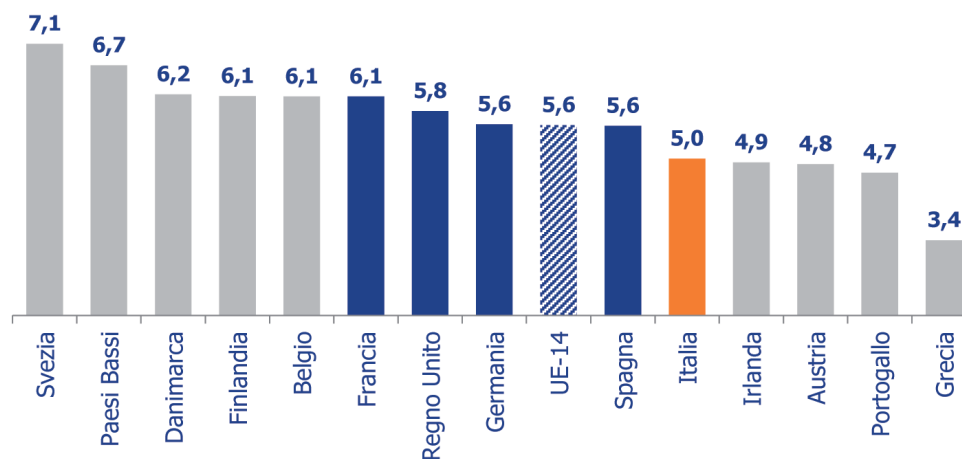


Figura 26. Posizionamento dell'Italia nel "Meridiano Sanità Index" (punteggio 1-10) - Fonte: The European House - Ambrosetti, 2015

Come si evidenzia dal grafico di sintesi finale – e come già analizzato in dettaglio nei paragrafi precedenti – la *performance* generale dell'Italia è penalizzata soprattutto dall'area "Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute" e, in misura minore, dall'area "Qualità dell'offerta sanitaria e *responsiveness* del sistema". L'area "Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" vede il Paese leggermente al di sotto della media europea.

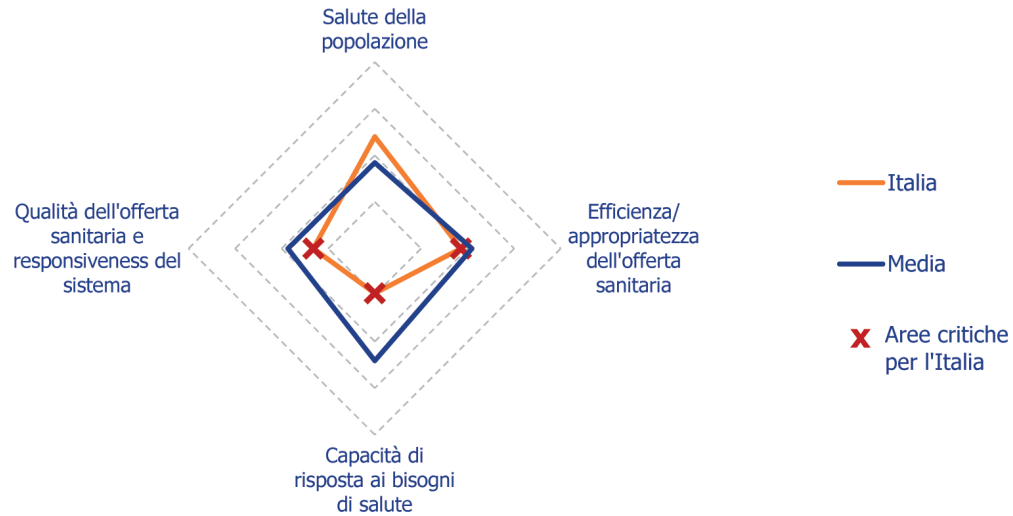


Figura 27. Posizionamento dell'Italia nelle 4 aree del Meridiano Sanità Index - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

In ciascuna delle aree analizzate, come si è detto, esistono tuttavia degli elementi di criticità sui quali è necessario intervenire con delle azioni di miglioramento. Infatti tali criticità, se non adeguatamente affrontate, rischiano di compromettere lo stato di salute futuro della popolazione.

Data la relazione positiva tra le *performance* di un sistema sanitario e il livello di spesa pubblica pro capite, appare evidente come un miglioramento delle prestazioni del sistema passi necessariamente anche attraverso un incremento delle risorse messe a disposizione del settore Salute.

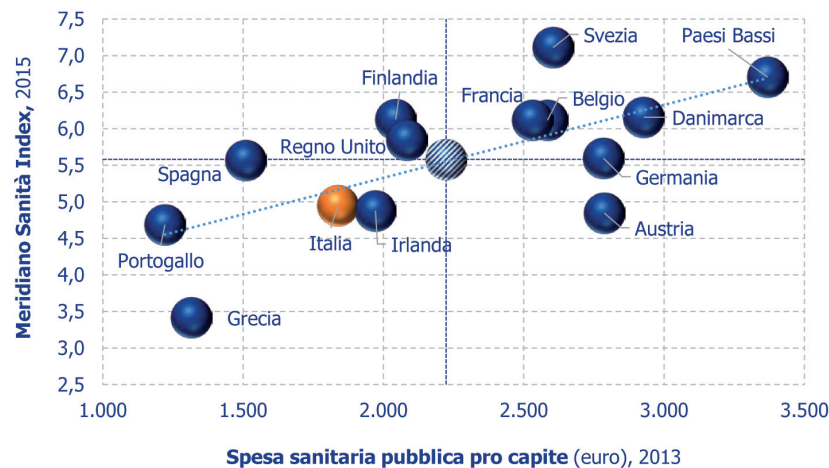


Figura 28. Relazione tra spesa sanitaria pubblica pro capite (in euro) e il punteggio ottenuto nel Meridiano Sanità Index - Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

4 LE DINAMICHE DELLA SPESA SANITARIA IN ITALIA

4.1 L'ANALISI DELLA SPESA SANITARIA ITALIANA

Dopo 2 anni di flessione, nell'ultimo anno la spesa sanitaria italiana è tornata a crescere seppure non raggiungendo ancora il livello del 2010. Nel 2014 infatti la spesa sanitaria totale in Italia è stata pari a 144 miliardi di euro, di cui 111 miliardi di euro di spesa pubblica (+0,9% rispetto al 2013) e 33 miliardi di euro di spesa privata (+3,2% rispetto al 2013).

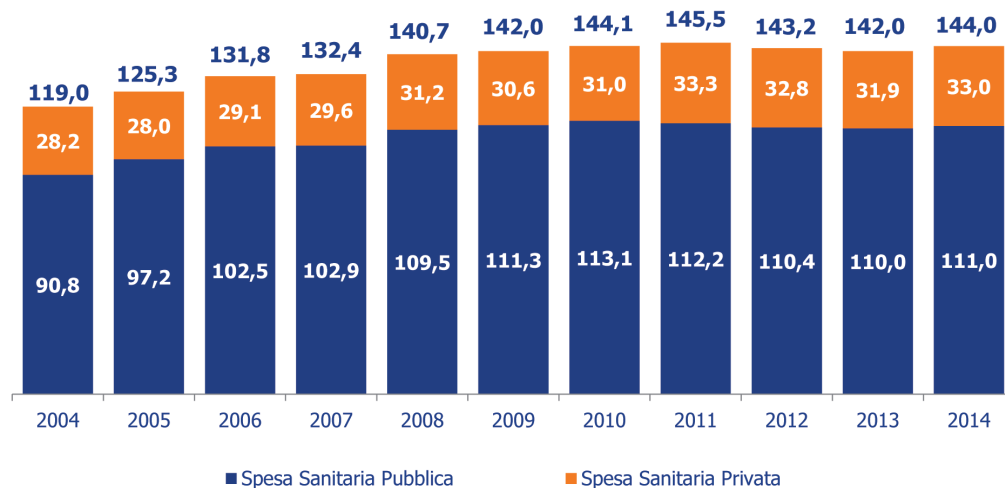


Figura 1. Spesa sanitaria pubblica e privata (in miliardi di euro), 2004-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti e Farmindustria, 2015

Negli ultimi 10 anni il contributo maggiore alla crescita della spesa sanitaria è attribuibile alla spesa sanitaria pubblica, che è aumentata ad un tasso medio annuo del 2,0% a fronte di una spesa privata che è cresciuta dell'1,6%. L'analisi mostra tuttavia un *trend* di crescita non omogeneo nel corso del decennio: è possibile infatti scomporre l'evoluzione in due periodi. Nel primo periodo – individuabile fra il 2004 e il 2009 – la spesa sanitaria pubblica è cresciuta ad un tasso medio annuo del 3,4%, mentre nel periodo fra il 2010 e il 2014 ha registrato una flessione media annua dello 0,6%. La spesa privata è cresciuta invece in tutto il decennio anche se con tassi diversi: la crescita annua è stata pari all'1,4% nel periodo 2004-2009, mentre è stata pari al 2,1% nel periodo 2010-2014.

4.1.1 La spesa sanitaria privata

La spesa sanitaria privata in Italia rappresenta il 23% della spesa sanitaria complessiva. In crescita del 3,2% rispetto allo scorso anno, nel 2014 è stata pari a 33 miliardi, riportandosi a valori vicini a quelli del 2011.

La crescita della spesa sanitaria privata negli ultimi anni, pur sostenuta, in parte è rallentata dalla situazione economica delle famiglie italiane che hanno dovuto rinunciare alle spese sanitarie: il 9,5% dei cittadini italiani infatti ha affermato di aver rinunciato a curarsi per motivi economici e di offerta. Su questo aspetto le difformità regionali sono molto evidenti: se in Trentino Alto Adige la rinuncia alle cure interessa soltanto il 3% della popolazione, in Sardegna e Calabria la percentuale sale al 15% dei cittadini.

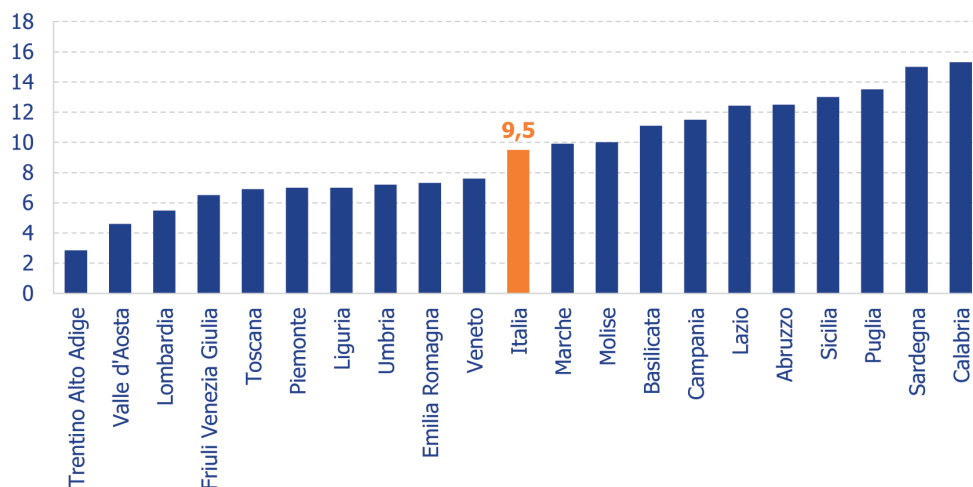


Figura 2. Persone che hanno rinunciato a spese sanitarie per motivi economici e di offerta (percentuale), 2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2015

Come già mostrato nel capitolo precedente, rispetto agli altri Paesi europei, l'Italia mostra una composizione della spesa sanitaria privata molto particolare: solo il 18% della spesa infatti risulta essere intermediata da forme di sanità integrative. All'interno della spesa *out of pocket*, la compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria sotto forma di *ticket* sui farmaci e sulle prestazioni specialistiche rappresenta l'11%.

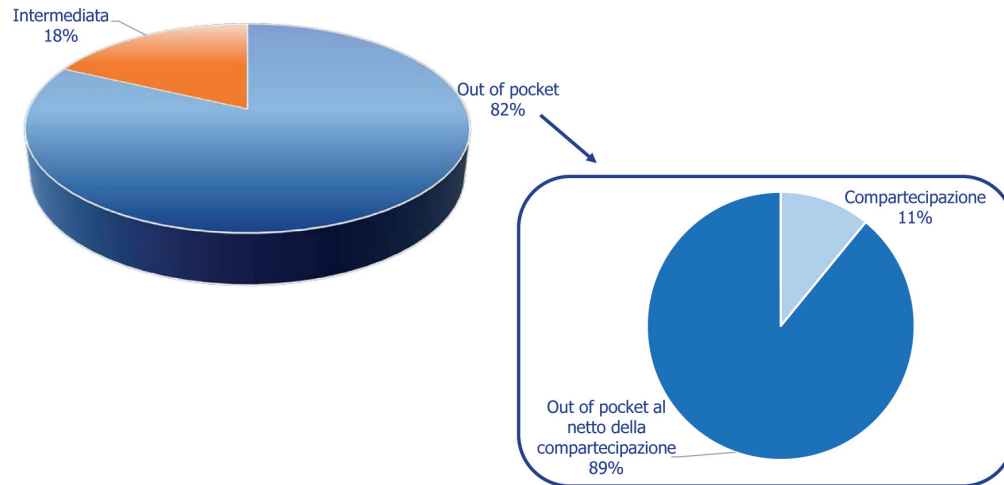


Figura 3. Composizione della spesa sanitaria privata e spesa *out of pocket*, 2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD e Corte dei Conti, 2015

Più della metà della spesa sanitaria privata *out of pocket* è rappresentata dalla spesa per farmaci (54,4%). Odontoiatria e visite specialistiche rappresentano il 23% e il 15%.

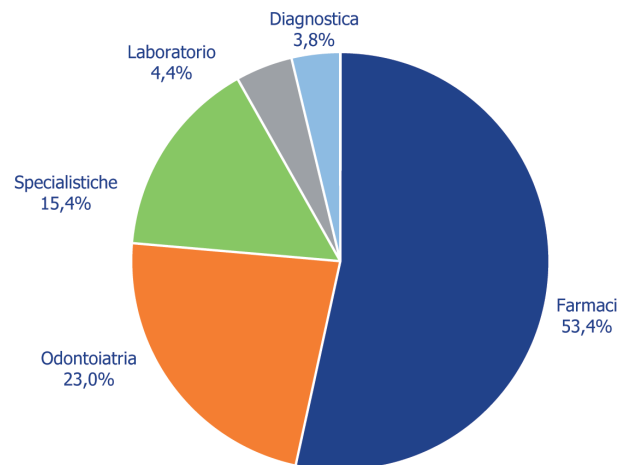


Figura 4. Composizione della spesa *out of pocket* (quota percentuale), 2012

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2015

Considerando le visite specialistiche, quelle ginecologiche - ostetriche, odontoiatriche, dietologiche, dermatologiche e oculistiche sono effettuate prevalentemente in regime di *out of pocket*.

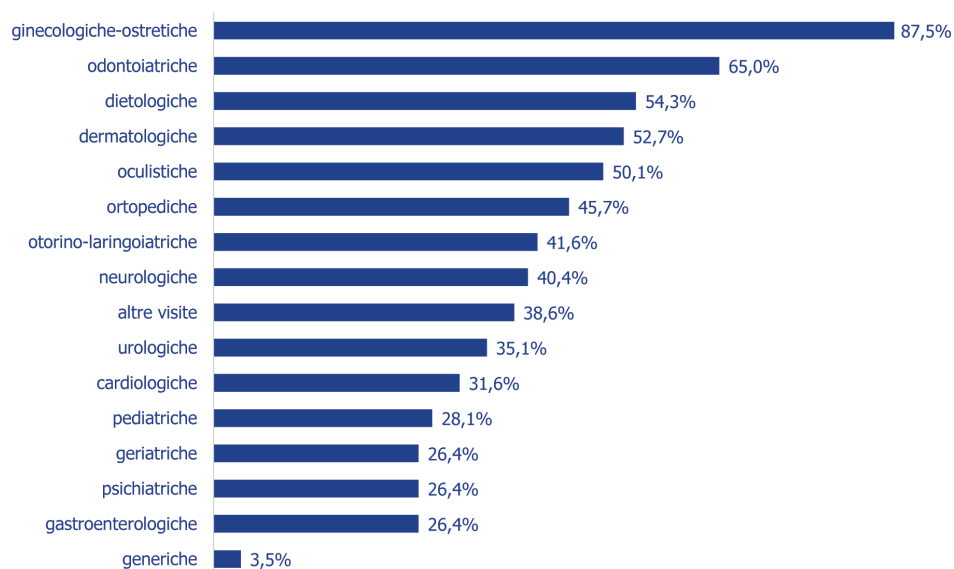


Figura 5. Percentuale *out of pocket* per tipologia di visita - Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2015

Pur ancora piuttosto ridotta in valore assoluto, la spesa sanitaria privata intermediata ha raggiunto negli ultimi due anni l'incidenza massima sulla spesa sanitaria privata. Negli ultimi 10 anni è aumentata di 6,6 punti percentuali arrivando al 18% della spesa sanitaria privata nel 2014.

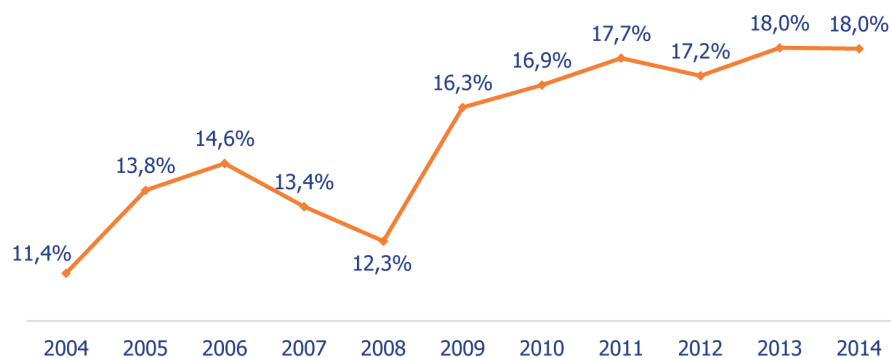


Figura 6. Quota di spesa sanitaria privata intermediata sulla spesa sanitaria privata, (percentuale), 2004-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2015

Venendo alla composizione di tale spesa, si nota come la parte maggiore in Italia sia coperta da istituzioni no-profit che con 4,6 miliardi di euro nel 2014 intermediano il 13,9% della spesa sanitaria privata. Le assicurazioni private hanno intermediato, nello stesso anno, i restanti 1,4 miliardi di euro (4,1% della spesa privata).

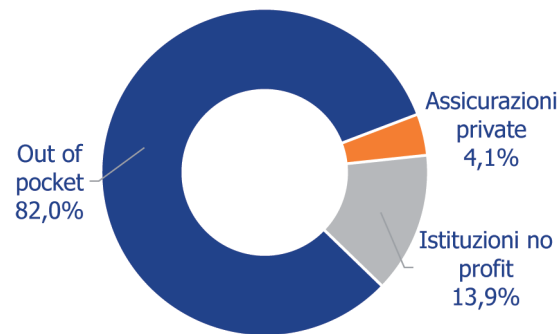


Figura 7. Composizione della spesa sanitaria privata italiana, (quota percentuale), 2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2015

I Fondi di sanità integrativa sono cresciuti negli ultimi anni sia in numero, che per numero di assistiti. In particolare, i Fondi di sanità integrativa registrati e attestati presso l'Anagrafe dei Fondi istituita presso il Ministero della Salute nel 2013 sono stati 337 con 5,8 milioni di assistiti. Il numero di Fondi attestati dal Ministero è cresciuto del 18% in 2 anni, mentre il numero di assistiti è cresciuto dell'87%.



Figura 8. Fondi di sanità integrativa in Italia e cittadini assistiti, 2011-2013

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ania, 2015

Tra le ragioni della crescente importanza dei fondi di sanità integrativa c'è anche il fatto che una quota crescente di cittadini italiani considera la sanità pubblica inadeguata a rispondere ai propri bisogni. Secondo un'indagine condotta dal CENSIS, infatti, nel 2013 il 38,5% degli italiani riteneva che la sanità della propria Regione fosse peggiorata negli ultimi 2 anni (era il 28,5% nel 2011). Una percezione confermata dai tempi di attesa: per 11 prestazioni su 16 bisogna attendere tra 1 settimana e 2 mesi in più nelle strutture pubbliche rispetto a quelle private; attese simili si registrano anche con riferimento alle analisi di laboratorio. In aggiunta in alcuni casi, come ad esempio per le analisi di laboratorio, il privato appare anche più concorrenziale rispetto alle prestazioni in intramoenia.

Sempre il Censis ha evidenziato che i fondi di sanità integrativa operano in gran parte nella sfera delle prestazioni sostitutive, mentre solo per il 22,8% tali fondi ricoprono il ruolo integrativo che avrebbero dovuto rivestire nelle intenzioni espresse dal Legislatore nel D.M. del 27 ottobre 2009, integrando le prestazioni per assistenza infermieristica, cure dentarie, interventi chirurgici odontoiatrici e fisioterapia.

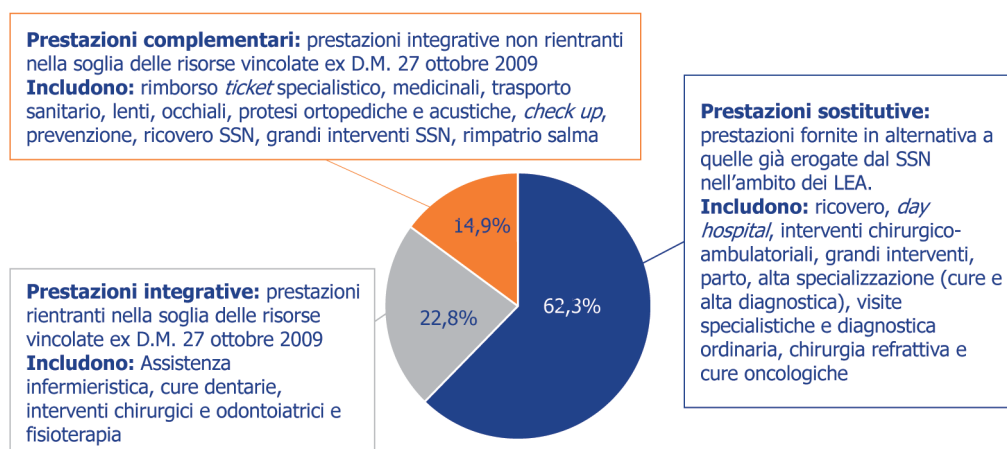


Figura 9. Classificazione delle prestazioni in macro-tipologie e ambiti prevalenti d'operatività dei FSI per importi erogati (quota percentuale), 2012

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati RBM Salute e Censis, 2014

4.1.2 La spesa sanitaria pubblica

Come visto precedentemente, nel 2014 la spesa sanitaria pubblica italiana è stata pari a 111,028 miliardi di euro¹ (+0,9% rispetto al 2013) con un'incidenza sul PIL del 6,9%.

¹ Corte dei Conti, "Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica", maggio 2015.

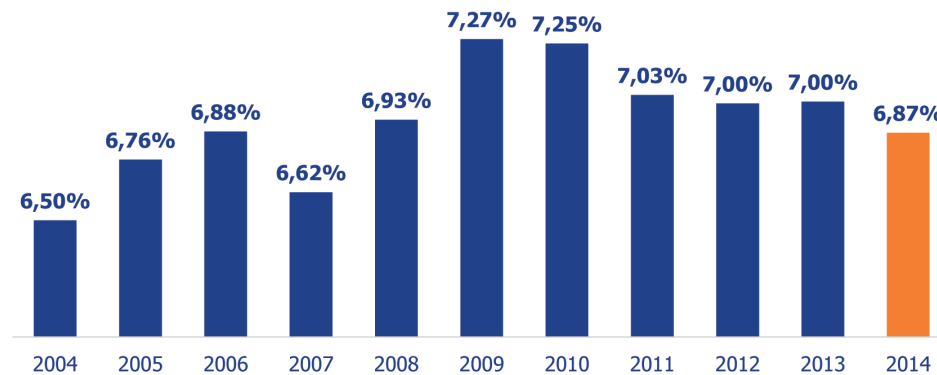


Figura 10. Andamento del rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL (in valori percentuali), 2004-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti, maggio 2015

Negli ultimi dieci anni il tasso di crescita della spesa sanitaria è rimasto mediamente superiore al tasso di crescita del PIL, che però è stato estremamente contenuto nel nostro Paese. Infatti, fra il 2004 e il 2014 il PIL nominale è cresciuto ad un tasso annuo dell'1,5%, mentre la spesa sanitaria pubblica è cresciuta ad un tasso del 2,1%. La differenza fra le due grandezze non è interamente ascrivibile alla crisi: già a partire dal 2005, infatti, la forchetta fra PIL e spesa sanitaria (considerando il 2004 come anno indice) era aumentata, registrando una flessione solo nel 2007. La crisi dei debiti sovrani ha portato nel 2009 al massimo gap tra crescita della spesa sanitaria pubblica e la crescita del PIL. Il divario dal 2010 al 2013 è rimasto sostanzialmente stabile e si è ridotto nel 2014 quando il PIL italiano è tronato a crescere con ritmi superiori alla spesa sanitaria pubblica.

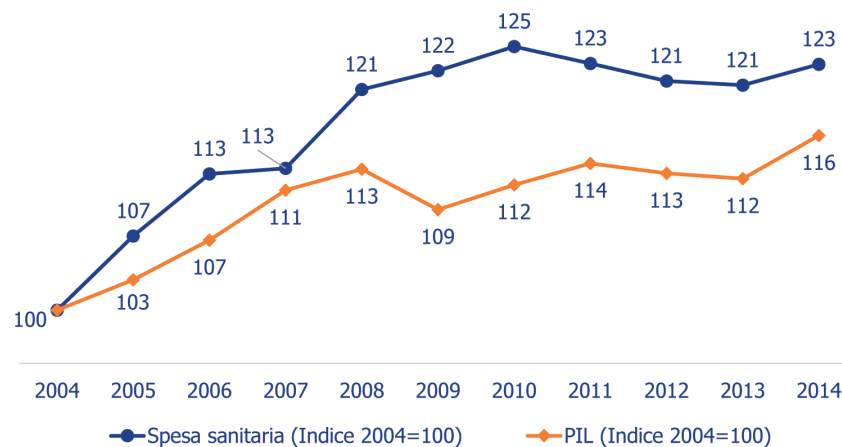


Figura 11. Comparazione fra trend della spesa sanitaria pubblica e del PIL (indice 2004=100), 2004-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti, 2015

Osservando gli stessi dati espressi però in valori reali (al netto dell'inflazione), risulta che la spesa sanitaria pubblica è cresciuta, tra il 2004 e il 2014, soltanto dello 0,3%, mentre il PIL nello stesso periodo è calato dello 0,3%. È tra il 2007 e il 2010 che le due grandezze assumono comportamenti differenti: la spesa sanitaria pubblica è cresciuta annualmente dell'1,4%, mentre il PIL è calato dell'1,7%. Con le manovre implementate a partire dal 2011, la spesa sanitaria pubblica è stata invece soggetta a decise misure di contenimento: fra il 2010 e il 2014 la voce è passata da 120,4 miliardi di euro (in valori attualizzati) a 111,0 (-8%).

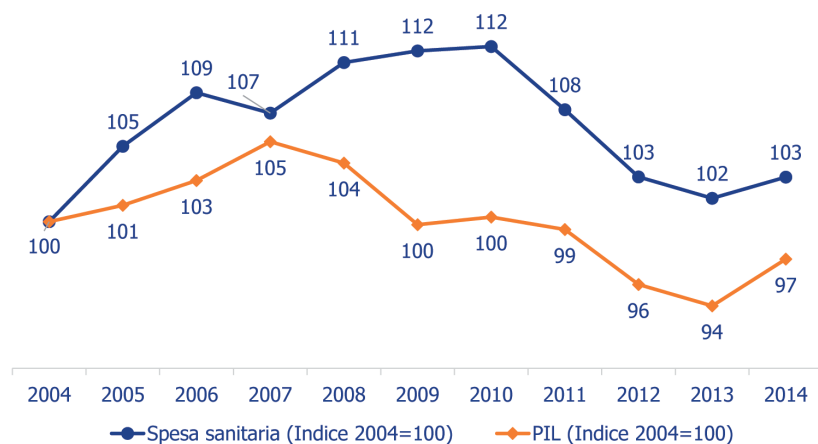


Figura 12. Comparazione fra *trend* della spesa sanitaria pubblica e del PIL in termini reali (indice 2003=100), 2003-2013

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti e Istat, 2015

Le previsioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze per i prossimi 5 anni mostrano una spesa sanitaria in crescita, ma ad un tasso inferiore a quello del PIL. Ciò implica una riduzione della quota di spesa sanitaria su PIL che nel 2019 è stimata essere pari al 6,5%.

Se i continui tagli che il settore ha subito negli ultimi anni sono derivati da un contesto di stagnazione dell'economia, di eccessivo indebitamento e necessità di contenimento della spesa pubblica, ci si aspetterebbe che la ripresa economica futura venisse utilizzata per restituire almeno in parte quanto è stato tolto a questo comparto per tornare ad investire nelle aree più critiche del nostro sistema sanitario (si veda il capitolo 3 del presente Rapporto) e salvaguardare un settore industriale, quello farmaceutico, che rappresenta un asset strategico per il nostro Paese sotto diversi punti di vista (capitolo 7).

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Spesa sanitaria (in milioni di euro) | 111.289 | 113.372 | 115.509 | 117.709 | 120.094 |
| In % del PIL | 6,8% | 6,7% | 6,6% | 6,6% | 6,5% |
| Tasso di variazione in % | 0,2% | 1,9% | 1,9% | 1,9% | 2,0% |

Figura 13. Previsione della spesa sanitaria da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2015-2019

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su Documento di Economia e Finanza 2015

La spesa sanitaria è una delle componenti della spesa per prestazioni di protezione sociale. In particolare essa rappresenta il 22% della spesa complessiva per prestazioni di protezione sociale erogate in Italia dalle Istituzioni pari, nel 2014, a 469 miliardi di euro.

Tra le diverse componenti di spesa, la più significativa è rappresentata dalla componente "Previdenza" (69% della spesa complessiva) con un valore pari a 322 miliardi di euro. All'interno della spesa in Previdenza è la componente "Pensioni e Rendite" a rappresentare la voce più significativa (80%). La voce "Assistenza" rappresenta invece solo il 9% della spesa complessiva in protezione sociale (42 miliardi di euro).

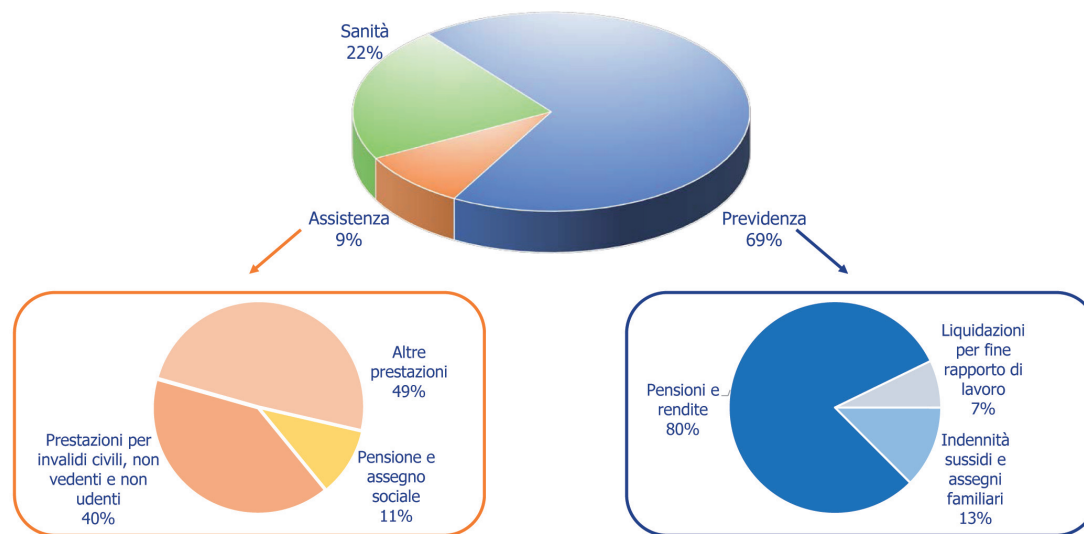


Figura 14. Riparto dei conti della protezione sociale (percentuale su totale e in miliardi di euro), 2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, "Conti della protezione sociale", 2015

L'aumento della spesa in protezione sociale avvenuto dal 2004 al 2014, pari al 34% (da 363 a 469 miliardi di euro) non ha riguardato tutte le componenti di spesa. Infatti, mentre nel periodo precedente la crisi tutte le voci di spesa sono cresciute, dal 2008 la componente "Sanità" è la voce che ha registrato il tasso di crescita più basso rispetto alla spesa complessiva in protezione sociale e poi è addirittura diminuita dal 2009 al 2013.

L'aumento meno significativo della spesa in Sanità si è tradotto in un minor peso di tale voce all'interno della spesa in protezione sociale. La componente "Sanità" infatti ha visto diminuire il proprio peso passando dal 24,5% del 2004 al 22,1% del 2014. Le altre due voci invece hanno aumentato la propria quota: la voce "Previdenza" è passata dal 67,9% del 2004 al 68,8% del 2014, mentre la voce "Assistenza" è aumentata dal 7,6% del 2004 al 9,1% del 2014.

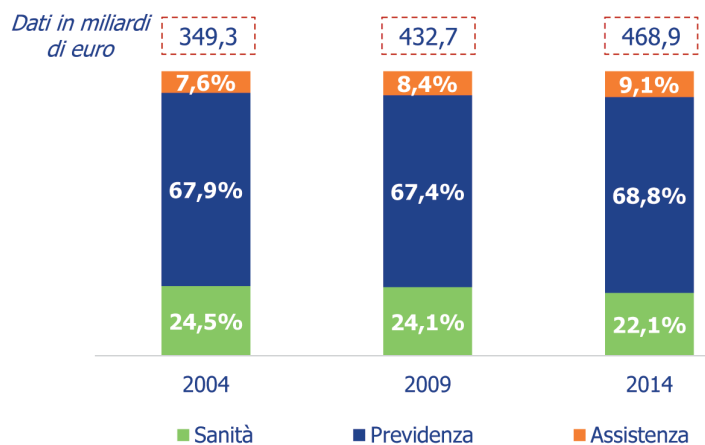


Figura 15. Riparto dei conti della protezione sociale (percentuale su totale e in miliardi di euro), 2004, 2010 e 2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2015

All'interno della spesa sanitaria pubblica, la voce più rilevante è da sempre quella riferita all'assistenza ospedaliera che rappresenta il 52,9% della spesa totale (pari a 57,8 miliardi di euro) ed è aumentata di quasi 10 miliardi di euro in 10 anni. Nel 2014 sono tornate a crescere tutte le componenti di spesa sanitaria pubblica, ad eccezione dell'Assistenza farmaceutica convenzionata passata da 8,6 a 8,4 miliardi di euro.

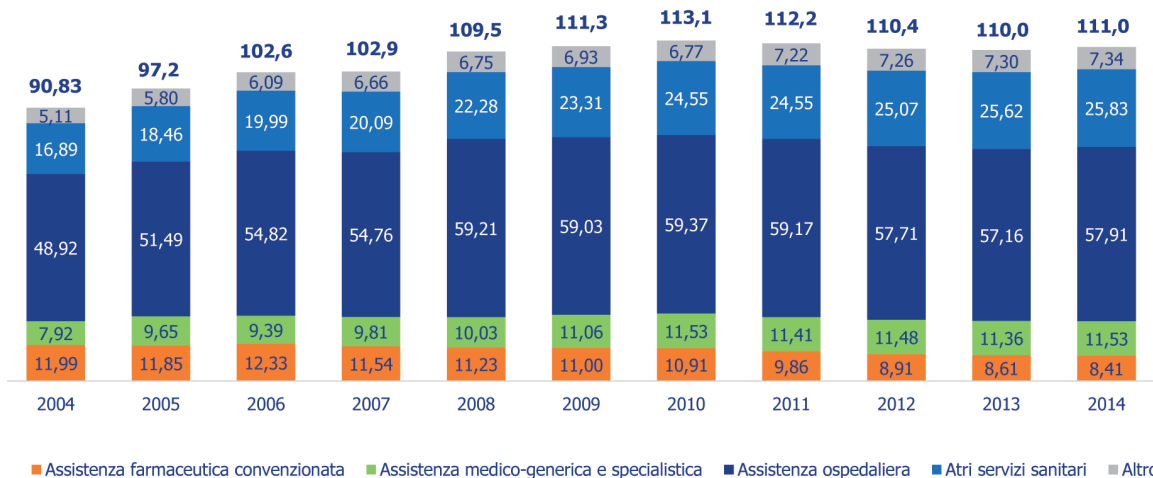


Figura 16. Evoluzione della spesa sanitaria pubblica (in miliardi di euro), 2004-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti, 2015

L'aumento della spesa sanitaria cui si è assistito negli ultimi 10 anni non ha riguardato tutte le componenti di spesa allo stesso modo. Se l'Assistenza medico-generica e specialistica è aumentata in 10 anni del 46% e quella relativa all'Assistenza ospedaliera è cresciuta del 18%, l'Assistenza farmaceutica convenzionata netta è diminuita del 30%.

Se si sterilizzano i dati per l'inflazione emerge come la spesa farmaceutica convenzionata sia calata di oltre il 40% in 10 anni.

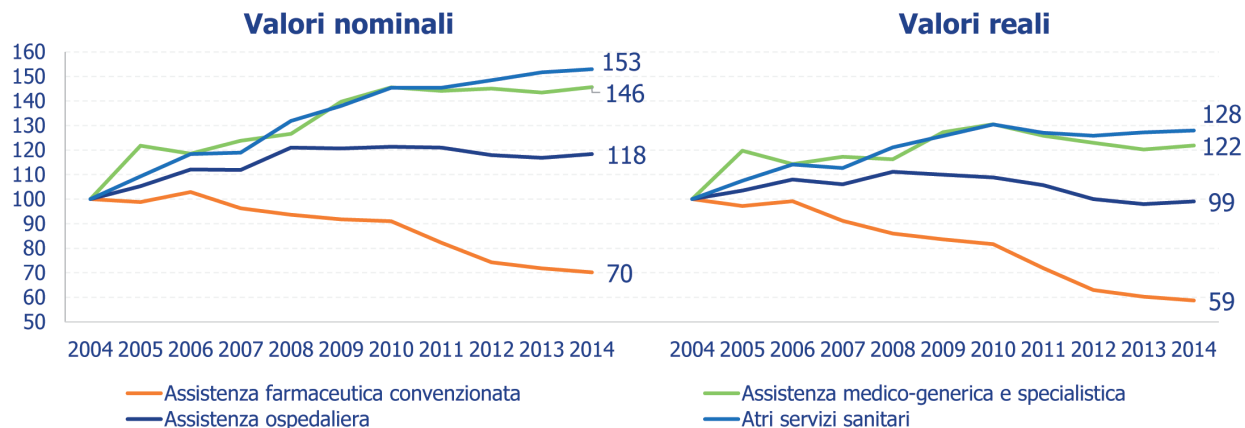


Figura 17. Evoluzione di alcune voci della spesa sanitaria pubblica in valori nominali e reali (indice 2004=100), 2004-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti, "Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica", 2015

4.2 LA SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA DEL SSN

All'aumento dello 0,9% della spesa sanitaria pubblica si associano ricavi per il settore cresciuti dell'1,9%. Questo ha portato ad un miglioramento dei conti pubblici del Servizio Sanitario Nazionale, *trend* che prosegue ormai da 2 anni. Le perdite infatti risultano dimezzate, passando da 1,6 miliardi di euro del 2013 a 770 milioni di euro nel 2014.

Il miglioramento più significativo è stato registrato dalle Regioni in Piano di Rientro, che vedono migliorare il proprio disavanzo dell'88%. Le Regioni non in Piano hanno migliorato i propri disavanzi del 21%: il miglioramento meno significativo è frutto di una dinamica dei costi superiore di in un incremento dei ricavi inferiore.

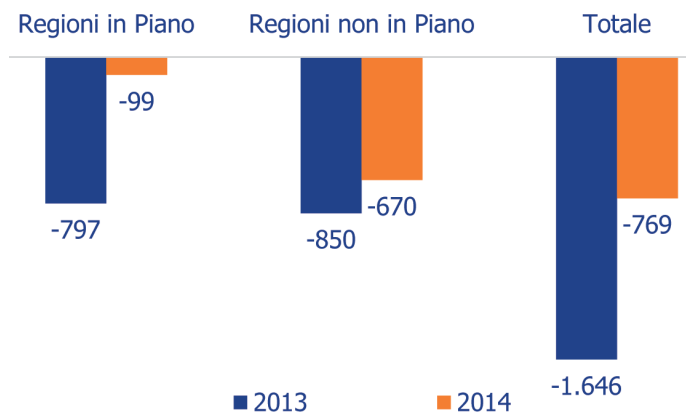


Figura 18. Perdita di esercizio delle Regioni al lordo delle coperture (milioni di euro), 2013-2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti, 2015

Nonostante gli indubbi progressi fatti dal SSN negli ultimi anni, permangono ancora forti criticità per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria nel lungo termine e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio.

Il periodo di crisi, che non può ancora definirsi pienamente superato, non ha contribuito a invertire la tendenza del decisore pubblico di stabilire le risorse del Fondo Sanitario Nazionale con un'ottica di breve periodo. Infatti, anche se i Patti per la Salute stabiliscono il livello del Fondo Sanitario Nazionale su base triennale, le Leggi di Stabilità ogni anno rivedono il livello di finanziamento, generalmente al ribasso.

Questo è accaduto anche con il Patto per la Salute 2014-2016 che definiva in 109,9, 112,1 e 115,4 miliardi di euro le risorse per il Fondo Sanitario Nazionale nel triennio 2015-2017. La Legge di Stabilità 2015 approvata a dicembre 2014 ha rivisto il finanziamento per gli anni 2015 e 2016 sottraendo più di 2 miliardi di euro per ciascun anno.

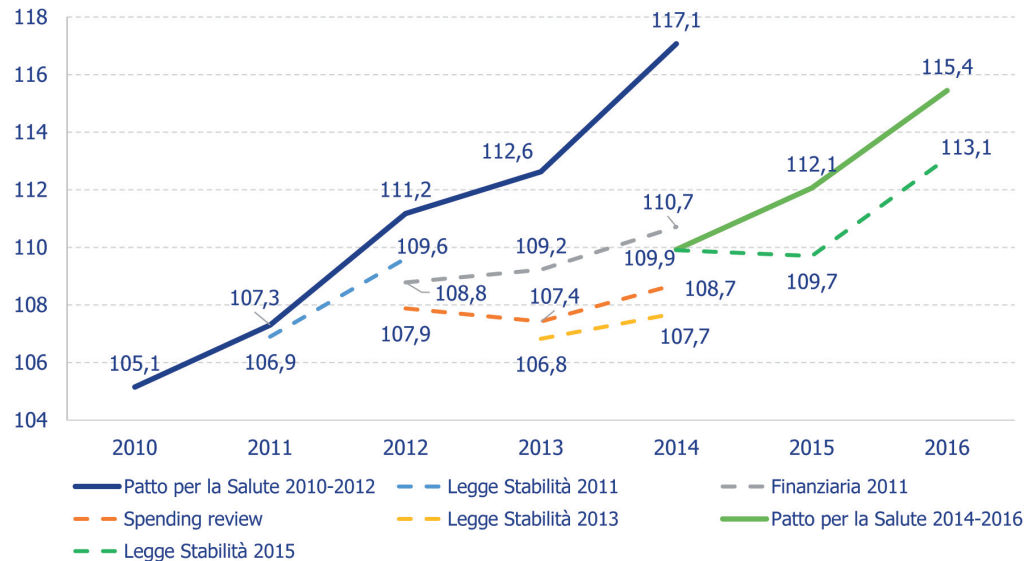


Figura 19. I principali provvedimenti incidenti sul finanziamento del SSN, 2010-2016

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su fonti varie

La Legge di Stabilità per il 2016, attualmente in discussione, destina al Fondo Sanitario Nazionale soltanto 111 miliardi di euro, 2 miliardi di euro in meno rispetto a quanto previsto dalla Legge di Stabilità 2015 e più di 4 in meno rispetto a quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016. La riduzione di 2 miliardi di euro appare ancora più problematica alla luce della necessità di coprire alcune spese come ad esempio:

- la copertura dei nuovi LEA (850 milioni di euro);
- il nuovo piano delle vaccinazioni (620 milioni di euro);
- l'acquisto di farmaci innovativi oncologici e anti-epatite C (500 milioni di euro);
- il rinnovo dei contratti ai dipendenti (500 milioni di euro).

Le scelte di finanziamento operate rispondono quindi più a criteri di sostenibilità finanziaria che di effettiva copertura dei bisogni sanitari. In tale contesto è lecito chiedersi se tali scelte non mettano a rischio non solo la qualità, ma la stessa sostenibilità del SSN, rendendo difficile la programmazione su base triennale prevista fin dall'istituzione del SSN.

Recuperare risorse anche attraverso la lotta alla corruzione

Secondo la Corte dei Conti, in Sanità “si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza di sistemi di controllo... Il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzativa e gestionale, che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività”.

Nella classifica internazionale del *Corruption Perception Index*, l'indice di percezione della corruzione del settore pubblico e politico, l'Italia figura al 145° posto, ultima in Europa, con un voto di 43 su 100, a pari merito con la Grecia. La Commissione Europea nell'ultima edizione dell'Eurobarometro sulla corruzione ha messo in luce come l'89% dei cittadini italiani intervistati considera l'economia del Paese gravemente affetto dal fenomeno.

Nella sanità italiana il fenomeno corruttivo è percepito più che altrove. Una *survey* dell'Eurobarometro mostra come il 40% dei cittadini italiani ritenga che il sistema sanitario sia corrotto, rispetto una media europea pari al 30%. Lo studio mostra anche come il 4% degli intervistati ha riferito di aver pagato, nel corso del 2012, una forma di tangente per accedere al servizio sanitario.

Le dinamiche principali che portano all'esplosione del fenomeno corruttivo dipendono da diversi fattori, come ad esempio il quadro regolamentare a livello regionale e sub-regionale che appare troppo frammentato, un basso livello di *accountability*, la regionalizzazione del sistema sanitario che rende più difficile effettuare controlli, un livello di ingerenza politica troppo elevato.

Si stima che il tasso medio stimato di corruzione e frode in sanità in Europa sia del 5,59%, con un intervallo che varia tra il 3,29 e il 10% (Leys e Button 2013). Applicando questo tasso al valore della sanità italiana emerge come dalla lotta alla corruzione si potrebbero recuperare più di 6 miliardi di euro da destinare alle cure dei pazienti e agli investimenti nel settore, ossia il 5,6% della spesa sanitaria del 2014.

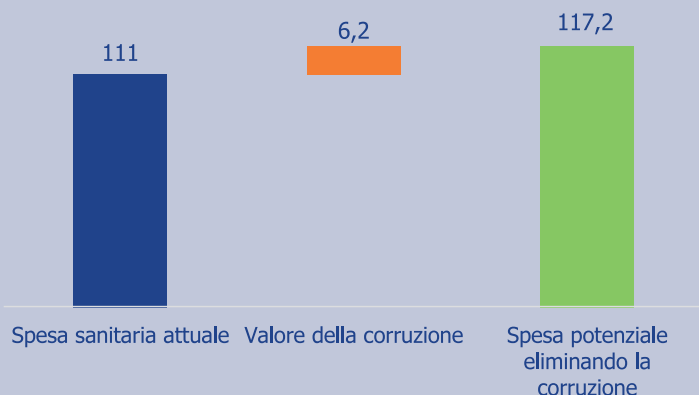


Figura 20. Il valore della corruzione in Sanità

Fonte: rielaborazione The European Hosue – Ambrosetti su dati Leys and Button, 2013

4.3 L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA: IL MODELLO PREVISIONALE DI MERIDIANO SANITÀ

L'obiettivo del presente paragrafo è quello di fornire una chiave di lettura qualitativa e quantitativa delle dinamiche future attese della spesa sanitaria pubblica in Italia e dell'impatto dei principali driver sottostanti. Tale obiettivo sarà perseguito attraverso l'aggiornamento del modello previsionale messo a punto da Meridiano Sanità.

4.3.1 I driver della spesa sanitaria e la costruzione di un modello previsionale

La dinamica della spesa sanitaria pubblica nei prossimi anni è diretta conseguenza dell'evoluzione e dell'interazione reciproca di due componenti:

- la prima di tipo demografico, ovvero connessa al numero e alla struttura per sesso e per età della popolazione;
- la seconda di tipo economico, imputabile ad una propensione, riscontrabile in tutte le società avanzate, verso una crescita della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) più che proporzionale rispetto alla crescita del PIL (elasticità maggiore di 1).

Nella realtà, l'evoluzione della spesa sanitaria è influenzata anche da "componenti esogene", come le scoperte scientifiche e le evoluzioni tecnologiche, il loro impatto sull'efficacia e sui costi delle prestazioni sanitarie, le politiche di contenimento della spesa sanitaria medesima, le scelte in tema di organizzazione delle modalità di fornitura di servizi sanitari o di investimento in nuove prestazioni sanitarie che assicurino una maggiore efficacia e/o efficienza. Tali variabili non rientrano tra gli *input* del modello previsionale in considerazione di alcune loro peculiarità rispetto alle prime due componenti considerate, e cioè:

- la non prevedibilità della loro manifestazione;
- la discrezionalità degli interventi, con particolare riferimento a quelli legati alle logiche di politica economica e sociale;
- l'elevato grado di discontinuità indotto, che rende difficile quantificarne gli effetti.

Allo scopo di evidenziare l'impatto di alcune componenti, *in primis* l'evoluzione demografica e le variazioni nella domanda di prestazioni sanitarie da questa indotte, il modello previsionale è stato sviluppato seguendo un approccio modulare basato sull'interazione dei seguenti *driver*:

- A. la crescita della spesa sanitaria come conseguenza di una crescita del reddito disponibile;
- B. la variazione della numerosità della popolazione;
- C. la variazione del *mix* demografico, con riferimento alla scomposizione sia per sesso che per fasce di età;
- D. la considerazione dell'elasticità della spesa sanitaria pro capite rispetto ad una variazione nel reddito disponibile.

Alla base di tale approccio vi è la scomposizione della spesa sanitaria pubblica per sesso, fascia di età e tipologia di prestazione. La definizione dei profili di consumo sanitario riprende l'approccio seguito dalla Ragioneria Generale dello Stato².

² Ragioneria Generale dello Stato, "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", Rapporto n. 14, maggio 2013.

In sostanza³, si osserva come la spesa sanitaria pro capite tenda a crescere esponenzialmente con l'aumentare delle fasce di età (si veda la figura seguente). A partire dai 55 anni, si nota inoltre una differenza tra i due sessi nel livello di spesa sanitaria pro capite, che risulta più elevata per i maschi. A partire dagli 85 anni, invece, la spesa sanitaria pro capite per i due sessi torna a convergere, attestandosi intorno ai 7.000 euro pro capite.

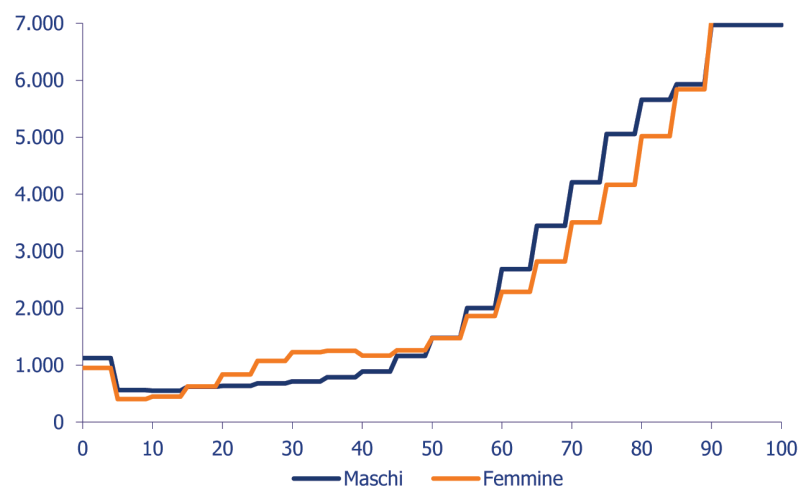


Figura 21. La scomposizione della spesa sanitaria pubblica per sesso e fasce di età, valori 2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2015

L'aggiornamento del modello previsionale si basa sulla revisione delle stime per il 2014 della popolazione italiana residente, della spesa sanitaria pubblica e del Prodotto Interno Lordo (PIL). In particolare, i dati al 2014 relativi alla popolazione residente sono riferiti alle stime effettuate dall'Istat⁴, mentre per spesa sanitaria pubblica e per il Prodotto Interno Lordo si è fatto riferimento alle stime pubblicate dal Ministero dell'Economia⁵.

Per quanto riguarda le previsioni per il periodo 2015-2050, invece, sono state utilizzate:

- per le stime di crescita delle variabili demografiche, l'ipotesi centrale delle proiezioni elaborate dall'Istat in "Previsioni nazionali della popolazione per età e sesso – Anni 2007-2051"⁶;
- per l'evoluzione del reddito disponibile, le proiezioni dei tassi di crescita su base decennale del PIL reale fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato.

³ Per un approfondimento sui profili del consumo sanitario per sesso, fascia d'età e prestazioni si rimanda al paragrafo 2.4 del Rapporto Meridiano Sanità 2006 e ai relativi allegati.

⁴ Istat, "Previsioni nazionali demografiche", 2014.

⁵ Documento di Economia e Finanza, 2015.

⁶ GEO DEMO Istat Scenario Centrale, <http://demo.istat.it/>

4.3.2 I risultati del modello previsionale

Punto di partenza del modello previsionale è la spesa sanitaria pubblica nel 2014, che ammonta a 111,028 miliardi di euro pari al 6,9% del PIL nazionale. Dalla scomposizione per sesso si evince una lieve prevalenza della quota di spesa sanitaria pubblica destinata alla popolazione femminile, pari al 3,75% del PIL contro il 3,15% imputabile alla componente maschile. Questa differenza è dovuta a una maggiore numerosità delle donne sia tra la popolazione in generale che nella fascia *over 65* (ovvero quella caratterizzata da una spesa pro capite più elevata). La scomposizione della spesa per fascia di età evidenzia invece come la popolazione *over 65*, che conta per quasi un quinto della popolazione italiana, assorbe oltre il 50% della spesa sanitaria pubblica.

La proiezione della spesa sanitaria pubblica al 2050 si è concentrata sulla stima dell'impatto della componente demografica ed economica. Le variazioni demografiche e la crescita del reddito disponibile impattano per oltre 152 miliardi di euro sui conti della sanità rispetto al 2014. Alla fine del periodo, la spesa sanitaria pubblica si attesta su un valore prossimo a 263,2 miliardi di euro, pari al 9,47% del PIL del 2050.

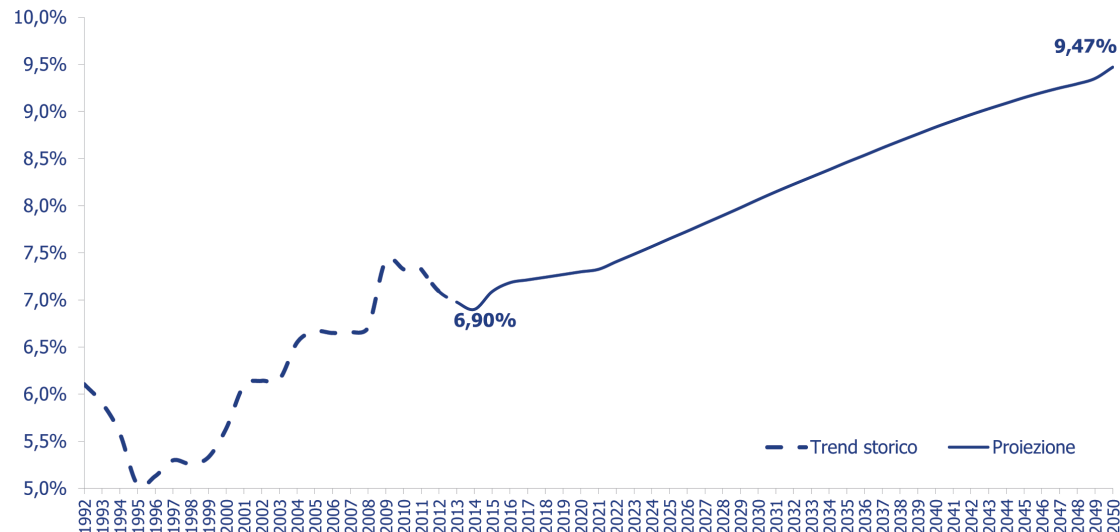


Figura 22. Evoluzione del rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL nel periodo 1992-2014 e proiezione al 2050

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2015

Nella figura seguente, la crescita della spesa sanitaria pubblica è scomposta tra i fenomeni sottostanti. Sopra ogni colonna, sono indicati i valori assoluti della variazione della spesa sanitaria pubblica relativa ad ognuna delle variabili considerate.

Prendendo a riferimento i valori assoluti della spesa sanitaria pubblica, i maggiori incrementi sono dovuti a:

- crescita della spesa sanitaria determinata dalla crescita del PIL, a parità di struttura della domanda di consumi sanitari;

- variazione del *mix* demografico, che impatta direttamente sulla struttura della domanda di prestazioni sanitarie.

Secondo le proiezioni del modello previsionale di Meridiano Sanità, di conseguenza, la variazione del *mix* demografico è il principale *driver* della crescita del rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL. In ultima analisi, nel 2050 l’impatto della variazione del *mix* demografico comporterà un aumento di 43,7 miliardi: il 65% dell’aumento di spesa sanitaria complessiva prevista per il 2050.

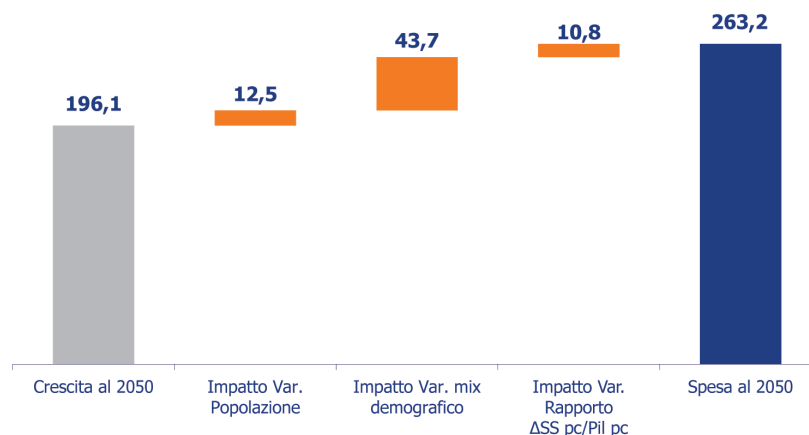


Figura 23. Scomposizione della crescita della spesa sanitaria pubblica in valore assoluto (miliardi di euro) e in percentuale del PIL

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2015

4.3.3 Il focus sui *driver* della crescita della spesa sanitaria

Per proiettare la spesa sanitaria pubblica al 2050 stimiamo innanzitutto l’impatto della crescita del reddito disponibile (*Step A*), assumendo che la popolazione rimanga invariata sia nel numero che nella composizione⁷. Pur rimanendo invariata la percentuale di reddito destinata alla spesa per consumi sanitari, il valore assoluto della spesa stessa aumenta all’aumentare del valore assoluto del reddito complessivo destinato ai consumi.

Per stimare tale impatto, si ipotizza che la spesa sanitaria pubblica cresca allo stesso tasso medio annuo a cui cresce il PIL reale. In base a questo scenario, nel 2050 la spesa sanitaria pubblica sarà pari a 196,1 miliardi di euro, con un incremento di circa 85,0 miliardi di euro rispetto alla spesa sanitaria del 2014. L’impatto della spesa sanitaria pubblica sul PIL rimarrà, per definizione, invariato al 6,9% dal momento che sia il numeratore (spesa sanitaria) sia il denominatore (PIL) crescono allo stesso tasso medio annuo.

⁷ L’invarianza nella numerosità e nella composizione della popolazione assicura la costanza nella struttura dei consumi sanitari, a meno di variazioni nei gusti individuali non determinabili a priori.

| | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|-------------------------|------|------|------|------|
| PIL, crescita annua (%) | 1,1% | 2,2% | 1,6% | 1,3% |

Figura 24. Evoluzione del PIL reale, percentuale di variazione media annua nel decennio precedente

Fonte: rielaborazione The European - House Ambrosetti da Ragioneria Generale dello Stato, 2014 e 2015

L'impatto dalla componente demografica (*Step B e C*), nel complesso, determina un incremento della spesa sanitaria pubblica di quasi 56,2 miliardi di euro rispetto allo *Step* precedente. In effetti, l'impatto della componente demografica è la risultante di due fenomeni congiunti.

Le proiezioni demografiche al 2050 prevedono un aumento della popolazione residente in Italia, come si evince dai grafici riportati nella figura seguente. L'aumento della popolazione (*Step B*), e quindi del numero delle persone potenzialmente assistite dal S.S.N., determina un aumento della spesa sanitaria pubblica a parità dei livelli di spesa pro capite e delle ipotesi sul tasso di crescita della spesa stessa. L'aumento della popolazione comporta una crescita della spesa sanitaria di 12,5 miliardi di euro rispetto allo *Step A*.

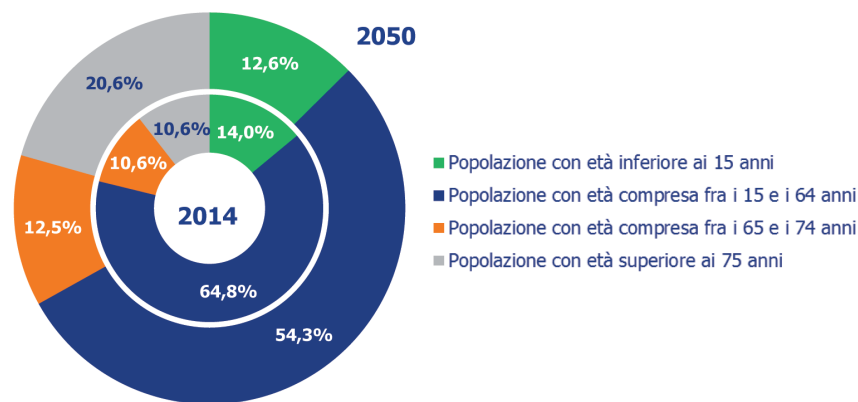


Figura 25. Composizione della popolazione italiana per fasce di età (2014 e 2050)

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su Previsioni nazionali demografiche, Istat, 2015

Contemporaneamente, però, si verifica una significativa variazione nella composizione della popolazione (*Step C*). In primo luogo, l'aumento della popolazione non avviene in modo proporzionale tra i due sessi, ma la crescita della componente femminile è più accentuata. Nel 2014 la popolazione femminile è, seppure lievemente, maggioritaria (30,8 milioni di donne contro 28,9 milioni di uomini circa), nel 2050 la differenza si amplia leggermente (30,8 milioni di donne contro 28,9 milioni di uomini).

Inoltre, la composizione della popolazione per fasce di età varia sensibilmente. La popolazione *over 65* aumenta a un tasso medio annuo dell'1,4% e la sua crescita non è controbilanciata da un'eguale crescita nelle altre fasce della popolazione e soprattutto nei tassi di natalità. E' vero il contrario: il numero

di italiani di età tra i 0 e i 15 anni diminuirà ad un tasso dello 0,1% annuo, passando dagli attuali 8,3 milioni (2014) a 8,0 nel 2050. In conseguenza, la percentuale degli *over 65* sul totale della popolazione passa dal 21,2% del 2014 al 33,1% nel 2050. Tale crescita si intreccia con la distribuzione della spesa sanitaria pro capite che proprio per questa fascia di età raggiunge il livello massimo. Questa interazione determina una crescita della spesa sanitaria pubblica pari a circa 43,7 miliardi di euro rispetto allo *Step B*.

Fin qui si è ipotizzato che la crescita della spesa sanitaria pro capite per le singole fasce di età seguisse la dinamica del PIL pro capite; in altre parole, si è ipotizzato che una crescita di un punto percentuale nel reddito disponibile comporti una crescita della spesa per consumi sanitari della medesima entità.

Un'analisi condotta su un *panel* di 9 Paesi⁸ ha permesso di stimare il rapporto tra variazione annua della spesa sanitaria pro capite e variazione annua del PIL pro capite, evidenziando quanto segue:

- la spesa sanitaria pro capite storicamente varia in modo più che proporzionale ad ogni variazione nel reddito disponibile;
- all'aumentare del PIL pro capite, il valore del rapporto tra variazione annua della spesa sanitaria pro capite e PIL pro capite mostra un andamento decrescente.

Tali conclusioni sono evidenziate dalla figura sottostante che riporta l'evoluzione del rapporto tra variazione annua della spesa sanitaria pro capite e variazione annua del PIL pro capite.

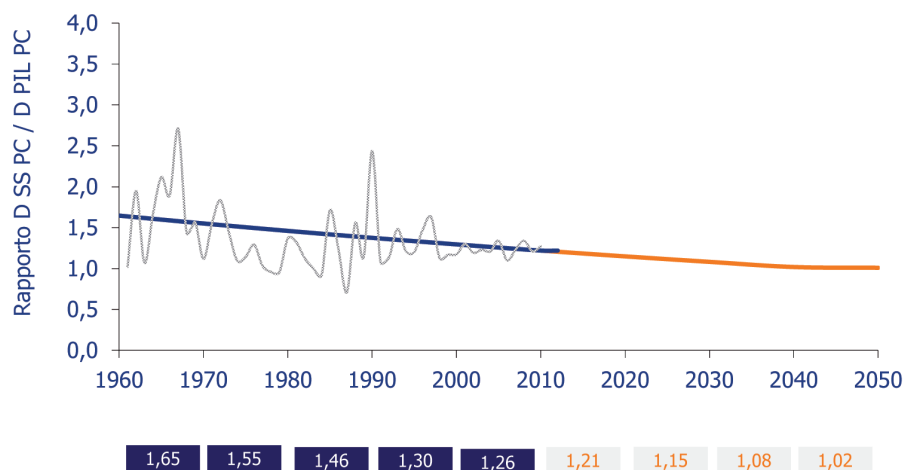


Figura 26. Evoluzione del rapporto tra variazione annua della spesa sanitaria pro capite (SS PC) e variazione annua del PIL pro capite (PIL PC)

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati OECD, 2015

⁸ Lo studio ha preso in considerazione l'evoluzione del PIL pro capite e della spesa sanitaria pubblica pro capite di Austria, Canada, Francia, Germania, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti. L'analisi è stata svolta sulla base dei dati OECD *Health Data* 2005. Per un approfondimento sull'analisi svolta si rimanda al paragrafo 2.4 del Rapporto Meridiano Sanità 2006.

Partendo dalle serie storiche dei rapporti tra variazione annua della spesa sanitaria pro capite (elasticità) e variazione annua del PIL pro capite ed ipotizzando un'evoluzione futura in linea con la tendenza delle rilevazioni storiche degli ultimi 40 anni, si sono stimati i valori decennali del rapporto per il periodo di riferimento del modello previsionale.

Inserendo i dati riportati sopra nella proiezione della spesa sanitaria pubblica al 2050 (Step D) si evidenzia l'impatto che l'elasticità stimata della spesa sanitaria pro capite rispetto al reddito disponibile ha sull'evoluzione della spesa sanitaria pubblica. In particolare, introducendo nel modello l'elasticità stimata della spesa sanitaria pro capite si produce una crescita della spesa sanitaria pubblica al 2050 di circa 10,8 miliardi di euro rispetto allo *Step* precedente.

Sommando l'impatto della crescita del reddito disponibile, della variazione nel numero e nella composizione della popolazione e dell'elasticità, la spesa sanitaria pubblica cresce ad un tasso medio annuo del 2,4% tra il 2014 ed il 2050, fino a raggiungere un valore pari al 9,47% del PIL al termine del periodo.

4.3.4 Ipotesi di variazione del quadro epidemiologico: il caso del diabete

Il modello previsionale della spesa sanitaria si fonda sull'ipotesi di invarianza del quadro epidemiologico attuale: in sintesi, il costo del consumo sanitario si mantiene inalterato nel tempo fino al 2050.

Questa assunzione è particolarmente impegnativa, tenuto conto delle evoluzioni previste anche a seguito delle problematiche derivanti da stili di vita e abitudini alimentari in peggioramento, che rappresentano un importante fattore di rischio per molte patologie.

È stata quindi valutata l'opportunità di focalizzare l'attenzione su una delle più importanti patologie croniche, il diabete, per valutarne l'impatto sulla spesa sanitaria non attualmente scontato nelle curve di consumo sanitario che alimentano il modello previsionale.

Ad oggi in Italia ci sono circa 3,3 milioni di persone diabetiche, concentrate soprattutto nelle fasce di età al di sopra dei 45 anni.

Applicando i dati sulla prevalenza del diabete alla popolazione stimata fino al 2050, è possibile determinare l'evoluzione del numero dei diabetici. Tenuto conto del *mix* demografico previsto che vede un deciso incremento della popolazione al di sopra dei 65 anni, il numero di persone affette da questa patologia arriverà a circa 4,9 milioni nel 2050.

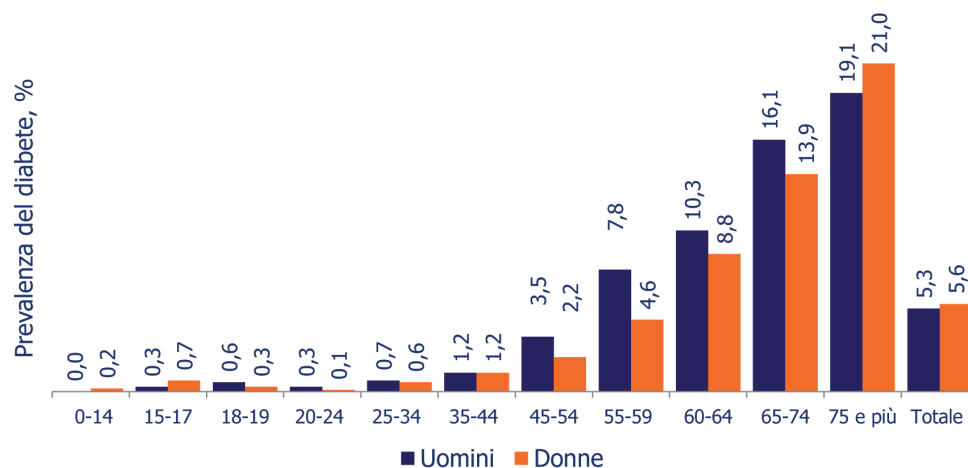


Figura 27. Prevalenza del diabete per sesso e fasce di età, 2014

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2015

Questa informazione e la relativa incidenza prospettica sulla spesa sanitaria è già implicita nel modello previsionale.

Per stimare il reale impatto del quadro epidemiologico relativamente al diabete è stata considerata la stima di crescita degli affetti da questa patologia usata dall'*International Diabetes Federation*, che vede un tasso annuo di crescita medio fino al 2050 pari a circa 0,67%. Tale ipotesi è stata costruita mantenendo l'attuale configurazione di *mix* demografico: in sintesi, la crescita risulta unicamente dalla variazione della prevalenza della malattia rispetto alle differenti fasce di età, modificando quindi il quadro epidemiologico della patologia. Secondo questa stima il numero dei diabetici aumenterà di 1 milione nel 2050.

La modifica delle assunzioni epidemiologiche sul diabete unite a quelle sul *mix* demografico porta il numero dei malati a 5,8 milioni (dai 3,3 milioni attuali).

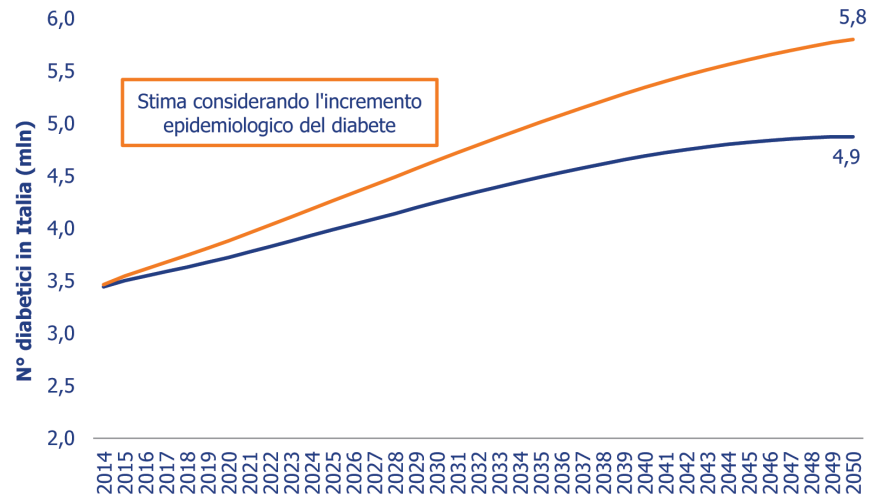


Figura 28. Andamento del numero dei malati diabetici, (milioni) - Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat e IDF, 2014

Considerando il costo medio di un malato diabetico (a valori attuali) di circa 3.000 euro, ed incrociando l'informazione con il numero di malati incrementali derivanti dal mutamento del quadro epidemiologico è possibile stimare il maggiore impatto sulla spesa sanitaria.

Al 2050, questa simulazione conduce ad una maggiore spesa, rispetto al caso base del modello, per circa 2,0 miliardi di euro: l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL rimane comunque pari a 9,4.

4.3.5 Ipotesi di variazione del quadro epidemiologico: il caso dell'obesità

Per rendere più completo il modello previsionale si è scelto di introdurre l'obesità nel quadro epidemiologico, per valutarne gli impatti sulla spesa sanitaria. Questo fenomeno ha degli effetti significativi sulla collettività dal punto di vista dei costi legati al trattamento della malattia e delle sue complicanze (assistenza medica personale, assistenza ospedaliera, servizi sanitari e farmaci). I costi diretti legati all'obesità rappresentano una quota compresa tra il 2 e l'8% dei costi sanitari totali a livello mondiale, secondo l'OMS; la spesa sanitaria sostenuta da un obeso è in media il 25% più alta di quella di un soggetto normopeso⁹. Un'altra quota importante di costi, definiti indiretti, è legata alla perdita di produttività. Inoltre, l'obesità infantile, in particolare nei Paesi occidentali, rappresenta un problema in crescita e di notevole rilevanza sanitaria e sociale. La letteratura scientifica, infatti, ha evidenziato l'esistenza di una consolidata relazione tra situazione di sovrappeso/obesità nell'infanzia e in età adulta¹⁰. Per questo motivo l'obesità infantile risulta critica per la persistenza del fenomeno durante tutta la vita dell'individuo, con significative conseguenze sull'aumento della probabilità, da adulti, di contrarre malattie croniche come diabete, i cui impatti sui costi del Sistema Sanitario Nazionale sono stati analizzati nel paragrafo precedente.

⁹ Withrow e Alter, 2010.

¹⁰ Sandhu et al., 2006; Dietz et al., 1998.

Per inserire l'obesità nel quadro epidemiologico del modello previsionale devono essere fatte alcune ipotesi iniziali:

- in Italia i bambini obesi sono il 10,6% della popolazione¹¹;
- si stima che il numero di persone adulte obese aumenterà del 2,4%¹² medio annuo fino al 2025 e del 2,8% medio annuo dal 2025 al 2050, tenendo conto che il 70% dei bambini obesi oggi rimarrà obeso da adulto e che in media un terzo degli obesi adulti lo era da bambino;
- Si assume che una persona adulta obesa costi in media 700 euro in più del costo sanitario pro capite medio per effetto delle patologie a cui è soggetta più frequentemente rispetto ad una persona normopeso¹³.

La modifica delle assunzioni epidemiologiche sull'obesità unite a quelle sul *mix* demografico porta il numero di obesi a 16,6 milioni nel 2050 (rispetto ai circa 5,9 milioni che si registrerebbero nell'ipotesi in cui non venissero modificate le assunzioni).

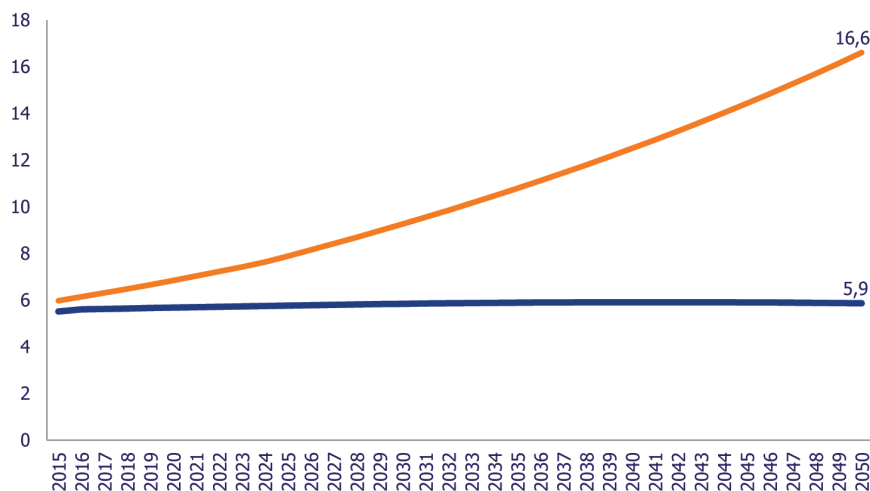


Figura 29. Andamento del numero di obesi in Italia (milioni), 2015-2050

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ministero della Salute e Società Italiana Obesità

Incrociando i dati relativi al costo sanitario pro capite associato ad ogni obeso e la crescita del numero di obesi, è possibile stimare il maggiore impatto sulla spesa sanitaria.

Con una previsione al 2050, questa simulazione porta a una maggiore spesa, rispetto al caso base del modello, per circa 9,8 miliardi di euro, con una conseguente incidenza della spesa sanitaria sul PIL pari al 9,7% (rispetto al 9,4% del caso base del modello previsionale).

11 ISS, "Sistema di sorveglianza OKkio alla salute: Risultati 2012", 2013.

12 Società Italiana Obesità, 2011.

13 Wolfenstetter S.B., "Future direct and indirect costs of obesity and the influence of gaining weight", 2011.

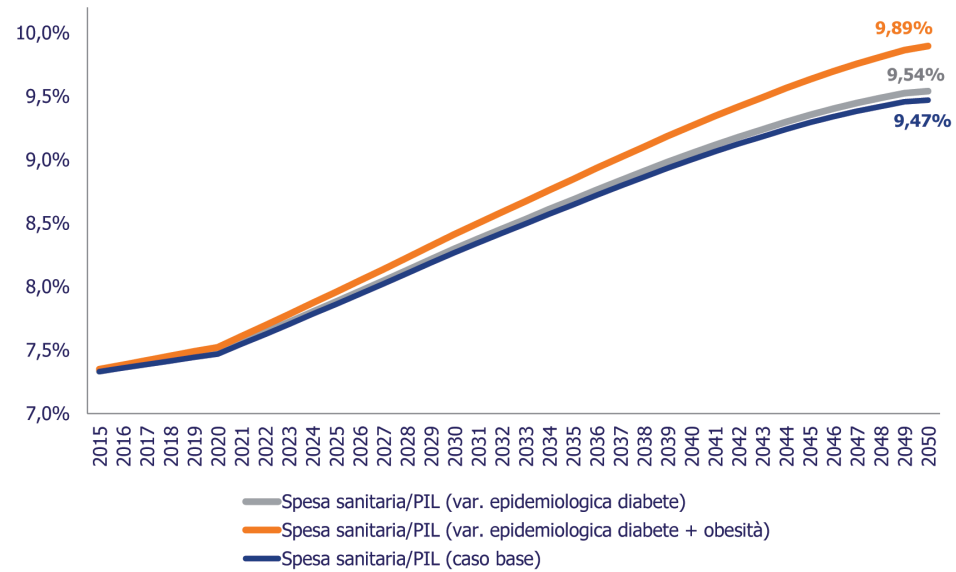


Figura 30. Andamento del rapporto spesa sanitaria / PIL nel caso base e nell'ipotesi di variazione del quadro epidemiologico sul diabete e sull'obesità

Fonte: *The European House - Ambrosetti, 2015*

5 LE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

5.1 IL MERIDIANO SANITÀ REGIONAL INDEX

La riforma del Titolo V della Costituzione approvata nel 2001, distinguendo tra competenza legislativa esclusiva e concorrente tra Stato e Regioni, anche se ha consentito a queste ultime di costruire dei sistemi sanitari "su misura" per il proprio contesto di riferimento, ha reso più difficile il compito dello Stato Centrale di assicurare in modo omogeneo i LEA su tutto il territorio nazionale, proprio in virtù delle specificità regionali. I vincoli di finanza pubblica, il perdurare della crisi economica e i continui tagli al settore Salute stanno minando la capacità dei diversi sistemi di tutelare soprattutto le fasce più fragili e bisognose della popolazione.

Al fine di fornire una valutazione multidimensionale delle *performance* dei sistemi sanitari regionali, quest'anno Meridiano Sanità propone il Meridiano Sanità Regional Index, analogamente a quanto fatto lo scorso anno con l'indice di valutazione delle *performance* dei sistemi sanitari europei. L'indice regionale nasce con il duplice obiettivo di valutare e confrontare le *performance* dei sistemi sanitari regionali, tra loro e rispetto alla media nazionale, e di individuare le aree in cui si concentrano le maggiori disomogeneità tra le diverse Regioni.

L'*index* è basato su un numero significativo di indicatori (40 *key performance indicator* – KPI), rappresentativi dei molteplici aspetti chiave che riguardano i sistemi sanitari regionali e selezionati anche in funzione della disponibilità di dati.

Anche per questo *index* sono state individuate 4 aree di analisi con l'aggiunta dell'equità, aspetto cruciale per un sistema universalistico come quello italiano:

- A. Stato di salute della popolazione
- B. Equità e capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute
- C. Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria
- D. Qualità dell'offerta sanitaria e *responsiveness* del sistema

Ciascuna area è stata analizzata attraverso 10 KPI, alcuni dei quali compositi, per un totale di 40 KPI. Per ogni KPI, è stato assegnato il punteggio massimo (10) al *best performer* e il punteggio minimo (1) al *worst performer*; alle restanti Regioni è stato assegnato un punteggio fra 1 e 10, in base alla loro *performance* relativa. La trasformazione del valore puntuale del KPI in un indice compreso tra 1 e 10 si è resa necessaria per aggregare grandezze con unità di misura molto diverse.

Il processo di assegnazione del punteggio è determinato dalla scala, calcolata come:

$$scala = (best\ performer - worst\ performer) / (punteggio\ max - punteggio\ min)$$

Dopo aver fissato la scala, il punteggio di ciascuna Regione viene calcolato come:

$$punteggio = [(valore\ Regione - worst\ performer) / scala] + 1$$

Nel caso di un KPI composito, questo procedimento è svolto per tutti gli indicatori che compongono il KPI stesso: il punteggio finale è dato dalla media dei punteggi dei sotto-indicatori utilizzati.

Il punteggio di ciascuna area è calcolato infine come media dei KPI utilizzati nell'area stessa, mentre il punteggio finale è calcolato come media dei punteggi delle 4 diverse aree analizzate.

La novità introdotta dal Meridiano Sanità Regional Index è la misurazione delle disomogeneità registrate dai sistemi sanitari regionali. Per raggiungere tale obiettivo è stato utilizzato un coefficiente di variazione, dato dal rapporto, per un dato campione, tra la sua deviazione standard (σ) e il valore assoluto della sua media aritmetica (μ), al netto degli *outlier*. Il coefficiente, chiamato nelle pagine seguenti "Indice di disomogeneità" è un indice di dispersione che permette di confrontare valori di fenomeni con unità di misura differenti (come in questo caso).

Come sopracitato, tale coefficiente è stato calcolato, per una valutazione più corretta, al netto degli *outlier*, identificati come:

*Outlier inferiore: primo quartile - 1,5 * intervallo interquartile*

*Outlier superiore: terzo quartile + 1,5 * intervallo interquartile*

L'intervallo interquartile cui si fa riferimento nelle formule descritte è la differenza tra il terzo e il primo quartile, ovvero l'ampiezza della fascia di valori che contiene la metà "centrale" dei valori osservati.

Nelle pagine successive, per ciascun indicatore verrà presentata sia la valutazione della *performance*, attraverso la modalità di rappresentazione dell'istogramma, sia la valutazione del livello di disomogeneità, attraverso la modalità di rappresentazione del *box plot*.

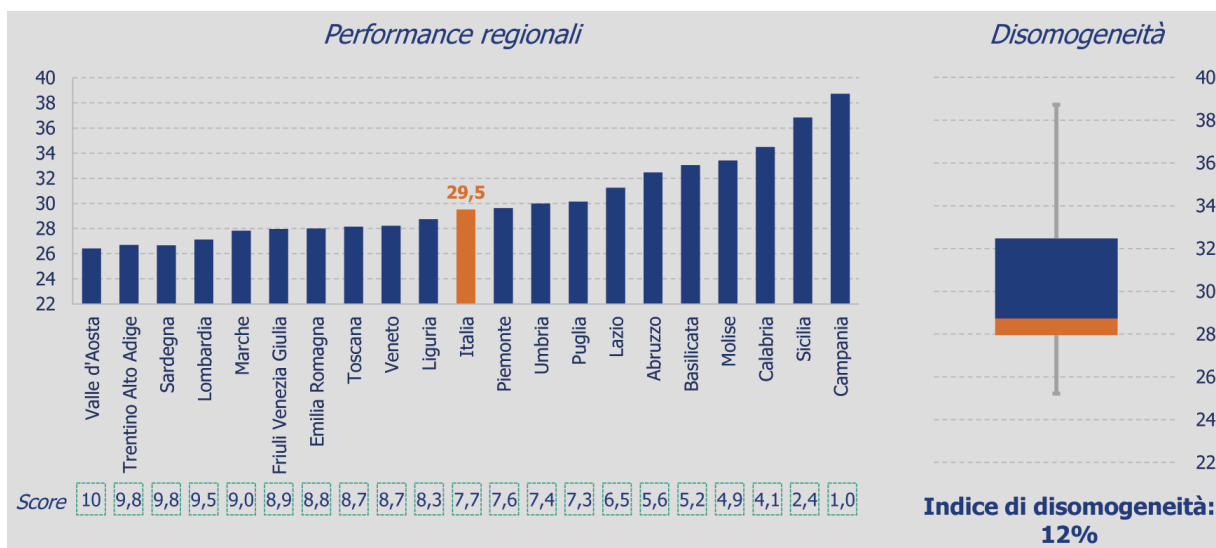


Figura 1. Modalità di rappresentazione delle performance e dei livelli di disomogeneità secondo il Meridiano Sanità Regional Index

Fonte: The European House – Ambrosetti, 2015

5.1.1 Stato di salute della popolazione

La prima area valuta i risultati del sistema sanitario in termini di salute della popolazione attraverso indicatori di speranza di vita, fattori di rischio per la salute, comorbidità e mortalità per le patologie a più alto impatto per il sistema. Nello specifico i 10 KPI individuati e monitorati sono:

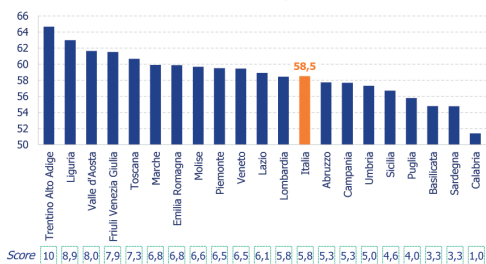
1. Speranza di vita in buona salute, che misura il numero di anni di vita alla nascita in buona salute, senza la presenza di limitazioni e disabilità.
2. Fattori di rischio per la salute dei bambini, indice composito costruito aggregando i dati sul consumo di sigarette e di verdura, sulla percentuale di persone in sovrappeso e sullo svolgimento di attività fisica per la popolazione di età inferiore ai 15 anni.
3. Fattori di rischio per la salute degli adulti, indice composito costruito aggregando i dati sul consumo di sigarette, alcool e verdura, sulla percentuale di persone in sovrappeso e sullo svolgimento di attività fisica per la popolazione di età superiore ai 15 anni.
4. Comorbidità, dimensione strettamente legata alla speranza di vita in buona salute, misurata attraverso la percentuale di persone con 3 o più malattie croniche.
5. Mortalità standardizzata per età, per quantificare il fenomeno della mortalità al netto dell'età, che può avere un effetto distorsivo.
6. Mortalità infantile che indica il numero di bambini morti nel primo anno di vita e per 10.000 bambini nati vivi nello stesso anno.
7. Mortalità per malattie circolatorie (tasso standardizzato), indicatore inserito in quanto queste patologie in Italia, così come in Europa, sono ancora oggi la principale causa di morte e di disabilità tipica delle età adulte e senili¹.
8. Mortalità per diabete (tasso standardizzato), indicatore inserito in virtù del forte impatto che la spesa per un paziente diabetico ha sul bilancio del SSN e dell'incremento della prevalenza di questa patologia negli ultimi anni.
9. Mortalità per tumore (tasso standardizzato), indicatore inserito in quanto i tumori rappresentano in Europa e in Italia la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio.
10. Mortalità per demenze (tasso standardizzato), indicatore inserito poiché si stima che le persone affette da demenza siano destinate a raddoppiare entro il 2030 e a più che triplicare entro il 2050.

¹ Per ulteriori approfondimenti si veda il Capitolo 2 di questo Rapporto.

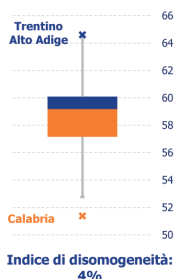
STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Speranza di vita in buona salute alla nascita (anni), 2012

Performance regionali

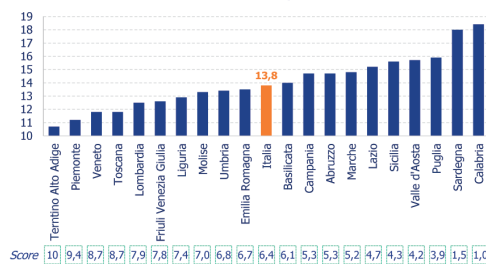


Disomogeneità

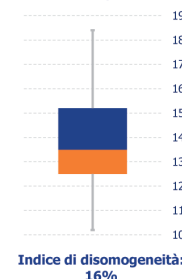


Persone con tre o più malattie croniche (per 100 abitanti), 2012

Performance regionali

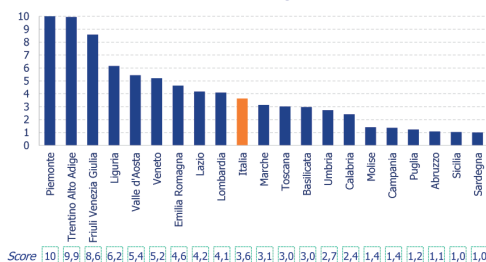


Disomogeneità



Indice composito dei fattori di rischio* per la salute dei bambini (1= fattori di rischio massimi ; 10=fattori di rischio minimi), 2012

Performance regionali



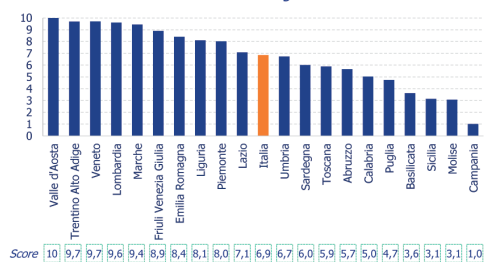
(*): Sono stati considerati il consumo di sigarette, di frutta e di verdura, lo svolgimento di attività fisica e il sovrappeso nella popolazione di età inferiore ai 15 anni

Indice di disomogeneità: 24%

- Sotto-indici di disomogeneità
- Consumo di sigarette: 19%
 - Consumo di frutta: 31%
 - Consumo di verdura: 22%
 - Attività fisica: 23%
 - Sovrappeso: 23%

Indice composito dei fattori di rischio* per la salute degli adulti (1= fattori di rischio massimi ; 10=fattori di rischio minimi), 2012

Performance regionali



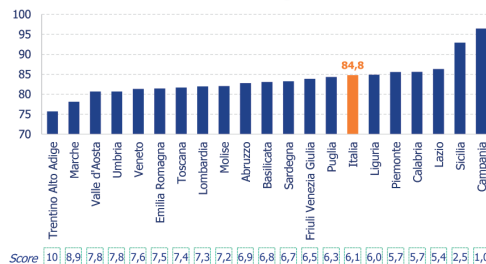
(*): Sono stati considerati il consumo di alcool, di sigarette, di frutta e di verdura e lo svolgimento di attività fisica nella popolazione di età superiore ai 15 anni

Indice di disomogeneità: 16%

- Sotto-indici di disomogeneità
- Consumo di sigarette: 10%
 - Consumo di alcool: 22%
 - Consumo di frutta: 18%
 - Consumo di verdura: 25%
 - Sovrappeso: 8%

Tasso di mortalità standardizzato per età (per 10.000 abitanti), 2012

Performance regionali



Disomogeneità

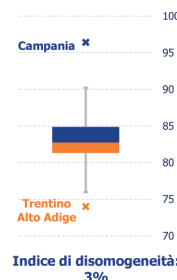
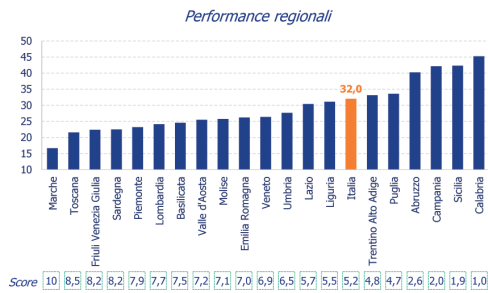


Figura 2a. Area "Stato di salute della popolazione": performance e livelli di disomogeneità regionali

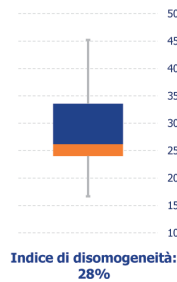
Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2015

STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

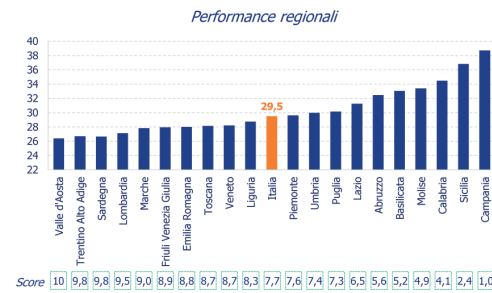
Tasso di mortalità infantile
(per 10.000 bambini nati vivi), 2012



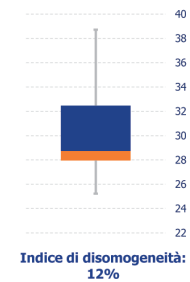
Disomogeneità



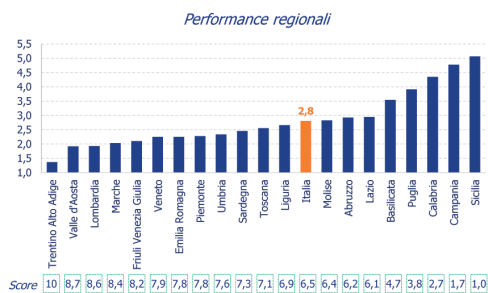
Tasso di mortalità standardizzato per malattie circolatorie
(per 10.000 abitanti), 2012



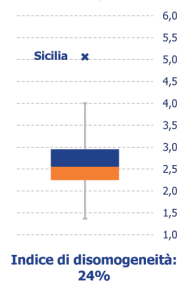
Disomogeneità



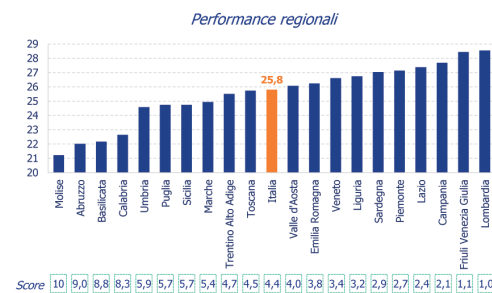
Tasso di mortalità standardizzato per diabete mellito
(per 10.000 abitanti), 2012



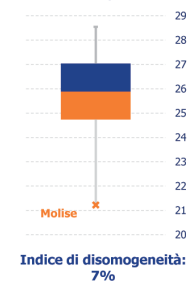
Disomogeneità



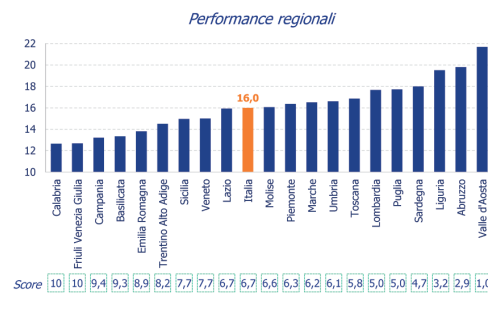
Tasso di mortalità standardizzata per tumore
(per 10.000 abitanti), 2012



Disomogeneità



Tasso di mortalità standardizzato per demenze
(per 10.000 abitanti), 2012



Disomogeneità

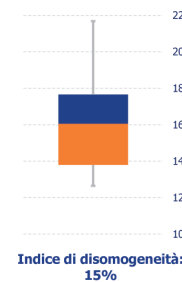


Figura 2b. Area "Stato di salute della popolazione": performance e livelli di disomogeneità regionali

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2015

L'aspettativa di vita in buona salute, pari, nel 2012, a 59 anni (media nazionale), presenta una variabilità di 13,2 anni tra il Trentino Alto Adige, la regione con la speranza di vita maggiore, e la Calabria, quella con la speranza di vita minore. Oltre al Trentino Alto Adige, altre 4 Regioni (Liguria, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Toscana) mostrano un'aspettativa di vita in buona salute superiore ai 60 anni. Le Regioni del Sud, presentano invece tutte valori più bassi della media nazionale. Su questo indicatore, il livello di disomogeneità regionale si attesta al 4%, escludendo le Regioni *best* e *worst performer*, in quanto *outlier*.

La prevalenza di malattie croniche, insieme alla presenza dei fattori di rischio, che ne sono in parte causa, impatta significativamente sulla speranza di vita in buona salute cui si è fatto appena riferimento. Nelle Regioni del Centro-Sud infatti si registrano anche la più alta percentuale di persone con tre o più malattie croniche e la più alta presenza di fattori di rischio, sia per i bambini che per gli adulti. Ad esempio la Campania registra sia la più alta percentuale di persone in sovrappeso tra i bambini (38,2%) e tra gli adulti (41,6%), così come la più bassa percentuale di persone che svolgono attività fisica (solo il 12,7% tra gli adulti e il 13,7% tra i bambini).

Il tasso di mortalità standardizzato per età presenta una certa eterogeneità nella penisola: se in Trentino Alto Adige muoiono 76 persone su 10.000 abitanti, in Sicilia e Campania ne muoiono rispettivamente 93 e 96. Escludendo queste Regioni, che hanno valori che si discostano molto dalla media nazionale, il livello di disomogeneità per questo indicatore risulta comunque basso (4%).

Campania, Sicilia e Calabria presentano i tassi di mortalità infantile più elevati e i valori più alti per mortalità dovuta a malattie circolatorie e diabete. A proposito della mortalità infantile, fa riflettere come in Calabria, su 10.000 bambini nati vivi, ne muoiano il triplo rispetto alle Marche, la regione con il tasso di mortalità infantile più basso (45,2 vs. 16,6). Il tasso di disomogeneità regionale è del 28%, il più elevato tra i 10 KPI che compongono quest'area di analisi.

Le mortalità per tumore e per demenze rappresentano uno dei pochi casi in cui la dicotomia Nord – Sud è a favore di queste ultime Regioni. La mortalità per tumore vede il Molise ottenere il valore più basso (21,2 deceduti su 10.000 abitanti), mentre Friuli Venezia Giulia e Lombardia i valori più alti (28,4 e 28,5 deceduti su 10.000 abitanti). La mortalità per demenza vede la Calabria registrare il valore più basso (12,6 deceduti su 10.000 abitanti) e la Valle d'Aosta il valore più alto (21,7 deceduti su 10.000 abitanti).

La figura 3 illustra il punteggio medio delle Regioni nell'area "Stato di salute della popolazione": al primo posto si trova nettamente il Trentino Alto Adige con un punteggio pari a 8,3 su un massimo di 10; la Regione occupa 4 volte il primo posto e 3 volte il secondo posto sui 10 indicatori analizzati. Seguono Friuli Venezia Giulia e Marche.

La media nazionale, pari a 5,9, risente delle cattive performance registrate dalle Regioni del Sud che chiudono la classifica: tra queste Sicilia e Campania sono le uniche a registrare un punteggio inferiore a 4.

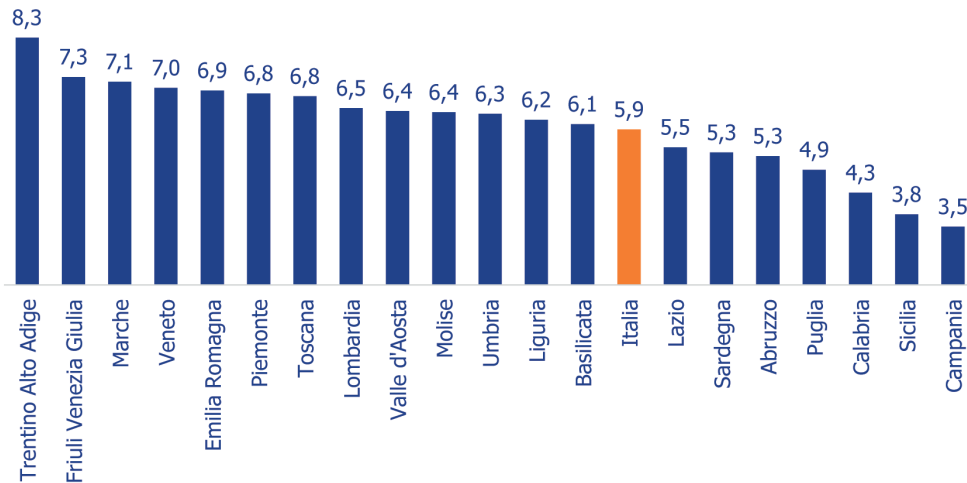


Figura 3. Sintesi dell'area "Stato di salute della popolazione" (punteggio 1-10)

Fonte: The European House – Ambrosetti, 2015

Analizzando i singoli indicatori che compongono l'area si può notare come le disomogeneità maggiori a livello regionale si concentrano sulla mortalità infantile, sulla mortalità per diabete e sui fattori di rischio per i bambini, soprattutto per il consumo di verdure, proxy di una dieta sana, e per la percentuale di bambini in sovrappeso: questi 3 indicatori registrano un coefficiente di disomogeneità superiore al 20%.

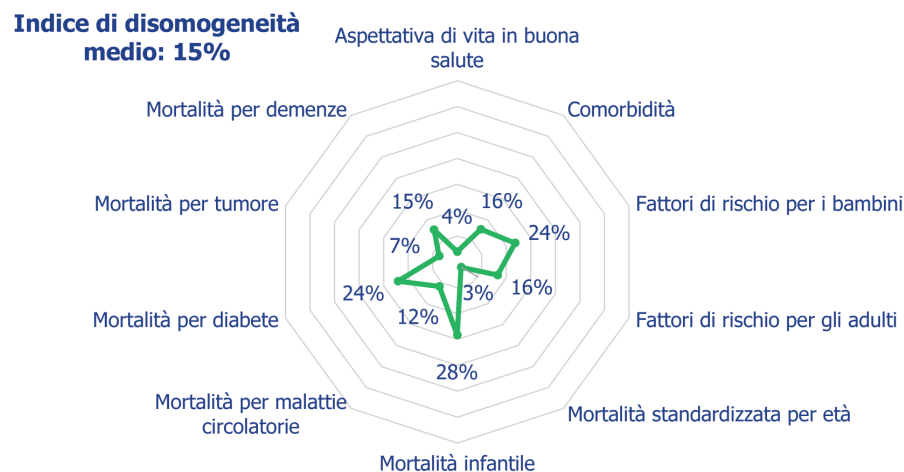


Figura 4. Quadro sinottico dei livelli di disomogeneità rilevate nell'area "Stato di salute della popolazione"

Fonte: The European House – Ambrosetti, 2015

5.1.2 Equità e capacità di risposta ai bisogni di salute

La seconda area analizzata vuole valutare quanto i sistemi sanitari regionali siano equi nel garantire le cure a tutti i cittadini e come si siano organizzati per rispondere alle sfide della prevenzione, della gestione dei pazienti anziani sul territorio e dell'accesso all'innovazione farmaceutica per offrire ai cittadini nuove soluzioni terapeutiche, ovvero ad affrontare i cambiamenti in atto a livello demografico, epidemiologico e scientifico. I KPI analizzati sono:

1. Rinuncia a spese sanitarie per motivi economici, *proxy* del numero di cittadini che in virtù del basso reddito disponibile hanno dovuto rinunciare a cure mediche e visite specialistiche.
2. Compartecipazione del cittadino delle spese sanitarie, misurata come la spesa sostenuta da ogni singolo cittadino per i *ticket* sui farmaci e le visite specialistiche per accedere alle cure.
3. Investimenti in sanità, espressi con la quota già sottoscritta in progetti di investimento delle risorse messe a disposizione dallo Stato.
4. Emigrazione sanitaria, misurata attraverso il tasso di mobilità passiva, cioè il rapporto tra il numero di ricoverati in una Regione diversa da quella di residenza e il totale dei residenti nella Regione che hanno subito un ricovero; sono state considerate le attività per acuti in regime ordinario e diurno, attività di riabilitazione in regime ordinario e diurno, attività di lungodegenza.
5. Anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), per 10.000 residenti over 65. Le cure domiciliari garantiscono una migliore qualità della vita alle persone che hanno subito una compromissione dell'autosufficienza, evitando o riducendo altresì il rischio di ricoveri.
6. Posti letto in strutture residenziali per anziani, pubblici e privati, indicatore utilizzato per valutare come i sistemi sanitari regionali stanno affrontando la sfida dell'invecchiamento della popolazione.
7. Copertura dei programmi di vaccinazione infantile; nello specifico sono stati considerati i vaccini contro Differite, Tetano e Pertosse, Epatite B, Morbillo, Parotite e Rosolia, Meningite e Poliomelite.
8. Copertura dei programmi di vaccinazione per anziani; a questo proposito è stata considerata la copertura dei programmi di vaccinazione antinfluenzale.
9. Copertura dei programmi di *screening*. Sono state considerate le coperture dei programmi di *screening* al seno - sulle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni - alla cervice uterina - sulle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni - e al colon-retto - sulle persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni.
10. Accesso all'innovazione farmaceutica, misurato attraverso il consumo pro capite di farmaci innovativi. Sono stati selezionati i prodotti di fascia H (figura 5) che:
 - hanno ricevuto un giudizio di innovatività potenziale o importante da parte di AIFA;
 - sono stati introdotti in Gazzetta Ufficiale nel periodo 2011-2014;
 - sono stati utilizzati nelle singole Regioni da gennaio 2014 ad agosto 2015.

| MOLECOLA | PRODOTTO | CLASSE | INNOVAZIONE TERAPEUTICA | GAZZETTA UFFICIALE |
|--------------------------------------|----------|--------|-------------------------|--------------------|
| ABIRATERONE ACETATO | ZYTIGA | H | Potenziale | Novembre 2011 |
| PLERIXAFOR | MOZOBIL | H | Potenziale | Gennaio 2012 |
| PERTUZUMAB | PERJETA | H | Importante | Ottobre 2012 |
| IPILIMUMAB | YERVOY | H | Importante | Marzo 2013 |
| COLLAGENASI DI CLOSTRIDIUM HISTOLYTI | XIAPEX | H | Potenziale | Gennaio 2014 |
| TRASTUZUMAB EMTANSINE | KADCYLA | H | Potenziale | Maggio 2014 |
| BRENTUXIMAB VEDOTIN | ADCETRIS | H | Potenziale | Luglio 2014 |
| DOLUTEGRAVIR SODIO | TIVICAY | H | Potenziale | Ottobre 2014 |
| BEDAQUILINA FUMARATO | SIRTURO | H | Potenziale | Novembre 2014 |

Figura 5. Paniere di farmaci giudicati innovativi da AIFA introdotti in Gazzetta Ufficiale dal 2011 al 2014 e utilizzati nelle Regioni nel periodo gennaio 2011 - agosto 2015

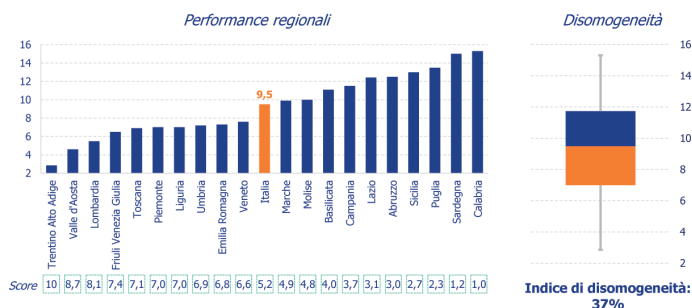
Fonte: rielaborazione di The European House – Ambrosetti su dati AIFA, 2015

Il consumo pro capite di ciascun farmaco è stata trasformato, per ogni Regione, in un punteggio da 1 a 10 (dove 1 è associato al minor utilizzo e 10 al maggior utilizzo). Il risultato finale è una media dei punteggi conseguiti dalle Regioni per ciascun farmaco del paniere considerato.

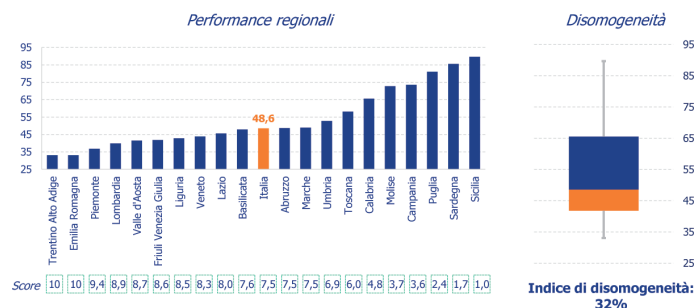
Questo indicatore permette quindi di valutare quanto le Regioni garantiscono l'accesso nel mercato di farmaci caratterizzati da un elevato grado di innovatività che possono migliorare significativamente l'esito e la qualità delle cure per i pazienti.

EQUITÀ E CAPACITÀ DI RISPOSTA AI BISOGNI DI SALUTE

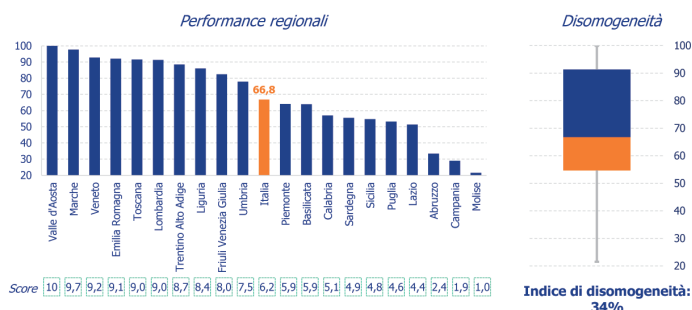
Persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie o all'acquisto di farmaci per motivi economici (%), 2013



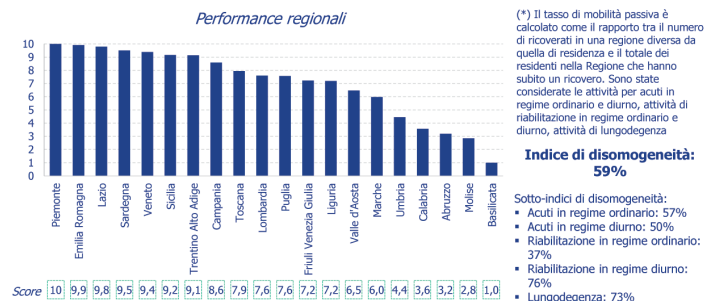
Spesa pro capite per ticket sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie (euro, PPP), 2014



Investimenti in sanità (% delle risorse destinate alla Regione già sottoscritte), 2014



Indice dei tassi di mobilità passiva interregionale* (1=massima mobilità passiva; 10=minima mobilità passiva), 2014



Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (per 10.000 residenti di 65 anni e oltre), 2012

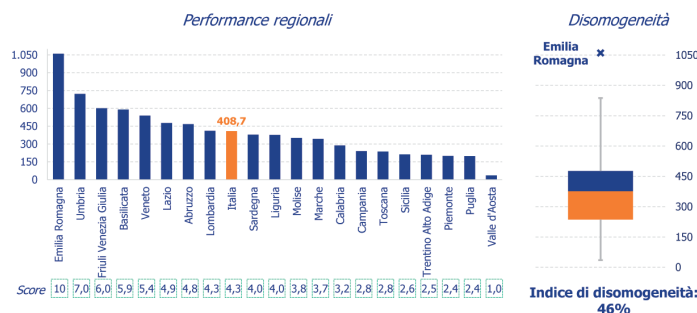
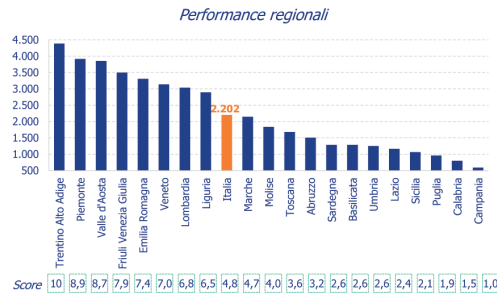


Figura 6a. Area "Equità e capacità di risposta ai bisogni di salute": performance e livelli di disomogeneità regionali

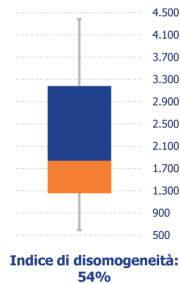
Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati, Corte dei Conti, Istat, Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale Screening e Farmindustria da fonte IMS, 2015

EQUITÀ E CAPACITÀ DI RISPOSTA AI BISOGNI DI SALUTE

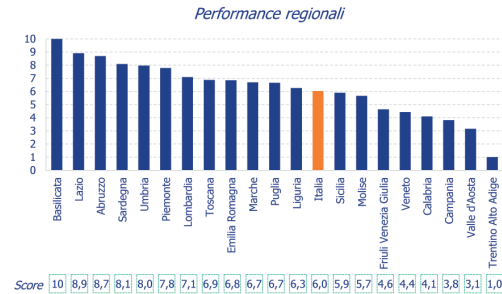
Posti letto per anziani assistiti in strutture residenziali (per 100.000 abitanti), 2012



Disomogeneità



Indice dei tassi di copertura dei programmi di vaccinazione infantile* (1=copertura minima; 10=copertura massima), 2013



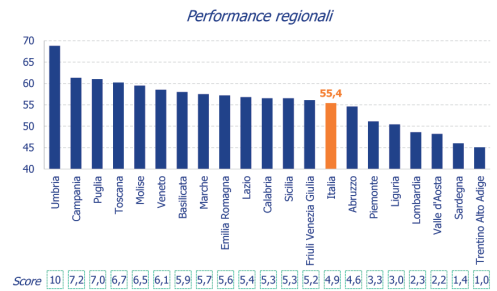
(*) Sono stati considerati i vaccini contro Difterite, Tetano e Pertosse (DT-DTP3), Epatite B (Ep B), Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR1), Hemophilus influenzae di tipo B (HiB3), Poliometite (Polio)

Indice di disomogeneità: 2%

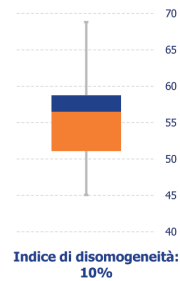
Sotto-indici di disomogeneità:

- DT-DTP3: 2%
- EP3: 2%
- MPR1: 3%
- HiB3: 2%
- Polio: 2%

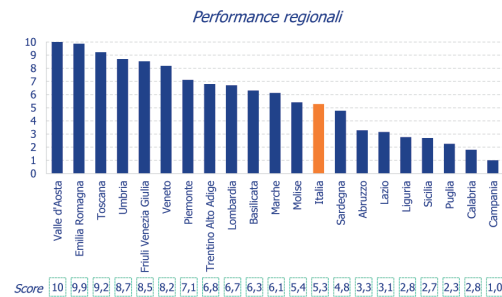
Copertura dei programmi di vaccinazione antinfluenzale per anziani (% persone over 65), 2013



Disomogeneità



Indice dei tassi di copertura dei programmi screening* (1=copertura minima; 10=copertura massima), 2013



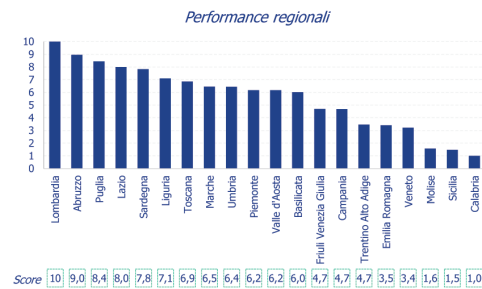
(*) Sono stati considerati i programmi di screening al seno sulle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni, alla cervice uterina sulle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni e al colon-retto sulle persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni

Indice di disomogeneità: 44%

Sotto-indici di disomogeneità:

- Screening al seno: 29%
- Screening alla cervice uterina: 39%
- Screening al colon-retto: 63%

Indice composito dell'utilizzo di farmaci innovativi* (1=minimo utilizzo; 10=massimo utilizzo), 2013



(*) Sono stati selezionati i 9 prodotti di fascia H che hanno ricevuto un giudizio di innovatività potenziale o importante da parte di AIFA introdotti dalla Gazzetta Ufficiale nel periodo 2011-2014 e utilizzati nelle singole Regioni da gennaio 2014 ad agosto 2015.

Indice di disomogeneità: 47%

Sotto-indici di disomogeneità per molecola:

- Abiraterone Acetato: 12%
- Bedaquilina: 44%
- Brentuximab Vedotin: 50%
- Collagenasi di Clostridium Histolytic: 87%
- Dolutegravir: 61%
- Ipilimumab: 39%
- Pertuzumab: 39%
- Plerixafor: 64%
- Trastuzumab Emtrastine: 30%

Figura 6b. Area "Equità e capacità di risposta ai bisogni di salute": performance e livelli di disomogeneità regionali

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati, Cortei dei Conti, Istat, Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale Screening e Farmindustria da fonte IMS, 2015

Il perdurare della crisi economica ha portato ad un aumento delle persone che rinunciano a curarsi per motivi economici. Questa tendenza è palese per le Regioni del Sud, le più povere del Paese. Infatti se in Trentino Alto Adige solo il 3% dei cittadini ha rinunciato a curarsi, in Basilicata, Campania, Abruzzo, Sicilia, Puglia tale percentuale è superiore al 10% e in Sardegna e Calabria è addirittura superiore al 15%. Sorprende anche la *performance* del Lazio, che con un valore pari al 12% è inserito nel gruppo delle Regioni meridionali.

È inoltre aumentato il livello medio di compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria (*ticket* sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie) che, se da un lato ha permesso ad alcune Regioni di migliorare i propri disavanzi, dall'altro ha gravato i cittadini di ulteriori costi. Non a caso la spesa per *ticket* sui farmaci e su prestazioni sanitarie, a parità di potere di acquisto è stata superiore nelle Regioni del Sud, in particolare in Sicilia, Sardegna e Puglia (rispettivamente 89,7, 85,5 e 81,1 euro pro capite) che sono anche le Regioni in cui è stata registrata la percentuale più alta di persone che hanno rinunciato alle cure. Ulteriori dettagli sul tema della compartecipazione verranno forniti nei paragrafi successivi.

Sul fronte degli investimenti in sanità, necessari per incrementare l'efficacia e l'efficienza del sistema stesso, le Regioni mostrano notevole disomogeneità nell'utilizzo delle risorse da investire assegnate dallo Stato. Le risorse destinate agli Accordi di Programma sono state pari a 15,3 miliardi di euro: al 31 dicembre 2014, le risorse già allocate rappresentavano il 67% delle risorse a disposizione. Se la Valle d'Aosta ha già sottoscritto il 100% delle risorse destinate, il Molise ne ha allocate solo il 21,5%. Tutte le Regioni in Piano di Rientro assieme a Basilicata e Sardegna hanno sottoscritto una percentuale di risorse inferiore alla media nazionale.

Le Regioni i cui i cittadini sono costretti a spostarsi fuori dai confini regionali per ricevere le cure adeguate sono un sintomo di un sistema sanitario regionale che non riesce a rispondere compiutamente alla domanda di salute dei propri cittadini (pur al netto di alcune situazioni in cui la presenza di strutture che erogano servizi iperspecialistici non è giustificata dalla dimensione della Regione). Il Piemonte è la regione con il più basso tasso di emigrazione sanitaria, mentre la Basilicata è la Regione con il tasso più alto, frutto anche del fenomeno che vede molti residenti nelle Regioni del Sud domiciliati nel Nord del Paese. Le difformità regionali in questo indicatore sono elevate e con riferimento alle attività di riabilitazione in regime diurno e di lungodegenza si registrano le maggiori disomogeneità (76% e 73%).

Con l'aumentare dell'aspettativa di vita la gestione degli anziani ricopre un ruolo sempre più importante. Sul fronte dell'Assistenza Domiciliare Integrata agli anziani, l'Emilia Romagna registra il numero più elevato di anziani trattati in ADI, pari a 1.060 su 10.000 over 65 residenti; il valore registrato pone la Regione come un *outlier*. Sul versante opposto invece la Valle d'Aosta con soli 36 anziani trattati. In merito al numero di posti letto per anziani nelle strutture residenziali, pubblici e privati, si passa da una disponibilità superiore ai 4.000 posti per 100.000 abitanti (Trentino Alto Adige) ad una inferiore ai 1.000 come nei casi di Puglia, Calabria e Campania. Tutte le Regioni con valori superiori alla media nazionale sono collocate nel Nord del Paese, sinonimo di una maggior attenzione al tema della cura dell'anziano, ma anche a tassi di occupazione superiori rispetto alle altre aree del Paese che rendono impercorribile un percorso assistenziale a carico della famiglia.

Come si vedrà nel capitolo successivo di questo rapporto, anche se le vaccinazioni sono fondamentali per la tutela della salute pubblica, si registrano preoccupanti cali nella vaccinazione infantile. I tassi di copertura dei programmi di vaccinazione infantile risultano superiori al 90% nei vaccini contro Differite, Tetano e Pertosse, contro l'epatite B e contro la Poliomelite. Per tutti i programmi citati la Basilicata e il Trentino Alto Adige presentano il tasso di copertura rispettivamente più alto e più basso. I programmi di vaccinazione contro il morbillo, parotite e rosolia, in virtù anche della non obbligatorietà dal vaccino, registrano invece tassi di copertura notevolmente più bassi: a fronte di una media nazionale pari a 88%, il valore massimo e quello minimo si attestano rispettivamente intorno al 93% (Umbria) e al 77% (Marche), al di sotto del 95%, considerata dall'OMS la soglia minima di copertura. Il vaccino contro l'*Hemophilus influenzae* di tipo B presenta un tasso di copertura medio nazionale pari al 95%, con uno scarto tra regione più virtuosa e quella meno virtuosa pari a 18 punti percentuali (la Basilicata presenta un tasso di copertura pari al 99%, mentre la Calabria un tasso pari all'81%). Va sottolineato come tassi di copertura per questi vaccini inferiori al 95% mettono a rischio l'immunità di gregge, che si verifica quando i soggetti vaccinati, riducendo la circolazione dei *virus* e dei batteri responsabili delle malattie, riducono le possibilità per i non vaccinati di ammalarsi.

Le disomogeneità regionali si riscontrano anche in riferimento ai tassi di copertura per i programmi di vaccinazione antinfluenzale per gli over 65. A fronte di un valore medio nazionale pari a 55,4%, Umbria e Trentino Alto Adige raggiungono la copertura massima (68,8%) e minima (45,1%).

Il secondo pilastro della prevenzione, al fianco dei vaccini è rappresentato dagli *screening*, che mostrano in Italia una diffomità regionale ancora più ampia. Se in Emilia Romagna ben il 74% delle donne di età compresa tra 50 e 69 anni ha effettuato una mammografia negli ultimi 2 anni, in Calabria tale percentuale scende al 20%; se in Valle d'Aosta il tasso di copertura al test per la prevenzione del tumore dell'utero negli ultimi 3 anni nelle donne di 25-64 anni è pari al 76%, tale percentuale scende al 15% per la Liguria. La situazione non cambia se si considera la percentuale di 50-69enni che hanno svolto esami per la prevenzione dei tumori colorettali: in tal caso si passa da un valore massimo per l'Emilia Romagna pari al 65% a un minimo per la Calabria pari al 6%.

Guardando all'accesso all'innovazione farmaceutica, la Lombardia risulta essere la Regione caratterizzata dal maggior consumo pro capite di farmaci innovativi introdotti nel mercato dal 2011 al 2014. Oltre alla Lombardia ottengono un buon punteggio per questo indicatore anche Abruzzo, Puglia e Lazio. Molise, Sicilia e Calabria risultano invece caratterizzati dal punteggio più basso e quindi da un minor accesso all'innovazione farmaceutica.

La figura 7 mostra il punteggio medio delle Regioni nell'area "Equità e capacità di risposta ai bisogni di salute". L'Emilia Romagna guida la classifica con un punteggio pari a 7,8 grazie alle ottime prestazioni conseguite con riferimento alla compartecipazione dei cittadini, che a parità di potere d'acquisto è la seconda più bassa in Italia, al basso tasso di emigrazione sanitaria, alla quota di anziani trattati in ADI e agli alti tassi di copertura dei programmi di *screening*.

L'Emilia Romagna è seguita da Lombardia (7,1), Umbria e Friuli Venezia Giulia (a pari merito con un punteggio pari a 6,9). Tutte le Regioni del Sud, eccezion fatta per la Basilicata, hanno conseguito un punteggio inferiore alla media nazionale.

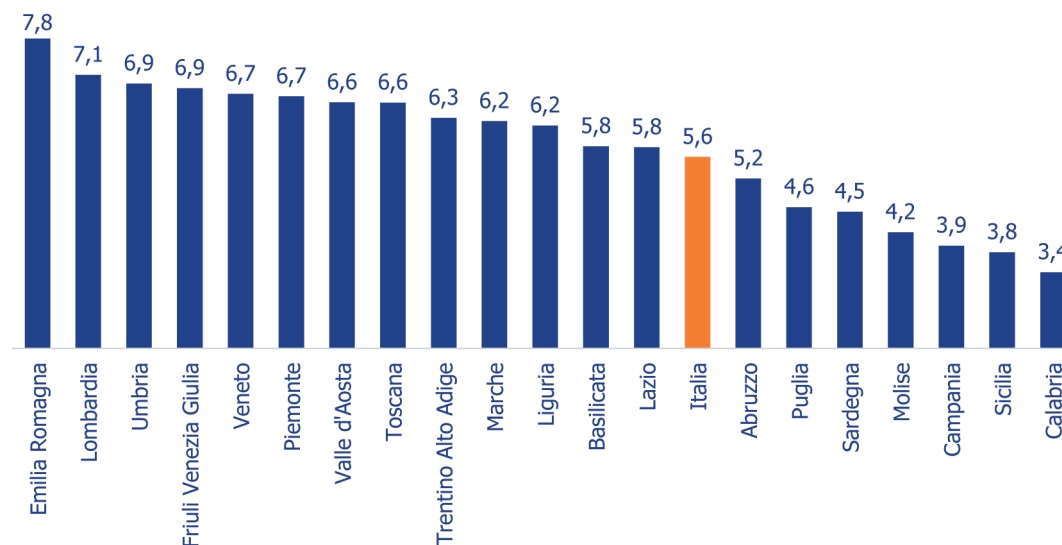


Figura 7. Sintesi dell'area "Equità e capacità di risposta ai bisogni di salute" (punteggio 1-10)

Fonte: The European House – Ambrosetti, 2015

L'area analizzata presenta un livello medio di disomogeneità di gran lunga superiore a quello registrato nell'area "Stato di salute della popolazione" (37% vs. 15%). 5 indicatori su 10, presentano un elevato indice di disomogeneità, superiore al 40%, risultando così particolarmente critici: il tasso di emigrazione sanitaria dalla regione di residenza, il numero di posti letto per anziani nelle strutture residenziali, l'accesso all'innovazione farmaceutica, il numero di anziani trattati in ADI e la copertura dei programmi di *screening*. È necessario sottolineare come anche i due indicatori utilizzati per valutare il grado di equità del sistema nel garantire i servizi sanitari registrino dei coefficienti di variazione importanti.

Indice di disomogeneità medio: 37%

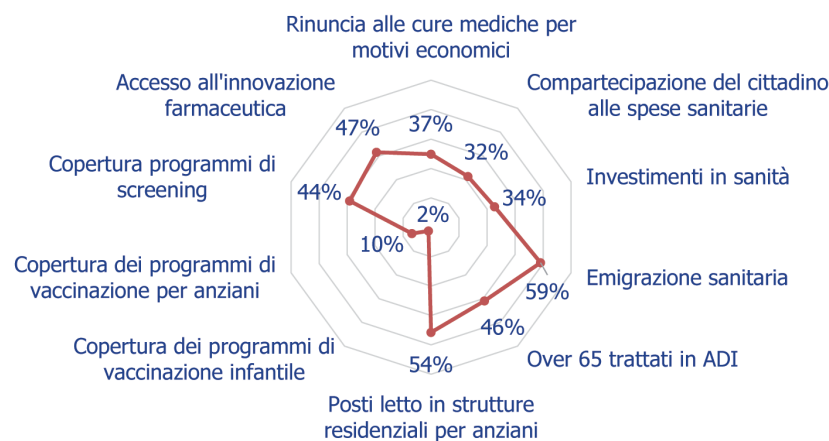


Figura 8. Quadro sinottico dei livelli di disomogeneità rilevate nell'area "Equità e capacità di risposta ai bisogni di salute"

Fonte: *The European House – Ambrosetti, 2015*

5.1.3 Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria

La terza area che compone il Meridiano Sanità Regional Index valuta il livello di efficienza del sistema - sia da un punto di vista gestionale che organizzativo - e di appropriatezza dei servizi erogati. I 10 KPI utilizzati sono:

1. Disavanzo sanitario pro capite, calcolato come il risultato di esercizio delle Regioni prima delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi.
2. Entrate proprie del SSN per dipendente, come misura di produttività del sistema sanitario: le entrate proprie del sistema includono i ricavi intra-moenia, prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici e a soggetti privati, prestazioni erogate non sanitarie.
3. Informatizzazione dei servizi sanitari; la sanità elettronica consente un miglioramento della qualità dell'assistenza e della produttività del settore sanitario, con ricadute positive anche in termini di sostenibilità dei sistemi sanitari nel loro complesso. Per misurare tale fenomeno è stata utilizzata la quota di cittadini che utilizzano il Fascicolo Sanitario Elettronico tra i cittadini che sono soliti interagire via internet con la Pubblica

Amministrazione. Il Fascicolo Sanitario Elettronico, cioè l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito, è una delle soluzioni di sanità elettronica.

4. Ospedalizzazioni evitabili per patologie croniche, nello specifico diabete senza complicanze, asma negli adulti e broncopneumopatia cronico ostruttiva.
5. Degenza media standardizzata per *case mix*, ossia il numero totale di giornate di degenza per il numero di ricoveri standardizzato per patologia; la standardizzazione permette di ripulire i dati da distorsioni dovute alla complessità dei casi trattati.
6. Degenza media preoperatoria, indicatore di efficienza organizzativa, calcolato come il rapporto fra il totale delle giornate intercorse tra la data di ricovero e la data di intervento ed il totale dei dimessi.
7. Dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici, indicatore che valuta una delle dimensioni dell'appropriatezza organizzativa, cioè l'adeguato utilizzo dei posti letto in dotazione ai reparti chirurgici ospedalieri. L'indicatore viene calcolato come rapporto percentuale fra i dimessi da reparti chirurgici cui sia stato attribuito un DRG medico ed il totale dei dimessi da reparti chirurgici.
8. Produttività delle apparecchiature diagnostiche, misurata attraverso il tasso di utilizzo dei tomografi a risonanza magnetica, vale a dire il numero di prestazioni svolte da ciascun tomografo.
9. Tasso di occupazione dei posti letto ospedalieri, che indica la percentuale media dei posti letto occupati al giorno ed è calcolato come le giornate di degenza registrate in un anno sul numero di posti letto disponibili in un anno.
10. Consumo di antibiotici pro capite, espresso in dose giornaliera definita, indicatore di appropriatezza prescrittiva, importante anche per le conseguenze sulla salute derivanti dall'uso massiccio di antibiotici che può innescare l'alterazione della flora batterica intestinale e la comparsa della resistenza nei batteri patogeni (antimicrobico resistenza).