



Senato della Repubblica

Ufficio Valutazione Impatto
Impact Assessment Office

FOCUS

Come va la salute?

Il Servizio Sanitario Nazionale compie 45 anni: costi, performance, efficacia a confronto con gli altri sistemi di healthcare

Giugno 2023

*Nato il 23 dicembre 1978 su un modello di welfare state universalistico (il sistema Beveridge), il nostro SSN ha sostituito le vecchie casse mutue e affermato **l'assistenza sanitaria come diritto sociale**. Ma costa più o meno dei servizi sanitari di altri paesi che hanno adottato modelli diversi, ad esempio il sistema Bismarck? E cosa ci dicono gli indicatori di performance?*

*Con una **spesa sanitaria pubblica pari al 7,1% del PIL**, l'Italia nel 2020 risultava terza, fra i Paesi europei comparati, per numero di posti letto ospedalieri (3,19 ogni 1000 abitanti) e faceva registrare la più bassa disponibilità di strutture residenziali destinate agli anziani. Altre classifiche - dall'**aspettativa di vita alla nascita (83 anni)** all'**aspettativa di vita in salute (71,9 anni)** - ci vedono però al vertice. Merito anche degli stili di vita.*

Il punto di partenza

In attuazione degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato creato con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978 quale nuovo "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini".

Tabella 1. Modelli di *Healthcare* in Europa: Bismarck vs Beveridge

Sistemi Bismarck	Sistemi Beveridge
Austria	Danimarca
Belgio	Finlandia
Francia	<i>Grecia (dal 1983)</i>
Germania	Irlanda
<i>Grecia (fino al 1982)</i>	<i>Italia (dal 1978)</i>
<i>Italia (fino al 1977)</i>	Norvegia
Lussemburgo	<i>Portogallo (dal 1979)</i>
Paesi Bassi	<i>Spagna (dal 1986)</i>
<i>Portogallo (fino al 1978)</i>	Svezia
<i>Spagna (fino al 1985)</i>	Regno Unito

Fonte: elaborazione UVI

Analisi

I sistemi sanitari dei Paesi dell'area OCSE sono riconducibili, fondamentalmente, a tre diverse tipologie.

Alcuni Paesi (come Belgio, Francia, Germania e la stessa Italia prima della riforma del 1978) sono serviti da sistemi sanitari fondati su una **struttura di tipo mutualistico-assicurativo** che affonda le sue radici nel sistema previdenziale istituito dal cancelliere Bismarck alla fine dell'Ottocento (**sistemi Bismarck**, o ad "assicurazione sociale di malattia").

Altri Paesi (come l'Italia post-riforma, il Regno Unito, i Paesi scandinavi) si avvalgono di un sistema a struttura pubblica, il cui prototipo è il **modello di welfare state universalistico** ideato nel 1943 da Lord Beveridge (**sistemi Beveridge**, o "servizi sanitari nazionali"). L'assistenza

sanitaria, configurata come un **diritto sociale**, è generalizzata e viene finanziata con risorse provenienti dalla fiscalità generale.

Un terzo genere di modello è quello prevalentemente **privatistico**, nel quale il meccanismo di finanziamento principale è **l'assicurazione volontaria** e gli erogatori delle prestazioni sono per lo più soggetti privati. Tradizionalmente riconducibile a tale modello è il sistema sanitario statunitense.

Uno studio condotto nel 2009 sotto l'egida della Banca Mondiale ha effettuato un'**analisi comparativa** dei modelli Bismarck e Beveridge in termini di **costi ed efficacia**. È emerso che **i sistemi Bismarck incrementano del 3-4% la spesa sanitaria pro capite** senza che ciò si traduca in un miglioramento dell'efficacia delle prestazioni.

Dalla casse mutue al servizio sanitario nazionale

Prima della riforma del 1978, il sistema sanitario italiano era di tipo Bismarck, basato su numerosi enti mutualistici (o "casse mutue"). Ciascuna cassa mutua era competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i familiari a carico, vi erano obbligatoriamente iscritti e, in questo modo, fruivano dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere, finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute era quindi correlato allo status di lavoratore di uno dei componenti della famiglia, con conseguenti casi di mancata copertura. C'erano, inoltre, sperequazioni tra gli stessi assistiti, legate alla disomogeneità delle

prestazioni assicurate dalle varie casse mutue.

Nel 1978, con il passaggio al modello SSN (sistema di tipo Beveridge), viene meno l'equazione assicurato = assistito: il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica, attraverso prestazioni erogate dal sistema sanitario, divengono **diritto spettante a ogni individuo in condizioni di eguaglianza**, in attuazione degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione. Cambia inoltre la fonte del finanziamento delle prestazioni sanitarie: non più i proventi dei contributi, ma - perlopiù - la fiscalità. Nell'evoluzione successiva del sistema, un passaggio cruciale è rappresentato dall'introduzione dei Livelli essenziali delle prestazioni (LEA), che definiscono quali sono le prestazioni sanitarie erogabili dal SSN e le cure che devono essere garantite in tutte le regioni italiane: attraverso i LEA si dovrebbe dar luogo, sull'intero territorio nazionale, a una omogeneità di offerta dei servizi sanitari.

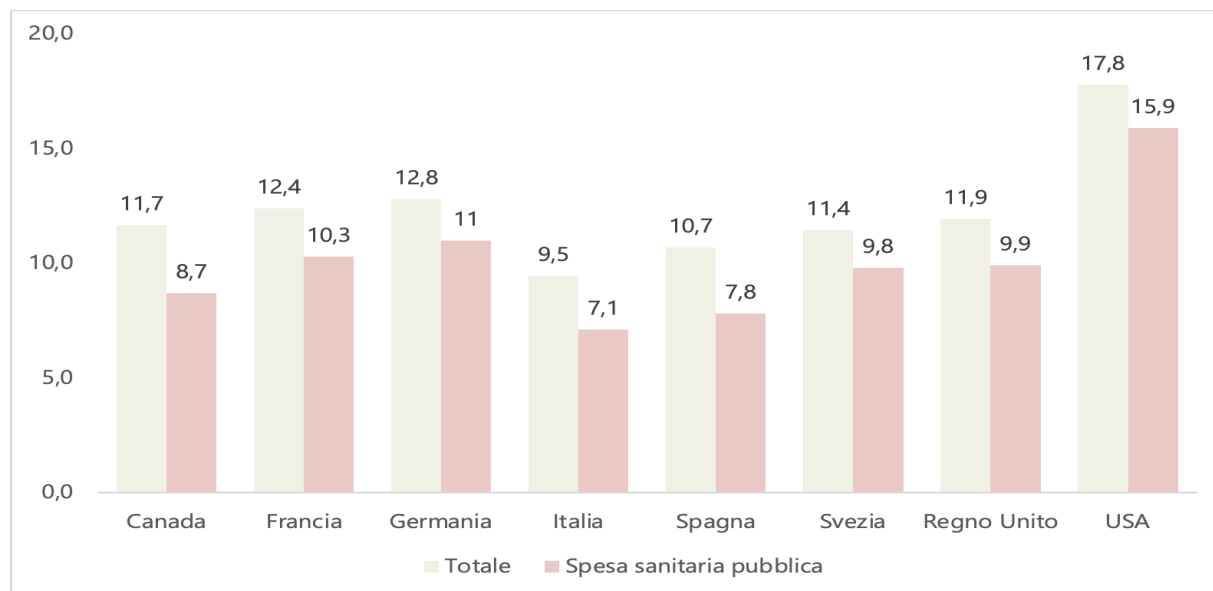
Il sistema sanitario italiano opera sia con strutture pubbliche (o equiparate) sia attraverso enti privati (accreditati e convenzionati). Si tratta peraltro di un sistema articolato in una pluralità di **servizi sanitari regionali**, essendo la materia "tutela della salute" attribuita alla cosiddetta potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni (art. 117, comma terzo, della Costituzione).

Quante risorse ha la sanità?

Un primo gruppo di indicatori riguarda le risorse messe a disposizione dai singoli sistemi Paese per la sanità:

- spesa sanitaria in rapporto al PIL
- spesa sanitaria pro capite
- spesa ospedaliera pro capite
- posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti
- posti letto per 1.000 abitanti in strutture residenziali per persone di età pari o superiore a 65 anni per *long term care* (cure per malattie croniche)

Figura 1. Spesa sanitaria come percentuale del PIL. Anno 2021



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Health expenditure and financing

NOTE:

Canada, Germania, Italia, Svezia, Regno Unito: dati provvisori

Francia: il dato della spesa sanitaria pubblica è da riferirsi al 2020; il dato della spesa totale è da riferirsi al 2021 ed è provvisorio

Spagna: dati 2020

USA: il dato della spesa sanitaria pubblica è da riferirsi al 2020; il dato della spesa totale è da riferirsi al 2021 ed è stimato.

La spesa pubblica statunitense, che si colloca al 15,9%, nonché la spesa pubblica dei Paesi con sistemi Bismarck (Francia, Germania), risulta più elevata rispetto a quella dei Paesi con sistemi Beveridge. **Italia e Spagna (sistema Beveridge) risultano ultime a livello di spesa sanitaria pubblica totale in rapporto al PIL:** il dato 2021 è pari al **7,1%** del prodotto interno lordo per l'Italia, al 7,8% per la Spagna.

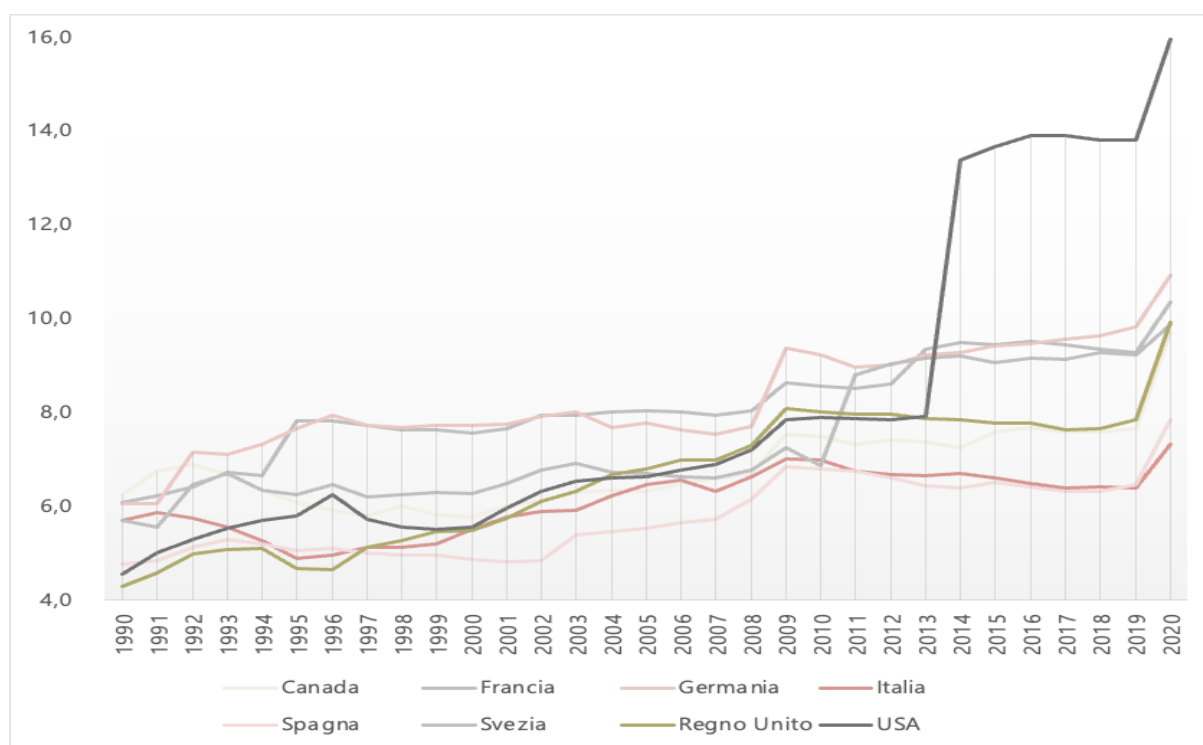
Questa "foto" del 2021 va messa in relazione alle tendenze di più lungo periodo. La Figura 2 illustra l'andamento della spesa sanitaria

pubblica nel periodo 1990 – 2020.

Nella parte alta della classifica, figurano al primo posto, anche qui, gli Stati Uniti, che fanno registrare un picco a partire dal 2013; in seconda e terza posizione, rispettivamente, Germania e Francia. Quindi i primi tre posti vanno a tre Paesi caratterizzati da sistemi sanitari "non Beveridge".

Al penultimo e ultimo posto si collocano Spagna e Italia, due sistemi Beveridge, che hanno valori vicini e un andamento della spesa simile.

Figura 2. Spesa sanitaria pubblica come percentuale del PIL. Anni 1990-2020



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Health expenditure and financing

Se si passa all'analisi del dato relativo alla **spesa pubblica pro capite** nel 2021, si osserva **l'Italia al penultimo posto** del ranking (3.052 dollari PPP¹) con la Spagna (2.724 PPP\$) a chiudere la classifica. Gli Stati Uniti si confermano primi per livello di spesa (10.052 PPP\$). La tendenza alla maggiore dispendiosità dei sistemi

Bismarck appare ribadita.

La spesa **ospedaliera pubblica pro-capite** vede ancora **l'Italia, con 1.614 PPP\$, nella parte bassa della classifica, dove precede solamente la Spagna e il Canada**. Meno lineare in questo caso il raffronto tra sistemi Beveridge e

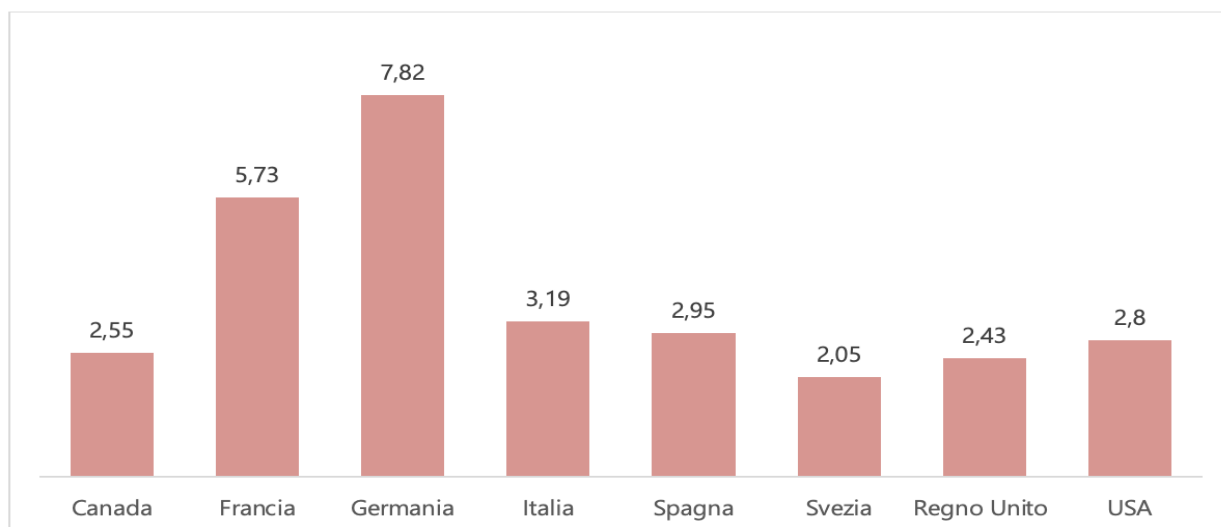
¹ unità di misura relativa alla parità di potere di acquisto (Purchasing Power Parity) espresso in dollari americani. I

costi nelle varie valute sono espressi attraverso un tasso di cambio a parità di potere di acquisto (PPP)

sistemi Bismarck: la Svezia svetta tra i Paesi europei (2.256 PPP\$), seguita da Francia (2.046), Regno Unito (1.964) e Germania (1.941). La spesa

USA è quella più alta in assoluto: 3.480 dollari PPP.

Figura 3. Numero di posti letto ospedalieri (per 1.000 abitanti). Anno 2020

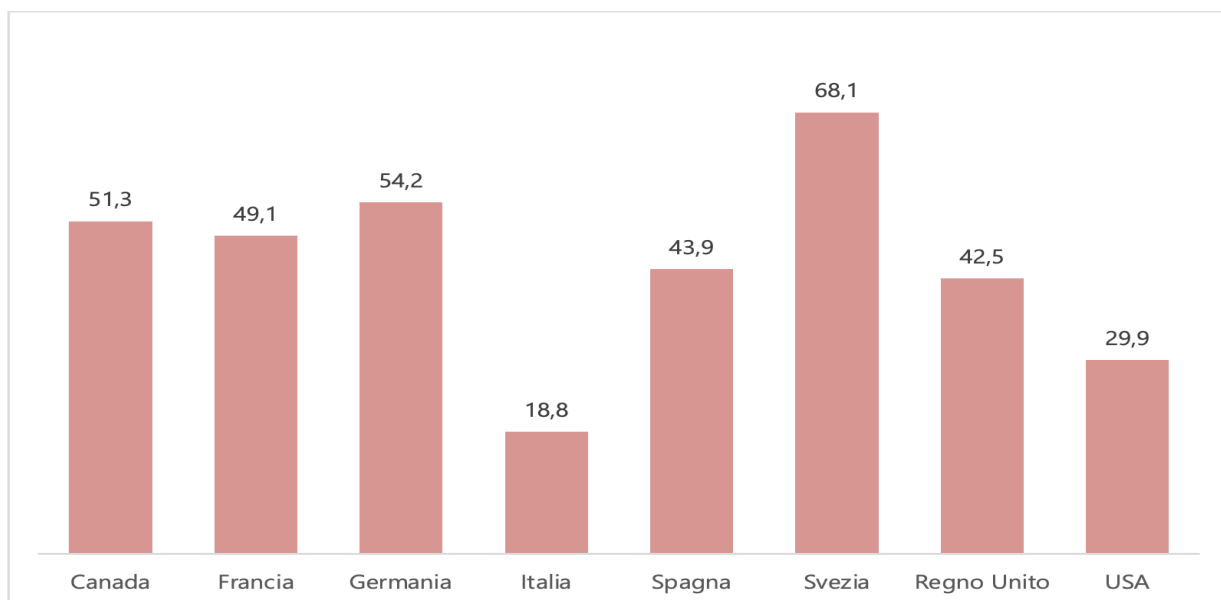


Fonte: OECD Health Statistics 2022. Total hospital beds - per 1.000 population

NOTE

- USA: il dato è del 2019
- 2021: Regno Unito: 2,34 (dato provvisorio)

Figura 4. Long term care (cure per malattie croniche). Posti letto in strutture residenziali per 1.000 abitanti di età pari o superiore a 65 anni. Anno 2019



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Long-Term Care Resources and Utilisation: Beds in residential care facilities

NOTE

Canada, Regno Unito: dati stimati; 2021: Canada 46,7 (stimato); Italia 18,7 (provvisorio); 2020: Francia 48; Spagna 43,1; Svezia 64,8; Regno Unito 42 (stimato); Spagna: OECD segnala una diversa metodologia per la raccolta del dato

Riguardo al numero di **posti letto ospedalieri** per 1.000 abitanti, **l'Italia risulta terza** fra i Paesi

europei (anno 2020), con 3,19 posti a disposizione. Prima, con un notevole distacco, è la

Germania con 7,82 posti, seconda la Francia, con 5,73; seguono gli altri Paesi europei (2,95 posti la Spagna, 2,43 il Regno Unito, 2,05 la Svezia). Gli Stati Uniti dispongono di 2,8 posti (dato del 2019) e il Canada di 2,55.

Quanto invece ai **posti letto per long term care in strutture residenziali**, nel 2019 l'Italia fa registrare **la più bassa disponibilità di risorse** (18,8 posti per 1000 abitanti di età pari o superiore a 65 anni). Il dato disallinea il nostro SSN da tutti gli altri sistemi sanitari oggetto di comparazione: si noti il distacco con gli Stati Uniti (29,9 posti), che pure occupano il penultimo posto di questa classifica. Gli altri Paesi destinano alle cure di lungo periodo risorse significativamente più ingenti, fino al picco svedese di 68,1 posti letto.

Riguardo al numero di **medici in attività per 1000 abitanti (anno 2020)**, la Spagna presenta il numero più elevato di medici (4,58), seguita da Germania (4,47), Svezia (4,29, nel 2019), **Italia (4)**, Francia (3,17), Regno Unito (3,03), Canada (2,73) e USA (2,64 nel 2019).

Riguardo al numero di **infermieri in attività per 1000 abitanti (anno 2020)**, spicca il primo posto della Germania (12,06), unico Paese Bismarck qui considerato, seguita dai restanti Paesi Beveridge. Italia e Spagna sono in fondo a questa classifica, con dati vicini (rispettivamente 6,28 e 6,1); in una fascia intermedia si collocano Svezia (dato 2019), Canada e Regno Unito.

Quanto sono efficaci le prestazioni?

Il secondo gruppo di indicatori riguarda la qualità delle prestazioni sanitarie:

- tasso di mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto del miocardio acuto
- tasso di sopravvivenza a cinque anni per tumore al seno
- tasso di amputazione di arto inferiore per diabete
- tasso di mortalità standardizzato per età (tutte le cause di morte, malattie infettive/causate da parassiti, tumori, diabete mellito)
- probabilità di morte per un trentenne entro i 70 anni (malattia cardiovascolare, cancro, diabete, malattia respiratoria cronica)
- aspettativa di vita in salute alla nascita

- aspettativa di vita alla nascita
- morti evitabili.

Tasso di mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto del miocardio acuto, ogni 100 pazienti di età pari o superiore a 45 anni (anno 2019). **Il sistema italiano nel 2015 (ultimo dato disponibile) fa registrare un tasso pari al 5,4%**, superiore a quelli, nel 2019, di Svezia (3,5), Canada (4,6) e USA (4,9). I tassi più elevati si riscontrano in Germania (8,3) e Regno Unito (6,6). In questa particolare classifica, ai primi posti si collocano due sistemi Beveridge (Svezia e Canada), seguiti dal sistema USA. Germania e il Regno Unito, rispettivamente "archetipi" del sistema Bismarck e di quello a SSN, occupano le posizioni più critiche.

Tasso di sopravvivenza a cinque anni per tumore al seno (dati relativi agli anni 2010 – 2014 e a donne al di sopra dei 15 anni). Spicca il dato statunitense (90,2%), seguito da quelle svedese (88,8%) e da quello canadese (88,6%). **L'Italia è terzultima** alla pari con la Germania, con un 86% che le colloca subito dietro la Francia (86,7%). Chiudono Regno Unito e Spagna, rispettivamente con tassi di sopravvivenza dell'85,6 e dell'85,3%.

Tasso di amputazione di arto inferiore per diabete (per 100.000 abitanti). L'Italia, con riferimento ai dati 2019, fa segnare un dato pari a 2,4, che la colloca **al vertice** dei Paesi virtuosi.

Tasso di mortalità standardizzato per età, per tutte le cause di morte (anno 2019). L'Italia, con 324,5, fa segnare **la seconda migliore prestazione**, dopo quella della Spagna (316,3). In fondo a questa classifica, con un certo disacco dagli altri, il sistema statunitense (480,8). Penultimo il Regno Unito, con un tasso di 379, terzultima la Germania con un tasso di 370,2.

Tasso di mortalità, standardizzato per età, per malattie infettive o causate da parassiti (anno 2019). **Per l'Italia il tasso è pari a 7,9**, inferiore solo a quello USA (12,6). Il Regno Unito è il sistema più virtuoso, con un tasso pari a 5, seguito dal Canada (5,2).

Tasso di mortalità per tumori, standardizzato per età (anno 2019). Riserva all'Italia il **quarto miglior piazzamento** (con un tasso pari a 105,7), dopo Svezia (97,4), Spagna (102,3), USA (102,6). Chiudono questo particolare *ranking* due sistemi Bismarck: Germania (114, 2) e Francia

(all'ultimo posto con 123,7).

Tasso di mortalità, standardizzato per età, per diabete mellito (anno 2019). L'Italia fa registrare il **9,2**, facendo meglio solo degli USA (10,6). Risultano più performanti sia i sistemi Bismarck di Francia (5,7) e Germania (6,5), sia i sistemi Beveridge di Regno Unito (3,6), Spagna (5), Svezia (6,9), Canada (7,2).

Probabilità (%) di un trentenne di morire entro il compimento del 70° anno di età per malattia cardiovascolare, cancro, diabete, malattia respiratoria cronica (dati 2019). L'Italia fa registrare il **secondo miglior risultato (9%)**, collocandosi subito dopo la Svezia (8,4). Seguono Canada e Spagna (appaiati con 9,6).

Aspettativa di vita alla nascita, tout court (dati 2019). L'Italia occupa la **seconda miglior posizione (83 anni)**, dopo la Spagna (83,2) e seguita dalla Francia (82,5). Sotto la soglia degli 80 anni si collocano solo gli Stati Uniti (78,5).

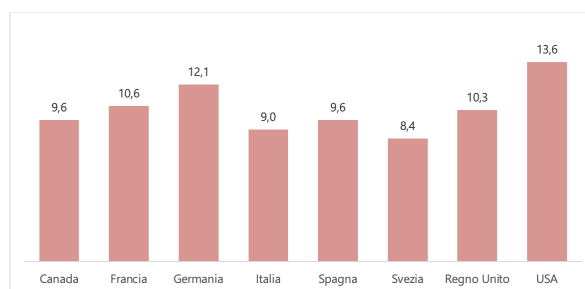
Aspettativa di vita in salute alla nascita (HALE, anno 2019). L'Italia si posiziona ancora al **secondo posto (71,9 anni, al pari della Svezia)**, dopo Francia e Spagna (entrambe fanno registrare 72,1). Unico Paese sotto la soglia dei 70 anni sono gli Stati Uniti (66,1).

Tasso di mortalità standardizzato per morti evitabili. Fornisce indicazioni riguardo

- alle morti evitabili (*treatable*) attraverso un intervento sanitario di standard qualitativo elevato
- alle morti evitabili (*preventable*) con interventi sanitari relativi a fattori più ampi, come ad esempio gli stili di vita e l'alimentazione

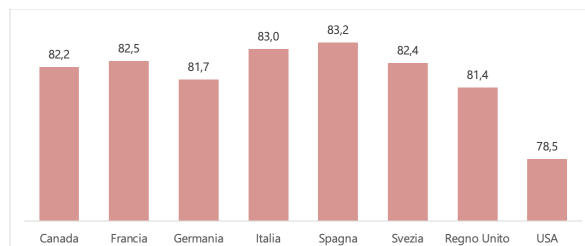
Per le morti *treatable*, l'Italia si colloca al quarto posto, con un valore pari a 55, nel 2017, superiore a quello, pari a 51, di Francia (2017) e Spagna (2020), che sono seguite dalla Svezia a 53 (2018). Peggiori le prestazioni di Canada (58 nel 2019), Germania (66 nel 2020) e Regno Unito (71 nel 2020). Sul fronte delle **morti *preventable*, l'Italia**, con un tasso di 91, **offre il sistema più performante**, seguita dalla Svezia (97). Gli Usa fanno registrare il risultato peggiore su entrambi gli indicatori (98 e 238).

Figura 5. Probabilità (%) di un trentenne di morire entro i 70 anni per malattia cardiovascolare, cancro, diabete, malattia respiratoria cronica. Anno 2019



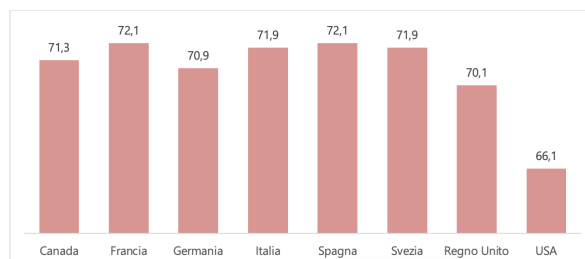
Fonte: WHO. The Global Health Observatory

Figura 6. Aspettativa di vita alla nascita. 2019



Fonte: WHO. The Global Health Observatory

Figura 7. Aspettativa di vita in salute alla nascita (HALE). Anno 2019



Fonte: WHO. The Global Health Observatory

Figura 8. Morti evitabili. Tasso di mortalità standardizzato per 100.000 abitanti. Anno 2020



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Avoidable mortality

A: morte evitabile attraverso un intervento sanitario di standard qualitativo elevato (*Treatable*)

P: morte evitabile con interventi sanitari che incidono su fattori più ampi quali lo stile di vita (*Preventable*)

NOTE:

Canada: il dato è del 2019; Francia e Italia: il dato è del 2017; Svezia: il dato è del 2018

E gli stili di vita? Il fattore prevenzione

Gli stili di vita rappresentano un rilevante strumento di valutazione dei sistemi sanitari: la diffusione di stili di vita sbagliati è indice sintomatico di penuria o scarsa efficacia delle politiche di prevenzione e, al contempo, potenziale fattore co-determinante dell'insorgenza di diverse malattie.

Vengono qui presi in considerazione:

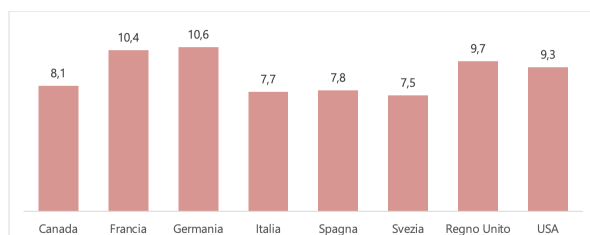
- il consumo di bevande alcoliche
- il consumo di tabacco
- il numero di persone che si dichiarano obese o in sovrappeso.

Il **consumo pro capite di alcol** da parte delle persone di età pari o superiore ai 15 anni, pari, nell'anno 2019, a 7,7 litri, colloca **l'Italia in seconda posizione**. Meglio dell'Italia fa la Svezia, con 7,5 (2020), mentre la Spagna segue a 7,8 (dato 2020 stimato). Primeggiano in questa classifica Germania e Francia, le uniche con valori superiori a 10.

Il **consumo di tabacco** da parte delle persone di età pari o superiore ai 15 anni (media al giorno per fumatore) nel 2020 vede **l'Italia al secondo posto** tra i **paesi più virtuosi**: 10,9 sigarette al dì per ciascun fumatore. Hanno fumato di meno solo i cittadini del Regno Unito (9,1 sigarette), mentre il consumo è stato superiore in Spagna (12 sigarette), Francia (13), USA (13,8), Canada (14,1) e Germania (15,4).

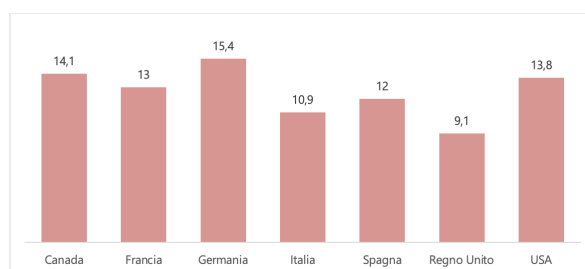
Il terzo e ultimo indicatore dell'area prevenzione/stili di vita riguarda la percentuale sulla popolazione di **persone che si dichiarano obese o comunque in sovrappeso**: con un valore pari al 47,6% **l'Italia si colloca al secondo posto della graduatoria 2020**. Solo la Francia ha una percentuale inferiore (45,3%). Gli altri Paesi a confronto fanno registrare valori superiori: dal 50% della Svezia fino al 67,5 degli USA.

Figura 3. Consumo annuale pro capite di alcol in litri. Persone di età pari o superiore a 15 anni. Anno 2020



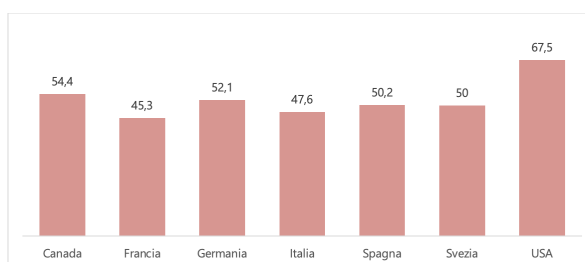
Fonte: OECD Health Statistics 2022.

Figura 4. Sigarette al giorno per fumatore di età pari o superiore a 15 anni. Anno 2020



Fonte: OECD Health Statistics 2022.

Figura 5. % di persone che dichiarano di essere obese o in sovrappeso. Anno 2020



Fonte: OECD Health Statistics 2022.

Il dossier

Inquadra il SSN tra i principali modelli organizzativi adottati nell'area OCSE (Beveridge, Bismarck, privatistico) e, attraverso una serie di indicatori oggettivi (risorse a disposizione, *performance*, stili di vita), fornisce elementi di valutazione circa l'efficacia del modello italiano rispetto a quelli di Canada, Francia, Germania, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svezia.

Lo studio è stato realizzato da
 SILVIO BIANCOLATTE, Senato della Repubblica
 SIMONE BONANNI, Senato della Repubblica
 Focus a cura di
 UFFICIO VALUTAZIONE IMPATTO
 Senato della Repubblica
 uvi@senato.it



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale