



ATLANTE DELLA SANITÀ ITALIANA - 2001

Prometeo



Indagine sulle realtà territoriali delle Aziende Usl:
stato di salute della popolazione, servizi sanitari,
contesto demografico ed economico

Ilesis

Ricerca e Formazione
per i Sistemi Sanitari



Nebo
Ricerche PA



Prometeo 2001 è realizzato con il contributo di:

UNIVERSITÀ DI ROMA TOR VERGATA

CATTEDRA DI IGIENE

DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

DIREZIONE CENTRALE PER LE INDAGINI SULLE ISTITUZIONI SOCIALI

ILESIS

RICERCA E FORMAZIONE PER I SISTEMI SANITARI

NEBO RICERCHE PA

FARMINDUSTRIA

Comitato Promotore

GIUSEPPE CANANZI¹, IVAN CAVICCHI², VIVIANA EGIDI³, CESARE FASSARI⁴, AUGUSTO PANÀ⁵

Gruppo di lavoro

Modello ed elaborazione degli indicatori di epidemiologia dei servizi sanitari, materiali e metodi, classifica sullo stato di salute della popolazione e schede di dimissione ospedaliera

GIUSEPPE CANANZI, coordinamento generale

NATALIA BUZZI⁶, coordinamento tecnico

VITTORIA BURATTA⁷ e ARMANDO MUZZI⁸, supervisione scientifica

LUISA FROVA⁹, SILVIA BRUZZONE⁹, ALESSANDRA BURGIO⁹, RAFFAELLA IACOUCCI¹⁰,

NEBO RICERCHE PA, servizi di elaborazione dati

MICO, realizzazione informatica

Analisi degli indicatori a livello regionale e di Asl, il ruolo del farmaco nella società italiana, integrazione pubblico e privato, confronti internazionali

CESARE FASSARI, coordinamento generale

FEDERICO SPANDONARO¹¹, coordinamento scientifico

ANNARITA BARRELLA¹², CRISTINA GIORDANI¹², LAURA FIORAVANTI¹², LAURA FRANCIA¹²,

AURORA POLACSEK¹², EMANUELA PIERONI¹³

ANDREA MORETTI¹⁴ e LORENZO TERRANOVA¹⁵, consulenza scientifica

ITALPROMO ESIS PUBLISHING, coordinamento editoriale e Cd

¹ Dirigente Ufficio Studi ARAN, Componente Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

² Direttore Generale Farminindustria, Docente di Sociologia sanitaria, Università La Sapienza di Roma

³ Direttore Dipartimento Statistiche Sociali Istituto Nazionale di Statistica

⁴ Presidente Ilesis

⁵ Direttore Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

⁶ Coordinatore Gruppo di Ricerca Nebo Ricerche PA, Componente Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

⁷ Direttore Centrale Istituto Nazionale di Statistica

⁸ Coordinatore Master in Epidemiologia dei servizi sanitari, Università di Roma Tor Vergata

⁹ Ricercatore Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sanità Assistenza

¹⁰ Collaboratore Cifaps, Università di Roma Tor Vergata

¹¹ Coordinatore Master in Economia e Gestione Sanitaria, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

¹² Collaboratore LARES Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

¹³ Ricercatrice Ilesis

¹⁴ Vice Direttore Generale Farminindustria

¹⁵ Responsabile Ufficio Economia Sanitaria Farminindustria

I dati di base della ricerca sono stati cortesemente messi a disposizione dalle seguenti istituzioni:

| | |
|--|--|
| ISTAT | contesto demografico, dati di mortalità, dati di attività istituti di cura, occupazione e disoccupazione |
| MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, RGS-Igop | assetti retributivi ed occupazionali del personale Ssn |
| MINISTERO DELLA SALUTE | schede di dimissione ospedaliera, medicina di base, malattie infettive |
| INAIL | infortuni sui luoghi di lavoro e rendite |
| ISTITUTO TAGLIACARNE | valore aggiunto e consumi |
| ANCITEL | depositi bancari e consumi elettrici |

Hanno partecipato alla discussione degli indicatori ()*

| | |
|--------------------------------------|--|
| Gigliola Forzato, Alessandro Salvati | INAIL - Consulenza statistico-attuariale |
| Giuseppe Lucibello, Stefano Tomasini | RGS - Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale, Servizio contrattazione, divisione VI |

(*) Il lavoro si è concretizzato grazie alla disponibilità dimostrata dalle Istituzioni e dalle persone citate sia nel fornire i dati di base che nel discutere le proposte di indicatori via via presentate. Il gruppo di lavoro di Prometeo si assume ogni responsabilità per i contenuti e le scelte di studio effettuate e per ogni errore eventualmente commesso nella realizzazione della ricerca. Un ampio ringraziamento va alle persone citate per i preziosi suggerimenti formulati, poiché si è trattato di un lavoro complesso e frutto di approfondimenti vasti e diversificati che pertanto non impegnano le Istituzioni che vi hanno collaborato.

7. Confronti internazionali

7.1. STATO DI SALUTE E STILI DI VITA

Descrivere bisogni e aspettative di salute nel mondo congiuntamente per Paesi sviluppati e Paesi poveri appare praticamente impossibile, tanta e crescente è la disparità.

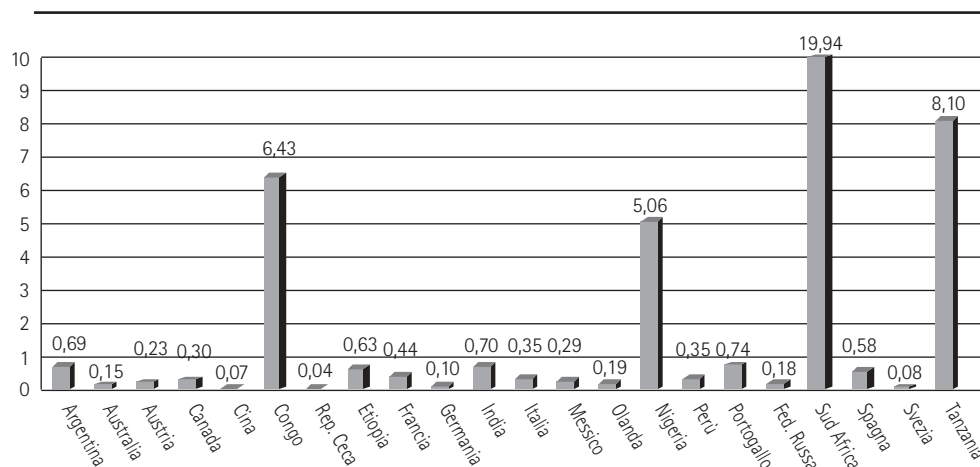
Il fenomeno appare evidente e diretta conseguenza della natura e delle determinanti della salute e in generale del benessere, legate tanto all'organizzazione dei sistemi sanitari, quanto dagli stili di vita – sia positivi (l'esercizio fisico, l'uso del casco e delle cinture di sicurezza,...) che negativi (l'abuso di alcool, di fumo, comportamenti sessuali a rischio,...) – ed allo sviluppo economico e culturale.

Si ricorda che una prima valutazione del Programma mondiale *Health for All* (1991), promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), testimonia mancati progressi relativamente a stili di vita che, come detto, hanno diretta influenza sullo stato di salute (fumo, alcool, abitudini sessuali scorrette, incidenti stradali). Continuano a permanere differenze persino all'interno della Regione Europea.

Si noti, in particolare, lo stretto legame fra salute e sviluppo economico: da un lato, lo sviluppo economico può determinare la scomparsa o l'insorgere di alcune malattie, mentre dall'altro buone condizioni di salute rappresentano un potente fattore di crescita dell'economia.

Iniziando dai Paesi più poveri, che nella precedente edizione di Prometeo ave-

GRAFICO 7.1.1. Malati di HIV, % di adulti - 1999



Fonte: The World Bank, 2001

vamo provocatoriamente identificato come “altri” rispetto allo stato di salute, dobbiamo continuare a concentrarci su bisogni e patologie che nei Paesi sviluppati ormai non compaiono più o quasi più nelle agende dei servizi sanitari.

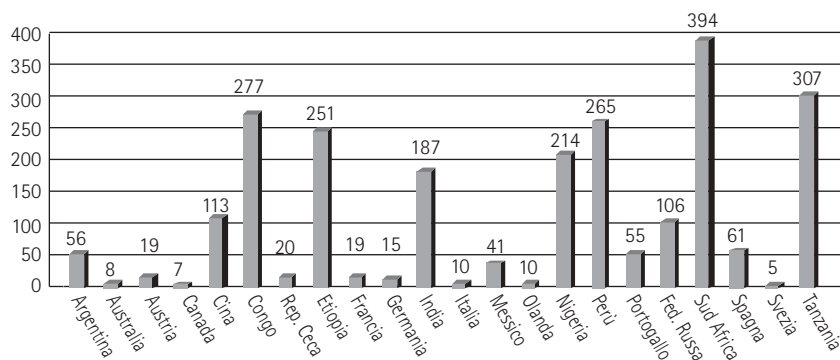
Un drammatico primato spetta all'Aids, sempre più presente, purtroppo, anche nei Paesi industrializzati, ma dai contorni devastanti nei Paesi più poveri. Circa il 90% delle persone affette da HIV si trova nei Paesi in via di sviluppo (PVS), come riferito dalle Nazioni Unite.

A conferma di ciò, la World Bank rileva¹, nel 1999, che alla popolazione del Sud Africa spetta ancora il triste primato di prevalenza di Aids, che colpisce il 19,9% degli adulti, una percentuale impressionante ed in crescita rispetto agli scorsi anni. Tra i Paesi presi in considerazione, come mostrato nel Grafico 7.1.1., seguono la Tanzania (8,1%), il Congo (6,4%) e la Nigeria (5,1%). Per potersi rendere conto della differenza della portata del problema rispetto ai Paesi a noi più vicini, si noti come in Italia la percentuale sia dello 0,4%.

Per quanto riguarda la tubercolosi (TBC), i dati World Bank mostrano come nel 1997 siano ancora i Paesi più poveri ad esserne afflitti: qui la TBC resta ancora una tra le maggiori cause di morte fra gli adulti. Primo fra tutti ancora il Sud Africa, con 394 persone malate su 100.000 abitanti, seguito da Tanzania (307), Congo (277), Perù (265), Etiopia (251) e Nigeria (214). In Italia, sempre per confronto, sono malate 10 persone su 100.000 (Grafico 7.1.2.).

La malattia è comunque riemersa anche nei Paesi industrializzati (7 malati su 100.000 in Canada, 15 in Germania, 19 in Francia), a seguito dell'immigrazione dal Terzo Mondo.

GRAFICO 7.1.2. Malati di TBC per 100.000 abitanti - 1997



Fonte: The World Bank, 2001

Per quanto riguarda la salute di neonati e bambini, nei PVS essi sono “vittime” incolpevoli di malnutrizione e malattie neonatali.

Un bambino che nasce in un PVS deve aspettarsi di vivere molto meno di un bambino che nasce in un Paese industrializzato: secondo la Banca Mondiale, si ha un'aspettativa di vita alla nascita inferiore ai 50 anni in Etiopia (42 anni), Tanzania (45), Nigeria (47), Sud Africa e Congo (48). Un neonato in Russia, Perù o India deve aspettarsi di vivere comunque meno di 70 anni. Per fare un confronto, in Italia l'aspettativa di vita alla nascita è di 78 anni.

Colpiscono ancora di più per la loro drammaticità i dati sulla mortalità infantile, sempre per il 1999: in Etiopia muoiono ben 104 neonati su 1.000 nati vivi; sono 95 in Tanzania, 89 in Congo, 83 in Nigeria, 71 in India, 62 in Sud Africa. Per avere

1. The World Bank, World Development Indicators, 2001

un'idea sulla dimensione del problema, si pensi che in Italia il tasso di mortalità infantile è del 5 per mille.

Inoltre, su 100 nati vivi, in India 34 sono sottopeso, in Congo 20 (non ci sono dati disponibili per gli altri PVS), contro una media di 6 bambini nel resto del mondo (i dati si riferiscono al periodo 1992-1998).

Altro flagello è quello rappresentato dai 4 miliardi di casi di diarrea nel mondo ogni anno, con 2,2 milioni di morti, la maggior parte dei quali sono bambini che non hanno ancora compiuto il quinto anno di età.

Si noti che la migliore risposta a questa, come a molte altre patologie, rimane la creazione di condizioni di accesso ai servizi sanitari, all'acqua potabile e la maggiore igiene, che si stima potrebbero ridurre i casi di queste malattie di almeno un terzo o un quarto.

Nei Paesi del Terzo Mondo, e anche nei cosiddetti Paesi in Transizione, le difficoltà di accesso ai più importanti e fondamentali servizi, quali acqua potabile e servizi igienici resta uno dei principali problemi.

Nel 2000 la World Health Organization (Who) e l'UNICEF (United Nations Children's Fund) hanno lanciato il "Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000", con il contributo di cinquecento massimi esperti in salute pubblica, acqua e *sanitation*. Ne è emerso che circa un quarto dei 4,8 miliardi di persone nei PVS non ha fonti per l'accesso all'acqua potabile, ed almeno la metà di questi sono senza accesso ad adeguati servizi igienici.

Si tratta, del resto, di diritti umani fondamentali, elementi essenziali per lo sviluppo umano e per un sensibile miglioramento delle pesanti situazioni di povertà che sembrano così lontane per chi abita nei Paesi ricchi, e che costituiscono una componente indispensabile di cura sanitaria primaria, così come riferisce l'UNICEF.

Si noti che i cinquecento esperti di cui si è detto in precedenza, riuniti in Brasile nel 2000, hanno previsto un "worldwide programme" basato su un'iniziativa detta VISION21 "Water for People", con cui ci si propone di ridurre della metà, entro il 2015, il numero di persone che sono ancora senza possibilità di accesso ad adeguati servizi di igiene e sufficienti quantità di acqua potabile. Verranno dunque coinvolte 300.000 persone ogni giorno per i prossimi 15 anni per quanto riguarda i servizi relativi all'acqua, e 400.000 al giorno dovrebbero avere più facile accesso ai servizi di sanitation.

Infine, entro il 2025 ci si propone di ottenere un accesso universale ai servizi di acqua, igiene e servizi sanitari.

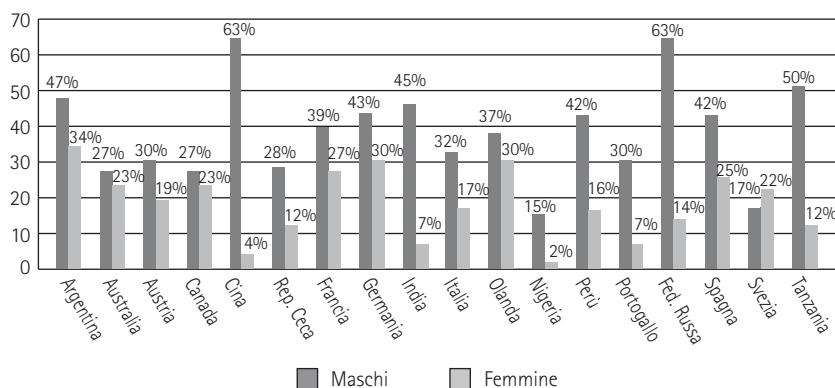
Nel frattempo una nuova emergenza prende piede nei Paesi poveri, ove cresce l'abuso di fumo. Secondo i dati Who per il periodo 1988-1999, la percentuale maggiore di fumatori tra gli adulti maschi (per le evidenze statistiche disponibili) si è registrata in Cina e Federazione Russa (63%), seguite dalla Tanzania (50%). A breve, secondo le agenzie internazionali, si cominceranno a sentire significativamente gli effetti negativi del fumo sulla salute nei Paesi dove esso non viene disincentivato (Grafico 7.1.3.).

Nel mondo sviluppato sono evidentemente altre le emergenze.

Un punto di contatto è comunque rappresentato, seppure con le dovute differenze, dall'Aids: secondo i dati Oecd², tra i Paesi appartenenti all'Ocse il numero di malati di Aids per 1.000 abitanti si trovano al di sotto di 0,01 Giappone (0,002), Svezia (0,008), Germania (0,002), Polonia (0,003), Norvegia (0,007). La prevalenza maggiore si rileva in Portogallo con 0,087 malati per 1.000 abitanti, seguito da Svizzera (0,042) e Italia (0,036). C'è però da registrare, nel nostro Paese, sempre

2. Oecd Health Data 2000

GRAFICO 7.1.3. Percentuale di adulti fumatori, maschi e femmine - 1988-1999



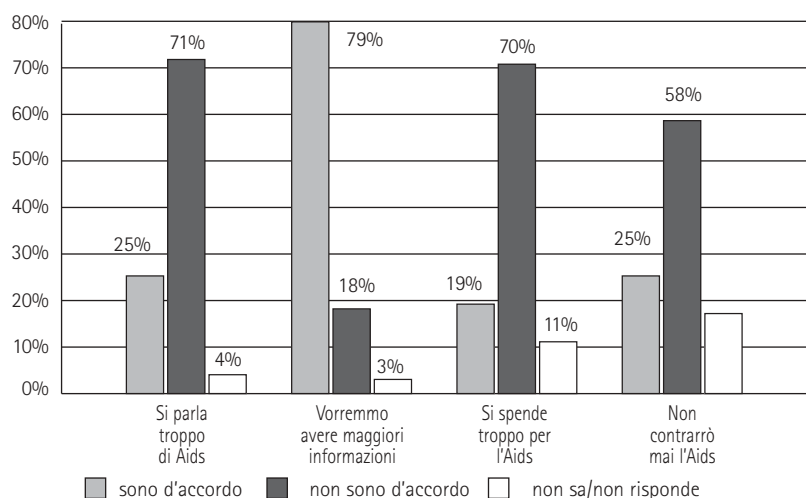
Fonte: The World Bank, 2001

secondo l'Oecd, una diminuzione del numero di malati di Aids nel corso degli anni. Si pensi, infatti, che nel 1995 essi erano lo 0,1 per mille.

Un'indagine Eurobarometro della Commissione Europea (1995), ha raccolto percezioni ed opinioni degli Europei su HIV e Aids (Grafico 7.1.4.). In particolare, sono stati prese in considerazione le opinioni relative a vari aspetti della malattia, quali conoscenza dei modi di trasmissione dell'Aids e mezzi di protezione, rischi legati al sangue, idee sul tipo di politica da adottare per contrastare l'avanzare della patologia. Ne è risultato che la larga maggioranza degli Europei (79%) è a conoscenza dell'Aids e vorrebbe avere maggiori informazioni in proposito. I giovani risultano essere meno ottimisti rispetto agli adulti circa la possibilità di infettarsi: il 25% degli adulti ed il 14% dei giovani è convinto che non si ammalerà mai di Aids.

Per quanto riguarda la conoscenza circa i modi di trasmissione della malattia, un ruolo determinante lo giocano l'età ed il livello di istruzione. In generale, i giovani sono più informati, soprattutto però riguardo le "false" vie di contagio. Nelle Regioni europee, la maggior parte delle persone considera il preservativo il metodo migliore di protezione (93%), mentre l'astinenza dal sesso sembra essere efficace per 2/3 degli Europei, soprattutto nel Nord.

GRAFICO 7.1.4. Le convinzioni degli europei a proposito dell'Aids - (% Ue 15, 1995)



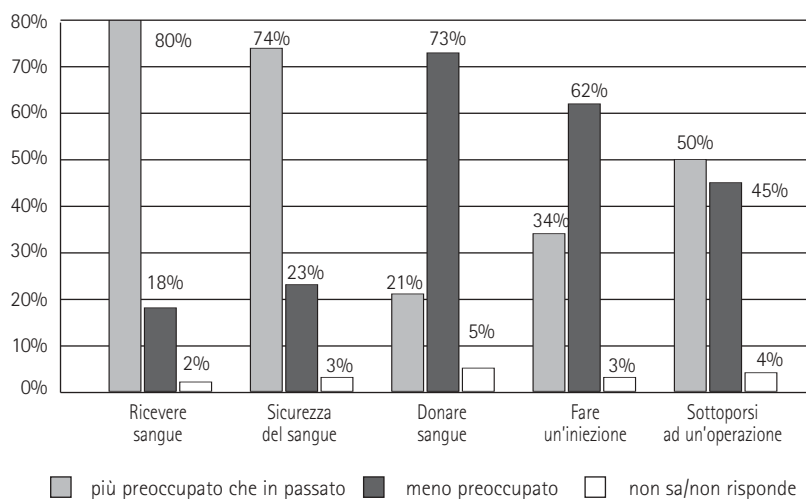
Fonte: Commissione Europea, 2001

Rispetto ad una precedente indagine (1990), gli Europei, specie nella classe di età 15-24, riferiscono di aver cambiato abitudini, soprattutto sessuali, a causa dell'Aids. Inoltre, c'è maggiore preoccupazione per tutto ciò che concerne il sangue (Grafico 7.1.5.).

Le opinioni circa le misure da adottare per contrastare la crescita della malattia, sembrano omogenee: più dell'80% degli Europei considera la ricerca biomedica una strategia fondamentale; il 72%, inoltre, vorrebbe vedere maggiori campagne informative sul tema.

La principale causa di morte nei Paesi sviluppati rimane comunque la malattia cardiovascolare; le patologie ad essa legate sono responsabili, da sole, del 49% di

GRAFICO 7.1.5. Opinione degli europei sul sangue ed il suo uso (% Ue 15, 1995).



Fonte: Commissione Europea, 2001

tutte le morti nella Regione europea. Da rimarcare come in Italia, pur rimanendo la principale causa di morte, le patologie cardiovascolari, nella fascia d'età compresa tra 0 e 64 anni, sono sempre diminuite dal 1970 in poi, soprattutto per le donne, rispetto alla media dell'Unione europea. Più precisamente, i tassi di mortalità per malattie ischemiche cardiache sono più bassi in Italia rispetto agli altri Paesi dell'Ue, mentre la mortalità per malattie cerebrovascolari presenta tassi simili alla media³.

Secondo il Ministero della Salute italiano anche il tasso di mortalità maschile per tutti i tipi di cancro (età 0-64 anni) e quello relativo al cancro al polmone sono in diminuzione in Italia, e si trovano comunque al di sotto della media Ue anche i relativi tassi di mortalità femminile. Il grafico 7.1.6. mostra come tra il 1996 ed il 1997, per i Paesi di cui si hanno dati disponibili⁴, nonostante l'ingente quantità di risorse destinate, siano però ancora modesti i risultati ottenuti in termini di minori morti, pur registrandosi un calo in quasi tutti i Paesi.

Si valuta che il fattore più grave di rischio sia sempre il fumo, secondo le agenzie internazionali responsabile di circa il 30% di tutti i casi di cancro in Europa; seguono le cattive abitudini alimentari⁵.

Nel 1995 il tabacco è stato stimato essere la causa di circa 1,2 milioni di decessi in Europa. Anche il consumo smoderato di alcool e di droghe si stima essere in

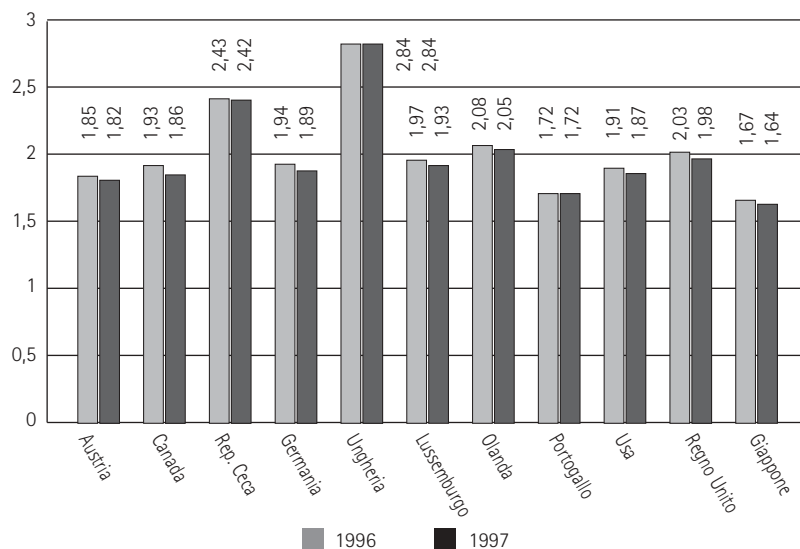
3. Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000*.

4. *Oecd Health Data 2000*

5. Fonte: *Who*

aumento, specie tra i giovani, in tutta Europa. Malattie croniche respiratorie, diabete, patologie polmonari ostruttive, malattie e disordini mentali, risultano spes-

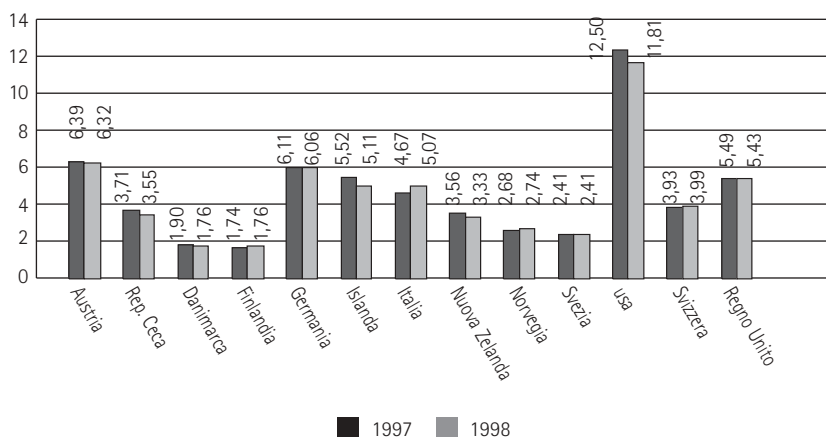
GRAFICO 7.1.6. Morti a causa del cancro per 1.000 abitanti - 1996-97



Fonte: *Oecd Health Data 2000*

so sottovalutati e sottostimati, essendo patologie che affliggono un numero crescente di cittadini nelle società sviluppate. Altre importanti cause, non patologiche, di mortalità sono gli incidenti stradali, i suicidi e gli omicidi. I primi sono in particolare la maggior causa di ferite, traumi e decessi, ed il loro numero è in aumento in alcuni Paesi, come si può osservare nel Grafico 7.1.7..

GRAFICO 7.1.7. Feriti in incidenti stradali per 1.000 abitanti - 1997-98



Fonte: *Oecd Health Data 2000*

Tra il 1997 ed il 1998, l'Italia è il Paese in cui si è registrato il maggior aumento dei feriti in incidenti stradali.

A livello globale, se almeno nei Paesi "ricchi" molte patologie sono in regresso, e comunque si dispone di maggiori capacità terapeutiche, si deve però riportare

che negli ultimi anni le disuguaglianze nello stato di salute- persino all'interno della stessa Europa⁶ -, non solo non sono diminuite ma, in alcuni casi, sono addirittura aumentate.

Altro aspetto preoccupante è che l'Organizzazione Mondiale della Sanità valuta come insufficiente il budget destinato in maniera specifica alla prevenzione e promozione della salute, che abbiamo visto essere il principale strumento di contrasto alle malattie in una larga maggioranza dei Paesi.

7.2. ORGANIZZAZIONE, RISORSE E ATTIVITÀ DEI SERVIZI SANITARI

Iniziamo l'analisi articolata dell'offerta di servizi sanitari con l'esame delle reti ospedaliere, che ancora oggi assorbono larga parte delle risorse sanitarie.

Attenendoci ad una prassi comune che identifica il posto letto quale metro di misura della capacità di offerta del settore, rileviamo che il numero di posti letto totale ha mostrato, a partire dagli anni '80, una generale tendenza alla contrazione in quasi tutti i Paesi, dato rilevabile sia in termini assoluti che in percentuale della popolazione. Il fenomeno permane per tutti gli anni '90 e non sembra, anzi, esservi alcuna inversione di tendenza.

Unica eccezione alla regola sono i Paesi Bassi che, non solo, hanno il più alto numero di posti letto per 1.000 abitanti (11,3 nel 1998), ma sono anche l'unico Paese dell'Unione Monetaria che, a partire dal 1996, registra un aumento dei posti letto totali per 1.000 abitanti, (l'aumento è risultato pari al 1,4 per cento nel biennio 1996/98). Stessa tendenza in Europa è rinvenibile in Turchia, che come i Paesi Bassi, vede aumentare il numero dei posti letto per 1.000 abitanti (+ 5,8 per cento). Tra i Paesi in cui la contrazione è stata più forte, nel biennio considerato, risaltano due Paesi Scandinavi: Finlandia (-14,9 per cento) e Svezia (-12,8 per cento) che passano da 9,2 posti letto per 1.000 abitanti a 7,9 la prima, e da 4,4 a 3,8 la seconda. Gli altri Paesi europei, invece, presentano un tasso di riduzione medio del 2,7 per cento con un range che varia da un massimo del 6 per cento (Inghilterra) ad un minimo del 2,0 per cento (Francia).

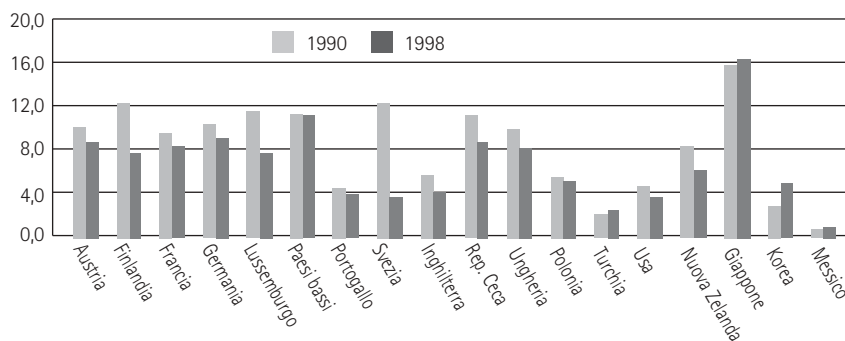
Tra i Paesi oltre Oceano osserviamo lo stesso fenomeno: in Usa ad esempio, la riduzione totale dei posti letto per 1.000 abitanti mostra lo stesso trend europeo e presenta una riduzione del 6,4 per cento, nel biennio 1996/98, passando, così, da 4 posti letto per 1000 abitanti, del 1996 a 3,7 del 1998; mentre, invece, in oriente, ad esempio in Giappone e in Corea, generalmente si assiste ad un costante aumento dei posti letto non solo nell'arco del biennio anzidetto, ma lungo tutti gli ultimi 40 anni (Grafico 7.2.1.).

La riduzione dei posti letto sembra investire, peraltro, tanto il settore pubblico che quello privato, eccezion fatta per Nuova Zelanda e Giappone : la prima vede diminuire il numero di posti letto pubblici per 1.000 abitanti, (da 4,1 nel 1996 a 3,8 nel 1998), mentre aumentano il numero di quelli privati (da 1,9 a 2,5); il secondo invece, esattamente l'opposto: da 5,5 a 5,9 per quanto riguarda i posti letto pubblici per 1.000 abitanti, e da 10,8 a 10,6 relativamente a quelli privati (Grafico 7.2.2.).

Sebbene i motivi sottostanti alla generale tendenza alla riduzione dei posti letto, non possano essere sinteticamente addotti, può senz'altro essere lecito imputare larga parte di tale riduzione ai crescenti vincoli di bilancio, che spingono ad una contrazione dell'offerta e, comunque, ad una razionalizzazione dei costi tesa ad aumentare l'efficienza del sistema.

⁶ Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2000*

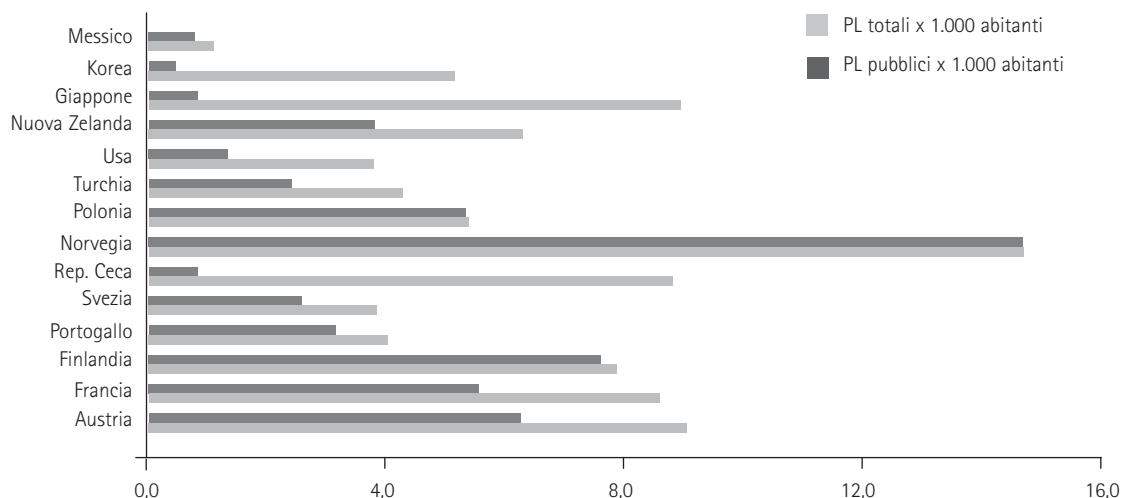
GRAFICO 7.2.1. Posti letto totali per 1.000 abitanti



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Oecd 2000

In questa ottica sembra utile verificare se la razionalizzazione delle risorse sia avvenuta anche orizzontalmente, ovvero nel senso di una riallocazione dei posti letto per destinazione. In particolare, è lecito interrogarsi, sulla reale risposta al generale invecchiamento della popolazione (fenomeno che interessa soprattutto i Paesi così detti, sviluppati), che dovrebbe comportare un aumento della domanda di servizi per la riabilitazione e la lungodegenza.

GRAFICO 7.2.2. Distribuzione dei posti letto tra pubblico e privato - 1998



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Oecd 2000

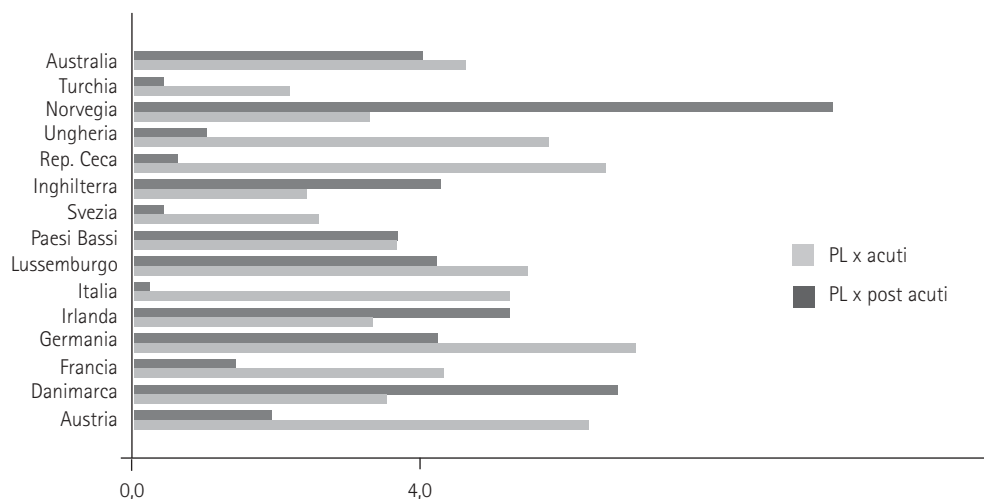
L'analisi dei dati relativi alla composizione dei posti letto per acuzie e post-acuzie non porta a risultati omogenei ed univoci: i dati sembrano, in altri termini, indicare che solo alcuni Paesi hanno effettivamente proceduto ad una razionalizzazione mirata dei posti letto.

Così, in Europa, e lungo tutti gli anni '90, Francia, Germania, Paesi Bassi e Lussemburgo presentano, a fronte della riduzione dei posti letto per acuti, un aumento (anche se percentualmente inferiore alla diminuzione dei posti letto per acuti) di quelli per non acuti. Anche nella Repubblica Ceca si registra lo stesso fenomeno, ed anzi, qui sembra essere in accentuazione in quanto, il numero dei posti letto per post-acuzie, per 1.000 abitanti, è aumentato nel 1999 del 7,1 per cento, rispetto all'anno precedente.

Italia, Inghilterra e Svezia invece, mostrano una tendenza alla riduzione di

entrambi i tipi di posti letto. Peraltro la riduzione risulta maggiore proprio per quel che concerne i posti letto per post-acuti, che rispetto a quelli per acuti sono diminuiti, in media del doppio (Grafico 7.2.3.).

GRAFICO 7.2.3. Posti letto per acuti e post-acuti - 1998



Elaborazione su dati Oecd 2000

Possiamo altresì constatare che a fronte della riduzione del numero dei posti letto nella maggior parte degli Stati, parallelamente, si assiste per un verso all'aumento del tasso di ospedalizzazione e per un altro alla contrazione della durata della degenza.

In riferimento al tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti), osserviamo che l'andamento nel corso degli anni '90 risulta in costante aumento in tutti i Paesi eccetto l'Italia: nel nostro Paese si evidenzia una riduzione per i primi 3 anni (fino al 1992), seguita da una decisa crescita negli anni successivi, nei quali si passa da un tasso di ospedalizzazione pari a 155,4 per 1.000 abitanti del 1992 al 186,8 del 1996, dopo di che, il tasso di ospedalizzazione torna a diminuire.

I Paesi dell'area tedesca continuano ad essere quelli con il più elevato tasso di ospedalizzazione: in Austria nel 1998 è stato pari a 278,1 per 1.000 abitanti, mentre in Germania ammontava a 215,8.

Anche ad Est si evidenziano tassi elevati: in Finlandia è stato pari, nel 1998, a 268,2 per 1.000 abitanti, in Ungheria del 235,7 e nella Repubblica Ceca è risultato di 202,8 per 1.000 abitanti (nel 1999).

America e Giappone presentano un tasso di ospedalizzazione che, comparato con la media europea, risulta notevolmente inferiore: in Usa il tasso in questione è stato pari, nel 1998, a 124,9 per 1.000 abitanti ed è in costante riduzione per tutti gli anni '90. Il Giappone, invece, presenta un andamento in aumento, ma ha un tasso di ospedalizzazione tra i più bassi dei Paesi Ocse, pari a 98,4.

Per quanto concerne la durata media della degenza, si osserva la tendenza ad una riduzione diffusa in tutti i Paesi Ocse.

Il dato più elevato si presenta (1998) in Germania con 12,3 giorni di degenza media, seguita dalla Finlandia che ha 10,9 giornate di degenza media e l'Austria (9,3 giorni di degenza media).

Valori elevati si hanno anche nella Repubblica Ceca che, nel 1999, presentava un valore pari a 11,3 giornate, e in Ungheria che, nello stesso anno, si è attestata in

media su 10 giornate di degenza (in crescita rispetto al 1998 in cui la degenza media era pari a 9,1 giornate).

I paesi dell'Europa mediterranea presentano valori sensibilmente minori: l'Italia con una degenza media di 8,1 giorni è il Paese con l'indice minore.

In Europa, il Paese che presenta i valori più bassi di degenza media è la Danimarca, con 6,9 giornate nel 1998, e la Turchia che lo stesso anno presenta un valore di 6,0 giorni.

Gli Stati Uniti presentano valori mediamente inferiori all'Europa, con 7,1 giorni nel 1998; di contro l'Australia, con 15,9 giorni, supera ampiamente anche la Germania.

Il dato analizzato risente ovviamente della quota di ricoveri post-acuzie rispetto a quelli per acuti.

Limitando l'analisi a questi ultimi, risulta interessante rilevare come dagli anni '70 ad oggi, la durata della degenza relativa ai ricoveri per acuti, si sia dimezzata nella maggior parte dei Paesi europei, mentre è rimasta pressoché invariata in America e in Australia. Così negli USA nel 1970, la degenza media per acuti era pari a 8,2 giornate a fronte delle attuali 6,0, e in Australia era pari a 8,9 contro le attuali 6,2; in Europa, la Finlandia, presentava nel 1970, una degenza media per acuti pari a 12,8 a fronte dell'attuale 4,5 (del 1999), fenomeno analogo è avvenuto nei Paesi Bassi (da 18,8 a 9,5) e in Portogallo (da 15,3 a 7,3).

L'effetto combinato della riduzione del numero dei posti letto e della durata media della degenza, è stato un aumento del tasso di utilizzo dei posti letto.

In particolare, laddove prevale un sistema di finanziamento pubblico – come in Italia o in Gran Bretagna – il tasso di occupazione risulta in genere più elevato (72,5 per cento per l'Italia nel 1997 e 80,8 per cento per la Gran Bretagna nel 1998).

Nei Paesi con servizi sanitari di tipo mutualistico o "privatistico", il dato di occupazione dei letti risulta in genere, notevolmente inferiore: così, in America nel 1998, tale tasso era appena del 62,6 per cento.

Passando alle prestazioni erogate, si dispone di dati confrontabili relativamente ad alcuni interventi chirurgici, quali bypass e parti cesarei.

Per quanto riguarda i primi, i dati disponibili coprono gli ultimi 20 anni, ma la serie non è completa per tutti i Paesi. Una prima constatazione possibile riguarda Belgio e Stati Uniti che sono gli unici a presentare una incidenza degli interventi superiore all'1,0 per 1.000 abitanti: in particolare in Belgio sono stati effettuati 1,6 interventi di bypass ogni 1.000 abitanti nel 1997, e negli Stati Uniti il dato sale a 2,3; entrambi gli Stati presentano inoltre un trend, riferito ai due anni precedenti, in aumento.

Per quanto concerne gli altri Stati, invece, il trend sembra essere in diminuzione: per esempio, in Islanda e in Norvegia, che nel 1992 avevano una incidenza pari a 1,1 e 1,2, si è passati rispettivamente a 0,4 (1999) e 0,7 (1996, ultimo disponibile).

In Europa, il secondo Paese per frequenza degli interventi di bypass, è la Finlandia che, nel 1998, aveva un valore pari a 0,8 interventi per 1.000 abitanti; segue l'Inghilterra con 0,7 interventi ogni 1.000 abitanti (dato del 1996 ultimo disponibile); tutti gli altri presentano valori che oscillano tra lo 0,3 (Irlanda, 1998) e lo 0,6 (Danimarca, 1998). Da notare che in Australia, che si colloca tra i Paesi con la più elevata frequenza di interventi (pari a 0,9 nel 1997), si registra a partire dal 1995, un trend in diminuzione.

Osservando i dati relativi all'incidenza dei parti cesarei, si evince che il nostro

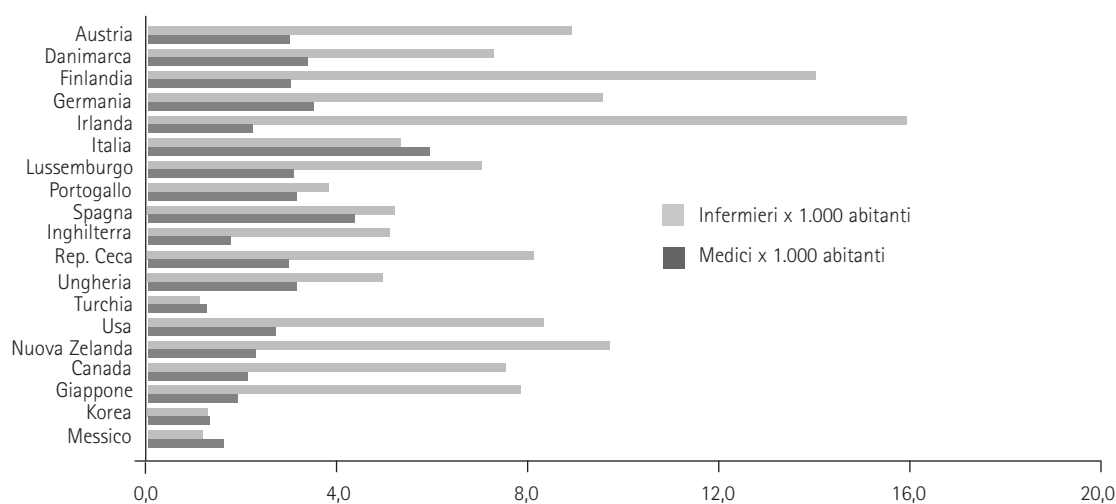
Paese presenta, congiuntamente al Portogallo, valori superiori alla media degli altri Stati europei: così in Italia, nel 1998, 5,4 donne ogni 1.000, hanno subito tale intervento, e in Portogallo il dato arriva a 6,0; di contro, in Irlanda solo 2,9, Belgio 3,3 (1997, ultimo disponibile), in Danimarca 3,4, e in Finlandia 3,3 donne ogni 1.000. La procedura, risulta più diffusa nei paesi oltre Oceano: in USA il dato è pari a 6,2 per 1.000 donne, in Canada 4,0 ed infine in Australia risulta pari a 5,5 ogni 1.000 donne. Per completare il quadro sulle attività e i servizi offerti dai sistemi sanitari è necessario esaminare la composizione del capitale umano occupato⁷, principale risorsa dei servizi sanitari.

La tendenza è di un continuo aumento degli occupati: dal 1960 al 1990 il numero complessivo di medici e di infermieri professionali per 1.000 abitanti, risulta quasi ovunque raddoppiato. Nel corso degli anni '90 il tasso di variazione risulta minore, ma ha comunque segno positivo.

Il Paese con il più elevato numero di medici per 1.000 abitanti è l'Italia, che nel 1998 aveva 5,9 medici per 1.000 abitanti, seguita da Spagna (4,4) e Germania (3,5). L'Inghilterra è invece il Paese con il minor numero di medici per 1.000 abitanti, pari a 1,7, valori simili, in Europa, si riscontrano solo in Svizzera, con 1,8 medici e in Turchia (1,2 medici per 1.000 abitanti). I Paesi extra EU hanno valori analoghi a quelli presentati dalla media dei Paesi europei, in America si hanno 2,7 medici ogni 1.000 abitanti; valore simile lo presentano l'Australia (con 2,5 medici) e il Canada, anche se sensibilmente inferiore (2,1).

Guardando i dati relativi agli infermieri professionali notiamo che i Paesi del Nord Europa presentano in media, un numero di infermieri più alto rispetto a quelli dell'Europa del Sud. Così, in Austria (dati 1998) sono attivi 8,9 infermieri ogni 1.000 abitanti, in Germania 9,6, in Lussemburgo 7; i Paesi con il più alto numero di infermieri sono la Finlandia con 14,0 infermieri e l'Irlanda, con ben 15,9 infermieri ogni 1.000 abitanti; oltre Oceano abbiamo la Nuova Zelanda con 9,8 infermieri per 1.000 abitanti, gli Usa ne hanno 8,3, seguiti da Australia (8,4 nel 1997), Giappone (7,8) e Canada (7,5) (Grafico 7.2.4.).

GRAFICO 7.2.4. Medici e infermieri per 1.000 abitanti - 1998



Elaborazione su dati Oecd 2000

7. Per un'analisi macro-economica, vedi il paragrafo: "Produzione e contributi alla bilancia dei pagamenti e all'occupazione".

Tra i Paesi con il minor numero di infermieri vi sono invece Portogallo (3,7), Inghilterra (5,1), Spagna (5,2) e Italia⁸(5,3).

Se rapportiamo gli infermieri ai posti letto, emerge che Turchia e Italia sono i Paesi con il minor numero di infermieri per posto letto (rispettivamente 0,4 e 0,9); di contro troviamo in Irlanda 4,2 infermieri per posto letto, in Finlandia 1,9, nel Regno Unito, 1,2; negli USA il numero di infermieri per posto letto è mediamente superiore rispetto altri Paesi Ocse: con 2,2 infermieri si attesta a circa il doppio di ogni altro Paese Ocse.

7.3. IL FINANZIAMENTO

L'analisi del finanziamento dei servizi sanitari, ovvero delle risorse che vengono destinate al soddisfacimento dei bisogni sanitari, è questione complessa che implica il considerare numerosi fattori.

Nell'ultimo decennio, a causa delle crescenti difficoltà dei bilanci pubblici, la definizione di un soddisfacente equilibrio fra spesa sanitaria e capacità di finanziamento della stessa, ha indubbiamente assunto un ruolo centrale nelle politiche sanitarie di tutti i Paesi sviluppati.

L'interesse per le modalità di finanziamento, però, non si limita al solo aspetto del reperimento delle risorse finanziarie, bensì coinvolge numerosi aspetti quali⁹:

- la estensione della copertura sanitaria (a tutta la popolazione o solo a una parte di essa);
- l'equità (sia in termini di accessibilità dei servizi sanitari sia di distribuzione dell'onere);
- la fonte della copertura (che può essere pubblica, privata o mista);
- la durata della copertura nel corso dell'anno (illimitata o limitata);
- la tipologia delle prestazioni coperte (tutte o solo in parte);
- le condizioni per la erogazione delle prestazioni (se soggette o non soggette a preliminari autorizzazioni);
- le modalità di pagamento delle prestazioni agli erogatori (a notula, a quota capitaria, a tariffa, etc.);
- la eventuale partecipazione degli assistiti al pagamento (se richiesta in base a criteri clinici e/o socio-economici o se non richiesta);
- la possibilità per gli assistiti di essere rimborsati (totalmente, parzialmente, sotto determinate condizioni, o se non prevista);
- la posizione del finanziatore delle prestazioni rispetto al sistema (compratore e/o erogatore).

L'interazione fra i fattori citati genera equilibri dinamici, diversi da Paese a Paese, e destinati a mutare nel tempo. Indubbiamente il sistema sanitario (e quindi anche il suo finanziamento) di ogni Paese è anche il risultato della sua tradizione storica, politica e socio-economica.

A fronte delle difficoltà insite in ogni tentativo di classificazione di sistemi complessi quali i servizi sanitari, è necessario procedere a definire tassonomie convenzionali: in quanto segue si adotta in larga misura l'approccio definito dall'Ocse. Il campione di studio, quindi, è una parte dei Paesi Ocse, con particolare attenzione a quelli membri dell'Unione Europea.

8. (paragrafo 7.2.) Valore del 1997, ultimo disponibile

9. Si segue Guzzanti E. (a cura di) (1999), "Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie", Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Una prima possibile classificazione concerne le differenti procedure di raccolta delle entrate esistenti. Esse si possono definire, rispettivamente, modalità di carattere primario e di carattere supplementare (Tavola 7.3.1.).

TAVOLA 7.3.1. Sistemi di finanziamento nei 15 Paesi dell'Unione Europea

| PAESE | SISTEMA DI FIN. PRIMARIO | SISTEMA DI FIN. SUPPLEMENTARE |
|--|---|--|
| Finlandia Grecia Irlanda Italia Svezia Spagna Regno Unito Danimarca Portogallo | Finanziamento pubblico prevalentemente fiscale | Assicurazioni private volontarie Pagamento diretto |
| Austria Belgio Francia Germania Lussemburgo | | Pagamento diretto |
| | Finanziamento pubblico prevalentemente su base assicurativa | Assicurazioni private volontarie Pagamento diretto Imposte pubbliche |
| Olanda | Finanziamento misto: Assicurazione sociale+ Assicurazione privata | Pagamento diretto Imposte pubbliche |

Fonte: Healthcare System, 1997

Il finanziamento primario coincide normalmente con quello pubblico, che a sua volta può essere distinto in entrate provenienti rispettivamente da imposte ed entrate da assicurazioni sociali.

Il finanziamento supplementare, invece, comprende voci che possono essere sia alternative sia integrative delle forme di finanziamento primarie, quali, ad esempio, assicurazioni private volontarie e pagamenti diretti dei cittadini (out-of-pocket).

Tra i Paesi osservati, la maggior parte presenta un finanziamento prevalentemente di origine pubblica; fanno eccezione, in particolare, gli USA (44,8 per cento) e la Grecia (56,3 per cento) (Tavola 7.3.2.).

Fra i Paesi a finanziamento prevalentemente pubblico, prevale l'imposizione fiscale in Italia (quasi il 100,0 per cento della quota di finanziamento pubblico), in Canada (98,3 per cento), nel Regno Unito (88,2 per cento), in Irlanda (91,0 per cento), in Finlandia (80,6 per cento) e in Spagna (82,3 per cento)¹⁰ (Tavola 7.3.3.). Per questi Paesi si è riscontrata una evoluzione, spesso comune, del sistema da una forma amministrativa accentrata (statale) ad una decentrata in modo più o meno spinto (regionale, locale).

Una particolare attenzione, in proposito, merita proprio l'Italia, ove il finanziamento pubblico, che nel corso degli anni '90 è stato caratterizzato da una netta prevalenza dei contributi sanitari sul salario, si è trasformato con una netta inversione di tendenza dal 1998, con il passaggio della quota fiscalizzata del finanziamento pubblico da percentuali intorno al 40 per cento, a valori superiori al 90 per cento, per effetto dell'introduzione dell'IRAP (Imposta regionale sulle attività produttive)¹¹.

È interessante notare come la maggior parte dei Paesi europei oggi a finanzia-

10. Anche in paesi quali l'Australia, la Danimarca, la Nuova Zelanda e la Norvegia prevale nel finanziamento pubblico l'imposizione fiscale, che però in questa sede non è esattamente quantificabile a causa dell'incompletezza nella rilevazione dei dati.

11. Tale andamento, è stato rilevato dall'Istat e solo parzialmente dall'Ocse.

TAVOLA 7.3.2. Finanziamento pubblico nei paesi OCSE - % sul finanziamento totale 1980 - 1998

| PAESE | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1998 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Australia | 62,8 | 71,5 | 67,4 | 67,4 | 70,0 |
| Austria | 68,8 | 76,1 | 73,5 | 72,3 | 71,8 |
| Belgio | n.d. | n.d. | n.d. | 69,9 | 71,2 |
| Canada | 75,6 | 75,6 | 74,6 | 71,2 | 70,1 |
| Danimarca | 87,8 | 85,6 | 82,7 | 82,5 | 81,9 |
| Finlandia | 79,0 | 78,6 | 80,9 | 75,5 | 76,3 |
| Francia | 78,8 | 76,9 | 78,2 | 77,7 | 77,7 |
| Germania | 78,7 | 77,4 | 76,2 | 78,1 | 75,8 |
| Grecia | 55,6 | n.d. | 62,7 | 54,5 | 56,3 |
| Irlanda | 81,6 | 75,7 | 71,7 | 72,5 | 76,8 |
| Italia | 80,5 | 77,2 | 78,1 | 67,4 | 67,3 |
| Giappone | 71,3 | 70,7 | 77,6 | 78,2 | 78,5 |
| Lussemburgo | 92,9 | 89,3 | 93,1 | 92,4 | 92,4 |
| Olanda | 69,2 | 71,0 | 67,7 | 72,0 | 68,6 |
| Nuova Zelanda | 88,0 | 86,9 | 82,4 | 77,2 | 77,0 |
| Norvegia | 85,1 | 85,7 | 82,8 | 83,2 | 75,8 |
| Portogallo | 64,3 | 54,6 | 65,5 | 65,3 | 66,9 |
| Spagna | 79,9 | 81,1 | 78,7 | 78,2 | 76,8 |
| Svezia | 92,5 | 90,4 | 89,4 | 85,2 | 83,8 |
| Svizzera | 67,5 | 66,1 | 68,4 | 72,3 | 73,5 |
| Regno Unito | 89,4 | 85,8 | 84,3 | 84,9 | 83,3 |
| USA | 41,5 | 39,9 | 39,6 | 45,6 | 44,8 |

Fonte: Oecd Health Data 2001

mento prevalentemente di tipo fiscale, provengano da sistemi che sino agli anni '40 erano di tipo assicurativo/mutualistico.

Fra i Paesi caratterizzati, invece, da una prevalenza di finanziamento contributivo di tipo assicurativo troviamo la Francia (96,9 per cento), la Germania (91,6 per cento), l'Olanda (94,0 per cento), il Lussemburgo (82,7 per cento) e il Giappone (89,1 per cento).

Frequentemente si assiste sia a un sovvenzionamento dei fondi di assicurazione sociale da parte dello Stato, come anche all'esistenza di vincoli di destinazione di tali fondi ad attività puntualmente individuate (formazione, ricerca, salute pubblica, etc.). Evidentemente queste modalità avvicinano sostanzialmente i sistemi di finanziamento sin qui trattati: la fondamentale differenza risiede nel fatto che i

TAVOLA 7.3.3. Finanziamento derivante dall'imposizione fiscale - % sul finanziamento pubblico - paesi Ocse 1980 -1998

| PAESE | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1998 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Australia* | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Austria | n.d. | n.d. | n.d. | 31,6 | 40,4 |
| Belgio | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Canada | 98,6 | 98,5 | 98,6 | 98,6 | 98,3 |
| Danimarca* | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Finlandia | 84,3 | 87,0 | 86,9 | 82,3 | 80,6 |
| Francia | 8,0 | 7,2 | 2,9 | 3,0 | 3,1 |
| Germania | 14,9 | 14,5 | 14,2 | 12,9 | 8,4 |
| Grecia | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Irlanda | n.d. | n.d. | 89,9 | 90,3 | 91,0 |
| Italia | n.d. | n.d. | n.d. | 96,6 | 99,9 |
| Giappone | 40,0 | 38,1 | 35,8 | n.d. | 10,9 |
| Lussemburgo | n.d. | 23,9 | 22,3 | 16,6 | 17,3 |
| Olanda | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | 6,0 |
| Nuova Zelanda* | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Norvegia* | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 99,0 | n.d. |
| Portogallo | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Spagna | n.d. | n.d. | n.d. | 76,6 | 82,3 |
| Svezia | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Svizzera | n.d. | 26,9 | n.d. | 21,9 | 20,3 |
| Regno Unito | 99,6 | 100,0 | 84,9 | 88,7 | 88,2 |
| USA | 67,1 | 62,5 | 62,6 | 68,0 | 66,8 |

Fonte: Oecd Health Data 2001

* il risultato indicato è dovuto a probabile incompletezza nella rilevazione dei dati. Si ipotizza quindi la presenza in tali Paesi di una elevata componente di imposizione fiscale anche se non esattamente quantificabile.

fondi hanno propria identità giuridica e di conseguenza un'autonomia gestionale. A riprova della convergenza de facto dei sistemi, è interessante osservare come, nella maggior parte dei Paesi con sistemi di tipo mutualistico (in particolare si ricordano Belgio, Germania e Lussemburgo), si è assistito, anche se in diversa percentuale, ad una crescita dell'importanza dei fondi aggiuntivi a carico del bilancio statale.

Altro aspetto rilevante, è da individuarsi nella comune tendenza in tali Paesi alla riduzione del numero dei fondi sanitari.

Il finanziamento privato, inteso come la spesa volontaria e diretta delle famiglie, comprende principalmente i premi di assicurazione (a fondi complementari o aggiuntivi ad adesione volontaria) e l'out-of-pocket (pagamenti diretti effettuati dall'utente, comprese le forme di compartecipazione alla spesa come i ticket).

Diversi sono i Paesi che pur connotando il proprio finanziamento come prevalentemente pubblico, presentano una componente privata elevata; fra questi spiccano, ad esempio, la Germania (24,0 per cento circa del finanziamento totale), il Canada (30,0 per cento circa) e l'Italia (32,0 per cento circa).

La quota out-of-pocket, varia notevolmente nelle realtà considerate. In Paesi come il Canada e l'Italia, ad esempio, il finanziamento privato, pur incidendo sul finanziamento complessivo in una percentuale simile, ha diversa composizione. In Canada l'out-of-pocket è pari al 56,0 per cento circa della spesa diretta privata e al 17,0 per cento circa del finanziamento totale, in quasi totale assenza di meccanismi di compartecipazione; da forme di assicurazione supplementare deriva poi un ulteriore 11,0 per cento del finanziamento (vi è inoltre la presenza di un 2,0 per cento residuale derivante da altri meccanismi di natura privata non rientranti nelle altre voci). L'Italia, invece, fra i Paesi presi in considerazione in questo studio presenta il più elevato livello di out-of-pocket (23,5 per cento del finanziamento totale) in buona parte attribuibile a forme di co-payment (con l'abolizione dei ticket avvenuta nel gennaio 2001, questo dato sicuramente si modificherà) (Tavola 7.3.4.). L'assicurazione privata volontaria ha, invece, un ruolo residuale (meno del 3,0 per cento del finanziamento totale¹²) anche se in crescita, essendo passato dal 3,2 per cento del finanziamento privato nel 1980, al 9,6 per cento del 1990 e al 10,2 per cento del 1995¹³.

Il ruolo del finanziamento derivante da fonti private è invece estremamente rilevante in Paesi come gli USA (55,2 per cento) e, sotto certi aspetti, anche in Paesi come l'Olanda (31,4 per cento). Negli USA, infatti, il 60,0 per cento circa della spesa delle famiglie è "intermediata" dalle assicurazioni private (33,0 per cento circa del finanziamento totale); la parte restante deriva dall'out-of-pocket e più precisamente da forme di co-payment, che ammontano al 16,0 per cento circa del finanziamento totale. Rimane una parte residuale 6,0 per cento circa, coperta sempre da altri meccanismi di natura privata (Tavola 7.3.5.).

Anche in Olanda il 60,0 per cento circa della spesa privata deriva da premi assicurativi. Solo una parte residuale è coperta dall'out-of-pocket, derivante dal co-payment. Il co-payment, è praticamente assente in Paesi come il Canada, o è presente in modo limitato, come nel Regno Unito (dove è previsto solo per alcune prestazioni, quali cure odontoiatriche, oculistiche e prescrizioni di farmaci, con malati cronici e ultra-sessantacinquenni comunque esenti).

Di contro il co-payment è utilizzato in modo massiccio in Germania (provvedimento preso nel 1997, per correggere il deficit sanitario), in Giappone e Svezia (in questi ultimi due Paesi è stato adottato per rendere i consumatori più consa-

12. Dato stimato dall'Istat. Le rilevazioni dell'Oecd, si fermano con riferimento all'Italia al 1990.

13. Fonte dei dati: Istat 2000.

TAVOLA 7.3.4. Finanziamento Out-of-pocket - % sul finanziamento totale - paesi Ocse 1980-1998

| PAESE | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1998 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Australia | 16,0 | 14,1 | 16,4 | 15,7 | 16,2 |
| Austria | n.d. | n.d. | n.d. | 14,1 | 16,6 |
| Belgio | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Canada | n.d. | n.d. | 14,4 | 15,9 | 16,6 |
| Danimarca | 11,4 | 13,6 | 16,0 | 16,3 | 16,6 |
| Finlandia | 18,4 | 18,3 | 15,5 | 20,5 | 19,6 |
| Francia | n.d. | n.d. | n.d. | 11,1 | 10,2 |
| Germania | 10,3 | 11,2 | 11,1 | 10,9 | 12,8 |
| Grecia | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Irlanda | n.d. | n.d. | 17,7 | 15,6 | 11,4 |
| Italia | n.d. | 16,1 | 15,8 | 23,7 | 23,5 |
| Giappone | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | 17,1 |
| Lussemburgo | 7,1 | 9,4 | 5,5 | 6,2 | 7,6 |
| Olanda | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | 8,0 |
| Nuova Zelanda | 10,4 | 10,8 | 14,5 | 16,2 | 16,3 |
| Norvegia | n.d. | n.d. | 14,6 | 15,0 | 22,8 |
| Portogallo | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Spagna | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Svezia | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Svizzera | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Regno Unito | 8,6 | n.d. | 10,6 | 11,0 | 11,1 |
| USA | 24,2 | 22,8 | 20,2 | 15,4 | 15,6 |

Fonte: *Oecd Health Data 2001*

pevoli al momento della formulazione della domanda di servizi sanitari). Ancora, in altri Paesi come ad esempio la Nuova Zelanda, alla presenza di forme di co-payment si affiancano forme assicurative private, alle quali si rivolge la maggior parte degli utenti, appositamente previste per la copertura della compartecipazione.

Infine osserviamo che, in molti Paesi, parallelamente al progressivo passaggio a forme di finanziamento prevalentemente fiscali, si è assistito a un progressivo e diffuso processo di devolution e/o decentramento amministrativo.

Forme di devolution in Sanità, fenomeno che accomuna la quasi totalità dei Paesi dell'Ue (ad eccezione della Grecia, dove invece permane un controllo fortemen-

TAVOLA 7.3.5. Finanziamento derivante da assicurazioni private (sociali e non) - % sul finanziamento totale - paesi Ocse 1980-1998

| PAESE | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1998 |
|---------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Australia | 15,6 | 9,5 | 11,2 | 10,6 | 7,9 |
| Austria | 7,6 | 9,8 | 9,0 | 7,9 | 7,3 |
| Belgio | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Canada | n.d. | n.d. | 8,1 | 10,2 | 11,2 |
| Danimarca | 0,8 | 0,8 | 1,3 | 1,2 | 1,5 |
| Finlandia | 1,4 | 1,8 | 2,1 | 2,4 | 2,5 |
| Francia | n.d. | n.d. | n.d. | 1,8 | 12,5 |
| Germania | 6,0 | 6,5 | 7,2 | 6,7 | 7,1 |
| Grecia | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Irlanda | n.d. | n.d. | 8,3 | 8,4 | 8,3 |
| Italia | 0,2 | 0,5 | 0,9 | n.d. | n.d. |
| Giappone | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Lussemburgo | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Olanda | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | 17,5 |
| Nuova Zelanda | 1,1 | 1,8 | 2,8 | 6,4 | 6,4 |
| Norvegia | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Portogallo | n.d. | 0,2 | 0,8 | 1,4 | n.d. |
| Spagna | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Svezia | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Svizzera | n.d. | n.d. | n.d. | 11,5 | 9,9 |
| Regno Unito | 1,3 | 2,5 | 3,3 | 3,2 | 3,5 |
| USA | 28,4 | 31,0 | 34,1 | 33,2 | 33,5 |

Fonte: *Oecd Health Data 2001*

te accentrato), sono state adottate come possibile soluzione alla sempre crescente difficoltà di controllo centrale sulla spesa.

Se per le realtà che solo recentemente hanno riformato i criteri di finanziamento dei servizi sanitari, come quella tedesca e italiana, è ancora troppo presto per esprimere giudizi, si può però già affermare che il federalismo fiscale appare già realizzato con un discreto successo, ad esempio, nei Paesi Scandinavi.

La Finlandia, in particolare, in considerazione del successo ottenuto nella ristrutturazione del suo sistema sanitario, è stata assunta (sin dal 1982, anno in cui ha stipulato un accordo in tal senso con la Who) come Paese guida in ambito Sanitario. La strategia adottata in tale Paese è stata quella di un decentramento amministrativo, che ha portato a una sempre più forte responsabilizzazione locale. I Comuni, infatti, oltre ad essere liberi di utilizzare le proprie risorse nel modo da loro ritenuto più idoneo, possono acquistare i servizi sanitari da un qualsiasi fornitore sia pubblico che privato. Essi, inoltre, decidono liberamente il livello di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini. Non è da sottovalutare, inoltre, la presenza di sovvenzioni statali ripartite fra le diverse realtà locali sulla base di criteri demografici (densità abitativa, età e struttura della popolazione).

Il decentramento, di contro, non ha conseguito lo stesso successo in altri Paesi, come ad esempio in Portogallo, dove invece il rapporto costi/qualità del servizio erogato rimane secondo molti osservatori piuttosto critico.

7.4. LA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria ha rappresentato e spesso ancora rappresenta, il bersaglio principale nelle politiche di finanza pubblica, poiché accusata di distrarre risorse allo sviluppo economico del Paese senza produrre, nel loro impiego alternativo, risultati proporzionali, trascurando per altro di considerare le economie e l'impulso di mercato che derivano dal mondo sanitario¹⁴.

Sembra comune convinzione che sia divenuto assolutamente necessario procedere verso l'integrazione degli apporti pubblici e privati alla tutela della salute, attuando un processo di razionalizzazione della spesa sanitaria, con un forte decentramento delle responsabilità e delle autonomie, accompagnato da controlli puntuali e severi a livello centrale.

Numerosi Paesi europei a partire dalla seconda metà degli anni '80 hanno, quindi, sperimentato riforme di notevole portata in campo sanitario sostenendo l'idea che non necessariamente il perseguimento degli obiettivi sociali e l'iniziativa privata siano in contrapposizione. Al contrario la presenza del privato, stimolando la competizione, può generare un maggior grado di soddisfazione dell'utente.

Che la tutela della salute sia uno dei principali compiti dello Stato e non possa essere demandata esclusivamente alla scelta dei singoli ed alle leggi di mercato è una consapevolezza ormai acquisita nell'ambito dei Paesi industrializzati. Prova ne sia che anche in quei Paesi come gli Stati Uniti, solitamente citati per le caratteristiche "privatistiche" del sistema sanitario, si è reso necessario il ricorso ad interventi di contenimento della spesa pubblica al fine di limitarne la crescita che risultava particolarmente accentuata.

Non si può certo affermare che il panorama internazionale si caratterizzi per omogeneità; al contrario, l'immagine che si ricava dal confronto tra i vari sistemi sanitari è quanto mai variegata per quel che concerne le voci di spesa.

¹⁴. Vedi par. 7.5. di seguito

È sufficiente guardare alla realtà europea per avere una conferma in tal senso. In tutti i Paesi europei, la spesa sanitaria pubblica, dopo aver registrato nel periodo 1960-90 una crescita accentuata, è stata recentemente interessata da un rallentamento, iniziato a partire dai primi anni novanta.

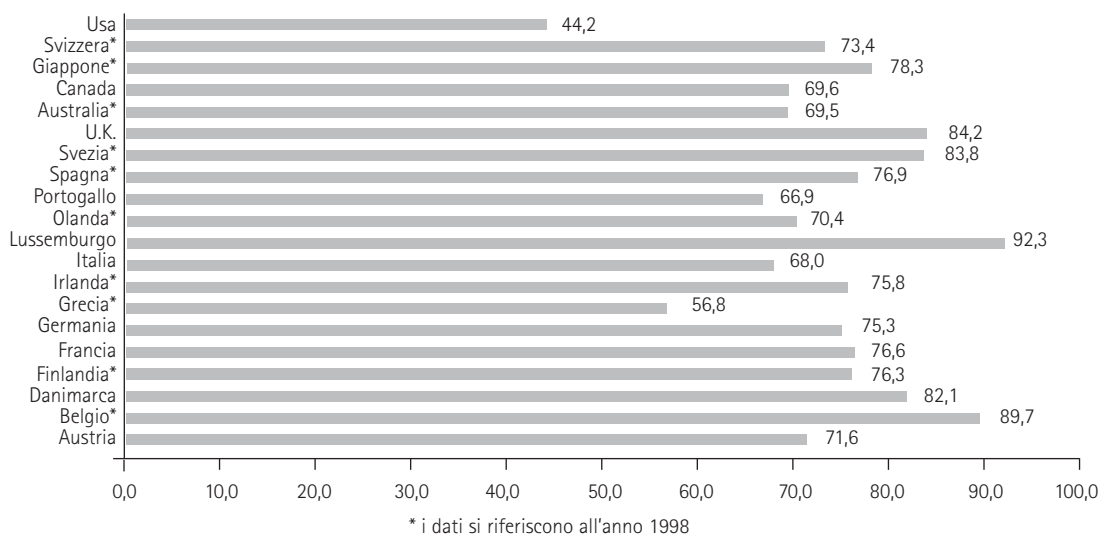
La causa è probabilmente legata alle riforme di portata più o meno vasta, varate negli ultimi anni, finalizzate a contenere la spesa pubblica in campo sanitario.

I dati Ocse relativi alla spesa sanitaria pubblica, evidenziano una crescita accentuata nel decennio 1960-70, seguita da un rallentamento nel decennio 1990-99. Più efficace è l'analisi se guardiamo le variazioni medie annue per il periodo 1960-70: minima nel Regno Unito (7,8 per cento) e massima in Olanda (24,2 per cento). Nel 1990-99 il livello minimo è raggiunto dalla Finlandia (1,8 per cento), mentre il Portogallo registra variazione massima europea del 9,7 per cento).

La situazione è ancora più evidente negli Stati Uniti, che a fronte di una crescita media annua pari al 16,2 per cento nel decennio 1960-70, registrano un tasso di crescita del 7,7 per cento nel secondo periodo oggetto di studio.

Per altro, la fonte pubblica ha mantenuto in ambito Ue un'importanza primaria per quel che concerne il finanziamento del sistema sanitario. I dati Ocse dimostrano che nel 1999 la spesa pubblica ha rappresentato – in pressoché tutti i Paesi Ue – una quota non inferiore al 68,0 per cento della spesa sanitaria totale. Particolarmente elevato è apparso il dato relativo al Regno Unito (84,2 per cento) e al Lussemburgo (92,3 per cento), mentre il Paese che presenta la più bassa incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale è la Grecia (56,8 per cento) (Grafico 7.4.1.).

GRAFICO 7.4.1. La spesa sanitaria pubblica 1999 (% spesa sanitaria totale)



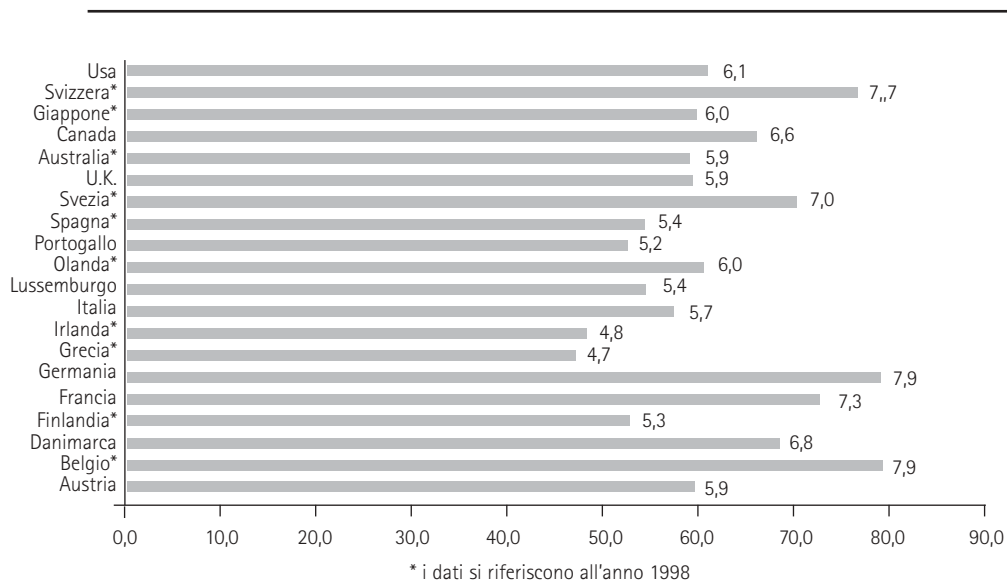
Fonte: *Oecd Health Data 2000*

Si evidenziano, quindi, sensibili differenze tra i Paesi oggetto di indagine: basti considerare che anche il distacco esistente tra i dati dei Paesi con più bassa incidenza - come Grecia e Portogallo - è quasi di 10 punti percentuali, e che nel corso degli anni '90, la tendenza ad una contrazione della quota di spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale, pur generale, non è assoluta: ad esempio non ha trovato riscontro in Irlanda, laddove il dato di spesa ha registrato una crescita di circa 2,5 punti percentuali tra il 1996 ed il 1997 ed una crescita contenuta tra il 1997 ed il 1998.

L'impatto delle politiche di contenimento della spesa sanitaria è testimoniato anche dai dati Ocse 2000 sul rapporto spesa sanitaria pubblica e Pil.

Analizzando, in particolare, la situazione sanitaria italiana alla luce del panorama internazionale si può notare come, all'inizio degli anni '90 l'Italia figurava tra i Paesi con più consistente incidenza della spesa pubblica sul Pil (6,6 per cento nel 1991), distaccandosi in maniera marcata solo dalla Svezia (7,6 per cento nel 1991), mentre nel 1999 il nostro Paese destina al comparto sanitario una quantità di risorse pubbliche piuttosto contenuta (5,7 per cento del Pil). Sempre utilizzando i dati Ocse 2000, vale la pena notare che nel 1999, Belgio, Germania e Francia sono i Paesi con più consistente intervento dello Stato nel settore sanitario, presentando una spesa di fonte pubblica rispettivamente pari al 7,9 per cento per i primi due e a 7,3 per cento del Pil per il terzo (Grafico 7.4.2.).

GRAFICO 7.4.2. La spesa sanitaria pubblica 1999 (% PIL)



Fonte: *Oecd Health Data 2000*

Per quanto concerne la spesa sanitaria privata, invece, a parte il tradizionale modello "privatizzato" degli Stati Uniti, ove la spesa sanitaria privata è pari al 55,8 per cento della spesa sanitaria totale nel 1999, emerge il dato per l'Italia (31,9 per cento) che risulta tra i più elevati non solo in ambito Ue, ma più in generale rispetto ai principali Paesi industrializzati. È superato solo dalla Grecia (43,2 per cento) e dal Portogallo (33,1 per cento)¹⁵.

Per l'Italia, in particolare, la quota di spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria totale è andata costantemente aumentando fra il 1980 e il 1999 probabilmente soddisfacendo l'esigenza di risanamento della finanza pubblica. La necessità di limitare l'intervento dello Stato nel settore sanitario è stata condivisa anche da Austria, Danimarca e Regno Unito.

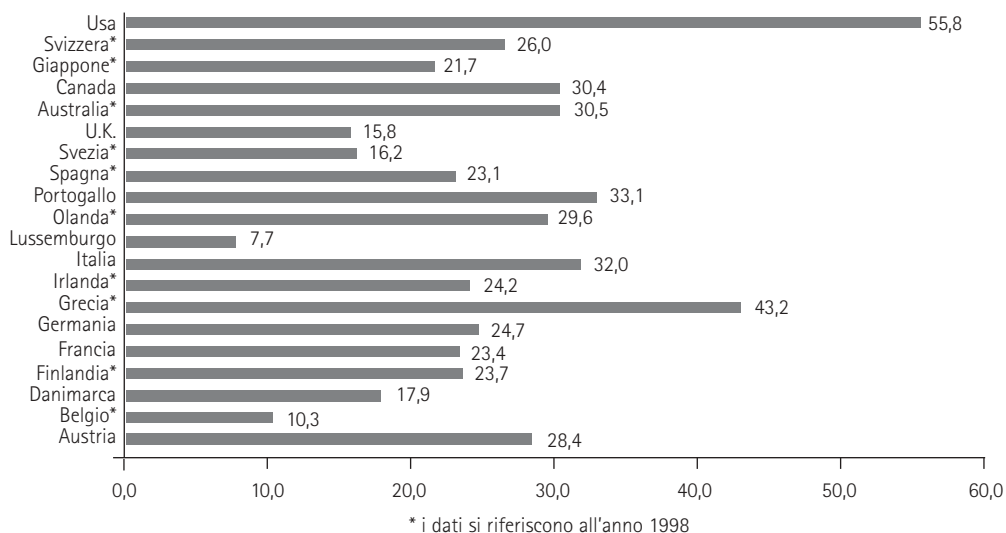
La spesa sanitaria privata, pur aumentando in valore assoluto a partire dagli anni '70, ha registrato comunque tassi di crescita via via minori nel corso degli anni.

La spesa sanitaria privata italiana ha assunto un peso rilevante anche valutata rispetto al Pil. Nel 1999, si è attestata al 2,7 per cento, contro un 3,6 per cento della Grecia.

15. Per Grecia e Portogallo gli ultimi dati disponibili risalgono al 1998. Fonte: *Oecd Health Data 2000*.

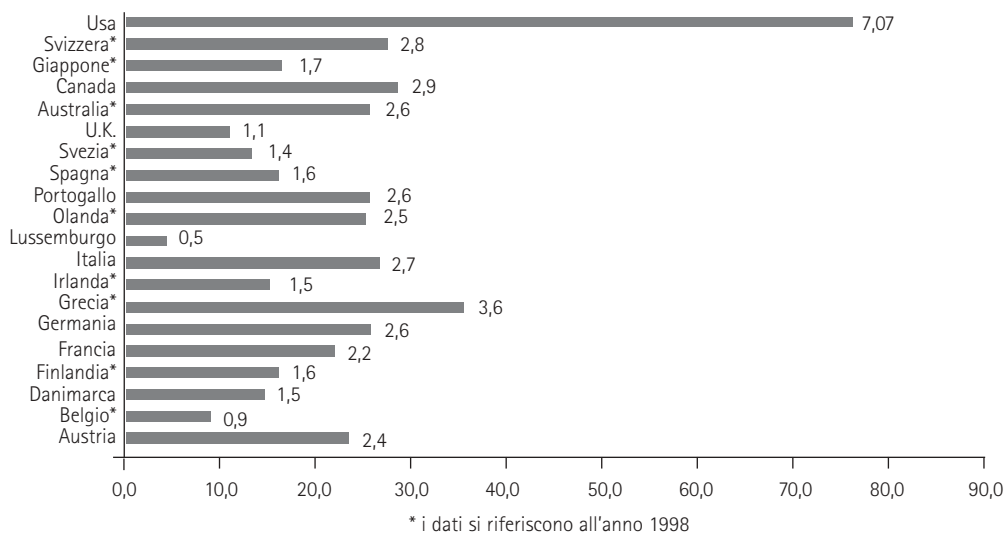
A livello internazionale non si discostano da tali valori: l'Australia (2,6 per cento), il Canada (2,9 per cento) e la Svizzera (2,8 per cento). Negli Stati Uniti raggiunge il 7,7 per cento nel 1999 (Grafici 7.4.3. e 7.4.4.).

GRAFICO 7.4.3. La spesa sanitaria privata 1999 (% spesa sanitaria totale)



Fonte: *Oecd Health Data 2000*

GRAFICO 7.4.4. La spesa sanitaria privata 1999 (% PIL)



Fonte: *Oecd Health Data 2000*

Nell'analizzare la quota di spesa sanitaria è necessario tenere conto del fatto che essa tende a crescere con lo sviluppo economico. Analizzando la spesa sanitaria congiuntamente al Pil pro-capite, si conferma l'esistenza di una relazione diretta fra le due variabili: un aumento del Pil pro-capite determinerebbe un aumento della spesa sanitaria, come mostrano i grafici seguenti.

Portogallo (Pil pro-capite pari a 14,1 mln di \$ e spesa sanitaria 7,7 per cento del Pil nel 1996) e Olanda (Pil pro-capite pari a 21,9 mln di \$ e spesa sanitaria 8,8 per cento del Pil nel 1996), ad esempio, associano livelli, rispettivamente, bassi e alti

di spesa sanitaria e Pil pro-capite. Paesi come l'Italia (20,8 mln di \$ in corrispondenza ad una spesa sanitaria pari all'8,1 per cento del Pil nel 1996) o la Spagna (15,8 mln di \$ e spesa sanitaria 7,1 per cento del Pil nel 1996) si posizionano al disotto dell'andamento tendenziale, mentre Germania e Stati Uniti si posizionano notevolmente al disopra. I risultati del 1996 sono confermati anche dai dati relativi al 1999 (Grafici 7.4.5. e 7.4.6.).

GRAFICO 7.4.5. Relazione fra spesa sanitaria totale (%Pil) e Pil pro capite - 1996

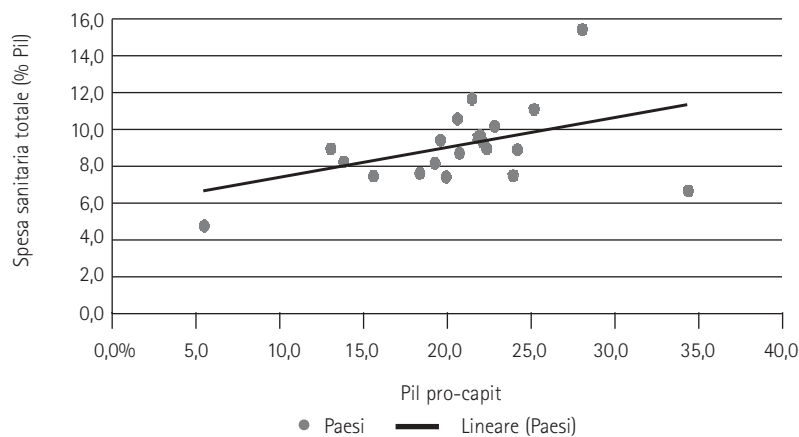
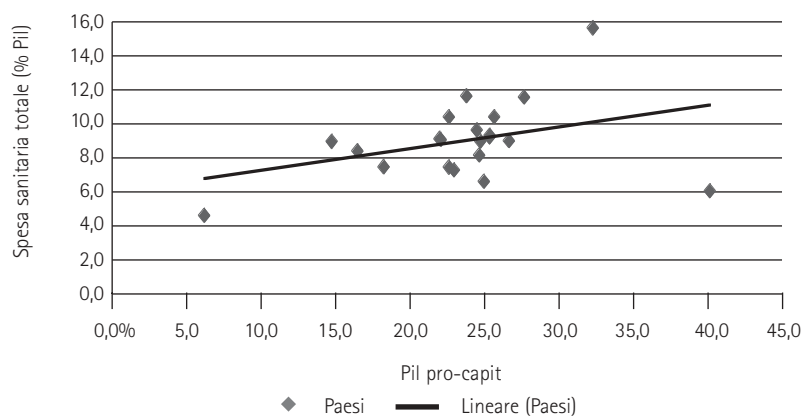


GRAFICO 7.4.6. Relazione fra spesa sanitaria totale (%Pil) e Pil pro-capite 1999



La relazione sembra almeno parzialmente confermata anche per le singole componenti, pubblica e privata, della spesa: la relazione è però più forte per quanto concerne la spesa pubblica.

Concentrando l'osservazione sulla composizione della spesa sanitaria pubblica, si può osservare come nella quasi totalità dei Paesi europei sia il settore ospedaliero ad assorbire la quota più ampia di risorse pubbliche.

Nel 1998 si registra un minimo del 33,0 per cento (dato relativo al Lussemburgo) ed un massimo del 79,6 per cento (Danimarca). Inoltre, soltanto per il Lussemburgo (33,0 per cento) e la Finlandia (49,6 per cento) l'incidenza della spesa ospedaliera sulla spesa pubblica è inferiore al 50,0 per cento nel 1998.

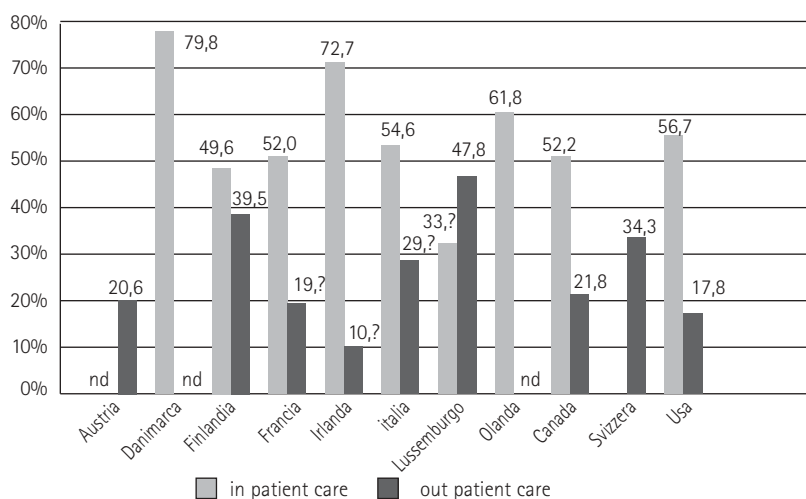
Nell'ambito della spesa ospedaliera la voce di maggior rilievo è quella relativa alle unità di *acute care*.

La spesa per tali strutture rappresenta in tutti i Paesi la quota più importante della

spesa ospedaliera pubblica (in Canada e in Finlandia, ad esempio, la spesa per unità di acute care ha rappresentato nel 1998 rispettivamente l'81,1% e il 79,5% della spesa ospedaliera)¹⁶.

La spesa pubblica per cure ambulatoriali extra-ospedaliere si è attestata, nel 1998 su valori (espressi in percentuale della spesa pubblica totale) compresi tra il 10,5 per cento (Irlanda) ed il 39,5 per cento (Finlandia). In Lussemburgo nel 1998 la spesa per out patient care (47,8 per cento) prevale su quella per *in patient care* (33,0 per cento) a differenza di quanto accade negli altri Paesi europei; ad esempio nel 1998 la spesa per *in patient care* irlandese (72,7 per cento) è notevolmente più ampia della spesa per *out patient care* (10,5 per cento) (Grafico 7.4.7.).

GRAFICO 7.4.7. La spesa in patient care e out patient care 1998 (% della spesa sanitaria pubblica)



Fonte: Oecd Health Data 2000

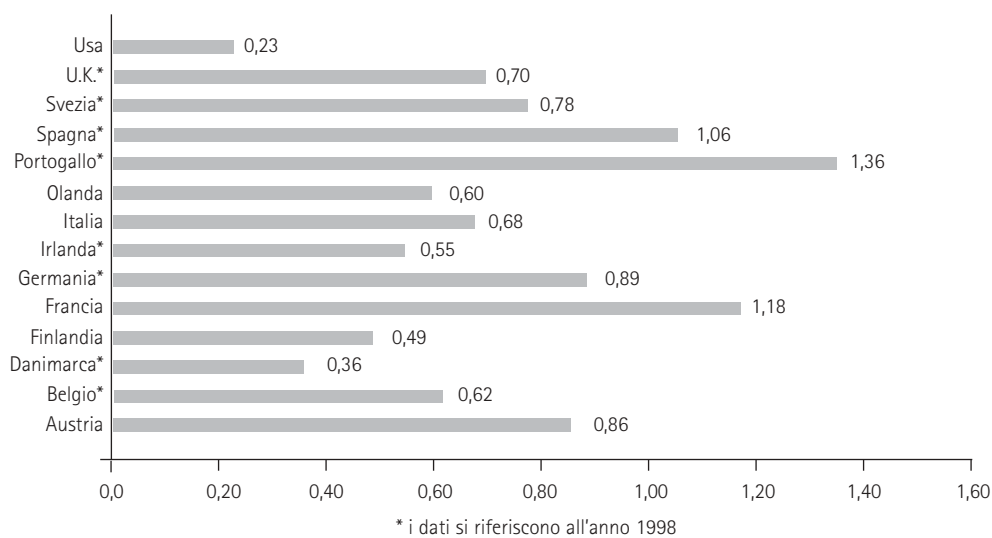
Fra le principali risorse dei servizi sanitari annoveriamo i farmaci. Nel corso degli anni '90 la spesa farmaceutica pubblica, in percentuale sulla spesa farmaceutica totale è aumentata notevolmente in Austria (dal 57,2 per cento nel 1990 al 74,4 per cento nel 1998) e in Irlanda (dal 65,0 per cento nel 1990 all'83,8 per cento nel 1997). In Italia ha registrato un trend negativo nello stesso periodo (dal 72,3 per cento nel 1990 al 44,0 per cento nel 1997) ed infine ha avuto un andamento tendenzialmente costante in Francia e in Finlandia.

La tendenza è confermata anche dai dati relativi alla spesa farmaceutica pubblica espressa in percentuale del Pil. Nel 1998 in Italia, l'incidenza sul Pil (0,7 per cento), resta inferiore a quella registrata in Francia (1,2 per cento) ed in Austria (0,9 per cento). La stessa situazione accade anche nel 1997: Francia (1,1 per cento), Spagna (1,1 per cento) e Austria (0,8 per cento) contro il valore italiano pari allo 0,6 per cento (Grafico 7.4.8.).

I Paesi maggiormente interessati da un finanziamento pubblico del settore farmaceutico, Francia e Austria, sono anche quei Paesi con una più elevata spesa farmaceutica pubblica pro-capite: Lire 4.277.000 in Francia nel 1998 e Lire 3.445.000 in Austria nel 1998. Il dato pro-capite degli Stati Uniti (Lire 1.164.000 nel 1998), è inferiore sia al dato italiano (Lire 2.421.000 nel 1998) sia in generale a quello dei maggiori Paesi europei.

16. Gli oneri relativi alle nursing home, così come quelli di ospedali psichiatrici e centri di cura per anziani sono ricompresi in altre voci di spesa pubblica (assistenza sociale) o ricadono in prevalenza sul settore privato.

GRAFICO 7.4.8. La spesa farmaceutica pubblica 1999 (% PIL)



Fonte: Oecd Health Data 2000

7.5. PRODUZIONE E CONTRIBUTI ALLA BILANCIA DEI PAGAMENTI E ALLA OCCUPAZIONE

La Sanità non è solo produzione di servizi, con conseguenti costi per la collettività: farmaci ed elettromedicali rappresentano, ad esempio, una industria importante per molti Paesi, con effetti positivi sulla bilancia dei pagamenti oltre che sull'occupazione.

Da questo punto di vista, la Sanità, per le sue caratteristiche di settore di servizi *labour intensive*, può rappresentare oltre che un costo per i bilanci pubblici, anche un'importante risposta ai problemi dell'occupazione, in particolar modo quella qualificata.

Per quanto concerne il mercato del lavoro, dai dati Ocse si evince un aumento della quota di occupazione sanitaria in tutti i Paesi europei, nel ventennio 1970-90. La percentuale degli occupati in Sanità sul totale degli occupati è un buon indicatore per valutare l'andamento del fenomeno: in Italia ad esempio è passata dall'1,7 per cento nel 1970 al 4,7 per cento nel 1990; in Germania, nello stesso ventennio, è raddoppiata, passando dal 2,9 per cento al 5,8 per cento e nel Regno Unito è cresciuta dal 3 per cento al 4,6 per cento.

Gli anni '90, inoltre, sono stati anni di crescita stabile per la maggioranza dei Paesi europei.

Gli occupati in Sanità, in percentuale del totale degli occupati, hanno raggiunto nel 1998 il 10,2 per cento in Finlandia ed il 2,9 per cento in Portogallo; in Italia (4,2 per cento nel 1998) e nel Regno Unito (4,5 per cento nel 1998), in particolare, tale percentuale è rimasta pressoché costante e in Svezia, infine, è addirittura diminuita, arrivando al 7,7 per cento nel 1997.

Se andiamo ad osservare la composizione dell'occupazione sanitaria, ad un confronto internazionale si registrano notevoli differenze fra i Paesi.

La quota dei medici sul totale degli occupati¹⁷ è costantemente aumentata nel periodo 1960-80 in tutti i Paesi europei: è raddoppiata in Belgio, passando dallo

17. I dati Ocsesi riferiscono ai medici iscritti all'albo.

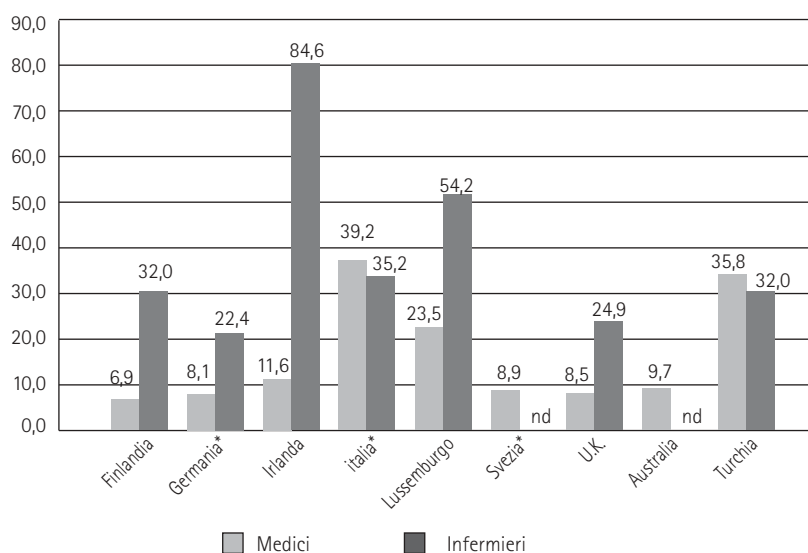
0,3 per cento nel 1960 allo 0,6 per cento nel 1980, ed è più che triplicata in Italia (0,2 per cento nel 1960 e 0,7 per cento nel 1980).

Nel corso degli anni '90, il rapporto si è mantenuto costante in Svizzera (0,3 per cento) ed in Grecia (1,0 per cento), mentre è aumentato in Finlandia ed in Italia. Caratteristico è il dato italiano: il nostro Paese nel 1998 ha conquistato il primato di Paese con maggior numero di personale medico, raggiungendo quota 1,7 per cento dell'occupazione totale nel 1998 ed il 39,2 per cento dell'occupazione sanitaria, superando anche il dato della Turchia (35,8 per cento). Il Regno Unito ed il Canada sono invece i Paesi con il minor numero di medici, 0,4 per cento dell'occupazione totale nel 1998.

Passando all'occupazione infermieristica, analogamente a quanto osservato per i medici, la tendenza è di un continuo aumento. Come mostrano i dati Ocse disponibili, il numero complessivo degli infermieri professionali è notevolmente aumentato quasi ovunque.

Tra i Paesi con minor numero di infermieri troviamo il Portogallo (0,8 per cento dell'occupazione totale nel 1998), la Danimarca (1,4 per cento nel 1998) e la Spagna (1,5 per cento nel 1998). Francia ed Italia registrano l'1,5 per cento nel 1997 (ultimo dato disponibile). I Paesi con più alta incidenza degli infermieri sull'occupazione totale sono l'Irlanda (3,9 per cento) e la Finlandia (3,3 per cento) nel 1998. L'Irlanda presenta anche il maggior numero di infermieri sul totale dell'occupazione sanitaria (84,6 per cento nel 1998), seguita dal Lussemburgo (54,2 per cento nel 1998) (Grafico 7.5.1.).

GRAFICO 7.5.1. Medici e infermieri (% occupazione totale del settore sanitario)



* i dati si riferiscono all'anno 1998

Fonte: Oecd Health Data 2000

Dall'analisi dei dati relativi alle retribuzioni, pesate attraverso la parità del potere d'acquisto, emerge che nel periodo 1960-80 le retribuzioni percepite dai medici sono notevolmente aumentate (+12.805 \$) in Italia e (+33.805 \$) in Canada. L'andamento si è mantenuto crescente anche nel corso degli anni '90.

Nel 1998 la retribuzione medica in Svizzera (82.915 \$) è doppia di quella corrisposta nel Regno Unito (41.379 \$), mentre in Turchia tocca la soglia minima di 1.450 \$. La retribuzione media degli infermieri, anch'essa calcolata tenendo conto della

parità del potere d'acquisto, è tendenzialmente crescente in tutti Paesi europei. A livello internazionale, a fronte della retribuzione massima dell'Australia (33.832 \$ nel 1998), la Turchia ancora una volta è il Paese che presenta la più bassa retribuzione infermieristica mondiale 695 \$ nel 1998. Si può anche evincere come la relazione tra occupazione e spesa sanitaria, possa fornire una indiretta indicazione del possibile contributo occupazionale di eventuali espansioni della spesa sanitaria (Grafici 7.5.2. e 7.5.3.).

GRAFICO 7.5.2. Relazione fra spesa sanitaria pubblica e occupati in sanità 1996

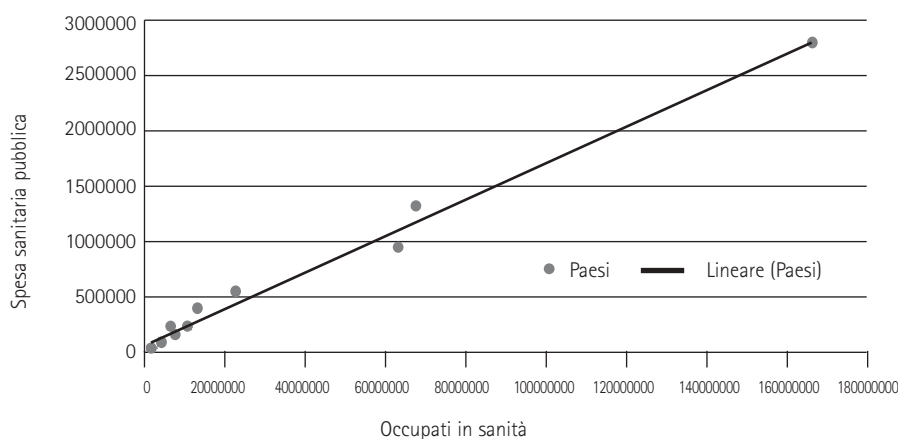
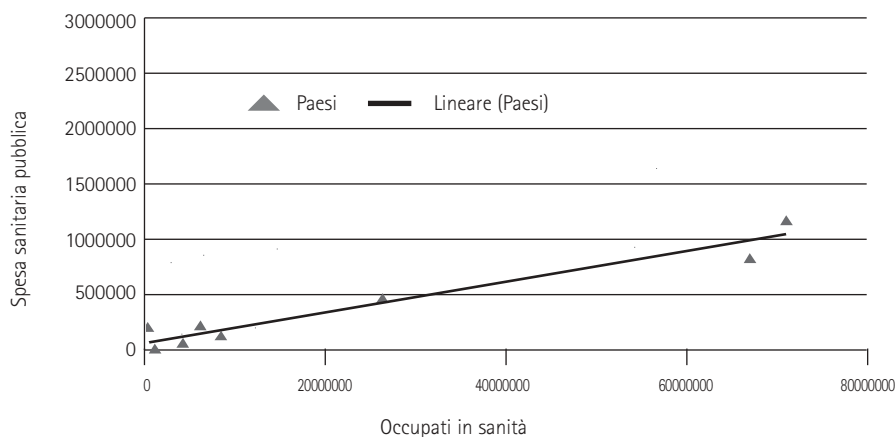


GRAFICO 7.5.3. Relazione fra spesa sanitaria pubblica e occupati in sanità 1998



Il Paese che registra il maggior numero di occupati (2.568.254 di individui) e contemporaneamente il livello di spesa sanitaria pubblica massimo è il Giappone; il fanalino di coda è il Lussemburgo che conta solo 5.319 occupati nel settore sanitario a fronte del livello minimo di spesa. La Svezia si posiziona, invece, ad un livello intermedio per quanto riguarda la relazione tra occupati e spesa sanitaria. Passando all'analisi degli effetti che l'attività delle industrie legate al settore sanitario hanno sulla bilancia dei pagamenti, possiamo iniziare dal settore farmaceutico.

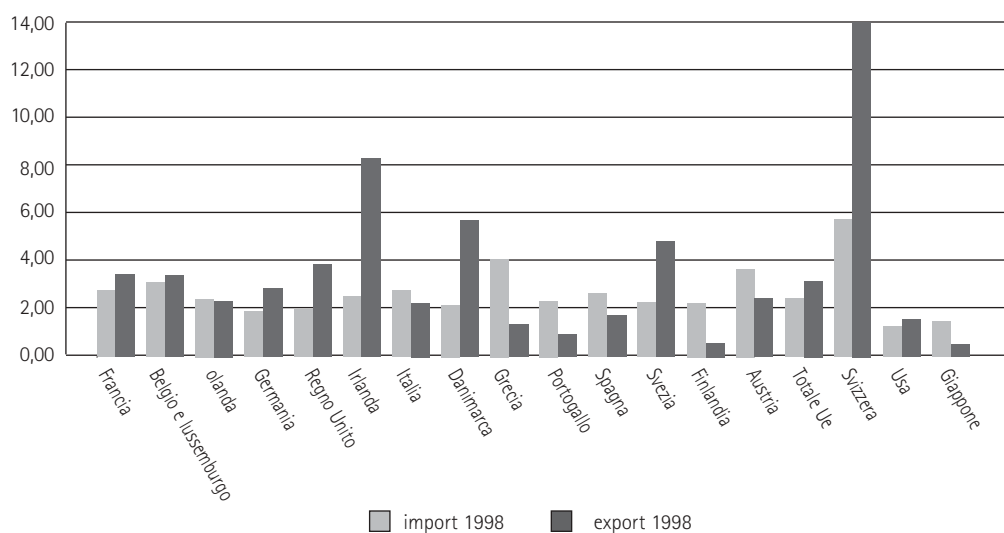
Nel 1998, i Paesi con maggiori importazioni farmaceutiche sono in ordine gli USA (10.982,20 mln di \$), la Germania (8.033,20 mln di \$), la Francia (7.159,30 mln di \$), il Regno Unito (5.686,20 mln di \$), l'Italia (5.435,60 mln di \$), mentre il Paese con il più alto livello di export farmaceutico è, nello stesso anno, la Germania con 14.040,80 mln di \$, seguita da Svizzera (9.862,4 mln di \$), Stati Uniti (9.660,8

mln di \$), Regno Unito (9.545,6 mln di \$), Francia (9.312,3 mln di \$). L'Italia si posiziona solo al settimo posto nel mercato mondiale.

Alla fine degli anni '90, la quota di importazioni farmaceutiche sulle importazioni globali del Paese è il 5,3 per cento in Svizzera, contro l'1,16 per cento degli USA. L'Italia (2,52 per cento) si posiziona ad un livello prossimo alla media europea (2,83 per cento).

Nel 1998 in Svizzera, il 12,50 per cento delle esportazioni totali proviene dal settore farmaceutico, mentre il Paese in cui l'incidenza dell'export farmaceutico è più bassa risulta essere il Giappone (0,49 per cento nel 1998), immediatamente seguito dalla Finlandia (0,54 per cento nel 1998). In Italia (2,02 per cento nel 1998) il dato è aumentato rispetto all'anno precedente (Grafico 7.5.4.).

GRAFICO 7.5.4. Import - Export farmaceutico sull'interscambio globale



Fonte: Farmindustria 2001

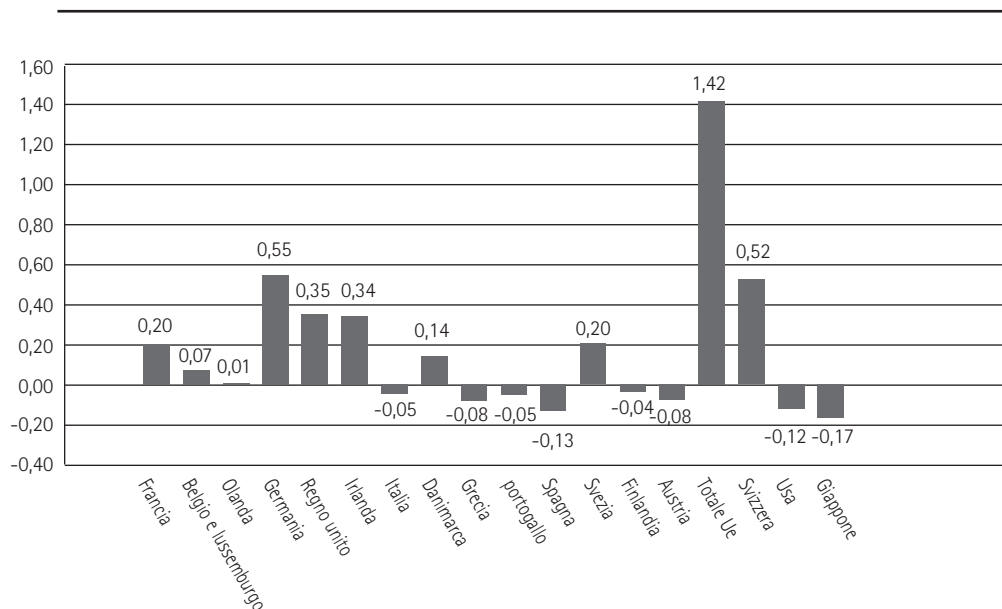
Il saldo della bilancia farmaceutica, espresso in percentuale del saldo farmaceutico mondiale, è massimo in Germania ed in Svizzera nel periodo 1996-98, mentre assume il valore minimo in Spagna dato un saldo negativo e in Giappone, attestandosi nel 1998 rispettivamente allo -0,13 per cento e allo -0,17 per cento. Per quanto riguarda, invece, la situazione italiana, il saldo della bilancia commerciale farmaceutica è andato peggiorando negli ultimi anni (-325,90 mln di \$ nel 1996, -333,20 mln di \$ nel 1997 e -537,30 mln di \$ nel 1998), mentre il saldo della bilancia farmaceutica mondiale ha registrato un andamento altalenante (Grafico 7.5.5.).

Dobbiamo aggiungere che, secondo Farmindustria, l'industria farmaceutica italiana segna il passo da alcuni anni per numero di addetti in ricerca, pur posizionandosi sesta nell'Ocse, preceduta da USA, Giappone, Germania, Francia e Regno Unito.

Per numero di occupati in R&S nel settore farmaceutico, l'Italia si attesta al sesto posto nella classifica dei Paesi Ocse.

L'incidenza della spesa per R&S (Ricerca & Sviluppo nel settore farmaceutico, calcolata in percentuale del Pil, è rimasta negli ultimi anni pressoché costante in Italia (0,073 per cento nel 1998 e 0,079 per cento nel 2000), nel Regno Unito

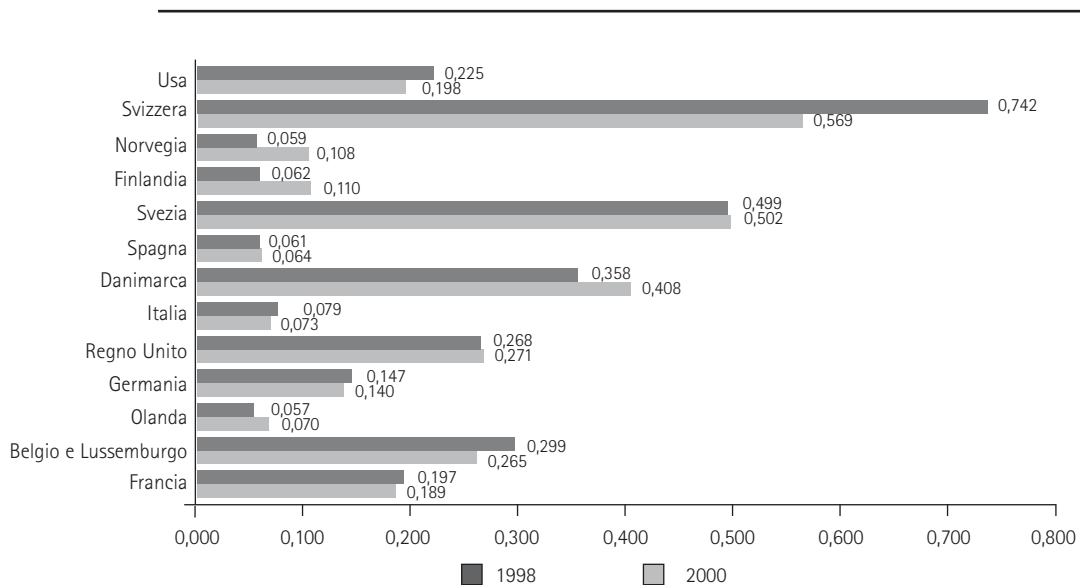
GRAFICO 7.5.5. Bilancia farmaceutica 1998 (% del totale mondiale)



Fonte: Farmindustria 2001

(0,271 per cento nel 1998 e 0,268 per cento nel 2000), in Spagna (0,064 per cento nel 1998 e 0,061 per cento nel 2000), mentre è aumentata in Francia (0,189 per cento nel 1998 e 0,197 per cento nel 2000) e negli Stati Uniti (0,198 per cento nel 1998 e 0,225 per cento nel 2000) (Grafico 7.5.6.).

GRAFICO 7.5.6 La spesa per R&S nel settore farmaceutico (% PIL 1998-2000)

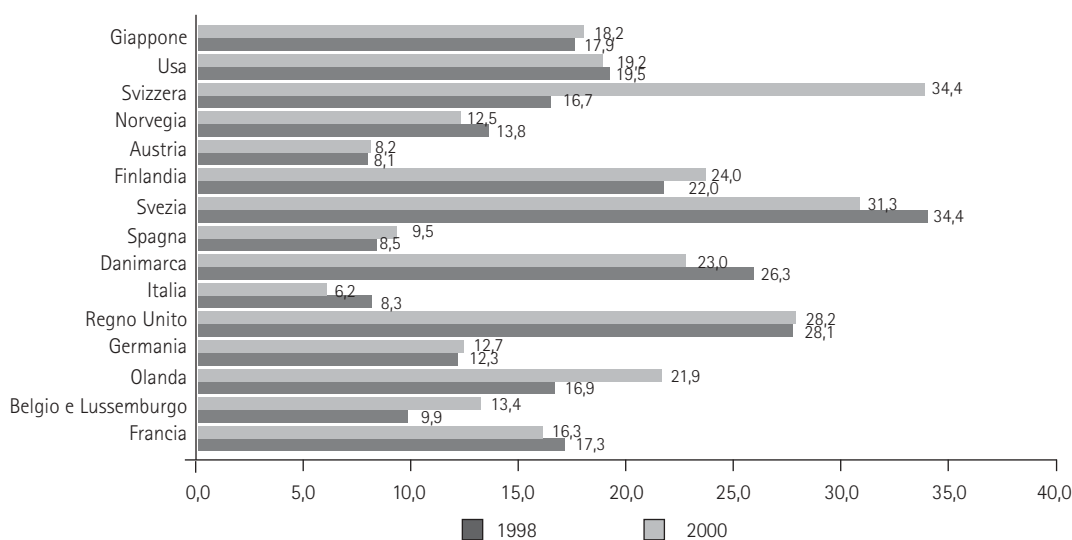


Fonte: Farmindustria 2001

Negli anni 1998 e 2000 i Paesi europei che maggiormente investono in R&S sono la Svizzera (rispettivamente 16,7 per cento e 34,4 per cento), la Svezia (34,4 per cento nel 1998 e 31,3 per cento nel 2000), il Regno Unito (rispettivamente 28,1 per cento e 28,2 per cento), la Finlandia (22,0 per cento nel 1998 e 24,0 per cento nel 2000), la Danimarca (26,3 per cento e 23,0 per cento), mentre l'Italia (8,3 per

cento nel 1998 e 6,2 per cento nel 2000) si posiziona all'ultimo posto nella classifica dei Paesi Ocse (Grafico 7.5.7.).

GRAFICO 7.5.7 Occupati in R&S nell'industria farmaceutica (% sul totale degli occupati)



Fonte: *Farmindustria 2001*

Nel 2000, rispetto al totale degli occupati in R&S (pubblica e privata), il numero degli occupati in R&S nel settore farmaceutico, Italia, Germania, Olanda, Spagna e Finlandia si attestano a livelli inferiori alla media europea (5,4 per cento), superata solo dalla Svizzera (17,9 per cento) e dalla Danimarca (11,9 per cento).

Anche il settore degli elettromedicali assume un'importanza crescente nell'economia dei Paesi europei. In particolare in Italia si può osservare che negli ultimi anni, il settore degli elettromedicali ha registrato un aumento del fatturato (1.006 mld di lire nel 1999), registrando un aumento dell'8,64 per cento nel triennio 1997-1999.

Per quanto riguarda i conti con l'estero, i dati Anie (Associazione Elettromedicali) mostrano che il settore, a fronte di un aumento sia nel livello di importazioni che in quello delle esportazioni, si registra però un saldo negativo della bilancia elettromedicale in crescita negli ultimi anni (-308 mld di lire nel 1999).

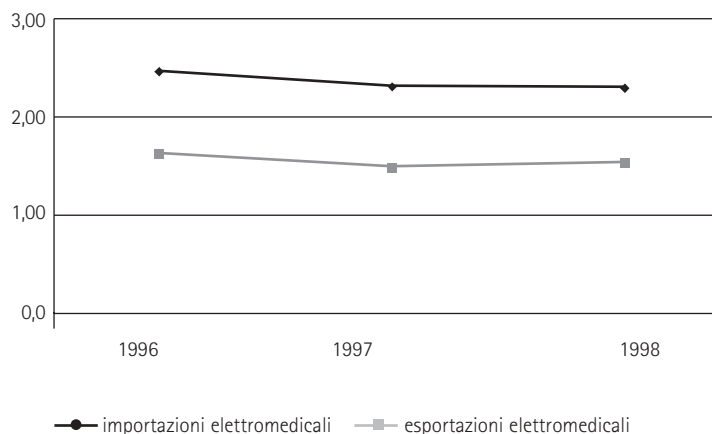
Tale situazione è spiegata dal fatto che a fronte di un aumento delle importazioni nel periodo 1997-98 del 4 per cento e del 4,6 per cento nel periodo 1998-99, la variazione percentuale delle esportazioni è passata dal 5 per cento nel periodo 1997-98 al 3,4 per cento nel periodo 1998-99.

Il Paese vede, con il passare del tempo, una riduzione dell'incidenza sia delle esportazioni sia delle importazioni di elettromedicali sul livello delle esportazioni ed importazioni elettroniche ed elettrotecniche (Grafico 7.5.8.).

Per quanto concerne i dispositivi medici, leader del mercato in termini di fatturato, sono gli Stati Uniti, seguiti dall'Europa e dal Giappone, sia nel 1997 sia nel 2000.

La Germania, particolarmente competitiva nella diagnostica in vitro, è stato il Paese leader del mercato europeo tra il 1993 ed il 1997. Il fatturato, in continua crescita nel periodo osservato, si mantiene più che doppio del dato della Spagna. Anche il tasso di crescita registrato tra il 1993-97 (14,7 per cento) è tra i più elevati d'Europa, superato solo dal Regno Unito (20,7 per cento).

GRAFICO 7.5.8 Incidenza del settore degli elettromedicali sull'interscambio elettronico ed elettrotecnico in Italia

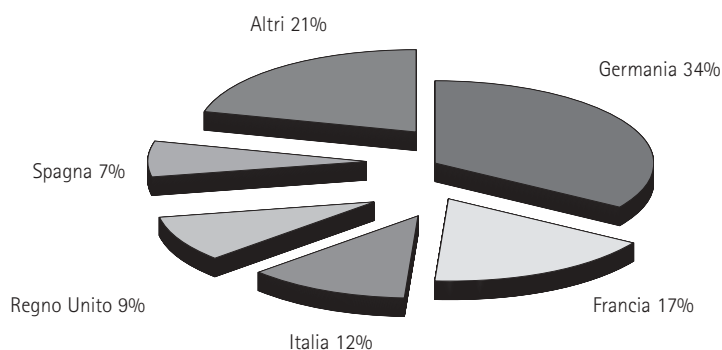


Fonte: Assobiomedica

Se misuriamo la variazione del fatturato nel settore della diagnostica in vitro nel periodo 1994-97, vediamo che le posizioni si sono modificate: la Germania è terza (6,9 per cento), preceduta dal Regno Unito (12,6 per cento) e della Spagna (9,9 per cento), mentre per quanto riguarda l'Italia, le statistiche parlano in modo incontrovertibile di un trend del mercato assolutamente disallineato (e negativo) rispetto a quello dei mercati europei (-4,5 per cento).

Nel 2000 la Germania aveva una quota di mercato dei dispositivi medici pari al 34,0 per cento, seguita dalla Francia (17,0 per cento), dall'Italia (12,0 per cento), dal Regno Unito (9,0 per cento) e dalla Spagna (7,0 per cento). Tutti gli altri Paesi europei insieme rappresentavano il 21,0 per cento (Grafico 7.5.9.).

GRAFICO 7.5.9 Il mercato europeo dei dispositivi medici 2000



Fonte: Eucomed, AdvaMed 2000

A fronte di un mercato piuttosto competitivo per Germania, Irlanda e Regno Unito, si osserva un bilancio import-export sfavorevole in Italia, Francia e Spagna. Il particolare, in Francia le importazioni superano di circa 1 mld di Euro le esportazioni di dispositivi medici; in Italia, contro importazioni dell'ordine di 2 mld di Euro le esportazioni raggiungono solo quota 1 mld di Euro¹⁸.

Si evince l'immagine di un settore debole, nel quale vengono commercializzate

18. Fonte: Eucomed, Lek

tecnologie frutto di attività di ricerca, sviluppo e produzione svolte in altri Paesi. In Italia, per esempio, solo il 3,0 per cento degli addetti svolge attività di ricerca e sviluppo (R&S), sebbene il settore dei dispositivi medici presenti a livello mondiale un alto tasso di investimenti in R&S rispetto al fatturato (13,0 per cento nel 1998 negli Stati Uniti).