

Il Servizio sanitario nazionale compie 45 anni

Un *check up* del suo stato di salute, attraverso il confronto con altri sistemi sanitari

DOCUMENTO DI ANALISI N. 26

DOCUMENTO
DI ANALISI

Ufficio Valutazione Impatto
Impact Assessment Office



Senato della Repubblica

Questo *Documento di analisi* è a cura di

SILVIO BIANCOLATTE

SIMONE BONANNI

Senato della Repubblica

I dati sono aggiornati al 18 maggio 2023

PAROLE CHIAVE: SERVIZI SANITARI, SERVIZI SANITARI DI PAESI ESTERI, SPESA SANITARIA, TASSI DI MORTALITA', STILI DI VITA



Quest'opera è distribuita con Licenza [Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Il Servizio sanitario nazionale compie 45 anni

Un check up del suo stato di salute, attraverso il confronto con altri sistemi sanitari

Giugno 2023

Questo dossier ha lo scopo di fornire elementi utili a valutare lo stato di salute del servizio sanitario italiano a 45 anni dalla sua nascita: lo inquadra nell'ottica dei 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.

This dossier aims to provide useful elements for assessing the state of Italy's National Health Service, forty-five years after its institution: it analyses it from the standpoint of the organisational models adopted within the sphere of the OECD (Beveridge, Bismarck, private funding) and, through several objective indicators (available funds and resources, performance, lifestyles), it provides information for assessing the efficacy of the Italian model compared to those adopted in Canada, France, Germany, United Kingdom, United States and Sweden.

Sommario

In sintesi	6
Il SSN nel panorama internazionale	8
1. "Bismarck", "Beveridge" o privatistico?	8
2. Otto sistemi sanitari a confronto. Costi e performance	10
2.1 Paese per paese: i servizi	10
<i>Canada</i>	10
<i>Francia</i>	10
<i>Germania</i>	11
<i>Regno Unito</i>	11
<i>Spagna</i>	11
<i>Stati Uniti</i>	11
<i>Svezia</i>	12
2.2 Quante risorse ha la sanità?	12
2.3 Quanto sono efficaci le prestazioni?	21
2.4 E gli stili di vita? Il fattore prevenzione	29
Riferimenti bibliografici	33

Indice delle figure

Figura 1. Spesa sanitaria come percentuale del PIL. Anno 2021	13
Figura 2. Spesa sanitaria pubblica come percentuale del PIL. Anni 1990-2020	14
Figura 3. Spesa sanitaria pro capite (PPP \$, prezzi correnti). Anno 2021	15
Figura 4. Spesa ospedaliera pro capite (PPP \$, prezzi correnti). Anno 2020	16
Figura 5. Numero di posti letto ospedalieri (per 1.000 abitanti). Anno 2020	17
Figura 6. Numero di posti letto ospedalieri (per 1.000 abitanti). Anni 2010-2020	18
Figura 7. <i>Long term care</i> (cure per malattie croniche). Posti letto in strutture residenziali per 1.000 abitanti di età pari o superiore a 65 anni. Anno 2019	19

Figura 8.	Numero di medici in attività (per 1.000 abitanti). Anno 2020.....	20
Figura 9.	Numero di infermieri in attività (per 1.000 abitanti). Anno 2020.....	20
Figura 10.	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.....	22
Figura 11.	Tasso di sopravvivenza a cinque anni per tumore al seno. Anni 2010-2014	23
Figura 12.	Tasso di amputazione di arto inferiore per diabete (per 100.000 abitanti). Anno 2019	23
Figura 13.	Tasso di mortalità standardizzato per età (ASDR). Tutte le cause di morte (per 100.000 abitanti). Anno 2019	24
Figura 14.	Tasso di mortalità standardizzato per età (ASDR). Malattie infettive o causate da parassiti (per 100.000 abitanti). Anno 2019	25
Figura 15.	Tasso di mortalità standardizzato per età (ASDR). Tumori (per 100.000 abitanti). Anno 2019	25
Figura 16.	Tasso di mortalità standardizzato per età (ASDR). Diabete mellito (per 100.000 abitanti). Anno 2019	26
Figura 17.	Probabilità (%) di un 30enne di morire entro il compimento del 70° anno di età per: malattia cardiovascolare, cancro, diabete, malattia respiratoria cronica. Anno 2019.....	27
Figura 18.	Aspettativa di vita alla nascita. Anno 2019.....	27
Figura 19.	Aspettativa di vita in salute alla nascita (HALE). Anno 2019.....	28
Figura 20.	Morti evitabili. Tasso di mortalità standardizzato per 100.000 abitanti. Anno 2020	29
Figura 21.	Consumo annuale pro capite di bevande alcoliche in litri. Persone di età pari o superiore a 15 anni. Anno 2020.....	30
Figura 22.	Sigarette al giorno per fumatore di età pari o superiore a 15 anni. Anno 2020	31
Figura 23.	Persone che dichiarano di essere obese o in sovrappeso (% sulla popolazione). Anno 2020.....	32
Tabella 1.	Modelli di <i>Healthcare</i> in Europa: Bismarck vs Beveridge.....	9

In sintesi

Il servizio sanitario nazionale (SSN) italiano sta per compiere 45 anni.

Nato il 23 dicembre 1978 con la legge n. 833, il 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 nei confronti del servizio" è andato a sostituire il precedente sistema della "casse mutue".

Ma qual è oggi il suo stato di salute? Questo dossier intende fornire elementi utili per valutarlo. In particolare:

- inquadra il SSN nell'ottica dei principali **modelli organizzativi** adottati nell'area OCSE (Beveridge, Bismarck, privatistico)
- fornisce elementi per valutare, sulla base di una serie di indicatori oggettivi (risorse a disposizione, performance, stili di vita), l'**efficacia e l'efficienza del SSN italiano** rispetto ai sistemi sanitari di sette altri Paesi: Canada, Francia, Germania, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svezia.

Dalla casse mutue al servizio sanitario nazionale

Prima della riforma del 1978, il sistema sanitario era di tipo Bismarck (vedi pagina 8), 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: vedi sempre pagina 8), 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 (dei lavoratori e dei datori di lavoro), ma - perlopiù - la fiscalità. Nell'evoluzione successiva del sistema, oltre a diversi aggiustamenti sul fronte del finanziamento (che non intaccano il modello di fondo), 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.

L'SSN 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).

Il SSN nel panorama internazionale

1. "Bismarck", "Beveridge" o privatistico?

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"). L'assistenza è fondata sul principio assicurativo, che garantisce a chi lavora e alla sua famiglia la copertura da determinati rischi, tra i quali la malattia, **in relazione al contributo versato**. Il versamento è obbligatorio e spetta, in parte, anche al datore di lavoro. L'erogazione delle prestazioni può avvenire sia da parte di soggetti privati che da parte di soggetti pubblici.

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, erogata per lo più da soggetti pubblici (o da privati collegati al settore pubblico), è generalizzata e viene finanziata con risorse provenienti dalla fiscalità generale. Quello all'assistenza sanitaria è infatti configurato come un **diritto sociale**, spettante a ogni individuo indipendentemente dalle sue capacità economiche e contributive.

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, la cui impostazione di fondo è stata però integrata da riforme legislative che hanno, a partire dalla metà degli anni '60 del Novecento, previsto dei correttivi ("programmi residuali") per supportare i soggetti più fragili – o altre peculiari categorie - nell'accesso alle cure sanitarie (ad es. *Medicaid* e *Medicare*, introdotti sotto la presidenza Johnson)¹.

In **Europa** le principali forme di organizzazione della sanità sono riconducibili, nelle linee di fondo, all'alternativa tra sistemi Bismarck e sistemi Beveridge. Peraltro, nell'evoluzione che si è registrata nel tempo, i sistemi dei vari Paesi europei si sono via via contaminati tra loro: c'è

¹ Medicare è un programma destinato agli *over 65*; Medicaid è rivolto a disabili e fasce più povere. Vi è poi lo *SCHIP* (State Children's Health Insurance Program), per i minorenni. Altri programmi pubblici sono destinati a: veterani, personale militare, dipendenti federali, nativi americani e dell'Alaska, carcerati, malati AIDS..

stata cioè una graduale convergenza tra i due modelli di fondo, al punto che si riscontrano ormai, secondo le letture prevalenti, più che altro differenti ibridi di tali modelli².

Anche in assenza di modelli organizzativi puri, comunque, risulta a tutt'oggi confermata l'esistenza di due grandi famiglie: quella dei Paesi con un servizio sanitario nazionale, di stampo Beveridge, e quella dei sistemi ad assicurazione sociale di malattia, di matrice Bismarckiana.

La tabella seguente fa il punto sui modelli attualmente riscontrabili in alcuni Paesi europei.

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

Uno studio³ condotto nel 2009 sotto l'egida della Banca Mondiale ha effettuato un'**analisi comparativa dei due modelli**, 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

² Alcuni autori, oltre a sottolineare il carattere ibrido dei sistemi attuali, ritengono che la tripartizione classica sia troppo schematica. Si veda in proposito F. Toth, *Non solo Bismarck contro Beveridge: sette modelli di sistema sanitari*, su Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, 2016, vol. 11, n. 2, pp. 279-305, consultabile in rete al seguente indirizzo: <https://www.researchgate.net/publication/307415826> *Non solo Bismarck contro Beveridge sette modelli di sistema sanitario*. Lo studio in questione evidenzia, tra l'altro, che in alcuni sistemi di stampo Beveridge, come quello canadese, fermi restando il tipo di finanziamento (gettito fiscale) e la copertura assicurativa (universale), lo Stato si limita a finanziare le cure sanitarie, che vengono poi erogate da fornitori esterni (cosiddetto sistema universalistico *single-payer*); il servizio sanitario nazionale, al contrario, non solo finanzia le cure, ma provvede anche a erogarle in prima persona, tramite proprie strutture e proprio personale (o attraverso forme di partenariato con strutture private accreditate e convenzionate).

³ Adam Wagstaff, *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems. Evidence from the OECD*. The World Bank, January 2009.

miglioramento dell'efficacia delle prestazioni; al contrario, almeno con riferimento a uno specifico indicatore - la mortalità prematura per cancro alla mammella - sono risultati incrementati del 5-6%, rispetto ai sistemi Beveridge, gli anni potenziali di vita perduti.

2. Otto sistemi sanitari a confronto. Costi e performance

Canada, Francia, Germania, Italia⁴, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svezia: i loro sistemi sanitari - selezionati allo scopo di includere i principali modelli attualmente riscontrabili a livello internazionale - sono posti a confronto in termini di efficacia ed efficienza delle rispettive prestazioni.

2.1 Paese per Paese: i servizi

Canada

Si avvale di una variante del sistema Beveridge (denominata *Medicare*): il servizio sanitario è universalistico e finanziato prevalentemente col gettito fiscale, ma l'erogazione delle prestazioni è essenzialmente a cura di soggetti autonomi, remunerati dal sistema sanitario pubblico (sistema perciò definito *single payer*). Il finanziamento e la fornitura della maggior parte dei servizi di assistenza sanitaria sono responsabilità, a livello decentrato, delle province e dei territori. Gli ospedali sono sia di natura pubblica che privata (spesso *no profit*). I servizi ospedalieri, diagnostici e medici necessari sono gratuiti per tutti i soggetti regolarmente residenti. Al riguardo, il sistema canadese impedisce l'addebito di costi aggiuntivi ai pazienti del *Medicare*. Per le prestazioni non coperte dal sistema pubblico (come le cure odontoiatriche) la parte maggioritaria dei canadesi ricorre a polizze assicurative private.

Francia

Qui opera un sistema di impianto mutualistico-assicurativo. Vi è una pluralità di casse di malattia, finanziate in parte dalle tasse e in parte dai contributi dei lavoratori. La copertura delle spese mediche è in parte pubblica, garantita dalla *assurance maladie* (assistenza universale di base, in genere al 70%), in parte privata. Il restante 30% (il cosiddetto *ticket modérateur*) può essere preso in carico in genere da una *mutuelle* (mutua), che si può sottoscrivere individualmente o per conto della propria famiglia (assicurazione supplementare facoltativa). Esiste però anche la possibilità che il restante 30% venga finanziato, a determinate condizioni, dallo Stato

⁴ Per l'Italia vedi box a pag. 6.

attraverso la cosiddetta *Complémentaire santé solidaire* (assistenza sanitaria integrativa). Inoltre, qualsiasi datore di lavoro nel settore privato ha l'obbligo di offrire una *mutuelle santé d'entreprise obligatoire* ai propri dipendenti (copertura sanitaria collettiva integrativa d'impresa). La Francia è caratterizzata dal sistema dell'assistenza sanitaria indiretta, per cui il paziente anticipa le spese mediche e chiede in seguito il rimborso.

Germania

Nel Paese di origine del sistema Bismarck, il finanziamento è assicurato fondamentalmente attraverso i contributi obbligatori per l'assicurazione sanitaria. Sono due le tipologie principali di assicurazione: l'assicurazione sanitaria statutaria, nota come "fondi di malattia", e l'assicurazione sanitaria privata. La parte maggioritaria della popolazione riceve la propria copertura sanitaria primaria attraverso l'assicurazione sanitaria statutaria. Tutti i cittadini occupati (e altri gruppi come i pensionati) al di sotto di certe soglie di reddito, a partire dal 2014, sono obbligatoriamente coperti dall'assicurazione sanitaria statutaria (i familiari che non lavorano sono coperti gratuitamente).

Regno Unito

Qui opera il *National Health Service*, considerato il prototipo di servizio sanitario unitario, integrato e prevalentemente pubblico. L'NHS è infatti finanziato attraverso il gettito fiscale e garantisce assistenza a tutti coloro che risiedono legalmente nel Regno Unito. La maggior parte delle prestazioni sanitarie sono erogate direttamente da personale e strutture pubblici afferenti all' NHS (questa è la principale differenza con i sistemi universalistici *single payer*). Gli utenti usufruiscono di tali servizi in forma perlopiù gratuita: le uniche forme di compartecipazione alla spesa a carico degli utenti riguardano i farmaci e le cure dentistiche, e molte categorie di pazienti sono esenti dai ticket.

Spagna

Originariamente caratterizzata da un sistema mutualistico, dal 1986 ha scelto un servizio sanitario modello Beveridge, caratterizzato da libero accesso alle cure, finanziamento tramite il gettito fiscale e ruolo predominante degli erogatori pubblici. A caratterizzare l'impostazione del servizio sanitario spagnolo è una peculiare organizzazione delle cure primarie. Queste ultime sono garantite da centri di assistenza primaria caratterizzati da un'elevata accessibilità (sono diffusi capillarmente e operativi 24 ore su 24, con un pronto soccorso ambulatoriale integrato) e dalla presenza di *équipes* multidisciplinari (formate da dipendenti pubblici).

Stati Uniti

Qui opera un sistema di assicurazione privata su base volontaria, temperato da alcuni istituti (v. sopra nota 1) che non ne hanno tuttavia intaccato la struttura di fondo. Nel 2015, a cinque

anni dalla riforma Obama, ancora 30 milioni di americani erano sprovvisti di qualsivoglia copertura sanitaria (cioè circa il 10 % del totale)⁵. La maggior parte delle assicurazioni americane ha una propria rete di fornitori "convenzionati": gli assicurati hanno facoltà di scelta all'interno di tale network, e pagano una tariffa aggiuntiva se si rivolgono a fornitori esterni. Chi risiede negli Stati Uniti può sottoscrivere una polizza sanitaria in due modi: o tramite la propria azienda, oppure acquistandola individualmente. Alle polizze ottenute tramite il datore di lavoro (*employer-based*), solitamente meno costose, ricorre la maggior parte degli assicurati americani.

Svezia

Ha un sistema Beveridgiano, che mantiene le caratteristiche di fondo del finanziamento tramite gettito fiscale, dell'universalità di accesso e della prevalente natura pubblica degli erogatori, unitamente a una tendenza al decentramento: il livello statale centrale mantiene compiti di programmazione, ma l'assistenza è di competenza delle regioni, salvo il ruolo degli enti locali in materia di servizi sociali, assistenza domiciliare, assistenza ad anziani, disabili e disabili psichici. Per lo più gli operatori del settore sanitario sono dipendenti pubblici. Il sistema svedese sta peraltro conoscendo una graduale trasformazione: da sistema prettamente pubblico sta via via acquisendo i caratteri di sistema di tipo "misto", con la co-partecipazione di erogatori pubblici e privati (ad es. nei settori delle cure odontoiatriche e delle farmacie).

2.2 Quante risorse ha la sanità?

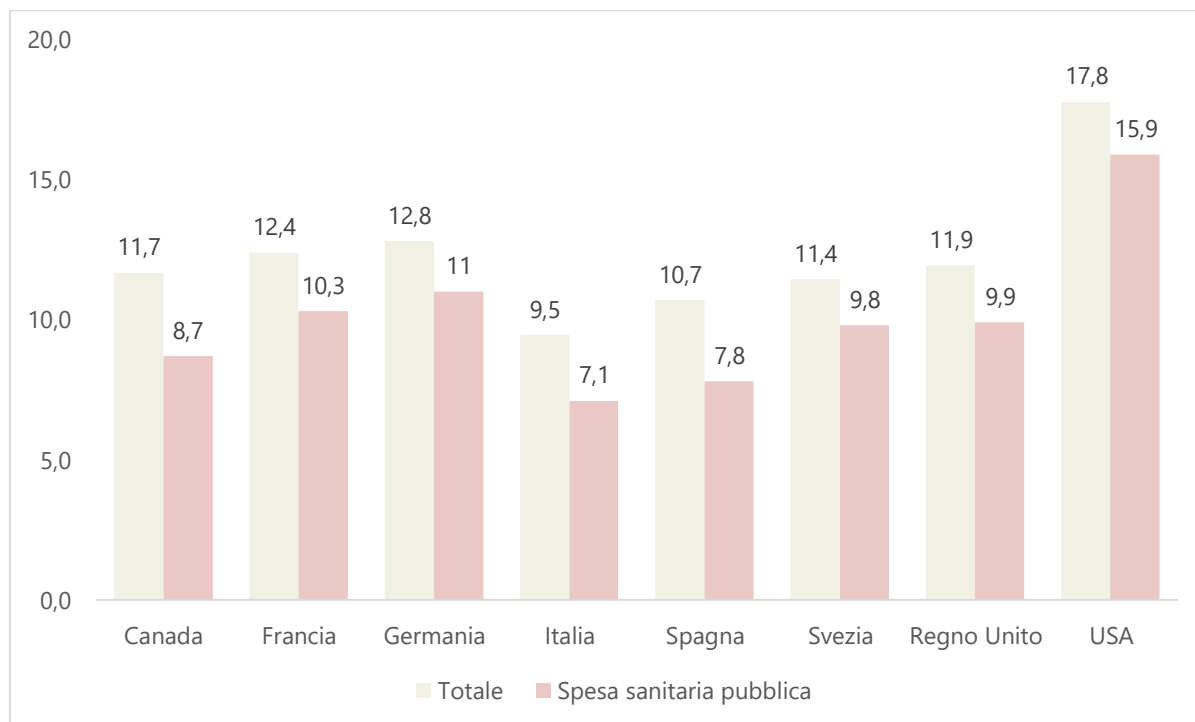
Un primo gruppo di indicatori riguarda le risorse messe a disposizione dai singoli sistemi Paese per la sanità:

- 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)

⁵ A seguito della riforma in materia sanitaria approvata sotto la Presidenza Obama, si pose la questione della legittimità dell'*Individual Mandate*, ossia della disposizione che vincolava ad acquistare un'assicurazione sanitaria entro il 2014, a pena di sanzione (disposizione approvata dal Congresso nel 2010). La Corte Suprema, con una sentenza adottata a maggioranza (caso *National Federation of Independent Business v. Sebelius*), ha stabilito che l'esazione della sanzione può essere ricostruita come una tassa - specificamente, una tassa sulla "scelta" di rinunciare all'assicurazione sanitaria -. E' stato così, tra l'altro, confermato il carattere volontario dell'assicurazione sanitaria (oltre che il potere del legislatore federale di intervenire in materia).

- numero di medici e infermieri in attività.

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



Fonte: OECD Health Statistics 2022⁶. 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: i dati sono da riferirsi al 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

L'Italia risulta **ultima a livello di spesa sanitaria pubblica totale in rapporto al PIL**: il dato 2021 è pari al **7,1%** del prodotto interno lordo. Da notare la spesa pubblica statunitense, che si colloca al 15,9% (picco dei paesi considerati), nonché la spesa pubblica dei Paesi con sistemi Bismarck (Francia, Germania), risulta più elevata rispetto a quella dei Paesi con sistemi Beveridge.

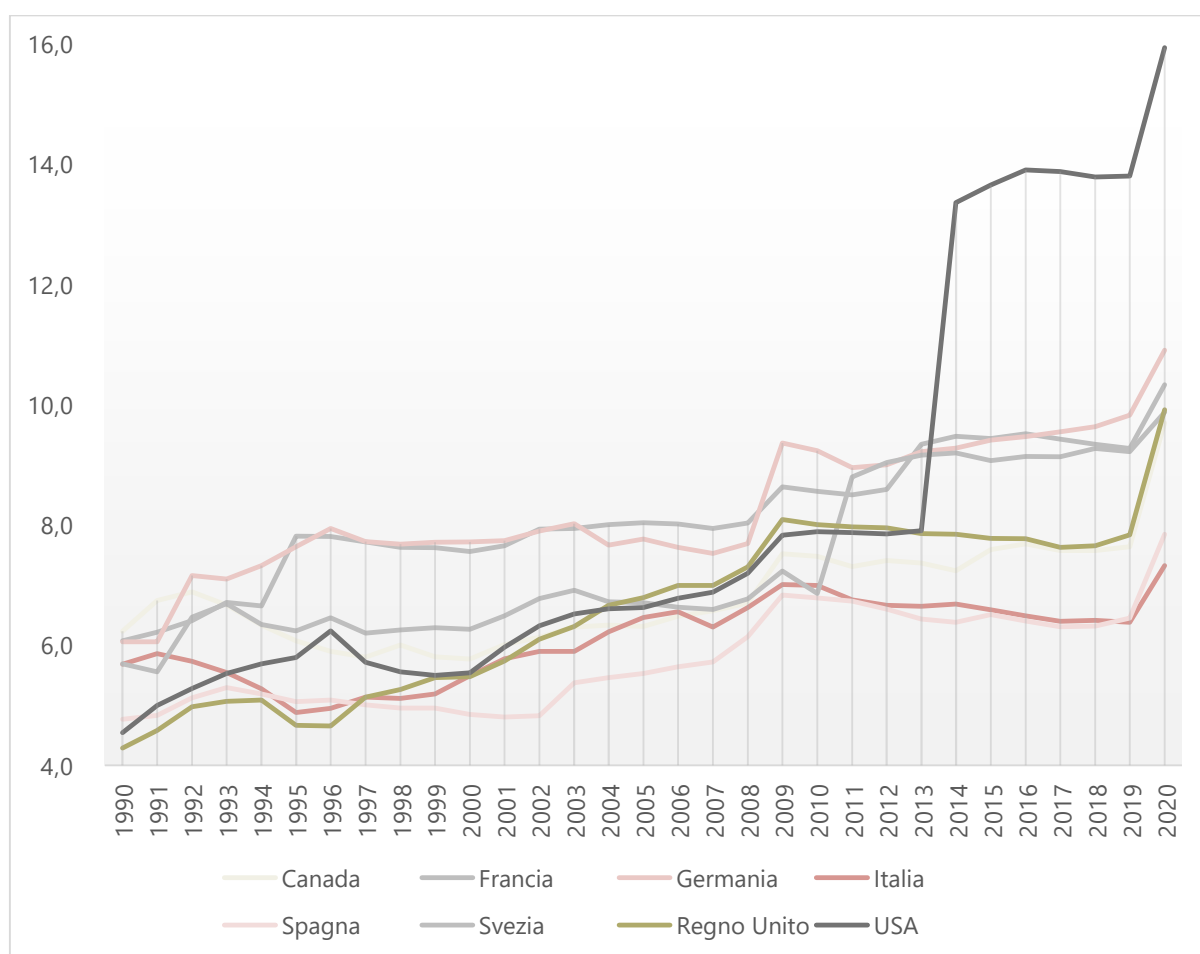
⁶ Per gli aspetti metodologici delle statistiche OCSE sulla sanità, cfr. OECD (2016).

Peraltro, questa "foto" del 2021 va messa in relazione alle tendenze di più lungo periodo: il grafico che segue illustra l'andamento della spesa sanitaria pubblica nel periodo 1990 – 2020.

Nella parte alta della classifica, relativamente agli ultimi anni del periodo considerato, figurano: al primo posto, per distacco, 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 negli ultimi dieci anni del periodo considerato.

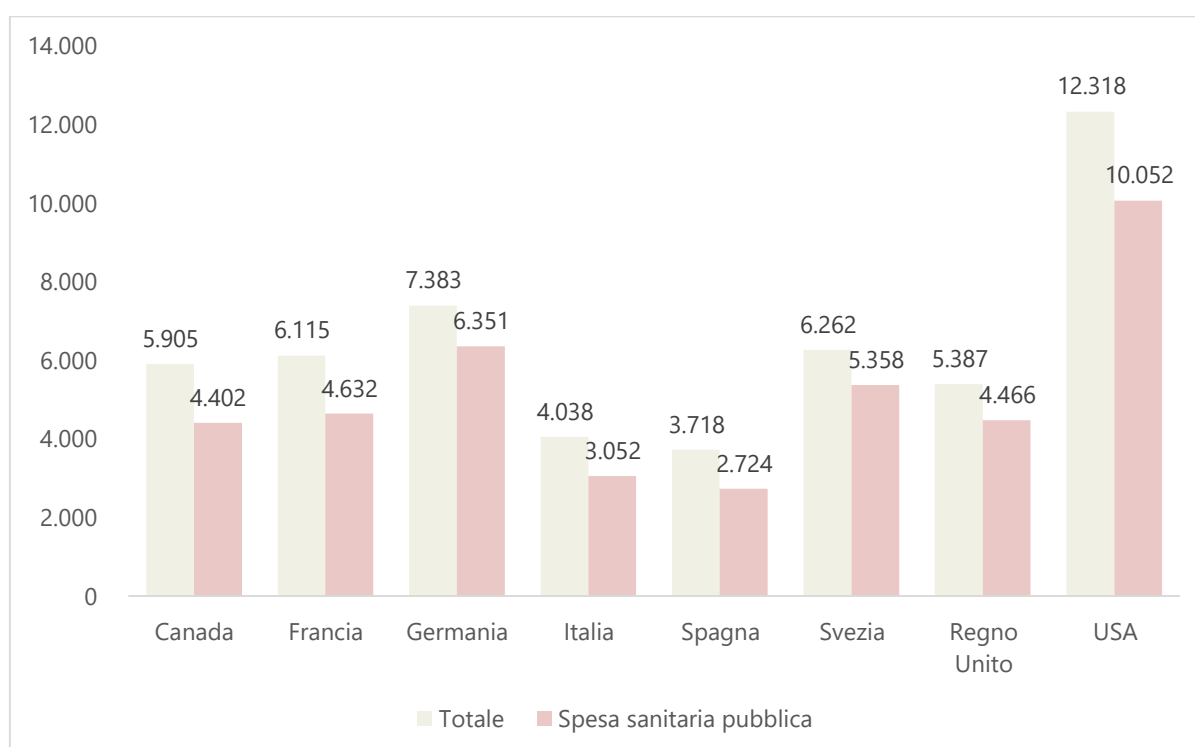
Figura 2. Spesa sanitaria pubblica come percentuale del PIL. Anni 1990-2020



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Health expenditure and financing

Se si passa all'analisi del dato relativo alla **spesa pubblica pro capite**, si osserva **l'Italia al penultimo posto** del *ranking*, con la Spagna a chiudere la classifica. Gli Stati Uniti si confermano primi per livello di spesa, mentre la tendenza alla maggiore dispendiosità dei sistemi Bismarck appare ribadita (anche se la Svezia, collocandosi al terzo posto, si frappone tra Germania e Francia; gli altri sistemi Beveridge sono tutti al di sotto del livello di spesa francese).

Figura 3. Spesa sanitaria pro capite (PPP \$, prezzi correnti). Anno 2021



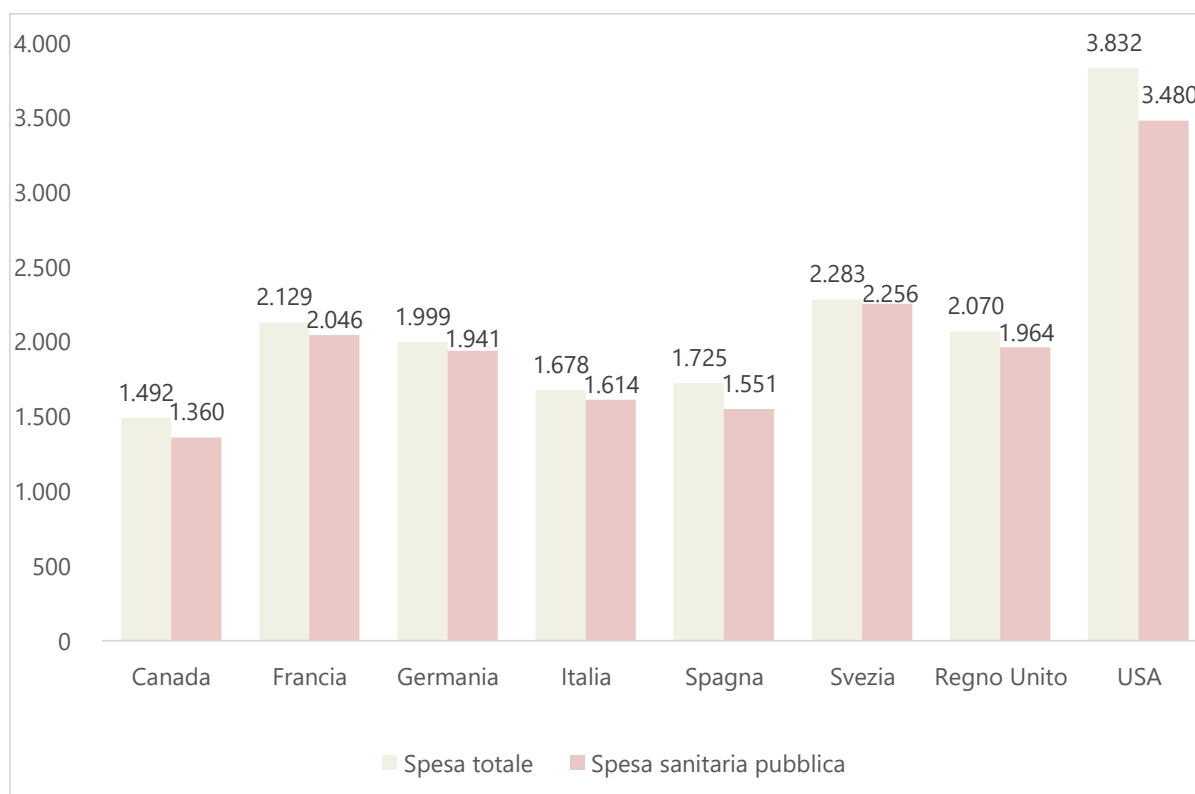
Fonte: OECD Health Statistics 2022. Health expenditure and financing

NOTE:

- Vedi note alla figura 1
- Il valore è espresso in dollari internazionali PPP\$: 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)

La spesa **ospedaliera pubblica pro capite** vede ancora **l'Italia nella parte bassa della classifica, dove precede solamente la Spagna e il Canada**. Meno lineare in questo caso il raffronto tra sistemi Beveridge e sistemi Bismarck: la Svezia svetta tra i Paesi europei, seguita da Francia, Regno Unito e Germania (dell'Italia s'è detto). La spesa statunitense è ancora quella più alta in assoluto.

Figura 4. Spesa ospedaliera pro capite (PPP \$, prezzi correnti). Anno 2020



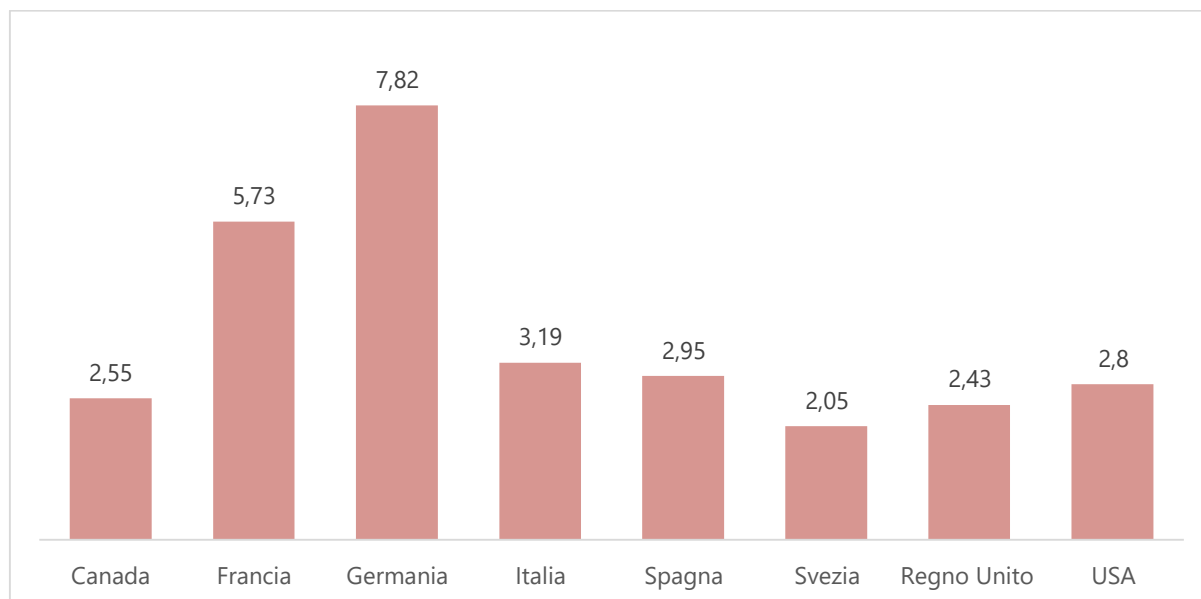
Fonte: OECD Health Statistics 2022. Health expenditure and financing

NOTE:

- Canada, Svezia: dati provvisori
- 2021, spesa totale (dati provvisori): Canada 1.536; Italia 1.780.
- Il valore è espresso in dollari internazionali PPP\$: 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)

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, risulta la Germania con 7,82 posti, seconda la Francia, con 5,73 posti; seguono gli altri Paesi europei (2,95 la Spagna, 2,43 il Regno Unito, 2,05 la Svezia). Tra i Paesi extra europei, gli Stati Uniti dispongono di 2,8 posti (dato del 2019), il Canada di 2,55. Anche sotto tale profilo, quindi, i sistemi Bismarck sembrano assorbire maggiori risorse.

Figura 5. Numero di posti letto ospedalieri (per 1.000 abitanti). Anno 2020

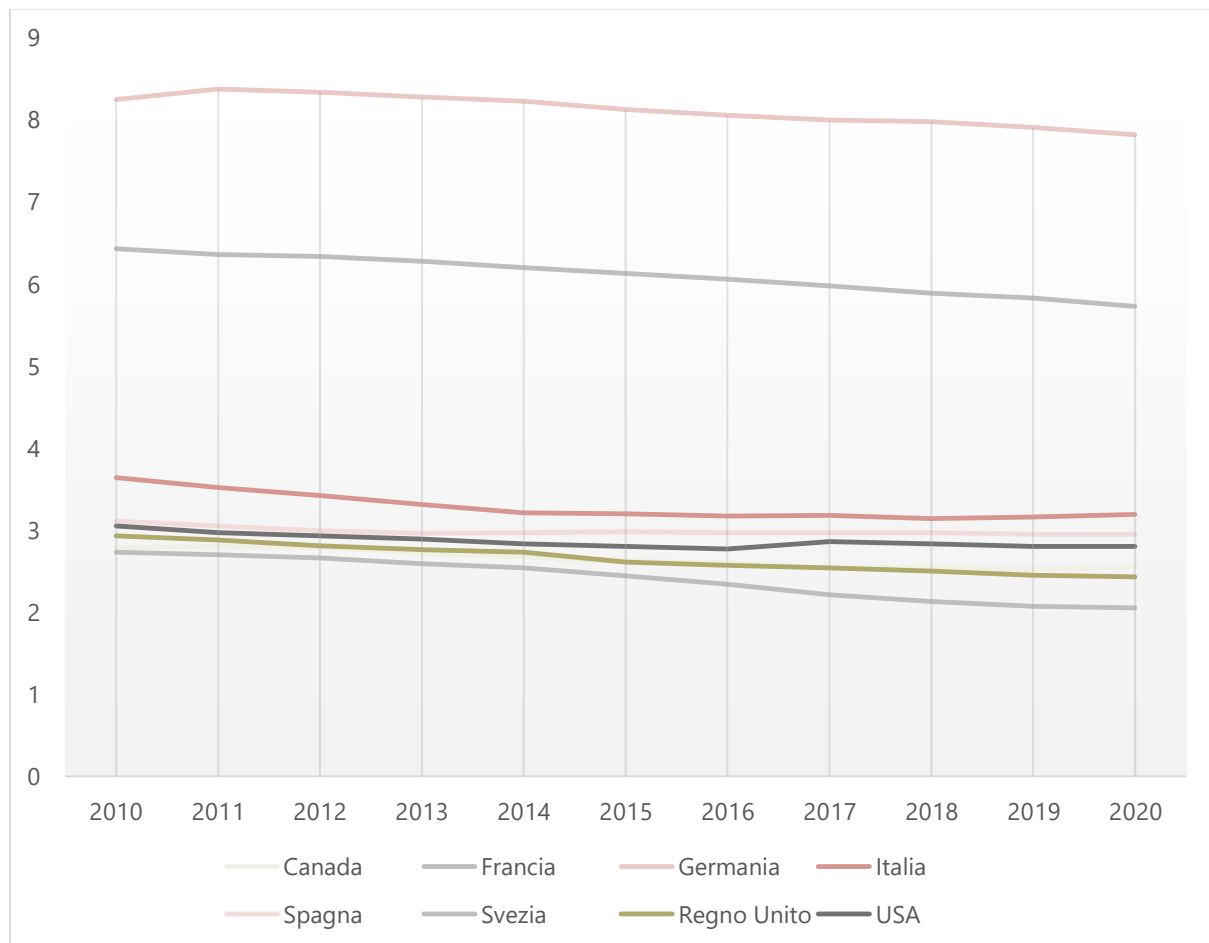


Fonte: OECD Health Statistics 2022. Total hospital beds - per 1.000 population

NOTE

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

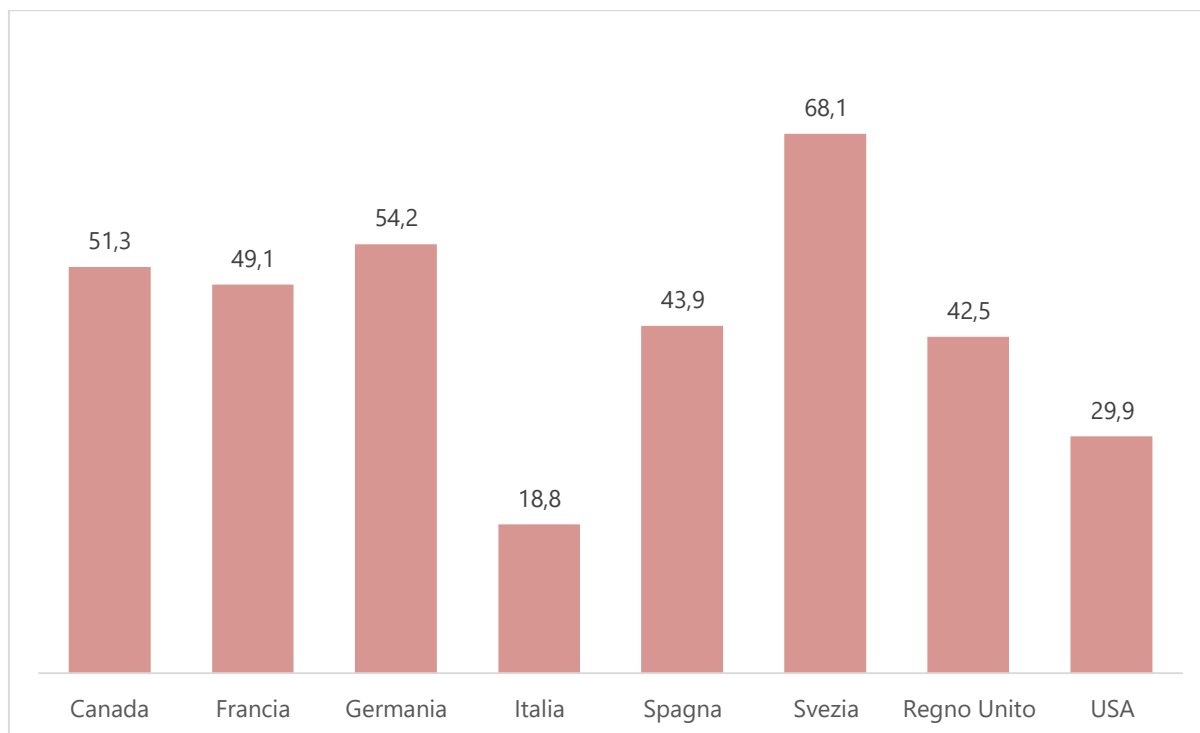
Pure in questo caso, oltre alla "foto" dell'anno considerato, può essere utile valutare un andamento di più lungo periodo. In proposito, v. il grafico seguente, dal quale emerge che l'Italia, nel decennio considerato, mantiene stabilmente la terza posizione, passando dal valore di 3,64 del 2010 quello di 3,19 del 2020, con un piccolo "rimbalzo" nell'ultimo biennio. Mantengono stabilmente le prime due posizioni i sistemi bismarckiani di Germania e Francia, seppure con una tendenza finale alla decrescita del dato. In fondo a questa classifica si colloca costantemente la Svezia, preceduta dal Regno Unito.

Figura 6. Numero di posti letto ospedalieri (per 1.000 abitanti). Anni 2010-2020

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

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). È un dato particolarmente rilevante, che disallinea l'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 per 1000 abitanti della fascia d'età considerata. Al secondo posto un sistema Bismarck come la Germania (54,2), seguita dal Canada (51,3).

Figura 7. 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

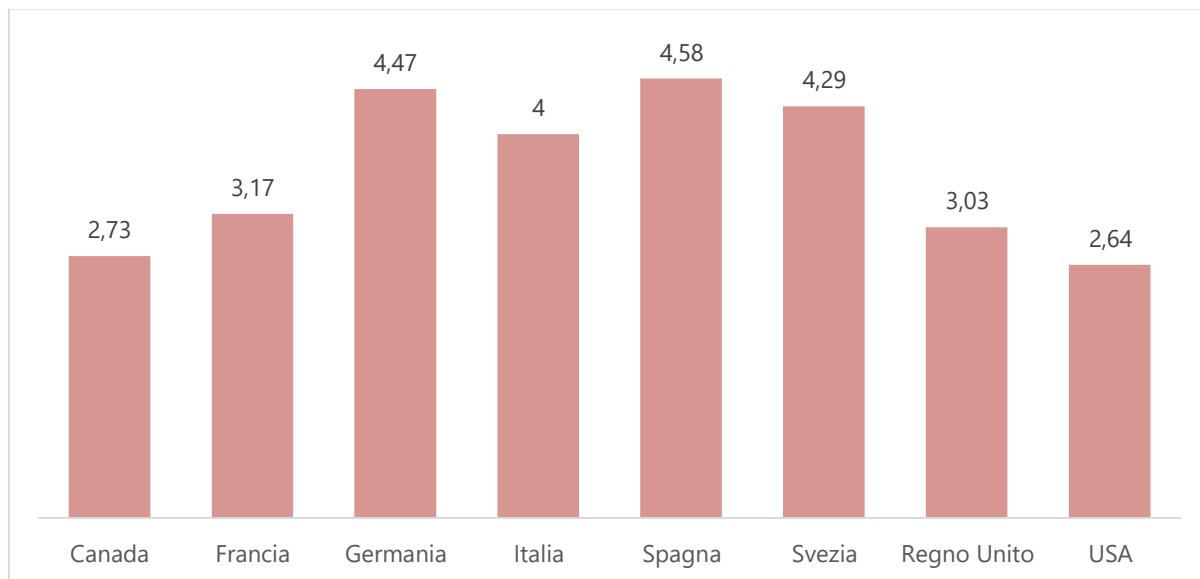


Fonte: OECD Health Statistics 2022. Long-Term Care Resources and Utilisation: Beds in residential care facilities

NOTE

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

Riguardo al numero di **medici in attività per 1000 abitanti (anno 2020)**, dato anch'esso ascrivibile in senso lato alle risorse a disposizione per la sanità, non si registra un andamento univoco (v. grafico seguente): le posizioni in questa particolare "classifica" non appaiono infatti direttamente correlate al modello di sistema sanitario. 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 e USA (2,73 e 2,64, rispettivamente, ma il dato USA è del 2019).

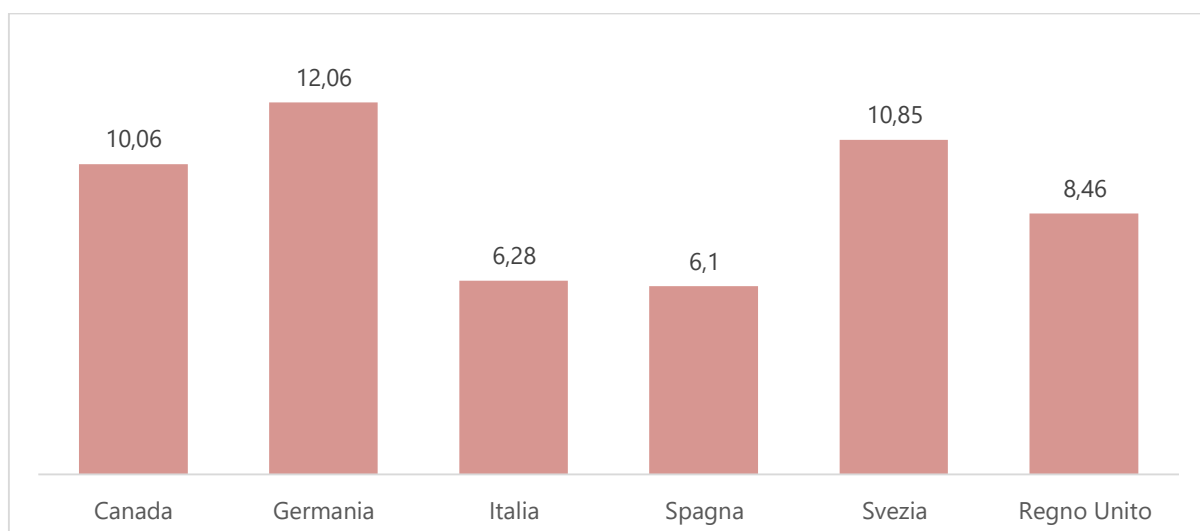
Figura 8. Numero di medici in attività (per 1.000 abitanti). Anno 2020

Fonte: OECD Health Statistics 2022. Practising physicians - Density per 1 000 population (head counts)

NOTE

- Canada, Regno Unito: dati stimati
- Svezia, USA: il dato è del 2019
- 2021: Canada 2,77 (dato provvisorio); Germania 4,53; Italia 4,13 (dato provvisorio); Regno Unito 3,18

Riguardo al numero di **infermieri in attività per 1000 abitanti (anno 2020)**, come emerge dal grafico seguente, 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.

Figura 9. Numero di infermieri in attività (per 1.000 abitanti). Anno 2020

Fonte: OECD Health Statistics 2022. Practising nurses - Density per 1 000 population (head counts)

NOTE

- USA e Francia: dato non disponibile
- Svezia: il dato è del 2019
- 2021: Italia 6,26; Regno Unito 8,68

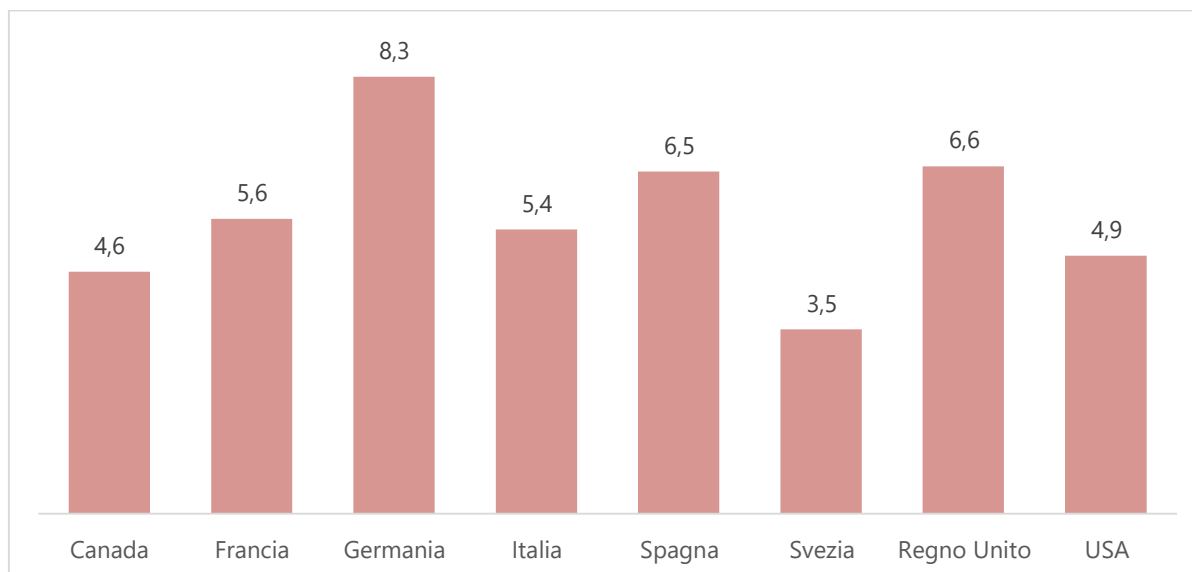
2.3 Quanto sono efficaci le prestazioni?

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 30enne 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.

Il primo indicatore considerato è relativo **al 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). Al riguardo, il sistema italiano (nel 2015) fa registrare un tasso pari al 5,4%, superiore a quelli, del 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, pertanto, il sistema statunitense presenta la terza migliore prestazione, ai primi posti si collocano due sistemi Beveridge (Svezia e Canada), mentre la Germania e il Regno Unito, rispettivamente "archetipi" del sistema Bismarck e di quello a SSN, occupano le posizioni più critiche.

Figura 10. 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



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Acute care. Thirty-day mortality after admission to hospital for AMI based on unlinked data

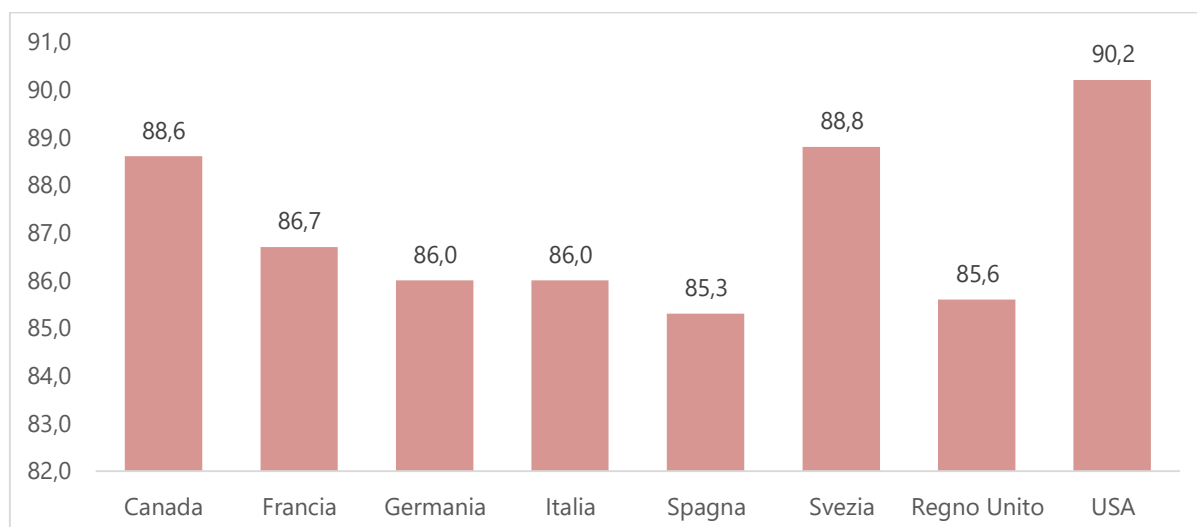
NOTE

- USA: il dato è del 2018
- Francia e Italia: il dato è del 2015
- Il dato si riferisce ai decessi avvenuti nello stesso ospedale dove è avvenuto il ricovero⁷ ed è standardizzato per età e sesso

Il secondo indicatore è relativo al **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). In proposito, spicca il dato statunitense (90,2%), seguito da quello 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%.

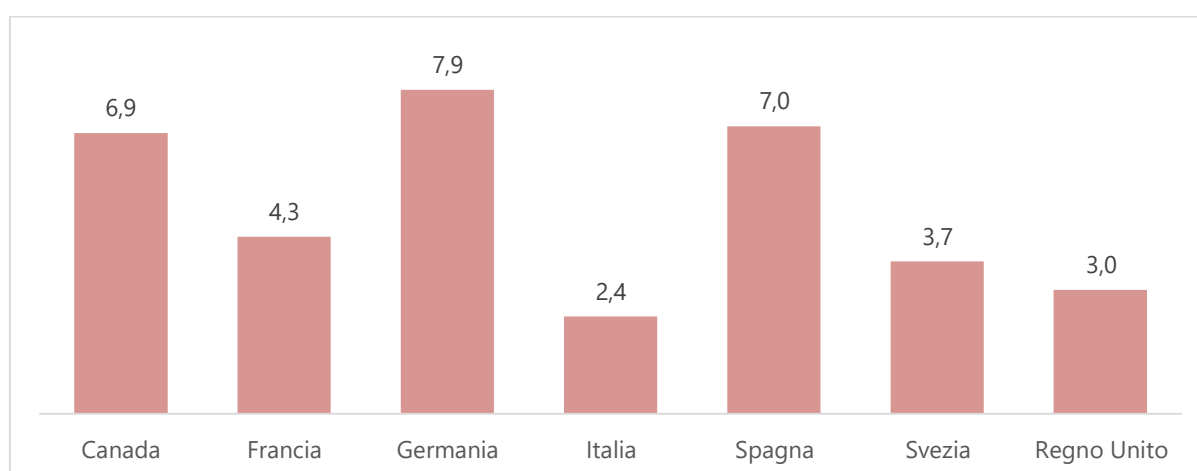
⁷ Si tratta dei cosiddetti *unlinked data*: "Rates based on unlinked data refer to situations where the death occurred in the same hospital as the initial admission. Rates based on linked data include all deaths irrespective of where they occur. While the linked data method is considered more robust, it requires a unique patient identifier to link the data across the relevant datasets, which is not available in all countries" (OECD, 2017).

Figura 11. Tasso di sopravvivenza a cinque anni per tumore al seno. Anni 2010-2014

Fonte: OECD Health Statistics 2022. Cancer care. Breast cancer five-year net survival

Il terzo indicatore concerne il **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.

A seguire, le prestazioni migliori sono quelle di Regno Unito (3) e Svezia (3,7). In questa particolare classifica spiccano quindi le prestazioni di tre sistemi Beveridge. Tra i sistemi Bismarck la Francia si attesta al 4,3, mentre la Germania ha un dato pari a 7,9. I restanti sistemi Beveridge si collocano al 6,9 (Canada) e al 7 (Spagna).

Figura 12. Tasso di amputazione di arto inferiore per diabete (per 100.000 abitanti). Anno 2019

Fonte: OECD. Health at a glance 2021. Diabetes care. Major lower extremity amputation in adult

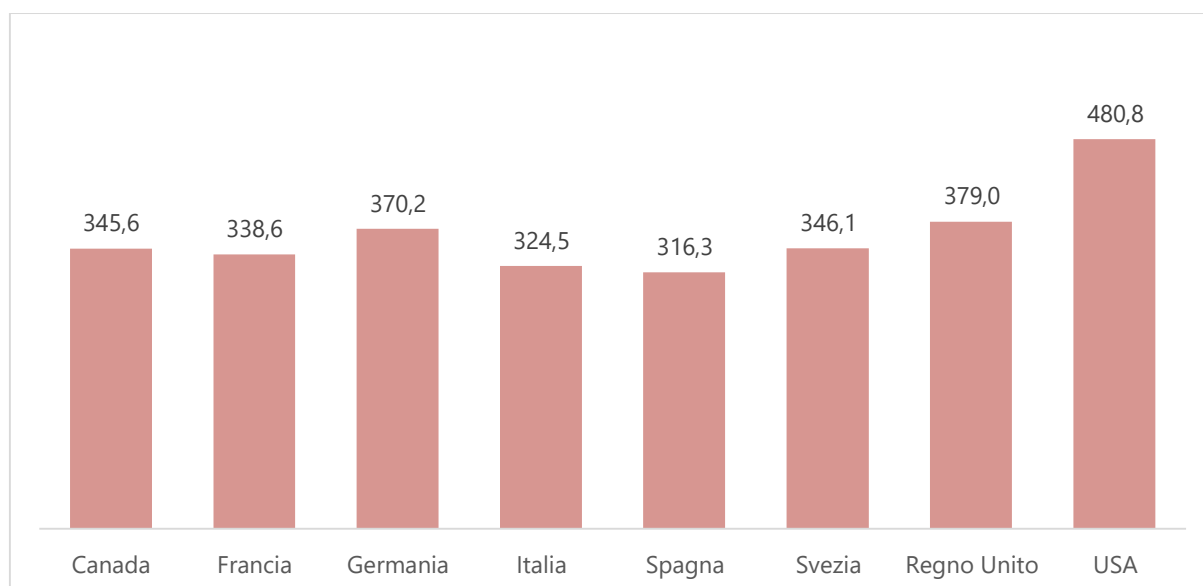
NOTE:

- USA: dato non disponibile

- Il dato è calcolato sulla base delle dimissioni di persone maggiori di 15 anni ed è standardizzato per età⁸

Il quarto indicatore riguarda il **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 379,2, terzultima la Germania con un tasso di 370,2. Pertanto in questa classifica i sistemi Beveridge occupano sia le posizioni di testa che il (quasi) fondo della classifica.

Figura 13. Tasso di mortalità standardizzato per età (ASDR). Tutte le cause di morte (per 100.000 abitanti). Anno 2019



Fonte: WHO. *The Global Health Observatory. Cause-specific mortality, 2000–2019*

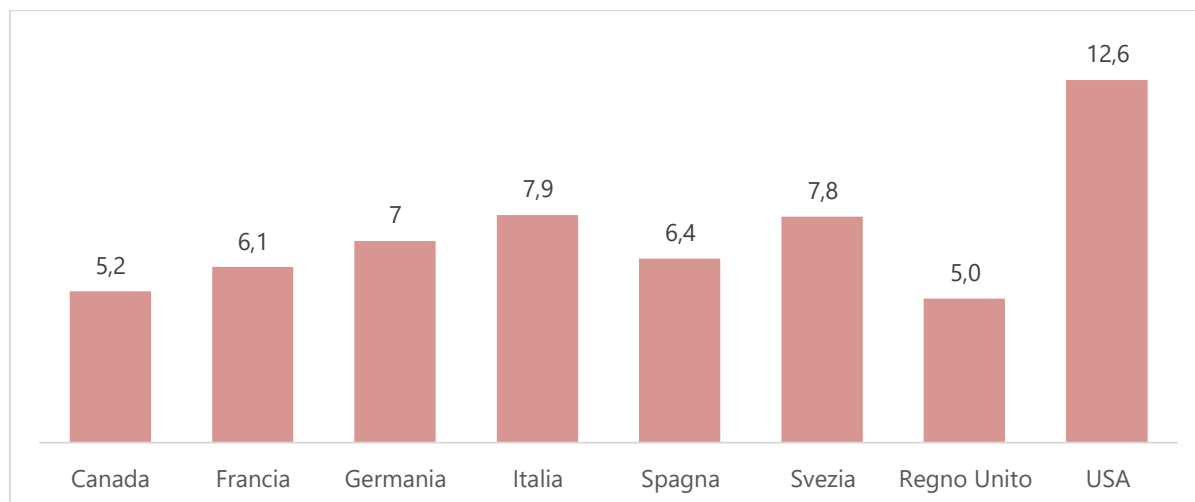
NOTA: Tasso di mortalità standardizzato (ASDR): il tasso di mortalità viene standardizzato per età, utilizzando la popolazione standard mondiale per garantire la comparabilità fra i Paesi. Il tasso di mortalità standardizzato per età viene calcolato con il metodo diretto: rappresenta ciò che il tasso grezzo sarebbe stato se la popolazione avesse la stessa distribuzione per età della popolazione standard

Il quinto indicatore - **tasso di mortalità, standardizzato per età, per malattie infettive o causate da parassiti** (anno 2019) - fa registrare, per l'Italia, un tasso pari a 7,9, inferiore solo a quello statunitense (12,6). Il Regno Unito è il sistema più virtuoso, con un tasso pari a 5, seguito

⁸ "Major lower extremity amputation in adults with diabetes is defined as the number of discharges of people aged 15 years and over per 100 000 population. Rates for these indicators have been directly age-standardised to the 2010 OECD population" (OECD. *Health at a glance 2021. Diabetes cares*).

dal Canada (5,2). Anche in questa classifica i sistemi Beveridge occupano sia le posizioni di testa che la parte bassa del *ranking*.

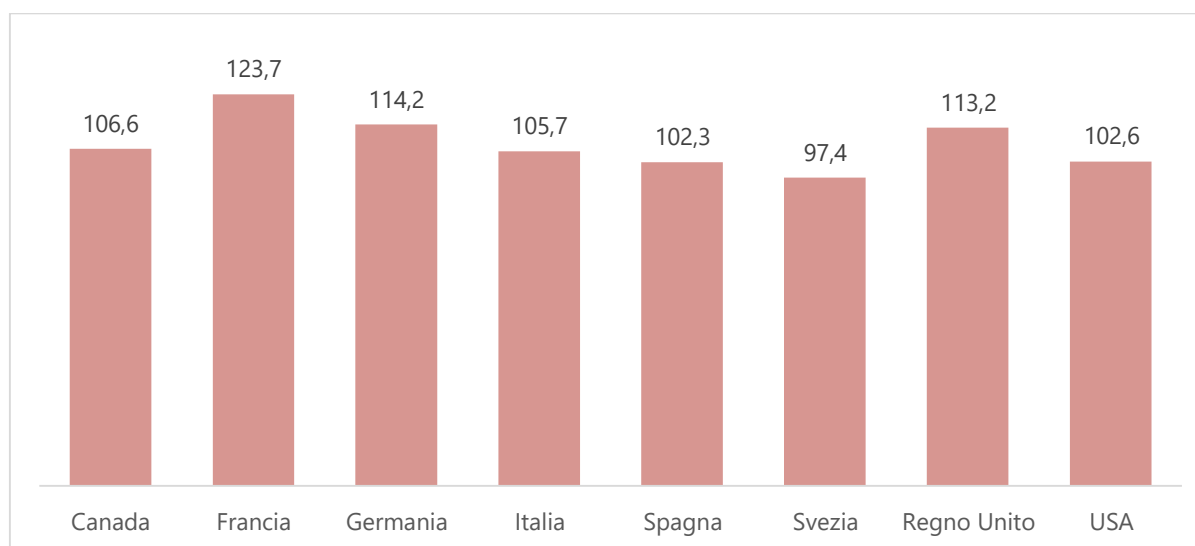
Figura 14. Tasso di mortalità standardizzato per età (ASDR). Malattie infettive o causate da parassiti (per 100.000 abitanti). Anno 2019



Fonte: WHO. The Global Health Observatory. Cause-specific mortality, 2000–2019 (v. sopra per la nozione di ASDR)

Il sesto indicatore - **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).

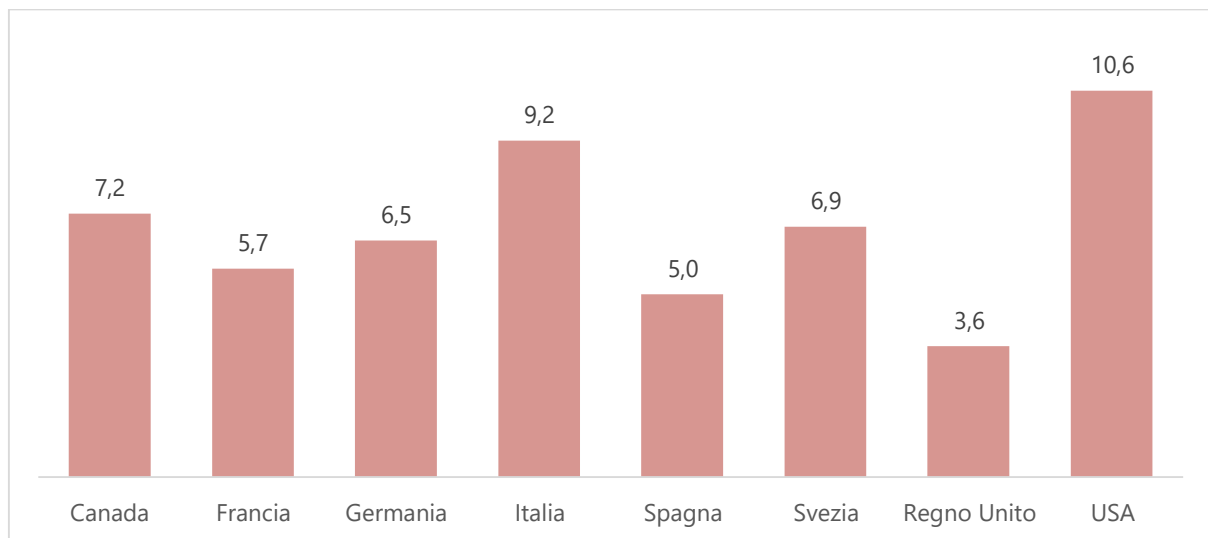
Figura 15. Tasso di mortalità standardizzato per età (ASDR). Tumori (per 100.000 abitanti). Anno 2019



Fonte: WHO. The Global Health Observatory. Cause-specific mortality, 2000–2019 (v. sopra per la nozione di ASDR)

In riferimento al settimo indicatore - **tasso di mortalità, standardizzato per età, per diabete mellito** (anno 2019) - l'Italia si attesta al 9,2, facendo meglio solo degli USA (10,6). In proposito risultano più performanti sia i due sistemi Bismarck considerati, ossia la Francia (5,7) e la Germania (6,5), sia gli altri sistemi Beveridge oggetto di confronto: Regno Unito (3,6), Spagna (5), Svezia (6,9), Canada (7,2).

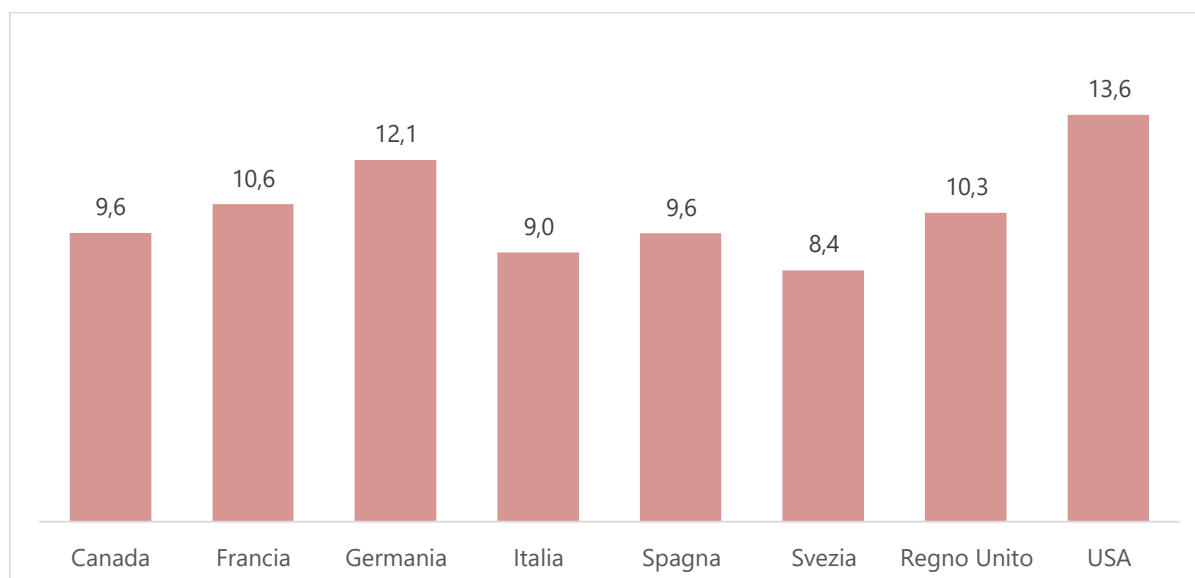
Figura 16. Tasso di mortalità standardizzato per età (ASDR). Diabete mellito (per 100.000 abitanti). Anno 2019



Fonte: WHO. The Global Health Observatory. Cause-specific mortality, 2000–2019 (v. sopra per la nozione di ASDR)

In relazione all'ottavo indicatore - **probabilità (%) di un 30enne 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). Il primo dei sistemi "non Beveridge" è quello francese (10,6), dopo il quale si collocano Germania (12,1) e Stati Uniti (13,6).

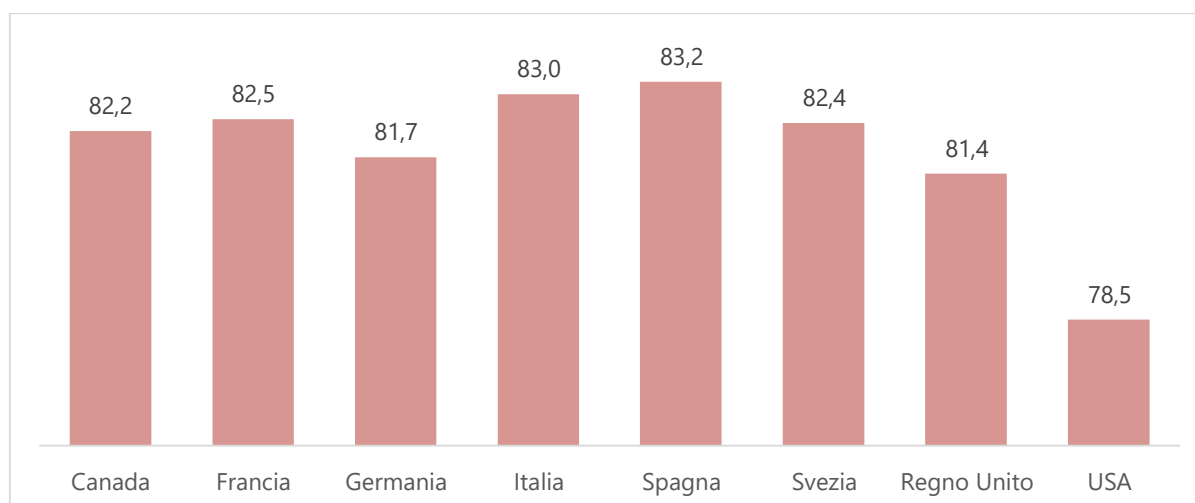
Figura 17. Probabilità (%) di un 30enne di morire entro il compimento del 70° anno di età per: malattia cardiovascolare, cancro, diabete, malattia respiratoria cronica. Anno 2019



Fonte: WHO. The Global Health Observatory. Mortality between age 30 and exact age 70 from cardiovascular diseases, cancer, diabetes or chronic respiratory diseases

In riferimento al nono indicatore - **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), che chiudono questa classifica.

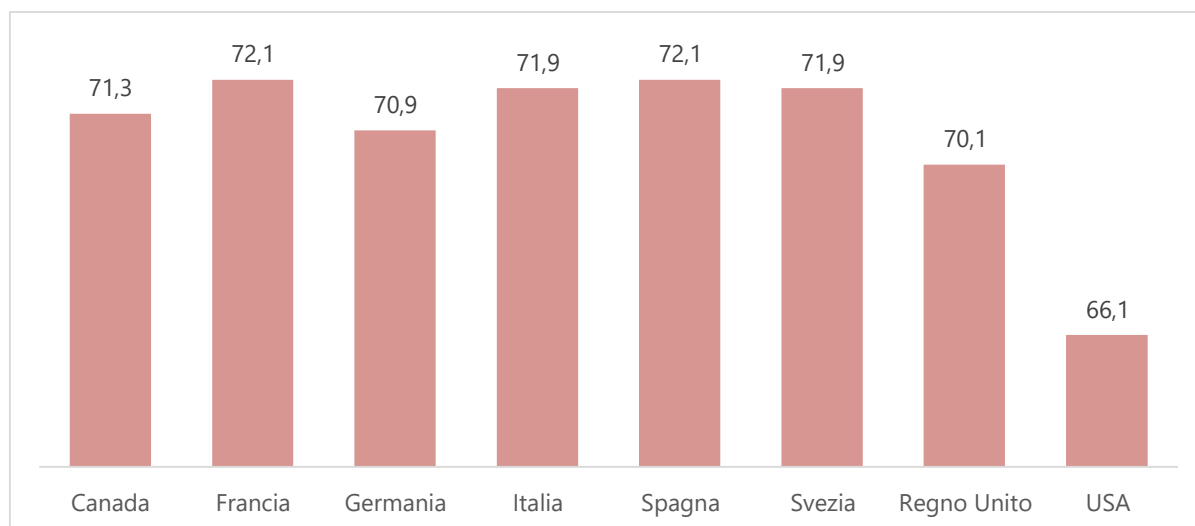
Figura 18. Aspettativa di vita alla nascita. Anno 2019



Fonte: WHO. GHE: Life expectancy and healthy life expectancy. Life expectancy

In relazione al decimo indicatore - **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).

Figura 19. Aspettativa di vita in salute alla nascita (HALE). Anno 2019



Fonte: WHO. GHE: Life expectancy and healthy life expectancy. HALE

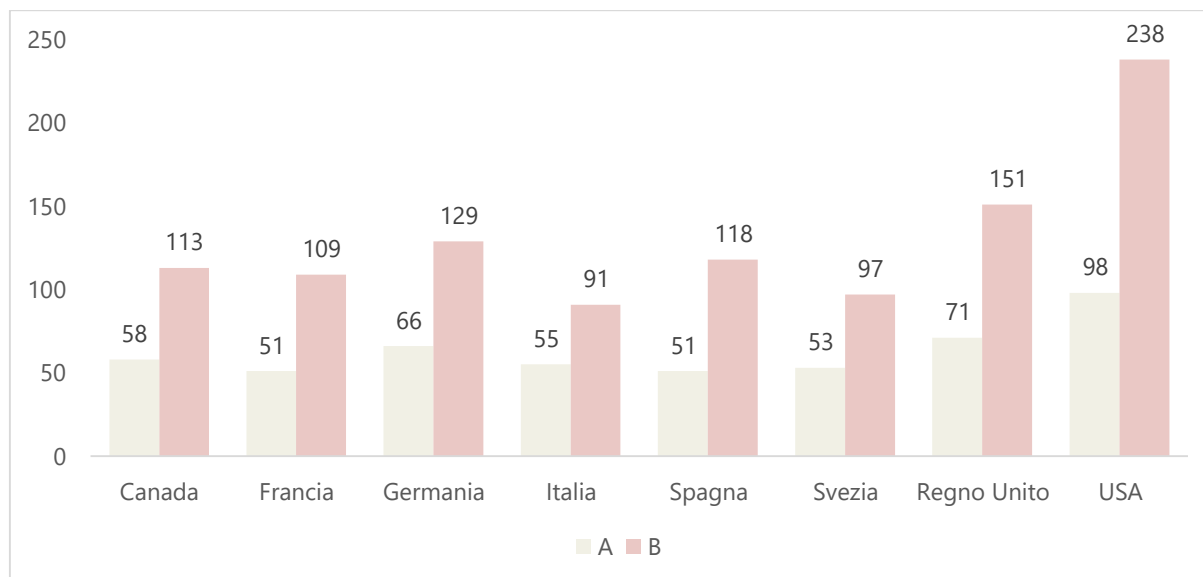
NOTA: l'indicatore HALE (*Healthy life expectancy*) equivale al numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in "buona salute".

L'undicesimo e ultimo indicatore di efficacia - **tasso di mortalità standardizzato per morti evitabili** - è bipartito: 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 evitabili-*treatable*, l'Italia si colloca al **quarto** posto del *ranking*, 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). Seguono le prestazioni di Canada (58 nel 2019), Germania (66 nel 2020) e Regno Unito (71 nel 2020). Sul fronte delle morti evitabili-*preventable*, l'Italia, con un tasso di 91 è il sistema più performante, seguita dalla Svezia (97). Gli Usa fanno registrare il risultato peggiore su entrambi gli indicatori delle morti evitabili.

Figura 20. Morti evitabili. Tasso di mortalità standardizzato per 100.000 abitanti. Anno 2020



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Avoidable mortality

Legenda:

- 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 stile di vita, alimentazione ecc. (*Preventable*)⁹

NOTE:

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

2.4 E gli stili di vita? Il fattore prevenzione

Il terzo set di indicatori, infine, riguarda gli stili di vita, poiché questi ultimi 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 codeterminante dell'insorgenza di diverse malattie.

Vengono qui presi in considerazione:

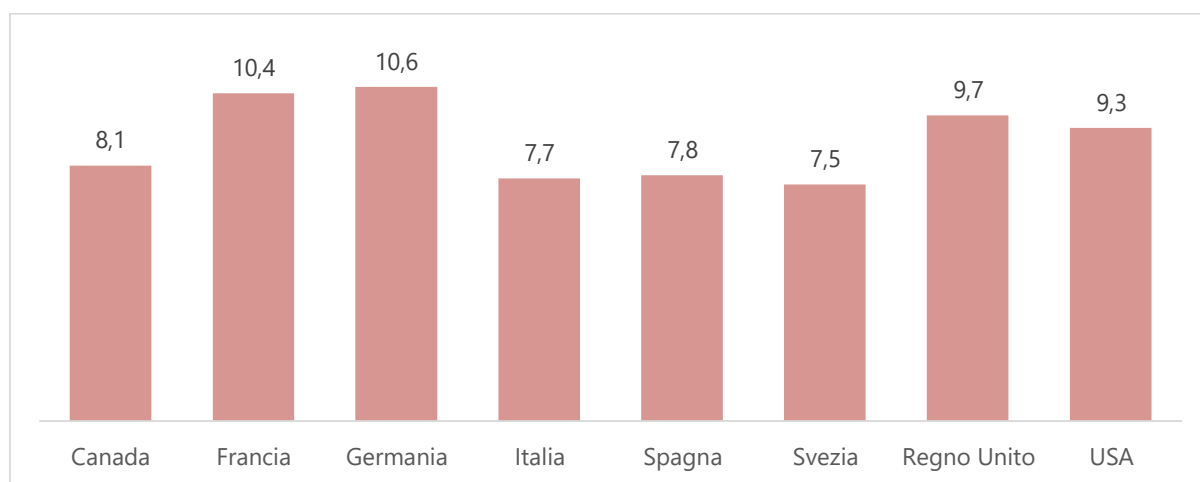
- il consumo di bevande alcoliche
- il consumo di tabacco

⁹ "Preventable and treatable causes of mortality are defined as follows: - Preventable mortality: Causes of death that can be mainly avoided through effective public health and primary prevention interventions (i.e. before the onset of diseases/injuries, to reduce incidence). - Treatable (or amenable) mortality: Causes of death that can be mainly avoided through timely and effective health care interventions, including secondary prevention and treatment (i.e. after the onset of diseases, to reduce case-fatality)". Fonte: OECD/Eurostat (2022).

- 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**, nella prospettiva dei corretti stili di vita. Meglio dell'Italia fa la Svezia, con un valore di 7,5 (2020), mentre la Spagna segue a 7,8 (dato 2020 stimato). "Primeggiano" in questa classifica Germania e Francia (per la prima il dato è del 2019), le uniche con valori superiori a 10. In questo caso risultano quindi vicini e in fondo alla classifica i risultati dei due Paesi Bismarck considerati (ma sembrano da considerare anche fattori diversi dalla tipologia di sistema sanitario: v. anche il risultato del Regno Unito, terz'ultimo con 9,7).

Figura 21. Consumo annuale pro capite di alcol in litri. Persone di età pari o superiore a 15 anni. Anno 2020

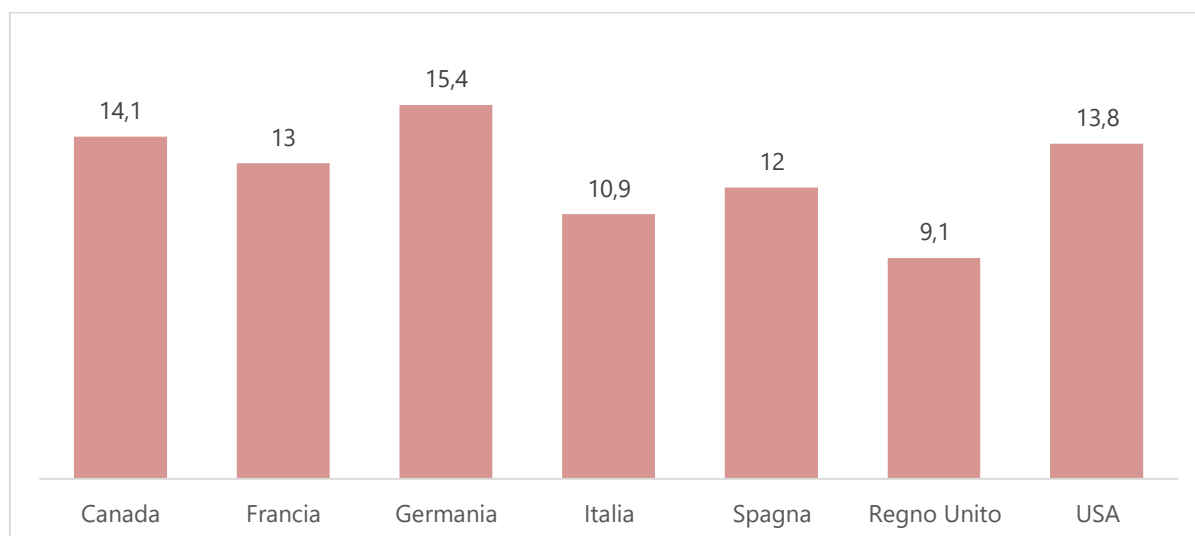


Fonte: OECD Health Statistics 2022. Non-Medical Determinants of Health: Alcohol consumption

NOTE:

- Germania e Italia: il dato è del 2019
- Spagna: dato stimato

Il **consumo di tabacco** da parte delle persone di età pari o superiore ai 15 anni (media al giorno per fumatore) vede l'Italia al **secondo posto** della classifica 2020 dei **paesi più virtuosi**: 10,9 sigarette fumate a testa al dì da 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). In questa classifica i Paesi Bismarck considerati occupano quindi, rispettivamente, la quarta e l'ultima posizione.

Figura 22. Sigarette al giorno per fumatore di età pari o superiore a 15 anni. Anno 2020

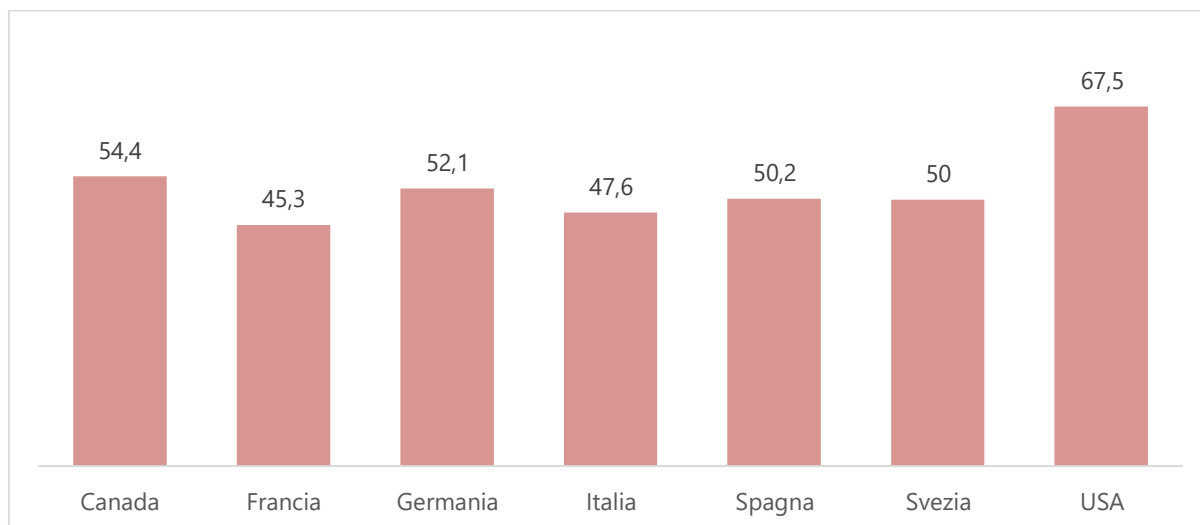
Fonte: OECD Health Statistics 2022. Non-Medical Determinants of Health: Tobacco consumption

NOTE:

- Regno Unito: il dato è del 2019
- Svezia: dato non disponibile

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 di merito** per l'anno 2020. Solo la Francia è caratterizzata da un valore percentuale inferiore (45,3% cittadini che si definiscono in sovrappeso), mentre tutti gli altri Paesi posti a confronto fanno registrare valori superiori: dal 50% della Svezia fino al 67,5 degli USA, che chiudono questa classifica piuttosto distaccati dal penultimo (che pure - si noti - è un Paese non europeo: il Canada, con 54,4).

Figura 23. Persone che dichiarano di essere obese o in sovrappeso (% sulla popolazione). Anno 2020



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Non-Medical Determinants of Health: Body weight

NOTE:

- Francia e Germania: il dato è del 2019
- Regno Unito: dato non disponibile

Va sottolineato che i dati sugli stili di vita presi in considerazione non evidenziano le differenze di genere e i comportamenti dei soggetti al di sotto dei 15 anni.

Riferimenti bibliografici

- OECD (2016). Definitions for Health Care Quality Indicators 2016-2017 HCQI Data Collection. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Indicators.pdf>>.
- OECD (2017), "Hospital mortality rates", in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-35-en>.
- OECD (2021). Health at a glance 2021. < <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en> >
- OECD (2022). OECD Health Statistics 2022. < <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>. Ultimo accesso 18 maggio 2023.
- Toth F. (2016). Non solo Bismarck contro Beveridge: sette modelli di sistema sanitario, in Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, 2016, vol. 11, n. 2, pp. 279-305. < https://www.researchgate.net/publication/307415826_Non_solo_Bismarck_contro_Beveridge_sette_modelli_di_sistema_sanitario > .
- Wagstaff A (2009). Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems. Evidence from the OECD. The World Bank, January 2009.
- WHO. Global Health Observatory (2000-2019). Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000–2019. Death rates. Ultimo accesso 18 maggio 2023. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_death-rates-countryfa5d6a0b-0f85-449f-ba5f-ea6fcaeae34c_6f5f17c3-3fae-4660-ad72-56e353b43c55.xlsx?sfvrsn=91ccbd13_9>.
- WHO. Global Health Estimates (GHE): Life expectancy and healthy life expectancy. Life expectancy. Ultimo accesso 18 maggio 2023. <[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))>.
- WHO. Global Health Estimates (GHE): Life expectancy and healthy life expectancy. HALE. Ultimo accesso 18 maggio 2023. <[https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/healthy-life-expectancy-\(hale\)](https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/healthy-life-expectancy-(hale))>.

Il Servizio sanitario nazionale compie 45 anni

Un *check up* del suo stato di salute, attraverso il confronto con altri sistemi sanitari

DOCUMENTO DI ANALISI N. 26

DOCUMENTO
DI ANALISI

Ufficio Valutazione Impatto
Impact Assessment Office



Senato della Repubblica

SENATO DELLA REPUBBLICA

UFFICIO VALUTAZIONE DI IMPATTO

IMPACT ASSESSMENT OFFICE

www.senato.it/ufficiovalutazioneimpatto