



FONDAZIONE  
FARMAFACTURING

01.2015

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

Crisi economica, diseguaglianze  
nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti  
sulla salute delle persone in Italia

Autori

**V. Atella, E. Borgonovi, C. Collicelli, J. Kopinska,  
F. Lecci e F. Maietta**

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring  
**Vincenzo Atella**

# Introduzione

*Negli ultimi venti anni, a livello mondiale, abbiamo assistito a due fenomeni contrapposti. Da un lato il sorprendente aumento dell'aspettativa di vita della popolazione (circa un anno in più ogni 4 anni), e dall'altro l'aumento della prevalenza delle malattie croniche che si sono diffuse su scala globale, raffigurandosi in alcuni Paesi e per alcune patologie (ad es. il diabete) come vere e proprie epidemie. La diretta conseguenza di tali fenomeni è avere una popolazione più longeva, ma al tempo stesso più malata e bisognosa di cure. Cure che negli anni sono diventate sempre più efficaci e costose, e se da un lato fanno aumentare la speranza di vita, dall'altro creano problemi di sostenibilità finanziaria. Contemporaneamente, il ripensamento dei sistemi di welfare (soprattutto in Europa) e, più recentemente, la crisi globale scoppiata nel 2007 (la più prolungata fase di recessione economica dopo quella del 1929) hanno determinato un aumento considerevole degli indici di povertà e di disuguaglianza, peggiorando in molti casi le disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie.*

*L'interagire di questi fenomeni clinico-epidemiologici e socio-economici sta producendo effetti che possono essere pericolosi per la salute delle persone. Secondo il WHO, situazioni di questo genere dovrebbero portare i governi a rafforzare le reti di protezione sociale per mitigare gli effetti negativi sulla salute. Al contrario, negli ultimi anni in molti paesi sono state attuate politiche di austerità che sono intervenute in modo sostanziale sulla spesa sociale, rendendo più difficile l'accesso ai servizi sociali (e sanitari in particolare), creando spesso le condizioni per l'aumento delle disuguaglianze. Secondo Ortiz e Cummins (2013), i settori principalmente colpiti dalle misure restrittive sono l'istruzione, la sanità e la spesa sociale. Nel caso particolare della sanità, sono ben 37 i Paesi che, a seguito della crisi economica, dal 2008 hanno avviato delle riforme sanitarie, e molti di questi sono Paesi "sviluppati" (25 su 37). I principali strumenti utilizzati sono quelli dell'aumento della quota di pagamento diretto (out-of-pocket) per i pazienti e misure di contenimento dei costi dei centri che forniscono servizi sanitari. Secondo un recente studio dell'OCSE (Paris, 2013), sono diversi i modi attraverso cui questi tagli si stanno realizzando. Si interviene nel limitare l'accesso a specifici gruppi di popolazione (gli immigrati illegali, oppure i soli residenti, oppure, come in Irlanda, anziani over 70 ricchi); molto più spesso sono aumentati i livelli di compartecipazione alla spesa, insieme con la revisione delle condizioni di esenzione. Al contrario, poco o nulla si è fatto nel cambiare il paniere di servizi offerto (la generosità delle coperture).*

*In una fase di prolungata crisi economica in cui si riduce la capacità di produrre reddito, l'inasprirsi dei sistemi di compartecipazione e il razionamento dei servizi offerti non sono assolutamente neutrali sullo stato di salute della popolazione, e possono generare seri problemi se non sono modulati per la capacità contributiva degli assistiti. Come già evidenziato nel Rapporto 2013 della Fondazione Farmafactoring, la presenza di forti disuguaglianze economiche si riverbera in modo pesante sulle disuguaglianze in termini di salute, causando l'aumento delle patologie esistenti e, soprattutto, la comparsa di "nuove" malattie. Anche se in modo non ancora del tutto evidente, si è assistito a una riduzione della domanda di prestazioni sanitarie e per molti degli indicatori sugli stili di vita (alcol, fumo, droghe,*

esercizio fisico) sono aumentate le differenze nei comportamenti fra i diversi strati sociali della popolazione: pur con qualche eccezione, risultano più svantaggiati i meno abbienti e meno coloro che hanno più risorse.

La disoccupazione rimane il fenomeno più preoccupante della crisi, quello che nel breve periodo genera gli effetti maggiori per la salute in termini di aumento dei disturbi mentali e psicosomatici e dei comportamenti insalubri (es: alcolismo e droghe). Se era abbastanza prevedibile che con la crisi economica potessero aumentare i casi di suicidio e ridursi le morti per incidenti stradali, altre conseguenze immediate quali l'aumento delle patologie infettive trasmissibili (HIV, malaria e tubercolosi) erano meno prevedibili. Senza poi considerare gli effetti di lungo termine che i periodi di prolungata crisi economica hanno sulla salute: in tali frangenti, la normale prevenzione sanitaria è ridotta al minimo se non addirittura annullata, generando effetti a catena i cui risultati saranno osservabili solo a distanza di anni.

Nel panorama internazionale l'Italia non fa certo eccezione. Nel Rapporto 2013 della Fondazione Farmafactoring è stato ampiamente documentato come i tagli alla sanità abbiano avuto effetti sostanziali sulla componente della spesa dedicata ai servizi al paziente (minore spesa ospedaliera, specialistica, diagnostica, ecc.), ma scarsi effetti sulla spesa accessoria di funzionamento (servizi non sanitari di varia natura, consulenze, affitti, ecc.) che invece ha continuato a crescere. In tal modo, si è prodotta una riduzione nella possibilità di garantire i LEA che potrebbe aver avuto effetti importanti sulla salute dei cittadini. Rimane quindi da capire se i tagli imposti al sistema sanitario (e a quello sociale più in generale) possano essere visti come un guadagno in termini di efficienza del sistema senza incidere sullo stato di salute della popolazione o, invece, abbiano provocato danni i cui effetti cominciano a vedersi ora, ma saranno molto più evidenti negli anni a venire.

**Gli obiettivi della ricerca.** Basandoci su queste evidenze e sui risultati di precedenti analisi prodotte dalla Fondazione Farmafactoring, il tema sul quale si è deciso di lavorare per il 2014 è quello della relazione tra crisi economica, crescita delle disegualianze sanitarie ed effetti di medio e lungo periodo sulla salute delle persone. Come sempre, il Rapporto è prodotto grazie alla collaborazione della Fondazione Farmafactoring con Cergas-Bocconi e Fondazione Censis ed è arricchito dall'intervento di altri importanti ricercatori. L'obiettivo è di continuare nell'opera d'individuazione di spunti interpretativi e di analisi originali sulla realtà sanitaria del nostro Paese, e in particolare sugli aspetti economici, finanziari, gestionali e di rapporto tra i livelli di gestione territoriale della sanità nel nostro paese. Come consuetudine nelle attività di ricerca della Fondazione Farmafactoring, i temi oggetto delle analisi sono affrontati guardando i problemi da prospettive diverse, con l'intento di riuscire a comprenderli più a fondo e, se possibile, provare a proporre soluzioni di policy innovative.

*In particolare, nelle pagine che seguono l'analisi è suddivisa in 3 sezioni.*

*Nella prima vengono evidenziate le implicazioni della recente crisi economica a livello internazionale e nel naso Italiano per le politiche fiscali implementate negli ultimi anni.*

*Nella seconda sezione l'analisi è concentrata sugli effetti che la crisi ha avuto sullo stato di salute della popolazione e sulle diseguaglianze negli accessi ai servizi sanitari. In particolare si offre un focus sulla regione Campania e un quadro esaustivo di come la crisi abbia influenzato la tipologia di disuguaglianze nella salute e in sanità della regione e in Italia. Infatti, oltre alla tradizionale "forbice" tra Nord e Sud, vedremo che sono maturate nuove forme di disparità tra i cittadini italiani e che il rapporto dei cittadini con la tutela del diritto alla salute sta cambiando.*

*Infine, nella terza sezione l'attenzione viene posta sull'impatto del Patto della Salute 2010-2012 e del primo ciclo di Spending Review sui volumi e sulle caratteristiche di offerta delle prestazioni sanitarie in Italia.*



## Il peso e l'importanza della crisi economica a livello internazionale e in Italia.

È noto che la crisi economica globale iniziata nel 2007 ha avuto importanti conseguenze per il benessere economico delle famiglie in termini di più elevata disoccupazione, maggiore incidenza di casi di lavoro temporanei o part-time e di insicurezza finanziaria. La povertà relativa è aumentata nella maggior parte dei paesi OCSE, specialmente tra i bambini e i giovani. La crescente insicurezza economica e le tensioni finanziarie hanno particolarmente colpito le famiglie a basso reddito e con bassi livelli d'istruzione. Dall'inizio della crisi nel 2007, molti lavoratori hanno perso il lavoro e molte famiglie hanno registrato una stagnazione o declino dei livelli di reddito e della ricchezza. A Dicembre 2013, si registravano oltre 46 milioni di disoccupati nell'area OCSE, 11,5 milioni in più rispetto a Luglio 2008. Il numero di persone disoccupate da più di un anno aveva raggiunto 16,5 milioni. Le conseguenze di tale crisi stanno quindi mettendo alla dura prova numerosi settori della politica e, di conseguenza, della vita dei cittadini. Il peggioramento delle condizioni economiche della classe media, l'aumento delle diseguaglianze economiche e i tassi di povertà in aumento rendono ancor più difficile il compito dello stato sociale.

Gli effetti economici della crisi si sono poi riverberati su tutti gli aspetti della vita quotidiana delle persone, tra cui quello della salute. La salute è il fondamento della vita, sia dal punto di vista individuale, che collettivo. Limitandosi alla dimensione puramente economica, la salute rappresenta una delle determinanti della produttività e la sua mancanza, oltre alla produttività persa, rappresenta un costo per lo Stato. La crisi economica ha posto anche una serie di difficoltà al settore della sanità. Tanti paesi dell'OCSE hanno introdotto tagli ai finanziamenti della sanità pubblica o intensificato compartecipazioni dei cittadini alla spesa. Con l'obiettivo di rendere più efficiente la spesa sanitaria, si è quindi andato a incidere sulla fornitura dei servizi sanitari pubblici, che per principio dovrebbero garantire la copertura dei costi della prevenzione e dei beni e servizi medici a seguito di malattie ed eventi clinici.

Secondo il WHO (2013), la crisi ha rappresentato un pesante shock negativo nei confronti dei sistemi sanitari di tutti i Paesi più industrializzati, generando o un grande effetto "negativo" sulla disponibilità di risorse del sistema sanitario o un grande effetto "positivo" sulla domanda di servizi sanitari. In presenza di tali eventi, solitamente i *policy maker* hanno di fronte a sé tre sfide da affrontare: *i)* evitare che interruzioni o riduzioni improvvisate delle entrate del bilancio pubblico possano rendere difficile garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria (sono necessarie risorse costanti per permettere investimenti e l'acquisto di beni e servizi); *ii)* evitare tagli alla spesa pubblica per la sanità in un periodo di crisi economica poiché questi sono i momenti in cui i sistemi sanitari potrebbero

**Secondo il WHO (2013), la crisi economica ha rappresentato un pesante shock negativo nei confronti dei sistemi sanitari di tutti i Paesi più industrializzati.**

richiedere più (e non meno) risorse per affrontare gli effetti negativi della crisi sulla salute; *iii*) evitare di effettuare tagli arbitrari ai servizi essenziali che possano destabilizzare ulteriormente il sistema sanitario se dovessero comportare una riduzione della protezione finanziaria per le fasce meno abbienti, dell'accesso equo e della qualità delle cure fornite, rischiando di creare danni alla salute e maggiori costi a lungo termine. Per affrontare tali sfide, nel 2009 il Comitato Regionale del WHO per l'Europa decise di adottare una risoluzione (EUR/RC59/R3) con la quale si sollecitavano tutti gli Stati membri a realizzare una serie di azioni che permettessero ai sistemi sanitari di continuare a tutelare e promuovere l'accesso universale ed equo a servizi sanitari efficaci in un periodo di crisi economica.

Basandosi su queste evidenze, l'obiettivo di questo Rapporto è analizzare l'impatto che la crisi economica ha avuto sulla salute degli individui e in che modo. Per poter rispondere a una tale domanda, la prima difficoltà da superare è riuscire a identificare i canali attraverso cui la crisi economica può influenzare lo stato di salute della popolazione. Come chiaramente spiegato da Costa et al. (2012), le modalità attraverso cui la crisi economica può influire sullo stato di salute sono di diverso grado: "si parte dalle condizioni del contesto, come le spinte alla globalizzazione, i cambiamenti demografici, le politiche di *welfare*; dimensioni che sono meno facilmente influenzabili dalle politiche congiunturali; dentro questo contesto agiscono i determinanti distali della salute, quelli che più sono sensibili alla crisi, come il lavoro, la povertà, i servizi e sui quali più spesso agiscono le misure di austerità della crisi; quindi sono da esaminare i determinanti prossimali, cioè quei fattori di rischio che mediano l'effetto sulla salute dei determinanti distali, che sono meno frequentemente presi in considerazione dalle politiche anticrisi; infine ne derivano gli effetti sulla salute e le conseguenze sociali della salute compromessa." L'elevato grado di complessità del sistema fa sì che i rapporti di causa ed effetto possano essere difficilmente individuabili, sia per impossibilità di capire tutte le articolazioni del processo di causazione, sia per ritardi temporali di manifestazione degli effetti.

I ritardi temporali sono uno dei problemi maggiori da risolvere, poiché l'impatto della crisi sullo stato di salute non è un fenomeno immediatamente osservabile. Generalmente, se i dati di natura contabile-finanziaria sono disponibili quasi in tempo reale, gli eventuali effetti sulla salute, in termini di morbosità e mortalità, sono rilevabili solo dopo un periodo di latenza che può facilmente variare dai 2 ai 5 anni. Inoltre, i cambiamenti nella dimensione non economica del benessere durante la crisi sono ambigui. Di sicuro, ciò che oggi sappiamo è che la soddisfazione di vita e la fiducia nelle istituzioni è diminuita sensibilmente nei paesi gravemente colpiti dalla crisi e che si è avuta un'impennata nei livelli di stress nelle



persone. Tuttavia, gli effetti negativi in termini di *health outcome* per la popolazione, misurati attraverso una serie di indicatori, nel complesso sono stati relativamente contenuti. Questo risultato, però, non deve portare a pensare che la crisi non abbia avuto un grande effetto sulla salute. Infatti, in primis va ricordato che potrebbe esserci una grossa sottovalutazione del problema, visto che gli effetti della crisi saranno visibili solo nel lungo termine, o potrebbero influenzare gruppi specifici di popolazione, rimanendo così invisibili nelle statistiche aggregate a livello nazionale. Inoltre, è anche possibile che alcune delle conseguenze a breve termine della crisi non siano adeguatamente rilevate dagli strumenti di misura esistenti.<sup>1</sup> Infatti, nel breve periodo gli effetti della crisi si producono più lentamente sull'incidenza di alcune patologie, mentre è possibile averne un riscontro più tempestivo sul benessere psicofisico dell'individuo e sulle modalità in cui i cittadini gestiscono il "bene salute".

Nel complesso, i dati disponibili confermano un forte aumento dei suicidi nei paesi più colpiti e un calo dei decessi per incidenti stradali, più rilevanti nei paesi in cui i livelli di incidenti iniziali erano più alti (Stuckler et al., 2011). Evidenze più dettagliate raccolte in Grecia, il paese europeo maggiormente colpito dalla crisi finanziaria, indicano un peggioramento dello stato di salute mentale negli ultimi due anni (Economou et al, 2008; Economou et al, 2013; Madianos et al, 2011). A oggi, la salute mentale è stata l'area più sensibile ai cambiamenti economici. Il declino di lungo termine dei suicidi nell'Unione europea è stato invertito, con incrementi concentrati tra gli uomini in età lavorativa. Nei nuovi Stati membri dell'UE i suicidi hanno raggiunto il picco nel 2009 e sono rimasti a livelli elevati nel 2010. In altri Stati membri nel 2010 sono stati osservati ulteriori aumenti. In Inghilterra è stata confermata la stretta relazione tra perdita del lavoro e livello di suicidi, mentre altre ricerche hanno trovato un'associazione tra il numero dei suicidi e il livello di disoccupazione o la paura di rimanere disoccupati. Anche lo stato generale di salute auto-dichiarato è deteriorato a partire dall'inizio della crisi c'è stato un aumento significativo del numero di persone che hanno ritenuto di aver bisogno di assistenza sanitaria, ma non hanno potuto accedervi (Kentikelenis et al, 2011). In alcuni Paesi il numero di nuovi casi di HIV tra i tossicodipendenti è aumentato drammaticamente, forse causato dalla riduzione delle prestazioni di servizi sanitari (EMCDDA e ECDC, 2011).

Nel caso specifico dell'Italia, una serie di lavori hanno analizzato il ruolo della crisi economica sul ricorso all'uso dei servizi sanitari e sulla salute della popolazione. In particolare, in termini di ricorso ai servizi sanitari, l'ISTAT (2013) ha reso noti i dati preliminari dell'indagine sullo stato di salute e sul ricorso ai servizi sanitari della popolazione italiana, mettendo in evidenza che a seguito della crisi c'è stato un deterioramento degli indicatori, in particolare tra gli anziani e le famiglie con basso reddito e bassa istruzione, le categorie

**A oggi, la salute mentale è stata l'area più sensibile ai cambiamenti economici. Il trend di riduzione dei suicidi nell'Unione Europea è stato invertito, con incrementi concentrati tra gli uomini in età lavorativa.**

[1] Ciò pone l'accento sulla necessità più generale di avere indicatori a più alta frequenza e specifici per particolari gruppi di persone, al fine di monitorare le variazioni di breve termine nel benessere delle famiglie. Una migliore conoscenza di tali variazioni è essenziale per informare i policy makers durante e dopo le recessioni.

più a rischio. Effetti negativi sono stati rilevati anche da Costa et al. (2012), che nel breve termine trovano *“indizi preliminari di un aumento di occorrenza di indicatori sfavorevoli di salute mentale (suicidi, depressione, forme di dipendenza) che potrebbero essere spiegati in particolare dall’aumento dell’insicurezza del posto di lavoro... Parallelamente la crisi sembrerebbe essere associata alle riduzioni degli infortuni sul lavoro (per quanto compensato da un aumento di quelli gravi) e degli incidenti stradali, dovute probabilmente alla diminuzione di fattori di pressione, quali l’attività produttiva e i consumi”* (p. 338). Leggermente più positivo è il quadro fornito dal Rapporto OsservaSalute 2013, dal quale si evince che la salute degli italiani, misurata in termini di mortalità, ha tenuto nonostante la crisi economica che ostacola prevenzione, accesso alle cure e alla diagnosi precoce. Ciò è dipeso principalmente dalla ridotta mortalità per malattie del sistema circolatorio e per tumori, merito degli investimenti nelle politiche di prevenzione condotti negli anni passati e degli sviluppi in campo diagnostico e terapeutico. In linea con quanto detto in precedenza, a questo risultato sostanzialmente positivo fa da contraltare una visione potenzialmente negativa per il futuro, secondo cui i veri effetti della crisi si vedranno, con molta probabilità, solo nei prossimi anni.

In ogni caso, ciò che emerge in modo inequivocabile da tutte le analisi fino ad oggi condotte è il peggioramento delle disuguaglianze sociali e dell’equità nell’accesso alle cure. L’equità è un elemento chiave della fornitura delle cure sanitarie, soprattutto in momenti di crisi. Garantire l’accesso equo alle cure sanitarie vuol dire che l’utilizzo dei servizi e le cure devono avvenire in modo omogeneo a parità di bisogni, indipendentemente da caratteristiche individuali come reddito, residenza geografica, status socio-economico, istruzione, ecc... Al contrario, esiste una vasta letteratura che mostra come in tanti paesi esistono notevoli disuguaglianze nella sanità. I lavori di Van Doorslaer and Masseria (2004) e di Devaux e Looper (2012) per un gruppo di paesi OCSE fanno vedere come gli individui più ricchi abbiano accesso con maggiore probabilità a visite specialistiche e cure dentistiche. Anche in Europa, Or et al. (2008), trovano che l’utilizzo delle visite mediche specialistiche cresce con il grado d’istruzione. Un altro studio di Bago d’Uva et al. (2009) mostra due tipi di disuguaglianza: da un lato le visite presso il medico di base sono più utilizzate dagli assistiti nelle fasce di reddito basse (disuguaglianza pro-poveri), mentre dall’altro le visite specialistiche sono più utilizzate dalla popolazione appartenente alle fasce di reddito più elevate (disuguaglianza pro-ricchi). Si stima che il più povero decile dei beneficiari di Medicare (il provider della sanità pubblica negli USA) spende circa il 30-40% in più rispetto ai più ricchi. Inoltre, i ricorsi alle ospedalizzazioni nei centri urbani sono più frequenti nel caso delle zone più disagiate delle città, rispetto ai quartieri ricchi. Si stima che una grande parte di queste differenze

**(...) ciò che emerge in modo inequivocabile da tutte le analisi fino ad oggi condotte è il peggioramento delle disuguaglianze sociali e dell’equità nell’accesso alle cure.**

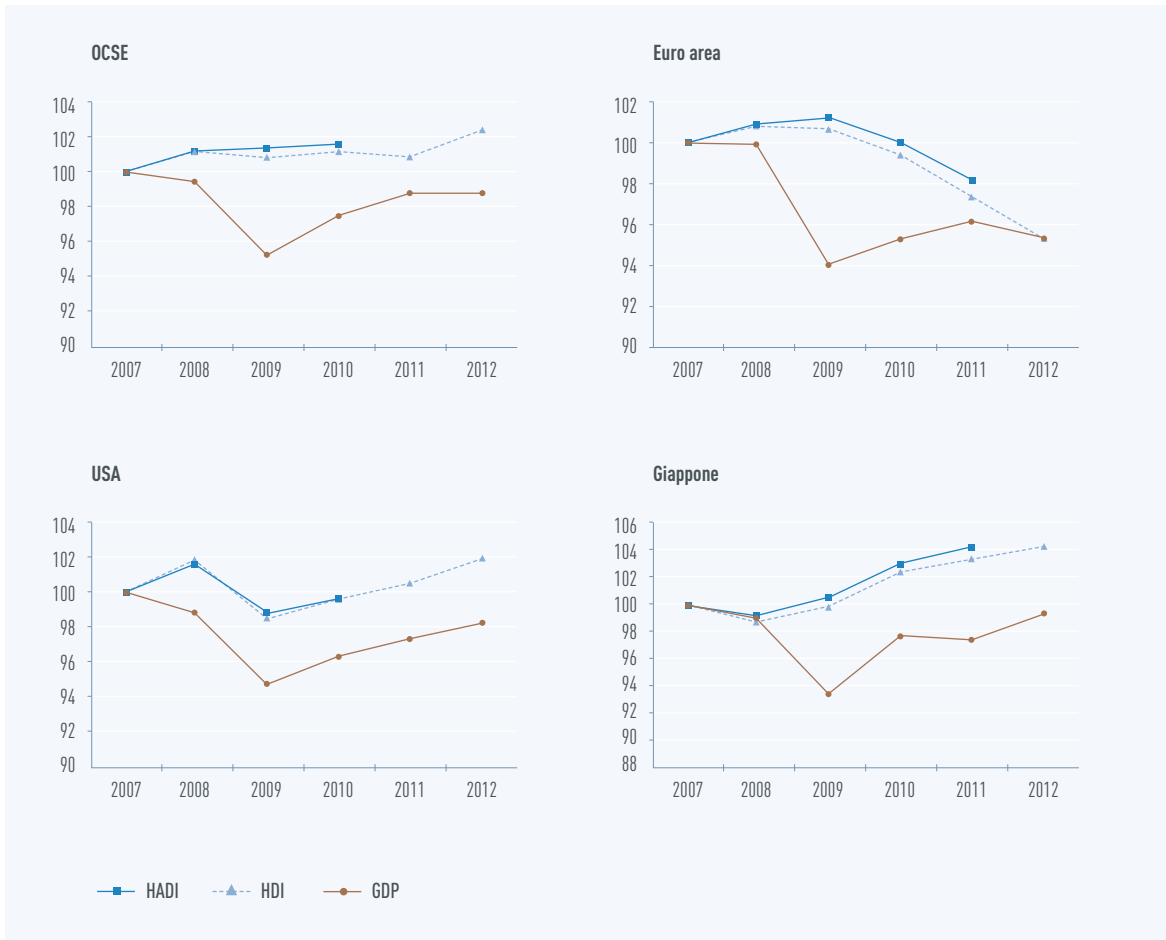
sia imputabile alle malattie croniche, con le prevalenze più spiccate tra gli strati poveri della società.

A differenza di quanto finora fatto e scritto sull'argomento, nelle pagine che seguono verrà fornito un quadro più aggiornato degli effetti della crisi economica sul livello di salute degli italiani e sulle diseguaglianze sociali, provando a contestualizzare tali risultati o in un'ottica temporale retrospettiva di lungo periodo, o in un'ottica di comparazione internazionale. Questo approccio è utile in quanto permetterà di capire meglio l'importanza dei cambiamenti che sono avvenuti e potrà, per quanto possibile, aiutare anche a capire quelli che potrebbero essere i settori e gli ambiti all'interno dei quali è necessario agire con maggiore urgenza.

### **1.1 Gli effetti della crisi economica a livello internazionale**

Tra il 2007 e il 2009, il PIL reale pro-capite è diminuito di quasi il 2,5% l'anno nella zona OCSE nel suo complesso, con una lenta ripresa solo dal 2010. Tra il 2010 e il 2011 il PIL pro-capite è aumentato dell'1% ed è rimasto piatto nel 2012. Nel 2012, per l'area OCSE nel suo complesso, il livello del PIL reale pro-capite è stato ancora dell'1% sotto il livello pre-crisi. Al contrario, secondo i dati di contabilità nazionale il reddito disponibile netto pro capite delle famiglie (HNADI, How's life – Headline indicator) ha mostrato maggiore resistenza del PIL reale pro capite, con una crescita continua, anche se a tassi molto modesti (*Figura 1.1*). In particolare, il reddito disponibile pro capite è cresciuto dell'1% nel 2009, quando il PIL reale pro-capite diminuiva del 4%.

**Figura 1.1** Trend del prodotto interno lordo reale pro capite e del reddito delle famiglie reale durante la crisi



Nota: La definizione delle famiglie include istituzioni non-profit che servono le famiglie, tranne per la Nuova Zelanda. I consumi privati delle famiglie sono usati come deflatore per il Reddito disponibile delle famiglie netto (Household net disposable income - HDI), mentre i consumi effettivi per il Reddito disponibile delle famiglie corretto netto (Household net adjusted disposable income - HADI). Tutti i valori 2012 sono stime basate su OCSE Economic Outlook No. 93. Le stime OCSE 2012 del Reddito disponibile delle famiglie netto escludono la Grecia.

Tra i paesi dell'OCSE, tuttavia, sia la tempistica che la portata dei cambiamenti del reddito disponibile reale pro capite delle famiglie è stata molto diversa. Nell'area dell'euro, l'impatto della crisi economica sui redditi delle famiglie è stato più ritardato che altrove, ma in generale anche più severo: ha continuato ad aumentare fino al 2009 e ha iniziato a diminuire dal 2010. Tra il 2009 e il 2012, il reddito disponibile pro capite reale delle famiglie è sceso di oltre l'1% all'anno, con un picco negativo nel 2011, quando il PIL reale pro capite aveva iniziato a risalire. Nel 2012, sia il PIL reale che il reddito familiare netto disponibile pro capite è sceso di nuovo. Complessivamente, dall'inizio della crisi, le riduzioni maggiori nel reddito disponibile delle famiglie in Europa sono state registrate in Grecia (oltre il 10% nel 2010 e nel 2011), Irlanda (quasi il 3% nel 2010, e oltre il 4% nel 2011), Ungheria (4% nel 2009 e del 3% nel 2010), Italia (3% nel 2009 e circa l'1% nel 2010 e nel 2011), Portogallo (5% nel 2011) e in Spagna (oltre il 4% nel 2010 e 3% nel 2011). Al contrario, Norvegia, Polonia e Svizzera hanno registrato un significativo incremento (2% per anno o più).

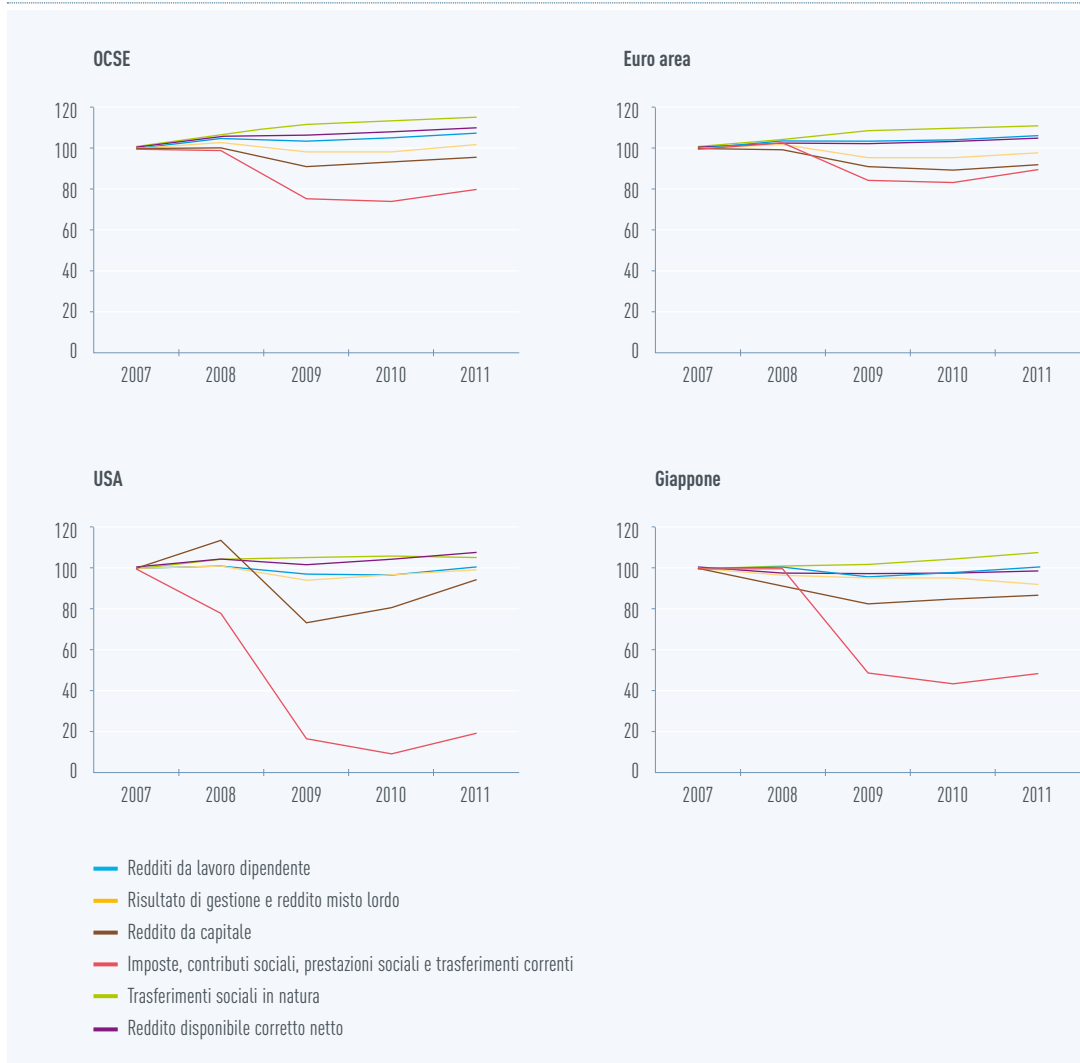
Le variazioni di reddito netto disponibile delle famiglie negli Stati Uniti hanno seguito più da vicino i movimenti del PIL, sia in termini di tempistica e le dimensioni reali delle famiglie: il reddito disponibile pro capite e il PIL reale pro capite hanno entrambi avuto una contrazione di circa il 4% nel 2009, con una crescita di entrambi gli aggregati a partire dal 2010. Entro la fine del 2012, il PIL reale pro capite era quasi al suo livello pre-crisi, mentre il reddito disponibile reale delle famiglie è stato del 2% in più rispetto al 2007. In altri paesi OCSE (non europei), la dinamica del reddito disponibile è stata generalmente più resistente alla crisi del PIL reale pro capite, in particolare in Corea e Giappone, così come in Canada e in Australia.

Questi diversi andamenti del reddito disponibile netto reale pro capite in tutta l'area OCSE riflettono i diversi andamenti sia del reddito primario (cioè la somma dei redditi da lavoro dipendente, redditi da capitale e risultato di gestione) che di quello secondario (cioè i trasferimenti sociali in natura, trasferimenti di denaro dal settore pubblico, e tasse e contributi sociali versati dalle famiglie), che sono le due grandi componenti del reddito disponibile netto delle famiglie.

Per l'area OCSE nel suo complesso, il reddito primario pro capite delle famiglie è sceso solo nel 2009 (-2,6%) ed è tornato a crescere dal 2010 (di oltre l'1% all'anno, Figura 1.2). Il calo dei redditi primari pro-capite riflette principalmente il calo del risultato di gestione (-4% nel 2009) e dei redditi da capitale (-9% nel 2009), rispetto ad un più modesto calo dei redditi da lavoro dipendente (-1% nel 2009). Tra il 2007 e il 2011, i trasferimenti netti versati dalle famiglie sono diminuiti del 20%, mentre i trasferimenti sociali in natura sono aumentati del 10%.

Nell'area dell'euro, il calo del reddito primario pro-capite ha seguito un andamento simile a quello della zona OCSE nel suo complesso, anche se entrambi i redditi da capitale e il risultato di gestione hanno continuato a scendere nel 2010 (Figura 1.2).

Figura 1.2 Formazione del reddito



Note: OCSE esclude Australia, Canada, Cile, Israele, Islanda, Svizzera e Turchia.

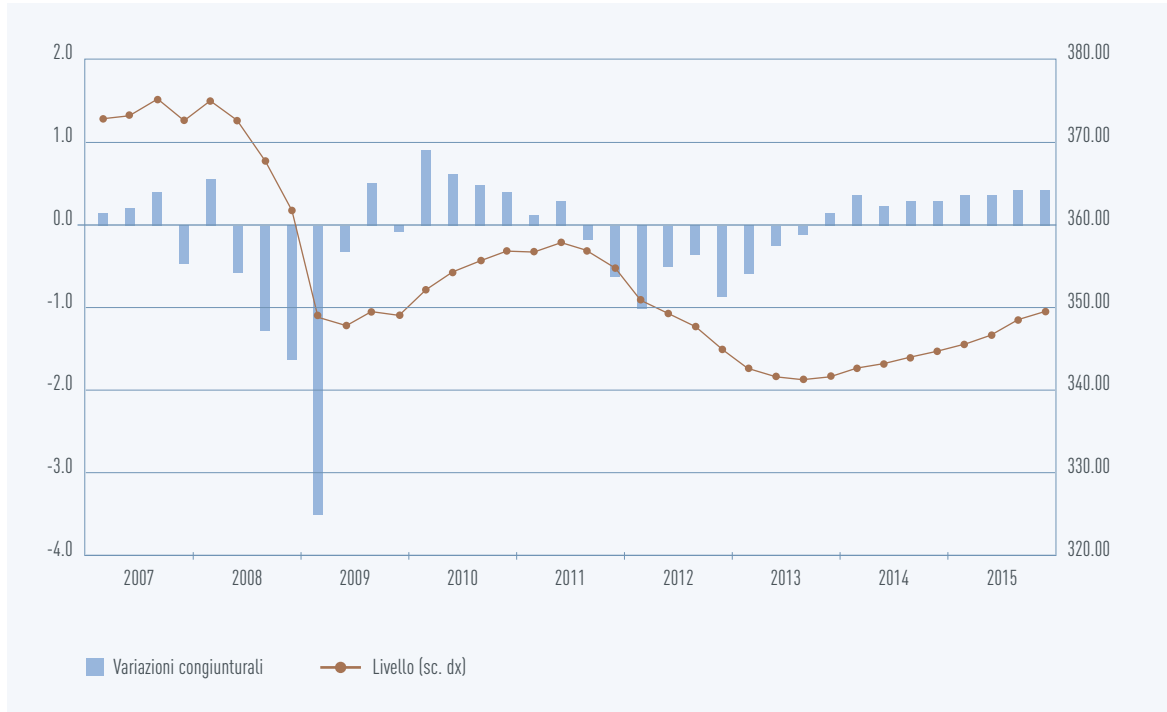
Fonte: elaborazioni OCSE su OECD National Accounts <http://dx.doi.org/10.1787/na-data-en>

Tuttavia, in contrasto con i trend prevalenti nella zona OCSE nel suo complesso, la redistribuzione del reddito attraverso le tasse e i trasferimenti verso le famiglie ha sostenuto i redditi primari solo fino al 2009; dal 2010, i trasferimenti netti pagati dalle famiglie hanno iniziato di nuovo ad aumentare, mentre i trasferimenti sociali in natura hanno registrato una stagnazione. Negli Stati Uniti, il grande calo dei redditi primari delle famiglie nel 2009 (-8%), il risultato di un tuffo in redditi da capitale (-40%), un forte calo del reddito da lavoro autonomo e abitazioni (-7%) e un piccolo calo di redditi da lavoro dipendente (-4%); al contrario, il reddito secondario (cioè il reddito che il governo ridistribuisce alle famiglie) è aumentato sostanzialmente poco dopo la crisi (*Figura 1.2*). Un andamento simile si è verificato in Giappone, dove il reddito primario è sceso significativamente nel 2009 come risultato della riduzione dei redditi da lavoro dipendente (-4%) e dei redditi da capitale (-9%), mentre il reddito secondario è aumentato in modo significativo come risultato di una forte riduzione dei trasferimenti netti pagati dalle famiglie.

## 1.2 Gli effetti della crisi economica in Italia

Tra gli stati membri dell'Unione Europea, l'Italia è stata sicuramente uno dei paesi più colpiti dalla recessione, che si è presentata in due diversi momenti tra il 2007 ed il 2013 (*vedi Figura 1.3*). Nel 2008 e 2009, il PIL italiano è diminuito rispettivamente dell'1,2 e del 5,1%. Nei due anni successivi la ripresa è stata debole, con il PIL che ha registrato un incremento del 1,7% nel 2010 e solo dello 0,4% nel 2011. Successivamente, nel 2012 si è avuto un riacutizzarsi della crisi, con un crollo del -2,4% del PIL, seguito da un'ulteriore diminuzione dell'1,8% nel 2013. A fine 2013 l'Italia risulta essere l'unico tra i Paesi più industrializzati a non aver ancora recuperato il livello di PIL del 2001 (*vedi Figura 1.4*).

**Figura 1.3** Andamento PIL italiano, dati trimestrali - Var. % e valori assoluti.



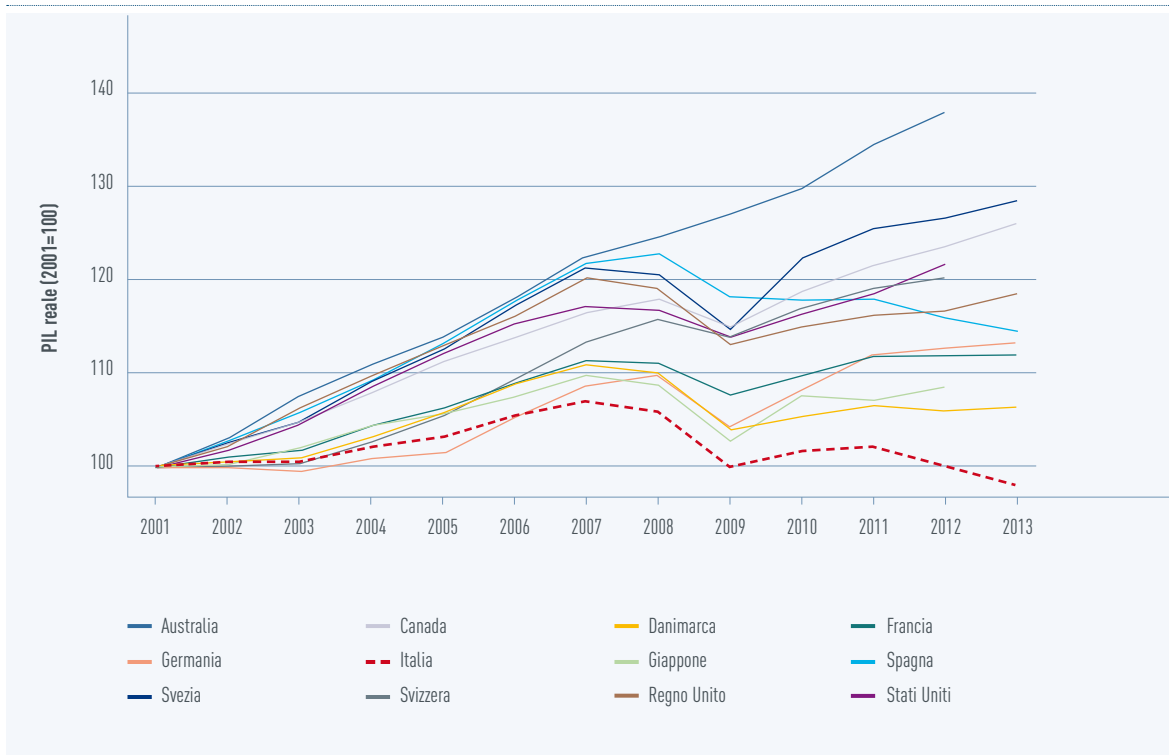
Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Centro Studi Confindustria e ISTAT.



Secondo i dati riportati da ISTAT, la crisi ha ridotto la ricchezza prodotta e ha colpito in maggior misura i redditi bassi, penalizzando soprattutto i lavoratori con minori competenze e retribuzioni. Nel 2012 in Italia la percentuale di individui a rischio povertà o esclusione sociale è salita al 29,9% (da 28,2% nel 2011), la quota più alta tra i paesi dell'Eurozona, a eccezione della Grecia (34,6%). L'Italia in questo momento è molto lontana dagli obiettivi di Europa 2020: nel 2012 le persone a rischio di povertà o esclusione sociale superavano i 18 milioni, il 30% in più rispetto al target europeo.

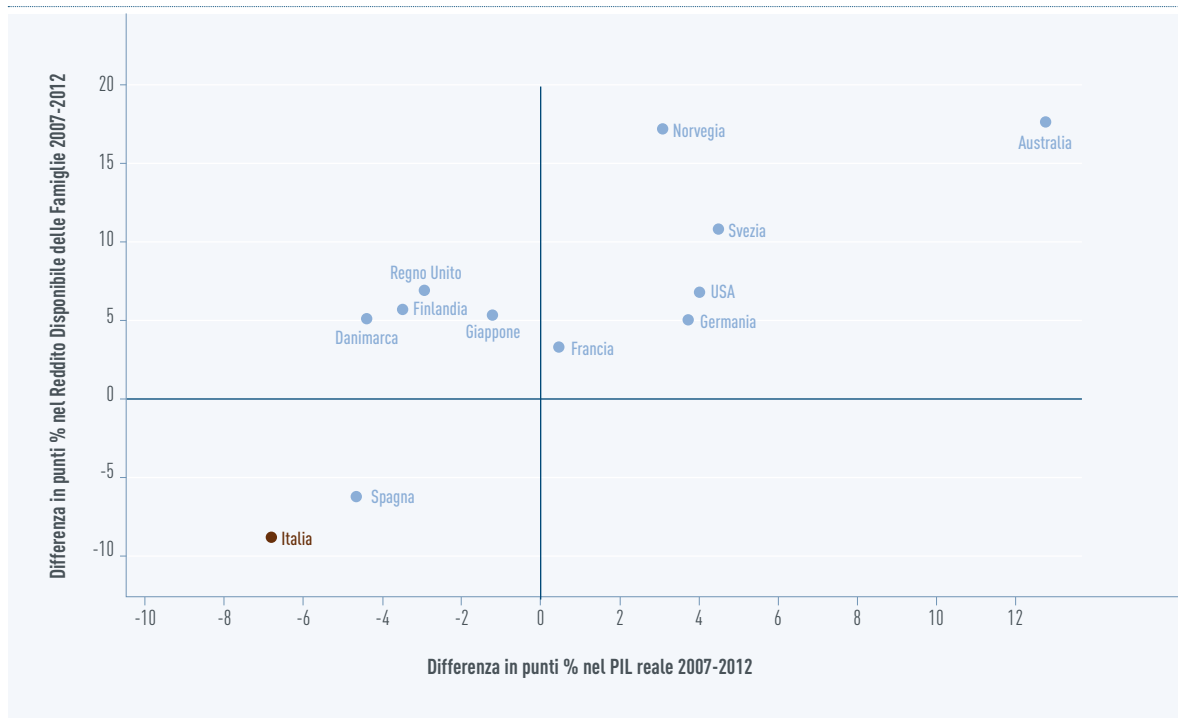
Oggi l'Italia è molto lontana dagli obiettivi di Europa 2020: nel 2012 le persone a rischio di povertà o esclusione sociale superavano i 18 milioni, il 30% in più rispetto al target europeo.

Figura 1.4 Comparazione livelli di PIL (2001=100)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati OCSE.

**Figura 1.5** Relazione tra variazioni nel reddito disponibile delle famiglie e variazioni nel PIL (2007-2012)



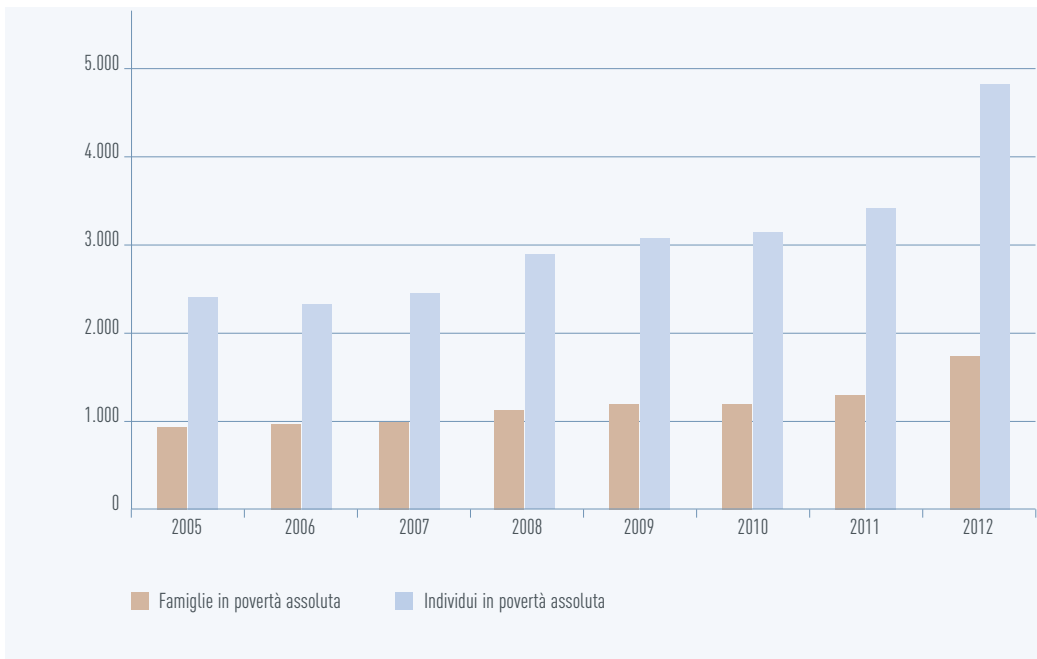
Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati OCSE.

A livello dei paesi OCSE più avanzati, l'Italia risulta essere uno dei paesi con il sistema di aiuti ai redditi meno efficace in assoluto. Infatti, guardando la [Figura 1.5](#) si nota chiaramente come l'Italia, insieme con la Spagna, siano gli unici due paesi dove nel periodo della crisi (2007-2012) alla riduzione del PIL si sia legata una pressoché equivalente riduzione del reddito disponibile delle famiglie. Al contrario, in paesi come UK, Finlandia e Danimarca la recessione del PIL è stata accompagnata da un aumento del reddito disponibile, segno di un sistema di ammortizzatori sociali che funziona.

Questa inefficienza del sistema di sostegno ai redditi ha permesso che nel 2012 più di un italiano su tre soffra di almeno uno dei tre disagi che caratterizzano l'indice di rischio di povertà o esclusione sociale: uno su dieci vive in una famiglia con bassa intensità di lavoro (10,3%), uno su cinque è a rischio di povertà dopo i trasferimenti sociali (19,4%) e uno su sette patisce forti mancanze materiali (14,5%). La marcata crescita di quest'ultimo gruppo è un dato preoccupante: in particolare si registra che tra il 2011 ed il 2013 la quota di individui che dichiara di non poter sostenere spese impreviste è passata dal 38,6% al 42,5%, quella di coloro che riferiscono di non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione dal 18,0% al 21,2%. Il trend crescente del disagio economico delle famiglie è confermato anche dai dati del Censis: nel 2013 il 24,3% delle famiglie intervistate fa fatica a pagare tasse o bollette.

**Tra i paesi OCSE più avanzati, l'Italia risulta essere uno dei paesi con il sistema di aiuti ai redditi meno efficace in assoluto.**

**Figura 1.6** La povertà non va in recessione in Italia  
(Famiglie e individui in condizione di povertà assoluta x1000)



Fonte: elaborazioni Centro Studi Confindustria su dati ISTAT.

La crisi ha aumentato anche la povertà assoluta: nel 2012 le famiglie in condizione di povertà assoluta erano 1 milione e 725mila (il 6,8% del totale), gli individui sfioravano i 5 milioni (l'8,0% della popolazione residente). Tra il 2011 e il 2012 si è registrato un vero e proprio balzo: il numero delle famiglie in condizione di povertà è salito del 33,0% e quello degli individui del 41,0% (Figura 1.6).

Una diretta conseguenza dell'impoverimento è il cambiamento dei modelli di consumo delle famiglie, che cercano di ricomporre il proprio paniere di beni riducendone la quantità e/o la qualità, e concentrando gli acquisti presso luoghi di distribuzione dove è possibile effettuare i risparmi più consistenti. Nel Rapporto Farmafactoring 2013 era già stato messo in risalto il ruolo che la crisi economica stava avendo nel cambiare i comportamenti degli italiani, in particolare nella sfera dei consumi e degli acquisti, con riduzione del consumo di alcuni alimenti tipici della buona dieta (frutta, verdura e pesce), o con la rinuncia forzata a palestre e piscine. Tale atteggiamento coinvolge ormai il 62,3% delle famiglie con un incremento di una percentuale vicina al 9% nell'ultimo anno, periodo in cui l'acquisto presso l'*hard discount* è passato del 10,5% al 12,3%. Anche il consumo di "servizi sanitari" regge tra 2010 e 2011, quando addirittura aumenta rispettivamente dell'1% e del 2,2%, salvo poi registrare una riduzione nel 2012 (-2,5%).<sup>2</sup>

Ed è ormai ampiamente evidente che l'impatto psicologico e materiale della crisi non lascia indenne l'area delle opzioni relative alla salute, penalizzando maggiormente i gruppi sociali a più basso reddito (anche se si è registrato qualche effetto positivo, ad esempio inducendo una quota di soggetti a rinunciare per ragioni economiche ad acquistare sigarette, con un effetto netto positivo sulla propria salute). Da diversi anni una serie di analisi condotte dal CEIS Tor Vergata, dal CENSIS e dal CERGIS hanno evidenziato come dal 2008 stiano emergendo chiari segnali per cui gli italiani stanno adattando il loro comportamento nel consumo del "bene salute". L'indagine Fbm-Censis del 2012 evidenziava che il 35% degli italiani si è rivolto alle strutture sanitarie pubbliche, accettando liste d'attesa più lunghe, per ottenere prestazioni che avrebbero acquistato direttamente da strutture private. Una minor disponibilità di reddito sembrerebbe quindi incentivare un maggior ricorso alla sanità pubblica, accettando maggiori disagi e tempi più lunghi, e rinviando il ricorso a prestazioni sanitarie meno urgenti, come dimostra quel 18% di italiani che ha rinviato visite specialistiche private ed odontoiatriche. Questo comportamento è in linea anche con quanto già rilevato dall'"VIII Rapporto Sanità" del CEIS Tor Vergata, secondo cui la spesa sanitaria privata si sarebbe ridotta del 2,7% medio annuo tra il 2001 e il 2007, per poi crollare del 4,8% tra

**Una diretta conseguenza dell'impoverimento è il cambiamento dei modelli di consumo delle famiglie, che cercano di ricomporre il proprio paniere di beni riducendone la quantità e/o la qualità, e concentrando gli acquisti dove è possibile effettuare i risparmi più consistenti.**

[2] Documento di Economia e Finanza 2013. Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica Prof. Enrico Giovannini, presso le Commissioni congiunte di Camera e Senato. Roma, 23 aprile 2013.

il 2007 e il 2009. Inoltre, quasi il 21% degli italiani, sempre secondo il Censis, ha ridotto l'acquisto di farmaci pagati di tasca propria: più del 23% dei 45-65enni, cosa che sembra essere giustificata dalla stima del rapporto Oasi 2012 di Cergas-Bocconi secondo cui l'aumento dei ticket sui farmaci sarebbe stato nel 2012 del 40%.

## La crisi economica e lo stato di salute della popolazione in Italia: i trend e i differenziali socio-economici.

Come ampiamente discusso nelle pagine precedenti, per capire a fondo gli effetti della crisi economica sullo stato di salute di una popolazione è fondamentale distinguere tra effetti di "breve" ed effetti di "lungo" periodo e, soprattutto, è fondamentale avere a disposizione una serie di indicatori che possano essere in grado di catturare le tante sfaccettature attraverso cui definire lo stato di salute degli individui e come questo possa evolversi nel tempo. Purtroppo, non potendo ottenere stime degli effetti di "lungo" periodo, nelle pagine che seguono ci concentreremo unicamente a descrivere gli effetti di "breve" periodo.

Tra i vari indicatori disponibili per analizzare i trend della salute, i più rilevanti sono quelli relativi alla salute soggettiva (*self-reported*), quelli sintetici sulla salute fisica e sulla salute mentale prodotti dall'ISTAT nelle indagini sulla salute, quelli relativi alle invalidità, al numero di cronicità, all'infortunistica e, infine, quelli relativi alla mortalità (per sesso, età, regione e causa). Tra questi indicatori quelli che più facilmente possono evidenziare effetti di breve periodo sono quelli legati alla salute soggettiva e mentale, che potrebbero peggiorare per effetto dello stress provocato dalla crisi (soprattutto in termini di effetti generati sul mercato del lavoro più instabile e a rischio per alcune fasce della popolazione). Inoltre, il peggioramento della salute mentale dovrebbe portare a evidenziare cambiamenti nella mortalità per causa dovuta a episodi di violenza (omicidi, suicidi e tentati suicidi) e di consumo di ansiolitici e antidepressivi.

Infine, nei capitoli precedenti abbiamo anche visto che esiste una chiara relazione tra livello del reddito e stato di salute e tra diseguglianze di reddito e stato di salute della popolazione. Poiché la crisi economica degli ultimi anni ha agito su entrambi gli aspetti ("livelli" e "diseguglianze") del reddito, le analisi saranno condotte guardando anche a questo aspetto.

### 2.1 Gli effetti di breve periodo della crisi economica sullo stato di salute

#### 2.1.a - Gli indicatori della salute mentale

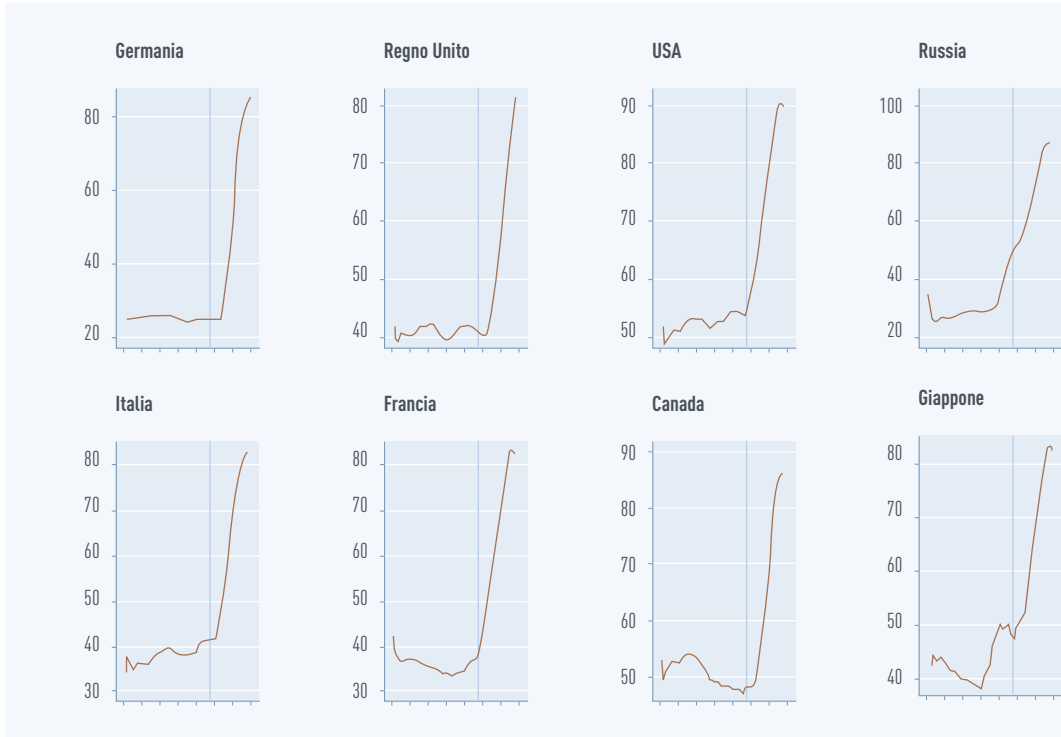
Nei periodi di crisi le tensioni generate sul mercato del lavoro, spesso a causa del maggior rischio di perdere il posto di lavoro, tendono a creare notevoli problemi di stress agli individui e alle famiglie che, inevitabilmente, si riverberano sulle condizioni di salute, in particolare quella mentale.

Nei periodi di crisi le tensioni generate sul mercato del lavoro, spesso a causa del maggior rischio di perdere il posto di lavoro, tendono a creare notevoli problemi di stress agli individui e alle famiglie che, inevitabilmente, si riverberano sulle condizioni di salute, in particolare quella mentale.

I dati disponibili relativi all'Italia confermano questa ipotesi. Dove la crisi ha avuto e sta avendo un impatto più forte sulla salute dei cittadini è, infatti, la dimensione psicologica e del benessere in senso ampio, e questo è un fenomeno che sembra essere trasversale ai gruppi sociali. Secondo l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), nel 2000 le dosi giornaliere assunte ogni mille abitanti erano poco più di 8. Oggi sono circa 36. Nel solo 2012 i consumi di medicine per il sistema nervoso centrale sono saliti dell'1,4%. Da un'indagine condotta dalla Società Italiana di Psichiatria (novembre 2013), risultante dai dati raccolti in oltre il 30 per cento dei Dipartimenti di salute mentale di 14 Regioni, la grave e perdurante crisi economica di questi anni ha inciso fortemente sull'aumento dei disturbi psichici che si è registrato in Italia negli ultimi tempi soprattutto tra i ceti meno abbienti; si osserva infatti che l'incidenza dei disturbi psichiatrici tra i soggetti con minori risorse economiche raddoppia rispetto a coloro che appartengono ad un livello socioeconomico medio-alto, con ciò ponendo un problema anche in termini di coesione sociale.

**Nel solo 2012 i consumi di medicine per il sistema nervoso centrale sono saliti dell'1,4%.**

**Figura 2.1** Andamento ricerche su internet della parola "sintomi" di alcune patologie nei Paesi del G8.

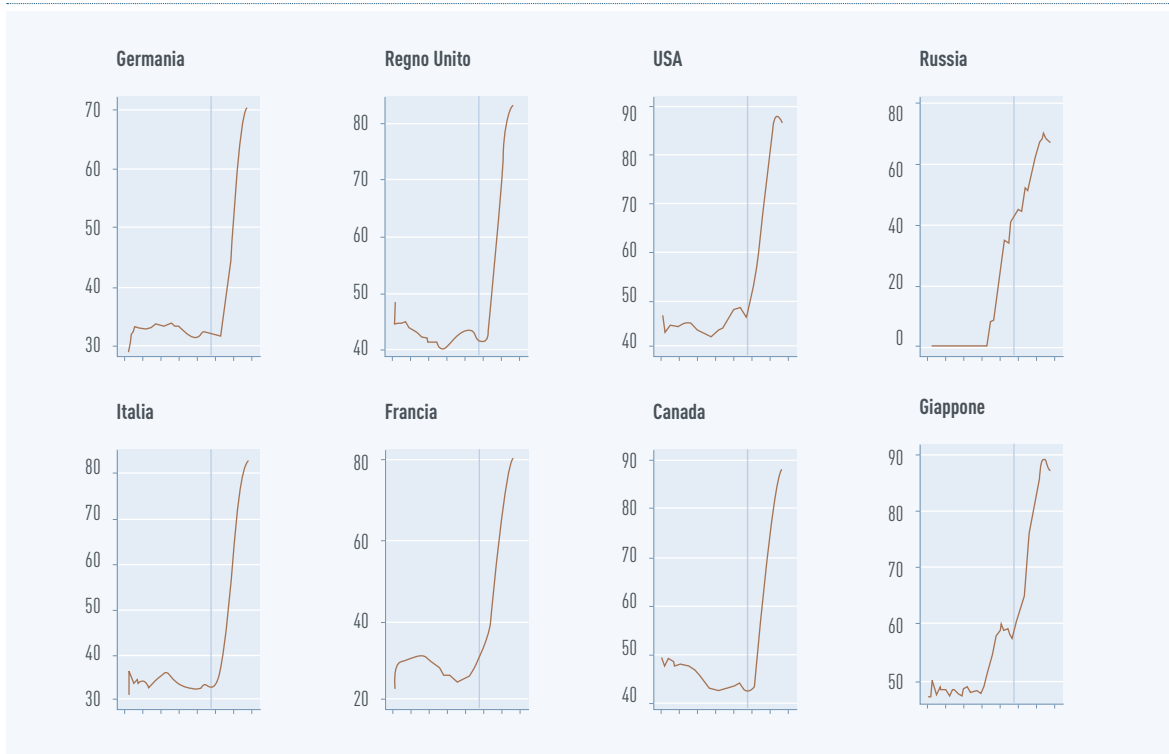


Un'altra interessante evidenza che supporta la tesi di un deterioramento della salute mentale degli individui in periodi di crisi è quella che deriva da uno studio internazionale condotto da Askitas e Zimmermann (2011) nei paesi del G8. In questo studio gli autori analizzano gli effetti delle recessioni sulla salute mentale utilizzando dati in *real-time* presi da *internet*. Gli autori hanno ricostruito le serie storiche delle ricerche su internet di parole quali "sintomi" e "effetti collaterali". Dalle [Figure 2.1](#) e [2.2](#) si nota un salto nelle ricerche a partire dal momento in cui negli USA è stato varato il *Troubled Asset Relief Program* (TARP), ovvero il programma per il salvataggio delle banche, che ha anche riconosciuto in modo ufficiale l'inizio della crisi a livello mondiale. Ciò che si vede è che la serie sintomi si impenna negli USA prima che negli altri paesi (con eccezione della Russia) in quanto negli Stati Uniti la crisi finanziaria inizia nel settembre del 2008 mentre, ad esempio, in Germania nella primavera del 2009.

Lo stesso discorso vale per le ricerche sulla parola "effetti collaterali" legati a farmaci che curano patologie del sistema nervoso. Gli autori mostrano che è lo shock negativo dell'economia che provoca l'aumento di richieste. L'ipotesi è che la crisi aumenti il numero di persone interessate a informarsi sui sintomi delle patologie e sugli effetti collaterali determinati dai farmaci usati per curare i sintomi.



**Figura 2.2** Andamento ricerche su internet della parola "effetti collaterali" per medicine legate al sistema nervoso nei Paesi del G8



Fonte: Askitas e Zimmermann (2011)

Infine, nella [Figura 2.3](#) sono riportati gli andamenti (riscalati) del numero di ricerche su internet per la parola "sintomi" e del tasso di disoccupazione negli USA. Come è facile vedere, la correlazione tra le due serie è altissima, soprattutto se si considera che i punti di svolta dell'istante in cui viene lanciato il TARP e del momento in cui la disoccupazione comincia a scendere a metà 2010 sono colti in modo perfetto dall'andamento delle ricerche su internet.

**Figura 2.3** Relazione tra ricerche su internet per "sintomi" e l'andamento della disoccupazione negli USA (valori riscalati)



Fonte: Askitas e Zimmermann (2011)

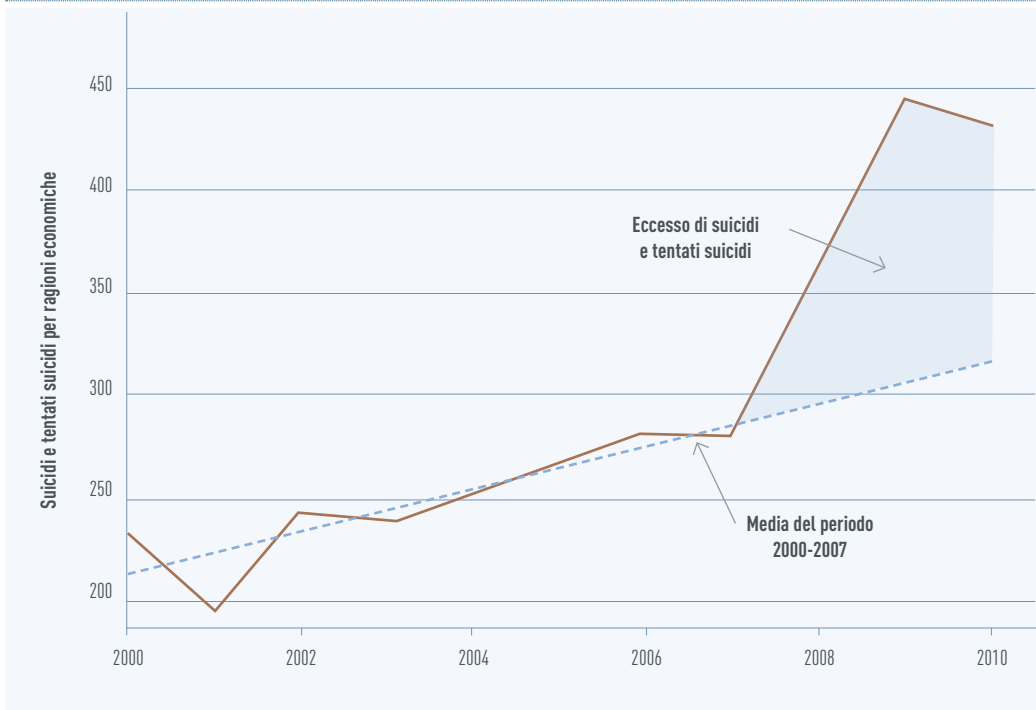
Un altro aspetto fondamentale nel valutare l'impatto di breve termine della crisi economica sulla salute mentale è quello di analizzare la mortalità per causa dovuta a episodi di violenza (omicidi, suicidi e tentati suicidi). Secondo quanto rilevato da Costa et al. (2012), i dati dell'indagine su suicidi e tentati suicidi dell'ISTAT mostrano che "la popolazione italiana è a basso rischio di suicidio, come in tutta l'Europa Meridionale, ma che il numero di suicidi per ragioni economiche, in leggera crescita dal 2002, si impenna appena prima della crisi e continua a salire con notevole velocità" (vedi figura 2.4).

Dati più aggiornati su questo fenomeno sono quelli raccolti da Link Lab, il Laboratorio di ricerca socio-economica dell'Università degli Studi Link Campus University, che studia questo fenomeno dal 2012.<sup>3</sup> Secondo tale fonte nell'anno 2013 sono state complessivamente 149 le persone che si sono tolte la vita per motivazioni economiche, rispetto agli 89 casi registrati nel 2012 di cui il 40% nel solo ultimo quadrimestre. Quasi la metà dei casi di suicidio (45,6%) fanno riferimento alla figura professionale dell'imprenditore, ma rispetto al 2012 cresce il numero delle vittime tra i disoccupati: sono 58, infatti, i suicidi tra i senza lavoro, numero che risulta più che raddoppiato rispetto al 2012 quando gli episodi registrati furono 28. Nel 2013, dopo i mesi estivi, il numero dei suicidi per ragioni economiche è tornato a salire.

Quasi la metà dei casi di suicidio (45,6%) fanno riferimento alla figura professionale dell'imprenditore, ma rispetto al 2012 cresce il numero delle vittime tra i disoccupati.

(3) Lo studio è scaricabile al seguente link <http://lab.unilink.it/files/2014/05/STUDIO-COMPLETO-Suicidi-crisi-1°-Trim.-2014.pdf>

**Figura 2.4** Numero di suicidi e di tentati suicidi per ragioni economiche in Italia tra il 2000 e il 2010



Fonte: Costa et al. (2012)

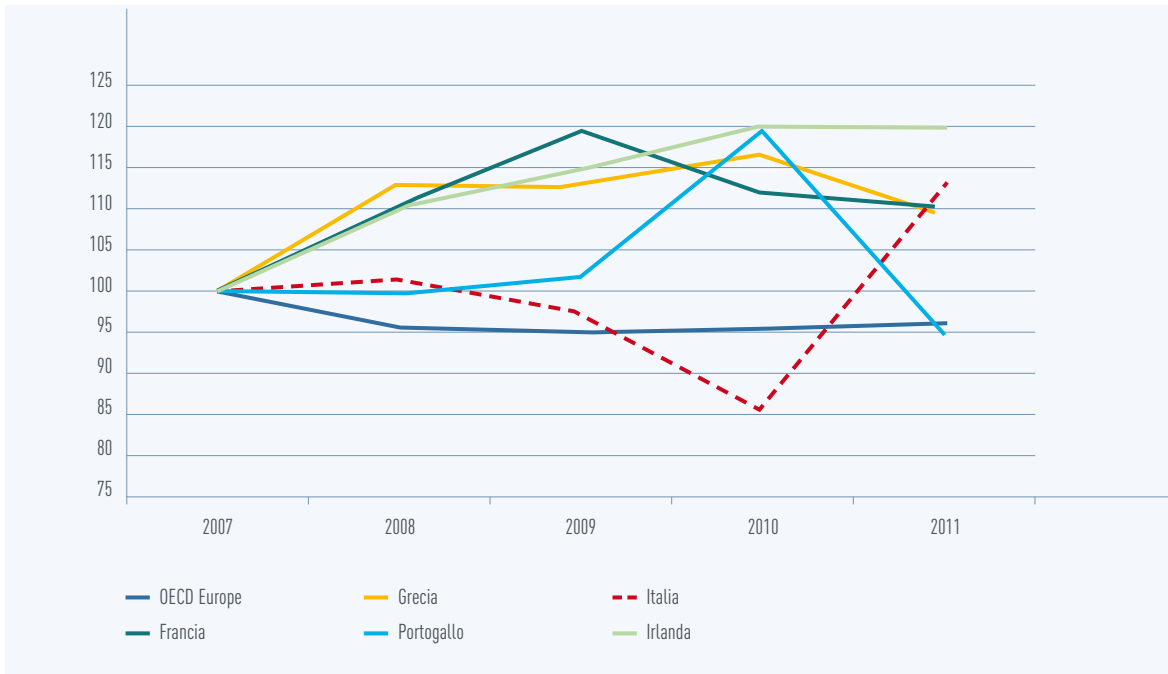
Nel 2013, così come nel 2012, la crisi economica, intesa come mancanza di denaro o come situazione debitoria insanabile, rappresenta la motivazione principale del tragico gesto, all'origine dei 108 suicidi (72,5%) nel 2013, a fronte dei 44 del 2012. La perdita del posto di lavoro continua a rappresentare la seconda causa di suicidio: 26 gli episodi registrati, in lieve aumento rispetto al 2012 quando i casi sono stati 25. A incidere inoltre sul tragico epilogo, i debiti verso l'erario: 13 le persone che nel 2013 si son tolte la vita a causa dell'impossibilità di saldare i propri debiti nei confronti dello Stato. A questi dati vanno poi aggiunti quelli relativi ai tentati suicidi: sono infatti 86 le persone che nel 2013 hanno provato a togliersi la vita per motivazioni riconducibili alla crisi economica, tra cui 72 uomini e 14 donne, contro i 48 casi complessivi registrati nel 2012. Anche tra i tentativi di suicidio, a destare allarme è l'incremento registrato nelle regioni meridionali: si passa infatti dai 5 casi del 2012 a ben 25 tragici tentativi di porre fine alla propria vita rilevati nel 2013. I disoccupati che nel 2013 hanno tentato di togliersi la vita sono 50. Erano 20 nel 2012.

### **2.1.b – Gli indicatori soggettivi della salute (self reported)**

Gli effetti della crisi economica sullo stato di salute auto dichiarato (*self-reported*) della popolazione nel suo complesso sono poco chiari. Secondo i dati riportati nella [Figura 2.5](#), la percentuale di persone che all'interno dei paesi OCSE dichiara un cattivo stato di salute non è cambiata tra il 2007 e il 2011 (ultimo anno disponibile). Tuttavia, se si guarda ai singoli Paesi, si notano alcune differenze interessanti. Da un lato ci sono alcuni paesi europei, come Francia, Grecia e Irlanda che sembrano aver aumentato di circa il 20% il numero delle persone che dichiarano uno stato di salute "pessimo". Dall'altro ci sono paesi come l'Italia e il Portogallo in cui non è accaduto nulla fino al 2009 e poi, dal 2010 l'indicatore prima diminuisce e poi aumenta (e viceversa).

**Nel 2013, così come nel 2012, la crisi economica, intesa come mancanza di denaro o come situazione debitoria insanabile, rappresenta la motivazione principale dei suicidi.**

**Figura 2.5** Percentuale di persone che dichiarano un cattivo stato di salute (2007=100)

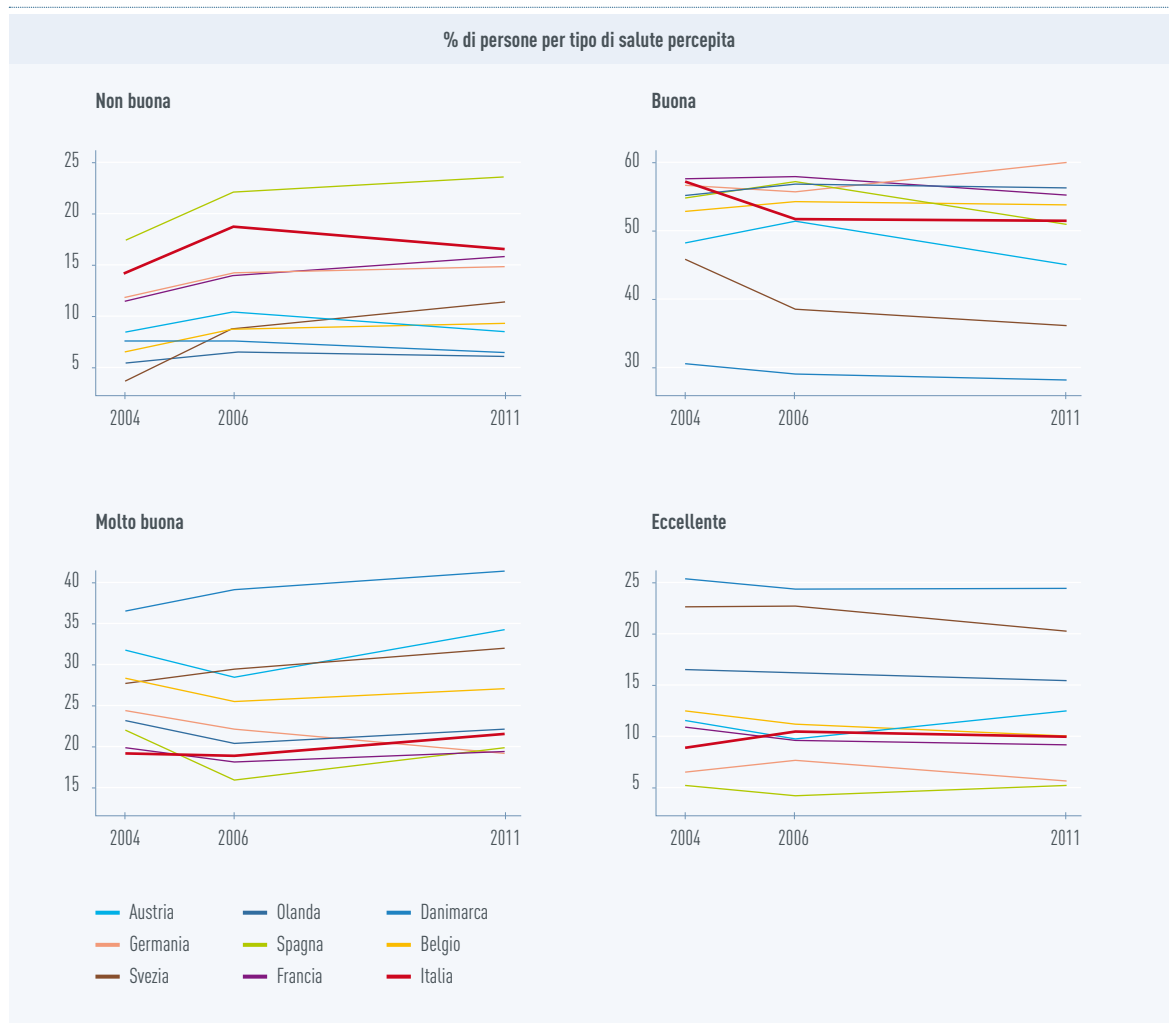


Fonte: Elaborazioni OCSE basati sulle statistiche dell'Unione Europea sui redditi e condizioni di vita (EU-SILC), [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu\\_silc](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc).

Un risultato simile si ottiene utilizzando anche dati provenienti dall'indagine SHARE. In questo caso, come si può vedere dalla [Figura 2.6](#), nei Paesi considerati gli indicatori di stato di salute auto-dichiarato rimangono pressoché costanti nel tempo, anche se con qualche eccezione: Germania, Spagna e Svezia che tra il 2006 e il 2011 presentano un leggero aumento della percentuale di persone con stato di salute "non buono", ma tale aumento (soprattutto tra il 2006 e il 2011) non è statisticamente significativo. Al contrario, per altri paesi si può osservare un miglioramento e non un peggioramento. Un caso particolare degno di nota è quello della Spagna in cui tra il 2006 e il 2011 si osserva una bipolarizzazione della distribuzione, con persone nella parte bassa della distribuzione che riducono il livello di salute e quelli nella parte alta che lo migliorano ulteriormente. Inoltre, questi risultati sono robusti anche a una suddivisione dei Paesi per tipologia di sistema sanitario o per zona geografica (Nord, Centro e Sud-Europa).<sup>4</sup>

(4) Vale la pena di rimarcare che la Grecia è stata esclusa dall'indagine poiché nel 2011 non ha partecipato all'indagine SHARE.

Figura 2.6 Andamento stato di salute auto-dichiarato in Europa - DATI SHARE (2004-2011)



Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati SHARE

Relativamente all'Italia, secondo le stime provvisorie dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'Istat nel 2012-2013, relative ai primi due trimestri dell'indagine (settembre e dicembre 2012), l'indicatore di stato di salute auto-riferito non sembra essere cambiato sia in termini di distribuzione tra classi di età e sesso, sia in termini di livello tra il 2005 e il 2012. Situazione simile si riscontra se si fa ricorso agli indicatori di salute auto-riportata contenuti nelle indagini sugli "Aspetti di vita

quotidiana” che sono disponibili su base annuale. Dalla *Figura 2.7* si vede chiaramente come dal 2001 la distribuzione dei pazienti tra i vari stati di salute non sia modificata (panel A). Risultati simili ottengono se il confronto lo si fa sulla percentuale di pazienti con patologie croniche (panel B), sulle prevalenze di patologie croniche e sul numero di invalidità: anche in questi casi, nell’arco di 12 anni non si nota nessun cambiamento significativo (anche a dispetto di un aumento della popolazione anziana).

**Figura 2.7** Andamento stato di salute auto-dichiarato, numero malattie croniche e prevalenze patologie in Italia – 2001-2012



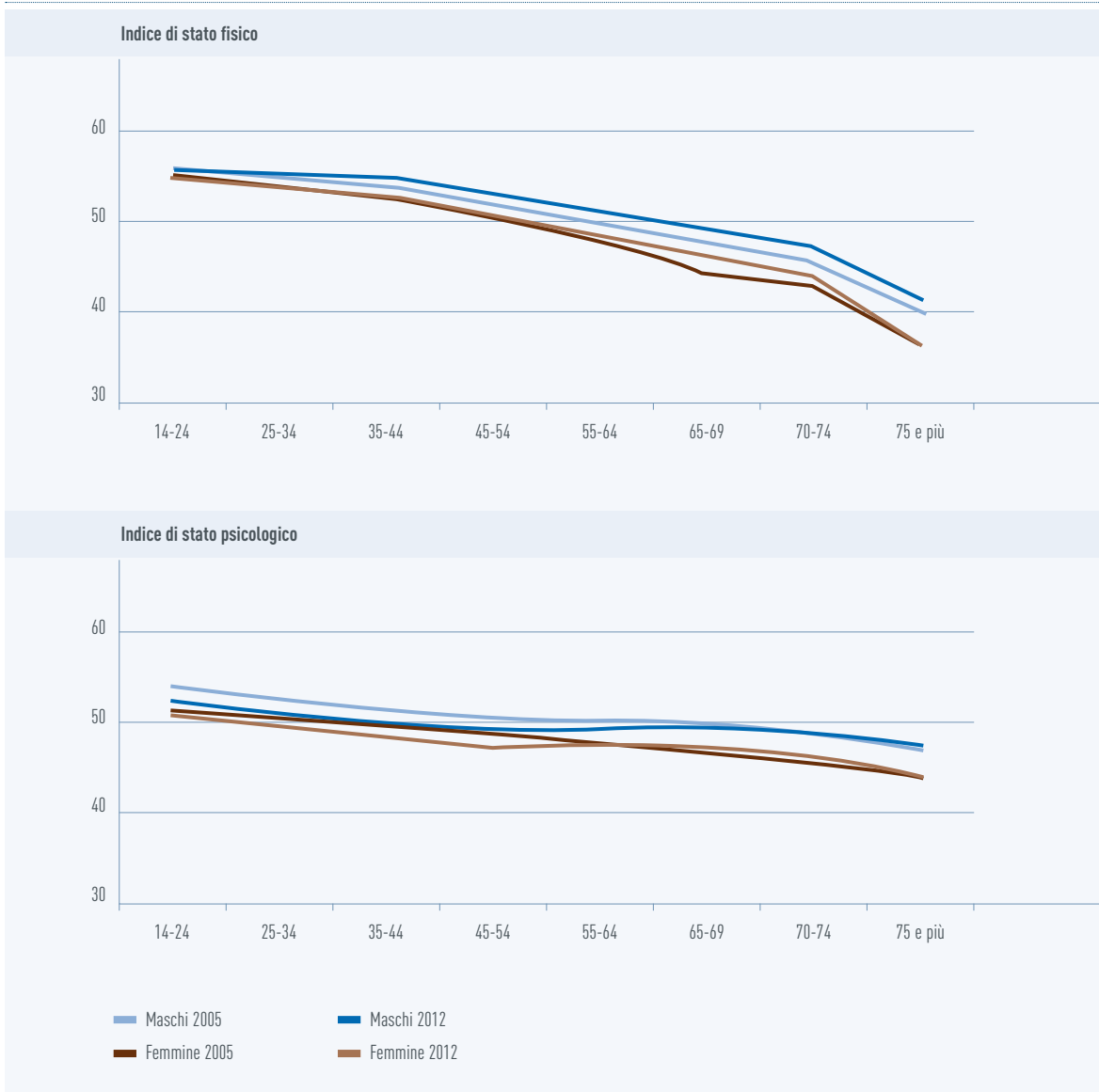
Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati "Aspetti della vita quotidiana" ISTAT.

### **2.1.c – Gli indicatori sintetici di salute fisica e psichica**

A risultati simili si perviene utilizzando la batteria di quesiti SF12 disponibile nell'indagine Multiscopo sullo stato di salute degli italiani che consente di costruire due indici sintetici, uno riferito allo stato di salute fisico (PCS12) e l'altro riferito allo stato di salute psicologico (MCS12). Secondo quanto riportato nel rapporto preliminare di presentazione dei risultati dell'indagine 2012-2013 (ISTAT, 2013), "all'aumentare dei punteggi medi degli indici corrispondono valutazioni migliori delle condizioni di salute psicofisica. La curva discendente con l'età evidenzia un peggioramento dello stato fisico più marcato rispetto a quello psicologico. Le donne presentano sempre punteggi medi più bassi per entrambi gli indici. Rispetto al 2005, sembra leggermente migliorare la percezione delle condizioni di salute fisica e peggiorare quella relativa allo stato psicologico (principalmente per le persone in età lavorativa): il punteggio medio dell'Indice di stato fisico per la popolazione di 14 anni e più, controllato per età, aumenta da 49,9 a 50,7, mentre l'Indice di stato psicologico diminuisce da 49,6 a 48,8" *(vedi Figura 2.8)*.



**Figura 2.8** Indice di "stato fisico" e indice di "stato psicologico" delle persone di 14 anni ed oltre per sesso e classi di età. Media settembre - dicembre 2005 e 2012, punteggi medi



Fonte: ISTAT (2013)

## 2.2 Le disuguaglianze sanitarie in Campania e in Italia: il punto di vista dei cittadini<sup>5</sup>

Quali sono le principali disuguaglianze nella salute e in sanità oggi in Italia? Oltre alla tradizionale “forbice” tra Nord e Sud, sono maturate nuove forme di disparità tra i cittadini italiani? Come sta cambiando il rapporto dei cittadini con la tutela del diritto alla salute, la quale costituisce la *mission* storica del Servizio Sanitario? Queste sono alcune delle domande cui ha inteso rispondere la ricerca realizzata dalla Fondazione, a livello nazionale e con un focus specifico sulla regione Campania. La ricerca ha previsto una pluralità di approfondimenti, tra i quali una meta-analisi di indagini e ricerche recenti sul tema delle disuguaglianze sanitarie, l’elaborazione desk di un set di indicatori in grado di esprimere in modo sintetico, impressivo e di facile lettura le disuguaglianze in ambito sanitario ed una indagine di popolazione su un campione di 1.000 italiani e di 500 campani volta a rilevare le esperienze vissute e il punto di vista dei cittadini.

### 2.2.a Stili di vita in Campania: l’urgenza di un’intensa campagna promozionale

Una letteratura scientifica consolidata fondata su varie ricerche di campo certifica che una delle ragioni principali di differenziazione della salute dei cittadini consiste nei diversi stili di vita:

l’alimentazione, il rapporto con il fumo e la propensione a svolgere attività fisica sono tutti aspetti di vita quotidiana che determinano il grado di buona o cattiva salute delle persone.

Dati Istat 2013 indicano che la Campania è tra le regioni con la quota più alta di persone in *sovrappeso* o *obese*: infatti, il 51,9% della popolazione campana è valutato come obeso o in sovrappeso, di contro ad una media nazionale del 44,5%.

Il dato si attenua, ma solo in parte, considerando solo l’obesità, poiché l’analisi della graduatoria regionale per il solo tasso di obesità standardizzato mostra che ci sono altre regioni che registrano valori più alti, e inoltre, che il valore registrato in Campania (10,3%) coincide con il valore medio Italia.

La Campania presenta poi un altro dato non positivo, quello della sedentarietà poiché è oltre il 61% dei campani a non svolgere attività fisiche e/o sportive, dato superiore di quasi venti punti percentuali alla media nazionale.

Riguardo al *rapporto con il fumo*, dai dati Istat emerge che circa il 23% dei residenti di 14 anni e oltre in Campania sono fumatori; sebbene i fumatori abituali siano in diminuzione, il dato resta comunque più elevato, di quasi 2 punti percentuali rispetto alla media nazionale.

La letteratura scientifica è concorde nell’affermare che una delle ragioni principali di differenziazione della salute dei cittadini consiste nei diversi stili di vita.

(5) Il materiale presentato in questa sezione sintetizza i risultati dell’attività di ricerca del CENSIS per la Fondazione Farmafactoring.

I dati citati sono inequivocabili: tra i cittadini campani sono diffusi comportamenti non salutari che nel tempo sono inevitabilmente destinati a generare insorgenza di patologie in misura più alta rispetto a contesti dove sono praticati comportamenti salutari, con un impatto quindi potenzialmente negativo anche sulla domanda di prestazioni sanitarie e sui connessi costi da affrontare. Non sorprende la diffusione di comportamenti non salutari in Campania osservando i dati sulla percezione del peso che i comportamenti quotidiani, e gli stili di vita hanno sulla salute: richiesti di indicare i fattori che più minacciano la propria salute, solo il 16,9% dei cittadini campani ha richiamato le *cattive abitudini* quotidiane, di contro al 24,7% dei cittadini italiani (cfr. *Tabella 2.1*).

Dai dati Istat 2013 risulta che la Campania è tra le regioni con la quota più alta di persone in sovrappeso o obese.

**Tabella 2.1** Fattori che minacciano direttamente la propria salute secondo i cittadini, confronto Campania-Italia - (val. %)

Quali tra i seguenti fattori lei ritiene minaccino direttamente o indirettamente la Sua salute?	Campania	Italia
- Inquinamento atmosferico	41,3	41,9
- Difficoltà economiche, reddito insufficiente	39,6	33,7
- Precarietà del lavoro	24,5	16,5
- Abitudini poco sane (fumo, alcol, dieta scorretta, sedentarietà, ecc.)	16,9	24,7
- Un lavoro stressante e/o pericoloso	12,0	14,8
- Carenza di operatori/strutture/prestazioni adeguate nel territorio in cui vive	11,4	9,8
- Abitazione inadeguata	3,6	1,5
- Problemi in famiglia (instabilità di coppia, morte di un caro, ecc.)	7,3	7,3
- Carenza di informazioni adeguate sulla salute, lo stare bene	6,6	8,7

**Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte**

Fonte: indagine Censis, 2014

Altri sono i fattori che nella percezione dei campani più minacciano la loro salute, e in particolare si tratta del richiamo all'inquinamento atmosferico menzionato dal 41,3% dei campani e dal 41,9% degli italiani e gli aspetti economici. Difatti, il 39,6% dei campani indica le difficoltà economiche delle famiglie (contro il 33,7% della media nazionale) e il 24,5% menziona la precarietà del lavoro (contro il 16,5% degli italiani).

Dunque la salute per i campani è innanzitutto un *fatto economico*, visione che ha un suo fondamento, ma che preoccupa visto che la sottovalutazione dei fattori soggettivi rischia di contribuire ad ampliare le disuguaglianze.

Esiste però una diversa capacità di comprendere il peso degli stili di vita nella tutela della salute in relazione al capitale culturale delle persone.

L'idea della salute come *fatto economico* emerge anche dalle opinioni dei campani relativamente alle fasce di popolazione maggiormente a rischio di subire disuguaglianze: infatti, il 66,7% dei campani di contro al 61% degli italiani, è convinto che la fascia di popolazione maggiormente a rischio di subire disuguaglianze in sanità sia costituita dai possessori di bassi redditi (cfr. *Tabella 2.2*).

**Tabella 2.2** Fasce di popolazione maggiormente a rischio di subire disuguaglianze nella salute secondo gli intervistati, confronto Italia-Campania - (val. %)

<i>Secondo Lei, quali tra le seguenti fasce di popolazione sono maggiormente a rischio di subire disuguaglianze in sanità?</i>	<b>Italia</b>	<b>Campania</b>
- Persone con redditi bassi	61,0	66,7
- Residenti nel Mezzogiorno	25,9	29,4
- Anziani	32,9	27,9
- Persone con basso livello di istruzione	22,0	21,8
- Persone affette da patologie croniche o invalidanti	20,8	13,8
- Persone con stili di vita non salutari (alcolisti, tossicodipendenti, ecc.)	15,4	12,9
- Persone che vivono sole	18,4	10,1
- Migranti	10,3	9,3
- Bambini	3,8	6,9
- Donne	1,3	2,4
- Giovani	1,4	1,8
<b>Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte</b>		

Fonte: indagine Censis, 2014

### 2.2.b Ingiustizie vissute e ingiustizie temute

La presente ricerca ha inteso anche dare visibilità ad una serie di fenomeni relativi al modo in cui le persone vivono e percepiscono le ingiustizie legate alle varie forme di disuguaglianze.

Tra i cittadini campani il 14% afferma di avere subito personalmente una qualche forma di ingiustizia nel rapporto con la sanità, di contro all'8,2% degli italiani.

Sul tipo di *ingiustizia subita* emerge che:

- il 26,6% dei campani e il 21,1% degli italiani dichiara di avere ricevuto una diagnosi errata;
- il 24,9% dei campani e il 20% degli italiani non ha ricevuto le informazioni di cui aveva bisogno;
- il 20% dei campani e il 29,2% degli italiani dichiara di avere trascorso molte ore in condizioni disagiate in attesa di una prestazione;
- il 16,9% dei campani e il 9,4% degli italiani si è visto scavalcato nell'accesso alla prestazione da altre persone presumibilmente raccomandate;
- il 12,1% dei campani ed il 9,6% degli italiani ha vissuto come una ingiustizia l'essere costretto ad andare a curarsi fuori dalla propria regione perché non vi erano strutture o servizi adeguati.

Altro dato interessante è quello relativo alla valutazione complessiva sulle cure ricevute in caso di malattia negli ultimi dodici mesi: il 32,6% dei cittadini campani ed il 26,5% degli italiani ritengono che le cure non siano state le migliori possibili.

Il 50% in Campania e circa il 53% in Italia ritengono che *se i tempi di attesa fossero stati più brevi avrebbero potuto curarsi meglio* e il 41,6% dei campani ed il 25% del resto degli italiani ritengono che se avessero avuto più soldi a disposizione avrebbero potuto curarsi meglio (cfr. *Tabella 2.3*).

**Il 50% in Campania e circa il 53% in Italia ritengono che se i tempi di attesa fossero stati più brevi avrebbero potuto curarsi meglio e il 41,6% dei campani ed il 25% del resto degli italiani ritengono che se avessero avuto più soldi a disposizione avrebbero potuto curarsi meglio.**

**Tabella 2.3** Fattori che avrebbero consentito ai cittadini di ottenere cure migliori, confronto Italia-Campania - (val. %)

<i>Se secondo Lei non è stato curato nel miglior modo possibile, quali fattori Le avrebbero consentito di curarsi meglio?</i>	<b>Italia</b>	<b>Campania</b>
- Se i tempi di attesa fossero stati più brevi	52,8	50,0
- Se avesse avuto più soldi	25,0	41,6
- Se fosse stato curato da operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.) più bravi e competenti	40,6	24,2
- Se fosse vissuto in un'altra regione	14,7	21,4
<b>Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte</b>		

Fonte: indagine Censis, 2014

È stato quindi chiesto agli intervistati di cosa sono maggiormente preoccupati, al di là della sofferenze fisiche, nel caso della insorgenza di patologia grave. Dai dati emerge che si dichiarano preoccupati:

- il 52,4% dei cittadini campani ed il 43,8% del resto degli italiani per i *costi associati a visite, terapie e farmaci*;
- il 44,3% dei campani ed il 45,8% del resto degli italiani dei *tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni*;
- il 22,4% dei cittadini campani e il 17,3% degli italiani per la scarsa efficienza delle strutture sanitarie del territorio in cui vivono;
- l'11,3% dei campani e l'8,2% degli italiani per l'inadeguata professionalità degli operatori;
- il 10,9% dei campani e circa il 14,9% degli italiani per la carenza di supporto materiale e psicologico;
- il 9,5% dei campani e il 10,5% degli italiani per la mancanza di sufficienti informazioni sui percorsi di diagnosi e cura.

L'attenzione particolare dei campani e, in misura minore del resto degli italiani, alla dimensione economica del rapporto con le opportunità di cura trova ulteriore conferma nelle opinioni sui fattori che più contano nel caso in cui una persona debba curarsi: il 55,7% dei cittadini campani ed il 48,1% degli italiani ritengono che il fattore in gioco più importante sia il *denaro che si possiede* (cfr. *Tabella 2.4*). Non può non colpire l'intensità del richiamo al ruolo del denaro in caso di bisogno di cura o quello della paura dei costi da affrontare

in caso di malattia grave, in quanto segnalano il venir meno nel profondo della coscienza collettiva la sicurezza legata alla sanità pubblica, universalista, e la paura delle disuguaglianze legate alla diversa dotazione economica e patrimoniale dei malati e delle loro famiglie.

### 2.2.c La percezione delle disuguaglianze nella sanità

Il 47,4% dei cittadini campani ritiene che le disuguaglianze sanitarie siano maggiori nel nostro Paese rispetto a paesi Ue omologhi come la Francia, la Germania e la Spagna; mentre il 31,5% del resto dei cittadini italiani intervistati ritiene la sanità italiana più equa di quella degli altri Paesi indicati.

**Tabella 2.4** Fattori considerati importanti quando si ha bisogno di cure secondo i campani, per titolo di studio - (val. %)

<i>Pensando al caso in cui le persone hanno bisogno di essere curate, quali tra i seguenti fattori è più importante?</i>	<b>Nessuno/ Licenza elementare</b>	<b>Licenza media/ Qual. prof.</b>	<b>Diploma</b>	<b>Laurea o superiore</b>	<b>Campania</b>	<b>Italia</b>
Il denaro che si possiede	76,6	60,7	51,9	47,7	55,7	48,1
Vivere in un territorio con una buona sanità pubblica	16,0	24,8	23,4	30,4	23,8	30,3
Il sostegno e la vicinanza dei propri cari	20,5	20,6	22,5	26,2	24,4	25,3
La possibilità di recarsi nei territori con strutture sanitarie adeguate	21,3	21,8	25,2	21,3	22,6	18,1
Avere le conoscenze/amicizie utili nella sanità	18,0	17,9	18,2	20,6	18,5	13,8
Poter disporre di pareri da parte di più medici, più operatori sanitari	21,3	18,2	20,9	11,6	18,0	26,7
Saper raccogliere e valutare le informazioni utili		0,5	2,9	2,8	2,5	9,5
<b>Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte</b>						

Le diseguaglianze nella percezione collettiva non sono solo tra territori regionali in conformità con l'organizzazione regionalista della sanità, ma anche tra territori intra-regionali, con una variabilità delle opportunità di cura tra le province e/o i comuni: infatti, pensano che ci siano differenze all'interno delle regioni il 69% dei campani ed il 60,1% degli italiani.

Tali differenze sono imputate dal 34,0% dei campani e dal 24,7% degli altri italiani alla diversa qualità di servizi e strutture, dal 31,0% dei campani e dal 38,4% degli italiani alla differente capacità della politica locale di programmare; dal 28,6% dei campani e dal 26,7% degli italiani alla efficienza organizzativa; dal 27,3% dei campani e dal 23,1% degli italiani alla competenza degli operatori; dal 25,9% dei campani e dal 22,9% degli italiani alla dotazione tecnologica delle strutture; e, infine, dal 19,9% dei campani e dal 20,9% degli italiani alla diversa dotazione di risorse economiche pubbliche.

In sintesi dunque a questo proposito si può dire che:

- la sanità italiana risulta più disuguale di quella di molti paesi Ue e meno capace di promuovere equità di quanto lo fosse nel passato anche recente;
- i cittadini campani hanno una percezione più acuta delle diseguaglianze sanitarie e delle *defaillance* del loro Servizio Sanitario.

### **2.2.d Gli effetti della crisi**

Il 63,6% dei cittadini campani intervistati ritiene che le recenti politiche di contenimento della spesa pubblica in sanità abbiano aumentato le diseguaglianze, opinione condivisa dal 50,2% del resto degli italiani.

L'effetto regressivo delle politiche sanitarie di bilancio viene rilanciato dalla convinzione espressa dal 55,7% dei campani di contro al 46% degli italiani che esse abbiano intaccato il diritto alla salute soprattutto per i cittadini meno abbienti; è invece il 35% dei campani ed il 39,8% degli italiani a pensare che tali manovre abbiano colpito in modo socialmente indifferenziato tutti i cittadini (*cf. Tabella 2.5*).

Nella percezione collettiva le diseguaglianze non esistono solo tra regioni, ma anche all'interno delle regioni, con una variabilità delle opportunità di cura anche tra province e/o comuni.



**Tabella 2.5** Impatto delle manovre di contenimento della spesa pubblica sul diritto alla salute dei cittadini, confronto Italia-Campania - (val. %)

<i>Secondo Lei, in questa fase le manovre sulla spesa pubblica hanno toccato il diritto alla salute dei cittadini?</i>	Italia	Campania
- Sì, ma solo quello delle persone meno abbienti	46,0	55,7
- Sì, ma per fortuna colpendo solo chi ha i soldi e può pagarsi le cure nel privato	2,9	2,1
- Sì, di tutti i cittadini	39,8	35,0
- No, non hanno toccato il diritto alla salute	11,3	7,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis, 2014

La già citata maggiore propensione dei campani a valutare la salute e il rapporto con la sanità come un *fatto economico* dipendente cioè dalla disponibilità di risorse, ha finito per essere amplificata agli esiti percepiti delle manovre.

Infatti, di fronte all'eventuale insorgenza di una patologia si dichiara:

- *in ansia*, il 71,5% dei campani (+18% rispetto al resto degli italiani);
- *tranquillo*, il 15,7% dei campani (-8,4%).

Da notare che in Campania le persone con più basso titolo di studio e con presumibilmente con più basso reddito sono molto più preoccupate sia dei campani con alta scolarità e/o reddito, sia dei cittadini delle altre regioni con analogo livello di scolarità: si passa infatti dall'89,9% dei possessori di licenza elementare, al 75,4% dei possessori di licenza media, al 66% di laureati e diplomati. Una ulteriore conferma di una sfiducia latente che va crescendo rispetto alla capacità del Servizio Sanitario di dare copertura ai bisogni assistenziali e sanitari legati alla malattia che si è in grado di mettere in campo.

Si tenga presente che di fronte ad una spesa improvvisa per la salute si dichiarano *molto o abbastanza* preoccupati l'88,2% dei campani e il 77,9% degli italiani (cfr. Tabella 2.6).

Spicca inoltre la regressività sociale della preoccupazione poiché in Campania si dichiarano molto preoccupati il 43,7% dei possessori di licenza elementare, il 49,8% dei possessori della licenza media, il 40,8% dei diplomati e il 34,7% dei laureati.

**Tabella 2.6** Preoccupazione dei cittadini di fronte a una spesa improvvisa per la salute, confronto Italia-Campania - (val. %)

Quanto la preoccupa una spesa improvvisa per la salute?	Italia	Campania
<b>Molto + abbastanza</b>	<b>241</b>	<b>228</b>
Molto	34,6	42,0
Abbastanza	43,3	46,2
<b>Poco + per niente</b>	<b>132</b>	<b>119</b>
Poco	17,8	10,1
Per niente	4,3	1,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis, 2014

### 2.2.e La dinamica delle spese private per la salute

Nel 2013 in Italia la spesa privata per la salute dei cittadini è stata pari a circa 27 miliardi di euro, valore superiore a quello pre-crisi del 2007 del +3,1% in termini reali, nonostante un evidente rallentamento nel 2013 rispetto all'anno precedente (cfr. Tabella 2.7).

**Tabella 2.7** Spesa sanitaria privata in Campania, anni 2007-2013  
(v.a. in milioni correnti, val. in euro pro-capite, var.% reali)

	2007	2011	2013	var. % reale	
				2007-2011	2007-2013
<b>Campania</b>					
v.a. (in mln €)	1.992	1.947	-	-1,1	-
val. pro capite in €	346	337	-	-1,3	-
<b>Italia</b>					
v.a. (in mln €)	26.202	28.890	26.943	+10,5	+3,1
val. pro capite in €	446	486	443	+9,1	-0,5

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Dal confronto con il dato medio nazionale emergere che in Campania nel 2011 la spesa sanitaria privata dei cittadini, pari a 338 milioni di euro, è diminuita in termini reali rispetto al 2007 dell'1,1%.

Altro dato significativo riguarda il livello della spesa sanitaria privata pro-capite che in Campania è di circa il 30% inferiore rispetto a quello medio nazionale: 486,4 euro a livello nazionale e 337,8 euro in Campania.

I dati ufficiali indicano, dunque, che i campani spendono mediamente meno degli italiani ed hanno anche ridotto la spesa rispetto al livello pre-crisi.

Colpisce che, sebbene la quota di cittadini campani che spende di tasca propria per la sanità sia più alta rispetto alla media nazionale, la spesa privata pro-capite che si genera è più bassa della media nazionale.

I bilanci familiari sono stretti tra le difficoltà di fare reddito e l'incremento di alcune voci di spesa, e la deflazione non sembra attenuare la pressione sui redditi familiari a cui ha contribuito in parte anche l'incremento di alcune spese di welfare.

In tale contesto si sono moltiplicate, di conseguenza, le strategie delle famiglie per fronteggiare i fabbisogni sanitari e gli elevati costi ad essi associati, laddove non sia disponibile in tempi rapidi l'accesso alla sanità pubblica.

In questo quadro si inserisce, quindi, il crescente ricorso dei cittadini alla sanità *low cost* che include tra l'altro il ricorso ai siti Internet per gruppi di acquisto e lo stesso marketing di molte strutture sanitarie private.

Dalla presente indagine è emerso che il 7,9% dei campani, di contro al 6,8% degli italiani, hanno acquistato in un anno almeno una volta prestazioni sanitarie su Internet.

Altro comportamento chiave per fronteggiare i costi delle prestazioni sanitarie consiste nell'*acquisto di prestazioni al nero, ovvero senza fatturazione*. In tale modo è spesso possibile spuntare un prezzo inferiore rispetto a quello gravato dalla tassazione, con un beneficio individuale immediato, ma con conseguenze sociali molto negative, anche dal punto di vista dell'equità [Cfr. [Tabella 2.8](#)].

La presenza di un vasto flusso sotterraneo di risorse utilizzate per l'acquisto di prestazioni e servizi sanitari e sociosanitari trova conferma nei già citati dati sulla quota di cittadini campani che dichiara di avere sostenuto spese di tasca propria quando hanno effettuato visite specialistiche (il 72,3%) accertamenti specialistici (69,6%), analisi del sangue (65,8%) e riabilitazione (63,6%).

**I dati ufficiali indicano, dunque, che i campani spendono mediamente meno degli italiani e hanno anche ridotto la spesa rispetto al livello pre-crisi.**

**Tabella 2.8** Cittadini che hanno pagato al *nero* senza fattura almeno una prestazione/servizio durante gli ultimi dodici mesi, confronto Italia-Campania - (val. %)

Negli ultimi dodici mesi lei ha fatto al nero, senza pagamento di fattura/ senza mettere in regola almeno una delle seguenti prestazioni/servizi?	Italia	Campania
- Visita da un medico specialista (otorino, oculista, dermatologo, ecc.)	39,0	61,8
- Visita da un odontoiatra	26,4	48,9
- Accertamenti diagnostici (tac, ecografia ecc.)	6,2	5,8
- Fisioterapia/riabilitazione	3,2	4,0
- Analisi del sangue	2,6	2,9
- Infermiere (visita in casa o presso ambulatorio, ospedale ecc.)	12,9	1,9
<b>Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte</b>		

Fonte: indagine Censis, 2014

### 2.2.f Una sanità pubblica in grande difficoltà, ma da non abbandonare...

Da tempo si registra un lento scivolamento verso il basso della qualità del Servizio sanitario, in particolare in alcune aree del paese, e tale dinamica discendente finisce per costituire un moltiplicatore delle disuguaglianze.

A questo proposito, sono di estrema utilità i dati relativi all'evoluzione delle opportunità di cura negli ultimi dodici mesi da cui emerge che secondo il 56,7% dei campani ed il 40% degli italiani, queste sono *peggiorate*; per il 52,5% degli italiani ed il 36% dei campani sono rimaste uguali; solo quote ridotte, il 7,3% in Campania ed il 7,5% degli italiani, parlano di *un miglioramento delle opportunità di cura*. L'incrocio con il titolo di studio mostra un'articolazione di opinioni altamente significativa: in Campania percepisce un peggioramento delle opportunità di cura è il 70,4% dei possessori di licenza elementare (contro il 42,3% degli italiani), il 61,6% dei titolari di licenza media, il 53,2% dei diplomati ed il 55,9% dei laureati (contro il 36,2%).

La diversificazione delle opportunità di cura è sentita in Campania dunque in misura più intensa dai cittadini più fragili, rispetto ai cittadini con analogo livello di scolarità e/o condizione economica. Il dato medio nazionale mostra che per la maggioranza dei cittadini la sanità, in fondo, è in stagnazione, né migliora né peggiora. In Campania, invece, prevale un punto di vista pessimistico. A dimostrazione di questo aspetto sta la radicata convinzione collettiva, trasversale ai gruppi sociali, ai territori, alle classi di età e al sesso degli intervistati che le *persone benestanti si curano prima e meglio delle persone dei ceti meno abbienti*.

A fronte di chi si rivolge alla sanità pubblica pagando di tasca propria cresce, infatti, il numero di cittadini che è costretto a rinunciare a prestazioni sanitarie rispetto al totale delle persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni per motivazioni economiche (Cfr. Tabella 2.9).

**Tabella 2.9** Principali problemi che affliggono la sanità della propria regione, confronto Italia-Campania - (val. %)

<i>Secondo Lei, quali sono i principali problemi della sanità nel suo territorio?</i>	<b>Italia</b>	<b>Campania</b>
- Liste d'attesa troppo lunghe	66,6	57,6
- Sprechi, uso inefficiente delle risorse	30,9	36,8
- Edifici sanitari, dagli ospedali agli ambulatori, malmessi, fatiscenti, in cattive condizioni	11,8	25,7
- Personale poco gentile, nervoso, non attento al paziente	12,1	20,8
- Pochi soldi pubblici rispetto ai bisogni sanitari dei cittadini	16,9	19,9
- Servizi sul territorio (medici, assistenza domiciliare integrata, strutture semidiurne, ecc.) pochi e/o male organizzati	11,1	17,7
- Disuguaglianze tra i cittadini nell'accesso alle prestazioni sanitarie	8,0	12,8
- Poche informazioni, tante difficoltà per capire a chi rivolgersi per ciascun problema	12,8	11,4
- Poca collaborazione nella sanità tra strutture, tra servizi e tra operatori	9,8	9,7
<b>Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte</b>		

Fonte: indagine Censis, 2014

Sono cittadini che di fatto sono esclusi dalla tutela sanitaria per ragioni economiche, perché non trovano nella matrice di offerta pubblica le prestazioni di cui hanno bisogno e non dispongono delle risorse economiche per pagare di tasca propria nel privato.

Nel complesso, i principali risultati emersi sono:

- la sensazione diffusa che le opportunità di cura siano diversificate in relazione alle disponibilità economiche delle persone e che negli ultimi anni il fattore economico abbia aumentato il suo peso;
- la ristrutturazione dell'offerta di servizi e prestazioni del Servizio sanitario ha generato da un lato un ricorso alla spesa privata più alto rispetto al periodo pre-crisi e dall'altro ha amplificato il fenomeno della rinuncia alle prestazioni sanitarie per ragioni economiche;

**Da tempo si registra un lento scivolamento verso il basso della qualità del Servizio sanitario, in particolare in alcune aree del paese, e tale dinamica costituisce un moltiplicatore delle disuguaglianze.**

- *spending review* e piani di rientro hanno di fatto definito nuovi confini tra Servizio sanitario pubblico e settore privato, con uno spostamento di costi sulle famiglie, fenomeno che ha penalizzato in misura maggiore proprio i soggetti più fragili sul piano economico, sociale e dei bisogni sanitari;
- il quadro descritto consente di dire che nei tempi più recenti si è avuto un ampliamento delle disuguaglianze tradizionali, da quella territoriale a quella legata alla dotazione di risorse economiche e di capitale culturale;
- esito collaterale, ma non meno significativo, del fenomeno è la trasformazione del welfare, e in specifico del Servizio sanitario, da fattore di assicurazione dei cittadini e potente piattaforma in grado di farli sentire con le spalle coperte, a fonte di ansia, di preoccupazione;
- pur nella generale consapevolezza dell'erosione della copertura garantita dalla sanità pubblica italiana, è ben ferma nella maggioranza dei cittadini la volontà di preservare il Servizio sanitario nei suoi fondamenti di base. Il Servizio sanitario nella percezione dei cittadini è una istituzione da salvaguardare da ogni ipotesi di smantellamento.

I processi descritti nel contesto socioeconomico e istituzionale della Campania hanno una intensità maggiore, poiché le dinamiche divaricanti nelle opportunità di cura sono più forti, così come è molto più forte la percezione che il fattore economico pesi sempre di più rispetto alla possibilità di curarsi al meglio. Inoltre, in Campania si registra una minore propensione ad adottare stili di vita salutari, processo che nel lungo periodo penalizzerà la regione sul piano dello stato di salute e dei costi sanitari.

## Gli impatti del Patto della Salute 2010-2012 e del primo ciclo di Spending Review su volumi e caratteristiche di offerta delle prestazioni sanitarie<sup>6</sup>

In termini di spazi manageriali, il 2014 rappresenta un anno significativo, caratterizzato da due importanti politiche di sistema: la sottoscrizione del Patto per la Salute 2014-2016 e il nuovo ciclo di *spending review* affidato al Commissario Carlo Cottarelli. Per effettuare previsioni sulla "fattibilità" e sui possibili comportamenti di questi nuovi interventi di policy è, tuttavia, necessario comprendere quanto è accaduto nel recente passato, a seguito del Patto per la Salute venuto a scadenza nel 2012 e dei provvedimenti di finanza pubblica (piani di rientro) e di *spending review* approvati dal 2011 al 2013. A tal fine, il contributo del CERGAS Bocconi affronta il tema dell'impatto di questi interventi sulle politiche regionali e sulle strategie delle Aziende Sanitarie, con riferimento all'equità di accesso ai servizi sanitari. I sistemi di *spending review*, nello specifico, possono essere definiti come quell'insieme di procedure che analizzano le tendenze e l'efficacia degli interventi che compongono la spesa pubblica, con lo scopo di ottenere una razionalizzazione e una riduzione della stessa. Essi si basano sulle informazioni derivanti dai sistemi di performance management e consistono nell'introduzione stabile di dati ed indicatori nell'operato routinario di una organizzazione. Questa incorporazione funge, poi, da base per l'utilizzo dei sopraccitati *tool* per il delineamento del contenuto dei diversi programmi pubblici e per la successiva valutazione del livello di performance ottenuto. In altre parole, la *spending review* dovrebbe consistere in una diversa allocazione delle risorse da attuare nel contesto sia sociale sia economico in cui opera un ente pubblico, basandosi sull'applicazione di modelli economici di *cost controlling* e di performance; dalla valutazione degli impatti così ottenuti si arriverebbe, infine, al governo e alla riduzione della spesa pubblica.

In particolare, alla luce di quanto previsto, in termini di revisione della spesa, dal Patto per la Salute 2010-2013 e dal primo ciclo di Spending Review (2011-2013), l'analisi si è focalizzata sui seguenti aspetti:

1. Andamento delle attività erogate dalle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche (numero di ricoveri; giornate di degenza; prestazioni specialistiche ospedaliere e territoriali; accessi al pronto soccorso (PS));
2. Evoluzione della capacità di offerta delle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche (posti letto; dotazioni di personale medico; dotazioni di personale infermieristico e tecnico; accorpamenti di articolazioni organizzative; risultati economici complessivi).

Le evidenze presentate derivano dallo studio approfondito di 6 casi aziendali rilevanti; dalla costruzione di serie originali di dati e relativa analisi statistica attraverso l'attivazione di una survey<sup>7</sup>; dall'analisi statistica di serie di dati esistenti<sup>8</sup>.

(...) la *spending review* dovrebbe consistere in una diversa allocazione delle risorse da attuare nel contesto sia sociale sia economico in cui opera un ente pubblico, basandosi sull'applicazione di modelli economici di *cost controlling* e di performance; dalla valutazione degli impatti così ottenuti si arriverebbe, infine, al governo e alla riduzione della spesa pubblica.

(6) Il materiale presentato in questa sezione sintetizza i risultati dell'attività di ricerca del CERGAS Bocconi per la Fondazione Farmafactoring.

(7) La "survey" effettuata nel corso del 2014 ha consentito di sottoporre 17 domande, mediante un questionario in formato elettronico, a tutti i direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche o loro diretti delegati. Questa è stata la definizione di "rispondente" prevista dal disegno dello studio. Appare evidente che il questionario elettronico, dovendosi presentare con una chiara e semplice formulazione di domande, non ha permesso di raccogliere alcune informazioni analitiche atte ad indagare con maggiore profondità i fenomeni: per tale motivo è stato adottato un ulteriore metodo d'analisi.

(8) Sono stati analizzati i dati relativi alle attività di ricovero (DB SDO) e di specialistica ambulatoriali (DB OASI) e i dati relativi ai conti economici (DB CE).

### 3.1 Analisi sull'andamento delle attività

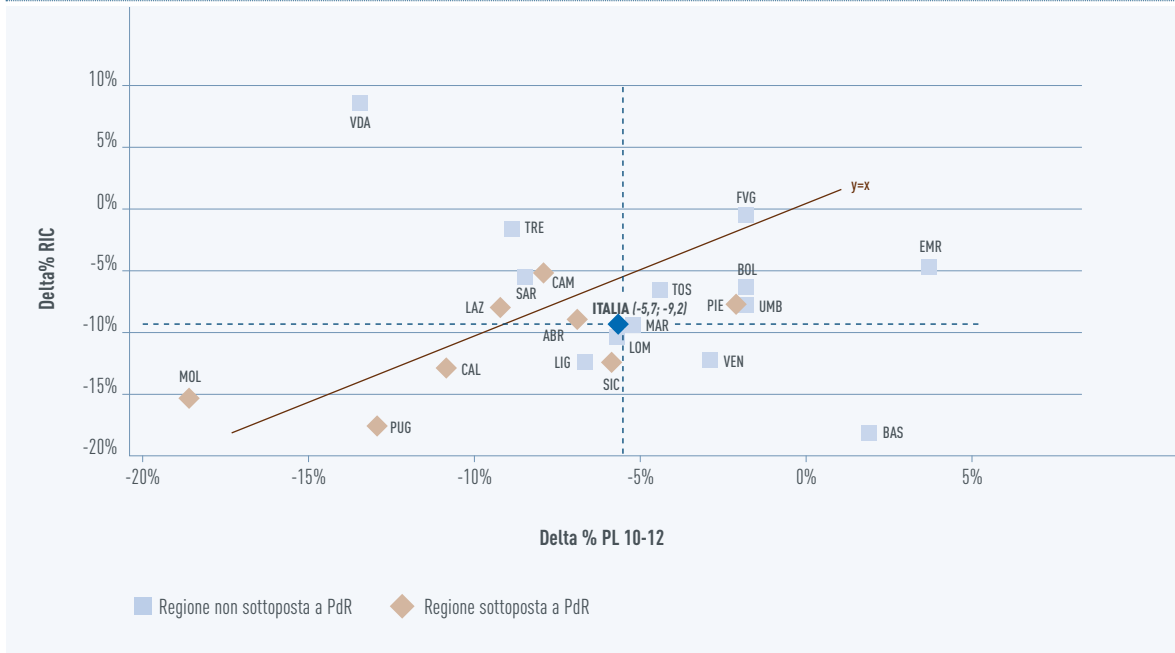
A livello nazionale, nel periodo 2010-12, il calo dei ricoveri (-9,2%; -1,04 mln) ha superato la diminuzione della dotazione strutturale (-5,7%). Il calo dei Day Hospital (DH, -16,3%) ha superato quello dei ricoveri in Regime Ordinario (RO, -6,4%), i quali rappresentano il 75% circa dei ricoveri totali.

Complessivamente, alla luce delle pesanti riduzioni intercorse nel triennio oggetto di analisi, l'andamento sull'attività di ricovero a livello nazionale nel periodo 2001-2012 evidenzia:

- una riduzione nel numero delle dimissioni (meno 2.679.344 unità) pari al -20,7% in 11 anni, con un andamento annuo variabile (compreso tra -5% e +2%). Questa diminuzione si può ricondurre, almeno parzialmente, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal setting ospedaliero a quello territoriale. Nel solo 2012 i ricoveri sono diminuiti del 4,6% rispetto al 2011;
- nel periodo 2001-2012 le giornate di ricovero sono diminuite del 19,5%; in particolare, tra il 2001 e il 2003 le giornate diminuiscono (-5,9%) per aumentare nel periodo 2004-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006. La differenza tra il 2011 e il 2012 è pari a -3,9%;
- le giornate erogate in regime di day hospital sono aumentate progressivamente dal 2001 al 2007, passando da un'incidenza sulle giornate in ricovero ordinario (RO) pari al 13,4%<sup>33</sup> a una del 19,1%. Dal 2009 al 2012 si registra, però, un'inversione di tendenza, con una diminuzione nel rapporto in questione pari a 3,9 punti percentuali;
- la degenza media per acuti in regime ordinario, da dieci anni, è stabile nell'intervallo 6,7-6,8.



**Figura 3.1** Variazione % di posti letto (PL) e ricoveri totali per residenti (2010-2012)



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, Indirizzari e SDO 2010-12

La **Figura 3.1** evidenzia le differenze interregionali in termini di variazioni percentuali di PL e ricoveri totali per i residenti nel triennio oggetto di analisi, utilizzando come riferimento il dato nazionale, rappresentato all'origine degli assi. La retta tratteggiata corrisponde alla riduzione dei due parametri di pari intensità.

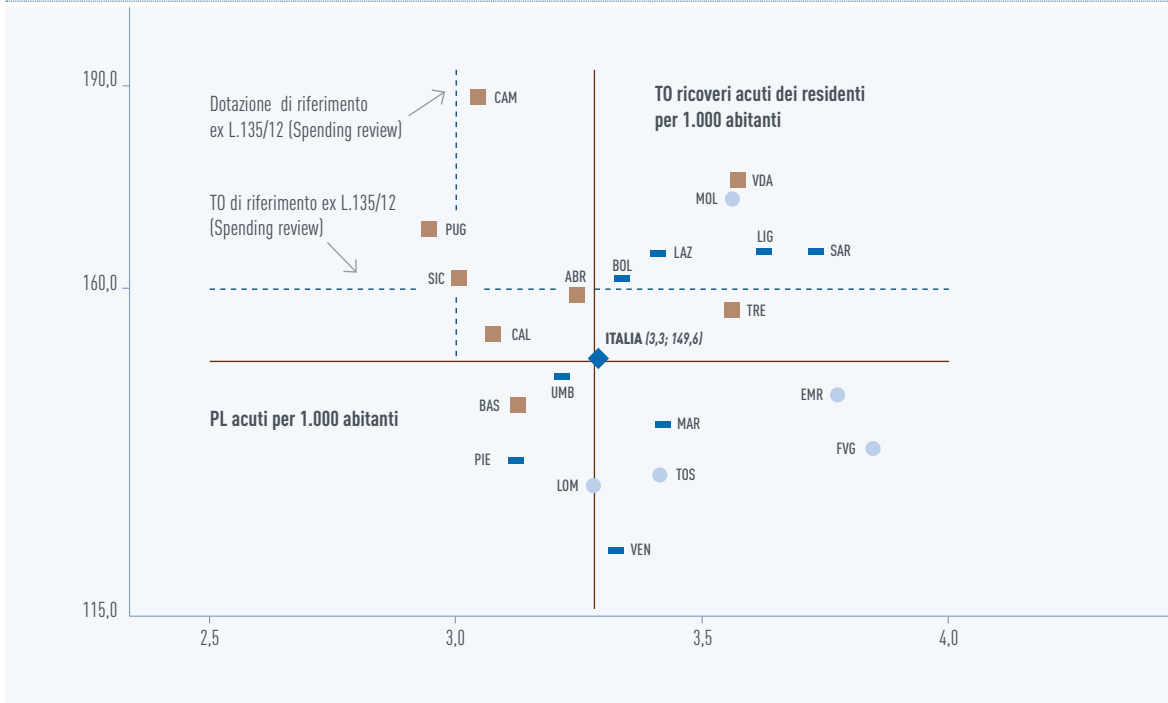
Passando all'analisi per tipologia di ricovero, il calo delle attività ospedaliere è riconducibile in buona sostanza ai pazienti acuti (-9,8%; -1,03 mln), che del resto, rappresenta circa il 95% delle dimissioni. La **Figura 3.2** rappresenta la dotazione strutturale, il tasso di ospedalizzazione (TO) per i residenti e il saldo di mobilità dell'acuzie dell'anno 2012, l'anno in cui le disposizioni della Spending review sono state introdotte.

Si osservano ancora notevoli squilibri tra i diversi SSR: alcune regioni del Mezzogiorno, carenti nella dotazione strutturale e più in difficoltà nel governo della domanda, sono collocate nel II quadrante come naturali "generatori" di mobilità sanitaria, se non di *undertreatment*. È il caso di Sicilia, Puglia e Campania, e, con un TO inferiore al valore soglia ma superiore al dato nazionale, di Calabria e Abruzzo. All'opposto, Veneto, Lombardia, Marche, Toscana, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia segnalano limitati valori di TO, una dotazione strutturale in linea o maggiore rispetto al dato nazionale e un saldo di mobilità positivo o quantomeno in equilibrio. Le Regioni nel primo e nel terzo quadrante evidenziano combinazioni struttura-attività relativamente "in equilibrio" rispetto al dato nazionale: al crescere dei PL crescono anche i volumi.

In termini di macro-suddivisione della casistica, nel 2010-12 si nota una crescita della percentuale di ricoveri con DRG chirurgico, che passa dal 39,6% al 41,3% in RO e dal 45,5% al 49,5% in DH. Nello specifico le attività di ortopedia e gastroenterologia con DRG chirurgico, i parto/aborti medici e i ricoveri in neonatologia presentano le variazioni in aumento più consistenti. Le linee produttive (LP) relative all'apparato digerente (trattamenti medici) e la miscellanea di natura medica registrano, invece, una riduzione dell'incidenza percentuale. La [Figura 3.3](#) mostra le 10 LP che hanno subito maggiori riduzioni percentuali nel triennio considerato. Tre LP hanno registrato una riduzione delle attività di ricovero che raggiunge o supera il 25% (traumi minori di natura medica, oculistica chirurgica, oculistica medica), altre tre intorno al 20% (radioterapia e chemioterapia, ORL e endocrinologia di natura medica). Coerentemente con i trend nazionali sopra riportati, si nota come, salvo l'oculistica chirurgica, le 10 LP con maggiori diminuzioni percentuali siano tutte di tipo medico.

**Si osservano ancora notevoli squilibri tra i diversi SSR: alcune regioni del Mezzogiorno sono naturali "generatori" di mobilità sanitaria, se non di *undertreatment*.**

**Figura 3.2** Dotazione strutturale PL, tasso di ospedalizzazione dei residenti e mobilità - Acuzie (2012)



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, Indirizzari e SDO 2010-12

Una plausibile chiave di lettura delle dinamiche descritte è la decisa politica nazionale volta alla riduzione dell'inappropriatezza clinica e organizzativa, introdotta con il "Patto della Salute 2010-2012" (108 DRG) e accompagnata, almeno in alcune aree del Paese, da un rafforzamento delle attività di prevenzione e di presa in carico territoriale.

Passando all'analisi dei fattori anagrafici, non si registrano particolari discontinuità o differenze nella ripartizione dei ricoveri per genere (donne 53%, uomini 47%; in sostanziale equilibrio, considerando che i parti valgono oltre il 5%). Fa eccezione un lieve aumento della chirurgia vascolare tra gli uomini, che si discosta dal calo tra le donne (-11,7%, in gran parte riconducibili a procedure di stripping).

In termini di fasce d'età, l'incidenza totale sulle attività di ricovero è pari al 39,6% per gli anziani (over 65), al 47,4% per gli adulti e al 13% per i pediatrici (fino a 14 anni). Complessivamente emergono lievi differenze nei trend di ricovero dei pazienti pediatrici (fino a 14

anni; -8,2%) adulti (-10,8%) e anziani (ultra65enni; -7,2%). Questi trend acquiscono il fisiologico squilibrio tra componente anziana della popolazione (21%) e corrispondente quota di ricoveri. Le LP con i maggiori scostamenti tra trend nelle diverse fasce d'età evidenziano le specialità in cui sono state condotte politiche di riduzione dell'inappropriatezza e/o di rafforzamento del territorio per la prevenzione e la presa in carico precoce (endocrinologia, cardiologia, oculistica, osteomuscolare e, con volumi molto minori, HIV). Se l'aumento dei trapianti per pazienti pediatrici e anziani è un dato incoraggiante, la pur lieve crescita di traumi maggiori e ustioni negli anziani si ricollega plausibilmente a problemi di carattere sociale. Non emergono significativi fenomeni di variazione nei mix di produzione in termini di localizzazione geografica (Nord, Centro, Sud e Isole) e di solidità economica del SSR (Regioni in PdR vs Regioni non in PdR). Mentre si evidenzia una decisa specializzazione degli erogatori privati accreditati nell'area chirurgica e della riabilitazione.

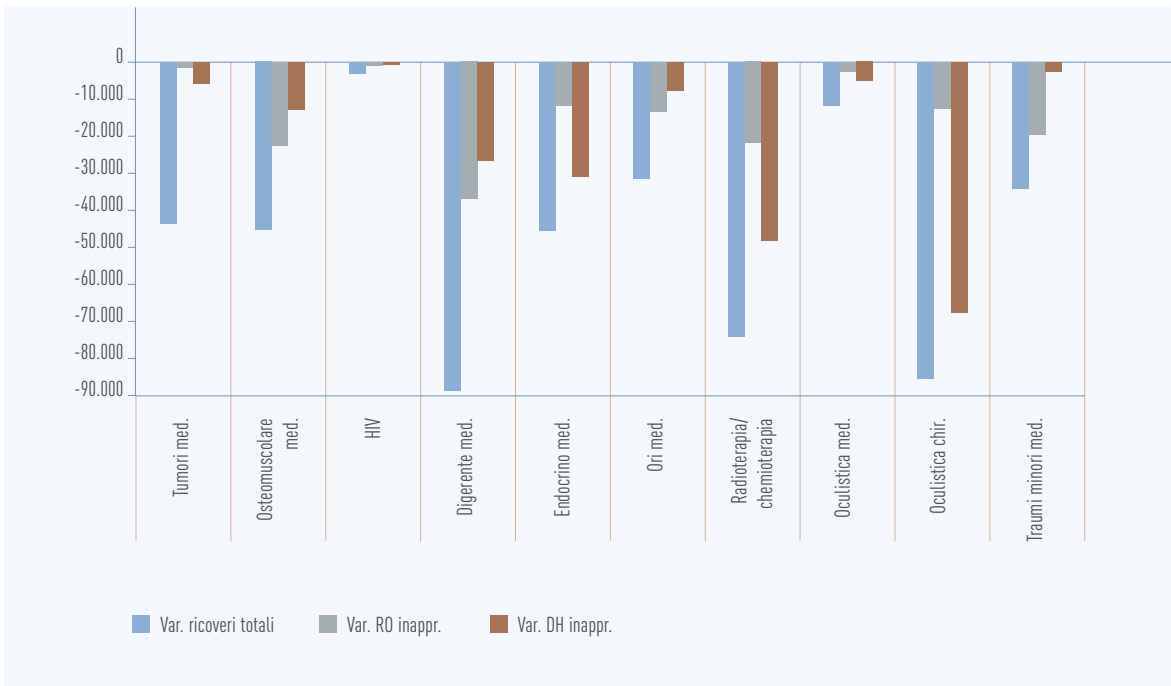
In termini di prestazioni ambulatoriali ospedaliere, dall'analisi sui tassi standardizzati (numero medio di prestazioni specialistiche effettuate in un anno per assistibile), si può notare come i consumi siano per ogni Regione, se anche di poco, inferiori nel 2012 rispetto al 2011. La riduzione si riflette indifferentemente nei tre settori della specialistica con alcune contrazioni regionali più accentuate (Lazio e Sicilia per il laboratorio, Campania per l'attività clinica).

Dall'analisi delle risposte ricevute nella survey emerge, inoltre, che se nel 2011 rispetto al 2010 il volume di prestazioni ambulatoriali ha fatto registrare un aumento del +1,8% (soprattutto come esito delle indicazioni al passaggio di regime assistenziale di alcune prestazioni), il 2012 ha segnato un deciso rallentamento di tale tasso di crescita (+0,8%) e il 2013 lascia intravedere una significativa riduzione (-1,6%).

A tale riduzione contribuiscono in maniera prevalente le regioni del Centro e del Nord (Figura 3.4), che rappresentano più del 70% dei rispondenti del campione. Si rammenta che la survey non ha consentito di pesare le prestazioni ambulatoriali, pertanto i dati fanno riferimento a volumi "grezzi" di prestazioni.

**In termini di prestazioni ambulatoriali ospedaliere, dall'analisi sui tassi standardizzati (numero medio di prestazioni specialistiche effettuate in un anno per assistibile), si può notare come i consumi siano per ogni Regione, se anche di poco, inferiori nel 2012 rispetto al 2011**

**Figura 3.3** Prime 10 LP per diminuzione %, 2010-12: riduzione dei ricoveri totali e potenzialmente inappropriati RO e DH



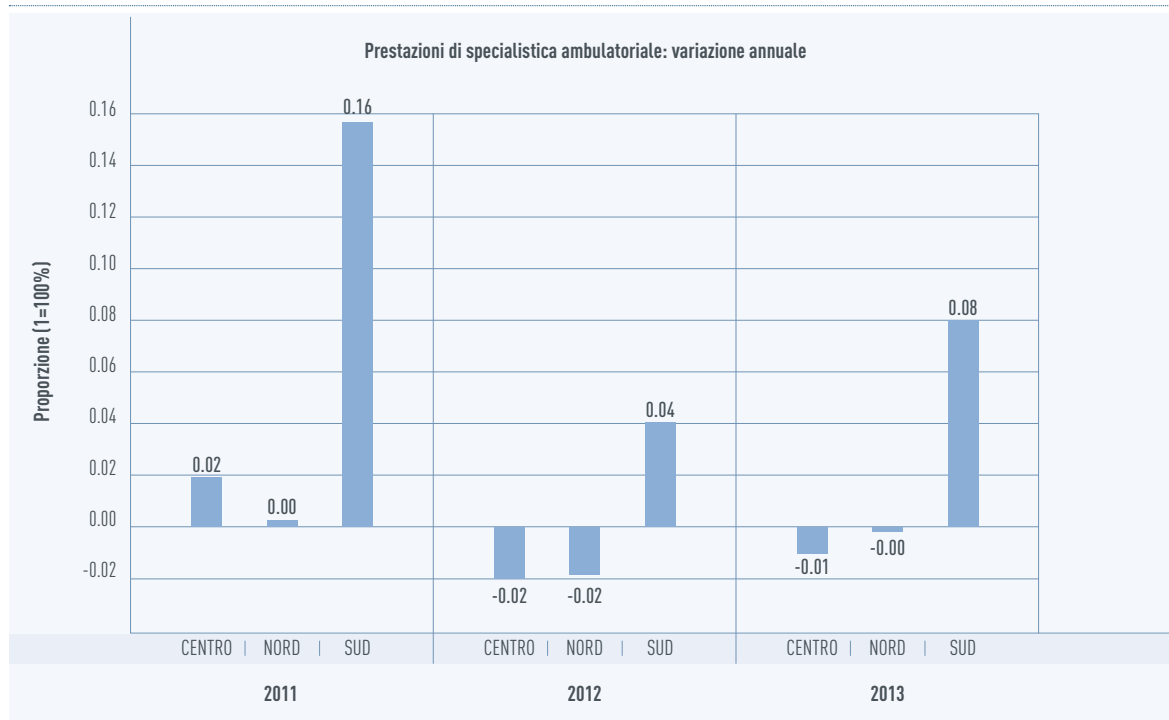
Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, Indirizzari e SDO 2010-12

Un altro aspetto importante da analizzare è l'andamento dei consumi della specialistica ambulatoriale, rispetto alla tipologia del soggetto assistibile. Sono state individuate tre categorie di soggetti: non esenti dai pagamenti dei ticket, esenti per reddito ed esenti per patologia. La variazione, tra il 2011 e il 2012, del consumo di prestazioni in base al tipo di esenzione evidenzia come il consumo degli esenti per reddito aumenta (soprattutto in Liguria), mentre diminuisce il consumo dei non esenti. Si segnala, però, che il grafico potrebbe essere soggetto anche a una diversa lettura, in quanto l'andamento degli indicatori in esame potrebbe derivare dal fatto che gli individui che hanno chiesto l'esenzione per reddito sono aumentati, diminuendo così il numero degli individui non esenti.

Un'altra importante area di attività presidiata dalle strutture ospedaliere è quella che fa riferimento al segmento dell'emergenza-urgenza.

In termini di attività, i dati della survey somministrata nel corso del 2014 mostrano una riduzione complessiva degli accessi al PS, specialmente nel biennio 2012-2013. Come presentato in [Figura 3.5](#) se nel 2011 rispetto al 2010 il volume di accessi al PS ha fatto registrare una riduzione complessiva dello 0,2% (come esito di una decrescita degli accessi al Nord e al Centro e di una crescita al Sud), il 2012 ha segnato un deciso calo negli accessi in tutto il Paese (-2,6% complessivo, con punte del -4% al Sud) e nel 2013 la situazione non si è modificata in maniera significativa. Tra gli accessi, una quota significativa è costituita da codici bianchi e verdi (che, di fatto costituiscono una forma di ricorso inappropriato al regime dell'emergenza-urgenza). La quota di tali accessi, infine, è stabile nelle regioni non in Piano di Rientro mentre si sta riducendo progressivamente nelle regioni in Piano di Rientro.

**Figura 3.4** Variazione annuale del ricorso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (2011-2013) per ripartizione geografica (Nord, Centro, Sud)

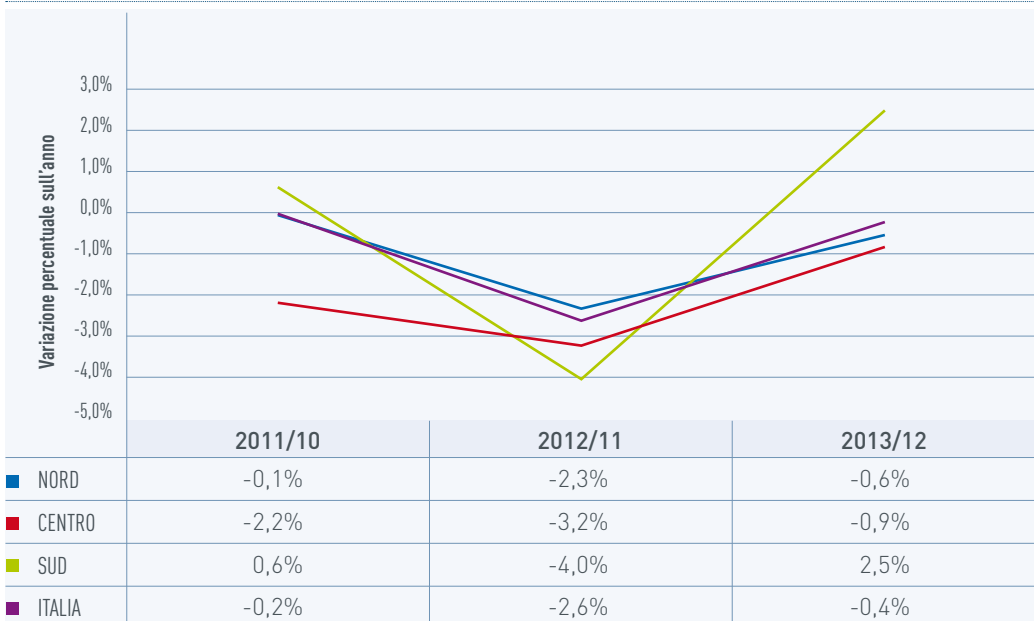


Fonte: Elaborazione CERGAS per Fondazione Farmafactoring

In termini di appropriatezza si evidenzia come tutte le aree del Paese mostrano una tendenza alla riduzione degli accessi inappropriati, anche se appare evidente come siano prevalentemente le regioni del Centro (nel caso specifico la Regione Lazio) a mostrare incidenze più elevate, ancorché in fase di contenimento. Recenti analisi mostrano come gli accessi al pronto soccorso potenzialmente inappropriati si possano ridurre tra il 7 e il 20% gestendo bene i bisogni di salute dei cittadini sul territorio. Infine, i ricoveri da PS sono stabili al Nord e al Centro, ma crescono in maniera significativa nelle regioni del Sud, come effetto combinato della riduzione nel numero complessivo degli accessi e della più che proporzionale riduzione dei codici bianchi e verdi. Se il miglioramento nel dato dei ricoveri da PS (confermato anche confrontando regioni in PdR e non in PdR) è indice di una aumentata appropriatezza, la stabilità nel dato del tasso di abbandono del PS dopo assegnazione del codice di triage mostra come la rete di emergenza-urgenza in Italia risulti ancora eccessivamente congestionata e non sempre in grado di rispondere in tempi rapidi ai fabbisogni dei cittadini.

Se il miglioramento nel dato dei ricoveri da PS (confermato anche confrontando regioni in PdR e non in PdR) è indice di una aumentata appropriatezza, la stabilità nel dato del tasso di abbandono del PS dopo assegnazione del codice di triage mostra come la rete di emergenza-urgenza in Italia risulti ancora eccessivamente congestionata e non sempre in grado di rispondere in tempi rapidi ai fabbisogni dei cittadini.

**Figura 3.5** Variazione percentuale annua accessi al PS (2010-2013) per area geografica



Dato il calo delle attività ospedaliere, risulta fondamentale capire come si sta evolvendo l'offerta a livello territoriale. A livello nazionale, il numero di casi trattati in ADI è in media aumentato tra il 2008 e il 2011 (circa +20%). La Regione che presenta l'incremento più consistente è l'Emilia Romagna (circa 1.000 casi trattati in più), mentre alcune Regioni (in particolare Veneto, Friuli Venezia Giulia e Marche) presentano un numero di casi in riduzione. Questi dati sembrano suggerire una qualche dinamica di sostituzione tra servizi ospedalieri e territoriali, ma è ancora difficile valutare l'impatto sulla soddisfazione del bisogno e l'eventuale crescita dell'area di *undertreatment*. Ciò è particolarmente vero se si considera che, a volume complessivo, nella maggior parte delle regioni restano invariate le ore di assistenza domiciliare erogata.

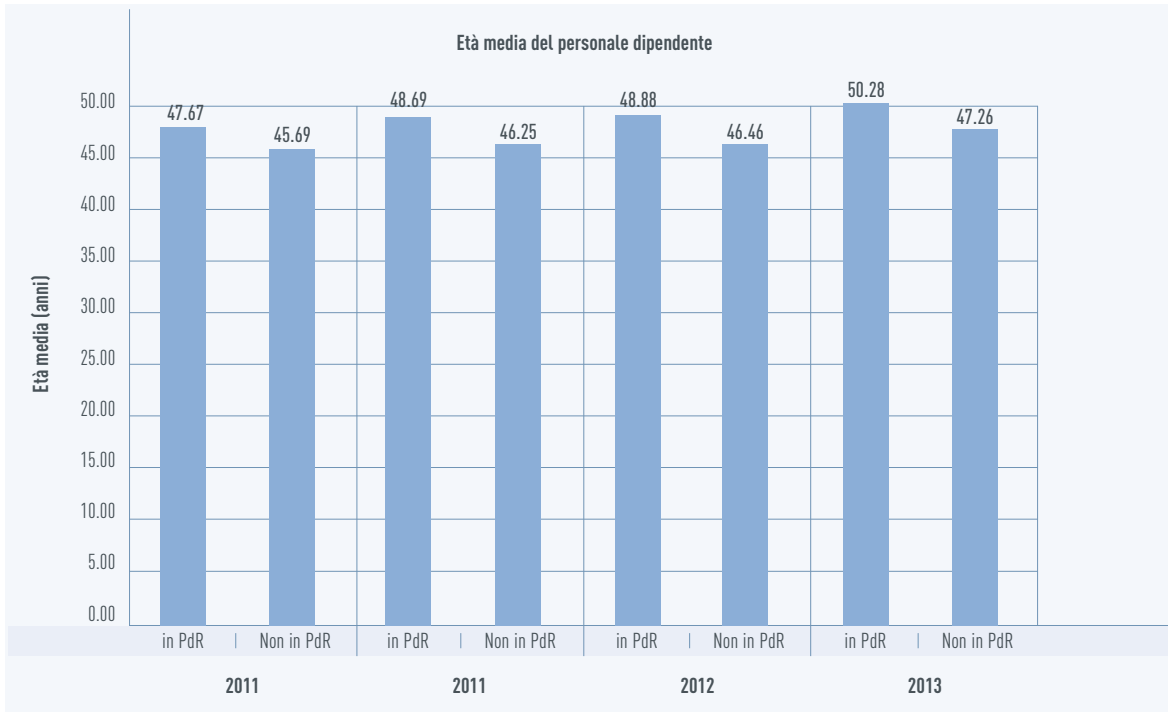
### **3.2 Analisi sulle scelte aziendali di definizione del mix di risorse**

La gestione del personale è centrale e critica rispetto all'azione delle misure di qualificazione della spesa. Centrale perché riguarda la principale voce di spesa dei SSR. Critica perché le politiche e le azioni che riguardano il personale non possono, per loro natura, rispondere soltanto a logiche tecnocratiche, ma sono, invece, eminentemente politiche, coinvolgendo tutti gli operatori che prestano la propria opera nelle Aziende sanitarie pubbliche, prevedendo il contributo formale o informale delle rappresentanze sindacali e professionali, mobilitando, infine, consenso sul mercato politico-elettorale (sia direttamente presso gli operatori e le loro famiglie, sia indirettamente presso gli utenti dei servizi sanitari).

Questi dati sembrano suggerire una qualche dinamica di sostituzione tra servizi ospedalieri e territoriali, ma è ancora difficile valutare l'impatto sulla soddisfazione del bisogno e l'eventuale crescita dell'area di *undertreatment*.



**Figura 3.6** Età media del personale dipendente (2010-2013): regioni in PdR vs regioni non in PdR



Fonte: Elaborazione CERGAS per Fondazione Farmafactoring

Il dato sulla spesa complessiva per il personale (€ pro-capite) mostra una lieve riduzione per tutti i ruoli indagati. Tale lieve riduzione è, in realtà frutto di comportamenti profondamente differenti tra le varie aree del Paese. In termini di spesa, la distinzione significativa è quella tra regioni in PdR e regioni non in PdR. L'andamento della spesa per il personale dipendente del ruolo sanitario e tecnico è significativamente differente e mostra una costante riduzione per le regioni in PdR e un aumento (seppur lieve) per le regioni non in PdR. Differente il quadro che emerge con riferimento alla spesa per contratti atipici: in questo ambito la riduzione è sistematica, costante e significativa sia nelle regioni in PdR che nelle regioni non in PdR. Questo vale su tutte le categorie professionali: quella sanitaria e quella non sanitaria. In estrema sintesi, stante la pressione posta dalle indicazioni sulla revisione della spesa per il personale, le aziende sono intervenute in maniera diffusa sui profili contrattuali meno rigidi, razionalizzando (ove possibile) se non razionando la spesa per questa specifica categoria di fattore produttivo. L'impossibilità di sostituire il

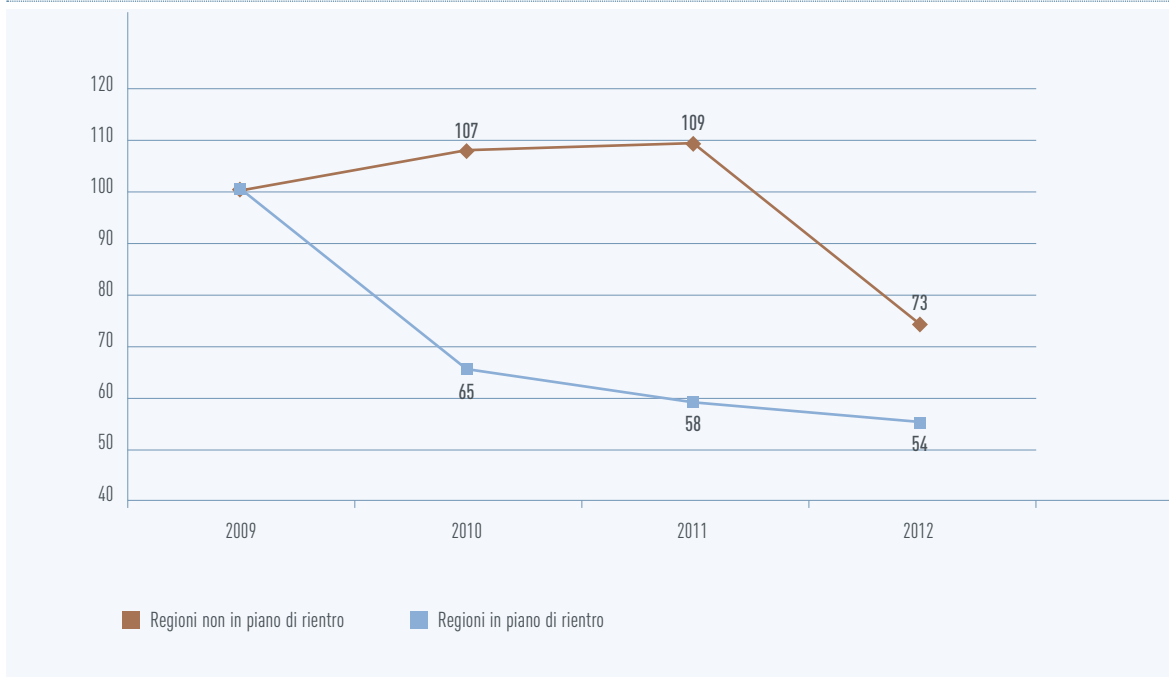
**Il dato sulla spesa complessiva per il personale mostra una lieve riduzione per tutti i ruoli analizzati, frutto di comportamenti profondamente diversi tra le varie aree del Paese.**

personale ha determinato un incremento dell'età media: alla luce delle rilevazioni condotte attraverso la survey, tale innalzamento (misurato come media ponderata *full time equivalent* delle età anagrafiche) è stato costante con riferimento ai dipendenti (con tassi di crescita più marcati nelle regioni in PdR, *Figura 3.6*) e mostra livelli significativamente più elevati nelle regioni del Centro e del Sud rispetto a quelle del Nord. Attraverso la *survey* sono state misurate, in termini *full time equivalent*, anche le risorse umane assegnate alle aziende sanitarie nel periodo oggetto di analisi. Il panel delle aziende rispondenti (che su questo item supera il 50% della popolazione) mostra una riduzione significativa nel numero di medici non dipendenti (in misura compresa tra il 10% e il 15%) sia nel 2011 che nel 2013, solo parzialmente compensata da una lieve crescita nel 2012 (rimane stabile, invece, il dato dei medici dipendenti). In termini geografici, sono state soprattutto le regioni in PdR e prevalentemente quelle del Centro e del Sud che hanno visto ridursi in maniera più significativa la dotazione di medici disponibile. Una dinamica simile (per taluni aspetti più marcata a partire dal 2013) interessa anche le dotazioni *full time equivalent* relative alle professioni sanitarie non dipendenti, che hanno subito cali anche superiori al 50% a seguito degli interventi di contenimento degli acquisti di servizi. Più limitato l'impatto sulle dotazioni di amministrativi: anche in questo caso si assiste a una riduzione nelle dotazioni *full time equivalent*, ma in misura più contenuta (-3%) rispetto agli altri ruoli analizzati.

Siamo dunque in presenza di dotazioni organiche meno consistenti e meno formate: la spesa per formazione ECM (*Figura 3.7*) si è ridotta in maniera considerevole sia nelle regioni in PdR che in quelle non in PdR. Inoltre, si osserva un fenomeno particolare: a fronte di una riduzione della spesa, non sempre (quanto meno non nelle regioni non in PdR) si assiste a una riduzione delle ore di formazione complessivamente erogate: questo indica il ricorso a eventi interni, dal taglio necessariamente meno focalizzato e pensati per un numero di partecipanti decisamente più elevato, in maniera tale da minimizzare il costo unitario sul singolo fruitore. Il rischio è che questo fenomeno, associato all'incremento dell'età media del personale, induca una despecializzazione delle risorse umane che operano in azienda.

**Le dotazioni organiche sono meno consistenti e meno formate e la spesa ECM, si è ridotta molto in tutte le regioni. Questo fenomeno, associato all'incremento dell'età media del personale, può portare a despecializzazione delle risorse umane.**

**Figura 3.7** Spesa per formazione (esternalizzata e non) (2009=100): regioni in PdR vs regioni non in PdR



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, CE 2009-12

Un'ultima riflessione, merita, infine, la revisione del quadro organizzativo aziendale: la survey (che anche su questo aspetto ha raccolto tassi di risposta superiori al 50% della popolazione) mostra che in tutte le aree del Paese si è proceduto (sia per le regioni in PdR che per quelle non in PdR) a razionalizzare il numero delle articolazioni organizzative, che nel corso degli anni si erano moltiplicate in maniera non sempre efficace, dando vita a inefficienti duplicazioni di ruoli e frammentazioni di processo.

La stessa dinamica non ha interessato l'acquisto di beni e servizi sanitari e non sanitari: in questo ambito (al netto dell'acquisto di farmaceutica convenzionata e di assistenza ospedaliera da privati accreditati, che si riducono, seppure con andamenti differenti in tutti i contesti), si osservano tassi di crescita costanti in tutte le aree del Paese, ma più marcati nelle regioni non in PdR.

### 3.3 Elementi di sintesi

I sistemi sanitari sono insiemi complessi, composti di elementi molto differenziati che vanno dal *framework* istituzionale entro il quale la tutela della salute viene collocata, alle natura e modalità di funzionamento delle organizzazioni che provvedono alla erogazione dei servizi, alle risorse economiche e fisiche che le società rendono disponibili per la tutela e la promozione della salute.

Le analisi condotte in questa sezione sono state focalizzate sui servizi a "domanda individuale", indagandone i volumi, le caratteristiche e i beneficiari alla luce delle indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2010-2012 e nel primo ciclo di misure di *Spending Review*. Il triennio 2011-2013 mostra importanti fenomeni di riduzione nel numero dei ricoveri e delle giornate di degenza erogate. Tale significativa riduzione è in parte dipesa da una ridefinizione dei regimi assistenziali (molte attività sono state spostate dal regime di ricovero ordinario e diurno a quello ambulatoriale), ma in molti casi è derivata da una riduzione nei target di produzione assegnati alle aziende.

Dalle indagini condotte sull'insieme delle aziende sanitarie pubbliche, vengono confermate le tendenze che emergono dai dati generali sull'attività ambulatoriale ad oggi disponibili. Nello specifico, dall'analisi sui tassi standardizzati (numero medio di prestazioni specialistiche effettuate in un anno rispetto alla popolazione), emerge come i consumi si siano per ogni Regione ridotti, se anche di poco, nell'arco temporale considerato. La riduzione si riflette indifferentemente nei tre settori della specialistica (specialistica, di laboratorio e di diagnostica per immagini) con alcune contrazioni regionali (ad esempio nelle regioni in PdR) più accentuate. Un altro aspetto importante da sottolineare è l'andamento dei consumi della specialistica ambulatoriale, rispetto alla tipologia del soggetto assistibile. Sono state individuate tre categorie di soggetti: non esenti dai pagamenti dei ticket, esenti per reddito ed esenti per patologia. Le analisi condotte mostrano un lieve incremento del consumo degli esenti per reddito, mentre diminuisce in maniera significativa il consumo dei non esenti, con un effetto netto complessivo in cui prevale la riduzione delle prestazioni erogate. I risultati della *survey* mostrano, inoltre, come anche l'attività di pronto soccorso abbia subito un rallentamento, sebbene prevalentemente concentrato sui codici più inappropriati (bianchi e verdi). Per quanto una riduzione nell'attività non sia necessariamente da interpretare come fenomeno negativo (le analisi dimostrano che in buona parte hanno consentito un recupero di appropriatezza), la generalizzata contrazione nell'offerta potrebbe tradursi in *undertreatment* di alcune patologie (quelle di natura medica, che sono eligibili per una loro gestione a livello territoriale) e in alcune classi specifiche di utenti (tipicamente gli anziani), soprattutto se le analisi sull'offerta di prestazioni

Il triennio 2011-2013 mostra importanti fenomeni di riduzione nel numero dei ricoveri e delle giornate di degenza erogate, in parte dovuta a una ridefinizione dei regimi assistenziali, in parte a una riduzione nei target di produzione assegnati alle aziende.

territoriali non mostrano chiari segnali di incremento a testimonianza di una differente presa in carico dei pazienti.

Il quadro che emerge dall'analisi condotta è ampio e dettagliato e mette in evidenza come nel nostro Paese siano stati avviati sforzi significativi per la riduzione dell'inappropriatezza. Nonostante questo aspetto positivo, è chiaro che le risorse a disposizione delle aziende sono non solo soggette a processi di razionamento, ma anche a di logoramento: ciò è particolarmente evidente con riferimento al personale, che si è ridotto (quanto meno con riferimento alla componente dei non dipendenti) ed è invecchiato, oltre ad aver beneficiato di minori investimenti in crescita e formazione. Una dinamica simile interessa le tecnologie e gli investimenti in generale.

La sensazione è che il SSN sia giunto a un punto di svolta: le riforme hanno aiutato a ripensare i processi, le strutture organizzative e a presidiare gli sprechi, tuttavia ulteriori tagli lineari (quali si sono verificati a partire dal 2010) rischiano di mettere in discussione la stessa natura universale del SSN.

In presenza di indicazioni normative che privano le aziende sanitarie e le regioni della necessaria autonomia nell'azione manageriale, il rischio è che la politica di erosione delle risorse abbia vita facile nell'incidere in maniera significativa sull'equità di accesso al complessivo sistema di tutela della salute.

**Il quadro che emerge mette in evidenza come nel nostro Paese siano stati avviati sforzi significativi per la riduzione dell'inappropriatezza.**

## Conclusioni

**La crisi economica e il ruolo delle politiche di austerità sulla salute della popolazione.** L'entità dello shock associato con la crisi finanziaria ed economica - la sua durata e i tempi della ripresa - è stato molto diverso tra i paesi europei e diverse sono state le risposte di politica economica avviate dai singoli paesi. Alcuni paesi hanno recuperato rapidamente, altri non hanno messo in atto le politiche che avrebbero permesso di avviare la ripresa economica e ancora oggi sono caratterizzati dall'assenza di una significativa crescita economica.

Come conseguenza della crisi economica, la spesa sociale, e quella per la salute in particolare, è scesa sia in termini assoluti che in percentuale della spesa pubblica totale in molti paesi. A soffrire di più di questi effetti sono stati sicuramente i paesi in cui il sistema sanitario è finanziato con i contributi delle persone che lavorano e quelli in cui l'accesso ai servizi sanitari è "means-tested": in entrambi i casi, i sistemi sono particolarmente vulnerabili alle fluttuazioni economiche. Intervenire con politiche anticicliche può quindi incidere sulla capacità di questi paesi di mantenere un flusso adeguato e stabile di fondi al settore sanitario. Purtroppo, non sempre questo è avvenuto e alcuni paesi hanno risentito più di altri degli effetti della crisi sullo stato di salute della popolazione.

A livello europeo, i sistemi sanitari hanno adottato una vasta gamma di strategie per affrontare i problemi imposti dalla crisi con meno risorse. Sono state potenziate le misure per aumentare il mercato dei generici, migliorare le funzioni di *procurement*, ridurre i prezzi dei beni e servizi acquistati, riorganizzare la rete dei providers (attraverso chiusure, fusioni e centralizzazioni). Quasi mai si è intervenuto con riduzioni delle coperture assistenziali, (e dove lo si è fatto si è poi intervenuto per proteggere le persone più povere e fragili), ma alcuni paesi hanno differito l'ampliamento di servizi essenziali a fasce della popolazione che ne avevano bisogno. Capire quanto queste politiche sanitarie abbiano inciso sulla salute delle persone è difficile da valutare. In alcuni casi ci saranno stati sicuramente risparmi e maggiore efficienza, in altri (in combinazione con il calo dei redditi delle famiglie) potrebbero essersi creati una serie di ostacoli che hanno impedito l'accesso a servizi essenziali da parte della popolazione.

Come ampiamente ricordato in un recente documento del WHO (2013), una pressione continua per ottenere notevoli risparmi in un breve periodo di tempo può compromettere la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario. Questo concetto è tanto più vero quanto più i paesi coinvolti sono paesi che hanno avuto tre, quattro o, addirittura, cinque anni di riduzioni di bilancio nel settore sanitario. Pensare che in questi contesti, nel breve periodo, si possano generare ulteriori risparmi senza creare problemi alla

L'entità dello shock associato con la crisi finanziaria ed economica - la sua durata e i tempi della ripresa - è stato molto diverso tra i paesi europei e diverse sono state le risposte di politica economica avviate dai singoli paesi. Alcuni paesi hanno recuperato rapidamente, altri non hanno messo in atto le politiche che avrebbero permesso di avviare la ripresa economica e ancora oggi sono caratterizzati dall'assenza di una significativa crescita economica.

fornitura di servizi è improbabile. Inoltre, occorre riflettere sul fatto che riforme mal progettate e realizzate possono non riuscire ad affrontare le inefficienze o, addirittura, possono crearne di nuove, minacciando così la sostenibilità finanziaria a lungo termine. Se non si possono evitare tagli alla spesa pubblica, è importante che essi siano fatti con cura, al fine di evitare effetti negativi sulla salute e sul benessere. La spesa pubblica per la salute va considerata come un investimento nello sviluppo sociale ed economico (Fondazione Farmafactoring, 2011). Ha quindi senso economico proteggere i finanziamenti per i servizi sanitari “*cost effective*”, compresi i servizi di sanità pubblica (ad es. prevenzione primaria), che hanno dimostrato di migliorare la salute a costi relativamente bassi, contribuendo alla ripresa economica (Atella et al. 2013).

***Gli effetti della crisi sulla salute degli italiani.*** Quali sono gli effetti di tali avvenimenti sulla salute della popolazione? La letteratura economica suggerisce che crisi di questo tipo hanno conseguenze significative (di breve e di lungo periodo) sui sistemi sanitari dei paesi e sulla salute dei cittadini. Purtroppo, queste conseguenze non sono sempre facili da individuare e quantificare, visto che la crisi è ancora troppo vicina (e in alcuni paesi è ancora presente) per permettere di comprendere fino in fondo tutti i danni che potrebbe aver causato. La principale conclusione che possiamo trarre da quest’analisi è che, nonostante tutto, la salute degli italiani in questi cinque anni di crisi continuata ha “tenuto”, nonostante le condizioni economiche (livello di reddito e disuguaglianza nei redditi) siano peggiorate in modo sensibile per una grossa fetta della popolazione.

Ciò che emerge dal Rapporto è che si sono avuti degli effetti di breve periodo, soprattutto in termini di salute mentale e di incidenti. Infatti, le evidenze mostrano che ci sono aumenti nel numero di suicidi - la punta dell’iceberg della salute mentale - e nei casi di depressione e ansia. Come in molti altri paesi, e come già accaduto in esperienze passate, abbiamo assistito a un calo delle morti e degli infortuni per incidenti stradali e a un aumento delle patologie legate allo stress. Al contrario, non sembrano essere visibili cambiamenti rilevanti nelle prevalenze delle patologie infettive, cosa che invece è accaduta in altri paesi (in particolare in Grecia).

Sul fronte dello stato di salute generale e delle patologie croniche, tutte le fonti e tutti gli indicatori utilizzati hanno mostrato che il sistema complessivo della salute degli italiani per ora non è stato colpito dalla crisi. I dati ISTAT mostrano una sostanziale stabilità dal 2000, mentre a seguito della crisi alcuni degli indicatori sembrano essere leggermente migliorati (per alcuni sottogruppi della popolazione più abbiente). Continuano, invece, a persistere le disuguaglianze territoriali, demografiche e socio-economiche della

La spesa pubblica per la salute va considerata come un investimento nello sviluppo sociale ed economico. Ha quindi senso economico proteggere i finanziamenti per i servizi sanitari “*cost effective*”, in particolare quelli di sanità pubblica.

salute, ma anche in questo caso non sembra esserci stato alcun sintomo di un deterioramento della situazione a seguito della crisi.

**Le lezioni per il futuro.** Il risultato positivo di uno stato di salute della popolazione pressoché immutato a seguito della crisi non deve però trarre in inganno pensando che siamo immuni a questi fenomeni e, soprattutto, che lo saremo in futuro. La crisi ha posto notevoli sfide per i sistemi sanitari di tutti i paesi più avanzati, in particolare per quelli europei in cui i sistemi di welfare sono molto generosi. In un contesto in cui da un lato disoccupazione e povertà faranno aumentare la domanda di servizi sanitari, e dall'altro i bilanci pubblici continuano ad essere limitati in termini di risorse disponibili, gli effetti della crisi sulla salute rischieranno di diventare più evidenti col passare del tempo.

Le politiche sociali possono sicuramente attenuare gli effetti negativi sulla salute, limitando i periodi di disoccupazione, fornendo reti di sicurezza per le persone senza lavoro, prevenendo così gli effetti negativi sulla salute dovuti all'essere disoccupato. Inoltre, il settore sanitario ha un ruolo fondamentale nella protezione sociale fornendo un accesso tempestivo ed equo a servizi sanitari efficaci, garantendo anche che le persone non subiscano nuove difficoltà finanziarie a causa dei problemi di salute.

In questi casi, il modo in cui si risponde e la velocità della risposta sono, sicuramente, le armi più importanti a disposizione dei *policy maker*. Non è difficile immaginare che nei prossimi anni ci si potrà aspettare un aumento nelle differenze territoriali e regionali nello stato di salute della popolazione come effetto delle eterogeneità con cui oggi i *policy maker* hanno risposto alla crisi.

**Le politiche da adottare.** La sfida più importante che oggi si possa raccogliere è riuscire a vedere questa crisi economica e finanziaria come un'opportunità per introdurre riforme del sistema sanitario e, più in generale, del sistema di sicurezza sociale. È noto che più le riforme coinvolgono importanti cambiamenti strutturali, più sono difficili da attuare rispetto - per esempio - a semplici interventi che possano tendere a ridurre i prezzi dei farmaci o introdurre misure di compartecipazione alla spesa. Riforme che incidono in modo strutturale sul sistema richiedono anche investimenti in capitale umano, fisico e finanziario, quest'ultimo obiettivo comune per i tagli. Come già ampiamente discusso nel Rapporto della Fondazione Farmafactoring dello scorso anno, occorre cambiare in modo strutturale la sanità in Italia, cercando di introdurre politiche efficaci per prevenire le malattie, rafforzare l'accesso a cure primarie di qualità e migliorare il coordinamento delle cure, soprattutto per le persone con patologie croniche. I vantaggi di una tale operazione sono elevatissimi. Purtroppo, però, in questi anni poco di tutto ciò

In un contesto in cui da un lato disoccupazione e povertà faranno aumentare la domanda di servizi sanitari, e dall'altro i bilanci pubblici continuano ad essere limitati in termini di risorse disponibili, gli effetti della crisi sulla salute rischieranno di diventare più evidenti col passare del tempo.



è stato fatto e, se è stato fatto, si tratta di iniziative locali che non faranno altro che aumentare le differenze territoriali che in Italia sono già elevate.

Per vincere questa sfida è necessario cambiare rotta su una serie di aspetti che hanno caratterizzato la politica sanitaria italiana dal 2001 fino a oggi. In primo luogo occorre evitare che il sistema sanitario nazionale sia l'espressione, a volte schizofrenica, delle volontà di 21 regioni che, in nome della riforma federalista, interpretano il dettato costituzionale come la possibilità di operare senza vincoli, salvo poi avere un salvatore di ultima istanza nello Stato. L'esempio delle regioni con Piani di Rientro è il caso più eclatante di un *modus operandi* in completa autonomia da parte dei governatori per cui, alla fine, chi paga sono i cittadini/pazienti con tasse più elevate e servizi di minore qualità. Un secondo aspetto è riuscire a identificare e condividere al meglio le *best practice* presenti nel settore a livello locale (e sono tante). Per fare ciò occorre, però, una struttura di raccordo centrale, capace di valutare, trasferire e aiutare a implementare *best practice* ovunque ce ne sia bisogno. Infine, occorre un notevole investimento in capitale umano per permettere un effettivo monitoraggio e una puntuale valutazione di ciò che si sta facendo. Per fare questo è necessario avere a disposizione dati tempestivi e pertinenti e, soprattutto, un facile accesso agli stessi.

A scanso di equivoci, vale la pena sottolineare che auspicare un cambiamento in questa direzione non vuole certo significare voler tornare indietro al dirigismo centralista precedente agli anni 2000. I vantaggi di una gestione locale più vicina al paziente sono a tutti noti e, quindi, va preservata. Al tempo stesso occorre però rivalutare il ruolo di cooperazione e di scambio di esperienze tra regioni e tra centro e regioni che in questi anni è venuto a mancare per vari motivi. In assenza di tali condizioni, in futuro ogni situazione di difficoltà sarà sempre un'emergenza, con il rischio sempre maggiore di rendere il sistema meno sostenibile e la salute dei cittadini più precaria.

**Le politiche sociali possono sicuramente attenuare gli effetti negativi sulla salute, limitando i periodi di disoccupazione, fornendo reti di sicurezza per le persone senza lavoro, prevenendo così gli effetti negativi sulla salute dovuti all'essere disoccupato.**

## Bibliografia

Askatas N. e Zimmermann K.F. (2011), Health and Well-Being in the Crisis, Discussion Paper No. 5601, IZA.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Agenas (2012), *Dossier Copayment*.

Atella V., Cincotti F. e Kopinska J. (2012a). La spesa sanitaria e i vincoli di finanza pubblica, in Fondazione Farmafactoring (a cura di), *Il Sistema Sanitario in controluce – Rapporto Farmafactoring 2011*, Franco Angeli, Milano.

Atella V., Belotti F., Cincotti F., Conti V., Kopinska J. and Piano Mortari A. (2013) "La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN", *Quaderni della Fondazione Farmafactoring*, n. 5. Milano.

Bago d'Uva T., A. M. Jones, van Doorslaer E., (2009), "Measurement of Horizontal Inequity in Health Care Utilisation Using European Panel Data", *Journal of Health Economics*, Vol. 28, pp. 280-289.

Costa G., Marra M., Salmaso S. e Gruppo AIE su crisi e salute, (2012). Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia, *Epidemiol Prev* 2012; 36(6):337-366.

Devaux, M. and M. de Looper (2012), "Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009", OECD Health Working Papers, No. 58, OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>

van Doorslaer E., Masseria C. and the OECD Health Equity Research Group Members. Income- Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries 14. 2004. Paris, OECD. OECD Health Working Papers.

Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Patelakis A. e Stefanis C.N. (2013). Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*, 145, 308-14.

Economou A., Nikolau A., Theodossiou I. (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies*, 35:368-384.

EMCDDA, ECDC (2011). HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Centre for Disease Prevention and Control (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/hiv-in-injecting-drug-users-2011>, accessed 13 June 2012).

EUROSTAT 2013. Statistics database [Online]. European Commission. Available: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database) [Accessed 25/03/2013.]

ISTAT (2013). *Prodotto interno lordo, indebitamento netto e saldo primario delle Amministrazioni pubbliche. Anni 2009-2012*, Roma.

ISTAT (2013), La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi, Anno 2012 (media settembre-dicembre), Statistiche Report 24 Dicembre 2013, disponibile su <http://www.istat.it/it/archivio/108565>

Kentikelenis A. et al. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378(9801):1457–1458.

Madianos M. et al. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10):943–952.

Ministero dell'Economia e delle Finanze – MEF (2012). *Nota d'Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2012*, Roma.

Ministero dell'Economia e delle Finanze – MEF (2013). *Documento di Economia e Finanza 2013*, Roma.

Ministero della Salute (2012). *Rapporto sanità 2012*, Roma, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

OECD (2012). *Health at a Glance 2012: OECD Indicators*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2012-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2012-en).

OECD (2013), *Crisis squeezes income and puts pressure on inequality and poverty*, Parigi.

Or Z., Jusot F. and Yilmaz E. (2008), "Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use", *IRDES Working Paper No. 17*, IRDES, Paris. ISTAT (2012). *Conti delle Amministrazioni pubbliche. Anni 1990-2011*, Roma.

Ortiz I. and Cummins M. (2013). *The Age of Austerity: A Review of Public Expenditures and Adjustment Measures in 181 Countries*. Initiative for Policy Dialogue and the South Centre, Working Paper, March.

Rapporto Osservasalute (2013), un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A. e McKee M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 378, 124-5.

WHO (2013) Health, health systems and economic crisis in Europe Impact and policy implications. Summary. European Observatory on Health System, London.



Progetto grafico: ideogramma.it  
Stampa: Arti Grafiche Baratelli

*Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori  
e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.*

## Numeri precedenti

Luglio 2012

Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare

Gennaio 2013

La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*:  
il quadro di sintesi dei prossimi anni

Luglio 2013

Sanità e salute: la variabile generazionale

Novembre 2013

Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti

Gennaio 2014

La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN

Luglio 2014

I conti della sanità: consuntivi e prospettive future

Settembre 2014

I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi

Dicembre 2014

Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia:  
welfare state e welfare society

**Fondazione Farmafactoring**

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

[info@fondazionefarmafactoring.it](mailto:info@fondazionefarmafactoring.it)

[fondazionefarmafactoring.it](http://fondazionefarmafactoring.it)