

CAPITOLO 1

Benchmark internazionali: quale posto in classifica per il nostro Servizio Sanitario Nazionale?

La valutazione comparativa delle performance dei sistemi sanitari permette a ciascun Paese di identificare i propri punti di debolezza e mettere in atto le opportune contromisure al fine di allinearsi a standard internazionali. Tuttavia, gli sforzi di varie organizzazioni internazionali dimostrano che misurare la qualità di un sistema sanitario nelle sue differenti dimensioni presenta numerose complessità. Le classifiche internazionali sono infatti condizionate da numerose variabili:

- tipologia di sistema sanitario;
- numero di paesi inclusi;
- numero e tipologia di indicatori presi in considerazione: indicatore unico, aggregazione in aree di vari indicatori, indicatori singoli;
- dimensioni della performance: sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza, etc.;
- fonti dei dati: database internazionali e nazionali, questionari strutturati, etc.;
- criticità relative ai dati utilizzati: metodi e timing di rilevazione, disponibilità nei sistemi informativi, omogeneità, comparabilità, possibili bias;
- tempistiche di aggiornamento: classifiche *una tantum*, aggiornamento annuale, aggiornamento continuo del database.

Per tale ragione, la posizione di ciascun sistema sanitario può oscillare in maniera rilevante nelle varie classifiche: il nostro SSN, ad esempio, dal podio di Bloomberg (1° posto in Europa, 3° nel mondo) precipita alla 20° posizione di Euro Health Consumer Index.

Al fine di verificare dove si colloca realmente il SSN nel confronto internazionale, oltre che l'affidabilità delle varie "classifiche", è stata condotta una revisione sistematica ed un'analisi metodologica degli strumenti elaborati da diverse organizzazioni per confrontare la performance dei sistemi sanitari:

- Bloomberg
- Commissione Europea
- Commonwealth Fund
- Euro Health Consumer Index
- Healthcare Quality and Access Index
- Numbeo
- Organizzazione Mondiale della Sanità
- Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)

1.1. Bloomberg

Nel 2014 la multinazionale americana dei media Bloomberg ha collocato il nostro SSN al terzo posto su 51 paesi nel mondo e al primo posto in Europa¹. Per inquadrare correttamente questo risultato e stemperare l'eccessivo entusiasmo con cui politica e media continuano a sbandierarlo, è necessario precisare che questo indicatore valuta l'efficienza dei sistemi sanitari mettendo in relazione l'aspettativa di vita con la percentuale di PIL destinato alla sanità (box 1.1). Considerato che l'elevata aspettativa di vita nel nostro Paese è dovuta soprattutto a motivazioni non sanitarie (genetica, dieta mediterranea, clima, etc.), a parità di aspettativa di vita la scalata di questa classifica va di pari passo con la riduzione delle risorse investite in sanità: infatti, dal 2013 al 2014 il nostro SSN è balzato dal 6° al 3° posto, proprio "grazie" al defianziamento rispetto al PIL.

Box 1.1. Bloomberg

Obiettivo

- Valutare l'efficienza dei sistemi sanitari.

Metodi

- Criteri di inclusione: ≥ 5 milioni di abitanti, PIL pro-capite $\geq \$ 5.000$, aspettativa di vita ≥ 70 anni.
- Ogni paese è stato valutato e classificato in base a tre criteri:
 - aspettativa di vita (ponderata al 60%);
 - spesa sanitaria pro-capite relativa (30%), ovvero espressa come percentuale del PIL;
 - spesa sanitaria pro-capite assoluta (10%), ovvero come spesa sanitaria totale.
- Nell'ambito di ciascun criterio, l'80% del punteggio è stato calcolato dalla valutazione più recente del sistema sanitario e il 20% da eventuali variazioni rispetto all'anno precedente.
- Le variazioni sono state misurate in termini di miglioramento dell'aspettativa di vita aggiustata, aumento dei costi dell'assistenza sanitaria, incremento dei costi relativi all'aumento del reddito generale e dei prezzi al consumo e aumento della spesa sanitaria pro-capite.
- I paesi sono stati prima classificati sulla base di ciascun criterio, quindi i punteggi sono stati pesati e sommati per ottenere la classifica finale.

Fonti

- World Bank, International Monetary Fund, World Health Organization, Hong Kong Department of Health.

Ultimo aggiornamento

- 25 agosto 2014.

¹ Bloomberg. Most Efficient Health Care 2014: Countries. Disponibile a: www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-efficient-health-care-2014-countries. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

1.2. Commissione Europea

La Direzione generale degli Affari economici e finanziari della Commissione Europea ha recentemente pubblicato un report sull'efficienza e la qualità dei servizi pubblici² (box 1.2). Il report sottolinea che la valutazione sistematica dei servizi dovrebbe essere utilizzata per migliorare il welfare e sviluppare la crescita dell'economia, riconoscendo tuttavia alcuni limiti metodologici: la spesa potrebbe rivelarsi efficiente in un paese con servizi mediocri prodotti con costi contenuti; viceversa, un paese con servizi di qualità elevata potrebbe essere giudicato inefficiente se utilizza combinazioni di fattori produttivi molto più costosi. Per tale ragione la spesa pubblica è stata valutata sia nell'efficienza sia nella "performance", da intendersi come sinonimo di efficacia, utilizzando due livelli di giudizio: "alta" e "bassa". Tra i 28 paesi europei la spesa sanitaria italiana ha ottenuto la valutazione massima, sia sotto il profilo dell'efficacia sia dell'efficienza, insieme a Francia, Spagna, Irlanda, Cipro e Malta.

Box 1.2. Commissione Europea

Obiettivo

- Valutare l'efficienza e la qualità dei servizi della pubblica amministrazione: istruzione, sanità, ricerca e sviluppo, servizi pubblici generali, ordine pubblico e sicurezza, infrastrutture.

Metodi

- Criteri di inclusione: 28 paesi della UE.
- Due dimensioni di valutazione: efficienza e performance (efficacia).
- Per la valutazione dei servizi sanitari sono stati utilizzati 5 indicatori:
 - Efficienza: spesa media pro-capite degli ultimi 10 anni (pubblica e privata, in termini reali e a parità di potere di acquisto, inclusi gli investimenti);
 - Efficacia: indice di mortalità evitabile, tasso di mortalità infantile, aspettative di vita alla nascita, aspettativa di vita a 65 anni.
- A ciascuna dimensione è stato assegnato uno score "alto" o "basso":
 - Alto: stato che ricade sopra i quartili mediani o nel quartile più elevato della distribuzione dell'efficienza/efficacia secondo la maggior parte degli indicatori di output;
 - Basso: stato che ricade nel quartile inferiore o sotto i quartili mediani della distribuzione dell'efficienza/efficacia secondo la maggior parte degli indicatori di output.

Fonti

- OCSE, Eurostat, servizi della Commissione.

Ultimo aggiornamento

- Dati riferiti al 2014, pubblicazione del dicembre 2016.

1.3. Commonwealth Fund

Dal 2004 confronta le performance del sistema sanitario USA con quelle di altri paesi. Nonostante il loro numero sia aumentato da 7 dell'edizione 2010 a 11 nell'ultimo

² European Commission's Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Report on Public Finances in EMU. Institutional paper 045, December 2016. Disponibile a: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/ip045_en_0.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

aggiornamento del 2014³, il nostro SSN non è mai stato preso in considerazione, verosimilmente per una spesa sanitaria pro-capite troppo bassa.

1.4. Euro Health Consumer Index

Health Consumer Powerhouse Ltd (HCP) è nata nel 2004 con l'obiettivo di confrontare in maniera trasparente le performance dei sistemi sanitari in Europa, identificare e gestire le criticità al fine di responsabilizzare pazienti e professionisti sanitari e migliorare gli outcome. HCP ha pubblicato oltre 50 edizioni degli *Health Consumer Indexes* in diversi ambiti sanitari: l'Euro Health Consumer Index (EHCI), il suo prodotto di punta, costituisce un monitoraggio indipendente dell'assistenza sanitaria in 36 paesi secondo la prospettiva di cittadini e pazienti (box 1.3).

Il rapporto EHCI 2017, posizionando il SSN italiano al 20° posto su 35 paesi europei⁴ (nel 2006 era 11° su 26 paesi), ne fotografa in maniera oggettiva la grande eterogeneità: «L'Italia è il paese europeo con la più grande differenza tra Regioni di PIL pro-capite, che nella regione più povera è solo 1/3 di quello della più ricca. Anche se il servizio sanitario è formalmente governato dal Ministero della Salute, il punteggio complessivo dell'Italia è giallo (livello intermedio), in quanto risulta da un mix tra verde (livello alto) da Roma in su e rosso (livello più basso) nelle regioni meridionali».

Box 1.3. Euro Health Consumer Index

Obiettivo

- Valutare le performance dei sistemi sanitari europei, secondo la prospettiva del cittadino/paziente.

Metodi

- Criteri di inclusione: 36 paesi europei, con la successiva esclusione di Cipro.
- Analisi comparativa delle performance dei sistemi sanitari nazionali di 35 paesi sulla base di 46 indicatori suddivisi in 6 aree:
 1. Diritti e informazioni al paziente (10);
 2. Accessibilità, liste d'attesa (6);
 3. Outcome (9);
 4. Varietà e range dei servizi offerti (8);
 5. Prevenzione (7);
 6. Farmaci (6).

Fonti

- Fonti varie disponibili alla tabella 7.7, pag. 50-56⁴.

Ultimo aggiornamento

- Gennaio 2018.

³ Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. Mirror, mirror on the wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. The Commonwealth Fund, June 2014. Disponibile a: www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror. Ultimo accesso: 5 giugno 2018.

⁴ Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2017 Report. Health Consumer Powerhouse Ltd, 2018. Disponibile a: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

La tabella 1.1 mostra l'estrema eterogeneità delle posizioni dell'Italia rispetto alle varie aree oltre a uno score cumulativo di -40 rispetto alla media.

Aree	Posizione	Score		
		Italia	Media	Delta
1. Diritti e informazioni al paziente	26°	88	99	-11
2. Accessibilità, liste d'attesa	20°	150	163	-13
3. Outcome	18°	211	210	1
4. Varietà e range dei servizi offerti	24°	73	87	-14
5. Prevenzione	11°	101	91	10
6. Farmaci	26°	50	63	-13
Score totale	20°	673	713	-40

Tabella 1.1. Euro Health Consumer Index 2017

1.5. Healthcare Quality and Access Index

Utilizzando i dati del *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* relativi a 195 Paesi nel periodo 1990-2015, i ricercatori hanno sviluppato un indicatore denominato indice di qualità ed accesso ai servizi sanitari – *Healthcare Quality and Access (HAQ) Index* – i cui valori hanno un range 0-100⁵. L'HAQ Index, che prende in considerazione la mortalità evitabile per 32 malattie, è strettamente correlato ad altri indicatori, quali la spesa sanitaria pro-capite, un indicatore composito di 11 interventi di copertura sanitaria universale e le risorse umane per i servizi sanitari. In questo studio, che non può essere assimilato ad una vera e propria classifica, l'Italia raggiunge un HAQ Index di 89, collocandosi al 10° posto, a pari merito con Lussemburgo e Giappone e preceduta da Andorra (95), Islanda (94), Svizzera (92), Svezia, Norvegia, Australia, Finlandia, Spagna, Olanda (90).

1.6. Numbeo

Questa meno nota classifica viene elaborata su un database online che permette agli utenti della rete di condividere varie informazioni, tra cui quelle sui sistemi sanitari, che vengono confrontate tra Paesi e continenti creando una mappa costantemente aggiornata (box 1.4).

⁵ GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017;390:231-266.

Tra i 69 paesi valutati il SSN si colloca al 32° posto utilizzando l'*Health Care Index* e al 30° secondo l'*Health Care Exp(ontential) Index*⁶.

Box 1.4. Numbeo

Obiettivo

- *Health Care Index*: valuta la qualità generale del sistema sanitario, dei professionisti sanitari, delle tecnologie, del personale, dei medici, dei costi, etc.
- *Health Care Exp Index*: ha l'obiettivo di mostrare l'*Health Care Index* aumentando esponenzialmente nei sistemi sanitari di migliore qualità.

Metodi

- Criteri di inclusione: paesi per i quali è disponibile un numero minimo di feedback degli utenti (ad oggi 197 paesi).
- Numbeo consente di visualizzare, condividere e confrontare informazioni sui sistemi sanitari di tutto il mondo in base ai seguenti indicatori:
 - Skill e competenze dei professionisti sanitari;
 - Rapidità per accertamenti e referti;
 - Disponibilità di moderne tecnologie diagnostico-terapeutiche;
 - Accuratezza e completezza dei referti;
 - Cordialità e cortesia del personale;
 - Tempi di attesa;
 - Ubicazione dei servizi.
- Gli utenti compilano una survey con punteggio che varia da -2 (punteggio minimo) a +2 (punteggio massimo): i risultati vengono presentati in scala 0-100. I dati vengono filtrati per eliminare il potenziale spam.
- L'indice corrente si basa sui dati degli ultimi 36 mesi e include solo le città per le quali esiste un numero minimo di feedback di utenti.

Fonti

- Survey compilate dagli utenti del sito.

Ultimo aggiornamento

- Il database viene aggiornato in tempo reale, ma gli indicatori vengono ricalcolati due volte l'anno (timing non descritti).

1.7. Organizzazione Mondiale della Sanità

Nel 2000 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dedicava il *World Health Report* alla valutazione delle performance dei sistemi sanitari nei 191 stati membri⁷. Utilizzando dati relativi al 1997 e integrando indicatori di qualità dei servizi e di spesa, veniva elaborato il *WHO index* per quantificare la capacità di risposta assistenziale in relazione alle risorse investite. Nella classifica finale il SSN italiano conquistava il 2° posto, dopo la Francia, con un livello di incertezza sul rank dal 1° al 5° posto. Questo riconoscimento è stato un vanto nazionale sbandierato per oltre 15 anni e ancora riportato in documenti istituzionali, nonostante le metodologie utilizzate siano state oggetto di aspre critiche e il dato sia

⁶ Numbeo. Health Care Index for Country 2018. Disponibile a: www.numbeo.com/health-care/rankings-by-country.jsp. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁷ World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Disponibile a: www.who.int/whr/2000. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

crystallizzato al 1997. Considerato che l'OMS non ha mai più dedicato il *World Health Report* alla valutazione delle performance dei sistemi sanitari⁸, questa "posizione" del SSN non dovrebbe più essere citata, se non per ragioni storiche.

1.8. Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico

L'OECD *Health Database* rappresenta la fonte più completa di dati comparabili su salute e sistemi sanitari tra i paesi dell'OCSE ed è uno strumento indispensabile per il benchmark grazie anche al fatto che il database viene aggiornato due volte l'anno ed è a libero accesso⁹. Sulla base di questi dati l'OCSE ogni due anni pubblica il Rapporto *Health at a Glance*, che oggi rappresenta lo strumento più completo di valutazione e confronto delle performance dei sistemi sanitari¹⁰. Tale rapporto, tuttavia, non genera una classifica globale, ma effettua un benchmark per ciascuno dei 76 indicatori raggruppati in 9 categorie (box 1.5).

Box 1.5. Health at a Glance

Obiettivo

- Permettere il benchmark tra paesi dell'OCSE, oltre che la valutazione dei trend nel tempo, di indicatori relativi alle performance dei sistemi sanitari.

Metodi

- Criteri di inclusione: 35 paesi membri dell'OCSE e per alcuni indicatori anche paesi partner (Brasile, Cina, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Lituania, Russia, Sud Africa).
- Valutazione delle performance relative a 76 indicatori raggruppati in 9 categorie:
 - Stato di salute (10)
 - Fattori di rischio (8)
 - Accesso alle cure (5)
 - Qualità dell'assistenza ed esiti di salute (15)
 - Spesa sanitaria (7)
 - Personale (9)
 - Erogazione dell'assistenza (8)
 - Farmaceutica (5)
 - Invecchiamento e long-term care (9)

Fonti

- Le fonti utilizzate per ciascun indicatore sono differenti e identificate in uno specifico documento metodologico¹¹.

Ultimo aggiornamento

- Novembre 2017.

⁸ World Health Organization. World health report – archive. Disponibile a: www.who.int/whr/previous. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁹ OECD Health Statistics 2017. Last update November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 5 giugno 2018.

¹⁰ OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris: November 2017. Disponibile a: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en. Ultimo accesso: 5 giugno 2018.

¹¹ OECD Health Statistics 2017. Definitions, Sources and Methods. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Per ciascuno dei Paesi europei, l'OCSE e l'*European Observatory on Health Systems and Policies*, in collaborazione con la Commissione Europea, elaborano un "profilo nazionale"¹² per offrire un quadro sintetico sullo "stato di salute" di ciascun sistema sanitario, identificando le sfide per guidare le politiche sanitarie. Dell'ultimo report sul nostro SSN, pubblicato il 23 novembre 2017, si riporta di seguito la sintesi dei 4 aspetti fondamentali¹³:

- **Stato di salute.** L'aspettativa di vita alla nascita in Italia ha raggiunto 82,6 anni nel 2015, rispetto ai 79,9 anni del 2000, ponendo il paese al 2° posto nell'UE dopo la Spagna. L'allungamento dell'aspettativa di vita si deve soprattutto alla riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari. Permangono, tuttavia, notevoli disparità legate al genere e alle condizioni socioeconomiche.
- **Fattori di rischio.** Nel 2014 in Italia la percentuale dei consumatori abituali adulti di tabacco era del 20%, appena al di sotto della media UE e in calo rispetto al 25% del 2000. Anche il consumo di alcool negli adulti è diminuito, collocandosi molto al di sotto della media UE. Per contro, si è riscontrato un aumento dei problemi di sovrappeso e obesità infantile, con una prevalenza superiore alla media UE.
- **Spesa sanitaria.** Nel 2015 in Italia la spesa sanitaria pro-capite, pari a € 2.502, era inferiore del 10% rispetto alla media UE (€ 2.797). La spesa sanitaria corrisponde al 9,1% del PIL, anche in questo caso al di sotto della media UE (9,9%). Sebbene una serie di servizi di base siano gratuiti, le spese a carico dei pazienti sono relativamente elevate (23% del totale, rispetto ad una media UE del 15% nel 2015) e riguardano soprattutto farmaci e cure odontoiatriche.
- **Performance del sistema sanitario**
 - **Efficacia.** In Italia la mortalità evitabile rimane tra le più basse dell'UE, dato che fa supporre una buona efficacia del sistema sanitario nel trattamento dei pazienti con patologie potenzialmente letali.
 - **Accesso.** Il SSN italiano copre tutti i cittadini e i residenti stranieri. Nell'accesso alle prestazioni sanitarie, tuttavia, si riscontrano notevoli variazioni in base alle Regioni e alla fascia di reddito.
 - **Resilienza.** È stato proposto un nuovo sistema di riparto del fondo sanitario al fine di migliorare l'equità; è stato formato un maggior numero di infermieri per far fronte all'invecchiamento della popolazione e sono stati introdotti nuovi indicatori di performance per favorire una maggiore responsabilizzazione e una migliore qualità dell'assistenza.

Il box 1.6 riporta una sintesi del report.

¹² Country Health Profiles 2017. Disponibile a: www.oecd.org/health/country-health-profiles-EU.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹³ OECD and European Observatory on Health Systems and Policies. Italia: profilo della sanità 2017. Disponibile a: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/italia-profilo-della-sanita-2017_9789264285248-it. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Box 1.6. Risultati principali performance SSN (da¹³)

- Il sistema sanitario italiano ha contribuito notevolmente al miglioramento della salute dei cittadini e all'allungamento dell'aspettativa di vita. In Italia la mortalità evitabile presenta uno dei tassi più bassi d'Europa, soprattutto grazie alla lieve ma costante riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari. Il numero dei decessi legati al consumo di alcolici è tra i più bassi nell'UE, un dato che riflette un consumo generalmente moderato di bevande alcoliche e un basso tasso di "binge drinking". È necessario tuttavia mettere in campo ulteriori strategie per ridurre il fumo tra adolescenti e adulti al fine di ridurre la mortalità per carcinoma polmonare e per altre patologie correlate al fumo.
- Nonostante le iniziative pubbliche per ridurre l'incidenza del sovrappeso e dell'obesità, nelle regioni meridionali (es. Calabria, Campania e Molise) i tassi di sovrappeso e obesità infantile superano il 40%.
- In seguito alla crisi economica del 2008, una serie di provvedimenti per la riduzione della spesa pubblica ha generato tagli ai finanziamenti pubblici per la sanità. Con l'introduzione dei piani di rientro, la maggior parte delle regioni ha chiesto ai cittadini una maggiore compartecipazione alla spesa per l'acquisto dei farmaci e per l'utilizzo inappropriato dei servizi di pronto soccorso.
- Nella fascia di reddito più bassa la percentuale di cittadini che segnalano bisogni sanitari non soddisfatti per motivi economici è particolarmente elevata, lasciando intravedere marcate disparità nell'accesso all'assistenza. Diversi gruppi vulnerabili sono comunque esenti dal pagamento dei ticket sanitari.
- A seguito della ripresa economica degli ultimi anni, nel 2016 i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti dal SSN sono stati rivisti e ampliati, ma restano perplessità in merito alla capacità finanziaria delle regioni di erogare le prestazioni incluse nei nuovi LEA senza alzare le imposte regionali (o creare deficit), con conseguente rischio di aumentare i bisogni sanitari non soddisfatti e la spesa sanitaria out-of-pocket.
- Nonostante l'impegno per migliorare l'efficienza della spesa farmaceutica, i medicinali equivalenti costituiscono ancora una piccola percentuale del volume complessivo dei medicinali oggetto di prescrizione medica. Recenti provvedimenti promuovono la prescrizione degli equivalenti, obbligando i medici di base ad indicare esplicitamente nella ricetta i principi attivi, agevolando così la sostituzione.
- È in corso la formazione di un maggior numero di infermieri e la regolarizzazione delle badanti al fine di rispondere ai crescenti bisogni sanitari e in particolare di "long-term care" da parte di una popolazione sempre più anziana. Rispetto agli altri paesi UE, l'Italia è caratterizzata da un basso rapporto infermieri/medici, anche se negli ultimi 15 anni il numero degli studenti che completano i corsi di studio in scienze infermieristiche è quadruplicato. Ora la sfida è trovare impieghi adeguati all'interno del SSN per tutti questi nuovi professionisti.

Considerato che nel report *Health at a Glance 2017* l'OCSE non elabora alcuna classifica, in occasione della stesura del presente Rapporto la Fondazione GIMBE ha analizzato performance e posizione dell'Italia per i 76 indicatori il cui numero totale dopo la disaggregazione è di 194.

Per ciascuna delle 9 categorie di valutazione delle performance è stata elaborata una tabella (tabelle 1.2-1.10), dove per ciascun indicatore viene riportata la posizione in classifica dell'Italia, il dato nazionale e la media OCSE; le righe evidenziate in grigio identificano gli indicatori dove la performance dell'Italia è peggiore rispetto alla media OCSE. Nell'elaborazione dei dati, la posizione in classifica dell'Italia è stata assegnata in base all'analisi della direzione dell'indicatore: quando la performance migliora al crescere del valore numerico, l'ordinamento è decrescente; quando la performance migliora al diminuire del valore numerico, l'ordinamento è crescente. Per

gli indicatori per i quali la direzione non è interpretabile in maniera univoca, indicati in tabella con un asterisco (*), la classifica è stata sempre elaborata in ordine decrescente. In calce a ciascuna tabella, vengono elencati gli indicatori che non permettono di elaborare una classifica (n. 6) e quelli per i quali non è disponibile il dato relativo all'Italia (n. 37); di conseguenza, il numero totale di indicatori inclusi nelle tabelle è di 151.

Indicatori area "Stato di salute"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Aspettativa di vita a 30 anni: gap in anni tra il livello di istruzione più elevato e quello più basso (maschi)	4	4,4	7,1
Aspettativa di vita alla nascita (anni)	4	82,6	80,6
Aspettativa di vita a 30 anni: gap in anni tra il livello di istruzione più elevato e quello più basso (femmine)	6	2,7	4,2
Principali cause di morte: cause esterne (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	6	31	46,6
Aspettativa di vita alla nascita: donne (anni)	6	84,9	83,1
Aspettativa di vita alla nascita: uomini (anni)	7	80,3	77,9
Prevalenza di depressione cronica (%)	8	5,5	7,9
Prevalenza del diabete negli adulti (%)	9	5,1	7
Suicidi (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	9	6,3	12,1
Principali cause di morte: malattie respiratorie (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	9	47,9	63,9
Prevalenza del diabete di tipo 1 (per 1.000 bambini)	10	0,8	1,2
Mortalità infantile (n° di decessi ogni 1.000 nati nel 2015)	15	2,9	3,9
Principali cause di morte: altro (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	15	115	136,4
Incidenza tumori (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	15	278,6	270,5
Mortalità per cardiopatia ischemica (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	17	84	112
Principali cause di morte: demenza (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	21	45,2	54
Principali cause di morte: cardiovascolari (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	22	255	282,2
Percezione buona o molto buona dello stato di salute negli adulti (%)	23	65,6	68,2
Mortalità cerebrovascolare (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	25	67,2	64,5
Mortalità per tumore (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	26	205,4	203,7
Principali cause di morte: tumori (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	28	214,8	209,5
Basso peso alla nascita (% sui nati vivi nel 2015)	29	7,4	6,5

Tabella 1.2. Stato di salute

Indicatori area "Fattori di rischio"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Consumo giornaliero di frutta negli adulti (%)	3	76,2	56,8
Sovrappeso o obesità negli adulti (%)	4	45,2	53,9
Consumo giornaliero di frutta negli adolescenti (%)	7	36,5	32,3
Abuso di alcool negli adolescenti (% di adolescenti con almeno due episodi di abuso di alcool nella vita)	11	16,5	22,3
Consumo giornaliero di verdura negli adulti (%)	12	61,3	59,8
Consumo giornaliero di verdura negli adolescenti (%)	16	29	32,4
Consumo di alcool negli adulti (litri di alcool pro-capite/anno)	17	7,6	9
Sovrappeso o obesità negli adolescenti: dato auto-riportato (%)	18	15,5	15,6
Attività fisica moderata settimanale negli adulti (%)	22	47,2	66,5
Popolazione esposta a livelli di PM2.5 superiori a 10 mcg/m ³ (%)	25	100	68
Fumatori adulti abituali (%)	27	20	18,4
Attività fisica moderata/intensa quotidiana negli adolescenti (%)	28	8	14,6
Fumo negli adolescenti (% di adolescenti che fumano almeno una volta a settimana)	30	21	11,7
Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale			
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso abituale di alcool negli adulti (%) • Sovrappeso o obesità negli adolescenti: dato rilevato (%) 			

Tabella 1.3. Fattori di rischio

Indicatori area "Accesso alle cure"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Tempi di attesa per intervento di cataratta (giorni)	2	49,7	127,8
Tempi di attesa per intervento di protesi del ginocchio (giorni)	3	75,3	181,6
Tempi di attesa per intervento di protesi d'anca (giorni)	4	79,3	159,2
Rinuncia a consulti medici per ragioni economiche (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 abitanti)	6	4,8	10,5
Popolazione coperta dai servizi essenziali (%)	8	100	N.D.
Incidenza della spesa sanitaria out-of-pocket sui consumi totali delle famiglie (%)	20	3,4	3
Indicatori che non permettono di stilare una classifica			
<ul style="list-style-type: none"> • Densità di medici nelle regioni di livello 2 • Densità di medici, aree rurali vs aree urbane 			
Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale			
<ul style="list-style-type: none"> • Copertura assicurativa privata (%) • Trend nella copertura assicurativa privata (%) • Rinuncia a farmaci per ragioni economiche (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 abitanti) • Bisogni di salute non soddisfatti per ragioni economiche: adulti a basso reddito (%) • Bisogni di salute non soddisfatti per ragioni economiche: adulti non a basso reddito (%) 			

Tabella 1.4. Accesso alle cure

Indicatori area "Qualità dell'assistenza ed esiti di salute"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Ricoveri per diabete negli adulti (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 abitanti)	1	40	137
Ritenzione di materiale estraneo: tutti gli interventi chirurgici (ogni 100.000 dimissioni di pazienti chirurgici)	1	1,6	4,2
Trauma ostetrico (tasso grezzo ogni 100 parti vaginali strumentali)	2	1,9	5,7
Ricoveri per asma e BPCO negli adulti (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 abitanti)	2	63,6	236,5
Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per IMA: dati <i>linked</i> (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 pazienti di età ≥45 anni)	2	7,6	9,9
Trauma ostetrico (tasso grezzo ogni 100 parti vaginali non strumentali)	3	0,5	1,5
Amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici adulti (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 abitanti)	3	2,7	6,4
Amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici adulti (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 pazienti diabetici)	4	29,7	66,6
Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per ictus ischemico: dati <i>linked</i> (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 pazienti di età ≥45 anni)	6	9,3	11,6
Sepsi post-operatoria: tutti gli interventi di chirurgia addominale (ogni 100.000 pazienti dimessi dopo chirurgia addominale)	7	1.003,6	995,7
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda dopo chirurgia di anca e ginocchio: tutti gli interventi chirurgici (ogni 100.000 pazienti dimessi dopo interventi chirurgici di anca e ginocchio)	8	1.072,6	601,3
Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per IMA: dati <i>unlinked</i> (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 ricoveri di adulti di età ≥45 anni)	10	5,4	7,5
Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per ictus ischemico: dati <i>unlinked</i> (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 ricoveri di adulti di età ≥45 anni)	11	6,3	8,2
Sopravvivenza a 5 anni per carcinoma del colon (tasso standardizzato per età)	15	64,1	62,8
Pazienti diabetici in terapia antipertensiva (% di pazienti diabetici)	15	79,1	79,1
Mortalità per leucemia nei bambini di età compresa tra 1 e 4 anni (decessi ogni 100.000 bambini)	18	0,8	0,8
Sopravvivenza a 5 anni per leucemia linfoblastica acuta (tasso standardizzato per età)	19	87,8	86,7
Adulti di età ≥65 anni vaccinati contro l'influenza (%)	19	49	43
Screening mammografico negli ultimi 2 anni: donne di età compresa tra 50 e 69 anni (%)	20	55	60,8
Sopravvivenza a 5 anni per carcinoma della mammella (tasso standardizzato per età)	20	86	85
Sopravvivenza a 5 anni per carcinoma del retto (tasso standardizzato per età)	20	61,3	61
Pazienti ≥65 anni con frattura di femore operati entro 48 ore dal	20	53,2	80,6

Indicatori area "Qualità dell'assistenza ed esiti di salute"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
ricovero (%)			
Ricoveri per insufficienza cardiaca congestizia negli adulti (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 abitanti)	21	225,9	228,1
Bambini di 1 anno vaccinati contro l'epatite B (%)	22	93	93,7
Mortalità per carcinoma della mammella: donne (tasso standardizzato per età ogni 100.000 donne)	24	26,7	24,9
Mortalità per carcinoma colon-rettale (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 abitanti)	24	22,9	23,9
Volume totale delle prescrizioni di antibiotici (DDD per 1.000 abitanti)	28	27,5	20,61
Bambini di 1 anno vaccinati contro difterite, tetano e pertosse (%)	31	93	95,7
Leucemia nei bambini di età compresa tra 1 e 4 anni (casi ogni 100.000 bambini)	32	5,3	4,7
Bambini di 1 anno vaccinati contro il morbillo (%)	44	85	95
<p>Indicatori che non permettono di stilare una classifica</p> <ul style="list-style-type: none"> Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per IMA: dati <i>linked</i> (tasso standardizzato per età, genere e comorbidità ogni 100 ricoveri di adulti di età ≥45 anni) Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per IMA: dati <i>linked</i> e <i>unlinked</i> (tasso standardizzato per età, genere e comorbidità ogni 100 ricoveri di adulti di età ≥45 anni) <p>Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> Medici che dedicano un tempo adeguato al consulto con il paziente (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 pazienti) Medici che forniscono spiegazioni comprensibili (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 pazienti) Medici che coinvolgono il paziente nelle decisioni terapeutiche e assistenziali (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 pazienti) Ritenzione di materiale estraneo: chirurgia elettiva (eventi ogni 100.000 dimissioni di pazienti chirurgici) Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria dopo chirurgia di anca e ginocchio: chirurgia elettiva (ogni 100.000 pazienti dimessi dopo interventi chirurgici di anca e ginocchio) Sepsi post-operatoria: chirurgia elettiva (ogni 100.000 pazienti dimessi dopo chirurgia addominale) Suicidi nei pazienti ricoverati con disturbi mentali (tasso standardizzato per età e genere ogni 1.000 pazienti) Suicidi dopo il ricovero nei pazienti con disturbi mentali a 1 anno dalla dimissione (tasso standardizzato per età e genere ogni 1.000 pazienti) Suicidi dopo il ricovero nei pazienti con disturbi mentali a 30 giorni dalla dimissione (tasso standardizzato per età e genere ogni 1.000 pazienti) Eccesso di mortalità per schizofrenia: maschi (% di pazienti schizofrenici) Eccesso di mortalità per schizofrenia: femmine (% di pazienti schizofrenici) Eccesso di mortalità per disturbo bipolare: maschi (% di pazienti con disturbo bipolare) Eccesso di mortalità per disturbo bipolare: femmine (% di pazienti con disturbo bipolare) 			

Tabella 1.5. Qualità dell'assistenza ed esiti di salute

Indicatori area "Spesa sanitaria"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Spesa sanitaria per tipo di erogatore: ospedali (%)*	3	45,4	38,2
Spesa sanitaria per tipo di servizio: assistenza ospedaliera (%)*	5	32,1	27,9
Spesa sanitaria per tipo di servizio: beni sanitari (%)*	11	20,7	19,4
Spesa sanitaria per tipo di servizio: servizi collettivi (%)*	15	5,9	6,4
Spesa sanitaria per tipo di servizio: assistenza ambulatoriale (%)*	16	31,2	32,8
Spesa sanitaria per tipo di erogatore: altro (%)*	16	9,4	9,4
Spesa sanitaria pubblica/obbligatoria (% del PIL)*	17	6,7	6,5
Spesa sanitaria per tipo di servizio: long-term care (%)*	19	10,1	13,5
Spesa sanitaria per tipo di erogatore: strutture per la long-term care (%)*	19	6	8,2
Spesa sanitaria per tipo di erogatore: rivenditori (%)*	19	16,6	18,2
Spesa sanitaria totale: pubblica/obbligatoria + volontaria/out-of-pocket (parità di potere di acquisto in \$)*	20	3.391	4.003
Spesa sanitaria pubblica/obbligatoria (parità di potere di acquisto in \$)*	20	2.545	2.937
Spesa sanitaria totale: pubblica/obbligatoria + volontaria/out-of-pocket (% del PIL)*	20	8,9	9
Spesa sanitaria volontaria/out-of-pocket (parità di potere di acquisto in \$)*	21	847	1.066
Spesa sanitaria per tipo di erogatore: ambulatori (%)*	23	22,5	26
Spesa sanitaria volontaria/out-of-pocket (% del PIL)*	25	2,2	2,5
Investimenti fissi lordi in sanità (% del PIL)	25	0,4	0,5
<p>Indicatori che non permettono di stilare una classifica</p> <ul style="list-style-type: none"> Spesa sanitaria per tipo di finanziamento <p>Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonti di finanziamento per tipo: finanziamento pubblico nazionale (%) Fonti di finanziamento per tipo: contribuzione sociale (%) Fonti di finanziamento per tipo: prepagamenti obbligatori (%) Fonti di finanziamento per tipo: prepagamenti volontari (%) Fonti di finanziamento per tipo: altri finanziamenti nazionali (%) 			

Tabella 1.6. Spesa sanitaria

Indicatori area "Personale"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Infermieri laureati all'estero (%)*	10	5,7	5,9
Medici occupati (ogni 1.000 abitanti)	11	3,8	3,4
Retribuzione dei medici in rapporto al salario medio: specialisti dipendenti	13	2,48	N.D.
Laureati in Medicina e Chirurgia (ogni 100.000 abitanti)	16	12,3	12,1
Retribuzione degli infermieri ospedalieri in rapporto al salario medio	17	1,06	1,14
Retribuzione degli infermieri ospedalieri (parità di potere di acquisto in migliaia di \$)	20	42,1	47,4
Occupazione nei settori sanitario e sociale sul totale dell'occupazione (%)	22	7,6	10,1
Medici donna (%)	24	40,7	46,5
Medici laureati all'estero (%)*	27	0,8	16,9
Infermieri occupati (ogni 1.000 abitanti)	29	5,4	9
Medici di età ≥55 anni (%)	30	53,3	34,5
Laureati in Scienze Infermieristiche (ogni 100.000 abitanti)	31	20,6	46
Rapporto infermieri/medici	35	1,4	2,8
Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale <ul style="list-style-type: none"> • Retribuzione dei medici in rapporto al salario medio: specialisti liberi professionisti • Retribuzione dei medici in rapporto al salario medio: medici di medicina generale dipendenti • Retribuzione dei medici in rapporto al salario medio: medici di medicina generale liberi professionisti 			

Tabella 1.7. Personale

Indicatori area "Erogazione dell'assistenza"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Disponibilità di apparecchiature per la risonanza magnetica (ogni 1.000.000 di abitanti)	4	28,2	15,9
Tasso di occupazione dei posti letto per acuti (%)	8	78,9	75,7
Dimissioni ospedaliere (ogni 1.000 abitanti)	10	118,6	156
Interventi ambulatoriali di cataratta (%)	10	96,7	86,8
Disponibilità di apparecchiature per TAC (ogni 1.000.000 di abitanti)	11	33,3	25,7
Interventi ambulatoriali di tonsillectomia (%)	14	30,4	34,1
Dimissioni ospedaliere per patologie cardiovascolari (ogni 1.000 abitanti)	16	18,8	20
Numero di consulti per abitante (consulti/anno)	16	6,8	6,9
Dimissioni ospedaliere per patologie oncologiche (ogni 1.000 abitanti)	17	11,1	13,1
Interventi di artroprotesi d'anca (ogni 100.000 abitanti)	17	171,9	166,4
Interventi di artroprotesi del ginocchio (ogni 100.000 abitanti)	20	111,5	126,2
Degenza media del ricovero ospedaliero dopo parto naturale (giorni)	22	3,4	2,9
Numero stimato di consulti per medico (consulti/anno)	23	1.744	2.295
Degenza media del ricovero ospedaliero (giorni)	25	7,8	7,8
Posti letto (ogni 1.000 abitanti)	25	3,2	4,7
Tagli cesarei (ogni 100 nati vivi)	27	35,3	27,9
Degenza media del ricovero ospedaliero dopo IMA (giorni)	30	7,9	6,5
Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale <ul style="list-style-type: none"> • Risonanze magnetiche eseguite (ogni 1.000 abitanti) • TAC eseguite (ogni 1.000 abitanti) 			

Tabella 1.8. Erogazione dell'assistenza

Indicatori area "Farmaceutica"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Farmacisti occupati (ogni 100.000 abitanti)	4	116	82
Farmacie territoriali (ogni 100.000 abitanti)	9	29,9	24,7
Consumo di farmaci ipo-colesterolemizzanti (DDD per 1.000 abitanti)*	10	92	100,7
Consumo di farmaci antidepressivi (DDD per 1.000 abitanti)*	10	46,5	60,3
Spesa farmaceutica per tipo di finanziamento: pubblico (%)*	11	62,5	56,8
Spesa farmaceutica pro-capite (parità di potere di acquisto in migliaia di \$)*	11	601	553
Quota del mercato dei biosimilari (volume) per anti-TNF vs prodotto di riferimento (%)	11	20	27,3
Quota del mercato dei biosimilari (volume) per epoetina vs prodotto di riferimento (%)	13	65	68,1
Spesa farmaceutica per tipo di finanziamento: privato (%)*	17	37,5	38,6
Consumo di farmaci antidiabetici (DDD per 1.000 abitanti)*	18	70,9	66,5
Intensità della ricerca e sviluppo per settore industriale: spesa delle aziende per ricerca e sviluppo sul valore aggiunto lordo (%)	21	0,063	0,142
Spesa farmaceutica per tipo di finanziamento: altro (%)*	22	0	4,6
Consumo di farmaci anti-ipertensivi (DDD per 1.000 abitanti)*	24	432,7	317
Incidenza dei farmaci equivalenti sul mercato farmaceutico totale: valore (%)	26	8,4	25
Incidenza dei farmaci equivalenti sul mercato farmaceutico totale: volume (%)	26	19,2	51,5
<p>Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> Spesa delle aziende per ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico e fondi pubblici per la ricerca e sviluppo nel settore sanitario: spesa R&D, farmaceutica (miliardi di \$) Spesa delle aziende per ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico e fondi pubblici per la ricerca e sviluppo nel settore sanitario: finanziamento pubblico diretto R&D, sanità (miliardi di \$) Spesa delle aziende per ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico e fondi pubblici per la ricerca e sviluppo nel settore sanitario: spesa R&D, farmaceutica (% del PIL) Spesa delle aziende per ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico e fondi pubblici per la ricerca e sviluppo nel settore sanitario: finanziamento pubblico diretto R&D, sanità (% del PIL) 			

Tabella 1.9. Farmaceutica

Indicatori area "Invecchiamento e long-term care"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Spesa sanitaria pubblica (o assicurazione obbligatoria) per la long-term care: LTC altri setting (%)*	1	30,7	4,8
Popolazione di età ≥65 anni (%)	2	21,8	16,6
Popolazione di età ≥80 anni (%)	2	6,5	4,4
Aspettativa di vita a 65 anni (anni)	6	20,6	19,5
Aspettativa di vita a 65 anni: donne (anni)	7	22,2	21,1
Pazienti in terapia con antipsicotici (ogni 1.000 abitanti di età ≥65 anni) *	7	45,8	47,8
Aspettativa di vita a 65 anni: uomini (anni)	8	18,9	17,9
Caregiver non retribuiti nella popolazione di età ≥50 anni (%)	14	8	13,3
Spesa sanitaria pubblica (o assicurazione obbligatoria) per la long-term care: LTC domiciliare (%)*	16	18,3	29,9
Adulti di età ≥65 anni che percepiscono uno stato di salute buona o ottima: quintile di reddito inferiore (%)	17	19,1	32,3
Adulti di età ≥65 anni che percepiscono uno stato di salute buona o ottima: quintile di reddito superiore (%)	18	44,1	56
Aspettativa di vita in salute a 65 anni, solo paesi europei (anni in salute)	20	7,7	9,4
Limitazioni nelle attività della vita quotidiana negli adulti di età ≥65 anni, solo paesi europei (%)	21	61,9	50,5
Spesa socio sanitaria pubblica (o assicurazione obbligatoria) per la long-term care (% del PIL)	21	0,7	1,7
Spesa sanitaria pubblica (o assicurazione obbligatoria) per la long-term care: LTC in ospedale (%)*	21	51,1	65,3
Adulti di età ≥65 anni che percepiscono uno stato di salute buona o ottima (%)	24	29,3	44
Posti letto in strutture per la LTC: strutture residenziali e ospedali (ogni 1.000 abitanti di età ≥65 anni)	28	19,2	49,7
Prevalenza della demenza (casi ogni 1.000 abitanti)	43	22,5	14,8
<p>Indicatori che non permettono di stilare una classifica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persone che ricevono long-term care per età <p>Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operatori retribuiti della long-term care ogni 100 persone di età ≥65 anni (%) • Persone di età ≥65 anni che ricevono long-term care (%) • Persone di età ≥65 anni che ricevono long-term care a domicilio (%) 			

Tabella 1.10. Invecchiamento e long-term care

1.9. Conclusioni

La revisione sistematica dei sistemi internazionali di valutazione delle performance e la relativa analisi metodologica permette di trarre alcune raccomandazioni chiave per l'utilizzo dei risultati di tali classifiche nel dibattito pubblico e, in particolare, nelle comunicazioni istituzionali:

- La classifica dell'OMS del 2000 formulata sulla base di dati riferiti al 1997 oggi ha solo un valore storico e non dovrebbe più essere citata.
- Nel riportare la posizione dell'Italia nella classifica Bloomberg, è indispensabile precisare sempre le modalità con cui viene costruito l'indicatore, sottolineando che misurando solo la dimensione dell'efficienza rischia di sovrastimare la qualità del nostro SSN.
- Il sistema più completo e aggiornato per la valutazione delle performance e l'individuazione delle aree di miglioramento è indubbiamente quello dell'OCSE che, in ogni caso permette solo di valutare la posizione dell'Italia rispetto ad altri paesi e alla media OCSE senza stilare alcuna classifica.
- Euro Health Consumer Index, per l'aggiornamento annuale, la multidimensionalità e la considerazione del punto di vista del cittadino/paziente e l'identificazione di specifiche aree di miglioramento, è una classifica molto affidabile.
- Le altre classifiche, per ragioni di varia natura, non rivestono alcuna rilevanza per il dibattito pubblico.