

2 Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale

di Patrizio Armeni, Francesco Costa e Silvia Sommariva¹

2.1 Introduzione: obiettivi e aspetti metodologici

Il presente capitolo rappresenta un aggiornamento rispetto al Rapporto 2014 (Armeni, Ferré e Sommariva 2014) sul confronto dei sistemi sanitari internazionali. L'obiettivo è analizzare in ottica comparativa i sistemi sanitari dei principali Paesi dell'Unione Europea, del Nord America (Stati Uniti e Canada) e del raggruppamento BRICs (Brasile, Russia, India e Cina).

Per gli aspetti introduttivi e metodologici, nonché per la scelta del perimetro di analisi, si rimanda, invece, al Rapporto 2013 tale fonte (Armeni, Ferré, Lorenzoni e Sommariva 2013). Il capitolo è strutturato in quattro blocchi logici. Nel primo si analizzano i dati di spesa sanitaria, con particolare riferimento all'incidenza economica dell'assistenza sanitaria sul settore pubblico e sui cittadini. Nel secondo, i sistemi sanitari vengono confrontati con riferimento allo stato di salute della popolazione, esplorato sia a livello generale (es. aspettativa di vita, mortalità) sia con un approfondimento sulle malattie non trasmissibili, che rappresentano una delle maggiori sfide per il futuro. Successivamente, nel terzo blocco, si analizza la struttura dell'offerta, l'utilizzo di beni e servizi e l'appropriatezza. Infine, nell'ultimo blocco è approfondito il tema dei bisogni non soddisfatti. In particolare, vengono analizzati i dati sulla qualità della salute riportata da cittadini di diverse classi di reddito e sono riportate le cause della rinuncia alle cure per le varie fasce della popolazione.

¹ I §§ 2.1, 2.2 e 2.5 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni il § 2.4 è da attribuirsi a Silvia Sommariva, il §2.3 a Francesco Costa e il §2.6 a Patrizio Armeni, Silvia Sommariva e Francesco Costa.

2.2 La spesa sanitaria²

La spesa sanitaria nei 27 Paesi considerati³ riflette l'eterogeneità degli assetti istituzionali e si caratterizza per livelli, composizioni e dinamiche altamente differenziate (Tabella 2.1 e Figura 2.1).

Un'analisi comparativa sui livelli complessivi di spesa pro-capite può essere condotta guardando ai differenti assetti istituzionali. Il sistema più vicino al mercato, gli Stati Uniti, presenta in media livelli di spesa nettamente più elevati. Nel 2013, infatti, il livello medio di spesa complessiva pro-capite risulta più alto del 124% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (ad esempio, Francia, Germania, Olanda) e del 146% rispetto a quella dei Paesi con servizio sanitario nazionale (o locale) (ad esempio, Italia, Regno Unito, Svezia). Ovviamente, i livelli di spesa sono da leggere anche in funzione dell'insieme di servizi offerti e della capacità che i Paesi hanno di rendere disponibili e diffusi internamente i frutti del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica.

Tabella 2.1 **Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA (1995, 2000, 2005, 2010-2013)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	CAGR 2013-1995	CAGR 2013-2000
Austria	2.253	2.898	3.505	4.711	4.795	5.065	5.142	4,7%	4,5%
Belgio	1.709	2.248	3.224	3.994	4.079	4.320	4.500	5,5%	5,5%
Danimarca	1.870	2.511	3.248	4.506	4.456	4.720	4.655	5,2%	4,9%
Finlandia	1.476	1.855	2.593	3.246	3.382	3.545	3.653	5,2%	5,4%
Francia	2.097	2.553	3.266	4.027	4.128	4.260	4.383	4,2%	4,2%
Germania	2.274	2.679	3.362	4.347	4.474	4.617	4.793	4,2%	4,6%
Grecia	1.263	1.453	2.357	2.585	2.322	2.347	2.504	3,9%	4,3%

² Le grandezze monetarie sono state convertite in \$ PPA (Parità dei Poteri di Acquisto), con riferimento al PIL. Le serie storiche così calcolate sono soggette a frequenti *reworking*; pertanto i valori anche di anni lontani potranno differire, pur se in misura non qualitativamente rilevante, rispetto a quelli riportati nei precedenti Rapporti. A tale proposito, si osserva che esistono PPA specifiche per la spesa sanitaria (ed anche per alcune classi di spesa sanitaria, quali la spesa farmaceutica), che però non vengono aggiornate con frequenza annuale e non sono state, pertanto, utilizzate in questa sede. Per spesa sanitaria «pubblica» si intende la spesa finanziata attraverso fondi pubblici (ossia tributi prelevati dagli enti pubblici territoriali e contributi di schemi assicurativi sociali), mentre la spesa «privata» include schemi assicurativi privati (ovvero volontari), partecipazioni alla spesa, pagamenti diretti da parte del paziente (out-of-pocket e co-payment). Mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da stime ottenute da indagini campionarie sui consumi delle famiglie, con conseguenti minori copertura e attendibilità.

³ Si tratta dei principali Paesi europei, a cui sono stati aggiunti USA, Canada e i Paesi BRICs (Brasile, Russia, India e Cina)

Tabella 2.1 (segue)

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	CAGR 2013-1995	CAGR 2013-2000
Irlanda	1.189	1.774	2.972	3.825	3.703	3.529	3.575	6,3%	5,5%
Italia	1.495	2.029	2.479	3.026	3.017	3.040	3.014	4,0%	3,1%
Lussemburgo	2.179	4.037	5.472	6.173	6.020	6.341	6.479	6,2%	3,7%
Olanda	1.796	2.349	3.823	5.041	5.118	5.385	5.590	6,5%	6,9%
Portogallo	1.014	1.659	2.217	2.758	2.615	2.400	2.386	4,9%	2,8%
Spagna	1.189	1.546	2.289	3.039	2.984	3.145	3.060	5,4%	5,4%
Svezia	1.740	2.289	2.969	3.731	3.938	4.158	4.367	5,2%	5,1%
UK	1.346	1.830	2.733	3.384	3.364	3.495	3.577	5,6%	5,3%
Norvegia	2.023	3.309	4.557	5.802	6.106	5.970	6.215	6,4%	5,0%
Svizzera	2.566	3.230	4.027	5.328	5.673	6.062	6.259	5,1%	5,2%
Repubblica Ceca	895	981	1.477	1.883	1.968	2.046	1.990	4,5%	5,6%
Repubblica Slovacca	504	604	1.140	2.088	1.917	1.977	2.055	8,1%	9,9%
Polonia	406	583	855	1.400	1.445	1.489	1.531	7,7%	7,7%
Ungheria	657	852	1.432	1.654	1.690	1.729	1.801	5,8%	5,9%
U.S.A.	3.788	4.790	6.732	8.254	8.467	8.895	9.198	5,1%	5,1%
Canada	2.054	2.520	3.447	4.456	4.541	4.676	4.827	4,9%	5,1%
Brasile	418	502	695	1.008	1.035	1.109	1.161	5,8%	6,7%
Russia	300	369	614	1.297	1.354	1.474	1.530	9,5%	11,6%
India	46	66	95	128	146	157	96	4,1%	2,9%
Cina	52	107	190	367	423	480	536	13,9%	13,2%

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

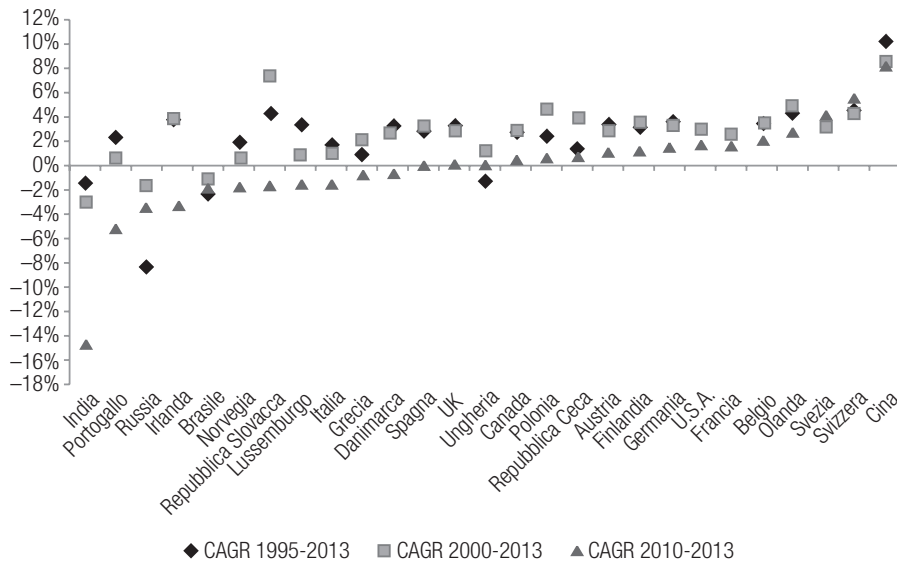
Per quanto concerne l'evoluzione della spesa sanitaria totale pro-capite (Figura 2.1), i coefficienti di crescita⁴ misurati in termini reali⁵ si attestano, nel triennio 2010-2013 ad un livello medio prossimo allo zero (-0,1%). Circa metà dei Paesi mostrano tassi di crescita negativa nell'ultimo triennio, mentre sono positivi considerando l'intero periodo 1995-2013 o il periodo 2000-2013. Il tasso di crescita della spesa sanitaria (reale) per l'Italia è stato pari a -1,5% nell'ultimo triennio, mentre nel periodo 2000-2013 è stato pari all'1% (tra i più bassi) e nell'intero periodo 1995-2013 è stato pari a 1,7%.

Una dimensione importante della spesa sanitaria è la sua composizione rispetto ai soggetti pagatori. Essendo un settore critico di ogni Paese sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza sempre per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione

⁴ Il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (compound average growth rate), ovvero come tasso di crescita annuale composto. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a: $(\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{1/3} - 1$.

⁵ La spesa sanitaria totale pro-capite è stata divisa per il valore del deflatore del PIL calcolato dal Fondo Monetario Internazionale.

Figura 2.1 **Tasso di crescita medio annuo (CAGR) della spesa sanitaria totale pro-capite in termini reali (1995-2013, 2000-2013 e 2010-2013)**



Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015 e Fondo Monetario Internazionale 2015.

variabili. Nei dati di spesa, ciò si riflette nella componente pubblica di spesa sanitaria (Tabella 2.2), che è superiore al 50% nei Paesi considerati, ad eccezione del Brasile (48,2%), della Russia (48,1%), degli Stati Uniti (47,1%) e dell'India (32,2%). La parte residua di spesa è coperta dal settore privato nella forma di premi assicurativi, a carico dei cittadini o delle imprese che offrono copertura per i propri dipendenti, oppure di spesa out-of-pocket, direttamente sostenuta dai pazienti al momento dell'accesso ai servizi o dell'acquisto di beni. Nella spesa out-of-pocket rientrano le prestazioni non coperte da programmi assicurativi pubblici o garantite dal servizio sanitario nazionale (out-of-pocket in senso stretto) e le compartecipazioni per le prestazioni solo parzialmente coperte dalla spesa pubblica.

La proporzione tra il contributo dei tre pagatori (settore pubblico, assicurazioni e cittadini-pazienti) può essere letta come misura dell'equità del sistema sanitario. Più è elevata la copertura pubblica, più il sistema è caratterizzato da equità rispetto al reddito. Infatti, una quota di spesa pubblica elevata corrisponde ad una forte azione di redistribuzione della ricchezza, che rende il sistema più equo nell'accesso alle prestazioni⁶.

⁶ Il concetto di equità potrebbe essere declinato in diverse prospettive. Ad esempio, un sistema altamente redistributivo è funzionale ad una maggiore equità rispetto al reddito nell'accesso ai servi-

La componente privata è, invece, più o meno direttamente legata alla capacità di reddito degli individui. In particolare, un sistema incentrato sulla spesa privata assicurativa pone barriere all'accesso a coloro che non possono acquistare una copertura e che non rientrano nei programmi pubblici, o a coloro ai quali il datore di lavoro non offre coperture assicurative sanitarie. Tradizionalmente, la componente privata dipende dall'estensione della copertura dei programmi assicurativi pubblici. Negli Stati Uniti, ad esempio, dove la spesa pubblica pro-capite è elevata in valore assoluto ma a fronte di una copertura sulla popolazione limitata, la componente privata è pari al 53%, prevalentemente concentrata sulle coperture assicurative private (41% della spesa totale).

Infine, più critica è la componente out-of-pocket, in quanto spesa direttamente sostenuta dai pazienti al momento della fruizione dei servizi. Questa componente non solo pone barriere all'accesso ma è anche regressiva rispetto al reddito (per la popolazione non esente). In questa categoria, infatti, ricade anche la spesa di coloro che non hanno potuto accedere a coperture assicurative private, concentrando quindi l'area di mancata equità del sistema. Infine, va rilevato che la quota di spesa out-of-pocket, presa come indicatore di equità, sottostima il livello reale di iniquità in quanto non include i casi di rinuncia alla cura, che hanno conseguenze negative sullo stato di salute della popolazione. Infatti se si incrocia il dato di spesa out-of-pocket con il dato di mortalità nei 27 Paesi analizzati nel 2013, ad ogni punto percentuale di spesa out-of-pocket corrisponde una mortalità negli adulti più elevata del 3%⁷. Al contrario, ad ogni punto percentuale aggiuntivo di copertura pubblica della spesa sanitaria corrisponde una riduzione del 2,5%⁸ della mortalità negli adulti.

Nei Paesi analizzati, la componente out-of-pocket, costituita soprattutto da compartecipazioni (es. accesso alle cure specialistiche, farmaci) e ricorso privato ai servizi, varia nel 2013 dal 5,4% dell'Olanda al 58,2% dell'India. Restringendo l'analisi ai soli Paesi con servizio sanitario nazionale la spesa out-of-pocket è mediamente pari al 18%, mentre è leggermente inferiore nei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (16,8%) e più bassa negli Stati Uniti (11,8%), sebbene in quest'ultimo caso la spesa in termini assoluti sia più elevata. L'Italia presenta un dato relativamente elevato, 18%, a testimonianza del fatto che quasi un quinto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricade direttamente sul paziente, fatte salve le fasce esenti. È, tuttavia, da notare, il fatto che, nel tempo, l'incidenza della spesa out-of-pocket sia diminuita in Italia (ad esempio, nel 1995, era pari al 27,2%).

zi ma è meno equo rispetto alla quantità di contribuzione. In questo contesto facciamo riferimento all'equità rispetto al reddito nell'accesso ai servizi.

⁷ $R^2=0,64$, dati 2013.

⁸ $R^2=0,57$, dati 2013. Questa correlazione non è semplicemente speculare alla precedente, in quanto il complemento della spesa pubblica non è solo la componente out-of-pocket ma anche la spesa privata assicurativa.

Tabella 2.2 **Copertura pubblica della spesa sanitaria (%)**
(1995, 2000, 2005, 2010-2013)

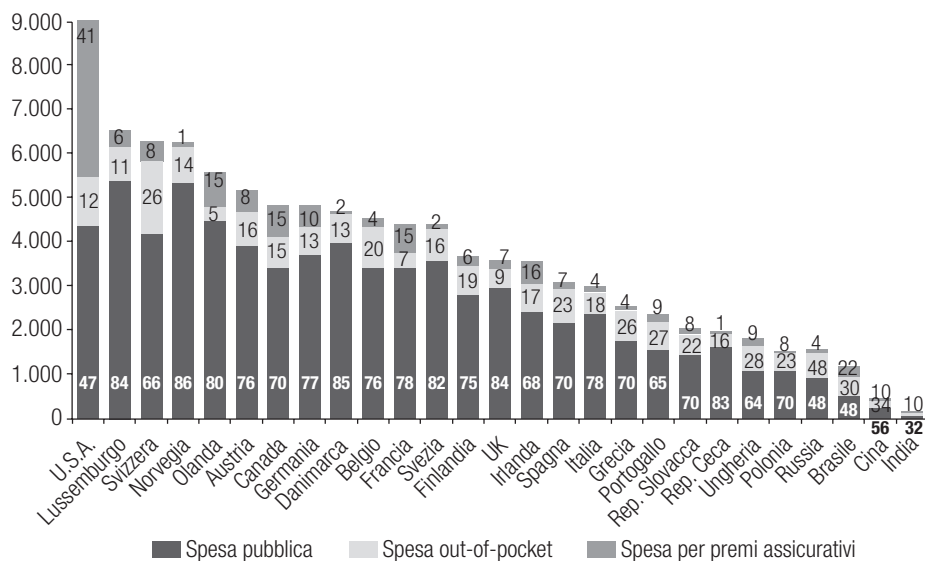
Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	Differenza 2013-1995	Differenza 2013-1995
Austria	73,5	75,6	75,3	74,7	75,3	75,9	75,7	2,2	0,1
Belgio	76,8	74,6	76,1	75,1	75,9	75,2	75,8	-1,0	1,2
Danimarca	82,5	83,9	84,5	85,1	85,3	85,8	85,4	2,9	1,5
Finlandia	71,7	71,3	73,8	74,8	75,4	75,0	75,3	3,6	4,0
Francia	79,7	79,4	77,7	76,9	76,8	77,4	77,5	-2,2	-1,9
Germania	81,4	79,5	76,6	76,7	76,5	76,7	76,8	-4,6	-2,7
Grecia	51,0	60,0	59,3	67,9	66,1	67,1	69,5	18,5	9,5
Irlanda	72,5	75,1	76,0	69,6	67,0	67,6	67,7	-4,8	-7,4
Italia	72,8	74,2	77,9	78,5	77,8	77,3	78,0	5,2	3,8
Lussemburgo	92,4	85,1	84,9	85,5	84,1	83,5	83,7	-8,7	-1,4
Olanda	71,0	63,1	64,7	79,6	79,5	79,6	79,8	8,8	16,7
Portogallo	62,6	66,6	68,0	65,9	65,0	64,0	64,7	2,1	-1,9
Spagna	72,2	71,6	70,9	74,2	73,1	71,7	70,4	-1,8	-1,2
Svezia	86,7	84,9	81,2	81,5	81,6	81,3	81,5	-5,2	-3,4
UK	83,9	79,1	81,0	83,6	82,8	84,0	83,5	-0,4	4,4
Norvegia	84,2	83,6	83,8	84,9	85,1	85,0	85,5	1,3	1,9
Svizzera	53,6	55,4	59,5	65,2	64,9	65,8	66,0	12,4	10,6
Repubblica Ceca	90,9	90,3	87,3	83,8	84,2	84,0	83,3	-7,6	-7,0
Repubblica Slovacca	88,5	89,4	74,4	64,5	70,9	69,7	70,0	-18,5	-19,4
Polonia	72,9	70,0	69,4	71,6	70,6	69,2	69,6	-3,3	-0,4
Ungheria	84,0	70,7	70,0	64,8	65,0	62,6	63,6	-20,4	-7,1
U.S.A.	45,1	43,1	44,2	47,6	47,8	47,0	47,1	2,0	4,1
Canada	71,3	70,4	70,2	70,8	70,4	70,1	69,8	-1,5	-0,5
Brasile	43,0	40,3	40,1	47,0	45,7	47,5	48,2	5,2	7,9
Russia	73,9	59,9	62,0	58,5	59,8	51,1	48,1	-25,8	-11,8
India	26,0	26,0	22,1	28,2	30,5	30,5	32,2	6,2	6,2
Cina	50,5	38,3	38,8	54,3	55,9	56,0	55,8	5,3	17,5

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

Un'ultima analisi comparativa sulla spesa sanitaria riguarda il peso che essa assume rispetto all'economia di un Paese in generale, e del settore pubblico in particolare.

La spesa sanitaria come percentuale del PIL (Tabella 2.3) indica la quota dell'economia di un Paese che è relativa alla produzione e al pagamento dei

Figura 2.2 **Spesa sanitaria pro-capite pubblica, out-of-pocket e per assicurazioni private (2013) (\$ PPA e %)**



Nota: I valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la percentuale di ogni componente di spesa rispetto al totale del Paese.

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

servizi sanitari, ovvero la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi⁹.

L'indicatore si presta a diverse interpretazioni. In primo luogo, esso fornisce una misura del grado di rilevanza economica del sistema sanitario rispetto al macro-sistema produttivo di un Paese. In secondo luogo, è possibile interpretare questo indicatore come punto di equilibrio tra domanda e offerta di servizi. A parità di livello dei prezzi, un valore elevato è associabile a Paesi in cui la domanda di servizi incontra maggiore soddisfazione. Tuttavia, questa ultima interpretazione deve essere integrata da due considerazioni. Primo, le differenze nei livelli dei prezzi delle risorse possono rendere una tale interpretazione deviata. Infatti, a parità di peso sul PIL, due Paesi possono mostrare livelli di accesso complessivo, di equità di accesso nella popolazione e di sostenibilità diversi proprio a causa di differenze nei prezzi. È il caso degli Stati Uniti, sistema più vicino alle logiche di mercato, con prezzi poco regolati, dove la spesa sanitaria rappresenta il 17,1% del PIL (dato più alto in assoluto); tuttavia, al rilevante peso della sanità sul PIL

⁹ Non si parla di settore sanitario in generale in quanto quest'ultimo comprende anche altri attori, come le imprese fornitrici, la cui dimensione economica non è inclusa in questo indicatore, se non nei limiti delle operazioni di acquisto (cfr. Del Vecchio, 2012).

non corrisponde la stessa equità nell'accesso ai servizi che si trova in Paesi come Italia o Francia che proporzionalmente hanno una spesa inferiore. Secondo, sistemi diversamente strutturati hanno costi di funzionamento differenti. La produzione dello stesso paniere di servizi a parità di prezzi e di equità è tipicamente più costosa in un sistema assicurativo privato, in cui un attore aggiuntivo nel sistema (le assicurazioni) impone maggiori costi fissi e, soprattutto, di transazione. Rispetto all'incidenza sul PIL del 17,1% degli Stati Uniti, infatti, nei sistemi europei con assicurazione obbligatoria la percentuale scende in media al 9,9%, variando da poco più del 7% (Lussemburgo e Repubblica Ceca) al 12,9% dell'Olanda. Nei sistemi europei con servizio sanitario nazionale, invece, la media è più bassa e pari al 9,4%, e varia dall'8% dell'Ungheria al 10,6% della Danimarca. I sistemi sanitari nazionali costano meno, in media, perché riducono al minimo i costi di transazione grazie alla maggiore sovrapposizione tra soggetto finanziatore e soggetto produttore¹⁰. Tuttavia, al loro interno, la scala di variazione appare ampia, soprattutto per le differenze nei servizi minimi garantiti e nella capillarità e qualità offerta. È da notare, inoltre, come i Paesi BRICs mostrino livelli di incidenza della spesa sanitaria sul PIL inferiori ai sistemi europei e nordamericani e pari, in media al 6,45% (India: 4%, Cina: 5,6%, Russia: 6,5% Brasile: 9,7%).

Infine, un aspetto cruciale riguarda la variazione nel tempo del peso della spesa sanitaria sul PIL. Infatti, tutti i Paesi (eccetto India) mostrano un aumento tra il 1995 e il 2013. Questo fenomeno rispecchia la tendenza dei bisogni e dei costi della sanità a superare la dinamica della crescita economica generale, determinando forti preoccupazioni per la sostenibilità. Le stesse considerazioni sulle differenze strutturali valgono anche per l'aspetto dinamico: i sistemi più vicini al mercato mostrano una spesa il cui peso sul PIL aumenta più velocemente (+3,5 punti percentuali tra il 1995 e il 2013, rispetto agli 1,8 dei Paesi con assicurazione pubblica e agli 1,6 dei Paesi con servizio sanitario nazionale).

L'analisi della percentuale di spesa pubblica destinata alla sanità (Tabella 2.4) consente, invece, di valutare l'importanza relativa dell'assistenza sanitaria rispetto all'insieme degli ambiti d'intervento pubblico. Un elevato valore di questo indicatore può derivare da due fenomeni.

Innanzitutto, è possibile che la spesa pubblica sia in generale limitata, come avviene tipicamente in Paesi dove l'intervento pubblico è circoscritto a pochi settori, tra cui la sanità (Stati Uniti e Canada). Diversamente, lo stesso valore può derivare da un reale impegno dello Stato nell'assistenza sanitaria. Nel campione considerato in questo capitolo, è da rilevare come il peso della sanità sul complesso della spesa pubblica sia aumentato rispetto al 1995, con le eccezioni dell'Ungheria e dei Paesi BRICs.

¹⁰ Anche in questi sistemi esistono costi di transazione relativi, ad esempio all'introduzione di meccanismi di parziale separazione istituzionale (o quasi-mercato) e alla possibile presenza di molteplici livelli geografici responsabilizzati su parti del processo.

Tabella 2.3 **Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL
(1995, 2000, 2005, 2010-2013)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	Differenza 2013-1995	Differenza 2013-2000
Austria	9,6	10,0	10,4	11,6	11,3	11,1	11,0	1,4	1,0
Belgio	7,6	8,1	10,0	10,5	10,5	10,9	11,2	3,6	3,1
Danimarca	8,1	8,7	9,8	11,1	10,9	11,0	10,6	2,5	1,9
Finlandia	7,9	7,2	8,4	9,0	9,0	9,1	9,4	1,6	2,2
Francia	10,4	10,1	11,0	11,7	11,6	11,6	11,7	1,3	1,6
Germania	10,1	10,4	10,8	11,6	11,3	11,3	11,3	1,2	0,9
Grecia	8,6	7,9	9,7	9,4	9,0	9,3	9,8	1,2	1,9
Irlanda	6,6	6,1	7,6	9,3	8,8	8,9	8,9	2,3	2,8
Italia	7,1	7,9	8,7	9,4	9,2	9,2	9,1	2,0	1,2
Lussemburgo	5,6	7,5	8,0	7,2	6,7	7,2	7,1	1,5	-0,4
Olanda	8,3	8,0	10,9	12,1	11,9	12,7	12,9	4,6	4,9
Portogallo	7,5	9,3	10,4	10,8	10,2	9,9	9,7	2,2	0,4
Spagna	7,4	7,2	8,3	9,6	9,3	9,3	8,9	1,5	1,7
Svezia	8,0	8,2	9,1	9,5	9,5	9,6	9,7	1,7	1,5
UK	6,8	7,0	8,3	9,6	9,4	9,3	9,1	2,4	2,1
Norvegia	8,6	9,1	9,5	10,0	9,9	9,3	9,6	1,0	0,5
Svizzera	9,3	9,9	10,9	10,9	11,0	11,4	11,5	2,2	1,6
Repubblica Ceca	6,7	6,3	6,9	7,4	7,5	7,5	7,2	0,5	0,9
Repubblica Slovacca	6,1	5,5	7,0	9,0	7,9	8,1	8,2	2,1	2,7
Polonia	5,5	5,5	6,2	7,0	6,8	6,8	6,7	1,2	1,2
Ungheria	7,3	7,2	8,5	8,0	7,9	8,0	8,0	0,7	0,8
U.S.A.	13,6	13,6	15,8	17,7	17,7	17,0	17,1	3,5	3,5
Canada	9,0	8,8	9,8	11,4	10,9	10,9	10,9	1,9	2,1
Brasile	6,7	7,2	8,2	9,0	8,9	9,5	9,7	3,1	2,5
Russia	5,4	5,4	5,2	6,3	6,1	6,5	6,5	1,1	1,1
India	4,0	4,3	4,3	3,7	3,9	3,8	4,0	0,0	-0,3
Cina	3,5	4,6	4,7	5,0	5,2	5,4	5,6	2,1	1,0

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015

L'assistenza sanitaria pubblica assorbe, pertanto, una quota crescente delle risorse pubbliche. Da un lato, questo fenomeno aumenta l'attenzione dei governi sulla questione della sostenibilità, generalmente tradotta in provvedimenti di contenimento della spesa. Dall'altro lato, però, questa situazione è specchio di un aumento non totalmente comprimibile dei bisogni e della complessità.

Il secondo fenomeno riguarda la variabilità tra tipi di sistema diversi. Negli Stati Uniti, paradossalmente, la spesa sanitaria pubblica, sebbene non sia associata a una copertura universale, rappresenta il 20,7% della spesa totale del

settore pubblico. Il dato deriva anche dalla filosofia generale d'intervento pubblico meno estensiva che nella maggior parte dei contesti europei, per cui la percentuale risulta più alta data la minore estensione degli ambiti di spesa pubblica. Vale anche la pena evidenziare la scarsa efficienza di sistemi che, pur costando allo Stato quasi un quinto delle risorse disponibili (incluso il deficit), non arrivano ad estendere all'intera popolazione le prestazioni sanitarie coperte dal settore pubblico. I dati 2013 mostrano come i sistemi europei ad assicurazione sanitaria obbligatoria spendano nella sanità in media il 15,9% delle risorse

Tabella 2.4 **Spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa pubblica complessiva (1995, 2000, 2005, 2010-2013)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	Differenza 2013-1995	Differenza 2013-2000
Austria	12,5	14,6	15,7	16,5	16,9	16,3	16,3	3,8	1,7
Belgio	11,2	12,3	14,7	15,0	15,0	14,9	15,6	4,4	3,3
Danimarca	11,3	13,6	15,6	16,4	16,1	15,9	15,9	4,6	2,3
Finlandia	9,2	10,6	12,4	12,1	12,3	12,0	12,1	3,0	1,5
Francia	15,2	15,5	16,0	15,9	15,9	15,8	15,8	0,6	0,3
Germania	15,0	18,3	17,7	18,6	19,1	19,3	19,4	4,4	1,1
Grecia	9,6	10,1	12,8	12,4	11,4	11,7	11,7	2,1	1,6
Irlanda	11,6	14,7	17,0	13,8	12,4	14,1	14,1	2,5	-0,6
Italia	9,8	12,7	14,2	14,7	14,4	14,0	14,0	4,2	1,3
Lussemburgo	13,0	16,9	16,2	14,4	13,5	13,6	13,6	0,6	-3,3
Olanda	10,5	11,4	15,7	18,8	19,1	20,0	20,7	10,2	9,3
Portogallo	11,2	14,9	15,1	13,8	13,5	13,4	12,9	1,7	-2,0
Spagna	12,1	13,2	15,3	15,4	15,0	13,9	13,9	1,8	0,7
Svezia	10,6	12,6	13,7	14,8	15,1	15,0	15,0	4,4	2,4
UK	13,1	15,1	15,3	15,8	16,1	16,2	16,2	3,2	1,1
Norvegia	14,2	18,0	19,1	18,9	19,3	18,2	18,3	4,1	0,3
Svizzera	14,4	15,4	18,4	21,0	21,1	22,1	22,1	7,7	6,7
Repubblica Ceca	11,5	13,7	14,1	14,2	14,6	14,2	14,2	2,7	0,5
Repubblica Slovacca	11,0	9,4	13,8	14,5	14,7	14,9	14,9	3,9	5,5
Polonia	8,4	9,4	9,9	11,0	11,1	11,1	11,1	2,7	1,7
Ungheria	11,0	10,6	11,8	10,5	10,4	10,2	10,2	-0,8	-0,4
U.S.A.	16,6	17,4	19,3	19,7	20,3	20,0	20,7	4,1	3,4
Canada	13,3	15,1	17,6	18,3	17,5	18,5	18,5	5,2	3,4
Brasile	8,4	4,1	4,7	10,7	8,7	7,9	6,9	-1,5	2,8
Russia	9,0	12,7	11,8	9,7	10,1	8,9	8,4	-0,6	-4,3
India	7,6	7,4	6,9	6,8	8,2	4,3	4,5	-3,1	-2,9
Cina	15,2	10,9	9,9	12,1	12,5	12,5	12,6	-2,6	1,7

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

se del settore pubblico, con gli estremi opposti rappresentati dalla Svizzera (22,1%) e dalla Polonia (11,1%). Nei sistemi europei con servizio sanitario nazionale, la spesa sanitaria pubblica rappresenta in media il 14,6% della spesa pubblica complessiva. Tra questi, la Norvegia spende in sanità il 18,3% della spesa pubblica, mentre l'Ungheria il 10,2%. L'Italia si colloca nella fascia alta del suo raggruppamento, con una spesa sanitaria pubblica che rappresenta il 14% della spesa pubblica complessiva. I Paesi BRICs mostrano un dato complessivamente inferiore e pari, in media, all'8,1% (India: 4,5%, Brasile: 6,9%, Russia: 8,4%, Cina: 12,6%).

2.3 Stato di salute della popolazione

2.3.1 Indicatori generali

Il seguente paragrafo propone un quadro generale dello stato di salute della popolazione in ottica di comparazione internazionale. Tale analisi rappresenta il punto di partenza necessario per identificare le priorità di azione degli enti preposti alla salvaguardia della salute pubblica. A tal fine sono stati selezionati tre gruppi di indicatori: aspettativa di vita alla nascita e mortalità, percentuale di popolazione anziana (sopra i 65 anni) e determinanti non mediche della salute. Occorre notare che trattandosi di un campione di variabili, il quadro che ne emerge può riflettere solo parzialmente gli esiti dei servizi sanitari nei diversi Paesi.

Gli indicatori sull'aspettativa di vita alla nascita e della mortalità, adulta e neonatale¹¹, insieme alla misura del tasso di fertilità e al fenomeno migratorio, consentono di esaminare il potenziale di crescita di una determinata popolazione e valutare i suoi futuri bisogni (WHO 2013). Queste misure sono connesse alla qualità di vita, tra le cui determinanti rientrano il benessere economico (e quindi l'accesso ai servizi di salvaguardia della salute) e la qualità dell'assistenza sanitaria.

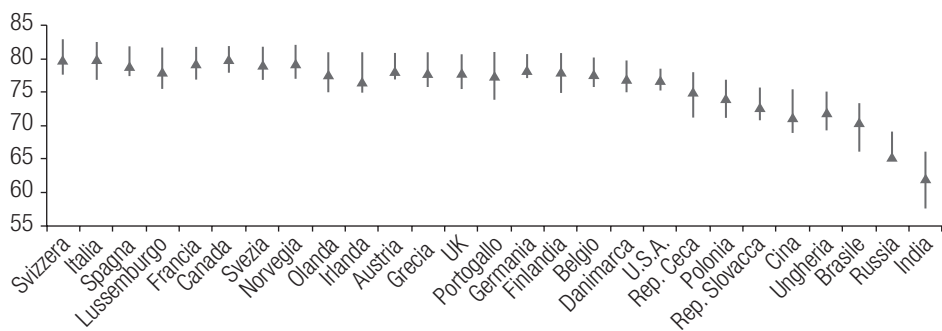
La Tabella 2.5 e la Figura 2.3 riportano i dati di aspettativa di vita alla nascita. In tutti i Paesi selezionati il trend è positivo: l'aumento nell'ultimo ventennio è stato in media di 5,4 anni. Un forte allungamento dell'aspettativa di vita si riscontra nei Paesi BRICs, ad esclusione della Russia (+0,3), in alcuni Paesi dell'Europa orientale (Repubblica Ceca +7,2; Ungheria +6,2) e occidentale (Irlanda +6,3; Lussemburgo +6,2; Portogallo +7). I Paesi con minore crescita, oltre alla Russia, sono USA e Svezia (+3,8), mentre è in ripresa la Grecia (+4,3 rispetto al +3,3 del periodo 2000-2012).

¹¹ La mortalità neonatale è definita dal WHO come il numero di morti durante i primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi.

Tabella 2.5 **Aspettativa di vita alla nascita (1990,2000,2013)**

Paesi	1990	2000	2013	Differenza 2013-1990	Differenza 2013-2000
Austria	76,0	78,0	81,3	5,3	3,3
Belgio	76,0	78,0	80,5	4,5	2,5
Danimarca	75,0	77,0	79,9	4,9	2,9
Finlandia	75,0	78,0	80,8	5,8	2,8
Francia	78,0	79,0	82,0	4,0	3,0
Germania	76,0	78,0	80,9	4,9	2,9
Grecia	77,0	78,0	81,3	4,3	3,3
Irlanda	75,0	77,0	81,3	6,3	4,3
Italia	77,0	80,0	82,9	5,9	2,9
Lussemburgo	76,0	78,0	82,2	6,2	4,2
Olanda	77,0	78,0	81,4	4,4	3,4
Portogallo	74,0	77,0	81,0	7,0	4,0
Spagna	77,0	79,0	82,6	5,6	3,6
Svezia	78,0	80,0	81,8	3,8	1,8
UK	76,0	78,0	81,0	5,0	3,0
Norvegia	77,0	79,0	81,8	4,8	2,8
Svizzera	78,0	80,0	83,1	5,1	3,1
Repubblica Ceca	71,0	75,0	78,2	7,2	3,2
Repubblica Slovacca	71,0	73,0	76,3	5,3	3,3
Polonia	71,0	74,0	76,9	5,9	2,9
Ungheria	69,0	72,0	75,2	6,2	3,2
U.S.A.	75,0	77,0	78,8	3,8	1,8
Canada	77,0	79,0	82,0	5,0	3,0
Brasile	66,0	71,0	75,2	9,2	4,2
Russia	69,0	65,0	69,3	0,3	4,3
India	58,0	62,0	66,4	8,4	4,4
Cina	69,0	71,0	75,5	6,5	4,5

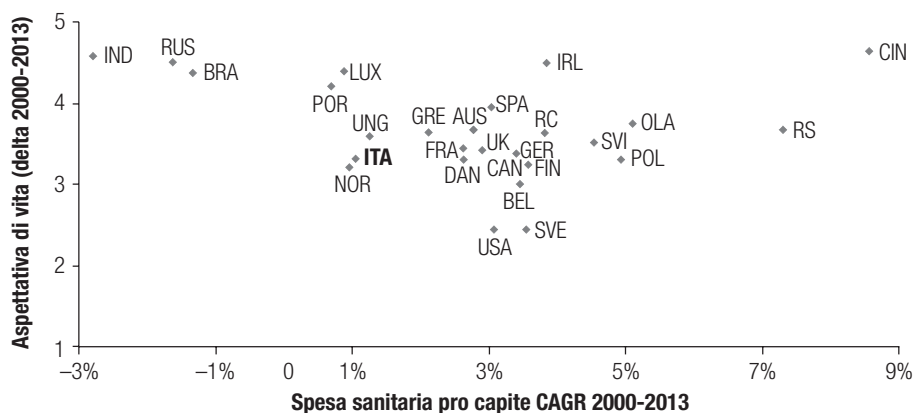
Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

Figura 2.3 **Aspettativa di vita alla nascita (1990, 2000, 2013)**

Nota: L'estremità inferiore della linea è il dato 1990, il triangolo è il dato 2000, l'estremità superiore è il dato 2013.

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

Figura 2.4 **Relazione tra incremento della spesa sanitaria pro capite, valori nominali (CAGR 2000-2013) e aumento dell'aspettativa di vita alla nascita (2000-2013)**



Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

La Figura 2.4 illustra la relazione tra incremento della spesa sanitaria pro-capite e incremento dell'aspettativa di vita alla nascita, considerando il periodo 2000-2013. Rispetto a quanto riportato nel precedente Rapporto (con riferimento al periodo 2000-2012) si nota uno spostamento dell'India sull'asse delle ascisse: il CAGR 2000-2013 per la spesa sanitaria pro-capite del Paese è infatti negativo (-2,8%) in controtendenza rispetto al progressivo aumento dell'indicatore avvenuto tra il 2000 e il 2012.

L'indicatore di mortalità per tutte le cause è espressione dell'insieme dei servizi sanitari e in generale del benessere della popolazione, a parità di patologie sottostanti. Possiamo quindi osservare due misure di questo fenomeno: la mortalità adulta (popolazione tra i 15 e i 60 anni) e la mortalità neonatale (Tabella 2.6 e la Figura 2.5).

A livello di mortalità degli adulti, si nota una diminuzione generale del numero di morti ogni 1.000 abitanti tra il 1990 e il 2013, con l'eccezione della Russia (in cui il trend è stato negativo negli ultimi 13 anni ma non è ancora tornato ai livelli del 1990). Tuttavia permangono importanti differenze tra i Paesi analizzati. Nel 2013, Svizzera (53,3/1.000), Italia (53,7/1.000) e Svezia (55,9/1.000) presentano livelli di mortalità più bassi rispetto a Paesi del gruppo BRICs (Brasile 146,8/1.000, Russia 231,7/1.000, India 200,5/1.000, Cina 110,4/1.000) USA (101,9/1.000), Ungheria (145,5/1.000), Polonia (128,7/1.000) e Repubblica Slovacca (117,9/1.000).

Una seconda osservazione riguarda la differenza di genere: il minor livello di mortalità femminile è infatti rappresentato dal delta negativo in tutti i Paesi nel periodo considerato.

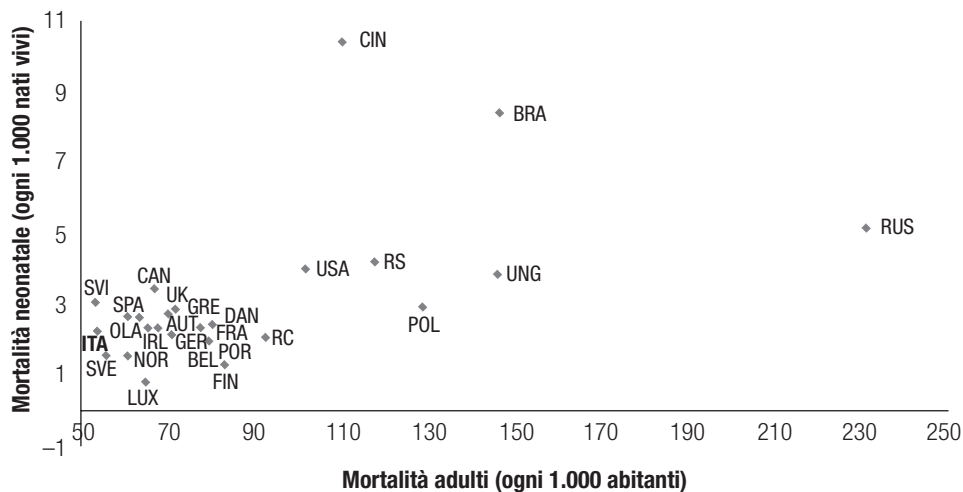
La mortalità neonatale è in calo in tutti Paesi, anche se permangono situazioni di forte criticità nel gruppo BRICs, dove il numero di bambini morti nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi è superiore a 5. Osservando la Figura 2.5, possiamo vedere che i due indicatori di mortalità adulta e neonatale risultano positivamente correlati ($R^2=0,399$). La correlazione è depurata dall'effetto mix delle cause, che sono tendenzialmente diverse per i due fenomeni, e consente di comprendere in parte l'impatto delle attività sanitarie e della qualità dei servizi.

Tabella 2.6 **Mortalità annuale adulti, differenza donne-uomini, mortalità neonatale (1990, 2000, 2013)**

Paesi	Mortalità adulti (15-60) – ogni 1.000 abitanti			Mortalità adulti (15-60) – delta donne uomini ogni 1.000 abitanti			Mortalità neonatale ogni 1.000 nati vivi		
	1990	2000	2013	1990	2000	2013	1990	2000	2013
Austria	114,0	95,0	68,7	-80,0	-63,0	-44,9	4,5	3,1	2,3
Belgio	107,0	100,0	77,6	-64,0	-62,0	-40,8	4,5	3,0	2,3
Danimarca	126,0	100,0	80,4	-53,0	-45,0	-39,5	4,5	3,4	2,4
Finlandia	128,0	104,0	83,1	-113,0	-80,0	-62,2	3,9	2,5	1,3
Francia	115,0	100,0	80,3	-95,0	-77,0	-57,8	3,6	2,7	2,3
Germania	119,0	94,0	71,1	-80,0	-61,0	-42,2	3,7	2,8	2,2
Grecia	87,0	82,0	70,3	-61,0	-68,0	-57,1	9,0	5,2	2,7
Irlanda	108,0	96,0	65,4	-53,0	-50,0	-32,5	5,0	4,0	2,3
Italia	95,0	76,0	53,7	-69,0	-50,0	-31,5	6,2	3,4	2,2
Lussemburgo	121,0	95,0	64,9	-81,0	-54,0	-28,9	4,1	2,4	0,9
Olanda	92,0	84,0	61,5	-49,0	-33,0	-15,6	4,7	3,8	2,6
Portogallo	127,0	111,0	79,8	-96,0	-89,0	-63,2	7,2	3,4	2,0
Spagna	103,0	86,0	63,0	-86,0	-73,0	-46,5	6,8	3,9	2,6
Svezia	90,0	72,0	55,9	-48,0	-31,0	-26,1	3,6	2,2	1,6
UK	104,0	88,0	71,8	-51,0	-41,0	-32,7	4,7	3,7	2,8
Norvegia	97,0	85,0	60,7	-63,0	-46,0	-26,3	4,1	2,7	1,6
Svizzera	95,0	77,0	53,3	-64,0	-45,0	-26,3	3,8	3,4	3,0
Repubblica Ceca	163,0	125,0	92,7	-135,0	-96,0	-69,8	9,7	3,8	2,1
Repubblica Slovacca	187,0	147,0	117,9	-165,0	-136,0	-101,1	12,1	7,2	4,2
Polonia	184,0	152,0	128,7	-161,0	-130,0	-115,3	11,2	5,9	3,1
Ungheria	219,0	193,0	145,5	-172,0	-157,0	-109,8	13,0	7,0	3,8
U.S.A.	132,0	114,0	101,9	-82,0	-61,0	-52,0	5,7	4,6	4,0
Canada	102,0	81,0	66,3	-61,0	-39,0	-29,3	4,5	3,8	3,4
Brasile	212,0	183,0	146,8	-122,0	-113,0	-99,8	27,8	17,6	8,4
Russia	218,0	312,0	231,7	-201,0	-288,0	-212,9	14,9	13,0	5,2
India	266,0	239,0	200,5	-46,0	-67,0	-80,7	51,1	42,1	29,2
Cina	173,0	163,0	110,4	-115,0	-125,0	-74,6	19,0	14,5	10,4

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015

Figura 2.5 **Mortalità negli adulti e mortalità neonatale (2013)**



Nota: L'India è stata esclusa per ragioni di scala (alta mortalità neonatale).

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

Un secondo aspetto analizzato è la composizione anagrafica della popolazione, in particolare il fenomeno dell'invecchiamento. Una elevata percentuale di cittadini anziani (oltre 65 anni) rappresenta una più forte domanda di servizi sanitari, in particolare per la maggior prevalenza di patologie croniche. Vi è senz'altro una componente endogena rispetto alla performance del sistema sanitario. Una più elevata qualità e un miglior accesso ai servizi, insieme a minore mortalità adulta e neonatale, porta ad un aumento percentuale di popolazione anziana che a sua volta si traduce in una crescita delle risorse economiche necessarie per il sistema sanitario.

La percentuale di anziani nei Paesi selezionati varia da un minimo di 5,4% (India) a un massimo di 21,5% (Italia). La media tra i Paesi selezionati nel 2014 è di 16,2%. I dati (Tabella 2.7) mostrano in generale un aumento della percentuale di cittadini con oltre 65 anni, con poche eccezioni: la Norvegia, in cui il trend è leggermente negativo (-0,2) e il Lussemburgo, dove la percentuale è rimasta pressoché costante (+0,9). Tra i Paesi con popolazione più giovane si collocano i BRICs, con una incidenza minore del 10%, ad eccezione della Russia che è al 13%.

Infine, le determinanti non mediche della salute forniscono un quadro dello stile di vita della popolazione e dei fattori di rischio presenti, che hanno un impatto sull'insorgere di alcune patologie, con conseguenti effetti sulla domanda di prestazioni sanitarie e, quindi, sulla spesa. Le misure riportate dal WHO e

Tabella 2.7 **Percentuale popolazione > 65 anni
(1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2013, 2014)**

Paesi	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014	Differenza 2014-1990	Differenza 2014-2000
Austria	15,1	15,1	15,5	16,1	17,8	18,4	18,5	3,4	3,0
Belgio	15,1	16,0	16,9	17,3	17,2	18,0	18,3	3,3	1,4
Danimarca	15,6	15,3	14,9	15,1	16,7	17,9	18,3	2,7	3,4
Finlandia	13,4	14,2	14,9	15,9	17,1	19,0	19,7	6,4	4,8
Francia	14,1	15,2	16,0	16,4	16,8	17,9	18,3	4,2	2,3
Germania	15,0	15,4	16,3	18,9	20,8	21,1	21,3	6,3	4,9
Grecia	13,7	15,3	16,8	18,6	19,0	19,7	20,0	6,3	3,1
Irlanda	11,4	11,5	11,2	11,1	11,3	12,1	12,3	1,0	1,1
Italia	14,9	16,7	18,3	19,6	20,3	21,1	21,5	6,5	3,2
Lussemburgo	13,4	13,9	14,1	14,4	14,0	14,2	14,3	0,9	0,3
Olanda	12,8	13,2	13,6	14,0	15,4	17,0	17,6	4,8	4,0
Portogallo	13,6	15,0	16,2	17,1	18,0	18,8	19,1	5,4	2,8
Spagna	13,7	15,4	16,9	16,8	17,1	17,8	18,0	4,4	1,2
Svezia	17,8	17,5	17,3	17,3	18,2	19,3	19,7	1,9	2,4
UK	15,7	15,8	15,8	16,0	16,6	17,5	17,8	2,1	2,0
Norvegia	16,3	15,9	15,2	14,7	15,0	15,8	16,1	-0,2	0,9
Svizzera	14,6	14,7	15,3	15,8	16,9	17,7	18,0	3,4	2,7
Repubblica ceca	12,7	13,2	13,8	14,1	15,4	16,7	17,2	4,5	3,3
Repubblica slovacca	10,3	10,8	11,4	11,7	12,3	13,0	13,3	2,9	1,9
Polonia	10,1	11,1	12,3	13,3	13,5	14,4	14,9	4,7	2,6
Ungheria	13,5	14,3	15,1	15,7	16,7	17,2	17,4	3,9	2,3
U.S.A.	12,5	12,6	12,4	12,3	13,1	14,0	14,3	1,8	1,9
Canada	11,2	11,9	12,5	13,1	14,2	15,2	15,6	4,4	3,0
Brasile	4,5	5,0	5,5	6,2	6,9	7,5	7,8	3,3	2,3
Russia	10,2	12,1	12,4	13,8	13,1	13,0	13,1	2,9	0,7
India	3,9	4,1	4,4	4,7	5,1	5,3	5,4	1,5	1,0
Cina	5,8	6,2	6,9	7,7	8,4	8,9	9,1	3,4	2,3

Fonte: Elaborazioni su dati World Bank 2015.

inerenti agli stili di vita della popolazione (Tabella 2.8 e Figura 2.6) sono il consumo di alcool, il consumo di tabacco, la percentuale di popolazione obesa e il livello di inattività fisica. Il consumo di tabacco e quello di alcool risultano correlati (coefficiente di correlazione 0,49), così come la percentuale di popolazione obesa e il consumo di alcool (0,60). Minore è la correlazione tra inattività

Tabella 2.8 **Determinanti non mediche della salute: percentuale di popolazione obesa e percentuale di popolazione che riporta un livello di attività fisica insufficiente (stime standardizzate per età).**

Paesi	Obesità (% popolazione oltre 20 anni con BMI ≥ 30 ; 2014)	Attività fisica insufficiente (% di popolazione 2010)
Austria	20,1	23,8
Belgio	22,1	33,2
Danimarca	21,0	24,3
Finlandia	22,8	23,5
Francia	25,7	23,8
Germania	22,7	21,1
Grecia	25,1	12,9
Irlanda	27,0	35,1
Italia	23,7	33,2
Lussemburgo	24,8	28,5
Olanda	21,9	15,5
Portogallo	22,1	34,9
Spagna	26,5	30,5
Svezia	22,0	28,7
UK	29,8	37,3
Norvegia	24,8	25,8
Svizzera	21,0	n.d.
Repubblica ceca	29,1	23,8
Repubblica slovacca	27,4	17,8
Polonia	27,0	18,7
Ungheria	26,0	18,1
U.S.A.	35,0	32,4
Canada	30,1	23,2
Brasile	20,1	27,8
Russia	26,2	9,5
India	4,7	13,4
Cina	7,3	24,1

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

fisica e obesità (0,25) e quella tra inattività fisica e consumo di alcool è quasi pari a 0 (-0,07).

Un primo indicatore dello stato di salute è, dunque, il consumo di tabacco (inteso come percentuale di popolazione che fuma un qualunque tipo di tabacco). L’Austria mantiene nel 2011 il primo posto tra i Paesi selezionati (cfr

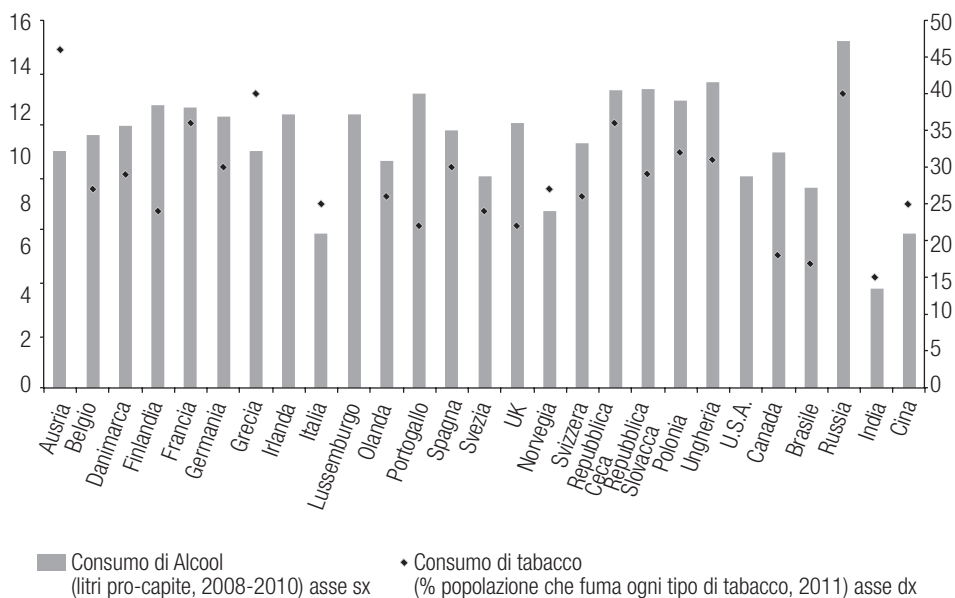
dati del 2009 in Armeni, Ferrè, Sommariva 2014). La Russia e la Grecia risultano intorno alla soglia del 40%. Tra i Paesi con minor consumo si collocano l'India con il 15%, il Brasile con il 17% e il Canada con il 18%. In Italia, dopo un calo tra il 2008 e il 2009 (al 21%), il dato è tornato a crescere, fino a raggiungere il 25%.

Il consumo pro-capite maggiore di alcool è riscontrato in Russia, con poco oltre 15 litri per persona all'anno. Tra i Paesi con il minor consumo vi è l'India (4,3), nonostante un raddoppio rispetto ai livelli del 2008 (2,6 litri), la Cina (6,7) e l'Italia (6,7).

I Paesi con la maggior proporzione di popolazione adulta con problemi di obesità (Body Mass Index, BMI ≥ 30) sono gli USA (35%), il Canada (30%), la Repubblica Ceca (29,1%). L'Italia si colloca nella media con 23,7% (la media tra i Paesi selezionati è 23,6%), mentre la percentuale è sotto il 20% solo in India e Cina (rispettivamente 4,7% e 7,3%).

Infine, il tasso di inattività fisica (Tabella 2.8 e Figura 2.6), inteso come percentuale di popolazione che fa attività fisica moderata per meno di 150 minuti alla settimana, o che fa attività fisica sostenuta per meno di 75 minuti alla settimana, varia da un minimo di 9,5% (Russia) a un massimo di 37,3% (UK). L'Italia ha un tasso tra i più alti (33,2%).

Figura 2.6 **Determinanti non mediche della salute: consumo di alcool e consumo di tabacco (stime standardizzate per età)**



Fonte: elaborazioni su dati WHO 2015

2.3.1 Malattie non trasmissibili

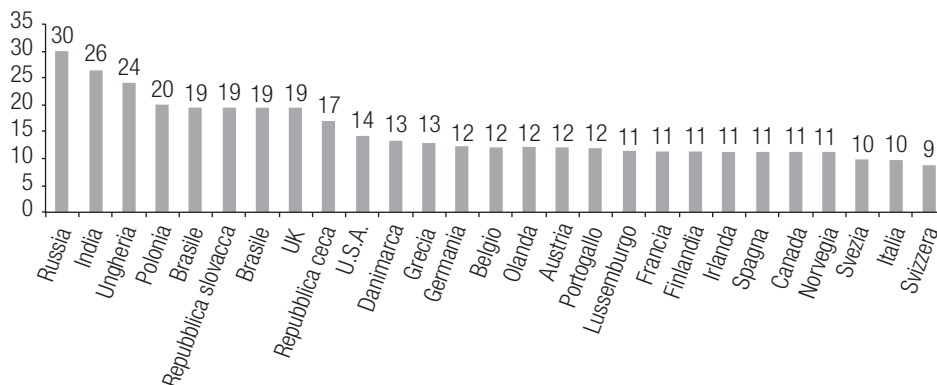
Le determinanti non mediche della salute sopra illustrate impattano la diffusione delle malattie non trasmissibili (*non-communicable diseases, NCDs*), ovvero patologie a carattere cronico, che non possono diffondersi per contagio e che hanno in genere una progressione lenta e di lunga durata (WHO 2015).

Il paragrafo presenta un quadro della mortalità a causa delle malattie non trasmissibili nei Paesi selezionati, di particolare attualità e rilevanza. A livello mondiale infatti, le malattie non trasmissibili sono responsabili per il 68% delle morti nel mondo (38 milioni, dati 2012), di cui circa tre quarti (28 milioni) in Paesi a medio-basso reddito, dove circa il 48% delle morti avviene prematuramente (prima dei 70 anni d'età). L'analisi è calata all'interno dei singoli contesti nazionali, con riferimento alle politiche pubbliche e alle strategie di salute pubblica adottate, le disponibilità di infrastrutture, di sistemi di sorveglianza e monitoraggio e di linee guida per la gestione appropriata dei pazienti affetti. Le malattie non trasmissibili tracciate dai dati WHO sono raggruppate in quattro grandi categorie, ovvero malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche.

L'indicatore di mortalità tra i 30 e i 70 anni d'età a causa di una di queste patologie è presentato in Figura 2.7. La Russia è il Paese maggiormente colpito, con un rischio del 30%, in calo rispetto al 32% riportato nel precedente Rapporto (Armeni, Ferrè, Sommariva 2014), seguita da India (26%) e Ungheria (24%). Risultano meno colpite la Svizzera (9%), l'Italia e la Svezia (entrambi 10%).

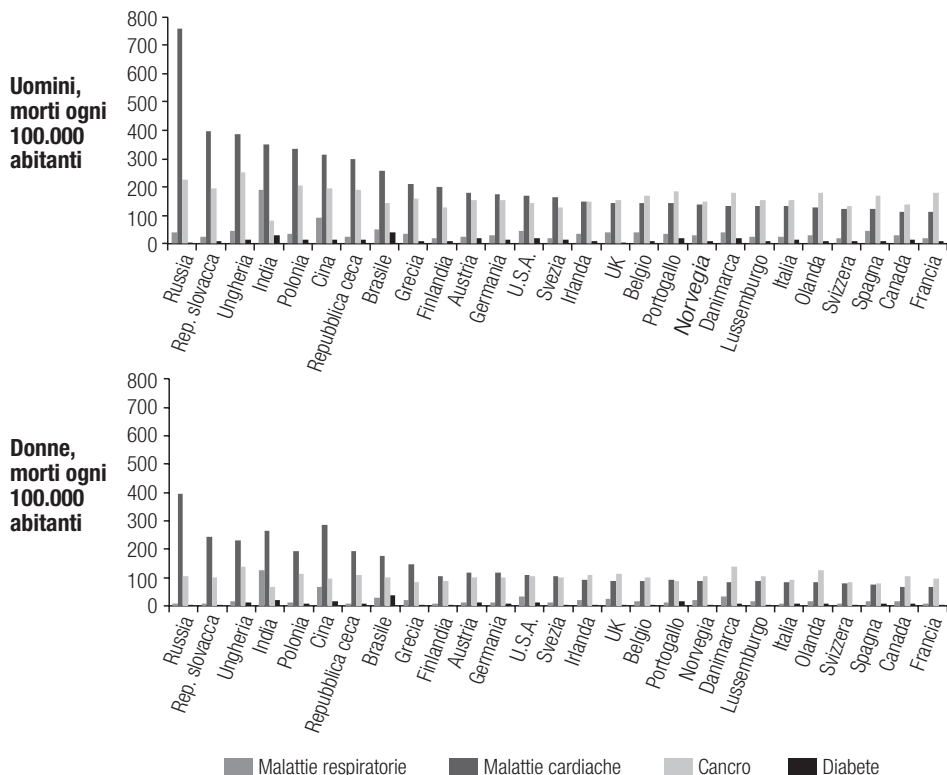
I dati disaggregati mostrano una maggiore mortalità per gli uomini rispetto alle donne in tutte le patologie, ad eccezione del diabete dove la situazione è diversa in Russia e Repubblica Ceca (nel primo caso le donne hanno un tasso di

Figura 2.7 **Rischio di morte prematura (30-70 anni) causata da una malattia non trasmissibile (2012) (probabilità di morire, %)**



Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

Figura 2.8 **Morti per diabete, malattie respiratorie, cardiache e cancro ogni 100.000 abitanti (stime standardizzate per età, 2012, uomini vs donne)**



Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

5 contro 4 degli uomini, nel secondo di 18 contro 12 uomini ogni 100.000 abitanti) (Figura 2.8).

Le malattie cardiache rappresentano la maggior causa di morte (rispetto alle altre malattie non trasmissibili) per i Paesi BRICs e nei Paesi dell'est Europa. Negli altri Paesi selezionati sono le patologie tumorali a causare il maggior numero di morti. I tassi maggiori per la mortalità dovuta al diabete si riscontrano in India (30 per gli uomini, 23 per le donne), Brasile (39 per uomini e donne) e in Portogallo (20 per gli uomini, 15 per le donne). In India, la mortalità per malattie respiratorie è maggiore rispetto a quella per cancro (189 per gli uomini e 125 per le donne contro 79 e 66) e anche in Cina il tasso è elevato: 90 uomini su 100.000 muoiono per cause legate a queste patologie.

Le malattie non trasmissibili rappresentano una delle sfide per i sistemi sanitari, che possono influenzarne la diffusione attraverso politiche sanitarie *ad hoc*. Nei successivi paragrafi sono presentate alcune misure su cui i Paesi hanno investito e stanno investendo per migliorare lo stato di salute attraverso la lotta a

queste patologie, pur senza la pretesa di delineare rapporti causali tra lo stato di salute rispetto alle *NCDs* e le politiche sanitarie messe in atto per combatterle.

Nel 2013 tutti i Paesi, ad eccezione di Austria, Svizzera, Spagna, Repubblica Slovacca, Polonia e Lussemburgo¹², hanno riportato la presenza di una unità o ufficio all'interno del Ministero della Salute (o organo equivalente) che si occupa specificatamente delle malattie non trasmissibili. Per combattere efficacemente la diffusione di queste patologie, la presenza di uffici preposti deve tradursi in una pianificazione operativa delle iniziative.

La Tabella 2.9 fornisce un quadro dell'esistenza di politiche pubbliche, strategie o piani d'azione a livello nazionale nei diversi Paesi selezionati. L'area di maggior intervento è quella del cancro, dove solo tre dei Paesi selezionati (Austria, Lussemburgo, Olanda) non hanno ancora promosso attività a livello nazionale, mentre minore è l'attenzione alle malattie respiratorie (12 Paesi ancora non hanno definito una strategia operativa).

Tabella 2.9 **Esistenza di una politica pubblica/strategia/piano d'azione (dato 2013)**

	Esistenza di una politica operativa/strategia/piano d'azione per il cancro	Esistenza di una politica operativa/strategia/piano d'azione per le malattie cardiovascolari	Esistenza di una politica operativa/strategia/piano d'azione per le malattie respiratorie	Esistenza di una politica operativa/strategia/piano d'azione per il diabete
Austria	No	No	No	No
Belgio	Si	Si	Si	Si
Brasile	Si	No	No	No
Canada	Si	Si	Si	Si
Cina	Si	Si	Si	Si
Repubblica ceca	Si	Si	Si	Si
Danimarca	Si	Si	No	Si
Finlandia	Si	Si	Si	Si
Francia	Si	Si	No	No
Germania	Si	Si	Si	Si
Grecia	Si	No	No	No
Ungheria	Si	Si	No	No
India	Si	Si	No	Si
Irlanda	Si	Si	Si	Si
Italia	Si	Si	Si	Si
Lussemburgo	No	No	No	No
Olanda	No	No	No	Si
Norvegia	Si	Si	-	No

¹² Il dato della survey 2013 del WHO sembra mostrare un peggioramento rispetto ai dati 2010, quando solo Svizzera e Polonia risultavano non avere messo in piedi infrastrutture di questo tipo.

Tabella 2.9 (segue)

	Esistenza di una politica operativa/strategia/piano d'azione per il cancro	Esistenza di una politica operativa/strategia/piano d'azione per le malattie cardiovascolari	Esistenza di una politica operativa/strategia/piano d'azione per le malattie respiratorie	Esistenza di una politica operativa/strategia/piano d'azione per il diabete
Polonia	Si	Si	Si	Si
Portogallo	Si	Si	Si	Si
Russia	Si	Si	Si	Si
Repubblica slovacca	Si	Si	No	Si
Spagna	Si	Si	Si	Si
Svezia	Si	Si	No	Si
Svizzera	Si	No	No	No
UK	Si	Si	Si	Si
U.S.A.	Si	Si	Si	Si

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015.

L'implementazione di programmi e piani d'azione deve essere supportata dalla disponibilità di dati costantemente aggiornati e di informazioni sull'evolversi del fenomeno. Questo presuppone la presenza di sistemi di sorveglianza delle patologie non trasmissibili, ad esempio della mortalità o dei fattori di rischio, e/o di registri di patologia, come ad esempio i registri tumori. La Tabella 2.10 mostra il quadro attuale: i Paesi per i quali risulta la "esistenza di sistemi di sorveglianza e monitoraggio" sono quelli che hanno riportato di avere sia un sistema di monitoraggio della mortalità sia un sistema di *survey* su molti fattori di rischio (precisamente consumo di alcool, inattività fisica, consumo di tabacco, livelli di glucosio nel sangue/diabete, ipertensione, sovrappeso e obesità, consumo di sale/sodio). Per questo motivo molti Paesi risultano non avere sistemi di vigilanza, perché probabilmente non abbastanza estesi da coprire tutti questi aspetti. Per quanto riguarda i registri tumori è opportuno specificare che in Italia esiste un sistema di registri alimentato a livello provinciale e coordinato a livello nazionale dall'AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori).

La Tabella 2.11 mostra la presenza di linee guida per il management delle malattie non trasmissibili attraverso le cure primarie. L'indicatore identifica la variabile come positiva se il Paese ha riportato la presenza di linee guida nazionali *evidence-based* per tutte le quattro maggiori categorie di NCDs (cardiovascolari, diabete, tumori e respiratorie). Nella precedente survey (cfr. Armeni, Ferrè, Sommariva 2014) l'Italia risultava aver solo parzialmente implementato le linee guida per il management del diabete e aver disposto le linee guida per il management della pressione alta/ipertensione, e la situazione non risulta essere cambiata nel 2013.

Tabella 2.10 **Sistemi di sorveglianza delle patologie non trasmissibili (dato 2013)**

	Esistenza di sistemi di sorveglianza e monitoraggio	Presenza di un registro nazionale per il cancro		Esistenza di sistemi di sorveglianza e monitoraggio	Presenza di un registro nazionale per il cancro
Austria	No	Sì	Italia	Sì	No
Belgio	No	Sì	Lussemburgo	No	Sì
Brasile	No	No	Olanda	Sì	Sì
Canada	No	Sì	Norvegia	No	Sì
Cina	Sì	Sì	Polonia	Sì	Sì
Repubblica ceca	No	Sì	Portogallo	No	Sì
Danimarca	No	Sì	Russia	No	No
Finlandia	No	Sì	Repubblica slovacca	No	Sì
Francia	No	Sì	Spagna	–	No
Germania	Sì	Sì	Svezia	No	Sì
Grecia	No	No	Svizzera	Sì	No
Ungheria	Sì	Sì	UK	No	Sì
India	No	No	U.S.A.	Sì	Sì
Irlanda	No	Sì			

Fonte: Dati WHO 2015.

Tabella 2.11 **Guideline per il management delle patologie non trasmissibili (dato 2013)**

	Esistenza di linee guida sul management delle maggiori malattie non trasmissibili attraverso le cure primarie		Esistenza di linee guida sul management delle maggiori malattie non trasmissibili attraverso le cure primarie
Austria	No	Italia	No
Belgio	–	Lussemburgo	Sì
Brasile	Sì	Olanda	Sì
Canada	Sì	Norvegia	Sì
Cina	Sì	Polonia	–
Repubblica ceca	Sì	Portogallo	Sì
Danimarca	Sì	Russia	No
Finlandia	Sì	Repubblica slovacca	Sì
Francia	–	Spagna	Sì
Germania	Sì	Svezia	Sì
Grecia	–	Svizzera	Sì
Ungheria	No	UK	Sì
India	No	U.S.A.	Sì
Irlanda	No		

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2015

Infine, un ultimo ambito di attività per la gestione delle malattie non trasmissibili riguarda la prevenzione e la diagnostica, nello specifico attraverso l'erogazione da parte delle strutture sanitarie di prestazioni (test e procedure) e la somministrazione dei farmaci necessari per la cura di queste patologie.

I dati WHO mostrano che i Paesi con PIL più alto offrono in genere maggior copertura in termini di servizi e medicinali, a cui corrispondono tassi di mortalità minori (WHO, 2010). Il quadro per i Paesi BRICs appare migliore rispetto a quanto rilevato nel precedente Rapporto, anche se rimangono alcuni scostamenti in termini di disponibilità di medicinali in Cina e India (dove mancano anche alcuni strumenti per la spirometria). Nei restanti Paesi è riportata la disponibilità di test/medicinali/procedure per la cura e la prevenzione di *NCDs* (da non confondere con l'effettiva erogazione delle stesse).

2.4 Struttura dell'offerta e utilizzo

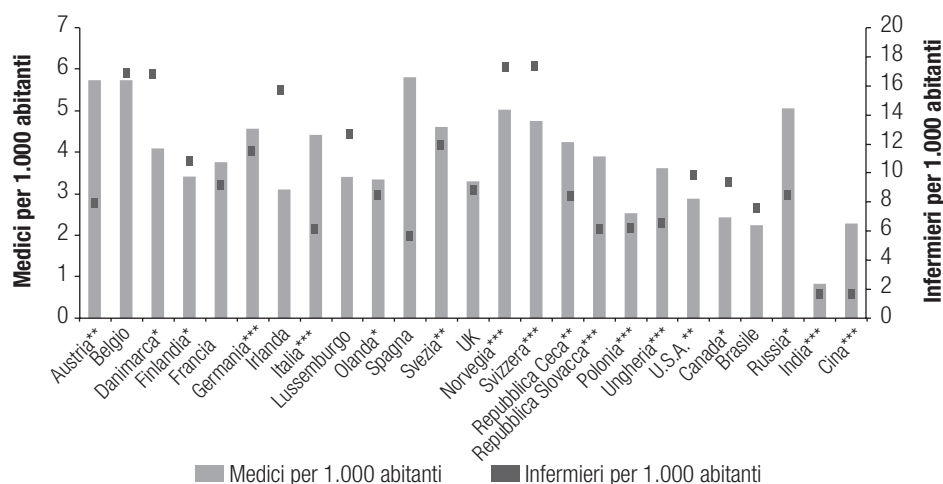
Tra i fattori collegati allo stato di salute, è importante analizzare la struttura dell'offerta e l'accesso ai servizi. La qualità delle cure dipende direttamente dall'estensione dei servizi, dal mix delle competenze, dalla distribuzione geografica e dai livelli di produttività (Ferré e Ricci, 2012). Di seguito si presentano i dati relativi alla struttura dell'offerta, di utilizzo e appropriatezza delle cure.

2.4.1 Struttura dell'offerta

La sanità è uno dei settori a maggiore intensità di manodopera e i professionisti della salute, medici e infermieri in particolare, sono un pilastro fondamentale dei sistemi sanitari. In Italia, questi professionisti costituiscono un decimo dell'intera forza lavoro e circa il 30,5% della spesa sanitaria corrente è destinato alla sua remunerazione (vedi Capitolo 4 del presente Rapporto). Dall'analisi dei dati internazionali risulta evidente come la dotazione di personale sanitario sia fortemente differenziata nei diversi Paesi (Figura 2.9). La fonte utilizzata è il database Health Nutrition and Population Statistics della World Bank e il database OECD Health Statistics 2015. Per l'indicatore *physicians density*, il database comprende il numero di medici, di medicina generale e specialisti, che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici e privati. Sono invece esclusi i dentisti e gli stomatologi, i professionisti con profilo esclusivamente amministrativo, o di ricerca, o praticanti in un Paese. I dati sono riportati in unità per 1.000 abitanti.

Nel 2013 il numero di medici per 1.000 abitanti risulta mediamente più basso nei Paesi BRICs. In India, infatti, si registra una media di meno di 1 medico ogni 1.000 abitanti (0,7), mentre Cina e Brasile registrano poco più di 1 medico ogni 1.000 abitanti (1,3). La Russia, al contrario, si posiziona su livelli molto alti, con

Figura 2.9 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2013 o ultimo anno disponibile)**



Note: Numero di medici, ultimo anno disponibile: * 2010; ** 2011; *** 2012.

Il numero di infermieri per Finlandia, Francia, Germania, Olanda, Svizzera è riferito al 2011.

Il numero di infermieri per Irlanda, Svezia e U.S.A. è riferito al 2010

Fonte: Elaborazioni su dati HNP Statistics 2015 World Bank e OECD Health Data 2015.

oltre 4,3 medici ogni 1.000 abitanti. Come da tradizione, infatti, la Russia e i Paesi delle ex repubbliche sovietiche contano un alto numero di medici dovuto all’espansione delle facoltà di medicina e alla varietà di branche di specializzazione (Szalay et al., 2003). Tra i Paesi OECD, i valori più bassi si registrano in Polonia e Canada (2,2 e 2,1 ogni 1.000 abitanti) e i più elevati in Grecia, Spagna, Belgio e Austria (rispettivamente 6,2; 4,9; 4,9 e 4,8 ogni 1.000 abitanti). Concentrando l’attenzione alla sola Europa, una bassa dotazione di medici si registra anche in Irlanda, Regno Unito, Olanda, Lussemburgo e Finlandia (tra 2,7 e 2,9). A partire dal 2005, il numero di medici ogni 1.000 abitanti è lievemente aumentato o è rimasto invariato in tutti i Paesi di cui si dispongono i dati longitudinali. Mediamente, il loro numero è passato da 2,9 nel 2005 a 3,3 (2013, o ultimo dato disponibile), evidenziando una stabilità nel reclutamento e nel *turn over* dei medici, dopo un periodo di espansione tra il 2006 e il 2008 dovuto al reclutamento di medici stranieri e all’aumento di laureati in medicina nell’area Euro (OECD, 2013).

Anche il personale infermieristico svolge un ruolo primario nell’assicurare l’assistenza sanitaria (Figura 2.9). L’indicatore “*nurses and midwives density*”, include il numero (per 1.000 abitanti) di infermieri certificati o registrati e di ostetriche che praticano la professione nell’ambito dei servizi sanitari pubblici. Nell’ultimo anno a disposizione, la Svizzera e la Norvegia contano la più alta densità di infermieri per popolazione residente, oltre 17 ogni 1.000 abitanti; se-

guono la Danimarca e il Belgio (16,8), l'Irlanda (15,7) e il Lussemburgo (12,6). La Grecia e la Spagna registrano il numero più basso di infermieri (rispettivamente 3,6 e 5,7 ogni 1.000 abitanti). L'Italia si colloca in posizione intermedia, con un numero di infermieri e ostetriche pari a 6,1 per 1.000 abitanti. A partire dal 2006 la densità degli infermieri è aumentata in tutti i Paesi OECD (+4,5% in media); sono in controtendenza l'Irlanda, l'Italia, l'Olanda, la Spagna, la Repubblica Ceca, l'Ungheria e il Canada, che hanno visto una lieve inversione del trend. L'aumento è stato particolarmente marcato in Danimarca, in Germania (rispettivamente da 9,8 a 16,8 e da 8 a 11,5 infermieri ogni 1.000 abitanti) e in Polonia (da 5,2 a 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti). Tra i Paesi BRICs, Brasile e Russia evidenziano dotazioni infermieristiche paragonabili ai paesi OECD, con 7,6 e 8,5 infermieri ogni 1.000 abitanti rispettivamente. Decisamente inferiore il numero di infermieri e ostetriche in India e Cina (1,7 e 1,9 per 1.000 abitanti, rispettivamente). Osservando il rapporto tra infermieri e medici¹³, Spagna e Portogallo presentano all'ultimo anno disponibile una minore disponibilità media di infermieri e ostetriche per medico (rispettivamente 1,1 e 1,4 infermieri e ostetriche per medico), insieme alla Cina (0,9 infermieri e ostetriche per medico), mentre Danimarca, Irlanda, Canada, Lussemburgo, Svizzera, Norvegia, Brasile e Stati Uniti registrano valori superiori a 4 infermieri e ostetriche per medico.

Per descrivere i sistemi sanitari, oltre alle analisi sulle figure professionali impiegate nell'assistenza sanitaria, è importante osservare il livello di dotazione strutturale. Di seguito si presentano alcuni dati essenziali sulle dotazioni di posti letto nelle strutture sanitarie, in particolare quelle ospedaliere. È interessante, osservare il trend dei posti letto ospedalieri (PL)¹⁴ per Paese (Tabella 2.12 e Figura 2.10).

Negli ultimi otto anni, il numero di PL per 1.000 abitanti è diminuito in tutti i Paesi, passando da una dotazione media di 5,3 PL ogni 1.000 abitanti a 5 (in Italia da 4 a 3,4). Questa riduzione è stata influenzata, oltre che da specifiche politiche sanitarie (es. in Italia), dall'introduzione di tecnologie mediche che hanno permesso di trattare alcune patologie in *setting* ambulatoriali, riducendo la dotazione necessaria di PL ospedalieri. La riduzione è stata anche accompagnata da una diminuzione nella degenza media per acuti e, in alcuni Paesi da una diminuzione delle ospedalizzazioni (Tabella 2.13 e Tabella 2.14). Nel 2013, Germania e Austria registrano il più alto numero di PL, con una media di 8,3 e 7,7 PL ogni 1.000 abitanti. La notevole offerta di PL in questi due Paesi è associata ad un elevato numero di dimissioni ospedaliere e, per la Germania, a lunghe degenze ospedaliere (9,1 giorni contro una media OECD di 7,7). I Paesi OECD con valori più bassi rispetto al numero di PL sono la Svezia, il Canada, il Regno Unito,

¹³ Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *physician density* e *nurses and midwives density*.

¹⁴ Sono inclusi i PL per acuti (*curative care beds*), psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in *day-hospital*.

Tabella 2.12 **Numero posti letto ogni 1.000 abitanti (2005-2013)**

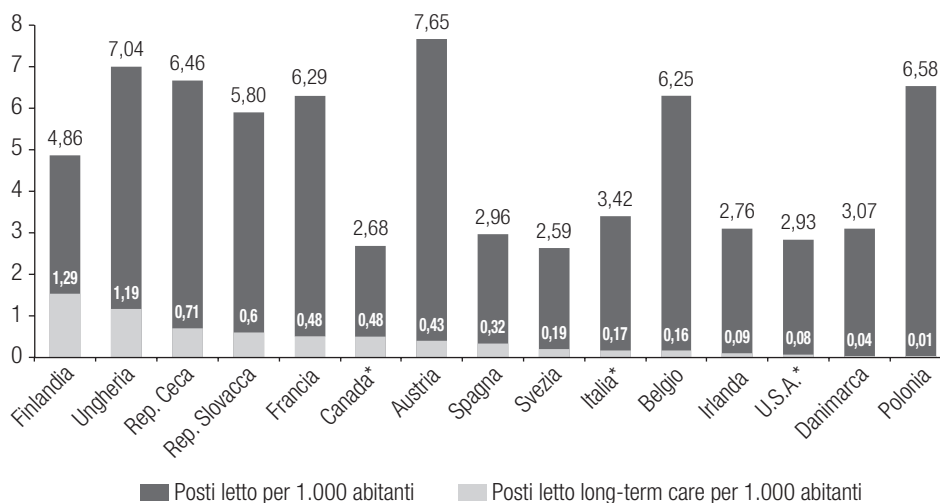
Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Austria	7,7	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
Belgio	7,4	6,7	6,6	6,6	6,5	6,4	6,4	6,3	6,3
Danimarca	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,1	n.d.	3,1
Finlandia	7,1	7,0	6,7	6,6	6,3	5,9	5,5	5,3	4,9
Francia	7,2	7,1	7,1	6,9	6,7	6,4	6,4	6,3	6,3
Germania	8,5	8,3	8,2	8,2	8,2	8,3	8,2	8,3	8,3
Grecia*	4,7	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8	4,8	n.d.	n.d.
Irlanda	5,5	5,3	5,1	4,9	3,1	3,0	2,9	2,8	2,8
Italia	4,0	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	n.d.
Lussemburgo	5,8	5,7	5,7	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,1
Olanda	4,5	4,8	4,7	4,7	4,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	3,6	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
Spagna	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0
Svezia	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6
UK	3,7	3,5	3,4	3,3	3,3	2,9	2,9	2,8	2,8
Norvegia	5,2	5,0	4,9	4,6	4,5	4,3	4,2	4,0	3,9
Svizzera	5,5	5,4	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9	4,8	4,7
Repubblica Ceca	7,6	7,5	7,3	7,2	7,1	7,0	6,8	6,7	6,5
Repubblica Slovacca	6,8	6,7	6,8	6,6	6,5	6,5	6,1	5,9	5,8
Polonia	6,5	6,5	6,4	6,6	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6
Ungheria	7,9	8,0	7,2	7,1	7,1	7,2	7,2	7,0	7,0
U.S.A.	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	n.d.
Canada	3,1	2,9	2,9	2,8	2,7	2,8	2,7	2,7	n.d.
Brasile	2,4	n.d.	n.d.	n.d.	2,4	2,4	2,3	2,3	n.d.
Russia	9,7	9,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
India	0,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,7	n.d.	n.d.
Cina	2,5	2,2	n.d.	n.d.	4,2	3,6	3,8	n.d.	n.d.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2015.

l'Irlanda e gli Stati Uniti dove i PL oscillano tra 2,6 e 2,9 ogni 1.000 abitanti. In molte circostanze, la crisi finanziaria ed economica ha spinto i governi a ridurre il numero di posti letto complessivi per contenere la spesa sanitaria pubblica e a rimodulare l'offerta potenziando le degenze brevi (*day hospital e day surgery*) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). Ne è un esempio l'Irlanda: il governo, per contenere i costi ospedalieri, ha promosso la riduzione dei posti letto per ricovero ordinario e contestualmente richiesto una diminuzione delle giornate di degenza (Thomas e Burke, 2012).

I dati per i Paesi BRICs indicano come in India, in media, sia disponibile meno di un posto letto per servizi ospedalieri ogni 1.000 abitanti (dato 2011), livello di dotazione infrastrutturale in assoluto più basso, mentre in Brasile si avvicina

Figura 2.10 **Posti letto ogni 1.000 abitanti totale e long-term care (2013 o ultimo anno disponibile)**



Note: * 2012.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2015.

al livello minimo dei Paesi OECD, in media 2,3 PL ogni 1.000 abitanti (dato 2012), e in Cina raggiunge i 3,8 PL ogni 1.000 abitanti (dato 2011). A livelli ben sopra la media OECD si posiziona la Russia con 9,7 PL ogni 1.000 abitanti (dato 2006, unico disponibile).

Osservando la ripartizione dei posti letto tra acuti e *long-term care*, si nota una ampia disomogeneità, con livelli che variano da 1,29 PL ogni 1.000 abitanti in Finlandia¹⁵ a valori prossimi allo zero in Polonia, Danimarca e Stati Uniti (Figura 2.10). In Italia in media si registrano 0,17 PL per cure di lungo degenza (esclusa la riabilitazione) ogni 1.000 abitanti.

2.4.2 Utilizzo dei servizi e beni sanitari

Di seguito sono proposte alcune analisi sul livello di utilizzo dei servizi (output), a completamento del confronto sulle dotazioni strutturali e di risorse umane dei sistemi sanitari (input).

Per quanto concerne l'attività ospedaliera, Stati Uniti e Canada presentano un numero di dimissioni ospedaliere (*inpatient care*) per 100.000 abitanti inferio-

¹⁵ Quasi il 30% dei PL ospedalieri in Finlandia sono destinati alle cure di lungo degenza poiché gli enti locali fanno riferimento alle strutture e dotazioni ospedaliere per garantire i servizi di lungodegenza (OECD, 2013).

re alla maggior parte dei Paesi OECD (12.549 e 8.321 rispettivamente), ad esclusione di Spagna, Portogallo, Olanda e Italia (Tabella 2.13). Una possibile spiegazione per i diversi tassi di utilizzo dei servizi ospedalieri è che le cure erogate in regime di ricovero in alcuni Paesi siano invece erogate in modalità ambulatoriale in altri contesti. Gli Stati Uniti mostrano un dato coerente con quest'ultima ipotesi (Peterson e Burton 2007). In altri Paesi, quali il Canada e Portogallo, il basso livello di ospedalizzazione è associato alla diminuzione del numero di ospedali e dei posti letto avvenuta già a partire dagli anni '70 (WHO Hit Profile 2013, 2011). Di converso, Austria e Germania registrano un elevato numero di dimissioni, come riflesso dell'ampia offerta di posti letto. Tra i Paesi BRICs di

Tabella 2.13. **Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti (2005-2013)**

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Austria	27.317	27.656	27.935	28.115	27.913	27.637	27.443	27.030	26.558
Belgio	16.324	16.239	16.175	16.697	16.671	16.662	16.583	16.623	n.d.
Danimarca	15.967	16.024	15.996	15.680	16.031	16.075	15.661	15.346	15.173
Finlandia	19.681	19.175	18.610	18.406	18.044	17.776	17.612	17.361	16.947
Francia	18.234	18.562	18.405	18.606	18.562	18.596	18.566	18.586	n.d.
Germania	21.840	22.041	22.710	23.259	23.670	23.994	24.290	25.093	25.224
Grecia	18.810	19.085	19.540	19.856	20.489	19.903	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	14.135	14.176	14.198	13.664	13.418	13.191	13.148	13.434	14.116
Italia	14.812	14.665	14.155	13.807	13.529	13.131	12.562	12.196	11.726
Lussemburgo	17.578	17.074	17.041	16.982	16.640	16.022	16.119	15.653	15.087
Olanda	10.484	10.730	10.866	11.085	11.488	11.646	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	11.330	11.207	11.418	11.442	11.187	11.101	11.153	10.959	10.877
Spagna	11.677	11.616	11.585	11.495	11.367	11.251	11.111	11.005	11.036
Svezia	15.902	16.040	16.156	16.190	16.303	16.284	16.448	16.468	n.d.
UK	13.582	13.391	13.331	13.575	13.603	13.554	13.411	13.373	13.242
Norvegia	18.445	18.674	18.188	18.177	19.818	19.684	19.644	19.537	19.339
Svizzera	15.276	15.567	15.951	16.167	16.860	17.008	17.055	16.939	17.010
Repubblica Ceca	22.109	21.572	21.264	20.802	20.733	20.621	20.477	20.891	20.669
Repubblica Slovacca	18.092	18.262	18.958	18.747	18.971	18.748	18.704	19.644	n.d.
Polonia	14.295	14.926	14.591	14.803	16.234	16.172	16.346	16.423	16.699
Ungheria	25.301	24.538	21.316	21.100	21.251	20.592	20.596	20.202	n.d.
U.S.A.	13.072	13.019	12.743	13.083	13.091	12.549	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	8.731	8.574	8.438	8.347	8.259	8.247	8.316	8.321	n.d.
Brasile	6.220	6.097	6.025	6.168	5.781	5.842	5.746	5.599	n.d.
Russia	22.133	23.574	n.d.	22.298	22.337	22.203	21.926	21.507	21.287
Cina	4.122	4.460	5.181	5.505	6.282	7.004	7.859	9.242	13.868

Note: Non sono disponibili i dati per l'India.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2015.

cui si dispongono di dati, il Brasile presenta il numero di dimissioni minore tra tutti i Paesi selezionati (5.599), anche in virtù di una crescente importanza delle strutture *outpatient*, seguito dalla Cina (13.868). La Russia conferma invece un trend simile ai Paesi OECD con 21.287 dimissioni ogni 100.000 abitanti. In tutti i Paesi il numero di dimissioni ospedaliere mostra un trend piuttosto variabile con una tendenza a livello di singoli Paesi (2005-2012, o ultimo anno disponibile) alla riduzione nel numero di dimissioni, ad eccezione di Belgio, Francia, Germania, Grecia, Norvegia, Svizzera, Repubblica Slovacca, Polonia e Cina.

Con riferimento alla degenza media per acuti (Tabella 2.14), prosegue il trend di diminuzione, tracciabile già agli inizi degli anni '90 (Ferrè e Ricci, 2012). Diversi sono i fattori che spiegano questa tendenza: l'introduzione delle tariffe per DRG per la remunerazione dei ricoveri, l'utilizzo di procedure chirurgiche meno invasive, lo sviluppo di programmi per dimissioni precoci e il passaggio da ricoveri per acuti a cure intermedie (ad esempio utilizzo dei *community care services* in Danimarca) (OECD, 2013). In alcuni Paesi (Austria, Belgio, Italia Lussemburgo e Portogallo) il dato sembra essersi stabilizzato nel corso degli ultimi sei anni. In Italia, dopo una progressiva riduzione del numero medio di giornate di degenza (da 11,7 nel 1990 a 7,7 nel 2006), il dato si stabilizza a 7,8 giornate e oscilla infatti solo di 0,1 punti percentuali tra il 2007-2013.

Tra i Paesi OECD, presentano valori elevati Finlandia, Francia, Ungheria, Repubblica Ceca e Germania, superiori a 9 giorni di degenza media. Anche Russia e Cina presentano dati medi elevati (12,2 e 10 giorni rispettivamente), con un trend di contenimento.

Un altro indicatore dell'utilizzo dei servizi ospedalieri riguarda le operazioni chirurgiche (Tabella 2.15). Sono state selezionate due procedure¹⁶ considerate rappresentative dell'attività di chirurgia ortopedica all'interno delle strutture ospedaliere (sostituzione del ginocchio e sostituzione d'anca totale) per confrontare i livelli di ricorso alle cure ospedaliere. In tutti i Paesi, nell'ultimo decennio il numero di interventi è in crescita (in media 31 interventi in più negli ultimi sei anni), con un aumento più contenuto in Ungheria, Francia e Polonia (rispettivamente 46; 32; 31 interventi). Nel 2013, Svizzera, Austria, Germania, Finlandia e Belgio (dato 2012), riportano il numero di interventi maggiori (oltre 400 procedure ogni 100.000 abitanti), a fronte di una media OECD di 340 procedure ogni 100.000 abitanti. La variabilità è parzialmente influenzata dalla struttura della popolazione (età e genere) e dalla presenza di fattori di rischio, come obesità e scarsa attività fisica, che contribuiscono a un diverso ricorso a interventi di chirurgia ortopedica; tuttavia dopo una standardizzazione per età e sesso, la differenza di procedure tra Paesi e intra-Paese rimane elevata (OECD, 2013).

¹⁶ Con il termine "*surgical procedure*" l'OECD considera tutte le terapie invasive condotte in regime di ricovero.

Tabella 2.14 **Durata media della degenza per acuti [giorni] (2005-2013)**

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Austria	8,0	7,9	7,9	7,9	7,8	7,9	7,8	7,9	8,1
Belgio	8,0	7,9	7,8	8,1	8,2	8,1	8,0	7,9	n.d.
Danimarca	5,4	5,3	5,2	5,2	4,8	4,6	4,5	4,4	4,3
Finlandia	12,7	12,8	13,1	12,6	12,7	11,8	11,4	11,2	10,8
Francia	11,4	11,2	11,2	10,9	10,5	10,2	10,1	10,1	n.d.
Germania	10,2	10,1	10,1	9,8	9,7	9,5	9,3	9,2	9,1
Grecia	7,6	7,3	6,9	6,6	6,7	6,6	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	8,0	7,7	7,4	7,7	6,7	6,6	6,4	6,2	6,0
Italia	7,6	7,7	7,8	7,8	7,8	7,9	8,0	8,0	7,9
Lussemburgo	8,8	8,5	8,8	8,9	9,2	9,3	8,8	8,7	8,9
Olanda	n.d.	10,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	8,7	8,6	8,5	8,4	8,6	8,7	8,7	9,0	8,9
Spagna	8,5	8,3	8,2	8,1	8,0	7,9	7,7	7,6	7,6
Svezia	6,6	6,6	6,5	6,5	6,4	6,1	5,9	5,8	n.d.
UK	8,9	8,6	8,0	8,0	7,8	7,7	7,3	7,2	7,1
Norvegia	8,0	7,7	7,6	7,3	7,0	6,8	6,5	6,2	6,1
Svizzera	11,7	11,3	10,9	10,7	10,5	9,5	9,3	8,8	8,7
Repubblica Ceca	10,6	10,5	10,3	10,0	10,0	9,9	9,8	9,5	9,4
Repubblica Slovacca	9,0	8,8	8,6	8,5	8,3	8,2	8,0	7,5	n.d.
Polonia	8,2	8,0	7,8	7,9	7,7	7,6	7,4	7,1	7,0
Ungheria	8,8	8,8	8,9	9,2	9,3	8,8	9,3	9,5	n.d.
U.S.A.	6,5	6,4	6,3	6,3	6,3	6,2	6,1	n.d.	n.d.
Russia	13,8	13,6	13,2	13,1	12,8	12,7	12,6	11,7	12,2
Cina	n.d.	n.d.	10,8	10,7	10,5	10,5	10,3	10,3	10,0

Note: Non sono disponibili i dati per Brasile Canada ed India.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2015.

Oltre all'utilizzo dei servizi ospedalieri, sono proposti alcuni indicatori riguardanti le cure primarie e il consumo farmaceutico.

L'indicatore visite mediche tramite consultazione del medico di medicina generale (*doctors' consultations*), riporta il ricorso medio annuo al medico di base da parte della popolazione. Nel 2013 o nell'ultimo disponibile, il numero di visite mediche pro-capite con medici di medicina generale (MMG) è particolarmente elevato in Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca e Ungheria (oltre 11 visite annue per abitante), seguite dalla Russia e dalla Germania (rispettivamente 10,5 e 9,9 visite annue per abitante) (Tabella 2.16). In Italia il valore si attesta a 6,8, nella media dei Paesi Europei. All'opposto, Danimarca, Norvegia, Portogallo, Grecia, Irlanda e Svezia presentano un numero di visite annue pro-capite infe-

Tabella 2.15 **Procedure chirurgiche: sostituzione ginocchio, sostituzione d'anca (totale): numero di procedure per 100.000 abitanti (2000; 2005; 2000-2013)**

Paesi	2005	2010	2011	2012	2013
Austria	410,9	481,1	492,7	489,1	491,4
Belgio	380,4	414,2	420,4	432,2	n.d.
Danimarca	320,8	400,3	390	390,5	387,3
Finlandia	382,5	417,7	417,1	442,3	442,5
Francia	314,9	349	362,2	372,1	380,9
Germania	418,6	489,8	490,3	492,8	472,8
Irlanda	179	158,8	158,3	165,2	176,3
Italia	227,8	258,6	260,8	267,2	270
Lussemburgo	376,8	358,1	394	396,2	386,4
Olanda	275,6	333,6	n.d.	n.d.	n.d.
Spagna	173,1	199,1	204	205,3	217,2
Svezia	304,6	365,8	356,8	372,3	363,9
UK	252,6	305,3	315,9	315,7	323,4
Norvegia	202,8	n.d.	n.d.	339,5	330,2
Svizzera	407,5	502,9	511	519,2	511,5
Repubblica Slovacca	n.d.	74,9	86,3	95,1	105,2
Repubblica Ceca	n.d.	275,4	269,9	283	285,5
Polonia	46,1	80,4	98,7	103,2	111,6
Ungheria	157,2	149,7	185,4	195,9	n.d.

Nota: Non sono disponibili i dati per Grecia, Portogallo, e i Paesi BRICs.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2015.

riore a 5 e la Finlandia registra il valore più basso con solo 2,6 visite annue. Anche il Brasile è caratterizzato da un utilizzo medio delle cure primarie molto basso (2,8). Fattori culturali e caratteristiche dei sistemi sanitari spiegano parte della variabilità nel numero di visite medie pro-capite. Ad esempio, è interessante notare come Paesi quali la Germania che utilizzano un sistema di *fee-for-service* registrino accessi maggiori alle cure dei medici di base rispetto a sistemi prevalentemente di tipo salariale (ad esempio la Spagna). Tuttavia non è possibile ipotizzare alcun tipo di correlazione tra il numero di visite e i meccanismi di pagamento dei medici di medicina generale (vedi il caso degli Stati Uniti, dove, a fronte di un sistema *fee-for-service* il numero di visite medie con MMG è inferiore alla media generale dei paesi OECD).

Un indicatore di utilizzo dei beni sanitari è il consumo di farmaci. L'utilizzo di antibiotici rappresenta un aspetto critico del consumo farmaceutico, dal momento che un uso eccessivo espone pazienti a effetti collaterali e la società nel

Tabella 2.16 **Numero di visite mediche pro-capite con MMG (1995; 2000; 2005; 2010-2013)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Austria	6,3	6,7	6,7	6,9	6,9	6,8	6,8
Belgio	7,7	7,6	7,2	7,4	7,4	n.d.	n.d.
Danimarca	4,1	4,2	4,5	4,6	4,8	4,7	4,6
Finlandia	4,1	4,3	4,3	4,3	2,8	2,7	2,6
Francia	6,4	6,9	7	6,7	6,8	6,7	6,4
Germania	6,8	7,7	8,1	9,9	9,7	9,7	9,9
Grecia	4,3	4,3	3,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	n.d.	n.d.	n.d.	3,8	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	n.d.	6,1	6,1	n.d.	n.d.	n.d.	6,8
Lussemburgo	6,2	6,4	6,5	6,4	6,6	6,6	6,5
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	4,1	4,4	4,4	4,2
Olanda	5,7	5,9	5,4	6,6	6,6	6,2	6,2
Portogallo	3,2	3,5	3,9	4,1	4,2	4,1	n.d.
Svezia	n.d.	n.d.	2,8	2,9	3	2,9	2,9
Spagna	7,8	n.d.	n.d.	n.d.	7,4	n.d.	n.d.
UK	6,1	5,3	5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	12,5	12,6	13,2	11	11,1	11,1	11,1
Repubblica Slovacca	n.d.	14,8	11,3	11,6	11	11,2	11
Polonia	5,4	5,4	6,3	6,6	6,8	7	7,1
Ungheria	10,4	11,1	12,9	11,6	11,8	11,8	11,7
U.S.A.	3,3	3,7	4	4	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	6,5	7,4	7,8	7,7	7,8	7,7	n.d.
Brasile	2,2	2,3	2,4	2,7	2,8	2,8	n.d.
Russia	9,1	9,4	8,9	10,1	10,3	10,5	10,5

Nota: Non sono disponibili i dati per India e Cina. Alcuni Paesi includono visite specialistiche laddove il medico di base non svolge il ruolo di *gatekeeper*, ad esempio Austria e Rep. Ceca (OECD, 2014).

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2015.

complesso allo sviluppo di resistenza batterica (Smith et al., 2004; Bronzwaer et al., 2002; Goossens et al., 2005). Tra il 2000 e il 2013 il consumo di antibiotici (Tabella 2.17), misurato come DDD (*defined daily doses*) per abitante, risulta essere in tendenziale crescita in tutti i Paesi ad eccezione di Francia (-14%, dato 2011), Portogallo (-17%), Ungheria (-27% dato 2012). Mostrano una certa stabilità nei consumi Lussemburgo, Spagna, Repubblica Ceca, Polonia e Canada. Il Regno Unito (dato 2012) registra il maggior incremento (+36%), seguito dalla Danimarca (+34%). Grecia (dato 2011), Italia e Belgio (dato 2012) presentano i valori assoluti più elevati tra i Paesi OECD.

Tabella 2.17 **Consumo di antibiotici (DDD pro-capite)
(1995; 2000; 2005; 2010-2013)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Austria	n.d.	n.d.	n.d.	14,3	13,6	13,1	n.d.
Belgio	n.d.	25,1	24,1	28,2	28,6	29,4	n.d.
Danimarca	12,8	13,8	16,5	18,8	19,5	18,5	n.d.
Finlandia	21,3	19,1	18,1	18,5	20,1	22	n.d.
Francia	n.d.	33,3	28,9	28,2	28,7	n.d.	n.d.
Germania	15,2	13,5	13,3	14	13,9	14,8	n.d.
Grecia	25,9	29,5	34,7	39,4	34,9	n.d.	n.d.
Irlanda	n.d.	17,6	20,5	20,3	22,6	n.d.	n.d.
Italia	n.d.	n.d.	28,4	29,6	30,2	29,3	30,1
Lussemburgo	n.d.	27,2	26,3	28,6	27,8	27,9	28,1
Olanda	n.d.	9,8	10,5	11,2	11,4	n.d.	n.d.
Portogallo	n.d.	26,3	26,7	22,5	22,4	22,1	21,7
Spagna	n.d.	19	19,3	20,3	20,9	19,4	n.d.
Svezia	n.d.	16,1	16,5	15,7	15,7	15,5	14,7
UK	n.d.	14,3	15,4	18,7	18,8	19,4	n.d.
Norvegia	n.d.	n.d.	16,8	15,8	16,5	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	21,4	19,5	19,8	19	19,8	19,2	n.d.
Repubblica Slovacca	20,3	27,6	25,1	24,5	23,7	21,9	25,9
Polonia	n.d.	22,7	19,6	21	22	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	18,5	19,5	15,3	14,5	13,5	n.d.
Canada	n.d.	n.d.	n.d.	18,2	18,5	18,4	n.d.

Nota: Non sono disponibili i dati per Svizzera, U.S.A. e i Paesi BRICs.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2015.

2.4.3 Appropriatezza

Per analizzare il grado di appropriatezza (intesa come aderenza alle linee guida internazionali) delle prestazioni erogate vengono presi in considerazione due tipologie di indicatori: il numero dei parti cesarei e il tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni croniche considerate trattabili in regime ambulatoriale (asma, diabete e BPCO). Secondo quanto stabilito dal WHO nel 1985, la percentuale di parti cesarei in una determinata regione non dovrebbe essere superiore al 10-15% (Gibbons et al., 2010). Alcuni studi hanno mostrato un aumento della proporzione di parti cesarei in situazioni di non rischio, in particolare in strutture private (Declercq et al., 2005, FHF, 2008, Belizan et al., 1999).

Italia (dato 2013) e Ungheria (dato 2012) sono i Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei: su 1.000 nati vivi, oltre 350 (Tabella 2.18). Possibili

Tabella 2.18 **Proporzione di parti cesarei (numero ogni 1.000 nati vivi) (2000; 2005; 2010-2013)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Belgio	n.d.	190,3	197,2	201,3	202,3	n.d.
Danimarca	154,1	200,6	214,3	213,8	211,8	221,6
Finlandia	157,8	162,8	161,4	161,8	161,9	158
Francia	178,4	198,8	210,2	210	208,4	208,1
Irlanda	207,5	250,9	260,4	269	275,3	284,8
Italia	n.d.	390,9	384,6	377,1	368,4	361,4
Lussemburgo	198,7	242,2	257,7	277,4	272,8	268,4
Olanda	118,7	135,7	155,9	n.d.	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	251	249,6	249,1	251,5	251,6
Svezia	n.d.	168,1	164,4	162,1	163	164,2
UK	196,6	226,4	238,6	241,9	243,3	230
Svizzera	n.d.	285,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	128,9	171,3	224,9	232,7	243,9	261,1
Polonia	n.d.	n.d.	260,4	298,9	315,7	345,7
Ungheria	n.d.	280,4	327,9	335,8	352,9	n.d.
Canada	209,1	261,9	261,1	262,4	n.d.	n.d.

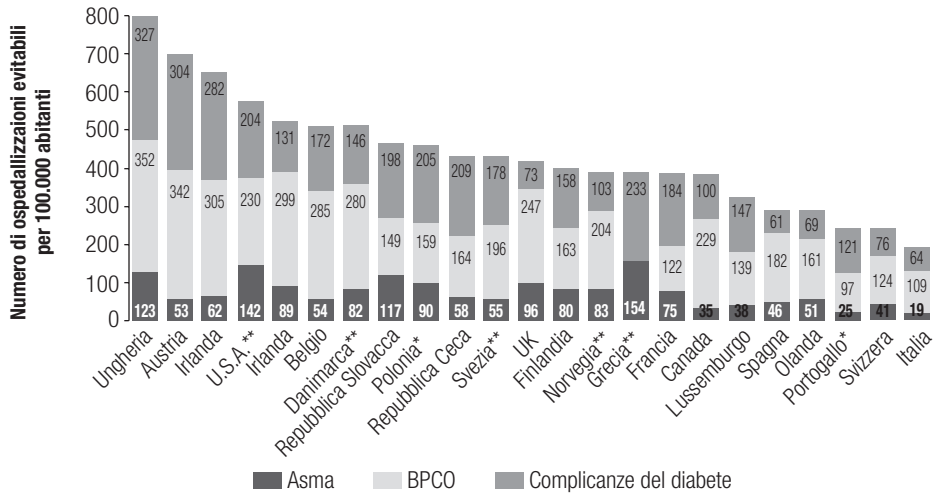
Nota: non sono disponibili i dati di, Germania, Grecia, Portogallo, Norvegia, Rep. Slovacca, U.S.A e i Paesi BRICs.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2015.

spiegazioni per l'aumento di parti cesarei sono la riduzione dei rischi dell'operazione, l'aumento dell'età media delle donne al momento del concepimento, la volontà dei medici di tutelarsi contro accuse di malpratica medica e la convenienza di programmazione dei parti. Il numero di parti cesarei è relativamente basso nei Paesi nordici (Norvegia, Svezia, Finlandia e Olanda: mediamente 160 ogni 1.000 nati vivi) dove circa il 30% delle nascite avviene in casa (dato 2004) (Euro-Peristat, 2008). Il trend del numero di parti cesarei (2000-2013 o ultimo anno disponibile) è generalmente in crescita in tutti i Paesi ad esclusione di Svezia e Italia e Regno Unito dove tra il 2007 e il 2013 il valore è diminuito (-4,4%; -7,9% e -2,4% rispettivamente).

Le ospedalizzazioni per condizioni croniche rappresentano un'ulteriore indicatore dell'appropriatezza delle prestazioni erogate: questo tipo di patologie, infatti, può essere trattato efficacemente nell'ambito delle cure primarie. Un elevato tasso di ospedalizzazione per patologie quali asma, BPCO e diabete può derivare dalla bassa qualità delle cure primarie, oppure da un deficit strutturale nel numero di medici di famiglia (Menn et al., 2012; Rosano et al., 2013). Quasi metà delle ospedalizzazioni evitabili è legata ad una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma (Figura 2.11). Con oltre 800 ricoveri im-

Figura 2.11 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2012)**



Note: *** 2009; ** 2010, *2011. Non sono disponibili i dati per BPCO per la Grecia. Non sono disponibili i dati per i Paesi BRICs.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2015.

propri ogni 100.000 abitanti, l'Ungheria è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate inappropriate, seguito da Austria circa 700 ricoveri. Portogallo, Svizzera e Italia sono invece i Paesi con il valore più basso (rispettivamente 242, 241 e 192 ricoveri ogni 100.000).

2.5 Bisogni di cura non soddisfatti

Un'importante evidenza circa la performance dei sistemi sanitari, intesa in particolare nella prospettiva dell'equità di accesso alle cure, riguarda i bisogni insoddisfatti. Alcuni spunti di riflessione possono essere tratti dall'analisi dello stato di salute riportato dai cittadini e dalle cause della presenza di bisogni insoddisfatti. Nel primo caso, la valutazione della qualità dell'assistenza è chiaramente influenzata da fattori intrinseci ai rispondenti e non è una misura diretta di performance. Inoltre, possono emergere fattori situazionali e culturali nel riportare il proprio stato di salute, in virtù dei quali la percezione qualitativa dello stato di salute "molto buono" potrebbe essere diversa da Paese a Paese. Tuttavia, tale indicatore fornisce un'immagine della rispondenza dei servizi, o meglio degli esiti finali, alle aspettative generate. Se in un Paese è bassa la percentuale di

cittadini che rappresenta il proprio stato di salute come “molto buono”, ciò potrebbe derivare sia da una cattiva qualità dei servizi ricevuti, sia da un livello di attese eccessivo rispetto alle potenzialità del sistema. Eurostat fornisce i risultati di alcune *survey* periodiche sulla qualità percepita dei sistemi sanitari. La Tabella 2.19 mostra la distribuzione delle percezioni tra “buono o molto buono”, “né buono né cattivo” e “cattivo o pessimo” nei Paesi analizzati. Il dettaglio dei principali Paesi europei è anche riportato nella Figura 2.12. Dal confronto emerge come la maggior percentuale di rispondenti che percepiscono il proprio stato di salute “molto buono” sia in Irlanda (82%) e la minore in Portogallo (46,1%), mentre l’Italia si colloca in posizione intermedia (66,1%). Rispetto al 2012, inoltre, nel nostro Paese è generalmente peggiorata la percezione dello stato di salute, con una perdita di 2,3 punti percentuali nella scelta “molto buono” e un incremento di 0,3 punti percentuali nella scelta “cattivo o pessimo”. La tendenza al peggioramento è molto diffusa nei Paesi riportati, con le eccezioni di Danimarca, Polonia, Svezia e Olanda (percentuale di “molto buono” in crescita) e di Belgio, Danimarca, Germania, Olanda, Svezia, Polonia e Ungheria (minori percentuali di “cattivo o pessimo”).

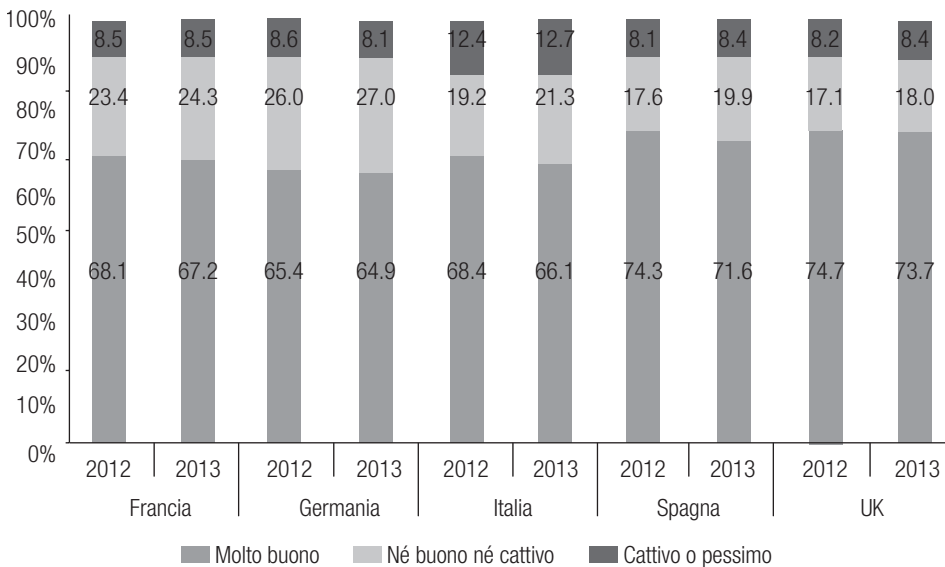
Tabella 2.19 **Percezione del proprio stato di salute: distribuzione (2012 e 2013)**

Paesi	2012			2013		
	Molto buono	Né buono né cattivo	Cattivo o pessimo	Molto buono	Né buono né cattivo	Cattivo o pessimo
Austria	70,0	21,0	9,0	68,6	22,4	9,1
Belgio	74,5	16,7	8,8	74,3	17,1	8,6
Danimarca	70,7	21,6	7,7	71,7	20,9	7,5
Finlandia	67,1	26,1	6,8	64,6	28,7	6,7
Francia	68,1	23,4	8,5	67,2	24,3	8,5
Germania	65,4	26,0	8,6	64,9	27,0	8,1
Grecia	74,9	15,8	9,3	73,9	15,6	10,5
Irlanda	82,7	14,3	3,0	82,0	14,4	3,7
Italia	68,4	19,2	12,4	66,1	21,3	12,7
Lussemburgo	73,8	18,9	7,4	71,9	19,8	8,3
Olanda	75,6	18,6	5,8	75,6	19,1	5,3
Portogallo	48,0	33,8	18,2	46,1	35,3	18,6
Spagna	74,3	17,6	8,1	71,6	19,9	8,4
Svezia	80,9	14,8	4,3	81,1	14,8	4,1
UK	74,7	17,1	8,2	73,7	18,0	8,4
Norvegia	78,7	15,0	6,3	76,0	16,0	7,9
Svizzera	81,9	14,9	3,1	80,7	15,6	3,7
Repubblica Ceca	60,4	26,8	12,8	59,6	27,6	12,8
Polonia	57,7	27,6	14,7	58,3	27,4	14,3
Ungheria	57,6	26,4	16,0	56,9	27,3	15,7

Fonte: Elaborazione su dati Eurostat 2015.

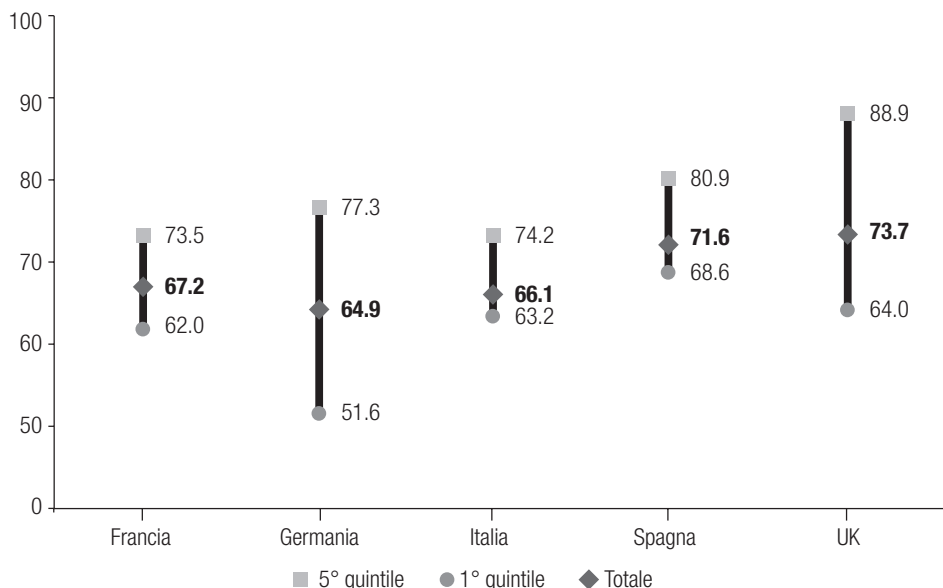
Nella Figura 2.13 sono posti a confronto i dati 2012 dei cinque principali Paesi europei con riferimento alla percentuale di rispondenti che dichiarano di percepire uno stato di salute “molto buono”, con dettaglio della variabilità tra primo e quinto quintile di reddito. Emerge chiaramente che la vera differenza tra i cinque principali Paesi europei non è tanto nella media dei cittadini che dichiarano di avere un buono stato di salute, ma piuttosto nella variabilità e nell’asimmetria della distribuzione delle risposte tra le varie fasce di reddito. In Germania, ad esempio, la variabilità è molto accentuata, con 25,7 punti percentuali che separano il primo dal quinto quintile di reddito, e la distribuzione è abbastanza simmetrica, con la media che si colloca al centro del range. Diversa è la situazione, ad esempio, in Italia, dove la variabilità è più contenuta (11 punti percentuali) ma la media è molto più vicina alla risposta del primo quintile. Lo stato di salute è, quindi, percepito in modo piuttosto omogeneo, con una piccola parte della popolazione che può accedere, presumibilmente per una maggiore capacità di spesa, a prestazioni migliori e, di conseguenza, può avere una maggiore probabilità di percepire il proprio stato di salute come “molto buono”. Più in generale, un Paese in cui la variabilità è elevata segnala una probabile disomogeneità dell’accesso ai servizi di eccellenza, mentre un Paese con una forte asimmetria verso il basso (come l’Italia) è probabilmente caratterizzato da una forte omogeneità di

Figura 2.12 **Percezione del proprio stato di salute: distribuzione nei principali Paesi europei (2012 e 2013)**



Fonte: Elaborazione su dati Eurostat 2015.

Figura 2.13 **Percentuale di popolazione che riporta uno stato di salute “molto buono”: confronto tra i principali Paesi europei e tra primo e quinto quintile di reddito (2013)**



Fonte: Elaborazione su dati Eurostat 2015.

trattamento, con una ristretta possibilità, per chi ha più risorse, di accedere a servizi di qualità superiore.

Dietro al peggioramento delle condizioni di salute percepita, evidente in diversi Paesi, potrebbe celarsi la decisione di rinunciare alle cure da parte dei pazienti. Per esaminare meglio le motivazioni di eventuali rinunce, nella Tabella 2.20, nella Figura 2.14, nella Figura 2.15 e nella Figura 2.16 è riportata la percentuale di popolazione che dichiara bisogni di salute non soddisfatti. Le cause del mancato soddisfacimento possono essere volontarie (es. non si ha il contatto di un buon medico, si ha paura delle cure o si preferisce aspettare che il bisogno cessi) oppure indotte da elementi strutturali (es. l’accessibilità dei servizi) o di politica sanitaria (i prezzi delle prestazioni, le liste d’attesa, la mancanza di orari di erogazione adeguati). Tra i fenomeni volontari, la preferenza per l’attesa è il più diffuso e rappresenta la prima causa della presenza di bisogni non soddisfatti. In questi casi, la scelta di attendere potrebbe derivare da molti fattori. In primo luogo, potrebbero essere presenti barriere all’accesso, di natura finanziaria o altra (ad esempio tempi di attesa), che hanno gradualmente influenzato la percezione stessa della necessità di trasformazione del bisogno in domanda, tanto che il bisogno insoddisfatto non è imputato direttamente a tali

barriere ma piuttosto ad una libera scelta. In secondo luogo, è possibile collegare tale evidenza ad una scarsa qualità (o convenienza) dei servizi per condizioni sintomatiche più lievi. Per quanto riguarda le cause non volontarie di insoddisfazione, è il costo troppo elevato a giustificare gran parte del bisogno non soddisfatto (fenomeno particolarmente critico in Grecia e in Italia), seguito dalla presenza di liste d'attesa troppo lunghe (soprattutto in Polonia e in Finlandia). A livello complessivo (Figura 2.14) è la Polonia a manifestare il livello più elevato di bisogni insoddisfatti mentre l'Austria riporta il livello più basso. L'Italia è tra i Paesi con maggiori bisogni insoddisfatti nel 2013, con un evidente aumento rispetto al 2012 (8% contro 6,4%). Più in dettaglio (Figura 2.15), la rinuncia alle cure per ragioni di costo è aumentata dal 4,9% del 2012 al 6% nel 2013. Questa evidenza segnala chiaramente la diffusione di fenomeni di *undertreatment*. Come emerge dalla Figura 2.16, peraltro, i bisogni non soddisfatti aumentano in modo molto più marcato nei primi due quintili di reddito, supportando l'ipotesi che la rinuncia alle cure, e quindi il peggioramento dello stato di salute, sia un fenomeno che riguarda molto più marcatamente le classi meno abbienti.

Tabella 2.20 **Bisogni non soddisfatti: causa del mancato soddisfacimento (2013 e 2012)**

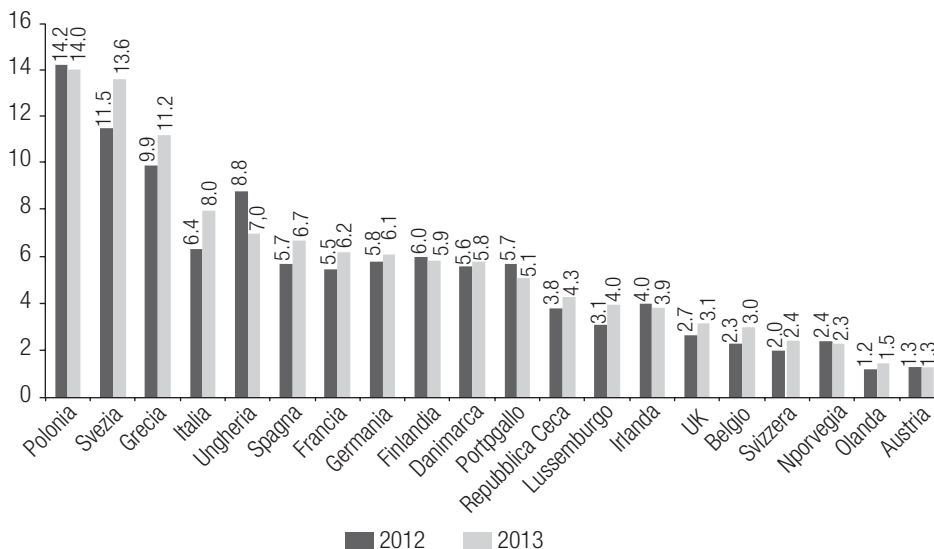
Paesi	Nessun bisogno insoddisfatto	Decisione di aspettare per vedere se il problema si risolvesse da sé	Mancanza di tempo	Paura dei medici/ ospedali/trattamenti	Mancanza di contatto con un buon dottore	Troppo caro	Troppo lontano	Lista d'attesa troppo lunga	Altro
Austria	98,7	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1
Belgio	97,0	0,5	0,3	0,1	0,0	1,8	0,0	0,1	0,1
Danimarca	94,2	1,6	0,7	0,5	0,1	0,2	0,3	0,8	1,6
Finlandia	94,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	4,1	1,4
Francia	93,8	1,1	1,3	0,6	0,1	2,1	0,1	0,5	0,4
Germania	93,9	1,4	1,2	0,2	0,1	0,6	0,1	0,8	1,5
Grecia	88,8	0,5	0,8	0,4	0,0	7,8	0,2	0,9	0,5
Irlanda	96,1	0,2	0,0	0,1	0,1	2,3	0,0	1,0	0,2
Italia	92,0	0,2	0,3	0,1	0,0	6,0	0,1	1,1	0,2
Lussemburgo	96,0	1,8	0,7	0,3	0,1	0,8	0,0	0,1	0,2
Olanda	98,5	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,7
Portogallo	94,9	0,8	0,5	0,4	0,0	2,4	0,1	0,5	0,3

Tabella 2.20 (segue)

Paesi	Nessun bisogno insoddisfatto	Decisione di aspettare per vedere se il problema si risolvesse da sé	Mancanza di tempo	Paura dei medici/ ospedali/trattamenti	Mancanza di contatto con un buon dottore	Troppo caro	Troppo lontano	Lista d'attesa troppo lunga	Altro
Spagna	93,3	2,6	1,9	0,4	0,1	0,6	0,1	0,1	1,0
Svezia	86,4	5,6	2,1	0,3	1,0	0,5	0,2	1,2	2,7
UK	96,9	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,4	1,2
Norvegia	97,7	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	1,1	0,1	0,7
Svizzera	97,6	0,3	0,3	0,0	0,1	1,0	0,0	0,1	0,5
Repubblica Ceca	95,7	1,7	0,9	0,2	0,0	0,4	0,3	0,3	0,4
Polonia	86,0	1,7	1,8	0,8	0,1	3,6	0,4	4,8	0,6
Ungheria	93,0	2,5	1,2	0,5	0,0	1,9	0,2	0,2	0,4
2012									
Austria	98,7	0,3	0,3	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,2
Belgio	97,7	0,2	0,2	0,1	0,0	1,7	0,0	0,0	0,1
Danimarca	94,4	2,2	0,6	0,4	0,2	0,3	0,0	0,9	1,1
Finlandia	94,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	4,4	1,2
Francia	94,5	1,1	1,2	0,6	0,0	1,9	0,1	0,3	0,4
Germania	94,2	1,3	1,2	0,2	0,1	0,8	0,1	0,7	1,4
Grecia	90,1	0,3	0,7	0,3	0,0	6,5	0,3	1,2	0,5
Irlanda	96,0	0,2	0,1	0,0	0,0	2,6	0,0	0,8	0,2
Italia	93,6	0,2	0,2	0,1	0,0	4,9	0,1	0,7	0,2
Lussemburgo	96,9	1,5	0,4	0,3	0,1	0,5	0,0	0,2	0,2
Olanda	98,8	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,5
Portogallo	94,3	1,0	0,6	0,4	0,0	2,6	0,2	0,5	0,4
Spagna	94,3	2,2	1,6	0,4	0,1	0,4	0,1	0,2	0,7
Svezia	88,5	5,5	1,7	0,2	0,9	0,4	0,1	0,8	1,9
UK	97,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,2	1,0
Norvegia	97,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,9	0,2	0,8
Svizzera	98,0	0,2	0,3	0,0	0,1	0,9	0,0	0,1	0,5
Repubblica Ceca	96,2	1,3	0,8	0,2	0,1	0,4	0,3	0,3	0,4
Polonia	85,8	1,5	1,9	0,8	0,2	3,5	0,6	5,0	0,6
Ungheria	91,2	3,5	1,5	0,6	0,0	2,4	0,2	0,2	0,3

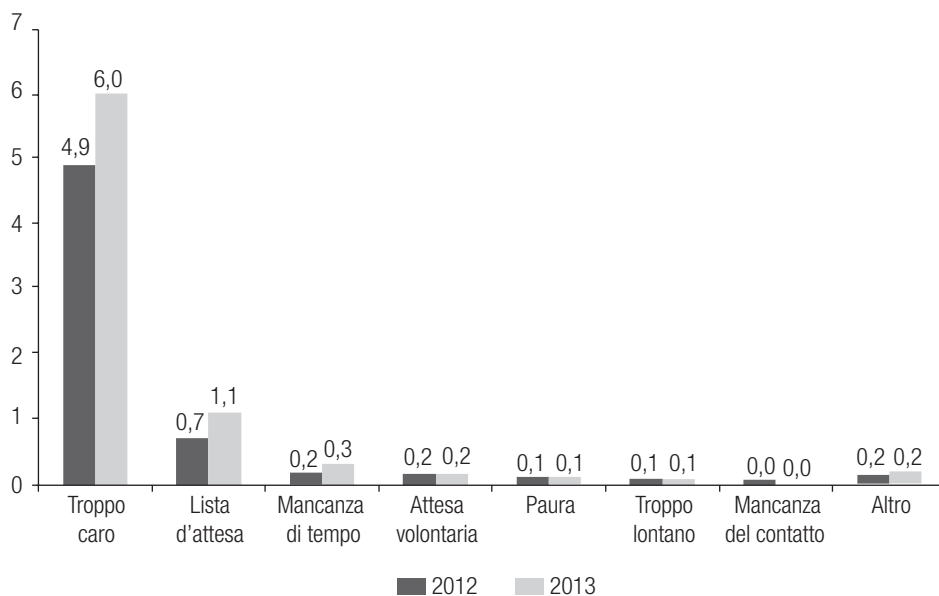
Fonte: Elaborazione su dati Eurostat 2015.

Figura 2.14 **Bisogni non soddisfatti: percentuale di popolazione che dichiara bisogni sanitari non soddisfatti per qualsiasi ragione (2013 e 2012)**



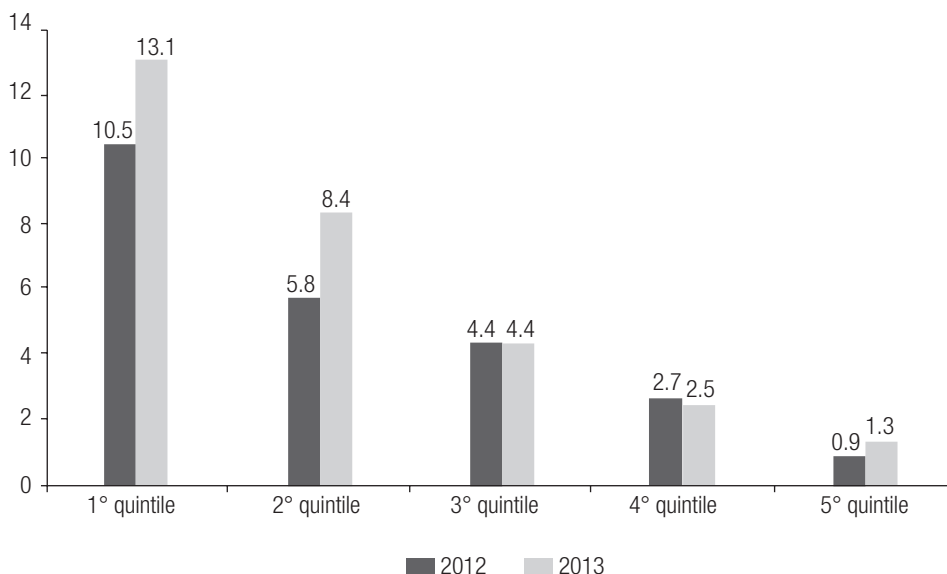
Fonte: Elaborazione su dati Eurostat 2015.

Figura 2.15 **Bisogni non soddisfatti: dettaglio Italia per causa (2013 e 2012)**



Fonte: Elaborazione su dati Eurostat 2014.

Figura 2.16 **Bisogni non soddisfatti: dettaglio Italia per quintile di reddito (2013 e 2012)**



Fonte: Elaborazione su dati Eurostat 2015.

2.6 Considerazioni conclusive

I dati internazionali mostrano un quadro generale di spesa sanitaria in generale stasi, con molti Paesi che mostrano una diminuzione. Si mantengono, invece, su livelli abbastanza elevati le voci di copertura privata della spesa in molti Paesi. In questa prospettiva, l'Italia mostra che circa un quinto della spesa sanitaria è out-of-pocket. Specchio di questa evidenza è l'aumento della rinuncia alle cure a causa dei costi, fenomeno particolarmente evidente in Grecia e in Italia.

Gli indicatori sull'aspettativa di vita alla nascita e della mortalità, adulta e neonatale fornisco alcuni spunti per una riflessione sul potenziale di crescita di una determinata popolazione, che fungono da base necessaria per i sistemi sanitari per un *assessment* dei futuri bisogni e domanda di servizi. In tutti i Paesi selezionati il trend dell'aspettativa di vita alla nascita è positivo: l'aumento nell'ultimo ventennio è stato in media di 5,4 anni. L'Italia si colloca al secondo posto, con aumento di quasi 6 anni dal 1990. Anche per quanto riguarda la mortalità degli adulti, l'Italia si colloca in linea con il trend di diminuzione generale del numero di morti ogni 1.000 abitanti, che mantiene una marcata differenza tra mortalità femminile e quella maschile (quest'ultima sempre più elevata). Anche il fenomeno della mortalità neonatale è in generale miglioramento, con un trend

negativo per tutti i Paesi, nonostante permangano sostanziali differenze tra i livelli nei diversi Paesi (in particolare BRICS).

Questo quadro si riflette nell'elevata percentuale di anziani (>65 anni), che colloca il nostro Paese al primo posto dell'intero gruppo, con oltre il 21% della popolazione appartenente a questa fascia anagrafica. Questo dato è particolarmente rilevante rispetto all'impatto sulla domanda e il mix dei servizi sanitari.

A fronte di un progressivo aumento dell'aspettativa di vita e degli indicatori di mortalità, la popolazione italiana sembra avere uno stile di vita migliore della media delle popolazioni selezionate per quanto riguarda il consumo di tabacco e il consumo di alcool (dove ci collochiamo al penultimo posto, insieme alla Cina). Meno rassicuranti sono i dati sull'obesità e sull'esercizio fisico: con un terzo della popolazione che dichiara di fare insufficiente attività motoria, non sorprende che oltre il 23% della popolazione sia obesa.

Questi fattori di rischio hanno un impatto sulla diffusione delle patologie non trasmissibili, come il diabete, le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie croniche e le patologie tumorali. L'Italia mostra complessivamente un basso rischio di mortalità per queste patologie (10% di probabilità, il secondo più basso dopo la Svizzera). Questo può essere in parte influenzata dalla presenza di azioni di sanità pubblica: l'Italia riporta l'esistenza di politiche pubbliche e strategie operative per tutte le patologie NCDs considerate, così come l'esistenza di meccanismi di monitoraggio e di registri (gestiti a livello provinciale).

Nel 2013 il numero di medici per 1.000 abitanti risulta mediamente più basso nei Paesi BRICS, la Russia, al contrario, si posiziona su livelli molto alti. Concentrando l'attenzione alla sola Europa, una bassa dotazione di medici si registra anche in Irlanda, Regno Unito, Olanda, Lussemburgo.

Negli ultimi otto anni, il numero di PL per 1.000 abitanti è diminuito in tutti i Paesi, passando da una dotazione media di 5,3 PL ogni 1.000 abitanti a 5 (in Italia da 4 a 3,4). Osservando la ripartizione dei posti letto tra acuti e *long-term care*, si nota una ampia disomogeneità, con livelli che variano da 1,29 PL ogni 1.000 abitanti in Finlandia a valori prossimi allo zero in Polonia, Danimarca e Stati Uniti. In Italia in media si registrano 0,17 PL per cure di lungo degenza ogni 1.000 abitanti.

Per quanto concerne l'attività ospedaliera, Stati Uniti e Canada presentano un numero di dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti inferiore alla maggior parte dei Paesi OECD.

Con riferimento alla degenza media per acuti tra i Paesi OECD, presentano valori elevati Finlandia, Francia, Ungheria, Repubblica CPer analizzare il grado di appropriatezza delle prestazioni erogate sono stati presi in considerazione il numero dei parti cesarei e il tasso di ospedalizzazione per asma, diabete e BPCO. Italia e Ungheria sono i Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei: su 1.000 nati vivi. Per quanto riguarda ospedalizzazioni evitabili quasi metà sono legate ad una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma.

Con oltre 800 ricoveri impropri ogni 100.000 abitanti, l'Ungheria è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate inappropriate, Svizzera e Italia sono invece i Paesi con il valore più basso.

Bibliografia

- Armeni P., Ferré F., Lorenzoni L. e Sommariva S. (2013), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale », in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Ferré F., e Sommariva S. (2014), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale », in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, EGEA.
- Belizán, José M., et al. (1999), «Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study», *British Medical Journal*, 319(7200): 1397-1402.
- Bronzwaer, S. L. A. M., Cars, O., Buchholz, U., Mölsted, S., Goettsch, W., Veldhuijzen, I. K. e Degener, J. E. (2002), «A European Study on the Relationship Between Antimicrobial Use and Antimicrobial Resistance», *Emerging Infectious Diseases*, 8: 278-282.
- Bronzwaer S. et al. (2002), «A European Study on the Relationship Between Antimicrobial Use and Antimicrobial Resistance», *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 8, pp. 278-282.
- Declercq et al., (2005), «Rise in 'No indicated risk' Primary Caesarean in the United States 1991-2001: Cross Sectional Analysis». *British Medical Journal*, 330: 71-72.
- Del Vecchio M. (2012). *Settore, sistema e azienda: logiche di governance in sanità*, Milano, EGEA.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2012), Eurohealth, Health Systems and the Financial Crisis, Vol. 18, No. 1.
- Eurostat (2015). «Health statistics». Eurostat database.
- Euro-Peristat project in collaboration with SCPE, EUROCAT and EURONE-OSTAT (2008), «Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004», European Perinatal Health Report 2008, disponibile www.europeristat.com
- Fédération Hospitalière de France FHF (2008). «Études sur les césariennes», FHF, Paris.
- Ferré F. e Ricci A. (2012), «La struttura del SSN», in Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.
- Gibbons L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M. e Althabe, F. (2010), «The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage». World Health Report (2010). Background Paper, No. 30.

- Goossens, H., Ferech, M., Vander Stichele, R. e Elseviers, M. (2005), «Outpatient Antibiotic Use in Europe and Association with Resistance: A Cross-national Database Study», *The Lancet*, 365: 579-587.
- Menn P. et al., (2012), «Direct Medical Cost of CODP – An Excess Cost Approach Based on two Population-Based Studies» *Respiratory Medicine*, 106: 540-548.
- OECD (2013), «Health at a glance: Europe 2013», OECD Publishing.
- OECD (2014), «OECD Health Data: Health care resources», *OECD Health Statistics* (database).
- OECD (2015), «OECD Health Data: Health care resources», OECD Health Statistics (database).
- Peterson C. L. e Burton R. (2007), «USA healthcare spending: comparison with other OECD countries», *Report for Congress*. Congressional Research Service. Disponibile http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf.
- Rosano, A., Loha, C. A., Falvo, R., van der Zee, J., Ricciardi, W., Guasticchi, G., & de Belvis, A. G. (2013), «The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review», *The European Journal of Public Health*, 23(3), 356-360.
- Smith, S. M., Fahey, T., Smucny, J. e Becker, L. A. (2004), «Antibiotics for Acute Bronchitis», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, No. CD000245.
- Szalay, T. et al. (2003), «Russian Federation: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- Thomas S. e Burke S. (2012), «Coping with Austerity in the Irish Health System», *Eurohealth*, 18(1): pp.7-9.
- WHO (2013), Indicators – Life expectancy at birth. Disponibile http://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/methodology_sheets/ealth/life_expectancy.pdf (ultimo accesso 16 luglio 2015).
- WHO (2013) NCD Country Capacity Survey. Disponibile <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A907?lang=en> (ultimo accesso 16 luglio 2015)
- WHO (2010), Global status report on Non Communicable diseases. Disponibile http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (ultimo accesso 16 luglio 2015).
- WHO (2015), Non communicable diseases – Factsheet. Disponibile <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (ultimo accesso 17 Luglio 2015).
- WHO (2012). NCDs mortality and morbidity – Factsheet. Disponibile http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ (ultimo accesso 17 Luglio 2015).
- WHO (2015). «World Health Statistics». Global Health Observatory database.
- World Bank (2015), Indicators – Population ages 65 and above (% of total). Disponibile <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS> (ultimo accesso 17 Luglio 2015).
- WHO Hit Profile (2013), «Canada: Hit Summary», Health Systems in Transition.
- WHO Hit Profile (2011), «Portugal: Hit Summary», Health Systems in Transition.