

## 2 Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale

di Patrizio Armeni, Francesca Ferré e Silvia Sommariva<sup>1</sup>

### 2.1 Introduzione: obiettivi e aspetti metodologici

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

### 2.2 La spesa sanitaria

La spesa sanitaria nei 27 Paesi considerati<sup>2</sup> riflette l'eterogeneità degli assetti istituzionali e si caratterizza per livelli, composizioni e dinamiche altamente differenziate (Tabella 2.1 e Figura 2.1).

<sup>1</sup> I §§ 2.1, 2.2 e 2.5 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni; il § 2.4 è da attribuirsi a Francesca Ferré e il §2.3 a Silvia Sommariva.

<sup>2</sup> 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 **Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA (1995, 2000, 2005, 2009-2012)**

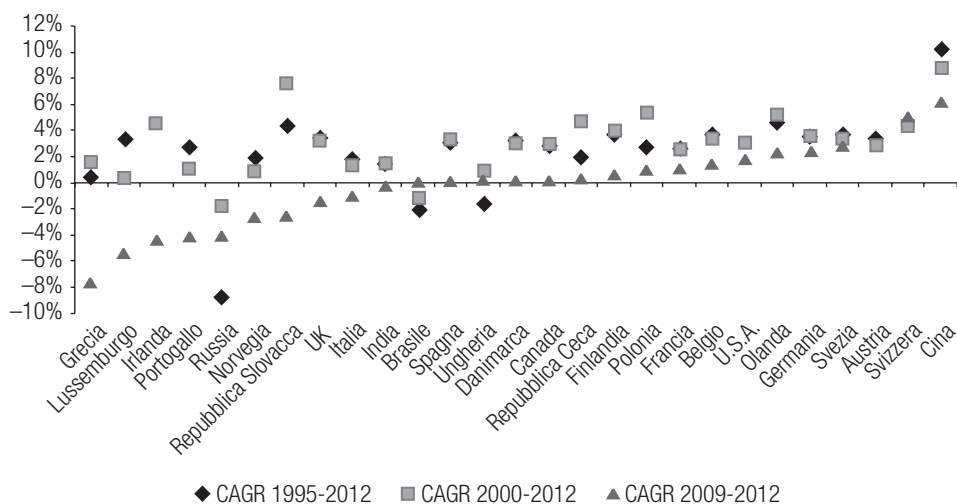
Paesi	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012	CAGR 2012-1995	CAGR 2012-2000
Austria	2.253	2.898	3.505	4.366	4.711	4.795	5.065	4,9%	4,8%
Belgio	1.709	2.248	3.224	3.890	3.994	4.079	4.320	5,6%	5,6%
Danimarca	1.870	2.511	3.248	4.399	4.506	4.456	4.720	5,6%	5,4%
Finlandia	1.476	1.855	2.593	3.267	3.246	3.382	3.545	5,3%	5,6%
Francia	2.097	2.553	3.266	3.971	4.027	4.128	4.260	4,3%	4,5%
Germania	2.274	2.679	3.362	4.182	4.347	4.474	4.617	4,3%	4,8%
Grecia	1.263	1.453	2.357	2.936	2.585	2.322	2.347	3,7%	4,4%
Irlanda	1.189	1.774	2.972	4.045	3.825	3.703	3.529	6,6%	6,9%
Italia	1.495	2.029	2.479	3.037	3.026	3.017	3.040	4,3%	3,7%
Lussemburgo	2.179	4.037	5.472	6.414	6.173	6.020	6.341	6,5%	3,7%
Olanda	1.796	2.349	3.823	4.883	5.041	5.118	5.385	6,7%	7,3%
Portogallo	1.014	1.659	2.217	2.693	2.758	2.615	2.400	5,2%	4,2%
Spagna	1.189	1.546	2.289	3.085	3.039	2.984	3.145	5,9%	6,2%
Svezia	1.740	2.289	2.969	3.720	3.731	3.938	4.158	5,3%	5,1%
UK	1.346	1.830	2.733	3.418	3.384	3.364	3.495	5,8%	5,7%
Norvegia	2.023	3.309	4.557	5.547	5.802	6.106	5.970	6,6%	5,7%
Svizzera	2.566	3.230	4.027	5.185	5.328	5.673	6.062	5,2%	5,3%
Repubblica Ceca	895	981	1.477	2.043	1.883	1.968	2.046	5,0%	6,5%
Repubblica Slovacca	504	604	1.140	2.066	2.088	1.917	1.977	8,4%	11,1%
Polonia	406	583	855	1.353	1.400	1.445	1.489	7,9%	8,6%
Ungheria	657	852	1.432	1.565	1.654	1.690	1.729	5,9%	6,4%
U.S.A.	3.788	4.790	6.732	8.009	8.254	8.467	8.895	5,1%	5,3%
Canada	2.054	2.520	3.447	4.321	4.456	4.541	4.676	5,0%	5,5%
Brasile	418	502	695	907	1.008	1.035	1.109	5,9%	6,8%
Russia	300	369	614	1.171	1.297	1.354	1.474	9,8%	12,5%
India	46	66	95	123	128	146	157	7,4%	7,5%
Cina	52	107	190	343	367	423	480	14,0%	13,3%

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

Un'analisi comparativa<sup>3</sup> sui livelli complessivi di spesa pro-capite può essere condotta guardando ai differenti assetti istituzionali. I sistemi più vicini al mercato, come gli Stati Uniti, presentano, in media, livelli di spesa nettamente più

<sup>3</sup> 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 (e 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

Figura 2.1 **Tasso di crescita medio annuo (CAGR) della spesa sanitaria totale pro-capite in termini reali (1995-2012 e 2000-2012 e 2009-2012)**



Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014 e Fondo Monetario Internazionale 2014

elevati nel tempo. Nel 2012, il livello medio di spesa in questi due Paesi è più elevato del 92%, rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (per esempio, Francia, Germania e Olanda) e del 120% rispetto a quella dei Paesi con servizio sanitario nazionale (o locale) (per esempio, Italia, Regno Unito e 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.

Per quanto concerne l'evoluzione della spesa sanitaria totale pro-capite (Figura 2.1), i coefficienti di crescita<sup>4</sup> misurati in termini reali<sup>5</sup> si attestano, nel

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), compartecipazioni alla spesa e 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.

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

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

triennio 2009-2012, a un livello medio prossimo allo zero (-0,2%). Circa metà dei Paesi mostra tassi di crescita negativa nell'ultimo triennio, mentre sono positivi considerando l'intero periodo 1995-2012 o l'ultimo decennio. Il tasso di crescita della spesa sanitaria (reale) per l'Italia è stato pari a -1,1% nell'ultimo triennio, mentre nel periodo 2000-2012 è stato pari all'1,3% (tra i più bassi) e nell'intero periodo 1995-2012 è stato pari a 1,9%.

Una dimensione importante della spesa sanitaria è la sua composizione rispetto ai soggetti pagatori. Come settore critico di un Paese, sia dal punto di vista sociale che dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza per una forte presenza del settore pubblico. Nei dati di spesa, ciò si riflette nella componente pubblica di spesa sanitaria, che è superiore al 50% nei Paesi considerati, ad eccezione del Brasile (46%), degli Stati Uniti (46%) e dell'India (33%) (Tabella 2.2). 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 parzialmente coperte dalla spesa pubblica.

La proporzione tra il contributo dei tre pagatori può essere letta come misura dell'equità del sistema sanitario. In primo luogo, una quota di spesa pubblica elevata corrisponde a una forte azione di redistribuzione della ricchezza, che rende il sistema più equo nell'accesso alle prestazioni<sup>6</sup>.

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, per esempio, dove la spesa pubblica pro-capite è elevata in valore assoluto la componente privata è superiore al 50%, prevalentemente concentrata sulle coperture assicurative private.

Infine, più critica è la componente *out-of-pocket*, in quanto spesa direttamente sostenuta dai pazienti al momento dell'accesso. Questa componente non solo pone barriere all'accesso, ma è anche regressiva rispetto al reddito sulla popolazione non esente. In questa categoria, infatti, ricade anche la spesa di coloro che

<sup>6</sup> Il concetto di equità potrebbe essere declinato in diverse prospettive. Per esempio, un sistema altamente redistributivo è funzionale a una maggiore equità nell'accesso ai servizi, ma è meno equo rispetto alla contribuzione. In questo contesto facciamo riferimento all'equità nell'accesso ai servizi.

Tabella 2.2 **Copertura pubblica della spesa sanitaria (%) (1995, 2000, 2005, 2009-2012)**

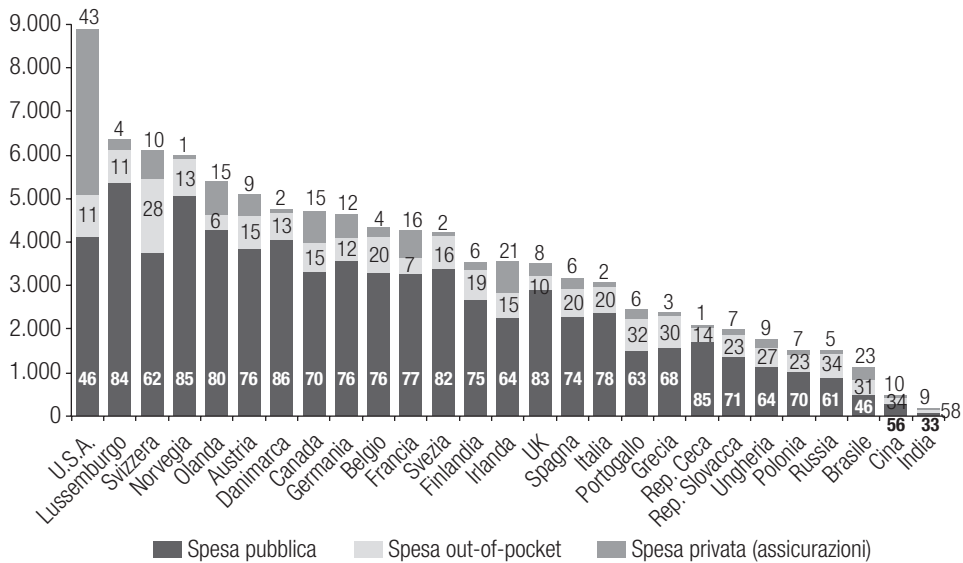
Paesi	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012	Differenza 2012-1995	Differenza 2012-2000
Austria	73,5	75,6	75,3	76,2	74,7	75,3	75,6	2,1	-0,1
Belgio	76,8	74,6	76,1	76,1	75,1	75,9	75,9	-0,9	1,3
Danimarca	82,5	83,9	84,5	85,0	85,1	85,3	85,5	3,0	1,7
Finlandia	71,7	71,3	73,8	75,2	74,8	75,4	75,4	3,7	4,2
Francia	79,7	79,4	77,7	77,0	76,9	76,8	77,0	-2,7	-2,4
Germania	81,4	79,5	76,6	76,8	76,7	76,5	76,3	-5,1	-3,3
Grecia	51,0	60,0	59,3	69,5	67,9	66,1	67,5	16,5	7,5
Irlanda	72,5	75,1	76,0	72,6	69,6	67,0	64,5	-8,1	-10,6
Italia	72,8	74,2	77,9	78,9	78,5	77,8	78,2	5,4	4,0
Lussemburgo	92,4	85,1	84,9	86,6	85,5	84,1	84,5	-8,0	-0,6
Olanda	71,0	63,1	64,7	79,6	79,6	79,5	79,8	8,8	16,7
Portogallo	62,6	66,6	68,0	66,5	65,9	65,0	62,6	0,0	-3,9
Spagna	72,2	71,6	70,9	74,7	74,2	73,1	73,6	1,4	1,9
Svezia	86,7	84,9	81,2	81,5	81,5	81,6	81,7	-5,0	-3,2
UK	83,9	79,1	81,0	82,6	83,6	82,8	82,5	-1,3	3,4
Norvegia	84,2	83,6	83,8	84,7	84,9	85,1	85,1	0,9	1,5
Svizzera	53,6	55,4	59,5	65,5	65,2	64,9	61,7	8,1	6,2
Repubblica Ceca	90,9	90,3	87,3	84,0	83,8	84,2	84,8	-6,1	-5,5
Repubblica Slovacca	88,5	89,4	74,4	65,7	64,5	70,9	70,5	-18,0	-18,9
Polonia	72,9	70,0	69,4	71,8	71,6	70,6	70,1	-2,8	0,0
Ungheria	84,0	70,7	70,0	65,7	64,8	65,0	63,6	-20,3	-7,1
U.S.A.	45,1	43,1	44,2	47,2	47,6	47,8	46,4	1,3	3,3
Canada	71,3	70,4	70,2	70,9	70,8	70,4	70,1	-1,2	-0,3
Brasile	43,0	40,3	40,1	43,6	47,0	45,7	46,4	3,4	6,1
Russia	73,9	59,9	62,0	67,0	58,5	59,8	61,0	-12,9	1,1
India	26,0	26,0	22,1	27,6	28,2	30,5	33,1	7,1	7,1
Cina	50,5	38,3	38,8	52,5	54,3	55,9	56,0	5,5	17,7

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

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 2012, a ogni punto percentuale di spesa *out-of-pocket* corrisponde una mortalità negli adulti più elevata del 2,2%<sup>7</sup>. Al contrario, a ogni punto percentuale aggiuntivo di

<sup>7</sup> R<sup>2</sup>=0,40, dati 2012.

Figura 2.2 **Spesa sanitaria pro-capite pubblica, *out-of-pocket* e per assicurazioni private (2012) (\$ 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 2014

copertura pubblica della spesa sanitaria corrisponde una riduzione dell'1,9%<sup>8</sup> della mortalità negli adulti.

Nei sistemi con servizio sanitario nazionale la componente privata assicurativa è residuale e include, soprattutto, le coperture complementari. La spesa *out-of-pocket*, invece, costituita soprattutto da compartecipazioni (per esempio, accesso alle cure specialistiche, farmaci), varia, nel 2011, dal 31% del Brasile e dal 32% del Portogallo (che è, tuttavia, un sistema misto) al 9,9% del Regno Unito.

L'Italia presenta un dato relativamente elevato, 20,2%, a testimonianza del fatto che un quinto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricade direttamente sul paziente, fatte salve le fasce esenti. È, tuttavia, da notare, come l'incidenza della spesa *out-of-pocket* sia nel tempo diminuita in Italia (per esempio, nel 1995, era pari al 27,1%).

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.

<sup>8</sup>  $R^2=0,41$ , dati 2012. 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.

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 servizi sanitari, ovvero la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi<sup>9</sup>. 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 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 diversi di accesso complessivo, di equità di accesso nella popolazione e di sostenibilità proprio a causa di differenze nei prezzi. È il caso degli Stati Uniti, dove la spesa sanitaria rappresenta il 17,9% del PIL (dato più alto in assoluto), a cui, tuttavia, non corrisponde la stessa equità nell'accesso ai servizi di 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. In questi sistemi, in media, la spesa sanitaria rappresenta, infatti, il 14,4% del PIL. Nei sistemi europei con assicurazione obbligatoria, invece, la percentuale scende in media al 9,8%, variando dal 6,7% della Polonia al 12,4% dell'Olanda. Nei sistemi europei con servizio sanitario nazionale, invece, la media è più bassa e pari al 9,3%, e varia dal 7,8% dell'Ungheria all'11,2% 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 produttore<sup>10</sup>. 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 nel 2012, in media al 6,3% (India: 4,1%, Cina: 5,4%, Russia: 6,3% Brasile: 9,3%).

Infine, un aspetto cruciale riguarda la variazione, nel tempo, del peso della spesa sanitaria sul PIL. Infatti, tutti i Paesi (eccetto India) mostrano un au-

<sup>9</sup> 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 (si veda Del Vecchio, 2013).

<sup>10</sup> Anche in questi sistemi esistono costi di transazione relativi, per 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, 2009-2012)**

Paesi	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012	Differenza 2012-1995	Differenza 2012-2000
Austria	9,6	10,0	10,4	11,2	11,6	11,3	11,5	1,9	1,5
Belgio	7,6	8,1	10,0	10,6	10,5	10,5	10,8	3,2	2,7
Danimarca	8,1	8,7	9,8	11,5	11,1	10,9	11,2	3,1	2,5
Finlandia	7,9	7,2	8,4	9,2	9,0	9,0	9,2	1,3	1,9
Francia	10,4	10,1	11,0	11,7	11,7	11,6	11,8	1,4	1,7
Germania	10,1	10,4	10,8	11,8	11,6	11,3	11,3	1,2	0,9
Grecia	8,6	7,9	9,7	10,0	9,4	9,0	9,3	0,7	1,4
Irlanda	6,6	6,1	7,6	10,0	9,3	8,8	8,1	1,5	2,0
Italia	7,1	7,9	8,7	9,4	9,4	9,2	9,2	2,1	1,3
Lussemburgo	5,6	7,5	8,0	8,0	7,2	6,7	6,9	1,3	-0,6
Olanda	8,3	8,0	10,9	11,9	12,1	11,9	12,4	4,1	4,5
Portogallo	7,5	9,3	10,4	10,8	10,8	10,2	9,5	1,9	0,1
Spagna	7,4	7,2	8,3	9,6	9,6	9,3	9,6	2,2	2,4
Svezia	8,0	8,2	9,1	9,9	9,5	9,5	9,6	1,7	1,4
UK	6,8	7,0	8,3	9,9	9,6	9,4	9,4	2,7	2,4
Norvegia	8,6	9,1	9,5	10,1	10,0	9,9	9,0	0,4	-0,1
Svizzera	9,3	9,9	10,9	11,0	10,9	11,0	11,3	2,0	1,4
Repubblica Ceca	6,7	6,3	6,9	8,0	7,4	7,5	7,7	1,0	1,4
Repubblica Slovacca	6,1	5,5	7,0	9,2	9,0	7,9	7,8	1,7	2,3
Polonia	5,5	5,5	6,2	7,2	7,0	6,8	6,7	1,2	1,2
Ungheria	7,3	7,2	8,5	7,7	8,0	7,9	7,8	0,5	0,6
U.S.A.	13,6	13,6	15,8	17,7	17,7	17,7	17,9	4,3	4,3
Canada	9,0	8,8	9,8	11,4	11,4	10,9	10,9	1,9	2,1
Brasile	6,7	7,2	8,2	8,8	9,0	8,9	9,3	2,7	2,2
Russia	5,4	5,4	5,2	6,2	6,3	6,1	6,3	0,9	0,8
India	4,0	4,3	4,3	3,9	3,7	3,9	4,1	0,0	-0,2
Cina	3,5	4,6	4,7	5,2	5,0	5,2	5,4	1,9	0,8

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

mento tra il 1995 e il 2012. 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 (+3,1 punti percentuali tra il 1995 e il 2012, rispetto agli 1,8 dei Paesi con assicurazione pubblica e agli 1,7 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 ri-



Tabella 2.4 **Spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa pubblica complessiva (1995, 2000, 2005, 2009-2012)**

Paesi	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012	Differenza 2012-1995	Differenza 2012-2000
Austria	12,5	14,6	15,7	16,2	16,5	16,9	16,9	4,4	2,3
Belgio	11,2	12,3	14,7	15,0	15,0	15,0	15,0	3,7	2,6
Danimarca	11,3	13,6	15,6	16,8	16,4	16,1	16,1	4,8	2,5
Finlandia	9,2	10,6	12,4	12,3	12,1	12,3	12,3	3,2	1,7
Francia	15,2	15,5	16,0	15,9	15,9	15,9	15,9	0,8	0,4
Germania	15,0	18,3	17,7	18,7	18,6	19,1	19,1	4,1	0,8
Grecia	9,6	10,1	12,8	12,9	12,4	11,4	11,4	1,9	1,3
Irlanda	11,6	14,7	17,0	15,0	13,8	12,4	12,4	0,8	-2,3
Italia	9,8	12,7	14,2	14,3	14,7	14,4	14,2	4,3	1,4
Lussemburgo	13,0	16,9	16,2	15,6	14,4	13,5	13,5	0,5	-3,5
Olanda	10,5	11,4	15,7	18,4	18,8	19,1	19,7	9,2	8,4
Portogallo	11,2	14,9	15,1	14,5	13,8	13,5	12,5	1,2	-2,4
Spagna	12,1	13,2	15,3	15,6	15,4	15,0	15,0	3,0	1,9
Svezia	10,6	12,6	13,7	14,7	14,8	15,1	15,1	4,5	2,5
UK	13,1	15,1	15,3	16,0	15,8	16,1	16,1	3,0	1,0
Norvegia	14,2	18,0	19,1	18,4	18,9	19,3	17,8	3,6	-0,3
Svizzera	14,4	15,4	18,4	21,1	21,0	21,1	20,6	6,2	5,2
Repubblica Ceca	11,5	13,7	14,1	14,9	14,2	14,6	14,6	3,1	0,9
Repubblica Slovacca	11,0	9,4	13,8	14,5	14,5	14,7	14,7	3,7	5,3
Polonia	8,4	9,4	9,9	11,6	11,0	11,1	11,1	2,8	1,7
Ungheria	11,0	10,6	11,8	9,9	10,5	10,4	10,3	-0,8	-0,4
U.S.A.	16,6	17,4	19,3	19,5	19,7	20,3	19,9	3,3	2,6
Canada	13,3	15,1	17,6	18,2	18,3	17,5	17,4	4,1	2,2
Brasile	8,4	4,1	4,7	5,9	10,7	8,7	7,6	-0,8	3,5
Russia	9,0	12,7	11,8	10,0	9,7	10,1	10,3	1,3	-2,4
India	7,6	7,4	6,9	6,9	6,8	8,2	9,4	1,8	2,0
Cina	15,2	10,9	9,9	12,1	12,1	12,5	12,5	-2,7	1,7

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

petto all'insieme degli altri settori 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 di Cina, Brasile e Ungheria. 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 dei bisogni e della complessità non totalmente comprimibile.

Il secondo fenomeno riguarda la variabilità tra tipi di sistema diversi. Nei sistemi di Stati Uniti e Canada, paradossalmente, la spesa sanitaria pubblica, sebbene non sia associata a una copertura universale, rappresenta in media il 18,6% della spesa del settore pubblico. Il dato deriva anche dalla filosofia d'intervento pubblico meno estensiva che nella maggior parte dei contesti europei. 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 a estendere all'intera popolazione le prestazioni sanitarie coperte dal settore pubblico. I dati 2012 mostrano come i sistemi europei ad assicurazione sanitaria obbligatoria spendano nella sanità in media il 15,7% in media delle risorse del settore pubblico, con gli estremi opposti rappresentati dalla Svizzera (20,6%) e dalla Polonia (11,1%). Nei sistemi europei con servizio sanitario nazionale, la spesa sanitaria pubblica rappresenta, in media, il 14,2% della spesa pubblica complessiva. Tra questi, la Norvegia spende in sanità il 17,8% della spesa pubblica, mentre l'Ungheria il 10,3%. L'Italia si colloca nella fascia alta del suo raggruppamento, con una spesa sanitaria pubblica che rappresenta il 14,2% della spesa pubblica complessiva. I Paesi BRICs mostrano un dato complessivamente inferiore e pari nel 2012, in media, al 9,9% (India: 9,4%, Brasile: 7,6%, Russia: 10,3% e Cina: 12,5%).

## 2.3 Stato di salute della popolazione

### 2.3.1 Indicatori generali

L'analisi dello stato di salute della popolazione rappresenta il punto di partenza necessario per l'individuazione delle priorità nel campo della salute pubblica. Il paragrafo vuole fornire una visione comparativa di alcuni indicatori selezionati, nella consapevolezza che il quadro che ne emerge può riflettere solo parzialmente gli esiti dei servizi sanitari nei diversi Paesi. 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.

La misura dell'aspettativa di vita alla nascita e della mortalità (adulta e perinatale<sup>11</sup>) è rilevante, insieme alla rilevazione del tasso di fertilità e immi-

<sup>11</sup> La mortalità perinatale è definita dal WHO come il numero di nati morti e di neonati morti entro i primi 7 giorni dalla nascita, ogni 1000 nati vivi. Il periodo perinatale comincia a 22 settimane completate (154 giorni) e finisce 7 giorni dopo la nascita.

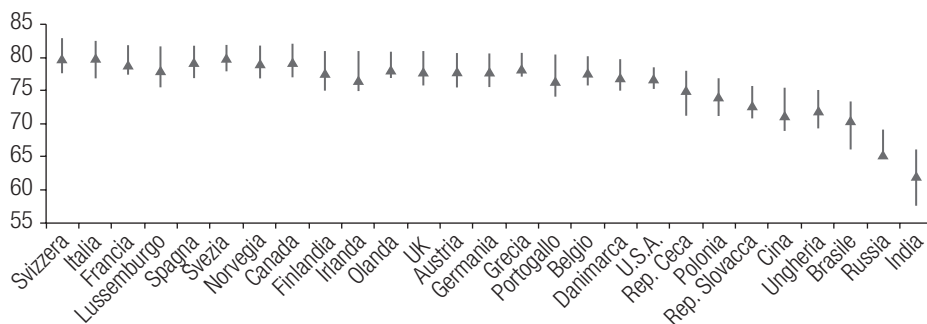
grazione, nel determinare la crescita potenziale di una popolazione e i suoi futuri bisogni (WHO, 2013). Questi indicatori sono strettamente connessi con le condizioni sanitarie e in maniera più ampia con la qualità di vita della popolazione.

La Tabella 2.5 e la Figura 2.3 riportano i dati di aspettativa di vita alla nascita per i Paesi selezionati. Nel corso dell'ultimo ventennio, l'indicatore è migliorato in tutti i Paesi, con un aumento medio di cinque anni. Maggiore crescita dell'aspettativa di vita si riscontra in alcuni Paesi BRICs ad eccezione della Russia, con +8,3 anni in India, +6,3 in Cina e +7,3 in Brasile. I Paesi che hanno visto il minor incremento sono la Russia (con +0,3 anni), USA e Grecia (con +3,3 anni).

Tabella 2.5 **Aspettativa di vita alla nascita (1990, 2000, 2012)**

Paesi	1990	2000	2012	Differenza 2012-1990	Differenza 2012-2000
Austria	75,7	78,0	80,7	5,0	2,7
Belgio	76,0	78,0	80,3	4,3	2,3
Danimarca	75,0	77,0	80,0	5,0	3,0
Finlandia	75,0	77,7	81,0	6,0	3,3
Francia	77,7	79,0	82,0	4,3	3,0
Germania	75,7	78,0	80,7	5,0	2,7
Grecia	77,3	78,3	80,7	3,3	2,3
Irlanda	75,0	76,7	81,0	6,0	4,3
Italia	77,0	80,0	82,7	5,7	2,7
Lussemburgo	75,7	78,0	82,0	6,3	4,0
Olanda	77,0	78,3	81,0	4,0	2,7
Portogallo	74,3	76,7	80,7	6,3	4,0
Spagna	77,0	79,3	82,0	5,0	2,7
Svezia	78,0	80,0	82,0	4,0	2,0
UK	76,0	78,0	81,0	5,0	3,0
Norvegia	77,0	79,0	82,0	5,0	3,0
Svizzera	77,7	80,0	83,0	5,3	3,0
Repubblica Ceca	71,3	75,0	78,0	6,7	3,0
Repubblica Slovacca	70,7	73,0	76,0	5,3	3,0
Polonia	71,3	74,0	77,0	5,7	3,0
Ungheria	69,3	72,0	75,0	5,7	3,0
U.S.A.	75,3	77,0	78,7	3,3	1,7
Canada	77,3	79,3	82,0	4,7	2,7
Brasile	66,3	70,7	73,7	7,3	3,0
Russia	68,7	65,3	69,0	0,3	3,7
India	57,7	62,0	66,0	8,3	4,0
Cina	69,0	71,3	75,3	6,3	4,0

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

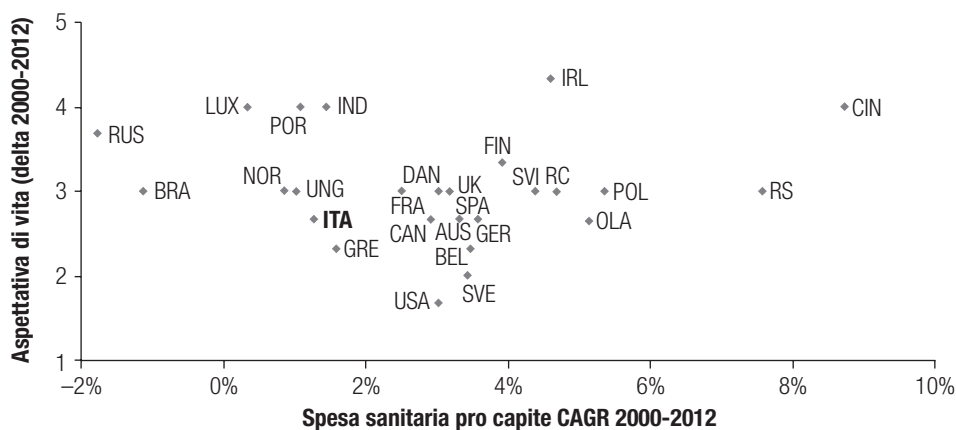
Figura 2.3 **Aspettativa di vita alla nascita (1990, 2000, 2012)**

Nota: L'estremità inferiore della linea è il dato 1990, il triangolo è il dato 2000, l'estremità superiore è il dato 2012.

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

Nella Figura 2.4 è analizzata la relazione tra incremento della spesa sanitaria pro-capite e incremento dell'aspettativa di vita alla nascita, considerando il periodo 2000-2012.

A parità di patologie sottostanti, anche l'indicatore di mortalità per tutte le cause, come quello sull'aspettativa di vita, fornisce un dato rilevante sulla qualità dei servizi sanitari e, in generale, sul benessere della popolazione. La Tabella 2.6 e la Figura 2.5 riportano i dati relativi sia alla mortalità adulta (tra i 15 e i 60 anni), che alla mortalità perinatale.

Figura 2.4 **Relazione tra incremento della spesa sanitaria pro-capite, valori nominali (CARG 2000-2012) e aumento dell'aspettativa di vita alla nascita (2000-2012)**

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

Una prima osservazione che emerge è il minor livello di mortalità delle donne adulte rispetto agli uomini (Tabella 2.6), rappresentato dal delta negativo in tutti gli anni e per tutti i Paesi considerati.

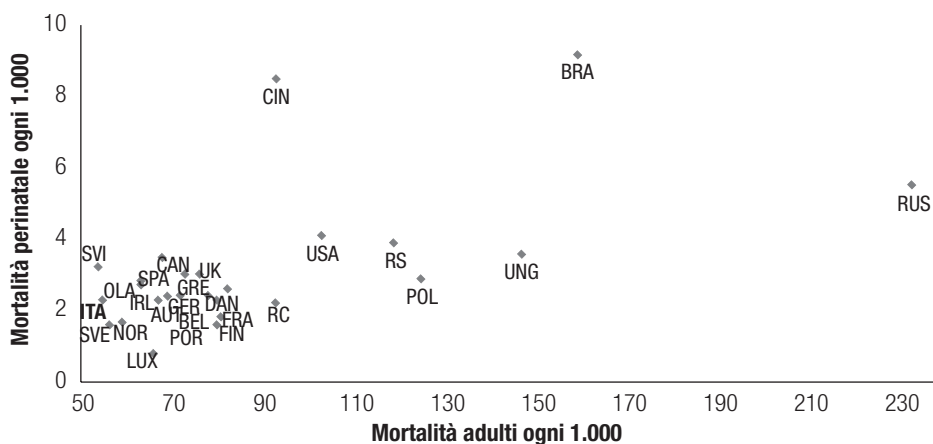
In secondo luogo, si riscontra una diminuzione della mortalità degli adulti tra il 1990 e il 2012, con l'eccezione della Russia, il cui numero di morti ogni 1.000 abitanti è diminuito nel corso dell'ultimo decennio (-0,25%), ma non ha ancora raggiunto i livelli del 1990.

Permangono, comunque, differenze sostanziali tra i Paesi selezionati: Svizzera,

Tabella 2.6 **Mortalità adulti, differenza donne-uomini, mortalità perinatale (1990, 2000, 2012)**

Paesi	Mortalità adulti (15-60) – ogni 1.000 abitanti			Mortalità adulti (15-60) – delta donne uomini ogni 1.000 abitanti			Mortalità perinatale ogni 1.000 nati vivi		
	1990	2000	2012	1990	2000	2012	1990	2000	2012
Austria	114,0	95,0	69,0	-80,0	-63,0	-44,0	4,6	3,0	2,4
Belgio	107,0	100,0	78,0	-64,0	-62,0	-42,0	4,6	3,0	2,4
Danimarca	126,0	100,0	82,0	-53,0	-45,0	-41,0	4,6	3,3	2,6
Finlandia	128,0	104,0	80,0	-113,0	-80,0	-57,0	4,0	2,5	1,6
Francia	115,0	100,0	80,0	-95,0	-77,0	-57,0	3,7	2,7	2,3
Germania	119,0	94,0	72,0	-80,0	-61,0	-44,0	3,7	2,8	2,4
Grecia	87,0	82,0	76,0	-61,0	-68,0	-59,0	8,9	5,2	3,0
Irlanda	108,0	96,0	67,0	-53,0	-50,0	-33,0	5,1	4,0	2,3
Italia	95,0	76,0	55,0	-69,0	-50,0	-31,0	6,2	3,4	2,3
Lussemburgo	121,0	95,0	66,0	-81,0	-54,0	-30,0	4,4	2,2	0,8
Olanda	92,0	84,0	63,0	-49,0	-33,0	-18,0	4,8	3,8	2,8
Portogallo	127,0	111,0	81,0	-96,0	-89,0	-65,0	6,9	3,6	1,8
Spagna	103,0	86,0	63,0	-86,0	-73,0	-46,0	6,7	3,9	2,7
Svezia	90,0	72,0	56,0	-48,0	-31,0	-24,0	3,7	2,2	1,6
UK	104,0	88,0	73,0	-51,0	-41,0	-34,0	4,8	3,7	3,0
Norvegia	97,0	85,0	59,0	-63,0	-46,0	-29,0	4,3	2,7	1,7
Svizzera	95,0	77,0	54,0	-64,0	-45,0	-27,0	3,8	3,4	3,2
Repubblica Ceca	163,0	125,0	93,0	-135,0	-96,0	-68,0	9,3	3,9	2,2
Repubblica Slovacca	187,0	147,0	119,0	-165,0	-136,0	-103,0	12,0	7,1	3,9
Polonia	184,0	152,0	125,0	-161,0	-130,0	-111,0	11,4	5,8	2,9
Ungheria	219,0	193,0	147,0	-172,0	-157,0	-111,0	12,5	7,0	3,6
U.S.A.	132,0	114,0	103,0	-82,0	-61,0	-53,0	5,7	4,6	4,1
Canada	102,0	81,0	68,0	-61,0	-39,0	-31,0	4,4	3,8	3,5
Brasile	212,0	183,0	159,0	-122,0	-113,0	-103,0	28,4	18,2	9,2
Russia	218,0	312,0	233,0	-201,0	-288,0	-212,0	14,3	12,6	5,5
India	266,0	239,0	203,0	-46,0	-67,0	-82,0	50,8	42,2	30,9
Cina	151,0	129,0	93,0	-46,0	-44,0	-27,0	24,5	18,7	8,5

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

Figura 2.5 **Mortalità negli adulti e mortalità perinatale (2012)**

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

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

Svezia e Italia hanno un tasso pari a 54-56 morti ogni 1.000 abitanti, mentre India e Russia hanno tassi più elevati, rispettivamente 203/1.000 e 233 /1.000.

Un'ultima osservazione, che emerge dalla Figura 2.5, riguarda il rapporto tra la mortalità adulta e quella dei bambini: i due indicatori risultano positivamente correlati ( $R^2=0,337$ ). Tale correlazione è depurata dell'effetto mix delle cause, che sono, in genere, diverse tra i due tipi di mortalità, consentendo di chiarire, almeno in parte, l'impatto delle condizioni sanitarie e della qualità dei servizi.

Il secondo tema riguarda l'invecchiamento della popolazione. Questo fenomeno è rilevante perché implica in genere un aumento della domanda dei servizi sanitari, in particolare per quanto concerne le patologie croniche. L'indicatore qui riportato è la percentuale di popolazione anziana, intesa come ultra 65enni, sul totale della popolazione. Occorre considerare una forte endogeneità di questa misura rispetto alla performance complessiva del sistema: un miglioramento della qualità dei servizi e una riduzione della mortalità adulta e perinatale si traduce, infatti, in aumento della percentuale di popolazione anziana, che a sua volta fa crescere la necessità di investire risorse economiche nei servizi sanitari.

La Tabella 2.7 mostra, in generale, un trend di crescita della percentuale di anziani, fatta eccezione per Paesi come Norvegia (in cui negli ultimi 20 anni c'è stato un leggero calo, -0,8%), Irlanda e Lussemburgo (dove l'incidenza è rimasta pressoché costante). I Paesi BRICs hanno, in media, una popolazione più giovane, con un'incidenza dei cittadini sopra i 65 anni minore del 10% (tranne per la Russia, in cui l'incidenza è del 13% nel 2012). Tra i Paesi con la maggior

Tabella 2.7 **Percentuale popolazione > 65 anni (1990, 1995, 2000, 2005, 2010-2012)**

Paesi	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	Differenza 2012-1990	Differenza 2012-2000
Austria	15,1	15,1	15,5	16,1	17,8	18,1	18,2	3,1	2,8
Belgio	15,1	16,0	16,9	17,3	17,2	17,4	17,6	2,6	0,7
Danimarca	15,6	15,3	14,9	15,1	16,7	17,1	17,5	1,9	2,6
Finlandia	13,4	14,2	14,9	15,9	17,1	17,7	18,3	4,9	3,4
Francia	14,1	15,2	16,0	16,4	16,8	17,1	17,5	3,3	1,4
Germania	15,0	15,4	16,3	18,9	20,8	21,0	21,1	6,1	4,8
Grecia	13,7	15,3	16,8	18,6	19,0	19,2	19,4	5,7	2,6
Irlanda	11,4	11,5	11,2	11,1	11,3	11,5	11,8	0,4	0,5
Italia	14,9	16,7	18,3	19,6	20,3	20,5	20,8	5,9	2,6
Lussemburgo	13,4	13,9	14,1	14,4	14,0	14,0	14,1	0,7	0,0
Olanda	12,8	13,2	13,6	14,0	15,4	15,9	16,4	3,7	2,9
Portogallo	13,6	15,0	16,2	17,1	18,0	18,2	18,5	4,9	2,3
Spagna	13,7	15,4	16,9	16,8	17,1	17,3	17,5	3,8	0,6
Svezia	17,8	17,5	17,3	17,3	18,2	18,5	18,9	1,1	1,6
UK	15,7	15,8	15,8	16,0	16,6	16,9	17,2	1,5	1,4
Norvegia	16,3	15,9	15,2	14,7	15,0	15,2	15,5	-0,8	0,3
Svizzera	14,6	14,7	15,3	15,8	16,9	17,2	17,4	2,9	2,1
Repubblica Ceca	12,7	13,2	13,8	14,1	15,4	15,8	16,2	3,5	2,4
Repubblica Slovacca	10,3	10,8	11,4	11,7	12,3	12,5	12,7	2,4	1,3
Polonia	10,1	11,1	12,3	13,3	13,5	13,7	14,0	3,9	1,8
Ungheria	13,5	14,3	15,1	15,7	16,7	16,9	17,0	3,5	1,9
U.S.A.	12,5	12,6	12,4	12,3	13,1	13,3	13,6	1,2	1,3
Canada	11,2	11,9	12,5	13,1	14,2	14,5	14,8	3,6	2,3
Brasile	4,5	5,0	5,5	6,2	6,9	7,1	7,3	2,8	1,8
Russia	10,2	12,1	12,4	13,8	13,1	13,0	13,0	2,7	0,5
India	3,9	4,1	4,4	4,7	5,1	5,1	5,2	1,3	0,8
Cina	5,8	6,2	6,9	7,7	8,4	8,5	8,7	2,9	1,8

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

presenza di popolazione anziana troviamo la Germania (21,1%), l'Italia (20,8%) e la Grecia (19,4%).

L'ultimo gruppo di indicatori riguarda le determinanti non mediche della salute, che consentono di inquadrare lo stile di vita generale della popolazione. Quest'ultimo ha un impatto indiretto sulla domanda di servizi sanitari e, di conseguenza, anche sulla spesa. Vi è, inoltre, un effetto sul quadro epidemiologico, in quanto diversi comportamenti possono essere associati all'aumento o al calo dell'insorgere di determinate patologie. Gli indicatori presi in considerazione in questo paragrafo sono il consumo di alcool, il consumo di tabacco, la percentuale di popolazione obesa e il livello di inattività fisica. Come prevedibile, questi indicatori sono correlati tra loro: il coefficiente di correlazione tra consumo di tabacco e consumo di alcool è di 0,38,

tra obesità e consumo di alcool è 0,64 e tra inattività fisica e obesità è pari a 0,41. Minore la correlazione tra inattività fisica e consumo di alcool (0,15).

La Tabella 2.8 mostra i valori per Paese delle determinanti non mediche della salute. Nel 2009 (ultimo anno disponibile) l'Austria aveva il più alto consumo di prodotti al tabacco (44%), mentre la Grecia è scesa al secondo posto rispetto ai dati 2008 (da 52% a 36%) riportati nel precedente Rapporto OASI (si veda Armeni, Ferrè, Lorenzoni e Sommariva, 2013). Il Paese con il consumo più basso di

Tabella 2.8 **Determinanti non mediche della salute: consumo di tabacco, consumo di alcool, percentuale di popolazione obesa, stima standardizzata per età (2009) e percentuale media della popolazione che riporta un livello di attività fisica insufficiente (2008)**

Paesi	Consumo di tabacco (% popolazione che fuma ogni tipo di tabacco)	Consumo di Alcool (litri pro-capite)	Obesità (% popolazione oltre 20 anni con BMI >=30; 2009)	Attività fisica insufficiente, 2008
Austria	44,0	10,3	20,9	34,8
Belgio	20,0	11,0	22,1	42,7
Danimarca	20,0	11,4	18,2	35,1
Finlandia	17,0	12,3	23,0	37,8
Francia	31,0	12,2	18,2	32,5
Germania	24,0	11,8	25,1	28,0
Grecia	36,0	10,3	20,1	15,6
Irlanda	n.d.	11,9	25,2	53,2
Italia	21,0	6,7	19,8	54,7
Lussemburgo	n.d.	11,9	26,0	47,7
Olanda	20,0	9,9	18,8	18,2
Portogallo	19,0	12,9	24,0	51,0
Spagna	26,0	11,2	26,6	50,2
Svezia	11,0	9,2	18,6	44,2
UK	14,0	11,6	26,9	63,3
Norvegia	19,0	7,7	21,5	44,2
Svizzera	19,0	10,7	17,5	n.d.
Repubblica Ceca	24,0	13,0	32,7	25,0
Repubblica Slovacca	23,0	13,0	25,4	22,2
Polonia	26,0	12,5	25,3	27,6
Ungheria	29,0	13,3	27,6	26,0
U.S.A.	n.d.	7,6	33,0	40,5
Canada	13,0	10,2	26,2	33,9
Brasile	15,0	8,7	18,8	49,4
Russia	34,0	15,1	26,5	20,8
India	12,0	4,3	1,9	15,6
Cina	23,0	6,7	5,7	31,0

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014



tabacco è la Svezia (11%), seguita dall'India nel 2008 (12%). In Italia il tasso è sceso tra il 2008 e il 2009, rimanendo comunque nella fascia intermedia (21%). Per quanto concerne il consumo di alcool, al primo posto troviamo la Russia con 15 litri pro-capite annui, seguita da Ungheria, Repubblica Ceca e Repubblica Slovacca (13 litri nel 2009). Il Paese con il consumo minore rimane l'India con 4,3 litri, nonostante un raddoppio rispetto ai livelli del 2008 (2,6 litri). Il consumo pro-capite è diminuito in Italia, passando da 10,7 litri annui a 6,7.

Per quanto concerne il tasso di obesità tra gli adulti, i Paesi col tasso più elevato sono Stati Uniti e la Repubblica Ceca, con un terzo circa della popolazione sopra la soglia del BMI  $\geq 30$ . Nel nostro Paese circa il 20% della popolazione è obesa. India e Cina mostrano, invece, valori bassi, inferiori al 6% (1,9% e 5,7%).

Un ulteriore indicatore della qualità di vita è rappresentato dal tasso di inattività fisica, calcolato come la percentuale di popolazione che fa attività fisica moderata (30 minuti) meno di cinque volte alla settimana o che fa attività fisica sostenuta (20 minuti) meno di tre volte la settimana (WHO, 2014). La Tabella 2.8 riporta il dato per il 2008. Tra i Paesi con la maggior parte di popolazione scarsamente attiva si collocano il Regno Unito (63,3%), l'Italia (54,7%) e l'Irlanda (53,2%). Più attivi risultano, invece, Grecia e India (15,6%), Olanda (18,2%) e Russia (20,8%).

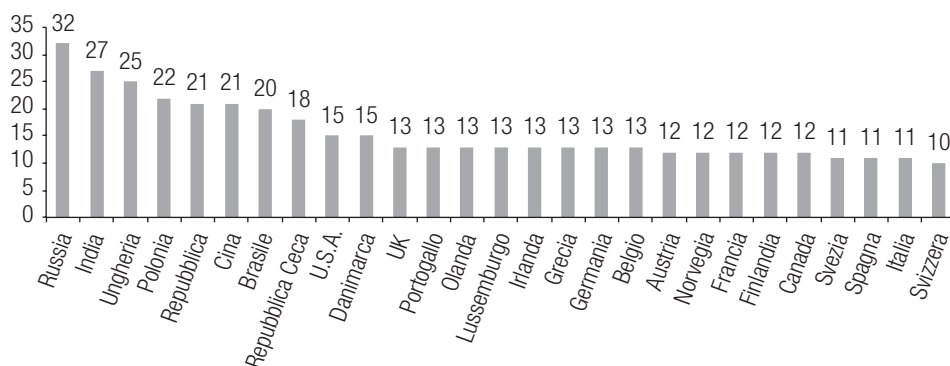
### 2.3.2 Malattie non trasmissibili

Le determinanti non mediche della salute hanno un impatto considerevole sulla diffusione delle cosiddette malattie non trasmissibili (*non-communicable diseases, NCDs*) (WHO, 2010). Esse sono definite come patologie croniche che non possono essere oggetto di contagio tra individui e sono responsabili, per oltre il 60%, delle morti a livello mondiale (WHO, 2010). Tra di esse si fa riferimento, principalmente, alle malattie cardiovascolari, al diabete, al cancro, ai disturbi mentali e alle malattie respiratorie croniche. Le patologie non trasmissibili affliggono particolarmente i Paesi a medio-basso reddito, in cui si concentra l'80% delle morti (WHO, 2013).

Obiettivo del seguente paragrafo è di illustrare il quadro della mortalità delle malattie non trasmissibili, spiegandolo in riferimento al contesto sanitario dei Paesi analizzati sia in termini di infrastrutture disponibili, che di politiche pubbliche e azioni operative adottate per rispondere al bisogno di cure. Per i fattori di rischio si rimanda, invece, a quanto precedentemente illustrato nel § 2.3.1.

La Figura 2.6 mostra il rischio di morte prematura per malattie non trasmissibili, espresso come probabilità di morire tra i 30 e i 70 anni a causa di una di queste patologie. Il Paese in cui queste patologie hanno effetti più evidenti è la Russia, dove il rischio di morire tra i 30 e i 70 anni per *NCDs* è pari al 32%. Inci-

Figura 2.6 **Percentuale di rischio di morte prematura (30-70 anni) causata da una malattia non trasmissibile (2008)**



Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

denze rilevanti interessano anche l'India (27%), l'Ungheria (25%), la Polonia (22%), la Repubblica Slovacca, la Cina (21%) e il Brasile (20%),

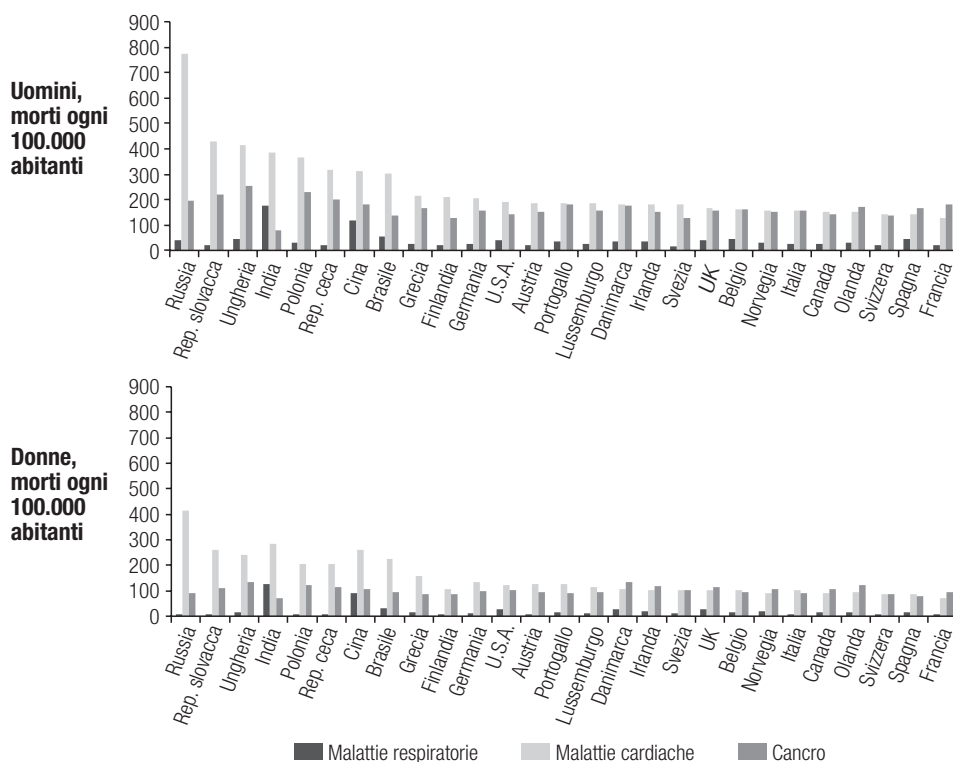
Disaggregando il dato sulla mortalità per malattie non trasmissibili, notiamo due principali tendenze. I tassi di mortalità sono maggiori per gli uomini rispetto alle donne per tutte le patologie. Le malattie cardiache rappresentano la maggior causa di morte nei Paesi BRICs e, in particolare per gli uomini, in alcuni Paesi del gruppo est-europeo, come Ungheria, Polonia e Repubblica Slovacca (Figura 2.7). Nei Paesi dell'Europa occidentale, invece, le patologie tumorali hanno, in genere, tassi di mortalità più elevati (Francia, Spagna e Olanda) o simili (Italia, Regno Unito, Belgio, Norvegia e Svizzera) a quelli delle malattie cardiovascolari.

Minori, invece, i tassi di mortalità legati alle malattie respiratorie, a eccezione dell'India, dove la mortalità per queste malattie è maggiore rispetto alla mortalità per tumori.

Come introdotto nel precedente Rapporto OASI (si veda Armeni, Ferrè, Lorenzoni e Sommariva, 2013), le politiche sanitarie sono, da un lato, influenzate dallo stato di salute corrente della popolazione e, dall'altro, rappresentano un fattore influenzante lo stato di salute futuro. I paragrafi successivi indagano la relazione tra politiche sanitarie relative alle malattie non trasmissibili e lo stato di salute rispetto a queste patologie, con la consapevolezza, però, che i rapporti causali tra le due variabili sono, di fatto, incerti.

La lotta contro le malattie non trasmissibili richiede consistenti investimenti su vari fronti, tra cui quello delle infrastrutture sanitarie. Secondo i dati dell'WHO raccolti nel 2010, tutti i Paesi considerati in questo capitolo, a eccezione della Polonia e della Svizzera, hanno istituito un'unità o un ramo all'interno

Figura 2.7 **Morti per malattie respiratorie, cardiache e cancro ogni 100.000 abitanti (stime standardizzate per età) (2008) uomini vs donne**



Fonte: elaborazioni su dati WHO 2014

del Ministero della Salute specificatamente adibito alle politiche sanitarie per le *NCDs*. Questo, tuttavia, non si traduce sempre in una pianificazione ad hoc delle iniziative e delle decisioni operative da prendere per rispondere al problema. La Tabella 2.9 mostra la presenza/assenza di una *policy*, strategia o piano di azione ad hoc per la prevenzione/cura delle patologie stesse.

La Tabella 2.10 mostra l'attivazione di sistemi per il monitoraggio epidemiologico delle malattie non trasmissibili, intesi come presenza di registri tumori e meccanismi di sorveglianza dei fattori di rischio (consumo di alcool, inattività fisica, dieta, tabacco). La totalità dei Paesi, a eccezione della Grecia, possiede sistemi di vigilanza più o meno estesi. In Italia esiste un sistema di registri tumori subnazionale (precisamente, provinciale), coordinato a livello nazionale dall'AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori). Secondo i dati dell'WHO, anche i fattori di rischio sono oggetto di controllo da parte delle autorità sanitarie.

Tabella 2.9 **Esistenza di una politica pubblica/strategia/piano d'azione (2010) e morti per malattie non trasmissibili (2008)**

	Malattie cardiovascolari	Cancro	Malattie respiratorie
Belgio	Si	Si	Si
Brasile	Si	Si	Si
Canada	Si	Si	Si
Cina	No	Si	No
Danimarca	Si	Si	Si
Finlandia	Si	Si	Si
Germania	Si	No	Si
Grecia	No	No	No
India	Si	Si	Si
Irlanda	No	Si	Si
Italia	Si	Si	Si
Lussemburgo	No	No	No
Norvegia	No	Si	Si
Olanda	No	Si	Si
Polonia	Si	Si	Si
Portogallo	Si	Si	No
Repubblica Ceca	Si	Si	Si
Repubblica Slovacca	Si	Si	Si
Russia	Si	Si	Si
Spagna	Si	Si	Si
Svezia	No	Si	No
Svizzera	No	Si	No
U.S.A.	Si	Si	Si
UK	Si	Si	Si
Ungheria	Si	Si	No

*Nota:* Sono stati esclusi i Paesi per i quali mancano dati relativamente ad una delle variabili (Austria e Francia).

*Fonte:* elaborazioni su dati WHO 2014

Tabella 2.10 **Sistemi di sorveglianza delle patologie non trasmissibili (2010)**

	Presenza di un registro per il cancro	Esistenza di sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio*
Austria	n.d.	n.d.
Belgio	Si, nazionale e locale	Si
Brasile	Si, nazionale e locale	Si
Canada	Si, nazionale e locale	Si
Cina	Si, locale	Si
Danimarca	Si, nazionale e locale	Si
Finlandia	Si, nazionale	Si

Tabella 2.10 (segue)

	Presenza di un registro per il cancro	Esistenza di sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio*
Francia	Si, nazionale e locale	Si
Germania	Si, nazionale e locale	Si
Grecia	Si, nazionale	No
India	Si, locale	Si
Irlanda	Si, nazionale	Si
Italia	Si, locale	Si
Lussemburgo	Si, nazionale	Si
Norvegia	Si, nazionale	Si
Olanda	Si, nazionale	Si
Polonia	Si, nazionale e locale	Si
Portogallo	n.d.	n.d.
Repubblica ceca	Si, nazionale	Si
Repubblica slovacca	Si, nazionale e locale	Si
Russia	Si, nazionale	Si
Spagna	Si, locale	Si
Svezia	Si, nazionale	Si
Svizzera	Si, locale	Si
U.S.A.	Si, nazionale e locale	Si
UK	Si, nazionale e locale	Si
Ungheria	Si, nazionale	Si

\* Fattori di rischio considerati: consumo di alcool, inattività fisica, dieta, tabacco

Nota: Sono stati esclusi i Paesi per i quali mancano dati relativamente ad una delle variabili (Austria e Portogallo).

Fonte: Dati WHO 2014

La Tabella 2.11 fornisce una mappatura delle *guideline* per la gestione dei pazienti con malattie non trasmissibili nei vari Paesi: l'Italia risulta aver solo parzialmente implementato le linee guida per il management del diabete e dispone di linee guida per il management della pressione alta/ipertensione, che non sono state, però, implementate.

Un ultimo ambito di investimento per la lotta alle malattie non trasmissibili riguarda la prevenzione e la diagnostica. Questa si traduce nell'erogazione, da parte delle strutture sanitarie, di prestazioni (test e procedure) e nella 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). Al di là di scostamenti per alcuni Paesi BRICs (i sistemi sanitari di Cina e India non forniscono procedure, test e molti medicinali per il trattamento delle

Tabella 2.11 **Guideline per il management delle patologie non trasmissibili (diabete e ipertensione) (2010)**

	Disponibilità e implementazione delle guideline sul management del diabete	Disponibilità e implementazione delle guideline sul management della pressione del sangue/ipertensione
Austria	–	–
Belgio	Si	No
Brasile	Si	Si
Canada	Si	Si
Cina	Si	Si
Danimarca	Si, parzialmente	Si, parzialmente
Finlandia	Si	Si, parzialmente
Francia	Si, parzialmente	Si, parzialmente
Germania	Si, parzialmente	Si, parzialmente
Grecia	–	–
India	Si	Si
Irlanda	Si, parzialmente	No
Italia	Si, parzialmente	No
Lussemburgo	Si, parzialmente	Si, parzialmente
Norvegia	Si	Si
Olanda	Si	Si, parzialmente
Polonia	Si, parzialmente	Si, parzialmente
Portogallo	Si	No
Repubblica ceca	Si	Si
Repubblica slovacca	Si	Si
Russia	Si, parzialmente	Si, parzialmente
Spagna	Si	Si
Svezia	Si	Si
Svizzera	Si, parzialmente	Si, parzialmente
U.S.A.	–	–
UK	Si, parzialmente	Si, parzialmente
Ungheria	Si	Si

*Legenda:* Si=disponibili e pienamente implementate; Si, parzialmente= disponibili ma parzialmente implementate; No= non disponibili o disponibili, ma non implementate (quest'ultimo caso solo per *guideline* sulla pressione per Italia e Portogallo)

*Nota:* Sono stati esclusi i Paesi per i quali mancano dati relativamente a una delle variabili (Austria, Grecia e USA).

*Fonte:* elaborazioni su dati WHO 2014

malattie non trasmissibili), non si riscontrano sostanziali differenze tra i Paesi oggetto di questa analisi in termini di disponibilità, in linea teorica, di test/medicinali/procedure per la cura e la prevenzione di *NCDs* (da non confondere con l'effettiva erogazione delle stesse).

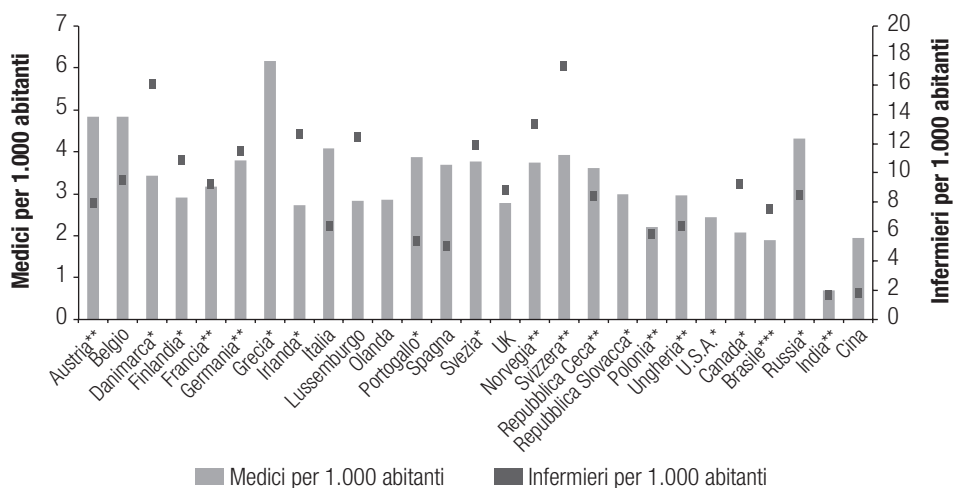
## 2.4 Struttura dell'offerta e utilizzo

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, all'utilizzo e all'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 31,4% della spesa sanitaria corrente è destinato alla loro remunerazione (si veda il 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 2.8). La fonte utilizzata è il database Health Nutrition and Population Statistics della World Bank. Nell'indicatore *physicians density* il database include i medici, generici e specializzati, che praticano la professione nell'ambito dei servizi sa-

Figura 2.8 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2012 o ultimo anno disponibile)**



Note: \* 2010; \*\* 2011; \*\*\* 2013.

Fonte: elaborazioni su dati WHO Global Atlas of the Health Workforce 2014

nitari 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.

Nel 2012 il numero di medici sul totale della popolazione residente risulta notevolmente più basso nei Paesi BRICs. In India si registra una media di meno di 1 medico ogni 1.000 abitanti, mentre Cina e Brasile registrano poco meno di 2 medici ogni 1.000 abitanti. La Russia, al contrario, si posiziona su livelli molto alti, con 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 professionisti medici, dovuto all'espansione delle facoltà di medicina e alla varietà di branche di specializzazione (Szalay *et al.*, 2003). Tra i Paesi OECD, i tassi più bassi si registrano in Polonia e in Canada (2,2 e 2,1 ogni 1.000 abitanti) e i più elevati in Grecia, Austria, Belgio e Italia (rispettivamente 6,2, 4,8, 4,8 e 4,7 ogni 1.000 abitanti). Concentrando l'attenzione alla sola Europa, una bassa dotazione di medici si registra anche in Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Regno Unito, 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 per i quali si dispone di dati longitudinali. Mediamente, il loro numero è passato da 2,9 nel 2005 a 3,2 (2012, o ultimo dato disponibile), evidenziando una stabilità nel reclutamento e 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, 2012).

Anche il personale infermieristico svolge un ruolo primario nell'assicurare l'assistenza sanitaria (Figura 2.8). L'indicatore *nurses and midwives density* include il numero medio ogni 1.000 abitanti di infermieri certificati o registrati che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici e privati e delle ostetriche. Nel 2012 la Svizzera e la Danimarca contano la più alta densità di infermieri per popolazione residente, oltre 16 ogni 1.000 abitanti; seguono Lussemburgo (17,1) e Norvegia (13,4). La Spagna e il Portogallo registrano il numero più basso di infermieri (5,1 e 5,3 ogni 1.000 abitanti). A partire dal 2006, la densità degli infermieri è aumentata in tutti i Paesi OECD (2,6 punti percentuali in media), tranne in Repubblica Ceca, Ungheria, Norvegia e Regno Unito, che hanno visto una lievissima inversione del trend. L'aumento è stato particolarmente marcato in Lussemburgo e in Germania (da 11 a 12,5 e da 10,2 a 11,5 infermieri ogni 1.000 abitanti) e Spagna (da 4,2 a 5,1 infermieri ogni 1.000 abitanti). Tra i Paesi BRICs, Brasile e Russia evidenziano dotazioni infermieristiche paragonabili ai Paesi OECD, rispettivamente 7,6 e 8,5 infermieri ogni 1.000 abitanti. Molto inferiore il numero in India e Cina (1,7 e 1,9). Osservando il rapporto tra infermieri e medici<sup>12</sup>, Spagna e Portogallo presentano, al 2012, una minore

<sup>12</sup> Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *physician density* e *nurses and midwives density*.



Tabella 2.12 Numero posti letto ogni 1.000 abitanti (2005-2012)

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

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2014 e WHO Global Health Observatory 2014

disponibilità media di infermieri per medico (1,3), insieme alla Cina (0,9), mentre Danimarca, Irlanda, Canada, Lussemburgo, Svizzera e Brasile registrano valori superiori a 4 infermieri 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 (input). 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)<sup>13</sup> per Paese (Tabella 2.12).

<sup>13</sup> Sono inclusi i PL per acuti (*curative care beds*), psichiatrici e di lungodegenza.

Negli ultimi sette anni, il numero di PL per 1.000 abitanti<sup>14</sup> 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 guidata dall'introduzione di tecnologie mediche che hanno permesso di trattare alcune patologie in *setting* ambulatoriali, riducendo la dotazione di PL ospedalieri. La riduzione è stata anche accompagnata da una diminuzione nella degenza media per acuti e, in alcuni Paesi, anche nel tasso di ospedalizzazione – si veda *infra*. Nel 2012, 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 a un elevato numero di dimissioni ospedaliere e, per la Germania, a lunghe degenze ospedaliere (9,2 giorni contro una media OECD di 7,9). I Paesi OECD con valori più bassi rispetto al numero di PL sono la Svezia, il Canada, l'Irlanda, il Regno Unito e gli Stati Uniti, dove i PL oscillano tra 2,6 e 2,9 ogni 1.000 abitanti. In molte circostanze, la crisi finanziaria, economica e fiscale 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).

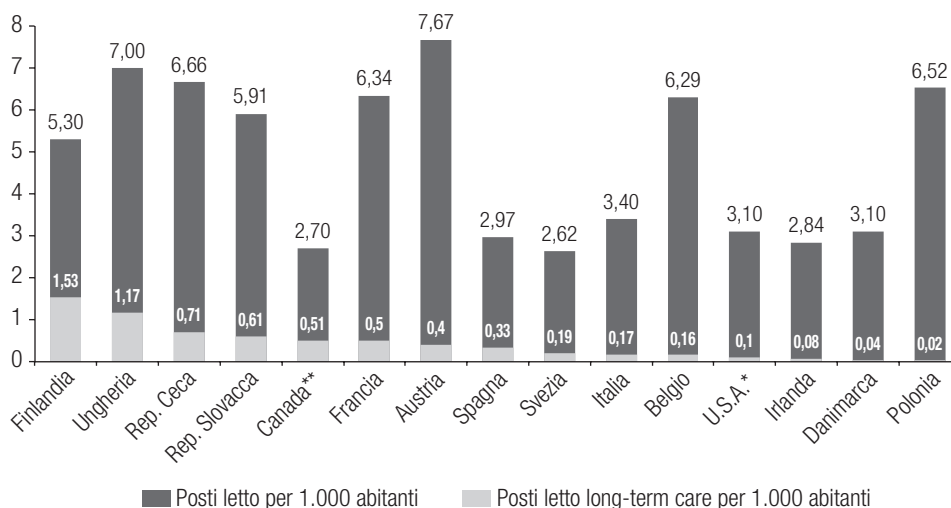
I dati per i Paesi BRICs indicano come in India, in media, sia disponibile meno di un posto letto per servizi ospedalieri ogni 1.000 abitanti (dato 2011), livello di dotazione infrastrutturale in assoluto più basso, mentre il Brasile si avvicina al livello inferiore dei Paesi OECD, in media 2,3 PL ogni 1.000 abitanti (dato 2012) e la 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 1,53 PL ogni 1.000 abitanti in Finlandia<sup>15</sup> a valori prossimi allo zero in Polonia, Danimarca e Irlanda (Figura 2.9). In Italia, in media, si registrano 0,17 PL per cure di lungo degenza (esclusa la riabilitazione) ogni 1.000 abitanti.

<sup>14</sup> Non sono conteggiati i posti letto per *day hospital*.

<sup>15</sup> 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).

Figura 2.9 **Posti letto ogni 1.000 abitanti totale e long-term care (2012 o ultimo anno disponibile)**



Note: \* 2010; \*\* 2011.

Fonte: elaborazioni su dati OECD Health Data 2014 e WHO Global Health Observatory 2014

## 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 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 inferiore alla maggior parte dei Paesi OECD (12.549 e 8.249 rispettivamente), a esclusione di Spagna, Portogallo e Olanda (Tabella 2.13). Una possibile spiegazione al ridotto accesso ai 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 tra la metà degli anni Ottanta e la fine degli anni Novanta (OECD Hit Profile 2004, 2005). Di converso, Germania e Austria registrano un elevato numero di dimissioni, come riflesso dell'ampia offerta di posti letto. Tra i Paesi BRICs per i quali si dispone 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*; segue la Cina con 9.242 dimissioni ogni 100.000 abitanti. La Russia conferma, invece, un trend simile ai Paesi OECD, con 21.527 dimissioni ogni

Tabella 2.13 **Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti (2005-2012)**

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Austria	27.317	27.656	27.917	28.063	27.840	27.550	27.395	27.030
Belgio	16.324	16.239	16.175	16.697	16.671	16.624	n.d.	n.d.
Danimarca	14.386	14.299	14.200	13.803	13.824	13.597	n.d.	n.d.
Finlandia	19.681	19.175	18.610	18.406	18.044	17.776	17.612	17.361
Francia	20.831	20.719	20.721	20.698	20.682	20.625	20.721	n.d.
Germania	21.840	22.041	22.710	23.259	23.670	23.994	24.290	25.093
Grecia	18.810	19.085	19.540	19.856	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	14.135	14.176	14.198	13.664	13.418	13.191	13.148	13.434
Italia	14.812	14.665	14.155	13.807	13.529	13.131	12.562	12.196
Lussemburgo	17.578	17.074	17.041	16.982	16.640	16.022	16.119	15.631
Olanda	10.484	10.730	10.866	11.085	11.488	11.646	n.d.	n.d.
Portogallo	11.330	11.207	11.418	11.442	11.187	11.099	10.860	10.813
Spagna	11.677	11.616	11.585	11.495	11.367	11.251	11.111	11.005
Svezia	15.902	16.040	16.156	16.190	16.303	16.284	16.448	16.468
UK	13.582	13.391	13.331	13.575	13.603	13.554	13.411	13.362
Norvegia	18.445	18.674	18.188	18.177	19.818	19.684	19.644	19.537
Svizzera	15.276	15.567	15.951	16.167	16.860	17.008	17.055	16.939
Repubblica Ceca	22.109	21.572	21.264	20.802	20.733	20.621	20.477	20.891
Repubblica Slovacca	18.092	18.262	18.958	18.747	18.971	18.748	18.704	19.644
Polonia	14.295	14.926	14.591	14.803	16.234	16.112	16.146	16.222
Ungheria	25.301	24.538	21.316	21.100	21.251	20.592	20.596	20.202
U.S.A.	13.072	13.019	12.743	13.083	13.091	12.549	n.d.	n.d.
Canada	8.730	8.574	8.438	8.347	8.260	8.249	n.d.	n.d.
Brasile	6.220	6.097	6.025	6.168	5.781	5.842	5.746	5.599
Russia	22.139	23.565	n.d.	22.263	22.305	22.192	21.923	21.527
Cina	4.122	4.460	5.181	5.505	6.282	7.004	7.859	9.242

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

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2014

100.000 abitanti. In tutti i Paesi, il numero di dimissioni ospedaliere mostra un trend piuttosto stabile, con una tendenza, a livello di singoli Paesi (2005-2012), alla riduzione nel numero di dimissioni, ad eccezione di Germania, Polonia, Repubblica Slovacca, Svizzera, Norvegia e Cina.

Con riferimento alla degenza media per acuti (Tabella 2.14), prosegue il trend di diminuzione, tracciabile già agli inizi degli anni Novanta (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 (per esempio, utilizzo dei *community care services* in Danimarca) (OECD, 2013). In alcuni Paesi (Austria, Belgio, Italia e Stati Uniti) il dato sembra essersi stabilizzato nel corso degli ultimi sei anni. In

Tabella 2.14 **Durata media della degenza per acuti (2005-2012)**

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

Note: Non sono disponibili i dati per Brasile e India.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2014

Italia, dopo una progressiva riduzione del numero medio di giornate di degenza (da 9,5 nel 1990 a 7,7 nel 2006), il dato si stabilizza a 7,8 giornate e oscilla, infatti, solo di 0,2 punti percentuali tra il 2007-2012.

Tra i Paesi OECD, presentano valori elevati Finlandia, Germania, Repubblica Ceca, Ungheria, Lussemburgo e Portogallo, superiori a 9 giorni di degenza media. Anche Russia e Cina presentano dati medi elevati (11,7 e 10 giorni rispettivamente), con un trend di contenimento.

Un altro indicatore dell'utilizzo dei servizi ospedalieri riguarda le operazioni chirurgiche (Tabella 2.15). È stato selezionato un campione di tre procedure<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Con il termine *surgical procedures* l'OECD considera tutte le terapie invasive condotte in regime di ricovero.

considerate rappresentative dell'attività di chirurgia ortopedica all'interno delle strutture ospedaliere (sostituzione del ginocchio e sostituzione d'anca primaria e secondaria) 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 51 interventi in più negli ultimi sei anni), con un aumento più contenuto in Repubblica Ceca e in Polonia (11 interventi). Nel 2012, Belgio (dato 2011), Austria, Germania, Danimarca e Francia riportano il numero di interventi maggiori (oltre 400 procedure ogni 100.000 abitanti), a fronte di una media OECD di 350 procedure ogni 100.000 abitanti. La variabilità è parzialmente influenzata dalla struttura della popolazione (età e sesso) 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).

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

L'indicatore visite mediche tramite consultazione di un medico di medicina

Tabella 2.15 **Procedure chirurgiche: sostituzione ginocchio, sostituzione d'anca (primaria e secondaria): numero di procedure per 100.000 abitanti (2000; 2005; 2000-2012)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012
Austria	n.d.	429,7	500,3	513,4	510,1
Belgio	n.d.	401,5	552,3	566,8	n.d.
Danimarca	231,9	348,8	429,5	420,5	425,4
Finlandia	n.d.	277,2	303,7	305,6	330,9
Francia	270,1	336,1	376,1	384,2	403,2
Germania	n.d.	406	462,1	466,9	467,8
Irlanda	111,4	172,3	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	n.d.	227,8	264,2	268,1	274,6
Lussemburgo	n.d.	229,8	230,7	244,9	252,4
Olanda	n.d.	247	291,3	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	285,8	328	n.d.	n.d.
Svezia	n.d.	247	296,4	290,5	305,4
UK	n.d.	280,5	307,9	342,9	344,8
Svizzera	n.d.	208,4	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	n.d.	n.d.	275,4	269,9	283
Polonia	n.d.	229,1	224,7	255,6	243,5
Ungheria	n.d.	313	338,7	359,1	362,2

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

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2014

generale (*doctors' consultations*) stima il ricorso medio annuo alle cure ambulatoriali di base da parte della popolazione. Il numero di visite mediche pro-capite con medici di medicina generale (MMG) è particolarmente elevato in Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Ungheria e Russia (oltre 11 visite annue per abitante), seguite dalla Germania (9,7 visite annue per abitante) (Tabella 2.16). All'opposto, Danimarca e Portogallo presentano un numero di visite annue pro-capite inferiore a 5 e la Finlandia registra il valore più basso, con solo 2,7 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. Per esempio, è interessante notare come Paesi come la Germania, che utilizzano un sistema di *fee-for-service*, registrino accessi maggiori alle cure dei medici di base, rispetto a si-

Tabella 2.16 **Numero di visite mediche pro-capite con MMG (1995; 2000; 2005; 2010-2012)**

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

*Nota:* Non sono disponibili i dati per Svezia, Norvegia, Ungheria, India e Cina. Alcuni Paesi includono visite specialistiche laddove il medico di base non svolge il ruolo di gatekeeper, per esempio Austria e Repubblica Ceca (OECD, 2013).

*Fonte:* elaborazione su dati OECD Health Data 2014

stemi prevalentemente di tipo salariale (per esempio l'Olanda). Tuttavia, non è possibile ipotizzare alcun tipo di correlazione tra il numero di visite e i meccanismi di pagamento dei medici di medicina generale (si veda il caso degli Stati Uniti, dove, a fronte di un sistema *fee-for-service*, il numero medico di visite con MMG é 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 allo sviluppo di resistenza batterica e a effetti collaterali (Smith *et al.*, 2004; Bronzwaer *et al.*, 2002; Goossens *et al.*, 2005). Tra il 2000 e il 2012 il consumo di antibiotici (Tabella 2.17), misurato come DDD (*defined daily doses*) per abitante, è stabile o in crescita in tutti i Paesi, a eccezione di Ungheria (-37%), Repubblica Slovacca (-26%), Portogallo (-19%) e Francia (-16%). Il Regno Unito registra il maggior incremento (+26%), seguito dalla Danimarca (+251%). Grecia (dato 2011), Belgio e Italia presentano i valori assoluti più elevati tra i Paesi OECD.

Tabella 2.17 **Consumo di antibiotici (DDD pro-capite) (1995; 2000; 2005; 2010-2012)**

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

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

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2014



### 2.4.3 Appropriatelyzza

Per analizzare il grado di appropriatezza delle prestazioni erogate, sono prese in considerazione due tipologie di indicatori: il numero dei parti cesarei e il tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni croniche (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).

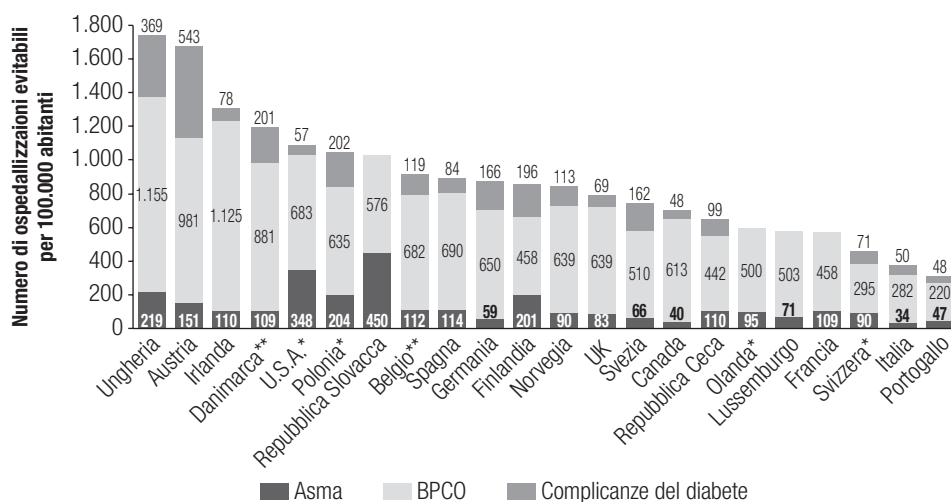
Italia e Ungheria sono i Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei: su 1.000 nati vivi, oltre 350 nel 2012 (Tabella 2.18). Possibili spiegazioni per l'aumento di parti cesarei sono la riduzione dei rischi dell'operazione, la volontà dei medici di tutelarsi contro accuse di malpratica medica e la convenienza di programmazione dei parti. Il numero di parti cesarei è relativamente basso nei Paesi nordici (Svezia, Finlandia e Olanda, circa 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 (2000-2012) è in crescita in tutti i Paesi, a esclusione di Svezia e Italia dove tra il 2007 e il 2012 il valore è diminuito (-5% e -6% rispettivamente).

Tabella 2.18 **Proporzione di parti cesarei (numero ogni 1.000 nati vivi) (2000; 2005; 2010-2012)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012
Belgio	167,6	238,1	282,5	283,2	288,4
Danimarca	154,1	200,6	214,3	213,8	211,8
Finlandia	157,8	162,8	161,4	161,8	161,9
Francia	178,4	198,8	210,2	210,0	207,6
Irlanda	207,5	250,9	260,4	269,0	275,3
Italia	n.d.	390,9	384,6	377,1	368,4
Lussemburgo	198,7	242,2	257,7	277,4	269,7
Olanda	118,7	135,7	155,9	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	251,0	249,6	249,1	251,5
Svezia	n.d.	168,1	164,4	162,1	163,0
UK	196,6	226,4	238,6	241,9	244,2
Svizzera	n.d.	285,3	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	128,9	171,3	224,9	232,7	243,9
Polonia	n.d.	n.d.	260,4	298,9	315,7
Ungheria	n.d.	280,4	327,9	335,8	352,9
Canada	209,1	261,9	261,1	262,4	n.d.

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

*Fonte:* elaborazione su dati OECD Health Data 2014

Figura 2.10 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2011)**

Note: \*2009; \*\*2010. Non sono disponibili i dati per complicanze da diabete per i seguenti Paesi: Rep. Slovacca, Olanda, Lussemburgo e Francia.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2014

Le ospedalizzazioni per condizioni croniche rappresentano un ulteriore *proxy* dell'appropriatezza delle prestazioni erogate: questo tipo di patologie, infatti, possono essere trattate 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). Oltre due terzi delle ospedalizzazioni evitabili è legata a una diagnosi di BPCO, seguita da asma e complicanze da diabete (Figura 2.10). Con oltre 1.700 ricoveri impropri ogni 100.000 abitanti, l'Ungheria è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate inappropriate, seguito dall'Austria con 1.675 ricoveri. Portogallo e Italia sono, invece, i Paesi con il valore più basso (rispettivamente 314 e 365 ricoveri ogni 100.000).

## 2.4 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 in-

soddisfatti. 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 percentuale di popolazione che riporta il proprio stato di salute come «molto buono» divisa per condizione occupazionale, confrontando l'ultimo dato disponibile (2012) con quello rilevato cinque anni prima (2007). Osservando la variazione tra il dato 2007 e quello 2012, emergono tre tendenze principali. Primo, vi sono alcuni Paesi in cui aumenta in maniera omogenea la percentuale di popolazione che dichiara uno stato di salute «molto buono» (Belgio, Germania, Olanda, Spagna, Regno Unito, Polonia e Ungheria). Secondo, Paesi in cui tale percentuale diminuisce in maniera omogenea tra le varie condizioni occupazionali (Danimarca, Finlandia e Repubblica Ceca). Infine, Paesi in cui lo stato di salute percepito migliora per alcune condizioni occupazionali e peggiora per altre. Limitando l'analisi ai soli occupati e disoccupati, in Austria, Francia e Svezia, tra il 2007 e il 2012, lo stato di salute è migliorato per i disoccupati e peggiorato per gli occupati, mentre tendenza opposta si è registrata in Italia e in Norvegia. Nel primo caso, da un lato sembra emergere il buon funzionamento dei meccanismi di garanzia dell'equità, ma, dall'altro si pone una questione di opportunismo, quasi la condizione di disoccupazione concedesse privilegi in merito alla possibilità di curarsi. Questo potrebbe derivare da sistemi di esenzione sbilanciati, da eccessive compartecipazioni gravanti sui cittadini occupati o da un aumento della disoccupazione giovanile. L'evidenza contraria, ovvero il miglioramento della salute per la popolazione occupata, contemporaneamente al peggioramento nei disoccupati, pone il problema di una spaccatura sociale, sintomo del fallimento dei sistemi di ammortizzazione sociale che rendano lo stato di salute indipendente dalla condizione occupazionale. Una simile tendenza può nascondere la decisione di abbandonare le cure, nonché essere segno di un accresciuto stato di stress psicologico per coloro che non hanno un lavoro.

Il bilanciamento dello stato di salute tra occupati e disoccupati è ulteriormente approfondito dalla Figura 2.11, in cui sono posti a confronto i dati 2012 dei cinque principali Paesi europei. Nel caso di Francia e Spagna, lo stato di salute riportato varia poco tra occupati e disoccupati. In Germania e nel Regno Unito, invece, sono gli occupati a stare nettamente meglio. Infine, in Italia, come anticipato, è vero il contrario, sebbene la differenza si sia ridotta nell'ultimo quin-

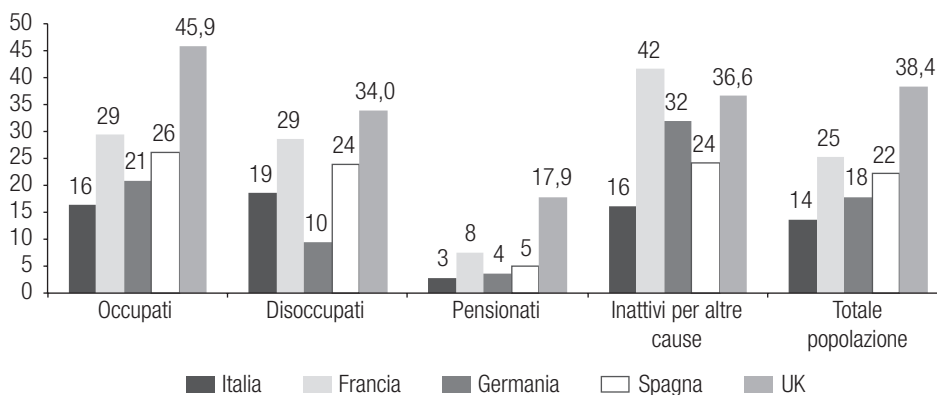
Tabella 2.19 **Percentuale di popolazione che riporta uno stato di salute «molto buono», per condizione occupazionale (2007 e 2012)**

Paesi	2007					2012				
	Occupati	Disoccupati	Pensionati	Inattivi per altre cause	Totale popolazione	Occupati	Disoccupati	Pensionati	Inattivi per altre cause	Totale popolazione
Austria	45,7	22,8	9,3	51,0	36,1	42,3	25,8	10,8	46,8	34,2
Belgio	35,1	21,1	9,9	30,8	27,7	39,2	23,5	9,5	36,2	30,9
Danimarca	49,9	26,4	25,9	41,8	42,5	31,5	14,1	15,9	30,6	27,4
Finlandia	29,8	14,8	6,1	38,8	23,4	21,0	10,9	5,6	23,9	17,2
Francia	33,9	25,7	5,5	40,0	27,2	29,4	28,5	7,6	41,6	25,2
Germania	15,7	6,6	2,2	25,2	13,5	20,9	9,5	3,7	31,9	17,9
Grecia	69,6	69,5	11,2	56,3	53,4	61,5	60,4	11,3	52,0	46,8
Irlanda	54,8	41,8	20,6	41,3	46,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	14,8	20,1	1,9	14,3	12,3	16,4	18,5	2,9	16,2	13,7
Lussemburgo	34,3	25,9	8,1	33,9	30,3	27,7	19,0	8,3	28,6	24,5
Olanda	27,1	8,7	13,6	25,0	23,2	29,2	9,8	11,7	27,2	24,0
Portogallo	6,6	4,0	0,3	10,2	5,8	10,5	6,9	1,0	12,8	8,2
Spagna	19,4	14,8	5,2	16,0	16,1	26,1	23,9	4,9	24,1	22,1
Svezia	44,1	30,4	17,3	52,1	37,8	40,3	37,6	21,7	40,2	35,8
UK	41,6	29,7	18,7	32,9	34,7	45,9	34,0	17,9	36,6	38,4
Norvegia	35,6	23,6	11,3	38,9	30,4	35,9	13,9	18,0	28,8	31,2
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	37,9	20,0	16,4	35,1	33,0
Repubblica Ceca	22,9	16,5	1,1	50,2	19,6	24,4	17,3	1,6	37,2	19,0
Polonia	17,1	15,5	1,0	24,0	15,6	21,1	19,5	1,4	26,9	18,0
Ungheria	18,4	13,7	1,1	38,1	15,4	17,8	13,4	1,2	30,0	16,2

Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2014

quennio. Probabilmente questo è dovuto, in parte, a una maggiore condizione di stress nei lavoratori. Soprattutto, però, potrebbe pesare su tale dato la totale esenzione da compartecipazioni riconosciuta alla popolazione disoccupata, in aggiunta ai sussidi previsti. Se così fosse, tenendo conto della maggiore disponibilità di tempo dei disoccupati, la popolazione occupata potrebbe manifestare maggiori difficoltà nell'accedere alle cure, riportando una salute, di conseguenza, peggiore. Tale fenomeno è ulteriormente acuito laddove la disoccupazione giovanile aumenta. Il dibattito sul bilanciamento degli ammortizzatori sociali, pertanto, dovrebbe vertere non tanto sull'estensione delle agevolazioni riconosciute ai disoccupati (che consentono, nel caso italiano, di non far pesare la mancanza di reddito sulle prestazioni ricevute), ma, piuttosto, sul carico economico e di difficoltà di accesso che ricade sulla popolazione occupata. Da notare, infine, che in Italia lo stato di salute dichiarato dai pensionati è inferiore rispetto a quanto riportato negli altri principali Paesi europei, ma il confronto tra 2007 e

Figura 2.11 **Percentuale di popolazione che riporta uno stato di salute «molto buono»: confronto tra i principali Paesi europei (2012)**



Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2014

2012 evidenzia un miglioramento tendenziale, segno di una maggiore attenzione alle esigenze sanitarie degli anziani.

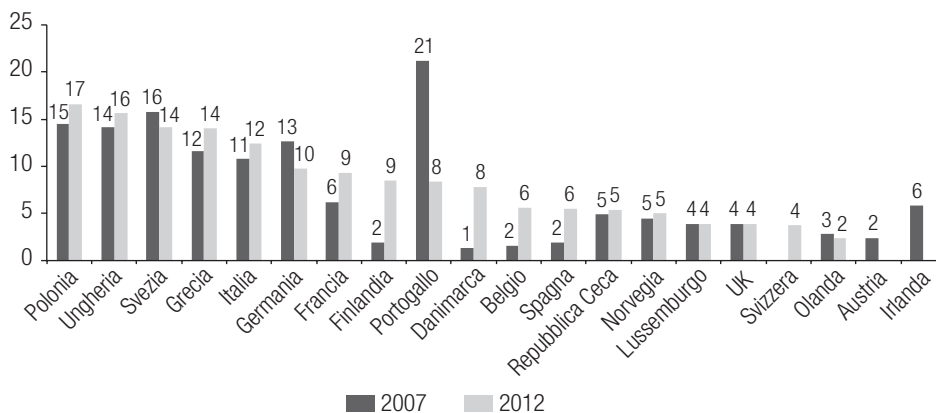
Per esaminare meglio le motivazioni di eventuali rinunce alle cure, nella Tabella 2.20, nella Figura 2.12 e nella Figura 2.13 è riportata la percentuale di popolazione che dichiara bisogni di salute non soddisfatti, riferita al primo quintile di reddito equivalente (reddito basso). Le cause del mancato soddisfacimento possono essere volontarie (per esempio, 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 (per esempio, 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 Svezia, Spagna, Repubblica Ceca, Ungheria e Danimarca. 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 (per 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, a una libera scelta. In secondo luogo, è possibile collegare tale evidenza a 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, soprattutto in Portogallo, Germania, Grecia, Belgio, Svizzera, Italia, Francia e Polonia. In Svezia, invece, sia la mancanza di tempo, che le liste d'attesa sono fattori importanti. Anche Finlandia e Regno Unito mostrano tempi di attesa ritenuti alti dalla popolazione. A livello

Tabella 2.20 **Bisogni non soddisfatti: causa del mancato soddisfacimento (2012 e 2007), primo quintile di reddito**

Paesi	Mancanza di contatto con un buon dottore	Paura dei medici/ ospedali/ trattamenti	Mancanza di tempo	Troppo caro	Troppo lontano	Lista d'attesa troppo lunga	Decisione di aspettare per vedere se il problema si risolvesse da sé	Altro
<b>2012</b>								
Austria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Belgio	0,0	0,1	0,2	4,5	0,0	0,0	0,6	0,2
Danimarca	0,5	1,0	0,2	0,4	0,0	1,4	2,3	2,0
Finlandia	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4	5,7	0,0	2,0
Francia	0,0	0,9	0,9	4,8	0,2	0,3	1,6	0,6
Germania	0,2	0,3	1,3	2,2	0,2	1,1	1,9	2,6
Grecia	0,0	0,2	0,4	11,0	0,0	0,6	0,2	1,4
Irlanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	0,0	0,2	0,1	10,5	0,1	1,0	0,2	0,3
Lussemburgo	0,0	0,3	0,3	1,9	0,0	0,1	1,3	0,1
Olanda	0,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,4	0,0	1,1
Portogallo	0,1	0,8	0,5	4,9	0,3	0,5	0,9	0,5
Spagna	0,0	0,5	1,1	0,8	0,2	0,3	1,8	0,7
Svezia	1,0	0,3	1,7	1,5	0,1	1,1	6,0	2,6
UK	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2	2,0	0,1	1,1
Norvegia	0,2	0,0	0,2	1,4	1,3	0,4	0,1	1,5
Svizzera	0,3	0,0	0,4	1,9	0,0	0,1	0,2	1,0
Repubblica Ceca	0,1	0,3	0,7	0,9	0,6	0,5	1,8	0,5
Polonia	0,2	1,0	1,6	6,2	0,9	4,0	2,0	0,6
Ungheria	0,1	1,1	1,3	5,9	0,4	0,4	5,9	0,5
<b>2007</b>								
Austria	0,1	0,2	0,2	0,9	0,1	0,0	0,5	0,4
Belgio	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,1	0,0
Danimarca	0,0	0,2	0,8	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0
Finlandia	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,2	0,4	0,4
Francia	0,0	0,7	0,8	3,2	0,0	0,2	0,7	0,6
Germania	0,6	0,3	0,8	6,2	0,1	0,5	2,8	1,3
Grecia	0,0	0,5	0,4	9,0	0,3	0,5	0,7	0,2
Irlanda	0,1	0,1	0,1	3,3	0,0	1,7	0,2	0,4
Italia	0,1	0,2	0,4	7,0	0,2	1,9	0,8	0,3
Lussemburgo	0,0	0,6	0,9	1,0	0,0	0,4	0,7	0,2
Olanda	0,1	0,0	0,3	0,2	0,0	0,2	0,0	2,0
Portogallo	0,0	1,3	0,4	17,9	0,1	0,7	0,1	0,6
Spagna	0,0	0,4	0,6	0,0	0,0	0,1	0,6	0,2
Svezia	0,8	0,5	2,9	0,8	0,4	2,6	5,1	2,8
UK	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	1,0	0,2	2,3
Norvegia	0,0	0,0	0,0	1,1	1,3	0,2	0,1	1,9
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	0,2	0,6	1,1	0,4	0,4	0,2	1,0	1,1
Polonia	0,2	0,8	1,7	7,5	0,6	2,0	1,2	0,4
Ungheria	0,3	1,5	1,9	4,1	0,4	0,5	4,3	1,2

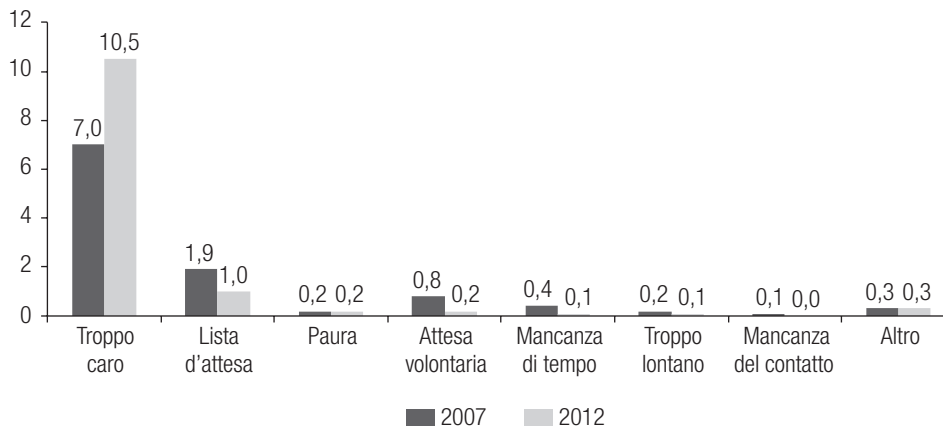
Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2014

Figura 2.12 **Bisogni non soddisfatti: percentuale di popolazione che dichiara bisogni sanitari non soddisfatti per qualsiasi ragione (2007 e 2012), primo quintile di reddito**



Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2014

Figura 2.13 **Bisogni non soddisfatti: dettaglio Italia (2007 e 2012), primo quintile di reddito**



Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2014

complessivo (Figura 2.12), è la Polonia a manifestare il livello più elevato di bisogni insoddisfatti, mentre l'Olanda riporta il livello più basso. L'Italia è tra i Paesi con maggiori bisogni insoddisfatti nel 2012. Più in dettaglio (Figura 2.13), la rinuncia alle cure per ragioni di costo è aumentata dal 7% del 2007 al 10,5% nel 2012. Questa evidenza segnala chiaramente la diffusione, tra le classi meno agiate, di fenomeni di *undertreatment*.

## 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.
- 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., Mölstad, S., Goetsch, 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.
- 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.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2012), *Eurohealth, Health Systems and the Financial Crisis*, vol. 18(1).
- Euro-Peristat project in collaboration with SCPE, EUROCAT and EURONEOSTAT (2008), «Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004», European Perinatal Health Report 2008, disponibile [www.europeristat.com](http://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., Meriáldi, 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*, Background Paper, n. 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 (2004), *Portugal: Hit Summary*, Health Systems in Transition.
- OECD (2005), *Canada: Hit Summary*, Health Systems in Transition.
- OECD (2013), *Health at a glance: Europe 2013*, OECD Publishing.
- OECD (2014), *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\\_](http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_)
- 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](http://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/methodology_sheets/ealth/life_expectancy.pdf) (ultimo accesso 16 luglio 2014).
- WHO (2010), Global status report on Non Communicable diseases. Disponibile [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf) (ultimo accesso 16 luglio 2014).
- WHO (2013), Non communicable diseases – Factsheet. Disponibile <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (ultimo accesso 17 Luglio 2014).
- WHO (2014). Prevalence of insufficient physical activity – Indicator. Disponibile [http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App\\_Main/view\\_indicator.aspx?iid=2381](http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=2381) (ultimo accesso 17 Luglio 2014).