

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e il Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management





Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

2 Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale

di Patrizio Armeni, Francesco Costa e Alessandro Furnari¹

2.1 Introduzione: obiettivi e aspetti metodologici

Il presente capitolo rappresenta un aggiornamento rispetto al Rapporto 2015 (Armeni, Costa e Sommariva, 2015) sul confronto dei sistemi sanitari internazionali. L'obiettivo è quello di fornire una descrizione in merito al posizionamento del sistema sanitario italiano nel panorama internazionale.

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 sullo stato di salute percepito 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 e 2.6 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni; i §§ 2.2 e 2.4 sono da attribuirsi a Francesco Costa, mentre i §§ 2.3 e 2.5 ad Alessandro Furnari.

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 comunemente considerato più vicino al mercato, gli Stati Uniti, presenta in media livelli di spesa nettamente più elevati. Nel 2014, infatti, il livello medio di spesa complessiva pro-capite negli Stati Uniti risulta più alto del 125% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (ad esempio, Francia, Germania, Olanda) e del 148% 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.

Per quanto concerne l'evoluzione della spesa sanitaria totale pro-capite (Figura 2.1), i coefficienti di crescita⁴ misurati in termini reali⁵ si attestano, tra il 2010 e il 2014, ad un livello medio prossimo allo zero (+0,4%). Quasi metà dei Paesi (12 su 27) mostrano tassi di crescita negativi nel periodo considerato, mentre nel periodo 2000-2010 soltanto Brasile e Russia mostrano tassi di crescita negativi. Il tasso di crescita della spesa sanitaria (reale) per l'Italia è stato pari a

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), compartecipazioni 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 (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera), a cui sono stati aggiunti USA, Canada e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina)

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: $[(\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{(1/\text{numero di anni})}] - 1$.

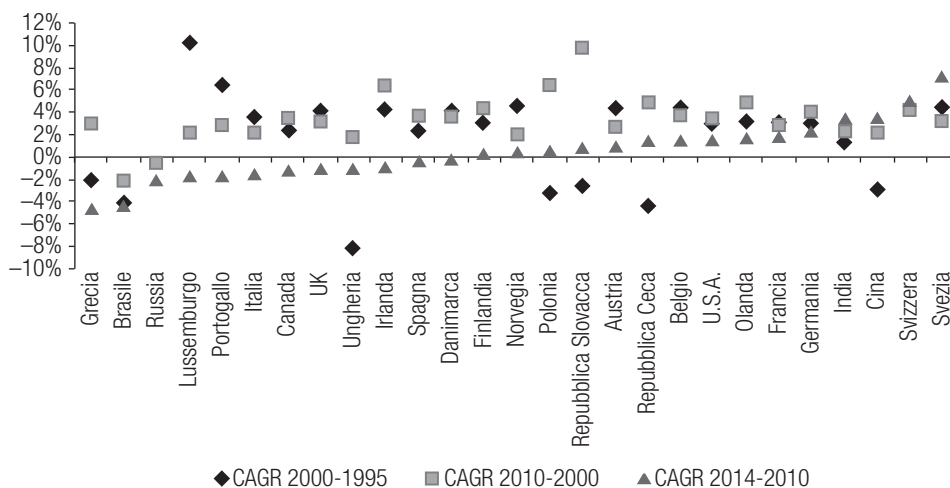
⁵ La spesa sanitaria totale pro-capite è stata divisa per il valore del deflatore del PIL calcolato dal Fondo Monetario Internazionale.

Tabella 2.1 Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA (1995, 2000, 2005, 2010, 2014)

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	CAGR 2014-1995	CAGR 2000-1995	CAGR 2010-2000	CAGR 2014-2010
Austria	2.249	2.914	3.553	4.531	4.677	4.863	4.889	5.039	4,3%	5,3%	4,5%	2,7%
Belgio	1.714	2.249	2.985	3.907	4.166	4.238	4.264	4.392	4,1%	5,6%	5,7%	3,0%
Danimarca	1.875	2.513	3.248	4.545	4.608	4.689	4.858	4.782	5,1%	6,0%	6,1%	1,3%
Finlandia	1.480	1.856	2.594	3.317	3.486	3.608	3.654	3.701	4,9%	4,6%	6,0%	2,8%
Francia	2.102	2.555	3.241	4.039	4.255	4.285	4.370	4.508	4,1%	4,0%	4,7%	2,8%
Germania	2.280	2.693	3.384	4.456	4.610	4.710	4.837	5.182	4,4%	3,4%	5,2%	3,8%
Grecia	1.267	1.453	2.359	2.645	2.598	2.319	2.357	2.098	2,7%	2,8%	6,2%	-5,6%
Irlanda	1.193	1.799	2.974	3.796	3.726	3.814	3.762	3.801	6,3%	8,6%	7,8%	0,0%
Italia	1.559	2.110	2.587	3.275	3.331	3.305	3.257	3.239	3,9%	6,2%	4,5%	-0,3%
Lussemburgo	2.189	4.044	5.475	6.520	6.702	6.541	6.566	6.812	6,2%	13,1%	4,9%	1,1%
Olanda	1.800	2.350	3.584	4.699	4.895	5.115	5.170	5.202	5,7%	5,5%	7,2%	2,6%
Portogallo	1.017	1.638	2.204	2.810	2.708	2.624	2.634	2.690	5,3%	10,0%	5,5%	-1,1%
Spagna	1.193	1.547	2.229	2.996	3.019	2.998	2.928	2.966	4,9%	5,3%	6,8%	-0,3%
Svezia	1.745	2.290	2.969	3.762	4.887	5.007	5.177	5.219	5,9%	5,6%	5,1%	8,5%
UK	1.350	1.834	2.746	3.269	3.255	3.323	3.374	3.377	4,9%	6,3%	6,0%	0,8%
Norvegia	1.865	3.053	4.317	5.475	5.770	6.116	6.204	6.347	6,7%	10,4%	6,0%	3,8%
Svizzera	2.573	3.232	4.027	5.395	5.819	6.173	6.365	6.468	5,0%	4,7%	5,3%	4,6%
Repubblica Ceca	898	982	1.480	1.930	2.041	2.058	2.064	2.146	4,7%	1,8%	7,0%	2,7%
Repubblica Slovacca	505	604	1.143	2.039	1.963	2.065	2.080	2.179	8,0%	3,7%	12,9%	1,7%
Polonia	407	584	856	1.437	1.509	1.545	1.530	1.570	7,4%	7,5%	9,4%	2,2%
Ungheria	659	852	1.432	1.690	1.770	1.744	1.767	1.827	5,5%	5,3%	7,1%	2,0%
U.S.A.	3.788	4.788	6.741	8.269	8.524	8.790	8.988	9.403	4,9%	4,8%	5,6%	3,3%
Canada	2.076	2.541	3.469	4.513	4.521	4.585	4.623	4.641	4,3%	4,1%	5,9%	0,7%
Brasile	524	634	899	1.167	1.200	1.257	1.334	1.318	5,0%	3,9%	6,3%	3,1%
Russia	301	371	616	1.397	1.490	1.654	1.777	1.836	10,0%	4,2%	14,2%	7,1%
India	60	85	123	187	203	217	240	267	8,2%	7,2%	8,2%	9,4%
Cina	416	389	480	722	763	836	870	962	4,5%	-1,3%	6,4%	7,4%

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

Figura 2.1 **Tasso di crescita medio annuo (CAGR) della spesa sanitaria totale pro-capite in termini reali (1995-2000, 2000-2010 e 2010-2014)**



Nota: il CAGR 1995-2000 della Russia è pari a -23,6% e non è riportato sul grafico per ragioni di leggibilità.

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016 e Fondo Monetario Internazionale 2016

-1,5% negli ultimi quattro anni riportati, mentre nel periodo 2000-2010 è stato pari al 2,1% (tra i più bassi).

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 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 (46,0%), degli Stati Uniti (48,3%) e dell'India (30,0%). 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 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 corrispon-

de ad una forte azione di redistribuzione della ricchezza, che rende il sistema più equo nell'accesso alle prestazioni⁶.

La componente privata è, invece, più o meno direttamente legata alla capacità di reddito degli individui. In particolare, un sistema incentrato sulla la 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 52%, 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. Si segnala, inoltre, che esiste una relazione statisticamente significativa tra livelli di spesa out-of-pocket e tasso di mortalità. La direzione del rapporto di causalità tra i due fenomeni è incerta, endogena e soggetta ad influenze diverse, ma rappresenta comunque un interessante spunto di riflessione. Se si incrocia il dato di spesa out-of-pocket con il dato di mortalità nei 27 Paesi analizzati nel 2013⁷, ad ogni punto percentuale di spesa out-of-pocket corrisponde una mortalità negli adulti più elevata del 3%⁸. Ciò, a seconda della direzione di causalità che si vuole applicare, può significare che Paesi dove lo stato di salute è peggiore abbiano anche un livello di spesa out-of-pocket superiore, oppure che il «prezzo» dell'aumento dalla spesa out-of-pocket sia un aumento della mortalità. Al contrario, ad ogni punto percentuale aggiuntivo di copertura pubblica della spesa sanitaria corrisponde una riduzione del 2,5%⁹ della mortalità negli adulti.

Nei Paesi analizzati, la componente out-of-pocket, costituita soprattutto da

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

⁷ Dato 2014 non disponibile.

⁸ $R^2=0,64$, dati 2013.

⁹ $R^2=0,57$, 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.

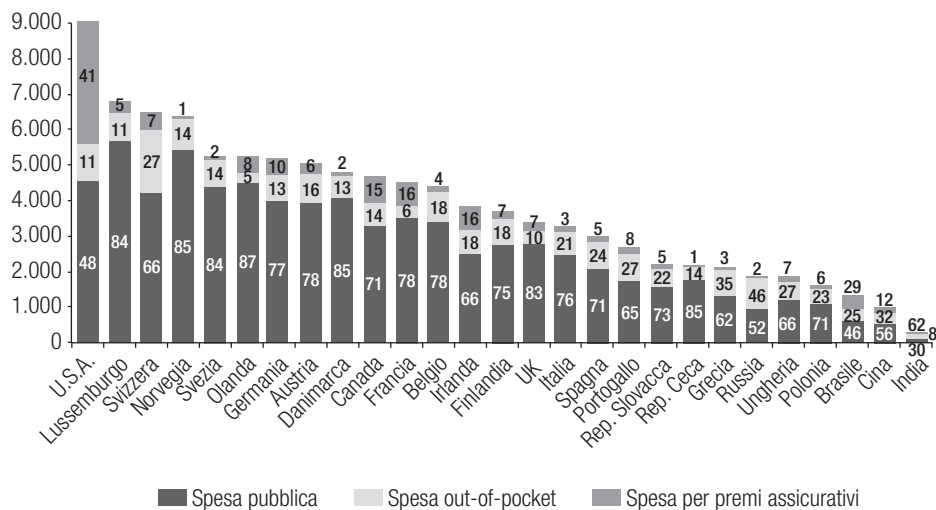
Tabella 2.2 Copertura pubblica della spesa sanitaria (%) (1995, 2000, 2005, 2010, 2014)

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Differenza 2000-1995	Differenza 2010-2000	Differenza 2014-2010
Austria	73,5	75,6	75,3	74,7	75,3	75,9	75,7	77,9	2,1	-1,0	3,2
Belgio	76,8	74,6	76,1	75,1	75,9	75,2	75,8	77,9	-2,2	0,5	2,8
Danimarca	82,5	83,9	84,5	85,1	85,3	85,8	85,4	84,8	1,3	1,3	-0,4
Finlandia	71,7	71,3	73,8	74,8	75,4	75,0	75,3	75,3	-0,4	3,5	0,5
Francia	79,7	79,4	77,7	76,9	76,8	77,4	77,5	78,2	-0,3	-2,4	1,3
Germania	81,4	79,5	76,6	76,7	76,5	76,7	76,8	77,0	-1,9	-2,8	0,2
Grecia	51,0	60,0	59,3	67,9	66,1	67,1	69,5	61,7	9,0	7,8	-6,2
Irlanda	72,5	75,1	76,0	69,6	67,0	67,6	67,7	66,1	2,6	-5,5	-3,5
Italia	72,8	74,2	77,9	78,5	77,8	77,3	78,0	75,6	1,4	4,3	-2,9
Lussemburgo	92,4	85,1	84,9	85,5	84,1	83,5	83,7	83,9	-7,4	0,5	-1,6
Olanda	71,0	63,1	64,7	79,6	79,5	79,6	79,8	87,0	-8,0	16,6	7,4
Portogallo	62,6	66,6	68,0	65,9	65,0	64,0	64,7	64,8	4,0	-0,6	-1,1
Spagna	72,2	71,6	70,9	74,2	73,1	71,7	70,4	70,9	-0,6	2,6	-3,3
Svezia	86,7	84,9	81,2	81,5	81,6	81,3	81,5	84,0	-1,8	-3,4	2,5
UK	83,9	79,1	81,0	83,6	82,8	84,0	83,5	83,1	-4,7	4,4	-0,4
Norvegia	84,2	83,6	83,8	84,9	85,1	85,0	85,5	85,5	-0,6	1,3	0,6
Svizzera	53,6	55,4	59,5	65,2	64,9	65,8	66,0	66,0	1,9	9,8	0,8
Repubblica Ceca	90,9	90,3	87,3	83,8	84,2	84,0	83,3	84,5	-0,6	-6,6	0,8
Repubblica Slovacca	88,5	89,4	74,4	64,5	70,9	69,7	70,0	72,5	0,9	-24,9	8,0
Polonia	72,9	70,0	69,4	71,6	70,6	69,2	69,6	71,0	-2,9	1,6	-0,6
Ungheria	84,0	70,7	70,0	64,8	65,0	62,6	63,6	66,0	-13,2	-5,9	1,2
U.S.A.	45,1	43,1	44,2	47,6	47,8	47,0	47,1	48,3	-2,0	4,5	0,7
Canada	71,3	70,4	70,2	70,8	70,4	70,1	69,8	70,9	-0,9	0,4	0,2
Brasile	43,0	40,3	40,1	47,0	45,7	47,5	48,2	46,0	-2,7	6,7	-1,0
Russia	73,9	59,9	62,0	58,5	59,8	51,1	48,1	52,2	-14,0	-1,4	-6,3
India	26,0	26,0	22,1	28,2	30,5	30,5	32,2	30,0	-0,1	2,2	1,9
Cina	50,5	38,3	38,8	54,3	55,9	56,0	55,8	55,8	-12,2	16,0	1,5

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

compartecipazioni (es. accesso alle cure specialistiche, farmaci) e ricorso privato ai servizi, varia nel 2014 dal 5,2% dell'Olanda al 62,4% dell'India. Restringendo l'analisi ai soli Paesi con Servizio Sanitario Nazionale, la spesa out-of-pocket è mediamente pari al 22,8%, mentre è leggermente inferiore nei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (20,2%) e più bassa negli Stati Uniti (11,0%), sebbene in quest'ultimo caso la spesa in termini assoluti sia la più elevata. L'Italia presenta un dato relativamente elevato, 21,2%, a testimonianza del fatto che oltre un quinto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricade direttamente sul paziente, fatte salve le fasce esenti. Da notare, inoltre, che tale valore è il più elevato dal 2004, contrastando la tendenza che per quasi un decennio aveva visto, nel nostro Paese, una progressiva riduzione dell'incidenza dell'out-of-pocket rispetto alla spesa sanitaria totale. In Italia, inoltre, si mantiene marginale la percentuale di spesa intermediata dalle assicurazioni private (3%). Per ulteriori riflessioni e approfondimenti si rinvia al capitolo 7 del presente Rapporto. Va segnalato, tuttavia, che il ruolo delle compartecipazioni assume importanza nei Paesi in cui la spesa pubblica è sempre più soggetta a vincoli di budget. In tali circostanze, infatti, la compartecipazione può evolvere da semplice sostituto della spesa pubblica a contributo per un *upgrade* qualitativo dei servizi. In tal senso, invece che rappresentare uno strumento iniquo che porta alla rinuncia alle cure, la compartecipazione

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



Nota: I valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la percentuale di ogni componente di spesa rispetto al totale del Paese. Con riferimento all'India, il 30% della spesa totale è attribuibile alla copertura pubblica, il 62% alla spesa out-of-pocket e il rimanente 8% alla spesa per premi assicurativi.

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

zione potrebbe rappresentare uno dei primi *driver* della diffusione di nuovi servizi e tecnologie, liberando così risorse pubbliche per i servizi essenziali e prioritari.

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 ai servizi sanitari, ovvero la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi¹⁰.

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, inteso come somma dei redditi di tutte le famiglie e di tutte le imprese. 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 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 9,5%, variando dal 6,4% della Polonia all'11,7% della Svizzera. Nei sistemi europei con Servizio Sanitario Nazionale, il valore medio è simile (9,4%), variando dal 7,4% dell'Ungheria all'11,9% della Svezia. In Italia, la spesa sanitaria complessiva sul PIL mostra un'incidenza del 9,2% nel 2014, tendenzialmente stabile dal 2011. I servizi sanitari nazionali costano meno, in media, anche perché riducono al minimo i costi di transazione grazie alla maggiore sovrapposizione tra soggetto finanziatore e soggetto produttore¹¹.

¹⁰ 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).

¹¹ 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, 2014)

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Differenza 2000-1995	Differenza 2010-2000	Differenza 2014-2010
Austria	9,6	10,0	10,4	11,6	11,3	11,1	11,0	11,2	0,4	1,6	-0,4
Belgio	7,6	8,1	10,0	10,5	10,5	10,9	11,2	10,6	0,5	2,4	0,1
Danimarca	8,1	8,7	9,8	11,1	10,9	11,0	10,6	10,8	0,6	2,4	-0,3
Finlandia	7,9	7,2	8,4	9,0	9,0	9,1	9,4	9,7	-0,6	1,8	0,7
Francia	10,4	10,1	11,0	11,7	11,6	11,6	11,7	11,5	-0,3	1,6	-0,1
Germania	10,1	10,4	10,8	11,6	11,3	11,3	11,3	11,3	0,3	1,2	-0,3
Grecia	8,6	7,9	9,7	9,4	9,0	9,3	9,8	8,1	-0,7	1,5	-1,3
Irlanda	6,6	6,1	7,6	9,3	8,8	8,9	8,9	7,8	-0,5	3,2	-1,5
Italia	7,1	7,9	8,7	9,4	9,2	9,2	9,1	9,2	0,8	1,5	-0,2
Lussemburgo	5,6	7,5	8,0	7,2	6,7	7,2	7,1	6,9	1,9	-0,3	-0,3
Olanda	8,3	8,0	10,9	12,1	11,9	12,7	12,9	10,9	-0,4	4,1	-1,2
Portogallo	7,5	9,3	10,4	10,8	10,2	9,9	9,7	9,5	1,8	1,5	-1,3
Spagna	7,4	7,2	8,3	9,6	9,3	9,3	8,9	9,0	-0,2	2,4	-0,6
Svezia	8,0	8,2	9,1	9,5	9,5	9,6	9,7	11,9	0,2	1,3	2,5
UK	6,8	7,0	8,3	9,6	9,4	9,3	9,1	9,1	0,3	2,5	-0,4
Norvegia	8,6	9,1	9,5	10,0	9,9	9,3	9,6	9,7	0,6	0,9	-0,3
Swizzera	9,3	9,9	10,9	10,9	11,0	11,4	11,5	11,7	0,6	1,0	0,8
Repubblica Ceca	6,7	6,3	6,9	7,4	7,5	7,5	7,2	7,4	-0,4	1,1	0,0
Repubblica Slovacca	6,1	5,5	7,0	9,0	7,9	8,1	8,2	8,1	-0,6	3,5	-0,9
Polonia	5,5	5,5	6,2	7,0	6,8	6,8	6,7	6,4	0,0	1,5	-0,6
Ungheria	7,3	7,2	8,5	8,0	7,9	8,0	8,0	7,4	-0,2	0,9	-0,6
U.S.A.	13,6	13,6	15,8	17,7	17,7	17,0	17,1	17,1	0,0	4,1	-0,5
Canada	9,0	8,8	9,8	11,4	10,9	10,9	10,9	10,4	-0,2	2,5	-0,9
Brasile	6,7	7,2	8,2	9,0	8,9	9,5	9,7	8,3	0,5	1,9	-0,7
Russia	5,4	5,4	5,2	6,3	6,1	6,5	6,5	7,1	0,1	0,9	0,8
India	4,0	4,3	4,3	3,7	3,9	3,8	4,0	4,7	0,3	-0,6	1,0
Cina	3,5	4,6	4,7	5,0	5,2	5,4	5,6	5,5	1,1	0,4	0,6

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

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 BRIC (Brasile, Russia, India, Cina) mostrino livelli di incidenza della spesa sanitaria sul PIL inferiori ai sistemi europei e nordamericani e pari, in media al 6,4% (India: 4,7%, Cina: 5,5%, Russia: 7,1% e Brasile: 8,3%).

Infine, un aspetto cruciale riguarda la variazione nel tempo del peso della spesa sanitaria sul PIL. Infatti, quasi tutti i Paesi mostrano una sua riduzione tra il 2010 e il 2014, ad eccezione di Finlandia, Svezia e Svizzera, tra i Paesi OECD, e Russia, India e Cina, tra i BRIC. Di converso, nel decennio 2000-2010, tutti i Paesi ad eccezione di India e Lussemburgo registravano un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL in crescita. 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. Tali preoccupazioni hanno portato molti Paesi, nell'ultimo periodo, ad adottare misure di contenimento e di monitoraggio della spesa sanitaria, in particolare della spesa pubblica. Il risultato è evidente dai dati riferiti al periodo 2010-2014, in cui la maggior parte dei Paesi (considerando anche realtà come India e Cina che hanno dinamiche proprie in merito all'andamento del PIL e della spesa sanitaria) fa registrare una diminuzione dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, malgrado nello stesso periodo, i tassi di crescita del PIL fossero tra i più bassi mai registrati. Questa tendenza al contenimento è, peraltro, riscontrabile in modo trasversale tra le varie tipologie di sistema sanitario.

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 livelli minimi in molti settori o diretto a pochi settori, tra cui la sanità (es. Stati Uniti). Diversamente, in Paesi dove l'intervento pubblico è estensivo, lo stesso valore può derivare da una priorità assegnata dallo Stato all'assistenza sanitaria rispetto agli altri ambiti. Nel campione considerato in questo capitolo, è da rilevare come il peso della spesa per sanità sulla spesa pubblica sia generalmente aumentato rispetto al 1995, mentre è più stabile dal 2010, con riduzioni marcate solo in Grecia, Portogallo e Paesi BRIC, crescendo invece, in modo significativo, in Olanda, Svezia, Svizzera e U.S.A.

Un altro aspetto rilevante è 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 21,3% 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

Tabella 2.4 Spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa pubblica complessiva (1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2015, 2010-2014)

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Differenza 2000-1995	Differenza 2010-2000	Differenza 2014-2010
Austria	12,5	14,6	15,7	16,5	16,9	16,3	16,3	16,3	2,1	1,9	-0,3
Belgio	11,2	12,3	14,7	15,0	15,0	14,9	15,6	15,1	1,1	2,7	0,1
Danimarca	11,3	13,6	15,6	16,4	16,1	15,9	15,9	16,8	2,3	2,8	0,4
Finlandia	9,2	10,6	12,4	12,1	12,3	12,0	12,1	12,4	1,5	1,4	0,3
Francia	15,2	15,5	16,0	15,9	15,9	15,8	15,8	15,7	0,3	0,4	-0,2
Germania	15,0	18,3	17,7	18,6	19,1	19,3	19,4	19,6	3,3	3,3	0,3
Grecia	9,6	10,1	12,8	12,4	11,4	11,7	11,7	10,0	0,5	2,3	-2,4
Irlanda	11,6	14,7	17,0	13,8	12,4	14,1	14,1	13,4	3,1	-0,9	-0,4
Italia	9,8	12,7	14,2	14,7	14,4	14,0	14,0	13,7	2,9	1,9	-1,0
Lussemburgo	13,0	16,9	16,2	14,4	13,5	13,6	13,6	13,6	4,0	-2,5	-0,8
Olanda	10,5	11,4	15,7	18,8	19,1	20,0	20,7	20,9	0,9	7,4	2,1
Portogallo	11,2	14,9	15,1	13,8	13,5	13,4	12,9	11,9	3,6	-1,0	-1,9
Spagna	12,1	13,2	15,3	15,4	15,0	13,9	13,9	14,5	1,1	2,2	-0,9
Svezia	10,6	12,6	13,7	14,8	15,1	15,0	15,0	19,0	2,0	2,2	4,3
UK	13,1	15,1	15,3	15,8	16,1	16,2	16,2	16,5	2,0	0,7	0,7
Norvegia	14,2	18,0	19,1	18,9	19,3	18,2	18,3	18,2	3,9	0,8	-0,6
Swizzera	14,4	15,4	18,4	21,0	21,1	22,1	22,1	22,7	1,1	5,6	1,7
Repubblica Ceca	11,5	13,7	14,1	14,2	14,6	14,2	14,2	14,9	2,2	0,5	0,7
Repubblica Slovacca	11,0	9,4	13,8	14,5	14,7	14,9	14,9	15,0	-1,6	5,1	0,4
Polonia	8,4	9,4	9,9	11,0	11,1	11,1	11,1	10,7	1,0	1,6	-0,3
Ungheria	11,0	10,6	11,8	10,5	10,4	10,2	10,2	10,1	-0,4	-0,2	-0,3
U.S.A.	16,6	17,4	19,3	19,7	20,3	20,0	20,7	21,3	0,7	2,4	1,6
Canada	13,3	15,1	17,6	18,3	17,5	18,5	18,5	18,8	1,9	3,1	0,5
Brasile	8,4	4,1	4,7	10,7	8,7	7,9	6,9	6,8	-4,3	6,7	-4,0
Russia	9,0	12,7	11,8	9,7	10,1	8,9	8,4	9,5	3,6	-3,0	-0,2
India	7,6	7,4	6,9	6,8	8,2	4,3	4,5	5,0	-0,2	-0,6	-1,7
Cina	15,2	10,9	9,9	12,1	12,5	12,5	12,6	10,4	-4,4	1,2	-1,6

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

Stato quasi un quinto delle risorse disponibili (incluso il deficit), non arrivano ad estendere all'intera popolazione le prestazioni sanitarie coperte dal settore pubblico¹². I dati 2014 mostrano come i sistemi europei ad assicurazione sanitaria obbligatoria spendano nella sanità in media il 16,1% delle risorse del settore pubblico, con gli estremi opposti rappresentati dalla Svizzera (22,7%) e dalla Grecia (10,0%). Nei sistemi europei con Servizio Sanitario Nazionale, la spesa sanitaria pubblica rappresenta in media il 14,7% della spesa pubblica complessiva. Tra questi, la Svezia spende in sanità il 19,0% della spesa pubblica, mentre l'Ungheria il 10,1%. L'Italia si colloca nella fascia media del suo raggruppamento, con una spesa sanitaria pubblica che rappresenta il 13,7% della spesa pubblica complessiva. I Paesi BRIC mostrano un dato complessivamente inferiore e pari, in media, al 7,9% (India: 5,0%, Brasile: 6,8%, Russia: 9,5% e Cina: 10,4%).

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 una selezione parziale di indicatori, 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 sulla mortalità, adulta e neonatale¹³, 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. Queste misure sono connesse alla qualità di vita, tra le cui determinanti rientrano il benessere economico della popolazione (e quindi l'accesso ai servizi di salvaguardia della salute) e la qualità dell'assistenza sanitaria offerta.

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 negli ultimi venticinque anni è stato in media di 5,8 anni. Un forte allungamento dell'aspettativa di vita si riscontra nei Paesi BRIC, ad esclusione della Russia (+1,5), in alcuni Paesi

¹² Negli Stati Uniti, nonostante le azioni intraprese dal governo di Barack Obama, una consistente parte della popolazione è tuttora senza copertura assicurativa. Prima del dicembre 2013 circa 41,8 milioni di cittadini americani non avevano una copertura sanitaria; al 31 marzo 2016 sono 30,7 milioni (CMS, 2016).

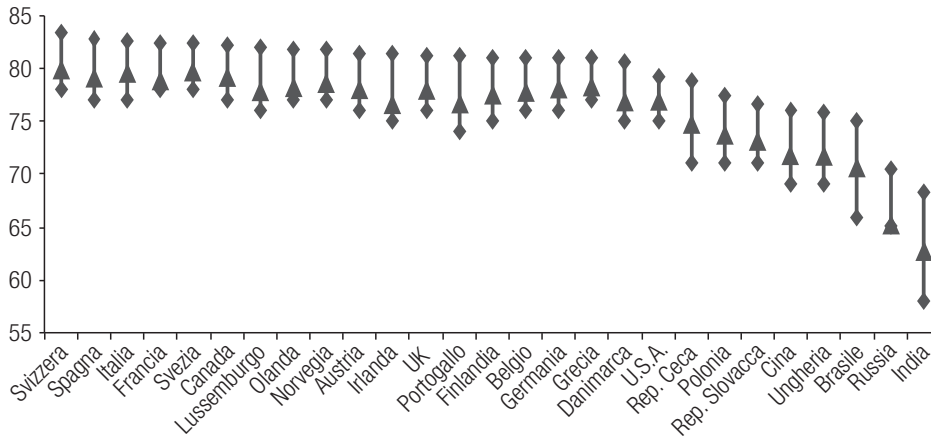
¹³ La mortalità neonatale è definita dal WHO come il numero di morti durante i primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi.

Tabella 2.5 **Aspettativa di vita alla nascita (1990, 2000, 2010-2015)**

Paesi	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Differenza 2000-1990	Differenza 2010-2000	Differenza 2015-2010
Austria	76,0	78,1	80,4	80,8	80,8	81,1	81,4	81,5	2,1	2,3	1,1
Belgio	76,0	77,6	80,0	80,3	80,3	80,7	80,9	81,1	1,6	2,4	1,1
Danimarca	75,0	76,9	79,2	79,7	80,0	80,1	80,4	80,6	1,9	2,4	1,4
Finlandia	75,0	77,5	79,9	80,3	80,4	80,7	80,9	81,1	2,5	2,3	1,2
Francia	78,0	78,8	81,3	81,7	81,5	82,0	82,2	82,4	0,8	2,5	1,1
Germania	76,0	78,0	80,1	80,5	80,6	80,6	80,9	81,0	2,0	2,1	0,9
Grecia	77,0	78,2	80,3	80,5	80,4	80,6	80,8	81,0	1,2	2,1	0,7
Irlanda	75,0	76,4	80,6	80,4	80,5	81,0	81,2	81,4	1,4	4,2	0,8
Italia	77,0	79,4	81,8	82,0	82,0	82,3	82,5	82,7	2,4	2,4	0,8
Lussemburgo	76,0	77,8	80,6	80,8	81,1	81,4	81,7	82,0	1,8	2,8	1,3
Olanda	77,0	78,1	80,8	81,1	81,1	81,4	81,7	81,9	1,1	2,7	1,1
Portogallo	74,0	76,6	79,6	80,2	80,3	80,6	80,9	81,1	2,6	2,9	1,6
Spagna	77,0	79,1	81,9	82,1	82,0	82,4	82,6	82,8	2,1	2,9	0,9
Svezia	78,0	79,6	81,5	81,7	81,7	81,9	82,3	82,4	1,6	1,9	0,9
UK	76,0	77,8	80,2	80,6	80,6	80,7	81,0	81,2	1,8	2,4	1,0
Norvegia	77,0	78,5	81,0	81,1	81,3	81,5	81,6	81,8	1,5	2,4	0,8
Swizzera	78,0	79,7	82,3	82,6	82,7	83,0	83,2	83,4	1,7	2,6	1,0
Repubblica Ceca	71,0	74,7	77,5	77,8	78,0	78,2	78,6	78,8	3,7	2,8	1,4
Repubblica Slovacca	71,0	73,0	75,1	75,6	75,8	76,1	76,4	76,7	2,0	2,1	1,5
Polonia	71,0	73,7	76,3	76,7	76,8	77,1	77,3	77,5	2,7	2,5	1,3
Ungheria	69,0	71,7	74,5	74,8	75,0	75,5	75,6	75,8	2,7	2,7	1,4
U.S.A.	75,0	76,8	78,7	78,7	78,8	78,9	79,1	79,3	1,8	1,9	0,6
Canada	77,0	79,1	81,2	81,5	81,6	81,8	82,0	82,2	2,1	2,1	0,9
Brasile	66,0	70,5	73,8	74,1	74,5	74,7	74,8	75,0	4,5	3,3	1,2
Russia	69,0	65,0	68,4	69,4	69,6	70,0	70,3	70,5	-4,0	3,3	2,1
India	58,0	62,5	66,4	66,8	67,3	67,6	68,0	68,3	4,5	3,9	1,9
Cina	69,0	71,7	75,0	75,2	75,4	75,6	75,8	76,1	2,7	3,3	1,0

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

Figura 2.3 **Aspettativa di vita alla nascita (1990, 2000, 2015)**



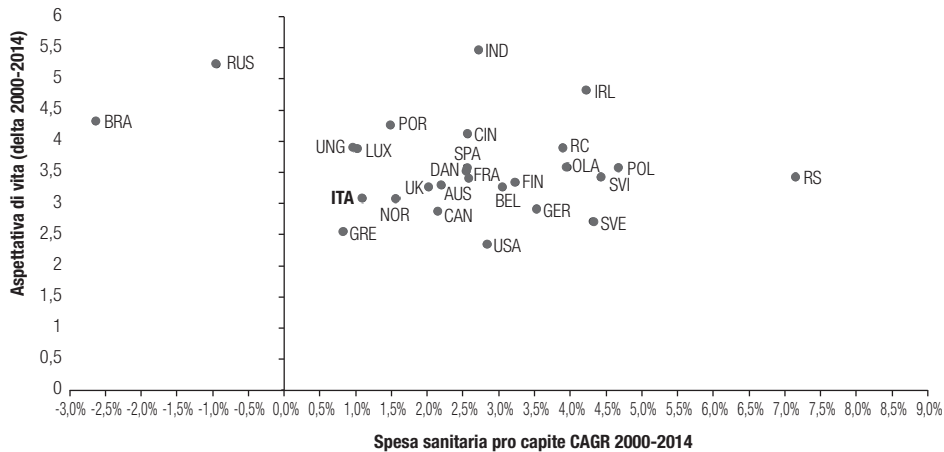
Nota: L'estremità inferiore della linea è il dato 1990, il triangolo è il dato 2000, l'estremità superiore è il dato 2015.

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

dell'Europa orientale (Repubblica Ceca +7,8, Ungheria +6,8, Polonia +6,5) e occidentale (Irlanda +6,4, Portogallo +7,1). I Paesi con minore crescita, oltre alla Russia, sono Grecia (+4,0), USA (+4,3), Svezia e Francia (+4,4).

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 2000-2014.

Figura 2.4 **Relazione tra incremento della spesa sanitaria totale pro capite, valori reali (CAGR 2000-2014) e aumento dell'aspettativa di vita alla nascita (2000-2014)**



Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

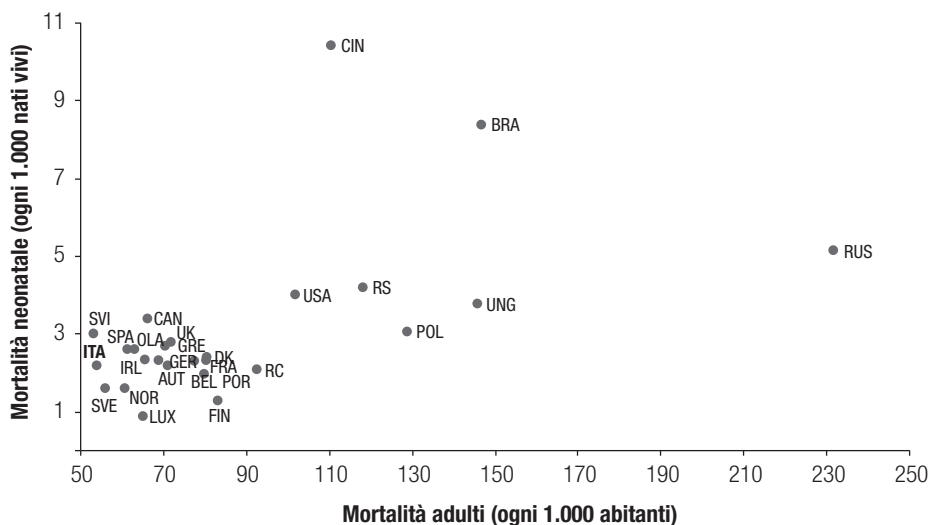
Rispetto a quanto riportato nel precedente Rapporto (con riferimento al periodo 2000-2013) si nota uno spostamento dell'India sull'asse delle ascisse: il CAGR 2000-2014 per la spesa sanitaria pro-capite del Paese è infatti positivo (+2,7%), riallineandosi al progressivo aumento dell'indicatore avvenuto tra il 2000 e il 2012.

L'indicatore di mortalità per tutte le cause è espressione della qualità dell'insieme dei servizi sanitari e in generale dello stato di salute medio 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 Figura 2.5).

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

Paesi	Mortalità adulti (15-60) - ogni 1000 abitanti			Mortalità adulti (15-60) - delta donne uomini ogni 1000 abitanti			Mortalità neonatale ogni 1000 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 2016

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

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

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

A livello di mortalità degli adulti, si nota una diminuzione generale del numero di morti ogni 1.000 abitanti tra il 1990 e il 2013¹⁴, 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 Paesi. 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 BRIC (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 tra donne e uomini: il minor livello di mortalità delle donne è infatti rappresentato dal delta negativo in tutti i Paesi nel periodo considerato (Tabella 2.6), nonostante si segnali una progressiva e generalizzata riduzione del *gender gap* (unica eccezione rappresentata dall'India).

La mortalità neonatale è in calo in tutti Paesi, anche se permangono situazioni di forte criticità nel gruppo BRIC, 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'effett-

¹⁴ Dato 2014 e relativi aggiornamenti non disponibili.

to 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.

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 intensa domanda di servizi sanitari, in particolare per la maggior prevalenza di patologie croniche che conducono ad un impegno economico per le spese sanitarie maggiore rispetto a quello sostenuto per la componente della popolazione al di sotto dei 65 anni di età (cfr *infra*). 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 del 5,6% (India) a un massimo del 22,4% (Italia). La media tra i Paesi selezionati nel 2015 è del 16,7%. I dati (Tabella 2.7) mostrano in generale un aumento della percentuale di cittadini con oltre 65 anni negli ultimi quindici anni, con poche eccezioni: il Lussemburgo, in cui il trend è leggermente negativo (-0,1%) e la Russia, dove la percentuale è rimasta pressoché costante (+0,9%). Negli ultimi cinque anni, in particolare, nessun Paese registra un trend negativo e l'incidenza media di cittadini con oltre 65 anni è aumentata di 1,6 punti percentuali. Tra i Paesi con popolazione più giovane si collocano i BRIC, con una incidenza minore del 10%, ad eccezione della Russia, dove è pari al 13,4%.

2.3.2 Determinanti non mediche della salute

Le determinanti non mediche della salute forniscono un quadro dello stile di vita della popolazione e dei fattori di rischio presenti, che impattano sull'insorgere di alcune patologie, con conseguenti effetti sulla domanda di prestazioni sanitarie e, quindi, sulla spesa. Le misure selezionate (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 moderatamente correlati (coefficiente di correlazione 0,42), così come la percentuale di popolazione obesa e il consumo di alcool (0,60). Minore è la correlazione tra inattività fisica e obesità (0,25), mentre quella tra inattività fisica e consumo di alcool è quasi pari a 0 (-0,08).

Un primo indicatore da considerare come determinante di un peggioramento dello stato di salute è, dunque, il consumo di tabacco (inteso come percentuale di popolazione che fuma un qualunque tipo di tabacco). Grecia (43,4%) e Russia (39,5%) registrano valori intorno alla soglia del 40%. Tra i Paesi con minor consumo si collocano l'India con il 12,4%, il Brasile con il 16,1% e il Canada con

Tabella 2.7 **Percentuale popolazione > 65 anni (1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2013, 2014, 2015)**

Paesi	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014	2015	Differenza 2000-1990	Differenza 2010-2000	Differenza 2015-2010
Austria	14,8	15,1	15,3	16,1	17,7	18,4	18,6	18,8	0,5	2,4	1,0
Belgio	15,1	16,0	16,9	17,2	17,2	17,8	18,0	18,2	1,9	0,3	1,0
Danimarca	15,6	15,3	14,9	15,1	16,7	18,0	18,5	19,0	-0,8	1,8	2,3
Finlandia	13,4	14,2	14,9	15,9	17,1	19,0	19,8	20,5	1,5	2,2	3,3
Francia	14,0	15,1	16,1	16,6	17,0	18,2	18,7	19,1	2,1	0,9	2,1
Germania	14,9	15,4	16,2	18,8	20,6	21,0	21,1	21,2	1,3	4,4	0,6
Grecia	13,7	15,3	16,9	18,5	19,0	20,3	20,9	21,4	3,2	2,1	2,4
Irlanda	11,1	10,8	10,5	10,6	11,1	12,3	12,7	13,1	-0,5	0,6	2,0
Italia	14,8	16,5	18,1	19,5	20,4	21,6	22,0	22,4	3,3	2,4	2,0
Lussemburgo	13,4	13,9	14,1	14,4	14,0	13,9	14,0	14,0	0,7	-0,1	0,0
Olanda	12,7	13,1	13,6	14,1	15,6	17,1	17,7	18,2	0,9	2,0	2,7
Portogallo	13,7	15,0	16,3	17,2	18,8	19,9	20,4	20,8	2,6	2,5	2,0
Spagna	13,4	15,1	16,6	16,6	17,2	18,1	18,4	18,8	3,3	0,5	1,6
Svezia	17,8	17,5	17,3	17,3	18,2	19,3	19,6	19,9	-0,5	0,9	1,7
UK	15,7	15,9	15,8	16,0	16,2	17,2	17,5	17,8	0,1	0,3	1,6
Norvegia	16,3	15,9	15,2	14,7	15,0	15,7	16,0	16,3	-1,1	-0,2	1,3
Svizzera	14,6	14,7	15,3	15,8	16,9	17,6	17,8	18,0	0,7	1,6	1,1
Repubblica ceca	12,7	13,2	13,7	14,0	15,4	17,0	17,5	18,1	1,1	1,6	2,7
Repubblica slovacca	10,3	10,8	11,4	11,7	12,4	13,1	13,5	13,8	1,1	1,0	1,5
Polonia	10,1	11,1	12,2	13,2	13,5	14,5	15,0	15,5	2,2	1,2	2,0
Ungheria	13,5	14,3	15,1	15,7	16,7	17,3	17,5	17,8	1,6	1,6	1,1
U.S.A.	12,5	12,6	12,3	12,3	13,0	14,0	14,4	14,8	-0,2	0,7	1,8
Canada	11,2	11,9	12,5	13,1	14,2	15,2	15,7	16,1	1,3	1,6	2,0
Brasile	4,0	4,5	5,1	5,9	6,7	7,3	7,6	7,8	1,0	1,6	1,2
Russia	10,3	12,1	12,4	13,8	13,1	13,2	13,2	13,4	2,1	0,6	0,3
India	3,8	4,1	4,4	4,8	5,1	5,4	5,5	5,6	0,6	0,7	0,5
Cina	5,3	5,9	6,7	7,5	8,2	8,9	9,2	9,6	1,3	1,6	1,3

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

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 \geq 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

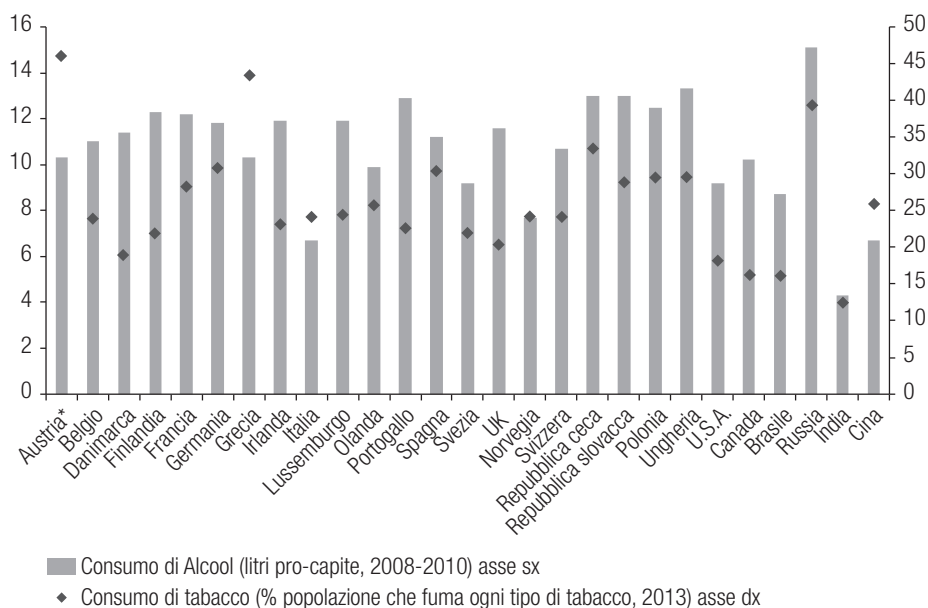
Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

il 16,2%. In Italia, dopo un calo tra il 2008 e il 2009 (al 21%) e un aumento tra 2009 e 2011 (al 25%), si registra una lieve diminuzione (al 24,2%).

Il consumo pro-capite maggiore di alcool (visto come fattore di rischio che si riflette sullo stato di salute della popolazione) 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 litri), nonostante un raddoppio rispetto ai livelli del 2008 (2,6 litri), la Cina (6,7 litri) e l'Italia (6,7 litri).

I Paesi con la maggior proporzione di popolazione adulta con problemi di

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



Note: Il consumo di tabacco in Austria è aggiornato al 2011.

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

obesità (BMI ≥ 30)¹⁵, che possono tradursi in un peggioramento dello stato di salute, 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), 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%).

2.3.3 Malattie non trasmissibili

Le determinanti non mediche della salute sopra illustrate impattano sulla diffusione delle malattie non trasmissibili (*non-communicable diseases, NCDs*), ovve-

¹⁵ Si segnala che l'American Medical Association ha recentemente classificato l'obesità come malattia (AMA, 2013).

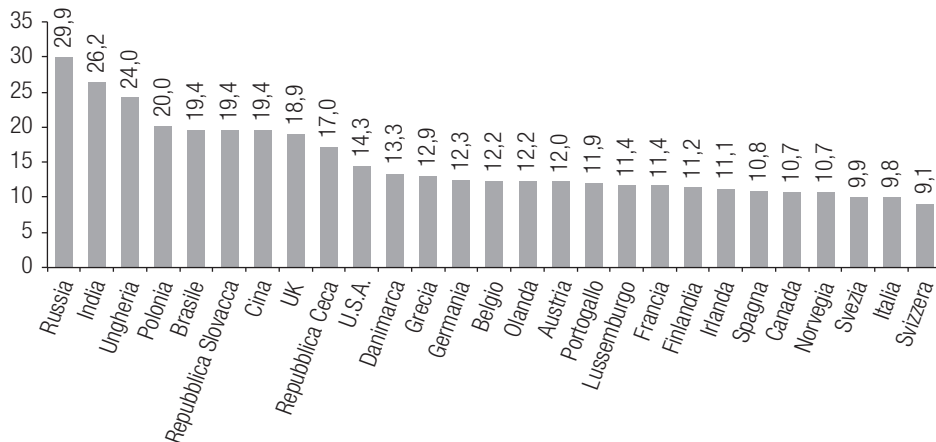
ro patologie a carattere cronico, che non possono diffondersi per contagio e che hanno in genere una progressione lenta e di lunga durata (WHO 2015).

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) (WHO, 2015). 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%, seguita da India (26%) e Ungheria (24%). Risultano meno colpiti Svizzera (9%), Italia e Svezia (entrambi 10%).

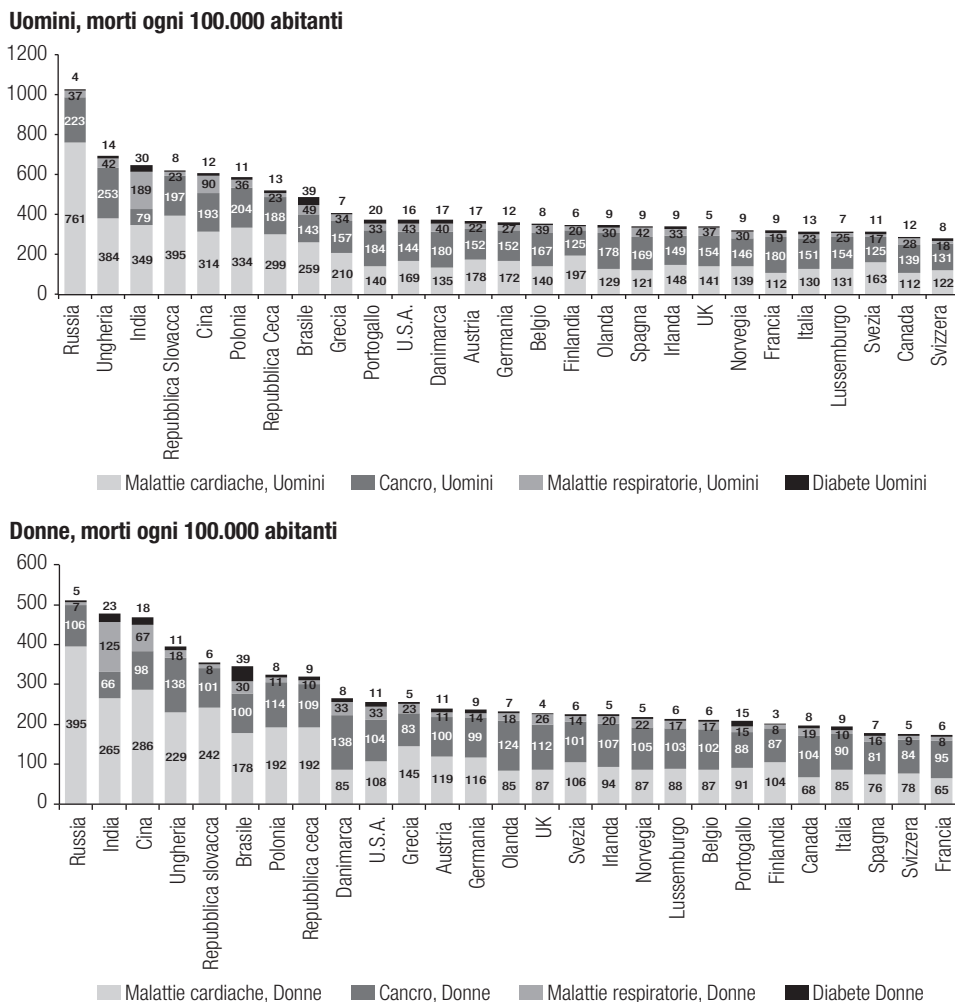
I dati disaggregati mostrano una maggiore mortalità per gli uomini rispetto alle donne in tutte le patologie, ad eccezione del diabete dove la situazione è diversa in Russia e Repubblica Ceca (nel primo caso le donne hanno un tasso di 5 contro 4 degli uomini, nel secondo di 18 contro 12 uomini ogni 100.000 abitanti). Le malattie cardiache rappresentano la principale causa di morte (rispetto alle altre malattie non trasmissibili) per i Paesi BRIC 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

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



Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

Figura 2.8 **Morti per malattie respiratorie, cardiache e cancro ogni 100.000 abitanti (stime standardizzate per età, 2014, uomini vs donne)**



Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

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 incidenza e prevalenza 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.

Nel 2013 tutti i Paesi, ad eccezione di Austria, Svizzera, Spagna, Repubblica Slovacca, Polonia e Lussemburgo¹⁶, 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
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 2016

¹⁶ 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.

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

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
Austria	No	Si
Belgio	No	Si
Brasile	No	No
Canada	No	Si
Cina	Si	Si
Repubblica ceca	No	Si
Danimarca	No	Si
Finlandia	No	Si
Francia	No	Si
Germania	Si	Si
Grecia	No	No
Ungheria	Si	Si
India	No	No
Irlanda	No	Si
Italia	Si	No
Lussemburgo	No	Si
Olanda	Si	Si
Norvegia	No	Si
Polonia	Si	Si
Portogallo	No	Si
Russia	No	No
Repubblica slovacca	No	Si
Spagna	–	No
Svezia	No	Si
Svizzera	Si	No
UK	No	Si
U.S.A.	Si	Si

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

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 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).

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	
Austria	No
Belgio	–
Brasile	Sì
Canada	Sì
Cina	Sì
Repubblica ceca	Sì
Danimarca	Sì
Finlandia	Sì
Francia	–
Germania	Sì
Grecia	–
Ungheria	No
India	No
Irlanda	No
Italia	Sì
Lussemburgo	Sì
Olanda	Sì
Norvegia	Sì
Polonia	–
Portogallo	Sì
Russia	No
Repubblica slovacca	Sì
Spagna	Sì
Svezia	Sì
Svizzera	Sì
UK	Sì
U.S.A.	Sì

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016. Per l'Italia le informazioni sono state aggiornate al 2016 sulla base dei siti web di Regioni e aziende sanitarie

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 BRIC appare migliore rispetto a quanto rilevato nel precedente Rapporto, anche se rimangono alcuni scostamenti in termini di disponibilità di medicinali in Cina e India. Nei restanti Paesi è riportata la 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 dei servizi sanitari

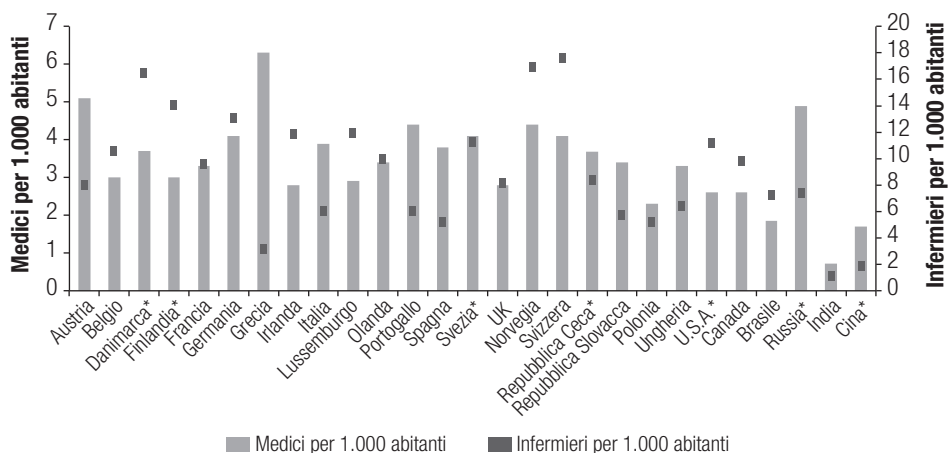
Tra i fattori collegati allo stato di salute, è importante analizzare la struttura dell'offerta e l'accesso ai servizi. La qualità delle cure dipende direttamente dall'estensione dei servizi, dal mix delle competenze, dalla distribuzione geografica e dai livelli di produttività (Ferré e Ricci, 2012). 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 30,2% della spesa sanitaria corrente è destinato alla remunerazione dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (vedi Capitolo 4 del presente Rapporto)¹⁷. 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 2016 – Frequently Requested Data. 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.

¹⁷ Da questo calcolo sono esclusi i liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale come i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati non dipendenti.

Figura 2.9 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2014 o ultimo anno disponibile)**



Note: Numero di medici, ultimo anno disponibile: * 2013.

Il numero di infermieri per Italia, Svezia, Russia, India e Cina è riferito al 2013.

Il numero di infermieri per la Finlandia è riferito al 2012, per il Brasile al 2010.

Sono qui considerati medici e infermieri che esercitano la pratica clinica, fornendo rispettivamente cura e assistenza dirette al paziente. Tra i primi sono ricompresi i MMG e gli specialisti; tra i secondi, sono invece escluse le ostetriche. A causa dell'assenza di dati comparabili, per alcuni Paesi vengono considerate tutte le figure «professionalmente attive» nel settore, includendo, tra gli altri, manager, educatori e ricercatori (con un incremento complessivo di circa il 5-10%) sia rispetto al numero di medici (Canada, Finlandia, Francia, Irlanda, Italia, Olanda e Repubblica Slovacca) che di infermieri (Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Olanda, Portogallo, Repubblica Slovacca e USA).

Fonte: elaborazioni su dati HNP Statistics 2016, World Bank e OECD Health Data 2016

Nel 2014 il numero di medici per 1.000 abitanti risulta mediamente più basso nei Paesi BRIC. In India, infatti, si registra una media di meno di 1 medico ogni 1.000 abitanti (0,7), mentre Cina (dato 2013) e Brasile registrano poco più di 1 medico ogni 1.000 abitanti (rispettivamente 1,7 e 1,9). La Russia (dato 2013), al contrario, si posiziona su livelli molto alti, con oltre 4,9 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, USA e Canada (2,6; 2,2; 2,2 ogni 1.000 abitanti) e i più elevati in Grecia, Austria, Norvegia e Portogallo (rispettivamente 6,3; 5,1; 4,4 e 4,4 ogni 1.000 abitanti). Concentrando l'attenzione alla sola Europa, una bassa dotazione di medici si registra anche in Irlanda, Regno Unito, Belgio, Lussemburgo, Finlandia (tra 2,8 e 3,0). 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 3,4 (2014, o ultimo dato disponibile), eviden-

ziando una stabilità nel reclutamento e nel turnover 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 density*», include il numero (per 1.000 abitanti) di infermieri certificati o registrati che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici. Nell'ultimo anno a disposizione, la Svizzera conta la più alta densità di infermieri per popolazione residente, oltre 17 ogni 1.000 abitanti; seguono Norvegia (16,9), Danimarca (16,5) e Finlandia (14,1). La Grecia, la Spagna e la Polonia registrano il numero più basso di infermieri (rispettivamente 3,2, 5,2 e 5,2 ogni 1.000 abitanti). L'Italia si colloca in posizione intermedia, con un numero di infermieri pari a 6,1 per 1.000 abitanti. A partire dal 2005 la densità degli infermieri è aumentata in tutti i Paesi OECD (+16,0% in media); in controtendenza, Grecia, Irlanda, Regno Unito e Repubblica Ceca, che hanno visto una lieve inversione del trend. L'aumento è stato particolarmente marcato in Svizzera (da 14,1 a 17,6 infermieri ogni 1.000 abitanti), Norvegia (da 13,6 a 16,9). Tra i Paesi BRIC, Brasile e Russia evidenziano dotazioni infermieristiche paragonabili ai paesi OECD, 7,3 e 7,4 infermieri ogni 1.000 abitanti rispettivamente. Decisamente inferiore il numero di infermieri in India e Cina (1,2 e 2,0 per 1.000 abitanti, rispettivamente). Osservando il rapporto tra infermieri e medici¹⁸, Grecia, Spagna e Portogallo presentano all'ultimo anno disponibile una minore disponibilità media di infermieri per medico (rispettivamente 0,5, 1,1 e 1,4 infermieri e ostetriche per medico), insieme alla Cina (1,2 infermieri per medico), mentre Finlandia, Danimarca, Stati Uniti, Svizzera, Irlanda e Lussemburgo 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. 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)¹⁹ per Paese (Tabella 2.12 e Figura 2.10).

Negli ultimi nove anni considerati, il numero di PL per 1.000 abitanti è diminuito in tutti i Paesi, passando da una dotazione media di 5,2 PL ogni 1.000 abitanti a 4,8 (in Italia da 4 a 3,3). 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 ambulatoriale e in regime di *Day Hospital* e *Day Surgery*, riducendo la dotazione necessaria di PL ospedalieri. La riduzione è stata anche accompagnata da una diminuzione

¹⁸ Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *physicians density* e *nurses density*.

¹⁹ Sono inclusi i PL per acuti (*curative care beds*), psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in *day-hospital*.

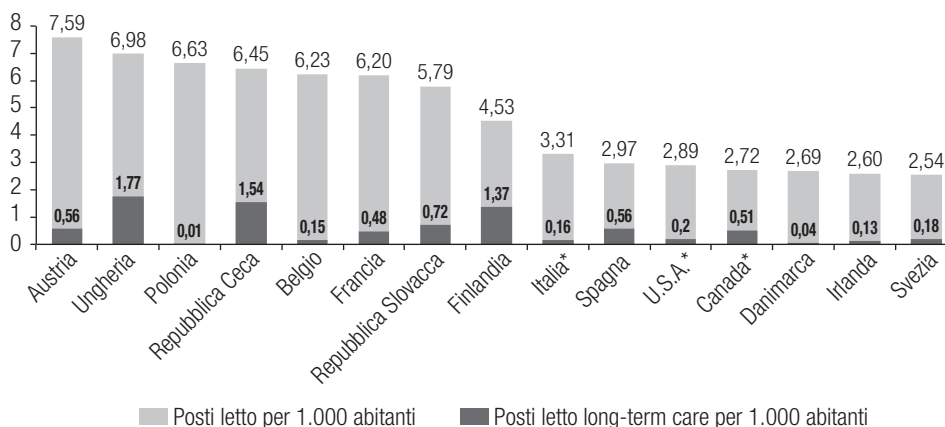
Tabella 2.12 **Numero posti letto ogni 1.000 abitanti (2005-2014)**

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Austria	7,7	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,6
Belgio	7,4	6,7	6,6	6,6	6,5	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2
Danimarca	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,1	n.d.	3,1	2,7
Finlandia	7,1	7,0	6,7	6,6	6,3	5,9	5,5	5,3	4,9	4,5
Francia	7,2	7,1	7,1	6,9	6,7	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2
Germania	8,5	8,3	8,2	8,2	8,2	8,3	8,2	8,3	8,3	8,2
Grecia*	4,8	4,9	4,9	4,8	4,9	4,5	4,5	4,5	4,2	4,2
Irlanda	5,5	5,3	5,1	4,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6
Italia	4,0	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	n.d.
Lussemburgo	5,8	5,7	5,7	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,1	4,9
Olanda	4,5	4,8	4,7	4,7	4,7	n.d.	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	3,3
Spagna	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0
Svezia	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5
UK	3,7	3,5	3,4	3,3	3,3	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7
Norvegia	5,2	5,0	4,9	4,6	4,5	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8
Svizzera	5,5	5,4	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9	4,8	4,7	4,6
Repubblica Ceca	7,6	7,5	7,3	7,2	7,1	7,0	6,8	6,7	6,5	6,5
Repubblica Slovacca	6,8	6,7	6,8	6,6	6,5	6,5	6,1	5,9	5,8	5,8
Polonia	6,5	6,5	6,4	6,6	6,7	6,6	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	7,0
U.S.A.	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	n.d.
Canada	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	n.d.
Brasile	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	n.d.	n.d.
Russia	11,0	10,9	10,7	9,9	9,7	9,4	9,4	9,3	9,1	8,8
India	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5
Cina	1,9	2,0	2,0	2,2	2,3	2,5	2,8	3,1	3,4	3,6

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016

nella degenza media per acuti e, in alcuni Paesi da una diminuzione delle ospedalizzazioni (Tabella 2.13 e Tabella 2.14). Nel 2014, Russia, Germania e Austria registrano il più alto numero di PL, con una media di 8,8, 8,3 e 7,7 PL ogni 1.000 abitanti. La notevole offerta di PL in Germania è associata ad un elevato numero di dimissioni ospedaliere (25.602 dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti) e a lunghe degenze ospedaliere (9,0 giorni contro una media OECD di 8,3), in Austria all'elevato numero di dimissioni (26.276) e in Russia alle lunghe degenze ospedaliere (11,6 giorni). Tra i Paesi OECD i valori più bassi rispetto al numero di PL si registrano in Svezia, Danimarca, Canada, Regno Unito, Irlanda e Stati Uniti, dove oscillano tra 2,6 e 2,9 ogni 1.000 abitanti. In molte circostanze,

Figura 2.10 **Posti letto ogni 1.000 abitanti totale e long-term care (2014 o ultimo anno disponibile)**



* 2013.

Fonte: elaborazioni su dati OECD Health Data 2016

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).

Il Paese che in assoluto registra il più basso livello di dotazione infrastrutturale è l'India, dove in media è disponibile meno di un posto letto per servizi ospedalieri ogni 1.000 abitanti (0,5 per 1.000). Il Brasile si avvicina al livello minimo dei Paesi OECD, in media 2,3 PL ogni 1.000 abitanti (dato 2012) e la Cina raggiunge i 3,6 PL ogni 1.000 abitanti. A livelli ben sopra la media OECD, come visto, si posiziona la Russia con 8,8 PL ogni 1.000 abitanti.

Osservando la ripartizione dei posti letto tra acuti e *long-term care*, si nota una ampia disomogeneità, con livelli che variano da 1,77 PL ogni 1.000 abitanti in Ungheria e 1,37 PL per 1.000 in Finlandia²⁰ a valori prossimi allo zero in Polonia, Danimarca, Svezia, Belgio, Stati Uniti (Figura 2.10). In Italia in media si registrano 0,16 PL per cure di lungo degenza (esclusa la riabilitazione) ogni 1.000 abitanti, in lieve ma costante calo a partire dal 2010 (0,19; -15%).

²⁰ 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).

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 inferiore alla maggior parte dei Paesi OECD (12.549 e 8.438 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

Tabella 2.13 **Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti (2005-2014)**

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Austria	27.317	27.656	27.935	28.115	27.913	27.637	27.443	27.030	26.558	26.276
Belgio	16.324	16.239	16.175	16.697	16.671	16.662	16.583	16.623	16.506	n.d.
Danimarca	15.967	16.024	15.996	15.680	16.031	16.075	15.661	15.346	15.173	n.d.
Finlandia	19.681	19.175	18.610	18.406	18.044	17.776	17.612	17.361	16.947	16.877
Francia	18.234	18.562	18.405	18.606	18.562	18.596	18.566	18.586	18.493	n.d.
Germania	21.840	22.041	22.710	23.259	23.670	23.994	24.290	25.093	25.224	25.602
Grecia	18.810	19.085	19.540	19.856	20.489	19.903	19.803	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	14.202
Italia	14.812	14.665	14.155	13.807	13.529	13.131	12.562	12.196	11.726	11.367
Lussemburgo	17.578	17.074	17.041	16.982	16.640	16.022	16.119	15.653	15.312	14.932
Olanda	10.484	10.730	10.866	11.085	11.488	11.646	n.d.	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	10.847
Spagna	11.677	11.616	11.585	11.495	11.367	11.251	11.111	11.005	11.036	11.261
Svezia	15.902	16.040	16.156	16.190	16.303	16.284	16.448	16.468	16.067	14.661
UK	13.582	13.391	13.331	13.575	13.603	13.554	13.411	13.373	13.257	13.253
Norvegia	18.445	18.674	18.188	18.177	19.818	19.684	19.644	19.537	19.339	19.297
Svizzera	15.276	15.567	15.951	16.167	16.860	17.008	17.055	16.939	17.010	17.043
Repubblica Ceca	22.109	21.572	21.264	20.802	20.733	20.621	20.477	20.891	20.669	20.944
Repubblica Slovacca	18.092	18.262	18.958	18.747	18.971	18.748	18.704	19.644	n.d.	19.987
Polonia	14.295	14.926	14.591	14.803	16.234	16.172	16.346	16.423	16.699	17.135
Ungheria	25.301	24.538	21.316	21.100	21.251	20.592	20.596	20.202	20.202	20.346
U.S.A.	13.072	13.019	12.743	13.083	13.091	12.549	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	8.731	8.574	8.438	8.347	8.259	8.247	8.316	8.321	8.438	n.d.
Brasile	6.220	6.097	6.025	6.168	5.781	5.842	5.746	5.599	n.d.	n.d.
Russia	22.133	23.574	n.d.	22.298	22.337	22.203	21.926	21.507	21.287	n.d.
Cina	4.122	4.460	5.181	5.505	6.282	7.004	7.859	9.242	14.103	14.872

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

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016

regime di ricovero in alcuni Paesi siano invece erogate in modalità ambulatoriale in altri contesti. Quindi, livelli di ospedalizzazione bassi potrebbero segnalare un sistema più incentrato sulle cure ambulatoriali. 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, invece, 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 BRIC di cui 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, seguito dalla Cina (14.872). La Russia registra un valore più vicino 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 (2005-2014, 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, Portogallo e USA) il dato sembra essersi stabilizzato nel corso degli ultimi sette anni considerati. 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 intorno a 8 giornate, oscillando infatti solo di 0,2 punti percentuali tra il 2007 e il 2014. 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 (11,6 e 9,6 giorni rispettivamente), ma con un trend di contenimento.

Un altro indicatore dell'utilizzo dei servizi ospedalieri riguarda le operazioni chirurgiche (Tabella 2.15). Sono state selezionate due procedure²¹ 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. Pressoché in tutti i Paesi, negli ultimi quattro anni considerati, il numero di interventi è in crescita (in media 21 interventi per 100.000 abitanti in più nel 2014 rispetto al 2010), con un aumento

²¹ Con il termine «*surgical procedures*» l'OECD considera tutte le terapie invasive condotte in regime di ricovero.

Tabella 2.14 **Durata media della degenza per acuti (2005-2014)**

Paesi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Austria	8,0	7,9	7,9	7,9	7,8	7,9	7,8	7,9	8,1	8,2
Belgio	8,0	7,9	7,8	8,1	8,2	8,1	8,0	7,9	7,8	n.d.
Danimarca	5,4	5,3	5,2	5,2	4,8	4,6	4,5	4,4	4,3	n.d.
Finlandia	12,7	12,8	13,1	12,6	12,7	11,8	11,4	11,2	10,8	10,6
Francia	11,4	11,2	11,2	10,9	10,5	10,2	10,1	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	9,0
Grecia	7,6	7,3	6,9	6,6	6,7	6,6	6,8	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	6,0
Italia	7,6	7,7	7,8	7,8	7,8	7,9	8,0	8,0	7,9	8,0
Lussemburgo	8,8	8,5	8,8	8,9	9,2	9,3	8,8	8,7	8,8	8,8
Portogallo	8,7	8,6	8,5	8,4	8,6	8,7	8,7	9,0	8,9	8,9
Spagna	8,5	8,3	8,2	8,1	8,0	7,9	7,7	7,6	7,6	7,4
Svezia	6,6	6,6	6,5	6,5	6,4	6,1	5,9	5,8	5,8	5,7
UK	8,9	8,6	8,0	8,0	7,8	7,7	7,3	7,2	7,2	7,1
Norvegia	8,0	7,7	7,6	7,3	7,0	6,8	6,5	6,2	6,1	6,0
Svizzera	11,7	11,3	10,9	10,7	10,5	9,5	9,3	8,8	8,7	8,5
Repubblica Ceca	10,6	10,5	10,3	10,0	10,0	9,9	9,8	9,5	9,4	9,4
Repubblica Slovacca	9,0	8,8	8,6	8,5	8,3	8,2	8,0	7,5	n.d.	7,3
Polonia	8,2	8,0	7,8	7,9	7,7	7,6	7,4	7,1	7,0	6,9
Ungheria	8,7	8,7	9,0	9,2	9,2	9,5	9,5	9,6	9,3	9,5
U.S.A.	6,5	6,4	6,3	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1	6,1	n.d.
Russia	13,8	13,6	13,2	13,1	12,8	12,7	12,6	11,7	12,1	11,6
Cina	n.d.	n.d.	10,8	10,7	10,5	10,5	10,3	10,3	10,0	9,6

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

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016.

più contenuto in Portogallo (6 interventi). La Svezia è l'unico Paese a registrare una riduzione nel periodo considerato (-8 interventi), mentre in Danimarca e Germania il valore si mantiene stabile. Inoltre, nel 2014, Svizzera, Austria, Germania, Belgio (dato 2013), Finlandia e Danimarca riportano il numero di interventi maggiori (oltre 400 procedure ogni 100.000 abitanti), a fronte di una media OECD di 329 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 di antibiotici.

Tabella 2.15 **Procedure chirurgiche: sostituzione ginocchio, sostituzione d'anca (totale): numero di procedure per 100.000 abitanti (2000; 2005; 2000-2014)**

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Austria	n.d.	410,9	481,1	492,7	489,1	491,4	499,9
Belgio	n.d.	380,4	414,2	420,4	432,2	436,6	n.d.
Danimarca	211,6	320,8	400,4	390,1	390,6	389,5	400,5
Finlandia	271,6	382,5	417,7	417,1	442,3	442,5	434,5
Francia	284,0	314,9	349,0	362,2	372,0	381,3	394,1
Germania	n.d.	418,6	489,8	490,3	492,8	472,8	489,8
Irlanda	159,7	179,0	158,8	158,3	165,2	176,3	170,7
Italia	n.d.	227,8	258,6	260,8	267,2	270,0	274,4
Lussemburgo	304,2	376,8	358,1	394,0	396,2	396,8	375,9
Olanda	218,3	275,6	333,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	93,2	123,9	140,2	140,3	151,7	153,5	146,2
Spagna	119,8	173,1	199,1	204,0	205,3	217,2	231,1
Svezia	n.d.	304,6	365,8	356,8	372,3	363,9	357,8
UK	189,0	252,6	305,3	315,9	315,9	323,3	332,6
Norvegia	171,4	202,8	n.d.	n.d.	339,5	330,2	338,8
Svizzera	n.d.	407,5	502,9	511,0	519,2	511,5	518,8
Repubblica Ceca	n.d.	n.d.	275,4	269,9	283,0	285,5	295,7
Polonia	n.d.	46,1	80,4	98,7	103,2	111,6	128,7
Ungheria	n.d.	148,1	128,3	165,5	158,2	177,0	198,6

Note: Non sono disponibili dati relativi alla Repubblica Slovacca

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016

L'indicatore relativo al numero di visite mediche («*doctors' consultations*») riporta il ricorso medio annuo al medico di base e agli specialisti da parte della popolazione. Nel 2014 o nell'ultimo disponibile, il numero di visite mediche pro-capite è particolarmente elevato in Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca e Ungheria (oltre 11 visite annue per abitante), seguito dalla Russia e dalla Germania (rispettivamente 10,2 e 9,9 visite annue per abitante) (Tabella 2.16). In Italia il valore si attesta a 6,8, nella media dei Paesi Europei (6,7). All'opposto, Danimarca, Norvegia, Finlandia, Portogallo, Grecia, USA e Svezia presentano un numero di visite annue pro-capite inferiore a 5 e il Brasile registra il valore più basso con solo 2,8 visite annue. 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 (esempio, 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 e specialisti (vedi

Tabella 2.16 **Numero di visite mediche pro-capite da MMG e specialisti (1995; 2000; 2005; 2010-2014)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Austria	6,3	6,7	6,7	6,9	6,9	6,8	6,8	6,8
Belgio	7,7	7,6	7,2	7,4	7,4	n.d.	n.d.	n.d.
Danimarca	4,1	4,2	4,5	4,6	4,8	4,7	4,6	4,5
Finlandia	4,1	4,3	4,3	4,3	4,2	4,2	4,2	4,2
Francia	6,4	6,9	7,0	6,7	6,8	6,7	6,4	6,3
Germania	6,8	7,7	8,1	9,9	9,7	9,7	9,9	9,9
Grecia	4,3	4,3	3,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	n.d.	6,1	6,1	n.d.	n.d.	n.d.	6,8	n.d.
Lussemburgo	n.d.	n.d.	6,0	5,9	6,1	6,0	5,9	5,9
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	4,1	4,4	4,4	4,2	4,3
Olanda	5,7	5,9	5,4	6,6	6,6	6,2	6,2	8,0
Portogallo	3,2	3,5	3,9	4,1	4,2	4,1	n.d.	n.d.
Svezia	n.d.	n.d.	2,8	2,9	3,0	2,9	2,9	2,9
Spagna	7,8	n.d.	n.d.	n.d.	7,4	n.d.	7,6	n.d.
UK	6,1	5,3	5,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	12,5	12,6	13,2	11,0	11,1	11,1	11,1	n.d.
Repubblica Slovacca	n.d.	14,8	11,3	11,6	11,0	11,2	11,0	11,3
Polonia	5,4	5,4	6,3	6,6	6,8	7,0	7,1	7,2
Ungheria	10,4	11,1	12,9	11,6	11,8	11,8	11,7	11,8
U.S.A.	3,3	3,7	4,0	4,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	6,5	7,4	7,8	7,7	7,8	7,7	7,6	n.d.
Brasile	2,2	2,3	2,4	2,7	2,8	2,8	2,8	n.d.
Russia	9,1	9,4	8,9	10,1	10,3	10,5	10,5	10,2

Nota: Non sono disponibili i dati per Irlanda, India e Cina.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016

il caso degli Stati Uniti, dove, a fronte di un sistema *fee-for-service* il numero di visite medie 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 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 2014 il consumo di antibiotici (Tabella 2.17), misurato come DDD («*defined daily doses*») per abitante, si registra una riduzione superiore al 10% in Francia (-13%), Portogallo (-18%), Ungheria (-24%), Svezia (-12%) e Repubblica Slovacca (-10%) e aumenti significativi in Danimarca (+32%), Irlanda (+31%) e Regno Unito (+38%). Mostrano una certa stabilità nei consumi Lussemburgo, Olanda e Polonia. Italia, Francia e Belgio presentano i valori assoluti più elevati tra i Paesi OECD.

Tabella 2.17 **Consumo di antibiotici (DDD pro-capite)
(1995; 2000; 2005; 2010-2014)**

Paesi	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Austria	n.d.	n.d.	n.d.	14,3	13,6	13,1	13,6	12,7
Belgio	n.d.	25,1	24,1	28,2	28,6	29,4	29,2	28,0
Danimarca	12,8	13,8	16,5	18,8	19,5	18,5	18,7	18,2
Finlandia	21,3	19,1	18,1	18,5	20,1	22,0	20,9	20,7
Francia	n.d.	33,3	28,9	28,2	28,7	29,7	30,1	29,0
Germania	15,2	13,5	13,3	14,0	13,9	14,8	15,7	14,6
Grecia	25,9	29,5	34,7	39,4	34,9	n.d.	18,0	18,1
Irlanda	n.d.	17,6	20,5	20,3	22,6	23,0	23,8	23,1
Italia	n.d.	n.d.	28,4	29,6	30,2	29,3	30,1	29,1
Lussemburgo	n.d.	27,2	26,3	28,6	27,8	27,9	28,1	26,3
Olanda	n.d.	9,8	10,5	11,2	11,4	10,4	10,1	9,7
Portogallo	n.d.	26,3	26,7	22,5	22,4	22,1	22,2	21,6
Spagna	n.d.	19,0	19,3	20,3	20,9	19,4	19,5	22,2
Svezia	n.d.	16,1	16,5	15,7	15,7	15,5	14,7	14,1
UK	n.d.	14,3	15,4	18,7	18,8	19,4	19,5	19,7
Norvegia	n.d.	n.d.	16,8	15,8	16,5	20,9	19,6	19,2
Repubblica Ceca	21,4	19,5	19,8	19,0	19,8	19,2	21,0	21,0
Repubblica Slovacca	20,3	27,6	25,1	24,5	23,7	21,9	25,9	24,8
Polonia	n.d.	22,7	19,6	21,0	22,0	22,6	23,3	22,8
Ungheria	n.d.	18,5	19,5	15,3	14,5	13,5	13,7	14,1
Canada	n.d.	n.d.	n.d.	18,2	18,5	18,1	18,4	17,3

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

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016

2.4.3 Appropriatezza

Per analizzare il grado di appropriatezza 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, Ungheria e Polonia sono i Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei: su 1.000 nati vivi, oltre 350 (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 pro-

Tabella 2.18 **Proporzione di parti cesarei (numero ogni 1.000 nati vivi) (2000; 2005; 2010-2014)**

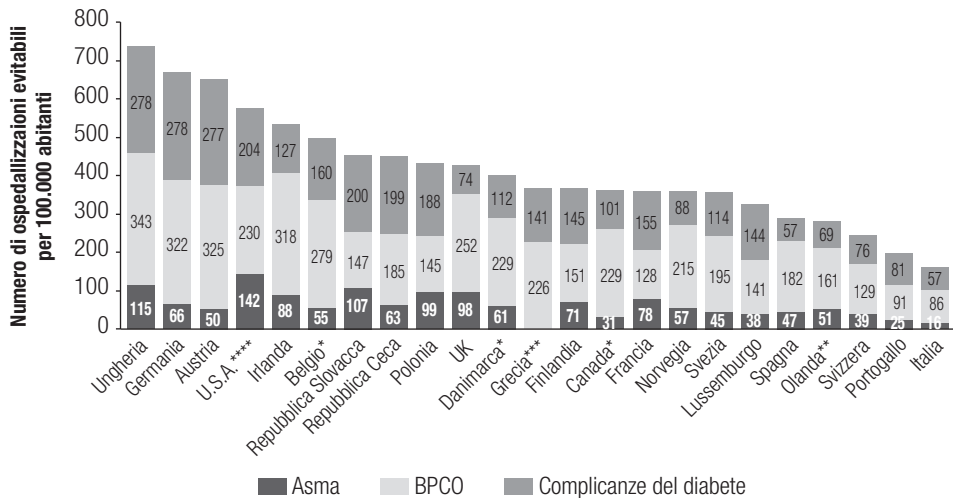
Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Belgio	n.d.	190,3	197,2	201,3	202,3	207,1	n.d.
Danimarca	154,1	200,6	214,3	213,9	211,8	223,5	215,4
Finlandia	157,8	162,8	161,4	161,8	161,9	158,0	157,7
Francia	178,4	198,8	210,2	210,0	208,4	208,1	n.d.
Irlanda	207,5	250,9	260,4	269,0	275,3	284,8	291,2
Italia	n.d.	390,9	384,6	377,1	368,4	361,4	357,0
Lussemburgo	198,7	242,2	257,7	277,4	272,8	270,2	288,3
Olanda	118,7	135,7	155,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Spagna	n.d.	251,0	249,6	249,1	251,5	251,6	250,4
Svezia	n.d.	168,1	164,4	162,1	163	164,2	169,7
UK	196,6	226,4	238,6	242,0	243,3	251,2	252,0
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	164,6	165,5
Repubblica Ceca	128,9	171,3	224,9	232,7	243,9	248,7	254,4
Polonia	n.d.	n.d.	260,4	298,9	315,7	345,7	356,5
Ungheria	n.d.	279,0	324,7	331,9	340,1	349,4	356,7
Canada	209,1	261,9	261,1	262,4	n.d.	n.d.	n.d.

Nota: non sono disponibili i dati di, Grecia, Portogallo, Repubblica Slovacca, U.S.A e i Paesi BRIC.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016

grammazione dei parti. Il numero di parti cesarei è relativamente basso nei Paesi nordici (Norvegia, Svezia, Finlandia e Olanda: mediamente intorno a 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 (2010-2014 o ultimo anno disponibile) è generalmente in crescita in tutti i Paesi ad esclusione di Italia, Finlandia e Francia, dove, tra il 2010 e il 2014, il valore è diminuito (-7,1%; -2,3%; -1,0% rispettivamente).

Le ospedalizzazioni per condizioni croniche rappresentano un ulteriore proxy 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). Oltre metà delle ospedalizzazioni evitabili è legata ad una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma (Figura 2.11). Con oltre 700 ricoveri impropri ogni 100.000 abitanti, l'Ungheria è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate inappropriate, seguito da Germania e Austria (rispettivamente 666 e 651 ricoveri). Svizzera, Portogallo e Italia sono invece i Paesi con il valore più basso (rispettivamente 244, 196 e 159 ricoveri ogni 100.000).

Figura 2.11 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2014)**

**** 2010; *** 2011, **2012, *2013. Non sono disponibili i dati per asma per la Grecia. Non sono disponibili i dati per i Paesi BRIC.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016

2.5 Bisogni di assistenza 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. OECD ed Eurostat forniscono i risultati di alcune *survey* periodiche sulla qualità percepita dei sistemi sanitari e sulla propensione della popolazione alla rinuncia alle cure. 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

Tabella 2.19 Percezione del proprio stato di salute: distribuzione (2012-2014)

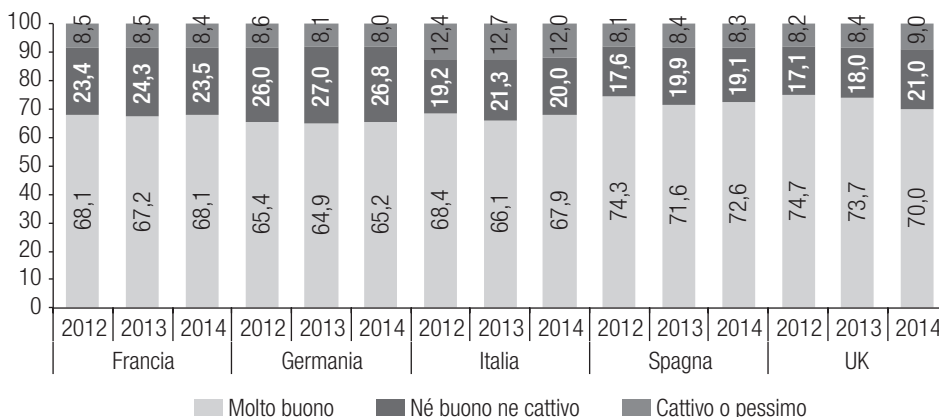
Paesi	2012			2013			2014		
	Molto buono	Né buono né cattivo	Cattivo o pessimo	Molto buono	Né buono né cattivo	Cattivo o pessimo	Molto buono	Né buono né cattivo	Cattivo o pessimo
Austria	70,0	21,0	9,0	68,6	22,4	9,1	69,5	21,6	8,9
Belgio	74,5	16,7	8,8	74,3	17,1	8,6	75,0	15,8	9,2
Danimarca	70,7	21,6	7,7	71,7	20,9	7,5	72,4	20,2	7,4
Finlandia	67,1	26,1	6,8	64,6	28,7	6,7	69,2	24,4	6,4
Francia	68,1	23,4	8,5	67,2	24,3	8,5	68,1	23,5	8,4
Germania	65,4	26,0	8,6	64,9	27,0	8,1	65,2	26,8	8,0
Grecia	74,9	15,8	9,3	73,9	15,6	10,5	73,5	15,8	10,8
Irlanda	82,7	14,3	3,0	82,0	14,4	3,7	82,5	13,5	4,0
Italia	68,4	19,2	12,4	66,1	21,3	12,7	67,9	20,0	12,0
Lussemburgo	73,8	18,9	7,4	71,9	19,8	8,3	72,8	18,9	8,3
Olanda	75,6	18,6	5,8	75,6	19,1	5,3	77,3	17,2	5,4
Portogallo	48,0	33,8	18,2	46,1	35,3	18,6	45,9	35,7	18,3
Spagna	74,3	17,6	8,1	71,6	19,9	8,4	72,6	19,1	8,3
Svezia	80,9	14,8	4,3	81,1	14,8	4,1	80,1	15,9	4,0
UK	74,7	17,1	8,2	73,7	18,0	8,4	70,0	21,0	9,0
Norvegia	78,7	15,0	6,3	76,0	16,0	7,9	78,5	14,6	6,9
Svizzera	81,9	14,9	3,1	80,7	15,6	3,7	79,3	16,9	3,8
Repubblica Ceca	60,4	26,8	12,8	59,6	27,6	12,8	60,7	27,7	11,6
Polonia	57,7	27,6	14,7	58,3	27,4	14,3	58,1	28,1	13,7
Ungheria	57,6	26,4	16,0	56,9	27,3	15,7	57,5	26,7	15,9

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016

dettaglio dei principali Paesi europei è anche riportato nella Figura 2.12. Dal confronto emerge come, a dati 2014, la maggior percentuale di rispondenti che percepiscono il proprio stato di salute «molto buono» sia in Irlanda (82,5%), la minore in Portogallo (46,1%), mentre l'Italia si colloca in posizione intermedia (67,9%). Rispetto al 2013, inoltre, nel nostro Paese è generalmente migliorata la percezione dello stato di salute, con un aumento di 1,8 punti percentuali nella scelta «molto buono» e una riduzione di 0,7 punti percentuali nella scelta «cattivo o pessimo». La tendenza al miglioramento è molto diffusa nei Paesi riportati, con le eccezioni di Portogallo, Svezia, Svizzera e Polonia (percentuale di «molto buono» in riduzione), Belgio, Irlanda e Ungheria (maggiori percentuali di «cattivo o pessimo»), Grecia e Regno Unito (contestualmente, percentuale di «molto buono» in riduzione e maggiori percentuali di «cattivo o pessimo»).

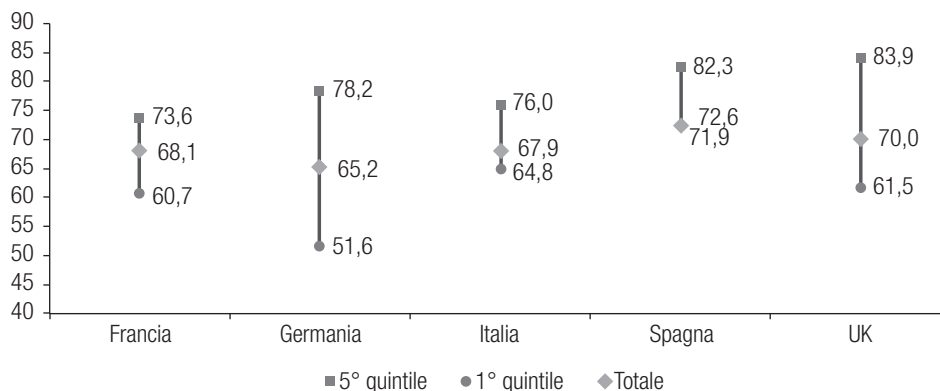
Nella Figura 2.13 sono posti a confronto i dati 2014 dei cinque principali Paesi europei con riferimento alla percentuale di rispondenti che dichiarano di percepire uno stato di salute «molto buono», con dettaglio della variabilità tra primo e quinto quintile di reddito. Emerge chiaramente che la vera 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 26,6 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 (11,2 punti percentuali) ma la media è molto più vicina alla risposta del primo quintile. Lo stato di salute è,

Figura 2.12 **Percezione del proprio stato di salute: distribuzione nei principali Paesi europei (2012-2014)**



Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016

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 (2014)**



Nota: Per primo quintile di reddito si intende il 20% più povero della popolazione; viceversa, il quinto quintile si riferisce al 20% più abbiente.

Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2016

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 trattamento, con la possibilità, per le fasce estremamente alte di reddito, di accedere a servizi di qualità superiore.

Insieme alla percezione riguardante lo stato di salute, è interessante osservare se i pazienti riportino di aver rinunciato alle cure. 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 tem-

Tabella 2.20 **Bisogni non soddisfatti: causa del mancato soddisfacimento (2014, 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
2014									
Austria	99,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Belgio	97,2	0,2	0,0	0,1	0,0	2,1	0,2	0,0	0,1
Danimarca	93,1	2,3	0,8	0,4	0,1	0,4	0,2	0,8	1,9
Finlandia	95,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	3,1	1,4
Francia	93,7	1,3	1,1	0,6	0,1	2,3	0,1	0,4	0,4
Germania	93,6	1,4	1,1	0,3	0,1	0,6	0,1	0,9	1,9
Grecia	87,3	0,5	0,6	0,3	0,1	9,7	0,3	0,9	0,2
Irlanda	95,6	0,3	0,1	0,1	0,0	2,6	0,0	1,1	0,2
Italia	92,2	0,1	0,2	0,1	0,0	6,2	0,1	0,8	0,3
Lussemburgo	95,3	2,5	0,7	0,3	0,1	0,6	0,0	0,1	0,4
Olanda	98,6	0,2	0,1	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,5
Portogallo	94,5	0,6	0,6	0,4	0,0	3,0	0,1	0,4	0,4
Spagna	94,6	2,4	1,3	0,3	0,0	0,5	0,0	0,1	0,7
Svezia	90,8	3,7	1,3	0,3	0,8	0,5	0,1	1,0	1,7
UK	95,9	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	2,0	1,4
Norvegia	98,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,6	0,8
Svizzera	98,1	0,2	0,2	0,0	0,0	1,0	0,0	0,1	0,4
Repubblica Ceca	96,1	1,5	0,6	0,2	0,1	0,5	0,3	0,3	0,4
Polonia	87,1	1,8	1,9	0,7	0,1	3,1	0,3	4,4	0,6
Ungheria	93,0	2,1	1,6	0,4	0,0	2,1	0,2	0,2	0,3
2013									
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

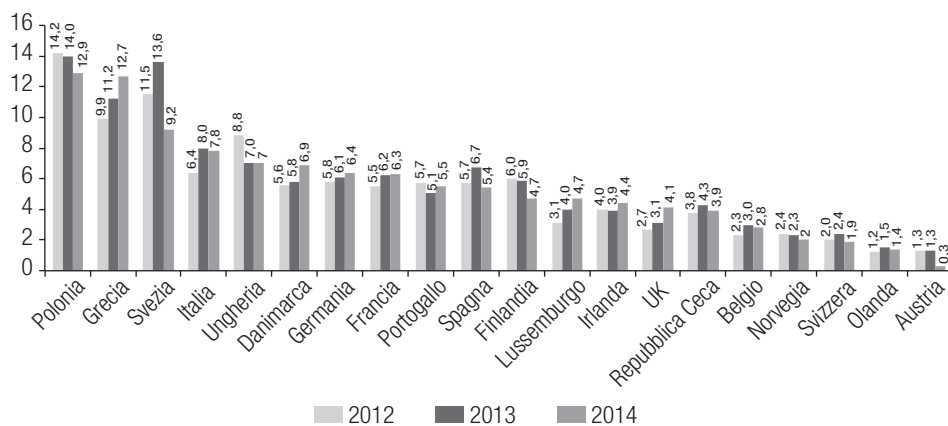
Tabella 2.20 (segue)

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
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
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 2016

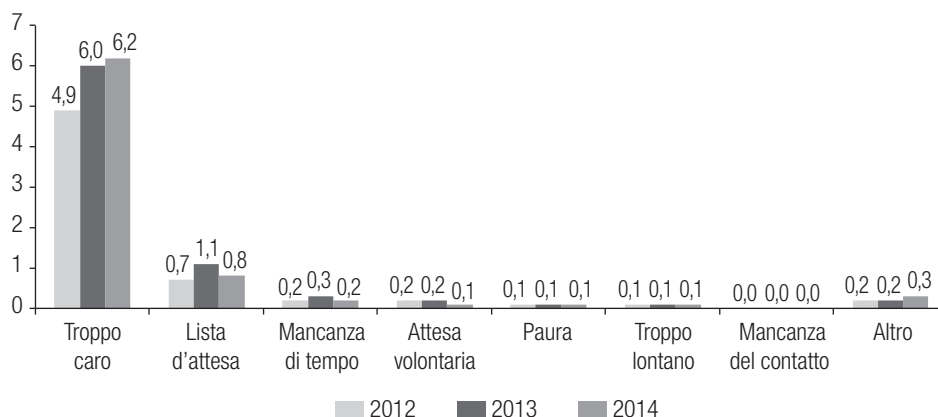
pi di attesa), che hanno gradualmente influenzato la percezione stessa della necessità di trasformazione del bisogno in domanda, tanto che il bisogno insoddisfatto non è imputato direttamente a tali barriere ma piuttosto a una libera scelta. In secondo luogo, è possibile collegare tale evidenza a una 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 (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 (anche la distanza della Grecia si è progressivamente e significativamente ridotta), mentre l'Austria riporta il livello più basso. L'Italia è tra i Paesi con maggiori bisogni insoddisfatti anche nel 2014, anche se in controtendenza rispetto all'ultima rilevazione, registrando una, seppur contenuta, riduzione (7,8% contro 8%). Più in dettaglio (Figura 2.15), la rinuncia alle cure per ragioni di costo è ulteriormente aumentata dal 6,0% del 2013 al 6,2% del 2014. Questa evidenza segnala chiaramente la diffusione di fenomeni di *undertreatment*. Come emerge dalla Figura 2.16, peraltro, i bisogni non soddisfatti aumentano indipendentemente dal quintile di reddito. Unica eccezione è rappresentata dal secondo quintile, in cui, rispetto all'anno precedente, si registra una riduzione. Tale fenomeno può essere letto come risultato dell'effetto prezzo, con una elasticità superiore a quella normalmente riscontrata nei servizi sanitari, piuttosto che dell'effetto reddito.

Figura 2.14 **Bisogni non soddisfatti: percentuale di popolazione che dichiara bisogni sanitari non soddisfatti per qualsiasi ragione (2014, 2013 e 2012)**



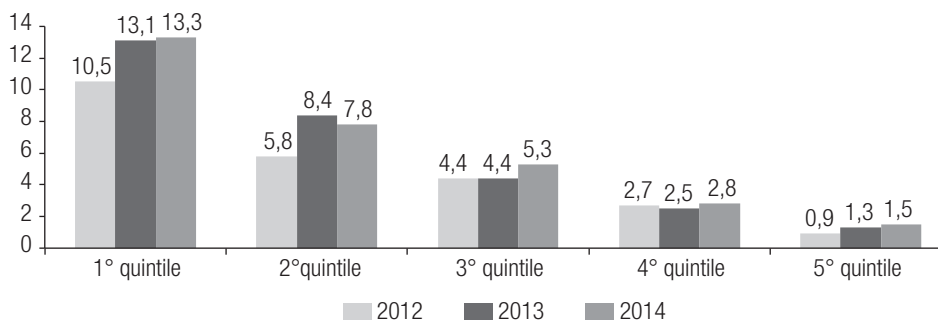
Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2016

Figura 2.15 **Bisogni non soddisfatti: dettaglio Italia per causa (2014, 2013 e 2012)**



Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2016

Figura 2.16 **Bisogni non soddisfatti: dettaglio Italia per quintile di reddito (2014, 2013 e 2012)**



Fonte: elaborazione su dati Eurostat 2016

2.6 Discussione e conclusioni

La relazione profondamente endogena tra stato di salute, utilizzo di risorse e assetti strutturali rende impossibile una lettura causale del rapporto tra queste dimensioni dei sistemi sanitari. È, tuttavia, possibile trarre alcuni spunti dall’osservazione contemporanea e dinamica di alcuni indicatori. Volendo posizionare il sistema sanitario italiano all’interno del panorama internazionale, va innanzitutto notato che l’Italia si caratterizza per un sistema piuttosto parsimonioso. Nel 2014, la spesa sanitaria totale pro-capite è inferiore rispetto a quella

dei principali Paesi EU (solo la Spagna ha dei livelli leggermente inferiori), sebbene il livello di copertura pubblica sia più basso (76% contro l'83% del Regno Unito, il 78% della Francia e 77% della Germania; la Spagna, invece, ha una copertura pubblica più bassa, pari al 71%). Emerge, quindi, un quadro europeo dove la parsimonia complessiva va a scapito della copertura pubblica. Questo risultato è spiegabile in funzione di una non perfetta sostituibilità tra spesa pubblica e spesa privata, poiché una diminuzione di spesa pubblica si compensa solo in parte con maggiore spesa privata e la rimanente parte è spiegata dalla riduzione della domanda. La reazione dei pazienti, scomposta tra accesso *out-of-pocket* ai servizi e rinuncia alle cure si è invertito, almeno in Italia, nel 2014. Nel 2013, infatti, era evidente come i pazienti preferissero contenere le spese rinunciando alle cure, mentre nel 2014 la tendenza a rinunciare alle cure è diminuita rispetto al 2013 (dall'8% al 7,8%), mentre è aumentata la spesa *out-of-pocket* (la sua incidenza sulla spesa totale è passata dal 18% del 2013 al 21% del 2014). Tale tendenza è anche influenzata da un leggero miglioramento del ciclo economico che, sempre di più quindi, influenza la *performance* dei sistemi sanitari. Un aspetto altrettanto importante è il graduale cambiamento del ruolo percepito delle compartecipazioni. In sistemi pubblici sempre più soggetti a vincoli di spesa, le compartecipazioni potrebbero evolvere da semplice sostituto della spesa pubblica (e pertanto a rischio di iniquità) a contributo per l'*upgrade* dei servizi (cfr. *supra*). Un altro dato interessante è che la copertura pubblica della spesa sanitaria nei principali sistemi europei è molto più elevata (in termini percentuali) di quella degli Stati Uniti, pur essendo la spesa pubblica pro-capite di questi ultimi più del doppio in termini assoluti. Rispetto allo stato di salute, i dati riferiti al 2015 mostrano come l'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita sia notevole in molti sistemi, con una media di 3,8 anni in più rispetto al 2000. L'Italia mostra un incremento minore (+3,3 anni), sebbene ciò sia in parte dovuto al fatto che il dato era già alto nel 2000, mentre gli Stati Uniti, sebbene abbiano un'aspettativa di vita inferiore (3,4 anni in meno), hanno anche riportato un incremento meno consistente negli ultimi 15 anni (solo 2,5 anni in più). Di fatto, l'aspettativa di vita negli U.S.A. oggi è pari a quella dell'Italia nel 2000. Con riferimento alla mortalità per le principali malattie non trasmissibili (cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie), la mortalità varia molto tra i vari Paesi. La Russia è il Paese dove la mortalità per malattie non trasmissibili è più alta e, ogni anno, muoiono più di 1.000 uomini e 500 donne ogni 100.000 abitanti a causa di tali patologie. L'Italia mostra tassi di mortalità decisamente più bassi, con mortalità più alte solo di Svizzera, Spagna e Francia. Minore di Spagna e Francia e maggiore solo se confrontata alla Svizzera è la probabilità di morte per le stesse cause nella fascia di età 30-70. Accanto alle valutazioni relative agli esiti e ai costi dei sistemi sanitari, anche con riferimento agli assetti strutturali si rilevano profonde differenze. La dotazione di posti letto, ad esempio è particolarmente variabile, con l'Italia

che si porta a tassi decisamente inferiori rispetto agli altri Paesi considerati (3,31 posti letto ogni 1.000 abitanti, di cui 0,16 per pazienti lungodegenti). Tra i principali Paesi europei soltanto il Regno Unito, la Danimarca, la Svezia, l'Irlanda e la Spagna registrano un numero di posti letto inferiore all'Italia. Con riferimento al numero di medici e infermieri, in Italia ci sono 3,9 medici e 6,1 infermieri per 1.000 abitanti. Rispetto agli altri principali Paesi europei, il numero di medici è inferiore solo alla Germania, Paese in cui sia medici sia infermieri sono più numerosi rispetto alla media europea. All'opposto si colloca la Spagna, dove il numero di medici e infermieri per 1.000 abitanti è inferiore. Invece, in Francia e nel Regno Unito un numero minore di medici rispetto all'Italia è compensato da un maggior numero di infermieri, segnalando un approccio differente alle cure. In termini di utilizzo dei servizi, l'Italia mostra un dato di dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti in calo negli anni e inferiore alla media europea, con una degenza media allineata a quella dei principali Paesi europei. Un utilizzo limitato dei ricoveri ospedalieri, è anche associato a un livello di appropriatezza elevato, sottolineando come parte dell'efficienza del sistema sia anche dovuto a un buon grado di consapevolezza e collaborazione da parte dei pazienti. I ricoveri inappropriati per asma, BPCO e diabete sono i più bassi tra i Paesi analizzati, mentre stanno anche diminuendo i parti cesarei, sebbene l'Italia sia il Paese con il maggior tasso di utilizzo di tale procedura. Una nota parzialmente discordante riguarda l'utilizzo di antibiotici, dove l'Italia è ormai da anni il Paese che registra il più alto consumo pro-capite. In sintesi, dal confronto internazionale emerge come l'Italia sia un sistema parsimonioso, con buoni esiti finali e un livello di equità accettabile, verificato dalla limitata variazione dello stato di salute percepito tra le varie fasce di reddito. Inoltre, a livello di dotazione di risorse (posti letto e personale), l'Italia mostra una configurazione *potenzialmente* efficiente, sebbene la distribuzione sul territorio non sia omogenea. Tale configurazione, associata alle politiche di gestione delle ospedalizzazioni produce un numero limitato di ricoveri e un utilizzo dell'ospedale tendenzialmente più appropriato che in altri Paesi, anche se i rischi di una mancata erogazione di servizi ospedalieri a causa di liste di attesa troppo lunghe è diventato ormai concreto. Non mancano, tuttavia, segnali di attenzione e, in particolare, la riduzione della copertura pubblica della spesa sanitaria con conseguente ribaltamento di alcune voci di spesa sui cittadini. A questo proposito è importante notare che la disponibilità a pagare per le voci *out-of-pocket* si dimostra prociclica in quanto i pazienti in fase negative dell'economia non spendono privatamente in servizi anche se l'offerta pubblica viene ridotta. In altre parole, austerità di bilancio e crisi economica creano problemi di accesso ai servizi sia tramite SSN che privatamente. Questa circostanza rende il nostro sistema sanitario più sensibile alle variazioni del ciclo economico e diminuisce la capacità del sistema di assorbire o contrastare le fluttuazioni dell'economia nel suo complesso.

Bibliografia

- American Medical Association (2013), «AMA Adopts New Policies on Second Day of Voting at Annual Meeting». Disponibile <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2013/2013-06-18-new-ama-policies-annual-meeting.page>
- 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., Costa F., e Sommariva S. (2015), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, 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. *et al.* (2002), «A European Study on the Relationship Between Antimicrobial Use and Antimicrobial Resistance», *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 8, pp. 278-282.
- CMS (2016), «March 31, 2016 Effectuated Enrollment Snapshot» – Factsheet. Disponibile <https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Factsheets/2016-Fact-sheets-items/2016-06-30.html> (ultimo accesso: 16 luglio 2016).
- 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 (2016). «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 (2016), «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 (2010), Global status report on Non Communicable diseases. Disponibile http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (ultimo accesso 15 luglio 2016).
- WHO (2015), Non communicable diseases – Factsheet. Disponibile <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (ultimo accesso 15 Luglio 2016).
- WHO (2012). NCDs mortality and morbidity – Factsheet. Disponibile http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ (ultimo accesso 15 Luglio 2016).
- WHO (2016). «World Health Statistics». Global Health Observatory database.
- World Bank (2016), Indicators – Population ages 65 and above (% of total). Disponibile <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS> (ultimo accesso 15 Luglio 2016).
- WHO (2013), «Canada: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- WHO (2011), «Portugal: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.