

## RELAZIONE

Negli ultimi decenni i paesi europei hanno raggiunto importanti risultati per quanto concerne la salute della popolazione. Negli Stati membri dell'Unione europea (UE) la speranza di vita alla nascita è aumentata di più di sei anni dal 1980 raggiungendo i 79 anni nel 2010, mentre la mortalità prematura si è ridotta sensibilmente. Più di tre quarti di questi anni di vita dovrebbero trascorrere senza risentire di limitazioni d'attività. L'aumento della speranza di vita può essere spiegato con le migliorate condizioni di vita e di lavoro e con determinati comportamenti che influiscono sulla salute, ma va anche indicato il ruolo di un migliore accesso all'assistenza sanitaria e della qualità dell'assistenza come si vede ad esempio nel caso della notevole riduzione della mortalità in seguito a un infarto o a un ictus.

Molti di questi miglioramenti sul piano della salute sono stati ottenuti con notevoli costi finanziari. Fino al 2009 la spesa della sanità nei paesi europei è aumentata a un ritmo più veloce del resto dell'economia e il settore della sanità ha assorbito una quota crescente del prodotto interno lordo (PIL). Con l'inizio della crisi economica e finanziaria nel 2008 molti paesi europei hanno ridotto la spesa sanitaria nel contesto degli sforzi generali per il contenimento dei deficit di bilancio e del crescente indebitamento pubblico. Sebbene questi tagli fossero in certa misura inevitabili, alcune delle misure adottate possono avere un impatto sugli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari. È quindi importante il monitoraggio continuativo dei dati e degli indicatori sulla sanità e sui sistemi sanitari: esso fornisce indicazioni sull'impatto potenziale di breve e lungo periodo delle mutate condizioni economiche e delle politiche sanitarie per quanto concerne l'accesso alle cure, la loro qualità e i risultati terapeutici.

Questa seconda edizione di *Uno sguardo alla sanità: Europa* presenta i più recenti dati comparabili in relazione a indicatori selezionati relativi alla salute e ai sistemi sanitari in 35 paesi europei – i 27 Stati membri dell'Unione europea, cinque paesi candidati e tre paesi dell'EFTA – fino al 2010. La selezione degli indicatori si è basata sugli indicatori sanitari della Comunità europea (ECHI) un elenco d'indicatori sviluppati dalla Commissione europea per orientare lo sviluppo e la rendicontazione delle statistiche sanitarie. La pubblicazione fornisce informazioni dettagliate sulla spesa sanitaria e sulle tendenze dei finanziamenti attingendo ai risultati prodotti dall'OCSE, da Eurostat e dal questionario annuale congiunto dell'OMC sui conti della sanità. La pubblicazione comprende anche un nuovo capitolo sulla qualità dell'assistenza sanitaria che rispecchia i progressi raggiunti nel contesto del progetto dell'OCSE sugli Indicatori della qualità dell'assistenza sanitaria (Health Care Quality Indicators). I dati presentati in questa sede provengono essenzialmente dalle statistiche ufficiali nazionali raccolte individualmente o congiuntamente dall'OCSE, da Eurostat o da OMC-Europa, nonché sulla base di indagini multipaese come ad esempio l'indagine sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (indagine HBSC).

*Uno sguardo alla sanità: Europa 2012* presenta le tendenze nel tempo e le variazioni registrabili nei paesi europei alla luce di cinque ampie tematiche: 1) situazione sanitaria della popolazione; 2) fattori di rischio per la salute; 3) risorse e attività dei sistemi di assistenza sanitaria; 4) qualità dell'assistenza per le malattie croniche e acute; 5) spesa sanitaria e fonti di finanziamento. La pubblicazione offre alcune spiegazioni di tali variazioni e delinea il contesto per ulteriori ricerche e

analisi al fine di meglio comprendere le cause che sottendono tali variazioni e di sviluppare opzioni strategiche per ridurre il divario rispetto ai paesi che raggiungono risultati migliori. Molti indicatori presentano una ripartizione per sesso ed età in ciascun paese e diversi comprendono un'ulteriore ripartizione in base ai redditi o ai livelli d'istruzione. Questi indicatori dimostrano che le variazioni possono essere altrettanto pronunciate *all'interno* di un paese a seconda delle regioni, dei gruppi socioeconomici o dei gruppi etnico/razziali come lo sono *tra* diversi paesi.

### **La situazione sanitaria è migliorata notevolmente nei paesi europei anche se persistono grandi disparità**

- La speranza di vita alla nascita nei paesi dell'UE è aumentata di più di 6 anni tra il 1980 e il 2010. Nell'Unione europea la speranza di vita alla nascita per il triennio 2008-10 era mediamente di 75,3 anni per gli uomini e di 81,7 anni per le donne. La Francia presentava la maggiore speranza di vita per le donne (85,0 anni) e la Svezia per gli uomini (79,4 anni). La speranza di vita alla nascita nell'UE risultava più bassa in Bulgaria e in Romania per le donne (77,3 anni) e in Lituania per gli uomini (67,3 anni). Tra gli Stati membri dell'UE il divario tra le speranze di vita alla nascita maggiori e minori è di circa 8 anni per le donne e 12 anni per gli uomini (figura 1.1.1).
- Nell'Unione europea in media gli anni di vita in buona salute (HLY – healthy life years) alla nascita, definiti quale numero di anni di vita esenti da limitazioni d'attività, era nel periodo 2008-10 di 62,2 anni per le donne e di 61,0 anni per gli uomini. Il divario tra i sessi è molto più ridotto di quello della speranza di vita, il che rispecchia il fatto che le donne trascorrono una proporzione più elevata della loro vita affette da qualche limitazione d'attività. L'HLY alla nascita era, nel 2008-10, maggiore a Malta per le donne e in Svezia per gli uomini e minore nella Repubblica slovacca sia per le donne che per gli uomini (figura 1.1.1).
- La speranza di vita all'età di 65 anni è anch'essa aumentata notevolmente nei paesi europei, raggiungendo una media di 16,5 anni per gli uomini e 20,1 anni per le donne nel 2008-10 nell'Unione europea. Come nel caso della speranza di vita alla nascita, la Francia presentava la maggiore speranza di vita all'età di 65 anni per le donne (23,2 anni) ma anche per gli uomini (18,7 anni). Nell'Unione europea la speranza di vita all'età di 65 anni era più bassa in Bulgaria per le donne (16,9 anni) e in Lettonia per gli uomini (13,2 anni) (figura 1.2.1).
- Persistono grandi diseguaglianze sul piano della speranza di vita tra i gruppi socioeconomici. Sia per quanto concerne gli uomini che le donne le persone ad alto livello d'istruzione hanno maggiori probabilità di vivere più a lungo; nella Repubblica ceca ad esempio gli uomini di 65 anni con un livello di istruzione elevato possono attendersi di vivere sette anni di più rispetto agli uomini della stessa età con un basso livello di istruzione (figura 1.2.3).
- È difficile stimare il contributo relativo dei diversi fattori non medici e medici che possono influire sulle variazioni nella speranza di vita tra i diversi paesi. Un più elevato reddito nazionale è generalmente associato a una speranza di vita (sana) più lunga, sebbene tale correlazione sia meno pronunciata ai livelli di reddito più elevati, il che fa pensare a un effetto di "risultati decrescenti" (figura 1.1.2).
- Malattie croniche come il diabete, l'asma e la demenza senile sono sempre più diffuse, il che è dovuto a migliori capacità diagnostiche o ad altre patologie di fondo. Più del 6% delle persone tra i 20 e i 79 anni nell'Unione europea, vale a dire 30 milioni di persone, aveva il diabete nel

2011 (figura 1.14.1). Una migliore gestione delle malattie croniche è diventata una priorità per le strategie sanitarie di diversi Stati membri dell'UE.

### **I fattori di rischio per la salute stanno cambiando**

- La maggior parte dei paesi europei ha ridotto il consumo del tabacco grazie alle campagne di sensibilizzazione del pubblico, ai divieti di pubblicità e a un aumento della tassazione. La percentuale di adulti che fumano quotidianamente è inferiore al 15% in Svezia e in Islanda, rispetto a più del 30% nel 1980. All'altra estremità della graduatoria, più di 30% degli adulti in Grecia fuma quotidianamente. Il tabagismo continua ad essere diffuso in Bulgaria, Irlanda e Lettonia (figura 2.5.1).
- Anche il consumo di alcool si è ridotto nei paesi europei. Le limitazioni imposte alla pubblicità, le restrizioni delle vendite e la tassazione sono risultate tutte misure efficaci. I tradizionali paesi vinicoli come la Francia, l'Italia e la Spagna hanno visto ridurre sostanzialmente il consumo pro capite a partire dal 1980. Il consumo di alcool per adulto è aumentato in modo significativo in un certo numero di paesi tra cui Cipro, Finlandia e Irlanda (figura 2.6.1).
- Nell'Unione europea il 52% della popolazione adulta è ora sovrappeso e, in questo gruppo, il 17% è obeso. A livello dei singoli paesi la prevalenza del sovrappeso e dell'obesità supera il 50% in 18 dei 27 Stati membri dell'UE. I tassi sono molto inferiori in Francia, Italia e Svizzera, anche se presentano una tendenza crescente. La prevalenza dell'obesità – che configura un rischio per la salute notevolmente maggiore rispetto al sovrappeso – va dall'8% in Romania e Svizzera a più del 25% in Ungheria e nel Regno Unito (figura 2.7.1). Dal 1990 il tasso di obesità è raddoppiato in molti paesi europei (figura 2.7.2). L'aumento dell'obesità interessa tutti i gruppi della popolazione, in diversa misura. L'obesità tende ad essere più diffusa tra i gruppi sociali svantaggiati e soprattutto le donne.

### **Il numero di medici e infermieri pro capite è più alto che mai nelle maggior parte dei paesi, ma si avvertono preoccupazioni in relazione a carenze attuali o future**

- Assicurare un accesso adeguato all'assistenza sanitaria è un obiettivo strategico fondamentale per tutti gli Stati membri dell'UE. A tal fine occorre, tra l'altro, assicurare che vi sia il giusto numero di operatori sanitari al posto giusto per soddisfare i bisogni della popolazione. In molti paesi europei si avvertono preoccupazioni quanto alle carenze di medici e infermieri, anche se i recenti tagli della spesa sanitaria pubblica in alcuni paesi possono aver portato, almeno temporaneamente, a una riduzione della domanda.
- Dal 2000 il numero di medici pro capite è aumentato in quasi tutti gli Stati membri dell'UE. Nell'Unione europea il numero di medici è cresciuto in media dal 2,9 per 1 000 della popolazione nel 2000 al 3,4 nel 2010. L'aumento è stato particolarmente marcato in Grecia e nel Regno Unito (figura 3.1.1).
- In quasi tutti i paesi l'equilibrio tra medici generici e medici specialisti si è modificato e vi è ora un maggior numero di specialisti (figura 3.1.2). Ciò può essere spiegato con un interesse minore per la pratica tradizionale del "medico di famiglia" cui si aggiunge un crescente divario retributivo tra i generici e gli specialisti. La crescita lenta o la riduzione del numero di

medici generici solleva interrogativi in molti paesi quanto all'accesso all'assistenza primaria per certi gruppi della popolazione.

- Si registrano inoltre preoccupazioni per l'eventuale carenza di personale infermieristico, e la problematica può aggravarsi in futuro via via che la domanda di infermieri continua ad aumentare e l'invecchiamento della generazione del baby-boom determina un'ondata di pensionamenti tra gli infermieri. Nell'ultimo decennio il numero di infermieri pro capite è aumentato in quasi tutti gli Stati membri dell'UE (figura 3.3.1). L'aumento è stato particolarmente marcato in Danimarca, Francia, Portogallo e Spagna. Di recente però si è registrata una contrazione del numero di infermieri occupati in alcuni dei paesi più duramente colpiti dalla crisi economica. In Estonia il numero di infermieri è aumentato fino al 2008, ma da allora si è ridotto passando dal 6,4 per 1 000 della popolazione nel 2008 al 6,1 nel 2010.

### **La qualità dell'assistenza è migliorata nella maggior parte dei paesi europei, anche se tutti i paesi potrebbero far meglio, soprattutto per evitare i ricoveri ospedalieri dei malati cronici**

- Si sono registrati progressi nel trattamento dei pazienti affetti da patologie potenzialmente letali come infarti, ictus e cancro in tutti i paesi europei che hanno comunicato i loro dati. I tassi di mortalità in seguito a ricovero ospedaliero per i casi d'infarto (infarto acuto del miocardio) hanno registrato una contrazione di quasi 50% tra il 2000 e il 2009 (figura 4.3.3) mentre per l'ictus la riduzione supera il 20% (figura 4.4.3). Questi miglioramenti rispecchiano i progressi della terapia intensiva e un migliore accesso a unità specializzate nella terapia degli infartuati in paesi come la Danimarca e la Svezia.
- I tassi di sopravvivenza relativi a diversi tipi di cancro hanno registrato anch'essi un miglioramento nella maggior parte dei paesi grazie alla diagnosi più precoce e a una maggiore efficacia delle terapie (figure 4.7.2 e 4.8.2). Mentre i tassi di sopravvivenza per il cancro della mammella rimangono inferiori all'80% nella Repubblica ceca e in Slovenia, sta di fatto che essi sono aumentati di più di 10 punti percentuali tra il 1997-2002 e il 2004-09. Questi due paesi hanno registrato inoltre un sostanziale aumento dei tassi di sopravvivenza per quanto concerne il cancro coloretale (figura 4.9.2).
- È più difficile monitorare la qualità dell'assistenza nel settore dell'assistenza primaria poiché nella maggior parte dei paesi si dispone di un numero di dati inferiore rispetto al settore ospedaliero. I ricoveri ospedalieri evitabili sono spesso usati quali indicatore dei problemi dell'accesso all'assistenza primaria o della qualità e continuità dell'assistenza. Si registra un ampio consenso quanto al fatto che l'asma e il diabete dovrebbero essere per l'essenziale gestiti attraverso adeguati interventi di assistenza primaria in modo da evitare l'aggravamento delle patologie e costosi ricoveri. Sebbene i ricoveri ospedalieri per i casi d'asma siano bassi in certi paesi, essi sono molto più elevati in altri paesi, come ad esempio la Repubblica slovacca (figura 4.1.1). In tutti i paesi europei vi sono troppi ricoveri ospedalieri per il diabete incontrollato (figura 4.2.1).

### **La crescita della spesa sanitaria è rallentata o è diminuita nella maggior parte dei paesi europei**

- La crescita della spesa sanitaria pro capite è rallentata o si è ridotta in termini reali nel 2010 in quasi tutti i paesi europei registrando un'inversione di tendenza rispetto ai costanti aumenti del periodo precedente. La spesa aveva già iniziato a ridursi nel 2009 nei paesi più duramente colpiti dalla crisi economica (ad esempio Estonia e Islanda) ma a ciò hanno fatto seguito tagli

di maggiore entità nel 2010 in risposta alle crescenti pressioni finanziarie e all'aumento dell'indebitamento pubblico. In media, nell'UE la spesa sanitaria pro capite è aumentata del 4,6% all'anno in termini reali tra il 2000 e il 2009 ed è diminuita poi dello 0,6% nel 2010 (figura 5.2.2).

- La riduzione della spesa sanitaria pubblica è avvenuta grazie a tutta una serie di misure, tra cui la riduzione degli stipendi e/o dei livelli d'inquadramento, l'aumento dei ticket che le famiglie devono pagare per certi servizi e certi medicinali, e l'imposizione di rigorosi obblighi di bilancio agli ospedali. Si sono perseguiti anche guadagni d'efficienza attraverso la fusione di ospedali o accelerando il passaggio dai ricoveri ospedalieri ai day hospital e all'assistenza ambulatoriale.
- In seguito alla crescita negativa della spesa sanitaria nel 2010 la percentuale del PIL consacrata alla salute si è stabilizzata o è calata leggermente nella maggior parte degli Stati membri dell'UE. Nel 2010 gli Stati membri dell'UE consacravano in media il 9,0% (non ponderato) del loro PIL alla spesa sanitaria (figura 5.3.1), il che corrisponde a un aumento significativo rispetto al 7,3% registrato nel 2000, ma a un lieve calo rispetto al picco del 9,2% riscontrato nel 2009.
- Nel 2010 i Paesi Bassi stanziavano la maggior quota del PIL alla salute (12%) seguiti da Francia e Germania (entrambi con l'11,6%). In termini di spesa sanitaria pro capite i Paesi Bassi (EUR 3 890), il Lussemburgo (EUR 3 607) e la Danimarca (EUR 3 439) avevano la spesa maggiore tra gli Stati membri dell'UE, seguiti da Austria, Francia e Germania con più di EUR 3 000 pro capite. La Bulgaria e la Romania erano i paesi con la spesa più bassa, pari a circa EUR 700.
- Il settore pubblico è la principale fonte di finanziamento della sanità in tutti i paesi europei, tranne Cipro (figura 5.6.1). Nel 2010 quasi tre quarti (73%) di tutta la spesa sanitaria pubblica era finanziata dal bilancio pubblico negli Stati membri dell'UE. I finanziamenti pubblici coprivano più dell'80% della spesa sanitaria nei Paesi Bassi, nei paesi nordici (tranne la Finlandia), nel Lussemburgo, nella Repubblica ceca, nel Regno Unito e in Romania. Tale percentuale era più bassa a Cipro (43%) e in Bulgaria, Grecia e Lettonia (55-60%).
- In alcuni paesi la crisi economica ha influenzato il mix di finanziamento pubblico e privato della sanità. La spesa pubblica è stata ridotta per certi beni e servizi, e a ciò ha spesso corrisposto l'aumento del ticket a carico delle persone. In Irlanda la percentuale del finanziamento pubblico per la sanità è diminuita di quasi 6 punti percentuali tra il 2008 e il 2010 e si situa ora al 70%, mentre è aumentata la quota del ticket pagato dalle famiglie. Anche in Bulgaria e nella Repubblica slovacca si è registrato un calo sostanziale.
- Dopo il finanziamento pubblico, la principale fonte di finanziamento della sanità nella maggior parte dei paesi è costituita dai ticket versati dalle famiglie. Il finanziamento ad opera delle assicurazioni sanitarie private svolge un ruolo significativo soltanto in un numero limitato di paesi. Nel 2010 la percentuale dei pagamenti in forma di ticket era più elevata a Cipro (49%), Bulgaria (43%) e Grecia (38%). Gli esborsi sanitari che i pazienti fanno di tasca propria sono risultati più contenuti nei Paesi Bassi (6%), in Francia (7%) e nel Regno Unito (9%). Il ricorso al sistema del ticket è aumentato nell'ultimo decennio in quasi la metà degli Stati membri dell'UE, in particolare in Bulgaria, a Cipro, a Malta e nella Repubblica slovacca (figura 5.6.3).

- La crisi economica e i crescenti vincoli di bilancio hanno aumentato le pressioni esercitate sui sistemi sanitari in molti paesi europei. Diversi paesi tra quelli maggiormente colpiti dalla crisi hanno adottato una serie di misure per ridurre la spesa sanitaria pubblica. Sarà importante monitorare da vicino l'impatto di queste misure nel breve e lungo periodo rispetto agli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari dei paesi europei volti ad assicurare un adeguato accesso alla sanità e un'assistenza di qualità.