



La sanità italiana nel confronto europeo

La pandemia di *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) ha generato enormi costi umani, sociali ed economici e ha rivelato le fragilità di fondo di molti sistemi sanitari per resistere alle improvvise emergenze sanitarie. La Commissione Europea, nel novembre 2020, ha presentato alcune proposte volte a rafforzare la collaborazione degli Stati membri per prepararsi alle crisi sanitarie e ad affrontarle in modo più efficace e coordinato¹. Per raggiungere questi obiettivi è necessario imparare dall'attuale crisi facendo una riflessione su ciò che deve essere fatto oggi e su ciò che può essere migliorato in futuro. Nel giugno 2021 la Commissione Europea ha evidenziato in un documento le prime lezioni della pandemia nel campo della salute pubblica su cui l'Europa deve agire in termini di investimenti e riorganizzazione dei servizi sanitari².

Alla fine del 2020, nell'Unione Europea a 27 Stati membri (UE-27) sono stati ufficialmente registrati circa 550 mila decessi aggiuntivi, rispetto alla media del periodo 2016-2019, di cui oltre 113 mila in Italia. L'eccesso di mortalità annuale per l'insieme dei Paesi dell'UE-27 è stato dell'11,9% superiore alla media 2016-2019, con una serie di differenze nazionali che variano da circa il 18% della Polonia, Slovenia, Italia e Spagna a circa il 2% dell'Estonia, Danimarca e Lettonia (1).

Nel 2020, l'aspettativa di vita alla nascita è diminuita nella stragrande maggioranza degli Stati membri dell'UE-27 rispetto all'anno precedente. Le maggiori diminuzioni per il complesso della popolazione sono state registrate in Spagna (-1,6 anni rispetto al 2019) e Bulgaria (-1,5 anni), seguite da Lituania, Polonia e Romania (tutte -1,4 anni). In Italia, la speranza di vita alla nascita è diminuita di oltre 1 anno passando da 83,6 anni nel 2019 a 82,4 anni nel 2020 (2). Anche l'aspettativa di vita all'età di 65 anni per il complesso della popolazione ha registrato un calo significativo nella maggior parte degli Stati membri dell'UE. Si registra una diminuzione di -1,5 anni in Polonia e Spagna, -1,3 anni in Belgio, -1,2 anni in Romania, Slovenia e Italia (da 21,4 anni nel 2019 a 20,2 anni nel 2020), -1,1 anni in Bulgaria, Repubblica Ceca e Lituania (2).

Nel 2020, la pandemia ha esercitato un'enorme pressione sui servizi sanitari portandoli a compiere grandi sforzi economici ed organizzativi per attivare un sistema efficiente di *screening* e monitoraggio delle infezioni e adeguare le capacità di cura domiciliari e ospedaliere al crescente numero di casi gravi di COVID-19. In Italia, analogamente ad altri Paesi dell'UE-27, negli anni precedenti la pandemia, il numero di posti letto ospedalieri è stato progressivamente ridotto nell'ottica di razionalizzare l'offerta di cure ospedaliere tendendo conto sia del quadro epidemiologico, caratterizzato da una maggiore prevalenza di patologie croniche curabili per lo più in ambito domiciliare e ambulatoriale, sia del progresso tecnologico, che ha reso possibile l'effettuazione in ambulatorio o in Day Hospital di prestazioni una volta erogabili solo mediante ricovero in regime ordinario (vedere Indicatore "Numero di posti letto per 1.000 abitanti"). All'arrivo della pandemia, i Paesi dell'UE-27, ad eccezione di Francia, Belgio, Lussemburgo e Irlanda, non disponevano di una lista di riserva di personale sanitario da attivare nelle emergenze (4). Inoltre, in Italia, la dotazione di personale infermieristico, valutata rispetto al numero di medici (1,4), da diversi anni era tra le più basse dell'UE-27 (2,3) soprattutto se confrontata con Finlandia (4,4) e Lussemburgo (3,9) (4). Durante i picchi della pandemia è stato, quindi, necessario aumentare sia il numero di operatori sanitari sia il numero di posti letto ospedalieri ordinari e di Terapia Intensiva. I dati preliminari per il 2020 indicano un generale aumento della capacità delle Terapie Intensive rispetto a prima della pandemia: in Italia il numero di posti letto in Terapia Intensiva è aumentato di circa il 60% rispetto al 2019 (da 8,7 a 14,4 per 100.000 abitanti), in Belgio di oltre il 50% e in Francia di circa il 30% (3).

Nelle fasi iniziali della pandemia l'assistenza sanitaria per le persone con altre patologie è stata ridotta: lo screening oncologico è stato spesso ritardato, gli interventi chirurgici non urgenti rinviati, l'uso del Pronto Soccorso è diminuito e i tempi di attesa per gli interventi chirurgici elettivi sono aumentati (3). I ritardi nella diagnosi delle neoplasie e nell'accesso ai servizi diagnostici durante la pandemia sono stati segnalati in molti Paesi dell'UE-27 tra cui Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Slovenia e Svezia. In Italia, i tassi di screening per il tumore al seno e al collo dell'utero sono diminuiti notevolmente tra gennaio e maggio

¹COM/2020/727 final, COM/2020/726 final, COM/2020/725 final, 11 November 2020.

²COM (2021) 380 final Brussels, 15 giugno 2021.





2020 rispetto allo stesso periodo del 2019 (rispettivamente, -54% e -55%) e sono rimasti inferiori all'anno precedente per l'intero 2020.

Il lancio dei vaccini contro il COVID-19 nel 2021 sta consentendo di ridurre gli esiti gravi e fatali della malattia. Alla fine di dicembre 2021 il tasso di vaccinazione completa rispetto al totale della popolazione comunitaria è del 68,8%³, ma con ampie variazioni territoriali che vanno dal 27,8% in Bulgaria all'85,7% in Danimarca. L'Italia, con il 74,3% della popolazione completamente vaccinata, si è collocata tra i Paesi più virtuosi dopo Portogallo (82,6%), Malta (83,3%), Irlanda (77,6%), Belgio (76,3%), Spagna (75,2%) e Finlandia (74,9%).

Il sistema sanitario italiano, negli anni precedenti la pandemia, è stato relativamente efficace nell'evitare le morti premature (a meno di 75 anni) presentando livelli di mortalità per cause prevenibili e trattabili⁴ tra i più bassi dell'UE-27. Il tasso di mortalità evitabile (per cause prevenibili e trattabili) nel 2018 è stato il più basso dell'UE-27: 169,0 per 100.000 nel 2018 rispetto a 252,0 per 100.000 in media UE-27 del 2017 (vedere Indicatore "Mortalità per causa").

Anche il sistema di erogazione delle cure primarie nel periodo pre-pandemico in Italia risulta solido: i ricoveri ospedalieri evitabili per malattie croniche quali l'asma, la broncopneumopatia cronica ostruttiva e il diabete sono infatti tra i più bassi dell'UE-27 sebbene le rispettive prevalenze nella popolazione generale siano intorno alla media europea⁵. Inoltre, negli ultimi 10 anni la qualità dell'assistenza ospedaliera per acuti erogata per patologie potenzialmente letali, come l'infarto miocardico acuto, è migliorata ed è oggi del tutto paragonabile a quella di altri Paesi dell'UE-27 (4).

In Italia, come in molti altri Stati membri, nei prossimi anni l'invecchiamento della popolazione eserciterà ulteriori pressioni sui sistemi sanitari, soprattutto sull'assistenza a lungo termine. La capacità dei sistemi sanitari di fornire servizi per la salute e soddisfare le nuove richieste di assistenza dipende fortemente dalla disponibilità di una forza lavoro flessibile e in possesso delle competenze adeguate. I sistemi sanitari che promuovono alti livelli di istruzione e formazione iniziale, così come investimenti coerenti nello sviluppo professionale continuo, sono più in grado di sviluppare soluzioni innovative ed integrate per rispondere alle grandi sfide che l'UE-27 affronta.

La pandemia, nel nostro Paese, ha stimolato la diffusione di molte pratiche innovative come, ad esempio, la creazione di unità speciali in grado di assicurare la continuità assistenziale, il cui potenziamento permetterebbe di costruire un sistema sanitario più resiliente (5). Inoltre, un migliore coordinamento a livello nazionale per lo sviluppo di soluzioni sanitarie digitali potrebbe contribuire a migliorare l'accesso ai servizi sanitari e l'efficienza dell'erogazione dei servizi (6). In tale direzione nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza si prevedono interventi volti a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità) e al rafforzamento dell'assistenza domiciliare. Inoltre, si prevedono investimenti per i servizi di telemedicina che possono ridurre gli attuali divari geografici e territoriali e migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto (7).

Riferimenti bibliografici

- (1) Eurostat, Excess mortality - Statistics Explained.
- (2) Eurostat, Mortality and life expectancy Statistics Explained.
- (3) OECD, Health at a glance 2021.
- (4) OECD, Health at a glance 2020.
- (5) European commission, State of Health in the EU - Italia - Profilo della Sanità 2021.
- (6) European commission, State of Health in the EU - Italia - Profilo della Sanità 2019.
- (7) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Disponibile sul sito: www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf.

³I dati sono stati estratti dall'European Centre for Disease Prevention and Control COVID-19 Vaccine Tracker.

⁴Sulla base delle definizioni Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico/Eurostat del 2019, la mortalità prevenibile è definita come cause di morte tra le persone di età <75 anni che possono essere principalmente evitate attraverso efficaci interventi di salute pubblica e prevenzione primaria cioè prima dell'insorgenza di malattia/infortunio. La mortalità trattabile (o suscettibile) è definita come causa di morte che può essere principalmente evitata attraverso interventi sanitari tempestivi ed efficaci, compresa la prevenzione e il trattamento secondario (cioè dopo l'insorgenza della malattia, per ridurre la mortalità del caso). Si parla di mortalità evitabile quando si considera l'insieme delle cause di morte prevenibili e trattabili.

⁵Tavole di dati: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea - Indagine EHIS 2019. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/265399.





Sopravvivenza e stato di salute in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea

Significato. La speranza di vita (o vita media) è l'indicatore di salute maggiormente consolidato e condiviso per studiare le condizioni di salute di una popolazione, poiché consente di confrontare Paesi tra loro e di misurare i guadagni di sopravvivenza nel tempo. L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona, che compie l' y^{mo} compleanno in un certo anno di calendario, potrebbe aspettarsi di vivere se nel corso della sua esistenza futura fosse esposta allo stesso rischio di morte osservato nel medesimo anno di calendario, a partire dall'età y . Considerando che l'indicatore tiene conto solo della quantità di anni che restano da vivere, è necessario affiancarlo ad altri indicatori che ne misurino anche la loro qualità, ovvero ad indicatori compositi della speranza di vita secondo le condizioni salute. Per il loro calcolo si uti-

lizza il metodo di Sullivan, che combina le informazioni sui sopravvissuti con quelle relative alle condizioni di salute rilevate in ambito europeo attraverso il *Minimum European Health Module*, che viene inserito nelle indagini sociali sulla popolazione. Tale modulo considera la salute percepita, la presenza di malattie croniche e la presenza di limitazioni gravi o lievi nelle attività (*Global Activity Limitation Indicator-GALI*)¹. Sulla base di quest'ultimo quesito si calcola la "speranza di vita senza limitazioni" (*Health Life Expectancy-HLY*), che è l'indicatore della speranza di vita per condizioni di salute maggiormente utilizzato nei confronti europei. Il 2020, con la diffusione della pandemia di *Corona Virus Disease-19 (COVID-19)* ha determinato un evidente impatto su tali indicatori, sebbene molto differenziato nei vari Paesi.

Speranza di vita

Essa è pari al rapporto tra la cumulata degli anni vissuti dall'età y in poi ed i sopravvissuti alla stessa età.

$$e_y = \frac{\sum_{x=y}^{\omega-1} L_x}{l_y}$$

Significato delle variabili: L_x = numero di anni vissuti tra le età x e $x+1$ dalla generazione fittizia della tavola di mortalità;
 l_y = numero di sopravvissuti all'età y della generazione fittizia della tavola di mortalità.

Speranza di vita senza limitazioni nelle attività

Essa è pari al rapporto tra la cumulata degli anni vissuti senza limitazioni dall'età y in poi ed i sopravvissuti alla stessa età.

$$e'_x = \frac{T'_x}{l_x}$$

Significato delle variabili: T'_x indica il numero totale di anni vissuti in buona salute dai sopravvissuti l_x , dal x° compleanno fino alla completa estinzione della generazione.

Validità e limiti. Il vantaggio principale degli indicatori selezionati è che essi sono indipendenti dalla struttura per età della popolazione. Ciò permette, quindi, di effettuare confronti nel tempo e nello spazio, consentendo di eseguire confronti internazionali. È opportuno, comunque, segnalare tra le avvertenze che tali indicatori, essendo basati sull'ipotesi teorica di una completa stazionarietà dei rischi di morte alle diverse età, non tengono conto della dinamica effettiva nel tempo in cui possono evolvere le condizioni di salute della popolazione. Inoltre, nell'attuale fase della transizione sanitaria nella quale la mortalità è fortemente concentrata nelle età senili, l'indicatore evidenzia soprattutto le differenze nei rischi di morte nella popolazione anziana. Peraltro, al fine di superare il limite dato dal fatto che l'Indicatore "Speranza di

vita" misura solo la quantità e non la qualità degli anni che restano da vivere, occorre che venga affiancato da indicatori declinati per condizioni di salute.

Nel nostro caso, l'indicatore prescelto è quello maggiormente utilizzato in ambito europeo per i confronti internazionali, ovvero l'HLY. La rilevanza di questo indicatore è stata ufficializzata nell'ambito della strategia di Lisbona, includendolo tra i principali indicatori strutturali europei. Tra i suoi limiti si sottolinea che la vita media si corregge attraverso l'uso di informazioni sulla salute autoriferite, che implicano la percezione e autovalutazione della propria salute, condizionata da aspetti socio-culturali della persona, con possibile compromissione sulla buona comparabilità tra Paesi. A causa dell'eccezionalità del periodo, caratterizzato dalla fase pandemica del COVID-19 e

¹Si utilizzano le informazioni rilevate attraverso l'indagine sulle condizioni di vita (*Statistics on Income and Living Conditions-EU-SILC*) in tutti i Paesi europei, con riferimento alla percentuale di persone che risponde al quesito sulla presenza di limitazioni gravi o non gravi nelle attività che le persone abitualmente svolgono (GALI), declinate per genere ed età.



dalla difficoltà di poter documentare con dati il più possibile aggiornati gli indicatori considerati, si è ritenuto importante affiancarli a un altro indicatore e cioè quello sull'eccesso di mortalità anch'esso monitorato dalla banca dati europea Eurostat. Si tratta dell'analisi svolta sulla mortalità generale, tenendo conto del numero di decessi in eccesso rilevati mensilmente rispetto alla media dei decessi mensili registrati nel periodo 2016-2019.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark di riferimento potrebbe essere costituito dal trend, ovvero dalla verifica che gli indicatori rispetto ad un certo arco temporale mostrino un andamento crescente, dal momento che tali indicatori misurano i progressi di sopravvivenza. Inoltre, è desiderabile che il guadagno di anni da vivere riguardi sempre più quelli da vivere in buona salute o in assenza di limitazioni nelle attività (compressione della morbosità) e non solo la quantità di anni da vivere, pertanto, l'incremento degli indicatori sulla speranza di vita declinati per condizione di salute dovrebbe sempre essere superiore a quello del numero medio di anni di vita. A questo si affianca ogni anno il confronto con i Paesi che raggiungono i livelli più elevati nella graduatoria.

Descrizione dei risultati

Gli ultimi decenni hanno mostrato prevalentemente trend in crescita della vita media attesa nei Paesi europei, sebbene con un ritmo ormai più lento nei Paesi dell'Europa occidentale. Come è ormai noto hanno rappresentato una eccezione le fluttuazioni registrate intorno al 2015, dovute soprattutto agli eventi influenzali particolarmente virulenti e maggiormente fatali per quei Paesi con elevata prevalenza di anziani fragili come l'Italia, ma anche per Francia, Spagna e Germania.

L'Italia e la Spagna hanno, però, tempestivamente recuperato già nel 2016 e l'Italia nel 2018 aveva raggiunto un nuovo massimo mai registrato per la vita media attesa alla nascita, mentre Francia e Germania si sono riallineate meno tempestivamente.

Ma è nel 2020 che il trend della speranza di vita alla nascita viene sconvolto nella gran parte dei Paesi europei, a causa dell'eccesso di mortalità provocato dalla pandemia da COVID-19, al punto che l'Italia retrocede ai livelli di sopravvivenza attesi alla nascita di almeno 8 anni prima (Grafico 1).

L'ondata epidemica di COVID-19, che sappiamo aver interessato tutto il mondo nel 2020, ha mostrato effetti devastanti in alcuni Paesi. L'indicatore di eccesso di mortalità, incluso tra gli indicatori dell'*European Statistical Recovery Dashboard*², evidenzia la portata della crisi sanitaria, con un eccesso medio di decessi in

Europa nel 2020 pari all'11,9%, rispetto ai decessi medi europei del periodo 2016-2019. La percentuale di eccesso di mortalità varia comunque da Paese a Paese, con una stima che si aggira intorno al 18% in Italia, Spagna, Polonia e Slovenia, fino a percentuali al di sotto del 2% in Estonia, Danimarca e Lettonia.

Considerando, invece, le stime mensili dell'indicatore sia per il 2020 che per il 2021 (fino a ottobre 2021), rispetto alla media degli stessi mesi per gli anni 2016-2019, si possono apprezzare gli andamenti più puntuali delle diverse ondate. Nella prima ondata di eccesso di mortalità in Europa, nel periodo marzo-maggio 2020, la media europea raggiunge il 25,3% di eccesso di mortalità ad aprile, con un picco a marzo per l'Italia (49,6%) e ad aprile per la Spagna (80,8%); nella seconda ondata, di durata più lunga, tra agosto 2020 e febbraio 2021, la media europea arriva al 40,0% di eccesso di mortalità a novembre 2020, 51,6% in Italia e picchi più elevati nei Paesi dell'Est-Europa (97,0% in Polonia e 94,4% in Bulgaria). Un nuovo picco di eccesso di mortalità si registra ad aprile 2021, con il 20,9% di decessi in più, poi dimezzato al 10,6% a maggio ed un minimo a luglio di 5,4%. Ma si assiste in breve ad una ripresa della crescita: 8,7% ad agosto e 12,3% di decessi in eccesso a settembre, rispetto al periodo di riferimento considerato. Con l'inizio dell'autunno l'indicatore di eccesso di mortalità è aumentato nuovamente, fino al 17,0% per l'UE-27 nel suo complesso nel mese di ottobre 2021, anche se in Italia si è attestato solo al 2,0%, il minimo raggiunto dopo l'estate 2020 (Grafico 2).

Nel 2020 la riduzione del numero di anni di vita attesa alla nascita è comune a tutti i Paesi europei, ad eccezione di Lettonia, Danimarca e Finlandia. I Paesi che hanno subito maggiormente l'impatto della pandemia, registrando i maggiori decrementi in termini di anni di vita attesi tra il 2019-2020, sono per gli uomini Bulgaria (-1,7 anni), Polonia e Lituania (-1,5 anni), Spagna e Romania (-1,4 anni), Italia (-1,3 anni), Belgio (-1,2 anni) e Repubblica Ceca (-1,1 anni). Tra le donne i decrementi più forti si sono verificati in Spagna (-1,6 anni), Bulgaria (-1,3 anni), Lituania e Belgio (-1,2 anni), Polonia, Romania e Slovenia (-1,1 anni) e in Italia e Lussemburgo (-1,0 anni) (Grafico 3). L'impatto dell'eccesso di mortalità dovuto al COVID-19 osservato nel 2020, che ha colpito in modo diverso i vari Paesi, ha alterato la graduatoria per longevità dei Paesi europei. In particolare l'Italia, con 80,1 anni di vita attesa alla nascita per gli uomini, perde alcune posizioni. Era al primo posto nel 2018, è stata superata dalla Svezia nel 2019 e da Malta e Cipro nel 2020. Per le donne l'Italia passa dal terzo al quarto posto (con 84,7 anni) dopo Francia (85,3 anni), Spagna (85,1 anni) e Finlandia (85,0 anni) (Grafico 4).

²L'*European Statistical Recovery Dashboard* fornisce informazioni sull'impatto economico, finanziario e sociale della pandemia di COVID-19. (Disponibile sul sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/recovery-dashboard>).



Sebbene l'eccesso di mortalità abbia penalizzato in molti Paesi maggiormente gli uomini, non si registrano effetti tali da stravolgere le differenze di genere nella sopravvivenza, che si mantengono largamente a vantaggio delle donne in tutti i Paesi dell'UE. La longevità delle donne è particolarmente più alta di quella degli uomini nei Paesi baltici, con una speranza di vita di 9,9 anni più elevata di quella degli uomini in Lituania, +9,2 anni in Lettonia e +8,5 anni in Estonia. Tali differenze sono più che altro dovute ad una speranza di vita più bassa per gli uomini rispetto alla media. L'Italia, con una differenza di 4,6 anni di vita media attesa tra donne e uomini, si colloca tra i Paesi europei con il più basso differenziale di genere per la sopravvivenza, dopo Malta, Svezia e Paesi Bassi (4,0 anni) (Grafico 4). Riguardo all'indicatore che documenta il confronto europeo sulla qualità della sopravvivenza, l'ultimo riferimento più aggiornato da parte della banca dati europea di Eurostat si riferisce alla situazione pre-pandemia del 2019. La graduatoria della vita media attesa alla nascita senza alcuna limitazione nelle attività (HLY) vede ancora la Svezia in cima a tutti i Paesi dell'UE-27 con 73,8 anni per gli uomini e 72,7 anni per le donne (Grafico 5). L'Italia è quinta, rispettivamente con 68,6 anni e 68,1 anni, dopo Malta, Spagna e Irlanda, al di sopra comunque della media UE-27 (uomini 64,2 anni; femmine 65,1 anni), sebbene nel 2019 fosse seconda per gli uomini e terza per le donne per la vita media attesa alla nascita. Questo indicatore mostra maggiore eterogeneità tra i Paesi, in dettaglio si rileva che non sono solo i Paesi dell'Europa dell'Est a registrare una elevata proporzione di anni di vita attesa da vivere con limitazioni nelle attività (Lettonia, Estonia), ma anche Paesi come Finlandia e Austria oppure Portogallo e Paesi Bassi, in particolare per le donne.

Analizzando gli stessi indicatori per la popolazione anziana, duramente colpita dalla letalità della pandemia, ma il cui peso demografico è comunque destinato ad aumentare nel prossimo decennio in Paesi come il nostro e in Europa, assume rilevanza monitorare il possibile slittamento verso le età più anziane dei problemi di salute con l'insorgenza di limitazioni della propria autonomia, augurandosi nel tempo che gli incrementi in sopravvivenza siano almeno contestuali all'aumento degli anni vissuti senza limitazioni nelle attività.

Nel 2020, si stima che un uomo di 65 anni residente in Italia possa vivere ancora 18,5 anni, con una perdita di

1,2 anni rispetto al 2019, cedendo diverse posizioni rispetto alla graduatoria degli anni precedenti (era seconda nel 2019, ora è settima³). La vita media attesa a 65 anni degli uomini è più alta a Malta, in Francia e in Svezia mentre si attesta su livelli simili all'Italia in Spagna, Danimarca e Grecia. Livelli particolarmente bassi per la speranza di vita a 65 anni si rilevano nei Paesi baltici e in tutti i Paesi dell'Europa dell'Est, in particolare in Bulgaria dove si registra il valore più basso, 12,9 anni in media da vivere dopo i 65 anni (dati non presenti nei grafici).

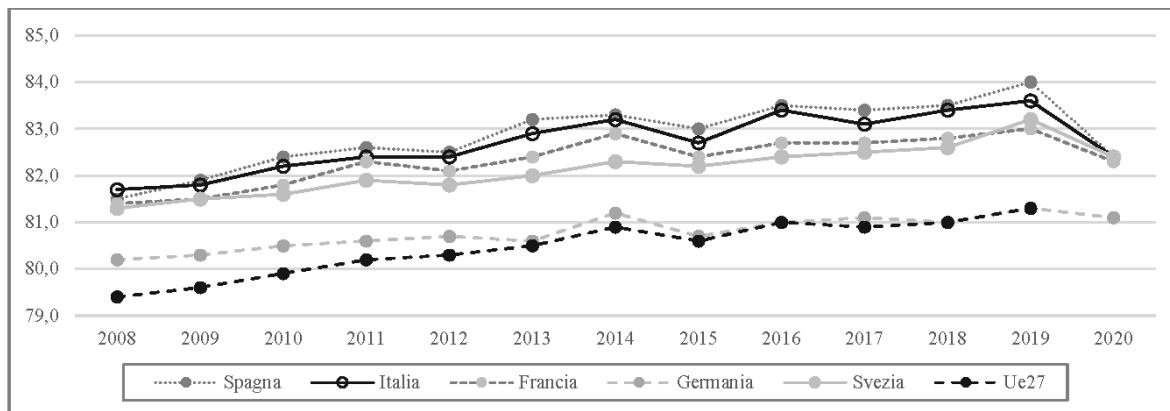
Per le donne a 65 anni l'Italia si colloca al quinto posto per vita media attesa (21,8 anni), con la perdita di 1,1 anni rispetto al 2019, dopo Francia (23,2 anni), Spagna (22,4 anni), Finlandia (22,3 anni) e Malta (22,0 anni). Si attestano al di sotto del valore mediano (pari a 21,0 anni per i Paesi dell'UE-27 esclusi Germania e Irlanda), non solo tutti i Paesi dell'Europa orientale, con il valore minimo di Bulgaria (17,2 anni) e Romania (17,7 anni), ma anche alcuni Paesi dell'Europa occidentale come Belgio e Paesi Bassi (entrambi con 20,8 anni) (dati non presenti nei grafici). Per l'aspettativa di vita a 65 anni senza alcuna limitazione nelle attività è necessario far riferimento sempre al 2019, ultimo anno disponibile, che riconferma la posizione più elevata della Svezia, sia per gli uomini che per le donne (rispettivamente, 15,9 anni e 16,6 anni). Quando, peraltro, si confronta questo indicatore con il totale degli anni di vita attesi a 65 anni il numero minimo di anni compromessi dalle limitazioni si rileva sempre in Svezia: in media per gli uomini sono solo gli ultimi 3,7 anni della loro vita attesa, molti meno se paragonati agli 8,1 anni della media UE-27, ai 9,1 anni per i 65enni in Italia o agli 11,3 anni di Croazia, 11,1 anni di Slovacchia e 11,0 anni dell'Austria. Anche per le donne svedesi gli anni da vivere con limitazioni rappresentano il dato più basso tra i Paesi dell'UE, solo 5,5 anni, a fronte di una media UE-27 di 11,4 anni, mentre per l'Italia sono 12,7 anni, ovvero più della metà della loro vita attesa a 65 anni (22,9 anni) sarà compromessa da qualche limitazione nelle attività. Il quadro peggiora per i Paesi UE-27 dell'Europa orientale: Slovacchia, Lettonia e Croazia registrano, nel 2019, quote sempre superiori al 70% di anni da vivere con qualche limitazione. Anche tra i Paesi dell'Europa occidentale, però, si rileva che le donne a 65 anni residenti in Portogallo, Grecia o Austria possono trascorrere solo un terzo degli anni da vivere senza limitazioni nelle attività (Grafico 6).

³I dati 2020 per Germania e Irlanda sono mancanti.





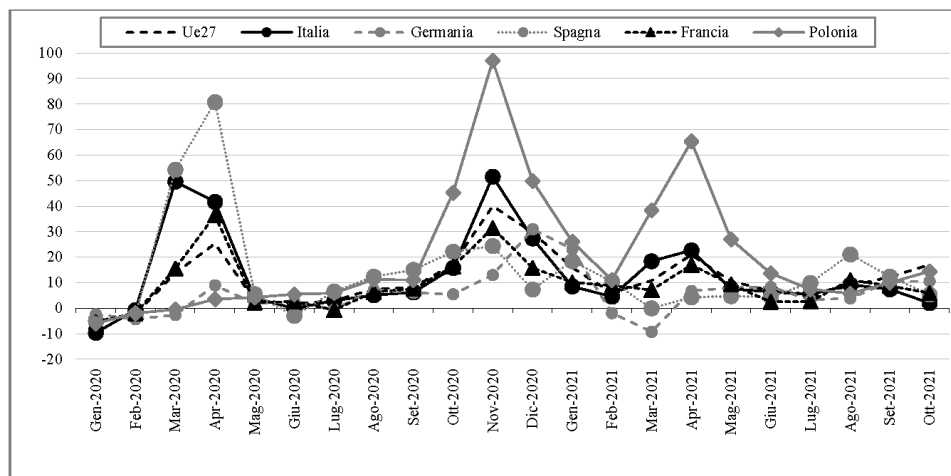
Grafico 1 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita in alcuni Paesi europei e nella media dei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anni 2008-2020*



*La media UE-27 non è ancora disponibile al 2020.

Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2021.

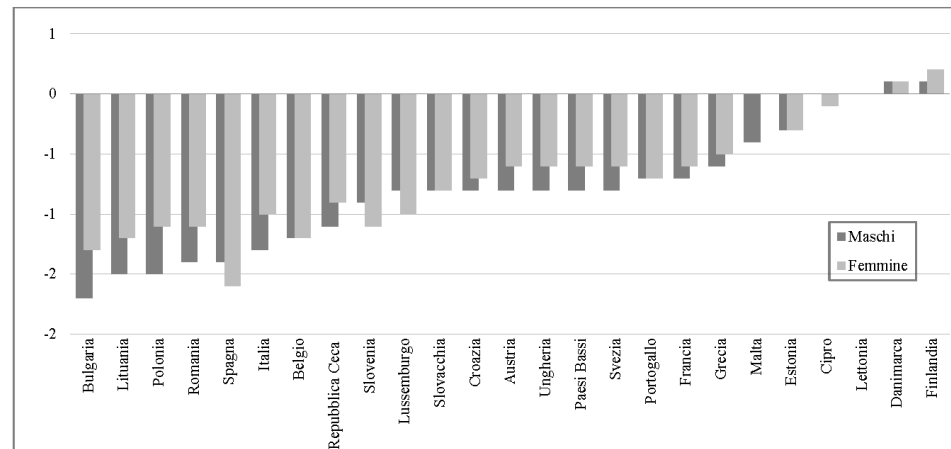
Grafico 2 - Decessi mensili in eccesso nel periodo 2020-2021* rispetto alla media dei decessi (valori per 100) mensili nel periodo 2016-2019 in alcuni Paesi europei e nella media dei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anni 2020-2021



*Dati 2021 provvisori.

Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2021.

Grafico 3 - Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27* per differenza nella speranza di vita alla nascita per genere (valori in anni ordinati per il valore dei maschi) - Anni 2019-2020



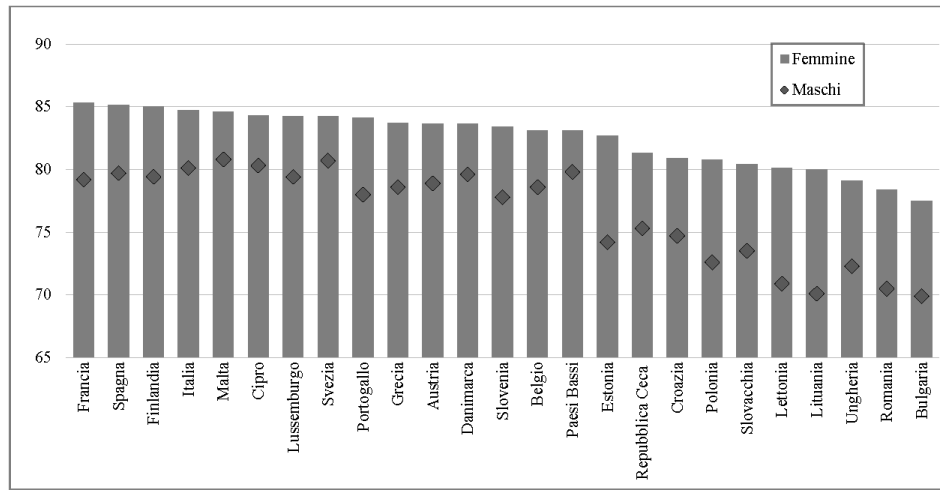
*Dato mancante per Germania, Irlanda e media UE-27 2020; i dati del 2020 sono stime provvisorie.

Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2021.





Grafico 4 - Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27* per speranza di vita alla nascita per genere (valori in anni ordinati per il valore delle femmine) - Anno 2020

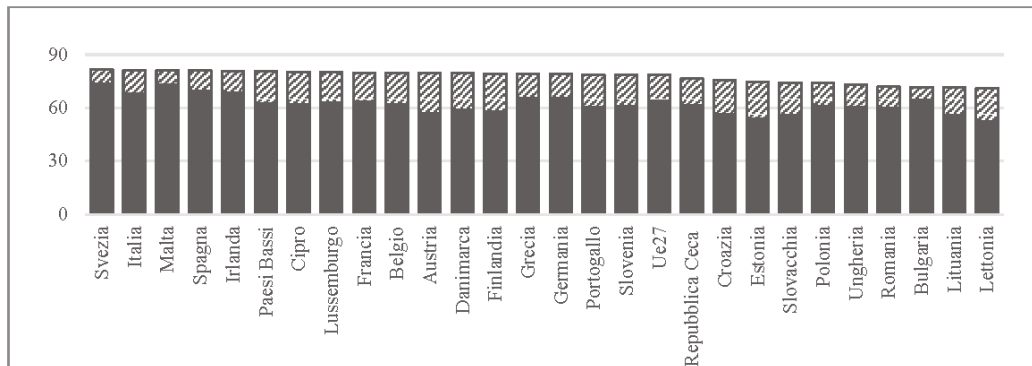


*Dato mancante per Germania, Irlanda e media UE-27; i dati sono stime provvisorie.

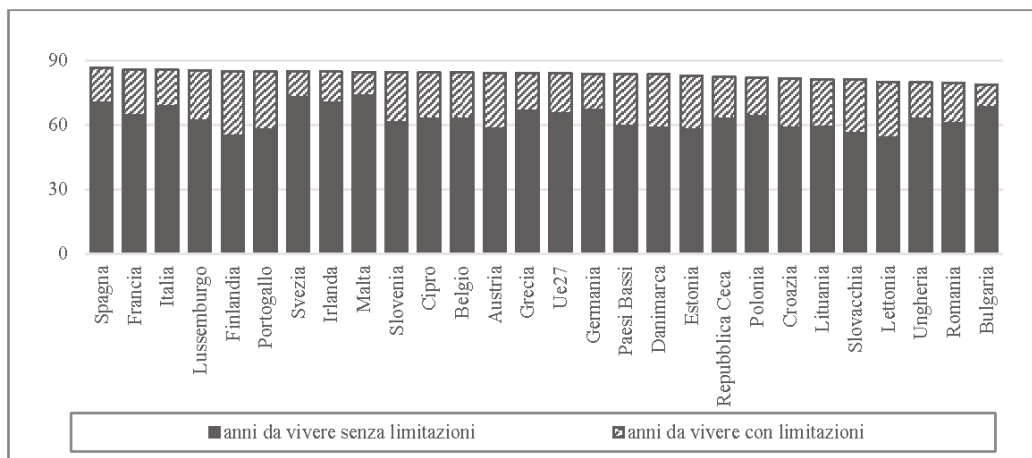
Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2021.

Grafico 5 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita nei Paesi dell'Unione Europea-27 e media dei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anno 2019

Maschi



Femmine



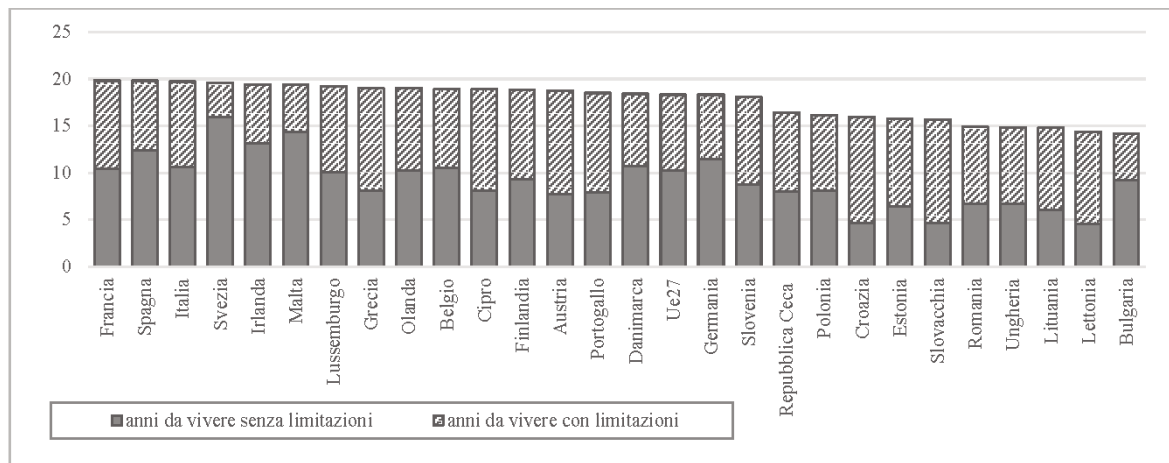
Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2021.



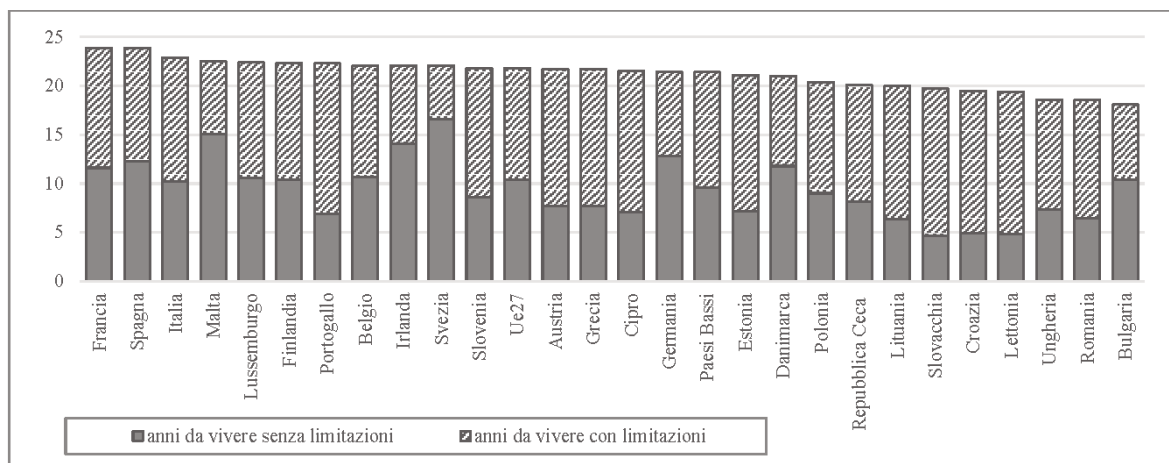


Grafico 6 - Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27* per speranza di vita con e senza limitazioni a 65 anni per genere (valori in anni ordinati per il valore della speranza di vita a 65 anni) - Anno 2019

Maschi



Femmine



Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il trend in miglioramento degli indicatori considerati registrato nell'ultimo decennio, periodo in cui soprattutto i Paesi dell'Europa orientale stavano via via recuperando il *gap* rispetto a quelli dell'Europa occidentale, ha subito una netta inversione a seguito dell'ondata pandemica che ha interessato tutto il mondo, con conseguenze devastanti in Europa per l'elevato tasso di invecchiamento della popolazione.

Già il primo bilancio del 2020 rispetto al 2019 ha evidenziato una riduzione degli anni di vita media attesi di quasi 1 anno (considerando il dato mediano dei Paesi dell'UE-27, esclusi Germania e Irlanda, la flessione è pari a -0,8 anni per gli uomini e -0,7 anni per le donne). I più colpiti risultano gli uomini dei Paesi già con l'aspettativa di vita più bassa in Europa: Bulgaria (-1,7 anni), Lituania (-1,6 anni), Romania (-1,4 anni), Polonia (-1,6 anni), ma anche Spagna (-1,4 anni). Tra le donne, invece, il Paese che retrocede maggiormente

(-1,6 anni) è la Spagna, che era il primo Paese in graduatoria per longevità in Europa nel 2019, collocandosi, comunque, in seconda posizione tra i Paesi dell'UE-27 nel 2020 (escludendo Germania e Irlanda). L'Italia ha bruciato nel 2020 discreti guadagni di longevità: con una riduzione di 1,3 anni per gli uomini il valore della speranza di vita alla nascita si attesta a 80,1 anni, solo nel 2018 si collocava in cima alla graduatoria dei Paesi dell'UE-27; per le donne la riduzione è di 1,0 anno e nel 2020 il valore della speranza di vita alla nascita è pari a 84,7 anni. Il valore minimo di 70,1 anni per gli uomini si registra in Lituania, mentre per le donne in Bulgaria con 77,5 anni. Le stime preliminari per il 2021 evidenziano in molti Paesi (ad eccezione di alcuni dell'Europa dell'Est, come Bulgaria, Romania e Slovacchia) primi recuperi degli anni di vita persi, ma spesso senza raggiungere i livelli del 2019.

Il quadro complessivo che potrà emergere dopo la





pandemia da COVID-19 merita ancora del tempo per comprendere e valutare l'impatto anche degli effetti indiretti di questa pandemia sulla sopravvivenza e sulla sua qualità. Basti pensare al disagio mentale, acuito dal distanziamento sociale o dall'inasprirsi delle condizioni economiche di quanti possono essere caduti in povertà e, in generale, all'aumento di problemi di salute per i possibili ritardi accumulati nella cura e prevenzione di altre patologie. La mobilitazione di risorse programmate a livello europeo e nazionale per i potenziali investimenti anche a tutela della salute si auspica ridiano lo slancio per il più rapido recupero e, combinati con tutte le possibili sinergie dei vari livelli istituzionali, possano dare nuove opportunità per rimuovere le disuguaglianze nella salute, siano esse sociali che territoriali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (ultimo accesso 9 dicembre 2021).
- (2) OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: www.oecd.org/health/health-at-a-glance.
- (3) Egidi V., Spizzichino D., Perceived health and mortality: a multidimensional analysis of ECHP Italian data, Genus LXII, No. 3-4, 2006.
- (4) Mantzavinis G. D., Pappas N., Dimoliatas I. D. K., Ioannidis J. P. A. (2005), "Multivariate models of self-reported health often neglected essential candidate determinants and methodological issues", Journal of Clinical Epidemiology, 58: 436-443.



Mortalità evitabile

Significato. La mortalità evitabile è costituita dalle due componenti della mortalità trattabile e della mortalità prevenibile. Le liste di cause trattabili e prevenibili (1) sono state definite congiuntamente nel 2018 dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico e dalla banca dati Eurostat che hanno, inoltre, fissato a 74 anni il limite di età per ritenere evitabile un decesso¹. La mortalità per cause evitabili viene misurata attraverso tassi standardizzati per età. Essi rappresentano il numero di decessi che si

osserverebbe per una specifica causa o per gruppi di cause in una popolazione di 100.000 persone con una struttura per età uguale a quella della popolazione standard europea, revisione 2013 (2).

I dati analitici utilizzati nel calcolo dei tassi presentati in questo Capitolo sono rappresentati, per ogni anno di osservazione, dai quozienti specifici per classi di età quinquennali (con l'eccezione delle classi "0" e "1-4 anni") e causa.

Tasso di mortalità evitabile

$$T_P^i = 100.000 * \sum_{x=1}^{\omega} D_{x,P}^i / \sum_{x=1}^{\omega} P_{x,P}$$

Significato delle variabili: $D_{x,r}^i$ rappresenta il numero dei decessi all'età x per causa evitabile i nel Paese P ;

$P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nel Paese P .

Validità e limiti. Il tasso standardizzato di mortalità per causa non rappresenta una misura reale del fenomeno, ma indica il livello che la mortalità assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse quella della popolazione scelta come standard. Come limite, il tasso standardizzato è un valore ipotetico che dipende dalla struttura per età della popolazione standard. La scelta dello standard, pertanto, deve essere effettuata evitando di assumere una popolazione troppo diversa rispetto al contesto territoriale nel quale si effettuano i confronti al fine di non distorcere i differenziali reali. Come pregio, il tasso standardizzato consente di effettuare confronti, temporali e territoriali, al netto dell'influenza delle strutture demografiche reali delle popolazioni messe a confronto. La popolazione di riferimento utilizzata per il calcolo dei tassi standardizzati per età presentati nel Capitolo è la popolazione standard europea (Eurostat, Revisione 2013).

Valore di riferimento/Benchmark. Il tasso standardizzato di mortalità evitabile a meno di 75 anni per il complesso dei 27 Paesi facenti parte dell'Unione Europea (UE-27) rappresenta una misura sintetica della mortalità evitabile a livello europeo e il suo valore viene assunto come riferimento per il confronto della mortalità nei singoli Paesi europei. Al momento della presente pubblicazione, nella banca dati Eurostat riferita ai decessi dell'anno 2017 non sono disponibili gli indicatori della Francia e di conseguenza neanche quelli dell'insieme dei Paesi UE-27. Pertanto, si commentano le variazioni percentuali rispetto al benchmark UE-27 con riferimento all'anno 2017.

Descrizione dei risultati

Uno dei temi maggiormente rilevanti nell'Agenda politica dei vari Paesi è certamente la valutazione dell'efficienza ed efficacia del Servizio Sanitario Nazionale. Al fine di monitorare la qualità dei servizi sanitari offerti, delle iniziative di prevenzione e delle politiche di sicurezza risulta molto utile lo studio della mortalità evitabile. Si definiscono evitabili quei decessi che potrebbero essere ridotti o evitati perché dovuti a cause potenzialmente contrastabili.

La mortalità evitabile è costituita da due componenti: la mortalità prevenibile, ovvero che potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica, prima dell'insorgenza della malattia o dell'infortunio; la mortalità trattabile, ovvero quei decessi che potrebbero essere contenuti grazie a interventi per la riduzione della letalità di determinate cause, mediante un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace in termini di prevenzione secondaria (diagnosi tempestive) e di trattamenti sanitari adeguati.

Il Grafico 1 fornisce il quadro attuale e delle tendenze recenti della mortalità evitabile a livello europeo, distinta nelle sue due componenti prevenibile e trattabile, riportando i tassi di mortalità nell'anno 2018 insieme alla loro variazione percentuale rispetto all'anno 2011 (primo anno con dati sulla mortalità evitabile disponibili nella banca dati Eurostat).

A livello complessivo di mortalità evitabile (Grafico 1a) si osserva come la situazione sia più sfavorevole nel blocco dei Paesi dell'Europa dell'Est. La Bulgaria è il Paese con la diminuzione minima (-1%) nei tassi di mortalità evitabile rispetto al 2011. Nel 2018

¹Disponibile sul sito: www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf.



L'Italia presenta il tasso di mortalità evitabile più basso in Europa, mostrando peraltro una diminuzione del 16% rispetto al valore del 2011. L'Italia risulta avvantaggiata rispetto a quasi tutti gli altri Paesi sia in relazione alla mortalità prevenibile (Grafico 1b) che alla mortalità trattabile (Grafico 1c). La mortalità prevenibile (Grafico 1b) risulta in diminuzione pressoché ovunque in Europa (con variazioni comprese tra il -5% di Germania e Cipro ed il -23% della Lituania), con l'unica eccezione della Bulgaria per la quale si osserva un +2% rispetto al dato del 2011. Anche per quanto riguarda la mortalità trattabile (Grafico 1c), si evidenzia una tendenza generalizzata alla diminuzione dei tassi, osservabile anche nei Paesi con la situazione meno favorevole (Romania, Lettonia, Bulgaria e Lituania su tutti) con la sola eccezione di Cipro (0%)

Per una lettura integrata delle due componenti della mortalità evitabile si può fare riferimento al Grafico 2 che mostra congiuntamente le variazioni dei tassi di mortalità prevenibile e trattabile nei vari Paesi rispetto alla media UE-27 nel 2017. A seconda della collocazione di ciascun Paese sul piano cartesiano, si può

evincere quale sia l'aspetto specifico che presenta una maggiore criticità rispetto al livello medio europeo. I Paesi rappresentati nel quadrante in alto a destra sono caratterizzati da un profilo di elevata mortalità evitabile sia in fase pre-diagnostica sia quando la malattia è stata già identificata, e sono tutti Paesi dell'area Est-europea. In particolare, Lettonia, Romania, Ungheria e Lituania, sono quelli con i livelli in assoluto più alti della media europea. Bulgaria e Slovacchia, invece, presentano un livello di mortalità trattabile più elevata della media UE-27, mentre la componente prevenibile risulta più vicina al livello europeo. Croazia, Estonia, Polonia e Repubblica Ceca hanno analoga distanza dai livelli medi europei per entrambi gli indicatori considerati.

Il quadrante in basso a sinistra, invece, delinea un profilo di mortalità sia prevenibile sia trattabile al di sotto della media UE-27, pertanto in esso sono rappresentati quei Paesi le cui misure di intervento risultano più efficaci del livello medio nel contenere la mortalità evitabile, sia prevenibile sia trattabile. Sono i Paesi europei occidentali o settentrionali, fra i quali troviamo, nelle posizioni più avvantaggiate anche l'Italia.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni per Paese dell'Unione Europea-27 e variazione (valori per 100) rispetto al 2011 - Anno 2018

Grafico 1a - Mortalità Evitabile

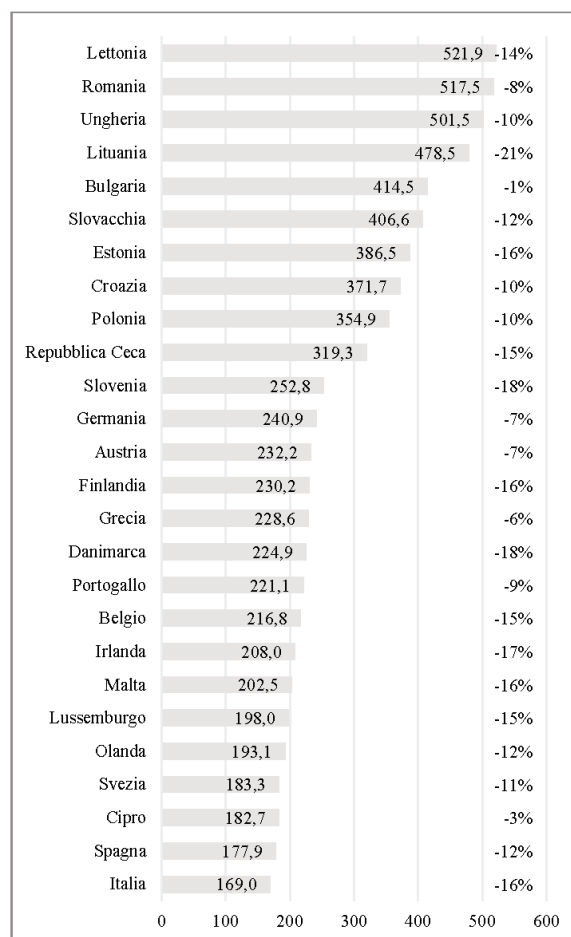




Grafico 1 - (segue) Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni per Paese dell'Unione Europea-27 e variazione (valori per 100) rispetto al 2011 - Anno 2018

Grafico 1b - Mortalità Prevenibile

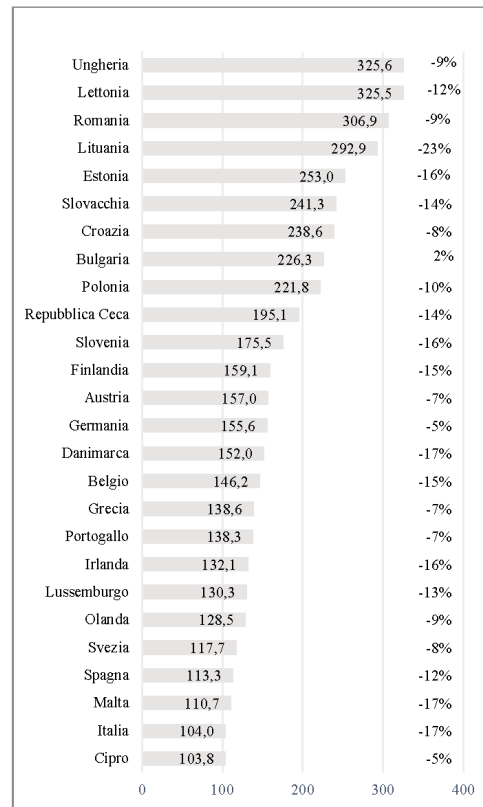
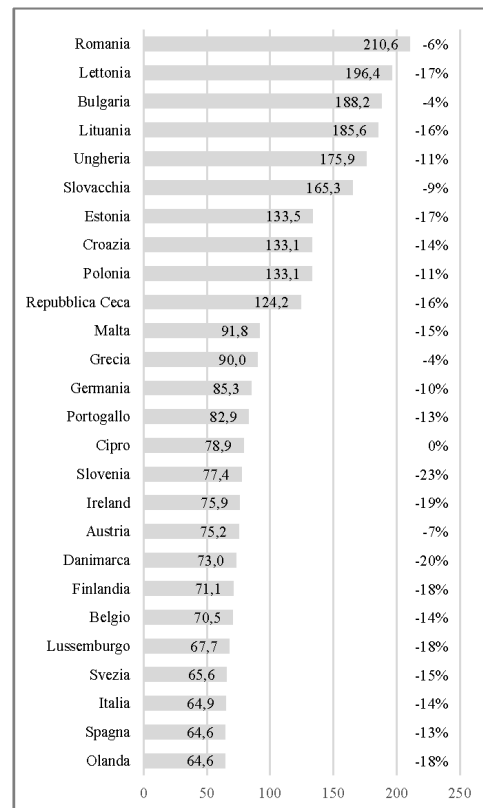


Grafico 1c - Mortalità Trattabile

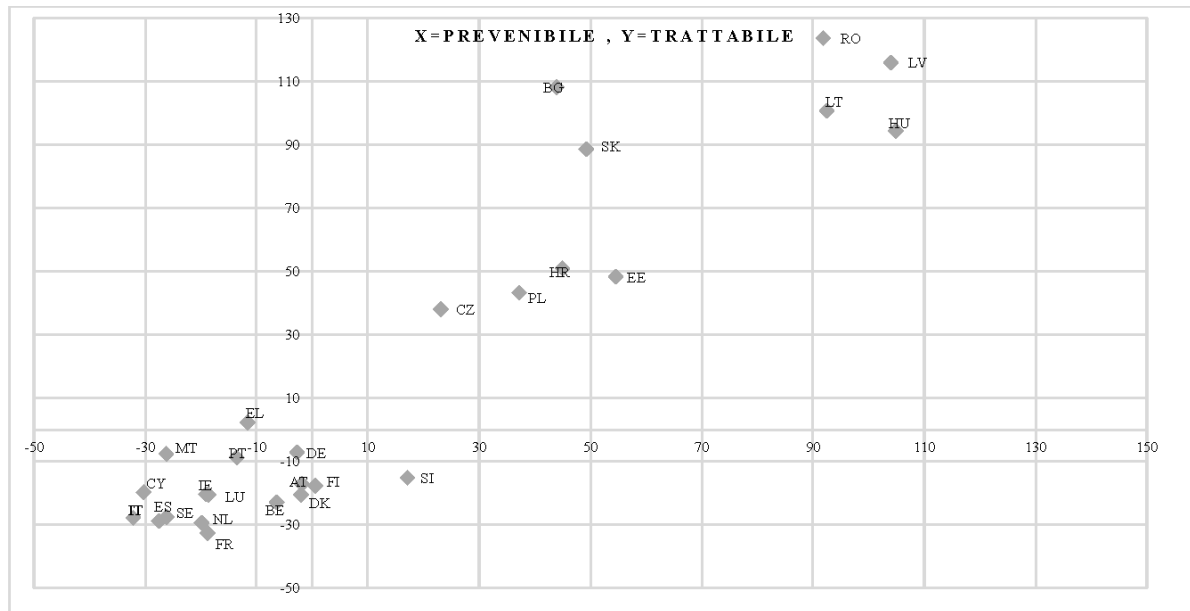


Fonte dei dati: Eurostat Database (3). Anno 2021.





Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni per Paese dell'Unione Europea-27 e variazione (valori per 100) rispetto alla media dell'Unione Europea-27 - Anno 2017



Legenda: AT = Austria; BE = Belgio; BG = Bulgaria; CH = Svizzera; CY = Cipro; CZ = Repubblica Ceca; DE = Germania; DK = Danimarca; EE = Estonia; EL = Grecia; ES = Spagna; FI = Finlandia; FR = Francia; HR = Croazia; HU = Ungheria; IE = Irlanda; IS = Islanda; IT = Italia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; LV = Lettonia; MT = Malta; NL = Olanda; PL = Polonia; PT = Portogallo; RO = Romania; SE = Svezia; SI = Slovenia; SK = Slovacchia.

Fonte dei dati: Eurostat Database (3). Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

I continui avanzamenti nel campo della conoscenza e della tecnologia medica, in aggiunta a opportuni interventi in salute pubblica, hanno fatto sì che alcune patologie che prima conducevano a morte siano diventate progressivamente sempre più evitabili. L'esistenza di una lista di tali cause, aggiornata e condivisa a livello internazionale, consente la produzione di statistiche armonizzate e confrontabili. Essa include condizioni per le quali è ragionevole aspettarsi che i decessi possano essere evitati attraverso un'assistenza sanitaria di buona qualità, anche dopo che la condizione si è sviluppata (mortalità trattabile), così come quelle condizioni di cui si potrebbe evitare la comparsa (riduzione dell'incidenza) attraverso interventi di salute pubblica più ampi, come quelli mirati a ridurre l'incidenza del fumo (mortalità prevenibile). Monitorare l'andamento di questi indicatori e confrontarli tra i vari Paesi europei, consente di misurare l'effetto sulla salute della

popolazione delle politiche sanitarie, della qualità e dell'accessibilità dei servizi sanitari offerti, al fine di valutare le disuguaglianze ancora esistenti tra i Paesi.

Riferimenti bibliografici

- (1) Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (October 2021 version). Disponibile sul sito: www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf.
- (2) Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force, 2013 edition. Eurostat's Methodologies and working papers. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028>.
- (3) Eurostat Database. Disponibile sul sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database>, Causes of death, Public health themes - Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex. Disponibile sul sito: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_apr&lang=en, aggiornamento 25 novembre 2021.





Disponibilità di medici

Significato. Medici e altri operatori sanitari sono fondamentali per affrontare le esigenze di salute della popolazione in circostanze normali e a maggior ragione in circostanze eccezionali come l'attuale pandemia di *Corona Virus Disease-19* (COVID-19).

Il corretto accesso alle cure mediche richiede un numero sufficiente di medici, con un giusto *mix* di

generici e specialisti e una corretta distribuzione geografica per servire la popolazione di tutto il Paese. L'indicatore considera l'insieme dei medici "praticanti" ovvero che forniscono assistenza diretta ai pazienti come Medici di Medicina Generale¹ (MMG) (*General Practitioner-GP*) o specialisti.

Numero di medici "praticanti"

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Medici "praticanti"}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente}} \times 1.000$$

Validità e limiti. In Grecia e Portogallo i dati corrispondono ai "medici abilitati", mentre in Slovacchia le cifre corrispondono ai medici "professionalmente attivi" comprendendo anche i medici che lavorano nel settore sanitario come *manager*, educatori, ricercatori etc. In Belgio i medici generici per essere considerati praticanti devono svolgere almeno 500 consulenze all'anno. Fatte salve queste eccezioni, l'indicatore permette di valutare le differenze territoriali e la loro evoluzione temporale in rapporto alla popolazione che necessita di assistenza.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esiste un valore di riferimento in ambito europeo che possa indicare la giusta proporzione di medici rispetto alla popolazione residente. Tuttavia, può essere utile confrontarsi con la media dei Paesi dell'Unione Europea a 27 Stati membri (UE-27) per capire se il numero di medici è sottodimensionato rispetto alle esigenze di cura della popolazione.

Descrizione dei risultati

In tutti i Paesi dell'UE-27 negli ultimi 10 anni il numero di medici "praticanti" è mediamente aumentato da 3,3 per 1.000 abitanti nel 2008 a 3,8 per 1.000 nel 2018. In Italia, nello stesso arco temporale, il numero totale di medici per abitante (3,8 per 1.000 nel 2009 e 4,1 per 1.000 nel 2019) è superiore alla media europea, ma più basso rispetto a Germania (3,6 per

1.000 nel 2009 e 4,4 per 1.000 nel 2019), Spagna (3,6 per 1.000 nel 2009 e 4,4 per 1.000 nel 2019) e Svezia (3,8 per 1.000 nel 2009 e 4,3 per 1.000 nel 2019). I valori in assoluto più alti si osservano in Austria (4,7 per 1.000 nel 2009 e 5,3 per 1.000 nel 2019) e Lituania (3,9 per 1.000 nel 2009 e 4,6 per 1.000 nel 2019) (Grafico 1).

Tale aumento non ha riguardato la Medicina Generale, infatti nello stesso arco temporale la quota di MMG (GP) impegnati nell'assistenza di base, rispetto all'insieme di medici praticanti, è diminuita nella maggior parte dei Paesi europei. In Italia, la quota di medici di famiglia è più bassa rispetto alla media europea: nel 2018 solo il 17,9% dei medici "praticanti" presta assistenza di base a cittadini e famiglie a fronte del 25,1% della media UE-27². Grecia e Polonia hanno la quota più bassa di GP (meno del 10%), mentre Finlandia e Belgio con oltre il 30% di GP, sono in grado di mantenere un migliore equilibrio tra medici di base e specialisti (1).

In Italia, si osserva anche il più rapido invecchiamento del personale medico: nel 2019 oltre la metà dei medici attivi ha un'età >55 anni, era del circa 20% nel 2000. Il rapido invecchiamento ha riguardato anche Francia (da 15,6% a 44,3%), Spagna (da 12,0% a 32,0%) e Austria (da 15,8% a 31,8%) (2). L'elevata quota di medici ultra 55enni è un campanello di allarme di possibile carenza di medici nei prossimi 10 anni.

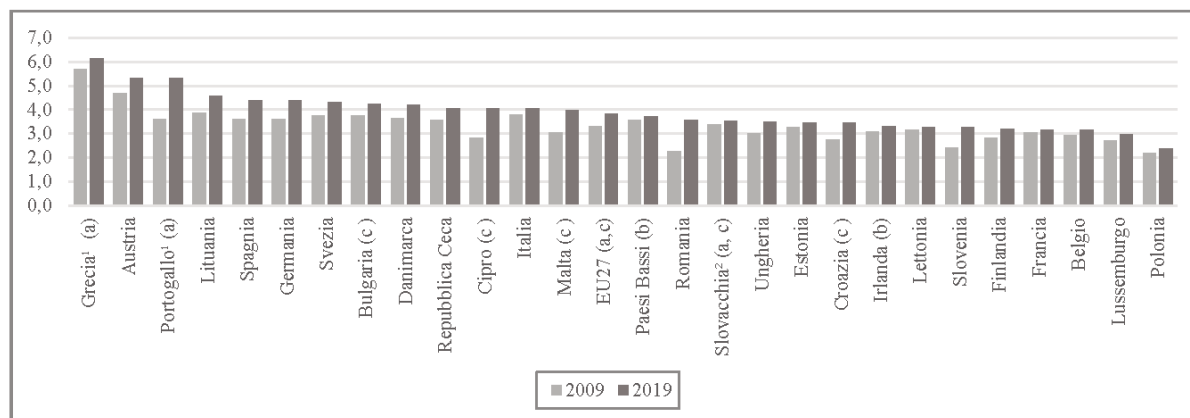
¹Il MMG (Mmedico di Medicina Generale) è il professionista che conosce bene lo stato di salute dei suoi assistiti e, quando si presenta la necessità, li guida in tutto il percorso terapeutico all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, permettendo loro di accedere a tutti i servizi e prestazioni compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza.

²Dati non disponibili per Spagna e Repubblica Slovacca.





Grafico 1 - Medici (valori per 1.000 abitanti) "praticanti" per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2009, 2019 (o anno più vicino)



¹I dati si riferiscono ai medici abilitati.

²I dati includono non solo i medici che forniscono assistenza diretta ai pazienti, ma anche coloro che lavorano nel settore sanitario come *manager*, educatori, ricercatori etc..

(a) Dati del 2008.

(b) Dati del 2007.

(c) Dati del 2018.

Fonte dei dati: Eurostat Database. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

In un contesto di popolazione europea che invecchia, il numero di cittadini fragili bisognosi di cura e assistenza tenderà inevitabilmente ad aumentare. La capacità dei servizi sanitari europei di rispondere alle maggiori richieste di cura e assistenza potrebbe essere indebolita a causa della carenza di personale medico già evidente nella medicina di base. È, quindi, necessaria un'adeguata pianificazione del personale sanitario per garantire un efficace *turnover* di nuovi medici, visto che occorrono circa 10 anni per formarne dei nuovi.

Allo stesso tempo, è importante prendere in considerazione possibili cambiamenti nei modelli di pensionamento dei medici che in alcuni casi potrebbero continuare a praticare oltre i 65 anni, a tempo pieno o parziale in presenza di adeguate condizioni di lavoro (3). Diversi Paesi hanno preso provvedimenti per aumenta-

re il numero di posti di formazione post-laurea soprattutto nella Medicina Generale. Ad esempio, in Francia, dal 2017 circa il 40% dei posti sono stati assegnati alla formazione post-laurea di Medicina Generale, una percentuale maggiore rispetto agli altri Paesi dell'UE. Tuttavia, in Francia come in altri Paesi, rimane una sfida attirare un numero sufficiente di medici studenti a coprire i posti di formazione disponibili, data la minore remunerazione e prestigio percepito della Medicina Generale (4).

Riferimenti bibliografici

(1) OECD Health at a glance 2020.

(2) OECD Health at a glance 2021.

(3) OECD 2016 Health Workforce Policies in OECD Countries.

(4) OECD 2019 European Observatory on Health Systems and Policies.





Disponibilità di infermieri

Significato. Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nel fornire assistenza sanitaria non solo in contesti tradizionali come Ospedali e strutture di lungodegenza, ma sempre più anche nelle cure primarie ai malati cronici e nell'assistenza domiciliare. La pandemia di *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) ha messo in luce il valore del lavoro di cura svolto

da questi operatori sanitari in un contesto di carenza organica e di forte rischio di infezione degli infermieri stessi. L'indicatore considera il numero di infermieri "praticanti", ossia che forniscono servizi sanitari diretti ai pazienti come lavoratori dipendenti o liberi professionisti.

Numero di infermieri "praticanti"

Numeratore	Infermieri "praticanti"	
	—————	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente	

Validità e limiti. I dati non sono perfettamente comparabili, in quanto per alcuni Paesi (Irlanda, Francia, Portogallo e Slovacchia) le cifre corrispondono agli infermieri "professionalmente attivi" che comprendono anche gli infermieri occupati nel settore sanitario come dirigenti, educatori, ricercatori etc.. Per Austria e Grecia, i dati includono solo gli infermieri che lavorano negli Ospedali. Le ostetriche e gli assistenti infermieristici (che non sono riconosciuti come infermieri) sono normalmente esclusi, sebbene alcuni Paesi includano le ostetriche in quanto sono considerate infermiere specializzate.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esiste un valore di riferimento in ambito europeo che possa indicare la giusta proporzione di infermieri rispetto alla popolazione residente. Tuttavia, può essere utile confrontarsi con la media dei Paesi dell'Unione Europea a 27 Stati membri (UE-27) per capire se il numero di infermieri è sottodimensionato rispetto alle esigenze di cura e assistenza della popolazione.

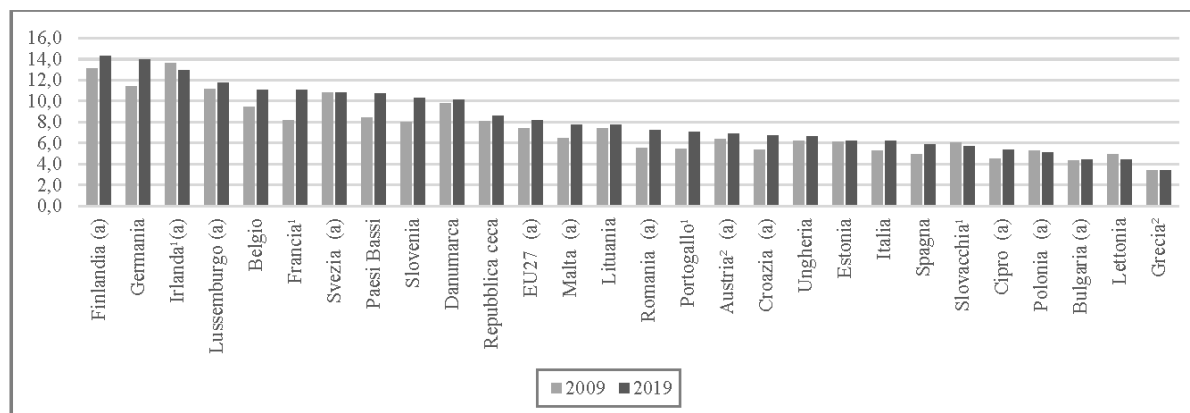
Descrizione dei risultati

Nei Paesi dell'UE-27, ci sono in media 8,2 infermieri per 1.000 abitanti nel 2019, in aumento rispetto al 7,4 per 1.000 nel 2009. In Italia, nello stesso arco temporale il numero di infermieri rapportato alla popolazione, pur aumentando, è rimasto costantemente sotto la media dell'UE-27 (5,3 per 1.000 nel 2009 e 6,2 per 1.000 nel 2019). Tra i Paesi comunitari, il numero di infermieri pro capite più alto si osserva in Finlandia (14,3 per 1.000) e Germania (14,0 per 1.000); il più basso in Lettonia, Grecia e Bulgaria con meno di 5 infermieri ogni 1.000 abitanti. Tra il 2009-2019 il numero di infermieri pro capite è aumentato nella maggior parte dei Paesi dell'UE, ad eccezione di Irlanda (da 13,6 a 12,9 per 1.000), Lettonia (da 4,9 a 4,4 per 1.000), Slovacchia (da 6,1 a 5,7 per 1.000) e Polonia (da 5,3 a 5,1 per 1.000) (Grafico 1). Nel 2019 ci sono in media più di 2 infermieri per medico in tutti i Paesi dell'UE, con il rapporto infermiere-medico che raggiunge circa quattro o più in Finlandia, Lussemburgo e Irlanda. Il rapporto è molto più basso in Lettonia (1,3) e nei Paesi dell'Europa meridionale: Italia (1,5), Spagna (1,3) e Portogallo (1,3).





Grafico 1 - Infermieri (valori per 1.000 abitanti) “praticanti” per Paese dell’Unione Europea-27 - Anni 2009 e 2019 (o anno più vicino)



¹I dati includono non solo gli infermieri che forniscono assistenza diretta ai pazienti, ma anche coloro che lavorano nel settore sanitario come *manager*, educatori, ricercatori etc..

²I dati si riferiscono solo ad infermieri che lavorano in Ospedale.

(a) I dati si riferiscono al 2008 e al 2018.

Fonte dei dati: Eurostat Database. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

In tutti i Paesi europei nei prossimi anni, a causa dell'invecchiamento della popolazione, la domanda di infermieri per l'assistenza e la cura degli anziani fragili dovrebbe continuare a crescere. Allo stesso tempo, i Paesi che non stanno investendo su questo profilo sanitario rischieranno forti carenze di personale non potendo sostituire i molti infermieri che si stanno avvicinando all'età pensionabile.

Per affrontare la crescente carenza di personale infermieristico, alcuni Paesi hanno adottato una serie di misure volte a reclutare più studenti per i programmi di formazione infermieristica e a migliorare le condizioni di lavoro degli infermieri stessi. In Italia, l'attuale carenza di infermieri è destinata ad aggravarsi visto che il basso numero di laureati in questa disciplina (18,4 per 100.000 abitanti nel 2019) potrebbe non essere sufficiente a garantire neppure il *turnover* dei prossimi anni.

Nei Paesi con il maggior numero di infermieri prati-

canti, come Germania e Finlandia, si osserva anche un numero maggiore di giovani che ogni anno esce dall'Università con una formazione infermieristica (nel 2019 in Finlandia 81,8 per 100.000 abitanti, in Germania 54,3 per 100.000 abitanti) (1).

In alcuni Paesi la mobilità del personale infermieristico dall'estero può costituire una soluzione congiunturale in quanto l'investimento in formazione richiede un'ottica di medio e lungo periodo. Ad esempio, il Lussemburgo ha attratto personale dai Paesi dell'Est-Europa offrendo livelli di remunerazione almeno quattro volte superiori rispetto a quelli di Lituania, Repubblica Slovacca e Lettonia (1).

Aumentare l'interesse e la fidelizzazione nella professione infermieristica rimane, dunque, una questione chiave nella maggior parte dei Paesi europei per colmare le carenze attuali o evitare le carenze future.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD, Health at a glance 2021.





Disponibilità di posti letto

Significato. L'offerta di posti letto ospedalieri, insieme ad altri indicatori di offerta di servizi sanitari, concorre a definire le risorse disponibili per le cure da erogare in Ospedale.

Posti letto in Ospedale

Numeratore Posti letto in Ospedale
 ————— x 1.000
 Denominatore Popolazione residente

Validità e limiti. Sono esclusi i posti letto nelle strutture di cura residenziale. I dati per alcuni Paesi non coprono tutti gli Ospedali. In Irlanda, i dati si riferiscono solo agli Ospedali per acuti. I dati per la Svezia escludono i posti letto finanziati privatamente. I letti per l'assistenza in Day Hospital (DH) potrebbero essere inclusi in alcuni Paesi (ad esempio, Austria, Lussemburgo e Paesi Bassi).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esiste un valore di riferimento a livello europeo. In Italia, come benchmark viene utilizzato lo standard indicato dal DM n.70/2015 che prevede un tasso di posti letto limite di 3,7 ogni 1.000 abitanti.

Descrizione dei risultati

I dati descrivono la capacità ospedaliera al 2019, prima della pandemia di *Corona Virus Disease-19* (COVID-19). La Germania è il Paese europeo con la maggiore disponibilità di posti letto ospedalieri pro capite (7,9 per 1.000 abitanti nel 2019), seguita da Bulgaria (7,7 per 1.000) e Austria (7,2 per 1.000). Nettamente inferiore la capacità ricettiva degli Ospedali in Svezia (2,1 per 1.000) e Danimarca (2,6

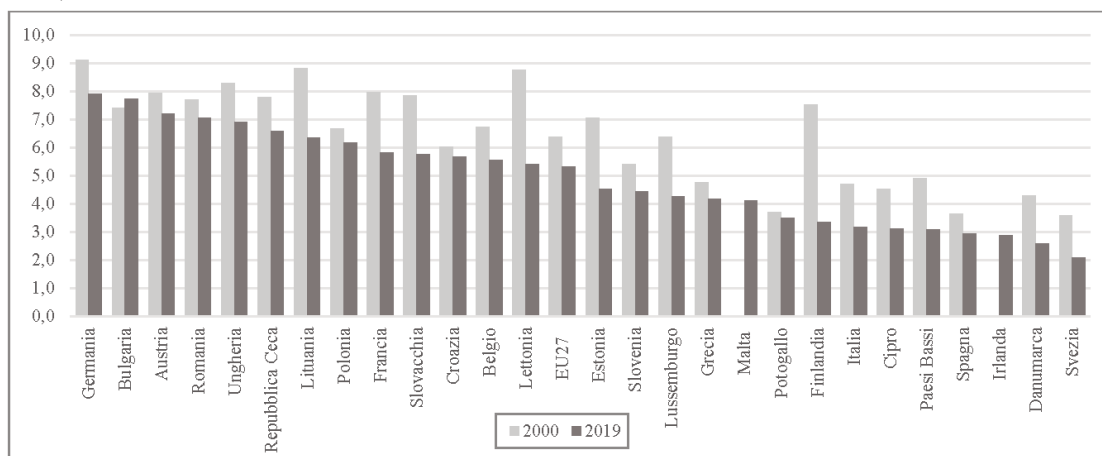
Si considerano i posti letto pubblici e privati mantenuti, presidiati e immediatamente disponibili per acuti, riabilitazione e cure a lungo termine.

per 1.000). In Italia si contano 3,2 posti letto per 1.000 abitanti a fronte di una media UE-27 di 5,3 posti letto ogni 1.000 abitanti (Grafico 1).

Dal 2000 il numero di posti letto ospedalieri pro capite è diminuito in tutti i Paesi dell'UE-27, eccetto la Bulgaria (+4,5%), a causa, almeno in parte, dello sviluppo del DH e della riduzione della durata media della degenza per i pazienti ricoverati. I progressi nella tecnologia medica consentono, infatti, di eseguire più interventi chirurgici nello stesso giorno (1).

In media UE-27, il numero di posti letto ospedalieri pro capite è diminuito di poco più del 17% tra il 2000-2019 (da 6,4 a 5,3 per 1.000). Tale riduzione è stata particolarmente pronunciata in Finlandia (da 7,5 a 3,3 per 1.000) con oltre il 50% di posti letto in meno. Svezia (da 3,6 a 2,1 per 1.000), Danimarca (da 4,3 a 2,6 per 1.000), Lettonia (da 8,8 a 5,4 per 1.000), Paesi Bassi (da 4,9 a 3,1 per 1.000) ed Estonia (da 7,0 a 4,5 per 1.000) hanno ridotto di oltre un terzo la capacità ospedaliera. Anche in Italia nell'arco di quasi 20 anni il numero di posti letto in Ospedale è diminuito di circa il 33% passando da 4,7 per 1.000 abitanti nel 2000 a 3,2 per 1.000 nel 2019.

Grafico 1 - Posti letto (valori per 1.000 abitanti) per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2000, 2019 (o anno più vicino)



Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database 2019. Anno 2021.



**Raccomandazioni di Osservasalute**

La pandemia di COVID-19 ha evidenziato la necessità di disporre di un numero di posti letto sufficiente e flessibile nel loro utilizzo per affrontare qualsiasi improvviso aumento della domanda di ospedalizzazione, insieme a un sufficiente numero di medici e infermieri con le competenze adeguate a fornire l'assistenza richiesta.

Durante la pandemia, i Paesi comunitari hanno implementato una serie di interventi organizzativi per aumentare la capacità di cura degli Ospedali adeguandola alla fluttuazione delle ondate di malati COVID-19. In particolare, la capacità delle Terapie Intensive è stata incrementata con la trasformazione sistematica

di altri reparti clinici e con la creazione di Ospedali da campo. In casi estremi i pazienti sono stati trasferiti in Ospedali con maggiore disponibilità di posti in Terapia Intensiva.

I dati preliminari per il 2020 indicano un aumento della capacità delle Terapie Intensive rispetto a prima della pandemia: in Italia, il numero di posti letto in Terapia Intensiva è aumentato di circa il 60% rispetto al 2019 (da 8,7 a 14,4 per 100.000 abitanti), in Belgio di oltre il 50% e in Francia di circa il 30% (2).

Riferimenti bibliografici

- (1) OECD, Health at a glance 2020.
- (2) OECD, Health at a glance 2021.



Difficoltà degli anziani nelle attività quotidiane di cura della propria persona e della vita domestica

Dott.ssa Lidia Gargiulo, Dott.ssa Laura Iannucci

L'Europa e l'Italia sono caratterizzate, com'è noto, da un elevato invecchiamento della popolazione con una percentuale di *over 65* anni in Italia superiore agli altri Paesi dell'Unione Europea (23,2% nel 2020 vs 20,6% media Unione Europea a 27 Stati membri-UE-27). Quando alla longevità si accompagna anche la compromissione dell'autonomia nello svolgere le attività essenziali della vita quotidiana, è rilevante comprendere quale ne sia la gravità, individuando la quota dei soggetti più fragili che necessitano di supporto e assistenza. Grazie ad indicatori sul livello di difficoltà nelle attività quotidiane di cura della propria persona (*Activity Daily Living-ADL*) e nelle attività quotidiane della vita domestica (*Instrumental Activity Daily Living-IADL*) comparabili tra i Paesi, è possibile fornire un contributo conoscitivo per individuare il *target* di popolazione a maggior rischio di perdita di autonomia, e nel contempo conoscere come si posiziona l'Italia rispetto agli altri Paesi europei, in particolare quelli più simili al nostro, come Spagna o Francia.

Le analisi condotte sull'ultima indagine europea sulla salute del 2019 (*European Health Interview Survey wave3*), attestano che metà della popolazione anziana dell'UE-27 ha riportato di avere difficoltà in almeno un'attività di cura della propria persona¹ o nelle attività della vita domestica² (49,7%): il 23,1% ha riferito di avere moderate difficoltà, mentre il 26,6% ha riferito gravi difficoltà. Le quote più elevate di persone con qualche difficoltà in almeno una delle attività quotidiane (ADL o IADL) sono state rilevate in Romania (80,1%), Lituania (67,4%), Slovacchia (66,2%) e Lettonia (65,5%). Quote sensibilmente più basse si osservano, invece, in Estonia (30,1%), Lussemburgo (35,3%), Danimarca (37,3%) e Svezia (38,3%). L'Italia si colloca poco al di sotto della media europea con il 47,9% degli *over 65* anni che dichiara almeno una difficoltà nelle attività domestiche o di cura della persona: 19,1% con moderate difficoltà e 28,8% con gravi difficoltà (Grafico 1).

Focalizzando l'attenzione sul gruppo di anziani con difficoltà gravi in almeno un'attività tra le ADL e le IADL, essi costituiscono complessivamente il 26,6% tra i Paesi dell'UE-27, ma la quota incrementa al 39,4% tra gli *ultra 75enni*. Anche in questo caso, gli *over 75* anni con gravi difficoltà si rilevano maggiormente in Romania (67,0%), Polonia (58,6%) e Slovacchia (57,5%) mentre le più basse in Germania (25,1%), Danimarca (24,3%), Lussemburgo (24,0%) e Svezia (19,6%). L'Italia, per gli *over 75* anni con gravi difficoltà nelle ADL o nelle IADL si colloca al di sopra della media UE-27 con il 44,7%, e ciò sia per il fatto che l'Italia ha quote maggiori di grandi anziani (*over 80* e *85* anni), sia perché il ricorso all'istituzionalizzazione appare più contenuto rispetto ad altri Paesi europei. Peraltro, è importante notare che nella fascia di età dei 65-74enni la quota di anziani con gravi riduzioni nell'autonomia è più bassa in Italia (12,4% vs il 15,1% della media UE-27).

L'analisi per genere conferma lo svantaggio femminile in tutti gli Stati membri dell'UE-27, tra le donne anziane (65 anni ed oltre) con almeno una grave difficoltà nelle ADL o IADL la quota della media UE-27 è pari al 32,1% vs il 19,3% degli uomini anziani. I divari di genere oscillano, però, tra i +3,0 punti percentuali della Finlandia, agli oltre +23 punti percentuali di Cipro. Le disuguaglianze di genere maggiori si registrano soprattutto nei Paesi dell'area mediterranea: oltre a Cipro, anche in Portogallo (+21,6 punti percentuali), Spagna (+19,2 punti percentuali), Grecia (+17,4 punti percentuali) e Italia (+17,1 punti percentuali). In generale, il divario di genere si giustifica non solo per la maggiore longevità delle donne, ma anche per le diverse patologie croniche che colpiscono le donne, spesso più invalidanti e meno letali, ma anche più precoci, in particolare quelle a carico dell'apparato osteo-articolare.

Tra gli anziani che dichiarano una grave compromissione dell'autonomia nelle ADL oppure nelle IADL, in Italia il 44,2% lamenta una carenza di supporti, il 42,9% dichiara di ricevere già un aiuto sufficiente, mentre il 13% circa dichiara di non aver bisogno di aiuti. Queste quote non sono molto lontane dalla media dei Paesi dell'UE-27 che la banca dati Eurostat stima pari, rispettivamente, a 46,4%, 40,1% e 13,4%. Nei Paesi dell'Europa dell'Est la carenza di supporto è più frequente rispetto alla media dei Paesi dell'UE-27, con percentuali che possono raggiungere anche il 70% (Croazia, 71,0%), sebbene livelli simili si raggiungano anche in Finlandia e Lussemburgo. Molto più basse, invece, le percentuali rilevate nei Paesi Bassi (24,5%) e in Lettonia (23,4%), dove all'opposto si ritrovano prevalenze maggiori di anziani con ridotta autonomia che dichiarano di ricevere un supporto adeguato.

¹Tra le attività incluse nella scala ADL (Katz et al., 1963) sono state rilevate le attività quotidiane da svolgere senza alcun aiuto come vestirsi o spogliarsi da solo, tagliare e mangiare il cibo da soli, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia da soli, farsi il bagno o la doccia da soli, usare i servizi igienici. Si precisa che nel questionario condiviso a livello europeo e somministrato al campione rappresentativo della popolazione in Italia di età 15 anni ed oltre indicando per ciascuna attività il livello di difficoltà declinato secondo quattro modalità: nessuna difficoltà, qualche difficoltà, molta difficoltà fino a non sono in grado. Le ultime due individuano i soggetti con gravi (severe) difficoltà.

²Le attività della scala IADL fanno riferimento alla scala di valutazione di Lawton & Brody (1969) e comprendono le seguenti attività: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche, usare i mezzi di trasporto. Il questionario che è stato condiviso a livello europeo esclude dalla rilevazione quest'ultima abilità.

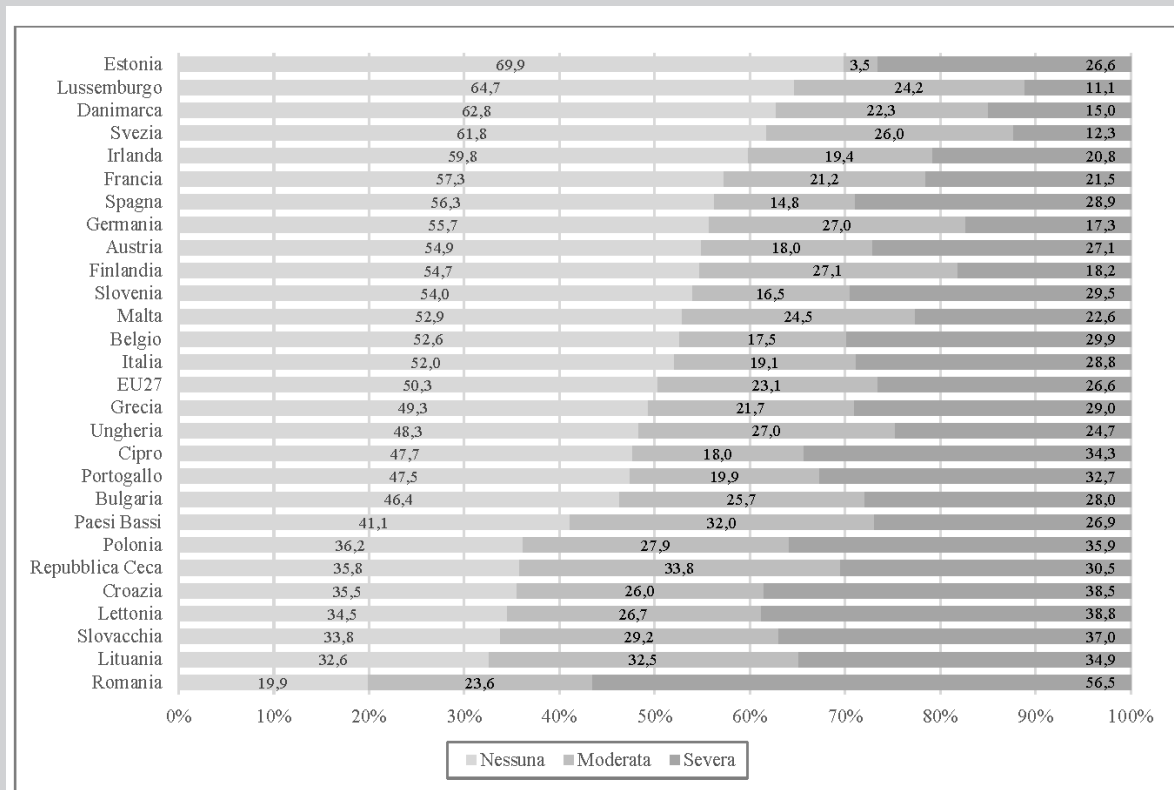


Per offrire un maggior dettaglio di come si segmenta la popolazione anziana con gravi riduzioni di autonomia rispetto al tipo di attività compromessa, si evidenzia che il gruppo di anziani che necessita di maggior sostegno è quello che cumula insieme gravi difficoltà nelle ADL e gravi difficoltà anche nelle IADL. Nel complesso, la popolazione anziana in Italia rappresenta il 10,1%, quota superiore a quella della media UE-27 pari al 7,6%. Il 18,1% degli anziani in Italia, invece, presenta solo gravi limitazioni nelle attività della vita domestica (IADL), mentre non sono compromesse gravemente le difficoltà essenziali di cura personale (mangiare da solo, vestirsi e spogliarsi etc.), quota perfettamente allineata alla media UE-27 (18,2%) (Grafico 2).

Il Grafico 2 evidenzia che in Italia oltre la metà delle donne ultra 75enni versa in condizioni precarie perché con gravi difficoltà in almeno una delle attività quotidiane (ADL o IADL) (54,2%), a fronte di una media UE-27 del 46,6%; ma soprattutto emerge che una su cinque (21,7%) ha gravi difficoltà sia nelle ADL che nelle IADL, a fronte del 15,6% della media dei Paesi dell'UE-27. Se la Spagna presenta una quota molto simile a quella italiana (24,4%) tra le *over 75* anni con gravi difficoltà sia nelle ADL che nelle IADL, in Francia questa percentuale si dimezza al 10,5%, mentre in Danimarca e in Svezia si rilevano prevalenze che addirittura si riducono ad un terzo (circa il 7,5%).

La maggiore longevità che caratterizza il nostro Paese di certo rappresenta una conquista importante degli ultimi 50 anni, l'obiettivo generale resta quello di comprimere sempre più verso le età più avanzate i rischi di fragilità e la perdita di autonomia della popolazione più anziana, grazie alla presa in carico dei soggetti più vulnerabili e, nel contempo, alla maggiore consapevolezza di tutela della propria salute in tutte le diverse fasi della vita.

Grafico 1 - Popolazione (valori per 100) di età 65 anni ed oltre per difficoltà nelle attività di cura della persona (Activity Daily Living) o nelle attività domestiche (Instrumental Activity Daily Living) per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2019

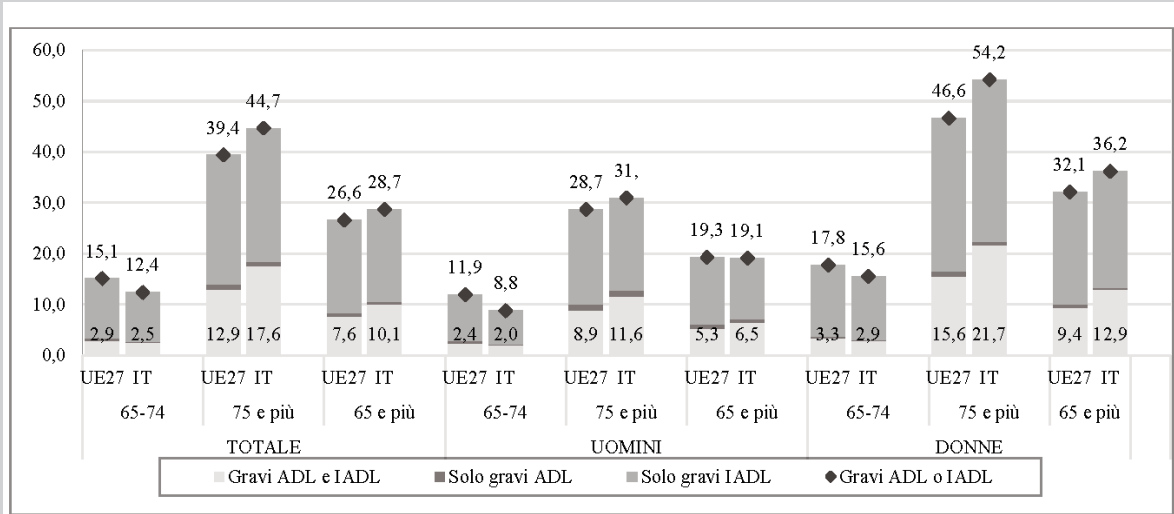


Fonte dei dati: Eurostat, Indagine EHIS 2019. Anno 2021.





Grafico 2 - Popolazione (valori per 100) anziana con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (Activity Daily Living) o nelle attività domestiche (Instrumental Activity Daily Living) per genere, classe di età, media dei Paesi dell'Unione Europea-27 e media Italia - Anno 2019



Fonte dei dati: Eurostat, Indagine EHIS 2019. Anno 2021.

