



La sanità italiana nel confronto europeo

L'UE, in risposta alla pandemia di COVID-19 ha adottato un poderoso programma d'azione in materia di salute per il periodo 2021-2027 (programma UE per la salute - *EU4Health*)¹ al fine di aiutare gli Stati membri ad affrontare le sfide sanitarie di lungo periodo con sistemi sanitari più forti, più resilienti e più accessibili. Il programma ha, inoltre, il fine di migliorare la salute dei cittadini in tutta l'UE e garantire un elevato livello di protezione della salute in tutte le politiche e le attività. Il programma *EU4Health* persegue quattro obiettivi generali e dieci obiettivi specifici che ne rappresentano le aree di intervento (Tabella 1).

Tabella 1 - Programma dell'Unione Europea per la salute (*EU4Health*). Obiettivi generali e specifici

1) Migliorare e promuovere la salute

- Promozione della salute e prevenzione delle malattie, in particolare del cancro
- Iniziative e cooperazione sanitaria internazionale

2) Proteggere le persone

- Prevenzione, preparazione e risposta alle minacce sanitarie transfrontaliere
- Integrazione delle scorte nazionali di prodotti essenziali rilevanti per la crisi
- Istituzione di una riserva di personale medico, sanitario e di supporto

3) Accesso a medicinali, dispositivi medici e prodotti rilevanti per le crisi

- Garantire che questi prodotti siano accessibili, disponibili e convenienti

4) Rafforzare i sistemi sanitari

- Rafforzare i dati sanitari, gli strumenti e i servizi digitali, la trasformazione digitale dell'assistenza sanitaria
- Migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria
- Sviluppare e attuare la legislazione sanitaria dell'UE e il processo decisionale basato su prove
- Lavoro integrato tra i sistemi sanitari nazionali

Il miglioramento e la promozione della salute durante l'intero ciclo di vita è l'Obiettivo 1 del programma *EU4Health*. Il mantenimento delle persone in buona salute e in attività più a lungo, insieme ad un ruolo più partecipativo nella gestione della propria salute e ad una migliore alfabetizzazione sanitaria, possono avere effetti positivi sulla salute stessa, sull'accesso all'assistenza sanitaria e sulla qualità della vita riducendo allo stesso tempo le pressioni sui sistemi sanitari e sui bilanci nazionali. I cambiamenti demografici, infatti, in particolare l'invecchiamento della popolazione, mettono alla prova la sostenibilità dei sistemi sanitari. Il programma sostiene anche azioni intese a ridurre le disuguaglianze nella salute e nelle prestazioni sanitarie, in particolare nelle zone rurali e nelle regioni isolate, tra cui quelle ultra-periferiche, al fine di conseguire una crescita inclusiva. La Commissione si è impegnata ad aiutare gli Stati membri a raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile fissati nell'Agenda 2030 dell'ONU², in particolare l'Obiettivo 3 "Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età".

Non possiamo permettere che la pandemia ci distraiga dal fatto che le NCD rappresentano l'80% del carico complessivo di malattie in Europa. Tali malattie, come il cancro, le malattie cardiovascolari, le malattie psichiche, i disturbi neurologici, le malattie respiratorie croniche e il diabete, sono fra le principali cause di disabilità, cattivo stato di salute, pensionamento per motivi di salute e morte prematura nell'UE, con importanti conseguenze sul piano sociale ed economico. Le NCD sono, spesso, il risultato di una combinazione di fattori genetici, fisiologici, ambientali e comportamentali. È possibile ridurre l'onere delle NCD attraverso la prevenzione, favorendo stili di vita sani e promuovendo un migliore accesso all'assistenza sanitaria.

L'Agenda 2030 dell'ONU si pone l'obiettivo di ridurre di un terzo la mortalità prematura da NCD entro il 2030 (Obiettivo 3.4). Tra il 2011 e il 2019 il tasso di mortalità per tumori maligni risulta in riduzione in quasi tutti i Paesi dell'UE. L'Italia è tra i Paesi nei quali è stata osservata una riduzione importante del tasso (-11,4%), superiore a quella stimata a livello complessivo nell'area UE (-8,2%). Nello stesso arco temporale in quasi tutti i

¹Il programma è stato istituito con il regolamento (UE) n. 522/2021 del Parlamento europeo e del Consiglio il 21 marzo 2021. La dotazione finanziaria per l'attuazione del programma per il periodo 2021-2027 è di circa 5,3 miliardi di €.

²L'ONU il 25 settembre 2015 ha adottato la Risoluzione dal titolo "Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile" ("Agenda 2030 dell'ONU").





Paesi dell'UE è diminuita la mortalità per cardiopatie ischemiche (-28,1% media UE, -31,6% in Italia) e malattie cerebrovascolari (-26,9% media UE, -26,0% in Italia). Per le malattie del sistema respiratorio la mortalità ha avuto un declino in molti Paesi europei (-1,0% media UE), ma non in tutti; in Italia si osserva un lieve incremento dell'indicatore (+8,2%) anche se il tasso di mortalità resta inferiore al livello medio dell'UE. Per quel che riguarda il diabete, la media UE del tasso di mortalità ha subito un lieve incremento (+5,2%), ma in Italia il tasso è diminuito (-14,2%).

La Commissione Europea ha lanciato nel dicembre 2021 l'iniziativa "Più sani insieme" (*Healthier Together*) per sostenere i Paesi dell'UE nell'identificazione e nell'attuazione di politiche e azioni efficaci per ridurre l'onere delle principali NCD e migliorare la salute e il benessere dei cittadini, nell'ottica dell'equità sanitaria, sostenendo così anche la riduzione delle disuguaglianze sanitarie. L'iniziativa copre il periodo 2022-2027 e comprende cinque aree di azione: determinanti della salute, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche, salute mentale e disturbi neurologici.

Sempre nel 2021, è stato adottato il Piano Europeo di lotta contro il cancro (*Europe's Beating Cancer Plan*³) che sostiene il lavoro degli Stati membri per prevenire il cancro e garantire un'elevata qualità della vita ai malati, ai sopravvissuti, alle loro famiglie e a chi se ne prende cura. Il Piano è strutturato attorno a una serie di settori chiave in cui l'UE può apportare il massimo valore aggiunto: prevenzione, diagnosi precoce, diagnosi e trattamento, qualità della vita dei malati di cancro e dei sopravvissuti. I ritardi nella diagnosi del cancro e nell'accesso ai servizi diagnostici, segnalati in molti dei 27 Paesi facenti parte dell'UE (UE-27), tra cui l'Italia, durante la pandemia, potrebbero rallentare l'andamento decrescente della mortalità per tumori maligni nei prossimi anni. Il cancro condivide alcuni fattori di rischio con altre malattie croniche quali le malattie cardiovascolari: cattiva alimentazione, inattività fisica, obesità, tabagismo e abuso di alcol. È, pertanto, auspicabile attuare programmi di prevenzione del cancro nel contesto di un approccio integrato di prevenzione delle malattie croniche.

Il piano EU4Health si pone l'obiettivo di promuovere la salute durante l'intero ciclo di vita. È noto che le premesse per le buone condizioni di salute infantile vengono già poste nel corso della vita intrauterina, durante il parto e nei primissimi giorni di vita. Le variazioni nel tempo degli indicatori perinatali in Europa, dal 2015 al 2019, mostrano un calo delle nascite pre-termine, una riduzione delle gravidanze multiple e un calo dei tassi di parti con Taglio Cesareo (TC) in alcuni Paesi. Anche i tassi di natimortalità, mortalità perinatale e infantile continuano in generale a diminuire, sebbene ad un ritmo minore, probabilmente a seguito del marcato e continuo aumento dell'età materna. In Italia, nel 2019 i tassi di natimortalità e di mortalità neonatale sono inferiori alla media europea; risultano invece superiori alla media la quota di TC e la quota di parti pre-termine sebbene entrambi gli indicatori siano in diminuzione rispetto al 2015. Inoltre, l'Italia è il Paese in Europa con la percentuale più alta di madri oltre i 35-40 anni.

Per quanto riguarda le vaccinazioni dei bambini di età 0-2 anni, in Italia nel 2021 si osservano coperture vaccinali per DTP e morbillo inferiori alla soglia del 95% prevista dal PNPV. Il graduale aumento della copertura, osservato per entrambe le vaccinazioni negli anni precedenti la pandemia, si è interrotto nel 2020 (93,7% DTP, 91,9% morbillo), per poi aumentare di nuovo nel 2021 (94,0% DTP, 93,6% morbillo) attestandosi comunque su livelli inferiori al 2019 (96,0 DTP, 94,5% morbillo). È necessario, pertanto, mettere in atto tempestivamente delle strategie adeguate a recuperare i bambini non vaccinati e raggiungere e mantenere gli obiettivi di copertura vaccinale stabiliti dal PNPV.

Nel 2021 è ancora evidente l'eccesso di mortalità sebbene in alcuni Paesi si sia ridotto rispetto al 2020. Guardando ai Paesi dell'UE-27, il totale dei decessi in eccesso ha oltrepassato i 500 mila nel 2020 e i 650 mila nel 2021, con un contributo dell'Italia che è passato da circa il 19% dei decessi in eccesso del primo anno di pandemia, a meno del 10% nel 2021. L'eccesso di mortalità rispetto al quinquennio pre-pandemico, calcolato sui tassi standardizzati di mortalità, mostra andamenti diversificati nei 2 anni di pandemia. Nel 2020 l'eccesso in Italia è del +10,2%, tra i più elevati, anche se superato da alcuni Paesi come Spagna e Polonia (rispettivamente, 11,0% e 13,2%) rispetto alla media dei Paesi UE-27 pari a +5,7%. Nel 2021 l'eccesso italiano (+3,6%) scende sotto la media europea (+7,0%), che rimane elevata a causa dell'impennata nell'eccesso di mortalità nei Paesi dell'Est-Europa (tra questi Bulgaria con +32,3% e Polonia con +21,6%).

³Il piano europeo di lotta contro il cancro (*Europe's Beating Cancer Plan*) adottato con comunicazione della Commissione del 3 febbraio 2021 dispone di 4 miliardi di € di finanziamenti, compresi 1,25 miliardi di € provenienti dal programma EU4Health.





L'elevato eccesso di mortalità registrato nei 2 anni di pandemia si è tradotto in una diminuzione della speranza di vita in quasi tutti i Paesi europei con una perdita in media di 1,2 anni di vita attesa nel 2021 rispetto al 2019. L'effetto complessivo sulle aspettative di vita è ancora negativo in tutti gli Stati membri dell'UE, ad eccezione di Lussemburgo (+0,1 anni), Malta e Svezia (stesso livello nel 2019 e nel 2021). L'Italia aveva perso nel 2020 ben oltre 1 anno di vita media attesa alla nascita rispetto al 2019 (-1,3 anni), collocandosi subito dopo la Spagna in cui si era raggiunto il picco massimo di riduzione tra i 27 Paesi dell'UE di -1,6 anni di speranza di vita. Entrambi i Paesi, nel 2021, hanno però recuperato circa la metà degli anni persi, non riuscendo comunque ad annullare il *gap* registrato nel 2020. Le maggiori diminuzioni rispetto al 2019 si sono registrate in Bulgaria (-3,7 anni), Slovacchia (-3,0 anni) e Romania (-2,7 anni). Nel 2021, il dato complessivo della vita media attesa assegna alla Spagna il primato per longevità (83,3 anni), seguita subito a distanza di solo 0,1 anni dalla Svezia. L'Italia si conferma al terzo posto, con 82,9 anni complessivi, a parità con Malta.

Rispetto al 2019, l'emergenza sanitaria da COVID-19 ha causato, nel 2020, un incremento generalizzato della spesa sanitaria nella quasi totalità dei Paesi europei sia in termini di valori pro capite (+2,8% in Italia e 5,5% in media EU-27) sia in rapporto al PIL (+9,6% in Italia e +10,9% in media EU-27). Tuttavia, i confronti internazionali confermano che la spesa sanitaria in Italia, anche nel primo anno di pandemia, si colloca su livelli inferiori rispetto a quelli di altri importanti Paesi dell'UE (Francia e Germania) e al di sotto della media europea, sia in termini di valore pro capite (2.609€ vs 3.269€) sia in rapporto al PIL (9,6% vs 10,9%). Tra gli effetti derivanti dalla diffusione del COVID-19 si osserva anche una ridefinizione del ruolo della spesa sanitaria. In Italia, infatti, nel 2020 è cresciuto di oltre 2 punti percentuali il peso della spesa pubblica rispetto alla spesa sanitaria corrente totale (da 73,7% nel 2019 a 76,1% nel 2020). Il settore pubblico è stato chiamato in Italia, come in altri Paesi europei, a farsi carico delle spese straordinarie per l'assistenza sanitaria necessaria per fronteggiare la pandemia e per garantire livelli di assistenza uguali per ogni cittadino. Inoltre, le strutture sanitarie hanno dovuto sospendere l'erogazione di molte prestazioni ospedaliere, di specialistica ambulatoriale e di diagnostica, garantendo esclusivamente l'erogazione delle prestazioni urgenti, di quelle non procrastinabili e di tutte le prestazioni necessarie per i pazienti più fragili. Nei prossimi anni è plausibile immaginare una ripresa della domanda; il sistema sanitario sarà chiamato, dunque, a garantire una maggiore richiesta di assistenza per sopperire alle conseguenze della mancata e ritardata erogazione di prestazioni (diagnostica e laboratorio, screening, *follow-up* ed altre) nel corso del 2020. Pertanto, sarà necessario un maggiore coinvolgimento di tutti i settori di finanziamento, tra cui principalmente quello pubblico, e una maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi per garantire il diritto alla salute degli individui.



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

Significato. La speranza di vita (o vita media attesa) è un indicatore condiviso a livello internazionale, che descrive i livelli di sopravvivenza. Per descrivere le condizioni di salute di una popolazione, consentendo di confrontare tutti i Paesi tra loro e seguire l'andamento dei livelli 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 . Tenuto conto che questo indicatore considera solo la quantità di anni che restano da vivere, è utile affiancarlo ad altri indicatori che ne misurino anche la qualità, ovvero ad indicatori compositi della speranza di vita secondo le condizioni salute (1). Per il loro calcolo si utilizza il metodo di Sullivan, che combina le informazioni sui sopravvi-

venti con quelle relative alle condizioni di salute rilevate in ambito europeo attraverso il *Minimum European Health Module*. Tale modulo, inserito annualmente nelle indagini sociali sulla popolazione, rileva 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" (*Healthy Life Years-HLY*), che è l'indicatore della speranza di vita per condizioni di salute maggiormente utilizzato nei confronti europei. Un maggior numero di anni di vita in autonomia e buona salute è utile anche nella programmazione delle *policy* perché implica un possibile contenimento o una posticipazione dei bisogni di assistenza sanitaria per la popolazione più fragile. Con la pandemia tali indicatori hanno evidenziato le diversità degli impatti prodotti nei vari Stati membri dell'UE.

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^o compleanno fino alla completa estinzione della generazione.

Validità e limiti. Uno dei vantaggi principali attribuiti agli indicatori selezionati è che essi sono indipendenti dalla struttura per età della popolazione; quindi, sono adatti a essere confrontati nel tempo e nello spazio, consentendo di evidenziare differenze geografiche anche a livello internazionale. 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, disponibili nelle tavole di mortalità per contemporanei, 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 con-

centrata nelle età senili, l'indicatore evidenzia soprattutto le differenze nei rischi di morte nella popolazione anziana. Riguardo all'indicatore maggiormente utilizzato nei confronti internazionali, ossia la speranza di vita, un limite oggettivo è dato dal fatto che documenta solo la quantità degli anni da vivere, senza raccontare della loro qualità. A ciò soccorrono gli altri indicatori compositi, che declinano la speranza di vita per condizioni di salute. Nel nostro caso, l'indicatore composito prescelto è quello maggiormente usato in ambito europeo per i confronti internazionali, ovvero l'HLY, incluso tra i principali indicatori strutturali europei, stabiliti nel Trattato di Lisbona. Tra i suoi limiti si deve precisare che la vita media attesa si cor-

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.

regge attraverso l'uso di informazioni sulla salute autoriferita, che implicano la percezione e autovalutazione della propria salute e della presenza di limitazioni nelle attività, condizionata da aspetti socio-culturali che rendono meno precisa la comparabilità tra Paesi. Considerata la fase pandemica, in tutti i Paesi, anche con il coordinamento di Eurostat, si è attivato un monitoraggio continuo della mortalità, comparandone gli eccessi per seguire la loro evoluzione in modo più tempestivo rispetto agli aggiornamenti di altri indicatori, anche con un confronto tra i Paesi europei. L'indicatore sull'eccesso di mortalità² utilizzato implica un'analisi della mortalità generale, che evidenzia il numero di decessi in più rilevati mensilmente rispetto alla media dei decessi mensili registrati nel periodo 2015-2019 (2).

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark di riferimento in questo periodo così instabile è stato quello antecedente la pandemia, per verificare se gli indicatori rispetto ad un certo arco temporale (soprattutto rispetto al 2019) mostrassero guadagni o flessioni nel tempo, 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 nel tempo 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 nonché il posizionamento dei Paesi rispetto alla media europea.

Descrizione dei risultati

Appare fondamentale in un periodo così tumultuoso, attraversato da una delle più gravi crisi sanitarie che hanno mai conosciuto le attuali generazioni della maggior parte dei Paesi nel mondo, l'osservazione dell'andamento di questi rilevanti indicatori sulla vita media attesa, al fine di cogliere quanta parte di quel graduale guadagno di anni di vita, a cui eravamo abituati ormai da decenni, è andata persa a seguito dell'eccesso di mortalità osservato nel 2020 e nel 2021, e se già si stia recuperando.

Guardando ai 27 Paesi facenti parte dell'UE, il totale dei decessi in eccesso rispetto alla media 2015-2019 ha

oltrepassato i 500 mila nel 2020 e i 650 mila nel 2021, con un contributo dell'Italia che è passato da circa il 19% dei decessi in eccesso nel primo anno di pandemia, a meno del 10% nel 2021. Nel quinquennio pre-pandemico, considerando i tassi di mortalità standardizzati³ per età, l'Italia si collocava tra i Paesi dell'UE-27 a più bassa mortalità, con 854 decessi per 100.000 abitanti, il tasso più basso dopo Spagna (820 per 100.000) e Francia (821 per 100.000), mentre la media europea era di circa 986 per 100.000. Nel 2020, l'Italia ha perduto in parte la sua posizione di vantaggio, con il tasso salito a 941 per 100.000, ma è rimasta ben al di sotto della media europea pari a 1.043 per 100.000. Nel 2021, l'Italia recupera, anche se non del tutto, con il tasso che scende a 885 per 100.000, a fronte di un'ulteriore crescita del tasso medio UE-27 (1.056 per 100.000) (dati non presenti in tabella).

L'eccesso di mortalità rispetto al quinquennio pre-pandemico, calcolato sui tassi standardizzati di mortalità, mostra andamenti diversificati nei 2 anni di pandemia. Nel 2020 l'eccesso in Italia è del +10,2%, tra i più elevati, anche se superato da alcuni Paesi come Spagna e Polonia (rispettivamente, +11,0% e +13,2%) rispetto alla media dei Paesi UE-27 pari a +5,7%. Nel 2021 l'eccesso italiano (+3,6%) scende sotto la media europea (+7,0%), che rimane elevata a causa dell'impennata nell'eccesso di mortalità nei Paesi dell'Est-Europa (tra questi Bulgaria con +32,3% e Polonia con +21,6%) (dati non presenti in tabella).

L'analisi per genere mostra come nella media UE-27 l'eccesso di mortalità basato sui tassi standardizzati sia stato leggermente più elevato tra gli uomini, sia nel 2020 (+6,3% vs +5,0% tra le donne) sia nel 2021 (+7,0% vs +6,5% tra le donne). Questa differenza a svantaggio degli uomini si osserva in Italia solo nel 2020, mentre nel 2021 le differenze si annullano. L'andamento dell'eccesso di mortalità ha mostrato variazioni significative anche per classi di età, non tutte colpite allo stesso modo. In Italia, nel 2020, l'eccesso di mortalità si è manifestato a partire dalla classe di età 45-59 anni (+2,5%), fino a superare il 12% nella fascia di età 70-79 anni e l'11% negli over 80 anni, a fronte di incrementi della mortalità più contenuti nelle corrispondenti classi di età nella media UE-27 (+7,5% 70-79 anni; +6,6% 80 anni ed oltre).

Nel 2021, in Italia l'eccesso di mortalità è risultato simile a quello del 2020 nella classe di età 45-59 anni (+2,7%), mentre è diminuito negli altri segmenti di età, con riduzioni particolarmente rilevanti a partire dalla

²Lo studio dell'eccesso di mortalità è una misura essenziale per monitorare l'impatto della pandemia sia a livello nazionale sia tra Paesi. Si è scelto di utilizzare le misure di eccesso di mortalità totale poiché queste sono più confrontabili rispetto a quelle basate sulla mortalità per COVID-19, influenzate dalle differenze nella raccolta e trattamento dei dati di sorveglianza e di mortalità per causa nei vari Paesi. Inoltre, gli indicatori basati sulla mortalità totale sono utili per comprendere l'impatto del COVID-19 non solo sui decessi direttamente attribuibili al virus, ma anche per tenere conto della mortalità indiretta, legata al funzionamento parziale dei servizi sanitari e a cambiamenti economici, sociali e comportamentali più ampi nella popolazione. I dati utilizzati provengono dalla nuova base dati integrata sulla mortalità giornaliera comunale, che diffonde il numero di decessi per tutte le cause disaggregati per comune, data di evento, genere e classe di età con circa 45 giorni di ritardo data. I dati vengono diffusi con carattere provvisorio perché a ogni successivo aggiornamento la base dati viene rivista per tener conto del consolidamento progressivo dei dati. Per poter confrontare i dati provvisori del 2021 e dei primi mesi del 2022 si è adottata la stessa metodologia per calcolare il numero dei decessi giornalieri anche del periodo 2011-2020. Tali dati possono essere infatti correttamente utilizzati come termine di confronto con i dati provvisori del 2021-2022, ma in nessun caso sono da considerarsi come rettifiche dei dati del bilancio demografico già diffusi dall'Istat per gli stessi anni.

³I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, con classi di età quinquennali fino a 85 anni ed oltre, utilizzando come standard la popolazione europea 2013: queste misure consentono di effettuare confronti tra Paesi al netto degli effetti di numerosità e struttura per età della popolazione.

classe di età 80 anni ed oltre. Ciò è avvenuto anche in altri Paesi che hanno avviato tempestivamente la campagna vaccinale tra gli anziani, come la Francia e la Spagna. Nel complesso dell'UE-27, nel 2021 l'eccesso di mortalità è ulteriormente aumentato in tutte le classi di età, ad eccezione delle persone di età 80 anni ed oltre. In questa fascia di età, solamente i Paesi dell'Est-Europa hanno sperimentato un ulteriore incremento, con un eccesso, per esempio, di +19,7% in Polonia (era +16,4% nel 2020). In Spagna, invece, dove nel primo anno di pandemia l'eccesso di mortalità tra le persone di età 80 anni ed oltre è stato anche superiore a quello osservato nel nostro Paese, con una variazione positiva del 12,9% rispetto alla media 2015-2019, nel secondo anno non si è registrato alcun eccesso (dati non presenti in tabella).

L'elevato eccesso di mortalità registrato nei 2 anni di pandemia si è tradotto in una diminuzione della speranza di vita in quasi tutti i Paesi europei. Focalizzando l'attenzione sull'insieme dei 27 Paesi dell'UE, nel confronto con il 2019, nel 2021 si sono persi in media 1,2 anni di vita attesa, ma con elevata eterogeneità tra i Paesi (3, 4). Infatti, si va da un massimo di 3,7 anni persi dalla Bulgaria, e valori comunque elevati di molti Paesi dell'Europa dell'Est (ad esempio, Romania -2,7 anni e Polonia -2,4 anni), a perdite molto più contenute o già del tutto compensate dei Paesi Nordici, o di Paesi più piccoli come Lussemburgo e Malta.

Per avere un quadro più completo appare rilevante anche analizzare i 2 distinti anni di pandemia che hanno avuto dinamiche diverse nei vari Paesi dell'UE (Grafico 1).

L'Italia aveva perso nel 2020 ben oltre 1 anno di vita media attesa alla nascita rispetto al 2019 (-1,3 anni), collocandosi subito dopo la Spagna dove si era raggiunto il picco massimo di riduzione tra i Paesi dell'UE-27 (-1,6 anni). Entrambi i Paesi nel 2021 hanno però recuperato circa la metà degli anni persi, non riuscendo comunque ad annullare il *gap* registrato nel 2020. Considerando le dinamiche negli altri 2 Paesi europei più popolosi, si riscontra che la Germania nel 2020 ha subito una riduzione di soli 0,2 anni, che però replica anche nel 2021; la Francia registra una flessione di 0,7 anni nel 2020, recuperando nel 2021 solo 0,2 anni. Altri Paesi che non riescono a recuperare già nel 2021 sono Austria e Portogallo che avevano perso nel 2020, rispettivamente, 0,7 e 0,8 anni di vita media attesa. Nel 2020 anche il Belgio ha perso come l'Italia 1,3 anni, ma già nel 2021 ne ha riacquistati ben 1,1 anni, così come la Svezia che ha recuperato l'intero *gap* perso nel 2020 (0,8 anni). La Grecia, invece, perde terreno rispetto al 2019 (-1,4 anni), ma ciò accade soprattutto nel 2021, mentre per Finlandia e Danimarca non si evidenziano variazioni rilevanti per questo indicatore.

Tuttavia, ciò che mette bene in evidenza anche il Grafico 1 è che la recrudescenza degli effetti della pandemia del 2021 ha ulteriormente penalizzato i Paesi

dell'Europa dell'Est, la maggior parte di essi erano già stati colpiti nel 2020 subendo riduzioni di circa 1 anno in media di vita attesa, che sono più che raddoppiate nel 2021. Si tratta di una forte battuta di arresto dei molti guadagni realizzati tra il 2002 e il 2019: questi Paesi avevano, infatti, cominciato a recuperare una parte del *gap* rispetto alla media dei Paesi dell'UE, registrando notevoli miglioramenti degli anni medi attesi, ad esempio Estonia +7,6 anni, Lettonia +5,5 anni, Lituania e Romania +4,7 anni, rispetto a +3,7 anni della media UE-27. Nel 2021 molti Paesi dell'Europa dell'Est hanno, quindi, nuovamente ampliato il divario con la media UE: per l'Estonia aumenta, ad esempio, a -3,2 anni, per la Bulgaria diventano addirittura -8,7 anni, per la Romania -7,2 anni, seguita da Ungheria (-5,6 anni), Slovacchia (-5,3 anni) e Polonia (-4,8 anni), ossia i divari più ampi mai registrati con la media UE. Altri Paesi dell'Est, come Lettonia (-6,7 anni) e Lituania (-5,6 anni), mantengono sempre una distanza elevata rispetto al dato medio dell'UE.

Le conseguenze della dinamica della mortalità per genere nei vari Paesi hanno determinato riconoscibili effetti, molto evidenti nel Grafico 2, sull'indicatore della speranza di vita per genere. In estrema sintesi, si osserva come per entrambi i generi, confrontando il 2021 con l'ultimo anno prima della pandemia, quasi nessun Paese ha recuperato lo scostamento registrato negli anni di pandemia. Inoltre, si evince che nella maggior parte dei Paesi, le perdite di anni da vivere nel triennio riguardano più gli uomini che le donne, con l'eccezione di pochi Paesi, ad esempio Romania, Lituania e Bulgaria, in cui sono le donne che perdono più anni di vita media attesa, nonché degli uomini del Lussemburgo che vedono addirittura incrementare di mezzo anno la loro speranza di vita alla nascita rispetto al 2019.

Il Grafico 3 mostra, invece, una fotografia al 2021 di come si articolano le differenze di genere, sempre a vantaggio delle donne in tutti i 27 Paesi dell'UE. Il dato complessivo della vita media attesa assegna alla Spagna il primato per longevità (83,3 anni), seguita subito a distanza di solo 0,1 anni dalla Svezia. Il primato della Spagna è dovuto al valore particolarmente elevato tra le donne, che tra i Paesi dell'UE presentano i livelli di sopravvivenza più elevati, con una vita media attesa alla nascita pari a 86,2 anni, a fronte di 80,3 anni degli uomini. La Svezia segue nella graduatoria dei Paesi collocandosi a pochissima distanza, ma in questo caso la posizione vantaggiosa è dovuta al miglior livello di longevità registrato dagli uomini residenti in Svezia rispetto agli altri 26 Paesi europei, con un *gap* di genere (3,6 anni) molto più contenuto rispetto a quello spagnolo (5,9 anni).

L'Italia si conferma al terzo posto, con 82,9 anni complessivi, a parità con Malta, ma analogamente a quanto riscontrato per i primi 2 Paesi in graduatoria, anche in



questo caso l'Italia mostra differenze di genere più marcate (rispettivamente, 4,5 anni vs 3,2 anni di Malta). Il divario tuttavia è, in entrambi i Paesi, più contenuto di quello della media europea, pari a 5,6 anni. Differenziali di genere più simili a quelli medi europei si osservano in Paesi come la Grecia (5,5 anni) e la Francia, con una distanza che raggiunge i 6,2 anni. Molto più contenuti sono, invece, i divari osservati nei Paesi nordici, più simili a quelli registrati per la Svezia, fa eccezione la Finlandia (5,4 anni). Spiccano i consistenti *gap* di genere registrati tra i Paesi dell'Europa dell'Est, che addirittura raggiungono quasi 10 anni per la Lettonia (9,6 anni) e 9,1 anni per la Lituania. La Bulgaria con un divario di genere pari a 7,0 anni è il Paese con i più bassi livelli di sopravvivenza d'Europa a 27 Stati membri, per gli uomini nel 2021 si raggiungono in media solo 68,1 anni e per le donne 75,1 anni a fronte, rispettivamente, di 77,2 e 82,8 anni della media UE.

Riguardo alla qualità della sopravvivenza, l'indicatore HLY, aggiornato dalla banca dati europea Eurostat solo al primo anno di pandemia, evidenzia una maggiore eterogeneità tra i Paesi. Anche nel 2020, la Svezia resta in cima alla graduatoria con 72,8 anni da vivere senza limitazioni per gli uomini e 72,7 anni per le donne (a fronte dei 63,5 e 64,5 anni della media UE), ma gli uomini rispetto al 2019 perdono 1,0 anno e le donne nessuno. Nella parte più bassa della graduatoria c'è la Lettonia con 52,6 anni per gli uomini e 54,3 per le donne. L'Italia, invece, pur perdendo quasi 1 anno per gli uomini, si posiziona al terzo posto dopo Malta. Il dato è pari per gli uomini a 67,2 anni e per le donne a 68,7 anni, sostanzialmente stabile rispetto al 2019 (Grafico 4). Vi sono Paesi come Finlandia e Danimarca in cui permane lo sfavorevole primato della più elevata quota di anni da vivere con limitazioni (dati non presenti in tabella), pur con una speranza di vita leggermente superiore alla media europea, mentre all'opposto c'è la Bulgaria che ha la caratteristica di essere l'ultima in graduatoria per longevità, ma la prima come minor quota di anni da vivere con limitazioni, sia per gli uomini sia per le donne.

Con riferimento alla sola popolazione anziana, le dinamiche nel periodo pandemico della speranza di vita a 65 anni hanno seguito, complessivamente, quelle registrate sull'intera popolazione. Si sono evidenziati recuperi, seppur parziali, nel secondo anno di pandemia per Spagna e Italia, i Paesi con i livelli più alti di perdite di anni di vita e, di contro, peggioramenti per i Paesi dell'Europa dell'Est. Gli anziani più longevi tra i 27 Paesi EU nel 2021 per gli uomini sono stati Malta e Svezia, che hanno recuperato i pochi mesi persi, mentre in fondo alla graduatoria si ritrovano Bulgaria e Romania che perdono ancora oltre 2 anni di vita attesa

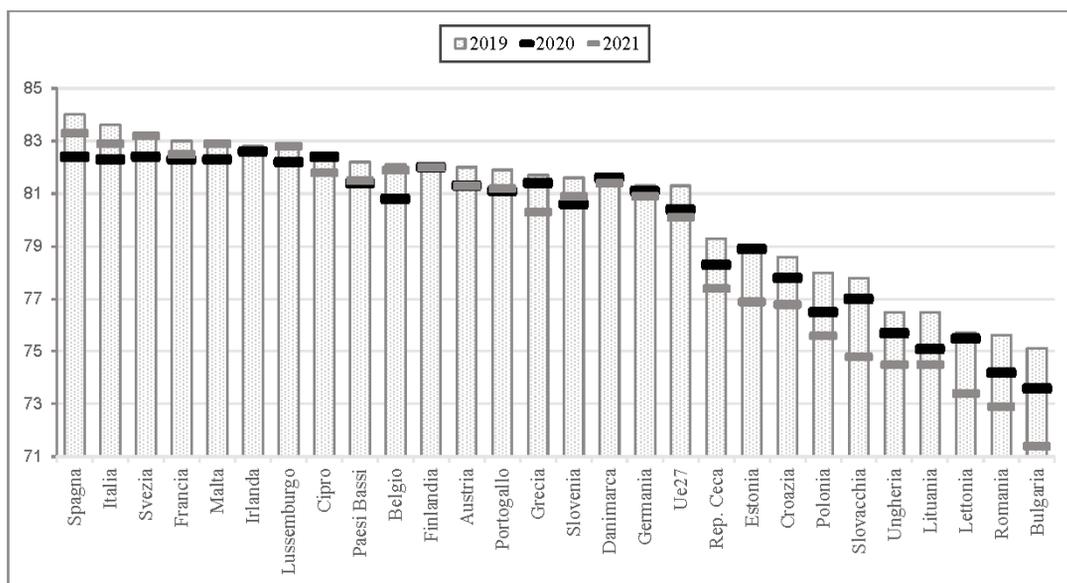
a 65 anni. Per le donne a 65 anni il primato per longevità attesa è della Spagna (23,5 anni), seguita dalla Francia (23,4 anni), sebbene entrambi i Paesi non abbiano recuperato il valore conquistato nel 2019 e i livelli più bassi in graduatoria sono sempre di Bulgaria e Romania, che continuano a peggiorare nel 2021.

L'indicatore che analizza la qualità della sopravvivenza (Grafico 5) per gli uomini anziani, considerando il 2020 come riferimento della banca dati europea Eurostat più aggiornato, evidenzia che la Svezia, sebbene si posizioni al quarto posto per speranza di vita a 65 anni, mantiene il livello più elevato di numero di anni da vivere senza limitazioni nelle attività a 65 anni: sono 15,4 dei 18,9 anni stimati ancora da vivere a 65 anni. Seguono Malta e Spagna come vita media attesa senza limitazioni a 65 anni (rispettivamente, 12,6 e 11,6 anni). Per l'Italia l'indicatore della vita media attesa senza alcuna limitazione, sempre per gli uomini, è pari a 10,3 dei 18,3 anni da vivere (nel 2019 erano, rispettivamente, 10,6 e 19,7 anni). La Bulgaria, in fondo alla graduatoria per speranza di vita a 65 anni è l'unico Paese dell'Europa dell'Est con un numero di anni medi in piena autonomia pari a 8,6 anni, più simile ad altri Paesi della vecchia Europa (con un valore simile, ad esempio, al Portogallo e anche poco superiore a quello di Austria e Grecia). In fondo alla graduatoria della speranza di vita senza limitazioni si collocano Lettonia, Slovacchia e Croazia, dove un uomo di 65 anni può aspettarsi di vivere ancora, rispettivamente, 4,2; 4,6 e 4,7 anni in piena autonomia.

Per le donne anziane nei primi posti per longevità senza limitazioni si ritrova sempre la Svezia (16,4 anni da trascorrere senza limitazioni rispetto ai 21,4 anni che restano in media da vivere a 65 anni nel 2020), segue Malta con valori più contenuti (13,0 anni dei 22,0 anni) e quasi alla pari l'Irlanda (con 12,5 anni dei 21,9 anni). L'Italia con 10,6 anni da vivere ancora in autonomia a 65 anni dei complessivi 21,7 anni è l'undicesimo Paese nella graduatoria dei Paesi per vita media attesa senza limitazioni a 65 anni delle donne nel 2020, poco superiore alla media europea di 10,1 anni (dei 21,0 anni di speranza di vita). L'Italia pur registrando per le donne un lieve aumento degli anni da vivere senza limitazioni (nel 2019 erano 10,2 anni), anche nel 2020 tra i grandi Paesi UE si colloca dopo Francia, Spagna e Germania che si susseguono dal quinto al settimo posto in graduatoria. Sotto la media UE si posizionano tutti i Paesi dell'Europa dell'Est, ma anche Portogallo (7,1 anni), Grecia (7,6 anni) e Paesi Bassi (9,8 anni), con un valore quasi simile a quello della Bulgaria (9,9 anni) che anche per le donne si distingue per essere il Paese dell'Est in fondo alla graduatoria dei Paesi UE per speranza di vita a 65 anni.



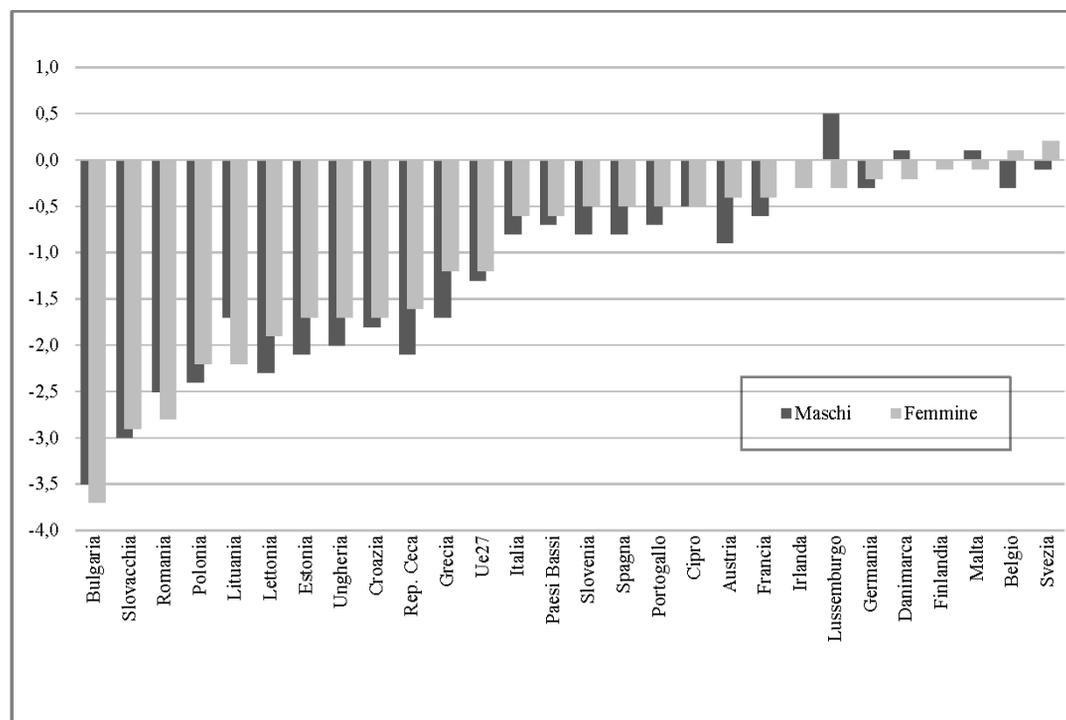
Grafico 1 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita nei Paesi europei e media dei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anni 2019-2021*



*Il dato dell'Irlanda per il 2021 non è disponibile.

Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2022.

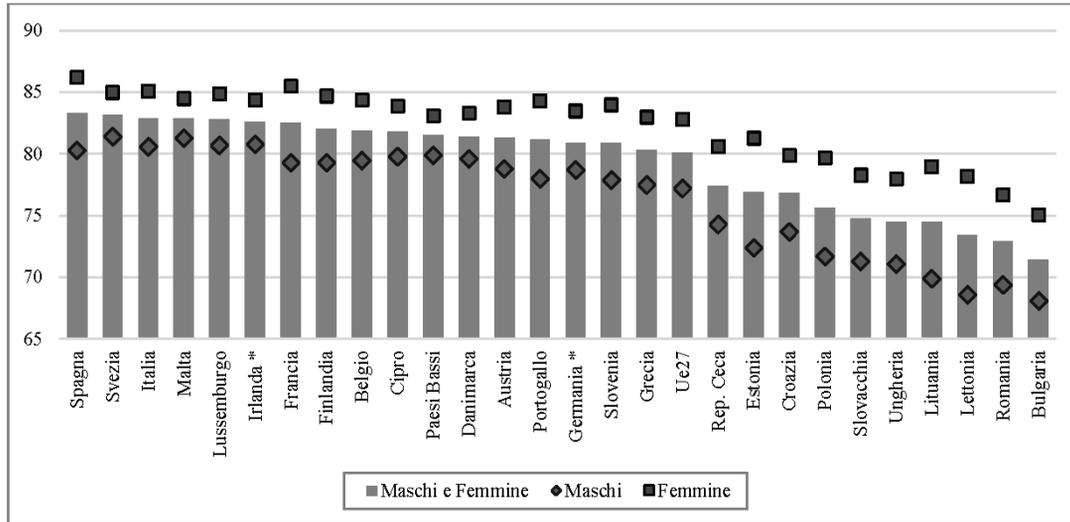
Grafico 2 - Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27* per differenza nella speranza di vita alla nascita per genere (valori in anni ordinati per il valore delle femmine) - Anni 2019-2021



*I dati della Germania e dell'Irlanda fanno riferimento al 2020, anziché al 2021.

Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2022.

Grafico 3 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita nei Paesi europei e media dei Paesi dell'Unione Europea-27 per genere - Anno 2021*



*I dati della Germania per genere fanno riferimento al 2020, quelli dell'Irlanda fanno sempre riferimento al 2020.

Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2022.

Grafico 4 - 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 alla nascita) - Anno 2020

Maschi

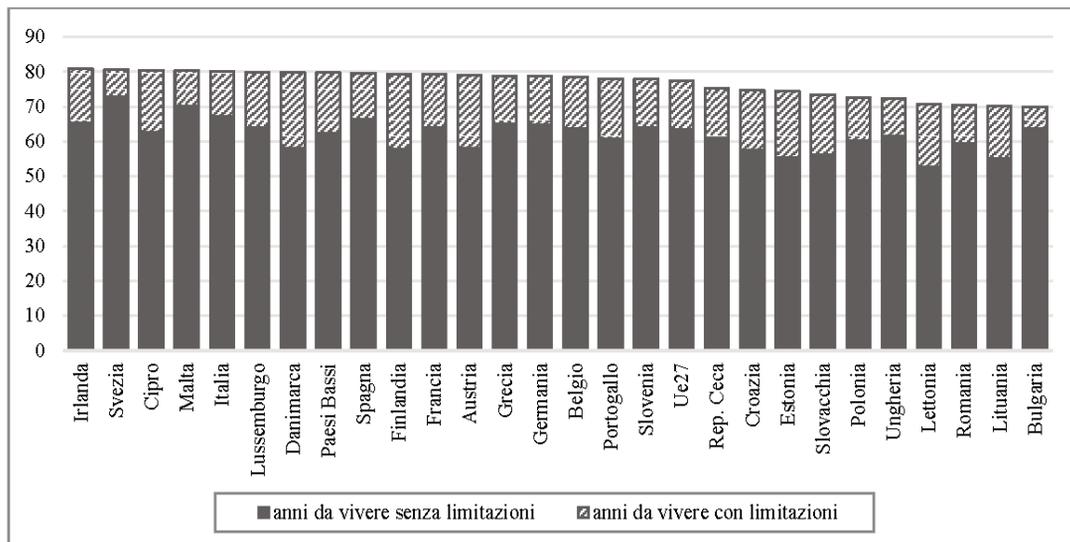
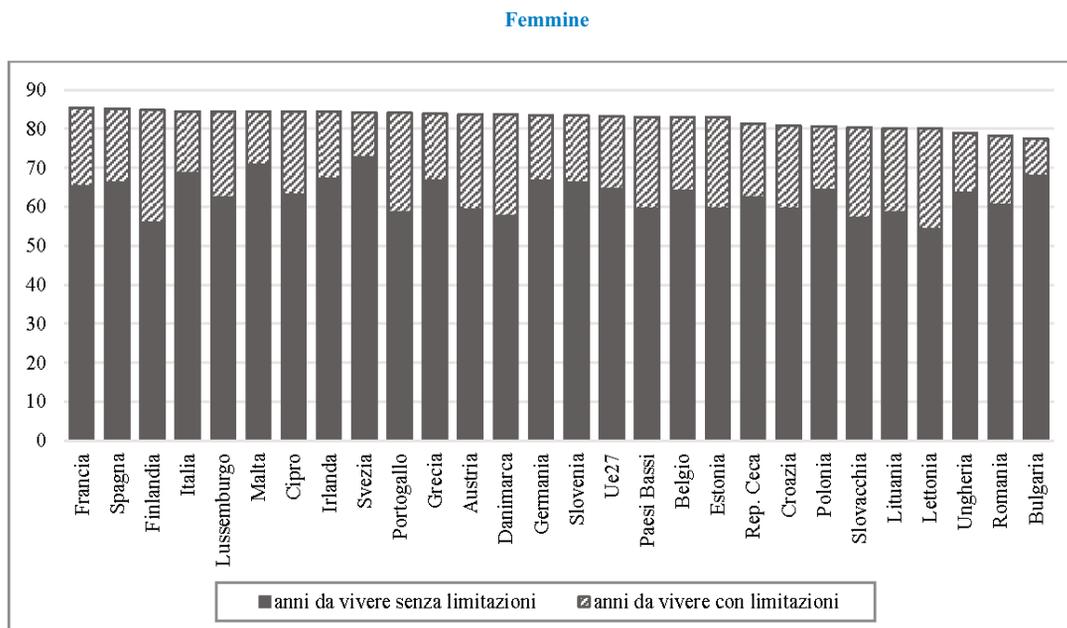


Grafico 4 - (segue) *Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27 per speranza di vita con e senza limitazioni a 65 anni per genere (valori in anni ordinati per il valore della speranza di vita alla nascita) - Anno 2020*



Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2022.

Grafico 5 - *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 2020*

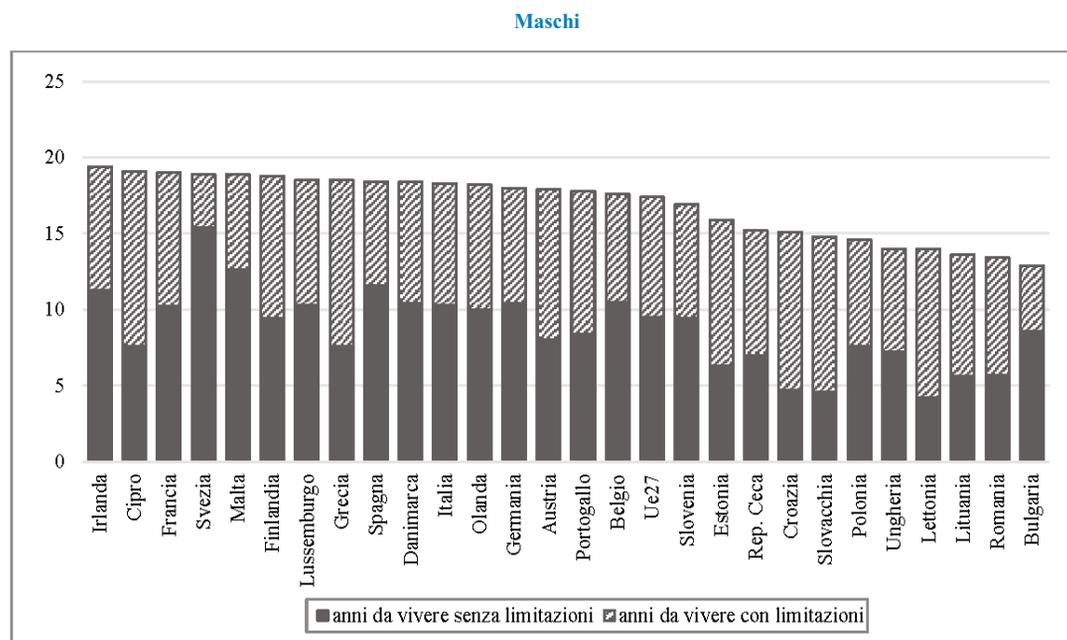
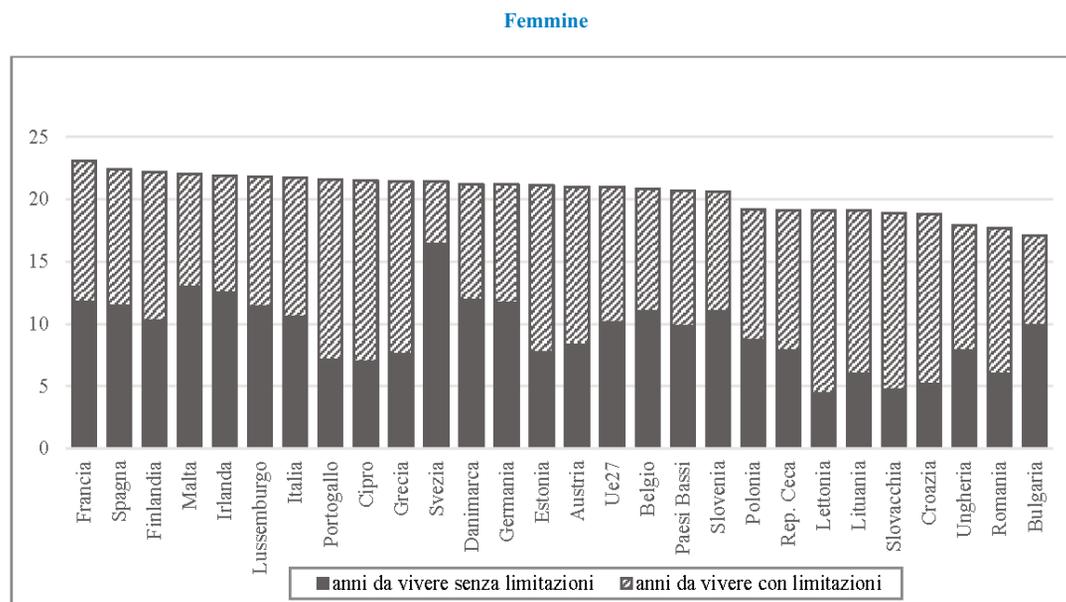


Grafico 5 - (segue) *Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27 per speranza di vita con e senza limitazioni a 65 anni per genere (valori in anni ordinati per il valore della speranza di vita a 65 anni) - Anno 2020*



Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il periodo della pandemia ha determinato un impatto sull'evoluzione della longevità nella maggior parte dei Paesi del mondo, nonché nell'UE che vanta un elevato tasso di invecchiamento della popolazione. Dopo decenni di crescita continua dei livelli di sopravvivenza registrati in Europa, la vita media attesa ha subito una brusca virata (il *gap* tra il 2019 e il 2021 è in media -1,2 anni in UE), sebbene sia stato molto variabile tra i vari Paesi il numero di anni persi. Diversi Paesi che avevano subito effetti rilevanti nel primo anno di pandemia sono riusciti a recuperare parte di quanto perso, mentre alcuni, soprattutto i Paesi dell'Europa orientale, hanno visto peggiorare gli effetti anche nel secondo anno di pandemia, in soli 2 anni hanno annullato buona parte delle conquiste di longevità degli ultimi 10 anni.

Dati preliminari di alcuni Paesi raccontano che nel 2022 si registrano ancora buoni recuperi degli anni persi per l'effetto dello *shock* pandemico, sebbene l'impatto si potrà comprendere nella sua effettiva misura in una gittata di tempo maggiore. Anche l'Europa si è trovata un po' impreparata ad affrontare un'emergenza sanitaria di questa portata e considerato il livello di invecchiamento della popolazione, oltre all'utile e immane promozione di politiche attive di prevenzione che possano scongiurare non solo l'insorgenza di patologie croniche, ma anche l'aggravamento delle stesse verso derive di maggiore fragilità, occorrerebbe dare seguito al più presto agli obiettivi fissati anche nell'ultimo programma *EU4Health*. Sarebbe auspicabile un'intesa più coesa nel monito-

raggio delle condizioni di salute della popolazione e un confronto su come si attrezzano i Paesi per rispondere alla domanda di salute (anche straordinaria come quest'ultima) proveniente dai cittadini. Poco ancora, ad esempio, si conosce delle conseguenze del *Long COVID-19* o anche degli effetti indiretti sulla salute della popolazione per le rinunce o la posticipazione delle cure, o della mancata e ritardata prevenzione, nonché l'impatto non trascurabile della pandemia sulla salute mentale. Sono fattori che possono minare non solo la quantità degli anni da vivere (Speranza di vita), ma anche la qualità della vita attesa.

Gli scenari così straordinari e incerti di questa congiuntura impongono di perseverare e sfruttare le opportunità introdotte anche con i nuovi investimenti utili a migliorare la qualità della vita dei cittadini europei dopo lo *shock* pandemico, così come la salvaguardia del pianeta, nell'ottica di un nuovo equilibrio tra l'uomo e l'ambiente, secondo quanto promosso dal *framework One Health*.

Riferimenti bibliografici

- (1) Egidi V., Spizzichino D., Perceived health and mortality: a multidimensional analysis of ECHP Italian data, *Genus* LXII, No. 3-4, 2006.
- (2) Istat. Rapporto annuale 2021. La situazione del Paese. Roma: Istat, 2021.
- (3) Disponibile sul sito: www.ec.europa.eu/eurostat/data/database (ultimo accesso 15 gennaio 2023).
- (4) OECD Health at a glance: Europe 2022. State of health in EU Cycle. Disponibile sul sito: www.read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en#page1.

Mortalità per causa

Significato. La mortalità per causa 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,

Tasso di mortalità

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

Significato delle variabili: $D_{x,r}^i$ rappresenta il numero dei decessi all'età x per causa 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 indica il livello che la mortalità assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse quella della popolazione scelta come standard; pertanto, esso non rappresenta una misura reale del fenomeno. Come limite, il tasso standardizzato è un valore ipotetico che dipende dalla struttura per età della popolazione standard. La scelta dello standard, quindi, 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.

Valore di riferimento/Benchmark. Il tasso standardizzato di mortalità per il complesso dei 27 Paesi facenti parte dell'UE (EU-27), rappresenta una misura sintetica della mortalità a livello europeo e il suo valore viene assunto come riferimento per il confronto del fenomeno nei singoli Paesi europei. Al momento della presente pubblicazione, nella banca dati europea Eurostat (2) riferita ai decessi dell'anno 2019, non sono disponibili gli indicatori della Francia e, di conseguenza, neanche quelli dell'insieme dei Paesi europei (UE-27). Pertanto, si è proceduto a una stima dei tassi di mortalità UE-27 sulla base di quanto osservato nei 7 anni precedenti per i quali l'indicatore era disponibile (2011-2017).

Descrizione dei risultati

Per l'analisi dell'andamento della mortalità nei vari Paesi europei sono state esaminate le variazioni nel tempo dei tassi di mortalità per alcune malattie croniche: tumori maligni, cardiopatie ischemiche, malattie cerebrovascolari, malattie respiratorie e diabete. Il monitoraggio della mortalità per tali cause può fornire

revisione 2013 (1). 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 di età "0", "1-4" e "95+" anni) e causa.

un contributo rilevante per la valutazione dello stato di salute in un contesto caratterizzato da un generale processo di invecchiamento della popolazione, nonché fornire elementi utili per la programmazione sanitaria su base nazionale.

Tra il 2011 e il 2019 il tasso di mortalità per tumori maligni risulta in riduzione in quasi tutti i Paesi dell'UE (Grafico 1). L'Italia è tra i Paesi nei quali è stata osservata una riduzione importante del tasso (-11,4%), superiore a quella stimata a livello complessivo nell'area UE (-8,2%). I Paesi nei quali la diminuzione del tasso di mortalità risulta più alta sono Lussemburgo (-18,4%), Malta (-17,5%), Belgio (-14,4%) e Irlanda (-12,5%). In Olanda, Danimarca e Spagna la riduzione risulta all'incirca di pari entità a quella osservata in Italia. Per la Romania si rileva una minima riduzione nei tassi rispetto al 2011, mentre Bulgaria e Cipro risultano gli unici Paesi dell'area nei quali si osserva un aumento della mortalità (rispettivamente, +5,7% e +0,4%). Nel 2019, nell'area UE si osserva mediamente un livello di mortalità per tumori maligni pari a 245,9 decessi ogni 100.000 residenti. L'Italia presenta un valore del tasso inferiore a quello medio dell'area (230,9 per 100.000). I tassi più elevati si osservano per alcuni Paesi dell'Europa Orientale: in particolare, Ungheria e Croazia presentano valori superiori a 300 decessi ogni 100.000 residenti (rispettivamente, 327,7 e 311,0 per 100.000). I Paesi che presentano i tassi di mortalità più bassi sono Lussemburgo (218,5 per 100.000) Spagna (218,3 per 100.000), Svezia (216,7 per 100.000), Finlandia (214,5 per 100.000), Malta (203,5 per 100.000) e Cipro (195,4 per 100.000).

La mortalità per cardiopatie ischemiche risulta in notevole riduzione tra il 2011 e il 2019 pressoché in tutti i Paesi dell'UE (Grafico 2). Mediamente, nell'area UE si è assistito a un decremento del 28,1% dei tassi di mortalità per questo gruppo di patologie. In Italia, la riduzione è stata superiore a quella media dell'area UE (-31,6%) e in linea con quella osservata

in Repubblica Ceca, Spagna, Lettonia e Olanda. Tra i Paesi che mostrano la diminuzione più consistente della mortalità figurano molti Paesi dell'Europa Settentrionale come Estonia (-51,9%), Danimarca (-38,3%), Svezia (-38,1%) e Finlandia (-37,3%). I Paesi in cui la riduzione dei tassi è stata più contenuta sono Ungheria (-15,3%), Portogallo (-11,9%), ma soprattutto Bulgaria (-3,6%). La Grecia è il solo Paese in cui si osserva un aumento (+1,8%). Nel 2019 il livello di mortalità medio nell'UE per cardiopatie ischemiche è pari a 103,9 decessi ogni 100.000 residenti. L'Italia è tra i Paesi che presentano una mortalità al di sotto della media UE, con un tasso pari a 78,7 per 100.000. Si rileva ancora uno svantaggio importante per i Paesi dell'Europa Orientale che presentano livelli di mortalità sensibilmente superiori a quelli medi dell'area: tra questi, la situazione più sfavorevole si osserva in Lituania (464,1 per 100.000), Ungheria (355,3 per 100.000), Lettonia (332,9 per 100.000) e Slovacchia (328,4 per 100.000). I Paesi a più bassa mortalità sono Belgio (56,2 per 100.000), Spagna (54,8 per 100.000) e Olanda (51,5 per 100.000).

Le malattie cerebrovascolari fanno registrare una mortalità in netta riduzione tra il 2011 e il 2019 in tutti i Paesi dell'UE ad eccezione della Lettonia per la quale si osserva una lieve crescita (+2,7%) (Grafico 3). La diminuzione dei tassi in Italia (-26,0%) risulta in linea con quella osservata a livello medio nell'area UE (-26,9%). I Paesi nei quali la mortalità è diminuita maggiormente sono Lussemburgo (-51,4%), Malta (-49,6%) e Repubblica Ceca (-44,1%). La diminuzione dei tassi più contenuta si osserva in Olanda (-9,0%) e Bulgaria (-4,9%). Nel 2019 il tasso di mortalità medio dell'area UE per malattie cerebrovascolari è pari a 72,9 decessi ogni 100.000 residenti, lievemente superiore a quello osservato in Italia (68,7 per 100.000). Anche per questo gruppo di patologie la mortalità più elevata si osserva nei Paesi dell'Europa Orientale. Particolarmente critica appare la situazione di Romania, Lettonia e Bulgaria nei quali si osservano livelli di mortalità tre, quattro volte superiori a quelli medi dell'UE. Tra gli altri Paesi europei con valori del tasso superiori alla media UE figurano anche Grecia (94,9 per 100.000) e Portogallo (93,3 per 100.000). I tassi di mortalità più bassi dell'area UE si rilevano in Spagna e Irlanda (entrambi con 47,6 per 100.000) così come in Lussemburgo (40,6 per 100.000).

La mortalità per le malattie del sistema respiratorio ha avuto un declino in molti Paesi europei (Grafico 4), soprattutto laddove, già nel 2011, il tasso era notevolmente più elevato rispetto al livello medio UE (75,8 per 100.000 nel 2011 e 75,0 per 100.000 nel 2019): tra questi Paesi, in particolare, ci sono l'Irlanda (-15,4%), il Portogallo (-13,7%) e la Danimarca (-12,1%), che nel 2011 avevano un livello di mortalità superiore a

120 decessi per 100.000 residenti. Un forte calo si osserva anche in Slovenia (-30,9%), Olanda (-22,6%), Finlandia (-19,2%) e Slovacchia (-15,4%). A fronte di un livello medio UE in lieve diminuzione (-1,0%), si osserva che in alcuni Paesi la mortalità per cause respiratorie è invece aumentata, talvolta anche notevolmente: Malta (+39,0%), Cipro (+34,4%), Romania (+26,6%) ed Estonia (+24,7%). Esaminando nel dettaglio le cause respiratorie, si evince che per Malta, Romania ed Estonia tale aumento è trainato dalla crescita della mortalità per polmoniti, mentre per Cipro, e parzialmente anche per Malta, l'aumento riguarda soprattutto le altre malattie del sistema respiratorio, categoria che include la polmonite interstiziale. Anche in Italia, negli 8 anni considerati, si osserva un lieve incremento dell'indicatore (+8,2%), legato anche in tal caso all'aumento della mortalità dovuta a polmonite; tuttavia, il tasso di mortalità per il totale delle malattie respiratorie resta inferiore al livello medio UE e nel 2019 è pari a 67,3 per 100.000. Nell'analisi geografica dei livelli di mortalità per le malattie respiratorie emergono alcuni raggruppamenti territoriali: i valori più elevati si osservano in alcuni Paesi del Nord quali Irlanda (115,5 per 100.000) e Danimarca (112,3 per 100.000), ma anche Malta (112,5 per 100.000), Cipro (106,3 per 100.000), Portogallo (105,3 per 100.000) e Belgio (102,7 per 100.000). Tra i Paesi con i valori inferiori alla media UE, molti si trovano nella parte orientale dell'UE: Lettonia (39,1 per 100.000 abitanti), Lituania (41,5 per 100.000) ed Estonia (43,7 per 100.000), a cui si aggiungono Slovenia (52,4 per 100.000), Croazia (56,1 per 100.000) e alcuni Paesi del Nord come Finlandia (33,0 per 100.000), Svezia (59,1 per 100.000) e Austria (59,8 per 100.000).

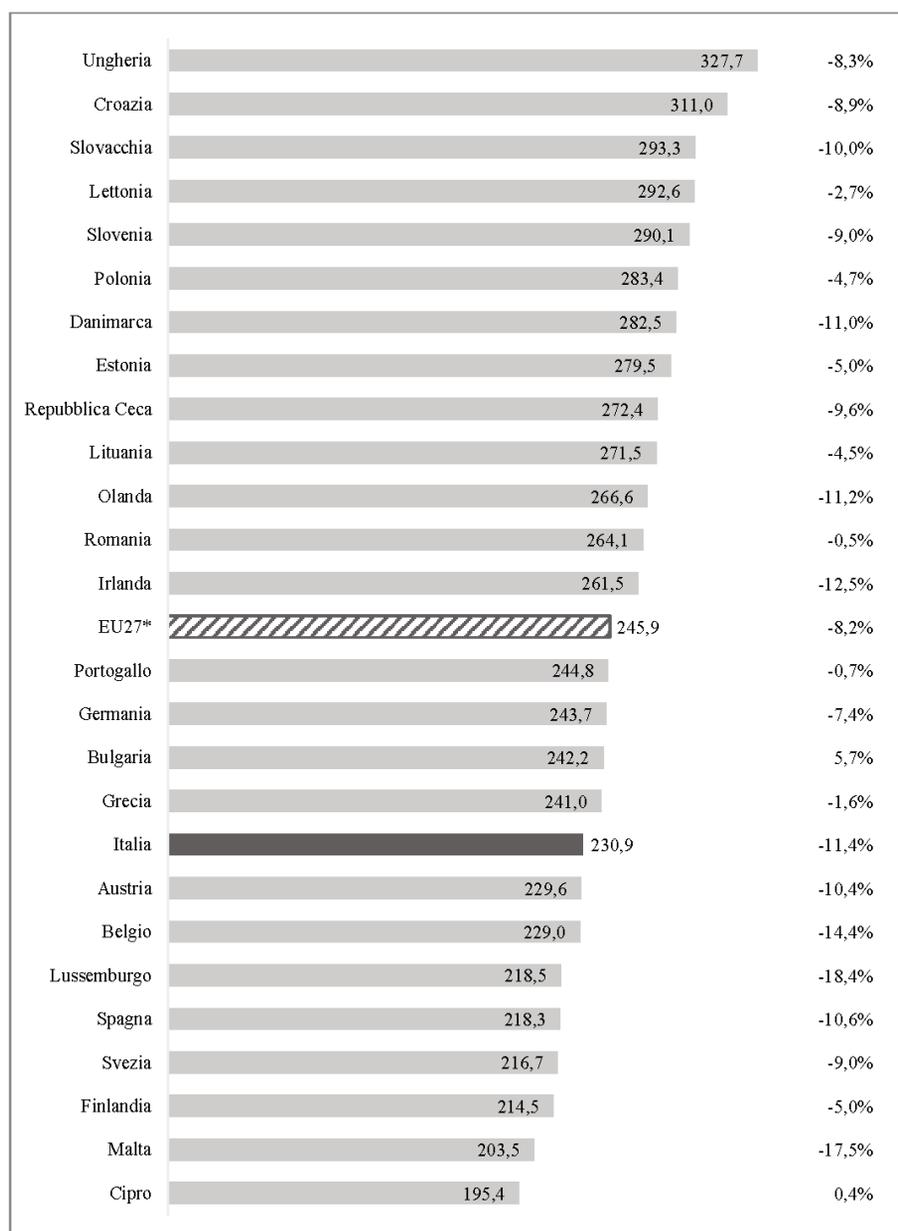
Per quel che riguarda il diabete, la media UE del tasso ha subito un lieve incremento (+5,2%) passando da 25,4 decessi per 100.000 residenti nel 2011 a 26,7 per 100.000 nel 2019 (Grafico 5). In numerosi Paesi c'è stata una rilevante riduzione sebbene in alcuni casi non sia stata sufficiente per portare il livello della mortalità al di sotto della media UE: è il caso di Portogallo (-27,9%, tasso del 2019 pari a 32,1 per 100.000), Cipro (-23,8%, tasso pari a 56,1 per 100.000), Austria (-22,2%, tasso pari a 29,8 per 100.000) e Italia (-14,2%, il tasso è passato da 32,3 a 27,7 per 100.000). Al contrario, in Danimarca e Germania, con la riduzione del tasso, rispettivamente, del 17,7% e del 15,3%, il livello della mortalità per diabete nel 2019 (24,2 e 24,9 per 100.000, rispettivamente) è passato al di sotto del livello medio UE. In alcuni Paesi la mortalità per diabete è notevolmente aumentata dal 2011 al 2019: Malta e Croazia hanno avuto un incremento di oltre il 200%, ma anche gli incrementi di Lituania (+107,9%), Grecia (+78,9%) e Repubblica Ceca (+56,3%) sono stati rilevanti¹. La

¹Alcune variazioni sono in parte dovute a cambiamenti negli aggiornamenti della classificazione ICD oppure a cambiamenti nei sistemi di codifica delle cause di morte. Per maggiori dettagli si veda la sezione dei metadati di Eurostat. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_cdeath_sims.htm.

Croazia guida la graduatoria dei livelli di mortalità per diabete nel 2019, con un tasso pari a 96,1 per 100.000, seguita da Cipro, Malta, che con un tasso di 47,2 passa da sestultima a terza nella graduatoria, e Repubblica Ceca (45,6 per 100.000). Dei 27 Paesi UE, 16 hanno

una mortalità inferiore alla media europea: all'ultimo posto c'è la Finlandia (10,1 per 100.000 residenti), il Belgio (12,4 per 100.000), l'Irlanda (15,3 per 100.000), la Romania (15,5 per 100.000) e la Slovacchia (15,9 per 100.000).

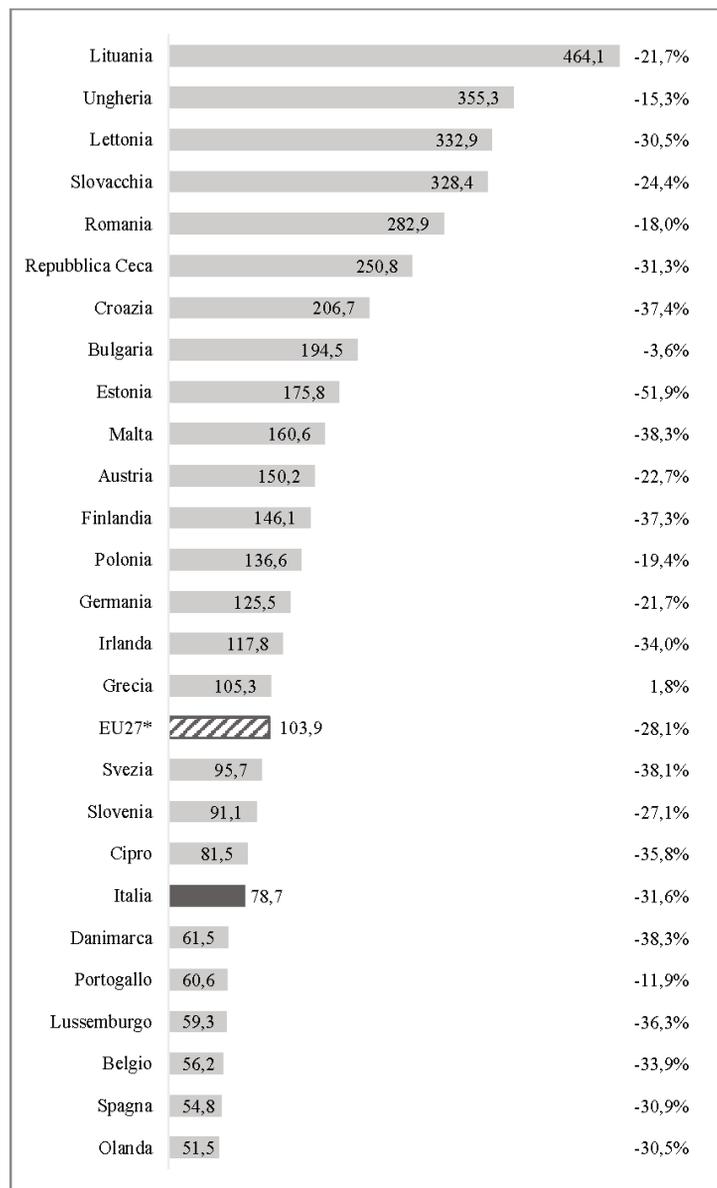
Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per tumori maligni e variazione (valori per 100) rispetto al 2011, per Paese dell'Unione Europea-27* - Anno 2019



*Al momento della presente pubblicazione, nella banca dati europea Eurostat riferita ai decessi dell'anno 2019, non sono disponibili gli indicatori della Francia e, di conseguenza, neanche quelli dell'insieme dei Paesi europei (UE-27). Pertanto, si è proceduto a una stima dei tassi di mortalità UE-27 sulla base di quanto osservato nei 7 anni precedenti per i quali l'indicatore era disponibile (2011-2017).

Fonte dei dati: Eurostat database (2). Anno 2022.

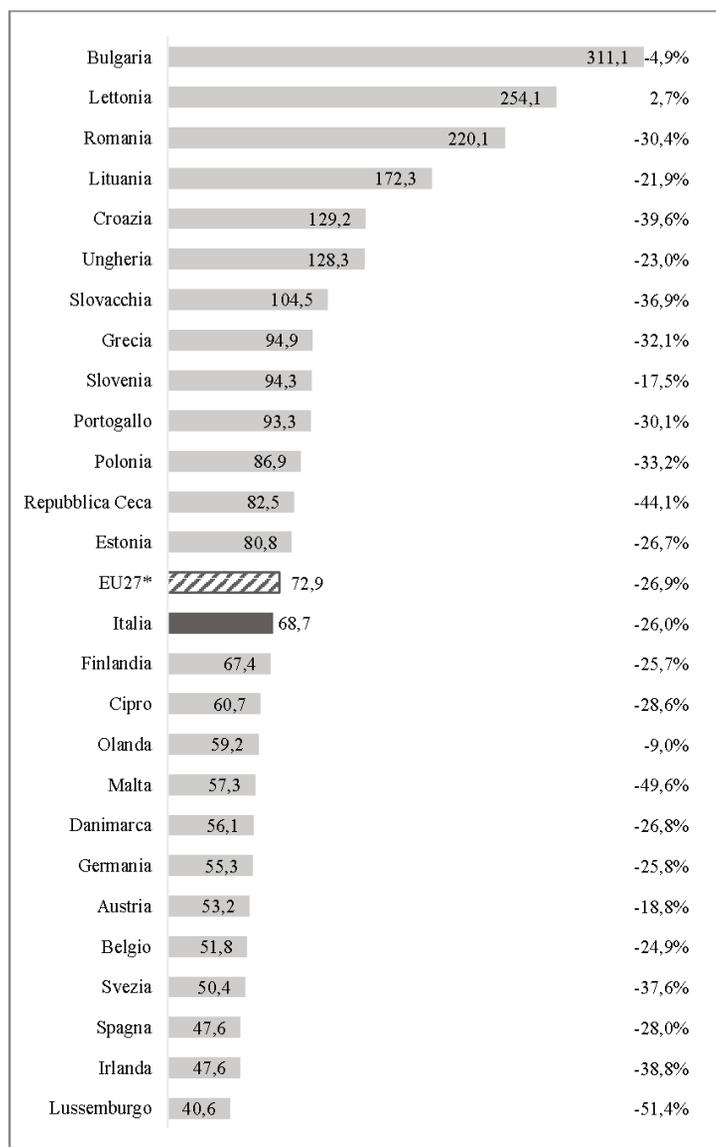
Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore e variazione (valori per 100) rispetto al 2011, per Paese dell'Unione Europea-27* - Anno 2019



*Al momento della presente pubblicazione, nella banca dati europea Eurostat riferita ai decessi dell'anno 2019, non sono disponibili gli indicatori della Francia e, di conseguenza, neanche quelli dell'insieme dei Paesi europei (UE-27). Pertanto, si è proceduto a una stima dei tassi di mortalità UE-27 sulla base di quanto osservato nei 7 anni precedenti per i quali l'indicatore era disponibile (2011-2017).

Fonte dei dati: Eurostat database (2). Anno 2022.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie cerebrovascolari e variazione (valori per 100) rispetto al 2011, per Paese dell'Unione Europea-27* - Anno 2019

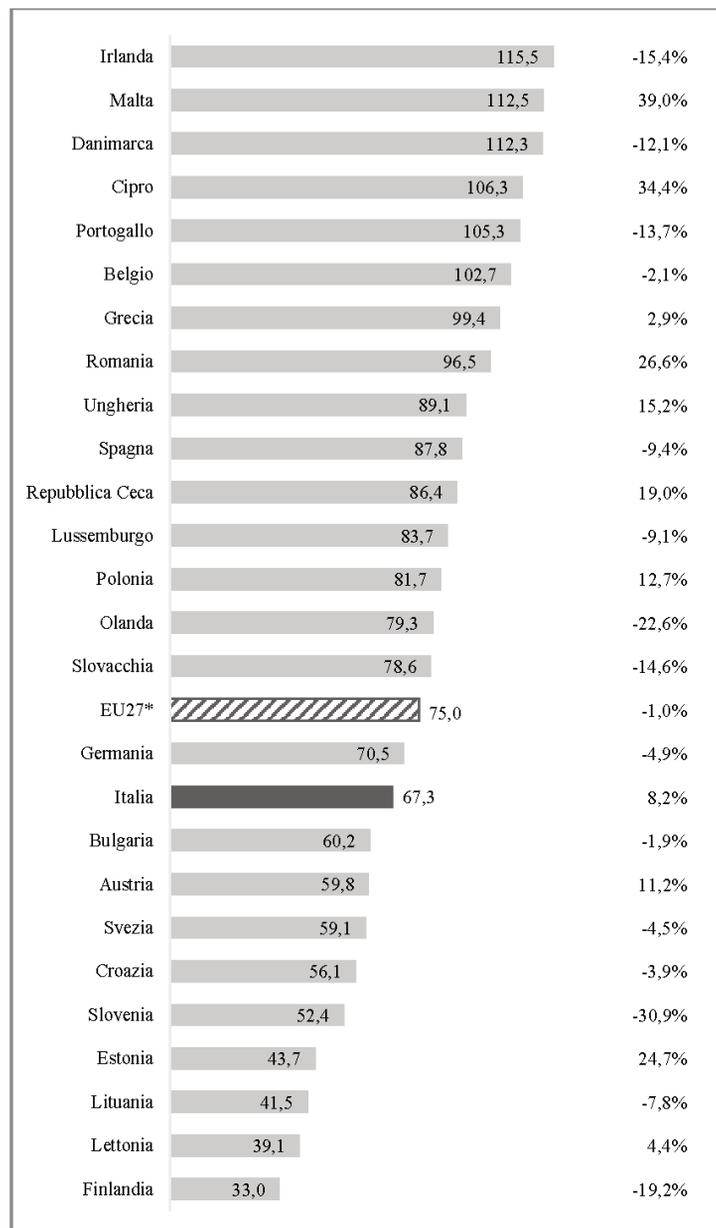


*Al momento della presente pubblicazione, nella banca dati europea Eurostat riferita ai decessi dell'anno 2019, non sono disponibili gli indicatori della Francia e, di conseguenza, neanche quelli dell'insieme dei Paesi europei (UE-27). Pertanto, si è proceduto a una stima dei tassi di mortalità UE-27 sulla base di quanto osservato nei 7 anni precedenti per i quali l'indicatore era disponibile (2011-2017).

Fonte dei dati: Eurostat database (2). Anno 2022.



Grafico 4 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie respiratorie e variazione (valori per 100) rispetto al 2011, per Paese dell'Unione Europea-27* - Anno 2019

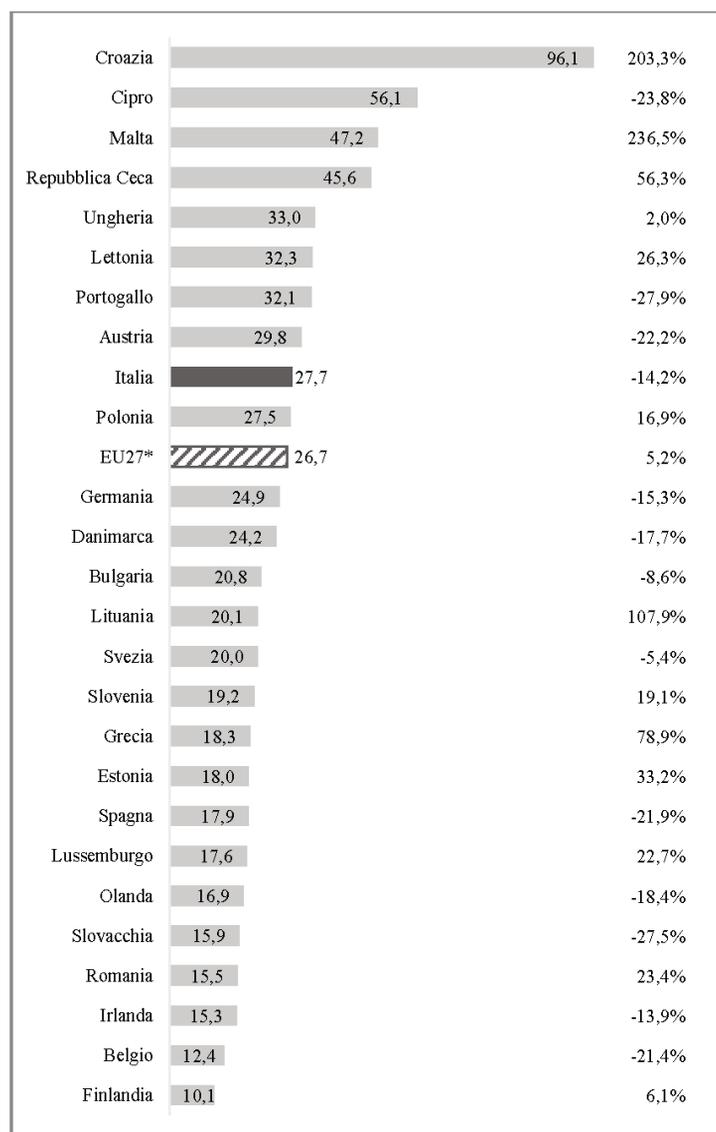


*Al momento della presente pubblicazione, nella banca dati europea Eurostat riferita ai decessi dell'anno 2019, non sono disponibili gli indicatori della Francia e, di conseguenza, neanche quelli dell'insieme dei Paesi europei (UE-27). Pertanto, si è proceduto a una stima dei tassi di mortalità UE-27 sulla base di quanto osservato nei 7 anni precedenti per i quali l'indicatore era disponibile (2011-2017).

Fonte dei dati: Eurostat database (2). Anno 2022.



Grafico 5 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per diabete mellito e variazione (valori per 100) rispetto al 2011, per Paese dell'Unione Europea-27* - Anno 2019



*Al momento della presente pubblicazione, nella banca dati europea Eurostat riferita ai decessi dell'anno 2019, non sono disponibili gli indicatori della Francia e, di conseguenza, neanche quelli dell'insieme dei Paesi europei (UE-27). Pertanto, si è proceduto a una stima dei tassi di mortalità UE-27 sulla base di quanto osservato nei 7 anni precedenti per i quali l'indicatore era disponibile (2011-2017).

Fonte dei dati: Eurostat database (2). Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadro del processo di progressivo invecchiamento della popolazione europea lo studio della mortalità per le principali patologie croniche e l'analisi del suo trend nei diversi Paesi dell'UE risulta di notevole importanza per la pianificazione delle politiche di salute pubblica aventi tra gli obiettivi anche il miglioramento della qualità della vita dei cittadini. Si tratta, infatti, di patologie che costituiscono le fonti principali di disabilità e di riduzione significativa della qualità della vita e che più richiedono forme di assistenza e di cura. La presenza di un numero sempre maggiore di persone anziane con quadri morbosi caratterizzati da poli morbilità pone ancor di più i Paesi europei di fron-

te alla sfida di dover monitorare e misurare l'evoluzione nel tempo della mortalità per queste al fine di valutare l'effettiva portata del fenomeno. Alcune delle cause croniche prese in esame, possono essere considerate in parte "prematuro ed evitabili", in quanto contrastabili con uno stile di vita salutare che consenta di ridurre i fattori di rischio, oltre a un'adeguata prevenzione e assistenza sanitaria. È il caso dei tumori maligni, delle cardiopatie ischemiche e del diabete, cause per le quali è auspicabile e verosimile una riduzione delle differenze nei livelli di mortalità tra i diversi Paesi europei mediante opportune politiche e strategie per migliorare la salute della popolazione.

**Riferimenti bibliografici**

(1) Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force, 2013 edition. Eurostat's Methodologies and working papers, Disponibile sul sito: www.ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028.

(2) Eurostat Database Disponibile sui siti: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, Causes of death, General mortality - standardised death rate by residence; www.ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2/default/table?lang=en, aggiornamento 9 dicembre 2022.



Coperture vaccinali nella popolazione infantile

Significato. La vaccinazione rappresenta uno degli interventi di Sanità Pubblica più efficaci, prevenendo molte malattie infettive gravi e potenzialmente fatali. In Italia, il PNPV costituisce il documento di riferimento per il controllo e l'eliminazione delle malattie infettive prevenibili da vaccino e individua gli obiettivi e le strategie più efficaci da mettere in atto sull'intero territorio nazionale. Il SSN offre attivamente e gratuitamente tutti i vaccini contenuti nel calendario del PNPV (1).

Le Coperture Vaccinali (CV) rappresentano l'indicatore chiave delle strategie vaccinali, poiché forniscono informazioni in merito alla loro attuazione sul territorio

e sull'efficienza del sistema vaccinale. In Italia, il Ministero della Salute raccoglie annualmente dalle Regioni e PA, i dati di CV nell'infanzia e nell'adolescenza (età 24 mesi, 36 mesi, 5-6 anni e 16-18 anni) (2). Di seguito si confrontano i dati di CV per le vaccinazioni contro Difterite-Tetano-Pertosse (DTP) e morbillo in Italia e nei Paesi dell'UE nel periodo 2018-2021, utilizzando i dati disponibili sul *database* dell'OECD (3). Sebbene con schedule vaccinali diverse (4), tutti i Paesi dell'UE includono queste due vaccinazioni nei loro programmi vaccinali.

Nel *database* OECD, la CV indicata si riferisce alle seguenti due rilevazioni.

Copertura vaccinale per la 1^a dose di vaccino anti-morbillo

Numeratore	Bambini di età 12-23 mesi che hanno ricevuto almeno 1 dose del vaccino antimorbillo	
Denominatore	Bambini che nell'anno di rilevazione hanno compiuto 12-23 mesi di età	x 100

Copertura vaccinale per tetano a 1 anno

Numeratore	Bambini di età 1 anno che hanno ricevuto 3 dosi del vaccino combinato Difterite-Tetano-Pertosse	
Denominatore	Bambini che nell'anno di rilevazione hanno compiuto 1 anno di età	x 100

Validità e limiti. La CV permette di stimare la quota di individui vaccinati nei tempi raccomandati in una specifica coorte di nascita. La percentuale di bimbi che hanno ricevuto 3 dosi di vaccino DTP è considerato un indicatore generale della CV. Il confronto delle CV per DTP e morbillo disponibili sul *database* OECD deve tenere conto del fatto che le schedule vaccinali e l'età della vaccinazione variano da Paese a Paese a causa dei diversi programmi di vaccinazione. Ad esempio, in Italia la terza dose di vaccino DTP è indicata a 10 mesi di età ma la rilevazione della CV viene effettuata a 24 mesi. Oltre a misurare la copertura vaccinale sarebbe importante misurare la tempestività con cui le vaccinazioni stesse vengono eseguite, vista la sua importanza per l'effettivo controllo delle malattie prevenibili con vaccino. Infine, si sottolinea che alti tassi di CV a livello nazionale potrebbero non essere sufficienti per fermare la diffusione di una malattia, poiché potrebbero coesistere bassi livelli di CV (e, quindi, quote di popolazione suscettibile) a livello locale.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di CV sono definiti a livello internazionale dal *Global Vaccine Action Plan 2011-2020* dell'OMS e in Italia dal PNPV 2017-2019. L'obiettivo di CV per 3 dosi di vaccino DTP è pari al 90% a livello internazionale e 95% a livello nazionale, mentre per la 1^a dose di mor-

billo è pari al 95%. Per raggiungere l'eliminazione (interruzione della trasmissione endemica) del morbillo è necessaria una CV per 2 dosi di vaccino $\geq 95\%$.

Descrizione dei risultati

I dati di CV per morbillo e DTP più aggiornati disponibili nel *database* OECD sono quelli relativi all'anno 2021. Tuttavia, solo 12 dei 22 Paesi dell'UE inclusi nel *database* OECD hanno fornito i dati relativi al 2021 e per 10 Paesi l'ultimo dato disponibile è relativo al 2020. Per il 2021, il dato nazionale italiano di CV, non disponibile nel *database* OECD è stato rilevato dal sito del Ministero della Salute (2).

Nel 2020, 21 Paesi hanno fornito dati di CV per la 1^a dose di vaccino antimorbillo, di cui 11 Paesi (52,4%) hanno riportato una CV $\geq 95\%$. Otto Paesi hanno riportato un calo della CV rispetto al 2019, tra cui spicca la Polonia che ha riportato un calo di oltre 13 punti percentuali (Tabella 1).

Nel 2021, solo 4 di 12 Paesi che hanno fornito il dato presentano una CV $\geq 95\%$ contro il morbillo (Lettonia, Repubblica Ceca, Slovacchia e Ungheria). Sette dei 12 Paesi (Estonia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Olanda, Slovacchia e Spagna) hanno riportato un calo della CV rispetto al 2020, 4 hanno riportato un aumento (Danimarca, Francia, Italia e Repubblica Ceca) e 1 Paese (Ungheria) nessuna variazione (il confronto è effettuato con il 2019 nel caso della Francia). Tra i 7

Paesi che hanno riportato un calo della CV, il calo più evidente si registra in Spagna, dove la CV è passata dal 97,5% al 94,4% (riduzione di 3,1 punti percentuali). In Italia, Francia e Danimarca, sebbene sia stato registrato un aumento rispetto all'anno precedente, la CV rimane inferiore al 95%. Infine, si registrano valori <90% in Estonia e Lituania (Tabella 1).

Per quanto riguarda la vaccinazione contro DTP, nel 2020, 11 dei 21 Paesi che hanno fornito i dati hanno riportato una CV $\geq 95\%$, mentre 1 Paese ha riportato una CV <90% (Austria). Nel 2021, 4 dei 12 Paesi che hanno fornito il dato hanno raggiunto una CV del 95%, 7 hanno riportato una CV tra 90,0-95,0% e 1 Paese riporta una CV <90% (Estonia). L'Austria, che aveva riportato una CV <90% nel 2020, è tra i Paesi che non hanno fornito dati per il 2021. Nel 2021, 7 Paesi

(Danimarca, Estonia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Repubblica Ceca e Spagna) hanno riportato un calo della CV per DTP rispetto all'anno precedente, tra cui i cali più evidenti si riscontrano in Lettonia (-5,6 punti percentuali) e Spagna (-4,0 punti percentuali). Solo 3 Paesi (Francia, Italia e Olanda) mostrano un aumento, seppur lieve, delle CV e 2 Paesi (Slovacchia e Ungheria) nessuna variazione (Tabella 2).

Analizzando l'andamento dei dati nel periodo 2018-2021, per entrambi gli indicatori, si osserva una situazione in cui alcuni Paesi riportano diminuzioni delle CV (alcuni anche sostanziali), ma altri riportano lievi aumenti e molti nessuna variazione. Numerosi Paesi continuano a presentare nel 2020 e 2021 valori inferiori agli obiettivi fissati dall'OMS soprattutto per il morbillo.

Tabella 1 - Copertura vaccinale (valori per 100) per 1^a dose di vaccino antimorbillo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2018-2021

Paesi	2018	2019	2020	2021	Δ 2021-2020
Austria	94,0	94,0	94,0	n.d.	n.d.
Belgio	96,0	96,0	96,0	n.d.	n.d.
Danimarca	94,0	95,0	93,6	94,1	0,5
Estonia	86,9	87,8	90,8	89,4	-1,4
Finlandia	96,0	96,0	96,0	n.d.	n.d.
Francia*	89,6	90,0	n.d.	91,9	1,9
Germania	97,1	97,2	97,2	n.d.	n.d.
Grecia	97,0	97,0	97,0	n.d.	n.d.
Irlanda	92,3	91,0	91,8	90,4	-1,4
Italia	93,2	94,5	91,9	93,6	1,7
Lettonia	98,0	99,0	98,9	96,5	-2,4
Lituania	92,2	92,7	90,1	88,4	-1,7
Lussemburgo	99,0	99,0	99,0	n.d.	n.d.
Olanda	92,9	93,6	93,6	92,8	-0,8
Polonia	92,9	93,0	80,3	n.d.	n.d.
Portogallo	99,0	99,0	99,0	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	96,4	92,4	94,4	96,6	2,2
Slovacchia	96,1	96,2	96,0	95,4	-0,6
Slovenia	93,0	94,0	94,0	n.d.	n.d.
Spagna	97,1	97,9	97,5	94,4	-3,1
Svezia	97,0	97,0	97,0	n.d.	n.d.
Ungheria	99,9	99,9	99,8	99,8	0,0

n.d. = non disponibile.

*Per la Francia la differenza è calcolata tra gli anni 2021 e 2019.

Fonte dei dati: OECD (2023), Child vaccination rates. Anno 2022.

Tabella 2 - Copertura vaccinale (valori per 100) per 3 dosi di vaccino Difterite-Tetano-Pertosse nei bambini di età 1 anno per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2018-2021

Paesi	2018	2019	2020	2021	Δ 2021-2020
Austria	85,0	85,0	85,0	n.d.	n.d.
Belgio	98,0	98,0	97,0	n.d.	n.d.
Danimarca	96,0	96,0	96,0	95,8	-0,2
Estonia	91,9	91,4	91,0	89,5	-1,5
Finlandia	91,0	91,0	91,0	n.d.	n.d.
Francia*	96,3	96,0	n.d.	96,4	0,4
Germania	93,0	93,0	93,0	n.d.	n.d.
Grecia	99,0	99,0	99,0	n.d.	n.d.
Irlanda	94,5	93,5	94,2	93,5	-0,7
Italia	95,1	96,0	93,7	94,0	0,3
Lettonia	96,0	100,0	100,0	94,4	-5,6
Lituania	92,3	92,1	91,4	90,1	-1,3
Lussemburgo	99,0	99,0	99,0	n.d.	n.d.
Olanda	93,5	93,7	94,2	94,7	0,5
Polonia	95,2	95,0	90,4	n.d.	n.d.
Portogallo	99,0	99,0	99,0	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	97,0	96,7	96,8	93,7	-3,1
Slovacchia	96,5	96,7	97,0	97,0	0,0
Slovenia	93,0	95,0	95,0	n.d.	n.d.
Spagna	93,4	95,6	94,8	90,8	-4,0
Svezia	97,0	98,0	97,0	n.d.	n.d.
Ungheria	99,9	99,9	99,9	99,9	0,0

n.d. = non disponibile.

*Per la Francia la differenza è calcolata tra gli anni 2021 e 2019.

Fonte dei dati: OECD (2023), Child vaccination rates. Anno 2022.**Raccomandazioni di Osservasalute**

I dati esaminati indicano che nell'UE le CV contro morbillo e DTP sono complessivamente elevate, ma permangono differenze ampie tra Paesi e molti presentano valori di CV in calo e inferiori agli obiettivi fissati dall'OMS, soprattutto per morbillo. In alcuni Paesi (Spagna, Lettonia, Repubblica Ceca, Lituania, Estonia e Irlanda) si sono verificati cali anche sostanziali delle CV negli ultimi anni, durante la pandemia da COVID-19. Due Paesi presentano CV per DTP <90%. Preoccupa anche la mancanza di dati da alcuni Paesi nel 2021. Anche in Italia si osservano CV per morbillo e DTP in diminuzione nel 2021 rispetto al 2019 e per entrambe le vaccinazioni i valori di CV sono <95%. È necessario, pertanto, mettere in atto tempestivamente delle strategie adeguate a recuperare i bambini non vaccinati e raggiungere e mantenere gli obiettivi di CV stabiliti dal PNPV.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2023-2025.
- (2) Ministero della Salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescente - Coperture vaccinali. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20 (ultimo accesso 03 novembre 2023).
- (3) Organisation for Economic Co-operation and Development (2023). Child vaccination rates (indicator). doi: 10.1787/b23c7d13-en (ultimo accesso 03 gennaio 2023). Disponibile sul sito: www.data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.htm.
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccination schedules. Disponibile sul sito: www.vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx (ultimo accesso 03 gennaio 2023).



Salute riproduttiva: un confronto tra i Paesi dell'Unione Europea

Significato. Il Progetto Euro-Peristat ha avuto inizio nel 1999, come uno dei Progetti finanziati dalla Commissione Europea con l'obiettivo di individuare un insieme di indicatori confrontabili per monitorare la salute perinatale e l'assistenza sanitaria alle madri e ai neonati a livello europeo (1). Il *network* si avvale dei dati forniti dalla rete di referenti attiva nei 27 Stati membri dell'UE più Islanda, Norvegia, Svizzera e Regno Unito. Per l'Italia partecipano il Ministero della Salute, l'Istat, l'ISS e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Sono stati sviluppati diversi indicatori per il monitoraggio della sorveglianza della salute

perinatale e dello stato di salute e cura delle madri e dei bambini in Europa. Nell'ultimo Rapporto (2) sono stati presentati 9 dei 10 *core indicators* riferiti all'anno 2019, nello specifico: natimortalità, mortalità neonatale e infantile, età gestazionale e peso alla nascita, parti multipli, tipo di parto, età della donna e parità (l'indicatore non riportato "C6" è quello sulla mortalità materna). La standardizzazione nella costruzione degli indicatori, oltre a consentire confronti tra Paesi, ha permesso, in quest'ultimo Rapporto Osservasalute, di valutare le differenze con i dati del 2015 pubblicati nel Rapporto edito nel 2018 (3).

C1-Natimortalità

$$\text{Numeratore} \quad \text{Nati morti entro le 24 settimane compiute di gestazione}$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{Nati} \quad \times 1.000$$

C2-Mortalità neonatale

$$\text{Numeratore} \quad \text{Nati morti entro 28 giorni dalla nascita}$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{Nati vivi} \quad \times 1.000$$

C3-Mortalità neonatale e infantile

$$\text{Numeratore} \quad \begin{array}{l} \text{Decessi prima dei 28 giorni dalla nascita} \\ \text{Decessi prima dei 365 giorni dalla nascita} \end{array}$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{Nati vivi} \quad \times 1.000$$

C4-Percentuale di nati con basso peso alla nascita

$$\text{Numeratore} \quad \text{Nati con peso <2.500 grammi}$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{Nati vivi} \quad \times 100$$

C5-Percentuale di nati pre-termine

$$\text{Numeratore} \quad \text{Nati ad età gestazionale <37 settimane compiute di gestazione}$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{Nati vivi} \quad \times 100$$

C7-Percentuale di parti multipli

$$\text{Numeratore} \quad \text{Parti multipli}$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{Parti} \quad \times 1.000$$



C8-Età al parto

Numeratore	Parti da donne di età <20 anni Parti da donne di età ≥35 anni	
Denominatore	Parti	x 100

C9-Parità

Numeratore	Parti da donne primipare	
Denominatore	Parti	x 100

C10-Percentuale di parti cesarei

Numeratore	Parti cesarei	
Denominatore	Parti	x 100

Validità e limiti. Grazie alla definizione di criteri d'inclusione standardizzati e a un attento controllo dei dati forniti dalla rete dei Paesi partecipanti, è stato possibile calcolare indicatori di alta qualità comparabili sia tra gli Stati partecipanti sia nel tempo. I valori possono differire da quelli pubblicati nelle statistiche dei rispettivi Paesi per una differente selezione dei casi e per un diverso trattamento dei casi mancanti. L'indicatore può non essere presente per alcuni Paesi per l'impossibilità di aderire ai parametri definiti o per indisponibilità del dato riferito all'anno 2019 al momento della pubblicazione del Rapporto.

Per rispondere alle esigenze del Progetto per l'Italia sono state utilizzate diverse fonti, anche integrate tra loro: CedAP del Ministero della Salute, indagini Istat Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo, sulle Interruzioni Volontarie della Gravidanza e sulle Cause di morte.

Valore di riferimento/Benchmark. Nell'analisi degli indicatori vengono effettuati confronti tra i vari Paesi e i valori sono consolidati anche tramite una rassegna di letteratura internazionale.

Descrizione dei risultati

Nella Tabella 1 vengono riportati i valori degli indicatori per tutti i Paesi riferiti all'anno 2019, laddove disponibili.

Il tasso di natimortalità si riferisce ai casi con 24 settimane di età gestazionale ed oltre: la definizione di questa soglia consente di avere un indicatore omogeneo, quindi confrontabile, e più in linea con le raccomandazioni internazionali. Nel 2019, in Italia, l'indicatore è pari a 2,7 nati morti ogni 1.000 nati vs il valore mediano europeo di 3,2 per 1.000. L'Italia si trova, quindi, nella parte bassa della distribuzione insieme all'Austria. I valori presentano un *range* che va dall'1,8 per 1.000 dell'Estonia al 4,7 per 1.000 di

Cipro. Dal 2015 al 2019 il tasso nel nostro Paese è sceso da 3,0 a 2,7 morti per 1.000 nati e a livello europeo il decremento complessivo è stato contenuto e stimato pari a una riduzione di circa 1 punto percentuale annuo. Le differenze tra i Paesi riflettono anche l'impatto di caratteristiche della popolazione come l'età materna o di fattori esterni legati, ad esempio, all'organizzazione dei servizi sanitari.

La mortalità neonatale, nel 2019, per l'Italia è pari a 1,7 morti ogni 1.000 nati vivi analogamente ad Austria e Scozia e in diminuzione rispetto al 2015. Anche in questo caso l'Italia si posiziona tra i Paesi con valori al di sotto della mediana europea (2,1 per 1.000). Il valore più basso viene riportato dall'Islanda (0,5 per 1.000) e il più alto da Malta (4,3 per 1.000). La maggior parte dei decessi neonatali sono precoci (0-6 giorni dopo la nascita, mediana 71,4%), riguarda i bambini con peso estremamente basso (51,3% presenta un peso <1.000 grammi) e i nati estremamente pre-termine (47,3% sono nati prima delle 28 settimane di gestazione).

Anche per il tasso di mortalità infantile si assiste in Italia a un decremento tra il 2019 e il 2015 passando da 3,1 a 2,6 morti nel 1° anno di vita ogni 1.000 nati vivi. L'intervallo dei valori rilevati vede l'Islanda all'estremo inferiore con 0,9 per 1.000 e la Croazia con 3,8 per 1.000 all'estremo superiore. In generale, la decrescita nei vari Paesi è stata poco rilevante. Circa due terzi delle morti infantili si sono verificate in bambini nati pre-termine (64,8% di nati prima delle 37 settimane) o con un basso peso alla nascita (68,7% con peso <2.500 grammi).

Nel 2019 i neonati di basso peso (<2.500 grammi) rilevati in Italia sono il 7,1% del totale (stesso valore per Francia, Inghilterra e Galles e Malta) vs valori inferiori al 4,5% registrati nei Paesi del Nord Europa e un valore mediano di 6,1%. Valori superiori a quello italiano si registrano in Slovacchia, Spagna, Ungheria



e Portogallo. Considerando la soglia più bassa dei 1.500 grammi, in Italia la quota dei nati è pari allo 0,9%, in linea con la media europea. Le differenze nel basso peso alla nascita tra i Paesi possono derivare da differenze fisiologiche nel peso dei neonati alla nascita, da restrizioni della crescita fetale e dall'età gestazionale.

Le nascite pre-termine, nel 2019, riguardano il 7,5% dei nati in Italia (lo 0,9% tra 22-31 settimane di gestazione e il 6,4% tra 32-37 settimane) con una diminuzione di -0,1% rispetto al 2015. Il tasso mediano europeo è 6,9% (5,3% in Finlandia e Lituania, 11,3% a Cipro). Per entrambi gli indicatori dal 2015 al 2019 si è rilevato un decremento nella maggioranza dei Paesi europei. Queste differenze tra i Paesi sollevano interrogativi sull'impatto dei fattori di rischio socio-demografici, legati alla pratica clinica, sulla distribuzione dell'età gestazionale.

I parti multipli, nel 2019, sono il 16,3 per 1.000 del totale dei nati italiani, in analogia al valore mediano europeo pari al 15,8 per 1.000, con un *range* compreso tra il 12,0 per 1.000 della Slovacchia e il 23,8 per 1.000 di Cipro. Nella maggioranza dei Paesi europei dal 2015 al 2019 il tasso di gravidanze gemellari è diminuito. Negli ultimi decenni in tutta Europa l'aumento dell'età materna e dell'uso di tecniche di PMA avevano portato a un incremento dei parti multipli. Più recentemente, molti Paesi hanno raccomandato il trasferimento di un singolo embrione per limitare il rischio di eventi avversi in caso di gravidanze multiple (4).

L'età materna avanzata al parto presenta forti variazioni a livello europeo, sia tra Paesi che nel corso del

tempo. Insieme a Spagna e Irlanda, nel 2019 l'Italia è il Paese con la percentuale più alta di madri oltre i 35 anni (34,4% vs 33,4% del 2015) e oltre i 40 anni di età (8,8%). Al contrario, la proporzione di donne sotto i 20 anni di età al parto nel quinquennio in esame è diminuita in Europa, salvo che per Cipro, Malta e Slovenia. In Italia, la percentuale è scesa dall'1,7% del 2015 all'1,4% nel 2019. Sia l'età materna più giovane che quella più avanzata sono associate ad esiti negativi della gravidanza.

La parità descrive il numero e l'esito delle precedenti gravidanze. A livello europeo le donne alla prima gravidanza presentano un andamento complessivamente stabile o in leggera diminuzione con percentuali comprese tra il 31,3% dell'Irlanda del Nord e il 53,3% di Malta. In Italia, la percentuale di donne che partoriscono per la prima volta è passata dal 52,7% del 2015 al 50,7% nel 2019. In un contesto di relativa bassa fecondità e di posticipo della maternità, i maggiori rischi sono associati a donne primipare di età avanzata (4).

Il tasso mediano di parti con TC nel 2019 in Europa è pari al 26,0% con una forte variabilità compresa tra il 16,4% della Norvegia e il 53,1% di Cipro e con tassi sistematicamente inferiori nei Paesi del Nord Europa. In Italia, la percentuale è pari al 33,0% di cui il 12,3% programmati e il 20,7% eseguiti in emergenza. Nonostante il valore italiano sia tra i più alti in Europa, dal 2015 al 2019 la percentuale di TC è scesa dal 36,5% al 33,0%. Le tendenze variano, con alcuni Paesi che hanno registrato un aumento (Croazia, Finlandia, Ungheria, Irlanda, Polonia, Slovenia, Galles e Scozia) e altri con percentuali stabili o decrescenti.



Tabella 1 - Indicatori del Progetto Euro-Peristat per alcuni Paesi europei - Anno 2019

Paesi	Natimortalità (per 1.000)	Mortalità neonatale (per 1.000)	Mortalità infantile (per 1.000)	Basso peso (%)	Pre-termine (%)	Parti multipli (per 1.000)	Età <20 anni (%)	Età ≥35 anni (%)	Primipare (%)	Parti con TC (%)
Austria	2,7	1,7	2,5	6,1	7,4	14,8	1,3	23,9	47,3	30,0
Belgio	4,4	2,5	3,6	6,8	8,1	15,4	1,3	20,6	43,4	21,4
Cipro	4,7	2,0	2,5	2,0	11,3	23,8	1,8	26,5	46,0	53,1
Croazia	4,0	3,0	3,8	5,3	6,5	17,8	2,4	23,2	42,5	26,2
Danimarca	2,2	1,6	2,2	4,5	5,8	12,8	0,6	20,2	49,0	20,3
Estonia	1,8	0,9	1,8	4,3	5,7	16,0	1,9	23,8	38,3	19,4
Finlandia	2,4	1,4	2,0	4,0	5,3	12,7	1,3	24,4	42,3	17,9
Francia	3,6	n.d.	n.d.	7,1	6,9	16,4	1,7	23,1	n.d.	20,9
Germania	3,4	n.d.	n.d.	6,6	8,2	19,2	1,8	25,1	45,9	31,8
Inghilterra e Galles	3,5	2,0	3,0	7,1	7,8	15,2	2,8	23,6	43,0	n.d.
Irlanda	4,0	2,3	n.d.	5,6	6,8	18,3	1,5	39,4	38,8	34,8
Irlanda del Nord	3,5	3,3	n.d.	6,0	7,5	14,6	2,8	24,2	31,3	32,7
Islanda	3,2	0,5	0,9	4,4	6,6	15,7	1,1	21,2	43,6	16,6
Italia	2,7	1,7	2,6	7,1	7,5	16,3	1,4	34,4	50,7	33,0
Lettonia	3,7	n.d.	n.d.	4,3	5,6	13,3	2,9	22,6	39,6	22,5
Lituania	4,0	2,3	n.d.	4,5	5,3	16,2	2,6	18,6	45,7	20,9
Lussemburgo	3,2	n.d.	n.d.	6,6	6,9	19,5	1,0	31,6	47,1	30,4
Malta	3,2	4,3	n.d.	7,1	7,4	16,7	3,2	22,8	53,3	31,9
Norvegia	2,5	1,2	1,9	4,4	6,1	15,2	0,7	21,8	42,6	16,4
Paesi Bassi	3,1	3,0	n.d.	5,6	6,6	15,3	0,8	22,4	44,4	17,4
Polonia	2,9	2,7	3,7	5,6	7,2	13,1	2,2	19,5	42,9	44,4
Portogallo	2,9	n.d.	n.d.	8,9	8,0	15,5	2,4	33,2	52,3	n.d.
Repubblica ceca	3,2	1,5	2,4	6,9	6,9	13,2	2,1	21,7	48,4	24,5
Scozia	3,3	1,7	2,7	7,0	8,6	14,7	3,9	22,9	42,1	35,5
Slovacchia	4,2	n.d.	n.d.	7,5	7,2	12,0	6,2	18,5	44,1	30,1
Slovenia	2,0	0,7	n.d.	5,9	7,2	18,2	1,1	22,3	46,7	21,9
Spagna	3,0	1,9	2,7	7,9	7,1	18,1	2,0	40,0	49,7	25,7
Svezia	3,0	1,3	1,9	4,2	5,4	13,0	0,8	22,5	42,4	18,2
Svizzera	2,8	2,0	2,6	6,4	6,8	17,2	0,5	29,6	48,8	n.d.
Ungheria	4,3	2,2	3,7	8,2	8,3	16,9	n.d.	n.d.	41,8	41,5
Mediana	3,2	2,1	2,6	6,1	6,9	15,8	1,7	23,0	44,2	26,0

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Euro Peristat Project, European Perinatal Health Report, 2015-2019. Anno 2022.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Le variazioni nel tempo degli indicatori perinatali in Europa dal 2015 al 2019 mostrano alcune aree di miglioramento: calo delle nascite pre-termine, riduzione delle gravidanze multiple, diminuzione dei tassi di parti con TC in alcuni Paesi. Anche i tassi di natimortalità, mortalità perinatale e infantile hanno continuato in generale a diminuire; tuttavia, l'entità di questi miglioramenti sembra essere in rallentamento rispetto ai decenni precedenti. Il marcato e continuo aumento dell'età materna potrebbe aver contribuito a questo rallentamento nel calo degli indicatori di mortalità.

Il confronto degli indicatori perinatali tra i Paesi europei richiama l'attenzione sulle eventuali disparità tra i vari sistemi sanitari. Questi confronti consentono a ogni singolo Paese di monitorare l'andamento degli indicatori a livello nazionale e identificare gli aspetti suscettibili di miglioramento. Sono, inoltre, utili per indirizzare le politiche in Europa con l'obiettivo di condividere obiettivi comuni a sostegno della salute dei bambini e dei loro genitori.

Nel Rapporto Euro-Peristat è stato quantificato che un miglioramento delle prestazioni in tutti i Paesi a livello

del primo quartile dei valori osservati permetterebbe di evitare circa 3.000 nati morti e 50.000 nascite pre-termine in Europa. Si richiama anche l'attenzione sulle differenze ingiustificate nel ricorso al TC: se tutti i Paesi fossero in grado di raggiungere un tasso del 20,7% (pari al 25^{mo} percentile della distribuzione) circa 450 mila donne in meno in Europa si sottoporrebbero a questo intervento chirurgico ogni anno.

Le buone pratiche adottate in molti Paesi, come gli *audit* perinatali istituiti nei Paesi Bassi o nel Regno Unito per identificare le aree che necessitano di maggior supporto, potrebbero essere prese a modello da altri Paesi. In Italia, l'ISS ha coordinato un Progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale che è in attesa di implementazione a livello nazionale (5). Gli interventi *evidence-based* suggeriti includono miglioramenti nell'organizzazione dei servizi sanitari, un attento monitoraggio della restrizione della crescita fetale e iniziative volte a migliorare la qualità dell'assistenza nelle unità operative che assistono le donne in gravidanza e i neonati. Anche la promozione di stili di vita sani per le donne in età riproduttiva che desiderano una gravidanza come la prevenzione del sovrappeso



so e dell'obesità e l'evitare alcool e fumo di sigaretta in gravidanza, rientrano tra le raccomandazioni di salute pubblica promosse a livello nazionale ed europeo. La presa in carico e l'assistenza delle donne che hanno figli in età avanzata è ormai una costante in tutta Europa e l'Italia è tra i Paesi con il tasso più alto di donne che partoriscono oltre i 35-40 anni.

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.europeristat.com.

(2) Euro-Peristat Project, European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. 2022. Disponibile sul sito: www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html.

(3) Euro-Peristat Project, European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015, 2018. Disponibile sul sito: www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html.

(4) ESHRE - Human Reproduction Advance Access publication on July 19, 2018 - Assisted reproductive Technology in Europe, 2014: results generated from European registers by ESHRE

(5) Donati, S, Maraschini, A, Lega, I, D'Aloja, P, Buoncristiano, M, Manno, V. Maternal mortality in Italy: Results and perspectives of record-linkage analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018; 97: 1317- 1324. Disponibile sul sito: www.urlsand.esvalabs.com/?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1111%2Faogs.13415&e=2637b01d&h=ce69a8bf&f=n&p=y.

(6) D'Aloja P, Salvatore MA, Sampaolo L, Privitera MG, Donati S, Gruppo di lavoro sul sistema di sorveglianza della mortalità perinatale. A nationwide surveillance system to reduce perinatal death cases in Italy; implementing a population-based pilot project. Un sistema di sorveglianza nazionale per la riduzione della mortalità perinatale in Italia. Implementazione di un progetto pilota pop. *Epidemiologia & prevenzione* 2021; 45 (5): 10.19191/EP21.5.A002.097.



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 durante i picchi della pandemia di COVID-19. Il corretto accesso alle cure mediche richiede un numero sufficiente di medi-

ci, 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 i MMG¹ (*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'UE 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

Il numero di medici nei Paesi dell'UE-27 in 10 anni è aumentato del circa 20% passando da circa 1,5 milioni nel 2010 a circa 1,8 milioni nel 2020 (1). Rispetto alla popolazione residente, il numero di medici è passato da 3,4 per 1.000 abitanti nel 2010 a 4,0 per 1.000 nel 2020.

Sebbene il numero di medici rispetto alla popolazione residente sia aumentato in tutti i Paesi dell'UE-27, si osserva una forte variabilità territoriale caratterizzata da incrementi percentuali che vanno da quasi il 50% di Cipro (da 2,9 per 1.000 nel 2010 a 4,3 per 1.000 nel

2020) a meno del 5% dell'Italia (da 3,8 per 1.000 nel 2010 a 4,0 per 1.000 nel 2020). Nel 2020, nel nostro Paese, la disponibilità di medici è analoga alla media europea (4,0 per 1.000 abitanti), ma inferiore a quanto si osserva in Spagna (4,6 per 1.000 abitanti) e Germania (4,5 per 1.000 abitanti) dove negli ultimi 10 anni il numero di medici pro capite è aumentato di oltre il 20%.

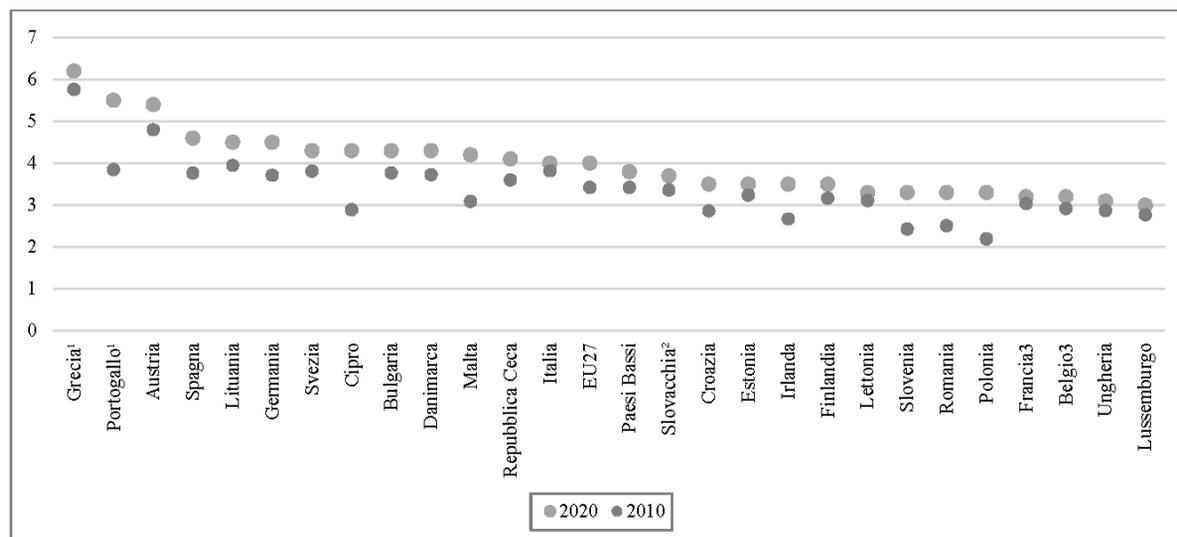
Nella maggior parte dei Paesi europei, nell'arco di tempo considerato, aumenta soprattutto il numero di medici specialisti (+24,0% in media UE-27) a fronte di un numero costante e in alcuni casi anche decrescente di MMG (GP) impegnati nell'assistenza di base. In media UE-24² nel 2020 un medico su cinque (20,3%) presta assistenza di base a cittadini e famiglie, il valore è minimo in Grecia (5,6%) e massimo in Portogallo (48,8%). In Italia nello stesso anno, poco più di un medico su sei (17,5%) presta assistenza di base a fronte di un medico su quattro nel 2010 (25,7%) (1).

Negli ultimi 2 decenni, alcuni Paesi hanno visto un rapido invecchiamento della loro forza lavoro medica. L'Italia, dove la quota di medici di età ≥ 55 anni è passata da circa il 20% nel 2000 a circa il 56% nel 2019, è l'esempio più eclatante in ambito europeo. Inoltre, nel 2019 ben il circa 20% di tutti i medici in Italia ha un'età pari a 65 anni ed oltre. Anche in Francia, dal 2000, si registra un rapido aumento della quota di medici ultra 55enni e il 14% circa dei medici nel 2019 (uno su sette) ha un'età pari a 65 anni ed oltre. Anche altri Paesi, come Lettonia, Ungheria, Belgio e Spagna, hanno visto un rapido invecchiamento della loro forza lavoro medica (2).

¹Il MMG 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 SSN, permettendo loro di accedere a tutti i servizi e prestazioni compresi nei LEA.

²Sono esclusi dalla media Finlandia, Spagna e Slovacchia.

Grafico 1 - Medici (valori per 1.000 abitanti) "praticanti" per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2010, 2020 (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..

³I dati non includono i medici in formazione.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2021. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'invecchiamento della forza lavoro medica è motivo di preoccupazione, poiché si prevede che i medici ultra 55enni andranno in pensione nei prossimi 10 anni con possibili ricadute negative sulla capacità di cura e assistenza della popolazione sempre più anziana. È necessaria un'adeguata pianificazione del personale sanitario per garantire la disponibilità di un numero sufficiente di nuovi medici per sostituirli, visto che occorrono una decina di anni per formarne dei nuovi. Allo stesso tempo, è importante tenere conto dei cambiamenti nei modelli di pensionamento dei medici e notare che molti potrebbero continuare a esercitare oltre i 65 anni, a tempo pieno o parziale, in condizioni di lavoro adeguate e con sistemi pensionistici che non disincentivino il prolungamento dell'attività lavorativa (3).

In molti Paesi, tra cui l'Italia, preoccupa la costante diminuzione dei MMG che svolgono un ruolo chiave nelle cure primarie della popolazione. Alcuni Paesi, tra cui la Francia, pur aumentando il numero di posti di formazione post-laurea di Medicina Generale, hanno difficoltà ad attrarre 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: Europe 2022.
- (2) OECD Health at a glance: OECD indicator 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.

Numero di infermieri "praticanti"

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

Validità e limiti. I dati non sono perfettamente comparabili, per alcuni Paesi (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 la 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 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 si contano in media 8,3 infermieri ogni 1.000 abitanti nel 2020. Il numero di infermieri pro capite più alto si osserva in Finlandia (13,6 per 1.000), Irlanda (12,8 per 1.000) e Germania (12,1 per 1.000); i valori più bassi invece in Grecia (3,4 per

L'indicatore considera il numero di infermieri "praticanti" ossia che forniscono servizi sanitari diretti ai pazienti, come lavoratori dipendenti o liberi professionisti.

1.000 include solo gli infermieri che lavorano negli Ospedali), Lettonia (4,2 per 1.000) e Bulgaria (4,2 per 1.000).

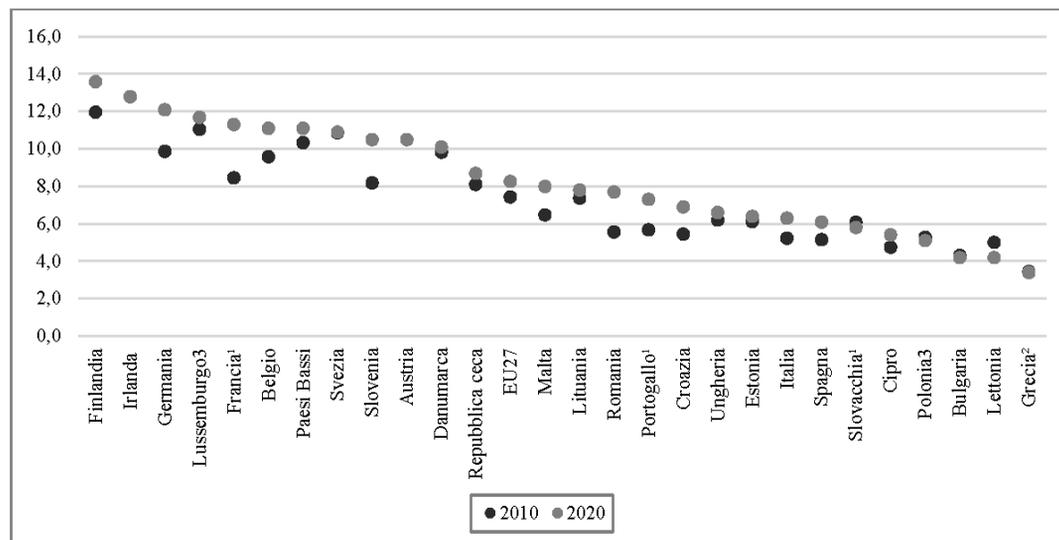
L'Italia con 6,3 infermieri ogni 1.000 abitanti permane al di sotto della media UE-27 sebbene rispetto al 2010 la disponibilità di infermieri sia aumentata, era infatti 5,2 per 1.000. In Italia, analogamente alla Spagna (6,1 per 1.000 nel 2020) il basso numero di infermieri è compensato da altri operatori occupati soprattutto nelle attività di assistenza dei malati: 10,2 per 1.000 abitanti in Italia e 10,9 per 1.000 in Spagna (2).

Tra il 2010 e il 2020, il numero di infermieri pro capite è aumentato nella maggior parte dei Paesi dell'UE-27 (era 7,4 per 1.000 nel 2010), ma non in alcuni che nel 2010 avevano già una bassa quota come, ad esempio, Lettonia (-16,2%), Slovacchia (-4,4%), Polonia (-3,4%) e Bulgaria (-2,3%), ampliando così il divario rispetto ad altri Paesi e alla media dell'UE.

Il numero di infermieri supera di gran lunga il numero dei medici nella maggior parte dei Paesi UE. Nel 2020 ci sono più di due infermieri per medico in servizio in media UE-27, con un rapporto infermiere-medico che raggiunge circa quattro in Lussemburgo e Finlandia. Il rapporto è molto più basso in Lettonia (1,3) e nei Paesi dell'Europa meridionale: Cipro (1,3), Portogallo (1,3), Spagna (1,3) e Italia (1,6) (1).



Grafico 1 - Infermieri (valori per 1.000 abitanti) “praticanti” per Paese dell’Unione Europea-27 - Anni 2010, 2020 (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.

³I dati più recenti si riferiscono al 2018.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Secondo la Direzione generale per la salute e la sicurezza alimentare della Commissione Europea, la carenza di personale infermieristico e di assistenza nell’UE desta preoccupazione perché potrebbe aggravarsi man mano che la popolazione continuerà a invecchiare e una percentuale relativamente alta di infermieri andrà in pensione senza un adeguato *turnover* (2). È probabile che l’invecchiamento della popolazione dell’UE comporti una maggiore domanda di servizi di cura e assistenza, poiché una percentuale crescente della popolazione diventerà fragile e soffrirà di peggiori condizioni di salute fisica e mentale.

I sistemi sanitari europei dovranno, pertanto, pianificare in tempo la disponibilità di infermieri e operatori socio-sanitari coerentemente alle esigenze di un numero crescente di persone anziane e fragili. In Italia, il basso numero di infermieri si accompagna anche ad un basso numero di studenti che ogni anno si laureano in questa disciplina: nel 2020 meno di 17 per 100.000 abitanti a fronte di oltre 40 per 100.000 in Danimarca, Svezia e Germania (2). In assenza di politiche volte sia a reclutare più studenti per i programmi di formazione infermieristica sia a valorizzare le condizioni di lavoro

degli infermieri stessi, l’Italia nei prossimi anni non sarà in grado di garantire neppure il *turnover* del personale che andrà in pensione.

Alcuni Paesi continuano a fare affidamento sul reclutamento internazionale per far fronte alla carenza di infermieri, sebbene ciò potrebbe mettere in difficoltà i Paesi di provenienza degli infermieri stranieri che vengono assunti. Il Lussemburgo, ad esempio, ha attratto personale dai Paesi dell’Est-Europa offrendo livelli di remunerazione degli infermieri, almeno quattro volte superiori rispetto a quelli di Lituania, Repubblica Slovacca e Lettonia (1).

La Commissione Europea ha proposto una strategia europea di assistenza (7 settembre 2022) proponendo azioni concrete per sostenere gli Stati membri nel miglioramento delle condizioni di lavoro e dell’equilibrio tra lavoro e vita privata delle persone che prestano assistenza e garantire servizi di assistenza di qualità, convenienti e accessibili in tutta l’UE.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD, Health at a glance 2022.

(2) Eurostat, Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals, Statistics Explained, luglio 2022.



Disponibilità di posti letto

Significato. Il numero totale di posti letto ospedalieri è un indicatore delle risorse disponibili per fornire servizi ai pazienti ricoverati in Ospedale per i diversi tipi

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

Posti letto in Ospedale

Numeratore	Posti letto in Ospedale
Denominatore	$\frac{\text{Posti letto in Ospedale}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$

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 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 per 1.000 abitanti di cui 0,7 per le attività di riabilitazione e lungodegenza.

Descrizione dei risultati

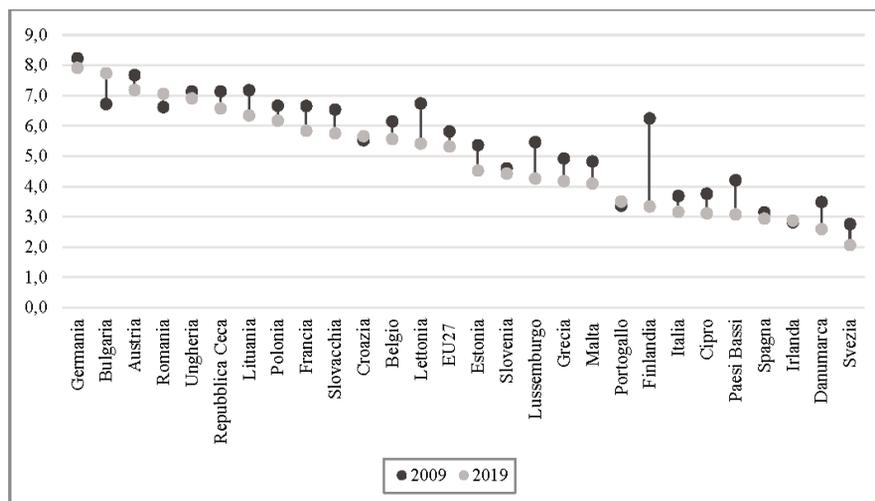
La pandemia di COVID-19 ha evidenziato la necessità di disporre di un numero sufficiente di posti letto ospedalieri da poter usare in modo flessibile per far fronte a qualsiasi aumento imprevisto della domanda. In media UE-27, nel 2019 si contano 5,3 posti letto per 1.000 abitanti. Germania, Bulgaria, Austria e Romania registrano il numero più elevato con più di 7 posti letto per 1.000; Svezia, Danimarca, Irlanda e Spagna registrano il numero più basso, con meno di 3 posti letto per 1.000.

In Italia, la disponibilità dei posti letto ospedalieri è ampiamente al di sotto della media europea con 3,2 posti letto per 1.000, ma in linea con gli standard sta-

biliti dalla normativa italiana (Grafico1).

Rispetto al 2009, il numero di letti ospedalieri pro capite è diminuito in quasi tutti i Paesi dell'UE, sia per la crescita di cure in DH e Day Surgery sia per la riduzione della durata media delle degenze (1). Nel complesso dei Paesi UE-27 il numero di posti letto pro capite è diminuito dell'8,6% tra il 2009 e il 2019. La riduzione maggiore, di oltre il 46%, si è verificata in Finlandia dove un'ampia gamma di servizi sanitari sono stati centralizzati in un piccolo numero di Università e grandi Ospedali, limitando quindi le attività degli Ospedali più piccoli (1). Il numero di letti ospedalieri per la popolazione è diminuito di oltre il 25% anche nei Paesi Bassi, Danimarca e Svezia. In Italia la disponibilità di posti letto in 10 anni si è ridotta del 14,4% passando da 3,7 per 1.000 nel 2009 a 3,2 per 1.000 nel 2019. Riduzioni di minore entità si sono registrate in Ungheria (-3,3%), Slovenia (-3,7%) e Germania (-3,9%).

Analizzando la destinazione dei posti letto, si nota che in Italia, la riduzione intercorsa tra il 2009 e 2019 ha riguardato i posti ospedalieri destinati sia alle acuzie (circa -13%) sia alla riabilitazione e lungodegenza (circa -7%). In Italia nel 2019 per le cure riabilitative e di lungo termine sono disponibili 0,6 posti letto ogni 1.000 residenti, sostanzialmente in linea con lo standard normativo; tale valore è simile a quello della Spagna (0,5 per 1.000) ma molto più basso rispetto a Francia e Germania dove si contano 2,0 posti letto per 1.000 abitanti.

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

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2009, 2019. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

A partire dagli anni 2000 in Italia, analogamente ad altri Paesi dell'UE-27, 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 DH di prestazioni una volta erogabili solo mediante ricovero in regime ordinario. Inoltre, in Italia è stata incentivata la concentrazione delle casistiche più complesse verso un numero minore di Ospedali e unità operative perché, per molte attività ospedaliere, è stata provata un'associazione tra alti volumi erogati e la qualità clinica (DM 70/2015), in grado di consentire lo sviluppo di una *clinical competence* qualitativamente adeguata a rispondere efficacemente al fabbisogno di salute della popolazione (3).

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato un punto di rottura importante con i tradizionali meccanismi di governo dei sistemi sanitari e di funzionamento delle realtà aziendali; ha imposto, infatti, cambiamenti nell'organizzazione dei servizi necessari per risponde-

re alla forte pressione esercitata durante l'emergenza sanitaria. Il potenziamento della dotazione di offerta ospedaliera in area intensiva e sub-intensiva è stata una delle risposte immediate: da un lato sono stati attivati nuovi posti letto di Terapia Intensiva e dall'altro i posti di area medica già esistenti sono stati riconvertiti in aree sub-intensive. La sfida per il futuro consiste nel trovare un'organizzazione delle risorse ospedaliere tale da garantire l'assistenza ai pazienti con malattie acute adeguata al bacino di utenza e allo stesso tempo assicurare una opportuna flessibilità nella gestione delle risorse disponibili in modo da far fronte a eventuali nuove emergenze sanitarie. La pianificazione delle risorse in termini di posti letto ospedalieri va accompagnata ad un'adeguata stima del fabbisogno futuro di personale sanitario, soprattutto medico ed infermieristico, al fine di attivare per tempo i corsi formativi.

Riferimenti bibliografici

- (1) OECD, Health at a glance 2022.
- (2) Eurostat Healthcare resource statistics - beds. Statistics Explained October 2022.
- (3) Università Bocconi, Rapporto Oasi 2021.

Spesa sanitaria in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea

Significato. I dati di spesa sanitaria sono costruiti secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA), adottata da tutti i Paesi dell'UE, e sono normati dal Regolamento UE n. 359/2015, entrato in vigore nel 2016. Tale regolamento consente la costruzione di un quadro informativo comparabile a livello internazionale.

Il sistema dei conti della sanità misura i flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari, con l'obiettivo di rappresentare la spesa in maniera analitica, per monitorare e valutare il funzionamento del sistema sanitario italiano e confrontarlo con quello

degli altri Paesi europei.

La spesa sanitaria viene analizzata in relazione alla popolazione residente, in termini di spesa sanitaria corrente pro capite, ed alla ricchezza del Paese come percentuale del PIL. Inoltre, viene descritta la sua distribuzione rispetto alle funzioni di assistenza e alla fonte di finanziamento. La fonte di finanziamento pubblica è distinta in "pubblica amministrazione"¹ e "assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria"², mentre quella privata in "assicurazioni sanitarie volontarie"³ e "spesa diretta delle famiglie"⁴.

Spesa sanitaria corrente pro capite a parità di potere d'acquisto

Numeratore	Spesa sanitaria corrente corretta per tener conto delle differenze nei livelli dei prezzi dei vari Paesi
Denominatore	Popolazione media residente

Percentuale di spesa sanitaria corrente rispetto al Prodotto Interno Lordo

Numeratore	Spesa sanitaria corrente
Denominatore	Prodotto Interno Lordo

x 100

Percentuale di spesa sanitaria corrente per regime di finanziamento, funzione di assistenza o tipo di erogatore

Numeratore	Spesa sanitaria corrente per regime di finanziamento, funzione di assistenza o tipo di erogatore
Denominatore	Spesa sanitaria corrente

x 100

Validità e limiti. Il Regolamento UE n. 359/2015, che attua il Regolamento (CE) n. 1.338/2008 relativo alle statistiche comunitarie in materia di Sanità Pubblica, di salute e di sicurezza sul luogo di lavoro, è coerente con le regole contabili dettate dal Sistema Europeo dei Conti 2010 (Regolamento UE n. 549/2013) e prevede la produzione di dati di spesa sanitaria armonizzata a livello europeo secondo la metodologia del SHA (5, 9), con l'obiettivo di fornire un quadro informativo, comparabile tra Paesi, del funzionamento dei diversi sistemi sanitari.

Il sistema dei conti della sanità, basato sull'integrazione di fonti amministrative e campionarie, considera la spesa per il consumo di beni e servizi sanitari sostenuta, esclusivamente, da parte della popolazione residente del Paese. La spesa sanitaria corrente è rappresentata in base alla Classificazione Internazionale dei Conti Sanitari (*International Classification for Health*

Accounts), secondo le seguenti dimensioni: regime di finanziamento, funzione di assistenza ed erogatore di beni e servizi sanitari.

La trasmissione dei dati alla banca europea Eurostat viene effettuata annualmente dall'Istat. Tuttavia, la scelta delle fonti da utilizzare come base delle stime e l'impianto metodologico sono stati definiti nell'ambito di un gruppo di lavoro inter-istituzionale coordinato dall'Istat e dal Ministero della Salute con la partecipazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze (Ragioneria Generale dello Stato), dell'Agenas e dell'AIFA, che ha concluso il proprio mandato a giugno 2016. Nel corso del 2021 è stata nuovamente avviata un'attività di collaborazione tra Istat, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze (Ragioneria Generale dello Stato), al fine di migliorare la qualità delle stime, anche con l'utilizzo di nuove fonti e, quindi, con l'obiettivo di

¹Include i finanziamenti dell'assistenza sanitaria determinati dalla legge o dallo Stato, per i quali è prevista una dotazione di bilancio specifica e la cui responsabilità è affidata a un'unità della Pubblica Amministrazione.

²Comprendono le Assicurazioni sociali obbligatorie, le Assicurazioni private obbligatorie e i Conti di risparmio medico obbligatori.

³Si riferiscono ai regimi basati sull'acquisto di una polizza assicurativa sanitaria, non resa obbligatoria per legge e i cui premi assicurativi possono essere direttamente o indirettamente sovvenzionati dall'operatore pubblico.

⁴Riguarda il pagamento diretto per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per il quale si attinge dai redditi da lavoro e capitale e/o dai risparmi.

rappresentare il sistema sanitario in continua evoluzione.

I dati relativi alla spesa sanitaria per l'Italia sono disponibili al 2021, ma per i confronti internazionali l'ultimo anno disponibile è il 2020. Per valutare gli effetti della pandemia da COVID-19 vengono effettuati i confronti con gli anni precedenti.

Le stime sono disponibili a livello nazionale sia per la spesa pubblica che privata. Non sono, pertanto, disponibili dati a livello regionale.

Valore di riferimento/Benchmark. La spesa sanitaria dell'Italia viene confrontata con quella media dei Paesi dell'UE.

Descrizione dei risultati

Nel 2021 la spesa sanitaria corrente in Italia è pari a 167.855 milioni di €; essa incide per il 9,5% sul PIL e per il 75,6% (126.857 milioni di €) è finanziata dal settore pubblico. La spesa sanitaria privata, pari a 40.998 milioni di €, è quasi interamente finanziata dalle famiglie (89,1%).

Oltre la metà della spesa sanitaria è destinata all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (53,0%). Il 20,5% è impiegato per i prodotti farmaceutici e gli altri apparecchi terapeutici, mentre l'assistenza sanitaria a lungo termine (*Long Term Care*) assorbe il 10,1% della spesa totale. La spesa per i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) costituisce l'8,3% della spesa sanitaria e il 6,4% è destinato ai servizi per la prevenzione delle malattie.

Dal lato degli erogatori di assistenza sanitaria, gli Ospedali assorbono il 44,1% della spesa sanitaria, i servizi di assistenza ambulatoriale il 23,0% e le farmacie e altri fornitori di presidi medici il 15,5%. Un ulteriore 5,9% della spesa sanitaria è relativa alle strutture di assistenza residenziale a lungo termine.

Nel 2020, la spesa sanitaria dell'Italia, a parità di potere d'acquisto, si è mantenuta significativamente più bassa della media UE-27, sia in termini di valore pro capite (2.609€ vs 3.269€) che in rapporto al PIL (9,6% vs 10,9%). I due indicatori risultano sempre meno correlati rispetto al passato (coefficiente di correlazione diminuito da 0,73 nel 2018 a 0,66 nel 2020). Il nostro Paese si colloca al tredicesimo posto della graduatoria dei Paesi UE per la spesa pro capite, sotto Repubblica Ceca e Malta e molto distante da Francia (3.807€ pro capite) e Germania (4.831€), mentre la Spagna presenta un valore di poco inferiore a quello dell'Italia (2.588€). Germania, Olanda, Austria e Svezia sono i Paesi con la spesa pro capite, a parità di potere d'acquisto, più elevata, prossima o superiore ai 4.000€. Tutti i Paesi dell'Est-Europa presentano valori significativamente più bassi dell'Italia, con un minimo in Romania (1.428€). Per la spesa sanitaria rispet-

to al PIL, l'Italia occupa la decima posizione in graduatoria insieme alla Finlandia. Francia e Germania sono i Paesi con l'incidenza più elevata, superiore al 12%, mentre all'estremo inferiore della graduatoria si trovano per ragioni opposte il Lussemburgo con 5,8% (Paese con elevata ricchezza) e la Romania con 6,3% (Paese con bassi livelli di spesa) (Grafico 1).

Rispetto al 2019, l'emergenza sanitaria da COVID-19 ha causato un incremento generalizzato della spesa sanitaria. In Italia l'aumento tra 2019 e 2020 è stato del 2,8%, rispetto a +1,2% di variazione media annua nel periodo 2013-2019. L'impatto della pandemia è stato molto forte nella maggior parte dei Paesi dell'Est-Europa: +19,9% in Bulgaria, +15,2% in Repubblica Ceca, +11,4% in Ungheria e +9,9% in Estonia. Inoltre, è stato più elevato della media UE-26 (+5,5%) in Paesi di altre aree dell'Europa, quali Irlanda (+9,2%), Cipro (+8,9%), Lussemburgo (+5,9%) e Grecia (+5,8%). Rispetto alla variazione media annua registrata nel periodo 2013-2019, l'incremento percentuale tra 2019 e 2020 è stato particolarmente significativo anche in Olanda e Finlandia (Grafico 2).

Gli effetti della crisi pandemica si evidenziano anche in relazione alla ricchezza dei Paesi. In Italia la spesa sanitaria rispetto al PIL, stabile all'8,8-8,7% nel periodo 2013-2019 è aumentata al 9,6%, analogamente a quanto avvenuto per la media UE-27 passata da 10,0-9,9% a 10,9%. Più evidente il picco registrato in Spagna (da 9,1% nel 2013 a 10,7% nel 2020) e in Germania (da 11,0% a 12,8%) (Grafico 3).

Nel 2020 i Paesi dell'UE hanno una quota maggioritaria della spesa finanziata dal settore pubblico (Pubblica Amministrazione e Assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria) con la Grecia che presenta l'incidenza più bassa pari al 61,8% (Grafico 4). È evidente per tutti i Paesi un aumento dell'incidenza della spesa pubblica sul totale nell'anno 2020 rispetto al 2019 dovuto alle maggiori spese sostenute per il COVID-19: la media UE-27 è passata da 79,5% a 81,2%. Tale quota presenta un'elevata variabilità, da un minimo del 61,8% in Grecia ad un massimo dell'87,7% in Repubblica Ceca; l'Italia si colloca in una posizione intermedia con il 76,1%, era il 73,7% nel 2019. Rispetto al 2019, i Paesi in cui è aumentata in maniera significativa la componente di spesa pubblica sono Cipro (da 55,5% a 78,1%), Malta (da 62,5% a 66,7%), Portogallo (da 60,8% a 64,5%), Lettonia (da 60,1% a 63,6%) e Lituania (da 66,4% a 70,1%). L'incidenza della spesa finanziata dal settore pubblico è rimasta pressoché invariata in Romania attestandosi a circa l'80%. Analizzando le singole voci che compongono la spesa a finanziamento pubblico, in Italia la spesa è quasi completamente finanziata dalla Pubblica Amministrazione, analogamente a Svezia, Danimarca, Irlanda, Spagna, Malta e Lettonia. Mentre i regimi di finanziamento basati su assicura-

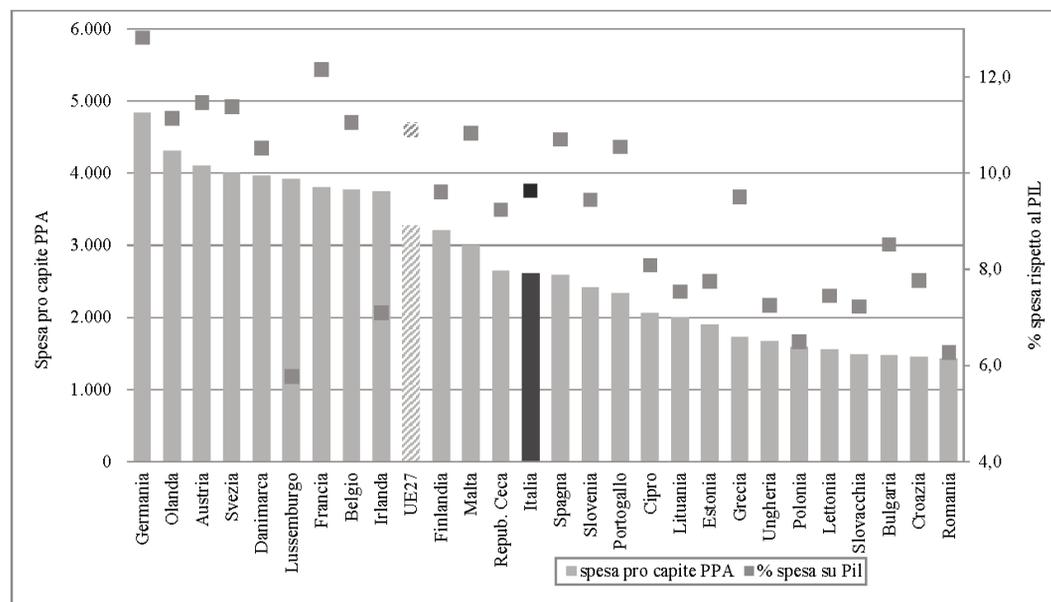
zioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (che generalmente fanno parte del sistema di sicurezza sociale) sono predominanti in Lussemburgo, Francia, Germania, Slovacchia e Croazia.

La spesa privata rispetto alla spesa totale, nel 2020, varia dai valori più bassi della Repubblica Ceca (12,3%), Lussemburgo (13,6%) e Svezia (14,1%), ai valori più alti di Lettonia (36,4%), Bulgaria (36,9%) e Grecia (38,2%). L'Italia si colloca in undicesima posizione con il 23,9% (Grafico 5). In Italia tale spesa per quasi il 90% è finanziata dalle famiglie, mentre gli schemi di finanziamento volontari costituiscono una quota marginale, come nella maggior parte dei Paesi dell'Est-Europa e in Svezia. Solo in Slovenia e Irlanda i regimi di finanziamento volontari rappresentano oltre il 50% della spesa privata totale.

Per quanto riguarda le funzioni di assistenza, la spesa per cura e riabilitazione (che include l'assistenza ospedaliera e l'assistenza ambulatoriale e domiciliare) assorbe la maggior parte delle risorse: la media UE-27 è pari al 53,1% nel 2020. In Italia tale quota è leggermente più elevata (53,5%), in Spagna sale al 58,6% e il massimo si è registrato a Cipro (66,6%). In Germania la quota è inferiore al 50% (dati non presenti in tn tabella). Per l'assistenza ospedaliera in Italia si spende il 30,4% delle risorse a fronte del 29,2% della media UE-27; l'incidenza più bassa si registra in Finlandia (22,4%), mentre quella più alta in Romania

(43,7%) (Tabella 1). Mentre l'assistenza ospedaliera è largamente finanziata con risorse pubbliche (Italia 96,6%, media UE-27 93,7%), l'assistenza ambulatoriale e domiciliare in Italia è a finanziamento pubblico solo per il 63,4%, a fronte dell'82,9% in Germania e 84,5% in Francia. Ancora più bassa in Italia questa percentuale per la spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (57,3%) a fronte di una quota superiore al 75% in Germania e Francia. Per questa funzione in Italia l'incidenza sulla spesa totale è del 20,8%, valore simile alla Spagna (21,1%), leggermente più basso in Francia (19,4%) e Germania (18,2%). Il valore minimo (10,5%) si è registrato in Danimarca, mentre il valore massimo (34,1%) in Bulgaria. Un'elevata variabilità tra Paesi si osserva per l'incidenza della spesa per l'assistenza sanitaria a lungo termine: l'Italia impiega il 10,2% delle risorse (finanziata per tre quarti dal settore pubblico), valore significativamente più basso della media UE-27 (16,6%); in Spagna tale percentuale ammonta al 9,0% (84,7% a carico delle finanze pubbliche), mentre la Germania impiega quasi il 20% delle risorse (72,4% pubbliche) e la Francia il 16,5% (76,6% pubbliche). La quota maggiore, pari al 29,0%, si osserva in Olanda. Rispetto al 2019, la composizione della spesa sanitaria per funzione di assistenza non mostra variazioni rilevanti, eccetto un peso relativo maggiore della spesa per i servizi di prevenzione delle malattie.

Grafico 1 - Spesa (valori in € a parità di potere d'acquisto) sanitaria corrente pro capite e rispetto al Prodotto Interno Lordo (valori per 100) nei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anno 2020

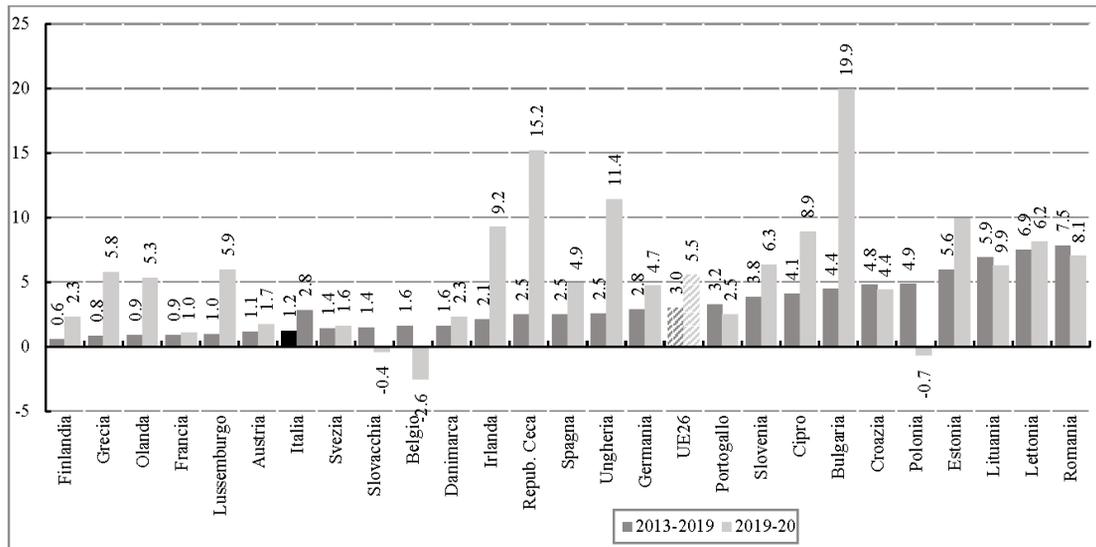


Nota: il dato 2020 di Malta è provvisorio.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database (16 gennaio 2023); WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2022.



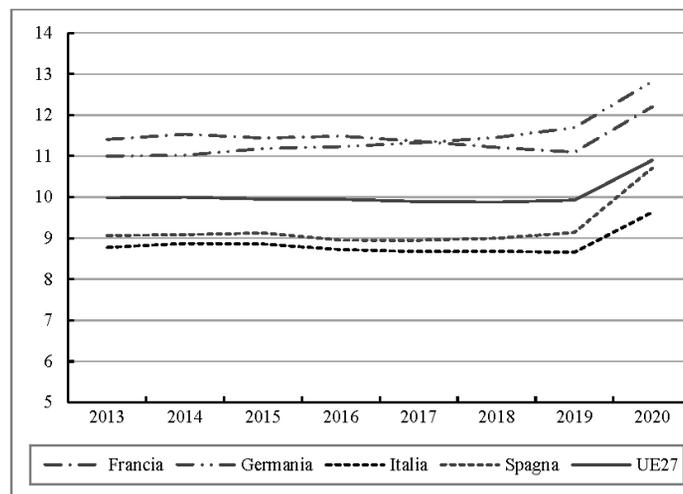
Grafico 2 - Variazione (valori per 100) media annua (in termini reali) della spesa sanitaria corrente pro capite nei Paesi dell'Unione europea-27 - Anni 2013-2019, 2019-2020



Nota: dato di Malta non disponibile.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database (16 gennaio 2023); WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2022.

Grafico 3 - Spesa (valori in €) sanitaria corrente e rispetto al Prodotto Interno Lordo (valori per 100) in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2013-2020

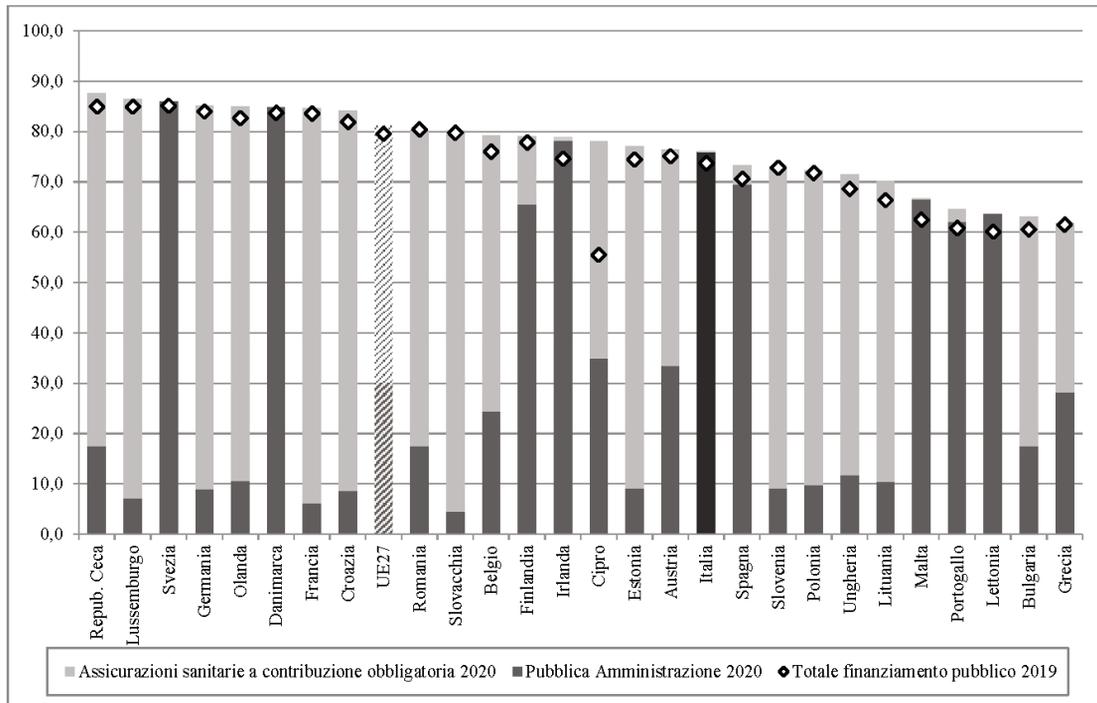


Nota: la media UE è pesata.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database (16 gennaio 2023); WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2022.



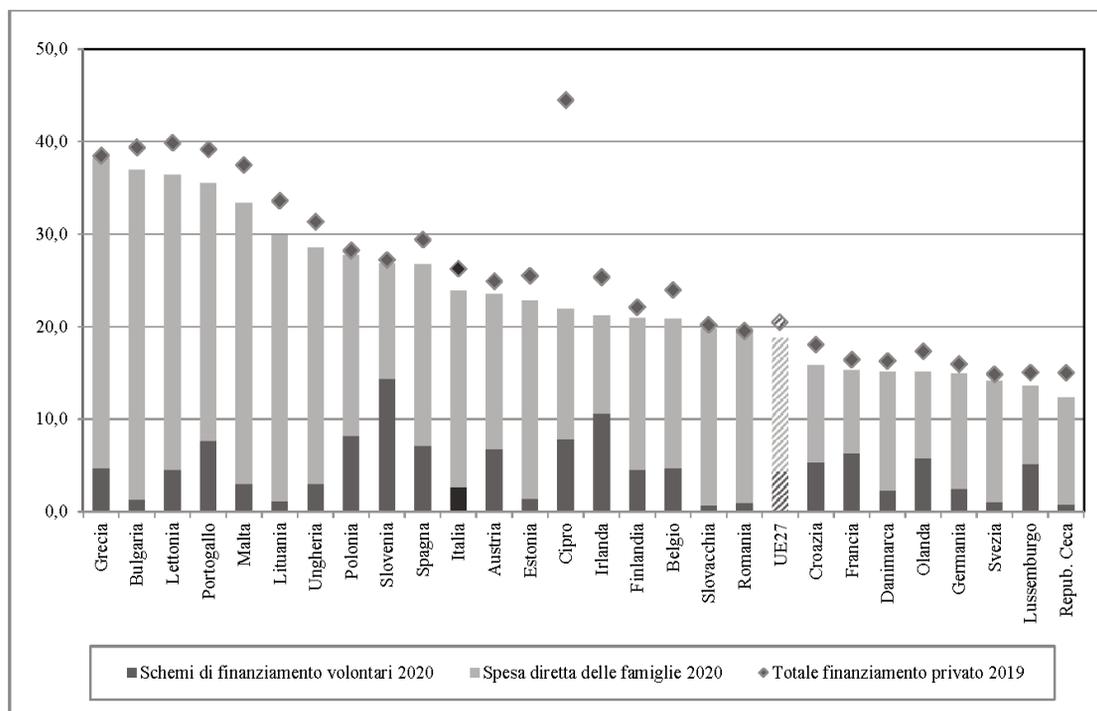
Grafico 4 - Spesa (valori per 100 rispetto alla spesa sanitaria corrente totale) sanitaria corrente a finanziamento pubblico per tipo di finanziamento nei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anni 2019-2020



Nota: il dato 2020 di Malta è provvisorio.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database (16 gennaio 2023); WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2022.

Grafico 5 - Spesa (valori per 100 rispetto alla spesa sanitaria corrente totale) sanitaria corrente a finanziamento privato per tipo di finanziamento nei Paesi dell'Unione Europea - Anni 2019-2020



Nota: il dato 2020 di Malta è provvisorio.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database (16 gennaio 2023); WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2022.



Tabella 1 - Spesa sanitaria corrente per funzione di assistenza (valori per 100 rispetto alla spesa totale e valori per 100 di spesa pubblica) in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2019-2020

Paesi	Anni	Assistenza ospedalera	Assistenza ambulatoriale e domiciliare ^o	Assistenza (sanitaria) a lungo termine	Servizi ausiliari	Protti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	Servizi prevenzione delle malattie	Altro ^{oo}
		% su spesa totale **	% su spesa totale **	% su spesa totale **	% su spesa totale **	% su spesa totale **	% su spesa totale **	% su spesa totale **
Italia	2019	29,7 (95,7)	24,2 (60,9)	10,4 (74,3)	8,3 (74,8)	21,2 (55,8)	4,7 (88,4)	1,6 (46,8)
	2020	30,4 (96,6)	23,1 (63,4)	10,2 (75,0)	8,4 (80,5)	20,8 (57,3)	5,5 (91,0)	1,7 (45,2)
Francia	2019	28,1 (95,3)	24,1 (82,8)	15,8 (75,1)	4,6 (87,6)	19,9 (78,4)	1,9 (66,1)	5,6 (72,4)
	2020	29,1 (96,2)	22,5 (84,5)	16,5 (76,6)	4,3 (87,9)	19,4 (78,0)	2,9 (79,1)	5,5 (73,0)
Germania	2019	27,4 (96,9)	22,1 (82,4)	19,2 (70,2)	4,9 (94,8)	18,7 (74,9)	3,3 (91,4)	4,4 (93,4)
	2020	28,2 (97,3)	21,4 (82,9)	19,6 (72,4)	5,0 (95,1)	18,2 (76,4)	3,2 (91,7)	4,4 (93,5)
Spagna	2019	27,5 (88,5)	30,9 (63,6)	9,4 (83,9)	5,0 (95,8)	22,1 (47,7)	2,2 (98,8)	2,9 (42,8)
	2020	28,8 (89,1)	29,8 (68,5)	9,0 (84,7)	5,1 (96,1)	21,1 (48,5)	3,2 (98,9)	3,0 (41,6)
UE-27	2019	28,5 (92,6)	24,9 (74,9)	16,3 (79,0)	4,8 (85,9)	18,7 (64,5)	2,9 (83,4)	3,8 (77,4)
	2020	29,2 (93,7)	23,9 (77,1)	16,6 (80,3)	4,8 (87,9)	18,2 (65,3)	3,4 (86,9)	3,9 (77,7)
Minimo*	2019	Malta (21,5)	Romania (13,1)	Bulgaria (0,12)	Danimarca (0,0)	Danimarca (10,8)	Slovacchia (0,8)	Finlandia (1,0)
	2020	Finlandia (22,4)	Romania (11,2)	Slovacchia (0,43)	Danimarca (0,0)	Danimarca (10,5)	Slovacchia (1,0)	Finlandia (0,9)
Massimo*	2019	Romania (45,7)	Portogallo (39,1)	Olanda (28,0)	Cipro (11,7)	Bulgaria (36,1)	Italia (4,7)	Francia (5,6)
	2020	Romania (43,7)	Finlandia (36,5)	Olanda (29,0)	Lettonia (12,0)	Bulgaria (34,1)	Finlandia (5,6)	Francia (5,5)

^oL'assistenza domiciliare a malati a lungo termine è compresa nella voce "Assistenza (sanitaria) a lungo termine".

^{oo}Altro = Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento + Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove.

**I valori in parentesi si riferiscono all'incidenza della spesa pubblica sul totale della spesa per la funzione corrispondente.

*I valori in parentesi si riferiscono all'incidenza della spesa per la funzione corrispondente rispetto al totale della spesa.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database (16 gennaio 2023); WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

I confronti internazionali confermano che la spesa sanitaria in Italia, anche nel primo anno di pandemia, si colloca su livelli inferiori rispetto a quelli di altri importanti Paesi dell'UE (Francia e Germania) e al di sotto della media europea, sia in termini di valore pro capite sia in rapporto al PIL.

Tra gli effetti derivanti dalla diffusione del COVID-19 si osserva una ridefinizione del ruolo della spesa sanitaria privata. In Italia, infatti, nel 2020 la spesa pubblica è cresciuta rispetto al 2019 del 5,9% con una concomitante decrescita della quota di spesa sanitaria finanziata dal settore privato (-6,5%). Sebbene più contenuta, tale dinamica si registra anche nella media UE-27, dove la spesa privata diminuisce del 3,5% (a fronte di un aumento della spesa pubblica del 7,3%). Anche nei principali Paesi europei si ha un decremento della spesa sanitaria privata, in particolare, del 3,8% in Spagna, del 3,4% in Francia e dello 0,9% in Germania; in questi Paesi la spesa pubblica è cresciuta, rispettivamente, del 9,7%, 5,3% e 7,7%. In Italia, la componente di spesa privata sostenuta per cura e riabilitazione, nel 2020, si riduce del 9,4% e la sua incidenza sul totale della spesa passa da 40,9% del 2019 a 39,6% del 2020; all'interno di questa funzione di assistenza, la quota di spesa privata per assistenza ambulatoriale e domiciliare si riduce da 39,1% a

36,6%. Tale riduzione si evidenzia anche per i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza), la cui quota di spesa finanziata dal settore privato scende di 5,7 punti percentuali, era 25,2% nel 2019. Questi andamenti sembrano essere in controtendenza rispetto a quanto evidenziato negli anni precedenti, segnati dal contenimento della spesa pubblica e dalla crescita dei consumi sanitari privati, favorita anche da prezzi competitivi rispetto ai ticket sanitari fissati per le prestazioni erogate dal SSN.

Nella lettura dei dati 2020, tuttavia, è estremamente importante tener conto del fatto che le strutture sanitarie, per fronteggiare l'emergenza pandemica, hanno dovuto sospendere l'erogazione di molte prestazioni ospedaliere, di specialistica ambulatoriale e di diagnostica, garantendo esclusivamente l'erogazione delle prestazioni urgenti, di quelle non procrastinabili e di tutte le prestazioni necessarie per i pazienti più fragili. Il settore pubblico è stato chiamato in Italia, come in altri Paesi europei, a farsi carico delle spese straordinarie per l'assistenza sanitaria necessaria per fronteggiare la pandemia e per garantire livelli di assistenza uguali per ogni cittadino.

Nei prossimi anni è auspicabile un incremento dell'offerta di servizi sanitari per garantire la crescente richiesta di assistenza e per sopperire alle conseguen-



ze della mancata e ritardata erogazione di prestazioni (diagnostica e laboratorio, screening, *follow-up* ed altre) nel corso del 2020. Pertanto, sarà necessario un maggiore coinvolgimento di tutti i settori di finanziamento, tra cui quello pubblico, e una maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi per garantire il diritto alla salute degli individui.

Riferimenti bibliografici

(1) Eurostat Database. Disponibile sul sito:

www.ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database.

(2) Eurostat, Healthcare Expenditure Statistics. Disponibile sul sito:

www.ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics.

(3) OECD, Oecd Health Statistics 2022. Disponibile sul sito: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.

(4) OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito:

<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

(5) OECD, Eurostat, WHO (2017). A System of Health Accounts (SHA, revised edition), Paris, OECD.

(6) OECD, Eurostat, WHO (2017). Expenditure on Prevention Activities under SHA 2011: Supplementary Guidance - March 2017 version, Paris, OECD.

(7) OECD, Eurostat, WHO (2014). Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.

(8) OECD, Eurostat, WHO (2013). Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health Insurance, Paris, OECD.

(9) OECD, Eurostat, WHO (2012). Guidelines for Accounting Long-Term Care Expenditure under SHA 2011, Paris, OECD.





Disuguaglianze sociali nella riduzione di autonomia degli anziani

Dott.ssa Lidia Gargiulo, Dott.ssa Laura Iannucci

Il processo degenerativo dell'invecchiamento e l'insorgenza di patologie croniche invalidanti col passare degli anni possono causare negli anziani una progressiva riduzione del livello di autonomia nello svolgere le attività fondamentali della vita quotidiana. Nell'Edizione del Rapporto Osservasalute 2021 erano state analizzate le caratteristiche della perdita di autonomia degli anziani rispetto all'età e al genere, evidenziando anche alcune peculiarità dell'Italia rispetto agli altri Paesi europei. Si rilevava il fatto che in tutti i Paesi dell'EU con 27 Stati membri (EU-27) la quota di anziani con gravi difficoltà in almeno un'attività di cura personale (*Activity of Daily Living-ADL*¹) o domestica (*Instrumental Activities of Daily Living-IADL*²) aumentava con l'età (da 15,1% tra i 65-74enni a 39,5% tra gli *over 75* anni) ed era sempre maggiore per le donne (32,1% vs 19,3% per gli uomini), anche controllando per fascia di età. In generale, tale 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. In Italia, la quota di anziani con gravi riduzioni di autonomia risulta più bassa della media EU-27 nella fascia di età 65-74 anni (12,4% vs 15,1% della media EU-27) mentre per gli *over 75* anni si colloca al di sopra della media UE-27 (44,8% vs 39,5%). Ciò può essere imputabile in buona parte al fatto che l'Italia ha quote maggiori di grandi anziani (*over 80* e *over 85* anni) ed un ricorso all'istituzionalizzazione più contenuto rispetto ad altri Paesi europei (vedere Rapporto Osservasalute 2021), trattandosi infatti di stime derivanti da indagini di popolazione che escludono le persone istituzionalizzate.

In questa Edizione la riduzione di autonomia dell'anziano viene analizzata rispetto alla condizione socio-economica, valutata mediante il suo titolo di studio³ e i quinti di reddito familiare⁴.

È ormai consolidato che le persone socialmente più disagiate sono quelle che prevalentemente non sono riuscite a conseguire elevati titoli di studio, cui si affianca più frequentemente una più bassa capacità di reddito, quindi con una minore propensione alla cura di sé e alla prevenzione. Infatti, le precarie condizioni socio-economiche e lo svantaggio sociale sono associate a una maggiore frequenza di fattori di rischio individuali, a stili di vita non salutari e ad ambienti di vita più degradati (1) con la conseguenza di elevare il rischio di insorgenza di patologie. Si tratta, quindi, di disuguaglianze di salute non naturali, ma prodotte e determinate dal contesto sociale in cui vivono le persone e, pertanto, considerate ingiuste (2). In tutti i Paesi europei, analogamente ad altri indicatori di salute (2), si conferma che gli anziani sperimentano gravi difficoltà nelle attività di cura della propria persona (ADL) o nelle attività di cura domestica (IADL) in misura maggiore quando hanno basso reddito (in media EU-27 35,9% I quinto vs 17,3% V quinto) e basso titolo di studio (34,0% vs 13,9% titolo alto in media EU-27) (Grafico 1).

L'ampiezza delle disuguaglianze, misurata mettendo a rapporto le prevalenze di grave difficoltà nelle attività di cura personale o domestica corrispondenti ai livelli estremi di titolo di studio (basso su alto) e di quinti di reddito familiare (I quinto su V quinto) (3), mostra però che il differenziale sociale nella riduzione di autonomia degli anziani non è uguale in tutti i Paesi EU-27. Gli anziani con basso titolo di studio riportano gravi difficoltà in percentuali più che triple rispetto a quelli con titolo di studio elevato in Lussemburgo (17,3% se titolo basso vs 4,6% se titolo alto), Austria (42,4% vs 12,2%) e Ungheria (42,7% vs 13,1%). I differenziali sono invece minori in Svezia (15,6% vs 9,4%), dove la quota di anziani con riduzione di autonomia è bassa anche tra i meno istruiti, ma anche in Romania (61,1% vs 46,3%) dove all'opposto anche tra persone più istruite è alta la quota di persone non autonome e i livelli sono in genere molto più elevati rispetto ad altri Paesi. L'Italia si colloca in una posizione intermedia con quote di anziani con basso titolo di studio che riferiscono gravi difficoltà doppie rispetto ai più istruiti (33,5% vs 14,5%) (Grafico 1).

Analizzando le disuguaglianze sociali nella compromissione dell'autonomia rispetto alla situazione economica familiare i differenziali riscontrati nei Paesi membri dell'UE sono anche più marcati.

In alcuni Paesi tra gli anziani che vivono in famiglie a basso reddito (I quinto) la quota di quanti sono grave-

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 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.

³Il titolo di studio più alto conseguito, rilevato secondo la Classificazione Internazionale Standard dell'Istruzione, è stato raggruppato in tre classi: basso (Isced 0-2), medio (Isced 3-4), alto (Isced 5-8).

⁴Si considera il reddito equivalente netto mensile familiare che è calcolato dividendo il valore del reddito netto mensile familiare per un opportuno coefficiente di correzione (scala di equivalenza), che permette di tener conto dell'effetto delle economie di scala e di rendere direttamente confrontabili i livelli di reddito di famiglie diversamente composte.





mente limitati nelle attività di cura personale o domestica (gravi ADL o IADL) è più che quadrupla rispetto agli anziani in condizioni economiche agiate (V quinto). Ciò si evidenzia in particolare in Lussemburgo (19,0% nel I quinto vs 2,8% nel V quinto), Malta (24,8% vs 5,4%), Ungheria (32,5% vs 7,0%), Estonia (33,7% vs 7,7%) e Belgio (43,3% vs 10,8%). Il *gap* è minore in Polonia (43,9% vs 38,3%) e Romania (61,6% vs 50,0%), dove anche tra i più abbienti i livelli di riduzione di autonomia sono molto elevati, ed è quasi nullo in Croazia (34,6% vs 33,5%) (Grafico 1). In Italia le disuguaglianze tra anziani con gravi riduzioni di autonomia (presenza di gravi ADL o IADL) più agiati economicamente e meno abbienti sono più contenute rispetto a quelle riscontrate nella media UE. Gli anziani in Italia con gravi limitazioni della propria autonomia che si collocano al quinto di reddito più basso (I) si stimano pari al 34,7%, mentre la quota scende al 25,1% se economicamente più agiati (all'ultimo quinto); invece la media europea al primo quinto di reddito ha una percentuale quasi simile (34,0%) a quella italiana, ma il differenziale è maggiore perché per gli anziani all'ultimo quinto di reddito la prevalenza è molto più bassa (13,9%) (Grafico 1).

L'analisi delle disuguaglianze sociali tra gli anziani con livelli di autonomia compromessa, articolata per genere, mette in luce che l'Italia oltre a registrare, complessivamente, la maggiore fragilità delle anziane ultra 75enni rispetto alle *over 75* anni della media UE (vedere Rapporto Osservasalute 2021), evidenzia prevalenze elevate di scarsa autonomia anche tra coloro che vantano un elevato titolo di studio o reddito familiare alto. Tra le ultra 75enni residenti in Italia, infatti, la quota di anziane con gravi difficoltà nelle attività quotidiane essenziali e di tipo domestico (ADL o IADL) è sensibilmente più alta della media EU-27 sia tra le più istruite (47,7% vs 30,1% di media EU-27) sia tra le più ricche (51,4% vs 38,1% in media EU-27). Per le *over 75* anni, invece, con basso titolo di studio o basso reddito i livelli in Italia sono più simili a quelli della media EU-27: per le meno istruite la percentuale in Italia è pari al 56,3% vs 52,6% media UE e per le meno abbienti è 59,6% vs il 53,5% media UE (Grafico 2). La situazione comunque migliora quando si considerano le anziane più giovani (65-74 anni): infatti, la quota di donne con grave riduzione di autonomia è sempre inferiore alla media EU-27 sia rispetto al titolo di studio basso (17,6% vs 21,7%) o elevato (8,3% vs 10,0%), sia per il primo (21,5% vs 24,0%) o ultimo quinto di reddito (10,1% vs 11,9%) (Grafico 2).

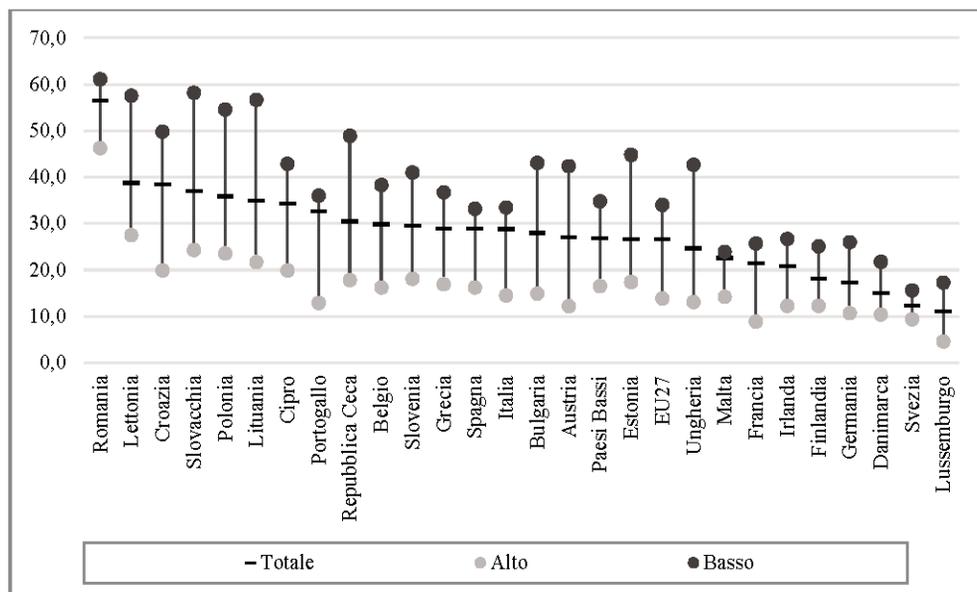
Riguardo alle disuguaglianze riscontrate tra gli uomini, l'Italia si distingue per i cosiddetti giovani anziani (65-74 anni) perché si registra la più bassa prevalenza di quanti versano in peggiori livelli di autonomia nel confronto con tutti i 27 Paesi membri dell'UE, sia tra i più istruiti (2,2%) che per i meno istruiti (11,2%), a fronte della media UE che, rispettivamente, stima una percentuale pari a 6,5% per i primi e 14,0% per i secondi. Tra gli ultra 75enni, invece, la quota con grave riduzione di autonomia dell'Italia supera il livello medio europeo per i più istruiti (22,6% vs 19,1%) ed è prossima alla media UE tra gli *over 75* anni con basso titolo di studio (Grafico 2). Sempre considerando gli uomini, quando si considera il livello di reddito come variabile di *status* socio-economico, le disuguaglianze in Italia rispetto alla media UE sembrano più contenute, soprattutto perché le prevalenze della scarsa autonomia nelle ADL o IADL che si registrano nel primo quinto di reddito sono più basse in Italia, in particolare tra gli anziani di 65-74 anni (13,9% vs 19,0 della media UE), invece nell'ultimo quinto sono più simili tra loro (rispettivamente, 5,4% vs 6,7%). Per gli *over 75* anni le differenze attenuano le disuguaglianze, pur aumentando ovviamente i livelli per entrambi i livelli di reddito.

È evidente che nell'UE permangono nel tempo significative disuguaglianze nella salute tra i diversi gruppi sociali e tra i diversi Stati membri. La riduzione di tali disuguaglianze da anni è uno degli obiettivi stilati nei vari provvedimenti di programmazione e considerata dalle Istituzioni dell'UE una delle sfide più importanti di salute pubblica. I Paesi membri che si impegnano a ridurre le disuguaglianze all'interno del proprio territorio contribuiscono indirettamente a perseguire ciò che si auspica a livello di Istituzioni europee, ossia di ridurre anche i divari geografici nelle condizioni di salute tra gli Stati dell'UE (2).

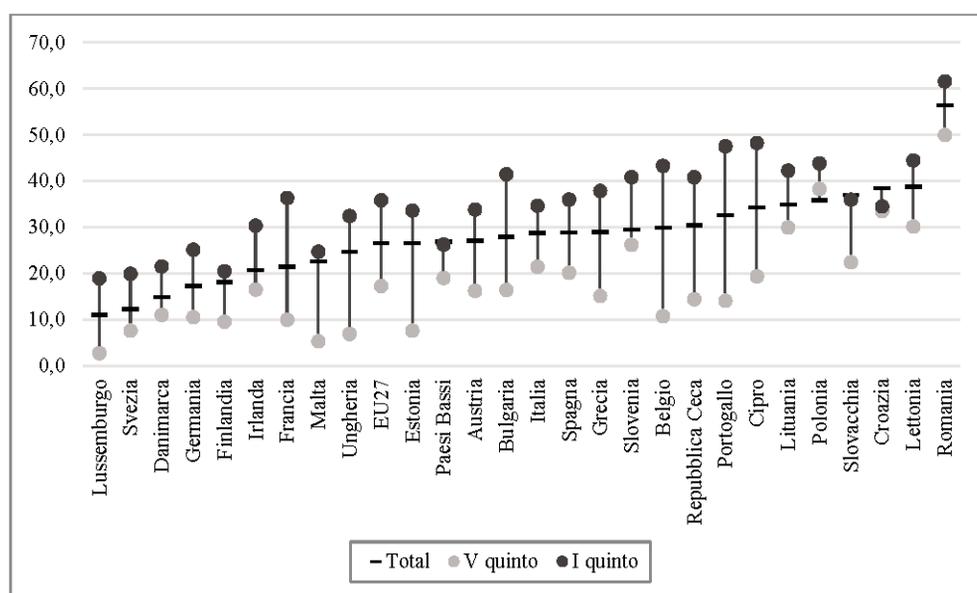
Il tema è ribadito nell'ultimo Programma UE per la salute del Parlamento europeo e del Consiglio del 2021, che tra gli obiettivi generali sottolinea la necessità di intraprendere azioni volte a ridurre le disuguaglianze nella salute. Anche in ambito internazionale l'ONU, nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, propone esplicitamente tra gli obiettivi quello di "assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età" (Obiettivo 3), nonché quello di "ridurre le disuguaglianze fra i Paesi e al loro interno" (Obiettivo 10).

Grafico 1 - Popolazione di età 65 anni ed oltre con gravi difficoltà in almeno un'attività di cura personale o domestica per quinti di reddito e titolo di studio per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2019

Titolo di studio



Quinti di reddito

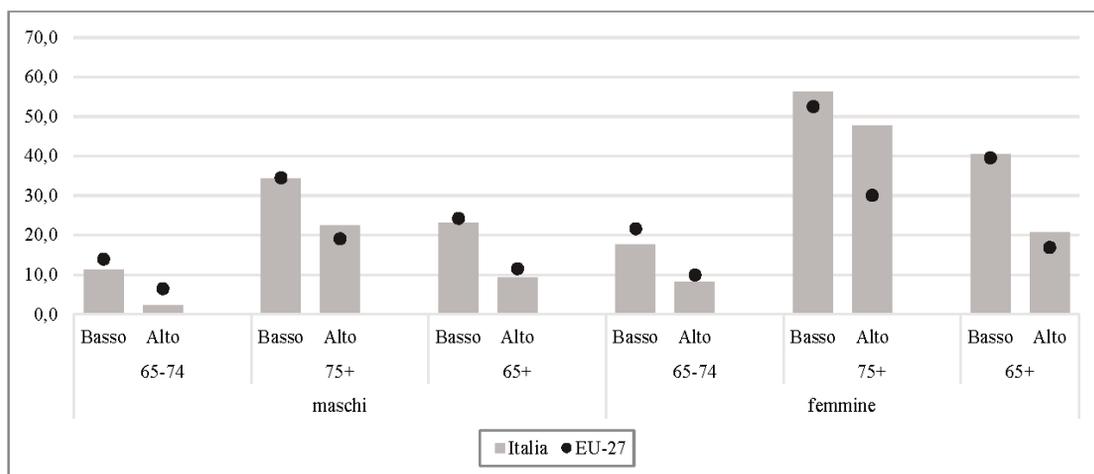


Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute. Anno 2022.

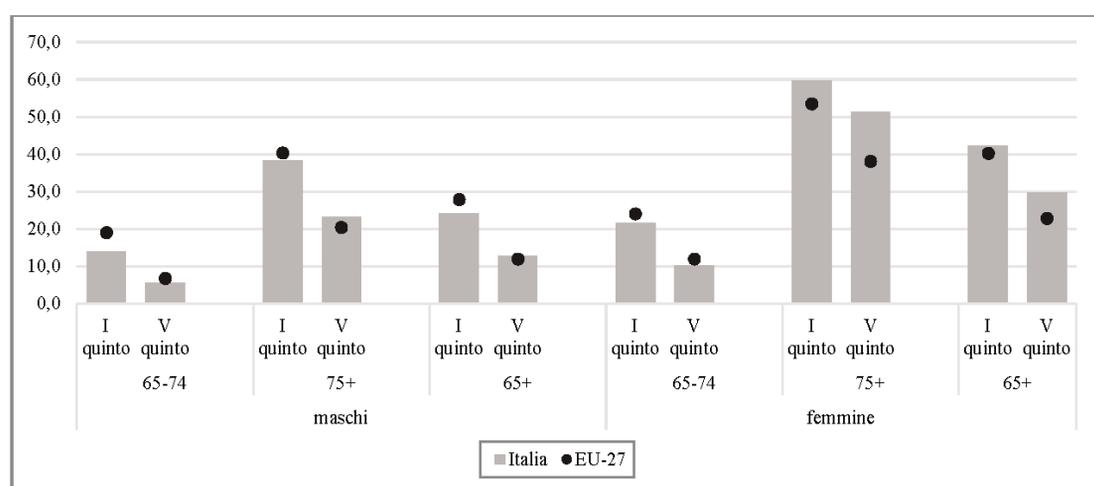


Grafico 2 - Popolazione di età 65 anni ed oltre con gravi difficoltà in almeno un'attività di cura personale o domestica per titolo di studio, quinti di reddito, genere e classe di età per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2019

Titolo di studio



Quinti di reddito



Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute. Anno 2022.

Riferimenti bibliografici

- (1) Marmot M., La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto. Il Pensiero scientifico editore, 2016.
- (2) EPRS | European Parliamentary Research Service. Nicole Scholz. Addressing health inequalities in the European Union. 2020.
- (3) Enrique Regidor, Measures of health inequalities. J Epidemiol Community Health 2004; 58:858-861. doi: 10.1136/jech.2003.015347.

