



## La sanità italiana nel confronto europeo

I sistemi sanitari europei nelle prossime decadi dovranno prepararsi per soddisfare le esigenze di un numero crescente di persone fragili e in cattive condizioni di salute che richiederanno una maggiore assistenza a lungo termine ad alta intensità di lavoro e una maggiore necessità di cure integrate e centrate sulla persona (1).

Tra il 2022 e il 2050<sup>1</sup> nell'UE-27 è previsto un incremento del 37% della quota di anziani sulla popolazione totale che passerà dal 21,2% nel 2022 al 29,5% nel 2050. Nel 2022, le quote più alte di *over 65* si registrano in Italia (23,8%), Portogallo (23,7%), Finlandia (23,1%), Grecia (22,7%) e Croazia (22,5%), mentre le più basse a Lussemburgo (14,8%) e in Irlanda (15,0%). L'età mediana della popolazione dell'UE-27 è in aumento e al 1° gennaio 2022 è di 44,4 anni con una variazione tra i Paesi che va da 38,3 anni di Cipro a 48,0 anni dell'Italia, confermando le strutture della popolazione relativamente giovane e relativamente anziana registrate in ciascuno di questi Stati membri (2).

In questo contesto demografico secondo la Direzione Generale per la Salute e la Sicurezza Alimentare della CE potrebbe aggravarsi la carenza di personale infermieristico e di assistenza nell'UE-27 considerando che una percentuale relativamente alta di infermieri e di operatori sanitari andrà in pensione nei prossimi anni. La capacità dei sistemi sanitari di fornire servizi e di soddisfare le mutevoli richieste di assistenza dipende fortemente dalla disponibilità di una forza lavoro flessibile e con le giuste competenze. I sistemi sanitari che sostengono alti livelli di istruzione e formazione iniziale, nonché investimenti costanti nello sviluppo professionale continuo, sono meglio attrezzati per sviluppare soluzioni innovative e integrate per rispondere alle principali sfide che l'UE-27 si trova ad affrontare (1). La CE attraverso le iniziative introdotte sin dal 2012<sup>2</sup> incoraggia le attività di pianificazione e previsione del personale sanitario in tutta l'UE. Evidenzia, inoltre, l'importanza di promuovere riforme volte ad affrontare le questioni cruciali del personale sanitario, come l'offerta, la distribuzione e il tradizionale *mix* di competenze, al fine di rafforzare la prevenzione, l'assistenza primaria e la fornitura di servizi integrati.

Le prestazioni di un sistema sanitario hanno un forte impatto sulla salute della popolazione. Quando i servizi sanitari sono di alta qualità e sono accessibili a tutti, i risultati di salute delle persone sono migliori. Il raggiungimento degli obiettivi di accesso, qualità e migliori risultati di salute, dipende dalla disponibilità di una spesa sufficiente. La spesa sanitaria serve a pagare gli operatori sanitari che forniscono le cure necessarie, nonché i beni e i servizi necessari per prevenire e curare le malattie. Tali risorse sono fondamentali anche per garantire che i sistemi sanitari siano resilienti di fronte alle minacce sanitarie. Allo stesso tempo, molti fattori esterni al sistema sanitario influenzano lo stato di salute, in particolare il reddito, l'istruzione e l'ambiente fisico in cui un individuo vive. Anche il contesto demografico, economico e sociale influisce sulla domanda e sull'offerta di servizi sanitari. Infine, il grado di adozione di stili di vita sani da parte delle persone, un fattore determinante per i risultati di salute, dipende sia da politiche sanitarie efficaci che da un contesto socio-economico più ampio (1).

La speranza di vita alla nascita dei Paesi europei nel 2022 si sta avviando ad un lento recupero dopo gli anni di vita persi tra il 2020 e 2021. Nel 2022, la media europea (80,7 anni) registra un guadagno di +0,6 anni di vita attesa rispetto al 2021 (80,1 anni), ma permane ancora una differenza rispetto al valore del 2019 (81,3 anni). Ad eccezione del Lussemburgo, tutti gli altri Paesi devono ancora recuperare rispetto al 2019. Il *gap* oscilla dal valore minimo di -0,1 anni della Svezia a 1,0 anno della Grecia. Tra i grandi Paesi UE, l'Italia e la Germania sono allineati alla media UE (-0,6 anni tra il 2019 e il 2022), mentre per Francia e Spagna mancano ancora, rispettivamente, 0,7 e 0,8 anni.

Nel 2022, tra i primi Paesi della graduatoria UE-27 si conferma la Spagna (83,2 anni), seguita da Svezia (83,1) e a pochissima distanza da Italia e Lussemburgo (entrambe 83,0 anni). La Bulgaria resta sempre in fondo alla graduatoria (74,3 anni) con una differenza di quasi 9 anni rispetto ai Paesi in cima alla lista, seguita da Romania (75,3) e da altri Paesi dell'Europa del Nord-Est (Lettonia e Lituania, rispettivamente, 74,8 e 76,0 anni).

I tassi di mortalità evitabile, nel 2022, mostrano un incremento rispetto all'anno precedente sia per la

<sup>1</sup>Proiezioni Eurostat con base 2019.

<sup>2</sup>The EU4Health programme; SEPEN - Support for the health workforce planning and forecasting expert network (2017-2018); Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting (2013-2016); Action plan for EU health workforce (2012). Disponibile sul sito: [https://health.ec.europa.eu/health-workforce\\_en](https://health.ec.europa.eu/health-workforce_en).





componente prevenibile che potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica sia per la componente trattabile che potrebbe essere contenuta grazie a interventi per la riduzione della letalità di determinate cause, mediante un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace in termini di prevenzione secondaria (diagnosi tempestive) e di trattamenti sanitari adeguati. Sebbene in Italia sia stato osservato un aumento del tasso tra i più elevati all'interno dell'area europea (+19,0%), il nostro Paese rimane tra quelli con più bassa mortalità evitabile (197,1 per 100.000 vs 271,7 per 100.000 media UE-27).

I dati relativi al 2021, confermano che la spesa sanitaria in Italia, sia complessivamente che nelle componenti pubblico-privato, si colloca su livelli medi nel contesto dell'UE-27 e presenta valori più bassi rispetto a quelli di altri importanti Paesi, quali Francia e Germania. Questo è vero sia in termini di valore pro capite (2.791€ vs 3.562€ in media UE-27) sia in rapporto al PIL (9,2 vs 10,9 in media UE-27), come già rilevato per gli anni precedenti.

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha causato un incremento della spesa sanitaria a partire dal 2020 in tutti i Paesi europei. In Italia, la variazione della spesa sanitaria in termini reali tra il 2020 e il 2021 è stata del 3,6%, incremento ancora più alto rispetto a quello registrato tra il 2020 ed il 2019 (+2,2%) e, di gran lunga superiore alla variazione media annua del periodo 2015-2019, pari allo 0,9%. In Italia, la spesa sanitaria rispetto al PIL, stabile al 8,8-8,7% nel periodo 2013-2019, è aumentata al 9,6% nel 2020 per poi scendere a 9,2% nel 2021. Per la media dei Paesi europei (UE-27) nel 2021 non si rileva alcuna variazione dell'indicatore che, dopo il picco registrato ad inizio pandemia, si attesta nuovamente al 10,9%.

Nel complesso, i Paesi con una spesa sanitaria più elevata hanno risultati di salute, accesso e qualità delle cure migliori. Tuttavia, la quantità assoluta di risorse investite non è un perfetto predittore di risultati migliori. Particolarmente interessanti sono i 5 Paesi UE-27 (Spagna, Italia, Portogallo, Slovenia e Cipro) che si discostano da questa relazione di base, spendono meno della media ma hanno un'aspettativa di vita complessivamente più alta e dei tassi di mortalità evitabile più bassi. Ciò potrebbe indicare un rapporto relativamente buono tra costi e benefici dei sistemi sanitari, nonostante il fatto che molti altri fattori abbiano un impatto sui risultati sanitari. I fattori di rischio per la salute e i più ampi determinanti sociali della salute sono fondamentali, così come l'uso efficiente delle risorse sanitarie (1).

#### Riferimenti bibliografici

(1) OECD, Health at a Glance 2023.

(2) Eurostat, Statistics Explained, Population structure and ageing, Data extracted in February 2023.

<sup>3</sup>Il 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.





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

**Significato.** La speranza di vita è un indicatore fondamentale per descrivere le condizioni di salute di una popolazione, consentendo di confrontare i livelli di sopravvivenza di tutti i Paesi tra loro e monitorarne l'andamento nel tempo. L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona, che compie l' $y^{\text{mo}}$  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 diano anche infor-

mazioni sulla qualità della sopravvivenza, ovvero ad indicatori compositi della speranza di vita secondo le condizioni di salute (1). Per il loro calcolo si utilizza il metodo di Sullivan, che combina le informazioni sui sopravvissuti con quelle relative alle condizioni di salute rilevate in ambito europeo attraverso il *Minimum European Health Module*, tra cui la presenza di limitazioni gravi o lievi nelle attività (*Global Activity Limitation Indicator-GALI*)<sup>1</sup>. 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.

### 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  $x^{\circ}$  compleanno fino alla completa estinzione della generazione.

**Validità e limiti.** La speranza di vita (o vita media attesa) annovera tra i suoi vantaggi principali il fatto che, essendo indipendente dalla struttura per età della popolazione, è adatta a essere confrontata nel tempo e nello spazio, ossia tra tutti i Paesi del mondo, non solo dell'UE. È opportuno, comunque, segnalare tra le avvertenze che tale indicatore, essendo basato sull'ipotesi teorica di una completa stazionarietà dei rischi di morte alle diverse età, disponibili nelle tavole di mortalità per contemporanei, non tiene conto della dinamica effettiva nel tempo in cui possono evolvere le condizioni di salute della popolazione. Inoltre, nell'attuale fase della transizione sanitaria nella quale la mortalità è fortemente concentrata nelle età senili, l'indicatore evidenzia soprattutto le differenze nei rischi di morte nella popolazione anziana. Inoltre, tale indicatore ha un limite nel fatto che documenta solo la quantità degli anni da vivere, senza raccontare nulla della loro qualità. A ciò soccorrono gli indicatori com-

positi che declinano la speranza di vita per condizioni di salute, nel nostro caso l'HLY che è incluso tra i principali indicatori strutturali europei stabiliti nel Trattato di Lisbona e largamente utilizzato in ambito europeo. Tra i suoi limiti, oltre alla stazionarietà dei rischi di morte, si segnala che la presenza di limitazioni nelle attività, con cui si corregge questo indicatore, è basata su informazioni autoriferite, che implicano la percezione e autovalutazione della propria salute e, quindi, condizionata da aspetti socio-culturali che rendono meno precisa la comparabilità tra Paesi.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il benchmark di riferimento è in prima istanza il valore della media UE per ciascuno dei due indicatori e le modifiche del posizionamento del nostro Paese nella graduatoria dei Paesi UE. Dopo la pandemia appare rilevante anche il monitoraggio e il confronto di entrambi gli indicatori rispetto al valore del 2019, per verificare se e quanto i

<sup>1</sup>Si 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.



vari Paesi abbiano o meno recuperato gli anni persi. Inoltre, poiché 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), l'incremento dell'indicatore della speranza di vita declinato per condizione di salute nel tempo dovrebbe sempre essere superiore a quello della vita media attesa.

### Descrizione dei risultati

La speranza di vita alla nascita dei Paesi europei, nel 2022, si sta avviando ad un lento recupero dopo gli anni di vita persi nel biennio della pandemia: il valore della media UE-27 è, complessivamente, pari a 80,7 anni, secondo le ultime stime provvisorie della banca europea Eurostat.

Nel 2022, tra i primi Paesi della graduatoria UE-27 si conferma la Spagna (83,2 anni), seguita da Svezia (83,1 anni) e a pochissima distanza da Italia e Lussemburgo (83,0 anni). La Bulgaria resta sempre in fondo alla graduatoria (74,3 anni) con una differenza di circa 9 anni rispetto ai Paesi in cima alla lista, seguita dalla Lettonia (74,8 anni) e dalla Romania (75,3 anni) (2).

Sebbene rispetto al 2021 la media europea registri nel 2022 un guadagno di +0,6 anni di vita attesa, non è ancora stata recuperata tutta la perdita rilevata rispetto al 2019. Permane, infatti, una differenza di -0,6 anni rispetto al valore di 81,3 anni del 2019. Tra i vari Paesi dell'UE, il Lussemburgo è l'unico che registra un miglioramento tra 2019 e 2022 (+0,3 anni). Tra tutti gli altri che devono ancora recuperare rispetto al 2019, si oscilla dal valore minimo di -0,1 anni della Svezia all'anno intero della Grecia; tra i grandi Paesi UE, l'Italia e la Germania sono allineati alla media UE (-0,6 anni tra il 2019 e il 2022), mentre per Francia e Spagna mancano ancora, rispettivamente, 0,7 e 0,8 anni. Il Grafico 1, pur evidenziando il ben noto svantaggio dei Paesi dell'Europa dell'Est, mostra anche l'ampio recupero realizzato in questi Paesi, che nel 2022 sono quasi riusciti a ripianare la forte perdita di anni di speranza di vita alla nascita evidenziata nel 2021. L'incremento osservato rispetto al 2021 passa, per esempio, da +1,7 anni per la Lettonia a +2,9 per la Bulgaria, passando per +2,5 della Romania (Grafico 1).

I Paesi dell'Europa orientale confermano, nel 2022, le più elevate differenze di genere: in Lettonia il divario di genere sfiora sempre i 10 anni, con gli uomini che presentano la più bassa speranza di vita dei residenti in Europa, non raggiungendo nemmeno i 70 anni (69,8 anni). Gli uomini più longevi restano gli Svedesi anche nel 2022 con 81,5 anni, ben 11,7 anni in più dei lettoni, seguiti dagli Italiani e dai residenti in Lussemburgo (entrambi 80,9 anni), dai Maltesi (80,7 anni) e dagli Spagnoli (80,4 anni). Di contro, sono proprio le donne spagnole con 85,9 anni a confermarsi nel 2022 le più

longeve in Europa, seguite da quelle del Lussemburgo (85,3 anni) e dalle francesi (85,2 anni), mentre le italiane scendono al quarto posto (85,0 anni) (Grafico 2). Il Grafico 3 mostra un quadro piuttosto esaustivo della dinamica complessiva per singolo Paese, consentendo il confronto nel tempo della speranza di vita alla nascita nei Paesi dell'UE per genere tra il 2010 e il 2019, anno che precede la pandemia, comparato con il dato più aggiornato del 2022. Si osservano, infatti, i cospicui guadagni di vita media attesa soprattutto in alcuni Paesi dell'Europa dell'Est tra il 2010 e il 2019, in particolare tra gli uomini (ad esempio, Lituania, Estonia, Ungheria), che hanno consentito di ridurre i divari di genere e lo svantaggio maschile anche a livello di media europea fino al 2019 (3). I differenziali di genere, infatti, erano pari a 6,2 anni nel 2010 nella media UE-27, con i valori più elevati di 11,3 anni in Lituania e 10,1 anni in Lettonia e minimi in Svezia e nei Paesi Bassi (4 anni). Nel 2022, i divari in UE scendono a 5,4 anni, così come anche nei citati Paesi dell'Est-Europa, rispettivamente 8,8 anni in Lituania e 9,8 anni in Lettonia. Inoltre, si evidenzia in modo più eloquente quanto sia ancora presente nel 2022 l'effetto dell'eccesso di mortalità dovuto alla crisi pandemica nei vari Paesi rispetto al genere. Per gli uomini, infatti, a fronte di una media UE di -0,5 anni di vita media attesa rispetto al 2019, Grecia e Lettonia nel 2022 devono ancora recuperare un intero anno (-1,1 anni), cui si contrappongono Danimarca e Svezia che hanno completamente raggiunto i livelli del 2019. Per le donne, oltre al completo recupero della Svezia, Malta registra un +0,2 anni, il Lussemburgo +0,1 anni, a fronte del caso della Finlandia cui manca invece un intero anno (-1,0 anno rispetto al 2019), mentre nella media UE risultano ancora 0,6 anni da recuperare. L'Italia deve recuperare ancora 0,8 anni per le donne e 0,5 per gli uomini, rispetto al 2019.

Riguardo all'indicatore che analizza la qualità della sopravvivenza (Grafico 4), ossia nel caso preso in esame la speranza di vita alla nascita senza alcuna limitazione nelle attività (HLY), l'ultimo aggiornamento della banca dati europea Eurostat (4), relativo al 2021, attesta il primato dell'Italia in cima alla graduatoria per le donne insieme a Malta, con 68,5 anni da vivere senza limitazioni a fronte di una media UE-27 di 64,2 anni. Per gli uomini, invece, si riconferma la Svezia anche nel 2021, con 68,9 anni, in parità con Malta, mentre l'Italia segue al terzo posto con 67,7 anni e una media UE-27 pari a 63,1 anni. Ai livelli più bassi per gli uomini vi sono sempre i Paesi dell'Europa dell'Est, ad esempio, Lettonia (52,2 anni) ed Estonia (54,9 anni), mentre per le donne il valore più basso si osserva in Danimarca (54,8, ossia ben 4 anni persi rispetto al 2019), seguita da Lettonia (55,4 anni) e Portogallo (57,4 anni). Ciò però che si rende palese nel 2021 è che la pandemia in alcuni Paesi sembra aver determinato un qualche effetto di selezione sui soggetti più fragili



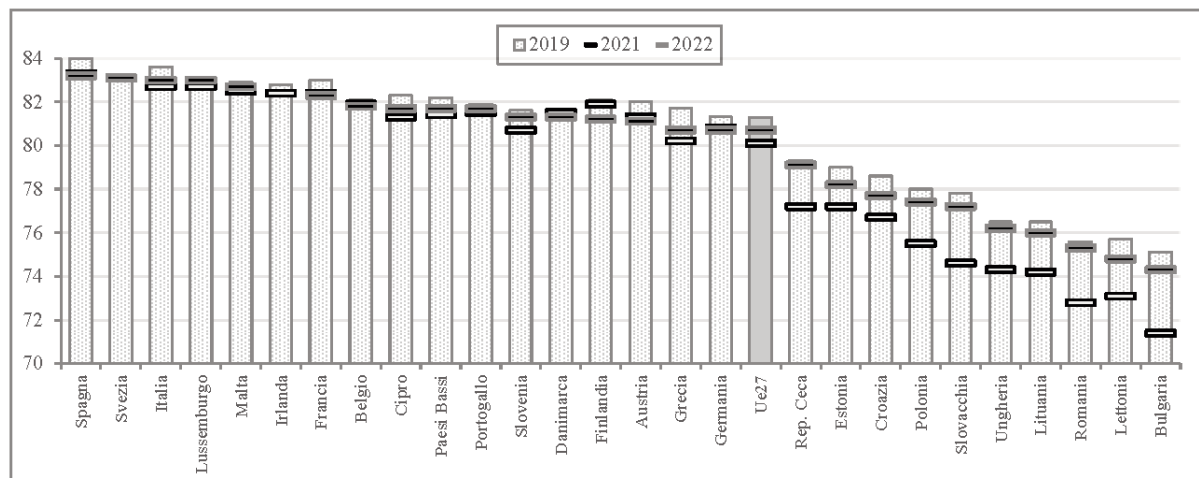
che ha consentito di incrementare la vita media attesa senza limitazioni. Succede, ad esempio, in diversi Paesi dell'Europa dell'Est, ma in misura ancora più netta in Finlandia dove per gli uomini, si passa da 57,7 anni del 2019 a 61,6 anni nel 2021 e ancor più per le donne finlandesi da 54,8 a 61,7 anni. Di contro, in altri Paesi, come nel caso di Svezia e Spagna, diminuiscono notevolmente gli anni di vita attesa senza limitazioni rispetto al 2019: la Svezia, pur mantenendo i più alti livelli tra i Paesi UE-27, perde per gli uomini 4,9 anni e per le donne 4,8 anni, mentre la Spagna per i primi perde 6,4 anni e per le donne addirittura 7,8 anni.

Passando ad analizzare le dinamiche per la popolazione anziana, la banca europea Eurostat stima per il 2022 che gli anziani più longevi tra i 27 Paesi UE, per le donne sono le residenti di Spagna e Francia, rispettivamente, con una vita media attesa a 65 anni di 23,2 e 23,1 anni, rispetto ad una media UE di 21,2 anni. L'Italia, invece, occupa il quinto posto con 22,1 anni, come il Portogallo. Per gli uomini in cima alla graduatoria si collocano Svezia e Lussemburgo con 19,6 anni, e l'Italia è al quinto posto con la Spagna con 19,2 anni, a fronte di una media UE di 17,8 anni. In fondo alla graduatoria, si confermano nel 2022 i Paesi dell'Europa dell'Est: per le donne sono Bulgaria e Romania, per gli uomini Bulgaria e Lettonia, sebbene per la Bulgaria il recupero rispetto al 2021 è di quasi 2 anni per le donne e di 1,6 anni per gli uomini (dati non presenti in tabella).

Confrontando i 27 Paesi UE rispetto gli anni da vivere

senza e con limitazioni, il Grafico 5 ci mostra una differente eterogeneità dei Paesi tra i due generi. Il dato più recente pubblicato da Eurostat mostra che nel 2021 gli uomini Svedesi a 65 anni non solo hanno una vita media attesa superiore agli altri coetanei europei, ma contano di vivere un maggior numero di anni senza alcuna limitazione nelle attività, pari a 14,5 anni a fronte di una media UE di 9,5 anni. Per l'Italia il numero di anni si attesta a 10,8 anni, simile a quello della Spagna 10,7 anni, ma inferiore a quello della Francia (11,3 anni). Per la Romania gli anni crollano a 4,0, rispetto ad un valore della speranza di vita a 65 anni pari a 12,5 anni a differenza della Bulgaria in cui, invece, degli 11,6 anni di vita attesa a 65 anni, ben 7,7 anni sono da vivere senza limitazioni. Per le donne a 65 anni primeggia sempre la Svezia con 14,8 anni di vita attesa a 65 anni senza limitazioni, ossia i 2/3 degli anni ancora da vivere (solo 7,3 solo con limitazioni). Di contro, le donne spagnole a 65 anni sono più longeve in media di circa 1,4 anni rispetto alle donne svedesi, ma la maggior parte degli anni da vivere a 65 anni sono in presenza di limitazioni (13,2 anni a fronte di 10,3 senza limitazioni). Tra i Paesi dell'Europa dell'Est questa proporzione si mantiene anche più elevata. Spicca, infatti, la Romania con oltre il 75% degli anni da vivere con limitazioni (12,4 anni vs 4,0 anni senza limitazioni), con la sola eccezione delle donne della Bulgaria che a 65 anni contano di vivere ben 9,0 anni senza limitazioni e 6,5 anni con limitazioni.

**Grafico 1** - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita nei Paesi europei e media dei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anni 2019, 2021-2022\*



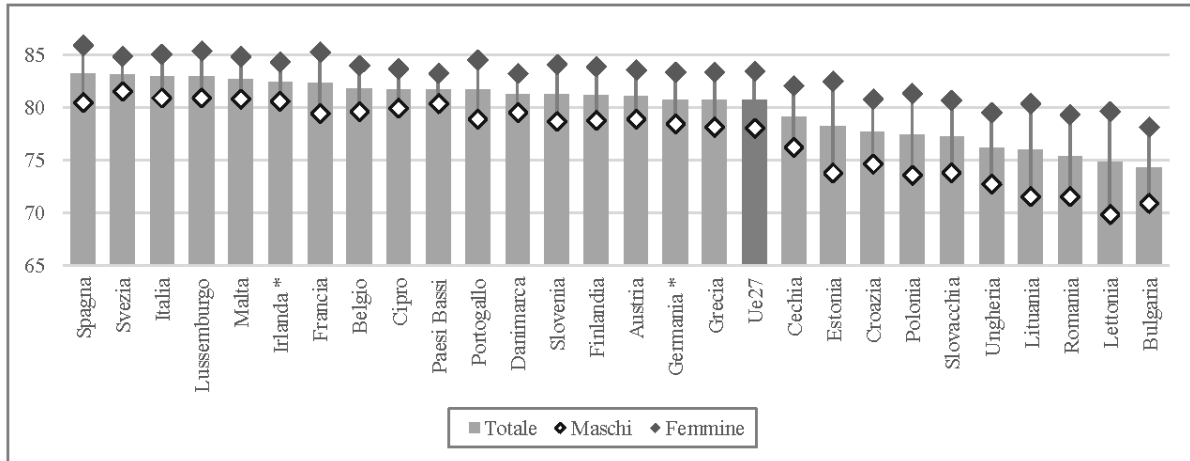
\*Per il 2022 sono stime provvisorie e per l'Irlanda non sono disponibili.

Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2023.





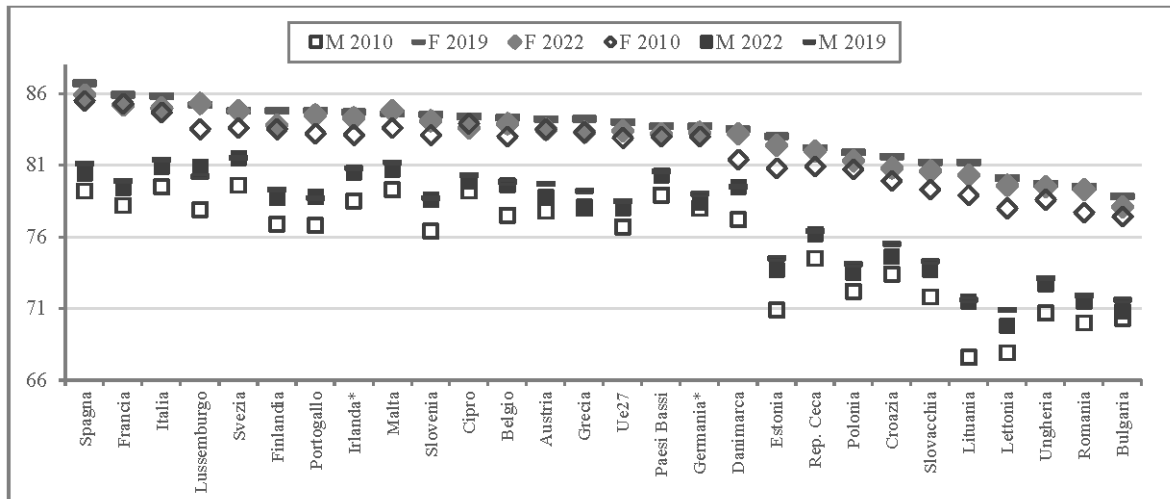
**Grafico 2** - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita nei Paesi europei e media dei Paesi dell'Unione Europea-27 e per genere - Anno 2022\*



\*Stime provvisorie. I dati della Germania per genere fanno riferimento al 2021, quelli dell'Irlanda fanno sempre riferimento al 2021.

Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2023.

**Grafico 3** - Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27\* per differenza nella speranza di vita alla nascita per genere (valori in anno ordinata per il valore delle femmine del 2010) - Anni 2010, 2019, 2022



\*Per il 2022 sono stime provvisorie. I dati della Germania e dell'Irlanda per genere fanno riferimento al 2021.

Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2023.

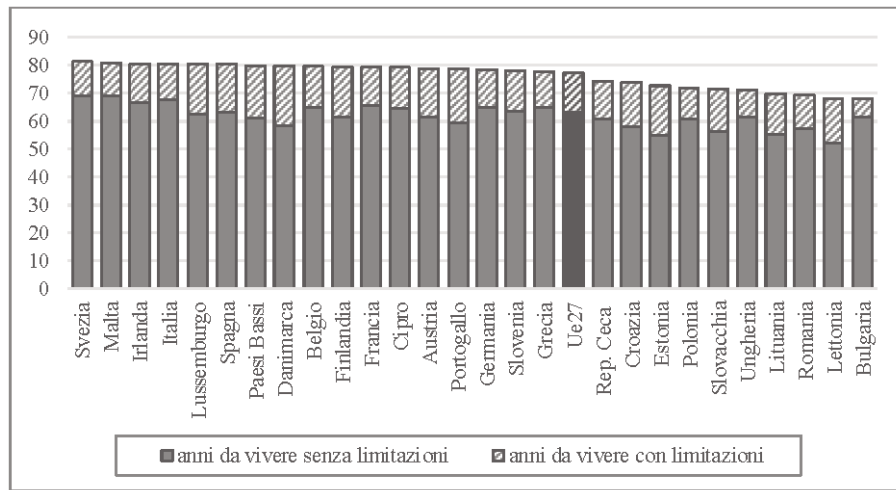




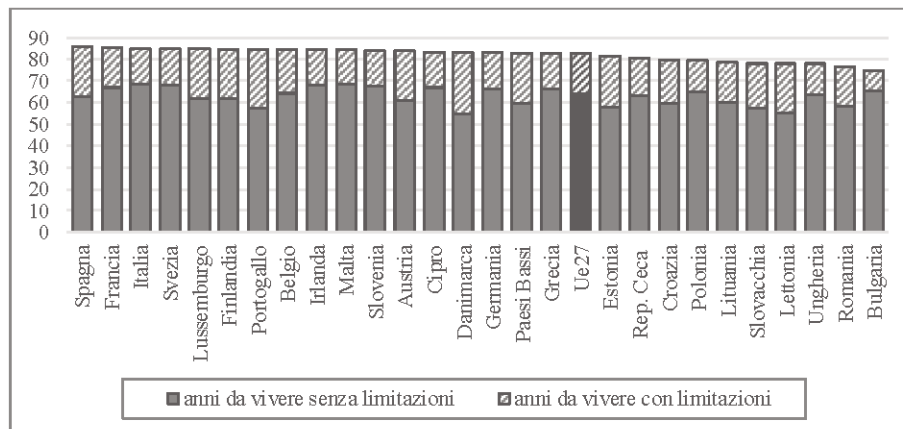


**Grafico 4 - Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27 per speranza di vita con e senza limitazioni alla nascita per genere (valori in anni ordinata per il valore della speranza di vita alla nascita) - Anno 2021\***

**Maschi**



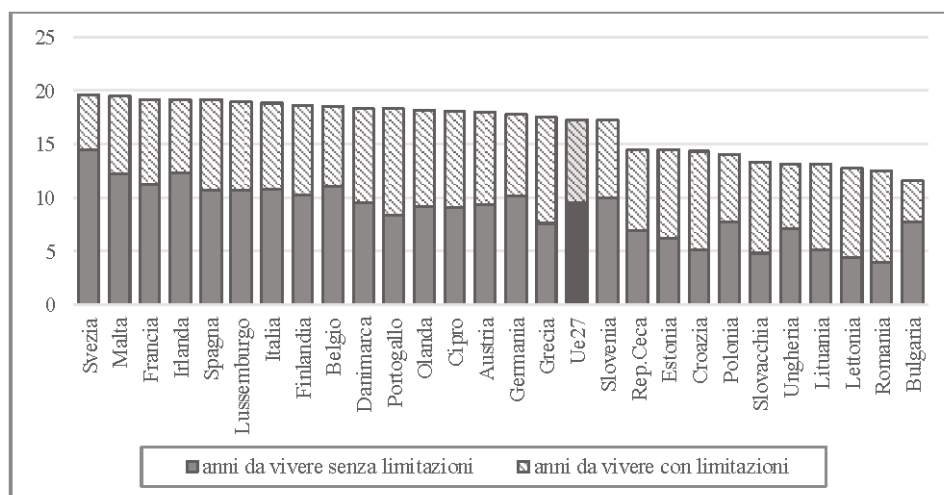
**Femmine**



Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2023.

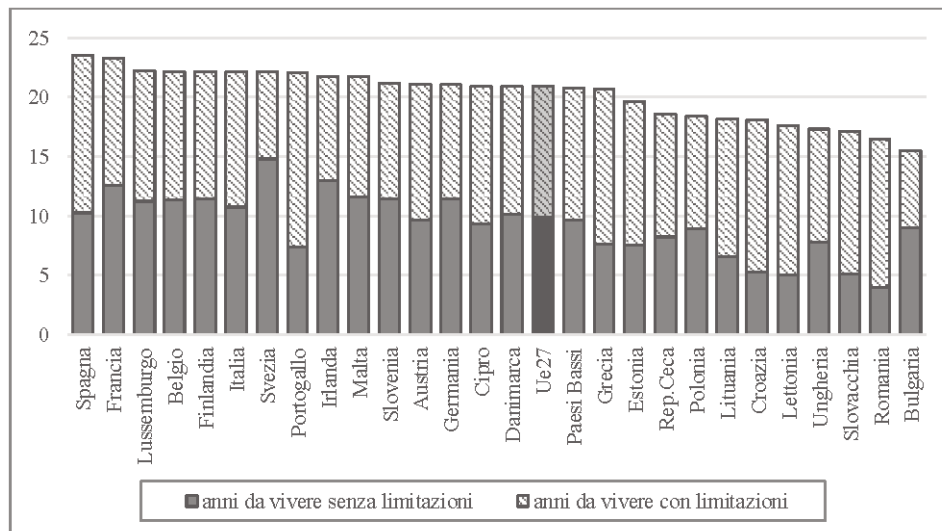
**Grafico 5 - Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27 per speranza di vita con e senza limitazioni a 65 anni per genere (valori in anni ordinata per il valore della speranza di vita a 65 anni) - Anno 2021**

**Maschi**



**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 ordinata per il valore della speranza di vita a 65 anni) - Anno 2021*

Femmine



Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2023.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Dopo il biennio di pandemia da SARS-CoV-2, nel 2022 quasi nessuno dei Paesi UE-27 è riuscito a recuperare gli anni di vita persi. La parziale ripresa è avvenuta in tutti i Paesi UE, seguendo una dinamica molto eterogenea tra loro, sia per entità che per i tempi del recupero. Si auspica che, oltre al definitivo recupero dopo la pandemia, si possa riprendere il trend positivo di crescita, dei livelli di sopravvivenza che aveva caratterizzato gli ultimi decenni fino al 2019. Con la prevenzione primaria e la promozione dell'active ageing, introdotta per rinviare il più possibile il decadimento funzionale e cognitivo, si auspica di riuscire ad aumentare soprattutto gli anni di vita in buona salute, pur considerando il crescente impatto della dinamica demografica. L'Europa, infatti, ha il più elevato tasso di invecchiamento della popolazione nel mondo, tra cui spicca l'Italia. Pertanto, i crescenti bisogni di salute, aggravati dal post-pandemia, dalla difficile congiuntura economica e dalla crescente incertezza dovuta ai conflitti bellici, che si sommano agli effetti dei cambiamenti climatici, impongono sfide importanti e adeguati investimenti in campo socio-sanitario. La pandemia ha messo in evidenza i diversi livelli di resilienza agli *shock* di tipo sanitario nei vari Paesi. Tale esperienza deve rappresentare un monito per attivare strategie di prevenzione e interventi (5) per garantire l'equo accesso all'assistenza sanitaria in tutti i Paesi membri, migliorando così la qualità della

vita dei cittadini europei e riducendo i divari tra i Paesi. Migliorare la qualità della vita significa anche riuscire a progettare un nuovo equilibrio tra l'uomo, l'ambiente e i vari ecosistemi, secondo l'*One Health Approach*, e cooperando anche grazie all'*One Health Joint Plan of Action 2022-2026* (6). Senz'altro, le sfide future saranno mediate dal ruolo dell'Intelligenza Artificiale applicata alla salute, soprattutto nel campo della diagnostica e dell'organizzazione dell'offerta sanitaria, con l'imperativo di arginarne l'uso improprio.

### 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 BES 2022. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat, 2023.
- (3) OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- (4) Disponibile sul sito: [www.ec.europa.eu/eurostat/data/database](http://www.ec.europa.eu/eurostat/data/database) (ultimo aggiornamento 12 giugno 2023, ultimo accesso 5 febbraio 2024).
- (5) 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](http://www.read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en#page1).
- (6) FAO, UNEP, WHO, and WOA. 2022. *One Health Joint Plan of Action (2022-2026)*. Working together for the health of humans, animals, plants and the environment. Rome. Disponibile sul sito: [www.doi.org/10.4060/cc2289enhttps://www.woah.org/app/uploads/2022/04/one-health-joint-plan-of-action-final.pdf](http://www.doi.org/10.4060/cc2289enhttps://www.woah.org/app/uploads/2022/04/one-health-joint-plan-of-action-final.pdf).





## Mortalità evitabile

**Significato.** La mortalità evitabile è costituita dalle due componenti della mortalità trattabile e della mortalità prevenibile.

La mortalità per cause evitabili viene misurata attraverso tassi std 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

### Tasso di mortalità

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

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

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

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

Le liste di cause trattabili e prevenibili sono state definite congiuntamente dall'OECD ed Eurostat che hanno, inoltre, fissato a 74 anni il limite di età per ritenere evitabile un decesso. Dopo l'inizio della pandemia, anche il COVID-19 è stato aggiunto alla lista delle cause prevenibili. Pertanto, tutti gli indicatori della mortalità prevenibile fanno riferimento alla lista aggiornata (2).

Il tasso std di mortalità per causa non rappresenta una misura reale del fenomeno, ma indica il livello che la mortalità assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse quella della popolazione scelta come standard. Come limite, il tasso std 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 std 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 std di mortalità per cause evitabili, a meno di 75 anni, per il

persone con una struttura per età uguale a quella della popolazione standard europea, 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 "0", "1-4" e "95+" anni) e causa.

complesso dei 27 Paesi facenti parte dell'UU, 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 dell'area. Al momento della presente pubblicazione, nella banca dati europea Eurostat sono disponibili gli indicatori di mortalità per causa (numero di decessi e tassi std per età) fino all'anno 2020.

### Descrizione dei risultati

A partire dalla fine di gennaio 2020 la pandemia da COVID-19 ha iniziato a diffondersi in Europa, con tempistiche variabili da Paese a Paese, attraverso ondate di contagi di entità severa nella gran parte degli stati colpiti. L'analisi della variabilità dell'impatto del COVID-19 sulla mortalità complessiva e per cause specifiche nei singoli Paesi europei rappresenta tuttora un tema di grande interesse. La disponibilità dei dati definitivi sulle cause di morte nell'anno 2020 per tutti i Paesi UE consente di comparare in maniera esaustiva i primi effetti della pandemia sulla mortalità evitabile all'interno dell'area. L'anno 2020, da marzo in poi, ha rappresentato un periodo caratterizzato da una forte pressione sui sistemi sanitari nazionali con ripercussioni importanti sull'accesso ai servizi di prevenzione e cura da parte della popolazione. In quest'ottica, appare interessante fornire una prima analisi delle variazioni nella mortalità evitabile osservabili già nel corso del 2020.

Per analizzare le differenze territoriali europee della mortalità evitabile nel 2020, distinguendo tra le sue due componenti prevenibile e trattabile, sono stati considerati i tassi di mortalità std dei 27 Paesi UE e le loro variazioni percentuali rispetto all'anno precedente (Grafico 1).

La mortalità evitabile nel complesso risulta in crescita in tutti i Paesi dell'area UE ad eccezione della Danimarca (-4%). Nel 2020, l'aumento complessivo a





livello UE, rispetto al 2019, è stato del 12% con un valore del tasso di mortalità pari a 271,7 decessi ogni 100.000 abitanti. Sebbene in Italia sia stato osservato un aumento del tasso tra i più elevati all'interno dell'area (+19%), il nostro Paese rimane tra quelli con più bassa mortalità evitabile (197,1 per 100.000).

In UE il tasso std medio di mortalità per cause prevenibili nel 2020 è pari a 180,0 per 100.000 abitanti. Nei vari Paesi il valore varia da oltre 300 per 100.000 in Romania, Ungheria, Lituania, Lettonia e Bulgaria a meno di 125 decessi per 100.000 abitanti per Cipro, Malta e Svezia. Come negli anni precedenti, pertanto, anche nel 2020 l'area dell'Europa dell'Est presenta il quadro più svantaggiato in termini di mortalità prevenibile nonché trattabile.

L'Italia si colloca tra i Paesi a più bassa mortalità prevenibile (130,6 per 100.000), tuttavia è anche tra i Paesi il cui livello è maggiormente aumentato nel 2020 rispetto al 2019 (+29%). Anche in Spagna e in Belgio, dove la mortalità prevenibile è al di sotto del livello medio europeo, si osserva un forte incremento rispetto all'anno precedente, rispettivamente, +30% e +24%. Forti peggioramenti si rilevano, infine, in alcuni Paesi ad elevata mortalità prevenibile: è il caso della Bulgaria (+37% e un tasso di 316,5 per 100.000), della Polonia (+26% e tasso di 274,7 per 100.000) e della Romania (+21% e tasso di 358,1 per 100.000). Nell'incremento complessivo della mortalità evitabile nel 2020, ha avuto un peso sostanziale il COVID-19,

come si evince anche dal Grafico 2, che mostra la percentuale di decessi dovuti a questa causa sul totale delle morti prevenibili nei vari Paesi europei. L'Italia è il secondo Paese, dopo la Bulgaria, con il più alto peso del COVID-19 sulla mortalità prevenibile: +37,2% e +39,3%, rispettivamente. Valori di questi indicatori al di sopra della media europea si riscontrano anche in Spagna, Belgio, Polonia, Romania, Croazia e Paesi Bassi, segno che i più forti aumenti della mortalità prevenibile sono quasi totalmente spiegati dall'impatto della nuova malattia.

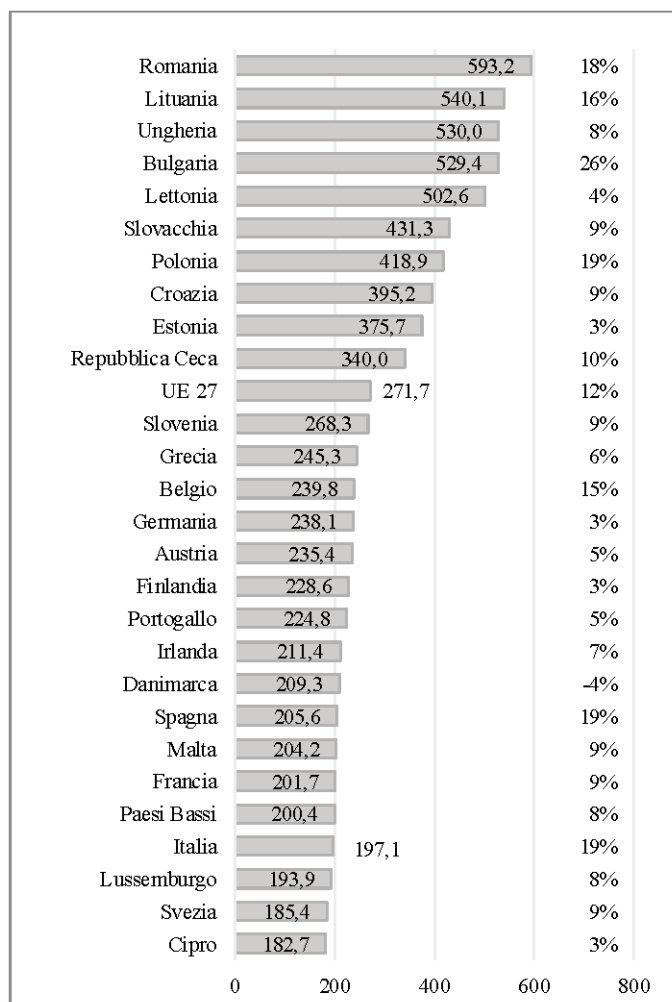
Il tasso di mortalità trattabile nell'area UE appare complessivamente in lieve aumento rispetto al 2019 (+3%), risultando pari a 91,7 decessi per 100.000 abitanti. L'Italia, pur mostrando un aumento lievemente superiore a quello medio dell'area (+4%), figura tra i Paesi con tassi di mortalità al di sotto della media UE (66,5 per 100.000). Nel caso della mortalità trattabile si nota all'interno dell'area una certa eterogeneità nelle variazioni osservate nel tasso rispetto al 2019. La gran parte dei Paesi dell'Europa dell'Est, nei quali peraltro si osservano livelli di mortalità elevata, presentano tassi in aumento, specialmente Romania e Bulgaria (entrambe +13) e Lituania (+10%). In diversi Paesi che presentano bassi livelli di mortalità trattabile si osserva anche una diminuzione dei tassi. Tra questi figurano Lussemburgo (-5%), Paesi Bassi (-4%), Belgio (-4%), Danimarca (-4%), Francia (-2%) e Spagna (-1%).



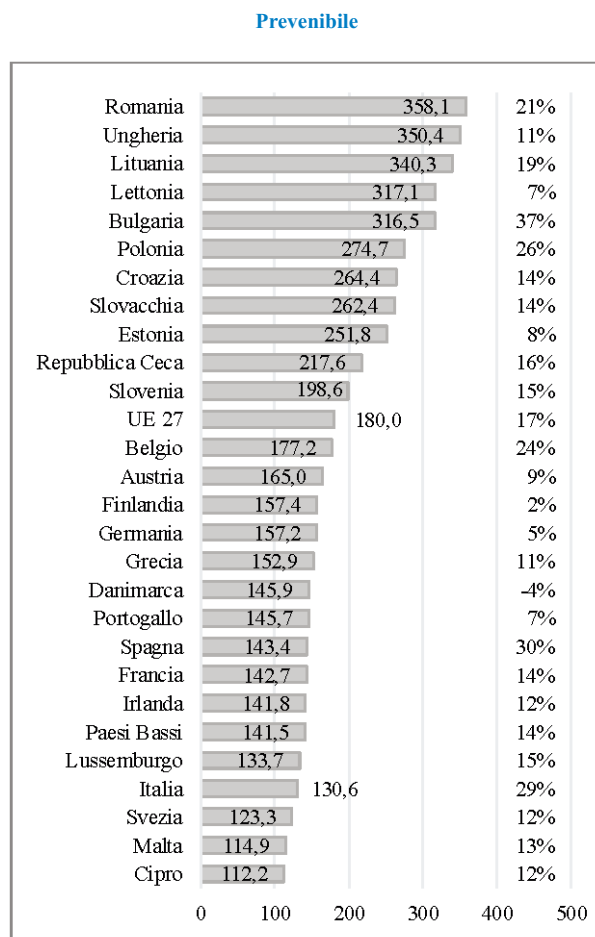


**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni e variazione (valori per 100) rispetto al 2019 per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2020

**Evitabile**

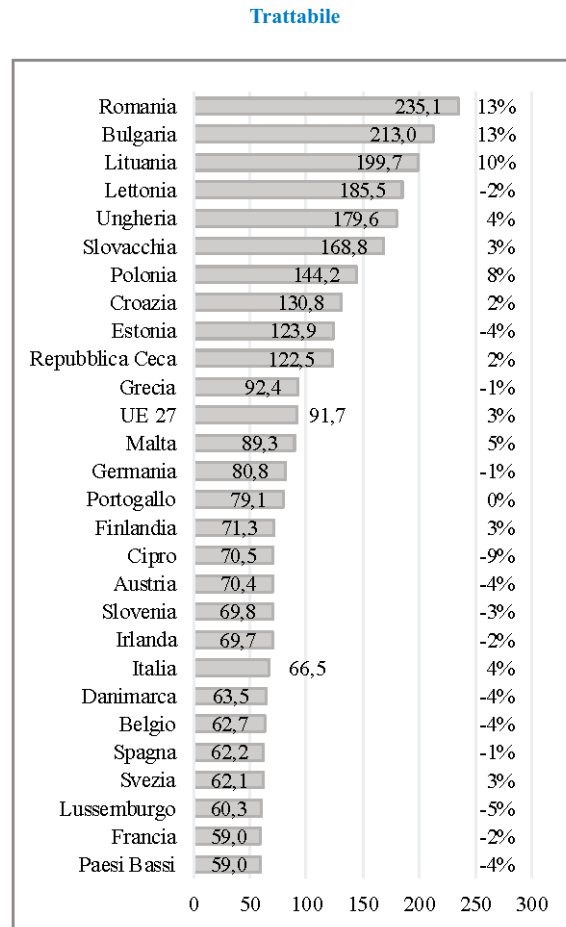


**Grafico 1** - (segue) *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni e variazione (valori per 100) rispetto al 2019 per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2020*



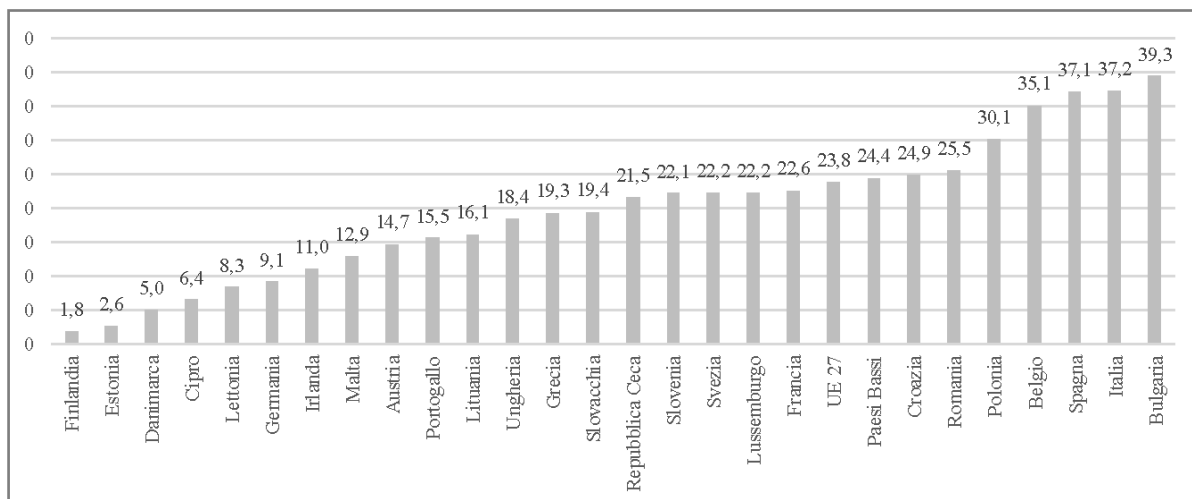


**Grafico 1** - (segue) *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni e variazione (valori per 100) rispetto al 2019 per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2020*



Fonte dei dati: Eurostat database (3). Anno 2023.

**Grafico 2** - *Decessi (valori per 100) per COVID-19 sul totale dei decessi prevenibili nella popolazione di età 0-74 anni per Paese dell'Unione Europea-27) - Anno 2020*



Fonte dei dati: Eurostat database (4). Anno 2023.





### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Le cause di mortalità evitabile sono quelle condizioni per le quali è ragionevole aspettarsi che i decessi possano essere evitati attraverso un'assistenza sanitaria di buona qualità, sia attraverso interventi di salute pubblica mirati (mortalità prevenibile), che dopo che la condizione si è sviluppata (mortalità trattabile).

Monitorare l'andamento di questi indicatori e confrontarli tra i vari Paesi europei, consente di misurare l'effetto sulla salute della popolazione delle politiche sanitarie, della qualità e dell'accessibilità dei servizi sanitari offerti, e di valutare le disuguaglianze ancora esistenti tra i Paesi. La pandemia da COVID-19 ha avuto ricadute importanti sia sulla mortalità direttamente correlata alla malattia che indirettamente su altre cause di morte. La variazione dei livelli di mortalità osservata nel 2020 anche nel caso di morte prematura (0-74 anni), risulta in linea generale in controtendenza con quanto osservato negli anni che hanno preceduto l'inizio della pandemia. Questo è più evidente per la mortalità prevenibile, a causa dell'effetto diretto dei decessi per COVID-19 inclusi nel calcolo del tasso, ma anche per la mortalità trattabile, probabilmente come effetto indiretto della pandemia su alcune cause quali, ad esempio, malattie circolatorie, diabete e alcune

malattie respiratorie, in particolare nei Paesi più svantaggiati dal punto di vista dei livelli di mortalità (ad esempio, Romania, Bulgaria e Lituania).

### **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](http://www.ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028).

(2) Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version), Disponibile sul sito: [www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf](http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf).

(3) Eurostat Database, (disponibile sul sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database>), Causes of death, public health themes - Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex, Disponibile sul sito: [www.ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_cd\\_apr/default/table?lang=en&category=hlth.hlth\\_cdeath.hlth\\_cd\\_pbt](http://www.ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_cdeath.hlth_cd_pbt). Aggiornamento 10 ottobre 2023.

(4) Eurostat Database, (Disponibile sul sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database>), Causes of death, General mortality, Causes of death - deaths by country of residence and occurrence, Disponibile sul sito: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_cd\\_aro/default/table?lang=en&category=hlth.hlth\\_cdeath.hlth\\_cd\\_gmor](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_aro/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_cdeath.hlth_cd_gmor). Aggiornamento 6 febbraio 2024.



## 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. Si stima che negli ultimi 50 anni, la vaccinazione su larga scala a livello globale abbia salvato circa 154 milioni di vite umane, di cui 101 milioni bambini sotto l'anno di età (1). Grazie alla vaccinazione è stato eradicato il vaiolo dal mondo e molte malattie precedentemente comuni sono diventate rare.

Le coperture vaccinali rappresentano l'indicatore chiave per valutare il successo delle strategie vaccina-

li di un determinato Paese, poiché forniscono informazioni in merito alla loro attuazione sul territorio e sull'efficienza del sistema vaccinale.

Di seguito, si confrontano i dati di coperture vaccinali per le vaccinazioni contro Difterite-Tetano-Pertosse (DTP) e morbillo in Italia e nei Paesi dell'UE negli ultimi 5 anni disponibili (periodo 2018-2022), utilizzando i dati del *database* dell'OECD (2). Sebbene con schedule vaccinali diverse (3), tutti i Paesi dell'UE includono queste due vaccinazioni nei loro programmi vaccinali.

### Copertura vaccinale per la 1<sup>a</sup> 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 copertura vaccinale permette di stimare la quota di individui vaccinati nei tempi raccomandati, in una specifica coorte di nascita. La percentuale di bambini che hanno ricevuto tre dosi di vaccino DTP e quella di bambini che hanno ricevuto la prima dose del vaccino antimorbillo sono considerati indicatori generali della copertura vaccinale in un determinato Paese. Tuttavia, il confronto delle coperture vaccinali 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, e che i metodi di rilevazione della copertura variano tra gli Stati membri. Ad esempio, in Italia la vaccinazione DTP è indicata nel primo anno di vita, e la terza dose è somministrata a 10 mesi di vita, ma la rilevazione della copertura vaccinale viene effettuata a 24 mesi (4). 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 copertura vaccinale a livello nazionale potrebbero non essere sufficienti per fermare la diffusione di una malattia, poiché potrebbero coesistere bassi livelli di copertura (e, quindi, quote di popolazione suscettibile) a livello locale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Gli obiettivi di copertura vaccinale sono definiti a livello Europeo

dall'Agenda Europea di Immunizzazione 2030 (*European Immunization Agenda 2030*) dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS e in Italia dal PNPV 2023-2025 (5, 6). L'obiettivo di copertura per tre dosi di vaccino DTP è pari al 90% a livello internazionale e 95% a livello nazionale, mentre per la prima dose di morbillo è pari al 95% sia a livello internazionale che a livello nazionale. Per raggiungere l'eliminazione (interruzione della trasmissione endemica) del morbillo è necessaria una copertura vaccinale per due dosi di vaccino  $\geq 95\%$ .

### Descrizione dei risultati

I dati di copertura vaccinale per morbillo e DTP più aggiornati disponibili nel database OECD sono quelli relativi all'anno 2022. Tuttavia, solo 14 dei 24 Paesi UE inclusi nel *database* OECD hanno fornito i dati relativi al 2022. Per 10 Paesi (inclusa l'Italia) l'ultimo dato disponibile è relativo al 2021. Al momento della stesura del presente Rapporto, i dati italiani per il 2022 non sono disponibili nel *database* del sito del Ministero della Salute (2) e l'ultimo aggiornamento disponibile anche in questo database, nel periodo di stesura dell'indicatore in esame, è quello relativo al 2021.

Nel 2022, 14 Paesi dell'UE hanno fornito dati di copertura per la prima dose di vaccino antimorbillo, di cui solo quattro (28,6%), Ungheria, Repubblica Ceca, Lettonia e Spagna, hanno riportato una copertura vaccinale  $\geq 95\%$ .



Otto di 14 Paesi hanno riportato un calo della copertura nel 2022 rispetto al 2021, tra cui Estonia, Svezia, Olanda, Lituania, Slovacchia Danimarca, Irlanda e Lettonia. Tra questi spicca l'Estonia che ha riportato un calo di 11,4 p.p. (Tabella 1).

Al contrario, quattro Paesi hanno registrato un aumento della copertura vaccinale rispetto all'anno precedente (Francia, Bulgaria, Croazia e Spagna). Tra questi ultimi solo la Spagna raggiunge una copertura  $\geq 95\%$ . Due Paesi (Repubblica Ceca e Ungheria) non hanno registrato un cambiamento tra il 2021 e il 2022. Per il 2021 sono disponibili i dati di copertura vaccinale per tutti i 24 Paesi, di cui solo 13 (54,2%) hanno riportato una copertura  $\geq 95\%$  per la prima dose di vaccino antimorbillo. In Italia, nel 2021 la copertura è stata pari al 93,6% con un aumento di 1,7 p.p. rispetto al 2020. Tuttavia, anche in Italia non è stato raggiunto l'obiettivo del 95%.

Per quanto riguarda la vaccinazione contro DTP, nel 2022, 13 di 14 Paesi che hanno riportato i dati, registrano una copertura vaccinale per tre dosi  $\geq 90\%$ , di

cui solo cinque (Ungheria, Slovacchia, Francia, Danimarca e Lettonia)  $\geq 95\%$ . Un Paese ha riportato una copertura  $< 90\%$  (Estonia). Rispetto al 2021, sette Paesi (Estonia, Svezia, Olanda, Irlanda, Slovacchia, Croazia e Lituania) mostrano un calo della copertura, che è più marcato per l'Estonia (-4,5 p.p.) e la Svezia (-3,7 p.p.). Solo in tre Paesi (Bulgaria, Spagna e Lettonia) si osserva un aumento delle coperture vaccinali (Tabella 2). Nei restanti Paesi la copertura è rimasta invariata rispetto all'anno precedente. In Italia, la copertura vaccinale per le tre dosi di DTP è stata pari al 93,9% e non sono disponibili i dati per il 2022.

Analizzando l'andamento dei dati nel periodo 2018-2022, per entrambi gli indicatori, si osserva una situazione in cui molti Paesi riportano diminuzioni delle coperture vaccinali, ma altri riportano lievi aumenti e alcuni nessuna variazione. Numerosi Paesi continuano a presentare, nel 2022, valori inferiori agli obiettivi fissati dall'OMS, soprattutto per il morbillo.

**Tabella 1** - Copertura vaccinale (valori per 100) per 1<sup>a</sup> dose di vaccino anti-morbillo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2018-2022

Paesi	2018	2019	2020	2021	2022	$\Delta$ 2022-2021
Austria	94	94	94	95	n.d.	n.d.
Belgio	96	96	96	96	n.d.	n.d.
Bulgaria	92,9	95,1	88,3	89,5	91,2	1,7
Croazia	93,2	93	91,2	89,3	90	0,7
Danimarca	94	95	93,6	94,1	93,6	-0,5
Estonia	86,9	87,8	90,8	89,4	78	-11,4
Finlandia	96	96	95	93	n.d.	n.d.
Francia	89,6	92	92	91,9	94,2	2,3
Germania	97,1	97,2	97,2	97,4	n.d.	n.d.
Grecia	97	97	97	97	n.d.	n.d.
Irlanda	92,3	91	91,8	90,4	90	-0,4
<b>Italia</b>	<b>93,2</b>	<b>94,5</b>	<b>91,9</b>	<b>93,6</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>
Lettonia	98	99	98,9	96,5	96,2	-0,3
Lituania	92,2	92,7	90,1	88,4	86,5	-1,9
Lussemburgo	99	99	99	99	n.d.	n.d.
Olanda	92,9	93,6	93,6	92,8	89,4	-3,4
Polonia	92,9	93	80,3	71	n.d.	n.d.
Portogallo	99	99	99	98	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	96,4	92,4	94,4	96,6	96,6	0,0
Slovacchia	96,1	96,2	96	95,4	94,7	-0,7
Slovenia	93	94	94	95	n.d.	n.d.
Spagna	97,9	97,9	96,3	95,4	96,1	0,7
Svezia	97	97	97	97	92,5	-4,5
Ungheria	99,9	99,9	99,8	99,8	99,8	0,0

n.d. = non disponibile.

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

**Tabella 2** - Copertura vaccinale (valori per 100) per 3 dosi di vaccino anti-Difterite-Tetano-Pertosse nei bambini di età 1 anno per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2018-2022

Paesi	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 2022-2021
Austria	85	85	85	85	n.d.	n.d.
Belgio	98	98	97	98	n.d.	n.d.
Bulgaria	91,5	92,8	91,2	89,5	91,4	1,9
Croazia	93,3	94,4	93,7	92,1	92	-0,1
Danimarca	96	96	96	95,8	95,8	0,0
Estonia	91,9	91,4	91	89,5	85	-4,5
Finlandia	91	91	90	89	n.d.	n.d.
Francia	96,3	96	n.d.	96,4	96,4	0,0
Germania	91	91	91	91	n.d.	n.d.
Grecia	99	99	99	99	n.d.	n.d.
Irlanda	94,5	93,5	94,2	93,5	92,7	-0,8
<b>Italia</b>	<b>95,1</b>	<b>96</b>	<b>93,7</b>	<b>93,9</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>
Lettonia	96	100	100	94,4	95,2	0,8
Lituania	92,3	92,1	91,4	90,1	90	-0,1
Lussemburgo	99	99	99	99	n.d.	n.d.
Olanda	93,5	93,7	94,2	94,7	92,9	-1,8
Polonia	95,2	95	90,4	90	n.d.	n.d.
Portogallo	99	99	99	99	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	97	96,7	96,8	93,7	93,7	n.d.
Slovacchia	96,5	96,7	97	97	96,5	-0,5
Slovenia	93	95	95	86	n.d.	n.d.
Spagna	93,4	94,8	94,3	92,4	93,3	0,9
Svezia	97	98	97	98	94,3	-3,7
Ungheria	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	0,0

n.d. = non disponibile.

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

I dati esaminati indicano che molti Paesi nell'UE presentano valori di coperture vaccinali in calo e inferiori agli obiettivi fissati dall'OMS, soprattutto per il morbillo. In alcuni Paesi si sono verificati cali anche sostanziali negli ultimi anni, durante la pandemia COVID-19, per entrambi gli indicatori.

È necessario, pertanto, mettere in atto tempestivamente delle strategie adeguate a recuperare i bambini non vaccinati o incompletamente vaccinati e raggiungere e mantenere gli obiettivi internazionali e nazionali stabiliti per assicurare che le persone siano protette verso le malattie evitabili con la vaccinazione e prevenire epidemie.

Le strategie di recupero dovrebbero essere parte integrante di un programma nazionale di vaccinazione e implementate su base continua. L'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS ha pubblicato una guida operativa per assistere i programmi nazionali di immunizzazione nello stabilire e perfezionare una strategia vaccinale di recupero per garantire che le persone che non abbiano ricevuto le dosi di vaccino previste dal calendario di immunizzazione possano riceverle il prima possibile (7).

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Andrew J Shattock, Helen C Johnson, So Yoon Sim, Austin Carter, Philipp Lambach, Raymond C W Hutubessy et al. Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization. *Lancet* 2024. Disponibile sul sito: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00850-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00850-X).
- (2) 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](http://www.data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.htm).
- (3) European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccination schedules. Disponibile sul sito: [www.vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx](http://www.vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx).
- (4) Ministero della Salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescente - Coperture vaccinali. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- (5) World Health Organization. Regional Office for Europe. European Immunization Agenda 2030. Disponibile sul sito: [www.who.int/europe/publications/i/item/9789289056052](http://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289056052).
- (6) Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2023-2025.
- (7) World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). Operational considerations for planning and implementing catch-up vaccination in the WHO European Region. Disponibile sul sito: <https://iris.who.int/handle/10665/351183>.



## 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 medici, con un giusto *mix* di generici e specialisti e una

corretta distribuzione geografica per servire la popolazione di tutto il Paese. L'indicatore considera l'insieme dei medici "praticanti" ovvero che forniscono assistenza diretta ai pazienti come i MMG<sup>1</sup> (*General Practitioner-GP*) o gli specialisti che praticano nelle strutture pubbliche o private.

### Numero di medici "praticanti"

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

**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, gli indicatori permettono 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 per capire se il numero di medici è sottodimensionato rispetto alle esigenze di cura della popolazione.

### Descrizione dei risultati

In Italia, la disponibilità di medici in rapporto alla popolazione residente si colloca poco al di sopra della media UE-27 (4,0 per 1.000 abitanti) facendo registrare, nel 2021, 4,1 medici ogni 1.000 abitanti. Tralasciando Grecia (6,3 medici abilitati per 1.000) e Portogallo (5,6 medici abilitati per 1.000) che includono nei loro dati tutti i medici abilitati, le quote più elevate di medici praticanti si osservano in Austria (5,4 medici praticanti per 1.000) e Cipro (4,9 medici prati-

canti per 1.000), mentre le più basse in Francia e Belgio con 3,2 medici praticanti per 1.000 (Grafico 1). Guardando alla disponibilità dei medici di Medicina Generale, l'Italia oltre a collocarsi nella parte bassa della graduatoria europea, con meno di un medico ogni 1.000 abitanti (0,82 per 1.000), è anche tra i Paesi UE-27 dove il numero di medici di Medicina Generale è diminuito in misura maggiore negli ultimi 5 anni (rispetto al 2016): -7,9% a fronte di un incremento del 7,3% del numero di medici con specializzazione in ambito medico o chirurgico. La disponibilità dei medici generici è sensibilmente più alta in Portogallo (2,98 per 1.000), Irlanda (2,33 per 1.000) e Paesi Bassi (1,83 per 1.000). In questi stessi Paesi, rispetto al 2016, il numero di medici generici è aumentato sensibilmente: Irlanda (+30%), Spagna (+26%), Portogallo (+18%) e Paesi Bassi (+15%) (Grafico 2).

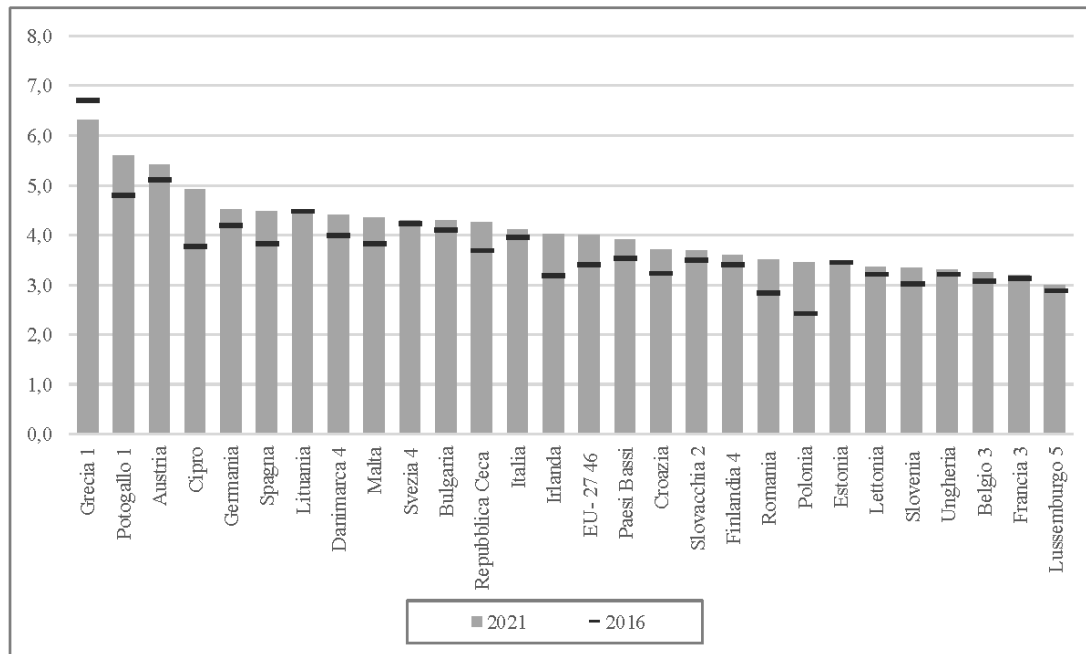
In gran parte dell'UE-27 si assiste a un rapido invecchiamento della forza lavoro medica, poiché la generazione dei *baby-boomer* sta raggiungendo l'età della pensione. In 10 Stati membri dell'UE, la percentuale di medici di età  $\geq 55$  anni nel 2021 supera il 40%; tra questi, la quota è superiore al 50% in Italia e Bulgaria (rispettivamente, 55,2% e 53,6%). In Italia, inoltre, un medico su quattro ha più di 65 anni. Nella maggior parte dei restanti Stati membri per i quali sono disponibili dati, la quota dei medici ultra 55enni è compresa tra il 24,3-38,2%; quote minori si registrano a Malta (21,9%), Romania (20,4%) e Irlanda (19,7%) (1) (dati non presenti nei grafici).

<sup>1</sup>Il medico di famiglia (medico di base) 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.





**Grafico 1** - Medici (valori per 1.000 abitanti) "praticanti" per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2016, 2021 (o anno più vicino)



<sup>1</sup>I dati si riferiscono ai medici abilitati.

<sup>2</sup>I dati si riferiscono ai medici professionalmente attivi (medici che forniscono assistenza diretta ai pazienti e medici che lavorano nel settore sanitario come manager, educatori, ricercatori etc.).

<sup>3</sup>I dati non includono i medici in formazione.

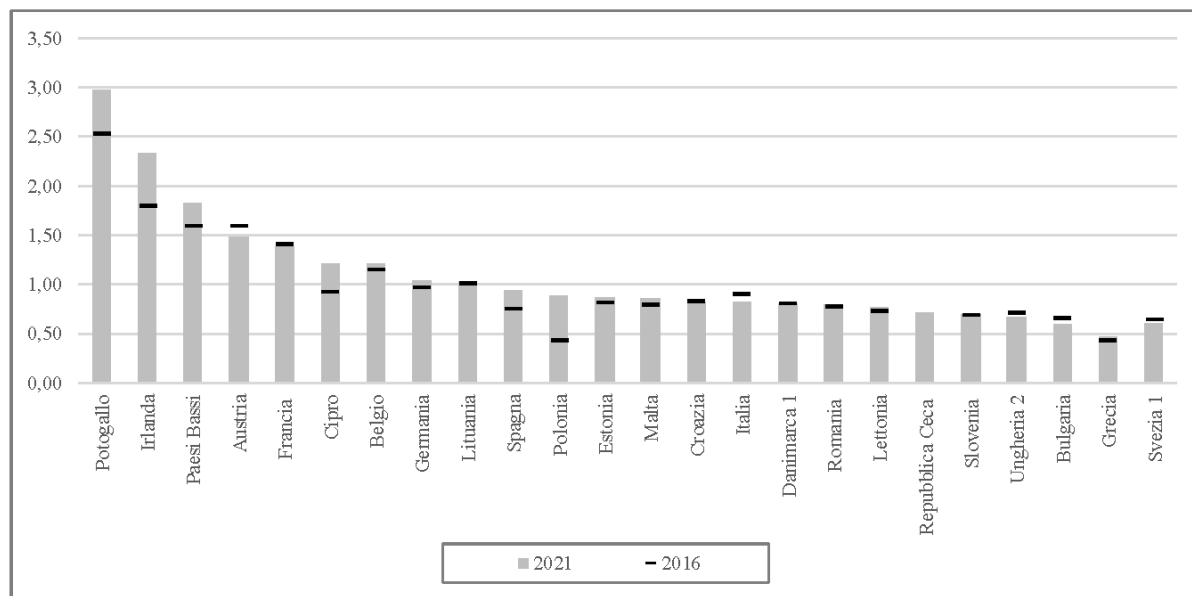
<sup>4</sup>Il dato del 2021 si riferisce al 2020; il dato del 2016 si riferisce alla media UE-28.

<sup>5</sup>I dati si riferiscono al 2017.

<sup>6</sup>Il dato del 2016 si riferisce alla media UE-28.

**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

**Grafico 2** - Medici generici (valori per 1.000) per Paese dell'Unione Europe-27 - Anni 2016, 2021 (o anni più vicini)



<sup>1</sup>I dati si riferiscono ai medici abilitati.

<sup>2</sup>I dati si riferiscono ai medici professionalmente attivi (medici che forniscono assistenza diretta ai pazienti e medici che lavorano nel settore sanitario come manager, educatori, ricercatori etc.).

**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.



### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Come già rilevato nelle Edizioni precedenti dei Rapporti Osservasalute, nei prossimi anni la dotazione di medici disponibili per la cura e l'assistenza della popolazione potrebbe non essere sufficiente a garantire la crescente domanda di assistenza sanitaria espressa dalla popolazione in continuo invecchiamento.

Attualmente, in Europa si osserva già una carenza di MMG soprattutto nelle aree rurali (2). Alcuni Paesi hanno intrapreso iniziative per aumentare il numero di posti di formazione in Medicina Generale, ad esempio, in Francia, dal 2017 almeno il 40% di tutti i posti di formazione post-laurea devono essere assegnati alla Medicina Generale (2); nei Paesi Bassi nel 2022, *The Advisory Council on Medical Manpower Planning* ha raccomandato al Governo di assegnare alla Medicina Generale nel periodo 2024-2027 quasi la metà di tutti i posti di formazione post-laurea disponibili (1).

In Italia la carenza di MMG e di altri ambiti specialistici, quali l'Emergenza-Urgenza, potrebbe raggiungere presto livelli critici se non sarà possibile sostituire completamente i medici *over 55* anni che nei prossimi anni andranno in pensione.

Le Facoltà di Medicina e Chirurgia programmano di ristabilire dal 2030 un numero di medici specializzati consistente, con alcune specifiche carenze in discipli-

ne come Emergenza-Urgenza, Anestesia, Medicina di Laboratorio (3) che possono risultare meno appetibili. Per la specializzazione in Medicina Generale i concorsi regionali per accedere ai Corsi di Formazione Specifica per la Medicina Generale dovranno prevedere annualmente un numero di posti congruo alle necessità della Regione.

Il comparto della Medicina Generale è in crisi nei principali modelli europei universalistici e mutualistici. Per ovviare a questa situazione, o almeno limitare i danni, una digitalizzazione dei processi e dei servizi potrebbe essere utile, ma nei Paesi c'è una resistenza alla digitalizzazione e una scarsa alfabetizzazione digitale che inficiano le reali possibilità di utilizzo di questi sistemi. Probabilmente, una formazione riguardo queste componenti potrà consentire una migliore presa in carico degli utenti del servizio, con risparmi economici e la possibilità di allocare quelle risorse per altri servizi (4).

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) OECD Health at a glance: OECD indicators 2023.
- (2) OECD Health at a glance: Europe 2022.
- (3) Università Bocconi, Rapporto Oasi 2023.
- (4) CREA SANITA' 19° Rapporto Sanità.



## 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"

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

**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

In Italia, nel 2021 il numero di infermieri praticanti si conferma nettamente inferiore alla media europea: si

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

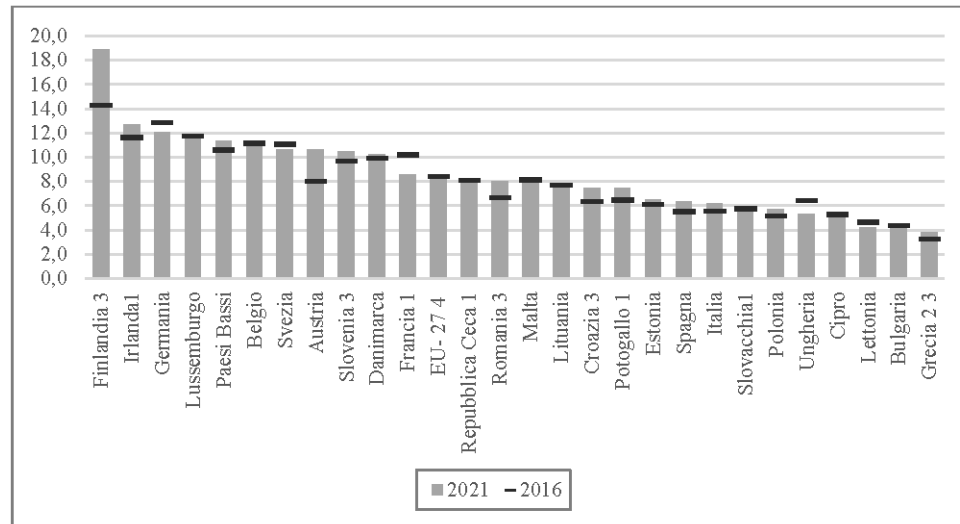
contano 6,2 infermieri per 1.000 abitanti a fronte di 8,3 per 1.000 in media UE-27. La disponibilità di personale infermieristico in rapporto alla popolazione è sensibilmente maggiore in Finlandia (18,9 per 1.000), Irlanda (12,7 per 1.000) e Germania (12,0 per 1.000), mentre è minore in Grecia (3,8 per 1000), Bulgaria (4,2 per 1000) e Lettonia (4,2 per 1000) (Grafico 1). Il numero di infermieri per 1.000 abitanti è cresciuto nella maggior parte dei Paesi UE-27 negli ultimi 5 anni con incrementi percentuali che variano tra il 32,7% della Finlandia al 2,4% della Lituania. In Italia, nello stesso arco temporale, il numero di infermieri è aumentato sia in termini assoluti (+9%) sia rispetto alla popolazione (+20%).

Tuttavia, nel nostro Paese rimane nettamente al di sotto della media UE-27 il rapporto infermiere/medico con un valore di 1,5 rispetto alla media UE-27 di 2,2. Il numero di infermieri supera di gran lunga il numero di medici nella maggior parte dei Paesi dell'UE-27 con un rapporto infermiere/medico che raggiunge valori massimi in Finlandia (5,2) e Lussemburgo (3,9), mentre lo stesso rapporto è molto più basso in Spagna e Cipro (entrambe 1,4), Portogallo (1,3), Lettonia (1,2) e Bulgaria (1,0) (Grafico 2).





**Grafico 1** - Infermieri (valori per 1.000) praticanti per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2016, 2021 (o anno più vicino)



<sup>1</sup>I 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.).

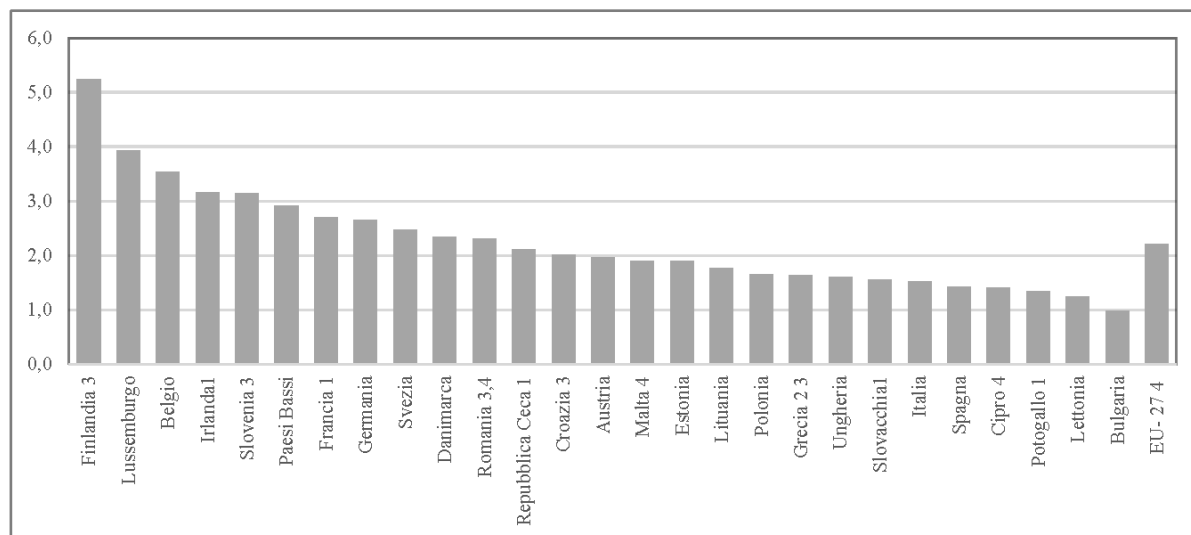
<sup>2</sup>I dati si riferiscono solo ad infermieri che lavorano in Ospedale.

<sup>3</sup>Gli infermieri professionali associati con un livello di qualifica inferiore rappresentano oltre il 50% degli infermieri in Slovenia, Croazia e Romania; tra il 33-50% in Grecia; tra il 15-30% in Finlandia.

<sup>4</sup>I dati del 2016 sono UE-27; i dati del 2021 si riferiscono al 2020.

**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

**Grafico 2** - Numero di infermieri in rapporto al numero di medici per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2021 (o anno più vicino)



<sup>1</sup>I 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.).

<sup>2</sup>I dati si riferiscono solo ad infermieri che lavorano in Ospedale.

<sup>3</sup>Gli infermieri professionali associati con un livello di qualifica inferiore rappresentano oltre il 50% degli infermieri in Slovenia, Croazia e Romania; tra il 33-50% in Grecia; tra il 15-30% in Finlandia.

<sup>4</sup>I dati del 2016 sono UE-27; i dati del 2021 si riferiscono al 2020.

**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.





### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Si prevede che la domanda di infermieri continuerà a crescere nei prossimi anni a causa dell'invecchiamento della popolazione, mentre molti infermieri si stanno avvicinando all'età della pensione.

Le preoccupazioni per la crescente carenza di personale hanno spinto molti Paesi ad aumentare il numero di studenti nei programmi di formazione infermieristica, anche se ci vorranno alcuni anni prima che l'impatto si faccia sentire. Una sfida persistente nei Paesi UE è la necessità di attrarre un maggior numero di studenti maschi verso l'infermieristica. La percezione generale è che l'infermieristica sia un "lavoro da donne" e che la professione abbia un basso status professionale e un'autonomia ridotti, e con limitate opportunità di progressione di carriera (3). Nella maggior parte dei Paesi, almeno l'80% degli studenti di ammissione ai programmi di infermieristica continua a essere di genere femminile, riflettendo la tradizionale composizione di genere della forza lavoro infermieristica.

Alcuni Paesi continuano a fare affidamento sul reclutamento internazionale per far fronte alle carenze di

infermieri, anche se ciò può aggravare le carenze nei Paesi in cui questi infermieri vengono reclutati.

In Italia, il numero di laureati in infermieristica è aumentato abbastanza rapidamente negli anni 2000 per poi diminuire dal 2013 e aumentare di nuovo negli anni della pandemia. L'aumento del numero di domande e di studenti ammessi ai programmi di formazione infermieristica dovrebbe portare nei prossimi anni a un aumento dei laureati in infermieristica.

Tuttavia, non è sufficiente formare un maggior numero di infermieri: c'è anche la necessità di trattenere gli infermieri nella professione una volta terminati gli studi. Ciò richiede un miglioramento delle condizioni di lavoro.

### **Riferimenti bibliografici**

(1) OECD, Health at a glance 2022.

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

(3) Mann, A. and V. Denis (2020), Can nursing thrive in the age of the coronavirus? What young people think about the profession, The OECD Forum Network.





## Disponibilità di posti letto

**Significato.** Il numero totale di posti letto in Ospedale 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. I posti letto per acuti sono destinati a pazienti per i quali l'intento clinico principale è quello di curare o trattare (anche alleviando i sintomi, riducendo la gravità o proteggendo da complicazioni) malattie o lesioni non mentali, eseguire interventi chirurgici, gestire il travaglio (ostetrico) ed eseguire procedure diagnostiche o terapeutiche. Comprendono anche i posti letto per le cure psichiatriche e non psichiatriche (per acuti)

### Posti letto in Ospedale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

Posti letto in Ospedale  
Popolazione residente

**Validità e limiti.** Sono esclusi i posti letto nelle strutture di cura residenziale. I dati per alcuni Paesi non coprono tutti gli Ospedali. In Irlanda, i dati si riferiscono solo agli Ospedali per acuti. I dati per la Svezia escludono i posti letto finanziati privatamente. I letti per l'assistenza in 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

L'analisi del numero di posti letto in Ospedale rispetto alla popolazione residente rivela che, nel 2021, in tutta l'UE-27 sono disponibili in media 5,2 posti letto ogni 1.000 abitanti. L'offerta maggiore si osserva in Bulgaria con una media di 7,9 posti letto per 1.000 abitanti, Germania con 7,8 per 1.000 e Romania con 7,2 per 1.000. All'opposto, l'offerta è sensibilmente minore in Svezia (2,0 per 1.000), Danimarca (2,5 per 1.000), Finlandia (2,8 per 1.000) e Irlanda (2,9 per 1.000) con meno di 3 posti letto per 1.000 abitanti. In Italia, nello stesso anno si registrano 3,1 posti letto per 1.000, in lieve flessione rispetto al 2016 (3,2 per 1.000), ma in linea con gli standard stabiliti dalla normativa italiana che pone il limite massimo di 3,7 posti letto per 1.000 abitanti (Grafico 1).

Come evidenziato nelle precedenti Edizioni del

disponibili negli Ospedali generali, Ospedali per la salute mentale e altri Ospedali specializzati.

I posti letto in Ospedale per la riabilitazione ospitano pazienti con l'intento principale di stabilizzare, migliorare o ripristinare le funzioni e le strutture corporee compromesse, compensare l'assenza o la perdita di funzioni e strutture corporee, migliorare le attività e la partecipazione e prevenire menomazioni, complicazioni mediche e rischi.

I posti letto per lungodegenti negli Ospedali sono destinati a pazienti che necessitano di assistenza a lungo termine a causa di menomazioni croniche e di un grado ridotto di indipendenza nelle attività quotidiane.

Rapporto Osservasalute, da oltre un decennio il numero di posti letto ospedalieri sta diminuendo in quasi tutti i Paesi dell'UE-27. L'evoluzione tecnologica ha permesso, infatti, sia di ridurre la durata media dei ricoveri sia di trattare alcune patologie in regime di DH e Day Surgery contribuendo, quindi, a determinare una minore dotazione di posti letto ospedalieri per la degenza ordinaria. L'offerta di posti letto ospedalieri rispetto al 2016 è diminuita del 29,5% in Finlandia e di oltre il 10% nei Paesi Bassi (-18,7%), in Svezia (-14,5%), Lussemburgo (-13,3%) e Malta (-11,3%). All'opposto, la disponibilità di posti letto è aumentata in Bulgaria (+9,0%), Romania (+5,3%), Croazia (+3,4%), Portogallo (+2,7%) e Grecia (+1,6%) (Grafico 1).

Analizzando l'offerta dei posti letto per acuti, nel 2021 la quota più alta si registra in Portogallo e Irlanda, rispettivamente il 95,1% e 93,5% dei posti letto disponibili. All'opposto, meno di due terzi di tutti i posti letto ospedalieri sono destinati agli acuti in Croazia (63,7%), Ungheria (63,2%) e Repubblica Ceca (62,4%). Negli altri Paesi UE-27 i posti letto per acuti rappresentano meno del 90% di tutti i posti letto e in Italia si registra una quota dell'83,4% (Grafico 2). I posti letto per la funzione di assistenza riabilitativa, nel 2021, raggiungono il massimo in Polonia (29,3% del numero totale di posti letto ospedalieri), ma quote superiori al 20% si osservano anche in Germania (25,1%), Ungheria (20,8%) e Lussemburgo (20,5%). La disponibilità di posti letto per la riabilitazione è, invece, nettamente più bassa in Spagna (1,3%), Portogallo (1,1%), Irlanda (1,0%) e Grecia (0,9%). L'Italia si colloca in una situazione intermedia con il



## LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

563

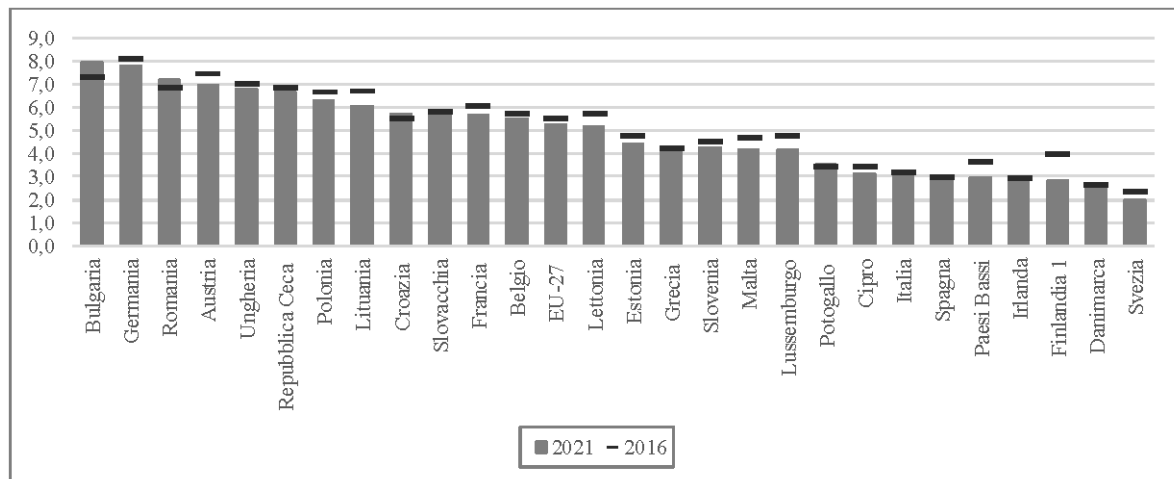
12,7% dei posti letto destinati alla riabilitazione (Grafico 2).

Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE per i quali sono disponibili dati, i posti letto per l'assistenza a lungo termine rappresentano meno del 15% del numero totale di posti letto ospedalieri nel 2021. Si osservano quote più elevate in Ungheria (16,0%), Croazia (17,5%), Paesi Bassi (21,6%) e Repubblica Ceca (28,6%). In Italia, 3,8% dei posti letto sono destinati alla lungodegenza mentre questa quota è dello 0,5% in Polonia e non ci sono posti letto per l'assistenza a lungo termine in Germania e Portogallo (Grafico 2).

Analizzando l'offerta di posti letto rispetto alla proprietà pubblica o privata degli Ospedali, si osservano

sensibili differenze tra i Paesi UE-27 per i quali sono disponibili i dati. Nel 2021, oltre il 90% dei posti letto sono in Ospedali di proprietà pubblica in Slovenia (98,9%), Lituania (98,6%), Croazia (98,1%), Estonia (94,8%), Malta (94,6%), Danimarca (93,3%), Romania (92,3%) e Lettonia (91,3%). In Italia, tale quota è del 64,0% ed è diminuita rispetto al 2016 quando era del 67,1%. Appartengono, invece, ad Ospedali del settore privato non profit tutti i posti letto ospedalieri disponibili nei Paesi Bassi, e la maggior parte dei posti letto in Belgio (73,5%). La quota più alta di posti letto in Ospedali di proprietà privata profit si registra a Cipro (47,0%); seguono con quote superiori al 30% Italia (36,0%), Germania (31,6%) e Grecia (31,2%) (Grafico 3).

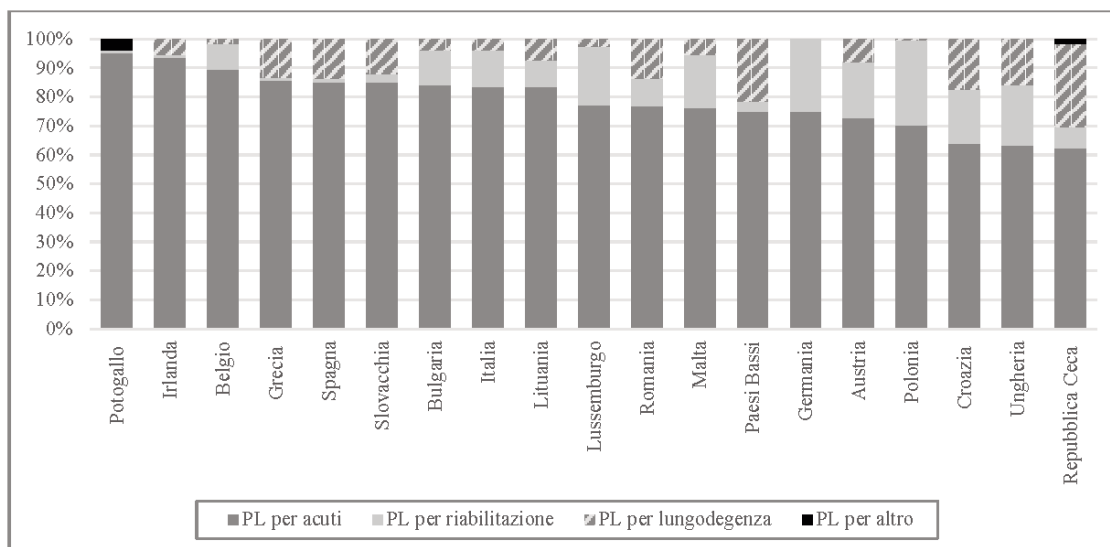
**Grafico 1** - Posti letto (valori per 1.000) per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2016, 2021 (o anno più vicino)



<sup>1</sup>Per il 2021 il dato è del 2020.

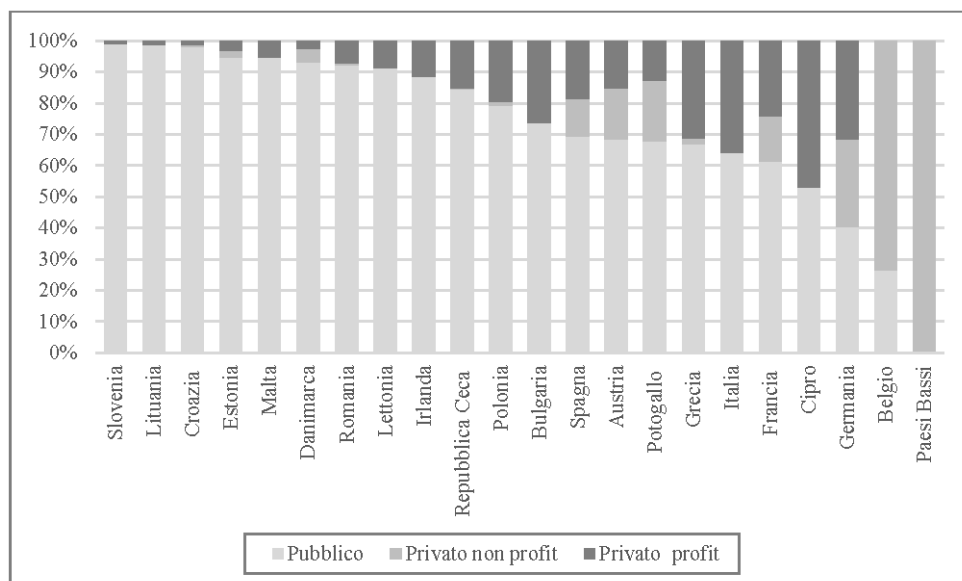
**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

**Grafico 2** - Posti letto (valori per 100) per destinazione - Anno 2021



**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.



**Grafico 3** - Posti letto (valori per 100) per tipo di proprietà - Anno 2021

**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La pandemia da COVID-19 ha reso evidente come, per far fronte alle emergenze sia necessario non solo disporre di un numero sufficiente di posti letto ospedalieri, ma anche di saper disporre di una certa flessibilità nel loro utilizzo. Tuttavia, un'eccedenza di posti letto potrebbe comportare un ricorso eccessivo ai ricoveri e, quindi, ad un incremento ingiustificato dei costi. Pertanto, è necessario trovare un corretto equilibrio tra la garanzia di un sufficiente numero di posti letto e un loro utilizzo efficiente (1).

Si sta rafforzando la consapevolezza che il modello di cure centrato sugli Ospedali è destinato ad evolvere verso un sistema assistenziale dinamico, integrato con la rete dei servizi territoriali come altri plessi ospedalieri, le case di comunità, le Residenze Sanitarie per Anziani, i presidi di PS locale e le farmacie.

La riorganizzazione dei processi di cura nel disegno di rete presuppone che il paziente sia al centro del sistema, in un continuum assistenziale tarato sui suoi bisogni di cura con il coinvolgimento ed il coordinamento di professionisti e servizi diversi.

Su questi temi il PNRR e il DM n. 77/2022 dovrebbero dare un impulso. Il PNRR non solo ha destinato risorse economiche, ma ha anche tracciato la strada verso nuove tipologie e architetture di strutture sanitarie. In questa prospettiva, la digitalizzazione degli "Ospedali del futuro" e la gestione dell'intera filiera dei servizi rappresenta un elemento cruciale per la sanità del futuro.

### Riferimenti bibliografici

(1) OECD, Health at a glance 2023.



## 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"<sup>1</sup> e "assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria"<sup>2</sup>, mentre quella privata in "assicurazioni sanitarie volontarie"<sup>3</sup> e "spesa diretta delle famiglie"<sup>4</sup>.

### 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. 1338/2008 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 (6, 10), 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 all'Ufficio Statistico dell'UE (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 delle attività di due gruppi di lavoro inter-istituzionali coordinati 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. Il primo gruppo ha concluso il proprio mandato nel 2016, mentre il secondo gruppo, che ha aggiornato le stime ed introdotto nuove fonti, ha concluso il proprio mandato nel 2021.

I dati relativi alla spesa sanitaria per l'Italia sono disponibili al 2022, ma per i confronti internazionali

<sup>1</sup>Include 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 dell'Amministrazione Pubblica.

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

<sup>3</sup>Si 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.

<sup>4</sup>Riguarda 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.



l'ultimo anno disponibile è il 2021. Per valutare gli effetti della pandemia da COVID-19 vengono presentati gli andamenti degli indicatori dal 2019.

Le stime sono disponibili solo a livello nazionale senza il dettaglio a livello regionale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** La spesa sanitaria dell'Italia viene confrontata con quella media dei Paesi dell'UE, quando disponibile, e con i grandi Paesi europei.

### Descrizione dei risultati

Nel 2022, la spesa sanitaria corrente in Italia è pari a 171.867 milioni di €; essa incide per l'8,8% sul PIL e per il 75,9% (130.364 milioni di €) è finanziata dal settore pubblico. La spesa sanitaria privata, pari a 41.503 milioni di €, è quasi interamente finanziata dalle famiglie (88,8%).

Oltre la metà della spesa sanitaria è destinata all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (52,9%). Il 20,3% è impiegato per i prodotti farmaceutici e gli altri apparecchi terapeutici, mentre l'assistenza sanitaria a lungo termine (*Long Term Care*) assorbe il 9,8% 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'8,7% della spesa sanitaria e il 6,5% è destinato ai servizi per la prevenzione delle malattie. Dal lato degli erogatori di assistenza sanitaria, gli Ospedali assorbono il 43,7% della spesa sanitaria, i servizi di assistenza ambulatoriale il 23,4% e le farmacie e altri fornitori di presidi medici il 15,3%. Un ulteriore 5,6% della spesa sanitaria è relativa alle strutture di assistenza residenziale a lungo termine (dati non presenti in grafici e tabelle).

Nel 2021, 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 (2.791€ vs 3.562€) che in rapporto al PIL (9,2% vs 10,9%). Il nostro Paese si colloca al 13o posto della graduatoria dei Paesi UE per la spesa pro capite, sotto Repubblica Ceca e Malta e molto distante da Francia (4.200€ pro capite) e Germania (5.156€), mentre la Spagna presenta un valore di poco inferiore a quello dell'Italia (2.769€). Germania, Austria, Olanda e Danimarca sono i Paesi con la spesa pro capite, a parità di potere d'acquisto, più elevata, >4.300€. Tutti i Paesi dell'Est-Europa presentano valori significativamente più bassi dell'Italia, con un minimo in Romania (1.662€). Per la spesa sanitaria rispetto al PIL, l'Italia occupa la 14a posizione nella graduatoria dei Paesi con l'indicatore più alto. Germania, Francia e Austria sono i Paesi con l'incidenza più elevata, >12%, mentre all'estremo inferiore della graduatoria si trovano per ragioni opposte:

Lussemburgo con 5,7% (Paese con elevata ricchezza), Polonia e Romania, rispettivamente, con 6,4% e 6,5% (Paesi con bassi livelli di spesa) (Grafico 1).

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha causato un incremento della spesa sanitaria a partire dal 2020 in tutti i Paesi europei. In Italia la variazione della spesa sanitaria, in termini reali, tra il 2020 e il 2021 è stata del 3,6%, incremento ancora più alto rispetto a quello registrato tra il 2020 ed il 2019 (+2,2%) e, di gran lunga superiore alla variazione media annua del periodo 2015-2019, pari allo 0,9% (Grafico 2).

L'impatto della pandemia sulla spesa sanitaria è stato ancora più marcato in gran parte dei restanti Paesi europei. Le più alte variazioni, in termini reali, della spesa sanitaria nel 2021 rispetto al 2020 sono state registrate in Lettonia (+33,1%), Cipro (+20,8%), Croazia (+18,2%) e Slovacchia (+13,3%). Variazioni della spesa nel 2021 rispetto al 2020 superiori al 5,8% (Polonia) vengono registrate da tutti i Paesi dell'Est-Europa, ed in particolare da quelli che nel 2020, presentavano le variazioni rispetto al 2019 più consistenti, che erano del 19,2% in Bulgaria, 15,3% in Repubblica Ceca, 11,9% in Ungheria e 10,3% in Estonia. Tali incrementi confermano l'area dell'Est-Europa come quella più interessata dall'aumento in termini reali della spesa sanitaria nel biennio. Variazioni significative della spesa sanitaria nel 2021 rispetto al 2020 si registrano, comunque, in Paesi di altre aree dell'Europa, quali Portogallo (+11,5%), Austria (+10,9%) e Finlandia (+9,9%) (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'8,7-8,9% nel periodo 2013-2019 è aumentata al 9,6% nel 2020 per poi scendere a 9,2% nel 2021.

Per la media dei Paesi europei (UE-27) nel 2021 non si rileva alcuna variazione dell'indicatore che, dopo il picco registrato ad inizio pandemia, si attesta nuovamente al 10,9%. La Spagna, che nel 2020 aveva registrato la variazione più consistente dell'indicatore (da 9,1% nel 2013 a 10,7% nel 2020), nel 2021 mostra una lieve diminuzione passando al 10,6%. Germania e Francia, invece, dopo l'aumento registrato nel 2020, in linea con la media UE-27, nel 2021 mostrano un incremento dell'indicatore di circa 2 p.p. raggiungendo valori, rispettivamente, pari a 12,9% e 12,3% (Grafico 3).

In tutti i Paesi dell'UE la maggior parte della spesa sanitaria è finanziata dal settore pubblico, anche se con percentuali molto diverse, che nel 2021 vanno da un massimo dell'86,4% in Repubblica Ceca ad un minimo del 62,1% in Grecia. L'Italia si colloca in una posizione intermedia con il 75,5% di spesa pubblica nel 2021 (era il 73,7% nel 2019). È evidente per tutti i Paesi, un aumento dell'incidenza della spesa pubbli-

<sup>1</sup>I dati dell'Italia, riferiti all'anno 2022, sono disponibili sul sito IstatData: Sistema dei conti della sanità, edizione 2023.

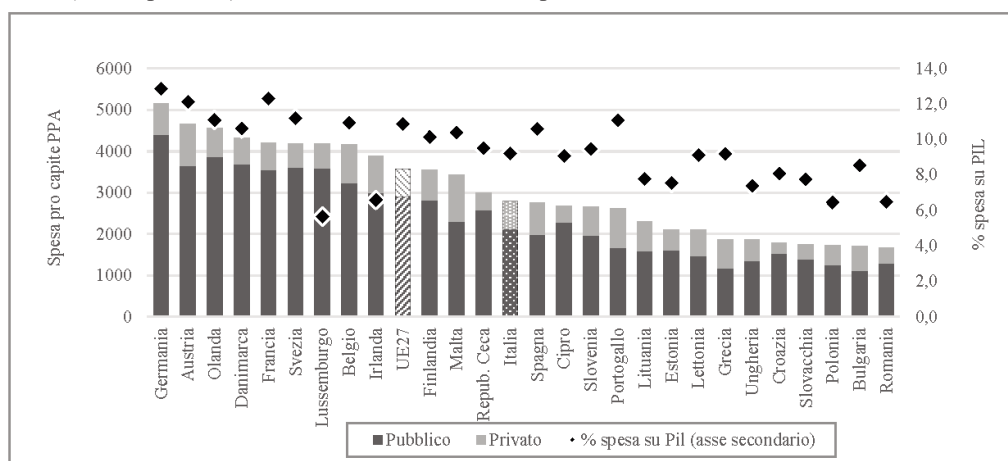




ca sul totale negli anni 2020 e 2021 rispetto al 2019, dovuto alle maggiori spese sostenute per il COVID-19: la media UE-27 è passata da 79,5% nel 2019 a 81,2% e 81,1%, rispettivamente, nel 2020 e 2021. Rispetto al 2019, i Paesi in cui è aumentata in maniera significativa la componente di spesa pubblica nel 2021 sono Cipro (da 54,2% a 85,3%) e Lettonia (da 60,1% a 69,5%). L'incidenza della spesa finanziata dal settore pubblico è, invece, diminuita per la Romania passando da 80,5% nel 2019 a 78,3% nel 2021. 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, Lettonia, Spagna e Malta. I regimi di finanziamento basati su assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (che generalmente fanno parte del sistema di sicurezza sociale), invece, sono predominanti in Francia, Lussemburgo, Croazia, Germania, Olanda, Repubblica Ceca e Slovacchia. (Grafico 4). La spesa privata rispetto alla spesa totale, nel 2021, varia dai valori più bassi di Lussemburgo (12,8%), della Repubblica Ceca (13,6%) e Svezia (14,1%), ai valori più alti di Bulgaria (35,3%), Portogallo (36,8%) e Grecia (37,7%). L'Italia si colloca in 11a posizione con il 24,5%. Rispetto al 2019 l'incidenza della spesa privata è aumentata solo in Romania dal 19,6% al 21,7% (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 51,5% nel 2021. In Italia tale quota è leggermente più elevata (53,0%), in Spagna sale al 58,3%. In Germania la quota è inferiore al 50%. Nel 2021 per l'assistenza ospedaliera, in Italia, si è speso il 29,4% delle risorse a fronte del 27,6% della media UE-27; l'incidenza più bassa si registra in Finlandia (21,4%), mentre quella più alta a Cipro (46,7%) (Tabella 1). Mentre l'assistenza ospedaliera è largamente finanziata con risorse pubbliche (Italia 96,5%, media UE-27 93,4%), l'assistenza ambulatoriale e domiciliare in Italia è a finanziamento pubblico solo per il 61,6%, a fronte dell'83,1% in Germania e 84,1% in Francia. Ancora più bassa in Italia è la percentuale di spesa pubblica per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (56,1%) a fronte di una quota superiore al 75% in Germania e Francia. Per questa funzione, in Italia, l'incidenza sulla spesa totale è del 20,0%, valore più basso di quello registrato in Spagna (21,5%), ma più alto di Francia (18,6%) e Germania (18,5%). Il valore minimo (9,7%) si è registrato in Danimarca, mentre il valore massimo (32,0%) 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 9,8% delle risorse (finanziata per tre quarti dal settore pubblico), valore significativamente più basso della media UE-27 (16,0%); in Spagna tale percentuale ammonta all'8,9% (83,5% a carico delle finanze pubbliche), mentre la Germania impiega il 19,2% delle risorse (73,1% pubbliche) e la Francia il 15,9% (77,0% pubbliche). La quota maggiore, pari al 27,5%, 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 2021



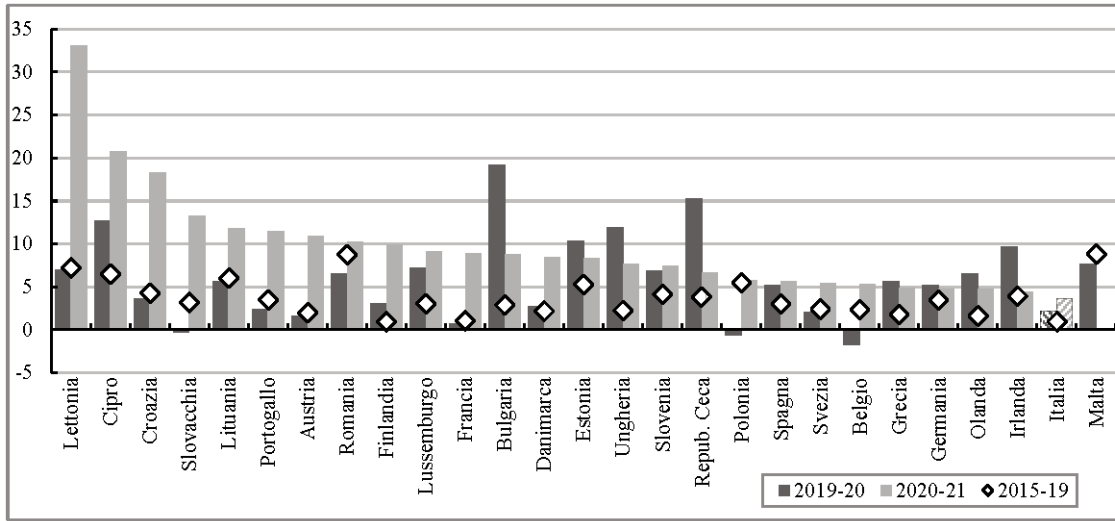
**Nota:** la media UE è pesata. I dati 2021 di Malta, Polonia e Finlandia sono provvisori.

**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2023.





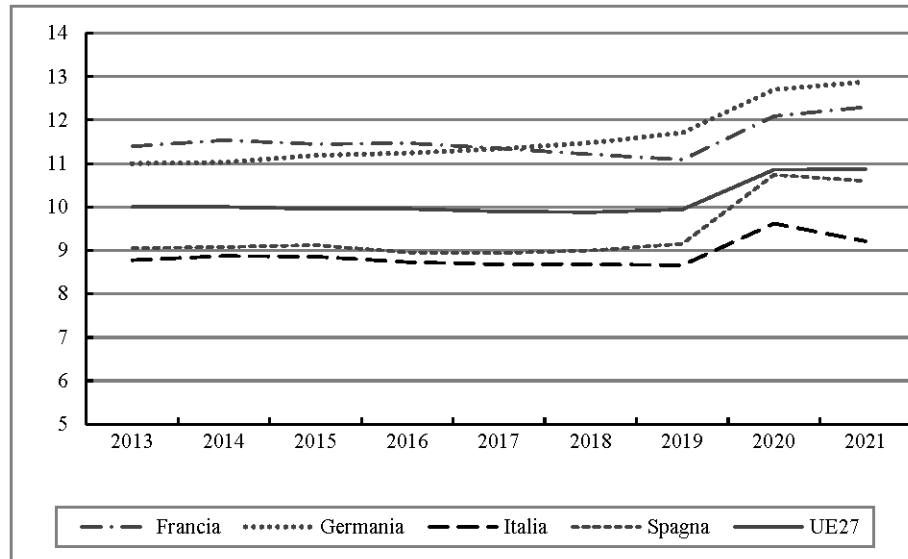
**Grafico 2** - Variazione (valori per 100) media annua (in termini reali) della spesa sanitaria corrente pro capite nei Paesi dell'Unione europea-27 - Anni 2015-2019, 2019-2020, 2020-2021



**Nota:** La variazione 2020-2021 per Malta non è disponibile.

**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics. Anno 2023.

**Grafico 3** - Spesa (valori in €) sanitaria corrente e rispetto al Prodotto Interno Lordo (valori per 100) in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2013-2021



**Nota:** la media UE è pesata.

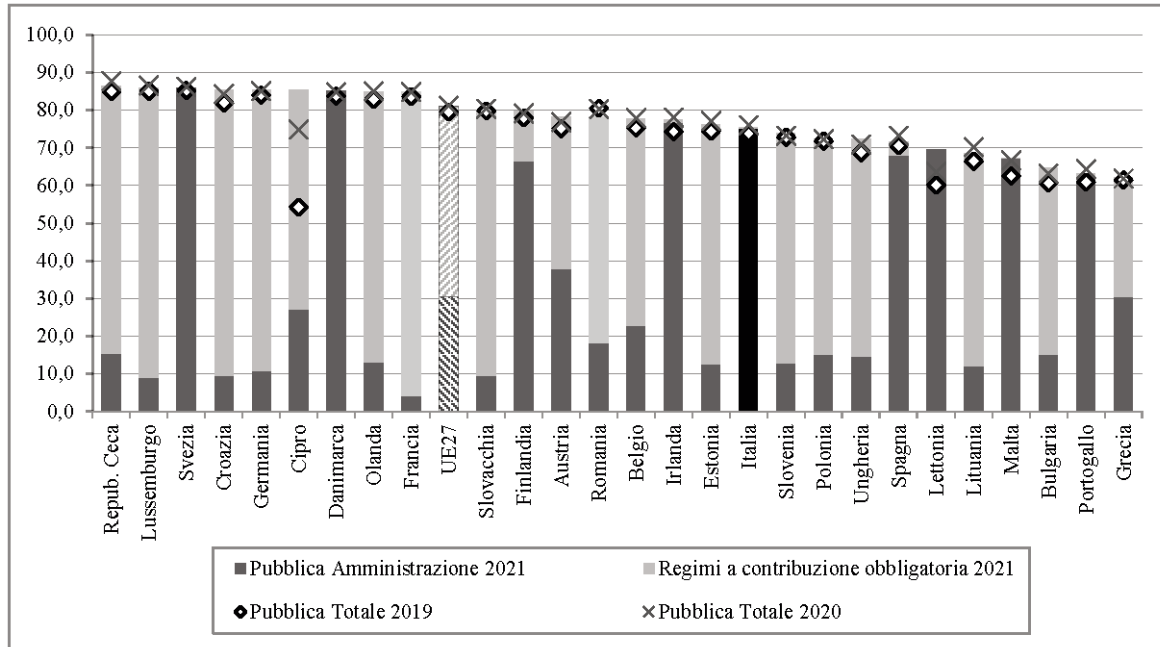
**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2023.







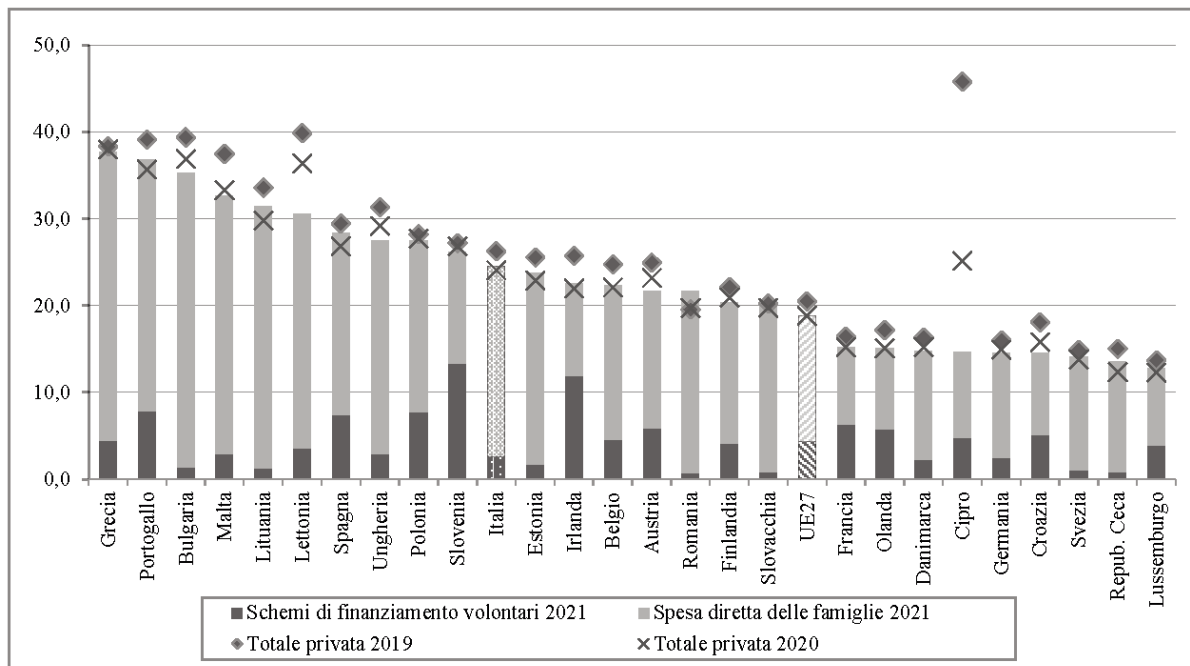
**Grafico 4** - Spesa (valori per 100 rispetto alla spesa sanitaria corrente totale) sanitaria corrente a finanziamento pubblico per tipo di finanziamento nei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anni 2019-2021



**Nota:** la media UE non è pesata. I dati 2021 di Malta, Polonia e Finlandia sono provvisori.

**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2023.

**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 2019-2021



**Nota:** la media UE non è pesata. I dati 2021 di Malta, Polonia e Finlandia sono provvisori.

**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2023.



**Tabella 1 - Spesa (valori per 100 rispetto alla spesa totale e valori per 100 di spesa pubblica) sanitaria corrente per funzione di assistenza in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2019-2021**

Paesi	Anni	Assistenza ospedaliera			Assistenza ambulatoriale e domiciliare			Assistenza (sanitaria) a lungo termine			Servizi ausiliari			Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici			Servizi prevenzione delle malattie			Altro <sup>oo</sup>		
		% su spesa totale	% pub su spesa	% pub totale	% su spesa totale	% pub su spesa	% pub totale	% su spesa totale	% pub su spesa	% pub totale	% su spesa totale	% pub su spesa	% pub totale	% su spesa totale	% pub su spesa	% pub totale	% su spesa totale	% pub su spesa	% pub totale			
Italia	2019	29,7	95,7	60,9	10,4	74,3	74,3	8,2	74,8	21,2	55,8	4,7	88,4	1,6	46,8							
	2020	30,4	96,8	62,5	10,1	75,8	75,8	8,5	80,1	20,5	57,0	5,4	91,7	1,7	45,4							
	2021	29,4	96,5	61,6	9,8	75,2	75,2	8,7	78,9	20,0	56,1	6,8	93,1	1,7	46,1							
Francia	2019	26,9	95,3	82,3	15,8	75,2	75,2	4,6	87,7	19,8	78,6	2,0	66,0	5,6	72,4							
	2020	27,6	96,4	85,1	16,5	76,6	76,6	4,2	88,1	19,4	78,5	3,1	78,6	5,4	72,6							
	2021	27,7	96,1	84,1	15,9	77,0	77,0	4,4	87,0	18,6	78,3	5,5	87,0	5,0	72,8							
Germania	2019	27,3	96,8	82,4	19,2	70,1	70,1	4,9	94,8	18,6	74,9	3,4	91,4	4,4	93,5							
	2020	28,2	97,3	83,5	19,7	72,0	72,0	5,0	95,0	18,2	76,4	3,3	91,9	4,4	93,5							
	2021	26,3	97,3	83,1	19,2	73,1	73,1	4,8	95,2	18,5	76,0	6,4	96,0	4,2	93,3							
Spagna	2019	27,6	88,5	30,8	9,4	83,9	83,9	5,0	95,8	22,2	47,5	2,1	98,9	2,9	42,7							
	2020	28,9	89,2	29,8	9,0	84,7	84,7	5,1	96,1	21,2	48,3	3,0	98,8	3,0	41,5							
	2021	28,2	88,7	30,1	8,9	83,5	83,5	5,0	95,5	21,5	46,8	3,4	99,0	2,9	42,9							
UE-27	2019	28,3	92,5	75,1	16,3	78,8	78,8	4,8	85,9	18,7	64,5	2,9	83,4	3,9	77,3							
	2020	28,9	93,7	77,3	16,6	80,0	80,0	4,8	87,7	18,2	65,3	3,5	87,2	3,9	77,6							
	2021	27,6	93,4	76,3	16,0	80,2	80,2	4,8	87,0	17,8	64,7	6,0	92,4	3,7	78,1							
Minimo*	2019	Malta (21,5)		Romania (13,1)	Bulgaria (0,1)				Danimarca (0,0)	Danimarca (10,8)	Slovacchia (0,8)	Finlandia (1,0)										
	2020	Finlandia (22,4)		Romania (11,2)	Slovacchia (0,4)				Danimarca (0,0)	Danimarca (10,6)	Slovacchia (1,0)	Finlandia (0,9)										
	2021	Finlandia (21,4)		Romania (12,1)	Slovacchia (0,4)				Danimarca (0,0)	Danimarca (9,7)	Malta (1,2)	Finlandia (0,8)										
Massimo*	2019	Romania (43,7)		Portogallo (39,1)	Olanda (27,9)				Cipro (11,7)	Bulgaria (36,1)	Italia (4,7)	Francia (5,6)										
	2020	Romania (45,7)		Finlandia (36,5)	Olanda (28,9)				Lettonia (12,0)	Lettonia (34,0)	Finlandia (5,6)	Francia (5,4)										
	2021	Cipro (46,7)		Finlandia (36,2)	Olanda (27,5)				Lettonia (12,6)	Bulgaria (32,0)	Austria (10,3)	Slovacchia (9,0)										

<sup>o</sup>L'assistenza domiciliare a malati a lungo termine è compresa nella voce "Assistenza (sanitaria) a lungo termine".

<sup>oo</sup>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 per la funzione corrispondente rispetto al totale della spesa.

**Nota:** la media UE non è pesata. I dati 2021 di Malta, Polonia e Finlandia sono provvisori.

Nei servizi ausiliari il valore prossimo allo 0 (0,002%) della percentuale per la Danimarca per tutti e 3 gli anni dipende dal fatto che una parte della spesa è mancante e ricompresa in altre funzioni di erogazione.

**Fonte dei dati:** OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2023.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

I dati relativi al 2021, confermano che la spesa sanitaria in Italia, sia complessivamente, sia nelle componenti pubblico-privato, si colloca su livelli medi nel contesto dell'UE e più bassi rispetto a quelli di altri importanti Paesi, quali Francia e Germania. Questo è vero sia in termini di valore pro capite sia in rapporto al PIL, come già rilevato per gli anni precedenti.

Dopo la crescita registrata nel biennio 2020-2021 dovuta alle azioni attuate per arginare la diffusione della pandemia da COVID-19, in Italia e nella maggior parte dei Paesi dell'UE, la spesa sanitaria pubblica corrente, continua ad aumentare nel 2022. Questo è dovuto al consolidamento di alcuni costi maturati nei 2 anni precedenti e all'aumento dei prezzi delle fonti energetiche conseguente allo scoppio della guerra in Ucraina. Questi fenomeni ritardano il rallentamento della spesa pubblica ed il ritorno degli indicatori ai livelli pre-COVID-19.

Dal lato della spesa privata, in Italia, dopo l'incremento registrato nel 2021 per effetto della ripresa della domanda di prestazioni (diagnostica e laboratorio, screening, follow-up ed altre) interrotte nel 2020 per il COVID-19, nel 2022 si registra un rallentamento (0,8% rispetto al 2021). La spesa privata registra una variazione in termini reali del -5,7%, rispetto al 2021, che evidenzia una diminuzione della quantità di prestazioni finanziate dai privati ed in particolare dalle famiglie.

Il sistema sanitario ha, dopo l'emergenza sanitaria, difficoltà a garantire l'imprescindibile obiettivo di tutela della salute dei cittadini in un contesto nazionale ed internazionale sempre più complicato, a cui si

aggiungono la competizione tra settore pubblico e privato, i tempi di attesa e la carenza di professionisti sanitari. Questi fattori portano ad una riduzione di domanda di prestazioni sanitarie determinata anche dai maggiori costi. Tutto questo potrebbe essere indicativo, nei prossimi anni, di una progressiva riduzione del ricorso alle prestazioni necessarie con conseguente aumento delle disuguaglianze nell'accesso alle cure in un contesto economico complesso.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Eurostat, Eurostat Database. Disponibile sul sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>.
- (2) Eurostat, Healthcare Expenditure Statistics. Disponibile sul sito: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_expenditure\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics).
- (3) OECD, Oecd Health Statistics 2023. Disponibile sul sito: [www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm).
- (4) OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- (5) 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>.
- (6) OECD, Eurostat, WHO (2017). A System of Health Accounts (SHA, revised edition), Paris, OECD.
- (7) OECD, Eurostat, WHO (2017). Expenditure on Prevention Activities under SHA 2011: Supplementary Guidance - March 2017 version, Paris, OECD.
- (8) OECD, Eurostat, WHO (2014). Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.
- (9) OECD, Eurostat, WHO (2013). Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health Insurance, Paris, OECD.
- (10) OECD, Eurostat, WHO (2012). Guidelines for Accounting Long-Term Care Expenditure under SHA 2011, Paris, OECD.

