



La sanità italiana nel confronto europeo

Questa Edizione del Rapporto Osservasalute vuole presentare alcuni indicatori, comparabili a livello internazionale, relativi sia allo stato di salute che alle caratteristiche dei servizi sanitari offerti per la cura e la prevenzione delle malattie, allo scopo di evidenziare alcune caratteristiche del sistema sanitario italiano soprattutto nel contesto europeo.

La “Strategia 2020”, promossa dalla Regione europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1), si pone come obiettivo il miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle diseguglianze, individuando quattro ambiti prioritari di azione politica: investire sulla salute anche attraverso l’*empowerment* delle persone; fronteggiare al meglio la diffusione delle malattie; rafforzare i servizi sanitari con al centro la persona e migliorare le capacità di azione dei sistemi di sorveglianza di Sanità Pubblica per affrontare anche le emergenze.

L’Italia è tra i Paesi più longevi d’Europa e del mondo: secondo gli ultimi dati disponibili (2) nel 2015 si colloca al secondo posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (80,3 anni) e al terzo posto dopo Francia e Spagna per le donne (84,9 anni), a fronte di una media dei Paesi dell’European Union (UE) di 77,9 anni per gli uomini e di 83,3 anni per le donne (2). Anche rispetto agli anni di vita attesa all’età di 65 anni gli uomini e le donne italiane vivono in media 1,0 anni in più del valore medio europeo (rispettivamente, 18,9 anni vs 17,9 anni e 22,2 anni vs 21,2 anni).

L’Italia presenta un livello di mortalità complessiva tra i più bassi in Europa (in linea con quelli di Francia e Spagna) e inferiore alla media dell’EU-28, sia negli uomini (1.079 decessi ogni 100.000 residenti vs 1.254 decessi ogni 100.000 residenti) che nelle donne (699 per 100.000 vs 818 per 100.000). Tra i Paesi con tassi di mortalità per cardiopatie ischemiche al di sotto della media dell’EU-28, l’Italia occupa la 21^a posizione nella graduatoria. Nel caso delle malattie cerebrovascolari, l’Italia si colloca a metà della graduatoria, presentando valori in linea con la media dell’EU-28, ma più elevati rispetto a Regno Unito, Germania, Spagna e Francia. Rispetto alla mortalità per tumori l’Italia ha un valore del tasso inferiore alla media dell’EU-28, collocandosi al 20° posto della graduatoria. Infine, il tasso di mortalità per suicidi nel nostro Paese è tra i più bassi d’Europa, al terzultimo posto prima di Cipro e Grecia.

Approfondendo l’analisi della speranza di vita senza limitazioni, dovuta a problemi di salute, la situazione cambia: ad eccezione della Svezia, gli altri Paesi ai primi posti della graduatoria per speranza di vita alla nascita degli uomini, come Spagna e Italia, scendono, rispettivamente, al 7° e 11° posto; per le donne, Francia e Spagna scendono al 6° e 8° posto, mentre l’Italia va nella 15^a posizione, quindi anche al di sotto della media dell’UE.

Tali dati dimostrano che in Italia, nonostante il guadagno avuto in termini di vita media alla nascita nel corso degli ultimi 30 anni, c’è ancora molto da fare per migliorare la qualità degli anni di vita per la popolazione anziana: è soprattutto tra gli ultra 75enni che nel nostro Paese si osservano livelli di cronicità e riduzione di autonomia superiori alla media europea, caratterizzati anche da maggiori differenze di genere. Ciò è in parte dovuto alla presenza in Italia di un’alta quota di ultra 80enni (6,5% vs 5,3% dell’EU-28) e, in parte, alla minore quota di persone istituzionalizzate, ossia ospiti nelle case di cura, che si riscontra rispetto ad altri Paesi in cui l’assistenza socio-sanitaria del sistema di *welfare* è erogata maggiormente attraverso la fornitura di servizi e strutture di accoglienza residenziale invece che da sussidi economici come nel nostro Paese (3) (2,0% in Italia vs 4,0% in Svezia). Non sono da trascurare anche la maggiore prevalenza di artrosi, che caratterizza gli anziani italiani rispetto a quelli degli altri Paesi europei, ed il loro basso livello di attività fisica, come anche le fasce di età infantili della nostra popolazione.

La strategia che è stata intrapresa a livello europeo, per fronteggiare le priorità di azione del settore sanitario, è stata quella di occuparsi dell’invecchiamento in maniera attiva (*active ageing*) (3), implementando azioni e politiche di tipo sanitario ed economico-sociale, volte alla diminuzione della probabilità di trovarsi negli ultimi anni di vita con patologie croniche e gravi limitazioni funzionali, che compromettono l’autonomia, in modo da riuscire a modificare direttamente gli stili di vita della popolazione favorendo la prevenzione di molte malattie.

L’invecchiamento della popolazione pone delle sfide di sostenibilità dei sistemi sanitari sia per la cura che per l’assistenza di un numero sempre crescente di anziani con malattie croniche e ridotta autonomia.

In Italia, ci sono molti elementi su cui lavorare per implementare questa strategia di “invecchiamento





attivo”: si osserva una bassa quota della spesa sanitaria complessiva allocata da tutto il sistema sanitario all’assistenza sanitaria a lungo termine; il numero di infermieri è molto basso rispetto al numero di medici (categoria professionale che nel nostro Paese ha una età media tra le più elevate in Europa, molto vicina a quella in cui si va in pensione). Da questa analisi risulta prioritario per il nostro sistema sanitario orientare i servizi sanitari alle necessità della popolazione che invecchia, potenziando l’assistenza a lungo termine e l’assistenza domiciliare, con maggiori e rinnovate risorse economiche ed umane (soprattutto infermieri e personale specializzato nell’assistenza domiciliare). Allo stesso tempo, non bisogna sottovalutare i comportamenti a rischio nella popolazione, in particolare tra bambini e adolescenti (per il calo delle vaccinazioni e l’aumento della prevalenza di obesità) che potrebbero far regredire le aspettative di vita. L’Italia, si pone tra i Paesi con copertura vaccinale più bassa per Morbillo e Difterite-Tetano-Pertosse (DTP): nel 2015, soltanto Italia, Estonia, Lituania e Danimarca hanno riportato una copertura del 93% per DTP, inferiore alla soglia del 95% che è, invece, stata raggiunta da tutti gli altri Paesi europei. Per quanto riguarda la vaccinazione contro il Morbillo, nel 2015 l’Italia ha registrato una copertura pari a all’85%; nessun altro Paese ha riportato una copertura <90%; 6 Paesi (Danimarca, Estonia, Francia, Irlanda, Lituania e Slovenia) hanno riportato una copertura tra il 90-95%; i restanti 16 Paesi hanno registrato una copertura >95%.

Il quadro informativo che emerge dall’intero Capitolo, in cui si analizzano soprattutto i dati estratti dal Report dell’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) “Health at a Glance 2017” (4) ed i risultati dell’Indagine Europea sulla Salute (5-7), risente di un quadro di analisi completo da cui mancano i dati per l’Italia rispetto ad alcuni settori chiave per le decisioni di politica sanitaria, sia nazionale che internazionale, ossia quelli inerenti all’assistenza ambulatoriale e territoriale, alla spesa per patologia e per età, ai tempi delle liste di attesa per alcune tra le più frequenti prestazioni sanitarie e alle prescrizioni farmaceutiche per profilo patologico. La sfida per il futuro può derivare dall’attivazione e dall’implementazione del fascicolo sanitario elettronico e della tessera sanitaria, eventualmente integrati con altre fonti di carattere socio-economico, per avere dati per profili. Tale approccio permetterà degli interventi multisettoriali da parte delle politiche sociali e sanitarie mirati al miglioramento del benessere complessivo degli individui e della gestione organizzativa ed economica del *welfare* in generale.

Oggi è necessario attuare per l’Italia l’indicazione data da Martine Durand, responsabile delle statistiche dell’OCSE, nell’editoriale del Report “How’s Life? 2017” (8), che suggerisce ai singoli Paesi di migliorare i dati prodotti, soprattutto quelli per fare comparazioni, sia a livello nazionale che internazionale, e di continuare ad utilizzarli al meglio per sviluppare ed implementare nel brevissimo futuro le politiche del *welfare* con l’obiettivo di ridurre le disuguaglianze tra i gruppi sociali.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO, Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1. Traduzione in italiano. Disponibile sul sito: www.dors.it/alleg/newcms/201409/Health%202020_ita_DEF_SET2014.pdf.
- (2) Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_it.
- (3) WHO, 2002, Active Ageing A Policy Framework. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- (4) OECD Health at a Glance 2017. Disponibile sul sito: www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm.
- (5) Eurostat Database by themes: Health. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- (6) Istat Prevenzione e stili di vita in Italia e nell’Unione europea - Indagine Ehis 2015 - Aprile 2017. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/198878.
- (7) Istat Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell’Unione europea-Settembre 2017. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/203820.
- (8) OECD, How’s Life? 2017. Disponibile sul sito: www.oecd.org/std/how-s-life-23089679.htm.





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

Significato. La speranza di vita (o vita media) rappresenta l'indicatore più consolidato e condiviso delle condizioni di salute di una popolazione, consentendo il confronto tra i Paesi e la possibilità di misurare i guadagni di sopravvivenza nel tempo. L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona, che compie l' y^{mo} compleanno in un certo anno di calendario, potrebbe aspettarsi di vivere se nel corso della sua esistenza futura fosse esposta allo stesso rischio di morte osservato nel medesimo anno di calendario, a partire dall'età y . Questo indicatore tiene conto solo della quantità di anni che restano da vivere, quindi è importante affiancarlo con altri che ne misurino

anche la loro qualità, ovvero gli indicatori compositi delle speranze di vita secondo le condizioni di salute. 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*, inserito nelle indagini sociali sulla popolazione. Tale modulo considera la salute percepita, la presenza di malattie croniche e la presenza di limitazioni gravi o lievi nelle attività¹. Sulla base di quest'ultimo quesito si calcola la speranza di vita senza limitazioni (*Healthy Life Years-HLY*), il dato maggiormente utilizzato nei confronti europei.

Speranza di vita

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

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.

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

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.

Validità e limiti. Tra i vantaggi degli indicatori selezionati c'è il fatto che essi sono indipendenti dalla struttura per età della popolazione. In tal modo è possibile effettuare confronti nel tempo e nello spazio che, quindi, ben si prestano ai confronti internazionali. Si deve, comunque, tener conto che tali indicatori, essendo basati sull'ipotesi teorica di una completa stazionarietà dei rischi di morte alle diverse età, non tengono conto della dinamica effettiva nel tempo in cui possono evolvere le condizioni di salute della popolazione. Si aggiunga, poi, che nell'attuale fase della transizione sanitaria nella quale la mortalità è fortemente concentrata nelle età senili, l'indicatore pone in risalto soprattutto le differenze dei rischi di morte nella popolazione anziana. Inoltre, per superare il limite dato dal fatto che l'indicatore "speranza di vita" misura solo la quantità e non la qualità degli anni che restano da vivere, occorre affiancarlo con indicatori declinati per condizioni di salute. Tra i vari indicatori è stato selezionato quello maggiormente utilizzato in ambito europeo per i confronti internazionali: l'HLY.

La rilevanza di tale indicatore è stata ufficializzata nell'ambito della strategia di Lisbona, includendolo tra i principali indicatori strutturali europei. Uno dei suoi limiti è che la vita media si corregge attraverso l'uso di informazioni sulla salute autoriferite, che implicano una autovalutazione della propria salute, condizionata da aspetti socio-culturali della persona, con possibile compromissione sulla buona comparabilità anche tra Paesi.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché gli indicatori considerati misurano i progressi di sopravvivenza, un possibile benchmark di riferimento potrebbe essere costituito dal trend, ovvero dalla verifica che gli indicatori, rispetto ad un certo arco temporale, mostrino un andamento crescente. Poiché è, comunque, auspicabile che il guadagno di anni da vivere riguardi sempre più quelli da vivere in buona salute o in assenza di limitazioni nelle attività (compressione della morbosità) e non solo la quantità di anni da vivere, l'incremento degli indicatori sulla speranza di vita

¹Si utilizzano le informazioni rilevate attraverso l'indagine sulle condizioni di vita (*European Union-Statistics on Income and Living Conditions*) 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 (*Global Activity Limitation Indicator*), declinate per genere ed età.



declinati per condizione di salute dovrebbe sempre essere superiore a quello del numero medio di anni di vita.

Descrizione dei risultati

L'Italia è da tempo tra i Paesi più longevi d'Europa e del mondo. Secondo gli ultimi dati disponibili (1) del 2015, il nostro Paese si colloca al 2° posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (80,3 anni) e al 3° posto dopo Francia e Spagna per le donne (84,9 anni), a fronte di una media dei Paesi europei, rispettivamente, pari a 77,9 anni e 83,3 anni. Per il genere maschile, emerge che tutti i Paesi dell'Europa dell'Est si collocano al di sotto della media europea; in fondo alla graduatoria si posizionano la Lettonia e la Lituania, che non raggiungono nemmeno il valore di 70 anni, con elevate differenze di genere, a svantaggio degli uomini, di circa 10 anni. Per le donne, tra gli ultimi Paesi figurano la Bulgaria e la Romania, seguite da Lettonia, Ungheria e Lituania (Tabella 1), ma anche Paesi come Germania, Danimarca e Regno Unito sono al di sotto della media dell'Unione Europea (UE), mentre la Slovenia, con una speranza di vita alla nascita pari a 83,9 anni, è il solo Paese dell'Europa dell'Est al di sopra della media dell'UE (Grafico 1).

In circa 5 anni gli uomini europei hanno guadagnato 1,0 anni di vita (speranza di vita alla nascita pari a 76,9 anni nel 2010). L'Italia, con un incremento della speranza di vita pari a 0,8 anni, insieme a Spagna, Svezia e altri 7 Paesi, non raggiunge l'anno, a causa della flessione registrata nel 2015² (4). Le femmine, invece, guadagnano, in media, solo 0,5 anni (speranza di vita alla nascita pari a 82,8 anni nel 2010), con l'eccezione di soli 5 Paesi che hanno guadagnato oltre 1 anno (Lituania, Estonia, Danimarca, Lussemburgo e Portogallo).

È, comunque, da evidenziare che i guadagni di sopravvivenza calcolati a partire dal 2010 sono stati riassorbiti leggermente nel 2015, anno in cui per la prima volta dopo 10 anni il dato medio dei Paesi dell'EU-28 ha fatto registrare il segno negativo nell'andamento nei progressi di sopravvivenza per entrambi i generi (1); solo nel 2015, ad esempio, Cipro ha perso un intero anno nella speranza di vita alla nascita. Tra i pochissimi Paesi che nel 2015 non hanno mostrato flessioni, vi sono, soprattutto, i Paesi dell'Europa dell'Est, in particolare per gli uomini.

Continua a ridursi, rispetto al 2010, il vantaggio della longevità femminile rispetto a quella maschile nella maggior parte dei Paesi dell'UE, sebbene a livello medio europeo tale valore sia sempre >5 anni, con un picco per la Lituania di oltre 10 anni e un minimo dei Paesi Bassi di 3,3 anni.

Non sempre i Paesi in cui si vive più a lungo riescono a conservare il primato per la sopravvivenza in buona salute. Ad eccezione della Svezia, infatti, gli altri Paesi in alto alla graduatoria per speranza di vita degli uomini, come Spagna e Italia, scendono, rispettivamente, al 7° e all'11° posto. L'Italia è in linea con la media dei Paesi dell'UE (62,6 anni), quando si considera l'indicatore HLY. Per le donne, ai primi posti ci sono Malta e Svezia, mentre Francia e Spagna scendono al 6° e 8° posto, rispettivamente; l'Italia è 15^a e posizionata al di sotto della media dell'UE. Sebbene, quindi, un nuovo nato nel 2015, in Italia, possa sperare di vivere 80,3 anni se maschio e 84,9 anni se femmina, potrà aspettarsi di vivere senza alcuna limitazione nelle attività fino a 62,6 anni se uomo e 62,7 anni se donna (Tabella 1).

Per tentare di valutare la bontà dei progressi di sopravvivenza negli ultimi anni, sono stati confrontati i numeri indici dei due indicatori selezionati, considerando l'anno 2010 come base fissa. Dal Grafico 2 emerge che, nel 2015, l'Europa, tenuto conto anche della leggera flessione della curva rispetto al 2014, ha completamente recuperato la perdita in termini di anni di vita senza limitazioni. Rispetto al 2010, in Italia, al contrario di altri Paesi posizionati nella parte alta della graduatoria per speranza di vita, come Francia e Spagna, le curve evidenziano che i guadagni di sopravvivenza rispetto al 2010 non riguardano quelli senza limitazioni.

Per meglio monitorare il progresso in termini di longevità è utile affiancare agli indicatori "macro", considerati sull'intera popolazione, una lettura degli stessi indicatori con riferimento alla popolazione anziana, tenendo conto che le malattie cronico degenerative e le limitazioni di tipo funzionale, molto più diffuse nella popolazione anziana, possono determinare non solo gravi limitazioni dell'autonomia, ma compromettere la salute nella sua accezione più completa di benessere della sfera fisica, psicologica e sociale. Per gli uomini all'età di 65 anni, la vita media attesa nell'UE è di 17,9 anni, ma nel nostro Paese ci si può attendere di vivere, in media, 1,0 anni in più (18,9 anni).

L'Italia, dal 3° posto, scende sotto la media dei Paesi dell'UE quando si considera l'indicatore della vita media senza limitazioni; a fronte di valori simili alla Svezia per la speranza di vita a 65 anni, nel nostro Paese la quota di anni da vivere senza alcuna limitazione nelle attività è circa la metà (41% circa) rispetto a quella della Svezia (83% circa), che è il Paese europeo con il maggior numero di anni da vivere in piena autonomia (15,7 anni). Anche per le donne la vita attesa all'età di 65 anni, in Italia, supera di 1,0 anni la media che si registra nell'UE (22,2 anni vs 21,2 anni), al 3° posto dopo Francia (23,5 anni) e Spagna (23,0 anni) e, come per gli uomini, è la Svezia

²Gli ultimi dati resi disponibili a livello nazionale confermano, per il 2016, un deciso aumento rispetto al 2015 e un totale recupero della flessione che si era registrata nello stesso anno. Per approfondimenti si consultino, per il 2015 il seguente sito www.istat.it/it/archivio/180494 e per il 2016 il sito www.istat.it/it/archivio/204917.



LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

457

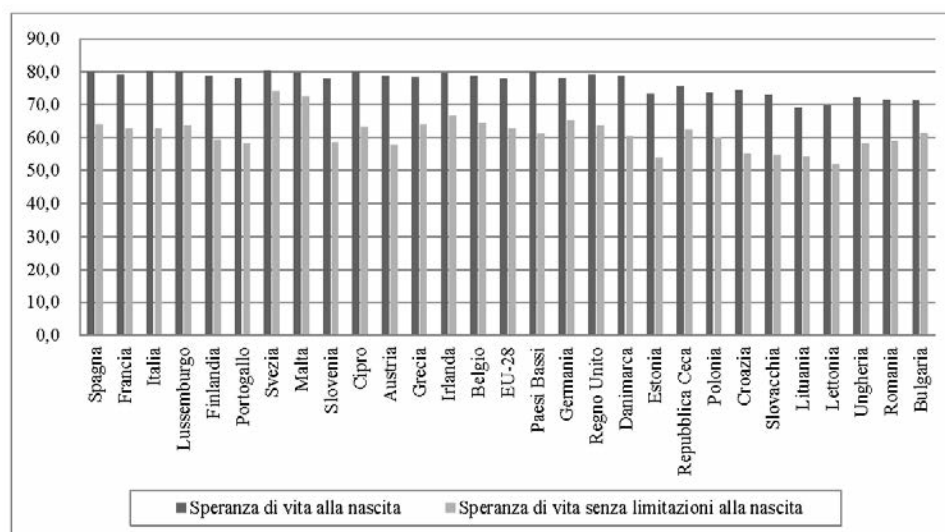
il Paese in alto alla graduatoria per numero di anni da vivere senza limitazioni (16,8 anni), mentre per l'Italia, dei 22,2 anni che restano da vivere, solo un terzo è senza limitazioni.

Per arricchire il quadro informativo sulla qualità della sopravvivenza, oltre all'indicatore HLY, è stato considerato come parametro di ponderazione quello riguardante la salute percepita. La salute percepita, secondo un'ampia letteratura, ha un forte valore predittivo in termini di sopravvivenza (5, 6) e si riferisce ad una dimensione ampia di salute, non solo come assenza di

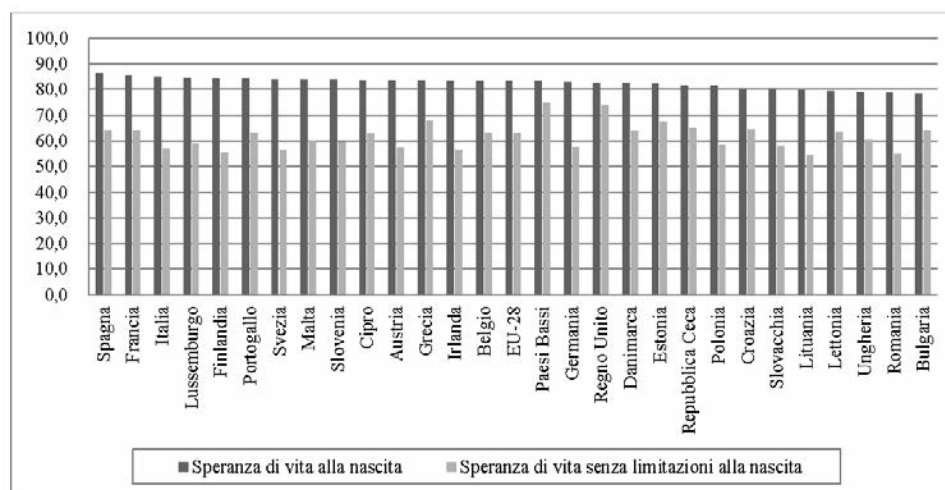
malattia. Nonostante qualche limite nella comparabilità tra Paesi, soprattutto dovuto a fattori culturali³, questo indicatore mette in risalto ancora una volta che nel nostro Paese un anziano a 65 anni si aspetta di vivere in proporzione un periodo più breve in buona salute (con riferimento alle persone che hanno dichiarato di stare bene o molto bene) rispetto ad altri Paesi e più lungo se si tratta di quello in cattiva salute (persone che hanno dichiarato di stare male o molto male). Ciò vale per gli uomini e ancor più per le donne.

Grafico 1 - Graduatoria dei Paesi europei per speranza di vita (valori in anni) alla nascita e per speranza di vita (valori in anni) senza limitazioni alla nascita per genere e Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2015

Maschi



Femmine



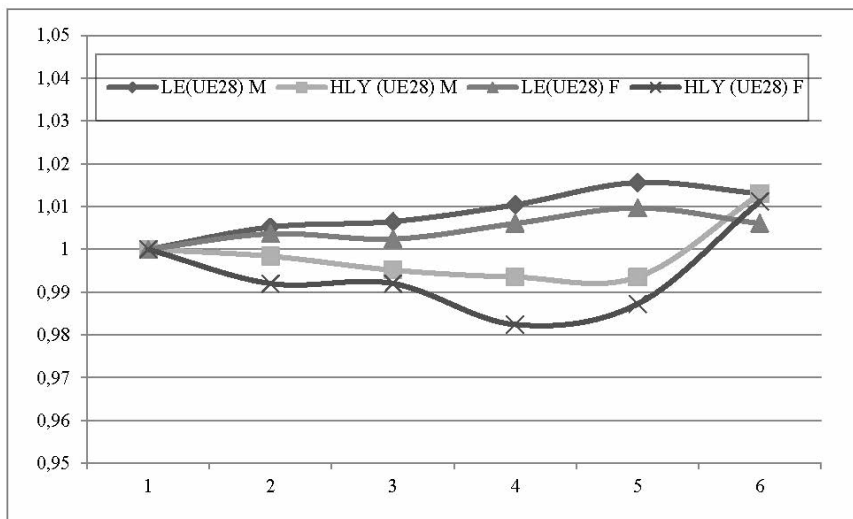
Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2017.

³Oltre a un presunto marginale effetto dovuto dalla minore quota di anziani istituzionalizzati nel nostro Paese rispetto agli altri Paesi europei.

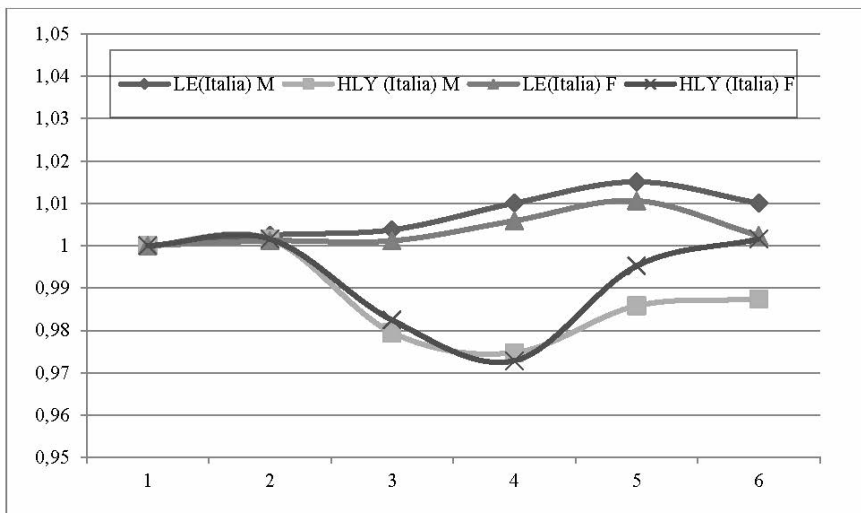


Grafico 2 - Numeri indici delle variazioni dal 2010 al 2015, con base 2010, della speranza di vita e della speranza di vita senza limitazioni nelle attività in Europa, Italia, Spagna e Francia - Anni 2010-2015

Europa



Italia



Spagna

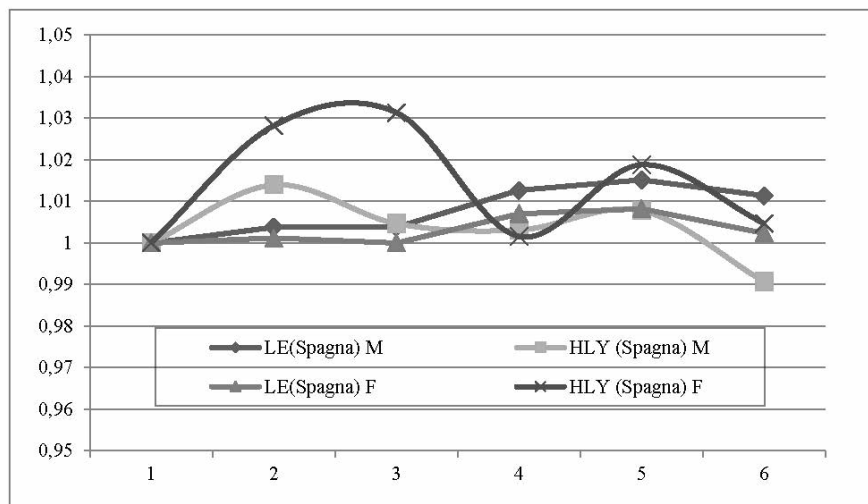
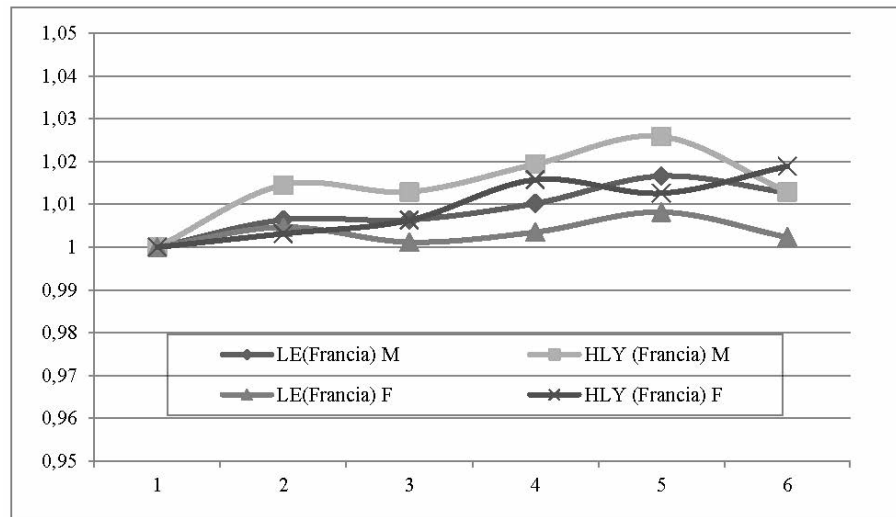




Grafico 2 - (segue) Numeri indici delle variazioni dal 2010 al 2015, con base 2010, della speranza di vita e della speranza di vita senza limitazioni nelle attività in Europa, Italia, Spagna e Francia - Anni 2010-2015

Francia

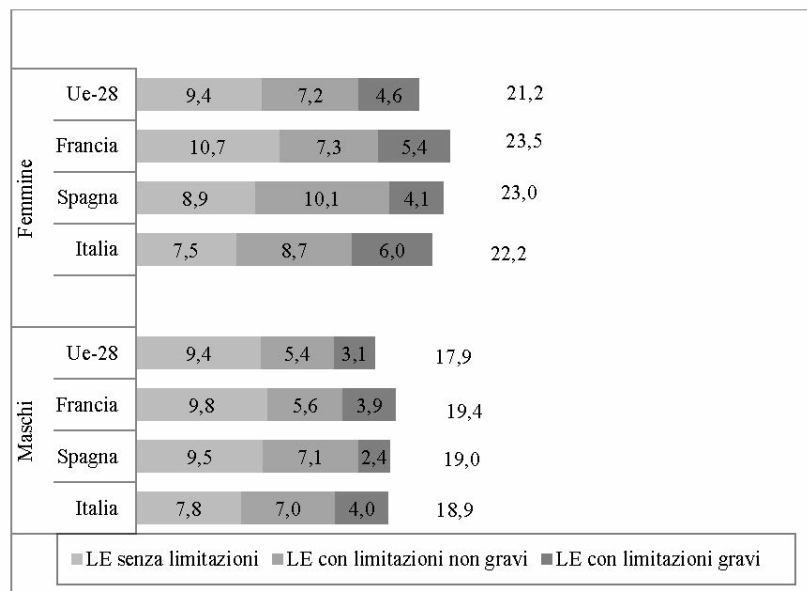


LE = Speranza di vita.
HLY = Speranza di vita senza limitazioni nelle attività.

Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2017⁴.

Grafico 3 - Speranza di vita (valori in anni) all'età di 65 anni per condizioni di salute: limitazioni nelle attività e salute percepita nell'Unione Europea-28 e in Francia, Spagna e Italia - Anno 2015

Speranza di vita con limitazioni



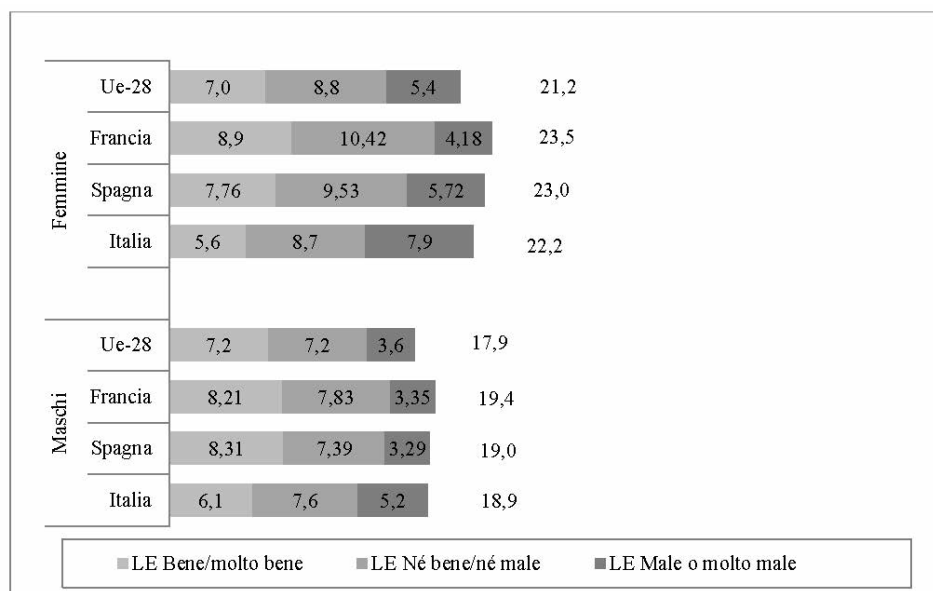
⁴Si precisa che, per il 2015, il dato europeo segnala una rottura di serie, dovuto alla rottura di serie segnalata unicamente dalla Germania. Per una lettura corretta dei grafici si consideri che l'andamento della curva sulla speranza di vita senza limitazioni, essendo derivato dal calcolo in cui una componente è di tipo campionario, deve intendersi come tendenza, che varia in un certo intervallo, anche se piccolo.





Grafico 3 - (segue) *Speranza di vita (valori in anni) all'età di 65 anni per condizioni di salute: limitazioni nelle attività e salute percepita nell'Unione Europea-28 e in Francia, Spagna e Italia - Anno 2015*

Speranza di vita per salute percepita



Fonte dei dati: Database EHEMU, Eurostat. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

In un contesto di elevato tasso di invecchiamento della popolazione, quale quello europeo, è fondamentale comprendere se i progressi nella speranza di vita non siano associati a un incremento nel peggioramento delle condizioni di salute, bensì alla possibilità di vivere per un maggior numero di anni senza alcuna limitazione nelle attività. Se, infatti, l'HLY aumenta più rapidamente dell'aspettativa di vita di una popolazione, allora non solo le persone vivono più a lungo, ma vivono una parte maggiore della loro vita in buone condizioni di salute. Per l'Italia, che ha guadagnato nel corso degli ultimi 30 anni i primi posti in classifica come vita media, c'è ancora terreno da conquistare in termini di qualità degli anni da vivere. La strategia intrapresa a livello europeo è di favorire l'invecchiamento attivo (*active ageing*), comprimendo il più possibile verso gli ultimi anni di vita l'eventuale convivenza con patologie croniche e limitazioni funzionali e dell'autonomia, con politiche attive sia di tipo

sanitario, ma anche non sanitario, che intervengano a modificare stili di vita non salutari e prevenzione a vari livelli (primaria, secondaria e terziaria).

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_it.
- (2) Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators_-_health.
- (3) Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- (4) OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- (5) Egidi V., Spizzichino D., *Perceived health and mortality: a multidimensional analysis of ECHP Italian data*, Genus LXII, No. 3-4, 2006.
- (6) Mantzavinis G. D., Pappas N., Dimoliatis I. D. K., Ioannidis J. P. A. (2005), "Multivariate models of self-reported health often neglected essential candidate determinants and methodological issues", *Journal of Clinical Epidemiology*, 58: 436-443.





Malattie croniche autoriferite

Significato. Le malattie croniche (*Non Communicable Diseases-NCD*) rappresentano la principale causa di morte e di perdita di autonomia della Regione Europea (1). La conoscenza della loro diffusione è indispensabile per valutare lo stato di salute complessivo di una popolazione e, allo stesso tempo, per pianificare una adeguata assistenza sanitaria basata sui bisogni della popolazione. Ciò ancor più in un contesto demografico di continuo e forte invecchiamento come quello europeo, che può determinare quote crescenti di persone affette da NCD. La prevenzione delle NCD rappresenta, quindi, un importante obiettivo di salute pubblica, essendo una delle principali cause di utiliz-

zo dei servizi sanitari, le cui cure possono essere molto costose. Allo stato attuale, le informazioni disponibili per confrontare la loro diffusione nei Paesi europei sono le indagini di tipo *Health Interview Survey*. Nell'ambito della lista di patologie presenti nel questionario dell'Indagine Europea sulla Salute (EHIS) del 2015, sono state selezionate alcune delle malattie con maggiori conseguenze invalidanti: diabete, depressione, asma, bronchite cronica e Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), ipertensione, infarto del miocardio, malattia coronarica o angina pectoris e ictus.

Prevalenza di una specifica malattia cronica

Numeratore	Persone di età 15 anni ed oltre che dichiarano di essere state affette da una specifica malattia cronica (asma, bronchite cronica e broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete, ipertensione, depressione, infarto del miocardio, malattia coronarica o angina pectoris e ictus) negli ultimi 12 mesi	
		x 100
Denominatore	Popolazione di età 15 anni ed oltre dell'Indagine Europea sulla Salute 2014*	

*I denominatori sono riferiti alle persone di età 15 anni ed oltre, escludendo i non rispondenti al quesito. L'anno di riferimento dell'Indagine EHIS, per convenzione, è il 2014, poiché la maggioranza dei Paesi europei ha svolto la rilevazione nel 2014. L'Italia e altri pochi Paesi (tra cui Germania e Danimarca) hanno svolto l'indagine nel 2015, il Belgio nel 2013.

Validità e limiti. Poiché le informazioni sulle NCD sono autoriferite dagli intervistati in base al loro grado di consapevolezza, le prevalenze che ne derivano potrebbero essere sottostimate. Per la stima dell'ipertensione, ad esempio, è preferibile ottenere le misure effettive della pressione sanguigna dalle indagini *Health Examination Survey*, che catturano anche i casi non ancora diagnosticati. L'indagine EHIS, che utilizza dati autoriferiti, rappresenta, ad oggi, la principale fonte per monitorare le NCD più diffuse in Europa, essendo stata progettata per avere informazioni confrontabili a livello europeo su stato di salute, determinanti della salute e uso dei servizi sanitari. Inoltre, la diffusione delle NCD è fortemente associata all'età anagrafica, ma la fonte dell'Ufficio Statistico dell'Unione Europea (UE) (Eurostat) allo stato attuale non ha pubblicato le prevalenze standardizzate per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Benché la scelta di valori di riferimento è complessa, utilizzando i dati dell'indagine EHIS è possibile fare riferimento a due dati: la prevalenza della malattia nel complesso dei Paesi dell'UE oppure il valore del Paese con la prevalenza più bassa a parità di classe di età.

Descrizione dei risultati

Nel complesso della popolazione di età 15 anni ed oltre, l'Italia presenta prevalenze analoghe alla media

dell'UE per diabete (Italia 6,7% vs EU-28 6,9%), ictus (Italia 1,4% vs EU-28 1,3%) e ipertensione (Italia 20,6% vs EU-28 21,0%), di poco inferiori per asma (Italia 4,8% vs EU-28 5,9%), malattia coronarica o angina pectoris (Italia 2,5% vs EU-28 3,4%) e depressione (Italia 5,5% vs EU-28 7,1%) o poco superiori alla media per bronchite cronica e BPCO (Italia 5,1% vs EU-28 4,1%) e infarto del miocardio (Italia 2,0% vs EU-28 1,6%) (Tabella 1).

Va, comunque, tenuto conto che le differenze nelle prevalenze nei vari Paesi sono molto importanti: ad esempio, malattie rilevanti come l'infarto vedono un *range* tra gli anziani che va da un minimo dell'1,1% nei Paesi Bassi ad un massimo dell'11,0% in Polonia oppure una patologia diffusa come l'ipertensione, nella popolazione di età 15 anni ed oltre, va da un minimo del 14,4% in Francia ad un massimo del 31,9% in Ungheria.

Quando si considerano le prevalenze per grandi classi di età, emergono migliori condizioni dei residenti in Italia fino all'età di 65 anni, con prevalenze più basse per quasi tutte le patologie e, all'opposto, condizioni peggiori tra gli anziani, soprattutto per gli ultra 75enni. In tale gruppo, anche per la maggiore quota di ultra 80enni nel nostro Paese (6,5% vs 5,3% della EU-28), sono particolarmente diffuse rispetto alla media dei Paesi europei alcune malattie come la depressione (Italia 13,9% vs EU-28 10,0%) e la bronchite cronica



e BPCO (Italia 16,4% vs EU-28 11,3%) (Grafico 1). Complessivamente, le differenze di genere sono pressoché simili sia in Italia che in Europa per la maggior parte delle patologie confrontate (Tabella 2). Per depressione cronica sono di gran lunga più svantaggiate le donne (di 15 anni ed oltre) sia in Italia (7,1% vs 3,8%) che in Europa (8,8% vs 5,3%). Lo svantaggio a discapito delle donne, a livello nazionale e su scala europea, seppur in misura minore, è altresì riscontrabile per l'ipertensione, la BPCO e l'asma. Per l'infarto, invece, sono gli uomini a presentare prevalenze più elevate sia in Italia (2,8% vs 1,3%) che in

Europa (2,1% vs 1,1%).

Con l'avanzare dell'età (65 anni ed oltre) aumentano le differenze di genere già evidenziate: lo svantaggio delle donne per depressione (14,7% vs 7,5% in Italia e 11,1% vs 5,8% in Europa) e ipertensione (51,7% vs 48,2% in Italia e 51,2% vs 46,5% in Europa), nonché quello per gli uomini nel caso dell'infarto (8,7% vs 3,8% in Italia e 6,5% vs 3,4% in Europa). Inoltre, tra questi ultimi si evidenzia lo svantaggio su ulteriori patologie come le malattie coronariche, il diabete e la BPCO.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone per tipo di malattia cronica dichiarata di età 15 anni ed oltre per Paese dell'Unione Uropea-28 - Anno 2014*

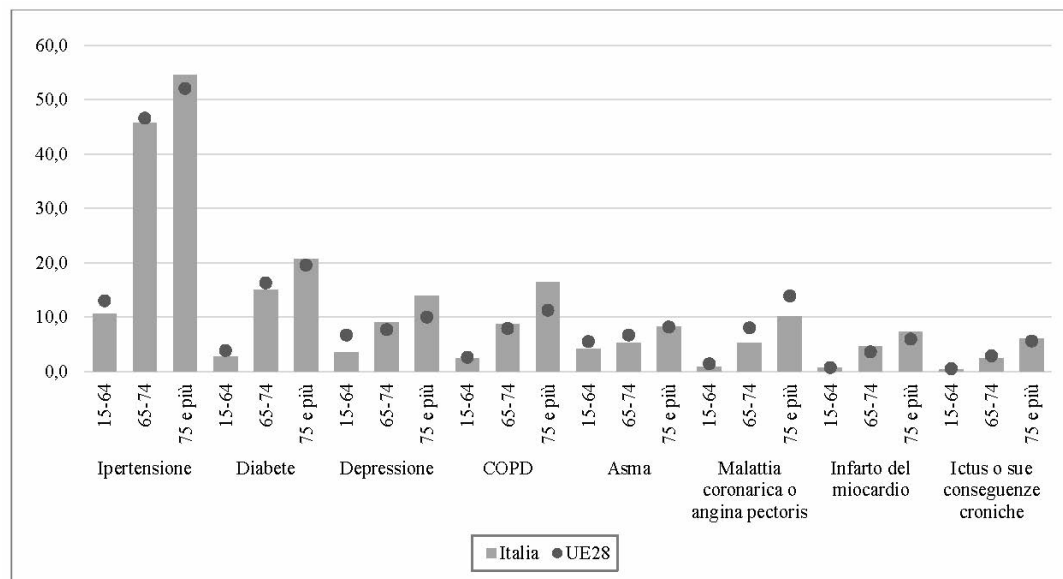
Paesi	Asma	Bronchite cronica e BPCO	Infarto del miocardio	Malattia coronarica o angina pectoris	Ipertensione	Ictus o sue conseguenze croniche	Diabete	Depressione
Austria	4,4	4,2	1,0	2,2	21,1	0,8	4,9	7,7
Belgio	4,3	4,0	1,0	1,5	16,5	1,0	5,3	6,7
Bulgaria	2,7	4,6	2,2	9,1	29,6	2,7	6,4	3,2
Repubblica Ceca	4,5	2,1	1,6	4,3	23,7	1,3	7,7	3,9
Cipro	4,3	2,1	2,4	1,6	17,3	1,3	6,1	3,6
Croazia	3,0	4,2	2,1	5,1	24,6	2,4	7,1	5,7
Danimarca	6,5	3,4	0,9	1,9	17,7	1,1	4,6	8,0
Estonia	3,1	2,2	1,4	5,6	22,9	1,0	5,5	4,8
Finlandia	9,2	3,0	1,7	5,0	24,9	1,5	7,7	10,5
Francia	8,8	5,6	1,1	2,0	14,4	1,0	10,0	5,9
Germania	6,1	5,3	1,6	3,9	28,5	1,5	7,2	10,6
Grecia	4,4	3,2	2,1	3,4	20,9	2,1	9,2	4,7
Irlanda	9,0	2,9	1,3	2,8	15,5	0,7	4,6	12,1
Lettonia	3,5	4,0	1,1	6,6	29,4	1,2	4,7	9,1
Lituania	2,7	6,1	2,2	7,5	28,1	2,6	4,4	4,7
Lussemburgo	6,8	5,5	1,0	2,5	16,5	1,2	5,6	9,5
Malta	5,8	1,1	1,2	2,6	21,4	0,4	8,3	5,4
Paesi Bassi	5,5	5,5	0,4	1,9	16,8	0,3	5,4	7,9
Polonia	4,1	3,1	3,1	9,0	23,1	2,0	6,6	4,2
Portogallo	5,0	5,8	1,7	4,3	25,3	1,9	9,3	11,9
Regno Unito	9,4	2,6	1,4	3,0	16,4	1,1	5,8	8,9
Romania	2,0	2,0	1,2	3,4	17,1	1,3	4,8	1,5
Slovacchia	3,9	2,7	2,5	6,0	25,8	1,9	6,9	4,2
Slovenia	5,0	4,1	1,3	3,2	24,8	1,5	6,9	8,8
Spagna	4,5	3,3	0,7	0,8	18,7	0,8	6,8	7,8
Svezia	7,6	1,5	1,2	1,5	16,2	1,2	4,8	9,6
Ungheria	4,9	4,1	2,4	4,9	31,9	2,4	8,1	4,9
Italia	4,8	5,1	2,0	2,5	20,6	1,4	6,7	5,5
EU-28	5,9	4,1	1,6	3,4	21,0	1,3	6,9	7,1

*L'anno di riferimento dell'Indagine EHIS, per convenzione, è il 2014, poiché la maggioranza dei Paesi europei ha svolto la rilevazione nel 2014. L'Italia e altri pochi Paesi (tra cui Germania e Danimarca) hanno svolto l'indagine nel 2015, il Belgio nel 2013.

Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.



Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone per tipo di malattia cronica dichiarata di età 15 anni ed oltre per classe di età in Italia e nell'Unione Europea-28 - Anno 2014



Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone che hanno dichiarato la presenza di alcune malattie croniche in Italia e nell'Unione Europea-28 per classe di età e per malattia cronica - Anno 2014*

Malattie croniche	Maschi				Femmine			
	15+		65+		15+		65+	
	Italia	EU-28	Italia	EU-28	Italia	EU-28	Italia	EU-28
Asma	4,7	5,2	6,9	6,9	4,9	6,6	6,6	7,8
Bronchite cronica e BPCO	4,9	3,9	13,7	10,2	5,2	4,3	11,8	8,9
Infarto del miocardio	2,8	2,1	8,7	6,5	1,3	1,1	3,8	3,4
Malattia coronarica o angina pectoris	2,7	3,6	8,7	11,6	2,4	3,3	7,0	10,2
Ipertensione	19,8	20,2	48,2	46,5	21,4	21,7	51,7	51,2
Ictus o sue conseguenze croniche	1,4	1,4	4,5	4,5	1,4	1,3	4,0	3,9
Diabete	6,8	7,1	19,2	19,3	6,6	6,8	16,9	16,6
Depressione	3,8	5,3	7,5	5,8	7,1	8,8	14,7	11,1

*L'anno di riferimento dell'Indagine EHIS, per convenzione, è il 2014, poiché la maggioranza dei Paesi europei ha svolto la rilevazione nel 2014. L'Italia e altri pochi Paesi (tra cui Germania e Danimarca) hanno svolto l'indagine nel 2015, il Belgio nel 2013.

Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione e il controllo delle patologie croniche sono una priorità assoluta in Europa, come confermano i diversi Piani di azione sulle NCD (1, 2) orientati a ridurre la mortalità precoce ed il *burden disease* delle malattie attraverso politiche integrate volte a migliorare la qualità della vita e a rendere più equa l'aspettativa di vita in buona salute tra gli Stati membri. In questa prospettiva è, dunque, necessario porre al centro delle politiche sanitarie la prevenzione delle NCD durante l'intero arco della vita, promuovendo stili di vita salutari e controlli medici efficaci.

Riferimenti bibliografici

(1) OMS, Action plan for the prevention and control of non-communicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen, Denmark, 12-15 September 2016. Disponibile sul sito:

www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/315398/66wd11e_NCDActionPlan_160522.pdf?ua=1. Ultimo accesso il 21 novembre 2017.

(2) OMS, Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012 2016. Disponibile sul sito:

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19752en/s19752en.pdf>. Ultimo accesso il 21 novembre 2017.





Limitazioni motorie e sensoriali

Significato. La presenza di limitazioni funzionali, siano esse di tipo motorio o sensoriale, è particolarmente diffusa tra gli anziani e, quindi, di particolare interesse per contesti demografici con una struttura per età sempre più regressiva. Inoltre, la misurazione del fenomeno permette di prevenire ogni forma di discriminazione, come auspicato dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Tali limitazioni possono precludere l'accesso dell'individuo ai diritti fondamentali, quali lavoro, casa e vita affettiva, nonché ad una partecipazione sociale attiva e ad una vita piena e autonoma. La capacità motoria (cammina-

re e salire le scale) è valutata senza l'utilizzo di ausili (bastoni, stampelle o sedie a rotelle) e senza l'aiuto fornito da altre persone; quella sensoriale (vedere e sentire) è valutata tenendo conto anche dell'utilizzo di ausili visivi (occhiali e lenti a contatto) e apparecchi acustici (1). Le difficoltà nelle funzioni motorie e sensoriali sono rilevate secondo una scala a quattro modalità: nessuna difficoltà, qualche difficoltà, molta difficoltà, non in grado. L'indicatore finale adottato considera le persone che svolgono l'attività con gravi difficoltà, vale a dire con molta difficoltà o che non sono in grado.

Gravi difficoltà nel vedere

$$\begin{array}{l} \text{Numeratore} \quad \text{Persone di età 15 anni ed oltre con gravi difficoltà della vista} \\ \hline \text{Denominatore} \quad \text{Popolazione di età 15 anni ed oltre dell'Indagine Europea sulla Salute 2014*} \end{array} \times 100$$

Gravi difficoltà nel sentire

$$\begin{array}{l} \text{Numeratore} \quad \text{Persone di età 15 anni ed oltre con gravi difficoltà dell'udito} \\ \hline \text{Denominatore} \quad \text{Popolazione di età 15 anni ed oltre dell'Indagine Europea sulla Salute 2014*} \end{array} \times 100$$

Gravi difficoltà nel camminare

$$\begin{array}{l} \text{Numeratore} \quad \text{Persone di età 15 anni ed oltre con gravi difficoltà nel camminare} \\ \hline \text{Denominatore} \quad \text{Popolazione di età 15 anni ed oltre dell'Indagine Europea sulla Salute 2014*} \end{array} \times 100$$

*I denominatori sono riferiti alle persone di età 15 anni ed oltre, escludendo i non rispondenti al quesito. L'anno di riferimento dell'Indagine Europea sulla Salute (EHIS), per convenzione, è il 2014, poiché la maggioranza dei Paesi europei ha svolto la rilevazione nel 2014. L'Italia e altri pochi Paesi (tra cui Germania e Danimarca) hanno svolto l'indagine nel 2015, il Belgio nel 2013.

Validità e limiti. Il valore aggiunto della fonte utilizzata è quello di poter comparare i Paesi europei sulla base di informazioni rilevanti in termini di salute pubblica, raccolte attraverso un questionario condiviso e standardizzato. Gli indicatori rivelano le limitazioni di lungo periodo e non quelle temporanee, consentendo di dare un contributo alla descrizione del fenomeno della disabilità. Un possibile limite potrebbe essere costituito dal fatto che il grado di difficoltà nel compiere l'attività (sentire, vedere e camminare) è quello riferito, così come percepito dall'intervistato e non oggetto, quindi, di valutazione clinica. Inoltre, gli indicatori considerati per tutta la popolazione di età 15 anni ed oltre non sono standardizzati per età, sebbene il fenomeno sia sensibile alla diversa distribuzione per età dei vari Paesi.

Valore di riferimento/Benchmark. La scelta di un valore di riferimento non è semplice, poiché sarebbe

auspicabile che le limitazioni gravi fossero diffuse il meno possibile; è, però, possibile scegliere due valori: la media europea delle persone con gravi difficoltà nel compiere l'azione (vedere 2,1%, sentire 4,1% e camminare 6,6%) oppure il valore del Paese con il livello rilevato più basso (vedere 0,9%, sentire 1,3% e camminare 4,0%) a parità di età.

Descrizione dei risultati

In Italia, nella popolazione generale di età 15 anni ed oltre, la quota di persone con gravi limitazioni sensoriali e motorie è molto vicina al valore medio europeo: il 2,0% dichiara gravi limitazioni nella vista (Unione Europea-UE-28 2,1%), il 4,1% nell'udito (UE-28 4,1%) ed il 7,2% nel camminare (UE-28 6,6%) (Tabella 1). Tuttavia, analizzando le limitazioni motorie degli anziani per classe di età, emergono livelli sensibilmente divergenti dalla media europea, con iniziale vantaggio degli anziani residenti in Italia nella fascia di età 65-





LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

465

74 anni (9,7% vs 11,2%) che si annulla tra gli ultra 75enni (36,6% vs 32,4%).

Il fisiologico peggioramento delle capacità motorie e sensoriali, che si osserva tra gli anziani europei passando dai 65-74 anni (vista 2,9%; udito 6,8%; camminare 11,2%) ai 75 anni ed oltre (vista 8,7%; udito 18,2%; camminare 32,4%), assume maggiore rilevanza in Italia, dove si registrano incrementi superiori alla media europea: quadruplica la quota di anziani con gravi difficoltà nella vista (da 2,2% a 8,8%) e nel camminare (da 9,7% a 36,6%) e triplica quella con gravi difficoltà nell'udito (da 5,4% a 18,9%). Tali maggiori prevalenze possono essere giustificate solo in parte dalla maggiore presenza nel nostro Paese di persone ultra 80enni rispetto alla media europea (6,5% vs 5,3%) (dati

non presenti in tabella).

Questo conferma il forte legame tra limitazioni motorie e sensoriali e invecchiamento della popolazione, che pone al centro la promozione di politiche per prevenire tali limitazioni e favorire l'autonomia delle persone anziane, proporzionalmente sempre in crescita.

Rilevanti risultano le differenze di genere a svantaggio delle donne europee ultra 75enni, soprattutto nella ridotta capacità visiva (10,2% donne vs 6,4% uomini) e motoria (37,8% donne vs 24,3% uomini) (Grafico 1). In Italia, il *gap* di genere è ancor più ampio, facendo rilevare prevalenze superiori alla media nell'UE-28 per le donne (vista 11,1%; camminare 43,7%) a fronte di valori in media per gli uomini (vista 5,5%; camminare 25,8%).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone con gravi limitazioni nella vista, nell'udito e nel camminare per classe di età e per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014*

Paesi	Vista			Udito			Camminare		
	15+	65-74	75+	15+	65-74	75+	15+	65-74	75+
Austria	1,4	1,6	5,9	3,7	6,9	14,5	4,9	9,1	24,6
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bulgaria	2,1	4,1	9,6	4,7	9,6	24,1	9,6	20,3	46,3
Cipro	2,0	5,0	13,8	2,9	7,3	25,0	5,8	17,4	42,9
Croazia	2,9	3,9	12,8	3,4	7,4	14,7	10,0	22,5	45,2
Danimarca	1,0	0,7	4,3	6,3	8,3	18,4	4,0	6,7	20,4
Estonia	2,3	4,4	11,1	5,3	10,1	25,1	7,9	16,3	38,2
Finlandia	1,9	1,9	7,4	6,8	9,8	19,4	5,1	6,9	26,4
Francia	2,4	3,1	9,5	6,8	12,3	26,0	5,2	7,5	29,7
Germania	1,3	1,6	5,7	3,6	5,5	14,9	4,5	6,5	22,1
Grecia	2,3	4,3	9,6	4,0	6,5	20,3	9,5	16,5	43,0
Irlanda	0,9	1,0	3,8	1,3	2,5	5,9	4,3	7,5	25,5
Lettonia	2,7	4,3	13,0	3,1	5,2	15,7	8,3	14,7	41,5
Lituania	2,1	3,7	9,0	3,4	5,8	20,6	8,0	14,0	42,9
Lussemburgo	2,7	1,9	5,4	4,5	7,6	12,3	4,2	7,1	26,2
Malta	0,9	2,1	2,1	2,7	4,8	13,4	5,1	8,9	32,0
Paesi Bassi	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	3,2	6,5	15,4	2,2	4,2	14,5	6,6	14,2	40,4
Portogallo	4,3	7,8	12,6	6,0	10,1	22,8	7,3	14,2	33,0
Regno Unito	1,1	1,2	4,0	3,7	6,2	11,6	9,2	15,9	32,7
Ceca Repubblica	2,0	2,7	11,3	2,4	3,8	16,6	6,5	10,5	40,5
Romania	1,6	3,2	9,6	5,4	13,2	30,1	5,6	11,6	33,4
Slovacchia	1,1	2,2	6,8	2,0	5,1	14,4	6,2	15,7	34,9
Slovenia	2,5	3,5	11,1	6,1	9,1	27,4	7,2	12,6	40,2
Spagna	2,1	3,3	9,6	4,1	6,6	20,1	6,9	12,3	35,9
Svezia	1,6	1,5	5,8	6,4	10,5	23,6	5,7	9,3	27,3
Ungheria	2,6	3,8	9,1	3,3	6,0	17,2	10,7	22,6	49,3
Italia	2,0	2,2	8,8	4,1	5,4	18,9	7,2	9,7	36,6
UE-28	2,1	2,9	8,7	4,1	6,9	18,2	6,6	11,2	32,4

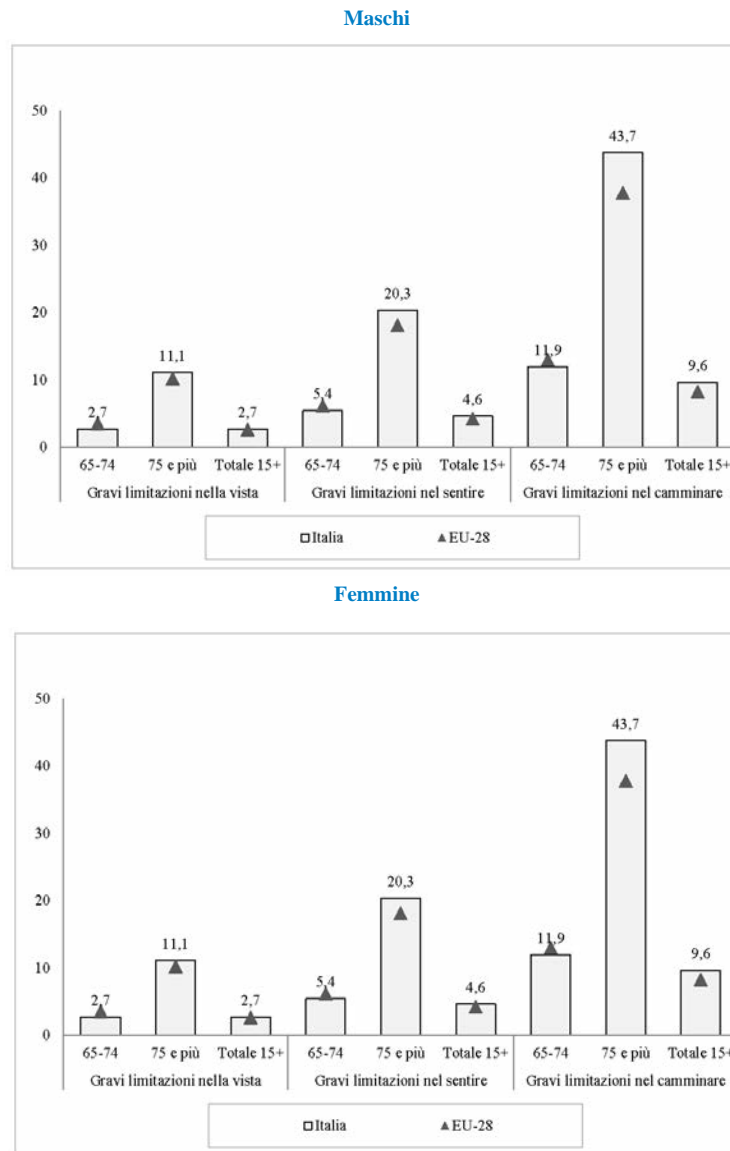
*L'anno di riferimento dell'Indagine EHIS, per convenzione, è il 2014, poiché la maggioranza dei Paesi europei ha svolto la rilevazione nel 2014. L'Italia e altri pochi Paesi (tra cui Germania e Danimarca) hanno svolto l'indagine nel 2015, il Belgio nel 2013. n.d.= non disponibile.

Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.





Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone con gravi limitazioni nella vista, nel sentire e nel camminare di età 15 anni ed oltre per genere e classe di età in Italia e nell'Unione Europea-28 - Anno 2014



Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nei prossimi anni, a seguito dell'elevato grado di invecchiamento della popolazione italiana, potrebbe crescere la quota di anziani con gravi limitazioni, sia di tipo motorio che sensoriale. Proprio per questo il Paese deve trovare risorse per promuovere sempre più iniziative a sostegno del così detto *active ageing* (1), ovvero che favoriscano una condizione di vita autonoma e proattiva anche tra le persone ultra 65enni. Questo può essere fatto prima di tutto a livello preventivo, promuovendo stili di vita adeguati e favorendo la

prevenzione, ma anche attraverso la cura e l'assistenza che promuova l'autonomia e l'autosufficienza.

Riferimenti bibliografici

- (1) Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c>. Ultimo accesso il 21 Novembre 2017.
- (2) WHO, 2002, Active Ageing A Policy Framework. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NM_H_NPH_02.8.pdf. Ultimo accesso il 21 Novembre 2017.





Difficoltà nelle attività domestiche e di cura della persona

Significato. Il grado di autonomia degli anziani nelle attività della vita quotidiana, di cura personale (*Activities of Daily Living-ADL*) e domestica (*Instrumental Activities of Daily Living-IADL*), costituisce un importante indicatore per le politiche socio-sanitarie di un Paese caratterizzato da un elevato invecchiamento della popolazione. L'obiettivo è quello di misurare, secondo la Classificazione Internazionale della Disabilità (ICF) (1) adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001, il grado di difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere, senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, sia nelle attività di cura personale (mangiare da solo, anche

tagliando il cibo da solo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia) che nelle attività domestiche (preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti e gestire le proprie risorse economiche). Le difficoltà per ciascuna attività sono rilevate mediante una scala a quattro modalità: nessuna difficoltà, qualche difficoltà, molta difficoltà, non è in grado (2). Le gravi difficoltà corrispondono a molta difficoltà o non è in grado.

Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona

Numeratore	Persone di età 65 anni ed oltre con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona	
		x 100
Denominatore	Popolazione di età 65 anni ed oltre dell'Indagine Europea sulla Salute 2014*	

Gravi difficoltà nelle attività domestiche

Numeratore	Persone di età 65 anni ed oltre con gravi difficoltà nelle attività domestiche	
		x 100
Denominatore	Popolazione di età 65 anni ed oltre dell'Indagine Europea sulla Salute 2014*	

*I denominatori sono riferiti alle persone di età 15 anni ed oltre, escludendo i non rispondenti al quesito. L'anno di riferimento dell'Indagine Europea sulla Salute (EHIS), per convenzione, è il 2014, poiché la maggioranza dei Paesi europei ha svolto la rilevazione nel 2014. L'Italia e altri pochi Paesi (tra cui Germania e Danimarca) hanno svolto l'indagine nel 2015, il Belgio nel 2013.

Validità e limiti. Entrambi gli indicatori risentono della struttura per età della popolazione anziana, in quanto all'aumentare dell'età possono aumentare le difficoltà nello svolgimento delle attività domestiche e di cura essenziali della persona. Sarebbe consigliabile, quindi, calcolare l'indicatore standardizzato per età, ma attualmente non è disponibile il dato standardizzato. Inoltre, potrebbe risentire della diversa propensione all'istituzionalizzazione degli anziani non più autonomi osservata tra i Paesi dell'Unione Europea (UE).

Valore di riferimento/Benchmark. La scelta di un valore di riferimento non è semplice, poiché sarebbe auspicabile che le limitazioni gravi fossero diffuse il meno possibile. È, però, possibile scegliere due valori: la media europea degli anziani con gravi difficoltà nelle attività quotidiane (ADL 8,8%; IADL 25,8%) oppure il valore del Paese con il livello rilevato più basso (ADL 3,1%; IADL 11,6%), sebbene il limite della comparabilità a causa dei differenti livelli di istituzionalizzazione tra i Paesi potrebbe inficiare sia il valore di benchmark che quello della media europea.

Descrizione dei risultati

In Italia, la prevalenza di anziani con autonomia gravemente compromessa nello svolgimento delle attività quotidiane è in linea con la media dei Paesi dell'UE-28 per gli anziani fino all'età di 74 anni (Italia grave ADL 3,3%, UE-28 grave ADL 3,4%; Italia grave IADL 13,2%; UE-28 grave IADL 13,9%), mentre è più elevata tra gli ultra 75enni (Italia grave ADL 19,0%, UE-28 grave ADL 14,9%; Italia grave IADL 47,4%; UE-28 grave IADL 39,2%) (Tabella 1).

L'Italia, nella graduatoria degli anziani con grave ADL, occupa il 6° posto (11,2%); in testa si posiziona il Belgio (16,7%), mentre in coda la Danimarca (3,1%) e la Svezia (4,1%). Ciò è in parte dovuto alla quota di ultra 80enni più elevata in Italia (6,5% vs 5,3%) e in parte alla minore quota di persone istituzionalizzate nelle case di cura che si riscontra in Italia rispetto ad altri Paesi (3) (2,0% Italia vs 1,2% Belgio, 3,0% Danimarca, 4,0% Svezia). Prevalenze di anziani non autonomi analoghe all'Italia si osservano, invece, in Spagna (11,4%), dove i livelli di istituzionalizzazione sono più simili al nostro Paese (1,6%).

In tutti i Paesi europei si rileva un netto svantaggio fem-



minile nella perdita di autonomia, sia nelle attività di cura personali (10,8% donne vs 6,2% uomini) sia nelle attività domestiche (31,6% donne vs 18,1% uomini) (Grafico 1). In Italia, tale *gap* di genere, soprattutto nelle attività di cura personali, è più ampio: le anziane, infatti, riferiscono gravi difficoltà con percentuali doppie rispetto ai coetanei uomini (14,2% vs 7,4%). Notevoli sono le disuguaglianze sociali rispetto al titolo di studio nel riferire gravi ADL in Europa (12,0% titolo basso vs 3,8% titolo alto) e in Italia (13,0% titolo

basso vs 4,1% titolo alto). Questo *gap* è tendenzialmente più ampio per le donne, soprattutto nel nostro Paese, dove la quota di anziane con gravi difficoltà quintuplica tra quante hanno basso titolo di studio (16,1% titolo basso vs 3,0% titolo alto). Maggiori difficoltà a svolgere anche le attività strumentali di tipo domestico, in Italia, sono presenti negli anziani con basso titolo di studio (34,3% basso titolo vs 14,1% alto titolo), analogamente alla situazione europea (33,6% basso titolo vs 12,7% alto titolo).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona e nelle attività domestiche per classe di età e per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014*

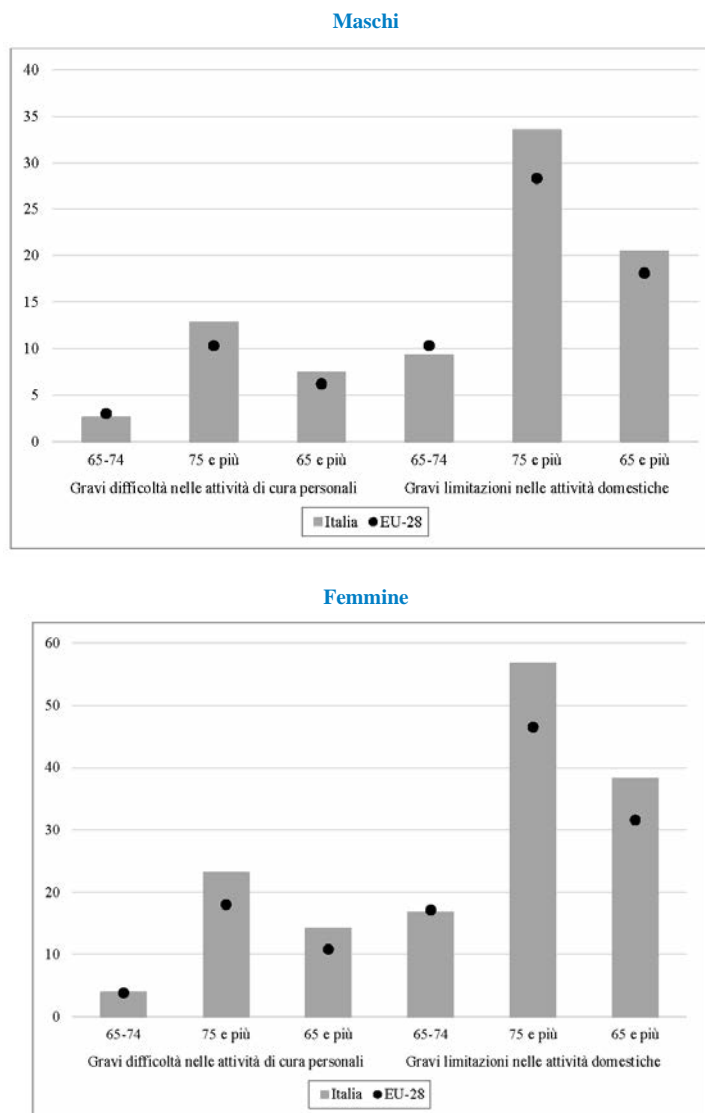
Paesi	Attività di cura della persona			Attività domestiche		
	65-74	75+	Totale	65-74	75+	Totale
Austria	2,7	6,6	4,5	9,9	24,8	16,5
Belgio	7,0	26,4	16,7	18,6	50,6	34,6
Bulgaria	6,9	21,9	12,7	24,1	52,5	35,2
Repubblica Ceca	3,9	18,9	9,9	18,7	54,8	33,2
Cipro	2,1	20,2	9,5	24,4	56,4	37,4
Croazia	5,9	15,0	10,2	18,8	41,4	29,4
Danimarca	1,2	6,1	3,1	7,4	23,3	13,7
Estonia	4,8	13,5	9,0	15,2	39,3	26,7
Finlandia	1,9	10,9	5,8	6,3	29,1	16,0
Francia	2,3	14,9	8,3	10,8	38,2	23,9
Germania	2,4	11,5	6,8	6,6	23,6	14,9
Grecia	4,1	19,7	12,1	15,9	51,2	34,1
Irlanda	3,0	10,9	6,3	12,0	32,8	20,8
Lettonia	3,9	18,6	10,8	28,5	53,8	40,4
Lituania	6,2	18,6	12,3	21,3	54,9	37,9
Lussemburgo	2,5	9,3	5,1	7,4	29,2	15,8
Malta	1,1	10,4	5,0	12,2	45,1	25,8
Paesi Bassi	6,4	18,1	11,1	18,0	43,7	28,4
Polonia	3,8	17,2	9,8	20,2	53,2	35,0
Portogallo	5,6	16,5	10,9	22,8	44,9	33,6
Regno Unito	3,8	7,4	5,4	11,9	27,4	18,8
Romania	2,2	10,6	6,1	24,6	47,0	35,0
Slovacchia	4,7	19,4	10,7	27,1	54,0	38,0
Slovenia	3,9	18,7	10,9	16,8	48,3	31,6
Spagna	3,1	20,4	11,4	18,8	49,6	33,6
Svezia	1,9	7,0	4,1	5,8	19,2	11,6
Ungheria	7,0	16,9	11,1	19,4	51,4	32,7
Italia	3,3	19,0	11,2	13,2	47,4	30,6
UE-28	3,4	14,9	8,8	13,9	39,2	25,8

*L'anno di riferimento dell'Indagine EHIS, per convenzione, è il 2014, poiché la maggioranza dei Paesi europei ha svolto la rilevazione nel 2014. L'Italia e altri pochi Paesi (tra cui Germania e Danimarca) hanno svolto l'indagine nel 2015, il Belgio nel 2013.

Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.



Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona e nelle attività domestiche di età 65 anni ed oltre per genere e classe di età in Italia e nell'Unione Europea-28 - Anno 2014



Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'Italia sconta, senza dubbio, uno svantaggio strutturale dovuto all'elevato grado di invecchiamento della popolazione, per cui la quota di persone con limitazioni e difficoltà gravi non può che essere elevata e, in prospettiva, in crescita. Proprio per questo il Paese deve trovare risorse per promuovere quanto prima iniziative che favoriscano il così detto *active ageing* (4), ovvero una condizione di vita autonoma e proattiva anche tra le persone ultra 65enni. Questo può essere fatto prima di tutto a livello preventivo, promuovendo stili di vita adeguati e prevenzione medica quando necessario, ma anche attraverso la cura e l'assistenza che promuova l'autonomia e l'auto-sufficienza. Infine, riguardo le differenze di genere che, in Italia, mostrano quasi senza eccezioni uno svantaggio, fortemente crescente con l'età delle donne rispetto agli

uomini, vanno anche promossi studi di approfondimento che permettano di individuarne le cause e di prevenirne i danni. Ciò sia in un'ottica di equità tra i generi che in un'ottica di risparmio sanitario e sociale, vista la maggiore longevità femminile.

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: www.who.int/classifications/icf/en/ ultimo accesso il 21 novembre 2017.
- (2) Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c>.
- (3) OECD Health Statistics 2015. Disponibile sul sito: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- (4) WHO, 2002, Active Ageing A Policy Framework. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Ultimo accesso il 21 novembre 2017.





Mortalità per causa

Significato. La mortalità per causa viene misurata attraverso tassi standardizzati, complessivi e specifici per grandi classi di età (65 anni ed oltre). Essi rappresentano il numero di decessi (totale e per grandi classi di età) che si osserverebbe, per una specifica causa o per gruppi di cause, in una popolazione di 100.000 persone con una struttura per età uguale a quella della

popolazione standard europea, estratta dall'*European Standard Population*-Edizione 2013 (1). I dati analitici utilizzati nel calcolo sono rappresentati, per ogni anno di osservazione, dai quozienti specifici per classi di età quinquennali (con l'eccezione delle classi "0 anni, 1-4 anni e 95 anni ed oltre"), genere e causa.

Tasso di mortalità*

$$T_r^i = 10.000 * \sum_{x=1}^{\omega} D_{x,r}^i / \sum_{x=1}^{\omega} P_{x,r}$$

Significato delle variabili: $D_{x,r}^i$ rappresenta il numero dei decessi all'età x per causa i nella provincia o regione r ;

$P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nella provincia o regione r .

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

Valore di riferimento/Benchmark. Il tasso standardizzato di mortalità per il complesso dei 28 Paesi facenti parte dell'Unione Europea (UE-28) rappresenta una misura sintetica del fenomeno a livello europeo e il suo valore viene assunto come riferimento per il confronto della mortalità nei singoli Paesi europei.

Descrizione dei risultati

Per il confronto della mortalità a livello europeo¹ sono stati presi in considerazione i tassi di mortalità (anno 2014) complessiva e per alcune cause di grande rilevanza per la valutazione dello stato di salute delle popolazioni, come le malattie ischemiche del cuore, le malattie cerebrovascolari, i tumori e il suicidio. L'Italia presenta un livello di mortalità complessiva (Grafico 1) tra i più bassi in Europa (in linea con quel-

li di Francia e Spagna) e inferiore alla media UE-28 sia negli uomini (1.079 decessi ogni 100.000 residenti vs 1.254 del valore europeo) che nelle donne (699 decessi ogni 100.000 residenti vs 818 del valore europeo). I più alti tassi di mortalità si osservano nei Paesi dell'Europa dell'Est.

Anche per quanto riguarda la mortalità per cardiopatie ischemiche (Grafico 2), l'Italia figura tra i Paesi con tassi al di sotto della media dell'UE-28, occupando la 21^a posizione nella graduatoria. Portogallo, Spagna, Olanda e Francia presentano i tassi più bassi dell'area dell'UE, mentre tra i Paesi a mortalità più elevata (prevalentemente est europei), la Lituania e la Lettonia spiccano per gli alti livelli di mortalità, specialmente maschile.

Nel caso delle malattie cerebrovascolari (Grafico 3), l'Italia si colloca a metà della graduatoria, presentando valori in linea con la media dell'UE-28, ma più elevati rispetto a Regno Unito, Germania, Spagna e Francia, mentre la Bulgaria e la Romania presentano i tassi più elevati.

Rispetto alla mortalità per tumori (Grafico 4), l'Italia ha un valore del tasso inferiore alla media dell'UE-28, al 20° posto della graduatoria. Al di sotto della media europea si posizionano anche Cipro, Finlandia, Spagna, Malta, Svezia, Portogallo, Bulgaria e Francia, mentre i livelli più elevati si registrano in Ungheria, Croazia e Slovacchia.

In Italia, il tasso di mortalità per suicidi (Grafico 5) è tra i più bassi d'Europa: al terzultimo posto prima di Cipro e Grecia, con analoga posizione sia per gli uomini che per le donne, per le quali si aggiunge solo Malta con un tasso inferiore al valore italiano. Tra gli

¹Sono presentati i dati di mortalità per causa per i 28 Paesi membri dell'EU-28, i Paesi dell'*European financial Planning Association* (Liechtenstein, Norvegia, Islanda, Svizzera), Serbia e Turchia.





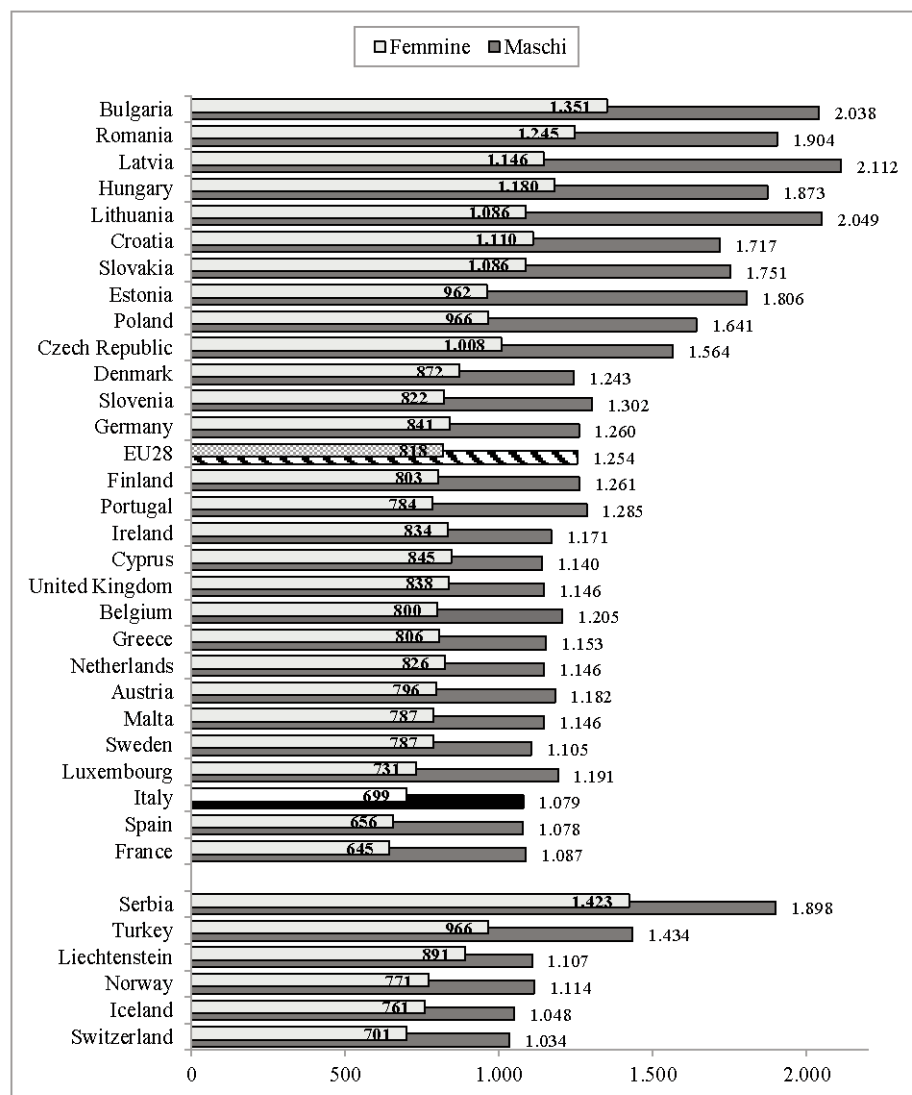
LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

471

Stati con la situazione peggiore spiccano la Lituania, l'Ungheria, la Lettonia, la Slovenia e l'Estonia. In tutta Europa i tassi maschili per suicidio sono molto

superiori a quelli femminili, con punte massime in Polonia, Slovacchia, Malta, Romania e Lituania.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per tutte le cause per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014

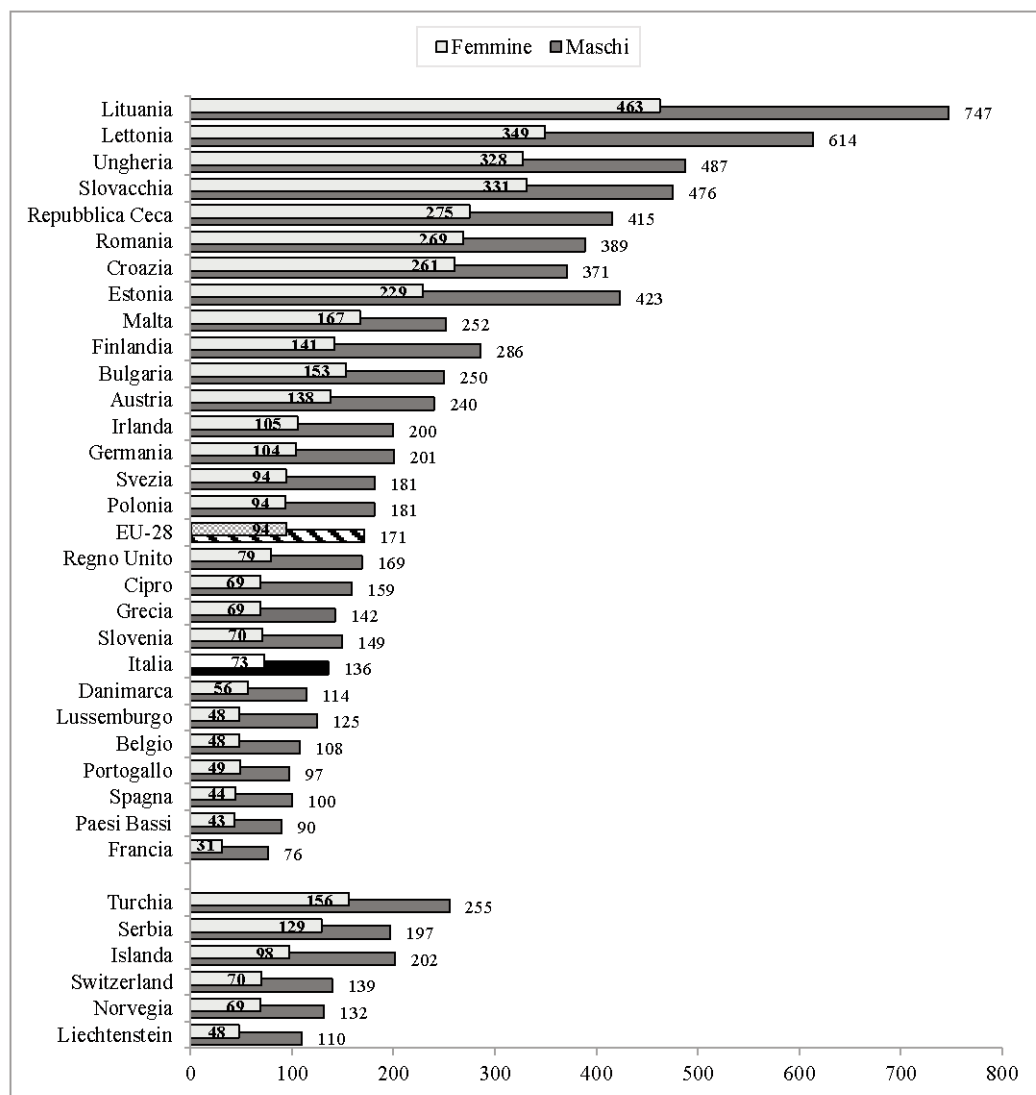


Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2017.





Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014

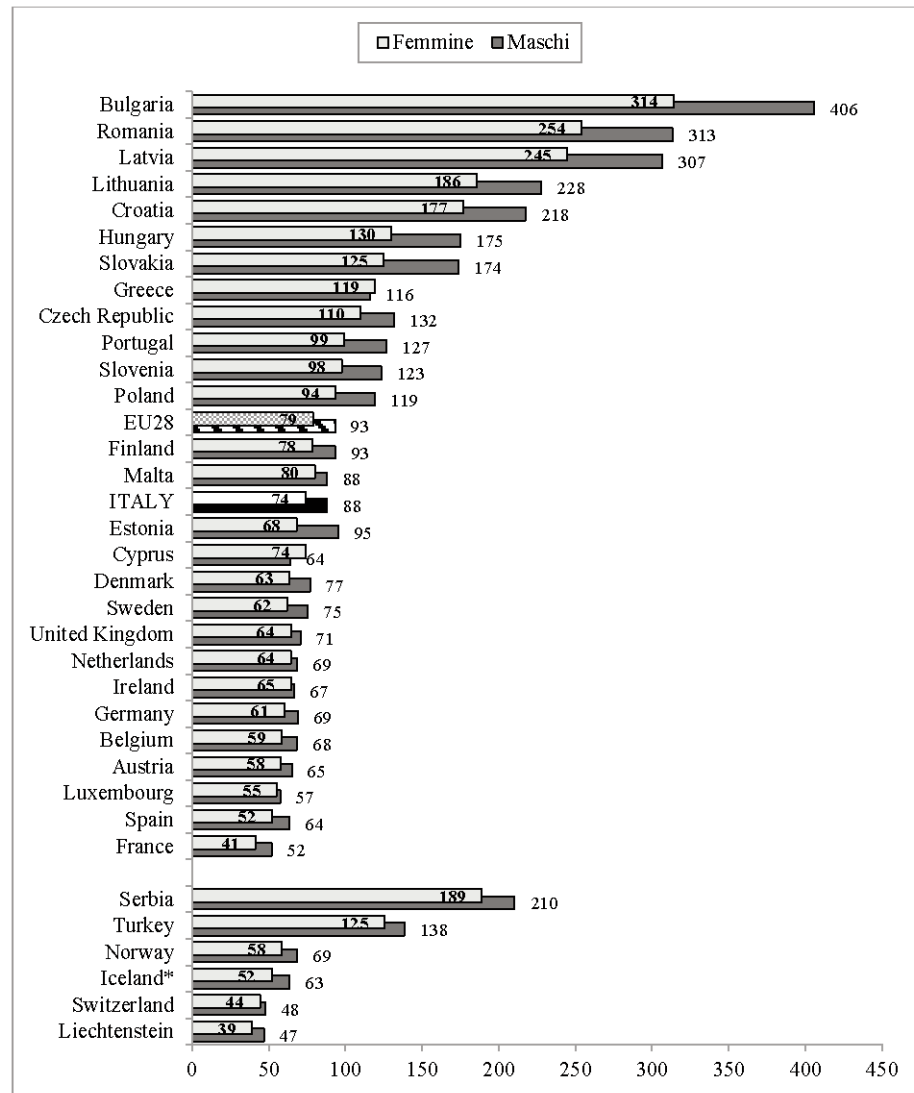


Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2017.





Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie cerebrovascolari per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014

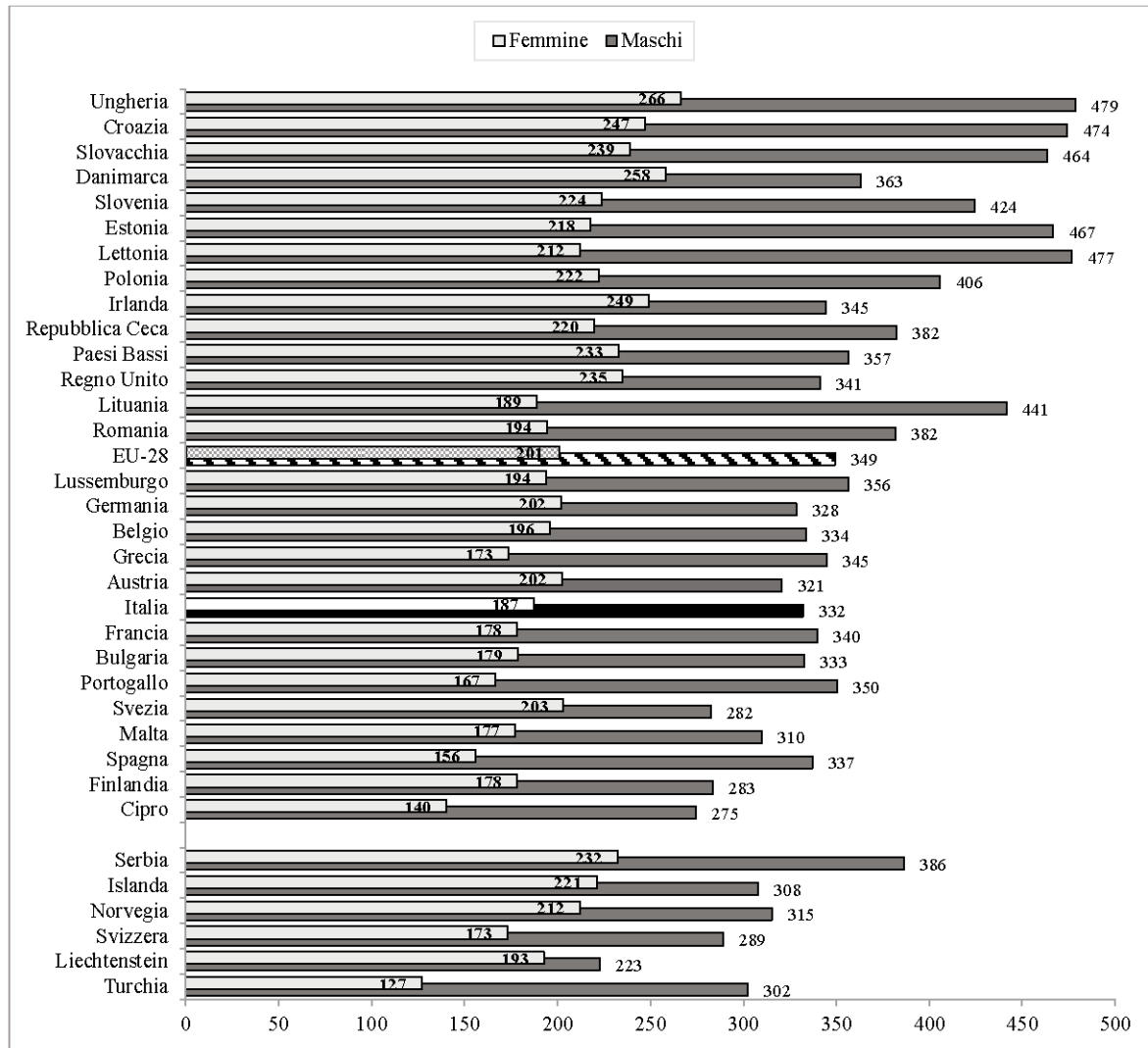


Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2017.





Grafico 4 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per tumore per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014

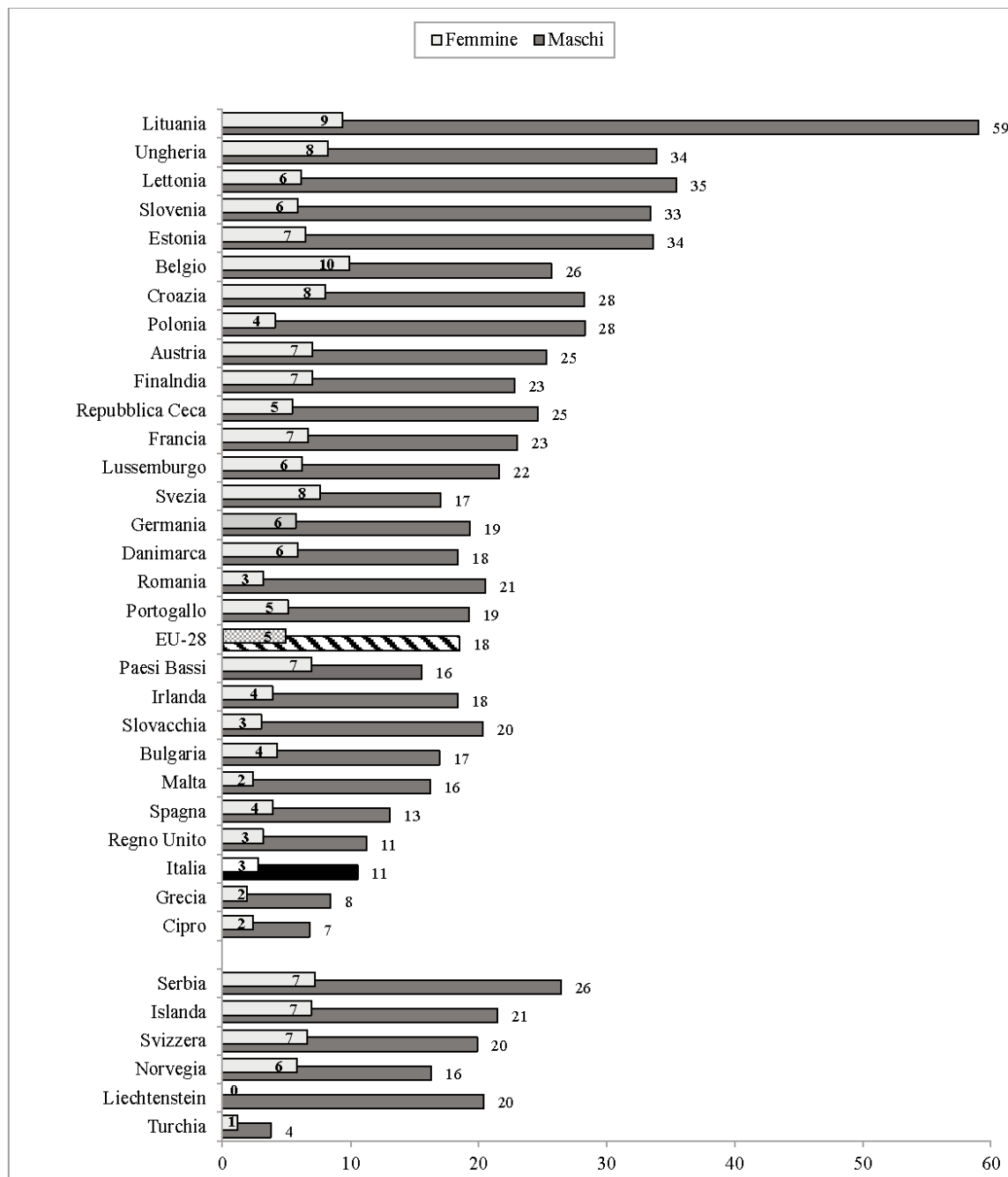


Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2017.





Grafico 5 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidi per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014



Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2017.

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: <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028>.

(2) Eurostat Database. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database>, Causes of death - standardised death rate by residence. Disponibile sul sito: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en. Aggiornamento 3 Ottobre 2017.





Copertura vaccinale nella popolazione infantile

Significato. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano offre attivamente e gratuitamente le vaccinazioni contro poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite virale B, *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), morbillo, parotite, rosolia, varicella, pneumococco e meningococco di tipo C e B a tutti i bambini entro i 2 anni di età, come riportato nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 (1).

Le coperture vaccinali rappresentano l'indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali, poiché forniscono informazioni in merito alla loro attuazione sul territorio

e sull'efficienza del sistema vaccinale. In Italia, i dati di copertura vaccinale sono raccolti annualmente dal Ministero della Salute (2).

Per le vaccinazioni contro Difterite-Tetano-Pertosse (DTP) e morbillo, si confrontano i dati di copertura italiani con i dati dei Paesi dell'Unione Europea (UE) disponibili nel *database* dell'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) (3), relativi al periodo 2010-2015. Sebbene con schedule vaccinali diverse (4), tutti i Paesi dell'UE includono queste vaccinazioni nei loro programmi vaccinali.

Copertura vaccinale per tetano a 24 mesi

Numeratore	Bambini della coorte di nascita di riferimento* che risultano vaccinati con 3 dosi di vaccino antitetanico al 31 dicembre dell'anno di riferimento**	
		x 100
Denominatore	Numerosità della coorte di nascita di riferimento*	

Copertura vaccinale per la prima dose di morbillo a 24 mesi

Numeratore	Bambini della coorte di nascita di riferimento* che risultano vaccinati con almeno 1 dose di vaccino per il morbillo al 31 dicembre dell'anno di riferimento**	
		x 100
Denominatore	Numerosità della coorte di nascita di riferimento*	

*Coorte di nascita di riferimento: numero dei residenti (ovvero persone non decedute, non cancellate, residenti nelle Aziende Sanitarie Regionali o Provinciali, con l'assistenza non scaduta) nate tra l'1 gennaio e il 31 dicembre di 2 anni prima rispetto all'anno in cui si calcola la copertura vaccinale, come risulta al 31 dicembre di tale anno. Ad esempio, la copertura vaccinale a 24 mesi calcolata al 31 dicembre 2016 si riferisce alla coorte di residenti nati tra l'1 gennaio e il 31 dicembre 2014 come risulta al 31 dicembre 2016.

**Anno di riferimento: anno in cui si calcola la copertura vaccinale.

Validità e limiti. La copertura vaccinale permette di stimare la quota di individui vaccinati e l'accumulo di suscettibili.

In Italia, la mancanza di una Anagrafe vaccinale aggiornata in tempo reale comporta il rischio di un denominatore non sempre adeguato per il calcolo della copertura vaccinale, con una conseguente sovra o sottostima di tale valore, e rende difficile il confronto di dati di copertura tra le regioni/PA.

Il confronto delle coperture vaccinali per DTP e morbillo disponibili nel *database* dell'OECD deve tenere conto del fatto che le schedule vaccinali e i metodi di raccolta del dato di copertura variano tra gli Stati membri.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura vaccinale sono definiti a livello internazionale dal *Global Vaccine Action Plan* (Piano di Azione Globale Vaccinazioni) 2011-2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e in Italia dal PNPV 2017-2019. L'obiettivo di copertura vaccinale per DTP e morbillo, a livello nazionale e internazionale, è il raggiungimento del 95%.

Descrizione dei risultati

Dei 23 Paesi dell'UE il cui dato di copertura vaccinale è disponibile nel *database* dell'OECD, l'Italia si pone tra i Paesi con copertura più bassa, per entrambe le vaccinazioni considerate.

Nel 2015, soltanto Italia, Estonia, Lituania e Danimarca hanno riportato una copertura del 93% per DTP, inferiore alla soglia del 95% che è, invece, stata raggiunta da tutti gli altri Paesi (Tabella 1).

Per quanto riguarda la vaccinazione contro il morbillo, nel 2015 l'Italia ha registrato una copertura pari all'85%. Nessuno degli altri Paesi ha riportato una copertura inferiore al 90%; 6 Paesi (Danimarca, Estonia, Francia, Irlanda, Lituania e Slovenia) hanno riportato una copertura tra il 90-95%; i restanti 16 Paesi hanno registrato una copertura $\geq 95\%$ (Tabella 2).

Analizzando l'andamento dei dati nel periodo 2010-2015, nel nostro Paese si osserva un progressivo calo delle coperture vaccinali. La copertura per DTP è progressivamente diminuita dal 2012 di circa 1 punto percentuale ogni anno; nel complesso, è diminuita dal 97% nel 2012 al 93% nel 2015. Dal 2013, è iniziata a dimi-





LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

477

nuire anche la copertura vaccinale per il morbillo; la riduzione è stata più marcata: dal 90% nel 2013 all'85% nel 2015 (Grafico 1).

Anche in alcuni Paesi dell'UE si è osservato un calo delle coperture. Relativamente alla copertura per DTP, un calo (che abbia interessato almeno tre diverse rilevazioni) è stato registrato in Finlandia, Olanda e

Slovacchia. In questi Paesi la copertura, nel 2015, era ancora $\geq 95\%$ (Tabella 1).

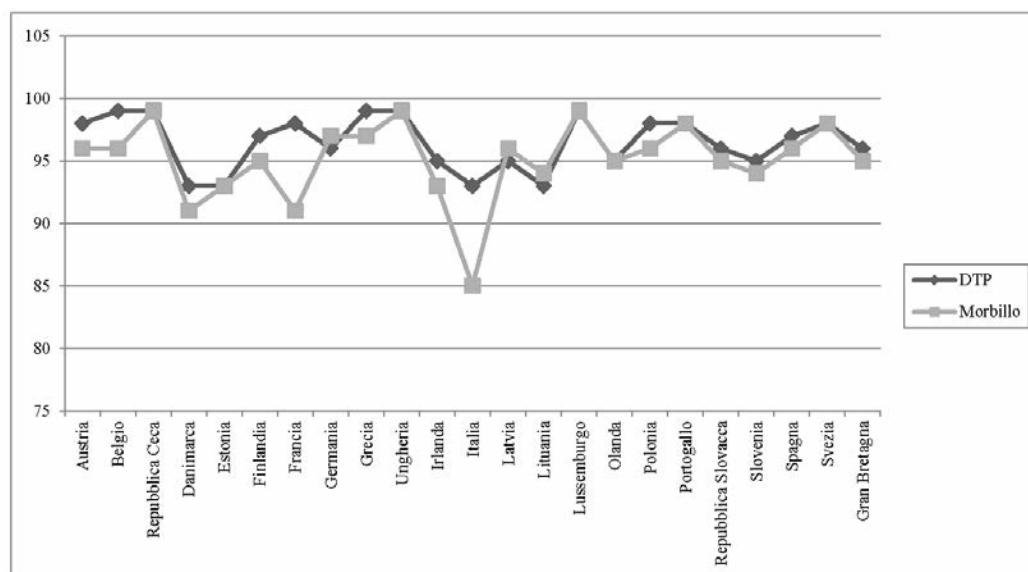
Per il morbillo, invece, il calo della copertura è stato osservato in 6 Paesi: Estonia, Finlandia, Grecia, Polonia, Slovacchia e Slovenia. L'entità del calo risulta inferiore a quanto osservato in Italia.

Tabella 1 - Copertura vaccinale (valori per 100) per difterite-tetano-pertosse e morbillo per Paese dell'Unione Europea-28 - Anni 2010-2015

Paesi	Difterite-tetano-pertosse						Morbillo					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austria	86	89	92	95	98	98	80	84	88	92	96	96
Belgio	98	98	99	99	99	99	95	95	96	96	96	96
Repubblica Ceca	99	99	99	99	97	99	98	98	98	99	99	99
Danimarca	90	91	94	94	94	93	85	87	90	89	90	91
Estonia	94	93	94	94	93	93	95	94	94	94	93	93
Finlandia	99	99	99	98	98	97	98	97	97	97	97	95
Francia	99	99	99	99	99	98	89	89	90	89	90	91
Germania	96	96	96	96	96	96	96	96	97	97	97	97
Grecia	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	97	97
Ungheria	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
Irlanda	94	95	95	96	96	95	90	92	92	92	93	93
Italia	96	96	97	96	95	93	91	90	90	90	87	85
Lettonia	92	92	91	94	92	95	95	92	90	96	95	96
Lituania	95	92	93	93	93	93	96	94	93	93	93	94
Lussemburgo	99	99	99	99	99	99	96	96	99	99	99	99
Olanda	97	97	97	97	96	95	96	96	96	96	96	95
Polonia	99	99	99	99	98	98	98	98	98	98	97	96
Portogallo	98	97	98	98	98	98	96	97	97	98	98	98
Repubblica Slovacca	99	99	99	98	97	96	99	98	99	98	97	95
Slovenia	96	96	96	95	95	95	95	96	95	94	94	94
Spagna	97	97	97	96	97	97	95	97	97	95	96	96
Svezia	98	98	98	98	98	98	97	96	97	97	97	98
Gran Bretagna	94	95	95	95	95	96	89	90	92	93	93	95

Fonte dei dati: Health for All - Italia, 2010-2015. Anno 2017.

Grafico 1 - Confronto della copertura vaccinale (valori per 100) per difterite-tetano-pertosse e morbillo per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2015



Fonte dei dati: Health for All - Italia, 2010-2015. Anno 2017.



Raccomandazioni di Osservasalute

Il calo delle coperture vaccinali nel nostro Paese rappresenta un problema prioritario di Sanità Pubblica. L'epidemia di morbillo che ha colpito l'Italia nel 2017, con quasi 5.000 casi e 4 decessi nel periodo gennaio-ottobre 2017 (5) e i 2 casi di tetano verificatisi nello stesso anno in due bambini non vaccinati, rappresentano una evidente conseguenza della mancata vaccinazione.

Negli ultimi anni, nonostante le diverse iniziative promosse dal Ministero della Salute mediante il finanziamento di Progetti finalizzati al miglioramento della chiamata attiva e le azioni messe in atto dalle singole regioni/PA, è cresciuto il fenomeno del rifiuto vaccinale.

L'esitazione vaccinale è un fenomeno che presenta caratteristiche e motivazioni specifiche per singolo Paese; l'OMS raccomanda ai Paesi interessati di studiare tale fenomeno per mettere in atto eventuali interventi correttivi (6).

In Italia, nel 2017, è stata condotta una indagine nell'ambito di un Progetto finanziato dal Ministero della Salute-Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (7), finalizzata a descrivere il fenomeno del rifiuto/ritardo vaccinale, la sua entità e i suoi determinanti. Da tale indagine emerge che i dubbi sulla sicurezza del vaccino e il timore di eventi avversi rappresentano il motivo principale dell'esitazione vaccinale. I genitori esitanti hanno una minore percezione del rischio delle malattie, una minore consapevolezza dei benefici della vaccinazione e meno fiducia negli operatori sanitari rispetto ai genitori dei bambini vaccinati.

Per aumentare la fiducia nelle vaccinazioni della popolazione generale e modificare i comportamenti dei non vaccinatori, è indispensabile lavorare per accrescere la credibilità degli operatori sanitari. Soltanto attraverso conoscenze forti e un approccio

comunicativo adeguato, sarà possibile rispondere ai dubbi delle famiglie, contenere la paura delle reazioni avverse, accrescere la consapevolezza del valore delle vaccinazioni e inquadrare correttamente la percezione di rischio di quelle malattie che, oggi poco diffuse grazie alle vaccinazioni, fanno a molti meno paura dei vaccini stessi. È fondamentale, quindi, che gli operatori sanitari siano adeguatamente formati, sia per le competenze scientifiche che comunicative, e che siano dotati di adeguati strumenti che possano agevolare la comunicazione con le famiglie e rispondere ai dubbi dei non vaccinatori e degli indecisi, ma anche di rassicurare i genitori che vaccinano.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019.
- (2) Ministero della salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescente - Coperture vaccinali. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20 (ultimo accesso 30 ottobre 2017).
- (3) Organisation for Economic Co-operation and Development. Child vaccination rates. Disponibile sul sito: <https://data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.htm> (ultimo accesso 30 ottobre 2017).
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccination schedules. Disponibile sul sito: <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>. (Ultimo accesso 30 ottobre 2017).
- (5) Istituto Superiore di Sanità. Morbillo in Italia: bollettino settimanale Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/Infografica2017.asp (ultimo accesso 30 ottobre 2017).
- (6) Organizzazione Mondiale della Sanità. Addressing Vaccine Hesitancy. Disponibile sul sito: www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en (ultimo accesso 30 ottobre 2017).
- (7) C. Giambi; M. Fabiani; F. D'Ancona; L. Ferrara; D. Fiacchini; T. Gallo; D. Martinelli; MG. Pascucci; R. Prato; A. Filia; A. Bella; M. Del Manso; C. Rizzo; MC. Rota Perché i genitori non vaccinano? I risultati di un'indagine nazionale. 49° Convegno Nazionale SITI Napoli 16-19 novembre 2016. Disponibile sul sito: www.eiseverywhere.com/ehome/159652/467509/ (ultimo accesso 30 Ottobre 2017).



Consumo di farmaci generici e antibiotici

Significato. Il consumo del farmaco generico, vale a dire equivalente come composizione, efficacia, qualità e sicurezza al farmaco di marca con brevetto scaduto, è strettamente collegato con la possibilità di una notevole diminuzione della spesa farmaceutica. Il loro enorme vantaggio risiede nel fatto che sono disponibili sul mercato ad un prezzo inferiore, almeno del 30%, del prezzo del farmaco di marca.

Oltre alla diminuzione della spesa farmaceutica si analizza un aspetto legato all'aumento del consumo degli antibiotici, che può essere causa di sviluppo di antibiotico-resistenze, nel lungo periodo, che rendono sempre più difficili le cure di infezioni batteriche esponendo i soggetti ad inutili rischi derivanti dagli effetti collaterali.

Quota di farmaci generici (o equivalenti) acquistati

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Dosi giornaliere (*Defined Daily Dose*) di farmaci generici acquistate nell'anno

Denominatore: Dosi giornaliere (*Defined Daily Dose*) di farmaci acquistate nell'anno

Quota di spesa sostenuta per l'acquisto di farmaci generici (o equivalenti)

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Ammontare pagato per l'acquisto dei farmaci generici da tutti gli acquirenti (terzi e consumatori)

Denominatore: Ammontare pagato per l'acquisto dei prodotti farmaceutici da tutti gli acquirenti (terzi e consumatori)

Numero medio di dosi di antibiotico consumate giornalmente per uso sistemico nella popolazione da 1.000 abitanti

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Dosi giornaliere (*Defined Daily Dose*) di antibiotici consumate nell'anno

Denominatore: Abitanti x 365

Validità e limiti. La metodologia adottata per porre a confronto i consumi di farmaci a livello internazionale è denominata classificazione Anatomica Terapeutica Chimica (ATC) e *Defined Daily Dose* (DDD)¹. L'uso delle dosi giornaliere (DDD) evita l'introduzione di distorsioni indotte dal cambiamento di confezione di alcune specialità presenti nell'anno precedente con un diverso numero di DDD per singolo pezzo. Tuttavia, alcuni Paesi forniscono il numero di confezioni. In Italia, i dati di consumo dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono raccolti dalla Federazione Nazionale Unitaria Titolari di Farmacia (Federfarma) e quelli a carico diretto dei cittadini da IMS *Health*. Sebbene siano flussi di dati amministrativi raccolti a scopo contabile, sono da considerarsi la migliore fonte attualmente disponibile e consolidata da anni. Si riferiscono all'uso territoriale dei medicinali prescritti a carico del SSN e all'acquisto privato da parte dei cittadini, con o senza ricetta medica.

Non tutti i Paesi europei forniscono i dati in volume e valore dei farmaci generici acquistati nel mercato farmaceutico totale. Alcuni si riferiscono al *reimbursement market* nel quale i farmaci sono rimborsati da terzi e altri alle *Community pharmacy* che erogano ai pazienti solo farmaci prescritti (rimborsabili e non). Riguardo al consumo di antibiotici, i confronti internazionali vanno fatti con cautela in quanto alcuni Paesi riportano il consumo complessivo (nella popolazione e negli ospedali), mentre altri solo il consumo nella popolazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Non c'è un valore di riferimento o benchmark da poter applicare.

Descrizione dei risultati

Tutti i Paesi dell'Unione Europea (UE) vedono lo sviluppo di mercati generici come una buona opportunità per aumentare l'efficienza nella spesa farmaceutica, ma molti non li sfruttano appieno (Grafico 1). Nel 2015, i

¹Le classificazioni ATC e DDD vengono assegnate e mantenute, a livello internazionale, dal Centro Collaborativo per le Statistiche sui Farmaci di Oslo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che pubblica annualmente la lista ufficiale dei farmaci classificati secondo l'ATC con le DDD. In Italia, il centro di riferimento per il sistema ATC/DDD è il DURG-Italia (*Drug Utilization Research Group*), una Associazione scientifica affiliata all'EURO DURG che dal 1995 mantiene e distribuisce un archivio dei farmaci in commercio in Italia con ATC e DDD. L'ATC individua un sistema di classificazione dei principi attivi dei farmaci, raggruppandoli in differenti categorie sulla base dell'apparato/organo su cui essi esercitano l'azione terapeutica e in funzione delle loro proprietà chimiche e farmacologiche.

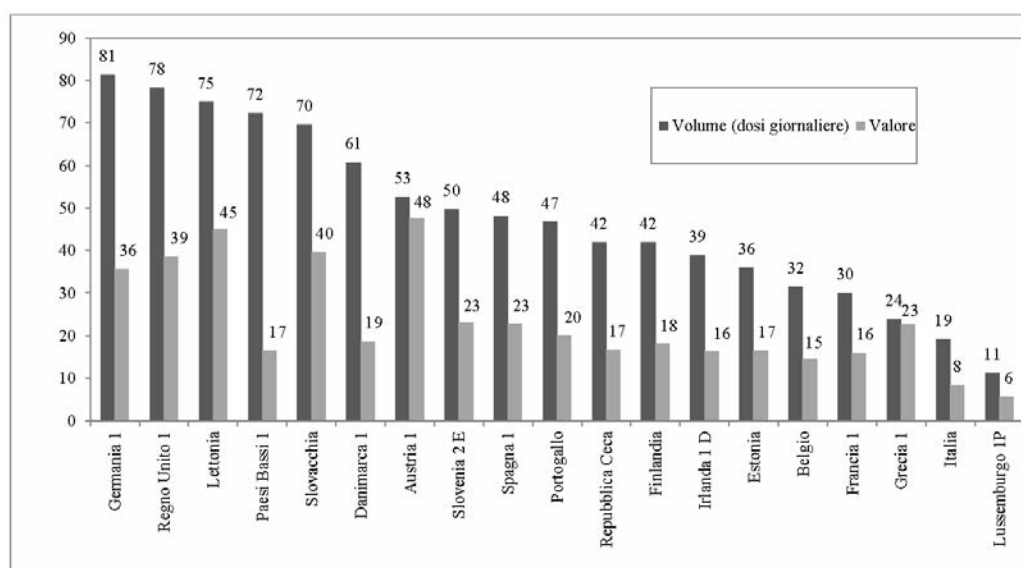


generici rappresentano l'81% del volume di prodotti farmaceutici venduti in Germania ed il 78% nel Regno Unito, mentre hanno quota inferiore al 20% in Italia (19%) e in Lussemburgo (11%). Anche rispetto alla spesa sostenuta per i farmaci generici, l'Italia e il Lussemburgo mantengono le posizioni di coda.

Il ritardo dell'Italia è, in parte, imputabile al fatto che una larga parte dei principi attivi presenti sul mercato italiano ha beneficiato di una copertura brevettuale notevolmente più lunga rispetto agli altri Paesi europei²; di conseguenza, anche i possibili risparmi per il SSN, derivanti dalla perdita del brevetto, sono stati dilazionati nel tempo, proprio a causa dell'impossibilità di commercializzare nel nostro Paese quei medicinali generici già da tempo presenti in altri Paesi europei (1).

Nel 2015, nell'UE, il consumo medio di antibiotici per uso sistemico nella popolazione (escludendo, quindi, gli ospedali) è stato di 22,4 DDD per 1.000 abitanti, con valori compresi tra 10,7 DDD/1.000 ab die nei Paesi Bassi e 36,1 DDD/1.000 ab die in Grecia (Grafico 2). L'Italia, con 27,5 DDD/1.000 ab die, è tra i Paesi con il consumo più alto di antibiotici. Circa l'80-90% dell'utilizzo degli antibiotici avviene a seguito della prescrizione del Medico di Medicina Generale; pertanto, tale ambito rappresenta il punto focale per il monitoraggio del consumo di questa classe di farmaci, nonché il punto su cui è importante agire per migliorarne l'appropriatezza prescrittiva (1). Da non trascurare anche i comportamenti errati dei cittadini che assumono antibiotici senza la prescrizione del medico o che interrompono la terapia prima del tempo (3).

Grafico 1 - Quota (valori per 100) di farmaci generici nel mercato farmaceutico totale per volume (valori in DDD/1.000 ab die) e valore in alcuni Paesi dell'Unione Europea-28 - Anno 2015



Legenda:

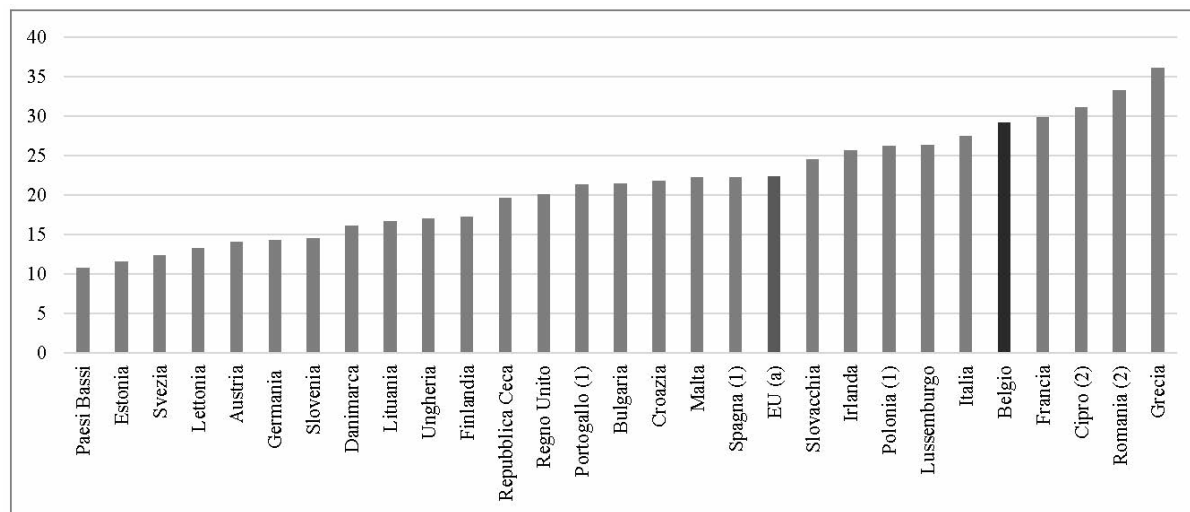
- 1 = Reimbursement market;
- 2 = Community pharmacy market;
- D = Diversa metodologia;
- E = Valore stimato;
- P = Valore provvisorio.

Fonte dei dati: Database stats.oecd.org. Per l'Italia i dati sono forniti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Anno 2017.

²In Italia l'istituzione del Certificato Complementare di Protezione (CCP), avvenuta nel 1991, ha consentito l'estensione della copertura brevettuale dei prodotti medicinali, inizialmente stabilita in 20 anni, per un massimo di ulteriori 18 anni oltre la scadenza naturale del brevetto, consentendo, in tal modo, lo sfruttamento esclusivo della molecola per un massimo di 38 anni. Il Regolamento CE n. 1768/1992, modificato dal Regolamento CE 469/2009, ha abrogato la normativa nazionale sul CCP, istituendo il *Supplementary Protection Certificate*, la cui durata massima non può superare i 5 anni.



Grafico 2 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di antibiotici per uso sistemico nella popolazione non ospedalizzata per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2015



(1) Include il settore ospedaliero.

(2) *Reimbursement data* (ad esempio, non include il consumo di farmaci senza prescrizione e non rimborsabili).

(a) Il valore dell'UE è calcolato come media dei valori dei singoli Paesi ponderata con la popolazione di ciascun Paese.

Fonte dei dati: European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC-Net), ECDC. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'attuazione di politiche volte ad aumentare la quota di farmaci generici, si raccomanda di puntare maggiormente sulla loro implementazione, insistendo con incentivi finanziari per medici e farmacisti affinché prescrivano e distribuiscono farmaci generici, e di incentivare a dettagliare il principio attivo della prescrizione al fine di facilitarne la sostituzione. Si raccomanda anche di sensibilizzare i pazienti sull'utilizzo dei farmaci generici rispetto a quelli di marca, diffondendo chiaramente l'informazione che i due tipi di prodotti hanno la stessa efficacia, sicurezza e qualità. Infine, la spesa farmaceutica può essere ridotta non solo con l'aumento dell'utilizzo dei farmaci generici in sostituzione a quelli di marca, ma anche affrontando la questione dell'appropriatezza delle prescrizioni di antibiotici, per le quali l'Italia ha il 5° tasso più alto

in tutta l'UE. Un Piano di prevenzione quadriennale per la resistenza antimicrobica (*Anti Microbic Resistance-AMR*) è stato sviluppato nel 2014 e un nuovo piano, conforme a molte delle priorità stabilite dal Piano di Azione Globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'AMR, sarà dettagliato nel 2018.

Riferimenti bibliografici

(1) OSMED. L'uso dei farmaci in Italia, rapporto nazionale, 2015.

(2) European Center for Disease Prevention and Control. Summary of the latest data on antibiotic consumption in the European Union. ESAC-Net surveillance, November 2016.

(3) La resistenza agli antibiotici emergenza mondiale: il primo rapporto globale del WHO. Disponibile sul sito: www.aifa.gov.it/content/la-resistenza-agli-antibiotici-emergenza-mondiale-il-primo-rapporto-globale-del-who. Ultimo accesso: dicembre 2017.



Parti con Taglio Cesareo

Significato. Il tasso di parti con Taglio Cesareo (TC) misura il livello di accesso e utilizzo di un intervento ostetrico efficace e salvavita in presenza di condizioni complicanti la gravidanza o il travaglio. Tuttavia, esso è un intervento associato a rischi materni e perinatali sia immediati che a lungo termine (1).

La frequenza di TC è aumentata in modo costante a livello globale, nonostante non ci siano prove di efficacia che ne dimostrino sostanziali benefici materni e perinatali quando le proporzioni di TC superano una determinata soglia (2).

Tasso di parti con Taglio Cesareo

Numeratore Parti cesarei (ICD-9-CM 74.0-74.2, 74.4, 74.99)
 Denominatore $\frac{\text{Parti cesarei (ICD-9-CM 74.0-74.2, 74.4, 74.99)}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000$

Validità e limiti. Il tasso di TC viene calcolato come numero di parti cesarei per 1.000 nati vivi. I dati sono forniti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (*Health Database*). L'interpretazione dei dati deve tenere conto delle differenze tra i Paesi per organizzazione assistenziale e caratteristiche socio-demografiche della popolazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel 2014, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in base a una revisione sistematica della letteratura (3) e a uno studio ecologico mondiale (4), ha rilevato una associazione fra tassi di TC e riduzione di mortalità materna e neonatale fino al 10-15%; oltre tali valori non si osserva una riduzione di mortalità (1).

Descrizione dei risultati

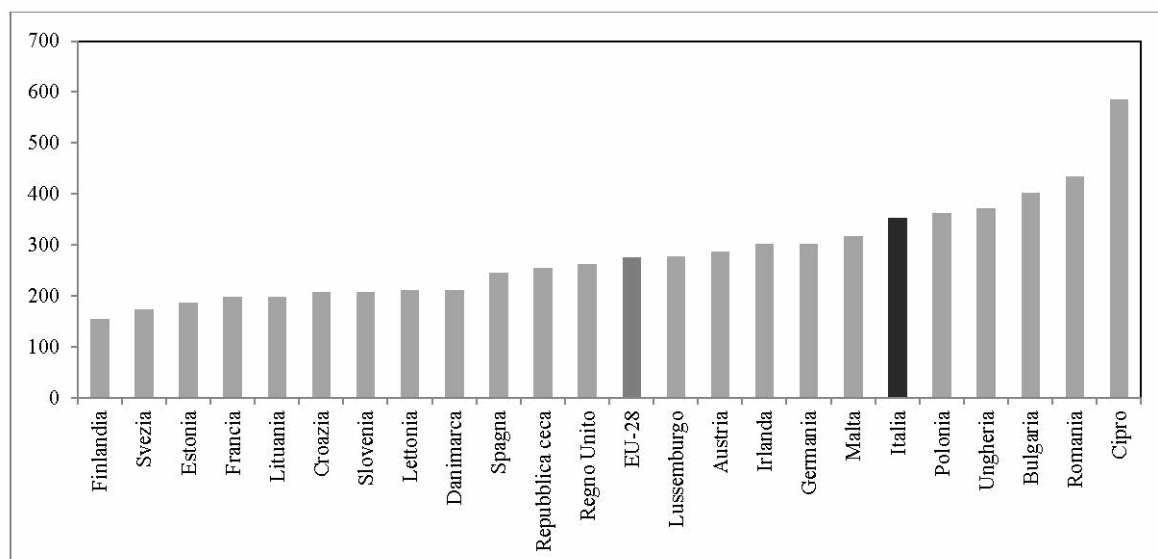
Gli ultimi dati disponibili a livello europeo sono relativi all'anno 2015 per la maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea (UE).

In Italia, il tasso di TC (352,8 per 1.000 nati vivi) è superiore alla media europea (274,5 per 1.000 nati vivi) e tra i più elevati nei Paesi analizzati (Grafico 1). Il range dei valori europei varia da un minimo di 154,4 per 1.000 nati vivi rilevato in Finlandia ad un massimo di 584,3 per 1.000 nati vivi registrato a Cipro.

Il trend, nel periodo temporale 2011-2015, è in media in aumento (+9,2%), in particolare a Cipro e nei Paesi dell'Europa dell'Est (Bulgaria, Romania e Polonia), mentre nei Paesi dell'Europa settentrionale si registra un lieve decremento (Tabella 1).

Nonostante l'alto tasso di ricorso al TC, in Italia la differenza in percentuale di TC per 1.000 nati vivi, nel periodo analizzato, è pari a -6,4%.

Grafico 1 - Tasso (valori per 1.000) di parti con Taglio Cesareo per Paese dell'Unione Europa-28 - Anno 2015



Fonte dei dati: OCSE - Health Database. Anno 2017.



Tabella 1 - Tasso (valori per 1.000) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per Paese dell'Unione Europa-28 - Anni 2011-2015

Paesi	2011	2012	2013	2014	2015	Δ % 2011-2015*
Austria	283,2	288,4	287,8	293,0	286,9	1,3
Belgio	201,3	202,3	207,1	207,6	n.d.	3,2
Bulgaria	331,2	333,8	360,4	391,4	402,3	21,5
Cipro	n.d.	n.d.	146,9	153,9	584,3	297,8
Repubblica Ceca	232,7	243,9	248,7	254,4	253,6	9,0
Germania	308,9	308,9	306,6	308,2	302,1	-2,2
Danimarca	213,9	211,8	223,5	215,4	210,9	-1,4
Estonia	202,0	200,0	200,8	199,8	186,6	-7,6
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Spagna	249,1	251,5	251,6	250,4	245,1	-1,6
Finlandia	161,8	161,9	158,0	157,7	154,7	-4,4
Francia	202,0	200,4	199,8	196,8	197,3	-2,3
Croazia	175,3	185,5	188,9	196,8	206,0	17,5
Ungheria	331,9	340,1	349,4	356,7	372,1	12,1
Irlanda	269,0	277,4	284,8	291,2	301,1	11,9
Italia	377,1	368,4	361,4	357,0	352,8	-6,4
Lituania	232,1	243,5	231,3	204,3	198,2	-14,6
Lussemburgo	277,4	272,8	270,2	289,1	277,7	0,1
Lettonia	229,8	223,7	209,0	199,4	210,2	-8,5
Malta	344,5	341,9	312,5	323,8	315,6	-8,4
Paesi Bassi	n.d.	158,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	298,9	315,7	345,7	356,5	361,7	21,0
Portogallo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Romania	363,1	372,7	421,7	419,8	433,5	19,4
Svezia	164,0	165,2	166,8	172,6	173,1	5,5
Slovenia	194,1	194,5	201,6	209,9	207,5	6,9
Slovacchia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Regno Unito	242,0	243,3	251,2	252,0	262,0	8,3
UE-28	251,3*				274,5*	9,2

*Anno di riferimento o anno più vicino.

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: OCSE - Health Database. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il tasso medio di TC, nei 28 Paesi dell'UE, è aumentato dal 2011 al 2015.

Sebbene si rilevino sostanziali differenze tra i Paesi, in alcuni, tra cui l'Italia, si è registrata una riduzione del tasso. Il tasso italiano, tuttavia, rimane tra i più alti in Europa.

L'incremento registrato in Europa potrebbe essere attribuibile al cambiamento delle condizioni demografiche della donna (ad esempio, l'aumento dell'età al primo figlio) e a fattori clinico-organizzativi (5).

Le differenze di TC tra Paesi potrebbero dipendere anche dall'offerta assistenziale diversamente distribuita tra strutture pubbliche e private. Un Rapporto dell'*Office fédéral de la Santé Publique* rileva che il tasso di TC in Francia e Svizzera è più alto negli ospedali privati rispetto a quelli pubblici (5).

Anche in Italia i TC risultano essere più alti nelle regioni con una maggior presenza di istituti privati accreditati e non; ad esempio, in Campania si registra una proporzione di TC del 59,0%, che aumenta al 67,9% negli istituti privati accreditati; nel Lazio la proporzione è pari al 37,0% e aumenta al 62,9% negli

istituti privati non accreditati (6).

Uno studio che ha incluso 19 Paesi ad alto reddito e con bassi tassi di mortalità materna e infantile ha dimostrato che, aggiustando per fattori socio-economici, la mortalità neonatale e infantile non si riduce ulteriormente per valori di TC >10%; inoltre, tassi di TC >15% non sono associati a una riduzione della mortalità materna (7).

Gli interventi di riduzione di TC si basano sulla valutazione del rapporto benefici/danni che è sfavorevole quando l'intervento non è necessario. Il TC, rispetto al parto vaginale, è associato a una maggiore frequenza di morbosità e mortalità materna, placentazione anomala invasiva e morbosità respiratoria neonatale (8). Al fine di ridurre il numero di TC inappropriati, alcuni Paesi hanno introdotto diverse strategie, tra cui lo sviluppo di Linee Guida con chiare indicazioni cliniche sull'assistenza alla donna in gravidanza, la pubblicazione di Rapporti pubblici, di *audit e feedback* e la riduzione del *gap* nei rimborsi economici tra parto naturale e cesareo. Dove queste misure sono state introdotte, si è osservata una lieve riduzione dei TC (5).





Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).

(2) Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS One. 2016; 11 (2): e01483439.

(3) Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharoux C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reprod Health. 2015; 12 (1): 57.

(4) Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. BJOG. 2016; 123 (5): 745-53.

(5) OECD (2015), "Caesarean sections", in Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

(6) Ministero della Salute- Direzione Generale della Programmazione Sanitaria-Ufficio VI. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2016. Roma: Ministero della Salute 2017.

(7) Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary caesarean delivery. Birth. 2014; 41 (3): 237-44.

(8) American College of Obstetricians and Gynecologists (College); Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary caesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2014 Mar; 210 (3): 179-93.





Spesa sanitaria in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea

Significato. La spesa sanitaria corrente viene analizzata in relazione alla popolazione residente ed alla ricchezza del Paese (Prodotto Interno Lordo-PIL). Inoltre, viene descritta la sua distribuzione rispetto alle fonti di finanziamento e alle funzioni di assistenza. Le fonti di finanziamento considerate sono: la pubblica amministrazione, le assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria, le assicurazioni sanitarie volontarie e la spesa diretta delle famiglie. La fonte di finanziamento "pubblica amministrazione" 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 una unità dell'amministrazione pubblica. Le "assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria" comprendono le Assicurazioni sociali obbligatorie, le Assicurazioni private obbligatorie e i Conti di risparmio medico obbligatori. Le "assicurazioni sanitarie volontarie" si riferiscono ai regimi basati sull'acquisto di una polizza assicu-

rativa sanitaria, non resa obbligatoria per legge e i cui premi assicurativi possono essere direttamente o indirettamente sovvenzionati dall'operatore pubblico. La "spesa diretta delle famiglie" 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.

I dati di spesa sanitaria sono costruiti secondo la metodologia del *System of Health Accounts*, adottata da tutti i Paesi dell'Unione Europea (UE), e sono normati dal Regolamento UE n. 359/2015, entrato in vigore nel 2016. Il quadro informativo che ne deriva consente, pertanto, di operare confronti a livello internazionale. Questo 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 e per monitorare e valutare il funzionamento del servizio sanitario italiano confrontandolo con quello degli altri Paesi europei.

Spesa sanitaria corrente pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria corrente
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 o per funzione di assistenza

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

x 100

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

Il SEC della sanità, basato sull'integrazione di fonti amministrative e campionarie (3), 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: per regime di finanziamento, per funzione di assistenza e per erogatore di beni e servizi sanitari.

La trasmissione dei dati all'Ufficio Statistico dell'Unione Europea (Eurostat) viene effettuata, annualmente, dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Tuttavia, la scelta delle fonti da utilizzare come base delle stime e l'impianto metodologico sono stati definiti nell'ambito di un gruppo di lavoro inter-istituzionale coordinato dall'Istat e dal Ministero della Salute con la partecipazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze (Ragioneria Generale dello Stato), dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali





e dell'Agenzia Italiana del Farmaco, che ha concluso il proprio mandato a giugno 2016.

I dati di spesa per l'Italia sono disponibili al 2016, ma per i confronti internazionali i dati più recenti sono relativi al 2015 e, per alcuni Paesi, al 2014. Rispetto ai 28 Paesi dell'UE mancano i dati relativi a Malta.

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

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

Descrizione dei risultati

Nel 2016, la spesa sanitaria corrente è pari a 149.500 milioni di € (148.029 milioni di € nel 2015), incide per l'8,9% sul PIL e per il 75,0% (112.182 milioni di €) è finanziata dal settore pubblico. La spesa sanitaria privata, pari a 37.318 milioni di € (37.199 milioni di € nel 2015), è quasi interamente finanziata dalle famiglie (90,9%).

Analizzando la distribuzione per funzione di assistenza, l'incidenza più elevata (54,9%) si ha per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, mentre l'assistenza sanitaria a lungo termine (*Long Term Care*) costituisce il 10,1% del totale. Entrambe queste due funzioni comprendono l'assistenza erogata a livello ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare. La spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici pesa per il 20,8% e quella per i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) per l'8,3%. Una quota pari al 4,1% viene spesa per i servizi per la prevenzione delle malattie.

La spesa sanitaria dell'Italia, confrontata con i Paesi più grandi dell'UE, è significativamente più bassa, sia in termini di valore pro capite che in rapporto al PIL (Grafico 1, Grafico 2).

Il nostro Paese, nel 2015, ha speso mediamente 2.437€ per abitante, il Regno Unito ha speso oltre 3.400€, la Francia quasi 3.600€ e la Germania oltre 4.000€, mentre la Spagna presenta un valore inferiore a quello dell'Italia (2.123€). Valori prossimi o superiori ai 5.000€ per abitante si osservano in Danimarca, Svezia e Lussemburgo. Otto Paesi presentano una spesa inferiore ai 1.000€ pro capite e tra questi la Romania registra il valore più basso (400€ per abitante).

In Francia, Germania e Regno Unito la spesa sanitaria corrente incide per il 10-11% rispetto al PIL, a fronte del 9,0% in Italia e in Spagna. L'indicatore è elevato anche in Danimarca e Svezia, mentre all'estremo inferiore della graduatoria si trovano Paesi quali la Lettonia e la Romania, con valori, rispettivamente,

pari a 5,5% e 5,0%.

Quasi tutti i Paesi (ad eccezione di Cipro) hanno una quota maggioritaria della spesa finanziata dalla pubblica amministrazione o da regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria (Grafico 3).

Tuttavia, il peso delle due componenti varia considerevolmente tra Paesi. Nel 2015, l'Italia ha il 74,6% di finanziamento proveniente dalla pubblica amministrazione; tale quota sale al 79,5% nel Regno Unito, all'83,7% in Svezia e all'84,2% in Danimarca. I regimi di finanziamento obbligatori (che generalmente fanno parte del sistema di sicurezza sociale) alimentano il 77,9% della spesa sanitaria in Germania, il 76,2% in Slovacchia e il 74,5% in Francia.

La spesa privata, finanziata direttamente dalle famiglie, è particolarmente elevata in Bulgaria (47,7%) e a Cipro (44,5%). L'Italia si colloca in 10^a posizione nella graduatoria dei Paesi dell'UE, con un valore pari al 22,8%, simile a quello osservato per l'Estonia e la Polonia e molto al di sopra degli altri maggiori Paesi dell'UE (Francia 7,0%, Germania 12,5% e Regno Unito 14,8%).

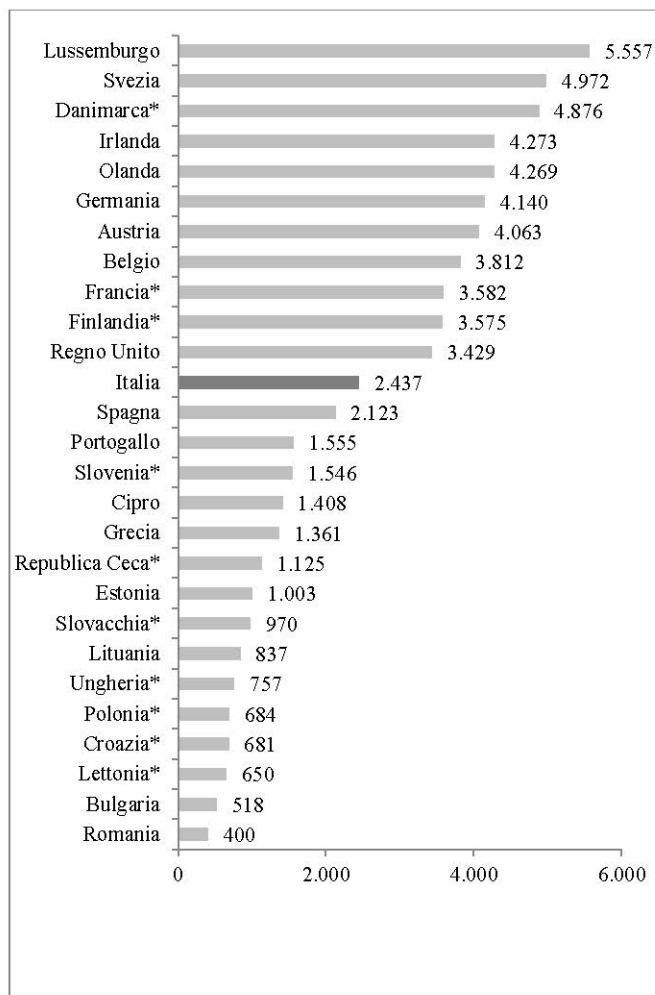
Analizzando la composizione della spesa sanitaria secondo le funzioni di assistenza, emerge che la maggior parte dei Paesi dell'UE impiega oltre la metà delle risorse per cura e riabilitazione (Tabella 1). Nel complesso dei Paesi si passa da valori >60% per Cipro, Grecia e Portogallo, al minimo della Romania (42,9%). L'Italia, con il 55,1% di incidenza della componente per cura e riabilitazione, è allineata con i maggiori Paesi europei (Spagna 58,7%, Regno Unito 56,7%, Francia 54,3% e Germania 51,3%).

Segue per rilevanza la spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, che rappresenta mediamente, circa il 20% della spesa sanitaria corrente, ma con una elevata variabilità tra Paesi, passando dal 9,9% della Danimarca al 43,5% della Bulgaria.

L'Italia, con il 20,7%, non si discosta molto dai maggiori Paesi dell'UE, quali Spagna (22,3%), Francia (20,4%) e Germania (19,8%).

Forti disuguaglianze tra Paesi si osservano sia per l'incidenza della spesa per l'assistenza sanitaria a lungo termine, che per quella relativa ai servizi per la prevenzione delle malattie. Nel primo caso, l'Italia con il 10,1% si colloca a metà graduatoria dei Paesi dell'UE, in prossimità di Francia e Spagna, ma molto distante dai Paesi che impiegano circa un quarto delle risorse disponibili a questa forma di assistenza. Per la prevenzione delle malattie l'Italia, che spende circa il 4% del totale, risulta seconda solo al Regno Unito (5,2%). Tuttavia, questo dato va considerato con cautela data la difficoltà di molti Paesi a quantificare correttamente questa funzione.



**Grafico 1** - Spesa (valori in €) sanitaria corrente pro capite per Paese dell'Unione Europea-28 - Anni 2014-2015

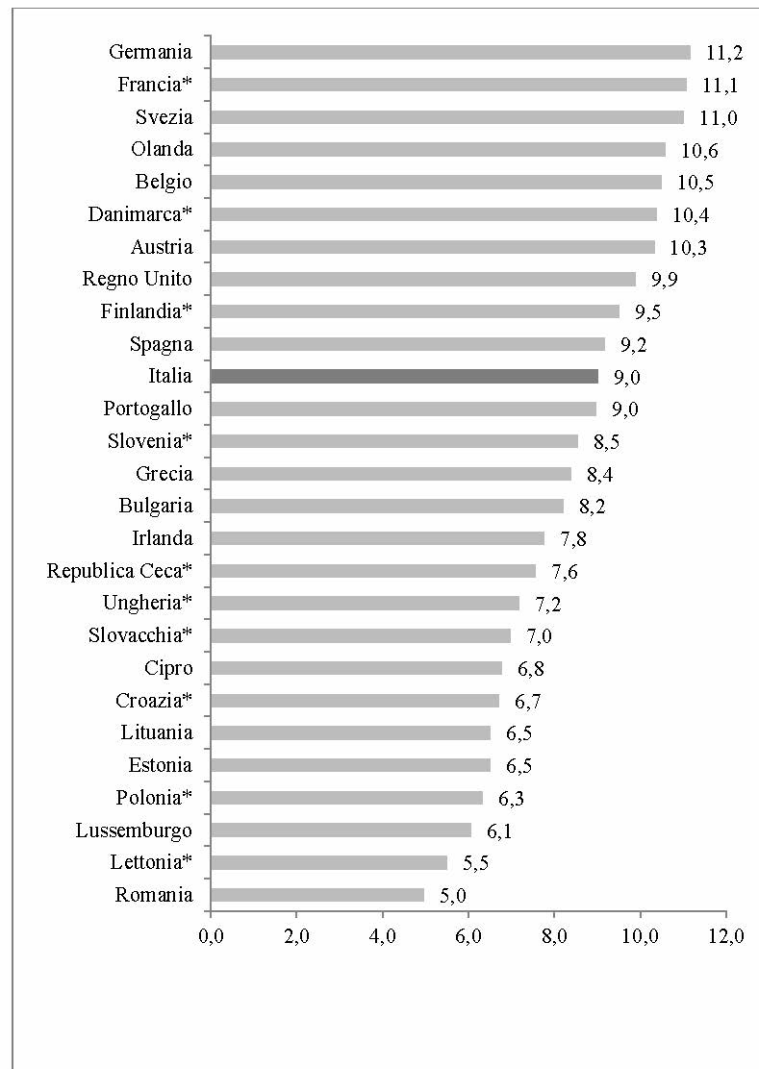
*Dati riferiti al 2014.

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts 2011. Eurostat Database. Anno 2017.





Grafico 2 - Spesa (valori per 100) sanitaria corrente rispetto al Prodotto Interno Lordo per Paese dell'Unione Europea - Anni 2014-2015



*Dati riferiti al 2014.

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts 2011. Eurostat Database. Anno 2017.

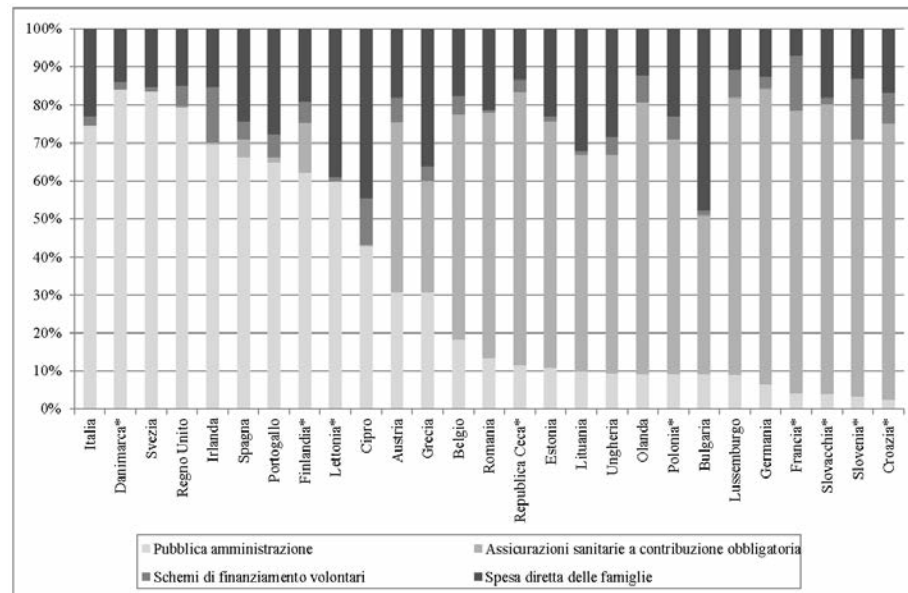




LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

489

Grafico 3 - Spesa (valori per 100) rispetto alla spesa totale sanitaria corrente per regime di finanziamento e per Paese dell'Unione Europea-28 - Anni 2014-2015



*Dati riferiti al 2014.

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts 2011. Eurostat Database. Anno 2017.

Tabella 1 - Spesa (valori per 100) rispetto alla spesa totale sanitaria corrente per funzione di assistenza per Paese dell'Unione Europea-28 - Anni 2014-2015

Paesi	Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	Assistenza sanitaria a lungo termine	Servizi ausiliari	Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	Servizi per la prevenzione delle malattie	Altro
Austria	59,3	14,9	3,0	16,9	2,2	3,8
Belgio	49,4	24,3	5,0	16,2	1,7	3,4
Bulgaria	47,7	0,1	4,2	43,5	2,5	2,0
Cipro	63,6	3,4	11,5	19,3	0,7	1,5
Croazia*	49,6	2,7	9,1	32,0	2,9	3,7
Danimarca*	56,6	24,4	4,6	9,9	2,4	2,1
Estonia	57,7	5,7	10,8	20,9	3,2	1,9
Finlandia*	59,4	17,7	3,4	14,6	3,3	1,7
Francia*	54,3	12,0	5,4	20,4	1,9	6,1
Germania	51,3	16,3	4,9	19,8	3,0	4,8
Grecia	61,7	2,0	4,0	28,3	1,3	2,6
Irlanda	53,9	22,7	2,8	14,1	2,7	3,7
Lettonia*	49,3	5,9	11,2	30,0	2,0	1,6
Lituania	52,1	8,6	5,2	30,1	1,9	2,0
Lussemburgo	52,9	23,5	5,9	11,0	2,4	4,3
Olanda	51,9	24,8	1,8	12,7	3,6	5,2
Polonia*	59,6	6,8	4,7	23,6	2,7	2,7
Portogallo	65,8	2,6	8,3	19,6	1,8	2,0
Regno Unito	56,7	18,2	1,8	14,5	5,2	3,7
Repubblica Ceca*	46,5	12,5	12,3	20,0	3,2	5,5
Romania	42,9	6,4	5,2	39,6	2,1	3,7
Slovacchia*	50,7	0,3	8,3	34,6	1,9	4,2
Slovenia*	56,3	10,3	3,5	22,7	3,1	4,1
Spagna	58,7	9,2	5,0	22,3	2,0	2,9
Svezia	52,2	26,3	3,7	12,3	3,1	2,4
Ungheria*	52,5	4,3	5,3	33,1	2,6	2,2
Italia	55,1	10,1	8,2	20,7	4,0	1,9

*Dati riferiti al 2014.

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts 2011. Eurostat Database. Anno 2017.





Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'Italia sia tra i Paesi con la quota di popolazione anziana e molto anziana più elevata, la spesa sanitaria si colloca su livelli medi, sia rispetto alla popolazione residente che rispetto alla ricchezza del Paese. I confronti internazionali, in coerenza con quanto osservato anche nelle Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, confermano, quindi, che il nostro Paese è "parsimonioso" ed è in grado di contenere la spesa sanitaria, nonostante l'invecchiamento della popolazione e gli effetti negativi della crisi economica. Tuttavia, l'analisi delle diverse componenti della spesa mette in luce alcune criticità. Da un lato appare elevata la quota di spesa sanitaria finanziata direttamente dai cittadini, soprattutto se confrontata con i Paesi scandinavi e con i principali Paesi europei. Oltre al dato complessivo pari al 22,8%, le famiglie finanziano direttamente una quota pari al 42,4% della spesa sanitaria per prodotti farmaceutici e terapeutici, il 37,1% della spesa per assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione e il 33,9% della spesa per assistenza ospedaliera a lungo termine. Riguardo quest'ultima, appare ancora troppo bassa la quota della spesa sanitaria complessiva allocata da tutto il sistema sanitario (pubblico e privato) all'assistenza sanitaria a lungo termine, soprattutto in considerazione del fatto

che nel nostro Paese il 6,7% della popolazione ha 80 anni ed oltre (5,4% in media nell'UE) e secondo le previsioni demografiche tale quota salirà al 7,8% nei prossimi 10 anni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Eurostat, Eurostat Database. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database>.
- (2) Eurostat, Healthcare Expenditure Statistics. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics.
- (3) Istat, Il sistema dei conti per la sanità in Italia. Anni 2012-2016. Statistica report. 2017. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/201944.
- (4) OECD, Oecd Health Statistics 2017. Disponibile sul sito: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.
- (5) OECD, Eurostat, WHO (2017). Manual A System of Health Accounts (SHA, revised edition), Paris, OECD.
- (6) OECD, Eurostat, WHO (2017). Expenditure on Prevention Activities under SHA 2011: Supplementary Guidance - March 2017 version, Paris, OECD.
- (7) OECD, Eurostat, WHO (2014). Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.
- (8) OECD, Eurostat, WHO (2013). Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health Insurance, Paris, OECD.
- (9) OECD, Eurostat, WHO (2012). Guidelines for Accounting Long-Term Care Expenditure under SHA 2011, Paris, OECD.





Il dolore fisico nella sua interferenza con le attività quotidiane

Dott.ssa Rita De Carli

Il dolore è una esperienza soggettiva, individuale e difficilmente condivisibile¹: strettamente connessa al benessere soggettivo, la sua difficile quantificazione passa per la valutazione della sua severità, della durata e dell'interferenza riscontrata sulle attività quotidiane. Qualora esperito in maniera intensa, continuativa e per un lasso di tempo discretamente lungo, il dolore provato può comportare notevoli implicazioni di carattere medico, sociale ed economico, con ricadute significative nella valutazione della qualità della vita. La validità di una comprensione psicologica, sociale e ambientale dei fattori associati al dolore è stata ampiamente riconosciuta negli ultimi decenni (1). Secondo una prospettiva multidimensionale, per comprendere appieno un individuo nella sua percezione rispetto allo stato di salute, è necessario osservare le molteplici interrelazioni tra i cambiamenti nella sfera organica, nello stato psicologico e nel contesto socio-culturale entro cui egli normalmente si muove (2).

Applicato all'esperienza del dolore, questo approccio teorico è stato in vario modo utilizzato in diversi studi scientifici volti a misurare l'impatto negativo del dolore esperito in forma cronica sulla qualità della vita, espresso come valutazione soggettiva dello stato fisico e psicologico complessivo dell'individuo (3-5). Altri lavori condotti in ambito internazionale hanno provato anche a valutare l'impatto economico che l'esperienza persistente del dolore fisico può avere sulla collettività, non solo direttamente in termini di accesso alle cure sanitarie, ma anche per via indiretta, misurando le eventuali ricadute in termini di occupazione, ed in particolare sul numero di giorni lavorativi persi nei pazienti affetti da dolore, specie se ad esso si associano stati psicologici di ansia e depressione (6). Si è tentato, così, anche di spiegare perché si osservino generalmente ampie differenze individuali nell'esperienza e nell'espressione della sintomatologia del dolore. In particolare, la prevalenza del dolore cronico nell'età anziana assume interesse nell'ambito della programmazione europea, in considerazione degli obiettivi che la Commissione si è posta in merito all'innalzamento del numero medio di anni di vita in buona salute entro il 2050. Si fa, insomma, sempre più stringente l'esigenza di riuscire a identificare meglio il fenomeno e a quantificarne la prevalenza, specie con riferimento alle sue molteplici specificità.

Nel 2014, un quarto della popolazione europea di età 15 anni ed oltre (24,9%) riferisce di aver sperimentato dolore fisico da moderato a molto forte nelle 4 settimane precedenti l'intervista; la proporzione sale al 46,2% negli anziani di età ≥ 75 anni. Nel confronto con i restanti Paesi, l'Italia mostra incidenze generalmente più basse pari, rispettivamente, al 21,5% e al 42,9%, posizionandosi a valori assai prossimi a quelli della Spagna e del Regno Unito, ma inferiori a quelli di Francia e Germania. Oltre all'età, un basso livello di istruzione e l'appartenenza al genere femminile si attestano come i fattori di rischio maggiori di provare dolore fisico. In tutti i Paesi, sono sempre le donne a lamentare in maniera maggiore degli uomini di soffrire dolore, con una percentuale che varia dal 16,0% della popolazione adulta in Lettonia al 37,7% in Portogallo. Le precarie condizioni di salute si manifestano tra gli uomini come fattore di rischio maggiore, mentre il livello di istruzione sembra influire maggiormente la propensione delle donne a riferire il dolore (Grafico 1).

Nel nostro Paese l'esperienza di provare dolore fisico è più frequente nelle persone molto anziane (47,9% delle persone di età 75 anni ed oltre), nelle persone sole (31,4%), pensionate (30,8%), con un basso livello di istruzione (27,2%), nelle donne (26,4%) e negli individui appartenenti al ceto medio (24,3%). Fatte salve queste componenti di tipo strutturale è il disturbo della sfera affettiva quello ad essere con più frequenza associato all'esperienza di provare dolore fisico; le persone con sintomi legati al malessere psicologico lamentano nel 68,8% dei casi di provare dolore fisico vs il 38,0% di quelle che presentano un problema di natura organica e il 27,2% di quelli che lamentano un disagio di tipo sociale.

Per circa un italiano su sette (69,0%) tra quanti riferiscono di provare dolore da moderato a molto forte nelle ultime 4 settimane dall'intervista, il dolore provato interferisce con le attività che svolge abitualmente in casa e fuori casa. Anche in questo caso la componente psicologica sembra essere quella che più delle altre è associata alla percezione di dolore: tre individui su quattro (75,0%) tra quelli che presentano nelle ultime 2 settimane dall'intervista i sintomi di tipo depressivo maggiore riferiscono di sperimentare dolore di intensità da moderato a molto forte. Per la maggior parte di loro (93,4%) il dolore provato interferisce con lo svolgimento delle attività quotidiane. La componente organica connessa allo stato di salute sembra avere una importanza decisiva, anche se di portata inferiore: il 46,5% di coloro che lamenta malattie all'apparato muscolo-scheletrico dichiara di provare dolore da moderato a molto forte, percentuale che scende solo di poco (39,0%) con riferi-

¹L'International Association for the Study of Pain definisce il dolore come "una esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata o meno a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di un simile danno" (7).



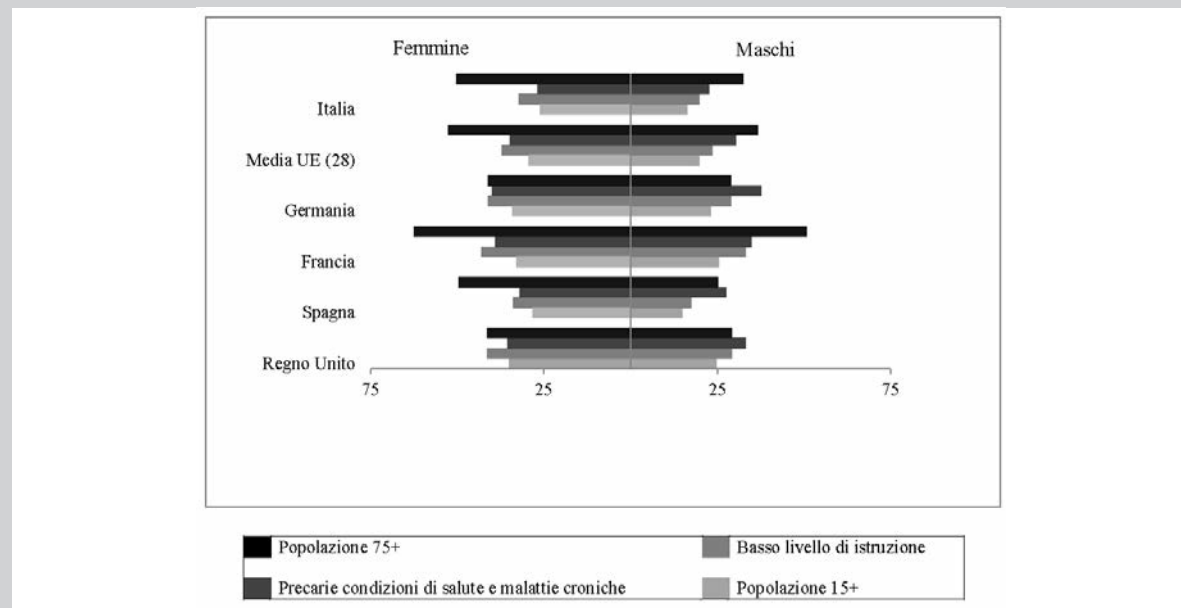


mento ai soggetti che hanno subito infortuni o lesioni negli ultimi 12 mesi: in entrambi i casi, circa tre quarti di loro (74,3% e 75,8%, rispettivamente) riferisce interferenze importanti nello svolgimento delle attività quotidiane. Rispetto alle componenti organica e psicologica, la presenza di altre forme di disagio psico-emotivo sembrano assumere un ruolo marcatamente inferiore, anche se non trascurabile: il 27,2% di coloro che percepiscono una carenza di sostegno sociale riferisce di provare dolore fisico da moderato a molto forte; la percentuale si innalza a 29,1% se il soggetto in questione riferisce di aver sperimentato lutti o perdite relazionali negli ultimi 3 anni dall'intervista.

Dal punto di vista organico, la multi cronicità è sempre associata ad una maggiore propensione a provare dolore fisico: più della metà (54,6%) degli individui con più di una malattia cronica lamenta di soffrire dolore, incidenza che sale al 60,5% nelle donne vs il 45,1% degli uomini. Per le donne, tra le patologie a più alto rischio di provare dolore c'è l'infarto al miocardio e sue conseguenze (70,5%) o i problemi legati all'incontinenza urinaria (70,1%); per gli uomini sono il parkinsonismo (54,7%) e le conseguenze dell'ictus (52,0%). D'altro canto, sono proprio queste malattie che più delle altre compromettono l'autonomia personale, quelle per le quali si riscontrano con maggiore frequenza le interferenze del dolore fisico nelle attività della vita quotidiana (Tabella 1).

L'esperienza del dolore appare, insomma, condizionata da una molteplicità di fattori, che sarebbe opportuno considerare congiuntamente grazie ad analisi di tipo multivariato. Ad esempio, i risultati del modello di regressione logistica evidenziano che tra i possibili fattori di rischio di provare dolore, si annovera la presenza di una qualche malattia acuta e cronica grave (Tabella 2). La disposizione psicologica dell'individuo influenzerebbe, d'altro canto, la risposta soggettiva al dolore ancor più del genere, dell'età e delle condizioni socio-economiche del rispondente. In particolare, la presenza di malattie a carico della schiena o del collo, nonché l'artrosi, farebbe aumentare la probabilità di provare dolore da moderato a molto forte di quasi sette volte rispetto agli individui che non presentano tali disturbi, mentre la presenza di una malattia cronica grave raddoppierebbe il rischio di provare dolore. Al di là dei fattori di natura organica, anche un disturbo psicologico può comportare un innalzamento del rischio di provare dolore, dal 50% al 100%, nel caso di presenza di sintomi depressivi diversi o di quelli specifici della depressione maggiore, rispettivamente. I risultati del modello, a differenza dell'analisi di tipo descrittivo, evidenziano in questo modo il contributo relativo delle variabili strutturali, quali il genere, l'età, la condizione di isolamento e delle condizioni economiche, nell'incremento della propensione a provare dolore, accentuando l'esigenza di una esplorazione multidimensionale del fenomeno.

Grafico 1 - Persone (valori per 100) che riferiscono di provare dolore fisico, da moderato a molto forte, per genere e alcune condizioni nell'Unione Europea-28 e in Italia, Germania, Francia, Spagna e Regno Unito - Anno 2015



Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.



Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone che riferiscono di aver provato dolore fisico, da moderato a molto forte, nelle 4 settimane precedenti l'intervista e la sua interferenza nelle attività quotidiane per genere e per malattia cronica - Anno 2015

Malattie croniche	Persone che riferiscono dolore da moderato a molto forte nelle ultime 4 settimane (a)			Persone che riferiscono interferenza del dolore o svolgimento delle attività quotidiane (b)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Parkinsonismo	54,7	70,0	63,6	83,6	93,0	89,6
Incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica	47,7	70,1	61,1	90,6	89,8	90,0
Ictus o conseguenze croniche dell'ictus	52,0	67,6	60,1	90,1	90,7	90,4
Alzheimer, demenze senili	46,4	64,3	59,0	89,7	93,1	92,3
Ansietà cronica grave	47,3	63,3	58,4	80,8	85,9	84,6
Depressione	47,2	63,2	57,9	84,8	86,1	85,7
Malattia coronarica o angina pectoris	47,9	66,4	56,9	85,4	89,9	87,9
Tumore maligno	49,2	60,3	56,6	84,8	79,4	80,9
Artrosi	45,8	59,4	55,0	78,6	81,4	80,6
Problemi renali	44,8	61,7	53,7	80,2	84,1	82,5
Patologia lombare o altra affezione cronica della schiena	44,6	59,7	53,4	72,9	78,8	76,7
Bronchite cronica, broncopneumopatia cronica costruttiva, enfisema	42,6	61,1	52,4	81,9	85,1	83,9
Altre malattie del cuore	37,8	62,5	51,5	82,5	83,5	83,2
Infarto del miocardio o conseguenze croniche dell'infarto al miocardio	41,9	70,5	51,4	87,6	86,6	87,1
Patologia cervicale o altra affezione cronica del collo	40,9	54,4	49,7	72,4	75,4	74,5
Cirrosi epatica	36,1	59,5	46,9	75,4	96,3	87,6
Diabete	32,4	52,6	42,7	83,0	84,6	84,0
Altra malattia o condizione patologica	32,8	46,0	41,1	69,7	74,2	72,9
Ipertensione	30,5	48,5	40,2	75,0	81,0	78,9
Asma	33,8	44,6	39,5	75,8	82,3	79,6
Allergia	21,3	35,7	29,3	62,7	67,3	65,8
Almeno una malattia cronica grave	34,9	55,7	46,1	81,8	83,0	82,6
Multicronicità	45,1	60,5	54,6	78,9	80,8	80,2
Totale	16,4	26,4	21,6	65,6	70,9	69,0

(a) Per 100 persone dello stesso genere che dichiarano la stessa malattia cronica.

(b) Per 100 persone che hanno dichiarato di aver provato dolore da moderato a molto forte nelle 4 settimane precedenti l'intervista.

Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.

Tabella 2 - Stima del modello Logit sull'intensità del dolore, da moderato a forte vs non prova dolore, provato nelle 4 settimane precedenti l'intervista per Odds Ratio e Intervalli di Confidenza (valori al 95%). Analisi multivariata a soli effetti principali per alcune caratteristiche - Anno 2014

Intensità dolore (da moderato a forte vs non prova dolore)	Odds Ratio	IC 95%	
<i>Sesso</i>			
Femmine vs maschi	1,7	1,6	1,9
<i>Compromissione organica</i>			
Malattie croniche gravi (si vs no)	2,0	1,8	2,2
Dolori articolari e muscolo-scheletrici (si vs no)	6,6	6,1	7,1
Incidenti infortuni (si vs no)	1,7	1,5	1,9
<i>Disturbo della sfera affettiva</i>			
Depressione maggiore (si vs no)	2,0	1,7	2,4
Altri disturbi depressivi (si vs no)	1,5	1,3	1,8
<i>Altre forme di disagio socio-emotivo</i>			
Assenza di sostegno o aiuti (si vs no)	1,2	1,1	1,3
Traumi o perdite relazionali (si vs no)	1,9	1,8	2,0
<i>Classi di età</i>			
45-64 vs 15-44	1,4	1,3	1,6
65-75 vs 15-44	1,2	1,1	1,4
75+ vs 15-44	2,2	1,9	2,5
<i>Condizione lavorativa</i>			
Occupati vs disoccupati	1,5	1,3	1,8
Altri inattivi vs disoccupati	1,5	1,3	1,8
Pensionati vs disoccupati	1,3	1,1	1,6
<i>Livello di istruzione</i>			
Basso vs alto	1,4	1,2	1,6
Medio vs alto	1,1	1,0	1,3

Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.

Riferimenti bibliografici

- (1) Gatchel R., The Biopsychosocial Assessment And Prevention Of Chronic Pain. Pain Practice Suppl. 2016; 1.
- (2) Sullivan MJ, Feuerstein M, Gatchel R, Linton SJ, Pransky G, Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. Journal of Occupational Rehabilitation. 2005; 15 (4), 475-489. doi:10.1007/s10926-005-8029-9.
- (3) Wahl A, Rustøen T, Rokne B, Lerdal A, Knudsen Ø, Miaskowski C, Moum T, The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: A study of the general Norwegian population. Quality of Life Research. 2009; 18 (8), 971-980. doi:10.1007/s11136-009-9515-x.
- (4) Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC, The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychological Bulletin. 2007; 133 (4), 581.
- (5) Leadley RM, Armstrong N, Reid KJ, Allen A, Misso KV, Kleijnen J, Healthy Aging in Relation to Chronic Pain and Quality of Life in Europe, World Institute of Pain, 2013, 1530-7085/13/\$15.00 Pain Practice, 2014; 14 (6.547-558).
- (6) Reid KJ, Harker J, Bala MM, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. Curr Med Res Opin. 2011; 27 (449-462).
- (7) Merskey H, Bogduk N, Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. IASP, Seattle. 1994.



Disuguaglianze sociali negli stili di vita in Italia e nell'Unione Europea

Dott.ssa Laura Iannucci, Dott.ssa Lidia Gargiulo

È noto che lo stato di salute di una persona è il risultato dell'interazione di molteplici fattori che si sperimentano in modi e tempi diversi durante il corso della vita (1): alcuni fattori sono immutabili, come il patrimonio genetico, il genere e l'età; altri, invece, sono suscettibili di essere trasformati o corretti perché legati agli stili di vita individuali e, più in generale, all'ambiente e al contesto sociale e culturale del Paese in cui si vive (2). La diversa stratificazione sociale può influenzare una disuguale esposizione a tali fattori in modo da generare disuguaglianze sociali nella salute.

A tale scopo, si vogliono analizzare le disuguaglianze sociali, osservate in Italia, nell'adozione di alcuni stili di vita considerati a rischio per la salute, come il consumo di tabacco e l'obesità, insieme ad altri che, al contrario, possono migliorare la salute, come l'attività fisica e l'alimentazione ricca di frutta e verdura, in confronto al resto dei 28 Paesi dell'Unione Europea (EU-28). Per analizzare le disuguaglianze di salute, il titolo di studio è l'indicatore più utilizzato, sia in Italia che a livello internazionale, in quanto considerato un buon indicatore della posizione sociale adulta in ambo i generi e in tutte le età (3). L'ampiezza delle disuguaglianze negli stili di vita è stata, quindi, misurata confrontando la prevalenza del fenomeno nei gruppi con basso titolo di studio con l'analoga prevalenza nei gruppi con alto titolo di studio mediante rapporti di prevalenze.

I dati analizzati derivano dall'Indagine Europea sulla Salute, alla quale l'Italia ha partecipato per la prima volta nel 2015, che raccoglie informazioni comparabili a livello europeo sullo stato di salute dei cittadini e sui principali determinanti dei residenti di età 15 anni ed oltre, condotta tra il 2013-2015 in tutti i Paesi dell'Unione Europea (UE).

Il consumo di tabacco è riconosciuto come il principale fattore di rischio evitabile per la salute nell'UE (4), in cui si stima che il 19,7%¹ degli adulti fumi tabacco abitualmente. L'Italia si colloca poco al di sotto della media dell'UE (18,3%), al 20° posto tra i 28 Paesi europei; Svezia (10,1%) e Finlandia (12,8%) sono in coda alla graduatoria con le più basse prevalenze, mentre Bulgaria (29,0%) e Grecia (28,1%) occupano i primi posti. Le prevalenze di fumatori abituali (*daily smokers*, ovvero persone che fumano tutti i giorni), ad eccezione della Svezia, sono sempre più alte per gli uomini: in Italia fuma il 23,1% degli uomini rispetto al 13,8% delle donne, a fronte della media dell'UE, rispettivamente, del 23,8% e del 15,8%. Le differenze di genere sono più marcate tra i Paesi dell'Est-Europa e, in particolare, in Romania, dove la prevalenza tra gli uomini è quattro volte quella tra le donne.

Le disuguaglianze sociali tra i Paesi dell'UE nell'abitudine al fumo sono forti, ma diversificate rispetto al genere, in quanto non tutti i Paesi europei si trovano nella stessa fase della cosiddetta "epidemia del fumo" (5), teoria che individua un modello di tale diffusione in più fasi². Tra gli uomini, ad eccezione di romeni, greci e ciprioti, è evidente l'associazione tra basso titolo di studio e consumo di tabacco: nella media dell'EU-28 la prevalenza di fumatori abituali con basso titolo di studio è quasi doppia rispetto a quelli più istruiti (28,3% vs 14,9%) e questo stesso rapporto è triplo in Danimarca (29,0% vs 9,0%), Regno Unito (24,7% vs 7,6%) e Svezia (14,7% vs 4,6%). Le disuguaglianze sociali tra i fumatori abituali sono inferiori alla media dell'UE in Francia, Portogallo, Spagna, nonché in Italia, dove fuma il 25,1% degli uomini con basso titolo di studio a fronte del 17,1% con titolo alto. Tra le donne, invece, l'associazione col titolo di studio non va sempre nella stessa direzione: in alcuni Paesi dell'Europa dell'Est (Romania, Lituania e Bulgaria) e dell'Europa mediterranea (Portogallo, Cipro, Spagna e Croazia) prevale la tendenza a fumare tra le donne con titolo di studio alto; in Italia, Francia e Slovenia incominciano ad emergere le disuguaglianze a svantaggio delle donne con basso titolo di studio, mentre in tutti gli altri Paesi questa tendenza si è già consolidata³.

Anche l'eccesso ponderale costituisce una delle principali cause prevenibili di mortalità e morbilità per le principali patologie, come malattie cardiovascolari, diabete, tumori e altre malattie croniche (6), da tempo all'attenzione delle politiche sanitarie internazionali. Nell'UE oltre il 15,9% dei cittadini è obeso, presentando un Indice di Massa Corporea ≥ 30 . L'Italia, nonostante l'elevata sedentarietà, è tra i Paesi con la prevalenza più bassa di adulti obesi (10,8%), mentre per Malta, Regno Unito e Paesi dell'Est-Europa la prevalenza è $>20\%$. A livello europeo, le persone con basso titolo di studio presentano prevalenze di obesità maggiori rispetto a chi

¹Le stime dell'Indagine Europea sulla Salute possono differire da stime nazionali derivante da altre fonti, poiché il principale obiettivo dell'indagine europea è la comparabilità tra i Paesi ed i quesiti posti sono leggermente diversi.

²Secondo tale teoria, l'abitudine al fumo si diffonde inizialmente a partire dai gruppi di *status* più elevato, per raggiungere, successivamente, anche gli strati sociali più svantaggiati; infine, le persone di *status* più elevato smettono sempre più di fumare fino a coinvolgere anche gli altri strati della popolazione. La prima fase dell'epidemia comincia solo per gli uomini e si diffonde seguendo quattro fasi, in cui man mano vengono coinvolte anche le donne.

³Questa relazione si osserva anche controllando per fascia di età.





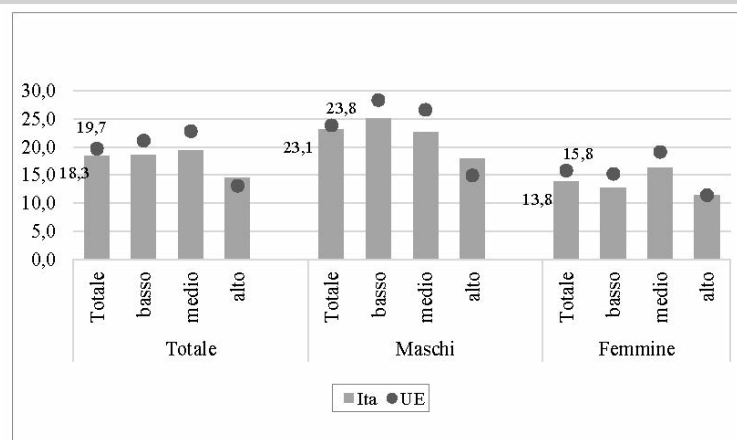
ha un titolo alto (19,9% vs 11,5%). Disuguaglianze più ampie rispetto alla media dell'UE-28 si osservano in Italia, dove la quota di obesità raddoppia tra quanti hanno il titolo basso (14,5% vs 6,0%). Considerando il rapporto delle prevalenze dell'obesità tra le persone con titolo basso e quelle con titolo alto, le disuguaglianze sociali sono più ampie tra le donne (2,0 donne vs 1,4 uomini), soprattutto tra le adulte (2,1 donne vs 1,4 uomini), e tendono a ridursi in età anziana eguagliando quelle degli uomini. Analogamente accade in Italia sebbene il divario tra titolo di studio alto e basso risulti sempre più alto rispetto alla media dell'UE.

Il sovrappeso e l'obesità nei Paesi industrializzati è favorita anche da alcuni fattori comportamentali e ambientali, come l'alimentazione ricca di grassi saturi e zuccheri e la riduzione di attività fisica con conseguente minor dispendio di energia, dovuta anche alla diffusione di lavori fisicamente meno impegnativi e al crescente uso privato di mezzi di trasporto (7). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per avere dei benefici sullo stato di salute (8) è necessario svolgere, settimanalmente, almeno 150 minuti di attività fisica da moderata a intensiva (9), ma solo circa il 30% della popolazione adulta in Europa segue tale raccomandazione e ancor meno in Italia, con il 17,3% di popolazione che svolge attività fisica adeguata. I cittadini scandinavi, con oltre il 50%, occupano i primi posti nella graduatoria per i livelli di attività fisica raccomandati, mentre i bulgari e i romeni sono in coda (meno del 10%). Ad eccezione di Finlandia, Svezia e Danimarca, le donne sono tendenzialmente meno attive. Ancora più basse sono le prevalenze di livelli adeguati di attività fisica tra i cittadini con basso titolo di studio: 11,1% in Italia e 19,2% nella media dell'UE-28 vs, rispettivamente, il 31,3% ed il 45,5% tra chi ha almeno una laurea. Le disuguaglianze sociali nella pratica dell'attività fisica, secondo le raccomandazioni dell'OMS, sono tendenzialmente più elevate tra le donne che, rispetto agli uomini, presentano quote doppie considerando la media dell'UE e perfino triple in Italia, anche controllando per grandi fasce di età.

Un altro determinante della buona salute è la corretta alimentazione, che contribuisce a prevenire una serie di patologie croniche, tra cui ipertensione, malattie cardiovascolari, ictus, diabete e alcuni tipi di cancro (10). L'OMS, infatti, raccomanda il consumo quotidiano di almeno 5 porzioni (400 grammi) di frutta e verdura, ma tale indicazione sembra sia rispettata solo dal 14,4% delle persone di età 15 anni ed oltre in Europa e dall'11,9% in Italia⁴. In testa alla graduatoria il Regno Unito, con oltre il 30%, mentre al fanalino di coda vi è la Romania con il 3,4%. L'Italia, a fronte di tale svantaggio quando si misurano le 5 porzioni consumate giornalmente, sembra, invece, collocarsi alle prime posizioni per abitudine a consumare frutta e verdura almeno una volta al giorno (77,6% vs il 66,0% nell'UE). Le disuguaglianze sociali nel consumo di frutta e verdura sono nette quando si considera il consumo giornaliero raccomandato, e più marcate in Europa, che in Italia per le donne (14,1% vs 23,6% nell'UE; 12,9% vs 17,6% in Italia).

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone per stili di vita a rischio (fumo abituale, obesità, almeno 150 minuti a settimana di attività fisica e almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura) per genere e titolo di studio in Italia e nell'Unione Europea-28 - Anno 2015

Fumo abituale



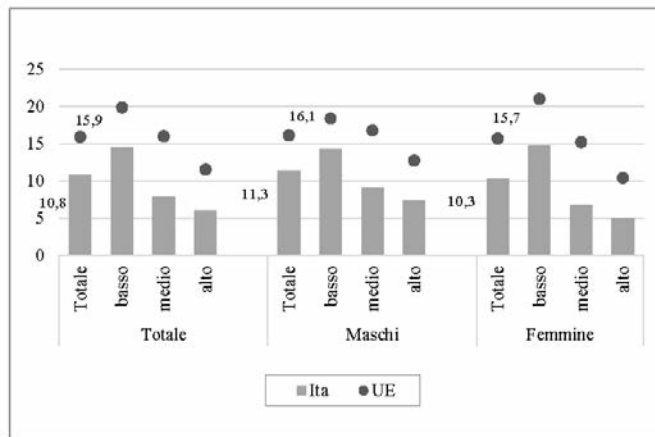
⁴C'è da precisare che il numero corretto di porzioni di frutta e verdura non è di facile determinazione da parte degli intervistati, con difficoltà di rilevazione non solo in Italia, ma anche in molti paesi europei. Per questo motivo anche la comparabilità potrebbe essere in parte compromessa, sebbene non possano non notarsi le distanze tra i Paesi europei.



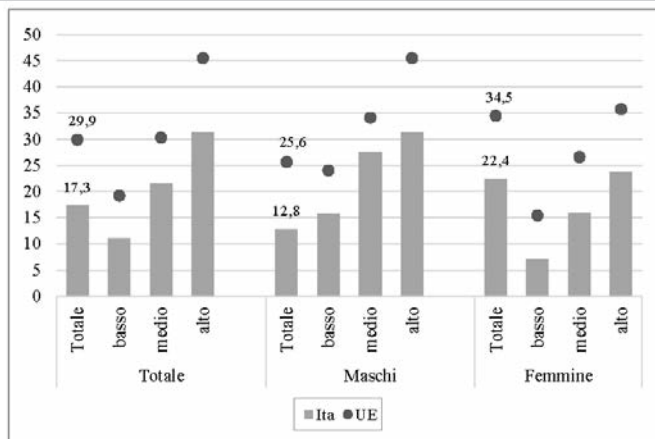


Grafico 1 - (segue) Prevalenza (valori per 100) di persone per stili di vita a rischio (fumo abituale, obesità, almeno 150 minuti a settimana di attività fisica e almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura) per genere e titolo di studio in Italia e nell'Unione Europea-28 - Anno 2015

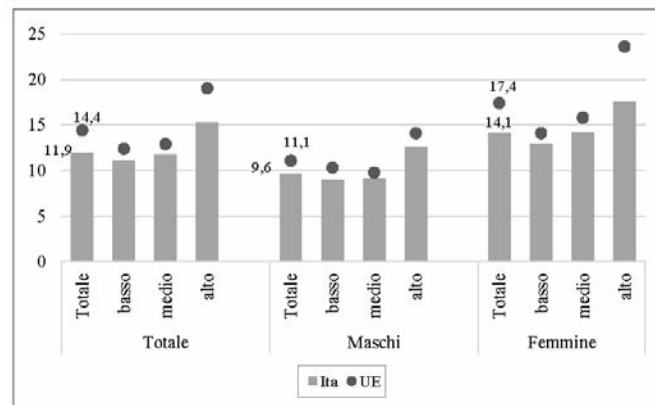
Obesità (IBM ≥30)



Almeno 150 minuti a settimana di attività fisica



Almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura



Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2017.





Conclusioni

Rispetto alla media dell'UE, l'Italia presenta una minore diffusione di quei fattori di rischio evitabili per la salute, come l'obesità (27° posto nella graduatoria) ed il fumo abituale (20° posto). Allo stesso tempo, però, sono meno diffusi anche quei comportamenti che portano benefici sullo stato di salute, come la pratica di attività fisica da moderata a intensiva per almeno 150 minuti a settimana (20° posto) ed il consumo della quantità di frutta e verdura (almeno 5 porzioni) consumata giornalmente (15° posto), sebbene risulti, invece, molto diffuso il consumo giornaliero di frutta e verdura con meno porzioni (6° posto). In Italia, sono più ampie della media dell'UE le disuguaglianze sociali per l'obesità (5° posto) e per la pratica dell'attività fisica (8° posto), più basse per il consumo di frutta e verdura (18° posto) e per il fumo di tabacco (20° posto).

Riferimenti bibliografici

- (1) Blane D, Netuveli G, Stone J (2007) The development of life course epidemiology. *Rev Epidemiol Sante Publique* 55: 31-38.
- (2) Dahlgren G, Whitehead M. 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- (3) G. Costa, M. Bassi et al. *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Francoangeli, 2014.
- (4) European Commission (2014a), *Tobacco Policy*, European Commission, Brussels. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_en.htm.
- (5) A. D. Lopez, N. E. Collishaw, and T. Piha A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries, 1994 Sep; 3 (3): 242-247.
- (6) World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*.
- (7) Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiol Rev* 2007; 29: 1-5.
- (8) Knight, J. (2012), "Physical Inactivity: Associated Diseases and Disorders", *Annals of Clinical and Laboratory Science*, Vol. 42, No. 3, pp. 320-337.
- (9) WHO (2011), *Information Sheet: Global Recommendations on Physical Activity for Health 18-64 Years Old*, Geneva.
- (10) WHO (2003), *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva.

