



La sanità italiana nel confronto europeo

Questa Edizione del Rapporto Osservasalute vuole mettere in luce come, in Italia rispetto agli altri Paesi europei, gli ottimi risultati di salute, misurati con la speranza di vita alla nascita e gli usuali tassi di mortalità per causa, convivano con alcune criticità di sistema che si manifestano soprattutto in alcuni comportamenti a rischio per la salute pubblica (alto consumo di antibiotici, bassa copertura vaccinale e basso tasso di attività fisica) e nell'allocazione delle risorse tra i servizi sanitari (bassa quota di spesa destinata all'assistenza sanitaria a lungo termine, quota elevata di *out of pocket* per visite, accertamenti e prodotti farmaceutici e bassa quota di farmaci generici).

Viene presentato, inoltre, un *Box* sulla salute mentale che, come ribadito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è una componente essenziale del benessere psico-fisico degli individui consentendo loro di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla qualità della vita della comunità (1). Le persone con gravi disturbi mentali, depressione da moderata a grave, disturbo bipolare e schizofrenia e altri disturbi psicotici, hanno generalmente una aspettativa di vita inferiore di 10-20 anni rispetto alla popolazione generale. Pur presentando tassi più alti di morte per cause innaturali (incidenti, omicidio o suicidio) rispetto alla popolazione generale, la maggior parte di queste morti premature sono attribuibili alle peggiori condizioni di salute fisica e alla maggiore probabilità di condurre stili di vita non salutari caratterizzati da consumo di tabacco, inattività fisica e diete malsane. Anche per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari, che offrono promozione della salute, screening e trattamento per le condizioni fisiche e mentali, la maggior parte delle persone con gravi disturbi mentali rimangono esclusi. Inoltre, per coloro che sono in grado di accedere all'assistenza sanitaria, la qualità dell'assistenza ricevuta è spesso scarsa e le condizioni di salute fisica trascurate (2).

Infine, si completa il quadro europeo con un Approfondimento (pubblicato sul sito www.osservatoriosul-lasalute.it) sull'attività fisica che, come più volte ribadito dall'OMS, ha ricadute positive sulla collettività favorendo la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, riducendo il carico di malattia, rafforzando il benessere fisico, psichico e sociale, diminuendo il rischio di depressione e demenza ed, infine, riducendo i costi diretti e indiretti (3, 4).

L'Italia è tra i Paesi più longevi d'Europa e del mondo: secondo gli ultimi dati disponibili di fonte europea Eurostat, nel 2016 si colloca al 1° posto per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (81,0 anni) e al 3° posto dopo Spagna e Francia per le donne (85,6 anni), a fronte di una media dei Paesi dell'Unione Europea (UE) di 78,2 anni per gli uomini e di 83,6 anni per le donne. Anche rispetto agli anni di vita attesa all'età di 65 anni gli uomini e le donne italiane vivono più a lungo rispetto alla media europea (rispettivamente, 19,4 anni vs 18,2 anni e 22,9 anni vs 21,6 anni).

Nonostante i notevoli guadagni di sopravvivenza conseguiti negli ultimi decenni in Europa, ci sono ancora Paesi europei che non raggiungono i 75 anni di vita media attesa. Sono i Paesi dell'Europa dell'Est (ad esempio Lettonia, Lituania e Bulgaria), in cui la sopravvivenza media è inferiore di quasi 9 anni rispetto al primo Paese in graduatoria (Spagna, con un valore di 83,6 anni). In un contesto europeo caratterizzato da una dinamica demografica con previsioni di innalzamento del tasso di invecchiamento della popolazione, resta fondamentale investire nella tutela della buona salute e contrastare le disuguaglianze socio-economiche, azioni queste che possono migliorare le condizioni di salute della popolazione.

Nel complesso l'Italia, insieme a Francia, Spagna e Svizzera, si conferma tra i Paesi con la più bassa mortalità (900 decessi ogni 100.000 residenti), mentre in Romania, Serbia e Bulgaria si riscontrano i livelli più elevati (oltre 1.500 decessi ogni 100.000 residenti). In particolare, nel nostro Paese il tasso di mortalità è ampiamente inferiore alla media dell'UE per tumore (rispettivamente, 256 per 100.000 residenti vs 269 per 100.000 residenti) e malattie del sistema respiratorio (rispettivamente, 66 decessi per 100.000 vs 88 per 100.000), mentre è vicino alla media dell'UE per la malattia di Alzheimer (rispettivamente, 16 per 100.000 vs 20 per 100.000) e le malattie cerebrovascolari (rispettivamente, 84 per 100.000 vs 85 per 100.000). Il 2015, tuttavia, è stato per numerosi Paesi europei un anno caratterizzato da un forte incremento dei decessi rispetto al 2014. L'Italia è tra quelli che hanno registrato il più alto picco di mortalità (+5,5%), sebbene anche in altri Paesi (Spagna, Germania, Grecia e Francia) l'aumento sia stato particolarmente rilevante (pari a circa il 4%).

¹Anche per l'Italia, gli ultimi dati resi disponibili evidenziano ancora una volta per il 2017 una lieve flessione rispetto al 2016. Per approfondimenti per il 2017 si rimanda ai siti, www.istat.it/it/archivio/208951 e www.istat.it/it/files/2018/06/bilanciodemografico2018.pdf.





Nel 2016 la situazione è di nuovo migliorata, ma i dati di mortalità in alcuni Paesi nei primi mesi del 2017 evidenziano nuovamente dei picchi di mortalità¹ (5). Le analisi condotte in vari Paesi per comprendere l'origine di tali fluttuazioni hanno individuato nella crescente quota di persone anziane e, in particolare, di anziani fragili, una delle principali cause che possono comportare anche in futuro una maggiore variabilità dell'aspettativa di vita. Trattandosi, tuttavia, di ipotesi variegata, cresce l'attenzione a studiare le possibili cause di tali fluttuazioni (5).

L'ottimo *outcome* complessivo di salute, in Italia, è stato raggiunto finora con un livello di spesa sanitaria, sia pro capite (2.477€) che in percentuale sul Prodotto Interno Lordo (8,9%), inferiore a quello di altri Paesi europei con simile speranza di vita, come Svezia (rispettivamente, 5.126€ e 10,9%) e Francia (rispettivamente, 3.847€ e 11,5%).

In Italia, nonostante l'elevata percentuale di ultra 80enni, è ancora troppo bassa la quota della spesa sanitaria complessiva allocata da tutto il sistema sanitario all'assistenza sanitaria a lungo termine (10,1%) se confrontata con quella di Paesi con simile livello di invecchiamento (14,8% in Francia e 16,5% in Germania). Risulta, quindi, prioritario per il nostro Servizio Sanitario Nazionale orientarsi 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).

Gli indicatori della spesa sanitaria presentati in questo Capitolo mettono in luce che in Italia oltre un quarto delle visite ambulatoriali e dei servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) sono finanziati privatamente dalle famiglie (*out of pocket*), mentre negli altri Paesi considerati gli stessi servizi sono finanziati quasi esclusivamente dal settore pubblico.

Anche nell'ambito della spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici la quota italiana di *out of pocket* è quasi doppia rispetto a quella di Germania e Francia (rispettivamente, 43,4% vs 24,0% e 26,8%).

Lo sviluppo del mercato di farmaci generici potrebbe essere una buona opportunità per aumentare l'efficienza della spesa farmaceutica, ma in Italia questa possibilità non è ancora sfruttata appieno come avviene, invece, in altri Paesi come Regno Unito e Germania.

Secondo l'OMS, la resistenza agli antibiotici (*Antimicrobial Resistance-AMR*) rappresenta, oggi, una delle maggiori minacce per la salute pubblica, causando l'incremento della morbosità e della mortalità da infezioni causate da batteri antibiotico-resistenti. L'Italia è tra i Paesi con il consumo più alto di antibiotici e allo stesso tempo, secondo quanto rilevato anche dalla sorveglianza dell'AMR curata dall'Istituto Superiore di Sanità, la resistenza agli antibiotici si mantiene tra le più elevate d'Europa, quasi sempre al di sopra della media (6).

Tutti i Paesi europei hanno istituito programmi di vaccinazione per bambini, ma a causa dell'insufficiente copertura vaccinale alcune malattie, come difterite-tetano-pertosse e morbillo, sono ancora diffuse in alcune parti d'Europa. In Italia, le coperture vaccinali per le malattie sopracitate risultano inferiori alla soglia del 95% raccomandata dall'OMS per garantire la cosiddetta "immunità di gregge" che protegge, indirettamente, anche coloro che, per motivi di salute, non è stato possibile sottoporre alla vaccinazione; inoltre, nel caso del morbillo, la vaccinazione permette anche l'interruzione della trasmissione endemica.

Il ricorso al Taglio Cesareo (TC) in Italia rimane tra i più alti d'Europa. La variabilità del tasso di TC osservata tra i Paesi europei potrebbe essere legata alle caratteristiche socio-demografiche delle donne e all'organizzazione sanitaria. Anche la diversa offerta assistenziale tra strutture pubbliche e private può incidere sul tasso di TC: in Francia e Svizzera (7), come anche in Italia (8), il tasso di TC risulta più alto negli ospedali privati che in quelli pubblici nonostante in questi ultimi si concentrino le gravidanze con decorso patologico.

La necessità di ridurre i TC si basa sulla valutazione del rapporto benefici/danni che è sfavorevole quando l'intervento è inappropriato. Il TC, rispetto al parto vaginale, è associato a una maggiore frequenza di morbosità e mortalità materna, placentazione anomala invasiva e morbosità respiratoria neonatale (9, 10). Gli interventi per ridurre l'uso eccessivo e inappropriato di TC sono multifattoriali e contesto specifici e dovrebbero affrontare le preoccupazioni delle donne e dei professionisti, nonché l'organizzazione dei sistemi sanitari (11).

In conclusione, l'invecchiamento della popolazione pone delle sfide di sostenibilità ai sistemi sanitari per la cura e l'assistenza di un numero sempre crescente di anziani con malattie croniche e ridotta autonomia per cui risulta fondamentale lavorare sul cambiamento oggi, con un approccio olistico e multisettoriale, per avere un domani migliore spostando l'attenzione dalla cura del malessere psico-fisico dimostrato in stato avanzato alla prevenzione delle malattie e alla promozione del benessere collettivo.



**Riferimenti bibliografici**

- (1) WHO (2013), Piano d'azione per la salute mentale. 2013-2020. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf.
- (2) WHO (2018), Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. GUIDELINES.
- (3) WHO, Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world (2018). Disponibile sul sito: www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en.
- (4) Rapporti ISTISAN. ISS: Presentazione del Rapporto “Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività”: dalle evidenze alle azioni. Disponibile sui siti: www.epicentro.iss.it/problemi/attivita_fisica/MovimentoSportSalute2018.asp?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=15novembre2018; www.who.int/mental_health/evidence/guidelines_physical_health_and_severe_mental_disorders/en.
- (5) OECD (2018), Health at a Glance 2018: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (Modificare il link, è in corso di pubblicazione).
- (6) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- (7) OECD, Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- (8) Ministero della Salute-Direzione Generale della Programmazione Sanitaria-Ufficio VI. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2016. Roma: Ministero della Salute 2017).
- (9) Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018; 392 (10155): 1.349-57.
- (10) 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 cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Mar; 210 (3): 179-93.
- (11) Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet*. 2018; 392 (10155): 1.358-68.





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 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*), che è quello maggiormente utilizzato nei confronti europei.

Speranza di vita

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

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

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.

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

Significato delle variabili: T'_x ($T'_x = \sum_{x=x}^{\omega-1} L'_x$) indica il numero totale di anni vissuti in buona salute dai sopravvissuti l_x , dal x° compleanno fino alla completa estinzione della generazione.

Validità e limiti. Tra i vantaggi degli indicatori selezionati si segnala il fatto che sono indipendenti dalla struttura per età della popolazione. In tal modo è possibile effettuare confronti nel tempo e nello spazio e, 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 nei 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 condi-

zioni di salute. Tra i vari indicatori è stato selezionato quello maggiormente utilizzato in ambito europeo per i confronti internazionali e cioè 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 informazioni autoriferite che implicano una valutazione della propria salute; gli aspetti socio-culturali della persona potrebbero compromettere una 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, auspica-

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.





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

Descrizione dei risultati

L'Italia, con 83,4 anni di vita media attesa alla nascita nel 2016, è da anni uno dei Paesi più longevi nel contesto internazionale, secondo dopo la Spagna (83,5 anni) tra i Paesi dell'Unione Europea (UE)². Sempre nel 2016, il nostro Paese si colloca direttamente al primo posto in Europa per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (81,0 anni), secondo gli ultimi dati disponibili da fonte europea Eurostat (1). Per le donne, invece, si colloca al terzo posto (con 85,6 anni) dopo Spagna (86,3 anni) e Francia (85,7 anni). L'Italia, rispetto alla media dei Paesi dell'UE, presenta un vantaggio di circa 3 anni per gli uomini (la media dell'UE è pari a 78,2 anni) e 2,0 anni per le donne (la media dell'UE è 83,6 anni).

In tutti i Paesi dell'UE i differenziali di sopravvivenza tra i due generi sono sempre a favore delle donne. Tra gli uomini, i Paesi più svantaggiati sono quelli dell'Europa dell'Est che si collocano sempre al di sotto della media europea; in particolare, in Lettonia e Lituania non si raggiungono i 70 anni. In questi stessi Paesi si registrano le più elevate differenze di genere: a fronte di un divario medio europeo di 5,4 anni, il numero medio di anni in meno di sopravvivenza degli uomini è di circa 10 anni. Per le donne, tra i Paesi che occupano le ultime posizioni si ritrovano, anche per il 2016, Bulgaria e Romania, seguite da Lettonia, Ungheria e Lituania. Per le donne, anche Paesi come Germania, Olanda, Regno Unito e Danimarca sono al di sotto della media dell'UE, mentre la Slovenia, con una speranza di vita alla nascita pari a 84,3 anni, resta anche nel 2016 il solo Paese dell'Europa dell'Est al di sopra della media dell'UE (Grafico 1).

Per decenni si sono registrati in Europa costanti miglioramenti nella speranza di vita, sebbene dal 2010 siano stati più contenuti. Il 2015, però, ha evidenziato per la prima volta un segno negativo nei progressi di longevità nella maggior parte dei Paesi dell'UE, ma con diversa intensità (più marcata in Italia, Germania, Spagna e Francia³). Nel 2016 la situazione è di nuovo migliorata, ma i dati di mortalità

in alcuni Paesi nei primi mesi del 2017 evidenziano nuovamente dei picchi di mortalità⁴ (4).

Le analisi condotte in vari Paesi per comprendere l'origine di tali fluttuazioni hanno individuato nella crescente quota di persone anziane e, in particolare di anziani fragili, una delle principali cause che possono comportare anche in futuro una maggiore variabilità dell'aspettativa di vita. Sono, comunque, variegiate le ipotesi a riguardo e crescente è l'attenzione nell'analisi delle possibili cause di tali fluttuazioni (4).

Complessivamente, a livello europeo il dato stimato per il 2016 dell'UE attesta il totale recupero della flessione registrata nel 2015. Infatti, il dato della vita media attesa alla nascita è tornato identico al 2014 e tra gli uomini ha raggiunto i 78,2 anni (era 78,1 anni nel 2014). Questo è accaduto in quasi tutti i Paesi europei, ad eccezione della Germania e del Regno Unito dove, nel 2016, si rileva un valore della speranza di vita che ancora non ha raggiunto il livello del 2014. Se consideriamo l'incremento registrato nel periodo 2015-2016, l'Italia, insieme alla Croazia, è il Paese in Europa che fa registrare per entrambi i generi le variazioni più positive (+0,7 anni) al punto che gli uomini italiani, come evidenziato, sono divenuti nel 2016 i più longevi in Europa.

Quando si analizza lo stesso indicatore facendo riferimento alla popolazione anziana, l'Italia, nel 2016, occupa il terzo posto in graduatoria per uomini: la speranza di vita a 65 anni è pari a 19,4 anni (simile alla Spagna) a fronte del dato medio europeo di 18,2 anni. Al secondo posto troviamo la Francia con 19,6 anni e al primo posto Malta con 19,7 anni. Anche per le donne la vita attesa a 65 anni in Italia supera di oltre 1 anno la media dell'UE (22,9 anni vs 21,6 anni) posizionandosi al terzo posto dopo Francia (23,7 anni) e Spagna (23,6 anni).

Si auspica che i guadagni di longevità siano anche accompagnati ad un maggior numero di anni vissuti in buona salute. Quando, però, si analizza la qualità della sopravvivenza, non sempre i Paesi in cui si vive più a lungo riescono a conservare il primato per la sopravvivenza in buona salute. L'Italia, pur essendo il primo Paese per longevità degli uomini, scende in graduatoria al terzo posto per l'HLY alla nascita, pur mantenendo un vantaggio di circa 4 anni rispetto alla media europea, dopo Svezia e Malta (rispettivamente, 73,0 e 71,1 anni). Anche per le donne l'Italia scende in graduatoria, passando dal terzo posto per la speranza di vita al settimo quando si considerano gli anni di vita ancora da vivere in modo autonomo, senza limitazioni nelle attività

²Per motivi di comparabilità internazionale viene qui commentato l'ultimo dato disponibile sul database di Eurostat (anno 2016). Si precisa che, sebbene l'impatto non sia rilevante, il metodo di calcolo utilizzato da Eurostat differisce da quello utilizzato dall'Istituto Nazionale di Statistica sia per la diversa metodologia di calcolo della speranza di vita che per la diversa fonte utilizzata per la componente dell'indicatore sulle limitazioni nelle attività (*European Statistics on Income and Living Conditions*).

³In molti Paesi l'aumento dei tassi di mortalità nel 2015 è dovuto almeno in parte all'eccesso di mortalità da influenza durante il primo trimestre del 2015 (stagione invernale) per l'epidemia di influenza eccezionalmente lunga e diffusa che ha avuto un impatto particolare sugli anziani. Peraltro, è stata osservata una mortalità eccessiva tra le persone anziane anche nel primo trimestre del 2017, che potrebbe portare nuovamente a riduzioni dell'aspettativa di vita tra gli anziani in particolare e dell'aspettativa di vita alla nascita più ampiamente (*European Mortality Monitoring-EuroMOMO*, 2018). Ad esempio, in Francia, condizioni climatiche eccezionalmente avverse nel 2015, tra cui una ondata di caldo in estate seguita da una ondata di freddo in autunno, può spiegare parte dell'eccesso di mortalità tra gli anziani (Bellamy e Beaumel, 2016). Un eccesso di mortalità durante l'inverno è stato osservato anche tra gli anziani affetti da influenza e altri motivi nella stagione 2016/2017, in particolare tra le donne (EuroMOMO, 2018).

⁴Anche per l'Italia gli ultimi dati resi disponibili, evidenziano ancora una volta, per il 2017, una lieve flessione rispetto al 2016. Per approfondimenti, si rimanda, per il 2017, ai seguenti siti: www.istat.it/it/archivio/208951 e www.istat.it/it/files/2018/06/bilanciodemografico2018.pdf.





dovute a problemi di salute, con un differenziale positivo di 3,0 anni rispetto alla media dei Paesi dell'UE⁵. Nella popolazione anziana, e soprattutto molto anziana, i problemi di salute di tipo cronico-degenerativo possono compromettere l'autonomia nel compiere le attività della vita quotidiana e determinare disabilità, incrementando i bisogni di cura e sostegno alla persona. Risulta, quindi, rilevante analizzare quanti degli anni che restano da vivere siano vissuti in buone condizioni di salute e in autonomia.

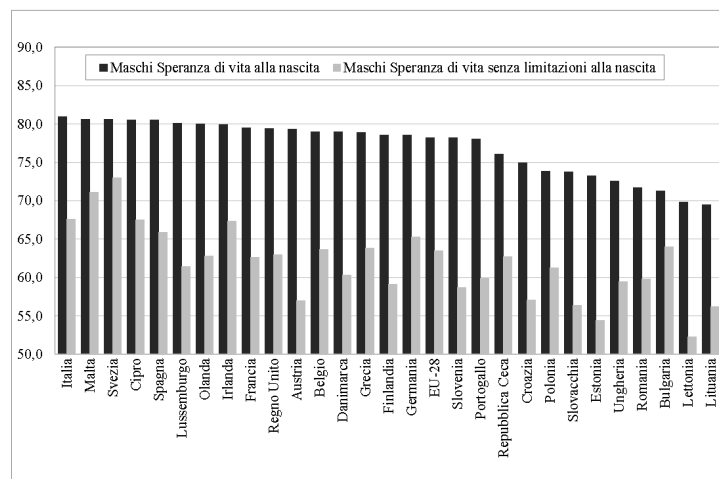
Per l'Italia, la speranza di vita a 65 anni senza limitazioni per gli uomini è di 10,4 anni. Ciò significa che un uomo di 65 anni può aspettarsi di vivere per oltre la metà dei suoi anni senza limitazioni (10,4 anni sul totale dei 19,4 anni di vita media attesa). Valori simili per la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni si evidenziano per la Spagna, mentre il valore maggiore si registra in Svezia (15,1 anni vs 9,8 anni media dei Paesi europei).

Per le donne, la vita media attesa a 65 anni senza limitazioni in Italia è in linea con la media dell'UE (10,1 anni). Anche per le donne la Svezia è il Paese che si colloca al primo posto per numero di anni da vivere senza limitazioni (16,6 anni), mentre la Lettonia, la Slovacchia e la Croazia agli ultimi posti. Inoltre, le donne di 65 anni residenti in Romania e Bulgaria, a fronte della più bassa speranza di vita rispetto alle donne anziane degli altri Paesi dell'UE, si differenziano in quanto le prime hanno una aspettativa di vita autonoma, senza limitazioni, dimezzata rispetto alle donne bulgare che, invece, presentano un numero di anni attesi uguale alla media dell'UE.

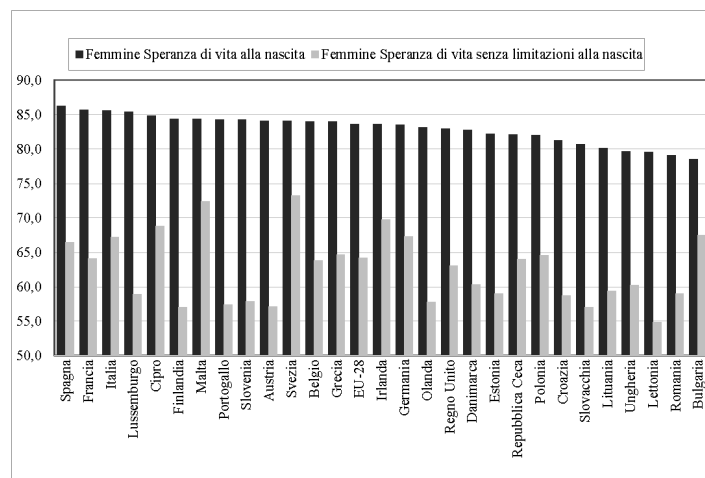
Sebbene per l'Italia non si rilevino differenze di genere marcate per la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni (10,4 anni per uomini vs 10,1 anni per le donne), le donne sono un po' più svantaggiate poiché si devono aspettare di vivere meno della metà (44,1%) degli anni che le restano da vivere senza limitazioni.

Grafico 1 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita per condizione di salute, genere e per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2016

Maschi



Femmine



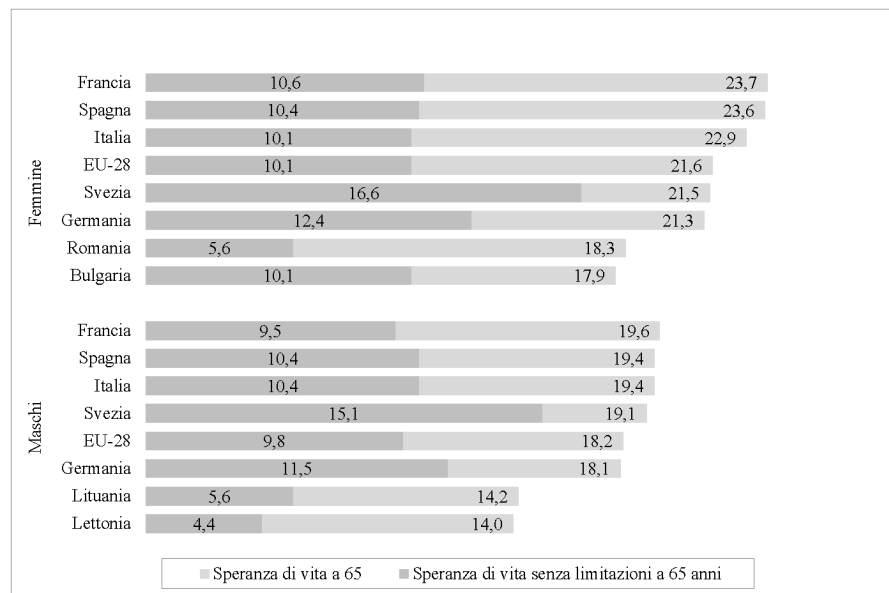
Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2018.

⁵Per questo indicatore non è stato possibile analizzare il confronto nel tempo per la rottura di serie avvenuta nel 2016.





Grafico 2 - Speranza di vita (valori in anni) all'età di 65 anni per condizioni di salute, genere e per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2016



Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante i notevoli guadagni di sopravvivenza conseguiti negli ultimi decenni in Europa, ci sono ancora Paesi europei che non raggiungono i 75 anni di vita media attesa. Sono i Paesi dell'Europa dell'Est (come Lettonia, Lituania e Bulgaria), in cui la sopravvivenza media è inferiore di quasi 9 anni rispetto al primo Paese in graduatoria (Spagna, con 83,6 anni).

I differenziali per gli uomini sono ancora più marcati: rispetto all'Italia, che nel 2016 ha guadagnato il primo posto tra tutti i Paesi europei, per la Lituania il numero di anni sale a 11,5 (69,5 anni). La lettura di questi *gap* richiama, inevitabilmente, al tema delle disuguaglianze socio-economiche nella salute, ancor più quando si confrontano le speranze di vita senza limitazioni. Infatti, in Paesi come la Svezia e Malta per le donne di 65 anni solo un 20% circa degli anni che restano da vivere comporterà delle limitazioni nelle attività, mentre per le donne della Romania tale quota è di circa il 70%.

In un contesto europeo con una dinamica demografica con previsioni di innalzamento del tasso di invecchiamento della popolazione, resta fondamentale investire nella tutela della buona salute e contrastare le disuguaglianze socio-economiche, azioni che possono

migliorare le condizioni di salute della popolazione. Anche l'Italia, sebbene nel 2016 sia diventato il primo Paese per longevità degli uomini in Europa (ed il terzo per le donne), può agire per il miglioramento della qualità degli anni che restano da vivere. La strategia intrapresa a livello europeo è cercare di comprimere il più possibile verso gli ultimi anni di vita l'eventuale convivenza con patologie croniche e limitazioni funzionali e dell'autonomia.

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 (2018), Health at a Glance 2018: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf.
- (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., Dimoliatas I. D. K., Ioannidis J. P. A. (2005), "Multivariate models of self-reported health often neglected essential candidate determinants and methodological issues", Journal of Clinical Epidemiology, 58: 436-443.





Mortalità per causa

Significato. La mortalità per causa viene misurata attraverso tassi standardizzati, complessivi e specifici per età. Essi rappresentano il numero di decessi (totale e per 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"), per genere e causa.

Tasso di mortalità*

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

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

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

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

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

Valore di riferimento/Benchmark. Il tasso standardizzato di mortalità per il complesso dei Paesi facenti parte dell'Unione Europea (UE-28 Stati membri) 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 studiare i livelli di mortalità in Europa nell'anno 2015, sono stati presi in esame i tassi di mortalità complessiva e per alcuni gruppi di cause (quali le malattie cerebrovascolari, le malattie del sistema respiratorio e la malattia di Alzheimer) particolarmente rilevanti per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione e per le quali, in Italia, è stato osservato un importante incremento della mortalità rispetto al 2014, unitamente ai tumori.

Nel complesso, l'Italia si conferma tra i Paesi con la

più bassa mortalità (Grafico 1), insieme a Francia, Svizzera, Spagna e Lichtenstein, mentre nei Paesi dell'Europa orientale si riscontrano i livelli più elevati. Il 2015, tuttavia, è stato per numerosi Paesi europei un anno caratterizzato da un forte incremento dei decessi rispetto al 2014. L'Italia, insieme alla Croazia, sono i Paesi che hanno avuto il maggior picco di mortalità (+5,5%), subito dopo Cipro (+6,9%). Anche in altri Paesi l'aumento rispetto all'anno precedente è stato particolarmente rilevante: in Spagna, Germania, Grecia e Francia l'incremento del tasso di mortalità è stato pari a circa il 4%. Soltanto in 5 Paesi europei, nel 2015, si è riscontrata una riduzione del tasso di mortalità rispetto al 2014. Questi Paesi sono la Norvegia, la Lettonia, l'Estonia, la Finlandia e il Liechtenstein. Il tasso di mortalità per malattie cerebrovascolari in Italia presenta, nel 2015, un valore in linea con quello medio dell'UE (Grafico 2), mentre i valori più elevati si osservano nei Paesi dell'Europa orientale (su tutti, Bulgaria, Lettonia, Romania e Lituania). Tuttavia, se si escludono Liechtenstein e Islanda, l'Italia è il Paese nel quale si osserva l'incremento maggiore del tasso di mortalità per questo gruppo di patologie rispetto al 2014 (>5%), diversamente da quanto avviene in altri Paesi simili per ampiezza demografica e struttura della popolazione quali Francia (tasso in lieve diminuzione), Germania e Regno Unito (tasso stabile) e Spagna (tasso in lieve aumento).

La mortalità per malattie del sistema respiratorio, nel 2015, in Italia è ben al di sotto della media dell'UE, pari a 88 per 100.000 residenti, in linea con la Svezia e la Francia e inferiore alla Germania (Grafico 3). I tassi più elevati si osservano in Turchia, Regno Unito, Irlanda, Portogallo e Grecia, ma anche la Spagna ha un livello di mortalità maggiore della media europea. Esaminando la variazione rispetto al 2014, si eviden-





LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

523

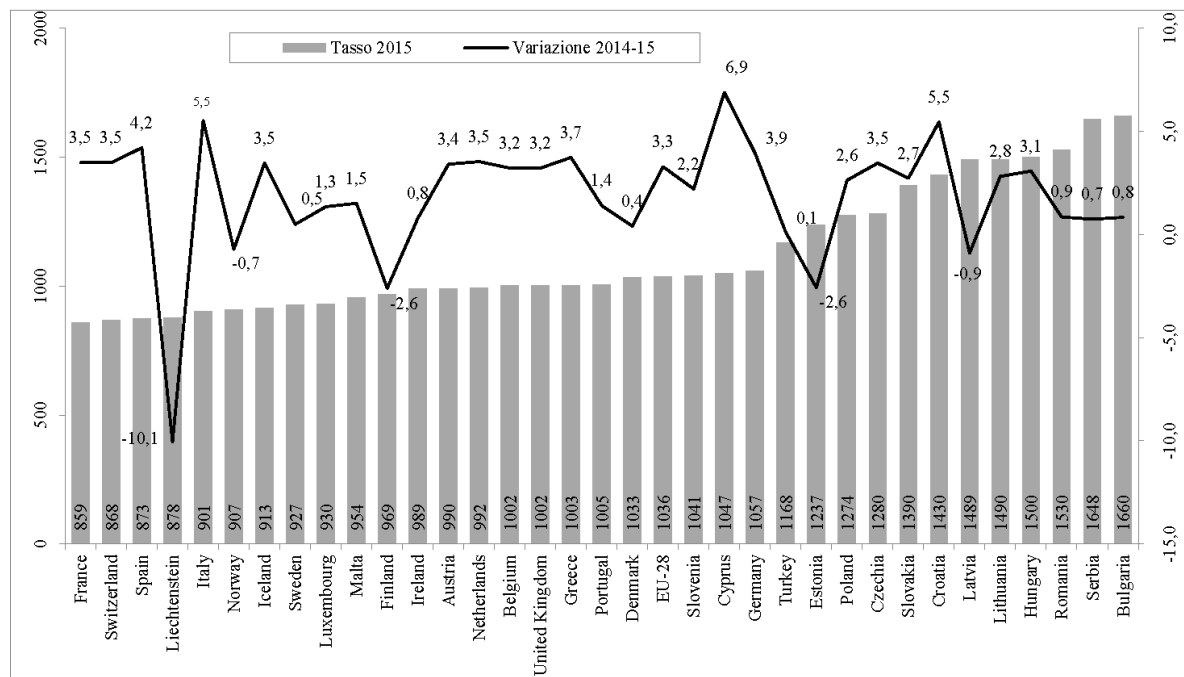
zia un diffuso incremento della mortalità per le malattie del sistema respiratorio. In Italia, l'aumento è del 13,9%, in linea con la Germania, inferiore a quello osservato in Spagna (+15,1%) e in Francia (+16,5%) e superiore a quello del Regno Unito (+8,6%). Inoltre, l'incremento del livello di mortalità italiano per cause respiratorie è essenzialmente attribuibile all'aumento del numero di decessi per influenza, polmonite e malattie croniche delle basse vie respiratorie.

Nel 2015, la mortalità per la malattia di Alzheimer in Italia risulta poco al di sotto della media dell'UE, in un contesto europeo caratterizzato da una notevole variabilità dei tassi (Grafico 4). Nel nostro Paese, l'incremento del tasso di mortalità rispetto al 2014 è stato del 12,2%, superiore a quello osservato sia in Francia (+5,4%) che in Spagna e Germania (rispettivamente,

+8,0% e +7,9%), ma sensibilmente inferiore a quello osservato nel Regno Unito (+22,6%).

Anche nel 2015 l'Italia si conferma tra i Paesi europei a più bassa mortalità per tumore (Grafico 5): valori inferiori del tasso si osservano solamente in Francia, Svizzera, Spagna e Liechtenstein. La situazione meno favorevole si osserva nei Paesi dell'Europa Orientale, in particolare in Bulgaria, Serbia, Romania e Ungheria. Rispetto al 2014, per l'Italia non si osserva un incremento rilevante del tasso di mortalità per tumore (inferiore all'1%) come, peraltro, per la maggioranza dei Paesi europei. Tuttavia, nell'Europa meridionale si nota un certo grado di variabilità, con l'incremento osservato per la Spagna (+3,2%) e la diminuzione osservata per la Francia (-8,6%).

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per tutte le cause e variazione (valori per 100) rispetto all'anno precedente per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2015

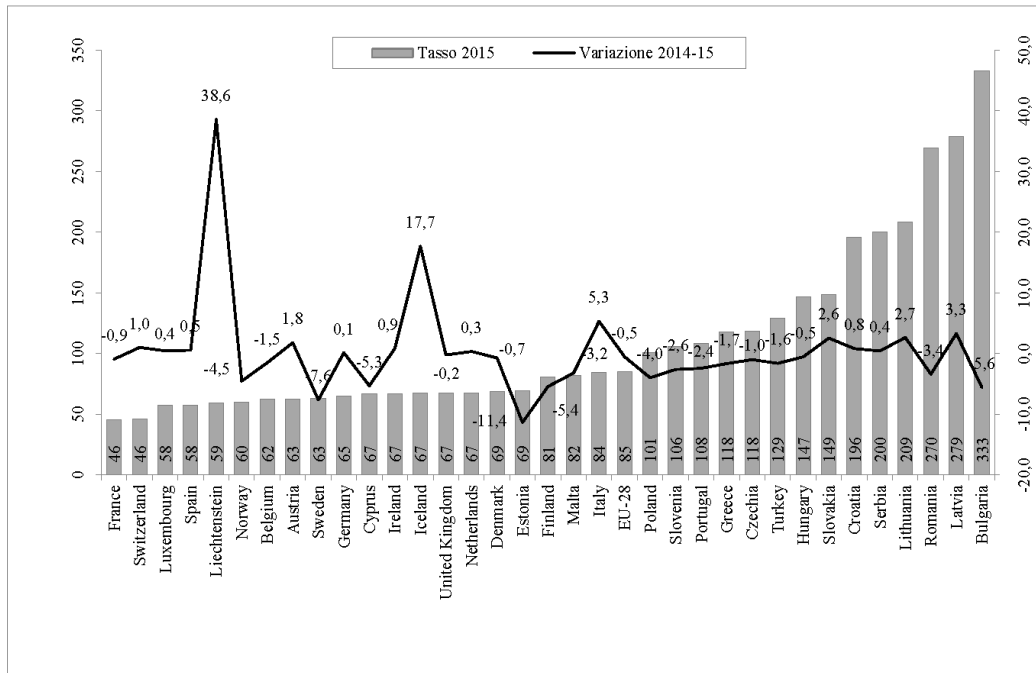


Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2018.



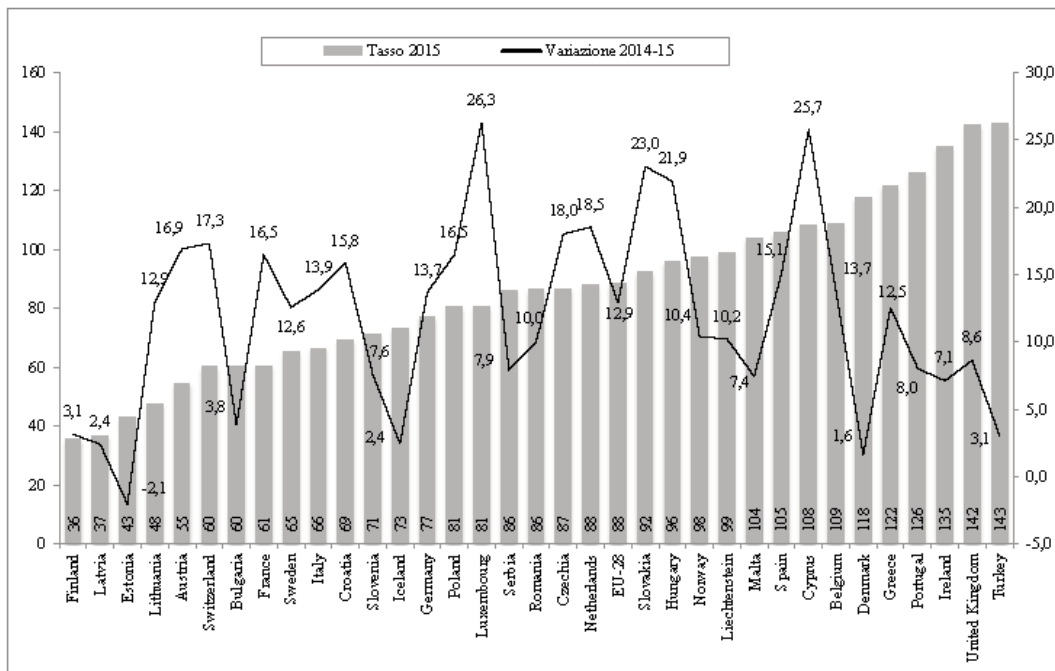


Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie cerebrovascolari e variazione (valori per 100) rispetto all'anno precedente per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2015



Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2018.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie del sistema respiratorio e variazione (valori per 100) rispetto all'anno precedente per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2015



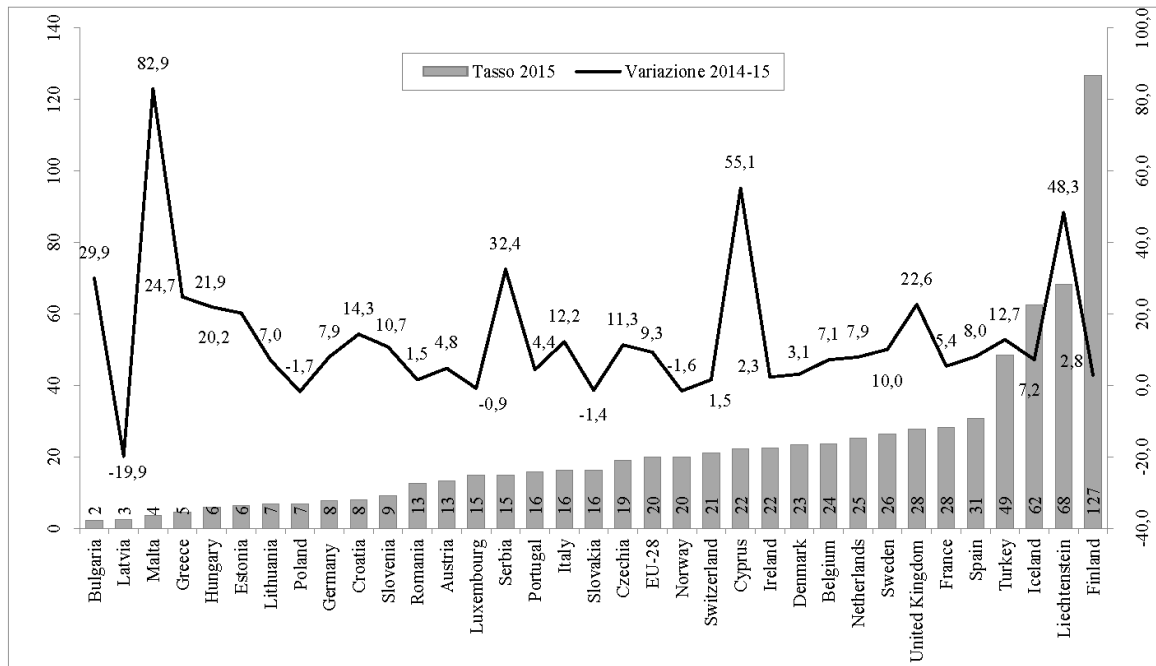
Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2018.





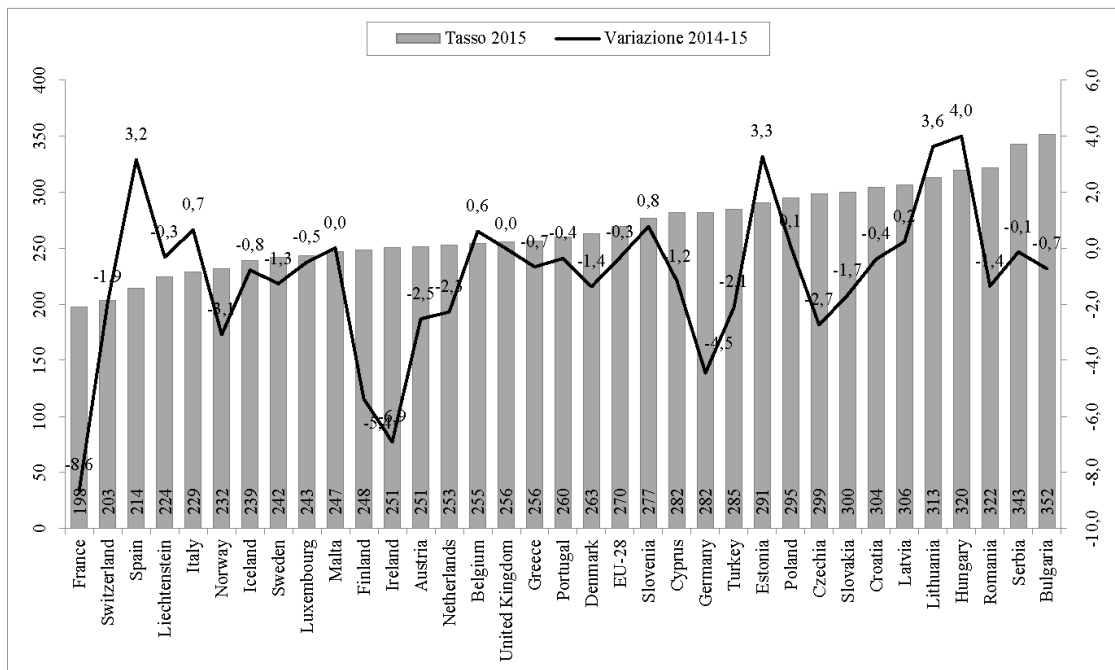
LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

Grafico 4 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattia di Alzheimer e variazione (valori per 100) rispetto all'anno precedente per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2015



Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2018.

Grafico 5 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per tumori e variazione (valori per 100) rispetto all'anno precedente per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2015



Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2018.

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

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

(2) Eurostat Database. Disponibile sul sito: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en. Aggiornamento 23 luglio 2018.



Coperture vaccinali 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 sul *database* dell'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) (3), relativi al periodo 2010-2016. 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**	
Denominatore	Numerosità della coorte di nascita di riferimento*	x 100

Copertura vaccinale per la 1^a 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**	
Denominatore	Numerosità della coorte di nascita di riferimento*	x 100

*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) nati tra l'1 gennaio-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 2017 si riferisce alla coorte di residenti nati tra l'1 gennaio-31 dicembre 2015 come risulta al 31 dicembre 2017.

**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 nazionale aggiornata in tempo reale con l'anagrafe di popolazione 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 per morbillo disponibili sul *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 relativo all'anno 2016 è disponibile sul *database* dell'OECD, l'Italia si pone tra quelli a bassa copertura per DTP e morbillo.

Nel 2016, il numero di Paesi che ha riportato una copertura vaccinale inferiore alla soglia del 95% per DTP è raddoppiato rispetto all'anno precedente, passando da 4 a 8 Paesi (Tabella 1). In particolare, colpisce il calo di copertura registrato in Austria dove si è passati dal 98% del 2015 all'87% del 2016. Se consideriamo tutto il periodo 2010-2016, Austria e Finlandia sono i 2 Paesi che hanno riportato le variazioni più importanti. In Austria, la copertura vaccinale era pari all'86% nel 2010, ha raggiunto un picco del 98% negli anni 2014 e 2015 per poi diminuire bruscamente nel 2016, mentre in Finlandia c'è stato un calo progressivo dal 99% del 2010 al 92% del 2016.

L'unico Paese che ha riportato, invece, un incremento



rilevante nell'intero periodo è stata la Lettonia (dal 92% al 98%).

Per quanto riguarda la vaccinazione contro il morbillo, nel 2016 l'Italia ha registrato una copertura per la prima dose pari all'85%. Nessuno degli altri Paesi ha riportato una copertura <90%; 9 Paesi (Danimarca, Estonia, Francia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Olanda, Regno Unito, Slovenia) hanno riportato una copertura compresa tra il 90-94%; i restanti 13 Paesi hanno registrato una copertura $\geq 95\%$ (Tabella 2). L'Ungheria e il Lussemburgo hanno riportato le coperture più elevate (99%). Tuttavia, nel 2016 è stato osservato un calo della copertura vaccinale rispetto all'anno precedente in 8

Paesi: Austria, Repubblica Ceca, Irlanda, Lettonia, Olanda, Slovenia, Svezia e Regno Unito.

Analizzando l'andamento dei dati nel periodo 2010-2016, in Italia si osserva un progressivo calo delle coperture vaccinali per entrambe le vaccinazioni. La copertura per DTP è progressivamente diminuita, dal 2012, di circa 1 punto percentuale ogni anno; nel complesso, è diminuita dal 97% del 2012 al 93% del 2016 (Tabella 1). Dal 2013 anche la copertura vaccinale per il morbillo ha iniziato a diminuire e la riduzione è stata più marcata rispetto alla copertura per DTP: dal 90% del 2013 all'85% del 2016 (Tabella 2).

Tabella 1 - Copertura vaccinale (valori per 100) per Difterite-Tetano-Pertosse per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2010-2016

Paesi	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Austria	86	89	92	95	98	98	87
Belgio	98	98	99	99	99	99	98
Danimarca	90	91	94	94	94	93	94
Estonia	94	93	94	94	93	93	93
Finlandia	99	99	99	98	98	97	92
Francia	99	99	99	99	99	98	97
Germania	96	96	96	96	96	96	95
Grecia	99	99	99	99	99	99	99
Irlanda	94	95	95	96	96	95	95
Italia	96	96	97	96	95	93	93
Lettonia	92	92	91	94	92	95	98
Lituania	95	92	93	93	93	93	94
Lussemburgo	99	99	99	99	99	99	99
Olanda	97	97	97	97	96	95	95
Polonia	99	99	99	99	98	98	98
Portogallo	98	97	98	98	98	98	98
Regno Unito	94	95	95	95	95	96	94
Repubblica Ceca	99	99	99	99	97	99	96
Repubblica Slovacca	99	99	99	98	97	96	96
Slovenia	96	96	96	95	95	95	94
Spagna	97	97	97	96	97	97	97
Svezia	98	98	98	98	98	98	98
Ungheria	99	99	99	99	99	99	99

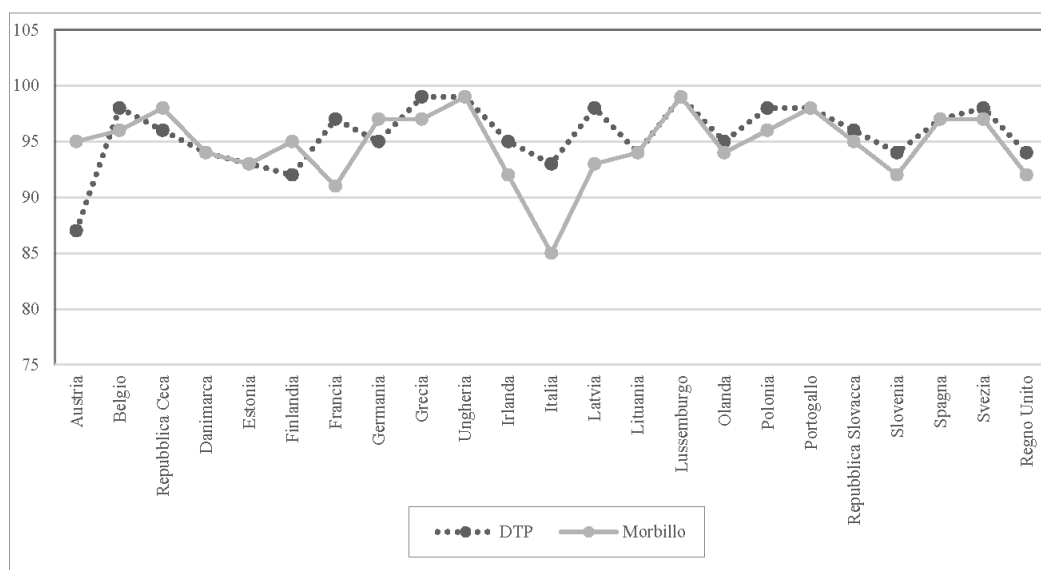
Fonte dei dati: Health for All-Italia. Anno 2018.



Tabella 2 - Copertura vaccinale (valori per 100) per morbillo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2010-2016

Paesi	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Austria	80	84	88	92	96	96	95
Belgio	95	95	96	96	96	96	96
Danimarca	85	87	90	89	90	91	94
Estonia	95	94	94	94	93	93	93
Finlandia	98	97	97	97	97	95	95
Francia	89	89	90	89	90	91	91
Germania	96	96	97	97	97	97	97
Grecia	99	99	99	99	97	97	97
Irlanda	90	92	92	92	93	93	92
Italia	91	90	90	90	87	85	85
Lettonia	95	92	90	96	95	96	93
Lituania	96	94	93	93	93	94	94
Lussemburgo	96	96	99	99	99	99	99
Olanda	96	96	96	96	96	95	94
Polonia	98	98	98	98	97	96	96
Portogallo	96	97	97	98	98	98	98
Regno Unito	89	90	92	93	93	95	92
Repubblica Ceca	98	98	98	99	99	99	98
Repubblica Slovacca	99	98	99	98	97	95	95
Slovenia	95	96	95	94	94	94	92
Spagna	95	97	97	95	96	96	97
Svezia	97	96	97	97	97	98	97
Ungheria	99	99	99	99	99	99	99

Fonte dei dati: Health for All-Italia. Anno 2018.

Grafico 1 - Confronto della copertura vaccinale (valori per 100) per Difterite-Tetano-Pertosse e morbillo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2016

Fonte dei dati: Health for All-Italia. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, dal 2013 al 2016, si è registrato un progressivo calo delle coperture vaccinali, sia per DTP che per morbillo ed entrambe risultano inferiori alla soglia del 95% raccomandata dall'OMS per garantire la cosiddetta "immunità di gregge" e, nel caso del morbillo, permettere anche l'interruzione della trasmissione endemica.

Per aumentare le coperture vaccinali è importante che vengano messe in atto iniziative volte a migliorare la comunicazione sulle vaccinazioni, l'accesso ai servizi e la formazione degli operatori sanitari. Per quanto riguarda la comunicazione, è necessario instaurare con i genitori una comunicazione efficace sui benefici e sulle controindicazioni delle vaccinazioni e i rischi delle malattie prevenibili da vaccino, sottolineando



come la vaccinazione sia un diritto di ogni bambino. Questo richiede che gli operatori sanitari, incluse tutte le figure professionali che ruotano intorno ai nuovi nati quali ginecologi/ostetriche e Pediatri di Libera Scelta, siano adeguatamente formati sull'argomento e sulle modalità comunicative, in modo che possano rispondere ai dubbi e alle domande più frequenti dei genitori. Infine, è importante che i genitori ricevano una chiamata attiva per le vaccinazioni dei loro bambini e che i servizi vaccinali siano resi più accessibili.

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 14 novembre 2018).
- (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 14 novembre 2018).
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccination schedules. Disponibile sul sito: <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx> (ultimo accesso 14 novembre 2018).





Parti con Taglio Cesareo

Significato. Il tasso di parti con Taglio Cesareo (TC) misura l'utilizzo di un intervento ostetrico efficace e salvavita in presenza di condizioni complicanti la gravidanza o il travaglio. La frequenza di TC è aumentata in modo costante a livello globale, nonostante non ci siano prove di efficacia che dimostrino sostanziali benefici

materni e perinatali quando il tasso di TC supera una determinata soglia (1). Come ogni intervento chirurgico, anche il TC è associato a rischi per la salute materna e perinatale a breve e a lungo termine (2). Il ricorso eccessivo e inappropriato all'intervento costituisce un problema di costo-efficacia e di salute pubblica.

Tasso di parti con Taglio Cesareo

Numeratore Parti con Taglio Cesareo (ICD-9-CM 74.0-74.2, 74.4, 74.99)
 Denominatore Nati vivi
 x 100

Validità e limiti. I dati utilizzati per questo confronto europeo sono quelli resi disponibili dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (*Health Database*). Per ogni Paese europeo esaminato, viene riportato il tasso grezzo di TC. Le differenze di organizzazione assistenziale o legate a caratteristiche socio-demografiche e cliniche delle donne non vengono prese in considerazione. L'interpretazione dei dati, quindi, deve essere effettuata con cautela.

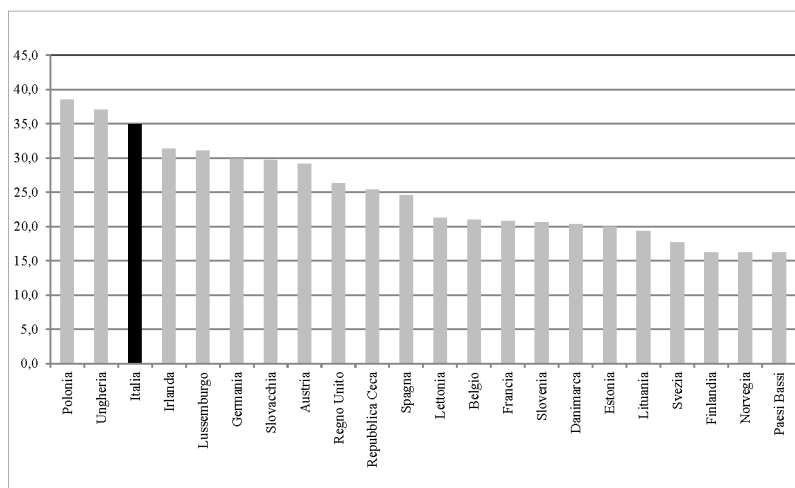
Valore di riferimento/Benchmark. Nel 2014 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sulla base dei risultati di una revisione sistematica (3) e di uno studio ecologico mondiale (4), ha concluso che, a livello di popolazione, tassi di TC >10% non sono associati a una riduzione di mortalità materna e neonatale (1).

Descrizione dei risultati

Gli ultimi dati disponibili sono relativi all'anno 2016 per la maggior parte dei Paesi europei. La differenza di tassi di TC tra i Paesi è ampia, con uno scarto di 20,9 punti percentuali tra il valore mini-

mo registrato e quello massimo (Grafico 1). I tassi di TC sono più bassi nei Paesi dell'Europa del Nord (Svezia, Finlandia e Norvegia) e nei Paesi Bassi con un range 16,2-17,7% di tutti i nati vivi. Nei Paesi dell'Europa dell'Est (Polonia e Ungheria) si rilevano i tassi di TC più alti (rispettivamente, 38,5% e 37,1%). Nel periodo 2011-2016, fra i Paesi europei, si rileva un maggiore incremento di tasso di TC in Polonia (+28,9%), Irlanda (+16,8%), Slovacchia (+11,8%) e Ungheria (+11,7%), Paesi nei quali, nell'ultimo anno di osservazione, si registrano valori intorno al 30% o superiori. Anche in Slovenia, Svezia, Belgio e Austria si registrano tassi di TC in aumento che, tuttavia, si mantengono sul 20% circa nel 2016 (Tabella 1). In altri Paesi si osserva, invece, una riduzione del tasso di TC, più accentuata in Lituania (-16,5%), Lettonia (-7,6%) e Italia (-7,3%). I Paesi baltici hanno registrato un calo, dal 2011 al 2016, con valori non superiore al 24%. In Europa, l'Italia era, nel 2011, il Paese con il tasso di TC più alto (37,7%); l'entità del calo appare, quindi, meno consistente e l'Italia rimane tra i Paesi europei con il tasso di TC (34,9%) più elevato.

Grafico 1 - Tasso (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo per alcuni Paesi europei - Anno 2016



Fonte dei dati: OCSE - Health Database. Anno 2018.

E. PERRONE, L. DALLOLIO, L. MURIANNI, M.P. FANTINI





Tabella 1 - Tasso (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2011-2016

Paesi	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ % (2011-2016)*
Austria	28,3	28,8	28,8	29,3	28,7	29,2	3,0
Belgio	20,1	20,2	20,7	20,8	n.d.	21,0	4,5
Danimarca	21,4	21,2	22,4	21,5	21,1	20,4	-4,8
Estonia	20,2	20,0	20,1	20,0	18,7	20,0	-0,9
Finlandia	16,2	16,2	15,8	15,8	15,5	16,2	0,2
Francia	21,0	20,8	20,8	20,6	20,8	20,8	-0,9
Germania	30,9	30,9	30,7	30,8	30,2	29,9	-3,2
Italia	37,7	36,8	36,1	35,7	35,3	34,9	-7,3
Irlanda	26,9	27,7	28,5	29,1	30,1	31,4	16,8
Lettonia	23,0	22,4	20,9	19,9	21,0	21,2	-7,6
Lituania	23,2	24,4	23,1	20,4	19,8	19,4	-16,5
Lussemburgo	30,2	29,7	29,3	31,8	30,5	31,1	2,8
Norvegia	n.d.	n.d.	16,5	16,6	16,1	16,2	-1,6
Paesi Bassi	n.d.	15,8	16,2	16,2	n.d.	n.d.	2,6
Polonia	29,9	31,6	34,6	35,7	36,2	38,5	28,9
Regno Unito	24,1	24,3	25,1	25,2	26,1	26,4	9,2
Repubblica Ceca	23,3	24,4	24,9	25,4	25,4	n.d.	9,0
Slovacchia	26,6	30,4	30,7	30,7	30,2	29,8	11,8
Slovenia	19,4	19,5	20,2	21,0	20,8	20,6	6,3
Spagna	24,9	25,2	25,2	25,0	24,5	24,6	-1,4
Svezia	16,4	16,5	16,7	17,3	17,3	17,7	8,0
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Ungheria	33,2	34,0	34,9	35,7	37,2	37,1	11,7

*Anno di riferimento o anno più vicino.
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: OCSE - Health Database. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati rilevano sostanziali differenze nella frequenza di ricorso al TC tra i Paesi europei, in alcuni dei quali, tra cui l'Italia, si è registrata una riduzione del tasso. Tuttavia, il tasso italiano rimane tra i più alti in Europa.

La variabilità del tasso di TC osservata tra i Paesi europei potrebbe essere legata alle caratteristiche socio-demografiche delle donne e all'organizzazione sanitaria. Anche la diversa offerta assistenziale tra strutture pubbliche e private può incidere sul tasso di TC: in Francia e Svizzera (5), come in Italia (6), il tasso di TC risulta più alto negli ospedali privati che in quelli pubblici, nonostante in questi ultimi si concentrino le gravidanze con decorso patologico.

Sebbene la comunità medica e scientifica non abbia raggiunto un consenso sul tasso di TC ottimale, è giudizio condiviso che in molti *setting* l'alta frequenza di TC non trovi giustificazioni mediche (7). Uno studio, che ha incluso 19 Paesi ad alto reddito, con bassi tassi di mortalità materna e infantile e senza difficoltà all'accesso al TC, ha rilevato che, aggiustando per fattori socio-economici, la mortalità neonatale e infantile non si riduce per valori di TC >10%; inoltre, tassi di TC >15% non sono associati a una riduzione della mortalità materna (8).

La necessità di ridurre i TC si basa sulla valutazione del rapporto benefici/danni che è sfavorevole quando

l'intervento è inappropriato. Il TC, rispetto al parto vaginale, è associato a una maggiore frequenza di morbosità e mortalità materna, placentazione anomala invasiva e morbosità respiratoria neonatale (2, 9).

Gli interventi per ridurre l'uso eccessivo e inappropriato di TC sono multifattoriali e contesto specifici e dovrebbero affrontare le preoccupazioni delle donne e dei professionisti, nonché l'organizzazione dei sistemi sanitari (7).

L'analisi del tasso di TC per sottogruppi di popolazione caratterizzati da specifiche condizioni in gravidanza, ad esempio utilizzando le classi di Robson, e l'avvio di processi di *audit* clinico locali potrebbero facilitare i professionisti sanitari nella definizione di strategie per migliorare la qualità assistenziale (1, 10).

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).
- (2) Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018; 392 (10155): 1.349-57.
- (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 ecological 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, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito:

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

(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) Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet*. 2018; 392 (10155): 1.358-68.

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

(9) 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 cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Mar; 210 (3): 179-93.

(10) Boatin AA, Cullinane F, Torloni MR, Betrán AP. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. *BJOG*. 2018; 125 (1): 36-42.



Consumo di farmaci generici e antibiotici

Significato. Il consumo del farmaco generico¹, 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 sta nel fatto che sono disponibili sul mercato ad un prezzo inferiore, almeno del 20%, 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 ed, inoltre, può esporre i soggetti ad inutili rischi derivanti dagli effetti collaterali degli antibiotici.

Quota di farmaci generici (o equivalenti) acquistati

Numeratore $\frac{\text{Dosi giornaliere (Defined Daily Dose) di farmaci generici (o equivalenti) acquistate nell'anno}}{\text{Dosi giornaliere (Defined Daily Dose) di farmaci acquistate nell'anno}} \times 100$

Denominatore

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

Numeratore $\frac{\text{Ammontare pagato per l'acquisto dei farmaci generici (o equivalenti) da tutti gli acquirenti (terzi e consumatori)}}{\text{Ammontare pagato per l'acquisto dei prodotti farmaceutici da tutti gli acquirenti (terzi e consumatori)}} \times 100$

Denominatore

Dosi di antibiotico consumate giornalmente per uso sistemico

Numeratore $\frac{\text{Dosi giornaliere (Defined Daily Dose) di antibiotici per uso sistemico consumate nell'anno}}{\text{Abitanti} \times 365} \times 1.000$

Denominatore

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)*². L'uso delle 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 *International Measurement System 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 dalle *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 del mercato di farmaci generici come una buona opportunità per aumentare l'efficienza nella spesa farmaceutica, ma molti non li sfruttano appieno (Grafico

¹Il DL n. 219/2006, art. 10, comma 5 definisce il medicinale generico come "un medicinale che ha la stessa composizione qualitativa e quantitativa di sostanze attive e la stessa forma farmaceutica del medicinale di riferimento, nonché una bioequivalenza con il medicinale di riferimento dimostrata da studi appropriati di biodisponibilità".

²Le classificazioni ATC e le DDD vengono assegnate e mantenute, a livello internazionale, dal Centro Collaboratore 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 *Drug Utilization Research Group-Italia (DURG-Italia)*, 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.



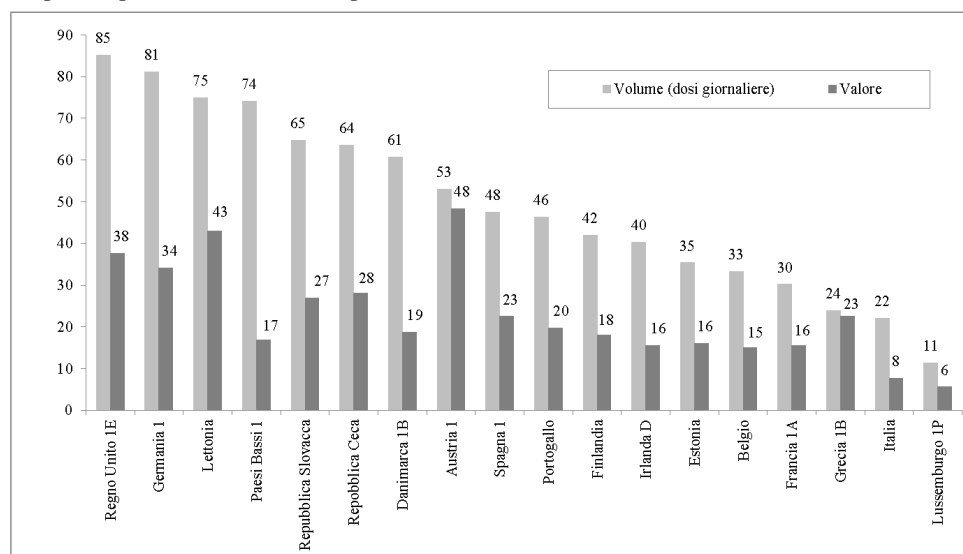
1). Nel 2016 i generici rappresentano l'85% del volume di prodotti farmaceutici venduti nel Regno Unito e l'81% in Germania, mentre si osservano quote nettamente inferiori in Italia (22%) e in Lussemburgo (11%). Anche rispetto alla spesa sostenuta per i farmaci generici, l'Italia e il Lussemburgo mantengono le posizioni di coda.

Il ritardo dell'Italia in parte è 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 europei³; 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, in Italia, quei medicinali generici già da tempo presenti in altri Paesi europei (1).

Nel 2016, nell'UE il consumo medio di antibiotici per uso sistemico nella popolazione, escludendo quindi gli ospedali, è stato di 21,9 DDD al giorno per 1.000 abitanti (range 10,4 DDD Paesi Bassi e 36,3 DDD Grecia (Grafico 2)). L'Italia, con 26,9 DDD, 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 (2).

Grafico 1 - Quota (valori per 100) di farmaci generici (o equivalenti) nel mercato farmaceutico totale per volume, valore di spesa e per alcuni Paesi europei - Anno 2015



Legenda:

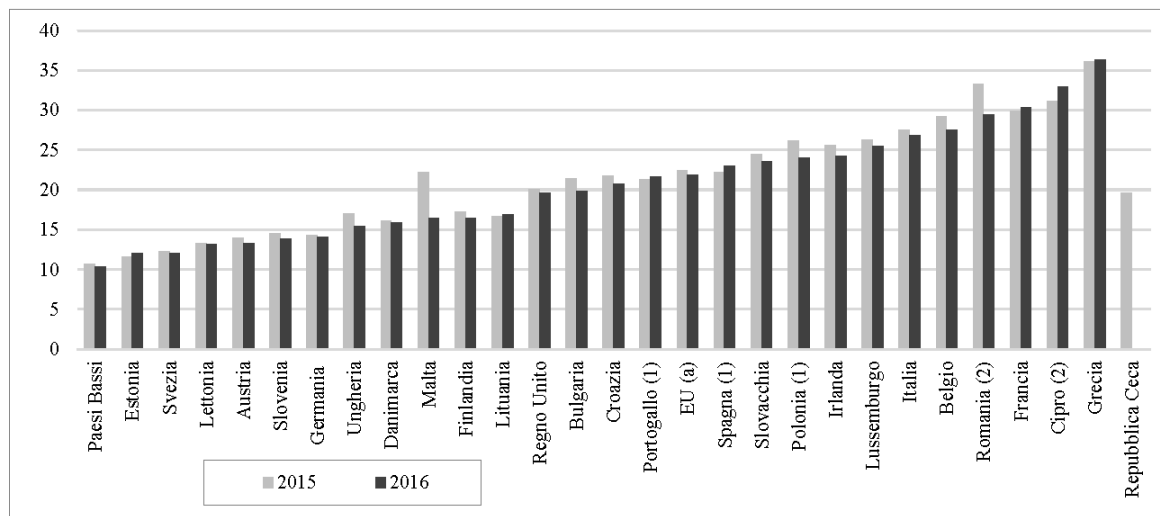
I = reimbursement market;
 A = dato del 2013;
 B = dato del 2015;
 D = diversa metodologia;
 E = valore stimato;
 P = valore provvisorio.

Fonte dei dati: Database OECD Statistics. Per l'Italia i dati sono forniti dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2018.

³In 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. 1.768/1992, modificato dal Regolamento CE 469/2009, ha abrogato la normativa nazionale sul CCP, istituendo il *Supplementary Protection Certificate* (SPC), la cui durata massima non può superare i 5 anni. La normativa italiana in tale campo ha compiuto un ultimo intervento legislativo teso a riallineare la durata del SPC con quello introdotto a livello europeo.



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 - Anni 2015, 2016



Nota: il valore della Repubblica Ceca, per l'anno 2016, non è disponibile.

(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 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'ambito del mercato farmaceutico italiano la diffusione di farmaci generici è ancora ampiamente al di sotto della media europea nonostante l'attuazione di politiche volte a favorirne l'uso rispetto ai farmaci di marca.

Un ruolo centrale nello sviluppo e nella diffusione dell'uso e della cultura del farmaco generico è svolto dal farmacista, che è tenuto a rendere nota al paziente la disponibilità in commercio del farmaco generico corrispondente alla specialità medicinale prescritta e a informarlo sulla differenza di prezzo esistente e sull'eventuale quota da versare qualora decidesse di acquistare l'originale. Tuttavia, il medico, con opportuna motivazione, può ancora esigere che venga fornito al paziente il farmaco di marca anche se sul mercato è presente un farmaco equivalente. Risulta, quindi, necessario continuare con la sensibilizzazione dei medici affinché prediligano la prescrizione di farmaci generici e, soprattutto, informino i pazienti che i farmaci generici hanno la stessa efficacia, sicurezza e

qualità dei farmaci di marca.

Riguardo al contrasto del fenomeno della resistenza agli antimicrobici, si consiglia di perseguire e monitorare a livello nazionale, regionale e locale le azioni definite nel Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2017-2020, adottato nel 2017. L'Italia, facendo seguito alle esperienze internazionali e ai documenti di indirizzo esistenti, a livello sia di UE che di Agenzie specializzate, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sta seguendo un approccio multisettoriale "One Health" che prevede l'integrazione di tutti i settori interessati: umano, veterinario, di sicurezza degli alimenti, agricolo e ambientale.

Riferimenti bibliografici

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

(2) 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.





Spesa sanitaria in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea

Significato. Le statistiche sulla spesa sanitaria e il finanziamento possono essere utilizzate per valutare come il sistema sanitario garantisca l'accesso ai servizi, misurando le risorse finanziarie impiegate e la loro distribuzione tra le funzioni di assistenza (ad esempio, per cura e riabilitazione) o tra gli erogatori sanitari (ad esempio, ospedali e strutture residenziali).

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, per monitorare e valutare il funzionamento del sistema sanitario italiano e confrontarlo con quello degli altri Paesi europei.

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,

alle funzioni di assistenza ed agli erogatori sanitari. 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 assicurativa 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.

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

Il sistema dei conti della sanità, basato sull'integrazio-

ne di fonti amministrative e campionarie, considera la spesa per il consumo di beni e servizi sanitari sostenuta, esclusivamente, da parte della popolazione residente del Paese. La spesa sanitaria corrente è rappresentata in base alla Classificazione Internazionale dei Conti Sanitari (*International Classification for Health Accounts*), secondo le seguenti dimensioni: 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 2017, ma per i confronti internazionali i dati più recenti sono relativi al 2016 e, per alcuni Paesi, al 2015. 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 2017, in Italia, la spesa sanitaria corrente è pari a circa 153 miliardi di €, incide per l'8,9% sul PIL e per il 74,0% (oltre 113 miliardi di €) è finanziata dal settore pubblico. La spesa sanitaria privata, pari a 39.686 milioni di €, è quasi interamente finanziata dalle famiglie (90,7%).

La distribuzione della spesa sanitaria per funzione di assistenza presenta l'incidenza più elevata per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (55,2%). Seguono per importanza i prodotti farmaceutici e gli altri apparecchi terapeutici (20,6%) e l'assistenza sanitaria a lungo termine (*Long Term Care*) che costituisce il 10,1% della spesa totale. La spesa per i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) costituisce l'8,1% della spesa totale, mentre la spesa per i servizi per la prevenzione delle malattie incide solo per il 4,0%.

Dal lato degli erogatori di assistenza sanitaria, gli ospedali assorbono il 45,3% della spesa sanitaria, i servizi di assistenza ambulatoriale il 23,0% e le farmacie e altri fornitori di presidi medici il 16,3%. Un ulteriore 6,0% della spesa sanitaria è relativa alle strutture di assistenza residenziale a lungo termine.

La spesa sanitaria dell'Italia, nel contesto dei Paesi dell'UE, si mantiene significativamente più bassa, sia in termini di valore pro capite che in rapporto al PIL (Grafico 1, Grafico 2).

Il nostro Paese, nel 2016, ha speso mediamente 2.477€ per abitante, collocandosi al dodicesimo posto della graduatoria dei Paesi dell'UE e distanziandosi per oltre 1.000€ dal Regno Unito che occupa l'undicesimo posizione (3.566€). La Francia e la Germania sono ancora più distanti con, rispettivamente, 3.847€ e 4.253€, mentre la Spagna presenta un valore inferio-

re a quello dell'Italia (2.159€). Il Lussemburgo, la Svezia e la Danimarca sono i Paesi con la spesa pro capite più elevata, prossima o superiore ai 5.000€. Tutti i Paesi dell'Est Europa presentano valori significativamente più bassi dell'Italia, con un minimo in Romania (432€ per abitante). Rispetto al 2012, si osserva una riduzione del *gap* tra Paesi: il rapporto tra il valore più elevato del Lussemburgo e quello più basso della Romania è passato da circa 17 nel 2012 a circa 13 nel 2016.

Si rileva una correlazione positiva tra la spesa sanitaria pro capite e la spesa sanitaria rispetto al PIL. Tuttavia, tale correlazione è pari a 0,66 indicando che vi sono Paesi con una elevata spesa pro capite e una bassa percentuale rispetto alla ricchezza del Paese (Lussemburgo e Irlanda) e, viceversa, Paesi con una bassa spesa pro capite associata ad una elevata percentuale rispetto alla ricchezza del Paese (Bulgaria e Grecia). L'Italia, anche per questo indicatore, conferma la dodicesima posizione in graduatoria con l'8,9%, valore analogo alla Spagna (Grafico 2). La Francia e la Germania sono i Paesi con l'incidenza più elevata, superiore all'11%, mentre all'estremo inferiore della graduatoria si trova la Romania con un valore pari al 5,0%.

I Paesi dell'UE hanno una quota maggioritaria della spesa finanziata dal settore pubblico, con l'unica eccezione di Cipro (Grafico 3). Tale quota presenta una elevata variabilità, da un minimo del 43,2% a Cipro ad un massimo dell'84,6% in Germania; l'Italia si colloca in una posizione intermedia con il 74,5%. Rispetto al 2012, i Paesi che hanno aumentato in maniera significativa la componente di spesa pubblica sono la Francia (da 76,1% a 82,9%) e la Slovacchia (da 72,2% a 79,7%), mentre la Grecia (da 66,5% a 61,5%) e Cipro (da 45,7% a 43,2%) hanno registrato una diminuzione significativa di tale componente, già piuttosto bassa. Analizzando le singole voci che compongono la spesa a finanziamento pubblico, in Italia la spesa è quasi completamente finanziata dalla Pubblica Amministrazione, analogamente a Danimarca, Svezia, Regno Unito, Irlanda, Portogallo, Lettonia e Cipro, mentre i regimi di finanziamento basati su Assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (che generalmente fanno parte del sistema di sicurezza sociale) sono predominanti in Croazia, Slovenia, Slovacchia, Francia e Germania.

La spesa privata mostra una variabilità tra Paesi ancora più accentuata della spesa pubblica, da un minimo del 15,4% in Germania ad un massimo del 56,8% a Cipro; l'Italia si colloca in quattordicesima posizione con il 25,5% (Grafico 4). Rispetto al 2012, i Paesi che hanno aumentato in maniera significativa la componente di spesa privata sono la Grecia (da 33,5% a 38,5%) e, in misura più contenuta, l'Olanda (da 18,0% a 19,3%) e l'Italia (da 23,9% a 25,5%). Al contrario, i Paesi che hanno ridotto maggiormente la quota di spesa privata sono la Francia (da 23,9% a



17,1%), la Slovacchia (da 27,8% a 20,3%) e la Germania (da 16,9% a 15,4%). In Italia tale spesa per circa il 90% è finanziata dalle famiglie, mentre gli schemi di finanziamento volontari costituiscono una quota marginale, come nella maggior parte dei Paesi dell'Est Europa e in Svezia. Solo in Slovenia e Irlanda i regimi di finanziamento volontari rappresentano oltre il 50% della spesa privata totale.

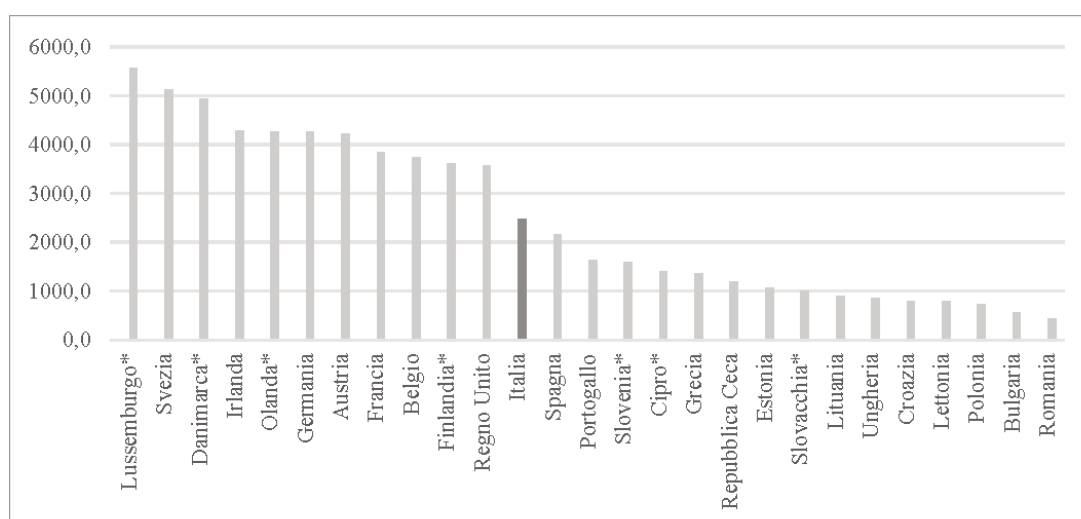
Per quanto riguarda le funzioni di assistenza, l'Italia, come la maggior parte dei Paesi dell'UE, impiega oltre la metà delle risorse per cura e riabilitazione (Tabella 1). Cipro, Grecia, Polonia e Portogallo spendono oltre il 60% delle risorse per questa funzione, mentre Bulgaria e Lettonia poco meno della metà.

La spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici costituisce la seconda voce per importanza, con il 20,7% in Italia. Nei maggiori Paesi dell'UE i valori sono simili: Spagna 22,9%, Germania 19,7% e Francia 19,1%. Una elevata variabilità tra Paesi si osserva per l'incidenza della spesa per l'assistenza sanitaria a lungo termine: l'Italia impiega il 10,1% delle risorse, collocandosi a metà graduatoria dei Paesi dell'UE; in Spagna la percentuale ammonta al 9,3%, mentre in Regno Unito, Germania e Francia i valori sono significativamente più elevati. Svezia, Olanda e Danimarca impiegano circa un quarto delle

risorse disponibili a questa forma di assistenza.

È interessante considerare le fonti di finanziamento delle funzioni di assistenza nei maggiori Paesi dell'UE. La funzione di cura e riabilitazione in Italia è finanziata per l'80,4% con risorse pubbliche (Tabella 2). In Francia, Germania e Regno Unito il valore è prossimo al 90%, mentre in Spagna scende al 76,5%. Una quota molto rilevante della spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, in Italia, è finanziata privatamente (43,4%), quasi tutta con la spesa diretta delle famiglie (*out of pocket*). In Spagna tale percentuale sale al 52,0%, nel Regno Unito è pari al 39,6%, mentre in Francia e Germania scende, rispettivamente, a 26,8% e 24,0%. Le spese per servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza), in Italia per oltre un quarto sono finanziate privatamente, mentre negli altri Paesi considerati sono finanziate quasi esclusivamente dal settore pubblico. Per l'assistenza sanitaria a lungo termine, nel nostro Paese la fonte di finanziamento privata costituisce il 23,5% della spesa complessiva, quasi tutta a carico delle famiglie. In Germania e Regno Unito tale quota è più elevata (rispettivamente, 30,0% e 33,6%), in Francia il valore è simile all'Italia (22,5%), mentre in Spagna scende al 16,8%.

Grafico 1 - Spesa (valori in €) sanitaria corrente pro capite per Paese dell'Unione Europea - Anni 2015-2016

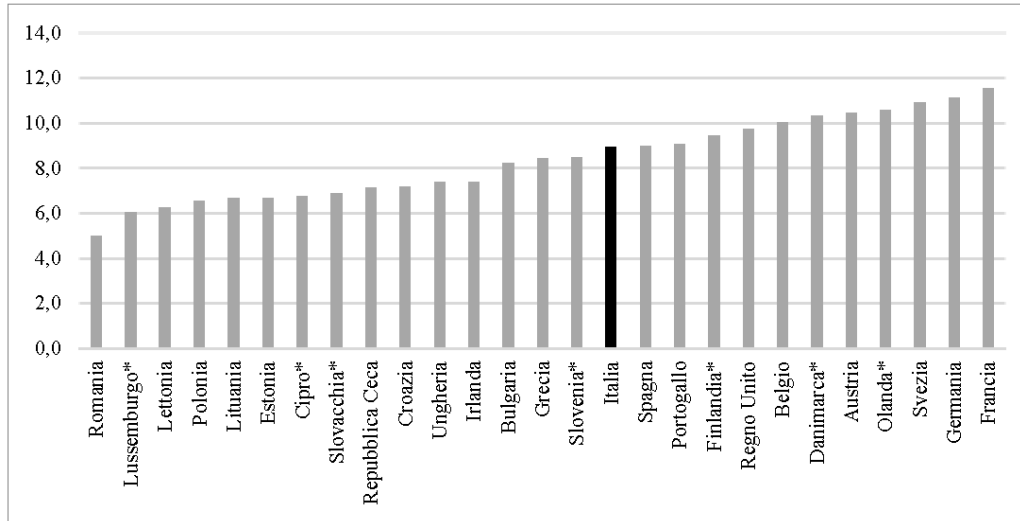


*Dati riferiti al 2015.

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts. Eurostat Database. Anno 2018.



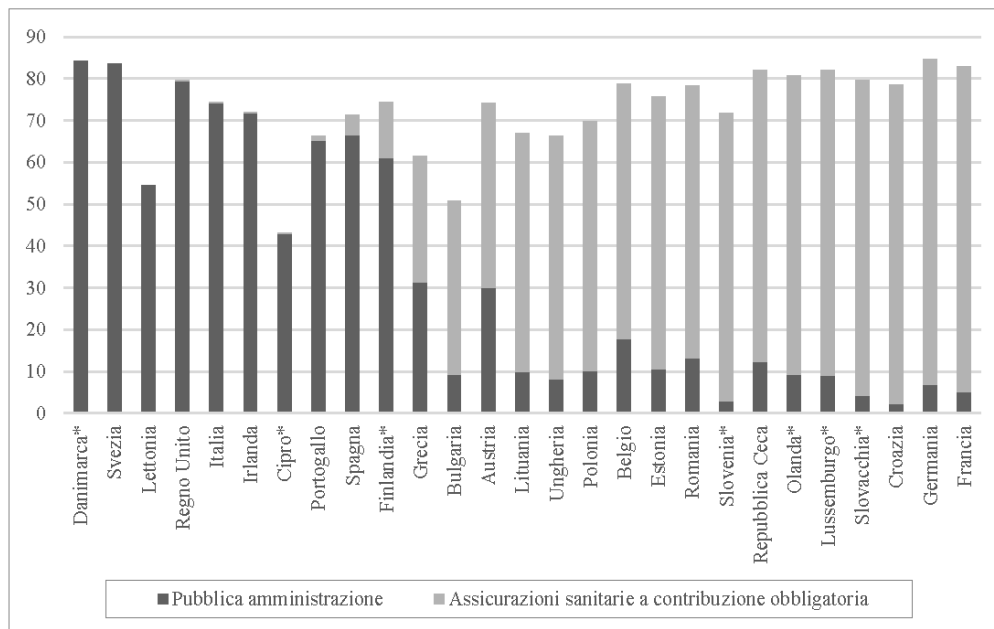
Grafico 2 - Spesa (valori per 100) sanitaria corrente rispetto al Prodotto Interno Lordo per Paese dell'Unione Europea - Anni 2015-2016



*Dati riferiti al 2015.

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts. Eurostat Database. Anno 2018.

Grafico 3 - Spesa (valori per 100) rispetto alla spesa totale sanitaria corrente a finanziamento pubblico per regime di finanziamento per Paese dell'Unione Europea - Anni 2015-2016



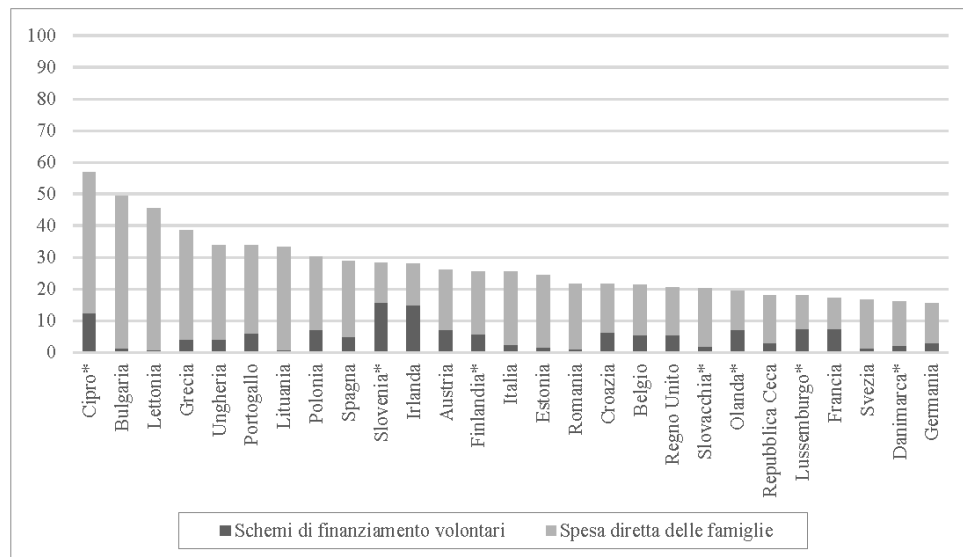
*Dati riferiti al 2015.

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts. Eurostat Database. Anno 2018.





Grafico 4 - Spesa (valori per 100) rispetto alla spesa totale sanitaria corrente a finanziamento privato per regime di finanziamento per Paese dell'Unione Europea - Anni 2015-2016



*Dati riferiti al 2015.

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts. Eurostat Database. Anno 2018.

Tabella 1 - Spesa (valori per 100) rispetto alla spesa totale sanitaria corrente per funzione di assistenza per Paese dell'Unione Europea - Anni 2015-2016

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	59,1	14,6	3,0	16,9	2,2	4,2
Belgio	50,4	21,5	5,2	16,8	2,4	3,8
Bulgaria	47,4	0,1	4,1	43,9	2,5	1,3
Cipro*	63,6	3,4	11,5	19,3	0,7	1,5
Croazia	53,2	3,0	9,4	27,8	3,0	2,6
Danimarca*	55,8	24,5	4,7	10,2	2,5	2,4
Estonia	56,8	5,9	11,0	21,6	3,2	1,4
Finlandia*	59,9	17,0	3,3	14,9	4,0	0,8
Francia	53,4	14,8	5,2	19,1	1,8	5,7
Germania	51,3	16,5	4,8	19,7	3,0	4,8
Grecia	60,2	1,4	3,6	31,1	1,3	2,4
Irlanda	54,3	22,1	3,0	14,0	3,3	2,6
Lettonia	49,5	4,7	9,5	31,9	2,4	1,9
Lituania	52,9	8,3	5,0	29,9	2,0	1,9
Lussemburgo*	52,9	23,5	5,9	11,0	2,4	4,3
Olanda*	51,9	24,8	1,8	12,7	3,6	3,9
Polonia	60,8	5,8	4,8	23,2	3,1	2,0
Portogallo	66,3	2,6	8,1	19,2	1,7	2,0
Regno Unito	57,2	18,5	1,8	13,8	5,4	2,0
Repubblica Ceca	52,9	13,2	5,2	20,4	3,0	2,5
Romania	50,2	6,4	5,4	32,3	1,7	2,5
Slovacchia*	52,2	0,3	6,9	35,3	2,1	3,2
Slovenia*	57,8	9,9	3,7	22,4	2,7	3,5
Spagna	57,8	9,3	5,0	22,9	2,0	2,9
Svezia	52,3	26,3	3,7	12,3	3,1	1,6
Ungheria	53,8	3,8	5,9	31,5	2,7	1,9
Italia	55,0	10,1	8,2	20,7	4,0	2,0

*Dati riferiti al 2015.

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts. Eurostat Database. Anno 2018.





Tabella 2 - Spesa (valori per 100) rispetto alla spesa sanitaria corrente per regime di finanziamento e funzione di assistenza per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2016

Paesi	Regime di finanziamento	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
Francia	Pubblico	89,0	77,5	89,6	73,2	65,2	71,9
	Privato	11,0	22,5	10,4	26,8	34,8	28,1
Germania	Pubblico	90,4	70,0	94,9	76,0	90,9	93,7
	Privato	9,6	30,0	5,1	24,0	9,1	6,3
Regno Unito	Pubblico	88,9	66,4	96,9	60,4	75,8	56,1
	Privato	11,1	33,6	3,1	39,6	24,2	43,9
Spagna	Pubblico	76,5	83,2	97,9	48,0	98,6	46,5
	Privato	23,5	16,8	2,1	52,0	1,4	53,5
Italia	Pubblico	80,4	76,5	74,0	56,6	88,1	60,5
	Privato	19,6	23,5	26,0	43,4	11,9	39,5

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts. Eurostat Database. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

I confronti internazionali, in coerenza con quanto osservato nelle Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, confermano che la spesa sanitaria in Italia si colloca su livelli medi e significativamente inferiori rispetto a quelli di altri importanti Paesi dell'UE (Regno Unito, Francia e Germania), sia in termini di valore pro capite che in rapporto al PIL. L'analisi in serie storica delle diverse componenti mette in luce la crescita della quota di spesa sanitaria finanziata direttamente dai cittadini, che passa dal 21,7% del 2012 al 23,6% del 2017, rispetto alla quota di spesa a finanziamento pubblico. In particolare, si evidenzia un marcato aumento della quota della spesa privata per assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione che passa dal 34,3% del 2012 al 39,3% del 2017.

Tale andamento è in parte il frutto di una fase di contenimento della spesa pubblica che influenza indirettamente il livello di spesa privata; in generale, se i livelli di copertura del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) diminuiscono, i consumi sanitari privati appaiono sempre più complementari e necessari per rispondere ai bisogni di salute. A tal proposito, appare evidente la rilevanza delle visite ambulatoriali private, a fronte delle crescenti liste di attese del SSN, e delle spese per servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) che in Italia per oltre un quarto sono finanziate privatamente, mentre negli altri Paesi considerati sono finanziate quasi esclusivamente dal settore pubblico.

Infine, alla luce delle dinamiche demografiche che caratterizzano il nostro Paese e che esercitano una pressione crescente sul sistema sanitario, sarà necessario adeguare l'offerta di specifiche funzioni di assistenza che dovranno soddisfare una maggiore domanda: 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.

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) OECD, Oecd Health Statistics 2018. Disponibile sul sito: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.
- (4) ECD, Health at a Glance Europe 2018. Disponibile sul sito: www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm.
- (5) OECD, Eurostat, WHO (2017). A System of Health Accounts (SHA, revised edition), Paris, OECD.
- (6) OECD, Eurostat, WHO (2017). Expenditure on Prevention Activities under SHA 2011: Supplementary Guidance - March 2017 version, Paris, OECD.
- (7) OECD, Eurostat, WHO (2014). Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.
- (8) OECD, Eurostat, WHO (2013). Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health Insurance, Paris, OECD.
- (9) OECD (2018). Accounting and Mapping of Long-Term Care Expenditure under SHA 2011, Paris, OECD.



La salute mentale in Italia e in Europa

Dott.ssa Rita De Carli, Dott. Francesco Grippo, Dott. Enrico Grande

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha ribadito l'importanza del benessere mentale come una componente essenziale della definizione dello stato generale di salute (1). Tra gli obiettivi definiti dal Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020, si contempla la possibilità di ottenere entro il 2020 una più efficiente gestione dei servizi per la salute mentale, in termini di maggiore completezza, integrazione e rispondenza ai bisogni della comunità. Tra le strategie di promozione e prevenzione viene contemplato un maggiore impulso alla ricerca, ivi compresa la messa a punto di sistemi informativi integrati per il monitoraggio del benessere psicologico degli individui e delle politiche nazionali intraprese a tal fine.

Nell'ultimo decennio molto è stato fatto in questa direzione anche in Europa. Il "Patto europeo per la salute mentale e il benessere", sviluppato dalla Comunità Europea nel 2005 (2), orientava l'attività di prevenzione entro i percorsi formativi dei giovani, l'ambiente di lavoro degli adulti e l'ambiente di vita delle persone anziane, impegnando l'azione dei governi nella lotta contro lo stigma e l'esclusione sociale. Considerando i lavori sviluppati in questo ambito, negli ultimi 5 anni sono state messe a punto una serie di azioni specifiche per contribuire alla promozione della salute mentale e del benessere, alla prevenzione del disagio e al miglioramento dell'assistenza e dell'inclusione di persone con disturbi mentali (3). Le aree che hanno ricevuto maggiore attenzione sono state quelle della promozione della salute mentale nelle scuole e sui posti di lavoro, le azioni preventive contro la depressione e il suicidio e le politiche intese a promuovere l'integrazione.

In Europa, il supporto informativo necessario a valutare e monitorare le politiche in questo ambito si avvale delle statistiche messe a disposizione dalla banca dati europea Eurostat, che promuove e coordina l'indagine europea sulla salute (*European Health Interview Survey-EHIS*) condotta nel 2014¹ sulle persone di età 15 anni ed oltre, oltre a raccogliere e armonizzare le statistiche dei diversi Paesi sulle cause di morte e sull'offerta di servizi sanitari. Questo complesso di statistiche, seppure non specificatamente progettate per lo studio della salute mentale, consentono di tracciare un quadro unitario per l'Europa anche in questo ambito: nel 2014, il 7,0% della popolazione europea riferisce di soffrire di depressione cronica; i posti letto riservati all'assistenza psichiatrica sono 71 per 100.000 abitanti, il 4,0% degli oltre 5 milioni di decessi è dovuto a disturbi psichici e comportamentali, cui si aggiungono il 2,0% per demenze e malattia di Alzheimer e l'1,0% per suicidi.

L'Italia mostra prevalenze inferiori alla media europea per quanto riguarda i disturbi depressivi (4). In particolare, nel 2015, il 5,5% degli individui di età 15 anni ed oltre (più di 2,8 milioni di persone) riferisce di soffrire di depressione cronica, ben 1,6 punti percentuali in meno alla media europea. Con riferimento alle 2 settimane precedenti l'intervista, l'1,6% degli intervistati riferisce sintomi di depressione maggiore (2,9% Unione Europea-EU 28 Stati membri). Nel complesso, il nostro Paese si colloca, così, nella parte più bassa della graduatoria rispetto al disturbo depressivo, con valori prossimi a quelli della Francia (5,9%) e della Grecia (4,7%), ma distanti da quelli della Germania (10,6%) e del Regno Unito (8,9%) (Grafico 1). A parte qualche eccezione nel Nord Europa, nella maggior parte dei Paesi specie in quelli dell'area mediterranea, la propensione a riferire il disturbo aumenta con l'avanzare dell'età. Questa tendenza è particolarmente evidente in Italia dove la prevalenza del disturbo depressivo tra le persone di età uguale o superiore a 65 anni raddoppia, portandosi a 11,6% e superando di 2,8 punti percentuali la media europea. Le donne sono quelle più a rischio di riferire il disturbo, con prevalenze superiori a quelle maschili a tutte le età. Tra le anziane europee, una donna su nove riferisce di soffrire di depressione cronica, mentre in Italia questo valore sale a una su sette. Per quanto riguarda i sintomi depressivi, nel nostro Paese si osservano prevalenze inferiori rispetto alla media europea, seppure queste differenze si attenuano tra gli anziani di entrambi i generi (8,9% vs 9,2% della media EU-28) (dati non presenti nel grafico).

Alcuni fattori legati alla condizione socio-economica degli individui sembrano influenzare la prevalenza a riferire il disturbo: all'aumentare del reddito diminuisce la prevalenza di depressione cronica in tutti i Paesi europei. In Italia si osservano prevalenze pari o superiori a quelle europee in corrispondenza dei primi due quinti più svantaggiati di popolazione. Sono in particolare gli anziani appartenenti ai primi due quintili quelli più a rischio rispetto agli individui europei con le stesse caratteristiche, con una differenza di 3 e 7 punti percentuali, rispettivamente, nel primo e nel secondo quintile. Il livello di istruzione rappresenta generalmente un fattore protettivo: l'essere in possesso di un titolo di studio terziario risulta associato a prevalenze più basse di depressione cronica (-1,7% in UE-28), soprattutto in alcuni Paesi del Sud come il Portogallo (-5,1%), la Spagna (-4,2%) e l'Italia (-3,4%). Gli anziani riferiscono con minore frequenza di essere depressi già con un livello di istruzione secondario in quasi tutti i Paesi, cosa che non accade per le classi di età inferiori (fanno eccezione l'Estonia,

¹ Nella maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea l'indagine è stata condotta nel 2014, mentre in Italia l'indagine EHIS (*wave 2*) è stata condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) nel 2015 (nei mesi da ottobre a dicembre), in ottemperanza del periodo di riferimento previsto dallo specifico regolamento.





la Lettonia, la Polonia, la Finlandia e la Svezia). A differenza di quanto accade altrove, in Italia le donne laureate dichiarano meno frequentemente degli uomini ugualmente istruiti di soffrire di depressione cronica (1,9% vs 2,2%). Il benessere psicologico spesso si associa a buone condizioni fisiche che garantiscono adeguati livelli di autonomia degli individui. Limitazioni anche moderate nelle attività quotidiane portano generalmente a raddoppiare la prevalenza di coloro che riferiscono di soffrire di depressione cronica in quasi tutti i Paesi (14,1% in EU-28, 11,1% in Italia), mentre limitazioni severe nelle attività portano ad incrementi dalle tre alle cinque volte della prevalenza. In Italia, circa un individuo adulto su tre riferisce di soffrire di depressione cronica se affetto da limitazioni severe nelle attività quotidiane, uno su quattro in Europa.

La prevalenza della depressione cronica è influenzata dal grado di urbanizzazione. La popolazione europea che vive nelle città metropolitane mostra maggiori probabilità di riportare disturbi della depressione cronica: il 7,8% delle persone che vivono in città riferisce di soffrire di depressione, con una frequenza superiore a quella di coloro che vivono nelle periferie (7,1%) e nelle zone rurali (6,2%).

Il ricorso ad uno specialista della salute mentale interessa il 5,3% della popolazione europea, e risulta più frequente nelle donne piuttosto che negli uomini (6,3% vs 4,2%). Nel nostro Paese gli individui che si rivolgono ad uno psichiatra o uno psicologo nel corso dell'anno sono il 3,4%, con una frequenza di poco superiore solo ad alcuni Paesi dell'Est europeo come la Romania, Cipro, la Bulgaria, la Slovenia, la Repubblica Ceca e la Repubblica Slovacca. Fanno eccezione gli anziani, che si attestano su frequenze prossime a quelle dei coetanei europei (3,5% vs 3,7%). Il livello di istruzione sembra non impattare in maniera significativa su questi andamenti, né in Italia né nel resto dei Paesi europei.

Le manifestazioni più estreme del disagio mentale possono essere colte attraverso l'analisi della mortalità per causa. Tra le cause più confrontabili di fonte Eurostat vi sono sia il suicidio, che rappresenta un indicatore importante per lo studio delle classi di età più giovani, sia la mortalità per demenza e malattia di Alzheimer, che rappresentano un indicatore del carico dei disagi psichici nelle età anziane. A queste statistiche si aggiungono quelle rese disponibili dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze sui decessi da *overdose* (5).

Su scala globale, l'OMS stima che quasi 800 mila persone muoiono per suicidio ogni anno e nei giovani di età 15-29 anni esso rappresenta la seconda causa di morte. In Italia, nel 2015, si sono verificati 3.988 decessi per suicidio con un tasso pari a 6 per 100.000 abitanti. Questo valore risulta tra i più bassi in Europa dove il tasso medio è di 11 decessi per 100.000. Con valori di poco inferiori a quelli di Regno Unito e Spagna, il nostro Paese si posiziona al terzultimo posto prima di Cipro e Grecia, e mantiene tale posizione per entrambi i generi. Tuttavia, tra la popolazione anziana (65 anni ed oltre) il rischio di suicidio aumenta, con livelli, superiori a quelli di Irlanda, Grecia, Regno Unito, Cipro e Malta.

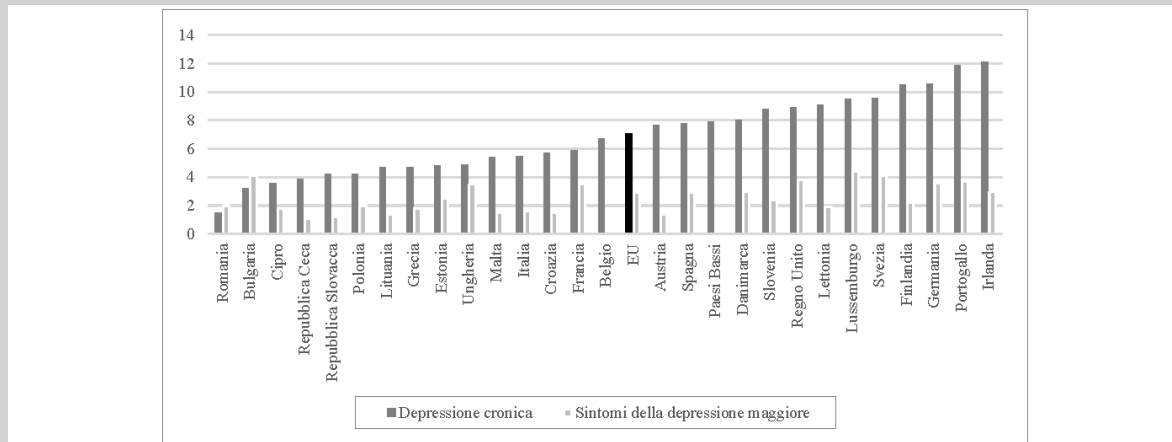
Le tendenze e i tassi di mortalità per *overdose* presentano notevoli variazioni nazionali anche a causa di differenze nelle fonti e metodologie di raccolta dei dati. In Europa questo tasso è stimato in 21,8 decessi per milione di abitanti di età compresa fra 15-64 anni. Il fenomeno interessa maggiormente la popolazione maschile (34,7 casi per milione) mentre l'età media al decesso è di 39 anni tanto per gli uomini quanto per le donne. Tassi superiori a 40 decessi per milione di abitanti si segnalano in 8 Paesi dell'Europa settentrionale, con i più alti in Estonia (132 per milione), Svezia (88 per milione), Norvegia (81 per milione), Irlanda (70 per milione) e Regno Unito (70 per milione). Viceversa, in Italia il tasso è tra i più bassi, con un valore di 7 decessi per milione di abitanti corrispondenti a 263 decessi per *overdose* nell'anno di osservazione.

Con l'invecchiamento della popolazione la demenza e la malattia di Alzheimer sono diventate importanti cause di morte, riguardando in Europa il 6,6% del totale dei decessi nella popolazione di 65 anni ed oltre (il tasso corrisponde a 29,5 per 10.000). In Italia tale percentuale è del 5,4% e il tasso corrisponde a 21,6 decessi per 10.000 ultra 65enni. Il nostro Paese, quindi, si posiziona al di sotto della media europea e di altri Paesi a noi vicini come Francia e Spagna. In Italia l'andamento temporale dei tassi per queste due cause risulta sostanzialmente costante negli anziani, con picchi negli anni 2012-2015, anni di aumento della mortalità generale soprattutto a carico degli anziani.





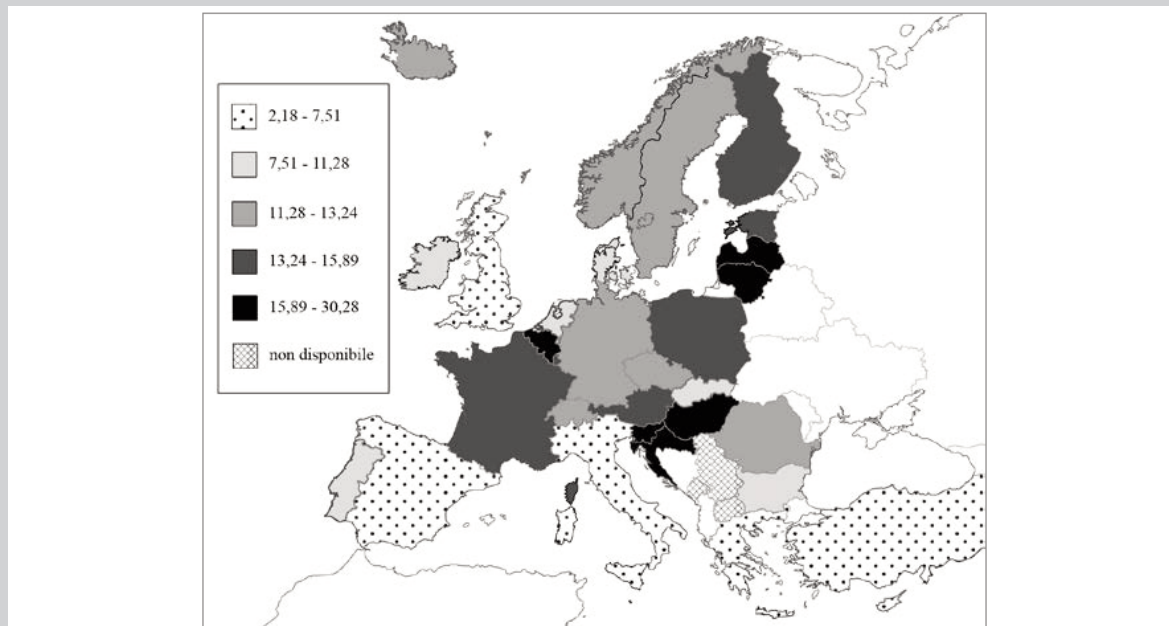
Grafico 1 - Persone (valori per 100) di età 15 anni ed oltre per depressione cronica e sintomi di depressione maggiore per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014*



*Nella maggior parte dei Paesi dell'UE l'indagine è stata condotta nel 2014, mentre in l'Italia l'indagine EHIS (wave 2) è stata condotta dall'Istat nel 2015 (nei mesi da ottobre a dicembre), in ottemperanza al periodo di riferimento previsto dallo specifico regolamento.

Fonte dei dati: Indagine europea sulla salute (EHIS). Anno 2018.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di suicidi in Europa - Anno 2015



Fonte dei dati: Database Eurostat. Anno 2018.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (2013), Mental Health Action Plan 2013-2020.
- (2) Commissione Europea (2005), European pact for mental health and well-being.
- (3) Commissione Europea (2013), A Joint action - mental health and wellbeing.
- (4) Istat, 2018. La salute mentale nelle varie fasi della vita. Anni 2015-2017. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files//2018/07/Report_Salute_mentale.pdf.
- (5) Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2018. Relazione europea sulla droga - Tendenze e sviluppi. Disponibile sul sito: www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ITN_PDF.pdf.

