

La sanità italiana nel confronto europeo

In questo Capitolo vengono descritti i risultati di salute raggiunti in Italia evidenziandone i punti di forza e di debolezza alla luce delle tendenze demografiche ed epidemiologiche che si osservano nell'Unione Europea (UE).

I miglioramenti nella speranza di vita, cui eravamo abituati negli scorsi decenni, sono stati bruscamente interrotti dalla flessione registrata nel 2015, particolarmente elevata in Italia, Francia e Germania, cui sta seguendo una fase caratterizzata da recuperi (2016 e 2018) e flessioni (2017). Già nel 2016 l'Italia ha mostrato non solo un recupero, ma anche un aumento della vita media attesa alla nascita, mentre altri Paesi, nel 2017, non hanno ancora recuperato del tutto la flessione del 2015. La fluttuazione della speranza di vita degli ultimi anni viene spiegata in parte con la crescente quota di anziani fragili vulnerabili ad alcune epidemie influenzali e, in parte, con le periodiche ondate di calore.

L'Italia continua a posizionarsi nei primi livelli della graduatoria per longevità nel contesto europeo: al 1° posto per gli uomini (80,8 anni) e al 3° posto per le donne (85,2 anni), dopo Spagna (86,1 anni) e Francia (85,6 anni).

Analizzando, invece, la longevità associata alla qualità della sopravvivenza attraverso la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni, l'Italia perde posizioni: le donne passano al 10° posto nella graduatoria e gli uomini all'11° posto. Ciò è dovuto sia alla presenza nel nostro Paese di una alta quota di ultra 80enni e sia alla minore quota di persone ospiti nelle case di cura rispetto ad altri Paesi europei, in cui l'assistenza socio-sanitaria del sistema di *welfare* è erogata maggiormente attraverso la fornitura di servizi e strutture di accoglienza residenziale. In Italia, solo il 10% della spesa sanitaria totale viene impiegata per l'assistenza sanitaria a lungo termine a fronte di circa un quarto delle risorse disponibili per questa forma di assistenza in Svezia, Olanda e Danimarca. 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.

Le malattie ischemiche del cuore e i tumori maligni continuano ad essere le principali cause di morte in Europa come in Italia dove, tuttavia, i tassi di mortalità per queste malattie, standardizzati per età, sono nettamente inferiori alla media dell'UE-28. Quasi la metà dei decessi per cancro potrebbe essere evitata con una maggiore prevenzione secondaria volta a diagnosticare la malattia in una fase precoce favorendo un percorso di cura più efficace e con maggiori aspettative di vita. È positivo osservare come, in Italia, a fronte di una diffusione dei controlli di prevenzione per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto in linea con la media europea, si osservino minori livelli di mortalità e più alti tassi di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi dei tre tipi di tumore considerati (*Box* "La prevenzione del tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto in Europa").

Negli ultimi anni l'Europa è stata interessata da una inaspettata epidemia di morbillo che si è diffusa anche in Italia dove la copertura vaccinale <95% è stata insufficiente per raggiungere l'interruzione della trasmissione endemica dell'infezione. Si osserva, tuttavia, una ripresa delle coperture vaccinali che, nel 2018, hanno raggiunto il 95% per il vaccino esavalente e il 93% per il morbillo, dopo il progressivo calo della copertura vaccinale nel periodo 2015-2017.

Il nostro Paese, inoltre, è particolarmente esposto alla resistenza agli antimicrobici. Infatti, si riscontrano livelli di resistenza tra i più alti d'Europa per la maggior parte dei patogeni monitorati dall'*European Centre for Disease Prevention and Control*. Inoltre, l'Italia continua ad avere un consumo di antibiotici superiore alla media europea seppure in diminuzione rispetto al 2014.

Per concludere, in Italia si raggiungono complessivamente in media alti livelli di salute, misurati con la speranza di vita alla nascita e i tassi di mortalità per causa, ma tali risultati convivono 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 dei bambini e scarsa qualità della vita per la popolazione anziana) e nell'allocazione delle risorse tra i servizi sanitari (bassa quota di spesa destinata all'assistenza sanitaria a lungo termine, quo-



ta elevata di *out of pocket* per visite ed accertamenti e bassa quota di farmaci generici). Infine, non bisogna dimenticare quanto analizzato in tutto il Rapporto Osservasalute rispetto all'analisi per gruppi di popolazione distribuita nel territorio, che dimostra come questo miglioramento generale registrato a livello nazionale, attraverso i principali indicatori comparabili a livello internazionale, avviene spesso a discapito della crescita delle disuguaglianze nella salute per alcuni gruppi di popolazione ed in alcune aree del nostro Paese.

È necessario, dunque, intervenire per fare in modo che questi miglioramenti siano a beneficio di tutta la popolazione, lavorando soprattutto a livello locale.



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

Significato. La speranza di vita (o vita media) è l'indicatore di salute più consolidato e condiviso per studiare le 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 . Poiché l'indicatore tiene conto solo della quantità di anni che restano da vivere, è fondamentale affiancarlo con altri che ne misurino anche la loro qualità, ovvero

gli indicatori compositi delle speranze di vita secondo le condizioni di salute. Per il loro calcolo si utilizza il metodo di Sullivan, che combina le informazioni sui sopravvissuti con quelle relative alle condizioni di salute, rilevate in ambito europeo attraverso il *Minimum European Health Module*, inserito nelle indagini sociali sulla popolazione. Tale modulo considera la salute percepita, la presenza di malattie croniche e la presenza di limitazioni gravi o lievi nelle attività. Sulla base di questo ultimo quesito si calcola la speranza di vita senza limitazioni (*Healthy Life Years-HLY*), che è l'indicatore della speranza di vita per condizioni di salute maggiormente utilizzato nei confronti europei.

Speranza di vita

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

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

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

l_y = numero di sopravvissuti all'età y della generazione fittizia della tavola di mortalità.

Speranza di vita senza limitazioni nelle attività

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

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

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

Validità e limiti. Uno dei vantaggi degli indicatori selezionati è che essi sono indipendenti dalla struttura per età della popolazione. Ciò consente di effettuare confronti nel tempo e nello spazio e, pertanto, si prestano ai confronti internazionali. Tra i limiti bisogna segnalare che tali indicatori, essendo basati sull'ipotesi teorica di una completa stazionarietà dei rischi di morte alle diverse età, non tengono conto della dinamica effettiva nel tempo in cui possono evolvere le condizioni di salute della popolazione. Inoltre, nell'attuale fase della transizione sanitaria nella quale la mortalità è fortemente concentrata nelle età senili, l'indicatore evidenzia soprattutto le differenze nei rischi di morte nella popolazione anziana. Peraltro, al fine di superare il limite dato dal fatto che l'indicatore "speranza di vita" misura solo la quantità e non la qualità degli anni che restano da vivere, occorre affiancarlo con indicatori declinati per condizioni di salute. A tale fine, l'indicatore prescelto è quello maggiormente utilizzato in ambito europeo per i confronti internazionali e cioè "Speranza di vita senza limitazioni" (HLY). La rilevan-

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

Valore di riferimento/Benchmark. Un possibile benchmark di riferimento potrebbe essere costituito dal trend con verifica che gli indicatori, rispetto ad un certo arco temporale, mostrino un andamento crescente, dal momento che misurano i progressi di sopravvivenza. Si auspica 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, dunque, dovrebbe sempre essere superiore a quello del numero medio di anni di vita.

Descrizione dei risultati

Anche nel 2017 l'Italia continua a posizionarsi nei primissimi posti della graduatoria per longevità nel contesto internazionale. Secondo gli ultimi dati disponibili dell'Ufficio statistico dell'Unione Europea (UE) (Eurostat) (1), in Italia gli anni di vita media attesa alla nascita sono 83,1 anni, seconda solo alla Spagna (83,4 anni).

Quando l'indicatore della speranza di vita alla nascita si declina per genere il dato è ancora più lusinghiero per gli uomini: il nostro Paese si conferma al 1° posto in Europa con 80,8 anni, insieme alla Svezia, a fronte di una media dei Paesi dell'UE pari a 78,3 anni. Le donne sono al 3° posto con 85,2 anni, dopo Spagna (86,1 anni) e Francia (85,6 anni), mentre la media dell'UE è pari a 83,5 anni.

Sebbene dall'inizio del XX secolo i differenziali di sopravvivenza tra i due generi, sempre a favore delle donne, si siano attenuando sono, comunque, presenti in tutti i Paesi dell'UE. Nei Paesi dell'Est-Europa si registrano le più elevate differenze di genere. A fronte di un divario medio europeo di 5,2 anni nel 2017, la differenza in anni di sopravvivenza tra uomini e donne ammonta a circa 10 anni in Lettonia e Lituania, soprattutto perché tra gli uomini dell'Est-Europa la speranza di vita alla nascita è particolarmente bassa (in Lettonia non si raggiungono i 70 anni di vita attesi).

Per le donne la variabilità geografica è meno marcata, ma anche in questo caso i Paesi dell'Est-Europa occupano gli ultimi posti: Bulgaria e Romania, seguite da Ungheria, Lettonia e Lituania (Tabella 1). Si evidenzia, tuttavia, che anche Paesi come Germania, Olanda, Danimarca e Regno Unito presentano una vita media attesa alla nascita al di sotto della media dell'UE tra le donne; la Slovenia, al contrario, presenta una speranza di vita alla nascita al di sopra della media dell'UE, con un valore pari a 84,0 anni (Grafico 1).

I miglioramenti nella speranza di vita cui eravamo costantemente abituati negli scorsi decenni in Europa, oltre a rallentare nell'ultimo decennio, sono stati bruscamente interrotti dalla flessione registrata nel 2015. L'entità del calo, tra i grandi Paesi, è stata maggiore in Italia, Germania e Francia¹ (in media 6 mesi) a fronte dei circa 5 mesi dell'Europa-28 e dei 3,5 mesi della Spagna. Mentre Spagna e Italia già nel 2016 hanno mostrato non solo un recupero, ma anche un aumento della vita media attesa alla nascita, raggiungendo nel 2017 complessivamente il valore massimo mai registrato, Germania e Francia nello stesso anno non hanno ancora recuperato del tutto la flessione del 2015 (Grafico 2).

Riguardo all'Italia, però, l'ultimo dato disponibile per

il confronto europeo (2017) mostra un nuovo lieve decremento, determinato soprattutto dalla riduzione della speranza di vita alla nascita delle donne, che secondo le più recenti stime nazionali del 2018 è, comunque, in ripresa e in totale recupero. Per gli uomini, invece, si raggiungerebbe addirittura un nuovo massimo storico, che riconfermerebbe l'Italia 1° Paese per longevità degli uomini nell'UE-28.

Le fluttuazioni che si stanno registrando negli ultimi 5 anni in molti Paesi occidentali (soprattutto europei) sono spiegate essenzialmente dalla crescente quota di anziani e, quindi, anche di anziani fragili (3). Ciò impone, pertanto, una maggiore cautela nella protezione della salute di questa fascia di popolazione. Si deve, inoltre, restare cauti nel considerare scontato un continuo guadagno in longevità come avvenuto nei decenni passati (5).

Considerando l'indicatore della speranza di vita a 65 anni, declinato per genere, si stima che nel 2017 un uomo residente in Italia, raggiunti i 65 anni, si aspetta in media di vivere ancora 19,2 anni, similmente al suo coetaneo residente in Svezia, mentre per gli spagnoli sono 19,3 anni e poco più per i francesi (19,6 anni), a fronte di una media europea di vita media attesa più bassa di oltre 1 anno (18,1 anni).

Anche per le donne si registrano differenze simili: la speranza di vita a 65 anni in Italia supera di 1 anno la media dell'UE (22,4 anni vs 21,4 anni). Le donne francesi (con 23,6 anni) e quelle spagnole (con 23,4 anni) superano, tuttavia, di almeno 1 anno la vita media attesa a 65 anni delle donne italiane.

Analizzando l'indicatore che coniuga la longevità con la qualità della sopravvivenza, emerge che non sempre i Paesi in cui si vive più a lungo riescono a conservare il primato per la sopravvivenza in salute, ovvero senza incorrere in limitazioni nelle attività.

L'Italia, pur essendo il 1° Paese per longevità degli uomini, scende in graduatoria al 5° posto per l'HLY alla nascita con 66,2 anni, dopo Svezia (1° posto con 73,2 anni), Malta, Spagna e Irlanda, pur mantenendo un vantaggio di 2,7 anni rispetto alla media europea. Anche per le donne l'Italia scende in graduatoria, passando dal 3° posto per vita media attesa alla nascita al 6° posto, quando si considerano gli anni di vita ancora da vivere in modo autonomo, ovvero senza limitazioni nelle attività dovute a problemi di salute, con un differenziale positivo di 2,4 anni rispetto alla media dei Paesi dell'UE² (Grafico 1).

L'invecchiamento della popolazione, caratteristica registrata non solo nel continente europeo, ma ancor più in Italia, pone interrogativi sempre più pressanti sulla sostenibilità del sistema Paese, cosicché assume

¹In molti Paesi l'aumento dei tassi di mortalità nel 2015 è dovuto, almeno in parte, all'eccesso di mortalità da influenza durante il 1° 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 1° trimestre del 2017, che potrebbe portare nuovamente a riduzioni dell'aspettativa di vita in particolare tra gli anziani e dell'aspettativa di vita alla nascita più ampiamente. Ad esempio, in Francia, condizioni climatiche eccezionalmente avverse nel 2015, tra cui una ondata di caldo in estate seguita da una onda fredda in autunno, può spiegare parte dell'eccesso di mortalità tra gli anziani. Un eccesso di mortalità durante l'inverno è stato osservato anche tra gli anziani affetti da influenza e altri motivi stagione 2016/2017, in particolare tra le donne.

²Per questo indicatore non è stato possibile analizzare il confronto nel tempo per la rottura di serie avvenuta nel 2016.

estrema rilevanza comprendere quanto l'aumento della sopravvivenza possa accompagnarsi parallelamente anche ad un aumento degli anni vissuti in buona salute e in autonomia.

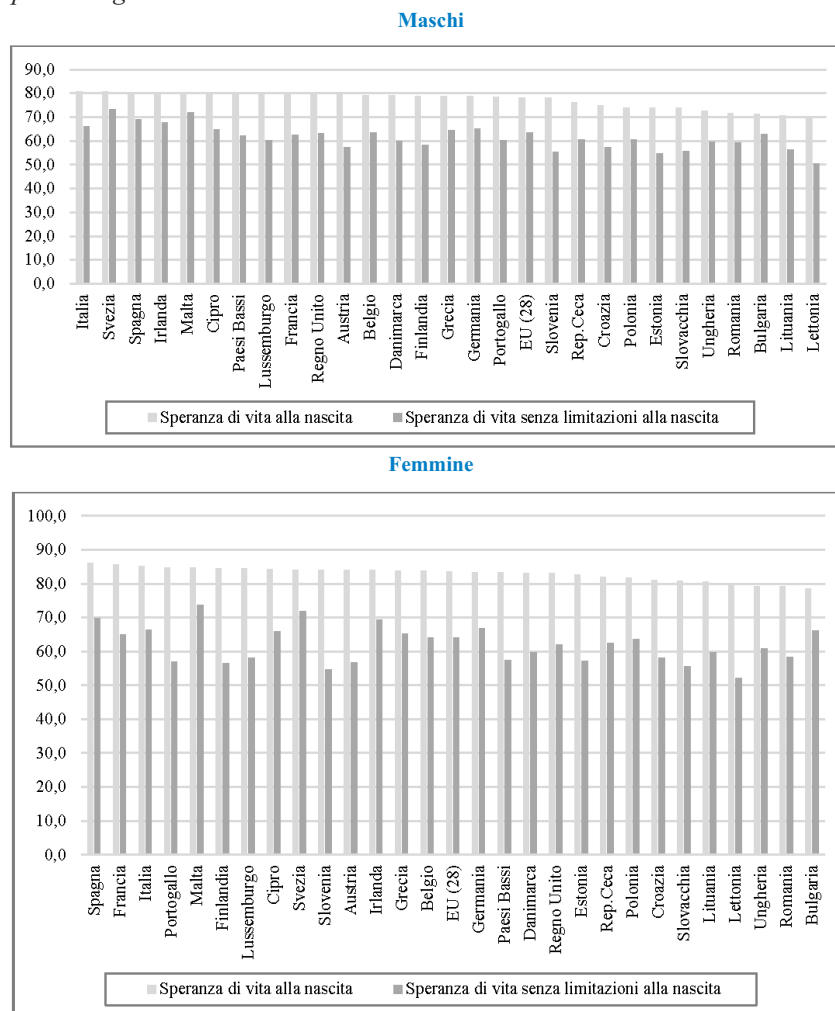
Per l'Italia, nel 2017, la speranza di vita a 65 anni senza limitazioni per gli uomini si stima pari a 9,4 anni, a indicare che un uomo di 65 anni può aspettarsi di vivere meno della metà dei suoi anni senza limitazioni (9,4 anni sul totale dei 19,2 anni di vita media attesa). Valori simili per la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni si evidenziano per la Francia (9,3 anni). Il valore più elevato in Europa è quello della Svezia con 15,4 anni, ma anche per Spagna e Germania si stimano, a confronto con il dato italiano, livelli più elevati di vita media attesa a 65 anni senza limitazioni (rispettivamente, 12,3 e 11,4 anni). Nella parte bassa della graduatoria si conferma la presenza dei Paesi dell'Europa-Orientale, tra cui Slovacchia e Lettonia, che nemmeno raggiungono i 5 anni.

Riguardo alle donne, nel 2017, la vita media attesa a 65 anni senza limitazioni per l'Italia si attesta a 9,8

anni, leggermente al di sotto sia della media dell'UE (10,2 anni), sia del valore registrato per Spagna, Germania e Francia, mentre spicca sempre la Svezia come Paese in cima alla graduatoria con 15,8 anni ancora da vivere a 65 anni senza limitazioni. Analogamente a ciò che si evidenzia per gli uomini, anche per le donne si trovano in fondo alla graduatoria Paesi come Lettonia e Slovacchia in cui il numero medio di anni da vivere a 65 anni senza limitazioni non raggiunge i 5 anni.

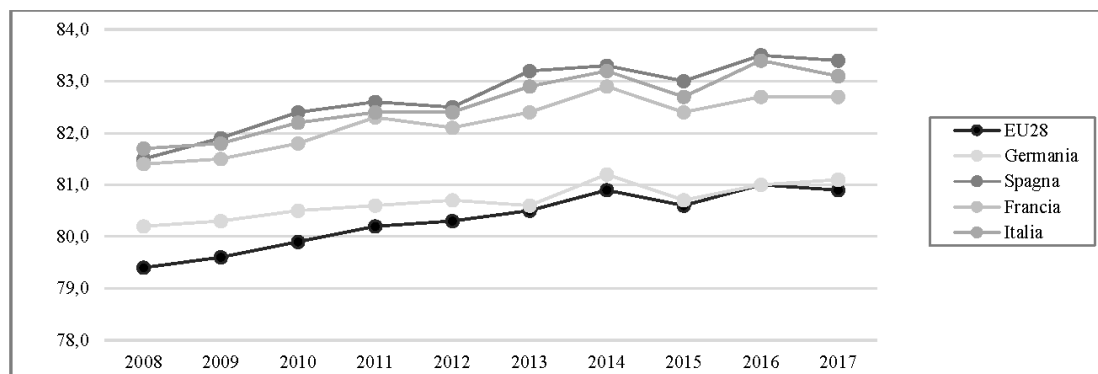
Per meglio comprendere quanta parte della vita un 65enne potrebbe vivere in autonomia si può far ricorso alla quota di anni di vita attesa a 65 anni senza limitazioni rispetto al totale degli anni che restano da vivere in media a 65 anni. Questa percentuale è sempre inferiore per le donne. La quota va da un massimo riscontrato per la Svezia (80,2% uomini vs 73,5% donne) ad un minimo per la Slovacchia (24,8% uomini vs 21,5% donne). In Italia queste quote sono, rispettivamente, 49,0% e 43,8% (Grafico 3).

Grafico 1 - Speranza di vita e speranza di vita senza limitazioni (valori in anni) alla nascita per Paese dell'Unione Europea-28 e genere - Anno 2017



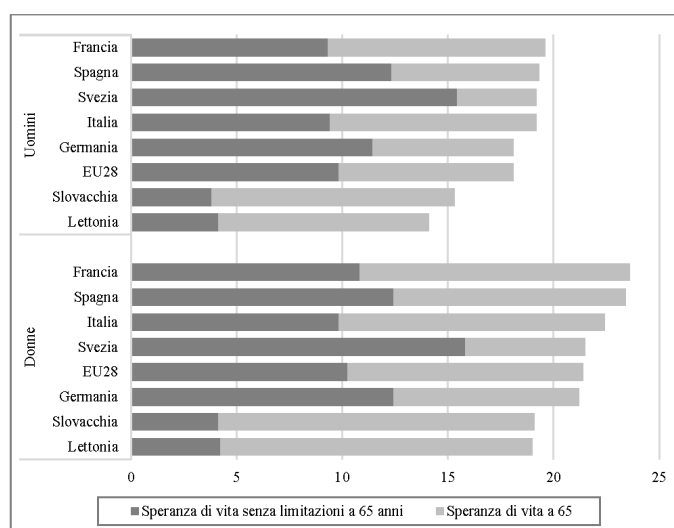
Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2019.

Grafico 2 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita per alcuni Paesi europei e media dei Paesi dell'Unione Europea-28 - Anni 2008-2017



Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2019.

Grafico 3 - Speranza di vita e speranza di vita senza limitazioni (valori in anni) nella popolazione di età 65 anni per alcuni Paesi europei e media dei Paesi dell'Unione Europea-28 per genere - Anno 2017



Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il quadro europeo evidenzia il permanere di disuguaglianze tra i Paesi dell'UE. A fronte di una media dell'UE-28 di 80,9 anni, il valore minimo della speranza di vita alla nascita si registra in Bulgaria (74,8 anni), con una distanza di quasi 9 anni dalla Spagna, che è il 1° Paese più longevo con 83,4 anni. I Paesi dell'Est-Europa compaiono tutti al di sotto della media europea, ma sono comunque quelli che evidenziano maggiori guadagni di sopravvivenza negli ultimi 10 anni. L'Estonia e la Lituania, ad esempio, in 10 anni hanno guadagnato in media 4 anni di vita, a fronte di un guadagno medio europeo di 1,5 anni. In 10 anni gli incrementi maggiori in quasi tutti i Paesi si riscontrano per gli uomini: a livello europeo sono aumentati in media 2,0 anni per gli uomini e 1,2 anni

per le donne. Sebbene si prolunghi la vita media soprattutto degli uomini, restano marcati i differenziali tra i Paesi in Europa proprio tra gli uomini. Rispetto all'Italia, che si attesta nel 2017 come il 1° Paese per longevità insieme alla Svezia, gli uomini lituani vivono in media oltre 11 anni in meno (69,5 anni). Le disuguaglianze socio-economiche nella salute, analizzate attraverso le speranze di vita per titolo di studio, confermano i maggiori differenziali tra gli uomini. Sulla base degli ultimi dati pubblicati dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico³, in tutti i Paesi tra i 17 analizzati appartenenti all'UE, i divari risultano più accentuati tra gli uomini, rispetto a quanto stimato tra le donne. In termini di anni di sopravvivenza dopo i 30 anni, i differenziali di coloro che posseggono un elevato titolo di studio rispetto a

³Le disuguaglianze nella sopravvivenza della popolazione nei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, pubblicate il 7 novembre 2019, si riferiscono a studi sui dati di mortalità per titolo di studio, effettuati dai singoli Paesi tra il 2015-2017, ad eccezione di pochi Paesi svolti tra il 2010-2012. Pur con tali limiti di comparabilità, e tenuto conto che sono disponibili solo per 17 Paesi dei 28 appartenenti all'UE, rappresenta un importantissimo strumento per studiare le disuguaglianze nella mortalità.

quelli con bassa istruzione sono più marcati nei Paesi dell'Est: nella Slovacchia la vita media attesa per un uomo con basso titolo di studio si riduce addirittura di 14,4 anni rispetto a quelli più istruiti; per le donne le differenze maggiori si riscontrano, invece, per la Lettonia, con un numero massimo di 8,0 anni. Per gli uomini anche Ungheria, Polonia e Repubblica Ceca evidenziano differenze sociali a due cifre, mentre quelle più contenute si stimano nel Regno Unito (4,4 anni) e in Italia (4,5 anni). Per le donne le differenze sociali più ridotte si registrano in Grecia (2,4 anni), ma anche in Italia, Francia, Portogallo e Slovenia non superano i 3 anni.

Il tema delle disuguaglianze nella salute è ormai nell'Agenda politica di molti Paesi europei e anche l'Italia ha attivato azioni per contrastarle, sebbene il principio di universalità del nostro Servizio Sanitario Nazionale abbia da sempre contenuto le barriere all'accesso nella fruizione dei servizi sanitari.

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_it (ultimo aggiornamento 15 novembre 2019).
- (2) Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (ultimo aggiornamento 15 novembre 2019).
- (3) OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- (4) Egidi V, Spizzichino D., Perceived health and mortality: a multidimensional analysis of ECHP Italian data, Genus LXII, No. 3-4, 2006.
- (5) Mantzavinis G. D., Pappas N., Dimolatis 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 per età. Essi rappresentano il numero di decessi che si osserverebbe, per una specifica causa o per gruppi di cause, in una popolazione di 100.000 persone con una struttura per età uguale a quella della popolazione standard europea,

Tasso di mortalità

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

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 .

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

Descrizione dei risultati

Per il confronto della mortalità a livello europeo¹ sono stati presi in considerazione i tassi di mortalità (anno 2016) per alcune malattie croniche che figurano tra le principali cause di morte in Europa ed alla cui base vi sono fattori di rischio biologici o legati agli stili di vita, oltre agli effetti del processo di invecchiamento della popolazione. La lotta alle malattie croniche è tra le priorità di salute pubblica a livello globale e il monitoraggio della mortalità per tali patologie può fornire un contributo rilevante per la valutazione degli interventi di prevenzione.

Il tasso di mortalità per i tumori maligni in Italia

revisione 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, 1-4 e 95 anni ed oltre"), genere e causa.

(Grafico 1) presenta un valore inferiore alla media dell'UE-28 e, in generale, tra i più bassi dell'area dell'UE (20° posto della graduatoria). Al di sotto della media europea si posizionano anche Germania, Grecia, Belgio, Portogallo e Francia prima dell'Italia, mentre i tassi più elevati in assoluto si osservano in Ungheria, Croazia e Slovacchia. La mortalità maschile è, ovunque, superiore a quella femminile e il rapporto tra i tassi (uomini e donne) per l'Italia è in linea con quello osservato a livello medio dell'UE-28.

Anche nel caso delle cardiopatie ischemiche (Grafico 2), l'Italia si conferma tra i Paesi a più bassa mortalità (21° posto nella graduatoria), con tassi ben al di sotto della media dell'UE-28. Portogallo, Spagna, Paesi Bassi e Francia risultano i Paesi a più bassa mortalità, mentre i tassi più alti si osservano prevalentemente nei Paesi dell'Est-Europa, tra i quali la Lituania e la Lettonia spiccano per i livelli molto elevati di mortalità, specialmente maschile.

L'Italia presenta un livello di mortalità per diabete (Grafico 3) superiore al valore dell'UE-28 e si colloca all'8° posto della graduatoria dei tassi più elevati. I Paesi a più alta mortalità per diabete sono Cipro, Croazia, Malta e Repubblica Ceca. Al di sotto del valore medio dell'UE-28 si collocano la Spagna e la Francia. I tassi più bassi in assoluto si osservano per Regno Unito, Lituania e Finlandia. La mortalità maschile risulta più elevata in tutti i Paesi, ad eccezione di Malta.

L'analisi per demenza e malattia di Alzheimer (Grafico 4) evidenzia che l'Italia ha un livello di mortalità inferiore alla media dell'UE-28 e al di sotto di Paesi quali Francia e Germania. La mortalità più elevata si osserva in quasi tutti i Paesi del Nord-Europa: Finlandia, Regno Unito, Paesi Bassi, Svezia, Irlanda e Danimarca, mentre nel Nord-Est i livelli sono molto al di sotto della media europea. La mortalità femmini-

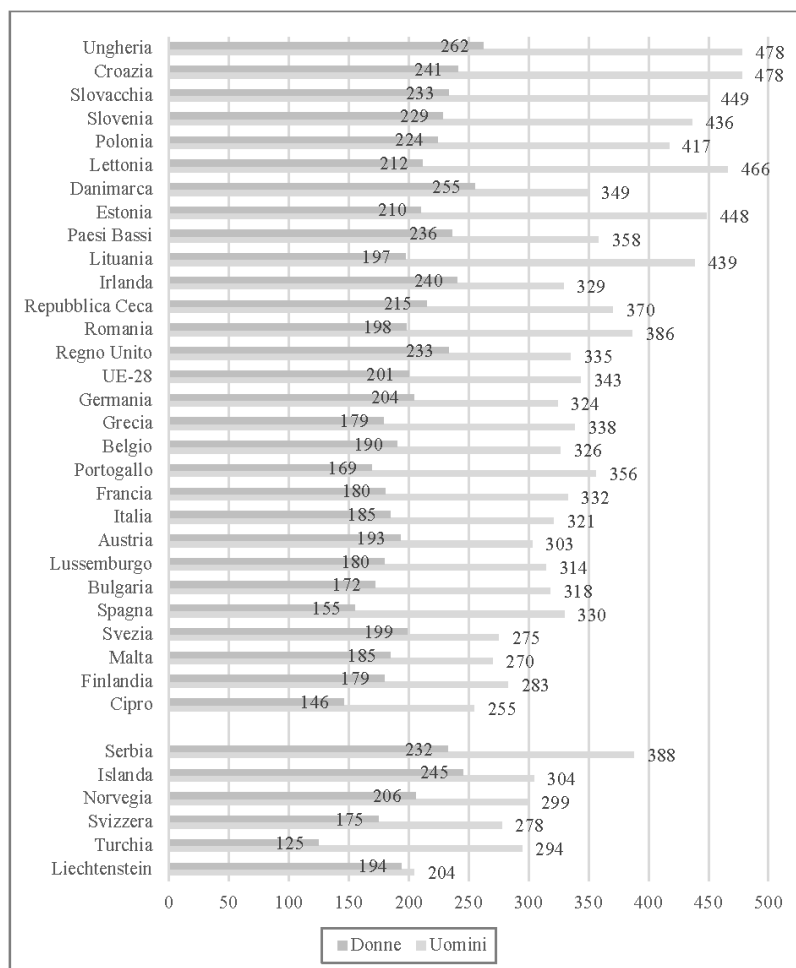
¹Sono presentati i dati di mortalità per causa per i 28 Paesi membri dell'Unione Europea, i Paesi dell'*European Free Trade Association* (Liechtenstein, Norvegia, Islanda, Svizzera), Serbia e Turchia.

le per demenza e malattia di Alzheimer è generalmente più elevata di quella maschile (fanno eccezione soltanto Finlandia, Lussemburgo, Portogallo, Ungheria e Repubblica Ceca dove il rapporto tra i generi è rovesciato).

Nel caso delle malattie croniche delle basse vie respiratorie (Grafico 5) il tasso italiano si trova a metà della graduatoria dei Paesi europei con un valore inferiore

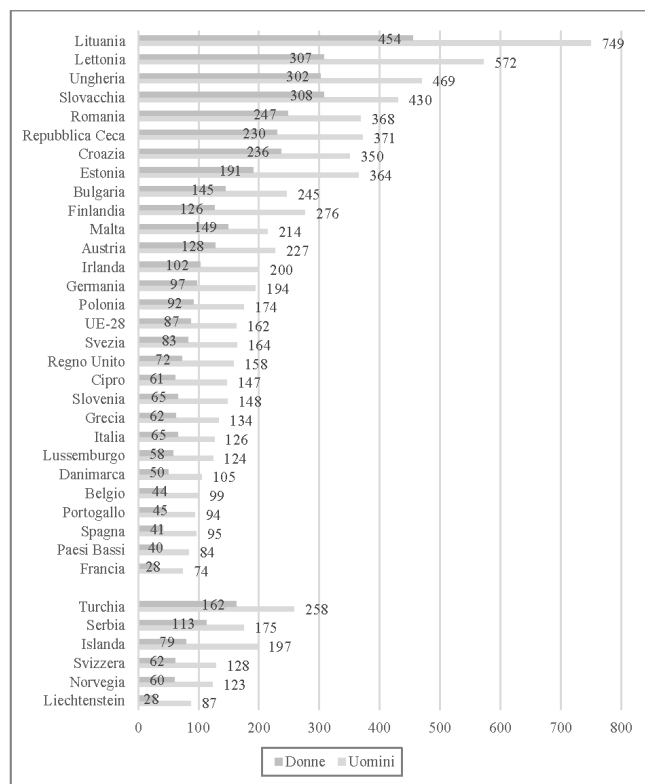
a quello medio dell'UE-28, ma al di sopra di Spagna, Portogallo, Grecia e Francia. I livelli più elevati si riscontrano in Danimarca, Ungheria, Regno Unito e Irlanda. I tassi maschili sono, ovunque, superiori a quelli femminili, con punte massime in Ungheria, Spagna e Croazia, mentre in Italia il rapporto è molto simile a quello medio europeo.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per tumori maligni per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2016



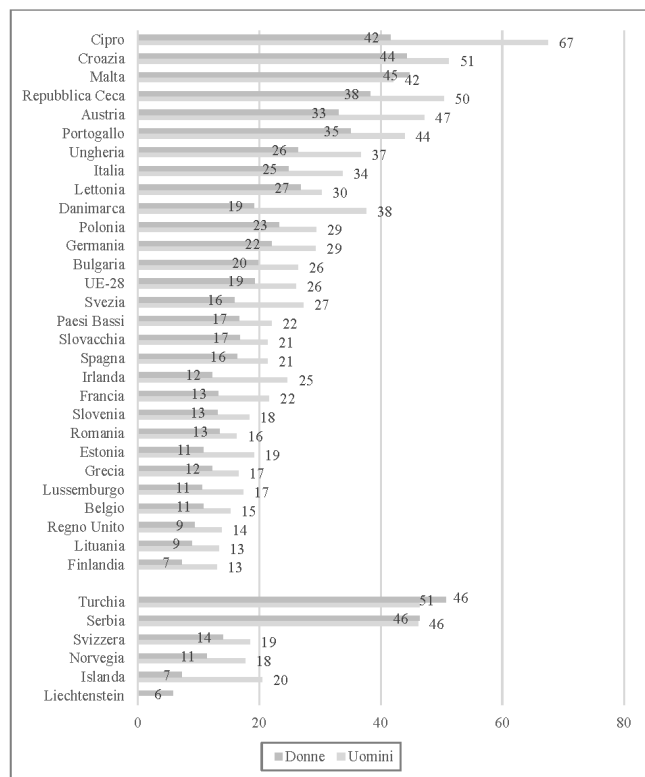
Fonte dei dati: Eurostat Database (2). Anno 2019.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2016



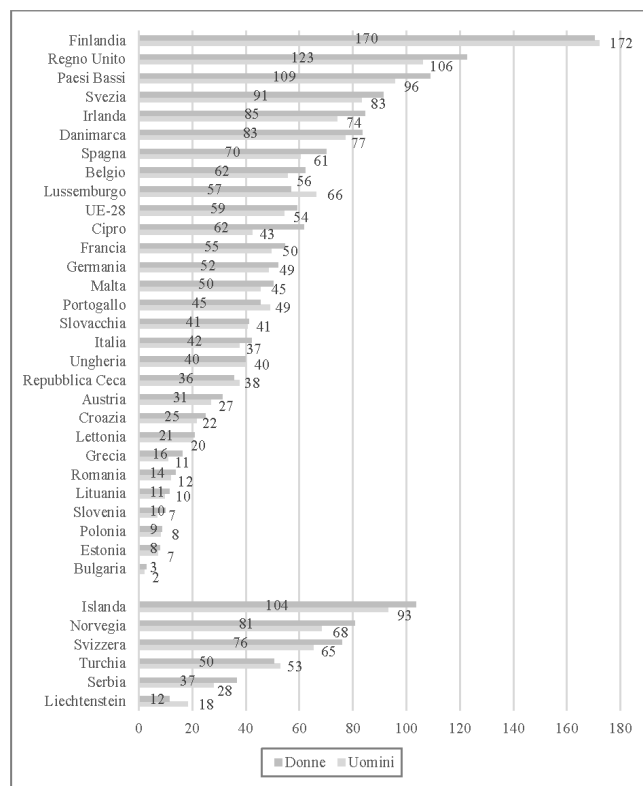
Fonte dei dati: Eurostat Database (2). Anno 2019.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per diabete per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2016



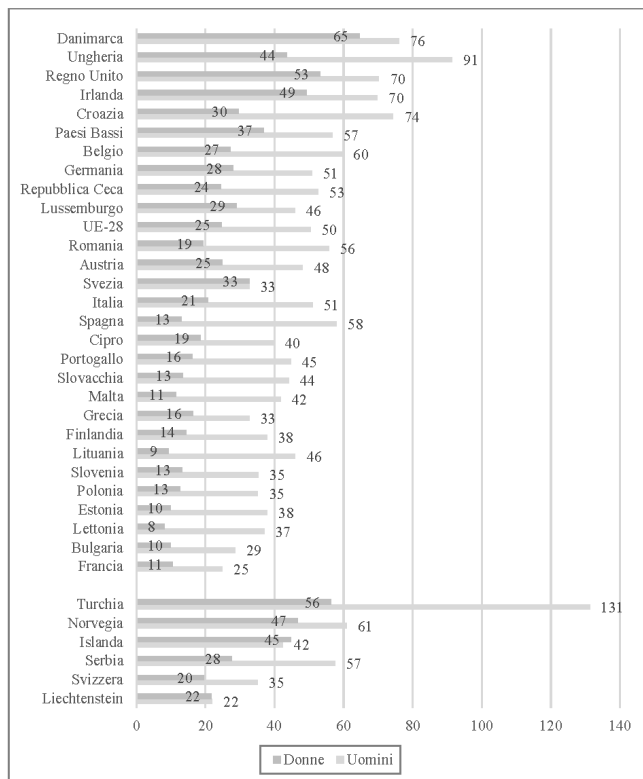
Fonte dei dati: Eurostat Database (2). Anno 2019.

Grafico 4 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per demenza e malattia di Alzheimer per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2016



Fonte dei dati: Eurostat Database (3). Anno 2019.

Grafico 5 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie croniche delle basse vie respiratorie per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2016



Fonte dei dati: Eurostat Database (2). Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadro del processo di progressivo invecchiamento della popolazione europea, il monitoraggio della mortalità per le malattie croniche risulta di notevole importanza per la pianificazione delle politiche sanitarie. La presenza di un numero sempre maggiore di persone anziane con quadri morbosi multicronici pone ancor di più i Paesi europei di fronte alla necessità di misurare l'evoluzione nel tempo della mortalità per queste cause con indicatori più accurati in grado di valutare l'effettiva portata del fenomeno. L'utilizzo armonizzato di indicatori di mortalità basati sulle cause multiple di morte può rispondere a questa esigenza e fornire una fotografia più appropriata di un fenomeno così complesso (4).

Alcune delle cause croniche prese in esame, possono essere considerate in parte "premature ed evitabili", perché contrastabili con uno stile di vita salutare che consenta di ridurre i fattori di rischio, e una adeguata prevenzione e assistenza sanitaria. È il caso dei tumori maligni, delle cardiopatie ischemiche e del diabete, cause per le quali è auspicabile e verosimile una ridu-

zione delle differenze nei livelli di mortalità tra i diversi Paesi europei mediante opportune politiche e strategie per migliorare la salute della popolazione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force, 2013 edition. Eurostat's Methodologies and working papers. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028>.
- (2) Eurostat Database. Disponibile sul sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database>. Causes of death, General mortality - standardised death rate by residence. Disponibile sul sito: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en, aggiornamento 20 settembre 2019.
- (3) Eurostat Database. Disponibile sul sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database>. Causes of death, Public health themes - Deaths of residents related to dementias including Alzheimer. Disponibile sul sito: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_dar&lang=en.
- (4) Désesquelles A, Demuru E, Egidi V, Frova L, Meslè F, Pappagallo M, Salvatore MA. Cause-specific mortality analysis: Is the underlying cause of death sufficient? *Revue Quetelet/Quetelet Journal* Vol. 1, n° 2, avril 2014, pp. 119-135.

Coperture vaccinali nella popolazione infantile

Significato. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano offre attivamente e gratuitamente tutti i vaccini contenuti nel calendario del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV).

Il PNPV costituisce il documento di riferimento per la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino e individua gli obiettivi e le strategie più efficaci da mettere in atto sull'intero territorio nazionale (1).

Le coperture vaccinali rappresentano l'indicatore chiave delle strategie vaccinali, poiché forniscono informazioni in merito alla loro attuazione sul territo-

rio 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 Cooperation and Development* (OECD) (3), relativi al periodo 2014-2018. 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	$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Numerosità della coorte di nascita di riferimento*}} \times 100$

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	$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Numerosità della coorte di nascita di riferimento*}} \times 100$

*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 2018 si riferisce alla coorte di residenti nati tra l'1 gennaio-31 dicembre 2016 come risulta al 31 dicembre 2018.

**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 in una specifica coorte di nascita e l'accumulo di suscettibili.

In Italia, l'indisponibilità di una Anagrafe vaccinale nazionale, ancora in fase di sviluppo, comporta il rischio di un denominatore non sempre adeguato al calcolo della copertura, con una conseguente sovra o sottostima di tale valore.

Il confronto delle coperture vaccinali per DTP e morbillo disponibili sul *database* dell'OECD deve tenere conto del fatto che i tassi di copertura vaccinale riflettono la percentuale di bambini che ricevono la rispettiva vaccinazione nei tempi raccomandati e 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* 2011-2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e in Italia dal PNPV 2017-2019.

L'obiettivo di copertura vaccinale per 3 dosi di DTP e 1 dose di morbillo, a livello nazionale e internazionale, è il 95%.

Descrizione dei risultati

Dei Paesi dell'UE, il cui dato di copertura vaccinale relativo all'anno 2018 è disponibile sul *database* dell'OECD, l'Italia si pone tra quelli a media copertura per DTP e morbillo.

Nel 2018, 9 dei 17 Paesi che hanno fornito il dato di copertura vaccinale per DTP hanno riportato un calo nella copertura rispetto all'anno precedente e 7 di questi hanno coperture $\leq 95\%$ (Tabella 1). In particolare, colpisce il calo di copertura registrato in Austria dove si è passati dall'87% del 2016 all'82% del 2018. Se consideriamo tutto il periodo 2014-2018, l'Austria e la Spagna sono i 2 Paesi che hanno riportato le variazioni più importanti. In Austria, la copertura vaccinale nel 2014 e nel 2015 era del 98% e ha iniziato a diminuire nel 2016, raggiungendo il minimo nel 2018. In Spagna, la copertura è passata dal 97% del 2014 al

93% del 2018. L'Italia, dopo un calo registrato nel triennio 2015-2017, è tornata ai valori di copertura del 2014.

Per quanto riguarda la vaccinazione contro il morbillo (Tabella 2), nel 2018 l'Italia ha registrato una copertura per la 1^a dose pari al 93%, con un recupero di 1 punto percentuale rispetto al 2017 e di 8 punti percentuali rispetto al 2016. Solo 1 Paese (Estonia) ha riportato una copertura <90%; 7 Paesi (Gran Bretagna, Irlanda, Italia, Lituania, Olanda, Polonia e Slovenia) hanno riportato una copertura tra il 92-93%; 12 Paesi hanno registrato una copertura $\geq 95\%$ e 3 Paesi (Francia, Germania e Lussemburgo) non hanno riportato il dato per il 2018. Il Portogallo e l'Ungheria han-

no riportato le coperture più elevate (99%). Nel 2018, tuttavia, è stato osservato un calo della copertura vaccinale rispetto all'anno precedente in 6 Paesi: Estonia, Danimarca, Lituania, Polonia, Austria e Repubblica Ceca (Tabella 2).

Analizzando l'andamento dei dati nel periodo 2014-2018, in Italia si osserva che dopo il progressivo calo delle coperture per entrambe le vaccinazioni verificatosi nel periodo 2015-2017, si sta assistendo ad un recupero sia per il vaccino DTP che per il morbillo. Nel Grafico 1 è rappresentato l'andamento delle coperture vaccinali per DTP e morbillo nei Paesi europei che hanno fornito i dati all'OECD.

Tabella 1 - Copertura vaccinale (valori per 100) per Difterite-Tetano-Pertosse per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2014-2018

Paesi	2014	2015	2016	2017	2018
Austria	98	98	87	90	82
Belgio	99	99	98	98	98
Danimarca	94	93	94	98	97
Estonia	93	93	93	93	92
Finlandia	98	97	92	99	n.d.
Francia	99	98	97	96	n.d.
Germania	96	96	95	95	n.d.
Gran Bretagna	95	96	94	94	94
Grecia	99	99	99	99	99
Irlanda	96	95	95	95	95
Italia	95	93	93	94	95
Lettonia	92	95	98	98	96
Lituania	93	93	94	94	92
Lussemburgo	99	99	99	99	n.d.
Olanda	96	95	95	94	93
Polonia	98	98	98	96	95
Portogallo	98	98	98	98	99
Repubblica Ceca	97	99	96	96	n.d.
Repubblica Slovacca	97	96	96	96	97
Slovenia	95	95	94	94	93
Spagna	97	97	97	98	93
Svezia	98	98	98	97	n.d.
Ungheria	99	99	99	99	99

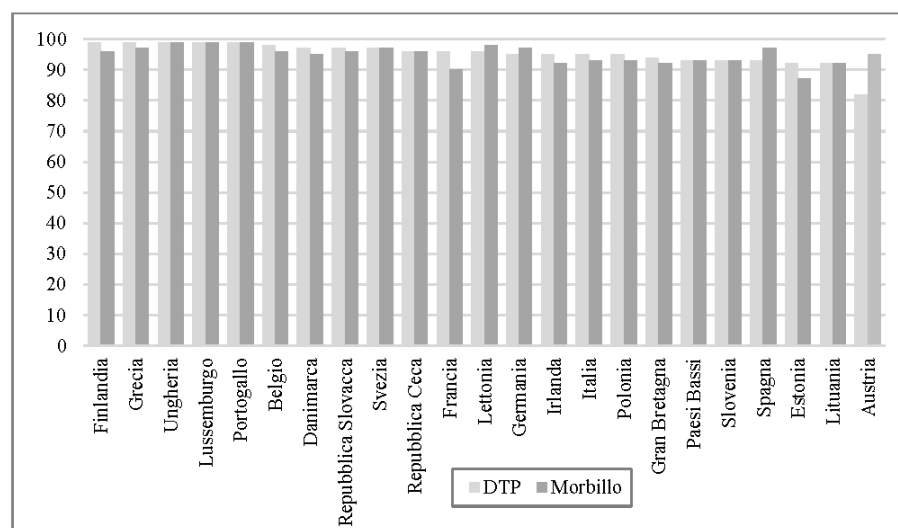
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: OECD, Child vaccination rates. Anno 2019.

Tabella 2 - Copertura vaccinale (valori per 100) per morbillo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2014-2018

Paesi	2014	2015	2016	2017	2018
Austria	96	96	95	96	95
Belgio	96	96	96	96	96
Danimarca	90	91	94	97	95
Estonia	93	93	93	93	87
Finlandia	97	95	95	96	96
Francia	90	91	91	90	n.d.
Germania	97	97	97	97	n.d.
Gran Bretagna	93	93	92	92	92
Grecia	97	97	97	97	97
Irlanda	93	93	92	92	92
Italia	87	85	85	92	93
Lettonia	95	96	93	96	98
Lituania	93	94	94	94	92
Lussemburgo	99	99	99	99	n.d.
Olanda	96	95	94	93	93
Polonia	97	96	96	94	93
Portogallo	98	98	98	98	99
Repubblica Ceca	99	99	98	97	96
Repubblica Slovacca	97	95	95	96	96
Slovenia	94	94	92	93	93
Spagna	96	96	97	97	97
Svezia	97	98	97	97	97
Ungheria	99	99	99	99	99

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: OECD, Child vaccination rates. Anno 2019.**Grafico 1** - Copertura vaccinale (valori per 100) per Difterite-Tetano-Pertosse e morbillo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2018 o ultimo dato disponibile**Fonte dei dati:** OECD, Child vaccination rates. Anno 2019.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Dal 2017 si osserva, in Italia, una ripresa delle coperture vaccinali che nel 2018 hanno raggiunto il 95% per il vaccino esavalente e il 93% per il morbillo, parotite e rosolia. Nel caso del morbillo sono necessarie coperture vaccinali $\geq 95\%$ per raggiungere l'interruzione della trasmissione endemica dell'infezione, con 2 dosi di vaccino nella popolazione. È, quindi,

necessario aumentare ulteriormente la copertura e mantenerla elevata nel tempo.

Per ottenere questo risultato è importante aumentare la fiducia nella vaccinazione e superare gli ostacoli alla somministrazione dei vaccini, mettendo in atto iniziative volte a migliorare la comunicazione sulle vaccinazioni, l'accesso ai servizi e la formazione degli operatori sanitari.

**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 27 novembre 2019).

(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 27 novembre 2019).

(4) European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccination schedules. Disponibile sul sito: <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx> (ultimo accesso 27 novembre 2019).

Parti con Taglio Cesareo

Significato. Il numero di parti con Taglio Cesareo (TC) sul totale dei parti è considerato un importante indicatore di qualità dell'assistenza perinatale, dal momento che 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 effi-

cacia 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

$$\text{Tasso di parti con Taglio Cesareo} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Parti con Taglio Cesareo (ICD-9-CM 74.0-74.2, 74.4, 74.99)

Denominatore: Nati vivi

Validità e limiti. I dati utilizzati per questo confronto europeo sono quelli resi disponibili dell'*Organisation for Economic Cooperation and Development - 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 2017 per la maggior parte dei Paesi europei. La differenza

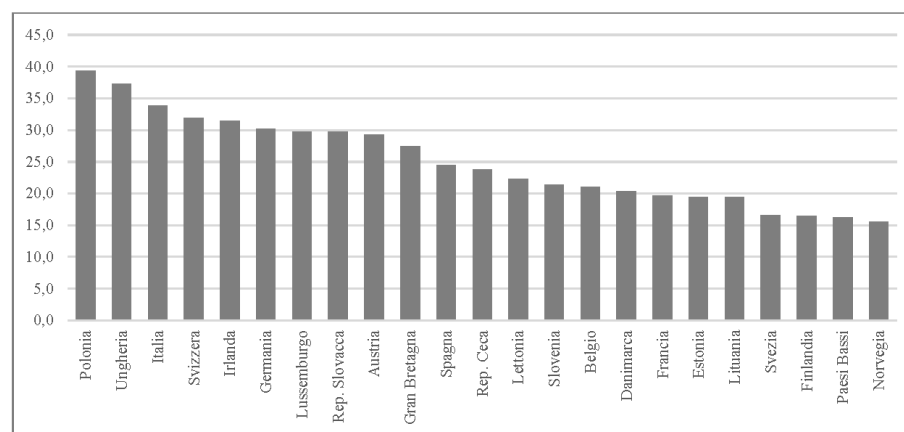
dei tassi di TC tra i Paesi è ampia, presentando uno scarto di oltre 20 punti percentuale tra il valore minimo registrato in Norvegia (15,6%) e il valore massimo registrato in Polonia (39,3%). I tassi di TC più bassi si rilevano nei Paesi del Nord-Europa, i più alti in Ungheria e Polonia (Grafico 1). Tra i Paesi con un tasso elevato, seppure in riduzione negli anni, troviamo anche l'Italia.

Nel periodo 2011-2017, fra i Paesi europei, si rileva un maggiore incremento di tasso di TC in Polonia (+31,4%), Irlanda (+16,7%), Regno Unito (+13,7%), Ungheria (+12,3%) e Slovacchia (+11,7%). Si tratta di Paesi nei quali, nell'ultimo anno di osservazione, si registrano valori pari a circa il 30% o superiori.

L'Italia, nonostante continui ad avere un tasso elevato (pari al 33,8% nel 2017), presenta nel periodo 2011-2017 una riduzione del 10,3% (Tabella 1).

Rispetto al 2016, il ricorso al TC nel 2017 presenta un trend stabile o in riduzione per la maggior parte dei Paesi.

Grafico 1 - Tasso (valori per 100 nati vivi) di parti con Taglio Cesareo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2017 o ultimo dato disponibile



Fonte dei dati: Banca dati OECD. Anno 2019.

Tabella 1 - Tasso (valori per 100 nati vivi) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2011-2017

Paesi	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ % (2017-2011)*
Austria	28,3	28,8	28,8	29,3	28,7	29,2	29,3	3,5
Belgio	20,1	20,2	20,7	20,8	n.d.	21,0	21,0	4,5
Danimarca	21,4	21,2	22,4	21,5	21,1	20,4	20,4	-4,7
Estonia	20,2	20,0	20,1	20,0	18,7	20,0	19,4	-4,0
Finlandia	16,2	16,2	15,8	15,8	15,5	16,2	16,5	1,9
Francia	21,0	20,8	20,8	20,6	20,8	20,8	19,7	-6,2
Germania	30,9	30,9	30,7	30,8	30,2	29,9	30,2	-2,3
Italia	37,7	36,8	36,1	35,7	35,3	34,9	33,8	-10,3
Irlanda	26,9	27,7	28,5	29,1	30,1	31,4	31,4	16,7
Lettonia	23,0	22,4	20,9	19,9	21,0	21,2	22,3	-3,0
Lituania	23,2	24,4	23,1	20,4	19,8	19,4	19,4	-16,4
Lussemburgo	30,2	29,7	29,3	31,8	30,5	31,1	29,7	-1,7
Norvegia	n.d.	n.d.	16,5	16,6	16,1	16,2	16,0	n.d.
Paesi Bassi	n.d.	15,8	16,2	16,2	n.d.	n.d.	16,2	n.d.
Polonia	29,9	31,6	34,6	35,7	36,2	38,5	39,3	31,4
Regno Unito	24,1	24,3	25,1	25,2	26,1	26,4	27,4	13,7
Repubblica Ceca	23,3	24,4	24,9	25,4	25,4	n.d.	23,8	2,1
Slovacchia	26,6	30,4	30,7	30,7	30,2	29,8	29,7	11,7
Slovenia	19,4	19,5	20,2	21,0	20,8	20,6	21,4	10,3
Spagna	24,9	25,2	25,2	25,0	24,5	24,6	24,4	-2,0
Svezia	16,4	16,5	16,7	17,3	17,3	17,7	16,6	1,2
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	31,9	n.d.
Ungheria	33,2	34,0	34,9	35,7	37,2	37,1	37,3	12,3

*Anno di riferimento o anno più vicino.

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Banca dati OCSE. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati rilevano sostanziali differenze nella frequenza di ricorso al TC tra i Paesi europei. Tra i Paesi con i più alti tassi troviamo l'Italia, nonostante nel tempo il tasso sia in costante lieve riduzione.

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: 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%. Tassi di TC >15%, inoltre, 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 la Classificazione 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-Tharaux C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015; 12 (1): 57.

(4) Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century:



a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016; 123 (5): 745-53.

(5) OECD, 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 2017. Roma: Ministero della Salute 2019.

(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 caesarean 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 caesarean 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 inappropriato di antibiotici può essere causa di sviluppo di antibiotico-resistenze che nel lungo periodo potrebbero rendere sempre più difficili le cure delle infezioni batteriche. In assenza di azioni efficaci, la resistenza antimicrobica potrebbe essere responsabile di ben 33.000 decessi all'anno nell'Unione Europea (UE) tra il 2015-2050 (1).

Il consumo del farmaco generico¹, vale a dire equiva-

lente 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.

Dosi di antibiotico consumate giornalmente per uso sistemico

Numeratore	Dosi giornaliere (<i>Defined Daily Dose</i>) di antibiotici per uso sistemico consumate nell'anno	x 1.000
Denominatore	Abitanti x 365	

Quota di farmaci generici (o equivalenti) acquistati

Numeratore	Dosi giornaliere (<i>Defined Daily Dose</i>) di farmaci generici (o equivalenti) acquistate nell'anno	x 100
Denominatore	Dosi giornaliere (<i>Defined Daily Dose</i>) di farmaci acquistate nell'anno	

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

Numeratore	Ammontare pagato per l'acquisto dei farmaci generici (o equivalenti) da tutti gli acquirenti (terzi e consumatori)	x 100
Denominatore	Ammontare pagato per l'acquisto dei prodotti farmaceutici da tutti gli acquirenti (terzi e consumatori)	

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 *Information Management 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

Nel 2017, nell'UE-28 il consumo medio di antibiotici per uso sistemico nella popolazione, escludendo quindi gli Ospedali, è stato di 23,4 DDD/1.000 ab die, con valori variabili da 10,1 DDD/1.000 ab die nei Paesi

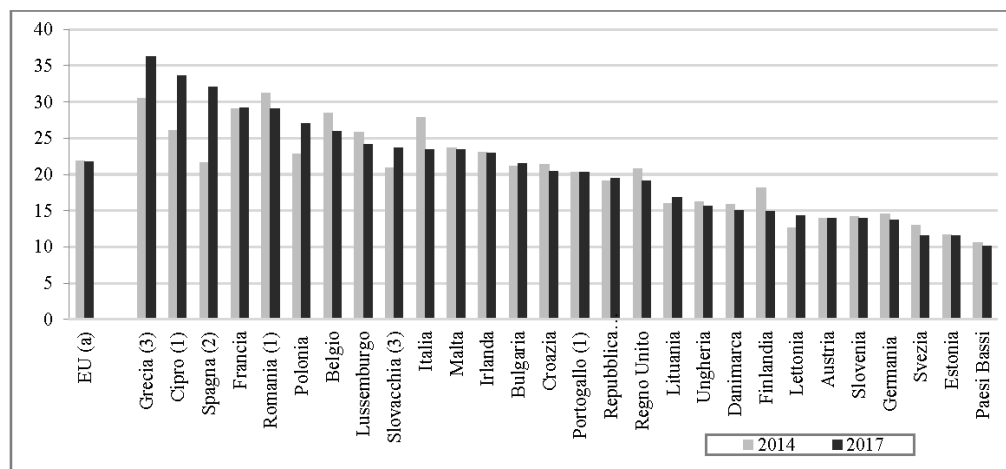
¹ Il Decreto Legislativo del 24 aprile 2006, n. 219, art. 10, comma 5, lettera b) definisce il medicinale generico come "un medicinale che ha la stessa composizione qualitativa e quantitativa di sostanze attive e la stessa forma farmaceutica del medicinale di riferimento nonché una bioequivalenza con il medicinale di riferimento dimostrata da studi appropriati di biodisponibilità".

² La classificazione Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) e le *Defined Daily Dose* (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* (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.

Bassi a 36,3 DDD/1.000 ab die in Grecia (Grafico 1). L'Italia, con 23,4 DDD/1.000 ab die, continua ad avere un consumo di antibiotici superiore alla media europea, seppure in diminuzione rispetto al 2014 (27,8 DDD/1.000 ab die). Nel nostro Paese, si riscontrano, inoltre, livelli di resistenza tra i più alti d'Europa per la maggior parte dei patogeni monitorati dal *Centre for Disease Prevention and Control* (2). 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 (3). 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 (4).

In Italia, il mercato dei farmaci generici, seppure in graduale aumento, copre solo un quarto del volume complessivo del mercato farmaceutico totale, a fronte di oltre l'80% che si osserva nel Regno Unito e in Germania. Anche rispetto alla spesa sostenuta per i farmaci generici, l'Italia mantiene le posizioni di coda, precedendo solamente il Lussemburgo (Grafico 2). Il ritardo del nostro Paese è, in parte, imputabile al fatto che una larga parte dei principi attivi presenti sul mercato italiano ha beneficiato di una copertura brevettuale notevolmente più lunga rispetto agli altri Paesi 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 quei medicinali generici già da tempo presenti in altri Paesi europei (3).

Grafico 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di antibiotici per uso sistemico nella popolazione non ospedalizzata per Paese dell'Unione Europea-28 - Anni 2014, 2017



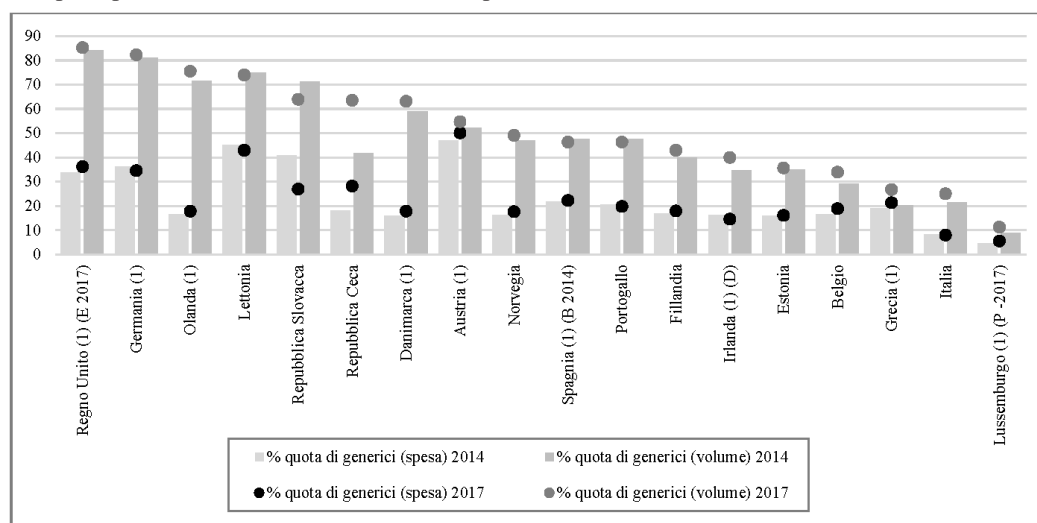
Legenda:

- (1) = include il settore ospedaliero. Portogallo, Cipro e Romania nel 2014. Cipro e Romania nel 2017.
 (2) = *Reimbursement data* (ad esempio non include il consumo di farmaci senza prescrizione e non rimborsabili). Spagna nel 2014.
 (3) = il dato del 2017 non è disponibile. Per Grecia e Slovacchia il dato è del 2016. Per Repubblica Ceca il dato è del 2015.
 (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, ECDC. Anno 2019.

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. 1768/1992, modificato dal Regolamento CE n. 469/2009, ha abrogato la normativa nazionale sul CCP, istituendo il *Supplementary Protection Certificate*, la cui durata massima non può superare i 5 anni. La normativa italiana in tale campo ha compiuto un ultimo intervento legislativo con la Legge n. 112 del 15 giugno 2002, tesa a riallineare la durata del CCP con quello introdotto a livello europeo.

Grafico 2 - Quota (valori per 100) di farmaci generici (o equivalenti) nel mercato farmaceutico totale per volume e valore di spesa per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2014, 2017



Legenda:

(I) = Reimbursed pharmaceutical market.

B = Rottura di serie.

D = Difference in methodology.

E = Estimated value.

P = Provisional value.

Fonte dei dati: Database stats.oecd.org. Per l'Italia i dati sono forniti dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Riguardo al contrasto del fenomeno della resistenza agli antimicrobici 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. Si consiglia, quindi, di continuare a monitorare a livello nazionale, regionale e locale le azioni definite nel Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2017-2020, adottato nel 2017.

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. Il medico, tuttavia, 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.

Riferimenti bibliografici

- (1) OECD Health at Glance, 2018.
- (2) ECDC - Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net), 2017.
- (3) OSMED L'uso dei farmaci in Italia, rapporto nazionale anno 2015.
- (4) 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.

La prevenzione del tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto in Europa

Dott.ssa Laura Iannucci

Nell'Unione Europea (UE) il cancro è la 2^a causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari. Nel 2015, ci sono stati 1 milione e 320 mila morti di cancro di cui 154 mila per tumore al colon-retto e 94.000 per tumore alla mammella (1).

Quasi la metà dei decessi per cancro potrebbe essere evitata con una maggiore prevenzione secondaria volta a diagnosticare la malattia in una fase precoce, favorendo un percorso di cura più efficace e con maggiori aspettative di vita.

Nel 2003 il Consiglio dell'UE, sulla base di evidenze scientifiche, ha emanato le raccomandazioni per lo screening dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, indicandone la tempistica e le fasce *target* di popolazione maggiormente a rischio verso cui rivolgerli (2).

In Italia, nel 2005, sono state diffuse le raccomandazioni per gli screening oncologici (3), ma l'interesse verso la prevenzione dei tumori e la diffusione degli screening era già presente prima degli anni Duemila¹ e si è consolidato sempre più nel tempo diffondendo i programmi di screening in tutte le regioni².

I test utilizzati, sulla base delle raccomandazioni e delle Linee Guida europee e nazionali, sono la ricerca del sangue occulto fecale per il colon-retto, la mammografia per il seno e il Pap-test per la cervice uterina. Negli ultimi anni è stato introdotto anche il test *Human Papilloma Virus* (HPV) visto il ruolo indispensabile di alcuni tipi di virus HPV (cosiddetti ad alto rischio) nello sviluppo del cancro della cervice uterina (4).

Lo screening del carcinoma mammario e del colon-retto diminuisce la mortalità anticipando la diagnosi e migliorando la prognosi delle neoplasie, mentre lo screening della cervice è in grado di ridurre drasticamente tanto la mortalità quanto l'incidenza del tumore, individuando le lesioni pre-cancerose (1).

Nell'UE, il 53,0% delle persone di età 50-74 anni non ha mai effettuato la ricerca del sangue occulto fecale con prevalenze che vanno dal 19,0% in Germania a oltre il 90% in Romania, Cipro e Bulgaria (Grafico 1). L'Italia, con il 50,9%, si colloca poco al di sotto della media europea. Secondo le raccomandazioni europee e nazionali il controllo andrebbe fatto ogni 2 anni, ma in Italia, analogamente alla media europea, meno di una persona su tre rispetta tale periodicità, a fronte di una persona su due in Francia e Germania.

Riguardo alla prevenzione dei tumori femminili della mammella e della cervice uterina (Grafico 2, Grafico 3), si osserva, tra i Paesi dell'UE-28, una maggiore adesione alle Linee Guida rispetto alla ricerca del sangue occulto fecale: il 70,7% delle donne di età 20-69 anni ha effettuato il Pap-test entro 3 anni ed il 68,7% ha effettuato la mammografia entro 2 anni. In Italia, la diffusione di questi esami di prevenzione, pur collocandosi nella media europea, è comunque inferiore a quanto rilevato in Francia (81,9% Pap-test, 87,0% mammografia) e in Germania (80,3% Pap-test, 73,5% mammografia). La maggiore criticità si osserva in Romania, dove quasi l'80% delle donne di età 50-69 anni non ha mai fatto la mammografia e oltre il 60% delle donne di età 20-59 anni non ha mai fatto il Pap-test.

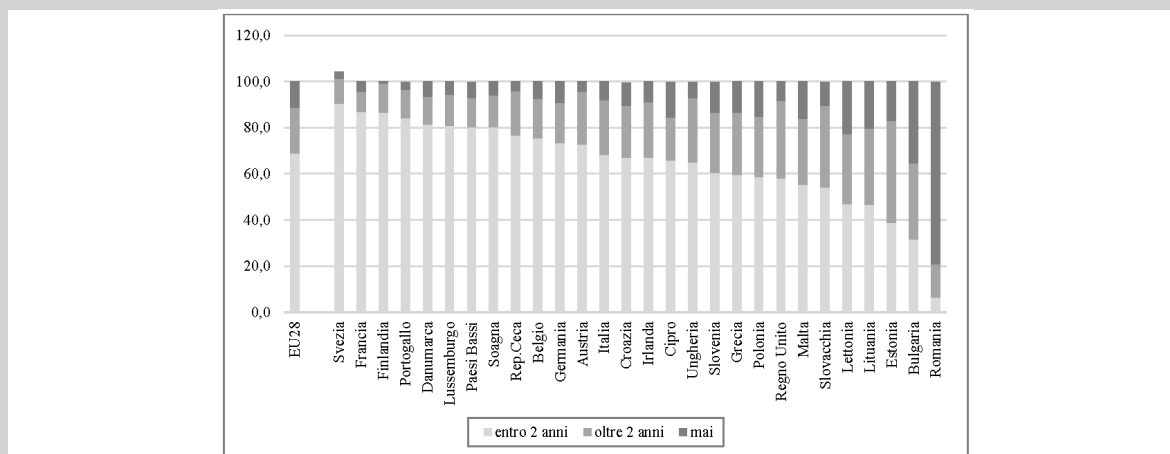
In Italia, analogamente a quanto accade in ambito europeo, si osserva una chiara relazione tra livello di istruzione e tendenza ad effettuare gli esami di prevenzione secondo la cadenza raccomandata: se tra le donne con basso titolo di studio il 65,0% ha effettuato il Pap-test entro 3 anni ed il 63,8% la mammografia entro 2 anni, per le donne laureate le prevalenze aumentano, rispettivamente, a 77,9% per il Pap-test e 78,0% per la mammografia (Grafico 4, Grafico 5). Riguardo alla ricerca del sangue occulto fecale, in Italia, le disuguaglianze sociali risultano meno marcate rispetto alla media europea (Grafico 6).

È positivo osservare, inoltre, come nel nostro Paese, a fronte di una diffusione dei controlli di prevenzione per i tumori in linea con la media europea, si osservino minori livelli di mortalità (Grafico 7) e più alti tassi di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi dei tre tipi di tumore considerati (Grafico 8).

¹Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, Accordo Stato-Regioni dell'8 marzo 2001.

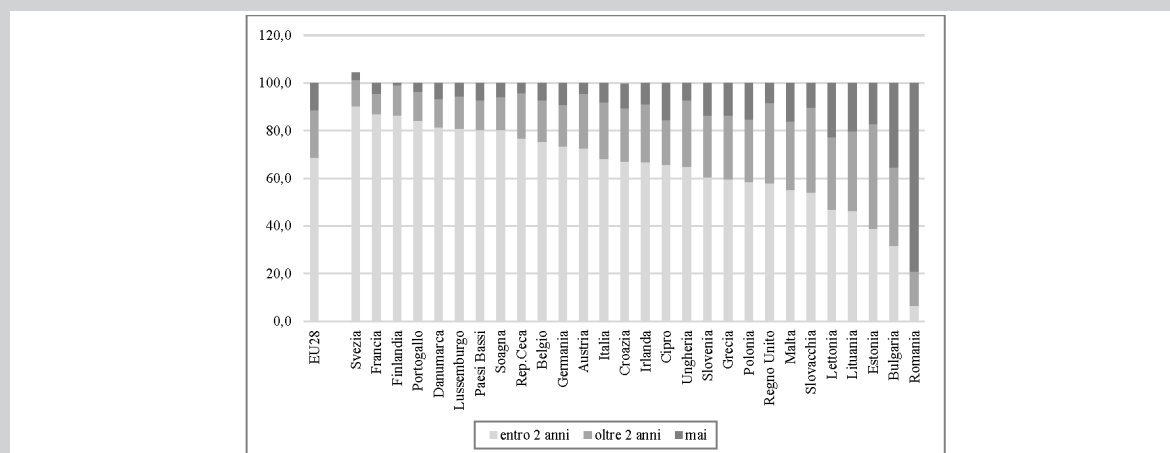
²Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.

Grafico 1 - Persone (valori per 100) che effettuano la ricerca del sangue occulto fecale per la prevenzione del tumore del colon-retto nella classe di età raccomandata 50-74 anni per periodicità e Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014



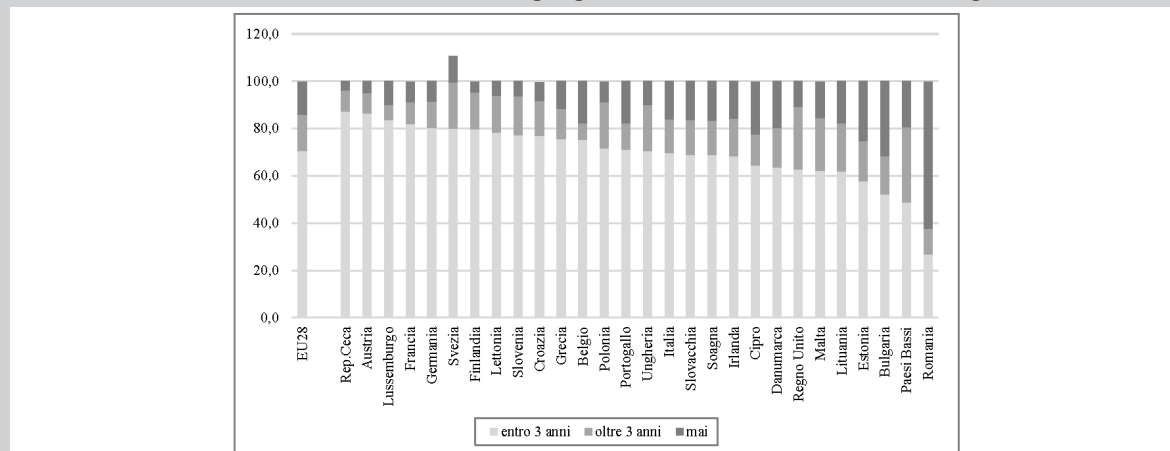
Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute. Anno 2019.

Grafico 2 - Persone (valori per 100) che effettuano la mammografia per la prevenzione del tumore della mammella nella classe di età raccomandata 50-69 anni per periodicità e Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014



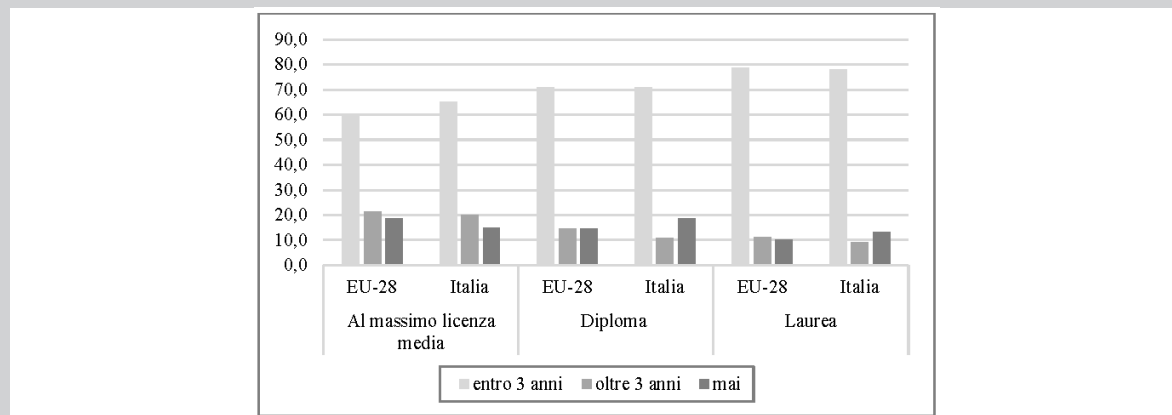
Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute. Anno 2019.

Grafico 3 - Persone (valori per 100) che effettuano il Pap-test per la prevenzione del tumore della cervice uterina nella classe di età raccomandata 20-69 anni per periodicità e Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014



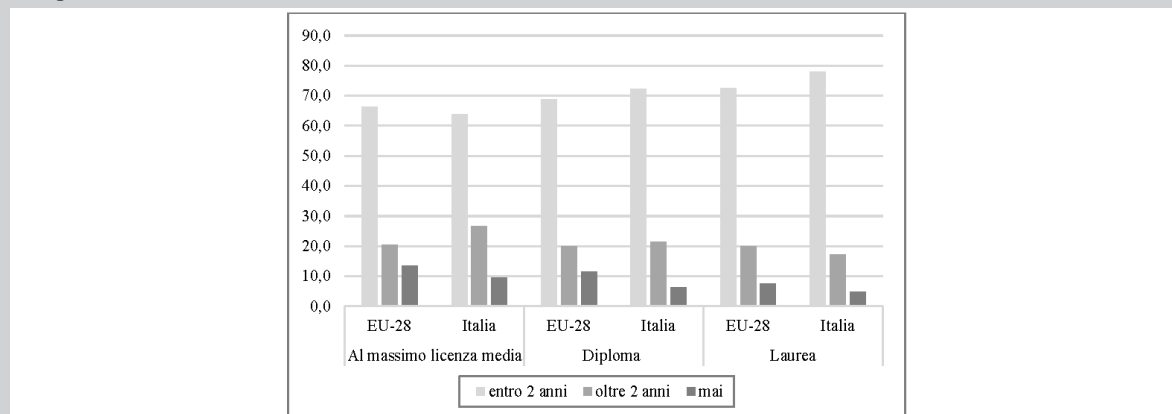
Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute. Anno 2019.

Grafico 4 - Persone (valori per 100) che effettuano il Pap-test per la prevenzione del tumore della cervice uterina nella classe di età raccomandata 20-69 anni per periodicità, titolo di studio e Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014



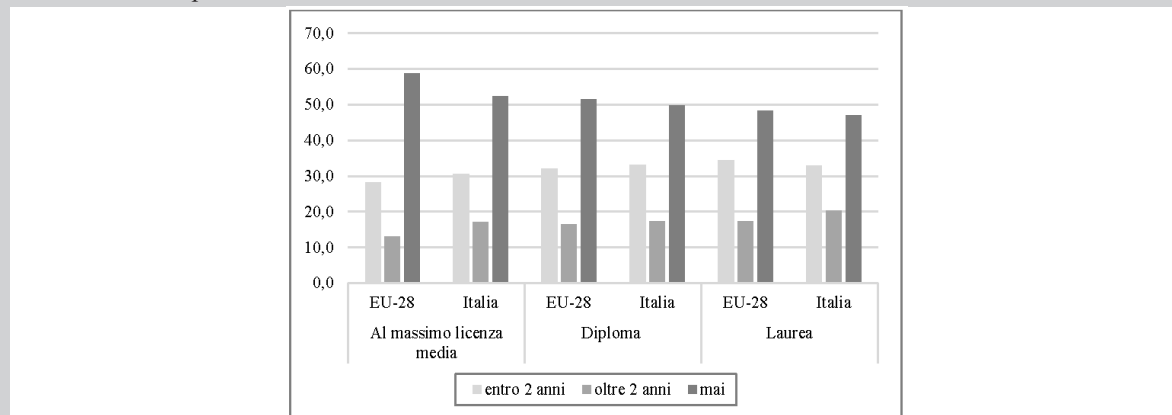
Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute. Anno 2019.

Grafico 5 - Persone (valori per 100) che effettuano la mammografia per la prevenzione del tumore della mammella nella classe di età raccomandata 50-69 anni per periodicità, titolo di studio e Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014

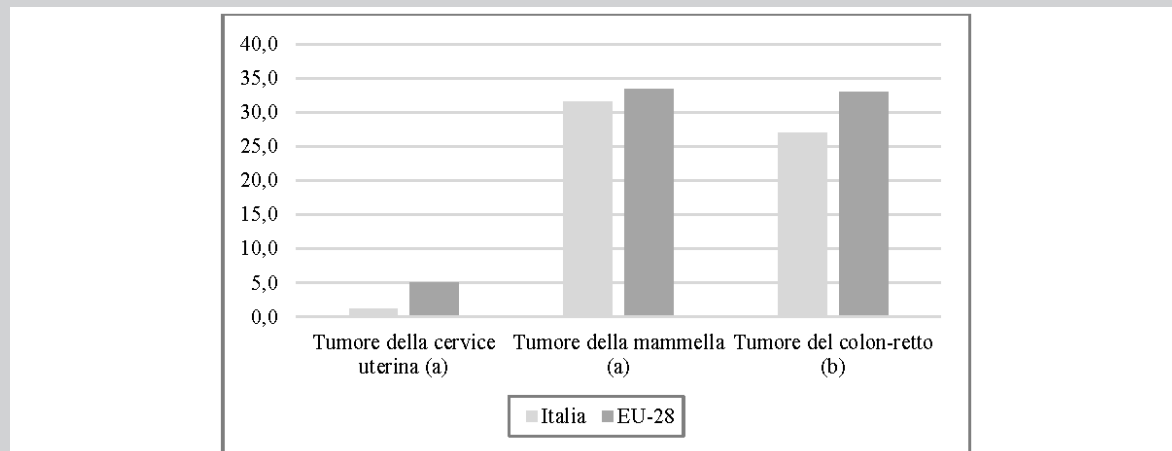


Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute. Anno 2019.

Grafico 6 - Persone (valori per 100) che effettuano la ricerca del sangue occulto fecale per la prevenzione del tumore del colon-retto nella classe di età raccomandata 50-74 anni per periodicità, titolo di studio e Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2014

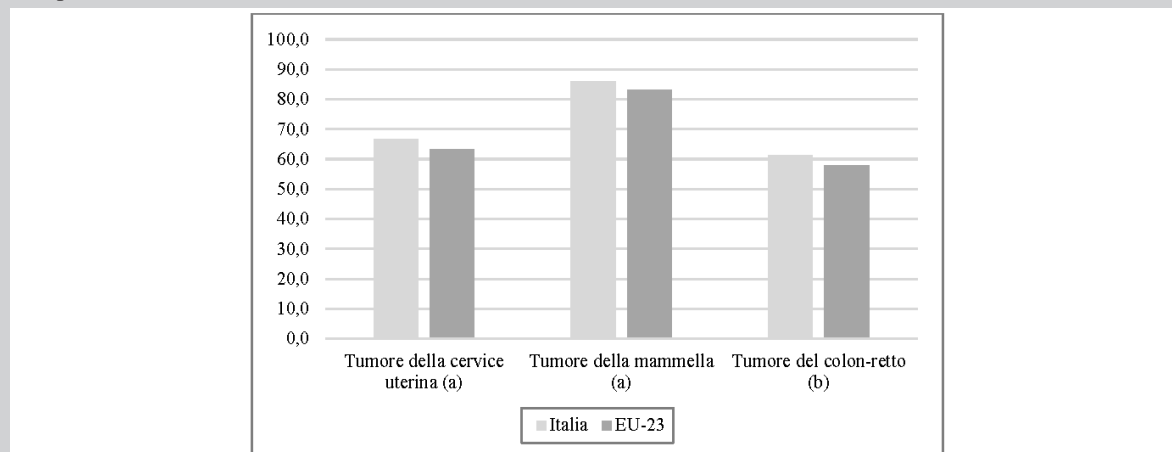


Fonte dei dati: Eurostat, Indagine europea sulla salute. Anno 2019.

Grafico 7 - Tasso (valori per 100) per tipo di tumore per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2015**Legenda:**

(a) = Age-standardised rates per 100.000 women.

(b) = Age-sex standardised rates per 100.000 population.

Fonte dei dati: Eurostat, Database. Anno 2019.**Grafico 8** - Sopravvivenza (valori per 100) a 5 anni dalla diagnosi per tipo di tumore per Paese dell'Unione Europea-28 - Anni 2010-2014**Legenda:**

(a) = Age-standardised rates per 100.000 women.

(b) = Age-sex standardised rates per 100.000 population.

Fonte dei dati: CONCORD programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Anno 2019.**Riferimenti bibliografici**

- (1) OECD, Health at Glance: Europe 2018. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf.
- (2) European Council: Council Recommendation 2 December 2003 on cancer screening. 2003/878/EC. Off J Eur Union 2003; 327: 34-8.
- (3) Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione. Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon-retto. Roma: Ministero della Salute; 2005. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf, ultima consultazione 7 ottobre 2016.
- (4) Ronco S, Accetta G, Angeloni C, e al. P. HTA report: Ricerca del DNA di papilloma virus umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino. Epidemiol Prev 2012; 36 (3/4 suppl 1): e1-e72.