



La sanità italiana nel confronto europeo

Nel corso del 2020, l'epidemia da COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) si è diffusa a tal punto da diventare la pandemia più grave dell'ultimo secolo. Questo Capitolo si propone di descrivere il contesto demografico ed alcune importanti caratteristiche del sistema sanitario prima e durante la diffusione del virus del SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), mettendone in luce i punti di forza e di debolezza, in parte già evidenziati nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

Nei Paesi europei, durante gli ultimi decenni, ci sono stati continui miglioramenti nella speranza di vita attesa, sebbene l'incremento sia stato più lento in alcuni Paesi dell'Europa occidentale, a seguito di eventi influenzali particolarmente virulenti e fatali per gli anziani fragili (2015). L'Italia e la Spagna, che hanno subito una flessione meno importante, hanno tempestivamente recuperato già nel 2016, oltre ad incrementare la vita media attesa alla nascita raggiungendo, nel 2018, un nuovo massimo mai registrato (rispettivamente, 83,4 e 83,5 anni); la Francia, solo nel 2018, ha raggiunto nuovamente il livello massimo (82,9 anni) già registrato nel 2014, mentre la Germania non ha ancora recuperato il picco positivo del 2014, mostrando dopo un modesto recupero una certa stazionarietà (vedere l'Indicatore "Sopravvivenza e stato di salute in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea").

Per il 2020 è prevedibile uno stallo o addirittura una riduzione della speranza di vita alla nascita nei Paesi europei, tra cui l'Italia, dove è stato osservato un eccesso di mortalità in occasione delle due ondate di pandemia da COVID-19 (vedere Capitolo "COVID-19: sopravvivenza e mortalità").

La maggiore longevità delle persone è un grande successo per le società moderne, ma implica anche alcune criticità nella cura e assistenza di un numero crescente di "grandi anziani" a rischio di fragilità per la concomitanza di molteplici malattie croniche. L'Italia, essendo tra i Paesi dell'Unione Europea (UE) con la più alta quota di anziani ultra 85enni (3,6% vs 2,8% di media UE-27), rischia di subire più degli altri Paesi le drammatiche conseguenze della pandemia da COVID-19. Nell'Edizione del Rapporto Osservasalute 2017 era già stato osservato come, in Italia, gli anziani ultra 75enni presentavano livelli di cronicità e di riduzione di autonomia tendenzialmente più elevati rispetto alla media europea.

Lo *shock* sanitario causato dal COVID-19 ha messo in luce le varie fragilità dei sistemi sanitari, preesistenti alla pandemia, dallo scarso finanziamento per la medicina preventiva alla carenza di personale sanitario.

Malgrado si parli molto di come la spesa sanitaria si configuri come un investimento piuttosto che come un costo a fondo perduto, le decisioni politiche prese prima dell'arrivo di questa crisi non si sono in realtà allineate in maniera significativa a questa visione (1). La spesa sanitaria è ancora concentrata prevalentemente sugli interventi curativi, mentre la medicina preventiva rimane in larga parte insufficientemente finanziata (vedere Indicatore "Spesa sanitaria in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea"). Una elevata variabilità tra Paesi si osserva per l'incidenza della spesa per l'assistenza sanitaria a lungo termine: l'Italia impiega il 10,6% delle risorse, collocandosi a metà graduatoria dei Paesi dell'UE; alla luce delle dinamiche demografiche che caratterizzano l'Italia 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.

L'emergenza pandemica sta mettendo sotto forte pressione gli operatori sanitari in tutti i Paesi europei, ma la condizione è ancor più grave nei Paesi che nell'ultimo decennio non hanno investito su nuovi medici e infermieri. In Italia, il numero di infermieri è particolarmente basso rispetto alla popolazione (5,7 per 1.000 abitanti vs una media UE-27 di 8,2 per 1.000) e al numero di medici (1,4 per 100 abitanti vs una media europea di 2,3 per 1.000). Inoltre, questa categoria professionale nel nostro Paese ha una età media tra le più elevate in Europa, molto vicina a quella in cui si va in pensione (1).

Molti Paesi, tra cui l'Italia, hanno cercato di mobilitare rapidamente personale aggiuntivo, spesso richiamando professionisti sanitari inattivi e in pensione e mobilitando studenti delle discipline sanitarie prossimi alla fine dei loro studi. Inoltre, si è cercato anche di ridistribuire parte del personale dalle regioni meno colpite a quelle





più colpite. Questa crisi evidenzia anche la necessità di creare ulteriore capacità di riserva che possa essere mobilitata rapidamente.

La pandemia da COVID-19 ha messo in luce l'insufficiente preparazione dei Paesi per far fronte alle principali emergenze sanitarie pubbliche. Ci auspichiamo che a livello nazionale ed europeo si prenda atto della necessità di rimuovere gli aspetti critici dei sistemi sanitari evidenziati e di cui si discute da almeno 15 anni. La frammentazione ci rende tutti vulnerabili ed è solo attraverso la cooperazione multilaterale che possiamo far fronte a minacce per la salute pubblica della portata del COVID-19. La Commissione Europea, nel novembre 2020, ha presentato alcune proposte volte a rafforzare la collaborazione degli Stati membri per prepararsi alle crisi sanitarie e ad affrontarle in modo più efficace e coordinato.

Riferimenti bibliografici

(1) Organization for Economic Co-operation and Development-OECD Health at glance 2020.





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

Significato. La speranza di vita (o vita media) è il principale indicatore di salute, maggiormente consolidato e condiviso per studiare le condizioni di salute di una popolazione, poiché consente 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 . Considerando che l'indicatore tiene conto solo della quantità di anni che restano da vivere, è necessario 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 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 (Gali)¹. Sulla base di quest'ultimo quesito si calcola la speranza di vita senza limitazioni (*Health Life Years-HLY*), che è l'indicatore della speranza di vita per condizioni di salute maggiormente utilizzato nei confronti europei.

Speranza di vita

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

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

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

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

Speranza di vita senza limitazioni nelle attività

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

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

Significato delle variabili: T'_x indica il numero totale di anni vissuti in buona salute dai sopravvissuti l_x dal x° compleanno fino alla completa estinzione della generazione.

Validità e limiti. Il vantaggio principale degli indicatori selezionati è che essi sono indipendenti dalla struttura per età della popolazione. Ciò permette, quindi, di effettuare confronti nel tempo e nello spazio, consentendo di eseguire confronti internazionali. È opportuno, comunque, segnalare tra le avvertenze che tali indicatori, essendo basati sull'ipotesi teorica di una completa stazionarietà dei rischi di morte alle diverse età, 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 che venga affiancato da

indicatori declinati per condizioni di salute. Nel nostro caso, l'indicatore prescelto è quello maggiormente utilizzato in ambito europeo per i confronti internazionali, ovvero l'HLY. La rilevanza 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 la percezione e 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, ovvero dalla verifica che gli indicatori mostrino un andamento crescente rispetto ad un certo arco tem-

¹Si utilizzano le informazioni rilevate attraverso l'indagine sul reddito e le condizioni di vita (*Statistics on Income and Living Conditions-EU-SILC*) in tutti i Paesi europei, con riferimento alla percentuale di persone che risponde al quesito sulla presenza di limitazioni gravi o non gravi nelle attività che le persone abitualmente svolgono (*Global Activity Limitation Indicator-GALI*), declinate per genere ed età.





porale, dal momento che tali indicatori misurano i progressi di sopravvivenza. Inoltre, è desiderabile che il guadagno di anni da vivere riguardi sempre più quelli da vivere in buona salute o in assenza di limitazioni nelle attività (compressione della morbosità), e non solo la quantità di anni da vivere, pertanto l'incremento degli indicatori sulla speranza di vita declinati per condizione di salute dovrebbe sempre essere superiore a quello del numero medio di anni di vita.

Descrizione dei risultati

Anche nel 2018, anno più recente dei dati disponibili dall'Ufficio statistico dell'Unione Europea (UE) (Eurostat), l'Italia continua a posizionarsi nei primissimi posti della graduatoria per longevità nel contesto internazionale. Secondo queste ultime stime (1) per gli uomini l'Italia si conferma al 1° posto tra i Paesi dell'UE per la speranza di vita alla nascita, essendo l'unico Paese che supera gli 81 anni (81,2 anni) di vita attesa alla nascita; seguono Svezia e Cipro a pari merito con 80,9 anni e la Spagna con 80,7 anni, a fronte di una media europea di 78,3 anni. Per le donne l'Italia rimane al 3° posto (85,6 anni) dopo Spagna (86,3 anni) e Francia (85,9 anni), con 2,0 anni di vita attesa in più rispetto alla media dei Paesi UE, pari a 83,6 anni.

Le differenze di genere nella sopravvivenza a vantaggio delle donne si confermano in tutti i Paesi dell'UE. La longevità delle donne europee supera di 5,3 anni in media quella degli uomini. Nei Paesi dell'Europa dell'Est le differenze sono, però, ancora più marcate. In Polonia la differenza tra i generi è di 8,0 anni, in Estonia è di 8,7 anni e addirittura il dato raddoppia rispetto alla media UE in Lituania e Lettonia, raggiungendo quasi i 10 anni (rispettivamente, 9,8 e 9,6 anni). L'Italia, con una differenza di 4,4 anni da vivere tra donne e uomini è tra i 13 Paesi europei che si collocano al di sotto della media UE per *gap* di genere, mentre Spagna e Francia superano questo dato medio (rispettivamente, 5,6 e 6,2 anni).

Gli ultimi decenni hanno mostrato soprattutto incrementi nella vita media attesa nei Paesi europei, sebbene ad un ritmo più lento nell'ultimo decennio nei Paesi dell'Europa occidentale. Hanno costituito l'eccezione le ben note fluttuazioni registrate intorno al 2015, già ampiamente documentate nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute e riassorbite in gran parte dei Paesi. Fluttuazioni dovute, soprattutto, agli eventi influenzali particolarmente virulenti e maggiormente fatali per quei Paesi con elevata prevalenza di anziani fragili come Italia, Francia, Spagna e Germania.

L'Italia ha tempestivamente recuperato questa perdita già nel 2016, oltre ad incrementare la vita media attesa alla nascita raggiungendo, nel 2018, un nuovo massimo mai registrato, e ciò vale anche per la Spagna, sebbene la flessione fosse meno importante. Si registrano, infatti, rispettivamente, 83,4 e 83,5 anni. La

Francia, invece, solo nel 2018 ha raggiunto nuovamente il livello massimo (82,9 anni), già evidenziato nel 2014, mentre la Germania non ha ancora recuperato il picco positivo del 2014, mostrando, dopo un modesto recupero, una certa stazionarietà (Grafico 2). Tuttavia, l'ondata epidemica da COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) che ha interessato tutto il mondo nel 2020, con effetti devastanti e differenziati nei vari Paesi e con un incremento della mortalità ancora maggiore nei Paesi con quote rilevanti di anziani fragili, avrà sicuramente un impatto su questa graduatoria. Infatti, solo considerando l'eccesso di mortalità nelle settimane dalla 9^a alla 26^a del 2020, rispetto alla media delle stesse settimane per gli anni 2016-2019, gli incrementi maggiori di mortalità sono stati registrati in Spagna (+31,4% di decessi) e in Italia (+22,9%). A livelli simili si è attestato solo il Regno Unito (+29,0%). A livelli intermedi per incremento di mortalità sono stati classificati Paesi come Belgio (+20,2%), Paesi Bassi (+16,1%), Svezia (+15,0%) e Francia (+13,7%) (Grafico 3). Il quadro epidemico in continua evoluzione potrà ulteriormente definirsi dopo che la seconda ondata, ancora maggiormente infausta della prima ondata, fornirà il dato complessivo di mortalità per il 2020.

Passando all'indicatore che documenta la situazione sulla qualità della sopravvivenza con riferimento all'ultimo anno disponibile da fonte Eurostat (2018), si conferma ancora la Svezia al vertice della graduatoria, con il maggior numero di anni da vivere senza alcuna limitazione nelle attività, per gli uomini (73,7 anni), mentre per le donne è superata solo da Malta (73,4 anni). Di contro per gli altri Paesi più longevi in cima alla graduatoria per speranza di vita alla nascita, come l'Italia per gli uomini e la Spagna per le donne, gli anni da vivere in buone condizioni di salute, ovvero senza limitazioni, si riducono, rispettivamente, a 66,8 anni per gli uomini in Italia e a 68,0 anni per le donne spagnole. La media dei Paesi UE dell'indicatore HLY è pari a 63,4 anni per gli uomini e 63,8 anni per le donne, con valori minimi registrati in Lettonia ed Estonia, per gli uomini (rispettivamente, 51,0 e 52,7 anni) e per le donne (53,7 e 55,0 anni), alle quali si aggiunge la Slovenia (54,6 anni) e valori massimi si rilevano oltre che per la Svezia, anche per Malta, Irlanda e Spagna. La Francia, che pure si posiziona nei primi Paesi per vita media attesa alla nascita, scende al 9° posto quando si coniuga la longevità alla qualità degli anni da sopravvivere, dopo la Bulgaria e la Grecia, sia per gli uomini che per le donne.

Se si focalizza l'attenzione alla popolazione anziana, che com'è noto ha un peso rilevante nel continente europeo, ma ancor più in Paesi dell'UE come l'Italia, caratterizzati non solo dalla maggiore longevità, ma anche dal notevole e perdurante declino delle nascite, è importante difendere sempre più gli anni guadagnati in buona salute, auspicando nel tempo che l'aumento





della sopravvivenza di questa popolazione si accompagni anche ad un aumento degli anni vissuti in buona salute e in autonomia.

Nel 2018, si stima che un uomo di 65 anni residente in Italia, possa vivere ancora 19,6 anni, secondo solo al suo coetaneo francese (19,7 anni), e poco più rispetto a quello spagnolo (19,5 anni), a fronte di una media UE-28 pari a 18,2 anni. La vita media attesa a 65 anni è al di sotto della media europea in Germania e Danimarca, oltre che in tutti i Paesi dell'Europa dell'Est. Il dato più basso si registra in Lettonia (14,1 anni), ma anche Lituania (14,2 anni) e Bulgaria (14,5 anni) mostrano livelli contenuti.

Considerando le donne, a 65 anni l'Italia si colloca al 3° posto per vita media attesa (22,8 anni), dopo le francesi (23,8 anni) e le spagnole (23,5 anni) a fronte della media UE-28 di 21,5 anni. Al di sotto della media europea, oltre a tutti i Paesi dell'Europa orientale (con il valore minimo di Bulgaria e Romania pari, rispettivamente, a 18,0 e 18,4 anni) si ritrovano anche Paesi come Germania, Regno Unito, Paesi Bassi (tutti con 21,1 anni) e Danimarca (20,7 anni).

Confrontando l'aspettativa di vita a 65 anni con gli anni che restano da vivere senza alcuna limitazione nelle attività, nel 2018, si conferma anche per la popolazione anziana il dato eccellente della Svezia, dove

meno del 20% degli anni che restano da vivere a un uomo di 65 anni in media si accompagneranno a qualche limitazione nell'attività e per le donne è poco più di un quarto. Per l'Italia, invece, queste percentuali sono nettamente più elevate, riguardano oltre la metà degli anni da vivere: infatti, per gli uomini a fronte dei 19,6 anni di speranza di vita a 65 anni, 9,8 anni sono quelli da vivere senza limitazioni, mentre dei 22,8 anni per le donne, solo 9,2 anni sono da vivere senza limitazioni. Ciò, comunque, implica anche che rispetto all'anno precedente, il tempo di vita guadagnato dagli uomini anziani italiani riguarda soprattutto quello da trascorrere senza limitazioni, mentre per le donne anziane italiane sembra aumentare leggermente quello da vivere con limitazioni. Nella graduatoria di questo indicatore l'Italia si colloca poco al di sotto della media europea per gli uomini (media UE-28 pari a 9,9 anni), e un po' di più per le donne (media UE-28 pari a 10,0 anni), mentre Francia e Spagna sono sempre al di sopra della media europea. Il livello più basso degli anni da vivere senza limitazioni per gli uomini è quello della Lettonia (4,2 anni) e della Lituania (5,6 anni), mentre per le donne è quello delle romene, che dopo i 65 anni possono aspettarsi di vivere in media solo 5,9 anni senza alcuna limitazione (Grafico 4).

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 2018

Maschi

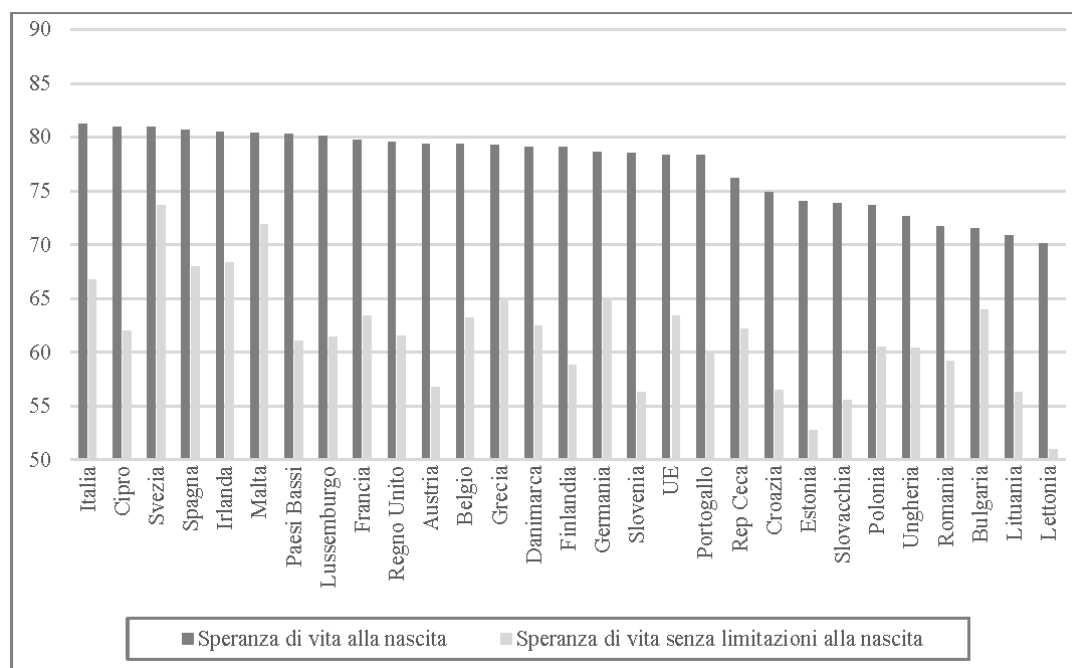
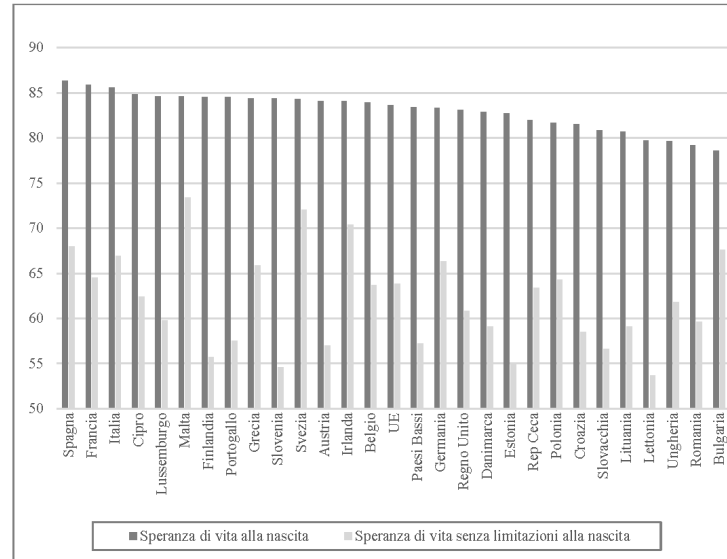




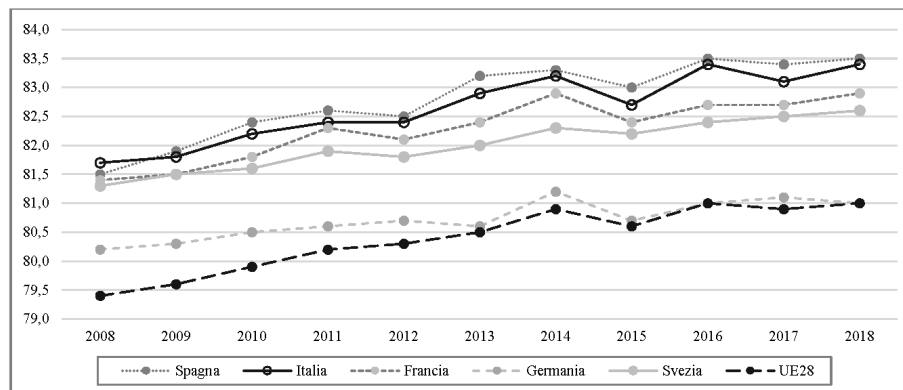
Grafico 1 - (segue) *Speranza di vita e speranza di vita senza limitazioni (valori in anni) alla nascita per Paese dell'Unione Europea-28 e genere - Anno 2018*

Femmine



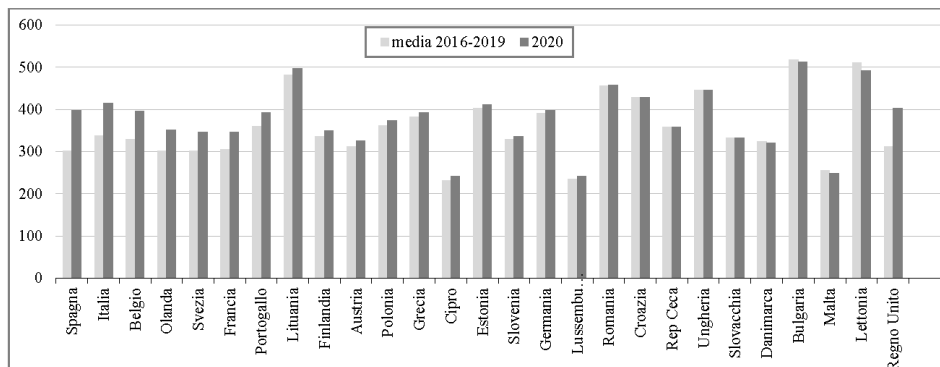
Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2020.

Grafico 2 - *Speranza di vita (valori in anni) alla nascita per alcuni Paesi europei e media dei Paesi dell'Unione Europea-28 - Anni 2008-2018*



Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2020.

Grafico 3 - *Decessi (valori per 100.000) avvenuti tra marzo e giugno 2020* (settimane dalla 9ª alla 26ª) nei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anni 2016-2019, 2020*



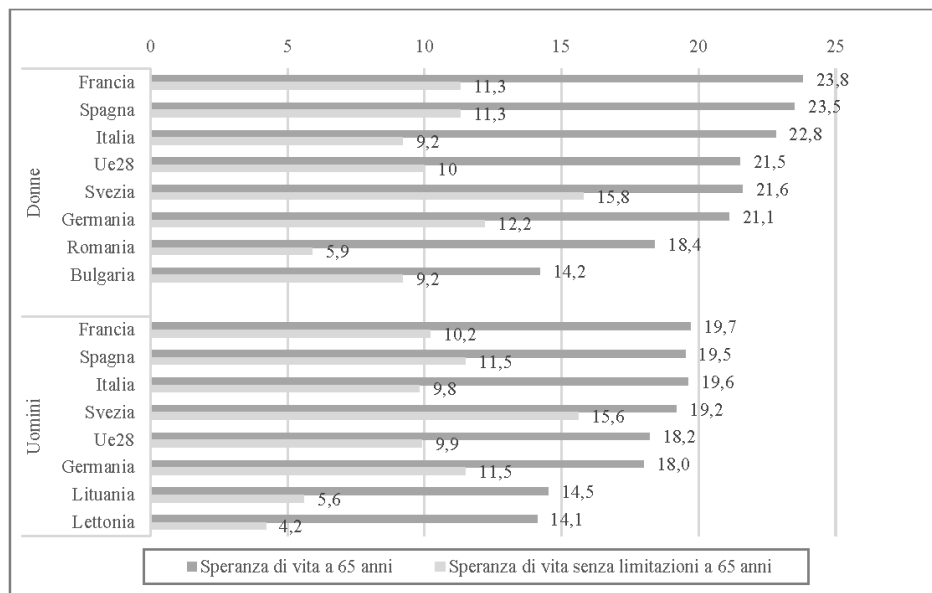
*Dati provvisori. Copertura dei Paesi: 26 Stati UE (Irlanda mancante) e Regno Unito; i dati per la Romania sono disponibili dal 2017, quindi il confronto è basato sulla media 2017-2019.

Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2020.





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 2018



Fonte dei dati: Dati Eurostat. Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante i continui miglioramenti registrati soprattutto in molti Paesi dell'Europa orientale, che in un decennio hanno spesso guadagnato il doppio degli anni di sopravvivenza rispetto a Paesi dell'Europa occidentale, permane lo svantaggio nella speranza di vita e in quella senza limitazione dei Paesi dell'Europa dell'Est. Gli uomini europei hanno guadagnato nell'arco di un decennio in media 1,7 anni mentre le donne solo 1,0 anno, sebbene siano comunque sempre più longeve degli uomini. L'Italia, nel 2018, conferma il primato rispetto a tutti i Paesi dell'UE per gli uomini con 81,2 anni per speranza di vita alla nascita a fronte di una media UE-28 di 78,3 anni, e un valore minimo di 70,1 anni per la Lettonia. Per le donne il 1° posto in graduatoria è della Spagna con 86,3 anni, mentre l'Italia si colloca al 3° posto (85,6 anni) dopo la Francia (85,9 anni). In fondo alla graduatoria si posiziona la Bulgaria con 78,6 anni. Tuttavia, la nuova pandemia da COVID-19 è destinata a sconvolgere con ogni probabilità i notevoli progressi di longevità guadagnati nel tempo, determinando nuo-

ve sfide in termini di resilienza dei sistemi sanitari e nelle azioni di prevenzione delle patologie non trasmissibili, che rappresentano un ben noto fattore di rischio. Solo acquisendo tutti gli aggiornamenti sulla mortalità del 2020 e seguendo il successivo andamento dell'epidemia per il 2021, sarà verosimilmente possibile documentare i nuovi scenari che ne deriveranno.

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_it (ultimo aggiornamento 15 novembre 2020).
- (2) Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (ultimo aggiornamento 15 novembre 2020).
- (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., Dimoliatis I. D. K., Ioannidis J. P. A. (2005), "Multivariate models of self-reported health often neglected essential candidate determinants and methodological issues", Journal of Clinical Epidemiology, 58: 436-443.





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,

revisione 2013 (1). I dati analitici utilizzati nel calcolo dei tassi presentati in questo Capitolo sono rappresentati, per ogni anno di osservazione, dai quozienti specifici per classi di età quinquennali a partire dai 65 anni (con l'eccezione della classe "95 anni ed oltre"), 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 .

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 a 65 anni ed oltre 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. Al momento della presente pubblicazione, nella banca dati dell'Ufficio statistico dell'UE (Eurostat) riferita ai decessi dell'anno 2017, non sono disponibili gli indicatori della Francia e, di conseguenza, neanche quelli dell'insieme dei Paesi europei (UE-28). Si è proceduto, pertanto, ad una stima dei tassi di mortalità UE-28 sulla base di quanto osservato nei 6 anni precedenti (2011-2016).

Descrizione dei risultati

Per il confronto della mortalità a 65 anni ed oltre a livello europeo¹ sono stati presi in considerazione i tassi di mortalità (anno 2017) per le più frequenti cause di morte in questa fascia di età. Il monitoraggio del-

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

Il tasso di mortalità generale all'età di 65 anni ed oltre (Grafico 1) risulta più elevato negli uomini rispetto alle donne in tutti i Paesi europei, con un rapporto tra tassi (uomini/donne) pari, mediamente, a 1,4 ed un range di valori dall'1,2 di Cipro all'1,7 dell'Estonia. Per l'Italia, tale rapporto è pari a 1,5 e, pertanto, lievemente più elevato della media UE-28. La mortalità complessiva in questa fascia di età risulta più elevata nei Paesi Est-europei, con Bulgaria, Romania e Ungheria, che occupano le prime tre posizioni nella graduatoria dei tassi più elevati nell'UE, mentre Spagna e Italia sono i Paesi con i tassi di mortalità più bassi nell'area. Tra i Paesi extra-UE, Serbia e Turchia presentano i livelli di mortalità più elevati.

Nel caso delle malattie ischemiche del cuore (Grafico 2) le differenze di genere si ampliano, con gli uomini che presentano tassi di mortalità all'età di 65 anni ed oltre mediamente pari a 1,7 (rapporto tra tassi uomini/donne). Tale aspetto risulta particolarmente evidente per Belgio, Spagna e Danimarca, per i quali si osservano valori dei tassi di mortalità maschile pari a oltre il doppio di quelli femminili. Tuttavia, questi Paesi figurano tra quelli con i livelli più bassi di mortalità per cardiopatie ischemiche, insieme a Portogallo e Paesi Bassi, nonché Norvegia e Lichtenstein tra i Paesi extra-UE. Anche l'Italia presenta un rapporto di mortalità uomini/donne superiore alla media UE (1,8), ma si conferma tra i Paesi con tasso di mortalità al di sotto della media UE. I tassi più elevati si osservano ancora una volta nei Paesi Est-europei, in particolare Lituania, Slovacchia, Ungheria e Lettonia.

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





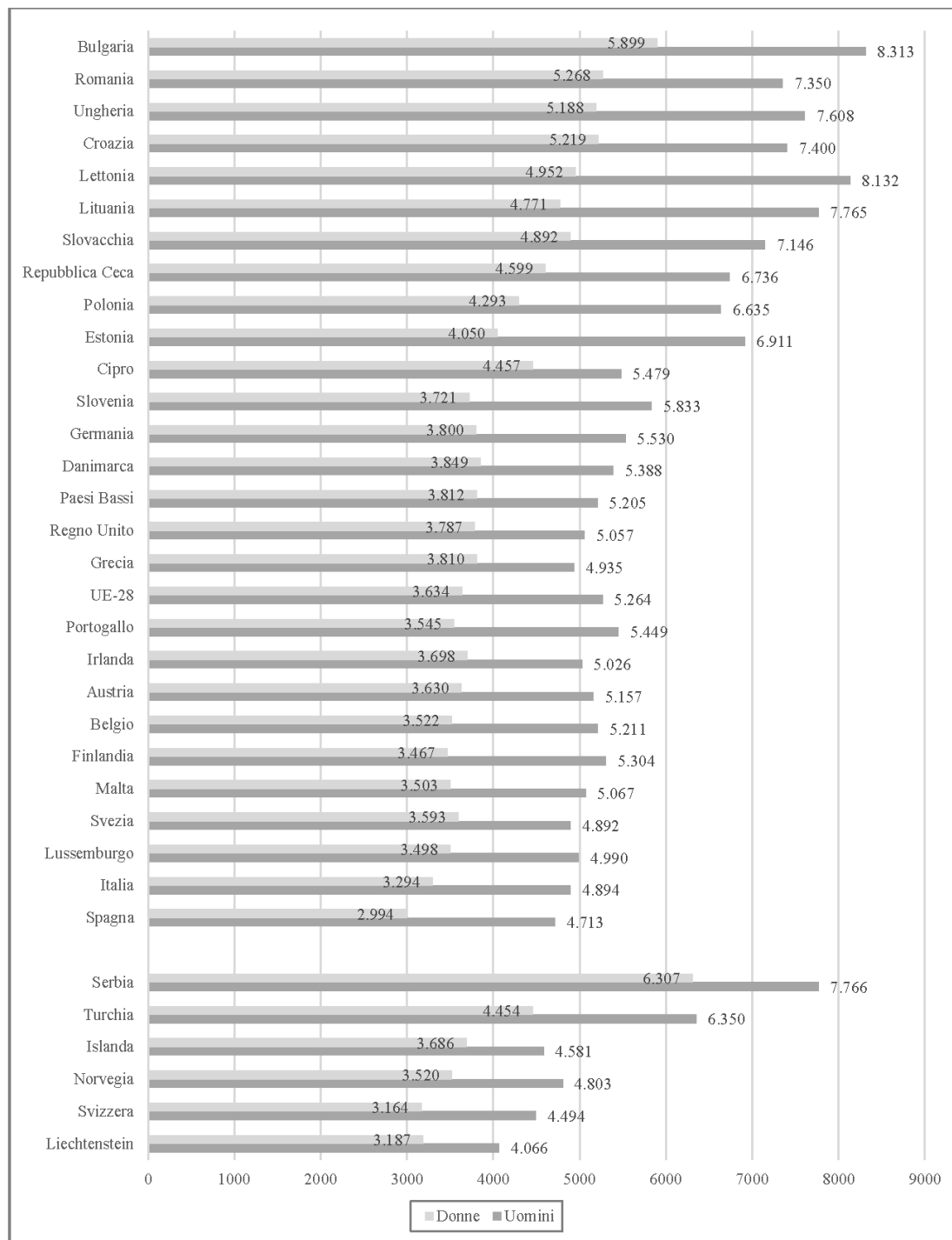
Anche per le malattie cerebrovascolari negli *over 65* (Grafico 3) si osserva una mortalità più elevata tra gli uomini rispetto alle donne, ma con differenze di genere contenute (rapporto tra tassi uomini/donne mediamente pari a 1,1). L'Italia presenta sia per gli uomini che per le donne valori del tasso di mortalità assolutamente in linea con la media UE-28. Bulgaria, Lettonia e Romania presentano i tassi di mortalità più elevati per questo gruppo di patologie e più in generale tutti i Paesi Est-europei, ad eccezione dell'Estonia, denotano una mortalità al di sopra della media UE-28. I tassi di mortalità più bassi si osservano per Irlanda, Lussemburgo e Spagna nell'area UE e per Norvegia, Lichtenstein e Svizzera tra i Paesi europei extra-UE. Esaminando la mortalità per demenza e malattia di Alzheimer negli anziani oltre i 65 anni di età (Grafico 4), l'Italia risulta posizionata ad un livello inferiore alla media UE-28. Il quadro europeo della mortalità per queste cause risulta ben definito con i livelli più elevati presenti nell'area del Nord-Europa: Finlandia, Regno Unito, Paesi Bassi, Svezia, Danimarca e Irlanda; mentre in tutti i Paesi del Nord-Est i livelli sono molto al di sotto della media europea. La mortalità femminile per demenze e malattia di Alzheimer è generalmente più elevata di quella maschile, seppure di poco. Fanno eccezione Finlandia, Lettonia, Slovenia, Portogallo, Repubblica Ceca, Bulgaria, Lituania e Estonia dove il rapporto tra i generi è rovesciato. La mortalità per tumori maligni di trachea, bronchi e polmone degli *over 65* in Italia è perfettamente in linea con il livello medio UE-28 (Grafico 5).

L'andamento della mortalità per queste cause nei Paesi è molto vario e non si delineano quadri identificabili con dei netti confini geografici. I valori più elevati dell'indicatore si riscontrano in Ungheria, Danimarca, Paesi Bassi, Polonia, Regno Unito, Irlanda, Croazia e Grecia, mentre i tassi più bassi si osservano in Portogallo e Bulgaria. In tutti i Paesi la mortalità per questo tipo di tumori è nettamente più elevata negli uomini che nelle donne (rapporto tra tassi uomini/donne in UE-28 pari a 2,8), con alcuni picchi nel rapporto tra i due generi in Lettonia, Lituania, Spagna, Estonia e Cipro. Anche in Italia si osserva uno svantaggio maschile alto (rapporto pari a 3,6) e superiore a quello medio UE-28.

Nel caso delle malattie croniche delle basse vie respiratorie degli ultra 65enni (Grafico 6), il tasso dell'Italia si trova circa nel mezzo della graduatoria dei Paesi europei, con un valore superiore a quello medio UE-28, sebbene al di sotto del livello di Danimarca, Regno Unito, Ungheria, Irlanda, Paesi Bassi e Germania, che presentano i livelli tra i più elevati. Come nel caso della demenza e malattia di Alzheimer, anche per le malattie croniche respiratorie la mortalità è più bassa in quasi tutti i Paesi del Nord-Est. La mortalità maschile per questo gruppo di patologie è fortemente più elevata di quella femminile con punte massime in Lettonia (rapporto tra tassi uomini/donne pari a 6,3), Malta (5,4), Spagna (4,5), Lituania (4,4) ed Estonia (4,3); in Italia il rapporto (pari a 2,4) è in linea con quello medio europeo.



Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità generale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2017*



*Il dato per la Francia non è disponibile.

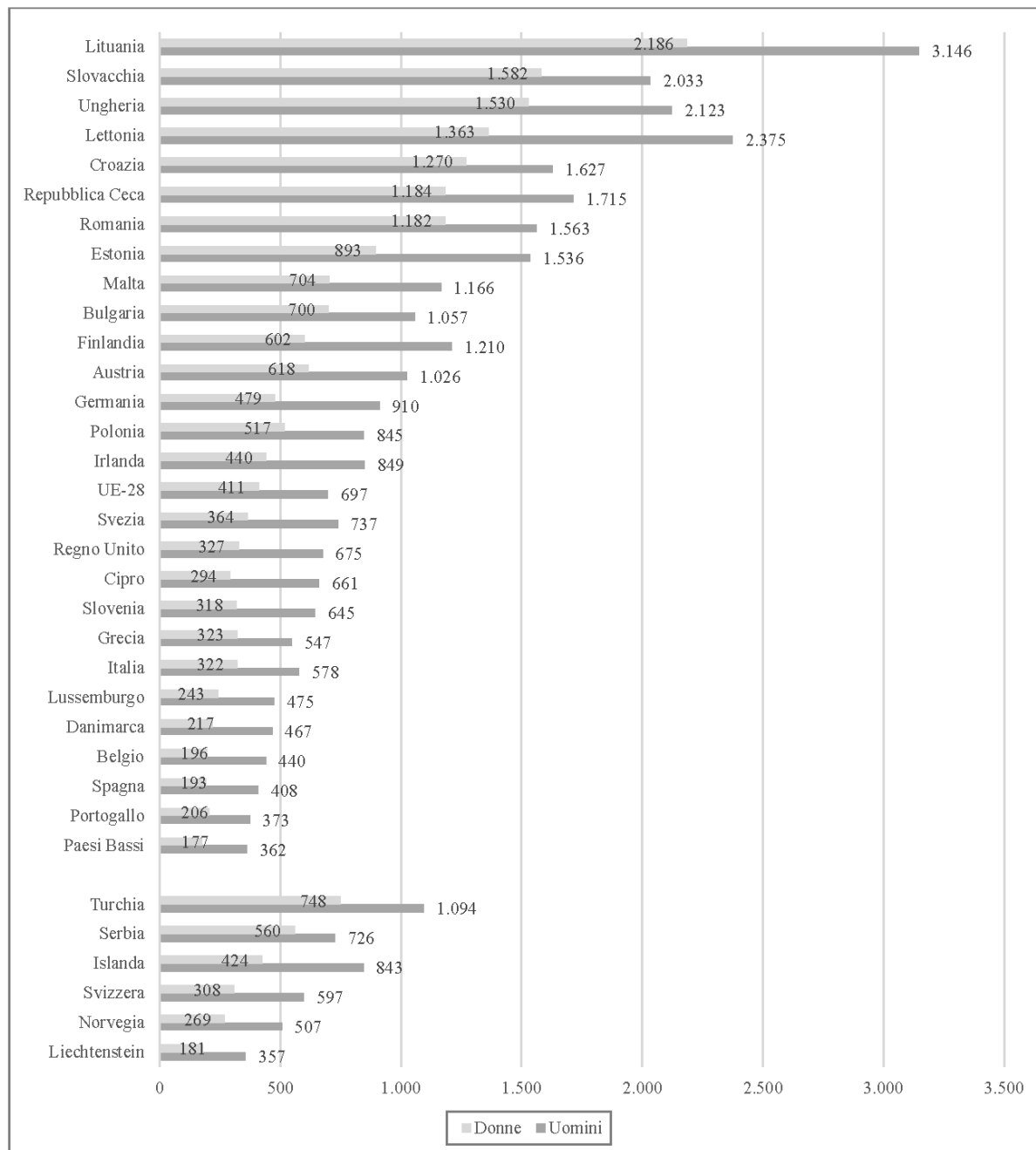
Fonte dei dati: Eurostat Database (2). Anno 2020.



LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

459

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore nella popolazione di età 65 anni ed oltre per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2017*



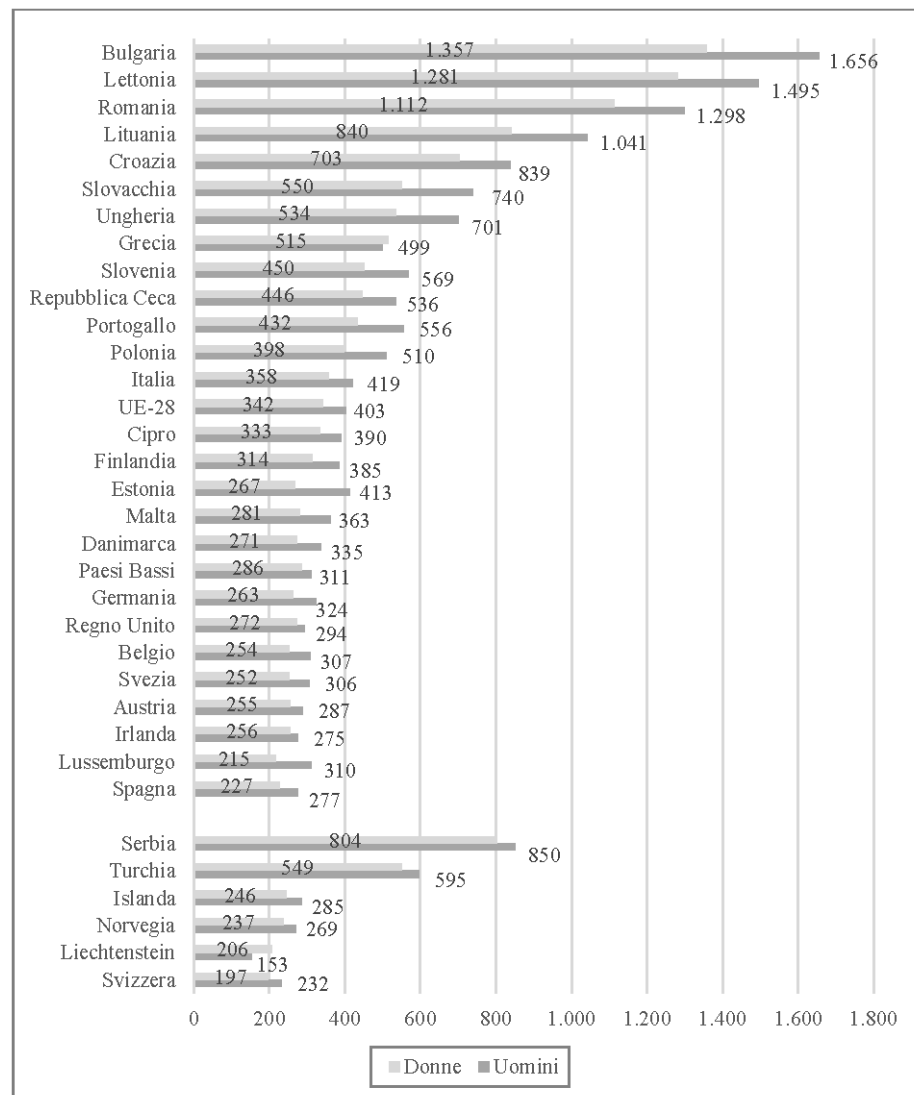
*Il dato per la Francia non è disponibile.

Fonte dei dati: Eurostat Database (2). Anno 2020.





Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie cerebrovascolari nella popolazione di età 65 anni ed oltre per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2017*



*Il dato per la Francia non è disponibile.

Fonte dei dati: Eurostat Database (2). Anno 2020.

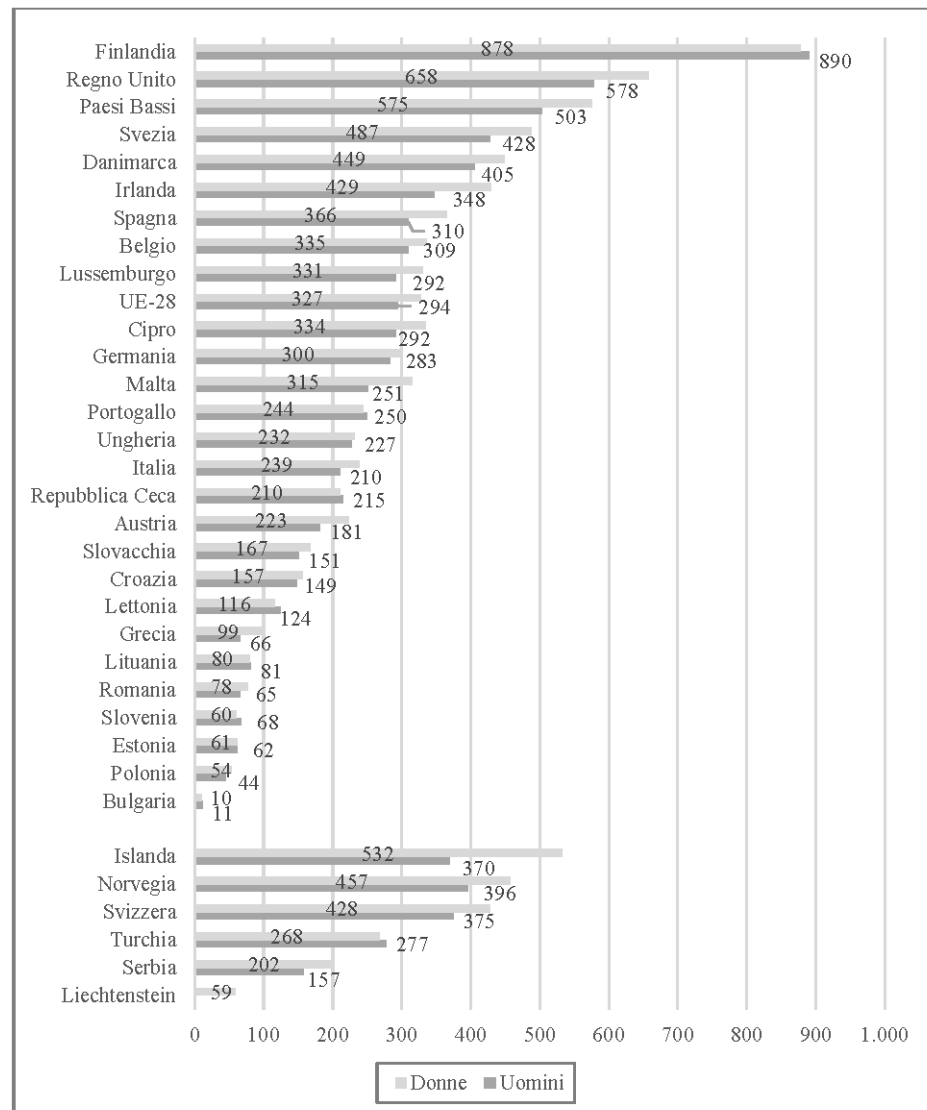




LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

461

Grafico 4 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per demenza e malattia di Alzheimer nella popolazione di età 65 anni ed oltre per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2017*



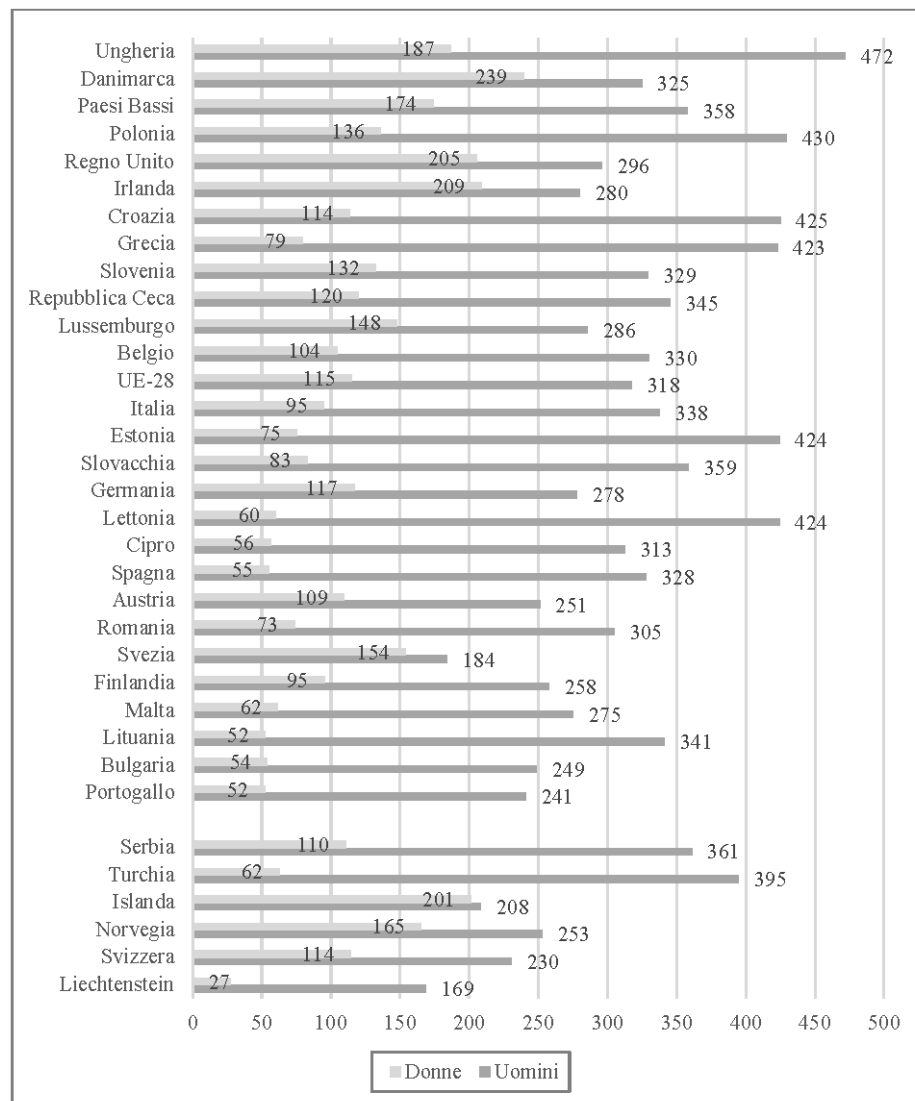
*Il dato per la Francia non è disponibile.

Fonte dei dati: Eurostat Database (2). Anno 2020.





Grafico 5 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per tumori maligni di trachea, bronchi e polmone nella popolazione di età 65 anni ed oltre per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2017*



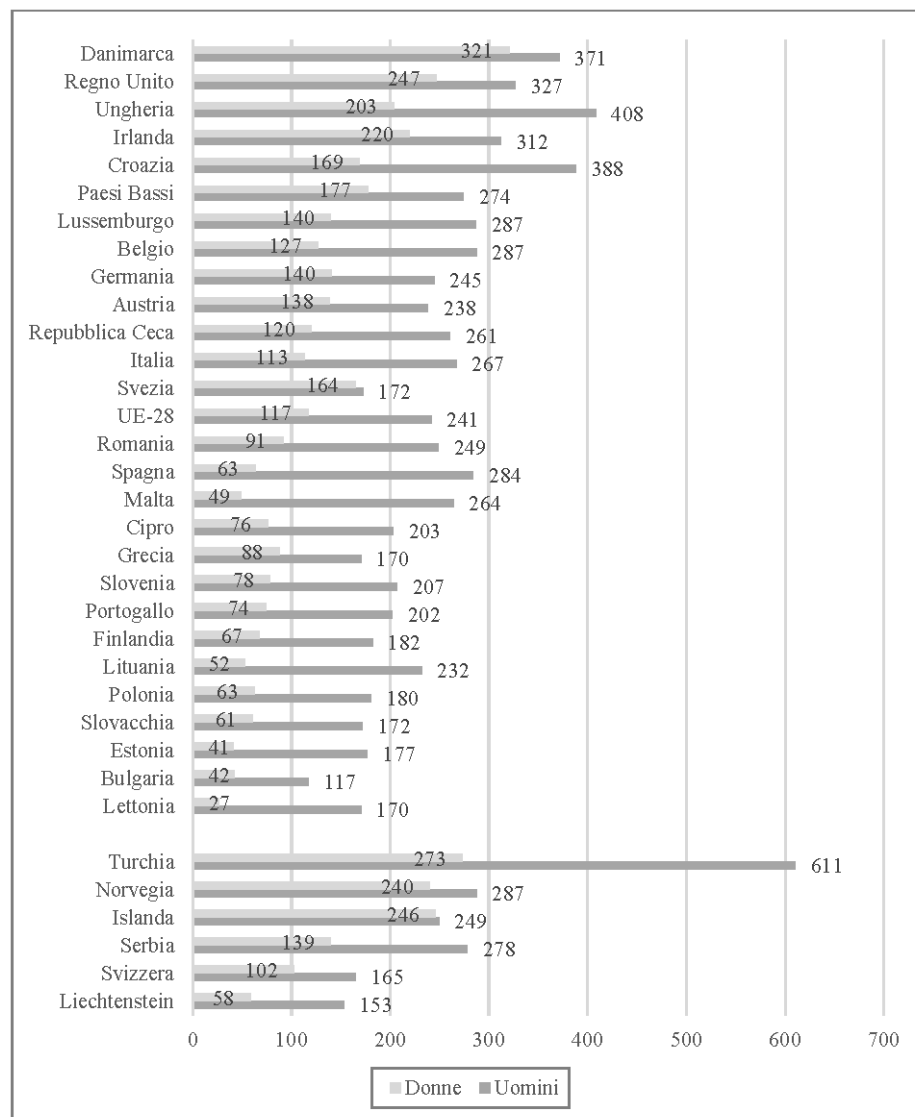
*Il dato per la Francia non è disponibile.

Fonte dei dati: Eurostat Database (2). Anno 2020.





Grafico 6 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per malattie croniche delle basse vie respiratorie nella popolazione di età 65 anni ed oltre per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2017*



*Il dato per la Francia non è disponibile.

Fonte dei dati: Eurostat Database (2). Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadro del processo di progressivo invecchiamento della popolazione europea lo studio della mortalità per le principali patologie croniche negli ultra 75enni risulta di notevole importanza per la pianificazione delle politiche di salute pubblica tese anche al miglioramento della qualità della vita negli anziani. Si tratta, infatti, di patologie che costituiscono le fonti principali di disabilità e di riduzione significativa della qualità della vita e che più richiedono forme di assistenza e di cura. La presenza di un numero sempre maggiore di persone anziane con quadri morbosi caratterizzati da multicronicità pone ancor di più i Paesi europei di fronte alla sfida di dover 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 mor-

talità basati sulle cause multiple di morte può rispondere a questa esigenza e fornire una fotografia più appropriata di un fenomeno così complesso (2).

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) 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.
- (3) 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=h1th_cd_asdr2&lang=en aggiornamento 20 settembre 2019.





Coperture vaccinali nella popolazione infantile

Significato. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano offre attivamente e gratuitamente tutti i vaccini presenti 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 Co-operation and Development* (OECD) (3), relativi al periodo 2015-2018. 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**	
		x 100
Denominatore	Numerosità della coorte di nascita di riferimento*	

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**	
		x 100
Denominatore	Numerosità della coorte di nascita di riferimento*	

*Coorte di nascita di riferimento: numero dei residenti (ovvero persone non decedute, non cancellate, residenti nelle Aziende sanitarie regionali o provinciali, con l'assistenza non scaduta) 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 (CV) permette di stimare la quota di individui vaccinati in una specifica coorte di nascita e l'accumulo di suscettibili. In Italia, l'indisponibilità di un'Anagrafe vaccinale nazionale, ancora in fase di sviluppo, comporta il rischio di un denominatore non sempre adeguato per il calcolo della CV, con una conseguente sovra o sottostima di tale valore.

Il confronto delle CV per DTP e morbillo disponibili sul *database* OECD deve tenere conto del fatto che i tassi di CV riflettono la percentuale di bambini che riceve 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 CV 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 CV per 3 dosi di DTP e 1 dose di morbillo, a livello nazionale e internazionale, è il 95%.

Descrizione dei risultati

I dati di CV per DTP e morbillo più aggiornati disponibili nel *database* OECD sono quelli relativi all'anno 2018, riportati per 22 Paesi dell'UE.

Nel 2018, 9 dei 22 Paesi che hanno fornito il dato di CV per DTP hanno riportato un calo rispetto all'anno precedente (Austria, Estonia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Olanda, Polonia, Slovenia e Spagna) e 9 Paesi hanno una CV <95% (Austria, Estonia, Finlandia, Germania, Irlanda, Lituania, Olanda, Slovenia e Spagna) (Tabella 1). In particolare, colpisce il calo di copertura registrato in Austria dove si è passati dal 90,0% del 2017 all'85,0% del 2018. Se consideriamo tutto il periodo 2015-2018 Austria e Finlandia sono i 2 Paesi che hanno riportato le variazioni più importanti. L'Italia, dopo un calo registrato nel periodo 2015-2016 è tornata ai valori di copertura del 95,1%. Per quanto riguarda la vaccinazione contro il morbillo, 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 2015. Solo 1 Paese (Estonia) ha riportato





LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

465

una copertura <90%; 9 Paesi (Austria, Danimarca, Francia, Irlanda, Italia, Lituania, Olanda, Polonia, Slovenia) hanno riportato una copertura tra il 90-94%; 12 Paesi hanno registrato una copertura $\geq 95\%$ (Tabella 2). L'Ungheria, il Lussemburgo e il Portogallo hanno riportato le coperture più elevate. Tuttavia, nel 2018 è stato osservato un calo della CV rispetto all'anno precedente in 6 Paesi: Austria, Repubblica Ceca, Estonia,

Lituania, Polonia e Spagna (Tabella 2).

Analizzando l'andamento dei dati nel periodo 2015-2018, in Italia si osserva, dopo il progressivo calo delle CV per entrambe le vaccinazioni verificatosi nel periodo 2014-2015, un recupero delle coperture sia per il vaccino DTP che per il morbillo. Nel Grafico 1 è rappresentato l'andamento delle CV 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 2015-2018

Paesi	2015	2016	2017	2018
Austria	93,0	87,0	90,0	85,0
Belgio	99,0	98,0	98,0	98,0
Repubblica Ceca	97,0	95,8	96,0	96,0
Danimarca	90,0	91,0	95,0	96,0
Estonia	93,2	93,2	92,8	91,9
Finlandia	97,0	92,0	89,0	91,0
Francia	97,0	96,7	96,1	96,3
Germania	93,0	93,0	93,0	93,0
Grecia	99,0	99,0	99,0	99,0
Ungheria	99,8	99,8	99,9	99,9
Irlanda	95,2	95,0	94,8	94,5
Italia	93,2	94,0	95,0	95,1
Lettonia	94,9	98,1	98,1	96,0
Lituania	93,5	94,1	93,7	92,3
Lussemburgo	99,0	99,0	99,0	99,0
Olanda	95,5	94,8	93,9	93,5
Polonia	98,0	97,6	96,4	95,2
Portogallo	98,0	98,0	98,0	99,0
Repubblica Slovacca	96,0	96,4	96,4	96,5
Slovenia	95,0	94,1	94,0	93,0
Spagna	96,6	97,1	94,8	93,4
Svezia	98,0	98,0	97,0	97,0

Fonte dei dati: OECD, Child vaccination rates. Anno 2020.

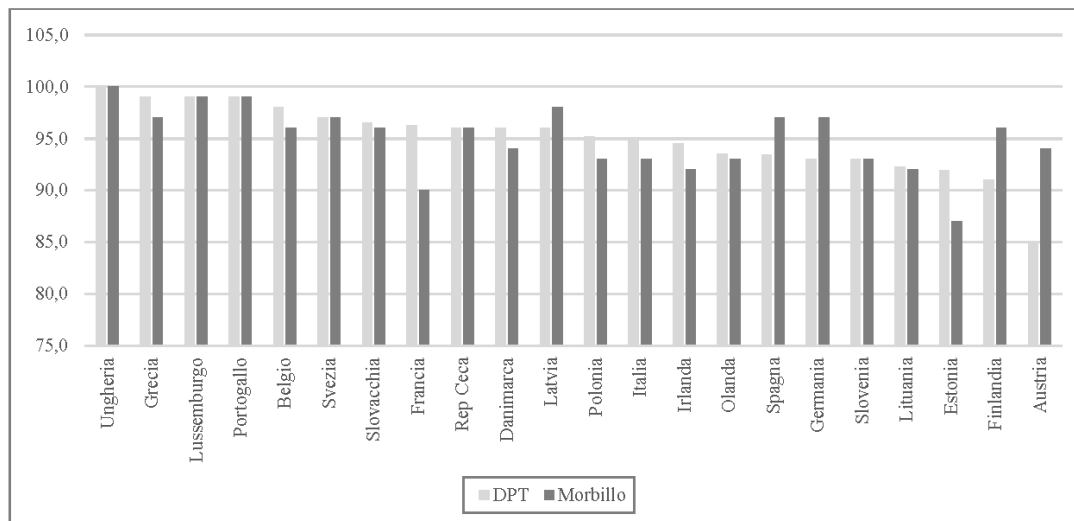
Tabella 2 - Copertura vaccinale (valori per 100) per morbillo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2015-2018

Paesi	2015	2016	2017	2018
Austria	96	95	96	94
Belgio	96	96	96	96
Repubblica Ceca	99	98	97	96
Danimarca	88	91	94	94
Estonia	93	93	93	87
Finlandia	95	94	94	96
Francia	91	91	90	90
Germania	97	97	97	97
Grecia	97	97	97	97
Ungheria	100	100	100	100
Irlanda	93	92	92	92
Italia	85	87	92	93
Lettonia	96	93	96	98
Lituania	94	94	94	92
Lussemburgo	99	99	99	99
Olanda	95	94	93	93
Polonia	96	96	94	93
Portogallo	98	98	98	99
Repubblica Slovacca	95	95	96	96
Slovenia	94	92	93	93
Spagna	96	97	98	97
Svezia	98	97	97	97

Fonte dei dati: OECD, Child vaccination rates. Anno 2020.



Grafico 1 - Copertura vaccinale (valori per 100) per Difterite-Tetano-Pertosse e morbillo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2018



Fonte dei dati: OECD, Child vaccination rates. Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, dal 2016 si osserva una ripresa delle CV che, nel 2018, hanno raggiunto il 95,1% per il vaccino DTP e il 93% per morbillo, parotite e rosolia. Per raggiungere l'eliminazione (interruzione della trasmissione endemica) del morbillo, sono necessarie CV elevatissime ($\geq 95\%$) per 2 dosi di vaccino. Per ottenere questo risultato è importante aumentare la fiducia nella vaccinazione e mettere 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 18 dicembre 2020).
- (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 18 novembre 2020).
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccination schedules. Disponibile sul sito: <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx> (ultimo accesso 18 dicembre 2020).



Parti con Taglio Cesareo

Significato. Il tasso di parti con Taglio Cesareo (TC) è un indicatore di qualità dell'assistenza perinatale e 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

$$\text{Tasso di parti con Taglio Cesareo} = \frac{\text{Parti con Taglio Cesareo (ICD-9-CM 74.0-74.2, 74.4, 74.99)}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati utilizzati per questo confronto europeo sono quelli resi disponibili dall'*Organisation for Economic Cooperation and Development-Health Database*. Per ogni Paese europeo esaminato, viene riportato il tasso grezzo di TC. Non vengono prese in considerazione le differenze di organizzazione assistenziale o legate a caratteristiche socio-demografiche e cliniche delle donne. 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

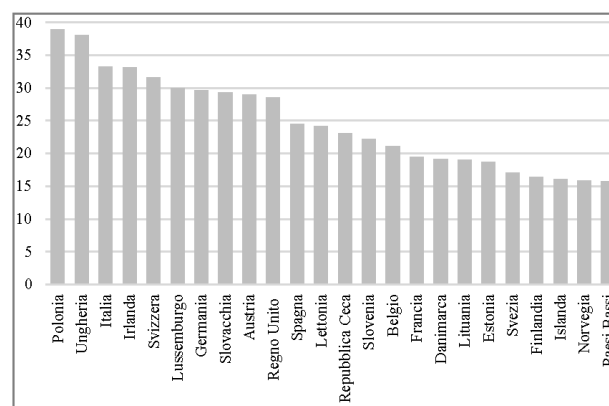
Gli ultimi dati disponibili sono relativi all'anno 2018 per tutti i Paesi europei analizzati, ad eccezione dei Paesi Bassi, il cui ultimo dato si riferisce all'anno 2017. La differenza di tassi di TC tra i Paesi è ampia, con uno scarto di oltre 20 punti percentuali tra il valore

minimo registrato e quello massimo, con un valore medio pari a 24,7%.

I tassi inferiori di TC, attorno al 16% o meno, si rilevano nei Paesi dell'Europa del Nord (Svezia, Finlandia, Islanda e Norvegia) e nei Paesi Bassi, quelli superiori, 38,0% o oltre, nei Paesi dell'Europa dell'Est (Polonia e Ungheria) (Grafico 1).

Un incremento del tasso di TC >10% si osserva, nel periodo 2013-2018, in Irlanda (+16,4%), Lettonia (+15,5%), Regno Unito (+13,8%) e Polonia (+12,6%). Incrementi di simile entità assumono un significato diverso, dipendentemente dal tasso di TC iniziale: in Lettonia si passa da 20,9% nel 2013 a 24,1% nel 2018; in Polonia da 34,6% nel 2013 a 38,9%, nel 2018. Una tendenza in direzione opposta si osserva in Lituania e Danimarca, dove il tasso di TC, già fra i minimi all'inizio del periodo di osservazione, si riduce ulteriormente (-17,6% e -14,2%, rispettivamente). Meno consistente appare la riduzione del tasso di TC osservata in Italia (-8,0%) fra 2013 (36,1%) e 2018 (33,2%), collocando tuttora il Paese tra quelli con i tassi di TC più elevati (Tabella 1).

Grafico 1 - Tasso (valori per 100 nati vivi) di parti con Taglio Cesareo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2018



Fonte dei dati: Banca dati OECD. Anno 2020.

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



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 2013-2018

Paesi	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ % (2018-2013)*
Austria	28,8	29,3	28,7	29,2	29,2	29,0	0,8
Belgio	20,7	20,8	n.d.	21,0	21,0	21,1	2,0
Danimarca	22,4	21,5	21,1	20,4	20,6	19,2	-14,2
Estonia	20,1	20,0	18,7	20,0	19,4	18,7	-7,1
Finlandia	15,8	15,8	15,7	16,4	16,5	16,4	3,7
Francia	20,0	19,7	19,7	19,8	19,7	19,5	-2,4
Germania	30,7	30,8	30,2	29,9	30,2	29,6	-3,4
Irlanda	28,5	29,0	30,3	31,6	31,7	33,1	16,4
Islanda	15,2	15,5	16,1	16,9	16,2	16,1	5,6
Italia	36,1	35,7	35,3	34,9	33,8	33,2	-8,0
Lettonia	20,9	19,9	21,0	21,2	22,3	24,1	15,5
Lituania	23,1	20,4	19,8	19,4	19,4	19,1	-17,6
Lussemburgo	29,3	31,8	30,5	31,1	29,7	30,0	2,2
Norvegia	16,5	16,6	16,1	16,2	16,0	15,8	-3,8
Paesi bassi	16,2	16,2	16,2	16,0	15,7	n.d.	-3,5
Polonia	34,6	35,7	36,2	38,5	39,3	38,9	12,6
Regno Unito	25,1	25,2	26,1	26,4	27,4	28,6	13,8
Repubblica Ceca	24,9	25,4	25,4	23,8	23,6	23,1	-7,1
Slovacchia	30,7	30,7	30,2	29,8	29,7	29,3	-4,7
Slovenia	20,2	21,0	20,8	20,7	21,4	22,2	9,8
Spagna	25,2	25,0	24,5	24,6	24,4	24,5	-2,5
Svezia	16,7	17,3	17,3	17,7	16,7	17,1	2,4
Svizzera	n.d.	33,3	32,9	32,8	31,9	31,6	-4,9
Ungheria	34,9	35,7	37,2	37,1	37,3	38,0	8,9

*Anno di riferimento o anno più vicino.

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Banca dati OCSE. Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

La variabilità del tasso di TC osservata tra i Paesi europei potrebbe essere legata alle caratteristiche socio-demografiche delle donne e all'organizzazione sanitaria.

Sebbene la comunità medica e scientifica non abbia raggiunto un consenso sul tasso di TC ottimale, è opinione largamente condivisa che in molti setting l'alta frequenza di TC non trovi giustificazioni mediche (5). 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 (6).

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 e morbosità respiratoria neonatale (2, 7).

Gli interventi per ridurre l'uso eccessivo e inappropriato di TC sono multifattoriali e contesto specifici e dovrebbero affrontare l'organizzazione dei sistemi sanitari, le preoccupazioni dei professionisti e delle donne (5). Una revisione di trentotto studi condotti in 19 Paesi rileva che la maggior parte delle donne desi-

dera un travaglio e parto fisiologici e, per avere un senso di controllo e di realizzazione personale e una esperienza positiva della nascita, vorrebbe essere coinvolta nel processo decisionale anche quando sono previsti interventi medici (8).

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, 9).

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) 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.



(6) 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.

(7) 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.

(8) Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018; 13 (4): e0194906.

(9) 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.





Spesa sanitaria in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea

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

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 viene analizzata in relazione alla popolazione residente in termini di spesa sanitaria corrente pro capite ed alla ricchezza del Paese come percentuale del Prodotto Interno Lordo (PIL). Inoltre, viene descritta la sua distribuzione rispetto alle tre dimensioni utilizzate nella costruzione del sistema dei conti della sanità: fonti di finanziamento, funzioni di assistenza ed erogatori sanitari. Le fonti di finanzia-

mento 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 un'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 a parità di potere d'acquisto

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

Percentuale di spesa sanitaria corrente rispetto al Prodotto Interno Lordo

Numeratore	Spesa sanitaria corrente
Denominatore	Prodotto Interno Lordo

x 100

Percentuale di spesa sanitaria corrente per regime di finanziamento 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. 1338/2008 relativo alle statistiche comunitarie in materia di Sanità Pubblica, di salute e di sicurezza sul luogo di lavoro, è coerente con le regole contabili dettate dal Sistema Europeo dei Conti 2010 (Regolamento UE n. 549/2013) e prevede la produzione di dati di spesa sanitaria armonizzata a livello europeo secondo la metodologia del SHA (5, 9), con l'obiettivo di fornire un quadro informativo, comparabile tra Paesi, del funzionamento dei diversi sistemi sanitari.

Il sistema dei conti della sanità, basato sull'integrazione di fonti amministrative e campionarie, considera la spesa per il consumo di beni e servizi sanitari sostenu-

ta, esclusivamente, da parte della popolazione residente del Paese. La spesa sanitaria corrente è rappresentata in base alla Classificazione Internazionale dei Conti Sanitari (*International Classification for Health Accounts*), secondo le seguenti dimensioni: regime di finanziamento, funzione di assistenza ed erogatore di beni e servizi sanitari.

La trasmissione dei dati all'Ufficio Statistico dell'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 relativi alla spesa sanitaria per l'Italia sono disponibili al 2019. Per i confronti internazionali i dati relativi alla spesa sanitaria totale sono riferiti al 2019, mentre quelli relativi alle fonti di finanziamento, alle funzioni di assistenza ed agli erogatori sanitari sono riferiti al 2018.

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 2019, la spesa sanitaria corrente in Italia è pari a 154.832 milioni di €; essa incide per l'8,7% sul PIL e per il 74,1% (114.801 milioni di €) è finanziata dal settore pubblico. La spesa sanitaria privata, pari a 40.031 milioni di €, è quasi interamente finanziata dalle famiglie (89,3%).

La distribuzione della spesa sanitaria per funzione di assistenza presenta l'incidenza più elevata per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (54,4%). Seguono per importanza i prodotti farmaceutici e gli altri apparecchi terapeutici (20,8%) e l'assistenza sanitaria a lungo termine (*Long Term Care*) che costituisce il 10,6% 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'8,2% della spesa totale, mentre la spesa per i servizi per la prevenzione delle malattie incide solo per il 4,4%.

Dal lato degli erogatori di assistenza sanitaria, gli Ospedali assorbono il 44,3% della spesa sanitaria, i servizi di assistenza ambulatoriale il 23,3% e le farmacie e altri fornitori di presidi medici il 16,5%. Un ulteriore 6,3% 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). Il nostro Paese, nel 2019, ha speso mediamente, a parità di potere di acquisto, 2.473€ per abitante, collocandosi al 13° posto della graduatoria dei Paesi dell'UE e distanziandosi di molto dal Regno Unito che occupa la 10ª posizione (3.154€). Francia e Germania sono ancora più distanti con, rispettivamente, 3.644€ e 4.504€, mentre la Spagna presenta un valore di poco inferiore a quello dell'Italia (2.451€). Germania, Austria e Svezia sono i Paesi con la spesa pro capite, a parità di potere d'acquisto, più elevata, prossima o

superiore ai 4.000€. Tutti i Paesi dell'Est-Europa presentano valori significativamente più bassi dell'Italia, con un minimo in Romania (1.292€ per abitante).

Si rileva una correlazione positiva tra la spesa sanitaria pro capite e la spesa sanitaria rispetto al PIL; tuttavia, 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 13ª posizione in graduatoria con l'8,7%, di poco superiore, invece, il valore della Spagna pari a 9,0% (Grafico 1). Francia e Germania sono i Paesi con l'incidenza più elevata, superiore all'11%, mentre all'estremo inferiore della graduatoria si trovano Lussemburgo (5,4%) e Romania (5,7%).

I Paesi dell'UE hanno una quota maggioritaria della spesa finanziata dal settore pubblico, con l'unica eccezione di Cipro (Grafico 2). Tale quota presenta una elevata variabilità, da un minimo del 43,0% a Cipro ad un massimo dell'85,1% in Svezia; l'Italia si colloca in una posizione intermedia con il 73,9%. Rispetto al 2012, i Paesi che hanno aumentato in maniera significativa la componente di spesa pubblica sono Bulgaria (da 51,0% a 59,1%), Slovacchia (da 72,2% a 80,1%) e Francia (da 76,1% a 83,6%), mentre Grecia (da 66,1% a 58,7%), Portogallo (da 65,6% a 61,5%) e Cipro (da 46,3% a 43,0%) hanno registrato una diminuzione significativa di tale componente, già piuttosto bassa (dati non presenti in tabella). Analizzando le singole voci che compongono la spesa a finanziamento pubblico, in Italia la spesa è quasi completamente finanziata dalla Pubblica Amministrazione, analogamente a Svezia, Danimarca, Regno Unito, Irlanda, Malta, 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 Germania, Lussemburgo, Francia, Croazia, Slovacchia e Slovenia.

La spesa privata passa da un minimo del circa 15% rispetto alla spesa totale in Germania, Svezia e Lussemburgo ad un massimo del 57,0% a Cipro; l'Italia si colloca in 13ª posizione con il 26,1% (Grafico 3). In Italia, tale spesa per 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. Rispetto al 2012, i Paesi che hanno visto aumentare in maniera significativa la componente di spesa diretta delle famiglie sono la Grecia (da 30,5% a 36,4%) e, in misura più contenuta, l'Estonia (da 21,5% a 24,6%). L'Italia presenta un lieve rialzo passando da 22,1% a 23,5%. Al contrario, i Paesi che hanno ridotto maggiormente la quota di spesa diretta delle famiglie sono la



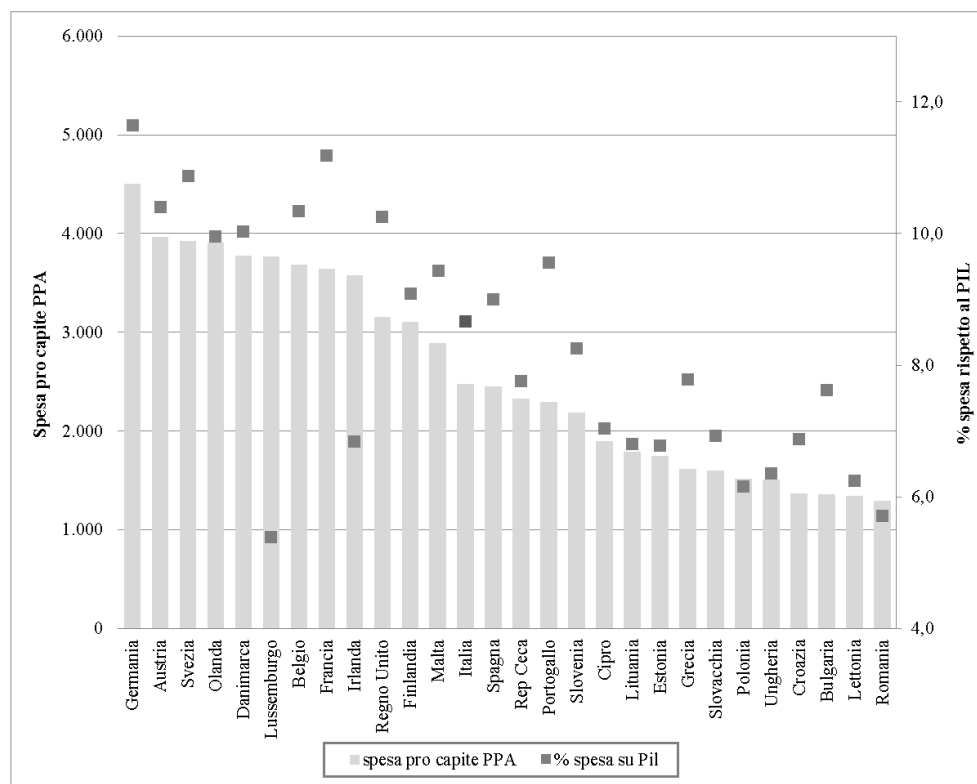


Bulgaria (da 47,7% a 39,3%) e la Slovacchia (da 23,2% a 18,9%). Altri grandi Paesi dell'UE, come Francia e Germania, mostrano una riduzione di tale componente di spesa passata, rispettivamente, da 10,1% a 9,2%, e da 14,0% a 12,5% (dati non presenti in tabella).

Per quanto riguarda le funzioni di assistenza, la maggior parte dei Paesi dell'UE impiega oltre la metà delle risorse per cura e riabilitazione: Italia 54,4%, Cipro, Grecia, Polonia e Portogallo oltre il 60%, mentre Germania e Malta presentano la quota più bassa pari a circa il 50% (Tabella 1). La spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, in Italia pari al 20,8%, presenta valori simili in Spagna (22,7%), Francia (18,4%) e Germania (19,3%). Una elevata variabilità tra Paesi si osserva per l'incidenza della spesa per l'assistenza sanitaria a lungo termine: l'Italia impiega il 10,6% delle risorse, collocandosi a metà graduatoria dei Paesi dell'UE; in Spagna la percentuale ammonta al 9,5%, 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 singole funzioni di assistenza nei maggiori Paesi

dell'UE. La funzione di cura e riabilitazione in Italia è finanziata per il 79,7% con risorse pubbliche (Tabella 2). In Francia, Germania e Regno Unito il valore è prossimo al 90%, mentre in Spagna scende al 75,5%. Una quota molto rilevante della spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, in Italia, è finanziata privatamente (43,2%), quasi tutta con la spesa diretta delle famiglie (*out of pocket*). In Spagna tale percentuale sale al 52,4%, nel Regno Unito è pari al 50,1%, mentre in Francia e Germania scende, rispettivamente, a 23,2% e 24,5%. 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 la fonte di finanziamento privata costituisce il 24,9% della spesa complessiva in Italia, quasi tutta a carico delle famiglie. In Germania e Regno Unito tale quota è più elevata (rispettivamente, 28,0% e 34,4%), in Francia il valore è uguale all'Italia (24,9%), mentre in Spagna scende al 17,0%.

Grafico 2 - Spesa (valori in € a parità di potere d'acquisto) sanitaria corrente pro capite e rispetto al Prodotto Interno Lordo (valori per 100) per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2019



Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2020.

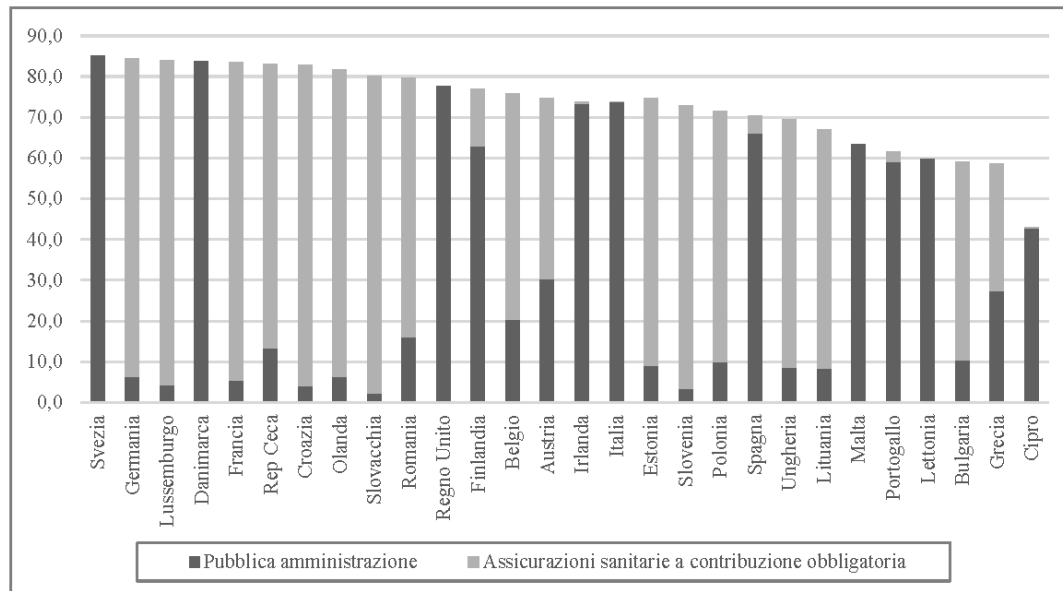




LA SANITÀ ITALIANA NEL CONFRONTO EUROPEO

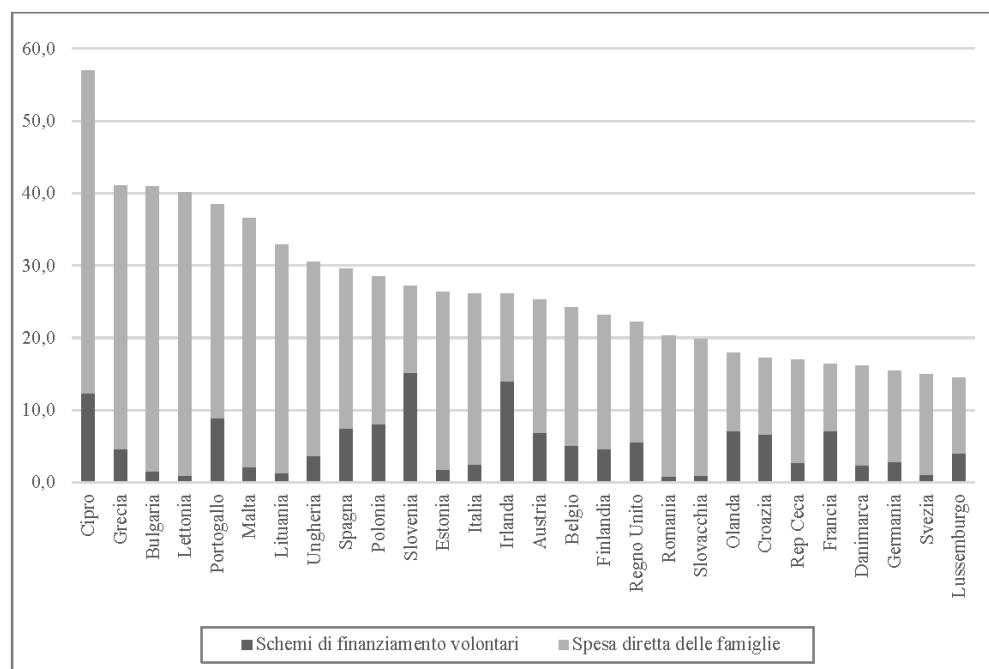
473

Grafico 2 - Spesa (valori per 100) sanitaria corrente a finanziamento pubblico per tipo di finanziamento rispetto alla spesa sanitaria corrente totale per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2019



Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2020.

Grafico 3 - Spesa (valori per 100) sanitaria corrente a finanziamento privato per tipo di finanziamento rispetto alla spesa sanitaria corrente totale per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2019



Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2020.



Tabella 1 - Spesa (valori per 100) sanitaria corrente per funzione di assistenza rispetto alla spesa sanitaria corrente totale per Paese dell'Unione Europea-28 - Anno 2018

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	Totale
Austria	59,4	14,7	3,0	16,8	2,1	3,9	100,0
Belgio	50,6	22,6	5,1	16,5	1,7	3,5	100,0
Bulgaria	53,4	0,1	4,3	37,1	2,8	2,3	100,0
Cipro	62,0	3,7	10,8	19,8	1,3	2,4	100,0
Croazia	56,6	3,0	9,8	23,2	3,2	4,2	100,0
Danimarca	55,5	25,1	4,5	10,0	2,4	2,5	100,0
Estonia	55,1	9,1	11,1	19,9	3,3	1,5	100,0
Finlandia	60,1	17,2	3,1	14,7	4,0	0,9	100,0
Francia	53,5	15,6	5,2	18,4	1,8	5,6	100,0
Germania	49,3	18,6	4,9	19,3	3,2	4,7	100,0
Grecia	62,0	2,2	3,2	29,7	1,3	1,6	100,0
Irlanda	55,8	21,5	2,8	13,7	2,6	3,7	100,0
Lettonia	51,7	4,7	10,0	30,0	2,6	1,1	100,0
Lituania	55,3	8,0	5,9	27,4	2,2	1,3	100,0
Lussemburgo	56,1	18,7	5,8	13,8	2,2	3,4	100,0
Malta	49,9	19,5	5,0	21,3	1,3	3,0	100,0
Olanda	51,8	26,8	1,9	11,5	3,3	4,8	100,0
Polonia	62,6	6,2	3,7	22,9	2,3	2,4	100,0
Portogallo	65,0	4,9	7,3	19,0	1,7	2,2	100,0
Regno Unito	56,1	17,9	1,8	14,7	5,1	4,4	100,0
Repubblica Ceca	54,7	13,9	4,9	18,8	2,7	5,0	100,0
Romania	57,4	5,6	5,9	25,7	1,4	3,9	100,0
Slovacchia	53,8	0,4	7,9	33,4	0,8	3,7	100,0
Slovenia	58,9	9,5	3,2	22,1	3,1	3,1	100,0
Spagna	57,6	9,5	5,0	22,7	2,1	3,0	100,0
Svezia	51,1	26,6	4,2	12,5	3,3	2,4	100,0
Ungheria	54,3	3,9	6,5	29,6	3,0	2,7	100,0
Italia	54,4	10,6	8,2	20,8	4,4	1,7	100,0

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2020.

Tabella 2 - Spesa (valori per 100) sanitaria corrente per funzione di assistenza e fonte di finanziamento rispetto alla spesa per funzione di assistenza per alcuni Paesi dell'Unione Europea-28 - Anno 2018

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	89,7	75,1	90,4	76,8	65,6	71,7
	Privato	10,3	24,9	9,6	23,2	34,4	28,3
Germania	Pubblico	90,6	72,0	94,5	75,5	91,0	93,3
	Privato	9,4	28,0	5,5	24,5	9,0	6,7
Regno Unito	Pubblico	88,9	65,6	96,1	49,9	73,1	76,5
	Privato	11,1	34,4	3,9	50,1	26,9	23,5
Spagna	Pubblico	75,5	83,0	96,1	47,6	98,9	42,0
	Privato	24,5	17,0	3,9	52,4	1,1	58,0
Italia	Pubblico	79,7	75,1	74,1	56,8	88,1	50,2
	Privato	20,3	24,9	25,9	43,2	11,9	49,8

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2020.

**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 inferiori rispetto a quelli di altri importanti Paesi dell'UE (Francia e Germania) e del Regno Unito, sia in termini di valore pro capite sia 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 22,1% del 2012 al 23,1% del 2019. In particolare, si evidenzia un discreto aumento della quota della spesa privata per assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione che passa dal 34,7% nel 2012 al 36,9% nel 2019.

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 diminuiscono i consumi sanitari privati appaiono sempre più complementari e necessari per rispondere ai bisogni di salute. Questo "travaso" dal pubblico al privato è anche favorito da una politica dei prezzi dei servizi privati che li rende competitivi rispetto ai ticket pagati per accedere a quelli pubblici. Il risultato è un aumento delle prestazioni ambulatoriali private 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 sono finanziate quasi esclusivamente dal settore pubblico.

Infine, alla luce delle dinamiche demografiche che caratterizzano l'Italia 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: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>.
- (2) Eurostat, Healthcare Expenditure Statistics. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics.
- (3) OECD, Health Statistics 2018. Disponibile sul sito: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.
- (4) OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- (5) OECD, Eurostat, WHO (2017). A System of Health Accounts (SHA, revised edition), Paris, OECD.
- (6) OECD, Eurostat, WHO (2017). Expenditure on Prevention Activities under SHA 2011: Supplementary Guidance - March 2017 version, Paris, OECD.
- (7) OECD, Eurostat, WHO (2014). Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.
- (8) OECD, Eurostat, WHO (2013). Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health Insurance, Paris, OECD.
- (9) OECD, Eurostat, WHO (2012). Guidelines for Accounting Long-Term Care Expenditure under SHA 2011, Paris, OECD.





L'epidemia di COVID-19 nell'Unione Europea

Dott.ssa Laura Iannucci

Secondo i dati raccolti dall'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC)¹, nel corso del 2020 nell'Unione Europea (UE) circa 15 milioni e 700 mila persone sono state infettate dal virus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) e, di queste, oltre 14 milioni nella seconda metà dell'anno. L'ondata primaverile si è estesa soprattutto in alcuni Paesi dell'UE, come Italia, Spagna, Francia e Belgio colpendo in particolare alcune aree specifiche: il Nord-Italia, la zona centrale della Spagna compresa Madrid, l'Est della Francia e la regione di Parigi; l'ondata autunnale, invece, si è estesa in modo più uniforme sul territorio e ha colpito duramente anche i Paesi dell'Est-Europa.

Guardando al numero complessivo di casi COVID-19 osservati nel corso del 2020, i Paesi più colpiti sono nell'ordine Francia (2.645.472 casi), Italia (2.136.707), Spagna (1.942.248) e Germania (1.763.181). Messi insieme, questi 4 Paesi coprono oltre la metà dei casi osservati nell'UE (Grafico 1).

Quando il numero di casi si rapporta alla popolazione di ciascun Paese, risultano maggiormente colpiti dalla pandemia con oltre 10.000 persone infettate ogni 100.000 abitanti, il Lussemburgo (13.898 per 100.000), la Repubblica Ceca (12.121 per 100.000), il Belgio (10.852 per 100.000) e la Slovenia (10.122 per 100.000). In questa graduatoria l'Italia è al 13° posto con 6.404 casi per 100.000, preceduta da Francia (7.369 per 100.000) e Spagna (7.765 per 100.000) e seguita, invece, dalla Germania, che occupa la coda della graduatoria (3.550 per 100.000) insieme a Estonia (3.323 per 100.000), Lettonia (3.296 per 100.000), Grecia (3.323 per 100.000) e Finlandia (1.186 per 100.000) (Grafico 2).

L'Italia è stato il 1° Paese dell'UE a scoprire dei focolai interni di infezioni COVID-19 e a raggiungere il picco di 38.894 casi (pari a 64 persone per 100.000 abitanti) nella settimana 23-29 marzo 2020, insieme a Lussemburgo (189 casi per 100.000) e Spagna (114 casi per 100.000) (Grafico 3). A distanza di una settimana anche in Francia (31.030 casi, pari a 46 per 100.000) e in Germania (39.167 casi, pari a 47 per 100.000) si raggiunge il picco della prima ondata (Grafico 3).

La maggior parte dei Paesi europei, tra cui l'Italia, durante la prima ondata di pandemia ha implementato misure di contenimento e di mitigazione centrate su tre tipi di interventi: promozione dell'igiene personale e ambientale, compreso l'uso di dispositivi di protezione individuale come le mascherine per il viso; mantenimento del distanziamento sociale (chiusura dei servizi non essenziali, chiusura delle scuole, divieto di assembramenti, restrizioni nei viaggi e obbligo di restare a casa); intensificazione delle attività di test, monitoraggio e rintracciabilità di individui infetti con quarantena delle persone colpite e dei loro contatti stretti.

Non tutti i Paesi sono stati in grado di attuare tali misure nella fase iniziale dell'epidemia ovvero prima di raggiungere la soglia dei 10 morti per milione di abitanti. I Paesi colpiti per primi, come Italia, Francia, Spagna e Belgio, hanno implementato le strategie di mitigazione e contenimento in un momento in cui la malattia si stava già diffondendo ampiamente nelle comunità. Al contrario, i Paesi comunitari dell'Europa orientale hanno applicato le strategie di contenimento e mitigazione più di 1 mese prima di raggiungere la soglia di 10 morti per milione di abitanti, riuscendo a controllare la prima ondata della pandemia (1).

Nell'UE, a seguito delle misure intraprese per contenere la pandemia, la curva dei contagi si è progressivamente abbassata mantenendosi a meno di 10 casi per 100.000 abitanti nel periodo 11 maggio-19 luglio (da settimana 20 a settimana 29). In Italia e in Germania il periodo di controllo dell'epidemia è stato più duraturo rispetto agli altri Paesi, protrandosi fino alla metà di agosto (settimana 33).

L'incremento dei casi che ha portato all'ondata pandemica autunnale è iniziato in tempi diversi: alla fine di luglio in Spagna, nella seconda metà di agosto in Francia, a metà settembre in Repubblica Ceca e all'inizio di ottobre in Italia, Germania e negli altri Paesi dell'Est. Nel nostro Paese il picco della seconda ondata di 242.062 casi (pari a 401 per 100.000) è stato raggiunto nella settimana 9-15 novembre (settimana 46), 2 settimane dopo il Belgio (914 per 100.000) e 1 settimana dopo Francia (498 per 100.000), Spagna (305 per 100.000) e Lussemburgo (741 per 100.000).

Le misure di contenimento e mitigazione introdotte nuovamente in autunno, dai Paesi dell'UE, per contrastare la seconda ondata, pur avendo favorito la progressiva diminuzione dei casi di COVID-19 nelle settimane successive alla loro implementazione, attualmente sembrano meno efficaci. A fine dicembre la curva dei nuovi casi in alcuni Paesi, tra cui Italia, Francia e Spagna sembra essersi stabilizzata su livelli ancora molto alti, di gran lunga superiori ai rispettivi picchi della prima ondata; in altri ha ripreso a crescere (Repubblica Ceca e

¹L'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) è una Agenzia dell'Unione Europea, istituita nel 2004 col fine di rafforzare le difese dell'Europa contro le malattie infettive attraverso attività di sorveglianza, consulenza scientifica, formazione sulla salute pubblica e comunicazione sanitaria. I dati raccolti dall'ECDC attingono dalle pubblicazioni dei Ministeri della Salute e Istituti nazionali di Sanità Pubblica sono influenzati dalle strategie di test messe in campo da ciascun Paese, nonché dalla capacità dei laboratori e dall'efficacia dei sistemi di sorveglianza.





Slovacchia) ed in altri ancora la curva non accenna a diminuire (Svezia e Slovenia). Si teme che, successivamente alle festività natalizie, possa innescarsi una nuova ondata di contagi con effetti drammatici sulla tenuta delle strutture sanitarie che, nonostante siano state potenziate, sono ormai sotto stress da diversi mesi.

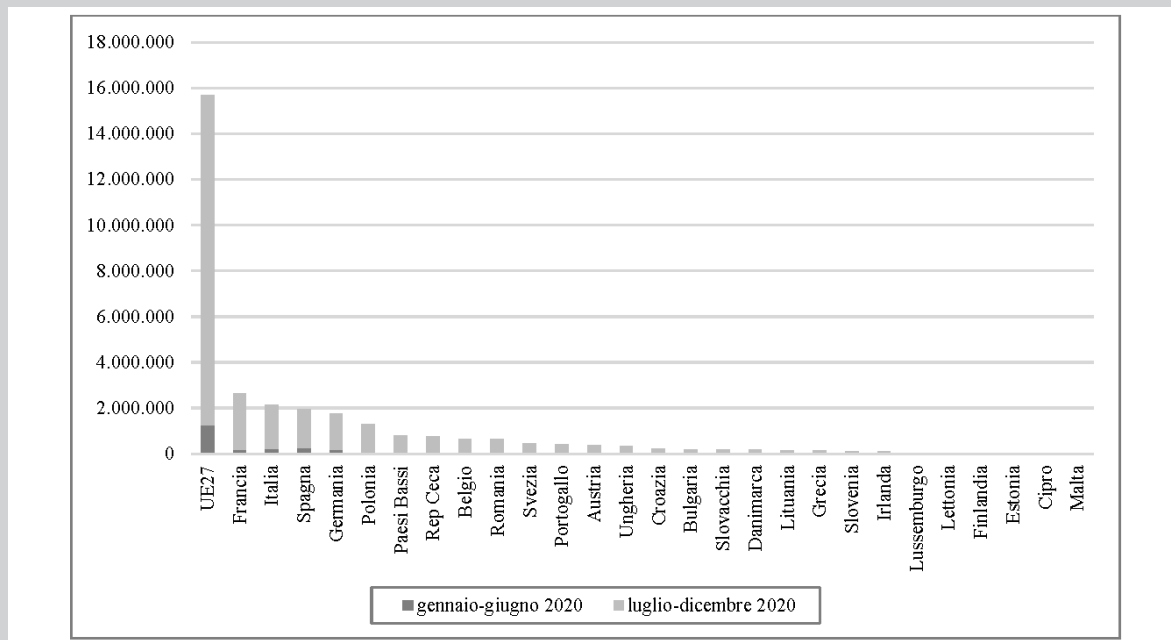
All'inizio della pandemia, nei Paesi colpiti per primi e più duramente, come Italia, Spagna e Francia, le strutture ospedaliere sono andate da subito in sofferenza in quanto non erano sufficientemente dimensionate, in termini di personale e di posti in Terapia Intensiva, per accogliere un'improvvisa ondata di persone che necessitavano di urgenti cure ospedaliere.

Molti Paesi, tra cui l'Italia, hanno cercato di mobilitare rapidamente personale aggiuntivo, spesso richiamando professionisti sanitari inattivi e in pensione e mobilitando studenti delle discipline sanitarie prossimi alla fine dei loro studi. Inoltre, si è cercato anche di redistribuire parte del personale dalle regioni meno colpite a quelle più colpite.

La capacità delle Terapie Intensive è stata incrementata con la trasformazione sistematica di altri reparti clinici in *Intensive Care Unit* (ICU) e con la creazione di Ospedali da campo. Inoltre, nell'acme della crisi alcuni pazienti, dall'Italia e dalla Francia, sono stati trasferiti in Germania dove si aveva una maggiore disponibilità di ICU: circa 34 posti ogni 100.000 a fronte di 8,6 per 100.000 in Italia, 9,7 per 100.000 in Spagna e 16,3 per 100.000 in Francia.

La pandemia da COVID-19 ha messo in luce che solo attraverso la cooperazione multilaterale si può far fronte alle grandi emergenze sanitarie. La Commissione Europea, nel novembre 2020, ha presentato alcune proposte volte a rafforzare la collaborazione degli Stati membri per prepararsi alle crisi sanitarie e ad affrontarle in modo più efficace e coordinato.

Grafico 1 - Casi (valori assoluti) di COVID-19 negli Stati membri dell'Unione Europea-27 - Anno 2020

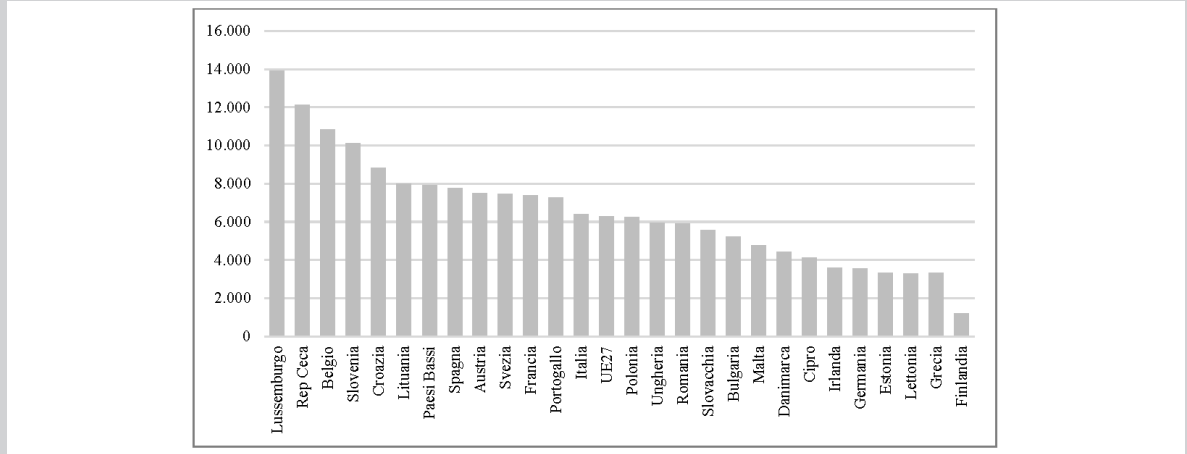


Fonte dei dati: Elaborazione su dati ECDC. Anno 2020.





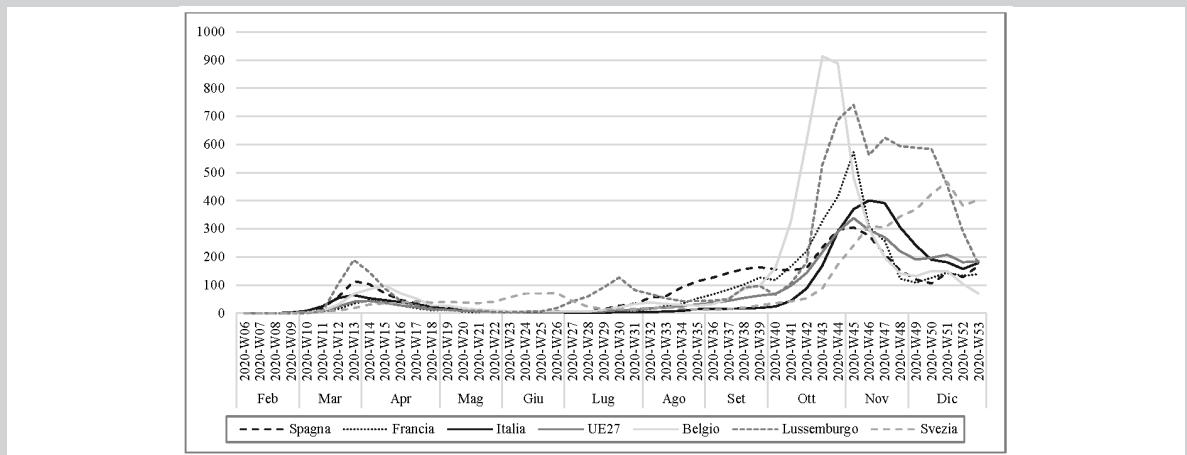
Grafico 2 - Casi (valori per 100.000) di COVID-19 negli Stati membri dell'Unione Europea-27 - Anno 2020



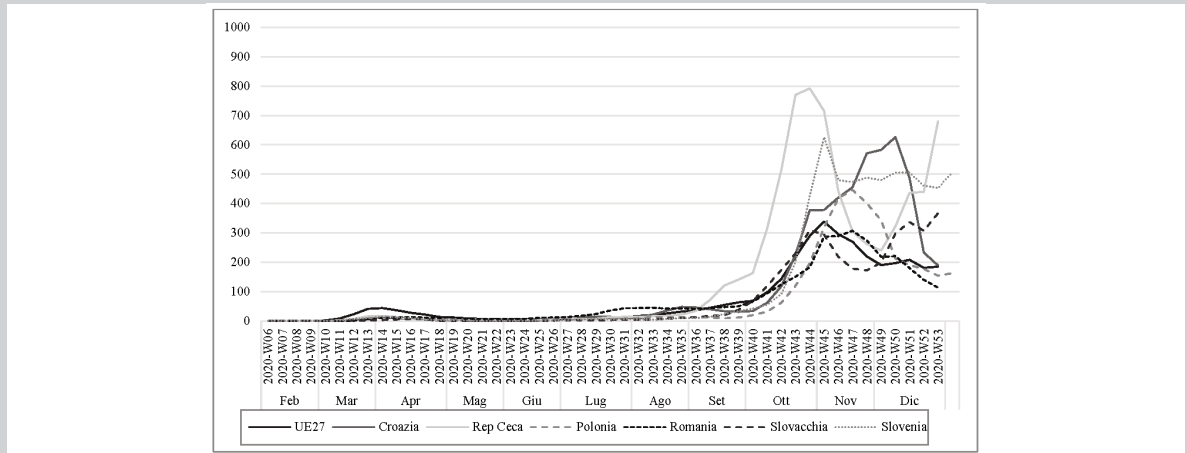
Fonte dei dati: Elaborazione su dati ECDC. Anno 2020.

Grafico 3 - Casi (valori per 100.000) settimanali di COVID-19 in alcuni Paesi dell'Unione Europea-27 maggiormente colpiti - Anno 2020

Paesi dell'Europa occidentale



Paesi dell'Europa orientale



Fonte dei dati: Elaborazione su dati ECDC. Anno 2020.

Riferimenti bibliografici

(1) ECDC, Health at a Glance: Europe 2020. STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE.

