

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

## Rapporto OASI 2017

### Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definitivi, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.*

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

[www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di  
CERGAS-SDA Bocconi

# Rapporto OASI 2017

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

**B** Università Bocconi  
CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
School of Management





## 2 **Gli esiti di salute del Servizio Sanitario Nazionale**

*di Paola Roberta Boscolo, Oriana Ciani, Carlo Federici,  
Alessandro Furnari e Rosanna Tarricone<sup>1</sup>*

### 2.1 **Introduzione**

Nella seconda parte del secolo scorso, a partire dal secondo dopoguerra e fino alla metà degli anni '80, abbiamo assistito, in Italia e in Europa, a un periodo di espansione del ruolo dello Stato nel *welfare*, nei sistemi di protezione sociale e tutela dei cittadini. Questo ruolo si è progressivamente attenuato con le riforme promosse a vari livelli a cavallo del secolo, fino a una riduzione più accentuata osservata in seguito alla crisi finanziaria globale del 2008. Da quel momento, in Italia e in altri Paesi all'interno dell'Unione Europea, sono state avviate politiche di contenimento della spesa e riduzione dei costi che vanno sotto il nome di politiche di austerità (McKee *et al.*, 2017).

In termini di spesa sanitaria, l'effetto di questi indirizzi inizia a essere evidente. Nell'edizione 2016 del Rapporto OASI, abbiamo osservato tassi di crescita annuale composti nulli o negativi sul periodo tra il 2010 e il 2014 rispetto alla spesa sanitaria totale pro-capite in Italia, Irlanda, Spagna, Portogallo e Grecia. Per i restanti 22 Paesi, i tassi di crescita risultano comunque contenuti a pochi punti percentuali, ad eccezione di Cina, India, Russia, Svezia (Armeni *et al.*, 2016). Tali evidenze vengono inoltre sostanzialmente confermate nel Capitolo 3 del presente Rapporto, con riferimento al periodo 2010-2015.

A fronte della riduzione della spesa sanitaria è immediato domandarsi quali siano gli effetti in termini di stato di salute della popolazione. Volendo descrivere infatti la funzione di produzione del nostro SSN, l'output principale è rappresentato dai livelli di salute della popolazione (a livello aggregato), mentre l'input sono le risorse impiegate per ottenerli (beni e servizi, personale, farmaceutica), di cui la spesa sanitaria è una *proxy*. La relazione tra spesa sanitaria ed esiti di

---

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, gli autori hanno partecipato alla sua stesura secondo la seguente distribuzione: § 2.1 di Oriana Ciani; § 2.2 di Paola Roberta Boscolo, Oriana Ciani e Alessandro Furnari; § 2.3 di Paola Roberta Boscolo, Carlo Federici e Rosanna Tarricone; § 2.4 di Carlo Federici e Alessandro Furnari; § 2.5 di Rosanna Tarricone.

salute è di estrema importanza per i decisori e gli amministratori pubblici, sebbene la sua caratterizzazione sia particolarmente complessa vista la rete fitta di determinanti individuali, sociali, culturali e ambientali che impattano sullo stato di salute della popolazione (Dahlgren e Whitehead, 1991). Tra le varie analisi longitudinali aggregate condotte finora non è infrequente ottenere risultati contraddittori, in base alla specificazione adottata per i modelli o agli indicatori usati per lo stato di salute o le variabili esplicative. Nella gran parte dei casi però la relazione tra spesa sanitaria e livelli di salute sembra verificare l'andamento atteso: i tassi di mortalità prematura diminuiscono all'aumentare della spesa sanitaria, soprattutto per le donne, e in presenza di ampie quote di finanziamento pubblico (Or, 2000). In una revisione sistematica di studi simili emerge inoltre come incrementi di spesa sanitaria siano associati significativamente a una riduzione della mortalità infantile e marginalmente all'aumento dell'aspettativa di vita (Nixon e Ulmann, 2006), a patto comunque che lo sviluppo e la qualità delle istituzioni democratiche presenti nel Paese sia sufficientemente elevata (Bousmah *et al.*, 2016).

Un potenziale e drammatico impatto dell'austerità e contenimento della spesa sui tassi di mortalità della popolazione è stato ipotizzato a fine 2015, quando l'ISTAT ha segnalato un aumento pari a circa l'11% dei decessi nei primi 8 mesi dell'anno (ISTAT, 2015). Le prime indagini di approfondimento hanno attribuito l'eccesso di mortalità all'intensa ondata di calore dell'estate 2015 e all'epidemia influenzale dei mesi invernali dello stesso anno, unitamente a un precedente calo della mortalità durante l'estate 2014 (-5,9%) (Michelozzi *et al.*, 2016). Vari autori tuttavia hanno anche citato un sottodimensionamento, peraltro non confermato, dei sistemi di attenzione e prevenzione a causa del contenimento della spesa dei servizi sanitari dovuto alla crisi economica (Cislaghi *et al.*, 2016). Questa osservazione sarebbe in linea con le conclusioni di un lungo lavoro di ricerca condotto da Stuckler e colleghi tra Islanda, Europa, Ex Unione Sovietica e Asia, sugli esiti di salute delle politiche di austerità, ovvero tagli indiscriminati, immediati e consistenti, alla spesa sociosanitaria: questi provvedimenti sono risultati in media inefficaci e «fatali», associati a un prezzo, in termini di vite umane, elevatissimo (Stuckler e Basu, 2013).

Data la centralità, per definizione e vocazione universalistica del SSN, del perseguimento continuo dei massimi livelli di efficacia in termini di accesso e stato di salute complessivo della popolazione all'interno del nostro Paese, il presente capitolo del Rapporto mira ad analizzare e approfondire la dimensione di performance più rilevante e indicativa dell'andamento di un sistema sanitario, rappresentata dallo stato di salute della popolazione di riferimento, pur consapevoli delle difficoltà nella definizione e misurazione degli esiti sanitari a livello aggregato.

Il capitolo si propone di sistematizzare e discutere criticamente dati ad oggi disponibili, a livello internazionale e nazionale, per età e genere, per riflettere sullo stato di salute del nostro Paese. In particolare, il par. 2.2 è dedicato ai confronti internazionali, il par. 2.3 approfondisce il contesto nazionale, mentre il

par. 2.4 riporta una disamina delle principali politiche di prevenzione in atto nel nostro Paese. La rilevanza delle politiche di prevenzione all'interno del capitolo risiede nel fatto che le attività di prevenzione primaria e secondaria influenzano fortemente lo stato di salute futuro della popolazione e, attraverso la conseguente riduzione dell'incidenza e prevalenza di malattie infettive e malattie non trasmissibili (es. diabete, le malattie cardiovascolari e cancro), possono contribuire in maniera sostanziale alla sostenibilità futura del SSN.

Il capitolo si conclude con il par. 2.5 che presenta una sintesi delle evidenze riportate e delle considerazioni per la programmazione del SSN.

## 2.2 Lo stato di salute della popolazione: una prospettiva internazionale

Il presente paragrafo propone alcune considerazioni generali sullo stato di salute del Paese, in un'ottica comparativa internazionale<sup>2</sup>.

Le fonti informative considerate sono i principali osservatori e database di monitoraggio presenti a livello internazionale:

- ▶ OECD (*OECD Health Statistics 2017*), con riferimento all'anno 2015 o all'ultimo anno disponibile;
- ▶ WHO (*Global Health Observatory database 2016*), con riferimento al 2015 o all'ultimo anno disponibile.

Gli indicatori considerati sono l'aspettativa di vita generale e in buona salute, la mortalità generale e per cause specifiche e la percezione dello stato di salute, in quanto espressione dello stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una determinata popolazione, nonché del suo sviluppo e livello potenziale di miglioramento.

### 2.2.1 Dati di mortalità a confronto

Nonostante ci siano alcuni limiti riconosciuti nell'uso della mortalità come stimatore dello stato di salute di una popolazione, i tassi di mortalità restano indicatori utili a livello macro, anche perché le statistiche di mortalità rimangono tra le più diffuse e comparabili.

La Tabella 2.1 e la Figura 2.1 riportano i dati di aspettativa di vita alla nascita sui 27 Paesi considerati.

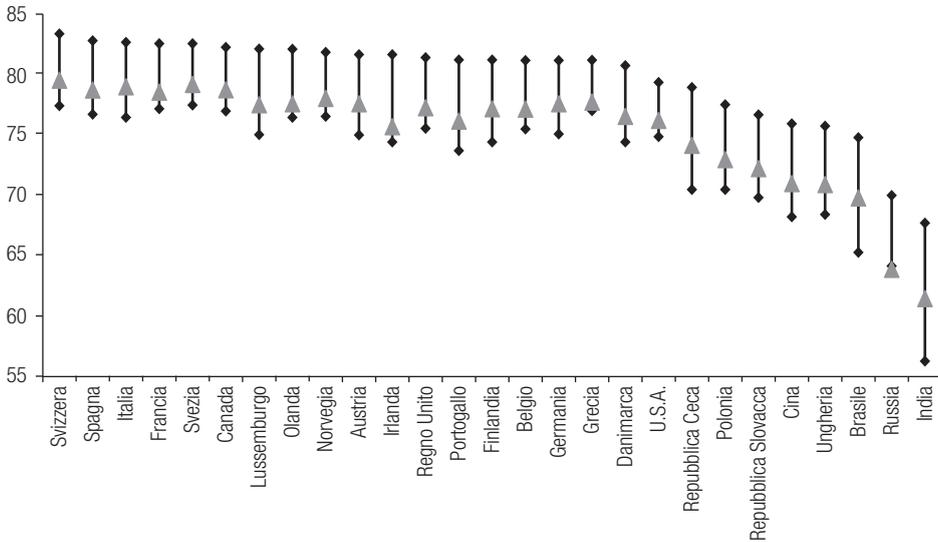
<sup>2</sup> Si considerano nell'analisi i principali Paesi europei (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera), a cui sono stati aggiunti USA, Canada e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina).

Tabella 2.1 **Aspettativa di vita alla nascita (1990, 2000, 2010-2015)**

Paesi	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Differenza 2000-1990	Differenza 2010-2000	Differenza 2015-2010
Austria	75,7	78,1	80,4	80,8	80,8	81,1	81,4	81,5	2,4	2,3	1,1
Belgio	76,0	77,6	80,0	80,3	80,3	80,7	80,9	81,1	1,6	2,4	1,1
Danimarca	75,0	76,9	79,2	79,7	80,0	80,1	80,4	80,6	1,9	2,4	1,4
Finlandia	75,0	77,5	79,9	80,3	80,4	80,7	80,9	81,1	2,5	2,3	1,2
Francia	77,7	78,8	81,3	81,7	81,5	82,0	82,2	82,4	1,1	2,5	1,1
Germania	75,7	78,0	80,1	80,5	80,6	80,6	80,9	81,0	2,3	2,1	0,9
Grecia	77,3	78,2	80,3	80,5	80,4	80,6	80,8	81,0	0,9	2,1	0,7
Irlanda	75,0	76,4	80,6	80,4	80,5	81,0	81,2	81,4	1,4	4,2	0,8
Italia	77,0	79,4	81,8	82,0	82,0	82,3	82,5	82,7	2,4	2,4	0,8
Lussemburgo	75,7	77,8	80,6	80,8	81,1	81,4	81,7	82,0	2,1	2,8	1,3
Olanda	77,0	78,1	80,8	81,1	81,1	81,4	81,7	81,9	1,1	2,7	1,1
Portogallo	74,3	76,6	79,6	80,2	80,3	80,6	80,9	81,1	2,3	2,9	1,6
Spagna	77,0	79,1	81,9	82,1	82,0	82,4	82,6	82,8	2,1	2,9	0,9
Svezia	78,0	79,6	81,5	81,7	81,7	81,9	82,3	82,4	1,6	1,9	0,9
Regno Unito	76,0	77,8	80,2	80,6	80,6	80,7	81,0	81,2	1,8	2,4	1,0
Norvegia	77,0	78,5	81,0	81,1	81,3	81,5	81,6	81,8	1,5	2,4	0,8
Svizzera	77,7	79,7	82,3	82,6	82,7	83,0	83,2	83,4	2,1	2,6	1,0
Repubblica Ceca	71,3	74,7	77,5	77,8	78,0	78,2	78,6	78,8	3,4	2,8	1,4
Repubblica Slovacca	70,7	73,0	75,1	75,6	75,8	76,1	76,4	76,7	2,3	2,1	1,5
Polonia	71,3	73,7	76,3	76,7	76,8	77,1	77,3	77,5	2,4	2,5	1,3
Ungheria	69,3	71,7	74,5	74,8	75,0	75,5	75,6	75,8	2,4	2,7	1,4
U.S.A.	75,3	76,8	78,7	78,7	78,8	78,9	79,1	79,3	1,5	1,9	0,6
Canada	77,3	79,1	81,2	81,5	81,6	81,8	82,0	82,2	1,8	2,1	0,9
Brasile	66,3	70,5	73,8	74,1	74,5	74,7	74,8	75,0	4,2	3,3	1,2
Russia	68,7	65,0	68,4	69,4	69,6	70,0	70,3	70,5	-3,6	3,3	2,1
India	57,7	62,5	66,4	66,8	67,3	67,6	68,0	68,3	4,8	3,9	1,9
Cina	69,0	71,7	75,0	75,2	75,4	75,6	75,8	76,1	2,7	3,3	1,0

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2016

Figura 2.1 **Aspettativa di vita alla nascita (1990, 2000, 2015)**



Note: L'estremità inferiore della linea è il dato relativo al 1990, il triangolo è relativo al 2000, l'estremità superiore al 2015.

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2016

L'Italia (82,7 anni) è nel 2015 il terzo Paese, dopo Svizzera (83,4) e Spagna (82,8), con la maggior aspettativa di vita alla nascita. Seguono Francia e Svezia (entrambe 82,4). L'aspettativa di vita alla nascita in generale segue un trend di crescita positivo, sebbene le dinamiche nazionali siano influenzate da fattori contingenti e scelte di *policy* specifiche. Nel Regno Unito, per esempio, la curva di crescita della longevità era praticamente continua dal dopoguerra con le donne che guadagnavano un anno di aspettativa ogni 5 di calendario; e gli uomini uno ogni tre anni e mezzo (Ca mpbell, 2017). Tuttavia il trend ha subito dal 2010 un rallentamento dovuto, secondo ricercatori ed ex consiglieri del Ministero della Salute, ai profondi tagli operati alla spesa sociale e al *National Healthcare Service* (NHS) inglese negli ultimi anni. In precedenza, questa dinamica era stata osservata in seguito al crollo dell'ex URSS che sconvolse il sistema consolidato di assistenze e garanzie pubbliche in quell'area. Dopo un periodo di assestamento, la curva della longevità è tornata a crescere in Russia; tuttavia, alla fine del secolo scorso si erano persi diversi anni di aspettativa di vita, per cui ad oggi il Paese è ai livelli più bassi, seguito solo dall'India.

Interessante notare come il ranking dei Paesi cambia se si considerano l'aspettativa di vita a 60 anni (Tabella 2.2) e l'aspettativa di vita in salute, o senza disabilità, sia alla nascita sia a 60 anni (Tabella 2.3).

Tabella 2.2 **Aspettativa di vita a 60 anni (1990, 2000, 2010-2015)**

	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Differenza 2015-1990	Differenza 2015-2000	Differenza 2015-2010
Austria	21,0	21,9	23,4	23,7	23,8	23,8	24,1	24,1	3,1	2,2	0,7
Belgio	21,0	21,8	23,2	23,6	23,2	23,8	23,9	24,1	3,1	2,3	0,9
Danimarca	20,0	20,8	22,3	22,7	22,9	23,0	23,1	23,3	3,3	2,4	1,0
Finlandia	20,0	21,8	23,3	23,6	23,8	23,8	23,9	24,1	4,1	2,3	0,7
Francia	22,0	23,0	24,8	25,2	25,0	25,4	25,5	25,7	3,7	2,7	0,9
Germania	20,0	21,8	23,1	23,3	23,7	23,3	23,6	23,7	3,7	1,9	0,6
Grecia	21,0	21,9	23,5	23,6	23,7	23,7	23,8	24,0	3,0	2,0	0,5
Irlanda	19,0	20,0	23,5	23,3	23,7	23,8	24,0	24,1	5,1	4,1	0,7
Italia	21,0	22,8	24,4	24,5	24,8	24,8	24,9	25,1	4,1	2,2	0,7
Lussemburgo	20,0	21,8	23,3	23,5	24,3	23,9	24,1	24,3	4,3	2,5	1,0
Olanda	21,0	21,7	23,4	23,7	23,8	23,8	24,1	24,2	3,2	2,5	0,8
Portogallo	20,0	21,1	23,0	23,5	23,7	23,7	24,0	24,1	4,1	3,0	1,1
Spagna	22,0	22,9	24,7	24,7	24,8	24,9	25,1	25,2	3,2	2,3	0,5
Svezia	21,0	22,8	23,9	24,1	24,1	24,3	24,6	24,6	3,6	1,9	0,8
Regno Unito	20,0	21,1	23,4	23,7	23,8	23,6	23,9	24,1	4,1	2,9	0,7
Norvegia	21,0	22,0	23,7	23,8	23,9	24,0	24,1	24,2	3,2	2,2	0,5
Svizzera	22,0	23,0	24,8	25,1	25,0	25,3	25,4	25,5	3,5	2,5	0,7
Repubblica Ceca	17,0	19,0	21,0	21,3	21,2	21,5	21,8	22,0	5,0	2,9	1,0
Repubblica Slovacca	18,0	18,6	19,6	20,1	20,6	20,3	20,6	20,7	2,7	2,1	1,1
Polonia	18,0	19,1	20,9	21,3	21,2	21,4	21,7	21,8	3,8	2,7	0,9
Ungheria	17,0	18,2	19,6	19,8	19,9	20,1	20,1	20,3	3,3	2,1	0,7
U.S.A.	21,0	21,7	23,1	23,2	23,1	23,3	23,5	23,6	2,6	1,9	0,5
Canada	22,0	22,8	24,3	24,5	24,8	24,8	24,9	25,0	3,0	2,3	0,7
Brasile	18,0	19,1	20,7	20,9	21,1	21,4	21,5	21,7	3,7	2,6	1,0
Russia	18,0	16,6	17,5	18,2	17,6	18,3	18,5	18,6	0,6	1,9	1,1
India	15,0	16,3	17,4	17,5	17,3	17,7	17,8	17,9	2,9	1,7	0,5
Cina	18,0	18,1	19,3	19,4	19,2	19,5	19,6	19,7	1,7	1,6	0,4

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2016

Tabella 2.3 **Aspettativa di vita in salute (2000, 2015)**

Healthy life expectancy (HALE) at birth (years)			Healthy life expectancy (HALE) at age 60 (years)				
Paese	2000	Paese	2015	Paese	2000	Paese	2015
1 Italia	70,0	<del>Swizzera</del>	73,1	1 Francia	18,2	Francia	20,3
2 Svizzera	69,9	<del>Italia</del>	72,8	2 Italia	17,9	Italia	19,9
3 Canada	69,8	<del>Francia</del>	72,6	3 Svizzera	17,8	Svizzera	19,9
4 Francia	69,7	<del>Spagna</del>	72,4	4 Canada	17,6	Canada	19,7
5 Svezia	69,7	<del>Canada</del>	72,3	5 Spagna	17,4	Spagna	19,4
6 Grecia	69,5	<del>Olanda</del>	72,2	6 Svezia	17,4	Olanda	19,3
7 Norvegia	69,3	<del>Austria</del>	72,0	7 Grecia	17,3	Austria	19,1
8 Olanda	69,2	<del>Svezia</del>	72,0	8 Norvegia	17,3	Grecia	19,1
9 Spagna	69,2	<del>Norvegia</del>	72,0	9 Austria	17,2	Svezia	19,1
10 Austria	69,0	<del>Grecia</del>	71,9	10 Olanda	17,1	Portogallo	19,0
11 Germania	68,7	<del>Lussemburgo</del>	71,8	11 Germania	16,9	Norvegia	19,0
12 Regno Unito	68,6	<del>Irlanda</del>	71,5	12 Lussemburgo	16,7	Irlanda	18,9
13 Lussemburgo	68,5	<del>Portogallo</del>	71,4	13 Belgio	16,6	Lussemburgo	18,9
14 Belgio	68,0	<del>Regno Unito</del>	71,4	14 Portogallo	16,6	Regno Unito	18,8
15 Danimarca	67,9	<del>Germania</del>	71,3	15 Regno Unito	16,6	Belgio	18,6
16 Finlandia	67,9	<del>Danimarca</del>	71,2	16 U.S.A.	16,5	Germania	18,6
17 Portogallo	67,6	<del>Belgio</del>	71,1	17 Finlandia	16,3	Finlandia	18,5
18 Irlanda	67,4	<del>Finlandia</del>	71,0	18 Danimarca	16,1	Danimarca	18,3
19 U.S.A.	67,2	<del>Repubblica Ceca</del>	69,4	19 Irlanda	15,7	U.S.A.	18,1
20 Repubblica Ceca	65,8	<del>U.S.A.</del>	69,1	20 Polonia	14,8	Polonia	17,0
21 Polonia	65,3	<del>Polonia</del>	68,7	21 Repubblica Ceca	14,6	Repubblica Ceca	16,9
22 Repubblica Slovacca	64,9	<del>Cina</del>	68,5	22 Cina	14,6	Repubblica Slovacca	16,2
23 Cina	64,6	<del>Repubblica Slovacca</del>	68,1	23 Brasile	14,4	Brasile	16,2
24 Ungheria	63,7	<del>Ungheria</del>	67,4	24 Repubblica Slovacca	14,3	Cina	15,9
25 Brasile	61,9	<del>Brasile</del>	65,5	25 Ungheria	14,1	Ungheria	15,8
26 Russia	58,3	<del>Russia</del>	63,4	26 Russia	13,1	Russia	15,1
27 India	54,2	<del>India</del>	59,6	27 India	11,9	India	13,3

Note: Il WHO definisce l'aspettativa di vita in salute (healthy life expectancy – HALE) come la stima del numero medio equivalente di anni che una persona vivrà in «piena salute», considerando gli anni vissuti con qualche disabilità dovuta a malattie o incidenti. In estrema sintesi, l'indicatore viene calcolato per ogni Paese utilizzando i dati, disaggregati per età e sesso, sulla mortalità e aspettativa di vita (tavole di mortalità); e i dati sulla incidenza, prevalenza, durata e anni vissuti con disabilità, aggiustati per la severità di ciascuna condizione di salute considerata.

Fonte: elaborazioni su dati WHO 2016

Francia, Svizzera e Spagna presentano nel 2015 la maggiore aspettativa di vita a 60 anni (rispettivamente 25,7; 25,5; 25,2 anni). L'Italia segue con 25,1 (Tabella 2.2).

L'aspettativa di vita in buona salute offre un'indicazione non solo della quantità di vita attesa, ma anche della qualità o assenza di disabilità. Questa misura permette di monitorare la salute in quanto fattore produttivo, valutare l'occupabilità dei lavoratori anziani e controllare i progressi compiuti in termini di accessibilità, qualità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria. Non a caso, questo indicatore figura tra i principali indicatori strutturali europei e la sua importanza è stata riconosciuta nella Strategia di Lisbona (Commissione Europea, 2017). Lo scarto tra aspettativa di vita totale e aspettativa di vita in buona salute alla nascita va da 7,1 anni in Russia a 10,4 in Spagna e Svezia (9,9 anni per l'Italia) (Tabella 2.1 e Tabella 2.3). Questo scarto indica per quanto tempo all'incirca un singolo cittadino potrebbe dover affrontare una patologia invalidante nell'arco della vita. Durante questi anni verosimilmente il cittadino sarà maggiormente a contatto con il sistema sociosanitario del proprio Paese, assorbendo la gran parte delle risorse sanitarie messe a disposizione. Questa differenza si riduce se si osserva la differenza a 60 anni, da 3,5 anni per la Russia fino a 5,6 anni per Svizzera e Finlandia (5,2 anni per l'Italia).

La mortalità negli adulti (15-60 anni) e neonatale diminuisce in tutti i Paesi considerati. Nonostante il generale trend decrescente, si registrano forti differenze tra Paesi. In termini di mortalità nelle donne adulte, nel 2015 l'Italia segue Svizzera e Spagna con un tasso di 42 morti per 1.000 abitanti, mentre per quanto riguarda la mortalità negli uomini il nostro Paese segue Svizzera, Svezia e Olanda con un tasso di 70 morti per 1.000 abitanti (Tabella 2.4). Tra il 2000 e il 2015, inoltre, la riduzione osservata nei tassi di mortalità in Italia risulta inferiore alla media calcolata su tutti i Paesi osservati (-21,0 ogni 1.000 abitanti in età adulta, a fronte di una media di 31,7 – dato non presente in Tabella), anche in virtù del già modesto valore osservato nel 2000. La mortalità neonatale ci colloca invece al settimo posto, insieme ad Austria e Germania, con 2,1 morti a 28 giorni dalla nascita ogni 1.000 nati vivi. La mortalità nel periodo neonatale dipende prevalentemente da cause biologiche, legate allo stato di salute della madre durante la gestazione, al parto, alla presenza di malformazioni congenite. In questo periodo è significativo il livello di assistenza sanitaria e la disponibilità o meno di adeguati interventi terapeutici, inclusa la medicina prenatale che può limitare l'impatto di questi fattori di rischio.

La riduzione delle morti prevenibili nei primi 5 anni di vita ogni 1.000 nati vivi è uno degli obiettivi fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito dei *Sustainable Development Goals* (SDG). In Europa, ad oggi, il numero si attesta intorno ai 3-5 per 1.000 nati vivi (con alcune eccezioni positive in Lussemburgo, Finlandia e Norvegia) mentre si registrano tassi più elevati nel continente nordamericano (4,9 e 6,5, rispettivamente in Canada e USA) (Tabella 2.5).

Tabella 2.4 **Mortalità in soggetti adulti (donne e uomini) e mortalità neonatale (1990, 2000, 2015)**

Paesi	Mortalità adulti (15-60) – ogni 1000 abitanti			Mortalità adulti (15-60) – uomini ogni 1000 abitanti			Mortalità adulti (15-60) – donne ogni 1000 abitanti			Mortalità neonatale ogni 1000 nati vivi		
	1990	2000	2015	1990	2000	2015	1990	2000	2015	1990	2000	2015
Austria	114,0	96,0	65,0	154,0	127,0	85,0	74,0	64,0	45,0	4,6	3,1	2,1
Belgio	107,0	101,0	74,0	139,0	132,0	93,0	75,0	69,0	55,0	4,6	3,0	2,2
Danimarca	126,0	102,0	71,0	152,0	125,0	88,0	99,0	79,0	54,0	4,4	3,5	2,5
Finlandia	128,0	105,0	76,0	183,0	145,0	102,0	70,0	63,0	49,0	3,9	2,5	1,3
Francia	115,0	103,0	78,0	162,0	142,0	104,0	67,0	62,0	51,0	3,6	2,8	2,2
Germania	119,0	95,0	68,0	157,0	124,0	87,0	77,0	63,0	47,0	3,4	2,8	2,1
Grecia	87,0	84,0	72,0	117,0	119,0	99,0	56,0	49,0	45,0	9,5	5,6	2,9
Irlanda	108,0	94,0	64,0	134,0	118,0	79,0	81,0	68,0	49,0	4,7	4,0	2,3
Italia	95,0	77,0	56,0	129,0	103,0	70,0	60,0	51,0	42,0	6,4	3,4	2,1
Lussemburgo	121,0	98,0	63,0	160,0	126,0	78,0	79,0	68,0	48,0	4,3	2,4	0,9
Olanda	92,0	84,0	57,0	116,0	101,0	65,0	67,0	67,0	49,0	4,6	3,8	2,4
Portogallo	127,0	110,0	76,0	176,0	155,0	107,0	80,0	66,0	46,0	7,2	3,4	2,0
Spagna	103,0	86,0	56,0	146,0	122,0	74,0	60,0	49,0	38,0	7,1	4,0	2,8
Svezia	90,0	73,0	53,0	114,0	88,0	64,0	66,0	56,0	42,0	3,5	2,3	1,6
Regno Unito	104,0	89,0	69,0	129,0	109,0	85,0	78,0	68,0	54,0	4,5	3,8	2,4
Norvegia	97,0	85,0	59,0	128,0	108,0	73,0	65,0	62,0	44,0	4,0	2,7	1,5
Svizzera	95,0	78,0	49,0	126,0	101,0	61,0	62,0	55,0	37,0	3,9	3,5	2,7
Repubblica Ceca	163,0	126,0	86,0	230,0	173,0	116,0	95,0	77,0	55,0	10,3	3,9	1,8
Repubblica Slovacca	187,0	147,0	109,0	289,0	215,0	155,0	104,0	79,0	63,0	12,5	7,3	4,2
Polonia	184,0	153,0	117,0	263,0	218,0	166,0	102,0	87,0	67,0	11,1	5,8	3,1
Ungheria	219,0	193,0	134,0	305,0	271,0	182,0	133,0	114,0	86,0	13,6	7,0	3,5
U.S.A.	132,0	114,0	103,0	173,0	145,0	128,0	91,0	83,0	77,0	5,8	4,6	3,6
Canada	102,0	82,0	64,0	132,0	102,0	78,0	71,0	61,0	50,0	4,4	3,7	3,2
Brasile	212,0	183,0	142,0	272,0	242,0	191,0	150,0	123,0	93,0	24,3	16,0	8,9
Russia	218,0	307,0	222,0	318,0	443,0	325,0	117,0	158,0	118,0	14,0	12,5	5,0
India	266,0	224,0	181,0	288,0	251,0	216,0	242,0	194,0	142,0	57,4	45,1	27,7
Cina	151,0	115,0	85,0	173,0	132,0	98,0	127,0	97,0	71,0	29,7	21,2	5,5

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2016

Tabella 2.5 **Mortalità nei primi 5 anni di vita ogni 1.000 nati vivi (1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 1990-2015, 2000-2015 e 2005-2015)**

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	Differenza 1990-2015	Differenza 2000-2015	Differenza 2005-2015
Austria	9,5	6,8	5,5	4,9	4,4	3,5	-6,0	-2,0	-1,4
Belgio	10,0	7,6	5,8	5,0	4,5	4,1	-5,9	-1,7	-0,9
Danimarca	8,9	6,5	5,6	4,9	4,0	3,5	-5,4	-2,1	-1,4
Finlandia	6,7	5,2	4,3	3,8	3,0	2,3	-4,4	-2,0	-1,5
Francia	9,0	6,5	5,4	4,6	4,3	4,3	-4,7	-1,1	-0,3
Germania	8,5	6,5	5,4	4,7	4,2	3,7	-4,8	-1,7	-1,0
Grecia	12,6	10,1	7,8	5,5	4,7	4,6	-8,0	-3,2	-0,9
Irlanda	9,2	7,3	7,1	5,2	4,2	3,6	-5,6	-3,5	-1,6
Italia	9,7	7,5	5,5	4,4	4,0	3,5	-6,2	-2,0	-0,9
Lussemburgo	8,8	6,4	4,8	3,5	2,4	1,9	-6,9	-2,9	-1,6
Olanda	8,3	6,9	6,2	5,4	4,4	3,8	-4,5	-2,4	-1,6
Portogallo	14,7	9,7	7,2	4,7	3,9	3,6	-11,1	-3,6	-1,1
Spagna	11,0	8,3	6,5	5,7	4,6	4,1	-6,9	-2,4	-1,6
Svezia	6,9	4,8	4,1	3,6	3,1	3,0	-3,9	-1,1	-0,6
Regno Unito	9,3	7,2	6,6	6,0	5,2	4,2	-5,1	-2,4	-1,8
Norvegia	8,7	5,7	4,9	4,0	3,2	2,6	-6,1	-2,3	-1,4
Svizzera	8,2	6,4	5,6	5,1	4,5	3,9	-4,3	-1,7	-1,2
Repubblica Ceca	14,6	10,2	6,6	5,2	4,1	3,4	-11,2	-3,2	-1,8
Repubblica Slovacca	17,7	14,4	11,7	9,9	8,4	7,3	-10,4	-4,4	-2,6
Polonia	17,3	14,5	9,3	7,6	5,8	5,2	-12,1	-4,1	-2,4
Ungheria	19,1	13,8	11,2	8,3	6,6	5,9	-13,2	-5,3	-2,4
U.S.A.	11,2	9,5	8,4	8,0	7,4	6,5	-4,7	-1,9	-1,5
Canada	8,3	6,9	6,2	6,1	5,6	4,9	-3,4	-1,3	-1,2
Brasile	60,8	46,3	32,0	21,9	16,6	16,4	-44,4	-15,6	-5,5
Russia	26,0	26,4	23,2	16,7	12,0	9,6	-16,4	-13,6	-7,1
India	125,8	108,7	91,2	74,6	59,9	47,7	-78,1	-43,5	-26,9
Cina	53,8	47,5	36,9	24,0	15,7	10,7	-43,1	-26,2	-13,3

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2016

**Tabella 2.6 Mortalità per 100.000 abitanti per causa di morte – tasso standardizzato (2015 o ultimo anno disponibile)**

Paesi	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato respiratorio	Cause esterne di mortalità	Malattie dell'apparato digerente	Sintomi, segni, cause indefinite	Malattie del sistema nervoso	Disturbi mentali e del comportamento	Malattie dell'apparato endocrino	Altro	Tutte le cause	Anno di riferimento
Austria	302,3	203,3	34,6	42,8	26,6	19,4	24,9	14,5	37,4	29,9	735,8	2014
Belgio	206,4	209,7	70,3	51,7	31,5	42,2	35,5	31,4	19,3	47,5	745,6	2014
Brasile	303,6	163,4	129,4	86,3	49,3	60,3	29,5	9,1	65,4	96,0	992,9	2014
Canada	184,4	211,5	61,6	46,2	27,1	6,4	34,7	40,6	26,7	44,2	683,4	2012
Danimarca	189,0	238,2	86,1	33,8	33,7	64,6	32,2	48,9	26,4	41,6	794,3	2014
Finlandia	280,4	177,3	26,3	56,6	36,5	10,5	112,6	33,1	10,2	17,4	761,0	2014
Francia	158,1	204,5	41,8	47,4	27,8	67,0	40,0	25,1	22,7	35,5	670,1	2013
Germania	294,4	207,0	51,1	34,2	35,0	24,2	23,1	32,0	25,8	46,4	773,3	2014
Grecia	288,6	201,7	79,9	28,5	21,9	44,0	17,0	4,2	13,0	48,1	747,1	2014
Irlanda	261,2	233,4	98,1	34,9	28,2	2,7	37,7	34,7	20,7	40,4	792,2	2013
Italia	255,0	214,8	47,9	31,0	27,4	12,9	28,5	18,8	31,5	41,1	708,9	2012
Lussemburgo	211,8	206,5	46,8	43,0	31,0	17,1	27,8	33,5	22,9	34,3	674,7	2014
Norvegia	204,2	202,7	66,5	47,1	21,5	39,6	35,0	41,2	16,7	43,4	718,1	2014
Olanda	203,2	231,9	65,4	39,0	23,3	28,7	39,7	59,5	18,9	50,2	759,6	2015
Polonia	437,7	246,0	52,3	53,9	38,3	71,6	13,2	3,6	18,3	20,3	955,4	2014
Portogallo	234,9	200,7	88,0	38,5	34,4	47,5	26,3	19,0	39,8	48,9	778,3	2014
Regno Unito	213,0	227,1	110,1	32,5	38,5	15,1	34,6	55,8	10,9	38,7	776,4	2013
Repubblica Ceca	453,0	225,3	64,5	52,1	39,4	13,0	26,7	13,7	39,4	38,6	966,0	2015
Repubblica Slovacca	493,5	260,3	57,4	60,3	54,8	24,3	23,9	21,5	20,8	37,5	1054,2	2014
Russia	869,1	211,0	54,4	135,6	62,9	88,2	14,0	3,5	7,2	42,6	1488,7	2011
Spagna	185,4	192,4	68,7	26,8	32,1	13,9	37,0	28,0	20,8	43,5	655,8	2013
Svezia	248,7	193,0	50,4	46,0	23,3	23,8	36,1	47,3	20,3	38,9	727,9	2015
Swizzera	215,6	181,8	41,8	41,1	25,8	26,4	34,3	50,0	17,7	32,9	667,4	2013
U.S.A.	250,8	192,9	81,9	63,7	31,4	9,9	51,4	45,8	35,5	58,1	821,9	2014
Ungheria	566,1	286,3	61,6	56,8	55,9	1,5	15,8	28,6	118,0	29,6	1127,8	2015

Note: per Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Germania, Grecia, Lussemburgo, Portogallo, Norvegia, Repubblica Slovacca, Polonia, U.S.A. e Brasile si fa riferimento all'anno 2014; per Francia, Irlanda, Spagna, Regno Unito e Svizzera all'anno 2013; per Italia, e Canada al 2012; per la Russia al 2011. Non sono presentati dati relativi a India e Cina.

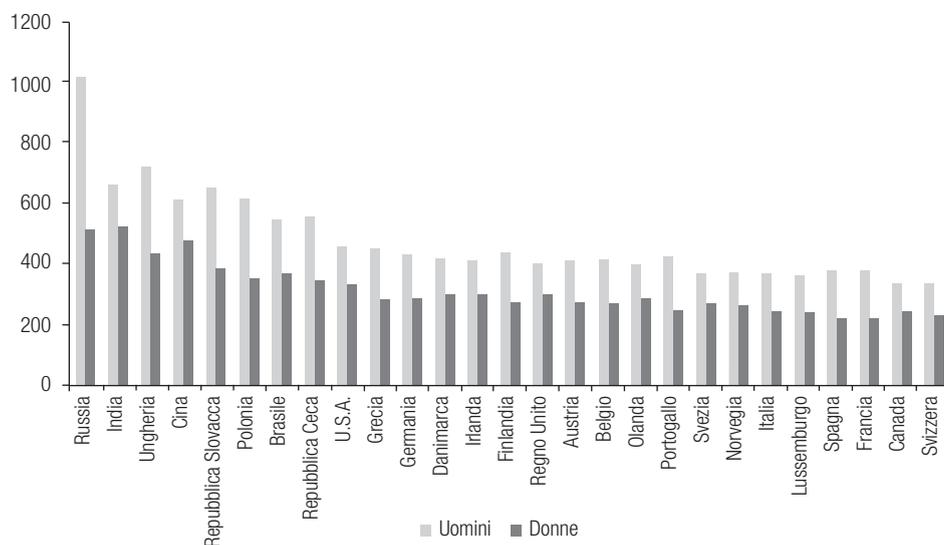
Fonte: Elaborazioni su dati OECD 2017

La riduzione della mortalità per alcune cause specifiche è spesso identificata come obiettivo strategico verso cui tendere nei più importanti documenti di programmazione sanitaria, sia internazionali (WHO) sia nazionali (es. Piano Sanitario Nazionale). Secondo il *Global Burden of Disease Study* (GBD) le malattie cardiovascolari, principalmente malattie ischemiche del miocardio e ictus, rappresentano la causa primaria di riduzione di salute in ogni parte del mondo (Roth *et al.*, 2017). In Tabella 2.6 sono riportati i tassi di mortalità standardizzati per 100.000 abitanti per specifiche cause di morte.

In Italia la mortalità per malattia cardiovascolare (255 per 100.000 abitanti) è superiore a quella per tumori (214,8 per 100.000 abitanti). In realtà i due valori sono in progressivo avvicinamento. Questo fenomeno di convergenza è in gran parte dovuto all'importante riduzione registrata nella mortalità dovuta a malattie del sistema cardiocircolatorio nel corso degli ultimi due decenni. A titolo esemplificativo, si consideri che in Italia nel 1990 il tasso di mortalità per questo tipo di patologie era pari a 469,3 per 100.000 abitanti, a cui corrispondeva una mortalità per neoplasie maligne pari a 264,7 per 100.000 abitanti. Già nel 2006 si registrava, invece, un significativo calo del tasso di mortalità per malattie cardiovascolari (292,6 per 100.000 abitanti; -37,7%) a fronte di una riduzione più contenuta registrata nella mortalità per cause tumorali (226,4 per 100.000 abitanti; -22,6%).

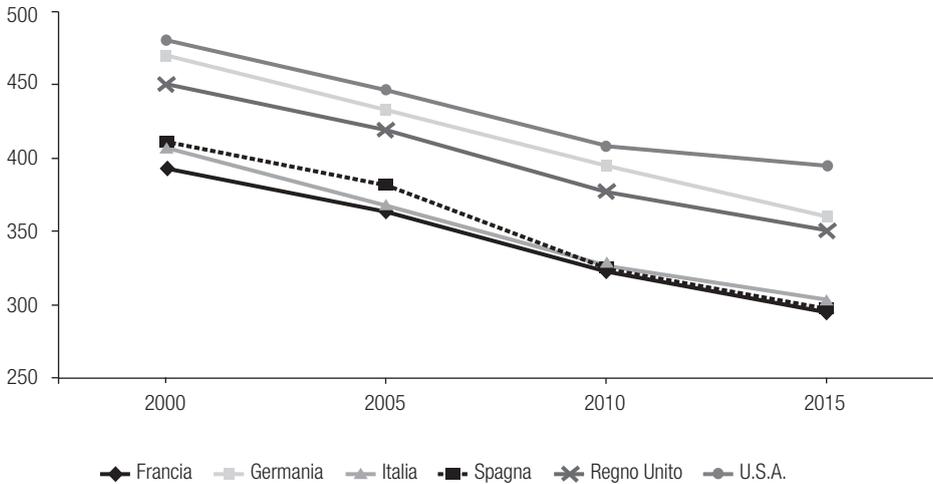
Entrambe le malattie sono tra le cosiddette malattie non trasmissibili (*non communicable diseases*), su cui si sta focalizzando da tempo l'attenzione dei re-

Figura 2.2 **Morti per malattie non trasmissibili ogni 100.000 abitanti (stime standardizzate per età e distinte per genere, 2015)**



Fonte: elaborazioni su dati WHO 2017

Figura 2.3 **Andamento morti per malattie non trasmissibili ogni 100.000 abitanti (stime standardizzate per età) – 2000, 2005, 2010, 2015 – Principali Paesi**



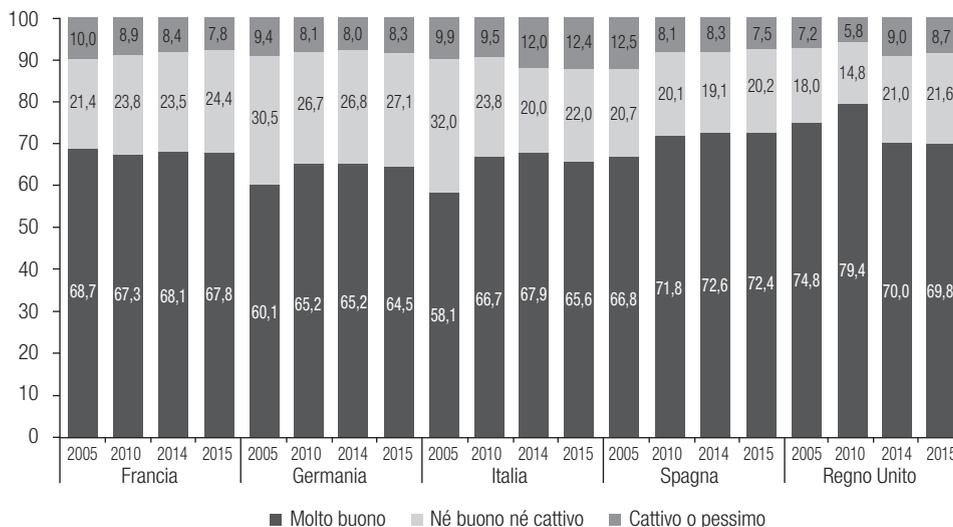
Fonte: elaborazioni su dati WHO 2017

sponsabili di sanità pubblica a livello internazionale, visto che a queste si deve oltre il 70% della mortalità osservata e circa 15 milioni di morti premature all’anno nella fascia di età tra 30 e 69 anni (WHO, 2017). L’80% di queste morti premature sono dovute a malattie cardiovascolari (55%), cancro (28%), malattie respiratorie (12%) e diabete (5%). In Figura 2.2 sono riportati i tassi di mortalità al 2015, standardizzati per età e distinti per genere, per malattie non trasmissibili. In tutti i Paesi, il dato è maggiore per gli uomini rispetto alle donne. Tra il 2000 e il 2015 (Figura 2.3) si è assistito a un trend decrescente della mortalità nei principali Paesi, soprattutto dovuto agli investimenti in prevenzione nelle regioni ad alto reddito.

### 2.2.2 Percezione dei cittadini circa il proprio stato di salute

A fronte delle statistiche fin qui riportate, quale è invece la percezione espressa dai cittadini rispetto al proprio stato di salute? L’OECD fornisce periodicamente questa informazione sulla base di survey condotte sistematicamente sul territorio comunitario (Figura 2.4). Nell’ultimo biennio disponibile (2014-2015), rispetto ai principali Paesi europei di riferimento, l’Italia è quella che dichiara una percentuale maggiore di rispondenti che percepiscono il proprio stato di salute come «cattivo o pessimo» (12,4% nel 2015), considerevolmente più alta rispetto agli altri Paesi, che invece riportano percentuali tra 7,5% e 8,7%. Si nota, inoltre, come l’Italia sia anche il Paese che fa registrare il differenziale

Figura 2.4 **Percezione del proprio stato di salute: distribuzione nei principali Paesi europei (2012 - 2015)**



Fonte: elaborazioni su dati OECD 2017

più consistente tra 2005 e 2015 per quanto concerne la percezione di un buon stato di salute da parte dei cittadini (+7,5 punti percentuali). Tale importante variazione non è tuttavia da attribuire a una riduzione di chi considera pessimo il proprio stato di salute (addirittura in aumento: +2,5 punti percentuali tra 2015 e 2005), ma a una importante riduzione della «zona grigia» di chi si manteneva neutrale (dal 32,0% del 2005 al 22,0% del 2015). Dunque, sebbene siano molteplici i fattori che possono aver concorso al raggiungimento di tali risultati, è possibile in questa sede constatare come anche a fronte dei cambiamenti introdotti dalle misure di austerità che hanno caratterizzato il SSN negli ultimi anni e delle difficoltà generate dalla congiuntura economica sfavorevole, la percezione generale dello stato di salute da parte della popolazione sembrerebbe registrare un non trascurabile miglioramento.

### 2.2.3 Il confronto internazionale in sintesi

Nel 2017 Bloomberg ha predisposto il *Global Health Index*, stilando una classifica dei Paesi più «sani»: l'Italia è risultata al primo posto seguita da Islanda, Svizzera e Singapore. In altre parole gli italiani sarebbero i più sani tra gli europei, ma anche più in generale nel mondo. L'indice è stato calcolato tenendo in considerazione l'aspettativa di vita, le cause di morte, i livelli medi di pressione sanguigna, il consumo di tabacco, la malnutrizione e la disponibilità di acqua potabile.

Date le statistiche discusse in questa sezione del capitolo, si è ritenuto opportuno ricorrere a una rappresentazione sintetica e comparativa tra i principali Paesi del campione analizzato. A tal fine, prendendo come anno di riferimento il 2015, sono stati selezionati alcuni degli indicatori presentati in precedenza in base alle indicazioni della comunità internazionale, confluite nel SDG 3<sup>a</sup> delle Nazioni Unite. Questa iniziativa fissa un'agenda di obiettivi sfidanti a livello mondiale in termini di indicatori e target con un orizzonte temporale al 2030 e si preoccupa di monitorare le condizioni per una vita «in salute» e il grado di promozione di benessere diffuso per ogni individuo, a tutte le età (UN, 2015). Questi indicatori sono:

- ▶ Aspettativa di vita in salute alla nascita;
- ▶ Aspettativa di vita in salute a 60 anni;
- ▶ Mortalità sotto i 5 anni;
- ▶ Mortalità negli adulti (15-60 anni);
- ▶ Mortalità per malattie non trasmissibili.

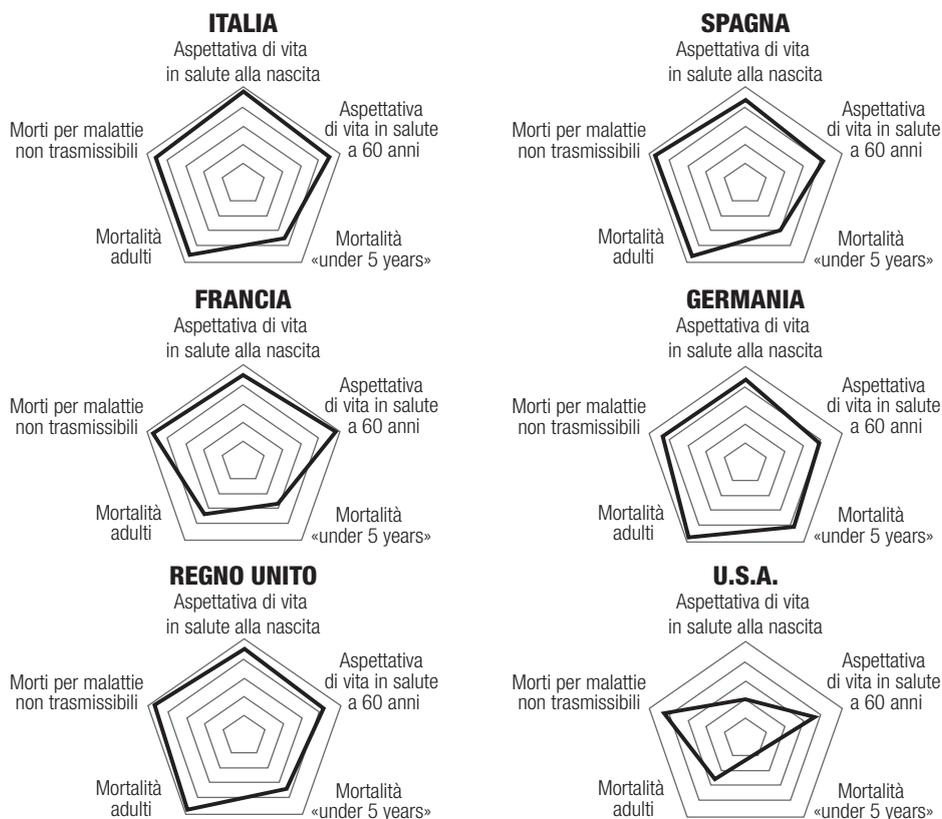
Di questi cinque indicatori, il valore osservato in ciascun Paese è stato standardizzato sulla base del minimo e massimo osservati all'interno del campione, circoscrivendo l'analisi ai soli Paesi OCSE. Ne deriva che per ciascun indicatore il valore osservato per ciascun Paese nella Figura 2.5 varierà tra 0 (corrispondente al valore minimo registrato nel campione per l'indicatore considerato) e 100 (valore massimo)<sup>3</sup>. La standardizzazione ha altresì tenuto conto della «direzione» dell'osservazione (si consideri ad esempio la mortalità per adulti: ragionevolmente un valore modesto dovrebbe essere associato a una «buona performance» del sistema sanitario, al contrario di quanto accade per l'aspettativa di vita): si segnala dunque che a prescindere dall'indicatore considerato, più il valore registrato si avvicina al vertice di riferimento del pentagono più il sistema sanitario può essere considerato «performante».

Focalizzando l'attenzione su Italia, Spagna, Francia, Germania, Regno Unito e USA, ne deriva l'interessante rappresentazione in Figura 2.5. Il sistema sanitario italiano emerge come estremamente competitivo rispetto alle dimensioni considerate, riportando valori superiori a 90 in ciascuna di esse (fatta eccezione per la mortalità che riguarda i bambini al di sotto dei 5 anni – 70,3 – comunque miglior valore registrato tra i Paesi qui considerati) e mostrando i valori più ele-

<sup>3</sup> In particolare, gli obiettivi generali che investono il tema della sanità e che afferiscono al SDG 3 sono individuabili in 9 fattispecie, cui si affiancano 3 dimensioni trasversali. Si rimanda al seguente link per approfondimenti sul tema: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>.

<sup>4</sup> A titolo esemplificativo si consideri il caso dell'«aspettativa di vita in buona salute alla nascita», facendo riferimento a quanto riportato nella Tabella 2.3: escludendo i Paesi BRIC, il valore minimo registrato in Ungheria (67,4) corrisponde allo «0» della Figura 2.5; viceversa, il valore massimo della Svizzera (73,1) corrisponde al vertice del pentagono e quindi al valore «100». Ad esempio, l'Italia riporta un valore standardizzato particolarmente elevato (94,7) in virtù dell'elevata aspettativa di vita in buona salute registrata (72,8).

Figura 2.5 **Posizionamento dei vari sistemi sanitari rispetto agli indicatori del Sustainable Development Goal 3 (2015)**

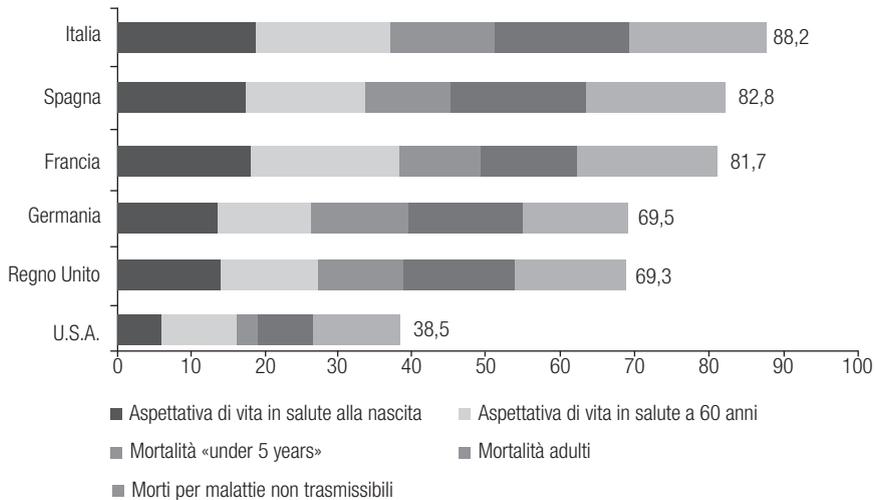


Fonte: elaborazioni degli autori su dati OECD 2017 e WHO 2017

vati tra i principali Paesi per quanto concerne l'aspettativa di vita in buona salute alla nascita (94,7) e tasso di mortalità per adulti (91,8). Guardando invece all'aspettativa di vita in salute a 60 anni e al tasso di mortalità per malattie non trasmissibili, l'Italia riporta valori comunque competitivi (rispettivamente 91,1 e 93,2), inferiori solo alla Francia (100,0 e 96,7). Di converso, gli USA mostrano valori piuttosto contenuti in ognuna delle dimensioni considerate, oscillando tra il 14,8 inerente al tasso di mortalità sotto i 5 anni e il 60,1 nel caso del tasso di mortalità per malattie non trasmissibili. In ciascuna delle 5 dimensioni qui analizzate, gli Stati Uniti fanno registrare i valori peggiori tra i 6 Paesi considerati.

Con un'estrema semplificazione metodologica, inoltre, se si ipotizzasse di assegnare pari valore a ciascuna delle dimensioni considerate e si procedesse alla valorizzazione della media tra i valori osservati, l'Italia risulterebbe il sistema Paese con la migliore performance complessiva, facendo registrare il valore più

Figura 2.6 **Sintesi del confronto dei sistemi sanitari tra Paesi sulla base degli indicatori del Sustainable Development Goal 3 (2015)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati OECD 2017 e WHO 2016

elevato e pari a 88,2 (con 100,0 valore massimo raggiungibile) (Figura 2.6). Di contro, gli USA farebbero registrare il risultato complessivo minore (38,5).

In conclusione, il confronto in prospettiva internazionale non è preoccupante. L'Italia ha in media livelli di speranza di vita e speranza di vita in buona salute, tra i più elevati al mondo e, in maniera speculare, tassi di mortalità relativamente inferiori rispetto ai principali Paesi che si è soliti considerare come *benchmark*. Il confronto internazionale tra sistemi permette di riflettere sulle performance nazionali, di promuovere la trasparenza e ipotizzare riforme sulla base di elementi empirici; tuttavia, va precisato come, in questo e in altri casi, l'operationalizzazione della costruzione di ranking dipende profondamente dal perimetro dei servizi e attività compresi all'interno del sistema sanitario, dalla disponibilità e confrontabilità dei dati, dal complesso di principi e valori inerente il sistema e il Paese in cui esso opera (Papanicolas e Jha, 2017). Le differenze, in alcuni casi molto marcate, tra i Paesi considerati rispetto a questi punti vanno sicuramente tenute in conto per una corretta interpretazioni dei dati.

### 2.3 Lo stato di salute della popolazione: il contesto nazionale

Il presente paragrafo propone una rappresentazione dello stato di salute della popolazione italiana con confronti temporali, interregionali e, dove possibile, di genere e per fasce d'età.

Le fonti informative considerate sono:

- ▶ ISTAT (*Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile*), con riferimento all'anno 2016;
- ▶ ISTAT (*Iscritti in anagrafe per nascita*), con riferimento all'anno 2015;
- ▶ ISTAT (*Indagine Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana – parte generale*), con riferimento all'anno 2016;
- ▶ ISTAT (*Rilevazione dei cancellati all'anagrafe per decesso*), con riferimento all'anno 2015;
- ▶ ISTAT (*Indagine sulle cause di morte*), con riferimento all'anno 2014;
- ▶ MEV(i) (*Rapporto MEV(i): Mortalità evitabile (con intelligenza), 2017*), con riferimento al triennio 2012-2014;
- ▶ BES (*Rapporto BES: Il benessere equo e sostenibile in Italia, 2016*), con riferimento all'anno 2016.

Vengono esaminati alcuni tra i principali esiti di salute e, in particolare, indicatori di struttura demografica, fecondità, speranza di vita e mortalità. Vengono poi discusse le principali cause di morte, alcuni studi sulla mortalità evitabile (MEV(i), 2017), e i principali fattori di rischio o determinanti non mediche della salute (ISTAT, 2015; 2016).

### 2.3.1 Struttura demografica

Comprendere la composizione demografica di un Paese è necessario per capire chi sono gli utenti del SSN, le loro caratteristiche e bisogni. Inoltre, essa può altresì essere considerata espressione della qualità dell'assistenza sanitaria ricevuta: migliori cure e un più ampio accesso alle stesse riducono la mortalità e, pertanto, portano a un aumento della popolazione anziana, che vive più a lungo. Nel medio e lungo periodo una popolazione più anziana presumibilmente esprimerà maggiori bisogni di assistenza sanitaria che per essere soddisfatti richiedono una maggiore offerta di servizi sanitari. Se le risorse sono limitate, i sistemi sanitari devono necessariamente rivedere le politiche di allocazione delle stesse per evitare di far fronte a crescenti bisogni della popolazione anziana a scapito di altre fasce della popolazione o, viceversa, al fine di mantenere l'universalità dell'accesso alle cure, assicurando la soddisfazione dei bisogni sanitari di ciascuno. Alcuni trend, inoltre, assumono una rilevanza che va oltre i singoli confini nazionali. Si consideri, a titolo esemplificativo, proprio l'invecchiamento della popolazione: tra 2010 e 2015 la quota di popolazione anziana dei Paesi esaminati nel par. 2.2 è mediamente aumentata di 1,6 punti percentuali (in Italia del 2%). A dati 2015, l'Italia è il Paese con la maggior percentuale di popolazione sopra i 65 anni (22%), seguito da Grecia, Germania, Portogallo e Finlandia (tutti Paesi dove la quota di popolazione anziana supera la soglia del

20%). Ne deriva quindi l'importanza assegnata alla composizione demografica all'interno del presente paragrafo dove verrà esaminata con specifico riferimento al nostro Paese. La Tabella 2.7 ne sintetizza alcune rilevanti dimensioni.

La popolazione italiana è diversamente distribuita tra le 21 regioni italiane: le regioni più popolate sono Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia, tutte al di sopra dei 5 milioni di abitanti. Le meno popolate sono, invece, Molise, PA Bolzano, Trento, e Umbria.

La PA di Bolzano (16,0%), Campania (15,2%), la PA di Trento (14,8%), Sicilia (14,3%) e Lombardia (14,1%) hanno un tasso di popolazione infantile, tra 0 e 14 anni, maggiore rispetto alla media italiana (13,7%). Di converso, Liguria (28,2%), Friuli Venezia Giulia (25,5%), Toscana (24,9%), Umbria (24,8%), Piemonte (24,8%) e Marche (24,0%) sono invece le regioni con il più elevato tasso di popolazione anziana, decisamente superiore alla media italiana (22,0%). L'indice di vecchiaia è in media di 161, con delle punte superiori a 200 in Liguria (245), Friuli Venezia Giulia (206) e Molise (202). In tutte le regioni italiane, eccetto la Calabria, l'indice di dipendenza strutturale supera il 50%, a significare che la popolazione adulta (15-64 anni) è in tutte le regioni inferiore alla somma tra la popolazione infantile e anziana e, dunque, l'incidenza della parte di popolazione cosiddetta «inattiva» assume valori considerevoli lungo tutta la penisola. L'età media in Italia si attesta a 45,7 anni. I tassi di crescita della popolazione per 1.000 abitanti sono negativi per la maggior parte delle regioni italiane, fatta eccezione per la PA di Bolzano, Veneto, PA di Trento e Lombardia. Il tasso di crescita utilizza il saldo totale dell'anno, pertanto fenomeni di immigrazione che caratterizzano alcune regioni più di altre si sommano ai cambiamenti demografici della popolazione locale, considerati dal saldo naturale.

Come è noto, la composizione demografica di un Paese è il risultato di molteplici fattori, i più immediati dei quali sono rappresentati dal *tasso di fecondità*, dalla *speranza di vita*, e dalla *mortalità*.

La *fecondità* varia nelle diverse regioni italiane e tra madri italiane e straniere (Tabella 2.8). In tutte le regioni, il tasso di fecondità è più basso per le madri italiane, con età media delle madri al parto più alta. Nelle PA di Bolzano e Trento il tasso di fecondità è più alto rispetto al resto dell'Italia, sia per le madri italiane (rispettivamente 1,62 e 1,44 figli) sia straniere (2,42; 2,25 figli); Campania, Sicilia e Puglia presentano un tasso maggiore per le madri italiane rispetto alle altre regioni; mentre le madri straniere mostrano tassi di fecondità più elevati in Lombardia (2,14), Emilia Romagna (2,08) e Sicilia (2,01 figli). Questi dati si prestano ad approfondimenti circa dinamiche sociali, culturali, occupazionali e di welfare in corso a livello delle diverse regioni, che esulano però dall'obiettivo del presente capitolo.

La *speranza di vita* alla nascita in Italia è tra più le più alte a livello internazionale (§ 2.2). La speranza di vita alla nascita per le donne è mediamente

Tabella 2.7 Indicatori di struttura demografica, per regione (1 gennaio 2016)

Regioni	Abitanti	% 0-14 anni	% 65+	Età media	Indice di dipendenza strutturale (1)	Tasso di crescita per 1.000 ab. (2)	Indice di vecchiaia (3)
Piemonte	4.404.246	12,8%	24,8%	46,4	60,2	-4,6	193,7
Vale d'Aosta	127.329	13,7%	22,8%	45,3	57,6	-7,6	166,7
Lombardia	10.008.349	14,1%	21,9%	44,6	56,2	0,6	155,7
PA Bolzano	520.891	16,0%	19,1%	42,3	54,1	4,6	119,9
PA Trento	538.223	14,8%	21,1%	43,9	56,1	1,5	142,1
Veneto	4.915.123	13,8%	22,0%	43,1	55,8	3,0	159,2
Friuli-Venezia Giulia	1.221.218	12,4%	25,5%	44,8	61,0	-2,5	204,7
Liguria	1.571.053	11,5%	28,2%	46,9	65,8	-4,8	246,5
Emilia-Romagna	4.448.146	13,4%	23,6%	48,5	58,8	-7,7	175,6
Toscana	3.744.398	12,8%	24,9%	45,7	60,4	-0,5	195,4
Umbria	891.181	12,9%	24,8%	46,5	60,5	-2,2	192,4
Marche	1.543.752	13,1%	24,0%	46,3	59,0	-4,0	183,9
Lazio	5.888.472	13,7%	21,0%	45,9	53,1	-4,6	152,9
Abruzzo	1.326.513	12,7%	22,9%	44,3	55,5	-0,7	180,1
Molise	312.027	11,7%	23,6%	45,4	54,7	-3,8	201,4
Campania	5.850.850	15,2%	17,9%	46,0	49,4	-4,2	117,3
Puglia	4.077.166	13,8%	20,9%	41,7	53,2	-1,8	151,5
Basilicata	573.694	12,5%	21,9%	43,7	52,5	-3,2	175,7
Calabria	1.970.521	13,6%	20,5%	44,9	51,9	-5,1	150,8
Sicilia	5.074.261	14,3%	20,2%	43,6	52,6	-3,1	141,3
Sardegna	1.658.138	11,8%	22,1%	43,1	51,2	-3,5	187,9
<b>ITALIA</b>	<b>60.665.551</b>	<b>13,7%</b>	<b>22,0%</b>	<b>45,7</b>	<b>55,5</b>	<b>-3,1</b>	<b>161,4</b>

(1) Calcolato come rapporto tra la somma della popolazione anziana e infantile al numeratore, la popolazione adulta (15-64 anni) al denominatore, moltiplicato per 100.

(2) Calcolato come rapporto tra il saldo totale dell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000. Il saldo totale di un territorio, a sua volta, è calcolato come la somma del saldo naturale (differenza tra nascite e morti), del saldo migratorio per trasferimento/cancellazione di residenza e del saldo per altri motivi. Il dato è calcolato con riferimento all'anno solare 2015 (gennaio-dicembre).

(3) Calcolato come rapporto tra la quota di popolazione over65 e la quota di popolazione under15, moltiplicato per 100.

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2017

Tabella 2.8 **Tasso di fecondità ed età media delle madri al parto per regione di residenza e per cittadinanza della madre (2015)**

Regione	Tasso di fecondità totale			Età media delle madri al parto		
	Italiani	Stranieri	Totale	Italiane	Straniere	Totale
Piemonte	1,25	1,90	1,36	32,5	28,9	31,7
Valle d'Aosta	1,33	1,98	1,40	32,1	29,1	31,6
Lombardia	1,29	2,14	1,44	32,8	28,9	31,8
PA Bolzano	1,62	2,42	1,70	32,1	28,9	31,6
PA Trento	1,44	2,25	1,56	32,4	28,9	31,7
Veneto	1,25	2,01	1,38	32,8	28,9	31,9
Friuli-Venezia Giulia	1,21	1,90	1,32	32,6	28,8	31,8
Liguria	1,17	1,96	1,30	32,8	28,6	31,8
Emilia-Romagna	1,24	2,08	1,42	32,6	28,9	31,6
Toscana	1,19	1,81	1,30	32,9	28,4	31,9
Umbria	1,18	1,67	1,27	32,5	28,4	31,6
Marche	1,25	1,82	1,33	32,7	28,6	31,9
Lazio	1,28	1,66	1,32	32,8	28,7	32,1
Abruzzo	1,22	1,81	1,28	32,6	28,2	32,0
Molise	1,15	1,62	1,17	32,7	28,2	32,3
Campania	1,33	1,73	1,34	31,3	28,1	31,2
Puglia	1,22	1,90	1,24	31,8	27,6	31,6
Basilicata	1,14	1,95	1,17	32,6	27,2	32,2
Calabria	1,27	1,72	1,29	31,7	28,1	31,4
Sicilia	1,33	2,01	1,35	31,1	27,8	30,9
Sardegna	1,07	1,70	1,09	32,6	28,5	32,4
<b>ITALIA</b>	<b>1,27</b>	<b>1,94</b>	<b>1,35</b>	<b>32,3</b>	<b>28,7</b>	<b>31,7</b>

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2017

più alta che per gli uomini in tutte le regioni italiane e il fenomeno risulta costante negli anni (Tabella 2.9). Le oscillazioni sono piuttosto contenute: le PA di Trento e Bolzano sono le regioni con la maggiore aspettativa di vita alla nascita (nel 2016, 86,4 per le donne e 81,2 per gli uomini, a Trento; 86,1 e 81,3 a Bolzano), mentre la Campania è la regione in cui risulta essere più contenuta (83,5 per le donne, 78,9 per gli uomini nel 2016), seguita dalla Sicilia (83,9 per le donne, 79,8 per gli uomini). Come è noto, inoltre, la speranza di vita non è soltanto correlata a fattori di salute. Ad esempio, alcuni studi hanno messo in relazione la speranza di vita con il livello di istruzione. Nel 2012 possessori di laurea o titolo superiore mostravano la maggiore speranza di vita a tutte le età. Inoltre, la speranza di vita decresce per livelli di istruzione inferiori, con i valori più bassi registrati per chi non possiede alcun titolo o, al massimo, la sola licenza elementare (ISTAT, 2012). L'aspettativa di vita a 65 anni rispecchia i dati appena osservati, con livelli abbastanza omogenei a livello Paese, centrati su 20,3 anni nel 2015. Di questi, tuttavia, soltanto meno della metà

Tabella 2.9 **Speranza di vita alla nascita, per regione e genere (2013-2016)**

Regione	Speranza di vita alla nascita – donne				Speranza di vita alla nascita – uomini				Speranza di vita alla nascita - totale				
	2013	2014	2015	2016*	2013	2014	2015	2016*	2013	2014	2015	2016*	
Piemonte	84,6	85,0	84,5	85,0	79,7	80,2	79,9	80,5	82,1	82,5	82,1	82,5	82,1
Valle d'Aosta	84,6	84,6	83,6	84,6	79,7	79,7	78,8	79,4	82,1	82,1	82,1	82,1	81,1
Lombardia	85,1	85,5	85,1	85,6	80,3	80,8	80,6	81,1	82,6	83,1	82,8	83,1	82,8
PA Bozzano	85,6	85,5	85,7	86,1	80,8	81,2	80,8	81,3	83,1	83,3	83,2	83,3	83,2
PA Trento	85,8	86,1	85,8	86,4	80,8	81,3	81,2	81,2	83,2	83,6	83,5	83,6	83,5
Veneto	85,3	85,7	85,3	85,7	80,3	80,8	80,7	81,0	82,7	83,1	82,9	83,1	82,9
Friuli Venezia Giulia	84,7	85,1	85,0	85,4	79,5	80,1	79,9	80,3	82,0	82,6	82,4	82,6	82,4
Liguria	84,5	85,0	84,6	85,1	79,5	80,1	79,9	80,5	81,9	82,5	82,2	82,5	82,2
Emilia-Romagna	85,1	85,4	85,0	85,3	80,5	81,0	80,9	81,2	82,8	83,1	82,9	83,1	82,9
Toscana	85,1	85,5	85,1	85,6	80,5	81,0	80,6	81,2	82,7	83,2	82,8	83,2	82,8
Umbria	85,3	85,6	85,3	85,8	80,3	80,9	80,6	81,2	82,7	83,2	82,9	83,2	82,8
Marche	85,5	85,7	85,3	85,9	80,7	81,0	80,7	81,2	83,0	83,3	83,0	83,3	83,0
Lazio	84,2	84,7	84,5	85,0	79,5	80,0	80,1	80,6	81,8	82,3	82,2	82,3	82,2
Abruzzo	84,8	85,1	84,6	85,2	79,8	80,2	80,2	80,7	82,2	82,6	82,3	82,2	82,3
Molise	84,6	84,9	84,8	85,4	79,7	79,7	79,6	80,1	82,1	82,3	82,1	82,3	82,1
Campania	83,0	83,3	82,8	83,5	78,1	78,5	78,3	78,9	80,5	80,9	80,5	80,5	80,5
Puglia	84,6	84,9	84,5	85,1	80,2	80,5	80,3	80,9	82,3	82,6	82,4	82,3	82,4
Basilicata	84,7	84,9	84,4	84,9	79,5	79,9	79,7	80,3	82,0	82,4	82,0	82,0	82,0
Calabria	84,3	84,6	84,3	84,7	79,4	79,6	79,6	80,0	81,8	82,0	81,9	82,0	81,9
Sicilia	83,4	83,8	83,4	83,9	79,0	79,5	79,4	79,8	81,2	81,6	81,3	81,2	81,3
Sardegna	85,0	85,3	84,8	85,3	79,2	79,7	79,8	80,2	82,0	82,4	82,2	82,0	82,2
<b>ITALIA</b>	<b>84,6</b>	<b>85,0</b>	<b>84,6</b>	<b>85,1</b>	<b>79,8</b>	<b>80,3</b>	<b>80,1</b>	<b>80,6</b>	<b>82,2</b>	<b>82,6</b>	<b>82,2</b>	<b>82,2</b>	<b>82,3</b>

\* Valore stimato dal Sistema nowcast per indicatori demografici ISTAT. Non è disponibile la stima della speranza di vita complessiva per l'anno 2016.

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2017

Tabella 2.10 **Speranza di vita in buona salute alla nascita e speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (2015)**

Regione	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni
Piemonte	58,3	10,9
Valle d'Aosta	60,2	8,8
Lombardia	59,1	11,4
PA Bolzano	70,1	11,0
PA Trento	65,2	10,5
Veneto	59,5	10,7
Friuli Venezia Giulia	60,2	11,0
Liguria	59,0	10,0
Emilia Romagna	60,9	9,8
Toscana	60,4	11,3
Umbria	59,6	10,9
Marche	58,9	8,7
Lazio	57,6	9,6
Abruzzo	58,5	9,4
Molise	56,3	9,7
Campania	56,1	6,8
Puglia	57,2	8,7
Basilicata	57,3	9,4
Calabria	50,2	7,7
Sicilia	56,5	7,4
Sardegna	54,8	9,2
<b>ITALIA</b>	<b>58,3</b>	<b>9,7</b>

Fonte: Rapporto BES 2016

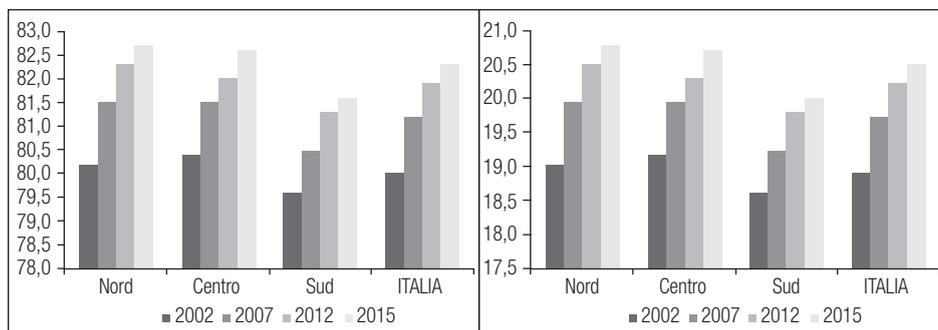
(9,7) saranno mediamente trascorsi senza limitazioni nelle attività quotidiane<sup>5</sup> a causa dell'aumento dell'incidenza di malattie, prevalentemente croniche, legato all'invecchiamento. Complessivamente, la speranza di vita in buona salute<sup>6</sup> alla nascita nel nostro Paese è in media di 58 anni, con differenze tuttavia considerevoli tra le regioni: da 50,2 anni in Calabria a 70,1 nella PA di Bolzano (Tabella 2.10).

Il trend temporale e per macroaree geografiche è riportato in Figura 2.7. Si nota come la speranza di vita alla nascita sia più alta al Nord e più bassa al Sud.

<sup>5</sup> La rilevazione qui presentata differisce da quanto riportato nella Tabella 2.3 in virtù del diverso metodo di stima utilizzato da BES e WHO. In particolare, il BES stima i valori a partire dalla prevalenza di individui che rispondono positivamente («bene» o «molto bene») alla domanda sulla salute percepita nell'ambito dell'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana». Per quanto concerne il metodo di stima adottato dal WHO, invece, si rimanda alla Tabella 2.3 del presente capitolo.

<sup>6</sup> Coerentemente a quanto segnalato nella nota precedente, anche la «speranza di vita in buona salute alla nascita» differisce da quanto presentato nella Tabella 2.3, in virtù della diversa metodologia adottata da BES e WHO e descritta in precedenza.

Figura 2.7 **Speranza di vita alla nascita e speranza di vita a 65 anni, per macroarea geografica (2013-2015)**



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2017

Si è registrato in tutte le aree un aumento della speranza di vita alla nascita tra il 2013 e il 2014, e una successiva riduzione nel 2015 che ha riportato i valori poco sopra i livelli del 2013. Lo stesso andamento è confermato per la speranza di vita a 65 anni; considerando tale indicatore, al Sud si registra un valore per il 2015 inferiore rispetto a quello registrato nel 2013. Tale evidenza non appare comunque drammatica, specialmente alla luce del deciso e costante miglioramento osservato nei valori dei due indicatori in tutte le aree del Paese a partire da inizio secolo. Cionondimeno, è possibile verificare l'esistenza di «differenti velocità» nel trend positivo appena citato: tra 2015 e 2002, al Sud si osserva un aumento della speranza di vita alla nascita di 2 anni e un aumento della speranza di vita a 65 anni di 1,3 anni; nello stesso arco temporale, al Nord si registrano rispettivamente un aumento di 2,5 anni e di 1,4 anni. Più omogeneo, invece, appare il contesto nazionale se si considera il periodo 2007-2015, dove si registra un miglioramento più marcato al Sud della speranza di vita a 65 anni (+0,7 anni, contro il +0,6 delle regioni settentrionali) e un differenziale contenuto per quanto concerne la speranza di vita alla nascita (+1,2 al Nord e +1,1 al Sud).

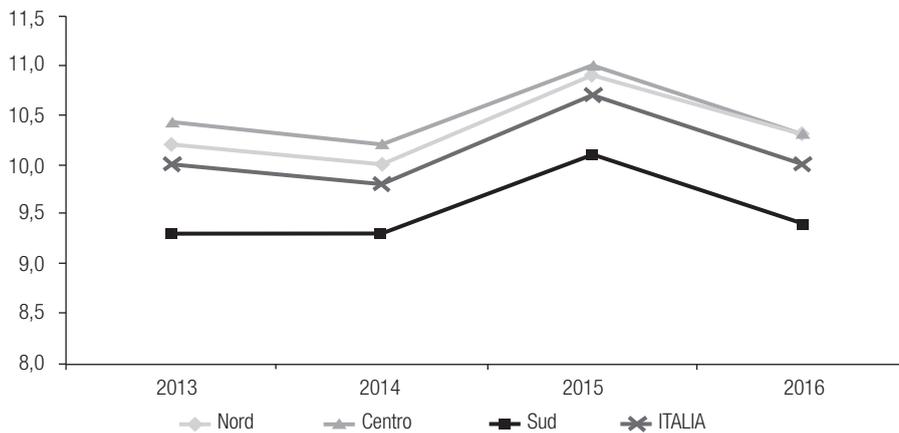
Se l'altra faccia dell'aspettativa di vita è la mortalità (Tabella 2.11), non sorprende osservare come i tassi per 1.000 abitanti per regione siano in linea con quelli in Tabella 2.9. Nel 2016 si registra il maggiore tasso di mortalità per 1.000 abitanti in Liguria (13,2), Friuli Venezia Giulia (11,6), Molise e Piemonte (11,4); il minore tasso di mortalità si osserva nella PA di Bolzano (7,9), Puglia (9,0) e nella PA di Trento (9,1).

La Figura 2.8 mostra il tasso di mortalità aggregato per macro-area geografica relativo agli ultimi 4 anni. Si nota un trend comune a tutte le aree. Come anticipato nell'introduzione, il 2015 ha registrato un aumento significativo e inatteso della mortalità in tutte le aree. Gli esperti hanno attribuito questa variazione

Tabella 2.11 **Tasso di mortalità per 1.000 abitanti, per Regione (2013-2016)**

Tasso di mortalità (per 1.000 abitanti)				
Regione	2013	2014	2015	2016
Piemonte	11,4	11,2	12,3	11,4
Valle d'Aosta	10,0	10,0	11,8	10,9
Lombardia	9,2	9,1	9,9	9,3
PA Bolzano	7,9	8,0	8,4	7,9
PA Trento	9,1	8,9	9,4	9,1
Veneto	9,4	9,3	10,1	9,8
Friuli-Venezia Giulia	11,6	11,2	12,1	11,6
Liguria	13,7	13,0	14,2	13,2
Emilia-Romagna	10,8	10,7	11,6	11,0
Toscana	11,3	11,1	12,1	11,2
Umbria	11,4	11,1	12,1	11,2
Marche	10,9	10,8	11,8	11,0
Lazio	9,5	9,3	9,9	9,5
Abruzzo	10,9	10,8	11,6	10,9
Molise	11,3	11,3	12,4	11,4
Campania	9,0	8,8	9,7	8,9
Puglia	8,8	9,0	9,7	9,0
Basilicata	10,3	10,3	11,2	10,6
Calabria	9,5	9,7	10,3	9,7
Sicilia	9,8	9,8	10,4	9,9
Sardegna	9,2	9,3	10,0	9,6
<b>ITALIA</b>	<b>10,0</b>	<b>9,8</b>	<b>10,7</b>	<b>10,0</b>

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2017

Figura 2.8 **Tasso di mortalità per 1.000 abitanti, per macroarea geografica (2013-2016)**

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2017

a un'epidemia di influenza molto aggressiva nella stagione invernale, aggravata da livelli relativamente bassi di vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana, unita a temperature particolarmente elevate nella stagione estiva (Michelozzi *et al.*, 2016). Altre possibili motivazioni sono attualmente in esame. Nel 2016, invece, il dato è tornato pressoché ai valori del 2013: 10 per 1.000 abitanti a livello Paese; 10,3 al Nord e Centro; 9,4 al Sud.

### 2.3.2 Principali cause di morte

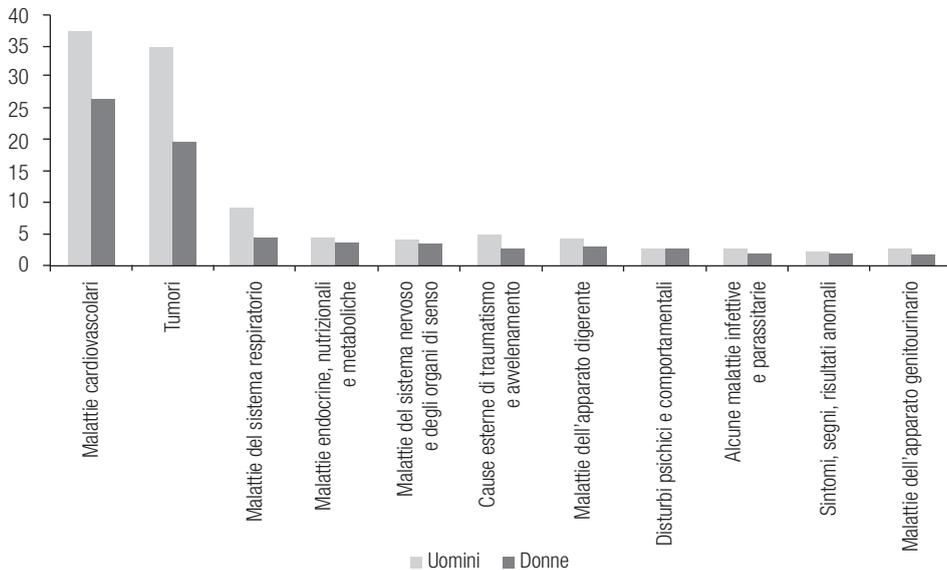
Dopo aver presentato i principali indici epidemiologici e di struttura demografica, in questa sezione focalizziamo l'attenzione sui principali nemici della salute pubblica nel nostro Paese. La Tabella 2.12 presenta le più frequenti cause di morte (ISTAT, 2016). I dati sono in linea con quelli registrati a livello internazionale e illustrati in precedenza (§ 2.2.1). Le patologie più diffuse e principalmente responsabili della mortalità in Italia sono (i) le malattie cardiovascolari e (ii) i tumori. Seguono, con tassi standardizzati di mortalità di molto inferiori, (iii) malattie dell'apparato respiratorio, (iv) malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche e (v) patologie che colpiscono il sistema nervoso e gli organi di senso. Il dettaglio per fascia d'età rivela come nella popolazione giovane e adulta fino a 64 anni, quindi nelle fasce produttive della popolazione, i tumori

Tabella 2.12 **Cause di morte: gli eventi più frequenti – tasso standardizzato di mortalità per 10.000 ab. per fascia d'età (2014)**

Cause	Tasso per 10.000 abitanti
Malattie del sistema circolatorio	30,98
Tumori	25,80
Malattie del sistema respiratorio	5,83
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	3,70
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	3,42
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	3,29
Malattie dell'apparato digerente	3,21
Disturbi psichici e comportamentali	2,46
Alcune malattie infettive e parassitarie	1,86
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	1,71
Malattie dell'apparato genitourinario	1,68
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,45
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,41
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,21
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,17
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,16
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,00

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2016

Figura 2.9 **Cause di morte: gli eventi più frequenti – tasso standardizzato di mortalità per 10.000 abitanti, per genere (2014)**



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2016

rappresentino la principale causa di morte. Abbiamo ormai evidenziato come il genere influenzi la gran parte degli indicatori epidemiologici. Le donne hanno da sempre un vantaggio in termini di sopravvivenza rispetto agli uomini, dai quali si distinguono anche per una maggiore propensione alla prevenzione e agli stili di vita più salutari, sebbene nel tempo però le differenze tendano ad assottigliarsi, consentendo agli uomini di recuperare una parte del divario di genere. Anche per i tassi standardizzati di mortalità esistono delle differenze evidenti tra uomini e donne soprattutto relativamente alle due cause principali di morte (Figura 2.9).

Sempre con riferimento alle cinque principali cause di morte, analizzando il tasso standardizzato di mortalità (Tabella 2.13), emergono alcune importanti differenze interregionali: ad esempio la Campania nel 2014 presentava un tasso di 41,2 morti per 10.000 abitanti per malattie del sistema cardiocircolatorio, rispetto alla media nazionale di 31,0 morti per 10.000 abitanti. Nello stesso anno, Calabria e Lombardia presentavano un tasso di mortalità per tumori (27,32 e 27,26) maggiore rispetto alle altre regioni italiane e alla media nazionale (25,80). Per il fenomeno dei rischi concorrenti, altre cause di morte emergono nelle regioni con tassi standardizzati di mortalità minori per malattie cardiovascolari e/o oncologiche. Si osservino ad esempio gli elevati tassi di mortalità per malattie del sistema respiratorio rispetto alla media nazionale in Valle d'Aosta

Tabella 2.13 **Cause di morte: i 5 eventi più frequenti – tasso standardizzato di mortalità per 10.000 ab. per Regione (2014)**

Regione	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso
Piemonte	30,8	26,3	6,4	3,1	3,5
Valle d'Aosta	27,4	26,4	7,2	2,8	1,7
Lombardia	27,3	27,3	5,8	2,6	3,8
Trentino Alto Adige	27,0	24,3	5,6	2,1	3,5
Veneto	28,5	25,3	5,4	3,1	3,3
Friuli-Venezia Giulia	27,9	26,8	6,4	2,8	2,7
Liguria	29,7	25,7	5,5	3,4	4,1
Emilia-Romagna	27,7	26,2	5,8	3,1	3,0
Toscana	28,1	25,3	5,7	3,3	3,6
Umbria	29,6	23,3	5,6	2,8	3,2
Marche	29,0	24,1	5,6	2,7	3,8
Lazio	31,8	26,9	5,9	3,9	3,2
Abruzzo	33,5	23,2	5,6	4,1	4,0
Molise	36,8	22,2	4,7	4,1	3,1
Campania	41,2	27,3	6,0	5,9	2,9
Puglia	31,5	24,3	5,9	4,8	3,8
Basilicata	34,4	22,8	6,0	5,2	3,1
Calabria	37,3	22,3	5,2	5,3	2,7
Sicilia	37,7	24,4	5,9	5,6	3,3
Sardegna	26,0	26,2	5,8	3,3	3,9
<b>ITALIA</b>	<b>31,0</b>	<b>25,8</b>	<b>5,8</b>	<b>3,7</b>	<b>3,4</b>

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2016

(7,2 per 10.000 abitanti) e Friuli Venezia Giulia (6,4), a fronte di contenuti tassi di mortalità per patologie cardiovascolari (rispettivamente 27,4 e 27,9); o ancora all'elevato tasso di mortalità per malattie afferenti al sistema endocrino registrato in Sicilia (5,6 per 10.000 abitanti), a fronte di un tasso di mortalità per patologie oncologiche al di sotto della media nazionale (24,4).

### 2.3.3 Fattori di rischio

I dati sulla speranza di vita e mortalità appena esposti dipendono dalla distribuzione nella popolazione di fattori di rischio e di protezione della salute più o meno noti. In questa sezione ne presentiamo alcuni, con lo scopo di evidenziare possibili differenze nei comportamenti e stili di vita tra le diverse regioni, tra uomini e donne, in diverse fasce d'età. Utilizzando i dati dell'analisi condotta annualmente da ISTAT, nell'«*Indagine multiscopo sulle famiglie*», si presentano di seguito per regioni, sesso e fasce di età indicatori su:

Tabella 2.14 **Indicatori relativi a fattori di rischio o protezione della salute, per regione (2016)**

Regione	Fumo	Alcool	Sovrappeso	Sedentarietà	Alimentazione
Piemonte	20,0	30,9	31,8	32,6	5,9
Valle d'Aosta	19,8	43,7	31,7	31,8	4,4
Lombardia	20,3	34,6	33,1	30,6	5,8
PA Bolzano	18,5	53,3	31,6	13,6	6,7
PA Trento	16,2	43,4	29,9	17,4	8,9
Veneto	16,2	36,6	34,8	26,1	6,7
Friuli Venezia Giulia	19,3	45,8	35,3	26,2	6,3
Liguria	20,7	33,5	34,9	38,3	4,8
Emilia Romagna	20,3	33,5	35,3	31,9	6,7
Toscana	20,3	26,9	36,8	33,1	6,9
Umbria	22,8	27,1	37,6	38,7	7,4
Marche	18,8	29,4	36,4	32,9	4,4
Lazio	21,2	26,3	33,4	40,6	7,3
Abruzzo	19,7	29,8	38,1	40,3	3,9
Molise	20,0	28,3	39,8	52,5	4,9
Campania	23,4	18,4	39,3	56,9	4,4
Puglia	17,6	22,9	37,4	50,6	3,1
Basilicata	21,5	26,1	40,6	50,4	4,3
Calabria	15,9	22,4	40,4	53,4	3,1
Sicilia	19,6	21,2	38,2	58,4	3,9
Sardegna	17,7	32,8	33,6	34,7	6,8
<b>ITALIA</b>	<b>19,8</b>	<b>29,2</b>	<b>35,5</b>	<b>39,2</b>	<b>5,6</b>

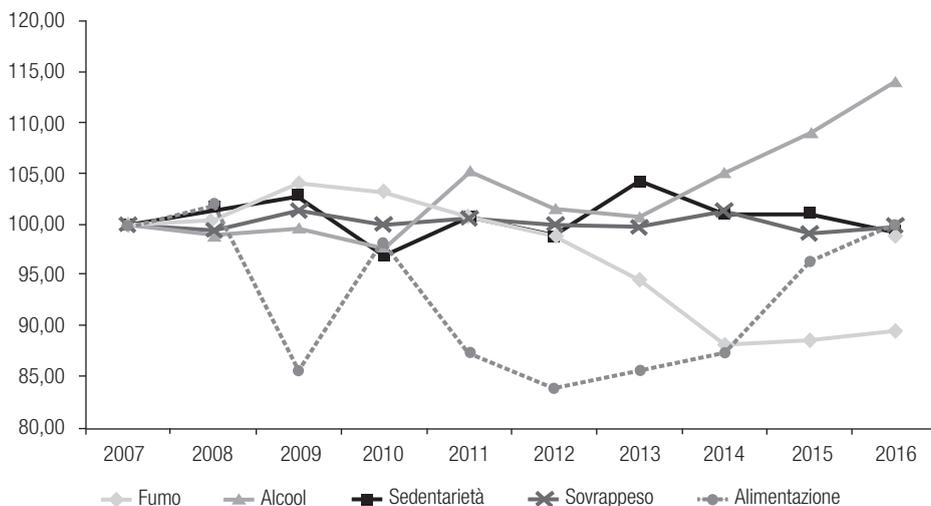
*Fonte:* Elaborazioni su dati ISTAT 2017. Fumo: percentuale di intervistati che si dichiarano fumatori; alcool: percentuale di intervistati sopra gli 11 anni che dichiarano di consumare alcool fuori dai pasti; sovrappeso: percentuale di intervistati in sovrappeso sulla base dell'IMC derivante dalle risposte al questionario; sedentarietà: percentuale di intervistati che hanno dichiarato di non svolgere alcuna attività fisica; e alimentazione: percentuale di persone che consumano almeno cinque porzioni di ortaggi, frutta o verdura al giorno.

- ▶ fumo;
- ▶ consumo di alcool;
- ▶ sovrappeso;
- ▶ sedentarietà;
- ▶ abitudini alimentari.

Nello specifico, si considerano i dati più recenti (2016) e il trend registrato negli ultimi 10 anni disponibili (rispettivamente Tabella 2.14 e Figura 2.10).

L'autodichiarazione circa gli stili di vita e consumo potrebbe non essere oggettiva e sottostimare alcuni comportamenti (consumo di fumo e alcool,

Figura 2.10 **Variazioni relative rispetto al 2007 dei fattori di rischio o protezione della salute, serie storica 2007-2016**



Note: il valore 100 rappresenta il valore «iniziale» registrato per ciascun fattore di rischio e relativo all'anno 2007. Scostamenti da tale valore sono da intendersi in termini percentuali (es. il valore relativo all'alcol registrato nel 2016 equivale a un +14% rispetto al valore osservato nel 2007).

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2017.

scorretta alimentazione o scarsa nutrizione) oppure sovrastimarne altri come l'attività fisica. Tuttavia, osservando questi dati, si notano alcuni fenomeni che, almeno in termini relativi, presentano alcune significative differenze tra regioni, sesso e fasce di età. Non emergono invece differenze rilevanti tra le diverse macroaree geografiche del Paese se si guarda all'andamento dei diversi indicatori nel decennio considerato.

La *sedentarietà* sembra essere il più diffuso fattore di rischio in Italia. Nel 2016, il 39,2% degli italiani dichiara di non svolgere alcuna attività fisica, ma la situazione varia tra le diverse regioni. Le regioni dove si registra il più alto tasso di sedentarietà si trovano al Sud: Sicilia (58,4%), Campania (56,9%), Puglia (50,6%) e Basilicata (50,4%). Di converso, quelle in cui la popolazione sembra svolgere più attività fisica sono la PA Bolzano (tasso di sedentarietà al 13,6%), la PA Trento (17,4%), il Veneto (26,1%) e il Friuli Venezia Giulia (26,2%). I dati più recenti confermano un miglioramento e una riduzione dei livelli di sedentarietà della popolazione italiana, seppur negli anni precedenti (2007-2013) si sia registrato un andamento piuttosto discontinuo con picchi superiori al 40% nel 2009 e nel 2013.

Il *sovrappeso* risulta essere il secondo fattore di rischio, con il 35,3% degli italiani in sovrappeso (non sono qui considerati gli individui obesi, che nel 2016 rappresentano il 10,4% della popolazione). A beneficio del lettore ricordiamo

che la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per sovrappeso è un indice di massa corporea (IMC)<sup>7</sup> tra 25 e 29,99, mentre l'obesità corrisponde a un IMC uguale o superiore a 30. Basilicata, Campania, Sicilia e Puglia sono oggi le regioni con il maggior numero di persone in sovrappeso (rispettivamente 39,9%; 39,3%; 38,7%; 38,6%). La PA di Trento, invece, registra il dato più basso (27,1%). Dal 2007 al 2015 la percentuale di persone sovrappeso a livello nazionale presenta un andamento piuttosto stabile e intorno al 35,5%, con picchi, nel 2009 e 2014, che superano il 36%.

Il *consumo di alcool* sembra essere il fattore che varia di più da regione a regione, da un minimo di 21,2% in Sicilia a un massimo di 53,3% nella PA di Bolzano. Più in generale, anche in virtù di consuetudini consolidate nel tempo, si osserva una maggiore tendenza al consumo di alcool da parte degli abitanti delle regioni settentrionali. La media italiana è di 29,2%, in forte aumento negli ultimi anni (+9% dal 2007). Più in particolare, si nota come nel corso degli ultimi 4 anni rilevati (2013-2016), si osservi un costante e importante aumento (di almeno un punto percentuale l'anno – dato non riportato in figura): si tratta di un risultato rilevante a cui prestare particolare attenzione, specialmente se associato all'aumento del fenomeno del *binge drinking* tra i più giovani e, più in generale, di consumo eccedentario abituale.

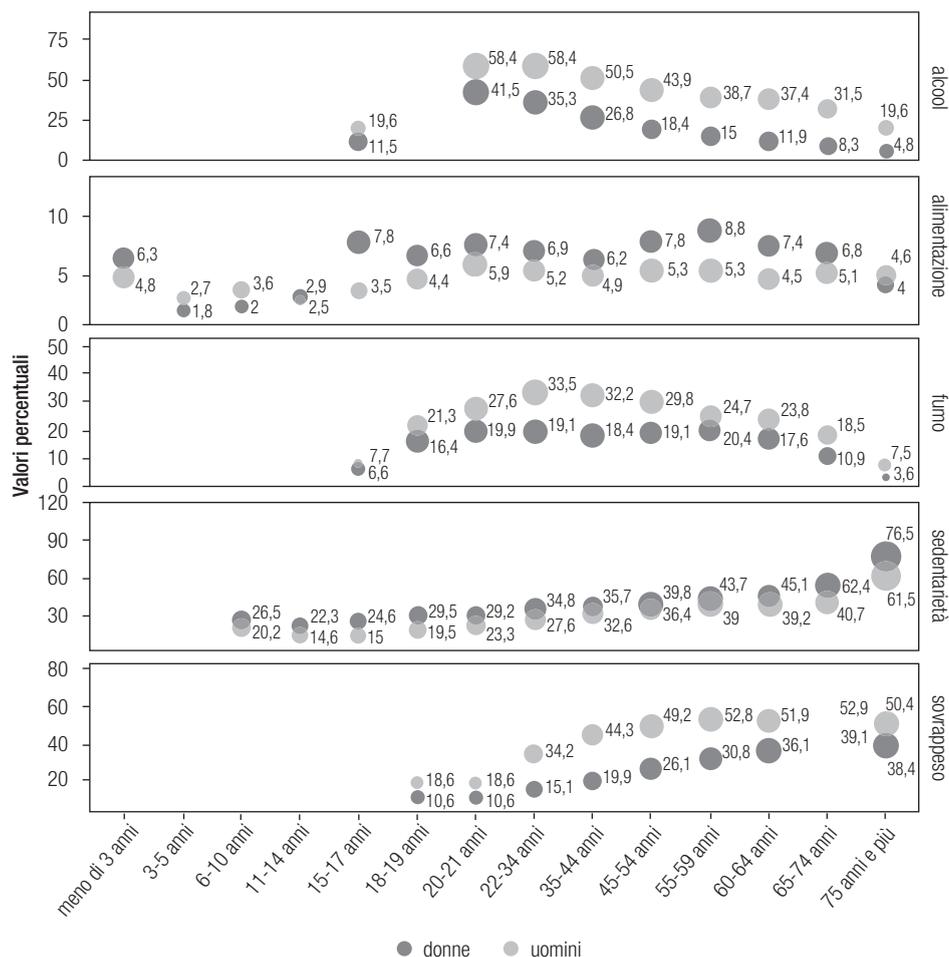
Lo *stile alimentare*, valutato tenendo in considerazione un consumo giornaliero di ortaggi, frutta o verdura almeno pari a 5 porzioni, appare piuttosto eterogeneo nel panorama italiano, con i valori più contenuti osservati nelle regioni meridionali (Puglia e Calabria, 3,1%), a fronte di valori decisamente più elevati al Centro (Umbria, 7,4%; Lazio, 7,3%). A livello Paese, dal 2007 si registra un trend che presenta forti oscillazioni in termini relativi, con valori al 2016 comunque pressoché identici a quelli di un decennio fa e in miglioramento continuo dal 2012.

Infine, il 19% degli italiani si dichiara *fumatore*, e tale percentuale non varia molto da regione a regione, da un minimo di 17% in Puglia, a un massimo di 22,2% in Campania. Si registra una riduzione del numero di fumatori (l'incidenza percentuale dei fumatori sul totale della popolazione passa dal 22,8% al 19,6%) e di sigarette al giorno (da 12,7 a 11,6 – dato non riportato né in Tabella né in Figura) a partire dal 2010, che sembra essersi parzialmente arrestata tra 2015 e 2016.

Osservando gli stessi fattori di rischio, per genere e fasce d'età (Figura 2.11), è possibile formulare alcune ipotesi su alcuni fenomeni che potrebbero caratterizzare uomini e donne in diversi momenti della loro vita. Il numero di fumatori e consumatori di alcool di genere maschile è maggiore rispetto alle donne qualunque sia la fascia d'età considerata. Il consumo di fumo e alcool inizia circa

<sup>7</sup> L'IMC è il valore numerico che si ottiene dividendo il peso (espresso in Kg) per il quadrato dell'altezza (espressa in metri).

Figura 2.11 **Indicatori relativi a fattori di rischio o protezione della salute, per fascia d'età e genere (2016)**



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2017. Le dimensioni dei punti nel grafico sono determinate dal peso percentuale di ciascuna fascia di età nella serie rispettiva (per genere e fattore di rischio)

alla stessa età, intorno ai 15 anni. Il numero di fumatori cresce e ha il proprio picco nella fascia d'età compresa tra i 35 e i 45 anni, dove si registra il maggior numero di fumatori. Il numero di donne fumatrici invece si riduce intorno ai 35 anni e poi aumenta di nuovo intorno ai 45 anni. La percentuale più alta di donne fumatrici si registra tra i 55 e i 60 anni. Il consumo di alcol è massimo per gli uomini di età compresa tra i 35 e i 45 anni e le donne tra i 25 e i 34 anni. Poi per entrambi i sessi, decresce.

Riguardo l'alimentazione, non si assiste a un trend definito per uomini e don-

ne nelle fasce di età infantile e anziana, presumibilmente perché qualcuno si occupa della loro alimentazione in egual modo a prescindere dal sesso: genitori nei primi anni di vita, partner, familiare, o *caregiver* nelle ultime fasce d'età. Tuttavia, nelle fasce centrali di età, tra i 15-17 anni fino ai 55-77 anni, le donne registrano mediamente un'alimentazione più adeguata rispetto agli uomini, con valori che rimangono pressoché costanti nel tempo, seppur con qualche variazione tra fasce di età.

### 2.3.4 Mortalità evitabile

Quanti dei decessi registrati in un dato Paese possono essere imputabili a inadeguati stili di vita e fattori di rischio sottovalutati? Quanti invece sono il risultato di interventi sanitari inadeguati, tardivi o del tutto assenti?

Eurostat, e in Italia, Nebo Ricerche PA, hanno condotto interessanti studi per valutare quante delle morti registrate in un dato Paese sarebbe stato possibile evitare con un intervento tempestivo e appropriato<sup>8</sup>.

Nel 2013 l'Unione Europea ha registrato 1,7 milioni di morti tra la popolazione che ha meno di 75 anni, di cui il 33,7% dei decessi evitabili. Le aree principali in cui si registrano inadeguatezze sono infarti (184.800 morti) e ictus (circa 94.000 morti), seguiti da cancro del colon-retto e della mammella, ipertensione e polmonite, che ammontano al 48% delle morti premature. Secondo Eurostat, in Italia, nel 2013, circa 52.000 decessi sarebbero avvenuti per cause trattabili; le morti prevenibili, invece, sarebbero state circa 89.700 (Eurostat, 2016).

Tra i dati dell'ultimo Rapporto MEV(i) (Mortalità evitabile con Intelligenza) è riportato il dato per regione dei giorni perduti per cause evitabili pro capite, calcolato come la somma degli anni di vita persi rispetto a quelli attesi in tutti i casi di morte evitabile, convertiti in giorni e divisi per tutti gli abitanti dell'area di riferimento. Vengono così calcolati i giorni persi in media da ogni cittadino all'anno a causa di questi decessi.

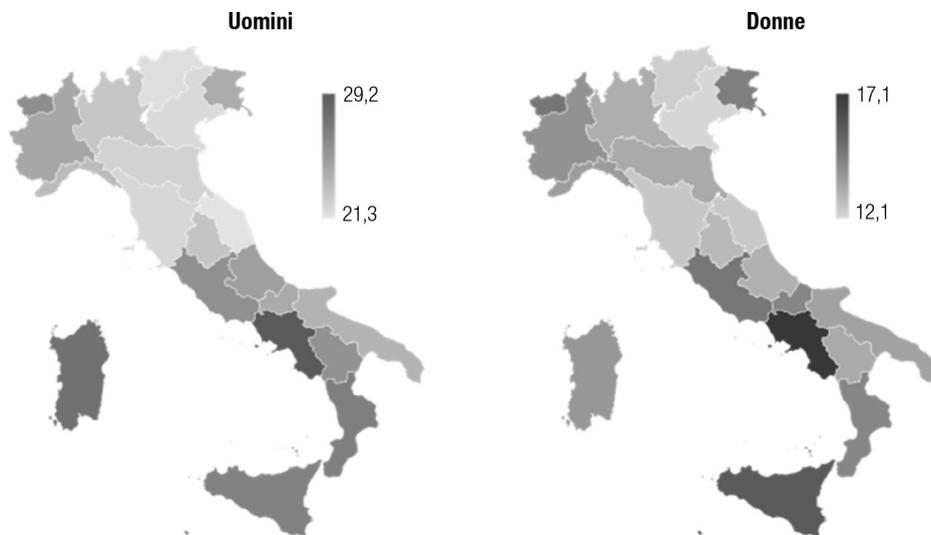
Lo studio ha utilizzato dati ISTAT dell'ultimo triennio disponibile (2012-2014) e stilato una classifica regionale in funzione dei giorni di vita persi rispettivamente per uomini e donne (Figura 2.12).

Il primato positivo per mortalità evitabile maschile spetta a Marche, Trentino Alto Adige e Veneto (rispettivamente con 21,3; 21,6; 21,8 giorni perduti

<sup>8</sup> Nell'ultimo Rapporto MEV, Mortalità evitabile con Intelligenza, MEVi 2017, è stata definita evitabile una morte se «*alla luce delle conoscenze mediche e della tecnologia o della comprensione delle determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (applicando limiti di età se appropriato) potrebbero essere evitate attraverso cure sanitarie di buona qualità (mortalità trattabile) o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio (mortalità prevenibile)*».

Mentre Eurostat raggruppa le morti evitabili in due categorie, *amenable* (trattabili) e *preventable* (prevenibili), Nebo raggruppa le morti evitabili in tre sottogruppi: evitabili attraverso interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene o altra assistenza.

Figura 2.12 **Giorni persi per cause evitabili pro capite (0-74 anni) per tipologia di intervento e genere (codifica convenzionale MEVi) – Triennio 2012-2014**

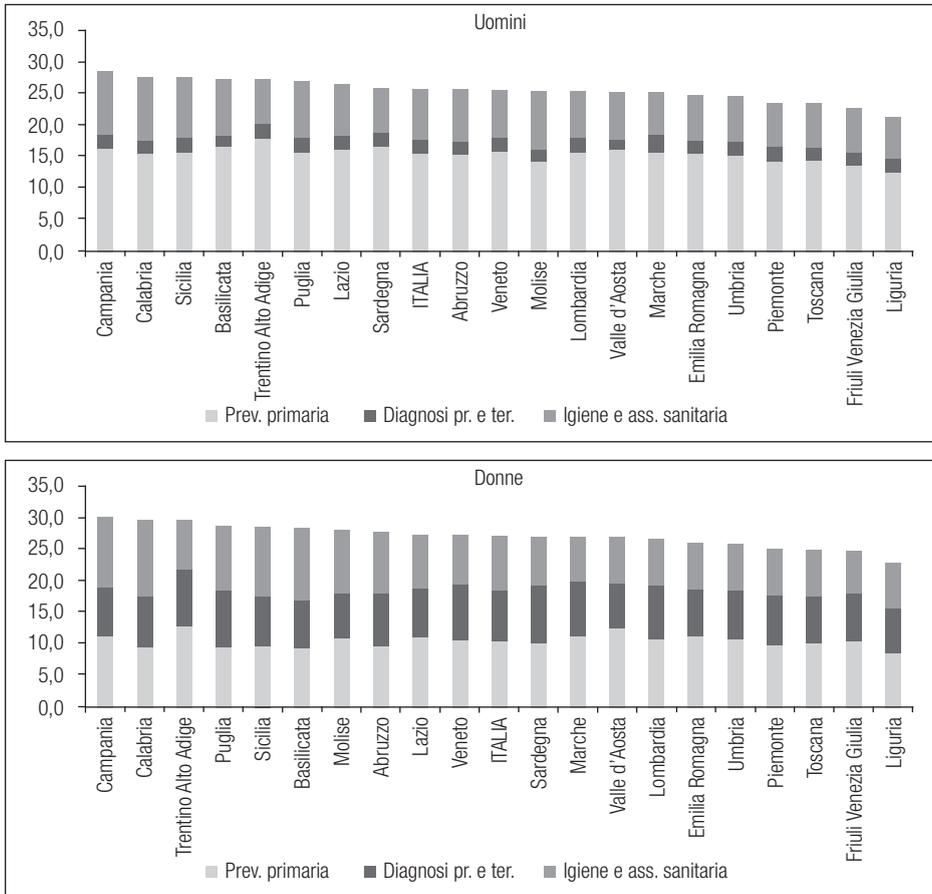


Fonte: elaborazioni su dati MEV(i) 2017

per cause evitabili pro capite). In coda alla classifica sono invece la Calabria (26,8 gg), la Sardegna (27,7 gg) e la Campania (29,2 gg). Per quanto riguarda la mortalità evitabile femminile, ancora Veneto, Province Autonome di Trento e Bolzano e Marche mostrano i valori più contenuti (rispettivamente 12,1; 12,3; 12,5 giorni persi), mentre Campania, Sicilia e Valle d'Aosta i più significativi (17,1; 15,7; 14,8 giorni persi per cause evitabili pro capite).

La Figura 2.13 mostra gli anni persi per cause evitabili per deceduto per tipologia di intervento. A livello nazionale, si stimano 26 anni persi per cause evitabili da ciascun individuo di genere maschile deceduto e 27,1 per il genere femminile. A prescindere dal genere, si nota come siano Campania (29 anni persi per gli uomini e 30,1 per le donne) e Calabria (27,9 e 29,7) le regioni con il più elevato numero di anni persi per singolo deceduto per cause evitabili, mentre Liguria (21,6 anni persi per gli uomini e 22,8 per le donne) e Friuli Venezia Giulia (23,1 e 24,7) mostrano i valori più contenuti. Inoltre, si evidenzia come la maggior parte delle morti evitabili per gli uomini, in tutte le regioni italiane, sarebbero dovute alla carenza di interventi di prevenzione primaria. Fanno parte delle attività di prevenzione primaria le misure attuate con il fine di ridurre gli effetti negativi sulla salute di determinate condizioni economiche, sociali, comportamentali e personali (ad esempio sicurezza sul lavoro, stili di vita e riduzione dei fattori di rischio quali fumo, consumo di alcool, attività fisica

Figura 2.13 **Anni perduti per cause evitabili per deceduto (0-74 anni) per tipologia di intervento (Triennio 2012-2014)**

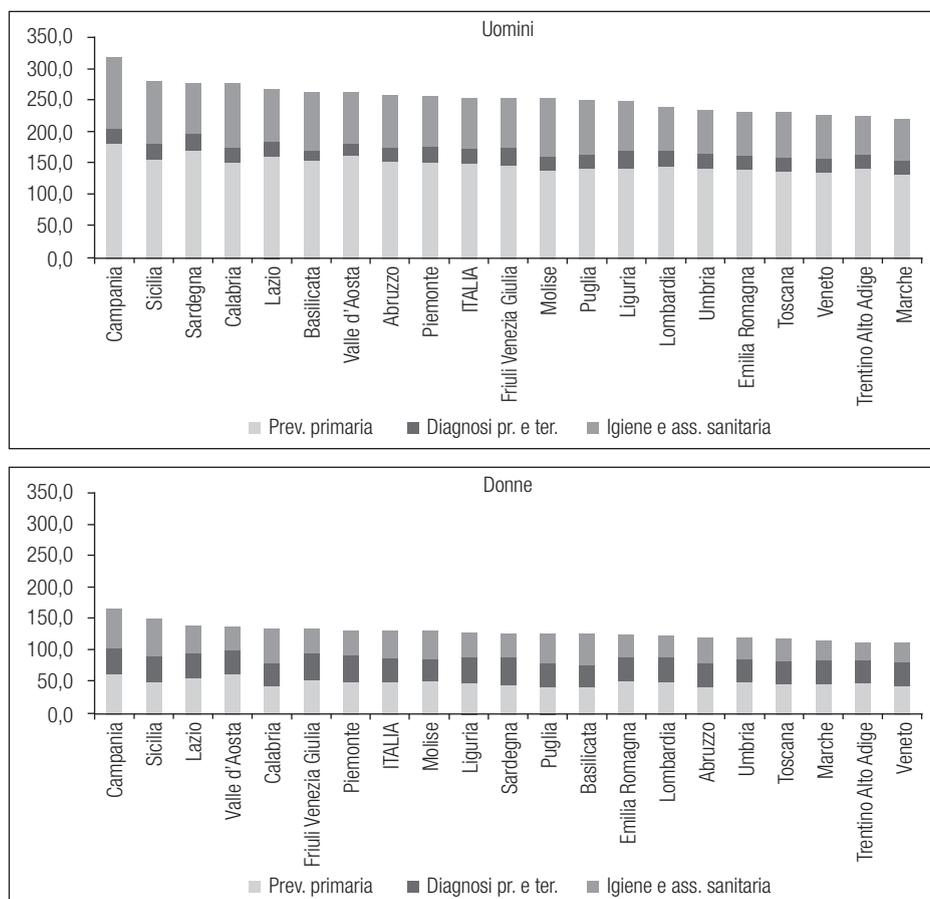


Fonte: Elaborazioni su dati MEV(i) 2017

e alimentazione). Seguono le morti potenzialmente evitabili con interventi di igiene o altra assistenza finalizzata alla prevenzione delle recidive o progressione della malattia. Infine si inseriscono le morti potenzialmente evitabili grazie a interventi tempestivi con lo scopo di diagnosticare e trattare precocemente individui che hanno già sviluppato una patologia o un fattore di rischio, anche se non hanno ancora manifestato sintomi clinici. Proprio questo aspetto assume un peso relativamente maggiore per spiegare le morti evitabili nella popolazione femminile in Italia e sottolinea la rilevanza delle politiche di prevenzione nel nostro Paese, come abbiamo voluto per la prima volta sottolineare nel presente Rapporto (§ 2.4).

Infine, la Figura 2.14 mostra i tassi standardizzati di mortalità evitabile ogni

Figura 2.14 **Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74; per 100.000 abitanti) per genere (Triennio 2012-2014)**



Fonte: elaborazioni su dati MEV(i) 2017

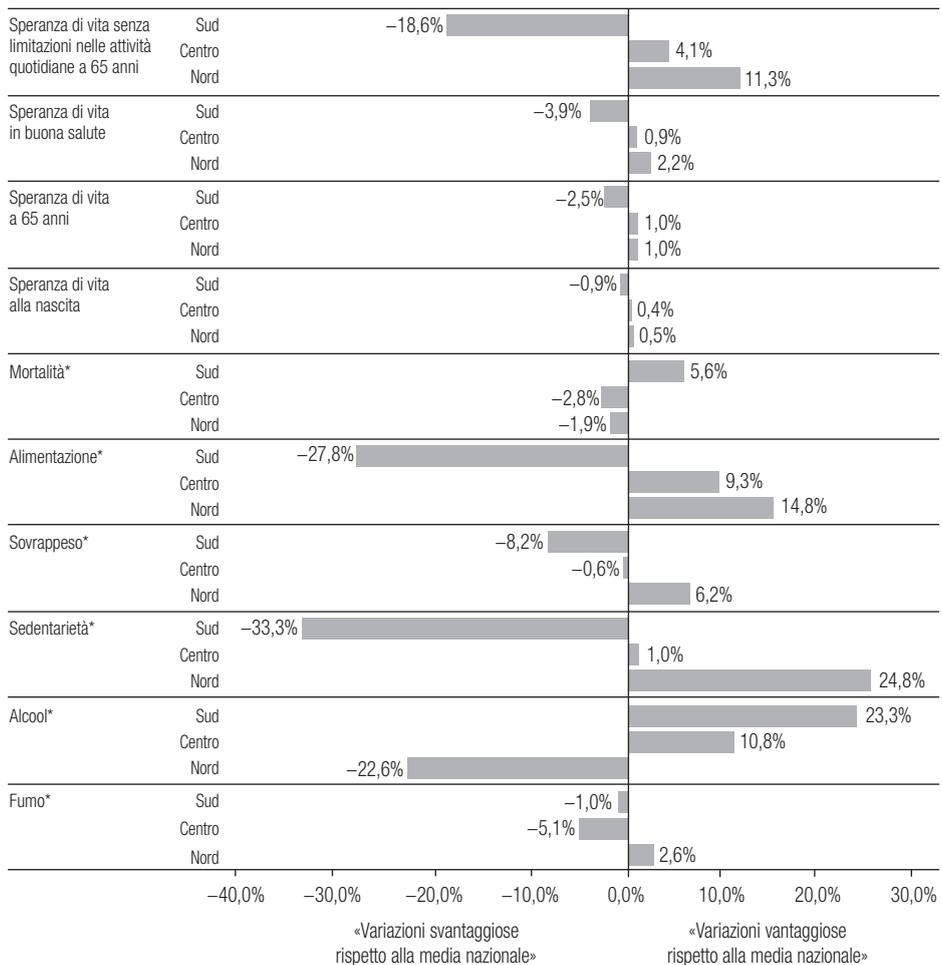
100.000 abitanti, distinguendo per genere e facendo riferimento alla popolazione con età inferiore ai 75 anni. Rispetto al dato precedente sulle giornate perse pro capite a causa di morti evitabili, emerge in questo caso una differenza netta per genere: si consideri, ad esempio, che il tasso registrato a livello nazionale è pari a 257,1 ogni 100.000 abitanti per gli uomini, mentre quello relativo alle donne è pari a 130,7. La Campania fa registrare i valori più elevati a livello nazionale sia per il genere maschile (320,7 ogni 100.000 abitanti) sia per la popolazione femminile (167,1), mentre le regioni più virtuose sono le Marche (222,6) per gli uomini e il Veneto (112,6) per le donne. Anche in questo caso, emerge nitidamente come il valore del tasso di mortalità evitabile sia perlopiù dovuto all'assenza o scarsa efficacia di interventi di prevenzione primaria, seguito da

inadeguati trattamenti e mancata diagnosi precoce.

### 2.3.5 Confronti regionali: una sintesi delle evidenze proposte

Come per la sezione di comparazione internazionale (§ 2.2), si propone di seguito una sintesi delle principali dimensioni considerate nel par. 2.3, al fine di offrire una fotografia rappresentativa delle differenze esistenti tra le tre macro-

Figura 2.15 **Confronto tra media nazionale e macroaree geografiche: quadro complessivo delle dimensioni analizzate (Anno 2015)**



\* La «direzione» della differenza percentuale è stata invertita per motivi di omogeneizzazione della Figura.

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ISTAT 2017

aree geografiche in cui tradizionalmente viene rappresentato il nostro Paese (Figura 2.15).

A tal fine, sono state considerate 10 dimensioni in precedenza trattate e si è cercato di valutare il grado di scostamento in termini relativi che la singola area geografica vanta rispetto alla media nazionale (valore di riferimento per ciascuna delle dimensioni considerate). Anche in questo caso, l'obiettivo è quello di permettere una lettura univoca di dati diversi. Pertanto, tutti i valori che si trovano alla destra della media nazionale segnalano un miglior posizionamento della macroarea nel suo complesso, mentre i valori alla sinistra del valore di riferimento segnalano un peggior livello di performance<sup>9</sup>. L'anno considerato è il 2015<sup>10</sup>.

Dalla Figura 2.15 emergono alcuni interessanti fenomeni tra loro interconnessi e di seguito sintetizzati:

- ▶ L'aspettativa di vita alla nascita e l'aspettativa di vita a 65 anni sono abbastanza uniformi sul territorio nazionale. Questi parametri mostrano infatti i differenziali più contenuti: da -2,5% al Sud a +1% rispetto alla media nazionale nel Centro e Nord per l'aspettativa di vita a 65 anni, con variazioni inferiori per l'aspettativa di vita alla nascita.
- ▶ Se la «quantità» di vita è tutto sommato piuttosto allineata all'interno del contesto nazionale, la «qualità» di vita intesa come buona salute e assenza di limitazioni evidenzia delle differenze più marcate. Nello specifico, si nota come l'aspettativa di vita in buona salute alla nascita al Sud sia quasi il 4% in meno rispetto alla media nazionale (a fronte di un +2,2% del Nord), mentre la speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni sia fortemente sbilanciata, con le regioni del Sud che mostrano valori nettamente inferiori alla media nazionale (-18,6%), a fronte di valori molto positivi nelle regioni del Centro (+4,1%) e del Nord (+11,3%) e una «differente velocità» nel miglioramento registrato nelle tre macroaree geografiche dall'inizio del secolo (§ 2.3.1), che acuisce le criticità legate ai dati appena presentati.
- ▶ D'altra parte, riflettendo la diversa struttura demografica delle regioni (Tabella 2.7), se si considerano i tassi di mortalità non standardizzati per età ogni 1.000 abitanti, il meridione registra valori inferiori del 5,6% rispetto alla media nazionale, mentre Centro (-2,8%) e Nord (-1,9%) mostrano valori superiori alla media nazionale.
- ▶ Con riferimento ai fattori di rischio o determinanti non mediche della salute, si osserva nuovamente un tendenziale sbilanciamento a favore delle regioni

<sup>9</sup> Si consideri a titolo esemplificativo il caso del tasso di mortalità: i valori positivi fatti registrare dall'area meridionale del Paese stanno a indicare un livello di mortalità inferiore del 5,6% rispetto alla media nazionale e quindi un miglior posizionamento dell'area rispetto all'indicatore analizzato.

<sup>10</sup> Pertanto, i valori relativi alle determinanti non mediche della salute sono differenti rispetto a quanto mostrato e analizzato nel par. 2.3.3.

setteentrionali: infatti, a eccezione del consumo di alcool (valori del Sud nettamente migliori, con un consumo inferiore di 23,3 punti percentuali rispetto alla media nazionale), le regioni del Nord mostrano un posizionamento migliore rispetto alle regioni del Centro e del Sud, particolarmente marcato rispetto ad alimentazione (+14,8% rispetto alla media nazionale) e propensione all'attività fisica (+24,8%), e meno significativo per quanto concerne sovrappeso (+6,2%) e fumo (+2,6%).

Dunque, è possibile che la miglior «qualità dello stato di salute della popolazione» registrato nelle regioni setteentrionali sia espressione di una più contenuta propensione a comportamenti rischiosi e a stili di vita più virtuosi (es. maggiore tendenza a svolgere attività fisica). Tali evidenze suggeriscono inoltre due tipi di considerazioni rilevanti in tema di programmazione sanitaria: da un lato, la potenziale maggiore pressione che viene esercitata sui SSR delle regioni meridionali, perlopiù tenuti a operare nel complesso e difficile regime imposto dai Piani di Rientro, e, dall'altro, la potenziale iniquità intrinseca del sistema dovuta alla diffusa tendenza a recarsi nelle regioni setteentrionali per accedere a cure ritenute più adeguate, testimoniato dai non irrilevanti flussi di mobilità che si osservano lungo la direttrice Sud-Nord (per approfondimenti si veda il Capitolo 4 del presente Rapporto).

## 2.4 La prevenzione in Italia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la prevenzione come l'insieme di attività, azioni e interventi che mirano a promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie.

I vantaggi legati a una efficace strategia di prevenzione in un territorio sono duplici: se da una parte la diminuzione dell'insorgenza di malattie evitabili porterà a benefici diretti in termini di salute della popolazione e qualità della vita, e a un generale miglioramento della capacità di ciascun individuo di esprimere a pieno il proprio potenziale nella società, dall'altra, il minor ricorso a servizi sanitari e sociali, grazie all'implementazione di misure di prevenzione efficaci e costo-efficaci, porterà nel lungo termine a un risparmio netto di risorse sanitarie, contribuendo così alla sostenibilità del SSN.

In Italia, la pianificazione strategica delle attività di prevenzione è delineata dal 2005 attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) che stabilisce a livello centrale alcuni macro-obiettivi e gli strumenti per la prevenzione, lasciando alla programmazione regionale, attraverso i Piani Regionali di Prevenzione (PRP), la definizione delle popolazioni target e la gestione delle azioni funzionali al raggiungimento di tali obiettivi.

Il PNP 2014-2018, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 13 novembre

2014, definisce, tra gli obiettivi direttamente legati all'attività del sistema sanitario nazionale, quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili e quello di ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie nella popolazione<sup>11</sup>.

L'intesa Stato-Regioni del 10 Luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la Salute 2014-2016 conferma, per il finanziamento del PNP, uno stanziamento di 200 milioni di euro provenienti dal Fondo Sanitario Nazionale e di 240 milioni di euro tratti dalle risorse previste dagli Accordi per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ai sensi della legge 662/1996 quale quota premiante (risorse vincolate)<sup>12</sup>.

Nel presente paragrafo si riportano i principali dati e indicatori disponibili relativi al monitoraggio di questi due obiettivi, soffermandosi in particolare sui dati di utilizzo degli esami diagnostici di screening oncologico per la prevenzione secondaria delle malattie non trasmissibili e le coperture vaccinali per le malattie infettive.

Le fonti informative considerate per la prevenzione oncologica sono:

- ▶ Osservatorio Nazionale Screening (*Rapporto 2016*), con riferimento all'anno 2015;
- ▶ Sistema di Sorveglianza Passi, con riferimento all'anno 2015;
- ▶ ISTAT (Indagine *European Health Interview Survey*), con riferimento all'anno 2015.

Per la prevenzione delle malattie infettive la fonte considerata è:

- ▶ Ministero della Salute (*Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescente - Coperture vaccinali*), con riferimento all'anno 2016.

#### **2.4.1 La prevenzione delle malattie non trasmissibili**

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono la principale causa di morbosità, invalidità e mortalità sia in Italia (§ 2.3.2), sia nel contesto internazionale (§ 2.2). Negli ultimi anni, il peso relativo delle MCNT rispetto alle altre malattie (trasmissibili, infezioni materno-fetali e disturbi nutrizionali) è cresciuto in maniera considerevole, e così i loro effetti negativi in termini umani, sociali

<sup>11</sup> Per completezza, gli altri macro obiettivi definiti dal PNP 2014-2018 sono: prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali; promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani; prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti; prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti; prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti; prevenire gli infortuni e le malattie professionali; e ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.

<sup>12</sup> Confermate per il 2016 con l'Accordo del 14 aprile 2016 (Rep. 65/CSR).

ed economici (*Global Burden of Disease study – GBD, 2016*). Le ragioni di tale trend possono ricondursi al miglioramento delle tecnologie e strategie messe in campo per combattere le malattie trasmissibili, all'innalzamento dell'età media della popolazione e al contributo di altri fattori come stile di vita e inquinamento ambientale.

Coerentemente con il peso in termini di mortalità e morbosità, il PNP 2014-2018 focalizza l'attenzione sulle malattie cardiovascolari, il diabete, i tumori e le malattie respiratorie croniche.

In sostanza, le misure delineate nel PNP mirano a ridurre la presenza di fattori di rischio legati alle MCNT, tra cui i fattori di rischio comportamentali quali fumo, alcol, sedentarietà, cattiva alimentazione e fattori di rischio intermedio quali sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia e lesioni precancerose.

L'andamento dei principali fattori di rischio legati ai comportamenti individuali è già stato riportato nel precedente paragrafo (§ 2.3.3). Ci si concentra qui sulle misure di prevenzione secondaria, attuate con il fine di identificare precocemente l'insorgenza di lesioni pre-cancerose e, più in particolare, sull'andamento dei tre principali programmi di screening oncologico per il cancro alla cervice uterina, mammella e colon retto.

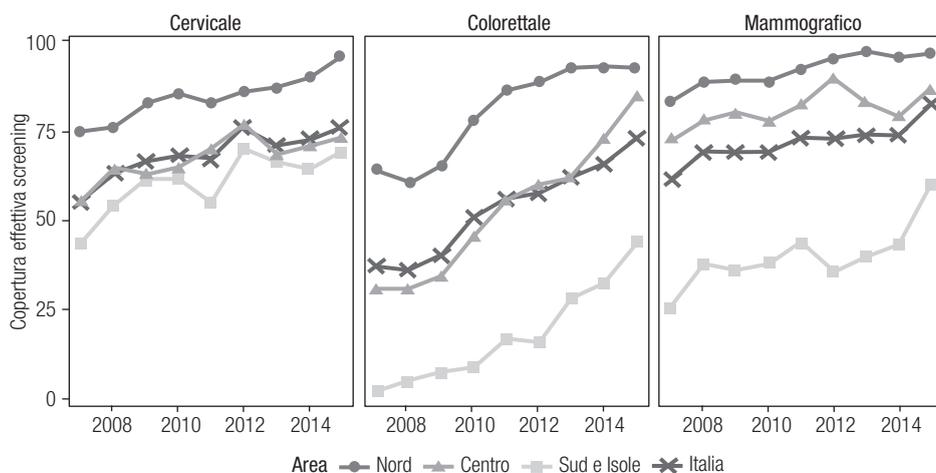
Come è noto, questi programmi sono stati inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (DPCM 29/11/2001) e pertanto devono essere garantiti gratuitamente a tutta la popolazione target residente sul territorio nazionale. A tale proposito, l'estensione effettiva, e cioè l'indicatore che misura la percentuale di persone della popolazione target che sono state regolarmente invitate a sottoporsi a visite di screening negli intervalli previsti<sup>13</sup>, rappresenta il primo dei parametri utilizzati per valutare la qualità e la performance dei programmi oncologici.

Tra 2007 e il 2015 si assiste in generale a una crescita della copertura effettiva di tutti i programmi (Figura 2.16 e Tabella 2.15).

La copertura dello screening mammografico, già storicamente elevata, supera nel 2015 l'80%, registrando in tutto il periodo considerato un tasso annuale di crescita medio del 3,2%. Meno regolare è l'andamento dello screening cervicale, che, dopo un periodo di crescita fino al 2011, subisce una interruzione (soprattutto per via dei programmi al Centro e Sud Italia) per riprendersi lievemente dal 2014 al 2015. Infine il programma di screening coloretale presenta tassi di crescita relativamente costanti (tasso medio 7,84%) raggiungendo nel 2015 una copertura del 73%, raddoppiata rispetto al valore del 2007.

Permane tuttavia una forte variabilità tra aree del Paese, con il Nord costan-

<sup>13</sup> In tal senso la copertura effettiva misura sia la capacità di raggiungere la popolazione target nel territorio di riferimento, sia la capacità di mantenere la frequenza degli inviti entro le tempistiche raccomandate dalla tipologia di attività preventiva (ad esempio 2 anni per la mammografia, o l'esame del sangue occulto fecale, 3 anni per l'esame citologico vaginale o Pap-test).

Figura 2.16 **Copertura effettiva dei programmi di screening per anno e area geografica – periodo 2007-2015**

Fonte: osservatorio nazionale screening - Rapporto 2016

Tabella 2.15 **Copertura effettiva dei programmi di screening per anno e area geografica**

Tipologia di screening	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Cervicale</b>									
Nord	75	76	83	86	83	86	87	90	96
Centro	55	65	63	65	70	77	68	71	73
Sud e Isole	43	54	62	62	55	70	67	65	69
<b>Italia</b>	<b>55</b>	<b>63</b>	<b>67</b>	<b>68</b>	<b>67</b>	<b>77</b>	<b>71</b>	<b>72</b>	<b>76</b>
<b>Colorettale</b>									
Nord	64	61	65	78	86	89	93	93	93
Centro	31	31	34	45	56	60	62	73	85
Sud e Isole	2	5	7	9	17	16	28	32	44
<b>Italia</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>40</b>	<b>51</b>	<b>56</b>	<b>58</b>	<b>62</b>	<b>66</b>	<b>73</b>
<b>Mammografico</b>									
Nord	83	89	89	89	92	96	97	96	97
Centro	72	78	80	78	82	90	83	79	87
Sud e Isole	25	38	36	38	44	35	40	43	60
<b>Italia</b>	<b>62</b>	<b>69</b>	<b>69</b>	<b>69</b>	<b>73</b>	<b>73</b>	<b>74</b>	<b>74</b>	<b>82</b>

Note: La popolazione target e la frequenza degli inviti per soggetto, utilizzati per calcolare le coperture effettive, cambiano a seconda del programma di screening. In particolare, per lo screening cervicale si considera la percentuale di donne fra 25 e 64 anni di età che ricevono la lettera di invito rispetto alla popolazione target dell'anno (PAP test con frequenza di 2 anni o test HPV con frequenza 5 anni); per lo screening colorettale si considera la percentuale di persone, uomini e donne di età 50-69 invitati all'esame di ricerca di sangue occulto nelle feci con frequenza biennale, o la popolazione di 58 anni invitata ad eseguire una rettosigmoidoscopia una volta nella vita (Regione Piemonte). Per lo screening mammografico si considera la percentuale di donne di età 50-69 che ricevono la lettera di invito rispetto alla popolazione target.

Fonte: Osservatorio nazionale screening – Rapporto 2016

Tabella 2.16 **Percentuali di adesione per tipologia di screening e area geografica**

	2010-2011	2012-2013	2014	2015
<b>Screening cervicale</b>				
Nord	49.5*		49.4**	n.d.
Centro	38.2*		38.9**	n.d.
Sud e isole	26.6*		29.6**	n.d.
<b>Screening colorettales</b>				
Nord	50,0	52,0	51,0	53,0
Centro	43,0	39,0	38,0	36,0
Sud e isole	27,0	29,0	25,0	25,0
<b>Screening mammografico</b>				
Nord	n.d.	63,0	63,0	63,0
Centro	n.d.	55,0	56,0	56,0
Sud e isole	n.d.	41,0	39,0	36,0

Note: L'adesione è calcolata come il numero di individui che rispondono all'invito sul totale degli inviti mandati

\* periodo 2009-2011

\*\* periodo 2012-2014

Fonte: Osservatorio nazionale screening - Rapporto 2016

temente superiore in termini di copertura rispetto a Centro e Sud Italia. In particolare, nonostante siano visibili segnali di convergenza, nel 2015 le differenze di copertura tra Nord e Sud/Isole sono ancora pari al 27% per lo screening cervicale, al 37% per lo screening mammografico e al 50% per lo screening colorettales.

Rispetto al tasso di estensione effettiva dei programmi oncologici, la partecipazione reale della popolazione target alle attività di prevenzione è mediata dal tasso di accettazione all'invito ricevuto nell'ambito dei programmi organizzati e dalle iniziative degli individui che effettuano i test in maniera spontanea.

Nella pratica, infatti, le attività di diagnosi precoce organizzata convivono con quelle spontanee (test eseguiti in strutture private o pubbliche), che tuttavia non sempre rispettano i criteri di appropriatezza (intervalli e fasce d'età ottimali).

Per ciò che riguarda il tasso di accettazione all'invito, nuovamente, si denotano differenze sostanziali tra regioni, con i programmi del Nord Italia, e in minor misura del Centro, che presentano un tasso di adesione decisamente più elevato rispetto ai programmi del Sud Italia. In particolare, mentre per il Nord i tassi di adesione tendono a essere costanti nel tempo e in linea con standard ritenuti accettabili<sup>14</sup> per i tre programmi, al Sud si assiste a una flessione negli ultimi

<sup>14</sup> Il rapporto dell'osservatorio nazionale screening, riporta come standard accettabili i valori proposti dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (Gismi), dal Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma (GISCi), e dal Gruppo Italiano Screening tumori colorettales GISCoR, e pari al 50% (45% per lo screening colorettales).

Tabella 2.17 Copertura screening organizzati e spontanei per anno

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Copertura screening cervicale</b>								
Organizzato (a)	37,9	36,7	37,8	38,7	41,1	43,7	42,9	45,0
Spontaneo (b)	38,6	38,0	39,5	38,6	37,4	35,7	34,7	34,3
<b>Totale (a+b)</b>	<b>76,5</b>	<b>74,7</b>	<b>77,3</b>	<b>77,3</b>	<b>78,5</b>	<b>79,4</b>	<b>77,6</b>	<b>79,3</b>
<b>Copertura screening colorettales</b>								
Organizzato (a)	n.d.	n.d.	28,3	29,8	31,9	33,6	35,2	37,9
Spontaneo (b)	n.d.	n.d.	7,5	7,7	6,8	7,4	7,2	7,6
<b>Totale (a+b)</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>35,8</b>	<b>37,5</b>	<b>38,7</b>	<b>41,0</b>	<b>42,4</b>	<b>45,5</b>
<b>Copertura screening mammografico</b>								
Organizzato (a)	53,1	51,1	49,5	49,7	50,6	52,6	52,4	54,0
Spontaneo (b)	18,3	18,4	20,0	19,7	19,4	19,0	18,6	18,9
<b>Totale (a+b)</b>	<b>71,4</b>	<b>69,5</b>	<b>69,5</b>	<b>69,5</b>	<b>70,0</b>	<b>71,6</b>	<b>71,0</b>	<b>72,9</b>

Fonte: sistema di sorveglianza Passi

due anni per gli screening colorettales e mammografico (Tabella 2.16). Pur non esistendo evidenze a riguardo, questo trend potrebbe essere spiegato dal forte aumento di inviti registrato al Sud negli ultimi anni<sup>15</sup>, che tuttavia sconta la recente attivazione dei programmi, e la ancora scarsa consapevolezza da parte della popolazione target.

I dati forniti dal sistema di sorveglianza Passi, che svolge periodicamente indagini campionarie sulla popolazione adulta (18-69 anni) permettono di stimare il reale ricorso della popolazione alla prevenzione oncologica.

Tra il 2010 e il 2015 si assiste a un aumento delle percentuali di individui in fascia di età tra 50 e 69 anni che dichiarano di aver effettuato, a scopo preventivo, un esame per il sangue occulto fecale (sof) nei 2 anni precedenti, o in alternativa, una colonscopia negli ultimi 5 anni<sup>16</sup>, con percentuali che passano dal 35,8% al 45,4% (Tabella 2.17). Tale aumento è dovuto principalmente alla maggiore copertura raggiunta dal programma di screening organizzato. Tuttavia, la percentuale della popolazione target che ricorre alla prevenzione rimane ancora limitata in confronto alle coperture raggiunte per altre tipologie di cancro.

Con riferimento allo screening cervicale, la percentuale di donne che ha dichiarato di aver effettuato un controllo diagnostico per il carcinoma del collo dell'utero<sup>17</sup> rimane relativamente alta e cresce leggermente del 3,6% dal 2008

<sup>15</sup> A titolo esemplificativo, nel biennio 2014-2015, e rispetto al biennio precedente, il numero di inviti è aumentato al Sud del 111% (screening colorettales) e 43% (screening mammografico).

<sup>16</sup> Per la Regione Piemonte, sistema di sorveglianza Passi calcola il dato utilizzando un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening: rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni.

<sup>17</sup> Il dato è la proporzione di donne in età 25-64 anni che dichiarano di aver eseguito un Pap-test e/o test del papilloma virus (Hpv) nei 3 anni precedenti la data dell'intervista, sul totale delle donne target intervistate.

al 2015; si assiste inoltre a una favorevole transizione dagli episodi di screening spontanei verso una maggiore adesione al programma organizzato, migliore in termini di efficacia diagnostica e costo-efficacia. Infine, la percentuale di donne in età tra 50 e 69 anni che dichiarano di aver eseguito una mammografia preventiva nei due anni precedenti rimane piuttosto stabile negli anni, e intorno al 71%, senza grosse variazioni tra il programma organizzato e gli episodi spontanei.

Anche da questi dati, emerge tuttavia uno spiccato gradiente tra Nord e Sud, trasversale a tutti e tre i programmi di screening. La Tabella 2.18 riporta i dati di copertura effettiva nel periodo 2012-2015, per regione, distinti tra copertura degli screening organizzati e spontanei. I dati mostrano chiaramente l'esistenza di uno squilibrio tra le diverse aree, con poche eccezioni regionali.

Analizzando i dati di copertura 2012-2015 per tipologia di screening e regione è interessante notare come, per lo screening del collo dell'utero, esista un'alta percentuale di domanda spontanea, che contribuisce in maniera considerevole al raggiungimento della copertura totale. Trasversalmente tra Nord e Sud, si nota infatti una tendenza per cui le regioni con una minor capacità organizzata di copertura, tendono ad avere maggiori richieste spontanee, quasi a voler sopperire appunto all'assenza di una offerta strutturata da parte delle ASL (Figura 2.17). Pur contribuendo alla copertura totale, va sottolineato però che le esperienze nazionali ed europee indicano che, rispetto agli episodi di screening spontanei od opportunistici, i programmi organizzati sono migliori dal punto di vista dell'efficienza e qualità del processo diagnostico, l'appropriatezza (minore frequenza di esami non necessari e test meno invasivi, protocolli meno aggressivi) e dell'equità di accesso (Smith-Bindman *et al.*, 2003, Rossi *et al.*, 2006).

Nei programmi di screening per il tumore alla mammella e al colon-retto questa tendenza è meno netta e, a una minore offerta organizzata, non corrisponde così chiaramente un aumento delle attività di diagnosi precoce spontanea, lasciando di fatto scoperta una parte della popolazione target e inasprendo di conseguenza le differenze inter-regionali.

L'indagine European Health Survey Index (Ehis), condotta in Italia per la prima volta nel 2015<sup>18</sup>, ha l'obiettivo di raccogliere dati armonizzati a livello europeo riguardo i principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione e il ricorso ai servizi sanitari. Utilizzando questi dati è possibile avere informazioni aggiuntive sulle determinanti socio-economiche che influiscono sul ricorso alle attività di prevenzione.

Osservando i dati sui tempi di esecuzione degli esami diagnostici per quintile di reddito (sia in programmi di screening organizzato, sia con iniziativa spontanea), si evidenzia un chiaro gradiente, secondo il quale il rispetto dei tempi

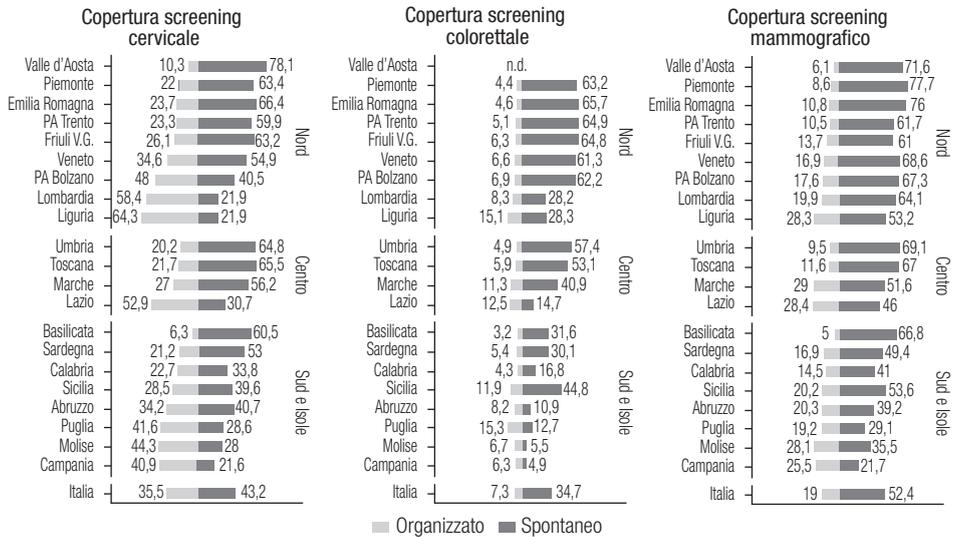
<sup>18</sup> L'Italia non ha partecipato alla prima *ondata* dell'indagine, effettuata da 17 paesi europei tra il 2006 e il 2009.

Tabella 2.18 Coperture programmi di screening per regione – periodo 2012-2015

	Screening cervicale			Screening colorettaile			Screening mammografico		
	Copertura screening organizzato (a)	Copertura screening spontaneo (b)	Copertura Totale (a+b)	Copertura screening organizzato (a)	Copertura screening spontaneo (b)	Copertura Totale (a+b)	Copertura screening organizzato (a)	Copertura screening spontaneo (b)	Copertura Totale (a+b)
<b>Nord</b>									
Piemonte	63,4	22,0	85,4	n.d.	n.d.	n.d.	61,7	10,5	72,2
Valle d'Aosta	78,1	10,3	88,4	65,7	4,6	70,3	71,6	6,1	77,7
Lombardia	21,9	58,4	80,3	63,2	4,4	67,6	67,3	17,6	84,9
PA Boziano	40,5	48,0	88,5	28,3	15,1	43,4	61,0	13,7	74,7
PA Trento	59,9	23,3	83,2	64,8	6,3	71,1	77,7	8,6	86,3
Veneto	54,9	34,6	89,5	62,2	6,9	69,1	64,1	19,9	84,0
Friuli Venezia Giulia	63,2	26,1	89,3	61,3	6,6	67,9	68,6	16,9	85,5
Liguria	21,9	64,3	86,2	28,2	8,3	36,5	53,2	28,3	81,5
Emilia Romagna	66,4	23,7	90,1	64,9	5,1	70,0	76,0	10,8	86,8
<b>Centro</b>									
Toscana	65,5	21,7	87,2	57,4	4,9	62,3	69,1	9,5	78,6
Umbria	64,8	20,2	85,0	53,1	5,9	59,0	67,0	11,6	78,6
Marche	56,2	27,0	83,2	40,9	11,3	52,2	51,6	29,0	80,6
Lazio	30,7	52,9	83,6	14,9	12,5	27,4	46,0	28,4	74,4
<b>Sud e Isole</b>									
Abruzzo	40,7	34,2	74,9	12,7	15,3	28,0	39,2	20,3	59,5
Molise	28,0	44,3	72,3	44,8	11,9	56,7	53,6	20,2	73,8
Campania	21,6	40,9	62,5	10,9	8,2	19,1	21,7	25,5	47,2
Puglia	28,6	41,6	70,2	5,5	6,7	12,2	35,5	28,1	63,6
Basilicata	60,5	6,3	66,8	31,6	3,2	34,8	66,8	5,0	71,8
Calabria	33,8	22,7	56,5	4,9	6,3	11,2	29,1	19,2	48,3
Sicilia	39,6	28,5	68,1	16,8	4,3	21,1	41,0	14,5	55,5
Sardegna	53,0	21,2	74,2	30,1	5,4	35,5	49,4	16,9	66,3
<b>ITALIA</b>	<b>43,2</b>	<b>35,5</b>	<b>78,7</b>	<b>34,7</b>	<b>7,3</b>	<b>42,0</b>	<b>52,4</b>	<b>19,0</b>	<b>71,4</b>

Fonte: sistema di sorveglianza Passi

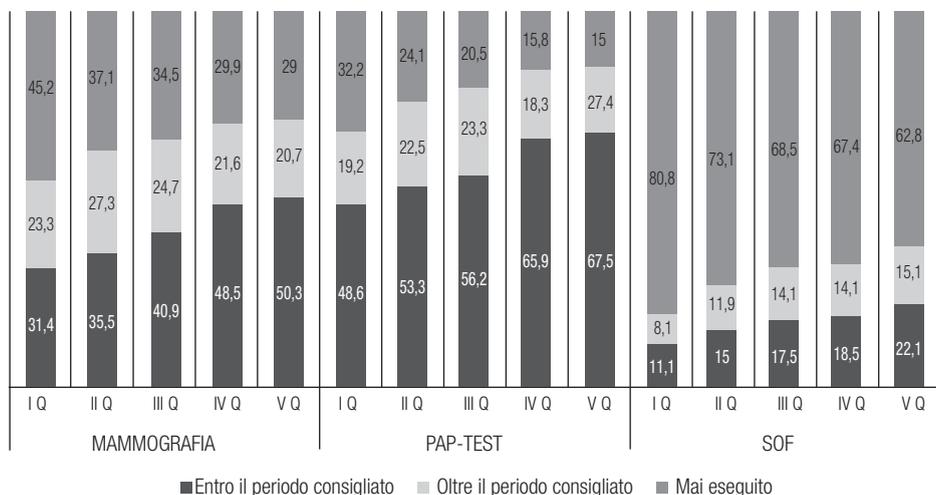
Figura 2.17 Coperture screening per regione e tipologia – dati grezzi periodo 2012-2015



Note: Per ciascuno screening le regioni sono ordinate secondo il peso percentuale dello screening organizzato sul totale. I valori rappresentano le coperture dichiarate. Per lo screening del colon retto, le Asl piemontesi sono escluse dalle stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati (sigmoidoscopia un volta nella vita per tutti gli uomini o le donne di 58 anni, invece che Sof ogni 2 anni, che comunque rimane una possibilità per chi non effettua il primo test).

Fonte: sistema di sorveglianza Passi

Figura 2.18 Tempi di esecuzione di esami diagnostici preventivi per quintile di reddito



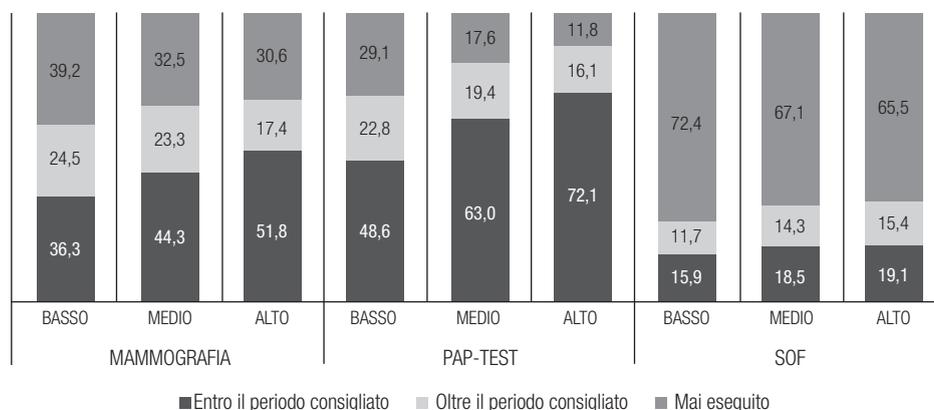
Note: Per le mammografie e Sof, si considera un tempo indicato di 2 anni; 3 anni invece per il Pap-Test.

Fonte: ISTAT/Indagine «European Health Interview Survey» – Anno 2015.

consigliati (ogni 2 anni per sangue occulto nelle feci e mammografia, ogni 3 anni per il Pap-test) cresce con l'aumentare del reddito (Figura 2.18). Inoltre, particolare attenzione merita il fatto che nelle fasce di reddito più svantaggiate aumenta notevolmente la proporzione di individui che, pur essendo nella popolazione target dei programmi di screening, non ha mai eseguito un esame diagnostico. Un simile gradiente si nota anche osservando la distribuzione degli esami effettuati per livello di istruzione, considerando tutti i tipi di esame (Figura 2.19).

L'esistenza di un gradiente socio-economico nella partecipazione ai programmi di screening desta non poche preoccupazioni. Infatti, l'associazione tra stato socio-economico e incidenza di tumori è stata ampiamente dimostrata a livello internazionale sia nei Paesi a basso reddito sia nei Paesi ad alto reddito come l'Italia. Il fatto che gli individui con un basso livello socio-economico siano in genere più esposti al rischio di sviluppare un tumore, ma meno propensi a partecipare ai programmi di screening rischia di portare, nella pratica, a conseguenze negative sia in termini di performance dei programmi di screening, sia in termini di uguaglianza nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari. Da una parte infatti, il mancato raggiungimento della fascia di popolazione più esposta al rischio di sviluppare un tumore rischia di minare la capacità dei programmi di ridurre l'incidenza dei tumori nella popolazione e l'associata mortalità e morbidità. Dall'altra, la differenza nel tasso di identificazione precoce delle lesioni precancerose sulla base dello status socio-economico non potrà che inasprire le

Figura 2.19 **Esami eseguiti per educazione e periodo di esecuzione – anno 2015**



*Note:* Dati aggiustati per età (individui maggiori di 14 anni per tutte le tipologie di cancro, solo donne per mammografia e Pap-test). Per le mammografie e Sof, si considera un tempo indicato di 2 anni; 3 anni invece per il Pap-Test. Il titolo di studio è classificato nel seguente modo. Alto: dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea, laurea, diploma universitario. Medio: diploma di scuola media superiore (4-5 anni), diploma di 2-3 anni. Basso: licenza di scuola media inferiore, licenza elementare, nessun titolo e sa leggere e scrivere, nessun titolo e non sa leggere e/o scrivere.

*Fonte:* ISTAT/Indagine «European Health Interview Survey» – Anno 2015.

già presenti differenze in termini di salute e qualità della vita tra persone con diversi livelli di reddito e istruzione.

Un'analisi di PASSI (Minardi *et al.*, 2012) evidenzia come in tutti i sistemi di screening organizzato per tutte e tre le tipologie di tumore le *chance* di adesione siano meno dipendenti da reddito, istruzione o cittadinanza, rispetto agli screening spontanei, a cui ricorrono principalmente individui di cittadinanza italiana, istruiti e senza difficoltà economiche. Pertanto, se i programmi di screening organizzati, oltre ad essere generalmente più efficaci e costo-efficaci, sono anche in grado di contribuire a ridurre le disuguaglianze in termini di accesso alla prevenzione, l'estensione della copertura effettiva dei programmi diventa doppiamente prioritaria ai fini di un sistema sanitario che intenda adottare, come enunciato tra i principi del PNP, un «approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze».

Tuttavia seppur in misura ridotta, un basso stato socio-economico continua a rappresentare una barriera alla partecipazione alle attività di screening anche all'interno dei programmi organizzati. Questo aspetto è già stato affrontato a livello internazionale, dove esistono studi sull'efficacia di diversi interventi per migliorare l'adesione ai programmi (Wardle *et al.*, 2016)<sup>19</sup>.

#### 2.4.2 La prevenzione delle malattie infettive

Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 approvato in conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 rappresenta il documento programmatico che, in coerenza con i principi e gli obiettivi del PNP 2014-2018, delinea le strategie vaccinali sul territorio, intese sia come strumento di protezione individuale sia come mezzo di prevenzione collettiva.

Tra le novità introdotte dal PNPV vi è una maggiore estensione dei vaccini raccomandati e inseriti nei LEA, garantendo così la possibilità di fruizione a titolo gratuito da parte di tutti i cittadini residenti<sup>20</sup>.

Tuttavia, negli ultimi anni, si è assistito a un progressivo deterioramento dell'utilità percepita dei vaccini e a un aumento delle preoccupazioni attorno ai possibili effetti avversi che le vaccinazioni potrebbero causare, soprattutto nei neonati.

<sup>19</sup> Ad esempio tramite la trasmissione con la lettera di invito di materiali informativi, la firma del proprio medico di famiglia, o un sistema rafforzato di solleciti per gli inviti inesitati o senza risposta.

<sup>20</sup> In aggiunta alle vaccinazioni già previste (contro difterite, tetano, poliomelite, epatite B, *haemophilus influenzae B*, pertosse, pneumococco, morbillo, parotite, rosolia, meningococco C nei nuovi nati, HPV nelle ragazze undicenni e influenza nei soggetti di età  $\geq 65$  anni) il PNPV introduce le vaccinazioni anti-meningococco B, anti-rotavirus e antivaricella nei nuovi nati, estende la vaccinazione anti-HPV ai maschi undicenni, introduce la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACWY135 e il richiamo anti-poliomelite con vaccino anti-polio IPV negli adolescenti; prevede inoltre le vaccinazioni anti-pneumococco e anti-zoster nei sessantacinquenni.

Analizzare le ragioni dietro questa tendenza (come la ridotta percezione del rischio delle malattie infettive; la diffusione di assunzioni non dimostrate sulla associazione tra vaccini e altre patologie come l'autismo; una ridotta consapevolezza dei vantaggi individuali e collettivi delle vaccinazioni) va oltre lo scopo del presente paragrafo. Occorre tuttavia notare che a partire dal 2013, si è assistito a una progressiva riduzione delle percentuali di copertura sia delle vaccinazioni tradizionalmente obbligatorie in Italia (anti-difterica, anti-tetanica, anti-poliomielitica e anti-epatite virale B), sia delle altre vaccinazioni disponibili come ad esempio il morbillo, di cui è in corso una epidemia in Italia con 4.001 casi segnalati e 3 decessi da inizio anno al 1 agosto 2017.

In risposta al calo delle coperture vaccinali, il 28 luglio 2017 è stato convertito in legge dal Parlamento il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73 (cosiddetto decreto Lorenzin), che introduce l'obbligo di vaccinazione per 6 vaccini oltre ai 4 già obbligatori (anti-pertosse, anti-*Haemophilus Influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella). Inoltre, la legge rende possibile l'iscrizione agli asili nido e alle scuole materne ai soli bambini vaccinati e impone sanzioni economiche per i genitori che decideranno di iscrivere i loro figli non vaccinati alla scuola dell'obbligo, quindi dalla primaria in poi.

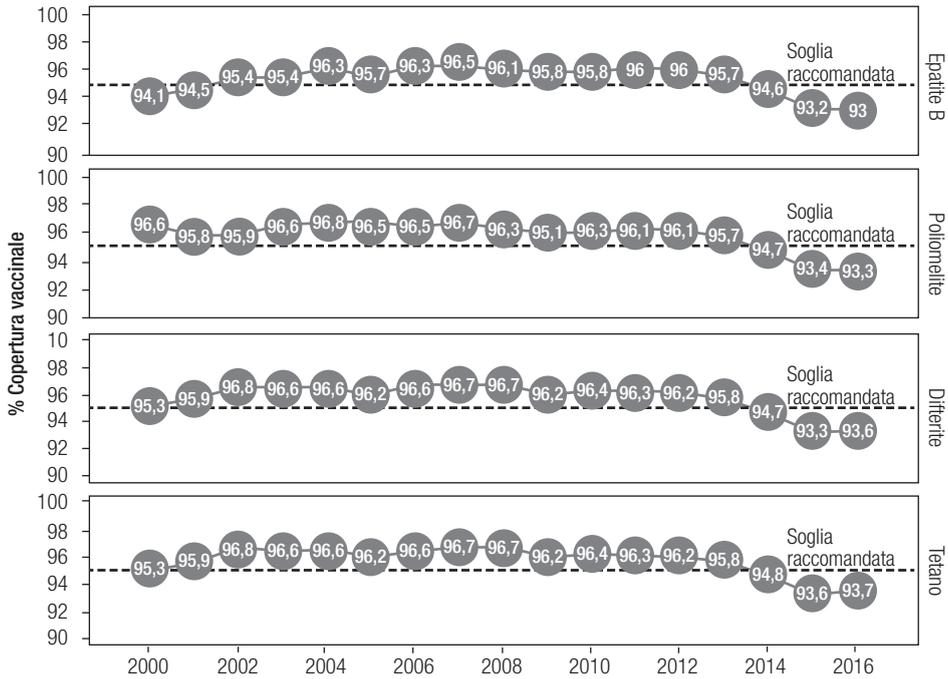
Il Ministero della Salute pubblica annualmente i dati di copertura dei vaccini inclusi nel PNPV. Si riportano qui i dati sulle coperture dei 4 vaccini già obbligatori e a seguire un approfondimento su morbillo e vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia (MPR).

Dal 2012 al 2016 si assiste a un trend in diminuzione delle coperture per tutti e 4 i vaccini obbligatori che dal 2014 in avanti sono scesi al di sotto della soglia di copertura del 95% considerata come la percentuale di vaccinati necessaria a mantenere l'immunità di gregge (Figura 2.20).

Analizzando i dati delle coperture delle regioni per singolo antigene, si nota come il decremento sia generalizzato con l'unica eccezione per Sardegna, Calabria, che tra il 2013 e il 2014 raggiungono la soglia del 95% per tutte e 4 le vaccinazioni, e Campania per l'epatite B, che si ferma però al 92.7%. Al contrario, delle 16 regioni che registravano nel periodo 2010-2012 una copertura adeguata per tutti gli antigeni, 12 sono scese sotto tale soglia negli anni successivi (Tabella 2.19).

Il Friuli Venezia Giulia è la regione che nel 2016 subisce la riduzione più ampia rispetto al periodo 2010-2012, pari al 6,7% per anti-tetanica e anti-polio (-6,4 punti percentuali), 7,1% per l'anti-difterica (6,9 punti) e 7,4% per anti-epatite B (6,6 punti). Seguono le Marche, con una riduzione media nella copertura pari al 5,3%, la Valle d'Aosta (5,2%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (4,7%). In termini assoluti, nel 2016 la Provincia Autonoma di Bolzano registra le coperture più basse, ben al di sotto della soglia raccomandata (85,3% anti-tetanica, 85,3% anti-difterica, 85,1% anti-polio e 84,9% per anti-epatite B), seguita da Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta. Pur non avendo identificato

Figura 2.20 **Coperture per i vaccini obbligatori in Italia. Anni 2010-2016**



Note: Per ogni vaccino si considera il ciclo vaccinale di base completo (3 dosi) a 24 mesi. Per tetano e difterite i dati di copertura dal 2000-2012 si riferiscono alla somministrazione di cicli completi del vaccino anti difterite e tetano (DT) o il vaccino antidifterite-tetano-pertosse (DTP); dal 2013 è disponibile il dato per singolo antigene.

Fonte: Ministero della Salute – Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente

evidenze che spieghino in maniera esplicita tali differenze, è ragionevole ipotizzare, che queste possano essere ricondotte, almeno parzialmente, alle diverse politiche vaccinali regionali, responsabili per la definizione delle modalità di attuazione dei principi e obiettivi formulati a livello centrale.

Analizzando i dati per il morbillo, si evidenzia una tendenza molto simile. Dopo un periodo di crescita, a partire dal 2007 la copertura dal morbillo ha raggiunto in Italia un valore medio intorno al 90% nel 2013, per poi diminuire in maniera drastica nel 2014 (-3,6%) e 2015 (-1,45%). Soltanto i dati del 2016 sembrano suggerire un'inversione di tendenza, con tassi che ritornano a crescere in Italia del 2,3% (incremento di 1,97 punti rispetto al 2015) (Tabella 2.20 e Figura 2.21).

In generale, nessuna delle regioni ha mai raggiunto la soglia del 95% di soggetti vaccinati e, rispetto al 2010-2012, la diminuzione è evidente per 19 regioni, ad eccezione di Calabria (che cresce di 2,11 punti percentuali) e Sardegna (pressoché costante).

Le regioni che hanno le performance peggiori sono il Molise (-17,4%, pari a

Tabella 2.19 Coperture vaccini obbligatori in Italia per regione (valori percentuali) – anni 2010-2016

Regione	Anti-tetanoica						Anti-difterica						Anti-polio						Anti-epatite B						
	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variaz. al 2016	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variaz. al 2016	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variaz. al 2016	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variaz. al 2016	
Piemonte	96,43	96,79	96,42	95,43	95,44	-0,99	96,43	96,79	96,22	94,90	95,14	-1,29	96,33	96,68	96,21	95,16	95,13	-1,20	96,27	96,49	95,85	94,62	94,72	-1,55	
Vale d'Aosta	95,93	94,43	91,30	93,60	91,32	-4,61	95,93	93,69	90,78	92,92	90,77	-5,16	95,90	93,69	90,61	93,40	90,86	-5,04	95,23	93,12	90,18	92,63	90,67	-4,56	
Lombardia	97,07	95,95	95,14	93,63	94,42	-2,65	97,07	95,95	94,96	93,37	94,23	-2,84	95,90	95,92	95,02	93,48	92,80	-4,23	96,30	95,80	94,87	93,20	91,85	-4,78	
PA Bolzano	89,60*	88,88	88,52	87,50	85,34	-4,26	89,60	88,78	88,44	87,49	85,25	-4,35	89,15	88,76	88,46	87,45	85,05	-4,10	89,20	88,28	87,99	87,11	84,93	-4,27	
PA Trento	95,73	94,78	93,09	93,10	93,26	-2,47	95,73	94,44	92,70	92,66	92,67	-2,86	95,83	94,46	92,74	92,83	92,98	-2,85	95,43	94,08	92,43	92,13	92,61	-2,82	
Veneto	95,23	93,98	92,09	91,75	92,46	-2,77	95,23	93,78	91,76	91,29	91,99	-3,24	95,20	93,73	91,71	91,27	91,97	-3,23	94,97	93,52	91,43	90,80	91,40	-3,57	
Friuli V.G.	96,17	94,58	92,57	90,78	89,76	-6,41	96,17	94,58	92,57	90,28	89,31	-6,86	95,83	94,35	92,20	90,37	89,42	-6,41	95,37	93,82	91,70	89,66	88,74	-6,63	
Liguria	97,03	95,91	95,60	94,57	94,38	-2,65	97,03	95,88	95,74	94,50	94,32	-2,71	97,03	95,83	95,74	94,60	94,33	-2,70	97,00	95,86	95,61	94,30	94,17	-2,83	
Emilia Romagna	96,83	96,19	95,07	94,28	93,48	-3,35	96,83	96,00	94,72	93,75	93,09	-3,74	96,50	96,10	94,80	94,03	93,26	-3,24	96,30	95,78	94,49	93,49	92,73	-3,57	
Toscana	97,10	96,02	95,71	95,23	94,61	-2,49	97,10	95,88	95,56	94,95	94,41	-2,69	95,87	95,83	95,43	94,98	94,37	-1,50	95,57	95,75	95,37	94,81	94,09	-1,48	
Umbria	97,83	96,84	95,64	93,96	94,59	-3,24	97,83	96,76	95,63	93,78	94,46	-3,37	97,93	97,10	95,90	93,90	94,54	-3,39	97,60	96,62	95,25	93,43	93,96	-3,64	
Marche	97,53	97,04	93,70	92,13	92,63	-4,90	97,53	97,02	93,63	91,75	92,25	-5,28	97,33	97,02	93,66	92,02	92,35	-4,98	97,17	96,93	93,50	91,65	92,04	-5,13	
Lazio	97,50	96,61	97,54	95,25	96,84	-0,66	97,50	96,61	97,54	95,24	96,83	-0,67	97,57	96,74	97,55	95,26	96,86	-0,71	99,33	96,92	97,95	95,20	96,72	-2,61	
Abruzzo	98,77	97,75	96,57	95,72	97,07	-1,70	98,77	97,75	96,57	95,71	97,06	-1,71	98,77	97,75	96,58	95,72	97,10	-1,67	98,77	97,75	96,57	95,71	97,04	-1,73	
Molise	98,53	98,06	96,65	94,32	97,30	-1,23	98,53	98,06	96,65	94,32	97,30	-1,23	98,53	98,06	96,65	94,32	97,30	-1,23	98,53	98,06	96,65	94,32	97,30	-1,23	
Campania	93,70	n.d.	93,19	91,34	92,71	-0,99	93,70	n.d.	93,19	91,34	92,71	-0,99	92,87	n.d.	93,19	91,34	92,71	-0,16	89,93	n.d.	93,19	91,36	92,72	2,79	
Puglia	96,97	95,66	94,64	93,81	93,34	-3,63	96,97	95,66	94,64	93,81	93,32	-3,65	97,03	95,65	94,64	93,80	93,34	-3,69	96,90	95,66	94,64	93,80	93,35	-3,55	
Basilicata	98,80	99,03	98,84	97,83	97,35	-1,45	98,80	99,03	98,84	97,83	97,35	-1,45	98,80	99,03	98,84	97,83	97,35	-1,45	98,80	99,03	98,84	97,83	97,35	-1,45	
Calabria	94,63	94,25	95,07	95,32	95,84	1,21	94,63	94,25	95,32	95,84	1,21	94,63	94,25	95,32	95,84	1,21	94,63	94,25	95,32	95,84	1,21	94,63	94,25	95,84	1,21
Sicilia	94,93	95,30	93,48	91,92	91,63	-3,30	94,93	95,30	93,48	91,92	91,63	-3,30	94,93	95,30	93,48	91,94	91,63	-3,30	94,93	95,29	93,48	91,92	91,63	-3,30	
Sardegna	94,10	96,81	96,12	95,07	95,64	1,54	94,10	96,81	96,12	95,05	95,63	1,53	94,13	96,12	95,74	95,19	95,66	1,53	94,10	96,82	96,12	95,06	95,63	1,53	
<b>ITALIA</b>	<b>96,30</b>	<b>95,81</b>	<b>94,82</b>	<b>93,56</b>	<b>93,72</b>	<b>-2,58</b>	<b>96,30</b>	<b>95,75</b>	<b>94,71</b>	<b>93,35</b>	<b>93,56</b>	<b>-2,74</b>	<b>96,17</b>	<b>95,74</b>	<b>94,71</b>	<b>93,43</b>	<b>93,33</b>	<b>-2,84</b>	<b>95,93</b>	<b>95,65</b>	<b>94,61</b>	<b>93,20</b>	<b>92,98</b>	<b>-2,95</b>	

*Nota:* Per ogni vaccino si considera il ciclo vaccinale di base completo (3 dosi). Per tetano e difterite i dati di copertura 2000 - 2012 si riferiscono alla somministrazione di cicli completi del vaccino anti difterite e tetano (DT) o il vaccino antidifterite-tetano-pertosse (DTP); dal 2013 è disponibile il dato per singolo antigene. La colonna variazione al 2016 rappresenta la variazione in punti percentuali per l'anno rispetto al periodo 2010-2012.

\* media 2011-2012

*Fonte:* Ministero della Salute – Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente

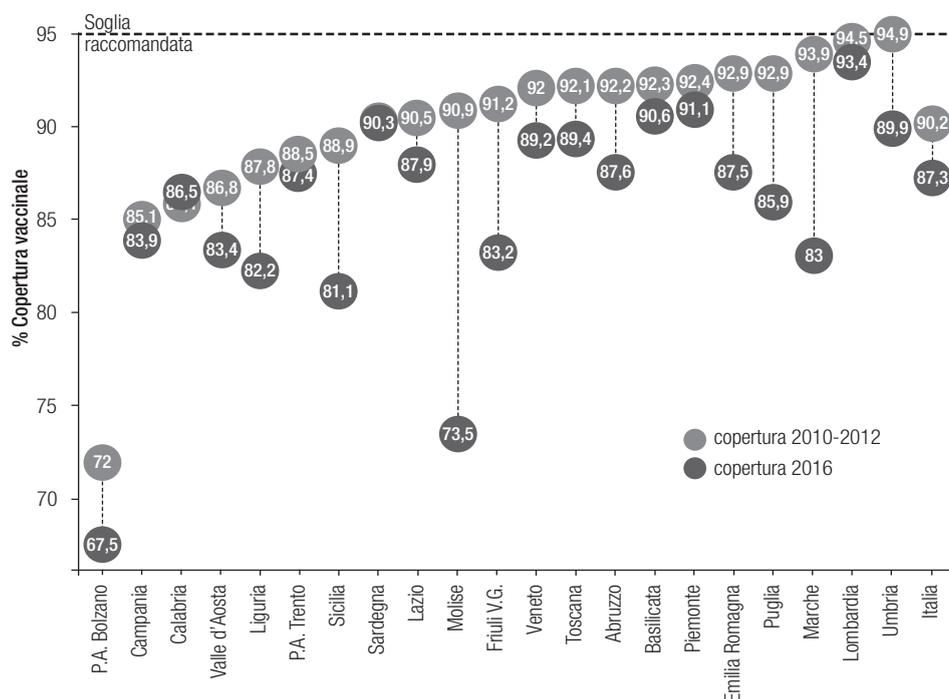
Tabella 2.20 Coperture vaccinali per morbillo e morbillo-parotite-rosolia in Italia per regione (valori percentuali) anni 2010-2016

	Morbillo						Morbillo-parotite-rosolia					
	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variazione al 2016	2010-2012	2013	2014	2015	2016	variazione al 2016
Piemonte	92,40	92,07	90,55	88,72	91,06	-1,34	92,40	92,07	90,55	88,72	91,06	-1,34
Valle d'Aosta	86,77	83,95	77,61	82,25	83,38	-3,39	86,67	83,54	77,09	82,15	82,92	-3,75
Lombardia	94,53	92,62	89,49	90,32	93,40	-1,13	94,20	92,56	89,36	90,21	93,27	-0,93
PA Bolzano	71,95*	68,94	68,77	68,84	67,52	-4,43	71,95	68,87	68,68	68,80	67,43	-4,52
PA Trento	88,47	86,25	84,21	84,55	87,43	-1,04	88,33	86,20	84,17	84,38	87,25	-1,08
Veneto	92,03	89,99	87,10	87,15	89,19	-2,84	91,87	89,84	86,98	87,05	89,07	-2,80
Friuli Venezia Giulia	91,20	87,80	83,51	82,01	83,24	-7,96	91,17	87,80	83,38	81,85	83,13	-8,04
Liguria	87,80	85,97	82,82	81,48	82,15	-5,65	87,73	85,86	82,76	81,32	82,06	-5,67
Emilia Romagna	92,87	91,30	88,26	87,23	87,47	-5,40	92,70	91,13	88,06	87,00	87,25	-5,45
Toscana	92,13	90,07	89,31	88,72	89,38	-2,75	92,07	90,04	89,15	88,67	89,30	-2,77
Umbria	94,87	93,06	88,97	87,51	89,86	-5,01	94,87	92,98	88,79	87,46	88,42	-6,45
Marche	93,93	87,75	81,39	79,90	83,04	-10,89	88,67	87,75	81,39	79,87	83,00	-5,67
Lazio	90,47	90,89	88,54	84,47	87,94	-2,53	90,47	90,86	88,54	84,46	87,94	-2,53
Abruzzo	92,23	91,26	85,68	84,23	87,56	-4,67	92,23	81,26	85,68	84,23	87,56	-4,67
Molise	90,90	87,62	86,27	77,38	73,51	-17,39	90,90	87,62	86,27	77,38	73,51	-17,39
Campania	85,07	n.p.	83,66	80,76	83,87	-1,20	85,07	0,00	83,66	80,76	83,64	-1,43
Puglia	92,90	90,64	85,07	84,15	85,88	-7,02	92,90	90,64	85,07	84,15	85,88	-7,02
Basilicata	92,33	91,34	90,00	90,25	90,56	-1,77	92,33	81,34	90,00	90,25	90,56	-1,77
Calabria	85,93	87,60	83,20	84,38	86,49	0,56	85,93	87,60	83,20	83,71	86,49	0,56
Sicilia	88,93	88,98	83,95	79,20	81,11	-7,82	88,93	88,98	83,95	79,18	81,10	-7,83
Sardegna	90,37	91,12	88,60	87,67	90,29	-0,08	89,30	91,12	88,60	87,67	90,27	0,97
<b>ITALIA</b>	<b>90,23</b>	<b>90,35</b>	<b>86,74</b>	<b>85,29</b>	<b>87,26</b>	<b>-2,97</b>	<b>89,87</b>	<b>90,30</b>	<b>86,67</b>	<b>85,22</b>	<b>87,19</b>	<b>-2,68</b>

\* media 2011-2012. Dal 2013 i dati sono forniti per singolo antigene, la copertura combinata per morbillo-parotite e rosolia è stata derivata prendendo la copertura minore riportata tra i tre antigeni. Per gli anni precedenti è stato usato il dato per il vaccino trivalente anti Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR1) o la combinazione MPR1 con il vaccino tetravalente anti morbillo-parotite-rosolia-varicella (MPRV).

Fonte: Ministero della Salute – Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente

Figura 2.21 **Copertura per il morbillo. Confronto 2016 con media periodo 2010-2012**



Note: Dati su prima dose entro 24 mesi

Fonte: Ministero della Salute – Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente

4,4 punti percentuali in meno, con un ulteriore diminuzione dal 2015 al 2016 di 3,9 punti) e Marche (−10,9 punti, ma in crescita di 3,14 nel 2016).

La Tabella 2.20 riporta il dato per il vaccino combinato trivalente per morbillo parotite e rosolia, che ha un andamento del tutto simile ai dati mostrati per il solo morbillo, ragionevolmente dal momento che la vaccinazione trivalente è il vaccino principalmente utilizzato<sup>21</sup>.

Il PNPV ha fissato come obiettivo il raggiungimento del 95% di soggetti vaccinati con 1 dose di vaccino contro il morbillo entro i 24 mesi di età. Più in generale, nonostante i dati poco incoraggianti del 2016, la speranza è che per tutti i vaccini resi obbligatori dal cosiddetto decreto Lorenzin, l'introduzione dell'obbligo vaccinale per la partecipazione scolastica potrà contribuire a far aumentare le coperture già dal prossimo anno.

<sup>21</sup> Con l'unica differenza per le Marche, che registra nel 2012, un valore per l'aggregato M-MPR1-MPRV (morbillo, vaccino trivalente per morbillo parotite e rosolia e vaccino tetravalente con l'aggiunta della prevenzione anti-varicella) molto più alto rispetto all'aggregato MPR1-MPRV (96,7% contro 81,8%).

Mentre il valore dei vaccini generalmente raccomandati è compreso e condiviso dai più, oltre a essere dimostrato da un elevato numero di pubblicazioni scientifiche di livello internazionale, si assiste da tempo a un vivace dibattito, oggi rinvigorito, sulla questione se sia opportuno, appropriato o «giusto» imporre ai genitori l'obbligo di vaccinare i propri figli. Coloro che ne sostengono l'esigenza spesso vedono in questa misura l'unico mezzo possibile per contrastare il calo delle coperture, mantenere l'immunità di gregge e neutralizzare l'effetto di informazioni spesso fuorvianti amplificate oggi da internet e i *social media*. Viceversa, coloro che rimangono contrari sostengono che l'introduzione dell'obbligo costituisca una eccessiva intrusione dello Stato e una lesione della libertà di scelta da parte di genitori rispetto a ciò che ritengono giusto per i loro figli. Inoltre, l'obbligatorietà potrebbe secondo alcuni diventare addirittura controproducente, inasprendo lo scetticismo verso i vaccini e introducendo fattori discriminanti, se la facoltà di non vaccinare venisse a dipendere dalla capacità a pagare le eventuali sanzioni previste in caso di mancata vaccinazione (Arie, 2017; Offit, 2012; Salisbury, 2012).

## 2.5 Discussioni e conclusioni

Data la vocazione del SSN di rendere effettivo l'esercizio del diritto fondamentale alla salute, a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, lavoro, in questo capitolo abbiamo provato a rispondere, sulla base dei dati disponibili, alla domanda «come stiamo»? In particolare, lo stato di salute della popolazione è stato descritto sulla base di indicatori demografici ed epidemiologici consolidati, in prospettiva internazionale e nazionale. Il quadro che emerge dal confronto con altri Paesi è rassicurante. L'Italia ha un livello di speranza di vita e speranza di vita in buona salute, tra i più elevati al mondo. Se la mortalità è l'altra faccia della sopravvivenza, anche rispetto a questa dimensione mostriamo valori incoraggianti rispetto ai principali Paesi che ha senso considerare come *benchmark*. Tuttavia, valutando più in profondità e spostando la lente sul territorio nazionale, emergono alcuni elementi di preoccupazione. Per quanto riguarda gli indicatori considerati, permangono differenze di genere, sebbene in molti casi il trend sia in diminuzione. Gli uomini sono generalmente penalizzati rispetto alle donne e queste differenze si profilano anche rispetto ai principali fattori di rischio o protezione per la salute. Stili di vita poco salutari, come fumo, consumo di alcol, sovrappeso, prevalgono tra gli uomini, mentre alle donne spetta il primato per la sedentarietà.

Ancora più critico è tuttavia il divario tra le performance a livello territoriale. Una differenza di 20 anni nell'aspettativa di vita in buona salute tra un nato in Calabria e un nato nella PA di Bolzano pone sicuramente delle questioni rispetto ai principi fondanti del nostro SSN, quali il rispetto della dignità della persona, dei bisogni di salute, di qualità e soprattutto di equità. Sulla gran parte degli

indicatori osservati, il Sud mostra valori peggiorativi rispetto alla media nazionale, senza evidenti segnali di una progressiva riduzione di queste disuguaglianze. Inoltre gran parte delle morti o morbilità evitabili nel nostro Paese sono dovute a bassi livelli di efficacia di strumenti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. In questa edizione del Rapporto abbiamo esaminato anche quest'area dei LEA che assorbe circa il 5% del Fondo Sanitario Nazionale. Da questo punto di vista, permangono divari territoriali e per scaglioni di reddito e istruzione nella partecipazione tempestiva a programmi di screening, fondamentali per favorire la diagnosi precoce di malattie non trasmissibili come il tumore mammario, il tumore del colon-retto e quello cervicale. Per quanto riguarda le malattie infettive e il principale strumento di prevenzione contro queste, ovvero le vaccinazioni, i dati mostrano a partire dal 2013 una progressiva riduzione della copertura sia delle vaccinazioni tradizionalmente obbligatorie in Italia (anti-difterica, anti-tetanica, anti-poliomielitica e anti-epatite virale B), sia delle altre vaccinazioni disponibili come ad esempio il morbillo. Il dibattito dai toni particolarmente accesi sull'opportunità e sulle modalità di vaccinazione è culminato con l'approvazione del Decreto Lorenzin, che sostanzialmente reintroduce l'obbligo di vaccinazione per accedere agli asili nido e alle scuole materne, e impone sanzioni economiche per chi decide di iscrivere i figli non vaccinati alla scuola dell'obbligo. Dietro al rifiuto dei vaccini, si celano questioni complesse che hanno probabilmente a che fare con la comunicazione e il rapporto di fiducia tra i cittadini e le strutture pubbliche che offrono questo servizio. Incidere su elementi di ordine culturale richiede tempi lunghi e azioni coordinate a vari livelli, tuttavia riteniamo che questo sia un tema molto delicato e assolutamente da non trascurare.

Se è vero che siamo stati bravi a mettere i conti a posto negli ultimi anni, è anche vero che il prezzo che stiamo pagando in termini di disuguaglianza tra classi sociali e soprattutto tra regioni è probabilmente maggiore del disavanzo che ci ha accompagnato per lunghi decenni. La differenza è che i disavanzi di bilancio sono più semplici da riequilibrare rispetto alle disuguaglianze sanitarie. È pertanto fondamentale agire immediatamente e ci auguriamo che questo lavoro, ancorché descrittivo, possa rappresentare una buona base di partenza per formulare politiche sanitarie efficaci ed efficienti.

## Bibliografia

- Assemblea Generale Nazioni Unite (2015), «*Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*», pp. 16-17, [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E)
- Arie S. (2017), «*Compulsory vaccination and growing measles threat*». *BMJ*, 358, j3429
- Armeni P., Costa F., Furnari A. (2016), «Il confronto dei sistemi sanitari in una

- prospettiva internazionale» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, EGEA.
- Bousmaha M., Venteloub B., Abu-Zaineha M. (2016), «*Medicine and democracy: The importance of institutional quality in the relationship between health expenditure and health outcomes in the MENA region*». *Health Policy* 120, pp. 928-935.
- Campbell D. (2017), «*Rise in life expectancy has stalled since 2010, research shows*», *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/society/2017/jul/18/rise-in-life-expectancy-has-stalled-since-2010-research-shows>.
- Cislaghi C., Costa G., Rosano A. (2016), «Una strage o solo un dato statistico?», *Epidemiologia & Prevenzione*, 40 (1), pp. 9-11.
- Commissione Europea (2017), «Anni di vita in buona salute», [https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy\\_life\\_years\\_it](https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_it)
- Commissione Europea (2017), «*Amenable and preventable deaths statistics Eurostat, Preventable death statistics*», [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable\\_and\\_preventable\\_deaths\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics)
- Dahlgren G., Whitehead M. (1991), «*Policies and strategies to promote Social Equity in Health*», Institute for Futures Studies (a cura di), Stockholm, <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Eurostat (2017), «Health statistics». Eurostat database.
- Feigin V. (2016), «*Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*», *The Lancet*, 388(10053), pp. 1459-1544.
- ISTAT (2017), *Popolazione residente per sesso, anno di nascita e stato civile*. Dati disponibili online: <http://demo.istat.it/>.
- ISTAT (2017), *Indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana – parte generale*. Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2017), *Iscritti in anagrafe per nascita*. Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2017), *Rilevazione dei cancellati all’anagrafe per decesso*. Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2017), *Indagine sulle cause di morte*. Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2016), *BES. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: ISTAT.
- ISTAT (2015), «Chiarimento su aumento dei decessi 2015», <https://www.istat.it/it/archivio/177753>
- ISTAT (2015), «Prevenzione e stili di vita in Italia e nell’Unione europea - Indagine Ehis 2015», <https://www.istat.it/it/archivio/198878>
- McKee M., Reeves A., Clair A., Stuckler D. (2017), «*Living on the edge: precariousness and why it matters for health*». *Archives of Public Health*, 2017 Mar 3, pp. 75-13.

- Michelozzi P., De' Donato F., Scortichini M., De Sario M., Asta F., Agabiti N., Guerra R., de Martino A., Davoli M. (2016), «Sull'incremento della mortalità in Italia nel 2015: analisi della mortalità stagionale nelle 32 città del Sistema di sorveglianza della mortalità giornaliera», *Epidemiologia & Prevenzione*, 2016; 40 (1), pp. 22-28.
- Minardi V., Federici A., Bertozzi N., Carrozzi G., Oddone Trinito M., Gruppo Tecnico PASSI (2012), «Lo screening organizzato funzionante riduce le disuguaglianze di accesso». *Epidemiologia & Prevenzione*, 2012; 36 (6), pp. 371-371.
- Ministero della Salute (2017), «Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescente – Coperture vaccinali», [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_8\\_3\\_1.jsp?lingua=italiano&id=20](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20)
- Nixon J., Ulmann P. (2006), «The relationship between healthcare expenditure and health outcomes», *European Journal of Health Economics*, 2006, pp. 7-18.
- OECD (2017), «OECD Health Data: Health care resources», *OECD Health Statistics* (database).
- Offit P.A. (2012), «Should childhood vaccination be mandatory? Yes», *BMJ (Online)*, 344.
- Or Z. (2000), «Determinants of health outcomes in industrialised countries: a pooled, cross-country, time-series analysis», OECD Economic Studies No. 30, 2000/I <https://www.oecd.org/eco/growth/2732311.pdf>
- Osservatorio Nazionale Screening (2016), «Rapporto 2016», <http://osservatorionazionalecreening.it/content/rapporto-2016>
- Papanicolas I., Jha A.K. (2017), «Challenges in International Comparison of Health Care Systems», 2017 Aug 8; 318(6), pp. 515-516.
- MEVi (2017), «Rapporto Mortalità evitabile con intelligenza», [http://www.mortalitaevitabile.it/\\_mevi/2017/MEVi2017-rapporto.pdf](http://www.mortalitaevitabile.it/_mevi/2017/MEVi2017-rapporto.pdf)
- Rossi P.G., Esposito G., Brezzi S., Brachini A., Raggi P., Federici A. (2006), «Estimation of Pap-test coverage in an area with an organised screening program: challenges for survey methods», *BMC Health services research*, 6(1), p. 36.
- Roth G.A., Johnson C., Abajobir A., Abd-Allah F., Abera S.F., Abyu G. (2015), «Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015», *J Am Coll Cardiol*, 2015 Jul 4;70(1), pp. 1-25.
- Salisbury DM.(2012), «Should childhood vaccination be mandatory? No», *BMJ (Online)*, 344.
- Sistema di Sorveglianza Passi (2016), <http://www.epicentro.iss.it/passi/sorv-passi.asp>
- Smith-Bindman R., Chu P.W., Miglioretti D.L., Sickles E.A., Blanks R., Ballard-Barbash R., Kerlikowske K. (2003), «Comparison of screening mammography in the United States and the United Kingdom», *JAMA*, 290(16), pp. 2129-2137.

- Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills*, New York, Basic Books.
- United Nations (2015), «Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development», *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015*, disponibile online [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E)
- Wardle J., von Wagner C., Kralj-Hans I., Halloran S.P., Smith S.G., McGregor L., Vart G., Howe R., Snowball J., Handley G., Logan R.F., Rainbow S., Smith S., Thomas M.C., Counsell N., Morris S., Duffy S.W., Hackshaw A., Moss S., Atkin W., Raine R. (2016), «Effects of evidence-based strategies to reduce the socioeconomic gradient of uptake in the English NHS Bowel Cancer Screening Programme (ASCEND): four cluster-randomised controlled trials», *The Lancet*, 2016; 387, pp. 751-59.
- WHO (2017), «World Health Statistics». Global Health Observatory database.
- WHO (2017), «Non Communicable Diseases», <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

