European Commission

State of Health in the EU

Italia

Profilo della Sanità 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

I profili sanitari per paese

La compilazione dei profili sanitari per paese nell'ambito del ciclo "Lo stato della salute nell'UE" consente di ottenere una panoramica sintetica e di rilevanza strategica dello stato della salute e dei sistemi sanitari dell'UE e dello Spazio economico europeo, ponendo l'accento sulle caratteristiche e sulle sfide specifiche di ciascun paese sulla base di confronti tra vari paesi. Tali profili costituiscono uno strumento di apprendimento reciproco e di scambio volontario a sostegno di decisori politici e personalità influenti.

Essi sono frutto del lavoro congiunto dell'OCSE e dell'European Observatory on Health Systems and Policies, in collaborazione con la Commissione europea. Il gruppo di lavoro ringrazia la rete Health Systems and Policy Monitor, il comitato Salute dell'OCSE e il gruppo di esperti dell'UE in materia di valutazione delle prestazioni dei sistemi sanitari per i preziosi commenti e suggerimenti.

Indice

1. PUNTI SALIENTI 3
2. LA SALUTE IN ITALIA 4
3. FATTORI DI RISCHIO 7
4. IL SISTEMA SANITARIO 9
5. PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO 11
   5.1 Efficacia 11
   5.2 Accessibilità 14
   5.3 Resilienza 16
6. RISULTATI PRINCIPALI 22

Fonti dei dati e delle informazioni

Le informazioni e i dati contenuti nei profili sanitari per paese derivano principalmente da statistiche nazionali ufficiali fornite a Eurostat e all'OCSE, convalidate per garantire i più elevati standard in materia di comparabilità dei dati. Le fonti e i metodi alla base di tali dati sono reperibili nella banca dati di Eurostat e nella banca dati sulla sanità dell'OCSE. Alcuni dati supplementari provengono inoltre dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), dalle indagini *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC), dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e da altre fonti nazionali.

Salvo diversa indicazione, le medie calcolate per l'Unione europea sono ponderate per i 27 Stati membri. L'Islanda e la Norvegia sono escluse dalle medie dell'UE.

Il presente profilo è stato completato nel settembre 2021 in base ai dati disponibili alla fine di agosto 2021.

Contesto demografico e socioeconomico in Italia nel 2020

Fattori demografici	Italy	UE
Dimensioni della popolazione	59 641 488	447 319 916
Popolazione oltre i 65 anni (%)	23.2	20.6
Tasso di fecondità[1] (2019)	1.3	1.5
Fattori socioeconomici		
PIL pro capite (EUR PPA[2])	28 002	29 801
Tasso di povertà relativa[3] (%, 2019)	20.1	16.5
Tasso di disoccupazione (%)	9.2	7.1

1. Numero di figli per donna tra i 15 e i 49 anni. 2. La parità del potere d'acquisto (PPA) è definita come il tasso di conversione valutaria in base al quale il potere d'acquisto di valute diverse risulta equivalente, eliminando le differenze nei livelli di prezzo tra i vari paesi. 3. Percentuale di persone che vivono con meno del 60 % del reddito disponibile equivalente mediano.
Fonte: banca dati di Eurostat.

Clausola di esclusione della responsabilità: le opinioni e le argomentazioni espresse nel presente documento rappresentano unicamente il punto di vista degli autori e non rispecchiano necessariamente le posizioni ufficiali dell'OCSE o dei suoi Stati membri, o quelle dell'European Observatory on Health Systems and Policies o dei suoi partner. Le opinioni in esso espresse non possono in alcun modo esser considerate opinioni ufficiali dell'Unione europea.

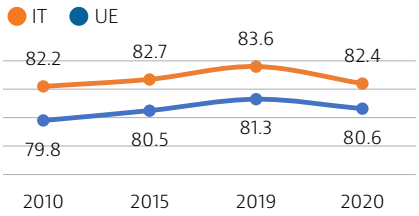
Il presente documento, così come i dati e le cartine ivi inclusi, non pregiudicano lo status di un territorio o la sovranità su di esso, la demarcazione delle frontiere e dei confini internazionali e la denominazione di qualunque territorio, città o area geografica.

Si applicano ulteriori esclusioni di responsabilità per l'OMS.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Punti salienti

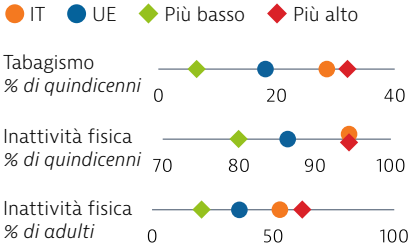
L'aspettativa di vita in Italia è tra le più alte in Europa, ma nel 2020 si è abbassata, almeno temporaneamente, a causa dei decessi dovuti al COVID-19. Benché il sistema sanitario italiano garantisca generalmente un buon accesso a prestazioni sanitarie di elevata qualità, la pandemia ha portato alla luce importanti debolezze strutturali, e in particolare gli anni di limitati investimenti nel personale sanitario e nel sistema informativo sanitario. In Italia la pandemia ha stimolato la diffusione di molte pratiche innovative, come ad esempio la creazione di unità speciali in grado di assicurare la continuità assistenziale, il cui potenziamento permetterebbe di costruire un sistema sanitario più resiliente.



Aspettativa di vita alla nascita

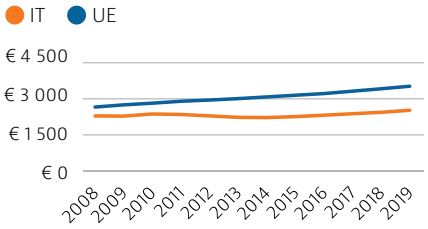
Stato di salute

Nel 2020 l'aspettativa di vita in Italia è stata di quasi due anni superiore alla media UE, sebbene si sia ridotta di 1,2 anni a causa dei decessi dovuti al COVID-19. Tuttavia anche prima della pandemia, in particolare dal 2010, era stato registrato un rallentamento considerevole della crescita dell'aspettativa di vita rispetto ai decenni precedenti, in parte dovuto a tassi di mortalità più elevati per malattie respiratorie tra gli anziani.



Fattori di rischio

I fattori di rischio per la salute rappresentano le principali cause di mortalità in Italia. Sebbene nell'ultimo decennio il consumo di tabacco sia diminuito tra gli adulti, nel 2018 quasi il 30 % dei quindicenni ha riferito di aver fumato nell'ultimo mese. Anche il tasso di inattività fisica tra adolescenti e adulti in Italia è relativamente elevato, il che contribuisce a sovrappeso e obesità.



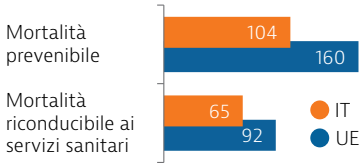
Spesa pro capite (EUR PPA)

Sistema sanitario

Nel decennio precedente l'epidemia COVID-19, la spesa sanitaria in Italia era aumentata in modo contenuto. Nel 2019 la spesa sanitaria è stata nettamente inferiore alla media UE, sia a livello pro capite che in percentuale del PIL, e circa il 74 % è stato finanziato con fondi pubblici, una quota inferiore alla media UE pari all'80 %. In risposta all'epidemia COVID-19 il governo italiano ha stanziato ulteriori finanziamenti per 3,7 miliardi di EUR nel 2020 e 1,7 miliardi di EUR nel 2021 per il sistema sanitario, un aumento del 3,3 % e dell'1,7 % rispetto al piano di finanziamento originario.

Efficacia

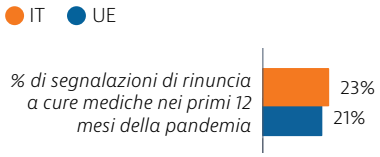
In Italia, nel 2018, la mortalità prevenibile e riconducibile ai servizi sanitari è stata inferiore alla media UE, a dimostrazione di una minore prevalenza di molti fattori di rischio per la salute presenti invece nel resto dell'UE e di un sistema sanitario generalmente efficace nel trattare pazienti con affezioni potenzialmente letali.



Tasso di mortalità standardizzato per età per 100 000 abitanti, 2018

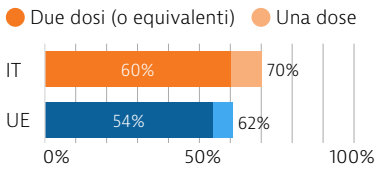
Accessibilità

Malgrado in Italia l'accesso all'assistenza sanitaria sia complessivamente buono, l'epidemia COVID-19 ha ostacolato notevolmente l'accesso alle cure: il 23 % della popolazione ha riferito di aver rinunciato alle cure durante i primi 12 mesi della pandemia, un tasso leggermente più elevato rispetto alla media UE, pari al 21 %.



Resilienza

L'Italia è stata tra i paesi dell'UE più duramente colpiti dal COVID-19 in termini di mortalità, in particolare durante la prima ondata. Come altri paesi dell'UE, nella prima metà del 2021 anche l'Italia ha accelerato la sua campagna vaccinale, ritenuta la principale via d'uscita dalla pandemia, continuando nel frattempo ad attuare altre misure per proteggere la popolazione e ridurre la pressione sugli ospedali.



Quota di popolazione vaccinata contro il COVID-19 a fine Agosto 2021

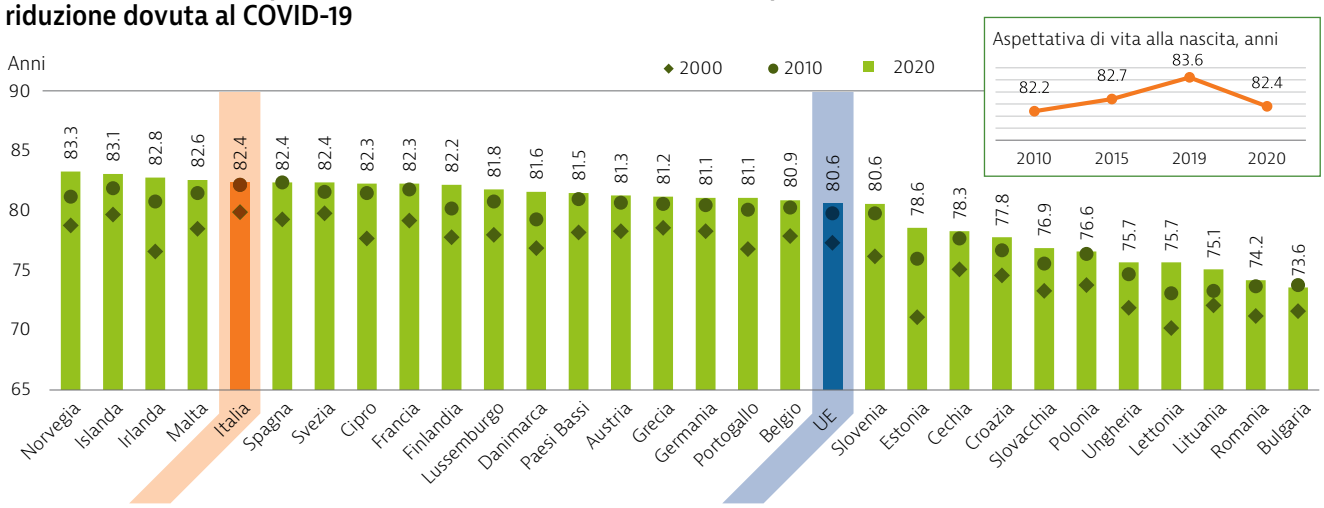
2 La salute in Italia

Riduzione dell'aspettativa di vita in Italia nel 2020 a causa dell'epidemia COVID-19

Nonostante il forte calo, di oltre un anno, dell'aspettativa di vita causato dall'epidemia COVID-19, nel 2020 la popolazione italiana ha continuato a godere di una delle più alte aspettative di vita nell'UE (grafico 1). Prima della pandemia, tra il 2010 e il 2019 era stato registrato un rallentamento considerevole dell'aumento dell'aspettativa di vita, soprattutto tra le donne, cresciuta di solo un anno circa tra il 2010 e il 2019 rispetto ai due anni circa del decennio precedente. Anche se in misura minore, tale fenomeno ha interessato anche gli uomini. Sebbene le cause di tale rallentamento non siano del tutto chiare, il fenomeno è stato in parte causato da un aumento dei tassi di mortalità dovuti ad alcune malattie respiratorie tra gli anziani.

Alcune stime preliminari mostrano una diminuzione di 1,2 anni dell'aspettativa di vita tra il 2019 e il 2020, più accentuata nell'Italia del nord rispetto al centro, al sud e alle isole, poiché il COVID-19 ha colpito prevalentemente la parte settentrionale del paese.

Grafico 1. Nel 2020 l'aspettativa di vita in Italia è stata una delle più elevate dell'UE, nonostante una forte riduzione dovuta al COVID-19

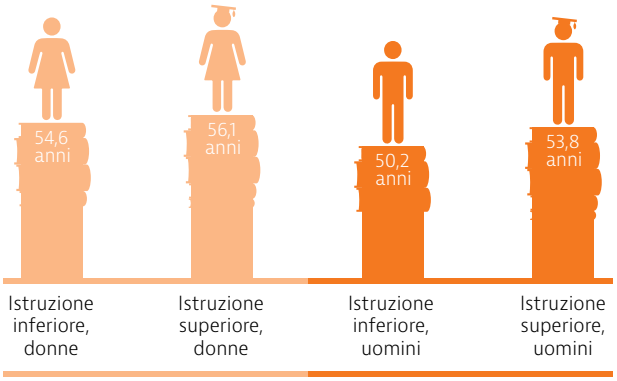


Nota: media UE ponderata. I dati dell'Irlanda si riferiscono al 2019.
Fonte: banca dati di Eurostat.

Le disuguaglianze sociali nell'aspettativa di vita sono meno pronunciate rispetto ad altri paesi dell'UE

Sebbene siano meno pronunciate rispetto alla maggior parte degli altri paesi dell'UE, in Italia le disuguaglianze nell'aspettativa di vita legate alla situazione socioeconomica restano notevoli. Come illustrato nel grafico 2, gli uomini di 30 anni con livelli di istruzione inferiori vivono in media 3,6 anni in meno rispetto ai coetanei con livelli di istruzione più elevati. Tra le donne tale divario di longevità è minore: circa 1,5 anni. Questi divari sono riconducibili, almeno in parte, a diversi livelli di esposizione a vari fattori di rischio e a stili di vita poco sani, tra cui tassi di tabagismo più elevati e abitudini alimentari non sane tra gli uomini e le donne con livelli di istruzione inferiori.

Grafico 2. Il divario di aspettativa di vita, generato dal divario di istruzione, è di 3,6 anni per gli uomini e di circa 1,5 anni per le donne



Divario di aspettativa di vita all'età di 30 anni per livello di istruzione:

Italia:	1,5 anni	Italia:	3,6 anni
UE18:	3,4 anni	UE18:	6,9 anni

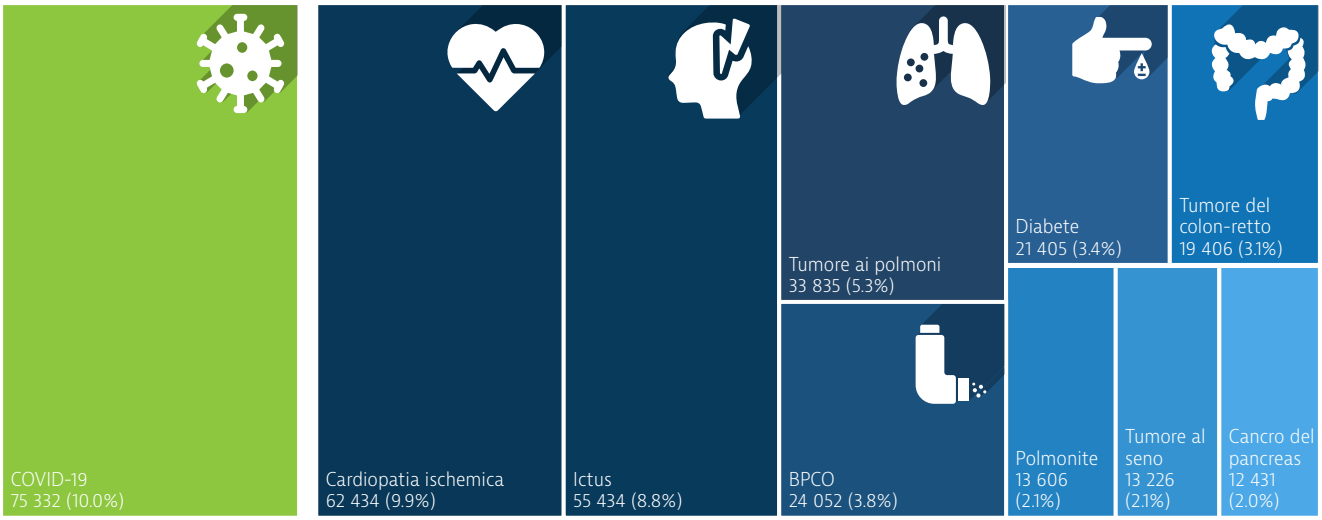
Nota: i dati si riferiscono all'aspettativa di vita a 30 anni. Per istruzione superiore si intende il livello di chi ha completato un'istruzione terziaria (livelli ISCED 5-8), mentre per istruzione inferiore si intende il livello di coloro che non possiedono un'istruzione secondaria (livelli ISCED 0-2).
Fonte: banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2017).

In Italia le disparità geografiche nell'aspettativa di vita restano significative. Nel 2019 l'aspettativa di vita delle donne nate in Campania era di 2,7 anni inferiore a quella delle donne nate nella provincia autonoma di Trento. L'aspettativa di vita degli uomini nati in Campania era di 2,2 anni inferiore a quella degli uomini nati in Umbria. Il divario nelle disuguaglianze geografiche è leggermente diminuito tra il 2010 e il 2019 e si stima si sia ulteriormente ridotto nel 2020 a causa del maggiore impatto esercitato dall'epidemia COVID-19 sulle regioni settentrionali.

Le malattie cardiovascolari e i tumori sono stati le principali cause di morte negli ultimi anni, ma nel 2020 molti decessi sono riconducibili al COVID-19

Nel 2018 le malattie cardiovascolari sono state all'origine del 35 % dei decessi in Italia, seguite dal cancro (27 %). Se si prendono in considerazione malattie più specifiche si nota che le cardiopatie ischemiche (all'origine di circa il 10 % dei decessi) e l'ictus (responsabile di circa il 9 %) sono stati le principali cause di morte nel 2018, seguiti dal tumore al polmone, che resta la causa più frequente di morte di natura oncologica (grafico 3).

Grafico 3. Le cardiopatie ischemiche, l'ictus e il tumore al polmone sono stati le principali cause di morte, ma nel 2020 molti decessi sono riconducibili al COVID-19



Nota: il numero e la quota di decessi causati dal COVID-19 si riferiscono al 2020, mentre il numero e la quota di decessi dovuti ad altre cause si riferiscono al 2018. La dimensione del riquadro relativo al COVID-19 è proporzionale alla dimensione dei riquadri riguardanti altre cause principali di morte nell'anno precedente.
Fonti: Eurostat (per le cause di morte nel 2018); ECDC (per le morti causate dal COVID-19 nel 2020, fino alla 53a settimana).

Nel 2020, l'epidemia COVID-19 ha causato la morte di circa 75 000 persone in Italia (il 10 % di tutti i decessi). Altre 54 000 persone sono decedute a causa del COVID-19 nei primi otto mesi del 2021. La maggior parte dei decessi è stata registrata tra gli anziani: l'età media delle persone decedute a causa del COVID-19 nel 2020 è stata di 81 anni, e l'86 % dei decessi è stato registrato tra le persone di età superiore ai 70 anni. Sebbene in Italia il tasso di mortalità dovuto al COVID-19 sia stato molto più elevato della media UE durante la prima ondata nella primavera del 2020, tale divario è diminuito successivamente, in quanto molti altri paesi dell'UE hanno registrato tassi di mortalità più elevati nell'autunno del 2020 e nei primi otto mesi del 2021. Alla fine di agosto 2021 il tasso di mortalità cumulativo in Italia dovuto al COVID-19 era di circa il 35 % superiore alla media UE.

L'analisi dell'eccesso di mortalità suggerisce che il numero di decessi diretti e indiretti causati dal COVID-19 potrebbe essere notevolmente superiore a quello dei decessi ufficiali registrati in Italia, così come in molti altri paesi dell'UE (riquadro 1).

Nel 2019 la maggior parte degli italiani ha riferito di essere in buona salute, anche se molti soffrono di patologie croniche

Nel 2019 circa tre quarti (73 %) degli adulti italiani hanno riferito di essere in buona salute, una percentuale leggermente superiore alla media UE (69 %). Tuttavia, secondo EU-SILC, un adulto italiano su sei (16 %) ha riferito di essere affetto da almeno una patologia cronica, e tale percentuale aumenta con l'età (il 37 % delle persone dai 65 anni in su soffre di una o più patologie croniche).

Un problema emergente dovuto all'epidemia COVID-19 è il numero di pazienti che hanno problemi di salute persistenti per un lungo periodo dopo aver contratto il virus. Il cosiddetto Long COVID, caratterizzato da sintomi che includono dolore toracico e muscolare, affaticamento, dispnea, ansia e disfunzioni cognitive, può impedire il ritorno ad una vita normale, con ripercussioni sanitarie ed economiche potenzialmente durature. La percentuale di persone che riferiscono sintomi persistenti è particolarmente alta tra coloro che sono stati ricoverati per COVID-19.

Riquadro 1. Nel 2020, l'eccesso di mortalità in Italia è stato notevolmente superiore al numero di decessi causati dal COVID-19 registrati ufficialmente

Come in molti altri paesi, il numero effettivo di morti causate dal COVID-19 in Italia è probabilmente più elevato del numero di decessi segnalati ufficialmente a causa del numero limitato di test effettuati e di problemi legati all'attribuzione della causa di morte. Inoltre il numero di morti dovute al COVID-19 non tiene conto del possibile aumento dei decessi legati ad altre cause che possono essere emerse durante o dopo la pandemia, come ad esempio l'accesso ridotto ai servizi sanitari per pazienti affetti da malattie diverse dal COVID-19 o la diminuzione, per paura di contrarre il virus, del numero di persone che hanno deciso di ricorrere alle cure (morti indirette). L'indicatore dell'eccesso di mortalità, definito come un numero di decessi, indipendentemente dalla causa, in quantità notevolmente superiore rispetto a quanto normalmente previsto sulla base dell'esperienza dei cinque anni precedenti, può fornire una misura più robusta delle morti dirette e indirette dovute al COVID-19.

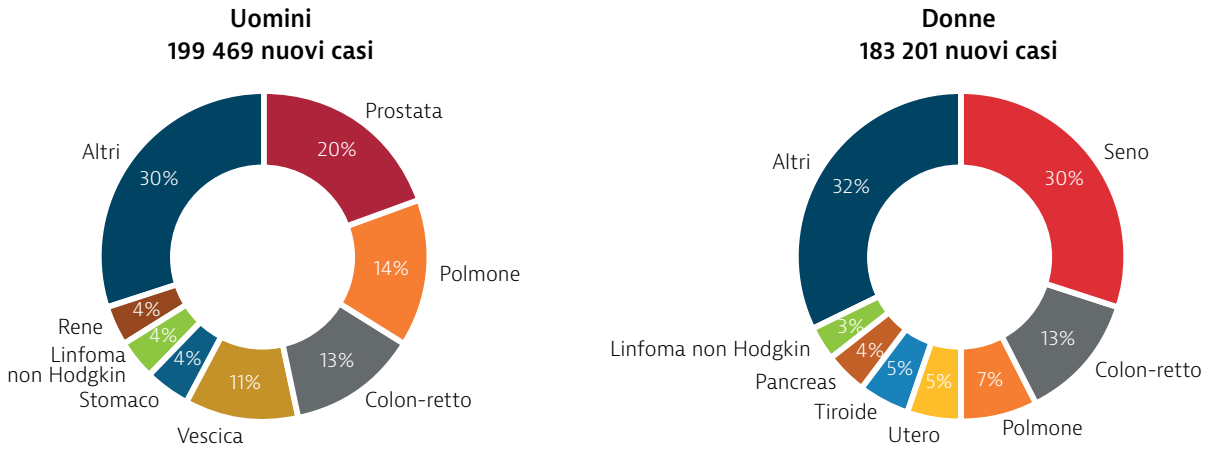
Nel momento del picco dei decessi causati dal COVID-19 durante la prima ondata a marzo e aprile 2020 e durante la seconda ondata a novembre 2020, l'eccesso di mortalità in Italia è stata nettamente superiore al numero di morti dovute al COVID-19 segnalate. Nel complesso, tra l'inizio di marzo e la fine di dicembre 2020, l'eccesso di mortalità (circa 110 000 decessi) è stata di circa il 45 % superiore al numero delle morti dovute al COVID-19 segnalate (circa 75 000). Il divario maggiore registrato nel corso della prima ondata si spiega con una capacità insufficiente di test e con la pressione che gravava sul sistema sanitario nazionale, le cui capacità di codificare correttamente i certificati di morte in quel periodo erano limitate. Senza un risultato positivo al test, un gran numero di morti non sono state inizialmente attribuite al COVID-19.

Presso il Policlinico universitario Agostino Gemelli IRCCS di Roma l'87 % dei pazienti precedentemente ricoverati per COVID-19 ha riferito la persistenza di almeno un sintomo, in particolare stanchezza e problemi respiratori, nelle valutazioni di follow-up che hanno avuto luogo in media 60 giorni dopo la comparsa del primo sintomo di COVID-19 (Carfi et al., 2020).

L'incidenza dei tumori in Italia è vicina alla media UE

Oltre 180 000 persone in Italia sono morte di tumore nel 2018 e, secondo le stime del Centro comune di ricerca basate sulle tendenze di incidenza degli anni precedenti, nel 2020 erano attesi oltre 380 000 nuovi casi di tumore[1]. Si prevedevano tassi di incidenza dei tumori inferiori alla media UE per gli uomini e simili alla media UE per le donne. I principali tipi di tumore tra gli uomini sono il tumore della prostata (20 %), del polmone (14 %) e del colon-retto (13 %), mentre il tumore al seno è quello più diffuso tra le donne (30 %), seguito da quello del colon-retto (13 %) e del polmone (7 %) (grafico 4). La prevenzione del cancro è una delle tematiche prioritarie del piano nazionale quinquennale della prevenzione adottato in Italia ad agosto 2020 (Ministero della Salute, 2020).

Grafico 4. 380 000 nuovi casi di tumore erano attesi in Italia nel 2020



Tasso standardizzato per età (tutti i tumori)
IT: 636 per 100 000 abitanti
UE: 686 per 100 000 abitanti

Tasso standardizzato per età (tutti i tumori)
IT: 486 per 100 000 abitanti
UE: 484 per 100 000 abitanti

Nota: è escluso il tumore cutaneo non melanoma; il tumore all'utero non include il carcinoma del collo uterino.
Fonte: sistema europeo d'informazione sul cancro.

1. *È opportuno notare che queste stime sono state realizzate prima dell'epidemia COVID-19; ciò può influire sia sul tasso di incidenza che su quello di mortalità del cancro durante il 2020.*

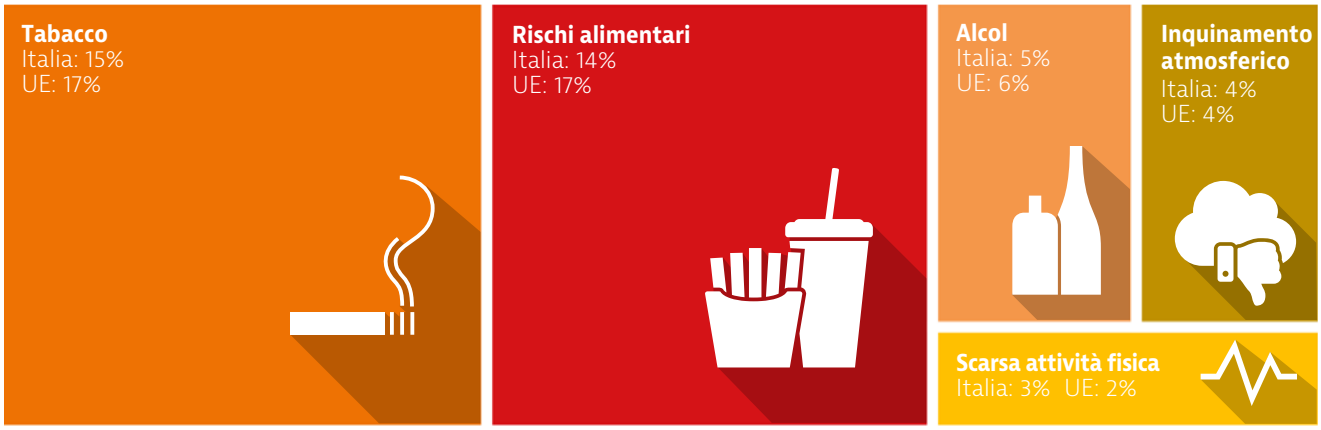
3 Fattori di rischio

I fattori di rischio comportamentali e ambientali rappresentano le principali cause di mortalità

Circa un terzo di tutti i decessi registrati in Italia nel 2019 può essere attribuito a fattori di rischio comportamentali, come il tabagismo, i rischi alimentari, il consumo di alcolici e la scarsa attività fisica. Anche questioni ambientali come l'inquinamento atmosferico contribuiscono a un numero considerevole di decessi ogni anno (grafico 5).

Circa il 15 % dei decessi avvenuti nel 2019 può essere attribuito al tabagismo (sia fumo attivo che passivo); pur essendo inferiore alla media UE, tale quota equivale a 96 000 decessi. Si stima che il 14 % dei decessi (87 000) sia riconducibile a rischi alimentari (tra cui un basso consumo di frutta e verdura e un consumo elevato di zuccheri e sale). Circa il 5 % di tutti i decessi (30 000) può essere attribuito al consumo di alcolici, mentre circa il 3 % (18 000) è collegato a una scarsa attività fisica. Il solo inquinamento atmosferico, inteso come esposizione al particolato fine ($PM_{2,5}$) e all'ozono, è stato responsabile di circa il 4 % di tutti i decessi (28 000) nel 2019, causati principalmente da malattie cardiovascolari, malattie respiratorie e alcune forme di cancro.

Grafico 5. Il tabagismo e i rischi alimentari sono i principali responsabili della mortalità in Italia



Nota: Il numero complessivo di decessi connessi a tali fattori di rischio è inferiore al totale ottenuto sommando ciascun fattore individualmente, poiché uno stesso decesso può essere attribuito a più fattori di rischio. I rischi alimentari includono 14 componenti, tra cui lo scarso consumo di frutta e verdura e il consumo di bevande altamente zuccherate. Per inquinamento atmosferico si intende l'esposizione al $PM_{2,5}$ e all'ozono.
Fonte: IHME (2020), Global Health Data Exchange (stime relative al 2019).

Il fumo resta un serio problema di salute pubblica

Sebbene la percentuale di fumatori tra gli adulti sia diminuita dal 2000, nel 2019 il 18 % di adulti in Italia fumava ancora regolarmente, una percentuale leggermente inferiore alla media UE (19,5 %). Il tasso di tabagismo tra gli adulti italiani resta di gran lunga più elevato di quello registrato nei paesi più virtuosi, come la Svezia e la Norvegia, dove non più del 10 % degli adulti continua a fumare quotidianamente. Come in molti altri paesi, si evidenzia un marcato divario di genere: il 22 % degli uomini fumava regolarmente nel 2019, rispetto al 14 % delle donne.

Durante l'epidemia COVID-19 sono stati registrati un milione di fumatori in più, il che equivale a un aumento di oltre due punti percentuali della quota di popolazione italiana che fuma regolarmente. Tale aumento è stato particolarmente evidente tra i fumatori di sigarette elettroniche (Istituto Superiore di Sanità, 2021).

Resta molto elevato anche il numero di fumatori tra gli adolescenti italiani. Nel 2018 quasi il 30 % dei quindicenni ha dichiarato di aver fumato nell'ultimo mese: una delle percentuali più elevate nell'UE. Il numero di fumatori tra le ragazze era maggiore (33 %) del numero di fumatori tra i ragazzi (24 %). Inoltre l'uso di sigarette elettroniche è diventato più diffuso e nel 2019 il 13 % dei giovani tra i 15 e i 16 anni ha riferito di aver fumato sigarette elettroniche, una percentuale prossima alla media UE (14 %), secondo l'indagine ESPAD. La Commissione europea, nell'ambito del piano europeo di lotta contro il cancro, ha fissato l'ambizioso obiettivo di garantire che meno del 5 % della popolazione consumi tabacco entro il 2040 (vedi sezione 5.1).

Il consumo di alcolici tra gli adulti è contenuto, ma molti adolescenti riferiscono di farne un consumo eccessivo

In Italia il consumo di alcolici tra gli adulti è inferiore a quello della maggior parte dei paesi dell'UE; nel 2019 è stato registrato un tasso inferiore di oltre il 20 % alla media UE. Anche la percentuale di adulti che riferiscono un consumo di alcolici elevato è molto più limitata rispetto a quasi tutti gli altri paesi dell'UE.

Tuttavia nel 2018 circa un quindicenne su cinque (19 %) ha riferito di essersi ubriacato almeno due volte nella vita, una percentuale prossima alla media UE (22 %).

I tassi di sovrappeso e obesità tra i bambini e gli adolescenti sono elevati

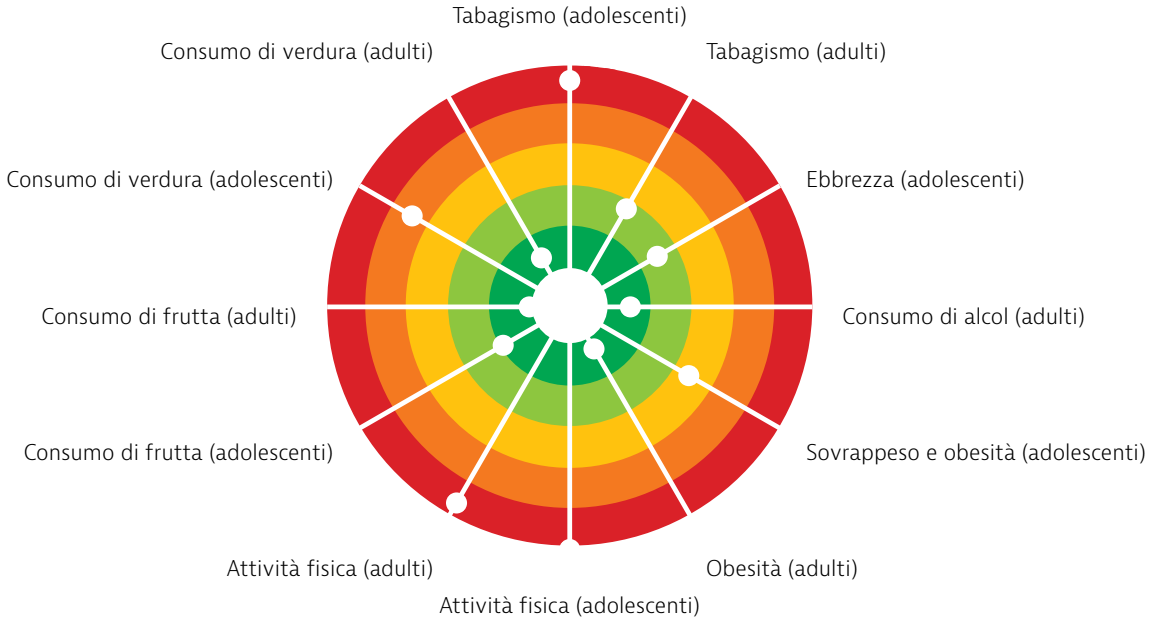
Secondo l'indagine HBSC condotta in tutta Europa, nel 2018 quasi un quindicenne su cinque (19 %) in Italia era in sovrappeso od obeso, una percentuale simile alla media UE. Un'indagine nazionale, incentrata sui bambini che frequentano la scuola primaria, riporta percentuali ancora più elevate: nel 2019 il 30 % dei bambini di età compresa tra gli 8 e i 9 anni aveva problemi di sovrappeso o di obesità, sebbene sia stata rilevata una leggera diminuzione rispetto al 31 % registrato nel 2016 (Ministero della Salute e altre fonti, 2019). Il sovrappeso e l'obesità sono più diffusi nel sud del paese, tra le famiglie in condizioni socioeconomiche svantaggiate e tra i bambini che sono stati allattati al seno per meno di un mese.

Il tasso di obesità tra gli adulti ha registrato un lieve aumento negli ultimi 15 anni, passando dal 9 % del 2003 all'11 % del 2019, ma resta comunque inferiore al tasso registrato nella maggior parte degli altri paesi dell'UE.

Un'alimentazione inadeguata è il principale fattore responsabile del sovrappeso e dell'obesità. Nel 2019 quasi il 40 % degli adulti italiani ha riferito di non mangiare verdure ogni giorno e il 30 % di non mangiare regolarmente frutta, anche se queste percentuali sono più basse rispetto a quelle della maggior parte dei paesi dell'UE. Il consumo giornaliero di frutta tra i quindicenni è inoltre leggermente più diffuso in Italia che nella maggior parte dei paesi dell'UE. Tuttavia più del 70 % dei quindicenni non mangia verdure quotidianamente, una percentuale più alta rispetto alla maggior parte dei paesi dell'UE.

Anche la scarsa attività fisica contribuisce al sovrappeso e all'obesità. Nel 2018 solo il 4 % delle ragazze e il 7 % dei ragazzi di 15 anni hanno dichiarato di praticare ogni giorno un'attività fisica almeno moderata: i tassi più bassi di tutta l'UE (grafico 6). Analogamente anche il livello di attività fisica tra gli adulti italiani è tra i più bassi dell'Unione europea.

Grafico 6. Il tabagismo e l'obesità tra gli adolescenti, nonché la scarsa attività fisica, rappresentano seri problemi di salute pubblica



Nota: più il punto è vicino al centro, migliori sono i risultati ottenuti dal paese rispetto agli altri paesi membri dell'UE. Nessun paese rientra nell'"area bersaglio" bianca perché vi è margine di miglioramento per tutti i paesi in tutti i settori.
Fonti: calcoli dell'OCSE basati sull'indagine HBSC del 2017-2018 per gli indicatori relativi agli adolescenti; statistiche sulla salute dell'OCSE, banca dati di Eurostat EHIS 2014 e 2019 per gli indicatori relativi agli adulti.

4 Il sistema sanitario

Le regioni sono responsabili dell'organizzazione e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) del paese è decentrato e organizzato su base regionale. Il governo centrale assegna parte delle entrate fiscali generali all'assistenza sanitaria, definisce il pacchetto di prestazioni sanitarie ed esercita un ruolo di stewardship. Ciascuna regione è responsabile dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sanitari tramite le aziende sanitarie locali e gli ospedali pubblici e privati accreditati. Questo sistema è stato mantenuto durante l'epidemia COVID-19, sebbene la gestione e la responsabilità amministrativa della risposta nazionale alla crisi siano state in parte centralizzate (riquadro 2).

Riquadro 2. I sistemi di governance per la gestione della risposta dell'Italia all'epidemia COVID-19 sono stati coordinati a livello nazionale

La risposta di emergenza dell'Italia all'epidemia COVID-19 è stata guidata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, sostenuta dal Dipartimento nazionale della Protezione Civile e dal Commissario straordinario nominato nel marzo 2020 per coordinare le misure di lotta alla pandemia. Le decisioni vincolanti sono state adottate tramite decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, sebbene tali decisioni fossero sempre più frutto di consultazione e mediazione con i leader regionali, in particolare per quanto riguardava le misure di lockdown e altre restrizioni previste nel quadro dello stato di emergenza dichiarato a marzo 2020. Nel febbraio 2020 è stato istituito un Comitato Tecnico Scientifico allo scopo di fornire assistenza tecnica ed evidenza scientifica a sostegno del processo decisionale del governo centrale sulle misure di prevenzione e di protezione. Anche l'Istituto Superiore di Sanità è stato determinante nel coordinare il sistema nazionale di sorveglianza delle malattie e nel favorire il ricorso alla rete di laboratori di riferimento per raccogliere e analizzare quotidianamente dati.

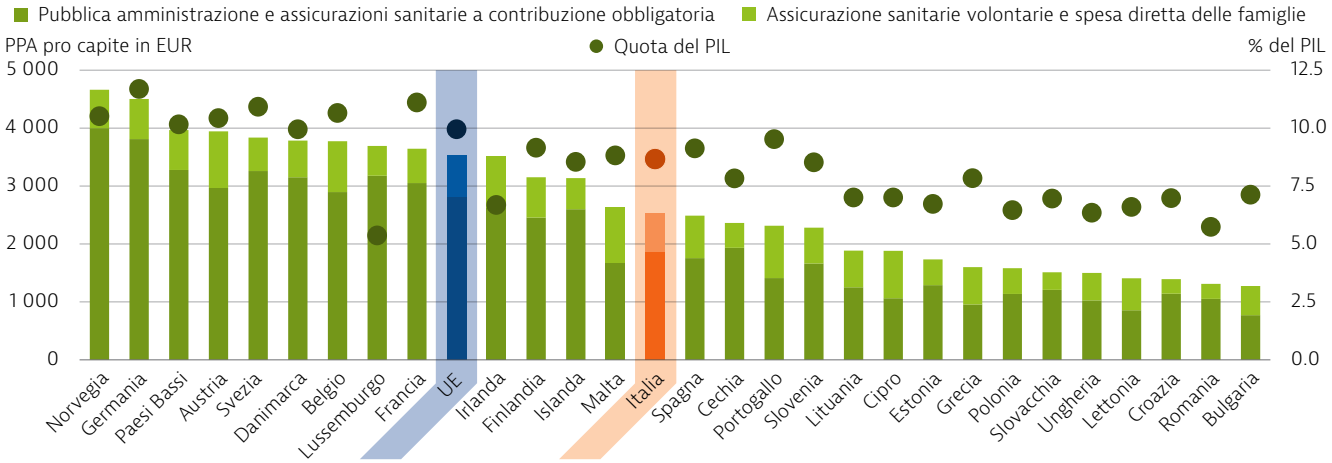
Il Ministero della Salute ha rappresentato la principale autorità responsabile della risposta del sistema sanitario alla crisi, tramite il coordinamento con le amministrazioni regionali. Le regioni hanno istituito unità di gestione della crisi coordinate dalle autorità sanitarie regionali, dai direttori delle aziende sanitarie locali e dalle prefetture in rappresentanza dello stato centrale. Nelle prime fasi della risposta dell'Italia alla crisi, il governo ha anche mobilitato il Dipartimento della Protezione Civile per sostenere le regioni nell'approvvigionamento di medicinali, dispositivi medici, risorse umane e infrastrutture.

Fonte: COVID-19 Health System Response Monitor.

Prima della pandemia la spesa sanitaria aveva registrato una lenta crescita, dovuta principalmente all'aumento della spesa privata

Nel 2019 l'Italia ha destinato alla sanità l'8,7 % del PIL, rispetto alla media UE del 9,9 %. Lo stesso anno la spesa pro capite si è attestata a 2 525 EUR (standardizzata per le differenze nel potere d'acquisto), ossia oltre il 25 % in meno rispetto alla media UE, pari a 3 523 EUR (grafico 7). Storicamente la spesa sanitaria in Italia è stata sempre inferiore alla media UE, anche se negli ultimi cinque anni sono stati registrati lenti incrementi, dovuti principalmente alla crescita della spesa privata. La percentuale di spesa pubblica rispetto alla spesa sanitaria totale è stata del 74 % nel 2019, un tasso inferiore alla media UE, pari all'80 %. Gran parte della spesa rimanente era costituita da spesa diretta delle famiglie (23 %), in quanto l'assicurazione sanitaria volontaria riveste solo un ruolo marginale, coprendo solo il 3 % del totale. Nel 2020, per far fronte all'emergenza COVID-19, ulteriori finanziamenti sono stati garantiti a sostegno del settore sanitario (riquadro 3).

Grafico 7. L'Italia spende nella sanità meno della maggior parte degli altri paesi dell'Europa occidentale



Nota: media UE ponderata.
Fonte: statistiche sulla salute dell'OCSE 2021 (i dati si riferiscono al 2019, eccetto per Malta, i cui dati si riferiscono al 2018).

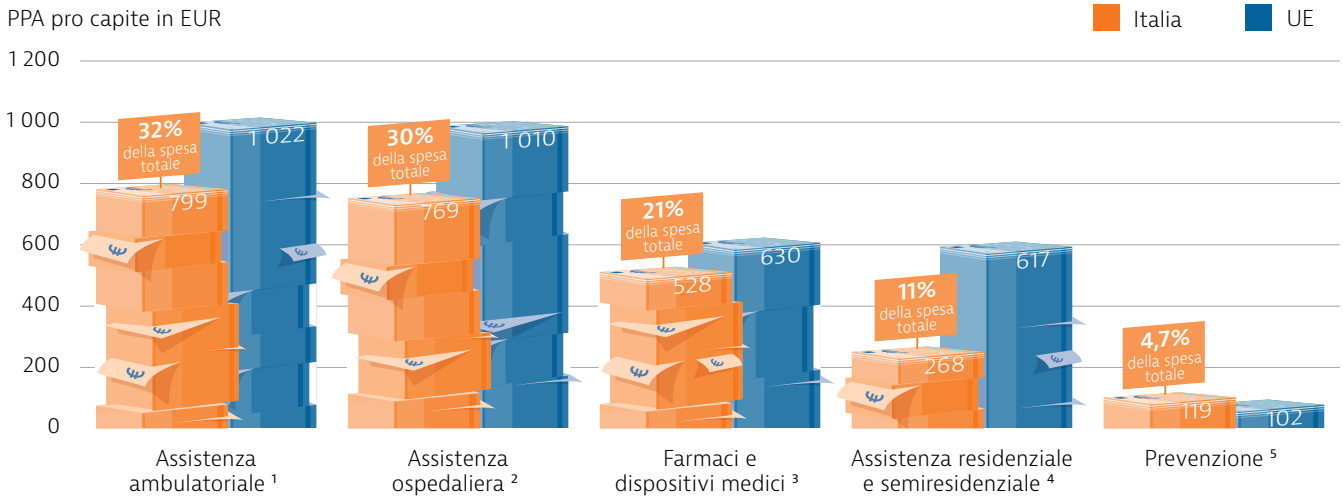
Riquadro 3. In risposta all'epidemia COVID-19 è stato garantito un finanziamento aggiuntivo al sistema sanitario italiano

Nel 2020 il governo nazionale ha approvato un finanziamento di 7,5 miliardi di EUR per il Servizio sanitario nazionale e il Dipartimento della Protezione Civile a sostegno delle misure di risposta alla pandemia in corso, come l'assunzione di nuovi operatori sanitari e il pagamento degli straordinari, il potenziamento del Fondo per le emergenze nazionali, l'aumento del numero di posti letto nelle unità di terapia intensiva, il sovvenzionamento delle aziende che producono mascherine chirurgiche e prodotti correlati e lo stanziamento di risorse per la prevenzione e l'igiene nelle scuole e nelle infrastrutture pubbliche (vedi sezione 5.3).

L'Italia ha speso più per l'assistenza ambulatoriale che per l'assistenza ospedaliera

Nel 2019 l'assistenza ambulatoriale ha rappresentato in Italia la categoria di spesa sanitaria più importante, pari a un terzo della spesa sanitaria corrente e leggermente superiore alla spesa per i servizi ospedalieri (grafico 8). Su base pro capite, l'Italia ha speso un quinto in meno rispetto alle medie dell'UE sia per le cure ambulatoriali che ospedaliere. Nel 2019 l'acquisto di medicinali e di dispositivi medici ha rappresentato un quinto della spesa sanitaria. L'assistenza residenziale e semiresidenziale, sempre più importante a causa del rapido invecchiamento della popolazione italiana, ha rappresentato una quota limitata della spesa (11 %) ed è notevolmente inferiore alla media UE in termini pro capite. Per contro, la spesa destinata alla prevenzione è stata superiore alla media UE sia in percentuale della spesa sanitaria (4,7 % rispetto al 2,9 %) che in termini pro capite.

Grafico 8. In Italia la spesa destinata al finanziamento della maggior parte dei servizi sanitari, ad eccezione della prevenzione, è inferiore a quella registrata nel resto dell'UE



Nota: non sono inclusi i costi di amministrazione del sistema sanitario. 1. Include l'assistenza domiciliare e i servizi accessori, come ad esempio il trasporto dei pazienti. 2. Include l'assistenza terapeutica e riabilitativa in ospedale e in altre strutture. 3. Include solo il mercato relativo alle cure ambulatoriali. 4. Include solo la componente sanitaria. 5. Include solo la spesa per i programmi di prevenzione organizzati. La media UE è ponderata.
Fonti: statistiche sulla salute dell'OCSE 2021 e banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2019).

L'Italia ha un numero di posti letto ospedalieri relativamente limitato a fronte di una durata media della degenza più lunga

Prima della pandemia, tra il 2014 e il 2019 in Italia il numero di posti letto ospedalieri per 1 000 abitanti era rimasto stabile a 3,2, un valore notevolmente inferiore alla media UE, pari a 5,3. Sono state riscontrate differenze significative a livello regionale: nel 2019 nelle regioni meridionali è stata registrata in generale una capacità inferiore, pari a 2,4 posti letto per 1 000 abitanti, rispetto ai 3,4 posti letto per 1 000 abitanti delle regioni settentrionali del paese. Al numero stabile di posti letto ospedalieri si è aggiunta una forte riduzione delle dimissioni ospedaliere. Nel 2019 l'Italia era il terzo paese dell'UE, dopo i Paesi Bassi e il Portogallo, con il più basso tasso di dimissioni. Tale tasso è diminuito del 18 % tra il 2010 e il 2019.

Per contro, la durata media della degenza è leggermente aumentata dal 2010, mentre è diminuita nella maggior parte dei paesi dell'UE: nel 2019 la durata media della degenza in ospedale in Italia era di 8,0 giorni, più elevata rispetto alla media UE (7,4 giorni). Tale leggero aumento nel paese può essere dovuto alla sostituzione dell'assistenza ospedaliera a bassa intensità con l'assistenza ambulatoriale e domiciliare. Di conseguenza i casi di ricovero restanti sono a maggiore complessità e richiedono in media periodi di degenza più lunghi.

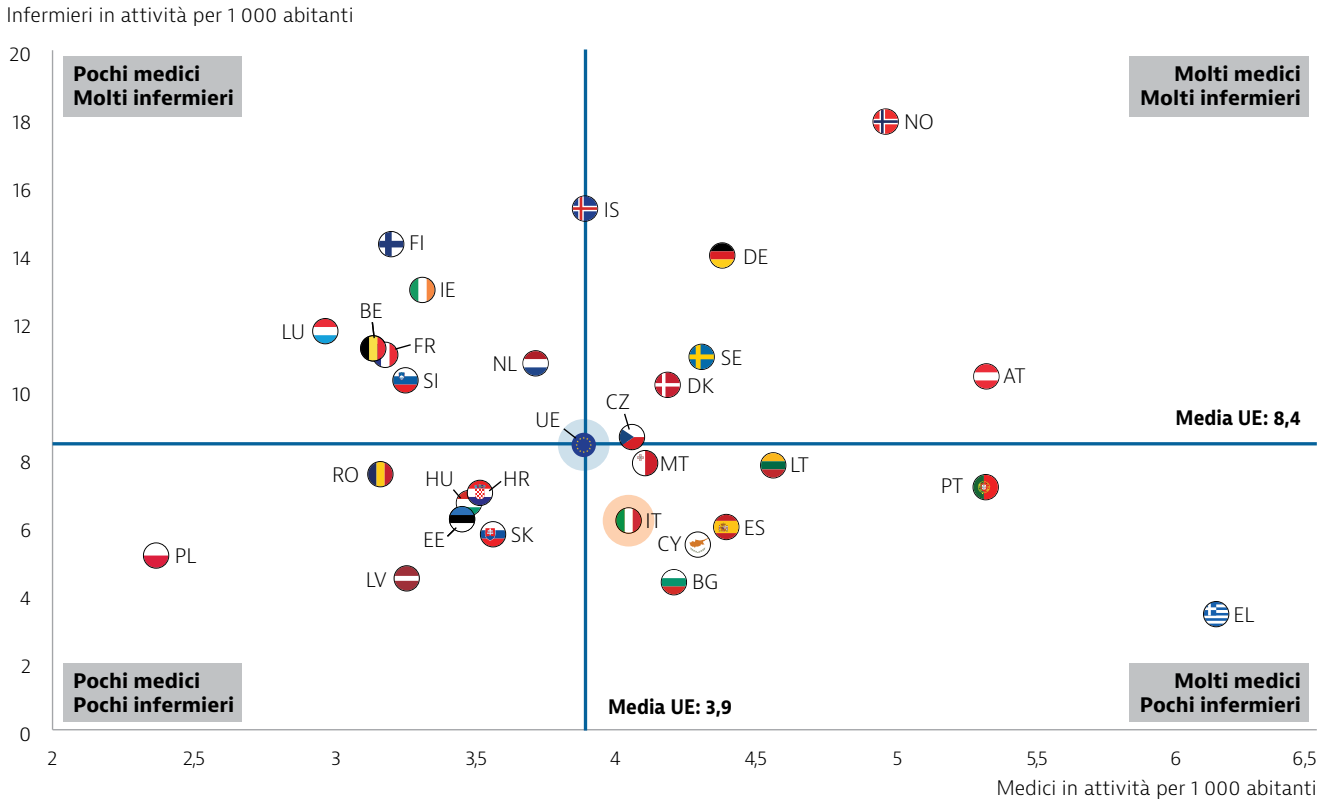
Nel 2020, durante la prima ondata dell'epidemia COVID-19, gli ospedali italiani hanno raggiunto rapidamente la soglia massima di utilizzo, con una drastica carenza di posti letto nelle unità di terapia intensiva e nelle unità dedicate all'assistenza ospedaliera per acuti, soprattutto in alcune delle regioni settentrionali che sono state l'epicentro dell'epidemia (vedere sezione 5.3).

Il numero di infermieri resta basso a causa di una diminuzione di laureati in tale disciplina

Il numero totale di medici in Italia è leggermente superiore alla media UE e si attesta a 4,1 rispetto ai 3,9 per 1 000 abitanti del 2019. Tuttavia si osserva un calo del numero di medici che esercitano negli ospedali pubblici e in qualità di medici di base. Se gli attuali criteri di accesso alla formazione specialistica dovessero rimanere invariati, con l'aumentare dell'età media dei medici italiani negli anni a venire si prevede una carenza significativa di personale, soprattutto in alcune discipline di specializzazione e in medicina generale.

L'Italia impiega meno infermieri rispetto a quasi tutti i paesi dell'Europa occidentale e il loro numero (6,2 per 1 000 abitanti) è inferiore del 25 % alla media UE (grafico 9). Vista la diminuzione del numero di infermieri laureati dal 2014, le carenze di personale in questo settore sono destinate ad aggravarsi in futuro.

Grafico 9. L'Italia presenta un numero relativamente elevato di medici, ma gli infermieri sono molto meno numerosi



Nota: la media UE non è ponderata. Per il Portogallo e la Grecia i dati si riferiscono a tutti i medici abilitati; pertanto il numero dei medici in attività è fortemente sovrastimato (nel caso del Portogallo del 30 % circa). In Grecia il numero degli infermieri è sottostimato, in quanto i dati si riferiscono soltanto agli infermieri che lavorano nelle strutture ospedaliere.
Fonte: banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2019 o all'anno più vicino).

5 Performance del sistema sanitario

5.1 Efficacia

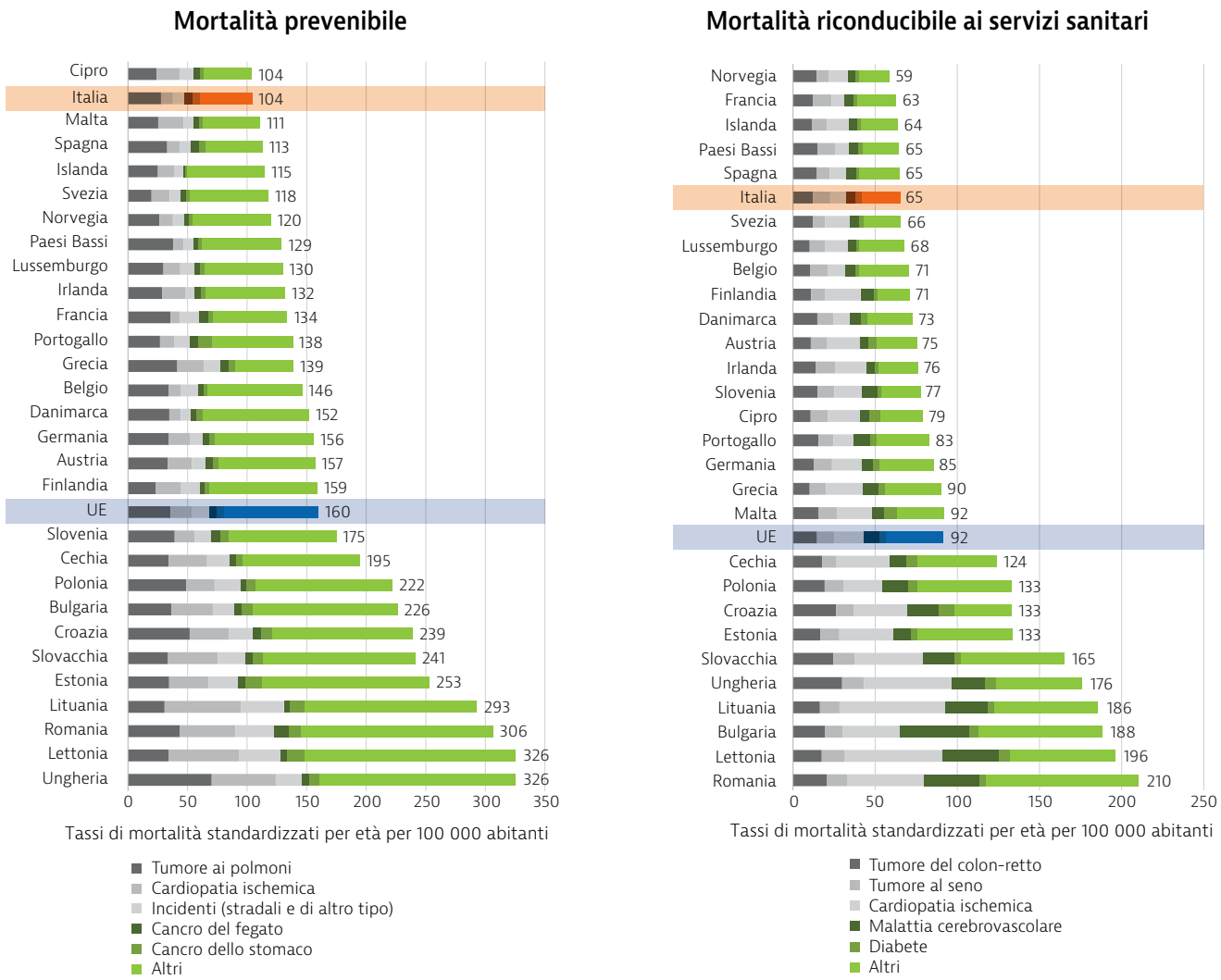
Prima della pandemia, l'Italia registrava dei tassi fra i più bassi nell'UE di mortalità prevenibile e riconducibile ai servizi sanitari

Nel 2018 l'Italia ha registrato il tasso più basso di mortalità prevenibile nell'UE (grafico 10). Come per tutti gli altri paesi, a causa dell'epidemia COVID-19 questo tasso aumenterà quando saranno disponibili i dati relativi al 2020/2021. Il tasso registrato nel 2018 è frutto di percentuali ridotte di mortalità per cardiopatia ischemica, tumore al polmone, decessi accidentali, suicidi e malattie connesse al consumo di alcolici, che si attestavano a livelli ben al di sotto delle medie dell'UE, grazie a una minore prevalenza dei fattori di rischio ed a una minore incidenza di questi problemi di salute. Esempi di politiche attive di prevenzione, coordinate dal centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie nel contesto del programma "Guadagnare Salute", sono i programmi/le attività di promozione attiva della salute nelle scuole e l'aumento del livello di alfabetizzazione alimentare tra i cittadini.

Anche il numero di decessi ritenuti potenzialmente evitabili con il ricorso a interventi sanitari è stato uno dei più bassi dell'UE nel 2018 (grafico 10), a dimostrazione dell'efficacia generale del sistema sanitario italiano nel trattamento di pazienti con affezioni potenzialmente letali. Questo risultato positivo è legato a tassi di mortalità relativamente bassi per cardiopatie ischemiche, ictus e tumore del colon-retto.

Tra il 2011 e il 2018 i tassi di mortalità per cause prevenibili e riconducibili ai servizi sanitari sono diminuiti più rapidamente in Italia che nell'UE.

Grafico 10. Nel 2018 il tasso di mortalità prevenibile e riconducibile ai servizi sanitari in Italia era tra i più bassi nell'UE



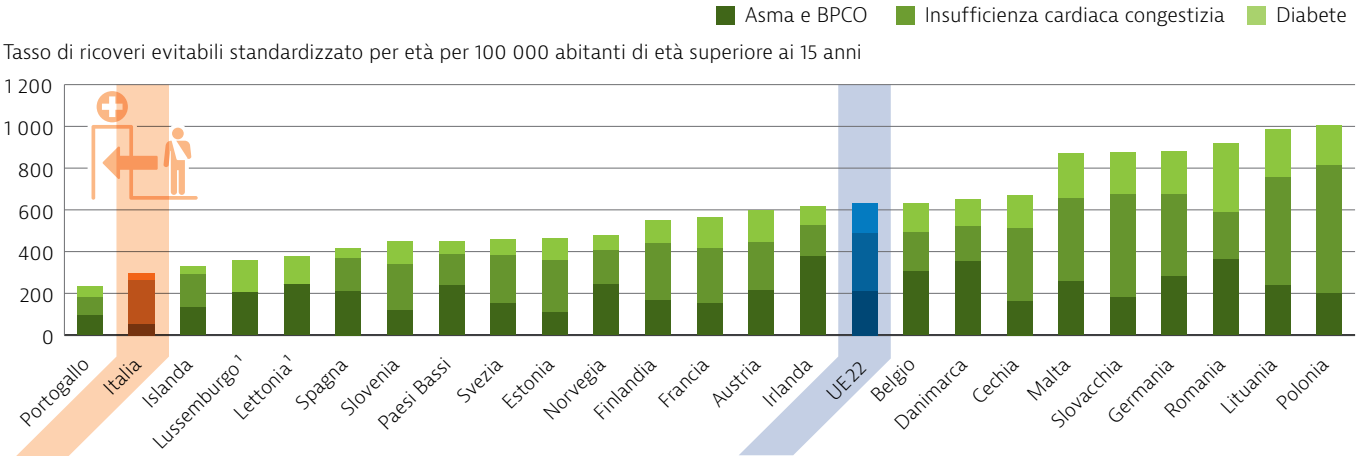
Nota: per mortalità prevenibile si intendono i decessi che potrebbero perlopiù essere evitati grazie a interventi di salute pubblica e di prevenzione primaria. La mortalità riconducibile ai servizi sanitari include i decessi che potrebbero essere evitati principalmente grazie a interventi di assistenza sanitaria, tra cui lo screening e le cure mediche. La metà di tutti i decessi legati ad alcune malattie, quali ad esempio le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari, rientra nella mortalità prevenibile, l'altra metà nella mortalità riconducibile ai servizi sanitari. Entrambi gli indicatori si riferiscono alla mortalità prematura (sotto i 75 anni). I dati si basano sugli elenchi OCSE/Eurostat riveduti.
Fonte: banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2018, ad eccezione della Francia, i cui dati si riferiscono al 2016).

Un'assistenza primaria efficace contribuisce a prevenire i ricoveri ospedalieri

I tassi di ricoveri ospedalieri registrati in Italia per malattie croniche quali l'asma, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ed il diabete sono tra i più bassi dell'UE (grafico 11). Questo risultato è dovuto ad un sistema di assistenza sanitaria primaria efficace, in cui i medici di base svolgono una funzione di filtro per l'accesso alle cure secondarie e, in alcune regioni, equipe mediche multidisciplinari prestano assistenza ospedaliera per acuti e per pazienti affetti da malattie croniche nonché servizi di prevenzione per l'intera popolazione.

Gli indicatori riportati dal Programma Nazionale Esiti (PNE) mostrano importanti differenze regionali nel tasso di ospedalizzazioni per BPCO, dato che può riflettere una soglia di ricoveri più bassa in diverse regioni meridionali rispetto alle regioni settentrionali del paese (Agenas e Ministero della Salute, 2020).

Grafico 11. I ricoveri ospedalieri evitabili per patologie croniche sono ben al di sotto della media UE



Nota: 1. I dati riguardanti l'insufficienza cardiaca congestizia non sono disponibili per la Lettonia e il Lussemburgo.
Fonte: statistiche sulla salute dell'OCSE 2021 (i dati si riferiscono al 2019 o all'anno più vicino).

Il tasso di sopravvivenza ai tumori è superiore alla media UE, nonostante la limitata copertura dei programmi di screening

Nonostante la limitata diffusione dei programmi di screening dei tumori, in Italia il tasso di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi dei tumori più comuni (prostata, seno, collo uterino e colon-retto) e della leucemia infantile è maggiore rispetto alla media UE (grafico 12). Questi risultati suggeriscono che il sistema sanitario italiano è nel complesso in grado di fornire un trattamento efficace e tempestivo ai pazienti affetti da tali forme comuni di tumore. Per contro il tasso di sopravvivenza dei pazienti affetti da tumore del polmone resta relativamente basso sia in Italia che negli altri paesi dell'UE.

Grafico 12. L'Italia registra buoni risultati rispetto ad altri paesi dell'UE in termini di tasso di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi di un tumore

Tumore della prostata	Leucemia infantile	Tumore al seno	Carcinoma del collo uterino	Cancro al colon	Tumore ai polmoni
Italia: 90 %	Italia: 88 %	Italia: 86 %	Italia: 67 %	Italia: 64 %	Italia: 16 %
UE23: 87 %	UE23: 85 %	UE23: 82 %	UE23: 63 %	UE23: 60 %	UE23: 15 %

Nota: i dati si riferiscono alle persone che hanno ricevuto una diagnosi tra il 2010 e il 2014. Per leucemia infantile si intende la leucemia linfoblastica acuta.
Fonte: programma CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Nell'ultimo decennio sono stati messi in atto diversi piani nazionali di screening per potenziare il monitoraggio dei tumori più comuni, vale a dire seno, collo uterino e colon-retto. Sebbene i programmi siano offerti a titolo gratuito ai segmenti della popolazione cui sono destinati, la copertura rimane limitata. Nel 2019 solo il 61 % delle donne nella fascia di età tra i 50 e i 69 anni si era sottoposto a screening per il tumore al seno nei due anni precedenti. Tale tasso è leggermente superiore alla media UE, pari al 59 %, ma di molto inferiore a quello registrato nei paesi più virtuosi dell'Europa settentrionale (Svezia, Finlandia e Danimarca), in cui il tasso di screening per il tumore al seno supera l'80 %.

Garantire la parità di accesso ai programmi di screening dei tumori e migliorarne la qualità sono alcuni degli obiettivi principali del piano nazionale della prevenzione 2020-2025, adottato ad agosto 2020 (Ministero della Salute, 2020). In particolare tale piano raccomanda la transizione verso un modello basato sul test primario HPV-DNA per lo screening del carcinoma del collo uterino, nonché lo sviluppo di percorsi organizzati di counseling e di prevenzione del tumore della mammella su base genetica. Prima dell'adozione del nuovo piano, nell'aprile del 2019 il governo aveva già approvato nuove linee guida per la governance delle reti oncologiche regionali, volte a disciplinare l'assistenza ospedaliera per acuti e post acuti destinata ai pazienti oncologici. Tali strategie sono in linea con il recente piano europeo di lotta contro il cancro, strutturato intorno a quattro ambiti di intervento fondamentali, quali la prevenzione, l'individuazione precoce, la diagnosi e il trattamento, e il miglioramento della qualità della vita dei pazienti oncologici (Commissione europea, 2021).

L'epidemia COVID-19 ha frenato la diffusione dei programmi di screening dei tumori

Nel 2020 la pandemia ha provocato una significativa riduzione dei tassi di screening dei tumori rispetto al 2019 - 38 % per il tumore al seno, 43 % per il carcinoma del collo uterino e del 46 % per il tumore del colon-retto (Osservatorio Nazionale Screening, 2021) – pari a 2,5 milioni di screening in meno per questi tre tipi di tumore. La diminuzione è stata più elevata in alcune regioni settentrionali (Liguria e Lombardia) e meridionali (Campania). Si ritiene che sarà necessario un tempo equivalente ad almeno quattro mesi di attività ordinaria per recuperare il ritardo accumulato per ogni tipo di screening. Tali ritardi comportano una diagnosi e un trattamento tardivi, con un possibile impatto negativo sulle aspettative di sopravvivenza.

5.2 Accessibilità

I bisogni di cure mediche non soddisfatti sono prossimi alla media UE

Prima dell'epidemia COVID-19, nel 2019 solo l'1,8 % della popolazione italiana ha riportato bisogni di cure mediche non soddisfatti, principalmente per ragioni finanziarie. Secondo EU-SILA tale percentuale era prossima alla media UE, pari all'1,7 %. Come in molti altri paesi, la percentuale di popolazione con bisogni di cure mediche non soddisfatti è stata di gran lunga maggiore tra il quintile di reddito più basso (3,5 %) rispetto al quintile di reddito più alto (0,5 %).

Esistono notevoli differenze di accesso alle cure tra le regioni: i cittadini delle regioni meridionali, meno prospere, hanno più del doppio delle probabilità di riportare bisogni di cure mediche non soddisfatti rispetto a quelli delle regioni settentrionali, più ricche, a causa di ragioni finanziarie, tempi d'attesa oppure distanze di viaggio.

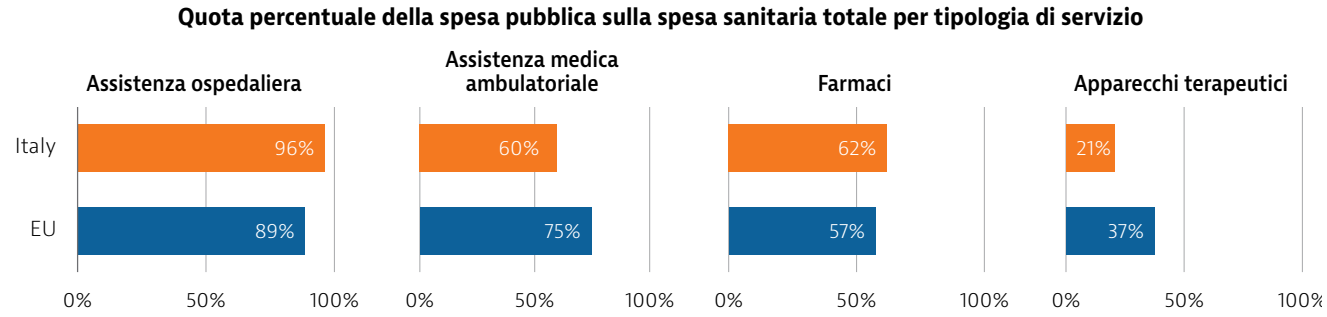
Nel 2020 la crisi del COVID-19 e le misure di lockdown hanno limitato l'accesso ai servizi sanitari. Secondo un'indagine condotta a febbraio/marzo 2021, il 23 % della popolazione ha riferito di aver rinunciato ad un esame medico o ad un trattamento necessario durante i primi 12 mesi della pandemia. Tale percentuale è leggermente superiore alla media UE, pari al 21 % (Eurofound, 2021)[2].

Le regioni possono ampliare il pacchetto di prestazioni sanitarie in presenza di risorse sufficienti

Come evidenziato alla sezione 4, il Servizio sanitario nazionale garantisce assistenza a tutti i cittadini e gli stranieri legalmente residenti in Italia. La copertura è automatica e universale, e l'assistenza è in genere gratuita per i servizi ospedalieri e medici. Gli immigrati irregolari hanno il diritto di accedere ai servizi urgenti ed essenziali. Il pacchetto di prestazioni sanitarie di base copre una vasta gamma di servizi e deve essere garantito in modo uniforme in tutto il paese. A livello nazionale è stato predisposto un sistema di monitoraggio della conformità per individuare le regioni che non garantiscono il pacchetto di prestazioni sanitarie di base alla popolazione (Ministero della Salute, 2021). Le regioni hanno inoltre la facoltà di offrire servizi non previsti dal pacchetto di base, che devono tuttavia essere finanziati tramite fondi provenienti dalle tasse regionali.

Rispetto alla media UE, in Italia la quota di finanziamento pubblico destinata ai servizi sanitari è maggiore nel caso dell'assistenza ospedaliera e per l'acquisto di medicinali, ma minore per la fornitura di apparecchi terapeutici come occhiali e audioprotesi (grafico 13). A causa di vincoli nella comunicazione dei dati, in Italia la spesa pubblica per cure odontoiatriche è inclusa nell'assistenza ambulatoriale.

Grafico 13. In Italia la quota di finanziamento pubblico per l'acquisto di medicinali è maggiore rispetto alla media UE



Nota: per servizi di assistenza medica ambulatoriale si intendono principalmente i servizi forniti da medici generalisti e specialisti a livello ambulatoriale. I medicinali includono i farmaci da banco e quelli prescritti, nonché i presidi medici non durevoli. Per apparecchi terapeutici si intendono i prodotti per la vista, le audioprotesi, le sedie a rotelle e altri dispositivi medici. n.d. = non disponibile.
Fonte: statistiche sulla salute dell'OCSE 2021 (i dati si riferiscono al 2019).

2. I dati provenienti dall'indagine di Eurofound non sono paragonabili a quelli derivanti dall'indagine EU-SILC a causa delle differenze riscontrate nelle metodologie impiegate.

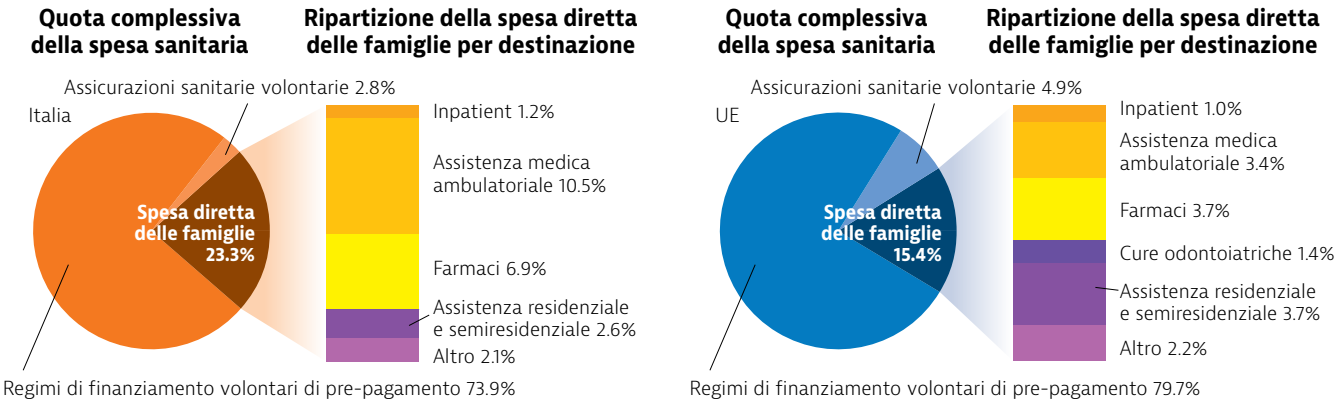
In diverse categorie di assistenza sanitaria è previsto il pagamento di ticket sanitari, mentre tutti i trattamenti relativi al COVID-19 sono gratuiti

In Italia la percentuale della spesa diretta delle famiglie in rapporto alla spesa sanitaria è aumentata, passando dal 20,5 % del 2010 al 23,2 % del 2019. Tale percentuale è nettamente superiore alla media UE, pari al 15,4 % (grafico 14). L'assicurazione sanitaria volontaria riveste un ruolo marginale in Italia, rappresentando soltanto il 2,8 % della spesa sanitaria totale.

Nel paese gran parte della spesa diretta delle famiglie è costituita dall'assistenza ambulatoriale, che rappresenta il 45 % del totale, e da farmaci destinati a pazienti ambulatoriali, che costituiscono il 30 % delle spese non rimborsate totali. Mentre le consultazioni presso il medico di base sono gratuite, le procedure diagnostiche e le visite specialistiche, previo rinvio a consulto medico, prevedono il pagamento di ticket sanitari (senza un rinvio a consulto i pazienti devono pagare il costo totale della prestazione). Per quanto riguarda i farmaci, è possibile che vengano applicati ticket sanitari regionali e che vi sia una spesa diretta delle famiglie, il cui importo è pari alla differenza tra il prezzo del prodotto acquistato e quello di un'alternativa meno costosa. In Italia la percentuale di famiglie soggette a spese catastrofiche dovute a spesa diretta è relativamente elevata (8 % delle famiglie nel 2016) ed è principalmente concentrata nel quintile di reddito più basso della popolazione (OCSE/UE, 2020).[3]

Tutti i trattamenti relativi al COVID-19, i test diagnostici prescritti da un medico in caso di contatto diretto con un soggetto risultato positivo al test per COVID-19, così come i vaccini, sono gratuiti per tutti i residenti.

Grafico 14. La spesa diretta delle famiglie è elevata per l'assistenza ambulatoriale e per i farmaci



Nota: media UE ponderata. L'assicurazione sanitaria volontaria include altri sistemi volontari di pagamento anticipato. In Italia l'assistenza medica ambulatoriale include le cure odontoiatriche.
Fonti: statistiche sulla salute dell'OCSE 2021; banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2019).

La diffusione dei farmaci generici è limitata da un sistema di remunerazione delle farmacie legato al prezzo di vendita del farmaco

L'Italia ha attuato una serie di misure volte a promuovere una maggiore diffusione dei farmaci generici per migliorare l'accessibilità e il rapporto qualità-prezzo della spesa farmaceutica. A meno che il medico prescrittore non ammetta la sostituzione del farmaco di riferimento, il farmacista è tenuto a informare il cliente dell'eventuale esistenza di un prodotto equivalente più economico. Qualora il medico indichi che il medicinale non è sostituibile oppure laddove l'assistito intenda comunque acquistare il farmaco originale, la differenza tra il prezzo del farmaco erogato e l'alternativa più economica è a carico dell'assistito.

Benché tra il 2005 e il 2019 sia passata dal 7 % al 28 % in termini di volume, la quota di mercato dei farmaci generici in Italia resta inferiore di 20 punti percentuali alla media UE, un divario simile a quello riportato nel 2005. Tra il 2015 e il 2019 la spesa a carico delle famiglie per la differenza tra il prezzo del farmaco erogato e l'alternativa più economica ha continuato a crescere annualmente del 3 % (Agenzia italiana del farmaco, 2020). Tale crescita si spiega in parte con il fatto che la retribuzione dei farmacisti è calcolata in base a una percentuale fissa del prezzo al consumo di ciascun prodotto, aspetto che costituisce un disincentivo a proporre ai clienti farmaci generici (più economici).

La proposta di ulteriori misure volte a migliorare l'accesso ai farmaci sarebbe in linea con la strategia farmaceutica dell'UE per l'Europa (Commissione europea, 2020), adottata nel novembre del 2020 per garantire ai pazienti l'accesso a farmaci innovativi e a prezzi accessibili. Tale strategia dovrebbe inoltre consentire all'Europa di soddisfare il suo fabbisogno di farmaci anche in tempi di crisi, grazie a solide catene di approvvigionamento.

3. Per spese catastrofiche si intendono la spesa diretta delle famiglie che superano il 40 % della spesa totale al netto delle loro esigenze di sussistenza (ossia le spese legate all'acquisto di cibo, nonché quelle per l'alloggio e le utenze).

5.3 Resilienza

La presente sezione sulla resilienza tratta principalmente dell'impatto e delle misure adottate in risposta all'emergenza COVID-19[4]. Come evidenziato alla sezione 2, nel 2020 e nel 2021 l'epidemia COVID-19 ha avuto un forte impatto sullo stato di salute della popolazione e sulla mortalità in Italia. Alla fine di agosto 2021, nel paese si contavano circa 129 000 decessi dovuti al COVID-19, la maggior parte dei quali concentrata tra gli anziani. Anche le misure adottate per contenere la pandemia hanno influito in modo considerevole sull'economia. Nel 2020 il PIL è diminuito del 8,9 %, percentuale superiore alla media UE, pari al 6,2 %, e prima del 2022 non si prevede un ritorno ai livelli del 2019. È stato inoltre registrato un aumento del tasso di disoccupazione, in particolare tra i giovani nella fascia di età 15-24 anni, passato dal 28 % del marzo 2020 al 33 % del marzo 2021.

L'Italia è stato il primo paese dell'UE ad essere stato interessato dalla pandemia e tra i più duramente colpiti durante la prima ondata

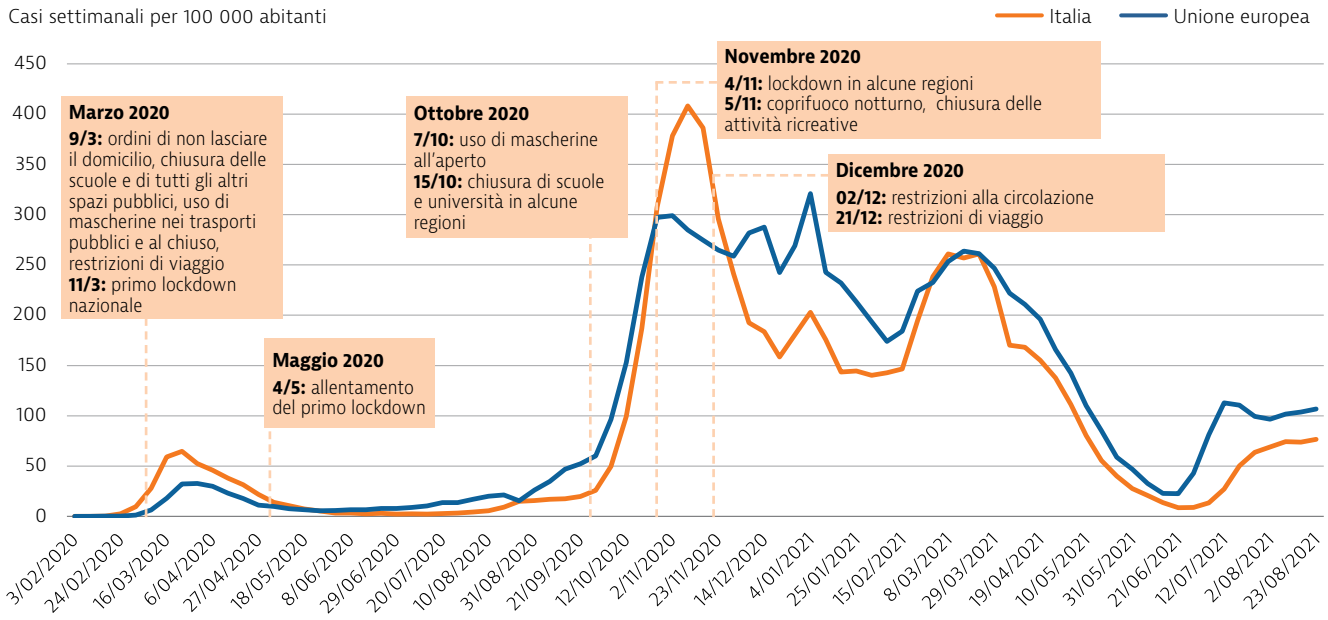
L'Italia è stato il primo paese europeo colpito dalla pandemia: i primi casi di COVID-19 sono stati registrati all'inizio di febbraio 2020. Il virus si è propagato a un ritmo esponenziale: la soglia dei 1 000 casi è stata superata il 29 febbraio, e il 10 marzo più di 10 000 persone erano state infettate dal virus. La propagazione del virus sul territorio italiano è stata disomogenea. L'Italia settentrionale, in particolare la Lombardia e, in misura minore, il Veneto, l'Emilia-Romagna e il Piemonte, ha registrato la maggiore concentrazione di casi, mentre le regioni meridionali sono state relativamente risparmiate, in particolare durante la prima ondata della pandemia.

Durante la prima ondata, la decisione di spostare i pazienti COVID-19 non acuti dagli ospedali alle Rsa per liberare capacità ospedaliera e la riluttanza a imporre "zone rosse" per evitare di ostacolare l'attività economica locale hanno portato al drastico aumento di casi e di morti in Lombardia. Nello stesso periodo regioni come il Veneto hanno fatto il possibile per tenere le persone fuori dagli ospedali, rafforzando l'assistenza primaria e domiciliare e aumentando la loro capacità di test, monitoraggio e tracciamento.

Nonostante la presenza di un sistema sanitario ben sviluppato nelle regioni più colpite dalla pandemia, l'Italia non è stata in grado di appiattire la curva delle infezioni con sufficiente tempestività (grafico 15). Ciò ha comportato una rapida saturazione della capacità ospedaliera e una drastica accelerazione dei decessi, con un picco di 800 morti al giorno alla fine di marzo 2020. Durante la prima ondata, dall'inizio di marzo alla fine di maggio 2020, l'Italia ha registrato più di 34 000 morti, uno dei tassi di mortalità più alti in Europa (grafico 16).

Il numero di decessi legati al COVID-19 durante la seconda ondata, iniziata alla fine di settembre 2020, ha superato quelli della prima ondata, con quasi 40 000 morti registrate tra ottobre e dicembre 2020 (ISTAT e Istituto Superiore di Sanità, 2021). Altre 54 000 persone sono morte a causa del COVID-19 tra gennaio e agosto 2021.

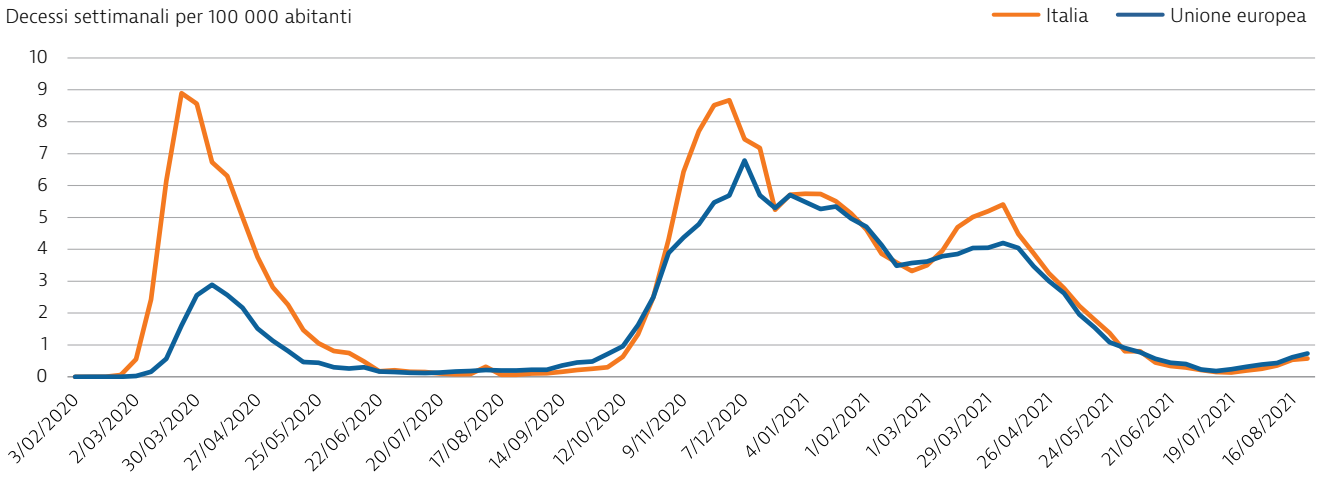
Grafico 15. Nel 2020 l'Italia ha imposto due lockdown a livello nazionale o regionale per contenere la trasmissione del virus



Nota: la media UE non è ponderata (il numero di paesi presi in considerazione per il calcolo della media varia a seconda della settimana considerata).
Fonte: ECDC per i dati sul COVID-19 e diversi autori per le misure di contenimento.

4. *In questo contesto, la resilienza del sistema sanitario è definita come la capacità di prepararsi alle crisi, gestirle (capacità di assorbimento, adattamento e trasformazione) e imparare dagli shock (gruppo di esperti dell'UE in materia di valutazione delle prestazioni dei sistemi sanitari, 2020).*

Grafico 16. In Italia le morti causate dal COVID-19 hanno superato la media UE, in particolare durante la prima ondata nel 2020

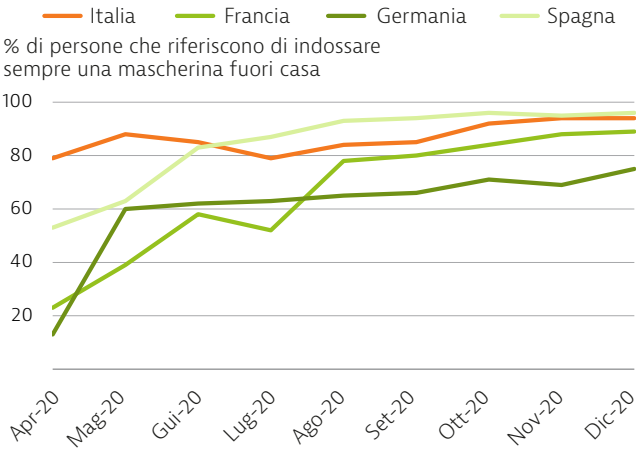


Nota: la media UE non è ponderata (il numero di paesi presi in considerazione per il calcolo della media varia a seconda della settimana considerata).
Fonte: ECDC.

Poiché la diffusione dei casi di COVID-19 ha cominciato ad aumentare rapidamente durante la prima ondata, nel febbraio 2020 il governo ha dichiarato lo stato di emergenza. Sono state dunque adottate misure radicali per combattere la pandemia, come la decisione di mettere in quarantena le principali zone del focolaio imponendo lockdown generalizzati in tutta la penisola (9 marzo 2020) e sospendendo tutte le attività non essenziali per la vita del paese (11 marzo 2020). Le misure di contenimento hanno inoltre previsto la necessità di indossare la mascherina all'interno di tutti i luoghi pubblici, il distanziamento sociale, un coprifuoco nazionale e l'obbligo di restare a casa in caso di febbre.

Con l'inizio della seconda ondata della pandemia, il 7 ottobre 2020 il governo ha esteso a tutto il paese l'obbligo di indossare la mascherina anche all'aperto. Anche prima dell'imposizione di tale misura almeno quattro italiani su cinque hanno dichiarato di aver indossato sempre una mascherina fuori casa (grafico 17).

Grafico 17. Quattro italiani su cinque hanno dichiarato di aver indossato sempre una mascherina all'aperto durante la pandemia



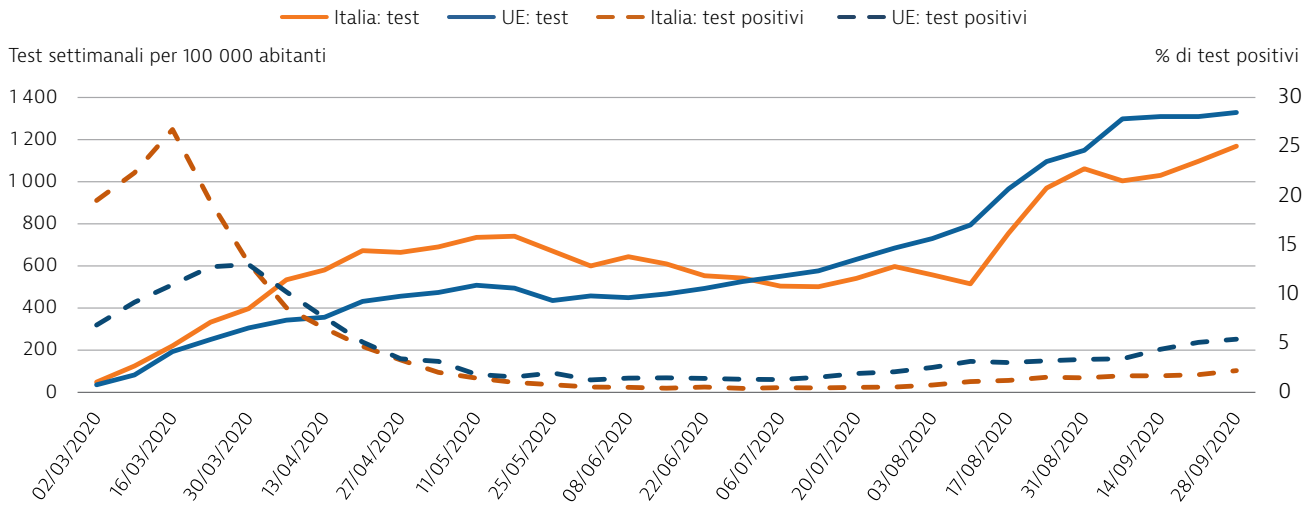
Fonte: dati YouGov (http://www.coviddatahub.com/).

È stata messa a punto una strategia globale per mobilitare capacità addizionale di test per COVID-19

Nonostante le differenze regionali, la strategia globale in materia di test messa a punto all'inizio della pandemia ha permesso all'Italia di valutare in modo più accurato la diffusione del virus. Mentre gli alti tassi di positività dei test effettuati nelle prime settimane della pandemia indicano che i test erano probabilmente limitati a determinati gruppi della popolazione, principalmente pazienti ricoverati o con sintomi gravi, il costante aumento del numero di test effettuati da metà marzo a fine aprile 2020 ha permesso di ampliare la strategia in materia di test. Ciò ha portato all'individuazione di un maggior numero di casi positivi, ma con tassi più bassi di positività ai test (grafico 18). A metà aprile del 2020 ogni giorno erano effettuati 50 000 test, contro i 19 000 di metà marzo. Alla fine di agosto 2020 erano stati raggiunti 90 000 test giornalieri.

La rapida espansione delle capacità dei laboratori nel corso della pandemia è stata principalmente il risultato della conversione ai test per COVID-19 di laboratori diagnostici che precedentemente si concentravano su altri tipi di test, dell'aumento della disponibilità di reagenti e dell'ulteriore offerta di test a domicilio o presso strutture "drive in".

Grafico 18. Rapido aumento delle capacità di test in Italia all'inizio della pandemia



Nota: la media UE è ponderata (il numero di paesi inclusi nella media varia a seconda della settimana considerata).
Fonte: ECDC.

Nel novembre 2020 l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato una serie di linee guida per i test, riconoscendo il ruolo strategico dei test antigenici rapidi per i contatti stretti di un caso confermato - anche per le persone senza sintomi - per coloro che mostrano sintomi più lievi, per i viaggiatori che arrivano da paesi a rischio, per le attività di screening di comunità e per coloro che si sottopongono volontariamente al test per motivi personali, di viaggio o di lavoro.

L'utilizzo dell'applicazione nazionale di tracciamento dei contatti per COVID-19 è stato limitato

L'applicazione "Immuni" di tracciamento dei contatti per COVID-19 è stata introdotta il 1° giugno 2020. A febbraio 2021 meno di un italiano su cinque aveva scaricato l'applicazione. Inoltre il numero di utenti che caricavano i dati in caso di risultato positivo al test per COVID-19 e il numero di notifiche inviate erano piuttosto bassi. All'inizio del 2021 è stato attivato un call center per aiutare coloro che erano risultati positivi al test a caricare i dati.

Durante la crisi del COVID-19 è stata rafforzata la capacità delle unità di terapia intensiva

Prima della crisi del COVID-19, in Italia il numero di posti letto nelle unità di terapia intensiva era pari a 8,6 ogni 100 000 abitanti, un tasso inferiore del 50 % alla maggior parte degli altri paesi dell'UE per cui sono disponibili dati. Nell'aprile del 2020 il Ministero della Salute ha fissato un obiettivo di sicurezza, che prevedeva la creazione, nelle unità di terapia intensiva, di 14 posti letto ogni 100 000 abitanti. Tuttavia a metà ottobre del 2020, ossia poco prima dell'inizio della seconda ondata, solo quattro regioni su 20 erano riuscite ad aumentare la capacità delle unità di terapia intensiva per raggiungere tale livello. A tale data in media nelle terapie intensive erano disponibili 11,8 posti letto ogni 100 000 abitanti.

Durante la seconda ondata diverse regioni hanno segnalato tassi di occupazione dei posti letto di terapia intensiva da parte di pazienti COVID-19 superiori alla soglia di allarme del 30 % fissata dal Ministero della Salute. Nella seconda metà di novembre 2020 circa due terzi dei posti letto disponibili nelle unità di terapia intensiva nella regione Lombardia erano occupati da pazienti COVID-19 (grafico 19). Al contrario, durante la seconda ondata la Sicilia non ha mai segnalato un tasso di occupazione superiore alla soglia di allarme.

In seguito la situazione è migliorata significativamente e, a marzo 2021, solo quattro regioni non avevano raggiunto l'obiettivo fissato di 14 posti letto di terapia intensiva ogni 100 000 abitanti.

Grafico 19. Alla fine del 2020, durante la seconda ondata, nella maggior parte delle regioni settentrionali e centrali dell'Italia i tassi di occupazione dei posti letto delle unità di terapia intensiva hanno superato la soglia di allarme

Nord	4-Nov	11-Nov	17-Nov	24-Nov	1-Dic	8-Dic	15-Dic	22-Dic	29-Dic	4-Gen
Bolzano	26	54	57	52	44	39	31	29	26	32
Emilia-Romagna	20	34	35	34	33	31	28	27	29	31
Friuli-Venezia Giulia	19	26	25	31	35	37	32	32	32	36
Liguria	25	47	53	53	47	41	33	32	28	35
Lombardia	32	58	64	64	61	56	51	44	41	39
Piemonte	25	59	61	64	60	53	42	37	33	29
Trento	15	47	39	47	49	53	59	54	50	48
Valle d'Aosta	29	57	46	38	39	27	18	12	12	5
Veneto	12	21	27	30	30	32	35	34	36	37
Centro										
Lazio	20	26	32	37	37	36	34	33	33	34
Marche	23	45	45	46	44	45	40	33	28	30
Toscana	29	48	47	48	44	42	37	32	29	25
Umbria	40	58	55	55	49	44	35	32	26	34
Sud e Isole										
Abruzzo	18	29	37	39	40	37	31	23	20	21
Basilicata	12	n.a.	33	21	23	17	12	9	7	5
Calabria	6	13	34	28	26	16	14	14	9	12
Campania	23	31	34	34	29	23	20	19	16	15
Molise	15	24	26	29	38	24	24	26	24	29
Puglia	20	33	41	45	48	43	41	36	30	30
Sardegna	22	31	37	40	38	34	32	27	24	24
Sicilia	19	28	30	29	27	25	23	23	22	23

Nota: le celle in rosso indicano un valore superiore alla soglia di allarme del 30 % fissata dal Ministero della Salute.
Fonti: Ministero della Salute, Monitoraggio COVID-19 Fase 2, Report settimanale, varie edizioni.

Grazie a nuove iniziative è stato incrementato il personale sanitario di emergenza, soprattutto nell'assistenza primaria

Per aumentare il numero di operatori sanitari di emergenza durante la prima ondata di COVID-19, a marzo 2020 il governo italiano ha permesso al servizio sanitario nazionale di assumere temporaneamente, per un periodo di sei mesi, medici e infermieri in pensione e studenti all'ultimo anno di medicina. Inoltre, per alleviare la pressione esercitata sugli studi dei medici di base e sui pronto soccorso, il governo ha cominciato a istituire le unità speciali di continuità assistenziale (USCA), con l'intento di permettere una gestione proattiva dei casi sospetti di COVID-19 tramite consulenze a domicilio e test diagnostici, il monitoraggio a domicilio dei casi meno gravi di COVID-19 e la supervisione di casi in strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale. Con uno staff di medici volontari, specialisti, infermieri e personale amministrativo pagato su base oraria, queste unità speciali erano attive 12 ore al giorno, sette giorni alla settimana. Per rafforzare la loro efficacia nella gestione dei casi di COVID-19, il governo ha successivamente permesso che le USCA fossero integrate da psicologi e assistenti sociali.

Nel maggio 2020 l'Italia ha introdotto il profilo dell'"infermiere di famiglia e di comunità", ossia una nuova tipologia di infermiere dotato di competenze avanzate, che contribuisse a potenziare il ruolo dell'assistenza domiciliare e a sostenere l'attività delle USCA. Il governo ha stanziato 480 milioni di EUR per assumere circa 9 600 infermieri nel corso del 2021.

I sistemi informativi sanitari sono stati potenziati per migliorare la comunicazione e sostenere il processo decisionale

In Italia il Dipartimento della Protezione Civile e l'Istituto Superiore di Sanità rappresentano le principali fonti di informazione sull'epidemia COVID-19. In particolare la Protezione Civile si occupa di raccogliere quotidianamente, in forma aggregata, informazioni riguardanti il numero totale di test positivi, di decessi, di ospedalizzazioni e di ricoveri nelle unità di terapia intensiva in tutte le province italiane. Ha inoltre creato e gestisce una banca dati accessibile al pubblico, contenente dati sul COVID-19. I dati sono raccolti quotidianamente dalle istituzioni regionali che li inviano, tramite il Ministero della Salute, al Dipartimento della Protezione Civile, che a sua volta li analizza e aggiorna le proprie banche dati.

L'Istituto Superiore di Sanità chiede invece alle regioni di fornire dati a livello individuale relativi ai casi di infezione da COVID-19 confermati in laboratorio, compresi i dati demografici, le condizioni cliniche e le comorbidità. Il Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità processa ed analizza i dati, e rende accessibili le informazioni per garantire il monitoraggio della pandemia in tutto il paese.

Nel febbraio 2020 il Ministero della Salute ha provveduto ad attivare tempestivamente un sistema di sorveglianza parallelo del tasso di occupazione dei posti letto nelle unità di terapia intensiva da parte dei pazienti COVID-19. Le regioni si occupano di raccogliere quotidianamente i dati, che sono in seguito inviati al Ministero della Salute. Un portale di dati contenente tali informazioni è stato inoltre creato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas, 2021).

Il sistema di sorveglianza integrata COVID-19 si è rivelato uno strumento necessario e utile per informare la popolazione sull'impatto e sull'evoluzione della pandemia e per assistere le autorità nelle decisioni in materia di salute pubblica.

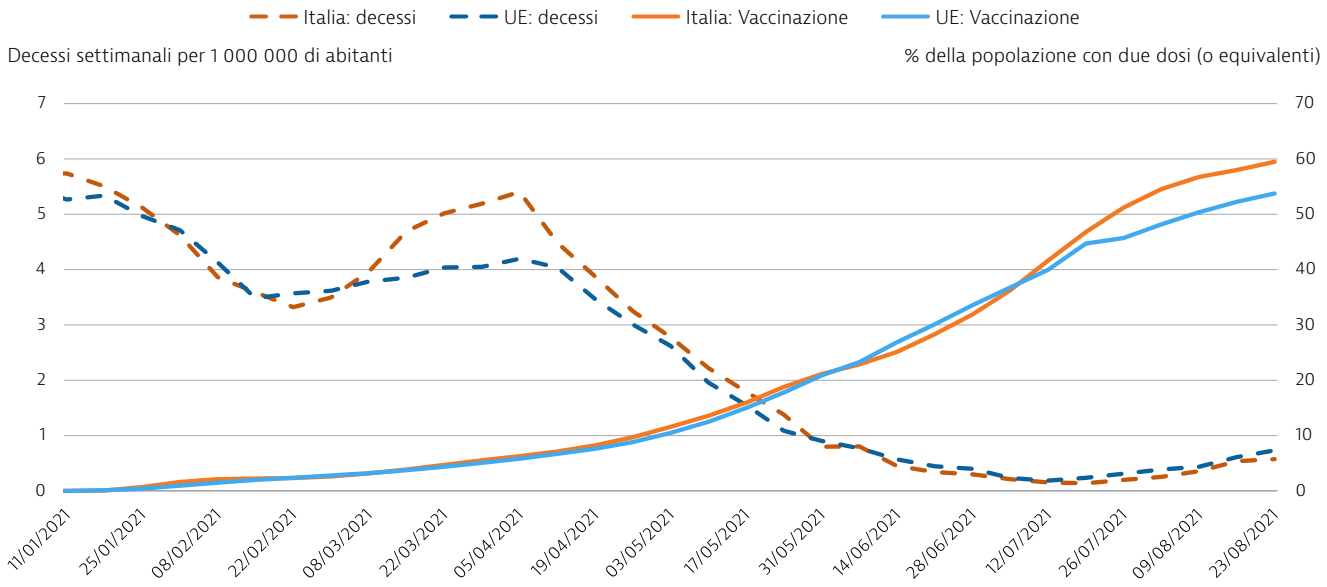
L'esecuzione del piano vaccinale anti COVID-19 è stata garantita dalla creazione di specifici poli vaccinali e dalla partecipazione di medici di base, infermieri e altri specialisti

L'Italia ha iniziato a somministrare le prime dosi di vaccino alla fine di dicembre 2020 nell'ambito del programma di approvvigionamento di vaccini anti COVID-19 coordinato a livello dell'UE. 2,8 miliardi di EUR sono stati stanziati per l'acquisto di vaccini anti COVID-19 e per la fornitura di medicinali utilizzati nel trattamento dei pazienti COVID-19.

Per accelerare l'esecuzione del piano vaccinale, il Servizio sanitario nazionale e le organizzazioni private accreditate hanno creato centri vaccinali, sotto il coordinamento e la supervisione delle autorità regionali e del Commissario straordinario. Per incentivare ulteriormente la vaccinazione, le regioni hanno coinvolto medici di base, infermieri, dentisti, pediatri e altri specialisti. È stato approvato un fondo di 345 milioni di EUR a copertura dei costi aggiuntivi dovuti alla somministrazione dei vaccini da parte di questi operatori. Il governo ha inoltre autorizzato i farmacisti a somministrare i vaccini anti COVID-19 presso le loro farmacie dopo il completamento di due corsi di formazione online.

Alla fine di agosto 2021 il 70 % della popolazione aveva ricevuto almeno una dose, mentre il 60 % era considerato completamente vaccinato dopo la somministrazione di due dosi o con vaccino monodose, un tasso più elevato rispetto alla media UE (grafico 20).

Grafico 20. La quota di popolazione vaccinata contro il COVID-19 era superiore alla media UE alla fine di agosto 2021



Nota: la media UE non è ponderata (il numero di paesi presi in considerazione per il calcolo della media varia a seconda della settimana considerata).
Fonti: ECDC per i casi di COVID-19 e Our World in Data per i tassi di vaccinazione.

Approvazione di ingenti investimenti nel sistema sanitario in risposta alla pandemia

Per far fronte all'epidemia COVID-19, il governo italiano ha stanziato ulteriori 3,7 miliardi di EUR nel 2020 e 1,7 miliardi di EUR nel 2021 per il sistema sanitario, un aumento del 3,3 % e dell'1,7 % rispetto al piano di finanziamento originario (Corte dei conti, 2020).

A maggio 2020 il Ministero della Salute ha stanziato ulteriori fondi da destinare alle regioni a copertura dei costi aggiuntivi sostenuti dagli ospedali per le cure somministrate ai pazienti COVID-19, compresi fondi destinati alla copertura delle spese aggiuntive in quattro ambiti principali:

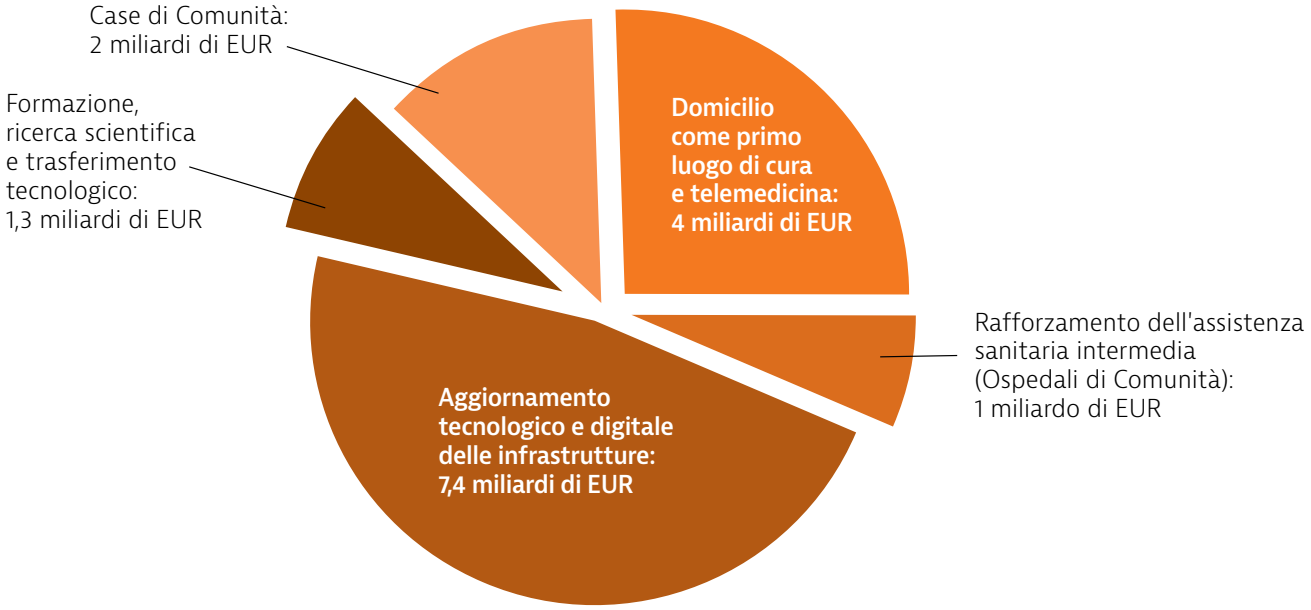
- dotare le unità di terapia intensiva di ulteriori posti letto (calcolati sulla base dell'obiettivo di 14 posti letto ogni 100 000 abitanti, equivalenti a 3 500 posti letto supplementari);
- creare ulteriori posti letto per l'assistenza high care (un totale di 4 225);
- intensificare le attività dei pronto soccorso;
- prevedere incentivi finanziari da destinare al personale e a nuove assunzioni.

L'importo totale dei finanziamenti aggiuntivi è stato di 1,83 miliardi di EUR, 1,4 miliardi dei quali sono stati destinati alle spese in conto capitale per creare ulteriori posti letto nelle unità di terapia intensiva e per l'assistenza high care e 431 milioni al personale (di cui 190 milioni per incentivi finanziari e 241 milioni per nuove assunzioni).

Nel 2020 il Ministero della Salute ha inoltre stanziato altri 1,2 miliardi di EUR per rafforzare l'assistenza primaria. I fondi sono stati destinati principalmente a migliorare il tracciamento e il monitoraggio dei casi di COVID-19, ad aumentare i servizi di assistenza domiciliare e a rafforzare il ruolo ricoperto dalla nuova figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza finanziato dall'UE è stato adottato a giugno 2021. I fondi erogati per finanziare le componenti del piano riguardanti gli aspetti sanitari, che ammontano a 15,6 miliardi di EUR ripartiti su cinque anni, sono destinati agli investimenti nell'uso di nuove tecnologie per migliorare l'assistenza ospedaliera e domiciliare, anche attraverso il potenziamento della telemedicina, riducendo nel contempo la frammentazione territoriale. Una quota significativa di tali finanziamenti è inoltre destinata a potenziare le risorse umane nel settore sanitario (grafico 21).

Grafico 21. Il Piano di Ripresa e Resilienza è destinato a rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario italiano



Fonte: governo italiano (2021).

6 Risultati principali

- Nel 2020 in Italia l'aspettativa di vita è stata una delle più elevate dell'UE, nonostante il forte calo, di oltre un anno, dovuto all'epidemia COVID-19. Le disparità geografiche nell'aspettativa di vita sono significative: prima della pandemia nelle regioni settentrionali l'aspettativa di vita era di quasi tre anni superiore rispetto alle regioni meridionali. Nel 2020 si prevede una diminuzione almeno temporanea di tale divario geografico a causa del maggiore impatto dell'epidemia COVID-19 nelle regioni settentrionali.

- In Italia l'impatto del cancro è notevole: oltre 180 000 persone sono morte di tumore nel 2018, ossia più del doppio del numero di decessi dovuti al COVID-19 registrati nel 2020 (poco più di 75 000). I tassi di screening per il tumore al seno, per il carcinoma del collo uterino e per il tumore del colon-retto sono diminuiti di circa il 40-45 % nel 2020 a causa dell'interruzione dei servizi o della paura di contrarre il virus. I ritardi registrati negli screening possono comportare una diagnosi e un trattamento tardivi.

- I fattori di rischio per la salute, in particolare il tabagismo, un'alimentazione inadeguata, l'inattività fisica e l'obesità, sono le principali cause di malattia e mortalità in Italia. Resta molto elevato il tasso di fumatori tra gli adolescenti. Nel 2018 quasi il 30 % dei quindicenni ha dichiarato di aver fumato nell'ultimo mese, una delle percentuali più elevate nell'UE. Anche la percentuale di bambini e adolescenti in sovrappeso od obesi è maggiore rispetto alla media UE. Nel 2019 tre bambini su 10 di età compresa tra gli 8 e i 9 anni erano in sovrappeso od obesi. Tassi maggiori di sovrappeso e obesità sono stati registrati nelle regioni meridionali e nelle famiglie in condizioni socioeconomiche svantaggiate.

- Nel 2019 la spesa sanitaria pro capite in Italia è stata di 2 525 EUR, pari all'8,7 % del PIL, un tasso inferiore rispetto alla media UE, pari al 9,9 %. Negli ultimi anni una quota sempre più elevata della spesa sanitaria è stata a carico delle famiglie. Tuttavia la spesa pubblica per la sanità è aumentata drasticamente nel 2020 in risposta all'epidemia COVID-19.

- L'Italia è stato il primo paese europeo ad essere colpito dalla pandemia. Nonostante la presenza di un sistema sanitario ben sviluppato nelle regioni più colpite, il paese non è stato in grado di appiattire la curva delle infezioni con sufficiente tempestività, il che ha portato alla saturazione degli ospedali e al drastico incremento dei decessi. Durante la prima ondata della pandemia, tra marzo e maggio 2020, l'Italia ha registrato uno dei tassi più elevati di mortalità dovuta al COVID-19. Durante la seconda ondata, nell'autunno del 2020, molti altri paesi dell'UE hanno registrato tassi di mortalità più elevati; tuttavia il numero di decessi in Italia da ottobre a dicembre 2020 è stato maggiore rispetto alla prima ondata. Il numero di vittime è continuato ad aumentare da gennaio ad aprile 2021, prima di stabilizzarsi nell'estate del 2021. Alla fine di agosto 2021 il tasso di mortalità cumulativo in Italia dovuto al COVID-19 era di circa il 35 % superiore alla media UE.

- Sin dall'inizio della pandemia, sono state messe in atto una serie di misure per cercare di ridurre la trasmissione del virus, quali l'imposizione di lockdown generalizzati, il rafforzamento delle capacità di test dei laboratori e l'istituzione di un sistema di sorveglianza integrata COVID-19. Tuttavia le misure di restrizione non sono state sufficienti a prevenire una seconda ondata della pandemia nell'autunno del 2020, durata fino all'estate del 2021. Un aumento dei posti letto, inizialmente non sufficienti, nelle unità di terapia intensiva e la mobilitazione di un numero maggiore di operatori sanitari hanno contribuito a far fronte alla pressione che ha caratterizzato i picchi della pandemia.

- La campagna vaccinale contro il COVID-19 è iniziata alla fine di dicembre 2020. Alla fine di agosto 2021 il 60 % della popolazione era completamente vaccinato dopo la somministrazione di due dosi o con vaccino monodose, un tasso più elevato rispetto alla media UE.

Fonti principali

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle. Paris,* OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/82129230-en.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, *European Observatory on Health Systems and Policies (2021),* COVID-19 Health Systems Response Monitor – Italy: https://www.covid19healthsystem.org/countries/italy/countrypage.aspx.

Riferimenti bibliografici

Agenas (2021), *Covid-19 data portal.*

Agenas and Ministry of Health (2020), *Programma nazionale esiti. Edizione 2020.*

Carfi, A. et al. (2020), *Persistent symptoms in patients after acute COVID-19,* JAMA, 324/6.

Court of Audit (2020), *Memoria sul bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il trinnioo 2021-2023.*

ESPAD Group (2020), *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs,* EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.*

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe.*

European Commission (2021), *Europe's Beating Cancer Plan.*

Government of Italy (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.*

ISTAT and National Health Institute (2021), *Impatto dell'epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020.*

Italian Medicines Agency (2020), *L'uso dei farmaci in Italia.* Rapporto nazionale anno 2019.

Ministry of Health (2021), *Nuovo Sistema di Garanzia.*

Ministry of Health (2020), *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.*

Ministry of Health et al. (2019), *OKkio alla Salute: the results 2019*, EpiCentro.

National Institute of Health (2021), *Fumo: durante la pandemia 1,2 milioni di fumatori in più, contributo negativo delle e-cig e dei prodotti a tabacco riscaldato.*

National Screening Observatory (2021), *Rapporto sulla ripartenza degli screening – Dicembre 2020.*

Elenco dei codici paese

Alemanha	DE	Croácia	HR	Finlândia	FI	Itália	IT	Países Baixos	NL
Áustria	AT	Dinamarca	DK	França	FR	Letónia	LV	Polónia	PL
Bélgica	BE	Eslováquia	SK	Grécia	EL	Lituânia	LT	Portugal	PT
Bulgária	BG	Eslovénia	SI	Hungria	HU	Luxemburgo	LU	Roménia	RO
Chéquia	CZ	Espanha	ES	Irlanda	IE	Malta	MT	Suécia	SE
Chipre	CY	Estónia	EE	Islândia	IS	Noruega	NO		

European Commission

State of Health in the EU
Profilo della Sanità 2021

I profili sanitari per paese rappresentano un passo importante nell'attuale ciclo di scambio e condivisione delle conoscenze della Commissione Europea 'State of Health in the EU' (Stato della Salute nell'UE), elaborato con il sostegno finanziario dell'Unione Europea. I Profili della Sanità sono frutto del lavoro congiunto dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) e dell'Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari, in collaborazione con la Commissione Europea.

I Profili per paese, sintetici e programmaticamente puntuali, si basano su una metodologia trasparente e coerente che si avvale di dati quantitativi e qualitativi, e che si adatta in modo flessibile al contesto di ciascuno Stato Membro dell'UE e dello Spazio Economico Europeo. L'obiettivo è creare uno strumento di apprendimento reciproco e di scambio volontario destinato a decisori politici e personalità influenti.

Ogni Profilo per paese contiene una breve sintesi dei seguenti aspetti:

- lo stato di salute nel paese;
- i fattori determinanti per la salute, con un accento sui fattori di rischio comportamentali;
- l'organizzazione del sistema sanitario;
- l'efficacia, l'accessibilità e la resilienza del sistema sanitario.

La Commissione intende integrare i risultati principali di tali profili con una relazione di accompagnamento.

Per maggiori informazioni si veda la seguente pagina: ec.europa.eu/health/state

Come citare questo documento: OCSE/Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari (2021), *Italia: Profilo della sanità 2021, Lo Stato della Salute nell'UE,* OECD Publishing, Parigi/Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari, Bruxelles.

ISBN 9789264466272 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO