European Commission



State of Health in the EU

Italia

Profilo della sanità 2023

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. L'edizione 2023 introduce per la prima volta nei profili una sezione speciale dedicata alla salute mentale.

I profili 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. HIGHLIGHTS 3
2. LA SALUTE IN ITALIA 4
3. FATTORI DI RISCHIO 8
4. IL SISTEMA SANITARIO 10
5. PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO 13
   5.1 Efficacia 13
   5.2 Accessibilità 16
   5.3 Resilienza 18
6. FOCUS SULLA SALUTE MENTALE 23
7. RISULTATI PRINCIPALI 26

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 ultimato nel settembre 2023 in base ai dati accessibili alla prima metà di settembre 2023.

Contesto demografico e socioeconomico in Italia nel 2022

Fattori demografici	Italia	UE
Popolazione	59 030 133	446 735 291
Quota di popolazione di età superiore a 65 anni (%)	23,8	21,1
Tasso di fertilità[1] (2021)	1,3	1,5
Fattori socio-economici		
PIL pro capite (en EUR, PPA[2])	33 688	35 219
Tasso di povertà relativa[3]	20,1	16,5
Tasso di disoccupazione (%)	8,1	6,2

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.

Dichiarazioni di non responsabilità: Questo lavoro è pubblicato sotto la responsabilità del Segretario Generale dell'OCSE. Le opinioni espresse e gli argomenti utilizzati non riflettono necessariamente le opinioni ufficiali dei Paesi membri dell'OCSE. Le opinioni e i pareri espressi nelle pubblicazioni dell'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie non rappresentano necessariamente la politica ufficiale delle organizzazioni partecipanti. In caso di discrepanze tra l'opera originale in inglese e la traduzione, deve essere considerato valido solo il testo dell'opera originale.

Questo lavoro è stato realizzato con l'assistenza finanziaria dell'Unione Europea. Le opinioni espresse nel presente documento non possono in alcun modo essere considerate come l'opinione ufficiale dell'Unione Europea.

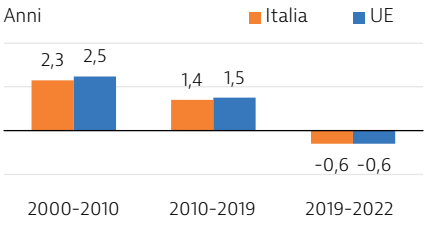
I nomi e la rappresentazione dei Paesi e dei territori utilizzati in questa pubblicazione congiunta seguono la prassi dell'OMS.

Disclaimer territoriali applicabili all'OCSE: Il presente documento, così come i dati e le mappe in esso contenuti, non pregiudicano lo status o la sovranità di alcun territorio, la delimitazione delle frontiere e dei confini internazionali e il nome di qualsiasi territorio, città o area. Ulteriori esclusioni di responsabilità specifiche sono disponibili qui.

Esclusioni di responsabilità territoriali applicabili all'OMS: Le denominazioni utilizzate e la presentazione di questo materiale non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte dell'OMS riguardo allo status giuridico di qualsiasi Paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o riguardo alla delimitazione delle sue frontiere o confini. Le linee tratteggiate e tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora un pieno accordo.

© OCSE e Organizzazione Mondiale della Sanità (in qualità di organizzazione ospitante e segretariato dell'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie) 2023.

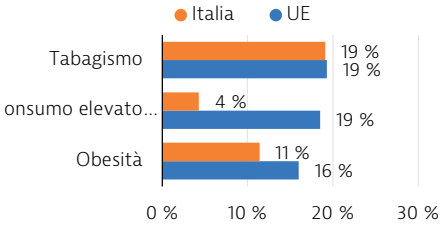
1 Highlights



Cambiamenti nella speranza di vita alla nascita

La salute in Italia

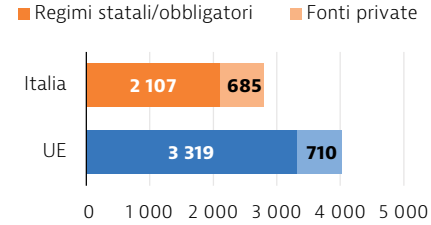
Nei due decenni precedenti la pandemia, la speranza di vita alla nascita in Italia è cresciuta in modo sostanzialmente conforme alla media UE. Dopo aver perso 1,3 anni nel 2020, ha registrato un recupero nel 2022 raggiungendo 83 anni, uno dei livelli più elevati dell'UE, sebbene ancora inferiore di sei mesi rispetto a quello pre-pandemico. Le malattie cardiovascolari restano la principale causa di morte in Italia, seguite dal cancro.



% della popolazione adulta, 2019

Fattori di rischio

Nel 2022 il tasso di tabagismo tra gli adulti in Italia era leggermente superiore alla media UE attestata al 19,6 %, segno di una ripresa dell'abitudine al fumo durante la pandemia dopo un decennio di cali graduali. Sia il tasso di consumo di alcolici che il tasso di consumo abituale elevato di alcolici sono inferiori alle medie UE, così come lo è la prevalenza dell'obesità. Tuttavia, alti tassi di inattività fisica, specie tra gli adolescenti, indicano potenziali rischi di aumento del tasso di obesità in futuro.



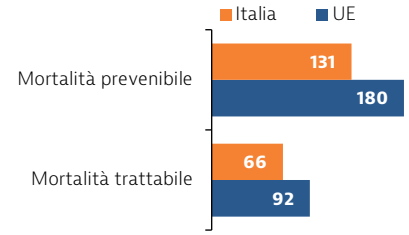
PPA pro capite in EUR, 2021

Il sistema sanitario

Nel 2021 la spesa sanitaria italiana si è attestata al 9,4 % del PIL, oltre 1,5 punti percentuali al di sotto della media UE. Tra il 2019 e il 2021 la spesa sanitaria pro capite ha registrato una crescita di quasi il 7 %, determinata esclusivamente dalla maggiore spesa pubblica messa in campo per contrastare la pandemia. La spesa sanitaria è finanziata per circa tre quarti con fondi pubblici, una quota inferiore rispetto alla media UE dell'81 %.

Efficacia

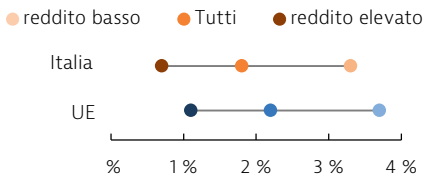
Nel 2020, i tassi di mortalità in Italia per cause potenzialmente prevenibili e trattabili erano inferiori alle rispettive medie UE di oltre il 27 %. La COVID-19 si è imposta come principale causa singola di decessi prevenibili, mentre le cardiopatie ischemiche e il tumore del colon-retto hanno causato, congiuntamente, un terzo dei decessi trattabili.



Tasso di mortalità standardizzato per età per 100 000 abitanti, 2020

Accessibilità

Nel 2022 l'1,8 % degli italiani ha riferito bisogni di cure mediche non soddisfatti, una percentuale inferiore rispetto alla media UE e in linea con il tasso registrato in Italia prima della pandemia. Nel quintile di reddito più basso, la percentuale di individui che ha riferito bisogni di cure mediche non soddisfatti è stata pari al 3,3 %, mentre nel quintile più alto è risultata inferiore all'1 %.



% di segnalazioni di bisogni di cure mediche non soddisfatti. 2022

Resilienza

Dopo il calo sostanziale registrato negli anni della crisi del debito sovrano, la spesa sanitaria pubblica italiana ha ripreso a crescere nel 2014, in linea con la modesta crescita del PIL. La pandemia ha invertito questa tendenza: nel 2020, la spesa pubblica è aumentata del 5,2 % di fronte a una contrazione del PIL del 9 %. Nel 2021, con il PIL in ripresa del 7 %, la spesa pubblica è cresciuta del 2,9 %.



Variazione annua in termini reali

Focus sulla salute mentale

Si stima che circa un italiano su sei abbia sperimentato di un disturbo mentale nel 2019, una quota pari alla media UE. I disturbi d'ansia si sono rivelati il disturbo più diffuso, colpendo il 6% della popolazione, seguiti dai disturbi depressivi. Le differenze nella prevalenza della depressione tra diverse classi di reddito sono notevolmente minori rispetto a quelle riportate negli altri paesi dell'UE. Come osservato in altri paesi dell'Europa meridionale, la depressione è riportata in misura significativamente maggiore dalle donne.

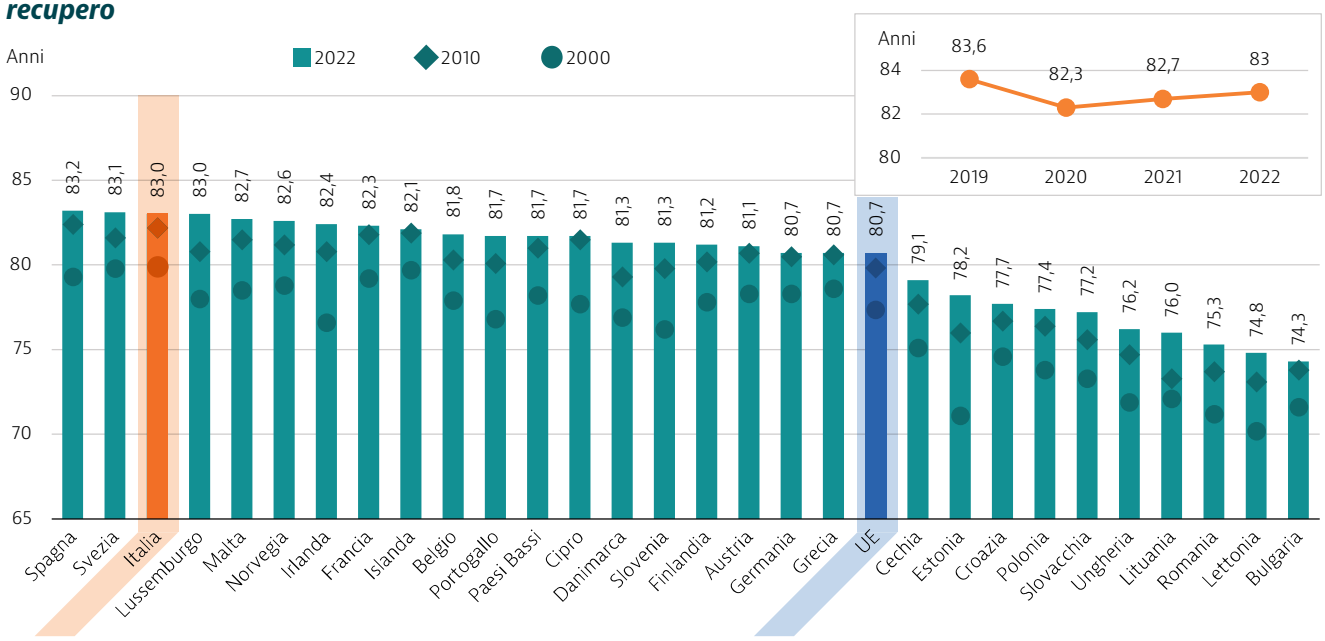
2 La salute in Italia

La speranza di vita in Italia rimane costantemente tra le più alte dell'UE

Nel 2022, la speranza di vita alla nascita in Italia era di 83 anni, la terza più alta tra i paesi dell'Unione Europea e superiore di 2,3 anni alla media UE (Figura 1). Nel decennio precedente la pandemia di COVID-19, la speranza di vita in Italia era cresciuta a un tasso in linea con la media Europea, nonstante nel 2010 fosse già la più alta tra i paesi UE dopo la Spagna. Nel 2020, a causa dell'elevato numero di decessi dovuti alla COVID-19, la speranza di vita in Italia ha subito un calo drastico di circa 1,3 anni, superiore al calo medio in UE. Nei due anni successivi, si è assistito a un recupero di 0,7 anni, superiore all'incremento medio nell'UE di 0,3 anni. Nonostante questo recupero più sostenuto rispetto alla media, nel 2022 la speranza di vita della popolazione italiana è rimasta oltre sei mesi al di sotto del livello pre-pandemia.

Come in altri paesi europei, anche in Italia gli uomini tendono a vivere meno a lungo rispetto alle donne. Nel 2022, la speranza media di vita delle donne italiane era di 85 anni, oltre quattro anni in più rispetto agli uomini (80,9 anni). Questa differenza di genere era comunque più contenuta rispetto alla media UE, che si attestava a circa cinque anni e mezzo.

Figura 1. Nei due anni successivi al forte calo del 2020, la speranza di vita in Italia ha registrato un parziale recupero



Note: La media UE è ponderata. I dati del 2022 sono stime provvisorie di Eurostat che potrebbero differire dai dati nazionali ed essere soggette a revisione. I dati dell'Irlanda si riferiscono al 2021.
Fonte: Banca dati di Eurostat.

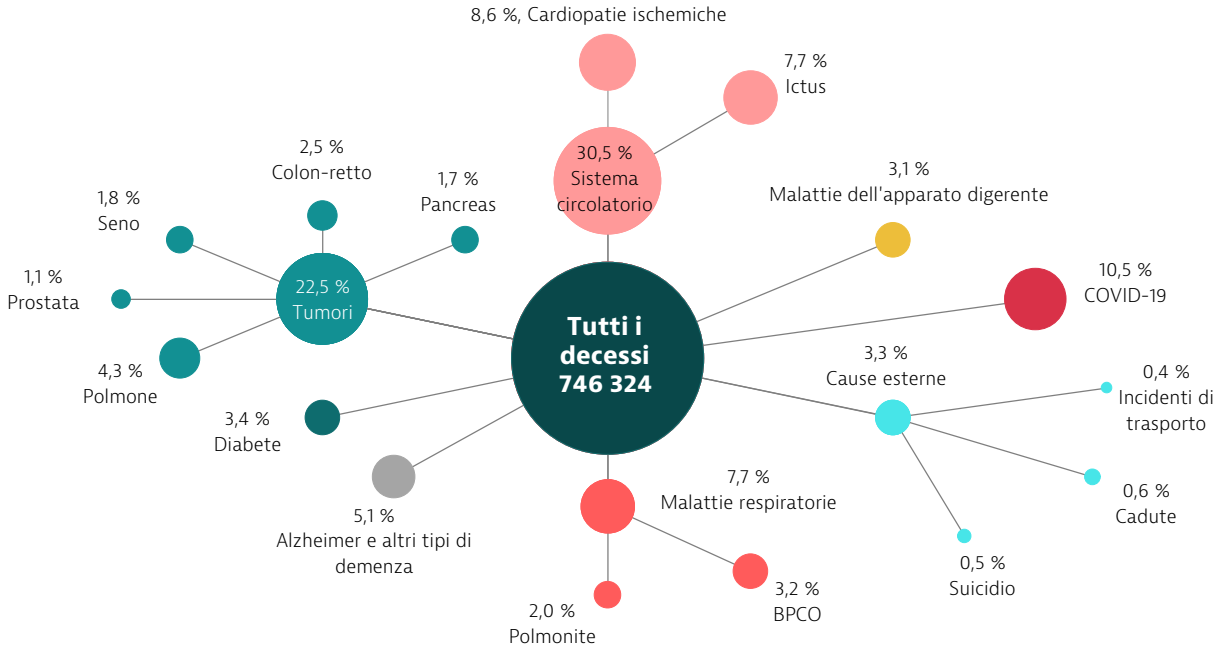
In Italia la COVID-19 è stata la principale causa singola di morte nel 2020

Nell'ultimo decennio, l'aumento della speranza di vita in Italia è stato principalmente attribuibile alla riduzione della mortalità legata alle malattie cardiovascolari e, in misura minore, al cancro. Ciononostante, le malattie cardiovascolari hanno mantenuto il primato come principale causa di morte nel 2020, responsabili di oltre il 30 % di tutti i decessi. La seconda causa più comune è stata il cancro, responsabile di circa il 22,5 % di tutti i decessi. Il tumore al polmone, che ha rappresentato quasi un quinto di tutti i decessi per cancro in Italia, ha continuato ad essere la principale causa di mortalità legata a questa malattia (Figura 2).

Per quanto riguarda le cause singole di morte, la COVID-19 è risultata la principale causa di morte in Italia durante il primo anno della pandemia, responsabile per 78 600 decessi, più di uno ogni 10 registrati in Italia nel 2020. Il 43 % di questi decessi si è verificato tra persone di età pari o superiore a 85 anni, una percentuale in linea con la media dell'UE.

L'indicatore di mortalità in eccesso, definito come l'aumento del numero complessivo di decessi (per qualsiasi causa) rispetto a un valore di riferimento basato sui livelli pre-pandemia, offre un quadro più completo dell'impatto della pandemia sulla mortalità. Le oltre 227 000 morti in eccesso verificatesi in Italia tra il 2020 e il 2022 rappresentano un livello di mortalità superiore del 12,2 % rispetto al valore di

Figura 2. La sola COVID-19 è stata responsabile di oltre un decesso su dieci nel 2020



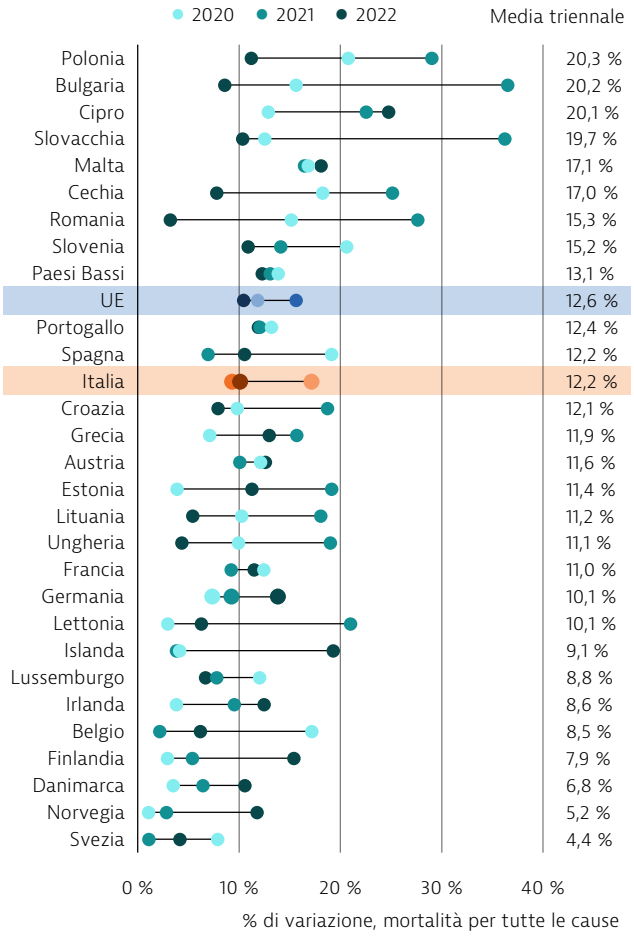
Nota: l'acronimo BPCO sta per broncopneumopatia cronica ostruttiva.
Fonte: Banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2020).

riferimento storico, situandosi leggermente al di sotto del 12,6 % di mortalità in eccesso osservato in media nell'UE (Figura 3).

Durante i primi tre anni della pandemia, la mortalità in eccesso in Italia ha seguito un andamento relativamente anomalo. Dopo il picco del 2020, si è ridotta nel 2021 per poi registrare un leggero aumento nel 2022, nonostante una diminuzione di oltre il 15% nei casi segnalati di decessi dovuti alla COVID-19 rispetto all'anno precedente (Figura 4). Questo andamento inaspettato è parzialmente attribuibile all'elevato numero di decessi causati dalla grave ondata di caldo che ha colpito il paese durante l'estate del 2022: circa un terzo della mortalità in eccesso totale per quell'anno si è concentrata nei mesi di Luglio e Agosto (ISTAT, 2023).

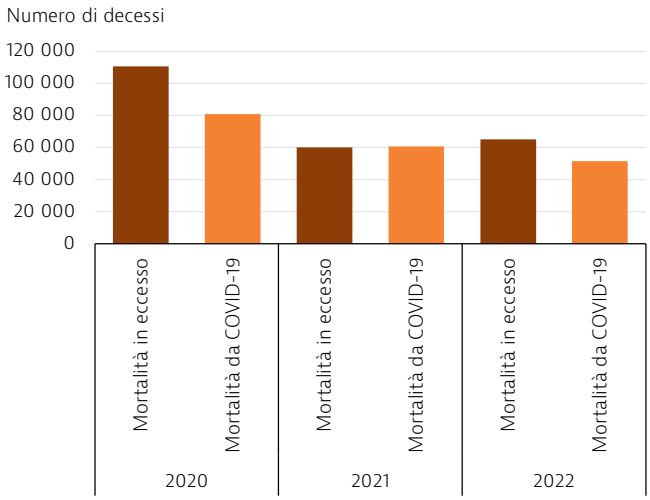
Altri elementi che potrebbero aver contribuito a questo andamento includono le prolungate interruzioni dell'accesso ai servizi sanitari nel periodo immediatamente successivo alla fase acuta della pandemia, oltre all'impatto dei ritardi nelle diagnosi e nei trattamenti del 2020, che hanno comportato un aggravamento delle patologie irrisolte (Spadea et al., 2021).

Figura 3. La mortalità in eccesso in Italia ha raggiunto un picco del 17 % nel primo anno della pandemia



Nota: La mortalità in eccesso è definita come l'aumento del numero di decessi, indipendentemente dalla causa, rispetto alla media del quinquennio precedente la pandemia di COVID-19 (2015-2019).
Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023, basate sui dati Eurostat.

Grafico 4. Nonostante il continuo calo del numero di decessi da COVID-19, la mortalità in eccesso in Italia ha registrato un aumento nel 2022



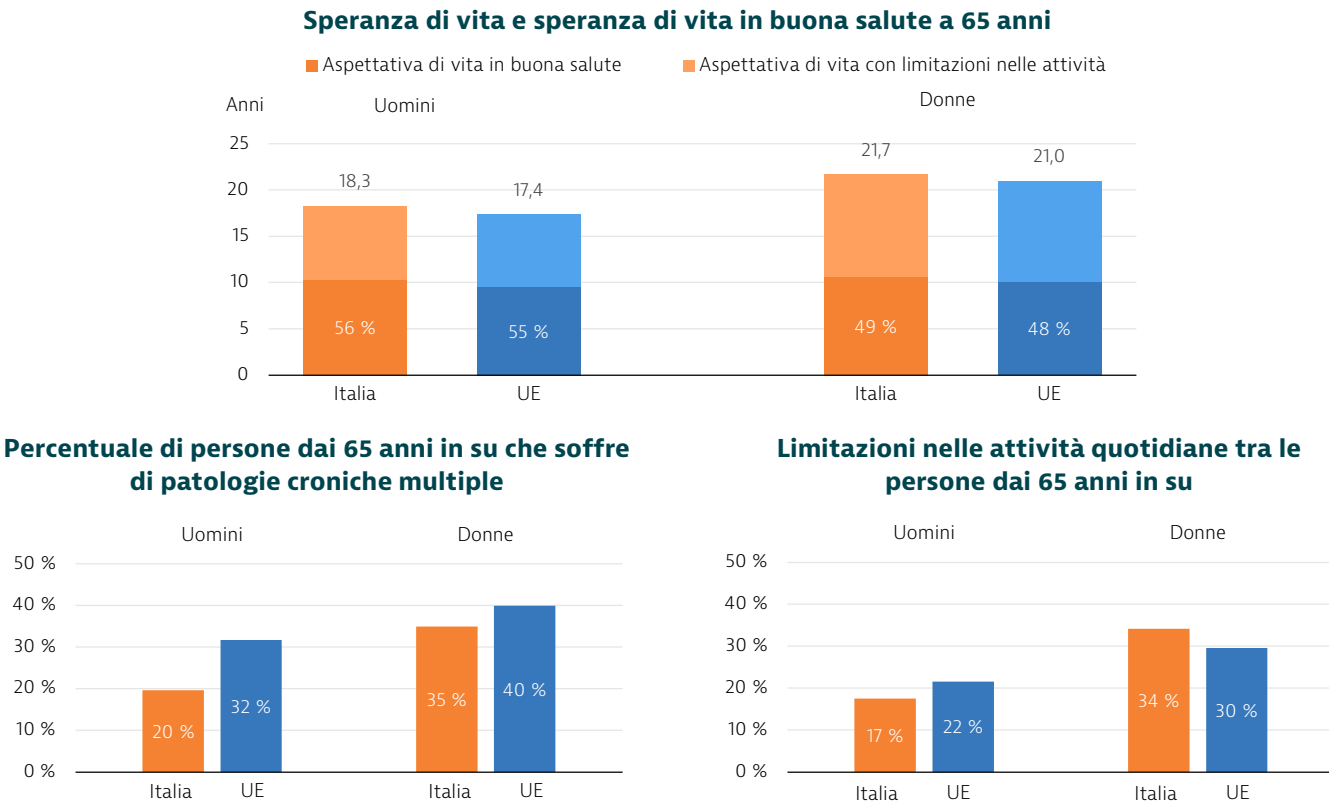
Nota: la mortalità in eccesso è definito come l'aumento del numero di decessi, indipendentemente dalla causa, rispetto al numero medio annuo di morti del quinquennio precedente la pandemia (2015-2019).
Fonti: statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023 basate sui dati Eurostat.

Le donne italiane hanno un carico di malattia superiore rispetto agli uomini in età avanzata

Come altri paesi dell'UE, anche l'Italia ha sperimentato un processo di invecchiamento demografico negli ultimi due decenni. La percentuale della popolazione di 65 anni o più è passata dal 18 % nel 2000 al 23 % nel 2021, superando leggermente la media UE del 21 %. Secondo le proiezioni, dovrebbe aumentare al 34 % entro il 2050, una delle percentuali più alte tra i paesi UE.

Nel 2020, in Italia, le donne di 65 anni avevano una speranza di vita residua di 21,7 anni, mentre gli uomini avevano una speranza di vita residua di 18,3 anni, corrispondenti a 0,7 e 0,9 anni in più rispetto alle rispettive medie UE. Oltre a godere di speranze di vita superiori alla media, i 65enni in Italia, sia uomini che donne, potevano aspettarsi di trascorrere in buona salute una percentuale di vita residua lievemente maggiore rispetto alla media dell'UE (Figura 5). Il divario di genere relativo alla speranza di vita in buona salute a 65 anni in Italia è di circa quattro mesi a favore delle donne, riflettendo il fatto che, pur vivendo più a lungo, le donne tendono anche a trascorrere più anni con limitazioni funzionali legate alla salute rispetto agli uomini.

Figura 5. Gli anziani italiani hanno un'aspettativa di vita in buona salute leggermente più elevata e dichiarano tassi di multimorbilità inferiori rispetto alla maggior parte degli altri paesi dell'UE



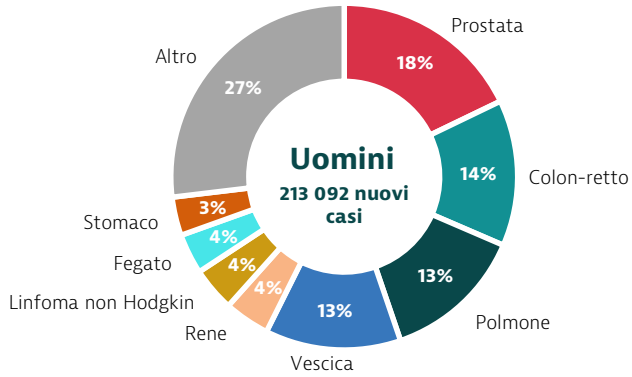
Fonti: Banca dati di Eurostat (per la speranza di vita e la speranza di vita in buona salute) e indagine SHARE tornata 8 (per le patologie croniche multiple e le limitazioni nelle attività quotidiane). Tutti i dati si riferiscono al 2020.

Nel 2020, gli italiani dai 65 anni in su non solo godevano di una speranza di vita superiore alla media, ma presentavano anche una minore probabilità di riportare patologie croniche multiple. Lo scarto rispetto alla media UE per quanto riguarda la prevalenza di patologie croniche multiple tra le persone dai 65 anni in su è particolarmente significativo per gli uomini italiani, che riportano anche una prevalenza leggermente inferiore di limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana dovute a problemi di salute. Anche le donne italiane di età uguale o superiore a 65 anni hanno riportato tassi di multimorbilità inferiori rispetto alla media UE, ma nel loro caso la prevalenza di limitazioni nelle attività quotidiane dovute a problemi di salute era superiore alla media.

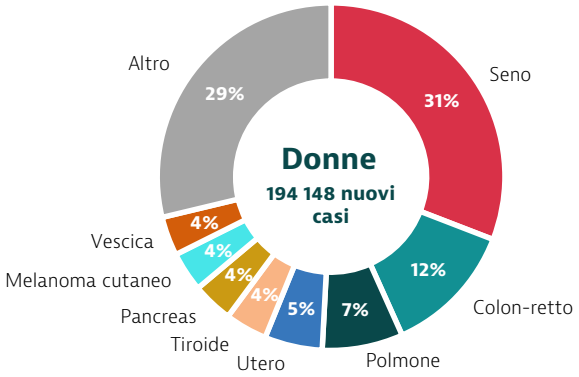
L'incidenza dei tumori in Italia è comparabile alla media UE

Secondo le stime di incidenza del Centro Comune di Ricerca (JRC) basate sulle tendenze storiche, nel 2022 si prevedeva che l'Italia avrebbe registrato circa 407 200 nuovi casi di tumore[1]. L'incidenza dei tumori negli uomini sarebbe stata superiore del 30 % rispetto alle donne, un divario comparativamente ridotto che riflette una proiezione di incidenza leggermente inferiore alla media per gli uomini italiani e un tasso di incidenza superiore di circa il 4 % rispetto alla media UE per le donne italiane. Il tumore della prostata sarebbe stato il tipo di tumore più comune tra gli uomini, arrivando a rappresentare quasi un quinto di tutti i nuovi tumori nel 2022. Per le donne, il tumore al seno avrebbe rappresentato il 30 % di tutti i nuovi casi di tumore. Il secondo e il terzo tipo di tumore più frequente, sia tra gli uomini che tra le donne italiane, sarebbero stati il tumore del colon-retto e il tumore al polmone (Figura 6). La prevenzione del cancro costituisce una delle principali priorità del Piano Nazionale della Prevenzione, adottato in Italia nell'Agosto 2020 (Ministero della Salute, 2020) e del Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 (Ministero della Salute, 2023a) (Riquadro 1).

Figura 6. Nel 2022 sono stati stimati oltre 407 000 nuovi casi di tumore in Italia



Tasso standardizzato per età (tutti i tumori): 668 per 100 000 abitanti
Media UE: 684 per 100 000 abitanti



Tasso standardizzato per età (tutti i tumori): 508 per 100 000 abitanti
Media UE: 488 per 100 000 abitanti

Note: è escluso il tumore cutaneo non melanoma; il tumore dell'utero non include il carcinoma del collo uterino.
Fonte: Sistema Europeo d'Informazione sul Cancro.

Riquadro 1. Il Piano Oncologico Nazionale mira a ridurre le le disparità interregionali nell'assistenza oncologica

Nel Gennaio 2023, l'Italia ha adottato il Piano Oncologico Nazionale (PON) 2023-2027. Allineato agli obiettivi delineati nel Piano europeo per la lotta contro il cancro, il NOP definisce un quadro strategico per guidare le Regioni nella formulazione di piani d'azione quinquennali mirati a ridurre le disparità nell'accessibilità e nella qualità dell'assistenza oncologica sia a livello inter-regionale che intra-regionale. Il PON comprende un'ampia gamma di obiettivi, tra cui la promozione di stili di vita sani, l'ampliamento delle fasce d'età per gli screening (vedere la Sezione 5.2) e l'intensificazione degli sforzi per identificare gli individui a rischio di tumori ereditari attraverso percorsi clinici dedicati. Altri obiettivi chiave sono il completamento dell'istituzione del Registro Nazionale dei Tumori e il sostegno alle attività innovative di ricerca oncologica.

Per consentire l'attuazione dei piani di miglioramento regionali, un'assegnazione totale di 50 milioni di euro sarà distribuita alle regioni utilizzando una formula di capitazione mista. Per accedere ai fondi, le regioni dovranno presentare relazioni annuali sui progressi compiuti che documentino il raggiungimento degli obiettivi annuali definiti nei loro piani.

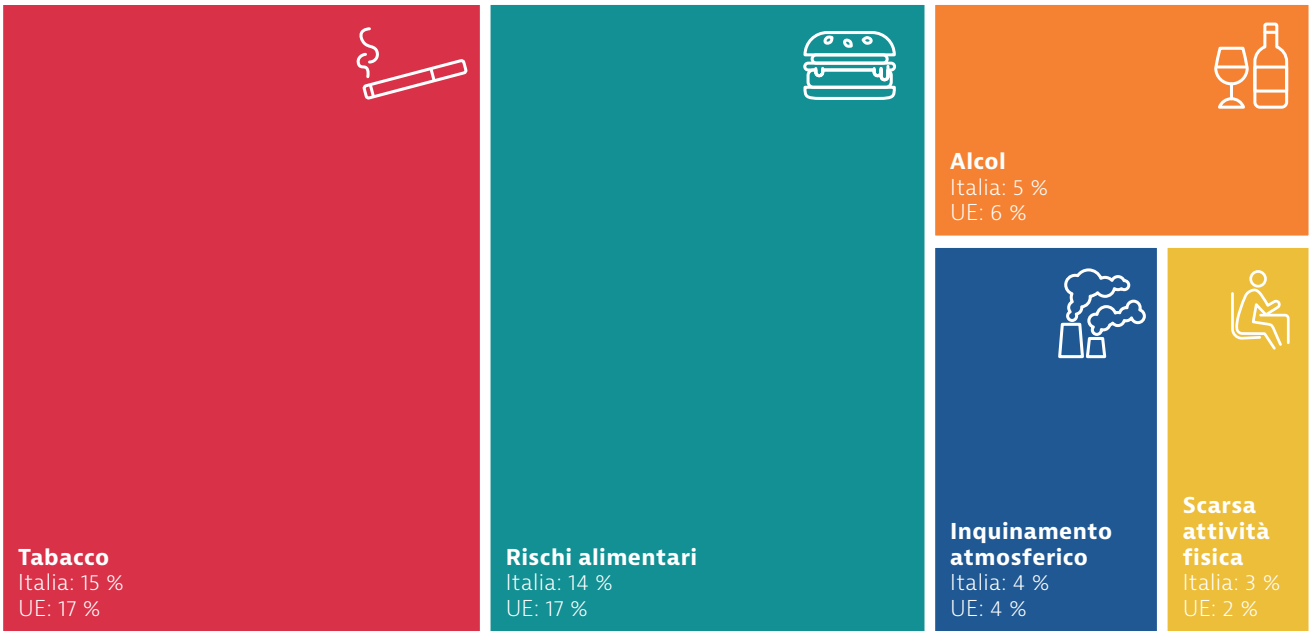
1 *Secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità (2022a), sarebbero stati 390 700 i nuovi casi di tumore emersi in Italia nel 2022, il 4 % in meno rispetto alla stima calcolata dal Centro Comune di Ricerca (JRC).*

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 era attribuibile a fattori di rischio comportamentali, come il tabagismo, i rischi alimentari, il consumo di alcolici e la scarsa attività fisica (Figura 7). Circa il 15 % dei decessi avvenuti nel 2019 può essere attribuito al tabagismo (sia fumo attivo che passivo); sebbene la percentuale sia inferiore alla media dell'UE, il tabagismo è tuttora causa di 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.

Figura 7. Il tabagismo e i rischi alimentari sono i principali responsabili della mortalità in Italia



Note: 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).

Dopo un decennio di graduale diminuzione, i tassi di tabagismo sono aumentati durante la pandemia

Dopo aver registrato un calo graduale ma costante nel decennio precedente la pandemia, il tasso di tabagismo tra gli adulti in Italia ha sperimentato un aumento. Nel 2019, oltre il 18 % degli adulti in Italia erano fumatori, una percentuale vicina alla media UE. Nel 2022, questa percentuale è salita al 19,6 %, un aumento di oltre un punto percentuale rispetto periodo pre-pandemico. In contemporanea, si è diffusa l'adozione di prodotti alternativi al fumo: l'uso di prodotti a tabacco riscaldato è passato dall'1,1 % nel 2019 al 3,3 % nel 2022, e l'uso di sigarette elettroniche è cresciuto dall'1,7 % nel 2019 al 2,4 % nel 2022 (Istituto Superiore di Sanità, 2023). I tassi di tabagismo tra gli adolescenti, sebbene non abbiano mostrato incrementi nello stesso periodo, rimangono comunque preoccupanti: nel 2022, il 27 % dei quindicenni ha dichiarato di aver fumato nel mese precedente, una delle percentuali più elevate nell'UE. Se per gli adulti la prevalenza del fumo è più elevata tra i maschi, per gli adolescenti il quadro è ribaltato: le ragazze che dichiarano di fumare sono più numerose (31 %) dei ragazzi (22 %). Significativo è anche il consumo di sigarette elettroniche tra gli adolescenti: il 13 % dei giovani tra i 15 e i 16 anni ha riferito di averne fatto uso nel 2019, un dato prossimo alla media UE del 14 %.

Il consumo di alcol tra gli adulti è moderato, ma negli ultimi anni è aumentata la percentuale di adolescenti che dichiarano di essersi ubriacati più volte

Nel 2019, il consumo di alcolici tra gli adulti in Italia era inferiore del 20 % alla media UE, e la percentuale di adulti dichiaranti un consumo abituale elevato[2] di alcolici (4,3 %) era inferiore a quella registrata in quasi tutti gli altri paesi dell'UE. Tuttavia, sembra che negli ultimi anni ci sia stato un aumento del consumo eccessivo di alcol tra gli adolescenti. Nel 2022, il 31 % dei quindicenni italiani ha dichiarato di essersi ubriacato almeno due volte nella vita, una percentuale significativamente più alta rispetto alla media dell'UE del 18 %, e in notevole aumento rispetto al 19 % riferito dagli adolescenti italiani nel 2018.

Sebbene i tassi di obesità siano contenuti, gli elevati livelli di inattività fisica acuiscono il rischio di una maggiore diffusione dell'obesità in futuro

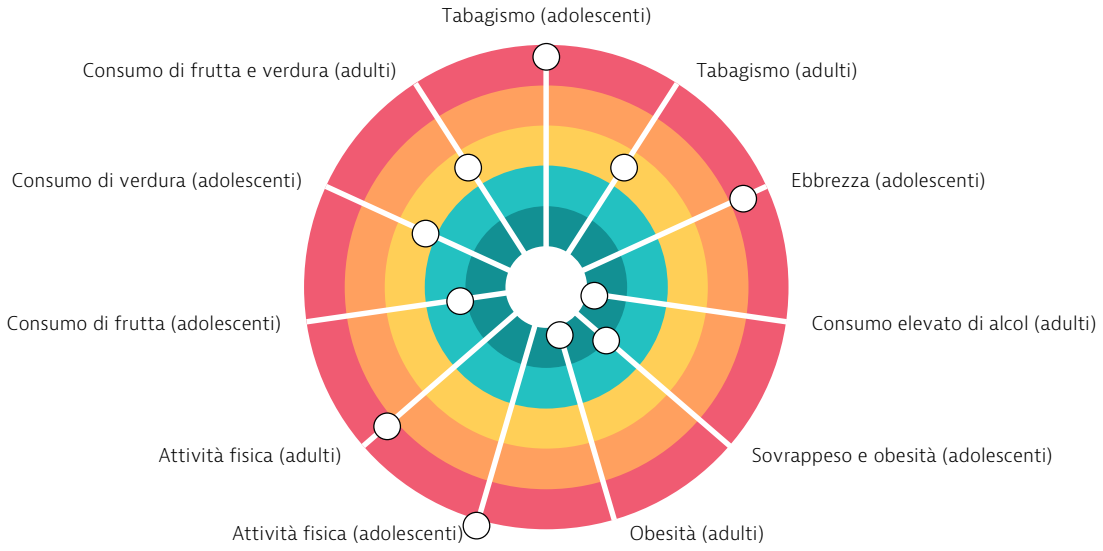
Nel 2019 il tasso di obesità in Italia ha raggiunto l'11,4 %, registrando un aumento di quasi un punto percentuale rispetto al 2014. Sebbene questo dato sia uno dei più bassi nell'UE, l'alto livello di fattori di rischio legati all'obesità tra gli italiani, come l'inattività fisica, suggerisce un rischio significativo di aumenti in futuro. Nel 2019, meno del 20 % degli italiani ha dichiarato di fare esercizio fisico per almeno 150 minuti a settimana, una percentuale significativamente inferiore alla media dell'UE del 33 % (Figura 8).

La pandemia sembra avere avuto un impatto trascurabile sulla prevalenza dell'obesità tra gli italiani di età compresa tra 18 e 69 anni. Tra il 2019 e il 2021, il tasso di obesità in questa fascia di età ha registrato una diminuzione marginale, passando dal 10,9 % al 10,2 %. L'obesità in Italia evidenzia un evidente gradiente socioeconomico: nel 2021, quasi il 23% degli italiani con un basso livello di istruzione erano classificabili come obesi, in contrasto al meno del 6 % dei laureati. I dati indicano anche un forte gradiente geografico nella prevalenza dell'obesità a sfavore delle regioni meridionali (Istituto Superiore di Sanità, 2022b).

Il sovrappeso e l'obesità tra i bambini sono un problema di salute pubblica

Data la sua capacità predittiva sulle tendenze dell'obesità adulta, affrontare l'obesità infantile e adolescenziale è un punto cardine degli sforzi di salute pubblica. Secondo i dati dell'indagine HSBC, nel 2022 circa il 18 % dei quindicenni in Italia era in sovrappeso o obeso, una percentuale leggermente inferiore alla media UE. Tuttavia, un'altra indagine su scala europea incentrata sui bambini della scuola primaria ha evidenziato che periodo 2018-20, oltre il 40 % dei bambini di 8 anni in Italia era in sovrappeso o obeso - uno dei tassi più alti in Europa (OMS-Europa, 2022). Anche i tassi di attività fisica tra gli adolescenti italiani sono allarmantemente bassi, con solo il 3 % delle ragazze e il 7 % dei ragazzi di 15 anni che hanno riportato di praticare esercizio fisico quotidiano almeno moderato nel 2022.

Grafico 8. La percentuale di italiani che praticano regolarmente attività fisica è tra le più basse dell'UE



Note: più il punto è vicino al centro, migliori sono i risultati ottenuti dal paese rispetto agli altri paesi dell'UE. Nessun paese rientra nell'"area bersaglio" bianca in quanto vi sono margini di miglioramento per tutti i paesi in tutti i settori.
Fonti: Elaborazione OCSE su dati dell'indagine HBSC del 2022 per gli indicatori relativi agli adolescenti, e indagine EHIS 2019 per gli indicatori relativi agli adulti (tranne quelli relativi al tabagismo tra gli adulti, che sono basati sui dati dell'indagine nazionale del 2021).

2 *Per consumo elevato di alcolici si intende il consumo di sei o più unità alcoliche in una sola occasione per gli adulti.*

4 Il sistema sanitario

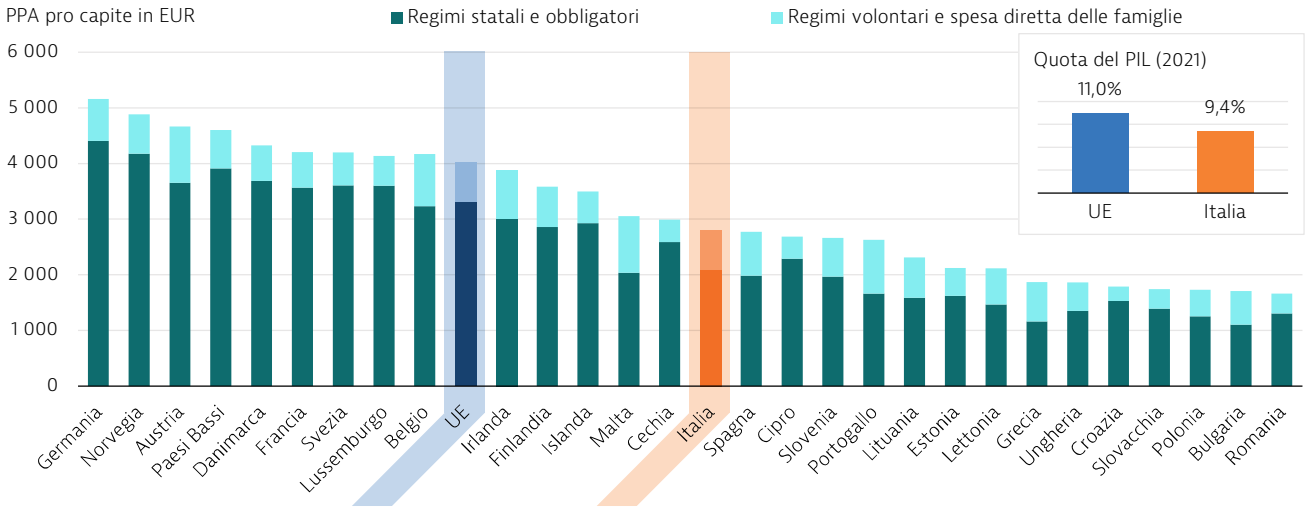
Un sistema sanitario decentrato ha il compito di garantire un'erogazione uniforme dei servizi sanitari in tutto il paese

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in Italia è organizzato su base regionale e offre una copertura universale a tutti i cittadini, nonchè agli stranieri residenti. Gli immigrati privi di documenti hanno il diritto di accedere ai servizi medici urgenti ed essenziali. Il governo centrale assegna alle regioni parte delle entrate fiscali generali per l'assistenza sanitaria, definisce il pacchetto di prestazioni sanitarie garantite (note come livelli essenziali di assistenza), controlla che le regioni ottemperino alla loro erogazione ed esercita un ruolo di coordinamento. Le regioni, a loro volta, sono responsabili dell'organizzazione, della pianificazione e dell'erogazione dei servizi sanitari. Un'ampia gamma di servizi di assistenza sanitaria primaria, di comunità e di prevenzione viene erogata attraverso le Autorità Sanitarie Locali, e i medici di base svolgono una funzione di filtro per l'accesso all'assistenza specialistica e ospedaliera. L'assistenza ospedaliera e l'assistenza ambulatoriale specialistica sono fornite da una combinazione di fornitori pubblici e privati accreditati, con variazioni significative nel loro mix da una regione all'altra.

L'Italia spende meno della media UE per la salute

Nel 2021, la spesa sanitaria in Italia ha rappresentato il 9,4 % del PIL, una percentuale inferiore alla media UE dell'11 %. In termini pro capite, la spesa si è attestata a 2 792 EUR, una cifra inferiore di quasi un terzo rispetto alla media UE (Figura 9). Nel biennio 2019-2021, la spesa sanitaria pubblica ha registrato un'impennata dell'8,3 % in termini reali, mentre la spesa sanitaria privata ha subito un calo di oltre l'1 %, principalmente a causa delle interruzioni che hanno interessato le cure elettive non legate alla COVID-19 erogate da operatori privati e per via del mutato comportamento di ricerca di cure da parte dei pazienti nel contesto della pandemia. Per effetto di quanto sopra, la percentuale di spesa sanitaria finanziata da fonti private, costituita per il 90 % da spesa diretta delle famiglie, è scesa dal 26,3 % nel 2019 al 24,5 % nel 2021. Tale percentuale rimane superiore alla media dell'UE, pari al 18,9 %.

Figura 9. In termini pro capite, la spesa sanitaria in Italia è quasi un terzo più bassa della media UE



Nota: La media UE è ponderata.
Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023 (i dati si riferiscono al 2021, eccetto per Malta, i cui dati si riferiscono al 2020).

I dati preliminari sulla spesa per il 2022 indicano un notevole calo su base annua, che vede la spesa sanitaria pro capite tornare a un livello di circa il 2,6 % superiore rispetto al 2019. Ciò si deve a una riduzione significativa della spesa diretta (-6 %) e a un calo più moderato della spesa sanitaria pubblica (-3,5 %), legato alla minore incidenza, rispetto al 2021, delle spese legate alla COVID-19.

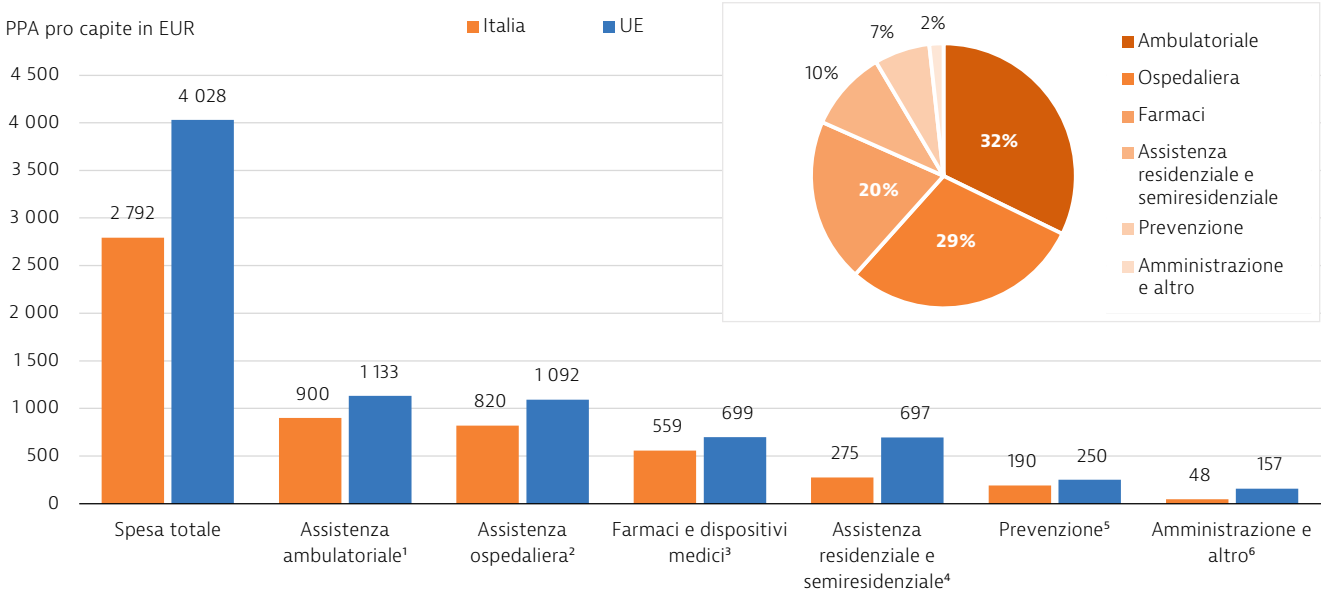
L'assistenza ambulatoriale e quella ospedaliera rappresentano complessivamente oltre il 60 % della spesa sanitaria

Nel 2021 l'assistenza ambulatoriale ha rappresentato quasi un terzo della spesa sanitaria italiana, una quota lievemente superiore sia alla media UE sia alla quota dell'assistenza ospedaliera (29 %), che ha anch'essa assorbito una quota del bilancio sanitario del paese leggermente superiore alla media. La spesa per farmaci e dispositivi medici ha rappresentato un quinto della spesa sanitaria totale dell'Italia, una

percentuale maggiore rispetto alla media dell'UE, ma comunque inferiore del 20 % alla media dell'UE in termini pro capite. Nel 2021, circa due terzi dell'intera spesa farmaceutica sono stati assorbiti dal consumo in ambito ospedaliero, una delle percentuali più alte tra i paesi dell'UE (AIFA, 2022).

Per contro, l'Italia abbia una delle popolazioni più anziane d'Europa, la spesa per l'assistenza residenziale e semiresidenziale si è attestata al di sotto del 10 % nel 2021, una percentuale nettamente inferiore di oltre sei punti percentuali rispetto alla media UE (Figura 10). In gran parte, la limitatezza della spesa italiana per questo tipo di assistenza riflette la storica propsensione del paese a utilizzare forme di assistenza informale per soddisfare tali esigenze. Nel 2021, la spesa per la prevenzione ha raggiunto una quota senza precedenti, pari al 6,8 % della spesa sanitaria totale, principalmente a causa dell'acquisto di test e vaccini anti COVID-19.

Figura 10. L'assistenza residenziale e semiresidenziale assorbe meno un decimo della spesa sanitaria



Note: 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. 6. Include la governance e l'amministrazione del sistema sanitario e altre spese. La media UE è ponderata.
Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023 (i dati si riferiscono al 2021).

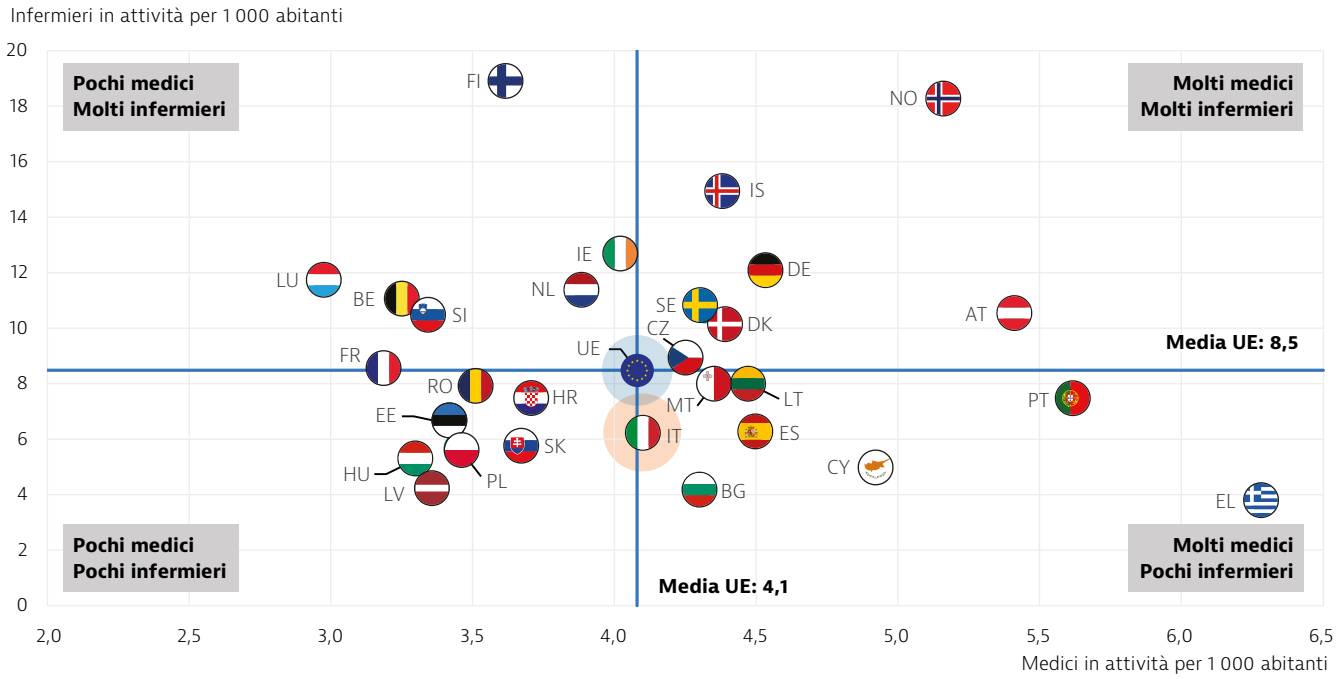
Il numero di medici in Italia è in linea con la media UE, ma i medici di medicina generale scarseggiano

Nel 2021 l'Italia contava 4,1 medici in attività per 1 000 abitanti, una densità simile alla media UE e in aumento rispetto ai 3,8 medici per 1 000 abitanti registrati nel 2010. Nello stesso periodo, si stima che operassero 6,2 infermieri per 1 000 abitanti, una densità di circa un quarto inferiore alla media UE (Figura 11). Sebbene la densità di medici in Italia si allinei con la media UE, per via della crescente domanda di assistenza da parte di una popolazione sempre più anziana e affetta da multimorbilità diverse regioni accusano comunque una carenza di medici, la cui gravità varia in misura significativa a seconda delle discipline di specializzazione.

A livello nazionale, la medicina generale è una delle discipline di specializzazione con le carenze di personale più pressanti, ulteriormente aggravate dalla distribuzione irregolare dei medici di medicina generale (MMG) tra le regioni (Figura 12) e dalla distribuzione per età di questi professionisti, altamente concentrata nelle fasce di età più avanzate. Durante i primi due anni della pandemia, il numero di MMG è diminuito del 5,4 % tra il 2019 e il 2021 (AGENAS, 2023).

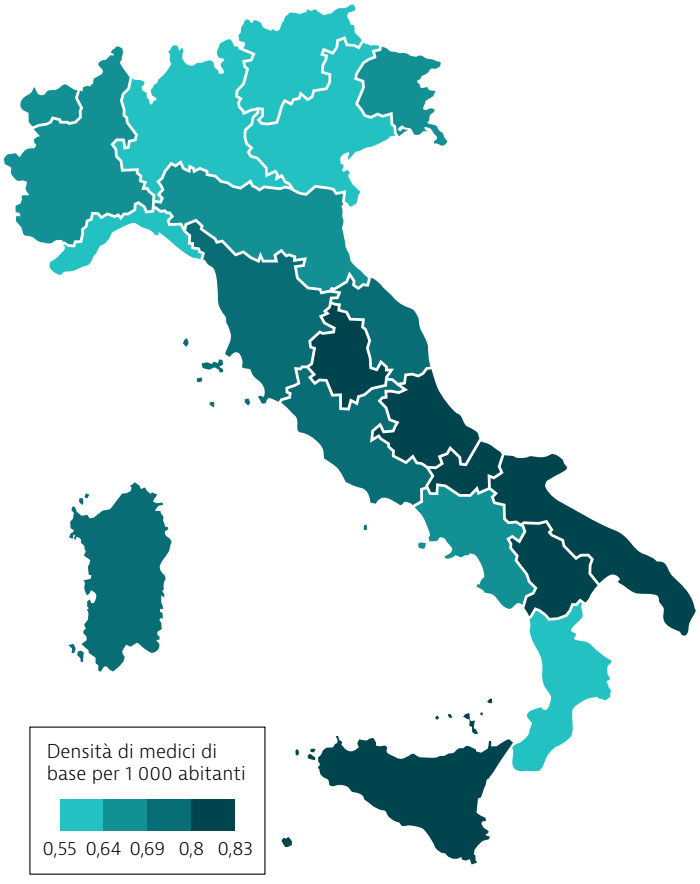
Le preoccupazioni sulla disponibilità di medici di base e di professionisti del settore medico sono aggravate dall'invecchiamento della forza lavoro medica, una delle più anziane in Europa, con oltre il 55 % dei medici che ha un'età superiore ai 55 anni e con più di un quarto di loro che raggiungerà l'età pensionabile entro il 2027. Nel contempo, nei prossimi anni l'afflusso annuo di nuovi specialisti formati faticherà a compensare contemporaneamente la riduzione per pensionamento e a soddisfare l'aumento della domanda di personale medico contemporaneamente. In buona parte questo problema deriva dal fatto che, dal 2013, la pipeline del sistema dedicato alla formazione del personale medico ha subito strozzature a causa di un numero di posti per la formazione specialistica post-laurea inferiore al numero annuo di nuovi laureati in medicina. Questo scenario è stato determinato dal protrarsi delle misure di riduzione del turnover del personale medico negli ospedali pubblici, adottate per moderare l'aumento dei costi, nonché dalle limitate risorse di

Figura 11. La densità di medici in Italia è equiparabile alla media UE, mentre la densità di infermieri è più bassa



Note: per il Portogallo e la Grecia i dati si riferiscono a tutti i medici abilitati, da cui la forte sovrastima (di circa il 30 % in Portogallo) del numero dei medici in attività. In Grecia il numero degli infermieri è sottostimato, in quanto i dati si riferiscono soltanto agli infermieri che lavorano nelle strutture ospedaliere.
Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023 (i dati si riferiscono al 2021 o all'anno disponibile più vicino).

Figura 12. La densità di medici di medicina generale varia significativamente tra regioni



Nota: i dati si riferiscono al 2021.
Fonti: AGENAS (numero di medici di base per regione) e ISTAT (popolazione regionale).

bilancio disponibili per finanziare un numero adeguato di contratti di formazione medica specialistica.

Per risolvere questo problema, a partire dal 2018 l'Italia ha notevolmente aumentato il numero di studenti ammessi alle facoltà di medicina, nonché i posti per la formazione post-laurea di medici specialisti. In particolare, il numero di posti formazione specifica in medicina generale è più che raddoppiato tra il 2018 e il 2021 rispetto ai quattro anni precedenti, un risultato in parte sostenuto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) (cfr. sezione 5.3). I benefici di questi aumenti sostanziali dovrebbero manifestarsi pienamente verso la fine del decennio, quando la riduzione del personale per pensionamento verrà più che compensata, secondo le previsioni, dall'afflusso di nuovi medici specialisti qualificati. Tuttavia, è probabile che si verifichino ancora carenze in alcune specializzazioni specifiche, come la medicina d'urgenza, a causa della limitata attrattiva di queste discipline tra gli studenti di medicina.

Anche la densità di infermieri è aumentata gradualmente nell'ultimo decennio; tuttavia, con un dato di 6,2 infermieri per 1 000 abitanti nel 2021, essa rimane notevolmente inferiore alla media UE di 8,5 per 1 000 abitanti. Dopo il potenziamento degli ultimi anni, la pipeline attuale del sistema di formazione infermieristica dovrebbe garantire nei prossimi anni un'offerta di personale infermieristico sufficiente a compensare la riduzione dovuta ai pensionamenti e a soddisfare il fabbisogno di nuove assunzioni per potenziare l'assistenza nella comunità (AGENAS, 2023).

5 Performance del sistema sanitario

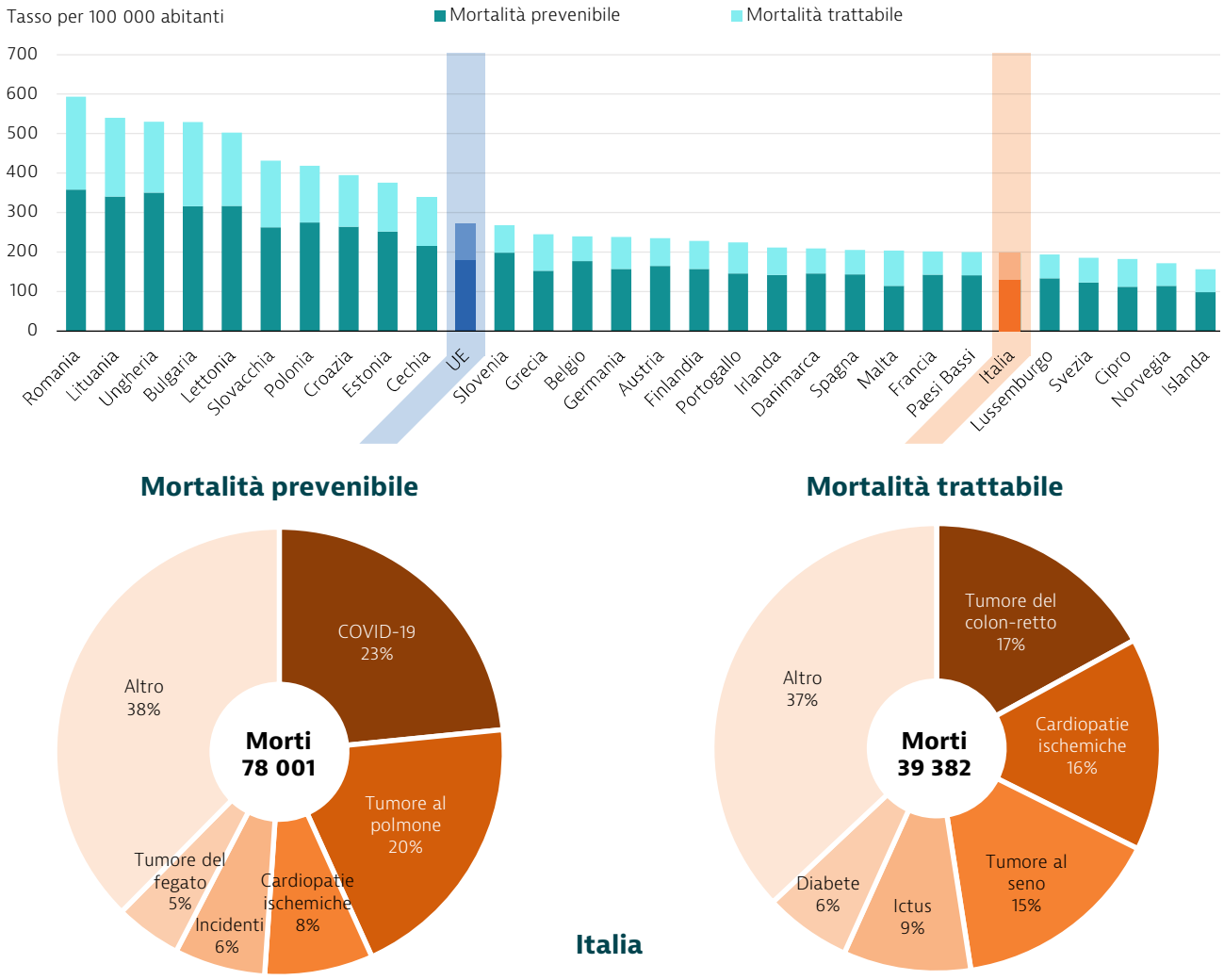
5.1 Efficacia

I tassi di mortalità per cause potenzialmente prevenibili e trattabili rimangono bassi

Nel 2020, in Italia, i tassi di mortalità per cause generalmente considerate prevenibili e trattabili erano oltre il 27 % inferiori alle rispettive medie UE (Figura 13). Mentre nel 2020 il tasso di mortalità prevenibile nell'UE ha registrato un aumento di quasi il 17 %, in Italia l'incremento è stato del 29 %, evidenziando una mortalità da COVID-19 significativamente più alta tra la popolazione sotto i 75 anni rispetto alla maggior parte degli altri paesi UE. Nonostante questo aumento, la prevalenza relativamente inferiore delle malattie e di mortalità per cardiopatie ischemiche, ictus e tumore del colon-retto in Italia hanno contribuito a mantenere basso in termini assoluti il tasso di mortalità prevenibile complessivo. Le principali cause di mortalità prevenibile in Italia nel 2020 sono state la COVID-19 e il tumore al polmone che, insieme, hanno causato oltre il 40 % dei decessi prevenibili.

Nell'ultimo decennio, il tasso di mortalità trattabile complessivo in Italia è diminuito a una velocità in linea con la media UE, grazie a riduzioni nei tassi di mortalità per cardiopatie ischemiche, tumore del colon-retto e tumore al seno. Queste patologie rimangono tuttavia le principali cause di decesso potenzialmente evitabile medianteu un'assistenza sanitaria tempestiva, essendo cumulativamente responsabili per quasi la metà della mortalità potenzialmente trattabile in Italia nel 2020.

Figura 13. Nel 2020, i tassi di mortalità prevenibile e trattabile erano tra i più bassi tra i paesi UE

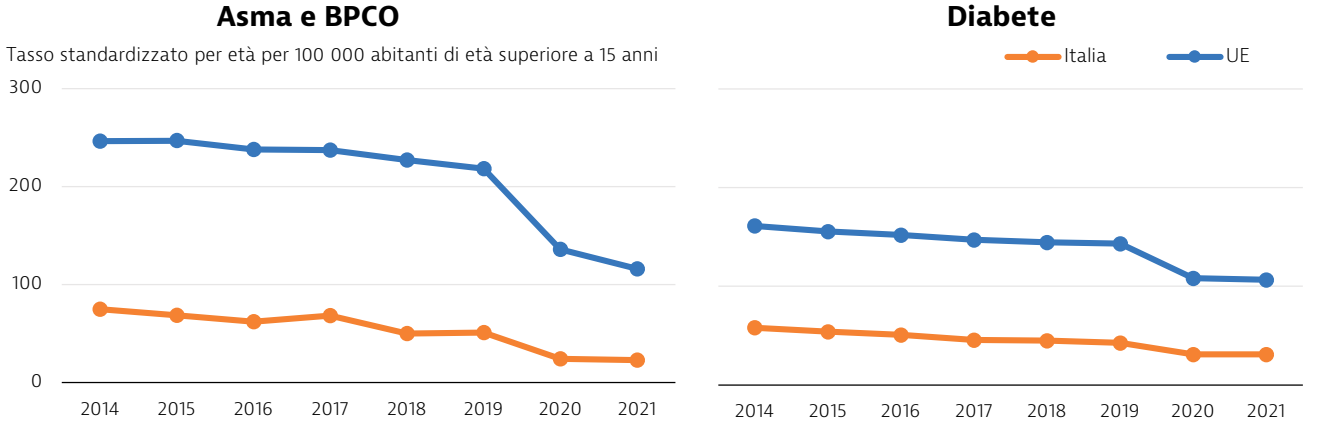


Note: per mortalità prevenibile si intendono i decessi che potrebbero perlopiù essere evitati grazie a interventi di salute pubblica e di prevenzione primaria. La mortalità riconducibile ai servizi sanitari (o trattabile) include i decessi che potrebbero essere evitati principalmente grazie a interventi di assistenza sanitaria, tra cui lo screening e le cure mediche. Entrambi gli indicatori si riferiscono alla mortalità prematura (sotto i 75 anni). La metà di tutti i decessi legati ad alcune malattie (ad esempio, cardiopatia ischemica, ictus, diabete e ipertensione) è imputata all'elenco della mortalità prevenibile e l'altra metà alla mortalità trattabile, in modo da evitare la doppia contabilizzazione dello stesso decesso.
Fonte: Banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2020).

Un'assistenza primaria efficace e un carico di malattia relativamente contenuto aiutano a ridurre i ricoveri evitabili, ma con notevoli differenze all'interno del paese

I volumi dei ricoveri ospedalieri per patologie generalmente gestibili al di fuori del contesto ospedaliero forniscono indicazioni sulla disponibilità e sull'efficacia dei servizi di assistenza ambulatoriale. In questo contesto, l'Italia mostra risultati positivi rispetto alla maggioranza degli altri paesi dell'UE. Nel 2019, il tasso complessivo di ospedalizzazioni per diabete, insufficienza cardiaca congestizia, asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) era inferiore alla metà della media dell'UE, rispecchiando in parte una prevalenza inferiore alla media di queste patologie tra la popolazione italiana. Tuttavia, i dati del Programma Nazionale Esiti (PNE) evidenziano differenze significative tra le regioni e all'interno delle stesse per quanto riguarda i tassi di ricovero per BPCO e diabete. Queste differenze non seguono un modello geografico, e derivano probabilmente da differenze in termini di prevalenza locale v e da variazioni nelle soglie di ricovero (AGENAS e Ministero della Salute, 2022). Tra il 2019 e il 2021, i tassi di ricoveri ospedalieri per asma e BPCO si sono più che dimezzati, mentre i ricoveri per diabete hanno registrato un calo più moderato del 27 %, in linea con le rispettive medie UE (Figura 14). Queste riduzioni vanno interpretate alla luce delle interruzioni causate dalla COVID-19, che hanno alterato la capacità degli ospedali di fornire assistenza per acuti e modificato il comportamento di ricerca di cura nei pazienti (cfr. sezione 5.3). Pertanto, non possono essere lette come indicative di un miglioramento dell'accessibilità o della qualità delle cure per queste patologie in ambito ambulatoriale.

Figura 14. I ricoveri ospedalieri evitabili per determinate patologie croniche sono ben al di sotto della media dell'UE



Nota: I tassi di ricovero presentati non controllano per le differenze in termini di prevalenza delle malattie tra i paesi.
Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023.

La pandemia di COVID-19 ha frenato l'adesione ai programmi di screening dei tumori

Prima dell'inizio della pandemia, i tassi di screening per il carcinoma del collo uterino e per il tumore del colon-retto in Italia erano stabilmente inferiori alla media dell'UE, mentre il tasso di screening per il tumore al seno era leggermente superiore (Figura 15). Come nella maggior parte degli altri paesi dell'UE, anche in Italia la riconfigurazione dei servizi sanitari indotta dalla pandemia ha avuto un impatto deleterio sui programmi di screening dei tumori. A Marzo e ad Aprile del 2020, le attività di screening sono state completamente interrotte. Nei mesi di Maggio e Giugno, le attività di screening sono ripartite gradualmente, ma la loro intensità di ripresa è stata molto diversa da regione a regione e all'interno delle regioni stesse (Istituto Superiore di Sanità, 2022c).

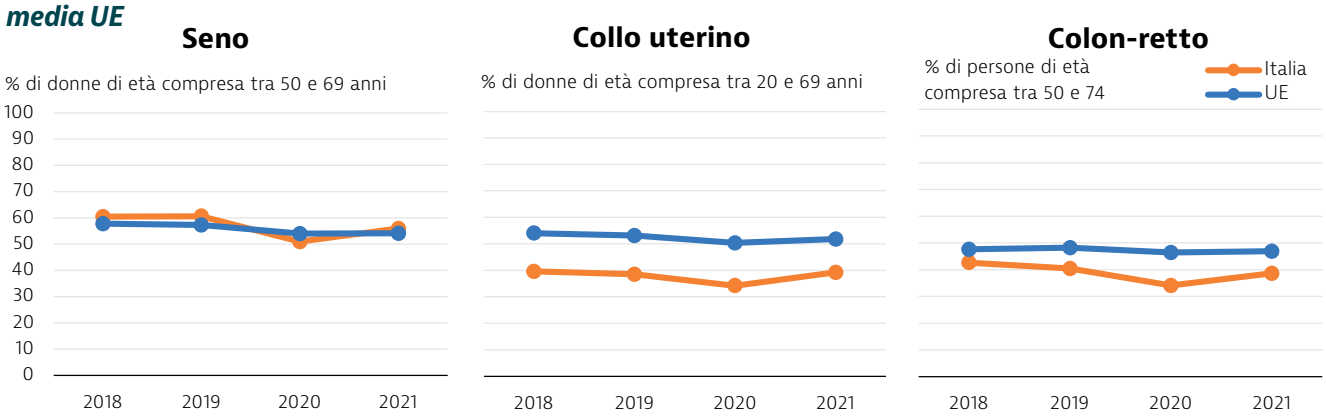
La temporanea sospensione dei programmi di screening ha comportato una significativa riduzione del tasso di screening per il tumore al seno, che nel 2020 è sceso di quasi 10 punti percentuali, raggiungendo il 52 %, a seguito di una diminuzione di quasi il 34 % del numero di donne nel gruppo target sottoposte a screening (Osservatorio nazionale screening, 2023). Allo stesso modo, il tasso di screening per il carcinoma del collo uterino è diminuito di 4,3 punti percentuali, scendendo al 34 %, e il tasso di screening per il tumore del colon-retto è diminuito di 6,4 punti percentuali, scendendo al 34 %. Le riduzioni più consistenti dei tassi di screening sono state osservate nelle regioni settentrionali, dove i sistemi di assistenza sanitaria hanno subito interruzioni più gravi a causa dell'impatto della pandemia di COVID-19.

Gli effetti combinati delle interruzioni delle attività di screening oncologico, della minore disponibilità dei medici di base e della minore adesione dei pazienti hanno portato a un calo significativo nell'identificazione di nuovi tumori in Italia nel 2020. Le stime indicano che le interruzioni dei percorsi di screening oncologico di routine nel 2020 hanno posticipato la diagnosi di almeno 3.300 casi di cancro al seno, 2.700 casi di cancro al collo dell'utero e 1.300 casi di cancro

al colon-retto (Ministero della Salute, 2023a). I ritardi diagnostici hanno anche contribuito a un aumento del numero di casi diagnosticati in fasi successive, sebbene con notevoli variazioni geografiche legate ai diversi livelli di impegno della popolazione nei programmi di prevenzione secondaria (AIOM, 2022).

Con la ripresa dei volumi di attività di screening nel 2021, i tassi di screening per il cancro al seno e al colon-retto hanno parzialmente recuperato i livelli rispettivamente del 92 % e del 95 % dei livelli pre-pandemia, mentre il tasso di screening per il cancro al collo dell'utero ha persino superato, se pur di poco, il valore del 2019.

Figura 15. I tassi di screening dei tumori, in particolare del carcinoma del collo uterino, sono inferiori alla media UE



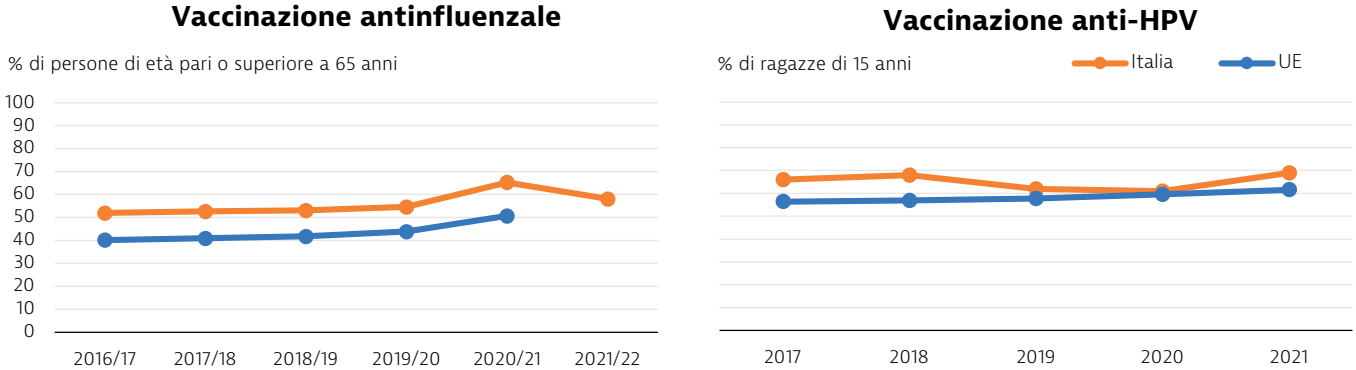
Nota: I tassi si riferiscono alla percentuale di individui all'interno dei gruppi target che si sono sottoposti allo screening negli ultimi due anni (o all'interno dello specifico intervallo di screening raccomandato in ciascun paese).
Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023 (basate sui dati del programma nazionale).

Una quota maggiore di italiani dai 65 anni in su ha scelto di ricevere il vaccino antinfluenzale durante la pandemia

Come in altri paesi dell'UE, anche in Italia le autorità sanitarie raccomandano da tempo agli anziani di sottoporsi al vaccino antinfluenzale, che il Servizio Sanitario Nazionale offre gratuitamente a chi rientra in una serie di gruppi a rischio, tra cui quello delle persone dai 65 anni in su. Per tutto il decennio scorso, l'Italia ha mantenuto una copertura vaccinale antinfluenzale costantemente più elevata per questo gruppo target, superando di circa un quarto la media UE. Come nella maggior parte degli altri paesi dell'UE, anche in Italia la pandemia di COVID-19 ha contribuito ad aumentare l'interesse per la vaccinazione antinfluenzale tra le persone a maggior rischio di complicazioni e di ospedalizzazione. In conseguenza di ciò, nel 2021 il tasso di copertura della vaccinazione antinfluenzale in Italia tra le persone dai 65 anni in su è salito al 65 %, segnando un aumento sostanziale di oltre 12 punti percentuali rispetto al 2019. Nel 2021, il tasso di vaccinazione antinfluenzale è però diminuito, scendendo al 58 % (Figura 16).

Negli ultimi anni, l'Italia ha intrapreso una serie di iniziative per incrementare la diffusione del vaccino contro il papillomavirus umano (HPV), che viene offerto gratuitamente a tutti i ragazzi e le ragazze di età compresa tra 11 e 15 anni. Negli ultimi anni, il tasso di copertura del vaccino HPV tra le ragazze quindicenni si è mantenuto costantemente al di sopra del 60 %. Si tratta di un risultato leggermente migliore rispetto alla media UE, ma che rimane comunque al di sotto del 90 % di copertura auspicato dall'OMS come obiettivo per l'eliminazione del carcinoma del collo uterino. I tassi di copertura vaccinale tra i ragazzi, storicamente più bassi, sono aumentati in misura significativa dall'inizio della pandemia, attestandosi a oltre il 50 % nel 2021.

FIgura 16. La COVID-19 ha stimolato una maggiore diffusione del vaccino antinfluenzale tra le persone dai 65 anni in su



Fonti: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023 e Banca dati di Eurostat (influenza) e OMS (HPV).

5.2 Accessibilità

La percentuale di italiani che dichiara bisogni di assistenza sanitaria non soddisfatti è più bassa rispetto alla media UE

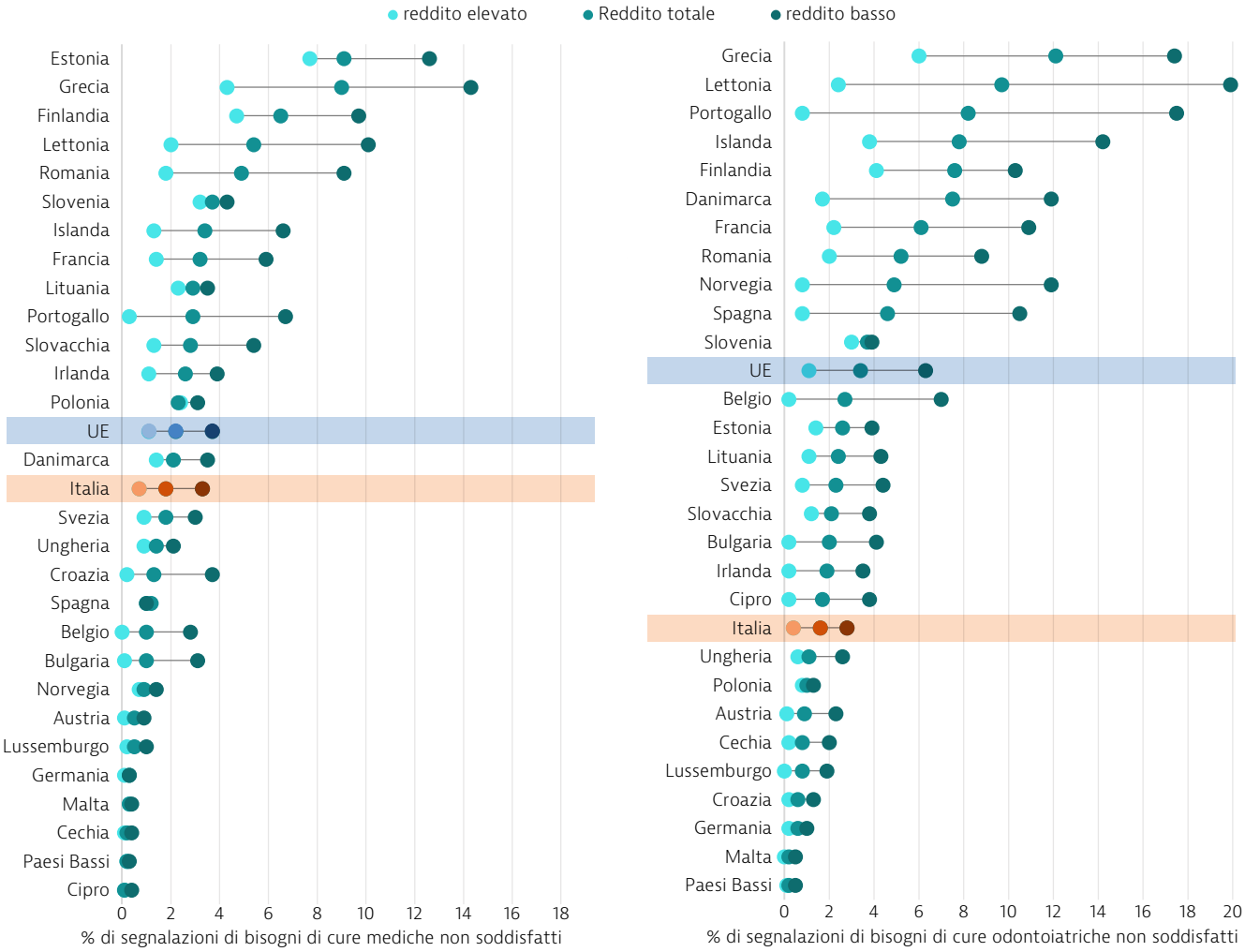
Nel 2022, l'1,8 % della popolazione italiana ha dichiarato bisogni di cure mediche non soddisfatti per costi eccessivi, distanza geografica o tempi di attesa, una percentuale leggermente inferiore alla media UE (2,2 %) e pari al tasso pre-pandemia nel 2019. I bisogni di cure mediche non soddisfatti sono stati dichiarati in percentuale maggiore dalle donne, e per entrambi i sessi il motivo principale del non soddisfacimento dei bisogni è stato il loro costo. Nel quintile di reddito più basso, ha riportato bisogni di cure mediche non soddisfatti il 3,3 % degli individui, contro un esiguo 0,7 % degli appartenenti al gruppo di reddito più alto (Figura 17). Questo divario è risultato leggermente più ampio rispetto alla media UE, ma rispetto al 2019 ha registrato una riduzione di oltre il 50 % a causa del minor numero di individui del quintile di reddito più basso che hanno riportato bisogni non soddisfatti a causa dei costi.

Analogamente, solo l'1,6 % degli italiani ha dichiarato bisogni di cure odontoiatriche non soddisfatti, una percentuale inferiore alla metà della media UE e inferiore al 2,7 % riportato nel 2019. Come per le cure mediche, anche in questo caso il principale fattore determinante dei bisogni non soddisfatti è stato il costo dei servizi di assistenza odontoiatrica, che in Italia sono coperti dalla sanità pubblica solo in misura limitata. Il Servizio sanitario nazionale li offre gratuitamente solo ai bambini di età inferiore a 14 anni e a determinati gruppi vulnerabili.

È in funzione un sistema di monitoraggio volto a garantire l'equità, l'efficacia e l'adeguatezza delle prestazioni sanitarie di base

Come evidenziato nella sezione 4, il Servizio Sanitario Nazionale è organizzato su base regionale e garantisce la copertura automatica e universale a tutti i residenti. Il sistema sanitario è strutturato

Figura 17. I bisogni di cure mediche non soddisfatti sono contenuti e le differenze dovute al reddito sono in linea con la media UE



Note: i dati si riferiscono al bisogno di visite o di trattamenti medici che non è stato soddisfatto a causa dei costi, della distanza geografica o dei tempi di attesa. Nel confronto dei dati relativi ai vari paesi occorre tenere conto di alcune differenze negli strumenti di indagine utilizzati.
Fonte: Banca dati di Eurostat, sulla base di EU-SILC (i dati si riferiscono al 2022, tranne per la Norvegia (2020) e l'Islanda (2018)).

su tre livelli: nazionale, regionale e locale. Il livello nazionale è responsabile della definizione degli obiettivi generali e dei principi fondamentali del sistema sanitario nazionale. I governi regionali hanno il compito di assicurare l'erogazione dell'ampio pacchetto di prestazioni standard garantite (note come Livelli Essenziali di Assistenza – 'LEA') definito a livello nazionale, avvalendosi di una rete di Aziende Sanitarie Locali, nonché di Aziende Ospedaliere e ospedali privati accreditati.

Dal 2020, è stato implementato a livello nazionale un nuovo sistema di monitoraggio della conformità, il Nuovo Sistema di Garanzia ('NSG'), al fine di assicurare che i servizi sanitari forniti dalle regioni aderiscano ai LEA e rispettino gli standard di efficacia, adeguatezza e uniformità nell'erogazione dei servizi in tutto il Paese. Per identificare le regioni che non riescono a garantire un accesso allineato ai LEA, il NSG utilizza una selezione di indicatori di performance organizzati in tre macro-aree: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera (Ministero della Salute, 2023b). Nel 2021, il NSG ha individuato sette regioni con punteggi insufficienti in almeno una macro-area - una diminuzione rispetto alle 10 regioni nel 2020, ma una in più delle sei identificate prima dell'inizio della pandemia (Figura 18). I punteggi insufficienti erano concentrati soprattutto nelle regioni meridionali del Paese.

Figura 18. Sette regioni non sono riuscite a garantire la copertura completa dei LEA nel 2021

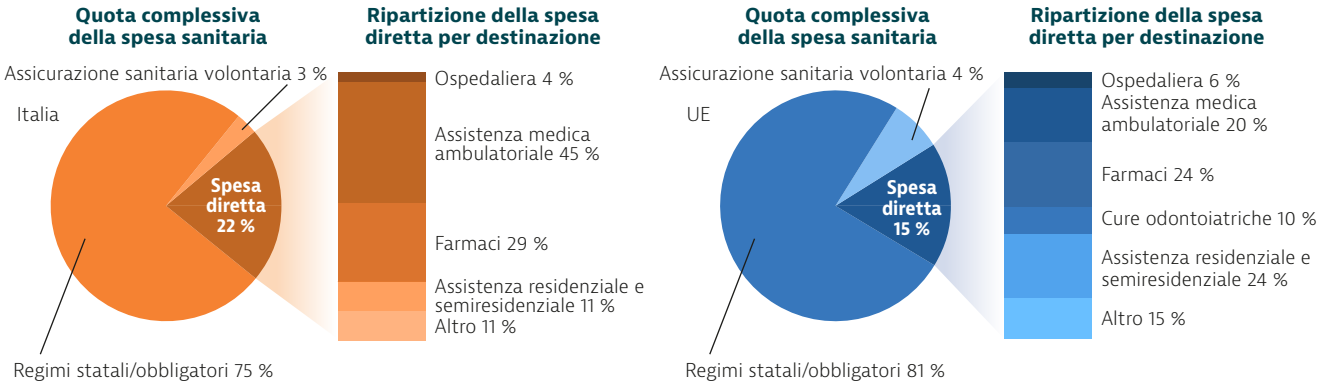


Note: I punteggi compositi per "Prevenzione", "Assistenza distrettuale" e "Assistenza ospedaliera" riassumono la capacità dei sistemi sanitari regionali di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza sulla base di una serie di 22 indicatori fondamentali. I valori inferiori a 60 punti (area grigia) sono considerati insufficienti.
Fonte: Ministero della Salute (2023b)

La spesa sanitaria diretta è elevata, principalmente per via dei pagamenti diretti per l'acquisto di servizi

La spesa sanitaria in Italia è finanziata attraverso una composizione di fondi che presenta una quota relativamente elevata dalle spese dirette delle famiglie (21,9 %) e da una percentuale più bassa (2,6 %) finanziata dall'assicurazione sanitaria volontaria. Nel 2021, la combinazione di spesa diretta e assicurazione sanitaria volontaria ha rappresentato complessivamente il 24,5 % della spesa sanitaria totale, una quota superiore del 30 % rispetto alla media UE del 18,9 % (Figura 19).

Figura 19. La spesa diretta è elevata, guidata dalle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dai prodotti farmaceutici



Note: l'assicurazione sanitaria volontaria include altri sistemi volontari di pagamento anticipato. La media UE è ponderata.
Fonti: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023; Banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2021).

Anche la distribuzione della spesa diretta per destinazione specifica si discostava significativamente dalla media UE. In particolare, il 45 % della spesa diretta totale in Italia è finalizzato all'assistenza medica ambulatoriale. Pur considerando che nel conteggio sono comprese anche le cure odontoiatriche, il valore rimane comunque nettamente superiore alla somma della quota media della spesa per assistenza ambulatoriale (20 %) e cure odontoiatriche (10 %) nell'UE. Anche i farmaci al dettaglio assorbono una quota superiore alla media della spesa diretta totale, attestandosi al 29 %. Al contrario, l'assistenza residenziale e semiresidenziale e l'assistenza ospedaliera assorbono percentuali relativamente modeste della spesa diretta.

Sebbene siano in vigore esenzioni per la co-partecipazione alla spesa sanitaria per determinati gruppi vulnerabili in tutte le regioni, la spesa diretta attraverso co-pagamenti (ticket) non è soggetta a un limite annuo per paziente. È tuttavia importante notare che solo una piccola parte della spesa diretta totale è attribuibile ai modesti ticket sanitari applicati alle visite specialistiche ambulatoriali prescritte dai medici di base, ai farmaci e ai servizi diagnostici prescritti. Più del 90 % della spesa sanitaria diretta in Italia è legato a pagamenti diretti sostenuti per farmaci prescritti su ricetta bianca e per le visite ambulatoriali in regime privato, a cui si sottopongono i pazienti per ottenere un accesso più rapido alle cure.

5.3 Resilienza

La pandemia di COVID-19 ha causato il più pesante stravolgimento dei sistemi sanitari degli ultimi decenni. Ha fatto luce sulle vulnerabilità e sulle criticità delle strategie di preparazione alle emergenze dei paesi, e sulla capacità di questi ultimi di fornire servizi in condizioni di criticità. Per afffrontare gli effetti persistenti della pandemia e altre crisi recenti, come le pressioni legate all'aumento del costo della vita e l'impatto di conflitti come la guerra contro l'Ucraina, i paesi europei stanno attuando politiche volte ad attenuare le ripercussioni che continuano a influenzare la fornitura dei servizi, investire nella ripresa e resilienza dei sistemi sanitari[3], migliorare le aree critiche del settore sanitario e rafforzare la preparazione a potenziali shock futuri.

Dopo un calo di oltre il 18 % nel 2020, i tassi di ricovero ospedaliero hanno registrato una parziale ripresa nel 2021

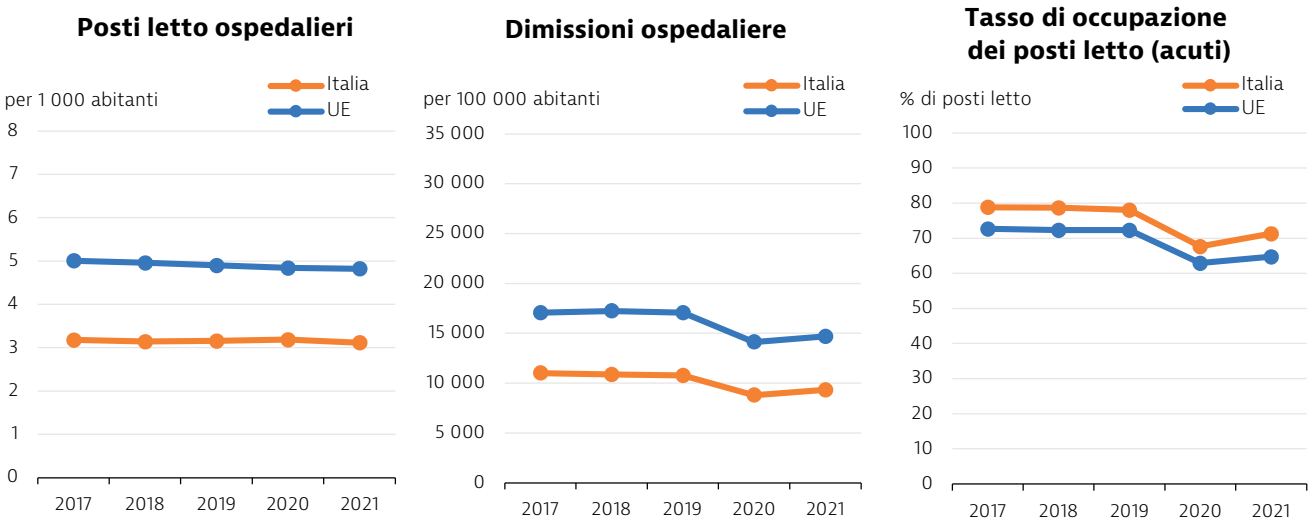
Per una serie di fattori che includono, tra gli altri, un'efficace assistenza ambulatoriale, l'enfasi posta sulla chirurgia a ciclo diurno e una rigorosa funzione di filtro esercitata a livello di cure primarie, la capacità ospedaliera in Italia è notevolmente inferiore a quella della maggior parte degli altri paesi dell'UE. Nel 2019, la densità di posti letto ospedalieri in Italia era pari a 3,2 per 1 000 abitanti, un livello pari a circa due terzi della media UE, stabile dal 2014. Nei cinque anni precedenti l'inizio della pandemia, i tassi di ricovero ospedaliero erano pari a circa due terzi della

3 *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 (EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2020).*

media UE, e il tasso di occupazione dei posti letto per acuti era stabilmente appena sotto l'80 % (Figura 20).

In risposta all'aumento della domanda di assistenza ospedaliera per acuti generato dal virus nel 2020, l'Italia ha adottato diverse misure per espandere la capacità delle proprie unità di terapia intensiva. Il numero dei posti letto di terapia intensiva per 100 000 abitanti è salito a 11,8, segnando un aumento di oltre il 35 % rispetto al 2019. Per ridurre al minimo il rischio di epidemie ospedaliere e costituire una riserva di risorse in termini di posti letto, personale e apparecchiature, cospicui volumi di servizi ospedalieri programmati non urgenti sono stati differiti. Gli effetti di queste misure di emergenza si riflettono in parte nelle forti diminuzioni, tra il 2019 e il 2020, dei tassi relativi alle dimissioni ospedaliere (-18,2 %) e all'occupazione dei posti letto per acuti (-13,3 %).

Figura 20. Dopo il pesante calo subito all'inizio della pandemia, i tassi di dimissioni ospedaliere e di occupazione dei posti letto per acuti sono cresciuti nel 2021



Fonti: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023 e Banca Dati di Eurostat.

L'entità del calo delle ospedalizzazioni del 2020 è stata eterogenea, con notevoli differenze a seconda della regione e della patologia medica. Le regioni del nord-ovest e del sud del paese hanno registrato cali più marcati delle ospedalizzazioni rispetto al livello di riferimento pre-pandemia. A livello nazionale, le ospedalizzazioni per gravidanza/parto (-11,7 %), tumori (-14,5 %) e lesioni (- 7,3 %) hanno subito riduzioni relativamente più limitate, mentre quelle per malattie del sistema osteomuscolare (-29,5 %), dell'apparato digerente (-34 %) e dell'apparato genito-urinario (-25,2 %) hanno registrato i cali più consistenti (ISTAT, 2022). Al 2021, il tasso di ricoveri ospedalieri in Italia aveva riguadagnato parte del terreno perso, attestandosi a circa l'86 % del livello del 2019.

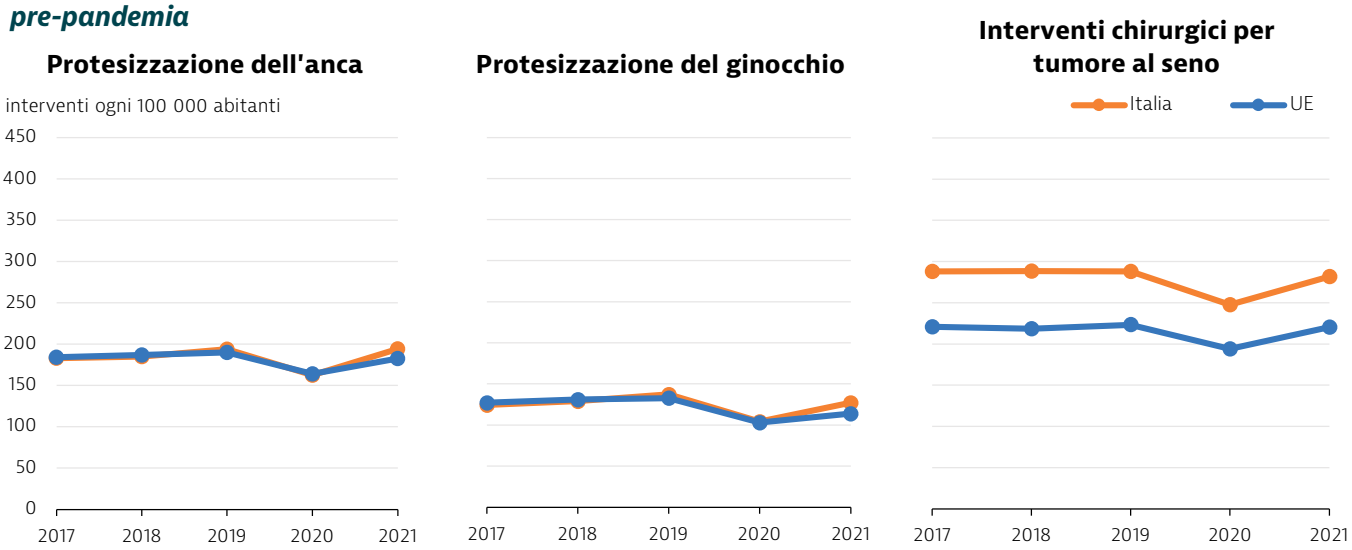
I volumi degli interventi di chirurgia elettiva hanno registrato una forte ripresa nel 2021

Come in altri paesi dell'UE, anche in Italia nel 2020 la sospensione intermittente degli interventi di chirurgia elettiva durante i picchi della pandemia ha comportato una notevole riduzione del volume degli interventi chirurgici programmati non urgenti. I tassi di protesizzazione dell'anca e del ginocchio sono diminuiti rispettivamente di oltre il 16 % e il 24 %, mentre i tassi di interventi chirurgici per tumore al seno hanno registrato una contrazione relativamente più moderata, pari al 14 %. Questi cali sono stati leggermente più gravi rispetto alla media osservata nei paesi dell'UE. Quando, nel 2021, il sistema sanitario italiano ha ripreso a svolgere grandi volumi di attività ospedaliere non legate alla COVID-19, il tasso di protesizzazione del ginocchio e il tasso di interventi chirurgici per il cancro al seno hanno registrato un forte recupero, tornando rispettivamente a oltre il 92 % e il 97 % dei livelli pre-pandemia (Figura 21). Inoltre, il tasso di protesizzazione dell'anca ha superato lievemente il valore del 2019, segno di un certo progresso, seppur contenuto, verso la riduzione dell'arretrato di interventi chirurgici accumulatosi nel corso del 2020.

I tassi di vaccinazione contro la COVID-19 sono diminuiti in fase di somministrazione della seconda dose di richiamo

Per gran parte della pandemia, l'Italia ha costantemente superato la maggior parte degli altri paesi dell'UE in tutte le metriche di copertura vaccinale contro la COVID-19, raggiungendo tassi di copertura superiori alla media UE sia per la vaccinazione primaria che per la prima dose di richiamo. Alla fine del 2022, quasi il 90 % della popolazione adulta in Italia (contro l'82,4 % nell'UE) aveva completato la vaccinazione primaria anti-COVID-19, e l'86 % (contro meno di due terzi nell'UE) aveva ricevuto la prima dose di richiamo. Tuttavia, a metà del 2022, con l'avvio del programma

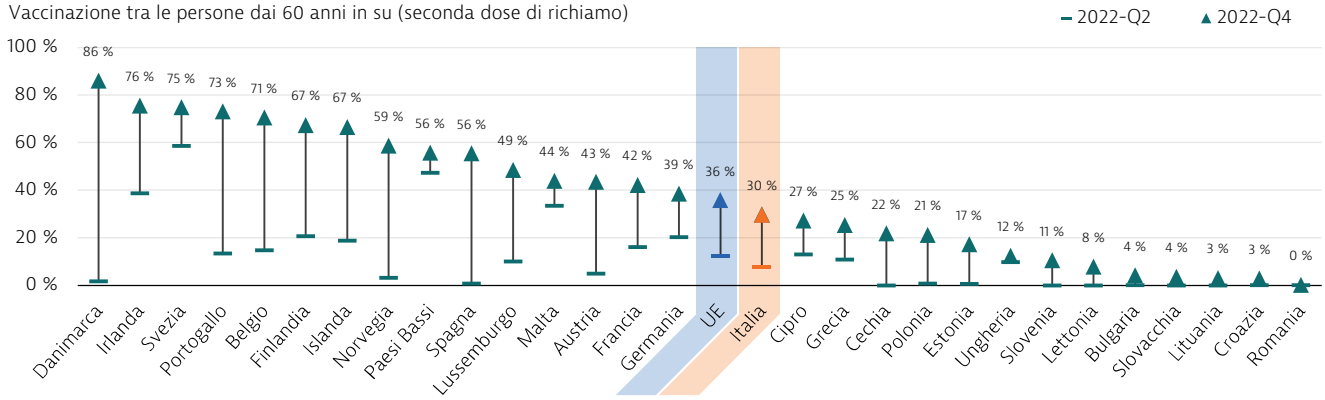
Figura 21. Nel 2021 i volumi degli interventi chirurgici per tumore al seno sono quasi tornati ai livelli pre-pandemia



Nota: Media UE non è ponderata.
Fonti: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023 e Banca dati di Eurostat.

di somministrazione della seconda dose di richiamo ai soggetti di età pari o superiore a 60 anni, i tassi di vaccinazione hanno subito un calo significativo. A dicembre 2022, meno del 30 % degli italiani di età pari o superiore a 60 anni aveva ricevuto la seconda dose di richiamo del vaccino anti-COVID-19, una quota inferiore alla media UE del 36 % (Figura 22).

Figura 22. Alla fine del 2022, il tasso di vaccinazione con seconda dose di richiamo anti-COVID-19 tra gli italiani di età pari o superiore a 60 anni era relativamente basso



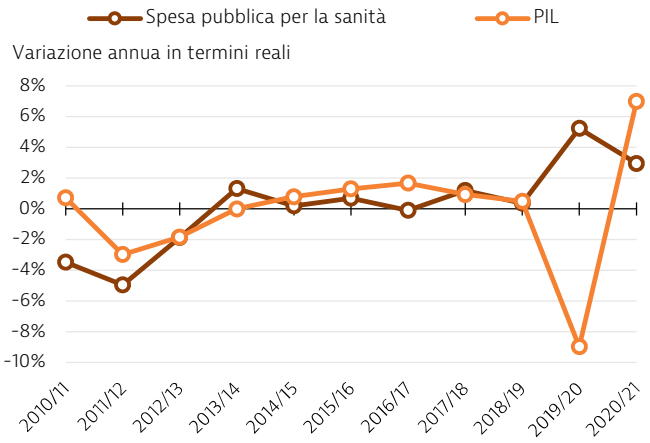
Fonte: ECDC.

La risposta dell'Italia alla pandemia ha portato cambiamenti massicci ma transitori alla composizione del finanziamento della spesa sanitaria

Dopo significantive riduzioni negli anni della crisi del debito sovrano, la spesa pubblica italiana nel settore della sanità era tornata a crescere nel 2014 e, fino al 2019, era aumentata a un tasso medio annuo dello 0,5 %, inferiore al tasso medio annuo di crescita del PIL italiano (1 %) nello stesso periodo. La pandemia di COVID-19 ha stravolto questa tendenza: nel 2020, la spesa sanitaria derivante da fonti pubbliche ha avuto un'impennata di oltre il 5,2 %, mentre il PIL del paese ha subito una pesante contrazione del 9 %. Quando nel 2021 il PIL è risalito del 7 %, la crescita della spesa sanitaria finanziata con fondi pubblici è rallentata, portandosi al 2,9 % (Figura 23). Nel 2021, gli aumenti della spesa sanitaria pubblica sono stati in gran parte determinati da una crescita sostenuta delle spese connesse alla COVID-19, comprese quelle per i vaccini e i test e le maggiori spese per il personale, oltre che da una significativa ripresa dell'attività di assistenza non legata alla COVID-19 presso gli ospedali del Servizio Sanitario Nazionale.

Il forte impatto che la pandemia ha esercitato sul sistema sanitario italiano nel 2020 si è riverberato anche sulla composizione del suo finanziamento, che è stata interessata da cambiamenti sostanziali, seppur temporanei. Mentre la spesa sanitaria totale è cresciuta del 2,2 % nel 2020, la spesa sanitaria privata ha subito una contrazione del 6,3 %, frutto della forte riduzione dei volumi di visite specialistiche ambulatoriali, consumo di farmaci e servizi

Figura 23. Lo shock della COVID-19 ha provocato un disaccoppiamento dell'andamento della spesa sanitaria pubblica e del PIL nel 2020



Fonte: Statistiche sulla Salute dell'OCSE 2023.

diagnostici che nello scenario abituale sarebbero stati pagati direttamente dai pazienti. Si è trattato del primo arretramento della spesa sanitaria privata dopo un periodo, iniziato nel 2013, che l'aveva vista superare costantemente la crescita della spesa sanitaria complessiva. Nel 2021, con la ripresa generale dei servizi di assistenza medica non legati alla COVID-19, la spesa sanitaria privata è salita di oltre il 5,5 %, portandosi a un livello prossimo, ma ancora inferiore, a quello del 2019 in termini reali.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e la Politica di Coesione dell'UE daranno impulso agli investimenti nel settore sanitario nei prossimi anni

I piani dell'Italia diretti a potenziare i servizi sanitari locali ai fini di una migliore gestione delle patologie croniche saranno sostenuti in misura considerevole nei prossimi anni attraverso l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), un pilastro fondamentale della risposta dell'UE alla crisi della COVID-19. Il PNRR dell'Italia ha stabilito una dotazione di bilancio di 16,1 miliardi di EUR, che servirà a mettere in campo una serie di investimenti e riforme per migliorare l'accessibilità, l'efficienza e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale entro la fine del 2026.

Oltre un terzo del capitolo di bilancio del PNRR dedicato alla sanità sarà destinato a sostenere la trasformazione digitale dei servizi sanitari, anche attraverso la creazione di un sistema di fascicoli sanitari elettronici completamente integrato e interoperabile, mentre circa un quarto sarà utilizzato per finanziare una serie di ammodernamenti delle apparecchiature ospedaliere (Figura 24). Oltre il 18 % del bilancio destinato alla sanità sarà utilizzato per rafforzare ambulatori e ospedali di comunità. Per incrementare la futura offerta di professionisti del settore medico e risolvere il problema dell'"imbuto formativo" creatosi nella pipeline del sistema italiano deputato a formare il personale sanitario (cfr. Sezione 4), circa il 4 % del bilancio sarà utilizzato per finanziare programmi di formazione specialistica post-laurea al fine di preparare 2 700 medici di base e 4 200 medici specialisti.

Gli investimenti di cui sopra saranno integrati dalla messa in atto della programmazione della Politica di Coesione dell'UE per il periodo 2021-2027, che vedrà l'Italia investire nel proprio sistema sanitario un totale di 3,46 miliardi di EUR. Circa il 57 % di questo importo sarà cofinanziato dall'UE. Nello specifico, 2,25 miliardi di EUR a titolo del Fondo sociale europeo Plus (FSE+) finanzieranno una serie di misure volte a migliorare l'accessibilità, la qualità

Figura 24. Il piano di ripresa e resilienza dell'Italia assegna priorità agli investimenti nella sanità digitale



Note: le cifre si riferiscono al Piano di Ripresa e Resilienza attuale. A causa della revisione in corso, la componente sanità potrebbe subire modifiche a livello di dimensioni e composizione. Alcuni elementi sono stati raggruppati ai fini di una migliore leggibilità del grafico.
Fonte: European Commission – Recovery and Resilience Scoreboard.

e la resilienza dei servizi sanitari nelle regioni meno sviluppate del paese, concentrandosi sullo sviluppo del personale sanitario e sull'eliminazione delle barriere all'accesso che penalizzano le popolazioni vulnerabili. Inoltre, 1,2 miliardi di EUR a titolo del Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) saranno utilizzati per l'acquisto di apparecchiature mediche e l'ammodernamento delle strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale.[4]

Nonostante le politiche volte a promuovere una maggiore diffusione dei farmaci generici, la spesa per i farmaci di marca è elevata

L'Italia ha da tempo attuato solide politiche volte a promuovere una maggiore diffusione dei farmaci generici tra i pazienti. Dal 2001, ogni volta che è disponibile una versione generica di un farmaco prescritto, il prezzo del prodotto equivalente diventa il limite di rimborso, e chi sceglie di acquistare il farmaco di marca è tenuto a pagare la differenza di prezzo di tasca propria (legge 16 novembre 2001, n. 405). Sebbene la quota di mercato (in termini di volume) assorbita dai farmaci generici in Italia sia quasi raddoppiata nell'ultimo decennio, attestandosi a oltre il 27 % nel 2021, questa percentuale rimane nettamente più bassa rispetto ad altri paesi dell'UE comparabili all'Italia per dimensioni e composizione della spesa sanitaria, come la Spagna e il Portogallo.

Nel 2021, il totale dei co-pagamenti diretti per la spesa farmaceutica al dettaglio ammontava a 1,48 miliardi di EUR, una cifra derivante dalla somma delle esigue quote fisse per ricetta applicate e dei ticket pagati dai pazienti che hanno optato per i farmaci di marca. Di questo totale, oltre il 73 % era costituito da co-pagamenti diretti (evitabili) versati da pazienti che hanno scelto di pagare un extra per i farmaci di marca. Detto importo ha rappresentato circa il 10 % della spesa diretta totale per tutti i prodotti farmaceutici venduti al dettaglio nel 2021 (Corte dei Conti, 2022).

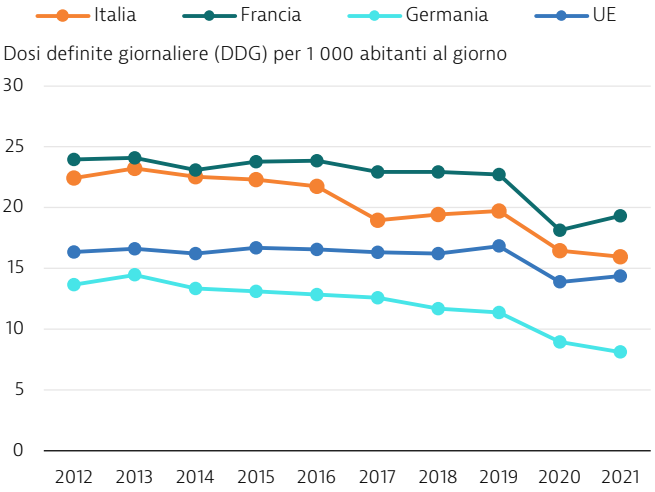
Paradossalmente, la spesa diretta evitabile per i farmaci di marca era concentrata nelle regioni meridionali di Campania, Calabria, Sicilia e Basilicata, dove il reddito medio disponibile pro capite è più basso rispetto a quello di regioni come Toscana, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, dove la spesa mensile pro capite per i farmaci di marca al dettaglio era tra le più basse.

Il consumo di antibiotici in Italia è diminuito, ma l'eccessiva dipendenza da prodotti ad ampio spettro acuisce le preoccupazioni relative all'anti-microbico-resistenza

L'antimicrobico-resistenza costituisce un serio problema di salute pubblica nell'UE, con stime di circa 35 000 decessi dovuti a infezioni resistenti agli antibiotici e costi associati ad essa per l'assistenza sanitaria pari a circa 1,1 miliardi di EUR l'anno (OCSE/ECDC, 2019). Poiché la sovraprescrizione e l'uso eccessivo di antibiotici negli esseri umani è un importante determinante dello sviluppo di batteri batteri resistenti agli antibiotici, i dati sul consumo di antibiotici sono uno strumento utile per valutare il rischio di accellerare lo sviluppo di resistenza antimicrobica e l'efficacia dei programmi per promuovere il loro uso appropriato.

A questo proposito, i risultati dell'Italia, sebbene migliorati negli ultimi anni, rimangono indietro rispetto alla media UE. Negli ultimi cinque anni, il consumo complessivo di antibiotici è diminuito a un tasso medio annuo del 6,1 %, superando il calo medio dell'UE (4,7 %) e determinando nel 2021 un tasso di consumo complessivo superiore del 6,7 % alla media UE. Questa dinamica discendente è stata in gran parte determinata dalla diminuzione del consumo in comunità, che rimane lievemente superiore alla media UE e rappresenta circa il 90 % del consumo complessivo di antibiotici in Italia. La pandemia ha svolto un ruolo significativo nella riduzione del consumo di antibiotici nella comunità, con l'Italia che ha registrato un calo comparativamente elevato di oltre il 19 % tra il 2019 e il 2021 (Figura 25). Questa contrazione è in gran parte riconducibile alle misure di confinamento adottate durante la pandemia, che hanno ridotto il numero totale di infezioni. Nonostante questa significativa diminuzione dell'uso complessivo di antibiotici, la composizione del consumo di antibiotici in Italia rimane preoccupante a causa del consumo superiore alla media di antibiotici di seconda linea ad ampio spettro classificati nella categoria "Watch" dell'OMS, che hanno un maggiore potenziale di accelerare lo sviluppo della resistenza antimicrobica.

Figura 25. La COVID-19 ha causato una significativa riduzione del consumo di antibiotici nella comunità



Note: media UE non ponderata. I dati riguardano esclusivamente i consumi nella comunità.
Fonte: ECDC ESAC-Net.

4 *Queste cifre relative ai fondi della Politica di Coesione dell'UE riflettono la situazione a settembre del 2023.*

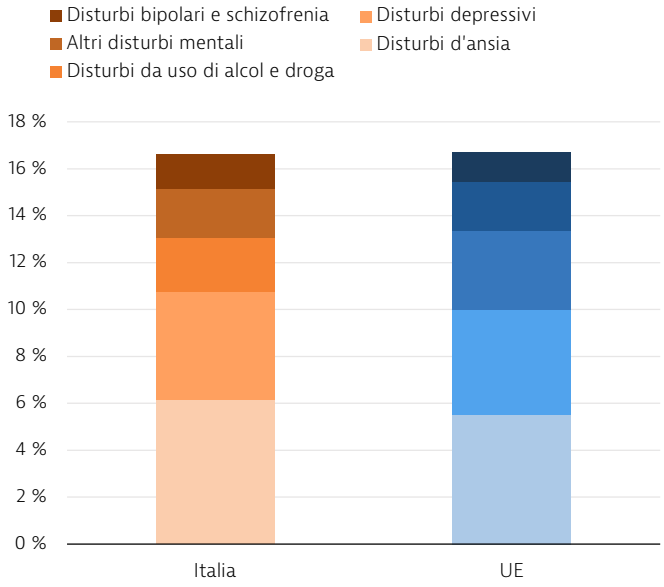
6 Focus sulla salute mentale

La prevalenza dei disturbi della salute mentale in Italia è paragonabile alla media UE

Determinare l'esatta percentuale della popolazione affetta da disturbi della salute mentale è difficile, in Italia come in altri paesi. Ciò si deve a particolari limitazioni metodologiche peculiari, che spesso portano a sottovalutare il peso effettivo di questo tipo di disturbi. Secondo le stime di prevalenza dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), oltre 9,85 milioni di persone in Italia hanno sofferto di un disturbo di salute mentale nel 2019; in termini percentuali, si tratta del 16,6 % della popolazione, una quota in linea con la media UE. I disturbi d'ansia hanno rappresentato il disagio più diffuso, presente nel 6 % circa della popolazione, seguiti dai disturbi depressivi (5 %) e dai disturbi da uso di alcol e droga (2 %) (Figura 26).

La prevalenza dei disturbi mentali in Italia ha un impatto significativo sul benessere dei cittadini e ha implicazioni significative per l'economia. Nel 2015, i costi annui totali connessi ai problemi di salute mentale in Italia sono stati stimati pari al 3,3 % del PIL: oltre un terzo di tali costi era imputato a una ridotta produttività e a una minore partecipazione al mercato del lavoro (OECD/EU, 2018).

Figura 26. Un italiano su sei ha sofferto di un disturbo di salute mentale prima della pandemia



Fonte: IHME (i dati si riferiscono al 2019).

I servizi di salute mentale sono stati ristrutturati per migliorare l'assistenza di comunità

L'organizzazione dei servizi di salute mentale in Italia rispecchia la struttura decentrata del suo Servizio Sanitario Nazionale, che fornisce una copertura sanitaria universale a tutti i residenti (cfr. sezione 4). A livello locale, una rete di 140 Dipartimenti di Salute Mentale è responsabile della pianificazione e dell'erogazione dei servizi di salute mentale all'interno dei rispettivi bacini di utenza.

A seguito di una riforma del 2022 volta a rafforzare l'offerta locale di servizi sanitari e a integrare nel settore sanitario gli investimenti infrastrutturali finanziati attraverso il PNRR (cfr. sezione 5.3), i servizi forniti da ciascun Dipartimento di Salute Mentale sono stati ristrutturati in base a quattro livelli (Ministero della Salute, 2022). A livello di curie primarie, i medici di medicina generale costituiscono il primo punto di contatto per la maggior parte delle persone che cercano assistenza sanitaria mentale. In collaborazione con le case di comunità – ambulatori multidisciplinari con personale clinico e non (ad esempio, assistenti sociali) – i medici di base svolgono un ruolo fondamentale nella diagnosi e nella gestione dei casi non complessi. I Centri di Salute Mentale, insieme alle cliniche per bambini e adolescenti e ai centri clinici per le dipendenze, forniscono servizi specialistici ambulatoriali in materia di salute mentale. L'assistenza psichica specialistica di livello ospedaliero è fornita dagli ospedali, mentre i servizi dedicati a patologie specifiche, come i disturbi del comportamento alimentare e le patologie mentali gravi, sono organizzati attraverso reti specializzate, operanti a livello regionale o interregionale, di servizi ospedalieri e ambulatoriali.

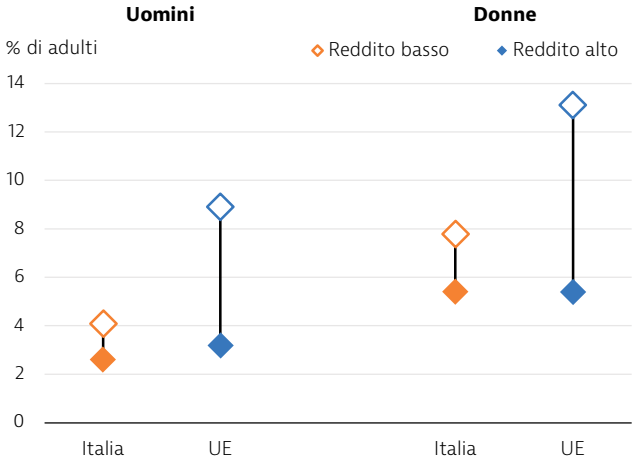
In Italia il divario di genere nella prevalenza della depressione è più ampio rispetto alla media UE

Sulla base di dati autoriferiti, si stima che nel 2019 il 5,3 % degli italiani ha soffrisse di depressione, un tasso di circa due punti percentuali inferiore alla media dell'UE e in linea con quello registrato in Italia nel 2014. In linea con le tendenze osservate in altri paesi dell'UE, in Italia gli uomini hanno riferito tassi di depressione inferiori (3,5 %) rispetto alle donne (6,9 %). Questa disparità di genere nella prevalenza della depressione risulta più elevata rispetto alla maggior parte degli altri paesi dell'UE: hanno dichiarato infatti di soffrire di depressione quasi due donne per ogni uomo, rispetto a un rapporto medio nell'UE di 1,6 donne per ogni uomo. Questa notevole asimmetria di genere, che è ancora più marcata in altri paesi del sud Europa, è probabilmente frutto di una combinazione di vari fattori, tra cui lo stigma interiorizzato vissuto dagli uomini, che inibisce il

riconoscimento della condizione e la conseguente ricerca di supporto terapeutico.

Come nella maggior parte degli altri paesi dell'UE, anche in Italia i livelli di reddito più elevati risultano associati a una minore prevalenza dei casi riferiti di depressione, anche se le differenze sono relativamente modeste. Tra le persone rientranti nel quintile di reddito più basso, il 6,1 % ha riferito di soffrire di depressione, contro il 4 % degli individui del quintile di reddito più alto. Si tratta del differenziale più esiguo riscontrato nell'Unione Europea, inferiore di circa il 40 % rispetto alla media UE (Figura 27).

Figura 27. Le disparità legate al reddito nella prevalenza della depressione sono le più contenute dell'UE



Nota: "Reddito alto" è riferito alle persone rientranti nel quintile di reddito più alto (20 % della popolazione con il reddito più alto), mentre "Reddito basso" è riferito alle persone rientranti nel quintile di reddito più basso (20 % della popolazione con il reddito più basso).
Fonte: Banca dati di Eurostat (sulla base dell'indagine EHIS 2019).

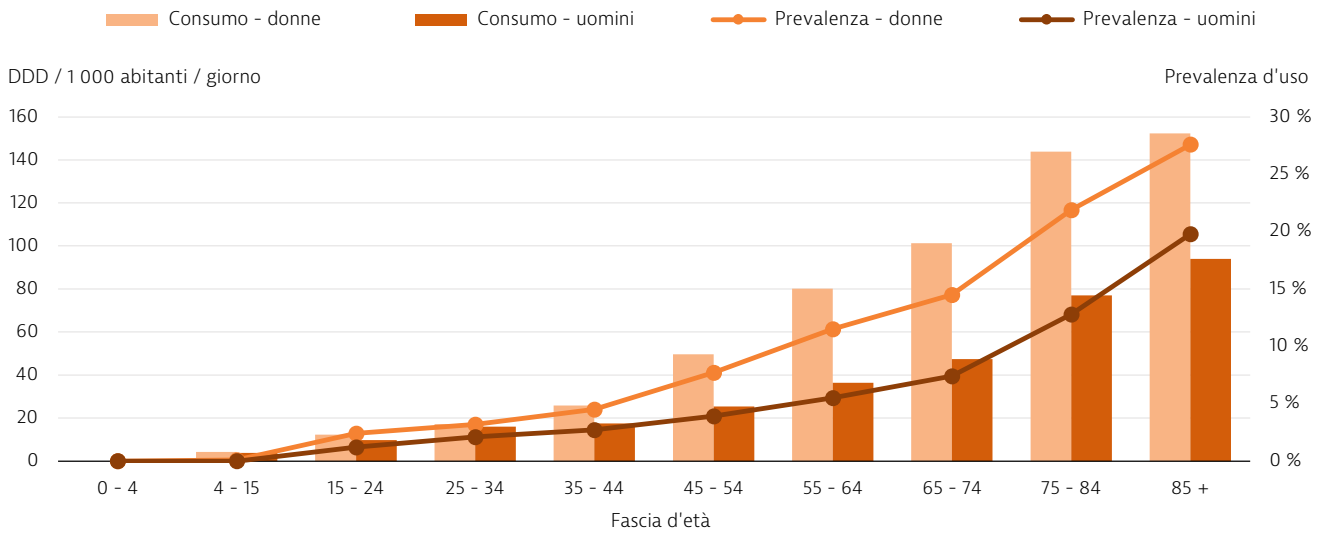
Il consumo di antidepressivi è inferiore rispetto alla maggior parte degli altri Paesi UE

Come in altri Paesi UE, gli antidepressivi sono i farmaci psicoattivi più comunemente prescritti in Italia, rappresentando il 3,5 % di tutti i farmaci utilizzati nel 2022. Il loro livello di consumo giornaliero si è attestato a 45,8 dosi definite giornaliere per 1 000 abitanti, uno dei livelli più bassi dell'UE. Dal 2017 al 2022, il consumo di antidepressivi in Italia è aumentato del 2,4 % all'anno - un aumento modesto rispetto alla media dell'Unione Europea e a Paesi simili come Spagna e Portogallo, dove i livelli di consumo sono più che doppi rispetto all'Italia.

Nel 2022, a circa il 6,7% della popolazione italiana sono stati prescritti antidepressivi almeno una volta, con un'età mediana dei pazienti di 67 anni. Il loro uso era più concentrato tra le donne, con il 9 % che riceveva un trattamento antidepressivo rispetto al 4,4% degli uomini, e aumentava costantemente con l'età, raggiungendo quasi il 28 % tra le donne di età superiore agli 85 anni (Figura 28). In tutte le fasce d'età, si è registrato un netto divario di genere nei livelli di consumo, con un consumo femminile più che doppio rispetto a quello maschile nei gruppi di età superiore ai 45 anni.

I dati delle cartelle cliniche elettroniche rivelano che la metà degli utenti ha ricevuto un trattamento antidepressivo per meno di sei mesi, e che quasi il 12 % dei pazienti ha ricevuto una sola prescrizione. Questo modello di consumo riflette l'aumento dell'uso off-label degli antidepressivi per una varietà di scopi terapeutici, nonché le potenziali limitazioni nell'accesso ad approcci terapeutici non farmacologici.

Figura 28. Il consumo di antidepressivi aumenta con l'età ed è significativamente più elevato tra le donne



Fonte: AIFA (2023)

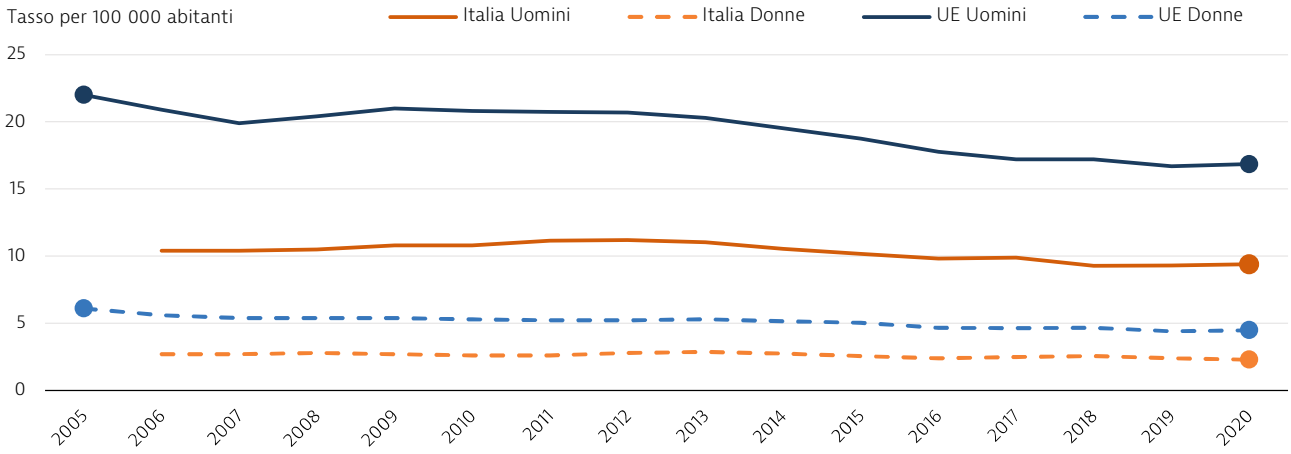
I suicidi tra gli italiani sono significativamente meno frequenti che nella maggior parte degli altri paesi dell'UE

Il suicidio costituisce un importante problema di salute pubblica nell'UE, dove ha rappresentato circa l'1 % di tutti i decessi avvenuti tra il 2015 e il 2020. I fattori che contribuiscono al suicidio sono complessi, ma una vasta opera di ricerca e la pratica clinica hanno permesso di stabilire che i problemi di salute mentale rivestono un ruolo sostanziale come fattori di rischio per il suicidio.

Sebbene il suicidio in Italia provochi più di 3 500 vittime l'anno, il tasso di suicido nel paese, sia per gli uomini che per le donne, è all'incirca la metà di quello medio dell'UE (Figura 29).

Nonostante il fatto che l'Italia avesse uno dei tassi di suicidio più bassi dell'UE già nel 2010, nell'ultimo decennio il tasso di suicidio è diminuito a un ritmo solo marginalmente più lento rispetto alla media dell'UE. Contrariamente ai timori che i tassi di suicidio potessero aumentare durante la pandemia, i dati per il 2020 indicano che né l'Italia né l'UE hanno registrato un aumento significativo. Come in altri Paesi dell'UE, la prevalenza del suicidio in Italia è caratterizzata da una marcata divisione di genere, con un'incidenza molto più alta tra gli uomini. Nell'ultimo decennio, in Italia gli uomini avevano circa quattro volte più probabilità di commettere suicidio rispetto alle donne.

Figura 29. I tassi di suicidio in Italia sono rimasti costantemente bassi negli ultimi 15 anni



Fonte: Banca dati di Eurostat.

Un numero significativo di persone ha riferito bisogni non soddisfatti di assistenza di salute mentale durante la pandemia

Come nella maggior parte degli altri paesi dell'UE, anche in Italia un numero significativo di persone ha riscontrato bisogni di assistenza sanitaria non soddisfatti durante la pandemia di COVID-19, tra cui anche bisogni di assistenza di salute mentale. I risultati di un'indagine condotta su scala europea durante il secondo e il terzo anno della pandemia hanno rivelato che, del 15 % di italiani che ha riferito bisogni di assistenza sanitaria non soddisfatti, il 16 % aveva indicato nello specifico bisogni insoddisfatti relativi ai servizi di assistenza di salute mentale - una percentuale considerevole, sebbene rimanesse al di sotto della media dei paesi UE (Figura 30).

Figura 30. Quasi una persona su sei che ha riferito bisogni di assistenza sanitaria non soddisfatti nella primavera del 2021 ha indicato nello specifico bisogni non soddisfatti in materia di salute mentale



Nota: agli intervistati è stato chiesto di indicare se all'epoca avessero bisogni di assistenza sanitaria non soddisfatti e, in caso affermativo, di specificare il tipo di assistenza ricercato, compresa l'assistenza psichica.
Fonte: Eurofound (2021; 2022).

7 Risultati principali

- Nel 2022 la speranza di vita alla nascita in Italia, pari a 83,0 anni, è risultata la terza più elevata dell'UE. Questo valore ha denotato una parziale ripresa rispetto al calo significativo del 2020, anche se è rimasto inferiore di sei mesi rispetto al livello pre-pandemia. Sebbene alla COVID-19 sia riconducibile più del 10 % di tutti i decessi in Italia nel 2020, le malattie cardiovascolari e i tumori sono rimasti le principali cause di morte e sono stati responsabili di oltre la metà dei decessi totali. Dopo il picco del 2020, la mortalità in eccesso è rimasta stabile a un livello del 10 % circa rispetto al levello pre-pandemia, con un leggero aumento nel 2022, nonostante un notevole calo del numero di decessi per COVID-19 confermati.

- Circa un terzo di tutti i decessi in Italia può essere attribuito a fattori di rischio comportamentali. Il tasso di tabagismo tra gli adulti, che aveva registrato un calo graduale ma costante nel decennio precedente la pandemia, è risalito di oltre un punto percentuale tra il 2019 e il 2022. I tassi di obesità rimangono relativamente bassi, ma l'elevata prevalenza di inattività fisica sia tra gli adulti che tra i bambini acuisce il rischio di una maggiore diffusione dell'obesità in futuro. Una nota positiva è il fatto che il consumo di alcolici e il consumo abituale elevato di alcolici tra gli italiani sono molto meno diffusi che nella maggior parte degli altri paesi dell'UE.

- La spesa sanitaria italiana, sia in percentuale del PIL che in termini pro capite, è inferiore alla media UE, principalmente per effetto di una spesa pubblica relativamente contenuta. Tra il 2019 e il 2021, la spesa sanitaria pro capite ha registrato una crescita di quasi il 7 %, determinata esclusivamente dalla maggiore spesa pubblica messa in campo per contrastare l'emergenza COVID-19. Nonostante questo scatto della spesa pubblica, la quota della spesa sanitaria italiana a carico dei cittadini, che è in gran parte determinata dai pagamenti diretti per l'assistenza specialistica ambulatoriale privata e i farmaci in ricetta bianca, rimane nettamente al di sopra della media UE.

- Nonostante il grave impatto sulla mortalità della pandemia, nel 2020 l'Italia ha registrato uno dei tassi di mortalità per cause prevenibili più bassi dell'UE. L'Italia inoltre vanta tassi relativamente esigui di ricoveri ospedalieri evitabili, che sono segno di una gestione efficace delle patologie croniche in ambito ambulatoriale, sebbene vi siano differenze notevoli tra le regioni. Come nella maggior parte degli altri paesi, le restrizioni imposte dalla COVID-19 nel 2020 hanno determinato un significantivo calo dei tassi di screening dei tumori e un conseguente accumulo di procedure diagnostiche rimaste in arretrato.

- Nel 2021, l'Italia era in linea con la media UE per densità di medici e al di sotto di essa per densità di infermieri. Sebbene il rapporto medici/abitanti in Italia sia aumentato negli ultimi anni, diverse regioni registrano carenze, soprattutto di medici di medicina generale. La popolazione medica italiana è tra le più anziane dell'UE e si teme che l'attuale pipeline del sistema di formazione del personale sanitario possa avere difficoltà a compensare la prevista riduzione dovuta ai pensionamenti. In risposta a tale problema, il governo ha intrapreso un'azione decisiva per risolvere le carenze di capacità del sistema di formazione del personale medico, anche tramite il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

- Nel 2021, la percentuale di Italiani che ha riportato bisogni di assistenza sanitaria insoddisfatti era bassa e in linea con il periodo pre-pandemia; il costo era il loro determinante principale. I cittadini hanno diritto a una vasta gamma di servizi, ma il costo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, compresa quella odontoiatrica, è coperta in misura relativamente più limitata rispetto alla media UE. Gli esigui ticket applicabili a vari beni e servizi sanitari rappresentano una percentuale modesta delle spese sanitarie dirette, che sono costituite prevalentemente da pagamenti diretti per consulti specialistici in regime privato e farmaci in ricetta bianca.

- Il peso dei disturbi di salute mentale in Italia è paragonabile alla media UE: si stima che circa una persona su sei abbia sofferto di un disturbo mentale nel 2019. Mentre una percentuale significativamente maggiore di donne italiane ha riferito di soffrire di depressione, le disparità legate al reddito nella prevalenza della depressione tra gli italiani sono le più ridotte in tutta l'UE. L'assistenza sanitaria mentale è organizzata a livello locale dai dipartimenti di salute mentale, che coordinano la fornitura di servizi attraverso una struttura a livelli che comprende l'assistenza primaria, l'assistenza sanitaria mentale ambulatoriale e ospedaliera. Come in altri Paesi, il suicidio è più diffuso tra gli uomini, ma il tasso di suicidi in Italia rimane costantemente tra i più bassi dell'UE.

Fonti principali

Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/507433b0-en.

De Belvis AG et al. (2022). Italy, European Observatory on Health Systems and Policies, disponibile all'indirizzo: https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/overview.

Riferimenti bibliografici

AIOM (2022), I numeri del cancro in Italia 2022.

AGENAS (2023), Il personale del servizio sanitario nazionale. Approfondimenti.

AGENAS e Ministero della Salute (2022), Programma Nazionale Esiti.

AIFA (2022), L'uso dei Farmaci in Italia - Rapporto OsMed 2021.

AIFA (2023), L'uso dei Farmaci in Italia - Rapporto OsMed 2022.

Corte dei Conti (2022), Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): https://data-browser.hbsc.org.

IHME (2022), Global Burden of Disease (GBD) study.

ISTAT (2022), Impatto dell'epidemia COVID-19 sul sistema ospedaliero italiano – anno 2020.

ISTAT (2023), Dinamica demographica 2022.

Istituto Superiore di Sanità (2022a), I numeri del cancro in Italia - 2022.

Istituto Superiore di Sanità (2022b), Database: https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso#dati.

Istituto Superiore di Sanità (2022c), Gli screening oncologici e l'impatto della pandemia: i dati dalla sorveglianza PASSI.

Istituto Superiore di Sanità (2023), Rapporto sul fumo in Italia - ISS Istituto Superiore di Sanità.

Ministero della Salute (2022), Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Ministero della Salute (2023a), Piano Oncologico Nazionale 2023-2027.

Ministero della Salute (2023b), Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia; Metodologia e risultati dell'anno 2021.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial Resistance - Tackling the Burden in the European Union.

OECD/European Union (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.

Osservatorio nazionale screening (2023), Rapporto Ons sul 2021.

Spadea et al. (2021), Mimico-19 working group. Indirect impact of Covid-19 on hospital care pathways in Italy.

Elenco dei codici paese

Austria	AT	Danimarca	DK	Irlanda	IE	Malta	MT	Slovacchia	SK
Belgio	BE	Estonia	EE	Islanda	IS	Norvegia	NO	Slovenia	SI
Bulgaria	BG	Finlandia	FI	Italia	IT	Paesi Bassi	NL	Spagna	ES
Cechia	CZ	Francia	FR	Lettonia	LV	Polonia	PL	Svezia	SE
Cipro	CY	Germania	DE	Lituania	LT	Portogallo	PT	Ungheria	HU
Croazia	HR	Grecia	EL	Lussemburgo	LU	Romania	RO		

European Commission

State of Health in the EU
Profilo della sanità 2023

I *profili della sanità* sono un elemento chiave del ciclo *Lo Stato della salute nell'UE* della Commissione Europea, un progetto di intermediazione di conoscenze in tema sanitario sviluppato con il sostegno finanziario dell'Unione Europea.

Questi profili sono il risultato della cooperazione tra l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) e l'Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, in collaborazione con la Commissione Europea. Sulla base di una metodologia basata su dati quantitativi e qualitativi, l'analisi nei profili offre una panoramica delle sfide e gli sviluppi più recenti in materia di politica sanitaria in ciascun paese dell'UE/SEE.

L'edizione 2023 dei profili della sanità fornisce una sintesi di vari aspetti critici, tra cui:

- lo stato della salute nel paese;
- i determinanti della salute, con particolare attenzione ai fattori di rischio comportamentali;
- la struttura e l'organizzazione del sistema sanitario;
- l'efficacia, l'accessibilità e la resilienza del sistema sanitario;
- Per la prima volta nella serie, una sintesi dello stato della salute mentale e dei servizi associati all'interno di ciascun paese.

I principali risultati dei Profili della sanità sono integrati dalla relazione di sintesi della Commissione Europea.

Per ulteriori informazioni: ec.europa.eu/health/state

Come citare questo documento:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Italia: Profilo della sanità 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264743342 (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