

## CAPITOLO 4c

### Esiti di salute

Carrieri C.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

L'esistenza di una relazione fra evoluzione demografica, sviluppo socio-economico e salute, come argomentato nel capitolo 1, è ben documentata: relazione peraltro molto complessa, specialmente nei suoi nessi causali, sui quali il dibattito scientifico non è ancora arrivato a posizioni condivise.

Senza pretesa di entrare nella complessa questione cennata, di seguito si tenta di fornire una prima indicazione sugli esiti di salute nelle diverse realtà regionali del nostro Paese, valutandoli alla luce dei diversi livelli di sviluppo socio-economico.

Il quadro generale appare decisamente positivo. In termini di speranza di vita, sia alla nascita che a 65 anni, l'Italia risulta essere il secondo miglior Paese europeo, sopravanzata solo dalla Spagna; rispetto alla media europea registriamo una maggiore aspettativa di vita di 2,4 anni alla nascita, e di 1,3 anni a 65 anni. Va aggiunto che il dato è in continuo miglioramento negli ultimi anni.

Un italiano (al 2016) può sperare di vivere in assenza di malattie invalidanti sino a 58,8 anni, valore che ha registrato un incremento di 1 anno negli ultimi dieci anni. Anche per questo indicatore l'Italia si colloca tra i primi posti a livello europeo: la speranza di vivere in buona salute è maggiore della media europea (EU) di +3,6 anni per gli uomini e +3,0 per le donne; rispetto, ad esempio, alla Francia, sono 4,1 anni in più per gli uomini e 3,1 per le donne, alla Spagna 1,2 anni in più per gli uomini e +0,7 per le donne, alla Germania, 1,1 anni in più per gli uomini e 0,1 in meno per le donne.

Un miglioramento si è registrato anche se valutato in termini di disabilità: la speranza di vita senza

limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, assume un valore in Italia pari a 9,8 anni (2016), in aumento rispetto al 2010 di quasi un anno. Rispetto ai Paesi EU, l'Italia assume un valore inferiore di -0,2 anni.

L'incidenza grezza della cronicità risulta essere maggiore di quella media europea: ma evidentemente questo dato è da mettere in relazione con la maggiore età media della popolazione italiana e non solo. In Italia vi è una quota elevata di ultra 80enni (6,5% vs 5,3% dell'EU) e una minore quota di persone "istituzionalizzate", ossia ospiti nelle case di cura, che si riscontra rispetto ad altri Paesi europei in cui l'assistenza socio-sanitaria del sistema di *welfare* è erogata maggiormente attraverso la fornitura di servizi e strutture di accoglienza residenziale invece che da sussidi economici come avviene nel nostro Paese (2,0% Italia vs 4,0% Svezia).

In ogni caso, tra il 2013 e il 2015 si registra un aumento del 1,3% delle persone che dichiarano di avere almeno una malattia cronica grave, con l'eccezione del Nord-Est, dove si registra una lieve riduzione (-0,2 persone ogni 100).

Il tasso di mortalità infantile in Italia (dato 2015) risulta essere pari a 2,9 decessi ogni 1.000 nati vivi, a fronte di un valore medio europeo di 3,6.

L'Italia si colloca tra i migliori Paesi europei anche in tema di decessi evitabili (93,0 decessi ogni 100.000 abitanti): 34,0 decessi in meno rispetto alla media europea.

Anche per questo valore nell'ultimo biennio disponibile (2014-2015) si riscontra un miglioramento significativo, pari a 2,7 decessi evitabili.

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>2</sup> Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

### 4c.1. Stato di salute

Come anticipato, dal confronto con i principali Paesi Europei emerge che l'Italia, nel 2016, è il secondo Paese europeo (dietro solo alla Spagna) in termini di speranza di vita alla nascita: la speranza è maggiore di quella media europea di +2,4 anni, come anche rispetto alla Germania, e di +0,7 anni rispetto alla Francia (Figura 4c.1.). In particolare, è superiore di 1,3 anni rispetto a quella della media dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995<sup>3</sup> e di 5,7 anni rispetto a quella della media EU-Post 1995<sup>4</sup>.

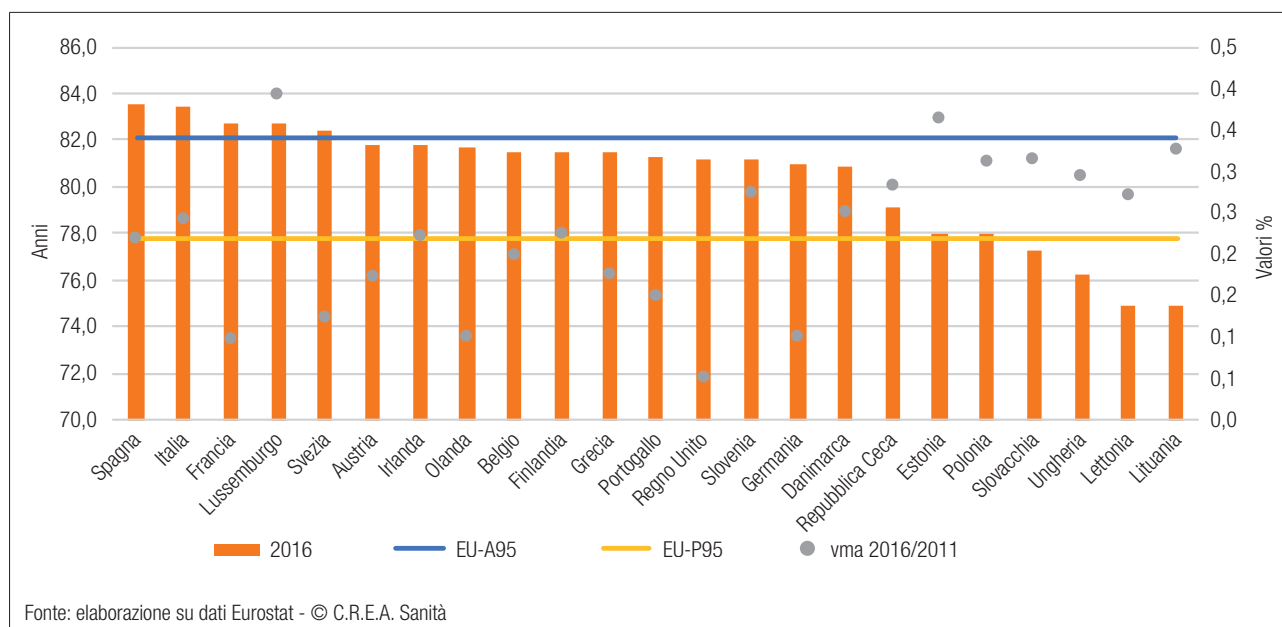
Negli ultimi 5 anni, la speranza di vita alla nascita in Italia è aumentata di quasi 1 anno (82,8 vs 81,9 nel 2011). Le donne risultano più longeve con una differenza di quasi cinque anni rispetto agli uomini (85,0 donne vs 80,6 uomini), benché tale *gap* si sia ridotto del -0,1% (Figura 4c.2.). Solo tre Regioni (Valle d'Aosta, Sicilia e Campania) hanno una aspettativa di

vita alla nascita inferiore rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995.

Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di oltre un anno di vita a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la P.A. di Trento registra la più alta speranza di vita alla nascita fra tutte le Regioni italiane, sia per gli uomini che per le donne (81,4 e 86,3 rispettivamente), la Campania quella più bassa con 78,9 anni per gli uomini e 83,4 anni per le donne. Nel periodo considerato il *gap* tra le Regioni estreme si riduce: se nel 2011 la differenza tra il valore minimo e massimo era di tre anni, nel 2016 è di 2,7.

Inoltre, va notato che ben 8 Regioni (in ordine PP.AA. di Trento e di Bolzano, Marche, Veneto, Toscana, Umbria, Lombardia ed Emilia Romagna) vanno meglio anche del Paese migliore in EU, ovvero la Spagna.

Figura 4c.1. Speranza di vita alla nascita in Europa



<sup>3</sup> Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1° Gennaio 1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia

<sup>4</sup> Paesi dell'Europa che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria

Figura 4c.2. Speranza di vita alla nascita in Italia

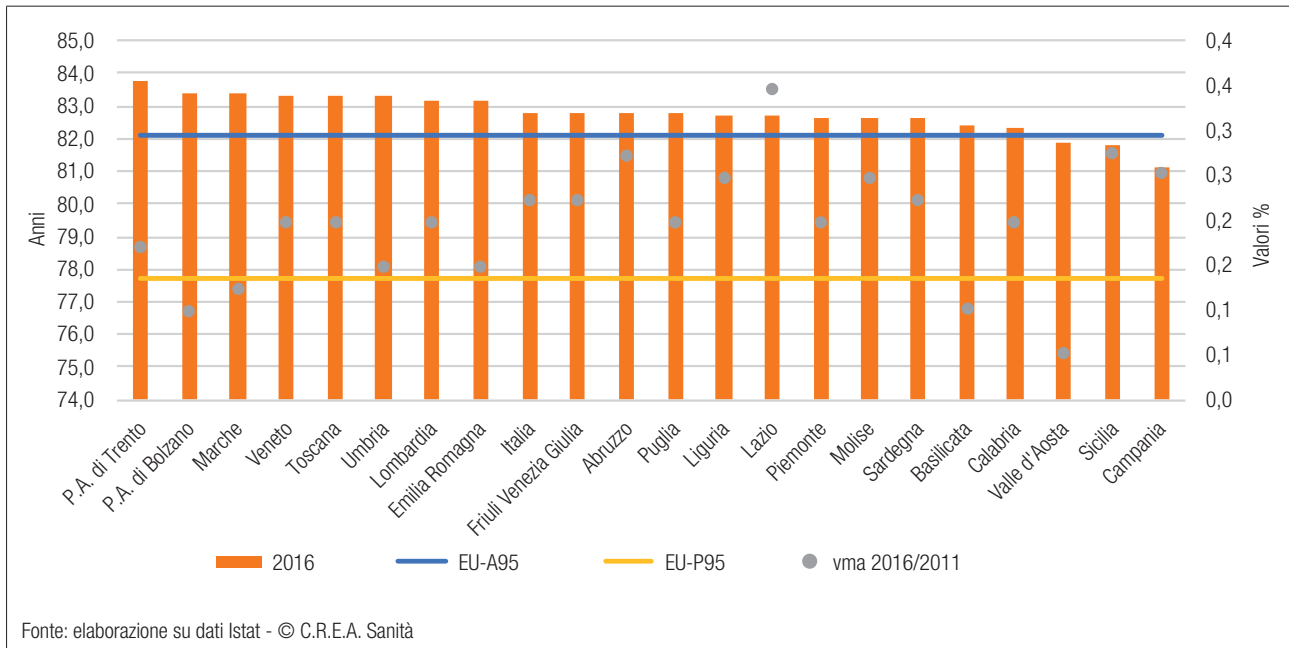
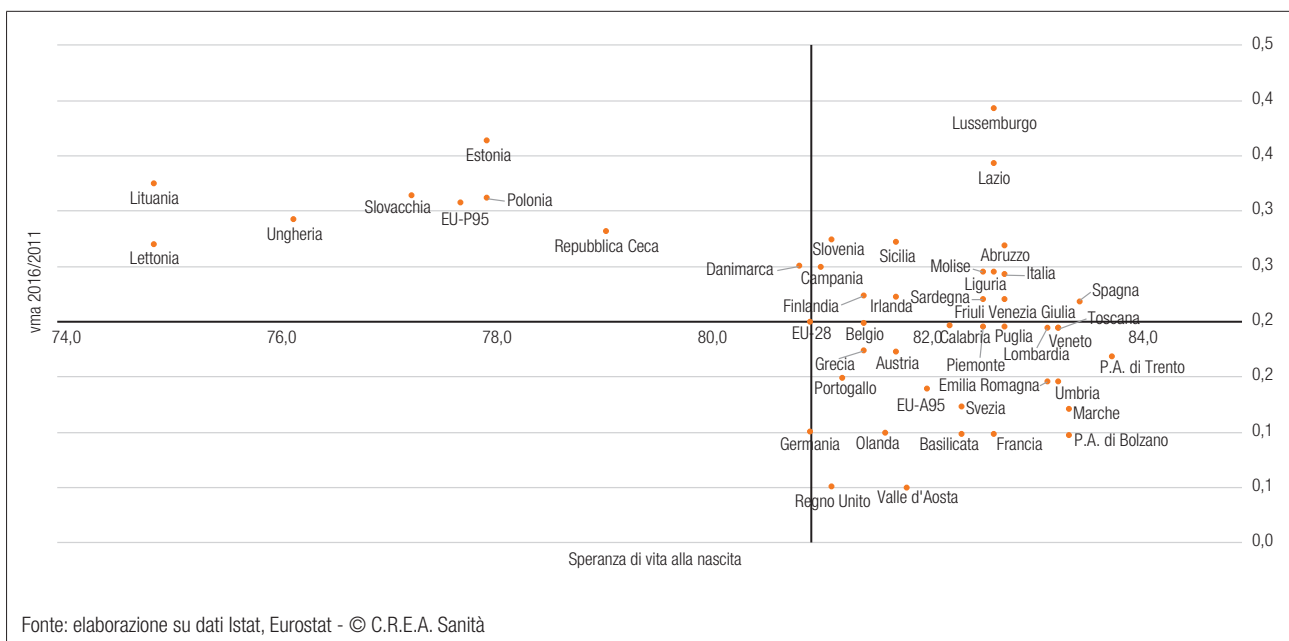


Figura 4c.3. Speranza di vita alla nascita: livello e dinamica. Anno 2016



partendo da una aspettativa di vita inferiore rispetto alle altre Regioni italiane è la Valle d'Aosta, con una *Performance* assimilabile a quella del Regno Unito (Figura 4c.3.).

Confrontando la speranza di vita alla nascita con il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite, non emerge una relazione significativa, per effetto del posizionamento delle Regioni italiane.

Infatti, le nostre Regioni del Sud, registrano una aspettativa di vita decisamente maggiore rispetto a quella media dei Paesi EU con sviluppo economico comparabile; superata la soglia di PIL pro-capite approssimativamente di € 20.000, non sembra poi esserci alcuna relazione fra aspettativa di vita e PIL (utilizzato qui come *proxy* del reddito) (Figura 4c.4.)

Confrontando la speranza di vita alla nascita con la spesa sanitaria totale pro-capite, sembra emerge-

re una qualche correlazione positiva, sebbene non lineare: quanto meno fino a un certo livello di spesa (qualitativamente stimabile in circa € 3.000) sembrerebbe che l'investimento dia i suoi frutti.

Le Regioni del Sud, pur sostenendo una spesa sanitaria più bassa rispetto alla media dei Paesi EU, ha una aspettativa di vita maggiore della media europea. Lo stesso vale per le Regioni del Nord, ad eccezione della Valle d'Aosta, che spende più rispetto alla media EU e ha una aspettativa di vita più alta della media EU (Figura 4c.5.). Quasi tutte le Regioni italiane, ad eccezione di Valle d'Aosta e Campania, che comunque hanno una aspettativa di vita in linea con il livello di spesa sanitaria, presentano una aspettativa di vita superiore a quella che potrebbero garantire con il proprio livello di spesa.

Figura 4c.4. Speranza di vita alla nascita vs PIL pro-capite. Anno 2016

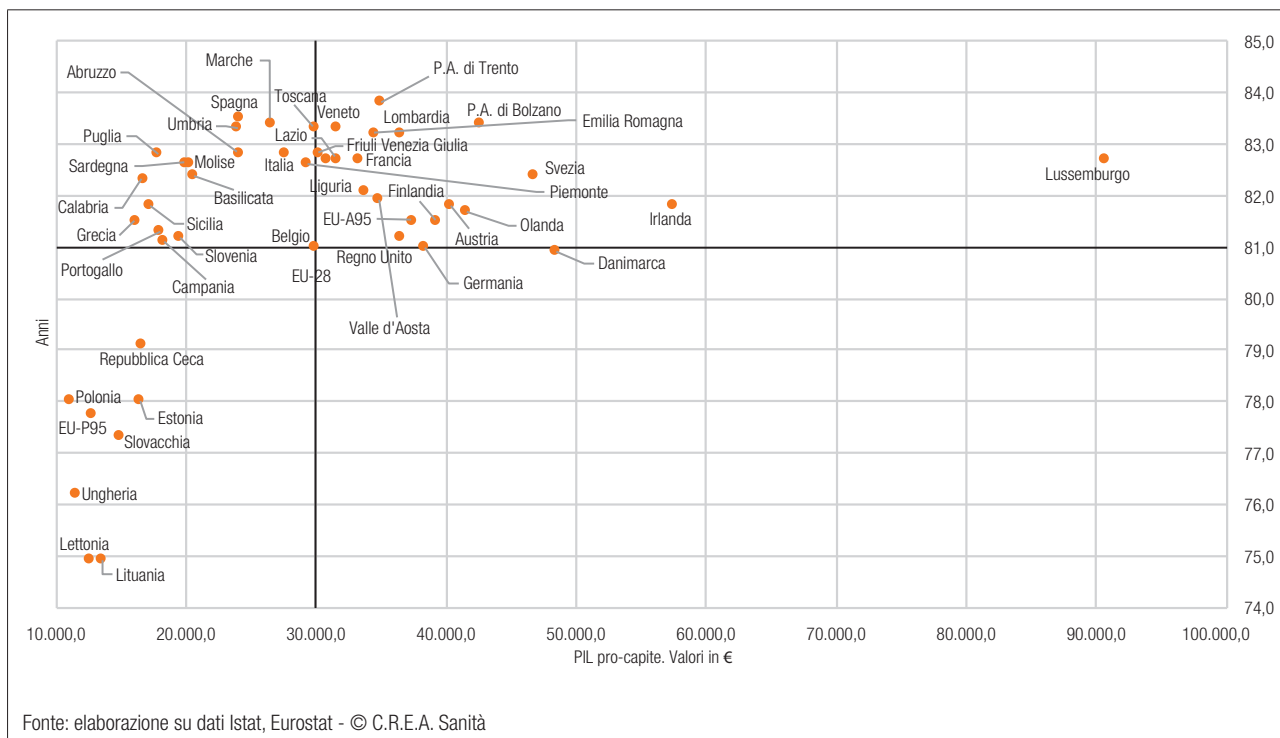


Figura 4c.5. Speranza di vita alla nascita vs spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2016

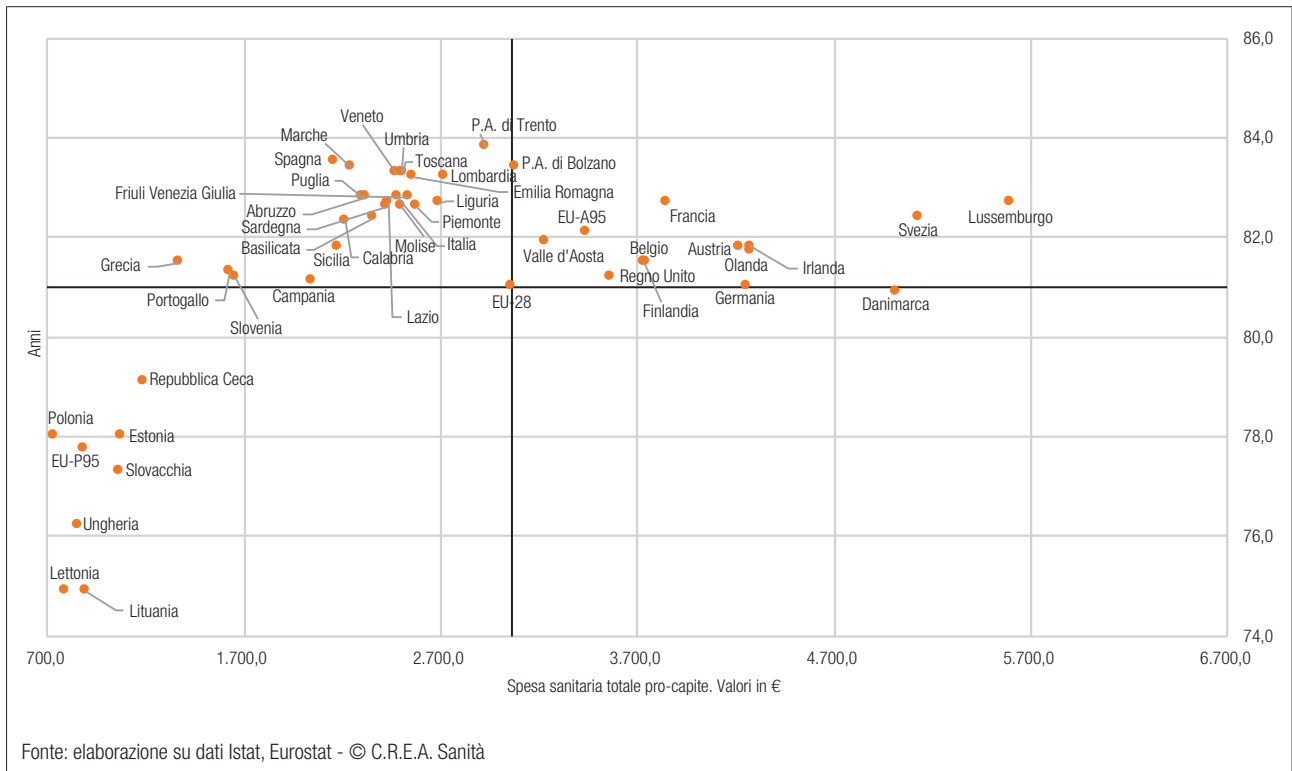
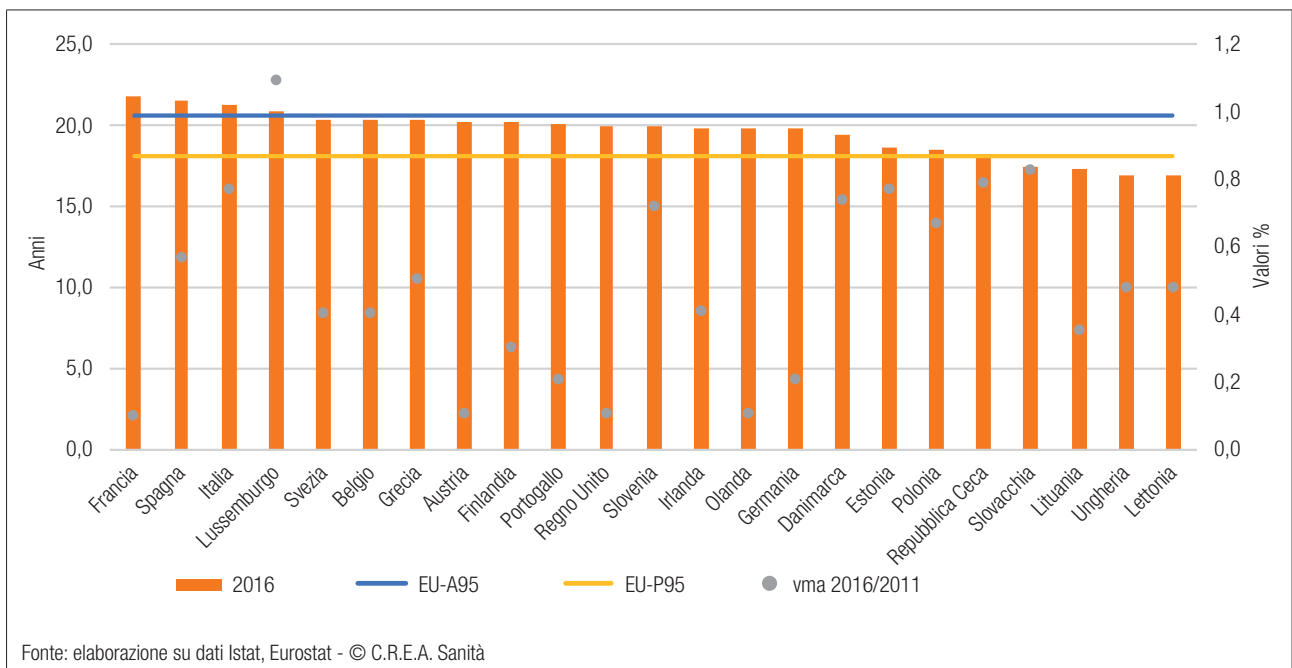


Figura 4c.6. Speranza di vita a 65 anni in Europa



A 65 anni gli italiani continuano ad avere una speranza di vita di 1,3 anni maggiore rispetto alla media europea, e di +1,5 anni rispetto alla Germania;

di contro risulta di 0,5 e 0,3 anni minore rispetto ai francesi e agli spagnoli (Figura 4c.6.). Mediamente un italiano ha una speranza di vivere a 65 anni 0,6

anni in più rispetto alla media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 e 3,2 anni in più rispetto a quella dei Paesi dell'EU-Post 1995.

A 65 anni le donne hanno una speranza di vivere 3,2 anni in più rispetto agli uomini (22,3 vs 19,1) (Figura 4c.7.).

Figura 4c.7. Speranza di vita a 65 anni in Italia

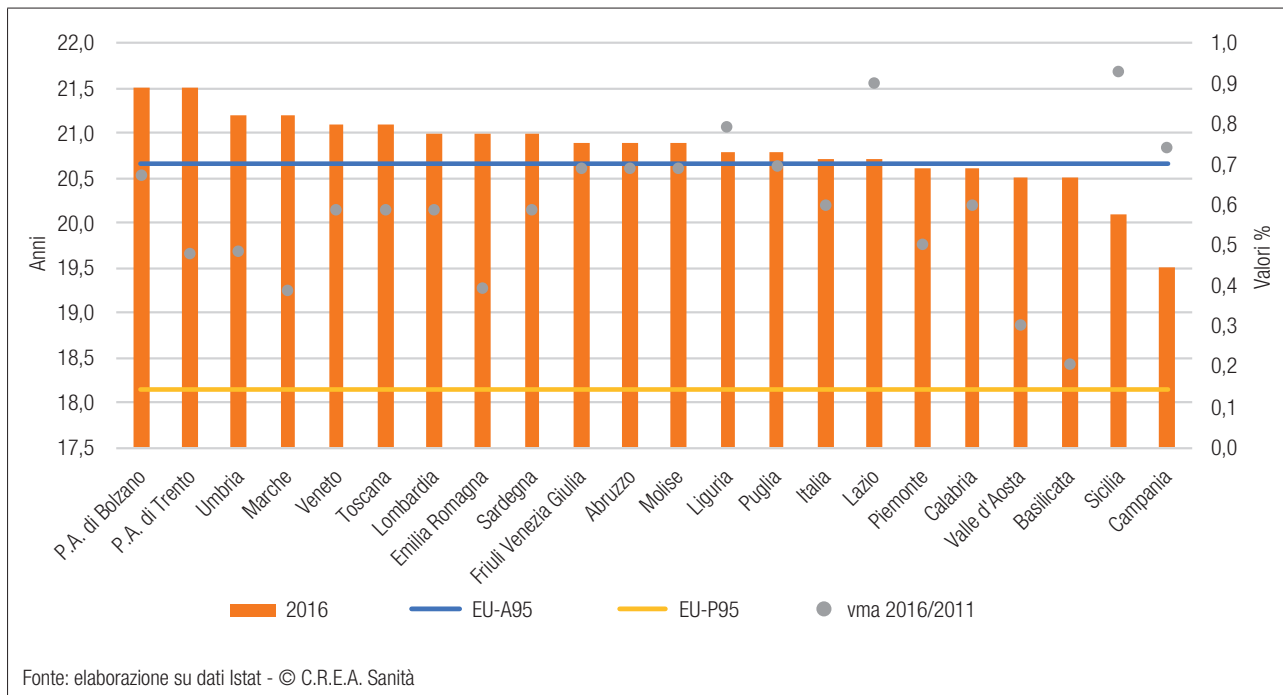


Figura 4c.8. Speranza di vita a 65 anni: livello e dinamica. Anno 2016

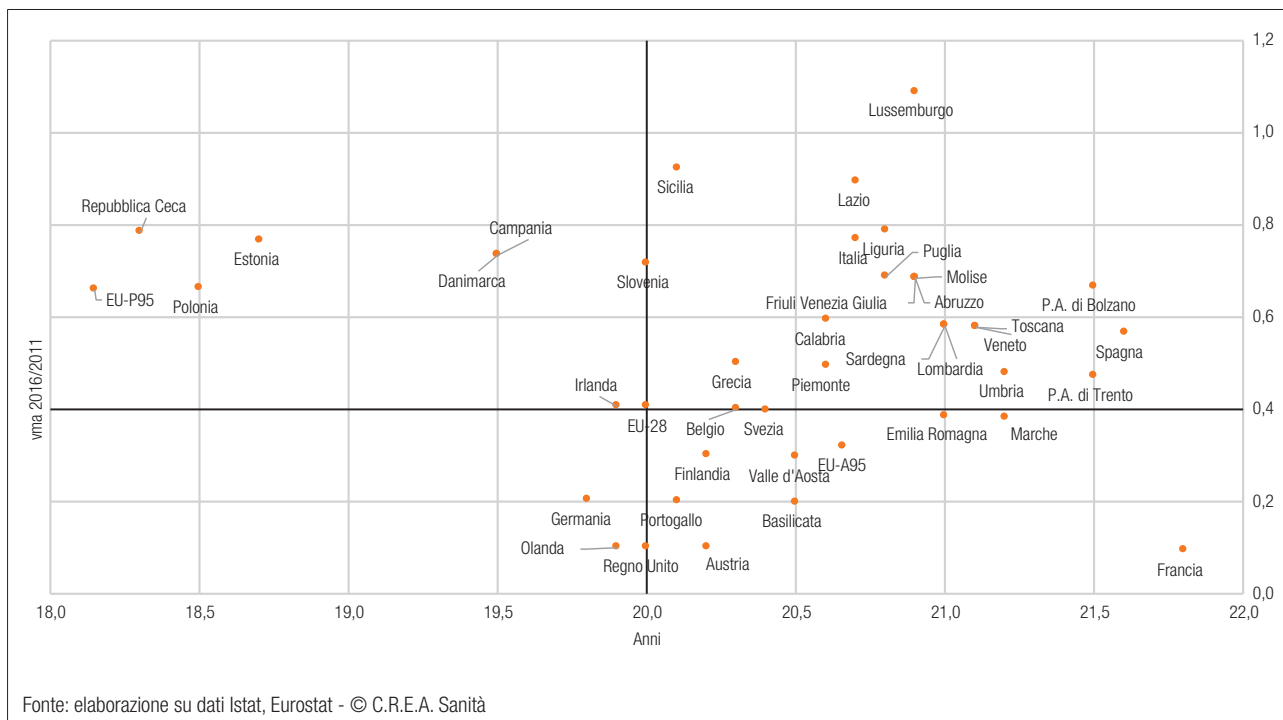




Figura 4c.10. Aspettativa di vita a 65 anni vs spesa sanitaria pro-capite. Anno 2016

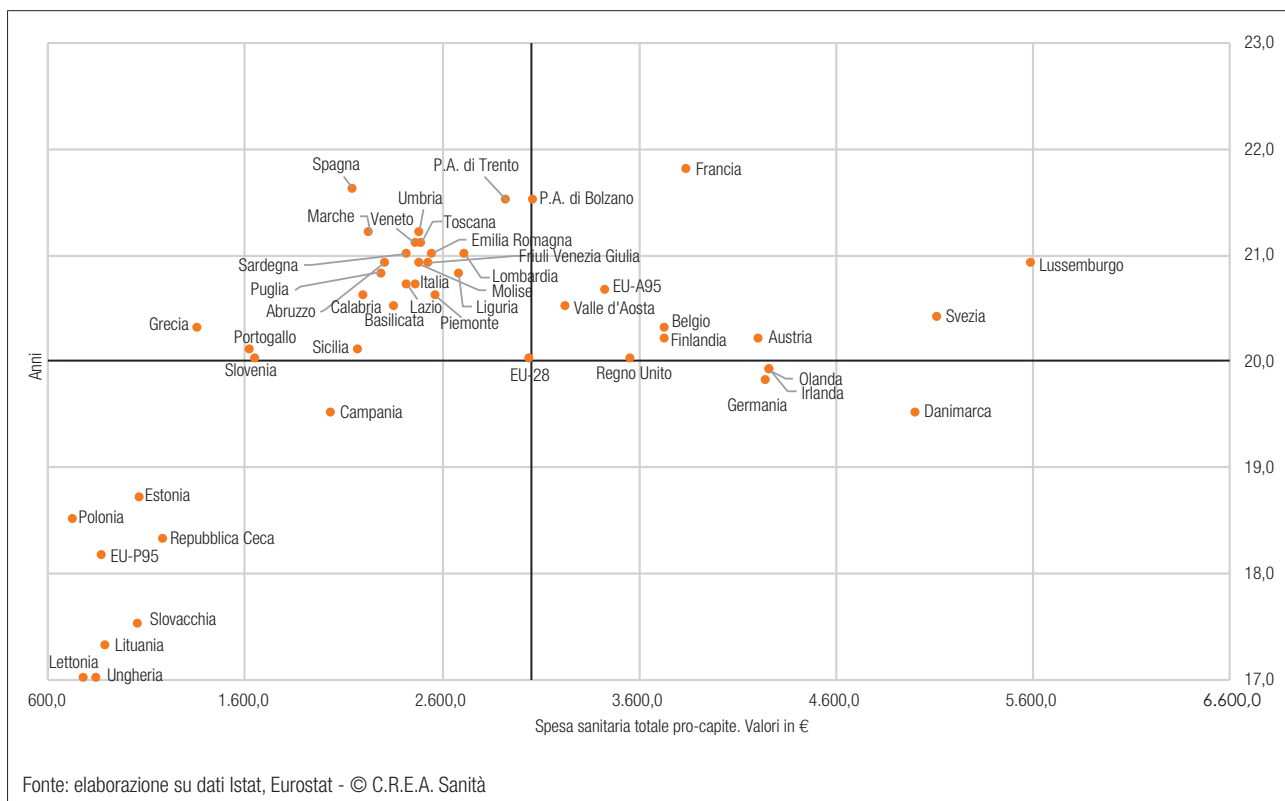
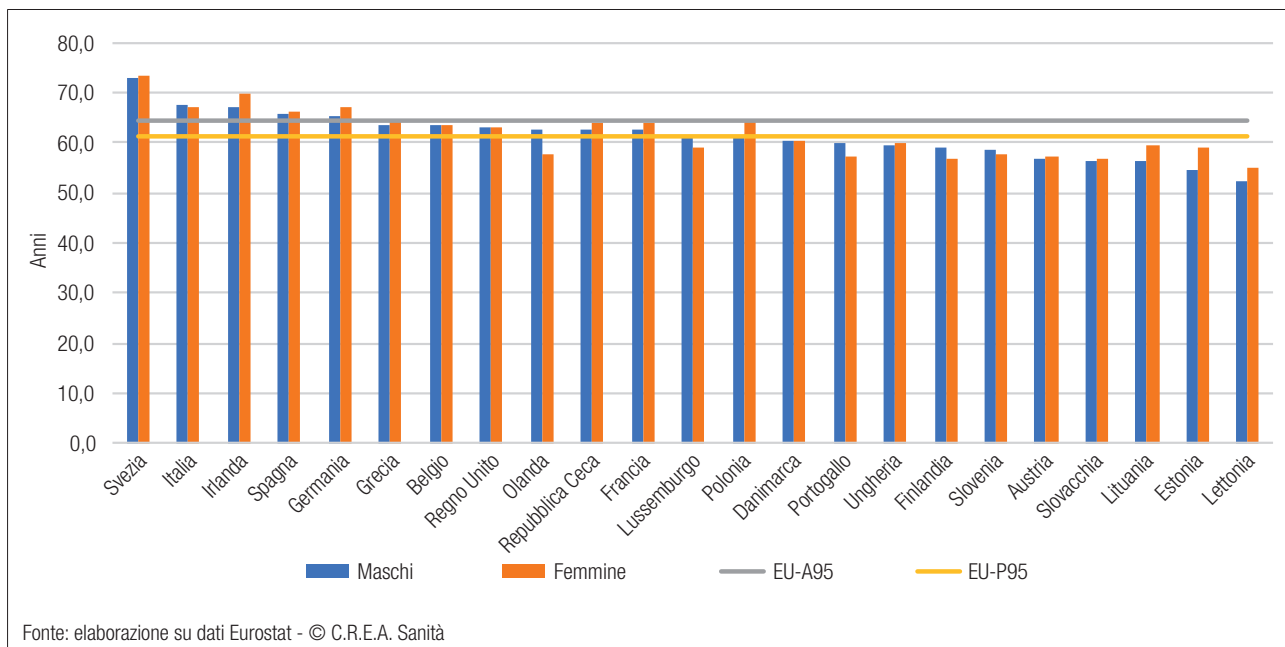


Figura 4c.11. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Europa. Anno 2016



La speranza alla nascita di vivere in buona salute in Italia è maggiore della media europea (Figura 4c.11.) di +3,6 anni per gli uomini e +3,0 per le don-

ne; è maggiore anche della Francia (+4,1 anni per gli uomini e +3,1 per le donne), della Spagna (+1,2 anni per gli uomini e +0,7 per le donne), della Ger-



mania (+1,1 anni per gli uomini e -0,1 per le donne). L'Italia si colloca al di sopra sia della media dei Paesi EU-Ante 1995 (+3,2 anni uomini e +2,3 donne) che di quella dei Paesi EU-Post 1995 (+7,4 uomini e +4,6 donne).

Meglio dell'Italia performa la Svezia, nonché Irlanda e Germania per le donne.

In generale le Regioni del Nord registrano una speranza di vita in buona salute superiore sia alla media nazionale (+1,7 anni) che alle altre ripartizioni geografiche (60,5 anni al Nord, 58,3 al Centro e 56,6 al Sud). In particolare, dal confronto regionale, emerge che la Regione con la speranza di vita in buona salute più alta è la P.A. di Bolzano, con un valore pari a 69,3 (dato 2016) e superiore alla media nazionale di 10,5 anni. Il valore più basso dell'indicatore si registra in Calabria (51,7), inferiore alla media nazionale di -7,1 anni (Figura 4c.12.). Rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995, solo due Regioni italiane hanno una aspettativa di vita in buona salute maggiore (P.A. di Trento e P.A. di Bolzano), tutte le altre si trovano sotto la media EU-Ante 1995.

Nel periodo considerato il *gap* tra le Regioni estreme aumenta: se nel 2010 la differenza tra il valore minimo e massimo era di 14,3 anni, nel 2016 è di 17,6.

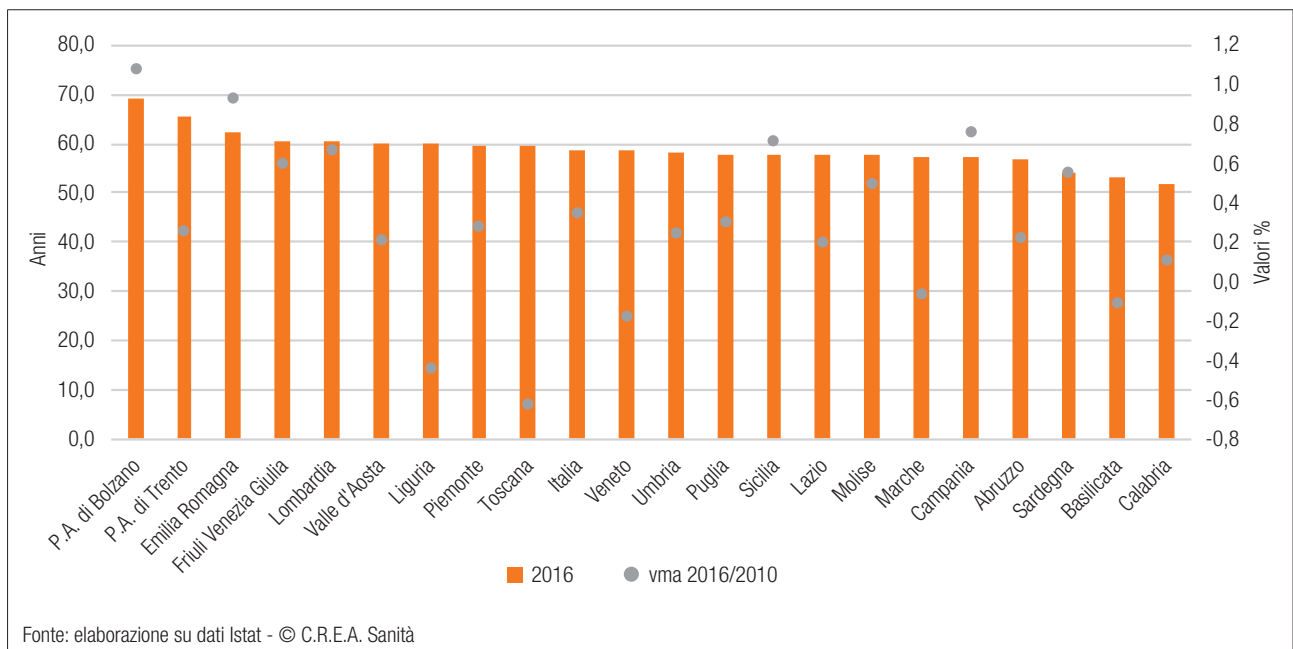
L'indicatore della speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane (Figura 4c.13.) è aumentato di quasi un anno rispetto al 2010, raggiungendo nel 2016, i 9,8 anni, dimostrando che è in atto una compensazione almeno parziale degli effetti attesi dell'invecchiamento.

Il Nord, con 11,0 anni, registra un valore superiore a quello del Centro e del Sud di 1,0 e 3,0 anni rispettivamente. In Lombardia si registra il dato più alto (11,4 anni), in Sicilia il più basso (7,3 anni).

Nel periodo considerato il *gap* tra le Regioni estreme diminuisce: se nel 2010 la differenza tra il valore minimo e massimo era di 5,1 anni, nel 2016 è di 4,1.

In Italia, nel 2015 (ultimo anno disponibile), il 44,2% delle persone di oltre 65 anni dichiara di essere affetta da almeno una malattia cronica grave<sup>5</sup> (Figura 4c.14.).

Figura 4c.12. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Italia



<sup>5</sup> Diabete, infarto, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cirrosi epatica, tumore maligno, alzheimer, demenze senili, parkinsonismo, insufficienza renale

Figura 4c.13. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane

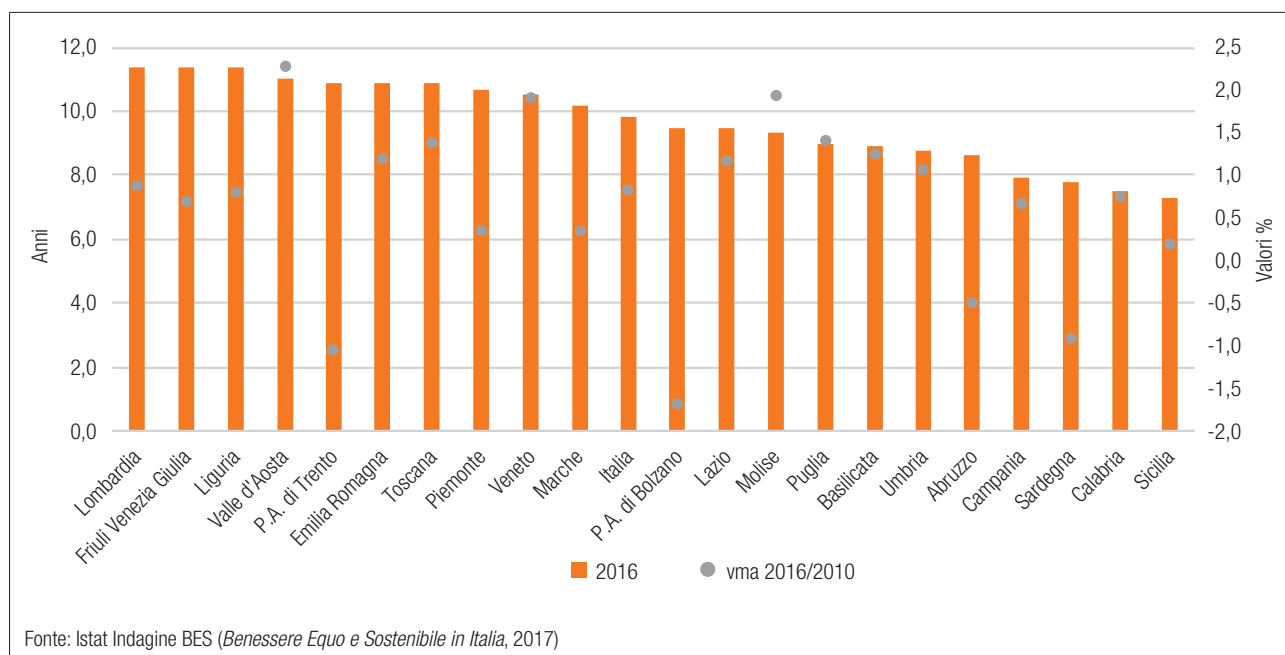
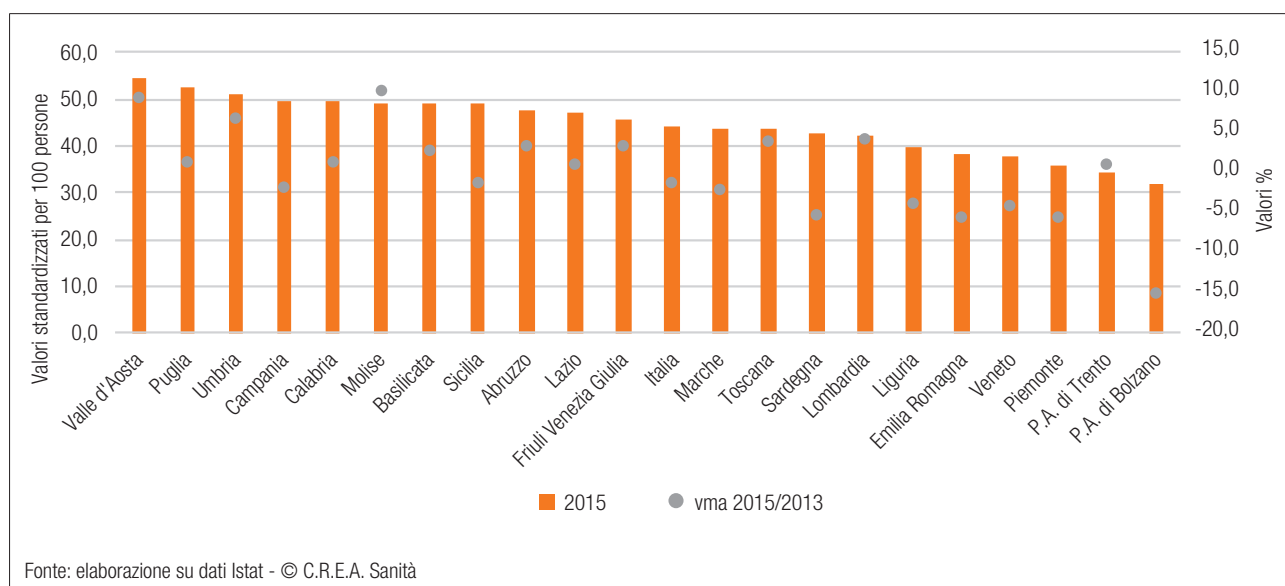


Figura 4c.14. Tasso standardizzato di persone over 65 con almeno una malattia cronica grave



Si registra, peraltro, una riduzione della cronicità, che passa da 45,6 persone ogni 100 nel 2013 a 44,2 nel 2016 (-1,4 persone), confermando un processo di compressione della morbidità.

A livello regionale, per le persone over 65, la P.A. di Bolzano registra il tasso più basso tra tutte le Regioni e inferiore a quello nazionale (32,0 contro 44,2).

La cronicità è maggiore nel Sud (49,0 per gli over 65), quando nel Nord la media è di 39,3.

Analoghe osservazioni valgono per le polimorbilità: dichiarano di essere affette da tre o più malattie croniche gravi (calcolato su una lista di 21 malattie croniche) il 49,0% delle persone over 65 (Figura 4c.15.). Anche in questo caso la P.A. di Bolzano re-

gistra il tasso più basso (31,2%), inferiore alla media nazionale del 17,0%; la Regione che, invece, registra il tasso più alto è la Calabria (58,9%). L'incidenza è superiore nel Sud: nel Mezzogiorno sono quasi il 57,0%, contro una media del 42,6% del Nord (+8,2 punti percentuali).

Per quanto concerne la mortalità, e in particolare quella infantile, rispetto alla media EU (3,6 decessi ogni 1.000 nati vivi), l'Italia, nel 2015, registra un tas-

so di significativamente inferiore (2,9 decessi ogni 1.000 nati vivi) e in riduzione rispetto al 2010 dello -0,7% medio annuo (Figura 4c.16.).

La Sardegna risulta essere la Regione con il tasso di mortalità infantile più basso (1,9 decessi ogni 1.000 nati vivi) ed inferiore alla media nazionale di 1 decesso; la Basilicata invece quella con il tasso più alto, pari a 4,9 decessi (Figura 4c.17.)

Figura 4c.15. Tasso standardizzato di persone over 65 con almeno tre malattie croniche gravi

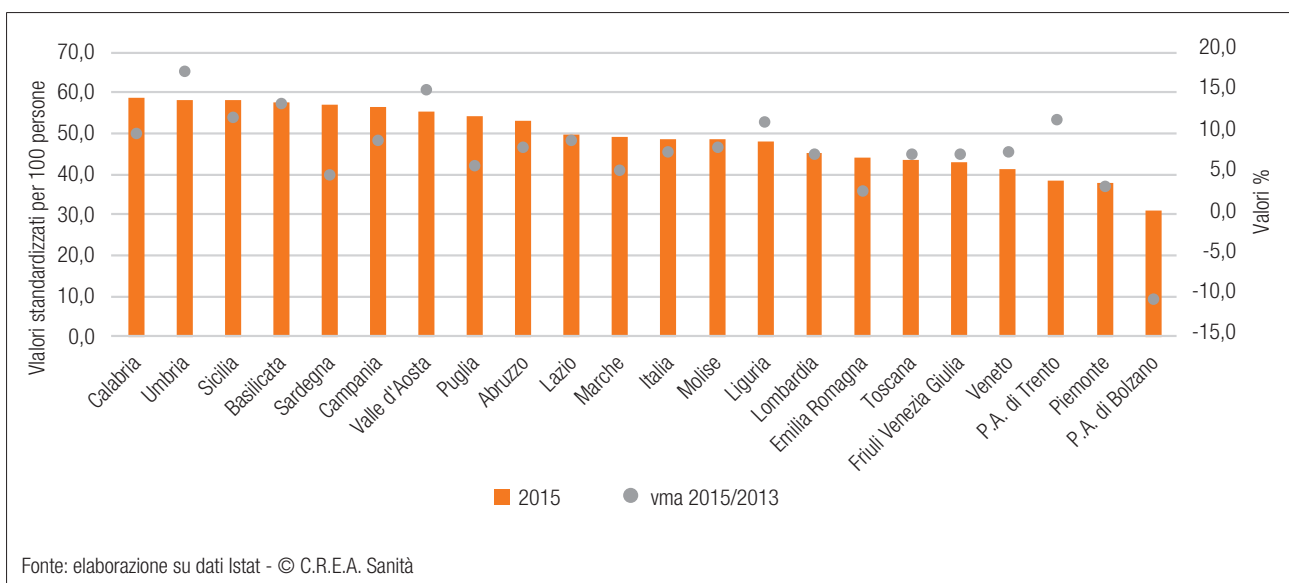


Figura 4c.16. Tasso di mortalità infantile in Europa

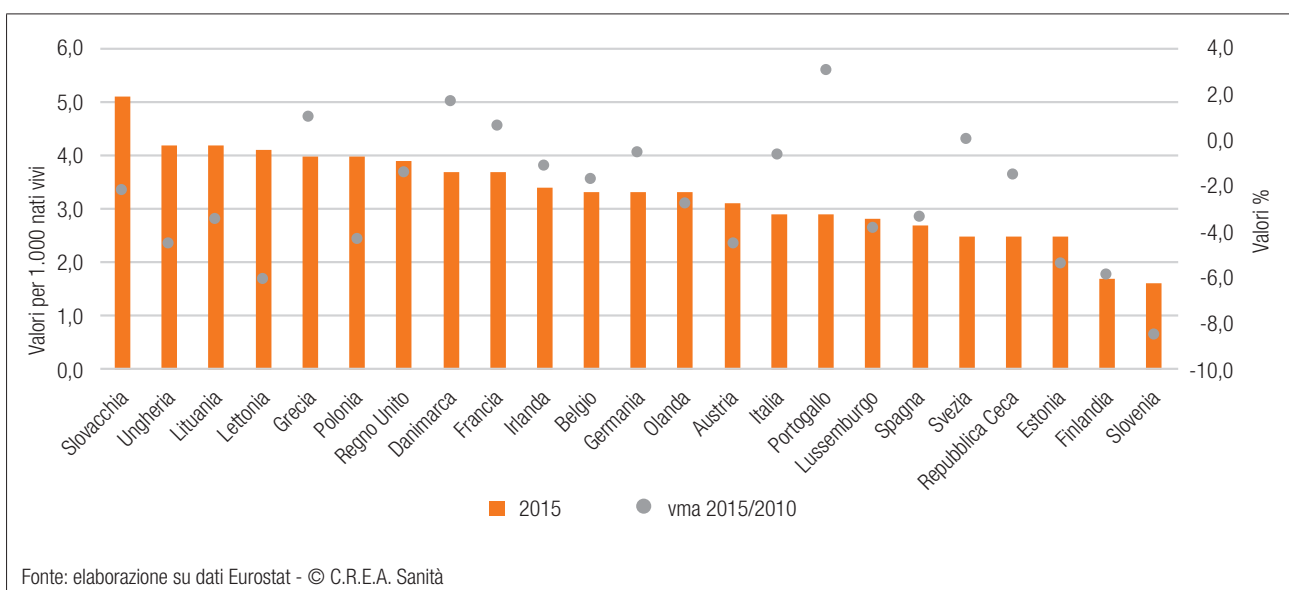


Figura 4c.17. Tasso di mortalità infantile in Italia

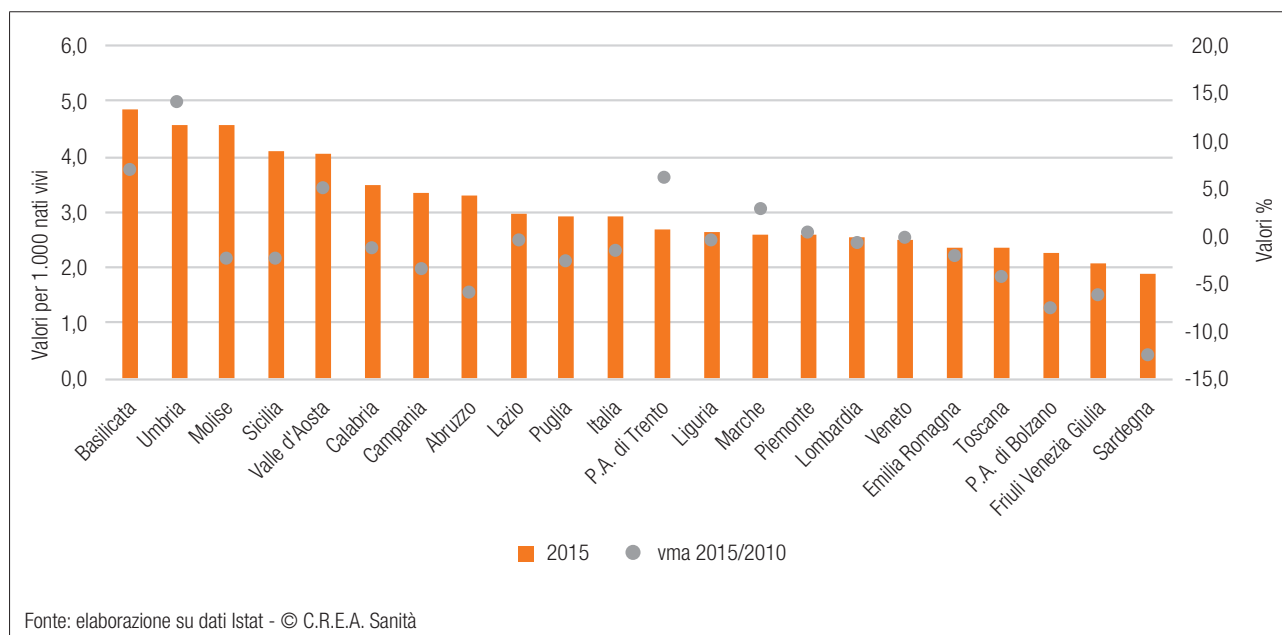
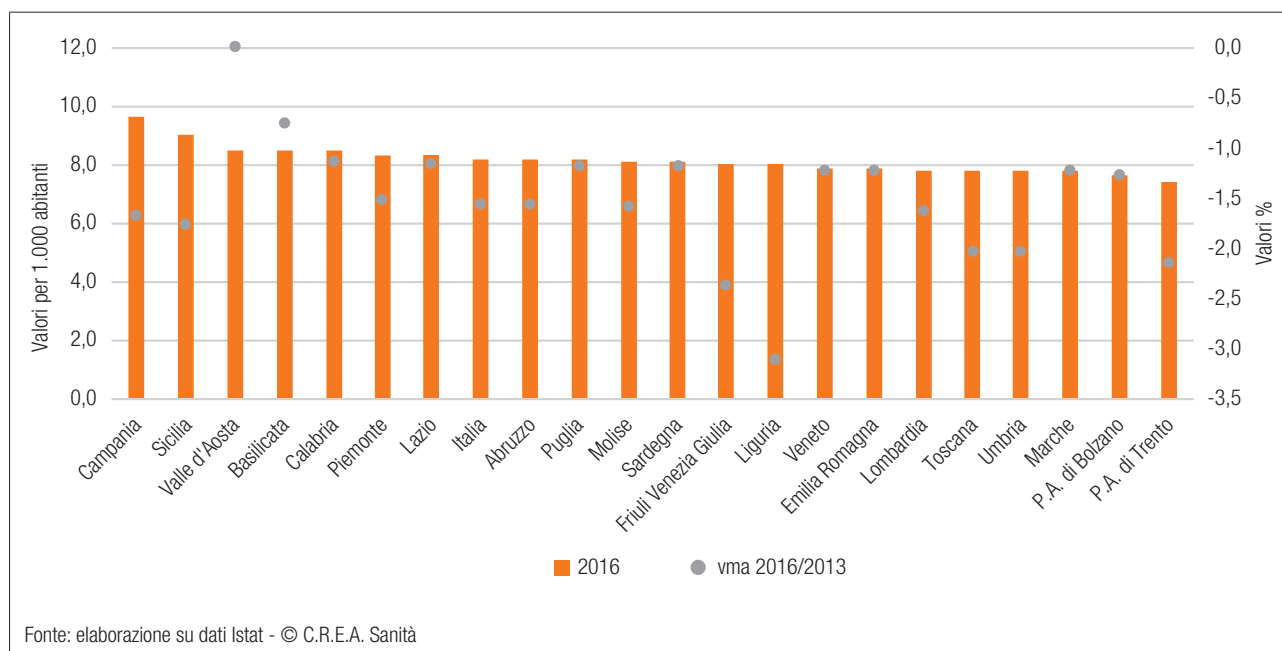


Figura 4c.18. Tasso standardizzato di mortalità in Italia



In termini di mortalità generale, in Italia, nel 2016 (ultimo anno disponibile), si registra un tasso standardizzato pari a 8,2 decessi per 1.000 abitanti, con una riduzione pari al -1,6% medio annuo rispetto al 2013 (8,6 decessi per 1.000 abitanti).

Confrontando le ripartizioni geografiche, è il Mezzogiorno a registrare il tasso di mortalità standardizzato più alto (8,8 per 1.000 abitanti), il più basso al Nord (8,0 per 1.000 abitanti). Il tasso di mortalità standardizzata minore si registra nella P.A. di Trento (7,4 per 1.000 abitanti), e il maggiore in Campania (9,6) (Figura 4c.18.). Nel periodo considerato, tutte

zogiorno a registrare il tasso di mortalità standardizzato più alto (8,8 per 1.000 abitanti), il più basso al Nord (8,0 per 1.000 abitanti). Il tasso di mortalità standardizzata minore si registra nella P.A. di Trento (7,4 per 1.000 abitanti), e il maggiore in Campania (9,6) (Figura 4c.18.). Nel periodo considerato, tutte

le Regioni registrano una riduzione della mortalità: il valore migliore in Liguria (-3,1% medio annuo), il peggiore la Valle d'Aosta, dove la situazione rimane invariata.

A livello europeo le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte: il 36,7% del totale dei decessi (in Italia 37,1%) (Figura 4c.19.).

Sempre a livello europeo, i tumori rappresentano il 26,2% del totale dei decessi (27,7% in Italia) e le malattie del sistema respiratorio l'8,5% (7,5% in Italia).

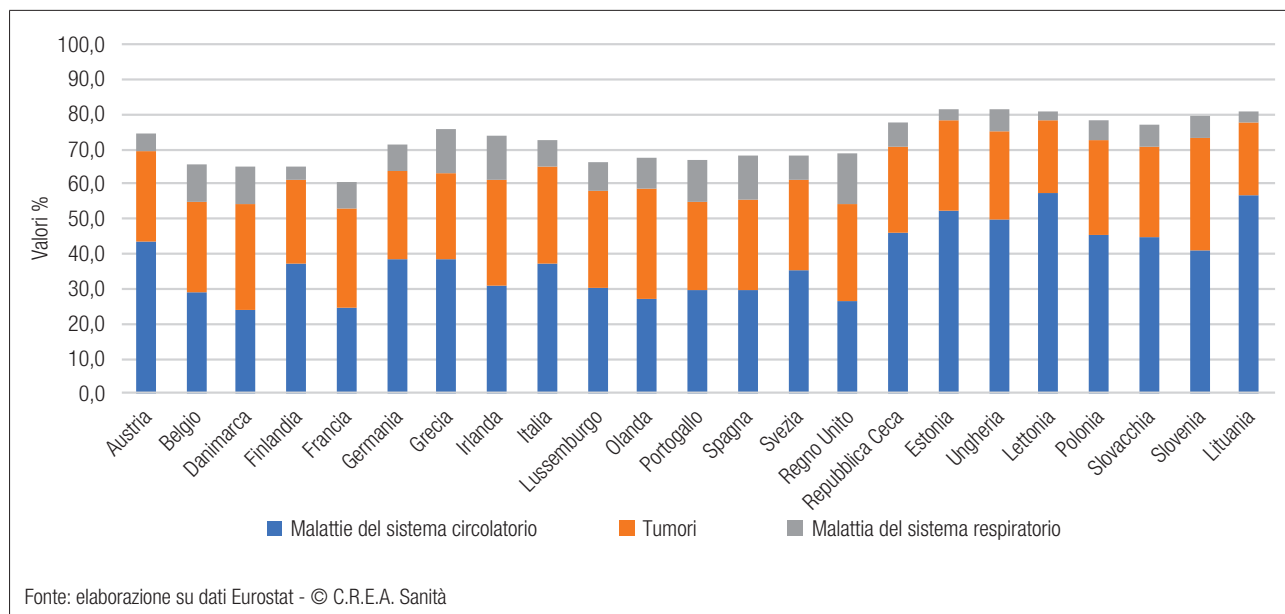
Per queste tre cause di morte si registra, a livello europeo, un aumento dei decessi tra il 2010 e il 2015: del +3,1% medio annuo per le malattie del sistema respiratorio, dello +0,7% medio annuo per le neoplasie, del +0,6% medio annuo per le malattie del sistema circolatorio. L'Italia, rispetto alla media europea, registra un aumento dei decessi, nel periodo 2010-2015, pari a più del doppio per le malattie del sistema circolatorio (+0,6% EU vs +1,6% Italia), maggiore alla media europea per quelle del siste-

ma respiratorio (+3,1% EU vs +4,6% Italia); inferiore alla media europea invece per i tumori: +0,7% EU vs +0,4% Italia.

Dal rapporto AIOM-AIRTUM<sup>6</sup> emerge che, nel 2015, il tasso standardizzato di mortalità per tumore, per le persone di 20-64 anni, in Italia si attesta a 8,9 ogni 10.000 residenti. A livello regionale, la P.A. di Trento presenta il tasso di mortalità più basso (7,0), la Valle d'Aosta quello più alto (10,5). Dal confronto per genere la P.A. di Trento registra i valori più bassi per gli uomini (7,6 uomini ogni 10.000 residenti) e il Molise per le donne (6,3 donne ogni 10.000 residenti). La Valle d'Aosta risulta essere la Regione con il maggior tasso di mortalità per tumore per gli uomini, con 12,9 decessi ogni 10.000 residenti, la Campania per le donne, con 9,1 donne ogni 10.000 residenti (Figura 4c.20.).

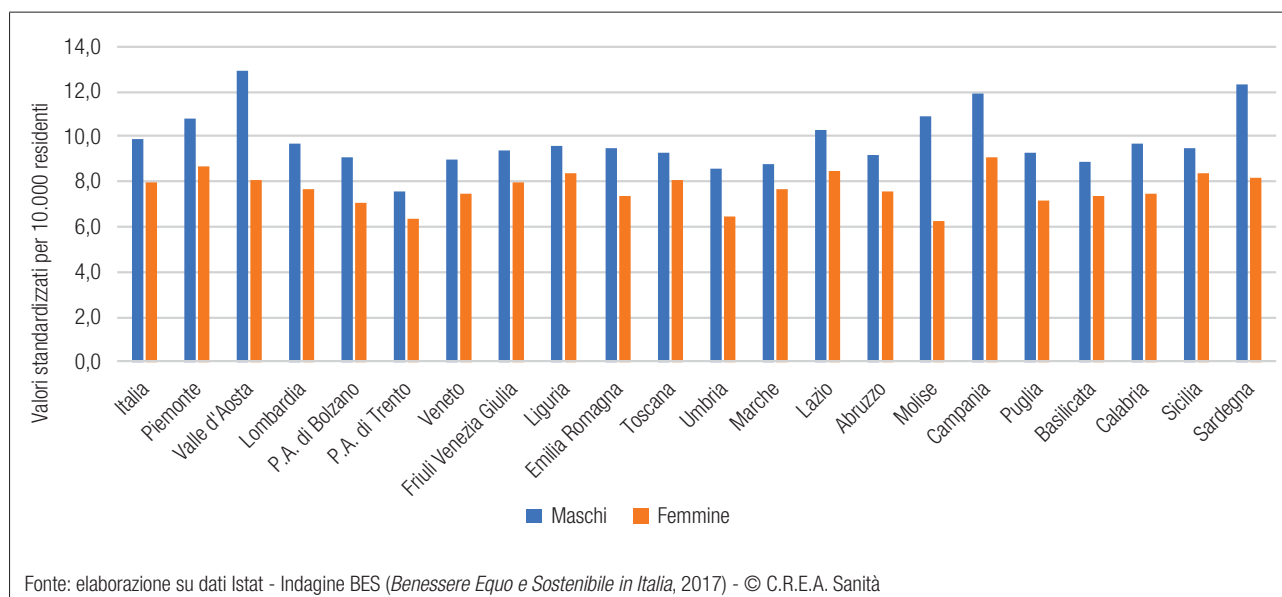
È interessante osservare come, rispetto al 2010, ci sia stata una riduzione del tasso maschile di 2,9 decessi ogni 10.000 residenti e di quello femminile di 0,9 decessi ogni 10.000 residenti.

Figura 4c.19. Le principali cause di morte in Europa. Anno 2015



<sup>6</sup> AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica  
AIRTUM – Associazione Italiana Registri Tumori

Figura 4c.20. Tasso standardizzato di mortalità per tumore persone di 20-64 anni. Anno 2015



L'Italia eccelle anche in termini di mortalità evitabile<sup>7</sup>.

In Europa, nel 2015, sono morte 1,7 milioni di persone con una età inferiore a 75 anni. Tra questi, circa 571.000 decessi (ossia 127,1 decessi ogni 100.000 abitanti) potevano essere evitati attraverso cure sanitarie di buona qualità o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio. L'Italia si colloca tra i migliori Paesi europei (93,0 decessi ogni 100.000 abitanti), valore inferiore alla media europea di circa 34 decessi ogni 100.000 abitanti (Figura 4c.21.).

Il Paese con la migliore *Performance* è la Francia, con 77,8 decessi ogni 100.000 abitanti, la Lituania, invece, occupa l'ultima posizione, registrando 325,9 decessi evitabili ogni 100.000 abitanti.

In Italia ci sono 7,7 decessi evitabili ogni 100.000 abitanti in meno rispetto all'EU-Ante 1995 (100,7) e

107,3 in meno verso EU-Post 1995 (200,3).

A livello regionale (Figura 4c.22.), il Trentino Alto Adige (non è disponibile il dato separatamente per le due PP.AA. di Trento e Bolzano) si posiziona nella prima posizione, con 20,8 giorni perduti per mortalità evitabile per i maschi, e 11,4 per le donne. La Campania risulta la Regione peggiore per entrambi i generi: 28,5 giorni perduti per i maschi e 16,8 per le femmine.

Rispetto all'anno precedente si è registrato in Italia un ulteriore miglioramento del dato: i giorni perduti per mortalità evitabile passano, per i maschi, da 24,3 giorni del 2014 a 23,4 del 2015, e per le femmine, da 13,9 giorni del 2014 a 13,4 del 2015, con una riduzione pari quasi ad un giorno per i maschi (per le femmine il dato rimane praticamente invariato).

<sup>7</sup> L'Eurostat definisce una morte evitabile se, alla luce delle conoscenze mediche e tecnologiche oppure della comprensione delle determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (applicando limiti di età se appropriato) potrebbero essere evitate attraverso cure sanitarie di buona qualità (trattabili) o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio (prevenibili). L'indicatore giorni perduti per mortalità evitabile pro-capite è calcolato tenendo conto della distanza fra l'età alla morte e la speranza di vita alla medesima età (stimata al netto dei decessi evitabili): ciò consente di confrontare territori e cause attribuendo agli eventi un peso maggiore al diminuire dell'età alla morte

Figura 4c.21. Mortalità evitabile in Europa. Anno 2015

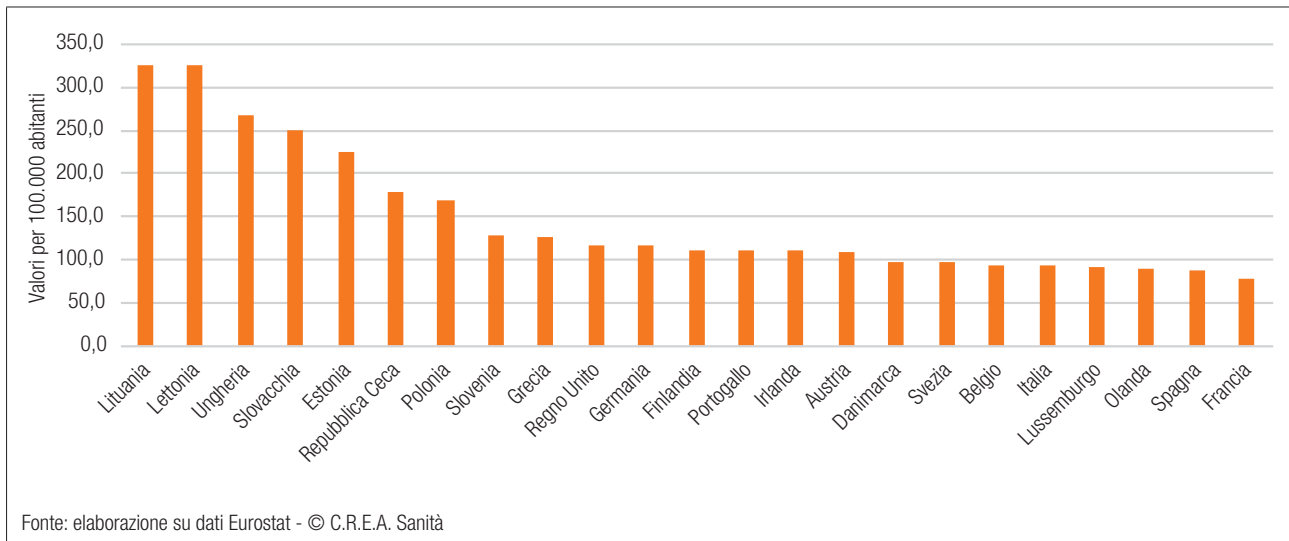
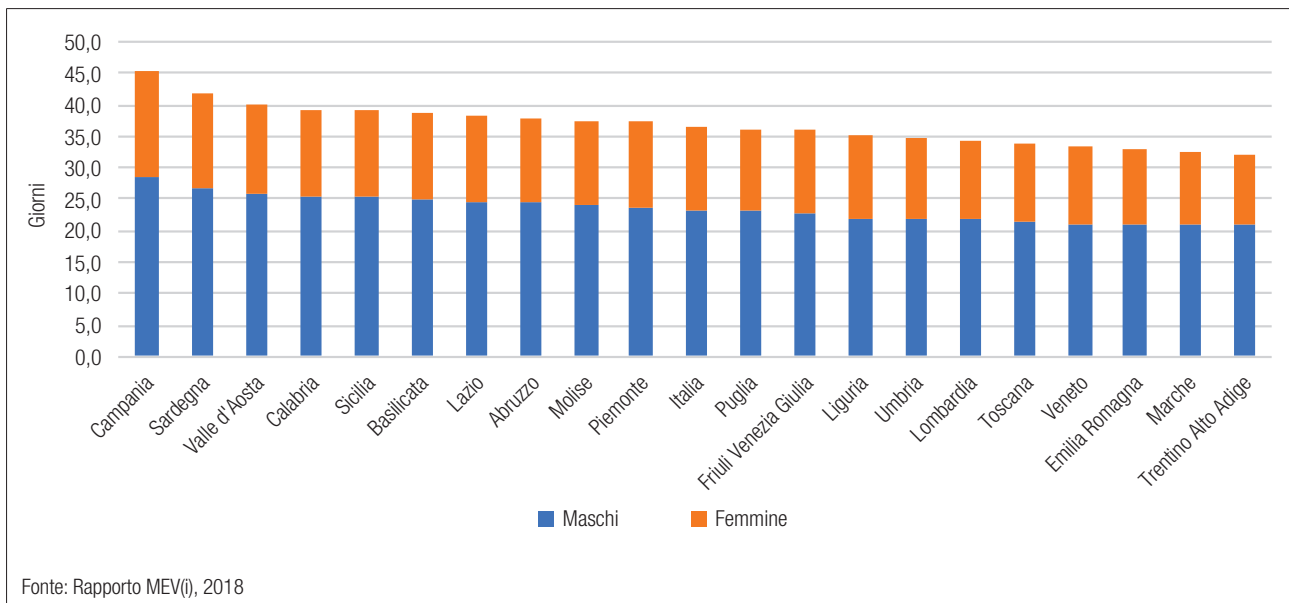


Figura 4c.22. Ranking mortalità evitabile per Regione e genere - Giorni perduti std pro-capite – Decessi 0-74 anni. Anno 2015



## 4c.2. Conclusioni

Dal confronto con i principali Paesi EU emerge con chiarezza come l'Italia abbia esiti aggregati di salute ottimi, sia in livello che nella dinamica di miglioramento, che è continuo e sostenuto.

Nel 2016 un italiano poteva sperare di vivere in assenza di malattie invalidanti sino a 58,8 anni, con un incremento di 1 anno negli ultimi dieci anni.

Per l'Italia si delinea un quadro positivo anche in

termini di disabilità: la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, assume un valore in Italia pari a 9,8 anni (2016) ed è in aumento rispetto al 2010 di quasi un anno, dimostrando che l'invecchiamento è almeno in parte compensato da un miglioramento generale dei livelli di salute e auto-sufficienza.

I tassi di cronicità *over 65* diminuiscono significativamente, passando dal 45,6% nel 2013 al 44,2% nel 2016. La P.A. di Bolzano registra il tasso più basso

tra tutte le Regioni (32,0%), la Valle d'Aosta il più alto (54,6%).

Anche in termini di mortalità, generale e infantile, l'Italia, risulta essere in linea con il dato medio europeo, ed in miglioramento rispetto al 2010.

Si noti che per i tumori l'Italia ha una mortalità standardizzata inferiore alla media dei Paesi EU.

Come anche l'Italia ha tassi di mortalità evitabile inferiore alla media EU: 7,7 decessi in meno ogni 100.000 abitanti rispetto all'EU-Ante 1995 e 107,3 in meno rispetto a EU-Post 1995.

Se, quindi, l'Italia in media eccelle in termini di esiti aggregati di salute, la variabilità regionale rimane molto rilevante.

Il divario tra Centro-Nord e Sud in termini di aspettativa di vita è di oltre un anno a svantaggio del Mezzogiorno.

A 65 anni, il Nord, con 11,0 anni, registra un valore superiore a quello del Centro e del Sud di 1,0 e 3,0 anni rispettivamente.

Il Mezzogiorno registra anche un tasso di mortalità più alto (9,5 decessi per 1.000 abitanti, contro l'8,5 del Nord).

Nel Mezzogiorno è maggiore anche la cronicità e la disabilità (il tasso maggiore è in Umbria).

Pur essendo evidente la peggiore *Performance* del Meridione, appare doveroso contestualizzarla, osservando che l'esistenza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) fa sì che le nostre Regioni del Sud performino molto meglio dei Paesi EU con livelli di sviluppo economico paragonabili.

In altri termini, in generale le Regioni del Nord, rispetto al *benchmark* EU, rappresentano eccellenze assolute in termini di esiti (le PP.AA. di Trento e Bolzano, ad esempio, hanno una aspettativa di vita superiore anche alla Spagna che è la *best Performance* in EU); le Regioni del Sud, pur con risultati peggiori, rimangono comunque sopra la media EU.

D'altra parte, appare evidente come nelle valutazioni i dati di esito vadano "corretti" per gli effetti indotti dalle condizioni socio-economiche: considerando, quindi, la relazione esistente fra esiti e livello di sviluppo economico, nonché esiti e spesa sanitaria.

Da questo punto di vista appare chiaro come gli effetti redistributivi innescati dal SSN preservino adeguatamente le Regioni Meridionali (che in effetti pos-

sono spendere in proporzione più di quanto atteso in base ai loro livelli di PIL); non di meno la minore spesa sanitaria in queste Regioni (vedi Capitolo 2) correla positivamente con le minori *Performance* in termini di esiti aggregati.

La lettura delle *Performance* dei Sistemi Sanitari Regionali va quindi fatta in termini di scarti rispetto agli esiti attesi.

Seppure con i limiti di una analisi descrittiva, si osservano alcuni fenomeni degni di nota.

Intanto le Regioni che performano peggio dell'atteso sono la Campania (per il livello di aspettativa di vita) e la Valle d'Aosta (per la crescita).

Inoltre, si può osservare come la spesa sanitaria, superato un certo livello, sembri non influire (o influire marginalmente) sugli esiti in termini di aspettativa di vita.

In particolare, la spesa è positivamente correlata con l'aspettativa di vita alla nascita e con quella a 65 anni, dove prevale al più un effetto di contesto (sembra che lo sviluppo economico generale più che la spesa sanitaria, sia il *driver* della *Performance*). In particolare, escludendo dalle analisi un gruppetto di Paesi dell'EU-Post 1995, che versano in condizioni decisamente deprivate, si osserva una associazione tendenzialmente negativa.

Molto netta è invece l'associazione fra qualità di vita (aspettativa di vita in buona salute) e livelli socio-economici, nonché con la spesa.

Anche in questo caso, però, la associazione è molto più debole per le età anziane: si potrebbe in definitiva azzardare l'ipotesi che l'investimento in spesa sanitaria migliori gli esiti generali, ma che per preservare la qualità di vita in età anziana sia necessario un intervento molto più globale, che esula dalla mera assistenza sanitaria.

## Riferimenti bibliografici

Eurostat (anni vari), <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Rapporto MEV(i) (2018), *Mortalità Evitabile con intelligenza*

Istat (2017), *Benessere Equo e Sostenibile in Italia*



## ENGLISH SUMMARY

### Health outcomes

In 2016 Italy was the second European country in terms of life expectancy (second only to Spain): life expectancy was higher than the European average by 2.4 years. In particular, it was 1.3 years higher than the average of the EU-Ante 1995 and 5.7 years higher than the average of the EU-Post 1995.

Over the last 5 years Italy's life expectancy at birth has increased by almost 1 year (82.8 vs 81.9 in 2011). Women live longer than men, with a difference of almost five years (85 for the former vs. 80.6 for the latter), although this gap has decreased by 0.1%.

Only three Regions (Valle d'Aosta, Sicilia and Campania) recorded a lower life expectancy at birth than the average of the EU-Ante 1995.

The gap between Central/Northern Italy and Southern Italy still exists, with an average difference of over one year of life in the latter. At regional level, the Autonomous Provincia of Trento recorded the highest life expectancy at birth among all Italian regions, both for men and women (81.4 and 86.3 respectively). Campania recorded the lowest life expectancy with 78.9 years for men and 83.4 years for women. In the period considered, the gap between the Regions at the two extremes of the ranking decreased: while in 2011 the difference between the minimum and maximum value was three years, in 2016 it was 2.7.

Moreover, it should be noted that as many as eight Regions (the Autonomous Provincie of Trento and Bolzano, Marche, Veneto, Toscana, Umbria, Lombardia and Emilia Romagna) performed even better than the best performing EU Member State, namely Spain.

The Southern Regions recorded a much higher life expectancy than the average of the EU Member States with comparable economic development. Once exceeded a per capita GDP threshold of ap-

proximately € 20,000, it did not seem to be any relation between life expectancy and GDP (here used as a proxy for income). Comparing life expectancy at birth with the per capita total health spending, some positive correlations - although not linear - seemed to emerge. At least up to a certain level of spending - qualitatively estimated at approximately 3,000 euros - it seemed that the investment bore fruit. Although recording lower health spending than the average of the EU-28 Member States, the Southern Regions had a higher life expectancy than the European average.

Ultimately, the redistributive mechanisms at the basis of the NHS protects the Southern Regions, which performed much better than the countries with comparable levels of economic development. Moreover, almost all Italian regions had a higher life expectancy than expected, based on their own spending level - a level that, at least in part, also explains the North-South difference.

In Italy, the expectancy at birth of living in good health was higher than the European average by 3.6 years for men and 3 years for women. Italy was above the average of the EU-Ante 1995 Member States (+3.2 years for men and +2.3 for women) and the average of the EU-Post 1995 Member States (+7.4 for men and +4.6 for women). Generally, the Northern Regions recorded a higher life expectancy in good health than both the national average (+1.7 years) and the average of the other geographical areas (60.5 years in the North, 58.3 in the Centre and 56.6 in the South). In particular, the regional comparison showed that the Region recording the highest life expectancy in good health was the Autonomous Provincia of Bolzano, with a value of 69.3 years in 2016 and above the national average by 10.5 years. The lowest indicator value was recorded in Calabria (51.7), lower than the national average by 7.1 years.

Compared to the average of the EU-Ante 1995 Member States, only two Italian Regions recorded a better life expectancy in good health (namely the Autonomous Provincie of Trento and Bolzano), while all the others were below the average of the EU-Ante 1995.

Also the indicator of life expectancy at 65 years of age without limitations in daily activities increased by almost a year compared to 2010, reaching 9.8 years in 2016, thus showing that at least a partial offsetting of the expected effects of aging was underway.

As already noted for life expectancy at birth, there was a correlation between life expectancy at 65 and the per capita health spending. Nevertheless, excluding from the analyses a small group of the EU-Post 1995, which were in decidedly deprived conditions, a totally unexpected negative trend was recorded in that correlation, which needed further investigation.

In Italy, in 2015 (the last year for which data was available), 44.2% of people over 65 years of age reported they had at least one severe chronic illness.

There was also a reduction in chronic diseases, which fell from 45.6 people out of 100 in 2013 to 44.2 in 2016 (-1.4 people), thus confirming a morbidity compression process.

At regional level, for the over 65s, the Autono-

mous Provincia of Bolzano recorded the lowest rate of chronic diseases in all Regions and lower than the national rate (32.0 as against 44.2). The rate of chronic diseases was higher in Southern Italy (49.0 for the over 65s), while Northern Italy's average was 39.3.

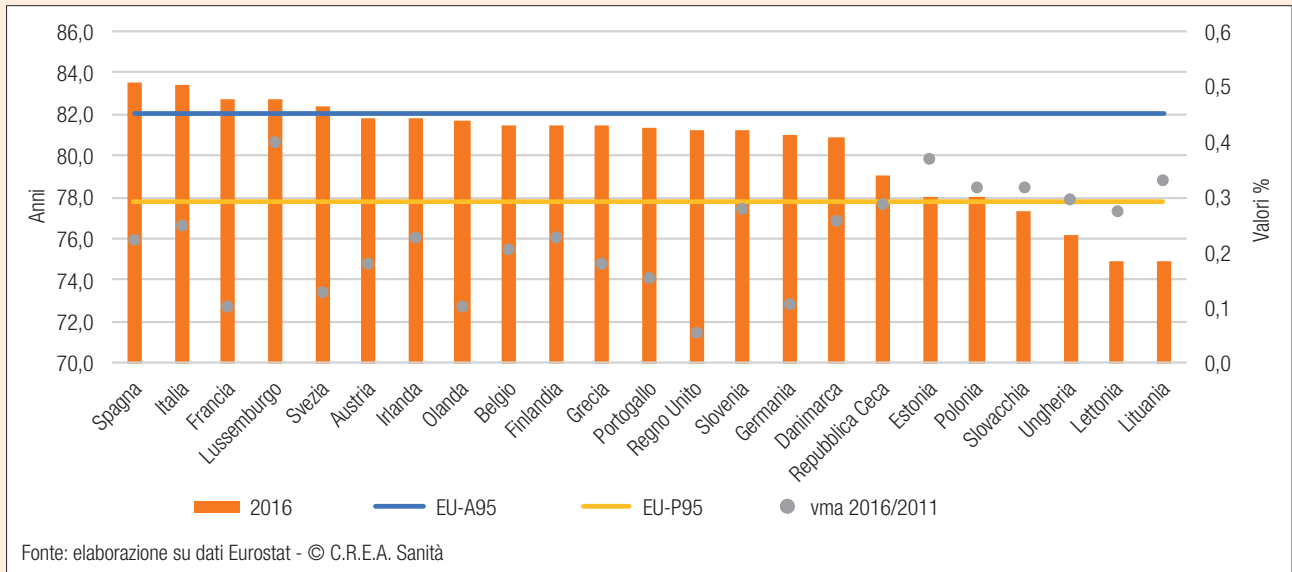
The raw incidence of chronic diseases was greater than the European average: that data, however, had to be obviously related to the higher average age of the Italian population.

Italy excelled also in terms of avoidable mortality: 93 deaths per 100,000 inhabitants, i.e. lower than the European average by approximately 34 deaths per 100,000 inhabitants.

In conclusion, the comparison with the main EU Member States clearly showed that Italy has excellent health outcomes, both in terms of level and of improvement trends, which are continuous and sustained. Nevertheless - on average - Italy excels in terms of aggregate health outcomes, the regional variability remains very significant.

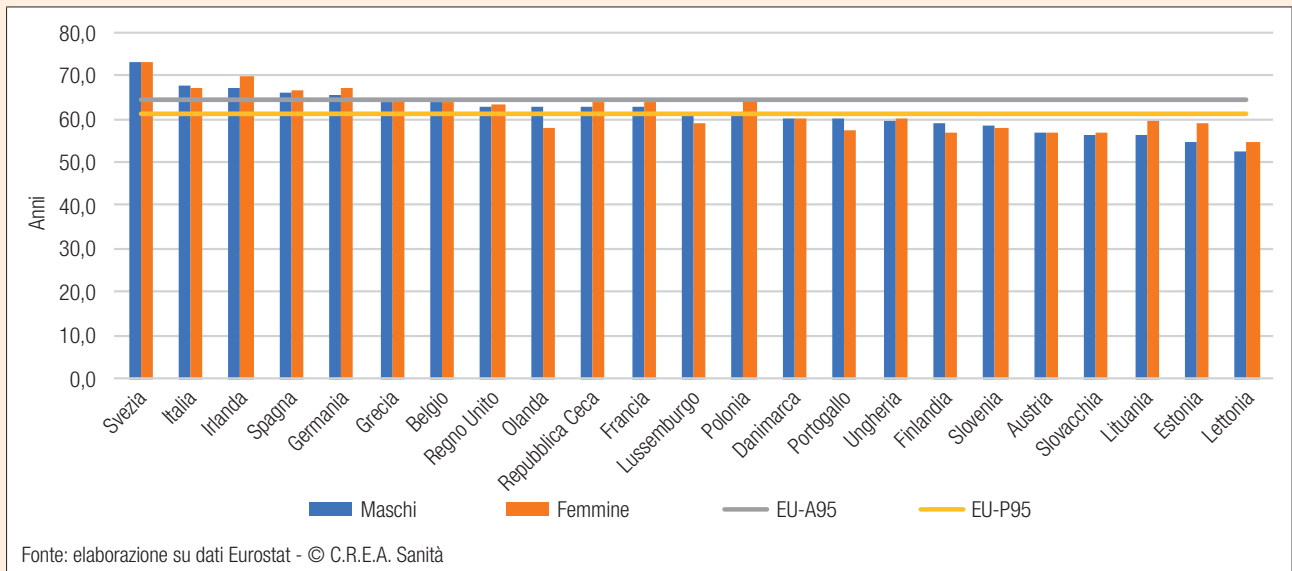
Although a worse performance is evident in Southern Italy, it seemed necessary to contextualize it, by noting that the NHS existence meant that Italy's Southern Regions performed much better than the EU countries with comparable levels of economic development.

KI 4c.1. Speranza di vita alla nascita in Europa



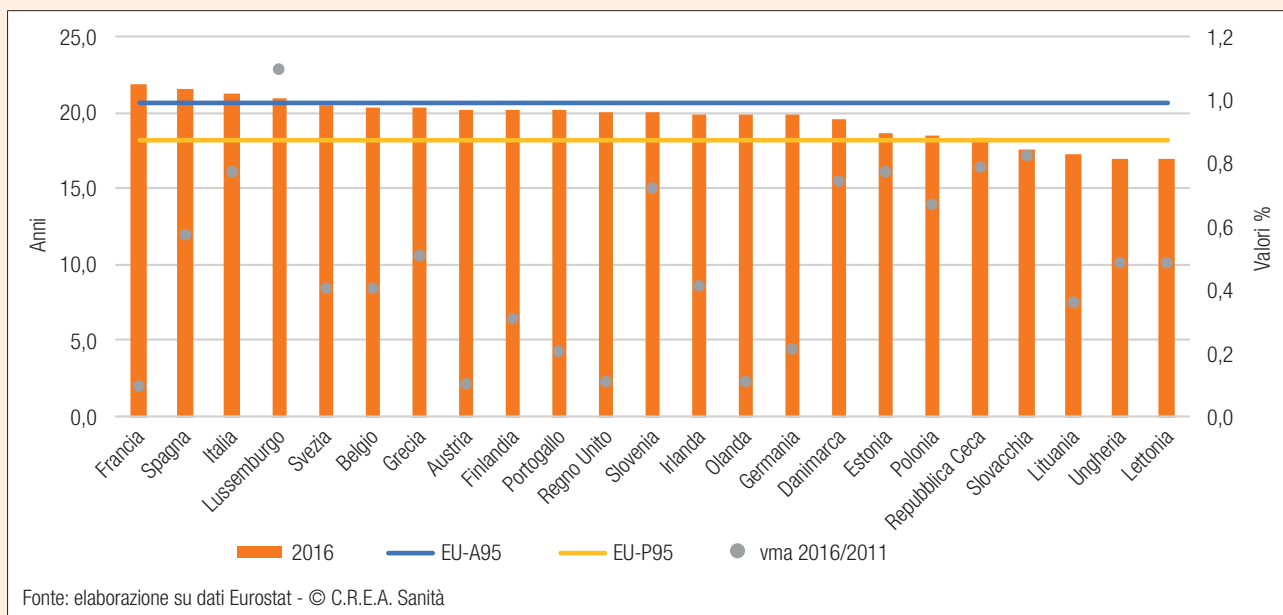
L'Italia, nel 2016, è il secondo Paese europeo (dietro solo alla Spagna) in termini di speranza di vita alla nascita: la speranza è maggiore di quella media europea di +2,4 anni e, in particolare, di 1,3 anni rispetto a quella della media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 e di 5,7 anni rispetto a quella della media EU-Post 1995. La Spagna è il Paese europeo con l'aspettativa di vita più alta (83,5 anni), la Lituania e la Lettonia quelli con l'aspettativa di vita più bassa (74,9 anni). Nei Paesi dell'EU-Ante 1995 si registra una aspettativa di vita migliore rispetto a quella dei Paesi EU-Post 1995: 82,1 anni nei primi, 77,7 anni nei secondi, con una differenza di 4,3 anni. Tra il 2011 e il 2016, tuttavia, i Paesi dell'EU-Post 1995 registrano una crescita dell'aspettativa di vita maggiore rispetto ai Paesi EU-Ante 1995.

KI 4c.2. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Europa. Anno 2016



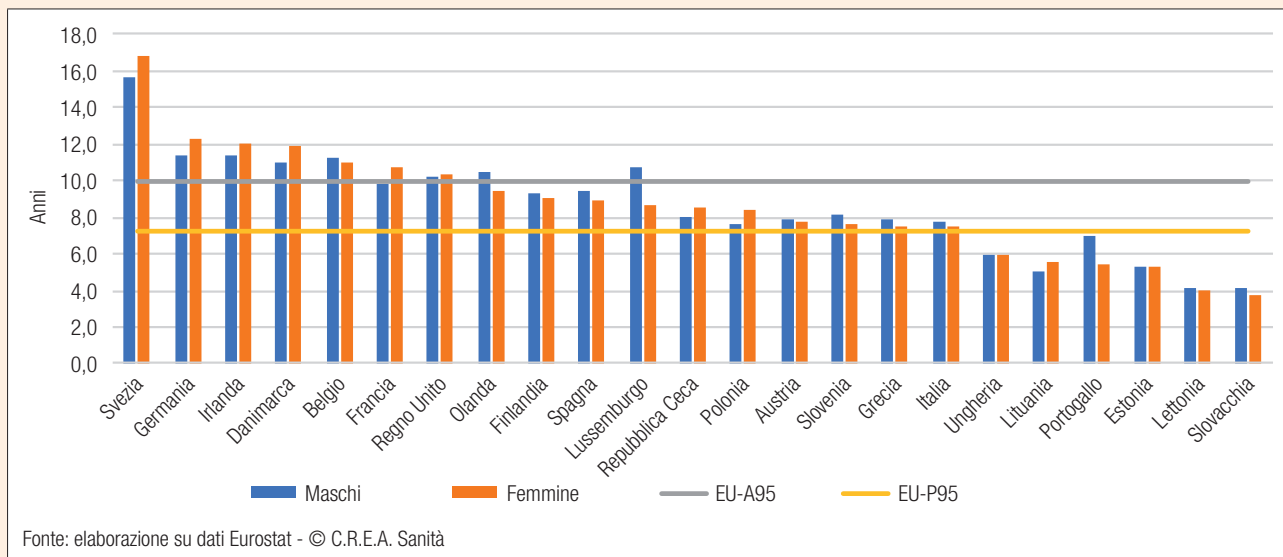
La speranza alla nascita di vivere in buona salute in Italia è maggiore della media europea di +3,6 anni per gli uomini e +3,0 per le donne. L'Italia si colloca al di sopra sia della media dei Paesi EU-Ante 1995 (+3,2 anni uomini e +2,3 donne) che di quella dei Paesi EU-Post 1995 (+7,4 uomini e +4,6 donne). Meglio dell'Italia performa la Svezia, nonché Irlanda e la Germania per le donne. La speranza di vita è maggiore nei Paesi EU-Ante 1995 rispetto a quella dei Paesi EU-Post 1995 per entrambi i generi: 4,2 anni in più per gli uomini e 2,3 anni per le donne.

**KI 4c.3. Speranza di vita a 65 anni in Europa**



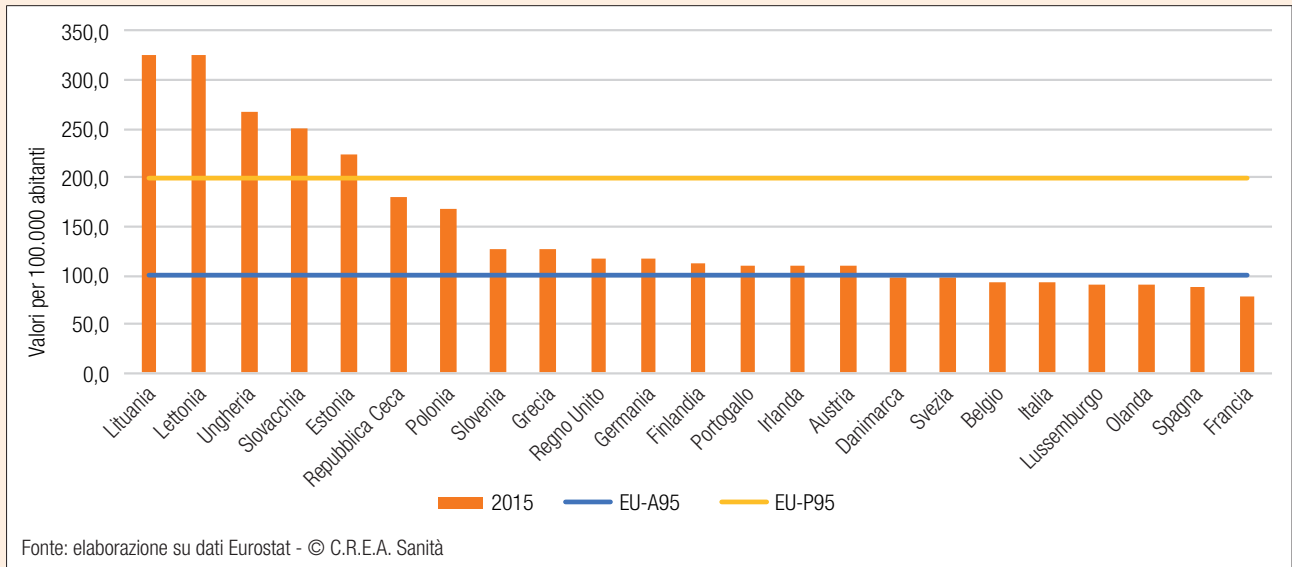
A 65 anni gli italiani hanno una speranza di vita di 1,3 anni maggiore rispetto alla media europea. Un italiano ha una speranza di vita a 65 anni di 0,6 anni in più rispetto alla media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 e 3,2 anni in più rispetto a quella dei Paesi dell'EU-Post 1995. La Francia è il Paese europeo con l'aspettativa di vita a 65 anni più alta (21,8 anni), la Lettonia e l'Ungheria quelli con l'aspettativa più bassa (17,0 anni). Negli ultimi anni, la crescita maggiore si registra nei Paesi con aspettativa più bassa, ad eccezione di Lussemburgo, Italia e Spagna: miglioramento che va da un valore minimo di +0,4% medio annuo in Lituania ad un valore massimo di +0,8% medio annuo in Estonia, Repubblica Ceca e Slovacchia.

**KI 4c.4. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane in Europa. Anno 2015**



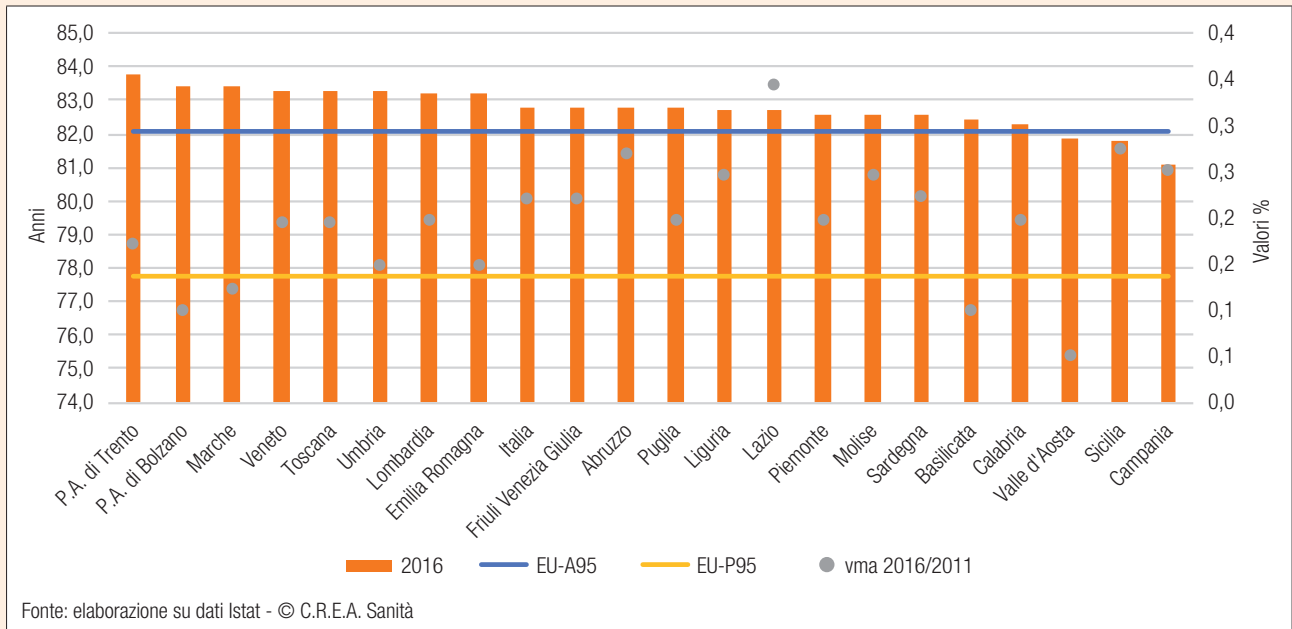
La qualità degli anni di vita per la popolazione anziana italiana è inferiore rispetto alla media europea. Per gli uomini, la vita attesa all'età di 65 anni in piena autonomia è di 7,8 anni (9,4 anni EU), per le donne è di 7,5 anni (9,4 anni EU). Rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 gli italiani registrano valori inferiori di 2,1 anni per gli uomini e di 2,6 anni per le donne; rispetto ai Paesi EU-Post 1995, invece, la qualità della vita a 65 anni è più alta di quasi un anno per gli uomini e di 0,1 per le donne. La Svezia è il Paese europeo con il maggior numero di anni da vivere in piena autonomia, 15,7 anni per gli uomini e 16,8 anni per le donne; la Slovacchia con il numero di anni più basso: 4,1 anni per gli uomini e 3,8 anni per le donne.

KI 4c.5. Mortalità evitabile in Europa. Anno 2015



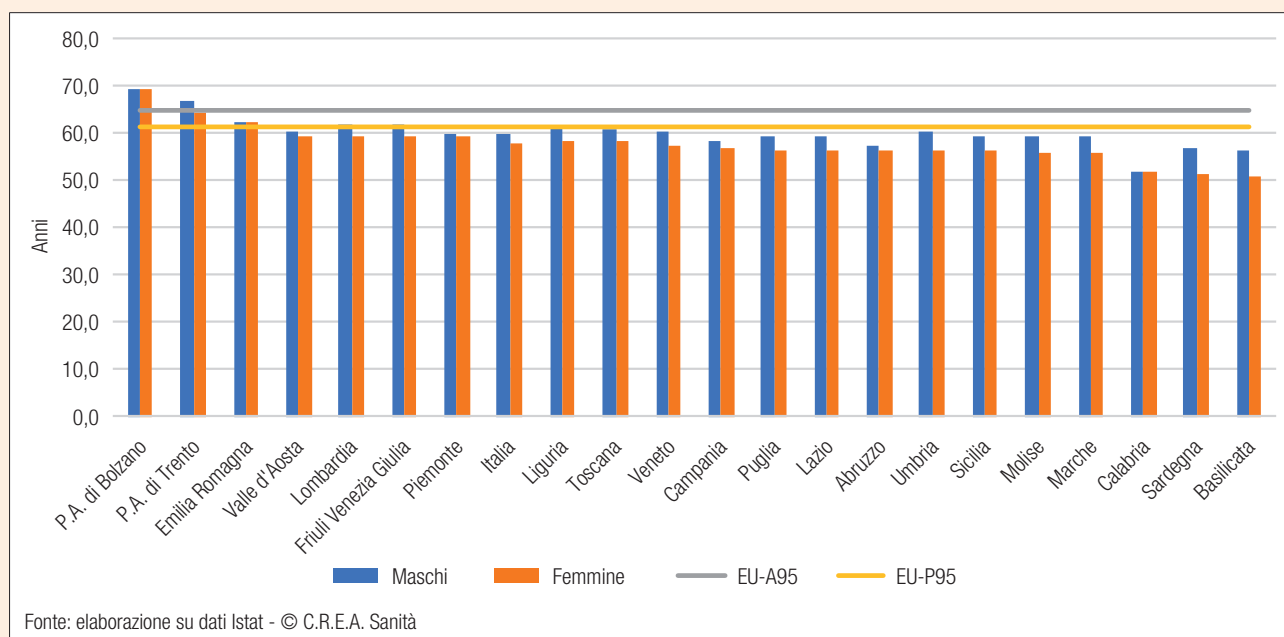
L'Italia ha 93,0 decessi evitabili ogni 100.000 abitanti, valore inferiore alla media europea di circa 34 decessi ogni 100.000 abitanti. Il Paese con la migliore *Performance* è la Francia, con 77,8 decessi ogni 100.000 abitanti, la Lituania, invece, occupa l'ultima posizione, registrando 325,9 decessi evitabili ogni 100.000 abitanti. In Italia ci sono 7,7 decessi evitabili ogni 100.000 abitanti in meno rispetto all'EU-Ante 1995 (100,7) e 107,3 in meno verso EU-Post (200,3).

KI 4c.6. Speranza di vita alla nascita in Italia



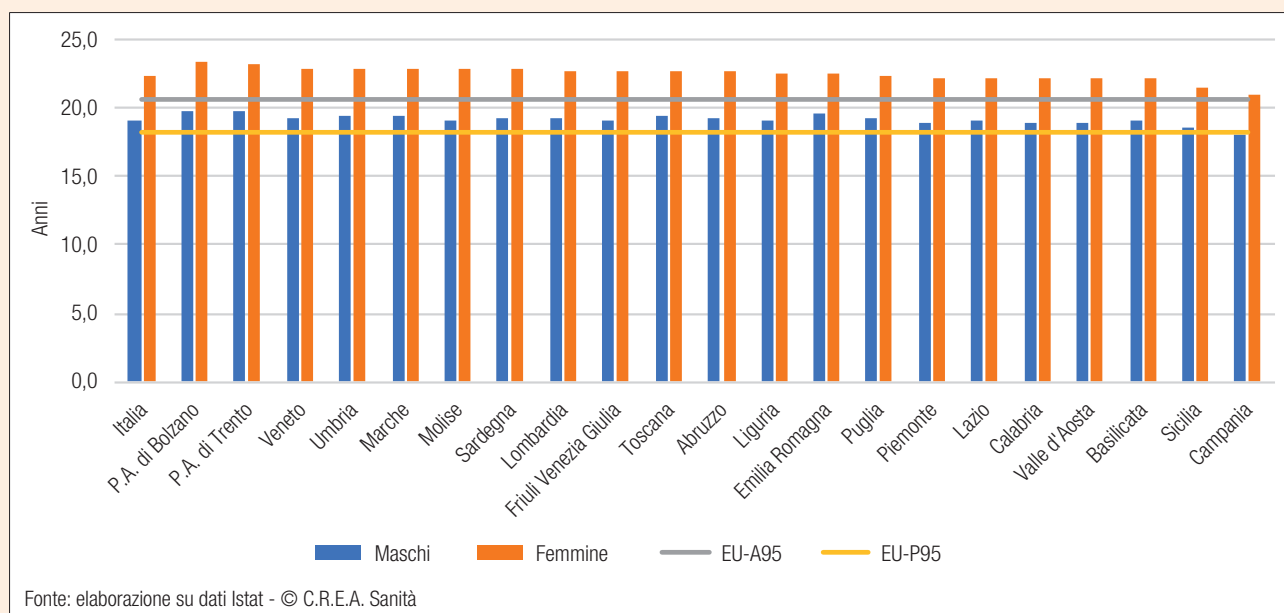
Negli ultimi 5 anni, la speranza di vita alla nascita in Italia è aumentata di quasi 1 anno (82,8 vs 81,9 nel 2011). Le donne risultano più longeve con una differenza di quasi cinque anni rispetto agli uomini (85,0 donne vs 80,6 uomini), benché tale *gap* si sia ridotto del -0,1%. Solo tre Regioni (Valle d'Aosta, Sicilia e Campania) hanno una aspettativa di vita alla nascita inferiore rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 e ben 8 migliori. Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di oltre un anno di vita a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la P.A. di Trento registra la più alta speranza di vita alla nascita, sia per gli uomini che per le donne (81,4 e 86,3 rispettivamente); la Campania quella più bassa con 78,9 anni per gli uomini e 83,4 anni per le donne. Nel periodo considerato il *gap* tra le Regioni estreme si è ridotto: se nel 2011 la differenza tra il valore minimo e massimo era di tre anni, nel 2016 è di 2,7.

**KI 4c.7. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Italia. Anno 2016**



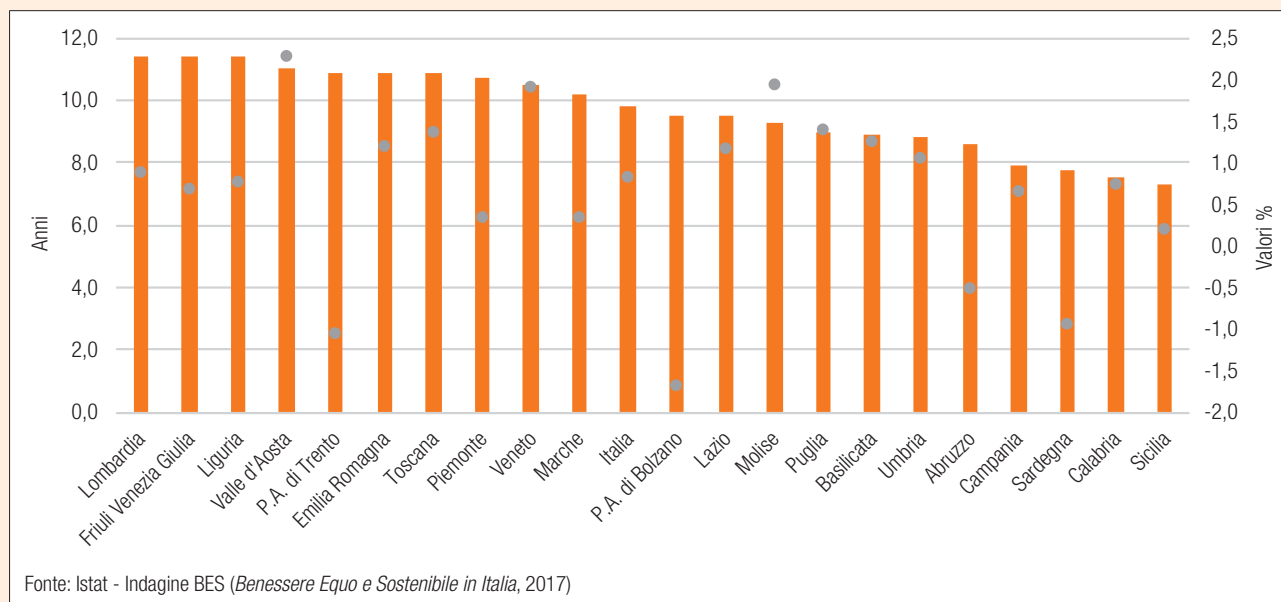
Le Regioni del Nord registrano una speranza di vita in buona salute superiore sia alla media nazionale (+1,7 anni) che alle altre ripartizioni geografiche (60,5 anni al Nord, 58,3 al Centro e 56,6 al Sud). La Regione con la speranza di vita in buona salute più alta è la P.A. di Bolzano, con un valore pari a 69,3 (dato 2016) e superiore alla media nazionale di 10,5 anni. Il valore più basso dell'indicatore si registra in Calabria (51,7), inferiore alla media nazionale di -7,1 anni.

**KI 4c.8. Speranza di vita a 65 anni in Italia. Anno 2016**



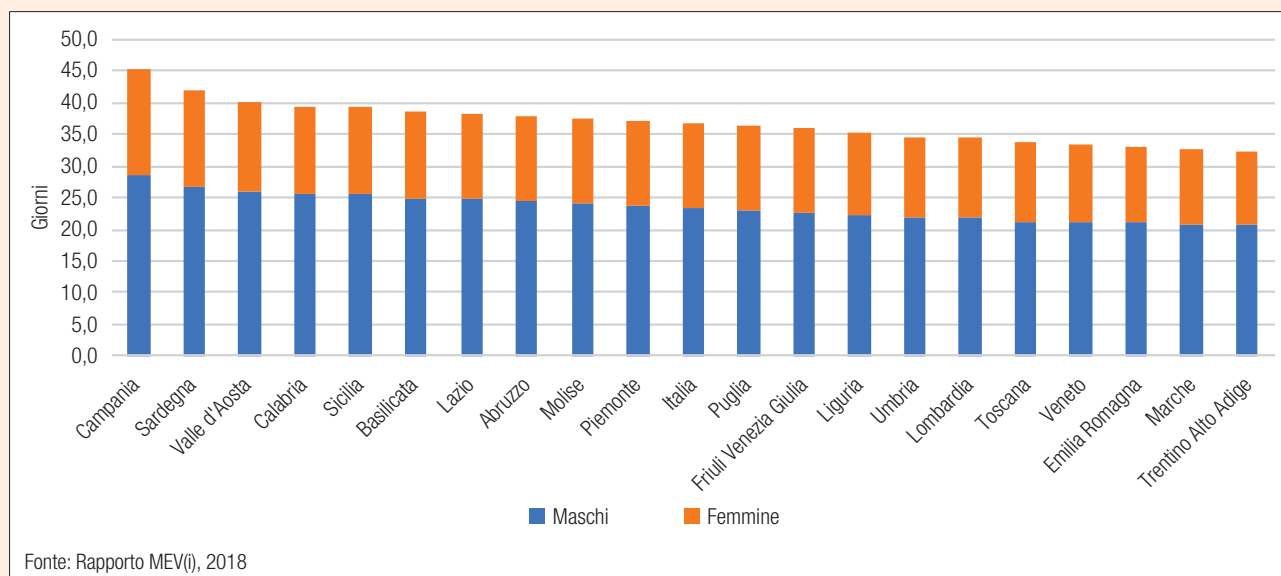
Negli ultimi 5 anni la speranza di vita a 65 anni è aumentata di 0,6 anni a livello nazionale, raggiungendo i 20,7 anni. Le Regioni con la speranza di vita più alta sono le PP.AA. di Trento e Bolzano, quella con la speranza di vita più bassa è la Campania. In particolare, la P.A. di Bolzano fa osservare la più alta speranza di vita a 65 anni per il genere femminile (23,3 anni) e la P.A. di Trento per quello maschile (19,8 anni); la Campania si conferma la Regione con l'aspettativa di vita più bassa sia per gli uomini che per le donne (18,0 e 21,0 rispettivamente) con una differenza (rispetto al valore massimo dell'indicatore) di 1,8 anni (uomini) e di 2,3 anni (donne). Nel periodo considerato il gap tra le Regioni con valori estremi si è ridotto: se nel 2011 la differenza tra il valore minimo e massimo era di 2,2 anni, nel 2016 è di 2,0.

**KI 4c.9. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane. Anno 2016**



La speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane è aumentata di quasi un anno rispetto al 2010, raggiungendo nel 2016, i 9,8 anni. Il Nord, con 11,0 anni, registra un valore superiore a quello del Centro e del Sud di 1,0 e 3,0 anni rispettivamente. La speranza di vita a 65 anni senza limitazioni funzionali è massima in Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Liguria (11,4 anni), la Sicilia registra il valore più basso (7,3 anni). Tra il 2010 e il 2016 la Valle d'Aosta registra l'incremento più alto (+2,3% medio annuo), in quattro Regioni, invece, si registra una riduzione degli anni da vivere in piena autonomia: -1,7% medio annuo nella P.A. di Bolzano, -1,1% medio annuo nella P.A. di Trento, -1,0% medio annuo in Sardegna e -0,5% medio annuo in Abruzzo. Nelle Regioni del Sud, ad eccezione della Sardegna, migliora la speranza di vivere senza limitazioni funzionali a 65 anni nel periodo considerato: il valore massimo si registra in Molise (+1,9% medio annuo), quello minimo in Sicilia (+0,2% medio annuo).

**KI 4c.10. Ranking mortalità evitabile per Regione e genere. Giorni perduti std pro-capite – Decessi 0-74 anni. Anno 2015**



In Italia, il Trentino Alto Adige (non è disponibile il dato separatamente per le due PP.AA. di Trento e Bolzano) ha il minore tasso di mortalità evitabile, con 20,8 giorni perduti per i maschi, e 11,4 per le donne. La Campania risulta la Regione peggiore per entrambi i generi: 28,5 giorni perduti per i maschi e 16,8 per le femmine. Rispetto all'anno precedente si è registrato in Italia un ulteriore miglioramento del dato: i giorni perduti per mortalità evitabile passano, per i maschi, da 24,3 giorni del 2014 a 23,4 del 2015, e per le femmine, da 13,9 giorni del 2014 a 13,4 del 2015, con una riduzione pari quasi ad un giorno per i maschi e di circa 0,5 giorni per le femmine.