

CAPITOLO 4c

Esiti, Performance ed efficienza dei sistemi sanitari

Polistena B ¹, Spandonaro F.¹

4c.1. Il contesto

Il tema della misura degli esiti è centrale nella valutazione delle *Performance* dei Servizi Sanitari.

Per la precisione, assumendo l'obiettivo di voler valutare le *Performance* dei sistemi sanitari, la maggiore complessità nella misurazione degli esiti risiede nella scelta della metodologia di sintesi delle innumerevoli sfaccettature che gli esiti possono assumere, ovvero nella scelta di indicatori di esito "aggregati", atti a riassumere il fenomeno.

Il tema della composizione delle dimensioni di *Performance* è ampiamente dibattuto e non ha ancora trovato una soluzione condivisa: esso è oggetto del Capitolo 4a (a cui rimandiamo per gli approfondimenti), nel quale è descritta la proposta di C.R.E.A. Sanità, utilizzata per misurare le *Performance* della Sanità in Italia a livello regionale.

Nel presente contributo si vuole riprendere un aspetto specifico della problematica, legato al rapporto fra investimento di risorse nel settore e "rendimento" di tale investimento.

In altri termini, la domanda di ricerca che ci si pone è se, e in che modo, sia valutabile il ritorno degli investimenti di risorse in Sanità.

Nello specifico, ci concentriamo sulla potenziale discrasia informativa fra esiti "clinici" ed esiti "qualitativi".

La questione nasce dall'osservazione, già argomentata nel XIV Rapporto Sanità (2018), e nei prossimi paragrafi ripresa, di una discontinuità nella relazione fra spesa in Sanità e aspettativa di vita.

Con tutti i limiti dell'indicatore, esso rappresenta una misura aggregata della quantità di vita "prodotta"

nelle diverse Nazioni. Per esso, mentre si rileva una chiara proporzionalità con la spesa fino ad un valore soglia, che possiamo porre nell'intorno della spesa media dei Paesi EU, per spese maggiori non sembra evidenziarsi alcun ulteriore miglioramento.

Potremmo dire che superata una soglia, almeno qualitativamente, individuabile senza soverchi problemi, la produttività marginale dell'investimento in Sanità diventi nulla.

L'osservazione è densa di conseguenze in termini di politiche sanitarie: la scelta dell'allocazione di risorse nel settore non può, infatti, prescindere da una valutazione della produttività dell'investimento.

Il tema è particolarmente attuale in Italia dove, per ragioni analizzate nei precedenti Capitoli del Rapporto, la allocazione di risorse sulla Sanità è oggetto di continua discussione; come noto, l'ultimo decennio è stato caratterizzato da un definanziamento del settore, reso tangibile dalla riduzione della quota di finanziamento pubblico. La legge di Bilancio 2019 stanziava € 2 mld. in più per il 2020, somma significativa che, con tutta probabilità, non potrà però ridurre il *gap* fra l'Italia e gli altri Paesi dell'area Euro.

D'altra parte, le risorse pubbliche sono scarse, e anche altri settori del *welfare*, prima fra tutto l'istruzione, soffrono di finanziamenti inferiori alle medie europee.

In questo contesto, "giustificare" la richiesta di un maggior finanziamento diventa allora cruciale: e dato che l'Italia ha una spesa pro-capite prossima alle medie europee, ovvero al valore soglia per la produttività sopra richiamato, si pone con evidenza il tema del valore attribuito all'osservazione del rapporto esistente fra allocazione di risorse e esiti prodotti.

¹ Università degli studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

In altri termini, qualora fosse ritenuta valida l'osservazione per la quale il SSN dispone di risorse ad un livello vicino a quello sopra il quale la produttività risulta approssimativamente nulla, si dovrebbe razionalmente concludere che altre destinazioni delle risorse disponibili sarebbero da preferire alla Sanità.

In opposizione, si può argomentare che l'indicatore aspettativa di vita, assunto come rappresentativo degli indicatori che misurano gli "esiti clinici in quantità", non rappresenti in modo corretto la *Performance* e che, quindi, distorca la stima della produttività dell'investimento.

Seguendo un approccio che può dirsi ormai *standard* in Sanità, che è poi quello utilizzato per misurare l'efficienza delle tecnologie sanitarie, sembrerebbe ragionevole argomentare che gli indicatori che quantificano l'*outcome* in termini di anni di vita "prodotti", siano carenti della dimensione qualitativa che caratterizza la vita umana.

Come è noto, nel cosiddetto approccio costi-conseguenze, la teoria economica propone come misura preferita di *outcome* il QALY, unità di misura che compone la dimensione quantitativa con quella qualitativa.

Trattandosi di una tecnica applicata alla valutazione delle tecnologie sanitarie, tale misura della qualità è ristretta alla cosiddetta *Health Related Quality of Life (HRQoL)*, ovvero alle variazioni percepite (in media) dai pazienti a seguito di una variazione di terapia.

Estendendo l'approccio, l'impatto qualitativo del sistema sanitario può, però, essere esteso (senza pretesa di esaustività) ad altre dimensioni, quali ad esempio la soddisfazione del cittadino/consumatore (*customer satisfaction*) per i servizi: ad esempio, ne rappresentano elementi significativi l'impatto delle liste di attesa, oppure la disponibilità di tutele per la non autosufficienza.

Figura 4c.1. Relazione fra PIL e aspettativa di vita alla nascita. Anno 2017



Scopo del capitolo è proporre alcune prime riflessioni comparative sul rapporto fra spesa e indicatori di esito quantitativi e qualitativi: tenendo sempre presente che l'obiettivo finale è valutare quale sia la reale produttività marginale degli investimenti in Sanità.

4c.2. PIL, spesa e aspettativa di vita

Propedeuticamente, osserviamo che la relazione fra spesa e aspettativa di vita appare effettivamente significativa.

A riprova di ciò osserviamo la Figura 4c.1.: appare evidente una relazione fra il PIL pro-capite, che possiamo assumere (tralasciando qui le giuste critiche mosse all'indicatore nell'ambito del movimento che sta sviluppando le misure sul Benessere Econo-

mico e Sociale) come indicatore del livello di sviluppo socio-economico, e l'aspettativa di vita.

Relazione che ha una natura causale notoriamente complessa, essendo intrinsecamente bidirezionale.

Nella II e III quadrante, considerando che l'origine degli assi è posizionata sui valori medi EU dei due indicatori, si evidenzia una relazione quasi verticale: a minime variazioni del PIL si associano grandi miglioramenti dell'aspettativa di vita; nel I quadrante (quello con valori di Pil e aspettativa di vita entrambi maggiori della media EU) al contrario, la relazione è praticamente inesistente.

La figura è elaborata considerando Paesi relativamente omogenei (quelli membri dell'Unione Europea), aggiungendo per l'Italia la disaggregazione regionale.

Figura 4c.2. Relazione fra spesa sanitaria e aspettativa di vita alla nascita. Anno 2017



All'interno del macro fenomeno descritto, il grafico non sembra spiegare per quali ragioni Paesi (o Regioni) con livelli di PIL paragonabili, possano avere aspettative di vita così difformi: appare eclatante il caso delle Regioni meridionali italiane, che performano in media peggio delle Regioni Centro-Settentrionali, ma molto meglio dei Paesi dell'Est europeo, che pure hanno PIL pro-capite solo lievemente inferiori.

Ovviamente il grafico potrebbe nascondere *bias* dovuti alla presenza di economia sommersa, ma la Figura 4c.2. sembra fornire una convincente chiave interpretativa: e questo grazie proprio alle Regioni del Sud italiano.

Se si considera, infatti, al posto del PIL la spesa sanitaria pro-capite, si osserva come la *Performance* delle Regioni meridionali italiane possa essere spiegata da una spesa sanitaria che è decisamente su-

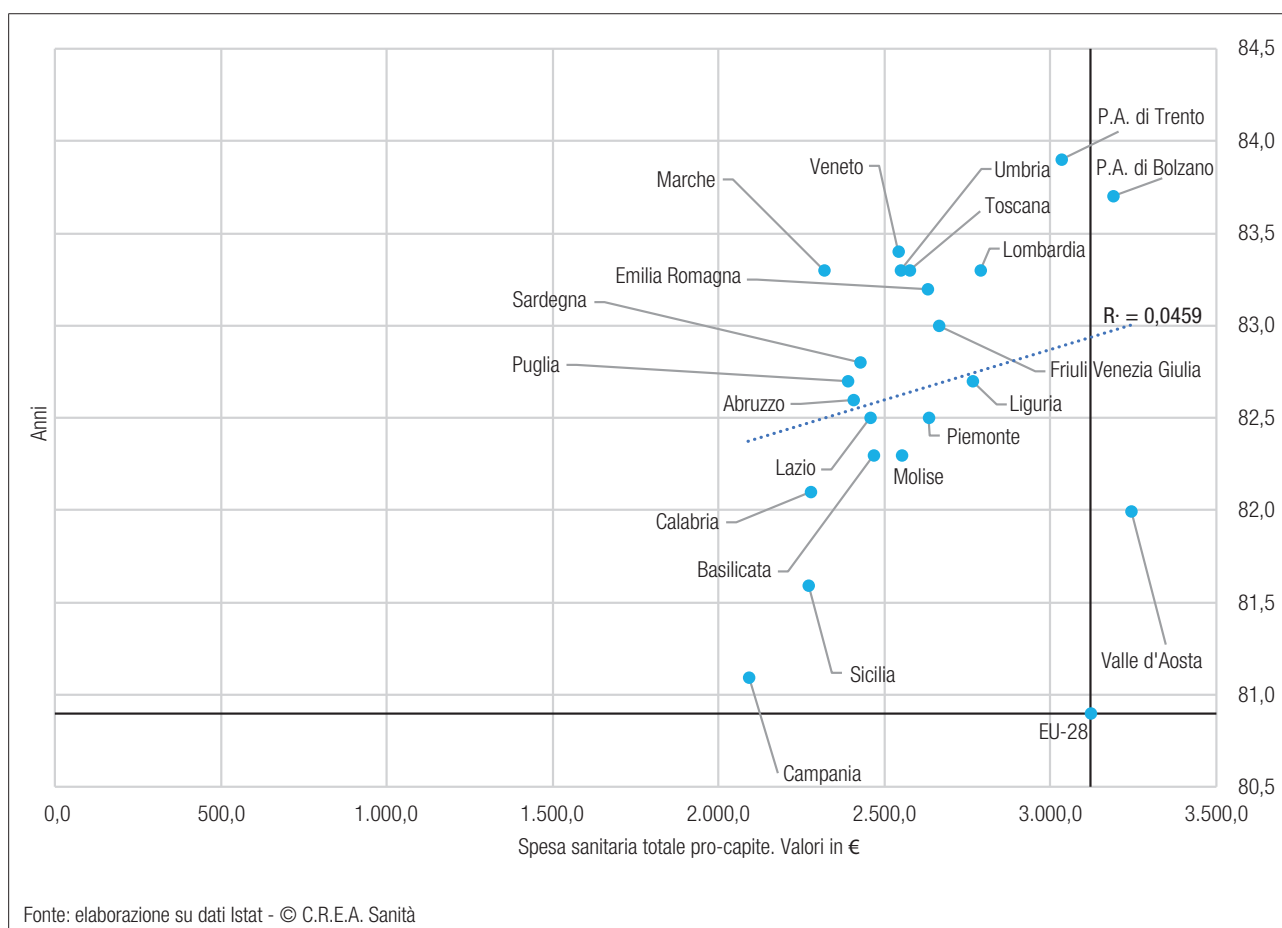
periore a quella attesa in base al rapporto spesa/PIL.

In altri termini, come già rimarcato nel XIV Rapporto Sanità (2018), la natura solidaristica del SSN italiano, che trova conforto nella perequazione regionale delle risorse, costituzionalmente prevista, rende possibile alle Regioni meridionali destinare alla Sanità un ammontare di risorse che non sarebbe possibile (o sarebbe fonte di disequilibri economici) in base al PIL localmente prodotto.

In altri termini, limitando l'osservazione al II e III quadrante, appare netta la relazione fra spesa e esito, e di "un ordine superiore" rispetto a quella con le condizioni socio-economiche.

In particolare, osservando il II quadrante, trova ragionevole coerenza il diverso livello degli "esiti clinici", qui approssimati con la aspettativa di vita, fra Regioni meridionali e centro-settentrionali: si trovano infatti ben allineate nella relazione spesa-aspettativa.

Figura 4c.3. Relazione fra spesa sanitaria e aspettativa di vita alla nascita Regioni italiane. Anno 2017



Limitando l'analisi alle Regioni italiane Figura 4c.3., si può anche proporre una chiave di lettura alternativa, per cui l'“efficienza” nell'uso delle risorse andrebbe letta in termini di scarti rispetto alla retta di regressione, con le Regioni che stanno sopra che performano meglio di quanto atteso e, viceversa, quelle sotto.

Ovviamente si tratta di una “suggerzione qualitativa”, che proponiamo ben consci dei numerosi fattori confondenti che incidono sulla relazione.

Sembra comunque evidente che l'esistenza dell'istituto della mobilità (al di là degli aspetti equitativi che certamente implica), non riesce a compensare le differenze di risorse investire nei diversi sistemi sanitari regionali.

Quanto sopra non fornisce, però, una risposta a quanto osservato rispetto alla apparente assenza di relazione per le Nazioni posizionate nel I quadrante (che ricordiamo trattarsi di quelle con spesa e aspettativa di vita entrambe maggiori della media EU; da notarsi anche che il IV quadrante è vuoto, ovvero nessun Paese con spesa maggiore delle media EU

ha una aspettativa di vita inferiore).

Se, anzi, eliminassimo dal grafico i Paesi dell'Est europeo posizionate nel III quadrante, statisticamente troveremmo una generale assenza di relazione fra spesa e aspettativa di vita.

In sintesi, l'investimenti di risorse in Sanità sembra avere una forte produttività marginale per livelli bassi di spesa iniziale; ma la produttività marginale sembra essere rapidamente decrescente, tanto che l'analisi, sebbene meramente qualitativa, dei dati fa supporre si annulli addirittura prima della media di spesa attuale in EU.

4c.3. Spesa e “qualità dei servizi”

I ragionamenti sopra condotti, come anticipato nella introduzione, ci hanno spinti a verificare se fosse rintracciabile una relazione fra la spesa e indicatori di *Performance* comprensivi dell'elemento qualitativo dei servizi.

Tabella 4c.1. Indicatori EHCI 2018

1 - Patient Right & Information	2 - Accessibility (waiting times for treatment)	3 - Outcome	4 - Range and reach of services provided	5 - Prevention	6 - Pharmaceutical
1.2 Patient organization involved in decision making	2.1 Family doctor same day access	3.1 30-day Case Fatality for AMI	4.1 Equity of healthcare systems	5.1 Infant 8-disease vaccination	6.1 Rx subsidy
1.4 Right to second opinion	2.2 Direct access to specialist	3.2 30-day Case Fatality for stroke	4.2 Cataract operations per 100 000, 65+	5.2 Blood pressure	6.3 Novel cancer drugs deployment rate
1.5 Access to own medical record	2.3 Major elective surgery <90 days	3.3 Infant deaths	4.3 Kidney transplants per million pop.	5.3 Smoking Prevention	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)
1.6 Registry of bona fide doctors	2.4 Cancer therapy < 21 days	3.4 Cancer survival	4.4 Dental care incl. in public healthcare	5.4 Alcohol	6.5 Arthritis drugs
1.7 Web or 24/7 telephone HC info	2.5 CT scan < 7days	3.5 Deaths before 65 YO	4.5 Informal payments to doctors	5.5 Physical activity	6.6 Statin use
1.8 Cross-border care seeking	2.6 Waiting time for Paediatric Psychiatry	3.6 MRSA infections	4.6 Long term care for the elderly	5.6 HPV vaccination	6.7 Antibiotics/capita
1.9 Provider catalogue with quality ranking		3.7 Abortion rates	4.7 % of dialysis done outside of clinic	5.7 Traffic deaths	
1.10 Patient records e-accessible		3.8 Suicide rates	4.8 Caesarean sections		
1.11 On-line booking of appointments		3.9 Diabetes patients with HbA1c > 7			
1.12 e-prescriptions					

Fonte: tratto da EHCI – Euro Consumer Powerhouse

Come è noto sono numerose le “classifiche” dei sistemi sanitari disponibili, ognuna caratterizzata dalle dimensioni con cui è misurata la *Performance* e anche dal metodo di composizione che porta al *ranking* finale.

Prescindendo dalle analisi dei pro e dei contro delle varie “classifiche”, argomento che esula dai limiti del presente contributo, si è provato a mettere in relazione il dato di spesa con il risultato (*score*) dell’*Euro Health Consumer Index* (EHCI) proposto dalla *Euro Consumer Powerhouse*.

La scelta, per quanto l’EHCI presenti aspetti discutibili, tanto nella scelta degli indicatori, quanto nelle modalità di misurazione e composizione, è caduta su di esso in quanto si tratta dichiaratamente di uno strumento qualitativo costruito nella logica del consumatore: «... *the consumer needs access to knowledge to compare health policies, consu-*

mer services and quality outcomes. The Euro Health Consumer Indexes are efforts to provide healthcare consumers with such tools...».

Inoltre, dato l’esercizio condotto in questo Capitolo, si è ricercato un indicatore sintetico che non contenesse già al suo interno valutazioni di efficienza (in particolare non considerasse la spesa come un indicatore di *Performance*).

Il risultato sintetico/aggregato dell’EHCI è la composizione (additiva) dei punteggi attribuiti a 5 dimensioni:

- diritti e informazione del paziente
- accessibilità (liste di attesa)
- esiti
- prevenzione
- farmaceutica.

La Tabella 4c.1. elenca gli indicatori utilizzati nel EHCI 2018.

Figura 4c.4. Relazione fra spesa sanitaria e EHCI total score 2018

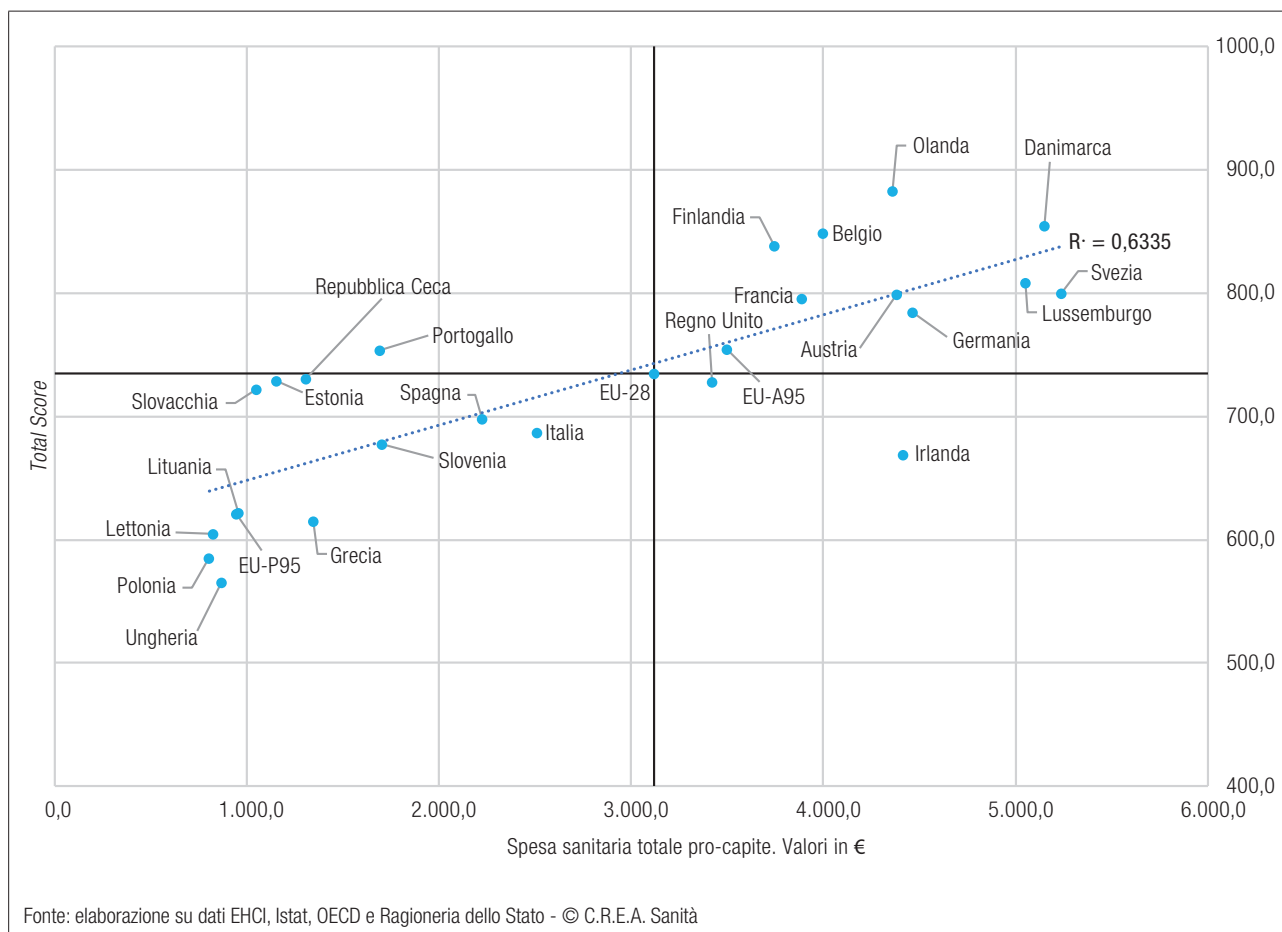
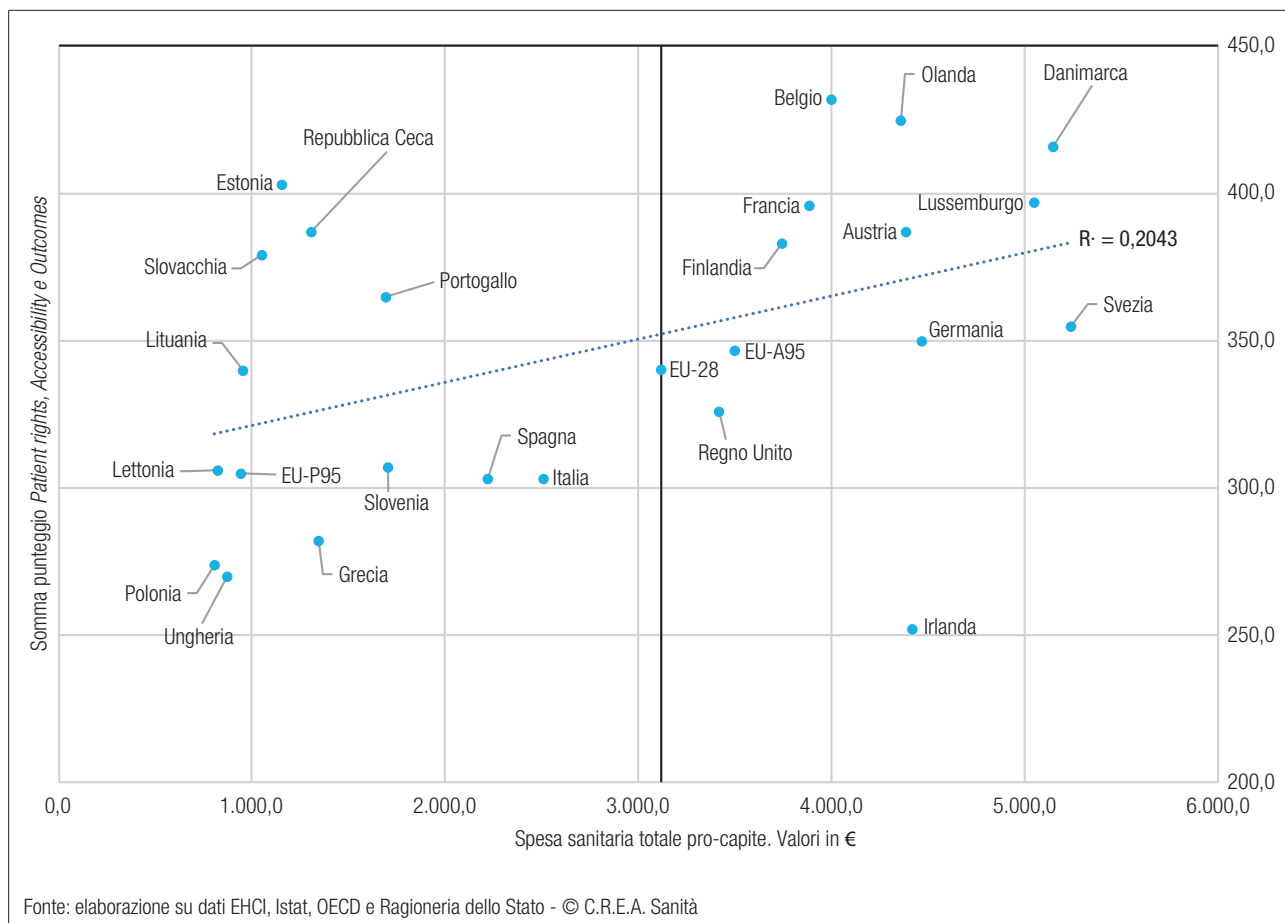


Figura 4c.5. Relazione fra spesa sanitaria e EHCI somma punteggi 2018 *Patient Right & Information, Accessibility e Outcomes*

La natura degli indicatori, che vogliono cogliere la qualità dei servizi, è del tutto evidente per le prime tre dimensioni.

Per la quarta, prevenzione, si noti che in generale si tratta di indicatori sugli stili di vita, che si possono assumere come indicatori di esito, più altri sulle vaccinazioni e sul controllo delle patologie croniche

La quinta dimensione, farmaceutica, contiene in buona misura indicatori di accesso alle tecnologie e di aderenza.

In prima battuta, è stata messa in relazione la spesa pro-capite con il risultato finale (*total score*) dell'EHCI (Figura 4c.4. e Figura 4c.5.).

La relazione appare piuttosto netta, lineare e confermerebbe, quindi, una proporzionalità fra investimento e qualità del servizio offerto.

In via di principio gli scarti dalla retta di regressione (con tutti i limiti di una analisi che vuole solo essere suggestiva di un problema di misurazione delle

Performance e che quindi è certamente soggetta a *bias* di vario genere) andrebbero letti in termini di migliore o peggiore (rispettivamente sopra e sotto la retta di regressione) *Performance* rispetto all'atteso in base all'investimento fatto.

L'Italia, ma come anticipato si potrebbero ampiamente discutere gli indicatori scelti e anche la loro quantificazione, performerebbe peggio dell'atteso e sarebbe nel IV quadrante (spesa inferiore alla media e *Performance* anch'essa sotto la media).

Si è replicato l'esercizio concentrando l'analisi sulle sole prime tre dimensioni, che appaiono maggiormente coerenti.

Si conferma la relazione di proporzionalità diretta fra investimento e qualità dei servizi offerti. Ed anche il posizionamento dell'Italia, sia in termini assoluti (recupera solo una posizione), sia di insufficiente *Performance* rispetto all'investimento.

4c.4. Conclusioni

Nel presente contributo ci si è interrogati sul corretto modo di stimare la produttività dell'investimento nazionale in Sanità.

Lo stimolo alla ricerca viene dall'osservazione di una apparente mancanza di relazione fra spesa sanitaria ed esiti clinici quantitativi, misurati in termini di aspettativa di vita alla nascita, che si registra con i dati disponibili per i Paesi dell'area Euro.

Quello realizzato è un primo esercizio, per molti versi "scolastico", ma che vuole sottolineare l'importanza di approfondire la ricerca nell'ambito degli esiti "qualitativi" dei sistemi sanitari.

La tematica ha una importanza cruciale, nella misura in cui la scarsa crescita, e la conseguente scarsità di risorse, generano un ambiente estremamente competitivo ai fini dell'allocazione delle risorse nelle varie aree di intervento pubblico. In particolare, il tema è sentito in Italia, Paese caratterizzato da un basso livello di spesa sanitaria, e che si confronta con un perdurante eccesso di debito pubblico, il quale deprime le disponibilità finanziarie, oltre che con l'esistenza di altre aree di bisogno altrettanto "sottofinanziate" (a partire dall'istruzione).

Per il nostro esercizio si è utilizzato l'*Euro Health Consumer Index* (EHCI)

La scelta, per quanto l'EHCI presenti aspetti discutibili per i quali rimandiamo ai paragrafi precedenti, deriva dal fatto che si tratta di uno strumento di misurazione della *Performance* costruito nella logica del consumatore, ovvero che cerca di misurare la qualità dei servizi fruiti o fruibili. Inoltre, i *ranking* prodotti sono scevri di valutazioni di efficienza, non considerando affatto la spesa delle Nazioni monitorate.

Il risultato sintetico/aggregato dell'EHCI è la composizione (additiva) dei punteggi attribuiti a 5 dimensioni:

- diritti e informazione del paziente
- accessibilità (liste di attesa)
- esiti
- prevenzione
- farmaceutica.

Dalle analisi effettuate si evince una chiara correlazione positiva fra spesa e *Performance*, tanto mettendo in relazione la spesa con il risultato sintetico/aggregato dell'EHCI (*total score*), che limitando l'analisi alle prime 3 dimensioni, che più specificatamente rappresentano le attese di servizio.

Pur ribadendo che si tratta soltanto di un primo tentativo di approfondire la materia, sembra confermarsi che superata una ben determinata soglia di spesa, che possiamo pensare approssimativamente situata nell'intorno della spesa sanitaria media dei Paesi EU, l'allocazione delle risorse in Sanità non produce ulteriore miglioramento in termini di esiti quantitativi, ma piuttosto impatta sulla qualità dei servizi, almeno se misurata con le dimensioni sopra elencate.

Considerando che l'Italia è proprio nella fascia di spesa che segna il confine fra i due effetti, l'indicazione che ne emerge per le politiche sanitarie è che investire di più in Sanità rappresenta una scelta politica da legarsi alla volontà di migliorare la qualità dei servizi, essendo probabilmente marginale il contributo generato sugli indicatori di esito "più strettamente di tipo clinico".

La portata della riflessione non deve essere sottovalutata e neppure interpretata con superficialità: lungi dall'essere un "*optional*", la qualità dei servizi è decisamente un elemento cruciale per la sopravvivenza del SSN nella forma solidaristica che conosciamo; intanto perché cambiare il focus dal paziente al "consumatore" è operazione coerente con l'osservazione che tutti i cittadini italiani (pazienti e non) sono chiamati a finanziare il sistema con la tassazione generale. Inoltre, perché la crescente concentrazione dell'onere del finanziamento, derivante dai processi di aumento delle disuguaglianze, ma anche ai fenomeni di evasione (e quindi una solidarietà che può rischiare di superare limiti accettabili), richiede che tutti i cittadini, ancorché "non necessariamente pazienti", riconoscano al SSN un alto livello di *responsiveness*, tanto nella fase di cura, che in quelle preventive, diagnostiche, e di *follow up*, anche sociale, dopo gli eventi di malattia.

Riferimenti bibliografici

1. Bjornaberg A. et al. "Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2018"
2. d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F. "La misura della *Performance* dei SSR"; C.R.E.A. Sanità (anni vari)
3. Istat, I.Stat (anni vari)
4. OECD Health Data (anni vari)

ENGLISH SUMMARY

Outcomes, performance and efficiency of health systems

The analysis is designed to delve into some of the problems incurred in estimating the marginal productivity of investment in healthcare.

The research has been prompted by the apparent lack of connection between health spending and “clinical” outcomes, at least if approximated to the life expectancy at birth recorded in the Eurozone countries.

The issue is of crucial importance insofar as low growth and the consequent scarcity of resources generate an extremely competitive environment with regard to the allocation of resources in the various public intervention areas. The issue is particularly felt in Italy, which is a country characterized by a low health spending level, facing a persisting public debt that reduces the availability of financial resources, as well as the existence of other equally “underfunded” areas (starting from education).

The Euro Health Consumer Index (EHCI) has been used for the analysis. This decision has been taken because it is a tool for measuring performance, designed according to a consumer logic, i.e. it tries to measure the quality of services used or usable. Moreover, this index has been used because the rankings developed are devoid of efficiency evaluations, since expenditure level of the countries monitored is not considered at all.

The EHCI synthetic/aggregate performance is the (additive) composition of the scores attributed to 5 dimensions:

- patients' rights and information
- accessibility (waiting lists)
- outcomes
- prevention
- pharmaceuticals.

The analyses made, show a clear positive correlation between spending and performance, both by relating spending to the EHCI synthetic/aggregate

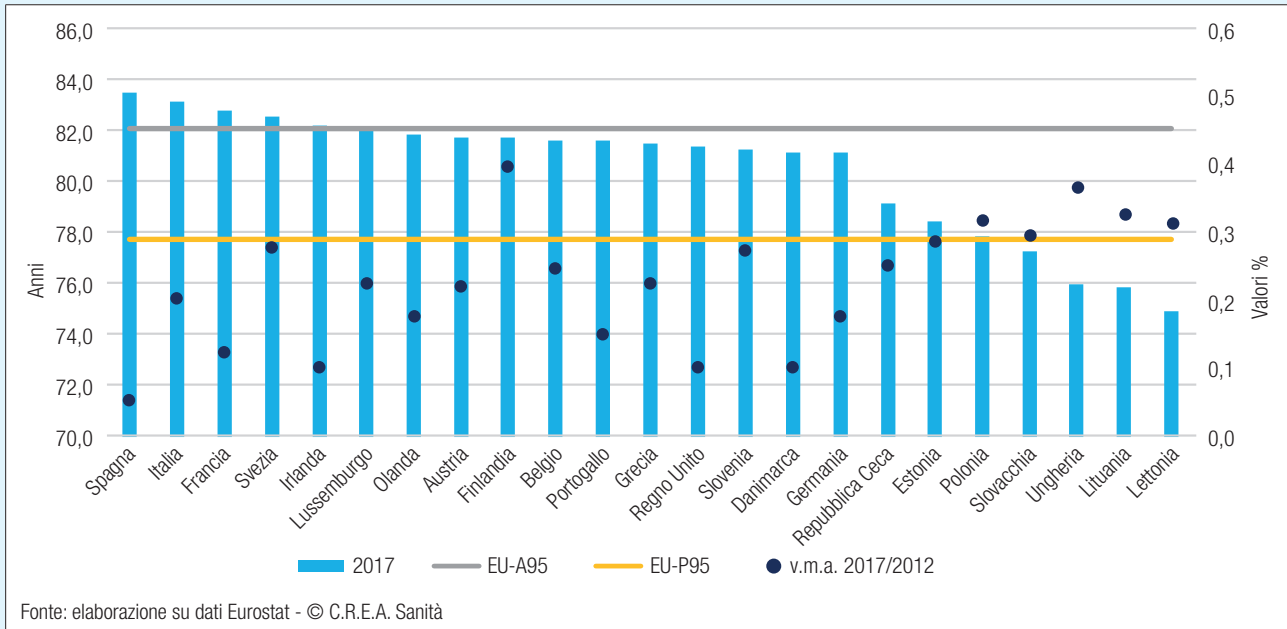
performance (total score) and by confining the analysis to the first 3 dimensions, which more specifically represent service expectations.

Although reaffirming it is only a first attempt to delve into the matter, it seems therefore to be confirmed that, once a well-defined spending threshold has been exceeded - which can be approximately set around the EU Member States' average health spending - the allocation of resources to healthcare cannot further improve “quantitative” results, while it has an impact on the quality of services, at least if measured with the qualitative dimensions listed above.

Considering that Italy is precisely in the spending range that marks the above stated threshold, the indication that emerges for health policies is that investing more in healthcare is a political choice to be linked to the desire to improve the service quality, accepting that the contribution provided to the “more strictly clinical” outcome indicators is probably marginal.

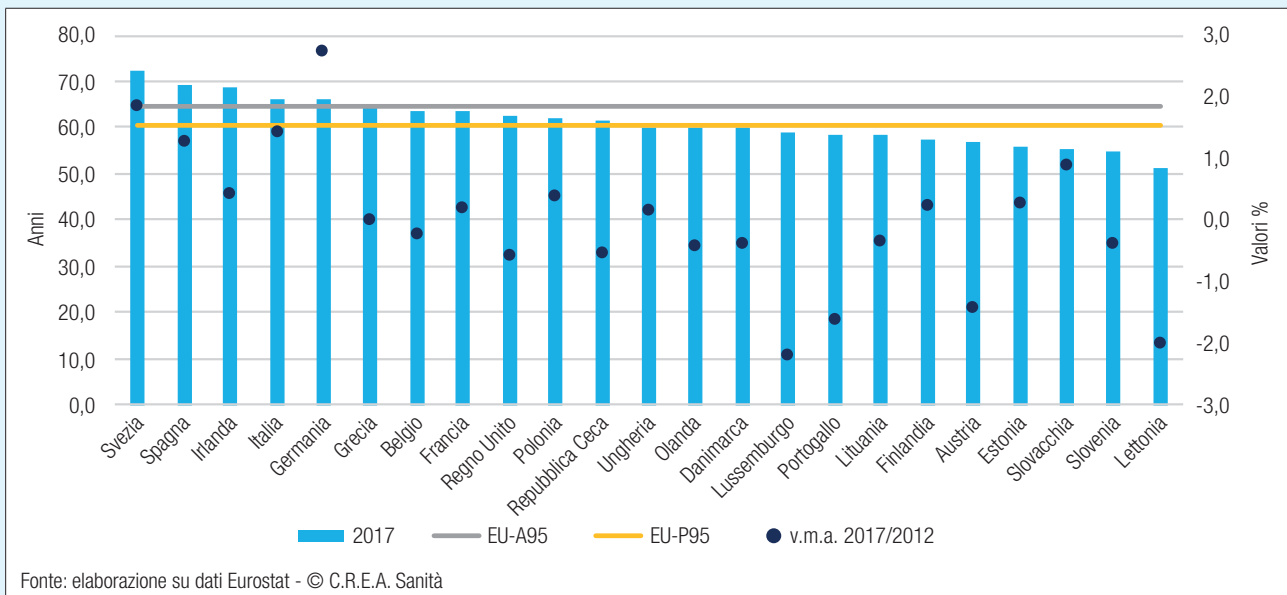
The scope of the analysis should not be underestimated or even interpreted superficially: far from being an “optional”, the service quality is definitely a crucial factor for the survival of the NHS in the solidarity-based form we know. It is crucial because shifting the focus from patients to “consumers” is consistent with the fact that all Italian citizens (not only patients) are called to fund the system with general taxation. It is also crucial because the growing concentration of the funding burden, resulting from worsening inequalities, but also from tax evasion (hence a solidarity that can risk overcoming acceptable limits), requires all citizens – hence “not necessarily patients” – to recognize the NHS high level of responsiveness, also at social level, both in the phase of treatment and in the prevention, diagnosis and follow-up phases after diseases.

KI 4c.1. Speranza di vita alla nascita



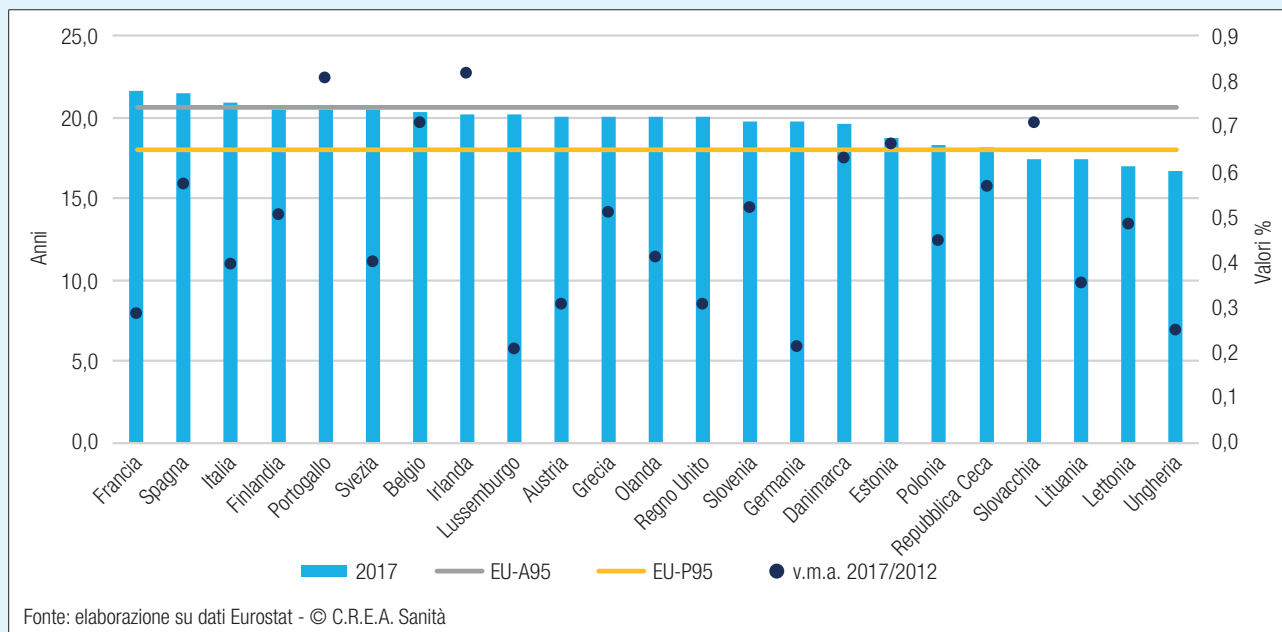
L'Italia, nel 2017, è il secondo Paese europeo (dietro solo alla Spagna) in termini di speranza di vita alla nascita: la speranza è maggiore di quella media europea di +2,2 anni e, in particolare, di un anno rispetto a quella della media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 e di 5,4 anni rispetto a quella della media EU-Post 1995. La Spagna è il Paese europeo con l'aspettativa di vita più alta (83,4 anni), la Lettonia quella con l'aspettativa di vita più bassa (74,9 anni). L'aspettativa di vita in Italia nel quinquennio è aumentata del 0,2% medio annuo; La Finlandia è il Paese con il maggiore incremento, la Spagna il peggiore.

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



La speranza alla nascita di vivere in buona salute in Italia è maggiore della media europea di +2,6 anni. L'Italia si colloca al di sopra sia della media dei Paesi EU-Ante 1995 di +1,6 anni che di quella dei Paesi EU-Post 1995 di +5,8. Meglio dell'Italia performa la Svezia, nonché Spagna e Irlanda. Nel quinquennio l'Italia registra un miglioramento dell'aspettativa di vita in buona salute alla nascita del +1,8% medio annuo. La Germania registra l'incremento più alto (+2,7% medio annuo) e il Lussemburgo il peggiore (-2,2% medio annuo).

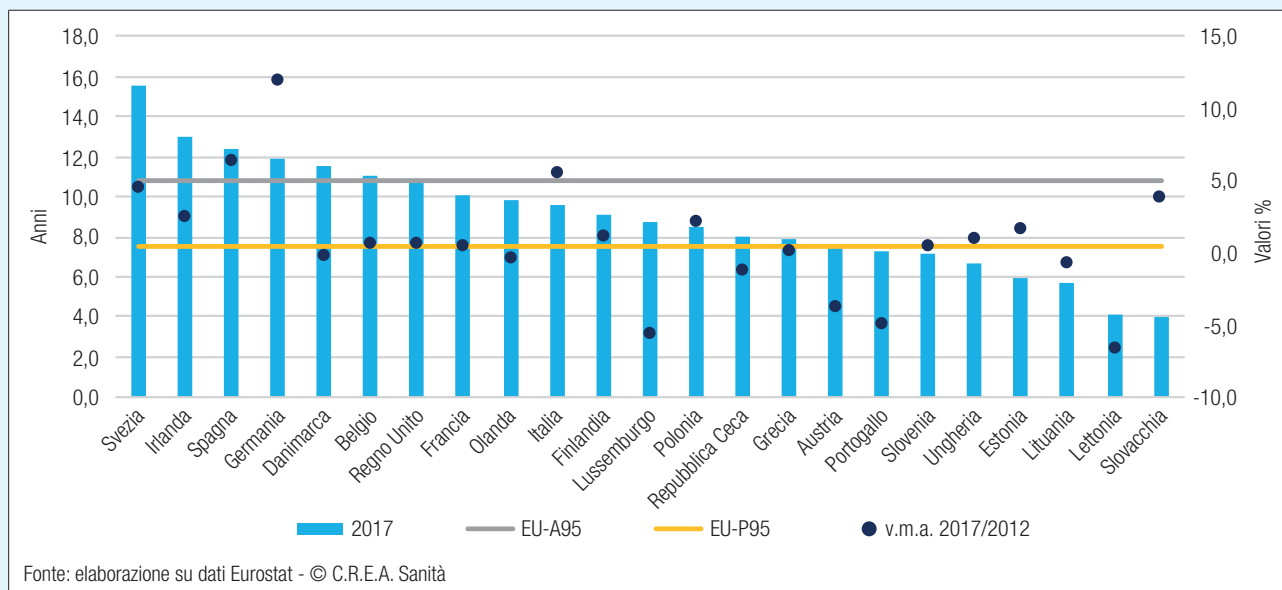
KI 4c.3. Speranza di vita a 65 anni



Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

A 65 anni gli italiani hanno una speranza di vita di un anno maggiore rispetto alla media europea, di 0,3 anni in più rispetto alla media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 e di 2,9 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), l'Ungheria quella con l'aspettativa più bassa (16,7 anni). Nel quinquennio l'aspettativa di vita a 65 anni in Italia è aumentata dello 0,4% medio annuo. La crescita maggiore si è registrata in Irlanda, e la peggiore nel Lussemburgo.

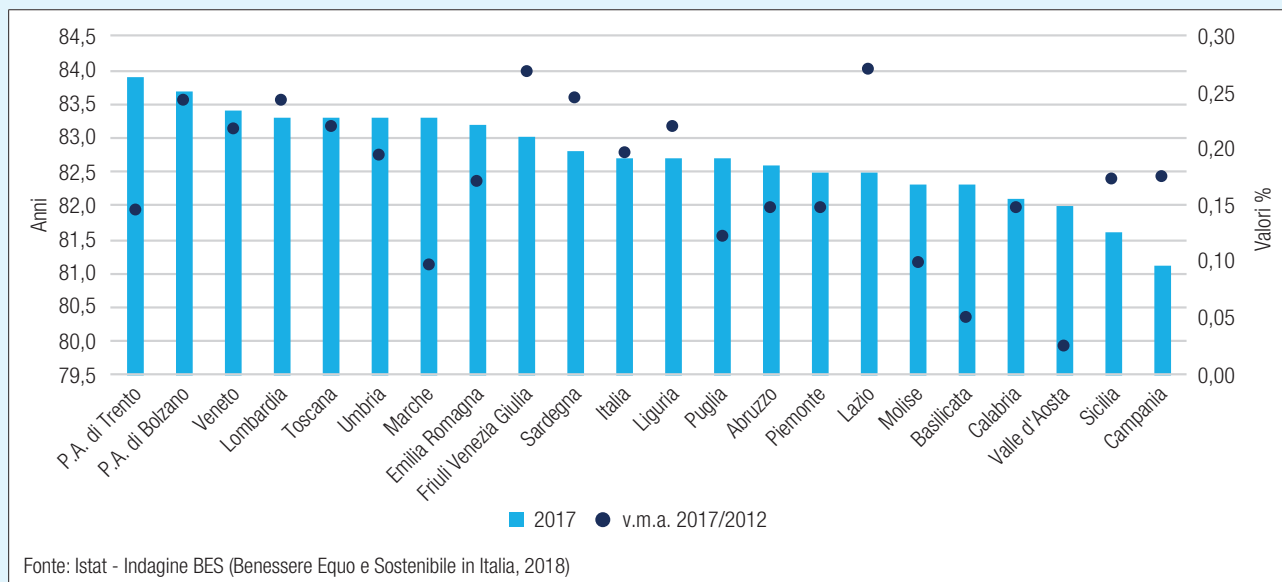
KI 4c.4. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane



Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

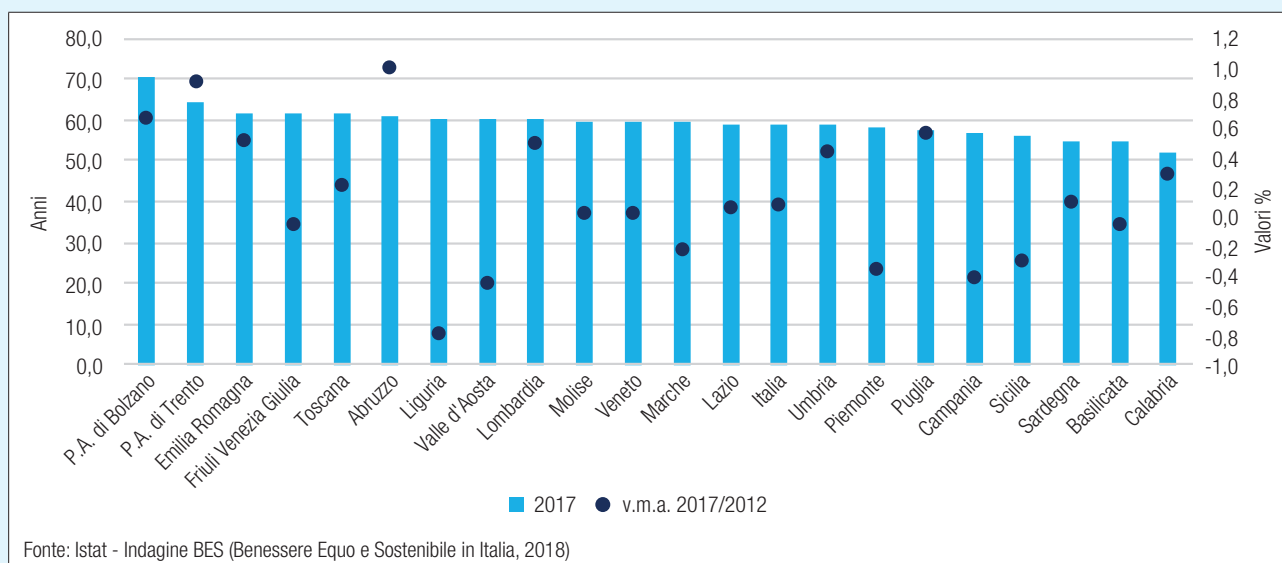
La qualità degli anni di vita per la popolazione anziana italiana è inferiore rispetto alla media europea di 0,4 anni, di 1,2 anni rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 e superiore di 2,1 anni verso i Paesi EU-Post 1995. La Svezia è il Paese europeo con il maggior numero di anni da vivere in piena autonomia, 15,6 anni; la Slovacchia con il numero di anni più basso, 4,0 anni. Gli anni residui da vivere in piena autonomia per gli anziani in Italia è cresciuta del +5,4% medio annuo. L'incremento maggiore si registra in Germania, il maggiore decremento in Lettonia.

KI 4c.5. Speranza di vita alla nascita in Italia



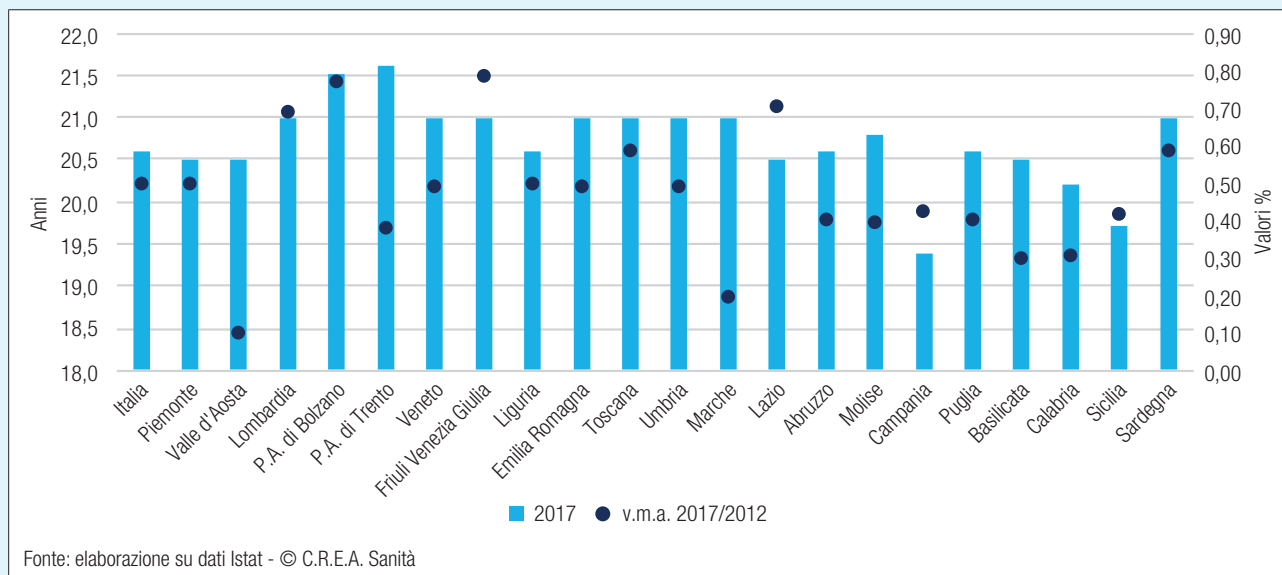
La speranza di vita alla nascita in Italia è pari nel 2017 a 82,7 anni ed è aumentata nell'ultimo quinquennio di quasi 1 anno (81,9 nel 2012). Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di oltre un anno di vita a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la P.A. di Trento registra la più alta speranza di vita alla nascita, pari a 83,9; la Campania quella più bassa con 81,1 anni. Nel quinquennio l'aspettativa di vita alla nascita in Italia è aumentata dello 0,2% medio annuo. La crescita maggiore si è registrata in Friuli Venezia Giulia e Lazio, la peggiore in Valle d'Aosta.

KI 4c.6. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Italia



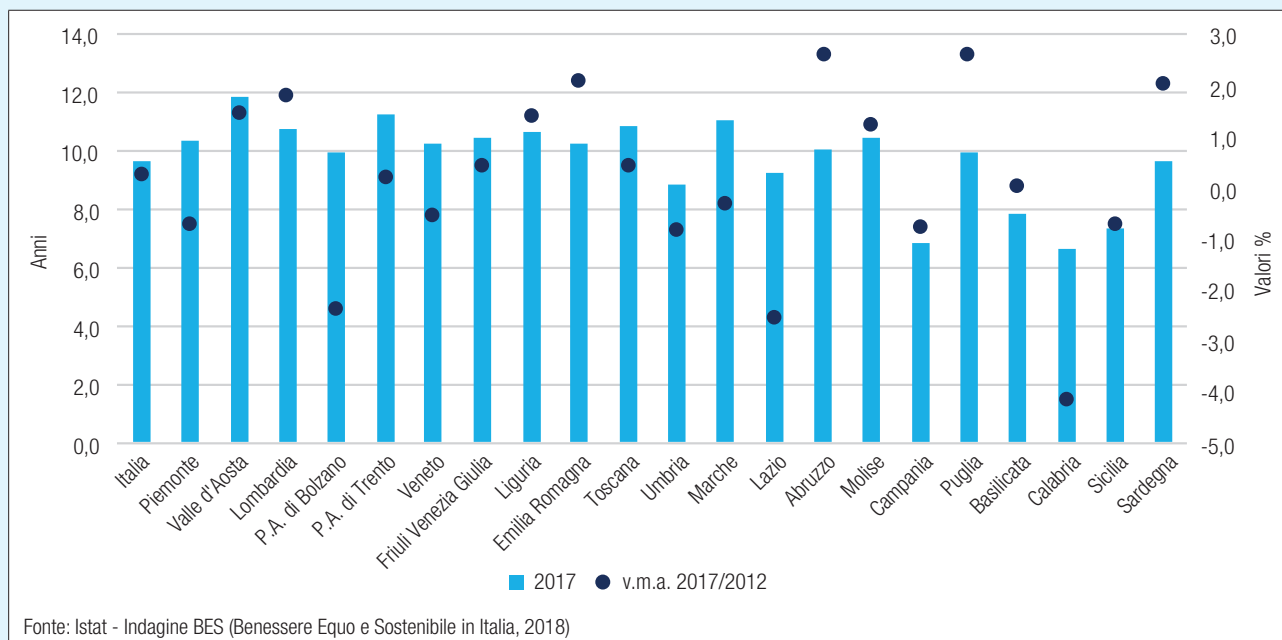
La speranza di vita in buona salute in Italia è pari nel 2017 a 58,7 in crescita nell'ultimo quinquennio di 0,2 anni. Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di quasi 4 anni a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la P.A. di Bolzano registra la più alta speranza di vita in buona salute pari a 70,3 nel 2017; la Calabria quella più bassa (52,2). Gli uomini hanno una maggiore aspettativa di vita in buona salute rispetto alle donne (+1,9 anni); fanno eccezione la P.A. di Bolzano e la Liguria, dove registrano un vantaggio le donne (rispettivamente di +2,8 anni e di +0,7 anni). Nel quinquennio l'aspettativa di vita in buona salute in Italia è aumentata dello 0,1% medio annuo. La crescita maggiore si è registrata in Abruzzo e la peggiore nel Lazio.

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



La speranza di vita a 65 anni in Italia è pari, nel 2017, a 20,6 anni, in crescita nell'ultimo quinquennio di 0,5 anni. Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di quasi 4 anni a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la P.A. di Trento registra la più alta speranza di vita a 65 anni pari a 21,6 ; la Campania, invece, è la Regione con l'aspettativa di vita più bassa (19,4). Nel quinquennio l'aspettativa di vita a 65 anni in Italia è aumentata dello 0,5% medio annuo. La crescita maggiore si è registrata in Friuli Venezia Giulia e la peggiore in Valle d'Aosta.

KI 4c.8. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane in Italia



La speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane in Italia è pari, nel 2017, a 9,7 anni, in crescita nell'ultimo quinquennio di 0,1 anni. Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di quasi 3 anni a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la Valle d'Aosta registra la più alta speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane pari a 11,9 ; la Calabria, invece, è la Regione con l'aspettativa di vita più bassa (6,7). Nel quinquennio l'aspettativa di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane in Italia è aumentata dello 0,2% medio annuo. La crescita maggiore si è registrata in Abruzzo e la peggiore nella P.A. di Trento.

