



GOAL 3

ASSICURARE LA SALUTE E IL BENESSERE PER TUTTI E PER TUTTE LE ETÀ¹

Il Goal 3 si propone l'obiettivo di garantire la salute e di promuovere il benessere per tutti e a tutte le età.

Diversi sono gli ambiti di intervento considerati per raggiungere questo obiettivo: ridurre la mortalità materno-infantile, debellare le epidemie, contrastare sia le malattie trasmissibili, sia le malattie croniche, promuovendo benessere e salute mentale. La diffusione di migliori condizioni igieniche e l'attenzione ai fattori ambientali costituiscono i prerequisiti necessari per ottenere avanzamenti in tutte le aree.

I sistemi sanitari sono chiamati a garantire la salute dei cittadini attraverso una adeguata copertura territoriale dei servizi essenziali, la presenza di personale medico preparato, finanziamenti cospicui, strutture resilienti pronte a fronteggiare anche le situazioni di emergenza, come la pandemia del Covid-19 che ha iniziato a verificarsi nei primi mesi del 2020. La consistenza e la capillarità delle strutture sanitarie, la preparazione delle figure professionali, unite alla capacità di comunicare e all'interconnessione tra i vari elementi sono cardini fondamentali per il buon funzionamento del servizio sanitario nazionale. Inoltre, il raggiungimento di elevati standard di condizioni sanitarie richiede sempre più un forte coordinamento delle attività fra i Paesi, condizione necessaria a contrastare la trasmissione di malattie attraverso la condivisione di dati, informazioni e conoscenze e la ricerca di nuovi strumenti diagnostici, farmaci e vaccini accessibili a tutti.

In Italia ulteriori sfide per il sistema sanitario sono rappresentate da alcune criticità quali: l'invecchiamento della popolazione, la diffusione delle patologie croniche, l'accesso alla prevenzione e il contrasto di stili di vita poco salubri (eccesso di peso, consumo di alcol e tabacco) nonché la mortalità per incidenti stradali.

Le misure statistiche diffuse dall'Istat per il Goal 3 sono trentatré, riferite a 17 indicatori UN-IAEG-SDGs.

¹ *Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.* Questa sezione è stata curata da Barbara Baldazzi ed hanno contribuito: Alessandra Battisti, Alessandra Burgio, Roberta Crialesi, Luisa Frova, Marzia Loghi, Stefano Marchetti, Silvia Simeoni.

Tabella 3.1 - Elenco delle misure statistiche diffuse dall'Istat, tassonomia rispetto agli indicatori SDG e variazioni rispetto a 10 anni prima e all'anno precedente

| Rif. SDG | INDICATORE | Rispetto all'indicatore SDG | Valore | VARIAZIONI | |
|----------|--|-----------------------------|--------|--------------------------|------------------------------|
| | | | | Rispetto a 10 anni prima | Rispetto all'anno precedente |
| 3.2.1 | Tasso di mortalità sotto i 5 anni | | | | |
| | Probabilità di morte sotto i 5 anni (Istat, 2018, per 1.000) | Identico | 3,5 | | a |
| 3.2.2 | Tasso di mortalità neonatale | | | | |
| | Tasso di mortalità neonatale (Istat, 2017, per 1.000) | Identico | 2,0 | | |
| 3.3.1 | Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone non infette, per sesso, età e gruppi di popolazione | | | | |
| | Incidenza delle infezioni da HIV per 100.000 residenti (per regione di residenza) (Istituto Superiore di Sanità, 2017, per 100.000) | Identico | 5,7 | | b |
| 3.3.2 | Incidenza della tubercolosi per 100.000 abitanti | | | | |
| | Incidenza tubercolosi (Ministero della Salute, 2018, per 100.000) | Identico | 6,5 | | a |
| 3.3.4 | Incidenza della epatite B per 100.000 abitanti | | | | |
| | Incidenza di Epatite B (a) (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); Ministero della Salute (anno 2016), 2018, per 100.000) | Identico | 0,6 | | c |
| 3.4.1 | Tasso di mortalità attribuita a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche | | | | |
| | Tasso standardizzato di mortalità per le maggiori cause di morte tra 30-69 anni (Istat, 2017, per 100.000) | Proxy | 220,1 | | |
| | Speranza di vita in buona salute alla nascita (Istat, 2018, numero medio di anni) | Di contesto nazionale | 58,5 | | |
| | Eccesso di peso (Istat, 2019, %) | Proxy | 44,9 | | |
| 3.4.2 | Tasso di mortalità per suicidio | | | | |
| | Tasso standardizzato di mortalità per suicidio (Istat, 2017, per 100.000) | Identico | 5,9 | | |
| 3.5.2 | Consumo dannoso di alcol, definito in base al contesto nazionale, come il consumo di alcol pro capite (per la popolazione di età compresa tra 15 anni e più) in un anno in litri di alcol puro | | | | |
| | Litri di alcol pro capite (WHO, 2016, Litri pro capite) | Identico | 7,1 | | |
| | Alcol (Istat, 2019, %) | Di contesto nazionale | 15,8 | | |
| 3.6.1 | Tasso di mortalità per incidenti stradali | | | | |
| | Tasso di mortalità per incidente stradale (Istat, 2018, per 100.000) | Identico | 5,3 | | |
| | Numero morti in incidente stradale (Istat, 2018, valori assoluti) | Di contesto nazionale | 3334 | | |
| | Tasso di lesività grave in incidente stradale (Ministero della Salute, 2018, per 100.000) | Di contesto nazionale | 30,8 | | b |
| 3.7.1 | Percentuale di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni | | | | |
| | Domanda di contraccezione soddisfatta con metodi moderni (Istat, 2013, %) | Proxy | 67,2 | -- | -- |
| 3.7.2 | Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 10 e i 14 anni e tra i 15 e i 19 anni | | | | |
| | Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 10 e i 14 anni (Istat, 2018, per 1.000) | Identico | 0,029 | -- | -- |
| | Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 15 e i 19 anni (Istat, 2018, per 1.000) | Identico | 20,5 | | a |
| 3.8.1 | Proporzione della popolazione target coperta dai servizi sanitari essenziali | | | | |
| | Personale che hanno ricevuto la terapia antiretrovirale (ART) (Istituto Superiore di Sanità, 2014, %) | Parziale | 91,9 | -- | -- |
| | Percentuale dei parti con più di 4 visite di controllo effettuate in gravidanza (Ministero della Salute - Cedap, 2016, %) | Parziale | 85,3 | -- | -- |
| | Posti letto in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati (Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute, 2017, per 10.000 abitanti) | Parziale | 31,8 | -- | |
| | Posti letto in day-Hospital negli istituti di cura pubblici e privati (Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute, 2017, per 10.000 abitanti) | Parziale | 3,5 | -- | |
| | Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (Istat, 2017, per 10.000 abitanti) | Parziale | 68,2 | | e |

Tabella 3.1 segue - Elenco delle misure statistiche diffuse dall'Istat, tassonomia rispetto agli indicatori SDG e variazioni rispetto a 10 anni prima e all'anno precedente

| Rif. SDG | INDICATORE | Rispetto all'indicatore SDG | Valore | VARIAZIONI | |
|----------------|--|-----------------------------------|--------|--------------------------|------------------------------|
| | | | | Rispetto a 10 anni prima | Rispetto all'anno precedente |
| 3.9.3 | Tasso di mortalità attribuita ad avvelenamento accidentale | | | | |
| | Tasso standardizzato di mortalità per avvelenamento accidentale (Istat, 2017, per 100.000) | Identico | 0,4 | | |
| 3.a.1 | Consumo di tabacco relativo alle persone di 15 anni e più, standardizzato per età | | | | |
| | Proporzione standardizzata di persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare attualmente (Istat, 2019, %) | Identico | 19,0 | | |
| 3.b.1 | Percentuale della popolazione coperta da tutti i vaccini inclusi nel programma nazionale | | | | |
| | Copertura vaccinale antinfluenzale età 65+ (Ministero della Salute, 2018/2019, per 100 abitanti) | Identico | 53,1 | | |
| | Copertura vaccinale in età pediatrica: polio (Ministero della Salute, 2018, per 100 abitanti) | Identico | 95,1 | | d |
| | Copertura vaccinale in età pediatrica: morbillo (Ministero della Salute, 2018, per 100 abitanti) | Identico | 93,2 | | d |
| | Copertura vaccinale in età pediatrica: rosolia (Ministero della Salute, 2018, per 100 abitanti) | Identico | 93,2 | | d |
| 3.b.2 | Assistenza totale netta ufficiale allo sviluppo per la ricerca medica e settori della sanità di baseessenziali (Istruzione, sanità e protezione sociale) | | | | |
| | Aiuto Pubblico allo Sviluppo in ricerca medica e salute di base (Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, 2018, Milioni di euro) | Identico | 33,9 | -- | -- |
| 3.c.1 | Densità e distribuzione dei professionisti sanitari | | | | |
| | Medici (IQVIA ITALIA, 2019, per 1.000) | Identico | 4,0 | | b |
| | Infermieri e ostetriche (Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), 2019, per 1.000) | Identico | 5,9 | | d |
| | Dentisti (Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), 2019, per 1.000) | Identico | 0,8 | | d |
| | Farmacisti (Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), 2019, per 1.000) | Identico | 1,1 | | d |
| Legenda | | Note | | | |
| | MIGLIORAMENTO | a = variazione calcolata sul 2010 | | | |
| | STABILITÀ | b = variazione calcolata sul 2012 | | | |
| | PEGGIORAMENTO | c = variazione calcolata sul 2011 | | | |
| -- | NON DISPONIBILE / SIGNIFICATIVO | d = variazione calcolata sul 2013 | | | |
| | | e = variazione calcolata sul 2009 | | | |

(....) Il fenomeno esiste, ma i dati non si conoscono per qualsiasi ragione

In sintesi

Ogni persona ha il diritto di accedere tempestivamente a un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili. Per garantire questo diritto occorre una distribuzione uniforme delle strutture e del personale sanitario sul territorio ed efficaci politiche di prevenzione e di controllo e monitoraggio delle malattie.

Nel 2017 in Italia sono circa 192.000 i posti letto ospedalieri, pari a 31,8 ogni 10.000 abitanti, valore che conferma la tendenza alla riduzione della dotazione avviata alla metà degli anni '90. La dotazione di posti letto in *day-hospital* è più limitata e anch'essa in diminuzione negli ultimi anni: in Italia si contano 3,5 posti letto ogni 10.000 abitanti nel 2017, contro i 3,9 del 2014.

L'offerta sul territorio si sviluppa anche con una terza componente: i presidi residenziali di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario. Nel 2017, i posti letto gestiti nei presidi residenziali sono 412.518, in media 68,2 posti ogni 10.000 abitanti, con un aumento di 6 posti dal 2012.

Nel 2019, in Italia, il numero di medici specialisti e generici è di circa 241mila, pari a 4 medici ogni 1.000 abitanti. Il personale infermieristico e ostetrico raggiunge 368mila unità pari a 5,9 ogni 1.000 abitanti. Gli odontoiatri, invece, risultano essere poco meno di 50mila (0,8 ogni 1000 abitanti) e i farmacisti poco più di 70mila (1,1 ogni 1000 abitanti).

Nel 2018 l'indicatore sulla speranza di vita in buona salute alla nascita, che fornisce indicazioni sulla qualità della sopravvivenza, si attesta su 58,5 anni, rispetto agli 83 anni attesi di vita totali. Il numero di anni da vivere in buona salute è aumentato di 2,1 anni, rispetto al 2009, mentre è leggermente diminuito rispetto al 2017, per un calo di 0,9 anni nel Nord.

Nella popolazione adulta le persone in sovrappeso sono il 44,9% del totale, con quote più elevate nel Mezzogiorno (49,3%), tra i maschi (53,9%) e fra i più anziani (60,9% degli individui tra i 65 e i 74 anni).

Nel 2017, si sono registrati 646.833 decessi (308.171 uomini e 338.662 donne) con un tasso standardizzato di 867,3 morti ogni 100 mila abitanti, (1.082 ogni 100 mila uomini contro 717 ogni 100 mila donne). Dal 2007 al 2017 il tasso di mortalità standardizzato, che tiene conto della diversa struttura per età, si è comunque ridotto dell'11,5%, a fronte di un aumento del 13,6% dei decessi (+77.434)². La maggior parte dei decessi avvengono per cause legate alle malattie cardiovascolari (35,8% dei decessi), ai tumori maligni (26,3%) e alle malattie del sistema respiratorio (8,2%).

Nel 2017 sono avvenuti 3.843 suicidi, pari a 5,9 suicidi per 100 mila abitanti, in prevalenza tra persone di sesso maschile: tra gli uomini 9,8 decessi ogni 100 mila abitanti (10,3 nel 2007); tra le donne 2,5 decessi (2,6 nel 2007).

Nel 2019, la proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano comportamenti a rischio nel consumo di alcol si riduce ulteriormente rispetto all'anno precedente (rispettivamente 15,8% e 16,7%). Nei due anni diminuisce anche la proporzione

² L'apparente contraddizione dell'aumento nel tempo del numero assoluto dei decessi a fronte del calo dei tassi di mortalità è spiegato dal progressivo invecchiamento della popolazione: poiché un numero sempre maggiore di persone sopravvive fino ad età avanzate, il numero di eventi-morte aumenta; ma se si depura l'indicatore dalla diversa struttura per età delle popolazioni a confronto, come accade con il tasso standardizzato, si evidenzia come la mortalità sia invece in diminuzione nel tempo.

standardizzata di persone di 15 anni e più che fumano (rispettivamente 19% nel 2019 e 19,6% nel 2018).

L'andamento della vaccinazione anti influenzale negli over65 è tornato ad aumentare nella stagione invernale 2018-2019 (53,1%), mantenendosi però inferiore ai livelli record registrati fino alla stagione invernale 2011-2012 (costantemente sopra il 60%)

Le vaccinazioni pediatriche raggiungono coperture maggiori, ma con profili territoriali eterogenei. La copertura vaccinale a 36 mesi per il morbillo ha raggiunto il 93,4% dei nati nel 2014 e il 95,2% dei nati nel 2015 (superando quindi la soglia del 95% che rappresenta il *target* raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità).

SDG 3.8.1 - Proporzione della popolazione target coperta dai servizi sanitari essenziali

I sistemi sanitari dei Paesi dell'Unione Europea rappresentano uno degli elementi fondamentali per un elevato livello di protezione e coesione sociale in Europa e si basano sul principio che ogni persona ha il diritto di accedere tempestivamente a un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili. Per garantire questo diritto occorre una distribuzione equilibrata delle strutture e del personale sanitario sul territorio.

La copertura dei servizi sanitari essenziali viene rappresentata attraverso la presenza sul territorio di strutture e di personale che permettono l'assistenza di base medica, diagnostica, residenziale o semiresidenziale. Più soggetti sono coinvolti: istituti di cura, personale medico, infermieristico, farmacistico e presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Nei Paesi europei la disponibilità di posti letto per la degenza ordinaria (degenza del paziente di almeno una notte), negli ospedali (istituti di cura³) è molta diversa. Nel 2017 in Germania erano presenti, 80 posti letto ogni 10.000 abitanti, mentre in Svezia soltanto 22 e nella media europea circa 50. Rispetto al 2009 si evidenzia una riduzione generalizzata tra i paesi (5 posti letto la diminuzione per la media europea). Stabili in quasi tutti i Paesi il numero di posti letto per abitante rispetto al 2016 (Figura 3.1).

Nel 2017 in Italia sono circa 192.000 i posti letto ospedalieri, 31,8 ogni 10.000 abitanti un livello inferiore ai 37 posti per 10.000 abitanti stabilito dalla normativa nazionale⁴. La dotazione è in progressiva diminuzione a partire dalla metà degli anni '90, in parte legata all'intensificazione della gestione domiciliare dell'assistenza per quei pazienti affetti da patologie gestibili senza bisogno dell'ospedalizzazione.

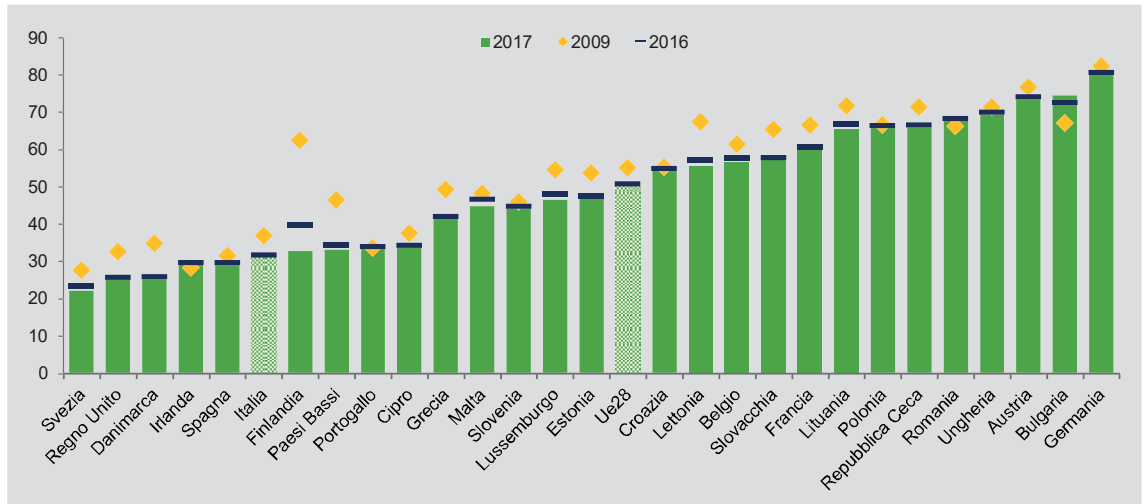
I posti letto disponibili sono dedicati nell'82,6% dei casi ai pazienti con patologie acute, nel 4,4% per i lungodegenti e nel 13% vengono destinati a terapie riabilitative.

L'offerta di posti letto è, però, molto diversa sul territorio italiano: i posti letto ordinari sono 37 ogni 10.000 abitanti in Emilia-Romagna, circa 35 in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige mentre scendono a 24,9 in Calabria, 26,4 in Campania, 27,6 in Sicilia e in Toscana e 28,7 in Puglia.

³ Gli istituti di cura sono strutture pubbliche o private residenziali attrezzate per l'accoglienza e l'assistenza a tempo pieno di pazienti per fini diagnostici e/o curativi e/o riabilitativi. Sono dotate di personale medico specializzato, di apparecchiature di diagnosi e cura ed eventualmente di servizi di supporto all'assistenza ospedaliera, quali: dipartimento di emergenza, centro di rianimazione, pronto soccorso, centro trasfusionale, centro di dialisi, sale operatorie, camere iperbariche, incubatrici, ambulanze, unità mobili di rianimazione.

⁴ D.l. n. 95/2012, decreto "spending review".

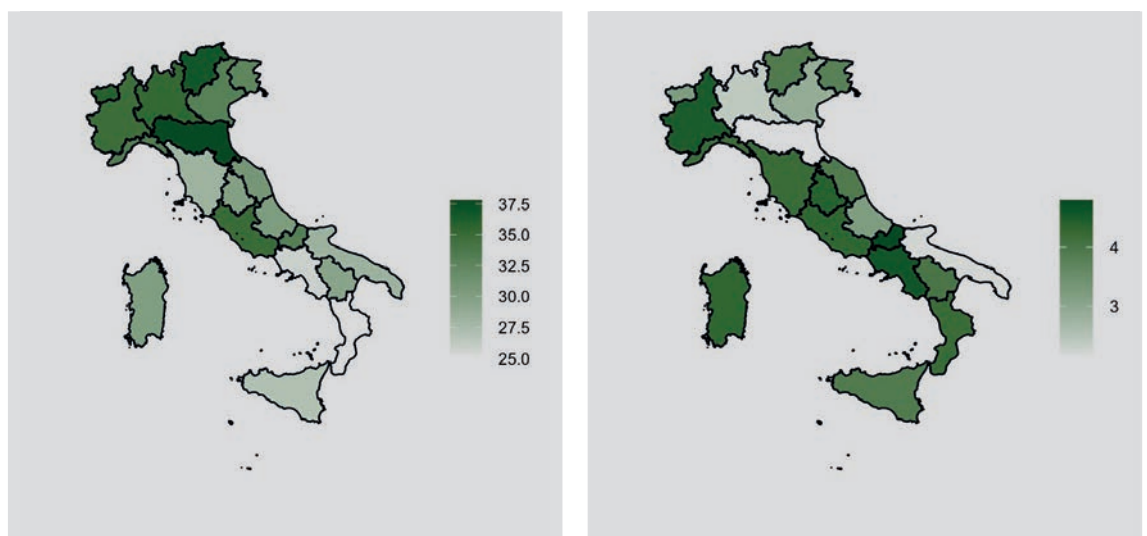
Figura 3.1 - Posti letto in degenza ordinaria in alcuni Paesi europei. Anni 2009, 2016, 2017 (valori per 10.000 abitanti)



Fonte: Eurostat

Oltre alla dotazione di posti letto in regime ordinario, gli istituti di cura possono ricoverare i pazienti in regime di degenza diurna (*day-hospital*)⁵ per fini diagnostici e/o curativi e/o riabilitativi. La dotazione di posti letto in *day-hospital* è più limitata e anch'essa in diminuzione negli ultimi anni: in Italia si contano 3,5 posti letto ogni 10.000 abitanti nel 2017 contro i 3,9 del 2014. Nel Centro sono disponibili 4,2 posti letto, nel Mezzogiorno 3,8, mentre nel Nord 3. Le regioni con più offerta sono il Molise (4,8), la Campania (4,6) e il Piemonte (4,5); mentre Lombardia (2,4), Puglia (2,2) e Emilia-Romagna (2,1) hanno disponibilità più ridotte (Figura 3.2).

Figura 3.2 - Posti letto in regime ordinario (a sinistra) e posti letto in day-hospital (a destra) per regione. Anno 2017 (valori per 10.000 abitanti)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute

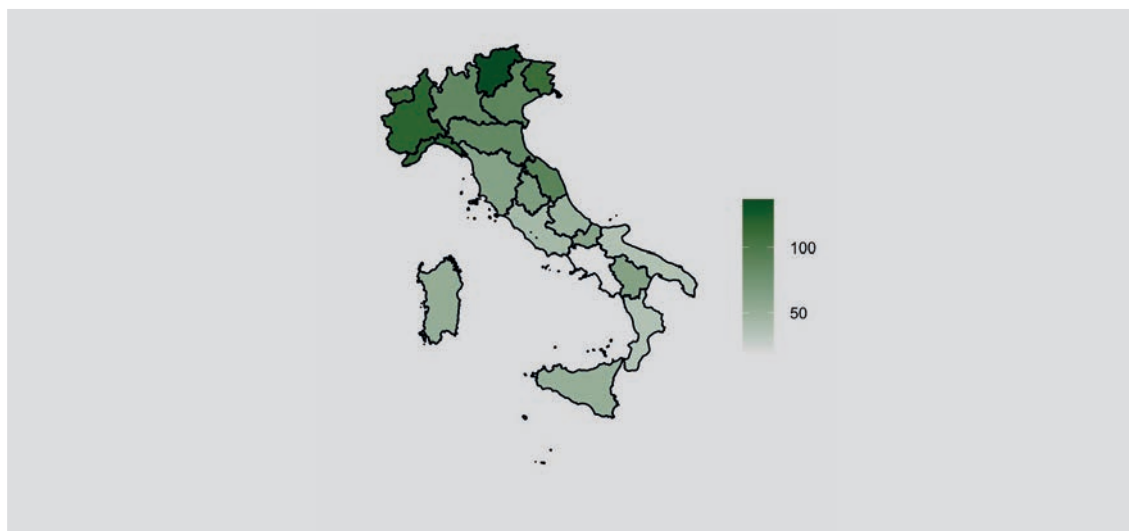
⁵ Ricovero ospedaliero in regime di degenza diurna: si tratta di ricovero o ciclo di ricoveri programmato/i; è limitato a una sola parte della giornata e non ricopre quindi l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero; - fornisce prestazioni multiprofessionali e/o multispecialistiche, che necessitano di un tempo di esecuzione che si discosta in modo netto da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale

I presidi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) che erogano servizi di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno sono un'altra componente dell'offerta sul territorio e svolgono un ruolo importante, favorendo il processo di deospedalizzazione e garantendo una risposta adeguata alla domanda sanitaria da parte di persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute. Coprono, inoltre, per una parte residuale della loro offerta, altre tipologie di ospiti in grave difficoltà sociale (persone affette da patologie psichiatriche, persone con dipendenze patologiche, minori, immigrati/stranieri).

Nel 2017, i posti letto gestiti nei presidi residenziali sono 412.518, in media 68,2 posti ogni 10.000 abitanti, con un aumento di 6 posti dal 2012. La maggior parte dell'offerta residenziale è di tipo socio-sanitario (il 74,6% dei posti letto complessivi, a seguire l'11,2% sono per l'accoglienza abitativa⁶).

A livello territoriale, l'offerta di posti letto nei presidi residenziali presenta una significativa differenza fra Nord e Mezzogiorno (Figura 3.3), con valori decisamente più elevati per le regioni settentrionali. Superano i 100 posti letto ogni 10.000 abitanti la provincia di Trento (140,1) la provincia di Bolzano (130,3), il Piemonte (115,5), il Friuli-Venezia Giulia e la Valle d'Aosta (114,7), la Liguria (114,3) mentre, hanno una disponibilità inferiore ai 50 posti Abruzzo (48,4), Lazio (42,7), Calabria (36,6), Puglia (36,5), e Campania (18,2).

Figura 3.3 - Posti letto in strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie per regione. Anno 2017 (valori per 10.000 abitanti)



Fonte: Istat, Indagine sui Presidi socio-assistenziali e socio-sanitari

Anche la funzione offerta nei presidi differisce sul territorio: al Nord è in prevalenza socio-sanitaria (84% dei posti letto nel Nord-Ovest e 82,5% nel Nord-Est), mentre al Centro e nel Mezzogiorno diventano più elevate anche la funzione di accoglienza abitativa (17,8%, 23,6% e 29,5% rispettivamente nel Centro, nel Sud e nelle Isole) e quella socio-educativa⁷ (6,8%, 6,9% e 11,1%).

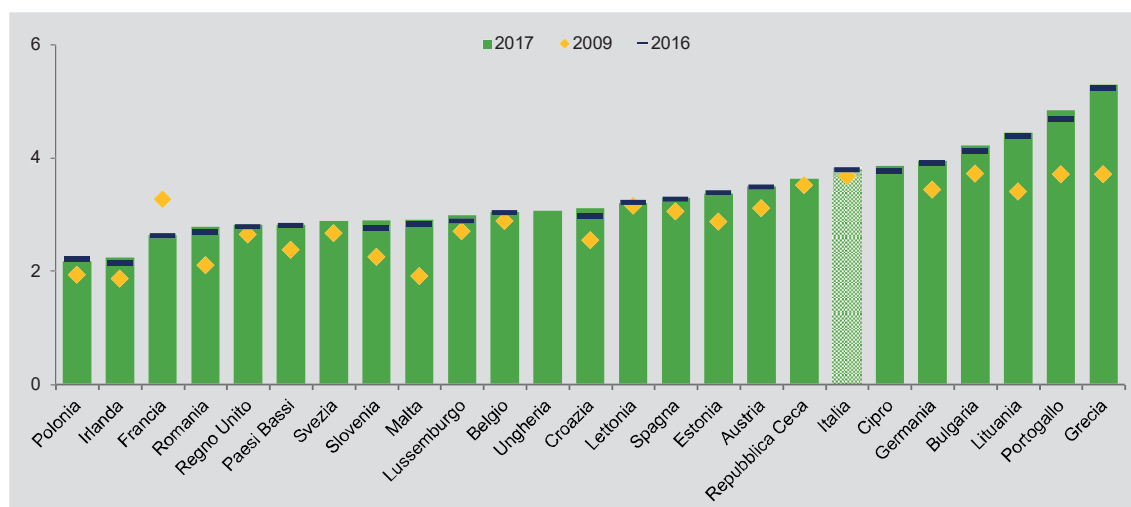
6 La funzione prevalente di accoglienza abitativa offre ospitalità, assistenza e occasioni di vita comunitaria. Può essere rivolta all'accoglienza di immigrati o adulti in condizioni di disagio o ad anziani autosufficienti.

7 Funzione socio-educativa riguarda la tutela ed assistenza educativa di carattere professionale a minori temporaneamente allontanati dal nucleo familiare.

SDG 3.c.1 - Densità e distribuzione dei professionisti sanitari

L'assistenza sanitaria di base e la possibilità per tutti di accedere ai servizi sanitari richiede una adeguata disponibilità di capitale umano, con differenti specializzazioni⁸. La presenza di medici nei Paesi europei è poco differenziata ed in aumento negli ultimi anni (tranne che in Francia). Nel 2017 il numero di medici varia dal minimo in Polonia (2,2 per 1.000 abitanti) al massimo di 5,3 medici in Grecia (Figura 3.4). In Italia ci sono 4 medici ogni 1.000 abitanti.

Figura 3.4 - Medici per Paesi europei, Anni 2009, 2016, 2017 (valori per 1000 abitanti)



Fonte: Eurostat

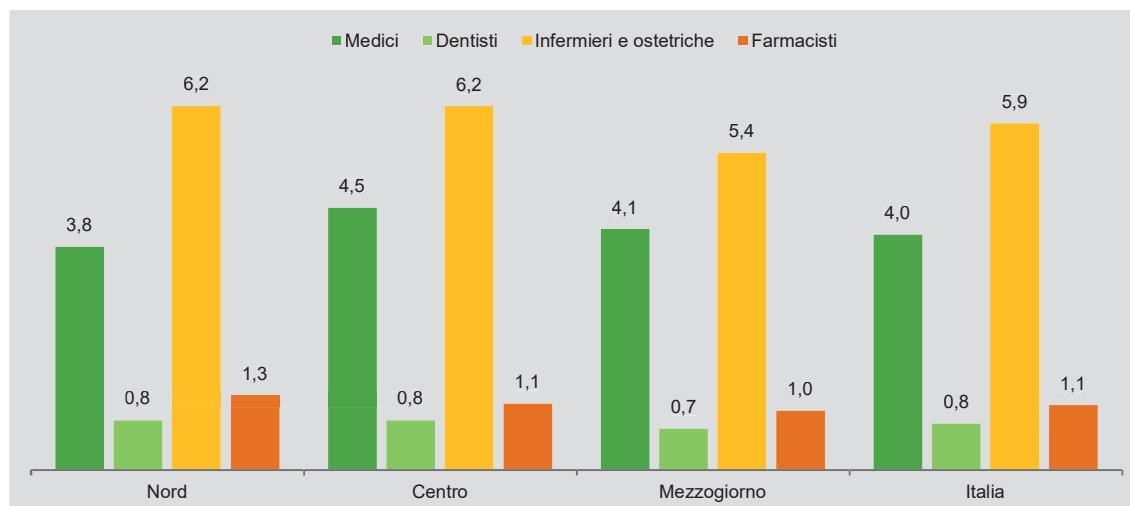
Nel 2019, in Italia, il numero totale di medici è di circa 241mila, di cui i medici generici sono circa 54mila (3,1 medici specialisti e 0,9 medici generici ogni 1.000 abitanti)⁹. Il personale infermieristico e ostetrico raggiunge nel 2019 le 368mila unità pari a 5,9 ogni 1.000 abitanti (le ostetriche sono circa 17.000). Gli odontoiatri, invece, risultano essere poco meno di 50mila (0,8 ogni 1000 abitanti) e i farmacisti poco più di 70mila (1,1 ogni 1000 abitanti). Tra i medici specialisti risultano più numerosi i cardiologi (7% dei medici specialisti), gli anestesisti (6,9%), i chirurghi (4,8%) e gli ortopedici (4,9%).

Il numero di medici, dentisti e farmacisti è costante negli ultimi anni, senza differenze evidenti sul territorio (Figura 3.5); è aumentato invece il numero di infermieri ed ostetriche da 5,3 ogni 1000 abitanti nel 2013 a 5,9 nel 2019, con un aumento maggiore al Centro e al Sud (+0,8) e nelle Isole (+0,7).

⁸ Tra le trenta professioni sanitarie riconosciute nel nostro Paese rientrano i medici specialisti, generici, odontoiatri, personale infermieristico, ostetriche e farmacisti.

⁹ Per il dato Italia, l'Istat elabora le informazioni sul personale in attività nel sistema sanitario pubblico e privato. Le fonti sono: per i medici specialisti i dati di IQVIA (OneKey database) e Ministero della Salute per i pediatri di libera scelta (pediatri di famiglia); per i medici generici i dati di IQVIA (OneKey database) e i dati del Ministero della Salute per i medici di medicina generale (medici di famiglia); per i dentisti, farmacisti, personale infermieristico e ostetriche, i dati del Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie (COGEAPS).

Figura 3.5 - Medici, dentisti, infermieri e ostetriche e farmacisti per ripartizione geografica. Anno 2019 (valori per 1000 abitanti)



Fonte: Elaborazione Istat su dati di IQVIA, Ministero della Salute e Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie (COGEAPS)

SDG 3.4.1 - Tasso di mortalità attribuita a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche

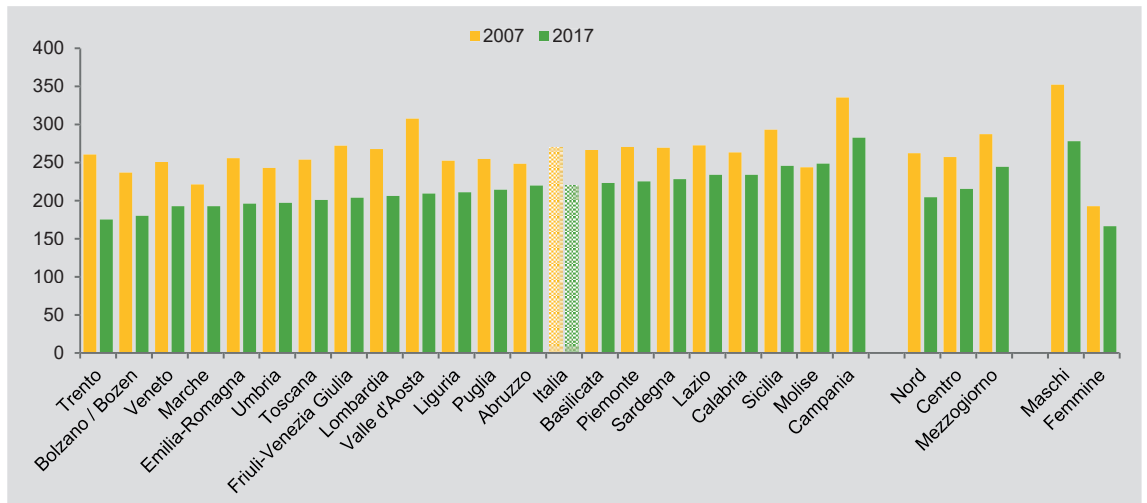
La maggior parte dei decessi è causata da malattie non trasmissibili in particolare dalle malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete e le malattie respiratorie croniche. Nel 2016, ultimo dato disponibile, circa 32 milioni di persone in tutto il mondo sono morte a causa di queste malattie, ma il rischio di morte per queste cause tra 30 e 69 anni è in costante calo.

Per monitorare questa popolazione target e considerare l'incidenza delle morti dovute alle malattie non trasmissibili, è opportuno utilizzare il tasso standardizzato di mortalità¹⁰ che tiene conto delle differenze nella struttura per età delle popolazioni a confronto. In Italia, nel 2017, si sono avuti 75.105 decessi per malattie cardiovascolari, tumori, diabete e malattie respiratorie croniche nella popolazione di 30-69 anni e il tasso è sceso a 278 decessi per 100 mila residenti tra i maschi (era 352,2 per 100 mila nel 2007), e a 166,4 decessi per 100 mila tra le femmine (era 192,7 nel 2007, Figura 3.6). L'obiettivo proposto per il 2030 in Italia, cioè il raggiungimento di un tasso standardizzato pari a 258 decessi per 100 mila abitanti per i maschi e a 134 per le femmine, appare più vicino per gli uomini, nell'ipotesi che si mantenga l'attuale percorso di riduzione. Dal punto di vista territoriale, il tasso più elevato si registra nel Mezzogiorno (244,4 decessi per 100 mila rispetto a 204,4 decessi nel Nord e 215,4 nel Centro), dove il processo di ridimensionamento è stato più lento.

Ampliando l'analisi a tutta la popolazione e a tutte le cause, nel 2017, si sono registrati in Italia 646.833 decessi (308.171 uomini e 338.662 donne) con un tasso standardizzato di 867,3 morti ogni 100 mila abitanti, (1.082 ogni 100 mila uomini contro 717 ogni 100 mila donne). Dal 2007 al 2017 il tasso di mortalità si è comunque ridotto del 11,5%, a fronte di

¹⁰ Il tasso di mortalità standardizzato per età è una misura del fenomeno al netto della struttura per età della popolazione, utilizzata per i confronti nello spazio e/o nel tempo. Il valore esprime il livello della mortalità come numero di morti per 100.000 abitanti. I tassi presentati sono stati calcolati con riferimento ai decessi e alla popolazione residente in Italia, applicando i pesi della popolazione standard europea del 2013 (<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>).

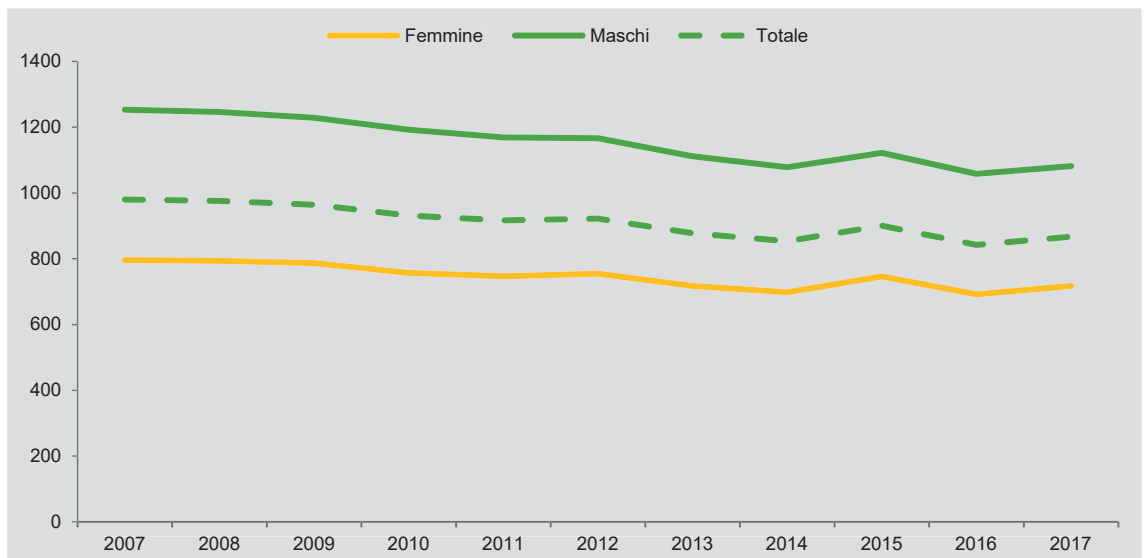
Figura 3.6 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete e le malattie respiratorie croniche) tra 30-69 anni per regione, ripartizione geografica e per genere. Anni 2007 e 2017 (per 100 mila abitanti)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte

un aumento del 13,6% dei decessi (+77.434) dovuto all'invecchiamento della popolazione. Il calo è stato più rapido per gli uomini (-171 decessi ogni 100 mila), che per le donne (-78 decessi) facendo diminuire la differenza di genere nella mortalità e, specularmente, nella speranza di vita alla nascita (Figura 3.7).

Figura 3.7 - Tasso standardizzato di mortalità in Italia per genere. Anni 2007-2017 (per 100 mila abitanti)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte

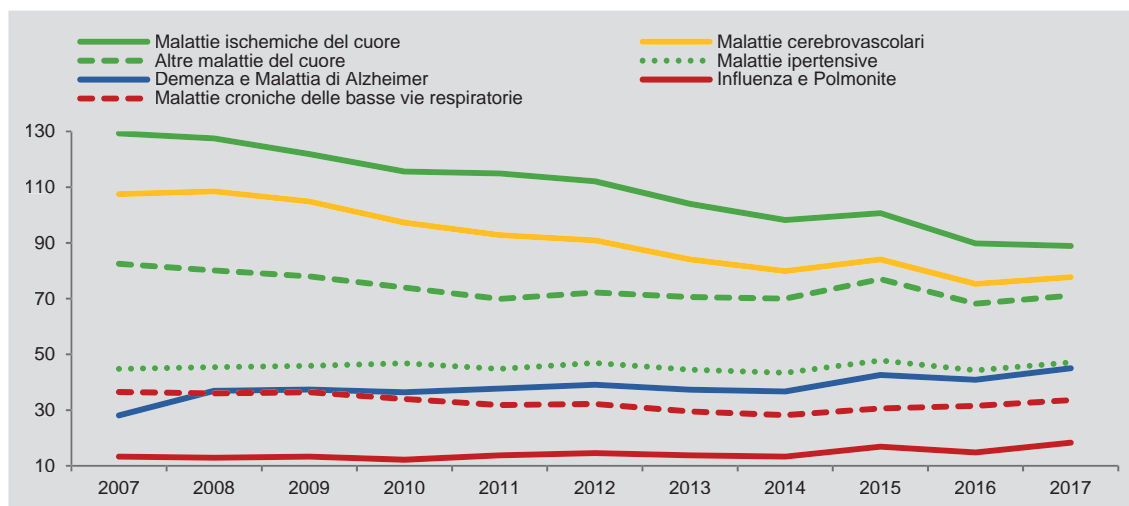
La maggior parte dei decessi avvengono per cause legate alle malattie cardiocircolatorie (35,8% dei decessi), tumori maligni (26,3%), alle malattie del sistema respiratorio (8,2%). Nel dettaglio le malattie ischemiche del cuore (67.338 decessi pari al 10,4% del totale), le malattie cerebrovascolari (59.945 pari al 9,3%) e le altre malattie del cuore (54.361 pari all'8,4%) si confermano tra le prime cause di morte.

Le malattie ipertensive (36.421 decessi pari al 5,6%) aumentano il proprio peso sul totale dei decessi. Tra i tumori maligni i più frequenti, come causa di morte, sono quelli alla trachea, bronchi e polmoni (33.759 decessi pari al 5,2% del totale), al colon, retto e ano (19.355 decessi pari al 3%) e al seno (12.942 decessi pari al 2%). Minore incidenza negli uomini per il tumore alla prostata (7.679 pari all'1,2%).

Aumenta il peso delle malattie più legate all'invecchiamento come le demenze e malattia di Alzheimer che hanno causato 35.330 decessi nel 2017 (5,5% dei decessi), più del doppio di quelli del 2007. Altre cause rilevanti sono le malattie croniche della basse vie respiratorie (25.823 pari al 4%), il diabete mellito (22.354 pari al 3,5%) e le influenze e polmoniti (14.133 pari al 2,2%).

I trend temporali dei tassi delle principali cause di morte dal 2007 al 2017 sono in discesa per le malattie ischemiche del cuore, le malattie cerebrovascolari e le altre malattie del cuore, e per i tumori maligni. Invece, sono in crescita le demenze e la malattia di Alzheimer; le malattie croniche delle vie respiratorie (dal 2015 dopo un calo negli anni precedenti); leggermente in crescita dal 2015 le malattie ipertensive e le influenze e polmoniti (Figura 3.8).

Figura 3.8 - Tasso standardizzato di mortalità in Italia per alcune cause di morte. Anni 2007-2017 (per 100 mila abitanti)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte

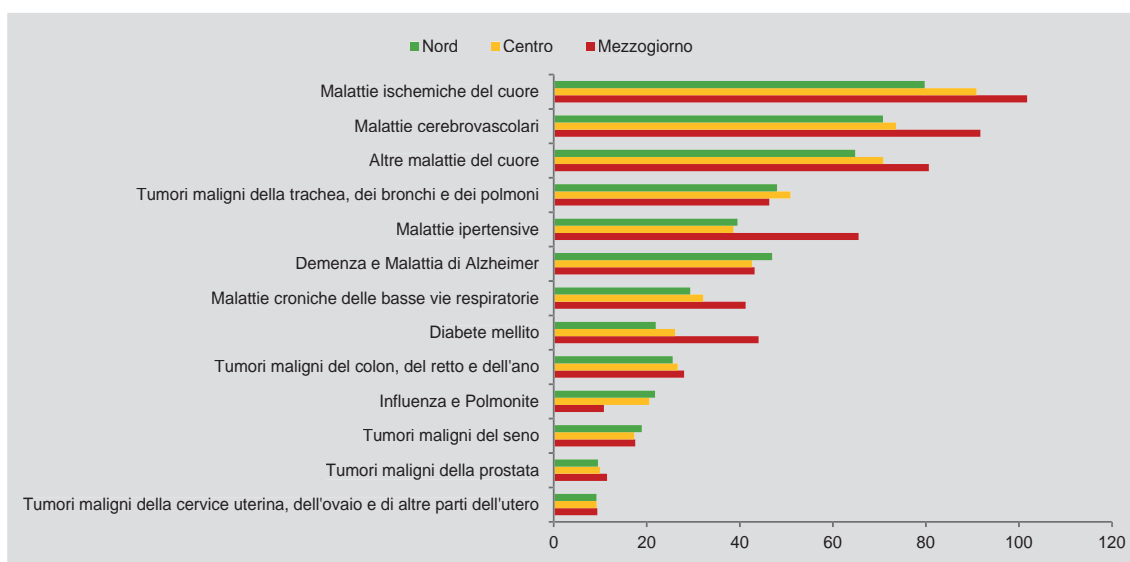
Nell'arco di tempo analizzato si possono osservare anche effetti sulla mortalità legati a fattori congiunturali che possono portare a scostamenti dalle tendenze di lungo periodo. Ad esempio il 2015 è stato un anno caratterizzato da un notevole incremento dei decessi, solo in parte imputabile all'invecchiamento della popolazione. Va considerato, infatti, che i due anni precedenti (2013 e 2014) hanno registrato una mortalità particolarmente bassa che ha favorito la presenza nella popolazione del 2015 di un *pool* di individui in condizioni di maggiore fragilità (soprattutto anziani e molto anziani). Una delle possibili chiavi di lettura dei picchi di mortalità è, infatti, la teoria che contesti epidemiologici (sindromi influenzali particolarmente aggressive o blande, ecc.) o ambientali (periodi climatici atipici, quali inverni particolarmente miti o rigidi, estati torride o fresche) agiscano su una stessa popolazione determinando la sopravvivenza di soggetti fragili o anticipandone il decesso. Nel 2015 si sono registrati un luglio molto caldo, un inverno rigido e un'influenza più aggressiva¹¹: ana-

¹¹ Inoltre, nella stagione invernale 2014/2015 la copertura vaccinale della popolazione sopra i 65 anni è scesa al di sotto del 50% (si veda indicatore SDG 3.b.1).

logo incremento straordinario di mortalità è stato osservato in altri Paesi (Francia, Spagna, Gran Bretagna) negli stessi periodi dell'anno.

Le differenze regionali nella mortalità sono molto evidenti per alcune patologie (Figura 3.9). I tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni hanno una leggera prevalenza nel Nord (48,0 decessi ogni 100 mila abitanti) e nel Centro (50,9); il tumore del colon, del retto e dell'ano e della prostata nel Mezzogiorno (28,0 e 11,5 rispettivamente). Sono, invece, le malattie ischemiche del cuore, le malattie cerebrovascolari, quelle ipertensive e il diabete mellito che hanno dei tassi molto più alti nel Mezzogiorno (rispettivamente 101,8, 91,7, 65,6 e 44,1); la demenza e l'Alzheimer incidono al Nord (46,9), influenza e polmoniti sono più frequenti sia al Nord (21,8), sia al Centro (20,6).

Figura 3.9 - Tasso standardizzato di mortalità in Italia per alcune cause di morte per ripartizione. Anno 2017 (per 100 mila abitanti)



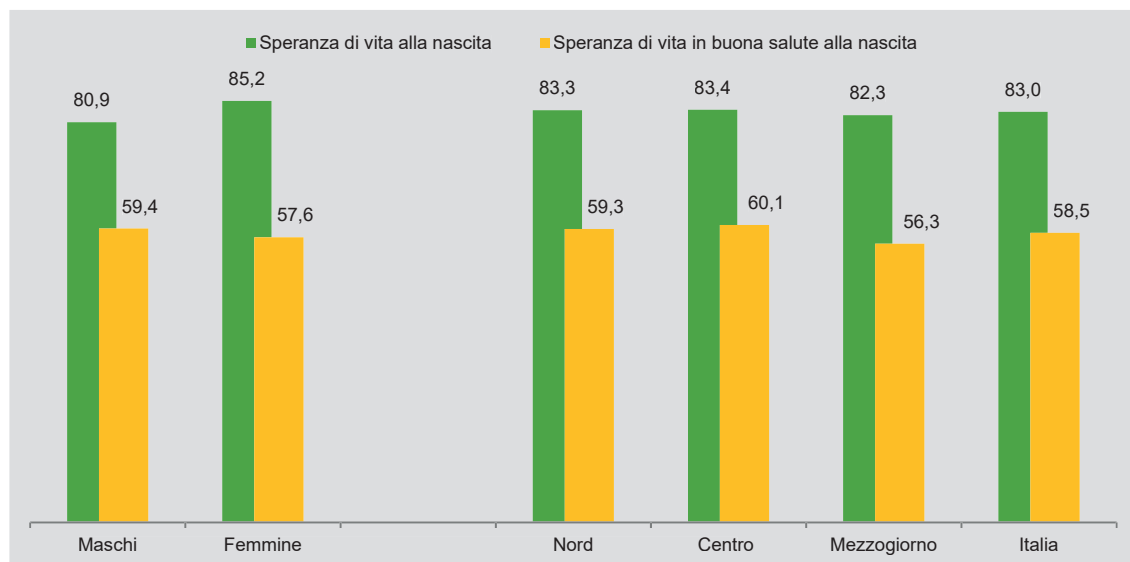
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte

Nel 2018, in Italia, l'indicatore sulla speranza di vita in buona salute alla nascita, che fornisce indicazioni sulla qualità della sopravvivenza, si attesta su 58,5 anni attesi di vita in buona salute alla nascita, rispetto agli 83 anni attesi di vita totali. Il numero di anni da vivere in buona salute è aumentato di 2,1 anni, rispetto al 2009, mentre è leggermente diminuito rispetto al 2017, condizionato dalla riduzione di 0,9 anni nel Nord (da 60,2 nel il 2017 a 59,3 nel 2018). I miglioramenti più accentuati si osservano tra le donne (+2,7 anni), che tuttavia mantengono lo svantaggio rispetto agli uomini in termini di qualità della sopravvivenza. Le disuguaglianze territoriali sono ancora più marcate, con una differenza di vita attesa in buona salute alla nascita tra Centro e Mezzogiorno pari a circa 4 anni (Figura 3.10).

L'eccesso di peso¹² è un importante fattore di rischio per la salute, associato allo sviluppo di malattie di tipo metabolico o tumorali, con conseguenze anche sulla riduzione dell'aspettativa di vita. Nella popolazione adulta le persone in eccesso di peso o sovrappeso sono il 44,9% del totale, stabili dal 2016, dopo aver raggiunto la percentuale massima (46,1%) nel

¹² L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell'altezza in metri).

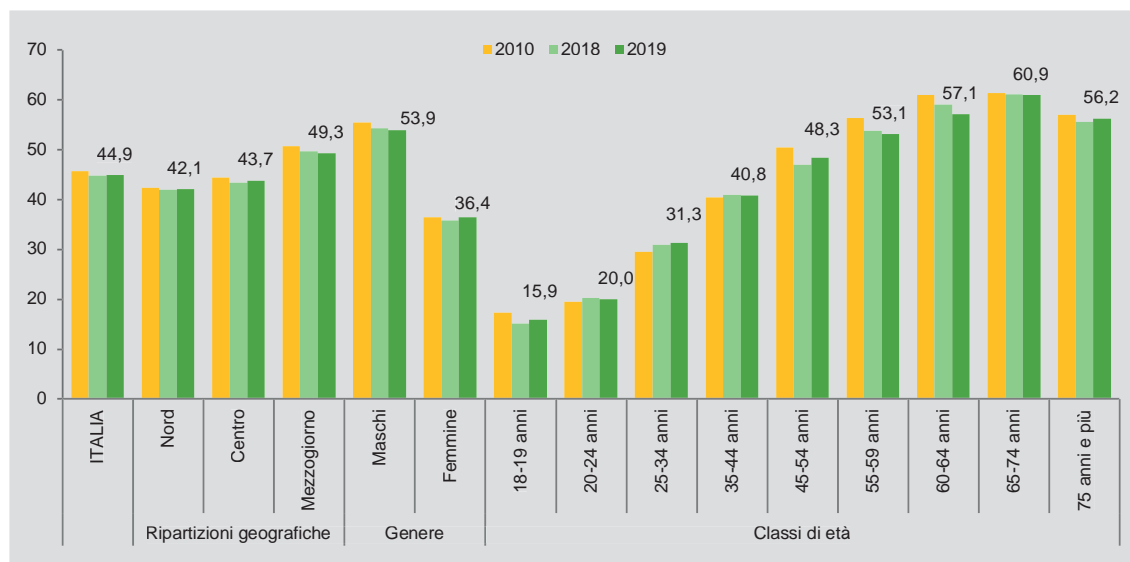
Figura 3.10 - Speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita, per sesso e per ripartizione geografica. Anno 2018 (numero medio di anni)



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana

2009. La prevalenza più alta è nel Mezzogiorno (49,3%), tra gli uomini (53,9%) e fra i più anziani (60,9% degli individui tra i 65 e i 74 anni, Figura 3.11).

Figura 3.11 - Prevalenza dell'eccesso di peso nella popolazione italiana di 18 anni e più per ripartizione geografica sesso e classe d'età. Anno 2019 (valore percentuale)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

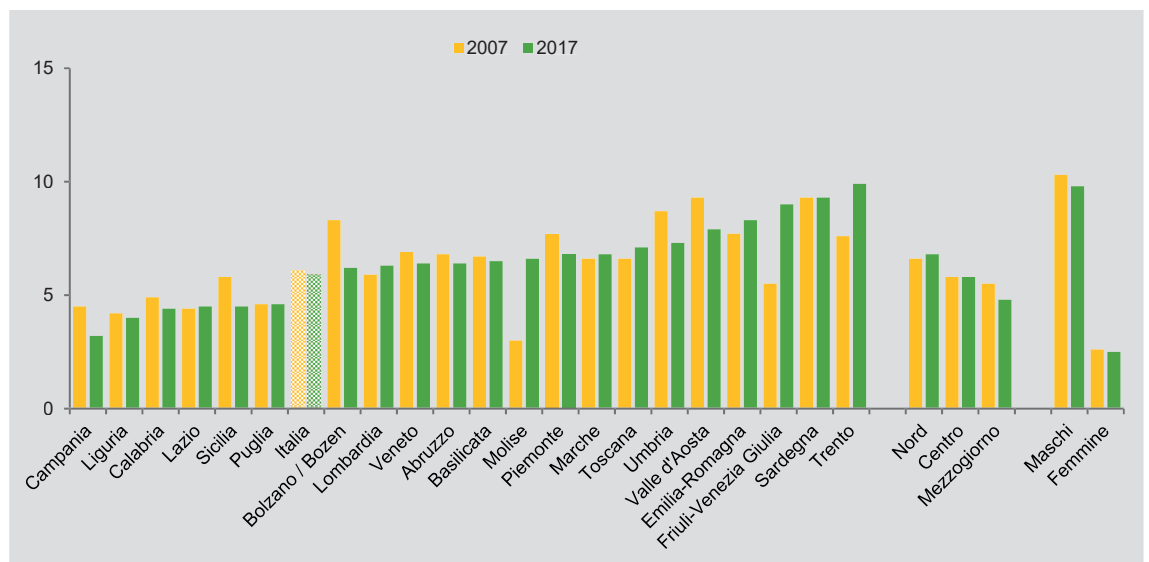
SDG 3.4.2 - Tasso di mortalità per suicidio

Nel 2016, ultimo dato disponibile, nel mondo, sono decedute per suicidio 10,6 persone su 100mila. Il tasso tra gli uomini, 13,5 decessi per 100 mila abitanti, è quasi doppio rispetto a quello delle donne, 7,7 per 100 mila.

In Italia, il tasso di mortalità per suicidio è più contenuto anche rispetto alla media europea. Nel 2016, il tasso standardizzato per la media Ue28 era di 10,3 decessi per questa causa ogni 100 mila abitanti, rispetto a 5,9 decessi in Italia nello stesso periodo. I valori più elevati si registrano in Lituania, Lettonia, Slovenia e Ungheria (rispettivamente 28,3, 18,1, 18,6 e 18 decessi per 100 mila), i più bassi a Malta (5,3), Grecia (4,3) e Cipro (3,9).

Nel 2017, in Italia, sono avvenuti 3.843 suicidi, pari a 5,9 suicidi per 100 mila abitanti. Si segnalano tuttavia differenze di genere a sfavore degli uomini, tra i quali si registrano 9,8 decessi ogni 100 mila abitanti (erano 10,3 nel 2007); il tasso tra le donne è pari a 2,5 decessi (era 2,6 nel 2007). A livello territoriale, il Nord presenta i livelli di mortalità più elevati (6,8 suicidi ogni 100 mila abitanti), mentre il Mezzogiorno quelli più contenuti (4,8 suicidi ogni 100 mila abitanti), ad eccezione della Sardegna (Figura 3.12).

Figura 3.12 - Tasso standardizzato di mortalità per suicidio in Italia per regione (a), ripartizione geografica e per genere. Anni 2007, 2017 (per 100 mila abitanti)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte

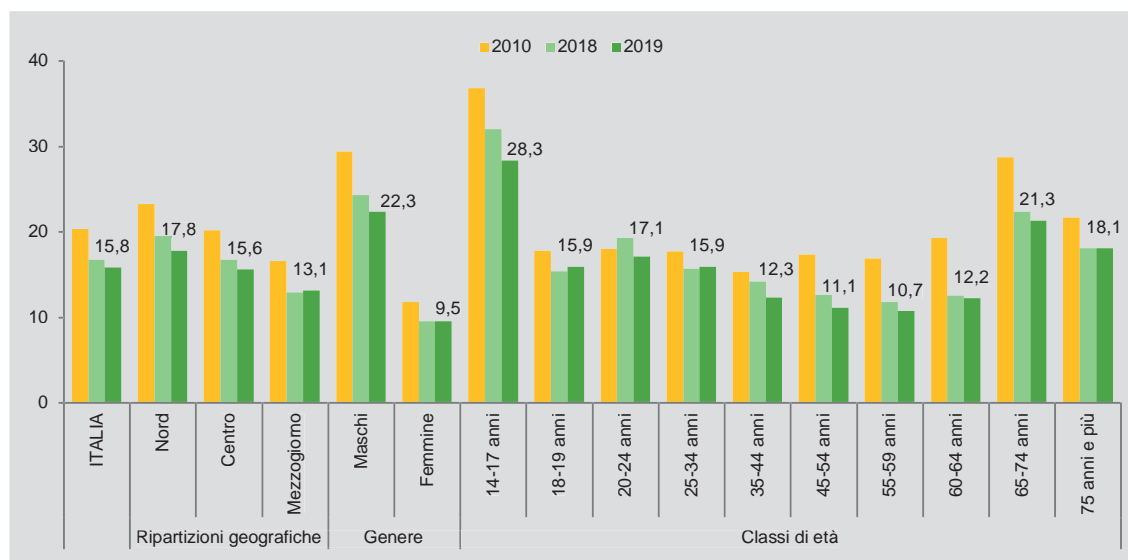
(a) Valori anomali possono presentarsi in regioni con una numerosità di popolazione contenuta.

SDG 3.5.2 - Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol

In Italia, la proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano comportamenti a rischio nel consumo di alcol¹³ è pari al 15,8% nel 2019, in calo rispetto all'anno precedente (16,7%) e rispetto al 2010 (20,3%). Abitudini rischiose nel consumo di alcol sono più diffuse tra gli uomini (22,3% rispetto a 9,5% tra le donne), tra le persone residenti nelle regioni del Nord (17,8%), tra i giovanissimi (28,3% per i ragazzi di 14-17 anni) e tra gli anziani (21,3 tra i 65-74enni, Figura 3.13).

¹³ L'indicatore è riferito al consumo abituale di alcol che supera le soglie specifiche per genere e fasce di età o il binge drinking, vale a dire episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni.

Figura 3.13 - Proporzione standardizzata di persone che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol, per ripartizione, genere e classe d'età. Anni 2010, 2018 e 2019 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



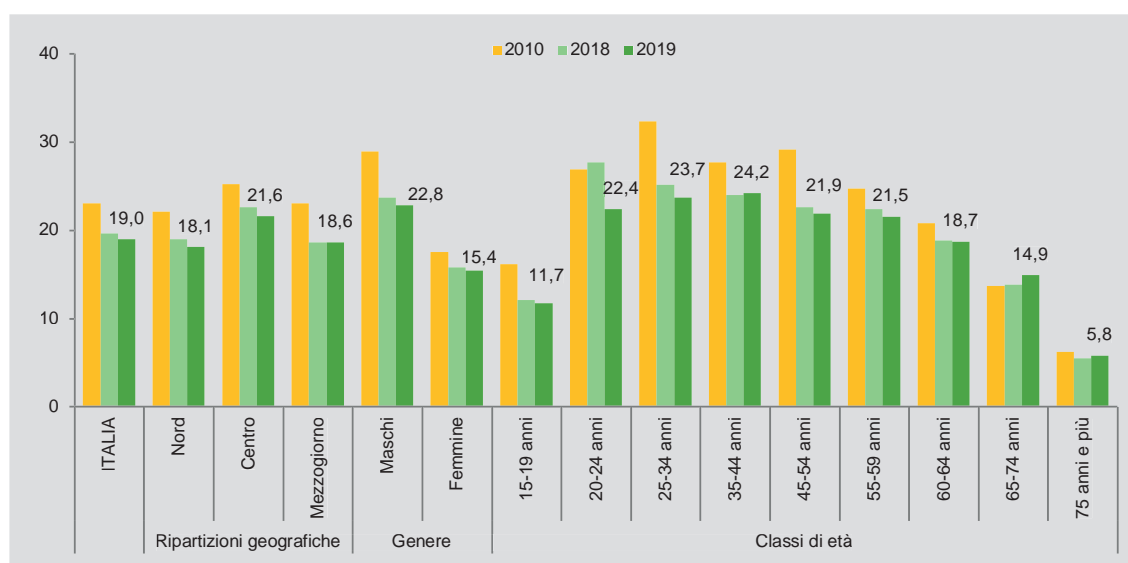
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

SDG 3.a.1 - Consumo di tabacco relativo alle persone di 15 anni e più, standardizzato per età

In Italia, la proporzione standardizzata di persone di 15 anni e più che fumano attualmente è pari al 19% nel 2019, in calo rispetto all'anno precedente (19,6%) e rispetto al 2010 (23%)

Come per il consumo di alcol, la propensione a fumare è più diffusa tra gli uomini (22,8%) che tra le donne (15,4%), tra le persone residenti nel Centro (21,6%), e tra gli adulti (24,2% tra 35 e 44 anni e 23,7% tra 35 e 44 anni), piuttosto che tra gli ultra 75enni (5,8%, Figura 3.14).

Figura 3.14 - Proporzione standardizzata di persone che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol, per ripartizione, genere e classe d'età. Anni 2010, 2018 e 2019 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



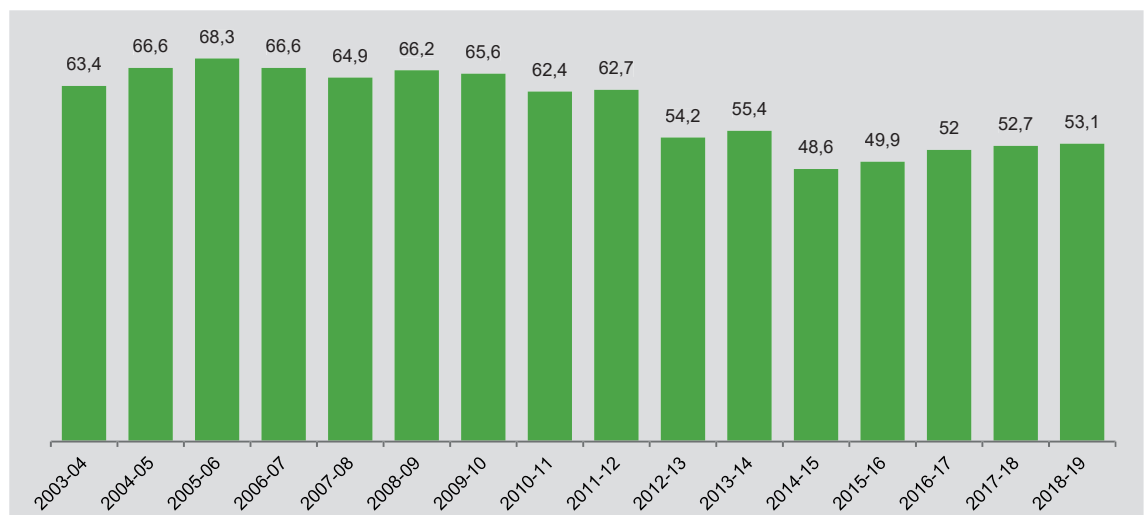
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

3.b.1 - Percentuale della popolazione coperta da tutti i vaccini inclusi nel programma nazionale

La copertura vaccinale rispetto ad una popolazione target rappresenta l'indicatore principale per valutare la reale implementazione sul territorio delle strategie di prevenzione. La vaccinazione antinfluenzale è consigliata per la popolazione anziana sopra i 65 anni e per le persone ad alto rischio. L'andamento della vaccinazione negli over65 è tornato a aumentare, dopo aver toccato il livello più basso nella stagione 2014-2015 (48,6%), nella stagione invernale 2018-2019 (53,1%), anche se il livello permane inferiore a quello registrato fino alla stagione invernale 2011-2012 (oltre il 60%, Figura 3.15). Calcolando la copertura sulla intera popolazione la quota di persone vaccinate è del 15,8% nella stagione 2018-2019.

Nella stagione 2018/2019 le regioni dove è più alta la copertura vaccinale sono la Basilicata (66,6%), l'Umbria (64,8%), il Molise (61,7%), la Campania (60,3%). Invece, Piemonte (49%), Lombardia (48,2%), Sardegna (46,5%), Valle d'Aosta (45,2%) e provincia di Bolzano (38,3%) hanno una copertura vaccinale che non raggiunge la metà della popolazione target.

Figura 3.15 - Copertura vaccinale antinfluenzale per la popolazione di 65 anni e più. Stagioni, Anni 2003-2004, 2018-2019 (valori percentuali)



Fonte: Ministero della Salute, Dati coperture vaccinali, al link: <http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=811&area=vaccinazioni&menu=vuoto>

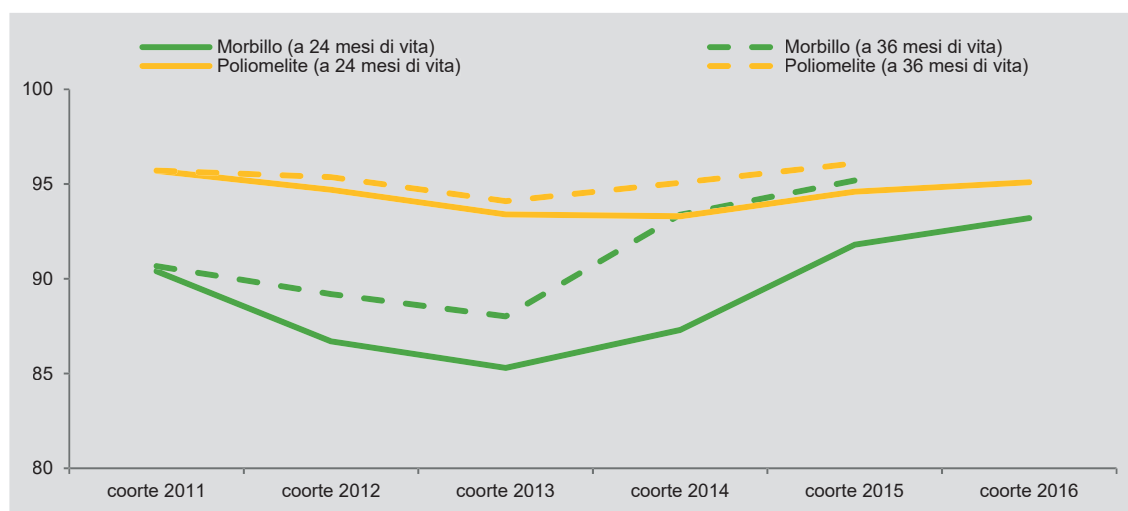
Le vaccinazioni pediatriche, rispetto a quella antinfluenzale, raggiungono coperture più estese sulla popolazione target anche se sono diffuse in modo differenziato sul territorio. Per i bambini nati nel 2016 la copertura vaccinale a 24 mesi¹⁴ per la poliomielite e per il morbillo e la rosolia raggiunge rispettivamente il 95,1% e il 93,2%. Una inadempienza nel calendario delle vaccinazioni può essere recuperata, però, l'anno successivo. Analizzando la copertura vaccinale a 36 mesi, si nota come soprattutto per le coorti di bambini nati nel 2014 e nel 2015 (e in misura minore per quelli nati nel 2012 e nel 2013), una parte di bambini sia stata vaccinata nel terzo anno di vita (Figura 3.16). Le coperture vaccinali del morbillo hanno raggiunto, anche per queste coorti di bambini, livelli elevati: il 93,4% dei nati nel 2014 e il 95,2% dei nati nel 2015 (superando quindi la soglia del 95% target raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità).

¹⁴ I dati delle coperture vaccinali vengono rilevati ogni anno sui bambini di 24 mesi e a 36 mesi, cioè su una coorte di bambini nati nello stesso anno e che risultano adeguatamente vaccinati al momento della rilevazione (ad esempio, la copertura dei bambini nati nel 2013 è calcolata con le vaccinazioni completate il 31 dicembre 2015).

L'evoluzione della vaccinazione per la rosolia segue gli andamenti di quella per il morbillo (quasi sempre la somministrazione è congiunta per le due patologie), e anche la vaccinazione per la poliomielite mostra un leggero recupero, tenendo conto che, in questo caso, già a 24 mesi la quota di vaccinati è molto alta. Gli andamenti rappresentati suggeriscono un significativo impatto del Decreto sui vaccini¹⁵.

Tra le regioni, la copertura vaccinale a 36 mesi per la poliomielite vede 18 regioni superare il 95% dei bambini della coorte di nascita del 2015 (in Friuli-Venezia Giulia e Veneto la percentuale è appena al di sotto del 95%, mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano è dell'89,4%); per il morbillo i bambini nati nel 2015 vaccinati sono più del 95% in 14 regioni, oltre il 90% in altre 7 regioni e l'81,8% nella P.A. di Bolzano.

Figura 3.16 - Copertura vaccinale per morbillo e poliomielite per coorti di bambini, a 24 mesi e a 36 mesi di vita, Coorti di nascita 2011-2016 (valori percentuali)



Fonte: Ministero della Salute, Dati coperture vaccinali, al link: <http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=811&area=vaccinazioni&menu=vuoto>

¹⁵ La legge 31 luglio 2017, n. 119 in materia di prevenzione vaccinale introduceva l'obbligatorietà, vincolante per l'iscrizione ad asili nido, scuole dell'infanzia e la scuola dell'obbligo, di dieci vaccini (tra cui quelli per poliomielite, morbillo e rosolia).

Goal 3 - Misure statistiche diffuse per target e tipologia

| TARGET | MISURE STATISTICHE | | |
|--|--------------------|------------------|-----------------------|
| | Identiche | Proxy o parziali | Di contesto nazionale |
| 3.1 Entro il 2030, ridurre il tasso di mortalità materna globale a meno di 70 per 100 mila nati vivi. | | | - |
| 3.2 Entro il 2030, mettere fine alle morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età, con l'obiettivo per tutti i paesi di ridurre la mortalità neonatale a non più di 12 su 1.000 nati vivi e, per i bambini al di sotto dei 5 anni, ridurre la mortalità a non più di 25 su 1.000 nati vivi. | | | |
| 3.3 Entro il 2030, porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali e combattere l'epatite, le malattie legate all'uso dell'acqua e altre malattie trasmissibili. | | | |
| 3.4 Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e la cura e promuovere la salute mentale e il benessere. | | | |
| 3.5 Aumentare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, tra cui gli stupefacenti e l'uso nocivo di alcool. | | | |
| 3.6 Entro il 2020, dimezzare il numero di decessi e le lesioni da incidenti stradali a livello mondiale. | | | |
| 3.7 Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza alla salute sessuale e riproduttiva, compresi quelli per la pianificazione, l'informazione e l'educazione familiare, e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali. | | | |
| 3.8 Raggiungere la copertura sanitaria universale, che comprenda la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità, a prezzi accessibili e garantire vaccini per tutti. | | | |
| 3.9 Entro il 2030, ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da inquinamento e contaminazione di aria, acqua e suolo. | | | |
| 3.a Rafforzare l'attuazione della "Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul controllo del tabacco" in tutti i paesi. | | | |
| 3.b Sostenere la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le malattie trasmissibili e non trasmissibili che colpiscono soprattutto i paesi in via di sviluppo, fornire l'accesso ai farmaci essenziali e ai vaccini a prezzi accessibili, in conformità con la Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) e la salute pubblica, che afferma il diritto dei paesi in via di sviluppo a utilizzare pienamente le disposizioni dell'accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale, che introducono flessibilità per proteggere la salute pubblica e, in particolare, per fornire l'accesso ai farmaci per tutti. | | | |
| 3.c Aumentare sostanzialmente il finanziamento della sanità e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e il mantenimento del personale sanitario nei paesi in via di sviluppo, soprattutto nei paesi meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo. | | | |
| 3.d Rafforzare la capacità di tutti i paesi, in particolare i paesi in via di sviluppo, di prevenzione, di riduzione e gestione dei rischi per la salute nazionale e globale. | | | |