



20° Rapporto Sanità

Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio

A cura di / Edited by:

Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA



20° Rapporto Sanità

Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio

A cura di:
Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena

ISBN 978-88-99078-84-3

© 2024 C.R.E.A. Sanità

SEDE LEGALE

Piazza A. Mancini, 4 - interno G11 - 00196 Roma - Italia

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2024

presso Locopress Industria Grafica - Mesagne (BR)

per conto di Locorotondo Editore

È vietata la riproduzione, la traduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.



Presentazione

PRESENTAZIONE

Siamo lieti di presentare la 20^a edizione del Rapporto Sanità curato dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità), il cui sottotitolo è “Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio” a rimarcare la convinzione che si debba addivenire ad un ripensamento dell'intervento pubblico in Sanità.

La struttura del Rapporto rimane quella consolidatasi negli anni (rimandiamo alla Guida alla lettura che segue).

Desideriamo ringraziare per il contributo di idee e competenze fornito per la realizzazione del Rapporto T. Aceti, M. Annichiarico, R. Bellantone, P. Bordon, M. Bosio, M. Capalbo, G. Carpani, T. Carradori, A. Cavaliere, E. Cinque, C. Collicelli, R. Cialesi, F. D'Alba, F. Degrassi, P. Derrico, C. Dotti, T. Frittelli, F. Gellona, A. Iachino, G. Leonardi, L. Lispi, S. Lorusso, A. Mandelli, D. Mantoan, M. Marchetti, I. Mastrobuono, P. Misericordia, G. Monchiero, R. Nisticò, C. Riccini, C. Scarcella, T. Schael, G. Scroccaro, G. Sosto, U. Trama, G. Trifirò, A. Urbani.

La realizzazione del Rapporto è resa possibile da una *partnership* con alcune Aziende particolarmente sensibili alla importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie, che desideriamo ringraziare sentitamente: AbbVie S.r.l., Amarin Italy S.r.l., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., GSK- GlaxoSmithKline S.p.A., Medtronic Ita-

lia S.p.A., Menarini Ricerche S.p.A., Nestlé Italiana S.p.A., Sanofi S.r.l., Takeda Italia S.p.A., W.L. Gore & Associati S.r.l.

C.R.E.A. Sanità inizia la sua attività nel 2013, come Consorzio promosso dall'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), ereditando l'attività di ricerca sviluppata sin dagli anni '90, da un *team* multidisciplinare di ricercatori, che hanno sviluppato un approccio olistico e caratterizzato dal rigoroso utilizzo di analisi quantitative ed il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* del sistema sanitario, in ossequio alla complessità e alla natura multi-dimensionale dei sistemi sanitari, nonché il forte contenuto etico che caratterizza le politiche sanitarie.

C.R.E.A. Sanità è riconosciuto come Centro di ricerca da Eurostat, Istat e Ministero della Salute ed è composto da economisti, epidemiologi, ingegneri biomedici, giuristi, statistici, in larga misura operanti presso l'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

Attualmente, oltre l'attività di ricerca, svolge anche attività formativa, anche in convenzione con il Dipartimento di Economia e Finanza dell'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, e di consulenza per Enti pubblici e Imprese private del settore *Life Sciences*.

Con il supporto incondizionato di:

abbvie

AMARIN



Medtronic



sanofi



20° Rapporto Sanità Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio

A cura di

FEDERICO SPANDONARO, DANIELA D'ANGELA, BARBARA POLISTENA

Coordinamento scientifico ed editoriale
BARBARA POLISTENA

Autori

ALTAMURA GIANLUCA

Direttore Ufficio di Monitoraggio presso l'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, Ministero della Salute

ARGENZIANO GIUSEPPE

Dermatologo.
Professore Ordinario presso Università della Campania.
Presidente SIDeMaST

BUZZI NATALIA

Data Scientist, Ricercatore di Sanità Pubblica.
Responsabile Scientifico Nebo Ricerche PA

CARBONARO ISABELLA

Professore Associato presso Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".
Dipartimento di Economia e Finanza

CAFORIO GAETANO

Ingegnere biomedico.
Collaboratore C.R.E.A. Sanità

CAPURSO SEBASTIANO

Specialista in cardiologia.
Direttore medico di RSA. Presidente nazionale ANASTE

CARRIERI CIRO

Economista. Master in Economia e Management della Sanità.
Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

CARPENTIERE PAOLA

Economista.
Category Manager Area Sourcing Sanità di Consip SpA

CEPIKU DENITA

Professore di Management pubblico all'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e componente dell'Osservatorio sul lavoro pubblico (comitato Performance) presso il Dipartimento della Funzione Pubblica

CORSO MARIANO

Professore Ordinario di "Leadership and Innovation" al Politecnico di Milano è co-fondatore e membro del comitato scientifico degli Osservatori Digital Innovation. È responsabile scientifico di numerosi osservatori tra i quali "Sanità Digitale". Ha promosso e coordinato numerosi progetti di ricerca e consulenza per aziende e istituzioni pubbliche a

livello nazionale e internazionale ed è autore di numerose pubblicazioni scientifiche di cui oltre 180 a livello internazionale.

Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

D'ANGELA DANIELA

Ingegnere biomedico. Master in Management and Clinical Engineering ed Ingegneria Clinica.
Presidente del Consiglio di Amministrazione e Direttore Ricerca C.R.E.A. Sanità.
Professore incaricato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

D'ANGELA CLAUDIA

Economista. Master in Economia e Management della Sanità.
Collaboratrice C.R.E.A. Sanità

DE CESARE DEBORAH

Assegnista presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano. Ha conseguito la laurea in Management Engineering con una specializzazione in Energy and Environmental Management nel settembre 2016, da allora lavora presso gli Osservatori Digital Innovation svolgendo attività di ricerca e progettualità sui temi della Sanità Digitale e dell'innovazione nel settore del Life Science. Nel 2020 ha completato un Percorso Executive in Gestione Strategica dell'Innovazione Digitale.
Ricerca Senior, Osservatorio Sanità Digitale

DI LUCA VINCENZO

Ingegnere Medico.
Master in Economia e Management della Sanità

DI LEVA ROBERTA

Economista.
Responsabile Area Sourcing Sanità di Consip SpA

FARGNOLI MARIA CONCETTA

Dermatologo.
Istituti Fisioterapici Ospitalieri. Componente Gruppo di Lavoro SIDeMaST

FERRARA ROBERTO

Grafico Università Vita-Salute San Raffaele.
Ricercatore Oncologia Medica

FOTI CATERINA

Dermatologo presso il Policlinico di Bari.
Componente Gruppo di Lavoro SIDeMaST

FRASCIONE PASQUALE

Dermatologo. Prof. Ordinario e Direttore Clinica Dermatologica. Università della Campania.
Componente Gruppo di Lavoro SIDeMaST

GASBARRI PIERPAOLO

Economista.
Esperto di efficientamento digitale delle imprese.
Consulente informatico ANASTE

GIANNARELLI DIANA

Statistica, PhD. Responsabile *Facility* di Epidemiologia e Biostatistica Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, IRCCS, Roma.
Professore a contratto presso l'Università Cattolica del sacro Cuore, Roma.
Co-autore di oltre 600 articoli su riviste *peer-reviewed*

GIORDANI CRISTINA

Economista. *Master* in Economia e *Management* dei Servizi Sanitari.
Dirigente statistico presso il Ministero della Salute.
Già collaboratore presso Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e C.R.E.A. Sanità

GISONDI PAOLO

Dermatologo.
Professore Associato presso l'Università degli Studi di Verona. Componente Gruppo di Lavoro SIDeMaST

GORI CRISTIANO

PhD in *Social Policy* presso la *London School of Economics*.
Professore Ordinario di Politiche Sociali presso l'Università di Trento.
Ideatore e co-coordinatore del "Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza"

GRAZIANO PAOLO

Professore presso l'Università La Sapienza di Roma.
Direttore, IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo

LETTIERI EMANUELE

Professore Ordinario di *Innovation in Health & Social Care* al Politecnico di Milano e Responsabile Scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale e dell'Osservatorio *Life Science Innovation*. È Direttore del *Master Executive* in Gestione dell'Innovazione in Sanità (EMGIS) erogato da POLIMI *Graduate School of Management*. I suoi interessi di ricerca coprono la valutazione d'impatto dell'innovazione, la trasformazione digitale, la Sanità orientata al valore e il *foresight /future thinking* in Sanità. È autore di oltre 150 pubblicazioni su questi temi.
Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

LO GIUDICE CLAUDIO

Economista.
Collaboratore C.R.E.A. Sanità

LOCATELLI PAOLO

Esperto di Innovazione di Processo e Digitale in Sanità, ambito in cui opera dal 2000 in progetti di ricerca ed innovazione a livello aziendale, regionale, nazionale ed europeo. Dal 2005 segue progetti di innovazione in Fondazione

Politecnico di Milano, dove attualmente coordina il gruppo che si occupa di innovazione digitale. Partecipa dal 2008 all'Osservatorio Sanità Digitale della *School of Management* del Politecnico di Milano, di cui dal 2010 è uno dei responsabili scientifici. È co-direttore dell'*Executive Master* in Gestione dell'Innovazione in Sanità della POLIMI *Graduate School of Management*.
Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

MARZANO ANGELO VALERIO

Dermatologo. Policlinico di Milano.
Componente Gruppo di Lavoro SIDeMaST

MASELLA CRISTINA

Professore Ordinario di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano e Responsabile Scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale sin dalla sua costituzione. In Ateneo ha la Delega al Bilancio e Controllo di Gestione. I suoi interessi di ricerca sono legati alla gestione delle innovazioni in Sanità, con focus in particolare sui temi della Sanità Digitale. È attualmente impegnata su temi legati al digitale per la Sanità territoriale, all'uso di PROMs e PREMs come strumenti di miglioramento organizzativo e al coinvolgimento del paziente in processi di co-produzione.
Responsabile Scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale

MASTRODASCIO MARCO

Ricercatore presso LUMSA, Roma. Docente di Economia Aziendale presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

NARDINI ALESSIO

Direttore Generale dell'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, Ministero della Salute

OLIVE MATTIA

Dottorando presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano. Durante il percorso di laurea in *Economics and Management of Government and International Organizations* ha approfondito temi legati al *Management* della Sanità e alle Politiche Sanitarie. Da giugno 2020 lavora presso gli Osservatori *Digital Innovation* svolgendo attività di ricerca e progettualità sui temi della Sanità Digitale.

Dottorando presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano.

Analista, Osservatorio Sanità Digitale

PALOZZI GABRIELE

PhD, Dirigente presso la Struttura Tecnica della Cabina di Regia l'individuazione delle direttive in materia di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico, Ministero dell'Economia e delle Finanze; Esperto presso l'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, Ministero della Salute

PELLACANI GIOVANNI

Dermatologo.
Componente Gruppo di Lavoro SIDeMaST

PERETTO LOREDANA

Già OSS in Azienda Ospedaliera.
Componente della segreteria nazionale M.I.G.E.P e fondatrice della federazione M.I.G.E.P.

PLONER MARIA ESMERALDA

Economista. *Master* in Economia e Gestione Sanitaria.
Ricercatore C.R.E.A. Sanità

POLISTENA BARBARA

Statistica, PhD. *Master* in Economia e *Management* dei Servizi Sanitari. *Master* in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi.

Componente del Consiglio di Amministrazione e Direttore Scientifico C.R.E.A. Sanità.

Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

SGARBOSSA CHIARA

Laureata in Ingegneria Gestionale, ha ottenuto nel 2014 un *Master* in Gestione d'Impresa e Sviluppo Organizzativo. Attualmente è Direttrice degli Osservatori Sanità Digitale e *Life Science Innovation* del Politecnico di Milano, nell'ambito dei quali coordina le attività di ricerca e gestisce la relazione con la *Community*. Durante l'esperienza presso gli Osservatori si è occupata anche di ricerche sull'innovazione digitale nel settore *Pharma*, *Fashion-Retail* e *Utilities* e di progetti legati all'organizzazione e *governance* dell'innovazione digitale in aziende pubbliche e private.

Direttrice dell'Osservatorio Sanità Digitale

SORRENTINO GENNARO

Laurea in Lettere Moderne.

OSS in SPDC Asl Napoli 1 Centro. Rappresentante degli Stati Generali OSS

SPANDONARO FEDERICO

Economista. Docente presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Presidente del Comitato scientifico C.R.E.A. Sanità

SQUARCELLA ANTONIO

Laureando alla facoltà di Scienze Politiche e delle Relazioni Internazionali. *Master* in Consulenza Contabile ed Amministrativa, responsabile attività assistenziali (RAA) presso Libera Università di Scienze di Benessere, OSS in struttura RSA di San Giovanni Rotondo. Segretario Nazionale di SHC

VENA VALENTINA

PhD, Funzionario Ufficio di Monitoraggio presso l'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, Ministero della Salute

VERNEAU FERFINANDO

Statistico.

Collaboratore C.R.E.A. Sanità

VERONESI GIULIA

Professore Associato di Chirurgia Toracica, Settore Scientifico Disciplinare MED/21, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano.

Direttore di Programma di Chirurgia Toracica Robotica presso Ospedale San Raffaele di Milano

ZAZZERA ANGELICA

Laurea Specialistica in *Management* presso l'Università Bocconi.

PhD *Candidate* in *Public Management and Governance* presso l'Università di Roma "Tor Vergata"

Attività amministrative e di segreteria**FRATINI ADRIANA**

Responsabile Amministrazione C.R.E.A. Sanità

Guida alla lettura del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità

Volendo dare un contributo fattivo nel rispetto dell'ambiente in cui viviamo, la 20ª edizione del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità diventa *paper free*. O meglio, la versione cartacea è ridotta al minimo: contiene la sintesi dei contributi che formano il Rapporto e per ogni capitolo è riportato un QR code che rimanda alla versione integrale (Capitolo completo e Key Indicators).

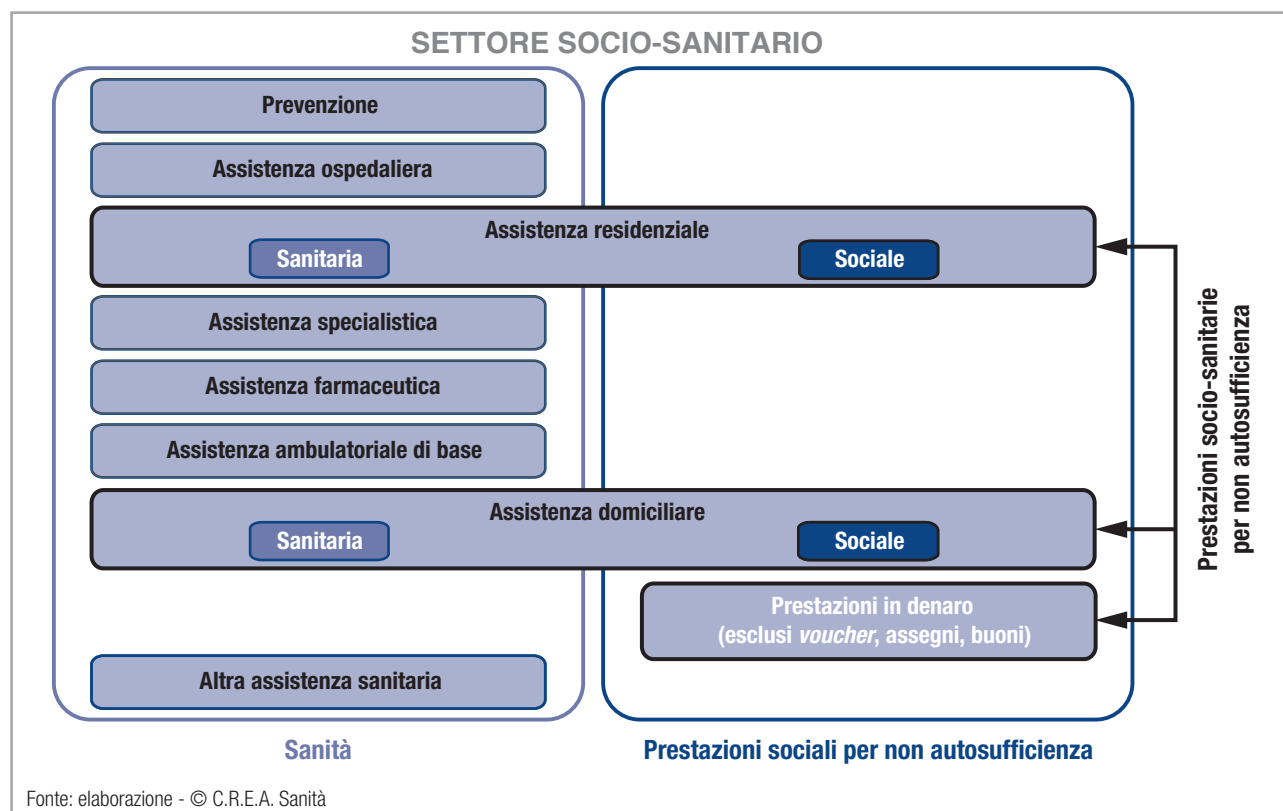
Sul sito www.creasanita.it rimane, comunque, possibile scaricare il volume completo, e il fascicolo allegato contenente le sintesi in lingua inglese.

Per il resto si conferma la struttura consolidatasi negli anni, i cui elementi essenziali riportiamo a seguire.

L'ambito

Il focus resta il settore sanitario "allargato", intendendo in tal modo la Sanità e quella parte di prestazioni, che pure se "tecnicamente" classificate come sociali, sono in larga misura erogate a fronte di bisogni determinati dagli esiti di patologie che conducono alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Per lo più si tratta di prestazioni riconducibili alla *Long Term Care*, definibile come assistenza alle condizioni che prevedono "presenza di restrizioni alla partecipazione, associate a problemi di salute"; per inciso e precisione, non si parla di "persone con disabilità", quanto di "persone con limitazioni funzionali".

La composizione del settore socio-sanitario



La struttura

La struttura del Rapporto è concettualmente divisibile in 5 parti.

Nella prima si fornisce un inquadramento del contesto in cui si muove il settore socio-sanitario, quindi gli aspetti socio-economici e demografici che rilevano per il settore sanitario.

La seconda parte affronta le tematiche trasversali della Sanità: il finanziamento pubblico, la spesa, le misure di *Performance*, le reti sanitarie, ecc.

La terza parte è dedicata alle analisi per area assistenziale: prevenzione, ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica e dispositivi medici, primaria e territoriale, domiciliare, provvidenze in denaro.

La quarta parte è destinata alla analisi degli impatti industriali del settore *Life Sciences*.

La quinta parte ospita sintesi di attività e *partnership* promosse da C.R.E.A. Sanità.

Vale la pena sottolineare che, pur nella coerenza dell'assetto complessivo del volume, i singoli capitoli rappresentano contributi monografici indipendenti, che approfondiscono tematiche emergenti individuate da parte del *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità.

Inoltre, segnaliamo che per migliorare la fruibilità del Rapporto, ad ogni capitolo è associata una sezione di *key indicators*, che hanno la finalità di rappresentare uno strumento sintetico per monitorare, anno dopo anno, l'evoluzione dei singoli settori analizzati.

A ciascun capitolo è anche associata una sintesi in inglese, fascicolata a parte, con l'obiettivo di permettere la divulgazione del lavoro presso Istituzioni e Centri di ricerca esteri, diffondendo così una maggiore conoscenza dell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale italiano.

Infine, il Rapporto si chiude con un riepilogo regionale, funzionale a permettere una lettura delle *Performance* e delle dinamiche dei Servizi Sanitari Regionali.

Il coordinatore scientifico
Barbara Polistena

Indice

Presentazione	5
Introduzione	
Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio	15
Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico	29
Carrieri C.	
<i>Key Indicators</i>	51
Capitolo 2 - Finanziamento	63
Lo Giudice C.	
<i>Key Indicators</i>	84
Capitolo 3 - L'evoluzione della spesa: confronti internazionali e trend nazionali	99
Ploner ME., Polistena B.	
<i>Key Indicators</i>	110
Capitolo 4 - Organizzazioni e reti trasversali	115
Capitolo 4a - L'impegno internazionale per il raggiungimento della copertura sanitaria universale	117
Carbonaro I.	
Capitolo 4b - I principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale	138
d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F., <i>Expert Panel</i>	
Capitolo 4c - Le Reti Oncologiche Regionali: l'impatto del network management sulle Performance	153
Cepiku D., Mastrodascio M., Zazzera A.	
Capitolo 4d - Lo scenario della Sanità digitale in Italia: i principali risultati di ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano	172
Corso M., De Cesare D., Lettieri E., Locatelli P., Masella C., Olive M., Sgarbossa C.	
Capitolo 4e - Il ruolo di Consip nell'ambito degli acquisti in Sanità: esperienze di gara e approcci innovativi	180
Carpentiere P., Di Leva R.	
Capitolo 4f - Il personale del Servizio Sanitario Nazionale	191
Di Luca V.	
Capitolo 4g - L'evoluzione professionale dell'Operatore Socio-Sanitario: evidenze da una survey ...	206
d'Angela D., Peretto L., Polistena B., Sorrentino G., Squarcella A.	

Capitolo 5 - Indicatori di Performance	215
Capitolo 5a - Impoverimento, “catastroficità” e disagio economico: i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario	217
d'Angela D., Spandonaro F.	
Capitolo 5b - Opportunità di tutela della salute: le Performance Regionali	236
d'Angela D., d'Angela C., Carrieri C., Polistena B., Spandonaro F.	
Capitolo 5c - La misurazione dell'efficienza delle Aziende Ospedaliere	253
Carrieri C., Polistena B., Spandonaro F.	
Capitolo 5d - Mortalità evitabile: il bilancio del biennio della pandemia	259
Buzzi N.	
Key Indicators	271
Capitolo 6 - Prevenzione	275
Capitolo 6a - Evidenze su stili di vita e principali fattori di rischio per la salute, la situazione in Europa	277
Giordani C.	
Capitolo 6b - Consumi e spesa del Servizio Sanitario Nazionale per l'immunizzazione	307
Polistena B., Spandonaro F.	
Key Indicators	320
Capitolo 7 - L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera	329
Carrieri C., d'Angela D.	
Key Indicators	345
Capitolo 8 - Assistenza residenziale	351
Capurso S., Gasbarri P., Lo Giudice C., Polistena B., Spandonaro F.	
Key Indicators	363
Capitolo 9 - Assistenza specialistica ambulatoriale	369
Spandonaro F., Verneau F.	
Key Indicators	389
Capitolo 10 - Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici	395
Capitolo 10a - Assistenza Farmaceutica: spesa e governance	397
Polistena B., Spandonaro F.	
Capitolo 10b - La Spesa per i Dispositivi Medici	414
Caforio G., d'Angela D.	
Key Indicators	429

Capitolo 11 - Gli interventi Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella riforma dell'Assistenza Territoriale: rilevazioni 2023	435
Altamura G., Vena V., Palozzi G., Nardini A.	
<i>Key Indicators</i>	455
Capitolo 12 - Servizi Domiciliari: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri	461
Ploner ME.	
<i>Key Indicators</i>	478
Capitolo 13 - Provvidenze in denaro	483
Capitolo 13a - La Riforma dell'assistenza agli anziani	485
Gori C.	
Capitolo 13b - L'evoluzione dei beneficiari e degli oneri	497
Ploner ME.	
<i>Key Indicators</i>	519
Capitolo 14 - L'industria dei beni sanitari: evoluzione e prospettive per la crescita del Paese	523
d'Angela C., d'Angela D.	
<i>Key Indicators</i>	537
Capitolo 15 - Focus di patologia	541
Capitolo 15a - PDTA delle patologie croniche dermatologiche nel nuovo contesto organizzativo: Psoriasi e Dermatite Atopica	543
Argenziano G., Fagnoli MC., Foti C., Frascione P., Gisoni P., Marzano A., Pellacani G., d'Angela D.	
Capitolo 15b - Costo-efficacia e sostenibilità degli screening: il caso paradigmatico del carcinoma polmonare	563
Veronesi G., Ferrara R., Giannarelli D., Graziano P., Polistena B., Spandonaro F.	
Capitolo 15c - L'assistenza sanitaria per la Salute Mentale in Italia	572
d'Angela C.	
Riepilogo regionale	585



**Manutenzione o Trasformazione:
l'intervento pubblico in Sanità al bivio**

Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio

d'Angela D.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.²

Da oltre 20 anni il Rapporto Sanità analizza i principali dati che descrivono il sistema sanitario italiano, tentando di trarne indicazioni utili a formulare qualche valutazione sulle politiche sanitarie e, principalmente, qualche suggerimento per la sua evoluzione.

Il punto di partenza delle analisi è sempre stata l'analisi statistica dei dati disponibili, accompagnata da una valutazione critica degli interventi di politica sanitaria.

Purtroppo, il passare degli anni non ha migliorato significativamente l'*accountability* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, neppure, ha chiarito i veri confini del settore sanitario nel suo complesso; di fatto, il concetto dell'*accountability* stenta ad affermarsi culturalmente nella Pubblica Amministrazione, e comunque in Sanità si dimostra del tutto perdente nei confronti delle, pur giuste, istanze legate alla *privacy*, che però sarebbero superabili se si ritenesse davvero necessario supportare con analisi quantitative le politiche sanitarie (e non solo). Di fatto, anno dopo anno, l'accesso ai dati necessari per le analisi si dimostra sempre più difficile e, principalmente, sempre meno tempestivo e questo spiega il sempre maggiore ricorso a stime dei dati. Le analisi sono rese peraltro complesse per i continui "cambi di serie", con dati che, pur provenienti da fonti diverse o dello stesso Ente ma riferite a indagini diverse, risultano discordanti malgrado riferiti allo stesso fenomeno.

Il lavoro di analisi statistica è, quindi, sempre più arduo: ma per il 2024 si dimostra altresì complesso identificare atti normativi con uno spessore sufficiente a fornire indicazioni sulla rotta intrapresa dal SSN. Di fatto le norme di politica sanitaria che hanno avuto

più risalto, in primo luogo quelle relative al contrasto alle liste di attesa e all'utilizzo dei "medici gettonisti", indipendentemente dalla valutazione che se ne può fare sulla loro efficacia (effettivamente discutibile), non sembrano rispondere ad una logica strategica: appaiono, infatti, non distinguere con chiarezza cause ed effetti, limitandosi a tentare di tamponare le falle (o le richieste a gran voce della popolazione).

In un siffatto contesto, è sembrato utile procedere dividendo in modo netto i "fatti", così come è possibile ricostruirli partendo dalle evidenze quantitative, dalle "interpretazioni" e valutazioni critiche, per poi segnalare qualche ipotesi "propositiva".

Anticipiamo che la domanda di fondo che il Rapporto pone quest'anno è se sia sufficiente procedere con manutenzioni, seppure straordinarie, del Servizio, o se sia arrivato il momento di affrontare la necessità di una sua radicale trasformazione. La risposta, in sintesi, che il Rapporto dà a questo quesito, è che una trasformazione è necessaria e non solo opportuna, ma è condizionata dalla necessità di fare scelte politiche "scomode", per le quali è necessario far maturare una condivisione super-partes: quest'ultima possibile solo aprendo un franco e leale dibattito sui principi ai quali ci si vuole ispirare nel ripensare il SSN e, più in generale, nel governare il sistema sanitario.

I "Fatti"

Il SSN pubblico nasce, in primo luogo, per garantire l'accesso alle cure indipendentemente dalle condizioni socio-economiche dei cittadini, operando

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

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

in modo equitativo sia sul lato del finanziamento, che su quello dell'erogazione.

In tema di Equità, vale sempre la pena di ricordare come il SSN, tecnicamente, sia una Assicurazione Sociale a copertura universalistica, per definizione caratterizzata dal perseguimento di una redistribuzione solidaristica. Ricordando che sotteso al SSN esiste un meccanismo "assicurativo", si evidenzia che rimane sostenibile finché sono in equilibrio le risorse e le "promesse".

L'impatto del finanziamento

Sul primo punto, quello delle risorse, possiamo osservare che, sebbene tecnicamente quelle per la Sanità normativamente vengano (principalmente) dal gettito (compartecipato dalle Regioni) dell'IVA e dell'IRAP, volendo capire come si distribuisce l'onere del finanziamento, emerge che lo stesso è concentrato su meno del 20% della popolazione, come risulta analizzando il gettito dell'IRPEF: infatti, il restante 80%, come è noto (Rapporto sul Bilancio del Sistema Previdenziale italiano, Itinerari previdenziali), versa meno del valore dei servizi sanitari che (sempre in media) riceve dallo Stato.

Se si dovesse, quindi, credere alla veridicità delle dichiarazioni, sarebbe lecito porsi domande tanto sulla esistenza di una esagerata sperequazione dei redditi a livello nazionale, quanto sulla conseguenza di ciò in termini di sostenibilità: è, infatti, complesso immaginare un servizio sanitario pubblico che economicamente pesa sulle "spalle" di una quota davvero esigua della popolazione.

Le "promesse" del SSN: LEA e inappropriatezza

Sul versante delle "promesse", la prima osservazione è che il SSN le sue le dichiara esplicitamente, almeno da quando è entrato nella normativa italiana il concetto di Livelli Essenziale di Assistenza, (LEA) mutuato poi nel concetto più generale di Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP).

Rileggendo la definizione dei LEA si può concludere che tutte le prestazioni, con esclusione delle cure estetiche, della circoncisione rituale e di quelle inappropriate, vi sono ricomprese. Ne segue che l'onere relativo a tutte le spese sanitarie "appropriate"

debba essere a carico del SSN, con la mera esclusione delle compartecipazioni alla spesa.

In pratica, però, la spesa sanitaria, riferendosi in particolare a quella che rimane a carico delle famiglie, rappresenta il 24,8% della spesa totale; anche qualora volessimo sottrarre da tale ammontare le compartecipazioni alla spesa sulle prestazioni del SSN, l'incidenza rimarrebbe del 24,2%, pari a € 41,4 mld.; un ammontare molto rilevante per essere attribuito a prestazioni inappropriate, ed anche sottostimato nella sua incidenza, dato che nel denominatore è annidata anche la spesa del SSN per i consumi collettivi.

In altri termini, il SSN copre in effetti una quota della spesa delle prestazioni sanitarie intorno al 75% e per capire se davvero abbia mantenuto le sue "promesse", va chiarita la natura della quota erogata extra-SSN.

Se si assumesse che effettivamente queste ultime sono tutte inappropriate, allora si potrebbe concludere che la capacità di erogazione del SSN è congrua per garantire l'accesso ai LEA: rimane da spiegare come si possa considerare inappropriate una così rilevante quota di prestazioni che, per grandissima parte, è soggetta a prescrizione medica e per lo più effettivamente prescritta nell'ambito del SSN.

La spesa privata

In antitesi alla idea che si possa liquidare la questione delle "promesse" chiamando in causa l'appropriatezza, ricorrono varie altre evidenze risultanti dall'analisi della spesa privata sanitaria delle famiglie.

La prima osservazione è che la spesa privata, pur molto rilevante (oltre € 42 mld.) sottostima i "bisogni" espressi dalla popolazione: infatti, le rinunce al consumo (che riguardano ormai 3,4 milioni di nuclei familiari, di cui 1,2 sono quelli che hanno completamente azzerato i consumi sanitari) implicano che nell'indagine sulla spesa sfugga il bisogno rimasto inespresso del 4,1% della popolazione, ovvero 2,4 milioni di cittadini.

La seconda è che la spesa privata delle famiglie oltre che rilevante in livello, è anche in continua crescita (del 2,4% medio annuo, 12,7% in complesso)

negli ultimi 5 anni), e correlata tanto con il reddito, quanto con le situazioni di minore efficienza dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR): l'analisi è, quindi, suggestiva di un bisogno reale, anche legato a carenze di offerta nel pubblico.

La terza è che la spesa sanitaria privata è per il 7,7% sostenuta da famiglie del I quintile di consumo e per il 13,5% da quelle del II: trattandosi della quota di popolazione meno abbiente, è per lo meno discutibile possa sostenersi che si “abbandoni” a consumi non davvero necessari.

Le liste di attesa

Per completare il quadro, va anche ricordato che, come riportato nel 17° Rapporto Sanità, le attese per l'erogazione delle prestazioni del SSN, rimangono la principale ragione di disaffezione dei cittadini per il servizio pubblico, e certamente buona parte della spesa privata, almeno quella delle famiglie che possono permettersi di sostenerla, è causata proprio dalla barriera all'accesso rappresentata dai tempi di attesa.

La disaffezione dei professionisti sanitari

Sempre in tema di disaffezione per il SSN, va inoltre citata quella dei professionisti, arrivati di recente a scioperare, ma già evidente da tempo, come desumibile dalla ormai acclarata mancanza di vocazione fra i giovani che, nel caso degli infermieri è ormai su livelli tali da non permettere neppure il ricambio generazionale; ed anche fra i medici è evidente per le specialità che non permettono attività privata, ma ormai anche per la medicina generale come riportato nel 19° Rapporto Sanità.

Il Finanziamento

Per completare il quadro delle evidenze disponibili sullo stato del sistema sanitario in Italia, varie altre evidenze derivanti dai “macro-trend” sembrano rilevanti.

In primo luogo, i confronti internazionali confermano che, nel 2023, la quota di copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia si attesta al 74%, contro il 78,7% nei Paesi membri dell'Unione Europea (EU) entrati prima del 1995 (EU-Ante 1995) e il 75,2% in

quelli entrati dopo il 1995 (EU-Post 1995); l'Italia ha ormai un *gap* (negativo in termini equitativi) di -4,7 punti percentuali (p.p.) rispetto ai primi e di -1,3 p.p. con i secondi, ed il *gap* è in aumento: rispetto al 2009 di 7,0 p.p. con i Paesi EU-Ante 1995 e di 10,2 p.p. con quelli EU-Post 1995.

Sempre i confronti internazionali ci ricordano come la spesa privata italiana *Out of Pocket* sia il 22,7% della spesa totale, contro una media del 18,8% negli altri Paesi europei: questa mancanza di intermediazione è un ulteriore elemento di iniquità che caratterizza il nostro Paese; ancor più preoccupante, in considerazione del fatto che si tratta di una media fra il valore del Settentrione, che arriva ad avere una quota di spesa privata intermediata che supera il 10%, e il Meridione che si ferma a meno del 3%.

Vale ancora la pena di segnalare, in tema di finanziamento, che malgrado nell'ultimo decennio (2014-2024) il Fabbisogno nazionale *standard* sia cresciuto di € 24,1 mld. (2% medio nominale annuo), dividendo l'orizzonte temporale in tre sottoperiodi (pre-pandemia 2014-2019, pandemia 2019-2021 e post-pandemia 2021-2024), nel primo periodo l'incremento reale si è fermato allo 0,3% medio annuo; durante la pandemia ha raggiunto il +3,3% medio annuo; ma nel periodo post-pandemico è sinora risultato negativo (-1,5% medio annuo). Quindi, malgrado si parli di allargare le “promesse” (nuovi “LEA”) di fatto si stima un Fabbisogno stagnante in termini reali se non regressivo.

Il riparto

Ancora in tema di finanziamento, e di redistribuzione equitativa delle risorse, va segnalato che il Fabbisogno *standard* regionale stimato con il meccanismo attuale di riparto, è compreso in un *range* che fra gli estremi dista di circa € 150: tale scarto più che raddoppia in termini di finanziamento effettivo, e questo come conseguenza, in primo luogo dei saldi di mobilità, ed in secondo delle diverse incidenze delle cosiddette Entrate Proprie.

Parallelamente, il *range* in cui si posizionano le spese private a livello regionale è pari a € 471,8 quindi 3 volte quello del Fabbisogno *standard* e 1,4

volte quello del finanziamento effettivo.

La spesa

Il quadro del finanziamento sinteticamente esposto, si riverbera sulla spesa, per la quale si conferma un continuo allontanamento dai livelli medi internazionali; a fronte di un Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite inferiore del 19,7% rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (*gap* in riduzione di 1,4 p.p. rispetto al 2022, ma in aumento di 3,2 p.p. nell'ultimo decennio), la spesa sanitaria pubblica è sotto la media del 44,1% (*gap* in crescita di 1,2 p.p. rispetto al 2022 e di 11,4 p.p. nel decennio), e quella privata dell'8,7% (*gap* in crescita di 2,3 p.p. rispetto al 2022, e in riduzione di 12,0 p.p. rispetto al 2013).

Dividendo l'orizzonte temporale in tre sottoperiodi biennali (pre-pandemia 2019-2021, pandemia 2020-2021 e post-pandemia 2022-2023), si osserva nel primo periodo un incremento reale dell'1,6%; nel secondo del +3,4%; nel terzo risulta negativo (-4,9%).

Passando ad un confronto statistico basato su una corretta analisi della relazione fra risorse dei Paesi (PIL pro-capite, al netto degli interessi sul debito pubblico che sono indisponibili per il finanziamento del *Welfare*) e spesa sanitaria pro-capite, la spesa per la Sanità in Italia risulta inferiore al livello atteso del 11,3%.

L'equità

Nel 2022, il fenomeno dell'impoverimento causato dalle spese sanitarie private, che colpisce maggiormente le coppie di anziani *over* 75, gli anziani soli e le famiglie con tre o più figli, ha coinvolto oltre 374.000 famiglie italiane (l'1,4% delle famiglie e l'1,9% se si considerano solo quelle che sostengono spese sanitarie), con un impatto che nel Mezzogiorno è quasi quattro volte quello registrato nel Nord e più del doppio di quello registrato nel Centro.

Sommando all'impoverimento le (sole) rinunce totali alla spesa, si registra un "disagio economico dovuto alle spese sanitarie" che interessa 1,6 milioni di famiglie (3,4 milioni di residenti), con una incidenza significativamente superiore nel Sud del Paese (8,7%) e fra le famiglie di stranieri, le coppie con tre o più figli e le monocomponenti con meno di 65 anni.

Per inciso, il "disagio" è strettamente correlato con la privazione materiale e sociale, malgrado i soggetti in questione, in una ottica solidaristica, dovrebbero essere maggiormente protetti mediante, ad esempio, esenzioni dalla compartecipazione alle spese.

Altre 95.000 famiglie sono a rischio di disagio economico per le spese sanitarie, si tratta dei nuclei a rischio di rinuncia e/o di impoverimento (lo 0,9% di quelle del Mezzogiorno che spendono privatamente per la sanità e lo 0,5% di quelle del Centro).

Il fenomeno della "catastroficità", infine, interessa l'8,6% delle famiglie residenti (11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie), ovvero 2,3 milioni di nuclei; colpisce maggiormente il Mezzogiorno e il Nord-Est, nonché gli anziani, soli o in coppia, ed è causata primariamente dalle spese odontoiatriche.

Le "valutazioni critiche"

Le evidenze statistiche, sopra sintetizzate, inducono alcune riflessioni sulle traiettorie del SSN, e del Sistema Sanitario italiano in generale.

La Sostenibilità

In primo luogo, dobbiamo osservare che il tema della Sostenibilità del SSN è ricorrente nel dibattito sulle politiche sanitarie, ma si tratta di questione complessa e spesso posta in modo inadeguato: infatti, la questione sulla Sostenibilità, se non meglio qualificata, non ha risposta, se non quella che "dipende": ovviamente da quali siano le "promesse" del SSN.

In altri termini, per chiarezza, la domanda va riformulata ed esplicitata, chiedendosi se gli "attuali LEA" sono sostenibili.

Con questa accezione, rifacendoci alle evidenze del paragrafo precedente, è lecito concludere che probabilmente la risposta è già oggi negativa; o comunque, rischia di esserlo a maggior ragione in prospettiva, visti i tassi di introduzione di nuove (e a volte innovative) tecnologie, che spingono verso l'alto i costi (almeno a breve termine) delle cure, oltre che l'evidente impatto dell'invecchiamento e della non-autosufficienza (che ne rimane la conseguenza

a maggior assorbimento di risorse).

Avverse a questa conclusione si possono proporre due principali argomentazioni.

La prima è quella dell'eccesso di prestazioni inappropriate; teoricamente, come già anticipato, è possibile che i circa € 40 mld. di prestazioni oggi pagate direttamente dalle famiglie siano in larga misura inappropriate, e lo siano potenzialmente anche quelle a cui oltre 1 milione di famiglie hanno rinunciato.

Questa diagnosi (estrema) lascia irrisolto il tema della terapia, ovvero come contrastare una così larga inappropriatezza prescrittiva: anche perché anche se fosse possibile annullarla, si paleserebbe l'esistenza di una forte discrasia fra "promesse del SSN" e "attese" dei cittadini.

La soluzione andrebbe ricercata sul versante del governo della domanda, che implica il monitoraggio delle prescrizioni: tema su cui il SSN sembra decisamente poco attrezzato, non essendosi sinora appalesato alcun miglioramento (anzi in caso un peggioramento qualora si volesse attribuire l'aumento della spesa privata ad un aumento dell'inappropriatezza).

Realisticamente, la verità potrebbe albergare "nel mezzo": in tal caso andrebbe riconosciuta l'esistenza di una quota di prestazioni insoddisfatte dal SSN che farebbero parte dei LEA, avvalorando la tesi che le risorse attuali siano insufficienti; ed un'altra parte di una quota di inappropriatezza, non governata dal SSN, tanto sul lato del rapporto con i professionisti, quanto su quello dei cittadini: ad esempio latita una revisione del ruolo dei Fondi sanitari integrativi, che non possono per definizione essere tali, perché per esserlo dovrebbero erogare solo (una parte della) odontoiatria e prestazioni inappropriate, ma che possono aiutare a colmare il *gap* fra LEA e "attese" dei cittadini.

Anche in assenza di una chiara *vision* pubblica sul ruolo da attribuirgli, si tratta di un fenomeno in crescita, che se non altro ci riavvicina al resto di Europa in termini di intermediazione della spesa privata; varie analisi dimostrano un forte gradimento per queste coperture da parte degli iscritti (se non altro perché permette loro di "aggirare" le liste di attesa e, così facendo, di ridurre indirettamente le attese per quelli che non hanno una copertura aggiuntiva); che

gode di un vantaggio fiscale, di cui in realtà beneficia pienamente una platea minima, quella dei fondi a maggiore contribuzione, ma che, nella misura in cui si stanno sviluppando essenzialmente Fondi contrattuali, ha il pregio di dare anche ai lavoratori dipendenti (che sono i principali finanziatori del SSN) una occasione per godere di uno sgravio fiscale.

La seconda argomentazione è quella dei possibili recuperi di efficienza. Da molti anni, ormai, il Rapporto evidenzia il *gap* di spesa fra il SSN e la spesa pubblica degli altri Paesi: un differenziale che, come sopra esposto, è talmente alto da far stupire della capacità del SSN di mantenere buoni livelli medi di tutela, ma anche da far dubitare che ci siano molte risorse ancora da razionalizzare. Le residue possibilità per recuperare efficienza sono probabilmente legate a strategie di riallocazione delle risorse: il "mantra", in questo ambito, è certamente quello della produzione di "valore". Si tratta di una giusta istanza, che riporta al tema del recupero delle eventuali sacche di inappropriatezza, in modo da liberare risorse per attività di maggior "valore": recupero sulle cui difficoltà abbiamo già precedentemente argomentato.

L'adeguatezza delle risorse

Accettando che il SSN, con le risorse attuali, non riesca più (o non possa a breve) a garantire l'erogazione dei LEA, non rimane che attendersi l'esigenza di diminuire (o razionalizzare) le "promesse", oppure aumentare le risorse.

Partendo da questo ultimo punto, va immediatamente ribadito che il dibattito sui presunti "tagli" alla spesa sanitaria, come anche quello in corso sulla "corretta" quota di PIL da destinarsi alla Sanità è fondamentalmente sbagliato. Lo è perché, sebbene la Corte Costituzionale si sia di recente espressa sottolineando la necessità di dare "priorità" alla spesa sanitaria, le compatibilità macro-economiche non sono aggirabili; lo è anche, statisticamente, perché le variazioni di spesa andrebbero valutate in termini reali e non nominali, e i livelli rispetto ai confronti internazionali elaborati sulla base della relazione fra risorse effettivamente disponibili e spesa sanitaria: una volta effettuate le analisi in modo corretto, come sopra argomentato, le *chance* di aumentare le risorse

se assegnate al SSN sono limitate.

In altri termini, il dato di fatto è che risorse ulteriori, in assenza di una rivitalizzazione della crescita che, per ora, non sembra incipiente, è difficile reperirle. Da questo punto di vista il finanziamento degli anni post-pandemia appare paradigmatico: il significativo incremento nominale del 2023 e 2024, sembra (peraltro dimostrando un difetto di programmazione) avere comportato una drastica frenata per il 2025 (a parte le promesse per gli anni successivi, che dovranno misurarsi con i futuri andamenti reali dell'economia nazionale); ed, in ogni caso, malgrado un incremento nominale decisamente più alto che negli anni precedenti, quello reale rimane negativo.

Per completezza, va ribadito che non solo il reperimento di risorse aggiuntive appare problematico stante i livelli di crescita, ma anche una riallocazione delle priorità pubbliche (che sembra essere la strada indicata di recente dalla Corte Costituzionale che, però, non sembra avere preso in considerazione il tema della competizione sulle risorse disponibili di altri capitoli di spesa meritori, in primo luogo quella per l'Istruzione). L'unica "fonte" possibile (a parte tassazioni ulteriori, magari anche meritorie come possono essere quelle di scopo su consumi dannosi quali fumo, alcol, cibi spazzatura, ecc., che comunque non appaiono risolutive rispetto alla carenza di crescita, e quindi all'aggancio dei tassi di crescita degli altri Paesi, almeno di quelli europei) sembra essere il recupero di risorse oggi destinate alla Protezione Sociale: ma come già argomentato nelle precedenti edizioni del Rapporto, si tratta di una strada affatto facile da seguire.

Il valore del servizio pubblico

In definitiva, il SSN, prima di tutto, rappresenta per i cittadini italiani la garanzia di disporre di una copertura pubblica universale per i rischi da malattia (ed in verità anche, più in generale, di un impegno sociale per la promozione della salute individuale e collettiva), ed è uno dei fattori distintivi del nostro modo di intendere la Cittadinanza.

Non è un caso che il concetto di "tossicità finanziaria" delle cure si sia sviluppato in contesti che non sono ancora riusciti a darsi regole sociali a garanzia

di una protezione universale dai rischi di malattia: una conquista sociale che rappresenta, altresì, un elemento fondamentale di coesione sociale.

La natura pubblica del SSN è, quindi, in primo luogo da ricercarsi nel ruolo di garanzia del perseguimento della solidarietà: quest'ultima ha un contenuto di efficienza, nella misura in cui annulla i rischi di selezione avversa (in pratica quelli per cui tendono ad assicurarsi solo coloro che godono di peggior salute), che rappresentano una delle principali criticità (per quanto mitigabili) dei meccanismi assicurativi individuali. Ma la natura pubblica non è tanto condizione essenziale in termini di efficienza, quanto lo è, invece, in termini di assunzione di un ruolo di garanzia di Equità: ci sembra indiscutibile che il SSN sia stato voluto "pubblico" perché le sue "regole" siano ispirate al principio di Equità: anzi, forse in modo neppure del tutto corretto, la Legge istitutiva (la ben nota L. n. 833/1978) usa il termine "estremo" di Uguaglianza nella presa in carico dei bisogni.

Ne segue che "difendere il valore del SSN pubblico" dovrebbe voler dire "difendere il principio di Equità e di Solidarietà".

Equità che, però, come è largamente condiviso in letteratura, ha una componente Orizzontale (quella dell'Eguaglianza, per cui a parità di condizioni ci si aspetta un uguale trattamento) ed una Verticale (quella per cui condizioni diverse richiedono trattamenti proporzionali ma diversi).

Una survey somministrata a vari *stakeholder* del SSN (rappresentanti di Pazienti, Professionisti sanitari, *Manager* della Sanità, Istituzioni e Mondo industriale), analizzata in dettaglio nel Rapporto fa peraltro emergere una percezione della natura dell'Equità verticale non pienamente condivisa.

Infatti, un terzo dei rispondenti alla survey (33,9%) ritiene che la declinazione di Equità più corretta sia quella che poggia sull'idea che vada garantito un accesso dei pazienti ai servizi (clinici/assistenziali) in modo proporzionale ai loro bisogni, senza specificazione della natura del bisogno. Un ulteriore 25,4% propende invece per una declinazione che preveda che tutti i cittadini debbano accedere agli stessi servizi con le stesse identiche modalità. A seguire, il 20,3%, propende sul fatto che tutti i pazienti debba-

no poter accedere ai servizi senza condizionamenti derivanti dalle loro risorse economiche ed un 10,2% richiama che tutti i cittadini debbano compartecipare al finanziamento del SSN in modo proporzionale alle loro risorse economiche; una quota residuale dei rispondenti (3,4%) per Equità ritiene si debba intendere che l'accesso ai servizi non debba essere condizionato dalla *literacy* dei pazienti.

Dalle risposte, a parte la loro variabilità, sembra emergere che non è completamente condiviso quale sia la fonte principale delle barriere all'accesso: se la severità (clinica) o altro.

Molto probabilmente intendere il bisogno in termini clinico/assistenziali è distorsivo: infatti, la severità clinica viene, come è giusto, riconosciuta quale priorità. Al più si potrebbe paventare l'esistenza di barriere assistenziali, visto che oggi la parte più scoperta dei bisogni è quella legata alla non-autosufficienza. Non è pienamente condiviso che, invece, fra le principali barriere all'accesso ci siano quelle derivanti dalla *literacy* dei pazienti, e quelle legate alle disponibilità economiche (come, invece, ci segnalano gli Utenti e i Professionisti sanitari, che evidentemente sono in "trincea" e percepiscono con maggiore chiarezza dove si concentrano i problemi reali del Servizio).

A parte le questioni semantiche, che pure sono sostanziali, rimane il fatto che dobbiamo difendere il SSN non perché è astrattamente pubblico, ma perché la sua natura è condizione per perseguire l'Equità.

I "fatti" esposti ci dicono che l'Equità rimane una chimera: le liste di attesa sono una importante barriera all'accesso, e penalizzano maggiormente i pazienti più deprivati (e, quindi anche con minore *literacy*), come risulta dalla quota rilevante di spese sanitarie dei meno abbienti; le rinunce alle cure sono in continua crescita e quasi 380.000 famiglie si impoveriscono per curarsi e oltre 1 milione sostiene spese sanitarie che l'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica come "catastrofiche".

Malgrado siano passati più di 40 anni dall'istituzione del SSN, che si proponeva di eliminare le disuguaglianze territoriali, le "distanze" fra aree geografiche del Paese rimangono più o meno immutate.

Ma, principalmente, come precedentemente argomentato, ancora oggi meno del 20% popolazione italiana, alla luce delle dichiarazioni dei redditi, copre con le imposte pagate l'onere medio per la (sola) assistenza sanitaria.

In sintesi, il rischio è quello di schierarsi a difesa del "SSN pubblico", non perché svolge egregiamente la sua primaria funzione pubblica, ovvero quella di garantire il perseguimento di condizioni eque, ma solo perché la "produzione pubblica" è vista da alcuni come un argine all'entrata nell'agone della Sanità di possibili (se "sregolati") interessi economici.

I "fatti" ci dicono, invece, che il servizio pubblico va sì difeso, ma mettendolo in condizioni di essere tale: e per esserlo, dopo 40 anni di insuccessi sul versante equitativo (a partire da quello fiscale), bisognerà determinarsi a "ripensarlo" con una nuova *vision*.

Politiche e *vision*

Già le ultime due edizioni del Rapporto hanno sottolineato l'esigenza di costruire una nuova *vision* sull'evoluzione del SSN.

Gli atti normativi, e le politiche sanitarie in generale, non supportano però l'idea che una nuova *vision* si stia davvero consolidando.

Gli esempi di interventi discutibili e/o di mancanza di intervento potrebbero essere numerosi, ma per esigenze di sintesi proviamo a segnalarne uno di programmazione più "macro" e uno più "micro".

A livello "macro", va segnalato lo stallo (o disinteresse) in cui sopravvive il processo di finanziamento, ovvero l'allocazione delle risorse sulla Sanità e fra le Regioni.

Ripartendo dall'"inizio" del processo, e quindi dalle indicazioni del D.Lgs. n. 68/2011 dove recita: «(il FSN) ... è determinato tramite intesa con le Regioni, in coerenza con il quadro macro-economico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza», appare immediatamente evidente che un primo elemento di riflessione è la modalità con cui

si è sinora realizzata la citata compensazione delle istanze provenienti dall'evoluzione dei bisogni sanitari (fabbisogno per i LEA), con quelle provenienti dai vincoli di finanza pubblica: in altri termini, in che misura possa essere stata effettivamente garantita la "coerenza" fra due obiettivi che, è sempre più evidente, rischiano di essere in conflitto fra loro.

La "coerenza" richiamata nella norma sembra poter implicare che non ci debba essere una prevalenza di un obiettivo/vincolo sull'altro e che, quindi, le risorse destinate alla Sanità possano essere tanto aumentate per far fronte ad una estensione dei LEA, ovvero un incremento dei loro costi, quanto diminuite nel caso in cui i vincoli richiamati implicino ristrettezze finanziarie tali da richiedere una contrazione dei LEA.

A fronte di tassi di crescita del finanziamento stagnanti se non negativi in termini reali, dovuti ai vincoli derivanti dal quadro macro-economico, come sopra argomentato, la parallela indicazione della volontà di incrementare i LEA appare paradossale, a meno di non scontare incrementi di efficienza, di cui però non si vede traccia nelle analisi quantitative. Piuttosto, sembra più opportuno segnalare che ci sarebbe supporto per la tesi che ritiene in crescita i costi: infatti, utilizzando i pesi per età utilizzati per il riparto regionale del Fondo Indistinto, e applicandoli alla popolazione 2023 e a quella 2019, per il solo effetto demografico si può evincere un incremento atteso della spesa sanitaria del 0,54% per l'ospedaliera e del 0,48% per la specialistica ambulatoriale: in altri termini anche ipotizzando la costanza dei LEA il solo effetto demografico (calcolato solo per la parte ospedaliera e specialistica) avrebbe comportato un incremento di 0,5 p.p. (reali) del FSN in quattro anni.

Le considerazioni numeriche che precedono rendono lecito il dubbio che il *trade-off* fra i vincoli di finanza pubblica e i bisogni di salute sia effettivamente di difficile "composizione".

In assenza di norme che abbiano esplicitamente contratto i LEA, il rischio che si può paventare è che la "coerenza" sia stata perseguita con una riduzione "implicita" dell'accesso ai LEA: ma, se così fosse, il rischio è quello di una crescita delle iniquità, per effetto di un mancato governo del processo con il

quale sono stati "redistribuiti" i diritti di accesso alle prestazioni. Inoltre, se le risorse non seguono il reale incremento dei fabbisogni, di fatto si scarica impropriamente sul *management* regionale e delle Aziende Sanitarie il compito di trovare una "coerenza" fra finanziamento e diritto di accesso ai LEA.

Passando al riparto regionale delle risorse, le criticità sono ancora più numerose.

In primo luogo, ci sembra di poter affermare come sia del tutto indifendibile che le quote di assegnazione ai LEA, e i pesi per la stima dei differenziali di fabbisogno (basati sull'età) rimangano costanti da anni, pur in presenza di continue innovazioni tecnologiche e organizzative: basti pensare al fatto che negli ultimi 10 anni i ricoveri si sono ridotti del -25,4% e le giornate di degenza/accessi di circa il 2%, senza contare che il principale investimento in Sanità, quello del PNRR, intende spostarne ulteriormente il baricentro verso il "territorio". A questo proposito appare paradossale che nelle regole del riparto, proprio la voce dell'assegnazione di risorse al territorio giuochi un ruolo residuale, oltretutto a rischio di venire depauperato perché agisce come complemento della quota per l'assistenza farmaceutica, che è (si veda il Capitolo 10a del Rapporto) in continua crescita.

A riprova della scarsa credibilità di tali determinazioni, le Regioni che hanno sviluppato un loro esplicito criterio per l'allocazione interna delle risorse, derogano dalle indicazioni nazionali.

In ogni caso, l'attuale allocazione delle risorse genera differenziali di Fabbisogno regionale che, come anticipato, vengono di fatto "smentiti" e amplificati (più che raddoppiati) dalla regolazione della mobilità sanitaria e dalla diversa incidenza delle entrate proprie; ma anche dal fatto che le quote accantonate, originariamente introdotte con una logica premiale, legata alla richiesta per le Regioni di dimostrare specifici adempimenti, sono ormai di fatto ripartite fra di esse su base pattizia, con il fine unico di gestire le divergenze di interessi e per compensare effetti del riparto evidentemente non ritenuti giustificabili neppure dalle Regioni.

Va anche segnalato che, a fronte di una crescita della spesa privata, che in significativa misura sgrava i SSR di oneri per prestazioni ricomprese nei LEA

(a parte le compartecipazioni, si ricordano i € 2,0 mld. spesi dalle famiglie per farmaci di “Classe A” che avrebbero avuto diritto ad avere gratuitamente), il riparto non prevede alcuna compensazione per le Regioni (tipicamente quelle con livelli di reddito medio minore) che godono meno di questo “vantaggio”: si noti che si tratta di un fenomeno che impatterebbe sul riparto molto più di quanto non abbia fatto, ad esempio, l'introduzione nel 2023 della deprivazione; oltretutto, la non considerazione di questo aspetto genera implicitamente un incentivo per le Regioni a trasferire oneri (ad esempio mantenendo “lunghe” le liste di attesa) sui cittadini, o almeno a non “contrastare” significativamente il fenomeno. Dovrebbe essere sufficiente questa osservazione per far dubitare che si possa, come invece sembra sia stato fatto, ridurre la questione delle liste di attesa ad una questione di carenza di offerta.

Affrontando un tema più “micro”, ma altrettanto strategico per il SSN, per affrontare le carenze di personale, a parte l’“importazione” di professionisti da Paesi meno sviluppati, si è operato aumentando/facilitando l’accesso all’offerta formativa; una visione che ci sembra non tenere sufficientemente conto di vari aspetti, pur abbondantemente documentati (si veda il Capitolo 4f del Rapporto ma anche le analisi contenute nelle edizioni precedenti); in primo luogo che le carenze non riguardano i medici (se non per determinate specializzazioni); in secondo luogo che i tempi della formazione sono di fatto incoerenti con la necessità di garantire i ricambi nei prossimi anni; in terzo luogo che la principale carenza che si riscontra è per figure di cui nessuno si sta realmente occupando, quali il personale con competenze adeguate alla presa in carico della non-autosufficienza (Operatori Socio-Sanitari? Assistenti infermieri?), oggi lasciata al mercato, in larga misura irregolare, delle “badanti”; in quarto luogo che le scelte fatte espongono il Paese al rischio di investire sulla formazione senza averne ritorno, perché il personale, una volta formato, perdurando le attuali condizioni, non lavorerà nel SSN, bensì nel privato o all'estero.

Una corretta programmazione dovrebbe partire dalla considerazione che il problema di fondo è la mancanza di vocazioni, che a sua volta frutto di un

insufficiente riconoscimento sociale (almeno per alcuni segmenti), ma anche di retribuzioni ritenute non appetibili rispetto ai carichi (e responsabilità) del lavoro.

A fronte di una condizione “di mercato” che non rende più attraente il SSN, il tentativo di contrastare, ad esempio, l'uso dei “medici gettonisti”, appare sicuramente perdente. Andrebbe piuttosto preso atto che si dovrebbero ricreare condizioni di appetibilità per i ruoli del SSN; non è certamente solo una questione di retribuzione, coinvolgendo anche la questione della responsabilità, dei carichi di lavoro, della mancanza di opportunità di progressioni di carriera, della burocratizzazione della professione, ecc.. Ma l'aspetto retributivo non può essere ignorato: volendo o dovendo dare priorità alle motivazioni del personale, appare necessario assumere consapevolezza della necessità di dover “sacrificare” l'aspetto numerico (assunzioni), per poter destinare eventuali risorse all'incremento delle retribuzioni: ma questa opzione richiede una riorganizzazione radicale del lavoro, magari basata sullo sfruttamento delle nuove “tecnologie digitali”, tale da aumentare la produttività del lavoro stesso.

Le proposte

A fronte delle riflessioni sulle traiettorie attuali del SSN, di cui alcune contenute nel precedente paragrafo, si giustifica perché, come anticipato nelle note introduttive, alla domanda se sia sufficiente procedere con manutenzioni, seppure straordinarie, del SSN, o se sia arrivato il momento di affrontare la necessità di una sua radicale trasformazione, la risposta del Rapporto è che una trasformazione è necessaria e non più solo opportuna.

La trasformazione ha un obiettivo principale, ovvero rendere il Servizio capace di riallineare le “promesse” alle risorse disponibili, evitando razionamenti impliciti che sono per definizione oggetto di ingiustizia, nella misura in cui penalizzano la popolazione più fragile, in termini di salute ma, ancor di più, di censo e di *literacy* sanitaria.

Per perseguire questo obiettivo, l'intervento pub-

blico deve allargare i suoi confini, rinunciando ad arroccarsi sull'idea di una posizione egemonica del servizio pubblico, concentrandosi sulla *governance* di tutto il sistema sanitario, ivi compresa la (rilevante) quota di servizi sanitari che oggi classifichiamo come sanità privata.

A fronte di risorse aggiuntive limitate se non nulle, di possibili recuperi di inefficienze importanti ma non risolutivi, si rende necessario fare scelte politiche “scomode”, ovvero scelte che riguardano una razionalizzazione delle “promesse” di tutela pubblica.

Per razionalizzare è però prima necessario aprire un dibattito sui principi a cui ispirarsi: senza pretesa di esaustività segnaliamo come opzioni quella di agire in base alla severità clinico/assistenziale dei bisogni (priorità alle patologie più severe)? Ovvero in base al merito delle risposte (dando priorità agli interventi a maggiore valore terapeutico o valore sociale)? Oppure in base alle barriere all'accesso (ovvero dando priorità ai bisogni dei meno abbienti e/o dei meno “sanitariamente alfabetizzati”)?

Una scelta “informata” richiede propedeuticamente una democratica condivisione dei principi a cui ci si vuole ispirare.

Una esigenza che deriva, altresì, dal fatto che avere una *vision* implica darsi delle priorità, e darsene implica, per definizione, fare scelte politicamente “scomode”: una considerazione che porta ad affermare che è necessaria una condivisione *super-partes* sui principi dell'intervento pubblico (*governance*) in Sanità, che eviti il rischio che la Sanità sia oggetto di mero scontro partitico.

In altri termini, se si abbandona l'idea che sia sufficiente una manutenzione del SSN, per quanto straordinaria, non si può più perseguire la volontà di limitarsi a correggere un aspetto o l'altro del sistema (malgrado siano numerosi i possibili interventi migliorativi), se non altro perché decenni di superfezione di norme emanate a fini congiunturali hanno creato un “ecosistema” problematico: regole introdotte per tamponare un problema, hanno poi finito per andare in contraddizione con altri obiettivi, generando nuovi problemi.

È, quindi, necessario un momento di riflessione “alta”, come certamente fu quella del 1978, finalizza-

ta a verificare come possa/debba ridefinirsi il modello di intervento pubblico in Sanità, adeguandolo alle caratteristiche della Società e dell'Economia italiana attuale, che non sono più quelle del 1978.

Le riflessioni “alte” devono partire dai principi: per questo C.R.E.A. Sanità ha ritenuto opportuno fornire un punto di partenza per un confronto Politico sul tema, indagando fra gli *stakeholder* del SSN il “valore”, ma anche l'effettiva “declinazione” attribuita ad alcuni principi.

A tal fine è stata promossa una *survey* distribuita fra i componenti dell'*Expert Panel* dello studio “La misura di *Performance* socio-sanitaria regionale” (2024), che rappresentano le principali categorie di *stakeholder* del SSN: Pazienti, Professionisti sanitari, *Management* sanitario, Istituzioni e Industria.

Nello specifico, ritenendo che sia opinione largamente condivisa che larga parte dei principi che hanno ispirato la creazione del SSN rimangano ancora validi (ad esempio l'Universalismo) o al massimo richiedano qualche “ammodernamento” (ad esempio allargando i confini della Globalità della risposta in una logica “*One Health*”), la *survey* si è concentrata su tematiche che possono essere “divisive”; nello specifico chiedendo il parere dei membri dell'*Expert Panel* sul significato da attribuire ai seguenti principi:

- Equità
- Sussidiarietà
- Appropriatezza
- Servizio Pubblico
- Prestazioni integrativa.

Rimandando al Capitolo 4b del Rapporto per la analisi completa delle risposte, segnaliamo che i risultati della *survey* confermano come fra gli *stakeholder* del SSN convivano visioni diverse sui principi fondanti del Servizio, dipendenti anche dalla diversa natura degli *stakeholder* stessi.

Si è già argomentato sulla non piena sovrapponibilità di vedute sul contenuto del principio di Equità. Ci limitiamo qui ad aggiungere che, come evidenziato dalle risposte che hanno messo l'accento sugli aspetti economici di accesso, nonché di equità sul lato del finanziamento, in una prospettiva di razionalizzazione/prioritarizzazione degli interventi, emerge con tutta la sua drammaticità la questione delle cre-

dibilità del nostro sistema fiscale: un *Welfare* universalistico che non può poggiare su una credibile “prova dei mezzi” è a rischio di essere del tutto iniquo e, quindi, socialmente ingiusto.

Per inciso, l'incapacità di rendere credibile il nostro sistema fiscale “giustifica” la logica del “tutto a tutti”, che infatti ha caratterizzato per molti decenni il SSN, e che di fatto non è mai stata abbandonata del tutto: appare, in definitiva, una scelta paradossalmente funzionale, nello specifico per bypassare l'*empasse* della mancanza di una prova dei mezzi attendibile per razionare in modo equo.

Sul principio di Sussidiarietà, centrale in un contesto teso a rivedere il posizionamento “egemonico” del SSN, dalle risposte ottenute appare abbastanza evidente che anche in questo caso non si evidenzia una condivisione sul come adeguarlo alle peculiarità del sistema sanitario. In generale prevale una lettura che è al limite della negazione del principio, riconoscendo all'Ente di livello superiore (il SSN) il diritto di sostituirsi agli Enti di livello inferiore, indipendentemente dalla loro capacità di soddisfare bisogni della popolazione.

Per il principio di Appropriatezza il consenso converge sulla declinazione più frequente nella normativa sanitaria, che la identifica nell'aderenza alle Linee Guida, integrandovi il principio dell'efficienza economica nell'erogazione. L'aspetto della diversa eleggibilità dei pazienti alle prestazioni in base alle loro caratteristiche socio-economiche, ad esempio, risulta scarsamente percepito come un punto discriminante.

In merito al concetto di Servizio Pubblico è emersa una forte frammentazione dei pareri; in generale la natura pubblica del servizio rimane ancorata al concetto di “produzione pubblica”, rimanendo minoritaria la quota di rispondenti che ritiene sia da indentificarsi nell'esercizio del potere di regolamentazione; rimanendo sull'aspetto della produzione, il campione si divide, inoltre, tra i “sostenitori” di una erogazione riservata alle strutture pubbliche, e tra

quelli che ritengono possa essere estesa alle strutture private, purché in possesso di requisiti specifici e contrattualizzate dalle strutture pubbliche (di fatto un ritorno al Convenzionamento). Anche il tema della natura pubblica del Servizio merita la promozione di un confronto, essendo per lo meno discutibile che l'aspetto della produzione sia quello discriminante nel definire tale il Servizio.

Infine, sul concetto di “Prestazione integrativa”, malgrado la “resistenza” dei professionisti e del *Management* sanitario, che restringono la natura integrativa ai soli extra-LEA, appare maturarsi (anche fra i rappresentati delle Istituzioni) la convinzione che il concetto possa/debba essere esteso ricomprendendo le prestazioni incluse nei LEA ma erogati in modalità diverse da quelle che riesce a garantire il pubblico. Per gli Utenti il concetto andrebbe ulteriormente allargato, comprendendo tutte le prestazioni che implicano una compartecipazione dei cittadini.

Pur con i limiti della *survey* descritta, si conferma come la condivisione sui principi che dovrebbero ispirare l'intervento pubblico in Sanità non sia acquisita. Va sottolineato che la mancanza di condivisione rende probabilmente impossibile agire per una trasformazione del sistema, nella misura in cui questa ultima richiede scelte che abbiamo definito “scomode” e, quindi, tali da richiedere una ampia convergenza di opinioni per poter essere approvate e, principalmente, accettate dall'opinione pubblica.

Alla luce delle analisi proposte, la necessità di una nuova *vision* relativamente al ruolo dell'intervento pubblico in Sanità non sembra comunque più procrastinabile: mentre una manutenzione di sistema potrebbe avvenire con accordi su singoli punti, la generazione di una nuova *vision*, foriera di una reale trasformazione di sistema, in un ambito così delicato e centrale del nostro modo di intendere la cittadinanza, richiede un accordo bipartisan, che deve essere costruito a partire da un trasparente confronto sui principi a cui ispirarsi.



Il contesto socio-demografico

Key Indicators

Sintesi CAPITOLO 1 Il contesto socio-demografico

Carrieri C.¹

Il Capitolo 1 si focalizza sui fattori di contesto (demografia e strutture familiari, istruzione, produzione, reddito e mercato del lavoro) che impattano sul settore socio-sanitario.

Il contributo descrive l'evoluzione di alcuni indicatori ritenuti rilevanti per comprendere l'evoluzione del sistema socio-sanitario, di norma seguendone l'evoluzione negli ultimi dieci anni.

Fra i fattori più importanti per il sistema socio-sanitario analizzati nel contributo, va segnalata l'evoluzione demografica italiana, caratterizzato da un rapido invecchiamento della popolazione, dovuto tanto alla denatalità, quanto all'allungamento dell'aspettativa di vita.

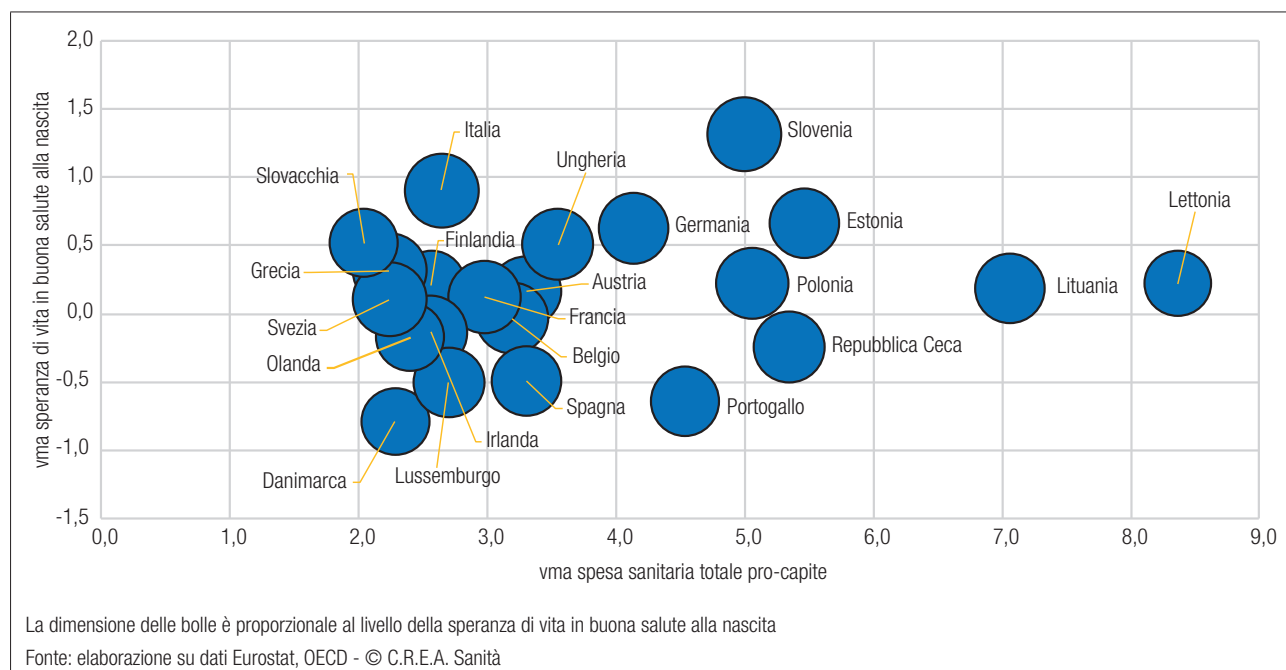
In particolare, Il tasso di natalità italiano (6,4 per

1.000 abitanti) è il più basso in Europa, mentre nel decennio si registra una riduzione del tasso di mortalità estesa a tutte le fasce di età, ed in particolare a quelle più anziane: in quella 80-84 anni, si registra una riduzione del decennio di -4,1 punti percentuali (p.p.), mentre in quella 85-89 anni di -2,8 p.p..

L'Italia già registra la quota di popolazione *over 75* anni più alta in Europa (12,3%), valore che si discosta dai Paesi membri dell'Unione Europea (EU) entrati dopo il 1995 (EU-Post 1995) di +4,3 p.p. e da quelli entrati prima del 1995 (EU-Ante 1995) di +1,7 p.p..

Il contributo evidenzia come, nel periodo considerato, in Italia si registri la maggiore crescita fra i Paesi EU della quota di popolazione *over 75* anni.

Variazione della speranza di vita in buona salute alla nascita vs variazione della spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2022



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

Nonostante la popolazione continui ad invecchiare, si riduce la prevalenza della disabilità: in questo ambito l'Italia registra un tasso tra i più bassi in Europa, pari al 5,1% verso un tasso medio nei Paesi EU-Ante 1995 del 7,4%, e in quelli EU-Post 1995 del 7,2%.

Il tasso di disabilità, sempre nel decennio, si è ridotto anche fra gli *over 65*, ad eccezione che nel Sud, ove si registra un suo aumento dello +0,2% medio annuo.

In ogni caso, Eurostat stima che, in Italia, nel 2022 (ultimo anno disponibile), le persone abbiano una aspettativa di vita 67,4 anni in buona salute (valore più alto in Europa): valore che è in aumento nel decennio di +5,8 anni e superiore alla media europea di +4,8 anni.

Si noti che l'Italia, rispetto agli altri Paesi, ha sperimentato una crescita della speranza di vita alla nascita fra le più elevate (+0,9% medio annuo), contro il +0,6% medio annuo di Germania, il +0,1% medio annuo della Francia e la riduzione (-0,5% medio annuo) della Spagna, malgrado una crescita della spesa sanitaria totale molto contenuta: 2,6% media annua, contro il +4,1% della Germania, il +3,3% della

Spagna e il +3,0% della Francia. .

Sul versante socio-economico, malgrado gli indicatori italiani registrino miglioramenti, il livello medio di istruzione della popolazione rimane inferiore alla media EU, occupando tra l'altro l'ultima posizione per quota di persone in possesso del titolo universitario.

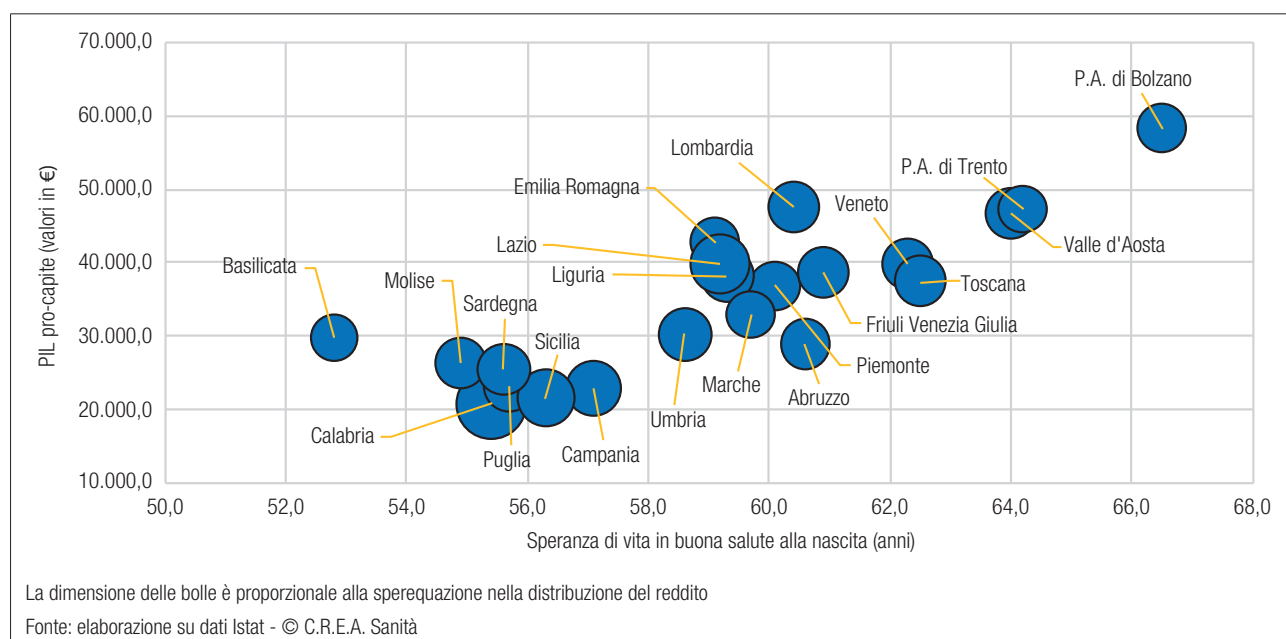
Inoltre, anche il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite italiano è inferiore alla media europea del -6,4%, senza tenere conto della maggiore incidenza su di esso del debito pubblico.

Nell'ultimo decennio l'aumento del PIL pro-capite italiano è risultato pari al +2,8% medio annuo; crescita che in EU risulta maggiore solo di quella registrata in Francia (+2,5% medio annuo).

A livello regionale, rimangono evidenti le differenze nel livello del PIL pro-capite, che correla positivamente con l'aspettativa di vita in buona salute; di contro non emerge una reale rilevanza dei livelli di sperequazione del reddito all'interno delle Regioni.

L'Italia è anche il Paese in Europa che registra il minor tasso di occupazione (66,3%) e, a livello regionale, un evidente gradiente Nord-Sud, con una differenza di occupati di +22,4 p.p. a favore del Nord.

Speranza di vita in buona salute alla nascita vs PIL pro-capite. Anno 2023



In sintesi, il Paese ha livelli di salute mediamente buoni rispetto alle medie europee, seppure con una forte variabilità regionale e un evidente gradiente a favore del Nord; ma le modifiche della struttura familiare e il rapido invecchiamento rischiano di aumentare significativamente i bisogni della popolazione, a

fronte di un contesto socio-economico che, invece, presenta molte ombre: sia per il progressivo “impoverimento” rispetto agli altri Paesi europei, sia per i perduranti *gap* in termini di minori livelli medi di istruzione e occupazione della popolazione, e anche le maggiori iniquità nella distribuzione del reddito.

CAPITOLO 1

Il contesto socio-demografico

Carrieri C.¹

Il presente contributo si focalizza su alcuni fattori di contesto (a livello europeo e nazionale), quali demografia, disabilità, struttura familiare, istruzione, produzione, reddito e mercato del lavoro, da cui non si può prescindere nel processo di programmazione dell'offerta sanitaria e, anche, di sviluppo delle politiche di governo della domanda.

Il contributo analizza l'evoluzione dei settori citati negli ultimi dieci anni.

È stata altresì effettuata una ricerca della letteratura (Giacomozzi C. et al., 2020), (*Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration, Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*), (Lopreite M. et al., 2017), (GBD, 2021), dalla quale è emersa l'importanza dell'impatto dei fattori sociali e demografici (quali istruzione, occupazione, reddito) sulla salute della popolazione.

1.1. La demografia

La demografia del Paese segna cambiamenti sempre più veloci: in primo luogo la riduzione delle nascite (denatalità), dovuto tanto alla propensione a procreare, quanto al ridursi della popolazione di "potenziali" genitori.

Nel 2023, il tasso di natalità in Europa (EU-27²) risulta in media pari a 8,2 nati per 1.000 abitanti, in riduzione nell'ultimo decennio di -1,5 p.p. (9,7 per 1.000 abitanti nel 2013). Il calo delle nascite è comune a tutta l'Europa, ad eccezione di Portogallo e Ungheria, che registrano un aumento pari rispettivamente al +0,2 e +0,1 p.p..

Il tasso di natalità italiano si attesta a 6,4 per 1.000 abitanti, in calo rispetto a dieci anni fa di -2,1 p.p.. L'Italia registra il tasso di natalità più basso in Europa: per confronto, il tasso medio nei Paesi EU-Ante 1995³ è di 8,2 per 1.000 abitanti, nei Paesi EU-Post 1995⁴ di 7,9, in Francia di 9,9, in Germania dell'8,3 e in Spagna del 6,7 (Figura 1.1.).

A livello regionale, il Mezzogiorno registra un tasso di natalità più alto rispetto alle altre ripartizioni geografiche (6,9 per 1.000 abitanti); seguono Nord-Est (6,4), Nord-Ovest (6,3) e Centro (5,9). Rispetto al 2013 si registra una riduzione della natalità in tutte le ripartizioni, in particolare nel Centro (-2,7 p.p.).

A livello regionale (Figura 1.2.), nella P.A. di Bolzano si registra il tasso di natalità più alto (8,8 nati ogni 1.000 abitanti), in Sardegna quello più basso (4,6 ogni 1.000 abitanti).

In secondo luogo, la demografia è segnata da un aumento della aspettativa di vita (trattata nel seguito), effetto dello "spostamento in avanti" della mortalità, attribuibile al miglioramento delle opportunità terapeutiche e alle migliori condizioni di vita.

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

² Europa a 27 Paesi: Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Ungheria

³ Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1.1.1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna e Svezia

⁴ 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 1.1. Tasso di natalità in Europa

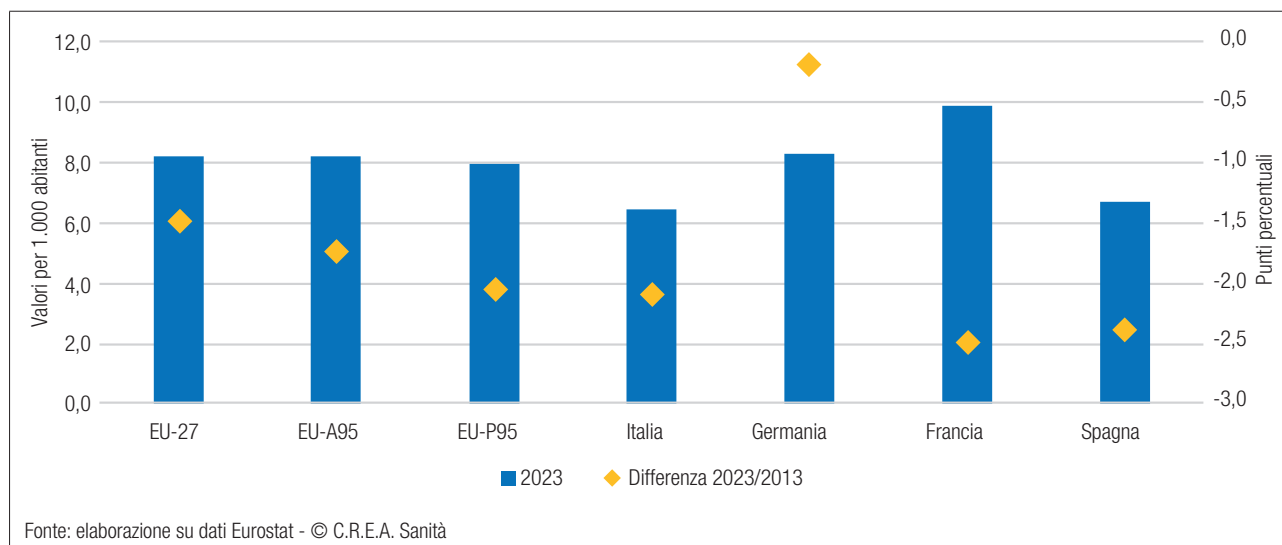
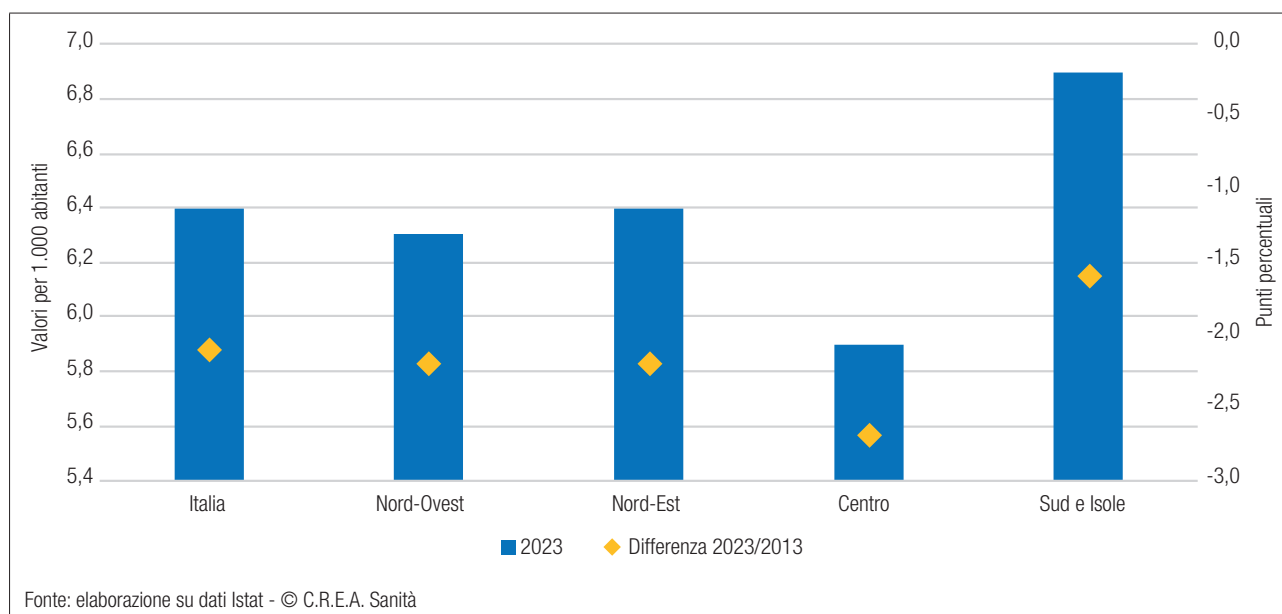


Figura 1.2. Tasso di natalità in Italia



Fra il 2012 e il 2022 (ultimo anno disponibile), in Italia, si registra una riduzione del tasso di mortalità in tutte le fasce di età, particolarmente evidente nelle fasce 80-84 anni (-4,1 p.p.) e 85-89 anni (-2,8 p.p.) (Figura 1.3.).

Dall'evoluzione di natalità e mortalità segue una accelerazione dell'invecchiamento della popolazione: nel 2023, la popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni è risultata pari a 37,5 mln., in

riduzione rispetto a 10 anni fa del -4,5%; i più giovani (*under 15* anni) sono risultati pari a 7,3 mln., con una perdita del -14,1% nel periodo; di contro la popolazione *over 65* anni è pari a 14,2 mln. di residenti, in aumento nell'ultimo decennio del +10,9%: di questi, oltre la metà sono ultra-settantacinquenni (7,3 mln. di residenti), che registrano un aumento del +14,5%.

Per confronto, in Europa la quota di popolazione *over 75* anni, nell'ultimo decennio, ha registrato un

aumento di +1,2 p.p., passando dall'8,8% del 2013 al 10,0% del 2023.

Pur se il *trend* è simile in tutte le Nazioni, l'Italia è quella con la quota di *over 75* anni più alta, pari al 12,3% (+4,3 p.p. rispetto ai Paesi membri dell'Unione Europea (EU) entrati dopo il 1995 (EU-Post 1995) e +1,7 p.p. rispetto a quelli entrati prima del 1995 (EU-Ante 1995), +2,4 p.p. della Spagna, +2,3 p.p. della Francia e +1,3 p.p. della Germania).

In Italia si registra anche la crescita maggiore della quota di popolazione *over 75* anni, pari a +1,8

p.p. (Figura 1.4.): nei Paesi EU-Ante 1995 la crescita è risultata pari a +1,3 p.p., nei Paesi EU-Post 1995 di +1,4 p.p., in Germania di +1,1 p.p., in Francia di +1,0 p.p. e in Spagna di +0,8 p.p..

A livello regionale, la quota di popolazione *over 75* anni è pari al 13,0% nel Nord-Ovest, cui segue il Centro con il 12,9%, il Nord-Est con il 12,8% e il Sud con l'11,6% (Figura 1.5.). La Liguria è la Regione con la quota di ultrasessantacinquenni più alta, pari al 16,0%, la Campania con quella più bassa (9,5%).

Figura 1.3. Tasso di mortalità per età in Italia. Anno 2022

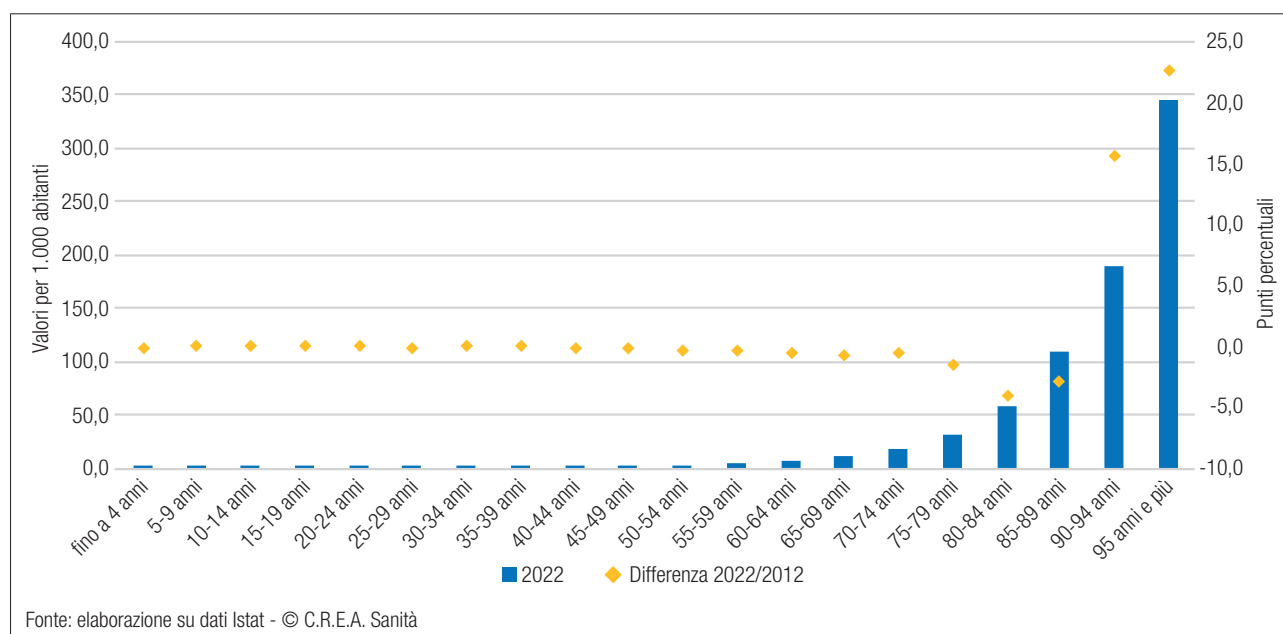


Figura 1.4. Quota popolazione *over 75* anni in Europa

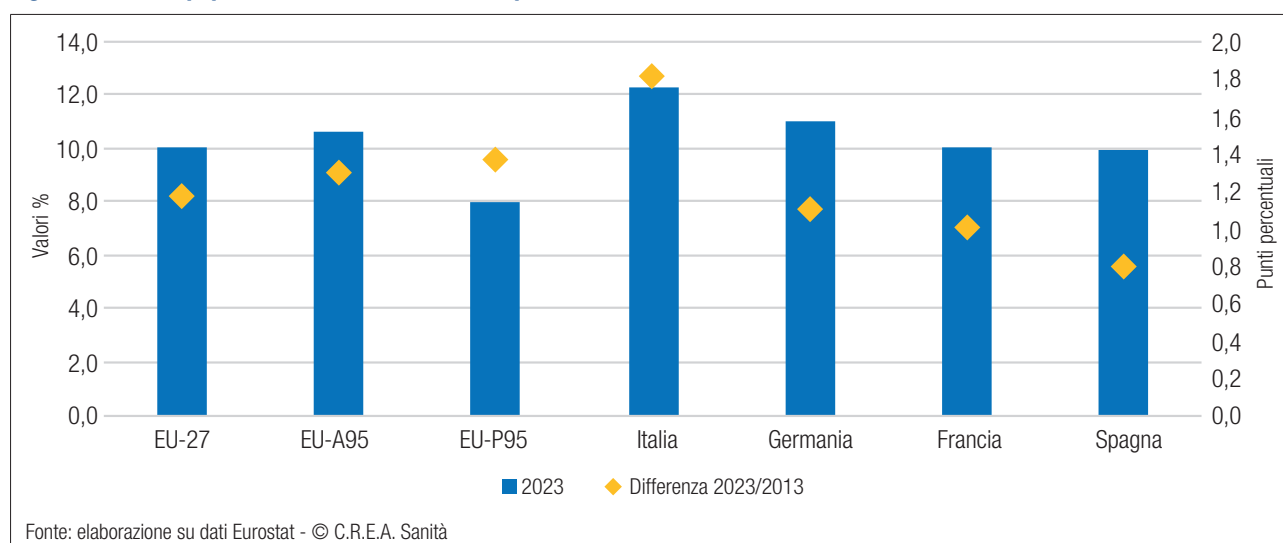
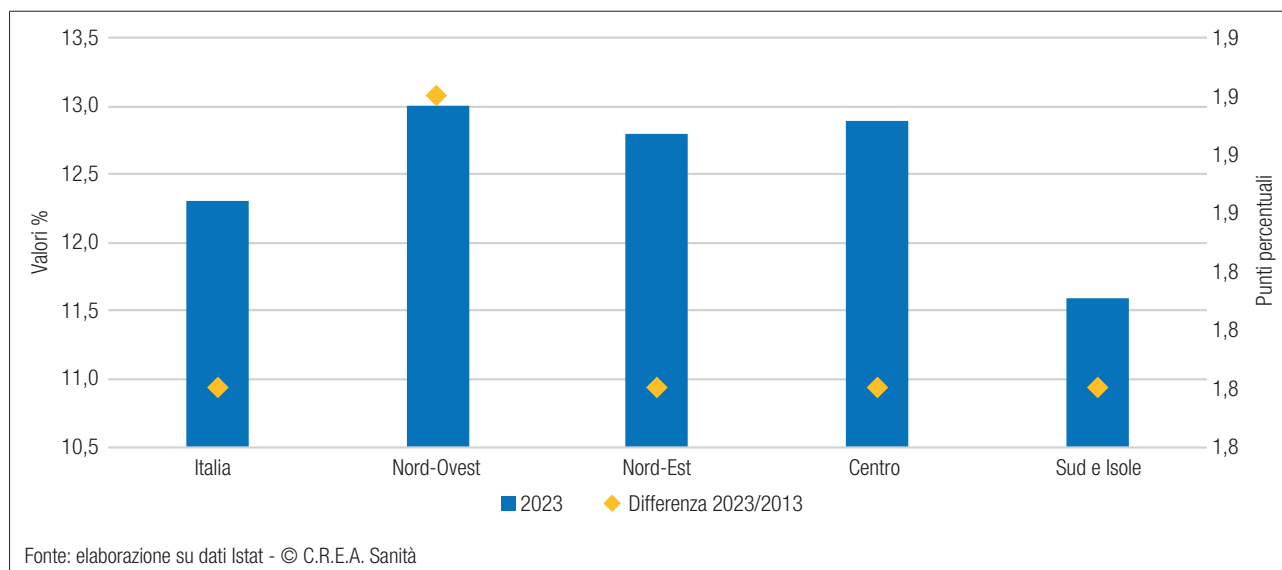


Figura 1.5. Quota popolazione over 75 anni in Italia

La quota è in aumento in tutte le Regioni; nel decennio considerato l'incremento è stato omogeneo: nel Nord-Ovest +1,9 p.p., nel Nord-Est, Centro e Mezzogiorno +1,8 p.p. rispettivamente.

Secondi i dati previsionali Istat, tra dieci anni, la popolazione anziana aumenterà, in Italia, di +2,0 p.p., aumento che riguarderà tutte le ripartizioni geografiche: Mezzogiorno (+2,4 p.p.), Centro (+2,0 p.p.), Nord-Est (+1,5 p.p.) e Nord-Ovest (+1,4 p.p.).

Disabilità e aspettativa di vita

La disabilità necessiterebbe di maggiore "attenzione" da parte della politica sanitaria, in quanto le persone con disabilità hanno bisogni maggiori e devono interagire con barriere di diversa natura che ostacolano la loro partecipazione sociale; la disabilità incide, inoltre, sulla qualità della vita delle persone, per effetto delle limitazioni nelle abilità che permettono di condurre una vita "piena".

In Europa, nel 2023, il tasso medio di disabilità grave è pari al 7,2% della popolazione e registra una riduzione in dieci anni di -1,3 p.p. (8,5% nel 2013).

Il tasso di disabilità grave italiano si attesta al 5,1%, in calo rispetto a dieci anni fa di -4,4 p.p..

L'Italia registra un tasso di disabilità tra i più bassi in Europa: per confronto, il tasso medio nei Paesi

EU-Ante 1995 è pari al 7,4%, nei Paesi EU-Post 1995 al 7,2%, in Francia al 10,2%, in Germania all'8,7% e in Spagna al 5,1%.

La Francia è l'unica Nazione che registra un incremento della disabilità nel periodo considerato, pari al +1,2 p.p. (Figura 1.6.).

A livello nazionale, nel Nord-Ovest e nel Nord-Est il tasso di disabilità medio è pari rispettivamente al 4,5%, nel Centro si attesta al 5,1% e nel Sud al 4,5%. In tutte le ripartizioni si registra una riduzione del tasso: quella massima nel Nord-Ovest (-2,0 p.p.) e quella minima nel Sud e Isole (-0,3 p.p.) (Figura 1.7.).

Si evidenzia che il tasso di disabilità è più basso al Nord rispetto al Sud: al Nord è pari al 4,5%, al Sud è pari al 5,5%, con una differenza di -1,0 p.p..

A livello regionale, la Sardegna registra il tasso di disabilità più alto (7,2%) e la P.A. di Trento il più basso (3,7%).

Analizzando il dato per età, nel 2022 (ultimo anno disponibile), il tasso di disabilità della popolazione italiana over 65 anni, si attesta al 13,0%, valore in riduzione rispetto al 2012 del -1,6% medio annuo.

A livello di ripartizioni geografiche, il Sud presenta il tasso di disabilità degli over 65 più alto, pari al 14,9%, seguono il Centro (13,2%), il Nord-Ovest e il Nord-Est (rispettivamente 11,6%).

Figura 1.6. Tasso di disabilità in Europa

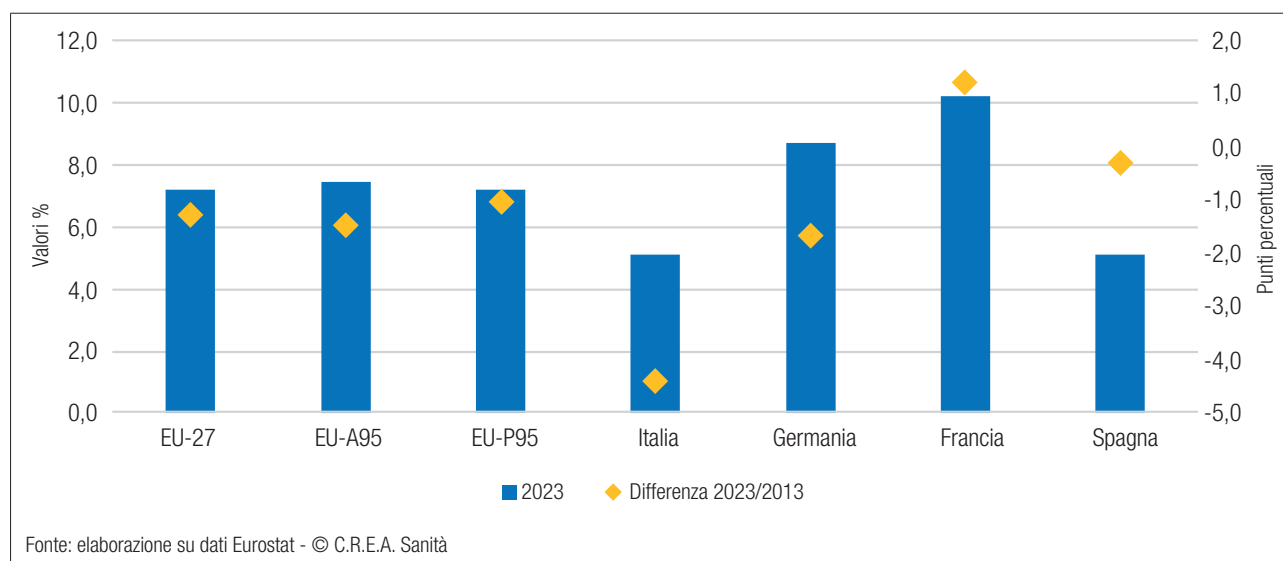
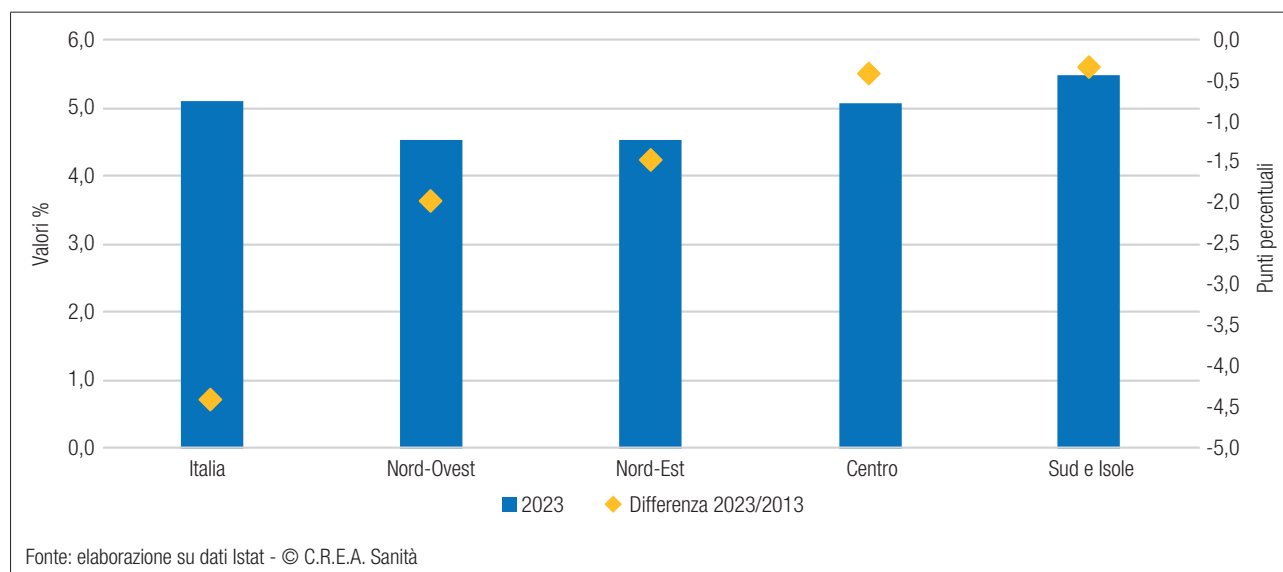


Figura 1.7. Tasso di disabilità in Italia



Nel periodo considerato, in tutte le ripartizioni si registra una riduzione del tasso di disabilità, con la riduzione massima nel Nord-Est (-2,7% medio annuo) e quella minima nel Nord-Ovest (-1,2% medio annuo) (Figura 1.8.).

Si evidenzia una seppure modesta correlazione negativa (Figura 1.9.) tra il tasso di disabilità e il livello di istruzione: tutte le Regioni del Sud (ad eccezione di Campania e Molise) registrano un tasso di disabilità alto e una quota di popolazione che si è

fermata al primo ciclo di studi elevata.

L'aspettativa di vita in buona salute fornisce un dato più olistico dello stato di salute, in quanto si basa sui livelli percepiti da parte della popolazione.

Nel 2022 (ultimo anno disponibile), l'aspettativa di vita alla nascita in buona salute in Europa, secondo i dati Eurostat, si attesta in media a 66,2 anni, in aumento di +1,6 anni nell'ultimo decennio. In Italia, le persone si possono aspettare di vivere 67,4 anni in buona salute, valore in aumento di +5,8 anni in dieci

anni e superiore alla media europea di +4,8 anni.

Il dato italiano è il più alto in Europa, discostandosi dalla Germania di +6,3 anni, dalla Spagna di +6,2 anni, dai Paesi EU-Post 1995 di +5,7 anni, da quelli dell'EU-Ante 1995 di +4,4 anni e dalla Francia di +3,0 anni (Figura 1.10.).

A livello nazionale, nel 2023, secondo i dati Istat per il Benessere Equo e Sostenibile (BES) (Istat, anni vari), l'aspettativa di vita in buona salute è pari a 61,2 anni nel Nord-Est, 60,3 nel Centro, 60,2 nel Nord-Ovest e 56,5 nel Sud⁵.

Figura 1.8. Tasso di disabilità over 65 anni Italia

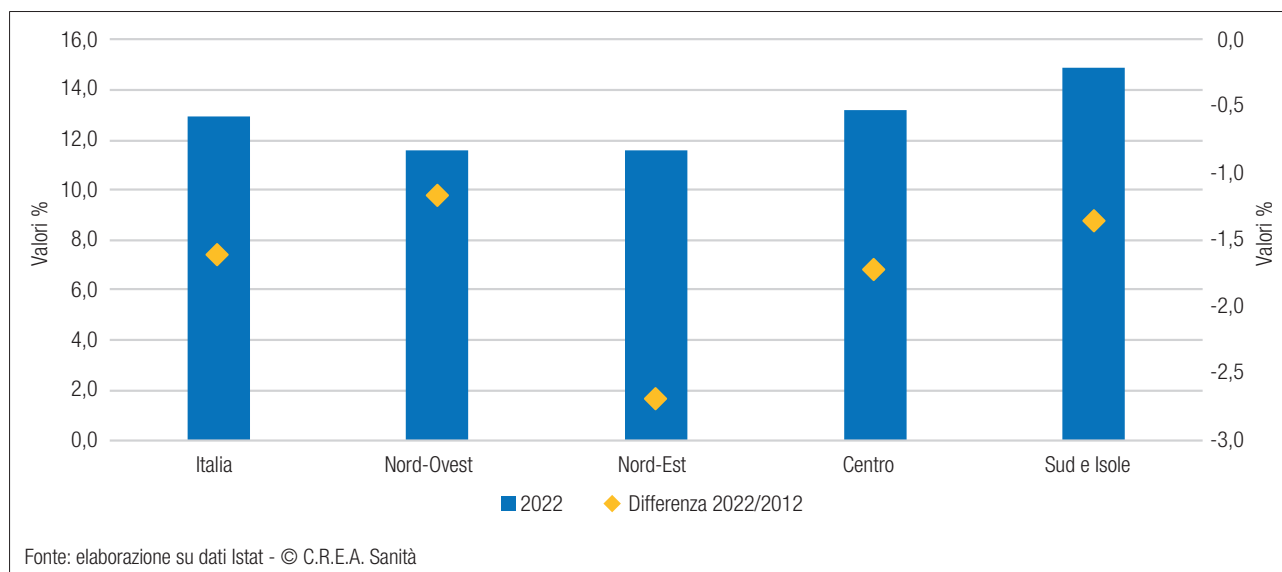
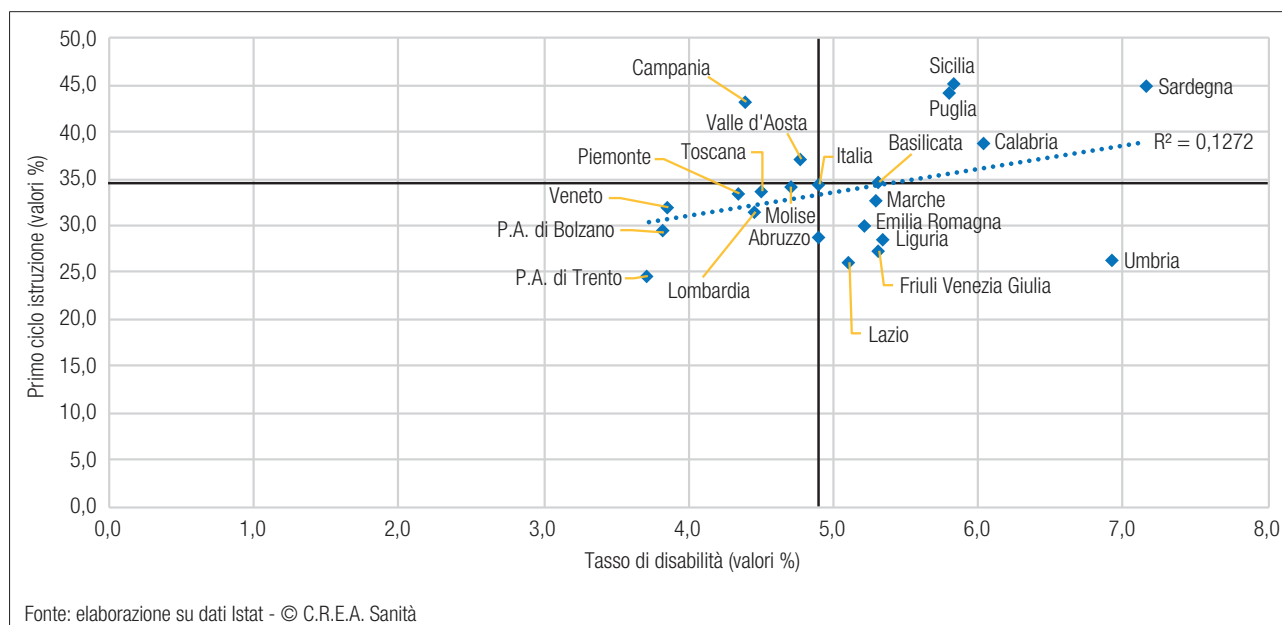


Figura 1.9. Tasso di disabilità vs quota di popolazione con primo ciclo di istruzione primaria



⁵ Si noti che le fonti sono differenti e il dato Istat è inferiore a quello Eurostat di 8,2 anni

Il dato è in aumento in tutte le ripartizioni geografiche: quello massimo si registra nel Centro (+1,7 anni), quello minimo nel Nord-Ovest (+0,3 anni) (Figura 1.11.).

Nel Nord si registra un'aspettativa di vita buona salute maggiore di +4,1 anni rispetto al Sud (60,6 anni vs 56,5). A livello regionale, la P.A. di Bolzano registra il dato più alto, pari a 66,5 anni, e la Basilicata il più basso (52,8 anni).

Si noti che l'Italia, rispetto agli altri Paesi, ha sperimentato una crescita della speranza di vita alla na-

scita fra le più elevate, a fronte di una crescita della spesa sanitaria totale contenuta (Figura 1.12.). La crescita della spesa sanitaria, tra il 2012 e il 2022, è stata pari al 2,6% medio annuo, contro il +4,1% medio annuo della Germania, il +3,3% medio annuo della Spagna e il +3,0% medio annuo della Francia; allo stesso tempo, in termini di speranza di vita, l'Italia registra però la crescita maggiore (+0,9% medio annuo), contro il +0,6% medio annuo di Germania, il +0,1% medio annuo della Francia e la riduzione (-0,5% medio annuo) della Spagna.

Figura 1.10. Speranza di vita in buona salute alla nascita in Europa

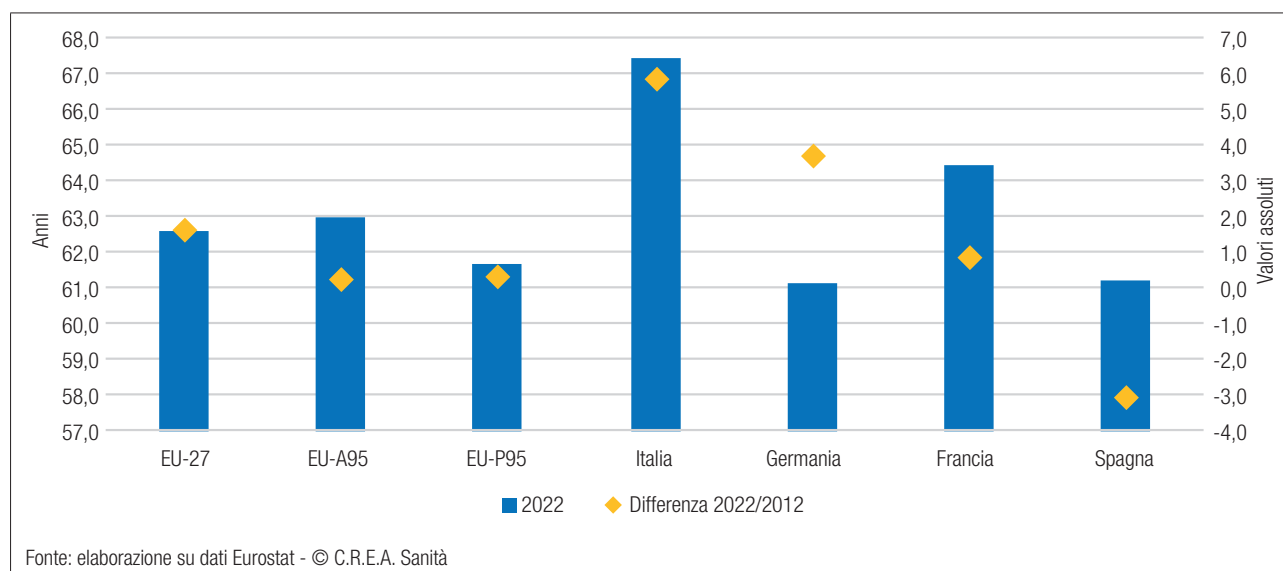


Figura 1.11. Speranza di vita in buona salute alla nascita in Italia

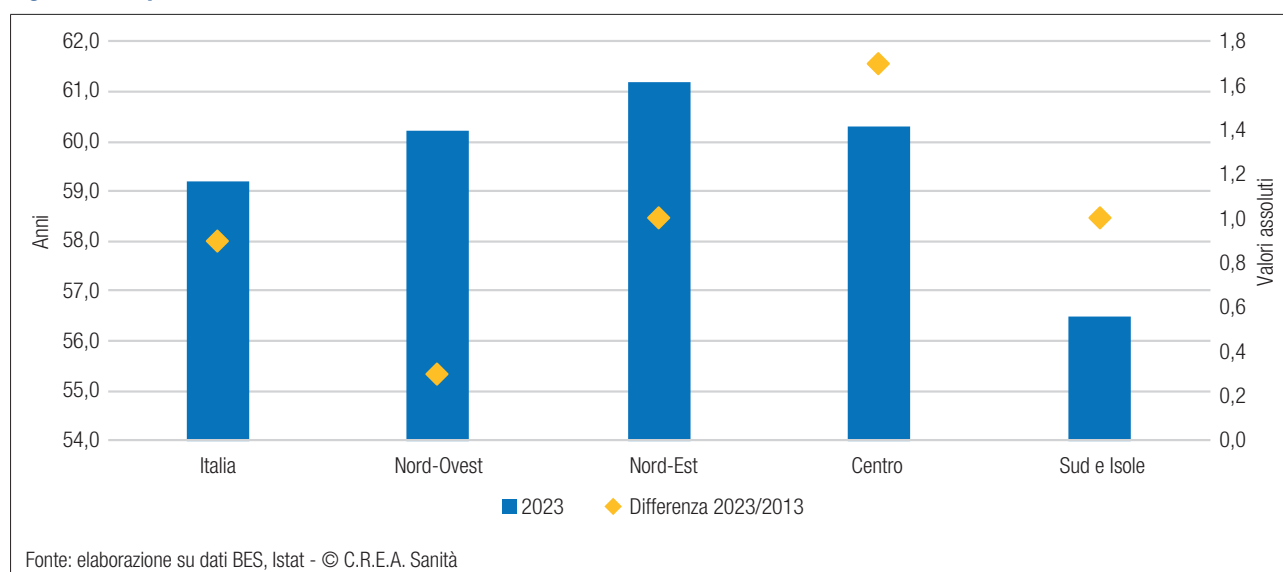
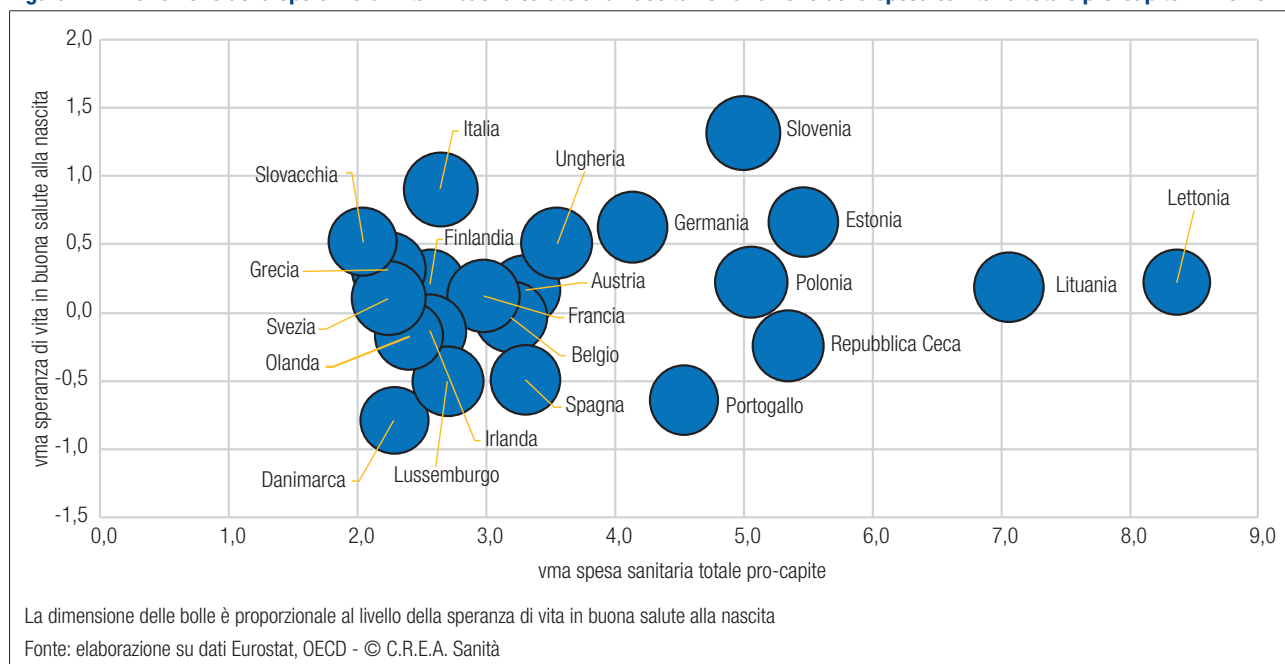


Figura 1.12. Variazione della speranza di vita in buona salute alla nascita vs variazione della spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2022

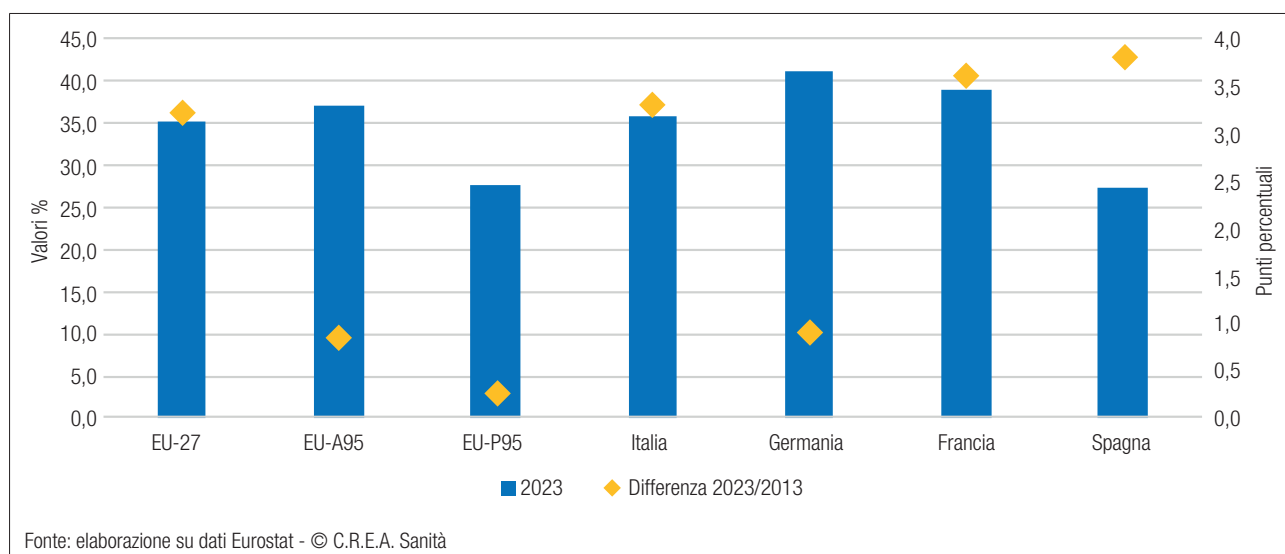
Struttura familiare

Nel 2023, in Europa si contano circa 200 mln. di nuclei familiari. Negli ultimi dieci anni il numero di famiglie è cresciuto di oltre 13 mln. di unità: il fenomeno deriva, però, da una riduzione della dimensione delle stesse, in particolare delle famiglie unipersonali.

Le persone sole rappresentano il 35,2% delle famiglie, in aumento rispetto al 2013 di +3,2 p.p.

(32,0%). Nei Paesi EU-Ante 1995 rappresentano il 36,8%, in quelli EU-Post 1995 il 26,5%.

L'Italia sta subendo anche modifiche sostanziali in riferimento alla "struttura" tipica familiare, che, se vent'anni fa si basava su matrimoni e famiglie numerose, oggi è caratterizzata dalle "nuove famiglie", costituite da coppie non coniugate, *single* non vedovi e monogenitori non vedovi.

Figura 1.13. Quota famiglie monopersonali in Europa

Rispetto ai principali Paesi europei (Figura 1.13.), la quota di persone sole in Italia (35,8%) è inferiore a Germania (41,1%) e Francia (38,8%), e superiore rispetto alla Spagna (27,3%).

Le persone sole nel 2013 erano il 32,5%, e sono quindi cresciute di +3,3 p.p. (Figura 1.14.).

A livello di ripartizioni, il Nord-Ovest è la ripartizione con la più alta incidenza di persone sole (36,3%), seguono il Centro (36,1%), il Nord-Est (34,5%) e quindi il Sud (31,5%).

A livello regionale il valore massimo si registra

in Liguria (42,9%) e quello minimo in Campania (28,3%).

In Italia si assiste, in particolare, all'aumento delle persone sole *over 65* anni nubili/celibi e divorziate/separate.

Nell'ultimo decennio, le persone sole ultrasessantacinquenni nubili/celibi (Figura 1.15.) sono passate dal 37,7% del 2013 al 41,2% del 2023 (+3,5 p.p.) e i divorziati/separati dal 20,9% del 2013 al 24,0% del 2023 (+3,1 p.p.).

Figura 1.14. Quota famiglie monopersonali in Italia

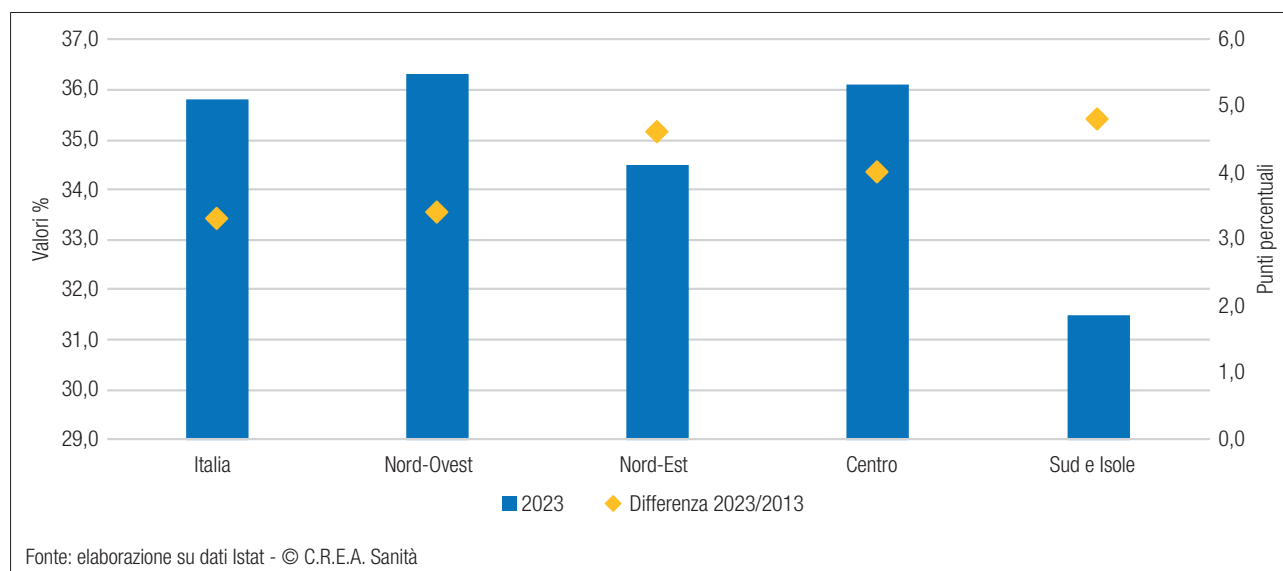
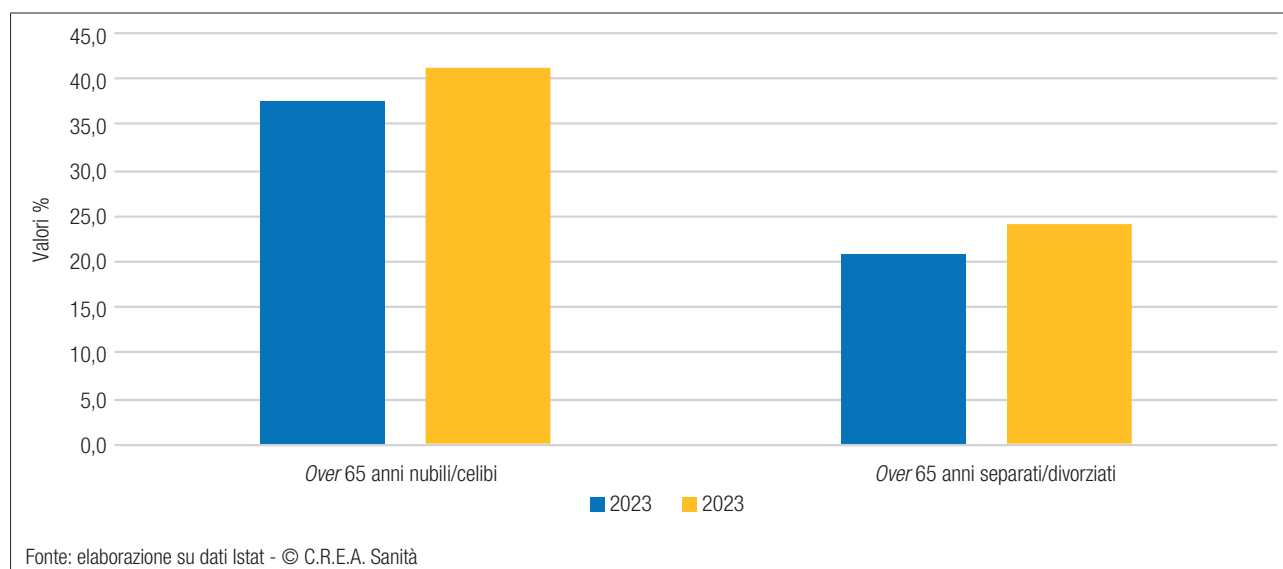


Figura 1.15. Quota famiglie monopersonali *over 65* anni per stato civile in Italia



1.2. Caratteristiche socio-economiche

Istruzione

Il confronto con l'Europa evidenzia l'arretratezza italiana in termini di livello medio di istruzione della popolazione: in particolare l'Italia occupa l'ultima posizione per quota di persone in possesso del titolo universitario.

Nel 2023, l'indicatore (21,6%) è sotto la media europea di -13,5 p.p., sotto i Paesi EU-Ante 1995 di -14,7 p.p. e di -13,2 p.p. rispetto ai Paesi EU-Post 1995 (Figura 1.16.).

La differenza è di -20,8 p.p. rispetto alla Francia, -19,8 p.p. rispetto alla Spagna e -11,7 p.p. rispetto alla Germania.

Figura 1.16. Distribuzione della popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*) in Europa. Anno 2023

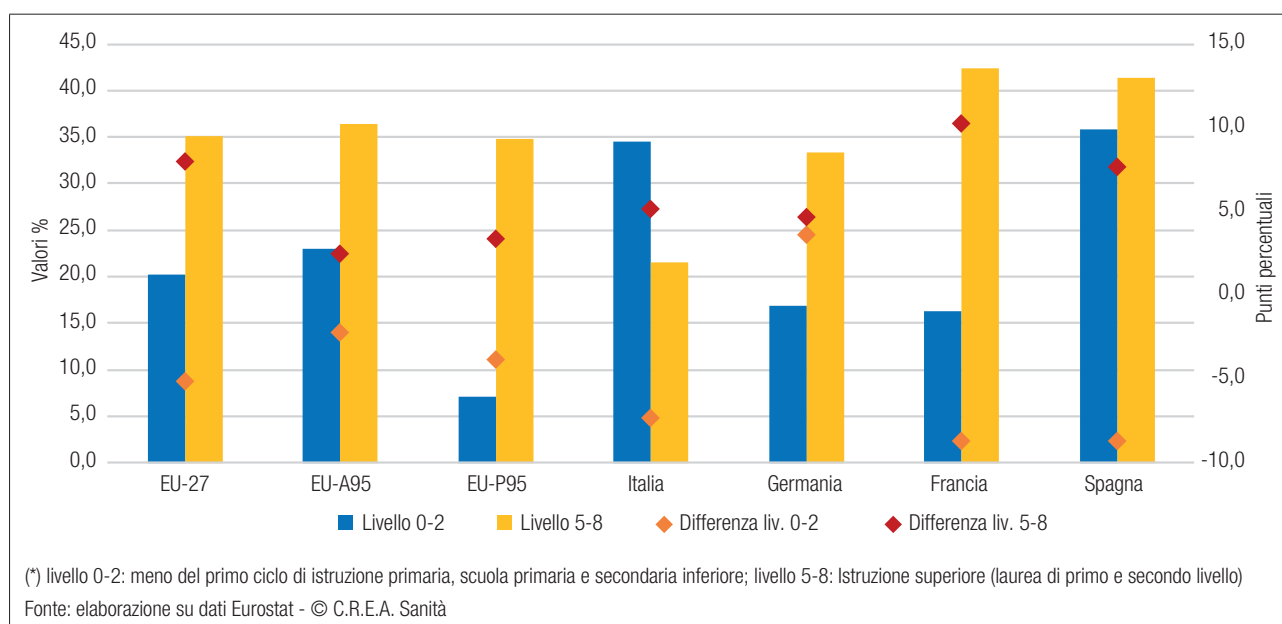
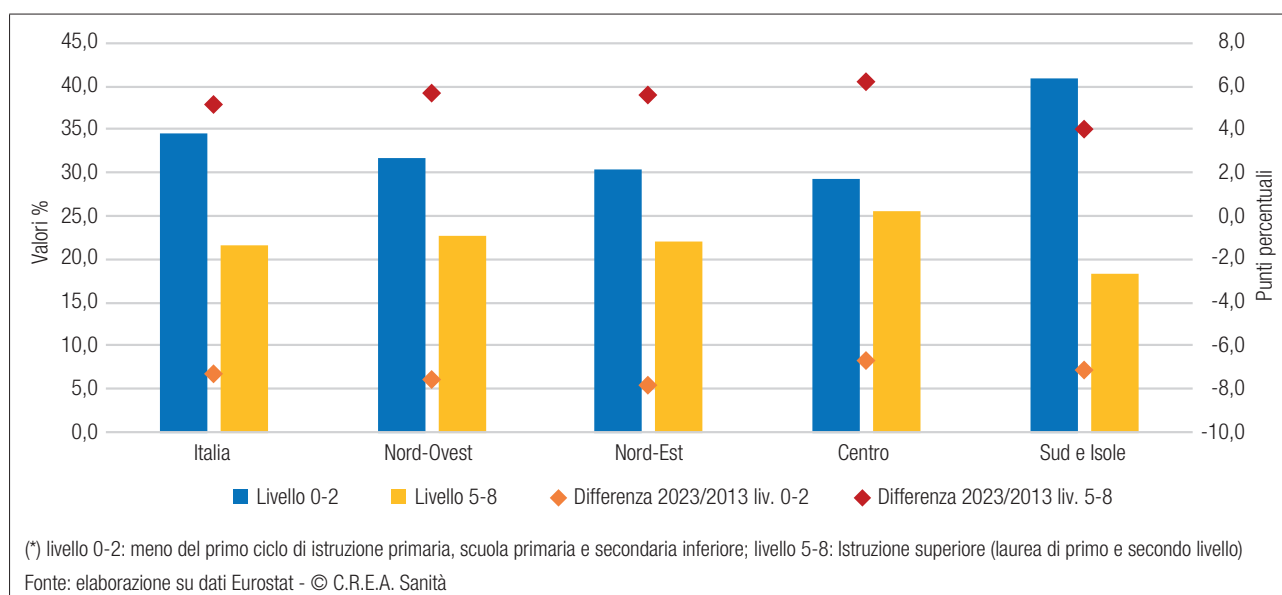


Figura 1.17. Distribuzione della popolazione 25-64 anni per titolo di studio in Italia (*). Anno 2023



In termini di quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore, l'Italia si discosta di +14,3 p.p. dalla media europea, di +11,6 p.p. da quella dei Paesi EU-Ante 1995 e di +27,4 p.p. da quella dei Paesi EU-Post 1995.

L'Italia è l'unico Paese che registra una quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di studi maggiore rispetto a quella che ha concluso gli studi universitari.

Il livello medio di istruzione della popolazione italiana è comunque in continuo aumento: nell'ultimo decennio è aumentata la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari (+5,2 p.p. nell'ultimo decennio) e, conseguentemente, si riduce quella relativa alle persone ferme al primo ciclo di istruzione (-7,3 p.p.).

La situazione appare particolarmente critica nel Sud, con una quota di popolazione che è in possesso del titolo universitario inferiore alla media nazionale di -3,2 p.p. e di -4,0 p.p. rispetto al Nord e con una quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione superiore alla media nazionale di +6,5 p.p. e di +10,0 p.p. rispetto al Nord.

Il livello di scolarizzazione è, comunque, in miglioramento anche nel Sud: il conseguimento di una

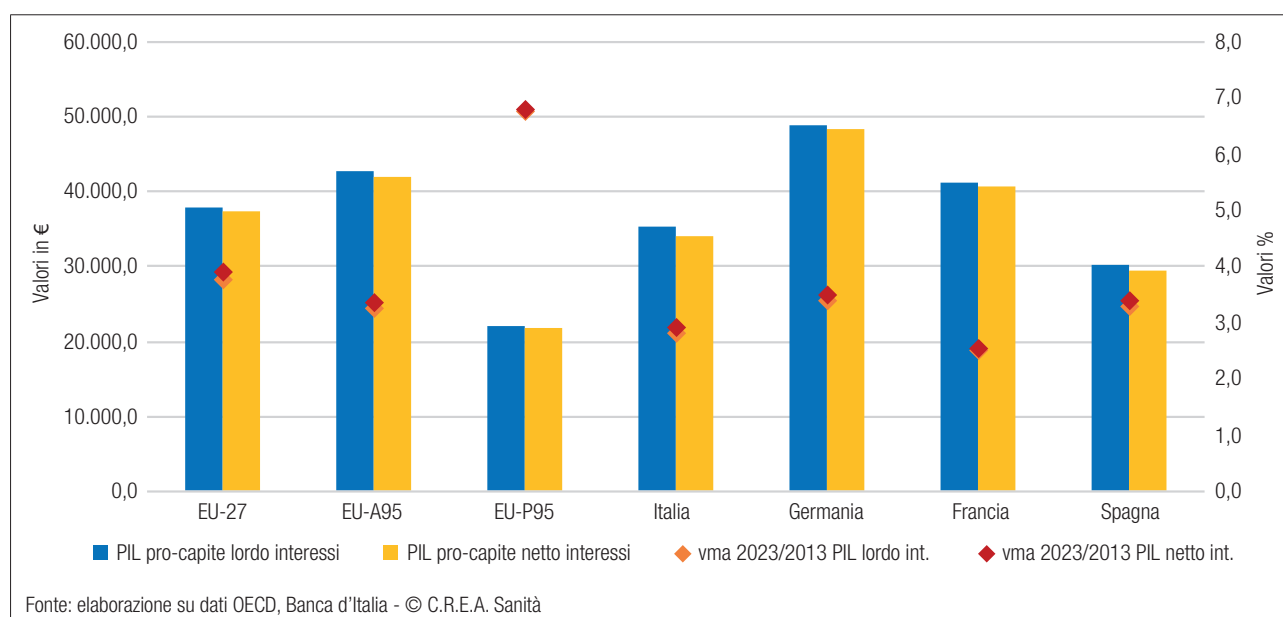
istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello), passa dal 14,4% del 2013 al 18,4% del 2023 (+4,0 p.p.) e di conseguenza si riduce la quota di popolazione che conclude solo il primo ciclo di istruzione, che passa dal 48,1% del 2013 al 41,0% del 2023 (-7,1 p.p.) (Figura 1.17.).

Il Lazio è la Regione con la più alta quota di popolazione in possesso di un titolo universitario (28,4%), valore in aumento nell'ultimo decennio di +7,4 p.p.; la Sicilia, invece, registra la quota più bassa (16,8% nel 2023), anche se risulta in miglioramento rispetto al 2013 di +3,4 p.p. (13,4%). Simmetricamente, per la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione, la Sicilia è la Regione con la quota più alta (45,1%), valore in riduzione di -6,8 p.p. nel periodo considerato e la P.A. di Trento registra la quota più bassa (24,7% nel 2023), in miglioramento rispetto al 2013 di -8,0 p.p..

Produzione e reddito

Nel 2023, il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite italiano al lordo degli interessi risulta inferiore alla media europea di € 2.431 (€ 35.349 vs € 37.780): in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995 di € 7.338, risultando invece superiore di € 9.088 rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995 (Figura 1.18.).

Figura 1.18. PIL pro-capite in Europa. Anno 2023



Nella comparazione con i principali Paesi europei, il PIL pro-capite italiano risulta essere inferiore a quello tedesco di - € 13.240 (-27,5%) e a quello francese di - € 5.982 (-14,5%), ma maggiore rispetto a quello spagnolo di € 5.033 (+16,6%). Va anche considerato che la spesa per interessi sul debito pubblico rappresenta 3,8% del PIL dell'Italia contro il 2,5% della Spagna, l'1,7% della Francia e lo 0,9% della Germania.

Nell'ultimo decennio si registra un aumento del PIL pro-capite italiano, pari al +2,8% medio annuo; crescita che risulta maggiore solo a quella registrata in Francia (+2,5% medio annuo) e inferiore a quella media europea (+3,8% medio annuo), dei Paesi EU-Ante 1995 (+3,3% medio annuo), dei Paesi EU-Post 1995 (+6,8% medio annuo), come anche della Germania (+3,4% medio annuo) e della Spagna (+3,3% medio annuo).

Figura 1.19. PIL pro-capite in Italia

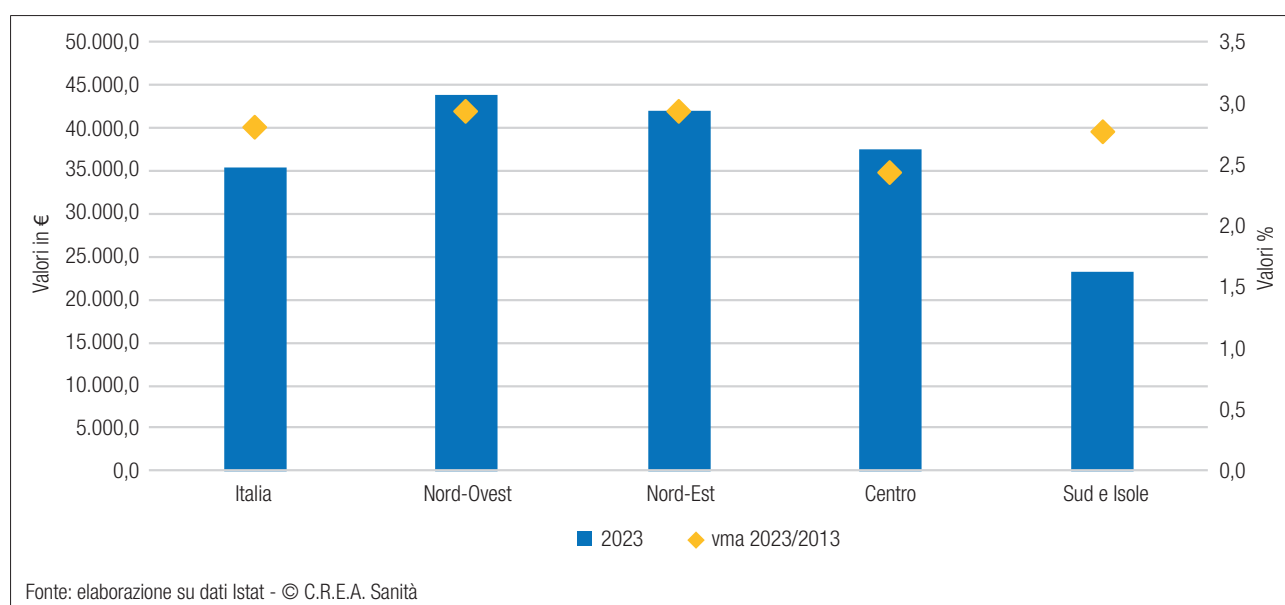
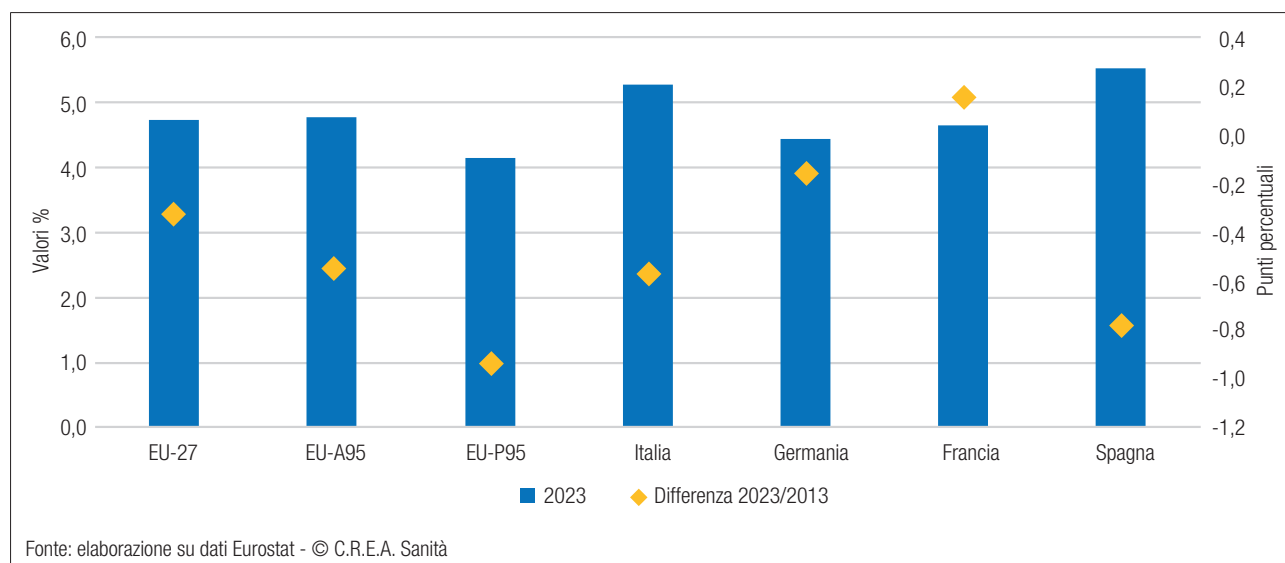


Figura 1.20. Rapporto fra il reddito percepito dai due quintili estremi di famiglie in Europa



A livello nazionale, il PIL pro-capite è nettamente superiore al Nord rispetto al Sud, con uno scarto pari al 243,2%. Nell'ultimo decennio, la crescita del PIL è stata più o meno omogenea in tutte le ripartizioni: +2,9% medio annuo al Nord, +2,8% medio annuo al Sud e +2,4% medio annuo nel Centro (Figura 1.19.).

La Regione che registra il valore massimo di PIL pro-capite è la P.A. di Bolzano (€ 58.314), quello minimo in Calabria (€ 20.853), con uno scarto del 279,6%.

In termini di distribuzione del reddito, il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione, e quello dal 20% più povero, nel 2023, secondo i dati Eurostat, è pari in Europa a 4,7, valore in miglioramento rispetto al 2013 (5,1) (Figura 1.20.). In Italia la disparità nella distribuzione del reddito è pari a 5,3, dato in riduzione rispetto al 2013 (5,9). Per confronto, il rapporto in Germania è al 4,4, in Francia al 4,6 e in Spagna al 5,5.

Figura 1.21. Rapporto fra il reddito percepito dai due quintili estremi di famiglie in Italia

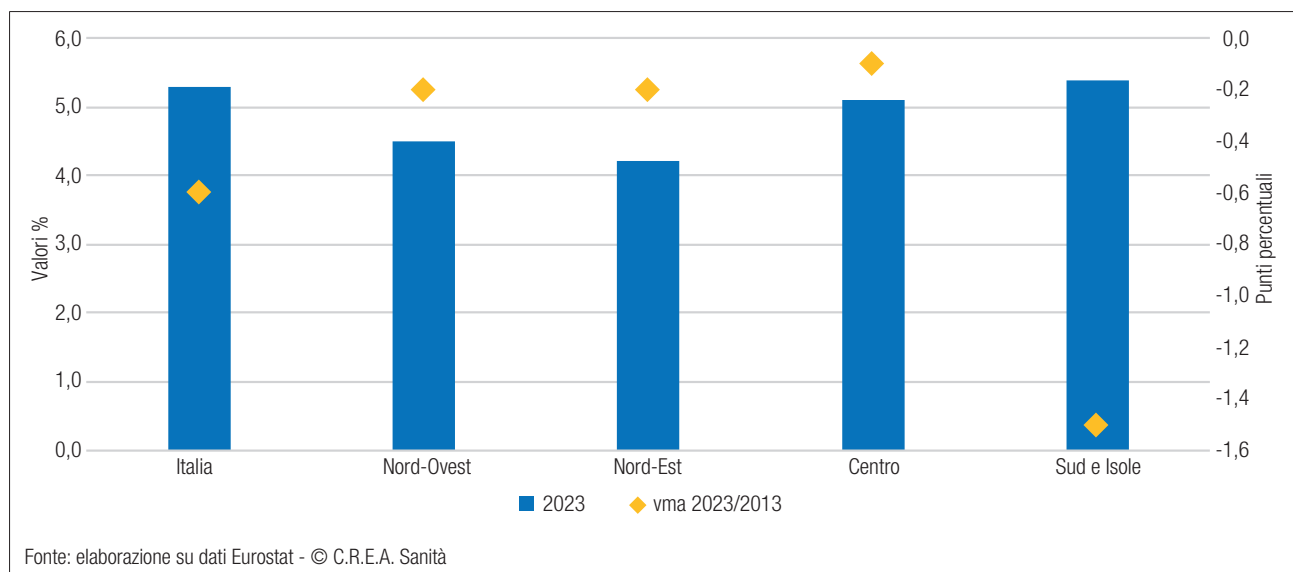
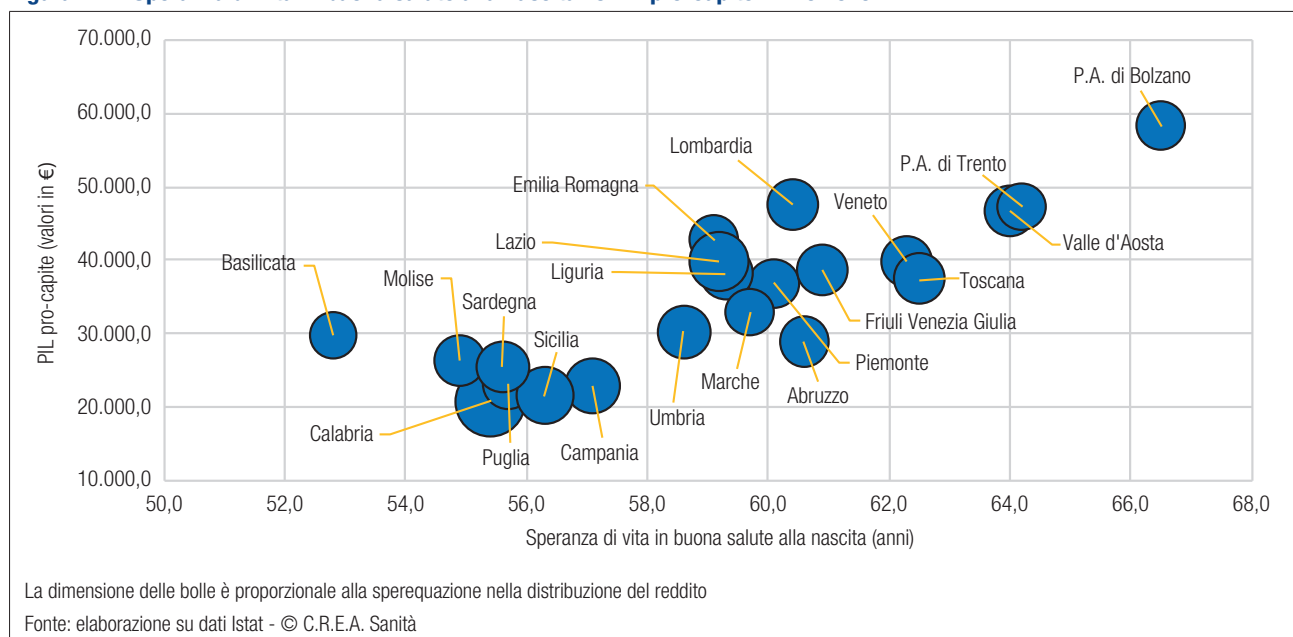


Figura 1.22. Speranza di vita in buona salute alla nascita vs PIL pro-capite. Anno 2023



A livello nazionale, nel 2023, nel Nord la disuguaglianza del reddito risulta più bassa (4,4), mentre è massima nel Mezzogiorno (5,4) (Figura 1.21.). A livello regionale la disuguaglianza maggiore si registra in Calabria (8,5), la più bassa in Basilicata (3,6).

Appare degno di nota sottolineare come il livello del PIL pro-capite (Figura 1.22.) correli positivamente con la speranza di vita in buona salute; di contro, nelle Regioni italiane, non appare evidente un impatto della sperequazione nella distribuzione del reddito stesso (rappresentato dalla dimensione delle bolle).

Il mercato del lavoro

Nel 2023, il tasso medio di occupazione europeo, nella fascia 20-64 anni, si attesta al 75,3%, dato in aumento nell'ultimo decennio di +8,5 p.p. (66,8% nel 2013); l'Italia è al 66,3%, che è il dato più basso fra tutti i Paesi europei analizzati (Figura 1.23.); il *gap* è rilevante sia rispetto alla media europea, che ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (75,0%) e verso quelli dell'EU-Post 1995 (78,9%), con scarti rispettivamente di -9,0, -8,7 e -12,6 p.p..

Il tasso di occupazione è comunque in aumento rispetto al 2013, di +7,2 p.p.. Per confronto, il *gap* risulta rilevante anche rispetto a Germania (81,1%), Francia (74,4%) e Spagna (70,5%), con scarti rispet-

tivamente di -14,8, -8,1 e -4,2 p.p..

A livello nazionale, nel Sud la situazione appare critica, con un tasso di occupazione pari al 52,2%, mentre al Nord è pari al 74,6%, con una differenza media di 22,4 p.p.. Nell'ultimo decennio si registra un aumento del tasso di occupazione a livello nazionale di +7,1 p.p. (Figura 1.24.), miglioramento che si registra anche a livello di ripartizioni geografiche, soprattutto al Sud (+7,4 p.p.), seguono Nord-Est e Centro (+7,0 p.p. rispettivamente) e Nord-Ovest (+6,2 p.p.).

La P.A. di Bolzano registra il valore massimo del tasso di occupazione (79,6%) e la Calabria quello più basso (48,4%).

Dalla Figura 1.25. si evidenzia come l'istruzione "premia" l'occupazione: in Italia, nel 2023, il tasso di occupazione delle persone con al più la licenza media è pari al 44,7%, quello delle persone in possesso del diploma è pari al 66,8% e per chi è in possesso della laurea è pari all'81,6%, con una differenza tra i due estremi di istruzione di +36,9 p.p..

Il *trend* si verifica anche a livello di ripartizioni geografiche, anche se al Nord la "forbice" tra gli occupati in possesso del diploma e quelli in possesso della laurea è inferiore rispetto a quella del Sud, rispettivamente +33,2 p.p. contro +38,5 p.p..

Figura 1.23. Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni in Europa

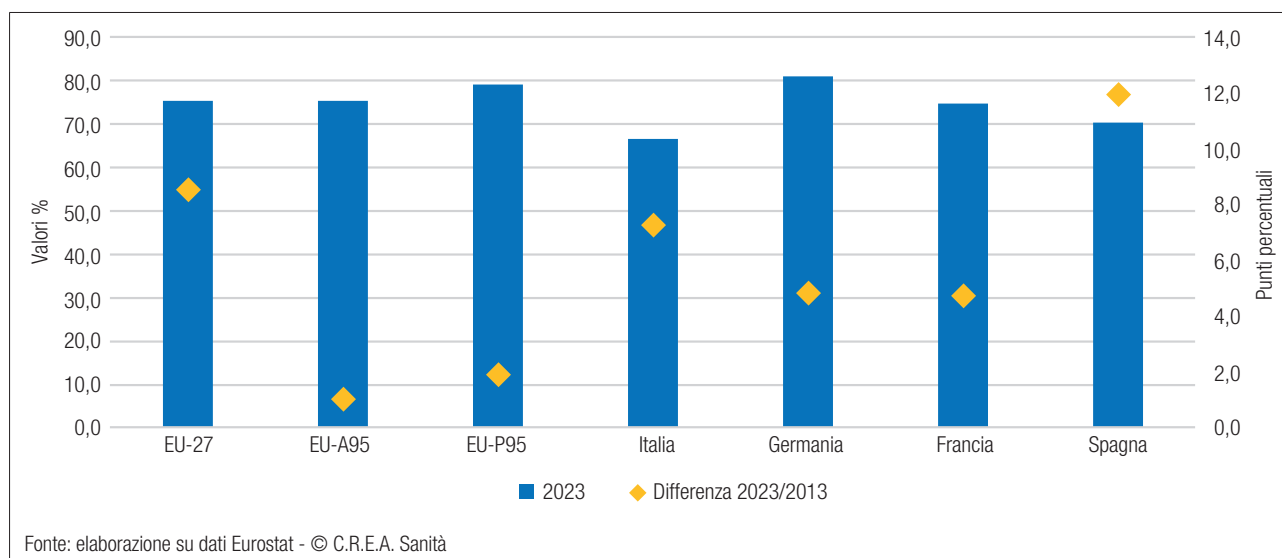


Figura 1.24. Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 in Italia

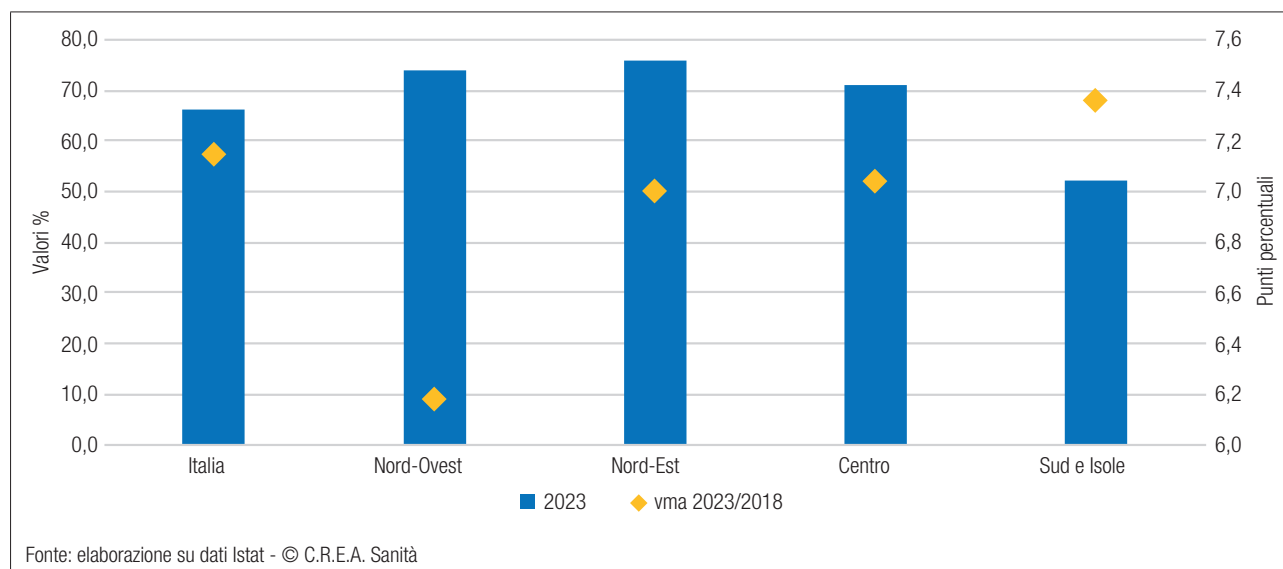
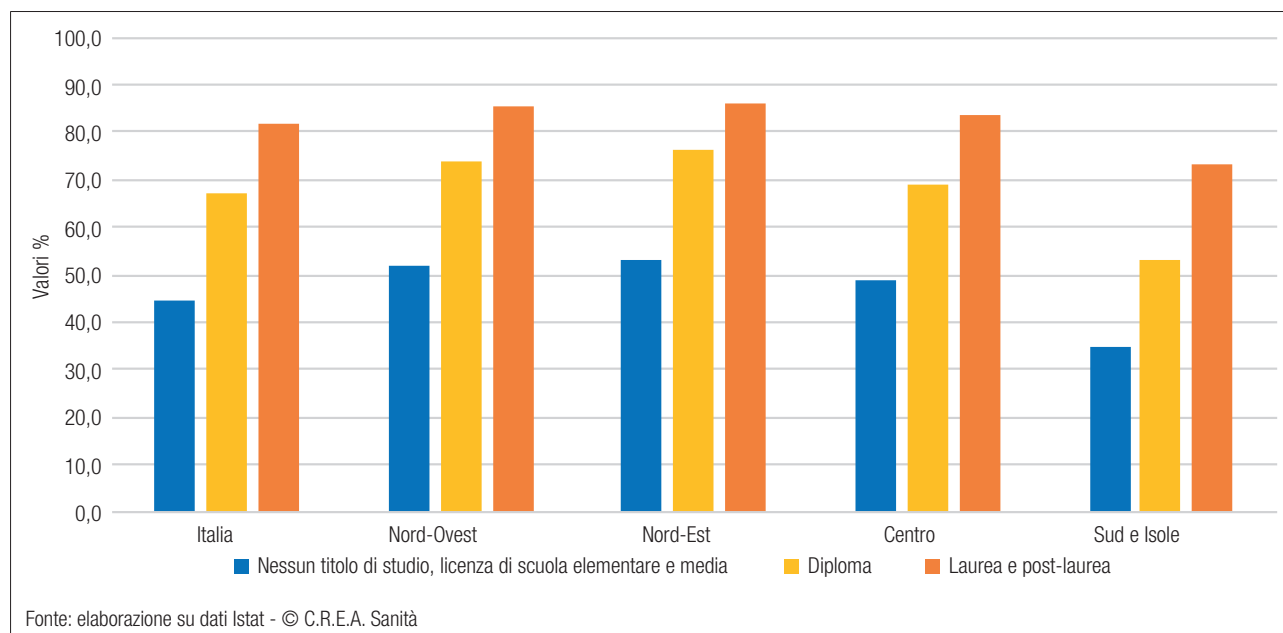


Figura 1.25. Tasso di occupazione della popolazione in età 15-64 per livello di istruzione - Italia. Anno 2023



1.3. Riflessioni finali

L'evoluzione demografica italiana continua ad essere "critica": il Paese è caratterizzato da un rapido invecchiamento della popolazione, dovuto tanto alla denatalità, quanto alla riduzione dei tassi di mortalità.

In particolare, Il tasso di natalità italiano (6,4 per 1.000 abitanti) è il più basso in Europa. A livello re-

gionale, il Mezzogiorno registra un tasso di natalità più alto rispetto alle altre ripartizioni geografiche (6,9 per 1.000 abitanti), seguono Nord-Est (6,4), Nord-Ovest (6,3) e Centro (5,9).

Nel 2022 (ultimo anno disponibile), in Italia, si registra una riduzione del tasso di mortalità, rispetto al 2012, in tutte le fasce di età, ed in particolare nelle fasce 80-84 anni (-4,1 p.p.) e 85-89 anni (-2,8 p.p.).

L'Italia già registra la quota di popolazione *over 75* anni più alta in Europa (12,3%), valore che si discosta dai Paesi EU-Post 1995 di +4,3 p.p., dalla Spagna di +2,4 p.p., dalla Francia di +2,3 p.p., dai Paesi EU-Ante 1995 di +1,7 p.p. e dalla Germania di +1,3 p.p..

Da notare che in Italia, nel periodo considerato, si registra anche la crescita maggiore della quota di popolazione *over 75* anni rispetto a tutti i Paesi analizzati. Anche a livello regionale si osserva una crescita della quota di popolazione *over 75* anni, comune a tutte le Regioni.

Nonostante la popolazione continui ad invecchiare, si riduce la prevalenza della disabilità. L'Italia registra il tasso di disabilità tra i più bassi in Europa, pari al 5,1%: per confronto, il tasso medio nei Paesi EU-Ante 1995 è pari al 7,4%, nei Paesi EU-Post 1995 al 7,2%, in Francia al 10,2%, in Germania all'8,7% e in Spagna 5,1%.

In tutte le ripartizioni si registra una riduzione della disabilità, con la riduzione massima nel Nord-Ovest (-2,0 p.p.) e quella minima nel Sud e Isole (-0,3 p.p.).

Anche fra gli *over 65* il tasso di disabilità è in riduzione tra il 2012 e il 2022 (ultimo anno disponibile), ad eccezione del Sud, che registra un aumento del +0,2% medio annuo.

Secondo i dati Eurostat, in Italia, nel 2022 (ultimo anno disponibile), le persone si aspettano di vivere 67,4 anni in buona salute, valore in aumento nel decennio di +5,8 anni e superiore alla media europea di +4,8 anni. Il dato italiano è il più alto in Europa.

A livello di ripartizione geografica, nel 2023, il dato è in aumento in tutte, ma nel Nord si registra un'aspettativa di vita buona salute maggiore di +4,1 anni rispetto al Sud.

Sul versante socio-economico, registriamo che il livello medio di istruzione della popolazione italiana rimane "critico", occupando l'ultima posizione per quota di persone in possesso del titolo universitario a livello europeo, sebbene il dato sia in continuo aumento.

Il PIL pro-capite italiano è inferiore alla media europea del -6,4%; di fatto, considerando che una parte del PIL è assorbita dagli interessi sul debito pubblico, il *gap* si allarga al -8,9%.

Nell'ultimo decennio si registra un aumento del PIL pro-capite italiano, pari al +2,8% medio annuo; crescita che risulta maggiore solo a quella registrata in Francia (+2,5% medio annuo) e inferiore a quella media europea (+3,8% medio annuo), sia dei Paesi EU-Ante 1995 (+3,3% medio annuo), dei Paesi EU-Post 1995 (+6,8% medio annuo).

Rimangono forti differenze nel livello del PIL pro-capite a livello regionale, che correlano positivamente con l'aspettativa di vita in buona salute, mentre non emerge una rilevanza dei livelli di sperequazione del reddito all'interno delle Regioni.

Siamo anche il Paese in Europa con il tasso di occupazione più basso (66,3%) e, a livello regionale, un evidente gradiente Nord-Sud, con una differenza di occupati di +22,4 p.p. a favore del Nord.

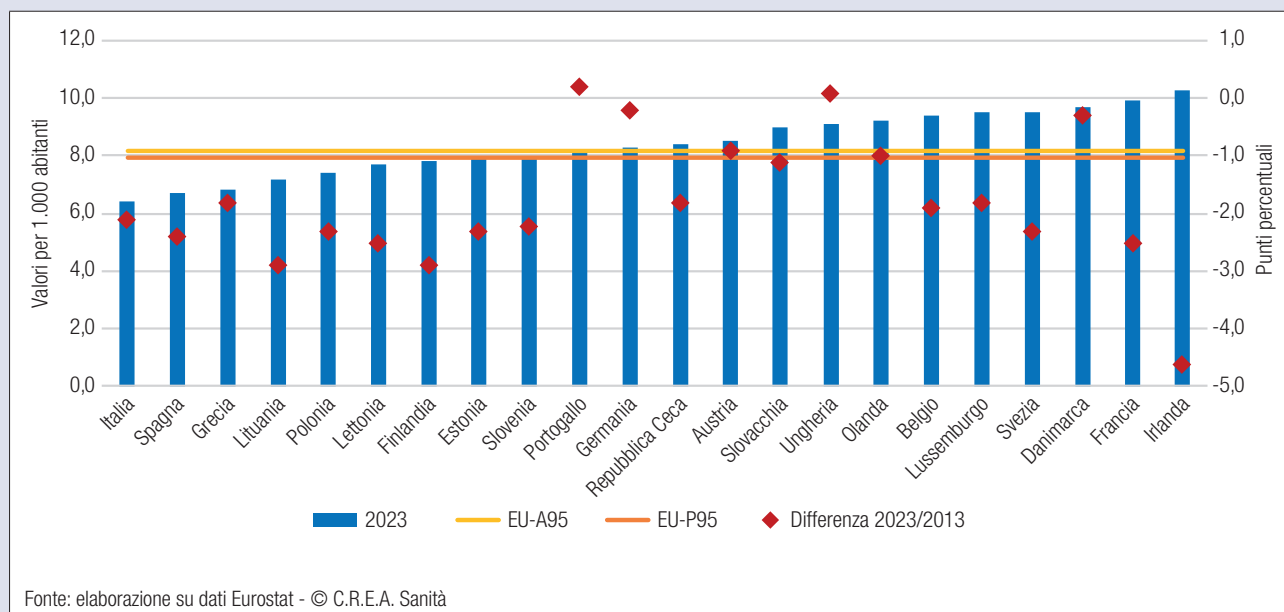
In sintesi, il Paese ha livelli di salute mediamente buoni rispetto alle medie europee, seppure con una forte variabilità regionale e un evidente gradiente a favore del Nord; ma le modifiche della struttura familiare e il rapido invecchiamento rischiano di aumentare significativamente i bisogni della popolazione, a fronte di un contesto socio-economico che, invece, presenta molte ombre: sia per il progressivo "impoverimento" rispetto agli altri Paesi europei, sia per i perduranti *gap* in termini di minori livelli medi di istruzione e occupazione della popolazione, e anche le maggiori iniquità nella distribuzione del reddito.

Riferimenti bibliografici

- BES (Benessere equo e sostenibile) (anni vari), tavole statistiche
- Eurostat (anni vari), <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- GBD 2021 Forecasting Collaborators, Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, doi: 10.1016/S0140-6736(24)00685-8
- Giacomozzi C., Palmieri L., Gargiulo L., Lo Noce C., Iannucci L., Di Lonardo A., Vannucchi S., Onder G., Colivicchi F., Giampaoli S., Donfrancesco C., "The Perceived Health Status from Young Adults

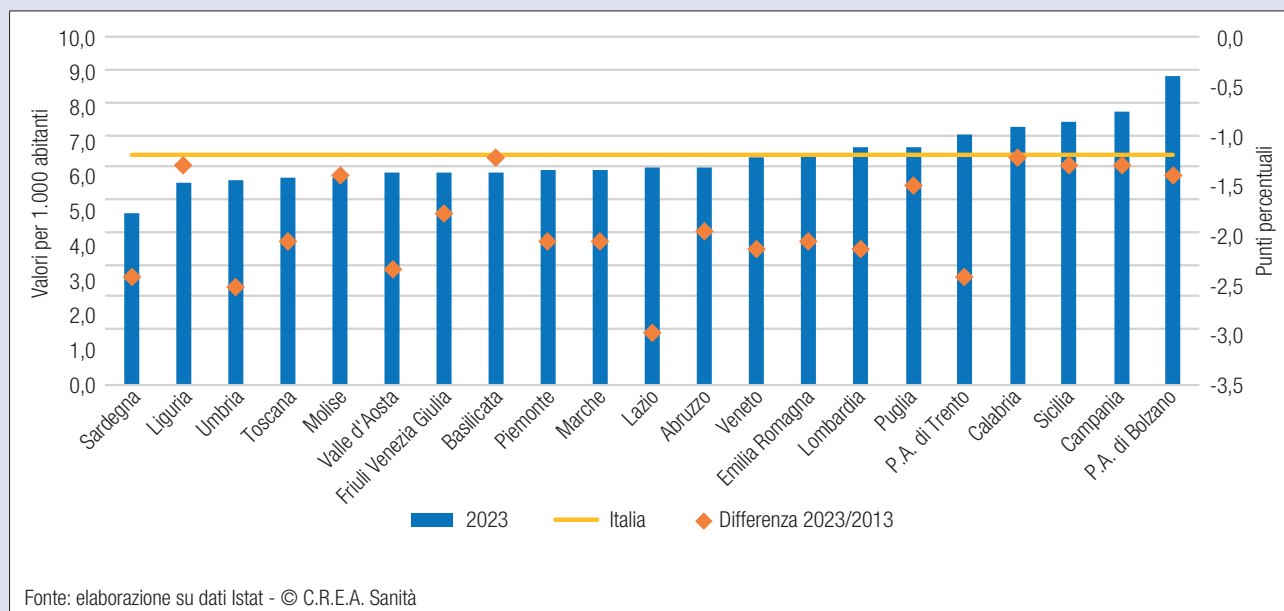
- to Elderly: Results of the MEHM Questionnaire within the CUORE Project Survey 2008-2012", anno 2020, doi: 10.3390/ijerph17176160
- Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration, Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, doi: 10.1001/jama-oncol.2021.6987
- Istat (anni vari), Database demografico
- Istat (anni vari), Tavole statistiche varie, www.istat.it
- Loprete M., Mauro M., The effects of population ageing on health care expenditure: A Bayesian VAR analysis using data from Italy, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.015>

KI 1.1. Tasso di natalità in Europa



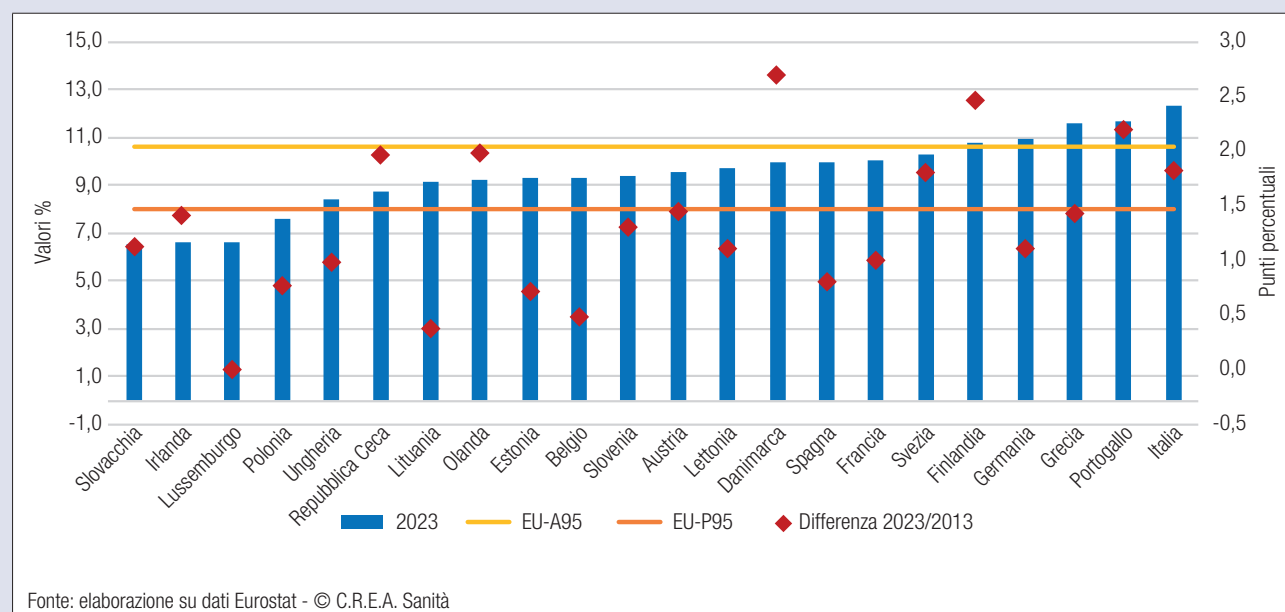
Nel 2023, in Europa, il tasso di natalità medio è pari a 8,2 nati ogni 1.000 abitanti, in riduzione nell'ultimo decennio di -1,5 p.p. L'Italia registra il tasso di natalità più basso (6,4 nati ogni 1.000 abitanti), in diminuzione di -2,1 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo decennio; il tasso di natalità più alto si registra in Irlanda (11,2). In tutti i Paesi europei si registra un decremento della natalità, con l'eccezione del Portogallo e dell'Ungheria (rispettivamente +0,2 e +0,1 nati ogni 1.000 abitanti nel periodo). La riduzione più alta si registra in Irlanda (-4,6 p.p.).

KI 1.2. Tasso di natalità in Italia



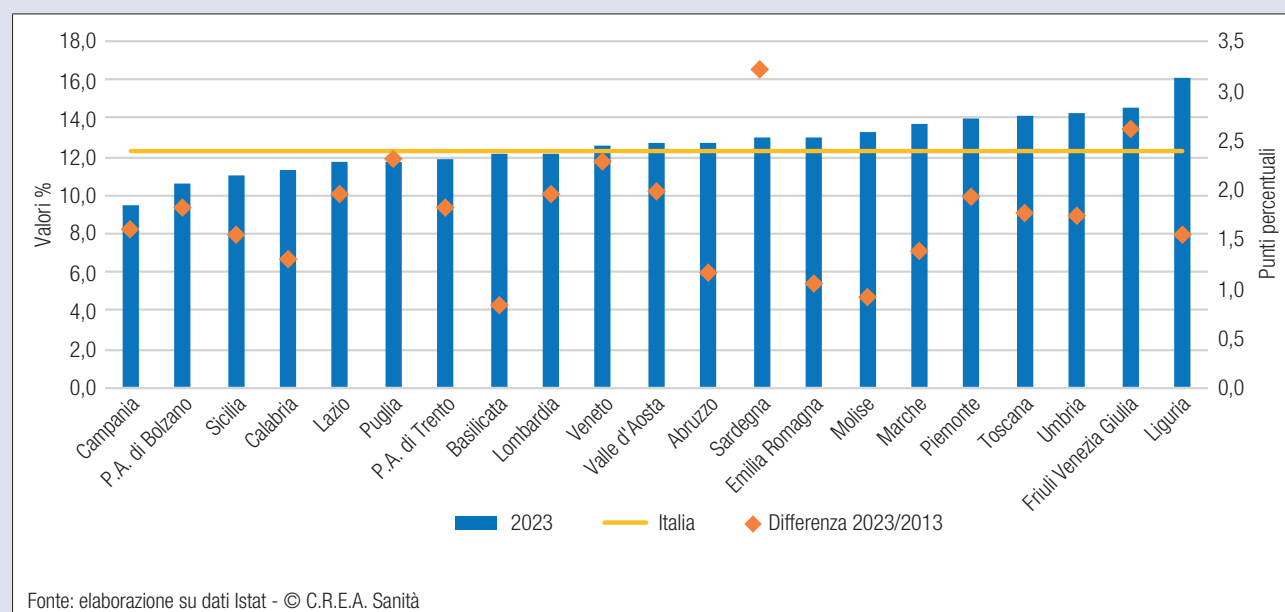
Nel 2023, in Italia, il tasso di natalità medio è pari a 6,4 nati ogni 1.000 abitanti; il dato è in riduzione nell'ultimo decennio (-2,1 nati ogni 1.000 abitanti). La Regione che registra il più alto tasso di natalità è la P.A. di Bolzano (8,8 nati ogni 1.000 abitanti), la Sardegna il più basso (4,6), con una riduzione di -2,6 nati nell'ultimo decennio. La riduzione è comune a tutte le Regioni italiane: il Lazio registra quella più alta (-3,2 nati ogni 1.000 abitanti), la Basilicata quella più bassa (-1,3).

KI 1.3. Quota popolazione over 75 anni in Europa



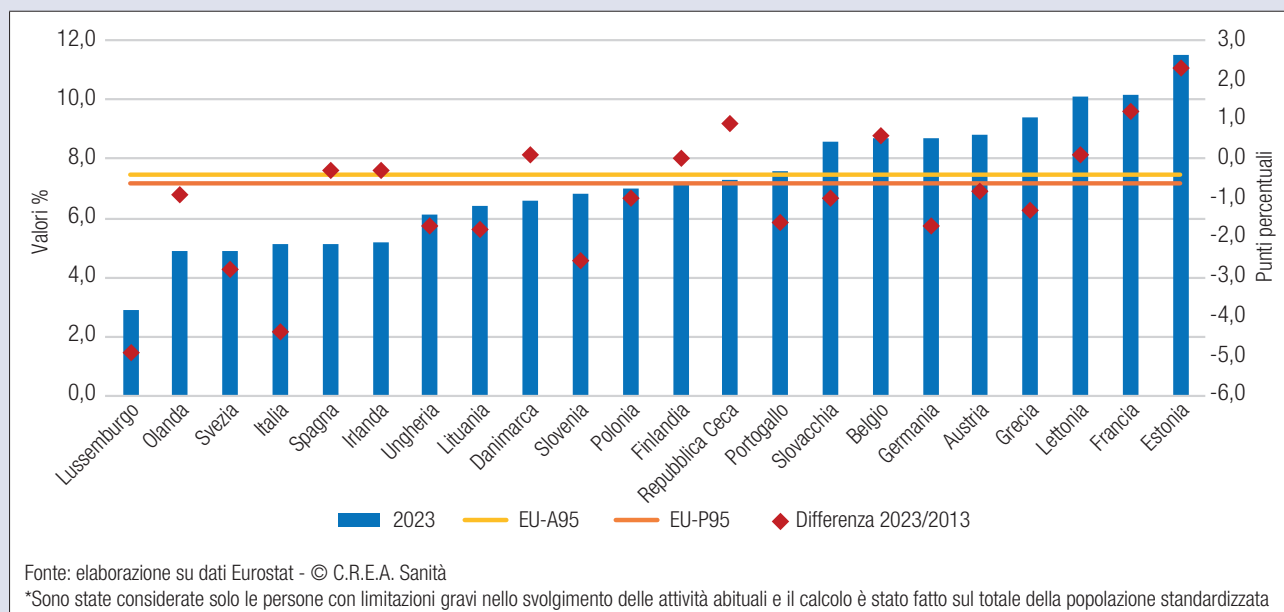
Nel 2023, in Europa, la quota di popolazione over 75 anni è pari al 10,0%, in aumento nell'ultimo decennio (8,8% nel 2013) di +1,2 p.p.. L'Italia è il Paese europeo con la quota di over 75 anni più alta (12,3%), in aumento nell'ultimo decennio di +1,8 p.p.. Il Paese con la quota minore di anziani è la Slovacchia (6,6%), dato in aumento di +1,1 p.p. nel decennio. L'indicatore è in crescita in tutte le nazioni europee considerate, con la crescita maggiore che si registra in Danimarca (+2,7 p.p.), quella minore in Lussemburgo, dove il valore è rimasto invariato nel periodo considerato.

KI 1.4. Quota popolazione over 75 anni in Italia



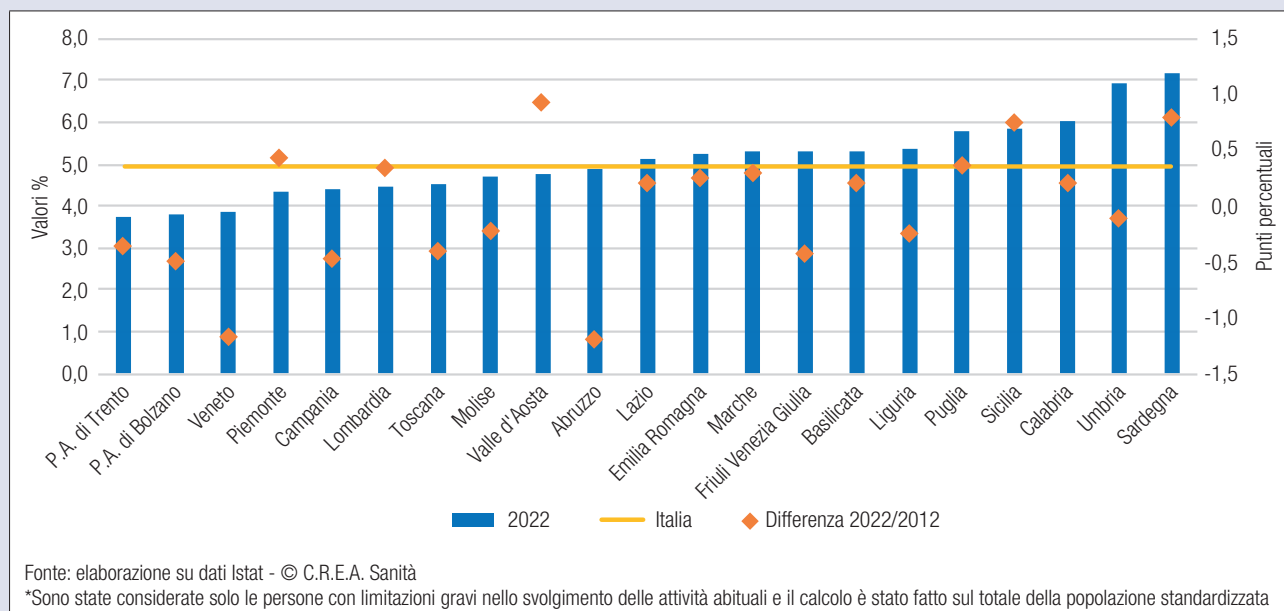
Nel 2023, in Italia, la quota di over settantacinquenni è pari al 12,3%, dato in aumento nell'ultimo decennio di +1,8 p.p.. La Regione che registra la quota più alta di anziani è la Liguria (16,0%), la Campania quella più bassa (9,5%). L'aumento è comune a tutte le Regioni italiane: la Sardegna registra l'aumento maggiore (+3,2 p.p.), la Basilicata quello minore (+0,8 p.p.).

KI 1.5. Tasso di disabilità* in Europa



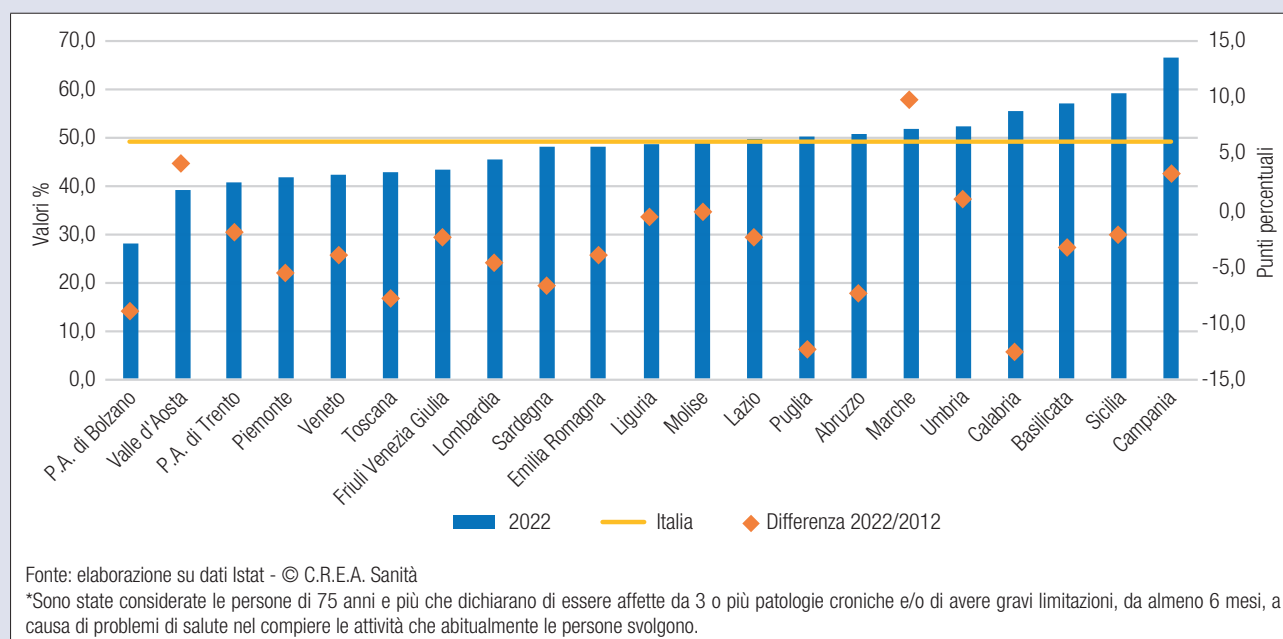
Nel 2023, il tasso di disabilità medio in Europa è pari al 7,2%, valore in riduzione rispetto al 2013 (8,5%) di -1,3 p.p.. L'Estonia registra il tasso di disabilità più alto, pari all'11,5%, il Lussemburgo quello più basso (2,9%). In Italia il tasso di disabilità è pari al 5,1%, in riduzione nell'ultimo decennio di -4,4 p.p.. Il dato risulta eterogeneo: in alcuni Paesi l'indicatore è in crescita, con l'Estonia che registra la crescita maggiore (+2,3 p.p.) e la Lettonia e la Danimarca quella minore (+0,1 p.p. rispettivamente); in altri Paesi l'indicatore risulta in riduzione, con il Lussemburgo che registra la riduzione più alta (-4,9 p.p.), mentre Spagna e Irlanda quella più bassa (-0,3 p.p.).

KI 1.6. Tasso di disabilità* in Italia



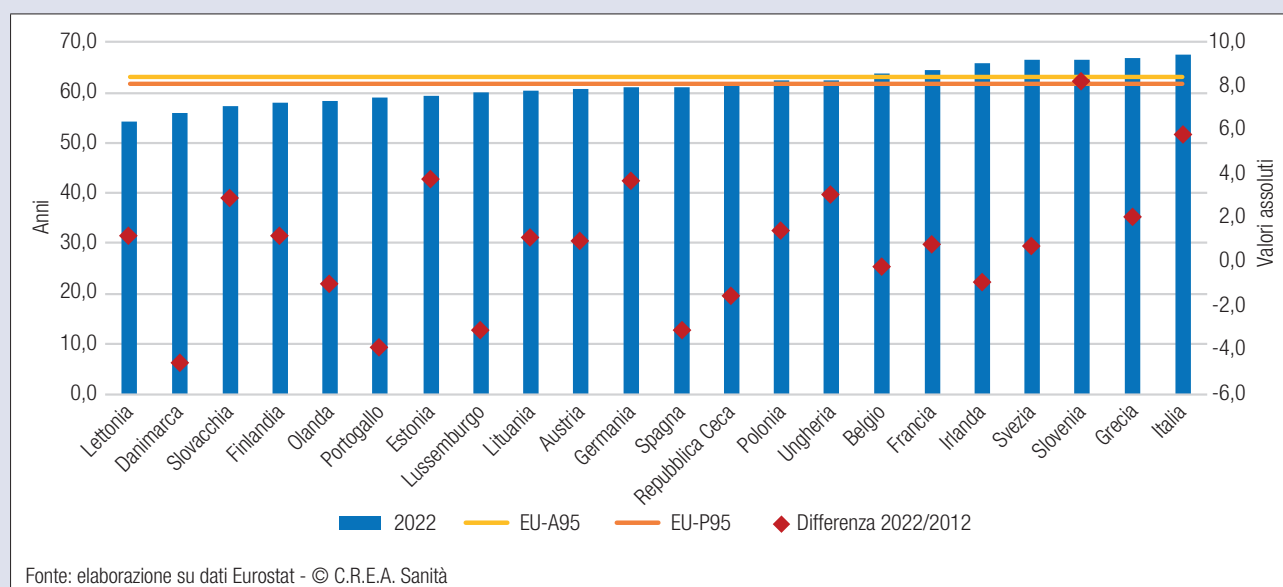
Nel 2022, in Italia, il tasso di disabilità medio (secondo Istat) è pari al 4,9% della popolazione, dato invariato rispetto al 2012. La Regione che registra il tasso di disabilità più alto è la Sardegna (7,2%), il Piemonte quello più basso (3,7%). A livello regionale il dato risulta eterogeneo: in alcune Regioni l'indicatore è in aumento, con l'incremento massimo registrato in Valle d'Aosta (+0,9 p.p.) e quello minimo nel Lazio (+0,2 p.p.); in altre Regioni il dato è in riduzione, con la riduzione massima registrata in Veneto (-1,2 p.p.) e quella minima in Umbria (-0,1 p.p.).

KI 1.7. Quota di multicronicità e limitazioni gravi over 75 anni



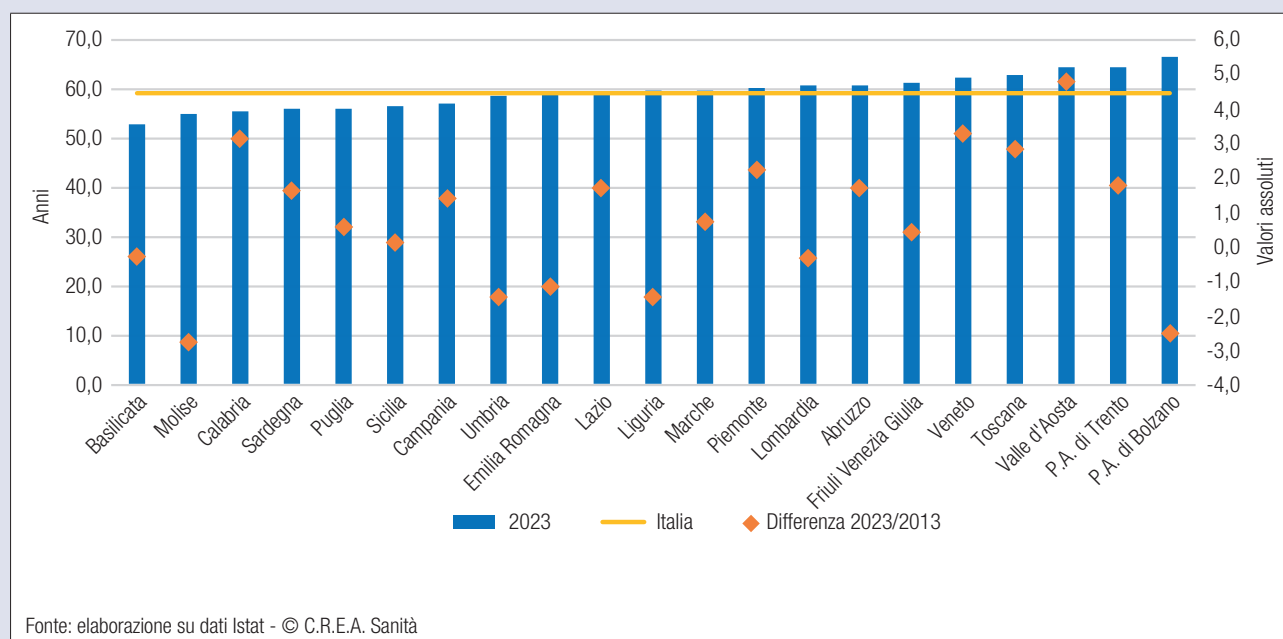
Nel 2022 (ultimo anno disponibile), in Italia, la quota di persone *over* 75 anni che dichiarano di avere tre o più patologie croniche e/o di avere gravi limitazioni, da almeno 6 mesi, sono pari al 49,0% della popolazione con 75 anni e più, dato che risulta in riduzione rispetto al 2012 (53,0%) di -4,0 p.p.. La Regione che registra la quota di persone ultrasessantacinquenni multi-croniche più alta è la Campania (66,5%), la P.A. di Bolzano quella più bassa (27,9%). A livello regionale il dato risulta eterogeneo: in alcune Regioni l'indicatore è in aumento, con l'incremento massimo registrato nelle Marche (+9,8 p.p.) e quello minimo in Umbria (+0,9 p.p.); in altre Regioni il dato è in riduzione, con la riduzione massima registrata in Calabria (-12,6 p.p.) e quella minima in Molise (-0,2 p.p.).

KI 1.8. Speranza di vita in buona salute alla nascita in Europa



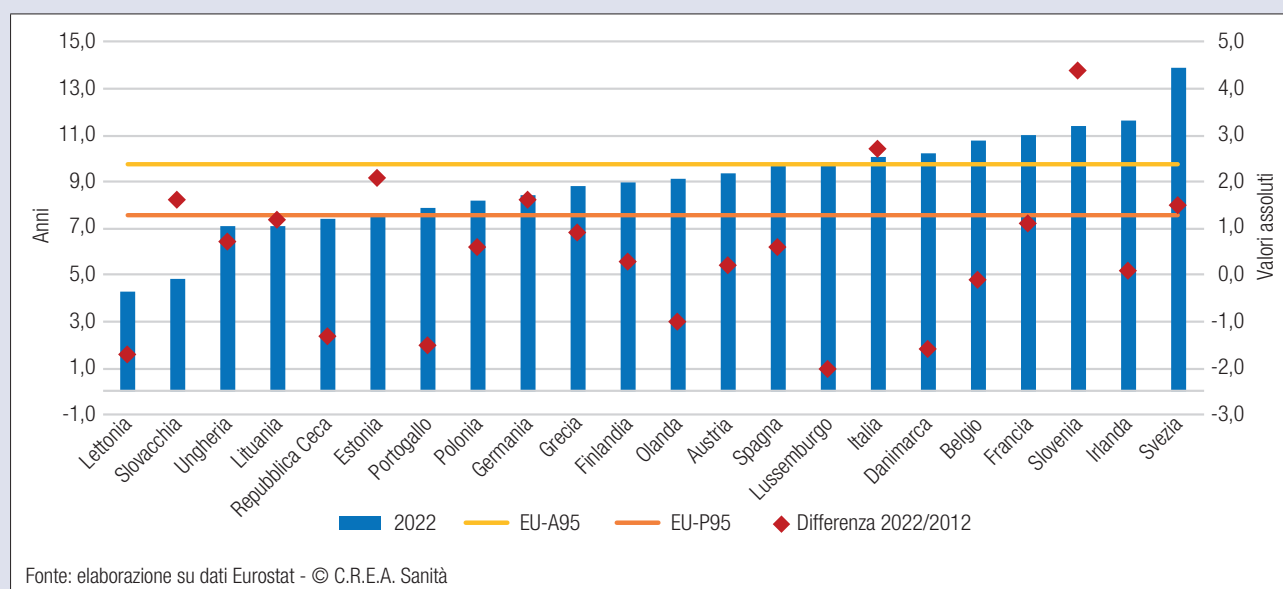
Nel 2022 (ultimo anno disponibile), in Europa la speranza di vita in buona salute alla nascita è risultata pari a 62,6 anni, in aumento rispetto al 2012 (61,0 anni) di +1,6 anni. L'Italia registra la speranza di vita in buona salute alla nascita più alta, pari a 67,4 anni, valore in crescita nel decennio considerato di +5,8 anni; la Lettonia registra la speranza di vita più bassa (54,2 anni), in aumento di +1,2 anni nell'ultimo decennio. Il dato risulta eterogeneo: in alcuni Paesi l'indicatore risulta in crescita, con la Slovenia che registra la crescita maggiore (+8,2 anni) e la Svezia quella minore (+0,7 anni); in altri l'indicatore risulta in riduzione, con la Danimarca che registra la riduzione più alta (-4,6 anni) e il Belgio quella più bassa (-0,2 anni).

KI 1.9. Speranza di vita in buona salute alla nascita in Italia



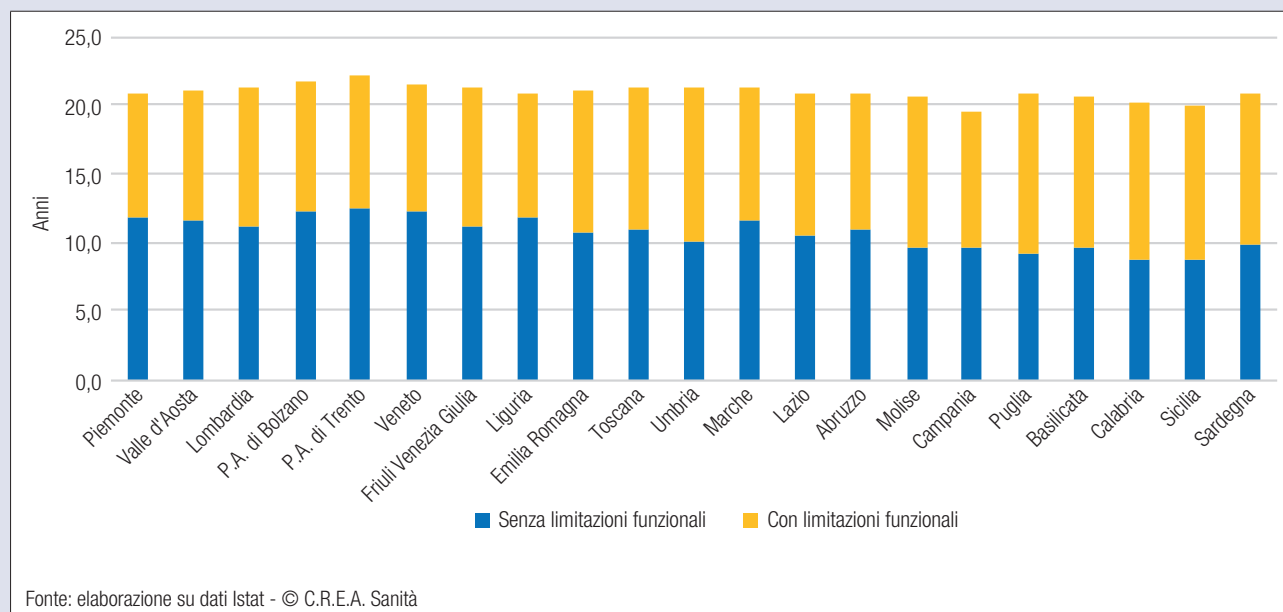
Nel 2023, in Italia la speranza di vita in buona salute alla nascita (secondo Istat) è pari a 59,2 anni, dato in aumento nell'ultimo decennio di +0,9 anni. La Regione che registra la speranza di vita in buona salute alla nascita più alta è la P.A. di Bolzano (66,5 anni), la Basilicata quella più bassa (52,8 anni). Il dato regionale è eterogeneo: in alcune Regioni l'indicatore risulta in crescita, con la Valle d'Aosta che registra la crescita maggiore (+4,8 anni) e la Sicilia quella minore (+0,1 anni); in altre l'indicatore risulta in riduzione, con il Molise che registra la riduzione più alta (-2,7 anni) e la Basilicata quella più bassa (-0,2 anni).

KI 1.10. Speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni in Europa



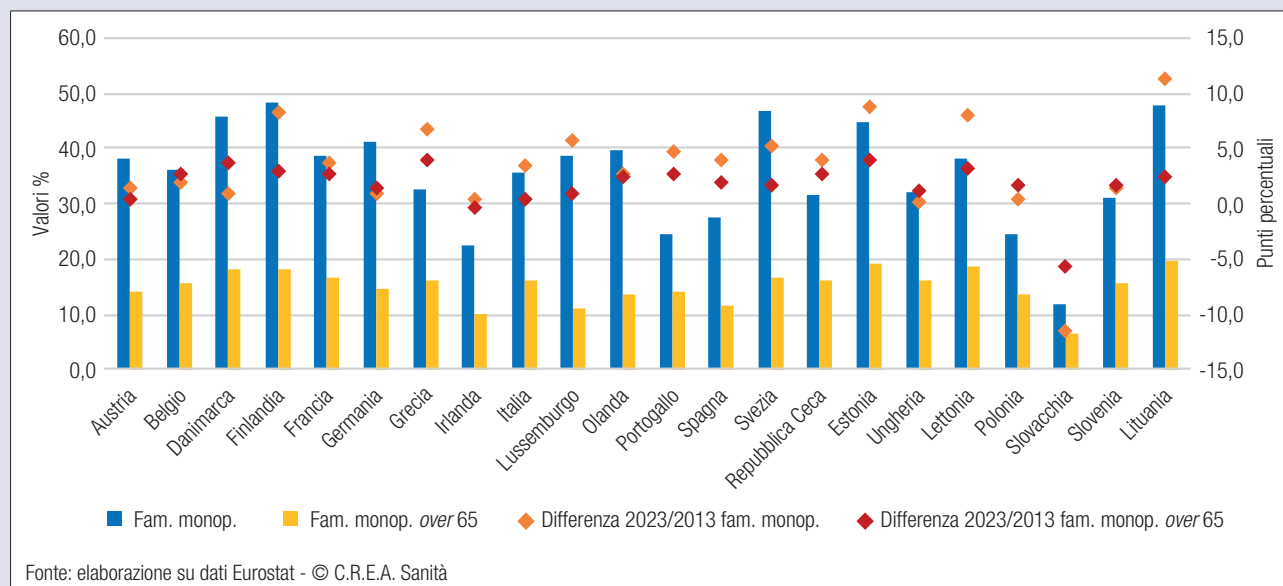
Nel 2022 (ultimo anno disponibile), in Europa la speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni, è risultata pari a 9,1 anni, in aumento rispetto al 2012 (8,2 anni) di +0,9 anni. In Italia il dato è pari a 10,1 anni, in aumento rispetto a dieci anni fa di +2,7 anni. La Svezia è il Paese che registra la speranza di vita in assenza di disabilità a 65 anni più alta, pari a 13,9 anni e in crescita nel decennio considerato di +1,5 anni, la Lettonia la più bassa (4,3 anni) ed in riduzione -1,7 anni. Il dato risulta eterogeneo: in alcuni Paesi l'indicatore risulta in crescita, con la Slovenia che registra la crescita maggiore (+4,4 anni) e l'Irlanda quella minore (+0,1 anni); in altri l'indicatore risulta in riduzione, con il Lussemburgo che registra la riduzione più alta (-2,0 anni) e il Belgio quella più bassa (-0,1 anni).

KI 1.11. Speranza di vita con e senza limitazioni funzionali a 65 anni in Italia. Anno 2023



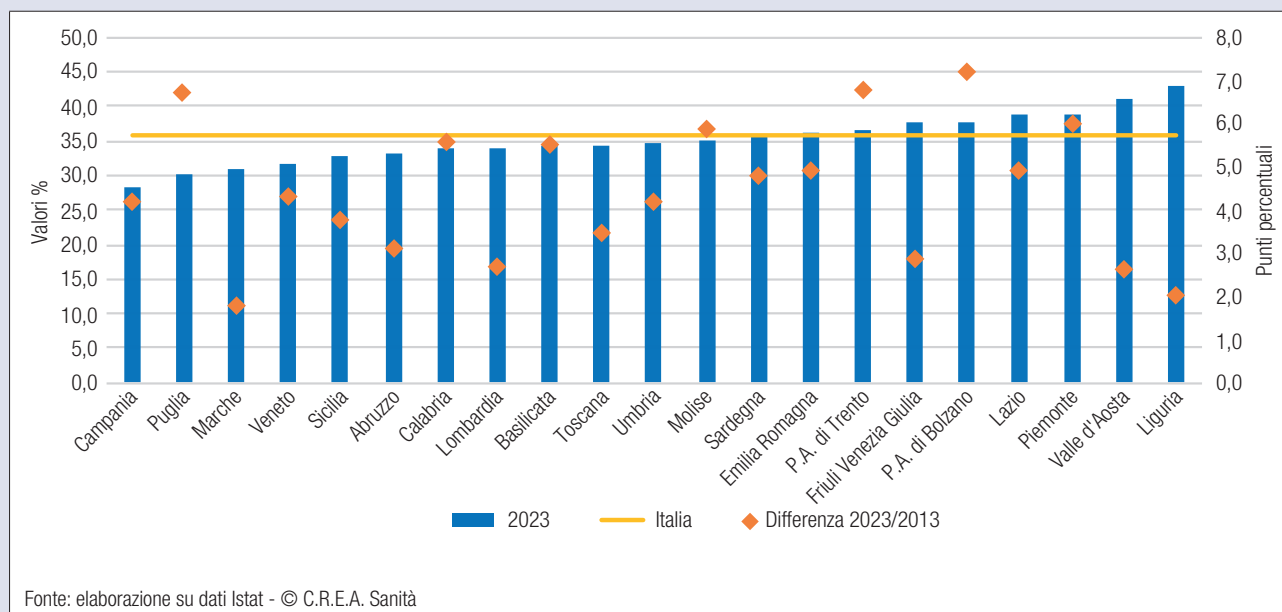
Nel 2023, in Italia, la speranza di vita senza limitazioni funzionali è pari a 10,6 anni; il dato è in aumento, nell'ultimo decennio, di +1,4 anni. La Regione che registra la speranza di vita in assenza da disabilità più alta è la P.A. di Trento (12,5 anni), la Sicilia e la Calabria quella più bassa (8,8 anni rispettivamente). In tutte le Regioni l'indicatore risulta in aumento, con la Campania che registra la crescita maggiore (+2,8 anni) e la Toscana quella minore (+0,4 anni); fa eccezione l'Emilia Romagna, che registra una riduzione nel periodo considerato di -0,4 anni. Nel 2023, in Italia, la speranza di vita con limitazioni funzionali è pari a 10,2 anni, dato in riduzione, nell'ultimo decennio, di -0,3 anni. Il dato risulta eterogeneo a livello regionale, con alcune Regioni che registrano un aumento dell'indicatore, con l'aumento massimo in che si registra nel Lazio (+1,3 anni) e quello minimo in Friuli Venezia Giulia (+0,1 anni); in altre si registra una riduzione dell'indicatore, con la riduzione massima in Campania (-1,9 anni) e quella minima in Lombardia (-0,3 anni).

KI 1.12. Famiglie monopersonali e famiglie monopersonali over 65 anni in Europa. Anno 2023



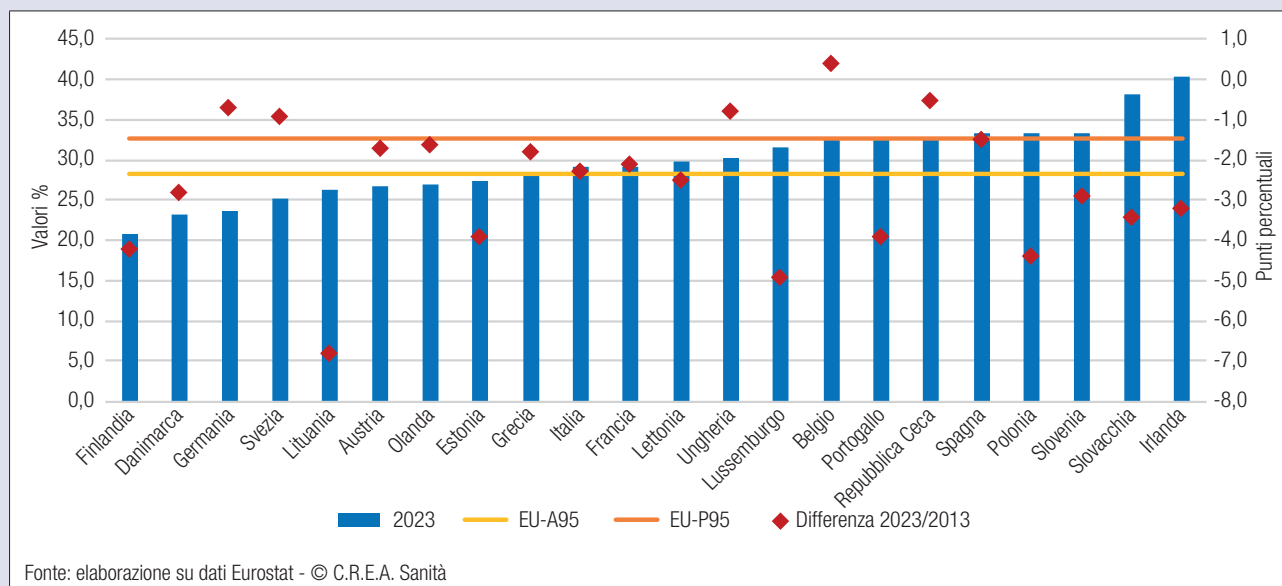
Nel 2023, in Europa, le famiglie monopersonali sono risultate pari al 35,2%, in aumento rispetto al 2013 (32,0%) di +3,2 p.p.. La Finlandia è il Paese che registra la quota di famiglie monopersonali più alta, pari al 48,4%, la Slovacchia la più bassa, pari all'11,8%. L'Italia si colloca in posizione intermedia, con la quota di famiglie monopersonali pari al 35,8%, dato in aumento nell'ultimo decennio di +3,3 p.p.. In tutti i Paesi analizzati si registra un aumento dell'indicatore, con l'aumento massimo in Lituania (+11,1 p.p.) e quello minimo in Ungheria, dove il valore risulta uguale a quello di dieci anni fa; fa eccezione la Slovacchia, dove si registra una riduzione dell'indicatore, pari a -11,7 p.p.. Nel 2023, in Europa, le famiglie monopersonali composte da persone over 65 anni, sono risultate pari al 15,1% ed in aumento rispetto al 2013 (13,4%) di +1,7 p.p.. La Lituania è il Paese che registra la quota di famiglie monopersonali ultrasessantacinquenni più alta, pari al 19,9%, la Slovacchia la più bassa, pari al 6,3%. In Italia le persone sole anziane sono risultate pari al 15,6% ed in aumento nell'ultimo decennio di +0,3 p.p.. In tutti i Paesi analizzati si registra un aumento dell'indicatore: massimo in Grecia (+3,9 p.p.) e minimo in Austria (+0,2 p.p.); fanno eccezione Slovacchia e Irlanda, dove si registra una riduzione dell'indicatore, pari rispettivamente a -5,9 e -0,4 p.p..

KI 1.13. Famiglie monopersonali in Italia



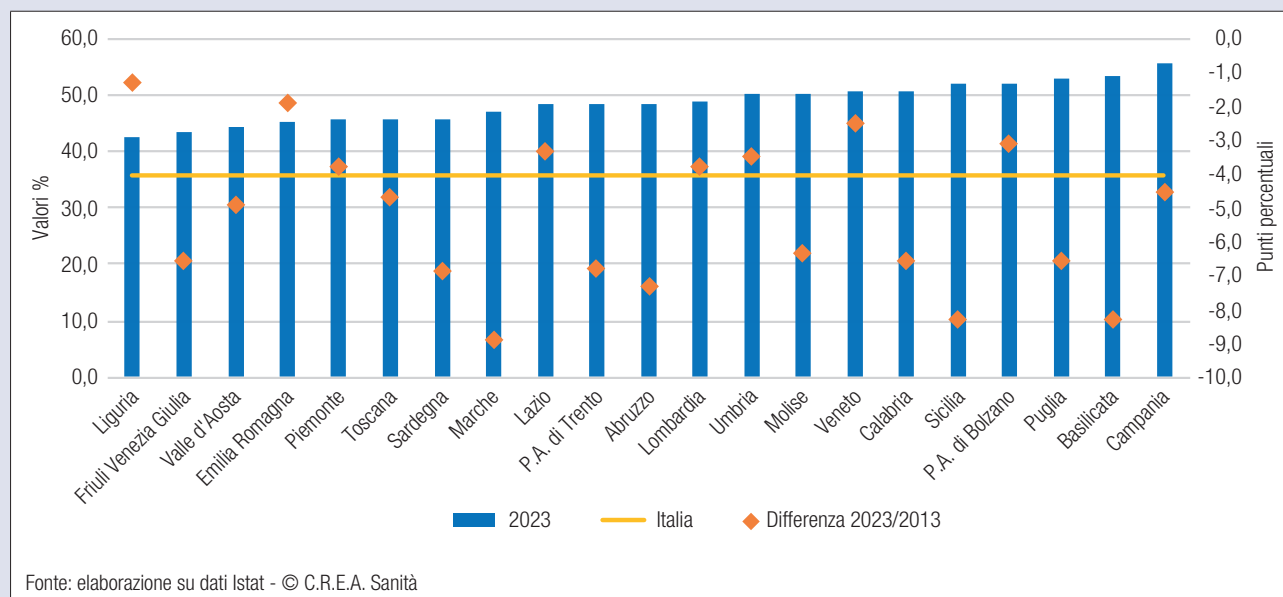
Nel 2023, in Italia, le famiglie monopersonali sono pari al 35,8%, dato in aumento nell'ultimo decennio di +3,3 p.p.. La Regione che registra la quota di famiglie monopersonali più alta è la Liguria (42,9%), la Campania quella più bassa (28,3%). In tutte le Regioni l'indicatore risulta in aumento, con la P.A. di Bolzano che registra la crescita maggiore (+7,2 p.p.) e le Marche quella minore (+1,8 p.p.).

KI 1.14. Famiglie con figli in Europa



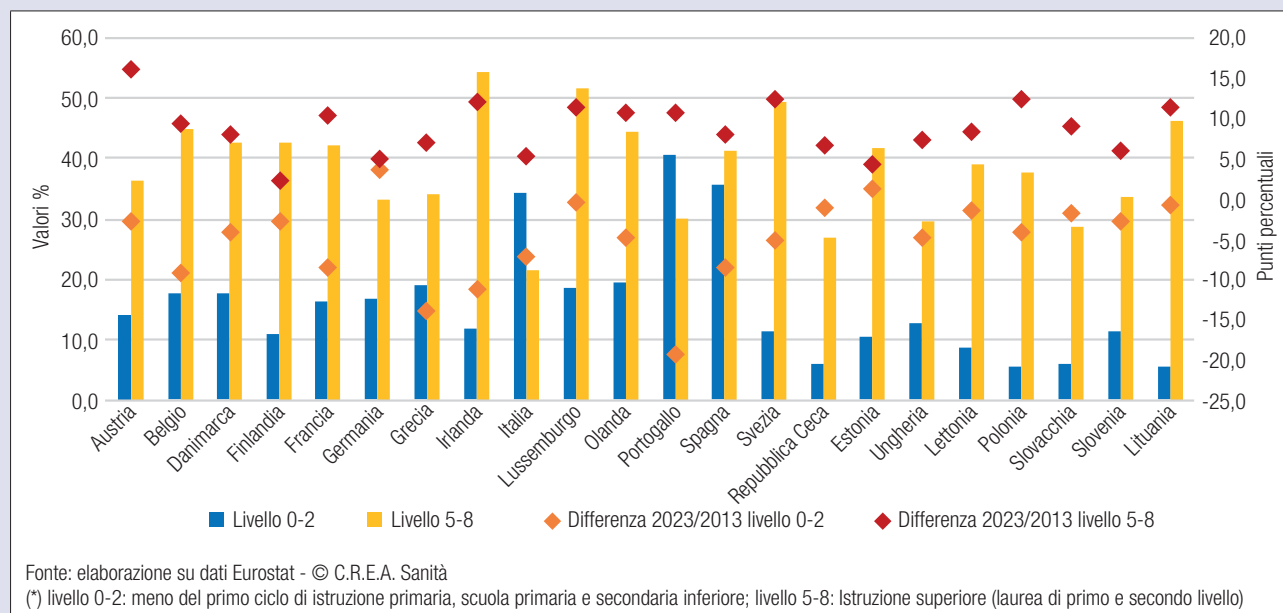
Nel 2023, in Europa, le famiglie con figli sono pari al 29,2%, in riduzione rispetto al 2013 (31,4%) di -2,2 p.p. In Italia le famiglie con figli sono pari al 29,1%, dato in riduzione nell'ultimo decennio di -2,3 p.p.. L'Irlanda registra la quota di famiglie con figli più alta, pari al 40,4%, la Finlandia la più bassa (20,9%). In tutti i Paesi l'indicatore la quota di famiglie con figli si è ridotta nell'ultimo decennio, con la Lituania che registra la riduzione maggiore (-6,8 p.p.) e la Repubblica Ceca quella minore (-0,5 p.p.); fa eccezione il Belgio, che registra un aumento delle famiglie con figli di +0,4 p.p. nel periodo considerato.

KI 1.15. Coppie con figli in Italia



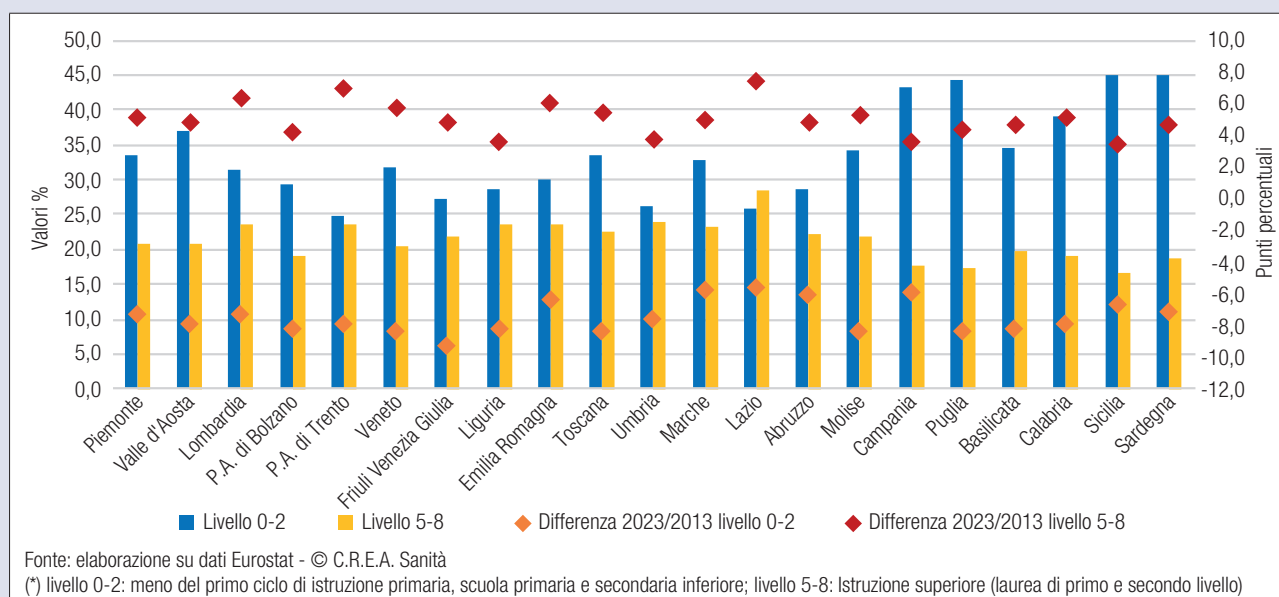
Nel 2023, in Italia, le coppie con figli sono pari al 49,0% dei nuclei familiari totali, dato in riduzione nell'ultimo decennio di -4,6 p.p.. La Regione che registra la quota di coppie con figli più alta è la Campania (55,4%), la Liguria quella più bassa (42,6%). In tutte le Regioni il dato risulta in diminuzione, con le Marche che registra la riduzione maggiore (-8,9 p.p.) e la Liguria quella minore (-1,3 p.p.).

KI 1.16. Quota di persone con livello di istruzione 0-2 e 5-8 in Europa



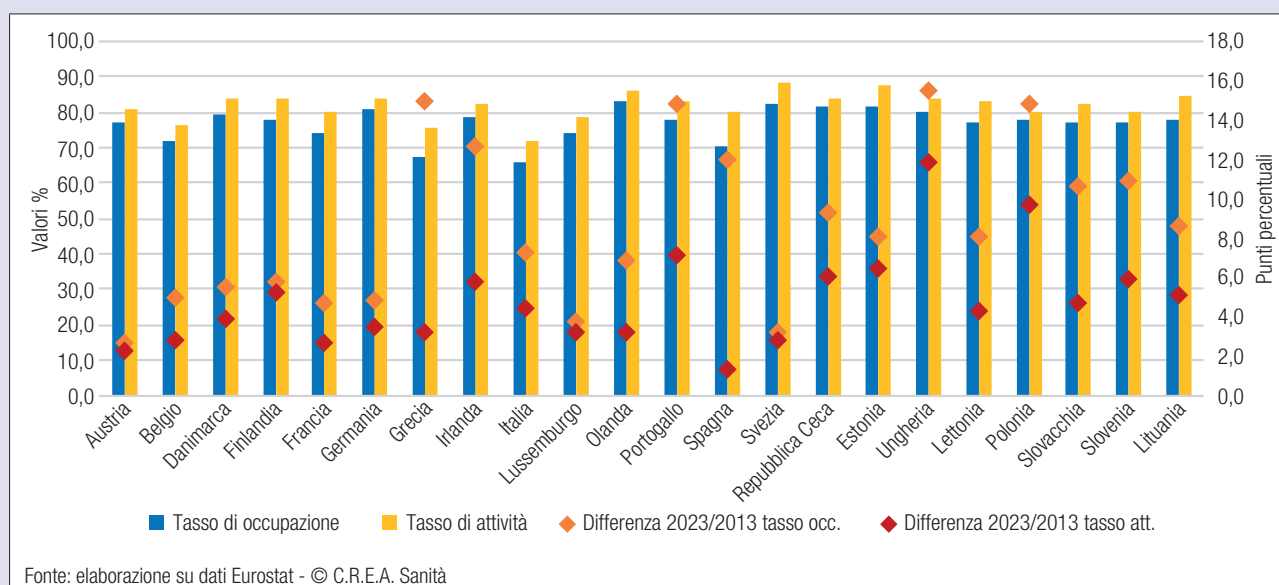
Nel 2023, in Europa, la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore è pari al 20,2%, in riduzione rispetto al 2013 (25,3%) di -5,1 p.p.. Il Portogallo è il Paese che registra la quota di popolazione con il primo ciclo di istruzione più alta, pari al 40,6%, la Repubblica Ceca la più bassa, pari al 5,9%. L'Italia è il terzo Paese con la quota di popolazione che ha concluso il primo ciclo di istruzione primaria più alta, pari al 34,5%, anche se in riduzione nell'ultimo decennio di -7,3 p.p.. In tutti i Paesi analizzati si registra un miglioramento dell'indicatore, con la riduzione massima in Portogallo (-19,6 p.p.) e quella minima in Lussemburgo (-0,7 p.p.); fanno eccezione Germania ed Estonia, dove si registra un peggioramento dell'indicatore, pari a +3,6 e +1,2 p.p. rispettivamente. Nel 2023, in Europa, la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari è pari al 35,1% ed in aumento rispetto al 2013 (27,1%) di +8 p.p.. L'Irlanda è il Paese che registra la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari più alta, pari al 54,5%, l'Italia la più bassa, pari al 21,6%, anche se in miglioramento nell'ultimo decennio (+5,2 p.p.). In tutti i Paesi analizzati si registra un aumento dell'indicatore: massimo in Austria (+16,0 p.p.) e minimo in Finlandia (+2,1 p.p.). Si evidenzia che gli unici Paesi in cui la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore, è maggiore rispetto alla quota di popolazione che ha concluso gli studi universitari sono Italia e Portogallo, con una differenza di -12,9 e -10,7 p.p. rispettivamente.

KI 1.17. Quota di persone con livello di istruzione 0-2 e 5-8 in Italia



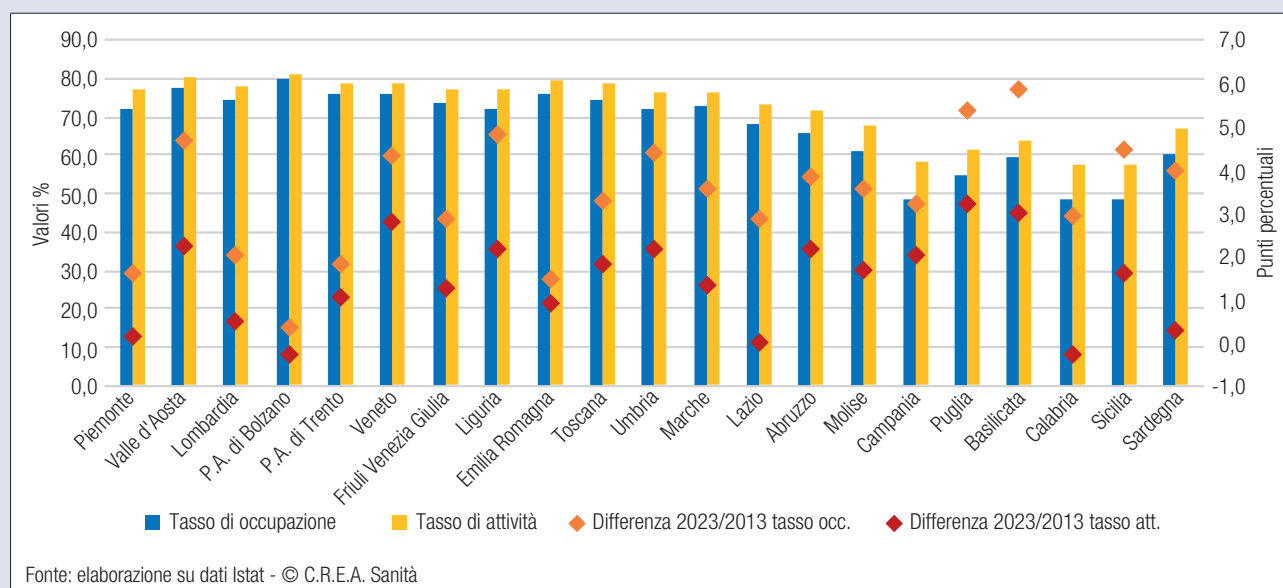
Nel 2023, in Italia, la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore è pari al 34,5%, in riduzione rispetto al 2013 (41,8%) di -7,3 p.p.. La Sicilia è la Regione che registra la quota di popolazione con il primo ciclo di istruzione più alta, pari al 45,1%, la P.A. di Trento la più bassa, pari al 29,4%. A livello regionale si registra una riduzione dell'indicatore in tutte le Regioni, con la riduzione massima nel Friuli Venezia Giulia (-9,3 p.p.) e quella minima nel Lazio (-5,7 p.p.). Nel 2023, in Italia, la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari è pari al 21,6% ed in aumento rispetto al 2013 (16,4%) di +5,2 p.p.. Il Lazio è la Regione che registra la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari più alta, pari al 28,4%, la Sicilia la più bassa (16,8%). In tutte le Regioni si registra un miglioramento dell'indicatore, con l'aumento massimo nel Lazio (+7,4 p.p.) e quello minimo in Sicilia (+3,4 p.p.). Si evidenzia che il Lazio è l'unica Regione con la quota di popolazione che conclude il ciclo di studi universitari maggiore rispetto a quella che conclude il primo ciclo: 28,4% vs 21,0% rispettivamente.

KI 1.18. Tasso di attività e di occupazione in Europa (20-64 anni). Anno 2023



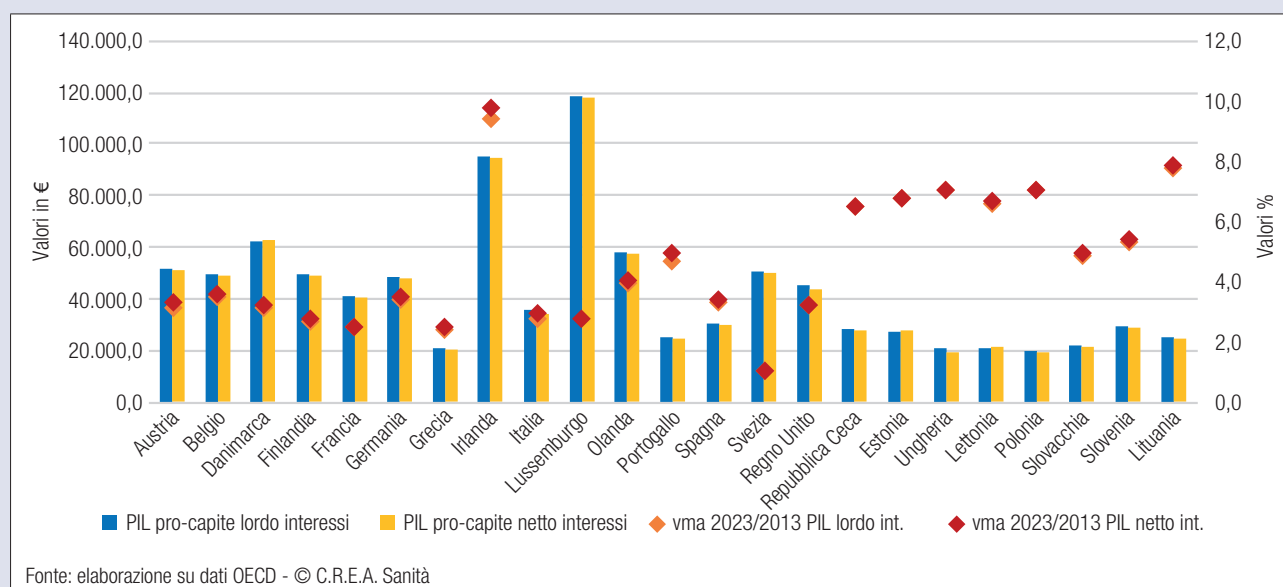
Nel 2023, in Europa, il tasso di attività, ossia le persone che cercano lavoro (occupati e disoccupati) è pari all'80,0% della popolazione, in aumento rispetto al 2013 (75,3%) di +4,7 p.p.. La Svezia è il Paese che registra il tasso di attività più alto, pari all'88,4%, l'Italia quello più basso, pari al 71,7%, anche se in aumento nell'ultimo decennio di +4,4 p.p.. In tutti i Paesi analizzati si registra un aumento dell'indicatore: massimo in Ungheria (+11,8 p.p.) e minimo in Spagna (+1,3 p.p.). Nel 2023, in Europa, il tasso di occupazione è risultato pari al 75,3% ed in aumento rispetto al 2013 (66,8%) di +8,5 p.p.. L'Olanda è il Paese che registra il tasso di occupazione più alto, pari all'83,5%, l'Italia quello più basso, pari al 66,3%, anche se in aumento nell'ultimo decennio di +7,2 p.p.. In tutti i Paesi analizzati si registra un aumento dell'indicatore: massimo in Ungheria (+15,5 p.p.) e minimo in Austria (+2,6 p.p.). Analizzando entrambi gli indicatori, la "forbice" tra il tasso di attività e il tasso di occupazione varia da un valore minimo della Repubblica Ceca (+2,1 p.p.) ad un massimo della Spagna (+9,6 p.p.). L'Italia è ottava, con un differenziale di +5,4 p.p..

KI 1.19. Tasso di attività e di occupazione in Italia (20-64 anni). Anno 2023



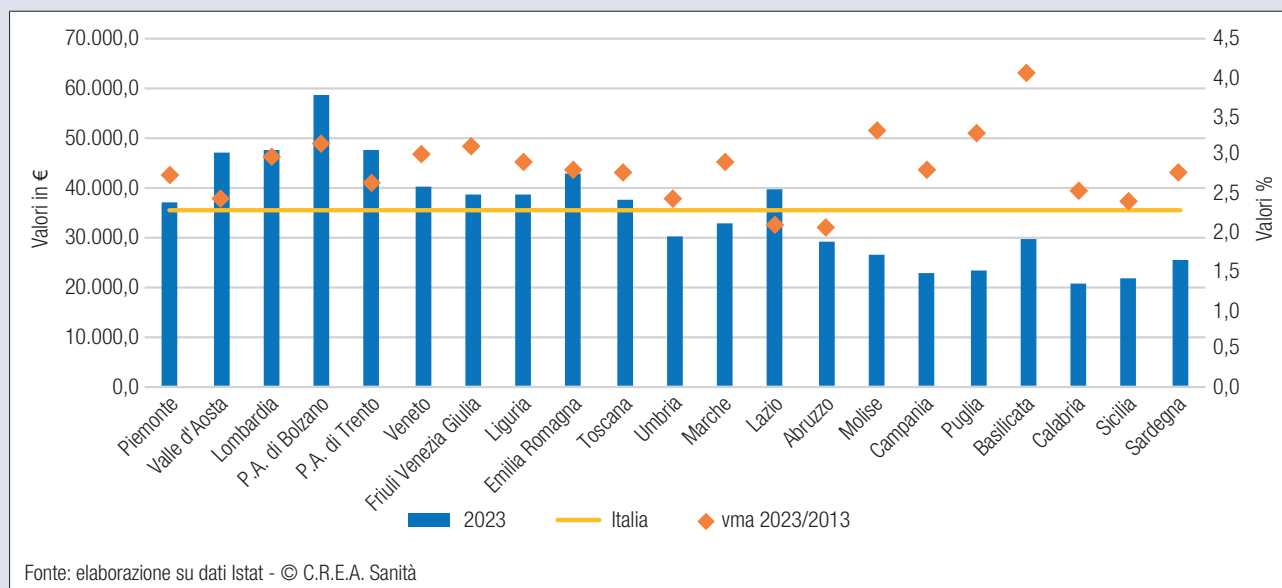
Nel 2023, in Italia, il tasso di attività è pari al 71,7% della popolazione, in aumento rispetto al 2018 (70,3%) di +1,4 p.p.. La P.A. di Bolzano registra il tasso di attività più alto, pari all'81,2%, la Calabria quello più basso, pari al 57,6%. In tutti i Paesi analizzati si registra un aumento dell'indicatore, con l'aumento massimo in Puglia (+3,2 p.p.) e quello minimo nel Lazio, con il valore che è rimasto invariato nell'ultimo quinquennio (73,3%). Nel 2023, in Italia, il tasso di occupazione è risultato pari al 66,3% ed in aumento rispetto al 2018 (63,0%) di +3,3 p.p.. La P.A. di Bolzano registra il tasso di occupazione più alto, pari al 79,6%, la Calabria quello più basso, pari al 48,4%. In tutti le Regioni si registra un aumento dell'indicatore, con l'aumento massimo in Basilicata (+5,8 p.p.) e quello minimo nella P.A. di Bolzano (+0,3 p.p.).

KI 1.20. PIL pro-capite netto e lordo interessi debito pubblico in Europa. Anno 2023



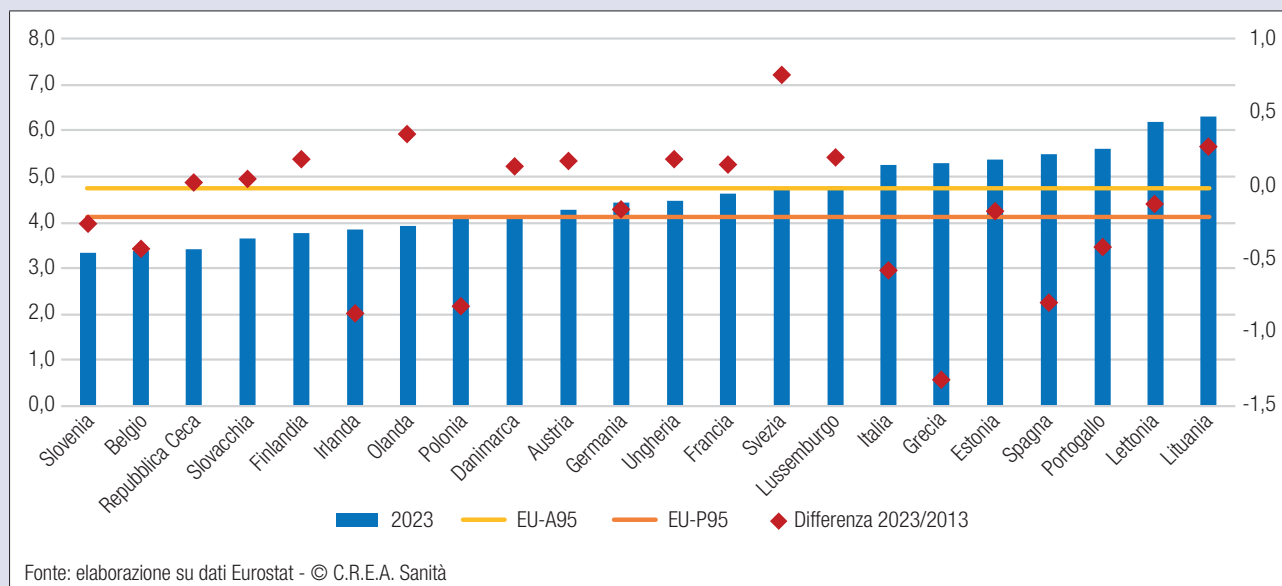
Nel 2023, in Europa, il PIL pro-capite al lordo degli interessi sul debito pubblico è pari a € 37.780,0, in aumento rispetto al 2013 (€ 26.060,0) del +3,2% medio annuo. Il Lussemburgo registra il PIL pro-capite lordo interessi più alto, pari a € 118.772,9, la Polonia quello più basso, pari a € 19.916,2. L'Italia si colloca in posizione intermedia, con un PIL pro-capite lordo interessi pari a € 35.349,2 e in aumento nell'ultimo decennio del +2,8% medio annuo. In tutti i Paesi analizzati si registra un aumento dell'indicatore, con l'aumento massimo in Irlanda (+9,4% medio annuo) e quello minimo in Svezia (+1,1% medio annuo). Nel 2023, in Europa, il PIL pro-capite al netto degli interessi sul debito pubblico è risultato pari a € 37.313,6 ed in aumento rispetto al 2013 (€ 25.394,1) del +3,9% medio annuo. Il Lussemburgo registra il PIL pro-capite netto interessi più alto, pari a € 118.416,5, la Polonia quello più basso, pari a € 19.498,0. In Italia il PIL pro-capite netto interessi è pari a € 34.006,0, dato in aumento nell'ultimo decennio del +2,9% medio annuo. In tutti i Paesi analizzati si registra un incremento del PIL netto interessi, con l'aumento massimo in Irlanda (+9,8% medio annuo) e quello minimo in Svezia (+1,1% medio annuo). Si evidenzia che l'Italia, nel 2023, rappresenta il secondo Paese con la spesa per interessi sul debito pubblico più alta, pari a 3,8 p.p. sul PIL, peggiore solo rispetto alla Repubblica Ceca (4,7 p.p. sul PIL).

KI 1.21. PIL pro-capite in Italia



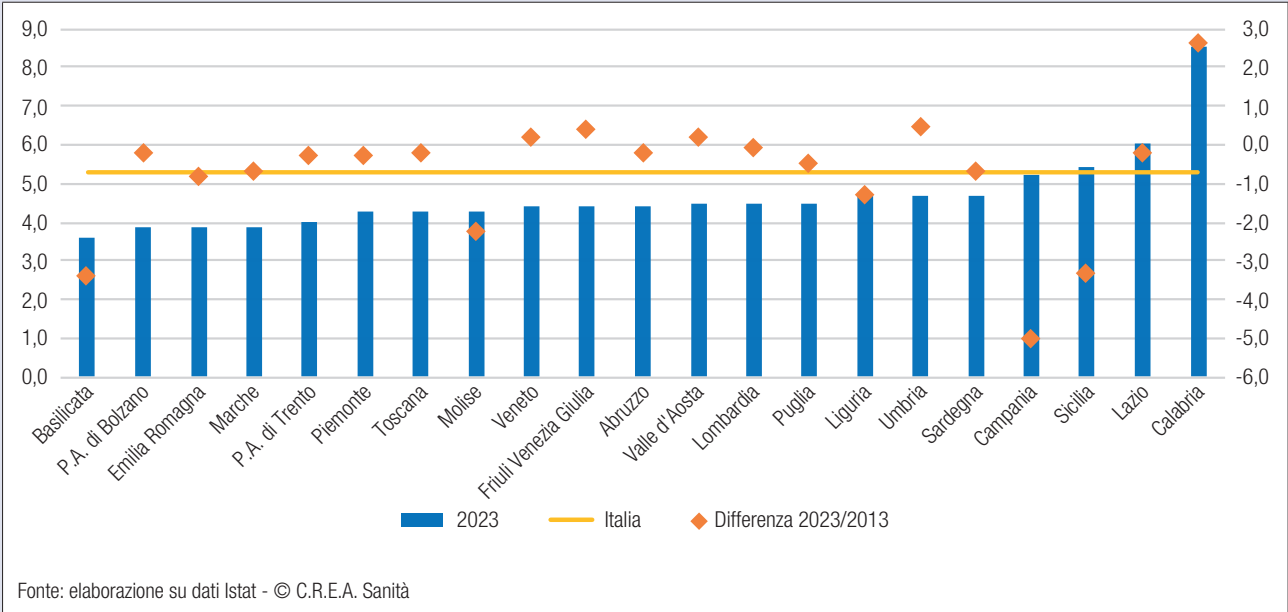
Nel 2023, in Italia, il PIL pro-capite è pari a € 35.349,2, dato in aumento nell'ultimo decennio del +2,8% medio annuo. La Regione che registra il PIL pro-capite più alto è la P.A. di Bolzano (€ 58.314,4), la Calabria quello più basso (€ 20.853,4). In tutte le Regioni l'indicatore risulta in aumento, con la Basilicata che registra la crescita maggiore (+4,0% medio annuo) e l'Abruzzo e il Lazio quella minore (+2,1% medio annuo rispettivamente).

KI 1.22. Rapporto fra il reddito percepito dai due quintili estremi di famiglie in Europa



Nel 2023, in Europa, in termini di distribuzione del reddito, il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione e quello dal 20% più povero, è pari a 4,7, valore in miglioramento rispetto al 2013 (5,1). La Lituania registra la disparità più alta, pari a 6,3 e, la Slovenia quella più bassa (3,3 anni). L'Italia registra una disparità nella distribuzione del reddito tra le più alte (5,3) nei Paesi europei considerati. Il dato risulta eterogeneo: in alcuni Paesi l'indicatore è in crescita, con la Svezia che registra la crescita maggiore (4,0 nel 2013 e 4,7 nel 2023) e la Repubblica Ceca quella minore, con il dato che è rimasto pressoché invariato nell'ultimo decennio; in altri l'indicatore risulta in riduzione, con la Grecia che registra la riduzione più alta (da 6,6 nel 2013 a 5,3 nel 2023) e la Lettonia quella più bassa (da 6,3 nel 2013 a 6,2 nel 2023).

KI 1.23. Rapporto fra il reddito percepito dai due quintili estremi di famiglie in Italia



Nel 2023, in Italia, il rapporto tra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione, e quello dal 20% più povero, è pari a 5,3, dato in riduzione nell'ultimo decennio (5,8 nel 2013). La Regione che registra la disparità nella distribuzione del reddito maggiore è la Calabria (8,5), la Basilicata quella più bassa (3,6). A livello regionale il dato risulta eterogeneo: in alcune Regioni l'indicatore è in aumento, con l'incremento massimo registrato in Calabria (5,9 nel 2013 e 8,5 nel 2023) e quello minimo in Veneto (4,2 nel 2013 e 4,4 nel 2023) e Valle d'Aosta (4,3 nel 2013 e 4,5 nel 2023); in altre Regioni il dato è in riduzione, con la riduzione massima registrata in Campania (10,2 nel 2013 e 5,2 nel 2023) e quella minima nella P.A. di Bolzano, Toscana, Abruzzo e Lazio.



Key Indicators

Sintesi
CAPITOLO 2
Finanziamento

Lo Giudice C.¹

Il Capitolo 2 analizza il processo di Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), effettuando, inoltre, un confronto con le coperture pubbliche degli altri Paesi europei.

Su quest'ultimo aspetto possiamo osservare come, nel 2023, la quota di copertura pubblica della spesa sanitaria si attesti in media al 78,7% Paesi membri dell'Unione Europea (EU) entrati prima del 1995 (EU-Ante 1995) e al 75,2% in quelli entrati dopo il 1995 (EU-Post 1995); l'Italia si attesta al 74,0%, con un *gap* di -4,7 punti percentuali (p.p.) rispetto ai primi e del -1,3 p.p. con i secondi. Il *gap* è aumentato rispetto al 2009 di 7,0 p.p. con i Paesi EU-Ante 1995 e di 10,2 p.p. con quelli EU-Post 1995 (era positivo per +4,5 p.p.).

L'analisi del processo nazionale di Finanziamento evidenzia come, in termini di composizione, nell'ultimo quinquennio (2019-2024) la quota del Finanziamento indistinto si sia ridotta di 0,9 p.p., all'interno della quale la quota finalizzata si è invece incrementata di 3,9 p.p.; il Vincolato per Regioni si è incrementato di 0,4 p.p., mentre le altre voci si sono incrementate di 0,3 p.p..

Per quanto concerne il livello del Finanziamento, nell'ultimo decennio (2014-2024), si osserva una crescita del Fabbisogno Nazionale *standard* di € 24,1 mld. (+2,0% medio annuo), mentre il "Finanziamento Centrale" è cresciuto di € 22,6 mld. (+1,9% medio annuo), e quello "Effettivo" di € 25,0 (+2,0% medio annuo); in termini reali, la crescita del Fabbisogno Nazionale *standard* è stata del +0,2% medio annuo, quella del "Finanziamento Centrale" dello +0,1 medio annuo), e quella del "Finanziamento Effettivo" del +0,2% medio annuo.

Dividendo l'orizzonte temporale in tre sottoperiodi, pre-pandemia (2014-2019), pandemico (2019-2021) e post-pandemico (2021-2024), emerge che, per quanto concerne il Fabbisogno Sanitario *standard*, nel periodo pre-pandemia l'incremento nominale è stato del 4,1% (+0,8% medio annuo), e quello reale dello 0,3% medio annuo; in quello pandemico l'incremento nominale ha raggiunto il 6,6% (+3,3% medio annuo), pari al 2,4% reale medio annuo, nel periodo post-pandemico la crescita è stata del 9,8% (+3,2% medio annuo), con un incremento reale -1,5% medio annuo.

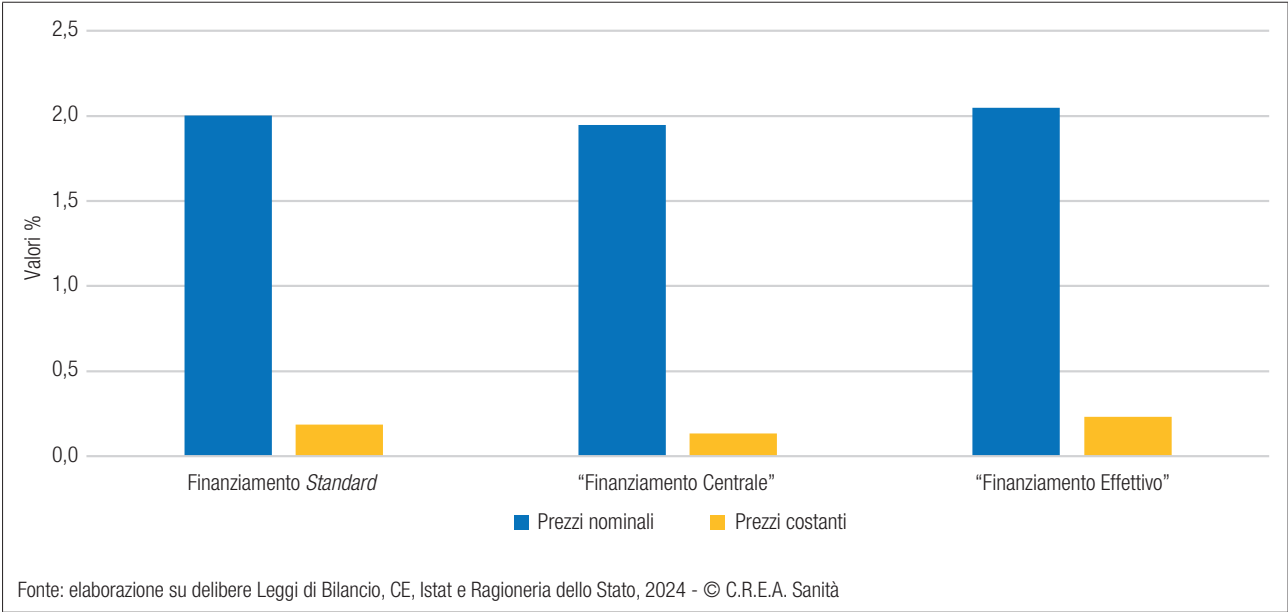
Composizioni voci Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN). Anno 2019 e anno 2024

Voci	Composizione 2019 (%)	Composizione 2024 (%)	Variazione (p.p.)
Indistinto	97,6	96,7	-0,9
Di cui finalizzato	0,6	4,5	3,9
Vincolato per Regioni	1,6	2,0	0,4
Vincolato per Enti	0,5	0,9	0,3
Accantonamento	0,2	0,5	0,3

Fonte: elaborazione su CSR. Atto 88/2019 e CSR. Atto 228/2024 - © C.R.E.A. Sanità

¹ C.R.E.A. Sanità

Crescita nominale e reale del Finanziamento. Anni 2014-2024



Il “Finanziamento Centrale” nel periodo pre-pandemia ha registrato un incremento nominale del 4,8% (+0,9% medio annuo), e quello reale dello 0,5% medio annuo; in quello pandemico l’incremento nominale ha raggiunto il 6,4% (+3,1% medio annuo), pari al 2,3% reale medio annuo; nel periodo post-pandemia la crescita è stata del 8,7% (+2,8% medio annuo), con un incremento reale del -1,8%.

Infine, il “Finanziamento Effettivo” nel periodo

pre-pandemia ha registrato un incremento nominale del 4,5% (+0,9% medio annuo), e quello reale dello 0,4% medio annuo; in quello pandemico ha raggiunto il 7,7% (+3,8% medio annuo), pari al 2,9% reale medio annuo; nel periodo post-pandemico la crescita è stata del 8,8% (+2,9% medio annuo), con un incremento reale del -1,8%.

La Tabella riassume gli incrementi medi annui nominali e reali dei tre periodi.

Variazioni medie annue nominali e reali

Voci	Pre-pandemia (%)	Pandemia (%)	Post-pandemia (%)
Variazioni nominali			
Fabbisogno Sanitario standard	0,8	3,3	3,2
"Finanziamento Centrale"	0,9	3,1	2,8
"Finanziamento Effettivo"	0,9	3,8	2,9
Variazioni reali			
Fabbisogno Sanitario standard	0,3	2,4	-1,5
"Finanziamento Centrale"	0,5	2,3	-1,8
"Finanziamento Effettivo"	0,4	2,9	-1,8

Fonte: elaborazione su Leggi di Bilancio, CE, Ragioneria dello Stato e Istat 2024 - © C.R.E.A. Sanità

In termini pro-capite, si può osservare come la distribuzione regionale del Finanziamento indistinto ante mobilità nelle Regioni (anno 2023), a fronte di un valore medio di € 2.098,6, preveda per la Regione con l'importo maggiore una allocazione di € 2.185,1 (Liguria), e in quella minore di € 2.030,2 (P.A. di Bolzano), con una differenza di € 154,9.

Per quanto concerne il "Finanziamento Centrale" è pari in media a € 2.107,5 pro-capite, con il valore maggiore in Molise (€ 2.309,5) e quello minore in Basilicata (€ 1.988,8): la differenza tra le due è pari a € 320,7.

Analogamente il "Finanziamento Effettivo" pro-capite è pari in media a € 2.236,8, con l'importo maggiore in Emilia Romagna (€ 2.432,2) e quello minore

in Calabria (€ 2.092,3): la differenza sale a € 339,9.

In sintesi, in Italia la copertura pubblica è inferiore alle medie europee e il *gap* tende ad allargarsi ancora, in ragione della scarsa crescita: nonostante i significativi incrementi nominali, il Finanziamento del SSN negli ultimi cinque anni non è neppure riuscito a coprire i costi dovuti alla maggiore inflazione.

Infine, si osserva che la distribuzione regionale vede riconosciuto un differenziale di Fabbisogno pro-capite di circa € 150: per effetto della mobilità e in parte delle entrate proprie, il differenziale di "Finanziamento Effettivo" raddoppia, ponendo interrogativi anche sulla equità della distribuzione delle risorse.

CAPITOLO 2
Finanziamento

Lo Giudice C.¹

2.1. Il Finanziamento della Spesa Sanitaria: il contesto Europeo

Il Finanziamento della Spesa Sanitaria può essere diviso nella componente pubblica e quella privata: la prima è alimentata dal gettito fiscale e dagli schemi assicurativi sanitari obbligatori, quest'ultimi distinti in "sociali" e privati; la componente privata è invece quella alimentata da contributi volontari e spesa *Out of Pocket*.

Per quanto concerne il Finanziamento classificato come pubblico (Tabella 2.1.), i Paesi europei (EU) si possono suddividere in due gruppi: quelli in cui l'Assistenza Sanitaria è finanziata soprattutto attraverso la fiscalità generale (Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Lettonia, Portogallo, Spagna, Svezia), e quelli che finanziano l'Assistenza Sanitaria principalmente attraverso contributi sociali e assicurazioni private obbligatorie (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Estonia, Francia, Germania, Grecia, Lituania, Lussemburgo, Olanda, Repubblica Ceca, Romania, Ungheria, Polonia, Slovacchia, Slovenia).

In generale, la quota media di Finanziamento proveniente dal gettito fiscale è pari al 31,3% del totale del Finanziamento, con la quota minore in Francia (4,3%), e la maggiore in Svezia (86,0%), con la quota italiana che si assesta al 74,3%, +43,0 punti percentuali (p.p.) rispetto alla media europea.

Per quanto concerne i contributi sociali (assicurazioni obbligatorie) la loro incidenza media risulta pari al 48,5%, con la quota minore in Italia (0,2%) e la maggiore in Lussemburgo (78,7%).

Tabella 2.1. Finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente secondo la fonte di Finanziamento. Anno 2022

Paesi	Gettito fiscale (%)	Assicurazioni sociali (%)	Assicurazioni private (%)
Austria	35,0	42,6	
Belgio	21,0	54,1	0,04
Bulgaria	15,9	47,6	
Cipro	25,8	55,1	
Croazia	10,9	74,5	
Danimarca	84,6		
Estonia	9,9	64,9	
Francia	4,3	74,1	6,3
Germania	11,7	68,4	6,6
Grecia	30,2	31,7	
Irlanda	76,8	0,6	
Italia	74,3	0,2	
Lettonia	64,9		
Lituania	9,1	57,4	
Lussemburgo	7,4	78,7	
Paesi Bassi	9,5	23,1	51,6
Polonia	12,4	62,2	0,3
Portogallo	60,1	2,4	
Repubblica Ceca	13,5	71,4	
Romania	16,7	61,1	
Slovacchia	10,2	69,7	
Slovenia	10,8	63,2	
Spagna	70,3	3,7	
Svezia	86,0		
Ungheria	11,3	61,3	
Austria	35,0	42,6	

Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

¹ C.R.E.A. Sanità

Secondo la classificazione Eurostat, la quota residua (13,0%) del Finanziamento classificato come pubblico è attribuibile ad assicurazioni private, ma obbligatorie, registrate in Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Paesi Bassi e Polonia, che risulta nel *range* 0,04% (Belgio), 51,6% (Paesi Bassi).

Si evince, quindi, che nei Paesi europei i contributi sociali rimangono complessivamente la principale fonte di Finanziamento e che sono in maggioranza i Paesi che hanno un sistema di Finanziamento di tipo "bismarkiano" o al più misto con l'intervento di assicurazioni private (si veda in particolare il caso olandese).

Segue, nel *ranking* delle fonti di Finanziamento, il gettito fiscale, che prevale nei Paesi con sistemi di ispirazione "beveridgiana".

L'Italia appartiene a questo ultimo gruppo di Paesi e si distingue per il minore ricorso a fonti di Finanziamento alternative.

La Figura 2.1. riassume la composizione del Finanziamento pubblico.

Per quanto concerne il Finanziamento classificato come privato (Tabella 2.2.), si può osservare che per i contributi volontari la media europea è pari al 4,5% del Finanziamento totale, con la quota minore in Repubblica Ceca (0,7%) e la maggiore in Slovenia (13,6%); la quota italiana è pari al 2,8%, -1,7 p.p. rispetto alla media europea; per la spesa *Out of Pocket* la media europea è pari al 18,8%, con la quota minore in Lussemburgo (8,7%) e la quota maggiore in Bulgaria (35,1%), e la quota italiana che si assesta al 22,7% (+3,9 p.p. rispetto alla media europea).

La Figura 2.2. riassume le quote di Finanziamento privato.

Riassumendo, secondo i dati OECD nel 2023 la quota media di copertura del Finanziamento pubblico risulta pari al 77,3%: i Paesi con la quota più bassa sono il Portogallo e la Grecia (61,7%), mentre quello con la quota più alta è il Lussemburgo (86,9%); in questo contesto la quota di copertura pubblica in Italia è pari al 74,0%, risultando inferiore di 3,3 p.p. rispetto alla media Europea (Figura 2.3.).

Figura 2.1. Finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente. Anno 2022

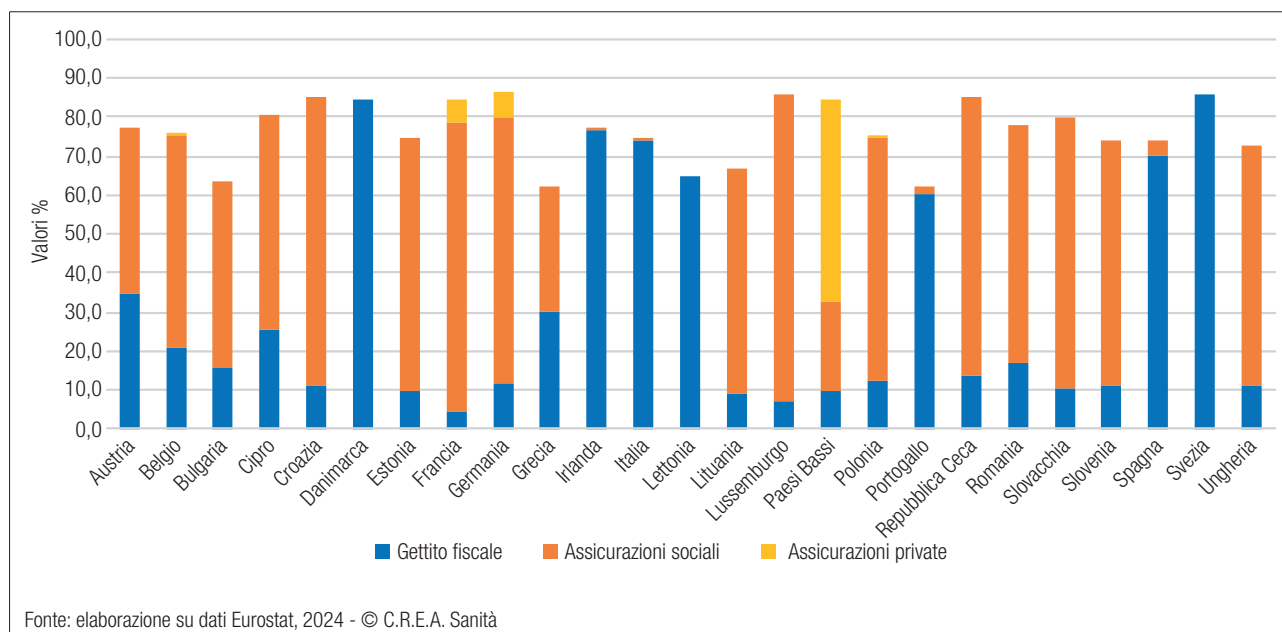


Tabella 2.2. Finanziamento privato della Spesa Sanitaria corrente. Anno 2022

Paesi	Contributi Volontari (%)	Spesa <i>Out of Pocket</i> (%)
Austria	6,5	16,0
Belgio	4,8	20,0
Bulgaria	1,4	35,1
Cipro	4,6	14,6
Croazia	5,5	9,2
Danimarca	2,4	13,0
Estonia	2,0	23,1
Francia	6,3	8,9
Germania	2,6	10,7
Grecia	4,3	33,5
Irlanda	12,0	10,7
Italia	2,8	22,7
Lettonia	4,3	30,7
Lituania	1,6	31,8
Lussemburgo	4,1	8,7
Paesi Bassi	5,7	10,0
Polonia	7,1	18,0
Portogallo	7,9	29,6
Repubblica Ceca	0,7	14,3
Romania	0,8	21,4
Slovacchia	0,9	19,3
Slovenia	13,6	12,4
Spagna	6,8	19,2
Svezia	1,2	12,9
Ungheria	3,1	24,3

Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Suddividendo i Paesi europei in due aree, quella dei Paesi EU-Ante 1995² e quelli EU-Post 1995³, si può osservare che per i primi la media di copertura del Finanziamento pubblico è pari al 78,7%, risul-

tando maggiore rispetto alla media EU di 1,4 p.p, mentre la media del Finanziamento pubblico del secondo gruppo è pari al 75,2%, (-2,1 p.p rispetto alla media EU).

² Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1.01.1995. 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 (EU-Ante 1995)

³ Si fa riferimento ai Paesi che sono entrati a far parte dell'Unione Europea dopo la ratifica del Trattato di Corfù e precisamente: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria (EU-Post 1995). Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania non sono state considerate nell'analisi a causa della mancanza di dati relativi all'intero arco temporale considerato nell'analisi

Figura 2.2. Finanziamento privato della Spesa Sanitaria. Anno 2022

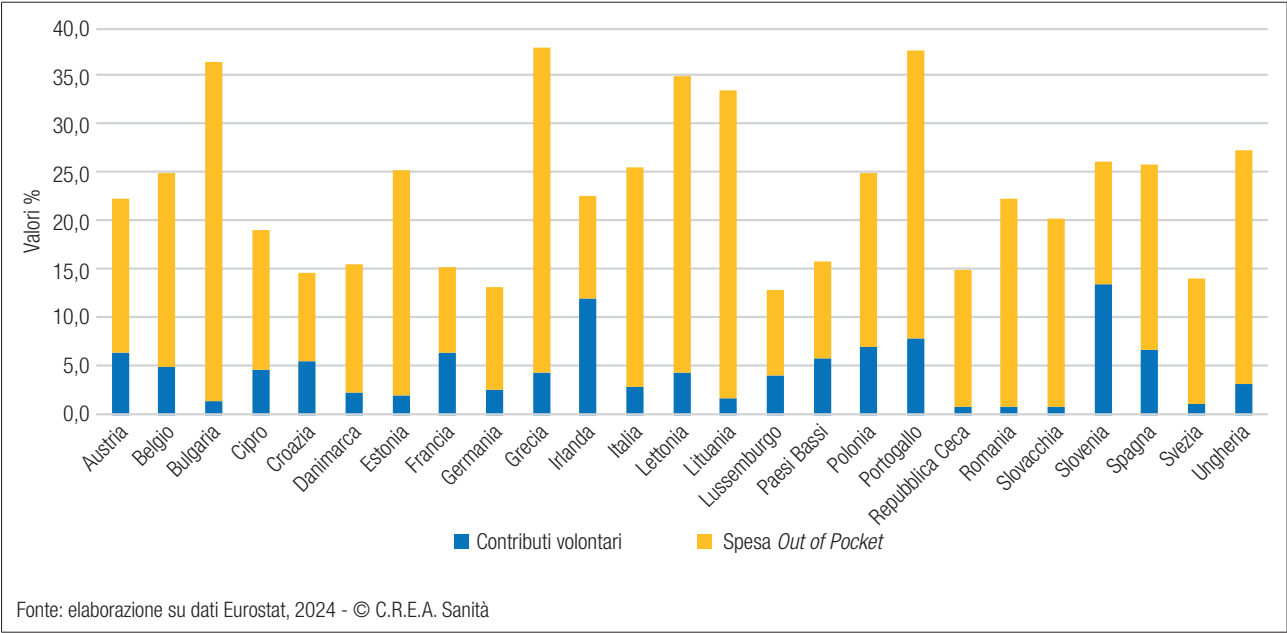
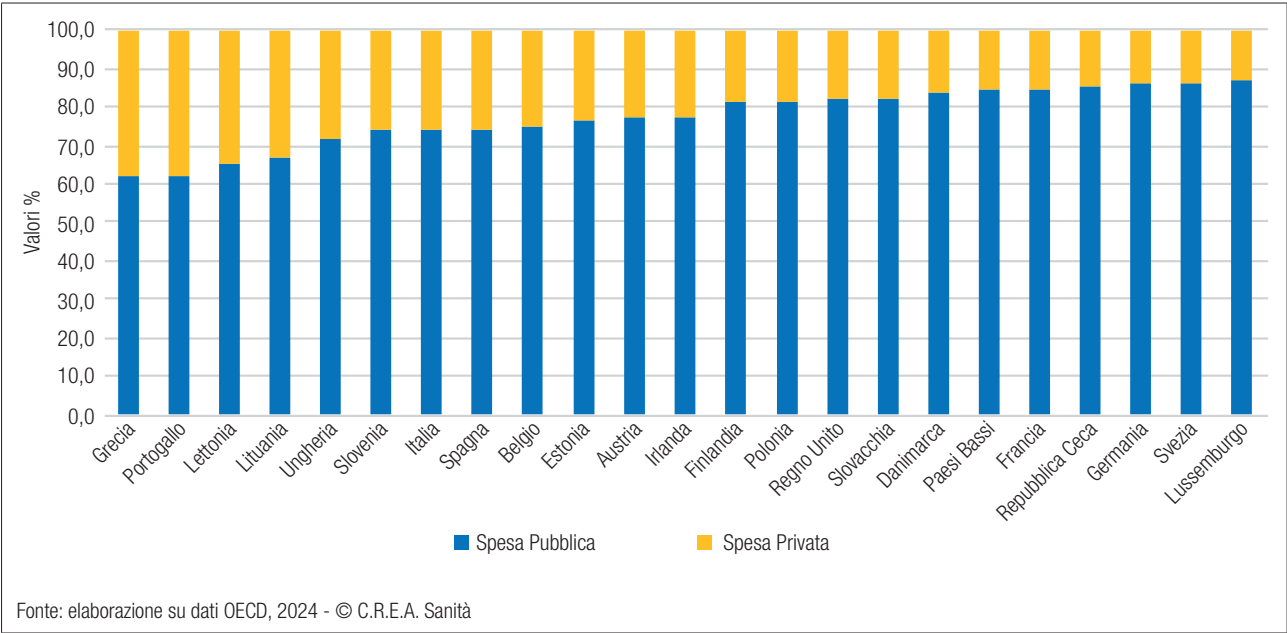


Figura 2.3. Composizione del Finanziamento della Spesa Sanitaria. Anno 2023

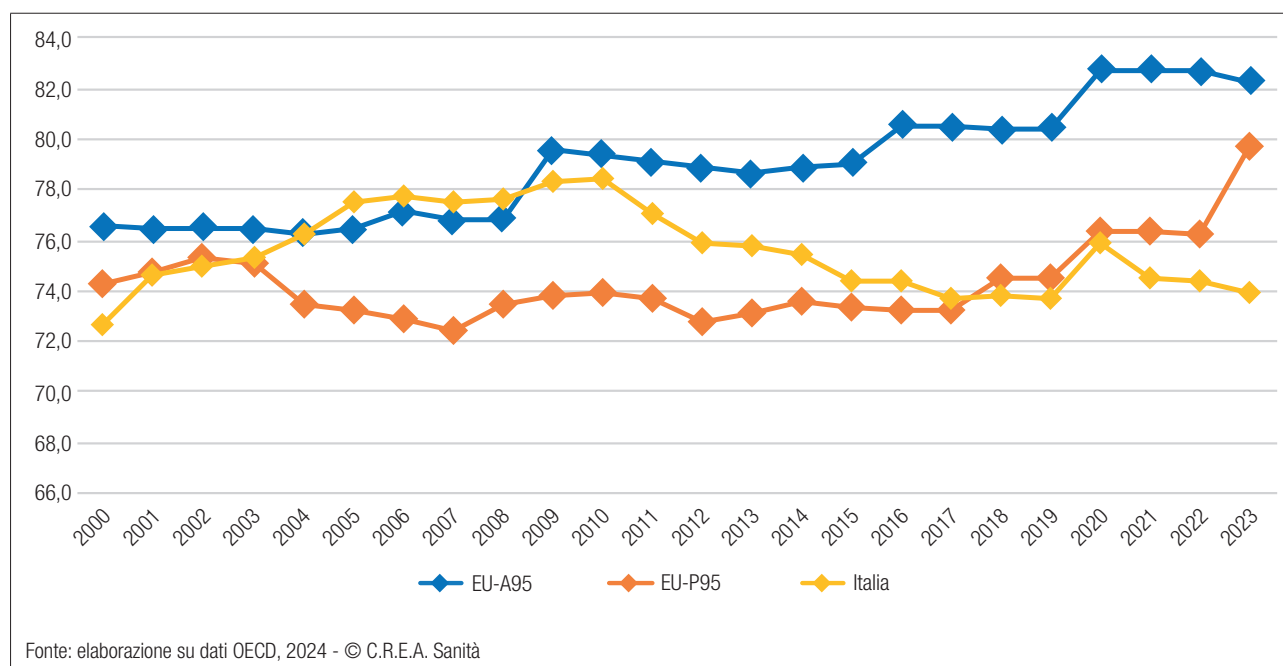


Quindi la copertura pubblica in Italia è di 4,7 p.p. sotto la media dei Paesi EU-Ante 1995 e anche 1,3 p.p. sotto la media dei Paesi EU-Post 1995 (Figura 2.4.).

Va notato che la copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia, nel 2000, era inferiore alla quota dei

Paesi EU-Ante 1995 di 3,9 p.p. e rispetto alla quota dei Paesi EU-Post 1995 di 1,6 p.p.; si era poi incrementata di 5,8 p.p. nel periodo 2000-2010, toccando così la sua quota massima pari al 78,5%, crescendo più di quella dei Paesi EU-Ante 1995 (+2,9 p.p.) e dei Paesi EU-Post 1995 (diminuita di -0,3 p.p.).

Figura 2.4. Finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente



Successivamente, nel periodo 2010-2019 gli andamenti si sono invertiti, con la quota italiana che è diminuita di 4,7 p.p., riducendosi alla quota del 73,7%, il punto più basso dal 2001, mentre nei Paesi EU-Ante 1995 si è incrementata ulteriormente di 1,0 p.p. (toccando quota 80,4%) e anche nei Paesi EU-Post 1995 è cresciuta di 0,6 p.p. (toccando quota 74,5%).

Nel periodo più recente (2020-2023), i Paesi EU-Ante 1995 sono passati da una quota di Finanziamento pubblico pari all'82,7% del 2020 al 82,3% nel 2023, diminuendo di 0,5 p.p., i Paesi EU-Post 1995 dal 76,4% del 2020 al 79,7% nel 2023 (+3,3 p.p.); di contro, l'Italia è passata da una quota pari a 73,9% nel 2020 al 74,0% nel 2023 (-2,0 p.p.).

2.2. La determinazione del Fabbisogno Sanitario Nazionale

La determinazione del Fabbisogno Sanitario Nazionale *standard* (FSN) è stata originariamente regolata dal Decreto Legislativo (D.Lgs.) n. 56/2000, intervenuto sulla fiscalità regionale e provinciale, attribuendo nuovi tributi e potestà fiscali alle Regioni,

in relazione alla soppressione dei trasferimenti già in essere. Di fatto, l'obiettivo fondamentale del Decreto è stata l'eliminazione dei trasferimenti statali, e la necessaria contestuale individuazione delle fonti di Finanziamento alternativo per le Regioni a statuto ordinario.

Il FSN è quindi attualmente previsto sia finanziato da:

- la fiscalità regionale, in particolare dall'IRAP (nella componente di gettito destinata alla Sanità) e dall'addizionale regionale all'IRPEF
- una parte delle entrate proprie degli Enti del SSN, nello specifico le cosiddette entrate proprie cristallizzate
- la fiscalità centrale, che finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di Finanziamento, essenzialmente attraverso una compartecipazione delle Regioni all'imposta sul valore aggiunto (IVA); questa fonte, imputata nel bilancio dello Stato come Fondo Sanitario Nazionale, è destinata alle Regioni a statuto ordinario (e per una quota alla Regione siciliana); l'aliquota di compartecipazione è oggetto di pattuizione fra lo Stato e le Regioni sulla base della stima dei fabbisogni sanitari

- infine, le Regioni a statuto speciale e le PP.AA. di Trento e di Bolzano, provvedono autonomamente a coprire il proprio Fabbisogno Sanitario Regionale o provinciale (FSR), in generale al 100%, ad eccezione della Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% (L. n. 296/2006 art. 1, c. 830).

La determinazione del FSN viene recepita nella Legge di Bilancio ma, tale recepimento, è da considerarsi un punto di partenza iniziale, per effetto delle eventuali modifiche introdotte successivamente (reperibili nelle Note di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza - NADEF), e in successivi interventi normativi che, nei fatti, vanno a modificare gli importi inizialmente previsti.

La Tabella 2.3. riporta, per il 2024, le norme che permettono di comporre il FSN.

L'importo distribuito ex ante è ridotto di una quota del Fondo dei farmaci innovativi, pari a € 964 mln., destinato ad essere distribuito ex post a rimborso: l'importo complessivamente distribuito si assesta così a € 133.053,0 mln., diviso nelle macro-componenti descritte nella Tabella 2.4..

Nell'ultimo quinquennio (2019-2024), il FSN è cresciuto ad un tasso medio annuo del 3,2%, l'indistinto del 3,0%, la parte del finalizzato del 54,2%, il vincolato per le Regioni del 7,8%, il vincolato per gli altri Enti del 12,5%, l'accantonamento del 18,5%.

Si deve ricordare che nel periodo incidono gli aumenti straordinari dovuti alla pandemia da Covid-19.

Ne segue che la composizione del FSN si è modificata come riportato nella Tabella 2.5..

Tabella 2.3. Determinazione del FSN. Anno 2023

Voci	Importi (€ mln.)
FSN	134.017,0
L. n. 234/2021 Art 1, c. 258⁴	128.061,0
L. n. 234/2021 Art 1, c.259⁵	300,0
L. n. 234/2021 Art 1, c.260⁶	347,0
L. n. 197/2022 Art 1, c.535⁷	2.300,0
L. n. 197/2022 Art 1, c.588⁸	5,0
L. n. 213/2023 Art. 1, c. 217⁹	3.000,0
D. L. n. 215/2023 Art.4. c.8-quater¹⁰	2,0
D. L. n. 113/2024 Art. 11, cc. 5-bis e 5-ter¹¹	2,0

Fonte: CSR Atto 228/2024

Tabella 2.4. Variazioni voci FSN. Anno 2019 e anno 2024

Voci	Importi 2019 (€ mld.)	Importi 2024 (€ mld.)	Var media annua (%)
FSN	113.810,0	133.053,0	3,2
Indistinto	111.079,5	128.600,2	3,0
Di cui finalizzato	680,0	5.922,0	54,2
Vincolato per Regioni	1.814,7	2.647,1	7,8
Vincolato per Enti	629,6	1.135,6	12,5
Accantonamento	286,2	670,1	18,5

Fonte: elaborazione su CSR. Atto 88/2019 e CSR. Atto 228/2024 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.5. Composizioni voci FSN. Anno 2019 e anno 2024

Voci	Composizione 2019 (%)	Composizione 2024 (%)	Variazione (p.p.)
Indistinto	97,6	96,7	-0,9
Di cui finalizzato	0,6	4,5	3,9
Vincolato per Regioni	1,6	2,0	0,4
Vincolato per Enti	0,5	0,9	0,3
Accantonamento	0,2	0,5	0,3

Fonte: elaborazione su CSR. Atto 88/2019 e CSR. Atto 228/2024 - © C.R.E.A. Sanità

⁴ Fissa il valore complessivo del Finanziamento nella misura di € 126.061 mln.

⁵ Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi

⁶ Aumento del numero di contratti di formazione specialistica dei medici

⁷ Incremento del Finanziamento del FSN *standard* cui concorre lo Stato già definito con le norme sopra indicate

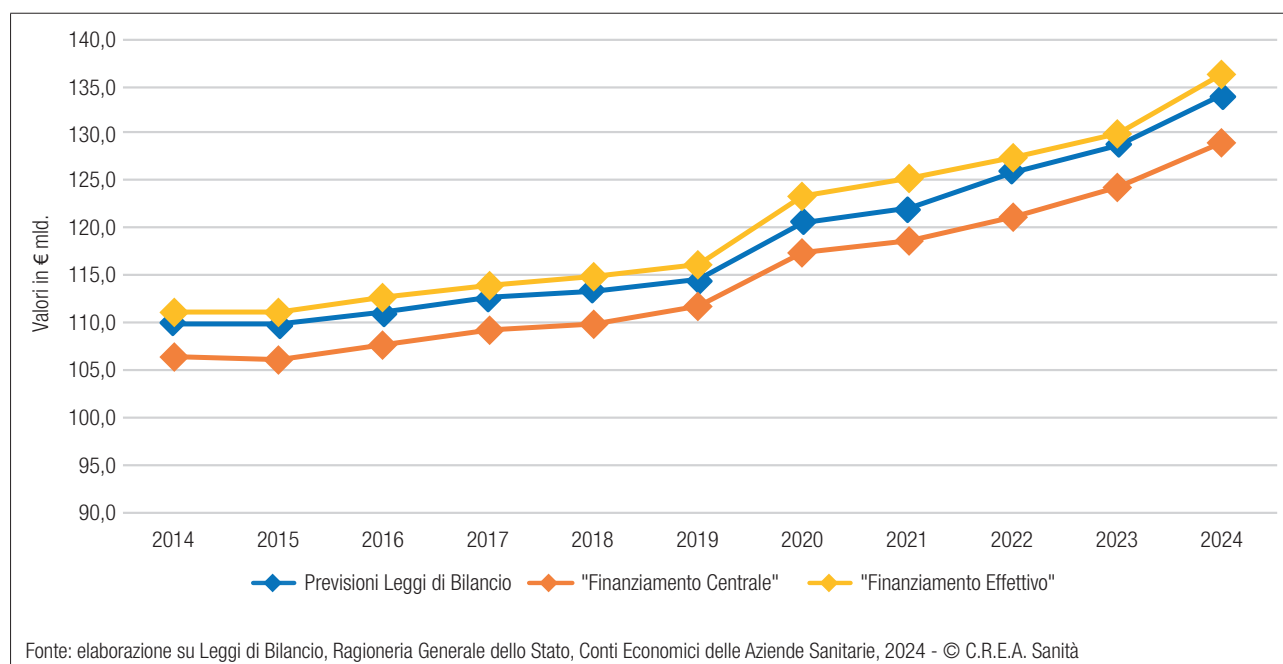
⁸ Attivazione ulteriori borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione

⁹ Incremento del Finanziamento del FSN *standard* cui concorre lo Stato già definito dalle norme sopra indicate.

¹⁰ Finanziamento ulteriore per il "bonus psicologico"

¹¹ Finanziamento ulteriore per il "bonus psicologico"

Figura 2.5. Trend del processo di Finanziamento del SSN



Nel quinquennio considerato la quota indistinta si è ridotta di 0,9 p.p., la parte finalizzata si è, invece, incrementata di 3,9 p.p., il Vincolato per le Regioni si è incrementato di 0,4 p.p., infine, le rimanenti voci si sono incrementate di 0,3 p.p..

Prendendo in esame la Figura 2.5., si può osservare che il Finanziamento secondo le leggi di bilancio si è incrementato in valori assoluti di € 19,5 mld., con un incremento di 3,2% medio annuo, il "Finanziamento Centrale"¹² si è incrementato in valori assoluti di € 17,5 mld., +3,0% medio annuo, infine, il "Finanziamento Effettivo"¹³ si è incrementato di € 20,0 mld., +3,2% medio annuo.

Per quanto concerne il Fabbisogno Sanitario *standard*, nel periodo pre-pandemia (2014-2019) l'incremento nominale è stato del 4,1% (+0,8% medio annuo), e quello reale dello 0,3% medio annuo; in quello pandemico (2019-2021) l'incremento nominale ha raggiunto il 6,6% (+3,3% medio annuo), pari al

2,4% reale medio annuo: va sottolineato come le risorse straordinarie finalizzate al contenimento dell'epidemia siano state poi incorporate definitivamente nel Finanziamento corrente, con la Legge di Bilancio 2022; nel periodo successivo, 2021-2024, la crescita è stata del 9,8% (+3,2% medio annuo, con un incremento reale del -1,5%) (Figura 2.6.).

Il "Finanziamento Centrale" nel periodo pre-pandemia (2014-2019) ha registrato un incremento nominale del 4,8% (+0,9% medio annuo), e quello reale dello 0,5% medio annuo; in quello pandemico (2019-2021) l'incremento nominale ha raggiunto il 6,4% (+3,1% medio annuo), pari al 2,3% reale medio annuo; nel periodo successivo, 2021-2024, la crescita è stata del 8,7% (+2,8% medio annuo, con un incremento reale del -1,8%) (Figura 2.7.).

Infine, il "Finanziamento Effettivo" nel periodo pre-pandemia (2016-2019) ha registrato un incremento nominale del 4,5% (+0,9% medio annuo), e

¹² Con "Finanziamento Centrale" ci si riferisce alle risorse distribuite alle Aziende Sanitarie, che comprendono il Finanziamento indistinto post-mobilità, il vincolato, al netto delle Entrate Proprie Convenzionali

¹³ Con "Finanziamento Effettivo" ci si riferisce alle risorse che le Aziende hanno effettivamente a disposizione, di conseguenza le risorse distribuite dallo Stato aggiungendo le Entrate Proprie

quello reale dello 0,4% medio annuo; in quello pandemico (2019-2021) ha raggiunto il 7,7% (+3,8% medio annuo), pari al 2,9% reale medio annuo; nel periodo successivo, 2021-2024, la crescita è stata del 8,8% (+2,9% medio annuo, con un incremento reale del -1,8%) (Figura 2.8.).

Figura 2.6. Fabbisogno *standard* nominale e reale

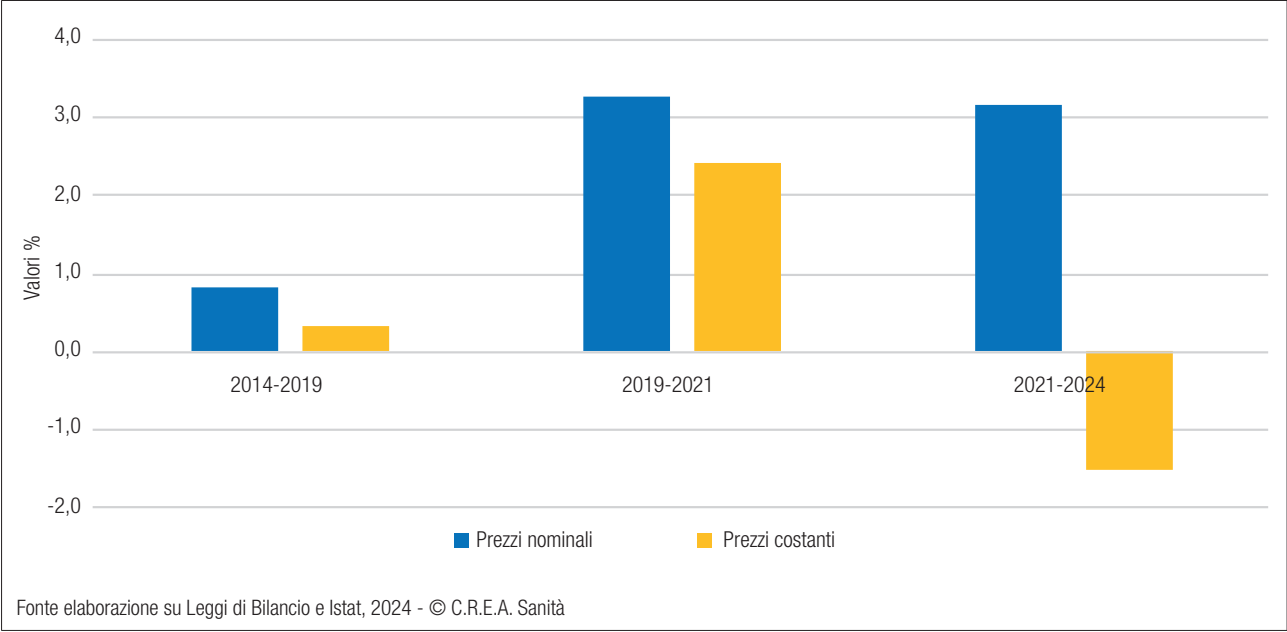


Figura 2.7. “Finanziamento Centrale” nominale e reale

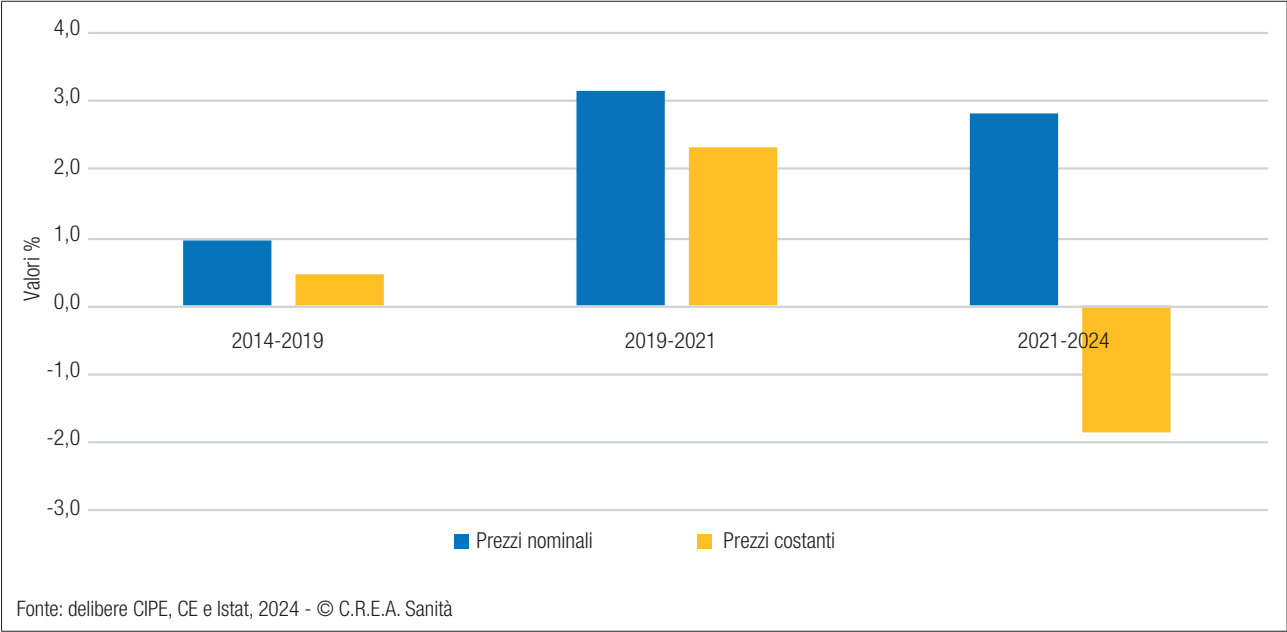
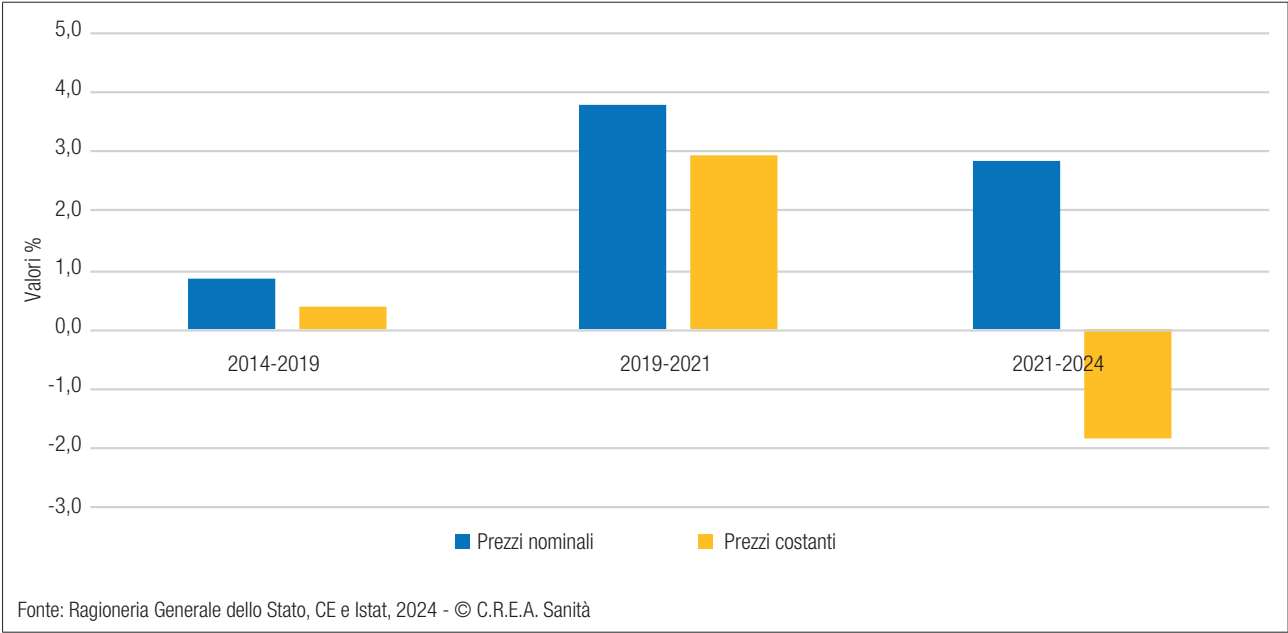


Figura 2.8. “Finanziamento Effettivo” nominale e reale



In termini di incidenza sul Prodotto Interno Lordo (PIL) a prezzi di mercato, secondo le previsioni contenute nelle Leggi di Bilancio, il FSN ha assorbito in media il 6,6% del PIL nel periodo 2014-2020, il 6,7% nel 2020-2022 ed è sceso al 6,2% nel 2022-2024; il “Finanziamento Centrale” il 6,4% del PIL nel periodo 2014-220, valore che rimane costante a 6,4% nel pe-

riodo 2020-2022, per poi scendere al 6,0% nel periodo post-pandemico (2022-2024); il “Finanziamento Effettivo” ha assorbito in media il 6,7% del PIL tra il 2014 e il 2020, il 6,9% durante l'emergenza sanitaria (2020-2022) per poi continuare a scendere nel periodo 2022-2024 a quota 6,3%. (Figura 2.9.).

Figura 2.9. Incidenza del Finanziamento del SSN sul PIL a prezzi di mercato

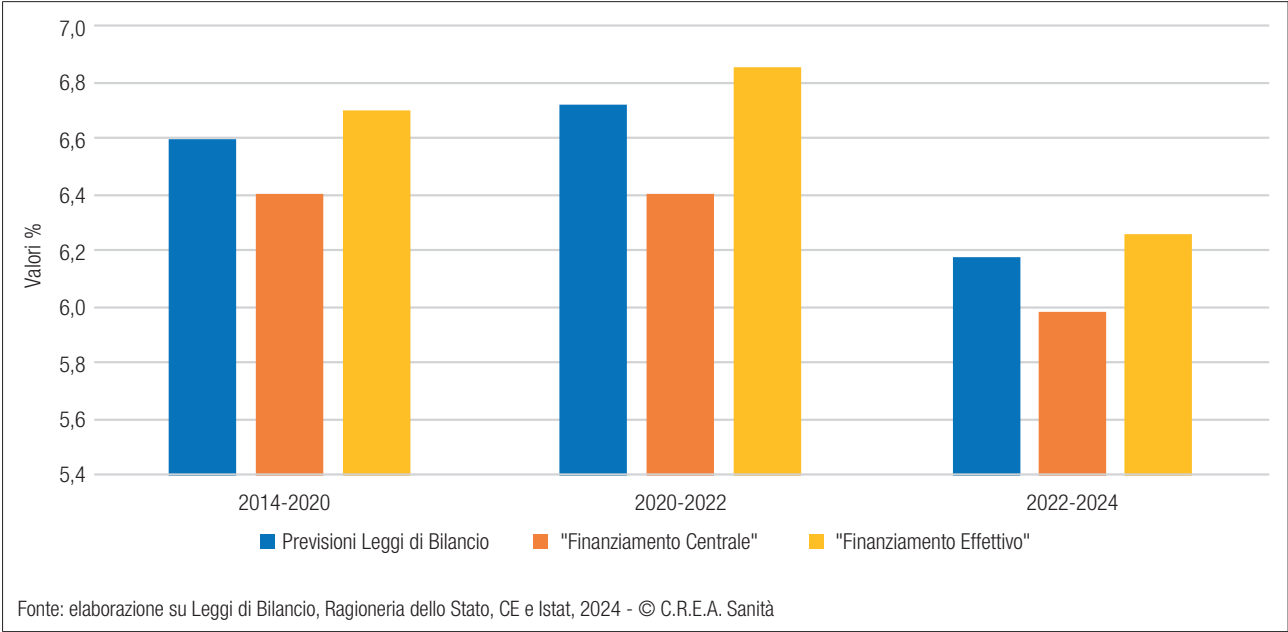
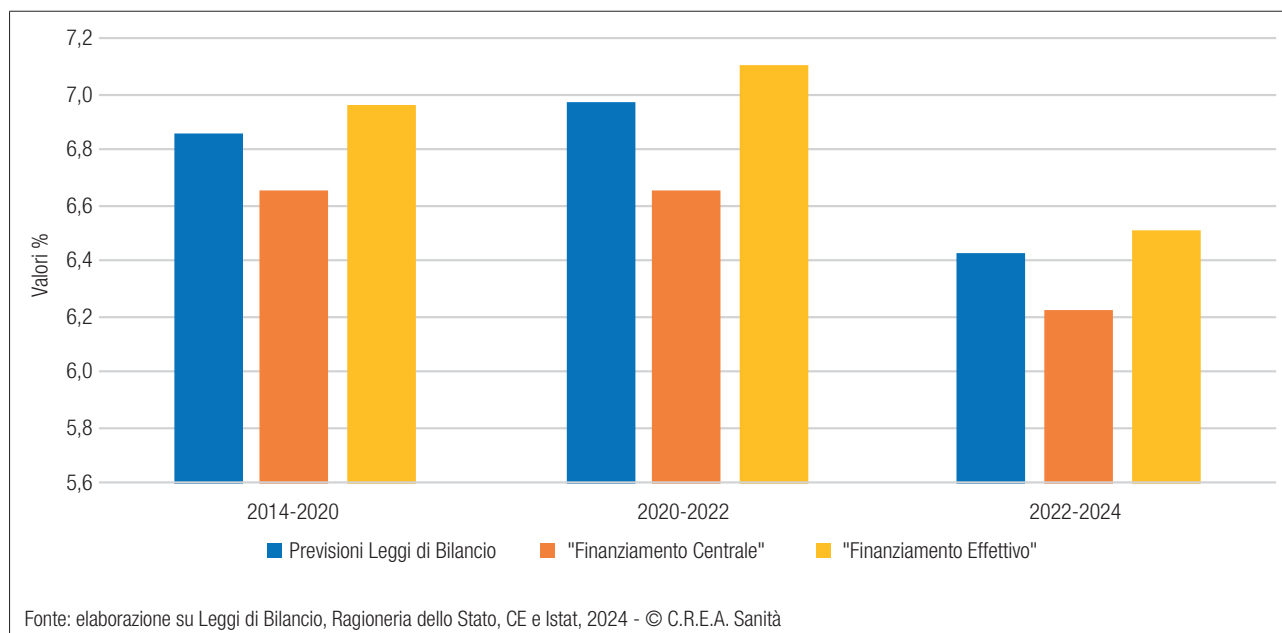


Figura 2.10. Incidenza del Finanziamento del SSN sul PIL al netto degli interessi passivi sul debito pubblico

Più correttamente, il confronto va fatto confrontandosi con le risorse disponibili, quindi con il PIL al netto degli interessi passivi sul debito pubblico. In questa ottica, nel periodo 2014-2020 l'incidenza del FSN è stata del 6,9% del PIL netto, il 7,0% tra il 2020 e il 2022 e il 6,4% nel 2022-2024. L'incidenza del "Finanziamento Centrale" è stata, invece, del 6,7% nel 2014-2020, rimanendo costante nel 2020-2022 e scendendo al 6,2% nel periodo 2022-2024. Infine, il "Finanziamento Effettivo" ha assorbito nel 2014-2020 mediamente il 7,0% del PIL netto, il 7,1% nel 2020-2022, scendendo a quota 6,5% nel periodo 2022-2024 (Figura 2.10.).

2.3. Il processo di riparto regionale

Nel 2023, (Tabella 2.6.) il FSN ripartito alle Regioni (quota indistinta e vincolata), come anticipato, è stato fissato a circa € 126,3 mld., in aumento del 2,0% sull'anno precedente (+2,4% medio annuo rispetto al 2018).

Il FSN ripartito è cresciuto in maniera sostanzialmente omogenea nelle diverse ripartizioni geografiche: Nord +2,4% medio annuo, Centro +2,2%, Sud e Isole +2,3%.

Le PP.AA. di Trento e Bolzano, l'Emilia Romagna e il Veneto sono state le Regioni in cui il FSN è cresciuto maggiormente: rispettivamente del +2,9% medio annuo per la P.A. di Trento e del +2,8% per le altre tre; all'opposto si sono posizionate la Basilicata, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria, rispettivamente con incrementi pari rispettivamente al +1,2%, +1,6%, e 1,8% per le ultime due.

Al netto delle "entrate cristallizzate", il "Finanziamento Centrale" è stato pari a € 124,3 mld. in crescita del 2,1% sull'anno precedente e del 2,4% medio annuo nel quinquennio 2018-2023.

Nelle Regioni settentrionali il "Finanziamento Centrale" (o ripartito) rappresenta mediamente il 93,2% del totale; in quelle centrali raggiunge il 94,8% e in quelle meridionali il 95,3%

Aggiungendo le entrate proprie delle Aziende Sanitarie (di cui quelle cristallizzate rappresentano una quota pari a circa il 26,0%), si giunge ad un "Finanziamento Effettivo" di € 132,0 mld., in aumento dell'1,6% sul 2022 e del 2,1% annuo medio nell'ultimo quinquennio.

Nel 2023 il "Finanziamento Effettivo" è il risultato per il 94,2% dalle risorse ripartite, e per il 4,3% dalle entrate proprie delle Aziende Sanitarie (al netto di

quelle cristallizzate) e per il residuale (1,5%) dalle cosiddette entrate cristallizzate.

Le entrate proprie regionali (al netto di quelle cristallizzate) incidono mediamente per il 5,2% sul “Finanziamento Effettivo” nel Nord, per il 3,7% nelle Regioni centrali e per il 3,3% in quelle meridionali (Figura 2.11.).

Tabella 2.6. FSN: riparto regionale. Anno 2023

Regioni	Riparto 2023 (€ mln.)	Var. media annua 2018/2023 (%)
Italia	126.317,0	2,4
Piemonte	9.312,6	2,5
Valle d'Aosta	250,0	1,6
Lombardia	21.454,0	2,1
P. A. di Bolzano	1.107,5	2,8
P. A. di Trento	1.125,4	2,9
Veneto	10.664,4	2,8
Friuli Venezia Giulia	2.561,9	1,8
Liguria	3.311,2	2,1
Emilia Romagna	10.044,3	2,8
Toscana	8.048,5	2,1
Umbria	1.875,8	1,8
Marche	3.189,2	2,4
Lazio	12.020,4	2,6
Abruzzo	2.663,4	2,1
Molise	684,2	2,4
Campania	11.500,4	2,5
Puglia	8.276,2	2,6
Basilicata	1.086,1	1,2
Calabria	3.763,1	2,7
Sicilia	10.048,0	2,2
Sardegna	3.330,5	2,5

Fonte: elaborazione su delibere CIPE, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Le entrate proprie (comprehensive di quelle cosiddette “cristallizzate”) sono in aumento di 1,7 p.p. ri-

spetto al 2018 e raggiungono la loro incidenza massima nelle Regioni settentrionali (6,8%, in aumento di 2,3 p.p. sul 2018); rappresentano il 5,2% nelle Regioni centrali e il 4,7% in quelle meridionali rispettivamente in decrescita di 0,1 e 1,6 p.p. nel periodo 2018-2023.

Per quanto concerne l'assegnazione alle Regioni, si evidenzia un gradiente negativo fra le Regioni del Nord e quelle Centro-Meridionali, frutto dei criteri di riparto delle risorse, i quali considerano in primis l'età della popolazione residente nelle varie Regioni.

Al livello nazionale il Finanziamento indistinto ante-mobilità medio pro-capite è stato pari a € 2.098,6 (2023) con un incremento del 3,5% rispetto al 2022 e del 2,9% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

Tra la Regione con il Finanziamento indistinto ante-mobilità pro-capite più elevato (Liguria), e quella con il Finanziamento minore (P.A. di Bolzano) lo scarto in termini assoluti è pari a € 154,9, pari al 7,6%

Passando al “Finanziamento Centrale”, quello medio pro-capite nazionale è stato pari a € 2.107,5 (2023) con un incremento del 2,1% rispetto al 2022 e del 2,9% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

Tra la Regione con il “Finanziamento Centrale” pro-capite più elevato (Molise), e quella con il Finanziamento minore (Basilicata), lo scarto in termini assoluti è pari a € 320,7, pari al 16,1%.

Il “Finanziamento Effettivo” medio pro-capite, infine, è stato pari, sempre a livello nazionale, a € 2.236,8 (2023) con un incremento del 3,6% rispetto al 2022 e del 3,3% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

Tra la Regione con il “Finanziamento Effettivo” pro-capite più elevato (Emilia Romagna), e quella con il Finanziamento minore (Calabria), lo scarto in termini assoluti è pari a € 339,9, pari al 16,2%.

In altri termini, lo scarto di Finanziamento fra le Regioni estreme si raddoppia per effetto, sostanzialmente, dei saldi di mobilità.

Nella Tabella 2.7. vengono riportati i dati pro-capite dei tre Finanziamenti del 2023.

Figura 2.11. Composizione “Finanziamento Effettivo”. Anno 2023

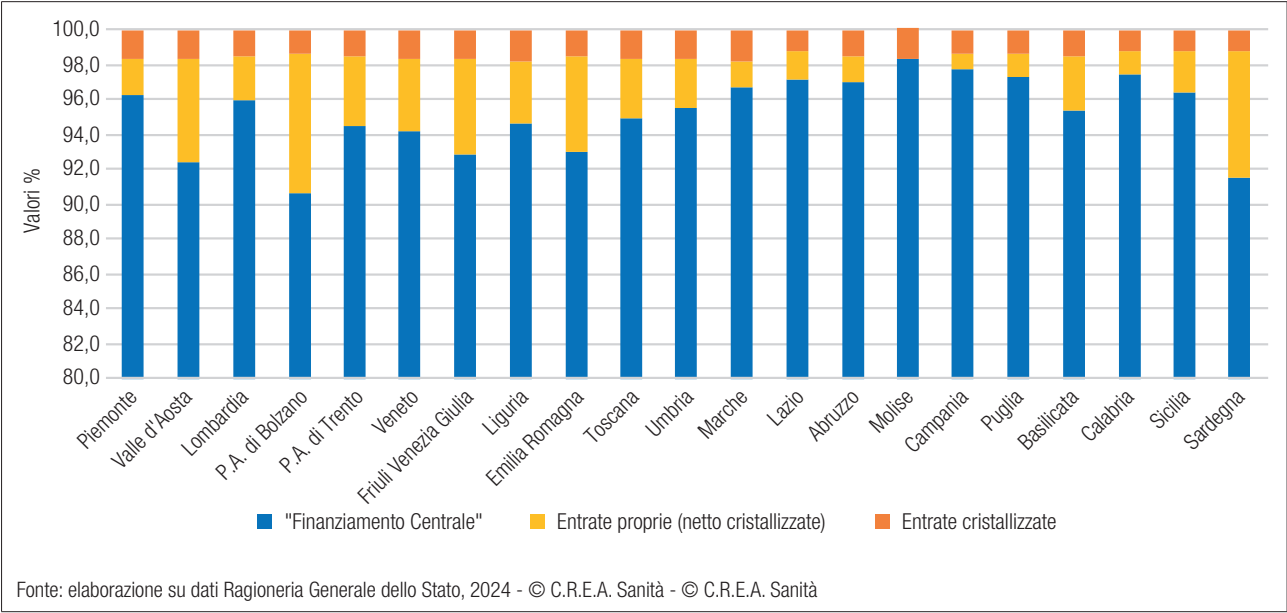


Tabella 2.7. Finanziamento indistinto ante-mobilità, Centrale, Effettivo pro-capite. Anno 2023

Regioni	Finanziamento indistinto ante mobilità (€ pro-capite)	“Finanziamento Centrale” (€ pro-capite)	“Finanziamento Effettivo” (€ pro-capite)
Italia	2.098,6	2.107,5	2.236,8
Piemonte	2.141,1	2.151,2	2.274,4
Valle d'Aosta	2.121,5	1.995,1	2.194,0
Lombardia	2.071,2	2.115,9	2.241,5
P.A. di Bolzano	2.030,2	2.041,4	2.283,7
P.A. di Trento	2.061,2	2.040,7	2.193,0
Veneto	2.099,5	2.160,3	2.334,4
Friuli Venezia Giulia	2.146,8	2.105,4	2.309,8
Liguria	2.185,1	2.154,7	2.319,7
Emilia Romagna	2.110,5	2.224,7	2.432,2
Toscana	2.142,5	2.160,1	2.312,6
Umbria	2.171,5	2.150,6	2.293,2
Marche	2.124,9	2.109,9	2.220,2
Lazio	2.078,3	2.072,9	2.164,1
Abruzzo	2.127,0	2.060,2	2.156,6
Molise	2.153,8	2.309,5	2.393,0
Campania	2.043,7	2.021,1	2.096,8
Puglia	2.102,7	2.088,9	2.177,6
Basilicata	2.132,4	1.988,8	2.116,5
Calabria	2.090,7	2.012,2	2.092,3
Sicilia	2.079,3	2.060,6	2.165,7
Sardegna	2.150,9	2.081,3	2.305,0

Fonte: elaborazione su delibere CIPE, Ce e Ragioneria dello Stato, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Utilizzando la popolazione standardizzata, il *gap* tra la Regione con “Finanziamento Effettivo” pro-capite maggiore e quella con Finanziamento minore scende a € 335,4 ovvero al 13,9% (Figura 2.12.).

Nel periodo 2014-2019 il “Finanziamento Effettivo” pro-capite nominale della Sanità è cresciuto di € 113,0 (+1,2% medio annuo); in termini reali, la variazione risulta pari a € 67,2 (+0,7% medio annuo).

Nel periodo 2019-2021 il “Finanziamento Effettivo” è cresciuto di € 170,3 (+4,3% medio annuo); in termini reali, la variazione risulta pari a € 132,2 (+3,4% medio annuo).

Nel periodo 2021-2024 il “Finanziamento Effettivo” è cresciuto di € 196,1 (+3,0% medio annuo); in termini reali, la variazione risulta pari a - € 100,0 (-1,7% medio annuo). (Figura 2.13.).

Figura 2.12. Stima “Finanziamento Effettivo” pro-capite. Anno 2023

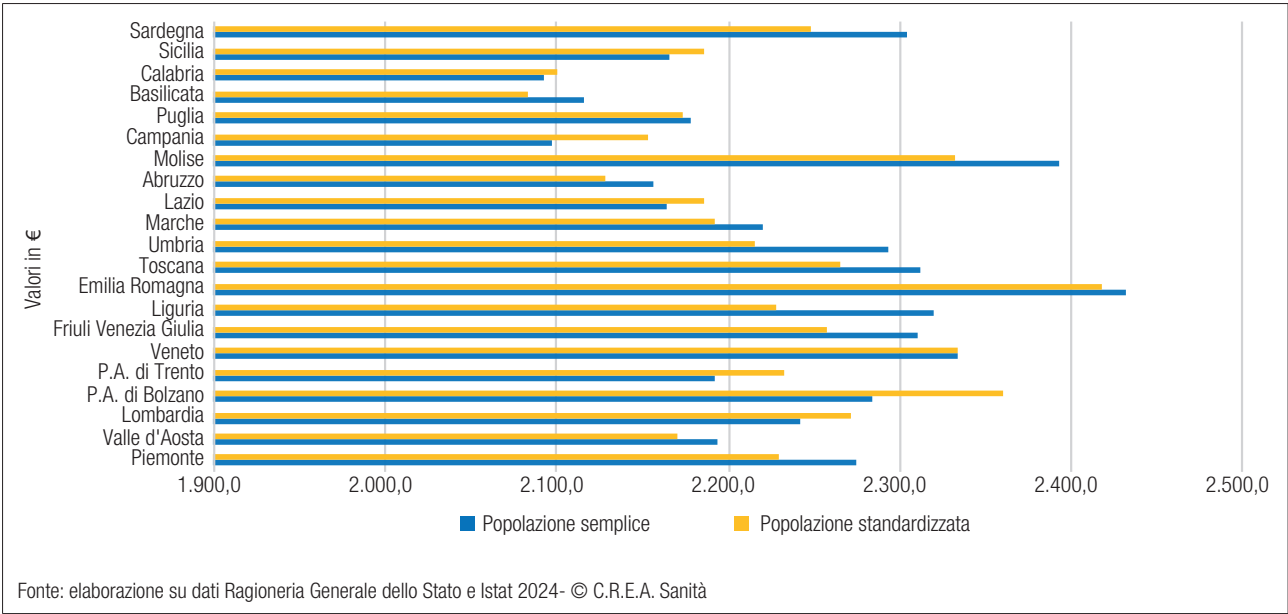


Figura 2.13. “Finanziamento Effettivo” pro-capite nominale e reale

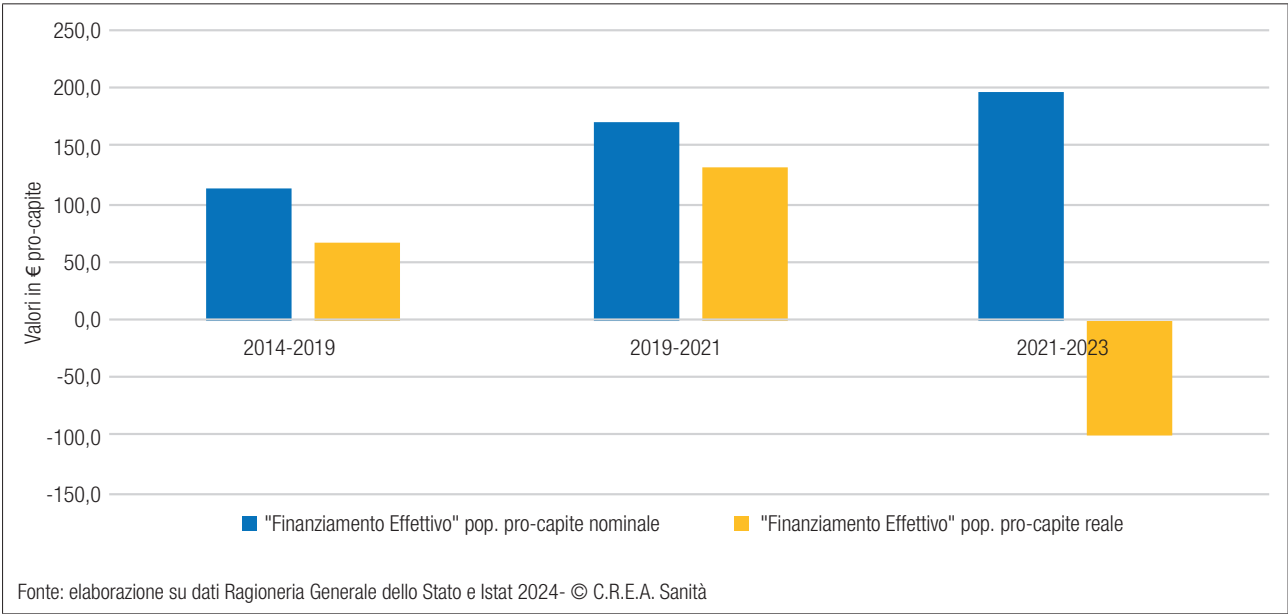


Figura 2.14. Incidenza “Finanziamento Effettivo” regionale su PIL

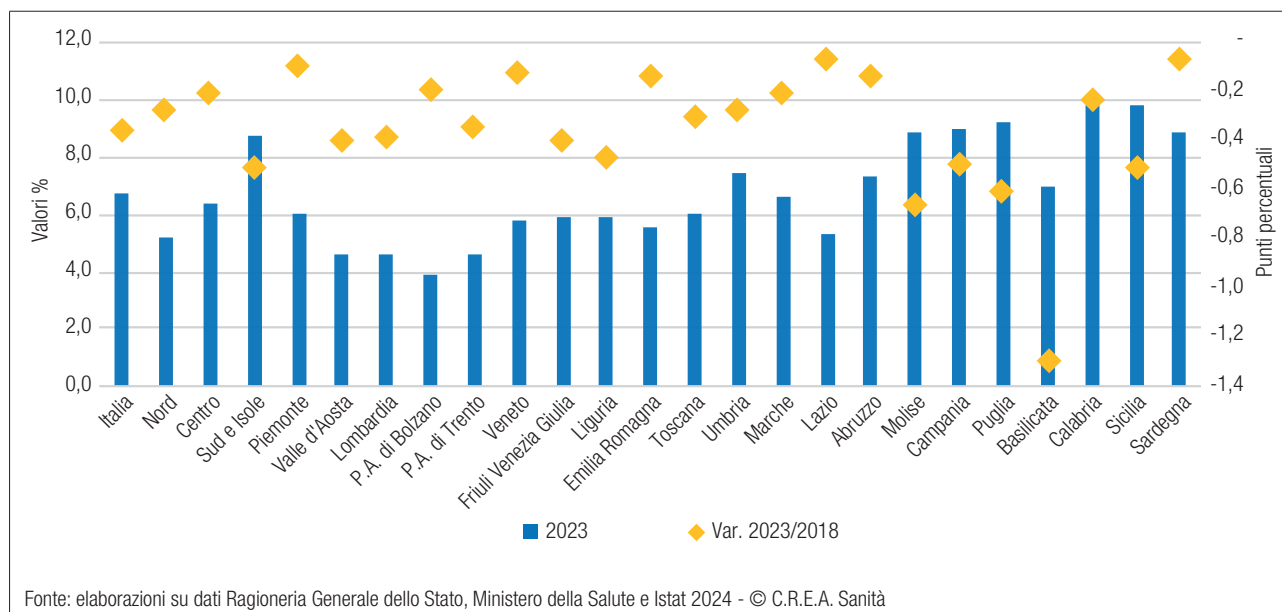
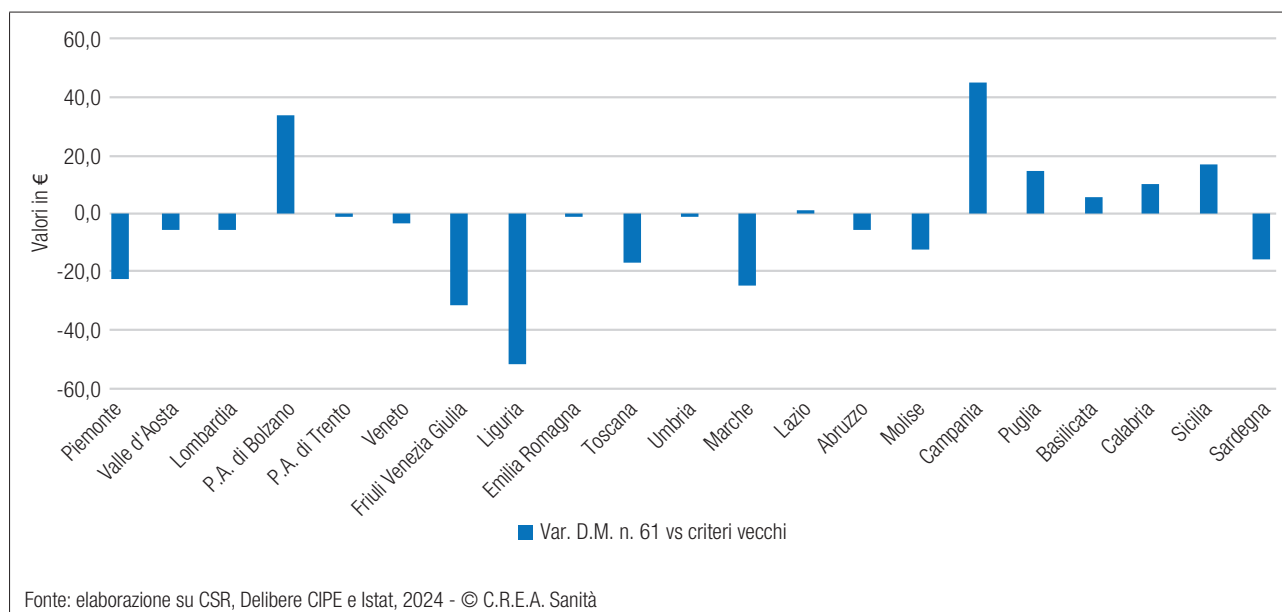


Figura 2.15. Riparto 2023 D.M. n. 61 vs riparto 2023 criteri vecchi



Il rapporto tra “Finanziamento Effettivo” e PIL pro-capite ammonta nel 2023 al 6,8%, -0,3 p.p. rispetto al 2018, con un evidente gradiente Nord-Sud: in particolare, le risorse destinabili alla tutela della salute nelle Regioni del Sud rappresentano l'8,7% del PIL locale, in diminuzione rispetto al 2018 (-0,5 p.p.); nelle Regioni del Nord, invece, le risorse destinate alla Sanità rappresentano il 5,2% del PIL locale,

in riduzione di 0,3 p.p. rispetto al 2018 (Figura 2.14.).

Da ultimo, si ricorda che, con il Decreto Ministeriale (D.M.) n. 61/2022, è stata operata una revisione dei criteri di riparto: in particolare, a partire dall'anno 2023, il 98,5% delle risorse da ripartire è distribuito sulla base della popolazione e della frequenza dei consumi per età, mentre uno 0,75% è assegnato in base al tasso di mortalità della popolazione al di sot-

to dei 75 anni e il residuale 0,75% in base al dato complessivo che risulta dagli indicatori che “definiscono particolari situazioni territoriali”.

La modifica del criterio è stata dettata dalla necessità di non ancorare unicamente all'anzianità delle popolazioni regionali l'assegnazione delle risorse, in quanto altri fattori (quali incidenza della povertà relativa individuale, livello di bassa scolarizzazione; tasso di disoccupazione della popolazione) possono influire sullo stato di salute dei cittadini.

La Figura 2.15. evidenzia come il D.M. n. 61/2022 abbia generato una diminuzione del Finanziamento nelle Regioni settentrionali e centrali (in media di - € 10,0 per il Nord e - € 10,9 per il Centro), mentre quello delle Regioni meridionali si è incrementato in media di + € 7,0; la Regione con il maggior beneficio assoluto è stata la Campania, con un incremento di + € 44,7 (+2,2% rispetto ai vecchi criteri) e la Regione con la maggior perdita la Liguria con un decremento di € 51,6 (-2,3% rispetto ai vecchi criteri).

2.4. I risultati di esercizio

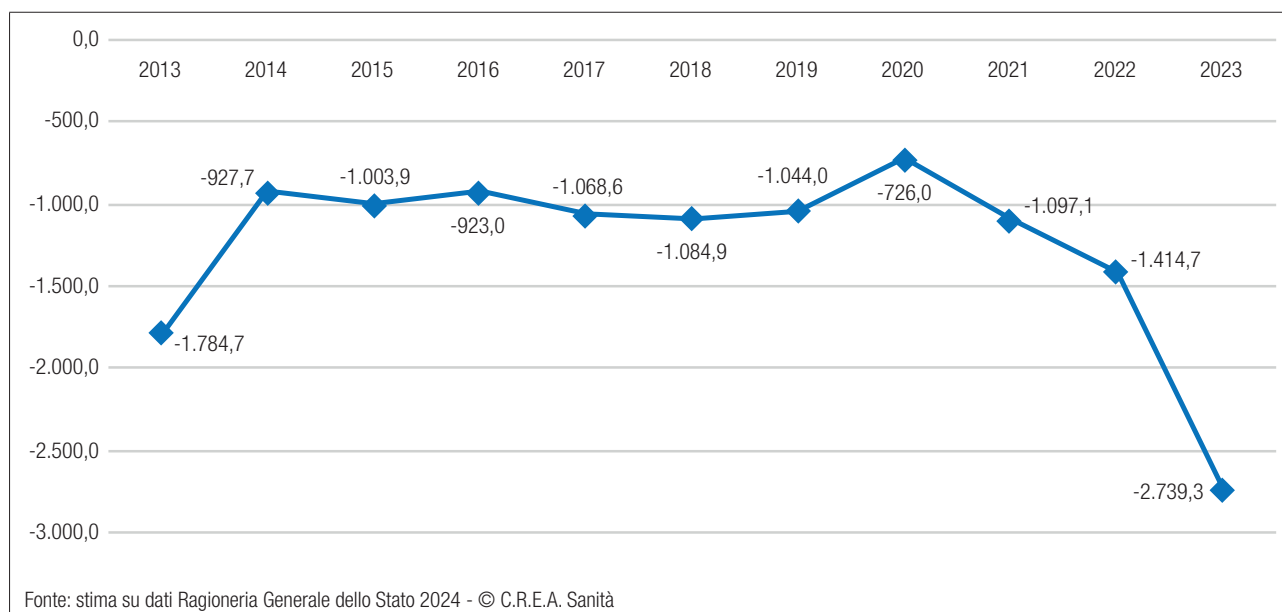
Ai sensi del D. Lgs. n. 68/2011, sono considerate in equilibrio le Regioni che riescono a garantire l'ero-

gazione dei LEA con le risorse ordinarie stabilite dalla legislazione vigente a livello nazionale; in pratica il “Finanziamento Effettivo”: in altri termini, le Regioni possono perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando le proprie entrate, ad esempio modificando le partecipazioni dei cittadini alla spesa.

Non essendo, al momento della stesura del contributo, ancora stati pubblicati i dati definitivi dei disavanzi, questi ultimi sono stati stimati per il 2023, applicando le variazioni dei disavanzi, come desumibili dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie, alla serie dei disavanzi certificati dall'apposito “Tavolo Tecnico”; con la suddetta procedura, a livello nazionale, si registrerebbe un risultato di esercizio negativo pari a € 2,7 mld., in aumento del 93,6% sul 2021 e del 152,5% rispetto al 2017 (variazione media annua pari al 20,4%) (Figura 2.16.).

In termini pro-capite, il disavanzo, nel quinquennio analizzato (2018-2023), è aumentato sia nelle Regioni del Nord (+ 22,2% medio annuo, passando da € 17,9 pro-capite del 2018 a € 46,4 pro-capite del 2023), che in quelle del Centro (+125,3% medio annuo, passando da € 0,8 a € 49,2); in quelle del Sud l'incremento è del 2,4% medio annuo, passato da € 21,9 a € 24,6 pro-capite.

Figura 2.16. Risultati di Esercizio



Nel 2023 le Regioni con un risultato di gestione negativo sono state 15 vs le 11 del 2018 (Tabella 2.8.).

Tabella 2.8. Risultati di esercizio pro-capite

Regioni	Pro-capite anno 2018 (€)	Pro-capite anno 2023 Stima (%)
Italia	-17,9	-46,4
Piemonte	-22,4	-61,1
Valle d'Aosta	-0,8	-49,2
Lombardia	-21,9	-24,6
P.A. di Bolzano	-1,9	-12,7
P.A. di Trento	-162,1	-635,8
Veneto	0,6	0,1
Friuli Venezia Giulia	-500,2	-1.120,4
Liguria	-367,6	-851,9
Emilia Romagna	2,7	2,8
Toscana	-80,6	-147,0
Umbria	-33,1	-83,6
Marche	0,1	-43,6
Lazio	-4,8	-40,3
Abruzzo	0,8	1,8
Molise	0,4	-
Campania	1,1	-75,2
Puglia	0,1	-10,4
Basilicata	-96,0	-289,9
Calabria	5,7	2,7
Sicilia	-13,3	-73,7
Sardegna	0,6	-35,7

Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato, CE e Istat, e 2024 - © C.R.E.A. Sanità

2.5. Riflessioni finali

Il settore pubblico rimane la principale fonte di Finanziamento della Spesa Sanitaria in tutti i Paesi Europei.

Per quanto concerne l'Italia, la copertura pubblica è diminuita di 4,6 p.p. (2010-2019), durante il periodo della pandemia (2019-2022) si è incrementata

di 0,7 p.p. per poi, nel 2023, diminuire di 0,4 p.p. rispetto all'anno precedente.

Nel 2023, l'Italia registra una quota di Finanziamento pubblico pari al 74,0%, che risulta fra le più basse tra i Paesi EU-Ante 1995, e inferiore anche alla media dei Paesi EU-Post 1995.

A livello nazionale, il livello del FSN *standard* cui concorre lo Stato, è aumentato di € 24,1 mld. nel periodo 2014-2024, con un tasso medio annuo del 2,0%. Nel periodo pre-pandemico (2014-2019) l'incremento è stato del 4,1% (+0,8% medio annuo), in quello pandemico (2019-2021) ha raggiunto il 6,6% (+3,3% medio annuo), infine nel periodo 2022-2024 l'incremento arriva al 9,8% (+3,2% medio annuo).

Nel periodo pre-pandemico (2014-2019) il Fabbisogno *standard* nominale è aumentato di € 4,5 mld. (in termini reali in media di € 370 mln. annui), in quello pandemico (2019-2021) è aumentato di € 7,6 mld. (+2,73 mld. medi annui in termini reali), infine nel periodo 2021-2024 è aumentato di € 11,9 mld., mentre in termini reali è diminuito di € 1,75 mld. medi annui.

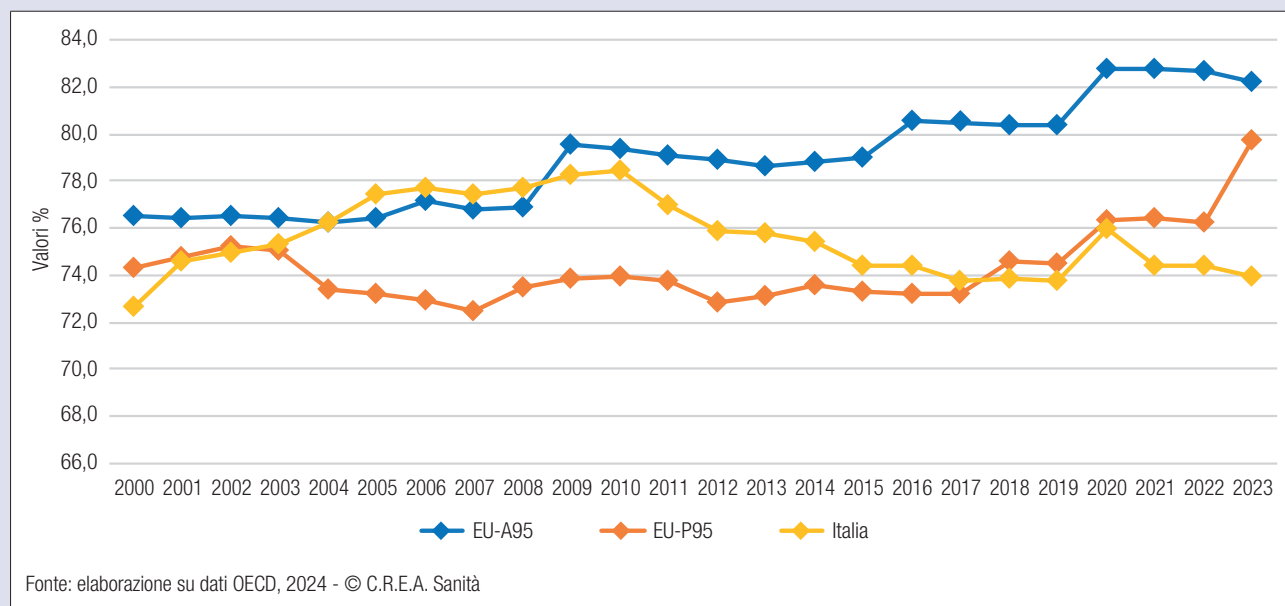
Secondo i dati della Manovra di Bilancio 2025, che porterà il Finanziamento per il 2025 a quota € 135,3 mld., con un incremento nominale rispetto al 2024 pari all'1,0%, sembra evidente che il *gap* rispetto gli altri Paesi EU sia destinato ad allargarsi.

A livello regionale, lo scarto di Finanziamento fra le Regioni estreme (circa € 150) rimane limitato in termini di Fabbisogno Sanitario nazionale *standard*, ma raddoppia passando al "Finanziamento Effettivo" per effetto, sostanzialmente, dei saldi della mobilità.

Riferimenti bibliografici

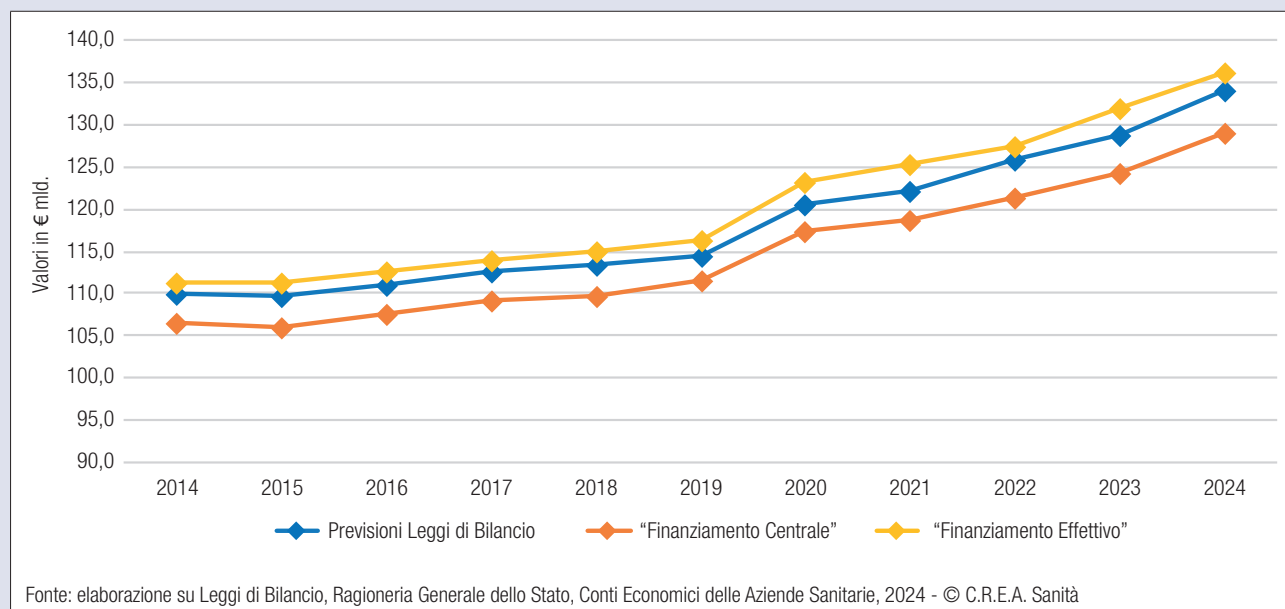
Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica – CIPE (anni vari), Delibere di ripartizione del Fondo Sanitario.
Istat (anni vari). Tavole statistiche varie, www.istat.it
Ministero della Salute (anni vari). Modello di rilevazione del Conto Economico.
Ragioneria Generale dello Stato (anni vari). "Il Monitoraggio della spesa sanitaria"

KI 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



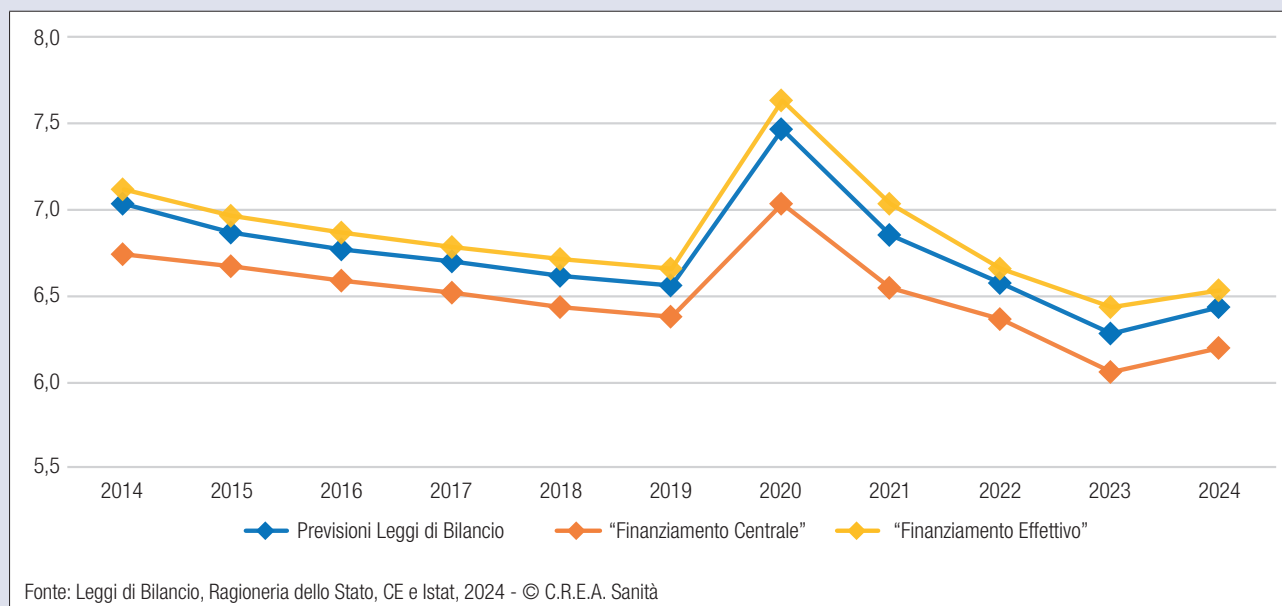
Nel 2023, nei Paesi EU-Ante 1995 (EU-A95), il settore pubblico fa fronte, in media all'82,3% della spesa sanitaria corrente, in quelli EU-Post 1995 (EU-P95) al 79,7%; per l'Italia il valore è pari al 74,0%. Il gap di Finanziamento fra i Paesi EU-Ante 1995 e l'Italia era di -3,9 p.p. nel 2000 e si è allargato a -8,3 p.p. nel 2023. Il differenziale tra l'Italia e i Paesi EU-Post 1995 ammontava a -1,6 punti percentuali (p.p.) nel 2000 ed è salito a -5,7 p.p. nel 2023.

KI 2.2. Fabbisogno Sanitario Nazionale e Finanziamento del SSN



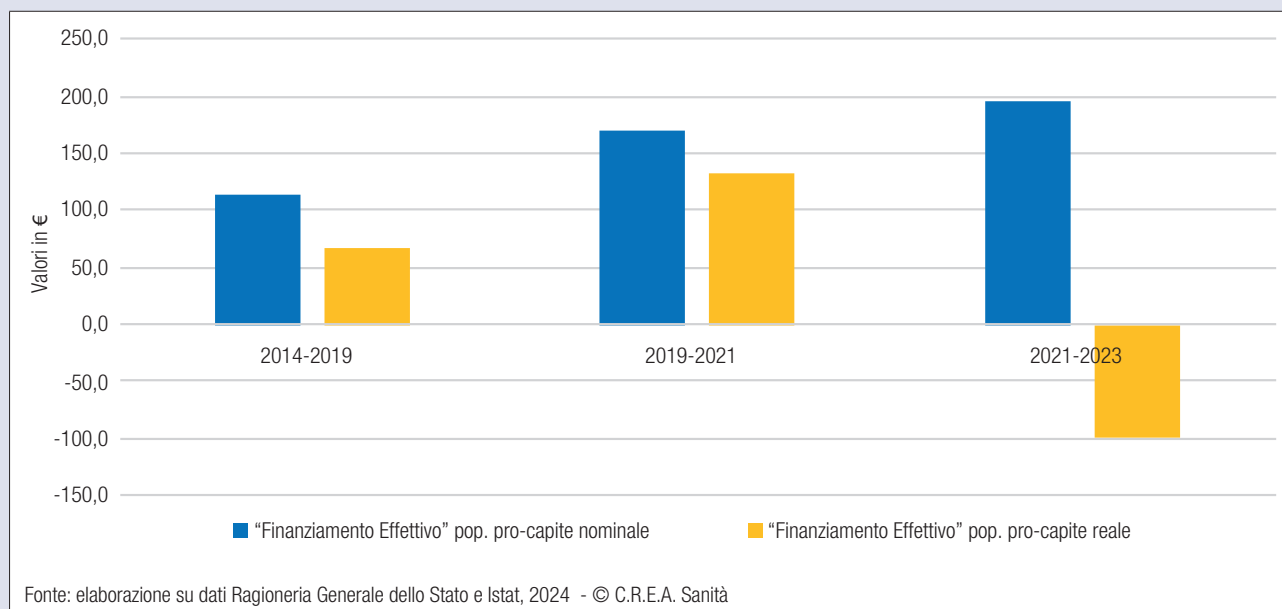
Nel 2024 il Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) *standard* cui concorre lo Stato è stato fissato in € 134,0, di cui € 129,1 sono il "Finanziamento Centrale"; il "Finanziamento Effettivo" si stima pari a € 136,2 mld.. Nell'ultimo decennio il FSN si è incrementato in termini nominali del +2,0% medio annuo; il "Finanziamento Centrale" del +2,1% medio annuo, e quello "effettivo" del +2,0% medio annuo.

KI 2.3. Incidenza del Finanziamento del SSN sul PIL al netto dei interessi passivi



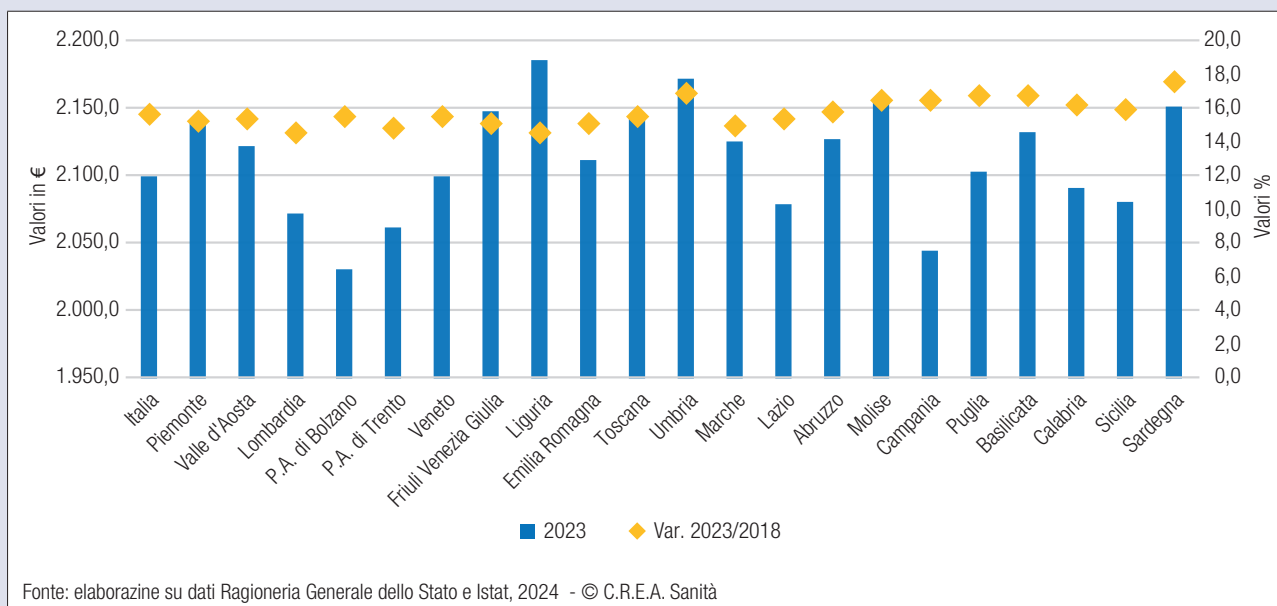
Nel 2024 il rapporto tra il FSN e il Prodotto Interno Lordo (PIL) al netto degli interessi passivi sul debito pubblico è pari al 6,4%, quello del "Finanziamento Centrale" al 6,2% e quello del "Finanziamento Effettivo" al 6,5%. Nel decennio 2014-2024, l'incidenza è diminuita dello 0,1% medio annuo per tutti e tre gli aggregati.

KI 2.4. "Finanziamento Effettivo" pro-capite nominale e reale



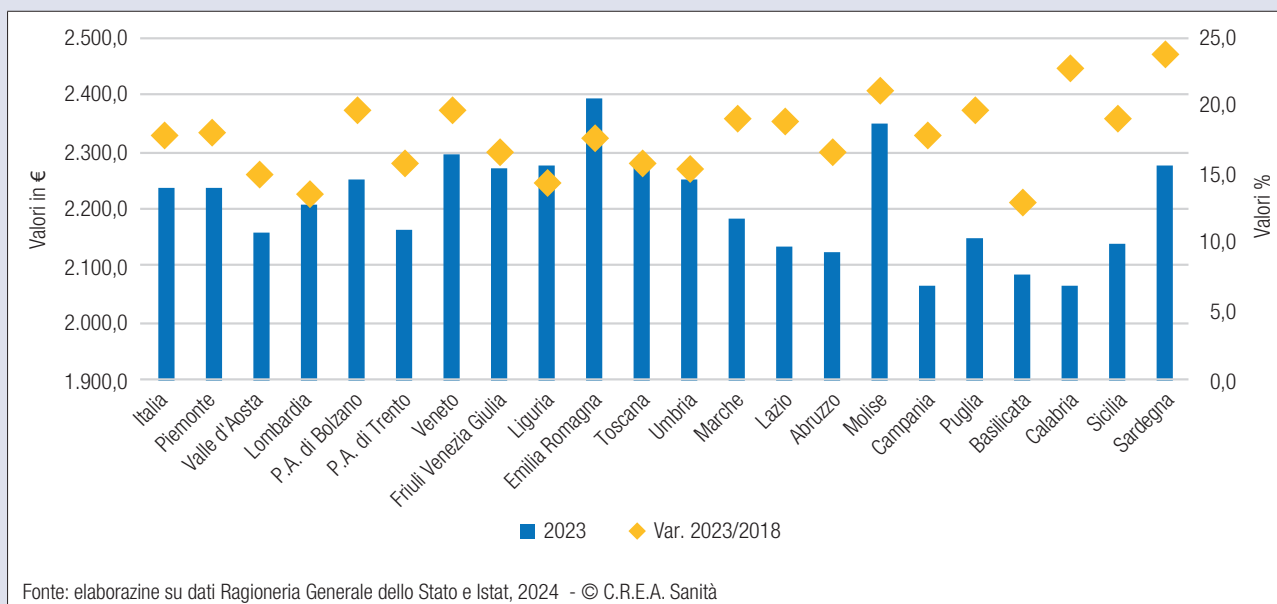
Nel periodo 2014-2019 il "Finanziamento Effettivo" pro-capite nominale della Sanità è cresciuto di € 113,0 (+1,2% medio annuo); in termini reali (deflazionato con il valore del FOI), la variazione risulta pari a € 67,2 (+0,7% medio annuo). Nel periodo 2019-2021 il "Finanziamento Effettivo" è cresciuto di € 170,3 (+4,3% medio annuo); in termini reali, la variazione risulta pari a € 132,7 (+3,4% medio annuo). Nel periodo 2021-2024 il "Finanziamento Effettivo" è cresciuto di € 196,1 (+3,0% medio annuo); in termini reali, la variazione risulta pari a - € 100,0 (-1,7% medio annuo).

KI 2.5. Finanziamento regionale indistinto ante-mobilità pro-capite



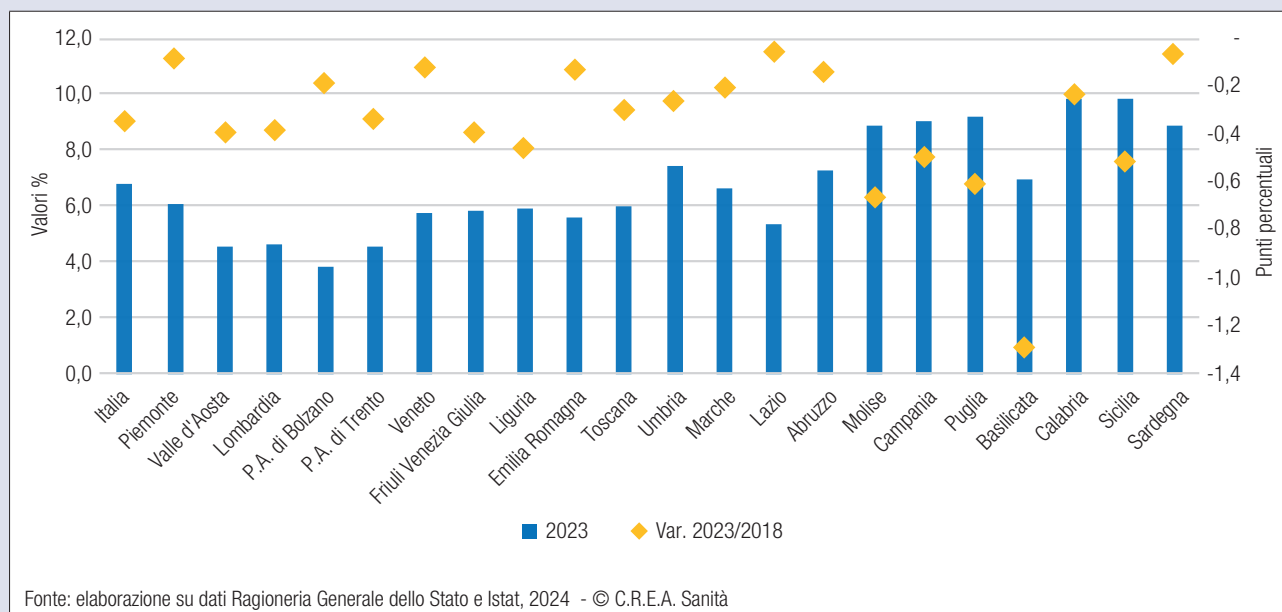
Nel 2023, il Finanziamento indistinto ante-mobilità pro-capite medio nazionale è stato pari € 2.098,6, in crescita del 15,5% nell'ultimo quinquennio (+2,9% medio annuo). Tra la Regione con il Finanziamento pro-capite più elevato (Liguria), e quella con il Finanziamento minore (P.A. di Bolzano), lo scarto in termini assoluti è pari a € 154,9 pari al 7,1%. Nell'ultimo quinquennio la Regione che ha registrato il maggiore aumento del Finanziamento è la Sardegna (+2,5% medio annuo); all'estremo opposto la Lombardia con un incremento pari al +2,4% medio annuo.

KI 2.6. Finanziamento regionale "Effettivo" pro-capite



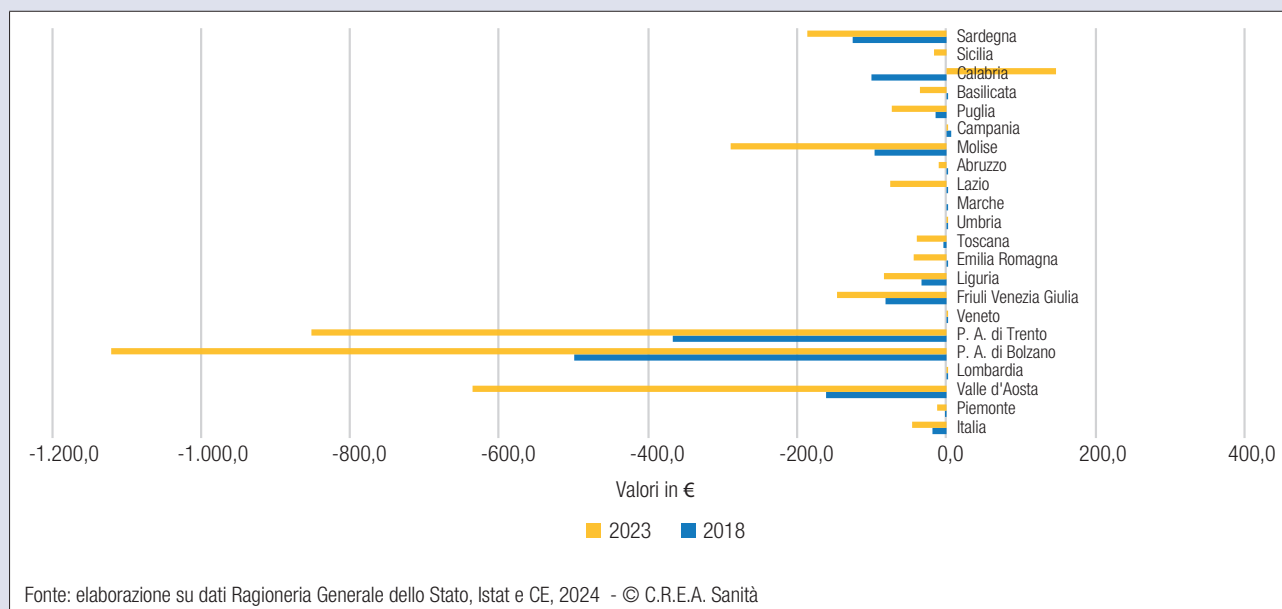
Nel 2023, il "Finanziamento Effettivo" pro-capite medio nazionale è stato pari € 2.236,8, in crescita del 17,7% nell'ultimo quinquennio (+3,3% medio annuo). Tra la Regione con il Finanziamento pro-capite più elevato (Emilia Romagna), e quella con il Finanziamento minore (Calabria), lo scarto in termini assoluti è pari a € 326,8 equivalente al 13,6%. Nell'ultimo quinquennio la Regione che ha registrato il maggiore aumento del "Finanziamento Effettivo" è la Sardegna (+4,1% medio annuo); all'estremo opposto la Basilicata con un incremento pari al +2,5% medio annuo.

KI 2.7. Incidenza “Finanziamento Effettivo” regionale su PIL



Nel 2023, l'incidenza del “Finanziamento Effettivo” sul PIL è stata pari al 6,7% medio nazionale, in diminuzione di 0,3 p.p. nell'ultimo quinquennio. Nel meridione l'incidenza è in media pari al 8,6% del PIL, -0,5 p.p. nell'ultimo quinquennio; nelle Regioni del Nord al 5,2% (-0,3 p.p.); in quelle centrali al 6,3% (-0,2 p.p.). La Regione con la massima incidenza sul PIL sono la Sicilia e la Calabria con il 9,8% (nell'ultimo quinquennio -0,2 p.p. per la Calabria e -0,5 p.p. per la Sicilia); quella con l'incidenza minore è la P.A. di Bolzano con il 3,8% (nell'ultimo quinquennio -0,2 p.p.).

KI 2.8. Risultato di esercizio pro-capite



Nel 2023 il disavanzo (stimato) pro-capite è risultato pari a € 2.739,3 mln. (€ 46,4 pro-capite), in aumento nell'ultimo quinquennio di € 28,5 (+158,8%, 21,0% medio annuo rispetto al 2018). Nel 2023, 15 Regioni registrano un risultato di gestione negativo: la Regione con il disavanzo maggiore è la P.A. di Bolzano (- € 1.120,4 pro-capite), quella con il disavanzo minore è il Piemonte (- € 12,7). Sono in equilibrio di bilancio la Lombardia, il Veneto, l'Umbria le Marche, la Campania e la Calabria. L'incremento maggiore del disavanzo pro-capite si registra nella P.A. di Trento (- € 484,2 rispetto al 2018), quello minore in Veneto (- € 0,2); l'unica Regione che passa in avanzo è la Calabria (€ 147,2).



Capitolo 3

L'evoluzione della spesa:
confronti internazionali e *trend* nazionali

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 3

L'evoluzione della spesa: confronti internazionali e *trend* nazionali

Ploner ME.¹, Polistena B.²

Il contributo si focalizza sull'analisi dei *trend* della spesa sanitaria (nelle sue componenti pubblica e privata), effettuando confronti sia a livello regionale, che rispetto ai Paesi Europei.

Le analisi hanno evidenziato come la spesa sanitaria totale pro-capite nazionale, nel 2023, è risultata (-37,8%) significativamente inferiore a quella dei rimanenti Paesi che hanno aderito all'Unione Europea (EU) prima del 1995 (EU-Ante 1995).

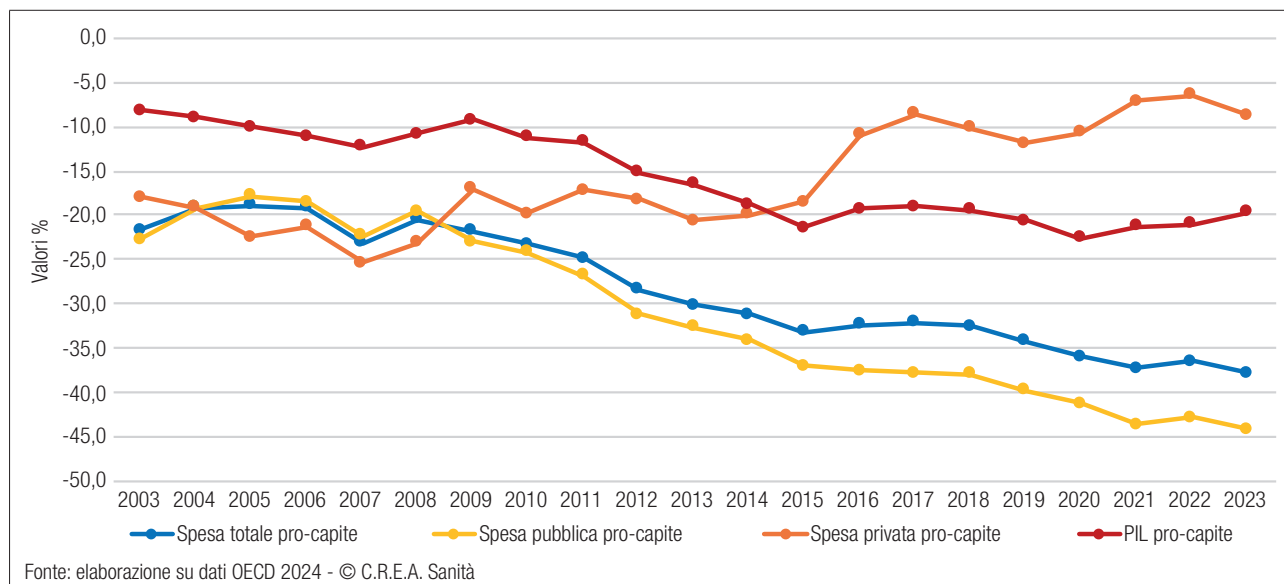
I tassi medi di crescita italiani rimangono inferiori a quelli medi EU, generando un progressivo distacco dell'Italia dai livelli di spesa dei Paesi EU-Ante 1995: nell'ultimo anno, l'Italia ha registrato una crescita della spesa sanitaria totale pro-capite del + 0,3% Ita-

lia vs il + 2,3% dei Paesi EU-Ante 1995, sebbene il PIL pro-capite sia cresciuto in modo nettamente più consistente e ad un tasso superiore a quello dei Paesi europei di riferimento (+6,6 Italia vs 4,8% Paesi EU-Ante 1995).

Parallelamente, la spesa sanitaria pro-capite italiana si avvicina a quella dei Paesi EU-Post 1995: pur rimanendo ancora superiore dell'80,3%, il *gap* si è ridotto di 114,5 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2013, di cui 30,0 p.p. solo nell'ultimo anno.

I *gap* di spesa evidenziati sono, in larga misura, condizionati dagli andamenti della componente pubblica.

Trend del *gap* Italia vs EU-Ante 1995 in termini di spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite



¹ C.R.E.A. Sanità

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

Per questa voce il divario è, del -44,0% (in aumento di 1,2 p.p. sull'anno precedente); la crescita dello scarto tra il 2013 e il 2023 è stata di 11,4 p.p..

Rispetto ai Paesi EU-Post 1995, il differenziale di spesa pubblica dell'Italia si è ridotto di 138,1 p.p. nell'ultimo decennio.

Per quanto concerne la componente privata della spesa sanitaria, il *gap* fra Italia e i Paesi EU-Ante 1995 è notevolmente inferiore, essendo pari al -8,7%, ma in crescita di 2,3 p.p. nell'ultimo anno.

Rispetto ai Paesi EU-Post 1995, il differenziale è aumentato di 5,2 p.p., sebbene in riduzione di 34,7 p.p. rispetto al 2013.

L'incidenza della spesa privata sul PIL in Italia nel 2023 ammonta al 2,2%: valore di 0,3 p.p. superiore a quello dei Paesi EU-Ante 1995 (- 0,1 p.p. nel 2013 e - 0,3 p.p. nel 2003) e maggiore di 0,6 p.p. in confronto a quello dei Paesi EU-Post 1995 (+ 0,3 p.p. nel 2013 e + 0,4 p.p. nel 2003).

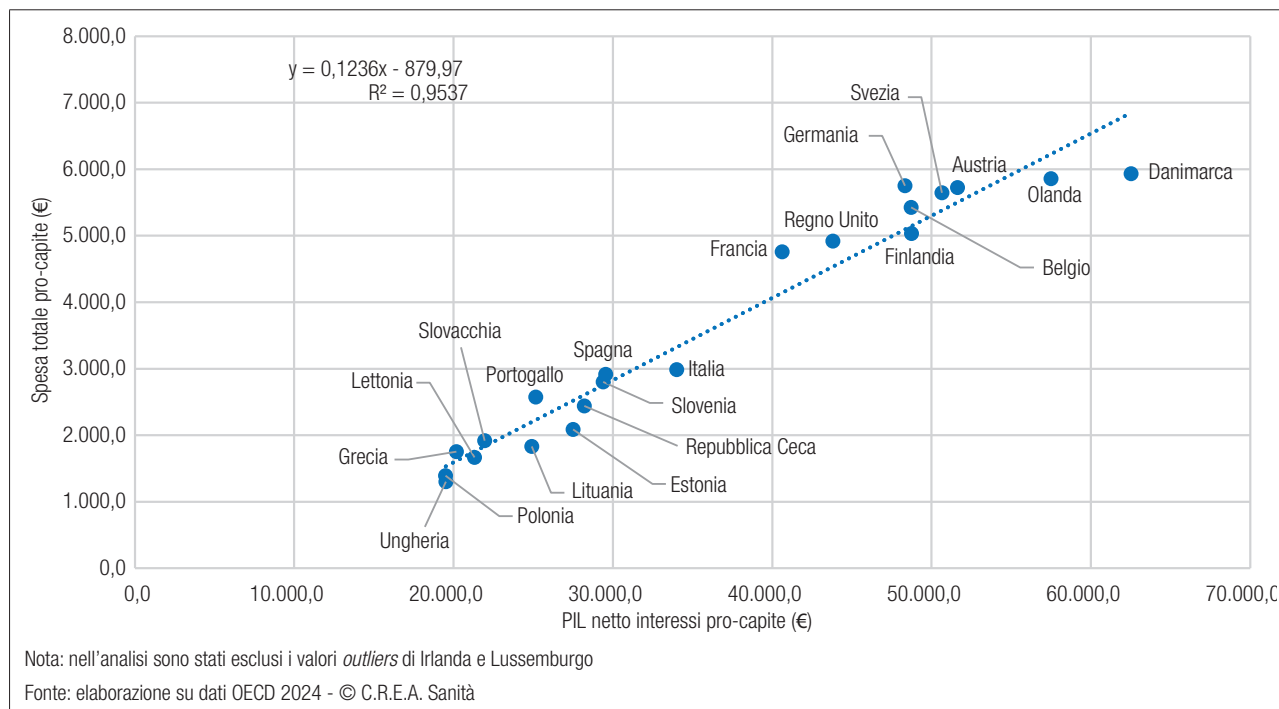
In altre parole, a partire dal 2015 le famiglie italiane hanno mostrato una maggiore propensione, o forse si dovrebbe dire una maggiore necessità, a

spendere privatamente per la Sanità, sia rispetto agli altri Paesi EU-Ante 1995, sia a quelli EU-Post 1995.

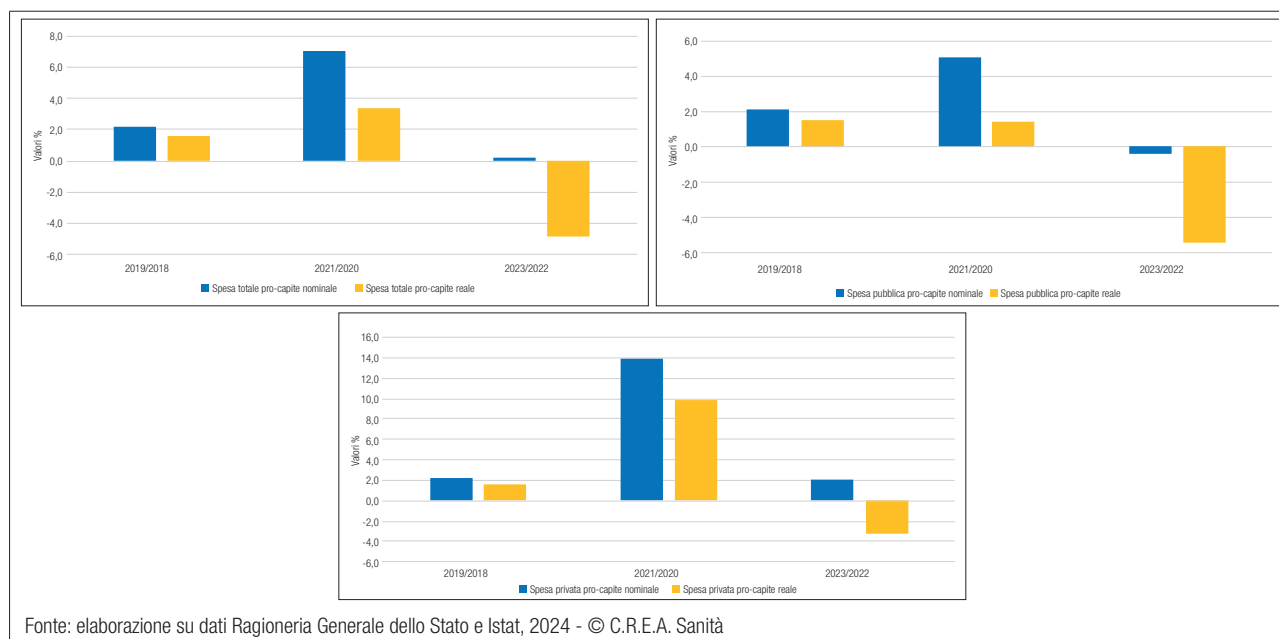
In termini di compatibilità macro-economiche, la spesa italiana può considerarsi "sottodimensionata" rispetto alle attese (basate sulle risorse disponibili): in corrispondenza del livello di PIL italiano al netto degli interessi passivi sul debito pubblico, ci si aspetterebbe, infatti, una spesa sanitaria maggiore dell'attuale dell'11,3%.

Guardando ai *trend* nazionali di spesa, secondo le risultanze del *System of Health Accounts* (SHA), la spesa sanitaria pro-capite dell'Italia, pari a € 2.906,6 pro-capite nel 2023, risulta superiore dello + 0,2% rispetto all'anno precedente, ma l'analisi dei valori reali mette in evidenza una variazione di segno negativo pari al -4,9%. Anche la spesa sanitaria pubblica (pari a € 2.184,1 pro-capite) e privata (€ 722,4 pro-capite) hanno registrato una diminuzione reale rispetto all'anno precedente: del -5,4% la componente pubblica e del -3,2% quella privata; si noti che nei due bienni precedenti (2018-2019 e 2020-2021) avevano presentato variazioni reali di segno positivo.

Spesa sanitaria totale vs PIL al netto degli interessi



Crescita nominale e reale della spesa sanitaria pro-capite



A livello regionale, permane una rilevante differenza nella spesa sanitaria pro-capite: la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari a 1,4 volte ovvero € 995,7; anche escludendo le Regioni a Statuto Speciale, la differenza rimane considerevole e pari a € 662,1 (1,3 volte).

La differenza è in larga misura ascrivibile alla componente privata: per questa voce, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima supera le 2 volte (€ 471,8), valore in crescita rispetto all'anno precedente quando la dif-

ferenza era pari a € 464,7.

Si consideri, inoltre, che considerando anche la spesa socio-sanitaria (sia pubblica che privata) destinata alla *Long Term Care* (LTC), nel 2023 la spesa socio-sanitaria ammonta complessivamente a € 200,3 mld. (€ 3.395,1 pro-capite), pari al 9,4% del PIL (-1,0 p. p. rispetto al 2022): il 64,3% dalla spesa è pubblica e il 21,3% privata a carico delle famiglie; per l'85,6% si tratta di spesa sanitaria e il restante 14,4% di prestazioni sociali legate alla LTC.

CAPITOLO 3

L'evoluzione della spesa: confronti internazionali e *trend* nazionali

Ploner ME.¹, Polistena B.²

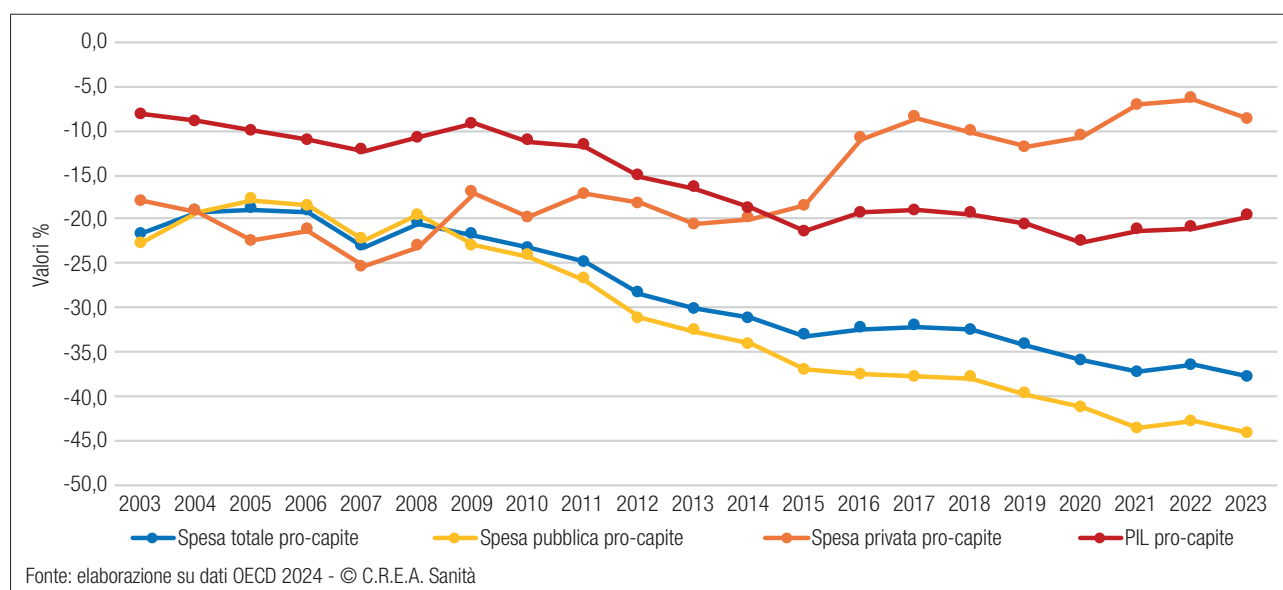
3.1. Il contesto internazionale

Nel 2023, la spesa sanitaria corrente italiana (pubblica e privata) è risultata pari a € 176,2 mld., pari a € 2.986,0 pro-capite. Secondo i dati diffusi dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), questo valore è inferiore del 37,8% rispetto alla media (€ 4.802,4) dei (rimanenti) Paesi membri dell'Unione Europea (EU) entrati prima

del 1995³ (EU-Ante 1995), e superiore dell'80,3% rispetto alla media (€ 1.656,4) dei Paesi entrati dopo il 1995⁴ (EU-Post 1995).

Nell'ultimo anno il *gap* (negativo) rispetto a EU-Ante 1995 si è ulteriormente allargato di 1,3 punti percentuali (p.p.) e di 7,7 p.p. nell'ultimo decennio (rispetto al 2003, la forbice si è incrementata di 16,2 p.p.) (Figura 3.1.).

Figura 3.1. Trend del gap Italia vs EU-Ante 1995 in termini di spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite



¹ C.R.E.A. Sanità

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

³ Si fa riferimento a: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia

⁴ Si fa riferimento a: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria. Si tenga presente che nell'analisi non sono stati considerati i seguenti Paesi: Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania in quanto non sono disponibili i dati relativi all'intero arco temporale analizzato

Di contro la nostra spesa sanitaria pro-capite si avvicina a quella dei Paesi EU-Post 1995: rimane superiore ma il *gap* si è ridotto di 287,2 p.p. rispetto al 2003 e di 114,5 p.p. rispetto al 2013, di cui 30,0 p.p. solo nell'ultimo anno (Figura 3.2.).

Anche ripetendo i confronti a parità di potere di acquisto, si conferma che lo scarto negativo tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 risulta cresciuto di 10,8

p.p. rispetto al 2003, di 2,8 p.p. in confronto al 2013 e di 0,5 p.p. nell'ultimo anno (Figura 3.3.).

Analogamente, i confronti in \$-PPP rispetto ai Paesi EU-Post 1995, fanno registrare una spesa pro-capite maggiore del +30,6% nel 2023, ma con una flessione di 9,6 p.p. sul 2022, di 35,3 p.p. sul 2013 e di 103,0 p.p. rispetto al 2003 (Figura 3.4.).

Figura 3.2. Trend del gap Italia vs EU-Post 1995 in termini di spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite

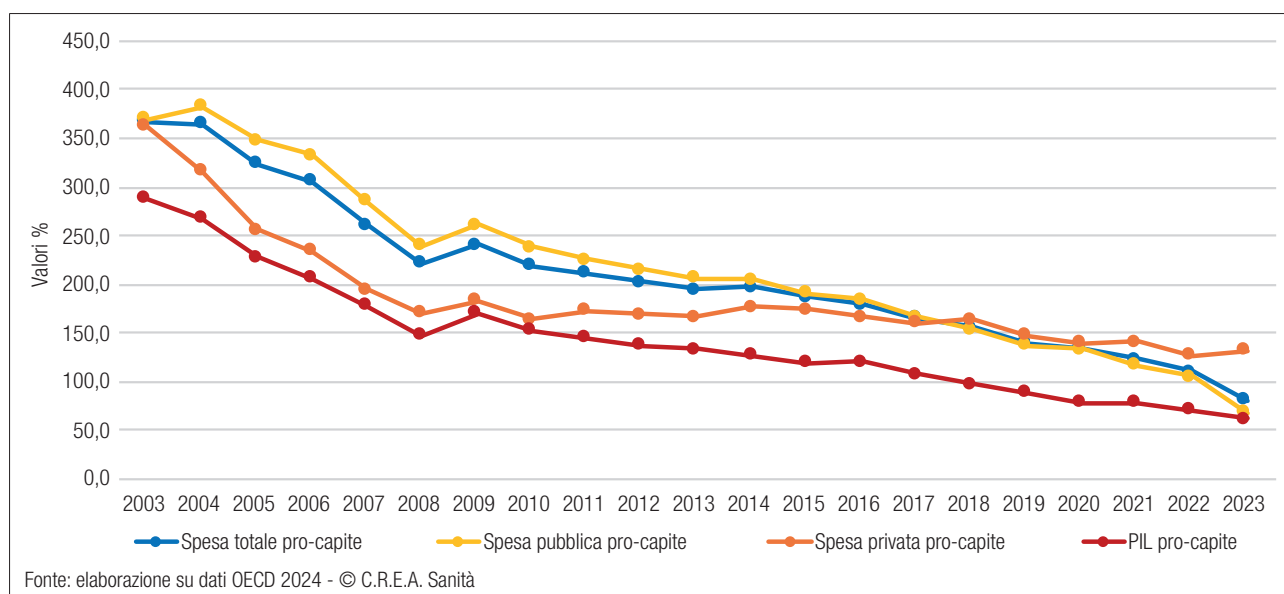


Figura 3.3. Trend del gap Italia vs EU-Ante 1995 in termini di spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite espressi in \$-PPP

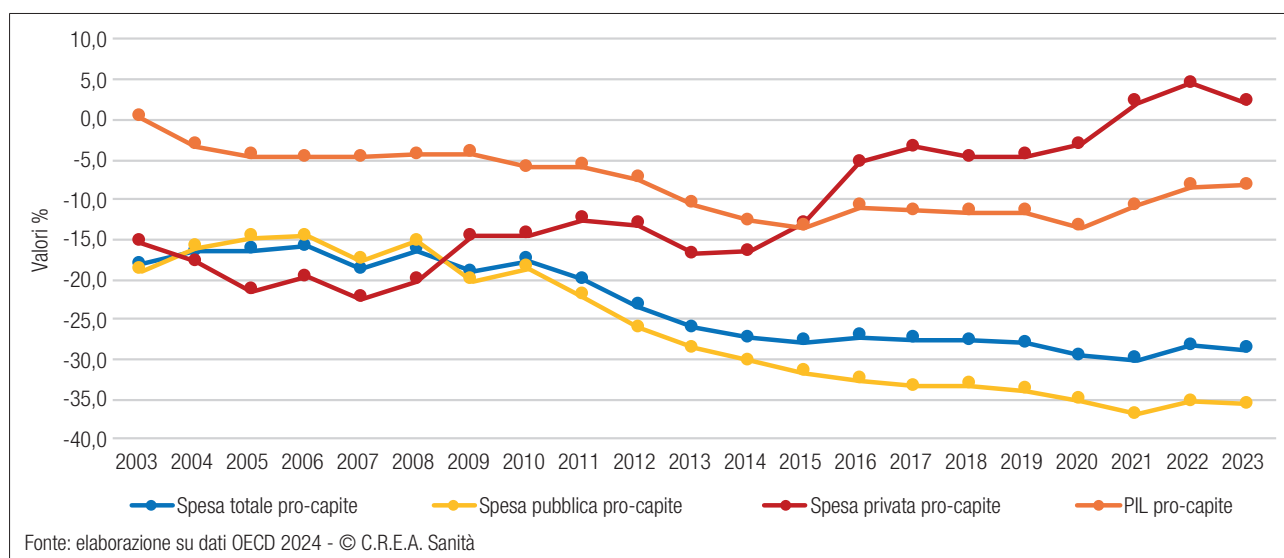


Figura 3.4. Trend del gap Italia vs EU-Post 1995 in termini di spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite espressi in \$-PPP

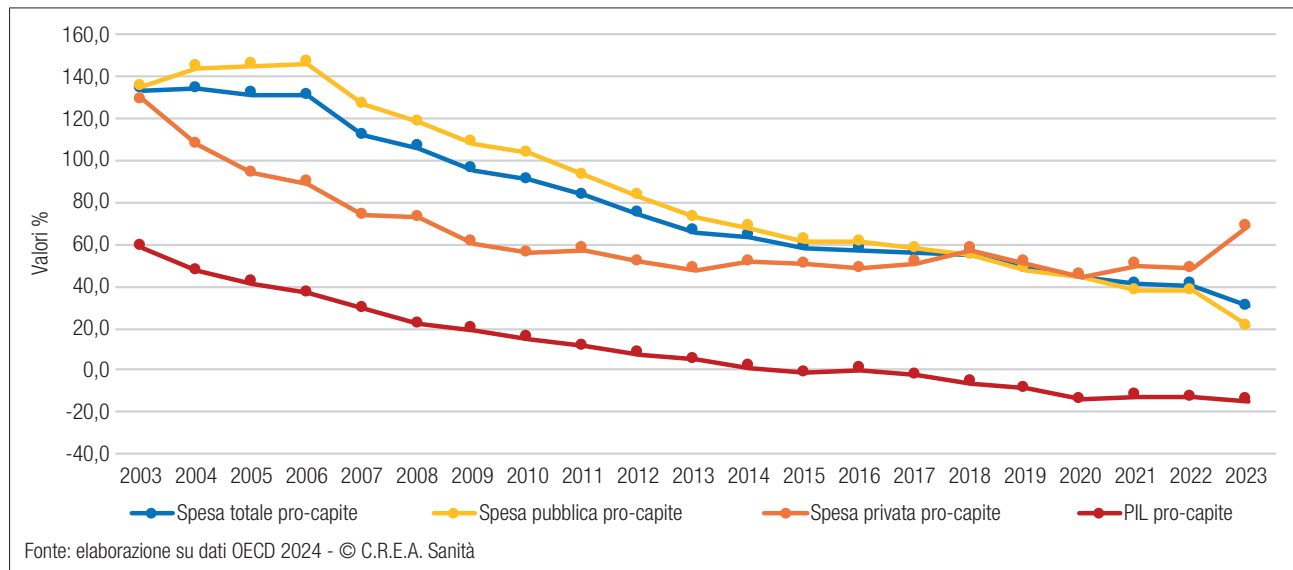
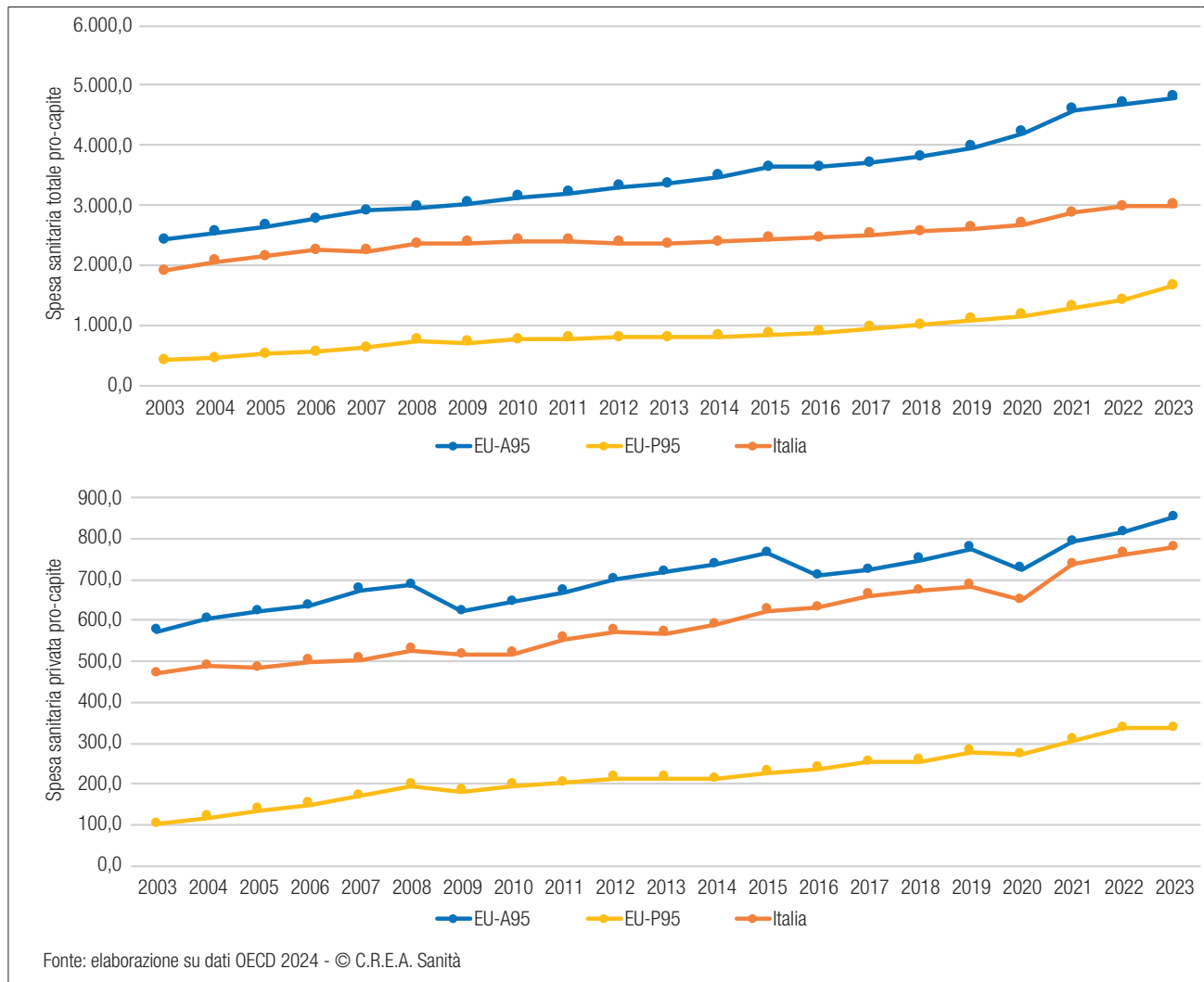


Figura 3.5 Spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite, Italia vs EU-Ante 1995 e EU-Post 1995



La spesa sanitaria pro-capite nell'ultimo anno ha visto in Italia una crescita dello +0,3%, contro una media del +2,3% degli altri Paesi EU-Ante 1995; tra il 2013 ed il 2023, la crescita media annua italiana è stata pari al +2,4%, -1,2 p.p. per anno in meno della media (+3,6%) degli altri Paesi EU-Ante 1995.

Va, altresì, osservato che il *gap* nella spesa sanitaria si allarga più velocemente di quello in termini di Prodotto Interno Lordo (PIL) che, infatti, nel periodo 2013-2023 ha registrato un differenziale medio annuo di -0,4 p.p. (+3,0% in Italia verso il 3,4% medio annuo nei Paesi EU-Ante 1995).

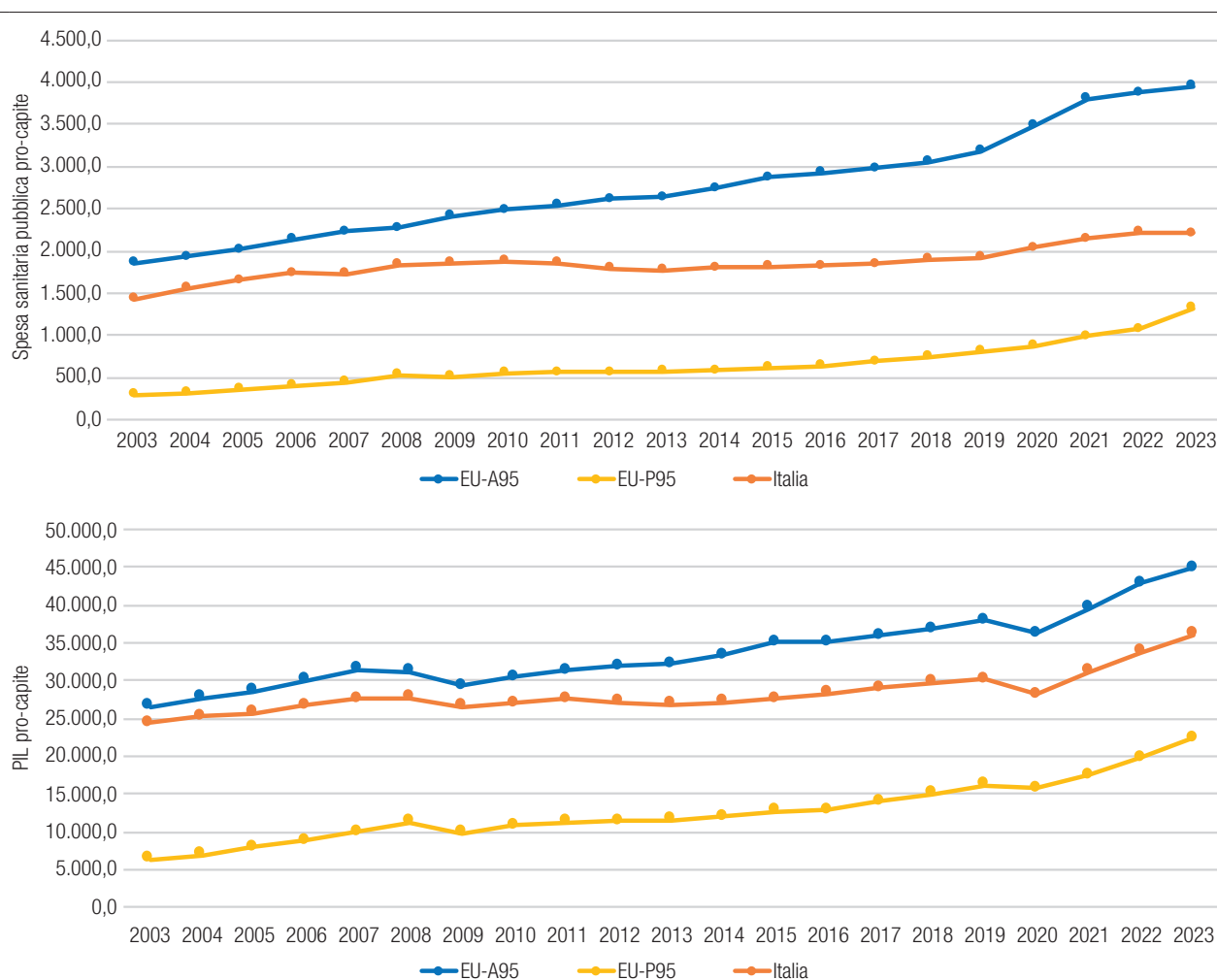
Nei Paesi EU-Post 1995 la crescita della spesa totale pro-capite è risultata significativamente maggiore, pari al 16,9% nell'ultimo anno, con un incremento medio annuo tra il 2013 e il 2023 del 7,6%, 5,2 p.p.

per anno superiore a quello italiano.

I *gap* di spesa sanitaria evidenziati sono, in larga misura, condizionati dagli andamenti della componente pubblica.

Il divario della spesa pubblica tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 è, infatti, del -44,0% (in aumento di 1,2 p.p. sull'anno precedente); la crescita dello scarto, tra il 2003 ed il 2023, è stata di 21,3 p.p. e tra il 2013 e il 2023 di 11,4 p.p.. Il dato sul *gap* si conferma in \$-PPP essendo passato dal - 18,9% del 2003, al -28,6 del 2013, sino al - 35,7% a fine 2023, con un lieve incremento nell'ultimo anno (+0,4 p.p.).

Parallelamente il dato di spesa pubblica dei Paesi EU-Post 1995 si riavvicina a quello italiano: pur rimanendo ancora maggiore, il differenziale di spesa italiana si è ridotto di 302,0 p.p. nell'ultimo venten-



nio (dal +369,3% del 2003 al +67,3% nel 2023) e di 138,1 p.p. nell'ultimo decennio. In \$-PPP, lo scarto tra Italia e Paesi EU-Post 1995 si è ridotto di quasi sei volte e mezzo rispetto al 2003 e di tre volte e mezzo dal 2013.

Per quanto concerne la componente privata della spesa sanitaria, il *gap* fra Italia e i Paesi EU-Ante 1995 è notevolmente inferiore, essendo pari al -8,7%.

Si consideri che il *gap* della spesa privata è stato "altalenante": è cresciuto nel periodo 2003-2007 (in larga misura per effetto dell'abolizione dei *ticket* nel 2001), poi ha registrato un andamento incerto fino al 2023; nell'ultimo anno, in particolare, lo scarto tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 è aumentato di 2,3 p.p..

Si consideri che in \$-PPP la spesa privata in Italia risulta superiore a quella degli altri Paesi EU-Ante 1995 (nel 2023 del +2,0%, valore in riduzione di 2,4 p.p. rispetto all'anno precedente); allargando il periodo di osservazione, si registra che fino al 2020 l'onere, a parità di potere di acquisto, delle famiglie italiane è stata inferiore a quella delle famiglie residenti nei Paesi EU-Ante 1995, mentre successivamente è diventato maggiore.

Sulla spesa sanitaria privata, tuttavia, va espressa una nota di cautela, in quanto, a partire dal 2012, si evidenzia un disallineamento tra la spesa sanitaria delle famiglie utilizzata da OECD e quella indicata nella contabilità nazionale dell'Istat che, per il 2023, risulta inferiore di circa € 3,2 mld..

Con i caveat espressi, appare opportuno confrontare l'andamento nel tempo del rapporto fra spesa sanitaria privata e PIL, confrontandolo con quello degli altri Paesi EU.

Si consideri che rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 il PIL italiano 2023 risulta inferiore del 19,7%, con un differenziale in crescita di 11,5 p.p. rispetto al 2003 e di 3,2 p.p. nell'ultimo decennio, sebbene in riduzione di 1,4 p.p. sull'anno precedente; anche in \$-PPP si conferma un *gap* del -8,3% (in crescita rispetto al 2003 di +8,6 p.p., stabile rispetto al 2022).

Rispetto ai Paesi dell'area EU-Post 1995, nel 2023 il *gap* è ancora a vantaggio dell'Italia (+61,7%), ma in flessione di 226,2 p.p. rispetto al 2003 e di 71,0 p.p. rispetto al 2013; in \$-PPP, il "vantaggio" dell'I-

talia si è esaurito nel 2016: in altri termini a parità di potere di acquisto, il PIL italiano risulta nel 2023 inferiore del -14,5% a quello dei Paesi EU-Post 1995, con un differenziale (negativo) in aumento di 1,7 p.p. sull'anno precedente e di 73,1 p.p. rispetto al 2003.

L'incidenza della spesa privata sul PIL in Italia nel 2023 ammonta al 2,2%: valore di 0,3 p.p. superiore a quello dei Paesi EU-Ante 1995 e maggiore di 0,6 p.p. in confronto a quello dei Paesi EU-Post 1995. Si noti che nel 2013 l'Italia presentava una incidenza della spesa privata sul PIL inferiore di 0,1 p.p. (0,3 p.p. nel 2003) in confronto ai Paesi del blocco EU-Ante 1995 e superiore a quella dei Paesi EU-Post 1995 di 0,3 p.p. (0,4 p.p. nel 2003).

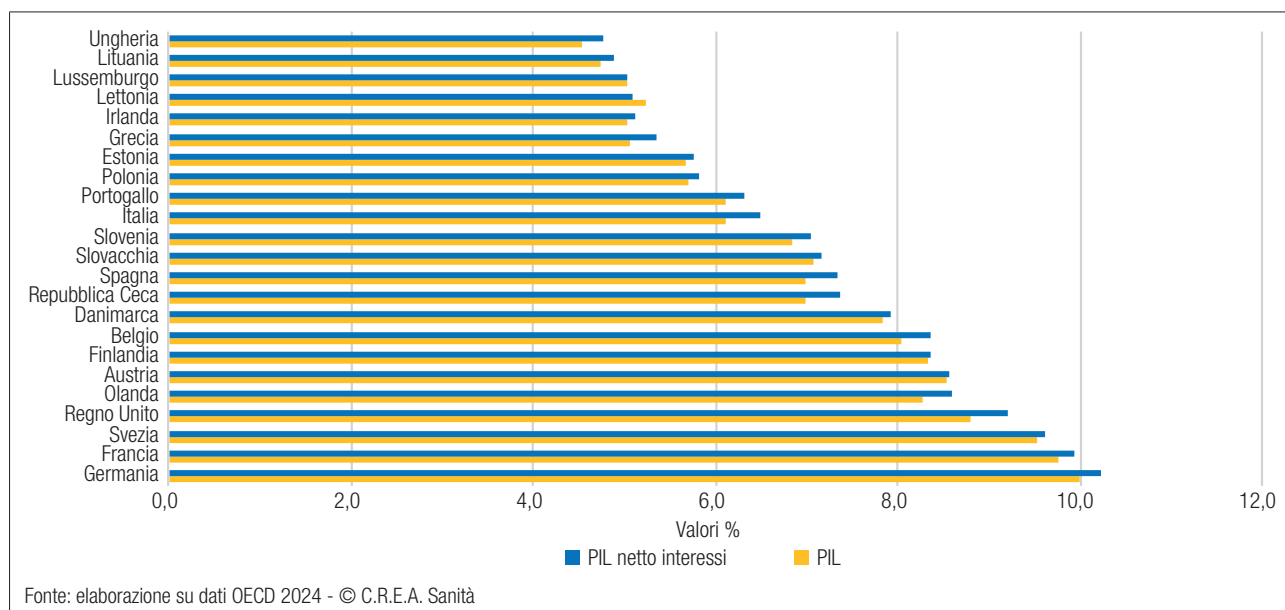
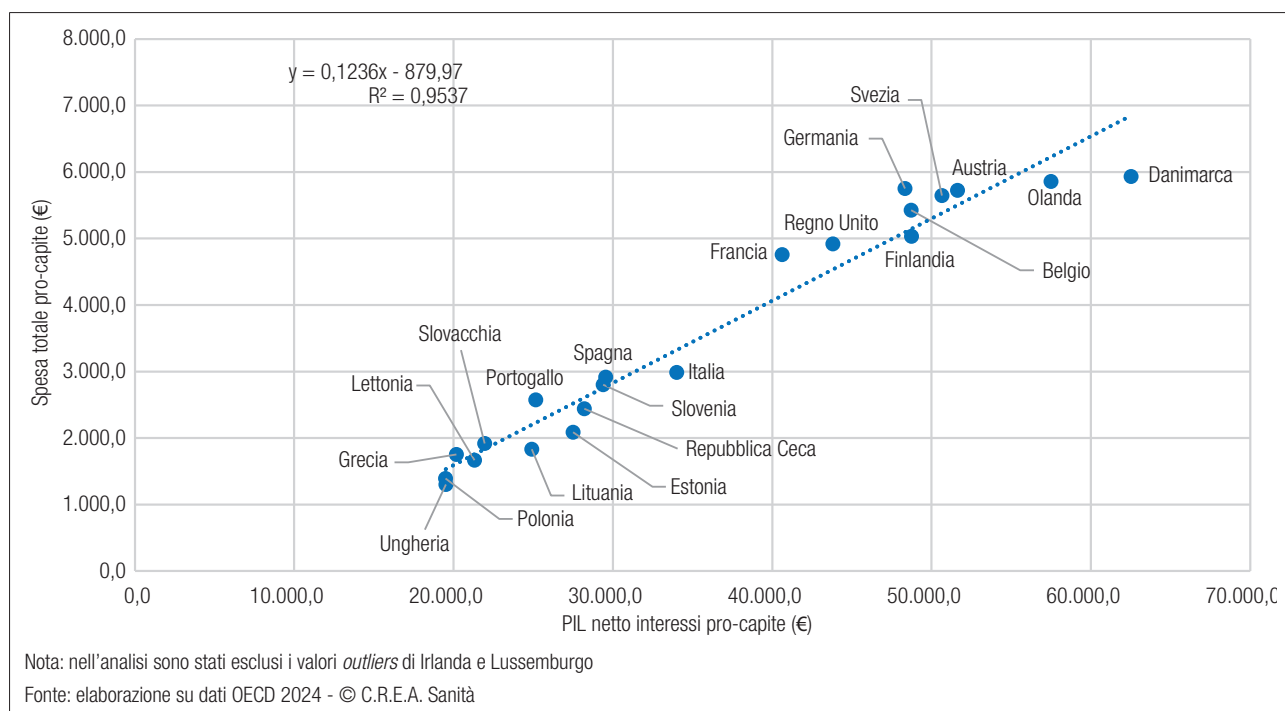
In altre parole, a partire dal 2015 le famiglie italiane hanno mostrato una maggiore propensione, o forse si dovrebbe dire una maggiore necessità, a spendere privatamente per la Sanità, sia rispetto agli altri Paesi EU-Ante 1995, sia a quelli EU-Post 1995.

Nel complesso, quindi, dopo il 2009 si apprezza una tendenza al "distacco" dell'Italia dai livelli di spesa sanitaria dei Paesi EU-Ante 1995 ed un contestuale "progressivo avvicinamento" ai valori dei Paesi EU-Post 1995 (Figura 3.5.).

3.2. La relazione spesa sanitaria - PIL

In Europa, nel 2023, l'incidenza media della spesa sanitaria pubblica sul PIL, corretto per l'incidenza degli interessi sul debito pubblico, si attesta all'8,5% (8,3% senza "correzione"). Nei Paesi EU-Ante 1995, l'incidenza arriva al 9,1% (8,8%) e nei Paesi EU-Post 1995 al 6,1% (5,9%) con un *gap* di 3,0 p.p. (2,9 p.p. senza "correzione").

L'Italia ha destinato alla spesa sanitaria pubblica il 6,5% del PIL al netto degli interessi sul debito pubblico (6,1% del PIL totale): 2,6 p.p. in meno rispetto agli altri Paesi del blocco dell'area EU-Ante 1995; solamente Grecia, Irlanda, Lussemburgo e Portogallo hanno registrato quote inferiori. Le incidenze più alte sono quelle della Germania (10,2%), della Francia (9,9%), della Svezia (9,6%) e del Regno Unito (9,2%) (Figura 3.6.).

Figura 3.6. Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL e sul PIL al netto degli interessi sul debito pubblico**Figura 3.7. Spesa sanitaria totale vs PIL netto interessi**

La Figura 3.7. evidenzia la stretta relazione statistica esistente tra spesa sanitaria e PIL depurato degli interessi passivi sul debito pubblico (entrambi espressi in valori pro-capite): l'Italia risulta avere una spesa tendenzialmente inferiore alle aspettative dell'11,3%: per posizionarsi sulla retta di regressione

la spesa (totale) dovrebbe aumentare di circa € 19,9 mld..

Si nota, altresì, una netta divisione dei Paesi EU in due blocchi in base ai livelli di PIL pro-capite, con l'Italia posizionata quale Paese più "ricco", ma del gruppo di quelli più "poveri".

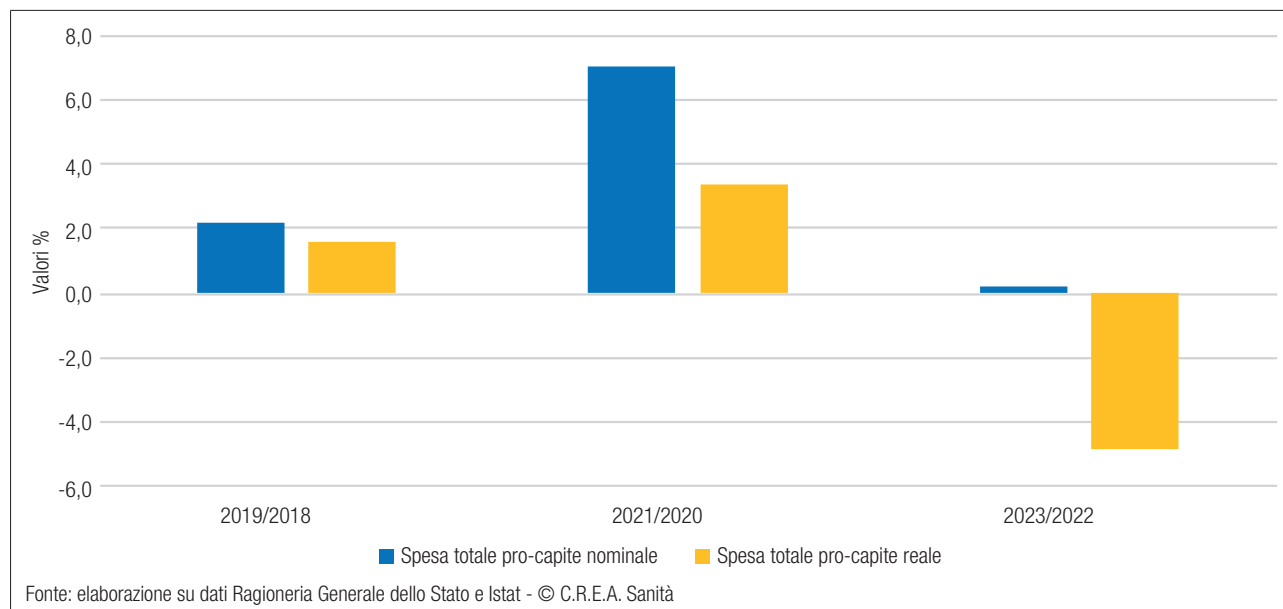
3.3. La spesa sanitaria nelle Regioni

L'analisi dei *trend* di spesa regionali è stata condotta utilizzando e integrando dati pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato e dall'Istat. In dettaglio, per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica, si è applicata la distribuzione regionale della spesa, come risultante dal Rapporto "Il monitoraggio della spesa sanitaria" della Ragioneria Generale dello Stato, al valore nazionale della spesa fornito dall'Istat nell'ambito del sistema dei conti della sanità (*System of Health Accounts* – SHA); quest'ultima statistica è stata "depurata" della voce inerente la *governance* e l'amministrazione del sistema sanitario. Anche per la spesa sanitaria privata ci si è riferiti alle risultanze dello SHA. In particolare, alla spesa delle famiglie *Out of Pocket* (OOP), si provveduto ad aggiungere il valore della spesa privata intermediata (spesa per polizze collettive e individuali) ricavata dalla banca dati dell'Associazione Nazionale fra le imprese as-

sicuratrici (ANIA), e a sottrarre la spesa indiretta per consumi sanitari (onde evitare doppi conteggi). Le differenze riscontrabili tra la spesa privata stimata come descritto e quella fornita da OECD è, per la maggior parte, da attribuirsi al fatto che OECD non "pulisce" il dato dei rimborsi derivanti dalle coperture assicurative indirette.

Per il 2023, la spesa sanitaria complessiva a livello nazionale - comprendendo sia quella pubblica che privata - risulta pari a € 171,5 mld. (€ 2.906,6 pro-capite) in aumento dello +0,2% (+€ 6,2 pro-capite) nell'ultimo biennio (2022-2023), del +7,1% (+€ 185,4 pro-capite) durante la pandemia da Covid-19 (anni 2020-2021) e del +2,2% (+€ 53,6 pro-capite) nel biennio precedente (2018-2019). In termini reali⁵ (Figura 3.8.), nel periodo post-pandemico (2022-2023) la crescita della spesa totale pro-capite è risultata negativa del -4,9% (equivalente a -€ 126,4 pro-capite), mentre nei due bienni precedenti la crescita era stata del +3,4% (2020-2021) e del +1,6% (2018-2019).

Figura 3.8. Crescita nominale e reale della spesa sanitaria totale pro-capite



⁵ I valori nominali sono stati deflazionati impiegando il FOI, ossia l'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati

A livello regionale, la spesa totale pro-capite registra valori massimi in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.621,8 e € 3.502,9); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.643,5) e Calabria (€ 2.626,1). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari a 1,38 volte ovvero € 995,7; anche escludendo le Regioni a Statuto Speciale, la differenza rimane considerevole e pari a € 662,1 (1,25 volte).

Ad analoghe conclusioni si arriva osservando i

dati di spesa standardizzati utilizzando i pesi contenuti nelle delibere CIPE di riparto del finanziamento: i valori massimi di spesa si registrano in Trentino Alto Adige (€ 3.715,2) e Valle d'Aosta (€ 3.465,1), con all'estremo opposto le Marche (€ 2.612,7) e la Calabria (€ 2.636,1). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima risulta di 1,42 volte; escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza scende al 1,21 volte (Figura 3.9.).

Figura 3.9. Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata nominale e reale

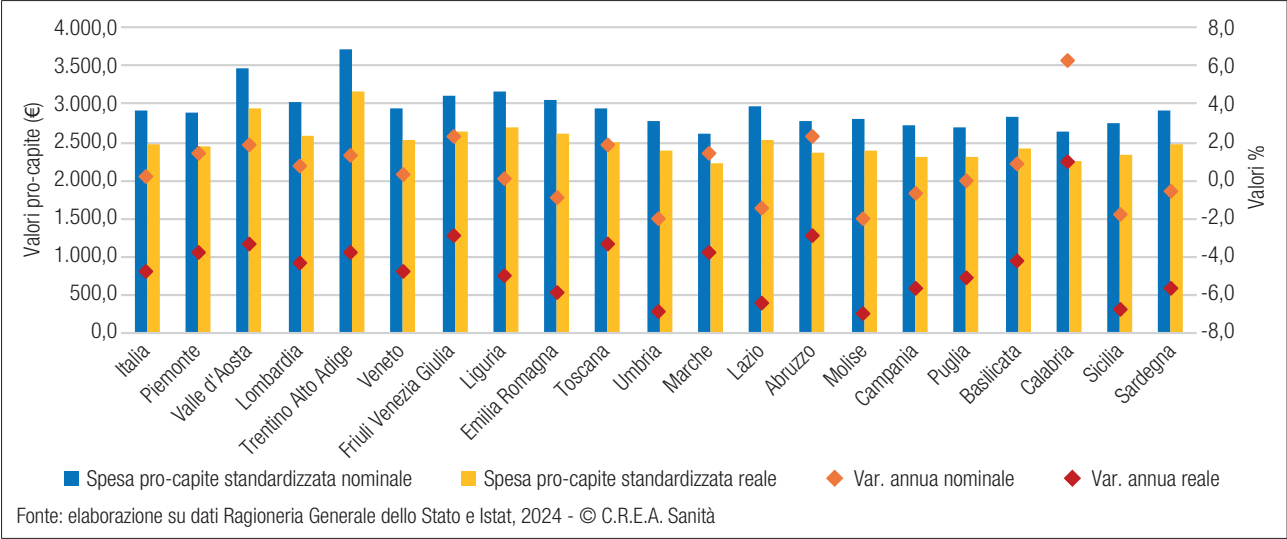


Figura 3.10. Crescita nominale e reale della spesa sanitaria pubblica pro-capite

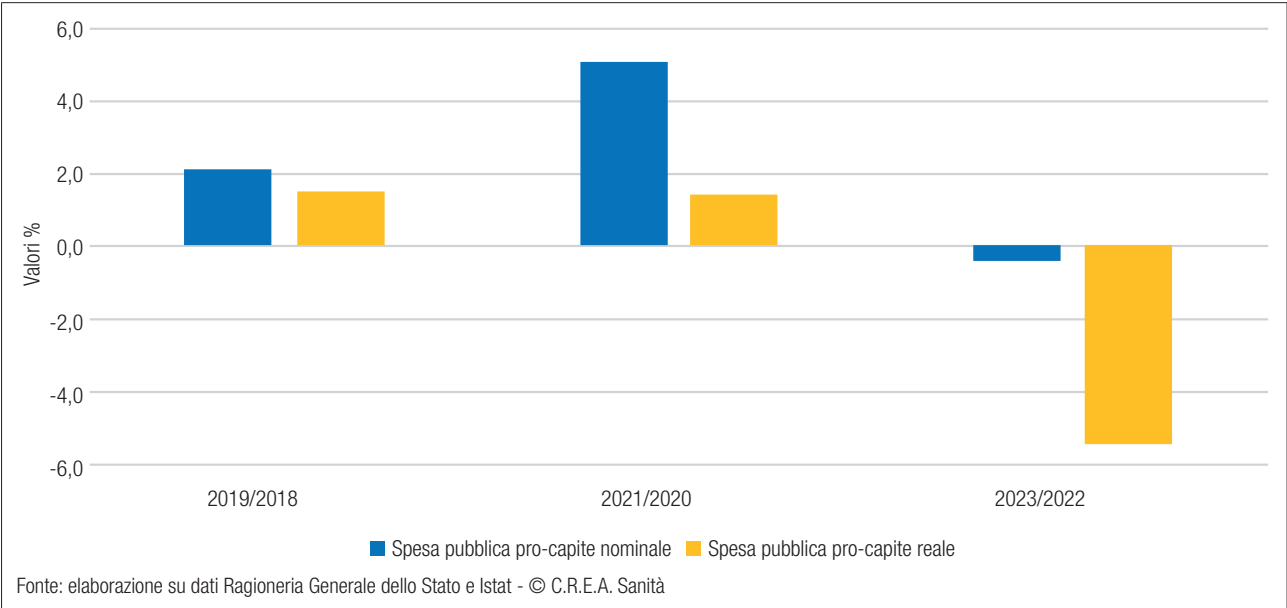
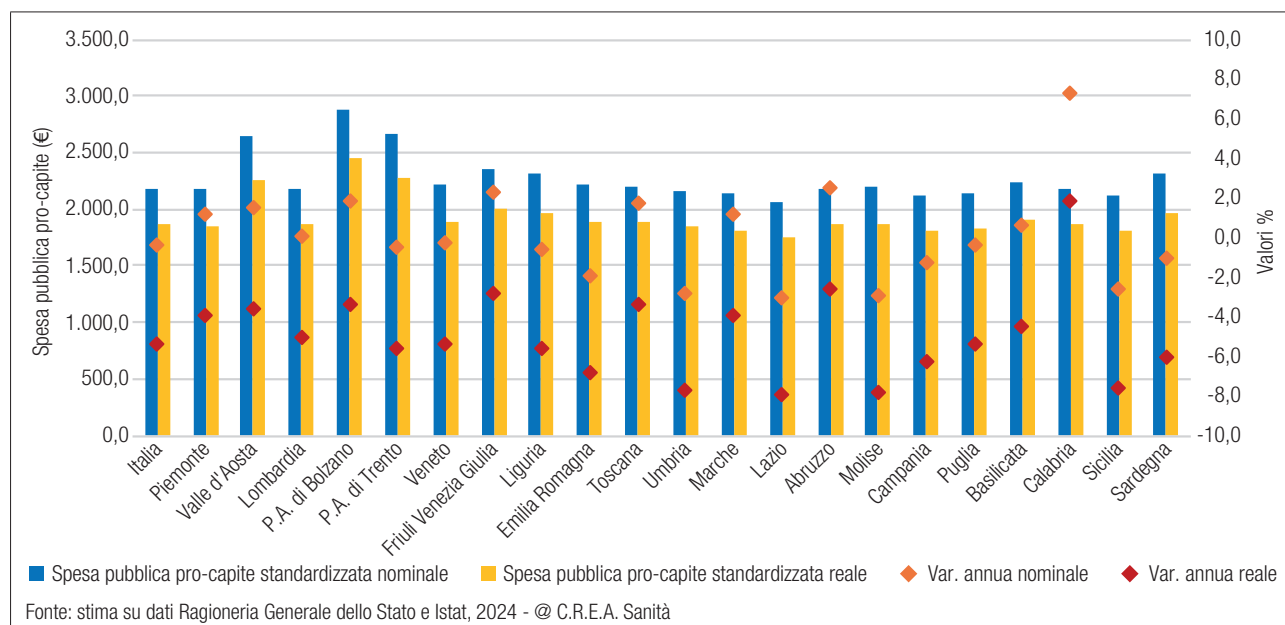


Figura 3.11. Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata nominale e reale



Nell'ultimo anno la spesa pro-capite è aumentata in poco più della metà delle Regioni; quelle in cui è cresciuta maggiormente sono state la Calabria (+6,9%) e l'Abruzzo (+3,0%). La flessione più consistente della spesa si è verificata nel Lazio (-1,8%) e in Emilia Romagna e Molise (-1,2% in entrambe).

Si noti che il 75,1% della spesa sanitaria totale pro-capite è pubblica e il 24,9% da quella privata, con quote difformi nelle diverse ripartizioni geografiche: la pubblica si attesta al 73,6% nelle Regioni del Nord, al 73,2% in quelle del Centro e tocca il suo valore massimo in quelle del Sud raggiungendo il 78,8%.

La spesa sanitaria pubblica (2023) è risultata pari a € 128,9 mld., ovvero € 2.184,1 pro-capite, registrando una diminuzione dello -0,4% rispetto al 2022. Durante il periodo della pandemia (2020-2021), l'aumento era stato del +5,1%, mentre nel biennio precedente (2018-2019) del +2,1%. In termini reali, la contrazione post-pandemia è pari al -5,4%, mentre la crescita dei due bienni precedenti era risultata pari al +1,4% durante la pandemia e al +1,5% nel periodo pre-pandemico (Figura 3.10.).

La spesa pubblica pro-capite risulta massima nella P.A. di Bolzano e in Valle d'Aosta (rispettivamente € 2.789,6 e € 2.676,7 pro-capite), seguite dalla P.A. di Trento (€ 2.610,5) e dalla Liguria (€ 2.403,8); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.062,5) e Lazio (€ 2.038,8).

La differenza tra la Regione con spesa pubblica massima e minima è pari a 1,37 volte, ovvero € 750,8 pro-capite; escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza si riduce di 18,9 p.p. risultando pari al 1,18 volte (€ 365,8 pro-capite). Utilizzando nel confronto la spesa standardizzata⁶, lo scarto tra la Regione con spesa pro-capite standardizzata massima (P.A. Bolzano € 2.883,6) e quella minima (Lazio € 2.058,7) sale al 1,40 volte (€ 824,9 pro-capite). Non considerando le Regioni a Statuto Speciale, si riduce a 1,14 volte ovvero a € 291,9 pro-capite (Figura 3.11.).

La spesa sanitaria privata, che include i consumi delle famiglie e le polizze assicurative individuali e collettive, ha raggiunto, nel 2023, l'ammontare € 42,6 mld., equivalenti a € 722,4 pro-capite, registrando un aumento del +2,0% rispetto al 2022. Durante il periodo pandemico (2020-2021), l'incremento era

⁶ La spesa è stata standardizzata pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, come da relative delibere CIPE

risultato del +13,8%, mentre nel biennio 2018-2019 si era attestato al +2,2%. Anche in questo caso nel post-pandemia la crescita reale è stata negativa (-3,2%), a fronte del +9,9% durante la pandemia e dell'+1,6% nel periodo immediatamente precedente (Figura 3.12.).

A livello regionale la spesa sanitaria privata pro-capite registra i valori massimi in Trentino Alto Adige (€ 822,5) e Lazio (€ 895,0), con all'estremo

opposto la Calabria (€ 450,7). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima supera le 2,0 volte (€ 471,8), valore in crescita rispetto all'anno precedente quando la differenza era pari a € 464,7. Utilizzando la stessa standardizzazione utilizzata per la spesa pubblica, si passa da € 946,3 pro-capite del Trentino Alto Adige a € 452,4 delle Campania con una differenza pari a € 493,9 (2,09 volte) (Figura 3.13.).

Figura 3.12. Crescita nominale e reale della spesa sanitaria privata pro-capite

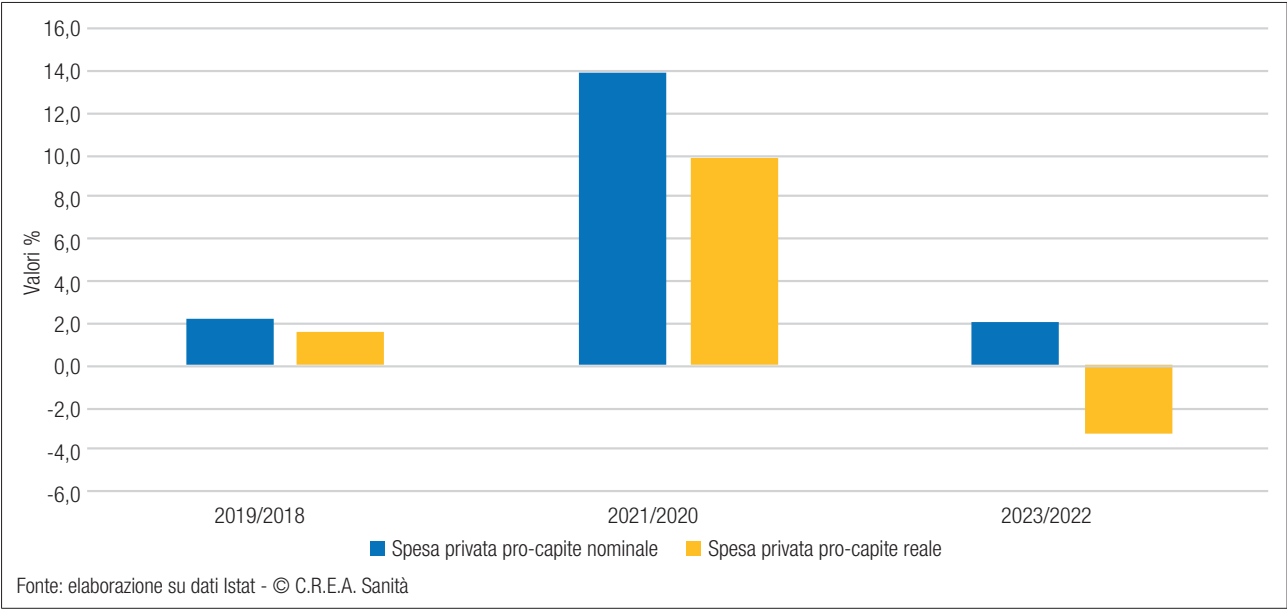
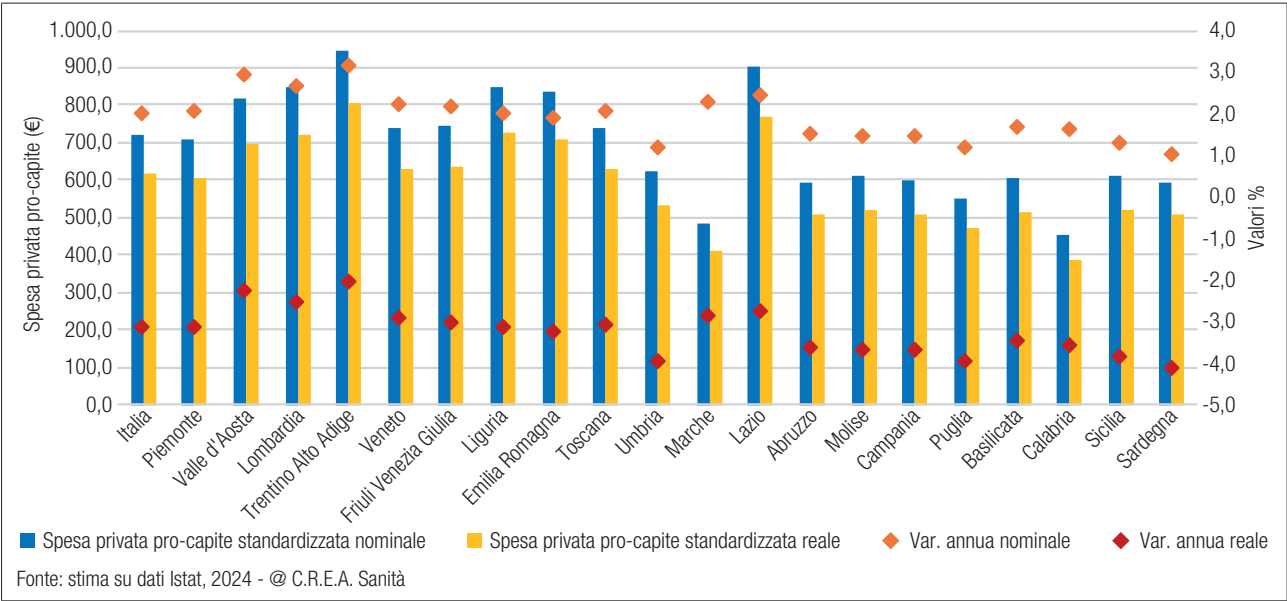


Figura 3.13. Spesa sanitaria privata pro-capite standardizzata nominale e reale



3.4. La composizione della spesa sanitaria pubblica

La spesa pubblica può essere analizzata nelle sue principali componenti: spesa convenzionata e diretta.

La spesa sanitaria pubblica convenzionata

Nel 2022 (ultimo anno disponibile), il 32,0% della spesa pubblica è riferita ai servizi in convenzione, ovvero al rimborso delle erogazioni effettuate da strutture private accreditate e professionisti convenzionati.

Nell'ultimo quinquennio (2017-2022) l'incidenza della spesa convenzionata ha riportato una flessione, passando dal 35,3% del 2017 al 32,0% del 2022; l'incidenza è diminuita in tutte le Regioni ad eccezione della Lombardia, dove è cresciuta di +3,4 p.p., e dell'Emilia Romagna, dove l'incremento è stato pari a +3,6 p.p.. Va, peraltro, evidenziato che la riduzione ha presentato intensità difformi: la spesa convenzionata è diminuita di oltre 12,0 p.p. nella P.A. di Bolzano, di 11,6 p.p. in Campania e di 10,4 p.p. in Basilicata.

La spesa convenzionata (Figura 3.14.), in gene-

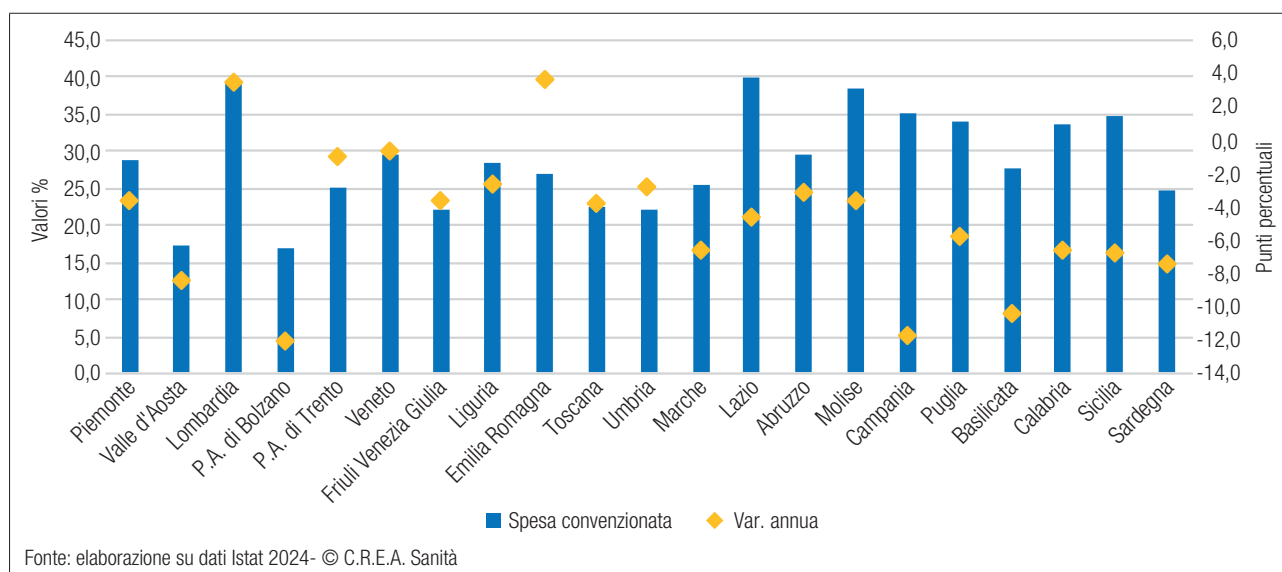
rale, ha un peso maggiore nelle Regioni meridionali (33,3%, -7,7 p.p. rispetto al 2017) rispetto a quelle del Nord (31,5%, +0,4 p.p. rispetto 2017) e del Centro (31,2%, -4,5 p.p. rispetto al 2017).

La Figura 3.15. mostra i *trend* (2013-2023) delle singole voci che compongono la spesa convenzionata.

La spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica convenzionata presenta un andamento decrescente fino al 2015; dopo tale anno cresce fino al 2019 per poi diminuire fortemente nel 2020, l'anno dello "scoppio della crisi pandemica"; nell'ultimo triennio ha poi ripreso a crescere.

L'ospedaliera convenzionata, nel periodo preso in esame, mette in rilievo *trend* piuttosto difformi: la spesa cresce tra il 2013 e il 2014, diminuisce sensibilmente nel 2015 e presenta oscillazioni marginali fino al 2019. Nell'anno della pandemia, al pari della specialistica convenzionata, presenta una battuta d'arresto e nel 2021 torna a crescere per, poi, sostanzialmente stabilizzarsi nell'ultimo biennio. Si noti che la crescita dell'ultimo periodo non è stata sufficiente per riportare la spesa ospedaliera convenzionata sui livelli registrati nei primi anni del decennio analizzato.

Figura 3.14. Incidenza spesa sanitaria pubblica convenzionata



La spesa per la medicina di base, invece, è stata sostanzialmente stabile tra il 2013 e il 2019; nel 2020 e nel 2021 evidenzia una ripresa, per poi diminuire nuovamente nell'ultimo biennio.

La spesa sanitaria pubblica diretta

La Figura 3.16. descrive i *trend* delle singole voci di spesa pubblica diretta, utilizzando numeri indice a base 2013=100.

Figura 3.15. Trend spesa sanitaria pubblica convenzionata

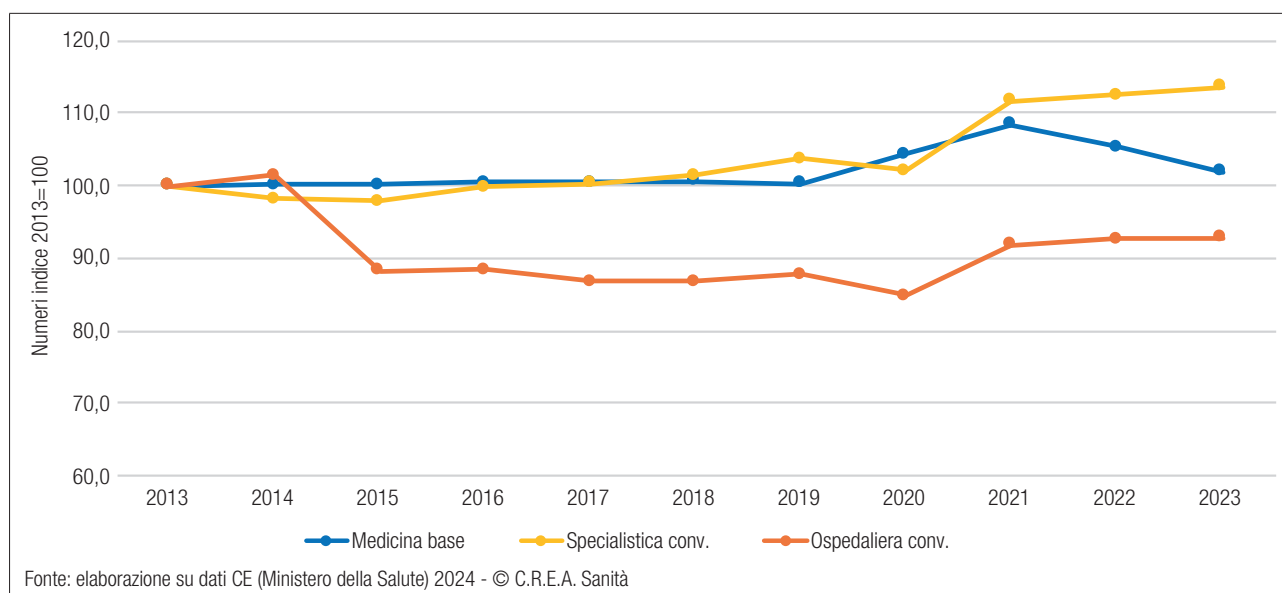


Figura 3.16. Spesa sanitaria pubblica diretta per funzioni

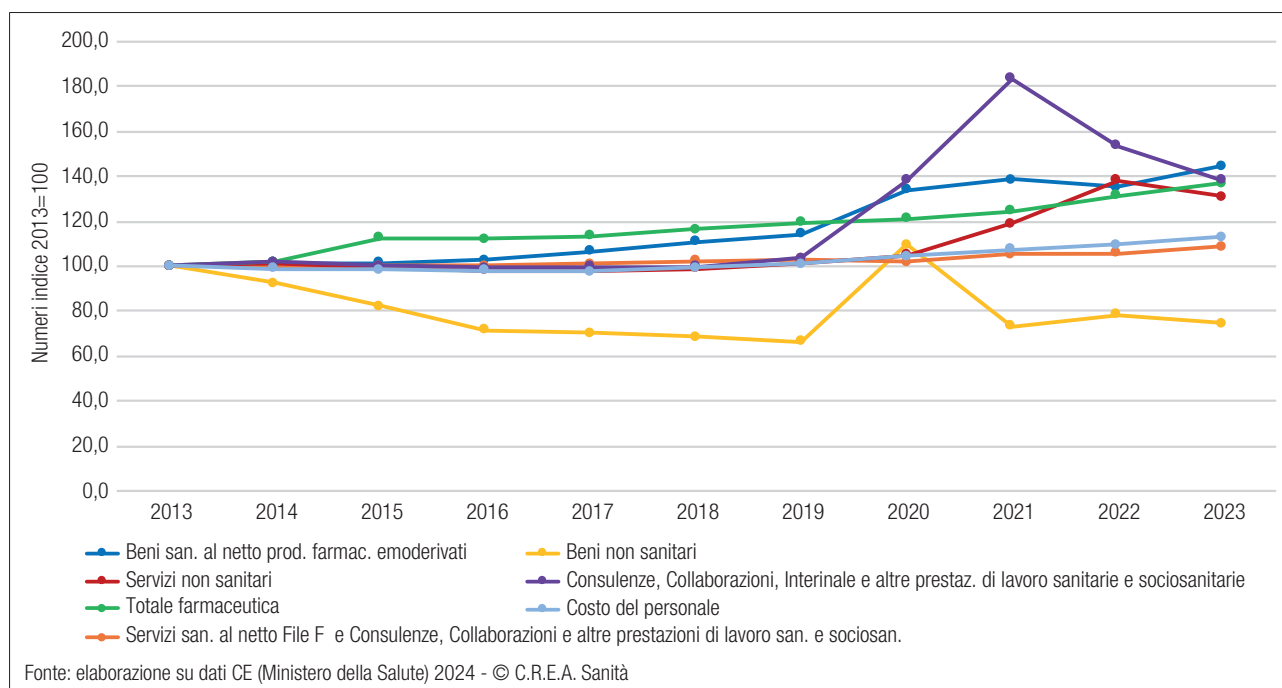
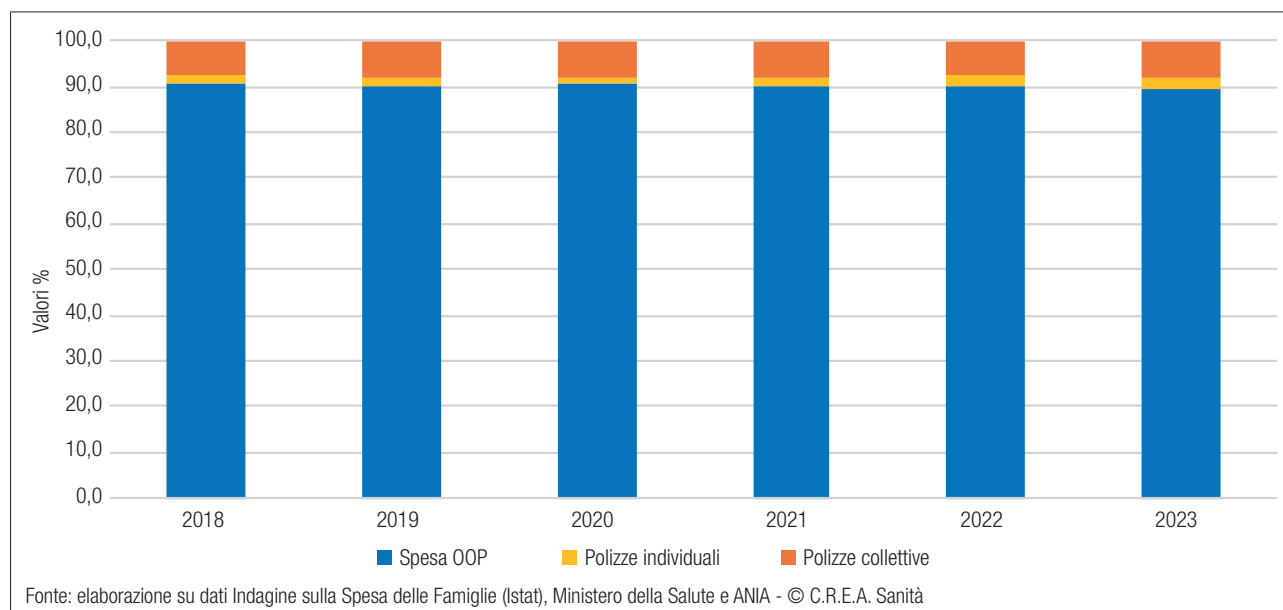


Figura 3.17. Composizione della spesa sanitaria privata



Nel periodo 2018-2023 sono risultate particolarmente dinamiche la spesa per l'acquisto di servizi e quella per la farmaceutica. Nel 2023, la farmaceutica si evidenzia un ulteriore incremento, mentre si osserva un'inversione di tendenza per il primo aggregato.

Nel quinquennio 2018-2023 appare degna di nota anche una crescita sul fronte della spesa per il personale.

Nello stesso periodo, la spesa per l'acquisto di servizi sanitari, al netto della spesa per il File F, dopo essere diminuita tra il 2019 e il 2020, è progressivamente aumentata. Le consulenze, dopo essere aumentate tra il 2018 e il 2021, dal 2022 hanno cominciato a decrescere. La spesa per l'acquisto di beni non sanitari, diminuita tra il 2018 e il 2019, poi ha un aumento altalenante che alterna aumenti e decrementi. Infine, la spesa per l'acquisto di beni sanitari, al netto di quella per prodotti farmaceutici ed emoderivati, aumenta tra il 2018 e il 2021, poi nel 2022 diminuisce, e quindi cresce nuovamente nell'ultimo anno.

3.5. La composizione della spesa sanitaria privata

Nel 2023, l'89,5% del totale della spesa privata risulta OOP (€ 38,1 mld.), in riduzione di 1,2 p.p. rispetto al 2018 e di 0,6 p.p. rispetto all'anno precedente; quella intermediata (€ 4,5 mld.) rappresenta il restante 10,5% (in aumento di 1,1 p.p. rispetto al 2018 e di 0,6 p.p. rispetto all'anno precedente).

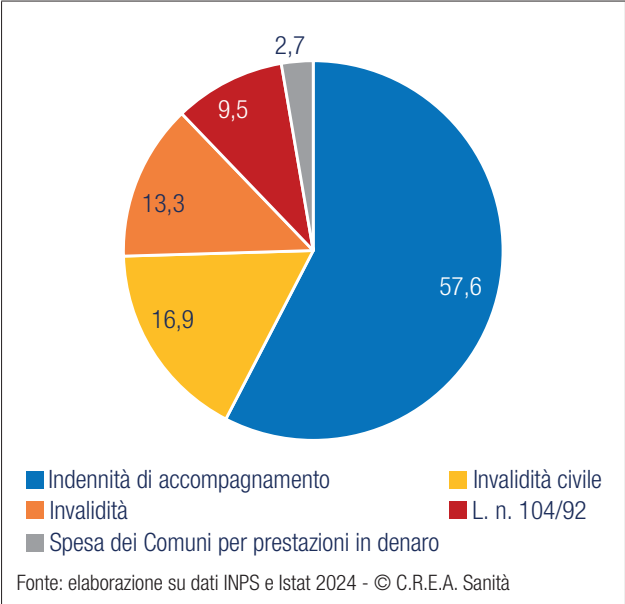
Dall'osservazione della Figura 3.17. si rileva che il peso della spesa intermediata è andato lentamente, ma costantemente, aumentando tra il 2018 e il 2023, ad eccezione di lievi flessioni nel 2020 e nel 2022.

Nella spesa intermediata si possono altresì separare quella relativa alle polizze collettive e quelle individuali. Le prime ne rappresentano, nel 2023, il 76,6% (€ 3,4 mld.; +0,4 p.p. rispetto al 2018 e +0,3 sull'anno precedente) e le seconde il rimanente 23,4% (€ 1,1 mld.; +0,8 p.p. sul 2018 e +0,3 p.p. sull'anno precedente), che sta andando progressivamente aumentando.

3.6. La spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità

L'onere pubblico per l'assistenza di tipo sociale ai non-autosufficienti (anziani e disabili) si stima che nel 2023 abbia raggiunto i € 26,8 mld., di cui il 2,0%% assorbito dall'assistenza domiciliare socio-assistenziale e lo 0,5% da quella integrata con servizi sanitari, entrambe di competenza comunale, ed il restante 97,5% riferibile al complesso delle indennità monetarie.

Figura 3.18. Composizione spesa sociale per prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Valori %. Anno 2023



Fra queste ultime, rimandando per gli approfondimenti al Capitolo 12, annoveriamo le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, per circa € 23,0 mld..

Ad esse si aggiungono le somme erogate dai Comuni a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani), pari a € 704,3 mln.⁷, e la stima per

i permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 per dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato (€ 2,5 mld.), arrivando ad un totale pari a € 26,1 mld. (Figura 3.18.).

Per completare il quadro sulla spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità, ai citati benefici erogati in moneta, vanno poi aggiunti gli oneri relativi alle prestazioni in natura offerte dai Comuni (pari a € 671,4 mln.).

Sul versante della spesa privata (per i servizi di assistenza a disabili e anziani), sulla base dei dati forniti dall'INPS (si veda per gli approfondimenti il Capitolo 12), si stima che, nel 2023, ci siano € 2,0 mld. di spesa OOP per badanti (Tabella 3.1.).

Tabella 3.1. Spesa totale per LTC. Anno 2023

Funzioni di spesa	€ mld.	Composizione (%)	Var. % 2023/2022
Spesa totale	28,8	100,0	+1,1
di cui pubblica per prestazioni in natura	0,7	2,3	+11,9
di cui pubblica per prestazioni in denaro	26,1	90,7	+0,5
di cui privata per badanti	2,0	6,9	+11,1

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Complessivamente, si stima che la spesa sostenuta per la *Long Term Care* (LTC) di tipo sociale, nel 2023, in Italia, ammonti a € 28,8 mld. pari all'1,4% del PIL, e che abbia riportato una variazione positiva dell'1,1% nell'ultimo anno.

Nelle stime non è stato possibile considerare il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da *caregiver* familiari: limitandoci ai soggetti non autosufficienti titolati a ricevere la indennità di accompagnamento, si stima, comunque, un valore di circa € 4,8 mld. per il 2023.

⁷ Si fa riferimento a *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario, contributi e integrazioni a retta per prestazioni semi-residenziali e a contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali

3.7. La spesa socio-sanitaria

Sommando al complesso della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria, quella per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più non autosufficienti, nel 2023, si stima un onere (che definiamo convenzionalmente "spesa socio-sanitaria") pari a € 200,3 mld., ovvero € 3.395,1 per residente. Essa risulta essere composta per l'85,6% dalla spesa sanitaria e il restante 14,4% dalle prestazioni di LTC.

Tabella 3.2. Spesa socio-sanitaria

Funzioni di spesa	Valori assoluti (€ mld.)	Composizione (%)	Var. % 2023/2022
Spesa socio-sanitaria totale	200,3	100,0	0,2
di cui pubblica	155,7	77,7	-0,4
Sanitaria	128,9	64,4	-0,4
Sociale	26,8	13,4	-0,4
di cui privata	44,6	22,3	2,3
Sanitaria	42,6	21,3	1,9
Sociale	2,0	1,0	11,1

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato, INPS e Istat 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3.3. Spesa socio-sanitaria, quota su PIL

Funzioni di spesa	2017	2022	2023
Spesa socio-sanitaria totale	10,5	10,4	9,4
di cui spesa sanitaria pubblica	6,6	6,8	6,1
di cui spesa sanitaria privata	2,2	2,1	2,0
di cui LTC pubblica	1,4	1,4	1,3
di cui LTC privata	0,2	0,1	0,1

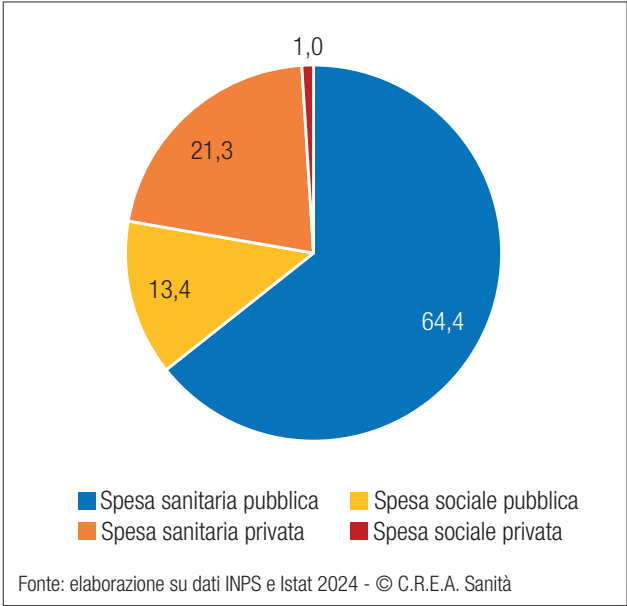
Fonte: elaborazione su Ragioneria Generale dello Stato dati INPS e Istat 2023 - © C.R.E.A. Sanità

La copertura pubblica è pari al 64,4% per la parte Sanitaria e del 13,4% per quella Sociale (Tabella 3.2. e Figura 3.19.).

La spesa socio-sanitaria (2023) rappresenta (Ta-

bella 3.3.) il 9,4% del PIL (-1,0 p.p. rispetto all'anno precedente), di cui il 6,1% imputabile alla spesa sanitaria pubblica (-0,7 p.p. sul 2022), il 2,0% a quella privata (-0,1 sull'anno precedente), l'1,3% ai servizi della LTC sociale pubblica (-0,1 p.p. sul 2022) ed il residuale 0,1% alla spesa privata per badanti (stabile rispetto al 2022).

Figura 3.19. Composizione della spesa socio-sanitaria. Valori %. Anno 2023



3.8. Riflessioni finali

Nel 2023, la spesa socio-sanitaria (sia pubblica che privata), complessivamente, ammonta a € 200,3 mld. (€ 3.395,1 pro-capite), pari al 9,4% del PIL (-1,0 p.p. rispetto al 2022): il 64,3% dalla spesa è pubblica e il 21,3% privata a carico delle famiglie; per l'85,6% si tratta di spesa sanitaria e il restante 14,4% di prestazioni sociali legate alla LTC.

La spesa sanitaria totale rimane significativamente inferiore a quella dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995 (-37,8%).

Anche i tassi di crescita italiani rimangono inferiori a quelli medi EU, generando un progressivo distacco dell'Italia dai livelli di spesa sanitaria dei Paesi EU-Ante 1995. Anche nell'ultimo anno, l'Italia ha registrato una crescita della spesa sanitaria totale

pro-capite inferiore rispetto a quella media degli altri Paesi europei di riferimento (+ 0,3% Italia vs + 2,3% Paesi EU-Ante 1995), sebbene il PIL pro-capite sia cresciuto in maniera nettamente più consistente e ad un tasso superiore a quello dei Paesi di riferimento (+6,6 Italia vs 4,8% Paesi EU-Ante 1995).

Il *gap*, per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica, risulta ancora maggiore avendo ormai raggiunto il 44,0%.

La spesa italiana è “sottodimensionata” rispetto alle attese basate sulle risorse disponibili: in corrispondenza del livello di PIL italiano al netto degli interessi passivi sul debito pubblico, ci si aspetterebbe una spesa sanitaria maggiore dell'attuale dell'11,3%.

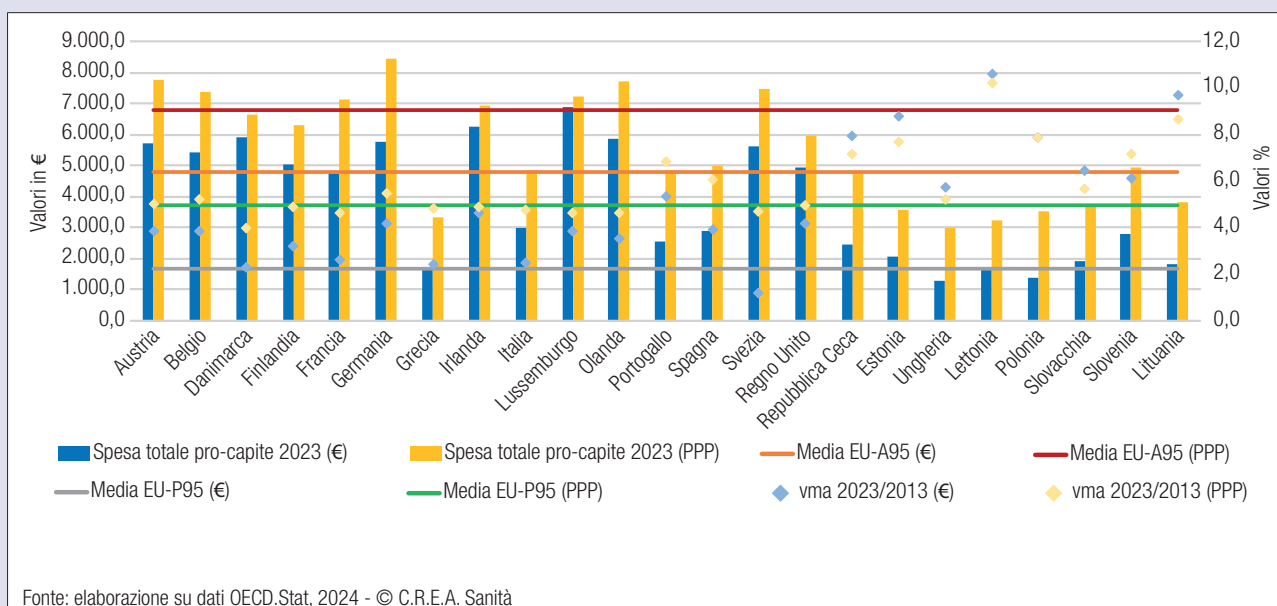
A livello regionale, permane una rilevante differenza nella spesa sanitaria pro-capite: la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari a 1,38 volte ovvero € 995,7; anche escludendo le Regioni a Statuto Speciale, la differenza rimane considerevole e pari a € 662,1 (1,25 volte).

La differenza è in larga misura ascrivibile alla componente privata: per questa voce, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima supera le 2,0 volte (€ 471,8), valore in crescita rispetto all'anno precedente quando la differenza era pari a € 464,7.

Riferimenti bibliografici

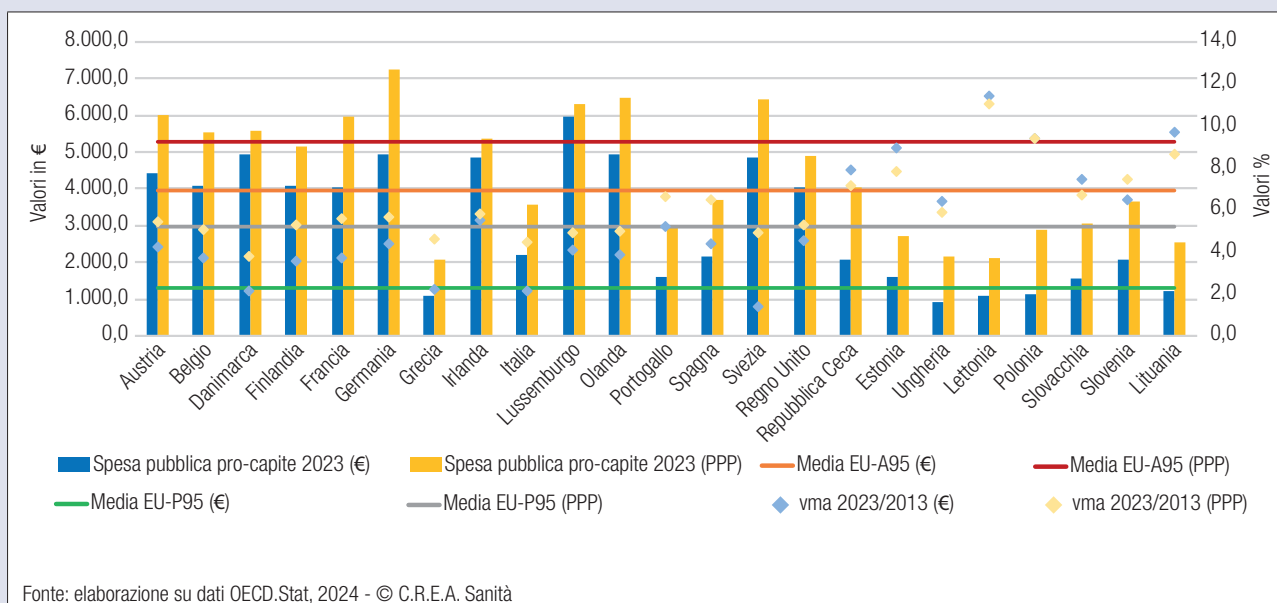
- ANIA, Premi Danni (<http://www.ania.it/it/pubblicazioni/>)
- Istat (anni vari). Tavole statistiche varie, www.istat.it
- Ministero della Salute, Fondi Sanitari Integrativi
- Ministero della Salute (anni vari), Modello di rilevazione del Conto Economico
- OECD (2016), Health Data Statistics
- SDA Bocconi, (anni vari), Osservatorio sui consumi privati in Sanità

KI 3.1. Spesa sanitaria totale pro-capite



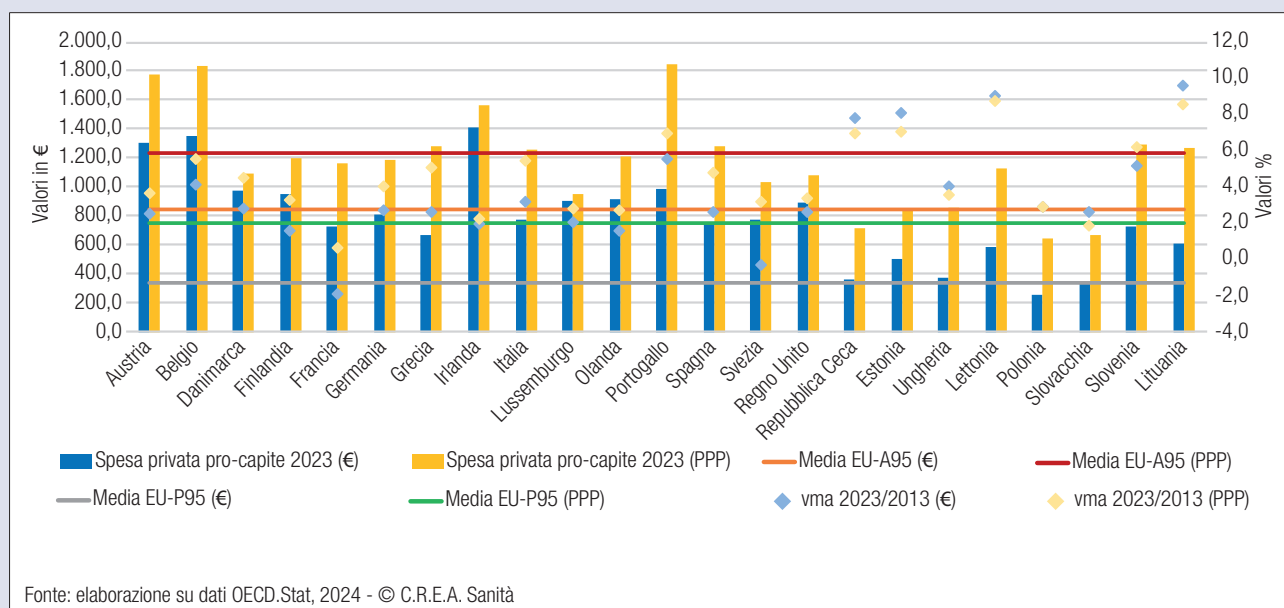
Nel 2023, in Italia, secondo i dati OECD, la spesa sanitaria totale pro-capite si attesta a € 2.986,0 (+0,3% sull'anno precedente) con un *gap* del -37,8% rispetto al valore medio dei rimanenti Paesi EU-Ante 1995 (€ 4.802,4, +2,3% sull'anno precedente). Nei confronti dei Paesi EU-Post 1995 (spesa totale pro-capite pari a € 1.656,4, +16,9% sull'anno precedente), l'Italia conserva un *gap* positivo del +80,3%. In Parità di Potere di Acquisto (PPP) si confermano i risultati: la spesa è pari per Italia € 4.832,7, con uno scarto del -28,8% verso i Paesi EU-Ante 1995 (€ 6.790,1) e del +30,6% verso quelli EU-Post 1995 (€ 3.701,2). Nell'ultimo decennio i Paesi EU-Ante 1995 hanno registrato una crescita media annua del 3,6%, quelli EU-Post del 7,6% e l'Italia del +2,4% medio annuo: il *gap* nei confronti dei Paesi EU-Ante 1995 si è allargato di 7,7 punti percentuali (p.p.) e nei confronti di quelli EU-Post 1995 si è ridotto di 114,5 p.p..

KI 3.2. Spesa sanitaria pubblica pro-capite



Nel 2023, in Italia, secondo i dati OECD la spesa sanitaria pubblica pro-capite si attesta a € 2.208,6 (-0,4% sull'anno precedente) con un *gap* del -44,0% rispetto ai rimanenti Paesi EU-Ante 1995 (€ 3.950,8, +1,8% sull'anno precedente). Nei confronti dei Paesi EU-Post 1995 (che presentano una spesa pubblica pro-capite pari a € 1.320,4, +22,3% sull'anno precedente), l'Italia conserva un *gap* positivo del +67,3%. In PPP si confermano i risultati: la spesa in Italia è pari a € 3.574,5, con uno scarto del -35,7% verso i Paesi EU-Ante 1995 (€ 5.275,7) e del +21,0% verso quelli EU-Post 1995 (€ 2.953,1). Nell'ultimo decennio i Paesi EU-Ante 1995 hanno registrato una crescita media annua del 4,1%, quelli EU-Post dell'8,5% e l'Italia del 2,2%: il *gap* nei confronti dei Paesi EU-Ante 1995 si è allargato di 7,1 p.p. e nei confronti di quelli EU-Post 1995 si è ridotto di 51,7 p.p..

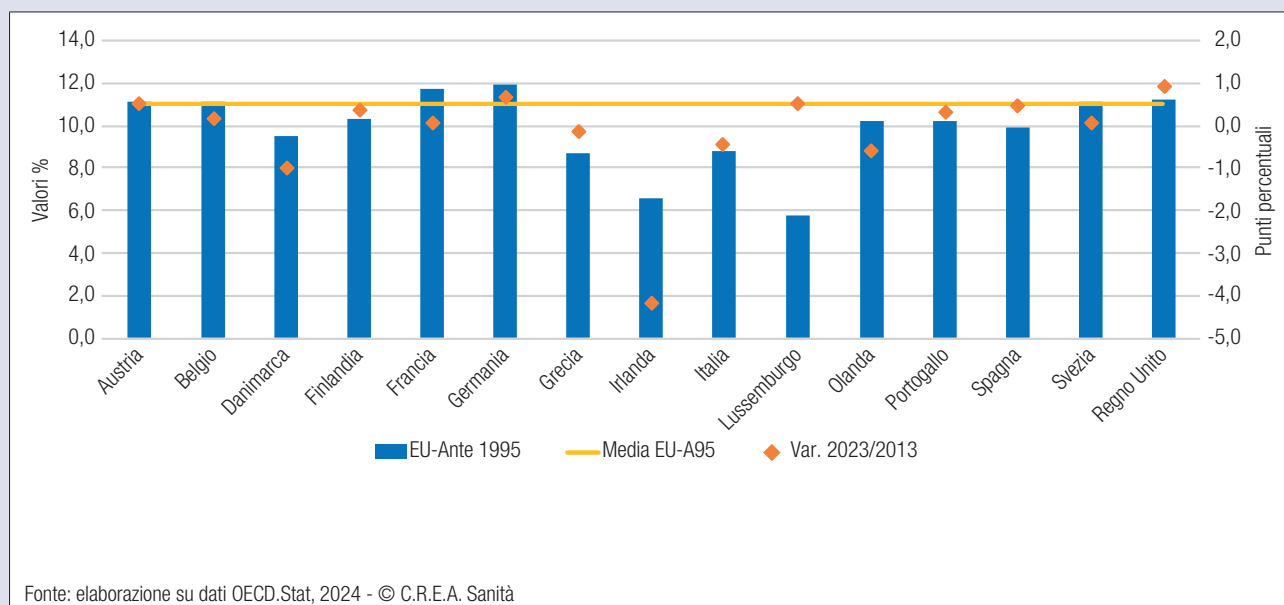
KI 3.3. Spesa sanitaria privata pro-capite



Nel 2023, in Italia secondo i dati OECD, la spesa sanitaria privata pro-capite si attesta a € 777,4 (+2,1% sull'anno precedente) con un *gap* del -8,7% rispetto al valore medio dei rimanenti Paesi EU-Ante 1995 (€ 851,6 , +4,7% sull'anno precedente). Nei confronti dei Paesi EU-Post 1995 (che presentano una spesa privata pro-capite pari a € 336,0, -0,2% sull'anno precedente), l'Italia conserva un *gap* positivo del +131,3%. In PPP, l'Italia ha una spesa privata pro-capite pari a € 1.258,2 con uno scarto verso i Paesi EU-Ante 1995 del +2,0% (€ 1.236,9) e del +68,2% verso quelli EU-Post 1995 (€ 748,2).

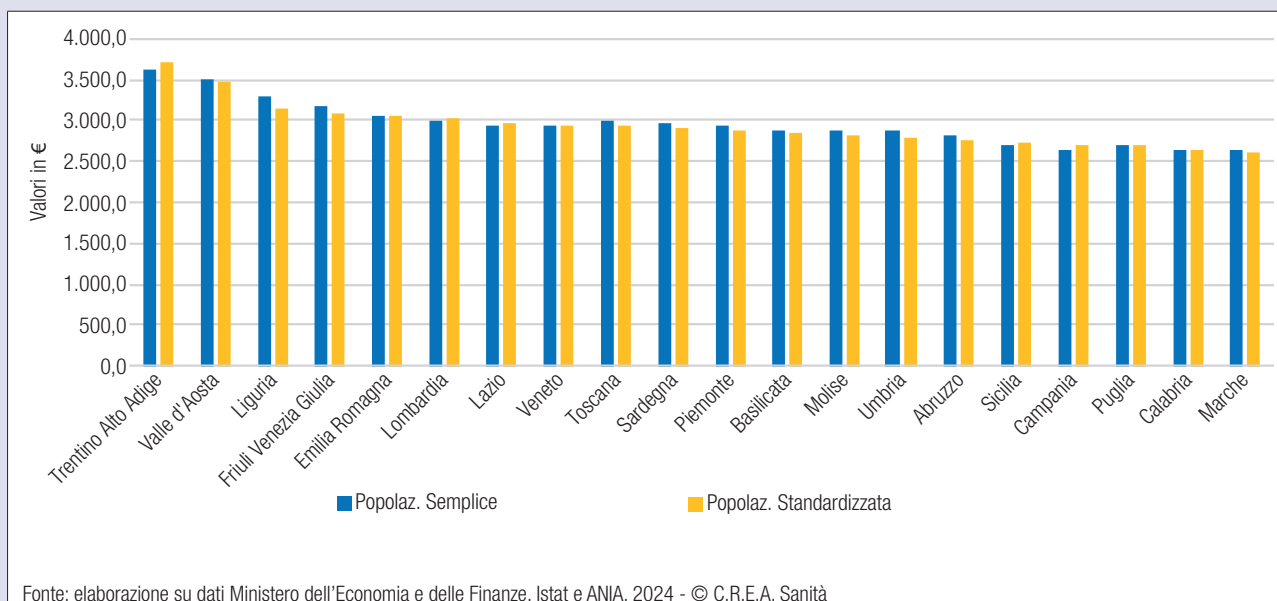
Nell'ultimo decennio i Paesi EU-Ante 1995 hanno registrato una crescita media annua dell'1,7%, quelli EU-Post del 4,6% e l'Italia del 3,2% medio annuo: il *gap* nei confronti dei Paesi EU-Ante 1995 è diminuito di 12,0 p.p. e nei confronti di quelli EU-Post 1995 si è ridotto di 34,7 p.p..

KI 3.4. Incidenza della spesa sanitaria totale pro-capite sul PIL al netto degli interessi. Anno 2023



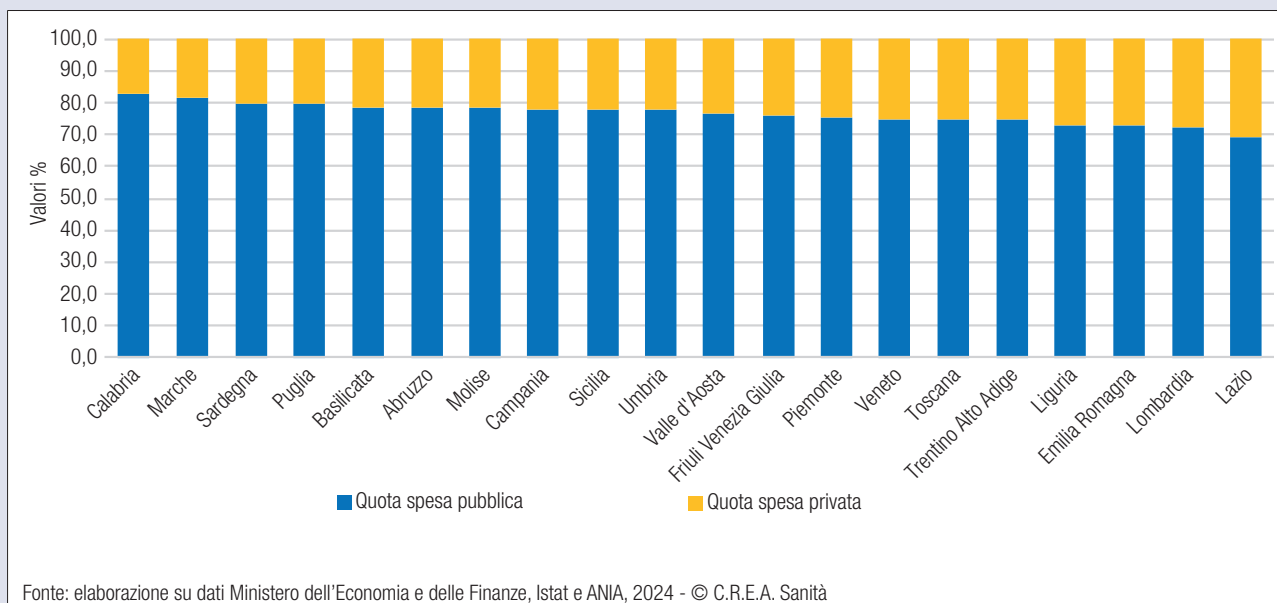
Nel 2023, in Italia, l'incidenza della spesa sanitaria pro-capite sul PIL pro-capite al netto degli interessi passivi sul debito pubblico è pari all'8,8%, -0,6 p.p. rispetto all'anno precedente. L'incidenza della spesa sanitaria italiana sul PIL al netto degli interessi è inferiore di -2,2 p.p. rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (11,0%). Nell'ultimo decennio nei Paesi EU-Ante 1995 l'incidenza è in media aumentata di 0,3 p.p., mentre in Italia è diminuita di 0,4 p.p.; il *gap* è pertanto cresciuto di 0,7 p.p..

KI 3.5. Spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2023



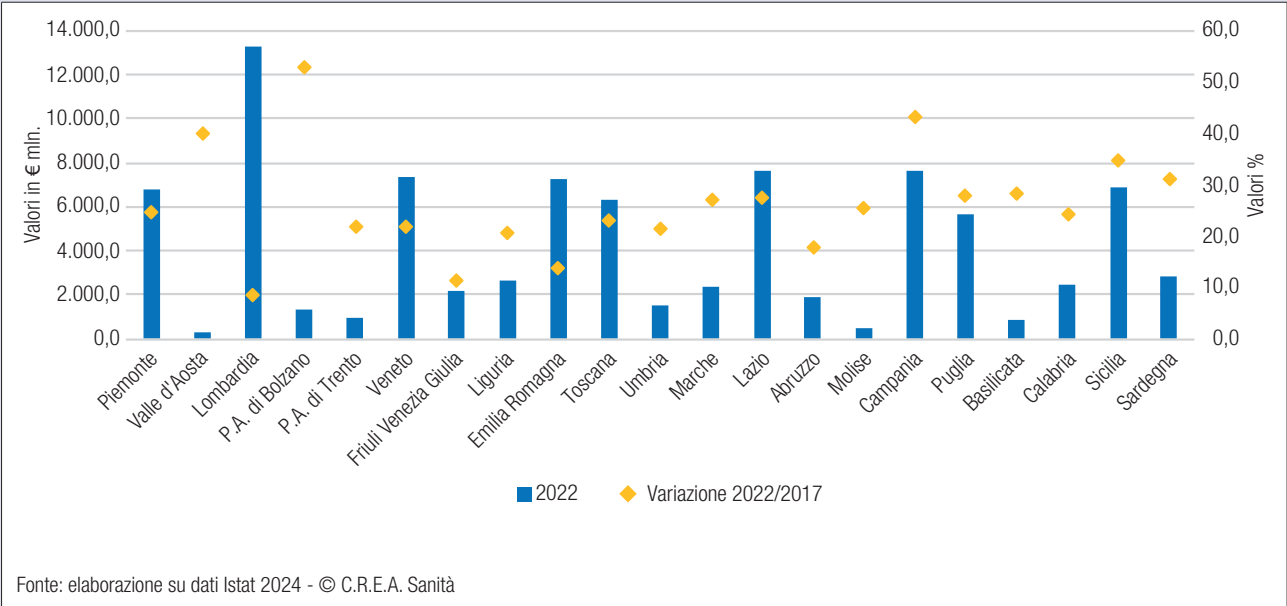
Nel 2023, secondo i dati Istat, la spesa sanitaria italiana risulta pari a € 2.906,6 pro-capite, in aumento dello 0,2% rispetto all'anno precedente. A livello regionale i valori massimi si registrano in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.621,8 e € 3.502,9); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.643,5) e Calabria (€ 2.626,1). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari a 1,38 volte ovvero € 995,7. Escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza scende a 1,25 volte. Standardizzando la spesa, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima sale a 1,42 volte (al netto delle Regioni a statuto speciale di 1,21 volte).

KI 3.6. Composizione spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2023



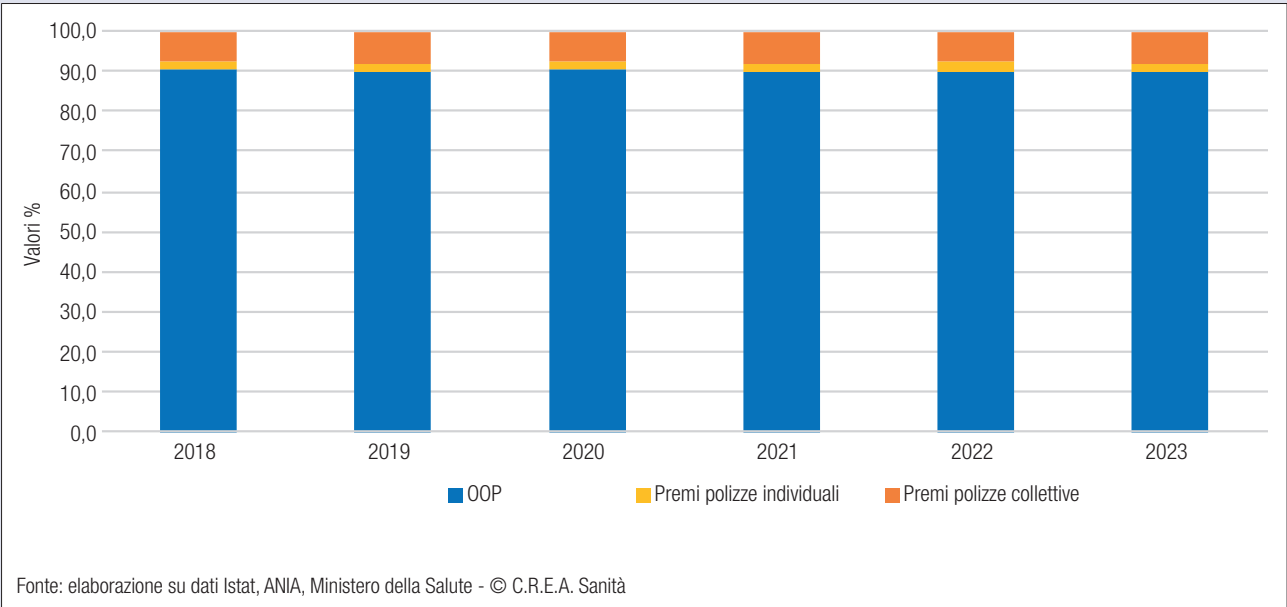
Nel 2023, la spesa sanitaria totale italiana risulta per il 75,1% pubblica e il residuale 24,9% privata. L'incidenza massima della spesa privata si registra nel Lazio con il 30,5%, quella minima in Calabria (17,2%).

KI 3.7. Spesa sanitaria pubblica diretta



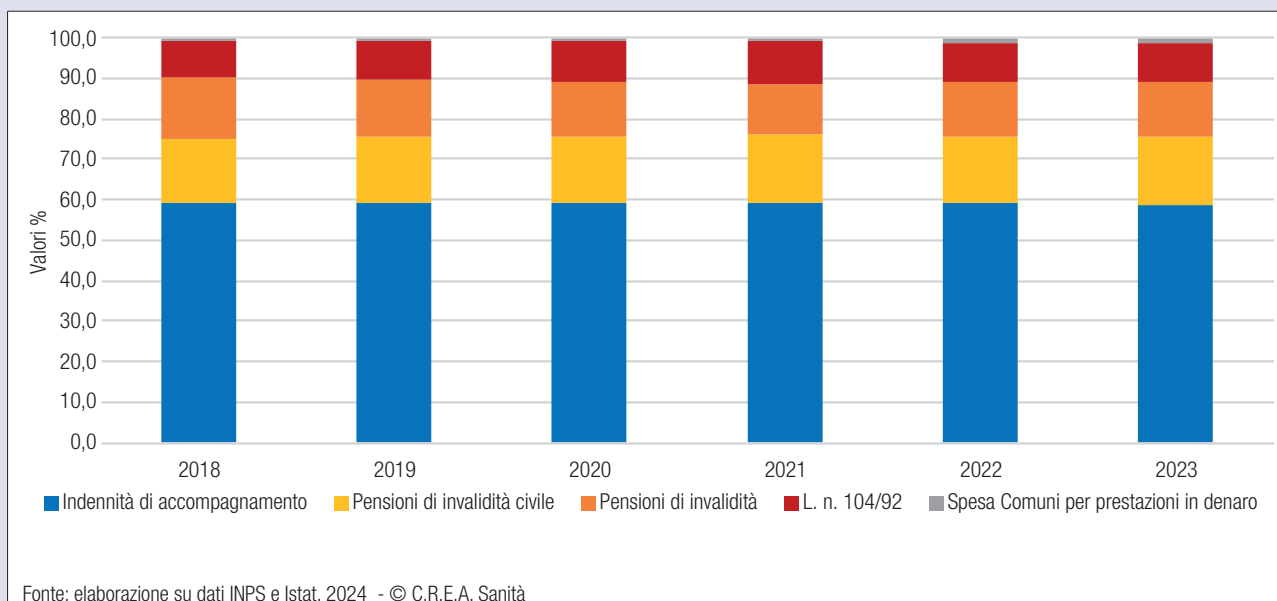
La spesa sanitaria diretta rappresenta in media il 68,0% della spesa pubblica in crescita di 3,2 p.p. nell'ultimo quinquennio; il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (83,1%) e quello minimo in Lazio (60,3%). Nell'ultimo quinquennio il massimo aumento della quota della spesa diretta si è registrato in Calabria (+5,6 p.p.), il minore in Friuli Venezia Giulia (+0,3 p.p.).

KI 3.8. Composizione spesa sanitaria privata



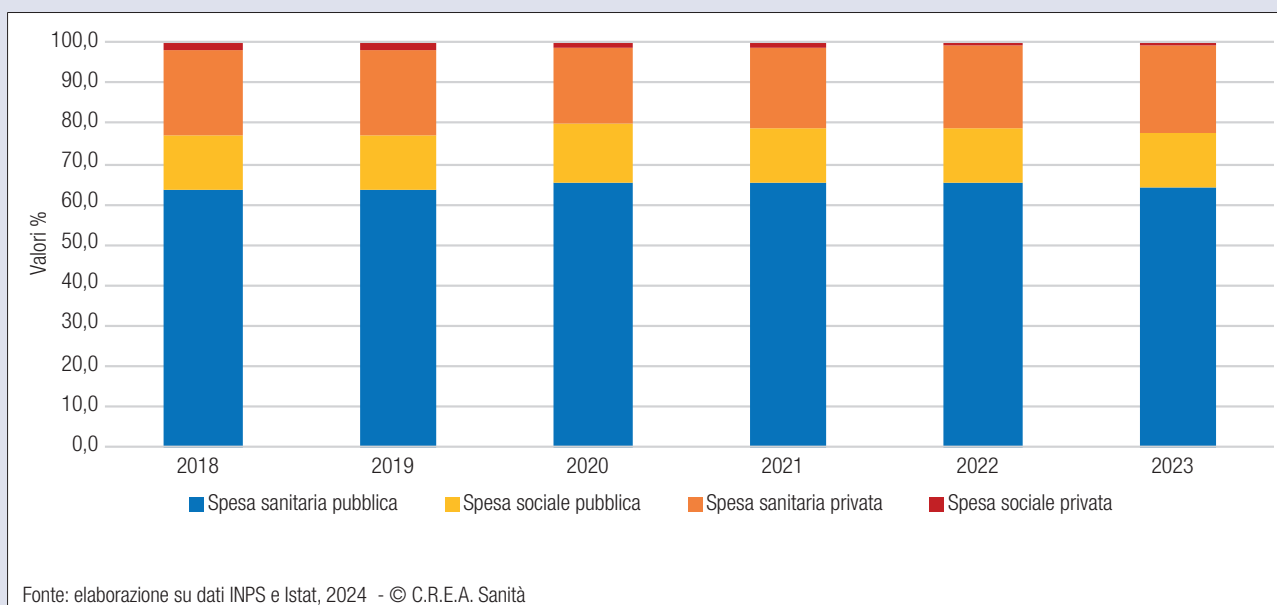
Nel 2023, la spesa *Out of Pocket* (OOP) (€ 38,1 mld.) rappresenta l'89,5% del totale della spesa privata, in riduzione di 1,2 p.p. rispetto al 2018 e di 0,6 p.p. rispetto all'anno precedente; quella intermediata (€ 4,5 mld.) il restante 10,5% (in aumento di 1,1 p.p. rispetto al 2018 e di 0,6 p.p. rispetto all'anno precedente). La spesa intermediata è, a sua volta, composta da polizze collettive e da polizze individuali: le prime ne rappresentano il 76,6% (€ 3,4 mld.; +0,4 p.p. rispetto al 2018 e +0,3 sull'anno precedente) e le seconde il rimanente 23,4% (€ 1,1 mld.; +0,8 p.p. sul 2018 e +0,3 p.p. sull'anno precedente).

KI 3.9. Spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità



La spesa sociale per la non autosufficienza 2023 (comprendente pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti e per i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/92) vale € 25,4 mld. al netto delle somme erogate dai Comuni a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani), pari a € 291,3 mln., e d € 25,7 mld. al lordo. Il 58,5% della è relativo alle indennità di accompagnamento; il 17,2% alle pensioni di invalidità civile; il 13,5% alla spesa per le pensioni di invalidità; il 9,6% alla spesa per permessi retribuiti a norma della L. n. 104/92; infine l'1,1% alla spesa dei Comuni per prestazioni monetarie.

KI 3.10. Spesa socio-sanitaria



Nel 2023, la spesa socio-sanitaria totale in Italia (comprendendo quella sanitaria e quella sociale per le non autosufficienze e le disabilità) ammonta a € 200,3 mld., ovvero € 3.395,1 per residente. Risulta composta per l'85,6% da spesa sanitaria e il residuo 14,4% da prestazioni sociali per la non autosufficienza. La copertura pubblica è del 64,4% per la parte sanitaria e del 13,4% per quella sociale.



Capitolo 4

Organizzazioni e reti trasversali

- 4a. L'impegno internazionale per il raggiungimento della copertura sanitaria universale
- 4b. I principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale
- 4c. Le Reti Oncologiche Regionali: l'impatto del *network management* sulle *Performance*
- 4d. Lo scenario della Sanità digitale in Italia: i principali risultati di ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano
- 4e. Il ruolo di Consip nell'ambito degli acquisti in Sanità: esperienze di gara e approcci innovativi
- 4f. Il personale del Servizio Sanitario Nazionale
- 4g. L'evoluzione professionale dell'Operatore Socio-Sanitario: evidenze da una *survey*

Sintesi

CAPITOLO 4a

L'impegno internazionale per il raggiungimento della copertura sanitaria universale

Carbonaro I.¹

Nel 2015, le Nazioni Unite hanno adottato l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile con 17 Obiettivi di sviluppo sostenibile (*Goals o Sustainable Development Goals – SDGs*) suddivisi in 169 *Targets*.

Tre principi fondamentali sono stati utilizzati per dare forma agli SDGs:

1. non lasciare nessuno indietro
2. garantire equità e dignità per tutti
3. raggiungere la prosperità all'interno dello spazio operativo sicuro e ripristinato della Terra.

L'SDG 3 si propone di garantire la salute e di promuovere il benessere per tutti e a tutte le età ed è l'obiettivo centrale, richiamato all'interno di tutti i 17 SDGs.

In generale, "la salute è un problema che riguarda tutte le persone, ed è influenzata da e contribuisce alle politiche di un'ampia gamma di settori". Il raggiungimento dell'SDG 3 dipenderà dai progressi compiuti in altri SDGs (e ne contribuirà): un esempio tra tutti la riduzione della povertà.

Il *Goal 3* è declinato in 13 *Targets*, tra i quali assume particolare rilievo il *Target 3.8* "Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi finanziari, l'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso sicuro, efficace, di qualità e a prezzi accessibili a medicinali di base e vaccini per tutti".

Il tema della copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage (UHC)*) è nelle Agende delle principali organizzazioni internazionali quali fra tutte l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'ONU.

Per raggiungere l'UHC occorre affrontare molte

sfide.

Nel settembre 2019, in occasione dell'*High Level Meeting* delle Nazioni Unite (UN HLM) "*Universal Health Coverage: Moving Together to Build a Healthier World*", i *leader* mondiali hanno approvato una dichiarazione politica sulla salute che è la più ambiziosa e completa della storia. Nell'approvarla, si sono impegnati a garantire che, entro il 2030, ogni persona, in ogni Paese, possa ricevere tutti i servizi sanitari di qualità di cui ha bisogno senza soffrire disagi economici.

Tale risultato è stato preparato da UHC2030, un partenariato multi-*stakeholder*, dedicato al coordinamento e all'amplificazione degli sforzi dell'OMS, della Banca Mondiale, dei governi nazionali, della società civile e del settore privato in tema di rafforzamento dei sistemi sanitari e di raggiungimento dell'UHC. I diversi attori del movimento per l'UHC hanno elaborato una serie di "richieste o domande chiave" (*Key Asks*) ai *leader* politici nazionali per accelerare il raggiungimento dell'UHC. Tali richieste sono state richiamate anche nell'ultimo HLM del 2023, con un riferimento ancora più marcato alle azioni da compiere per il perseguimento dell'UHC.

Le 8 *Key Asks* dell'UHC2030 sono:

- 1) garantire una *leadership* politica che vada oltre la salute
- 2) non lasciare nessuno indietro
- 3) regolamentare e legiferare
- 4) sostenere la qualità delle cure
- 5) investire di più e meglio
- 6) muoversi insieme
- 7) parità di genere

¹ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

8) preparazione alle emergenze.

A queste richieste si aggiungono le sfide più recenti a livello internazionale, alcune dibattute anche da tempo, ma che hanno suscitato un rinnovato interesse nei consessi nazionali ed internazionali per il raggiungimento della copertura sanitaria universale. Esse riguardano:

- a) il rafforzamento dell'assistenza primaria
- b) la riduzione delle disuguaglianze
- c) i cambiamenti climatici, demografici e dei fattori di rischio
- d) i problemi della salute in contesti ad alto rischio
- e) la resistenza antimicrobica
- f) gli approcci multisettoriali
- g) il sistema informativo.

Rapporti di monitoraggio globale sui progressi della copertura sanitaria universale (l'ultimo è il *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report*) sono prodotti dall'OMS e dal Gruppo della Banca Mondiale ogni due anni.

I progressi sono monitorati mediante due indicatori: l'indicatore 3.8.1 che misura la copertura dei servizi sanitari essenziali e l'indicatore 3.8.2, che misura l'incidenza della spesa sanitaria catastrofica.

Non si è ancora sulla buona strada per raggiungere l'UHC. La Dichiarazione politica dell'ultimo HLM

del 2023 fornisce un'utile tabella di marcia per accelerare l'attuazione delle azioni per raggiungere l'UHC.

A livello globale, più della metà della popolazione mondiale non è coperta da servizi sanitari essenziali (circa 4,5 mld. di persone nel 2021, soprattutto nelle popolazioni rurali e più povere), mentre le difficoltà finanziarie dovute alle spese sanitarie di tasca propria (*Out Of Pocket*) sono peggiorate dal 2015, con conseguenze per 2 mld. di persone nel 2019.

Nel 2022, il 2,2% della popolazione dell'Unione Europea ha riferito di aver avuto bisogno di cure mediche non soddisfatte a causa di motivi finanziari, lunghe liste d'attesa o distanze di viaggio.

In Italia i tre principi fondamentali su cui si basa il Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano dalla sua istituzione, universalità, uguaglianza ed equità, sono guardati con attenzione a livello internazionale. Ma ancora si è lontani da una loro piena realizzazione, come si rileva osservando, nel 2023, i quasi 4,5 mln. di persone che rinunciano alle cure, di cui 2,5 mln. per motivi economici.

In definitiva, per garantire che ogni persona possa beneficiare del diritto umano alla salute, i *leader* politici devono fare scelte giuste e ragionevoli in campo economico, finanziario e sociale: l'UHC è, in fondo, una scelta politica.

CAPITOLO 4a

L'impegno internazionale per il raggiungimento della copertura sanitaria universale

Carbonaro I.¹

A livello delle politiche sulla Salute internazionali, “Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età” è l’obiettivo centrale, richiamato all’interno dei 17 *Goals* dello sviluppo sostenibile che tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite hanno adottato nel 2015 (ONU, 2015). Tale obiettivo si posiziona fra quelli del *Goal* 3 “Salute e Benessere”, che contiene 13 *Targets*: fra questi va, in particolare, ricordato il Target 3.8, “Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi finanziari, l’accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l’accesso sicuro, efficace, di qualità e a prezzi accessibili a medicinali di base e vaccini per tutti” che ne è un presupposto fondamentale.

Il tema della copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage* (UHC)) è nelle Agende delle principali organizzazioni internazionali quali fra tutte l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l’ONU, riguardo al monitoraggio del conseguimento degli obiettivi dello sviluppo sostenibile. Infatti, malgrado negli ultimi decenni ci siano stati notevoli progressi in materia di copertura dei servizi sanitari essenziali, ancora oggi metà della popolazione mondiale non riesce ad accedere a tali servizi o lo fa affrontando spese catastrofiche *Out of Pocket* (OOP), finendo in situazioni di povertà o subendo un ulteriore impoverimento.

Il contributo intende fornire una breve rassegna dell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e mostrare come il *Goal* 3 sia centrale agli obiettivi dello sviluppo sostenibile; inoltre si riporta la situazione

nel mondo, in Europa ed in Italia, relativamente al raggiungimento del *Goal* 3 e, specificatamente, del *Target* 3.8.

4a.1. L’Agenda 2030, i *Sustainable Development Goals* e l’obiettivo della salute

Nel 2015, le Nazioni Unite hanno adottato l’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile con 17 Obiettivi di sviluppo sostenibile (da qui in poi *Goals* o per esteso *Sustainable Development Goals* – SDGs) suddivisi in 169 *Targets*. Tutti i 193 Stati membri delle Nazioni Unite si sono impegnati a raggiungere lo sviluppo sostenibile nelle sue tre dimensioni - economica, sociale e ambientale - in modo equilibrato e integrato. Particolare attenzione è stata rivolta anche alla dimensione istituzionale (*United Nations* 2015).

Gli SDGs forniscono un quadro di riferimento per un’azione condivisa “per le persone, il pianeta e la prosperità”, che dovrà essere attuata da “tutti i Paesi e tutte le parti interessate, agendo in *partnership* collaborativa”.

Più precisamente, cinque parole sintetizzano l’Agenda 2030: *People, Planet, Prosperity, Peace and Partnership*. L’Agenda collega sviluppo umano e pianeta. Si concentra sull’equità, la redistribuzione e l’accesso ai benefici che contano per tutti gli esseri umani. Sottolinea che non si può avere sviluppo senza che vi siano mezzi pacifici per risolvere i conflitti e quindi la pace è al centro. Il documento si concentra anche sul partenariato come metodo di lavoro.

¹ Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

Figura 4a.1. I Sustainable Development Goals



Gli SDGs sono il risultato di due processi: gli Obiettivi del Millennio del 2000 (*Millennium Development Goals* – MDGs -derivati a loro volta dalla *United Nations Millennium Declaration*) e i documenti del Vertice Rio+20 del 2012 (ONU, 2012) che hanno proseguito dove l'Agenda 21 del *Rio Earth Summit* del 1992 (ONU, 1992) aveva lasciato.

I tre principi fondamentali che sono scaturiti dalla convergenza degli MDGs e dalla Conferenza Rio+20 (ONU 2012) sono stati utilizzati per dare forma agli SDGs, ovvero (UNEP, 2015):

1. non lasciare nessuno indietro
2. garantire equità e dignità per tutti
3. raggiungere la prosperità all'interno dello spazio operativo sicuro e ripristinato della Terra.

I *Goals* possono essere raggruppati secondo diverse tassonomie. Ad esempio, essi possono essere ricondotti alle aree interconnesse di intervento identificate dalle cinque P: Persone (obiettivi da 1 a 5), Prosperità (obiettivi da 6 a 12), Pianeta (obiettivi da 13 a 15), Pace (obiettivo 16), *Partnership* (obiettivo 17) oppure secondo le tre dimensioni: sociale, economica, ambientale (si vedano ad esempio, tra gli altri, Barbier e Burgess, 2017).

I 17 SDGs e i relativi obiettivi sono stati progettati per essere monitorati attraverso un insieme di indicatori globali adottati insieme all'Agenda 2030 (Figura 4a.1.).

Il gruppo di esperti Inter-agenzia delle Nazioni Unite sugli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (UN *Inter-agency Expert Group on Sustainable Development Goals* - IAEG-SDGs), guidato dalla Commissione statistica delle Nazioni Unite, ha identificato 242 indicatori globali per monitorare i progressi verso il raggiungimento dei 17 obiettivi e dei 169 *Targets* associati. Attualmente si usano 231 indicatori unici all'interno di un elenco più ampio di 248 indicatori (13 indicatori si ripetono sotto due o tre obiettivi diversi), approvati dalla Commissione statistica nella sua LI sessione (ONU 2020), che saranno rielaborati nella LVI sessione nel 2025.

Lo IAEG ha classificato gli indicatori in tre livelli: quelli che hanno una metodologia chiara e dati raccolti a supporto (livello I), quelli che hanno una metodologia consolidata ma non una raccolta regolare di dati (livello II) e quelli che non hanno né una metodologia chiara né una raccolta regolare di dati (livello III).

Nel documento finale del Vertice di Rio+20, *"The future we want"*, a pagina 27 viene riconosciuto che la salute è un prerequisito, un risultato e un indicatore di tutte e tre le dimensioni dello sviluppo sostenibile e che gli obiettivi dello sviluppo sostenibile possono essere raggiunti solo in assenza di un'alta prevalenza di malattie debilitanti, trasmissibili e non trasmissibili, e dove le popolazioni possono raggiungere uno stato di benessere fisico, mentale e sociale. Si afferma, inoltre, che l'azione sui determinanti sociali e ambientali della salute, sia per i poveri e i vulnerabili che per l'intera popolazione, è importante per creare società inclusive, eque, economicamente produttive e sane. Nel documento si chiede, infine, la piena realizzazione del diritto al godimento del più alto *standard* raggiungibile di salute fisica e mentale.

Sempre a pagina 27, si riconosce inoltre l'importanza della copertura sanitaria universale per il miglioramento della salute, la coesione sociale e lo sviluppo umano ed economico sostenibile. Vi è l'impegno a rafforzare i sistemi sanitari per garantire un'equa copertura universale e si chiede il coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti per un'azione coordinata e multisettoriale che affronti con urgenza i bisogni di salute della popolazione mondiale.

In altri termini l'SDG 3 assume un ruolo centrale negli SDGs, e il *Target 3.8* sulla UHC è fondamentale per raggiungere l'SDG 3 (ONU 2015).

UHC significa che tutte le persone possono avere accesso all'intera gamma di servizi sanitari di qualità di cui hanno bisogno, quando e dove ne hanno bisogno, senza difficoltà finanziarie. Copre l'intero arco dei servizi sanitari essenziali, dalla promozione della salute alla prevenzione, al trattamento, alla riabilitazione e alle cure palliative per tutto il corso della loro vita.

4a.2. L'SDG 3 Salute e benessere (Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età)

L'SDG 3 si propone di garantire la salute e di promuovere il benessere per tutti e a tutte le età.

Affronta tutte le principali



priorità sanitarie: salute riproduttiva, materna, neonatale, infantile e adolescenziale; malattie trasmissibili e non trasmissibili; copertura sanitaria universale; accesso per tutti a farmaci e vaccini sicuri, efficaci, di qualità ed economici.

Si focalizza su diversi ambiti di intervento: ridurre la mortalità materno-infantile, debellare le epidemie, contrastare le malattie trasmissibili e le malattie croniche, promuovendo benessere e salute mentale. Tra le aree di intervento si segnalano l'accesso alla prevenzione, il contrasto alla diffusione delle patologie croniche e agli stili di vita poco corretti (consumo di alcol e tabacco), nonché la diminuzione della mortalità dovuta incidenti stradali.

L'obiettivo 3 richiede anche maggiori investimenti in ricerca e sviluppo, finanziamento della salute e riduzione e gestione del rischio sanitario.

L'obiettivo è declinato in 13 *Targets* (di cui gli ultimi quattro riferiti agli strumenti di attuazione), accompagnati da indicatori per il relativo monitoraggio.



Entro il 2030, ridurre il tasso di mortalità materna globale a meno di 70 per ogni 100 mila bambini nati vivi

3.1.1 Tasso di mortalità materna

3.1.2 Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato

Entro il 2030, porre fine alle morti prevenibili di neonati e bambini sotto i cinque anni di età. Tutti i Paesi dovranno cercare di ridurre la mortalità neonatale ad almeno 12 per ogni 1.000 bambini nati vivi e la mortalità dei bambini sotto i cinque anni di età ad almeno 25 per 1.000 bambini nati vivi

3.2.1 Tasso di mortalità sotto i cinque anni

3.2.2 Tasso di mortalità neonatale

Entro il 2030, porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate; combattere l'epatite, le malattie di origine idrica e le altre malattie trasmissibili

3.3.1 Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone non infette, per ses-

so, età e gruppi di Popolazione

3.3.2 Incidenza della tubercolosi per 100 mila abitanti

3.3.3 Incidenza della malaria per 1.000 abitanti

3.3.4 Incidenza della epatite B per 100 mila abitanti

3.3.5 Numero di persone che necessitano di interventi contro le malattie tropicali abbandonate



Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento e promuovere benessere e salute mentale

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

3.4.2 Tasso di mortalità per suicidio



Rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui l'abuso di stupefacenti e il consumo nocivo di alcol

3.5.1 Copertura degli interventi di trattamento (farmacologico, psicosociale e di riabilitazione e servizi di *follow-up*) per i disturbi da uso di sostanze.

3.5.2 Consumo di alcol pro-capite (a partire dai 15 anni) in un anno solare in litri di alcol puro



Entro il 2020, dimezzare il numero globale di morti e feriti a seguito di incidenti stradali

3.6.1 Tasso di mortalità per incidenti stradali



Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, l'informazione e l'educazione, e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali.

3.7.1 Percentuale di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione



familiare con metodi moderni

3.7.2 Tasso di natalità adolescenziale (età 10-14 anni; età 15-19 anni) per 1.000 donne in quella fascia d'età

Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi finanziari, l'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso sicuro, efficace, di qualità e a prezzi accessibili a medicinali di base e vaccini per tutti

3.8.1 Copertura dei servizi sanitari essenziali

3.8.2 Percentuale della popolazione con una proporzione elevata di spesa delle famiglie per la salute rispetto alla spesa totale delle famiglie o del reddito

Entro il 2030, ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da contaminazione e inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo



3.9.1 Tasso di mortalità attribuito all'inquinamento atmosferico domestico e ambientale

3.9.2 Tasso di mortalità attribuito ad acqua non sicura, servizi igienici non sicuri e mancanza di igiene (esposizione a servizi non sicuri di Acqua, servizi igienici e igiene per tutti (*WASH*))

3.9.3 Tasso di mortalità attribuita ad avvelenamento accidentale

Rafforzare l'attuazione del Quadro Normativo della Convenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul Controllo del Tabacco in modo appropriato in tutti i Paesi

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

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 a farmaci e vaccini essenziali ed economici, in conformità alla Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS e la Sanità Pubblica, che afferma il diritto dei Paesi in via

di sviluppo ad utilizzare appieno le disposizioni dell'Accordo sugli Aspetti Commerciali dei Diritti di Proprietà Intellettuale contenenti le cosiddette “flessibilità” per proteggere la sanità pubblica e, in particolare, fornire l'accesso a farmaci per tutti

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

3.b.2 Assistenza totale netta ufficiale allo sviluppo per la ricerca medica e settori sanitari di base

3.b.3 Percentuale di strutture sanitarie che dispongono di un nucleo di farmaci essenziali disponibili e accessibili su base sostenibile.

Aumentare considerevolmente i fondi destinati alla sanità e alla selezione, formazione, sviluppo e mantenimento del personale sanitario nei Paesi in via di sviluppo, specialmente nei meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo

3.c.1 Densità e distribuzione dei professionisti sanitarie

Rafforzare la capacità di tutti i Paesi, soprattutto dei Paesi in via di sviluppo, di segnalare in anticipo, ridurre e gestire i rischi legati alla salute, sia a livello nazionale che globale

3.d.1 Capacità del Regolamento sanitario internazionale (RSI) e preparazione alle emergenze sanitarie

3.d.2 Percentuale di infezioni del flusso sanguigno dovute a organismi selezionati resistenti agli antimicrobici.

L'obiettivo sulla salute (SDG 3) è ampio: “Garantire vite sane e promuovere il benessere per tutti a tutte le età”. La dichiarazione degli SDGs sottolinea che per raggiungere l'obiettivo generale sulla salute, “dobbiamo raggiungere la copertura sanitaria universale (UHC) e l'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità” (*Target 3.8*). Nessuno deve essere lasciato indietro”.

In generale, “la salute è un problema che riguarda tutte le persone, ed è influenzata da e contribuisce alle politiche di un'ampia gamma di settori”. Il raggiungimento dell'SDG 3 dipenderà dai progressi compiuti in altri SDGs - ad esempio, riduzione della povertà; istruzione, nutrizione, uguaglianza di genere, acqua potabile e servizi igienici, energia sostenibile e città più sicure (Figura 4a.2.).

Figura 4a.2. SDG 3 e collegamenti con gli altri SDGs in materia di salute



Per esigenze di sintesi ci limitiamo a citare solo i macro collegamenti più rilevanti: ad esempio quello con l'SDG 1 (Sconfiggere la povertà - Porre fine ad ogni forma di povertà nel mondo) che, si lega strettamente al *Target 3.8* della copertura sanitaria universale (sebbene esistano concettualizzazioni divergenti su cosa significhi progredire verso la copertura sanitaria universale). Ancora l'SDG 3 è legato all'SDG 2 (Sconfiggere la fame - Porre fine alla fame, raggiungere la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere un'agricoltura sostenibile) ed ai *Targets 2.1* e *2.2* che si propongono l'uno di porre fine alla fame e di garantire l'accesso a cibo sufficiente per combattere la malnutrizione e l'altro, che pone l'accento sui bisogni nutrizionali di bambini e adolescenti, donne in gravidanza e in allattamento ed anziani. Vi è un legame anche con l'SDG 4 (Istruzione di qualità) con i *Targets 4.2*, garantire che tutte le bambine e i bambini abbiano accesso a uno sviluppo, a un'assistenza e a un'istruzione materna di qualità, in modo che siano pronti per l'istruzione primaria, e 4.a: Costruire e migliorare strutture educative sensibili ai bambini, alle disabilità e al genere

e fornire ambienti di apprendimento sicuri, non violenti, inclusivi ed efficaci. Analogamente vi è connessione con i tre obiettivi dell'SDG 5 (Parità di genere - Raggiungere l'uguaglianza di genere e l'*empowerment* di tutte le donne e le ragazze).

Il *Target* 6.1 dell'SDG 6 (Acqua pulita e servizi igienico-sanitari - Garantire a tutti la disponibilità e la gestione sostenibile dell'acqua e delle strutture igienico-sanitarie) è anch'esso strettamente legato alla salute; come anche esiste una stretta relazione tra l'aumento della salute e del benessere degli individui e il loro contributo alla crescita economica (*Target* 8.1) e alla loro capacità di lavorare (*Targets* 8.5 e 8.6). A sua volta, la crescita economica può aumentare la spesa sanitaria pubblica.

In realtà tutti i gli SDGs potrebbero essere chiamati in causa: si pensi all'SDG 7 (Energia pulita e accessibile - Assicurare a tutti l'accesso a sistemi di energia economici, affidabili, sostenibili e moderni) e all'SDG 10 (Ridurre le disuguaglianze - Ridurre l'ineguaglianza all'interno di e fra le Nazioni); l'SDG 11 (Città e comunità sostenibili - Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili); l'SDG 12 (Consumo e produzione responsabili - Garantire modelli sostenibili di produzione e di consumo) ed in particolare il *Target* 12.4 (Entro il 2020, ottenere la gestione ecocompatibile di sostanze chimiche e di tutti i rifiuti in tutto il loro ciclo di vita, in accordo con i quadri internazionali concordati, e ridurre significativamente il loro rilascio in aria, acqua e suolo, al fine di minimizzare i loro effetti negativi sulla salute umana e l'ambiente); l'SDG 13 (Lotta contro il Cambiamento climatico - Adottare misure urgenti per combattere il cambiamento climatico e le sue conseguenze); l'SDG 16 (Pace, giustizia e istituzioni solide - Promuovere società pacifiche e più inclusive per uno sviluppo sostenibile) ed in particolare il *Target* 16.1 (Ridurre significativamente in ogni dove tutte le forme di violenza e i tassi di mortalità connessi) e il 16.2 (Eliminare l'abuso, lo sfruttamento, il traffico e tutte le forme di violenza e tortura contro i bambini).

Questi pochi esempi si inseriscono in una vastissima letteratura sulle interconnessioni tra SDGs, *Targets* ed indicatori, sviluppatasi dal 2016 (fra i tantissimi, Miola et. al 2019 e la relativa bibliografia). Essi

intendono sottolineare il fatto che possono esistere molte sinergie e complementarità tra i diversi SDGs, così come possono esistere *trade-off* tra gli stessi, e che è necessario un approccio sistemico alla loro attuazione e alle azioni politiche necessarie.

4a.3. L'SDG3 ed il *Target* 3.8: la situazione nel mondo, in Europa e in Italia

Per quanto riguarda il *Goal* 3, le Nazioni Unite (2024) segnalano come la pandemia di Covid-19 abbia avuto un impatto significativo sulla salute globale, invertendo i progressi costanti nell'aspettativa di vita negli ultimi due decenni. Prima della pandemia, l'aspettativa di vita globale era aumentata costantemente, passando da 66,8 anni nel 2000 a 73,1 anni nel 2019.

La pandemia ha rapidamente invertito questa tendenza positiva, facendo crollare l'aspettativa di vita globale a 71,4 anni nel 2021, tornando al livello del 2012, annullando quasi 10 anni di progressi nell'aspettativa di vita. Prima della pandemia, le malattie non trasmissibili erano costantemente citate come principale causa di morte, rappresentando il 59,5% di tutti i decessi nel 2000 e il 73,9% nel 2019. La quota delle malattie trasmissibili è scesa dal 32,2% nel 2000 al 18,2% nel 2019.

Più della metà della popolazione mondiale non è coperta da servizi sanitari essenziali, mentre una forza lavoro sanitaria che sta invecchiando deve ora rispondere alla crescente domanda da parte di una popolazione che invecchia.

La copertura dei servizi sanitari essenziali è misurata con un indice, di cui si parlerà in seguito, riportato su un punteggio da 0 a 100, basato su 14 indicatori in quattro settori: salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile; malattie infettive; malattie non trasmissibili; in tema di capacità e accesso ai servizi, secondo l'OMS (2023), e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2020) la situazione è in miglioramento: l'apposito indice è aumentato notevolmente, passando da 45 nel 2000 a 65 nel 2015. I progressi hanno rallentato in seguito, tuttavia, raggiungendo il punteggio di 68 nel 2021. La percentuale di popolazione priva di

servizi sanitari essenziali è diminuita di circa il 15% tra il 2000 e il 2021. Tuttavia, i progressi minimi compiuti dopo il 2015 hanno comportato che circa 4,5 mld. di persone siano ancora senza copertura nel 2021, soprattutto nelle popolazioni rurali e più povere.

Le difficoltà finanziarie dovute alle spese sanitarie di tasca propria (OOP) sono peggiorate dal 2015, con conseguenze per 2 mld. di persone nel 2019. Tra questi, 1 mld. di persone deve affrontare spese sanitarie catastrofiche, che superano il 10% del bilancio familiare, e 344 mln. di persone sono state spinte verso la povertà estrema dai costi sanitari.

La proporzione di popolazione con spese catastrofiche è aumentata dal 12,6% nel 2015 al 13,5% nel 2019 (OMS, 2024).

21 mln. di bambini non hanno ricevuto i vaccini salvavita nel 2022.

A livello europeo, (Eurostat, 2024) tra le tendenze più evidenti figura l'aumento dell'aspettativa di vita che nell'ultimo secolo è il risultato di vari fattori, tra cui la riduzione della mortalità infantile, l'aumento del tenore di vita, il miglioramento dello stile di vita e dell'Istruzione, nonché i progressi nell'assistenza sanitaria e nella medicina. Sebbene l'aspettativa di vita sia aumentata nei Paesi dell'Unione Europea (EU) negli ultimi decenni, il ritmo dei progressi si è però rallentato negli ultimi anni in molti Paesi, anche a causa della pandemia di Covid-19.

L'impatto della pandemia si è riflesso anche nei dati relativi alla salute auto-percepita: la percentuale di cittadini dell'EU che giudicano la propria salute buona o molto buona è aumentata tra il 2017 e il 2020, ma è diminuita nuovamente nel 2021 e nel 2022, raggiungendo il 67,8% nel 2022.

Nel 2022, il 2,2% della popolazione dell'EU ha riferito di aver avuto bisogno di cure mediche non soddisfatte a causa di motivi finanziari, lunghe liste d'attesa o distanze di viaggio. Ciò rappresenta un aumento di 0,6 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2017. Le differenze tra i bisogni non soddisfatti di cure mediche segnalati dagli Stati membri sono rimaste sostanziali, pari a 9 p.p. nel 2022.

In media, per l'1,1% della popolazione EU, nel 2022, il motivo principale per cui è stato dichiarato di

non aver effettuato una visita medica è che risultava "troppo costosa".

Inoltre, i vincoli finanziari sono stati il motivo più comune per cui le esigenze non sono state soddisfatte nelle aree rurali (1,3%), un dato leggermente superiore a quello dei cittadini delle città e dei sobborghi (1,1% ciascuno). Un ulteriore 0,9%, in tutti i gradi di urbanizzazione, ha segnalato la presenza di "liste d'attesa" come motivo di necessità non soddisfatte di visite mediche. Questo motivo è stato dichiarato più spesso nelle città (1,1%) rispetto alle aree rurali (0,9%) e alle città e ai sobborghi (0,8%). Un altro 0,1% ha descritto "troppo lontano per viaggiare" come la ragione principale di un bisogno di visita medica non soddisfatto. Ciò accade più spesso nelle aree rurali (0,2%) che nelle città o nelle periferie (entrambi 0,1%). Tuttavia, non tutti gli Stati membri hanno indicato il costo come la ragione principale del bisogno non soddisfatto: in molti Paesi le liste d'attesa sono state citate prioritariamente dalla maggior parte delle persone.

Per le persone con disabilità è risultato più difficile accedere all'assistenza sanitaria. Nel 2022, il 6,3% delle persone con gravi limitazioni dell'attività e il 4,2% delle persone con alcune limitazioni dell'attività hanno riferito di aver avuto bisogno di cure mediche non soddisfatte per motivi finanziari, di lista d'attesa o di distanza, rispetto al 1,2% delle persone senza disabilità.

La maggior parte dei Paesi europei ha una copertura universale dei servizi fondamentali, che di solito includono consultazioni mediche, *test*, esami e cure ospedaliere. Tuttavia, in alcuni Paesi la copertura di questi servizi non è ancora universale o i pazienti possono dover sostenere costi per accedervi.

Nell'EU, nel 2020, circa un settimo di tutta la spesa sanitaria è stata sostenuta direttamente dalle famiglie: i pagamenti OOP come quota della spesa sanitaria corrente totale sono leggermente diminuiti: dal 15,9% nel 2014 al 14,5% nel 2021. Tuttavia, nel 2021 permane un divario di 25,1 p.p. dell'incidenza nei diversi Paesi. I pagamenti OOP possono rappresentare un serio problema per le famiglie a basso reddito, in particolare se combinati con una riduzione delle risorse finanziarie per il sistema sani-

tario causata, ad esempio, da una crisi economica. Inoltre, in tutti gli Stati membri, tra l'1,0% e il 19,2% delle famiglie ha registrato spese catastrofiche per la salute (superiori al 40% del reddito disponibile). In generale, le famiglie povere e quelle che devono pagare per trattamenti a lungo termine, come i farmaci per le malattie croniche, sono ad alto rischio di dover fronteggiare difficoltà finanziarie a causa della necessità di pagare cure di tasca propria.

Uno studio dell'Agenzia EU per i Diritti Fondamentali, su dati del 2021, in dieci Paesi dell'EU (FRA, 2022) dimostra che le donne sono state discriminate più spesso degli uomini. Inoltre, gli intervistati più giovani e più anziani hanno riportato livelli di discriminazione inferiori rispetto a quelli di mezza età: la fascia di età compresa tra i 16 e i 24 anni ha subito discriminazioni nel 10% dei casi, mentre gli intervistati di età pari o superiore a 65 anni hanno riportato discriminazioni nel 13% dei casi. Allo stesso tempo, il 16% degli intervistati di età compresa tra i 25 e i 64 anni ha dichiarato di aver subito discriminazioni.

Passando alla situazione italiana, le principali fonti italiane per monitorare i progressi verso gli obiettivi dello Sviluppo Sostenibile sono costituite dal Rapporto dell'Alleanza italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS) "Coltivare ora il nostro futuro: l'Italia e gli obiettivi di sviluppo sostenibile" e dal "Rapporto SDGs 2024 Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia" dell'Istat.

Rispetto al SDG 3 si ricava che si riducono le persone che dichiarano di non riuscire ad accedere alle cure (-1,6 p.p.) e diminuisce la mortalità prevenibile (-19,0 per 100 mila abitanti).

Tra il 2019 e il 2021 si evidenzia una forte inversione di tendenza a causa della pandemia, che annulla i miglioramenti degli anni precedenti: in particolare, tra il 2019 e il 2021 si riduce l'aspettativa di vita (-1,2 anni) e tornano ad aumentare sia le persone che lamentano l'inaccessibilità delle cure, sia la mortalità prevenibile.

Nel 2021 in Italia risulta minore della media EU sia la mortalità prevenibile (rispettivamente 197,1 e 271,7 per 100 mila abitanti nel 2020), sia la mortalità infantile (rispettivamente 2,3 e 3,2 per 1.000 nati nel 2021).

La speranza di vita alla nascita in Italia, nel 2023, si attesta a 83,1 anni, con un incremento di circa sei mesi rispetto al 2022 (era 82,6 anni), recuperando quasi del tutto la perdita degli anni di vita attesa dovuta alla pandemia. La speranza di vita in buona salute alla nascita nel 2023 si stima a 60,5 anni per gli uomini e 57,9 per le donne, con una diminuzione rispetto al 2022. Nel 2023, è in sovrappeso o obeso il 44,6% della popolazione dai 18 anni. Il dato è stabile rispetto al 2021. Tra le persone di 14 anni e più, nel 2023, il 15,6% ha abusato di alcol. In calo, rispetto all'anno precedente, sono le persone di 14 anni e più che fumano abitualmente (19,9%). Nella stagione invernale 2022/2023 è diminuita ancora la copertura vaccinale antinfluenzale: si è vaccinato il 56,7% degli anziani, una percentuale molto distante dal valore *Target* raccomandato dall'OMS (75%).

Le misure statistiche diffuse dall'Istituto per il *Goal* 3 sono 37, riferite a 18 indicatori UN-IAEG-SDGs. Nel confronto fra i valori dell'ultimo anno disponibile e quelli dell'anno precedente, le misure che segnano un progresso sono meno della metà: diminuisce la probabilità di morire tra i 30 ed i 69 anni per tumori, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie, aumentano le vaccinazioni pediatriche per la poliomielite, aumenta la quota di operatori sanitari (medici, infermieri, dentisti e farmacisti) in rapporto alla popolazione. I segnali negativi riguardano la diminuzione della speranza di vita in buona salute, il calo nelle vaccinazioni antinfluenzali per la popolazione di 65 anni e più e l'incremento dell'incidentalità stradale. Nel confronto su base decennale, aumenta il numero di misure statistiche in miglioramento, che vanno ad includere anche il numero di suicidi, le nuove infezioni da HIV e l'incidentalità stradale.

4a.4. La copertura sanitaria universale: le Key Asks del Movimento UHC2030

Nel settembre 2019, in occasione dell'*High Level Meeting* delle Nazioni Unite (UN HLM) "*Universal Health Coverage: Moving Together to Build a Healthier World*", i *leader* mondiali hanno approvato una dichiarazione politica sulla salute che è la più ambi-

ziosa e completa della storia. Nell'approvare tale dichiarazione, si sono impegnati a garantire che, entro il 2030, ogni persona, in ogni Paese, possa ricevere tutti i servizi sanitari di qualità di cui ha bisogno senza soffrire disagi economici (Figura 4a.3.).

Tale risultato è stato preparato da UHC2030, un partenariato *multi-stakeholder*, dedicato al coordinamento e all'amplificazione degli sforzi dell'OMS, della Banca Mondiale, dei governi nazionali, della società civile e del settore privato in tema di rafforzamento dei sistemi sanitari e di raggiungimento dell'UHC.

Nel 2019, prima dell'UN-HLM, diversi attori del movimento per l'UHC si sono riuniti elaborando una serie di "richieste o domande chiave" ai *leader* politici nazionali per accelerare il raggiungimento dell'UHC: in origine sei a cui sono state aggiunte, successivamente, l'uguaglianza di genere e la promozione di sistemi sanitari resilienti.

Le *key Asks* dell'UHC2030 sono:



Garantire una *leadership* politica che vada oltre la salute, ovvero dare priorità all'UHC per affrontare e riprendersi dalla pandemia Covid-19, placare l'ansia e ricostruire la fiducia nella popolazione



Non lasciare nessuno indietro, affrontando le disuguaglianze sistemiche che si stanno ampliando con il Covid-19 e creando reti di sicurezza sociale e finanziaria



più forti e dando priorità all'equità in ogni fase del processo

Regolamentare e legiferare, in materia di UHC, fissando obiettivi chiari e comunicando meglio per unire le persone



Sostenere la qualità delle cure, sostenendo, proteggendo e prendendosi cura degli operatori sanitari, nonché innovando per migliorare e mantenere la qualità durante le emergenze



Investire di più e meglio nella sanità pubblica e nell'assistenza sanitaria di base come sforzo congiunto dei Ministri della Salute e delle Finanze e dei governi locali, per garantire la continuità dei servizi sanitari essenziali e fornire una difesa di prima linea contro le epidemie



Muoversi insieme, costruendo partenariati attraverso un autentico impegno della società civile



Parità di genere, dando potere alle donne, che si dimostrano *leader* molto efficaci nelle emergenze sanitarie



Preparazione alle emergenze, dando più peso ai principi dell'UHC in ogni risposta alle crisi e integrando la preparazione alle emergenze in tutte le riforme del sistema sanitario.

Figura 4a.3. *Targets* chiave, impegni ed azioni nella dichiarazione politica sull'UHC



4a.5. Le sfide più recenti a livello internazionale

Tali sfide, alcune dibattute anche da tempo, hanno suscitato un rinnovato interesse nei consessi nazionali ed internazionali più recenti. Esse riguardano:

- a) il rafforzamento dell'assistenza primaria
- b) la riduzione delle disuguaglianze
- c) i cambiamenti climatici, demografici e dei fattori di rischio
- d) i problemi della salute in contesti ad alto rischio
- e) la resistenza antimicrobica
- f) gli approcci multisettoriali
- g) il sistema informativo.

a) Rafforzare l'assistenza sanitaria di base e dare priorità ai programmi comunitari

Nel 1978, la Dichiarazione di Alma-Ata espresse la necessità di fornire un'assistenza sanitaria di base per promuovere una salute migliore per tutti, per dare valore alla giustizia sociale e all'equità. Quaranta anni dopo, ad Astana (2018), una nuova conferenza globale ha confermato il ruolo cruciale dell'assistenza sanitaria di base in tutto il mondo, i valori di solidarietà, giustizia, universalità delle cure e il "modello sociale" promosso da Alma Ata che, tenendo conto dei determinanti sociali della salute, pone al centro del proprio intervento la persona e la partecipazione della comunità.

Come base per l'UHC, lo stesso OMS raccomanda di riorientare i sistemi sanitari secondo un approccio di assistenza sanitaria primaria (*Primary health care* (PHC)). Il raggiungimento dell'UHC è una priorità strategica dell'OMS, con l'obiettivo di far beneficiare 1 mld. di persone in più della copertura sanitaria universale entro il 2025. Secondo l'OMS, la maggior parte (90%) degli interventi essenziali dell'UHC può essere fornita attraverso un approccio PHC, salvando potenzialmente 60 mln. di vite e aumentando l'aspettativa di vita media globale di 3,7 anni entro il 2030.

Ogni Paese ha un percorso diverso per raggiungere l'UHC e decidere cosa coprire in base alle esigenze della popolazione e alle risorse disponibili. Investire nell'assistenza sanitaria garantisce che tutti

i bisogni siano identificati, classificati e affrontati in modo integrato; che ci sia una forza lavoro robusta e preparata a "produrre" salute e assistenza; tutti i settori della Società devono contribuire ad affrontare i fattori ambientali e socio-economici che influenzano la salute e il benessere, compresa la preparazione, la risposta e il recupero dalle emergenze.

Quando l'assistenza sanitaria di base (PHC) è dotata di risorse sufficienti, può essere il punto di erogazione più efficace dei servizi sanitari essenziali, tra cui l'immunizzazione, la nutrizione, e i programmi di salute sessuale e riproduttiva, dal pre-concepimento fino ai primi due decenni di vita.

A costi relativamente bassi, una PHC accessibile può prevenire e diagnosticare e trattare rapidamente molte malattie debilitanti o probabilmente mortali come polmonite, diarrea e malaria e altre condizioni di salute tra i bambini, con un conseguente risparmio di vite e di denaro nel lungo periodo.

L' PHC è ritenuto l'approccio più inclusivo, equo, economico ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale delle persone e il loro benessere sociale. Consente un accesso universale e integrato ai servizi sanitari, il più vicino possibile all'ambiente quotidiano delle persone. Contribuisce inoltre a fornire l'intera gamma di servizi e prodotti di qualità di cui le persone hanno bisogno per la salute e il benessere, migliorando così la copertura e la protezione finanziaria.

In questa ottica, occorre dare priorità ai programmi comunitari. Per non lasciare indietro nessuno è necessario raggiungere i mln. di bambini e madri che in tutto il mondo non hanno accesso ai servizi sanitari essenziali nelle comunità più difficili da raggiungere. Le barriere dovute ai costi, alle lunghe distanze, conflitti o insicurezza devono essere abbattute per garantire che i servizi critici raggiungano i più bisognosi. Format i e ben equipaggiati, gli operatori sanitari della comunità possono aiutare le famiglie a prendere decisioni informate sulla loro salute e sul loro benessere e a informarle sui servizi disponibili.

Una buona salute dipende anche dalla disponibilità di acqua pulita e servizi igienici, nonché dall'accesso a una dieta varia e nutriente. Come strategia di consegna dell'ultimo miglio, i servizi comunitari

possono essere trasversali a più settori, tra cui la salute, la nutrizione, lo sviluppo della prima infanzia, la protezione sociale, l'istruzione e l'acqua.

L'assistenza sanitaria di base costituisce il fondamento di un sistema sanitario, fornendo servizi essenziali e accessibili a individui e famiglie nelle loro comunità. La copertura sanitaria universale mira a garantire che tutti gli individui e le comunità abbiano accesso a servizi sanitari di qualità senza dover affrontare difficoltà finanziarie. L'assistenza sanitaria di base svolge un ruolo fondamentale nel raggiungimento di questo obiettivo, in quanto rappresenta il primo punto di contatto per gli individui che cercano servizi sanitari. Fornendo un'ampia gamma di servizi, come l'assistenza preventiva, il trattamento delle malattie comuni e la gestione delle condizioni croniche, l'assistenza sanitaria di base contribuisce a soddisfare le esigenze sanitarie degli individui a livello di comunità.

b) Ridurre le disuguaglianze

Le disuguaglianze sono una sfida fondamentale per raggiungere l'UHC.

Anche quando si registrano progressi a livello nazionale nella copertura dei servizi sanitari, i dati aggregati nascondono disuguaglianze all'interno dei Paesi. Ad esempio, la copertura dei servizi sanitari per la riproduzione, la maternità, l'infanzia e l'adolescenza tende a essere più elevata tra le persone più ricche, più istruite e che vivono in aree urbane, soprattutto nei Paesi a basso reddito. Per quanto riguarda le difficoltà finanziarie, le spese sanitarie catastrofiche sono più diffuse tra le persone che vivono in famiglie con membri anziani (età pari o superiore a 60 anni). Le persone che vivono nelle famiglie più povere, nelle aree rurali e nei nuclei familiari con membri anziani hanno maggiori probabilità di essere ulteriormente trascinate nella povertà dalle spese sanitarie *out-of-pocket*. Il monitoraggio delle disuguaglianze sanitarie è essenziale per identificare e seguire le popolazioni svantaggiate e fornire ai decisori una base di dati per formulare politiche, programmi e pratiche più orientate all'equità verso la progressiva realizzazione dell'UHC. Sono inoltre necessari dati migliori sulle disuguaglianze di genere, sugli svantaggi socio-economici e sulle problematiche

specifiche delle popolazioni indigene e delle popolazioni di rifugiati e migranti sfollati a causa di conflitti e crisi economiche e ambientali.

c) Tenere conto dei cambiamenti climatici, demografici e dei fattori di rischio

Importanti cambiamenti climatici, demografici, e nutrizionali, si stanno verificando e devono essere tenuti in considerazione.

Il cambiamento climatico è una delle più grandi sfide del nostro tempo, con impatti diretti e indiretti sulla salute umana che rendono ancora più difficile il raggiungimento della copertura sanitaria universale.

L'aumento delle temperature, la scarsa qualità dell'aria e l'alterazione degli ecosistemi, sono fattori che contribuiscono alla diffusione di malattie infettive, respiratorie e malnutrizione. Il cambiamento climatico influisce sulla salute sia attraverso meccanismi diretti, quali l'incremento delle temperature, ondate di calore o periodiche alluvioni, ecc., sia attraverso meccanismi indiretti quali diffusione di nuove malattie infettive, alterazione delle condizioni socio-economiche della popolazione, dovuta ad esempio alla diminuzione della produttività agricola conseguente ad eventi siccitosi.

Le conseguenze del clima a livello globale sono devastanti e si evidenziano soprattutto nei Paesi in via di sviluppo andando a sommarsi a situazioni geopolitiche complesse e alla povertà. Questi eventi possono costringere intere comunità a migrazioni forzate, aggravando i problemi di salute legati alla mancanza di accesso ai servizi sanitari.

Il raggiungimento degli obiettivi dell'Accordo di Parigi, tra cui il limitare il riscaldamento globale, diventa così non solo un imperativo ambientale, ma anche un obiettivo cruciale di salute pubblica globale, sottolineando l'interconnessione tra la stabilità del clima e il benessere umano, anche per salvaguardare la salute e il benessere delle future generazioni.

Il cambiamento climatico sta influenzando la diffusione di malattie infettive, un tempo confinate solo nelle Regioni tropicali e subtropicali; l'aumento delle temperature globali, l'alterazione dei modelli di precipitazione e l'intensificazione degli eventi climatici estremi creano ambienti più ospitali per zanzare, zecche e altri vettori, aumentando il rischio di tra-

smissione di malattie come la *dengue*, la malaria, la febbre del Nilo Occidentale e la febbre gialla. Inoltre, il cambiamento climatico si ripercuote anche sulla disponibilità di acqua potabile, aumentando il rischio di malattie come il colera.

Le inondazioni e le tempeste, più frequenti e intense, possono contaminare le risorse idriche con agenti patogeni, esponendo le popolazioni a gravi rischi per la salute.

Diverse e importanti sono anche le implicazioni sulla sicurezza alimentare e nutrizionale a livello globale, a causa della compromessa capacità di produrre e accedere a cibo nutriente e sufficiente per tutti.

Le comunità costiere e quelle dipendenti dalla pesca sono ulteriormente messe a rischio dall'aumento delle temperature oceaniche, che spinge molti pesci a migrare verso i poli, riducendo le risorse disponibili nelle Regioni subtropicali e tropicali.

Questo problema può avere gravi ripercussioni sulla dieta di milioni di persone, incrementando il rischio di malnutrizione e di malattie correlate.

Anche l'aumento delle allergie nei Paesi occidentali è direttamente correlato al cambiamento climatico che intensifica anche i livelli di inquinamento: la durata della stagione dei pollini è aumentata, così come la concentrazione di allergeni nell'aria, aggravando condizioni come rinite allergica, asma e congiuntivite.

Ovviamente, la cooperazione internazionale è indispensabile per affrontare in modo coordinato il cambiamento climatico. La 28ª conferenza delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (COP 28) svoltasi nel 2023 a Dubai, è stato un ulteriore passo in questa direzione.

I cambiamenti demografici sono un altro ostacolo per il raggiungimento dell'UHC.

Ad esempio, le alte percentuali di giovani e adolescenti in alcuni Paesi, portano con sé opportunità positive ma anche nuove esigenze. Una scarsa salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza impedisce ai bambini di soddisfare i loro diritti e di raggiungere il loro vero potenziale.

Problemi di salute mentale diagnosticabili colpiscono circa il 14% dei bambini e degli adolescenti

tra i 6 e i 18 anni; la depressione da sola è destinata a diventare la principale malattia nei prossimi anni; i suicidi costituiscono la terza causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

La metà di tutte le condizioni legate alla salute mentale insorge entro i 14 anni di età, ma la maggior parte dei casi, pur essendo curabili, non viene individuata e trattata. Tutti i bambini e gli adolescenti, e i loro genitori e badanti, sono a rischio di cattivi risultati in termini di salute mentale. Tuttavia, i rischi sono particolarmente gravi per i più vulnerabili, ad esempio coloro che vivono in situazioni di emergenza umanitaria e in contesti con scarse risorse.

Un altro cambiamento a cui i Paesi devono essere preparati è il rapido invecchiamento della popolazione e dei modelli nutrizionali; le esigenze degli anziani, la qualità della nutrizione e le abitudini personali devono essere riconosciute e prese in considerazione nei piani nazionali del settore sanitario e in senso più ampio. Questi cambiamenti sono associati a un mutamento dell'onere delle malattie, in particolare all'aumento delle malattie non trasmissibili e alla necessità di soddisfare i bisogni sanitari ad esse associati in caso di crisi.

Riconoscere l'importanza della prevenzione, del trattamento e del controllo delle malattie non trasmissibili e della promozione della salute mentale, integrando pienamente la salute mentale nelle strutture e nei sistemi che promuovono il benessere e garantendo che sia dotata di risorse adeguate, possono contribuire a una migliore qualità della vita, insieme alla necessità di affrontare i fattori di rischio attraverso la promozione di diete e stili di vita sani, compresa una regolare attività fisica, per prevenire e ridurre il sovrappeso e l'obesità.

d) Affrontare i problemi della salute in contesti ad alto rischio

Si assiste ad un aumento, ampiamente riconosciuto dei conflitti, dei disastri naturali, delle epidemie e di un complesso *mix* di tutti e tre.

Questa tendenza in aumento ha portato a un netto incremento delle popolazioni sfollate, compresi i migranti e i rifugiati. In molti Paesi ci sono sacche di popolazioni emarginate e vulnerabili e di coloro che vivono in insediamenti informali che hanno bisogni

sanitari importanti che non vengono soddisfatti.

C'è anche una tendenza crescente alla violenza, compresa quella fisica, sessuale, di genere e psicologica e gli operatori sanitari, così come le strutture sanitarie, sono spesso presi di mira.

Servizi sanitari adeguati, solidi e resilienti sono una parte vitale della riduzione del rischio, della mitigazione dell'impatto delle crisi e del favorire il ritorno alla normalità. Per far sì che ciò accada, è necessaria una gestione globale e una pianificazione a lungo termine, compresa la pianificazione di emergenza.

e) Combattere la resistenza antimicrobica

La resistenza antimicrobica (AMR) rappresenta un'altra sfida per il raggiungimento dell'UHC.

Essa si verifica quando batteri, virus, funghi e parassiti non rispondono più ai farmaci antimicrobici. A causa della resistenza ai farmaci, gli antibiotici e altri medicinali antimicrobici diventano inefficaci e le infezioni diventano difficili o impossibili da trattare, aumentando il rischio di diffusione della malattia, di malattie gravi, di disabilità e di morte.

La AMR è una delle principali minacce globali per la salute pubblica e lo sviluppo. Si stima che l'AMR batterica sia stata direttamente responsabile di 1,27 mln. di decessi globali nel 2019 e abbia contribuito a 4,95 mln. di morti.

L'abuso e l'uso eccessivo di antimicrobici nell'uomo, negli animali e nelle piante sono i principali fattori di sviluppo di agenti patogeni resistenti ai farmaci.

La AMR mette a rischio molti dei vantaggi della medicina moderna. La comparsa e la diffusione di agenti patogeni resistenti ai farmaci minaccia la capacità di trattare le infezioni comuni e di eseguire procedure salvavita, come la chemioterapia per il cancro e il parto cesareo, le protesi d'anca, il trapianto di organi e altri interventi chirurgici.

Inoltre, le infezioni resistenti ai farmaci hanno un impatto sulla salute degli animali e delle piante, riducono produttività delle aziende agricole e minacciano la sicurezza alimentare.

Le priorità per affrontare la resistenza antimicrobica nella salute umana comprendono la prevenzione di tutte le infezioni, che possono comportare un uso inappropriato di antimicrobici; la garanzia di un accesso universale a una diagnosi di qualità e a un trat-

tamento appropriato delle infezioni; l'informazione strategica e l'innovazione, ad esempio la sorveglianza della resistenza antimicrobica e del consumo/uso di antimicrobici, nonché la ricerca e lo sviluppo di nuovi vaccini, diagnostici e farmaci.

Nel 2015, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato il Piano d'azione globale sulla resistenza antimicrobica, impegnandosi, tra l'altro nello sviluppo e l'attuazione di piani d'azione nazionali multisettoriali con un approccio *One Health*. A novembre 2023, circa 178 Paesi avevano sviluppato tali piani. Tuttavia, solo il 27% dei Paesi ha dichiarato di aver attuato efficacemente i propri piani d'azione nazionali e solo l'11% aveva stanziato dei *budget* nazionali per farlo.

Per coordinare la risposta globale *One Health* alla resistenza antimicrobica, si sono riunite l'OMS, l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO), il Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente (UNEP) e l'Organizzazione mondiale per la salute animale (WOAH). Le quattro organizzazioni (note come Quadripartito) promuovono approcci multisettoriali per ridurre le minacce alla salute nell'interfaccia uomo-animale-ecosistema ed hanno realizzato il Piano d'azione congiunto Quadripartito per una sola salute (OH-JPA, *One Health Plan of Action*).

Da ricordare anche "A guide to implementing the Joint One Health Plan of Action at national level": il documento rappresenta una linea guida per l'implementazione del Piano d'azione congiunto *One Health* (OH JPA) 2022-2026.

Per monitorare i progressi nell'attuazione del Piano d'azione a livello nazionale, i Paesi si sono impegnati a completare una indagine annuale multisettoriale (TrACSS).

Infine, Per guidare la ricerca e lo sviluppo di nuovi antimicrobici, diagnostici e vaccini e informare l'azione di salute pubblica, l'OMS ha sviluppato il primo elenco di patogeni prioritari batterici nel 2017 e lo ha aggiornato nel 2024 e ha pubblicato l'elenco di patogeni prioritari fungini nel 2022 e lavora a stretto contatto con organizzazioni come il *Global Antibiotic Research & Development Partnership* (GARDP), l'AMR Action Fund e il *Combating Antibiotic Resistant Bacteria Biopharmaceutical Accelerator* (CARB-X).

f) Approcci multisettoriali

Già nel 1978 la *“Declaration of Alma-Ata”* stabilì che *“the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social Goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector”*.

A seguire molte altre pubblicazioni hanno raccomandato un approccio multisettoriale: la *“salute in tutti i settori”* è l'approccio che dovrebbe essere preso in considerazione nel momento in cui i Paesi lavorano per soddisfare le esigenze multisettoriali delle loro popolazioni.

Gli SDGs convergono per avere un impatto sulla vita dell'essere umano. Per questo motivo, l'attuazione multisettoriale e *multi-stakeholder* dovrebbe essere incentrata sulle persone e guidata dalle comunità.

Un'efficace assistenza sanitaria preventiva, che è un pilastro fondamentale per affrontare il flagello delle malattie non trasmissibili, richiederà in particolare approcci multisettoriali e incentrati sulle persone che coinvolgano educazione, sicurezza alimentare e nutrizione, tassazione e altri strumenti finanziari e fattori culturali. Un ruolo importante del governo è quello di rafforzare istituzioni e processi che aiutino a costruire e mantenere l'impegno politico e la responsabilità in materia di salute.

Come si è detto, la salute è un presupposto, un indicatore e un risultato dello sviluppo sostenibile. Un approccio supportato da evidenze, analisi di sistema e valutazioni integrate sono importanti per affrontare i collegamenti tra la salute e gli altri Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. È ampiamente riconosciuto che molti dei guadagni ottenuti in materia di salute degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sono stati determinati dai progressi in altri settori.

La prospettiva *One Health*, che si occupa dei determinanti della salute integrando la salute umana, animale e degli ecosistemi, con particolare attenzione alle malattie infettive emergenti e riemergenti, è un esempio di strumento importantissimo per gli sforzi multisettoriali ed è particolarmente rilevante anche per prevenire, prevedere, rilevare e rispondere alle minacce sanitarie globali come il Covid-19.

Anche la preparazione alle emergenze, ovvero

l'insieme della *“conoscenze, capacità e sistemi organizzativi sviluppati dai governi, dalle organizzazioni di risposta e recupero, dalle comunità e dagli individui per anticipare, rispondere e recuperare efficacemente dall'impatto di emergenze probabili, imminenti, emergenti o attuali”* fa parte dell'approccio multisettoriale.

g) Investire e sostenere i sistemi di dati e informazioni e l'uso efficace dei dati avanzati

La necessità di sistemi di dati solidi è cresciuta nell'era degli SDGs. Nel settore sanitario, gli indicatori relativi al *Goal 3* si sono estesi nel tempo, dalla mortalità ai determinanti e agli indicatori di benessere.

È essenziale riconoscere quanto i dati siano fondamentali per generare conoscenza per l'azione, per aiutare a tracciare tale conoscenza e per aumentare la responsabilità dei progressi compiuti verso l'SDG3 e gli altri obiettivi collegati alla salute. Allo stesso tempo, i dati sono necessari per capire più da vicino come questi guadagni siano distribuiti tra le popolazioni, con un'attenzione particolare all'equità.

I sistemi sanitari sono riusciti a creare sistemi di dati di qualità nel corso degli anni. Rimangono tuttavia delle lacune in questi sistemi di dati, che occorre colmare cogliendo l'opportunità di ricorrere all'innovazione e alle nuove tecnologie. È necessario, poi, costruire e sostenere una cultura che riconosca il potere e il valore dei dati, anche basandosi su partenariati *multi-stakeholder* con il settore privato, il mondo accademico e i singoli utenti.

Si ha bisogno di sistemi di dati in tempo reale, rappresentativi e affidabili. Questi sistemi devono essere di proprietà dei Paesi, principalmente ancorati agli indicatori degli SDGs e direttamente collegati all'obiettivo della salute e ad altri obiettivi rilevanti.

Al di là di specifici indicatori aggregati, è fondamentale la disaggregazione, con particolare attenzione all'equità e alla valutazione della vulnerabilità.

Cresce anche la necessità di dati qualitativi: sia a sé stanti che collegati ai dati quantitativi.

Le informazioni qualitative forniscono informazioni sulle barriere all'azione, sui mezzi per raggiungere i progressi e sulle cause dei casi di stigmatizzazione e vulnerabilità.

Sebbene nell'ultimo decennio si siano registrati

molti progressi nella raccolta e nella rendicontazione dei dati, il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) segnala che in aree chiave relative alla salute di donne, bambini e adolescenti, ci sono ancora molte lacune, soprattutto nei Paesi meno sviluppati.

4a.6. Il perseguimento della copertura universale

Rapporti di monitoraggio globale sui progressi della copertura sanitaria universale (l'ultimo è il *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report*) sono prodotti dall'OMS e dal Gruppo della Banca Mondiale ogni due anni.

I progressi sono monitorati mediante due indicatori: l'indicatore 3.8.1 che misura la copertura dei servizi sanitari essenziali (che come si vedrà è un indice composito) e l'indicatore 3.8.2, che misura l'incidenza della spesa sanitaria catastrofica e si concentra sulla spesa sanitaria OOP relativamente elevata, ovvero che supera una soglia del 10% o una soglia superiore del 25% del consumo o del reddito familiare totale (*budget*), quale indicatore della mancanza di protezione finanziaria nella salute.

Vengono calcolati due indicatori di impoverimento dalle spese sanitarie che sono utilizzati anche per tracciare la mancanza di protezione finanziaria nella salute e collegare l'obiettivo di copertura sanitaria universale all'Obiettivo di sviluppo sostenibile 1 (Porre fine alla povertà in tutte le sue forme ovunque).

Quattro principi hanno guidato lo sviluppo iniziale della costruzione dell'indice 3.8.1: la copertura delle principali aree sanitarie; l'inclusione di diversi tipi di servizi (promozione della salute, prevenzione delle malattie, servizi curativi, riabilitazione, servizi palliativi); preferenza per le misure di copertura efficaci, se disponibili; e la possibilità di disaggregazione in base alle dimensioni chiave della disuguaglianza.

Per misurare la dimensione della copertura dei servizi dell'UHC, (UHC SCI) SDG 3.8.1 (*health coverage service coverage index*) si considera un paniere di servizi sanitari essenziali rappresentativi. Questo comprende indicatori (14 in tutto) relativi a quattro dimensioni; salute riproduttiva, neonatale, materna e

infantile); malattie infettive; malattie non trasmissibili; capacità e accesso ai servizi. Le prime due dimensioni sono spiegate da quattro indicatori elementari, mentre le altre due da tre indicatori. Gli indicatori sono successivamente aggregati mediante medie geometriche, fino ad arrivare all'indice SCI. Lo SCI è calcolato come il punteggio medio (su 100) dei 14 indicatori selezionati per ciascuna dimensione per ciascun Paese. Gli aggregati regionali e globali sono calcolati come medie ponderate per la popolazione degli indici a livello nazionale.

Si considera una copertura del servizio molto alta (in presenza di un indice di 80 e oltre), alta (indice tra 60 e 79), media (indice tra 40 e 59), bassa (indice tra 20 e 39) e molto bassa (indice minore di 20).

I dati utilizzati per misurare la dimensione della copertura dei servizi dell'UHC derivano in larga parte da una combinazione di dati amministrativi riportati dai Paesi, stime delle Organizzazioni che curano il *report* e stime derivate da indagini (promosse dai Paesi e/o da agenzie), quali la *Demographic Health Surveys*, finanziate da USAID, e la *Multiple Indicators Cluster Surveys* dell'UNICEF.

È da notare che una grave lacuna nella costruzione dell'indice SCI è costituita dal fatto che gli indicatori non includono i servizi di salute mentale, necessari per quasi un quarto della popolazione mondiale e per percentuali più elevate di molte popolazioni vulnerabili.

Per quanto concerne l'SDG 3.8.2, si considera spesa sanitaria catastrofica quella delle persone che sostengono spese sanitarie OOP relativamente elevate in relazione al consumo o al reddito totale (ovvero superiore al 10% o al 25% del consumo o del reddito totale della famiglia).

Gli indicatori di impoverimento della spesa sanitaria identificano le persone che sostengono qualsiasi spesa sanitaria OOP, anche se non supera il 10% del loro *budget* familiare, ma per le quali, l'importo assoluto delle spese sanitarie OOP supera le risorse disponibili per soddisfare i propri bisogni primari e come tali sono impoverite o ulteriormente impoverite.

Vengono utilizzate due diverse definizioni di soglia di povertà. La soglia di povertà assoluta, di estrema povertà, pari a \$ 2,15 al giorno (PPP 2017)

pro-capite, e la soglia di povertà relativa, che si riferisce al tenore di vita economico dello stesso Paese: pari al 60% del consumo mediano pro-capite.

Nella maggior parte dei Paesi a basso reddito, la soglia di povertà relativa è inferiore a \$ 2,15 al giorno (PPA 2017), il che significa che le persone impoverite alla soglia di povertà relativa sono anche impoverite alla soglia di povertà estrema in questi contesti.

Nel 2019 1 mld. di persone ha affrontato spese sanitarie catastrofiche, spendendo di tasca propria più del 10% del *budget* familiare per la salute; 1,3 mld. di persone sono state spinte o ulteriormente spinte in condizioni di povertà relativa a causa delle spese sanitarie *out-of-pocket*; il numero complessivo di persone che si trovano ad affrontare una qualsiasi forma di difficoltà finanziaria è di 2 mld. di persone; 344 mln. di persone sono spinte o ulteriormente spinte verso la povertà estrema.

Nel caso del Rapporto 2023, il periodo di tempo valutato per la copertura dei servizi è stato quello del 2000-2021. Le stime globali e regionali del disagio finanziario contenute nell'ultimo Rapporto sono disponibili fino al 2019 e si basano su dati provenienti da oltre 1.000 indagini rappresentative a livello nazionale sui bilanci delle famiglie e su indagini multiscopo.

4a.7. Riflessioni finali

Copertura sanitaria universale (UHC) significa che tutte le persone possano avere accesso all'intera gamma di servizi sanitari di qualità di cui hanno bisogno, quando e dove ne hanno bisogno, senza difficoltà finanziarie. L'UHC copre l'intero arco dei servizi sanitari essenziali, dalla promozione della salute alla prevenzione, al trattamento, alla riabilitazione e alle cure palliative per tutto il corso della loro vita.

Il raggiungimento dell'UHC è uno dei *Targets* che le Nazioni del Mondo hanno fissato quando, nel 2015, hanno adottato gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) 2030. Il XIII Programma Generale di Lavoro dell'OMS (sostituito nel 2023 dal XIV Programma 2025-2028) mirava a far sì che 1 mld. di persone in più beneficiassero dell'UHC entro il 2025, contribuendo al contempo al raggiungimento degli

obiettivi di 1 mld. di persone in più protette dalle emergenze sanitarie e di 1 mld. di persone che godessero di una salute e di un benessere migliori (*the Triple Billion Targets*).

L'UHC, non solo contribuisce a migliorare i risultati in termini di salute (SDG 3), ma svolge anche un ruolo centrale in altri SDGs, tra cui la crescita economica e la creazione di posti di lavoro (SDG 8), l'uguaglianza di genere (SDG 5), l'istruzione (SDG 4), la nutrizione (SDG 2) e la riduzione della povertà (SDG 1).

Rafforzare i sistemi sanitari e migliorare la sostenibilità e l'equità dei servizi sanitari e dei modelli di finanziamento sono fattori cruciali che contribuiscono al successo del raggiungimento dell'UHC. Nel settembre 2023, i *leader* politici di tutto il Mondo si sono riuniti in occasione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (all'interno dell'*High Level week*) e hanno riaffermato la loro volontà di agire a favore dell'UHC, riprendendo la *Political declaration* del 2019 sull'UHC.

L'incontro di alto livello delle Nazioni Unite (UN HLM) sull'UHC è stata un'opportunità importante per mobilitare il massimo sostegno politico per l'UHC, fondamentale per il raggiungimento dell'SDG 3 e per unire le altre agende sanitarie sotto un tema comune.

Per ottenere un impatto all'UN HLM, è fondamentale identificare il modo in cui le dichiarazioni politiche possano creare un'agenda e fissare delle tappe per il raggiungimento dell'UHC entro il 2030.

A tal fine l'UHC2030, un partenariato *multi-stakeholder*, ha condotto consultazioni di tre mesi con tutti gli attori del movimento UHC: parlamentari, società civile, settore privato, agenzie, reti e università.

Le richieste chiave (*Key Asks*) che ne sono scaturite sono confluite nella Dichiarazione politica sull'UHC: per la prima volta nel 2019 (e poi nel 2023) si è determinata un'azione di *advocacy* coordinata che tutti i *partner* possono promuovere insieme durante la preparazione dell'HLM dell'ONU, del Forum sul finanziamento dello sviluppo e del Vertice sugli SDGs, nonché di altri forum regionali o economici.

Basandosi sulla Dichiarazione politica sull'UHC del 2019, la Dichiarazione del 2023 fornisce un'utile tabella di marcia per accelerare l'attuazione delle

azioni per raggiungere l'UHC. Riconosce l'importanza del rafforzamento dei sistemi sanitari di base, che è fondamentale non solo per i sistemi incentrati sulle persone, ma anche per un'efficace prevenzione, preparazione e risposta alle emergenze sanitarie.

A livello globale, i progressi verso la copertura sanitaria universale comportano l'affrontare e superare molte sfide.

Lo testimoniano gli argomenti trattati, solo per fare alcuni esempi, nell'Assemblea Mondiale della Sanità di Ginevra, a maggio 2024, il tema del dibattito generale della 79° edizione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite a settembre 2024 "Non lasciare nessuno indietro: agire insieme per promuovere la pace, lo sviluppo sostenibile e la dignità umana per le generazioni presenti e future" e il dibattito nell'ambito del G7 tenutosi ad Ancona ad ottobre 2024.

Non bisogna altresì dimenticare i tre *High Level Meeting* che si sono tenuti nella *High level week* in occasione della Assemblea generale dell'ONU a settembre del 2023: l'*High-level Meeting on Pandemic Prevention, Preparedness and Response*; l'*High-level Meeting on Universal Health Coverage* e l'*High-level Meeting on the Fight against Tuberculosis*.

Per esigenze di sintesi non si è potuto fare riferimento a sfide importantissime quali, ad esempio, quella di prevenire le morti di donne, bambini e neonati, il rafforzamento dell'architettura sanitaria globale, l'adozione del Trattato Pandemico, la disponibilità, l'accesso etico e il controllo dei trapianti di cellule, tessuti e organi umani, le opportunità, i rischi e la *governance* nell'utilizzo dell'intelligenza artificiale (IA); va anche citato il "Patto per il futuro" adottato a settembre 2024, che costituisce l'accordo internazionale più ampio degli ultimi anni.

Malgrado tutte queste attività, dalla ricognizione della letteratura e dalle statistiche in materia di UHC emerge che i progressi nella copertura dei servizi sono in fase di stallo, mentre la percentuale di popolazione che deve affrontare spese sanitarie catastrofiche aumenta continuamente.

Inoltre, i Paesi devono essere preparati ad affrontare il previsto aumento delle comunità sfollate e dei conflitti umani provocati dai cambiamenti ambientali globali, tra cui il cambiamento climatico.

"Non lasciare indietro nessuno" è una promessa centrale dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, che riconosce la salute come un diritto umano fondamentale.

La Giornata della copertura sanitaria universale (Giornata UHC) viene commemorata il 12 dicembre di ogni anno. L'obiettivo è celebrare i progressi verso la salute per tutti e sensibilizzare sulla necessità di sistemi sanitari forti e resistenti per raggiungere la copertura sanitaria universale.

Il tema dell'ultima Giornata UHC del 2023 è stato "Salute per tutti: è tempo di agire", che sottolinea la necessità di passi immediati e tangibili per promuovere l'UHC e invita a riflettere su un decennio di progressi, sfide e opportunità per l'UHC. La campagna esorta i *leader* a mettere in atto politiche che garantiscano un accesso equo ai servizi sanitari essenziali senza difficoltà finanziarie e a rinnovare un impegno politico centrato sull'azione.

Il mondo non è, quindi, sulla buona strada per raggiungere il *Goal 3*. Per cambiare rotta è necessario dare priorità al raggiungimento della copertura sanitaria universale, al rafforzamento dei sistemi sanitari, agli investimenti nella prevenzione e nel trattamento delle malattie e affrontare le disparità di accesso alle cure e ai servizi, soprattutto per le popolazioni più vulnerabili.

Guardano al nostro Paese, i tre principi fondamentali su cui si basa il SSN italiano dalla sua istituzione, universalità, uguaglianza ed equità, sono guardati con attenzione a livello internazionale. Ma ancora si è lontani da una loro piena realizzazione, come si rileva osservando le lunghe liste d'attesa, le disuguaglianze regionali e territoriali, la migrazione sanitaria e i disagi quotidiani sui tempi di attesa e sui pronto soccorso affollati, la crisi motivazionale del personale sanitario e il difficile accesso alle cure per le persone più vulnerabili, discriminazioni di genere e sessuali, una "sanità del territorio", ancora largamente assente in molti contesti regionali e con i quasi 4,5 mln. di persone che rinunciano alle cure, di cui 2,5 mln. per motivi economici.

In definitiva, per garantire che ogni persona possa beneficiare del diritto umano alla salute, i *leader* politici devono fare scelte giuste e ragionevoli in

campo economico, finanziario e sociale: l'UHC è, in fondo, una scelta politica.

Riferimenti Bibliografici

- (3–6 March 2020) Economic and Social Council Official Records, 2020 Supplement No. 4
- ASviS 2018 Decalogo sulla salute, Rapporto ASviS 2018 pag.130
- ASviS, L'Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile Rapporto 2018
- ASviS 2024, Rapporto di Primavera Scenari per l'Italia al 2030 e al 2050 , Le scelte da compiere per uno sviluppo sostenibile
- ASviS Coltivare ora il nostro futuro L'Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, Rapporto ASviS 2024
- ASviS Position Paper 2020 Gruppo di Lavoro sul Goal 3 SALUTE E NON SOLO SANITÀ Come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile
- Barbier, E.B. and Burgess J. C. (2017). The Sustainable Development Goals and the systems approach to sustainability. *Economics: The Open-Access, Open-Assessment E-Journal*, 11 (2017-28): 1–22. <http://dx.doi.org/10.5018/economics-ejournal.ja.2017-28>
- Eurostat “Sustainable development in the European Union Monitoring report on progress towards the SDGs in an EU context” 2024 edition.
- EU Agency for Fundamental Rights (FRA), 2022 ROMA IN 10 EUROPEAN COUNTRIES MAIN RESULTS, Roma Survey 2021
- Expert Group Meeting on Integrated Approaches to Implementing Sustainable Development Goal 3 in preparation for the 2017 HLPF, June 16 2017, Summary
- ISS, (2020), La Copertura Sanitaria Universale Nel Mondo. Istruzioni per l'uso: una logica di confronto.
- OMS 2020 “Multisectoral preparedness coordination framework Best practices, case studies and key elements of advancing multisectoral coordination for health emergency preparedness and health security”
- OMS, Annex del Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report
- OMS, “World health statistics 2024 Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals “.
- ONU (1992) United Nations Conference on Environment and Development, “Earth Summit”, Rio de Janeiro, Brazil
- ONU (2015) Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, A/RES/70/1
- ONU (2000) United Nations Millennium Declaration Resolution adopted by the General Assembly on 18 September 2000, A /RES/55/2
- ONU (2020) Statistical Commission Report on the fifty-first session
- ONU Conference on Sustainable Development, Rio+20, Rio de Janeiro, Brazil, 20-22 June 2012.
- ONU Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world” 23 September 2019
- ONU Political Declaration of the UN High-level meeting on universal health coverage (UHC) “Universal Health coverage: expanding our ambition for health and well-being in a post-COVID world”, , 21 September 2023.
- ONU, The Sustainable Development Goals Report del 2024
- UHC2030, “From commitment to action Action agenda on universal health coverage from the UHC movement 2023 UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage”.
- UHC2030 State of commitment to universal health coverage: synthesis, 2020 Urgent action for health systems that protect everyone – now
- UHC2030,” State of commitment to universal health coverage: Synthesis 2023”
- UHC2030, United Nations High-Level Meeting on Universal Health Coverage, In 2019 Key Targets, Commitments & Actions
- UNICEF KEY ASKS2023 SDG National Reviews SDG 3: GOOD HEALTH AND WELL-BEING FOR ALL
- United Nations Development Programme (UNDP) 2017 UNDP SUPPORT TO THE IMPLEMENTATION OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOAL 3

United Nations Environment Programme (UNEP) & International Resource Panel (2015). Policy Coherence of the Sustainable Development Goals: A Natural Resource Perspective. <https://wedocs.unep.org/20.500.11822/9720>

World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations Environment Programme and World Organisation

for Animal Health (2023) Tracking AMR Country Self-Assessment Survey - TrACSS), <https://www.amrcountryprogress.org/>

World Health Organization, Regional office for South East Asia, Background paper for the regional technical consultation on: Monitoring the Health-Related Sustainable Development Goals (SDGs), 9–10 February 2017, SEARO, New Delhi, India

Sintesi

CAPITOLO 4b

I principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale

d'Angela D.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.², Expert Panel³

A fronte dei numerosi richiami dei Centri studi alla necessità di una nuova riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), da molti ritenuta necessaria per rendere il Servizio atto a sostenere anche nei prossimi anni le sfide portate dall'evoluzione dei fattori demografici, economici e tecnologici, in un contesto di perdurante debole crescita economica, secondo alcuni l'esigenza della suddetta riforma può essere derubricata ad una "manutenzione speciale", mentre per altri dovrebbe essere foriera di una radicale trasformazione del servizio.

Adottando questa ultima prospettiva, si deve osservare una carenza di dibattito sui principi che dovrebbero ispirare una modifica dell'intervento pubblico in Sanità; peraltro, la mancanza di condivisione sui principi di fondo sembra essere una delle principali ragioni di impedimento a raggiungere una condivisione sulle possibili linee di riforma.

Non di meno, è opinione largamente condivisa che larga parte dei principi che hanno ispirato la creazione del SSN, rimangano validi o al massimo richiedano qualche "ammodernamento".

Di conseguenza, per fornire un punto di partenza al suddetto confronto, si è ritenuto opportuno indagare il "valore", ma anche la effettiva "declinazione" attribuita dagli *stakeholder* del SSN ai principi che possono essere maggiormente "divisivi"; in particolare, è stata implementata una *survey* distribuita fra i componenti dell'*Expert Panel* dello studio "La misura di *Performance* socio-sanitaria regionale" (2024), che rappresentano le principali categorie di *stakeholder* del SSN: Pazienti, Professionisti sanitari,

Management sanitario, Istituzioni e Industria.

Nello specifico, la *survey* ha chiesto il parere dei membri dell'*Expert Panel* sul significato da attribuire ai seguenti principi:

- Equità
- Sussidiarietà
- Appropriatelyzza
- Servizio Pubblico
- Prestazioni integrativa.

Alla *survey* hanno risposto 59 componenti, rappresentanti di tutte le Regioni: 9 dell'Industria medicale, 9 delle Istituzioni (nazionali, regionali, locali), 15 del *Management* Aziendale (Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi di Aziende Sanitarie), 14 delle Professioni Sanitarie (società/associazioni scientifiche) e 12 degli Utenti.

I risultati della *survey*, per singolo "principio", sono stati analizzati per singola categoria di *stakeholder*.

Per il principio di Equità, dalle risposte ottenute, emerge una mancanza di condivisione sulla natura dell'Equità; la maggioranza la declina in termini di accesso indipendente dal "bisogno", ma rimane non chiara la natura di tale "bisogno": Istituzioni e *Management* sanitario si rifanno alle "declinazioni ufficiali" (che non ne chiariscono compiutamente la natura); di contro, Utenti e (in parte) rappresentanti delle Professioni sanitarie, richiamano l'esigenza di declinare il "bisogno" in termini di possibilità di accesso ai servizi, evidenziando come la vera barriera all'accesso sia quella economica.

Un particolare interesse è rappresentato dal fatto che solo i Professionisti sanitari evidenziano come

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

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

³ *Expert Panel* dello studio "Le *Performance* socio-sanitarie regionali" 2024

prioritario il tema dell'equità "a monte", ovvero quello in termini di finanziamento del sistema, che il nostro sistema fiscale non riesce in nessun modo a garantire.

Di contro, non sembra ancora maturata una particolare consapevolezza fra gli *stakeholder* sulle barriere all'accesso rappresentate dai differenti livelli di *literacy* dei pazienti.

Per quanto concerne il principio di Sussidiarietà le risposte ottenute sono al limite della negazione del principio; Istituzioni, *Management* e Professioni sanitarie si rifanno alle "declinazioni ufficiali", ovvero che l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sia di competenza del settore pubblico, al più supportato dal privato in caso di incapacienza di offerta (peraltro concetto che in qualche modo era stato superato, anche se poi "mitigato", con il passaggio dal Convenzionamento all'Accreditamento); ai Fondi intermedi, in questa visione, è demandata l'erogazione dei soli extra LEA, che evidentemente rappresentano, ai sensi dell'attuale normativa, un *set* di prestazioni che, al netto dell'odontoiatria, è in buona parte in "odore" di inappropriatezza; la quota maggiore di risposte confacenti al principio di Sussidiarietà (che riserva alle Istituzioni la regolazione del sistema) è stata fornita dagli Utenti.

In definitiva, non sembra maturata una lettura condivisa del principio di Sussidiarietà, adeguato alle peculiarità del sistema sanitario, richiedendo l'apertura di un trasparente dibattito politico sul tema.

Per il principio di Appropriatezza il consenso converge sulla declinazione più frequente nella normativa sanitaria, che la fa corrispondere all'aderenza a quanto indicato nelle Linee Guida cliniche, includendo anche l'elemento dell'efficienza economica nell'erogazione.

Si evince, altresì, una condivisione sul fatto che il principio sia di declinazione "centrale": solo una quota minoritaria richiama l'esigenza di commisurare l'appropriatezza ai Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) regionali.

Emerge anche come l'aspetto della eleggibilità dei pazienti in base alle loro caratteristiche socio-economiche, non sia percepito come un punto rile-

vante nell'applicazione del principio.

In merito al concetto di Servizio Pubblico è emersa una forte frammentazione dei pareri; in generale la natura pubblica del servizio rimane ancorata al concetto di "produzione pubblica", rimanendo minoritaria la quota di rispondenti che ritiene sia il potere di regolamentazione l'aspetto che rende "pubblico" il servizio; in tema di produzione, il campione si divide tra i "sostenitori" di una erogazione riservata alle strutture pubbliche, e tra quelli che ritengono essa possa essere condivisa con le strutture private, purché siano in possesso di requisiti specifici e contrattualizzate dalle strutture pubbliche.

Quindi anche il tema della natura pubblica del servizio merita maggiori approfondimenti e confronti, essendo per lo meno discutibile che l'aspetto della produzione sia quello davvero discriminante nel definire "pubblico" il servizio.

Infine, sul concetto di "Prestazione integrativa", malgrado una certa "resistenza" dei professionisti e del *Management* sanitario, che restringono la natura integrativa ai soli extra LEA, come da normativa, appare maturarsi (anche fra i rappresentati delle istituzioni) la convinzione che il concetto possa/debba essere esteso ricomprendendo le prestazioni incluse nei LEA ma erogate in modalità diverse da quelle che riesce a garantire il pubblico. Per gli Utenti, il concetto si allarga ulteriormente, comprendendo tutte le prestazioni che implicano una compartecipazione.

In definitiva, le risposte ottenute sollecitano a rivedere l'attuale definizione di Prestazione integrativa, andando verso una estensione che coinvolga le modalità di erogazione.

In sintesi, i risultati della *survey* confermano come fra gli *stakeholder* del SSN convivano visioni diverse sui principi fondanti del servizio e sul ruolo dell'intervento pubblico in Sanità, anche in funzione della diversa natura degli *stakeholder*.

Si conferma quindi l'esigenza di promuovere un più ampio dibattito sul contenuto e sul valore dei principi a cui una eventuale riforma del SSN dovrebbe ispirarsi, trattandosi di una esigenza propedeutica alla possibilità di raggiungere una condivisione su cui costruire un percorso di trasformazione del SSN.

CAPITOLO 4b

I principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale

d'Angela D.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.², Expert Panel³

Malgrado i numerosi richiami di vari Centri studi alla necessità di una nuova riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), da molti ritenuta necessaria per rendere il Servizio atto a sostenere anche nei prossimi anni le sfide portate dall'evoluzione dei fattori demografici, economici e tecnologici, in un contesto di perdurante debole crescita economica, sembra che il dibattito non esca dall'equivoco: infatti, secondo alcuni l'esigenza della suddetta riforma viene derubricata ad una "manutenzione speciale", mentre per altri dovrebbe essere foriera di una radicale trasformazione del servizio.

Non di meno, è opinione largamente condivisa che larga parte dei principi che hanno ispirato la creazione del SSN, rimangano validi o al massimo richiedano qualche "ammodernamento".

La carenza di dibattito sull'evoluzione dei principi a fondamento del SSN è sembrata essere una delle principali ragioni di impedimento a raggiungere una condivisione sulle possibili linee di riforma.

Di conseguenza, per fornire un punto di partenza al suddetto confronto, si è ritenuto opportuno indagare il "valore", ma anche la effettiva "declinazione" di tali principi fra gli *stakeholder* del SSN, promuovendo una *survey* distribuita fra i componenti dell'*Expert Panel* dello studio "La misura di *Performance* socio-sanitaria regionale" (2024) che rappresentano le principali categorie di *stakeholder* del SSN: Pazienti, Professionisti sanitari, *Management* sanitario, Istituzioni e Industria.

Nello specifico, la *survey* ha chiesto il parere dei membri dell'*Expert Panel* sul significato da attribuire

ai seguenti principi:

- Equità
- Sussidiarietà
- Appropriatelyzza
- Servizio Pubblico
- Prestazioni integrativa.

Alla *survey* hanno risposto 59 componenti, rappresentanti di tutte le Regioni: 9 dell'Industria medicale, 9 delle Istituzioni (nazionali, regionali, locali), 15 del *Management* Aziendale (Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi di Aziende Sanitarie), 14 delle Professioni Sanitarie (società/associazioni scientifiche) e 12 degli Utenti.

A seguire si riportano i risultati della *survey*, per singolo "principio", anche evidenziando le differenze nelle risposte fra le diverse categorie di *stakeholder*.

4b.1. Equità

Per quanto concerne l'Equità, sono state proposte al *Panel* le seguenti possibili declinazioni alternative:

- a) Tutti i pazienti devono essere trattati egualmente da un punto di vista clinico e assistenziale
- b) I pazienti devono poter ricevere i servizi (clinici/assistenziali) in modo proporzionale ai loro bisogni
- c) Tutti i cittadini devono accedere agli stessi servizi e con le stesse modalità
- d) Tutti i pazienti devono poter accedere ai servizi senza condizionamenti derivanti dalle loro

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

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

³ *Expert Panel* dello studio "Le *Performance* socio-sanitarie regionali" 2024

risorse economiche

- e) Tutti i cittadini devono compartecipare al finanziamento del SSN in modo proporzionale alle loro risorse economiche
- f) Tutti i pazienti devono poter accedere ai servizi senza condizionamenti derivanti dalla loro *literacy*.

Con la possibilità di aggiungerne una alternativa, motivandola.

La declinazione a) stressa il concetto del trattamento proporzionale al bisogno (esclusivamente) clinico/assistenziale.

La declinazione b), invece, ricorrente in molti documenti ufficiali, non chiarisce la natura del bisogno a cui si riferisce.

La declinazione c) stressa il passaggio dall'equità al suo estremo, rappresentato dall'uguaglianza delle modalità di trattamento.

La declinazione d) sposta l'attenzione sull'impatto delle condizioni economiche sulle possibilità di accesso.

La declinazione e) include il concetto del finan-

ziamento del SSN, ed in particolare che vi sia una partecipazione proporzionale alle risorse personali.

La declinazione f) sposta l'attenzione sull'impatto delle possibilità di accesso associata alla *literacy* del cittadino.

Passando ad analizzare le risposte (Figura 4b.1.), possiamo osservare che un terzo dei rispondenti (33,9%) ritiene che la declinazione più corretta sia quella (b) che poggia sull'idea di un accesso dei pazienti ai servizi (clinici/assistenziali) in modo proporzionale ai loro bisogni, senza specificazione della natura del bisogno.

Il 25,4% propende invece per la declinazione (c) che recita che tutti i cittadini debbano accedere agli stessi servizi con le stesse identiche modalità.

Il 20,3% su quella (d) che prevede che tutti i pazienti debbano poter accedere ai servizi senza condizionamenti derivanti dalle loro risorse economiche.

Il 10,2% su quella (e) che tutti i cittadini debbano compartecipare al finanziamento del SSN in modo proporzionale alle loro risorse economiche.

Figura 4b.1. Quota di rispondenti, per tipo di preferenza (Equità). Valori %

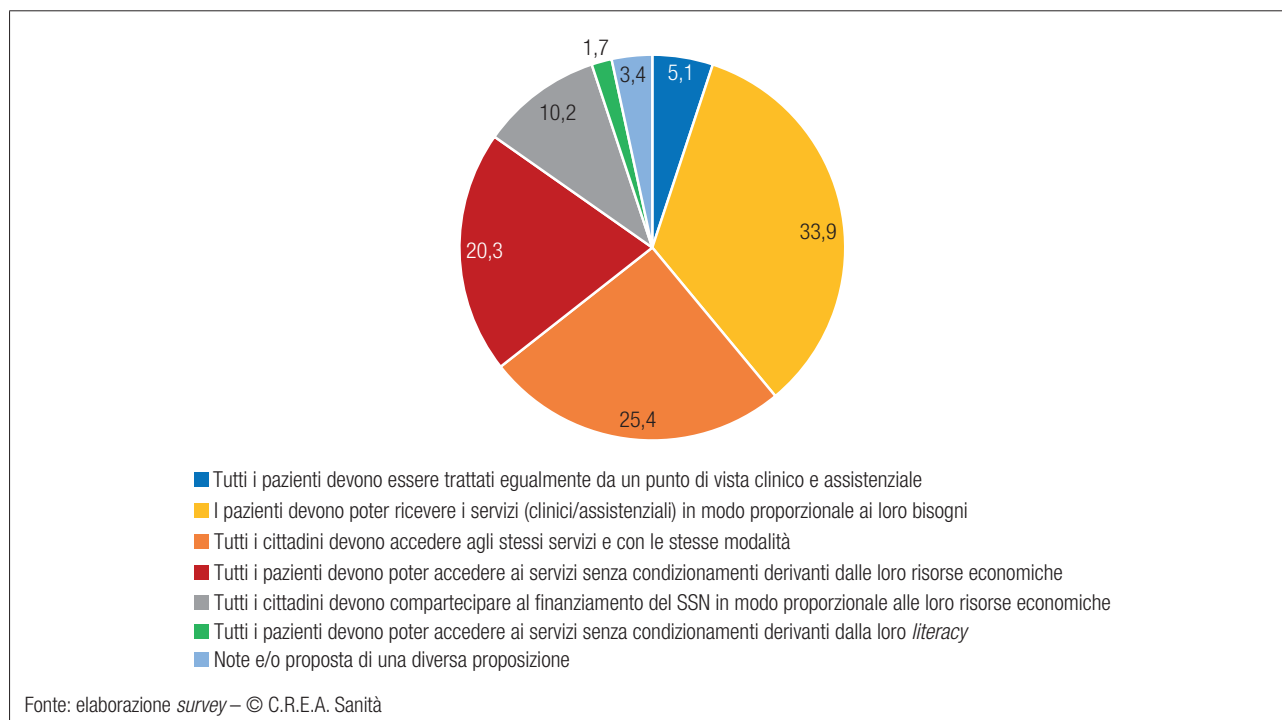
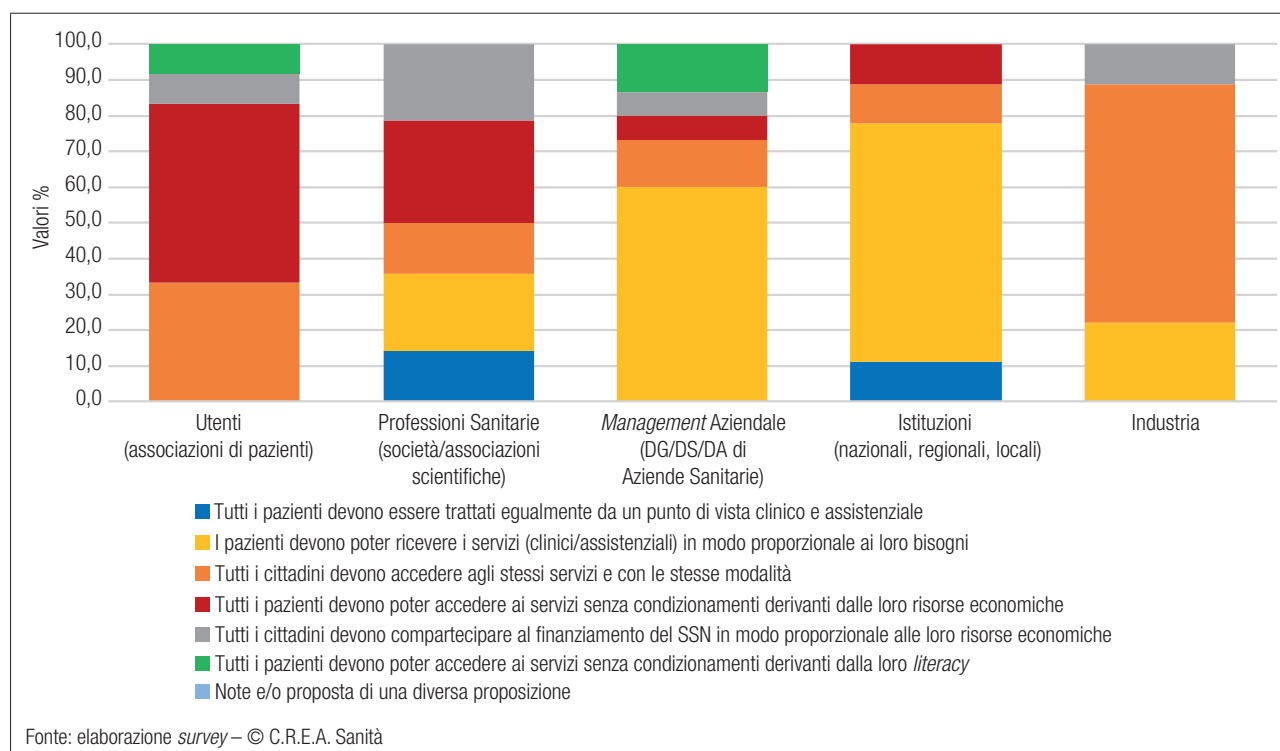


Figura 4b.2. Il concetto di Equità, per categoria di *stakeholder*

Infine, una quota residuale dei rispondenti (5,1%) per equità ritiene si debba intendere che i pazienti debbano essere trattati egualmente da un punto di vista clinico e assistenziale (a) ed il 3,4% che l'accesso ai servizi non debba essere condizionato dalla *literacy* dei pazienti (f).

Due rispondenti hanno espresso il concetto che alla dimensione dell'equità potrebbe essere integrata l'equità del finanziamento, che si ritiene non realizzata nel SSN.

Considerando la tipologia degli *stakeholder*, si osserva (Figura 4b.2.) come il 66,7% dei rispondenti delle Istituzioni e il 60,0% del *Management* delle Aziende Sanitarie prediligano l'aspetto dell'accesso ai servizi proporzionale ai bisogni. Fra gli Utenti (50,0%) e le Professioni sanitarie (28,6%) prevale la visione che l'accesso ai servizi non debba essere condizionato dalle risorse economiche, sebbene tra i secondi si condivide anche l'approccio di un accesso proporzionale ai bisogni (21,4%) ed una partecipazione al finanziamento del SSN proporzionale alle risorse economiche (21,4%).

Il 66,7% dei rappresentanti dell'Industria medica-

le risponde dando priorità alla declinazione che prevede un accesso ai servizi con le stesse modalità.

Appare abbastanza evidente dalle risposte ottenute, che sul concetto di Equità sia necessario un chiarimento sulla natura del "Bisogno" su cui si basano le valutazioni: Istituzioni e *Management* sanitario si rifanno alle "declinazioni ufficiali" che però non chiariscono compiutamente la natura del "Bisogno", nel senso che, ad esempio, esso potrebbe essere inteso solo come bisogno clinico/assistenziale; di contro, Utenti e (in parte) rappresentanti delle Professioni sanitarie, richiamano l'esigenza di declinare il bisogno in termini di possibilità di accesso ai servizi, evidenziando come la vera barriera all'accesso sia quella economica.

Un particolare interesse è rappresentato dal fatto che solo i Professionisti sanitari evidenziano come prioritario il tema dell'equità "a monte", ovvero quello in termini di finanziamento del sistema, che il nostro sistema fiscale non riesce in nessun modo a garantire.

Di contro, non sembra ancora maturata una particolare consapevolezza fra gli *stakeholder* sulle bar-

riere all'accesso rappresentate dai differenti livelli di *literacy* dei pazienti.

4b.2. Sussidiarietà

Per quanto concerne il tema della Sussidiarietà, sono state proposte al *Panel* le seguenti possibili declinazioni alternative:

- a) La regolamentazione delle attività sanitarie è riservata allo Stato-Regioni, mentre l'erogazione delle prestazioni è indifferente chi la fa
- b) L'utilizzo di strutture private per le prestazioni sanitarie deve essere limitato ai casi in cui il SSN non riesce a provvedere con le proprie strutture
- c) Il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) deve essere pubblico mentre quello raccolto dai corpi intermedi (fondi sanitari integrativi e casse mutue) è finalizzato all'erogazione di prestazioni extra LEA
- d) Il finanziamento delle attività sanitarie è compito esclusivamente pubblico
- e) Il finanziamento pubblico deve integrare quello raccolto dai corpi intermedi (fondi sanitari integrativi e casse mutue).

Con la possibilità di aggiungerne una alternativa, motivandola.

La declinazione a) stressa il concetto che gli aspetti di regolamentazione è essenziale che siano in capo a Stato-Regioni mentre l'erogazione delle prestazioni può essere "sussidiariamente decentrata".

La declinazione b), invece, intende la Sussidiarietà (in modo distorto) come un limite alla partecipazione del privato, che viene limitata ai soli casi in cui il servizio pubblico non intende "occupare lo spazio".

La declinazione c) evidenzia il dibattito sul ruolo dei fondi integrativi, alimentando l'ipotesi di una lettura del concetto di "Sussidiarietà" per "nicchiare" il ruolo dei corpi intermedi (in questo caso i Fondi integrativi) alla erogazione delle sole prestazioni extra LEA.

La declinazione d) stretta il concetto che il finanziamento delle prestazioni debba essere esclusiva-

mente pubblico, in qualche modo negando che il principio di Sussidiarietà sia applicabile alla Sanità.

La declinazione e) prevede invece che il principio indichi l'esigenza di una integrazione tra il finanziamento pubblico e quello dei corpi intermedi ai fini della soddisfazione dei bisogni sanitari.

Passando ad analizzare le risposte (Figura 4b.3.), possiamo osservare che un terzo dei rispondenti (32,3%) ritiene che la declinazione più corretta sia quella che poggia sull'idea che il finanziamento dei LEA debba essere pubblico mentre quello raccolto dai corpi intermedi (fondi sanitari integrativi e casse mutue) debba essere destinato solo all'erogazione di prestazioni extra LEA (c): in pratica i rispondenti si sono "ispirati" alla norma che prevede che i Fondi debbano erogare solo prestazioni "integrative", essendo il soddisfacimento dei LEA compito del servizio pubblico.

A seguire, il 27,1% propende invece per la declinazione (b) che il privato possa erogare prestazioni solo in caso di non capienza dell'offerta pubblica, evidentemente ponendo dubbi sulla applicazione del principio della Sussidiarietà in Sanità.

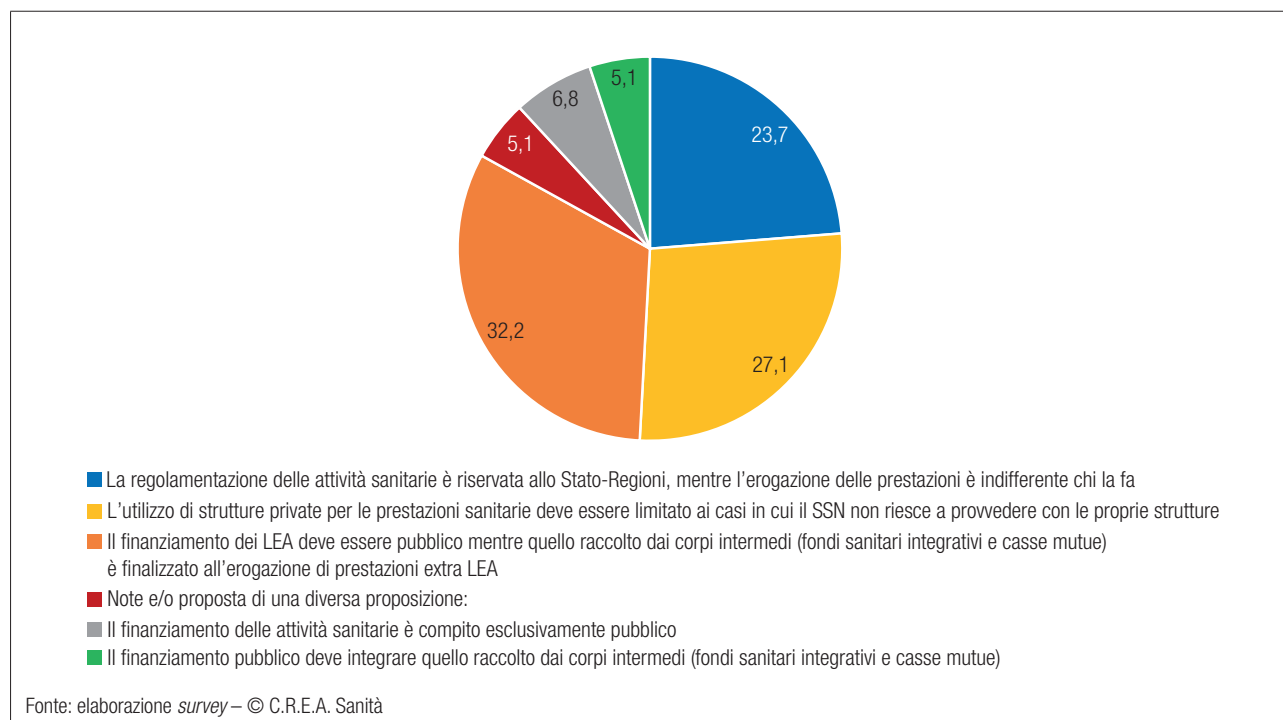
Il 23,7% su quella che prevede una indifferenza sulla natura delle strutture che erogano le prestazioni (declinazione a), fermo restando che resti in capo alle Istituzioni (Stato e Regioni) la regolamentazione: è la quota di rispondenti che sembra interpretare il principio in modo più consono rispetto alla sua declinazione costituzionale.

Da notare anche che il 6,8% propende per l'esclusività del finanziamento pubblico (d), in qualche modo unendosi gli "scettici" sul principio.

Infine, una quota residuale dei rispondenti (5,1%) intende per Sussidiarietà (e) la complementarità tra finanziamento pubblico e dei corpi intermedi.

Due rispondenti hanno espresso la preferenza per più risposte, ovvero che la regolamentazione delle attività sanitarie e la definizione dei LEA debba essere riservata allo Stato-Regioni; che l'erogazione delle prestazioni LEA debba essere effettuata dalle strutture pubbliche e private accreditate nel sistema, e che le prestazioni extra LEA possano essere erogate in forma privata anche aggregata in corpi intermedi.

Figura 4b.3. Quota rispondenti, per tipo di preferenza (Sussidiarietà). Valori %



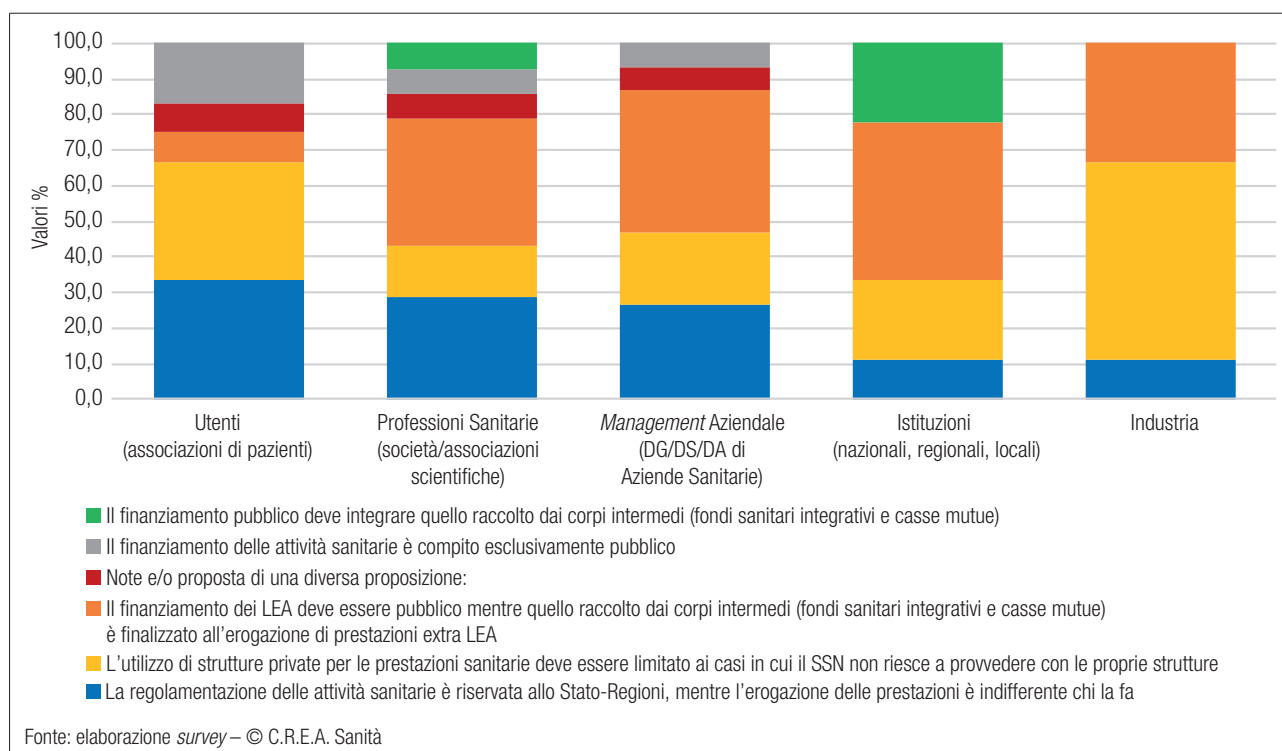
Considerando la tipologia degli *stakeholder*, si osserva (Figura 4b.4.) come il 44,4% dei rispondenti delle Istituzioni, il 40,0% del *Management* delle Aziende Sanitarie ed il 35,7% delle Professioni sanitarie prediligano l'aspetto che l'erogazione dei LEA sia di competenza del pubblico e che ai fondi intermedi sia demandato quello delle prestazioni extra LEA, sebbene circa un quarto dei rispondenti del *Management* aziendale (26,7%) e delle Professioni sanitarie (28,6%) citi anche l'indifferenza sulla natura delle strutture che erogano le prestazioni, fermo restando che sia di competenza delle Istituzioni la regolamentazione. Fra gli Utenti prevale la visione che le prestazioni possono essere erogate anche dalle strutture private (con regolamentazione "istituzionale"), lo sostiene un terzo (33,3%) dei rispondenti, o che le stesse erogino in caso di incapienza di offerta pubblica (33,3%). Quest'ultimo aspetto prevale nei rappresentanti dell'Industria, dove il 55,5% dei rispondenti ha espresso tale preferenza.

Appare abbastanza evidente dalle risposte ot-

tenute, che sul concetto di Sussidiarietà, Istituzioni, *Management* e Professioni sanitarie si rifanno alle "declinazioni ufficiali", ovvero che l'erogazione dei LEA sia di competenza del pubblico, eventualmente supportato dal privato in caso di incapienza di offerta (peraltro concetto che in qualche modo era stato superato, anche se poi "mitigato", con il passaggio dal Convenzionamento all'Accreditamento); ai Fondi intermedi, in questa visione, è demandata l'erogazione dei soli extra LEA, che evidentemente rappresentano, ai sensi dell'attuale normativa, un *set* di prestazioni che, al netto dell'odontoiatria, è in buona parte in "odore" di inappropriatazza; la quota maggiore di risposte confacenti al principio di Sussidiarietà (che riserva alle Istituzioni la regolazione del sistema) è stata fornita dagli Utenti.

In definitiva, la lettura del principio di Sussidiarietà, adeguato alle peculiarità del sistema sanitario, è tutt'altro che condivisa, richiedendo l'apertura di un trasparente dibattito politico sul tema.

Figura 4b.4. Il concetto di Sussidiarietà, per categoria di stakeholder



4b.3. Appropriatelyzza

Per quanto concerne l'Appropriatelyzza, sono state proposte al *Panel* le seguenti possibili declinazioni alternative:

- Sono appropriate le prestazioni che sono state prescritte da un professionista sanitario e che sono coerenti con le linee guida cliniche
- Sono appropriate le prestazioni che sono state prescritte da un professionista sanitario, erogate nel *setting* assistenziale indicato dalle linee guida cliniche ed economicamente più efficienti
- Sono appropriate le prestazioni che sono state previste in qualche Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
- Sono appropriate le prestazioni che sono comprese nei LEA e per le quali sono state rispettate eventuali indicazioni rispetto alla eleggibilità dei pazienti
- Sono appropriate le prestazioni che sono state prescritte da un professionista sanitario del SSN.

Con la possibilità di aggiungerne una alternativa, motivandola.

La declinazione a) stressa il concetto di Appropriatelyzza come necessità di allineamento limitatamente a quanto previsto dalle linee guida cliniche

La declinazione b) affianca all'allineamento alle linee guida, anche l'elemento economico

La declinazione c) rimanda ai contenuti dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (regionali e/o locali), ovvero sposta la declinazione dell'Appropriatelyzza verso i riferimenti organizzativi regionali

La declinazione d) lega l'Appropriatelyzza all'inserimento delle prestazioni nei Livelli Essenziali di Assistenza

La declinazione e) richiede la sola prescrizione da parte di un professionista sanitario del SSN, senza verifica della rispondenza alle evidenze disponibili.

Passando ad analizzare le risposte (Figura 4b.5.), possiamo osservare che più della metà dei rispondenti (55,9%) ritiene che la declinazione più corretta di Appropriatelyzza sia la b, ovvero quella che richiede sia l'allineamento con le linee guida cliniche, sia

l'erogazione in termini di efficienza economica. previsto dalle linee guida cliniche.
Il 23,7% lo limita alla coerenza rispetto a quanto

Figura 4b.5. Quota di rispondenti, per tipo di preferenza (Appropriatezza). Valori %

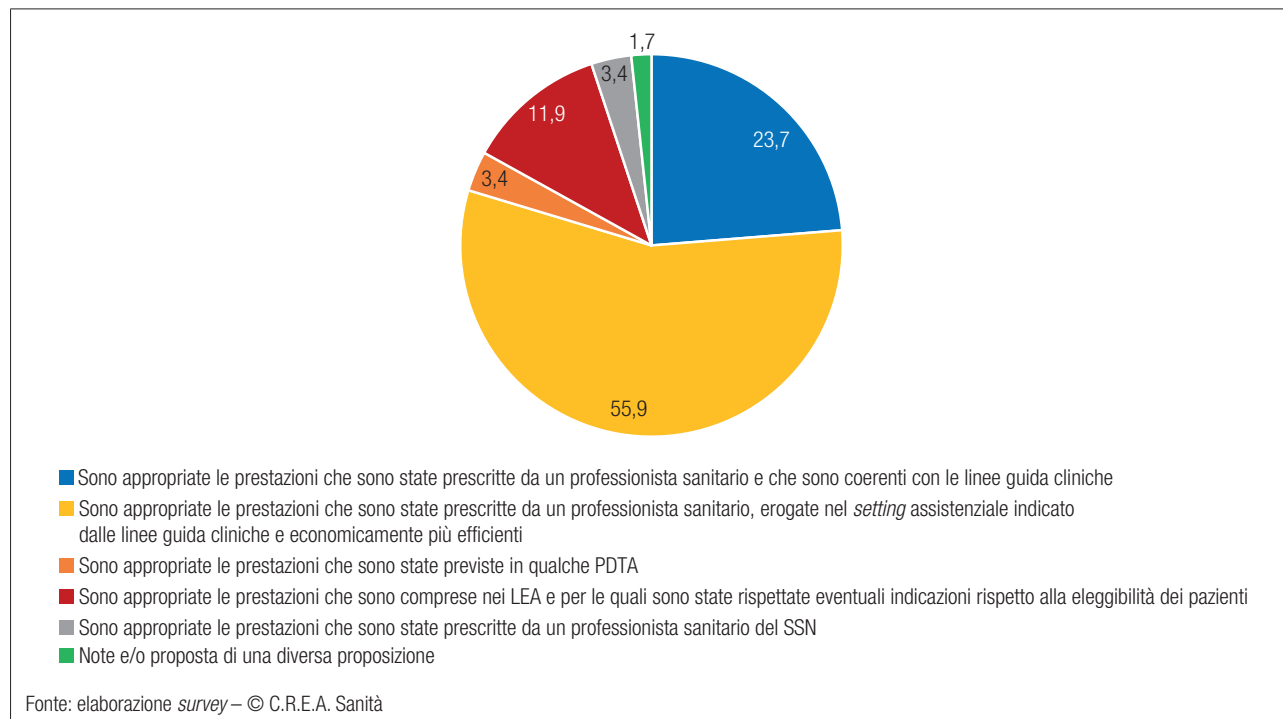
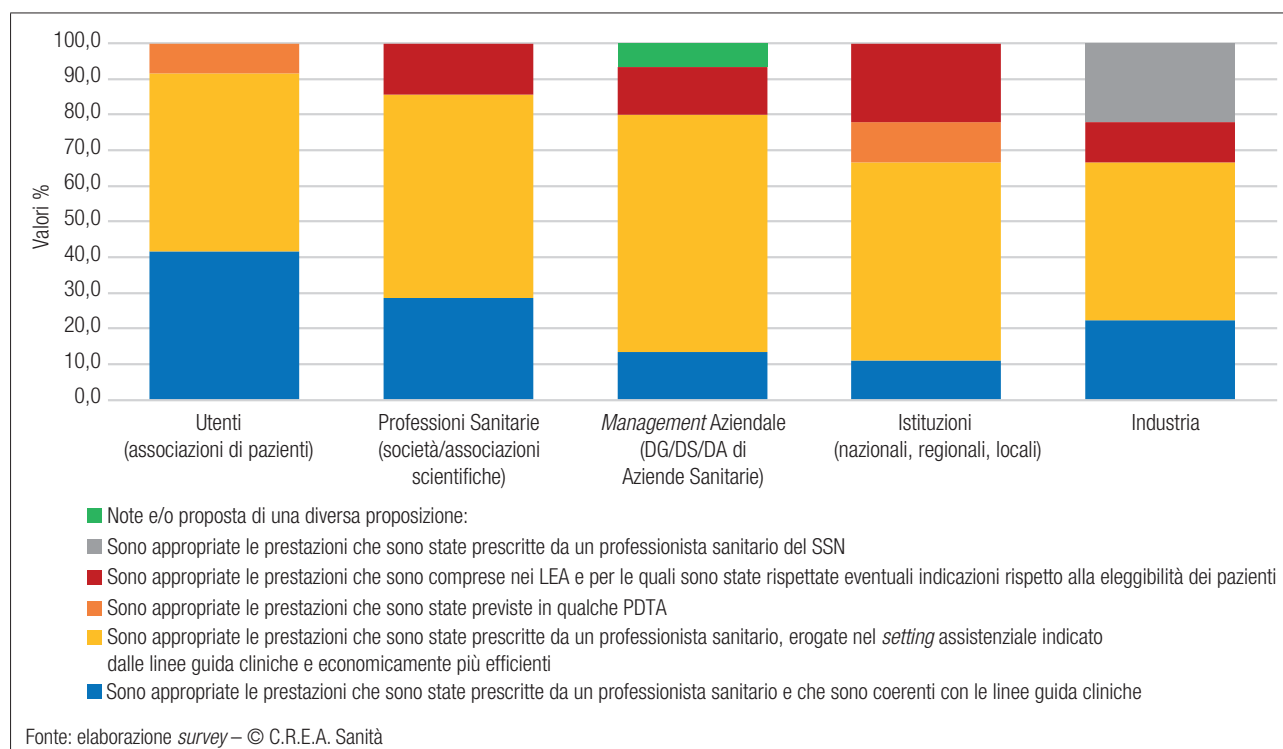


Figura 4b.6. Il concetto di Appropriatezza, per categoria di stakeholder



L'11,9% associa l'Appropriatezza alle sole prestazioni LEA, in associazione a requisiti di eleggibilità dei pazienti.

Infine, una quota residuale dei rispondenti (3,4%) associa il concetto a quanto contenuto nei PDTA e un altro 3,4% a tutto ciò che è prescritto da un professionista sanitario del SSN.

Un rispondente ha dato più risposte, ovvero che sono appropriate nell'ambito del SSN le prestazioni che sono comprese nei LEA, che sono state prescritte e vengono erogate come previsto da linee guida e PDTA di riferimento, nel rispetto dei criteri di eleggibilità dei pazienti e dei *setting* erogativi previsti.

Considerando la tipologia degli *stakeholder*, si osserva (Figura 4b.6.) come per tutte le Categorie, ed in particolare per il *Management* aziendale (66,7%) oltre la metà dei rispondenti predilige un concetto di Appropriatezza che coniuga l'aderenza alle linee guida cliniche e al *setting* assistenziale di erogazione della prestazione (in una ottica di efficienza economica).

Per il 41,7% degli Utenti, ma anche per il 28,6% dei rispondenti delle Professioni sanitarie, nonché il 22,2% di quelli dell'Industria, si predilige l'aderenza alle sole linee guida cliniche. Una quota minoritaria di rispondenti di tutte le categorie, esclusi gli Utenti, associa al concetto di appropriatezza l'erogazione dei LEA, comprensiva della condizione di eleggibilità dei pazienti.

Appare abbastanza evidente dalle risposte ottenute, che anche in questo caso il consenso converga sulla declinazione più frequente nella normativa sanitaria, che ritiene l'Appropriatezza come aderenza a quanto indicato nelle linee guida in un determinato *setting* assistenziale, ovvero include l'elemento dell'efficienza economica nell'erogazione.

Si evince, altresì, una condivisione sul fatto che il principio sia di declinazione "centrale": solo una quota minoritaria richiama l'esigenza di considerare i PDTA regionali.

Emerge anche come l'aspetto della eleggibilità dei pazienti, che implica un adeguamento del principio alle caratteristiche dei pazienti, sia scarsamente percepito come un punto rilevante nell'applicazione del principio.

4b.4. Servizio pubblico

Per quanto concerne il concetto di Servizio Pubblico, sono state proposte al *Panel* le seguenti possibili declinazioni alternative:

- a) Le prestazioni del SSN devono essere erogate esclusivamente da aziende/imprese a controllo pubblico o da aziende private contrattualizzate da quelle pubbliche a tale scopo
- b) Le prestazioni del SSN devono essere prioritariamente erogate da aziende pubbliche o da aziende private contrattualizzate da quelle pubbliche a tale scopo
- c) La definizione delle regole di accesso ed erogazione dei servizi, nonché il controllo sul rispetto delle regole, devono essere funzioni svolte dal settore pubblico
- d) Le prestazioni del SSN devono essere prioritariamente erogate da aziende/imprese a controllo pubblico o da aziende private che rispettino requisiti predefiniti
- e) Le prestazioni del SSN devono essere prioritariamente erogate da aziende pubbliche o da aziende private che rispettino requisiti predefiniti
- f) L'accesso universale alle prestazioni deve essere garantito dalle risorse pubbliche destinate alla Sanità
- g) Le prestazioni del SSN devono essere erogate da strutture *non profit* (pubbliche e/o private)
- h) Le prestazioni del SSN devono essere erogate esclusivamente da aziende/imprese a controllo pubblico
- i) Le prestazioni del SSN devono essere erogate esclusivamente da aziende pubbliche.

Con la possibilità di aggiungerne una alternativa, motivandola.

La declinazione a) associa il concetto Servizio Pubblico con quello di produzione pubblica o di strutture private contrattualizzate da quelle pubbliche.

La declinazione b) sostituisce l'esclusività del punto precedente con la "prioritizzazione", lasciando spazio per una residuale produzione privata.

La declinazione c) sposta l'attenzione dall'aspet-

to della produzione a quello della regolamentazione (sia in termini di criteri di accesso, che requisiti di erogazione).

La declinazione d) “mima” il principio dell’Accreditamento delle strutture estendendolo, ovvero prevedendo la possibilità di utilizzare anche la configurazione di impresa pubblica.

La declinazione e) “mima” il principio dell’Accreditamento delle strutture nella sua attuale configurazione che prevede la sola figura dell’azienda pubblica.

La declinazione f) sposta l’attenzione sul finanziamento, circoscrivendo il concetto di Servizio Pubblico su ciò che è sostenuto dal finanziamento pubblico.

La declinazione g) richiede che la natura pubblica si basi su una esclusione dell’intervento i Sanità di strutture *profit*.

La declinazione h) prevede di far coincidere il concetto di servizio pubblico con quello di erogazione delle prestazioni SSN (ovvero LEA) da parte di

aziende, o anche imprese a controllo pubblico.

La declinazione i) replica la h, escludendo la configurazione di impresa pubblica.

Passando ad analizzare le risposte (Figura 4b.7.), possiamo osservare che circa un quarto dei rispondenti (23,7%) ritiene che la declinazione più corretta (b) di Servizio Pubblico preveda che le prestazioni del SSN debbano essere prioritariamente erogate da aziende pubbliche o da aziende private contrattualizzate da quelle pubbliche a tale scopo, allineandosi al dettato dell’accreditamento.

Il 15,3% ritiene (declinazione a) che l’erogazione possa essere fatta, oltre che da aziende private contrattualizzate da quelle pubbliche a tale scopo, anche da imprese a controllo pubblico.

Il 15,3% associa al concetto di servizio pubblico l’erogazione di prestazioni LEA solo da parte di aziende pubbliche (i).

Il 16,9% affida al servizio pubblico il compito della regolamentazione per l’erogazione dei servizi e il suo monitoraggio (declinazione c).

Figura 4b.7. Quota di rispondenti, per tipo di preferenza (Servizio pubblico). Valori %

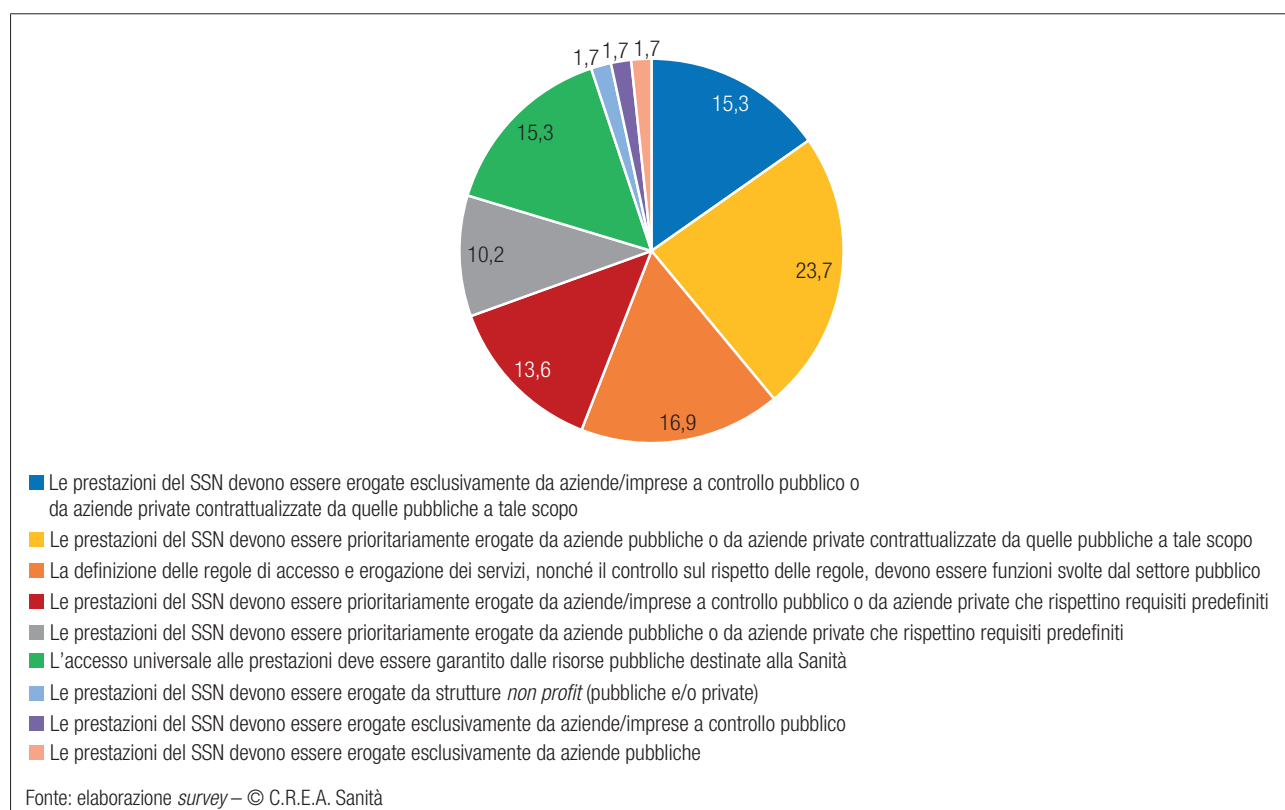
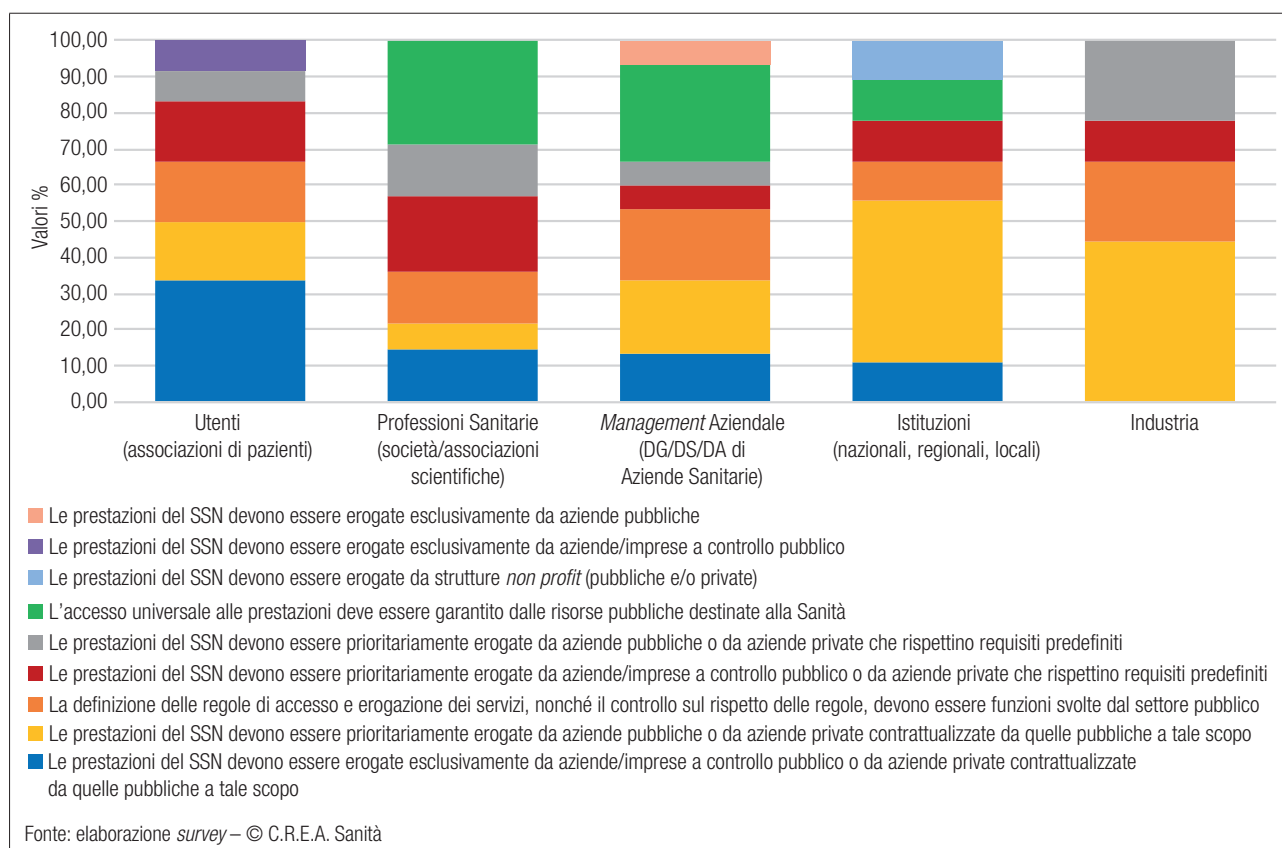


Figura 4b.8. Il concetto di Servizio pubblico, per categoria di stakeholder



Il 10,2% intende che l'erogazione può essere fatta anche dal privato purché in possesso di specifici requisiti.

Infine, una quota residuale dei rispondenti propende per il fatto che la natura del sistema è pubblica se l'erogazione delle prestazioni è effettuata solo da strutture *non profit* (pubbliche o private), oppure esclusivamente da aziende pubbliche, o aziende pubbliche o imprese a controllo pubblico.

Considerando la tipologia degli *stakeholder*, si osserva (Figura 4b.8.) come per i rappresentanti delle Istituzioni (44,4% dei rispondenti) e dell'Industria (44,4%), prevalga una lettura "formale", ovvero che l'erogazione debba essere effettuata prioritariamente da strutture pubbliche o private purché in possesso di requisiti specifici (accreditamento).

Per gli Utenti (33,3%) tale condizione deve essere "esclusiva"; per Professioni sanitarie e *Management Aziendale*, il 28,6% e 26,7% rispettivamente dei rispondenti ritiene che per mantenere la natura pub-

blica del SSN, si debba prevedere una erogazione solo da parte delle strutture pubbliche, sebbene una quota del *Management* (20,0%) ritiene che possa esserci anche una erogazione anche da parte del privato, in possesso di specifici requisiti, ed un altro 20% che sia compito del servizio pubblico definire le regole sugli accessi e per l'erogazione delle prestazioni.

Le risposte ottenute evidenziano una forte frammentazione dei pareri; in generale la natura pubblica del servizio rimane ancorata al concetto di "produzione pubblica", rimanendo minoritaria la quota di rispondenti che ritiene sia il potere di regolamentazione l'aspetto che rende pubblico il servizio; il campione si divide, inoltre, tra i "sostenitori" di una erogazione riservata alle strutture pubbliche, tra quelli che ritengono possa essere estesa alle strutture private, purché in possesso di requisiti specifici e contrattualizzate dalle strutture pubbliche.

Quindi anche il tema della natura pubblica del

servizio merita maggiori approfondimenti e confronti, essendo per lo meno discutibile che l'aspetto della produzione sia quello discriminante nel definire tale il servizio.

4b.5. Prestazioni integrative

Si è interrogato il *Panel* anche sul concetto di "Prestazione integrativa", proponendo le seguenti possibili declinazioni alternative:

- a) Sono prestazioni sanitarie integrative quelle non ricomprese nei LEA
- b) Sono prestazioni sanitarie integrative quelle non ricomprese nei LEA e quelle erogate con modalità (tempi di accesso, *confort*, ecc.) diverse da quelli garantiti dal SSN
- c) Sono prestazioni sanitarie integrative quelle che il SSN non riesce ad erogare in tempi predefiniti
- d) Sono prestazioni sanitarie integrative quelle che prevedono oneri (anche di compartecipazione) a carico del paziente

e) Sono prestazioni sanitarie integrative quelle erogate da strutture/professionisti non del SSN.

Con la possibilità di aggiungerne una alternativa, motivandola.

La declinazione a) stressa il concetto che l'integrativo è un extra LEA, come da normativa vigente.

La declinazione b) estende il concetto di integrativo, ritenendo tali anche le prestazioni ricomprese nei LEA ma erogate con modalità (tempi di accesso, *confort*, ecc.) diverse da quelle garantite dal SSN.

La declinazione c) intende per integrativo tutto ciò che eccede la capacità di risposta in tempi adeguati del SSN.

La declinazione d) estende il concetto di integrativo, legandolo alla compartecipazione finanziaria dei soggetti.

La declinazione e) lega l'integrazione non alla natura delle prestazioni (appropriatezza o meno), bensì alla erogazione da parte di strutture o professionisti non SSN.

Figura 4b.9. Quota di rispondenti, per tipo di preferenza (Prestazioni integrative). Valori %

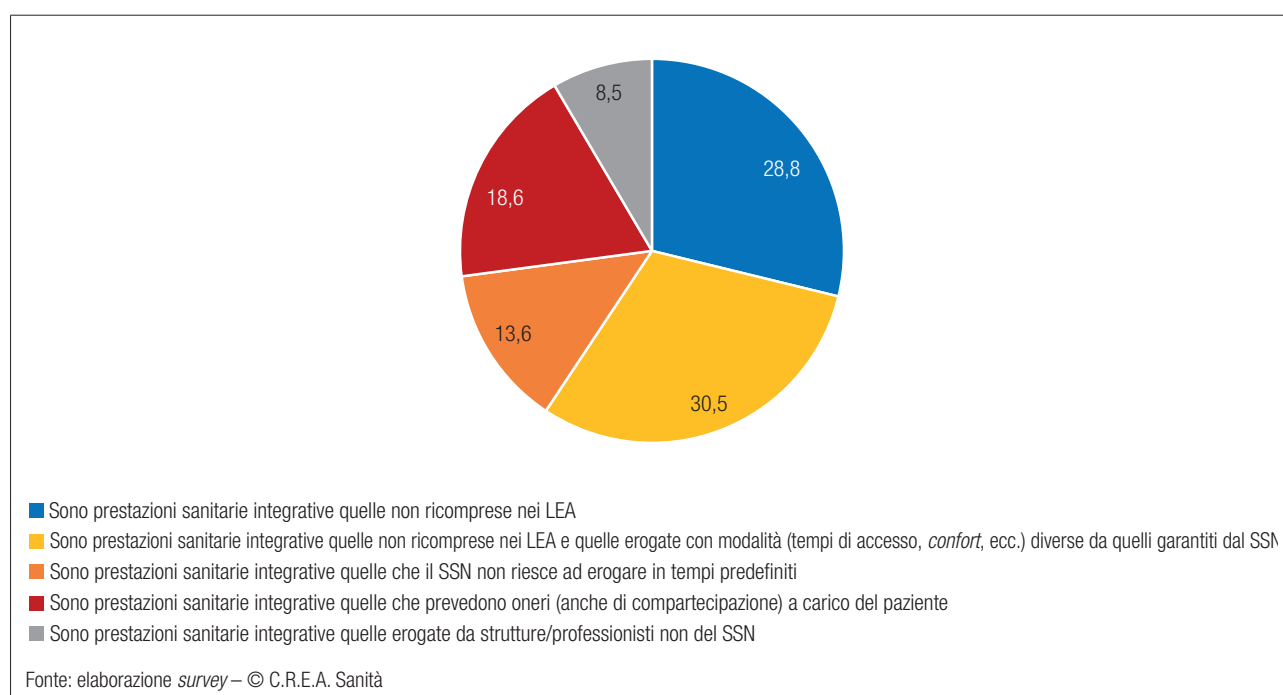
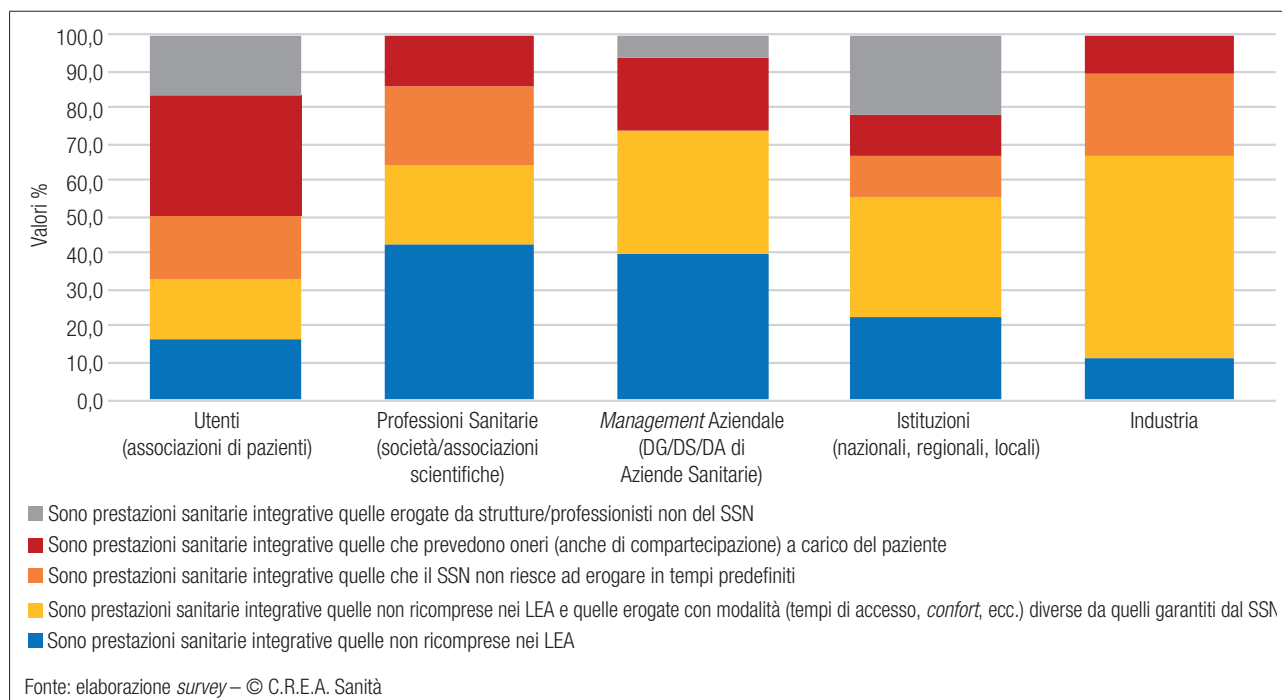


Figura 4b.10. Il concetto di Prestazioni integrative, per categoria di stakeholder



Passando ad analizzare le risposte (Figura 4b.9.), possiamo osservare che circa un terzo dei rispondenti (30,5%) ritiene che la declinazione più corretta di prestazione integrativa sia la b, ovvero tutto ciò che non è un LEA o è un LEA erogato con modalità diverse da quelle garantite dal SSN.

Il 28,8% ritiene che sono integrative solo le prestazioni non incluse nei LEA (declinazione a).

Il 18,6% ritiene che il carattere integrativo si associ ad una compartecipazione all'onere da parte del paziente (d).

Il 13,6% ritiene che sia integrativo tutto ciò che il SSN non è in grado di erogare nei tempi prestabiliti (c).

L'8,5% ritiene che siano integrative tutte le prestazioni effettuate da strutture e professionisti extra SSN (e).

Considerando la tipologia degli *stakeholder*, si osserva (Figura 4b.10.) come per Professioni sanitarie (42,9% dei rispondenti) e *Management* (40,0%), prevalga il concetto che il carattere "Integrativo" debba riferirsi all'extra LEA; lo ritiene anche il 22,2% delle Istituzioni, sebbene il 33,3% dei rappresentanti di quest'ultima categoria propende anche per una

estensione ai LEA erogativi in modalità diversa da quella garantita dal SSN, come anche oltre la metà (55,6%) dei rispondenti dell'Industria ed il 33,3% del *Management*.

Un terzo degli Utenti (33,3%), come anche emerso in altri principi, ne danno un'accezione economica ritenendo integrative le prestazioni che prevedono un onere economico per il cittadino. I restanti due terzi si distribuiscono in egual misura sulle altre proposizioni.

In definitiva, malgrado la "resistenza" dei professionisti e del *Management* sanitario, che restringono la natura integrativa ai soli extra LEA, appare maturarsi (anche fra i rappresentanti delle istituzioni) la convinzione che il concetto possa/debba essere esteso ricomprendendo le prestazioni incluse nei LEA ma erogati in modalità diverse da quelle che riesce a garantire il pubblico. Per gli Utenti il concetto si allarga ulteriormente, comprendendo tutte le prestazioni che implica una compartecipazione.

In definitiva, le risposte ottenute sollecitano a rivedere l'attuale definizione di Prestazione integrativa, andando verso una estensione che coinvolge aspetti organizzativi.

4b.6. Riflessioni finali

I risultati della *survey* confermano come fra gli *stakeholder* del SSN convivano visioni diverse sui principi fondanti del servizio.

Inoltre, si evidenzia una differente lettura dei principi legata alla natura degli *stakeholder*.

Si conferma quindi l'esigenza di promuovere un dibattito pubblico sul contenuto e sul valore dei principi a cui il SSN deve ispirarsi: si tratta di una esigenza propedeutica alla possibilità di formulare una base condivisa su cui costruire ipotesi di riforma del SSN.

Sintesi

CAPITOLO 4c

Le Reti Oncologiche Regionali: l'impatto del *network management* sulle *Performance*

Cepiku D.¹, Mastrodascio M.¹, Zazzera A.¹

La ricerca mira a definire un modello volto a identificare, stanti le condizioni di contesto, le determinanti delle *Performance* e i risultati di una Rete. A tal fine, il più generale Modello Dinamico Multidimensionale di *Performance* delle Reti (Cepiku, 2014), si applica alla lettura di tre casi studio (Reti Oncologiche regionali operanti in Piemonte e Valle d'Aosta, Toscana e Campania), attraverso la metodologia del caso studio comparato (Yin, 2013). In conclusione, si definisce un modello di analisi articolato in cinque macrocategorie di variabili: fattori esogeni, risorse interne, risorse esterne, caratteristiche della gestione della Rete e risultati della rete. Il modello guiderà la ricerca futura in termini di comparazione quantitativa di tutte le Reti Oncologiche regionali, al fine di identificare quelle caratteristiche di Rete che portano a migliori esiti.

Risulta ampiamente riconosciuta in letteratura l'efficacia degli approcci di *governance* collaborativa, in particolare delle Reti, nell'affrontare questioni complesse (*wicked problem*) rispetto ai modelli tradizionali in cui le organizzazioni agiscono autonomamente (Keast et al., 2009; Meneguzzo e Cepiku, 2008). Le Reti si distinguono per la presenza di soggetti autonomi e interdipendenti che, organizzando le proprie interazioni, creano valore di sistema, il quale deve essere equamente distribuito per garantire la stabilità della Rete nel tempo. L'interdipendenza, che nasce dalla mancanza di risorse e/o conoscenze sufficienti per risolvere problemi articolati, richiede la condivisione di risorse al fine di favorire l'interazione tra i membri della Rete. Tale interazione deve essere basata sulla fiducia e su regole ed obiettivi

condivisi. Le Reti affrontano diverse criticità come: motivazioni e obiettivi diversi tra i *partner*, difficoltà di coordinamento, perdita di autonomia, mancanza di incentivi alla cooperazione e scarsa *accountability*, che possono ostacolare l'efficacia dell'operato della Rete.

Il modello a Rete costituisce uno strumento fondamentale per affrontare la complessità e le incertezze tipiche della sanità pubblica (Ferlie et al., 2012; Cepiku e Mastrodascio, 2024), in quanto rappresenta un esempio significativo di come si possa contribuire a rendere più efficienti ed efficaci i servizi e le politiche sanitarie pubbliche. Tra le varie specializzazioni della medicina, l'oncologia costituisce un settore particolarmente adatto all'applicazione del modello organizzativo reticolare data l'alta incidenza delle malattie oncologiche e la necessità di definire percorsi di cura personalizzati e condivisi tra diversi *setting* di cura. Di conseguenza, le Reti Oncologiche sono divenute uno strumento fondamentale sia a livello nazionale che internazionale, migliorando l'accesso equo alle cure specialistiche e superando barriere logistiche e di risorse (Calman e Hine, 1995). Dal punto di vista degli utenti, l'erogazione dei servizi oncologici rappresenta un esempio un ottimo campo di applicazione del modello reticolare attraverso il quale i pazienti ricevono cure specifiche da parte di più *team* di professionisti sanitari ubicati in strutture differenti, caratterizzate dall'impiego di risorse umane limitate e *budget* ridotti. In ambito accademico, non esiste una definizione ampiamente accettata di Rete Oncologica, in particolare riguardo ai fattori chiave che consentono di raggiungere risul-

¹ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

tati o superare ostacoli; alcuni studi si concentrano sugli aspetti amministrativi e gestionali, mentre altri si focalizzano sul miglioramento dei percorsi clinici e sulle modalità di interazione tra i diversi attori della Rete Oncologica.

Dall'analisi delle Reti Oncologiche regionali in Piemonte – Valle d'Aosta, Campania e Toscana, emerge la loro intenzione di orientare gli sforzi verso l'incremento dell'accesso e della qualità delle cure oncologiche su scala regionale, pur affrontando sfi-

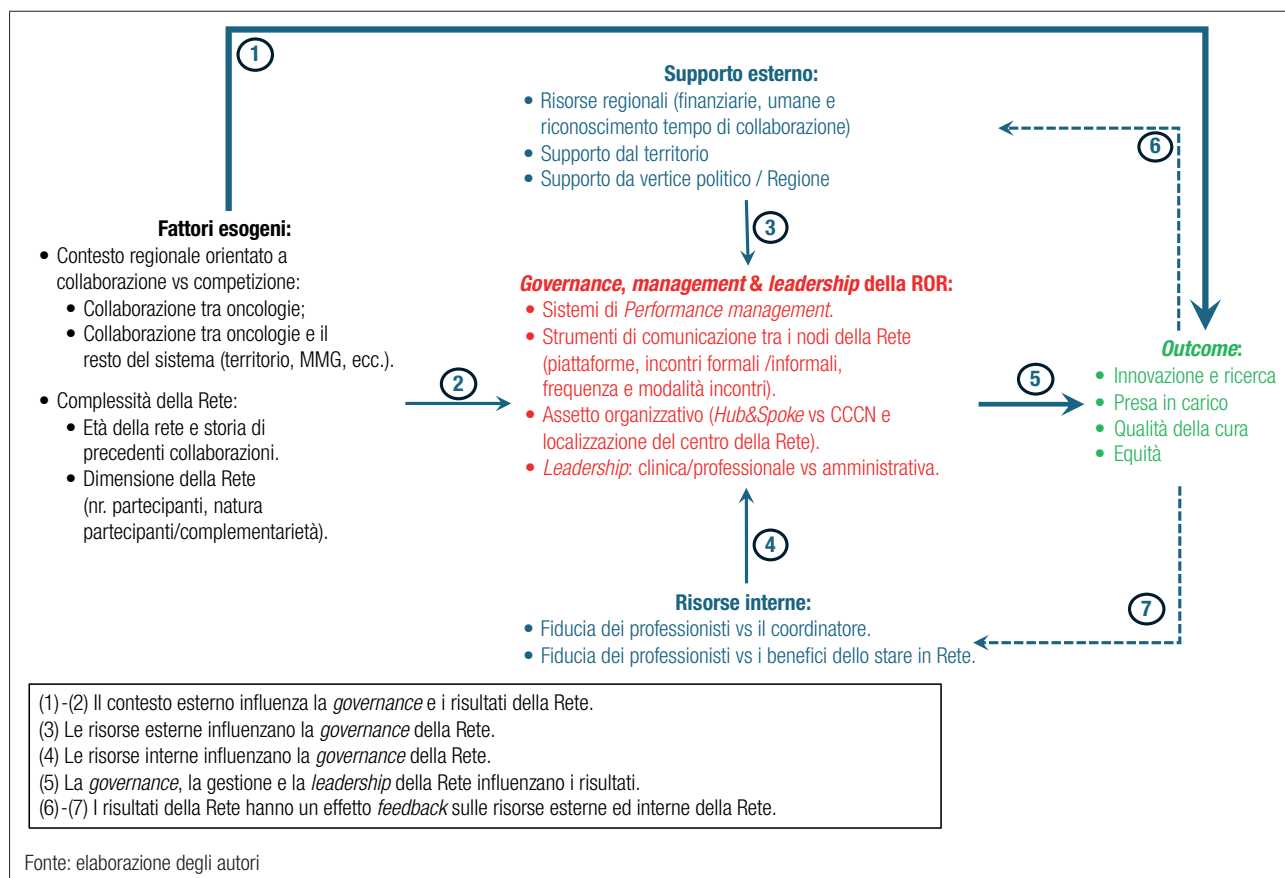
de rilevanti (tabella). La Rete del Piemonte, operativa dal 2010, ha una lunga tradizione e una *governance* strutturata, ma risente della mancanza di una piattaforma digitale integrata che favorisca il coordinamento tra gli attori. In Campania la Rete è stata sviluppata anche per contrastare la migrazione sanitaria, ottenendo buoni risultati grazie all'integrazione digitale e tra professionisti, sebbene siano assenti finanziamenti dedicati per la Rete.

Le caratteristiche delle Reti Oncologiche Regionali di Toscana, Piemonte - Valle d'Aosta e Campania

		Toscana	Piemonte – Valle d'Aosta	Campania
	Anno di istituzione	2010	2010	2016
Fattori Esogeni	Contesto regionale	Forte supporto politico alla Rete Alta propensione alla collaborazione tra oncologie	Alto supporto regionale alla Rete Propensione a lavoro in Rete	Regione in Piano di Rientro Supporto regionale alla Rete alto
	Forma organizzativa della Rete	CCCN Tutte le aziende sanitarie territoriali e ospedaliere con oncologia	<i>Hub & Spoke</i> Attualmente in corso di definizione i criteri per identificare i centri <i>Hub</i> e i centri <i>Spoke</i>	CCCN 11 strutture ospedaliere identificate come CORP o Corpus Partecipazione anche di strutture private accreditate e MMG
Risorse Esterne	Finanziamenti a supporti della Rete	Assenza di finanziamenti dedicati	Presenza di finanziamenti dedicati	Finanziamenti dedicati per avviamento e piattaforma
	Personale dedicato	Personale amministrativo	Personale amministrativo	Personale amministrativo
Risorse Interne	Fiducia	Alta fiducia tra professionisti e verso il coordinatore della Rete	Buona fiducia tra professionisti nei gruppi di lavoro	Alta fiducia nei benefici della Rete
Caratteristiche gestione Rete	<i>Governance</i>	Organismo di Coordinamento della Rete Oncologica istituito presso ISPRO, articolato in: • Comitato Strategico • Comitato Tecnico - Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici - Coordinamento degli <i>Screening</i> Oncologici • Comitato Scientifico	Articolata in due organismi: • Autorità Centrale di Coordinamento: - Coordinatore responsabile indirizzi strategici - Coordinatore area ospedaliera - Coordinatore area territoriale • Comitato Scientifico (9 componenti)	• Coordinamento ROC (Istituto Tumori di Napoli Fondazione G. Pascale) • Responsabile Scientifico • Cabina di Regia (DG di tutte le aziende ospedaliere e territoriali della Regione, rappresentanti di Farmacisti, Responsabile Registri Tumori) • Tavolo tecnico Direzione Salute Regionale
	Obiettivi della Rete	Definiti dal Comitato Strategico nel Documento di Indirizzo Pluriennale in ambito oncologico, approvato con atto di giunta regionale	Definiti nel Piano Triennale e nel Programma Annuale delle Attività	Indicatori dei PDTA, definiti dal coordinamento
	Comunicazione tra i nodi della Rete	Riunioni ogni 15 giorni del Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici Riunioni ogni mese del Coordinamento degli <i>Screening</i> Oncologici	Condivisione di <i>report</i> mensile; Incontri singoli con DG delle aziende; Riunione annuale con tutti i DG delle aziende in Rete; piattaforma condivisa per il MTB	Piattaforma digitale condivisa tra tutti i nodi della Rete
	Monitoraggio delle attività di Rete	Svolto dagli organismi di <i>governance</i> e supportato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa	Indicatori definiti dal Comitato Scientifico, monitorati con richieste ad hoc alle aziende	Indicatori monitorati tramite reportistica ogni due mesi grazie alla piattaforma

Fonte: elaborazione degli autori

Modello per il governo delle Performance delle ROR



La Rete toscana, la cui *governance* articolata è istituita presso l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), ha consolidato l'integrazione tra ospedale e territorio con una forte *leadership* e un lavoro di condivisione e comunicazione tra gli attori, pur affrontando sfide derivanti dalla complessità di coordinamento tra gli obiettivi di Rete e quelli della programmazione autonoma delle aziende che ne fanno parte. La tabella illustra nel dettaglio le caratteristiche delle tre Reti Oncologiche esaminate.

L'applicazione del *framework* generale ai tre casi studio ha portato alla definizione del modello di analisi delle Reti Oncologiche illustrato nella figura. Il modello illustra le macro-categorie di variabili (e le loro dinamiche) che influiscono sui risultati delle Reti Oncologiche.

In relazione alle single macro-variabili, la prima categoria include i fattori esogeni, ossia gli elementi sui quali il *manager* o i membri della Rete dispongo-

no di un limitato controllo. In primis, un contesto regionale in cui è diffusa la cultura della collaborazione può favorire lo sviluppo di sinergie tra le unità operative di oncologia delle diverse strutture della Rete. Lo stesso vale per la collaborazione tra le oncologie e il resto del Sistema Sanitario (servizi territoriali, Medici di Medicina Generale (MMG), servizi sociali). Altri elementi esogeni sottratti al controllo della Rete sono la sua complessità, rappresentata dal numero di membri, dalla maturità della Rete (definita dagli anni di operatività) e dalla natura e complementarietà delle strutture che ne fanno parte. Gli elementi esogeni generano un diretto impatto sui risultati raggiungibili dalla Rete in termini di presa in carico dei pazienti, qualità delle cure, equità e supporto all'innovazione e alla ricerca. I risultati raggiunti influenzeranno, a loro volta, il livello di risorse interne a disposizione (seconda macrocategoria) rappresentate dalla fiducia interna alla Rete, sia da parte dei professionisti nei confronti del coordinatore della Rete, sia verso

i benefici derivanti dall'appartenenza alla Rete. Tale fiducia viene alimentata da una comunicazione chiara in grado di facilitare l'aggiornamento continuo dei membri e una risposta proattiva ai cambiamenti. Pertanto, in un contesto complesso come quello oncologico dove interagiscono numerosi attori, la fiducia agevola lo scambio tempestivo di informazioni e facilita una definizione chiara degli obiettivi e la minimizzazione dei conflitti, contribuendo a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi offerti ai pazienti (Ferlie et al., 2011; Simmons et al., 2015). Un ulteriore elemento che influisce sui risultati delle Reti è rappresentato dalle risorse esterne (terza macro-categoria), che comprende i finanziamenti (essenziali per lo sviluppo di tecnologie e delle infrastrutture informatiche), il personale e il riconoscimento del tempo di collaborazione. Le risorse esterne includono anche il supporto del territorio e delle istituzioni politiche regionali alla Rete. Le tre macro-categorie descritte (fattori esogeni, risorse interne, risorse esterne) influenzano la quarta macro-categoria di fattori abilitanti costituiti dalla *governance*, gestione e *leadership* della Rete. La *governance* della Rete è intesa come coordinamento dell'azione collettiva da parte di un ente centrale che consente di ottimizzare il funzionamento della Rete stessa. In ambito oncologico, la *governance* di una Rete consiste nell'insieme di regole, meccanismi, strutture decisionali e pratiche di coordinamento indispensabili per gestire in modo efficace la collaborazione tra i vari attori coinvolti nell'erogazione delle cure oncologiche (Morando e Tozzi, 2014). La *governance* può essere centralizzata o diffusa e può coinvolgere attori con diversi profili e competenze.

Basandosi sui modelli di *governance* esaminati nella letteratura sulle Reti (Provan e Kenis 2008), in ambito oncologico le strutture adottate sono il CCCN e il modello *Hub & Spoke*. Il primo modello è riconducibile ad una Rete autogovernata che adotta un approccio centralizzato per la cura oncologica attraverso diverse strutture sanitarie concentrate all'interno di un'unica Rete, al fine di offrire un'assistenza completa al paziente. Il secondo modello di *governance* è riconducibile alla *Lead Organization*. Tale modello prevede un'organizzazione gerarchica in cui una struttura principale (*Hub*) fornisce trattamenti

specializzati a livello centrale e coordina diversi centri periferici (*Spoke*), distribuiti sul territorio regionale, che si occupano delle attività diagnostiche e terapeutiche di base.

La quarta macro-varabile comprende anche le tipologie dei sistemi di monitoraggio e valutazione della Rete e gli strumenti e le modalità di comunicazione adottati dagli attori della Rete. Infine, la tipologia e gli stili della *leadership* della Rete sono elementi che influiscono sui risultati. La *leadership* può essere ricoperta da una figura con competenze cliniche o amministrative e svolge un ruolo di facilitatore, guidando le organizzazioni coinvolte verso una missione comune, attivando le risorse necessarie (Cunningham et al., 2012), armonizzando gli interessi dei vari attori e riducendo i conflitti (Simmons et al., 2015; Dominello et al., 2018). Insieme ai fattori esogeni, anche la macro-categoria *governance*, gestione e *leadership* delle Reti Oncologiche Regionali (ROR) influenzano in modo significativo i suoi risultati.

Dall'analisi condotta emerge come i tre contesti analizzati abbiano sviluppato modelli che, con caratteristiche molto diverse tra loro, hanno portato al raggiungimento di buoni risultati, seppur con margini di miglioramento e sviluppo. Alcune delle criticità riscontrate riguardano l'assenza di risorse umane e finanziarie, in diversa misura a seconda dei contesti analizzati, e la diversa velocità di implementazione e adozione delle infrastrutture tecnologiche che permettono un buon funzionamento della Rete. Il modello di analisi presentato offre spunti per approfondire lo studio delle Reti Oncologiche, guardando alle variabili che influiscono sui loro risultati. Gli autori aspirano a condurre una ricerca applicando il modello di analisi a tutte le ROR del Paese, al fine di comprendere quale combinazione di caratteristiche porta al raggiungimento di risultati positivi della Rete, declinati in termini di presa in carico, qualità delle cure, equità, innovazione e ricerca. Il modello potrebbe supportare la definizione di strategie per migliorare il funzionamento delle Reti Oncologiche, discusse in un tavolo di *benchlearning* e *benchmarking* tra Reti Oncologiche a regia nazionale, che promuova il confronto tra Reti, la condivisione di buone pratiche e lo scambio di competenze e conoscenze, garantendo l'autonomia di azione di ciascuna.

CAPITOLO 4c

Le Reti Oncologiche Regionali: l'impatto del *network management* sulle *Performance*

Cepiku D.¹, Mastrodascio M.¹, Zazzera A.¹

4c.1. Le Reti

Le Reti ed altri approcci di *governance* collaborativa sono riconosciuti in letteratura come più efficaci nell'affrontare compiti complessi e incerti rispetto a modelli tradizionali quali aziende operanti singolarmente (Keast et al., 2009; Meneguzzo e Cepiku, 2008; Cepiku et al., 2021; Klijn et al, 2010). Nelle Reti, le organizzazioni *partner* sono collegate da forme di interdipendenza in cui una unità non è formalmente subordinata all'altra (O'Toole, 1997: 45). Si tratta di un insieme di relazioni sociali stabili che nascono attorno a problemi, programmi e politiche pubbliche e prendono forma come risultato dell'interazione tra gli attori (Kickert et al., 1997; Meneguzzo e Cepiku, 2008). Ciò che qualifica le Reti è la presenza di una pluralità di soggetti autonomi, ognuno dotato di un proprio soggetto economico; l'interdipendenza tra i nodi, l'organizzazione delle interdipendenze, che genera valore di sistema e che deve essere distribuito equamente tra i nodi (Longo, 2007). Risulta, infatti, determinante l'equità percepita dei singoli nodi, alla luce dei rapporti di forza socio-economici esistenti, e garantisce il perdurare nel tempo della Rete (Del Vecchio, 2001).

L'interdipendenza nasce quando nessun attore, pubblico o privato, ha tutta la conoscenza, l'informazione o il potere necessario a risolvere un problema complesso, dinamico e multi-sfaccettato. L'interdipendenza è un dato di fatto e non una scelta. Sebbene si possa essere consapevoli o meno delle interdipendenze, le interdipendenze non organizzate distruggono valore (Longo, 2007).

Altre caratteristiche fondamentali delle Reti sono la presenza di interazioni continue attraverso le quali si condividono risorse e si negoziano obiettivi condivisi. Queste interazioni sono basate sulla fiducia, più che sull'autorità gerarchica, e sono governate da regole condivise.

Rispetto alle organizzazioni tradizionali, le Reti sono contraddistinte da alcune criticità quali: diversi livelli di motivazione e impegno dei *partner* nel perseguire gli obiettivi del *network*; differenti prospettive degli attori coinvolti con riferimento a problemi, soluzioni desiderate o soluzioni ritenute migliori per risolvere il problema; scontri tra culture organizzative diverse; perdita di autonomia, fatica di coordinamento e impegno di tempo e di costi; mancanza di incentivi a cooperare e conseguenti blocchi all'azione collettiva, ridotto livello di *accountability* da parte dei partecipanti; scarsi riconoscimenti per il ruolo svolto nella Rete in confronto a quello all'interno delle singole organizzazioni; assenza di attori importanti; iniqua distribuzione delle risorse ed infine, un'errata *task-integration* (Kickert et al., 1997; Provan e Milward, 2001; Mandell e Keast, 2008). Le Reti perdurano se i nodi distribuiscono equamente il valore aggiunto generato dalla Rete, garantendo ai singoli nodi una sostanziale equità percepita tra contributi e ricompense scambiate con la Rete (Del Vecchio, 2001).

4c.2. Le Reti Oncologiche

Tra i diversi ambiti di intervento pubblico, il setto-

¹ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

re sanitario ha mostrato un crescente interesse nella creazione e diffusione delle Reti, in grado di: garantire un'assistenza coordinata, accessibile e di alta qualità per i pazienti, ottimizzando le risorse e promuovendo l'integrazione tra diversi livelli di cura e tra varie specializzazioni mediche, migliorando l'efficacia e l'efficienza dei percorsi assistenziali, riducendo le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e assicurando che ogni paziente riceva cure tempestive e appropriate rispetto alle proprie esigenze (Morando e Tozzi, 2014).

Le Reti per la tutela della salute rappresentano uno strumento cruciale per affrontare complessità e incertezze tipiche della salute pubblica (Ferlie et al., 2012) e, per tale motivo, forniscono un valido esempio per comprendere come le Reti possano contribuire a migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi e delle politiche pubbliche.

Le Reti nell'ambito della cura e nel controllo oncologico sono emerse e poi promosse per attenuare la tensione tra concentrazione gerarchica e perdita di competenze cliniche e tecnologie causata dall'implementazione di logiche di mercato (Morando e Tozzi, 2014). Tra le diverse branche della medicina specialistica, l'oncologia rappresenta un ambito applicativo sostanziale del modello organizzativo reticolare per via della forte incidenza di malattie oncologiche e per la necessità di offrire un percorso di cure adeguato. In questo scenario, le Reti Oncologiche sono ben presto diventate uno degli strumenti più rilevanti del panorama sanitario internazionale in quanto migliorano l'accessibilità alle cure specialistiche in modo equo su tutto il territorio, consentendo il superamento di barriere logistiche e risorse (Calman e Hine, 1995). Dal punto di vista degli utenti, l'erogazione dei servizi oncologici rappresenta un esempio rilevante di lavoro basato sullo sviluppo di una Rete, in quanto i pazienti ricevono cure specifiche da parte di più *team* sanitari situati in strutture diffe-

renti (Ferlie, 2013; Taplin et al., 2010). La necessità di strutturare i servizi oncologici in modo gerarchico ed integrarli in una forma organizzativa reticolare, al fine di favorire un coordinamento tra diverse strutture sanitarie, è stata evidenziata per la prima volta da Calman e Hine (2015) in un influente rapporto di politica sanitaria. Da quel momento, la maggior parte dei rapporti oncologici nazionali² redatti nei Paesi OECD si è focalizzata sul coordinamento delle cure secondo un modello a Rete largamente diffuso (Turrini et al., 2010; Sheaff et al., 2010). Fornire cure coerenti e continuative (*continuum of care*) segna, dunque, il passaggio da una logica basata su autonomia e indipendenza ad una che riconosce la presenza di interdipendenza e la necessità di uno scambio di conoscenze e competenze tra una pluralità di attori (Haines et al., 2012). In tale contesto, la Rete Oncologica costituisce una perfetta forma di azione collettiva tra un gruppo di *stakeholder* (clinici, *manager*, meta-governatori, pazienti) con esigenze e comportamenti differenti che devono essere riuniti attorno a un obiettivo comune: facilitare l'integrazione tra servizi sanitari, competenze e conoscenze, agevolando il processo di standardizzazione delle pratiche cliniche e consentendo una gestione più efficace dei percorsi di cura, dalla diagnosi al trattamento, al *follow-up* (Tremblay et al., 2016).

Nonostante la diffusione, non esiste una definizione ampiamente utilizzata o condivisa di Rete Oncologica in letteratura, soprattutto in relazione ai *driver* su cui far leva per raggiungere i risultati e/o superare gli ostacoli. Da un lato, alcuni studi enfatizzano gli aspetti amministrativi e gestionali, mentre altri si concentrano sul miglioramento dei percorsi clinici e sulle modalità di interazione tra i diversi attori all'interno della Rete Oncologica. La prospettiva strutturale, ad esempio, esamina la composizione delle Reti, il numero di istituzioni coinvolte e la formalizzazione delle relazioni tra i membri. Tremblay ed altri autori (2016)

² Department of Health. The NHS cancer plan: a plan for investment, a plan for reform. London: National Health Service; 2000.
Meyrieux B. INCa: projet d'établissement et orientations stratégiques 2012–2015. Bulletin Infirmier du Cancer. 2012;12(4):100–3.
Department of Health WA. Model of care for cancer. Perth: WA: Cancer & Palliative Care Network; 2008. 20.01.2016.
Commission on Cancer. Cancer program standards: ensuring patient- centered care. Chicago, IL: 2016.

sostengono che le Reti con una struttura chiara e formalizzata possono garantire un'integrazione dei servizi superiore rispetto a quelle meno organizzate. Dall'altro lato, la prospettiva comportamentale si focalizza sulle dinamiche relazionali interne alla Rete, mettendo in risalto elementi come la fiducia e la reciprocità tra i partecipanti (Ferlie et al., 2011). Il coordinatore della Rete Toscana, il Prof. Gianni Amunni, nel corso dell'intervista, ha definito una Rete Oncologica in termini di "sinergia strutturata tra istituzioni che evolvono progressivamente diventando via via più complementari".

Nella letteratura sulle Reti Oncologiche, sono individuati diversi fattori come principali elementi in grado di migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi oncologici, garantendo un coordinamento ottimale e una continuità delle cure per i pazienti.

In ambito delle Reti pubbliche, e in particolare in quelle sanitarie, uno dei modelli più frequentemente utilizzati per individuare le determinanti delle *Performance* è il Modello Dinamico Multidimensionale di *Performance* delle Reti (Cepiku, 2014), il quale include una serie di determinanti chiave che influenzano l'efficacia e i risultati della Rete. Il modello include quattro macro-categorie di variabili/determinanti in grado di influire sulle *Performance* delle Reti: fattori esogeni; caratteristiche della gestione della Rete; risorse interne ed esterne. Gli *outcome* della Rete sono distinti in risultati intermedi in termini di funzionamento della Rete, benefici per le organizzazioni *partner* e impatto generale sulla comunità.

Nella prima categoria di determinanti (fattori esogeni) sono incluse le caratteristiche di cui il *manager* o i membri della Rete non hanno un controllo o esercitano un controllo limitato (Cepiku, 2014: 176). Rientrano in questa macro-categoria diverse variabili, tra cui la tipologia di Rete (volontaria o obbligatoria) e il numero dei membri che ne influenzano la complessità di gestione e la maturità, intesa come numero di anni di operatività (Brown et al., 2016; Raab et al., 2013).

Il corretto funzionamento di una Rete richiede la disponibilità di risorse di natura interna ed esterna, entrambe necessarie per risolvere i problemi complessi (*wicked problems*) affrontati dalle Reti, come

quelle oncologiche. Nella seconda macro-categoria (risorse interne) del modello Cepiku (2014) è centrale la fiducia, che facilita la collaborazione e la condivisione delle informazioni, riducendo conflitti e attriti (Klijn, Steijn, e Edelenbos, 2010). La fiducia promuove la trasparenza e favorisce una comunicazione chiara che permette ai membri della Rete di essere costantemente aggiornati e consapevoli delle decisioni intraprese e dei progressi raggiunti, perfezionando, così, la capacità di risposta ai cambiamenti esterni. La fiducia, d'altra parte, rappresenta la base su cui si costruiscono relazioni solide e durature all'interno della Rete. La presenza di un clima di fiducia favorisce la collaborazione volontaria, riduce la necessità di controlli formali e incentiva i membri a impegnarsi attivamente per il raggiungimento degli obiettivi comuni (McInnes et al., 2012). Inoltre, la fiducia aumenta la resilienza della Rete, rendendo i partecipanti più propensi a condividere risorse e competenze, essenziali per affrontare le sfide complesse e mutevoli del settore oncologico.

Oltre alle risorse interne, un ruolo determinante per il rafforzamento della qualità e della sostenibilità dei servizi oncologici è ricoperto dalle risorse esterne (terza macro-categoria), in particolare le risorse umane e finanziarie. Nello specifico, le risorse finanziarie sono cruciali per coprire i costi elevati delle tecnologie avanzate, delle terapie innovative e dell'infrastruttura necessaria a garantire un'assistenza accessibile e di qualità (Cunningham et al., 2012; Simmons et al., 2012). Inoltre, le risorse umane arricchiscono l'organizzazione con competenze specifiche, migliorando la capacità di rispondere in modo rapido ed efficace alle esigenze dei pazienti (Haines et al., 2012). Appare opportuno evidenziare che, nonostante sia stata ampiamente riconosciuta in letteratura l'importanza di risorse umane e finanziarie dedicate per il successo delle Reti Oncologiche, queste risultano scarseggiare ostacolando, di fatto, lo sviluppo e il consolidamento delle Reti Oncologiche.

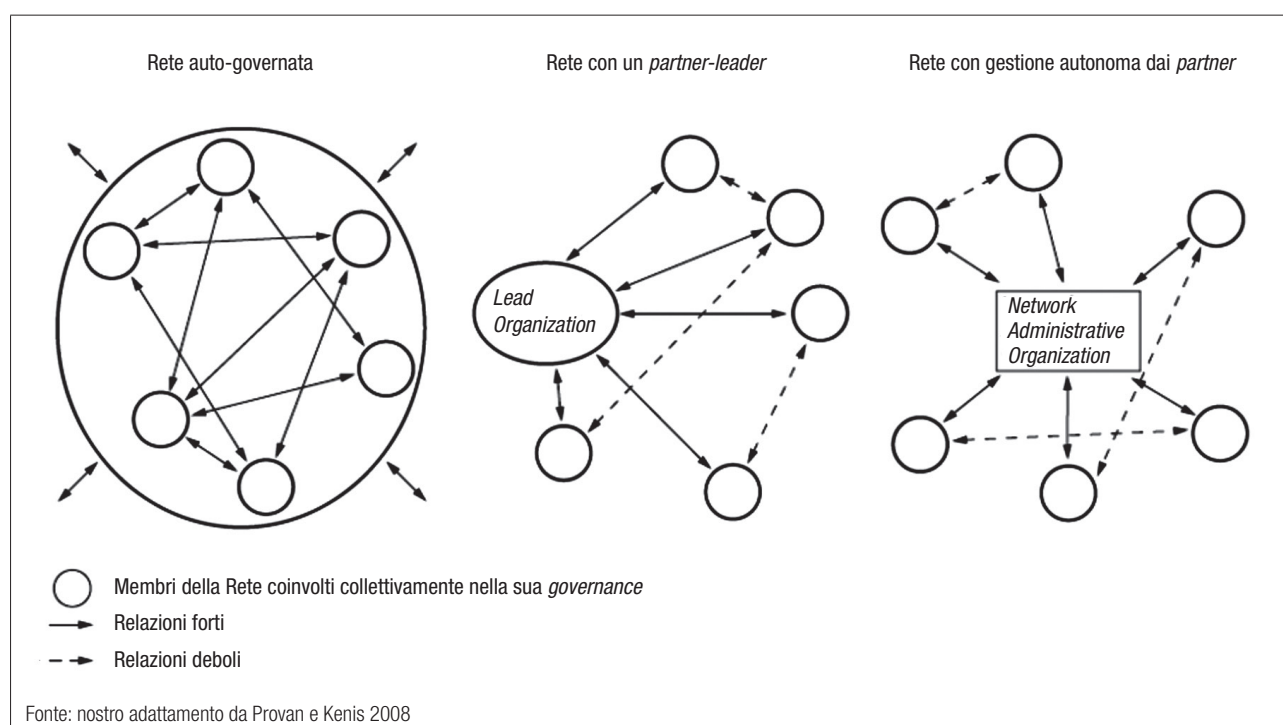
La quarta macro-categoria di fattori abilitanti è rappresentata dalla gestione della Rete (*network management*). Nella sua definizione più semplice, la *governance* si riferisce al coordinamento dell'azione

collettiva da parte di un ente coordinatore della Rete (Hatchuel, 2000). La *governance* di una Rete Oncologica rappresenta l'insieme delle regole, dei meccanismi, delle strutture decisionali e delle pratiche di coordinamento necessari per gestire efficacemente la collaborazione tra diversi attori coinvolti (ospedali, medici, enti locali) nell'erogazione di cure oncologiche (Morando e Tozzi, 2014). Essa mira a garantire che i vari livelli di assistenza e le diverse organizzazioni (ospedali, cliniche specializzate, strutture di assistenza territoriale) operino in modo integrato, migliorando l'efficacia complessiva del sistema di cura. La *governance* in una Rete Oncologica è cruciale poiché consente di armonizzare le priorità e gli obiettivi specifici dei membri che ne fanno parte (Addicott et al., 2007).

La letteratura evidenzia come un buon modello di *governance* possa migliorare la qualità delle cure e garantire un maggiore coordinamento tra i diversi livelli di assistenza. Per esempio, Ferlie e Shortell (2001) suggeriscono che una *governance* efficace può facilitare il trasferimento di conoscenze e il miglioramento continuo delle pratiche cliniche, mentre l'implementazione di meccanismi di *governance*

multilivello consente alle Reti di rispondere in modo flessibile alle esigenze locali e di adattarsi rapidamente ai cambiamenti nelle politiche sanitarie e nelle risorse disponibili (Fried e Gaydos, 2002). In questo contesto, la *governance* di una Rete Oncologica non è solo un esercizio di controllo, ma un processo dinamico di coordinamento che garantisce la coerenza delle azioni collettive e la focalizzazione sugli obiettivi di cura condivisi. Secondo Ferlie et al. (2011), la *governance* di una Rete è essenziale per garantire che i vari attori lavorino in modo coeso verso obiettivi comuni, nonostante possano avere priorità differenti e operare in contesti organizzativi distinti. Inoltre, Provan e Kenis (2008) sottolineano come una *governance* efficace debba facilitare la comunicazione, la fiducia e il coordinamento tra le diverse organizzazioni, rendendo possibili processi di adattamento e innovazione necessari in contesti sanitari complessi. In sintesi, la *governance* di una Rete Oncologica è uno strumento fondamentale per garantire che i servizi forniti siano coordinati e rispondenti ai bisogni dei pazienti facilitando, al contempo, la collaborazione tra attori eterogenei in un contesto complesso e frammentato.

Figura 4c.1. Idealtipi di *governance* di una Rete



In relazione alle diverse strutture di *governance*, Provan e Kenis (2008) definiscono tre *idealtipi*: condivisa (Rete auto-governata), guidata un'organizzazione *leader* (Rete con *partener-leader*), guidata ad un'entità amministrativa esterna (*Network Administrative Organization* - NAO) (Figura 4c.1.).

In ambito oncologico, le strutture di *governance* adottate sono il *Comprehensive Cancer Care Network* (CCCN), riconducibile ad una Rete autogovernata (Provan e Kenis, 2008) che implica un approccio centralizzato per la cura oncologica, che integra diverse strutture sanitarie all'interno di un'unica Rete per offrire un'assistenza completa al paziente. L'obiettivo è fornire un percorso di cura continuativo, personalizzato e multidisciplinare, che copra tutti gli aspetti dell'oncologia: dalla prevenzione alla diagnosi, dal trattamento al *follow-up*.

Il secondo assetto di *governance* delle Reti Oncologiche è l'*Hub & Spoke*, riconducibile alla *Lead Organization* (Provan e Kennis, 2008) che prevede una struttura gerarchica in cui un centro principale (*Hub*) coordina diversi centri periferici (*Spoke*), in modo che i servizi specializzati siano centralizzati e quelli di base distribuiti sul territorio. In particolare, il centro *Hub* (di riferimento regionale o sovragregionale) fornisce trattamenti altamente specializzati e gestisce i casi complessi, mentre gli *Spoke* sono centri periferici che si occupano delle attività diagnostiche e terapeutiche di base e dei casi meno complessi. L'*Hub* centralizza quindi le attività complesse, come interventi chirurgici maggiori e terapie avanzate, e gli *Spoke* offrono servizi di base, *follow-up* e trattamenti meno complessi, permettendo al paziente di rivolgersi agli *spoke* per le prestazioni comuni e, se necessario, di essere trasferito all'*Hub* per trattamenti complessi, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse e garantire un'assistenza diffusa, mantenendo le competenze specialistiche nei centri principali.

Provan e Kennis (2008) evidenziano come il modello CCCN sia maggiormente funzionale nel caso in cui le organizzazioni *partner* siano poche. Il punto di forza è una più intensa partecipazione e un maggiore *commitment* delle organizzazioni nella Rete, mentre possono sorgere cause di inefficienza come tempi lunghi per concordare una decisione e diffi-

coltà di coordinamento. D'altro canto, il modello *Hub & Spoke*, indicato in caso di un numero elevato di organizzazioni partecipanti, è più efficiente avendo una chiara e più centralizzata *leadership*, che però può portare a una debole motivazione dei *partner*.

Oltre ad una chiara struttura di *governance*, è fondamentale che la Rete si doti di una solida *leadership* (*network leadership*), generalmente definita come un processo di "allineamento delle condizioni iniziali, dei processi, delle strutture, della *governance*, delle contingenze e dei vincoli, degli esiti e delle responsabilità, in modo tale da creare valore pubblico" (Bryson, Crosby e Stone, 2006: 52). Essa si riferisce allo sviluppo di una visione, alla selezione e all'attivazione degli attori e delle risorse appropriate per la Rete, e alla mobilitazione dei suoi membri. La *leadership* è fondamentale per facilitare la comunicazione e l'interazione tra i partecipanti, ridurre i conflitti, allineare gli interessi delle singole organizzazioni e, infine, migliorare l'efficacia della Rete (Agranoff, 2007; McGuire e Silvia, 2009; Lemaire, 2012). In un contesto complesso come quello delle Reti Oncologiche, dove interagiscono diverse organizzazioni con priorità e obiettivi specifici, il *leader* agisce come un facilitatore, orientando gli attori verso una missione condivisa e mobilitando le risorse necessarie per perseguire tale visione (Cunningham et al., 2012). La *leadership* è fondamentale per allineare gli interessi individuali con quelli della Rete nel suo complesso, minimizzando conflitti e favorendo la collaborazione. Il *leader* è chiamato a sviluppare la fiducia tra i partecipanti, essenziale per consolidare l'impegno e il coinvolgimento verso obiettivi di lungo termine, come il miglioramento della qualità delle cure oncologiche e l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali (Simmons et al., 2015; Dominello et al., 2018).

Oltre all'assetto di *governance* e alla *leadership*, sono necessari dei meccanismi di gestione e coordinamento della Rete quali i sistemi di monitoraggio e gestione delle *Performance*, gli strumenti di comunicazione tra i nodi della Rete (piattaforme, incontri formali/informali, frequenza e modalità incontri), i meccanismi di gestione e risoluzione dei conflitti. In contesti complessi come quello delle Reti Oncologiche, dove operano molteplici attori — tra cui medici,

amministratori ed enti locali — una comunicazione efficace consente lo scambio tempestivo di informazioni, il chiarimento degli obiettivi e la risoluzione dei conflitti, migliorando l'efficienza e la qualità dei servizi offerti ai pazienti (Ferlie et al., 2011).

I fattori esogeni, le risorse esterne ed interne su cui la Rete può contare e il modello di *governance*, *management* e *leadership* adottato agiscono assieme per dar luogo a dei risultati su più livelli. Nel breve periodo, si osserverà un buon funzionamento della Rete in presenza di attivazione e frequenza dell'interazione/collaborazione, assenza di conflitto e *free riding*, stabilità e flessibilità delle regole e dell'assetto di Rete, inclusività e soddisfazione dei partecipanti. Nel medio-lungo periodo, l'impatto della Rete si realizzerà attraverso benefici per le organizzazioni *partner* (ad esempio, in termini di accesso alle innovazioni e recuperi di efficienza) e benefici per la collettività (in termini di livelli di salute, equità, costi aggregati, ecc.).

4c.3. Il contesto italiano: le Reti Oncologiche Regionali

Le Reti Oncologiche Regionali (ROR) in Italia sono sviluppate a livello regionale. Le ROR rappresentano un tentativo di risposta strutturata alla complessa gestione delle patologie oncologiche, tra le principali cause di mortalità a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Tuttavia, le ROR sono state implementate con modalità differenti in ogni Regione dal punto di vista organizzativo, delle risorse disponibili e di una resistenza culturale alla diffusione di questo modello di gestione (Agenas, Rapporto 2023). In relazione al contesto normativo, il principale riferimento per l'istituzione delle Reti Oncologiche è rappresentato dall'Accordo Stato-Regioni del 17.04.2019 che ha definito le linee guida per la creazione e gestione

delle ROR e, in particolare, i parametri per l'istituzione e il funzionamento delle Reti Oncologiche nel territorio nazionale³. Ogni Regione mantiene autonomia nel recepire le linee guida e nel declinarle in base alle proprie specificità territoriali e alle risorse disponibili. Alcune Regioni hanno già implementato le Reti Oncologiche con livelli di efficacia variabili, mentre altre sono ancora in fase di sviluppo o presentano disomogeneità, riscontrando maggiori difficoltà nel recepire e implementare le indicazioni nazionali, causando un maggiore tasso di mobilità dei pazienti (Agenas, Rapporto 2023). In relazione al potenziamento delle risorse esterne (umane e finanziarie) il D.M. del 8.10.2023⁴, successivamente integrato con il D.M. del 10.06.2024⁵ che si inserisce nel percorso già avviato dall'Accordo Stato-Regioni del 2019, ha stanziato € 10 mln. l'anno - dal 2023 al 2027 - per lo sviluppo delle ROR. I fondi sono distribuiti in base alla popolazione residente in ciascuna Regione, così da incentivare un'allocatione equa delle risorse. Per accedere a questi finanziamenti, le Regioni devono raggiungere specifici obiettivi prefissati. La maggior parte di queste ha ricevuto i fondi, ma i piani d'azione non sono ancora stati definiti, delineando una situazione disomogenea a livello regionale nei diversi livelli di implementazione delle ROR.

Durante la presentazione del sedicesimo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici⁶, nell'ambito della XIX Giornata nazionale del malato oncologico promossa da Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, il presidente De Lorenzo ha dichiarato "è purtroppo sotto gli occhi di tutti che, per la sanità pubblica, il punto di non ritorno sta per essere raggiunto. E questo vale ancora di più in oncologia laddove le disuguaglianze e le disparità regionali sono ancora più marcate".

Al fine di monitorare i risultati raggiunti dalle ROR, l'Accordo Stato-Regioni ha, inoltre, istituito presso

³ <https://www.statoregioni.it/media/1614/p-2-csr-atti-rep-n-59-17apr2019.pdf>

⁴ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/11/28/23A06496/sg>

⁵ <https://www.regioni.it/news/2024/08/26/integrazione-decreto-8-11-2023-criteri-e-modalita-riparto-fondo-implementazione-piano-oncologico-nazionale-2023-2027-decreto-10-6-2024-gazzetta-ufficiale-n-188-del-12-8-2024-659357/>

⁶ <https://osservatorio.favo.it/sedicesimo-rapporto/indice/>

Agenas⁷ un Osservatorio per il monitoraggio delle ROR. Dall'ultimo rapporto disponibile (Agenas, 2023) emerge come in molti casi sia stato intrapreso un importante percorso verso una migliore implementazione delle ROR mentre, in altri casi, queste esistono solo formalmente. Per rendere possibile tale attuazione, è essenziale procedere con la definizione chiara della *governance* delle Reti, l'istituzione immediata del Centro di Riferimento Oncologico (CRO) e della Cabina di Regia nazionale. Risulta, inoltre, fondamentale garantire un'allocatione più efficiente di risorse dedicate allo sviluppo delle Reti, affinché queste possano offrire un'assistenza oncologica di qualità e ridurre le disparità regionali. Solo attraverso questi passaggi strategici sarà possibile garantire un sistema di cura più integrato ed efficace per tutti i pazienti oncologici in Italia.

4c.4. Obiettivo e metodo della ricerca

L'obiettivo della ricerca è analizzare i diversi percorsi di sviluppo delle ROR e identificare alcuni fattori critici di successo in termini di contesto, progettazione e meccanismi di coordinamento della Rete.

Dopo aver analizzato la letteratura sulle Reti Oncologiche e le caratteristiche del contesto sanitario nazionale italiano in cui le ROR sembrano svilupparsi a diversa velocità, si è deciso di analizzare le ROR in tre Regioni italiane: Toscana, Campania e Piemonte attraverso il metodo del caso studio comparato (Yin, 2013) che offre numerosi vantaggi, soprattutto su nuovi temi di ricerca. Il metodo permette di avere una visione più approfondita e sfaccettata del fenomeno studiato nel suo contesto di vita reale (Yin 2013, p. 219). Questo approccio metodologico consente di rafforzare la validità esterna dei risultati,

poiché l'osservazione di dinamiche simili in contesti differenti (nel nostro caso, le condizioni socio-economiche regionali) supporta la generalizzabilità delle conclusioni. Inoltre, il metodo del caso studio comparato aiuta a identificare sia *pattern* comuni che differenze tra i casi, offrendo una comprensione più ricca delle variabili e dei fattori che influenzano i fenomeni in esame. Lo studio mira a fornire una valutazione comparata dei diversi modelli organizzativi e di *governance* e dei meccanismi di *leadership* e gestione, tenendo in considerazione il contesto socio-economico specifico di ciascuna Regione, al fine di proporre interventi mirati che potenzino l'efficacia e l'efficienza delle Reti Oncologiche su tutto il territorio nazionale.

Tra le fonti di dati utilizzate, oltre ad un'analisi documentale (rapporto Agenas, documenti interni delle Reti regionali) che ha permesso di ricavare informazioni di contesto (es. numero dei membri; anni di attività; struttura di *governance* ecc.), ai coordinatori delle tre ROR (Piemonte e Valle D'Aosta; Campania; Toscana) e alla coordinatrice dell'osservatorio per il Monitoraggio delle ROR è stata condotta un'intervista semi-strutturata al fine di raccogliere informazioni dettagliate e contestualizzate sul funzionamento, le sfide, e le strategie adottate nelle Reti, nonché sul livello di coordinamento e collaborazione tra i vari membri. Attraverso questo approccio si intende approfondire l'esperienza del coordinatore nel garantire l'efficacia e l'efficienza della Rete, identificare i principali ostacoli organizzativi e operativi, e ottenere la sua visione su possibili margini di miglioramento, considerando anche le influenze del contesto socioeconomico regionale sulla qualità e sull'equità dei servizi oncologici. Le interviste sono state registrate, trascritte e lette da ogni autore al fine di limitare gli effetti di possibili *bias* interpretativi.

⁷ L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è un Ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito con decreto legislativo del 30.06.1993 n.266 e s.m.i., e si configura come organo tecnico-scientifico del SSN svolgendo attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della Salute, delle Regioni e delle PP.AA. di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 2, comma 357, legge 24.12.2007 n. 244.

4c.5. Risultati

4c.5.1. La Rete Oncologica della Regione Toscana

La Rete Oncologica Toscana (ROT) nasce nel 2010, a breve distanza da quella piemontese, dopo una lunga fase di avviamento che si è sostanziato in un lavoro culturale finalizzato a far comprendere agli attori che ne avrebbero fatto parte la necessità di superare gli specialismi. La creazione della ROT è stata favorita sia dal fatto che in Toscana non fosse presente un'unica oncologia forte, sia dal supporto politico della Regione. La Rete nasce con l'obiettivo di migliorare la presa in carico del paziente oncologico dall'allora Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) (con vocazione prevalentemente di prevenzione) che ha assorbito le funzioni dell'Istituto Toscano Tumori, dando vita all'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) nel 2017. La ROT è quindi istituita presso ISPRO, che ha unito le due anime dei precedenti istituti di prevenzione e governo clinico. Ciò rappresenta una peculiarità della Rete toscana: da un lato è l'unico caso di Rete Oncologica rappresentata da un vero e proprio Ente Pubblico, dall'altro è la prima Rete che si fa carico della prevenzione. Il modello organizzativo della ROT è il CCCN e unisce tutte le Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali con un dipartimento di oncologia della Regione. La Rete è concepita come una sinergia strutturata tra Istituzioni che tra loro diventano progressivamente complementari. Non ha finanziamenti ad *hoc*, a parte quelli previsti dal Piano Oncologico Nazionale (che sono ripartiti tra tutte le Regioni) e qualche finanziamento che negli anni è stato dedicato principalmente all'assunzione di personale di supporto amministrativo.

La Rete ha una chiara identità e si fonda su alcuni solidi punti chiave:

- la garanzia di prossimità tramite l'intercettazione del bisogno del paziente il più possibile vicino al suo domicilio, che nel caso della ROT è stata realizzata con l'attivazione di punti di accesso chiamati Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale (CORD)
- l'omogeneità dell'offerta a garanzia di equità, perseguita tramite un forte coordinamento della Rete e l'adozione di percorsi di cura condivisi
- il governo delle innovazioni
- l'integrazione tra ospedale e territorio con lo sviluppo dell'Oncologia Territoriale
- la sostenibilità, ovvero l'utilizzo razionale delle risorse a disposizione.

Due ulteriori elementi caratterizzano l'identità della ROT: i PDTA e la sua *leadership*. I PDTA sono atti regionali che vengono deliberati dalla giunta, poi recepiti a livello locale. Sono alla base del lavoro della Rete e nascono da una collaborazione tra professionisti che prevede un'ampia condivisione e lavoro di squadra. La *leadership* è stata sempre continuativa dalla fondazione della ROT e ha beneficiato di un mandato politico e una contemporanea legittimazione. Inoltre, un grande lavoro sulle relazioni personali ha garantito alla *leadership* di essere riconosciuta dai professionisti.

Un altro elemento distintivo della ROT riguarda la sua *governance*. La *governance* della ROT è istituita presso l'ISPRO in capo all'Organismo di Coordinamento della Rete Oncologica, articolato nel Comitato Strategico e nel Comitato Tecnico. Il Comitato Strategico è composto dal Direttore Generale dell'ISPRO, dai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, dal Direttore della Direzione Regionale competente in materia di diritto alla salute. Monitora le attività e approva il documento di indirizzo pluriennale in ambito oncologico. Il documento definisce gli obiettivi operativi e i livelli di attuazione ed è approvato con un atto di Giunta Regionale. Il Comitato Tecnico è costituito da due sezioni: il Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici e il Coordinamento degli *Screening* Oncologici. Il primo si riunisce ogni 15 giorni e raggruppa tutti i direttori dei Dipartimenti Oncologici delle Aziende Sanitarie toscane (AUSL Toscana Centro, AOU Careggi, AUSL Toscana Nord Ovest, AOU Pisana, AUSL Toscana Sud Est, AOU Senese), garantendo il coordinamento delle modalità attuative, ricercando omogeneità e comportamenti condivisi nella presa in carico del paziente. Il secondo, si riunisce mensilmente ed è com-

posto dal Direttore Sanitario dell'ISPRO e dai responsabili degli *screening* delle Aziende Sanitarie. Infine, è presente un Comitato Scientifico che si occupa di attività di ricerca della Rete Oncologica ed è composto da tre membri esterni al sistema (tre figure non toscane) e tre membri interni al sistema, identificati dal Comitato Strategico. Il monitoraggio dei risultati di Rete è supportato del Laboratorio *Management* e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

La ROT ha raggiunto nel tempo ottimi risultati in termini di esiti, come confermato dagli indicatori dell'Osservatorio delle Reti Oncologiche di Agenas, superando alcune criticità legate, ad esempio, alla complessità di coordinamento tra la Rete e la programmazione autonoma delle Aziende Ospedaliere o Territoriali che ne fanno parte. I punti di forza della ROT sono da ritrovare nel grande supporto alla comunicazione tra gli attori della Rete, come dimostrano gli incontri frequenti dei vari organismi di *governance*, nella forte *leadership* della Rete, che ha seguito la sua creazione e il suo sviluppo, favorendo un lavoro culturale, la creazione di fiducia e definendo una chiara *vision* della Rete, e infine dalla *governance* strutturata e istituita presso un Ente Pubblico.

4c.5.2. La Rete Oncologica della Regione Piemonte e Valle d'Aosta

La Rete Oncologica della Regione Piemonte e Valle d'Aosta (ROR Piemonte-Valle d'Aosta) nasce nel 2010 come dipartimento funzionale interaziendale e interregionale e va a regime nel 2012. Nel 2015 viene definito il modello organizzativo *Hub & Spoke* della Rete, successivamente aggiornato con la DGR 11-3586 del 2021. La ROR Piemonte-Valle d'Aosta sta attualmente lavorando alla definizione di criteri oggettivi per l'individuazione dei centri *Hub e Spoke* costituiti da Aziende e presidi ospedalieri distribuiti nel territorio delle due Regioni.

La ROR Piemonte-Valle d'Aosta beneficia di un finanziamento regionale di circa € 1,5 mln., utilizzato sia per dei progetti di Rete (come il progetto "Protezione Famiglie Fragili" e il progetto di "Potenziamento dei programmi di *screening* per il carcinoma del

colon retto"), sia per sostenere alcune spese di Rete come l'affitto della sede, attualmente collocata presso l'Azienda Zero della Regione Piemonte. Il finanziamento viene in parte anche utilizzato per il personale della ROR Piemonte-Valle d'Aosta, costituito da tre figure di segreteria che si occupano prevalentemente del coordinamento dei gruppi di studio.

La *governance* della ROR Piemonte-Valle d'Aosta si basa su due organismi: l'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete Oncologica e il Comitato Scientifico. La prima è a sua volta costituita dal coordinatore responsabile degli indirizzi strategici della Rete, dal coordinatore dell'area ospedaliera e dal coordinatore dell'area territoriale. Ha la responsabilità di definire gli indirizzi strategici, assicura il collegamento tra le Aziende attraverso la pianificazione dell'uso delle risorse assegnate, definisce le attività di Rete e le modalità di monitoraggio. L'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete è nominata dalla Giunta Regionale su proposta dell'Assessore alla Sanità e rimane in carica per tre anni. La presenza di un coordinamento sviluppato su tre figure è fondamentale per la suddivisione e specializzazione dei ruoli, la gestione delle relazioni e la risoluzione dei conflitti. Il Comitato Scientifico è costituito da nove componenti: due oncologi, un oncoematologa, un pediatra, un ematologo, un radioterapista, un chirurgo, un'esperta di sanità pubblica, un'infermiera oncologa, un rappresentante FAVO. I molteplici compiti del Comitato Scientifico vanno dallo sviluppo di linee guida al monitoraggio delle attività di Rete.

I documenti programmatori principali attraverso cui la *governance* della ROR Piemonte-Valle d'Aosta definisce gli obiettivi strategici sono il Piano Triennale delle Attività e il Programma Annuale delle Attività di Rete. Il Coordinamento della ROR gestisce la comunicazione tra i vari nodi tramite la condivisione mensile di un *report* di attività con tutti gli ospedali. Inoltre, l'Autorità di Coordinamento effettua singolarmente con ciascuna Direzione Aziendale degli incontri per discutere obiettivi ed eventuali criticità. Sono poi previsti incontri corali non calendarizzati con le Direzioni Strategiche Aziendali o con i responsabili dei gruppi di studio. La *governance* (in particolare il Comitato Scientifico) si occupa anche di

definire gli indicatori di Rete, che sono principalmente di processo e relativi ai percorsi. Il monitoraggio degli Indicatori avviene tramite richiesta del Comitato alle Direzioni Generali di ciascun ospedale: la condivisione, infatti, non è più automatizzata dopo che il garante della *privacy* ha modificato le norme di riferimento e richiede estrazioni ed elaborazioni ad *hoc*. Ciò rappresenta una difficoltà legata ai costi di raccolta dati. Anche il raggiungimento degli obiettivi di Rete presenta alcune criticità, in quanto non sono previsti dei meccanismi incentivanti o sanzionatori per i nodi della Rete relativamente al raggiungimento o meno degli obiettivi (come, ad esempio, l'inserimento degli obiettivi di Rete negli obiettivi della Direzione Generale). Rispetto ai meccanismi di coordinamento dei nodi della Rete, non è attualmente attiva una piattaforma condivisa dagli ospedali che ne fanno parte, tranne quella che supporta i lavori del *Molecular Tumor Board*, che si riunisce ogni 15 giorni per la discussione di casi particolari.

Elemento fondamentale della ROR Piemonte-Valle d'Aosta sono gli oltre 30 gruppi di studio interaziendali, specializzati su patologie o competenze professionali, che lavorano alla definizione di percorsi integrati, con l'obiettivo di armonizzare le pratiche tra i vari nodi della Rete o definire progetti di Rete. Un esempio di progetto di Rete è rappresentato dal Centro Accoglienza Servizi costituito da medico specialista, infermiere, amministrativo (oltre a uno psicologo e un assistente sociale disponibili al bisogno), presente in ogni ospedale della Rete, che attiva per i pazienti che vi accedono un percorso di presa in carico entro cinque giorni lavorativi tramite delle agende dedicate, allineando così le tempistiche a quelle dei percorsi attivati a partire dal ricovero ospedaliero.

Come testimoniano gli esiti positivi riportati nel Rapporto dell'Osservatorio delle Reti Oncologiche di Agenas, la ROR Piemonte-Valle d'Aosta è un caso di Rete con solidi punti di forza come la lunga tradizione, un forte supporto regionale, la presenza di finanziamenti dedicati e una *governance* strutturata. Esistono tuttavia degli spazi di miglioramento soprattutto rispetto allo sviluppo di una piattaforma condivisa, un maggiore allineamento sugli obiettivi

di Rete collegato anche alla percezione dei vantaggi dello stare in Rete, spesso sentiti maggiormente dagli ospedali di piccole dimensioni, piuttosto che da quelli di grandi dimensioni.

4c.5.3. La Rete Oncologica della Regione Campania

La Rete Oncologica della Regione Campania nasce nel 2016 e diventa operativa l'anno successivo. Nel 2016 la Regione Campania si trovava ancora nel regime dei Piani di Rientro ed era quindi commissariata. La Rete nasce con l'obiettivo di garantire un accesso equo alle innovazioni ai pazienti a prescindere dal loro luogo di residenza nel territorio regionale al fine di ridurre la migrazione sanitaria fuori Regione.

La Rete è composta dalle 11 principali Strutture Ospedaliere della Regione e dalle sette ASL e adotta il modello organizzativo CCCN. Il modello prevede che ciascuna struttura ospedaliera sia identificata o come Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico (CORP) o come Centro di Riferimento Regionale con attività specifica in campo oncologico (Corpus). I CORP sono Centri di II livello con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche e di *follow-up* oncologico e sono rappresentati da cinque Aziende Ospedaliere (S.G. Moscati, Rummo, Sant'Anna e San Sebastiano, Cardarelli, dei Colli) e due Presidi Ospedalieri (Ospedale del Mare e Ospedale Santa Maria delle Grazie). I Corpus sono tre Aziende Ospedaliere Universitarie (Federico II di Napoli, Vanvitelli e San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona) e l'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale di Napoli. La ROR Campana ha approvato 31 PDTA regionali definiti da gruppi multiprofessionali e interaziendali, che ogni anno vengono aggiornati e recepiti da ciascun centro che fa parte della Rete, che stabilisce di quale PDTA si vuole occupare e in collaborazione con quale CORPS o Corpus. L'adozione dei PDTA da parte dei centri della Rete è frutto di un grande percorso culturale e ha favorito un'armonizzazione delle pratiche (ad esempio prescrizioni e refertazioni) tra tutte le strutture coinvolte. Dal 2022 la Rete si è aperta anche alle Strutture Private Accreditate trami-

te un bando a cui hanno aderito 41 Aziende del privato accreditato, elemento caratterizzante della ROR Campana. Un altro elemento peculiare della Rete è il coinvolgimento di circa 1300 Medici di Medicina Generale (MMG).

La *governance* della Rete è costituita dal Coordinamento Rete Oncologica Campana (ROC) (nella figura del Direttore Generale dell'Istituto Nazionale Tumori di Napoli), dal Responsabile Scientifico della ROC (nella figura di un oncologo dell'Istituto Nazionale Tumori di Napoli) e dalla Cabina di Regia della ROC (che include i Direttori Generali di tutte le Aziende Ospedaliere e Territoriali della Regione, i Rappresentanti dei Farmacisti e il Responsabile del Registro Tumori). La Cabina di Regia si incontra annualmente nella riunione di aggiornamento dei PDTA. È inoltre presente un Tavolo Tecnico della Direzione Salute Regionale che si riunisce tre o quattro volte all'anno per discutere di decisioni o progetti specifici della ROC.

La comunicazione dei nodi della Rete si basa su una piattaforma digitale che collega tutti i nodi della Rete (Strutture Pubbliche, Private e MMG), costruita ad *hoc* e finanziata dalla Regione Campania (la Campania sta condividendo la piattaforma con altre Regioni in fase di costituzione della loro Rete Oncologica). La piattaforma permette ai MMG di partecipare alla Rete tramite l'invio dei casi di nuova diagnosi o recidiva, selezionando il Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) a cui inviare il proprio assistito per una valutazione multidisciplinare. La piattaforma permette anche ai MMG di visionare le schede paziente con le informazioni relative al proprio percorso di cura. Inoltre, viene utilizzata dai professionisti ospedalieri sia per l'invio dei pazienti ai GOM, sia per l'attivazione dei servizi territoriali di competenza dell'ASL di residenza del paziente (Assistenza Domiciliare, terapia del dolore, nutrizione, ecc.), che vengono poi avviati sulla base delle risorse di ciascuna ASL.

A parte dei fondi per l'avviamento della Rete nel 2017 e 2018 e quelli dedicati alla piattaforma, la Rete campana non beneficia di altri fondi ad hoc. Ciò rappresenta una criticità soprattutto in riferimento al personale. Da un lato, maggiori finanziamenti po-

trebbero permettere l'assunzione di *case manager* (infermieri che organizzano il percorso di cura del paziente), dall'altro, potrebbero essere utilizzati per riconoscere l'attività aggiuntiva dei professionisti dei GOM, il cui numero di casi da discutere è aumentato anche a seguito dell'apertura della Rete alle strutture private accreditate.

Gli indicatori per monitorare gli obiettivi della Rete sono definiti dal Coordinamento della Rete e il loro mancato raggiungimento da parte di un nodo della rete implica l'esclusione dalla stessa (decisione che non è ancora mai stata presa). Gli indicatori riguardano principalmente i PDTA (sono assenti indicatori qualitativi). Il monitoraggio viene favorito dalla presenza della piattaforma che permette la creazione, ogni due mesi, di un *report* con alcuni valori di riferimento che il Coordinamento della ROR condivide con tutti i Nodi della Rete.

La ROR Campana vanta numerosi punti di forza, come il grande lavoro svolto per il coinvolgimento dei MMG e la costruzione della fiducia tra gli attori. I MMG hanno compreso i benefici di partecipare alla Rete, come una riduzione del carico di lavoro per i loro pazienti oncologici e la possibilità di essere costantemente aggiornati sul percorso dei propri assistiti in carico alla ROR. L'elemento della fiducia caratterizzava l'oncologia medica Campana che era già abituata a collaborare prima dell'istituzione della Rete. La fiducia è poi aumentata nel corso degli anni, alimentata dalla consapevolezza che la Rete potesse facilitare il raggiungimento di determinati obiettivi. L'attenzione alle relazioni interpersonali, il forte supporto regionale e la creazione della Piattaforma di Rete hanno permesso l'inversione di tendenza dei dati relativi alla migrazione sanitaria per le patologie oncologiche.

4c.6 Riflessioni finali

Lo studio mira ad analizzare le ROR in Italia al fine di identificare le variabili critiche in termini di contesto, *governance* e gestione, evidenziando punti di forza e opportunità di miglioramento in termini di assistenza integrata e di qualità ai pazienti, promuo-

vendo un modello di cura che riduce le disuguaglianze e migliora l'accessibilità ai servizi specializzati. Questo approccio mira a uniformare gli *standard* di cura, ridurre i tempi di attesa e migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici su tutto il territorio nazionale, nonostante le sfide legate alla diversità organizzativa e alle limitate risorse disponibili. Le diverse Regioni italiane analizzate, Piemonte e Valle d'Aosta, Campania e Toscana, presentano specifici punti di forza e debolezza che ne influenzano l'efficacia complessiva.

La ROR Piemonte - Valle d'Aosta, attiva dal 2010, presenta una *governance* articolata che consente una gestione coordinata delle risorse e delle attività di Rete. Nonostante ciò, emerge la necessità di una Piattaforma Digitale condivisa tra i vari nodi del *network*, per facilitare la comunicazione e il monitoraggio automatico degli indicatori, attualmente ostacolato da limiti normativi sulla *privacy*. Inoltre, la mancanza di incentivi o sanzioni per il raggiungimento degli obiettivi di Rete rappresenta un ulteriore *gap*, che potrebbe compromettere l'impegno e la coesione tra i centri partecipanti.

In Campania, la ROR si è sviluppata con l'obiettivo di contrastare la migrazione sanitaria e garantire un accesso uniforme alle cure. La Piattaforma Digitale adottata ha favorito un'eccellente integrazione tra strutture pubbliche, private e MMG, contribuendo a una significativa riduzione dei pazienti che si spostano fuori Regione per ricevere trattamenti oncologici. Tuttavia, la Rete risente di una carenza di finanziamenti dedicati, soprattutto per il personale, limitando la possibilità di assumere *case manager* e riconoscere il tempo impiegato per le attività aggiuntive ai membri dei GOM. Questo *gap* rischia di ostacolare l'efficacia complessiva della Rete che, invece, rappresenta uno strumento dotato di forte capacità nell'armonizzare i processi.

La ROT si distingue per la sua *governance* istituita presso l'Ente pubblico ISPRO, che integra prevenzione e cura oncologica in un'unica struttura. La ROT ha saputo creare una forte sinergia tra ospedale e territorio, garantendo una prossimità al paziente attraverso punti di accesso diffusi (CORD). Tuttavia, la ROT ha affrontato alcune difficoltà nel coordina-

mento con le singole Aziende Sanitarie, che possono avere priorità autonome, rischiando di compromettere l'omogeneità dell'offerta. Inoltre, la mancanza di finanziamenti specifici, simile alla situazione campana, limita il supporto amministrativo e la sostenibilità della Rete nel lungo periodo.

Sulla base dell'analisi svolta delle tre ROR, possiamo evidenziare diversi elementi riferiti al contesto italiano su cui riflettere al fine di promuovere azioni correttive per garantire una qualità uniforme delle cure oncologiche su tutto il territorio nazionale.

Decentralizzazione e disomogeneità: l'approccio decentralizzato del Servizio Sanitario Nazionale italiano rappresenta un punto di forza per adattare i servizi alle esigenze specifiche di ogni Regione. Tuttavia, questa decentralizzazione comporta anche una significativa disomogeneità nell'implementazione delle ROR. Alcune Regioni hanno adottato modelli come l'*Hub & Spoke* in modo efficace, mentre altre faticano a stabilire anche le strutture di base. Questo scenario apre una riflessione sulla possibilità di trovare un equilibrio tra autonomia regionale e la necessità di standardizzare alcuni aspetti chiave per garantire che ogni cittadino italiano possa avere accesso a cure oncologiche di alta qualità, indipendentemente dalla propria residenza.

Disparità nelle risorse finanziarie e umane: nonostante il recente finanziamento governativo per le ROR, attraverso fondi che dal 2023 al 2027 mirano a sviluppare le Reti in ogni Regione, permane una disparità significativa in termini di risorse impiegate. Le Regioni più avvantaggiate hanno già infrastrutture avanzate e un buon coordinamento tra strutture, mentre le Regioni meno sviluppate continuano a soffrire di una carenza di personale e risorse. È interessante riflettere sul fatto che, nonostante il D.M., l'allocazione equa di risorse è influenzata non solo dalla popolazione residente, ma anche dalla capacità regionale di pianificare e implementare programmi efficaci. In questo contesto, l'assenza di incentivi e piani d'azione concreti rischia di compromettere il successo delle ROR.

Tecnologia e digitalizzazione: la tecnologia gioca un ruolo cruciale nell'integrazione delle ROR, facilitando il coordinamento tra ospedali e strutture sa-

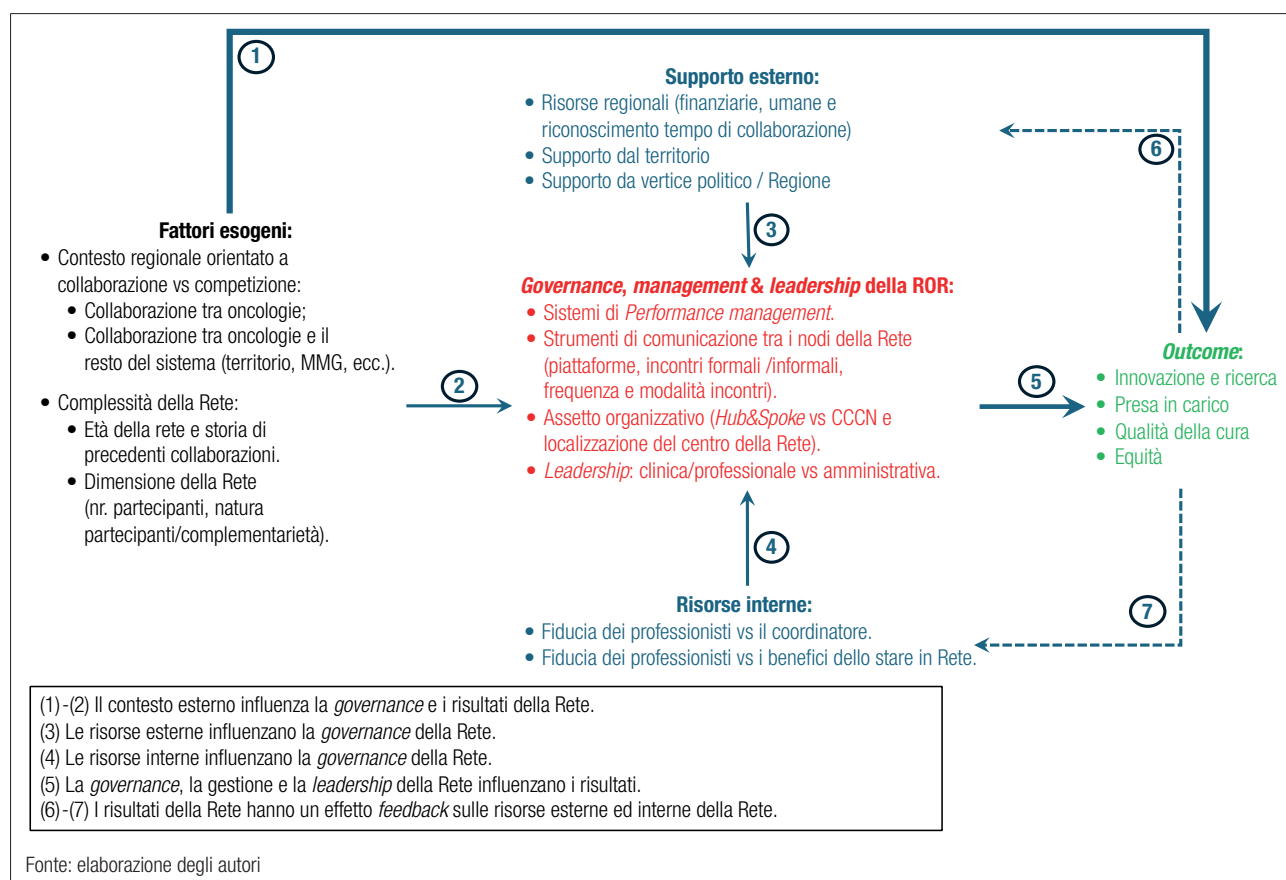
nitare territoriali tramite piattaforme digitali ad *hoc* come la Cartella Clinica Oncologica Informatizzata. Tuttavia, esistono sfide significative nella sua implementazione. La Regione Piemonte, ad esempio, ha evidenziato difficoltà nell'adozione di una piattaforma condivisa comune a causa di questioni normative sulla *privacy*. Questo riflette una più ampia questione riguardante l'equilibrio tra innovazione tecnologica e normative in materia di tutela e protezione dei dati, aprendo una discussione su come conciliare sicurezza e accesso alle informazioni per migliorare la qualità delle cure.

Mobilità sanitaria e disparità regionali: la mobilità sanitaria dei pazienti oncologici, ossia lo spostamento in altre Regioni per ricevere cure migliori, è un sintomo evidente delle disparità regionali. Le Regioni come la Campania, che hanno adottato una Piattaforma Digitale per migliorare l'integrazione delle cure, hanno registrato una riduzione della migrazione sa-

nitaria. Tuttavia, altre Regioni non hanno ottenuto risultati simili. Questa situazione solleva domande sul diritto dei pazienti a ricevere un'assistenza di qualità nel proprio territorio, senza la necessità di spostarsi. Un Sistema Sanitario equo dovrebbe impegnarsi a ridurre questi spostamenti, garantendo che le ROR funzionino in modo omogeneo in tutto il Paese.

La necessità di una *governance* più chiara: la *governance* delle ROR, particolarmente nei modelli di riferimento come il *Comprehensive Cancer Care Network* (CCCN), richiede una forte *leadership* regionale e nazionale per essere efficace. Tuttavia, come evidenziato in precedenza, l'attuale struttura non è in grado di garantire sempre un'implementazione coerente su tutto il territorio. Pertanto, la costituzione di un Centro di Riferimento Oncologico Nazionale e di una Cabina di Regia potrebbe migliorare la coesione e fornire linee guida più stringenti per le Regioni.

Figura 4c.2. Un modello per il governo delle *Performance* delle ROR



Questa riflessione pone l'accento sulla necessità di una *leadership* centralizzata che possa fornire supporto alle Regioni senza privarle della loro autonomia, migliorando il coordinamento a livello nazionale.

Monitoraggio e valutazione continua: la creazione dell'osservatorio Agenas per monitorare le ROR rappresenta un passo importante per garantire trasparenza e responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tuttavia, il rapporto Agenas 2023 mostra che in alcuni casi le Reti esistono solo formalmente, senza una reale operatività. Questa osservazione invita a riflettere sull'importanza del monitoraggio costante e sull'adozione di misure correttive tempestive per evitare che le Reti esistano solo sulla carta. Il monitoraggio non dovrebbe essere solo un compito burocratico, ma un meccanismo per assicurare un miglioramento continuo e per rendere i servizi oncologici realmente accessibili ed efficienti.

Il Modello Dinamico Multidimensionale di *Performance* delle Reti (Cepiku, 2014) adattato alle Reti Oncologiche si presenta in Figura 4c.2.. In una fase successiva della ricerca, si confronteranno tutte le Regioni italiane lungo le principali variabili identificate.

In conclusione, le ROR rappresentano un'opportunità significativa per migliorare la qualità delle cure oncologiche in Italia, ma esistono ancora molte sfide da affrontare affinché queste diventino, in modo diffuso, lo strumento a cui ricorrere per erogare un'assistenza equa ed efficace su tutto il territorio nazionale. La riflessione sull'equilibrio tra autonomia regionale e standardizzazione, sulla tecnologia come strumento di integrazione e sulla necessità di monitoraggio costante rappresenta il cuore di un miglioramento del sistema ROR, con l'obiettivo ultimo di ridurre le disuguaglianze e assicurare cure oncologiche di alta qualità per tutti.

Riferimenti bibliografici

- Addicott, R., McGivern, G., & Ferlie, E. (2007). The distortion of a managerial technique? The case of clinical networks in UK health care. *British Journal of Management*, 18(1), 93-105
- Brown, B. B., Patel, C., McInnes, E., Mays, N., Young, J., & Haines, M. (2016). The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC health services research*, 16, 1-16
- Brown, B., Young, J., Smith, D. P., Kneebone, A. B., Brooks, A. J., Egger, S., & Haines, M. (2018). A multidisciplinary team-oriented intervention to increase guideline recommended care for high-risk prostate cancer: A stepped-wedge cluster randomised implementation trial. *Implementation Science*, 13, 1-14
- Burmeister, J. W., Tracey, M. W., Kacin, S. E., Dominello, M. M., & Joiner, M. C. (2018). Improving research in radiation oncology through interdisciplinary collaboration. *Radiation research*, 190(1), 1-4
- Calman, K., & Hine, D. (1995). A policy framework for commissioning cancer services: A report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales. Department of Health
- Cepiku, D. (2017). Collaborative governance (pp. 141-156). New York: Routledge
- Cepiku, D. (2018). Strategia e Performance nelle Amministrazioni Pubbliche. EGEA spa
- Cepiku, D., Giordano, F., Mastrodascio, M., & Wang, W. (2021). What drives network effectiveness? A configurational approach. *Public management review*, 23(10), 1479-1503.
- Cepiku, D., Giordano, F., Mastrodascio, M., & Wang, W. (2021). What drives network effectiveness? A configurational approach. *Public management review*, 23(10), 1479-1503
- Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Plumb, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2012). Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ quality & safety*, 21(3), 239-249
- Downs, A. (2014). Making Wicked Problems Governable? The Case of Managed Networks in Health Care. *Journal of Organizational Change Management*, 27(3), 532-534
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Mil-*

- bank Quarterly, 79(2), 281-315
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., & Exworthy, M. (2012). *Public policy networks: The public sector and collaborative networks*. Oxford University Press
- Ferlie, E., McGivern, G., & Fitzgerald, L. (2012). A new mode of organizing in health care? Governmentality and managed networks in cancer services in England. *Social science & medicine*, 74(3), 340-347
- Haines, K. J., Kelly, P., Fitzgerald, P., Skinner, E. H., & Iwashyna, T. J. (2017). The untapped potential of patient and family engagement in the organization of critical care. *Critical care medicine*, 45(5), 899-906
- Hatchuel, A. (2001). The two pillars of new management research. *British journal of management*, 12, S33-S39
- Keast, R., Mandell, M. P., & Agranoff, R. (Eds.). (2013). *Network theory in the public sector: Building new theoretical frameworks*. Routledge
- Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (Eds.). (1997). *Managing complex networks: Strategies for the public sector*. Sage
- Klijn, E. H., Steijn, B., & Edelenbos, J. (2010). The impact of network management on outcomes in governance networks. *Public administration*, 88(4), 1063-1082
- Klijn, E. H., Steijn, B., & Edelenbos, J. (2010). The impact of network management on outcomes in governance networks. *Public administration*, 88(4), 1063-1082
- Lemaire, R. H. (2019). *Networks and public administration*. In *Oxford Research Encyclopedia of Politics*
- Lemaire, R. H., & Provan, K. G. (2009, October). *Network governance in a publicly funded child and youth health network: Sub-network embeddedness, cohesiveness, and the role of brokers*. In *Public Management Research Conference*
- Longo, F. (2007). Incentivi e strumenti per l'integrazione delle Reti socio-sanitarie. *Tendenze nuove*, 7(4-5), 533-0
- Mandell, M. P., & Keast, R. L. (2008). Evaluating the effectiveness of interorganizational relations through networks: Developing a framework for revised performance measures. *Public Management Review*, 10(6), 715-731
- Mandell, M., Keast, R., & Brown, K. (2009). The importance of a new kind of learning in collaborative networks. In *Proceedings of the 2009 European Group for Public Administration Conference: PSG IX: Public Administration and Teaching* (pp. 1-18). European Group for Public Administration
- McInnes, E., Haines, M., Dominello, A., Kalucy, D., Jammali-Blasi, A., Middleton, S., & Klineberg, E. (2015). What are the reasons for clinical network success? A qualitative study. *BMC health services research*, 15, 1-9
- Meneguzzo, M., & Cepiku, D. (2008). *Network pubblici: strategia, struttura e governance*
- Meneguzzo, M.g., Cepiku, D. (a cura di). (2008). *Network pubblici: strategia, struttura e governance*. Milano : McGraw Hill
- Morando, V., & Tozzi, V. D. (2014). *Processi evolutivi delle Reti oncologiche tra dinamiche istituzionali e manageriali*. In *Rapporto OASI 2014* (a cura di CERGAS Bocconi). Università Bocconi Editore
- Page, S. B., Stone, M. M., Bryson, J. M., & Crosby, B. C. (2015). Public value creation by cross-sector collaborations: A framework and challenges of assessment. *Public administration*, 93(3), 715-732
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40(1), 1-33
- Taplin, S. H., Clauser, S., Rodgers, A. B., Breslau, E., & Rayson, D. (2010). Interfaces across the cancer continuum offer opportunities to improve the process of care. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 2010(40), 104-110
- Tremblay, D., Touati, N., Roberge, D., Breton, M., Roch, G., Denis, J. L., & Francoeur, D. (2015). Understanding cancer networks better to implement them more effectively: a mixed methods multi-case study. *Implementation Science*, 11, 1-9
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications*

Sintesi

CAPITOLO 4d

Lo scenario della Sanità digitale in Italia: i principali risultati di ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano

Corso M.¹, De Cesare D.², Lettieri E.³, Locatelli P.⁴, Masella C.⁵, Olive M.⁶, Sgarbossa C.⁷

Il nostro Paese è ormai entrato nel cuore dell'attuazione degli interventi previsti per la Sanità digitale nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. La spesa per la Sanità digitale nel 2023 ha raggiunto € 2,2 mld., pari all'1,7% della spesa sanitaria pubblica, con un aumento del 22% rispetto al 2022.

In attesa delle infrastrutture nazionali di Telemedicina, l'utilizzo di questo strumento da parte dei medici è sostanzialmente stabile. Circa il 35% dei medici specialisti e il 43% dei Medici di Medicina Generale (MMG) hanno utilizzato servizi di Televisita, ma l'erogazione delle prestazioni resta per lo più occasionale.

Nonostante l'atteso Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0 sia ancora in fase di completamento, medici e pazienti possono già accedere ai Fascicoli Sanitari in tutte le Regioni. Nell'ultimo anno, il 35,0% dei medici specialisti e il 48,0% dei MMG hanno utilizzato l'FSE, considerandolo uno strumento che semplifica l'accesso alle informazioni e la consultazione dei documenti.

L'Intelligenza Artificiale sta emergendo come un *trend* di crescente interesse in ambito sanitario, con il potenziale di supportare i medici nell'accuratezza e personalizzazione delle cure, oltre a rendere più sostenibili le attività di monitoraggio dei pazienti cronici. In particolare, se nel 2023 il fenomeno di *ChatGPT* assumeva quasi il carattere di "bolla mediatica", oggi è ormai evidente che la sensibilità sul tema dell'Intelligenza Artificiale Generativa sia concretamente aumentata tra i professionisti sanitari e tra i cittadini.

Infine, lo sviluppo delle competenze digitali dei cittadini è essenziale per garantire un'adozione inclusiva e sostenibile dei servizi di Sanità digitale. È necessario investire nella *Digital Literacy*, nelle *Digital Soft Skills*, nella *Health Literacy* e nelle *eHealth Skills* per consentire a pazienti e operatori di trarre pieno vantaggio dalle tecnologie disponibili, contribuendo a un sistema sanitario più equo e partecipato.

¹ Osservatorio Sanità Digitale; Politecnico di Milano

² Osservatorio *Life Science Innovation*

³ Osservatorio Sanità Digitale & *Life Science Innovation*; Politecnico di Milano

⁴ Osservatorio Sanità Digitale

⁵ Osservatorio Sanità Digitale; Politecnico di Milano

⁶ Osservatorio Sanità Digitale; Politecnico di Milano

⁷ Osservatorio Sanità Digitale & *Life Science Innovation*

CAPITOLO 4d

Lo scenario della Sanità digitale in Italia: i principali risultati di ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano

Corso M.¹, De Cesare D.², Lettieri E.³, Locatelli P.⁴, Masella C.⁵, Olive M.⁶, Sgarbossa C.⁷

Il nostro Paese è ormai entrato nel cuore dell'attuazione degli interventi previsti per la Sanità digitale nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). In attesa della realizzazione delle infrastrutture abilitanti, come il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 e le piattaforme di Telemedicina, è in corso una riprogettazione dei modelli organizzativi per l'erogazione dei servizi, con un impegno significativo da parte degli *stakeholder* a tutti i livelli. Questo processo include anche iniziative di *empowerment* e *re-skilling* per operatori sanitari e cittadini, al fine di integrare efficacemente le tecnologie digitali nei percorsi di cura, con particolare attenzione alla ridefinizione delle relazioni tra i diversi attori e livelli assistenziali, dove opportuno.

In questo processo di rapida trasformazione, la ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale si pone l'obiettivo di fotografare annualmente lo stato dell'arte della Sanità digitale in Italia, attraverso metodologie quali-quantitative che coinvolgono i principali attori che a più livelli operano nella Sanità digitale in Italia.

Per rispondere agli obiettivi della ricerca, sono state adottate le seguenti modalità di indagine:

- 7 *survey* rivolte a diversi attori del sistema sanitario
- interviste dirette e studi di caso relativi ad aziende sanitarie ed enti regionali, volti a comprendere le dinamiche di sviluppo delle iniziative di Sanità Digitale e ad approfondire tematiche chiave

- *workshop* per la discussione e validazione dei *framework* utilizzati e dei dati raccolti insieme agli *stakeholder* principali del settore
- analisi di fonti secondarie, inclusi documenti di aggiornamento normativo, articoli, *report* e *position paper* a livello nazionale e internazionale
- analisi della letteratura per supportare la definizione dei *framework*, delle metodologie applicate e l'interpretazione dei risultati ottenuti.

In particolare, le *survey* presentate in questo capitolo sono state dirette a:

- Strutture sanitarie pubbliche e private italiane, coinvolgendo Direttori Generali, Direttori Amministrativi, Direttori Sanitari e Socio-Sanitari e Responsabili dei Sistemi Informativi, con 124 risposte, in collaborazione con la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO)
- Medici di Medicina Generale (MMG), con 436 risposte, in collaborazione con la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG);
- Medici specialisti, con 924 risposte, in collaborazione con *Consulcesi Homnya*, Associazione Medici Diabetologi (AMD), Associazione Medici Endocrinologi (AME), Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) e Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER)

¹ Osservatorio Sanità Digitale; Politecnico di Milano

² Osservatorio *Life Science Innovation*

³ Osservatorio Sanità Digitale & *Life Science Innovation*; Politecnico di Milano

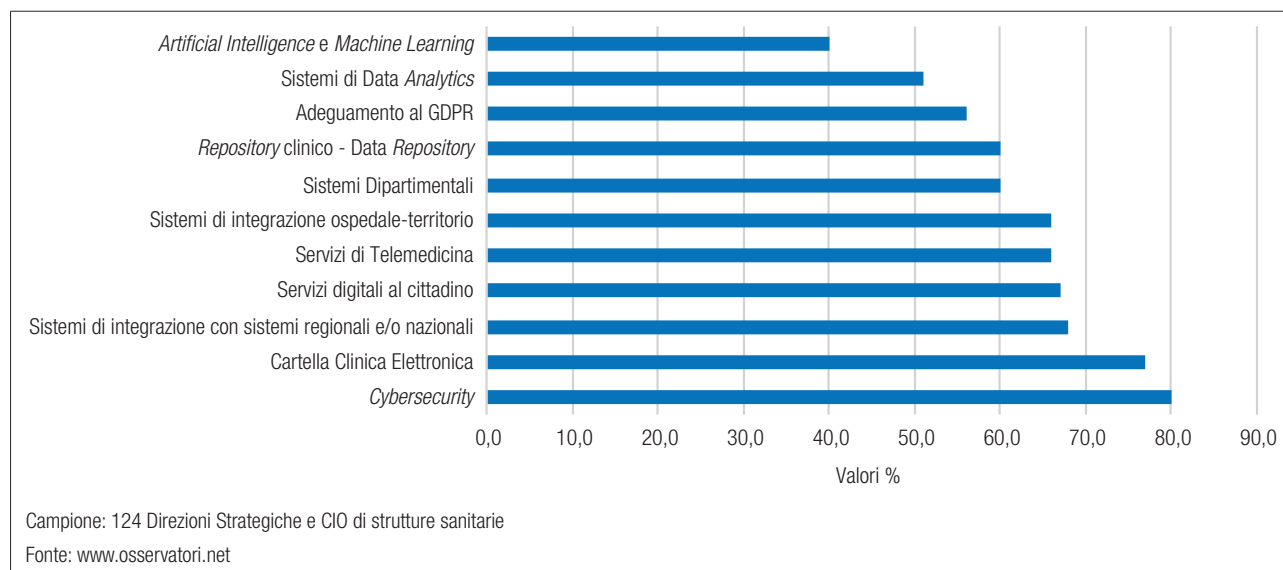
⁴ Osservatorio Sanità Digitale

⁵ Osservatorio Sanità Digitale; Politecnico di Milano

⁶ Osservatorio Sanità Digitale; Politecnico di Milano

⁷ Osservatorio Sanità Digitale & *Life Science Innovation*

Figura 4d.1. Ambiti rilevanti per gli obiettivi strategici delle strutture sanitarie



- Infermieri, con 4.010 risposte, in collaborazione con la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI)
- Pazienti cronici o con gravi problemi di salute e *caregiver*, con 383 risposte, in collaborazione con Alleanza Malattie Rare (AMR), Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare (APMARR), Associazione Italiana Diabetici (FAND), FederASMA e Onconauti
- Cittadini italiani, intervistati da *Doxapharma* tramite l'Omnibus Doxa (metodologia CATI), coinvolgendo 1.000 cittadini maggiorenni, statisticamente rappresentativi della popolazione italiana secondo alcune variabili (sesso, età, distribuzione geografica, livello di istruzione e attività lavorativa).

4d.1. La spesa per la Sanità digitale e gli ambiti di innovazione prioritari

Nel 2023 la spesa per la Sanità digitale è stata pari a € 2,2 mld. (1,7% della spesa sanitaria pubblica, corrispondente a circa € 37/abitante), con un aumen-

to del 22% rispetto al 2022. L'impatto del PNRR sulla spesa per la Sanità digitale deve in realtà ancora manifestarsi appieno: se per alcune azioni, come quelle relative alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere (Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di livello I e II)⁸ si è già avuta una forte accelerazione dei progetti, gran parte delle risorse deve ancora essere "messa a terra" (tra cui quelle per la Telemedicina, per il cui sviluppo sono stanziati circa € 1,5 mld.). Di conseguenza, le strutture sanitarie, nonostante l'aumento nella spesa complessiva, vedono ancora la disponibilità di risorse economiche come la barriera più significativa all'innovazione digitale (63,0%).

Tra gli altri ostacoli maggiormente percepiti troviamo anche quest'anno la limitata cultura per il digitale (43,0%) e la mancanza di competenze per l'utilizzo degli strumenti (40,0%), oltre all'integrazione dei nuovi strumenti con i sistemi informatici già presenti nelle strutture (41,0%).

La *cybersecurity* si conferma, in linea con lo scorso anno, al primo posto tra gli ambiti di innovazione prioritari per i decisori delle strutture sanitarie (Figura 4d.1.), come diretta conseguenza dell'incremento di attacchi informatici subiti dalle aziende e dalle istitu-

⁸ Per maggiori informazioni: <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5877&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>

zioni sanitarie negli ultimi mesi⁹. Si confermano fondamentali, inoltre, la Cartella Clinica Elettronica (CCE) e i sistemi di integrazione con sistemi regionali e/o nazionali (es. FSE, ANA), coerentemente con gli obiettivi di digitalizzazione degli ospedali – abilitati anche dagli accordi quadro gestiti da CONSIP – e di integrazione definiti dal PNRR. Anche la Telemedicina rappresenta uno degli ambiti più strategici per le strutture sanitarie, assieme ai sistemi di integrazione ospedale-territorio, coerentemente con gli obiettivi del PNRR riguardanti il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale (Componente 1 della Missione 6 Salute).

4d.2. La diffusione e la maturità della Telemedicina

Se dal punto di vista delle risorse economiche in gioco non è ancora evidente la spinta del PNRR sulla Telemedicina, è in corso la fase di realizzazione e messa in funzione delle infrastrutture che abilitano l'erogazione dei servizi. A livello nazionale, è stata sviluppata e collaudata l'Infrastruttura Nazionale di Telemedicina, in capo ad Agenas. In parallelo, nell'attesa dello sviluppo delle Infrastrutture Regionali¹⁰ guidato da Lombardia e Puglia, tutte le Regioni hanno formalizzato i modelli organizzativi per la Telemedicina, che descrivono ambiti chiave come la *governance* per l'implementazione e la gestione della Telemedicina, i piani per lo sviluppo delle competenze di pazienti e professionisti sanitari, ecc..

Non essendo ancora disponibili le nuove piattaforme regionali, la quota di medici che hanno utilizzato servizi di Telemedicina è rimasta sostanzialmente stabile rispetto allo scorso anno. Come mostrato nella Figura 4d.2., il 35,0% dei medici specialisti e il 43,0% dei MMG afferma di aver utilizzato servizi di Televisita e rispettivamente il 33,0% e il 35,0% ha fatto ricorso al Telemonitoraggio. Inoltre, l'erogazione

di prestazioni di Telemedicina risulta essere ancora occasionale: ad esempio, tra coloro che hanno già utilizzato la Televisita, il 62,0% dei medici specialisti e il 46,0% dei MMG lo ha fatto poche volte al mese. A questo si aggiunge che la maggior parte dei medici specialisti utilizza ancora strumenti non dedicati all'uso sanitario per erogare tali servizi e che non sono quindi adeguati allo scambio di dati sanitari (46,0%), dimostrando quindi una limitata maturità dei servizi erogati dal punto di vista tecnologico.

È importante sottolineare che la maturità dei servizi di Telemedicina non dipende solo da fattori strettamente tecnologici, ma anche da elementi organizzativi, che devono essere sviluppati in modo coerente e organico¹¹ e che ad oggi presentano lacune rilevanti. Infatti, tra i medici specialisti che hanno già utilizzato strumenti di Telemedicina, solo il 10,0% afferma che nella struttura sanitaria di riferimento sono stati definiti i ruoli che concorrono all'erogazione dei servizi e solo il 24,0% è stato formato sull'utilizzo di queste soluzioni.

Nell'ultimo anno solo l'8,0% dei pazienti ha utilizzato servizi di Televisita con lo specialista e l'11,0% di Telemonitoraggio dei parametri clinici, ma con un livello di interesse futuro ad utilizzare questi servizi vicina all'80,0%.

A fronte di un'adozione ancora limitata della Telemedicina da parte dei pazienti occorre identificare e fare leva sui *driver* che possano promuoverne una maggiore diffusione.

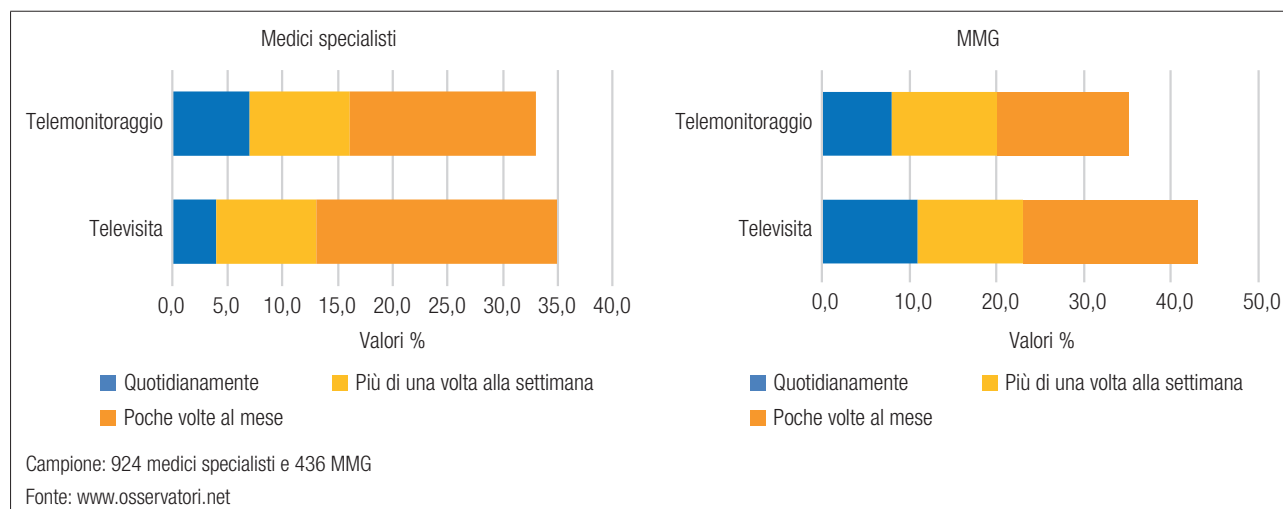
I pazienti che non hanno utilizzato servizi di Telemedicina sarebbero più propensi a farlo se questi consentissero di migliorare la relazione con il medico (87,0%), di risparmiare tempo (86,0%) e soprattutto se fossero in condizioni di difficoltà a muoversi da casa (88,0%). Far leva su tali aspetti consentirà di progettare e promuovere servizi in modo appropriato, trasformando la propensione mostrata dai pazienti in effettiva adozione.

⁹ Fonte Rapporto <https://clusic.it/rapporto-clusic/>

¹⁰ A Regione Lombardia, in quanto capofila, è affidata la gestione della gara per la realizzazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, dei servizi minimi (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio) e dell'infrastruttura *Cloud*, mentre a Regione Puglia la gara per l'acquisizione delle postazioni di lavoro e i servizi connessi (tra cui assistenza, supporto e manutenzione)

¹¹ Il modello di maturità dell'Osservatorio Sanità Digitale identifica quattro macro-variabili: tecnologie e applicazioni abilitanti; raccolta e valorizzazione dei dati; ruoli, processi e organizzazione; cultura e competenze

Figura 4d.2. L'utilizzo della Telemedicina da parte dei medici



4d.3. La raccolta dei dati a livello centrale e aziendale: dal FSE alla CCE

Il 2024 è un anno “spartiacque” per il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): al fine di incentivare e accelerare la digitalizzazione, una delle *milestone* previste dal PNRR entro la fine dell’anno prevede che il FSE sia alimentato in modo significativo sia in termini di documenti sia di dati strutturati contenuti nei documenti stessi, facendo leva su *standard* di codifica internazionali condivisi¹².

Nonostante l’atteso FSE 2.0 sia ancora in fase di completamento, medici e pazienti possono accedere ai Fascicoli Sanitari già disponibili in tutte le Regioni. Durante l’ultimo anno, il 35,0% dei medici specialisti e il 48,0% dei MMG hanno fatto accesso al FSE, strumento che è già percepito come concretamente utile dal professionista: l’utilizzo del Fascicolo, infatti, riduce il tempo necessario per reperire le informazioni (70,0% degli specialisti e 65,0% dei MMG) e semplifica la lettura dei documenti scambiati (70,0% e 60,0%). Inoltre, fornisce informazioni critiche per la gestione del paziente in situazioni di emergenza

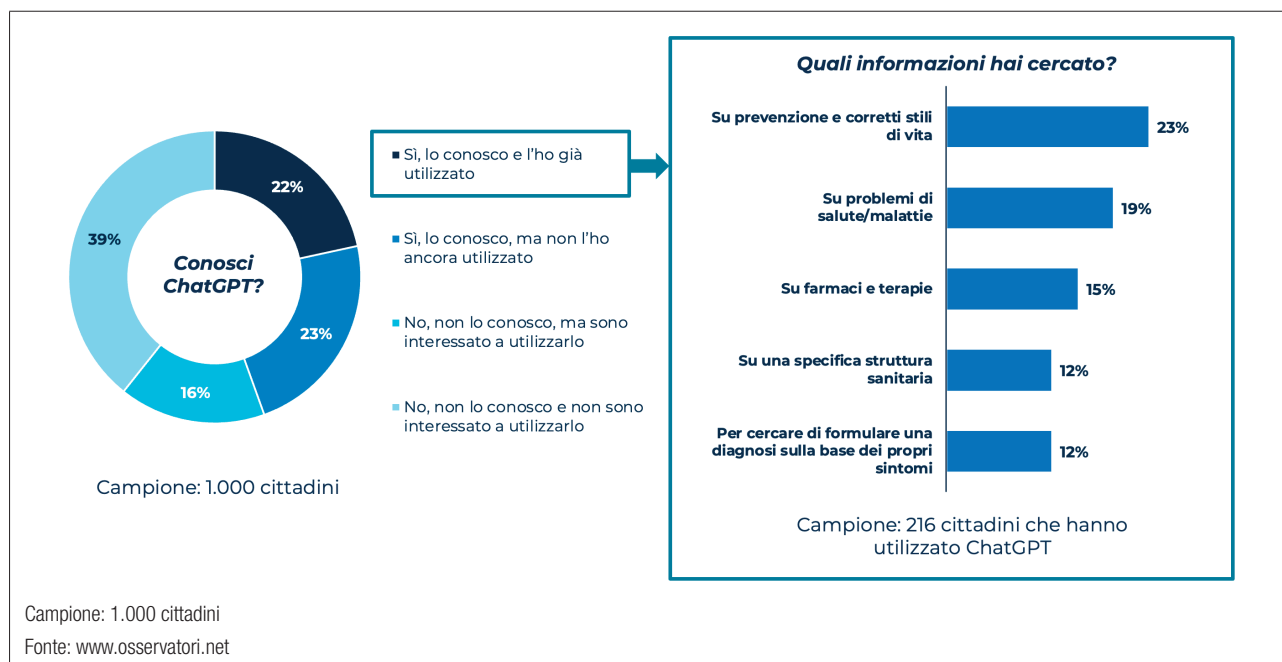
(68,0% degli specialisti e 60,0% dei MMG) e permette di prendere decisioni più personalizzate e basate sull’intera storia clinica del paziente (68,0% e 53,0%).

Sebbene sia ancora limitata la disponibilità di informazioni sul FSE, aumentano i cittadini che vi hanno fatto accesso (41,0% vs il 35,0% rilevato lo scorso anno), anche a fronte di una sempre crescente consapevolezza dei vari attori che entrano in contatto con il paziente (es. MMG, medici specialisti, farmacisti) e che possono suggerirne l’utilizzo, oltre che a campagne informative mirate¹³.

A livello aziendale, invece, una percentuale ancora rilevante di strutture sanitarie non alimenta il FSE con i dati raccolti e spesso, quando queste informazioni sono rese disponibili, sono caricate in formato non strutturato. L’eterogeneità o addirittura la mancanza di soluzioni di supporto digitale dei processi clinici nelle strutture sanitarie, tra cui in primis la CCE, rimane un ostacolo rilevante per una piena alimentazione del FSE.

¹² Per maggiori informazioni: <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=373&area=PNRR-Salute&menu=missioneSalute>

¹³ Nel mese di aprile, la campagna “Sicuri della nostra salute” ha informato i cittadini circa la possibilità di opporsi all’inserimento automatico nel FSE dei dati e documenti sanitari generati da eventi clinici riferiti alle prestazioni erogate dal SSN prima del 19.05.2020

Figura 4d.3. L'utilizzo di *ChatGPT* per la ricerca di informazioni sulla salute da parte dei cittadini

4d.4. Intelligenza Artificiale in Sanità tra opportunità e rischi

Negli ultimi anni, l'Intelligenza Artificiale (AI) si è affermata come un *trend* di sempre maggior interesse in ambito sanitario. Secondo i medici specialisti e i MMG, l'AI potrà essere un valido supporto per le proprie attività, ad esempio per rafforzare le capacità di accuratezza e personalizzazione delle cure (72,0% degli specialisti e 70,0% dei MMG) o per rendere più sostenibili le attività di monitoraggio di un elevato numero di pazienti cronici (55,0% e 66,0%). Anche i pazienti dichiarano che, se usata con prudenza, l'AI possa portare più benefici che rischi (62,0%) e che possa aiutare il medico nel prendere decisioni più precise e rapide (58,0%). Tra le preoccupazioni dei medici, invece, emerge il rischio che l'automatizzazione di alcune attività possa condurre a errori (55,0% degli specialisti e 59,0% dei MMG) e che l'introduzione dell'AI nella pratica clinica possa diminuire il valore del giudizio clinico basato sull'esperienza professionale (53,0% e 56,0%).

Se lo scorso anno il fenomeno di *ChatGPT* assumeva quasi il carattere di "bolla mediatica", oggi è ormai evidente che la sensibilità sul tema dell'Intelligenza Artificiale Generativa (GenAI) sia concreta-

mente aumentata tra i professionisti sanitari e tra i cittadini. Nei primi mesi del 2023 era stato rilevato che circa un medico su 10 aveva usato *Chatbot* basati su AI per ricercare informazioni scientifiche; a un anno di distanza, circa il 29% degli specialisti, il 34% degli infermieri e ben due terzi dei MMG affermano di aver utilizzato GenAI per tale scopo.

È inoltre molto elevato l'interesse dichiarato dai professionisti a utilizzare in futuro altre applicazioni di questa tecnologia, ad esempio come supporto alle decisioni cliniche e assistenziali o per la produzione di referti e di documentazione clinico-amministrativa.

Anche i cittadini hanno una consapevolezza molto più diffusa sulla GenAI dall'avvento di *ChatGPT*: oltre la metà dei cittadini conosce lo strumento e il 22,0% lo ha anche utilizzato (Figura 4d.3.). Garantire la sicurezza degli utenti nell'utilizzo di questi strumenti è una delle maggiori sfide attuali: è emerso, ad esempio, che una quota non trascurabile di cittadini che hanno utilizzato *ChatGPT* ha cercato informazioni su prevenzione e stili di vita (23,0%) problemi di salute (19,0%) o su farmaci e terapie (15,0%). Nel 40,0% dei casi l'utente che si è rivolto a *ChatGPT* in cerca di informazioni sulla salute afferma che le informazioni trovate hanno consentito di ridurre le comunicazioni con il medico. Alla luce di questo *trend*,

è fondamentale garantire non solo che la qualità delle informazioni ricevute sia idonea, ma anche che il cittadino-paziente possieda le competenze che gli permettano di utilizzare queste informazioni in modo sicuro e appropriato.

4d.5. Verso un sistema più equo e partecipato: le competenze dei cittadini

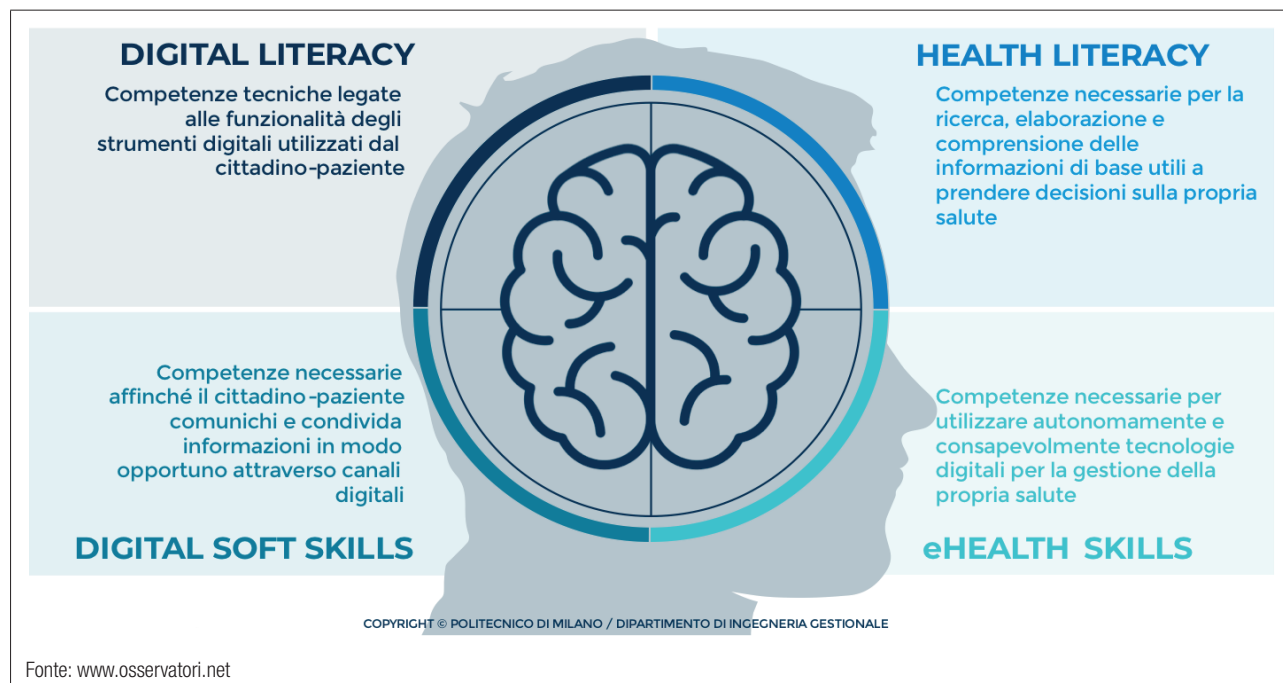
Il percorso verso la *Connected Care*, verso una Sanità più “connessa”, è ormai in corso e tale paradigma rende sempre più centrale e attivo il ruolo richiesto al cittadino-paziente. Da qui l'importanza di investire nello sviluppo delle competenze dei cittadini per garantire che la Sanità digitale diventi un vero strumento di equità¹⁴, evitando il rischio che il digitale crei ulteriori divari nella capacità di accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione.

Dalla ricerca emerge che il cittadino-paziente,

per utilizzare in modo efficace gli strumenti di Sanità digitale, dovrebbe sviluppare quattro diverse aree di competenze (Figura 4d.4.):

- *Digital Literacy*, cioè le competenze tecniche relative alle funzionalità degli strumenti digitali utilizzati (es. utilizzare lo *smartphone*, le *App* di messaggistica, ecc.)
- *Digital Soft Skills*, che sono le capacità necessarie per comunicare e condividere informazioni efficacemente attraverso canali digitali
- *Health Literacy*, ovvero le abilità necessarie per ricercare, elaborare e comprendere informazioni basilari per prendere decisioni informate sulla propria salute
- *eHealth Skills*, che includono le competenze per utilizzare in modo autonomo e consapevole le tecnologie digitali nella gestione della salute personale.

Figura 4d.4. Le competenze dei cittadini per la sanità digitale



¹⁴ Per maggiori informazioni: *Equity within digital health technology within the WHO European Region: a scoping review*, disponibile al seguente link: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6810-46576-67595>

Il 64,0% dei medici specialisti e il 67,0% dei MMG e degli infermieri ritengono che per i propri assistiti sia prioritario lo sviluppo della *Health Literacy*, seguita dall'area delle *Digital Soft Skills* (circa il 60% dei professionisti).

Anche gli stessi cittadini identificano queste come le aree più critiche, per le quali dichiarano ad oggi le lacune più significative.

Ad esempio, può risultare complesso per un cittadino, in particolare se in età più avanzata, gestire eventuali problemi tecnici nell'utilizzo di strumenti digitali, ma anche più semplicemente interpretare correttamente le informazioni sulla propria salute (ad esempio contenute in un referto).

Nonostante i *gap* formativi da colmare, i cittadini italiani sottolineano la volontà di utilizzare sempre di più il digitale come canale preferito per accedere ai servizi sanitari (72,0%). Insieme al canale *online*, primeggia anche la farmacia (72,0%), seguita da altri luoghi vicini al domicilio (es. uffici postali, banche, ecc.) (48,0%). Avere a disposizione in modo sempre più ricco e completo l'accesso ai servizi sanitari direttamente "a casa propria" o vicino ad essa, risulta una condizione ritenuta sempre più essenziale dai cittadini italiani. È auspicabile che proprio questa spinta, unita a una crescente consapevolezza della improrogabile necessità di andare verso una sanità economicamente e socialmente sostenibile, possa portare il nostro Paese verso un'adozione più decisa e coerente di un modello di Sanità connessa.

4d.6. Sanità digitale: trasformare il presente per un futuro sostenibile

Partendo dall'analisi finora presentata e considerando gli elementi necessari per costruire una Sanità del futuro che risponda alle esigenze dei cittadini, si evidenziano cinque aree su cui è fondamentale intervenire per supportare la sostenibilità del sistema sanitario attraverso il digitale:

- Visione strategica *top-down* e *bottom-up*: essere guidati da una visione unitaria, come

quella promossa dal PNRR, è imprescindibile per proseguire in una direzione che sia di valore per l'intero sistema. Dall'altro lato, proseguire sempre di più nella valorizzazione e condivisione delle esperienze locali consentirà di non "attendere" che il cambiamento cali dall'alto, ma di spingerlo e accelerarlo. In caso contrario un'adozione efficace dei nuovi modelli una volta resi disponibili diventerebbe estremamente problematica

- Cultura e competenze: occorre promuovere fin da subito e rafforzare una cultura digitale tra professionisti, utenti e *manager* della sanità e investire nello sviluppo di competenze specifiche per la Sanità digitale per tutti gli attori coinvolti, dai professionisti ai cittadini-pazienti
- Accessibilità: di pari passo con lo sviluppo delle competenze per la popolazione, si dovranno sempre garantire modalità di accesso ai servizi sanitari anche attraverso canali analogici e inclusivi, promuovendo un approccio omnicanale che non rischi di creare un "*digital divide*" che vada a scapito proprio di quelle fasce più bisognose di cura
- Organizzazione: è necessario innovare i modelli di cura assicurando un'adozione integrata dei canali e strumenti digitale, facendo evolvere modelli organizzativi, infrastrutture fisiche e digitali e rivedendo coerentemente i processi e i ruoli degli attori coinvolti
- Monitoraggio e misura dell'impatto: "se non si può misurare qualcosa, non si può migliorarla". Questo è particolarmente vero nell'ambito della Sanità digitale: non si può prescindere dal monitorare l'impatto delle iniziative di Sanità digitale sull'evoluzione del sistema sanitario, misurando gli effetti sulle prestazioni di cura, monitorando l'insorgere di nuove esigenze e definendo di conseguenza le possibili nuove azioni, il tutto avendo sempre in mente una visione sul ruolo e il valore del sistema salute, sulle persone e sulla società.

Sintesi CAPITOLO 4e

Il ruolo di Consip nell'ambito degli acquisti in Sanità: esperienze di gara e approcci innovativi

Carpentiere P.¹, Di Leva R.¹

Consip gestisce, per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, i più importanti Programmi di riqualificazione della spesa, fornendo alle Pubbliche Amministrazioni (PA) strumenti e servizi per promuovere evoluzione ed efficienza degli acquisti.

In ambito Sanità, negli ultimi 6 anni, la Centrale di Committenza Nazionale ha intermediato oltre € 25 mld. di spesa specifica sanitaria, affrontando tutti i principali ambiti merceologici del settore (dispositivi medici, farmaci, apparecchiature elettromedicali e di diagnostica), attraverso l'utilizzo di strumenti di acquisto sempre più innovativi e rispondenti alle esigenze dei clinici e delle Amministrazioni.

L'approvvigionamento dei dispositivi medici

Il DPCM del 24.12.2015, di attuazione dell'art. 9 comma 3 del D.L. n. 66/2014, ha introdotto per la prima volta i dispositivi medici impiantabili (es. *Stent*, *Pacemaker*) tra le categorie per le quali vige l'obbligo di acquisto tramite i Soggetti Aggregatori, al superamento di determinate soglie di valore.

Dal 2016 ad oggi², per ottemperare alla normativa e rendere disponibili alle Amministrazioni strumenti di acquisto rapidi ed efficienti per l'approvvigionamento dei dispositivi medici, Consip ha pubblicato 21 iniziative di gara aventi ad oggetto i dispositivi medici maggiormente usati in ambito chirurgico per un valore totale di circa € 2,4 mld..

Le procedure di gara afferenti ai dispositivi medici hanno come obiettivo imprescindibile quello di

porre le esigenze dei medici e dei pazienti al centro delle analisi dei bisogni di acquisto, e sono accomunate dalle seguenti caratteristiche strutturali:

- individuazione di caratteristiche tecniche minime di accesso tali da assicurare elevati *standard* di qualità
- adozione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, al fine di privilegiare la componente tecnica dell'offerta rispetto a quella economica, pur garantendo prezzi di aggiudicazione mediamente inferiori a quelli ottenuti con le gare regionali
- utilizzo dello strumento dell'Accordo Quadro multifornitore allo scopo di offrire la possibilità alle Amministrazioni di usufruire di una maggior scelta nei dispositivi offerti
- introduzione della scelta clinica per l'individuazione dei dispositivi che meglio rispondono alle esigenze dei pazienti, indipendentemente dalla graduatoria finale di aggiudicazione.

Tali iniziative hanno incontrato l'apprezzamento sia da parte delle Società Scientifiche di riferimento (GISE, SIC, SICVE, AIAC, ACOI), con le quali Consip collabora attraverso la sottoscrizione di appositi Accordi di riservatezza, sia da parte degli operatori economici (coinvolti costantemente attraverso le Associazioni di settore e la consultazione del mercato), che delle Amministrazioni, che utilizzano gli Accordi Quadro Consip anche in presenza di gare regionali attive, grazie alla semplicità di adesione, all'elevata qualità dei dispositivi e alla competitività dei prezzi di aggiudicazione.

¹ Consip

² Dati aggiornati al 30.09.2024

Il Sistema Dinamico Farmaci

Introdotta a partire dal 2011, il Sistema Dinamico (SDAPA) per l'approvvigionamento dei Farmaci di Consip consente alle Stazioni appaltanti di gestire in autonomia il processo di acquisto, mediante una piattaforma gratuita, interamente telematica e allineata al Codice degli Appalti, attraverso l'avvio di Appalti Specifici (AS) indetti dalle singole Amministrazioni.

Lo SDAPA è una procedura bifasica: nella prima fase Consip pubblica il Bando Istitutivo e il Capitolato d'Oneri e gestisce le richieste d'ammissione. Nella seconda fase, la Stazione Appaltante avvia ed aggiudica AS. Nel farlo è agevolata dagli strumenti messi a disposizione da Consip: lo SDAPA consente, infatti, alle Amministrazioni di beneficiare di un'architettura di gara *standard* e di modelli documentali semplificati che consentono di predisporre facilmente l'ambiente di negoziazione e gestire in modo più efficiente le fasi di valutazione e aggiudicazione (es. graduatoria di merito dell'AS generata automaticamente), garantendo la trasparenza e la tracciabilità del processo.

Consip mette a disposizione delle PA un elenco di principi attivi/forme farmaceutiche/dosaggi ("Tabella elenco lotti") che costituisce la base per la definizione puntuale dei lotti.

La "Tabella elenco lotti" ha natura "dinamica" in quanto, per tutta la durata dello SDAPA, può essere integrata a seguito di richieste delle Amministrazioni (previa opportuna verifica da parte di Consip): inizialmente costituita da circa 2.500 combinazioni di principio attivo - forma farmaceutica - dosaggio è arrivata oggi ad includerne oltre 7.600.

Le peculiarità di funzionamento e la semplicità di utilizzo dello SDAPA Farmaci hanno portato a una crescita esponenziale, nel tempo, del numero di Operatori economici abilitati, di Amministrazioni aderenti e di AS avviati.

In questi anni, infatti, questo strumento ha permesso a 11 Regioni e oltre 50 Enti locali (ASL, ASP, AO, ecc.) di negoziare circa 2.470 principi attivi, per un totale di oltre 500 AS avviati e un importo complessivo bandito di circa € 47 mld., consentendo di

ottenere significativi risparmi e garantendo al contempo la semplificazione dell'iter amministrativo e la personalizzazione delle gare in base alle esigenze delle singole Amministrazioni.

Le Apparecchiature di diagnostica per immagini

Nell'ambito delle apparecchiature elettromedicali e, in particolare, dei sistemi di diagnostica per immagini, Consip rappresenta un punto di riferimento per le Amministrazioni e le Società Scientifiche del settore (AIFM, AIIC, AIMN, AIRO, SIEOG, SIRM, SIUMB), coniugando qualità e innovazione con prezzi competitivi.

Dal 2015 ad oggi Consip ha pubblicato 28 bandi di gara in ambito apparecchiature per un valore pari a circa € 2 mld. e un totale di oltre 7.700 apparecchiature.

Consip è, inoltre, parte attiva del processo di rinnovo del parco apparecchiature, attraverso lo studio e l'introduzione di modalità di approvvigionamento innovative (es. noleggio/*pay per use*) e agevolazioni per le PA che richiedono lo smaltimento dell'obsoleto.

Nell'affrontare la categoria delle Apparecchiature di Diagnostica, Consip ha costantemente innovato il suo approccio, non soltanto in termini di caratteristiche delle apparecchiature oggetto di gara, ma anche dal punto di vista dello strumento di acquisto, dei criteri alla base della suddivisione in lotti e delle modalità di acquisizione da parte delle Amministrazioni.

Anche in considerazione di tali fattori, Consip è stata individuata dal Ministero della Salute quale "*partner strategico*" per l'attuazione del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR).

Tra i suoi obiettivi, Il PNRR (Missione 6 – Salute) ha, infatti, previsto un investimento di € 1,19 mld. per l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di 3.136 nuove grandi apparecchiature.

In questo ambito, Consip ha affiancato il Ministero della Salute nell'implementazione del Piano, attraverso

so la pubblicazione di 9 gare, tra la fine del 2021 e il 2022, che hanno coperto l'87% del fabbisogno complessivo nazionale: ben 230 Amministrazioni su circa 250, hanno, infatti, espressamente chiesto di poter utilizzare gli strumenti Consip per l'espletamento delle suddette procedure di gara afferenti alle apparecchiature di diagnostica.

Le apparecchiature sono state rese disponibili

attraverso Accordi Quadro Consip conclusi con tutti gli Operatori Economici partecipanti per ampliare la gamma delle soluzioni, garantire il rispetto dei tempi di consegna e salvaguardare la capacità produttiva degli operatori economici. Il piano delle attività ha consentito di mettere a disposizione delle PA tutte le apparecchiature previste dal PNRR entro il II Trimestre 2023.

CAPITOLO 4e

Il ruolo di Consip nell'ambito degli acquisti in Sanità: esperienze di gara e approcci innovativi

Carpentiere P.¹, Di Leva R.¹

Consip gestisce, per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, i più importanti Programmi di riqualificazione della spesa, fornendo alle Pubbliche Amministrazioni (PA) strumenti e servizi per promuovere evoluzione ed efficienza degli acquisti.

In ambito Sanità, negli ultimi sei anni, la Centrale di Committenza Nazionale ha intermediato oltre € 25 mld. di spesa specifica sanitaria, affrontando tutti i principali ambiti merceologici del settore (dispositivi medici, farmaci, apparecchiature elettromedicali e di diagnostica), attraverso l'utilizzo di strumenti di acquisto sempre più innovativi e rispondenti alle esigenze dei clinici e delle Amministrazioni.

4e.1. L'approvvigionamento dei dispositivi medici

Il DPCM del 24.12.2015, di attuazione dell'art. 9 comma 3 del D.L. n. 66/2014, ha introdotto per la prima volta i dispositivi medici impiantabili (es. *Stent*, *Pacemaker*) tra le categorie per le quali vige l'obbligo di acquisto tramite i Soggetti Aggregatori, al superamento di determinate soglie di valore.

Dal 2016 ad oggi², per ottemperare alla normativa e rendere disponibili alle Amministrazioni strumenti di acquisto rapidi ed efficienti per l'approvvigionamento di tali prodotti, Consip ha pubblicato 21 iniziative di gara aventi ad oggetto i dispositivi medici maggiormente usati in ambito chirurgico per un valore totale di circa € 2,4 mld. (Figura 4e.1.).

Nella Tabella 4e.1. è possibile apprezzare le gare Consip per la fornitura di dispositivi medici in ambito

chirurgico per categoria merceologica.

Le procedure di gara afferenti ai dispositivi medici hanno come obiettivo imprescindibile quello di porre le esigenze dei medici e dei pazienti al centro delle analisi dei bisogni di acquisto, e sono accomunate dalle seguenti caratteristiche strutturali:

- individuazione di caratteristiche tecniche minime di accesso tali da assicurare elevati *standard* di qualità
- adozione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, al fine di privilegiare la componente tecnica dell'offerta rispetto a quella economica, pur garantendo prezzi di aggiudicazione mediamente inferiori a quelli ottenuti con le gare regionali (Tabella 4e.2.)
- utilizzo dello strumento dell'Accordo Quadro multifornitore allo scopo di offrire la possibilità alle Amministrazioni di usufruire di una maggior scelta nei dispositivi offerti (Tabella 4e.3.)
- introduzione della scelta clinica per l'individuazione dei dispositivi che meglio rispondono alle esigenze dei pazienti, indipendentemente dalla graduatoria finale di aggiudicazione. (Tabella 4e.4.).

Tali iniziative hanno incontrato l'apprezzamento sia da parte delle Società Scientifiche di riferimento (GISE, SIC, SICVE, AIAC, ACOI), con le quali Consip collabora attraverso la sottoscrizione di appositi Accordi di riservatezza, sia da parte degli operatori economici (coinvolti costantemente attraverso le Associazioni di settore e la consultazione del mercato), che delle Amministrazioni (Tabella 4e.5.), che utilizzano gli Accordi Quadro Consip anche in presenza

¹ Consip

² Dati aggiornati al 30.09.2024

di gare regionali attive, grazie alla semplicità di adesione, all’elevata qualità dei dispositivi e alla competitività dei prezzi di aggiudicazione.

Figura 4e.1. - Le gare Consip per la fornitura di dispositivi medici in ambito chirurgico. Numero e valore bandito per anno

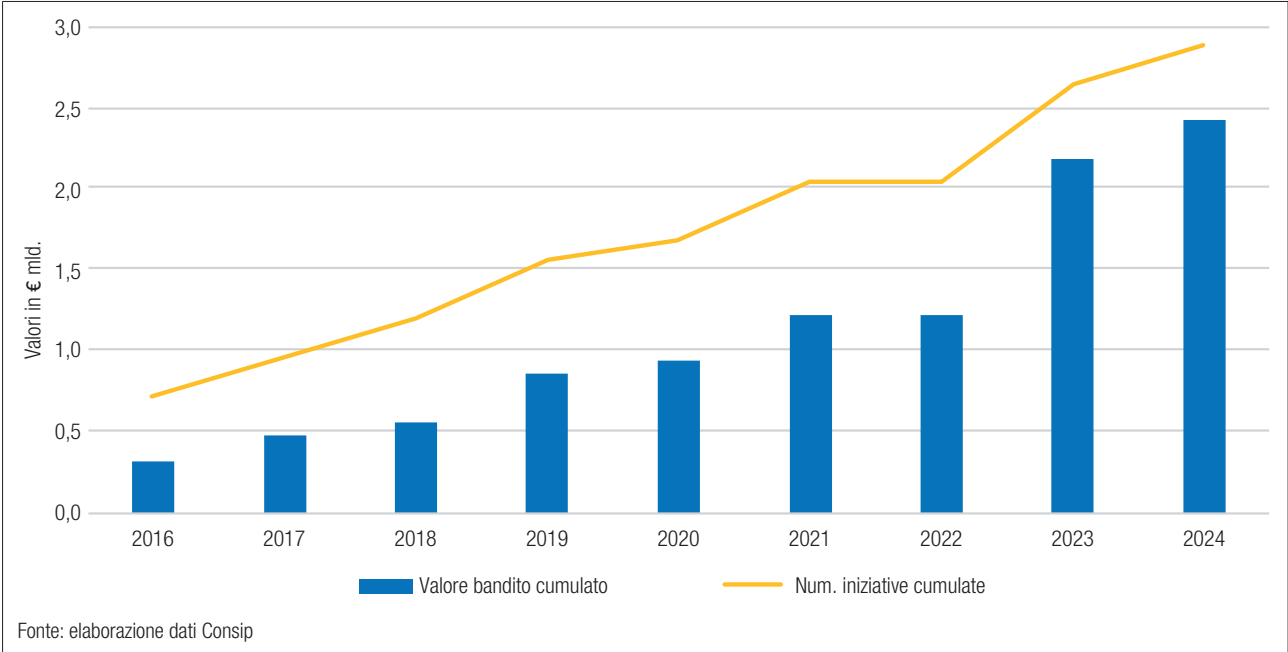


Tabella 4e.1. Le gare Consip per la fornitura di dispositivi medici in ambito chirurgico. Valore bandito per anno per categoria merceologica in € mln.

Dispositivo medico	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023	2024
Defibrillatori impiantabili	110,6	95,3		64,2	90			75,8	74,9
Loop recorder				12,4				19,2	21,2
Pacemaker	106,6	8		81,7	7,5			102	77,7
Palloni medicati									10
Stent coronarici	90,7			39,2		63,7			73
Stent vascolari			28,4			20,3			
Suturatrici								200,5	
Suture		60		104				111	
TAVI						186,3		350,9	
Trocar			45					97,7	

Nota - In alcuni casi la stessa gara ha avuto ad oggetto diverse tipologie di dispositivi (es. Gli Accordi Quadro per la fornitura di Dispositivi impiantabili attivi per funzionalità cardiaca – pubblicati nel 2020 e nel 2023 - comprendono i *pacemaker*, i defibrillatori impiantabili e i *loop recorder*)

Nota (*) – Nel 2022, l’attività di Consip in ambito Sanità è stata focalizzata sulle attività di sviluppo e pubblicazione di nove gare di apparecchiature elettromedicali a supporto del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), in affiancamento al Ministero della Salute, nell’ambito del progetto di ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero

Fonte: dati Consip, aggiornati al 30.09.2024

Tabella 4e.2. Le gare Consip per la fornitura di *stent* coronarici – risultati economici

Tipologia di <i>stent</i> coronarico	Prezzo medio di aggiudicazione (sconto medio rispetto ai prezzi regionali)*		
	Edizione I (2016) € (%)	Edizione II (2019) € (%)	Edizione III (2021) € (%)
<i>Bare Metal Stent</i> (BMS)	99,13 (-32)	na	na
<i>Bioabsorbable Vascular Scaffold</i> (BVS)	800 (0)	na	794,5 (-1)
<i>Drug Eluting Stent</i> (DES) con polimero durevole	350 (-5)	331 (-11)	296,17 (-20)
<i>Drug Eluting Stent</i> (DES) con polimero riassorbibile	363,5 (-3)	308 (-18)	250,07 (-33)
<i>Drug Eluting Stent</i> (DES) senza polimero	334 (-3)	na	344,97** (0)

(*) Lo sconto medio rispetto ai prezzi regionali è calcolato come sconto % rispetto al valore massimo della fascia di prezzo individuata dalle Linee Guida varate dal Tavolo dei Soggetti Aggregatori nel 2019

(**) il prezzo di aggiudicazione riflette le innovazioni tecnologiche intervenute successivamente all'emanazione delle Linee Guida

Fonte: dati Consip

Tabella 4e.3. Le gare Consip per la fornitura di *stent* coronarici – numero di aggiudicatari

Tipologia di <i>stent</i> coronarico	Numero di aggiudicatari per lotto e edizione		
	Edizione I (2016)	Edizione II (2019)	Edizione III (2021)
<i>Bare Metal Stent</i> (BMS)	4	na	na
<i>Bioabsorbable Vascular Scaffold</i> (BVS)	2	na	2
<i>Drug Eluting Stent</i> (DES) con polimero durevole	3	3	3
<i>Drug Eluting Stent</i> (DES) con polimero riassorbibile	2	4	7
<i>Drug Eluting Stent</i> (DES) senza polimero	2	na	3

Fonte: dati Consip

Tabella 4e.4. Le gare Consip per la fornitura di *stent* coronarici – scelta clinica. Valori %

Tipologia di <i>stent</i> coronarico	Distribuzione degli ordini Percentuale di ordini emessi nei confronti dei fornitori diversi dal primo aggiudicatario in graduatoria		
	Edizione I (2016)	Edizione II (2019)	Edizione III (2021)
<i>Bare Metal Stent</i> (BMS)	29	na	na
<i>Bioabsorbable Vascular Scaffold</i> (BVS)	69	na	13
<i>Drug Eluting Stent</i> (DES) con polimero durevole	56	51	90
<i>Drug Eluting Stent</i> (DES) con polimero riassorbibile	34	71	67
<i>Drug Eluting Stent</i> (DES) senza polimero	42	na	67

Fonte: dati Consip

Tabella 4e.5. Erosione del massimale per categoria merceologica ed edizione. Valori %

Dispositivo medico	Edizione I	Edizione II	Edizione III	Edizione IV	Edizione V
Defibrillatori impiantabili	100	73	100	96	100
Loop recorder	100	99			
Pacemaker	94	78	100	100	87
Stent coronarici	46	97	86		
Stent vascolari	34	55			
Suture	95	90			
TAVI	84				
Trocar	91				

Fonte: dati Consip, aggiornati al 30.09.2024

4e.2. Il Sistema Dinamico Farmaci

Introdotta a partire dal 2011, il Sistema Dinamico (SDAPA) per l'approvvigionamento dei Farmaci di Consip consente alle Stazioni Appaltanti di gestire in autonomia il processo di acquisto, mediante una piattaforma gratuita, interamente telematica e allineata al Codice degli Appalti, attraverso l'avvio di Appalti Specifici (AS) indetti dalle singole Amministrazioni.

Lo SDAPA è una procedura bifasica: nella prima fase Consip pubblica il Bando Istitutivo e il Capitolato d'Oneri e gestisce le richieste d'ammissione. Nella seconda fase, la Stazione Appaltante avvia ed aggiudica AS. Nel farlo è agevolata dagli strumenti messi a disposizione da Consip: lo SDAPA consente, infatti, alle Amministrazioni di beneficiare di un'architettura di gara *standard* e di modelli documentali semplificati che consentono di predisporre facilmente l'ambiente di negoziazione e gestire in modo più efficiente le fasi di valutazione e aggiudicazione (es. graduatoria di merito dell'AS generata automaticamente), garantendo la trasparenza e la tracciabilità del processo.

Consip mette a disposizione delle PA un elenco di principi attivi-forme farmaceutiche-dosaggi ("Tabella elenco lotti") che costituisce la base per la definizione puntuale dei lotti.

La "Tabella elenco lotti" ha natura "dinamica" in quanto, per tutta la durata dello SDAPA, può essere integrata a seguito di richieste delle Amministrazioni (previa opportuna verifica da parte di Consip): inizialmente costituita da circa 2.500 combinazioni di principio attivo - forma farmaceutica - dosaggio è arrivata oggi ad includerne oltre 7.600.

Tabella 4e.6. SDAPA Farmaci - AS avviati e importo a base d'asta per anno

Anno	Nr. AS avviati	Importo bandito (€ mln.)
2012 – 2016	67	15.774,6
2017	35	2.588,6
2018	54	2.472,2
2019	47	1.290,1
2020	53	4.227,7
2021	61	7.749,4
2022	87	2.749,8
2023	80	8.330,2
2024 (*)	25	1.881,4

(*): periodo gennaio - giugno 2024

Fonte: dati Consip, aggiornati a giugno 2024

Le peculiarità di funzionamento e la semplicità di utilizzo dello SDAPA Farmaci hanno portato a una crescita esponenziale, nel tempo, del numero di Operatori Economici abilitati, di Amministrazioni aderenti e di AS avviati (Tabella 4e.6., Tabella 4e.7. e Figura 4e.2.).

In questi anni, infatti, questo strumento ha per-

messo a 11 Regioni e oltre 50 Enti locali (ASL, ASP, AO, ecc.) di negoziare circa 2.470 principi attivi, consentendo di ottenere significativi risparmi e garantendo al contempo la semplificazione dell'iter amministrativo e la personalizzazione delle gare in base alle esigenze delle singole Amministrazioni.

Figura 4e.2. SDAPA Farmaci - AS avviati e importo a base d'asta – valore cumulato

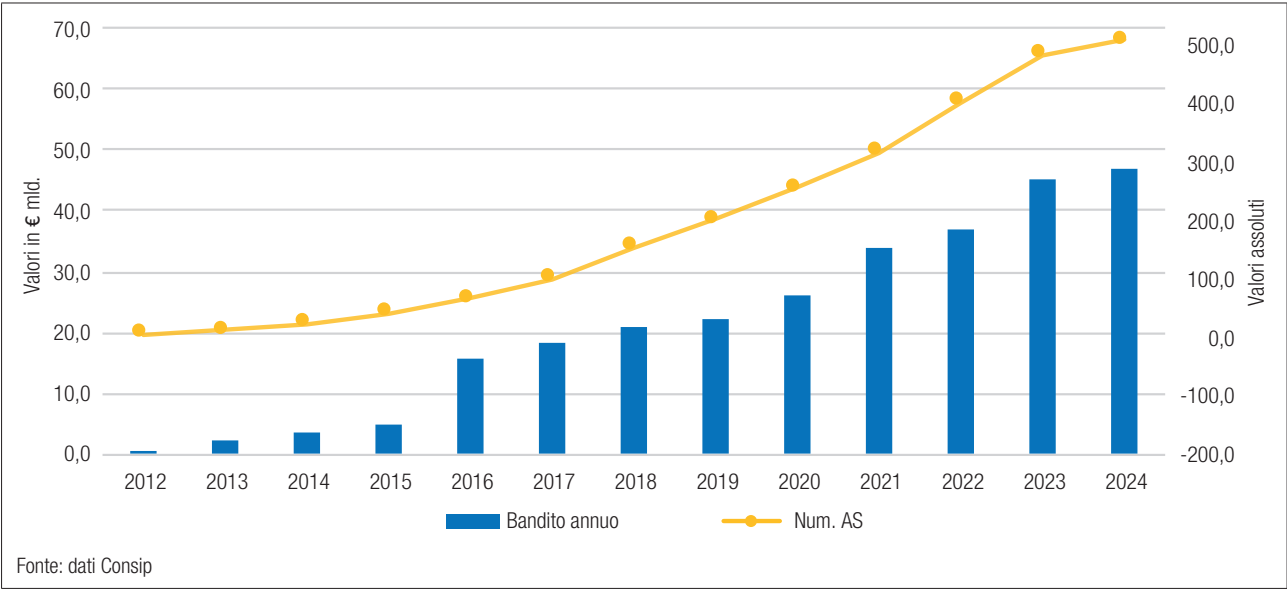


Tabella 4e.7. SDAPA Farmaci - Distribuzione AS per anno e importo a base d'asta

Anno	Importo a base d'asta			
	Basso (< 100 mln/€)	Medio (compreso tra 100 mln. di € e 400 mln. di €)	Alto (compreso tra 400 mln. di € e 1 mld. di €)	Molto Alto (> 1 mld. di €)
2012-16	52	5	5	5
2017	27	5	3	
2018	46	7	1	
2019	45	1	1	
2020	49	1	1	2
2021	52	6	2	1
2022	80	5	2	
2023	70	7	1	2
2024 (*)	22	2		1

(*): periodo gennaio - giugno 2024

Fonte: dati Consip

Nell'ottica di ampliare la propria offerta, Consip ha avviato, tra il 2017 e il 2019, tre iniziative centralizzate focalizzate su un numero limitato di principi attivi a brevetto scaduto e ad alto valore di spesa. Nel farlo si è posta sempre come obiettivo principale quello di rendere disponibile a tutte le Amministrazioni la più ampia gamma possibile di farmaci, ad un prezzo omogeneo sul territorio nazionale. In particolare, nel 2017 è stata bandita un'iniziativa per una convenzione avente ad oggetto i farmaci antineoplastici e immunomodulatori che, alla luce del livello contenuto di partecipazione registrato, ha, tuttavia, confermato la preferenza del mercato verso soluzioni di gara più snelle e flessibili, come quella rappresentata dallo SDAPA Farmaci.

Nell'Ottobre del 2017 e nel novembre del 2019 sono stati pubblicati due Accordi Quadro aventi ad oggetto i Farmaci biologici. Le iniziative sono nate per rispondere alle previsioni della Legge di Stabilità 2017 che ha introdotto, per questa tipologia di farmaci, l'obbligo di utilizzare l'Accordo Quadro quando i farmaci in commercio sono più di tre.

Gli Accordi Quadro hanno ottenuto risultati migliori in termini di adesione da parte delle PA e del mercato, sebbene la partecipazione dei produttori di farmaci *originator* sia stata limitata.

A seguito della previsione della Legge di Bilancio 2020, che ha introdotto la facoltà di stipulare Accordi Quadro e Convenzioni a partire dagli AS avviati tramite il Sistema Dinamico di Acquisto, le Amministrazioni hanno oggi la possibilità di negoziare anche i farmaci biologici sullo SDAPA Farmaci. La norma, inoltre, consente a Consip di avviare AS "nazionali", coniugando così la flessibilità e la semplicità del SDAPA ai vantaggi di un'iniziativa centralizzata.

Alla luce delle possibilità previste dal Codice degli Appalti e dei risultati osservati nell'ambito dello SDAPA Farmaci e delle iniziative centralizzate avviate, in termini di partecipazione da parte del mercato della fornitura, adesione da parte delle Amministrazioni e livello di risparmio ottenuto, lo SDAPA si conferma lo strumento più idoneo a gestire le iniziative di acquisto in ambito farmaceutico.

In questa ottica Consip ha orientato i propri sforzi per potenziare la piattaforma di *eProcurement* e

sfruttarne al meglio le potenzialità, con l'obiettivo di velocizzare e semplificare le dinamiche di negoziazione, attraverso l'introduzione di modalità innovative di aggiudicazione, come ad esempio l'asta elettronica, l'abilitazione di nuove funzionalità e l'incremento del livello di automazione di quelle esistenti, una maggiore sponsorizzazione dello SDAPA Farmaci e il consolidamento dei servizi di supporto offerti alle Amministrazioni.

4e.3. Le Apparecchiature di diagnostica per immagini

Nell'ambito delle apparecchiature elettromedicali e, in particolare, dei sistemi di diagnostica per immagini, Consip rappresenta un punto di riferimento per le Amministrazioni e le Società Scientifiche del settore (AIFM, AIIC, AIMN, AIRO, SIEOG, SIRM, SIUMB), coniugando qualità e innovazione con prezzi competitivi.

Dal 2015 ad oggi Consip ha pubblicato 28 bandi di gara in ambito apparecchiature per un valore pari a circa € 2 mld. e un totale di oltre 7.700 apparecchiature (Figura 4e.3.).

Consip è, inoltre, parte attiva del processo di rinnovo del parco apparecchiature, attraverso lo studio e l'introduzione di modalità di approvvigionamento innovative (es. noleggio/*pay per use*) e agevolazioni per le PA che richiedono lo smaltimento dell'obsoleto.

Nell'affrontare la categoria delle Apparecchiature di Diagnostica, Consip ha costantemente innovato il suo approccio, non soltanto in termini di caratteristiche delle apparecchiature oggetto di gara, ma anche dal punto di vista dello strumento di acquisto, dei criteri alla base della suddivisione in lotti e delle modalità di acquisizione da parte delle Amministrazioni.

Si riporta di seguito, a titolo esemplificativo, una rappresentazione schematica dell'esperienza maturata relativamente ai Tomografi a Risonanza Magnetica (Tabella 4e.8.).

Anche in considerazione di tali fattori, Consip è stata individuata dal Ministero della Salute quale

“partner strategico” per l’attuazione del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR).

Tra i suoi obiettivi, il PNRR (Missione 6 – Salute) ha, infatti, previsto un investimento di € 1,19 mld. per l’ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l’acquisto di 3.136 nuove grandi apparecchiature.

In questo ambito, Consip ha affiancato il Ministero della Salute nell’implementazione del Piano, attraverso la pubblicazione di nove gare, tra la fine del 2021 e il 2022, che hanno coperto l’87% del fabbisogno complessivo nazionale (Tabella 4e.9.): ben 230 Amministrazioni su circa 250, hanno, infatti, espressa-

mente chiesto di poter utilizzare gli strumenti Consip per l’espletamento delle suddette procedure di gara afferenti alle apparecchiature di diagnostica.

Le apparecchiature sono state rese disponibili attraverso Accordi Quadro Consip conclusi con tutti gli Operatori Economici partecipanti per ampliare la gamma delle soluzioni, garantire il rispetto dei tempi di consegna e salvaguardare la capacità produttiva degli Operatori Economici. Il piano delle attività ha consentito di mettere a disposizione delle PA tutte le apparecchiature previste dal PNRR entro il II Trimestre 2023.

Figura 4e.3. Le gare Consip per la fornitura di apparecchiature elettromedicali. Numero e valore bandito per anno

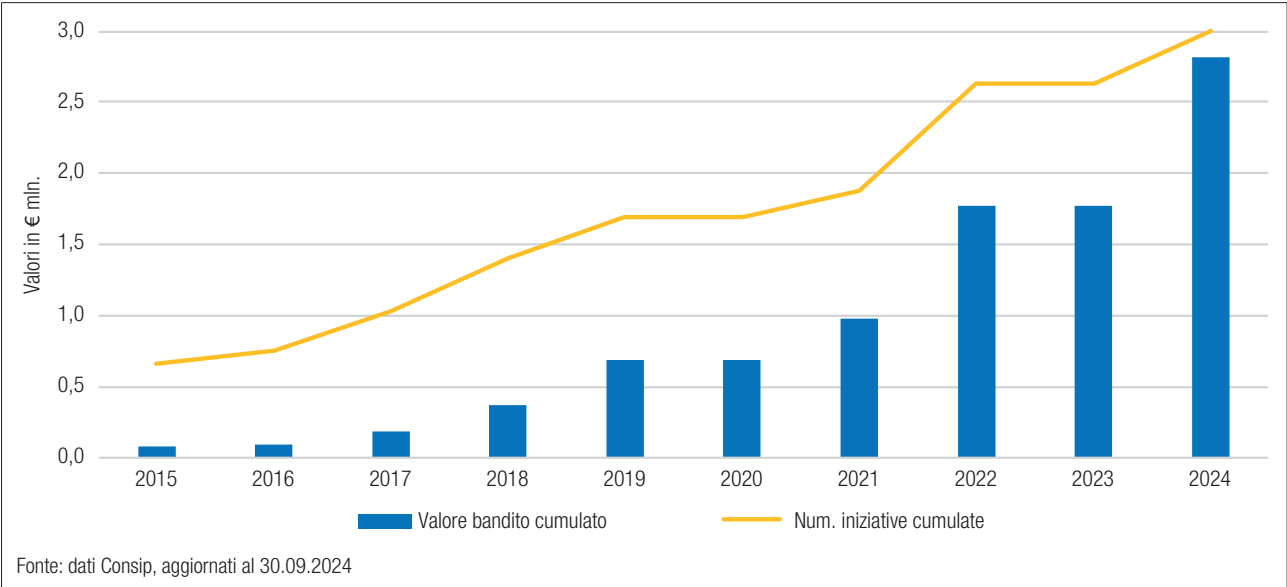


Tabella 4e.8. Evoluzione delle modalità di acquisto – il caso dei Tomografi a Risonanza Magnetica

Anno di pubblicazione	Strumento di acquisto	Valore bandito (mln./€)	Massimale (nr apparecchiature)	Forma contrattuale per le PA
2011	Convenzione	13,7	12	Acquisto
2014	Convenzione	31,3	43	Acquisto
2017	Accordi Quadro	46,6	50	Acquisto
2018	Convenzione	15,1	10	Pay per Use
2019	Accordi Quadro	134,6	135	Acquisto/noleggio
2022	Accordi Quadro	129,1	154	Acquisto

Fonte: dati Consip, aggiornati al 30.09.2024

Tabella 4e.9. Le gare Consip a supporto del PNRR

Tipologia di Apparecchiature	Fabbisogno PNRR	Massimale Consip	% di ordini emessi
Ecotomografi	928	928	100
Tomografi pet/tc	34	29	85
Gamma camere	82	78	95
Gamma camere/TC	53	45	85
Apparecchiature radiologiche	937	824	88
Acceleratori lineari	82	62	77
Mammografi con tomosintesi	295	196	66
Tomografi a risonanza magnetica (RM)	190	154	81
Tomografi computerizzati (TC)	342	264	78
Angiografi	193	134	70

Fonte: dati Consip

4e.4. Riflessioni finali

L'offerta Consip nell'ambito della spesa specifica sanitaria, nel corso degli anni, è stata oggetto di un processo di profonda evoluzione in relazione a diversi aspetti, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le tipologie di categorie merceologiche affrontate, gli strumenti di acquisto utilizzati, i criteri di individuazione degli aggiudicatari e le modalità di valutazione dei prodotti e dei servizi offerti.

I *driver* del processo evolutivo possono ricondursi principalmente a:

- semplificazione del processo di acquisto, con riduzione dei costi e dei tempi di approvvigionamento, garantendo al contempo la massima trasparenza lungo l'intero iter del procedimento
- miglioramento continuo della qualità delle forniture, attraverso la definizione di *standard* di prodotto e di servizio allineati alle più recenti innovazioni tecnologiche disponibili sul mercato
- costante coinvolgimento degli *stakeholder*:
 - mondo clinico: l'efficacia, l'appropriatezza e l'efficienza dei prodotti e dei servizi messi a gara vengono garantiti attraverso il continuo confronto con i professionisti che, facendo parte delle Società scientifiche e

delle Associazioni di riferimento, contribuiscono allo sviluppo delle iniziative di gara, attraverso specifici accordi di collaborazione/riservatezza

- Amministrazioni: attraverso l'analisi dei fabbisogni sia in termini quantitativi che di specifiche tecniche dei prodotti/servizi
- Operatori Economici: attraverso il dialogo tecnico in fase di definizione della strategia e i rapporti con le istituzioni rappresentanti le imprese che operano in ambito sanitario.

Complessivamente, il modello di relazione instaurato da Consip e le innovazioni introdotte hanno portato, nel corso degli anni, a una progressiva diffusione dell'utilizzo degli strumenti di acquisto centralizzati messi a disposizione e al consolidamento del suo ruolo a supporto delle Amministrazioni e dei clinici, testimoniato da un incremento della soddisfazione da parte degli utenti (Amministrazioni, medici, cittadini).

La sfida per il futuro è quella di consolidare i risultati raggiunti e le buone pratiche attuate, puntando, al tempo stesso, ad innovare l'offerta, i modelli di gara e gli strumenti di acquisto disponibili al fine di rispondere in maniera sempre più integrata, tempestiva e flessibile alle esigenze del Sistema Sanitario Nazionale.

Sintesi

CAPITOLO 4f

Il personale del Servizio Sanitario Nazionale

Di Luca V.¹

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si trova oggi ad affrontare una sfida cruciale, legata all'invecchiamento della popolazione e del personale sanitario stesso. L'Italia è infatti la Nazione europea con il maggior numero di persone *over 65* (24% della popolazione) e di medici *over 55* (il 55% del totale).

Dunque, In un contesto caratterizzato da una crescente domanda di assistenza, sono richieste misure urgenti per garantire il ricambio generazionale e una distribuzione equilibrata del personale, specialmente nei settori di emergenza-urgenza e assistenza territoriale.

Nel 2022, ultimo dato ufficiale disponibile, il SSN può contare su 625.282 unità di personale dipendente. Nello specifico, il SSN impiega 101.827 medici e odontoiatri (-1,23% rispetto al 2020) e 268.013 infermieri (+1,26% rispetto al 2020).

Per quanto attiene la medicina territoriale, il numero di Medici di Medicina Generale (MMG) è passato da 40.250 nel 2021 a 39.366 nel 2022, mentre i Pediatri di Libera Scelta (PLS) sono scesi da 7.022 nel 2021 a 6.962 nel 2022.

Il SSN sta affrontando una carenza di personale medico particolarmente accentuata in alcune aree assistenziali quali la medicina di base e, a livello ospedaliero, nelle attività di emergenza/urgenza. Inoltre, il nostro Paese presenta una carenza signi-

ficativa di infermieri rispetto alla media di Nazioni considerate *benchmark* come Francia, Germania e Spagna, soprattutto in relazione alla fascia di popolazione *over 75*, la cui incidenza continua a crescere rapidamente.

Nel 2021, in Italia si registrano 4,1 medici ogni 1.000 abitanti, un valore che risulta allineato alla media delle Nazioni *benchmark*. Tuttavia, un divario emerge analizzando i medici attivi per 1.000 abitanti *over 75*: l'Italia registra un valore di 34,3, inferiore alla media europea di 37,8, evidenziando, rispetto a quel *target*, un deficit di 24.797 medici. Una situazione peggiore riguarda gli infermieri, con una carenza stimata di 182.993 unità, che sale a 250.242 considerando la popolazione *over 75*.

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, il numero dei MMG, pari a 39.366 nel 2022, si è ridotto negli ultimi dieci anni di 6.071 unità, passando da 76 MMG per 100 mila abitanti nel 2012 a 67 nel 2022 (-11,8%, corrispondente ad una perdita di 5.497 unità di personale). Il numero medio di MMG per 100 mila abitanti *over 75* era pari a 1.000 nel 2012 e raggiunge i 550 nel 2022 (-44,9%). In questo caso, per tornare ai livelli del 2012 sarebbero oggi necessari 71.560 medici di famiglia, ovvero bisognerebbe integrare nel sistema ulteriori 32.194 professionisti.

Gap sulle unità di personale medico e infermieristico per popolazione totale e per popolazione *over 75* tra Italia e Paesi europei *benchmark*

2021 Italia vs media DE, ES, FR	Medici per popolazione totale	Medici per popolazione <i>over 75</i>	Infermieri per popolazione totale	Infermieri per popolazione <i>over 75</i>
Gap	In linea	-24.797	-182.993	-250.242

Fonte: elaborazione su dati OECD (2023) - © C.R.E.A. Sanità

¹ Ingegnere Medico (www.linkedin.com/in/vincenzodiluca)

Gap sulle unità di MMG per popolazione totale e per popolazione over 75 tra il 2022 ed il 2012

2022 (confronto con 2012) Italia	MMG per popolazione totale	MMG per popolazione over 75
Gap	-5.497	-32.194

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Con l'aumento del numero dei posti disponibili per l'accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia da 10.035 nell'anno accademico (A.A.) 2018/2019 a 20.867 nel 2024/2025 (+108%), il cosiddetto "imbuto formativo" sembra essere superato.

Tuttavia, persiste il problema della distribuzione dei contratti, con alcune specializzazioni meno appetibili rispetto a quelle che offrono maggiori opportunità lavorative nel settore privato e nella libera professione. Negli ultimi anni, meno della metà dei contratti di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza sono stati assegnati. In particolare, i risultati delle assegnazioni del concorso di specializzazione 2024 mostrano come solo 304 su 1.020 posti in emergenza-urgenza siano stati assegnati, ovvero poco meno del 30%. Tale dato dimostra come la scelta di aumentare le disponibilità dei contratti (+17% rispetto al 2023) senza una idonea programmazione e senza una riforma della formazione medica non possa condurre a risultati concreti.

Nonostante le misure adottate negli ultimi anni per fronteggiare la crisi del personale, il problema della maggiore attrattività del settore privato persiste, dovuto a salari mediamente più alti e maggiori garanzie di flessibilità. Diventa quindi cruciale investire nella

capacità del SSN di attrarre il personale sanitario, e far rientrare parte di coloro che attualmente hanno trovato lavoro all'estero. I giovani medici, in Italia, allo stato attuale, percepiscono stipendi più bassi e, data l'età, manifestano una maggiore propensione a trasferirsi all'estero. A parità di potere d'acquisto (PPP), già durante la specializzazione i medici che operano nel settore pubblico guadagnano il 19% in meno rispetto alla media dei colleghi di Francia, Germania e Spagna, per poi arrivare a guadagnare addirittura il 30% in meno a fine carriera.

Anche per i corsi di laurea in Scienze Infermieristiche i posti disponibili sono cresciuti da 14.758 nel 2018/2019 a 20.714 nell'A.A. in corso (+40,4%); tuttavia, continuano a essere insufficienti, con un divario di circa il 20% rispetto al fabbisogno stimato dall'Accordo Stato-Regioni. Per tali professionisti il problema è sicuramente numerico, con alla base però forti carenze motivazionali. Il rapporto domande su posti sta pian piano avvicinandosi all'unità: per l'A.A. in corso il rapporto è pari a 1,03.

Le cause alla base di tale fenomeno non sono di facile individuazione. Il punto di partenza potrebbe sicuramente essere costituito da una motivazione economica, a fronte di ritmi di lavoro ritenuti molto gravosi.

In termini relativi, mentre lo stipendio di un medico specialista alle dirette dipendenze del SSN è pari a 2,6 volte il salario medio nazionale, per gli infermieri tale rapporto è pari a 1. D'altro canto, anche nel 2011 il salario medio di un infermiere era esattamente uguale al salario medio italiano, ma in quel caso il rapporto domande su posti per l'iscrizione ai corsi di laurea in Scienze Infermieristiche valeva 2,9.

Confronto tra lo stipendio netto nel settore pubblico dei medici italiani ed i medici di Germania, Francia e Spagna

Esperienza	Stipendio Italia (€ PPP)	Media stipendio DE, FR, ES (€ PPP)	Gap stipendio (%)	Gap stipendio (€)
Specializzazione	1.800	2.233	-19	-433
0-10 anni	3.500	3.967	-12	-467
10-25 anni	3.900	4.833	-19	-933
Sopra 25 anni	4.200	5.967	-30	-1.767

Fonte: elaborazione su dati FEMS (European Federation of Salaried Doctors-2024) e Ministero della Salute (Anno 2021) - © C.R.E.A. Sanità

In sintesi, il SSN si muove in un contesto in cui la gestione delle risorse umane risulta rappresentare una sfida crescente, complicata da dinamiche demografiche e finanziarie. Il nostro Sistema si è chiamato a tutelare la salute della popolazione con un invecchiamento progressivo del personale medico e infermieristico, nonché una carenza di nuovi professionisti, in particolare nelle specializzazioni meno attrattive come l'emergenza-urgenza, essenziale per

rispondere tempestivamente alle esigenze della popolazione.

Alla luce delle sfide emerse, risulta evidente la necessità di un approccio strategico che consideri i mutamenti demografici e l'evoluzione della domanda di assistenza garantendo, al contempo, una pianificazione più mirata e flessibile delle risorse umane del SSN, al fine di garantire un'assistenza efficiente e di alta qualità ai pazienti.

CAPITOLO 4f

Il personale del Servizio Sanitario Nazionale

Di Luca V.¹

Il Sistema Sanitario Italiano, come quello di molte altre Nazioni, si trova ad affrontare una sfida complessa e in continua evoluzione: garantire un'offerta adeguata di personale sanitario in risposta ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e a un contesto di crescenti vincoli finanziari. Negli ultimi anni, diversi rapporti – inclusi quelli pubblicati nel contesto del Rapporto C.R.E.A. Sanità – hanno messo in luce le difficoltà strutturali e le opportunità legate alla gestione del personale sanitario, analizzando in dettaglio le dinamiche del reclutamento, della formazione e della fidelizzazione del personale medico e infermieristico all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

I quattro precedenti rapporti C.R.E.A. evidenziano aspetti cruciali per comprendere lo stato attuale del personale sanitario in Italia e proiettano le implicazioni future, soprattutto in un contesto di crescente domanda di assistenza. Questo fenomeno, insieme all'invecchiamento della forza lavoro – dove oltre il 55% dei medici ha più di 55 anni – richiede misure urgenti per garantire il ricambio generazionale e una distribuzione equilibrata del personale, specialmente nei settori di emergenza-urgenza e assistenza alla popolazione anziana. In parallelo, i rapporti evidenziano un profondo divario tra l'Italia e altri Paesi europei in termini di personale infermieristico: il nostro Paese presenta una carenza significativa di infermieri rispetto alla media di Nazioni come Germania, Francia e Regno Unito. Mentre l'Italia mantiene un numero di medici per abitante in linea con la media europea, la scarsità di infermieri risulta particolarmente allarmante, soprattutto se rapportata alla

fascia di popolazione *over 75*, la cui incidenza continua a crescere rapidamente.

Inoltre, la pandemia di Covid-19 ha accelerato alcune dinamiche già in atto, evidenziando la necessità di investire in risorse umane capaci di affrontare le sfide tecnologiche e sanitarie del futuro. Da una parte, l'aumento delle borse di specializzazione e dei contratti per il personale sanitario può essere considerato un passo positivo; dall'altra, rimane aperta la questione della compatibilità dell'obiettivo della sostenibilità a lungo termine del SSN con quella del miglioramento delle condizioni lavorative per limitare il fenomeno delle dimissioni volontarie verso il settore privato e l'estero del personale medico e per superare la barriera del bassissimo numero di vocazioni nel settore infermieristico, ove si registra un rapporto di circa 1:1 tra numero di iscritti ai *test* di ingresso e numero di posti disponibili.

Dunque, alla luce delle sfide emerse, risulta evidente la necessità di un approccio strategico che consideri i mutamenti demografici e l'evoluzione della domanda di assistenza, garantendo, al contempo, una pianificazione più mirata e flessibile delle risorse umane del SSN.

Nel contesto sanitario moderno, ottimizzare le risorse umane è fondamentale per garantire un'assistenza efficiente e di alta qualità ai pazienti. La revisione dello *skill-mix* tra medici e infermieri rappresenta una strategia chiave in questo processo: combinando in modo efficace le diverse competenze e specializzazioni di queste figure professionali è possibile distribuire le responsabilità in maniera più equilibrata e funzionale. Tale approccio consen-

¹ Ingegnere Medico (www.linkedin.com/in/vincenzodiluca)

te ai medici di focalizzarsi su attività diagnostiche e terapeutiche complesse, mentre gli infermieri possono occuparsi della gestione del paziente, della prevenzione e dell'educazione sanitaria (si pensi ad esempio al nuovo ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità). Tale sinergia non solo ottimizza l'utilizzo del personale ma migliora anche l'esperienza del paziente, assicurando cure più personalizzate e tempestive. Inoltre, il concetto di *skill-mix* nel contesto dell'assistenza sanitaria può essere ulteriormente ampliato considerando la figura degli Operatori Socio Sanitari (OSS) e quella recentemente introdotta dell'assistente infermiere; questi ultimi due ruoli hanno il compito principale di alleviare la pressione sul personale infermieristico e, di rimando, sul personale medico.

4f.1. Numeri del personale

Nel 2022 il personale dipendente del SSN, secondo i dati del Ministero della Salute, ammonta a 625.282 unità, di cui 434.571 donne (69,5%) e 190.711 uomini (30,5%). Rispetto al 2021, si registra un incremento di 8.083 unità (+1,3%). Nello specifico, nel 2022 il SSN impiega 101.827 medici e odontoiatri (-1,23% rispetto al 2020, 103.092 unità) e 268.013 infermieri (+1,26% rispetto al 2020, 264.686 unità). Il 72,3% del personale (pari a 452.079 dipendenti) appartiene al ruolo sanitario, il 17,8% al ruolo tecnico (ad esempio analisti, statistici, sociologi, assistenti sociali), il 9,7% al ruolo amministrativo e lo 0,2% a quello professionale (avvocati, ingegneri, architetti).

Focalizzandoci sul ruolo sanitario, vediamo come il 59,3% sia costituito da infermieri, il 22,5% da medici e odontoiatri ed il restante 18,2% da altre figure professionali sanitarie, come i dirigenti delle professioni sanitarie, il personale tecnico-sanitario, personale con funzioni riabilitative nonché addetti alla vigilanza e ispezione.

Per quanto attiene la medicina territoriale, aumentano i Medici di Medicina Generale (MMG) con meno di 6 anni di anzianità dalla laurea (+436 unità rispetto al 2021) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) con meno

di 2 anni di anzianità dalla specializzazione (+21 unità rispetto al 2021). Tuttavia, in termini assoluti, il numero di MMG è passato da 40.250 nel 2021 a 39.366 nel 2022, mentre i pediatri sono scesi da 7.022 nel 2021 a 6.962 nel 2022. Il contratto dei medici di base e dei pediatri stabilisce, salvo eccezioni, che ogni medico possa prendersi cura di un massimo di 1.500 pazienti adulti (di età superiore ai 13 anni), mentre ogni pediatra può seguire fino a 800 bambini (di età compresa tra 0 e 13 anni). A livello nazionale, in media, ogni medico di base ha un potenziale carico di 1.324 adulti residenti. Tuttavia, a livello regionale si osservano significative variazioni: nelle Regioni del Nord, con alcune eccezioni, gli scostamenti rispetto alla media nazionale sono superiori. In particolare, spiccano la Lombardia e la P.A. di Bolzano, con rispettivamente 1.589 e 1.582 residenti adulti per ciascun medico di base. Ad eccezione della Sardegna, che presenta un carico potenziale di MMG superiore alla media nazionale, le altre Regioni del Sud Italia registrano invece un carico inferiore alla media. In particolare, il Molise segna il valore più basso, con 1.090 residenti adulti per medico (Ministero della Salute, 2022). Negli ultimi 10 anni il carico di assistiti per medico ha sempre seguito un *trend* crescente, con la quota di MMG con più di 1.500 assistiti che è passata dal 27,3% nel 2012 al 42,1% nel 2021, conseguente ad una diminuzione in valore assoluto di 5.187 medici (Istat, 2023). Per i pediatri, a livello nazionale il carico medio potenziale è di 993 bambini, ma si osservano significative variazioni territoriali: in Toscana il rapporto è di 863 bambini per pediatra, mentre in Piemonte raggiunge i 1.281. Nel complesso, tutte le Regioni sono accomunate da una più o meno marcata carenza di pediatri convenzionati con il SSN.

La Tabella 4f.1. contiene un riepilogo relativo al numero di PLS disponibili per Regione, rapportati alla fascia di popolazione *under 14*. Per i MMG viene presentata la disponibilità di medici sia in riferimento all'intero bacino di utenti (la popolazione *over 14*, con il caveat secondo cui in alcuni casi ci sono *under 14* assistiti dal medico di famiglia) che in riferimento alla popolazione *over 74*, ovvero la fascia di popolazione che maggiormente impegna la categoria (Tabella

4f.1.). Per la medicina di base si osserva come ci sia una netta distinzione tra le Regioni del Nord e quelle del Sud, con queste ultime che presentano tutte – eccetto rare eccezioni oltre alla Sardegna – valori superiori alla media.

L'invecchiamento del personale medico costituisce un fattore critico per il Sistema Sanitario. A questo si somma la carenza di professionisti che lavorano in convenzione con il SSN, una problematica che colpisce in particolare i MMG più che i PLS, in

previsione di un aumento futuro della domanda di cure conseguente al progressivo invecchiamento della popolazione. I medici italiani sono i più anziani d'Europa considerato che, nel 2021, il 55% dei medici in Italia ha 55 anni e più, a fronte del 45% in Francia, 44% in Germania e 33% in Spagna (OECD, 2023)². Al contempo, l'Italia è la Nazione europea con il maggior numero di persone *over 65* (24% della popolazione) e con la più alta età mediana (48,4 anni) (Eurostat, 2024).

Tabella 4f.1. Numero di MMG e PLS rapportati alla popolazione (*over 14* e *over 74* per i MMG e *under 14* per i PLS)

Regioni	MMG	PLS	Popolazione residente per Regione	Percentuale popolazione regionale <i>over 74</i>	Percentuale popolazione regionale <i>under 14</i>	MMG su popolazione <i>over 14</i> (x1.000)	MMG su popolazione <i>over 74</i> (x1.000)	PLS su popolazione <i>under 14</i> (x1.000)
Piemonte	2.788	366	4.256.350	13,8	11,9	0,74	4,75	0,72
Valle d'Aosta	76	12	123.360	12,5	12,4	0,70	4,93	0,78
Lombardia	5.500	1108	9.943.004	12	13,1	0,64	4,61	0,85
P.A. di Bolzano	288	61	532.616	10,6	15,5	0,64	5,10	0,74
P.A. di Trento	330	71	540.958	11,6	13,7	0,71	5,26	0,96
Veneto	2.889	527	4.847.745	12,3	12,6	0,68	4,85	0,86
Friuli Venezia Giulia	738	112	1.194.647	14,3	11,5	0,70	4,32	0,82
Liguria	1.029	158	1.509.227	15,9	10,8	0,76	4,29	0,97
Emilia Romagna	2.778	579	4.425.366	12,9	12,6	0,72	4,87	1,04
Toscana	2.790	464	3.663.191	13,9	11,9	0,86	5,48	1,06
Marche	1.004	158	1.487.150	13,6	12,1	0,77	4,96	0,88
Umbria	678	107	858.812	14,2	11,9	0,90	5,56	1,05
Lazio	4.145	763	5.714.882	11,6	12,8	0,83	6,25	1,04
Abruzzo	966	136	1.275.950	12,6	12,1	0,86	6,01	0,88
Molise	241	32	292.150	13,1	10,9	0,93	6,30	1,00
Campania	3.542	724	5.624.420	9,3	14,0	0,73	6,77	0,92
Puglia	3.019	515	3.922.941	11,5	12,5	0,88	6,69	1,05
Basilicata	424	56	541.168	12	11,5	0,89	6,53	0,90
Calabria	1.320	232	1.855.454	11,1	13	0,82	6,41	0,96
Sicilia	3.798	629	4.833.329	10,8	13,5	0,91	7,28	0,96
Sardegna	1.023	152	1.587.413	12,6	10,7	0,72	5,11	0,89
Media nazionale						0,78	5,54	0,92

Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2022 - © C.R.E.A. Sanità

² OECD, 2023

4f.2. Carenza di personale sanitario

Il SSN sta affrontando una carenza di personale medico e infermieristico particolarmente accentuata in alcune aree assistenziali quali la medicina di base e, a livello ospedaliero, nelle attività di emergenza/urgenza.

Vediamo in primis quali sono i numeri di carattere generale che aiutano a connotare il Sistema Sanitario, anche in relazione ai numeri di Nazioni europee *benchmark* quali Germania, Francia e Spagna. Si stima che, nel 2021, in Italia siano attivi 4,1 medici ogni 1.000 abitanti (tale valore include tutti i laureati in medicina professionalmente attivi), valore identico alla media delle Nazioni prese come riferimento. La nota dolente emerge andando ad analizzare il numero di medici attivi ogni 1.000 abitanti *over 75*: è qui che il nostro Paese mostra i suoi limiti, con un valore pari a 34,3, rispetto alla media europea delle Nazioni prese come riferimento che è pari a 37,8. Tali valori si traducono in un *gap* per l'Italia pari a 24.797 medici che andrebbero integrati nel sistema per risultare in linea con il valore di riferimento. Analizzando le Tabelle 4f.2. e 4f.3., che riportano le medesime considerazioni anche per il 2011, emergono le carenze in termini di programmazione e pianificazione del personale: all'epoca, il valore medio di medici per 1.000 abitanti per le Nazioni di riferimento valeva 3,6, contro un valore italiano superiore e pari a 3,9; ma già allora il numero era insufficiente se riparametrato sulla popolazione *over 75* e avrebbe dovuto rappresentare un campanello d'allarme: il valore italiano valeva allora 46,4 ed era inferiore del 12,5% alla media europea (pari a 53).

Un discorso analogo può essere fatto per gli infermieri professionalmente attivi: per gli infermieri il dato dell'incidenza sul numero di abitanti è inferiore del 33,3% (6,2 contro 9,3), corrispondente ad una carenza di 182.993 unità di personale, che diventano 250.242 se si considera la popolazione *over 75*. Quello che emerge dal confronto con i dati riferiti al 2011 è che una carenza di simile portata era già presente: mancavano, infatti, già 160.471 unità di personale infermieristico in riferimento alla popolazione generale e 302.445 unità in riferimento alla fascia *over 75*.

Tabella 4f.2. Confronto numero di medici su popolazione generale e su popolazione *over 75* tra Italia e Paesi europei *benchmark* nel 2011 e nel 2021

	Medici per 1.000 abitanti 2021	Medici per 1.000 abitanti <i>over 75</i> 2021	Medici per 1.000 abitanti 2011	Medici per 1.000 abitanti <i>over 75</i> 2011
Italia	4,1	34,3	3,9	46,4
Germania	4,5	40,4	3,9	84,3
Francia	3,2	31,9	3,1	35,6
Spagna	4,5	41,0	3,8	39,0
Media DE, FR, ES	4,1	37,8	3,6	53,0

Fonte: elaborazione su dati OECD, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 4f.3. Confronto numero di medici su popolazione generale e su popolazione *over 75* tra Italia e Paesi europei *benchmark* nel 2011 e nel 2021

	Infermieri per 1.000 abitanti 2021	Infermieri per 1.000 abitanti <i>over 75</i> 2021	Infermieri per 1.000 abitanti 2011	Infermieri per 1.000 abitanti <i>over 75</i> 2011
Italia	6,2	51,8	5,2	61,8
Germania	12	107,8	10,1	218,4
Francia	9,7	96,7	8,3	95,2
Spagna	6,3	57,4	5,2	53,4
Media NL, FR, ES	9,3	87,3	7,9	122,3

Fonte: elaborazione su dati OECD, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, il numero dei MMG, pari a 39.366 nel 2022, si è ridotto negli ultimi dieci anni di 6.071 unità, con l'offerta che è passata da 76 MMG per 100.000 abitanti nel 2012 ai 67 nel 2022A tal proposito si riporta di seguito un'elaborazione basata sugli stipendi, a pari (-11,8%). Il numero di MMG per 100.000 abitanti *over 74* era pari a 1.000 nel 2012 e diventa 550 nel 2022, con una diminuzione percentuale del 44,9%. Per tornare ai livelli del 2012 sarebbero oggi necessari 71.560 medici di famiglia, ovvero bisognerebbe integrare nel sistema ulteriori 32.194 medici. Poiché tale possibilità è molto lontana dalla realtà, un'alternativa potrebbe essere quella di affiancare ai medici degli assistenti. Ad esempio, in Germania, Austria e

Svizzera l'assistente medico (*Arztgehilfin*³) è la figura professionale adeguatamente formata con lo scopo di supportare i medici di famiglia nelle attività ambulatoriali, liberando così una parte del loro tempo dedicato ad attività a basso valore aggiunto e consentendogli di focalizzarsi maggiormente sulla valutazione clinica dei pazienti. I suoi compiti includono attività amministrative (gestione degli appuntamenti, archiviazione dei dati medici), misurazione dei parametri vitali e preparazione dei pazienti per le visite. Il percorso di formazione è più snello rispetto a quello di un infermiere ed è definito tramite un percorso di formazione di tre anni in apprendistato che include una combinazione di teoria e pratica⁴. Proprio di recente, una figura analoga è stata proposta a livello nazionale con lo scopo di supportare il ruolo dell'infermiere: l'assistente infermiere.

Con l'aumento del numero dei posti disponibili per l'accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia da 10.035 nell'anno accademico (A.A.) 2018/2019 a 20.867 nel 2024/2025 (+108%), sembra che il cosiddetto "imbuto formativo" sia ormai superato. Tuttavia, persiste il problema della distribuzione dei contratti, con alcune specializzazioni meno appetibili rispetto a quelle che offrono maggiori opportunità lavorative nel settore privato e nella libera professione. Sul fronte medico, ora diventano prioritari il superamento della carenza di MMG e l'integrazione della medicina generale nei nuovi modelli organizzativi regionali. Nel triennio 2022-2025, sono stati messi a concorso 3.722 posti, mentre per il triennio 2023-2026 ne sono stati banditi 2.626. Dal 2023, è stato permesso ai medici di mantenere incarichi convenzionali durante la formazione in medicina generale. Inoltre, fino al 2026, i medici a tempo parziale possono gestire fino a 1.000 pazienti, rispetto al limite precedente di 850 (Corte dei Conti, 2024).

Nonostante le misure adottate per affrontare la

crisi del personale, il problema della maggiore attrattività del settore privato persiste, dovuto a salari mediamente più alti e maggiori garanzie di flessibilità. Tale attrattività non si configura solo verso l'estero ma anche verso specifiche aree d'Italia: la mobilità territoriale nel settore sanitario è spesso motivata dall'aspirazione a lavorare presso poli d'eccellenza (Ragioneria Generale dello Stato, 2013-2022). Diventa quindi cruciale investire nella capacità del SSN di trattenere il personale sanitario, in particolare i più giovani, e attrarre parte di coloro che attualmente hanno trovato lavoro all'estero. L'obiettivo dovrebbe essere infatti quello di mantenere nel SSN soprattutto i giovani medici, i cui stipendi sono più bassi e potrebbero manifestare una maggiore propensione al trasferimento. A tal proposito si riporta di seguito un'elaborazione basata sugli stipendi, a parità di potere d'acquisto (PPP), dei medici che operano nel settore pubblico in Italia, Germania, Francia e Spagna in funzione dell'anzianità di laurea. Già durante la specializzazione i medici italiani guadagnano il 19% in meno, a parità di potere d'acquisto, rispetto alla media dei colleghi delle quattro Nazioni europee prese come riferimento, per arrivare a guadagnare il 30% in meno a fine carriera (*European Doctors Working Conditions*, 2024) (Tabella 4f.4.). Utilizzando i dati sulla distribuzione per fasce d'età per i medici specialisti fornita dal Ministero della Salute (2021) e riparametrandola sull'anzianità di laurea è possibile stimare quante unità di personale corrispondono a ciascuna delle quattro fasce identificate e calcolare la spesa aggiuntiva che sarebbe necessaria per colmare il *gap* tra lo stipendio netto italiano e quello della media delle Nazioni prese come riferimento. Per i medici specialisti alle dirette dipendenze del SSN (101.827 unità di personale) il *gap* annuale è sicuramente superiore ad € 1 mld..

³ Ruolo così definito nella legge federale della Confederazione Elvetica (Ordinanza della SEFRI del 15.03.2018 sulla formazione professionale di base Assistente di studio medico con Attestato Federale di Capacità (AFC))

⁴ Centro di Competenze Assistenti di studio Medico (ASM) (<https://mpa-schweiz.fmh.ch/it/formazione/formazione-di-base.cfm>)

Tabella 4f.4. Confronto tra lo stipendio netto nel settore pubblico dei medici italiani ed i medici di Germania, Francia e Spagna

Esperienza	Stipendio Italia (€ PPP)	Media stipendio NL, FR, ES (€ PPP)	Gap stipendio (%)	Gap stipendio (€)	Gap stipendio mensile relativo al totale di medici specialisti del SSN in valore assoluto (€)
Specializzazione	1.800	2.233	-19	433	8.480.831,4
0-10 anni	3.500	3.967	-12	467	13.134.325,3
10-25 anni	3.900	4.833	-19	933	25.261.241,2
Sopra 25 anni	4.200	5.697	-30	1.767	47.779.943,8
Totale				94.656.342,7	

Fonte: elaborazione su dati FEMS (European Federation of Salaried Doctors-2024) e Ministero della Salute (Anno 2021) - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 4f.5. Rapporto domande di iscrizione su posti disponibili per il corso di laurea in Scienze Infermieristiche dal 2011 al 2024

Anno	Posti disponibili	Domande di iscrizione	Rapporto domande su posti disponibili
2011	16.099	45.806	2,85
2012	16.387	44.120	2,69
2013	16.283	36.756	2,26
2014	15.999	28.935	1,81
2015	15.432	25.544	1,66
2016	15.241	25.030	1,64
2017	14.648	24.233	1,65
2018	14.882	22.415	1,51
2019	15.262	23.506	1,54
2020	16.224	25.228	1,55
2021	17.658	28.694	1,62
2022	19.639	26.199	1,33
2023	20.337	23.627	1,16
2024	20.714	21.250	1,03

Fonte: Elaborazione su dati Salute24 (3.09.2024) – © C.R.E.A. Sanità

Anche per i corsi di laurea in Scienze Infermieristiche, i posti disponibili sono cresciuti da 14.758 nel 2018/2019 a 20.714 nell’A.A. in corso (+40,4%); tuttavia, continuano a essere insufficienti, con un divario di circa il 20% rispetto al fabbisogno stimato dall’Accordo Stato-Regioni. Per tali professionisti il problema è sicuramente numerico, con alla base però forti carenze motivazionali. Come già evidenzia-

to nel precedente rapporto C.R.E.A. (XIX edizione), se infatti ai *test* di ingresso della Scuola di Medicina e Chirurgia dell’A.A. 2023-2024 si sono presentati più di 80.000 candidati per 19.544 posti messi a bando, con un rapporto domande-posti prossimo a 4, per Scienze Infermieristiche il rapporto domande su posti sta pian piano avvicinandosi all’unità: valeva 1,33 nell’A.A. 2022-2023, poi 1,16 lo scorso A.A. e 1,03 quest’anno. Inoltre, una volta intrapreso il percorso di studi, il tasso di successo stimato per i candidati infermieri è minore che per i medici, valutabile pari al 75% (Age.Na.s., 2023). La Tabella 4f.5. e la Figura 4f.1. riportano la tendenza del rapporto domande su posti disponibili in funzione dell’anno di iscrizione.

Le cause alla base di tale fenomeno sono sicuramente da indagare a fondo. Il punto di partenza potrebbe sicuramente essere costituito da una motivazione economica ma c’è probabilmente dell’altro. Infatti, è vero che lo stipendio di un infermiere italiano è esattamente pari allo stipendio medio di un lavoratore italiano, a differenza dello stipendio di un medico specialista alle dirette dipendenze del SSN che ha uno stipendio pari a 2,6 volte lo stipendio medio nazionale, ma è pur vero che tale rapporto è esattamente uguale a quello del 2011, quando però il rapporto domande su posti per l’iscrizione ai corsi di laurea in Scienze Infermieristiche valeva 2,9 (OECD, 2023). Dunque, le cause alla base sono più complesse, sicuramente dovute anche ad uno scarso *appeal* della professione dovuto a ritmi di lavoro sempre più frenetici. Sarà interessante osservare se tale situazione verrà migliorata o peggiorata dalla re-

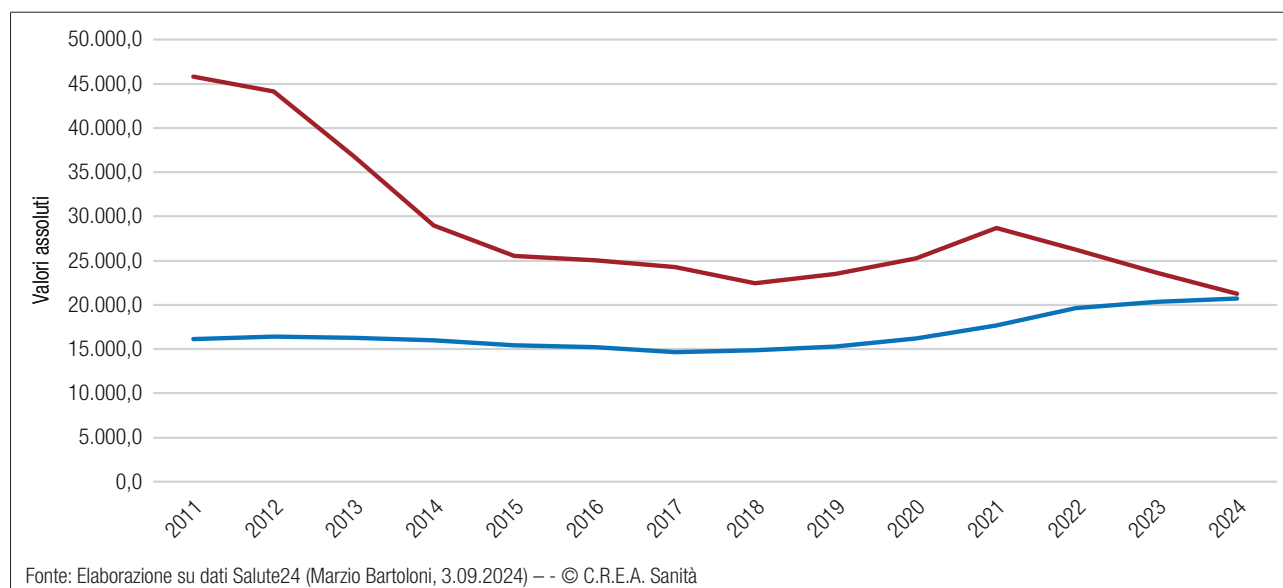
cente istituzione della figura dell'assistente infermiere, che sembrerebbe porsi, come definita in Agosto 2024 dalla Conferenza Stato-Regioni. come livello intermedio tra l'infermiere e l'OSS, sebbene, mettendo a confronto le loro caratteristiche ci sono degli aspetti che sarebbe opportuno chiarire (Tabella 4f.6.).

In particolare, andrebbero ben definiti gli ambiti di intervento delle due tipologie di figure e le relative interazioni tra loro e con l'infermiere; emerge inoltre la non possibilità per un assistente infermiere di diventare un OSS, mentre è invece possibile il contrario. Non è inoltre chiaramente definito se ci sia una figura professionale che si occupi della non autosufficienza, sebbene si intuisca sia l'OSS. In sintesi, affinché tali iniziative rappresentino un'opportunità più che una minaccia, è importante che siano accompagnate da politiche più ampie che valorizzino il ruolo degli operatori sanitari e ne definiscano la loro interazione in una ottica di presa in carico dei pazienti, anche non autosufficienti.

4f.3. Focus – Situazione dell'emergenza-urgenza

In riferimento alla medicina di emergenza-urgenza, secondo i risultati di un'indagine conoscitiva condotta dalla XII Commissione Permanente (Affari Sociali) della Camera e conclusa a Maggio 2024, si stima che nel settore manchino oltre 4.500 medici e circa 10.000 infermieri⁵. A causa di queste difficoltà, per garantire la continuità dei servizi, molte strutture ospedaliere hanno fatto spesso ricorso a forme contrattuali basate sull'esternalizzazione delle prestazioni sanitarie. Nel Settembre 2023 l'ANAC ha avviato un'indagine sugli affidamenti pubblici relativi alla fornitura di personale medico e infermieristico, con l'obiettivo di analizzare la diffusione del fenomeno dei cosiddetti "gettonisti" nell'ambito degli approvvigionamenti da parte delle strutture del SSN durante il periodo 2019-2023.

Figura 4f.1. Andamento in funzione del tempo del numero di posti disponibili e domande di iscrizione al corso di laurea in Scienze Infermieristiche



⁵ XII Commissione Permanente Affari Sociali (21.05.2024)

Tabella 4f.6. – Confronto tra la figura professionale dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS) e dell'assistente infermiere

Punto di confronto	Operatore Socio Sanitario (OSS)	Assistente Infermiere
Descrizione della figura	Operatore che soddisfa i bisogni primari della persona, promuove il benessere e l'autonomia	Operatore sanitario che collabora con l'infermiere per fornire assistenza diretta di tipo sanitario e supporto gestionale, organizzativo e formativo
Descrizione dello standard professionale	Svolge attività assistenziali, sanitarie e socio-assistenziali, collaborando con professionisti sanitari e sociali	Svolge attività sanitarie di assistenza diretta sotto la supervisione dell'infermiere e in collaborazione e integrazione con gli altri operatori
Programmazione fabbisogno e corsi di formazione	Il fabbisogno professionale e formativo è definito dalle Regioni	Il fabbisogno è definito annualmente dalle Regioni. Il corso di formazione è di competenza delle Regioni
Contesti operativi	Ospedali, strutture residenziali, ambulatoriali, scolastiche, domiciliari, penitenziarie, psichiatriche	Ospedali, strutture residenziali, servizi ambulatoriali e a domicilio
Relazioni con altre professioni	Collabora con professionisti sanitari e sociali sotto la loro supervisione	Collabora con gli infermieri seguendo i loro piani assistenziali e comunicando eventuali criticità.
Requisiti di ammissione al corso	18 anni, diploma di scuola media inferiore o equivalente	Qualifica OSS, diploma di scuola superiore o equivalente, esperienza professionale di almeno 24 mesi
Prove di ammissione al corso	Criteri definiti dalle Regioni	Criteri definiti dalle Regioni
Requisiti minimi del corso di formazione	1000 ore complessive in 9-18 mesi: 450 ore di teoria, 100 ore di esercitazioni e 450 ore di tirocinio	500 ore complessive in 6-12 mesi: 200 ore di teoria, 280 ore di tirocinio e 20 ore di esercitazioni
Aree disciplinari e docenza	Aree principali: socio-culturale, legislativa e istituzionale; tecnico-operativa; relazionale	Aree principali: rilevazione dei parametri, segni e funzioni; gestione del dolore, preparazione e assunzione di prescrizioni terapeutiche, relazioni professionali
Metodologie didattiche	Approccio interattivo e problematizzazione di casi reali. Possibilità di FAD secondo le norme vigenti	Lezioni in presenza con metodi interattivi. Possibilità di FAD per la parte relativa alle relazioni professionali
Coordinatore del corso	Laureato magistrale in ambito sanitario, socio-sanitario, sociale o formativo, con esperienza professionale pluriennale	Infermiere con laurea magistrale o titolo equivalente e almeno 3 anni di esperienza
Tirocinio e tutoraggio	Tirocinio di 450 ore, con almeno 150 ore in contesto sanitario. Supervisionato da tutor con 3 anni di esperienza in ambito sanitario o socio-sanitario	Tirocinio di 280 ore, supervisionato da un tutor infermiere con almeno 2 anni di esperienza
Frequenza	Obbligatoria, con massimo 10% di assenze consentite	Obbligatoria, con massimo 10% di assenze consentite
Comitato didattico	Composto da docenti, tutor e coordinatore del corso	Composto da docenti, tutor e presieduto dal coordinatore del corso
Esame di qualifica	Prova teorica scritta e orale e una prova pratica	Prova teorica e pratica. L'esame deve verificare l'apprendimento delle competenze richieste
Aggiornamento	Almeno un'ora di aggiornamento per ogni mese lavorato, con completamento della formazione nel triennio successivo	Almeno un'ora di aggiornamento per ogni mese lavorato, con completamento della formazione nel triennio successivo
Titoli pregressi e riconoscimento crediti	Le Regioni possono riconoscere crediti formativi per ridurre la durata del corso	Le Regioni possono riconoscere crediti formativi per ridurre la durata del corso
Titoli esteri	Riconoscimento della qualifica da parte del Ministero della Salute o crediti formativi	Riconoscimento del titolo da parte del Ministero della Salute o crediti formativi
Equipollenza qualifica professionale	La qualifica acquisita ai sensi dell'accordo del 2001 è equipollente alla qualifica attuale di OSS	La qualifica di OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria è equipollente a quella di Assistente infermiere

Fonte: rielaborazione su Schema di Accordo tra il Governo, le Regioni e le PPAA. di Trento e di Bolzano concernente l'istituzione del profilo professionale di Assistente Infermiere – © C.R.E.A. Sanità

Estendendo l'analisi ai servizi di fornitura di personale in generale, quindi includendo anche gli infermieri, emerge un mercato che, nel periodo analizzato, ha raggiunto un valore complessivo di € 1,7 mld.. Proprio al fine di mitigare tale fenomeno, l'art. 10 del D.L. n. 34/2023 ha regolamentato gli affidamenti di

servizi medici e infermieristici a liberi professionisti o operatori economici, subordinandoli a specifiche condizioni di necessità e urgenza e a limiti temporali ben definiti.

L'analisi territoriale della spesa effettivamente sostenuta dalle stazioni appaltanti tra il 2019 e il 2023

evidenza come tutte le Regioni siano coinvolte in questo processo di approvvigionamento, seppur in varia misura. Per quanto riguarda il personale medico, i dati del periodo 2019-2022 confermano che il fenomeno ha avuto una forte crescita in seguito all'emergenza sanitaria iniziata nel 2020: i contratti per il reclutamento di personale medico ammontavano a circa € 9,6 mln. nel 2019, a € 11 mln. (+15%) nel 2020 e a ben € 30 mln. (+173%) nel 2021, durante la fase più intensa della pandemia. Nel 2022, nonostante il venir meno dell'emergenza, risulta mantenuto un *trend* di crescita, con una spesa che ha toccato circa € 37 mln. (+23%). Per quanto riguarda invece il personale infermieristico, si nota che, a differenza del personale medico, il fenomeno era già significativo nel periodo pre-pandemico e valeva € 37,27 mln. nel 2019 e € 76,14 mln. nel 2020, corrispondente ad un aumento su base annua del 104%⁶.

Come detto, durante la seduta alla Camera del 26.7.2023, la XII Commissione ha deciso di avviare un'indagine conoscitiva di durata annuale sulla situazione della medicina d'emergenza-urgenza in Italia, con l'obiettivo di contribuire alla definizione di un progetto organico di riforma. In particolare, l'indagine si è concentrata su alcuni aspetti critici quali la carenza di personale sanitario e le relative condizioni di lavoro; una delle ragioni che ne hanno portato all'avvio è il fatto che, negli ultimi anni, meno della metà dei contratti di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza sono stati assegnati.

In particolare, i risultati delle assegnazioni del concorso di specializzazione 2024 mostrano come solo 304 su 1.020 posti in emergenza-urgenza siano stati assegnati, ovvero poco meno del 30%⁷. Tale dato dimostra come la scelta di aumentare le disponibilità dei contratti (+17% rispetto al 2023⁸) senza una idonea programmazione e senza una riforma

della formazione medica non possa portare a risultati concreti. Infatti, analizzando i dati per singola scuola di specializzazione riportati nella Tabella 4f.7., si evince come il 20% delle scuole (evidentemente in qualche modo più virtuose, se non altro in termini di contratti assegnati su banditi, sia in grado di attrarre ben il 42% degli studenti, in netto contrasto con il 20% delle scuole meno virtuose che attraggono solo il 5% degli studenti.

A questo quadro già poco incoraggiante si aggiunge un rilevante tasso di abbandono, stimato tra il 10% e il 20%, con alcune Società scientifiche del settore che parlano di dimissioni di circa 100 medici al mese che lasciano il servizio pubblico⁹. Nel corso dell'indagine sono stati numerosi gli appelli alla necessità di adottare misure per affrontare la carenza di medici e infermieri. Tutte le soluzioni proposte sembrano passare inevitabilmente attraverso il superamento dei vincoli di spesa, al fine di permettere l'assunzione di nuovo personale sanitario. Nello specifico, per quanto riguarda la medicina d'emergenza-urgenza, il problema sembra essere aggravato dalla scarsa attrattiva del settore per via dell'ambiente di lavoro stressante, per l'esposizione alle aggressioni ed alle denunce per presunti errori.

Tra le misure ritenute efficaci per attirare personale sanitario in questo ambito vi è l'introduzione di incentivi, non solo di natura economica. A tale riguardo, diversi soggetti intervenuti durante le audizioni hanno evidenziato la necessità di rendere permanente l'incremento della tariffa oraria per le prestazioni aggiuntive previsto dal D.L. n. 34 del 2023 e di aumentarne ulteriormente l'importo. È stata inoltre avanzata la proposta di riconoscere al personale che opera in questo settore le indennità e i benefici destinati ai lavori usuranti.

⁶ ANAC (Febbraio 2024)

⁷ Quotidiano Sanità (26.09.2024)

⁸ Associazione Liberi Specializzandi (Als) (Settembre 2024)

⁹ XII Commissione Permanente Affari Sociali (21.05.2024)

Tabella 4f.7. Percentuale di contratti assegnati su banditi in funzione della sede di specializzazione per emergenza-urgenza

Sede specializzazione emergenza-urgenza	Contratti banditi	Contratti assegnati	Contratti assegnati su banditi (%)
Bologna	31	23	74,2
Torino	48	34	70,8
Milano-Bicocca	27	18	66,7
Catania	21	13	61,9
Cattolica del Sacro Cuore	22	13	59,1
Roma La Sapienza F-M/M-O	30	13	43,3
Modena e Reggio Emilia	35	15	42,9
Palermo	7	3	42,9
Padova	68	25	36,8
Roma La Sapienza M-P	25	9	36,0
Firenze	48	17	35,4
Ferrara	29	9	31,0
Napoli "Federico II"	27	8	29,6
Pavia	27	8	29,6
Catanzaro	21	6	28,6
Campania "L. Vanvitelli"	29	8	27,6
Politecnica delle Marche	29	8	27,6
Pisa	29	7	24,1
Sassari	21	5	23,8
Insubria	17	4	23,5
Milano	48	10	20,8
Bari	34	7	20,6
Foggia	30	6	20,0
Genova	20	4	20,0
L'Aquila	15	3	20,0
S. Raffaele Milano	5	1	20,0
Perugia	22	4	18,2
Chieti-Pescara	20	3	15,0
Piemonte Orientale	27	4	14,8
Trieste	27	4	14,8
Verona	53	6	11,3
Milano Humanitas	21	2	9,5
Udine	23	2	8,7
Brescia	21	1	4,8
Parma	29	1	3,4
Siena	34	0	0,0

Fonte: elaborazione su dati relativi ai contratti banditi e assegnati per le scuole di specializzazione in emergenza-urgenza Als e Anaao Giovani¹⁰ - © C.R.E.A. Sanità

¹⁰ Quotidiano Sanità (26.09.2024)

Dalla quasi totalità dei soggetti ascoltati è emersa la necessità di eliminare il ricorso alle cooperative come soluzione alla carenza di personale, soluzione che non favorisce un ambiente lavorativo armonioso, soprattutto a causa delle differenze retributive rispetto ai professionisti assunti direttamente dal SSN. Inoltre, è stata sottolineata la necessità di regolamentare la figura dell'infermiere nell'ambito dell'emergenza-urgenza e di definire i profili di competenza per il personale impiegato in tali contesti al fine di garantire un adeguato *skill-mix* e bilanciare meglio il carico di lavoro.

4f.4. Riflessioni finali

Il SSN si muove in un contesto in cui la gestione delle risorse umane risulta rappresentare una sfida crescente, complicata da dinamiche demografiche e finanziarie. Il Sistema Sanitario Nazionale affronta un invecchiamento progressivo del personale medico e infermieristico, nonché una carenza di nuovi professionisti, in particolare nelle specializzazioni meno attrattive come l'emergenza-urgenza, essenziale per rispondere tempestivamente alle esigenze della popolazione. Le soluzioni sinora adottate, come l'incremento dei posti nei corsi di laurea e specializzazione, rappresentano dei passi importanti ma ancora insufficienti per colmare i bisogni del sistema. Al contempo, l'introduzione di nuove figure professionali come l'assistente infermiere costituisce un ulteriore passo in avanti verso un tentativo di riequilibrio, ma resta ancora da valutare l'efficacia del cambiamento e la reale capacità di alleggerire il carico del personale esistente.

Inoltre, le misure legislative e le risorse aggiuntive destinate all'assunzione di personale non sembrano essere sufficienti a risolvere il problema, poiché molte posizioni rimangono vacanti a causa di salari non competitivi e condizioni di lavoro spesso poco attrattive. La Legge di Bilancio 2025 che, nel momento in

cui si scrive, è in procinto di iniziare l'iter parlamentare dopo la sua approvazione da parte del Consiglio dei Ministri, propone soluzioni volte a mitigare il problema della carenza di personale. Per i medici in formazione specialistica in Medicina d'emergenza-urgenza, a decorrere dall'A.A. 2025/2026, la parte fissa del trattamento economico è aumentata del 5% e la parte variabile è aumentata del 50%, corrispondente a un aumento netto mensile di € 198¹¹, meno della metà della cifra necessaria (€ 433) a colmare il *gap* con lo stipendio medio degli specializzandi di Germania, Francia, e Spagna. Per gli infermieri, invece, è previsto un incremento dell'indennità di specificità infermieristica nei limiti degli importi complessivi lordi di € 35 mln. per l'anno 2025 e di € 285 mln. annui a decorrere dal 2026, corrispondenti ad un aumento mensile netto pari a € 7 per il 2025 e circa € 80 per il 2026¹². Cifre del genere possono difficilmente venir considerate come un incentivo, considerando che, ad esempio, i circa € 1.000 di aumento annuale previsti per gli infermieri a partire dal 2026 non modificano neanche di un decimale il rapporto 1:1 tra il salario di un infermiere ed il salario medio italiano.

In sintesi, l'Italia ha davanti l'opportunità di consolidare un modello sanitario che sia moderno e resiliente, capace di rispondere con efficienza alle sfide future e di offrire un servizio equo e di qualità alla popolazione. Tuttavia, tale traguardo richiede un impegno strategico e risorse adeguate, poiché solo attraverso un approccio integrato e lungimirante sarà possibile superare le carenze attuali e preparare il SSN ad una domanda sanitaria in continua evoluzione.

Riferimenti bibliografici

- ANAC – “Servizi di fornitura di personale medico ed infermieristico. Analisi della domanda”, Febbraio 2024
- Associazione Liberi Specializzandi (Als) – Statistiche

¹¹ ALS “Associazione Liberi Specializzandi” e GMI “Giovani Medici per l'Italia”, Ottobre 2024

¹² ANAAO ASSOMED, Ottobre 2024

- Contratti Statali Concorso 2024. Settembre 2024
- Corte dei Conti – “Relazione sul Rendiconto Generale dello Stato 2023”, 27.06.2024
- European Doctors Working Conditions – A FEMS Whitebook, 2024
- Eurostat – “Struttura della popolazione e invecchiamento”, Febbraio 2024
- ISTAT – “Disegni di legge nn. 915, 916, 942 e 980 (Accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia) – Nota dell’Istituto Nazionale di Statistica”, 30.01.2024
- Ministero della Salute – “Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Anno 2022”, Aprile 2024
- Ministero della Salute – “Il Personale del Sistema Sanitario Italiano, Anno 2021”, Agosto 2023
- Ministero della Salute – “Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati, Anno 2022”, Aprile 2024
- OECD (2023). Health at a Glance 2023
- Quotidiano Sanità – Specializzazioni medicina, 26.09.2024
- Ragioneria Generale dello Stato – “Commento ai Principali Dati del Conto Annuale del Periodo 2013-2022”. Dati aggiornati al 30.11.2023
- XII Commissione Permanente Affari Sociali – “Indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia”, 21.05.2024

Sintesi CAPITOLO 4g L'evoluzione professionale dell'Operatore Socio-Sanitario: evidenze da una survey

d'Angela D.², Peretto L.¹, Polistena B.², Sorrentino G.³, Squarcella A.⁴

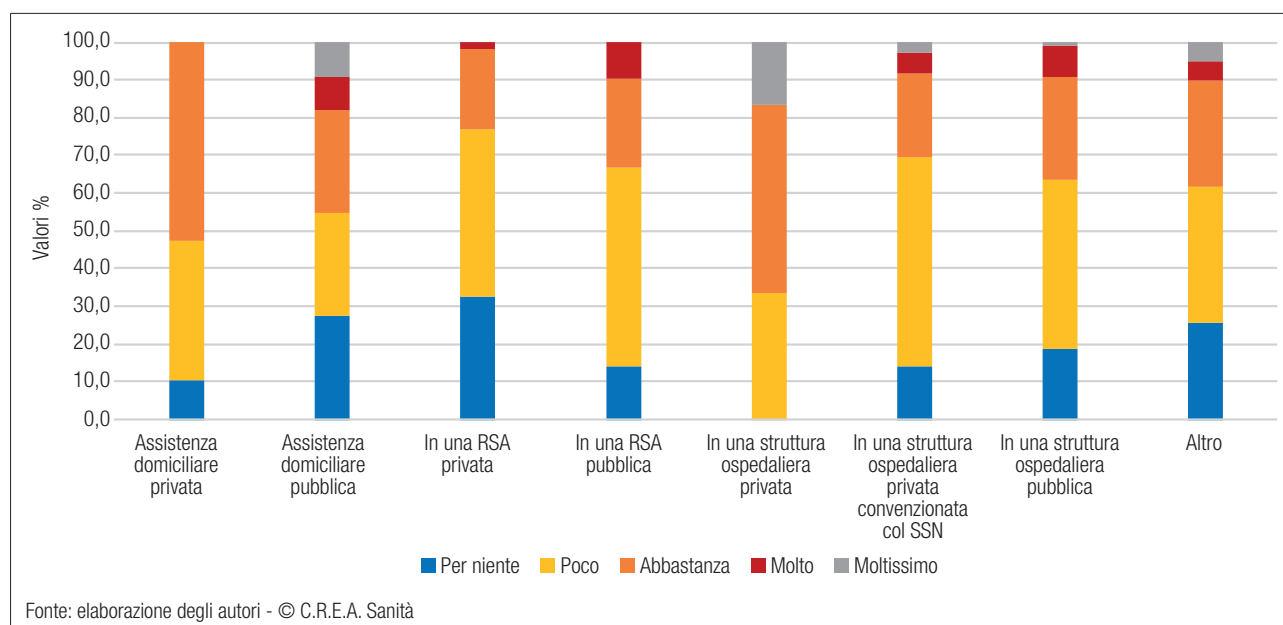
La questione delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è assolutamente strategica per la salvaguardia dello stesso (19° Rapporto Sanità C.R.E.A.) e ha generato un ampio dibattito che, nell'ultimo anno, si è concentrato sul tema della carenza del personale.

Non di meno, come segnalato da varie fonti, il problema della carenza degli organici necessita di essere inquadrato, più in generale, fra le politiche di gestione del personale, che coinvolgono (senza pretesa di esaustività) anche gli aspetti retributivi, lo *skill mix*, le condizioni di lavoro, ecc..

In questa ottica, il Rapporto Sanità 2023 del

C.R.E.A. aveva, in particolare, sollevato la questione della programmazione del fabbisogno di Operatori Socio Sanitari (OSS), sottolineando come, in un Paese caratterizzato da una forte presenza di popolazione anziana e spesso non autosufficiente (cfr. Capitolo 1), tale figura fosse centrale per garantire tutela e assistenza. Altresì, in quella sede, fu rilevato come la disponibilità di OSS in Italia fosse inferiore a quella media europea, a meno di non voler assimilare agli OSS la figura delle badanti (non professionali) che di fatto attualmente rappresentano il principale "presidio" per la presa in carico degli anziani italiani non autosufficienti.

Soddisfazione per la condizione professionale per tipologia di struttura



¹ Componente della Segreteria Nazionale M.I.G.E.P. e fondatrice della Federazione M.I.G.E.P.

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

³ Rappresentante degli Stati Generali OSS

⁴ Segretario Nazionale di SHC

Per fornire un supporto alle politiche del personale sullo specifico segmento, si è quindi deciso di provvedere ad analizzare il percepito degli OSS rispetto all'esercizio della professione, nonché alla sua evoluzione prospettica, mediante una apposita *survey* condotta in collaborazione con M.I.G.E.P. (Federazione Nazionale delle professioni sanitarie e socio-sanitarie).

L'indagine è stata realizzata con il ricorso alla tecnica *Computer Assisted Personal Interview*, mediante il *software* Qualtrics, ed è stata distribuita dalla Federazione ai suoi iscritti.

Hanno risposto alla *survey* 482 soggetti di cui il 18,9% operanti nel Nord-Ovest, il 12,2% nel Nord-Est, il 21,2% nel Centro Italia e il rimanente 47,7% nel Sud. Oltre la metà (59,3%) dei rispondenti è in servizio da meno di 10 anni, il 24,9% da meno di 20 anni (10-20), il 10,4% da meno di 30 (20-30), il 5,0% da meno di 40 (30-40) e lo 0,4% da più di 40 anni.

Dalle risposte, analogamente a quanto emerso nella *survey* rivolta al personale medico, svolta l'anno scorso in collaborazione con FNOMCEO (19° Rapporto Sanità), una diffusa insoddisfazione dei rispondenti per l'attuale modalità di esercizio della professione: attribuibile, in particolare, ai carichi di lavoro, appesantiti dalle carenze di organico, e alla insoddisfazione per gli aspetti retributivi.

Nel caso degli OSS l'insoddisfazione appare

maggiore (sebbene in modo non netto) fra quelli operanti nel settore privato, forse scontando il fatto che i contratti pubblici rimangono forieri di maggiore sicurezza e/o di un inquadramento più definito. Analizzando le risposte al questionario, si percepisce il fatto che l'impegno quali-quantitativo richiesto alla professione non è ancora ritenuto sufficientemente consolidato. Questa consapevolezza si lega a quella espressa dagli OSS relativamente alla necessità di una omogeneizzazione dei processi di formazione e quindi di accesso alla professione.

In termini prospettici, non sembra che la professione sia ad oggi adeguatamente informata rispetto alla nascita del ruolo dell'assistente infermiere, e quindi che abbia maturato una propria posizione sul tema, e una idea sulla definizione dei ruoli e delle mansioni: le risposte si dividono abbastanza equamente fra chi non conosce approfonditamente i contenuti del nuovo profilo, chi lo percepisce solo come una opportunità e chi, invece, come una minaccia.

In definitiva, appare evidente che ci sia bisogno di un riordino della materia e di una maggiore attenzione per questa figura; ed anche una chiarificazione sui suoi "rapporti" con quella dell'assistente infermiere: peraltro, anche in considerazione del *trend* di "specializzazione" dei ruoli infermieristici, si conferma infatti la figura dell'OSS come principale "presidio" per l'assistenza ai non autosufficienti.

CAPITOLO 4g

L'evoluzione professionale dell'Operatore Socio-Sanitario:
evidenze da una *survey*¹d'Angela D.², Peretto L.², Polistena B.³, Sorrentino G.⁴, Squarcella A.⁵

La questione delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è assolutamente strategica per la salvaguardia dello stesso (19° Rapporto Sanità C.R.E.A.) e ha generato un ampio dibattito che, nell'ultimo anno, si è concentrato sul tema della carenza del personale.

Non di meno, come segnalato da varie fonti, il problema della carenza degli organici necessita di essere inquadrato, più in generale, fra le politiche di gestione del personale, che coinvolgono (senza pretesa di esaustività) anche gli aspetti retributivi, lo *skill mix*, le condizioni di lavoro, ecc..

In questa ottica, il Rapporto Sanità 2023 del C.R.E.A. aveva, in particolare, sollevato la questione della programmazione del fabbisogno di Operatori Socio-Sanitari (OSS), sottolineando come, in un Paese come l'Italia caratterizzato da una forte presenza di popolazione anziana e spesso non autosufficiente (vedi Capitolo 1), tale figura fosse centrale per l'assistenza. Altresì, in quella sede, fu rilevato come la disponibilità di OSS in Italia fosse inferiore a quella media europea, a meno di non voler assimilare agli OSS la figura delle badanti (non professionali) che di fatto attualmente rappresentano il principale "presidio" per la presa in carico degli anziani italiani non autosufficienti.

Per fornire un supporto alle politiche del personale sullo specifico segmento, si è quindi deciso di provvedere ad analizzare il percepito degli OSS rispetto all'esercizio della professione, nonché alla

sua evoluzione prospettica, mediante una apposita *survey* condotta in collaborazione con M.I.G.E.P.: Federazione Nazionale delle professioni sanitarie e socio-sanitarie.

La *survey* ha ripercorso (*mutatis mutandis*) l'indagine condotta nel 2022 in collaborazione con la FNOMCeO sui medici, finalizzata ad indagare le percezioni e le aspettative dei professionisti.

Ricordiamo, per comparazione, che dalla *survey* citata era emerso come la professione medica, pur animata da una forte spinta vocazionale ("malgrado tutto" quasi il 60% dei medici rispondenti consiglierebbe la professione ad un giovane), si sentisse fortemente "appesantita" dalla percezione di lavorare in un contesto non favorevole e non riconoscente della propria professionalità: in particolare erano state segnalate come fonte di disagio le carenze di organico (dall'87% dei rispondenti), e l'insufficiente retribuzione (75% dei medici rispondenti); fattori alla base della dichiarazione, da parte del 40% dei rispondenti (60% per chi è occupato in una struttura ospedaliera pubblica), della valutazione della opportunità di cambiare lavoro (che per il 5% era un processo già attivato).

A seguire si riportano i risultati emersi dalla nuova *survey* effettuata stavolta sugli OSS nell'anno 2024.

4g.1. I risultati della *survey*

L'indagine è stata realizzata con il ricorso alla

¹ *Survey* in collaborazione tra C.R.E.A. Sanità e M.I.G.E.P.

² Componente della Segreteria Nazionale M.I.G.E.P. e fondatrice della Federazione M.I.G.E.P.

³ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

⁴ Rappresentante degli Stati Generali OSS

⁵ Segretario Nazionale di SHC

tecnica *Computer Assisted Personal Interview*, mediante il *software* Qualtrics, ed è stata distribuita da M.I.G.E.P.

Il questionario è stato predisposto privilegiando la sintesi e la semplicità delle domande, mirando a raccogliere le percezioni degli OSS: nell'allegato 1 è riportato il questionario completo.

Figura 4g.1. Distribuzione dei rispondenti per ripartizione geografica. Valori %

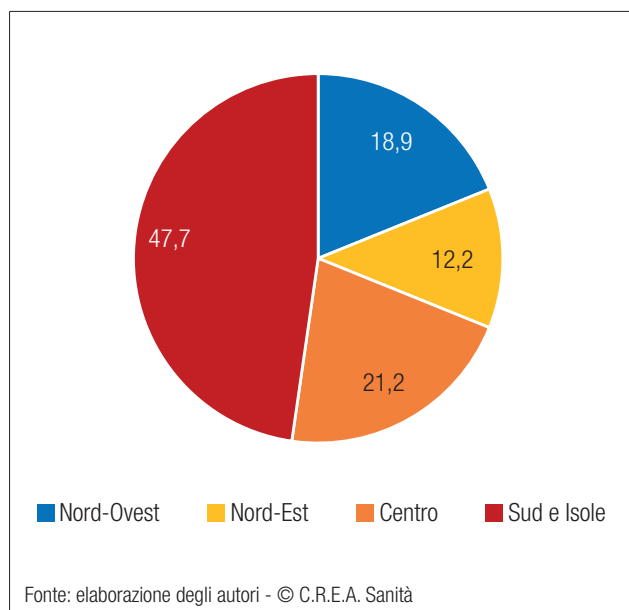


Figura 4g.2. Distribuzione dei rispondenti per classi di età. Valori %

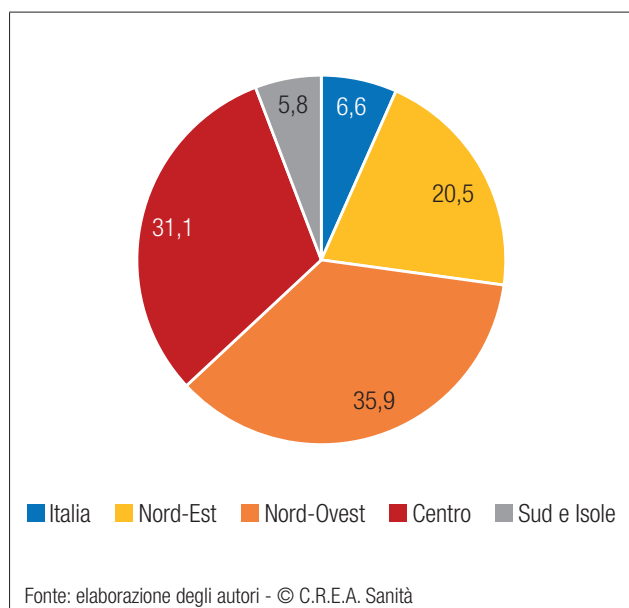
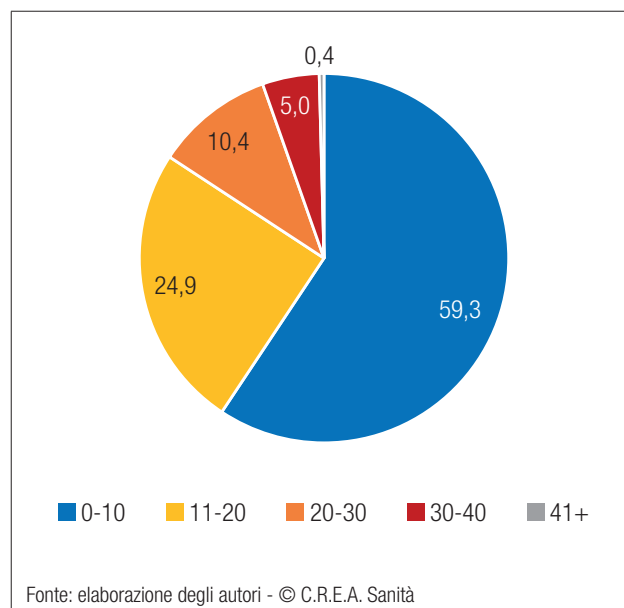


Figura 4g.3. Anzianità di servizio. Valori %



Hanno risposto alla *survey* 482 soggetti di cui il 18,9% operanti nel Nord-Ovest, il 12,2% nel Nord-Est, il 21,2% nel Centro Italia e il rimanente 47,7% nel Sud (Figura 4g.1.).

Il 35,9% dei rispondenti ha una età compresa tra i 41 e i 50 anni, il 31,1% tra i 51 e i 60, il 20,5% tra i 31 e i 40, il 6,6% ha meno di 30 anni e il rimanente 5,8% ha oltre 61 anni (Figura 4g.2.).

Il 59,3% dei rispondenti è in servizio da un numero di anni minore di 10, il 24,9% da 11 e 20 anni, il 10,4% da 20-30, il 5,0% da 30-40 e lo 0,4% da più di 40 anni (Figura 4g.3.).

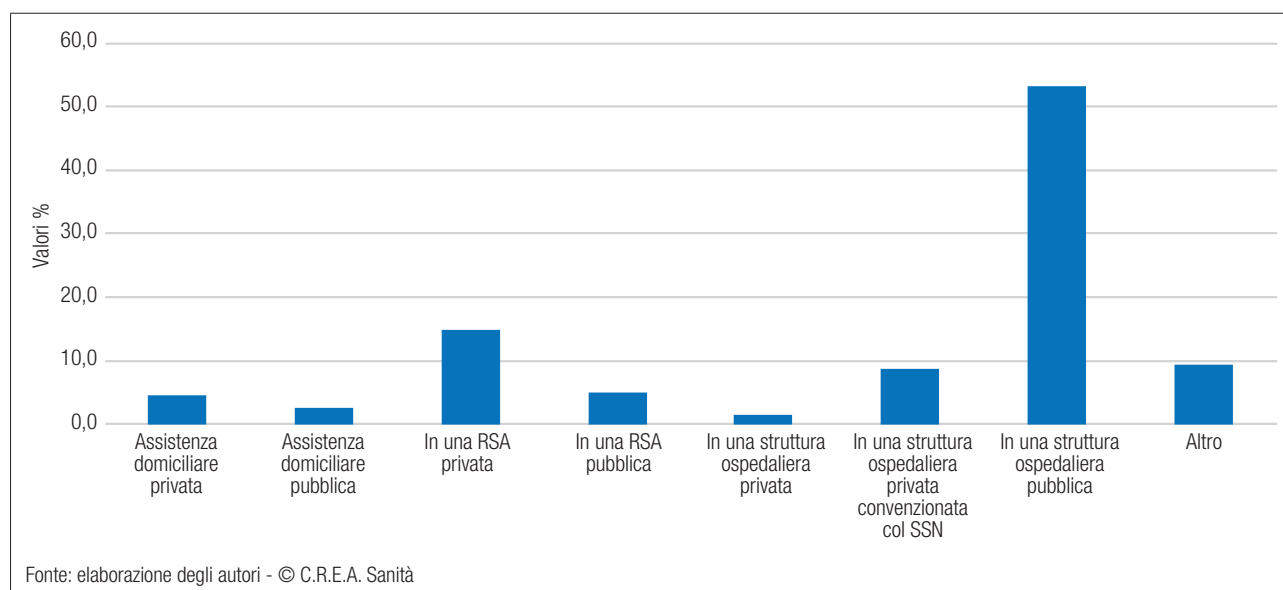
La qualifica dei OSS è stata ottenuta dai rispondenti in maniera molto differme:

Molti attraverso un corso Regionale, altri attraverso un corso effettuato in Aziende Sanitarie Locali (ASL), alcuni hanno seguito corsi di durata 1.000 ore, altri ancora corsi promossi dalle strutture in cui operano. Infine, alcuni hanno seguito "privatamente" corsi a pagamento.

Il 95,2% degli OSS ritiene che sarebbe opportuna una standardizzazione nazionale della formazione.

L'85,7% dei partecipanti alla *survey* è attualmente occupato, di cui l'85,5% *full-time* ed il restante 14,5% *part-time*.

Figura 4g.4. Struttura di impiego



Tra gli occupati, il 53,3% lavora in una struttura ospedaliera pubblica, il 14,8% in una RSA privata, l'8,7% in una struttura ospedaliera privata convenzionata col SSN, il 5,1% in una RSA pubblica, il 4,6% svolge assistenza domiciliare privata, il 2,7% assistenza domiciliare pubblica, l'1,5% lavora in una struttura ospedaliera privata e il restante 9,4% in altre tipologie di strutture quali associazioni o cooperative (Figura 4g.4.).

È stato chiesto ai partecipanti alla *survey* cosa pensassero del profilo dell'assistente infermiere, recentemente introdotto nel SSN.

Il 31,1% dei rispondenti non conosce i dettagli della riforma che ha introdotto il nuovo profilo, il 43,2% vede questa nuova figura come una opportunità di crescita lavorativa, mentre il restante 25,7% come una minaccia.

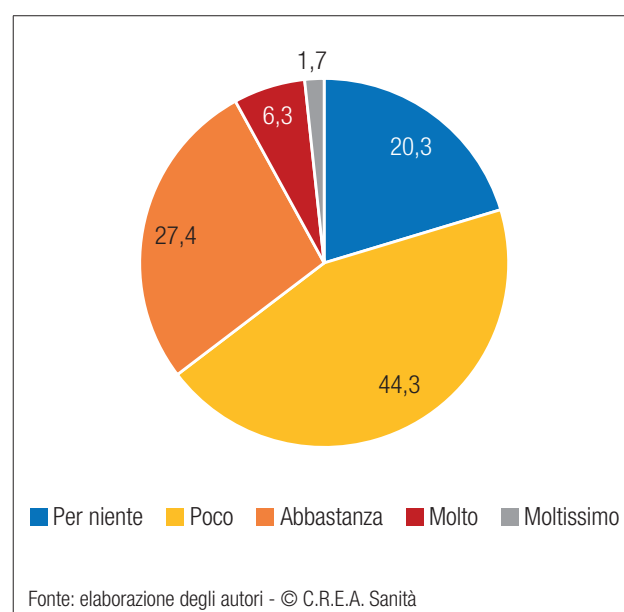
La preoccupazione afferisce a svariate ragioni, quali il fatto che gli OSS già svolgono attività non previste dal mansionario, al fatto che non ritengono di avere una formazione adeguata a svolgere alcune attività quali, ad esempio, la dispensazione dei farmaci.

Il 68,5% degli OSS intervistato ritiene che sia necessaria una maggiore integrazione con gli altri pro-

fessionisti sanitari, in termini di riconoscimento della figura professionale, collaborazione e cooperazione.

La netta maggioranza (64,7%) degli OSS partecipanti alla *survey* è nulla o poco soddisfatto della propria attuale condizione professionale, il 27,4% abbastanza soddisfatto, e solo l'8,0% molto o moltissimo soddisfatto (Figura 4g.5.).

Figura 4g.5. Soddisfazione della professione. Valori %



Nella Figura 4g.6. è possibile apprezzare le differenze di soddisfazione legate al luogo di lavoro.

Appare interessante notare che in media l'insoddisfazione è maggiore per gli OSS che operano in strutture (in particolare Residenze Sanitarie Assistenziali) private; fa eccezione e si inverte la situazione per gli operatori attivi nell'assistenza domiciliare.

A proposito di cause di insoddisfazione, il 90,8% del personale partecipante alla *survey* ritiene che ci

sia una carenza di personale nel proprio settore.

Come illustrato dalla Figura 4g.7. la percezione di carenza di personale è maggiore tra i professionisti operanti nelle strutture ospedaliere pubbliche, ma anche nelle RSA (sia private, che pubbliche) e da coloro che operano nell'assistenza domiciliare pubblica (dove oltre il 90% dei rispondenti lamentano una carenza di personale).

Figura 4g.6. Soddisfazione per la condizione professionale per tipologia di struttura

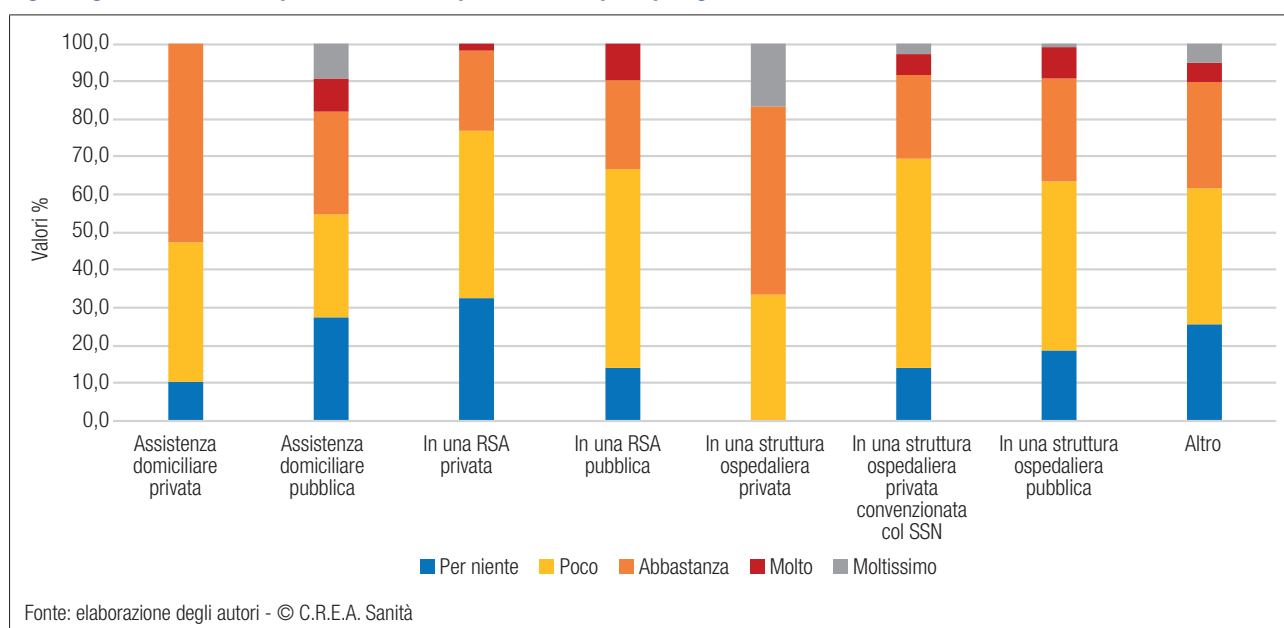
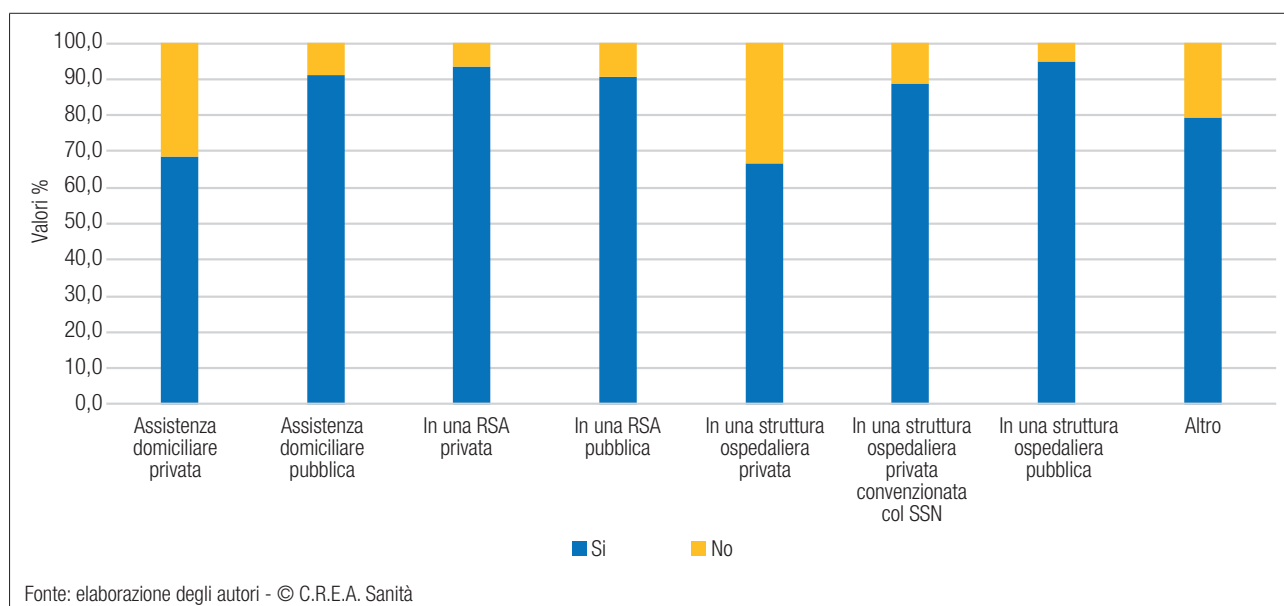


Figura 4g.7. Percezione di carenza di personale



Anche nelle strutture private la percentuale di OSS che registrano una carenza di personale è molto alta, superando i due terzi, con una punta dell'88,9% nelle strutture ospedaliere.

Sempre in tema di cause di insoddisfazione, per quel che concerne la retribuzione lorda questa è inferiore a € 25.000 annui per il 69,2% dei rispondenti,

tra € 25.000 e 35.000 per il 19,4% dei rispondenti e superiore ai € 35.000 per l'11,4% degli operatori sanitari.

L'84,0% dei rispondenti ritengono che la retribuzione non sia adeguata ai compiti e la responsabilità assegnate mentre solo il 19,6% ritiene la distribuzione adeguata.

Figura 4g.8. Adeguatezza della retribuzione

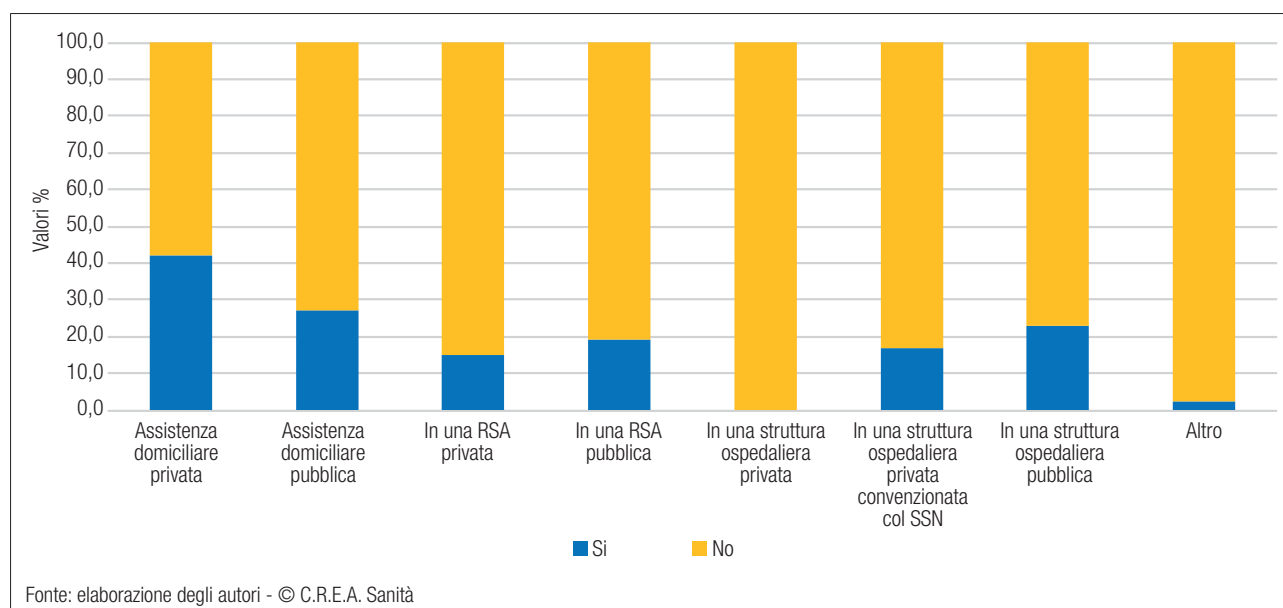
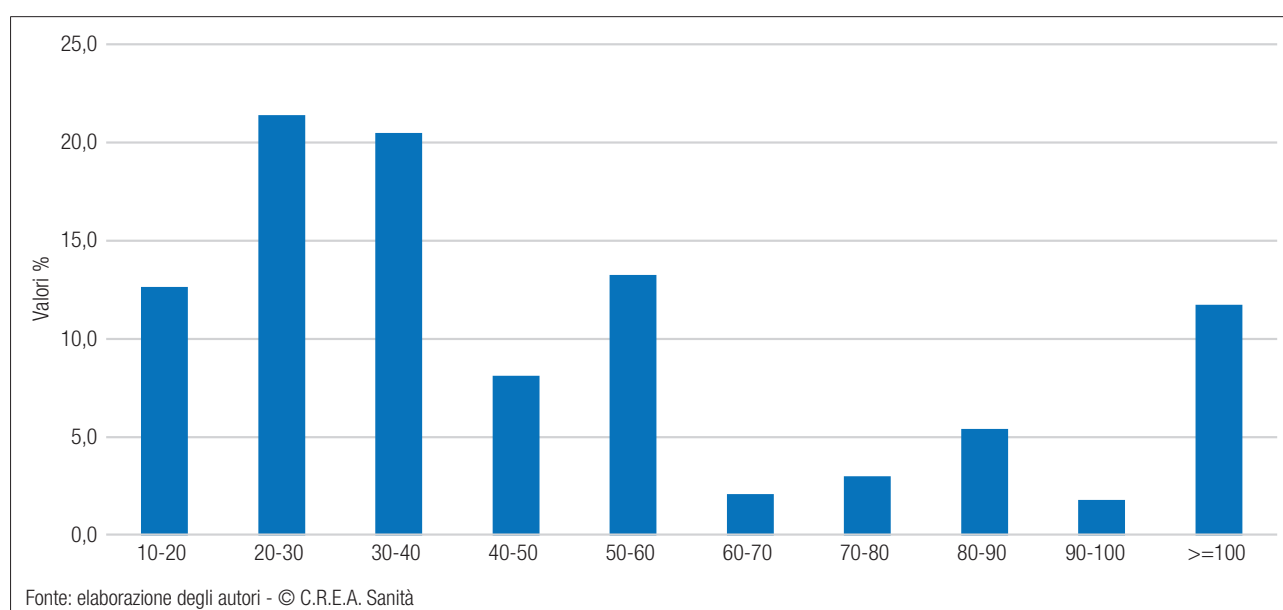


Figura 4g.9. Aumento auspicato della retribuzione. Valori %



L'inadeguatezza della retribuzione è sentita da oltre l'80% di coloro che lavorano in una Azienda Ospedaliera privata o convenzionata o in una RSA sia essa pubblica o privata. Allo stesso modo, circa il 70% degli operanti nel settore pubblico (domiciliare o Azienda Ospedaliera) si ritiene insoddisfatto della retribuzione, mentre i rispondenti operanti come assistenza domiciliare nel privato si ripartiscono pressoché in egual modo tra soddisfatti e non (Figura 4g.8.).

Fra coloro che valutano inadeguata la retribuzione, il 62,7% ritiene che andrebbe aumentata di una quota compresa tra il 10 e il 50%, il 25,6% del 50-100% e l'11,7% di oltre il 100% (Figura 4g.9.).

In conclusione, il 55,0% dei rispondenti consiglierebbe il proprio lavoro ad un giovane in procinto di scegliere l'attività per il futuro. Il 45,0% di coloro che non lo consiglierebbe adduce come principale motivazione lo scarso riconoscimento della professione, seguita dalla presenza di troppi rischi, in assenza di una tutela assicurativa professionale, il carico degli orari di lavoro (definiti "massacranti") e le retribuzioni insoddisfacenti: tutti fattori che implicano in definitiva una non soddisfacente qualità della vita.

4g.2. Riflessioni finali

Si conferma quindi anche per gli OSS una diffusa insoddisfazione per l'attuale modalità di esercizio della professione, come anche le ragioni, che van-

no fatte risalire ai carichi di lavoro (appesantiti dalle carenze di organico) e alla insoddisfazione per gli aspetti retributivi.

Nel caso degli OSS la insoddisfazione è maggiore (sebbene in modo non netto) fra quelli operanti nel settore privato, forse scontando che i contratti pubblici rimangono forieri di maggiore sicurezza e/o di un inquadramento più definito. Analizzando le risposte al questionario, "fra le righe" si percepisce ancora una carente standardizzazione dell'impegno quali-quantitativo richiesto alla professione.

Questa "incertezza" è percepibile anche nella consapevolezza degli OSS della necessità di una omogeneizzazione dei processi di formazione e quindi di accesso alla professione.

In termini prospettici, non sembra che la professione sia adeguatamente informata, e quindi che abbia maturato, una propria posizione sul tema della definizione dei ruoli e delle mansioni, rispetto alla nascita del ruolo dell'assistente infermiere: le risposte si dividono abbastanza equamente fra chi non conosce i contenuti del nuovo profilo, chi lo percepisce come una opportunità e chi come una minaccia.

In definitiva, appare evidente che ci sia bisogno di un riordino della materia e di una maggiore attenzione per questa figura, nonché ai suoi "rapporti" con quella dell'assistente infermiere: anche in considerazione del *trend* di "specializzazione" dei ruoli infermieristici, si conferma infatti come principale "presidio" per l'assistenza ai non autosufficienti.

Allegato 1

1. Regione in cui svolge l'attività professionale

2. Età in anni compiuti

3. Anzianità di servizio

5. Al momento ha una occupazione?

- Sì
- No (se no chiusura questionario)

SE SI ALLA DOMANDA 5

6. Lavora

- In una struttura ospedaliera pubblica
- In una struttura ospedaliera privata convenzionata col SSN
- In una struttura ospedaliera privata
- In una RSA pubblica
- In una RSA privata
- Assistenza domiciliare pubblica
- Assistenza domiciliare privata
- Altro (specificare)

7. Tipo di contratto

- A tempo indeterminato (dipendente Azienda Sanitaria)
- A tempo determinato (dipendente Azienda Sanitaria)
- A partita IVA

8. La sua occupazione è:

- *Full time*
- *Part time*

14. Nel suo settore riscontra una carenza di personale?

- Sì
- No

15. È complessivamente soddisfatto della sua attuale condizione professionale

- Per niente
- Poco

- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

16. Ritiene che sia necessario un maggior investimento in ambito di formazione nella sua professione?

- Sì
- No

17. Ritiene che sia necessaria una formazione con degli standard nazionali?

- No
- Sì

18. Ritiene necessaria una maggiore integrazione tra la Sua figura professionale e quella degli altri professionisti sanitari?

- Sì
- No

19. Ritiene che le attività che svolge quotidianamente siano coerenti con le mansioni previste per la sua figura professionale?

- Sì
- No

18. Ritiene che la sua retribuzione sia adeguata ai compiti e alle responsabilità che ha?

- Sì
- No

Se no:

19. Di quanto in % ritiene che andrebbe rivalutata?

20. Consiglierebbe la sua professione ad un giovane che deve intraprendere un percorso di studio?

- Sì
- No

i. Perché ____

Riferimenti bibliografici

19° Rapporto Sanità, Anno 2023



Capitolo 5

Indicatori di *Performance*

- 5a. Impoverimento, “catastroficità” e disagio economico:
i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario
- 5b. Opportunità di tutela della salute: le *Performance* Regionali
- 5c. La misurazione dell’efficienza delle Aziende Ospedaliere
- 5d. Mortalità evitabile: il bilancio del biennio della pandemia

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 5a

Impoverimento, “catastroficità” e disagio economico: i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario

d'Angela D.¹, Spandonaro F.²

Il contributo si è posto l'obiettivo di valutare l'impatto delle cure sulle famiglie, analizzando i consumi sanitari che devono sostenere direttamente; le ultime evidenze disponibili sono relative al 2022, e permettono di analizzare le diverse aree assistenziali, distintamente anche per area di intervento: prevenzione, cura e riabilitazione e *Long Term Care*. L'analisi è stata altresì integrata della componente socio-assistenziale rivolta ad anziani e/o disabili.

L'analisi della spesa privata permette anche di fornire indicazioni sull'effettiva capacità di tutela del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia, e della sua tenuta nel tempo: in particolare, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, è stata determinata l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento causato da spese per consumi sanitari, quella della “catastroficità” (intesa come “eccesso di incidenza” della spesa sanitaria sui bilanci familiari), quella delle “nuove” rinunce al consumo ed, infine, quella del disagio economico causato dalle spese sanitarie.

Le analisi sono state effettuate partendo dai microdati dell'indagine campionaria Istat sulla “Spesa delle famiglie”, che da questa annualità ha recepito la nuova classificazione COICOP 2018 (*Classification of Individual Consumption by Purpose*), disaggregando le elaborazioni in base al quintile di consumo delle famiglie, alla Regione di residenza e alla tipologia di famiglia.

Il 2023, ha registrato una crescita dei consumi totali delle famiglie del +4,3% in termini nominali, sebbene in termini reali i consumi si siano ridotti del -1,5%.

Il consumo sanitario medio per famiglia è cresciuto nell'ultimo anno del +3,8%, dopo una invarianza registratasi fra il 2021 e il 2022.

Nel 2022 (ultimo anno disponibile per effettuare analisi disaggregate) il 73,5% delle famiglie italiane ha effettuato spese sanitarie (privatamente), che aumentano proporzionalmente all'aumentare della capacità di consumo delle famiglie; le sostengono soprattutto le coppie giovani (85,9%) e gli *over 75* senza figli (80,8%); sono meno quelli che sostengono spese sanitarie fra gli *under 65* soli (58,1%) e le famiglie di stranieri (60,9%).

L'incidenza della spesa sanitaria per le famiglie dei quintili di consumo più bassi ha raggiunto il 5,7%, mentre risulta del 4,6% per quelle dell'ultimo.

La prima voce di spesa è rappresentata dai farmaci, che vengono acquistati dal 70,8% delle famiglie; quindi, le visite specialiste preventive extra percorso di cura (per il 30,2% delle famiglie); segue l'acquisto di prestazioni specialistiche relative al percorso di cura e riabilitazione, effettuato dal 18,2% delle famiglie.

Dall'analisi dei consumi si conferma come la quota di famiglie che ricorre a spese per specialistica e per il dentista aumenta con la loro disponibilità economica.

Farmaci e specialistica rappresentano oltre il 60% dell'onere per gli anziani (soli o in coppia), mentre per le famiglie con figli è la spesa per le cure odontoiatriche la seconda voce dopo i farmaci, seguita dalla specialistica.

In termini di spesa, quella media effettiva, calcolata sui soli nuclei che la sostengono, ammonta a € 1.848,2

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

² Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, C.R.E.A. Sanità

annui per nucleo familiare, rappresentando il 5,5% dei consumi di tali famiglie.

Alla spesa prettamente sanitaria, si affianca quella sostenuta per servizi socio-assistenziali che, secondo quanto rinviene dall'indagine sulla spesa per consumi delle famiglie (Istat) viene sostenuta da circa 260.000 famiglie ed ammonta a € 2,3 mld..

La spesa media familiare è rimasta sostanzialmente invariata nell'ultimo anno, ma il dato aggregato fornito dall'Istat anticipa un aumento del +4,3% per l'anno 2023.

A questo fenomeno si associa il fenomeno delle "rinunce" alle spese per consumi sanitari, che ha interessato 1,2 milioni di nuclei familiari, ovvero 2,4 milioni di residenti, in particolare i meno abbienti.

In termini di distribuzione della spesa per tipologia, è degno di nota come l'incidenza della spesa per visite specialistiche a fini preventivi (extra percorso di cura) non vari con la capacità di spesa delle famiglie, attestandosi intorno a circa il 20%. La dinamica analizzata suggerisce l'esistenza di una propensione/bisogno delle famiglie a ricorrere a spese sostenute direttamente per accedere (o anticipare l'accesso) ai percorsi di cura.

Nel 2022, 3,4 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie per motivi econo-

mici, e di queste 1,17 milioni non le hanno in effetti affatto sostenute: la rinuncia alle cure per motivi economici coinvolge quindi il 4,5% delle famiglie, ovvero 2,4 milioni di cittadini.

Rinunciano soprattutto i residenti nel Mezzogiorno del Paese, (5,9% delle famiglie), poi quelli del Nord-Ovest (4,3%), del Centro (3,9%) e del Nord-Est (3,3%).

Altri 67.150 nuclei familiari (0,3% del totale) sono a rischio di rinuncia alle cure, ovvero hanno dichiarato di aver comunque ridotto le spese sanitarie e sono impoverite, ovvero a causa di tali spese sono scese al di sotto della soglia di povertà.

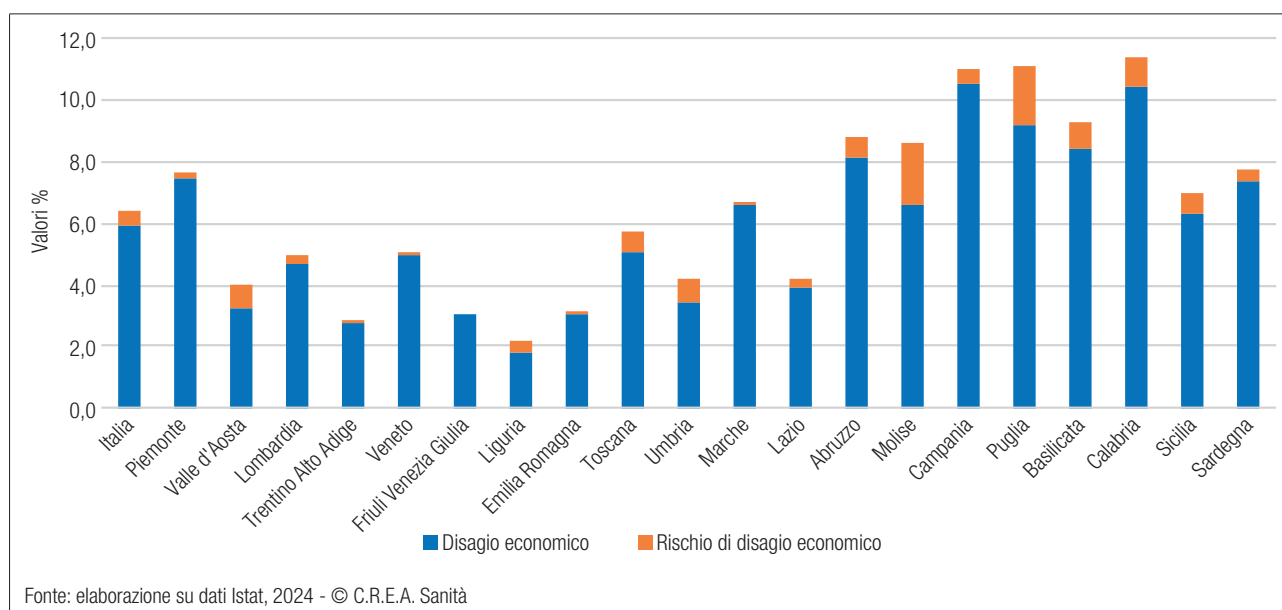
Sono maggiormente esposti a rischio i residenti nel Sud: lo 0,7% delle famiglie, le famiglie con tre o più figli (1,7%) e le coppie di anziani *over 75* (0,7%).

Nel 2022, il fenomeno dell'impoverimento causato dalle spese sanitarie private ha colpito 374.198 famiglie italiane (l'1,4% delle famiglie e l'1,9% se si considerano solo quelle che sostengono spese sanitarie).

L'impatto nel Mezzogiorno è quasi quattro volte quello registrato nel Nord e più del doppio di quello registrato nel Centro.

L'impoverimento interessa soprattutto le coppie di anziani *over 75* (2,6% di quelle che spendono privatamente), gli anziani soli (2,1%) e le famiglie con tre o più figli (2,6%).

Quota di famiglie soggette a disagio economico per cause sanitarie. Anno 2022



Altre 52.973 famiglie (0,1%) sono a rischio di impoverimento, ovvero un aumento del 10% del loro livello di spesa sanitaria attuale li porterebbe in uno stato di povertà. Sono a rischio lo 0,7% delle famiglie del Centro che spendono privatamente per la Sanità e lo 0,3% di quelle residenti nel Mezzogiorno.

Sommando all'impoverimento le rinunce alla spesa, si registra un "disagio economico dovuto alle spese sanitarie" che interessa 1,6 milioni di famiglie (3,4 milioni di residenti).

L'incidenza del fenomeno è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,7%), con una punta massima in Campania, e quella minore in Liguria.

Colpisce in particolare le famiglie di stranieri, le coppie con tre o più figli e le monocomponenti con meno di 65 anni.

Va notata la forte correlazione del disagio con la deprivazione materiale e sociale, malgrado i soggetti in questione dovrebbero essere protetti mediante,

ad esempio, esenzioni dalla compartecipazione alle spese.

Circa 95.000 famiglie sono a rischio di disagio economico per le spese sanitarie, si tratta dei nuclei a rischio di rinuncia e/o di impoverimento (lo 0,9% di quelle del Mezzogiorno che spendono privatamente per la sanità e lo 0,5% di quelle del Centro).

Il fenomeno della "catastroficità" interessa il 18,6% delle famiglie residenti (11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie), ovvero 2,3 milioni di nuclei; colpisce maggiormente il Mezzogiorno e il Nord-Est, nonché gli anziani, soli o in coppia, e tutti i quintili di consumo ed in particolare quelli centrali; le spese odontoiatriche sono la causa più frequente.

In sintesi, tutti gli indicatori di equità elaborati evidenziano un quadro di perdurante e crescente iniquità del nostro sistema sanitario, sebbene con una importante variabilità a livello regionale.

CAPITOLO 5a

Impoverimento, “catastroficità” e disagio economico: i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario

d'Angela D.¹, Spandonaro F.²

Il presente contributo si pone l'obiettivo di analizzare i consumi sanitari sostenuti direttamente dalle famiglie; verranno analizzate le ultime evidenze disponibili, relative al 2022, delle diverse aree assistenziali, distintamente per area di intervento: prevenzione, cura e riabilitazione e *Long Term Care* (LTC).

L'analisi della spesa privata è finalizzata anche a fornire indicazioni sull'effettiva tutela offerta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia, e della sua tenuta nel tempo: in particolare, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, è stata determinata l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento causato da spese per consumi sanitari, quella della “catastroficità” (intesa come “eccesso di incidenza” della spesa sanitaria sui bilanci familiari), quella delle “nuove” rinunce al consumo ed, infine, quella del disagio economico causato dalle spese sanitarie; inoltre, è stata effettuata una analisi della componente socio-assistenziale della spesa privata.

Propedeuticamente va ricordato che i consumi sanitari *Out of Pocket* (OOP) delle famiglie rilevati dall'Istat non rilevano con precisione l'effetto della quota di spesa coperta dalle polizze assicurative (individuali e non) erogate in forma cosiddetta “indiretta”, ovvero quella parte dei consumi che di fatto gode di un successivo rimborso delle spese effettuate: questo si traduce in una sovrastima della spesa nella misura in cui i premi assicurativi vengono già considerati. Analogamente, andrebbe inoltre tenuto presente che parte delle spese sanitarie sono di fatto fiscalmente deducibili.

Oltre alla spesa strettamente sanitaria in questa

annualità è stata analizzata quella socio-assistenziale rivolta ad anziani e/o disabili.

Tutte le analisi sono state effettuate partendo dai microdati dell'indagine campionaria Istat sulla “Spesa delle famiglie”, che a partire da questa annualità ha recepito la nuova classificazione COICOP, che prevede dieci voci di spesa per consumi sanitaria. Le loro analisi hanno previsto una riaggregazione per “macro livelli” quali Farmaci, Prevenzione - visite specialistiche, Cura e riabilitazione - Visite specialistiche, Cura e riabilitazione - Specialistica (esami laboratorio, diagnostica), Cura e riabilitazione - Attività di ricovero, Cure odontoiatriche, Articoli sanitari, Protesi e Ausili sanitari, Assistenza LTC - specialistica, infermieri, Operatori Socio-Sanitari (OSS), Assistenza LTC - Attività di ricovero. I dati sono stati analizzati in base al quintile di consumo delle famiglie, alla Regione di residenza e alla tipologia di famiglia.

5a.1. La spesa sanitaria delle famiglie

Nel 2022 (ultimo anno disponibile), 19,3 milioni di famiglie italiane (73,5%) hanno sostenuto spese per consumi sanitari.

La ripartizione del Centro, con il 75,9%, è quella con la maggiore quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, seguita dal Mezzogiorno con il 74,4%, dal Nord-Ovest con il 72,1% e dal Nord-Est con il 71,3%.

A livello regionale, Basilicata, Lazio, Puglia, e Sicilia registrano la quota maggiore di famiglie che sostengono spese sanitarie (ultimo quartile della di-

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

² Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, C.R.E.A. Sanità

stribuzione): 81,0%, 78,6%, 76,7%, 76,6% rispettivamente; Valle d'Aosta, Calabria, Marche e Piemonte la più bassa: 66,0%, 66,7%, 67,0% e 67,3% rispettivamente (Figura 5a.1.).

Nelle famiglie dei due quintili di consumo più alti la quota di quelle che ricorrono a spese sanitarie private sfiora l'80% (79,4% e 82,9% rispettivamente);

tra quelle meno abbienti (primo quintile di consumo) vi ricorre il 58,6%.

Il livello di ricorso maggiore si riscontra soprattutto da parte delle coppie giovani (85,9%) e degli *over 75* senza figli (80,8%); vi ricorre meno l'*under 65* solo (58,1%) e le famiglie di stranieri (60,9%) (Figura 5a.2.).

Figura 5a.1. Quota di famiglie che sostengono spese per consumi sanitari. Anno 2022

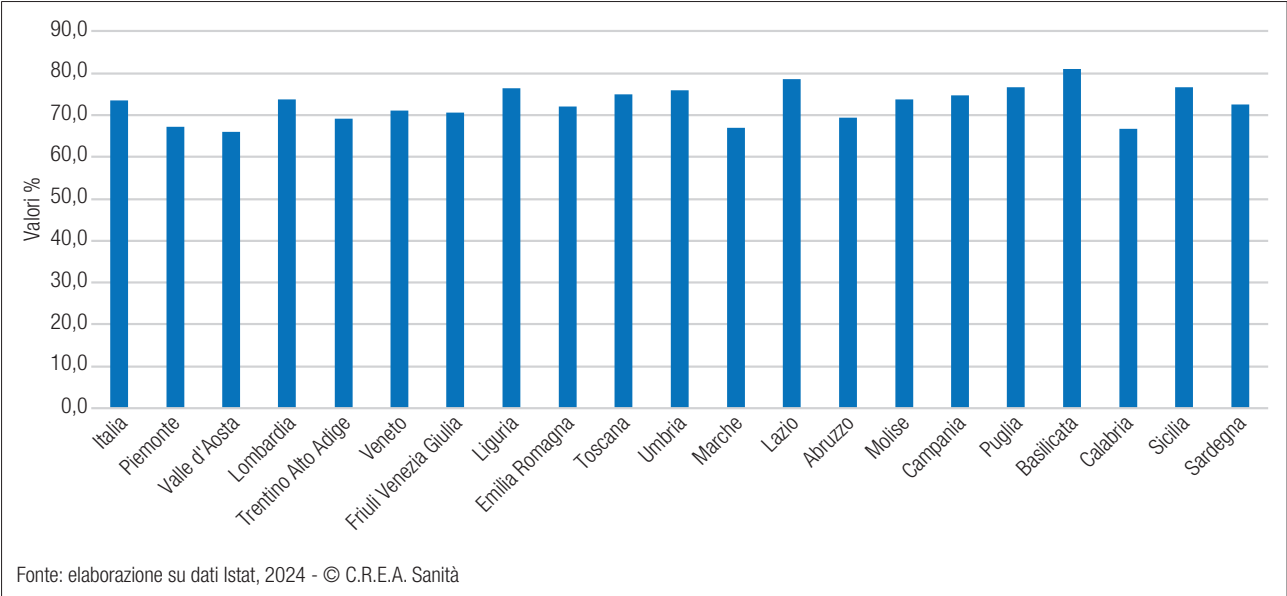


Figura 5a.2. Quota di famiglie che sostengono spese per consumi sanitari, per tipo di famiglia. Anno 2022

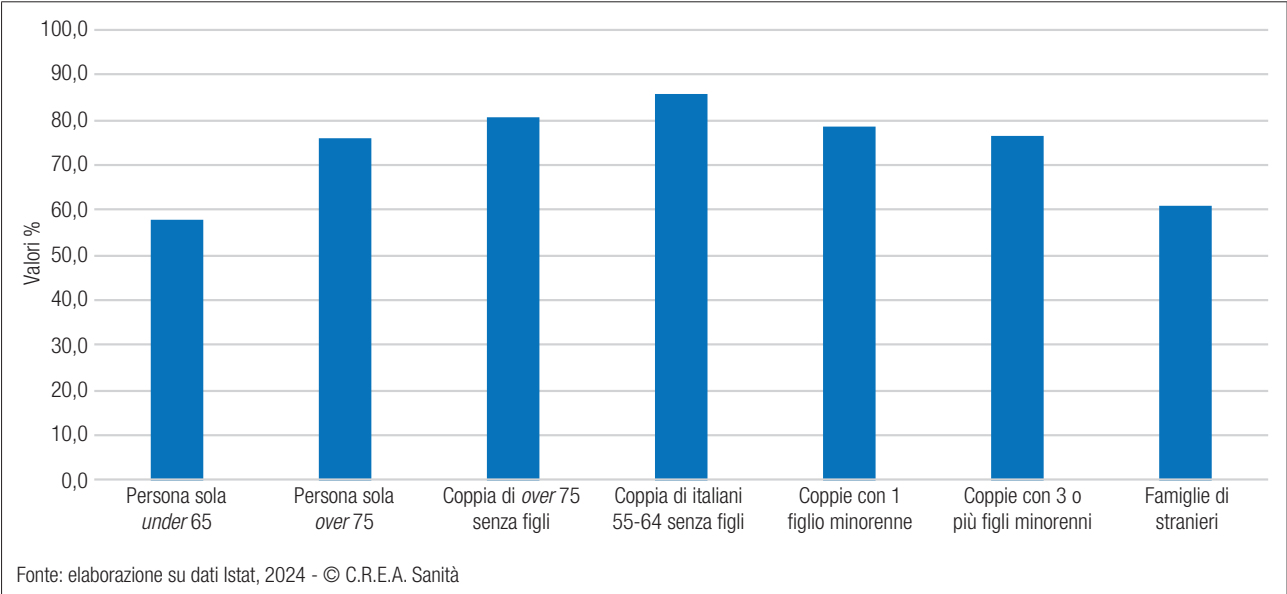
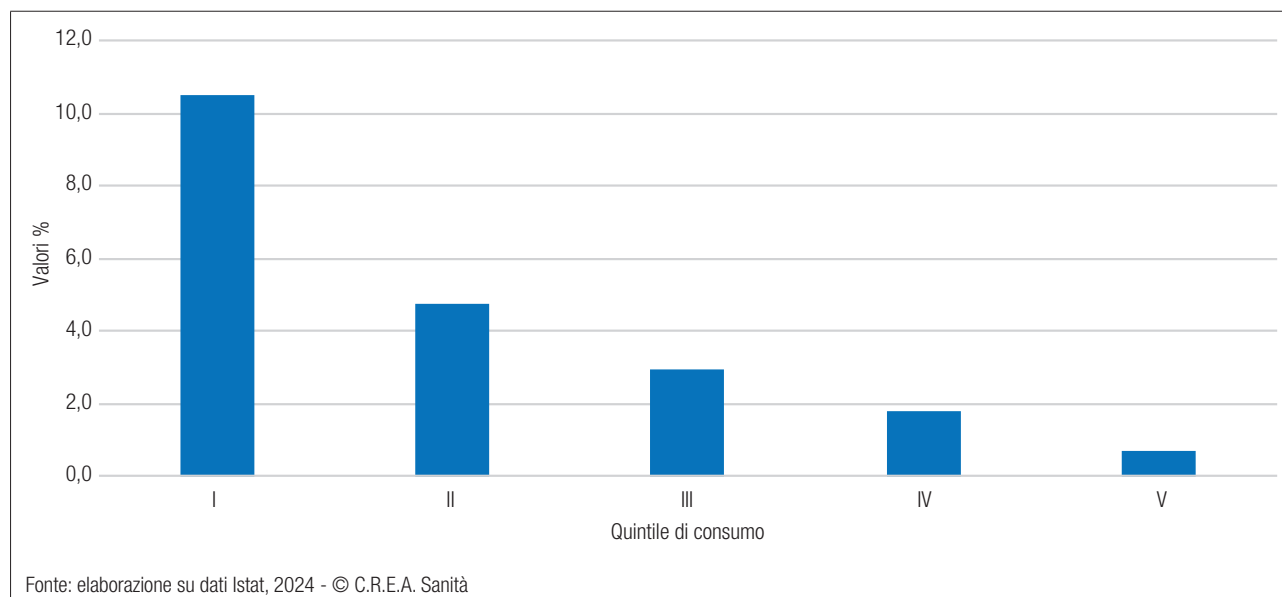


Figura 5a.3. “Rinunce” alla spesa per consumi sanitari



Nel 2022, 3,4 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie per motivi economici, e di queste 1,17 milioni non le hanno in effetti affatto sostenute: convenzionalmente (e prudenzialmente) identifichiamo queste famiglie come casi di “nuove rinunce” alle spese sanitarie.

Il fenomeno delle “rinunce” per motivi economici continua a crescere, coinvolgendo il 4,5% delle famiglie, ovvero 2,4 milioni di cittadini. L’allineamento con l’incidenza delle rinunce rinveniente dall’indagine BES dell’Istat fa pensare che le “nuove” rinunce coincidano con il totale delle rinunce per motivi economici.

Il fenomeno colpisce soprattutto il Mezzogiorno del Paese, colpendo il 5,9% delle famiglie ivi residenti, poi il Nord-Ovest con il 4,3%, il Centro con il 3,9% ed il Nord-Est con il 3,3%.

In particolare, colpisce le famiglie meno abbienti: il 10,5% delle famiglie del I quintile, il 4,7% di quelle del II, il 2,9% di quelle del III, l’1,8% e lo 0,7% di quelle rispettivamente del IV e V quintile. (Figura 5a.3.).

Hanno rinunciato soprattutto le famiglie di stranieri (12,2%), le famiglie monocomponente *under* 65 (8,0% di queste) e le famiglie con tre o più figli (4,9%) (Figura 5a.4.).

Altri 67.150 nuclei familiari (0,3%) sono a rischio

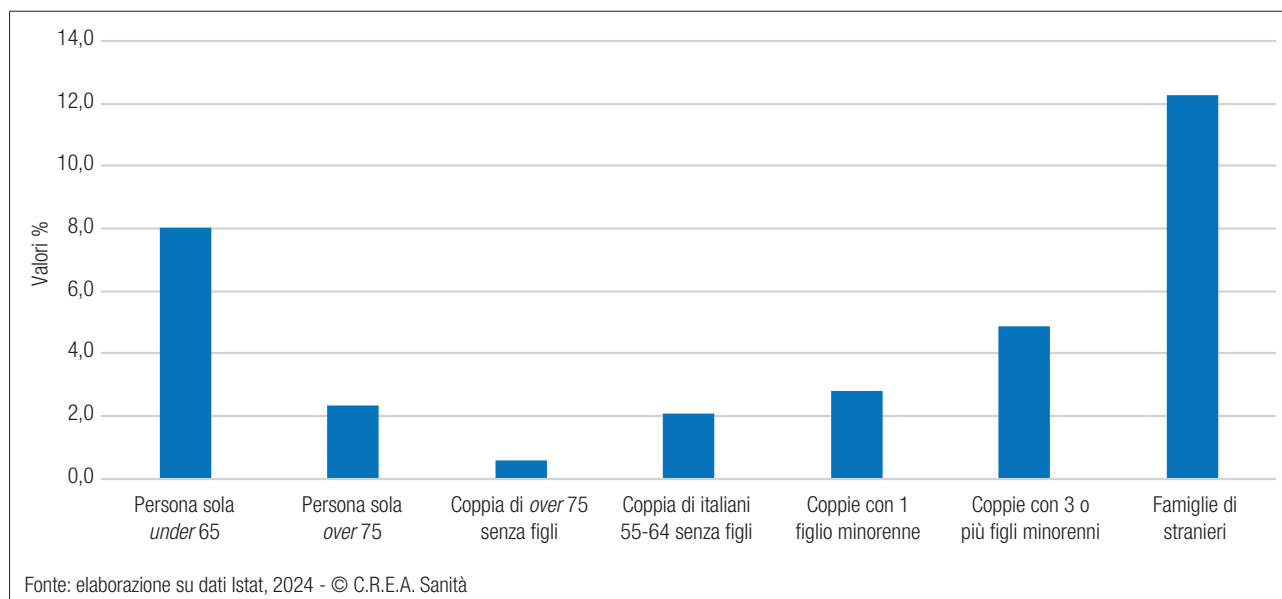
di rinuncia alle cure, ovvero hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie e sono impoverite, ovvero a causa di tali spese sono scese al di sotto della soglia di povertà.

Sono esposti a rischio i residenti al Sud: lo 0,7% delle famiglie, e le famiglie dei quintili medio-bassi (II e III). Si tratta dell’1,7% delle famiglie con tre o più figli e dello 0,7% delle coppie di anziani *over* 75.

I consumi sanitari, nel 2023, con un valore medio mensile familiare di € 117,8, continuano a rappresentare la sesta voce di spesa per le famiglie, pari a € 2.738,1, dopo “Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili” (36,0%), “Prodotti alimentari e bevande analcoliche” (20,1%), “Trasporti” (9,3%), “Servizi di ristorazione e alloggio” (10,6%) e “Beni e servizi per la cura della persona, servizi di protezione sociale e altri beni e servizi” (5,0%).

Se nel biennio 2021-2022 i consumi totali erano rimasti invariati in termini reali (crescita del valore corrente del +8,9% associata ad inflazione di pari entità), nel successivo (2022-2023) sono cresciuti, in valore corrente, del +4,3% ma in termini reali si sono ridotti del -1,5% (inflazione pari al +5,9%).

Il consumo sanitario medio di una famiglia è cresciuto nell’ultimo anno del +3,8%, a fronte di una sostanziale invarianza rispetto al biennio 2021-2022.

Figura 5a.4. “Rinunce” alla spesa per consumi sanitari, per tipo di famiglia

La spesa sanitaria delle famiglie incide in media per il 4,3% sui loro consumi totali.

Limitando l'analisi alle sole famiglie che sostengono tale voce di spesa, l'incidenza sale al 5,5%, con un valore medio familiare (spesa “effettiva”) pari a € 1.848,2 annui (2022, ultimo anno disponibile per effettuare delle analisi disaggregate).

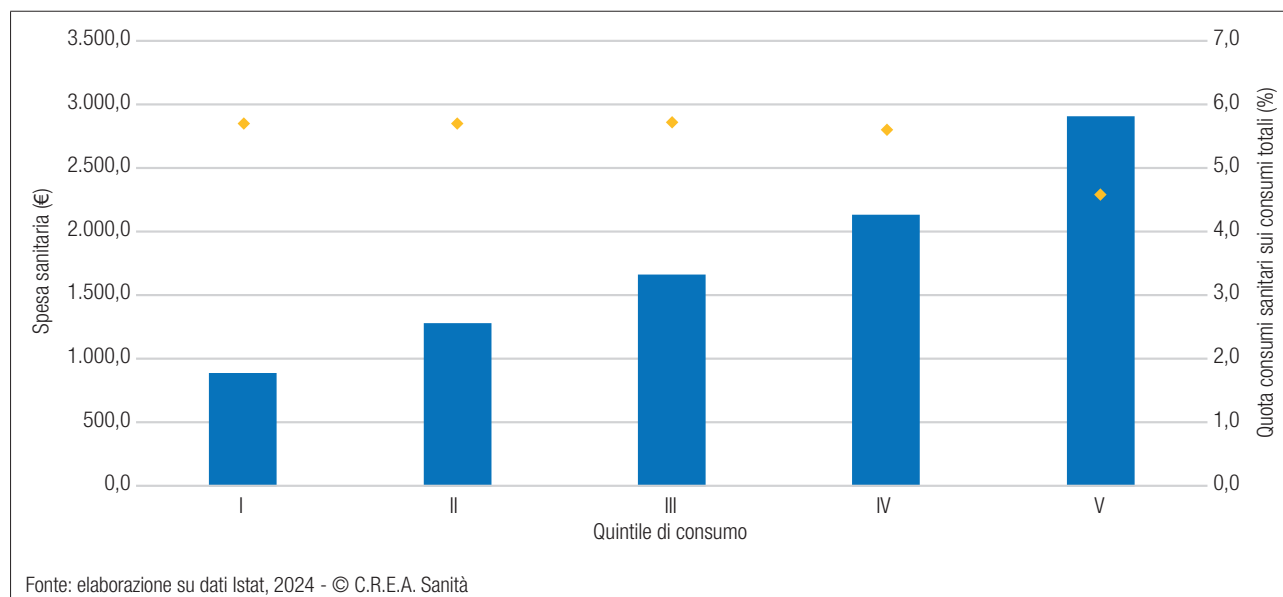
In base alla capacità di spesa delle famiglie si osserva come quella sostenuta per la sanità dalle famiglie più abbienti (ultimo quintile di consumo) sia il triplo di quella sostenuta dai meno abbienti (primo quintile), registrando un dimezzamento nell'ultimo anno (6,8 nel 2021): si passa dalle € 895,3 medie annue di queste ultime alla € 2.909,0 delle prime. Tale *gap* è più contenuto rispetto a quello che si riscontra sui consumi totali, dove quelli delle famiglie dell'ultimo quintile sono il quadruplo di quelli del primo. Va inoltre tenuto presente che, in assenza di una esenzione per reddito, che evidentemente “protegge” i quintili più bassi, il divario tra i *gap* osservati tra i quintili estremi per i consumi totali e sanitari, probabilmente sarebbe ancora maggiore, identificando uno scenario “negativo” di redistribuzione: in una logica solidaristica, l'attesa sarebbe che, per effetto della garanzia di accesso che i Servizi Sanitari

Regionali (SSR) dovrebbero garantire alle famiglie meno “abbienti”, il *gap* registrato per la spesa sanitaria sia superiore a quello registrato per il totale dei consumi.

La spesa media annua familiare “effettiva” per consumi sanitari risulta massima nel Nord-Est (€ 2.102,0) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.579,3). A livello regionale si passa da un valore massimo di € 2.414,4 del Trentino Alto Adige ad uno minimo di € 1.348,5 della Calabria.

Sebbene il “livello” di spesa sanitaria aumenti all'aumentare del reddito, degno di attenzione è come la quota di consumi che le famiglie destinato alla sanità sia massima nei primi tre quintili di consumo, pari al 5,7%, segue quella delle famiglie del IV, pari al 5,6%, ed infine quella di quelle dell'ultimo, pari al 4,6% (Figura 5a.5.).

La differenza di incidenza dei consumi sanitari sui consumi totali tra i quintili estremi ha continuato a ridursi raggiungendo il valore di 0,9 punti percentuali (5,7% nel I e 4,6% nel V), riducendo ulteriormente il livello di “protezione” che dovrebbe garantire un servizio sanitario a vocazione universalistica quale è il nostro.

Figura 5a.5. “Spesa “effettiva” delle famiglie per consumi sanitari e incidenza sui consumi totali. Anno 2022

5a.2. Il profilo di consumo sanitario delle famiglie

Analizzando il profilo dei consumi sanitari delle famiglie, emerge che i farmaci rappresentano la prima voce: nel 2022, il 70,8% delle famiglie che effettuano spese sanitarie acquista farmaci, il 46,5% prestazioni specialistiche (30,2% visite specialistiche a fine preventivi (extra percorso di cura), 8,1% visite per cura e riabilitazione e 8,2% esami di laboratorio e diagnostica), il 19,2% cure odontoiatriche, il 25,3% articoli sanitari, il 4,5% protesi e ausili, il 4,3% servizi assistenziali per LTC ed il 2,5% attività di ricovero ospedaliero.

Dopo i farmaci, il ricorso maggiore da parte delle famiglie è per l'acquisto di visite specialiste preventive (extra percorso di cura): il 30,2% delle famiglie lo fa; segue l'acquisto di prestazioni relative al percorso di cura e riabilitazione, effettuato dal 18,2% delle famiglie che sostengono spese sanitarie private.

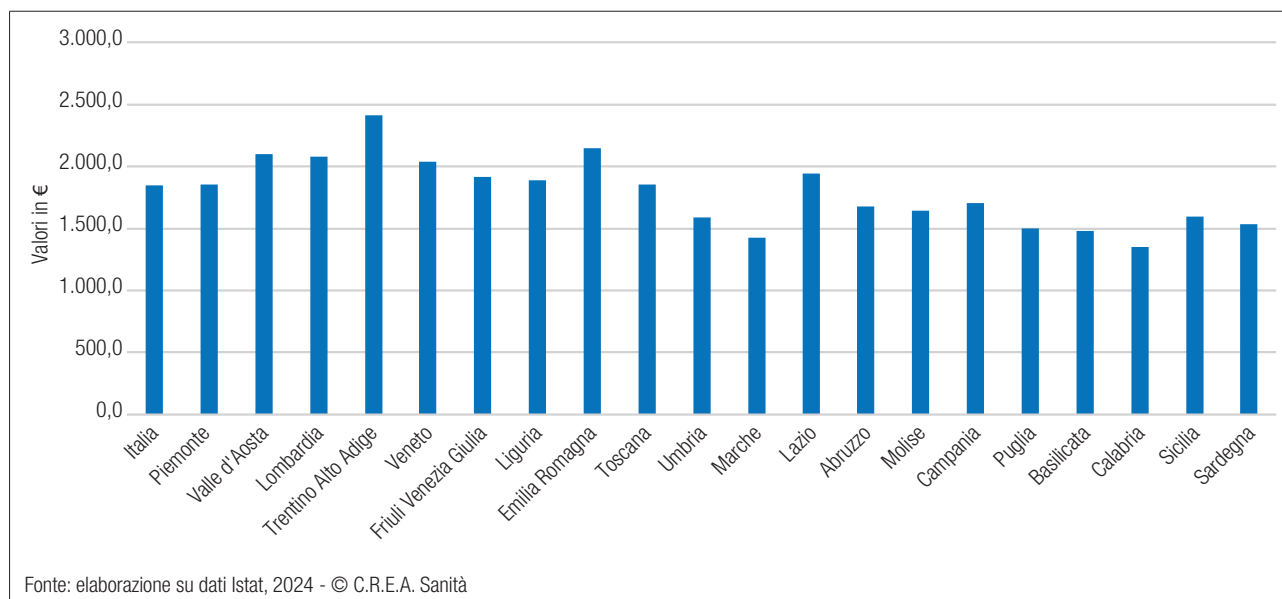
L'incidenza delle famiglie che spendono per visite specialistiche preventive oscilla dal 25,6% di quelle residenti nel Mezzogiorno al 34,2% di quelle del Centro. Il ricorso aumenta con la capacità di spesa delle famiglie: si passa dal 19,7% delle famiglie del I quintile al 36,9% di quelle dell'ultimo.

L'acquisto di prestazioni relative al percorso di cura varia in maniera più contenuta rispetto a quanto osservato per la prevenzione, passando dal 17,2% delle famiglie del Nord-Est al 19,8% di quelle del Mezzogiorno; le acquistano in particolare il 13,4% delle famiglie meno abbienti ed il 21,4% delle più “ricche”.

Tale dato è probabilmente interpretabile come un ricorso alla spesa privata soprattutto per la fase pre percorso di cura/prevenzione, in tutte le ripartizioni geografiche e per i diversi livelli di reddito; per le fasi invece relative alla cura e alla riabilitazione, la quota di famiglie che vi ricorre è bassa. In tal caso il fenomeno potrebbe essere indicativo di eventuali iniquità di accesso al percorso di cura.

Il Mezzogiorno continua ad essere la ripartizione geografica che acquista maggiormente farmaci (78,8% delle famiglie) e articoli sanitari (26,3% delle famiglie con spese sanitarie); il Centro ha la maggiore quota di chi spende per prestazioni specialistiche e per assistenza LTC (ricovero, specialistica e assistenza infermieristica e socio-sanitaria); la maggior quota di famiglie che ricorrono alle spese odontoiatriche si registra invece nel Nord-Est, ed è pari al 25,8%; il Nord-Ovest è quello che ricorre in maggior misura all'acquisto di protesi e ausili (16,8%).

Figura 5a.6. “Spesa “effettiva” delle famiglie per consumi sanitari. Anno 2022”



La quota di famiglie che spendono per farmaci, assistenza ospedaliera e servizi assistenziali per LTC non varia in modo significativo fra i quintili di consumo; di contro, quella delle famiglie che spendono per il dentista, la specialistica e la diagnostica, cresce con la disponibilità economica: per il dentista si passa dal 9,9% delle famiglie del I quintile al 29,1% di quelle del V; per la specialistica dal 31,9% (I quintile) al 55,9% (V quintile), per articoli sanitari dal 19,0% al 29,2%.

Analizzando la tipologia di consumi al variare della tipologia di famiglia, pur rimanendo il *ranking* sostanzialmente immutato, si osserva come oltre l'80% degli anziani (soli o in coppia) e delle coppie “giovani” che spendono per la Sanità, acquista farmaci; oltre il 30% delle famiglie con anziani o famiglie con un figlio minorenni acquistano privatamente prestazioni di visita specialistica a fini preventivi; il ricorso alle cure odontoiatriche è una prerogativa soprattutto dei giovani (soli o famiglie con figli).

In termini di spesa, i farmaci rappresentano l'onere maggiore, pari al 38,5% del totale della spesa sanitaria privata; seguono le cure odontoiatriche con il 22,3%; la specialistica con il 20,5% (visite specialistiche per finalità preventiva il 14,1%, specialistica per cura e riabilitazione - visite, esami laboratorio e

diagnostica - con il 6,2%), protesi e ausili con il 7,9%, articoli sanitari con il 6,7%, assistenza LTC con il 3,7% ed infine attività di assistenza ospedaliera con l'1,5%.

Mettendo in relazione il tasso di adesione alla prevenzione, indicatore di sintesi di coperture vaccinali e *screening* (mammella, colon-retto e cervice uterina), con la quota di famiglie che spendono privatamente per visite specialistiche a fini preventivi e la quota di spesa sanitaria destinata a queste ultime (Figura 5a.7.), emerge come in tutte le realtà del Mezzogiorno, ad esclusione di Basilicata e Campania, il non elevato tasso di adesione alla prevenzione sia associato anche ad una contenuta quota di consumi privati, che si colloca nel *range* 26-37% per tutti i quintili di consumo; il basso ricorso è quindi probabilmente attribuibile ad un aspetto culturale e non di una carenza di offerta pubblica.

In altre realtà, quali Abruzzo, Liguria e Lombardia, che hanno tassi di adesione e quota di spesa sanitaria destinata alle visite specialistiche a fini preventivi in linea con la media nazionale (62,3% e 14,1% rispettivamente), sembrerebbe che il ricorso al privato sia una scelta del cittadino, magari per una questione di compatibilità oraria, scelta dello specialista, ridotti tempi di attesa ecc.. Nelle restanti realtà,

con livelli di adesione alla prevenzione superiori al valore Italia, sembrerebbe che la maggiore quota di spesa privata destinata alle visite specialistiche (per prevenzione) consenta un ingresso nel percorso di

cura (fase del sospetto diagnostico) più “allineato” alle preferenze del cittadino (tempi di attesa minori, scelta del professionista ecc.) (Figura 5a.6.).

Figura 5a.7. Composizione della spesa media annua “effettiva” delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e quintile di consumo. Anno 2022

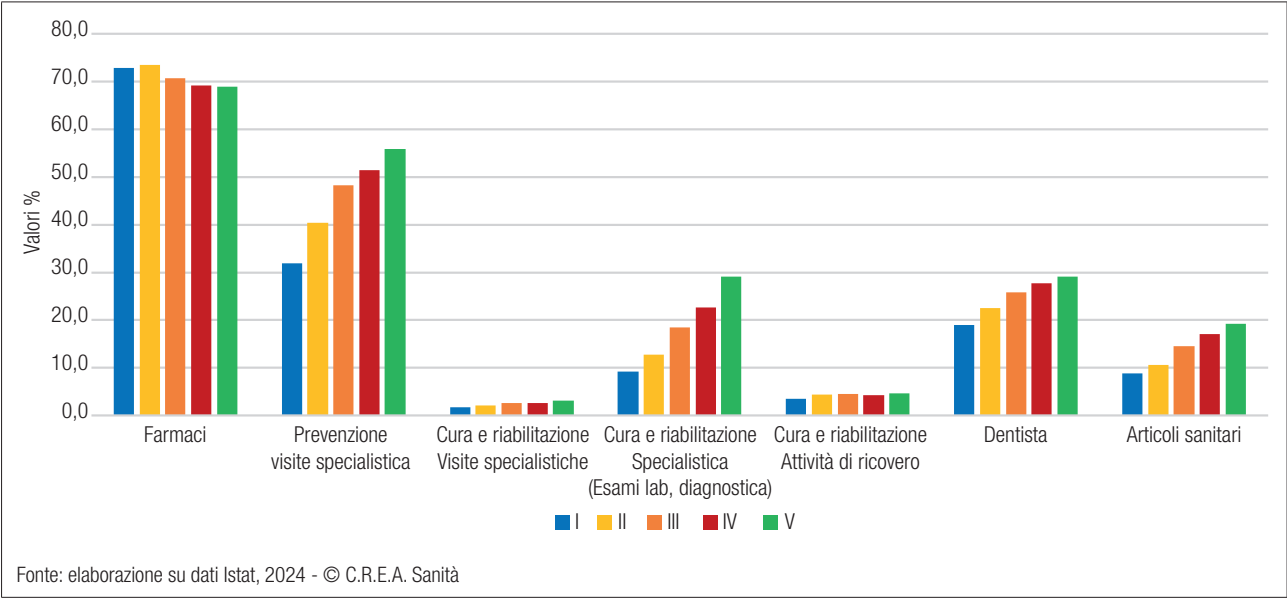


Figura 5a.8. Composizione della spesa media annua “effettiva” delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia di bene e di famiglia. Anno 2022

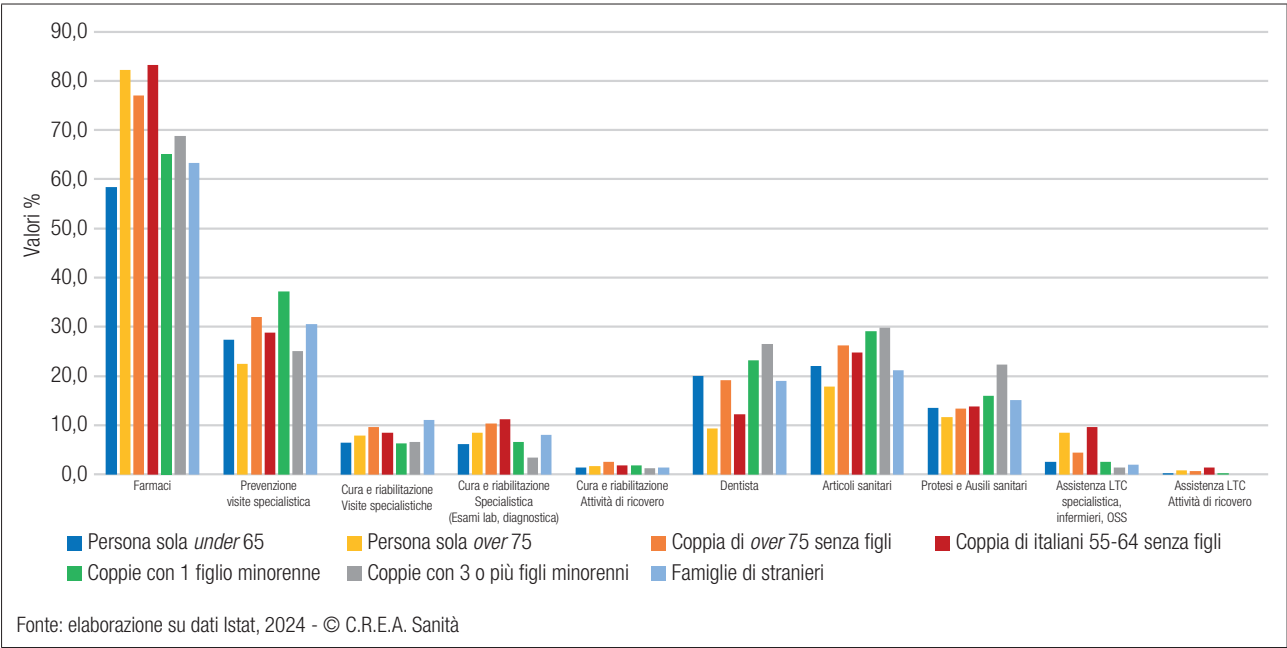


Figura 5a.9. Quota famiglie che spendono privatamente per visite specialistiche vs Quota consumi sanitari destinati a tale spesa. Anno 2022

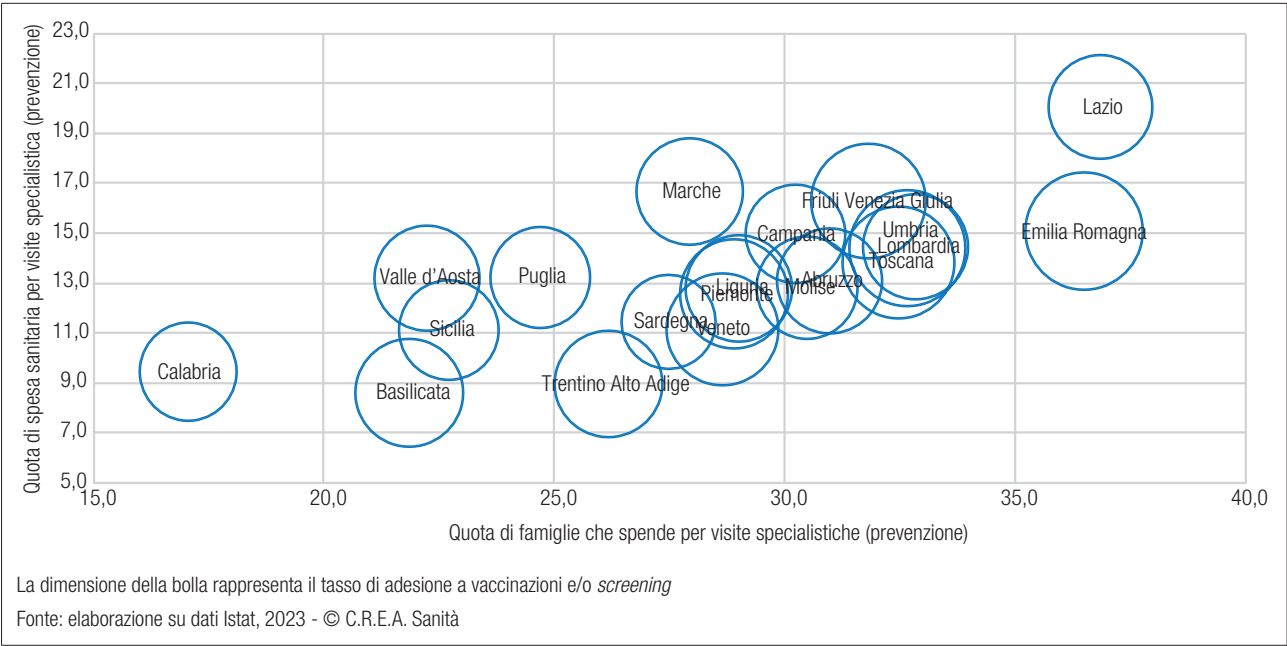
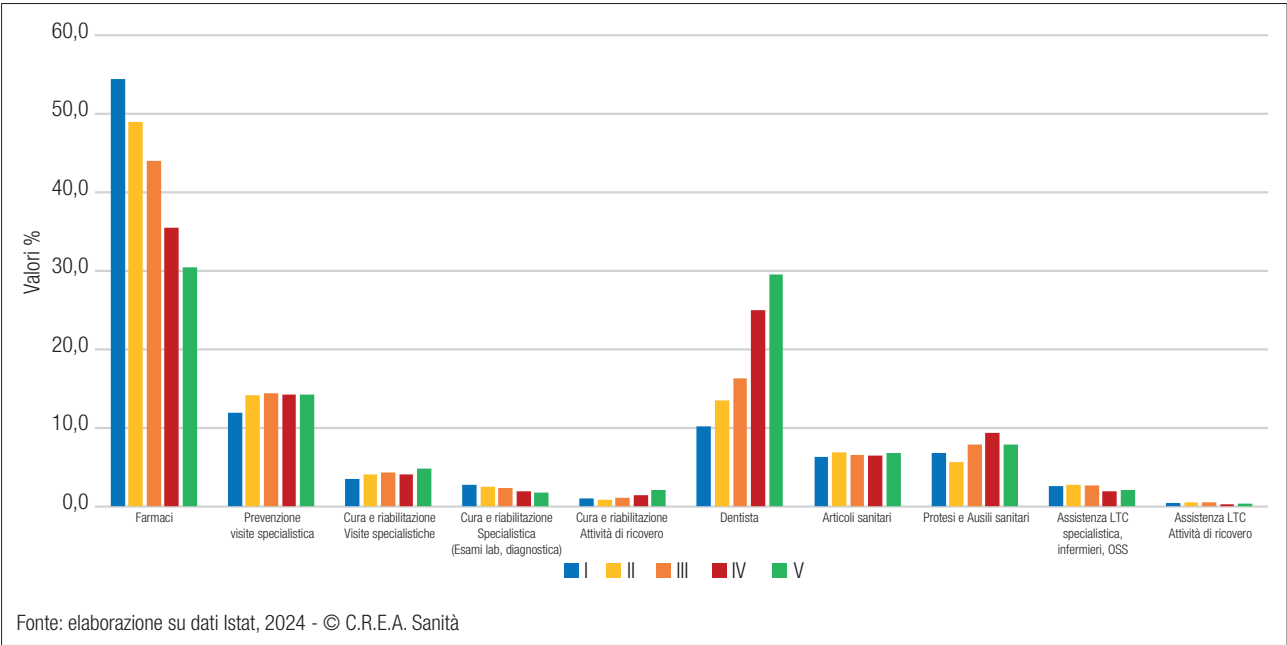


Figura 5a.10. Composizione della spesa media annua “effettiva” delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e quintile di consumo. Anno 2022



Prendendo in considerazione l'aspetto geografico, la spesa farmaceutica incide maggiormente nel Mezzogiorno (47,2%), quella per il dentista nel Nord-

Est (29,4%); per le restanti voci non si riscontrano importanti differenze di incidenza tra le diverse ripartizioni.

Un *trend* simile si riscontra nell'analisi per quintile di consumo: per la spesa farmaceutica l'onere rappresenta il 54,4% del totale per le famiglie del I quintile ed il 30,4% per quelle dell'ultimo; la spesa per il dentista il 10,2% per le famiglie del I ed il 29,5% per quelle dell'ultimo; per le restanti voci di spesa l'incidenza sostanzialmente non varia al variare della capacità di spesa delle famiglie (Figura 5a.10.).

Analizzando l'onore delle diverse voci a seconda della tipologia di famiglia, si osserva che farmaci e specialistica rappresentano oltre il 60% della spesa sanitaria degli anziani (sia soli che in coppia); nelle famiglie con figli e nelle persone sole *under* 65 anni, oltre il 60% dell'onere è destinato ai farmaci e al dentista (Figura 5a.11.).

Nelle analisi finora presentate va tenuto presente che l'onere a carico delle famiglie è al lordo delle detrazioni fiscali previste e potrebbe contenere una quota di spesa che, un cittadino che si avvale di una polizza individuale o collettiva con rimborso in indiritta, anticipa in fase di erogazione della prestazione ed in seguito gli viene rimborsata dalla compagnia assicurativa/fondo.

Il ricorso all'assicurazione sanitaria aumenta con l'aumentare della capacità di spesa della famiglia e viene effettuato in maggior misura dalle coppie giovani senza figli.

Alla spesa sostenuta privatamente dalle famiglie per ambito prettamente sanitario si affianca quella relativa all'acquisto di prestazioni assistenziali di ambito socio-sanitario rivolti ad anziani e disabili, ovvero per personale convivente per assistenza ad anziani e/o disabili, per servizi di assistenza privata a domicilio ad anziani e/o disabili, per servizi di assistenza sociale a domicilio ad anziani e/o disabili, per servizi di natura prevalentemente socio-assistenziale ad anziani e/o disabili e per case di riposo e/o centri residenziali per anziani e/o disabili.

Dall'indagine sulla Spesa delle Famiglie risulta che, in Italia, nel 2022, 255.052 nuclei familiari hanno dichiarato di aver sostenuto tale spesa privatamente.

Si tratta dell'1,0% delle famiglie residenti, il 69,7% delle quali appartiene ai quintili di consumi medio alti (IV e V), delle quali oltre la metà (56,2%) risiedono

al Nord.

L'onere complessivo ammonta a € 2,3 mld., di cui il 55,0% per servizi di assistenza sociale a domicilio ad anziani e/o disabili, il 20,4% per personale convivente per assistenza ad anziani e/o disabili, il 20,3% per case di riposo e/o centri residenziali per anziani e/o disabili, il 2,7% per servizi di natura prevalentemente socio-assistenziale ad anziani e/o disabili ed il restante 1,6% per servizi di assistenza sociale a domicilio ad anziani e/o disabili.

5a.3. L'equità dei SSR

La "fairness" dei SSR

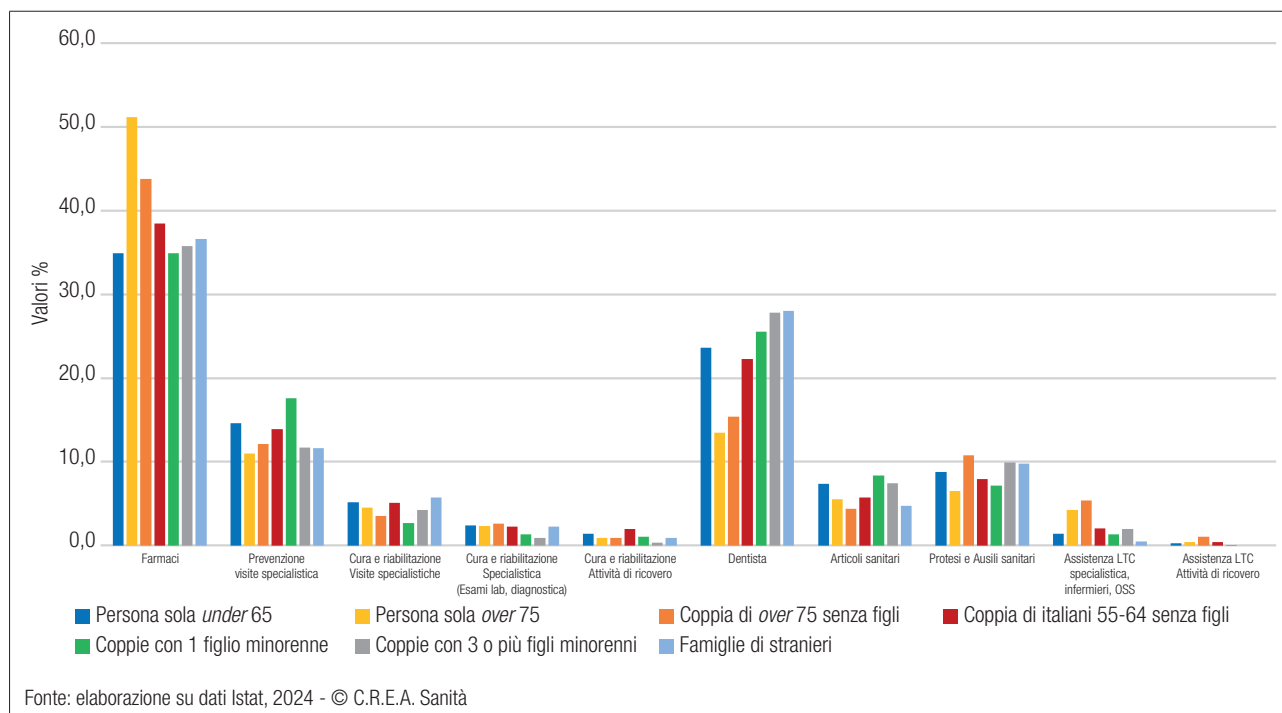
In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, sono stati costruiti l'indice di impoverimento, di "catastroficità" e di disagio economico (per cause sanitarie) delle famiglie italiane, al fine di valutare la capacità del sistema pubblico di tutelare i cittadini dagli oneri economici della malattia.

Nel 2022 risultano impoverite a causa delle spese sanitarie, utilizzando le soglie di povertà relativa dell'Istat, 374.198 famiglie italiane (l'1,4% delle famiglie ed l'1,9% se si considerano solo quelle che sostengono spese sanitarie).

In termini geografici, le famiglie residenti nel Mezzogiorno sono le più colpite: l'incidenza risulta essere del 2,7%, contro l'1,1% di quelle del Centro, lo 0,7% di quelle del Nord-Est e lo 0,8% di quelle del Nord-Ovest. Considerando le sole famiglie che sostengono spese sanitarie l'impatto nel Mezzogiorno è quasi quattro volte quello registrato nel Nord e più del doppio di quello registrato nel Centro.

Calabria, Molise, Puglia e Basilicata risultano essere le Regioni con l'incidenza maggiore del fenomeno: rispettivamente pari al 3,7%, 3,2%, 3,0% e 3,0% delle famiglie residenti; Trentino Alto Adige, Emilia Romagna e Veneto, invece quelle con la minore incidenza: 0,3%, 0,4% e 0,6% rispettivamente.

L'impoverimento coinvolge esclusivamente le famiglie dei quintili più bassi (I e II): il 7,2% di quelle del I quintile che sostengono spese per consumi sanitari e il 3,7% di quelle del II (Figura 5a.13.).

Figura 5a.11. Quota famiglie impoverite, per tipologia di famiglia. Anno 2022

Inoltre, l'impoverimento interessa soprattutto le coppie di anziani *over 75* (2,6% di quelle che spendono privatamente), gli anziani soli (2,1%) e le famiglie con tre o più figli (2,6%).

Analizzando la composizione dei consumi sanitari delle famiglie impoverite si osserva come destinino ai farmaci, alle cure odontoiatriche e all'assistenza LTC una quota superiore a quella media (38,6%, 27,3% e 3,7% rispettivamente), rimanendo in linea con la media nazionale per le altre voci.

Altre 52.973 famiglie (0,1%) sono a rischio di impoverimento, ovvero un aumento del 10% del loro livello di spesa sanitaria attuale li porterebbe in uno stato di povertà. Sono a rischio lo 0,7% delle famiglie del Centro che spendono privatamente per la sanità e lo 0,3% di quelle residenti nel Mezzogiorno; e dei quintili meno abbienti (0,8% del I quintile e 0,5% del II quintile). Le famiglie con stranieri e le coppie con un figlio sono le più esposte a tale rischio.

Se l'aumento della spesa fosse di minore entità (5% rispetto all'attuale), 26.835 (0,1%) famiglie in più si impoverirebbero.

In sintesi, il fenomeno dell'impoverimento colpisce soprattutto i residenti nel Sud del Paese, e sono

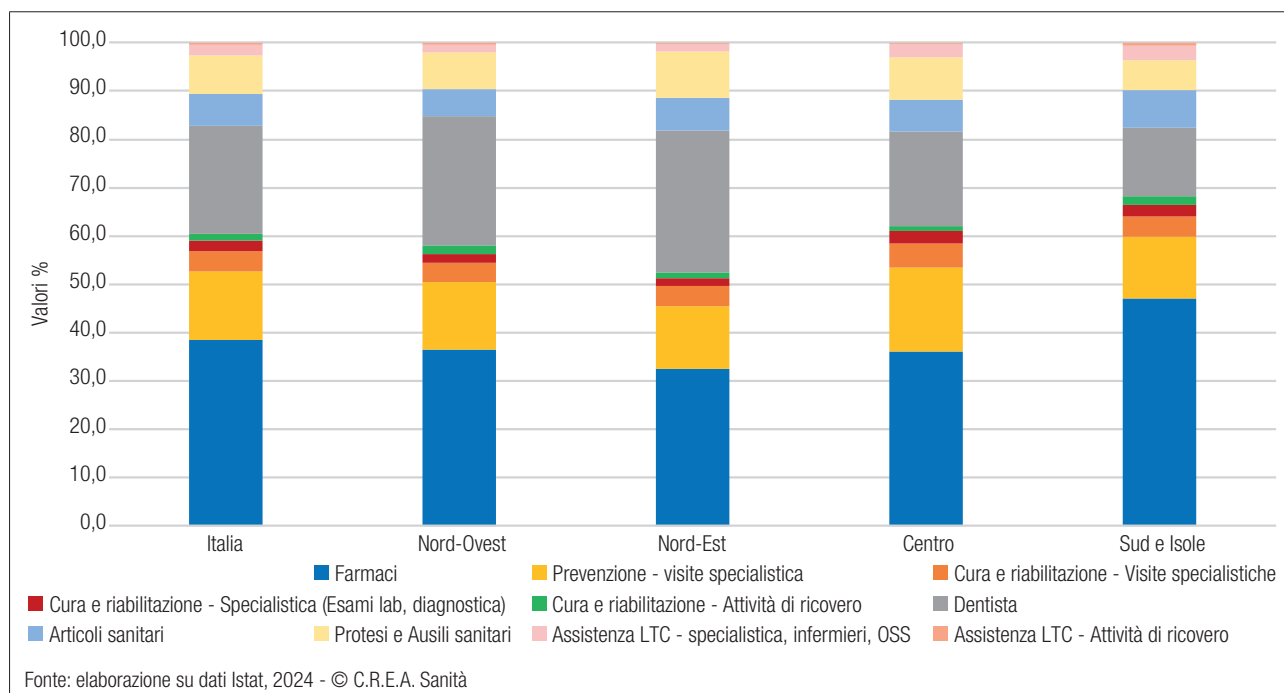
a rischio anche quelli residenti nel Centro del Paese, i più "fragili", ovvero le famiglie dei primi quintili di consumo, e gli *over 75* anni (famiglia monocomponente o coppia), e le famiglie con un minore. I farmaci e l'assistenza LTC per gli anziani, ma soprattutto il dentista per le famiglie con figli, continuano ad essere la causa primaria di impoverimento.

Al fine di quantificare il vero disagio economico delle famiglie, a partire dal 2015 è stato introdotto l'indicatore del disagio economico delle famiglie dovuto a consumi sanitari, che somma il fenomeno dell'impoverimento dovuto alle spese sanitarie, alle "rinunce" per motivi economici a tali tipologie di spese.

Secondo questo indicatore, nel 2022, il 5,9% del totale dei nuclei (oltre 1,55 milioni di famiglie, ovvero 2,43 milioni di persone) registrano un disagio economico legato alle spese sanitarie (Figura 5a.14.).

L'incidenza del fenomeno è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,7%), segue il Nord-Ovest con il 5,1% ed il Centro con il 4,6%; il Nord-Est risulta essere la ripartizione meno colpita: il 3,8% versa in tale stato (Figura 5a.12.).

Figura 5a.12. Composizione della spesa media annua “effettiva” delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e ripartizione geografica. Anno 2022



Campania, Calabria e Puglia risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto ai consumi sanitari: rispettivamente il 10,5%, il 10,4% e il 10,2%; all'estremo opposto troviamo Liguria, Trentino Alto Adige ed Emilia Romagna con rispettivamente l'1,8%, il 2,8% ed il 31,% di famiglie colpite.

Il disagio economico colpisce tutti i quintili di consumo, sebbene incida maggiormente (14,8%) nel I quintile, 7,5% nel II quintile, 3,2% nel III, 2,2% nel IV e 1,7% nell'ultimo.

Analizzando il fenomeno per tipologia di famiglie, si osserva come colpisce in particolare le famiglie di

stranieri, le coppie con tre o più figli e le monocomponenti con meno di 65 anni: 13,6%, 7,9% e 8,7% rispettivamente.

Considerando le famiglie che sono a rischio di rinuncia e/o di impoverimento, si identificano circa 95.000 famiglie a rischio di disagio economico lo 0,9% di quelle del Mezzogiorno che spendono privatamente per la sanità e lo 0,5% di quelle del Centro.

Mettendo in relazione la deprivazione materiale e sociale³ con il disagio economico per le spese sanitarie si osserva una forte (85%) correlazione positiva: all'aumentare della quota di famiglie con deprivazione aumenta anche quella di quelle con disagio eco-

³ Grave deprivazione materiale e sociale - Europa 2030: Percentuale di persone in famiglie che registrano almeno sette segnali di deprivazione materiale e sociale su una lista di tredici (sette relativi alla famiglia e sei relativi all'individuo) indicati di seguito. Segnali familiari: 1) non poter sostenere spese impreviste (l'importo di riferimento per le spese impreviste è pari a circa 1/12 del valore della soglia di povertà annuale calcolata con riferimento a due anni precedenti l'indagine); 2) non potersi permettere una settimana di vacanza all'anno lontano da casa; 3) essere in arretrato nel pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di prestito; 4) non potersi permettere un pasto adeguato almeno una volta ogni due giorni, cioè con proteine della carne, del pesce o equivalente vegetariano; 5) non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione; 6) non potersi permettere un'automobile; 7) non poter sostituire mobili danneggiati o fuori uso con altri in buono stato. Segnali individuali: 8) non potersi permettere una connessione *internet* utilizzabile a casa; 9) non poter sostituire gli abiti consumati con capi di abbigliamento nuovi; 10) non potersi permettere due paia di scarpe in buone condizioni per tutti i giorni; 11) non potersi permettere di spendere quasi tutte le settimane una piccola somma di denaro per le proprie esigenze personali; 12) non potersi permettere di svolgere regolarmente attività di svago fuori casa a pagamento; 13) non potersi permettere di incontrare familiari e/o amici per bere o mangiare insieme almeno una volta al mese. Fonte: Istat, Indagine Eu-Silc

nomico per spese sanitarie. Sono inoltre degne di nota situazioni di Regioni, quali ad esempio Marche e Piemonte che, pur avendo una contenuta quota di famiglie con deprivazione materiale e sociale hanno livelli di disagio superiori (fino a 3 volte) a quelli di Regioni con pari livello di deprivazione (Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna). Il confronto conferma il basso livello di “protezione”

per l’accesso alle cure, in primis per le realtà con la maggiore quota di famiglie deprivate, che dovrebbero già avere una importante quota di esenzioni alla compartecipazione alla spesa per reddito, e poi anche per altre realtà che, pur avendo una minore incidenza di deprivazione, hanno una importante la quota di famiglie con disagio economico per le spese sanitarie (Figura 5a.15.).

Figura 5a.13. Quota famiglie impoverite, per quintile di consumo. Anno 2022

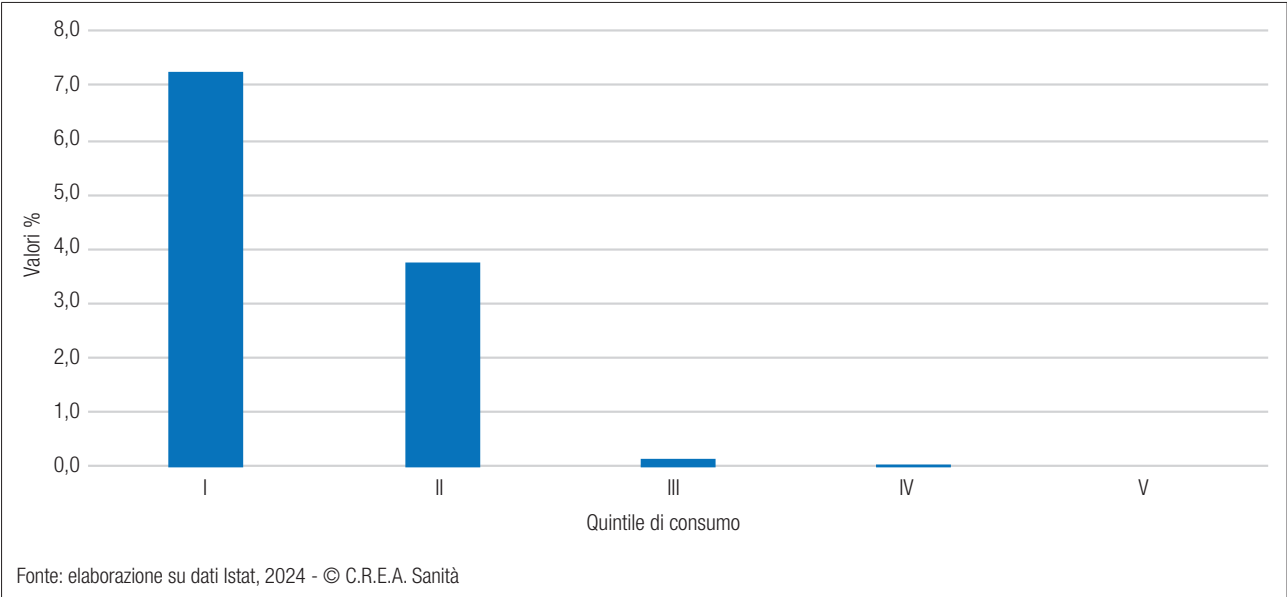


Figura 5a.14. Quota di famiglie soggette a disagio economico per cause sanitarie. Anno 2022

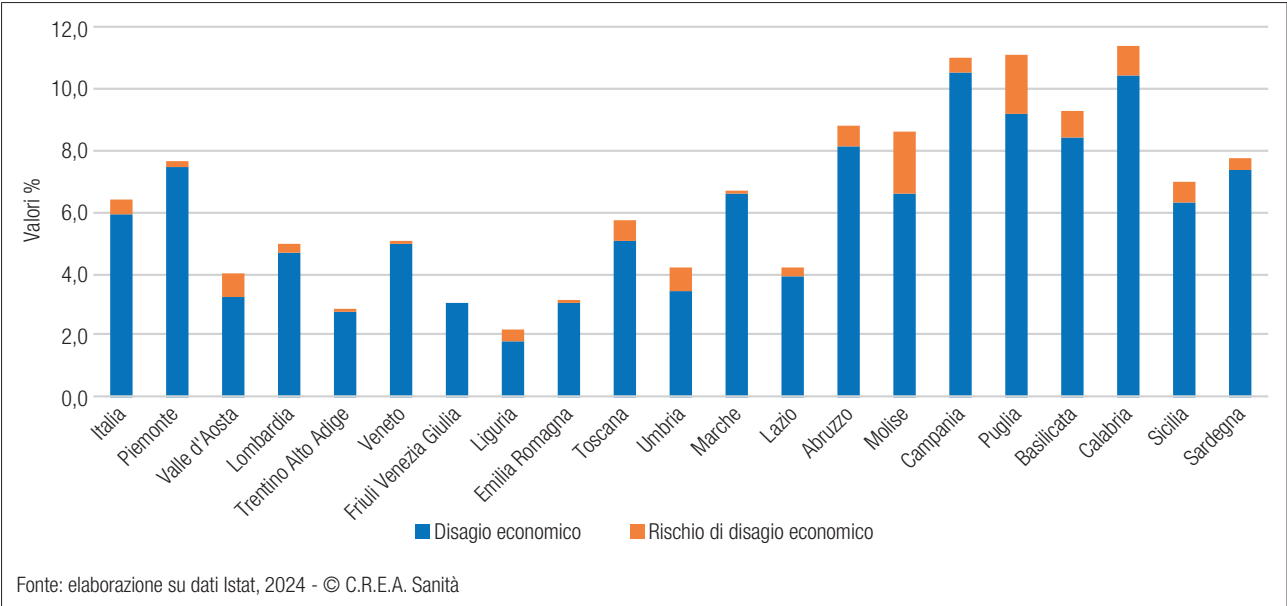
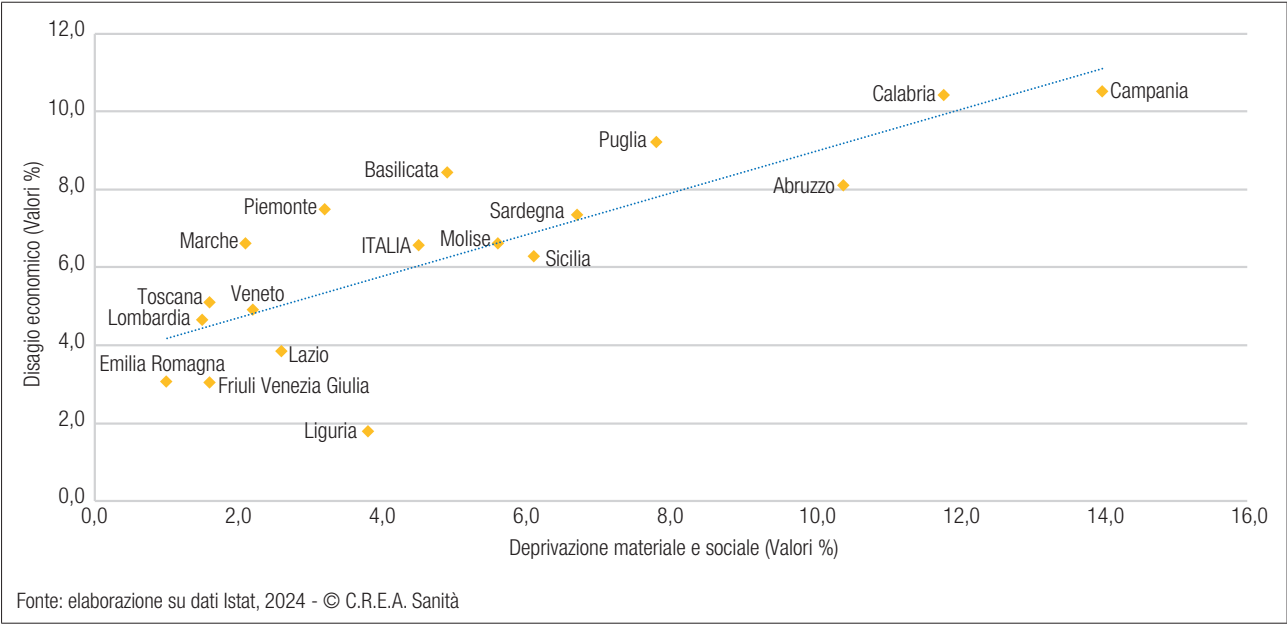


Figura 5a.15. Quota famiglie deprivate vs Quota famiglie con disagio economico. Anno 2022



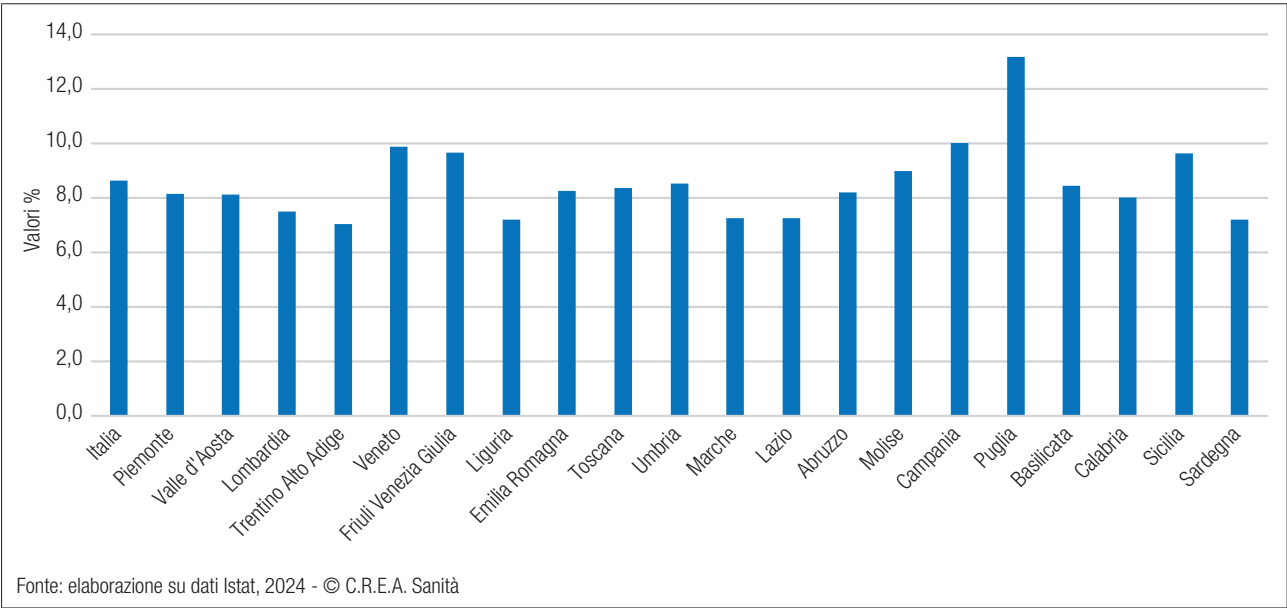
Infine, si sono considerate le spese sanitarie che incidono per oltre il 40% della *Capacity To Pay* (calcolata come i consumi totali della famiglia al netto delle spese di sussistenza, identificate con la soglia di povertà assoluta dell'Istat) delle famiglie, che sono definite spese “catastrofiche”.

In questa edizione, al fine di determinare le spese

di sussistenza, sono state adottate le nuove soglie di povertà assoluta dell'Istat.

Il fenomeno delle spese “catastrofiche” coinvolge l'8,6% delle famiglie residenti (11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie), ovvero 2,3 milioni di nuclei.

Figura 5a.16. Quota famiglie soggette a spese “catastrofiche”. Anno 2022



Il Mezzogiorno continua ad essere la ripartizione più colpita, con il 9,9% delle famiglie, segue il Nord-Est con il 9,0% il Nord-Ovest ed il Centro con il 7,0%.

Le Regioni più colpite dal fenomeno sono Puglia e Campania (13,2% e 10,0% rispettivamente); Trentino Alto Adige e Liguria le meno colpite: con rispettivamente il 7,2% e 7,0% (Figura 5a.16.).

Le famiglie che sostengono spese “catastrofiche” sono presenti in tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente in quelli centrali; sono l'11,0% del III, il 10,1% di quelle del II e IV, il 6,6% di quelle del I, e il 4,1% di quelle dell'ultimo.

Analizzando il fenomeno per tipologia di famiglie, si osserva come le più esposte alle spese “catastrofiche” sono quelle degli anziani *over 75* (soli o in coppia): l'incidenza risulta rispettivamente del 15,1% e 17,7%.

Le famiglie soggette a spese “catastrofiche” destinano il 34,9% dei propri consumi sanitari alle cure odontoiatriche, il 31,2% ai farmaci e il 15,7% all'assistenza specialistica, di cui 9,9% per visite a fini preventivi.

In sintesi, il fenomeno delle spese “catastrofiche”, colpisce in particolare il Mezzogiorno ed il Nord-Est e le famiglie dei quintili centrali di consumi; le spese per il dentista rimangono la principale destinazione delle spese “catastrofiche”.

5a.4. Riflessioni finali

Nel 2023, si è registrata una crescita dei consumi totali delle famiglie, in valore corrente, del +4,3% ma in termini reali si sono ridotti del -1,5% (inflazione pari al +5,9%), a differenza del biennio precedenti in cui erano rimasti sostanzialmente invariati in termini reali.

Il consumo sanitario medio di una famiglia è cresciuto nell'ultimo anno del +3,8%, a fronte di una sostanziale invarianza rispetto al biennio 2021-2022.

Nel 2022 (ultimo anno disponibile per effettuare analisi disaggregate) il 73,5% delle famiglie italiana ha ricorso a spese private sanitarie: livello di ricorso che aumenta all'aumentare della capacità di consumo delle famiglie; vi ricorrono soprattutto le coppie giova-

ni (85,9%) e gli *over 75* senza figli (80,8%); meno l'*under 65* solo (58,1%) e le famiglie di stranieri (60,9%).

La quota di spesa destinata ai consumi sanitari risulta positivamente correlata ai consumi totali e, quindi, presumibilmente anche alle disponibilità delle famiglie; ma l'incidenza delle spese destinate alla Sanità da parte delle famiglie dei quintili più bassi ha raggiunto il 5,7%, a fronte del 4,6% di quelle dell'ultimo. Il *gap* di spesa tra i quintili di consumo estremi nel caso dei consumi sanitari è inferiore a quello che si registra per i consumi totali (3 vs 4), identificando uno scenario “negativo” di redistribuzione: in una logica solidaristica, l'attesa sarebbe che, per effetto della garanzia di accesso che i SSR dovrebbero garantire alle famiglie meno “abbienti”, il *gap* registrato per la spesa sanitaria sia superiore a quello registrato per il totale dei consumi.

Dopo i farmaci, il ricorso maggiore da parte delle famiglie è per l'acquisto di visite specialiste preventive (extra percorso di cura): il 30,2% delle famiglie lo fa; segue l'acquisto di prestazioni specialistiche relative al percorso di cura e riabilitazione, effettuato dal 18,2% delle famiglie che sostengono spese sanitarie private.

Dall'analisi dei consumi si conferma come la quota di famiglie che ricorre a spese per specialistica e per il dentista aumenta con la loro disponibilità economica.

Farmaci e specialistica rappresentano oltre il 60% dell'onere per gli anziani (soli o in coppia), mentre per le famiglie con figli è la spesa per le cure odontoiatriche la seconda voce dopo i farmaci, seguita dalla specialistica.

La spesa media effettiva familiare per consumi sanitari, ovvero quella calcolata sui soli nuclei che la sostengono, ammonta a € 1.848,2, rappresentato il 5,5% dei consumi di tali famiglie.

Nel periodo 2021-2022 la spesa media familiare è rimasta sostanzialmente invariata, sebbene il dato aggregato fornito dall'Istat anticipi l'aumento del +4,3% per l'anno 2023. A questo fenomeno si associa il fenomeno delle “rinunce” alle spese per consumi sanitari, che ha interessato tutti (1,17 nuclei ovvero 2,4 milioni di residenti) ma in particolare i meno abbienti. Inoltre, 67.150 nuclei sono a rischio di rinuncia, ovvero sono già impoveriti a causa delle

spese sanitarie ed hanno dichiarato di aver ridotto i loro consumi sanitari.

Sono esposti a rischio i residenti al Sud (0,7% delle famiglie ivi residenti), e le famiglie dei quintili medio-bassi (II e III), le famiglie “fragili” (con tre o più figli e le coppie di anziani *over* 75).

In termini di distribuzione della spesa per tipologia, è degno di nota come l'incidenza della spesa per visite specialistiche a fini preventivi/extra percorso di cura non vari con la capacità di spesa delle famiglie, attestandosi intorno a circa il 20%. Tale scenario è probabilmente interpretabile con un “bisogno” di dover ricorrere privatamente nella fase preliminare al percorso di cura e riabilitazione (visite specialistiche, diagnostica, ricovero ecc.) vero e proprio, per il quale, invece, il ricorso in termini di quota famiglie è decisamente inferiore e l'onere è progressivo con la capacità di consumo delle famiglie.

Alla spesa prettamente sanitaria, si affianca quella sostenuta per servizi socio-assistenziali che, secondo quanto rinviene dall'indagine “Spesa delle famiglie” (Istat) viene sostenuta da circa 260 milioni di famiglie ed ammonta a € 2,3 mld.. Circa il 70% delle famiglie che la sostiene appartiene ai quintili di consumi medio alti (IV e V), o oltre la metà risiedono al Nord.

Di tutta la spesa quasi l'80% è per servizi di assistenza sociale a domicilio e/o per personale convivente per assistenza ad anziani e/o disabili.

Nel 2022 il fenomeno dell'impoverimento per spese sanitarie private ha colpito 374.198 famiglie italiane (l'1,4% delle famiglie ed l'1,9% se si considerano solo quelle che sostengono spese sanitarie).

Considerando le sole famiglie che sostengono spese sanitarie l'impatto nel Mezzogiorno è quasi quattro volte quello registrato nel Nord e più del doppio di quello registrato nel Centro.

L'impoverimento interessa soprattutto le coppie di anziani *over* 75 (2,6% di quelle che spendono privatamente), gli anziani soli (2,1%) e le famiglie con tre o più figli (2,6%).

A tali nuclei se ne aggiungono 52.973 (0,1%) che sono a rischio di impoverimento, ovvero che lo diventerebbero se aumentassero i loro attuali consumi del 10%.

Sono a rischio le famiglie del Centro (0,7% che

spendono privatamente per la sanità) e del Mezzogiorno (0,3%); sono sempre i meno abbienti ad essere esposti a tale rischio, e le famiglie con stranieri e le coppie con un figlio sono le più esposte a tale rischio.

Se l'aumento della spesa fosse di minore entità (5% rispetto all'attuale), 26.835 (0,1%) famiglie in più si impoverirebbero.

Sommando le rinunce alla spesa e l'impoverimento, si registra un disagio economico dovuto alle spese sanitarie che interessa 1,55 milioni di famiglie (2,43 milioni di residenti).

L'incidenza del fenomeno è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,7%): Campania, Calabria e Puglia risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto ai consumi sanitari; Liguria, Trentino Alto Adige ed Emilia Romagna le meno colpite.

Sono colpite in particolare le famiglie di stranieri, le coppie con tre o più figli e le monocomponenti con meno di 65 anni.

Altri 95.000 nuclei familiari sono a rischio di disagio, ovvero a rischio di rinuncia o di impoverimento, e sono localizzati nel Mezzogiorno e nel Centro del Paese.

All'aumentare della quota di famiglie con deprivazione materiale e sociale aumenta la quota di quelle con disagio economico dovuto a spese sanitarie, sebbene ci sono realtà che, pur registrando un basso livello di deprivazione, presentano un importante livello di disagio economico dovuto a spese sanitarie. Il fenomeno fa emergere chiaramente da una parte la non piena capacità protettiva del meccanismo di esenzione per reddito, dall'altra l'esigenza da parte di alcune realtà regionali di dover ricorrere a spese private anche in maniera più che proporzionale alle capacità di consumo.

Il fenomeno della “catastroficità” interessa il 18,6% delle famiglie residenti (11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie), ovvero 2,3 milioni di nuclei, colpisce maggiormente il Mezzogiorno e il Nord-Est; colpisce tutti i quintili di consumi ed in particolare quelli centrali e le spese odontoiatriche ne rappresentano la maggiore causa.; i più “fragili” risultano essere gli anziani, soli o in coppia.

In sintesi, tutti gli indicatori di equità elaboratori

evidenziano un quadro di iniquità del nostro sistema, con una importante variabilità a livello regionale.

Le fasce più colpite risultano essere gli anziani (soli o in coppia) e le famiglie con tre o più figli. Le coppie giovani senza figli sono quelle che aderiscono in maggior misura a forma assicurative, sebbene in proporzione alle capacità di consumo.

Le spese per cure dentistiche e la specialistica, in particolare quella relativa alle visite specialistiche per prevenzione e/o extra percorso di cura e riabilitazione, rappresentano le maggiori cause di iniquità.

L'importante livello di disuguaglianze condiziona fortemente la capacità di accesso e quindi di tutela della propria Salute, confermando l'idea che politiche equitative efficaci devono essere ritagliate sulle specificità dei settori di intervento, oltre che dei bisogni e dei comportamenti degli individui. Alla luce della constatazione del ricorso alle spese sanitarie private, per motivi anche relativi a maggiore "como-

dità" di accesso (scelta dello specialista, dell'orario, tempi ridotti di accesso, ecc.), sicuramente forme di intermediazione alla spesa potrebbero "alleviare" il problema del disagio economico sulle famiglie, anche per quella fascia di popolazione che non ha una esenzione (per reddito o per patologia), sebbene, anche per chi c'è l'ha, sembra risultare "incapiente", alla luce del basso livello di protezione che viene registrato anche nei quintili più bassi, ed in particolare per l'accesso al percorso di cura, per l'assistenza LTC e per le cure odontoiatriche.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità Istat (anni vari), Indagine 'Spesa delle famiglie' Istat (2024), Report Spesa delle famiglie Istat (2024), Benessere Equo e Sostenibile

Sintesi

CAPITOLO 5b

Opportunità di tutela della salute: le *Performance Regionali*

d'Angela D.¹, d'Angela C.², Carrieri C.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.³

Il Capitolo 5b, riassume lo studio “*Opportunità di tutela della Salute: Le Performance Regionali*”, promosso da C.R.E.A. Sanità nel 2012, al fine di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie e sociali, con la finalità ultima di promuovere miglioramenti nelle opportunità di tutela socio-sanitaria (intesa in senso lato) offerte nei diversi luoghi di residenza regionale.

La metodologia adottata riconosce la natura multidimensionale della *Performance*, nonché l'esistenza di diverse prospettive, di cui sono portatori gli *stakeholder*, del sistema socio-sanitario; la valutazione è supportata da un *Expert Panel* “*multi-stakeholder*” a cui partecipano attualmente 104 rappresentanti delle Istituzioni, del *Management Aziendale*, delle Professioni sanitarie, degli Utenti e dell'Industria medica.

L'indice unico di *Performance* viene determinato sulla base della metodologia sviluppata da C.R.E.A. Sanità, descritta nei *report* delle diverse edizioni; in particolare, il *Panel* è chiamato a:

- individuare le Dimensioni della *Performance*
- individuare un *set* di indicatori rappresentativo delle suddette dimensioni di *Performance*
- elicitar il “valore” attribuito alle determinazioni degli indicatori
- elicitar il “valore relativo” attribuito ai diversi indicatori
- elaborare dall'indice sintetico di *Performance*, secondo le diverse prospettive e del relativo contributo delle diverse Dimensioni.

In aggiunta alla misurazione della *Performance*, quest'anno è stata determinata la sua dinamica nel

medio periodo (ultimo quinquennio).

Inoltre, nella edizione 2024 (XII), il *Panel* ha anche proceduto a selezionare un sottogruppo di indicatori specificatamente scelti per il futuro monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata (AD) in Sanità, ovvero finalizzati a realizzare una prima sperimentazione utile a valutarne il “verso” degli effetti di eventuali modifiche istituzionali, identificando eventuali criticità nei diversi “livelli” di *governance*: nazionale, regionale e locale.

Nello specifico il *Panel* ha selezionato dal *set* completo di indicatori della misura della *Performance*, un sottogruppo di dieci indicatori.

La metodologia proposta prevede una misura di impatto dell'AD che si basa sul confronto del *gap* di dinamiche nei diversi gruppi, quando verrà concessa l'AD, prima e dopo la sua introduzione, ottenendo così una misura del suo impatto.

Nello specifico, le dinamiche, per ogni indicatore, e per ognuno dei due gruppi di Regioni, vengono confrontate in varie modalità, e poi ulteriormente sintetizzate in una unica variazione media, “semplice” o ponderata con i “pesi” attribuiti dal *Panel* agli indicatori, identificato come “Indice Sintetico Ponderato” (ISP).

Tale indice può assumere un valore compreso tra -1 e 1 ed è rappresentativo del rapporto tra le aree di peggioramento e di miglioramento nel periodo considerato: il valore 0 è indicativo di una complessiva compensazione fra i miglioramenti e peggioramenti regionali; un valore positivo è indicativo di una prevalenza di miglioramento, ed uno negativo di una prevalenza di peggioramento (1 e -1 nel caso si registrino

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

² C.R.E.A. Sanità

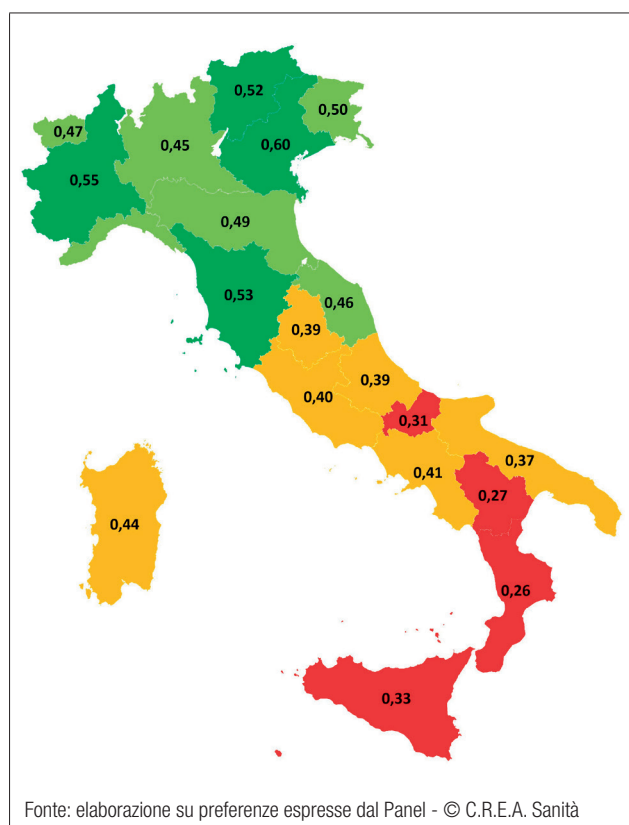
³ Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, C.R.E.A. Sanità

rispettivamente solo miglioramenti o peggioramenti).

La valutazione 2024 delle *Performance* regionali, in tema di opportunità di tutela socio-sanitaria offerta ai propri cittadini, oscilla da un massimo del 60% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 26%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Calabria.

Si conferma come, a parere del *Panel*, i livelli di *Performance* regionali risultino ancora significativamente distanti da un *target* ottimale.

Indice di Performance (0 Perf. peggiore -1 Perf. ottima)



Il divario fra la prima e l'ultima Regione è decisamente rilevante: un terzo delle Regioni non arriva ad un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: quattro Regioni, Veneto, Piemonte, P.A. di Bolzano e Toscana, raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 60,2%,

55,3%, 53,6% e 52,9%).

Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Lombardia presentano livelli dell'indice di *Performance* abbastanza omogenei, compresi tra il 50% ed il 45%:

Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia, hanno livelli di *Performance* compresi nel range 37-44%.

Infine, Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria, si attestano su livelli di *Performance* inferiori al 35% del massimo raggiungibile.

Le Dimensioni Appropriatelyzza, Esiti e Sociale contribuiscono per oltre il 60% alla *Performance*: rispettivamente per il 26,6%, 23,9% e 16,2%; segue la Dimensione Innovazione (11,4%), mentre le Dimensioni Equità ed Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 11,2% ed il 10,7%.

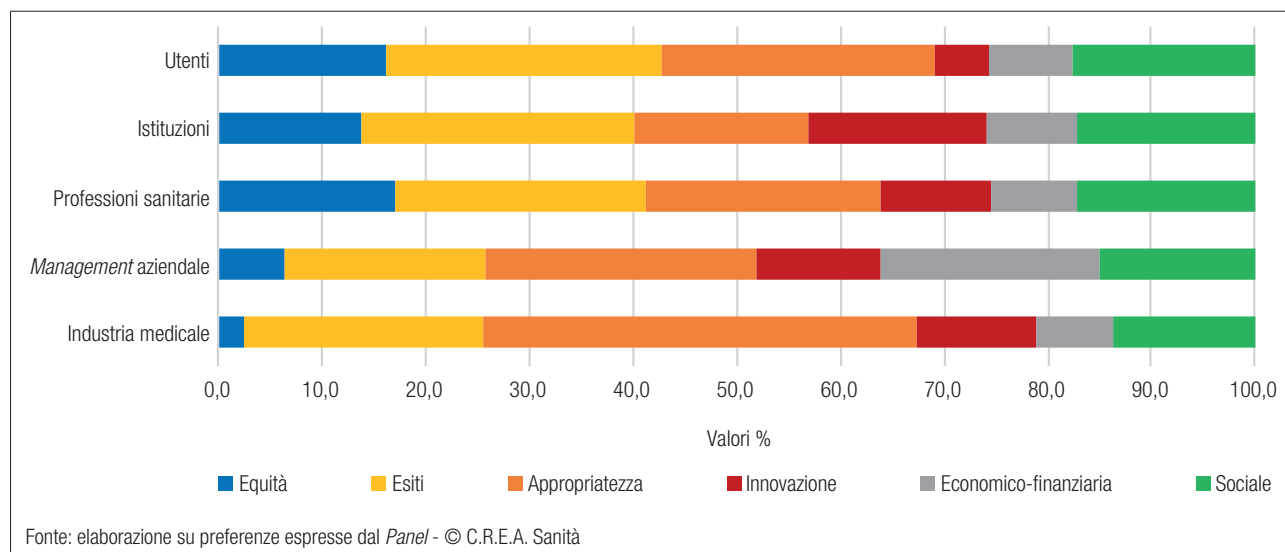
Sebbene con alcune apprezzabili differenze quantitative, gli Esiti e l'Appropriatelyzza (quest'ultima con l'eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni) sono nelle prime tre posizioni per tutte le categorie di *stakeholder*; la Dimensione Sociale anche, ma con l'eccezione dei rappresentanti del *Management* aziendale.

La Dimensione Equità è in quarta posizione per tutte le categorie di *stakeholder* e l'Economico-finanziaria è tra le ultime due per tutte le categorie, ad eccezione del *Management* Aziendale, per il quale è al secondo posto dopo l'Appropriatelyzza.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione notevole del "peso" associato alla Dimensione Equità pari a -10,9 punti percentuali (p.p.); si riduce ancora anche il peso delle Dimensioni Economico-finanziaria (-1,4 p.p.); rimane quasi costante quello dell'Innovazione (-0,1 p.p.); aumenta, in modo complementare, il contributo di Esiti, Appropriatelyzza e Sociale (+10,1, +1,7 e +0,5 p.p. rispettivamente).

La dinamica dei "pesi" rispetto alla precedente edizione, in particolare l'incremento di Esiti, Appropriatelyzza e Sociale, sembra poter essere messa in relazione con il fatto che, in un modello organizzativo che si sta evolvendo (D.M. n. 77, PNRR, ecc.), la priorità appare essere il monitoraggio degli Esiti e dell'appropriatelyzza di presa in carico nel *setting* extra-ospedaliero (Assistenza Domiciliare Integrata ecc.).

Contributo delle Dimensioni alla Performance per categoria



Il “ritorno” della dimensione economica tra le priorità nell’agenda del *Management* delle aziende sanitarie può, invece, essere messo in relazione con le difficoltà gestionali derivanti dalla limitatezza delle risorse.

A livello nazionale, a fronte di un livello complessivo di *Performance* (ottenuto mediando gli indici di *Performance* delle singole Regioni), pari al 43,8% del valore teorico ottimale, nell’ultimo quinquennio si è registrata un miglioramento del 46%; tale miglioramento ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, in maggior misura le Regioni del Mezzogiorno (+75,9% in media), poi quelle del Nord-Est (+44,9%), quelle del Nord-Ovest (+40,9%) e del Centro (+37,4%).

Negli ultimi anni, quindi, sembra essersi registrato una significativa riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute fra Meridione e Settentrione. D’altra parte, rileva che malgrado il *Panel* rilevi un livello attuale della *Performance* ancora lontano da valori ottimali, non sembra che le Regioni con *Performance* migliori riescano a registrare significativi passi avanti: probabilmente ad indicare l’esistenza di limiti strutturali nell’attuale assetto del sistema sanitario.

Infine, è stata sperimentata una estensione della metodologia di valutazione, finalizzata al monitoraggio delle dinamiche degli indicatori di *Performance* registrate in diversi gruppi di Regioni.

L’esercizio condotto è propedeutico all’implementazione di un monitoraggio degli effetti dell’AD in Sanità.

Adottando l’ottica secondo la quale l’elemento chiave, per la valutazione degli effetti della AD, sarà rappresentato dall’aspettativa che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, o almeno non peggioramento attribuibile ai rischi che l’autonomia diventi più competitiva che cooperativa, si è descritta e sperimentata una modalità di monitoraggio degli effetti che si determineranno dopo il riconoscimento dell’AD ad un gruppo di Regioni.

Il sistema di monitoraggio e valutazione, in attesa che si chiariscano i termini di accesso all’AD, è stato esemplificato con tre confronti fra diverse tipologie di Regioni, e si ritiene possa rappresentare in prospettiva un supporto alla programmazione socio-sanitaria, fornendo indicazioni tanto sul “verso” degli effetti di eventuali modifiche istituzionali, quanto sugli eventuali ambiti di azione, nei diversi “livelli” di *governance*: nazionale, regionale e locale.

In sintesi, il Capitolo 5b fornisce una misura delle *Performance* regionali in tema di tutela socio-sanitaria, nonché della sua dinamica nel tempo.

Inoltre, dimostra l’implementabilità di un sistema di monitoraggio e valutazione degli effetti dell’AD, che si ritiene possa rappresentare in prospettiva un supporto valutazione di eventuali modifiche istituzionali.

CAPITOLO 5b

Opportunità di tutela della salute: le *Performance* Regionali

d'Angela D.¹, d'Angela C.², Carrieri C.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.³

La XII annualità del progetto “*Performance Regionali*” 2024 si è posta l'obiettivo di fornire una valutazione delle opportunità di tutela della Salute di cui dispongono i cittadini, grazie all'assistenza sanitaria e sociale erogata nelle diverse Regioni.

La valutazione effettuata, e la misurazione della sua dinamica nel tempo, hanno voluto rappresentare una occasione di riflessione sui diversi fattori che tutelano la popolazione, quali i servizi disponibili, il contesto ambientale, quello socio-economico, ecc.

La tutela socio-sanitaria è altresì associata delle attitudini dei cittadini, sia in termini di scelta di ricorrere a particolari tipologie di consumi privati, sia in termini di stili di vita che gli stessi hanno.

Alla luce di quanto sopra esposto, si giustifica perché il concetto di *Performance* utilizzato nella ricerca è intrinsecamente multidimensionale, e la metodologia applicata adotti una logica multi-prospettica, che permette di apprezzare come gli *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari siano portatori di aspettative (Prospettive) non completamente sovrapponibili in tema di tutela e, quindi, valutano in modo differente le *Performance* di sistema.

Il modello di valutazione utilizzato considera cinque categorie di *stakeholder* (Istituzioni, *Management* aziendale, Industria, Utenti, Professioni sanitarie), rappresentate da esperti riuniti in *Expert Panel*.

Vale la pena di sottolineare l'importanza della valutazione della dinamica della *Performance*, derivante dall'osservazione per cui, assumendo un approccio olistico di Salute e Inclusione, il concetto di tutela è da considerarsi intrinsecamente dinamico,

essendo legato alle modifiche del contesto sociale, economico, culturale e politico: ne segue che anche la misura della *Performance*, in quanto valutazione di livelli di tutela conseguiti o conseguibili, non può che essere dinamica ed evolutiva.

Il *Panel* ogni anno seleziona, quindi, le Dimensioni di Valutazione della *Performance* e gli indicatori che le rappresentano, declinando così le “priorità” strategiche nei diversi periodi.

Il *Panel*, inoltre, procede con un processo di elicitazione delle preferenze: i risultati dell'esercizio alimentano il processo di composizione delle Prospettive e delle Dimensioni, finalizzato alla elaborazione di un indice sintetico di valutazione.

Alla XII annualità del progetto ha contribuito un *Panel* composto da 104 esperti, distribuiti in modo sostanzialmente bilanciato tra le diverse categorie di *stakeholder* e tra le diverse ripartizioni geografiche di provenienza. In particolare, fanno parte del *Panel*:

- 17 rappresentanti delle Istituzioni: cinque nazionali e sette regionali e cinque locali
- 11 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi otto Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 34 rappresentanti delle Professioni sanitarie: tutti Presidenti Nazionali di Società Scientifiche
- 31 componenti del *Management* di aziende sanitarie: 26 Direttori Generali di aziende sanitarie, quattro Direttori Sanitari di aziende sanitarie, uno Già Presidente di fondazione sicurezza in Sanità

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

² C.R.E.A. Sanità

³ Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, C.R.E.A. Sanità

- 10 rappresentanti dell'Industria: nove Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e uno Presidente di Associazione di categoria.

L'approccio metodologico adottato, operativamente, ha previsto le seguenti fasi:

- individuazione delle Dimensioni della *Performance*
- individuazione di un *set* di indicatori di *Performance*
- elicitazione del "valore" che i componenti del *Panel* attribuiscono alle determinazioni degli indicatori
- elicitazione del "valore relativo" attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori.

Per "valore relativo" si intende la disponibilità espressa dagli *stakeholder* a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*.

Le evidenze generate dal progetto sono molteplici; fra quelle che sinora riteniamo più originali e rilevanti, citiamo:

- la dimostrazione/conferma della dipendenza della misura della *Performance* dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*
- l'esistenza di una dinamica legata all'evoluzione del contesto politico e culturale, e quindi alle tendenze delle politiche sanitarie e sociali, che si estrinseca nella modificazione dei "pesi" di composizione delle diverse Dimensioni di cui è composta la *Performance*
- l'esistenza di una correlazione fra la misura di *Performance* ed il contesto locale professionale dei membri del *Panel*.

In questa annualità sono state introdotte tre novità:

- la misurazione della dinamica della *Performance* nell'ultimo quinquennio
- la selezione di un sottogruppo di indicatori, tra quelli selezionati dal *Panel*, per il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata in Sanità (AD)
- la definizione e prima sperimentazione di un nuovo approccio per il monitoraggio degli ef-

fetti dell'AD.

Alla luce delle aree ritenute dal *Panel* prioritarie per la misurazione delle *Performance*, e delle fonti informative disponibili, sono stati preselezionati dai ricercatori 33 indicatori, attribuibili alle sei Dimensioni predeterminate di valutazione: Appropriatezza, Economico-Finanziaria, Equità, Esiti, Innovazione, e Sociale. Successivamente, in presenza di più indicatori rappresentativi della stessa area, è stato proposto al *Panel* di scegliere quelli ritenuti più "qualificanti". In un'ottica di migliore "copertura" delle aree indicate dal *Panel* il *set* di indicatori selezionati in questa annualità è passato da 18 a 20.

Il *Panel* ha provveduto a scegliere, per votazione, gli indicatori rappresentativi delle dimensioni prescelte ed ha inoltre proceduto ad una loro ulteriore selezione, individuandone un sottogruppo, due per ognuna delle sei Dimensioni, ritenuti prioritari per il monitoraggio degli effetti dell'AD.

5b.1. Aree di valutazione e indicatori di *Performance*

Quest'anno il *set* di indicatori rappresentativi delle Dimensioni indicate dal *Panel*, è stato esteso, al fine di meglio rappresentare i fattori ritenuti più significativi in un'ottica di misurazione dei livelli di tutela sanitaria e sociale.

L'elicitazione delle preferenze, relativamente alle determinazioni degli indicatori di tutela socio-sanitaria regionale, è stata effettuata su un *set* di 20 indicatori: tre per le Dimensioni Equità, Innovazione, Economico-finanziaria e Sociale, quattro per le Dimensioni Esiti ed Appropriatezza.

Gli indicatori sono stati selezionati dal *Panel*, in funzione della loro rilevanza e attendibilità, all'interno di un *set* iniziale di 37 indicatori, proposti dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità: *set* a sua volta individuato in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza, oltre che di possibilità di analisi a livello regionale e appartenenza alle aree di interesse prioritario individuate dal *Panel* nella precedente edizione.

In particolare, per la Dimensione Appropriatezza sono stati individuati sette indicatori afferenti alle

aree Sistemi di prevenzione (stili di vita, *screening*, vaccinazione, ecc.), Assistenza domiciliare, Assistenza extra-ospedaliera (salute mentale, dipendenze, case di comunità, ecc.) ed Emergenza-Urgenza.

Per la Dimensione Esiti sono stati preselezionati otto indicatori afferenti alle aree Assistenza extra-ospedaliera (salute mentale, dipendenze, case di comunità, ecc.), Sistemi di prevenzione (stili di vita, *screening*, vaccinazione, ecc.), disabilità e mortalità per patologie cardiovascolari.

Per la Dimensione Equità sono stati preselezionati quattro indicatori afferenti all'area equità di accesso.

Per la Dimensione Sociale ne sono stati preselezionati sei afferenti all'area Integrazione socio-sanitaria.

Per la Dimensione Innovazione cinque, afferenti alle aree Digitalizzazione dei servizi assistenziali, Accesso alle tecnologie innovative, Efficientamento dei processi gestionali e Continuità presa in carico post-dimissione ospedaliera.

Infine, per la Dimensione Economico-Finanziaria, ne sono stati preselezionati tre afferenti all'area Efficientamento dei processi gestionali.

Al fine di mantenere una rappresentatività per tutte le Dimensioni, la scelta fra gli indicatori è stata limitata ai soli casi in cui sono risultati disponibili più indicatori per la stessa "area".

La Tabella 5b.1. Dimensioni e Indicatori di Performance. riporta i 20 indicatori che sono stati selezionati.

Tabella 5b.1. Dimensioni e Indicatori di Performance

Dimensione	Indicatore
Appropriatezza	Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
	Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i>)
	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
Economico-finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
	Spesa sanitaria pubblica pro-capite: <i>gap</i> rispetto alla media EU
Equità	Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità
	Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti
	Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza liste d'attesa, orari scomodi, ecc.)
Esiti	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
	Indice di salute mentale
	Mortalità per infarto miocardico acuto a 30 giorni dal ricovero
	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over</i> 65 anni)
Innovazione	Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	Indice di implementazione rete oncologica
Sociale	Tasso di <i>over</i> 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale
	Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale
	Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

5b.2. Risultati

Iniziando da una disamina del contributo delle diverse Dimensioni alla *Performance*, si osserva come Appropriately, Esiti e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: 26,6%, 23,9% e 16,2% rispettivamente; segue la Dimensione Innovazione (11,4%), mentre le Dimensioni Equità ed Economico-Finanziaria, contribuiscano rispettivamente per il 11,2% ed il 10,7%.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione notevole del “peso” associato alla Dimensione Equità pari a -10,9 punti percentuali (p.p.); si riduce anche il peso delle Dimensioni Economico-Finanziaria (-1,4 p.p.) e marginalmente quella Innovazione (-0,1 p.p.); aumenta, in modo complementare, il contributo di Esiti, Appropriately e Sociale (+10,1, +1,7 e +0,5 p.p. rispettivamente).

La dinamica dei “pesi”, in particolare l'incremento di Esiti, Appropriately e Sociale, sembra poter essere messa in relazione con il fatto che, in un modello organizzativo che si sta evolvendo (Decreto Ministeriale (D.M.) n. 77, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)), la priorità è monitorare gli Esiti e

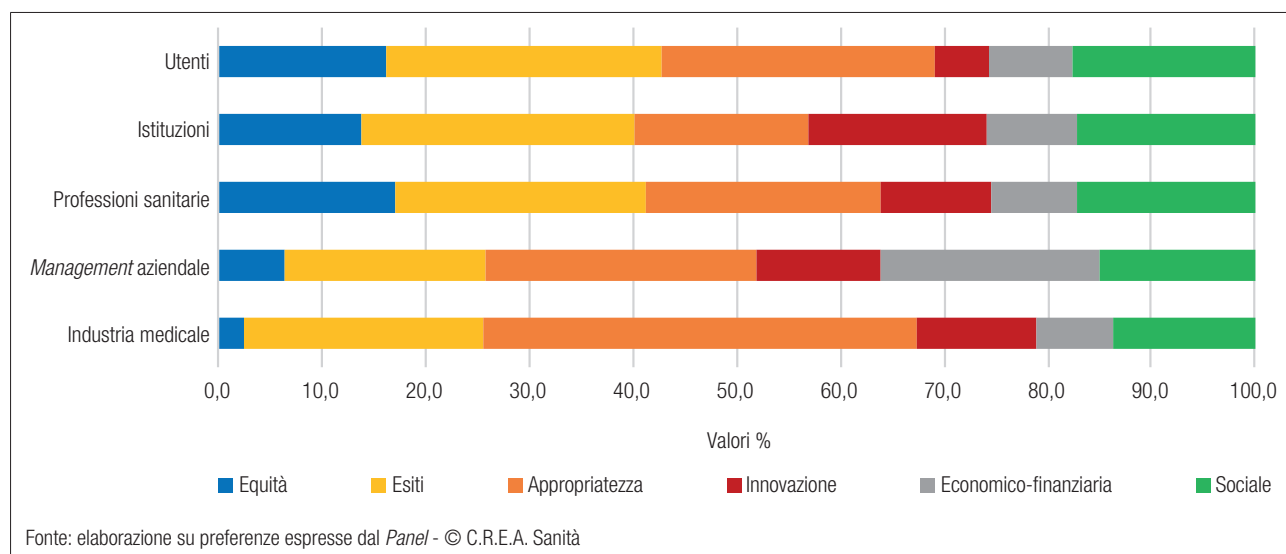
l'appropriatezza di presa in carico extra-territoriale (Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ecc.) Inoltre, si ritiene “prioritario” garantire una integrazione tra il sanitario e il sociale.

Analizzando i risultati per categoria di *stakeholder* (Figura 5b.1.), per gli Utenti le Dimensioni Esiti, Appropriately, Sociale ed Equità contribuiscano per oltre l'80% alla misura della *Performance* (26,6%, 26,2%, 17,7% e 16,2% rispettivamente); seguono le Dimensioni Economico-Finanziaria con l'8,0% e, da ultimo, quella dell'Innovazione (5,3%).

Per i rappresentanti delle Istituzioni sono in “testa” le Dimensioni Esiti, Innovazione, Sociale ed Appropriately, che contribuiscano per quasi l'80% alla *Performance* (26,3%, 17,3%, 17,1% e 16,7% rispettivamente); segue l'Equità con il 13,9% e l'Economico-Finanziaria con l'8,7%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Esiti, Appropriately, Sociale ed Equità contribuiscano per oltre l'80% alla *Performance* (24,3%, 22,5%, 17,1% e 17,0% rispettivamente); segue la Dimensione Innovazione con il 10,8% e l'Economico-Finanziaria con l'8,3%.

Figura 5b.1. Contributo delle Dimensioni alla *Performance* per categoria



Per il *Management Aziendale*, l'Appropriatezza, il Sociale, l'Economico-Finanziaria ed Equità contribuiscono per il 75% alla *Performance* (21,2%, 18,9%, 17,6% e 17,3% rispettivamente), seguono gli Esiti con il 13,0% e l'Innovazione con il 12,0%.

Infine, per l'Industria Medica, sono le Dimensioni dell'Appropriatezza, dell'Economico-Finanziaria, degli Esiti e del Sociale quelle che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (26,0%, 21,1%, 19,4% e 15,1% rispettivamente), seguite dall'Innovazione (12,0%) e dall'Equità (6,4%).

Analizzando la dinamica dei “pesi” per categoria di *stakeholder* (Figura 5b.2.), è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia diminuito il “peso” dell'Equità, dell'Economico-Finanziaria e dell'Innovazione (-13,3, -4,1 e -2,5 p.p. rispettivamente); sono cresciuti il peso degli Esiti (+13,2 p.p.), dell'Appropriatezza (+5,9 p.p.) e del Sociale (+0,8 p.p.).

Per i rappresentanti delle Istituzioni è diminuito il peso delle Dimensioni Equità, Sociale e della Appropriatezza (-5,8, -3,7 e -1,1 p.p. rispettivamente) ed è invece aumentato quello degli Esiti, dell'Economico-Finanziaria e dell'Innovazione (+6,3, +2,4 e +1,9 p.p. rispettivamente).

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie è notevolmente diminuito il peso delle Dimensioni Appropriatezza ed Equità (-9,8 e -6,4 p.p. rispettivamente); si riduce, in misura più contenuta, il peso della Dimensione Economico-Finanziaria (-0,7 p.p.). Aumenta, invece, notevolmente il peso delle Dimensioni Esiti (+9,5 p.p.) e in misura più contenuta di quelle Innovazione e Sociale (+4,8 e +2,6 p.p. rispettivamente).

Per il *Management Aziendale* si è ridotto notevolmente il peso delle Dimensioni Equità (-10,9 p.p.) e quello della Dimensione Sociale (-3,8 p.p.). Le altre Dimensioni hanno registrato un aumento: Esiti (+6,4 p.p.), Appropriatezza (+4,8 p.p.) ed Economico-Finanziaria (+3,5 p.p.). Rimane invariato, rispetto all'edizione precedente, il peso della Dimensione Innovazione.

Infine, per l'Industria Medica si è ridotto notevolmente il peso della Dimensione Equità (-17,9 p.p.); si è ridotto, in misura più contenuta, il peso delle Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione (-7,9 e -4,7 p.p. rispettivamente); è invece aumentato notevolmente il peso degli Esiti (+14,9 p.p.) e, in misura minore, quello di Appropriatezza (+8,8 p.p.) e Sociale (+6,8 p.p.).

Figura 5b.2. Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance XII vs XI edizione

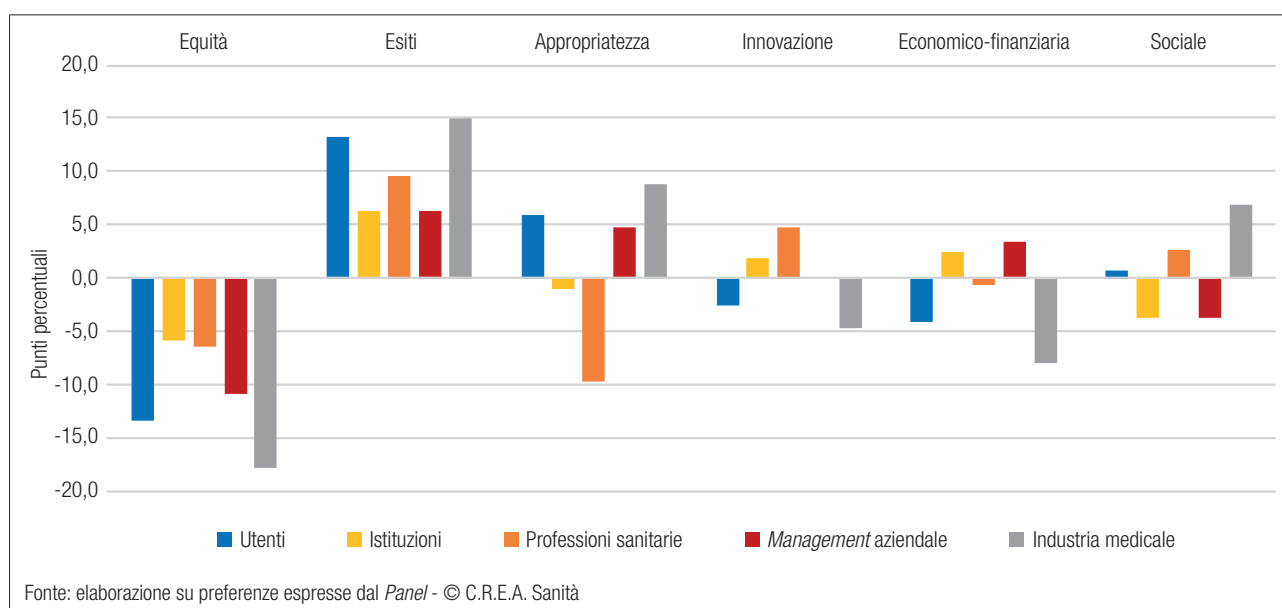
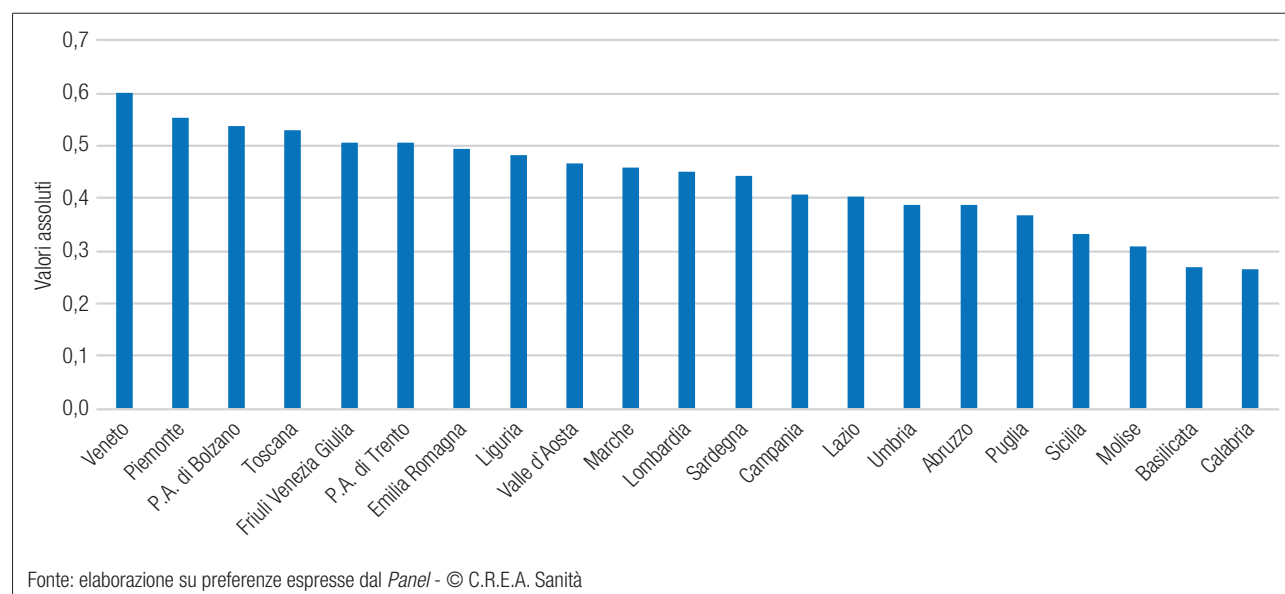


Figura 5b.3. Indice di Performance

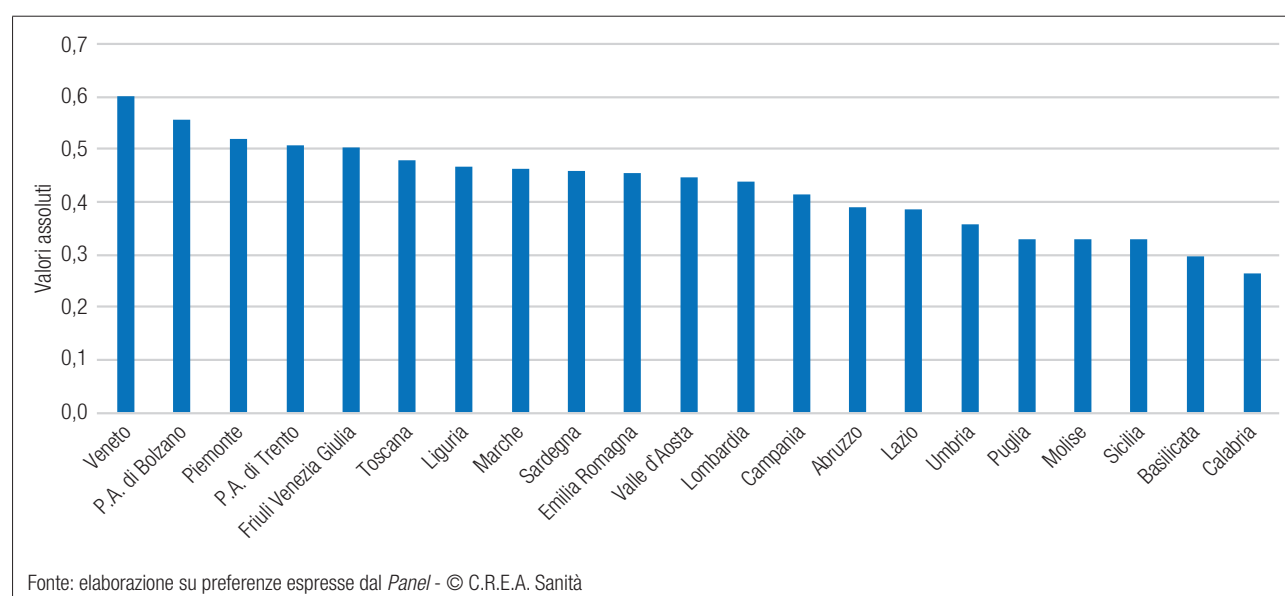


5b.3. La Performance socio-sanitaria

L'indice complessivo di Performance (Figura 5b.3.) determinato nella XII edizione (2024) della progettualità "Le Performance Regionali", oscilla da

un massimo del 60% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 26%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Regione Calabria.

Figura 5b.4. Indice di Performance. Categoria Utenti



Si conferma, come già emerso nella precedente edizione, che dalle valutazioni del *Panel* si evince l'attesa che si registri un ulteriore miglioramento dei livelli di tutela.

Il divario nella valutazione attribuita alle Regioni che si posizionano agli estremi del *range*, rimane decisamente rilevante; inoltre, si sottolinea come, in base alle aspettative espresse dai diversi *stakeholder*, un terzo delle Regioni non supera un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: Veneto, Piemonte, P.A. di Bolzano e Toscana, raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 60,2%, 55,3%, 53,6% e 52,9%).

Nel secondo gruppo, troviamo sette Regioni con livelli dell'indice di *Performance* abbastanza omogenei, compresi tra il 50% ed il 45%: Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Lombardia.

Nel terzo gruppo si attestano Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia, con livelli di *Performance* compresi nel *range* 37-44%.

Infine, quattro Regioni, Sicilia, Molise, Basilicata

e Calabria, si attestano su livelli di *Performance* inferiori al 35%.

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti (Figura 5b.4.) il Veneto, con il 60,2%, mantiene (dal 2022) la prima posizione in termini di tutela socio-sanitaria, registrando lo stesso livello di *Performance* ottenuto nel *ranking* "generale".

Seguono la P.A. di Bolzano e il Piemonte, che si invertono di posizione rispetto al *ranking* "generale", e si osserva un miglioramento della posizione della P.A. di Trento, con un indice di *Performance* pari al 51%; la Calabria occupa l'ultima posizione con un indice di *Performance* pari al 27% di quella massima.

Rispetto al *ranking* "generale", per gli Utenti la prima posizione resta, quindi, invariata; la P.A. di Bolzano recupera una posizione, passando dal terzo al secondo posto, a scapito del Piemonte; la P.A. di Trento recupera due posizioni, passando da sesta a quarta; all'estremo opposto si confermano le ultime due posizioni rispetto al *ranking* "generale", presidiate rispettivamente da Basilicata e Calabria e il Molise passa da terz'ultima a quart'ultima, rimanendo comunque nell'area "critica".

Figura 5b.5. Indice di *Performance*. Categoria Istituzioni

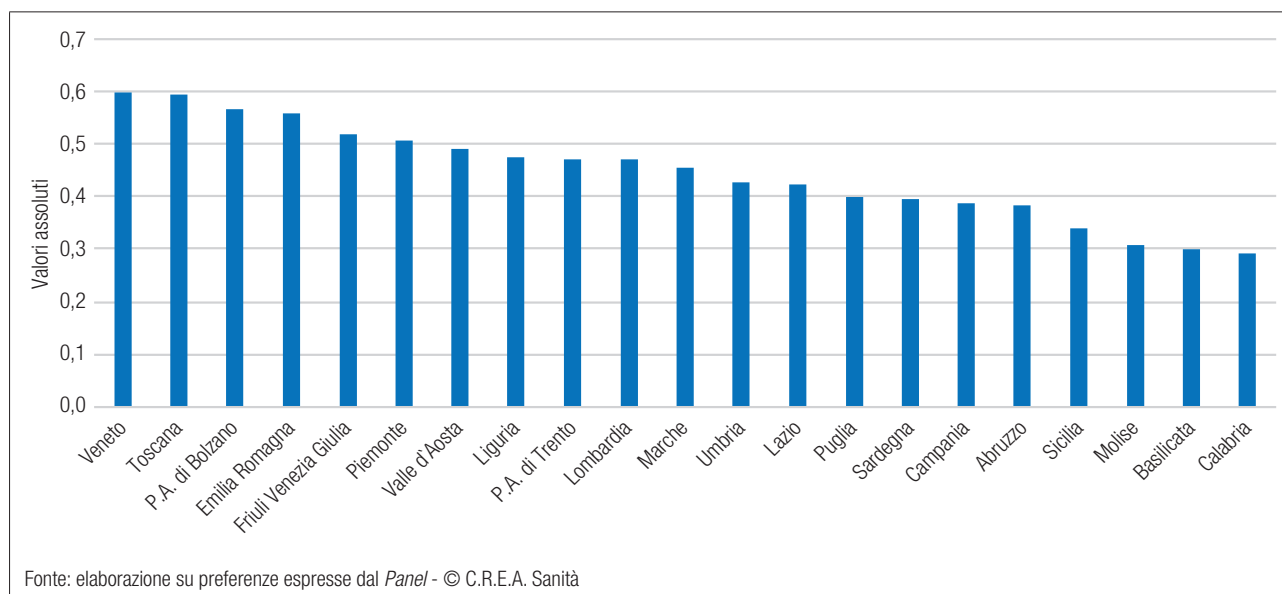
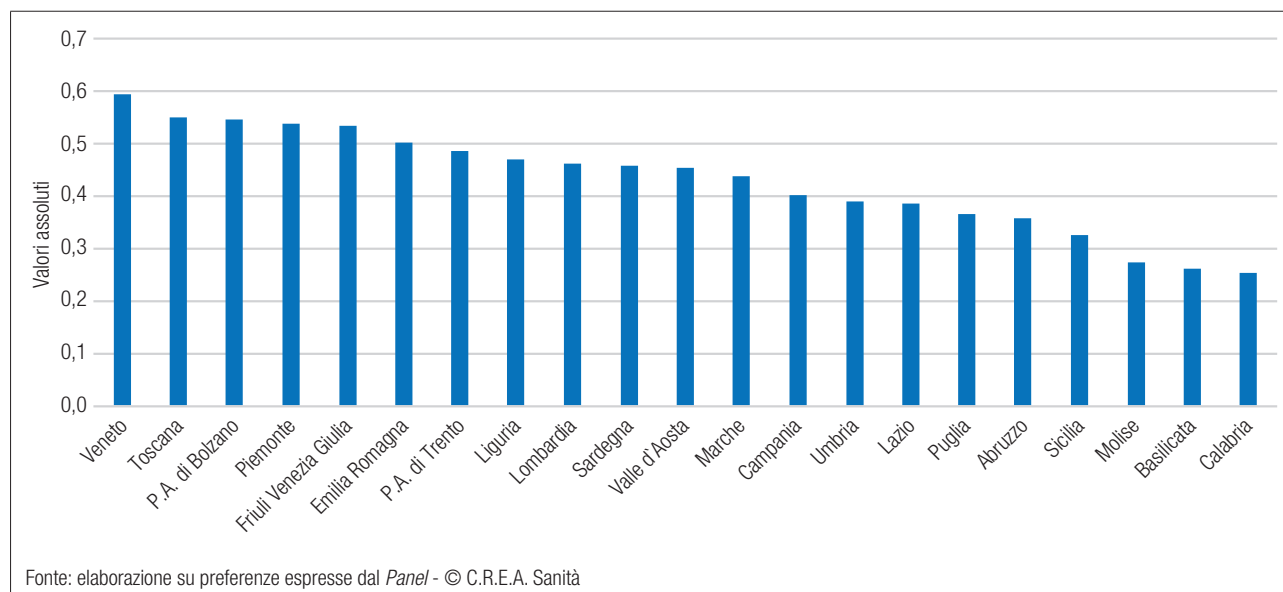


Figura 5b.6. Indice di *Performance*. Categoria Professioni Sanitarie

Categoria Istituzioni

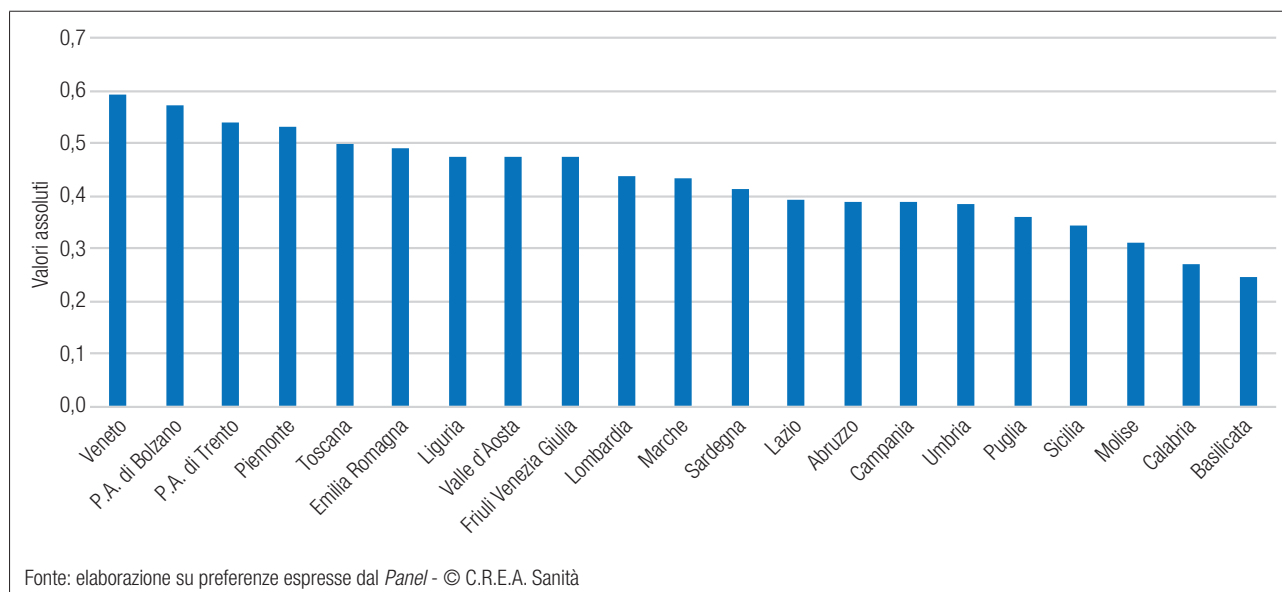
Per i rappresentanti delle Istituzioni (Figura 5b.5.), la misura di *Performance* varia dal 60% del Veneto al 29% della Calabria: si riduce, rispetto agli utenti, la forbice fra gli estremi; la Toscana registra una *Performance* pari al 59,9%, uguale a quella registrata dal Veneto; seguono P.A. di Bolzano (56,6%) e l'Emilia Romagna (56,1%), con livelli di *Performance* pressoché simili. Nelle ultime posizioni quattro Regioni si attestano su livelli di *Performance* compresi tra 34% ed il 29%: Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria.

Rispetto al *ranking* "generale", la Toscana passa in seconda posizione a scapito del Piemonte, che passa in sesta posizione, e l'Emilia Romagna guadagna una posizione, passando dal quinto posto al quarto. All'estremo opposto si confermano le ultime quattro posizioni, presidiate da Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria, che confermano la classifica generale, mentre la Puglia recupera tre posizioni, passando dal 17° posto al 14°.

Categoria Professioni sanitarie

Per le Professioni Sanitarie (Figura 5b.6.) il livello di *Performance* è pressoché simile a quello del *ranking* "generale": si passa dal 59,6% del Veneto al 25,2% della Calabria; Veneto, Toscana, P.A. di Bolzano, Piemonte e Friuli Venezia Giulia, con un livello di *Performance* compreso tra il 60% e il 53%, occupano le prime cinque posizioni; seguono Emilia Romagna e P.A. di Trento, che registrano quasi lo stesso livello di *Performance* (50,2% e 48,8% rispettivamente). Molise, Basilicata e Calabria occupano le ultime tre posizioni, con un indice di *Performance* sempre inferiore al 30%.

Rispetto al *ranking* "generale", il Veneto conferma la prima posizione; la Toscana recupera due posizioni, passando dal quarto al secondo posto, a scapito del Piemonte che diventa quarta. Si confermano le Regioni nell'area "critica", con Sicilia, Molise, Basilicata e Abruzzo che registrano livelli di *Performance* inferiori rispetto a quelli registrati nella classifica generale, e che non superano il 35%.

Figura 5b.7. Indice di Performance. Categoria Management aziendale

Categoria Management aziendale

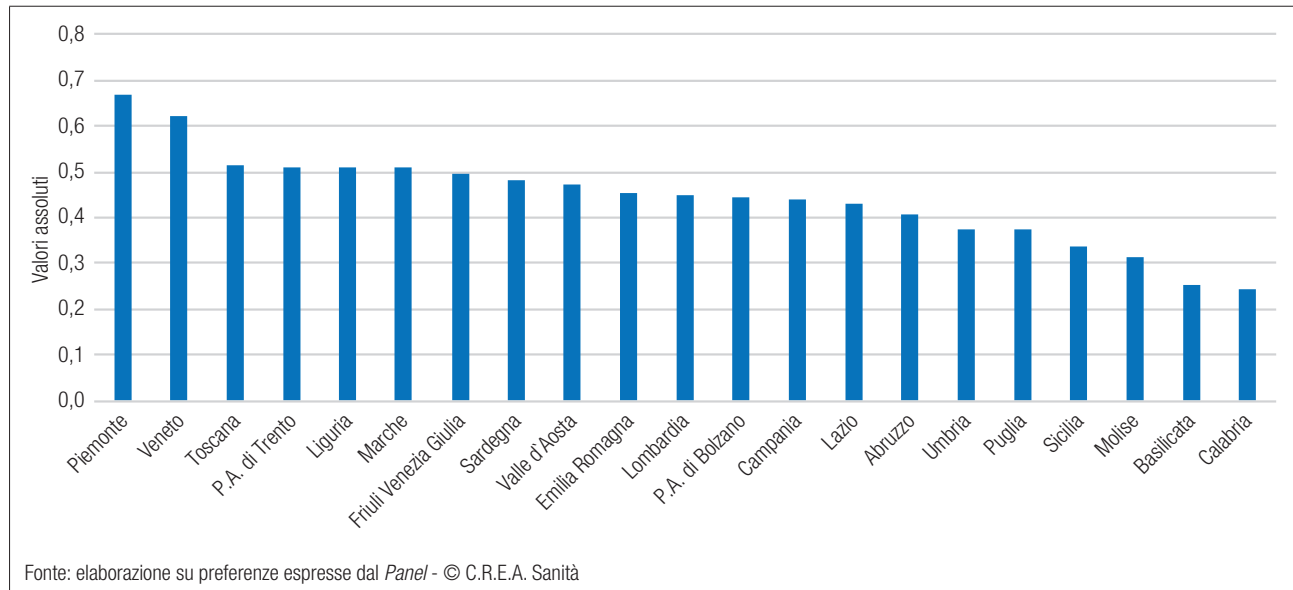
Per la Categoria Management Aziendale (Figura 5b.7.) la forbice tra la Regione più performante e quella meno è di poco più ampia rispetto al *ranking* "generale": si passa da un valore massimo del 59,3% del Veneto ad uno minimo del 24,4% della Basilicata. Il Veneto occupa sempre la prima posizione, con un indice di *Performance* inferiore di quello raggiunto negli altri *ranking*; seguono P.A. di Bolzano e P.A. di Trento con una *Performance* pari rispettivamente al 57,1% e 53,9%. All'estremo opposto troviamo Calabria e Basilicata che occupano le ultime due posizioni con un valore dell'indice di *Performance* inferiore al 30%.

In questo *ranking* il Veneto conferma la prima posizione; la P.A. di Trento recupera tre posizioni rispetto al *ranking* "generale", dal sesto al terzo, e il Piemonte ne perde due, passando dalla seconda alla terza posizione. All'estremo opposto si posiziona la Basilicata, che occupa l'ultima posizione, perdendo una posizione rispetto al *ranking* "generale" a scapito della Calabria, che diventa penultima.

Categoria Industria medicale

Per i rappresentanti dell'Industria Medica (Figura 5b.8.) si allarga la forbice del *ranking* tra la prima e l'ultima posizione, con la misura di *Performance* che varia dal 67% del Piemonte al 24% della Calabria. Piemonte e Veneto occupano le prime due posizioni, con un livello di *Performance* che varia dal 67% al 62%; seguono Toscana, P.A. di Trento, Liguria, Marche e Friuli Venezia Giulia con un livello di *Performance* compreso tra il 52% e il 50%. Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 34% e il 24%.

Rispetto al *ranking* "generale", il Piemonte "conquista" la prima posizione, a scapito del Veneto, che diventa seconda. La P.A. di Bolzano perde ben nove posizioni, passando da terza a dodicesima. Nella parte bassa del *ranking* si confermano le ultime quattro posizioni, presidiate rispettivamente da Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria.

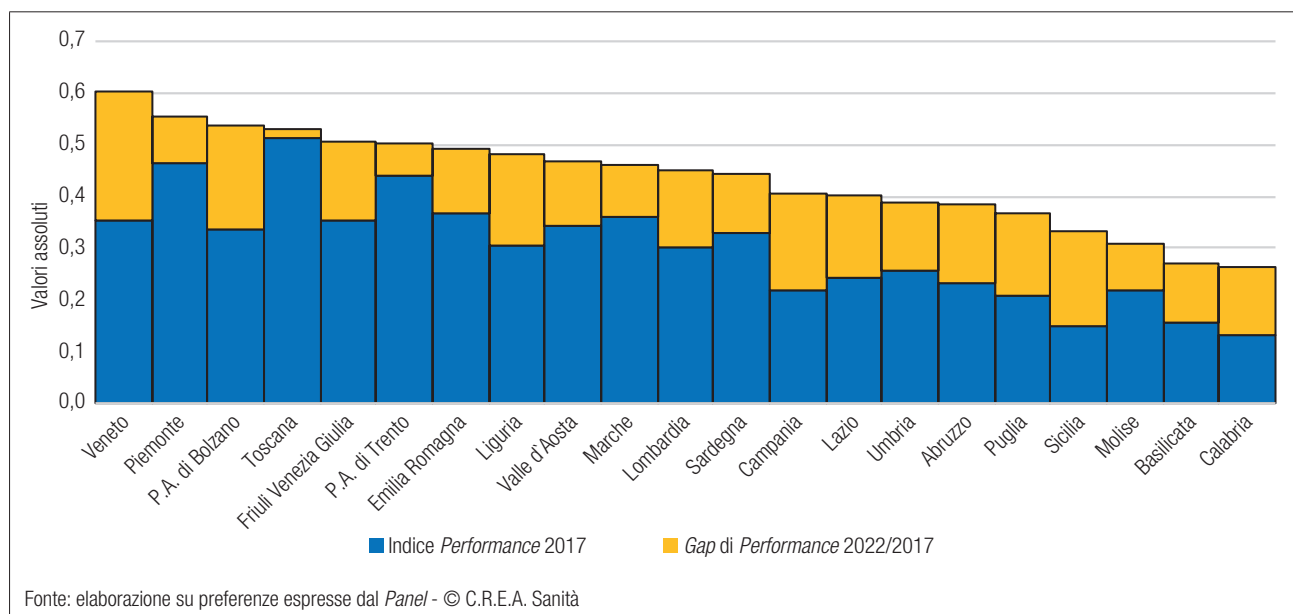
Figura 5b.8. Indice di *Performance*. Categoria Industria medicale

5b.4. La dinamica della *Performance*

In termini di dinamica, a fronte di un indice complessivo medio nazionale 2024 (ottenuto mediando gli indici di *Performance* delle singole Regioni), pari al 43,8% del valore teorico ottimale, nel 2017 se ne sarebbe riscontrato uno pari al 30% del valore teo-

rico ottimale. Anche ponderando gli indici regionali per la popolazione si passa da 6,6 (31,4% del valore teorico ottimale) del 2017 al 9,6 (45,7% del valore teorico ottimale) del 2023 (Figura 5b.9.).

Complessivamente, nel periodo 2017-2023, si è quindi registrato un miglioramento della *Performance* del 45,9%.

Figura 5b.9. Indice di *Performance* 2017 e 2022

Il miglioramento dell'indice di *Performance* ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, in maggior misura le Regioni del Mezzogiorno (+75,9% in media), poi quelle del Nord-Est (+44,9%), quelle del Nord-Ovest (+40,9%) e del Centro (+37,4%).

In tutte le Regioni nel periodo considerato, si è registrato un miglioramento della *Performance*: quello maggiore si è registrato in Sicilia (+127,4%) e Calabria (+102,9%), seguite da Campania e Puglia con +87,6% e +75,3%; quello più basso in Toscana, P.A. di Trento e Piemonte, con +2,8%, +14,9% e +19,3% rispettivamente.

Gli andamenti descritti, da una parte, sembrano suggerire una progressiva riduzione delle disparità nelle opportunità di tutela della salute fra le Regioni; dall'altra, il fatto che le Regioni con *Performance* migliori non riescano a migliorare se non in modo marginale, suggerendo l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario. Infatti, analizzando il livello della *Performance* nelle Regioni e la sua dinamica nel periodo considerato, si osserva una correlazione negativa ($R^2=0,86$) fra variazioni e livelli iniziali: ovvero, l'entità del miglioramento diminuisce all'aumentare del livello di *Performance*; in altri termini, i miglioramenti maggiori si sono riscontrati nelle Regioni con il più basso indice di *Performance*. Soffermando l'attenzione sulla Dimensione dell'Equità, il cui perseguimento è principio fondante dell'intervento pubblico in Sanità, si osserva un aumento di incidenza delle "rinunce" alle spese sanitarie, che ha interessato in particolare le fasce di popolazione meno abbienti.

5b.5. Il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata in Sanità

È stata altresì sperimentata una estensione della metodologia di valutazione, finalizzata al monitoraggio delle dinamiche degli indicatori di *Performance* registrate in diversi gruppi di Regioni.

L'esercizio è stato condotto propedeuticamente all'implementazione di un monitoraggio degli effetti dell'AD in Sanità (quando dovesse essere riconosciuta ad alcune Regioni).

Adottando l'ottica secondo la quale l'elemento chiave, per la valutazione degli effetti della AD, sarà rappresentato dall'aspettativa che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, o almeno non peggioramento attribuibile ai rischi che l'autonomia diventi più competitiva che cooperativa, si è impostata una modalità di monitoraggio che si concentra sulla capacità di apprezzare gli effetti che si determineranno dopo l'eventuale riconoscimento dell'AD ad un gruppo di Regioni.

Nello specifico il *Panel* ha selezionato dal *set* completo di indicatori della misura della *Performance*, un sottogruppo di dieci indicatori, due per ognuna delle cinque dimensioni di valutazione (viene in questo caso escluso il Sociale).

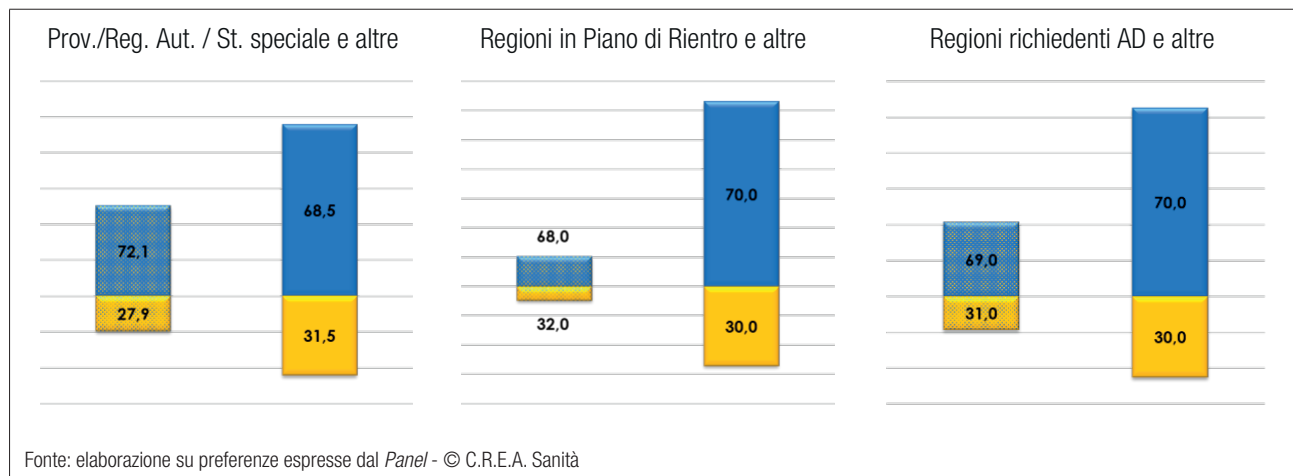
Non essendo ad oggi stata riconosciuta l'AD a nessuna Regione, al mero fine di sperimentare l'implementabilità della metodologia, sono stati calcolate e poi comparate, per il periodo 2017-2022, le dinamiche registrate in gruppi di Regioni: in particolare, si sono confrontate il gruppo delle Province/Regioni Autonome o a statuto speciale verso le altre, quelle in Piano di Rientro (sempre verso le altre) e quello delle Regioni che hanno richiesto l'AD nel 2017 (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto), verso le altre.

Le comparazioni delle dinamiche nei diversi gruppi sono funzionali, quando verrà concessa l'AD, a confrontare i *gap* nelle dinamiche prima e dopo la sua introduzione, ottenendo così una misura del suo impatto.

Nello specifico, le dinamiche, per ogni indicatore, possono essere confrontate in varie modalità, ovvero in termini di:

- numero di Regioni in miglioramento o peggioramento
- numero di Regioni (ponderate per la popolazione) in miglioramento o peggioramento
- entità del miglioramento/peggioramento dello indicatore
- entità del miglioramento/peggioramento dell'indicatore, ponderato per la popolazione.

La dinamica, apprezzabile per ogni indicatore, è stata poi ulteriormente sintetizzata in una unica variazione media, "semplice" o ponderata con i "pesi" attribuiti dal *Panel* agli indicatori.

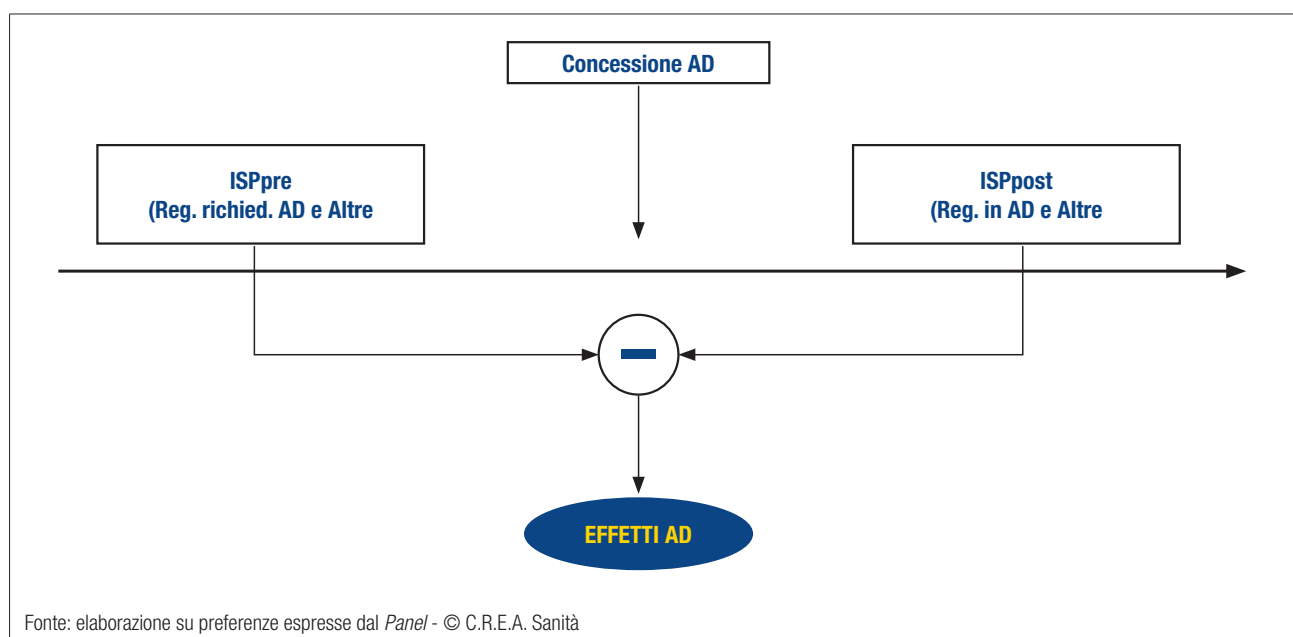
Figura 5b.10. Quota Regioni in miglioramento o in peggioramento e indice Sintetico Ponderato (ISP)

Partendo dalle aree “cumulate”, ponderate con i pesi attribuiti agli indicatori dal *Panel*, rappresentate nella Figura 5b.10. è stato, infine, elaborato per ogni gruppo di Regioni proposte per il confronto, un indice numerico, che abbiamo definito “Indice Sintetico Ponderato” (ISP).

Tale indice può assumere un valore compreso tra -1 e 1 ed è rappresentativo di una sintesi del rapporto tra le aree di peggioramento e di miglioramento nel periodo considerato: il valore 0 è indicativo di

una complessiva compensazione fra i miglioramenti e peggioramenti regionali; un valore positivo è indicativo di una prevalenza di miglioramento, ed uno negativo di una prevalenza di peggioramento (1 e -1 nel caso si registrino rispettivamente solo miglioramenti o peggioramenti).

Nel primo confronto, per le Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale l'ISP risulta pari a 0,38 e a 0,40 per le altre.

Figura 5b.11. Algoritmo monitoraggio effetti AD

In questo caso, quindi, possiamo desumerne che nel complesso (nel periodo 2017-2022) la dinamica nelle Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale è stata (leggermente) peggiore che nel gruppo delle altre.

Nel secondo confronto, le Regioni in Piano di rientro registrano un ISP pari a 0,44, verso lo 0,37 delle altre.

In questo caso, quindi, possiamo desumerne che nel complesso la dinamica nelle Regioni in Piano di Rientro è stata nel complesso decisamente migliore che nel gruppo delle altre.

Infine, nel terzo confronto, le Regioni richiedenti AD (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) registrano un ISP pari a 0,36 verso lo 0,40 delle altre.

In questo caso, la dinamica nelle Regioni richiedenti AD è stata, seppure leggermene, peggiore delle altre.

La Figura 5b.11. esemplifica come il confronto fra ISP, prima e dopo una modifica (istituzionale, quale la concessione dell'AD ad una o più Regioni, o anche strutturale/organizzativa), può essere monitorata e valutata.

In altri termini, si propone che il segno delle variazioni dell'ISP possa essere utilizzato per fornire una valutazione quali-quantitativa dell'impatto di una modifica degli assetti istituzionali e/o organizzativi del sistema sanitario.

Il sistema di monitoraggio e valutazione, in attesa che si chiariscano i termini di accesso all'AD, si ritiene possa rappresentare in prospettiva un supporto alla programmazione socio-sanitaria, fornendo indicazioni tanto sul "verso" degli effetti/impatti di eventuali modifiche istituzionali, quanto sugli eventuali ambiti di azione, nei diversi "livelli" di *governance*: nazionale, regionale e locale.

5b.6. Riflessioni finali

La XII edizione dello studio sulle *Performance* Regionali del C.R.E.A. Sanità, in continuità con gli anni precedenti, ha inteso fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie e sociali, promuovendo miglioramenti nelle opportunità di tutela della

Salute offerte nei diversi luoghi di residenza.

Riassumendo le principali evidenze emerse dalle analisi 2023, possiamo in primo luogo osservare come il diverso contributo attribuito alle Dimensioni di *Performance* fornisca spunti per valutare la rispondenza delle politiche in atto rispetto alle aspettative dei vari portatori di interesse. In questa annualità, aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le tre Dimensioni Appropriatazza, Esiti e Sociale contribuiscano per oltre il 65% alla *Performance*: 26,6%, 23,9% e 16,2% rispettivamente; segue la Dimensione Innovazione (14,4%); le Dimensioni Equità ed Economico-Finanziaria contribuiscono rispettivamente per l'11,2% ed il 10,7%.

In particolare, rispetto allo scorso anno, si è registrato un aumento del peso delle Dimensioni Esiti, Appropriatazza e Sociale, a fronte di una riduzione di quello dell'Equità: fenomeno interpretabile come una necessità di garantire prioritariamente le prime due, in un contesto organizzativo definibile come un *working in progress*. Per il *Management* aziendale è ripreso ad aumentare il peso della Dimensione Economica: fenomeno attribuibile alle difficoltà gestionale con risorse (in senso lato) limitate. Si conferma anche quest'anno una maggior soddisfazione complessiva da parte delle Istituzioni per i livelli di risultato raggiunti nelle Regioni "migliori": aspetto interpretabile come una consapevolezza di aver fatto il massimo possibile con le risorse disponibili; gli Utenti ed il *Management* sono, di contro, più critici soprattutto verso le realtà "peggiori".

Concentrando l'attenzione sulle diverse *Performance* regionali, osserviamo che per le Istituzioni e le Professioni Sanitarie il Veneto e la Toscana sono le realtà dove si ritiene che i cittadini abbiano le maggiori opportunità di tutela socio-sanitaria; seguono la P.A. di Bolzano e il Piemonte (per le Professioni sanitarie), e l'Emilia Romagna per le Istituzioni. Per i rappresentanti del *Management* aziendale il Veneto e la P.A. di Bolzano, segue la P.A. di Trento; per gli Utenti quest'ultima è sostituita dal Piemonte; infine, per l'Industria sono Piemonte, Veneto e P.A. di Bolzano le prime tre realtà con le maggiori opportunità di tutela della Salute.

Si fa presente che il livello di *Performance* massi-

mo riscontrato a livello regionale non supera il 60% della massima (teorica) possibile. Aspetto questo evidentemente indicativo di una non piena soddisfazione da parte degli *stakeholder* dei livelli finora raggiunti.

Va notato che gli indicatori relativi alla presa in carico extra-ospedaliera dei cronici hanno ricevuto una particolare attenzione da parte del *Panel*, secondo il quale non si raggiungono però valori di *Performance* “soddisfacenti” neppure nelle Regioni con i “migliori” risultati: in particolare, nella presa in carico degli anziani non autosufficienti, nel “livello” di spesa sanitaria pubblica, nelle rinunce alle cure, nella gestione domiciliare degli anziani.

Malgrado i livelli della *Performance* rimangano complessivamente distanti dai valori ottimali, si può osservare come nel periodo 2017-2022 si sia registrato un miglioramento dell'indice complessivo di *Performance* del 46%: incremento che ha interessato soprattutto le Regioni del Mezzogiorno, poi quelle del Nord-Est, del Nord-Ovest e del Centro. Degno di attenzione è che il miglioramento nel periodo è stato inversamente proporzionale ai livelli di *Performance* di partenza: sono migliorate soprattutto le Regioni con più bassi livelli di *Performance*.

Da una parte questo sembra suggerire una progressiva riduzione delle disparità nelle opportunità di tutela della salute fra le Regioni (per lo più in termini di riduzione del gradiente Meridione/Settentrione); dall'altra, il fatto che, anche a fronte di *Performance* che il *Panel* ritiene ancora lontane dai valori ottimali, le Regioni con *Performance* migliori riescano a migliorare ulteriormente solo in modo marginale, sem-

bra indicare l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario.

Infine, è stata sperimentata una estensione della metodologia di valutazione, finalizzata al monitoraggio delle dinamiche degli indicatori di *Performance* registrate in diversi gruppi di Regioni.

L'esercizio condotto è propedeutico all'implementazione di un monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata in Sanità (AD).

Adottando l'ottica secondo la quale l'elemento chiave, per la valutazione degli effetti della AD, sarà rappresentato dall'aspettativa che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, o almeno non peggioramento attribuibile ai rischi che l'autonomia diventi più competitiva che cooperativa, si è descritta e sperimentata una modalità di monitoraggio degli effetti che si determineranno dopo il riconoscimento dell'AD ad un gruppo di Regioni.

Il sistema di monitoraggio e valutazione, in attesa che si chiariscano i termini di accesso all'AD, è stato esemplificato con tre confronti fra diverse tipologie di Regioni, e si ritiene possa rappresentare in prospettiva un supporto alla programmazione socio-sanitaria, fornendo indicazioni tanto sul “verso” degli effetti di eventuali modifiche istituzionali, quanto sugli eventuali ambiti di azione, nei diversi “livelli” di *governance*: nazionale, regionale e locale.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità
C.R.E.A. Sanità (anni vari), Le Performance Regionali

Sintesi

CAPITOLO 5c

La misurazione dell'efficienza delle Aziende Ospedaliere

Carrieri C.¹, Polistena B.², Spandonaro F.¹

La questione dell'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), e delle sue strutture di erogazione, è uno dei temi centrali nelle analisi di politica sanitaria; tuttavia, la questione della misurazione dell'efficienza tecnica delle strutture rimane "sospesa", in larga misura a causa della complessità legata ai problemi di confrontabilità delle attività svolte dalle strutture.

Il contributo si pone l'obiettivo di fornire indicazioni, seppure "indirette", sull'efficienza delle Aziende Ospedaliere italiane, confrontando i costi sostenuti con una misura di "prodotto *standard*".

Le analisi sono state effettuate a partire dalle informazioni sull'attività di ricovero contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera, nonché dai costi e ricavi registrati nei Conti Economici (CE) delle Aziende e dalle voci di costo dei Livelli di Assistenza (LA).

Per rendere maggiormente confrontabili le attività di ricovero svolte, esse sono state trasformate in una misura standardizzata, definita "punto DRG", costruita sulla base del diverso impegno economico implicato dai ricoveri.

Nello specifico, i "punti DRGs" sono stati determinati rapportando le tariffe vigenti dei ricoveri alla tariffa media per ricovero ordinario in acuzie, come risultante dalla casistica nazionale, risultata pari a € 4.096,4.

Per quel che concerne il numeratore, per i costi si è considerata la quota desunta dagli LA del "Totale assistenza ospedaliera sui Costi generali" applicata alla voce dei CE relativa al totale dei costi della produzione (BZ9999).

Inoltre, sono stati considerati i Ricavi di presta-

zioni da ricovero ottenute dalla somma delle voci CE "Ricavi per prestazioni di ricovero (AA0350 e AA0460)", "Ricavi per prestazioni di ricovero da privato. extra-regionale in compensazione (mobilità attiva) (AA0620)".

L'approccio risente del limite rappresentato dai rischi di distorsione derivanti dal non aggiornamento delle tariffe e dall'impossibilità di fatto di separare tutte le diverse attività svolte nelle strutture (ricovero ordinario verso diurno, ricerca e didattica, ecc.).

Costi e ricavi (da ricovero) per "punto DRG"

	Costi della produzione (€)	Ricavi per prestazioni di ricovero (€)
Media	9.685,5	4.832,0
Mediana	8.160,8	4.590,2
Min	4.832,9	4.102,5
Max	24.776,6	9.122,1
Min/Max	5,13	2,22

Fonte: elaborazione su dati SDO e CE - © C.R.E.A. Sanità

Le analisi sono state svolte sui dati relativi alle Aziende Ospedaliere, sui Policlinici Universitari ed Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici, per un totale di 67 strutture dislocate su tutto il territorio nazionale: la scelta è dovuta al fatto che sono stati ritenuti tra loro maggiormente confrontabili.

Il costo per "punto DRG" è pari a € 9.685,5 (mediana 8.160,8), mentre i ricavi per ricovero per "pun-

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

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

to DRG” sono risultati pari in media a € 4.832,0 (media 4.590,2).

La variabilità fra le strutture appare ampia: il costo per “punto DRG” varia da un minimo di € 4.832,9 ad un massimo di € 24.776,6 con un rapporto tra massimo e minimo pari a 5,13.

Analogamente, la variabilità appare ampia anche usando l'indicatore dei ricavi per prestazioni di ricovero per “punto DRG” che passa da € 4.102,5 a € 9.122,1 con un rapporto tra il valore massimo e quello minimo pari a 2,22.

Considerando la tariffa media riconosciuta ai ricoveri ordinari in acuzie, emerge come nessuna struttura ha un costo della produzione per “punto DRG” uguale o minore alla tariffa media: solo tre strutture (4,5% del totale) hanno un costo per “punto DRG” minore o uguale della tariffa media aumentata del

50%, 13 strutture (19,4% del totale) un costo per “punto DRG” minore o uguale della tariffa media aumentata del 75%, la metà delle strutture circa (50,7% del totale) hanno un costo per “punto DRG” minore o uguale al doppio della tariffa media.

Pur con i caveat espressi sui limiti dell'analisi, i dati sembrano, quindi, poter confermare l'esistenza di livelli di efficienza tecnica largamente difforni fra le strutture.

Ipotizzando che la causa della variabilità del costo per “punto DRG” sia l'inefficienza tecnica, e assumendo che le aziende che fanno registrare un costo per “punto DRG” maggiore della mediana si allineino a quest'ultimo valore, i costi della produzione ospedaliera si potrebbero ridurre del -16,7%, ovvero di € 2,8 mld..

CAPITOLO 5c

La misurazione dell'efficienza delle Aziende Ospedaliere

Carrieri C.¹, Polistena B.², Spandonaro F.¹

La questione dell'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), e delle sue strutture di erogazione, è uno dei temi centrali nelle analisi di politica sanitaria.

La prima riforma del SSN, quanto meno nel suo assetto originario dettato dal Decreto Legislativo (D. Lgs.) n. 502/1992, fu basata sull'idea di poter creare un "quasi mercato" nel settore sanitario. Da questo punto di vista, un aspetto cruciale è stato l'introduzione della classificazione dei ricoveri per DRG, funzionale al passaggio del pagamento degli ospedali dalla diaria per giornata di degenza all'episodio di ricovero.

Successivamente, il Decreto Ministeriale del 24.07.1995 definì i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del SSN, sebbene si tratti di indicatori di attività e/o consumo di risorse più che indicatori di efficienza.

L'introduzione del sistema DRG ha avuto effetti importanti: in breve tempo si è assistito ad una contrazione della degenza media, alla quale è seguita una lunga fase di contrazione dei tassi di ricovero, che sono giunti ad essere ormai i più bassi d'Europa (per approfondimenti si rimanda al Capitolo 7).

Malgrado ciò, la questione della misurazione dell'efficienza tecnica delle strutture rimane "sospesa", in larga misura per la non diretta confrontabilità delle attività svolte dalle strutture.

Il presente contributo si pone come obiettivo quello di fornire indicazioni, seppure "indirette", sull'efficienza delle Aziende Ospedaliere italiane, confrontando i costi sostenuti con una misura di "prodotto *standard*": quest'ultima è stata ottenuta trasformando

i ricoveri ordinari in acuzie effettuati in "ricoveri equivalenti" (da ora denominati "punti DRG"), utilizzando come criterio quello del peso tariffario loro attribuito.

In altri termini, i costi (e come argomentato nel seguito anche i finanziamenti ricevuti per l'attività di ricovero) sono stati rapportati ai ricoveri effettuati, dopo averli resi "omogenei" sulla base delle differenze di assorbimento di risorse previste a priori dal sistema tariffario in essere.

Ovviamente, l'approccio risente del limite rappresentato dai rischi di distorsione derivanti dal non aggiornamento delle tariffe e dall'impossibilità di fatto di separare tutte le diverse attività svolte nelle strutture (ricovero ordinario verso diurno, ricerca e didattica, ecc.).

L'approccio, quindi, riduce, pur non potendole annullare, le distorsioni derivanti dalla diversa complessità assistenziale, permettendo un *benchmarking* maggiormente significativo dell'efficienza tecnica delle Aziende Ospedaliere.

5c.1. Metodologia

Le analisi sono state effettuate a partire dalle informazioni sull'attività di ricovero contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera, dai costi e ricavi registrati nei Conti Economici (CE) delle Aziende nonché dalle voci dei Livelli di Assistenza (LA).

Nello specifico i "punti DRG" sono stati ottenuti rideterminando i "pesi DRG" pubblicati dal Ministero della Salute, utilizzando come base le tariffe vigenti (ricoveri ordinari in acuzie con degenza maggiore di

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

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

un giorno): queste ultime sono state rapportate alla tariffa media per ricovero ordinario in acuzie risultante dalla casistica nazionale, pari a € 4.096,4, in modo che un “punto DRG” equivalga alla remunerazione mediamente riconosciuta per un ricovero in base alle tariffe massime nazionali e all'effettivo *case mix*.

Per quel che concerne i costi si è considerata la quota del totale dei costi della produzione (BZ9999) attribuibile all'assistenza ospedaliera per i ricoveri secondo gli LA (flusso della contabilità analitica secondo livelli di assistenza del Ministero della Salute).

Sono stati altresì considerati i Ricavi di prestazioni da ricovero ottenute dalla somma delle voci CE “Ricavi per prestazioni di ricovero (AA0350 e AA0460)”, “Ricavi per prestazioni di ricovero da privato. Extraregionale in compensazione (mobilità attiva) (AA0620)”.

Si è scelto di analizzare esclusivamente i dati relativi alle Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari ed Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici in quanto ritenuti tra loro maggiormente confrontabili. Non sono state incluse le strutture classificate come presidi di ASL, nonché le strutture private e convenzionate. L'analisi che segue si riferisce quindi a 67 strutture dislocate su tutto il territorio nazionale.

5c.2. Risultati

Concentrandoci solo sulle Aziende Ospedaliere Pubbliche, i Policlinici Universitari pubblici e gli IRCCS pubblici (67 strutture delle quali si disponeva del dato completo), si rileva che queste strutture hanno “prodotto” 1,2 mln. di ricoveri ordinari in acuzie, pari a 1,8 mln. “punti DRG”.

Dai CE e dagli LA si evince che nel complesso i costi di produzione delle 67 strutture ammontano a € 21,6 mld. e i ricavi per i ricoveri a € 7,0 mld..

Quindi il costo per “punto DRG” risulta pari in media a € 9.685,5 (mediana € 8.160,8) mentre i ricavi per ricovero per “punto DRG” risultano pari a € 4.832,0 (mediana € 4.590,2).

Si evince immediatamente che i costi medi superano la tariffa media di 2,4 volte, e i finanziamenti

ricevuti di 1,2 (Tabella 5c.1.).

La variabilità fra le strutture appare ampia: il costo per “punto DRG” varia da un minimo di € 4.832,9 ad un massimo di € 24.776,6 con un rapporto tra massimo e minimo pari a 5,13: pur con i caveat espressi relativi ai limiti dell'analisi, il dato conferma l'esistenza di livelli di efficienza tecnica largamente difforni fra le strutture.

Tabella 5c.1. Costi e ricavi (da ricovero) per “punto DRG”

	Costi della produzione (€)	Ricavi per prestazioni di ricovero (€)
Media	9.685,5	4.832,0
Mediana	8.160,8	4.590,2
Min	4.832,9	4.102,5
Max	24.776,6	9.122,1
Min/Max	5,13	2,22

Fonte: elaborazione su dati SDO e CE - © C.R.E.A. Sanità

Considerando la tariffa media desunta da tutti i ricoveri effettuati nell'anno 2022 in Italia, come anticipato pari a € 4.096,4, emerge come nessuna struttura ha un costo della produzione per “punto DRG” uguale o minore alla tariffa media: solo 3 strutture (4,5% del totale) hanno un costo per “punto DRG” minore o uguale della tariffa media aumentata del 50%, 13 strutture (19,4% del totale) un costo per “punto DRG” minore o uguale della tariffa media aumentata del 75%, la metà delle strutture circa (50,7% del totale) hanno un costo per “punto DRG” minore o uguale al doppio della tariffa media.

La variabilità appare ampia anche usando l'indicatore dei ricavi per prestazioni di ricovero per “punto DRG” che passa da € 4.102,5 a € 9.122,1 con un rapporto tra il valore massimo e quello minimo pari a 2,22.

Il 71,6% delle strutture (48) registra un ricavo per prestazioni di ricovero per “punto DRG” inferiore o uguale alla media; circa il 75% inferiore o uguale al 75-mo percentile.

L'analisi è stata replicata per le diverse tipologie di struttura analizzate.

Tabella 5c.2. Costo per “punto DRG” per tipologia di struttura

Totale costi della produzione per “punto DRG” (€)					
	Media	Mediana	Min	Max	Max/min
Azienda Ospedaliera	8.734,5	7.881,1	4.832,9	14.077,4	2,9
Policlinico Univ.	9.701,6	8.048,2	5.793,9	22.932,1	4,0
IRCCS	10.931,3	8.504,6	6.389,1	24.776,6	3,9
Ricavi per prestazioni di ricovero per “punto DRG”. Tariffe (€)					
	Media	Mediana	Min	Max	Max/min
Azienda Ospedaliera	4.512,9	4.512,7	4.102,5	5.034,9	1,2
Policlinico Univ.	4.717,4	4.555,0	4.257,4	6.035,1	1,4
IRCCS	5.416,5	4.798,1	4.159,8	9.122,1	2,2

Fonte: elaborazione su dati SDO e CE - © C.R.E.A. Sanità

Nonostante il costo della produzione sia stato depurato anche dai costi attribuibili alle attività di ricerca, emerge come lo stesso rapportato ai DRG prodotti sia in media superiore negli IRCCS (€ 10.931,3) rispetto ai Policlinici Universitari (€ 9.701,6) e alle Aziende Ospedaliere (€ 8.734,5): va però segnalato che non è stato possibile nettare dei costi legati alla didattica (Tabella 5c.2.).

Analogamente i ricavi per prestazioni di ricovero per “punto DRG” sono maggiori negli IRCCS (€ 5.416,5) rispetto a Policlinici Universitari (€ 4.717,4) e alle Aziende Ospedaliere (€ 4.512,9).

La variabilità appare maggiore nei Policlinici Universitari e negli IRCCS rispetto alle Aziende Ospedaliere.

Considerazioni analoghe possono essere fatte prendendo come riferimento i ricavi per prestazioni di ricovero per “punto DRG” con la differenza che la variabilità tra strutture della stessa tipologia appare meno marcata.

Assumendo che la variabilità del costo per “punto DRG” sia attribuibile ad inefficienza tecnica, si è proceduto a stimare quanto potrebbe essere il possibile risparmio qualora le aziende che fanno registrare un costo per “punto DRG” maggiore della mediana si allineassero a quest’ultimo valore.

Tale simulazione farebbe ridurre i costi della produzione ospedaliera del -16,7%: da € 16,5 mld. a € 13,8 mld..

5c.3. Riflessioni finali

La variabilità fra le strutture, pur tenendo conto delle differenze fra IRCCS, Policlinici e Aziende Ospedaliere, riscontrata nelle elaborazioni, pur con i limiti delle analisi, più volte espressi, suggerisce che, al netto delle distorsioni indotte dal sistema tariffario, rimane una significativa variabilità che almeno in parte è attribuibile ad inefficienza tecnica delle strutture ospedaliere.

Con i caveat espressi, risulta evidente che in media i costi della produzione sono pari a circa la metà dei ricavi medi per “punto DRG”, evidenziando che, a meno che le altre attività non di ricovero ordinario pesino meno di tale percentuale, l’attività è mediamente in perdita.

Considerando la tariffa media desunta da tutti i ricoveri effettuati nell’anno 2022 in Italia, pari a € 4.096,4, emerge come nessuna struttura ha un costo della produzione per “punto DRG” uguale o minore alla tariffa media, e la metà delle strutture (50,7% del totale) un costo per “punto DRG” minore o uguale al doppio della tariffa media.

Si registrano sei Aziende (il 9,0% di quelle considerate) con un costo della produzione per “punto DRG” maggiore di € 15.000,0.

Ipotizzando che la causa della variabilità del costo per “punto DRG” sia attribuibile ad inefficienza tecnica, e assumendo che le aziende che fanno re-

gistrare un costo per “punto DRG” maggiore della mediana si allineino a quest’ultimo valore, i costi della produzione ospedaliera si ridurrebbero del -16,7% per un totale di € 2,8 mld..

Riferimenti bibliografici

Conti Economici (CE), Ministero della Salute. Anni Vari

Livelli di Assistenza (LA), Ministero della Salute. Anni vari

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Ministero della Salute. Anni vari

Sintesi

CAPITOLO 5d

Mortalità evitabile: il bilancio del biennio della pandemia

Buzzi N.¹,

Lo studio della mortalità evitabile non esaurisce la misura della *Performance* di un sistema sanitario, come sottolinea il documento congiunto sul tema OECD/Eurostat; tuttavia, gli indicatori sui decessi per cause di morte prevenibili o trattabili rappresentano un valido strumento per valutare l'impatto delle strategie di sanità pubblica, sul fronte sia delle cause di morte contrastabili con prevenzione primaria che di quelle riducibili con diagnosi precoce, tempestiva terapia e altre forme di assistenza.

Come già segnalato nei precedenti Rapporti C.R.E.A., la lettura storica dei dati presenta difficoltà legate a numerose variabili anche preesistenti e non necessariamente legate alla pandemia di Covid-19.

Per semplificare la lettura dei *trend*, il Progetto Mortalità Evitabile (con intelligenza) (MEV(i)) classifica i decessi direttamente attribuiti a Covid-19 in una voce a sé stante, così da confrontare gruppi omogenei lungo il periodo analizzato².

L'analisi dei dati 2021 relativi ai decessi per causa, di fonte Istat, mostra come la quota di MEV misurata come sopra ricordato torni su valori prossimi a quelli registrati nel 2019 dopo l'aumento relativamente contenuto registrato per l'anno 2020.

Dei 173.000 decessi avvenuti nella popolazione 0-74 anni (fascia di riferimento per lo studio della mortalità evitabile) il 56% (96.800 casi) è legato a cause di morte prevenibili o trattabili e in particolare:

- 48.000 casi (dei quali oltre due terzi maschili) sono correlati a tabagismo, alcol e in generale

a inappropriati stili di vita

- 8.400 casi (dei quali oltre tre quarti maschili) sono causati da incidenti e suicidi
- in 32.800 casi (equamente ripartiti tra i due sessi) si tratta di carenze nella prevenzione secondaria (diagnosi precoce e terapia).

La rilevante differenza dell'impatto della mortalità evitabile per sesso e sul territorio è ancor più evidente se si leggono i valori rilevati a livello regionale, riportati nella figura, realizzata a valere sui giorni perduti standardizzati per mortalità evitabile pro-capite (giorni di vita perduti (gvp))³.

Nella rappresentazione grafica, che mostra come l'intervallo dell'indicatore relativo alle cause trattabili sia pressoché sovrapponibile (4-9 gvp), mentre la scala inerente alle cause prevenibili è per i maschi sensibilmente spostata verso valori più elevati, si possono notare alcune particolarità tra le quali, ad esempio, che:

- nel caso dei maschi i valori regionali hanno una maggiore dispersione attorno ai valori medi nazionali
- Campania e Sicilia sono caratterizzate per entrambi i sessi e per entrambe le tipologie di decessi da valori più elevati della media nazionale (quadranti in alto a destra), in contrapposizione con Trentino Alto Adige e Veneto (quadranti in basso a sinistra)
- alcune realtà locali presentano difformità tra i due sessi o tra le due categorie di decessi

¹ Nebo ricerche PA

² Sul portale dedicato a MEV(i) - Mortalità Evitabile (con intelligenza) www.mortalitaevitabile.it sono pubblicati dati e indicatori di mortalità generale ed evitabile per causa, età e sesso dal 2011 all'ultima annualità disponibile

³ Indicatore adottato per la classifica MEV(i), fornisce una misura del tempo non vissuto (perduto) dai deceduti per cause evitabili rispetto alla propria aspettativa di vita (espresso in giorni pro-capite sulla popolazione e standardizzato) amplificando il risultato per i territori dove a parità di mortalità l'età alla morte tra i decessi evitabili è minore

evitabili; per la Sardegna, ad esempio, i dati di MEV femminile sono prossimi alla media nazionale e così pure il dato di mortalità trattabile maschile, mentre l'indicatore relativo alle cause di morte prevenibili assume per i maschi il valore più elevato fra tutte le Regioni.

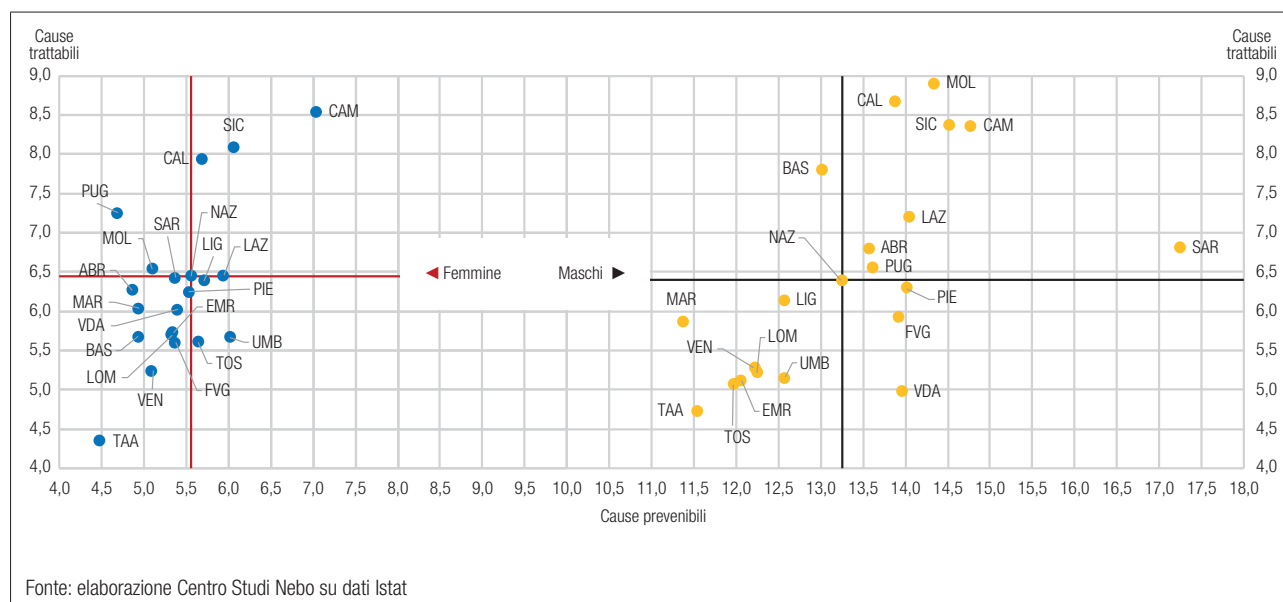
L'approfondimento su una base geografica di maggior dettaglio (le province) consente di cogliere ulteriore disomogeneità anche all'interno di singole Regioni, così come la disaggregazione di grandi gruppi di cause permette di cogliere la misura del contributo (e l'eventuale variazione negli anni) dato

da singole cause di morte.

Storicamente la quantificazione della MEV ha sempre evidenziato, nel nostro Paese, una importante variabilità geografica, la cui lettura è ancor meno agevolata dall'impatto della recente pandemia.

Se in alcuni casi gli effetti diretti o indiretti di Covid-19 sulla mortalità generale ed evitabile sono facilmente riconoscibili (ad esempio, la riduzione della mortalità per incidenti stradali nei periodi di *lock-down*), in altri casi risulta maggiormente difficoltoso sia quantificare tali effetti sia rintracciarne correlazioni e causalità.

Mortalità per cause prevenibili e trattabili per sesso. Giorni perduti standardizzati pro-capite. Anno 2021



CAPITOLO 5d

Mortalità evitabile: il bilancio del biennio della pandemia

Buzzi N.¹

Con la diffusione dei dati più recenti sui decessi per causa² è stato possibile estendere l'analisi della Mortalità Evitabile (MEV) nel nostro Paese all'intero biennio condizionato dalla pandemia di Covid-19, seguendo la consolidata metodologia Mortalità Evitabile con intelligenza (MEV(i))³.

Le difficoltà nel leggere lo storico della mortalità per causa fino agli anni della pandemia (e oltre) restano, per le motivazioni già descritte nel precedente Rapporto C.R.E.A. Sanità: la fisiologica variabilità nell'andamento dei decessi per causa; la varietà delle determinanti di varia natura che direttamente o indirettamente condizionano lo stato di salute della popolazione, ulteriormente modificate dall'impatto della pandemia sui servizi (sanitari e no) e sui comportamenti dei cittadini; le potenziali ricadute dei disservizi dovuti all'emergenza su eventi acuti e soggetti fragili oltre che sui tempi delle diagnosi e dei trattamenti; i riflessi – in questo caso positivi – del ricorso al *lock-down* o ai dispositivi come le mascherine che hanno rallentato, sia pure temporaneamente, incidenti stradali e malattie a trasmissione aerea; i cambiamenti nello stile di vita che anche solo parzialmente sono stati mantenuti nel post-pandemia (come nel caso dello *smart working*).

5d.1. Il quadro generale

Nel 2021 le statistiche di mortalità per causa riportano un numero di deceduti appena superiori alle 704.000 unità, 38.500 in meno rispetto al precedente anno (quasi 743.000), per un calo complessivo del 5,2% a fronte di un aumento del 16,5% misurato nel 2020 rispetto al 2019.

Gli stessi dati relativi alla sola popolazione fino ai 74 anni di età⁴ mostrano che dopo un incremento della mortalità del 15,5% dal 2019 al 2020 (rispettivamente, 152.000 e 175.000 decessi) si registra una flessione nel 2021 dell'1,2% (173.000 morti in quest'ultimo anno).

Restringendo ulteriormente il campo d'osservazione ai soli decessi per cause di morte evitabile si osserva come al netto della mortalità per Covid-19⁵ l'incremento dei casi nel 2020 sia stato contenuto entro il 2,5%, valore quasi completamente riequilibrato nel 2021: i 96.400 decessi afferenti all'area della MEV nell'anno precedente la pandemia sono aumentati a quasi 99.000 nel 2020 per tornare a meno di 97.000 nel 2021 (Tabella 5d.1.).

¹ Nebo Ricerche PA

² Istat – Indagine sui decessi e le cause di morte

³ Per approfondimenti sulla metodologia adottata dal Centro Studi Nebo in materia di mortalità generale, per causa ed evitabile si rimanda ai precedenti Rapporti C.R.E.A. Sanità e ai Rapporti "MEV(i) – Mortalità evitabile (con intelligenza)" disponibili su www.mortalitaevitabile.it

⁴ Fascia di età convenzionalmente adottata negli studi sulla mortalità evitabile

⁵ Diversamente dalla classificazione OECD-EuroStat delle cause di morte evitabile la metodologia MEV(i) codifica i decessi per Covid-19 come categoria a sé stante: la dimensione del fenomeno e l'elevata variabilità territoriale non renderebbero possibile un confronto pre-post pandemia se non, appunto, scorporando la quota di mortalità attribuita a Covid-19 (peraltro nel 2020 non ancora prevenibile, essendo antecedente all'introduzione della vaccinazione e alla relativa diffusione su scala nazionale)

Tabella 5d.1. Decessi per cause di morte evitabile, Covid-19 e altre cause, per genere.
Valori assoluti in migliaia e variazioni percentuali. Anni 2017-2021

	Decessi nell'anno					Variazioni percentuali annue			
	2017	2018	2019	2020	2021	2018/17	2019/18	2020/19	2021/20
Maschi									
MEV	63,5	62,1	61,0	62,4	60,8	- 2,2	- 1,9	+ 2,3	- 2,6
Covid-19	-	-	-	13,5	12,6				- 6,8
Altre cause di morte	32,6	32,8	33,0	35,0	34,7	+ 0,6	+ 0,8	+ 6,1	- 0,9
Decessi 0-74 anni	96,1	94,9	94,0	110,9	108,0	- 1,3	- 0,9	+ 17,9	- 2,6
Decessi 75 anni e più	212,0	205,8	211,0	249,6	233,5	- 3,0	+ 2,6	+ 18,3	- 6,4
Totale generale	308,2	300,7	305,0	360,5	341,6	- 2,4	+ 1,5	+ 18,2	- 5,2
Femmine									
MEV	36,7	35,9	35,4	36,5	36,1	- 2,1	- 1,3	+ 3,0	- 1,1
Covid-19	-	-	-	4,9	5,6				+ 14,6
Altre cause di morte	22,0	21,8	22,2	22,8	23,2	- 1,0	+ 1,8	+ 2,9	+ 1,8
Decessi 0-74 anni	58,6	57,7	57,6	64,2	64,9	- 1,7	- 0,1	+ 11,5	+ 1,1
Decessi 75 anni e più	280,0	271,0	274,8	318,1	297,8	- 3,2	+ 1,4	+ 15,8	- 6,4
Totale generale	338,7	328,7	332,4	382,3	362,7	- 2,9	+ 1,1	+ 15,0	- 5,1
Totale									
MEV	100,2	98,0	96,4	98,8	96,8	- 2,2	- 1,7	+ 2,5	- 2,0
Covid-19	-	-	-	18,4	18,2				- 1,1
Altre cause di morte	54,6	54,5	55,2	57,9	57,9	- 0,1	+ 1,2	+ 4,8	+ 0,1
Decessi 0-74 anni	154,8	152,6	151,6	175,1	173,0	- 1,4	- 0,6	+ 15,5	- 1,2
Decessi 75 anni e più	492,1	476,8	485,8	567,7	531,4	- 3,1	+ 1,9	+ 16,9	- 6,4
Totale generale	646,8	629,3	637,4	742,8	704,3	- 2,7	+ 1,3	+ 16,5	- 5,2

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

5d.2. Cause di morte evitabile

Nell'ambito della metodologia MEV(i) le due componenti in cui tradizionalmente è classificata la MEV (prevenibile e trattabile) sono ulteriormente suddivise in sottovoci correlate ai criteri di inclusione:

- alla mortalità prevenibile afferiscono i decessi per cause correlate a fumo, alcol e stili di vita, a incidenti e suicidi oppure a malattie vaccinali e ad altre carenze in tema di prevenzione primaria
- alla mortalità trattabile afferiscono i decessi per cause correlate a carenze in tema di dia-

gnosi precoce e terapia oppure di trattamento e qualità delle cure.

La lettura dei tassi standardizzati per genere elaborati secondo questo schema per l'ultimo quinquennio disponibile (Tabella 5d.2.) consente di rilevare, in particolare, che:

- il rapporto tra la MEV maschile e quella femminile resta pressoché costante (1,8-1,9 a 1) ma rappresenta una media tra valori eterogenei che vanno da 3,5-3,6 nel caso di incidenti e suicidi a 1,1 nel caso delle cause evitabili con diagnosi precoce e terapia

- sia per i maschi che per le femmine, nel 2021 sembra riprendere il calo della mortalità per cause legate ad abitudini errate e stili di vita; questo raggruppamento, che da solo raccoglie oltre la metà della MEV, aveva segnato un dato lievemente crescente nel 2020 rispetto al *trend* del triennio immediatamente precedente
- la sensibile diminuzione dei decessi legati a incidenti e suicidi avvenuta nel 2020 per effetto delle misure di contenimento disposte (*lockdown*) si contrappone a un aumento nel 2021 che più che compensa il calo precedente, con valori anche superiori a quelli del 2019
- si mantiene in calo l'andamento dei tassi relativi ai decessi per malattie vaccinabili e altri interventi di sanità pubblica, con un particolare accento sull'anno 2021 anche per la diminuzione di contagi legati alle misure di contenimento dell'epidemia di Covid-19 (prevenzione di malattie a trasmissione aerea tramite mascherine)
- resta più elevata rispetto al triennio pre-pandemia la mortalità correlata all'eterogeneo gruppo di cause riconducibili a trattamenti e qualità delle cure; uno specifico approfondimento evidenzia come queste variazioni siano addebitabili in larga parte al gruppo di cause relativo al diabete mellito.

Tabella 5d.2. Decessi 0-74 anni per categoria di cause di morte evitabile, per genere. Tassi standardizzati per 100.000. Anni 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Maschi					
Fumo, alcol, stili di vita	131,8	126,1	120,7	121,2	115,2
Incidenti e suicidi	24,8	24,0	23,6	21,3	23,8
Malattie vaccinabili e san. pubbl.	5,1	5,1	4,9	4,4	3,9
Diagnosi precoce e terapia	59,9	58,2	57,3	59,9	56,9
Trattamento e qualità delle cure	11,4	11,2	10,7	12,0	12,1
Totale MEV	233,1	224,7	217,1	218,8	211,8
Femmine					
Fumo, alcol, stili di vita	50,7	48,1	47,3	47,8	47,2
Incidenti e suicidi	7,0	6,9	6,3	6,1	6,6
Malattie vaccinabili e san. pubbl.	2,8	2,8	2,6	2,4	2,0
Diagnosi precoce e terapia	55,8	55,0	53,1	54,7	53,3
Trattamento e qualità delle cure	7,0	6,6	6,7	6,8	7,1
Totale MEV	123,4	119,4	116,1	117,8	116,1
Totale					
Fumo, alcol, stili di vita	89,3	85,3	82,4	82,9	79,7
Incidenti e suicidi	15,8	15,3	14,9	13,6	15,1
Malattie vaccinabili e san. pubbl.	3,9	3,9	3,7	3,4	2,9
Diagnosi precoce e terapia	57,7	56,5	55,0	57,1	54,9
Trattamento e qualità delle cure	9,1	8,8	8,6	9,3	9,5
Totale MEV	175,8	169,8	164,5	166,2	162,1

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

5d.3. L'età al decesso

Nel triennio pre-pandemia i decessi 0-74 anni sono distribuiti per il 33% nella classe più anziana (70-74 anni) e per il 37% nella decade immediatamente precedente (60-69 anni); la classe 50-59 anni contribuisce per il 18% mentre il restante 12% riguarda soggetti deceduti prima dei 50 anni di età.

Al netto della mortalità per Covid-19 tale ripartizione è rimasta quasi invariata, con una lieve diminuzione del contributo dei decessi al di sotto dei 50 anni e un corrispondente aumento della classe degli ultra 70enni.

La disaggregazione di tale dato per tipologia di causa ricalca quanto appena detto sia per la MEV che per le altre cause, esclusa Covid-19.

L'età al decesso per Covid-19, sempre con riferimento alla mortalità prima dei 75 anni, è invece più sbilanciata verso le età meno giovani: la classe 70-74 anni assorbe oltre il 40% delle morti, valore di poco superiore a quello relativo alla classe 60-69 anni. L'intervallo 50-59 anni riguarda poco più del 13% dei casi e i decessi in età inferiore ai 50 anni non raggiungono il 5%.

5d.4. L'andamento territoriale: giorni di vita perduti

Per meglio descrivere l'evoluzione della mortalità prima dei 75 anni per cause evitabili, Covid-19 e altre cause il Progetto MEV(i) adotta un indicatore che tiene conto non solamente della numerosità dei decessi ma anche dell'età alla morte, attribuendo un maggior peso a parità di eventi a quelli relativi a soggetti più giovani.

I giorni di vita perduti (gvp) vengono infatti calcolati ponderando la mortalità standardizzata per genere con la distanza tra l'età al decesso e la speranza di vita attribuita a quell'età ed espressi in termini di pro-capite sulla popolazione residente.

La Figura 5d.1. mostra i grafici regionali relativi ai gvp perduti 0-74 anni per genere lungo il quinquennio precedente alla pandemia oltre alle ultime due annualità disponibili ed evidenzia come al compless-

sivo andamento nazionale concorrano realtà locali piuttosto eterogenee.

Riguardo alla media italiana, nel periodo analizzato si nota che:

- per la mortalità maschile vi è un andamento generalmente decrescente, anche se rallentato nel 2021, sia per la componente relativa alle cause prevenibili (da 15,6 a 13,3 gvp) che a quelle trattabili (da 7,2 a 6,4 gvp), mentre appare pressoché costante il dato riferito al totale delle altre cause (calcolato al netto della mortalità per Covid-19), posizionato lungo tutto il periodo intorno agli 11,0 gvp
- nel caso della mortalità femminile le quote attribuite a cause prevenibili e alle altre cause sono sensibilmente più contenute che nei maschi; tuttavia, per le prime è possibile rilevare una costante diminuzione nel tempo (da 6,2 a 5,6 gvp), per le seconde una sostanziale stabilità intorno ai 7,5 gvp
- i decessi attribuiti a Covid-19, infine, comportano una lieve diminuzione dei gvp pro-capite per la mortalità maschile ed un lieve aumento tra le femmine, che presentano tuttavia valori pari a circa la metà di quelli maschili.

Lo stesso indicatore elaborato a livello regionale disegna differenti scenari, fra i quali si evidenziano i seguenti casi particolari, con riferimento alla sola mortalità maschile:

- in Lombardia i gvp per decessi attribuiti a Covid-19 sono risultati nel 2020 maggiori di quelli calcolati per cause trattabili (rispettivamente, 7,2 e 6,1 gvp); nel 2021 la mortalità trattabile si è assestata a 5,2 gvp, valore quasi doppio rispetto all'analogo registrato per la mortalità per Covid-19 (2,8 gvp)
- riguardo a Covid-19 le principali variazioni fra i due anni della pandemia sono rilevabili in senso decrescente (e sia pure in misura minore anche per le femmine) in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria; di contro, nel 2021 si assiste a un sensibile aumento in Friuli Venezia Giulia, Umbria e in generale nel Sud Italia, ad eccezione di Basilicata e Sardegna
- in Liguria l'andamento della MEV, lungo tutto il periodo inferiore a quella media nazionale, è pressoché sovrapponibile alla mortalità per

altre cause (escluse evitabili e Covid-19), costantemente maggiore rispetto al corrispondente dato italiano

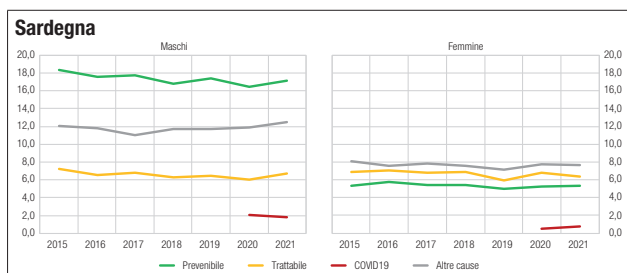
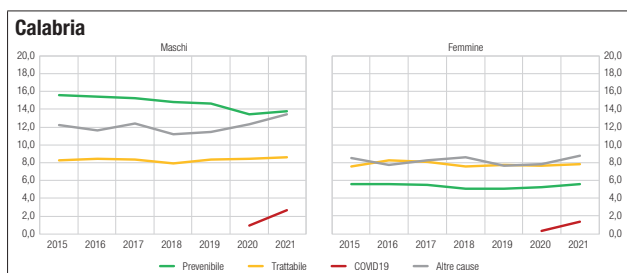
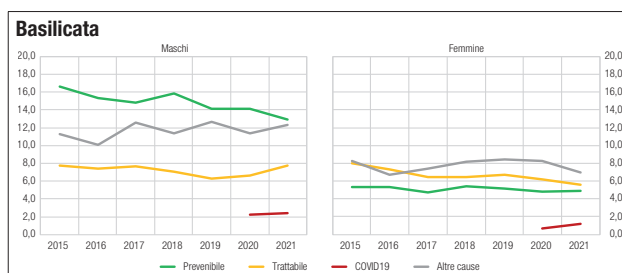
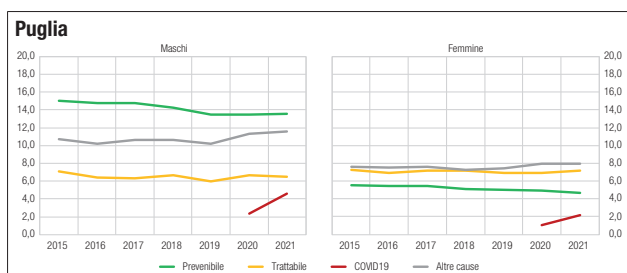
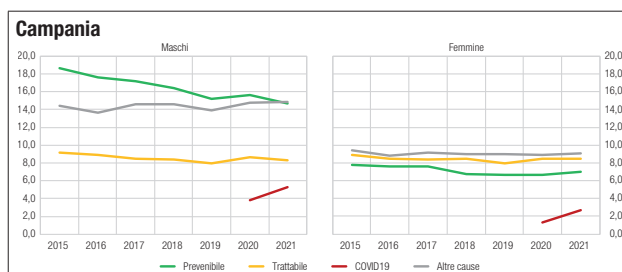
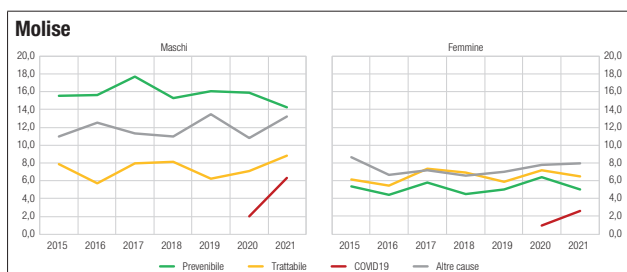
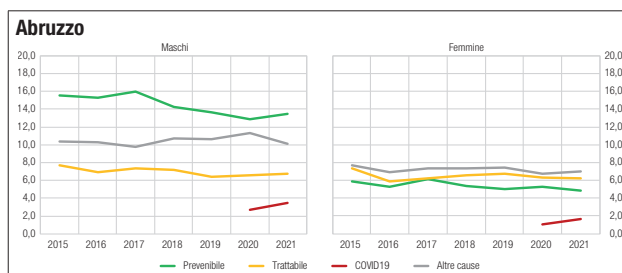
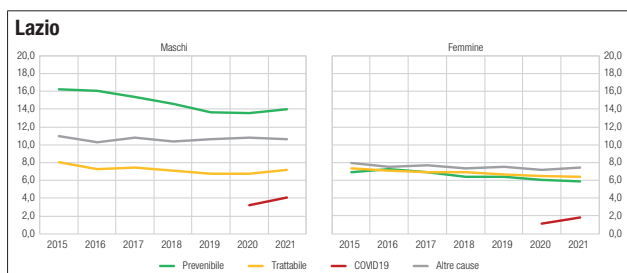
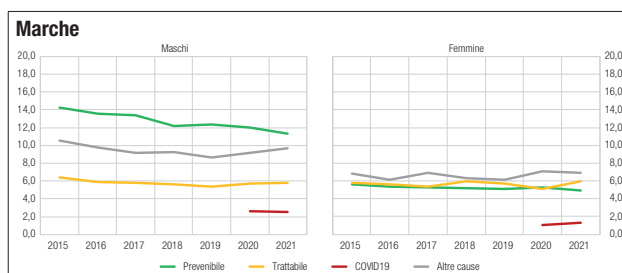
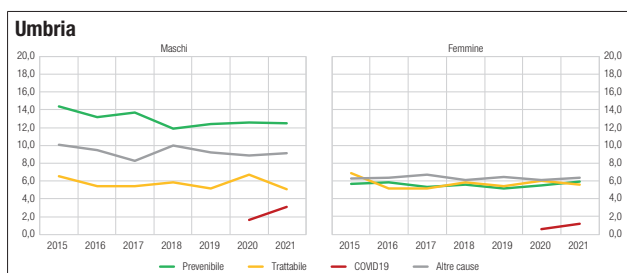
- in Campania tutte le componenti considerate risultano più elevate dei valori nazionali; nel 2021, inoltre, la MEV e quella per altre cause (escluse evitabili e Covid-19) assumono valori

del tutto simili (14,8-14,9 gvp), analogamente a quanto accade in Calabria (13,5-13,9 gvp).

Per quanto riguarda la mortalità femminile gli andamenti delle tre componenti principali (escluso Covid-19) risultano prossimi fra loro; la mortalità per cause trattabili è in linea con l'analoga curva maschile, mentre la mortalità per cause prevenibili tra

Figura 5d.1. Mortalità regionale per cause prevenibili, cause trattabili, Covid-19 e altre cause, per genere. Giorni di vita perduti standard pro-capite. Anni 2017-2021





le femmine assume valori pari a meno della metà di quella rilevata tra i maschi (nel 2021 rispettivamente 5,6 vs 13,3 gvp).

Anche nel caso delle femmine le viste regionali restituiscono esiti differenti ma in modo meno evidente di quanto osservato per i maschi; tra tutti si nota il caso della Campania, con valori che lungo tutto il periodo di riferimento risultano sensibilmente più elevati della media nazionale.

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

5d.5. Le mappe epidemiologiche provinciali

Adottando analogamente al contesto regionale il numero di giorni di gvp pro-capite come indicatore è interessante affiancare la cartografia per provincia relativa agli ultimi due anni disponibili, confronto che mostra importanti variazioni geografiche dal 2020 al 2021.

Nel 2020 la mappa provinciale della mortalità generale prima dei 75 anni è stata del tutto alterata rispetto agli anni precedenti, per effetto della particolare intensità degli eventi avvenuti in Lombardia e, in minor misura, in altre zone. Con il 2021 l'andamento geografico torna ancora a modificarsi; la mortalità perde forza nelle aree settentrionali ma mantiene o accentua l'aumento peraltro già registrato in tutto il meridione.

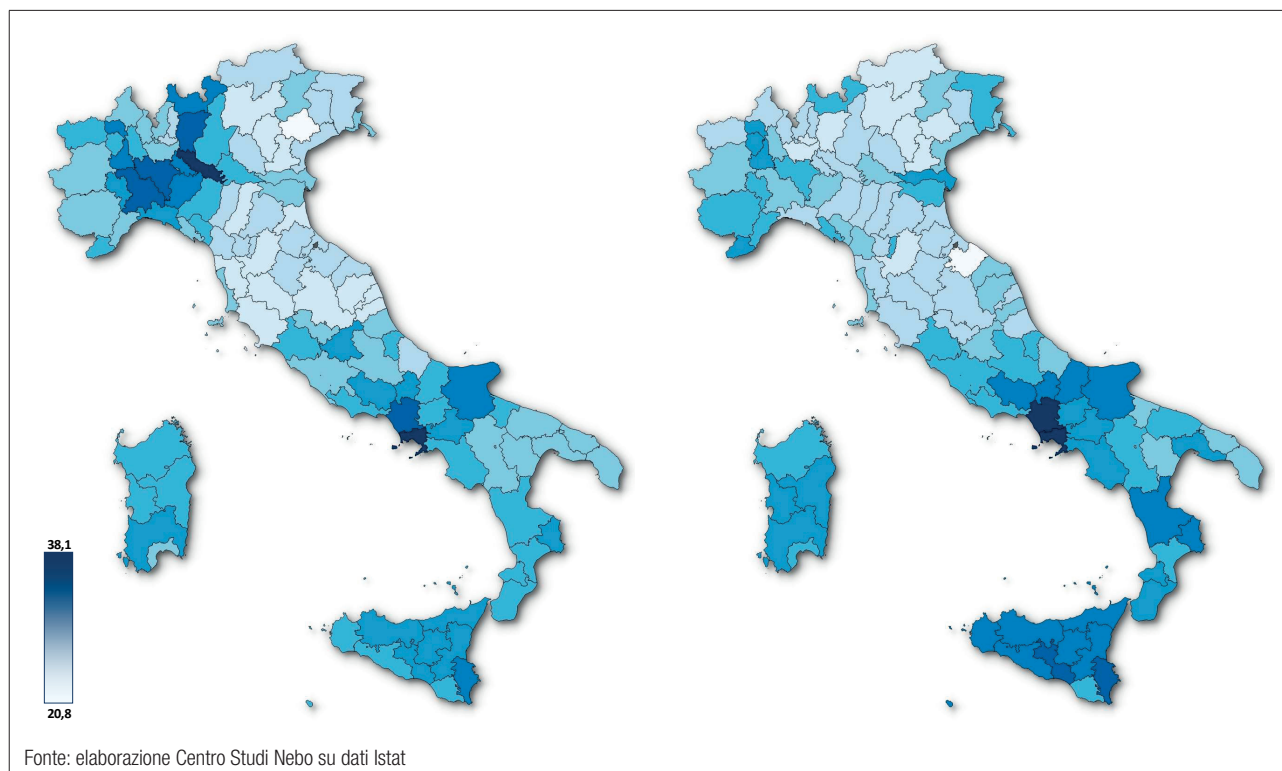
La lettura secondo i gvp consente di tener conto

dell'età dei deceduti, condizionando in questo modo le differenze a seconda che la casistica sia più o meno giovane e quindi, considerando la fascia di età di interesse della presente analisi, quanto sia più o meno prossima alla soglia dei 75 anni.

Nel biennio 2020-2021 i valori medi nazionali non si discostano se non marginalmente da un anno all'altro, ma cambia sensibilmente il contributo che a tali medie forniscono i singoli territori:

- nel cartogramma della mortalità generale 0-74 anni del 2020 (Figura 5d.2a.) si individuano con i valori più elevati le province di Cremona, Alessandria, Pavia, Bergamo, precedute da Napoli (37,1 gvp) e seguite da Caserta (35,0 gvp); queste ultime due province fanno registrare (e con un ulteriore aumento) il dato più elevato nel 2021 (38,1 e 36,8 gvp rispettivamente)

Figura 5d.2a. Mortalità 0-74 anni per Provincia per tutte le cause. Giorni di vita perduti *standard* pro-capite. Anno 2020 (sx) e 2021 (dx)



- all'evoluzione dei cartogrammi della mortalità generale negli anni della pandemia contribuisce sensibilmente il dato legato ai decessi attribuiti a Covid-19, come evidenziano le relative mappe epidemiologiche (Figura 5d.2b.); quella del 2020 è legata prevalentemente al fenomeno della prima ondata - con picchi nelle aree di Bergamo, Cremona, Lodi, Piacenza prossimi o superiori a 8,0 gvp - mentre quella del 2021 mostra una distribuzione sensibilmente più omogenea sul territorio nazionale, con punte massime comunque non superiori a 5,5 gvp rilevate per lo più nel Meridione (Campobasso, Napoli, Caserta, Taranto), con l'eccezione di Prato
 - escludendo i decessi direttamente attribuiti a Covid-19 si osserva come il complesso della MEV (Figura 5d.2c.) mantenga sostanzialmen-
- te l'andamento geografico tradizionale, con valori mediamente più elevati nel Meridione e in alcune aree del Nord-Ovest; sia nel 2020 che nel 2021 nella provincia di Napoli si riscontrano i livelli più alti di MEV (21,4 e 20,8 gvp rispettivamente); a seguire, nel 2021, Enna, Sud Sardegna, Messina, Siracusa, Crotona, tutte attestate almeno a 20,0 gvp
- un rilevante contributo alla mortalità generale 0-74 anni proviene infine dalle "altre cause", vale a dire escludendo Covid-19 e mortalità prevenibile o trattabile (Figura 5d.2d.); si tratta di un gruppo molto eterogeneo che tuttavia è caratterizzato da un gradiente geografico piuttosto netto che vede una particolare intensità in alcune specifiche aree del Sud e delle Isole oltre che nell'area ligure.

Figura 5d.2b. Mortalità 0-74 anni per Provincia per Covid-19. Giorni di vita perduti *standard* pro-capite. Anno 2020 (sx) e 2021 (dx)

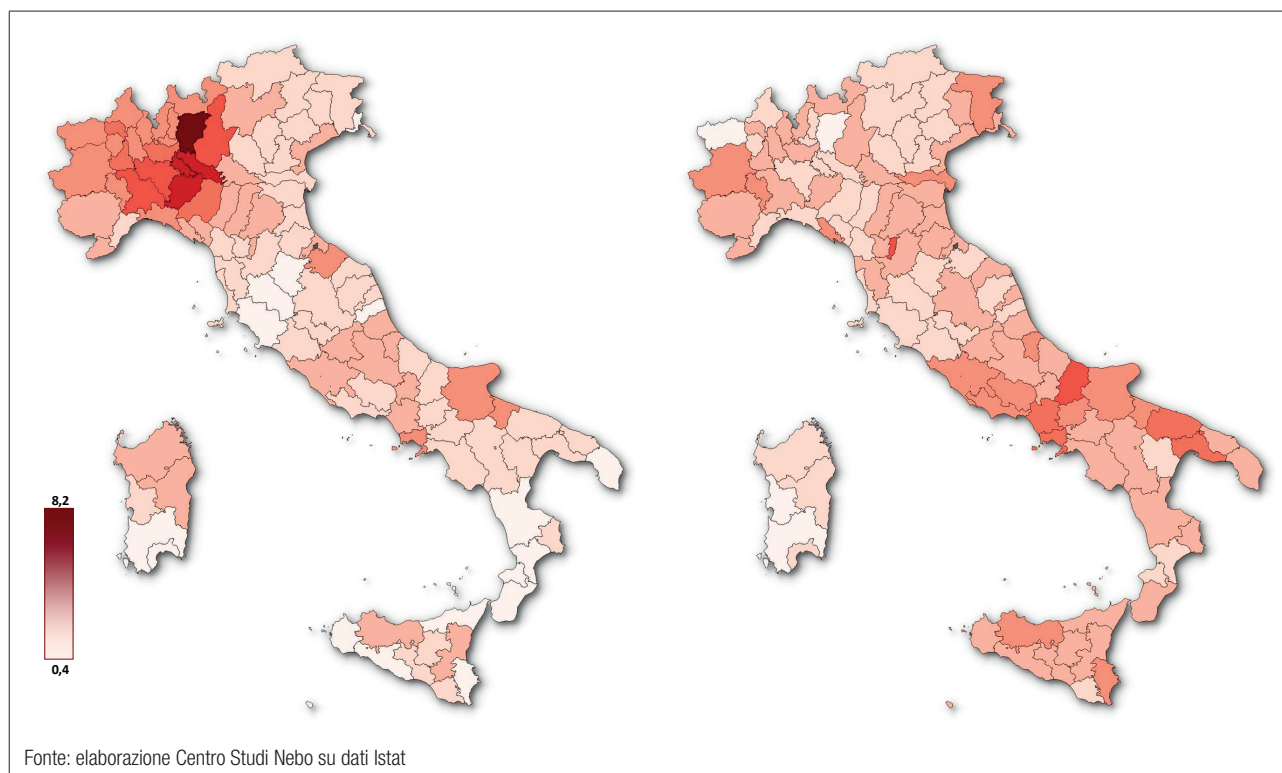


Figura 5d.2c. Mortalità 0-74 anni per Provincia per cause evitabili. Giorni di vita perduti *standard* pro-capite. Anno 2020 (sx) e 2021 (dx)

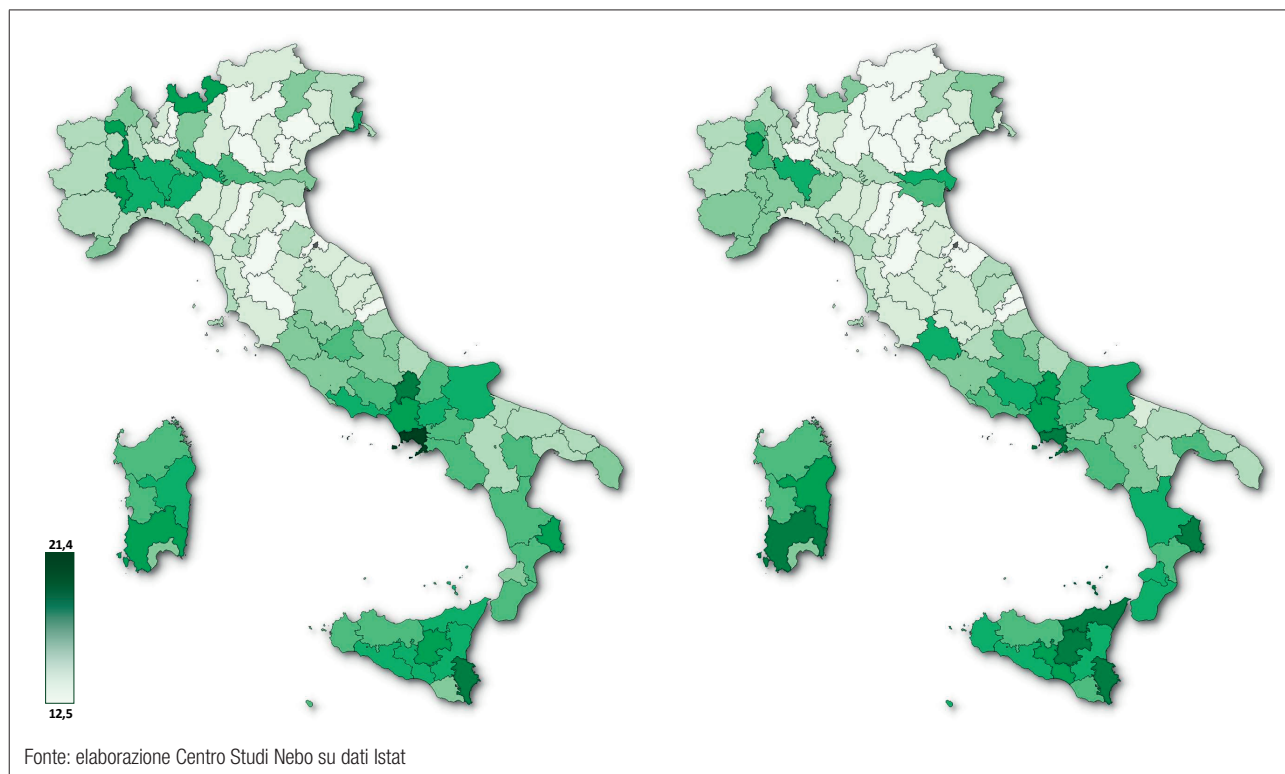
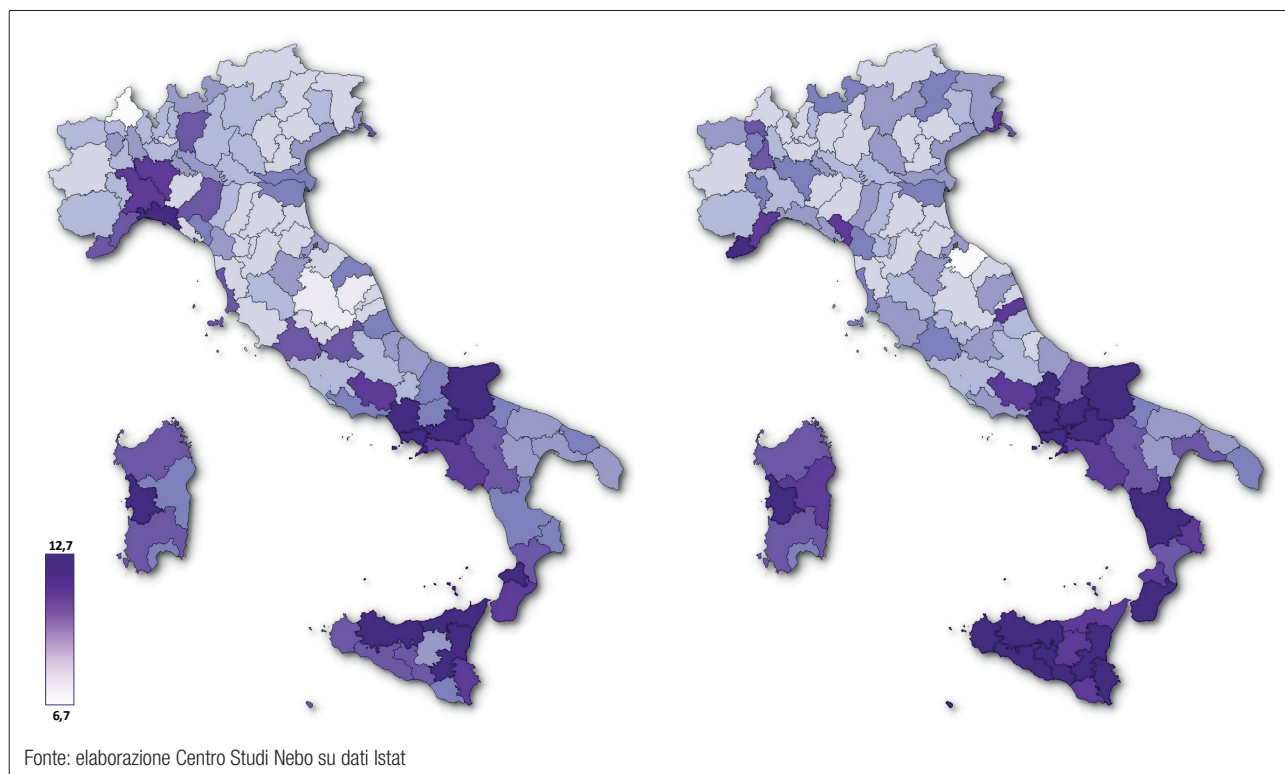


Figura 5d.2d. Mortalità 0-74 anni per Provincia altre cause (escluse evitabili e Covid-19). Giorni di vita perduti *standard* pro-capite. Anno 2020 (sx) e 2021 (dx)



5d.6. Riflessioni finali

L'analisi della MEV rappresenta uno degli strumenti indispensabili per affrontare il tema delle differenze in ambito epidemiologico e sanitario.

Da oltre vent'anni le cartografie italiane sul tema riflettono una chiara disparità territoriale: dai primi approfondimenti in materia, a partire dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese del 1996 e passando per Prometeo – Atlante della Sanità Italiana (1999-2001), Epidemiologia e Ricerca Applicata (ERA) (2007-2012), Mortalità Evitabile (con intelligenza) (MEV(i)) (dal 2013), la costante comunque presente è un netto gradiente geografico che vede una distanza tutt'altro che trascurabile fra le aree del Paese.

Al netto della quota di decessi per incidenti stradali o per alcune malattie infettive, per la gran parte della MEV non è sorprendente che non siano (ancora) visibili i segni dell'impatto della pandemia sulle statistiche della mortalità per causa. Nei prossimi anni i dati, forse, permetteranno di quantificare in quale misura abbiano inciso gli stili di vita modificati dalle straordinarie condizioni sociali e familiari da un lato e, dall'altro, le improvvise (e improvvisate) stra-

tegie di emergenza che si sono abbattute sui servizi socio-sanitari.

In ogni caso, se è vero che «non esiste alcuna ragione biologica conosciuta per cui ogni popolazione non debba essere sana quanto la migliore»⁶ gli effetti a lungo termine della pandemia di Covid-19 non potranno che aggiungersi alle preesistenti ragioni per cui lo stato di salute degli Italiani risulta così eterogeneo e con ogni probabilità concorrere ad amplificare il divario.

Riferimenti bibliografici

18° e 19° Rapporto CREA Sanità

Istat, "Decessi e cause di morte"

Eurostat, "Preventable and treatable mortality statistics"

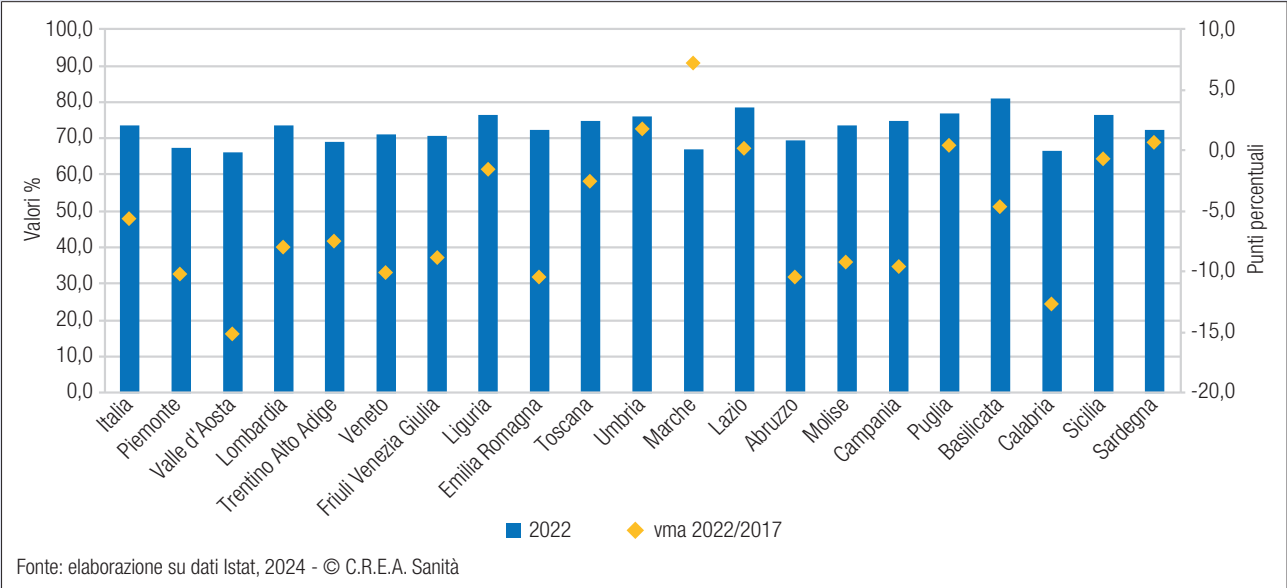
Nebo Ricerche PA, "MEV(i) - Mortalità evitabile (con intelligenza)" - www.mortalitaevitabile.it

OECD/Eurostat, "Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death"

WHO, "Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati"

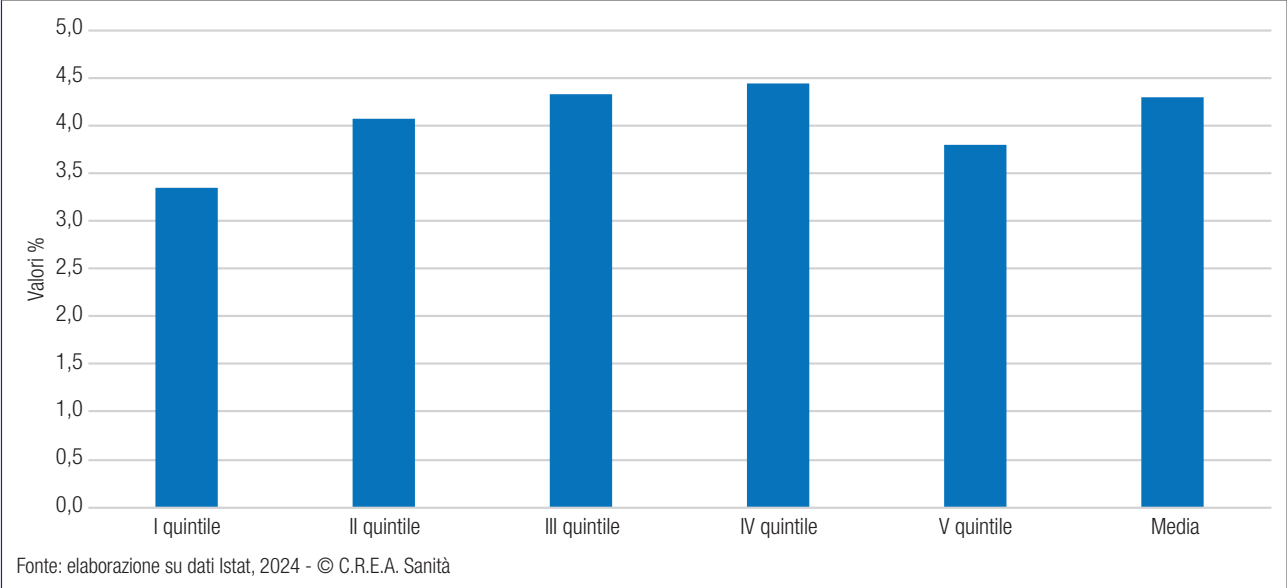
⁶ Geoffrey Rose "Rose's strategy of Preventive Medicine", ed. 2008

KI 5.1. Quota famiglie che sostengono spese per consumi sanitari

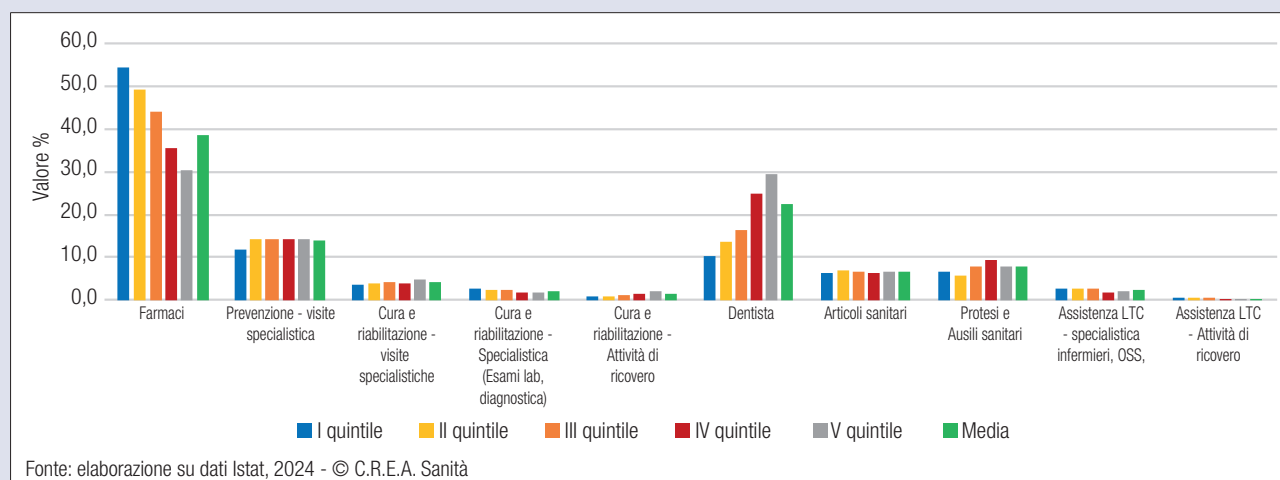


Nel 2022, in Italia, il 73,5% delle famiglie ha sostenuto spese per consumi sanitari, con una riduzione di -4,4 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo quinquennio. La quota di famiglie che sostengono spese sanitarie è massima in Basilicata (81,0%) e minima in Valle d'Aosta (66,0%). Nell'ultimo quinquennio, l'aumento massimo della quota si registra nelle Marche (+4,5 p.p.); la riduzione massima in Valle d'Aosta (-11,8 p.p.).

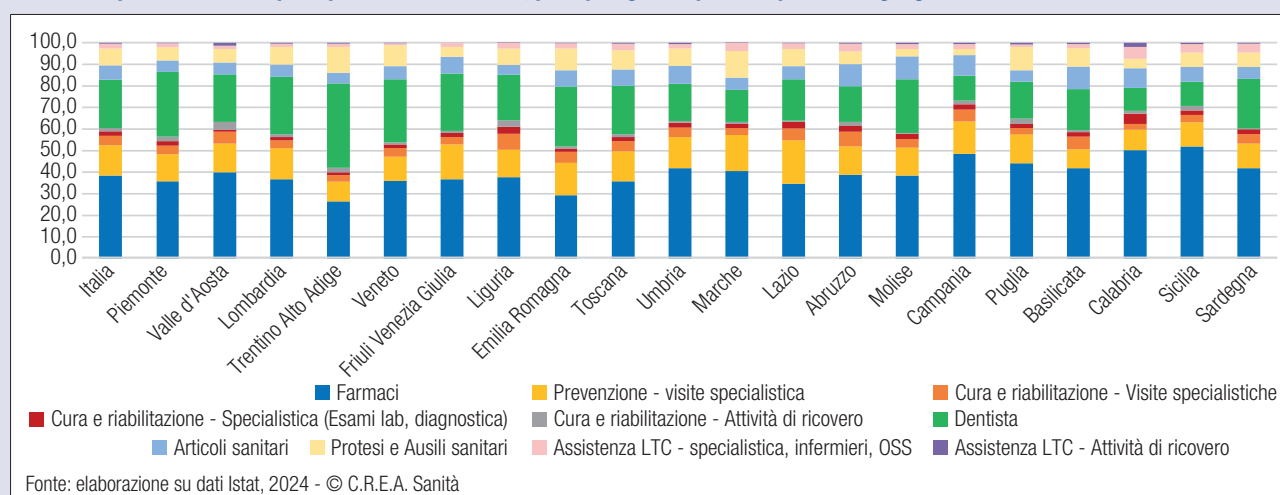
KI 5.2. Incidenza della spesa media sanitaria effettiva sui consumi familiari, per quintile di consumo. Anno 2022



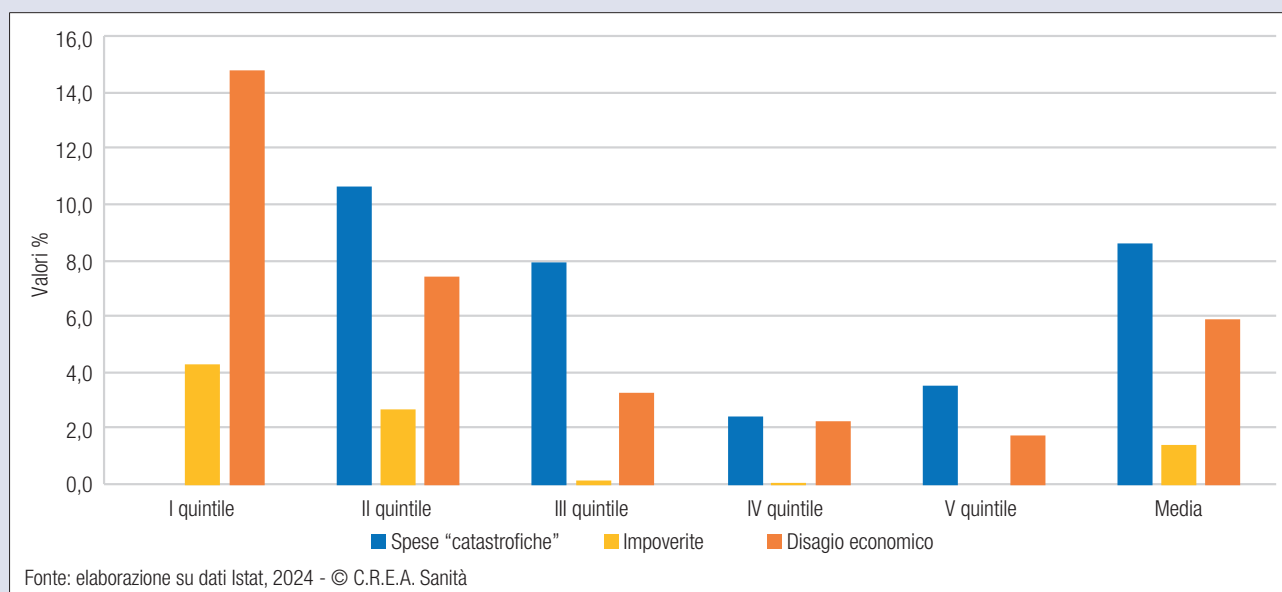
Nel 2022, in Italia, la spesa per consumi sanitari (riferita quindi alle famiglie che la sostengono) è pari al 4,3% dei consumi totali, si passa da un valore minimo, pari al 3,4%, per le famiglie appartenenti al I quintile di consumo, ad un massimo, pari al 4,4%, per quelle appartenenti al IV quintile di consumo.

KI 5.3. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per consumi sanitari, per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2022


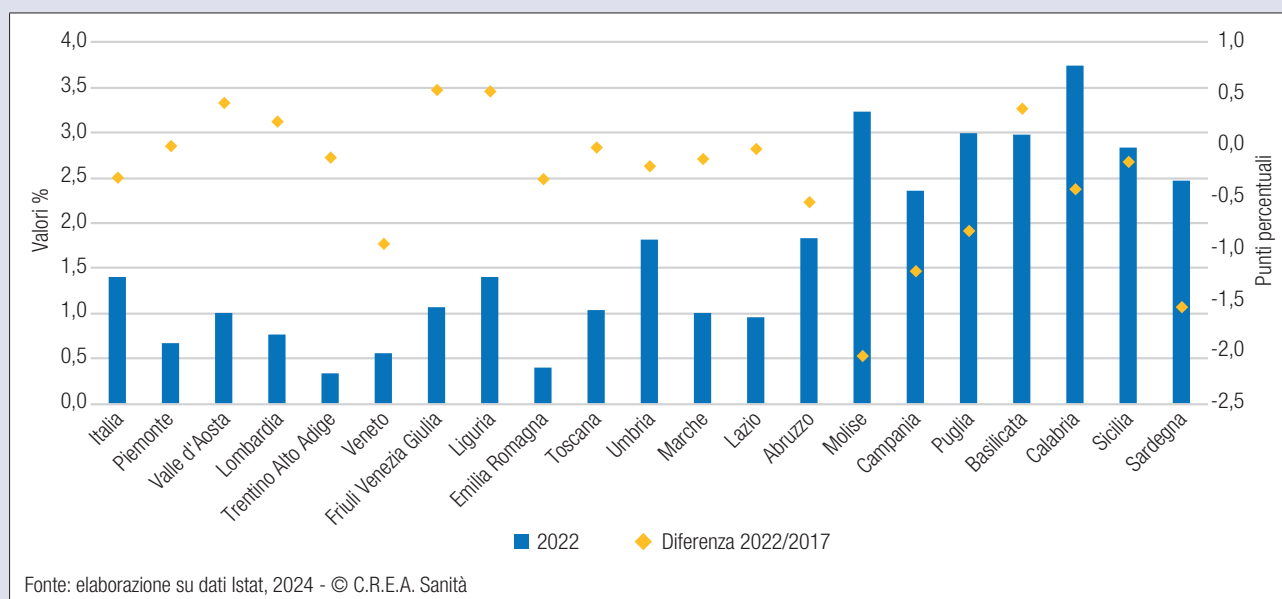
Nel 2022, in Italia, il 38,5% delle famiglie che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 22,3% spende per il dentista, il 14,1% per visite specialistiche finalizzate alla prevenzione, il 7,9% per protesi e ausili sanitari, il 6,7% per articoli sanitari, il 4,4% per visite specialistiche in ambito di cura e prevenzione, il 2,3% per assistenza *Long Term Care* (LTC) (specialistica, infermieri, Operatori Socio-Sanitari (OSS)), il 2,1% per esami di laboratorio e diagnostica, l'1,5% per attività di ricovero e lo 0,4% per attività di ricovero nell'ambito della LTC. Per i farmaci si passa dal 54,4% delle famiglie del I quintile al 30,4% di quelle del V. Per le visite specialistiche finalizzate alla prevenzione, dal 14,4% delle famiglie del III quintile all'11,9% di quelle del I. Per le visite specialistiche associate a cura e riabilitazione, dal 4,9% delle famiglie del V quintile al 3,5% di quelle del I. Per gli esami di laboratorio e di diagnostica, dal 2,8% delle famiglie del I quintile all'1,8% di quelle del V. Per l'attività di ricovero, dal 2,1% delle famiglie del V quintile allo 0,8% di quelle del II. Per il dentista, dal 29,5% delle famiglie del IV quintile al 10,2% del I. Per gli articoli sanitari, dal 6,9% del II quintile al 6,3% del I. Per protesi e ausili sanitari, dal 9,3% del IV quintile al 5,7% del II. Per assistenza specialistica, infermieri, OSS nell'ambito della LTC, si passa dal 2,7% delle famiglie del II e III quintile al 2,1% di quelle del V. Per i ricoveri associati a LTC, dallo 0,6% del II quintile allo 0,3% del IV e V quintile.

KI 5.4. Composizione della spesa per consumi sanitari, per tipologia di spesa e ripartizione geografica. Anno 2022


Nel 2022, in Italia, le famiglie residenti nel Sud e Isole destinano il 47,2% delle loro spese sanitarie ai farmaci (+8,7 punti percentuali (p.p.) rispetto alla media nazionale), il 14,1% alle cure odontoiatriche (-8,2 p.p.), il 12,6% alle visite specialistiche finalizzate alla prevenzione (-1,5 p.p.), il 7,7% agli articoli sanitari (+1,1 p.p.), il 6,2% a protesi e ausili sanitari (-1,7 p.p.), il 4,3% alle visite specialistiche per cura e riabilitazione (-0,1 p.p.), il 3,0% all'assistenza specialistica per LTC (+0,7 p.p.), il 2,4% per esami di laboratorio e diagnostica (+0,4 p.p.), l'1,8% per attività di ricovero (+0,3 p.p.) e lo 0,7% per attività di ricovero nell'ambito della LTC (+0,3 p.p.). Le famiglie residenti nel Centro destinano il 36,0% delle loro spese sanitarie ai farmaci (-2,5 p.p. rispetto alla media nazionale), il 19,6% alle cure odontoiatriche (-2,7 p.p.), il 17,5% alle visite specialistiche finalizzate alla prevenzione (+3,4 p.p.), l'8,6% a protesi e ausili sanitari (+0,8 p.p.), il 6,8% agli articoli sanitari (+0,1 p.p.), il 5,0% alle visite specialistiche per cura e riabilitazione (+0,7 p.p.), il 2,8% all'assistenza specialistica per LTC (+0,5 p.p.), il 2,4% per esami di laboratorio e diagnostica (+0,4 p.p.), l'1,0% per attività di ricovero (-0,5 p.p.) e lo 0,3% per attività di ricovero nell'ambito della LTC (-0,1 p.p.). Le famiglie residenti nel Nord-Est destinano il 32,4% delle loro spese sanitarie ai farmaci (-6,1 p.p. rispetto alla media nazionale), il 29,4% alle cure odontoiatriche (+7,1 p.p.), il 13,0% alle visite specialistiche finalizzate alla prevenzione (-1,0 p.p.), il 9,6% a protesi e ausili sanitari (+1,8 p.p.), il 6,7% agli articoli sanitari (stesso valore rispetto a quello nazionale), il 4,2% alle visite specialistiche per cura e riabilitazione (-0,1 p.p.), l'1,6% all'assistenza specialistica per LTC (-0,6 p.p.), l'1,6% per esami di laboratorio e diagnostica (-0,5 p.p.), l'1,1% per attività di ricovero (-0,4 p.p.) e lo 0,2% per attività di ricovero nell'ambito della LTC (-0,2 p.p.). Le famiglie residenti nel Nord-Ovest e Isole destinano il 36,6% delle loro spese sanitarie ai farmaci, (-1,9 p.p. rispetto alla media nazionale), il 26,7% alle cure odontoiatriche (+4,4 p.p.), il 13,8% alle visite specialistiche finalizzate alla prevenzione (-0,2 p.p.), il 7,6% a protesi e ausili sanitari (-0,3 p.p.), il 5,5% agli articoli sanitari (-1,1 p.p.), il 4,1% alle visite specialistiche per cura e riabilitazione (-0,3 p.p.), l'1,8% per esami di laboratorio e diagnostica (-0,2 p.p.), l'1,8% per attività di ricovero (+0,3 p.p.), l'1,7% all'assistenza specialistica per LTC (-0,6 p.p.) e lo 0,3% per attività di ricovero nell'ambito della LTC (pari al valore nazionale).

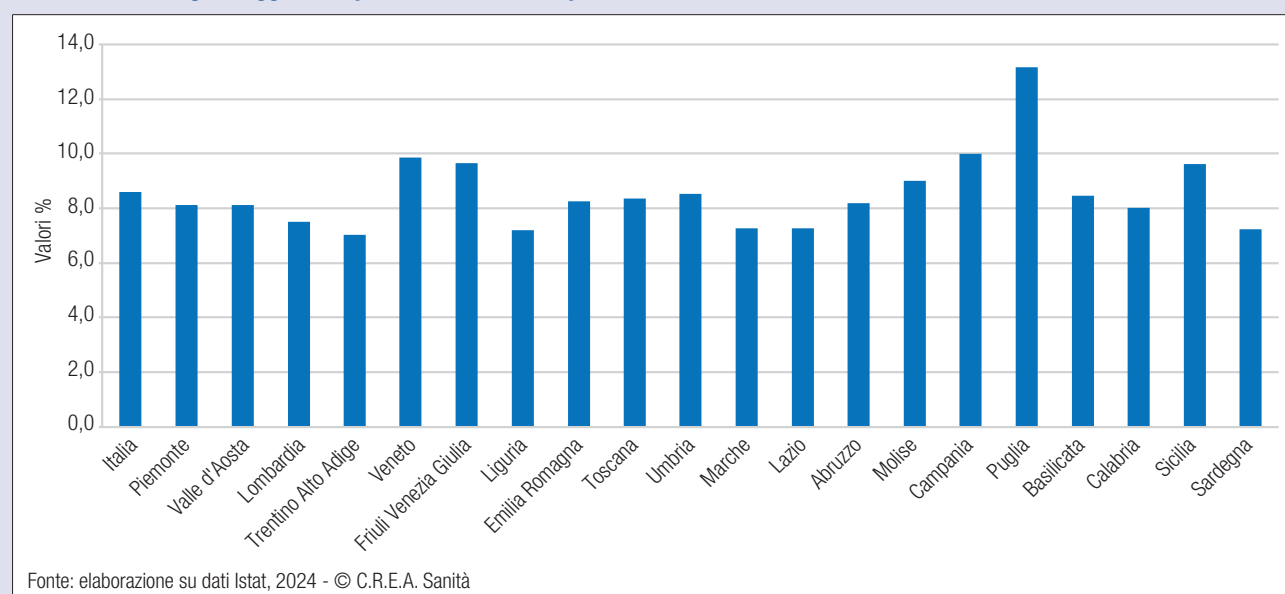
KI 5.5. Incidenza di famiglie impoverite e soggette a spese per consumi sanitari "catastrofici", per quintile di consumo. Anno 2022

Nel 2022, in Italia, risultano impoverite per le spese sanitarie l'1,4% delle famiglie e l'1,9% di quelle che sostengono spese sanitarie. L'incidenza è pari al 4,3% nel I quintile, al 2,7% nel II e allo 0,1% nel III e nel IV. Sono soggette a spese catastrofiche (consumi sanitari di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*) l'8,6% delle famiglie (11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie): 10,7% nel II quintile, all'8,0% nel III, al 2,4% nel IV e al 3,8% nel V. Risultano colpite dal disagio economico per consumi sanitari (impoverimento o rinuncia ai consumi sanitari per motivi economici) il 5,9% delle famiglie (8,0% di quelle che sostengono spese sanitarie). L'incidenza è pari al 14,8% nel I quintile, al 7,5% nel II, al 3,2% nel III, al 2,2% nel IV e al 1,7% nel V.

KI 5.6. Quota famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari

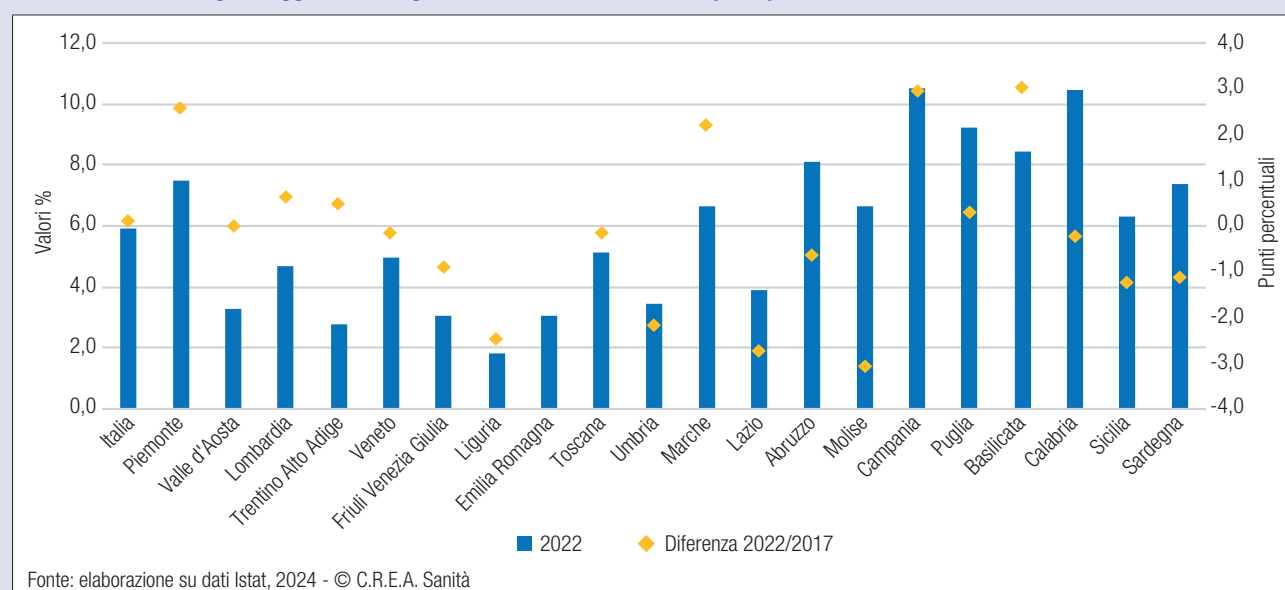
Nel 2022, in Italia, il fenomeno dell'impoverimento colpisce l'1,4% delle famiglie (l'1,9% di quelle che sostengono spese sanitarie). Raggiunge il suo valore massimo in Calabria (3,7%) e quello minimo in Piemonte (0,7%). Nell'ultimo quinquennio il fenomeno è in riduzione di 0,3 p.p.; l'aumento massimo si registra in Friuli Venezia Giulia e Liguria con (+0,5 p.p.) e la riduzione massima in Molise (-2,0 p.p.).

KI 5.7. Quota famiglie soggette a spese “catastrofiche” per consumi sanitari



Nel 2022, in Italia, il fenomeno delle spese sanitarie “catastrofiche” (consumi di entità superiore al 40% della *capacity to pay*), colpisce l'8,6% delle famiglie (l'11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie). La quota raggiunge il suo valore massimo in Puglia (13,2%) e quello minimo in Trentino Alto Adige (7,0%).

KI 5.8. Quota di famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari



Nel 2022, in Italia, secondo l'indicatore di disagio economico delle famiglie per spese sanitarie (che somma i fenomeni dell'impoverimento e delle “nuove” rinunce alle spese per consumi sanitari per motivi economici), il 5,9% delle famiglie sperimenta un disagio. L'incidenza del fenomeno è massima in Campania (10,5% delle famiglie) e minima in Liguria (1,8%). Nell'ultimo quinquennio il disagio è in aumento di +0,1 p.p.; a livello regionale l'aumento massimo si registra in Basilicata (+3,0 p.p.) e la riduzione massima in Molise (-3,1 p.p.).



Capitolo 6

Prevenzione

- 6a. Evidenze su stili di vita e principali fattori di rischio per la salute, la situazione in Europa
- 6b. Consumi e spesa del Servizio Sanitario Nazionale per l'immunizzazione

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 6a

Evidenze su stili di vita e principali fattori di rischio per la salute, la situazione in Europa

Giordani C.¹

L'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da Covid-19 ha messo meglio in evidenza come gli interventi di Sanità pubblica risultino fondamentali per lo sviluppo economico e sociale di un Paese, e che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno.

La crescente attenzione che, a livello globale, è dedicata alla promozione di stili di vita sani, alla gestione dei fattori di rischio (come ad esempio fumo, alcol, dieta, obesità, sedentarietà, inquinamento) e alla Prevenzione delle malattie croniche, è essenziale per ridurre il carico sanitario globale e migliorare la qualità della vita delle popolazioni. Il tutto, nell'ambito di una visione "*One Health*", che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente: riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, "*One Health*" promuove l'applicazione di un approccio coordinato, multidisciplinare e intersettoriale per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che derivano dall'interfaccia tra ambiente, animali ed ecosistemi.

Numerosi studi scientifici hanno evidenziato l'importanza della Prevenzione e della promozione della salute nel ridurre l'incidenza delle malattie e la mortalità, oltre che nel migliorare la qualità della vita delle persone, con benefici diretti anche sui costi per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e per la società in generale.

Le attività di Prevenzione devono concentrarsi su azioni condivise tra diversi settori della Società, con particolare riferimento a fattori di rischio comportamentali modificabili e determinanti sociali, economici ed ambientali, senza trascurare l'importanza della

diagnosi precoce, delle vaccinazioni e del contrasto alle disuguaglianze.

Nel capitolo si effettua una analisi dei dati, desunti da più fonti nazionali e internazionali, riferiti agli ambiti in questione, per definire il posizionamento dell'Italia all'interno dell'Unione Europea (EU), senza pretesa di esaustività e con tutti i limiti derivanti dalle differenze tra i diversi sistemi sanitari e alle diverse finestre temporali per cui si ha disponibilità di dati e alle diverse fonti utilizzate.

In estrema sintesi, per l'anno 2022 (o più vicino disponibile, a seconda della disponibilità dei dati), l'esercizio effettuato evidenzia che l'Italia:

- è in linea con i valori medi EU per quanto riguarda:
 - fumo: la quota di persone di 15 anni e più che fumano tabacco ogni giorno è pari al 19,8% in Italia e al 19,9% in EU-27 (18+); la forbice va dall'8,7% in Svezia al 29,1% in Bulgaria
 - sostanze stupefacenti illegali: la quota di giovani adulti di 15-34 anni che dichiara di aver fatto uso di cocaina nell'ultimo anno è pari al 2,1% in Italia e al 2,2% in EU-27; il valore minimo (0,5%) si registra in Portogallo, il massimo (5,5%) nei Paesi Bassi
 - vaccinazioni pediatriche di *routine*: la copertura vaccinale contro difterite, tetano e pertosse (DTP) nei bambini entro il primo anno di età è pari al 95,2% in Italia e al 95,0% nella Regione Europea WHO; la forbice va dall'83,5% osservato in Austria al 99,9% registrato in Ungheria

¹ Economista. L'autore scrive a titolo personale e non per conto dell'Ente di appartenenza

- si trova in una posizione migliore rispetto alla media EU con riferimento ai seguenti indicatori:
 - alcol: il consumo di alcol tra le persone di 15 anni e più è pari a 7,7 litri pro-capite in Italia e 10,2 litri in EU-27; il valore minimo, pari a 6,3 litri, in Grecia, il valore massimo, pari a 11,9 litri, in Lettonia
 - obesità adulti: la quota di persone di 15 anni e più che si dichiarano obese è pari all'11,4% in Italia contro il 16,5% della media EU-27 (18+); la forbice va dal 10,5% in Romania al 24,0% in Finlandia
 - abitudini alimentari: la quota di persone di 15 anni e più che consumano verdure quotidianamente è pari al 58,5% in Italia e al 50,9% in EU (18+); la quota minore, pari al 17,4%, si registra in Romania, la maggiore, pari al 75,9%, si osserva in Belgio
 - vaccinazione antinfluenzale: la copertura vaccinale contro l'influenza stagionale negli anziani di 65 anni e più è pari al 58,1% in Italia e al 48,2% in EU-27; la forbice va dal 5,6% in Slovacchia al 78,0% in Danimarca
- si trova in una posizione peggiore rispetto alla media EU per quanto riguarda:
 - attività fisica: la quota di persone che non praticano mai attività fisica o sportiva è pari al 56,0% in Italia ed al 45,0% mediamente in EU; si passa dall'8,0% registrato in Finlandia al 73,0% in Portogallo
 - inquinamento ambientale: la quota di morti premature per inquinamento ambientale da particolato PM_{2,5} è pari a 79 per milione di abitanti (pmp) in Italia ed a 57 decessi prematuri pmp in EU; i valori estremi si registrano in Finlandia (3) e in Bulgaria (157)
 - *screening* oncologici: adesione a programmi organizzati di *screening* da parte della popolazione *target*
 - mammografico: 53,5% (Italia) vs 56,8% (EU-16); minimo: 28,5% (Slovacchia), massimo: 83,0% (Danimarca)

- cervicale: 40,2% (Italia) vs 50,5% (EU-16); minimo: 4,5% (Romania), massimo: 78,8% (Svezia)
- coloretale: 34,0% (Italia) vs 45,8% (EU-13); minimo: 8,1% (Ungheria), massimo: 77,3% (Finlandia).

La Prevenzione può avere un rilevante impatto economico.

Ad esempio, tenendo presente che la WHO raccomanda che gli adulti svolgano almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata o almeno 75 minuti di attività fisica aerobica di intensità vigorosa (o una combinazione di entrambe) a settimana, si può stimare che, se tutti rispettassero tali indicazioni, in EU, si potrebbero evitare circa 18 mila morti all'anno. Inoltre, l'OECD stima che l'aspettativa di vita nelle persone non sufficientemente attive aumenterebbe di 7,5 mesi, facendo crescere l'aspettativa di vita media per la popolazione totale di quasi 2 mesi.

Aumentare i livelli di attività fisica ai *target* previsti eviterebbe anche 11,5 milioni di nuovi casi di malattie non trasmissibili entro il 2050, inclusi 3,8 milioni di casi di malattie cardiovascolari, 3,5 milioni di casi di depressione, quasi un milione di casi di diabete di tipo 2 e più di 400.000 casi di tumore, con un risparmio di quasi €-PPP 8 mld. annui.

Arrivare a 300 minuti di attività fisica di intensità moderata a settimana aumenterebbe l'aspettativa di vita delle persone attualmente fisicamente inattive di quasi 16 mesi e potrebbe prevenire 30.000 morti premature all'anno e 27 milioni di nuovi casi di malattie non trasmissibili in 30 anni, riducendo la spesa sanitaria di €-PPP 17 mld. all'anno.

In definitiva, pur riconoscendo al nostro Paese i risultati ottenuti grazie alla crescente attenzione alla promozione della salute e alla Prevenzione, dimostrata dagli indicatori che vedono il nostro Paese per alcuni aspetti in posizione migliore rispetto alla media dei Paesi EU, non di meno si conferma l'esigenza di continuare ad investire nel settore, per perseguire miglioramenti degli esiti di salute e dell'equità e, non ultima, la sostenibilità del sistema sanitario.

CAPITOLO 6a

Evidenze su stili di vita e principali fattori di rischio per la salute, la situazione in Europa

Giordani C.¹

L'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da Covid-19 ha messo ancor meglio in evidenza come gli interventi di Sanità pubblica risultino fondamentali per lo sviluppo economico e sociale di un Paese, e che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno (Ministero della Salute) [1].

La crescente attenzione, a livello globale, alla promozione di stili di vita sani, alla gestione dei fattori di rischio (come ad esempio fumo, alcol, alimentazione scorretta, obesità, inattività fisica, inquinamento ambientale) e alla Prevenzione delle malattie croniche è essenziale per ridurre il carico sanitario globale e migliorare la qualità della vita delle popolazioni. Il tutto, nell'ambito di una visione *"One Health"*, che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente: riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, *"One Health"* promuove l'applicazione di un approccio coordinato, multidisciplinare e intersettoriale per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che derivano dall'interfaccia tra ambiente, animali ed ecosistemi [1].

Numerosi studi scientifici hanno evidenziato l'importanza della Prevenzione e della promozione della salute nel ridurre l'incidenza delle malattie e la mortalità, oltre che nel migliorare la qualità della vita delle persone, con benefici diretti anche sui costi per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e per la società in generale.

Le attività di Prevenzione devono concentrarsi su azioni condivise tra diversi settori della società, con particolare riferimento a fattori di rischio comporta-

mentali modificabili e determinanti sociali, economici ed ambientali, senza trascurare l'importanza della diagnosi precoce, delle vaccinazioni e del contrasto alle disuguaglianze.

Attualmente, a livello globale, come anche europeo e nazionale, sono numerose le iniziative e i piani d'azione elaborati; di seguito se ne citano solo alcuni tra i più importanti, senza pretesa alcuna di esaustività.

Nel 2015, 193 Paesi ONU (Nazioni Unite), tra cui l'Italia, hanno sottoscritto l'"Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile", analizzata più approfonditamente nel Capitolo 4a, al quale si rimanda per maggiori dettagli.

Quattro agenzie dell'ONU, ossia l'Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO), il Programma per l'Ambiente (UNEP), la *World Health Organization* (WHO) e l'Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (WOAH), hanno sviluppato nel 2022 il "Piano d'azione congiunto *One Health*" (OH JPA) 2022-2026, con lo scopo di guidare il cambiamento e la trasformazione necessari a mitigare l'impatto delle sfide sanitarie attuali e future nell'interfaccia uomo-animale-ambiente a livello globale, regionale e nazionale [2].

Riveste particolare importanza anche il *"Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases"* (NCDs) 2013-2020 della WHO: piano d'azione globale per la Prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, esteso al 2030 [3].

La WHO ha messo a punto, inoltre, diversi piani relativi a specifiche tematiche e attualmente in vigo-

¹ Economista. L'autore scrive a titolo personale e non per conto dell'Ente di appartenenza

re, tra cui, per fare degli esempi:

- “*Global alcohol action plan 2022-2030*”: mira a ridurre il consumo dannoso di alcol attraverso strategie efficaci e basate sull'evidenza a livello nazionale, regionale e globale [4]
- “*Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030*”: promuove l'attività fisica per prevenire malattie croniche non trasmissibili come diabete e malattie cardiovascolari. L'obiettivo è ridurre la sedentarietà e aumentare l'attività fisica della popolazione globale [5].

Anche l'Unione Europea (EU) ha adottato una serie di strategie e piani di azione per promuovere la salute pubblica, prevenire le malattie croniche, ridurre i fattori di rischio e migliorare la qualità della vita dei suoi cittadini. Di seguito solo alcuni esempi, anche qui senza pretesa di esaustività:

- “*Programma EU4Health 2021-2027*”: istituito dal Regolamento (EU) 2021/522, rappresenta lo strumento strategico che supporta la salute pubblica in tutta Europa, ritenendola una priorità. I quattro obiettivi generali sono: migliorare e promuovere la salute; proteggere le persone; garantire l'accesso a medicinali, dispositivi medici e prodotti rilevanti in caso di crisi; rafforzare i sistemi sanitari [6]
- “*Europe's Beating Cancer Plan*” (2021): sebbene incentrato principalmente sulla lotta contro il cancro, esso promuove anche la Prevenzione attraverso stili di vita sani, come la riduzione del consumo di tabacco e alcol, una dieta equilibrata e l'attività fisica regolare. Una particolare attenzione è posta sulla Prevenzione primaria, sul rafforzamento dei programmi di *screening* e sull'accesso a diagnosi precoci [7]
- “*EU Environment Action Programme to 2030*” (2022): promuove la salute ambientale, con misure per migliorare la qualità dell'aria, ridurre l'inquinamento e proteggere la biodiversità, riducendo così i fattori di rischio ambientali per le malattie [8]
- “*Zero Pollution Action Plan*” (2021): contribui-

sce agli obiettivi dell'Agenda ONU 2030 e prevede che l'inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo venga ridotto a livelli non più considerati dannosi per la salute e gli ecosistemi naturali [9]

- “*EU Drugs Strategy (2021-2025)*”: mira a ridurre la domanda e l'offerta di sostanze stupefacenti in Europa; include misure di Prevenzione, trattamenti e reintegrazione per le persone con dipendenza da droghe, nonché politiche per contrastare il traffico di sostanze illegali [10].

A livello nazionale, non possiamo non citare, tra le innumerevoli iniziative, il “Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025” [1], strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di Prevenzione e promozione della salute elaborato dal Ministero della Salute, che ha lo scopo di garantire tanto la salute individuale e collettiva quanto la sostenibilità del SSN. Caratteristica del Piano è quella di rafforzare la visione “*One Health*”.

Ad integrazione del “PNP 2020-2025”, nel 2023 è stato inoltre approvato il “Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025” [11], che rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione al Livello Essenziale di Assistenza (LEA) “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, anche attraverso le strategie vaccinali da applicare in maniera uniforme nel Paese.

Si rimanda alle altre numerose pubblicazioni delle Istituzioni nazionali e internazionali competenti sui temi che riguardano la Prevenzione in Sanità per ulteriori approfondimenti.

Il presente capitolo si prefigge, senza pretesa di esaustività, di descrivere, attraverso l'analisi di alcuni indicatori, la situazione italiana rispetto agli altri Paesi dell'EU, con riferimento ai principali rischi per la salute e agli stili di vita, con uno sguardo su altri importanti dati di Prevenzione quali alcune coperture vaccinali e la partecipazione ai programmi organizzati di *screening* oncologici. Si tratta inevitabilmente di una visione parziale, ma ritenuta comunque utile ad offrire importanti spunti di riflessione.

6a.1. Evidenze su principali fattori di rischio per la salute e stili di vita e attività di Prevenzione

Nelle analisi quantitative che seguono va considerato che, trattandosi di dati che mettono a confronto Paesi con sistemi sanitari diversi, in anni di riferimento a volte differenti e con disponibilità di dati e metodologie di calcolo non sempre uniformi, occorre interpretare i risultati in modo critico.

Nelle analisi si considerano, in generale, i Paesi EU-27 più il Regno Unito (UK), ove il dato sia disponibile; l'anno di aggiornamento prevalente è il 2022, che viene confrontato con il 2019 (ultimo anno pre-pandemico) e il 2014 per osservare il *trend* del fenomeno analizzato. Se per un Paese manca il dato relativo ad un certo anno di riferimento, viene considerato quello dell'anno più vicino disponibile (indicated in calce alle figure).

Con riferimento alle fonti, sono stati analizzati prevalentemente i dati forniti da²: *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)* [12] [13], *World Health Organization (WHO)* [14], *Eurostat* [15], Unione Europea [16], *European Environment Agency (EEA)* [17], *European Union Drugs Agency (EUDA)* [18], *World Bank* [19], *Ministero della Salute* [20], *Istituto Superiore di Sanità* [21].

Per le definizioni, la metodologia, la comparabilità dei dati e ogni ulteriore dettaglio, si rimanda alle guide disponibili *online* sui siti delle fonti utilizzate (indicate in calce alle figure).

6a.1.1. Abitudine al fumo

Il consumo di tabacco è riconosciuto come uno dei più grandi problemi di Sanità pubblica a livello mondiale; esso rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di diverse patologie e, così come gli altri comportamenti a rischio per la salute, si traduce in mortalità, ospedalizzazioni e quindi costi

per i sistemi sanitari e per la collettività [20].

Il fumo di tabacco è una causa nota (o probabile) di almeno 27 malattie: tra queste, si possono citare le broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) e altre patologie polmonari croniche, il tumore ai polmoni e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie. Inoltre, va considerato che anche l'esposizione al fumo passivo comporta effetti negativi sulla salute (Ministero della Salute [20]).

Con riferimento alla mortalità, si stima [23] che ogni anno, nel mondo, siano più di 8 milioni i decessi causati dal consumo di tabacco; di questi, oltre 7 milioni riguardano i fumatori attivi, mentre 1,3 milioni di decessi coinvolgono non fumatori esposti al fumo passivo. La maggior parte delle morti correlate al fumo riguarda malattie quali i tumori (soprattutto quello ai polmoni), malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche.

Nella sola EU, il consumo di tabacco sarebbe responsabile di almeno 700.000 decessi ogni anno (su oltre 5 milioni totali); circa il 50% dei fumatori muore precocemente (in media 14 anni prima) [24].

Per l'Italia, si stimano oltre 93.000 morti ogni anno attribuibili al fumo di tabacco, con costi diretti e indiretti pari a oltre € 26 mld. (*Tobacco Atlas* [25]).

La Figura 6a.1. illustra la percentuale della popolazione di età pari o superiore a 15 anni che dichiara di fumare tabacco ogni giorno nei Paesi EU-27 più il UK, per gli anni 2022, 2019 e 2014 (OECD, nell'aggiornamento del novembre 2024, fornisce i dati sul fumo relativi al 2022 per 12 Paesi).

Il Paese in cui, nel 2022, si registra la quota più bassa è la Svezia, con l'8,7% di fumatori quotidiani (in diminuzione rispetto all'11,9% del 2014 e al 10,4% del 2019). La quota si mantiene al di sotto del 15,0% anche UK (11,2%), Finlandia (11,3%), Paesi Bassi (12,7%), Danimarca (13,9%), Irlanda (14,0%) e Germania (14,6%).

La quota più alta si osserva invece in Francia (dove il 25,3% delle persone di 15 anni o più riferisce di fumare tabacco quotidianamente), seguita

² Sono disponibili diverse altre fonti nazionali per l'analisi dei temi oggetto del presente capitolo, come ad esempio l'Istat, al quale si rimanda per approfondimenti [22]

dal Lussemburgo (20,3%). Superano il 15% anche Estonia (15,9%), Repubblica Ceca (16,2%) e Italia, quest'ultima in terza posizione con il 19,8%, valore pari a quello registrato nel 2014 e in crescita rispetto al 18,6% del 2019.

Rispetto all'ultimo anno pre-pandemico (2019), nel 2022 si registra un calo del dato ovunque tranne che in Irlanda (stabile), Lussemburgo (+3,5 punti percentuali (p.p.)), Italia (+1,2 p.p.) e Francia (+1,3). Rispetto al 2014, si segnalano il calo di -7,6 p.p. nel UK e l'aumento di 5,0 p.p. in Lussemburgo.

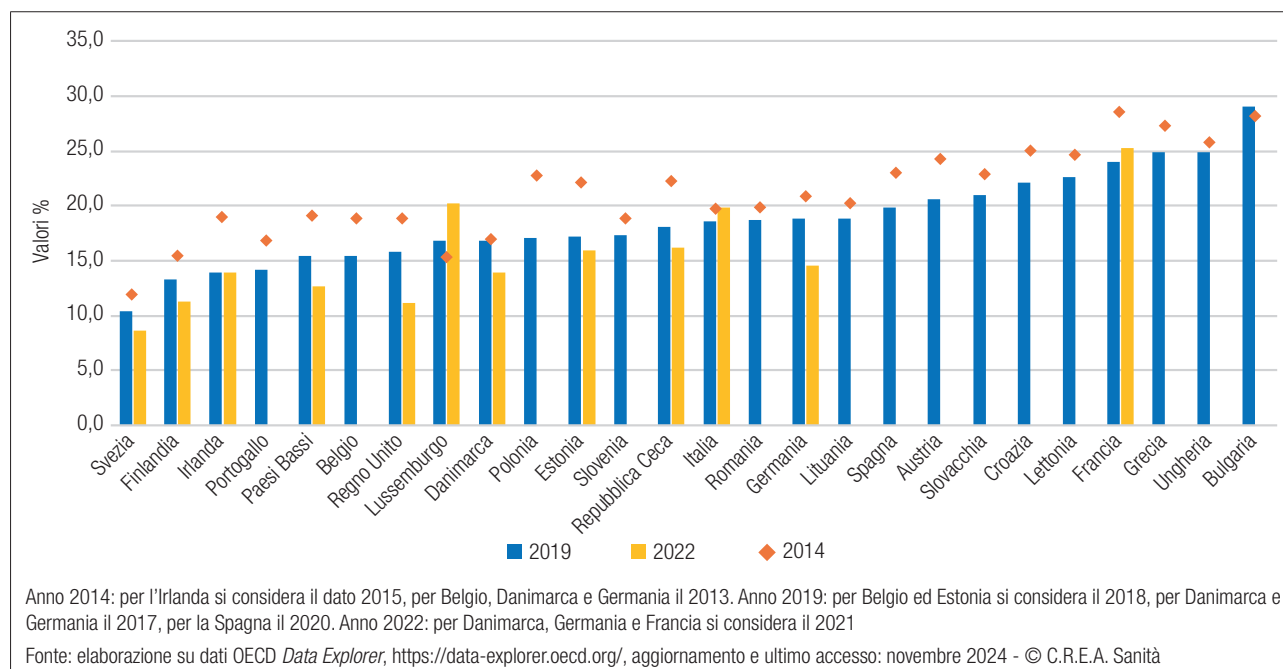
Per un confronto più completo fra i Paesi EU + UK si rimanda ai dati riferiti al 2019 contenuti nella Figura 6a.1..

Come misura di riferimento a livello europeo, si consideri che secondo quanto riportato nel database Eurostat [15], la quota di fumatori giornalieri di tabacco (18 anni e più) in EU-27 nel 2019 è pari al 19,9%.

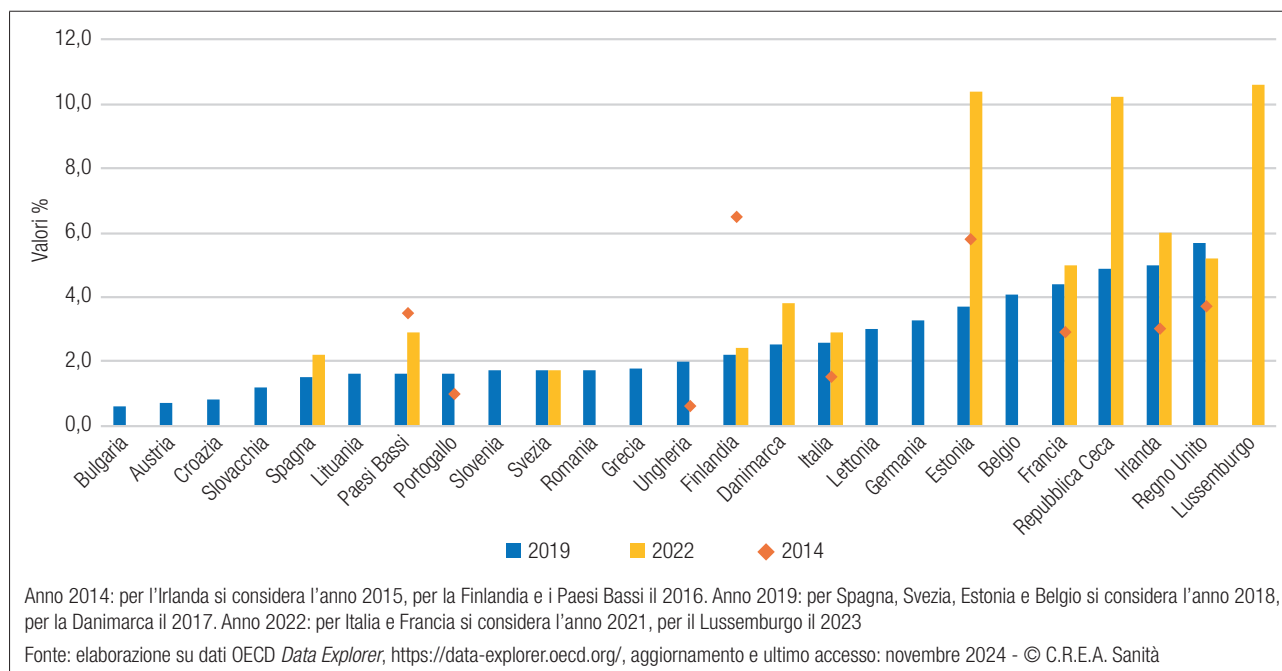
La Figura 6a.2. illustra la percentuale della popolazione di età pari o superiore a 15 anni che dichiara di utilizzare almeno una volta al mese dispositivi da svapo (prevalentemente sigarette elettroniche)³, con o senza nicotina, nei Paesi EU (OECD, nell'aggiornamento del novembre 2024, fornisce i dati sul fumo relativi al 2022 per 12 Paesi).

Si ricorda che il Comitato Scientifico della Commissione Europea che valuta i rischi sanitari emergenti (SCHEER - *Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks*) sugli effetti sulla salute e la dimensione di salute pubblica delle sigarette elettroniche ha pubblicato un parere finale (2021) riscontrando «*elementi di prova moderati dei rischi di danni irritativi locali alle vie respiratorie e un livello moderato, ma in crescita, di evidenze provenienti da dati umani che indicano che le sigarette elettroniche hanno effetti nocivi sulla salute, in particolare, ma non solo, sul sistema cardiovascolare*».

Figura 6a.1. Quota di persone di 15 anni e più che fumano tabacco quotidianamente in EU + UK



³ Dispositivi che permettono di inalare vapore, in genere aromatizzato, contenente quantità variabili di nicotina (in genere, tra 6 e 20 mg.), in una miscela composta da acqua, glicole propilenico, glicerolo ed altre sostanze, tra cui gli aromatizzanti [20]

Figura 6a.2. Quota di persone di 15 anni e più che usano regolarmente sigarette elettroniche (vaping) in EU + UK

Inoltre, sono stati riscontrati elementi di prova da deboli a moderati dei rischi di cancerogenicità per le vie respiratorie e di diversi rischi correlati all'esposizione passiva al fumo da sigaretta elettronica. Inoltre, vi sono evidenze moderate del fatto che le sigarette elettroniche sono una via di accesso al tabagismo per i giovani ed evidenze forti del fatto che gli aromi contribuiscono significativamente all'attrattiva della sigaretta elettronica e all'iniziazione al suo utilizzo. Al contempo, vi sono scarse prove a sostegno dell'efficacia delle sigarette elettroniche nell'aiutare i fumatori a smettere di fumare e i dati sulla riduzione del fumo sono giudicati da deboli a moderati. Resta da valutare se alcune disposizioni possono essere ulteriormente sviluppate o chiarite [20].

Considerando i Paesi per cui OECD fornisce i dati (Figura 6a.2.), nel 2022 in EU + UK la percentuale della popolazione *over 15* che dichiara di utilizzare almeno una volta al mese le sigarette elettroniche passa dall'1,7% registrato in Svezia, valore stabile rispetto al 2019, al 10,6% del Lussemburgo, seguito dall'Estonia (10,4%, in netto aumento rispetto al 5,8% del 2014 e al 3,7% del 2019) e dalla Repubblica Ceca (10,2%). Valori al di sotto del 5,0% si osservano anche in Spagna (2,2%), Paesi Bassi (2,9%),

Danimarca (3,8%), Finlandia (2,4%) e Italia (2,9%, in aumento rispetto all'1,5% del 2014 e al 2,6% del 2019). Raggiungono e superano il 5% anche Francia (5,0%), UK (5,2%) e Irlanda (6,0%).

I dati 2022 forniti da OECD riguardano 12 Paesi EU + UK; per un confronto più completo tra più Paesi, si rimanda ai dati riferiti al 2019 contenuti nella Figura 6a.2..

6a.1.2. Consumo di alcol

Il consumo eccessivo di alcol è un importante fattore di rischio che può portare a patologie croniche e disabilità (OECD [26]); anche livelli più bassi di consumo comportano un aumento del rischio a lungo termine. L'assunzione di alcol contribuisce maggiormente, inoltre, all'incremento di incidenti stradali, infortuni e disturbi di salute mentale rispetto a qualsiasi sostanza psicoattiva, soprattutto tra i giovani; il costo finanziario per la società è piuttosto elevato [26].

In particolare, secondo la WHO (*Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders* [27]), nel 2019 l'alcol è stato responsabile di circa 2,6 milioni di morti nel mondo

(in tendenziale diminuzione rispetto al 2010), rappresentando il 4,7% di tutti i decessi. Inoltre, si stima che circa 400 milioni di persone (7% della popolazione mondiale di età pari o superiore a 15 anni) convivono con disturbi alcol-correlati; circa 209 milioni (3,7% della popolazione mondiale adulta) sono alcol-dipendenti, con differenze sostanziali tra le diverse Regioni della WHO [27].

Con riferimento all'Europa, nell'“*Alcohol policy playbook*” [28] si evidenzia come l'alcol sia responsabile di quasi 800.000 decessi all'anno, in gran parte dovuti a malattie non trasmissibili come malattie cardiovascolari e cancro.

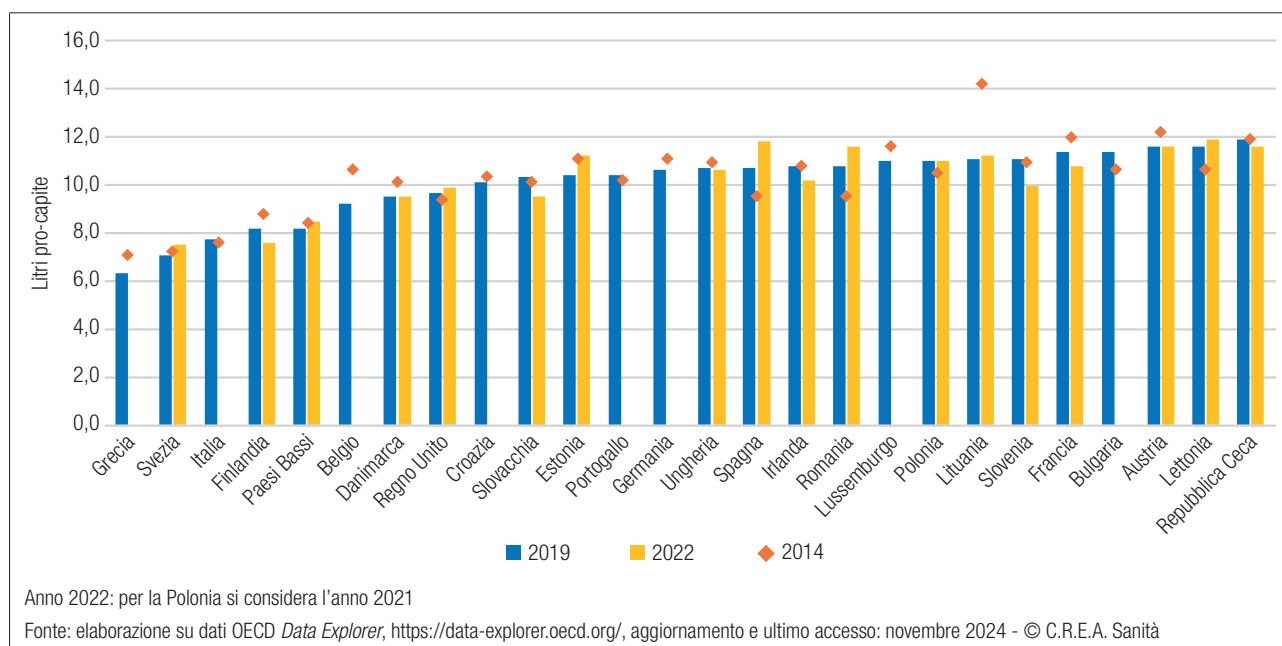
Dal punto di vista economico, i danni legati all'alcol rappresentano un onere significativo per le economie di tutto il mondo, con un costo nei Paesi ad alto reddito stimato, secondo la WHO, intorno al 2,6% del Prodotto Interno Lordo (PIL) [29]. In EU, nel 2018, il costo dei soli decessi causati da tumori attribuibili all'alcol è stato stimato in quasi € 5 mld., pari al 10% del costo totale dei decessi per cancro. Si stima che, pur essendo noto il contributo all'economia dei Paesi che viene fornito dall'industria dell'alcol, i

costi sanitari e sociali legati ai danni da esso provocati superino i vantaggi [29].

Con riferimento all'Italia, esistono diverse stime: secondo l'OECD, circa 30.000 morti all'anno sarebbero attribuibili al consumo di alcol (rappresentando il 5% di tutti i decessi) [30]; l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) [31] stima invece circa 17.000 decessi; con riferimento alle sole patologie totalmente attribuibili al consumo di alcol (indicate in modo specifico), nell'anno 2020 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni sarebbe stato pari a 1.236, stando ai dati Istat rielaborati dall'Osservatorio Nazionale Alcol e dall'ISS e presentati dal Ministero della Salute nella Relazione al Parlamento del 2023 [32].

Le politiche per contrastare il consumo dannoso di alcol comprendono strategie ad ampio raggio e strategie mirate ai forti bevitori: ad esempio, politiche sui prezzi per limitare l'accessibilità di alcol a buon mercato (introdotto in Irlanda nel 2022 e già in vigore in Scozia e Galles), attività di polizia per contrastare la guida in stato di ebbrezza, protezione dei bambini dalla promozione dell'alcol, etichettatura dei prodotti alcolici.

Figura 6a.3. Consumo di alcol (puro) nelle persone di 15 anni e più in EU + UK



Secondo l'OECD (Figura 6a.3.), nel 2022 (i dati vengono forniti per 18 Paesi EU-27 + UK) i valori più bassi di consumo di alcol⁴ si registrano in Svezia (7,5 litri annui pro-capite, contro 7,2 nel 2014 e 7,1 nel 2019) e Finlandia (7,6 litri pro-capite, contro gli 8,8 del 2014 e gli 8,2 del 2019); si mantengono sotto ai 9 litri annui pro-capite anche i bevitori dei Paesi Bassi (8,5 litri pro-capite).

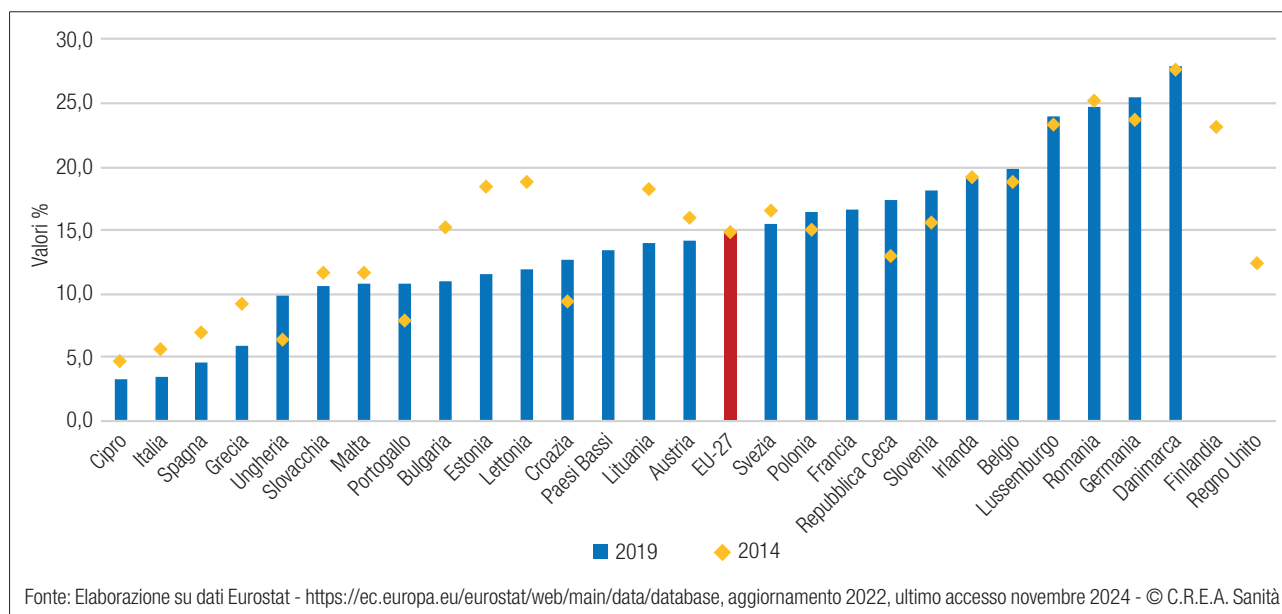
I più forti bevitori si trovano in Lettonia (11,9 litri pro-capite, in aumento: erano 10,6 nel 2014 e 11,6 nel 2019) e Spagna (11,8 litri a persona, in crescita rispetto ai 9,5 litri registrati nel 2014 e ai 10,7 del 2019). Sempre nel 2022, il consumo raggiunge e supera gli 11 litri pro-capite anche in Polonia, Estonia, Lituania, Romania, Austria e Repubblica Ceca. Il dato più aggiornato per l'Italia risale al 2019: 7,7 litri pro-capite, stabile rispetto al 2014 (7,6).

Per un confronto più completo fra i Paesi EU + UK si rimanda ai dati riferiti al 2019 contenuti nella Figura 6a.3..

Mediamente, nei Paesi EU-27 nel 2020 il consumo di alcol puro tra persone di 15 anni e più sarebbe stato, secondo le stime della *World Bank*, pari a 10,2 litri pro-capite [19]; nel citato "*Alcohol policy playbook*" della WHO [28] si parla di 9,2 litri per la Regione Europea. L'ISS indica in 10,1 litri a testa il consumo nel 2019: tra il 2000 e il 2019, il consumo pro-capite a livello europeo sarebbe diminuito costantemente mentre in Italia, a fronte di una diminuzione rilevata tra il 2002 e il 2010, il valore avrebbe successivamente rilevato delle oscillazioni, fino ad arrivare ai 7,7 litri nel 2019. La quota prevalente del consumo di alcol puro in Italia sarebbe attribuibile al consumo di vino; seguono la birra e in ultimo i liquori, con *trend* sostanzialmente differenti [31].

I dati medi di consumo esposti non permettono di apprezzare modelli di consumo particolarmente dannosi, come il consumo episodico eccessivo (detto "*binge drinking*").

Figura 6a.4. Quota di adulti (18 anni o più) con consumo episodico eccessivo di alcol ogni mese in EU + UK



⁴ Per la misura del consumo complessivo di alcol, in molti Paesi si utilizzano come *proxy* le vendite annuali di alcol puro in litri per persona di età pari o superiore a 15 anni, con alcune eccezioni. Per maggiori dettagli, si rimanda alle guide ai dati sul sito dell'OECD

Secondo i dati autodichiarati in base ad una *survey* e diffusi da Eurostat, la quota di adulti (18+) che nel 2019 riferisce un consumo episodico eccessivo di alcol⁵ ogni mese (Figura 6a.4.) va dal 3,2% osservato per il Cipro, seguito dal 3,4% dell'Italia, fino al 28,0% in Danimarca [15]. Si registra una quota inferiore al 10% anche in Spagna (4,5%), Grecia (5,8%) e Ungheria (9,9%). La percentuale supera invece il 19%, oltre che in Danimarca, anche in Germania (25,4%), Romania (24,8%), Lussemburgo (24,0%), Belgio (19,9%) e Irlanda (19,1%).

Considerando i 26 Paesi EU di cui si dispone dei dati, nel 2019 in metà di essi si registra un aumento della quota rispetto al 2014 e nell'altra metà un calo; in alcuni casi tali variazioni risultano molto limitate (per Finlandia e UK è disponibile solo il valore 2014). Si segnalano: -6,9 p.p. in Estonia (da 18,5% a 11,6%) e +4,3 in Repubblica Ceca (da 13,0% a 17,3%). In Italia si osserva un calo della quota di ultradiciottenni che riferisce un consumo episodico eccessivo di alcol ogni mese: si passa dal 5,6% osservato nel 2014 al 3,4% del 2019.

In linea generale, secondo quanto riferisce OECD, in tutti i Paesi gli uomini sono più propensi delle donne a riferire di bere episodicamente in modo eccessivo.

6a.1.3. Abitudini alimentari

Le diete povere di frutta, verdura e legumi sono una delle principali cause di malattie croniche, disabilità e morti premature a livello globale, europeo e italiano [20]. Oltre agli impatti devastanti sulla salute, questi modelli alimentari contribuiscono a costi elevati per i sistemi sanitari, sia diretti (trattamenti medici, ricoveri) che indiretti (perdita di produttività, disabilità). È quindi essenziale promuovere politiche di Prevenzione che incoraggino una dieta equilibrata e l'aumento del consumo di questi alimenti, al fine di

migliorare la salute pubblica e ridurre i costi sanitari complessivi.

La WHO raccomanda un consumo giornaliero di almeno 400 grammi (che corrispondono a cinque porzioni) di frutta e verdura per contribuire a una dieta sana e ottenere migliori *outcome* di salute, prevenire malattie come quelle cardiovascolari, il diabete e alcuni tipi di tumore [33].

Secondo il *Global Burden of Disease Study* 2019, le diete povere di frutta, verdura e legumi sono responsabili di oltre 11 milioni di morti all'anno a livello globale, principalmente a causa di malattie cardiovascolari, diabete e tumori [34].

In Italia, come riportato da OECD [30], si stima che i rischi legati ad una dieta scorretta (insufficiente introito di frutta e verdura e alto consumo di zucchero e sale) comportino circa 87.000 decessi ogni anno, principalmente a causa di malattie cardiovascolari, cancro e diabete. Per alcune stime sui costi, si rimanda al paragrafo 6a.2.5..

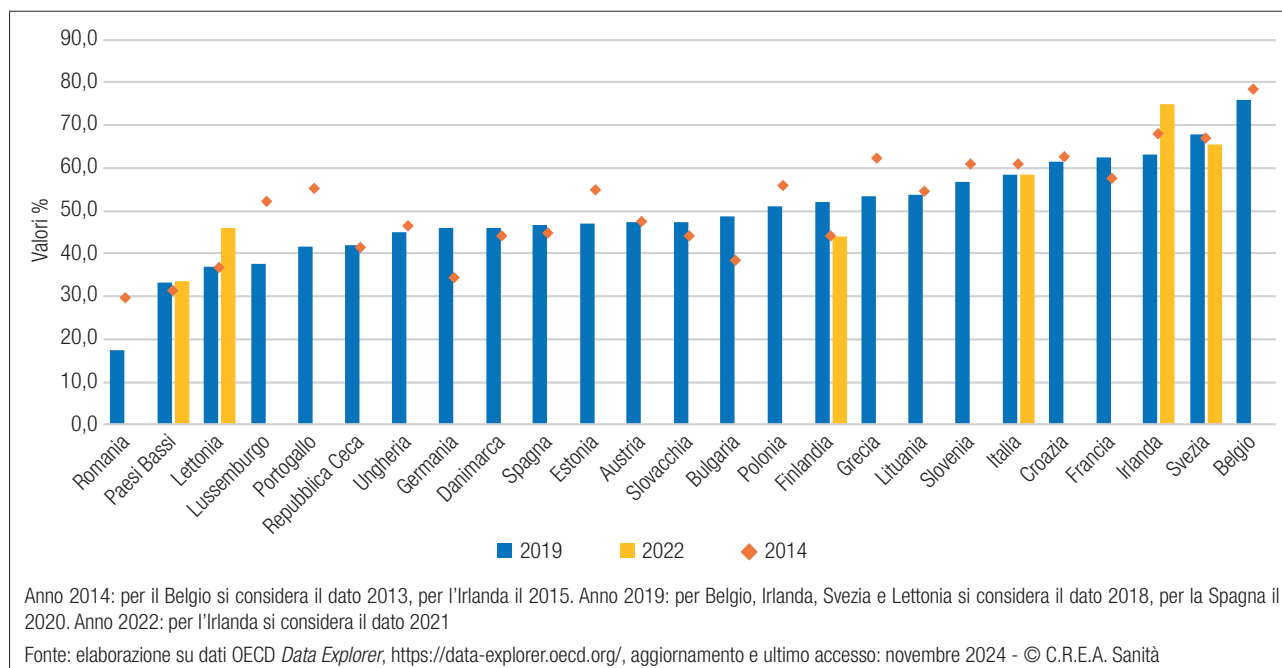
La Figura 6a.5. mostra la percentuale di popolazione di 15 anni e più che dichiara di mangiare verdure ogni giorno nei Paesi EU-27⁶; nel 2022, per l'Italia si registra una percentuale del 58,5%, stabile rispetto al 2019 ma in discesa di 2,2 p.p. rispetto al 2014. Per i Paesi Bassi il valore è pari al 33,6%, in salita rispetto al 2014 e al 2019; per la Lettonia si registra il 45,9%, in salita; per la Finlandia il 44,0%, stabile rispetto al 2014 ma in discesa rispetto al 2019; per l'Irlanda il 75,0%, in salita; la Svezia si attesta al 65,6%, in discesa rispetto al 2014 e al 2019.

Per un confronto più completo fra i Paesi EU si rimanda ai dati riferiti al 2019 contenuti nella Figura 6a.5..

Come misura di riferimento a livello europeo, si consideri che secondo quanto riportato nel database Eurostat [15], la quota di adulti (18 anni e più) che consuma verdure almeno una volta al giorno in EU-27 nel 2019 è pari al 50,9%.

⁵ La percentuale di forti bevitori episodici è definita come la quota di popolazione (18 anni e più) che ha riferito di bere 60 grammi o più di etanolo puro (equivalenti a 6 *drink* o più) in una singola occasione ogni mese (ma non ogni settimana). Il dato proviene dalla *European Health Interview Survey* (EHIS) 2019, compilata da Eurostat, alla quale si rimanda per i dettagli

⁶ Percentuale di adulti (15+) che consumano almeno una verdura al giorno, esclusi succhi e patate. OECD fornisce il dato 2022 per appena sei Paesi EU-27

Figura 6a.5. Quota di persone di 15 anni e più che consumano quotidianamente verdure in EU

Nel 2019 (ultimo dato disponibile, fuori grafico), Eurostat (Indagine EHIS) stima che nei Paesi EU-27 mediamente il 12,5% degli adulti di 18 anni e più consumi le cinque o più porzioni di frutta e verdura al giorno raccomandate dalla WHO [35]. La forbice va dal 2,4% osservato in Romania al 33,1% dell'Irlanda; la quota registrata nel nostro Paese si attesta al 10,7%.

6a.1.4. Attività fisica

Un altro importante aspetto su corretti stili di vita e riduzione dei fattori di rischio per la salute riguarda l'attività fisica: l'attività regolare è importante anche per migliorare la salute mentale e muscolo-scheletrica e ridurre il rischio di varie malattie non trasmissibili. La WHO raccomanda che gli adulti svolgano almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata o almeno 75 minuti di attività fisica aerobica di intensità vigorosa (o una combinazione di entrambe) a settimana. Si stima che, se tutti rispettassero tali indicazioni, in EU, si potrebbero evitare circa 18.000 morti all'anno [36]. Inoltre, l'OECD stima che l'aspettativa di vita nelle persone non sufficientemente attive aumenterebbe di 7,5 mesi, facendo

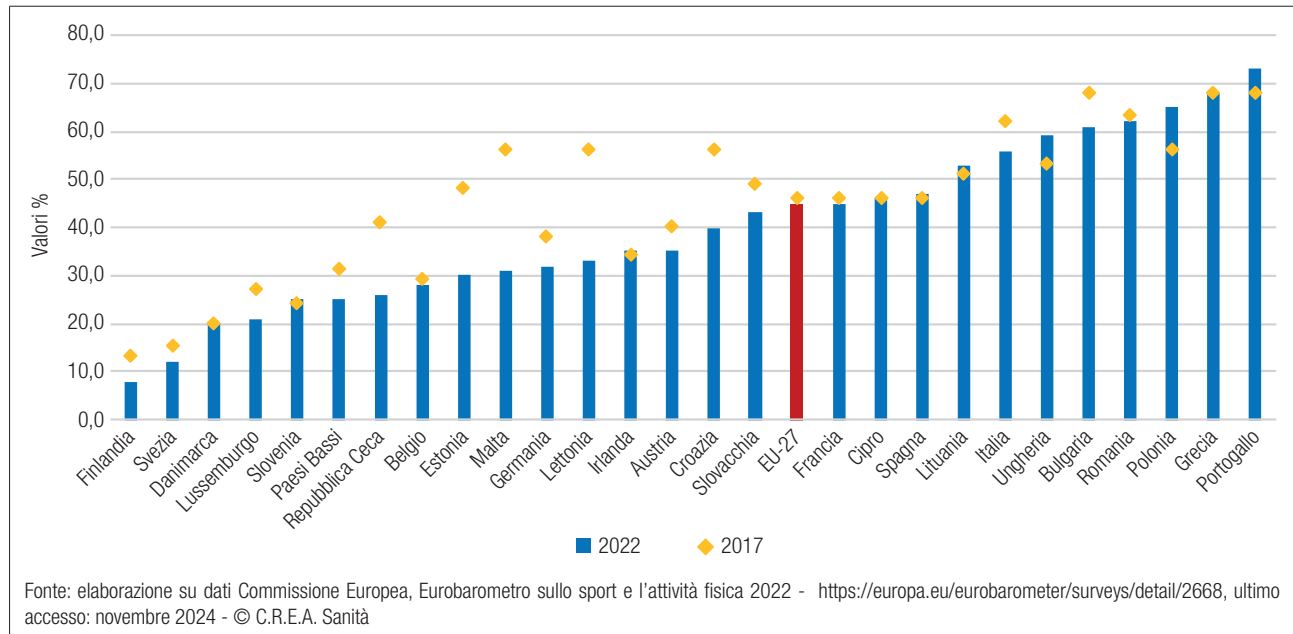
crescere l'aspettativa di vita media per la popolazione totale di quasi due mesi [37].

Aumentare i livelli di attività fisica ai *target* previsti eviterebbe 11,5 milioni di nuovi casi di malattie non trasmissibili entro il 2050, inclusi 3,8 milioni di casi di malattie cardiovascolari, 3,5 milioni di casi di depressione, quasi un milione di casi di diabete di tipo 2 e più di 400.000 casi di tumore, con un risparmio di quasi €-PPP 8 mld. annui [40].

Arrivare a 300 minuti di attività fisica di intensità moderata a settimana aumenterebbe l'aspettativa di vita delle persone attualmente fisicamente inattive di quasi 16 mesi e potrebbe prevenire 30.000 morti premature all'anno e 27 milioni di nuovi casi di malattie non trasmissibili in 30 anni, riducendo la spesa sanitaria di €-PPP 17 mld. all'anno [37].

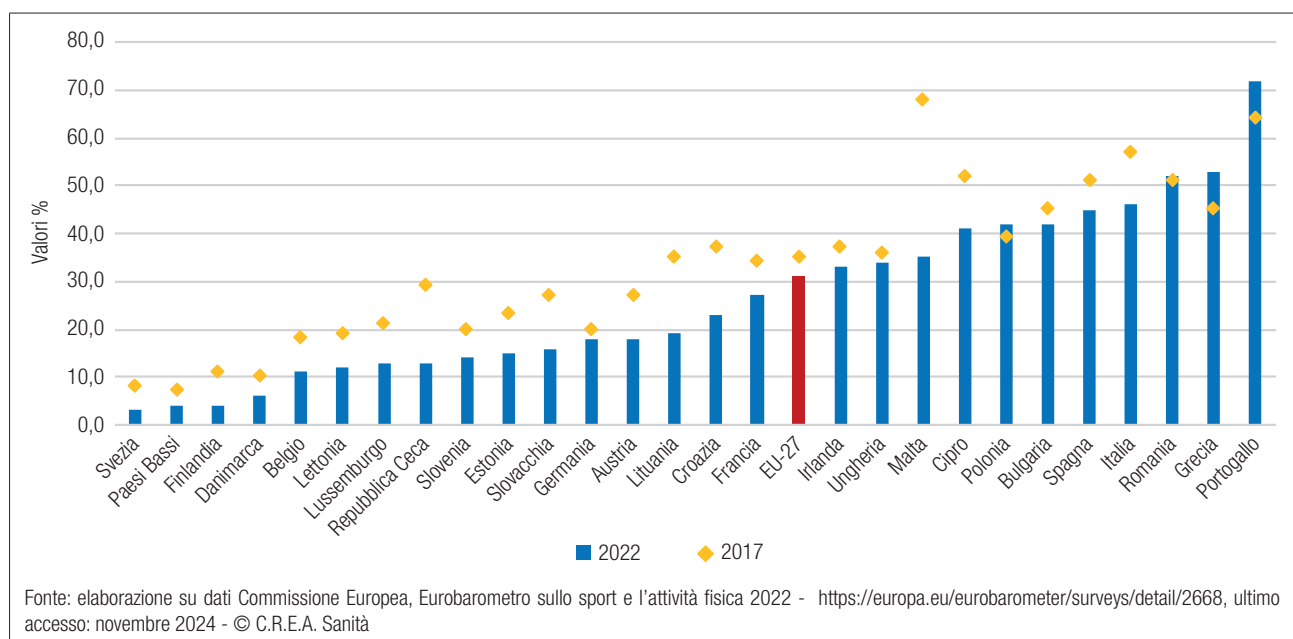
La Figura 6a.6. e la Figura 6a.7. illustrano i risultati di uno studio della Commissione Europea (Eurobarometro 2022) che descrive lo stato dell'arte della pratica sportiva nei vari Paesi EU-27 [38].

In generale, il 38% degli europei fa sport e attività fisica almeno una volta alla settimana, rispetto al 17% che, invece, la pratica meno di una volta alla settimana. Ad oggi, il 45% degli europei non pratica mai una disciplina sportiva o un'attività fisica.

Figura 6a.6. Quota di persone che non praticano mai attività fisica e sportiva in EU

Con riferimento al nostro Paese, il 3% delle persone intervistate dichiara di praticare regolarmente attività sportiva, contro il 6% della media EU-27; il 31% pratica sport con una certa regolarità e il 10% dichiara di praticarlo raramente; non pratica mai un'attività

sportiva il 56% degli italiani, rispetto al 45% della platea europea. Il 28%, invece, afferma di praticare altre attività fisiche con una certa regolarità come andare in bicicletta, ballare, fare giardinaggio.

Figura 6a.7. Quota di persone che non praticano mai attività fisica al di fuori dello sport come spostarsi in bicicletta da un luogo a un altro, ballare, fare giardinaggio, ecc. in EU

Coloro che svolgono attività fisica e sportiva con una certa regolarità sono soprattutto quelli di età compresa tra i 15 e i 24 anni (il 54%), ma la quota diminuisce con l'avanzare dell'età. Gli uomini risultano praticare un'attività fisica con più regolarità rispetto alle donne (70% contro 62%).

Nonostante la crescente importanza attribuita alla promozione dell'attività fisica in EU, soprattutto dopo la pandemia, i tassi di inattività rimangono allarmanti: sebbene la percentuale di europei che non svolgono mai attività fisica o non praticano mai uno sport sia leggermente diminuita tra il 2017 e il 2022, la quota è cresciuta rispetto al 2009, passando dal 39% al 42% nel 2013, fino al 45% nel 2022.

In particolare, la Figura 6a.6. mostra la quota della popolazione che non pratica mai sport o allenamento fisico⁷: nel 2022, con una media EU-27 del 45% (in leggera diminuzione rispetto al 46% del 2017), la forbice va dall'8% osservato in Finlandia (-5 p.p. rispetto al 2017) al 73% registrato in Portogallo (+ 5 p.p.). L'Italia si trova al settimo posto con il 56% (in diminuzione rispetto al 62% del 2017); nel 2022 superano la quota del 50% della popolazione anche Lituania (53%), Ungheria (59%), Bulgaria (61%), Romania (62%), Polonia (65%) e Grecia (68%).

Rispetto ai valori del 2017, in 18 Paesi si registra un calo: si segnalano -25 p.p. registrati a Malta e +9 p.p. osservati in Polonia.

La Figura 6a.7. illustra, invece, la quota di persone che non praticano mai attività fisica al di fuori dello sport come spostarsi in bicicletta da un luogo a un altro, ballare, fare giardinaggio, ecc.: mediamente, in EU-27 nel 2022 è stata pari al 31% (in calo rispetto al 35% del 2017). I valori risultano estremamente variabili tra i Paesi EU: si passa dal 3% della Svezia (a seguire, Paesi Bassi e Finlandia con il 4%) al 72% del Portogallo (+8 p.p. rispetto al 2017).

L'Italia si trova al quarto posto con il 46% (in diminuzione rispetto al 57% del 2017); nel 2022 superano la quota del 50% della popolazione, oltre al Portogallo, anche Romania (52%) e Grecia (53%).

Rispetto ai valori del 2017, si registra un calo in tutti i Paesi, ad eccezione di Polonia, Romania, Grecia e Portogallo.

6a.1.5. Eccesso ponderale: sovrappeso e obesità

Il sovrappeso e l'obesità sono fattori di rischio per una serie di malattie gravi, quali le malattie cardiovascolari, il diabete di tipo 2, alcune forme di cancro e altre patologie metaboliche.

L'obesità rappresenta una delle principali cause di mortalità prematura a livello globale, responsabile, secondo le stime del *Global Burden of Disease Study* 2019, di circa 4 milioni di decessi all'anno [34].

Nella Regione europea della WHO il sovrappeso e l'obesità causerebbero, ogni anno, più di 1,2 milioni di decessi (il 13% dei decessi totali), legati a malattie non trasmissibili come patologie cardiovascolari, diabete, alcuni tipi di cancro e malattie respiratorie [39].

Secondo quanto pubblicato nel Rapporto "*The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention*", pubblicato dall'OECD a ottobre 2019 [40], dall'analisi dei costi economici, sociali e sanitari legati all'eccesso ponderale della popolazione di 52 Paesi (tra cui: i Paesi dell'area dell'OCSE, l'EU, e i Paesi del G20) emerge che i Paesi spendono, mediamente, l'8,4% del bilancio del loro Sistema Sanitario per curare le malattie legate al sovrappeso; quest'ultimo causa il 71% di tutti i costi delle cure per il diabete, il 23% dei costi delle cure per le malattie cardiovascolari e il 9% dei costi delle cure per i tumori.

In base all'analisi dell'OECD, investire \$ 1 per prevenire l'obesità comporta un ritorno economico sei volte superiore.

Secondo quanto illustrato dall'ISS sulla base dei dati del *Global Burden of Disease* [41], in Italia l'obesità è direttamente responsabile di oltre 64.000

⁷ Ci si riferisce ad ogni forma di sport o attività fisica che viene praticata in un contesto sportivo come il nuoto, l'allenamento in un centro sportivo o uno *sporting club*, la corsa nei parchi [38]

decessi all'anno e di oltre 571.000 anni vissuti con disabilità. Le malattie cardiovascolari e il diabete rappresentano le principali cause di morte legate all'obesità in Italia; il sovrappeso e l'obesità contribuiscono anche in modo significativo all'insorgenza di malattie come il cancro e le patologie muscolo-scheletriche.

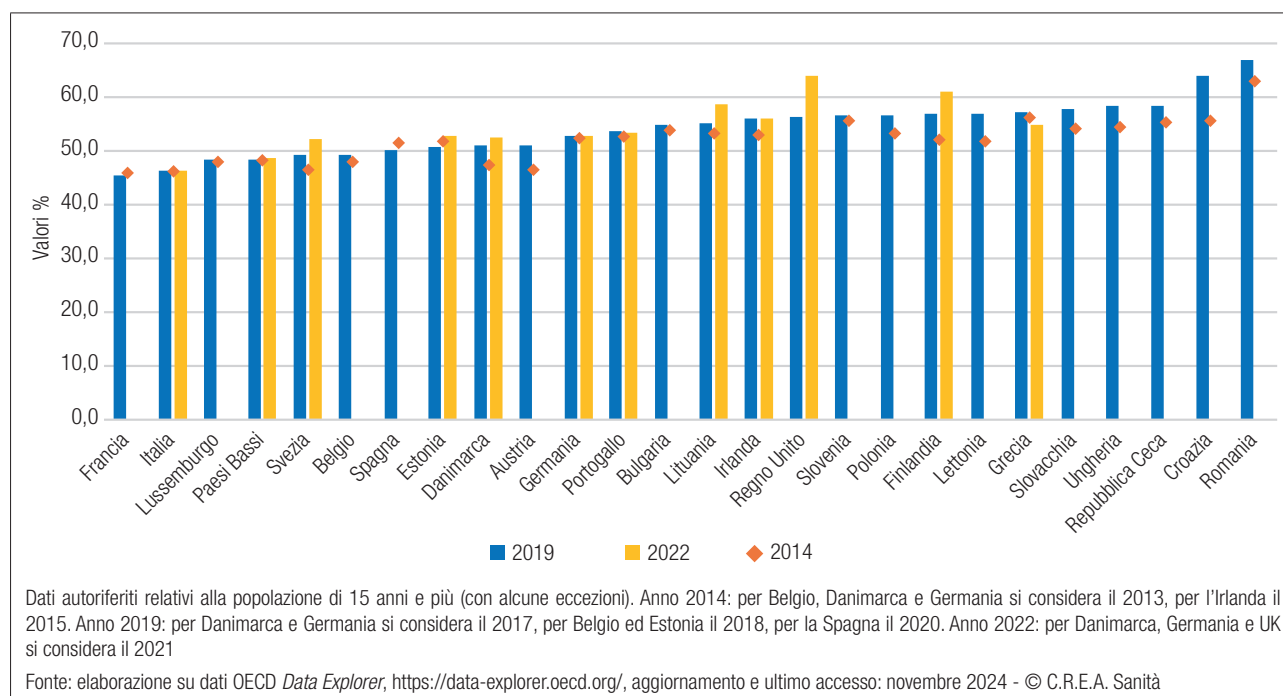
I costi sanitari diretti dell'obesità, secondo la *European Health Interview Survey* (EHIS) di Eurostat [35], si attestano tra il 2,4% e il 4,8% della spesa sanitaria complessiva nei Paesi ad alto reddito. Con riferimento al nostro Paese, i costi totali ammonterebbero a circa € 13 mld. nel 2020 (0,8% del PIL) di cui 59% di costi sanitari diretti e 41% di costi indiretti.

L'OECD stima che l'applicazione di un "pacchetto" di comunicazione comprensivo di etichettatura obbligatoria sul fronte delle confezioni, regolamen-

tazione pubblicitaria e campagne di informazione, potrebbe prevenire 144 mila malattie non trasmissibili entro il 2050, far risparmiare € 62 mln. all'anno in spesa sanitaria e far aumentare l'occupazione e la produttività di una quota pari a 6 mila lavoratori a tempo pieno all'anno. Anche la riformulazione dei prodotti alimentari per ridurre del 20% il contenuto calorico avrebbe un impatto importante sulla salute e la spesa del nostro Paese.

Con riferimento all'eccesso ponderale nel suo complesso, che comprende il sovrappeso e l'obesità⁸, tra le persone di 15 anni e più (Figura 6a.8.), nel 2022⁹ il Paese EU+UK in cui si registra la quota più bassa è l'Italia, con il 46,3% (stabile con -0,1 p.p. rispetto al 2019 e anche al 2014). La quota si mantiene al di sotto del 50% anche nei Paesi Bassi (48,7%, in leggero aumento rispetto al 2019 e al 2014).

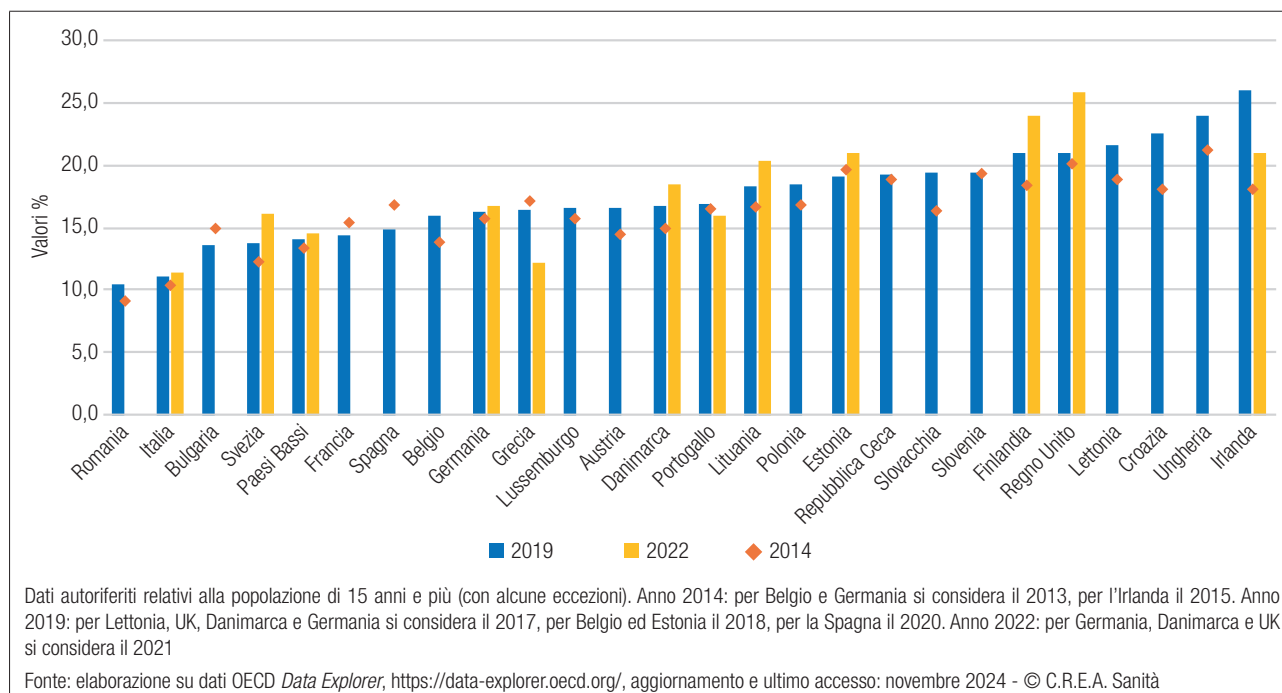
Figura 6a.8. Quota di adulti in eccesso ponderale (obesi o in sovrappeso) in EU + UK



⁸ La misura più frequentemente utilizzata è l'indice di massa corporea (BMI), che è un numero che valuta il peso di un individuo in relazione all'altezza (dividendo il peso in chilogrammi per l'altezza in metri al quadrato). In base alle classificazioni della WHO, gli adulti di età superiore ai 18 anni con un BMI maggiore o uguale a 30 sono definiti obesi, mentre quelli con un BMI maggiore o uguale a 25 sono in sovrappeso (compresi gli obesi)

⁹ OECD fornisce i dati sull'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) della popolazione aggiornati al 2022 per 12 Paesi EU, compreso UK

Figura 6a.9. Quota di adulti obesi in EU + UK



La quota più alta di adulti in sovrappeso od obesi si osserva invece nel UK (63,8%, in aumento di +7,6 p.p. rispetto al 2019), seguito dalla Finlandia con il 61,0%. Superano il 50% anche Svezia (52,1%), Danimarca (52,6%), Estonia e Germania (52,7%), Portogallo (53,2%), Grecia (54,9%), Irlanda (56,0%) e Lituania (58,5%).

Rispetto al 2019, il dato resta stabile o aumenta, in alcuni casi molto limitatamente, ovunque tranne che in Portogallo (-0,3 p.p.) e Grecia (-2,3 p.p.).

Rispetto al 2014 si segnalano: il calo di -1,3 p.p. in Grecia e l'aumento di +8,9 p.p. in Finlandia.

Per un confronto più completo fra i Paesi EU+UK si rimanda ai dati riferiti al 2019 contenuti nella Figura 6.8..

Nella Figura 6a.9. l'analisi si concentra sulla quota di adulti che si dichiarano obesi. Tra i 12 Paesi di cui OECD riporta il dato per il 2022, quello in cui si registra la quota più bassa è ancora l'Italia, con una prevalenza dell'11,4%, leggermente in aumento rispetto all'11,0% del 2019 e al 10,3% del 2014. La quota si mantiene al di sotto del 15% anche nei Paesi Bassi (14,6%) e in Grecia (12,2%).

La quota più alta di adulti obesi si osserva nel UK

(25,9%), seguito dalla Finlandia con il 24,0%. Superano il 20% anche Estonia e Irlanda (21,0%) e Lituania (20,3%).

Rispetto al 2019, il dato resta stabile o aumenta, in alcuni casi molto limitatamente, ovunque tranne che in Portogallo (-1,0 p.p.), Grecia (-4,2 p.p.) e Irlanda (-5,0 p.p.).

Rispetto al 2014 si segnalano: il calo di -4,8 p.p. in Grecia e l'aumento di +5,8 p.p. nel UK e di +5,7 p.p. in Finlandia.

Per un confronto più completo fra i Paesi EU+UK, si rimanda ai dati riferiti al 2019 contenuti nella Figura 6a.9..

Come misura di riferimento a livello europeo, si consideri che secondo quanto riportato nel database Eurostat [15], la quota di adulti (18 anni e più) obesi in EU-27 nel 2019 sarebbe pari al 16,5%.

6a.1.6. Sostanze stupefacenti illegali

L'uso di sostanze stupefacenti illegali rappresenta una delle principali minacce per la salute pubblica a livello globale, provocando danni fisici, psicologici

e sociali; secondo l'EUDA [42], il consumo di droghe illegali rappresenta una delle principali cause di mortalità prevenibile (direttamente attraverso l'overdose e indirettamente attraverso malattie correlate alla droga, incidenti, violenza e suicidio).

L'uso di droghe illegali, in particolare tra le persone che ne fanno uso regolarmente e in grandi quantità, è associato a rischi più elevati di malattie cardiovascolari, problemi di salute mentale e incidenti, nonché malattie come HIV ed epatite C quando le sostanze vengono iniettate [42].

Secondo la WHO, l'uso di sostanze stupefacenti è responsabile di circa 600.000 morti ogni anno a livello globale [43]. Le morti sono causate principalmente da overdose, malattie infettive (come HIV ed epatiti), malattie cardiovascolari e disturbi psichiatrici (come suicidi e violenza), incidenti stradali.

Secondo l'EUDA, sarebbero complessivamente circa 6.400 i decessi indotti da stupefacenti in EU nel 2022, in crescita rispetto al 2021, ma si tratta di una sottostima in quanto il dato non comprende tutti i Paesi membri. In generale, la disponibilità e il consumo di droghe rimangono a livelli elevati in tutta l'EU,

sebbene esistano notevoli differenze tra i Paesi [42].

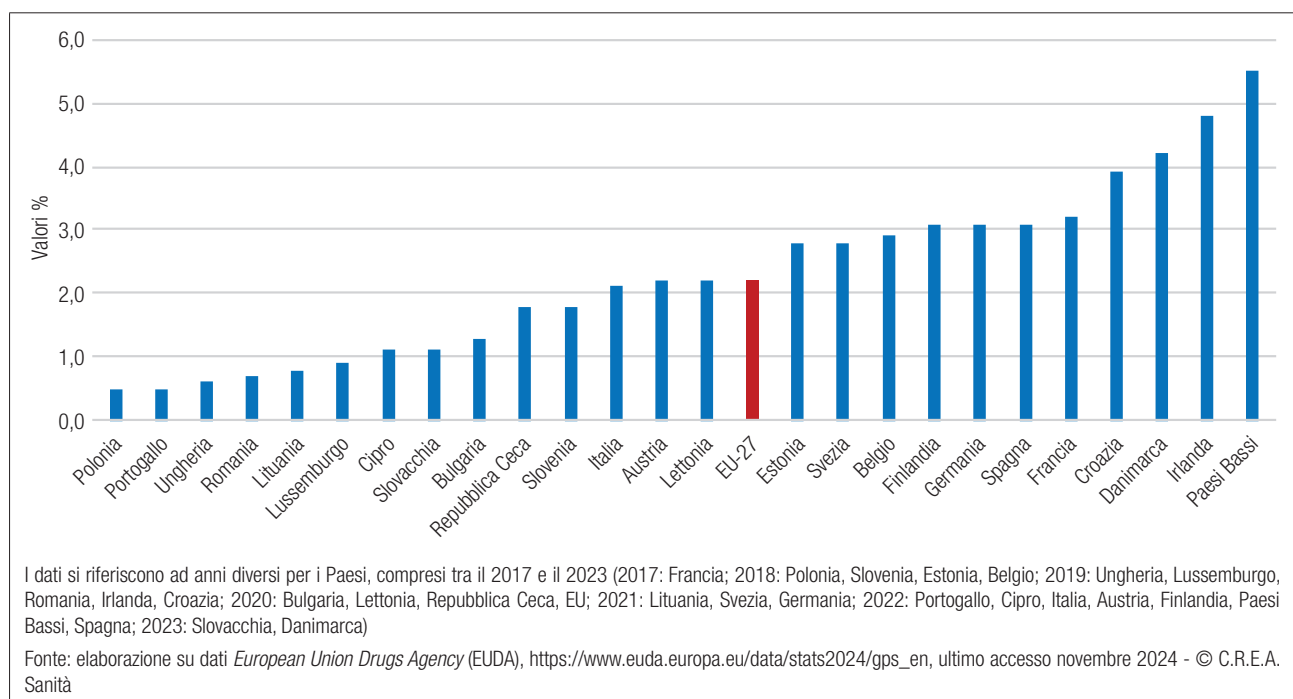
La Figura 6a.10. illustra la situazione in EU relativamente all'uso di cocaina tra i giovani adulti. I dati, forniti dall'EUDA, si riferiscono al periodo 2017-2023 (con dati aggiornati ad anni diversi per i vari Paesi, per cui si raccomanda cautela nei confronti).

In media, nei Paesi EU il 2,2% delle persone di età compresa tra 15 e 34 anni riferisce di aver fatto uso di cocaina nell'ultimo anno. La forbice dei valori va dallo 0,5% registrato in Polonia e Portogallo al 5,5% dei Paesi Bassi. Restano al di sotto dell'1% anche Ungheria (0,6%), Romania (0,7%), Lituania (0,8%) e Lussemburgo (0,9%), mentre superano il 4% anche Danimarca (4,2%) e Irlanda (4,8%).

Il nostro Paese si posiziona a metà classifica, in linea con la media EU: il 2,1% dei giovani adulti dichiara di aver fatto uso di cocaina nell'ultimo anno.

La presa in carico di soggetti con dipendenza da sostanze stupefacenti illegali avviene attraverso i Servizi delle Dipendenze delle Aziende sanitarie e le strutture riabilitative, residenziali e semiresidenziali del privato sociale.

Figura 6a.10. Prevalenza nell'uso di cocaina tra giovani adulti (15-34 anni) in EU nell'ultimo anno



Nel 2023, secondo i dati della seconda annualità dell'Osservatorio Impatto Socio-Economico delle Dipendenze (OISED) [44], sono prese in carico dai servizi pubblici 132.195 persone con dipendenza da sostanze stupefacenti illegali. Il 60,2% di tale utenza è in trattamento per uso primario di eroina, il 26,0% di cocaina e il 12,0% di cannabinoidi; il restante 1,8% abusa di altre sostanze, quali ipnotici e sedativi, stimolanti, allucinogeni o inalanti volatili.

Per quanto concerne l'impatto economico, con riferimento al nostro Paese, i fenomeni di dipendenza da stupefacenti e da alcol, generebbero un costo (diretto) annuo complessivo per il Paese pari a € 7,8 mld., di cui € 6,7 mld. il primo (considerando anche i poli-consumatori, e tanto il consumatore occasionale, quanto il tossicodipendente) e € 1,1 mld. il secondo (alcol). Queste cifre non considerano i costi indiretti (perdite di produttività). Considerando il valore delle sostanze stupefacenti, che arriva a rappresentare circa € 16,2 mld., il costo complessivo per il Paese raggiungerebbe i € 24,0 mld. (1,1% del PIL). Nel complesso, ogni euro speso per la presa in carico socio-sanitaria dei soggetti dipendenti farebbe risparmiare € 4 di spesa complessiva [44].

In sintesi, tutte le azioni finalizzate a contenere gli "esiti del fenomeno" comportano, di conseguenza, risparmi per il Paese: per ogni euro investito in termini di presa in carico socio-sanitaria (farmaci, incremento visite ecc.) si stima potrebbero esserne risparmiati quattro.

6a.1.7. Ambiente e salute

L'inquinamento atmosferico da particolato fine¹⁰ PM_{2,5} è una delle principali cause di mortalità e malattia a livello globale. L'esposizione all'inquinamento atmosferico è inoltre correlata a gravi malattie cardiovascolari, respiratorie e oncologiche, e comporta costi economici significativi per i sistemi sanitari e le

economie dei Paesi. Le politiche di riduzione dell'inquinamento atmosferico e di miglioramento della qualità dell'aria sono quindi cruciali per la salute pubblica e per il benessere economico delle società [45].

Tra le malattie legate all'inquinamento atmosferico, il carico di malattia relativo all'esposizione al particolato fine (PM_{2,5}) è causato dalla cardiopatia ischemica, seguita da ictus, diabete mellito, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cancro al polmone e asma. Nel caso del biossido di azoto, il carico più elevato è dovuto a diabete mellito, seguito da ictus e asma.

L'inquinamento atmosferico è considerato il principale fattore di rischio ambientale a livello globale: circa 7 milioni di decessi secondo la WHO, principalmente dovuti a malattie non trasmissibili, sono attribuibili agli effetti congiunti dell'inquinamento atmosferico ambientale e domestico; l'effetto sulle economie globali si traduce in costi stimabili in diverse migliaia di mld. di dollari [45].

Secondo le stime della *European Environment Agency* (EEA), agenzia dell'EU [46], nel 2021 almeno 253.000 persone sarebbero morte in EU a causa dell'esposizione a valori di particolato fine (PM_{2,5}) superiori a quelli raccomandati dalla WHO (5 µg/m³). L'inquinamento da biossido di azoto avrebbe provocato 52.000 morti, mentre 22.000 sarebbero i decessi attribuibili all'esposizione a breve termine all'ozono. Oltre a causare problemi di salute, l'inquinamento atmosferico comporta costi significativi per i sistemi sanitari: secondo le stime (2021), i costi dell'inquinamento atmosferico causato dai grandi impianti industriali in Europa ammonterebbero a circa il 2% del PIL registrato negli Stati dell'EU. La cifra totale sarebbe compresa tra € 268 e € 428 mld. annui.

In Italia, nel 2021 le morti premature attribuibili all'esposizione al PM_{2,5} sono state quasi 47.000; l'inquinamento da biossido di azoto ha provocato oltre 11.000 morti, mentre sono circa 5.000 i decessi attri-

¹⁰ L'inquinamento ambientale da particolato (esterno) deriva dalle emissioni provenienti da varie fonti (es. attività industriali, famiglie, automobili, camion); si tratta di miscele complesse di inquinanti atmosferici, molti dei quali sono dannosi per la salute. Di tutti questi inquinanti, il PM_{2,5}, anche a bassi livelli, ha l'effetto maggiore sulla salute umana

buibili all'esposizione a breve termine all'ozono [48].

La Figura 6a.11. illustra le morti premature¹¹ attribuibili all'inquinamento da $PM_{2,5}$ nei diversi Paesi dell'EU.

Nel 2021, anno più recente per i dati forniti dalla EEA, si registrano notevoli differenze tra i Paesi EU-27. Il valore minimo si registra in Finlandia, con 3 decessi per 100.000 abitanti, seguita dalla Svezia con 6 e dall'Estonia con 7. Questi Paesi si distinguono per avere livelli di inquinamento atmosferico relativamente bassi, unito a politiche ambientali avanzate che hanno contribuito a migliorare la qualità dell'aria.

All'opposto, il valore massimo di mortalità per $PM_{2,5}$ è stato osservato in Bulgaria, dove 157 persone ogni 100.000 abitanti sono morte prematuramente a causa dell'inquinamento atmosferico, inteso come sopra precisato. Altri Paesi con alti tassi di mortalità sono la Polonia (125 decessi prematuri per 100.000 abitanti), l'Ungheria (107) e la Romania (102), dove l'inquinamento atmosferico rimane una sfida significativa per la salute pubblica.

A livello complessivo, nel 2021 l'EU-27 ha registrato un valore medio di 57 morti premature ogni

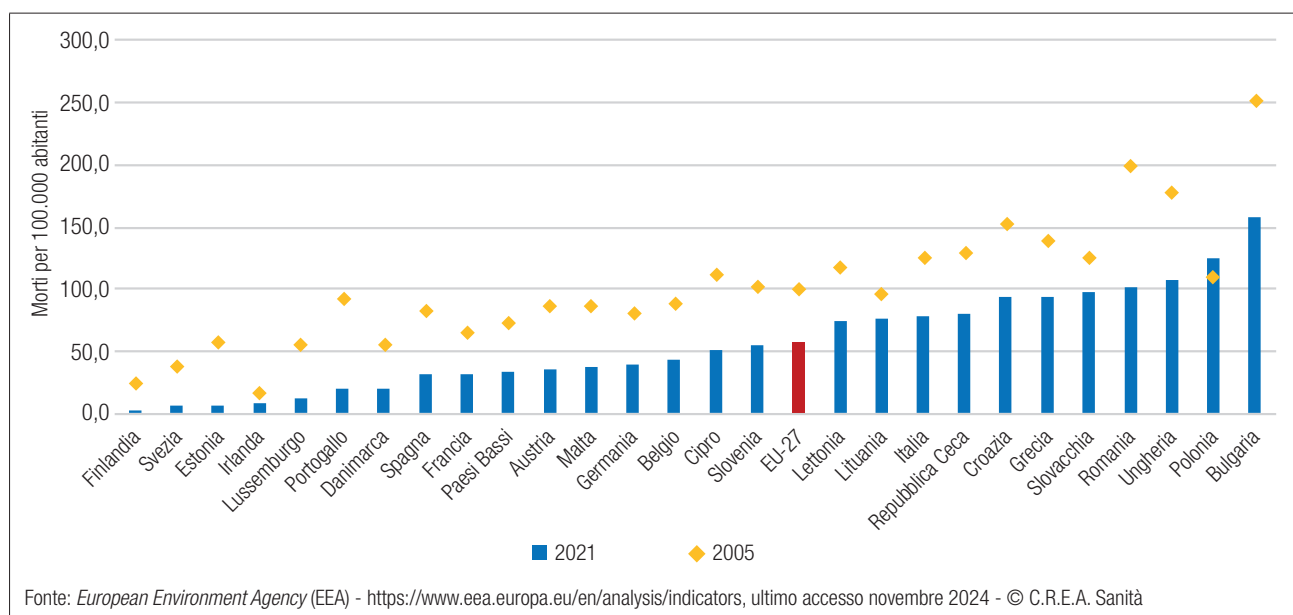
100.000 abitanti (valore in calo del -43,0% rispetto al 2005). Si evidenziano sostanziali disparità tra i Paesi membri, con alcune nazioni che ottengono buoni risultati grazie a politiche ambientali più efficaci e altre che continuano a subire l'impatto di un inquinamento più problematico.

L'Italia si trova al 9° posto della classifica europea, con 79 morti premature ogni 100.000 abitanti nel 2021. Questo valore, pur risultando in calo rispetto al 2005, risulta ancora superiore alla media dell'EU-27 (57), indicando che l'inquinamento atmosferico rappresenta tuttora una sfida rilevante per la salute pubblica nel nostro Paese. Valori simili a quelli italiani si osservano in Paesi come Lituania (77) e Repubblica Ceca (81).

Se si confrontano dati del 2021 con quelli del 2005, emerge un significativo miglioramento in tutti i Paesi, tranne che in Polonia (dove si passa da 110 a 125 morti premature per 100.000 abitanti).

Il calo è superiore all'80% in Paesi come l'Estonia (da 57 a 7 morti premature per 100.000 abitanti), la Finlandia (da 24 a 3) e la Svezia (da 38 a 6).

Figura 6.11. Morti premature attribuibili ad inquinamento da particolato atmosferico ($PM_{2,5}$) in EU



¹¹ La morte si intende "prematura" quando accade prima che la persona raggiunga una certa età (tipicamente, l'aspettativa di vita del Paese in cui vive)

Per quanto riguarda l'Italia, non si riscontra una riduzione così significativa (-36,3%): nel 2005, il numero di decessi prematuri attribuibili al $PM_{2,5}$ era pari a 124 per 100.000 abitanti, mentre nel 2021 è sceso, come detto, a 79. Sebbene ci sia stata una riduzione, il miglioramento non è, dunque, paragonabile a quello osservato in alcuni Paesi nordici.

Il piano di azione della Commissione Europea per ridurre a zero l'inquinamento [9], prevede, come obiettivo, quello di ridurre l'impatto dell'inquinamento atmosferico sulla salute (stimato in base al numero di morti premature attribuibili al particolato $PM_{2,5}$) di almeno il 55% entro il 2030, rispetto al 2005. Come si evince dalla Figura 6a.11., tra il 2005 e il 2021 il numero di decessi prematuri nell'EU attribuibili al $PM_{2,5}$ è già diminuito del 41%, e le stime sulla base di tali progressi permettono di ritenere che l'obiettivo sarà superato.

6a.2. Uso dei servizi sanitari: vaccinazioni e screening oncologici

6a.2.1. Vaccinazioni

Alcune malattie infettive possono essere prevenute, e uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per raggiungere tale scopo, è rappresentato dalla vaccinazione.

L'obiettivo dei programmi di Prevenzione vaccinale è duplice: a livello del singolo individuo, è quello di proteggere soggetti che, per alcune condizioni epidemiologiche, di salute, socio-economiche, occupazionali o comportamentali, sono esposti al rischio di sviluppare alcune infezioni o forme gravi o addirittura mortali di patologia; a livello di popolazione, quello di ottenere la riduzione e, ove possibile, l'eliminazione di alcune malattie infettive.

I vaccini hanno rappresentato uno strumento fondamentale per contrastare epidemie disastrose, come quelle vissute nei secoli scorsi e quella, più recente, di Covid-19. Inoltre, le vaccinazioni si sono dimostrate uno strumento costo-efficace, riducendo i costi, sia diretti che indiretti, della malattia e delle sue complicanze [11].

Secondo un recente studio commissionato dalla WHO [48], negli ultimi 50 anni gli sforzi compiuti nell'immunizzazione globale hanno salvato circa 154 milioni di vite: circa 3 milioni ogni anno. Inoltre, per ogni vita salvata sarebbero stati guadagnati, in media, 66 anni di salute. In particolare, le vaccinazioni contro 14 malattie (tra cui difterite, Haemophilus influenzae di tipo B, epatite B, morbillo, meningite A, pertosse, malattia pneumococcica, poliomielite, rotavirus, rosolia, tetano) hanno contribuito a ridurre i decessi infantili del 40% in tutto il mondo. L'immunizzazione contro il morbillo ha avuto l'impatto più significativo sulla riduzione della mortalità infantile, rappresentando il 60% delle vite salvate grazie alla vaccinazione [48].

Dal punto di vista economico, secondo uno studio realizzato dall'Alta Scuola di Economia e *Management* dei Sistemi Sanitari (Altems) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma [49], il sistema economico nazionale recupererebbe € 18 per ogni euro investito nei vaccini per le persone adulte: in particolare € 2 in termini di gettito fiscale e € 16 in termini di maggiore produttività sul lavoro.

Solo per la vaccinazione antinfluenzale, tra giornate di lavoro non perse e minore spesa previdenziale, la vaccinazione impatta per € 500 pro-capite nell'arco dell'anno. Se si riuscissero a "convincere" 900.000 adulti in età lavorativa in più a vaccinarsi (rispetto ai circa 2 milioni di Italiani che attualmente si vaccinano), il sistema economico "risparmierebbe" € 450 milioni ogni anno.

I numeri sono ancora più evidenti per i vaccini anti-pneumococcici e per l'herpes zoster i cui effetti, diversamente da quanto accade per il vaccino antinfluenzale, si ripercuotono per molti anni dopo l'inoculazione: per ogni euro investito nella vaccinazione anti-pneumococcica, l'impatto economico è pari a 19,5 volte l'investimento, mentre per l'herpes zoster si arriva a 21,5 volte [49].

Tenendo conto dei principi generali che riflettono le raccomandazioni di organizzazioni sanitarie internazionali e nazionali come la WHO, il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC), il Ministero della Salute, solo per citarne alcuni, le vaccinazioni in età pediatrica rappresentano una delle

principali strategie di Prevenzione per garantire la salute dei bambini e proteggere la comunità da gravi malattie infettive [20]: tra queste, la vaccinazione contro la difterite, il tetano e la pertosse (DTP) riveste fondamentale importanza, in quanto si tratta di malattie che, sebbene rare grazie ai programmi vaccinali, possono causare gravi complicazioni e decessi se non prevenute. La somministrazione della dose di DTP a un anno di età è cruciale per consolidare la protezione dei bambini, sviluppando una risposta immunitaria duratura e riducendo il rischio di epidemie. Inoltre, le vaccinazioni infantili non solo proteggono i singoli bambini, ma contribuiscono anche alla costruzione di una “immunità di gregge”, evitando la diffusione di malattie infettive tra le persone più vulnerabili, come neonati, anziani e soggetti immunocompromessi [50].

Nell'anno 2023 (non rappresentato in figura), considerando i 16 Paesi per cui sono disponibili i dati OECD (esclusa Italia), sono sei quelli che mantengono elevati tassi di copertura vaccinale, superiori alla soglia raccomandata dalla WHO pari al 95%: Ungheria (99,9%), Portogallo (98,8%), Lettonia (98,1%), Belgio (97,5%), Francia e Danimarca (96,3%). In alcuni Paesi si osservano tassi di copertura molto inferiori, come in Estonia (74,6%, con un calo di oltre 10 p.p. rispetto al 2022) e Romania (78,0%, stabile rispetto all'anno precedente). Secondo la WHO, la copertura registrata in Italia nel 2023 raggiungerebbe comunque il 95% [51].

Nella Figura 6a.12. si illustra la situazione delle coperture vaccinali contro DTP nei bambini entro il primo anno di età nei 28 Paesi EU + UK¹² per gli anni 2022, 2019 e 2014.

Nel 2022, la copertura più bassa si osserva in Austria (83,5%, con -1,5 p.p. rispetto al 2019 e -14,5 p.p. rispetto al 2014). La quota raggiunge o resta sotto al 90% anche in Estonia e Romania (85,0%), Slovenia (89,2%), Lituania e Polonia (90,0%).

I Paesi che nel 2022 mostrano le coperture più elevate sono Germania, Grecia, Lussemburgo e Ungheria, con quote pari o superiori al 99,0%.

In questa classifica, l'Italia si posiziona all'11° posto, con una copertura pari al 95,2%¹³ (in linea con il valore 2014, senza però ancora aver raggiunto il 96,0% registrato nel 2019).

Rispetto al 2019, le coperture vaccinali contro DTP nei bambini a 1 anno di vita sono, nel 2022, in calo in quasi tutti i Paesi, anche se lievemente in alcuni casi; le variazioni più evidenti: -6,4 p.p. in Estonia, +5,4 punti in Francia (che passa dal 91,0% al 96,4%).

Anche rispetto al 2014, nel 2022 si osserva un calo generalizzato, con la variazione più evidente registrata in Austria: -14,5 p.p. (dal 98,0% all'83,5%). Ci sono diverse eccezioni: l'aumento maggiore in Danimarca, dove si registrano +4,8 p.p. (dal 91,0% al 95,8%).

Come misura di riferimento a livello europeo, si consideri che secondo quanto riportato nel database WHO *Global Health Observatory* [51], la quota di bambini a un anno vaccinati con DTP3 (terza dose) nella Regione europea nel 2022 raggiunge il 95,0%.

La vaccinazione antinfluenzale riveste un'importanza fondamentale per la protezione della salute degli anziani, in particolare per gli *over 65*; le persone anziane sono infatti più vulnerabili a malattie severe, ospedalizzazioni e, in alcuni casi, alla morte a causa dell'influenza. La vaccinazione annuale, per questo, contribuisce anche alla salvaguardia della sostenibilità economica dei sistemi sanitari.

L'EU e le singole Nazioni europee, tra cui l'Italia, hanno sviluppato strategie specifiche e piani ad hoc per incoraggiare la vaccinazione.

La WHO e il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) [52] raccomandano che almeno il 75% degli adulti di età superiore ai 65 anni venga vaccinato annualmente contro l'in-

¹² L'età presa in considerazione non è la stessa per tutti i Paesi, in quanto dipende dal *target* individuato nelle diverse politiche vaccinali adottate

¹³ Il dato risulta in linea con quanto comunicato a livello nazionale dal Ministero della Salute, sulla base dei dati riferiti dalle Regioni [20]

fluenza, obiettivo che alcuni Paesi stanno cercando di raggiungere con campagne di sensibilizzazione e interventi mirati.

La Figura 6a.13. illustra la quota di *over 65* con copertura vaccinale contro l'influenza stagionale in EU + UK, sempre per gli anni 2014, 2019 e 2022 (o anni più vicini).

Nel 2022 la forbice va dal 5,6% della Slovacchia (-5,9 p.p. rispetto al 2019 e -8,5 p.p. rispetto al 2014) all'82,3% del UK (+9,9 p.p. rispetto al 2019 e + 9,5 p.p. vs 2014). Segue la Danimarca con il 78,0% (+26 p.p. rispetto al valore 2019 e + 31,0 p.p. rispetto al 2014). Oltre ai due Paesi citati, nel 2022 superano il 75% solo Portogallo (75,8%) e Irlanda (75,4%). Restano al di sotto del 20%, oltre alla Slovacchia, anche Polonia, Bulgaria, Lettonia e Slovenia.

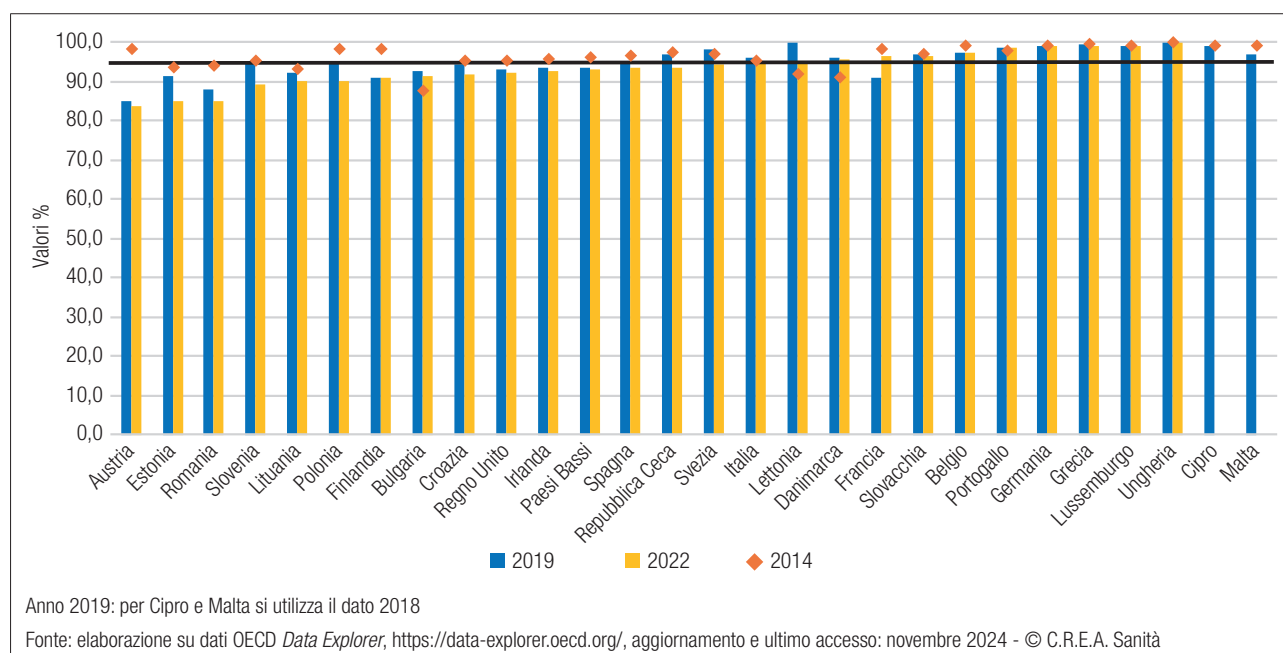
L'Italia è al 10° posto della classifica, registrando una copertura vaccinale contro l'influenza stagionale

per il 58,1% degli *over 65*¹⁴: il valore è maggiore di 5 p.p. rispetto al 2019 e di 2,7 p.p. rispetto al 2014. Secondo le stime per il 2023 fornite da OECD, il nostro Paese avrebbe registrato un calo di 1,4 p.p., attestandosi al 56,7%¹⁵, ben lontano dalla soglia minima raccomandata.

Rispetto al 2019, nel 2022 le coperture sono in aumento un po' ovunque, con qualche eccezione (si registra un calo in Slovacchia, Polonia, Ungheria, Croazia e Malta). Stesso *trend* in aumento anche rispetto al 2014, dove le eccezioni riguardano Slovacchia, Polonia, Ungheria, Malta e Belgio.

Come misura di riferimento a livello europeo, si consideri che secondo quanto riportato nel database Eurostat [15], la quota di anziani (65+) vaccinati contro l'influenza stagionale in EU-27 nel 2022 sarebbe pari al 48,2%.

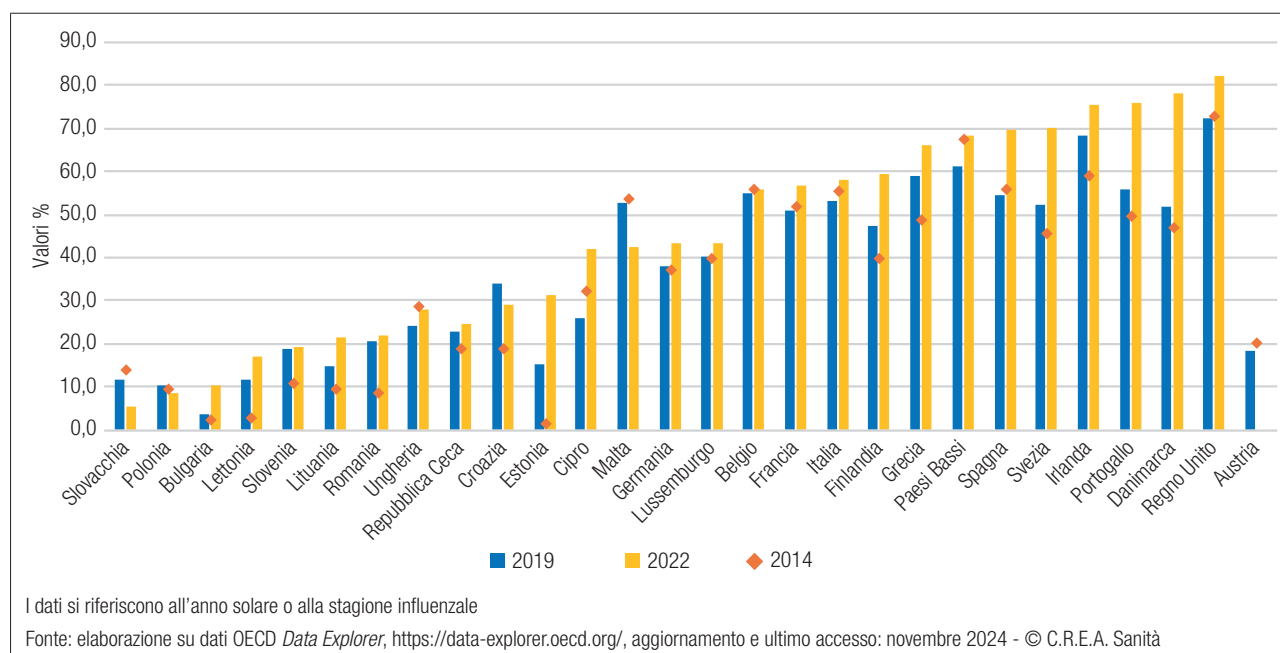
Figura 6a.12. Quota di bambini (1 anno o diversa età *target*) vaccinati per difterite, tetano e pertosse (DTP) in EU + UK



¹⁴ Il dato corrisponde a quanto comunicato a livello nazionale dal Ministero della Salute per la stagione influenzale 2021-2022, aggiornato al luglio 2022 [20]

¹⁵ Il dato corrisponde a quanto comunicato a livello nazionale dal Ministero della Salute per la stagione influenzale 2022-2023, aggiornato al luglio 2023. Per la stagione 2023-2024 si osserva un calo, con la copertura che si attesta al 53,3% in base ai dati aggiornati ad agosto 2024 [20]

Figura 6a.13. Quota di persone di 65 anni e più vaccinate contro l'influenza in EU + UK



6a.2.2. Screening oncologici

L'adesione agli *screening* oncologici è fondamentale per ridurre la mortalità e i costi legati a malattie tumorali.

Con riferimento alle modalità, i programmi organizzati di *screening*, ricompresi in Italia nei livelli essenziali di assistenza (per la diagnosi precoce di tumore mammella, cervice uterina e colon-retto), sono coordinati dal sistema sanitario pubblico, garantiscono una copertura universale e gratuita, seguono protocolli standardizzati e mirano a migliorare la salute pubblica, rappresentando uno strumento comprovato per prevenire morti premature e ridurre i costi sanitari associati alle malattie oncologiche [53].

I programmi sono organizzati per targetizzare specifiche fasce di popolazione, come ad esempio persone di una certa classe di età o con determinati fattori di rischio, e offrono esami regolari per individuare segni di tumore prima che si manifestino sintomi. L'incremento della partecipazione a questi programmi porterebbe a un miglioramento della salute pubblica e a significativi risparmi economici, in generale, per i sistemi sanitari.

L'adesione ai programmi organizzati di *screening*

è fondamentale per migliorare la salute pubblica e ottimizzare l'efficienza dei sistemi sanitari in Europa.

Lo *screening* precoce consente, infatti, di rilevare malattie in stadi iniziali, quando i trattamenti sono più efficaci e meno costosi. Interventi tempestivi, come quelli contro il cancro del colon-retto, della mammella e del collo dell'utero, riducono significativamente l'incidenza di forme avanzate di queste malattie, con evidenti benefici in termini di mortalità e qualità della vita.

In Italia, il PNP 2020-2025 prevede, quale obiettivo strategico, quello di aumentare l'estensione e l'adesione ai programmi di *screening* oncologici nella popolazione *target* per ciascuno dei tre tumori oggetto di *screening* e di identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per il tumore della mammella [1].

Nelle Figure dalla 6a.14. alla 6a.16. vengono illustrati i dati, forniti dall'OECD, relativi all'adesione ai programmi di *screening* rispettivamente contro il tumore alla mammella, alla cervice uterina e al colon-retto da parte della popolazione *target* individuata all'interno dell'EU.

Occorre molta cautela nell'effettuare analisi e confronti, in quanto tra i diversi Paesi EU ci sono differenze nei *target*, nelle fasce di popolazione individuate,

nelle modalità di svolgimento degli *screening* [12].

La Figura 6a.14., in particolare, illustra i dati relativi alla quota di donne *target*, appartenenti alla fascia di età 50-69 anni, ai programmi di *screening* organizzati dai servizi sanitari pubblici contro il tumore della mammella¹⁶ in EU + UK.

Nel 2022, si evidenzia una forte variabilità tra i Paesi: si passa da una quota del 28,5% in Slovacchia (in calo sia rispetto al 2019 che al 2014) ad una dell'83,0% in Danimarca (sostanzialmente stabile rispetto al 2019 e in calo di circa 1,3 p.p. rispetto al 2014).

Oltre alla Slovacchia, restano al di sotto del 50% anche Cipro, Ungheria, Lettonia, Polonia, Austria, Malta e Francia. Superano invece il 70%, oltre che la Danimarca, anche Irlanda, Paesi Bassi, Slovenia, Svezia e Finlandia.

L'Italia si posiziona circa a metà classifica (13^a posizione), con il 53,5% di adesioni da parte delle donne in fascia *target*. Il valore, in linea con quanto rilevato a livello nazionale dall'ISS tramite la sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) [54], è sceso di 7,2 p.p. rispetto al 2019 e di 3,5 p.p. rispetto al 2014. Dopo un iniziale aumento nel 2019, dunque, nel 2022 la quota è scesa ad un livello inferiore a quello del 2014.

In generale, nel 2022, sia rispetto al 2019 che al 2014, nella maggioranza dei Paesi il dato è in calo, con alcune eccezioni: si segnala, rispetto al 2019, l'aumento di 6,7 p.p. in Estonia (da 55,9% a 62,6%) e rispetto al 2014 il +16,8 p.p. della Lituania (da 40,8% a 57,6%).

Come misura di riferimento a livello europeo, si consideri che secondo quanto riportato da OECD [36], la quota di adesione allo *screening* mammogra-

fico (donne 50-69 anni) in EU-16 nel 2020 sarebbe pari al 56,8% (media non pesata).

La Figura 6a.15. illustra i dati relativi alla quota di donne *target*, appartenenti alla fascia di età 20-69 anni, che hanno aderito ai programmi di *screening* organizzati dai servizi sanitari pubblici contro il tumore della cervice uterina¹⁷ in EU + UK.

Nel 2022, si evidenzia una forte variabilità tra i Paesi: si passa da una quota del 4,5% in Romania (in aumento rispetto al 2019, ma senza raggiungere il valore del 2014) ad una del 78,8% in Svezia (registrando anch'essa un aumento rispetto al 2019 ma senza ritornare al livello del 2014).

Oltre alla Romania, restano al di sotto del 50% anche Polonia, Malta, Ungheria, Germania, Italia, Paesi Bassi, Slovacchia e Lettonia. Il nostro Paese ha registrato un calo tra il 2014 (40,5%) e il 2019 (38,5%), per poi tornare ai livelli iniziali nel 2022 (40,2%)¹⁸.

Oltre alla Svezia, superano invece il 70%, anche Repubblica Ceca, Irlanda, Finlandia e Slovenia.

In generale, nel 2022, sia rispetto al 2019 che al 2014, nella maggioranza dei Paesi il dato è in calo, con alcune eccezioni: si segnala rispetto al 2019 l'aumento di 10,6 p.p. registrato in Estonia (da 47,6% a 58,2%) e rispetto al 2014 il + 18,9 p.p. della Lettonia (da 27,8% a 46,7%).

Secondo quanto riportato da OECD [36], la quota di adesione allo *screening* contro il cancro alla cervice uterina (donne 20-69 anni) in EU-16 nel 2020 sarebbe pari al 50,5% (media non pesata).

La Figura 6a.16., infine, mostra le adesioni della popolazione *target* (50-74 anni), ai programmi di *screening* organizzati dai servizi sanitari pubblici contro il tumore del colon-retto¹⁹ in EU (non è disponibile il dato per UK).

¹⁶ Numero di donne nella classe di età 50-69 anni che hanno effettuato una mammografia bilaterale negli ultimi due anni (o in tempi diversi a seconda della frequenza di *screening* raccomandata in ogni Paese) diviso il numero di donne nella stessa classe di età che rientrano nel *target* dei programmi organizzati

¹⁷ Numero di donne nella classe di età 20-69 anni che hanno effettuato uno *screening* per il tumore della cervice uterina negli ultimi tre anni (o in tempi diversi a seconda della frequenza di *screening* raccomandata in ogni Paese) diviso il numero di donne nella stessa classe di età che rientrano nel *target* dei programmi organizzati

¹⁸ Si segnala che il dato Italia 2022 è inferiore a quanto rilevato a livello nazionale dall'ISS tramite la sorveglianza Passi (46,4% per il biennio 2022-2023) [54]

¹⁹ Numero di persone nella classe di età *target* (generalmente 50-74 anni) che hanno effettuato il *test* iniziale di *screening* per il tumore del colon-retto nei tempi previsti dai programmi organizzati dei Paesi di appartenenza diviso il numero di persone appartenenti al *target* previsto

Nel 2022, anche per questo indicatore si evidenzia una forte variabilità tra i Paesi EU: la forbice dei valori varia dall'8,1% registrato in Ungheria al 77,3% in Finlandia (in calo di -2,2 p.p. rispetto al 2019).

Restano al di sotto del 30% anche Germania, Lettonia, Croazia, Malta e Repubblica Ceca. Superano invece il 60%, anche Danimarca, Paesi Bassi e Svezia.

Figura 6a.14. Quota di donne di età 50-69 anni sottoposte a programmi di *screening* mammografico in EU + UK

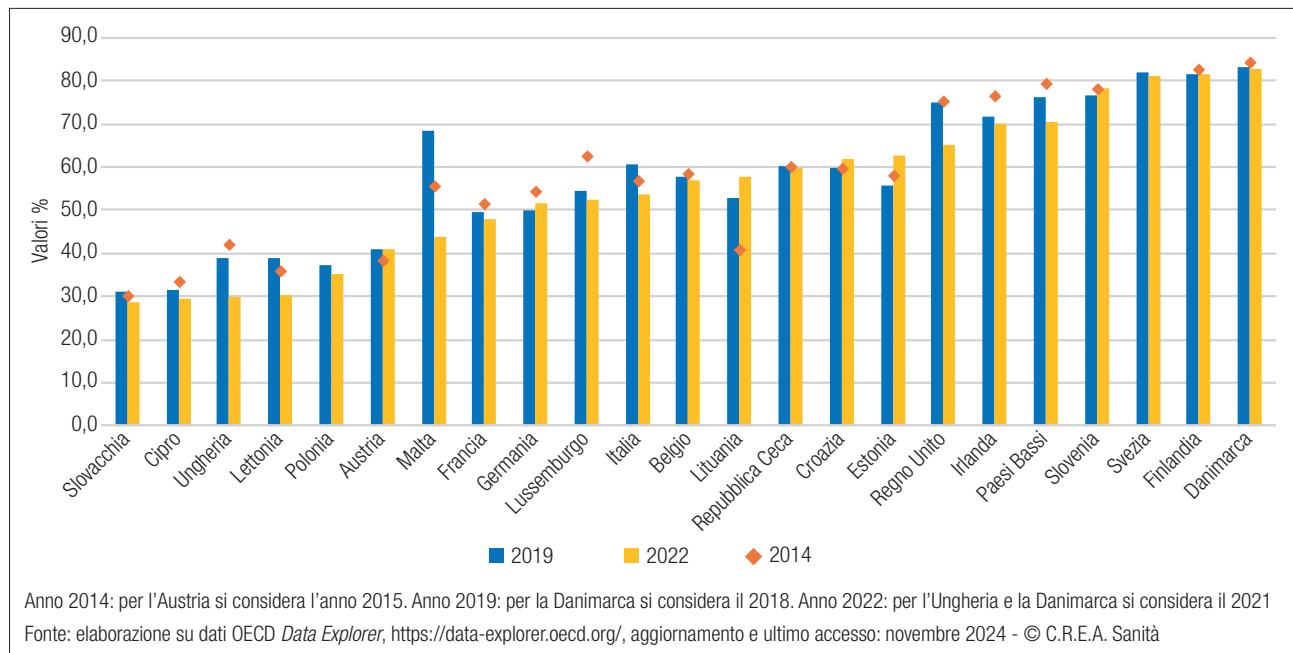


Figura 6a.15. Quota di donne di età 20-69 anni sottoposte a programmi di *screening* cervicale (cervice uterina) in EU + UK

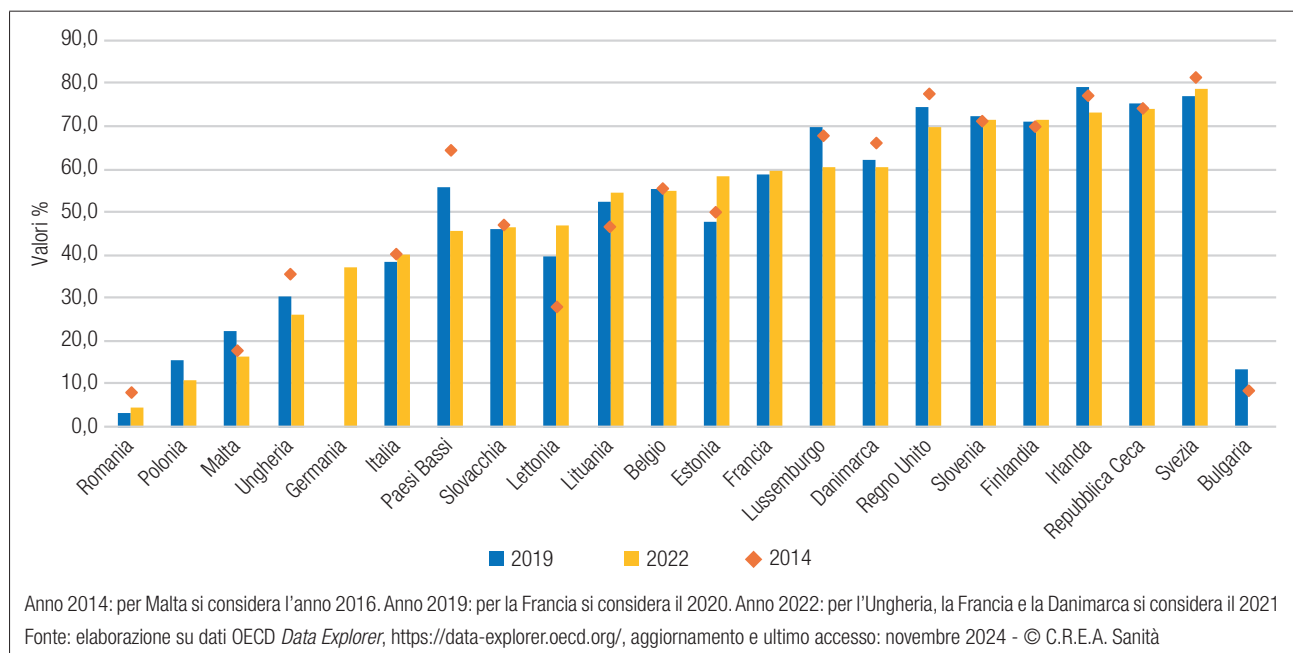
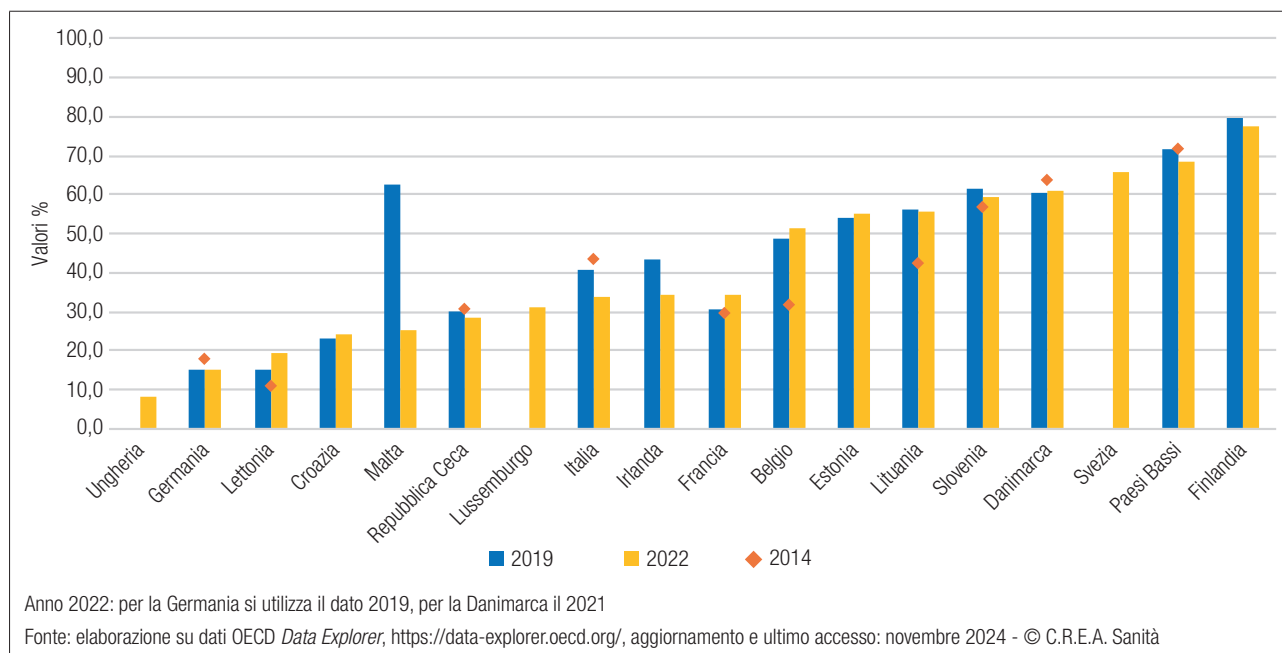


Figura 6a.16. Quota di persone di età 50-74 anni sottoposte a programmi di *screening* coloretale in EU

L'Italia si posiziona circa a metà classifica (11^a posizione), con il 34,0% di adesioni da parte della popolazione *target*²⁰. Il valore è in calo dal 2014: considerando il valore 2022, si registrano -6,5 p.p. rispetto al 2019 e -9,1 p.p. rispetto al 2014.

Confrontando i valori del 2022 con quelli del 2019, si segnalano come variazioni estreme: -37,3 p.p. per Malta (da 62,7% a 25,4%, anche se OECD segnala una interruzione nella serie dei dati) e +4,1 p.p. in Lettonia (da 15% a 19,1%). Rispetto al 2014, invece, nel 2022 si evidenziano le seguenti variazioni: -9,1 p.p. in Italia, come già detto in precedenza (da 43,1% a 34,0%) e + 20,0 p.p. in Belgio (dal 31,6% al 51,6%).

Come misura di riferimento a livello europeo, si consideri che secondo quanto riportato da OECD [36], la quota di adesione allo *screening* del colon-retto (persone di 50-74 anni) in EU-13 nel 2020 sarebbe pari al 45,8% (media non pesata).

In generale, emerge un quadro di adesione ai programmi organizzati di *screening* estremamente variabile tra i Paesi, ma comunque non sufficiente

rispetto alle soglie minime raccomandate a livello internazionale.

6a.3. Conclusioni

Numerosi studi scientifici hanno evidenziato come la promozione della salute e la Prevenzione delle malattie siano fondamentali nel ridurre l'incidenza, abbassare la mortalità e migliorare la qualità della vita delle persone, oltre che comportare vantaggi diretti in termini di riduzione dei costi per i servizi sanitari e per la Società nel suo complesso.

Le azioni di Prevenzione dovrebbero essere realizzate attraverso una collaborazione tra vari settori della Società, ponendo particolare attenzione ai fattori di rischio comportamentali modificabili e ai determinanti sociali, economici ed ambientali. La visione è quella della cosiddetta "*One Health*".

Nel capitolo è stata effettuata una raccolta dei dati riferiti agli ambiti in questione, derivanti da più fonti nazionali e internazionali, senza pretesa di esaustivi-

²⁰ Si segnala che il dato Italia 2022 è inferiore a quanto rilevato a livello nazionale dall'ISS tramite la sorveglianza Passi (38,3% per il biennio 2022-2023) [54]

tà e con tutti i limiti derivanti dalle differenze tra i diversi sistemi sanitari, dalle diverse finestre temporali per cui si ha disponibilità di dati, dalle diverse date di aggiornamento e di riferimento geografico, nonché dalle diverse fonti e metodologie statistiche utilizzate per definire il posizionamento del nostro Paese all'interno dell'EU.

Il quadro che emerge da tale analisi è riassunto nella Figura 6a.17.: con riferimento ai principali indicatori su stili di vita, fattori di rischio per la salute, vaccinazioni e *screening* oncologici in EU-27, nella figura viene presentata la posizione dell'Italia rispetto alla media EU e ai Paesi che si trovano nelle posizioni estreme della classifica (minimo e massimo), per l'anno 2022 (o più vicino disponibile). Si evidenzia che la media EU in alcuni casi (ove necessario), proviene da una fonte diversa da quella utilizzata per i valori dei singoli Paesi (a causa della indisponibilità del dato), come indicato nei paragrafi precedenti e nella Figura 6a.17., per cui occorre cautela nelle analisi.

In estrema sintesi, dall'esercizio effettuato, con tutti i limiti evidenziati, si evince che l'Italia:

- è in linea con i valori medi EU per quanto riguarda:
 - fumo: la quota di persone di 15 anni e più che fumano tabacco ogni giorno è pari al 19,8% in Italia e al 19,9% in EU-27 (18+); la forbice va dall'8,7% in Svezia al 29,1% in Bulgaria
 - sostanze stupefacenti illegali: la quota di giovani adulti di 15-34 anni che dichiarano di aver fatto uso di cocaina nell'ultimo anno è pari al 2,1% in Italia e al 2,2% in EU-27; il valore minimo (0,5%) si registra in Portogallo, il massimo (5,5%) nei Paesi Bassi
 - vaccinazioni pediatriche di *routine*: la copertura vaccinale contro DTP nei bambini entro il primo anno di età è pari al 95,2% in Italia e al 95,0% nella Regione Europea WHO; la forbice va dall'83,5% osservato in Austria al 99,9% registrato in Ungheria
- si trova in una posizione migliore rispetto alla media EU con riferimento ai seguenti indicatori:
 - alcol: il consumo di alcol tra le persone di 15 anni e più è pari a 7,7 litri pro-capite in Italia e 10,2 litri in EU-27; il valore minimo,

pari a 6,3 litri, in Grecia, il valore massimo, pari a 11,9 litri, in Lettonia

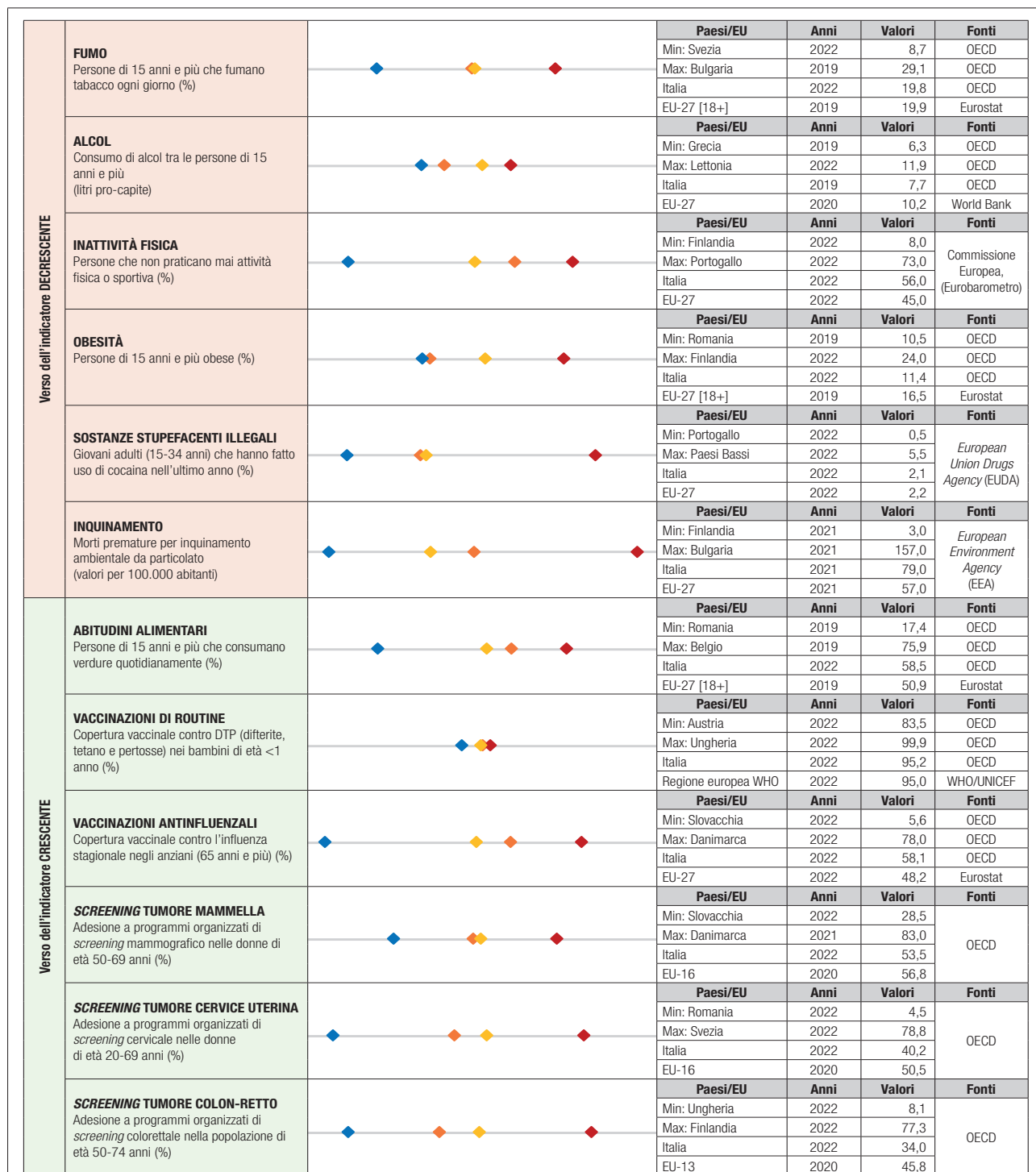
- obesità adulti: la quota di persone di 15 anni e più che si dichiarano obese è pari all'11,4% in Italia contro il 16,5% della media EU-27 (18+); la forbice va dal 10,5% in Romania al 24,0% in Finlandia
- abitudini alimentari: la quota di persone di 15 anni e più che consumano verdure quotidianamente è pari al 58,5% in Italia e al 50,9% in EU (18+); la quota minore, pari al 17,4%, si registra in Romania, la maggiore, pari al 75,9%, si osserva in Belgio
- vaccinazione antinfluenzale: la copertura vaccinale contro l'influenza stagionale negli anziani di 65 anni e più è pari al 58,1% in Italia e al 48,2% in EU-27; la forbice va dal 5,6% in Slovacchia al 78,0% in Danimarca
- si trova in una posizione peggiore rispetto alla media EU per quanto riguarda:
 - attività fisica: la quota di persone che non praticano mai attività fisica o sportiva è pari al 56,0% in Italia ed al 45,0% mediamente in EU; si passa dall'8,0% registrato in Finlandia al 73,0% in Portogallo
 - inquinamento ambientale: la quota di morti premature per inquinamento ambientale da particolato PM_{2,5} è pari a 79 per 100.000 abitanti in Italia ed a 57 decessi prematuri per 100.000 abitanti in EU; i valori estremi si registrano in Finlandia (3) e in Bulgaria (157)
 - *screening* oncologici: adesione a programmi organizzati di *screening* da parte della popolazione *target*
 - mammografico (tumore mammella): 53,5% (Italia) vs. 56,8% (EU-16); minimo: 28,5% (Slovacchia), massimo: 83,0% (Danimarca)
 - cervicale (tumore cervice uterina): 40,2% (Italia) vs. 50,5% (EU-16); minimo: 4,5% (Romania), massimo: 78,8% (Svezia)
 - coloretale (tumore colon-retto): 34,0% (Italia) vs. 45,8% (EU-13); minimo: 8,1% (Ungheria), massimo: 77,3% (Finlandia).

Pur riconoscendo al nostro Paese i risultati ottenuti grazie alla crescente attenzione alla promozione della salute e alla Prevenzione, dimostrata dagli indicatori che vedono il nostro Paese per alcuni aspetti

in posizione migliore rispetto alla media dei Paesi EU, non di meno si conferma l'esigenza di continuare ad investire nel settore, per perseguire miglio-

menti degli esiti di salute e dell'equità e, non ultima, la sostenibilità del sistema sanitario.

Figura 6a.17. Principali indicatori su stili di vita, fattori di rischio per la salute, vaccinazioni e screening in EU, anno 2022 (o più vicino disponibile)



Non è stato considerato UK

Fonte: elaborazione su dati OECD, Eurostat, Commissione Europea, EUDA, EEA, World Bank, WHO/UNICEF - © C.R.E.A. Sanità

Riferimenti bibliografici e sitografici

L'ultimo accesso ai siti indicati di seguito è stato effettuato nel novembre 2024.

- [1] Ministero della Salute (2020), Piano nazionale della prevenzione 2020-2025
<https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?id=577&area=prevenzione&menu=vuoto>
- [2] FAO, UNEP, WHO, and WOA (2022), One Health Joint Plan of Action (2022-2026). Working together for the health of humans, animals, plants and the environment. Rome. <https://doi.org/10.4060/cc2289en>
- [3] WHO (2023), Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020
<https://www.who.int/publications/item/9789241506236>
- [4] WHO (2024), Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva: World Health Organization; 2024
<https://www.who.int/publications/item/9789240090101>
- [5] WHO (2018), Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization
<https://www.who.int/publications/item/9789241514187>
- [6] Commissione Europea (2021), Programma EU-4Health 2021-2027 – Una visione per un’Unione europea più sana
https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_it
- [7] Commissione Europea (2021), Europe’s Beating Cancer Plan (Piano europeo per la lotta contro il cancro)
https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_it
- [8] Commissione Europea (2022), Environmental Action Programme to 2030 (Programma d’azione per l’ambiente fino al 2030)
https://environment.ec.europa.eu/strategy/environment-action-programme-2030_en
- [9] Commissione Europea (2021), EU Action Plan: ‘Towards Zero Pollution for Air, Water and Soil’
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52021DC0400&qid=1623311742827>
- [10] Council of the European Union, General Secretariat of the Council (2021), EU drugs action plan 2021-2025, Publications Office of the European Union
<https://data.europa.eu/doi/10.2860/698571>
- [11] Ministero della Salute (2023), Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (PNPV)
<https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4828&area=vaccinazioni&menu=vuoto>
- [12] OECD Data Explorer
<https://data-explorer.oecd.org/>
- [13] OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- [14] Sito World Health Organization - WHO
<https://www.who.int/>
- [15] Eurostat, database online
<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- [16] Unione Europea, Portale ufficiale dei dati europei
<https://data.europa.eu/it>
- [17] European Environment Agency - EEA, database/indicators
<https://www.eea.europa.eu/en/analysis/indicators>
- [18] European Union Drugs Agency - EUDA, data home
https://www.euda.europa.eu/data_en
- [19] World Bank Group, databank
<https://databank.worldbank.org/>
- [20] Sito Ministero della Salute, ultimo accesso novembre 2024
<https://www.salute.gov.it>
- [21] Sito Istituto Superiore di Sanità (ISS)
<https://www.iss.it/>
- [22] Sito Istat, tema “Salute e Sanità”
<https://www.istat.it/statistiche-per-temi/societa-e-istituzioni/salute-e-sanita/>
- [23] Sito WHO, pagina “Tobacco”, ultimo accesso novembre 2024

- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- [24] Sito Commissione Europea, pagina “Tobacco”, ultimo accesso novembre 2024
https://health.ec.europa.eu/tobacco_en?prefLang=it
- [25] Tobacco Atlas
<https://tobaccoatlas.org/>
- [26] Sito OECD, pagina “Harmful alcohol consumption”, ultimo accesso novembre 2024
<https://www.oecd.org/en/topics/harmful-alcohol-consumption.html>
- [27] WHO (2024), Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>
- [28] WHO (2024), Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-5624-45389-76520>
- [29] Sito WHO, pagina News “Cheers or tears? WHO playbook exposes alcohol’s true cost to health”, ultimo accesso novembre 2024
<https://www.who.int/europe/news/item/08-11-2024-cheers-or-tears--who-playbook-exposes-alcohol-s-true-cost-to-health#:~:text=WHO%20playbook%20exposes%20alcohol's%20true%20cost%20to%20health,-8%20November%202024&text=Alcohol%20consumption%20is%20draining%20economies,as%20well%20as%20social%20harm>
- [30] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Italy: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/633496ec-en>
- [31] ISS (2020), “Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2020”
<https://www.epicentro.iss.it/alcol/>, ultimo accesso novembre 2024
- [32] Ministero della Salute (2024), “Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 - Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati. Anno 2023”
https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3459
- [33] Sito WHO, pagina “Healthy Diet”
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- [34] The Lancet, pagina “Global burden of disease”
<https://www.thelancet.com/gbd>
- [35] Eurostat, European health interview survey (EHIS)
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
- [36] OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- [37] OECD/WHO (2023), *Step Up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/500a9601-en>
- [38] Commissione Europea (2022), Eurobarometro sullo sport e l'attività fisica, anno 2022 <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668>
- [39] WHO Regional Office for Europe (2022), *European Regional Obesity Report 2022*, Copenhagen <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>
- [40] OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>
https://www.oecd.org/en/publications/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en.html
- [41] ISS (2023), a cura di Masocco M, Minardi V, Contoli B, Minelli G, Manno V, Cobellis L, Greco D., Sovrappeso e obesità nella popolazione adulta in Italia: trend temporali, differenze socio-anagrafiche e regionali con focus sulla Regione Campania. *Boll Epidemiol Naz* 2023;4(1):1-8. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_059

- [42] European Union Drugs Agency - EUDA (2024), European Drug Report 2024
https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_it
- [43] WHO (2024), Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>
- [44] Osservatorio Impatto Socio-Economico delle Dipendenze – OISED (2024), Impatto Socio Sanitario ed Economico delle Dipendenze in Italia (Rapporto OISED 2024)
<https://oised.it/>
- [45] World Health Organization (2021), WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/345329>.
- [46] EEA (2023), Harm to human health from air pollution in Europe: burden of disease 2023
<https://www.eea.europa.eu/publications/harm-to-human-health-from-air-pollution/>
- [47] Sito EEA, pagina "Italy – air pollution country fact sheet"
<https://www.eea.europa.eu/en/analysis/maps-and-charts/italy-air-pollution-country-2023-country-fact-sheets>
- [48] Shattock, Andrew J et al. (2024), Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization, The Lancet, Volume 403, Issue 10441, 2307 – 2316
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00850-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00850-X/fulltext)
- [49] Sito dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (2017), pagina "Vaccini da adulti, sorride l'economia"
<https://www.cattolicanews.it/vaccini-da-adulti-sorride-l-economia>
- [50] Sito del Ministero della Salute, area tematica "Vaccinazioni"
<https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp>
- [51] WHO Global Health Observatory
<https://www.who.int/data/gho>
- [52] European Centre for Disease Prevention and Control
<https://www.ecdc.europa.eu/en>
- [53] Timelli L, Marino MG, Menzano MT, Vaia F, Galeone D. (2024), I programmi di screening oncologico organizzati in Italia: differenze tra macroaree da un'indagine su Regioni e Province Autonome, 2023. Istituto superiore di Sanità, Boll Epidemiol Naz 2024;5(1):15-22. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_083
- [54] ISS – Sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)
<https://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen>

Sintesi

CAPITOLO 6b

Consumi e spesa del Servizio Sanitario Nazionale per l'immunizzazione

Polistena B.¹, Spandonaro F.²

I programmi di immunizzazione, rappresentano una delle attività *core* della Sanità Pubblica, ma non riescono ancora a raggiungere gli obiettivi prefissati, con svariate vaccinazioni che rimangono sotto le soglie raccomandate a livello internazionale.

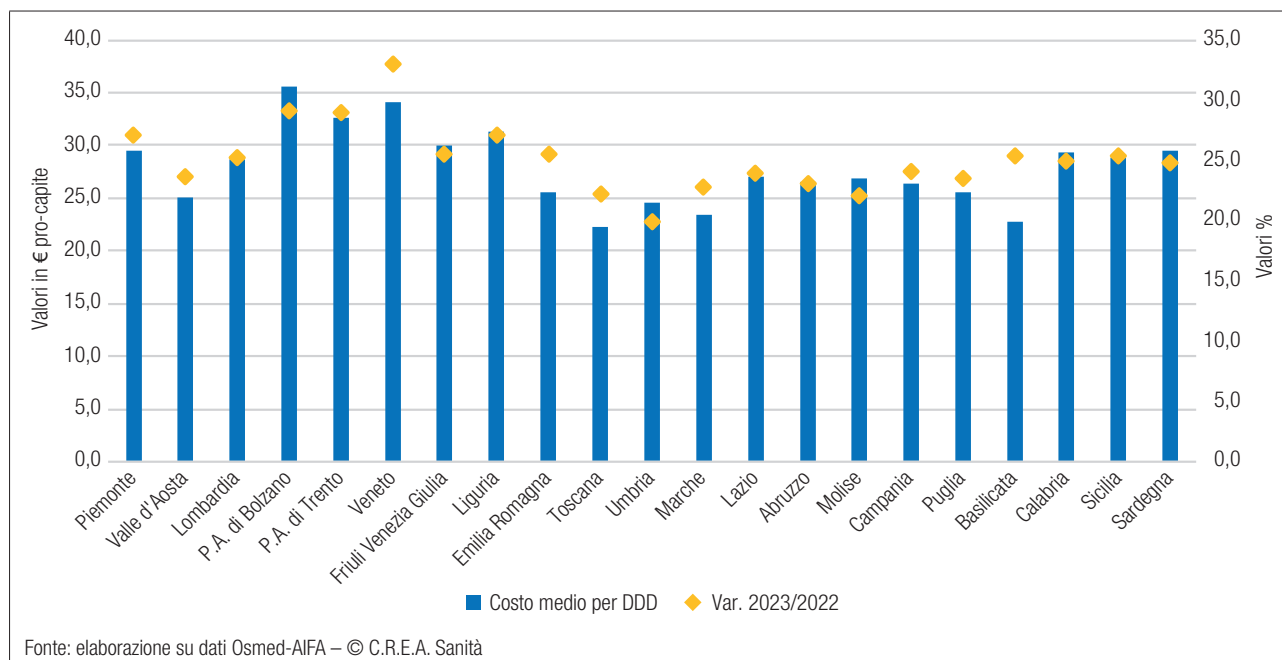
Il contributo ha, quindi, analizzato le evidenze disponibili in tema di attività di immunizzazione e dinamica dei consumi e della spesa relativa alle vaccinazioni.

In assenza di modificazioni significative della regolamentazione del settore, ci si è, in particolare, concentrati sulla stima dei *target* ottimali di consumo e spesa da raggiungere per ottemperare agli obiet-

tivi del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), simulati mediante un apposito modello sviluppato da C.R.E.A. Sanità.

Ci si limita a ricordare che il fabbisogno per le attività vaccinali ricomprese nei LEA viene finanziato all'interno del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", che comprende, oltre l'onere farmaceutico, anche la copertura di tutti i costi connessi con l'immunizzazione, quali i costi di somministrazione e, in generale, le attività dei Dipartimenti di prevenzione attribuibili alle vaccinazioni (ad esempio, la gestione delle anagrafi vaccinali).

Vaccini – Costo medio per DDD



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

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

I vaccini, essendo ricompresi nel LEA “Prevenzione”, non concorrono quindi alla composizione dell’onere soggetto al tetto della spesa farmaceutica.

Sul versante della spesa e dei consumi, secondo quanto riportato nel volume OsMed 2023, pubblicato dall’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), si registra un consumo di vaccini pari a 1,2 DDD per 1.000 abitanti (ab.) die, valore in aumento del 1,7% rispetto al 2022; a livello regionale i consumi si posizionano nel *range* tra 1,0 (Valle d’Aosta, Basilicata e Sardegna) e 1,6 (Molise) DDD per 1.000 ab. die, con un differenziale fra gli estremi di 1,6 volte.

La spesa pro-capite per vaccini risulta pari a € 712,2, valore in aumento dell’11,8% rispetto al 2022. La spesa pro-capite è aumentata da € 10,8 nel 2022 a € 12,1 nel 2023 (+12,0%); rispetto al 2014 (€ 4,8), la crescita media annua è stata del 10,8%.

A livello regionale la spesa pro-capite risulta compresa nel *range* € 8,5 (Basilicata) e € 17,0 (P.A. di Trento), con un differenziale fra gli estremi di 2,0 volte (Figura 6b.2.).

Ne segue che il costo medio per DDD si posiziona a € 27,9, in aumento del 9,8% nell’ultimo anno (€ 25,4 nel 2022); rispetto al 2014 (€ 8,4), l’incremento medio annuo è stato del 14,3%.

Il costo medio per DDD risulta fortemente difforme a seconda dei vaccini e anche a livello regionale, dove risulta compreso fra gli € 22,3 della Toscana e gli € 33,0 del Veneto, con un differenziale fra gli estremi di 1,5 volte.

Più in generale, la spesa del SSN per sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (che include i programmi vaccinali), ammonta (2022) a € 2,2 mld., di cui il 62,8%, € 1,4 mld. per le vaccinazioni; complessivamente rappresenta il 33,0% della spesa per prevenzione e sanità pubblica, variando da € 16,4 della Liguria, a € 60,7 della Lombardia.

Ne segue che, pur unendo dati di fonti diverse e, quindi, non necessariamente confrontabili in modo perfetto, si può stimare che la spesa per i vaccini rappresenti circa il 50% della spesa per le vaccinazioni (sulla quale incidono, per esempio, anche le somministrazioni, gli oneri dei centri vaccinali, ecc.).

Infine, grazie ad un modello appositamente sviluppato da C.R.E.A. Sanità, si è provveduto ad applicare i *target* del PNPV 2023-2025 alla popolazione regionale per età, stimando il “consumo ottimale” atteso di vaccini. Valorizzando, poi, le DDD *target* con il costo medio per DDD dei singoli vaccini, desunto dai dati OsMed, è stata stimata la spesa attesa.

Sulla base delle assunzioni fatte e dell’algoritmo sinteticamente descritto, si stima che le dosi erogate siano inferiori a quelle attese per il raggiungimento degli obiettivi del calendario vaccinale 2023-2025 del -17,5%, al netto della copertura dei soggetti a rischio, per i quali si renderebbero necessarie altre 2,5 mln. di dosi, pur assumendo prudenzialmente di distribuire la vaccinazione dei soggetti a rischio su 30 anni. Nel complesso le dosi “carenti” si attesterebbero, quindi, al -23,7%.

In termini di spesa, sempre al netto di quella relativa alle vaccinazioni da somministrare alle categorie a rischio, quella attesa risulterebbe complessivamente di € 785,5 mln., a fronte di una spesa effettiva inferiore del 18,9%. Considerando anche i soggetti fragili, per i quali si renderebbero necessari altri € 94,8 mln. di spesa, la “carenza” si attesterebbe al -27,7%, pari ad un fabbisogno aggiuntivo di € 243,5 mln..

In definitiva, il contributo evidenzia come in Italia si assista ad una progressiva e continua crescita dei consumi di vaccini, accompagnata da un incremento della spesa totale e dei costi medi per DDD.

Dai dati relativi agli oneri per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (che include i programmi vaccinali) si può, altresì, desumere che i vaccini rappresentino circa il 50% della spesa per le vaccinazioni (incidendo per il resto le somministrazioni e, in generale, gli oneri dei centri vaccinali).

Il modello sviluppato da C.R.E.A. Sanità, infine, stima che solo la P.A. di Trento, l’Umbria e il Molise si avvicinino ai livelli di consumo “ottimale” e che, fra le Regioni di maggiori dimensioni, le più “performanti” siano la Puglia, la Toscana, l’Emilia Romagna e la Lombardia, mentre all’altro estremo si trovano Piemonte, Valle d’Aosta, Sardegna e la P.A. di Bolzano.

Per quanto concerne la spesa, la P.A. di Trento e il Veneto spenderebbero più di quanto previsto

dal modello come riferimento ottimale, ed è l'Emilia Romagna la Regione che si avvicina maggiormente al riferimento, mentre spendono significativamente meno dell'atteso Valle d'Aosta, Sicilia, Campania, Marche e Abruzzo.

In definitiva, pur ricordando i limiti del modello e della natura di mera simulazione "teorica" dell'esercizio svolto, le dosi attualmente erogate risulterebbero inferiori a quelle attese per il raggiungimento

degli obiettivi del calendario vaccinale del -17,5%, al netto dei consumi per la popolazione a rischio, e del -23,7% considerandole. La spesa, a sua volta, sarebbe inferiore del -18,9% a quella necessaria, ovvero del -27,7% considerando la popolazione a rischio; se ne desume un fabbisogno aggiuntivo di € 243,5 mln., ma anche la necessità di una razionalizzazione tesa a ridurre la significativa variabilità regionale

CAPITOLO 6b

Consumi e spesa del Servizio Sanitario Nazionale per l'immunizzazione

Polistena B.¹, Spandonaro F.²

Il capitolo analizza le evidenze disponibili in tema di attività di immunizzazione e dinamica della spesa relativa alle vaccinazioni.

I programmi di immunizzazione, che pure rappresentano una delle attività *core* della Sanità Pubblica, non riescono ancora a raggiungere gli obiettivi prefissati, con svariate vaccinazioni che rimangono sotto le soglie raccomandate a livello internazionale.

Come noto, il *trend* è stato crescente sino al 2013, ma si è poi invertito: peraltro, dopo il crollo registrato nel 2020, a causa della pandemia, dal 2021 si è iniziato a registrare un primo generale recupero.

In assenza di modificazioni significative della regolamentazione del settore, il focus del capitolo è relativo alle analisi svolte con il modello di C.R.E.A. Sanità, deputato a stimare i *target* ottimali di consumo e spesa da raggiungere per ottemperare agli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV).

Nello specifico, quest'anno si è integrato il modello con una stima dei consumi (e dei relativi oneri) derivanti dalle indicazioni alla immunizzazione delle popolazioni a rischio: si tratta di una attività cruciale per l'efficacia delle immunizzazioni che, grazie ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che garantiscono la gratuità delle vaccinazioni per i soggetti a rischio di tutte le età previste, si spera possa svilupparsi maggiormente nei prossimi anni.

Il capitolo è organizzato come segue: viene prima fornita una brevissima sintesi della normativa di riferimento; quindi, si analizza il finanziamento dei fabbisogni per le attività di immunizzazione, quindi il consumo e la spesa; infine, vengono descritti i risultati ottenuti con il citato modello C.R.E.A. Sanità,

focalizzandosi sui consumi e la spesa attesi, in base agli obiettivi prefissati dal PNPV 2023-2025.

6b.1. La regolamentazione (sintesi)

L'anno in corso non ha visto interventi normativi che abbiano inciso in modo significativo sul settore.

Peraltro, il 2024 è anno di vigenza del PNPV 2023-2025 (di cui all'intesa espressa dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. di Trento e di Bolzano il 2.08.2023 - Rep. atti n. 193/CSR) e, quindi, ci si continua a riferire a quel documento e all'allegato calendario vaccinale: per una analisi più dettagliata del provvedimento (e dei documenti, anche pubblicati a livello internazionale, a cui esso si ispira) si rimanda al Capitolo 6c del XIX Rapporto C.R.E.A. Sanità (2023).

Ci si limita qui a ricordare che, per quanto concerne le coperture economiche, nell'"Intesa" citata fu previsto che fosse attuata «... senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica ...», tanto che la stessa prende atto della conferma della disponibilità del finanziamento annuo di € 186 mln. previsto dalla L. n. 232/2016, riferito alla copertura degli oneri per i nuovi vaccini inclusi nel PNPV 2017-2019 (con copertura ottimale): somma che, come già argomentato nel Rapporto 2023, è rimasta "congelata" nel tempo, malgrado siano intervenute sia variazioni nel calendario vaccinale, sia nei consumi, ed anche nei prezzi dei vaccini.

Peraltro, l'"Intesa" prendeva altresì atto «... dell'impegno ad attivare il monitoraggio dell'imple-

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

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

mentazione del PNPV ed a finanziare attraverso risorse aggiuntive gli eventuali maggiori costi sostenuti a partire dall'anno 2023 per effetto dell'ampliamento dell'offerta vaccinale e delle azioni necessarie per assicurare la copertura vaccinale a tutti i soggetti a rischio...»: rivalutazione che di fatto non è avvenuta.

6b.2. Il finanziamento delle attività vaccinali

Il fabbisogno per le attività vaccinali ricomprese nei LEA viene finanziato all'interno del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica"; in tale capitolo sono ricomprese numerose attività, fra cui la "Sorveglianza, prevenzione e controllo malattie infettive e parassitarie, inclusi programmi vaccinali", che contiene al suo interno le vaccinazioni.

Ricordiamo che i vaccini, essendo ricompresi nel LEA "Prevenzione", non concorrono alla composizione dell'onere soggetto al tetto della spesa farmaceutica, la cui copertura afferisce ai fondi assegnati a valere sui LEA dell'assistenza "Ospedaliera" e di quella "Distrettuale"; il finanziamento comprende, oltre l'onere farmaceutico, anche la copertura di tutti i costi connessi con l'immunizzazione, quali i costi di somministrazione e, in generale, le attività dei Dipartimenti di prevenzione attribuibili alle vaccinazioni (ad esempio, la gestione delle anagrafi vaccinali).

Alla "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", nello specifico, viene allocato un fabbisogno pari al 5% del Fabbisogno *Standard* Nazionale (FSN): valore che sembra indipendente tanto dalle modifiche dell'organizzazione dei servizi, quanto dalle tecnologie disponibili, tanto da risultare immutato sin dalla prima definizione dei LEA.

In ogni caso, nel 2023, alla "Prevenzione" sono stati assegnati € 6,1 mld. sui € 128,0 mld. del FSN, valore in crescita del 11,6% rispetto al 2022 e del 9,7% rispetto al 2019.

A livello nazionale non è prevista una esplicita indicazione sulla quota da destinarsi alle attività di immunizzazione, e neppure alcuna Regione ripartisce in modo esplicito parte del finanziamento per le vaccinazioni.

6b.3. I consumi

Secondo quanto riportato nel volume OsMed 2023, pubblicato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), si registra un consumo di vaccini pari a 1,2 DDD per 1.000 abitanti (ab.) die, valore in aumento del 1,7% rispetto al 2022; a livello regionale i consumi si posizionano nel *range* tra 1,0 (Valle d'Aosta, Basilicata e Sardegna) e 1,6 (Molise) DDD per 1.000 ab. die, con un differenziale fra gli estremi di 1,6 volte (Figura 6b.1.).

In generale, per tutti i vaccini nell'ultimo anno aumenta il consumo (in DDD per 1.000 ab. die), tranne l'esavalente (-0,8%), il vaccino morbillo/ parotite/ rosolia (MPR) (-28,8%), il polisaccaridico 23 per lo pneumococco (-29,7%), quello per il meningococco C (-30,1%), nonché quelli che tendono a venire sostituiti da altri nella pratica.

6b.4. La spesa

Secondo quanto riportato nel volume OsMed 2023 (AIFA), la spesa pro-capite per vaccini risulta pari a € 712,2, valore in aumento dell'11,8% rispetto al 2022.

La spesa pro-capite è aumentata da € 10,8 nel 2022 a € 12,1 nel 2023 (+12,0%); rispetto al 2014 (€ 4,8), la crescita media annua è stata del 10,8%.

A livello regionale la spesa pro-capite risulta compresa nel range € 8,5 (Basilicata) e € 17,0 (P.A. di Trento), con un differenziale fra gli estremi di 2,0 volte (Figura 6b.2.).

In generale, per tutti i vaccini, nell'ultimo anno aumenta la spesa pro-capite, tranne che per: l'esavalente (-4,6%), quello contro il meningococco C (-29,9%), il vaccino MPR (-30,1%), il polisaccaridico 23 per lo pneumococco (-33,1%), il vaccino per il rotavirus (-0,1%), nonché quelli che tendono a venire sostituiti da altri nella pratica.

Ne segue che il costo medio per DDD si posiziona a € 27,9, in aumento del 9,8% nell'ultimo anno (€ 25,4 nel 2022); rispetto al 2014 (€ 8,4), l'incremento medio annuo è stato del 14,3%.

Il costo medio per DDD risulta fortemente diffor-

me a seconda dei vaccini: ad esempio, per il vaccino contro il virus varicella Zoster ricombinante adiuvato esso è pari € 321,4 (€ 96,2 per quello vivo attenuato); seguono il vaccino per il papilloma virus (€ 69,4), quello per il meningococco B (€ 62,7), quello mor-

billo/parotite/rosolia/varicella (MPRV) (€ 48,0), quello per l'epatite A e B (€ 31,6), l'esavalente (€ 25,5), fino ad arrivare al costo medio per DDD pari a € 11,4 del vaccino difterite/tetano/pertosse (DTP).

Figura 6b.1. Vaccini - DDD per 1.000 ab. die

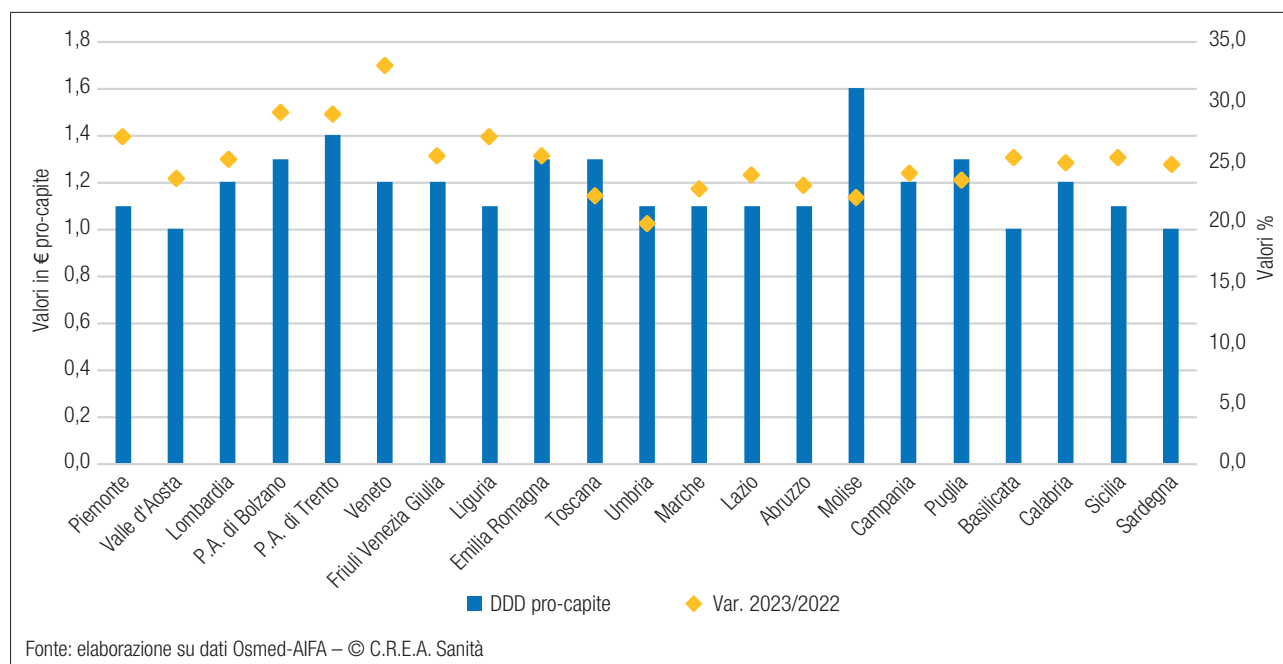


Figura 6b.2. Vaccini – Spesa pro-capite

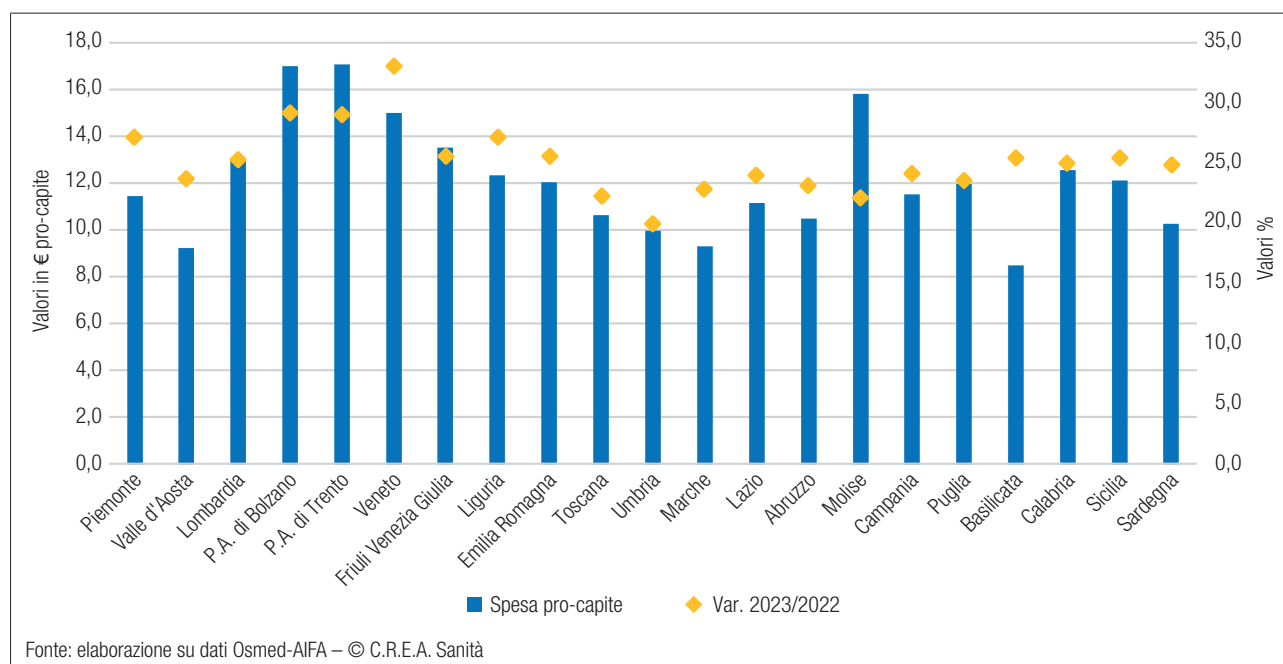
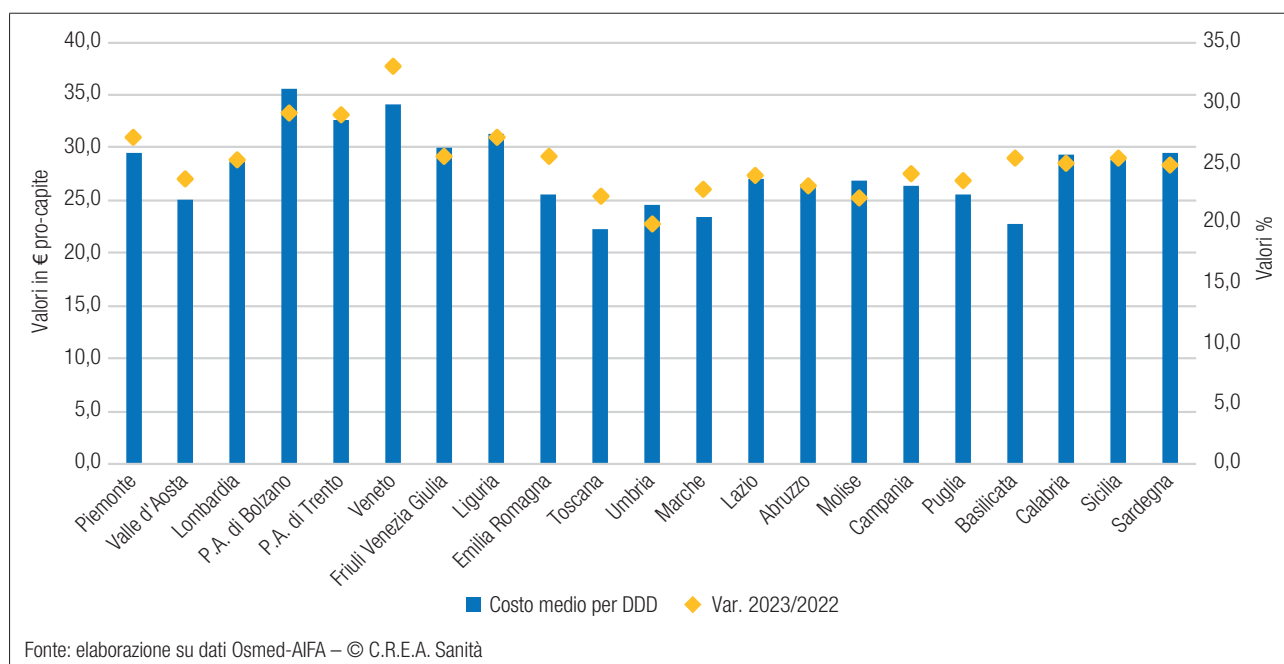


Figura 6b.3. Vaccini – Costo medio per DDD



In generale, per tutti i vaccini, nell'ultimo anno aumenta il costo medio per DDD, tranne quello per l'epatite B (-0,7%), quello dell'esavalente (-3,8%), quello del vaccino polisaccaridico 23 per lo pneumococco (-4,8%), e quello per il rotavirus (-6,0%),

nonché alcuni di quelli che tendono a venire sostituiti da altri nella pratica.

A livello regionale, il costo medio per DDD varia fra gli € 22,3 in Toscana e gli € 33,0 in Veneto, con un differenziale fra gli estremi di 1,5 volte (Figura 6b.3.).

Figura 6b.4. Spesa per sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali

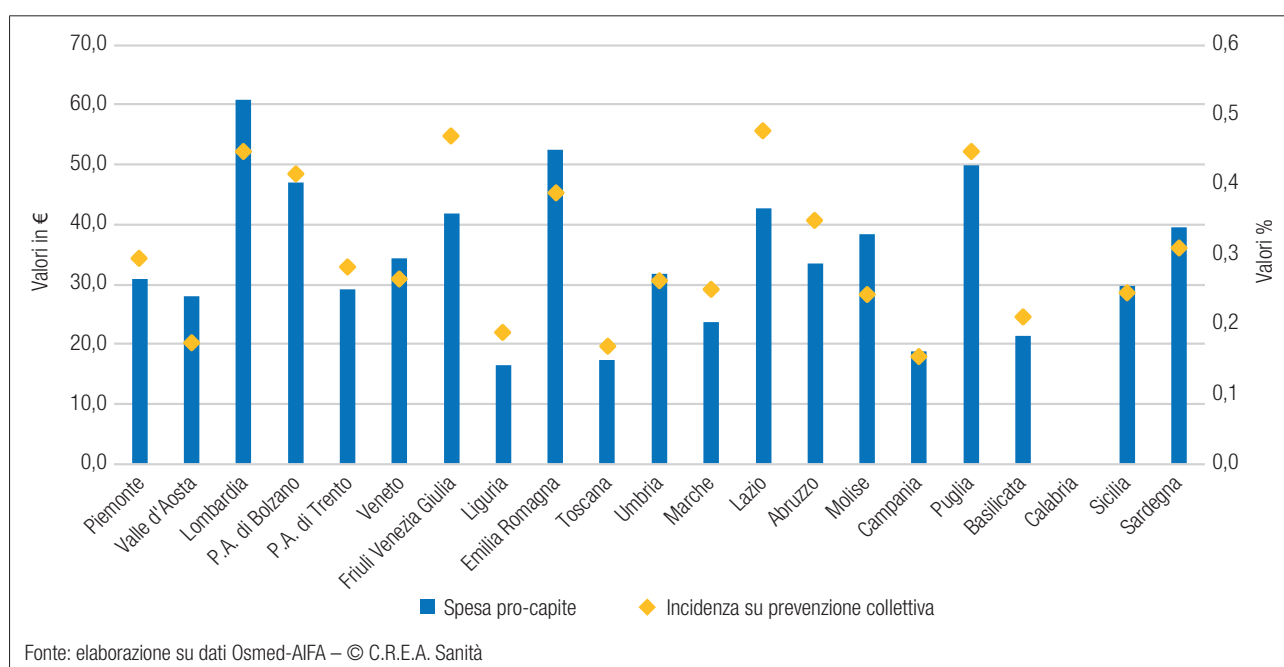


Figura 6b.5. Spesa per vaccinazioni

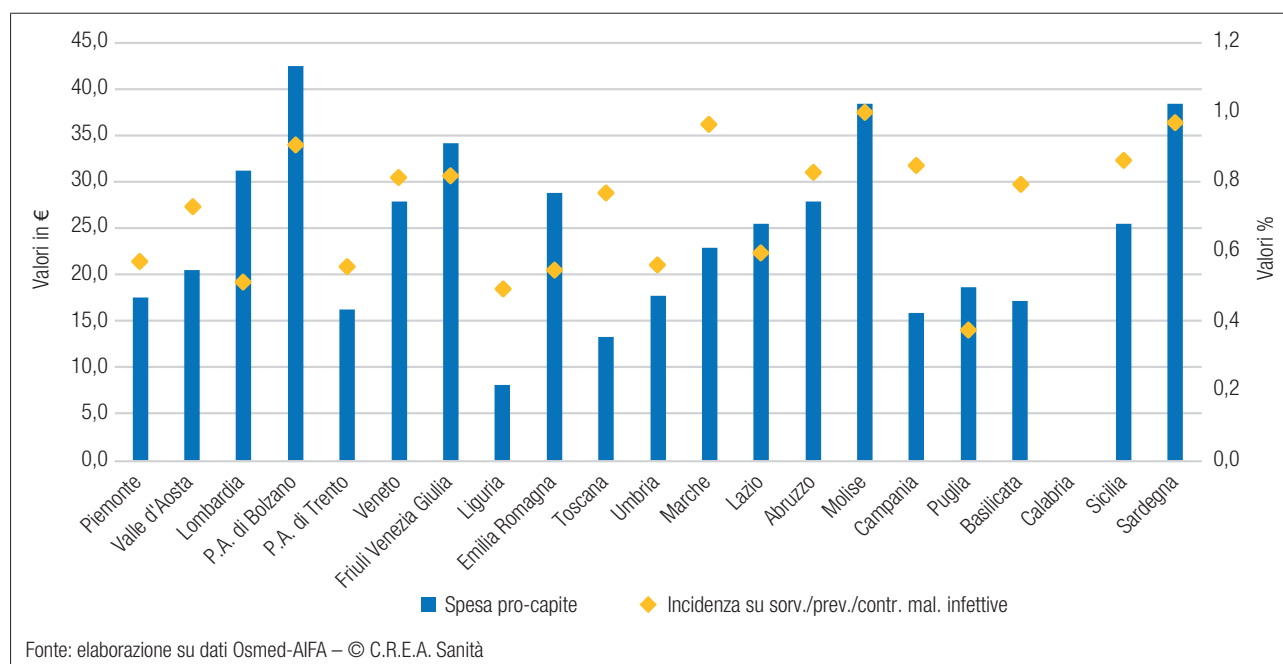
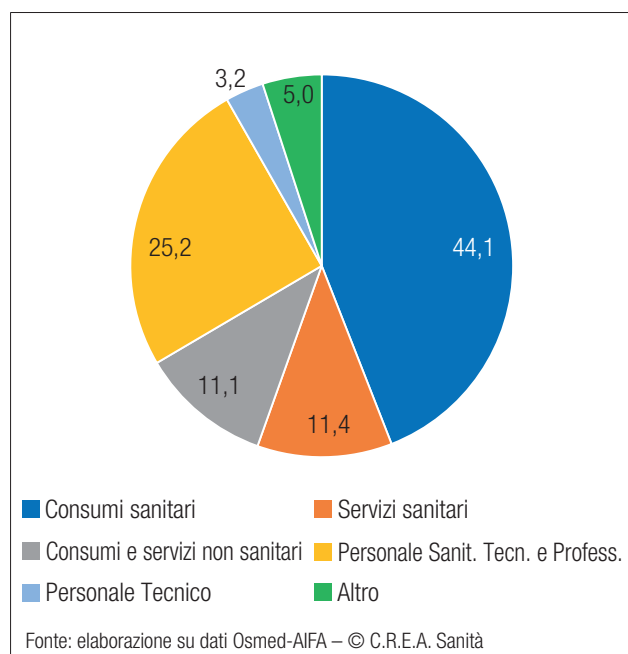


Figura 6b.6. Composizione della spesa per vaccinazioni in Italia. Valori % . Anno 2022



I dati sui costi dei LEA elaborati dal ministero della Salute permettono di apprezzare come la spesa del SSN per sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (che include i

programmi vaccinali), ammonti (2022) a € 2,2 mld., pari al 33,0% della spesa per prevenzione e sanità pubblica.

A livello regionale, la spesa pro-capite varia (dato della Calabria mancante) fra € 16,4 della Liguria, € 17,2 della Toscana e, all'altro estremo, € 60,7 della Lombardia ed € 52,5 dell'Emilia Romagna.

In termini di incidenza sulla spesa per prevenzione e sanità pubblica, si passa dal 15,3% della Campania e il 17,0% della Toscana, fino al 47,7% del Lazio e al 46,8 del Friuli Venezia Giulia (Figura 6b.4.).

Per quanto concerne la spesa per le vaccinazioni, essa si attesta a € 1,4 mld. pari al 62,8% della spesa del SSN per sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie.

A livello regionale, la spesa pro-capite per le vaccinazioni varia (dato della Calabria mancante) fra € 8,1 della Liguria, € 13,3 della Toscana e, all'altro estremo, € 42,3 della P.A. di Bolzano ed € 38,3 del Molise.

In termini di incidenza sulla spesa per prevenzione e sanità pubblica, si passa dal 37,2% della Puglia e il 49,4% della Liguria, fino al 100,0% del Molise e al 96,9% della Sardegna (Figura 6b.5.).

Pur trattandosi di dati di fonti diverse e, quindi,

non necessariamente confrontabili in modo perfetto, si può stimare che la spesa per vaccini rappresenti circa il 50% della spesa per le vaccinazioni (incidendo per il resto le somministrazioni e, in generale, gli oneri dei centri vaccinali).

Il dato trova una conferma indiretta nella composizione della spesa per vaccinazioni descritta nella Figura 6b.6., che evidenzia una incidenza dei consumi sanitari pari al 44,1%.

Figura 6b.7. Spesa per immunizzazioni – Paesi europei

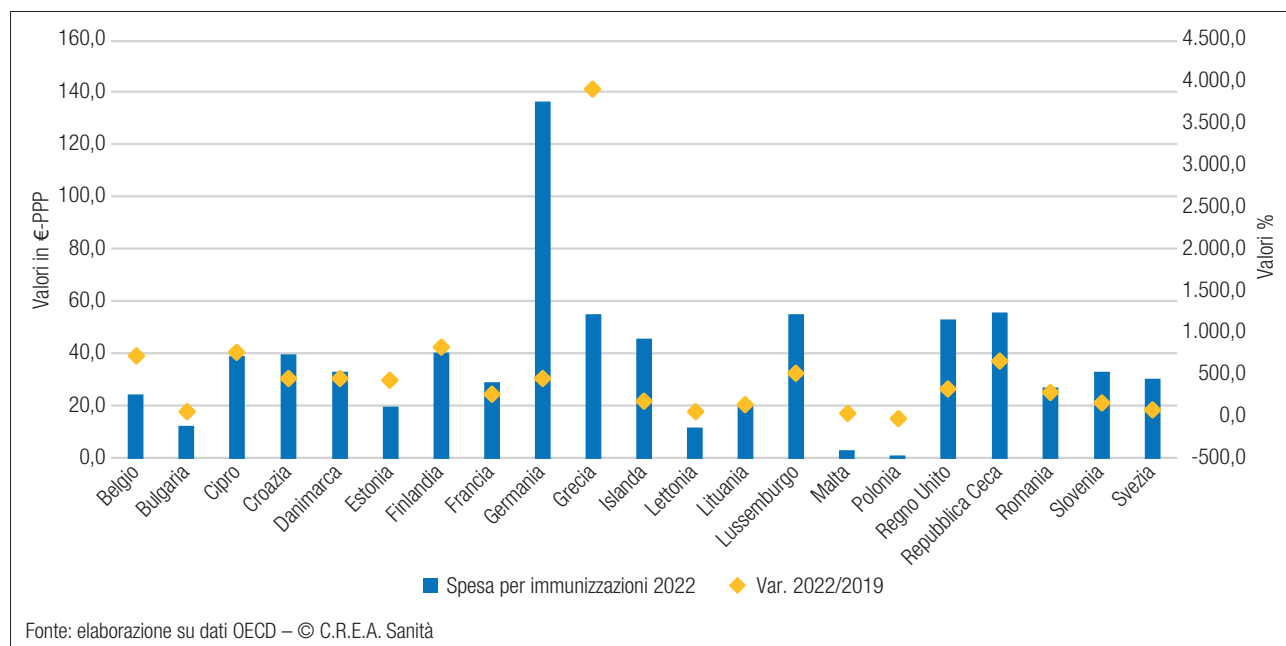
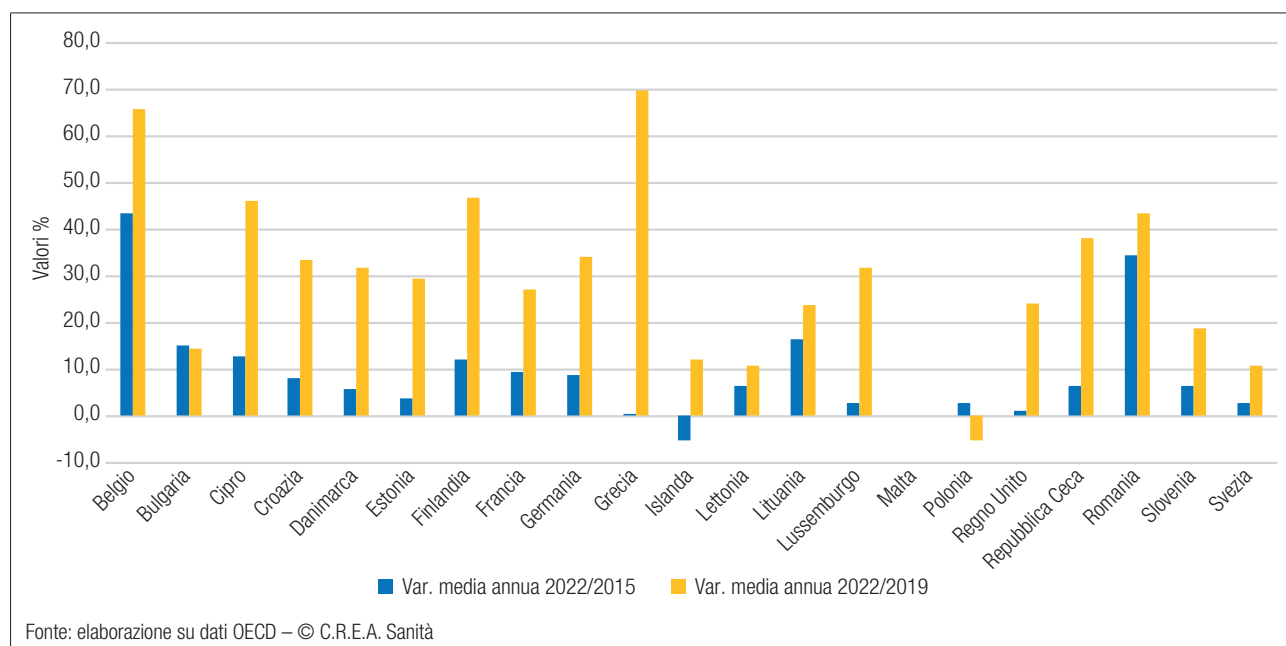


Figura 6b.8. Variazione della spesa per immunizzazioni – Paesi europei



Le statistiche (Figura 6b.7.) fornite dall'OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*), relative alla spesa per programmi di immunizzazione, forniscono un metro di comparazione a livello internazionale per la situazione italiana, pur tenendo sempre presente che i dati vanno valutati con prudenza a causa delle diverse classificazioni adottate a livello internazionale.

Nello specifico, le differenze di spesa pro-capite, fra i Paesi di cui si dispone del dato, nel 2022 sono molto elevate, variando da poco più di 1 €-PPP (Polonia) ad oltre €-PPP 136 (Germania). L'OECD non fornisce un dato comparabile per l'Italia, ma appare comunque evidente che la spesa pro-capite per i vaccini (€ 12,1) rappresenti fra 1/3 e 1/4 di quella media per i programmi di immunizzazione registrata negli altri Paesi europei considerati da OECD.

Il confronto fra i tassi medi annui di crescita della spesa nel periodo 2015-2022 e nel sotto-periodo 2015-2019 (Figura 6b.8.), permettono di apprezzare la dinamica di crescita molto sostenuta in quasi tutti i Paesi e anche l'accelerazione avvenuta con l'avvento della pandemia: pur sostenuta, la crescita sino al 2019 è stata decisamente inferiore a quella successiva (e quindi alla media dell'intero periodo).

Fra il 2015 e il 2019 sei Paesi registrano tassi di crescita superiori al 10%, con due che superano il 30%: rispettivamente il Belgio (+43,4%), la Romania (+34,3%), seguite da Lituania (+16,4%), Bulgaria (+15,1%), Cipro (+12,7%) e Finlandia (+12,1%); registra una riduzione solo l'Islanda (-5,2%).

Nell'intero periodo (2015-2022), Belgio e Grecia superano il tasso medio annuo del 60% (rispettivamente con +65,8% e +69,7%) e tutti gli altri Paesi superano il 10% medio anno, esclusa la Polonia che registra una diminuzione del -5,4%.

6b.5. Il modello

Di seguito si espongono le simulazioni effettuate con il modello sviluppato da C.R.E.A. Sanità al fine di valutare i *gap* regionali e nazionale fra il consumo e la spesa effettiva e quella attesa con un "perfetto allineamento" ai *target* previsti dal PNPV 2023-2025.

Rimandando al Capitolo 5 del 18° Rapporto Sanità C.R.E.A. (2022) per una descrizione dettagliata del modello, ci si limita a ricordare che esso si basa su una "matrice età/coperture" che permette di definire, per singola età, i consumi idealmente attesi per ogni vaccino secondo il calendario vaccinale approvato.

Per stimare il "consumo ottimale" atteso, il modello applica i *target* del PNPV 2023-2025 alla popolazione regionale per età.

Per il calcolo della spesa attesa, invece, il modello applica alle DDD *target* il costo medio per DDD dei singoli vaccini: quest'ultimo viene desunto dai dati OsMed; più specificatamente, per ogni vaccino il modello permette di fissare liberamente il costo medio nazionale di acquisizione, ponendolo pari a quello corrispondente al percentile della distribuzione regionale del costo medio per DDD definita dall'utente.

Sulla base delle assunzioni fatte e dell'algoritmo sinteticamente descritto, il modello, come anticipato, stima i *gap* esistenti fra il consumo e la spesa effettivamente registrati a livello regionale, e quelli attesi in base agli obiettivi di copertura del calendario vaccinale.

In prima battuta, quindi, il modello non tiene conto delle ulteriori esigenze di copertura della popolazione a rischio, sottostimando eventuali *gap* negativi (viceversa se positivi).

Per tenere conto della popolazione fragile, è stata ulteriormente elaborata una stima dei casi prevalenti per singola categoria a rischio e classe di età, utilizzando fonti di varia provenienza: senza pretesa di esaustività, il database *Health Search* sviluppato dalla SIMMG per alcune patologie croniche, dati del Ministero della Salute per i trapianti, i "numeri del Cancro" di AIOM-AIRTUM per le neoplasie, dati di associazioni pazienti (quali UNAIDS per l'HIV, AMICI onlus per le malattie intestinali croniche infiammatorie) ed AMRER per le patologie reumatiche.

Ai casi prevalenti stimati come descritto, è stato poi applicato un correttivo per tenere conto delle eventuali comorbidità, evitando duplicazioni: a tal fine ci si è avvalsi delle evidenze dello studio PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che fornisce la

distribuzione della popolazione per numero di cronicità.

Un limite attuale del modello è che le stime dei soggetti “fragili” sono state sviluppate a livello nazionale: il consumo e la spesa che ne derivano vengono quindi aggiunti al consumo e alla spesa nazionale totale determinati nel primo *step* sopra descritto.

Passando ai risultati, la spesa per le sole coorti previste dal calendario vaccinale, al netto delle vaccinazioni da somministrare alle categorie a rischio, risulta complessivamente di 30,4 mln. di DDD/dosi.

Quindi, pur ricordando i limiti del modello e della natura di mera simulazione “teorica” dell’esercizio svolto, le dosi erogate risulterebbero inferiori a quelle attese per il raggiungimento degli obiettivi del calendario vaccinale 2023-2025 del -17,5%. Come detto, il dato non tiene conto dei soggetti fragili, per i quali si renderebbero necessarie altre 2,5 mln. di dosi, pur assumendo prudenzialmente di distribuire la vaccinazione dei soggetti a rischio su 30 anni. In altri termini, le dosi “carenti” si attesterebbero al -23,7%.

La principale utilità del modello è, però, quella di permettere confronti quantitativi a livello regionale: da questo punto di vista, con il limite di riferirsi alle

vaccinazioni del calendario vaccinale senza considerare i soggetti a rischio, si evince (Figura 6b.9.) che solo la P.A. di Trento, l’Umbria e il Molise si avvicinano alla nostra stima di consumo “ottimale”; fra le Regioni di maggiori dimensioni, le più “performanti” appaiono essere la Puglia, la Toscana, l’Emilia Romagna e la Lombardia; all’altro estremo troviamo Piemonte, Valle d’Aosta, Sardegna e la P.A. di Bolzano.

Chiaramente, occorre molta cautela nell’interpretazione di questi dati, che non necessariamente rappresentano scostamenti inappropriati, anche per i limiti del modello più volte espressi: va oltretutto considerato che, ad esempio, alcune Regioni possono aver utilizzato in un determinato anno dei vaccini il cui costo è stato sostenuto nell’anno precedente (a causa delle mancate vaccinazioni registrate soprattutto nel periodo pandemico). Inoltre, come già evidenziato, alcune Regioni possono prevedere coperture aggiuntive rispetto a quelle previste nel PNPV.

Passando ai risultati in termini di spesa, sempre al netto di quella relativa alle vaccinazioni da somministrare alle categorie a rischio, quella attesa risulta complessivamente di € 785,5 mln..

Figura 6b.9. Scarto DDD erogate verso DDD *target* (al netto immunizzazione soggetti a rischio)

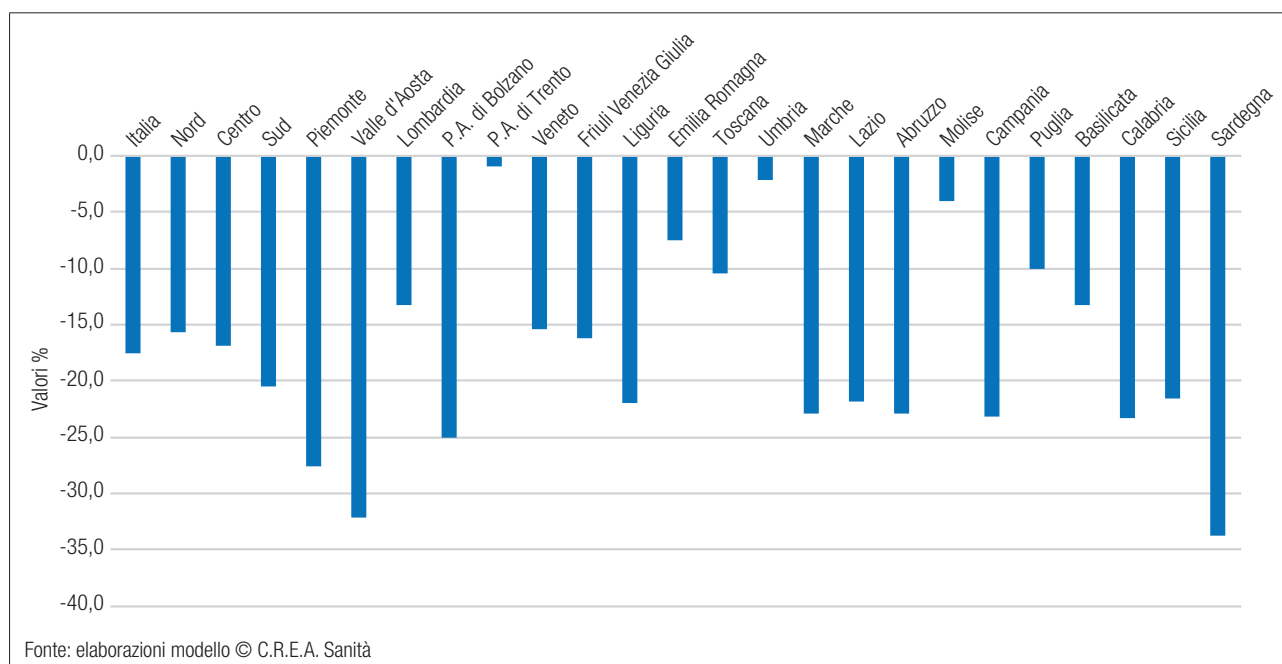
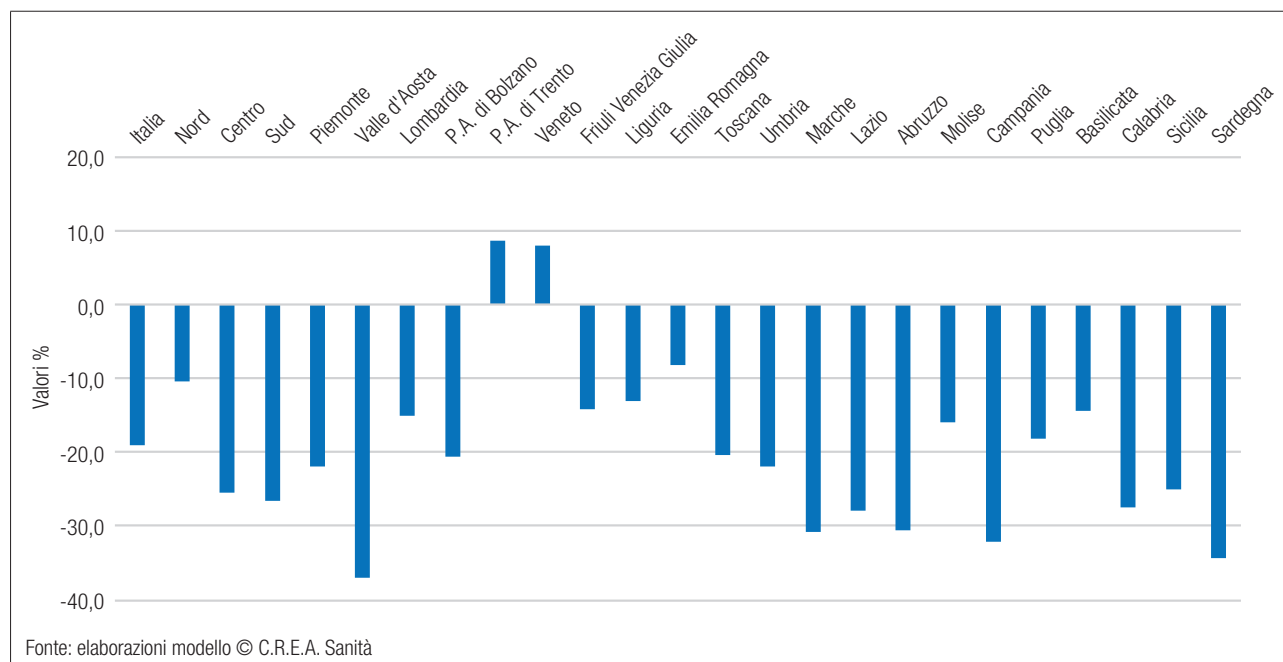


Figura 6b.10. Scarto spesa effettiva verso spesa *target* (al netto immunizzazione soggetti a rischio)

La spesa effettiva risulterebbe quindi inferiore del 18,9% a quella necessaria per le vaccinazioni da effettuarsi alle età *target*.

Anche in questo caso, il dato non tiene conto dei soggetti fragili, per i quali si renderebbero necessari altri € 94,8 mln. di spesa, (sempre distribuendo la vaccinazione dei soggetti a rischio su 30 anni), portando la “carenza” al -27,7%, pari ad un fabbisogno aggiuntivo di € 243,5 mln..

Anche in questo caso, appare di interesse verificare la situazione a livello regionale; si evince (Figura 6b.10.) che la P.A. di Trento e il Veneto spendono più di quanto previsto dal nostro modello, come riferimento ottimale; la Regione che si avvicina maggiormente al riferimento è l'Emilia Romagna; spendono significativamente meno dell'atteso Valle d'Aosta, Sicilia, Campania, Marche e Abruzzo.

In definitiva, per arrivare ad una immunizzazione su livelli ottimali, ovvero quelli previsti dal PNPV vigente, sarebbe necessario programmare un incremento delle dosi somministrate e un significativo aumento della spesa: va però anche analizzata la forte variabilità regionale, che certamente “nasconde” margini di possibile razionalizzazione dell'offerta e dell'onere economico per le immunizzazioni.

6b.6. Riflessioni finali

In Italia si assiste ad una progressiva e continua crescita dei consumi di vaccini, accompagnata da un incremento della spesa totale, giunta a € 0,7 mld., del +11,8% rispetto al 2022, e del 10,8% medio annuo rispetto al 2014 in termini pro-capite; anche i costi medi per DDD (€ 27,9) risultano in aumento, del 9,8% nell'ultimo anno, e del 14,3% medio annuo rispetto al 2014.

Non di meno, a livello internazionale si conferma che la spesa per i vaccini, in Italia, copre una quota limitata della spesa media per le immunizzazioni nei Paesi OECD.

Nel 2022, per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (che include i programmi vaccinali) il SSN spende € 2,2 mld. (33% della spesa per prevenzione e sanità pubblica), di cui il 62,8% (€ 1,4 mld.) per le vaccinazioni.

Si può quindi desumere che i vaccini rappresentino circa il 50% della spesa per le vaccinazioni (incidendo per il resto le somministrazioni e, in generale, gli oneri dei centri vaccinali).

Con il modello sviluppato da C.R.E.A. Sanità, è stato possibile stimare che solo la P.A. di Trento,

l'Umbria e il Molise si avvicinano alla stima di consumo "ottimale" elaborata; fra le Regioni di maggiori dimensioni, le più "performanti" appaiono essere la Puglia, la Toscana, l'Emilia Romagna e la Lombardia, mentre all'altro estremo si trovano Piemonte, Valle d'Aosta, Sardegna e la P.A. di Bolzano.

Per quanto concerne la spesa, la P.A. di Trento e il Veneto spendono più di quanto previsto dal modello come riferimento ottimale; la Regione che si avvicina maggiormente al riferimento è l'Emilia Romagna, mentre spendono significativamente meno dell'atteso Valle d'Aosta, Sicilia, Campania, Marche e Abruzzo.

In definitiva, pur ricordando i limiti del modello e della natura di mera simulazione "teorica" dell'esercizio svolto, le dosi attualmente erogate risulterebbero inferiori a quelle attese per il raggiungimento degli obiettivi del calendario vaccinale del -17,5%, al netto dei consumi per la popolazione a rischio: per i soggetti fragili si stimano necessarie altre 2,5 mln. di dosi, pur assumendo prudenzialmente di distribuire la vaccinazione dei soggetti a rischio su 30 anni. In altri termini, le dosi "carenti" supererebbero il 23,7%.

Passando ai risultati in termini di spesa, sempre al netto di quella relativa alle vaccinazioni da somministrare alle categorie a rischio, quella attesa risulta complessivamente di € 785,5 mln..

Quella attuale risulterebbe, quindi, inferiore del 18,9% a quella necessaria, al netto dei consumi per i soggetti fragili: per le categorie rischio si stimano necessari altri € 94,8 mln. di spesa, (sempre distribuendo la vaccinazione dei soggetti a rischio su 30

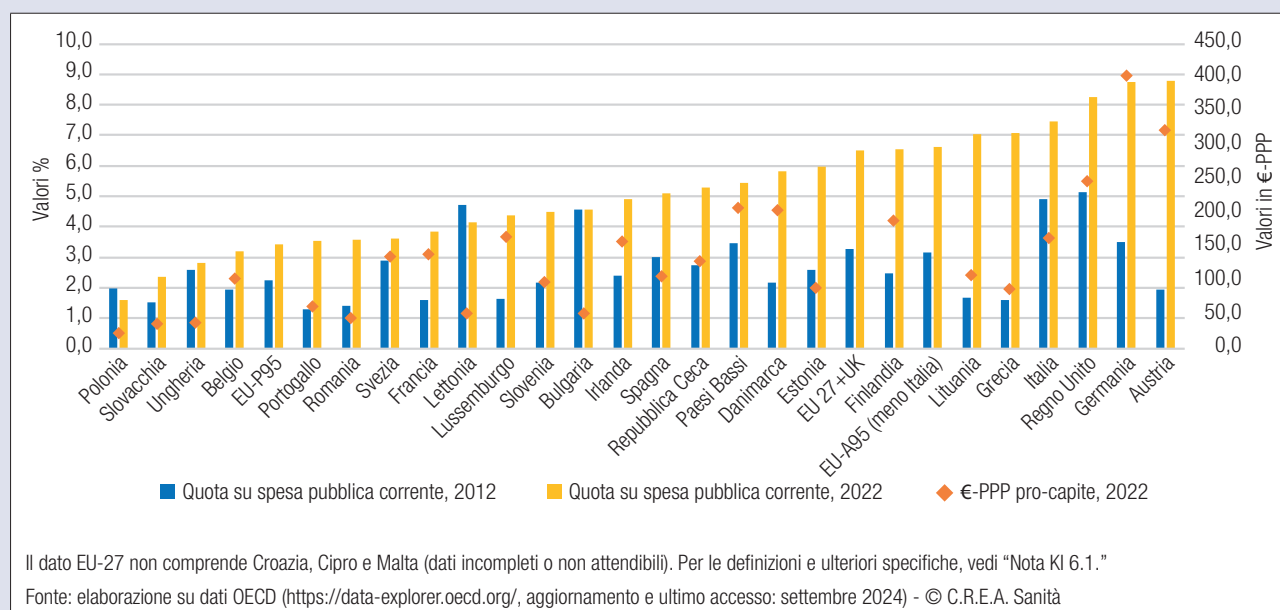
anni), portando la "carenza" al -27,7%, pari ad un fabbisogno aggiuntivo di € 243,5 mln..

In definitiva, per arrivare ad una immunizzazione su livelli ottimali secondo le indicazioni del PNPV vigente, sarebbe anche necessario programmare un incremento delle dosi somministrate e, quindi, della spesa, con una contestuale campagna di sensibilizzazione finalizzata ad aumentare i tassi di copertura vaccinale: non di meno va sottolineata la significativa variabilità regionale, che è foriera di margini di ulteriore razionalizzazione dell'offerta esistente, con la possibilità di recuperi anche economici da utilizzarsi per potenziare i processi di immunizzazione.

Riferimenti Bibliografici

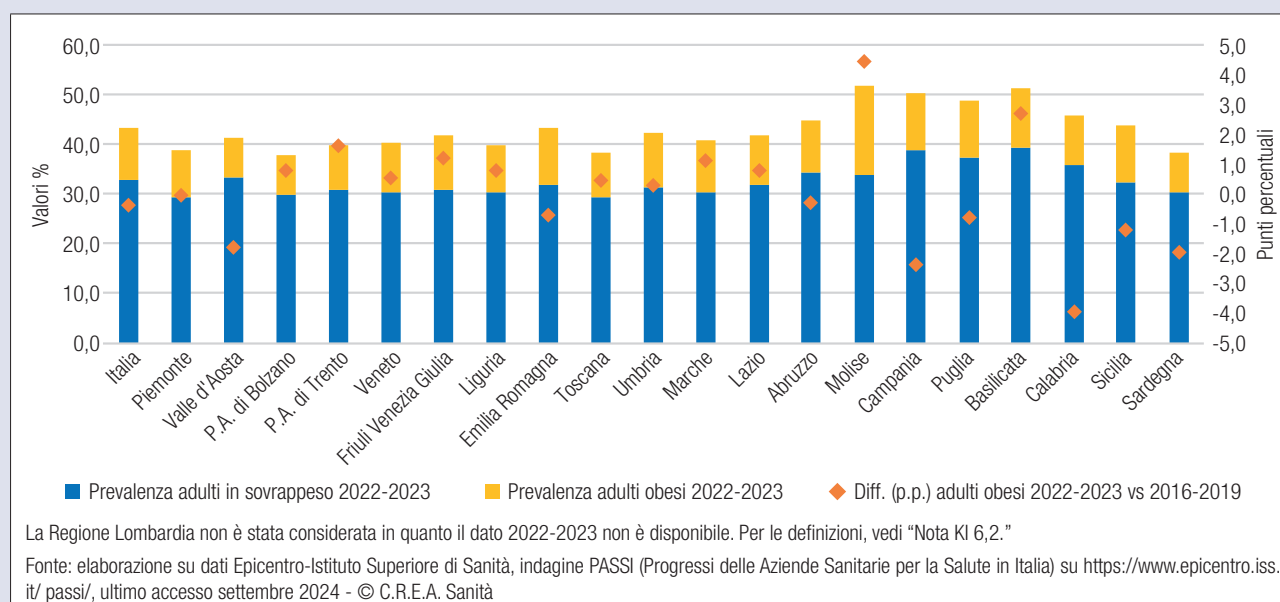
- AIFA (VV.AA.) - Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) (2023), "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2019", Roma: Agenzia Italiana del Farmaco
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", anni 2019-2021
- Ministero della Salute (2016), Relazione tecnica sulla valutazione di impatto economico-finanziario del DPCM di aggiornamento dei LEA
- Ministero della Salute (2017a), "Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale", Circolare del 9.3.2017
- Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025, Gazzetta Ufficiale il 21 agosto 2023

KI 6.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in Europa



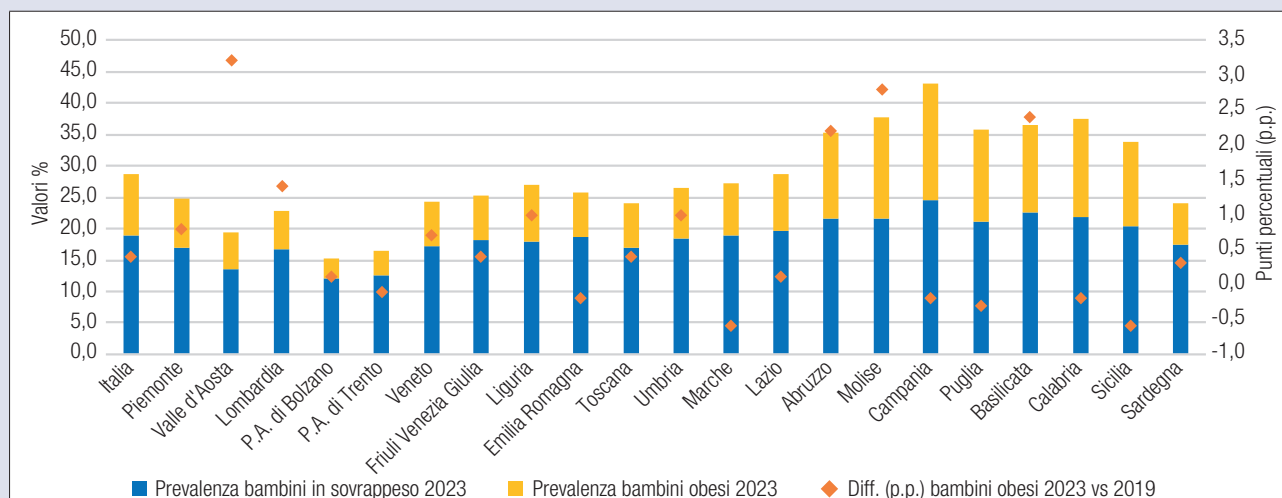
Nel 2022, in Italia si registra una quota di spesa sanitaria pubblica corrente destinata alla prevenzione del 7,5% (in calo rispetto all'8,4% del 2021); la media Europa (EU) + Regno Unito (UK) è pari al 6,5% (8,1% nell'anno precedente). In EU, l'Italia si posiziona terza dopo Austria e Germania (entrambe 8,8%), con l'UK che supera il nostro Paese raggiungendo quota 8,2%. Rispetto al 2012, tutti i Paesi EU + UK registrano un aumento della quota, tranne la Polonia (-0,4 p.p.) e la Lettonia (-0,6). L'incremento maggiore (+6,9 p.p.) si registra in Austria, mentre l'aumento nel nostro Paese ammonta a +2,6 p.p.. In termini di spesa pro-capite in parità di potere di acquisto (€-PPP), nel 2022 l'Italia è ottava tra i Paesi EU + UK con € 163,9, in calo rispetto ai € 176,0 del 2021: la Germania registra una spesa pro-capite di € 403,2, l'Austria di € 323,1, seguita da UK con € 247,8. Rispetto all'anno precedente, nel 2022 si assiste ad un calo generalizzato in quasi tutti i Paesi EU, ma va considerato che nel 2021 erano state stanziare ingenti risorse supplementari per la realizzazione di campagne di vaccinazione contro il Covid-19.

KI 6.2. Eccesso ponderale tra gli adulti (18-69 anni)



In media, nel periodo 2022-2023 in Italia l'eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) tra gli adulti (18-69 anni) è pari al 43,1%, con un chiaro gradiente Nord-Sud. La prevalenza nazionale di adulti in sovrappeso è del 32,7%; la Regione con la quota maggiore è la Basilicata (39,1%) e quella con la prevalenza minore è la Toscana (29,4%), con il Piemonte al 29,5%. Rispetto alla rilevazione 2016-2019, la prevalenza di adulti in sovrappeso aumenta di 1,2 p.p.: non registrano un peggioramento solo Veneto e Friuli Venezia Giulia (che restano stabili), Umbria, Marche e Sicilia; il peggioramento più evidente in Valle d'Aosta (+9,8 p.p.). La prevalenza di obesità è in media pari al 10,4%, con analogo gradiente. Il dato migliore (8,1%) in Valle d'Aosta e P.A. di Bolzano, il peggiore (17,9%) in Molise. Rispetto alla rilevazione 2016-2019, la quota nazionale di obesi scende di 0,4 p.p.: un miglioramento, in alcuni casi minimo, si registra in 3 Regioni del Centro-Nord e in 6 del Mezzogiorno; il peggioramento più evidente in Molise (+4,4 p.p.).

KI 6.3. Eccesso ponderale tra i bambini (8-9 anni)

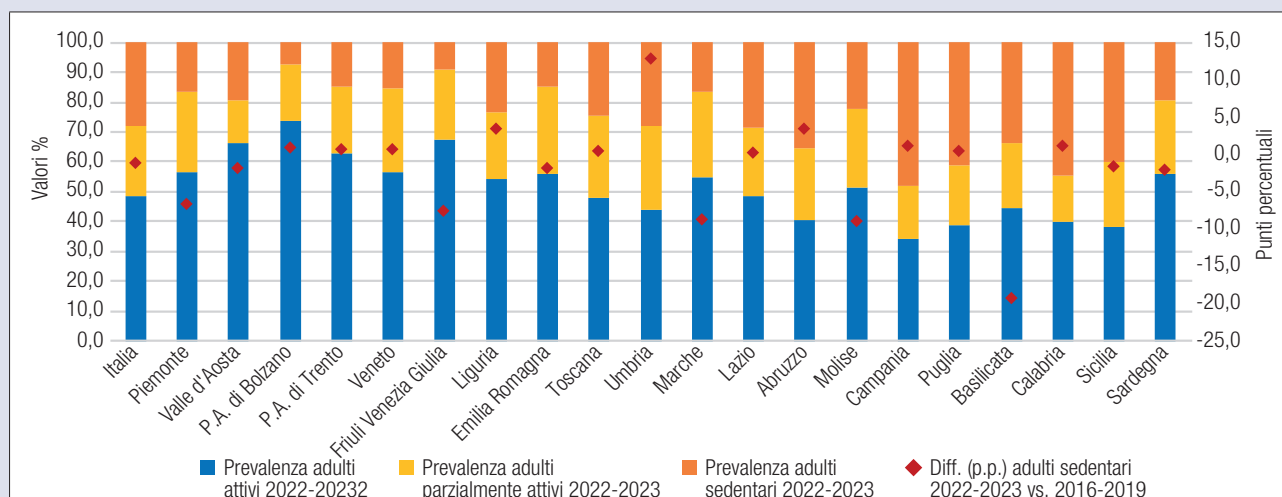


Prevalenze calcolate utilizzando i cut-off IOTF (International Obesity Task Force)

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - OKkio alla Salute, <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute>, aggiornamento maggio 2024, ultimo accesso settembre 2024

Nel 2023, in Italia il 28,8% dei bambini (8-9 anni di età) presenta un eccesso ponderale, con un evidente gradiente Nord-Sud. La prevalenza maggiore si registra in Campania (43,2%), quella minore nella P.A. di Bolzano (15,3%). Rispetto al 2019, la media nazionale risulta in diminuzione di -1 p.p. con 15 Regioni che registrano un miglioramento, anche lieve, e il peggioramento più marcato (+5,4 p.p.) in Valle d'Aosta (dal 14,0% al 19,4%). La prevalenza di obesità è pari al 9,8% (di cui il 2,6% in forma grave), con analogo gradiente geografico. La Campania registra la quota maggiore (18,6%) e la P.A. di Bolzano (3,3%) la minore. Rispetto al 2019, la media nazionale di bambini obesi risulta in crescita di +0,4 p.p., con sette Regioni che registrano un miglioramento, anche lieve, e il peggioramento più marcato (+3,2 p.p.) in Valle d'Aosta (dal 2,7% al 5,9%).

KI 6.4. Attività fisica praticata dagli adulti (18-69 anni)

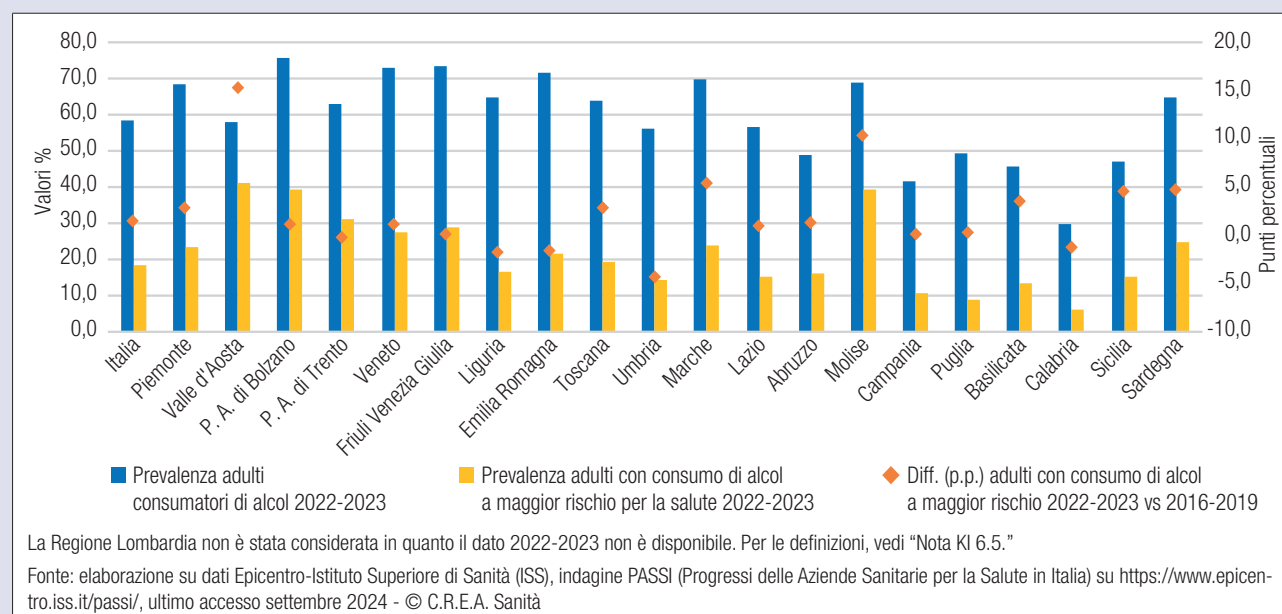


La Regione Lombardia non è stata considerata in quanto il dato 2022-2023 non è disponibile. Per le definizioni, vedi "Nota KI 6.4."

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità, indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) su <https://www.epicentro.iss.it/passi/>, ultimo accesso settembre 2024 - © C.R.E.A. Sanità

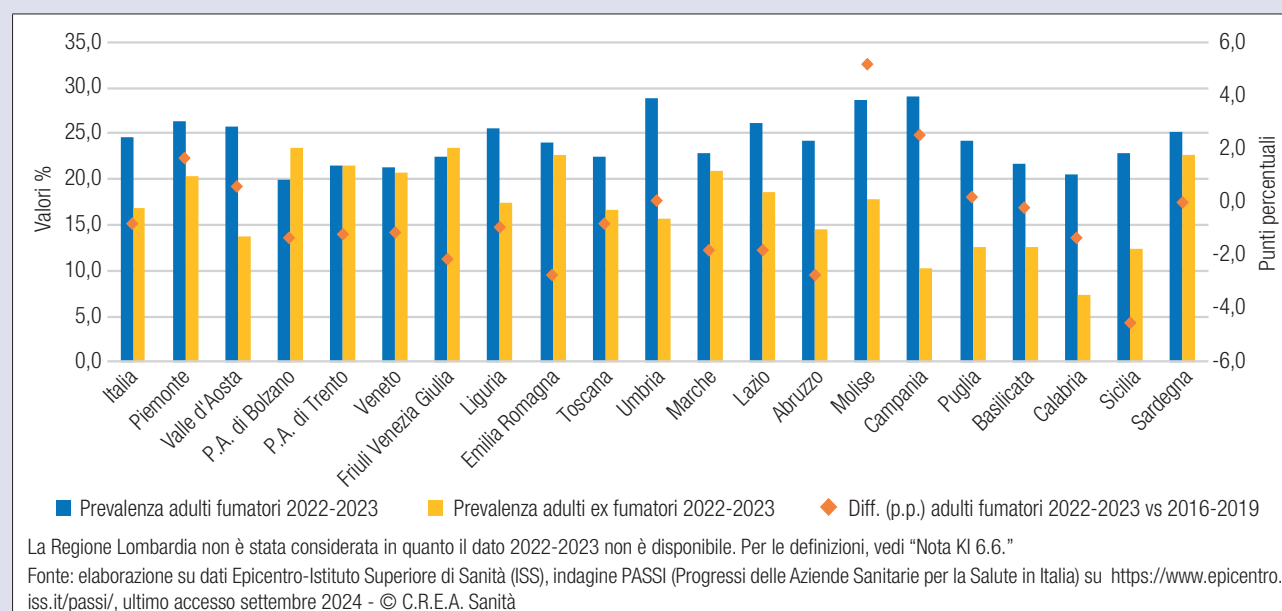
In media, nel biennio 2022-2023 in Italia il 48,3% degli adulti (18-69 anni) è classificabile (secondo gli *standard* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) come "fisicamente attivo", il 23,6% "parzialmente attivo" e il 28,1% "sedentario". La prevalenza maggiore di sedentari si registra in Campania (48,2%), quella minore nella P.A. di Bolzano (7,6%). Nel biennio la prevalenza di sedentari diminuisce di 1,1 p.p. rispetto al periodo pre-pandemico 2016-2019. L'aumento maggiore si registra in Umbria (+12,9 p.p.), mentre si assiste ad un miglioramento in cinque Regioni del Centro-Nord e in quattro del Mezzogiorno, con diminuzioni comprese tra -1,5 e -19,1 p.p..

KI 6.5. Consumo di alcol e consumo “a maggior rischio” tra gli adulti (18-69 anni)



In media, nel biennio 2022-2023 in Italia la prevalenza di adulti (18-69 anni) consumatori di alcol si attesta al 58,4%. La prevalenza maggiore si osserva nella P.A. di Bolzano (75,9%) e quella minore in Calabria (29,5%). La prevalenza di adulti con consumo di alcol “a maggior rischio per la salute” si attesta al 18,2%. La quota maggiore si registra in Valle d'Aosta (41,1%), la minore in Calabria (5,8%). La quota di adulti con consumo di alcol “a maggior rischio” cresce di 1,4 p.p. rispetto al periodo 2016-2019; l'aumento maggiore si registra in Valle d'Aosta (15,3 p.p.) e la diminuzione più marcata in Umbria (-4,5 p.p.).

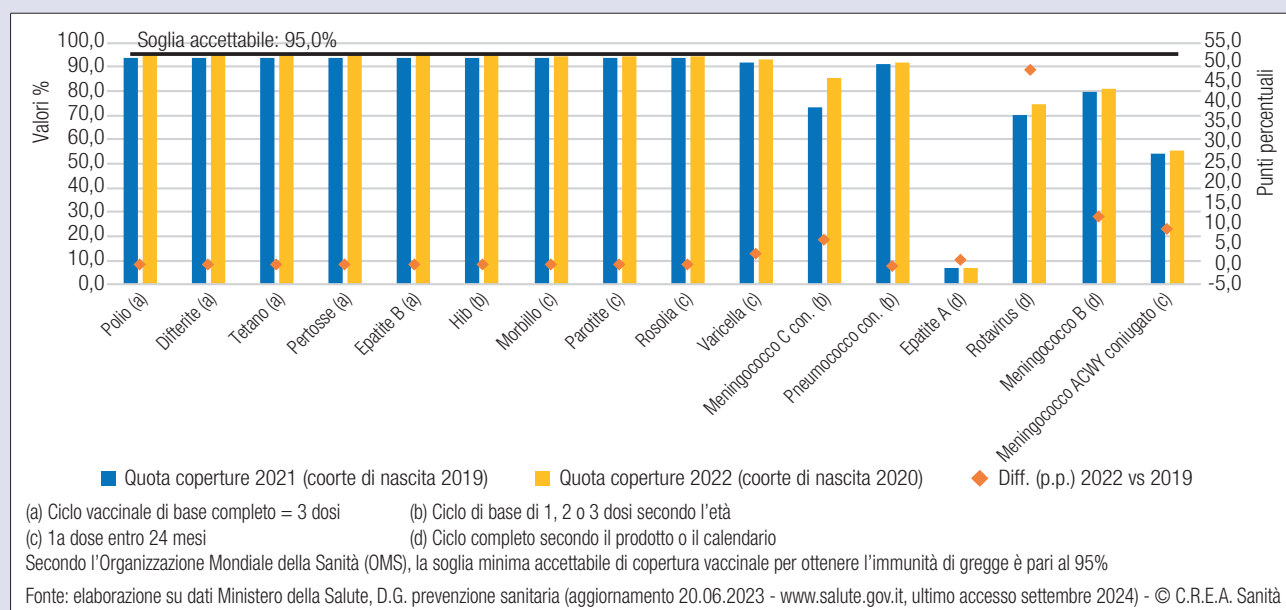
KI 6.6. Adulti (18-69 anni) per abitudine al fumo di sigarette



Nel periodo 2022-2023, in Italia la prevalenza di adulti (18-69 anni) che si dichiarano fumatori si attesta al 24,5%; il valore maggiore si osserva in Campania (29,0%), il minore nella P.A. di Bolzano (20,0%). Rispetto al 2016-2019, la prevalenza diminuisce in media di -0,8 p.p.; la diminuzione più marcata si registra in Sicilia (-4,5 p.p.) mentre la crescita maggiore in Molise (+5,2 p.p.).

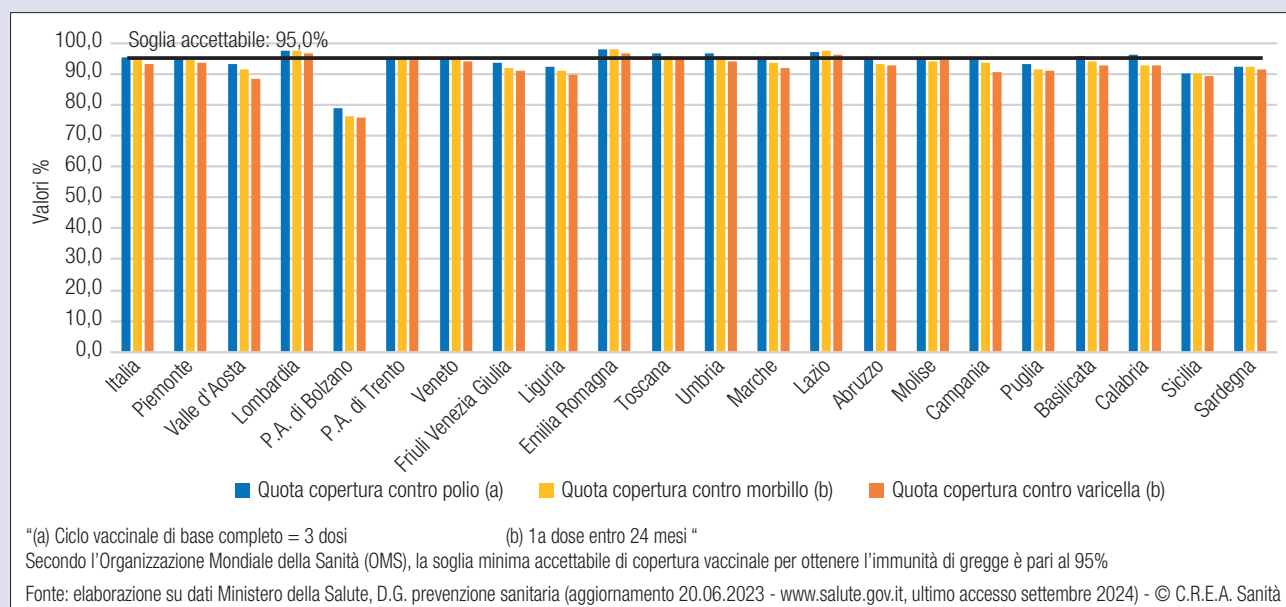
La prevalenza di ex fumatori a livello nazionale si attesta al 16,8%, risultando massima nella P.A. di Bolzano (23,5%) e minima in Calabria (7,4%).

KI 6.7. Vaccinazioni dell'età pediatrica, coperture a 24 mesi per singolo antigene in Italia



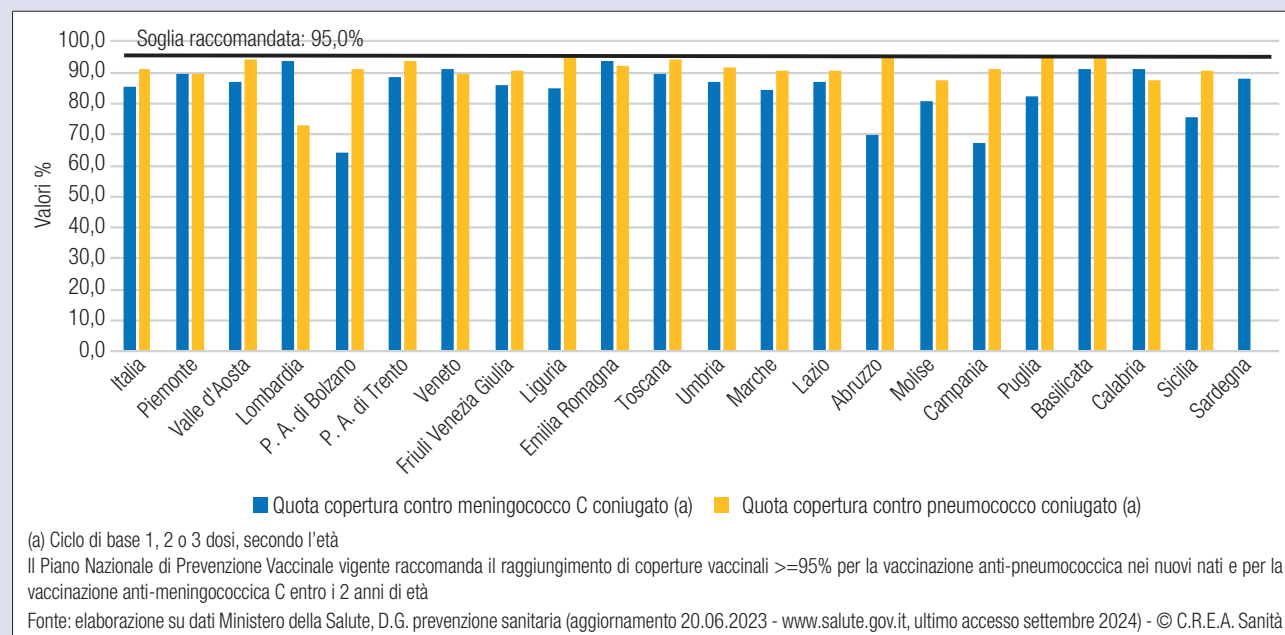
Nel 2022, in Italia, si osserva un miglioramento generale delle coperture di gran parte delle vaccinazioni raccomandate nei primi anni di età, rispetto ai dati rilevati nell'anno precedente. In particolare, per le vaccinazioni pediatriche a 24 mesi di età la copertura si attesta nel *range* tra il 95,15% per la polio (con la copertura contro difterite, tetano e pertosse al 95,14%) e il 6,96% per l'epatite A. Non raggiungono il 95% le coperture contro morbillo (94,40%), parotite (94,37%), rosolia (94,39%), varicella (93,35%), meningococco C coniugato (85,60%), pneumococco coniugato (91,73%), epatite A (6,96%), rotavirus (74,39%), meningococco B (80,91%) e meningococco ACWY coniugato (55,43%). Fra il 2022 e il 2019 la variazione è compresa fra -0,27 p.p. per la copertura contro lo pneumococco coniugato e +48,24 p.p. per quella contro il rotavirus.

KI 6.8. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro polio, morbillo e varicella. Anno 2022 (coorte di nascita 2020)



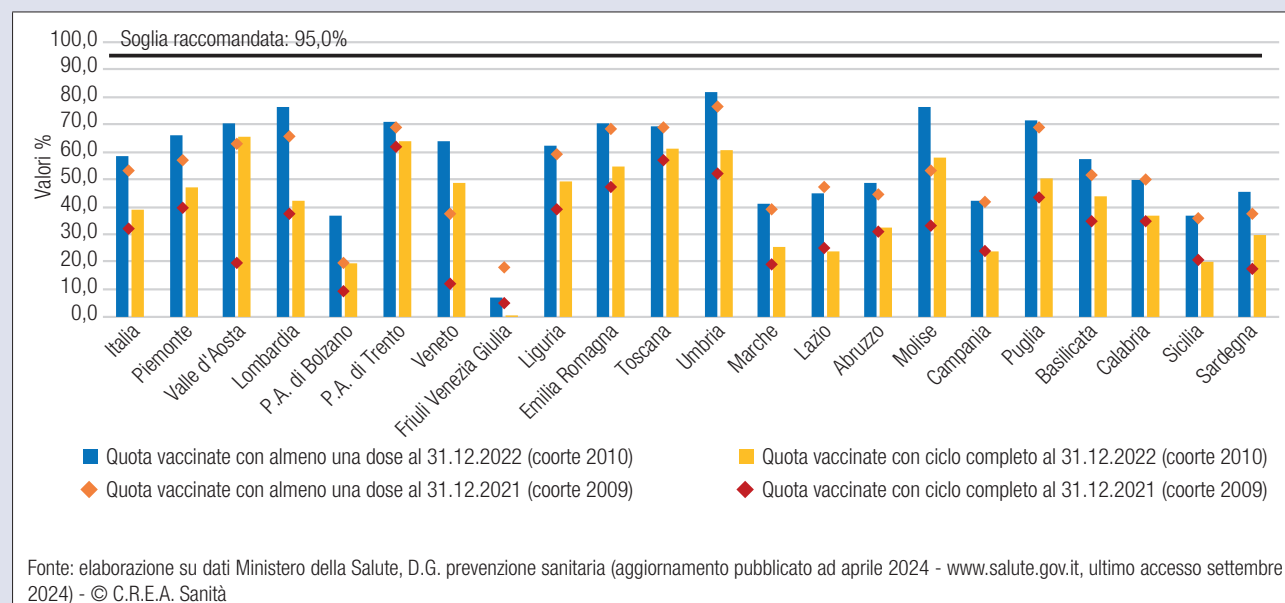
Nel 2022, in Italia la copertura vaccinale dei bambini a 24 mesi contro la polio (*proxy* per il vaccino esavalente) si attesta in media al 95,2%, in aumento rispetto al 2021 di 1,2 p.p.. Le Regioni che superano la soglia raccomandata del 95% sono 13, quattro in più rispetto all'anno precedente; la P.A. di Bolzano ha la copertura inferiore (78,9%). La copertura è in calo (in alcuni casi lievemente o sostanzialmente stabile) in Veneto, Friuli Venezia Giulia e Liguria. La copertura con prima dose di vaccino contro il morbillo, si attesta in media nazionale al 94,4% (+0,6 p.p. rispetto al 2021). Superano la soglia raccomandata del 95% Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, P.A. di Trento, Toscana, Umbria; il valore peggiore si registra nella P.A. di Bolzano (76,2%). Nel 2022 la copertura della varicella si attesta in media nazionale al 93,4% (+1,3 p.p. rispetto all'anno precedente). Superano la soglia raccomandata del 95% Lombardia, Emilia Romagna e Lazio; il valore peggiore si registra nella P.A. di Bolzano (76,0%).

KI 6.9. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro meningococco C coniugato e pneumococco coniugato. Anno 2022 (coorte di nascita 2020)



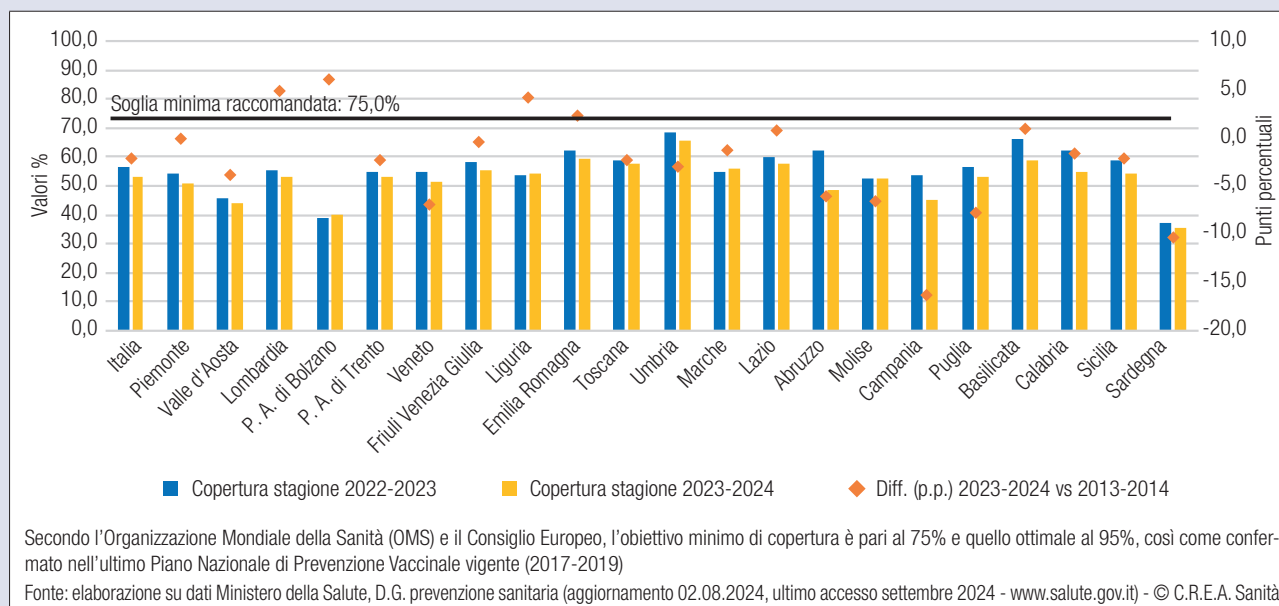
Nel 2022, in Italia la copertura vaccinale anti-meningococco C coniugato si attesta in media al 85,6%, in crescita rispetto al 2021 di +12,2 p.p.; nessuna Regione raggiunge la soglia raccomandata del 95%, e la copertura inferiore si registra nella P.A. di Bolzano (64,3%). Il range delle variazioni rispetto al 2021 varia da -2,1 p.p. in Campania a +91,2 p.p. in Basilicata (per un presumibile problema nella precedente rilevazione dei dati). La copertura vaccinale anti-pneumococco coniugato a 24 mesi si attesta in media al 91,7%, in crescita rispetto al 2021 di +0,5 p.p.; nessuna Regione raggiunge la copertura del 95%, con l'Emilia Romagna al 94,98%. La copertura inferiore si registra nella P.A. di Bolzano (73,2%). Il range delle variazioni rispetto al 2021 varia da -1,9 p.p. in Friuli Venezia Giulia a +3,9 p.p. in Sicilia.

KI 6.10. Coperture pediatriche vaccinali contro il Papilloma Virus Umano (HPV): femmine



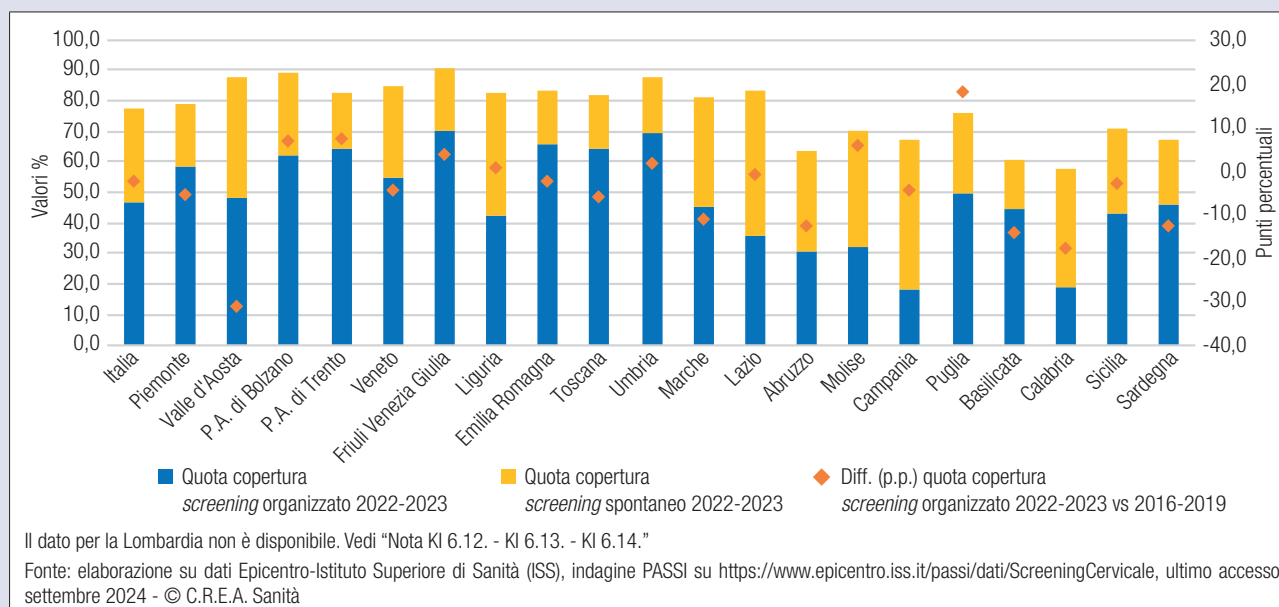
Al 31.12.2022, in Italia la copertura vaccinale contro l'HPV per il target primario (ragazze di 11 anni compiuti) si attesta al 58,4% per almeno una dose di vaccino, con un aumento di 5,3 p.p. rispetto ai dati al 31.12.2021; si attesta al 38,8% per il ciclo completo (+6,6 p.p.). Nessuna Regione raggiunge la soglia ottimale del 95% prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale. La copertura (con almeno una dose) più bassa si registra in Friuli Venezia Giulia (6,9%) e la migliore in Umbria (81,8%); il range delle differenze rispetto al 2021 varia da -11,3 p.p. in Friuli Venezia Giulia a +26,2 p.p. in Veneto. Per le coperture con ciclo vaccinale completo, quella più bassa si registra sempre in Friuli (0,7%), la maggiore in Valle d'Aosta (65,5%). Il range delle differenze rispetto al 2021 varia da -4,6 p.p. in Friuli Venezia Giulia a +45,6 p.p. in Valle d'Aosta.

KI 6.11. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più)



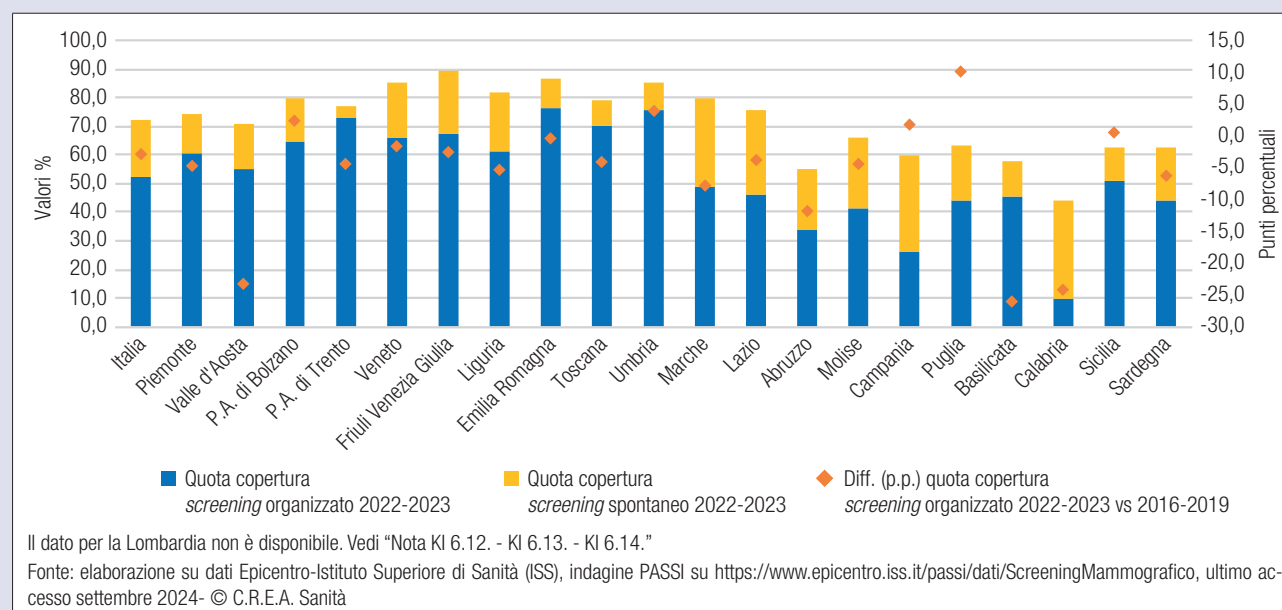
In Italia, nella stagione 2023-2024 la copertura vaccinale contro l'influenza stagionale tra gli anziani (65 anni e più) si attesta al 53,3%, in diminuzione di 3,4 p.p. rispetto alla passata stagione. Nessuna Regione raggiunge la soglia minima raccomandata del 75%. Tra le Regioni si passa dal 35,7% della Sardegna al 65,8% dell'Umbria. Con riferimento alle variazioni rispetto alla stagione 2013-2014, si passa dai -16,3 p.p. osservati in Campania ai +6 p.p. registrati in P.A. di Bolzano.

KI 6.12. Screening cervicale (pap-test o HPV test): copertura donne di età 25-64 anni



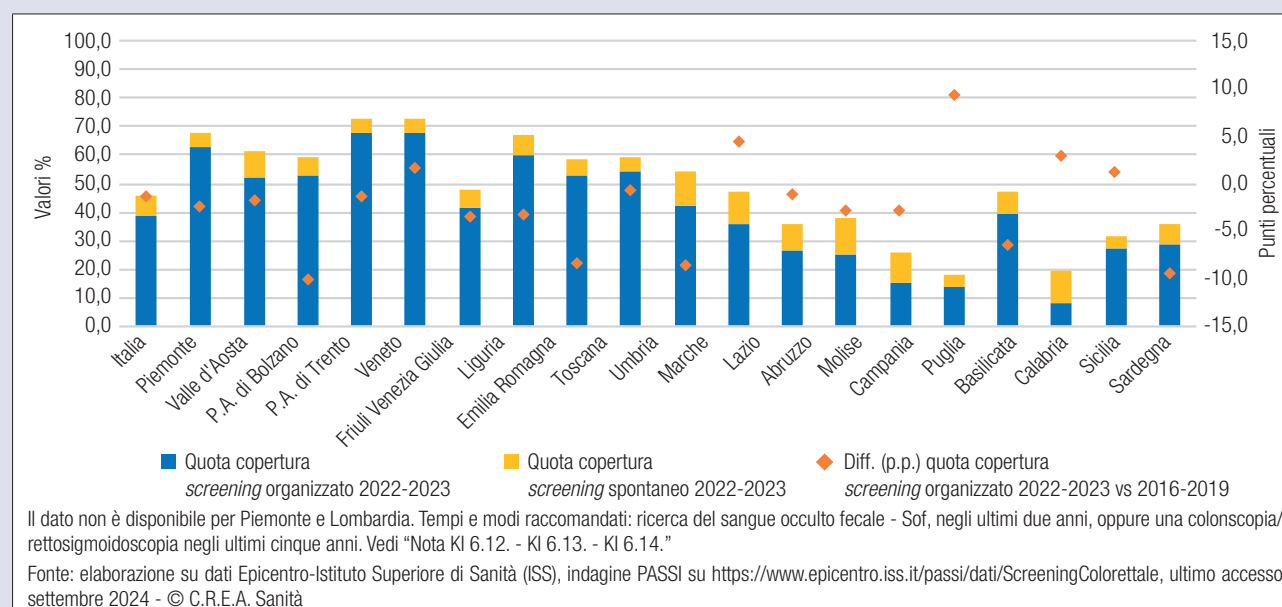
Secondo i dati della rilevazione effettuata nel biennio 2022-2023, in Italia il 77,5% delle donne fra i 25 e i 64 anni si è sottoposto allo screening cervicale (Pap-test o Hpv test), quota in diminuzione rispetto alla rilevazione 2016-2019 di 2,4 p.p.. Il 46,4% delle donne *target* ha aderito ai programmi organizzati dalle ASL (-2,3 p.p. rispetto al 2016-2019), pari al 60,1% di tutte coloro che si sono sottoposte allo screening. A livello regionale, la copertura totale varia dal 90,9% del Friuli Venezia Giulia al 58,3% della Calabria. Con riferimento alle variazioni della copertura con screening attraverso programmi organizzati dalle ASL, rispetto al periodo 2016-2019, si passa dai -31,4 p.p. osservati in Valle d'Aosta ai +17,8 p.p. registrati in Puglia.

KI 6.13. Screening mammografico: copertura donne di età 50-69 anni



Secondo i dati della rilevazione effettuata nel biennio 2022-2023, in Italia, il 72,9% delle donne fra i 50 e i 69 anni si è sottoposto allo *screening* mammografico per la diagnosi precoce del tumore alla mammella; valore in diminuzione di 1,9 p.p. rispetto alla rilevazione del periodo 2016-2019. Il 52,5% lo ha fatto nell'ambito degli *screening* organizzati dalle ASL (-2,8 p.p. rispetto alla media 2016-2019), pari al 72,3% di tutte le donne che si sono sottoposte al *test* (e ne hanno dichiarato la modalità). A livello regionale, la copertura totale va dall'89,3% del Friuli Venezia Giulia al 44,8% della Calabria. Con riferimento alle variazioni della copertura con *screening* organizzato, rispetto al periodo 2016-2019 si passa dai -26,2 p.p. osservati in Basilicata ai +10,2 p.p. registrati in Puglia.

KI 6.14. Screening colorettaile: copertura persone di età 50-69 anni



Mediamente, nel periodo 2022-2023, in Italia il 46,3% della popolazione di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, nei tempi e modi raccomandati; valore in diminuzione di 1,3 p.p. rispetto al periodo 2016-2019. Il 38,3% ha provveduto nell'ambito di uno *screening* organizzato dalle ASL, valore in diminuzione di 1,3 p.p. rispetto alla media 2016-2019 e pari all'83,6% di tutti coloro che si sono sottoposti al *test* (e ne hanno dichiarato la modalità). La copertura totale va dal 73,2% del Friuli Venezia Giulia (con il Veneto al 73,1%) al 18,5% della Puglia. Con riferimento alle variazioni della copertura con *screening* organizzato, rispetto al periodo 2016-2019 si passa dai -10,1 p.p. osservati in P.A. di Trento ai +9,4 p.p. registrati in Puglia.

NOTE KEY INDICATORS

NOTA KI 6.1.

EU-A95 (meno Italia): Paesi - esclusa Italia - dell'Unione Europea (EU) entro il 1995 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia).

EU-P95: Paesi entrati in EU dopo il 1995 (Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Ungheria, Bulgaria, Romania).

EU27 + UK: Paesi EU al settembre 2024 (esclusi Croazia, Cipro e Malta), più il Regno Unito (uscito da EU il 31.01.2020, qui considerato per continuità).

I dati possono risultare non totalmente comparabili a causa di eventuali differenze nel metodo di rilevazione tra alcuni Paesi e di discontinuità (*break*) nella serie per alcuni anni. Ove il dato di un anno è mancante, si usa quello del primo anno più vicino disponibile; in alcuni casi sono presenti delle stime.

I dati possono differire rispetto a quelli pubblicati nella scorsa edizione del Rapporto Sanità a causa del consolidamento successivo. Per i dettagli v. OECD (<https://data-explorer.oecd.org/>).

NOTA KI 6.2.

Sovrappeso: indice di massa corporea (IMC) compreso fra 25 e 29,9 Kg/m².

Obesità: IMC $\geq$ 30.

Per maggiori dettagli: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso#indicatori>

NOTA KI 6.4.

I dati si riferiscono alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 2020 attualmente in vigore:

“Attivi”: almeno 150 minuti settimanali di attività fisica, moderata o intensa, o lavoro regolare (continuativo nel tempo) che richiede uno sforzo fisico notevole.

“Parzialmente attivi”: praticano attività fisica moderata o intensa nel tempo libero (fino a 149 minuti

settimanali) senza raggiungere i livelli raccomandati e non svolgono un lavoro regolare che richiede uno sforzo fisico notevole, oppure non praticano attività fisica nel tempo libero ma svolgono un lavoro regolare che richiede uno sforzo fisico moderato.

“Sedentari”: non praticano attività fisica nel tempo libero e non lavorano, o svolgono un lavoro sedentario o uno che pur richiedendo uno sforzo fisico (moderato o pesante) non è continuativo nel tempo.

Fonte: *World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour* Geneva: WHO; 2020. ISBN 978-92-4-001512-8 ISBN-13: 978-92-4-001513-5.

Per maggiori dettagli: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita-oms#indicatori>

NOTA KI 6.5.

“Consumo di alcol”: condizione di una persona che ha consumato bevande alcoliche almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

“Consumo di alcol a maggior rischio”: intervistati che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 Unità Alcoliche (UA) medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) o almeno un episodio di *binge drinking* (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) o un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.

Per maggiori dettagli: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/alcol#indicatori>

NOTA KI 6.6.

“Fumatori”: adulti (18-69 anni) che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di sei mesi.

“Ex fumatori”: adulti che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di non essere fumatori al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di sei mesi.

NOTA KI 6.12. – KI 6.13. – KI 6.14.

La copertura totale come somma delle coperture per *screening* organizzato (offerto gratuitamente dalla ASL) e per *screening* spontaneo (per la maggior parte a pagamento) è sottostimata rispetto al totale rilevato, a causa dei “non ricordo” o delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell’esame.

Per maggiori dettagli:

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale#indicatori>

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico#indicatori>

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningColorettale#indicatori>



Capitolo 7

L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 7

L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera

Carrieri C.¹, d'Angela D.¹

Il capitolo analizza l'evoluzione dell'attività di ricovero in Italia, effettuando un confronto con i principali indicatori degli altri Paesi europei.

In particolare, è stata analizzata la dinamica registrata dal settore nell'ultimo decennio, nello specifico in termini di casistica (medica o chirurgica) dei ricoveri e natura della struttura erogante (pubblica o privata convenzionata).

Dai confronti internazionali emerge che siamo il Paese europeo con il più basso ricorso all'ospedalizzazione, registrando però una degenza media tra le più alte: dato eventualmente giustificabile con una maggiore selezione dei pazienti, nel senso di una attitudine a privilegiare l'accesso ai soli pazienti più severi, in coerenza con il basso tasso di ospedalizzazione, insieme al dato demografico che vede l'Italia come il secondo Paese più vecchio d'Europa.

Nell'ultimo decennio (2022-2012) si è registrata una riduzione dei ricoveri ospedalieri in acuzie del -25,4%, che ha interessato soprattutto quelli in regime diurno (-37,5%); quelli ordinari (pari al 77,3% dei ricoveri in acuzie, in aumento, +4,4 p.p., nell'ultimo decennio) hanno registrato una riduzione di minore entità, pari al -20,5%.

Analizzando la casistica dei ricoveri ordinari per tipo di struttura erogante, si osserva come oltre il 73% di questa venga effettuata in strutture pubbliche ed il 27% in strutture private convenzionate. A livello regionale, la Basilicata è l'unica Regione che eroga attività di ricovero solo in strutture pubbliche (100,0%), il Lazio è quella che registra la quota più bassa (48,0%). Nell'ultimo decennio si è registrato un aumento del ricorso alle strutture di ricovero

private accreditate: il contributo di tale casistica su quella totale di ricovero è aumentato nel periodo di +0,7 p.p..

Si è anche registrata una riduzione del contributo sulla casistica totale dei ricoveri di tipo medico, sia effettuati nelle strutture pubbliche (-4,0 p.p.) che in quelle private (-1,8 p.p.); di contro è aumentato quello dei ricoveri di tipo chirurgico e soprattutto nelle strutture pubbliche (+3,3 p.p.), mentre crescono del +2,5 p.p. in quelle private.

I ricoveri medici (ordinari), prevedono prevalentemente diagnosi di patologie di natura cardiocircolatoria e respiratoria, e sono effettuati prevalentemente in strutture pubbliche: il ricorso è rimasto sostanzialmente invariato nell'ultimo decennio.

Viceversa, la casistica chirurgica (regime ordinario), prevede soprattutto diagnosi associate all'apparato muscolo-scheletrico, e vengono effettuati prevalentemente in strutture private: la quota è continuata ad aumentare nell'ultimo decennio.

Mettendo in relazione la dinamica dell'attività di ricovero ospedaliera con quella registrata a livello demografico emerge come, pur a fronte di un aumento nel periodo 2012-2022 della popolazione *over* 60, i ricoveri sono diminuiti in tutte le fasce di età, ad eccezione di quella *over* 85 anni, dove si è registrato un aumento del +11,6% medio annuo.

Contestualmente a tale riduzione si è registrato un aumento della degenza media, fenomeno probabilmente attribuibile alla maggiore selezione della casistica nonché all'aumento dell'età media al ricovero.

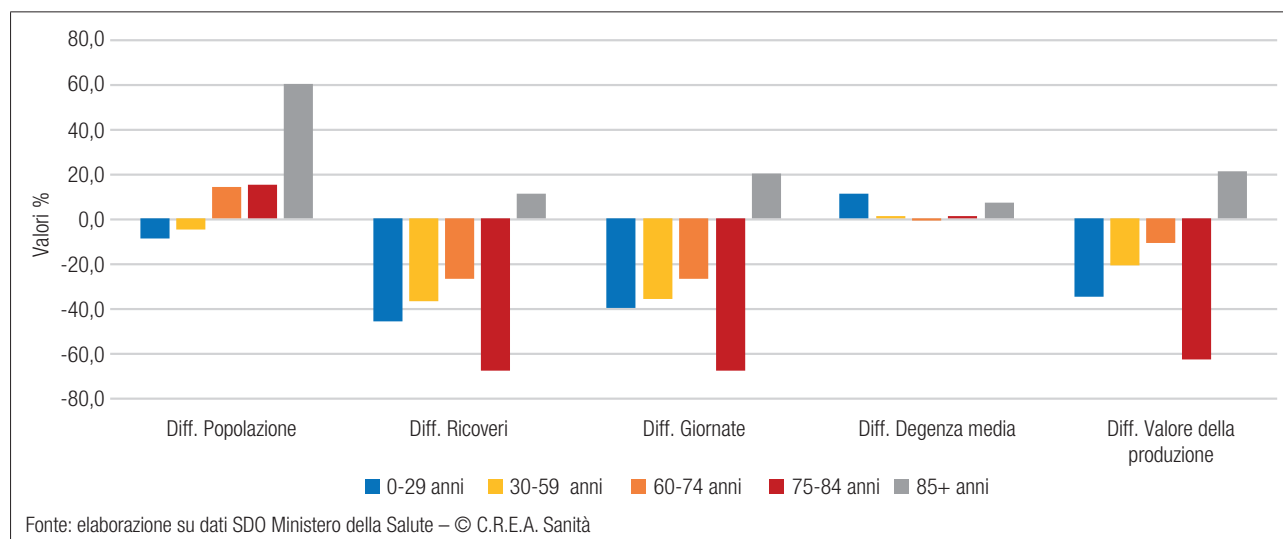
Dagli indicatori elaborati, appare evidente che, malgrado il progressivo invecchiamento della popo-

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

lazione, a livello ospedaliero si sono generati ingenti risparmi potenziali: il valore della produzione diminuisce (-4,0% medio annuo), ripartendosi il risparmio

piuttosto equamente su tutte le fasce di età inferiori ai 85 anni.

Variazioni dei principali indicatori di attività ospedaliera. Anni 2008-2022



La riduzione del tasso di ospedalizzazione, avvenuta in tutte le fasce d'età, riguarda soprattutto i ricoveri medici e degli *under 60*, in egual modo sia nelle strutture pubbliche che in quelle private; per la casistica chirurgica, nel periodo, la contrazione è stata più contenuta rispetto a quella medica, ed ha interessato prevalentemente la popolazione meno anziana. Tale riduzione ha interessato in particolare le strutture pubbliche; quelle private hanno di contro registrato un aumento e in particolare nella popolazione *over 30*.

In conclusione, è ragionevole affermare che i

nuovi trattamenti terapeutici, insieme all'adozione di strumenti normativi finalizzati a migliorare l'appropriatezza della presa in carico, hanno promosso una riduzione del ricorso al ricovero, limitandolo alle casistiche più complesse (popolazione anziana). Inoltre, la riduzione della casistica di ricoveri di tipo medico suggerisce un miglioramento di appropriatezza di presa in carico in ambito extra-ospedaliero. L'attività chirurgica è rimasta pressoché invariata nel periodo considerato, però con uno spostamento dell'attività in strutture private, soprattutto per interventi dell'apparato muscolo-scheletrico.

CAPITOLO 7

L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera

Carrieri C.¹, d'Angela D.¹

Il contributo approfondisce l'evoluzione dell'attività di ricovero in Italia, sviluppando un confronto con quella negli altri Paesi europei e analizzando le differenze nell'assistenza prestata nelle diverse Regioni.

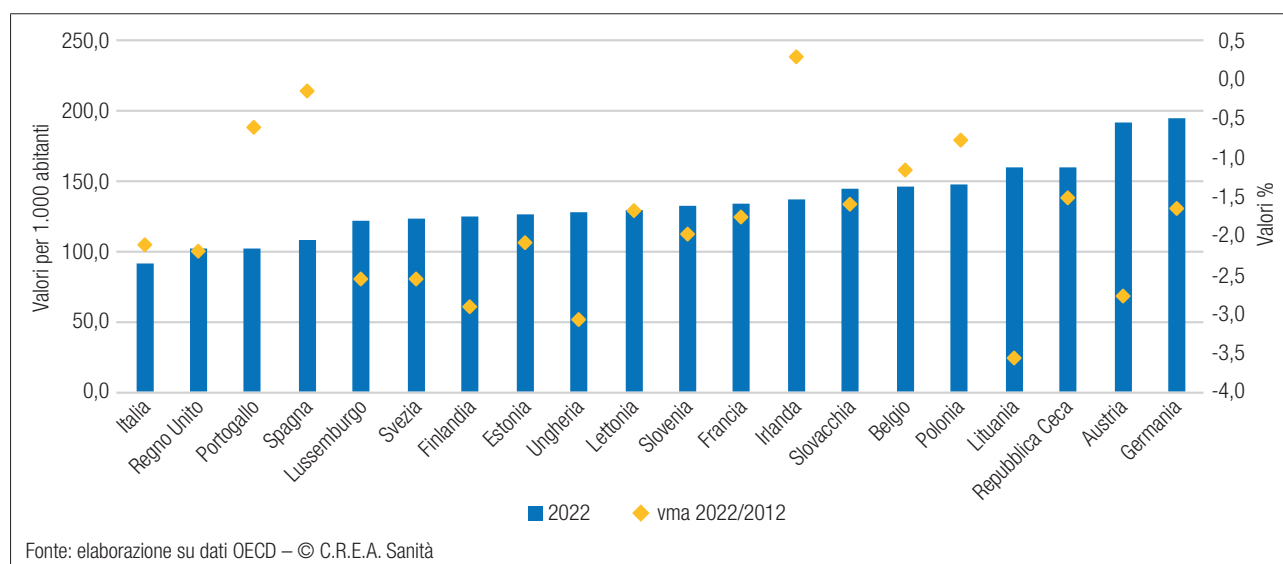
Inoltre, è stato sviluppato un focus sulla composizione dei ricoveri ordinari in acuzie per DRG, distintamente per quelli medici e chirurgici, ponendo una attenzione particolare sulla natura della struttura erogante.

Infine, viene analizzata la dinamica dell'ultimo decennio dell'attività ospedaliera per fasce d'età dei pazienti, tipo di ricovero e natura della struttura erogante.

7.1. Il ricorso al ricovero: confronti internazionali

Nel 2022 (ultimo dato disponibile), l'Italia è il Paese europeo che registra il minor ricorso all'ospedalizzazione per acuzie (OECD, 2024): il tasso di ospedalizzazione italiano è pari a 91,9 ricoveri in acuzie per 1.000 abitanti (Figura 7.1.) ed è seguito da quello del Regno Unito, Portogallo e Spagna, rispettivamente con 101,7, 102,7, 108,2; i tassi di Lussemburgo e Svezia superano il valore italiano di oltre il 30%, e si attestano a più del doppio quelli di Germania (194,9) e Austria (192,0).

Figura 7.1. Tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie in Europa



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

Tutti i Paesi europei analizzati, nel decennio 2012-2022, hanno registrato un decremento del tasso di ospedalizzazione in acuzie, ad eccezione dell'Irlanda (+0,3% medio annuo); l'Italia, in particolare, nel decennio ha registrato una riduzione pari a -21,8 ricoveri ogni 1.000 abitanti, 20 volte più della Spagna (-1,5) e quattro volte più del Portogallo (-6,5).

La degenza media italiana (Figura 7.2.) è, di contro, più elevata rispetto alla media degli altri Paesi Europei: nel 2022, 7,2 giornate (gg.), con i valori minimi registrati in Ungheria (5,1 gg.), in Svezia (5,5 gg.) e Francia (5,6 gg.), e quelli massimi in Portogallo (9,4 gg.), Germania e Regno Unito (7,5 gg. rispettivamente).

Il dato italiano sembra coerente sia con l'osservazione di un minor tasso di ricovero, che suggerisce una maggiore selezione dei pazienti, nel senso di una attitudine a privilegiare l'accesso dei pazienti più severi; sia con la constatazione della demografia italiana caratterizzata da una popolazione più vecchia.

7.2. L'attività per acuti delle strutture pubbliche e private accreditate

A livello nazionale, nell'ultimo decennio, si è registrata una riduzione dei ricoveri ospedalieri in acuzie

del -25,4%: maggiore per i ricoveri in regime diurno (-37,5%), mentre è del -20,5% per quelli in regime ordinario. L'incidenza del regime ordinario (77,3% nel 2022) è, quindi, cresciuta nel periodo, registrando un aumento complessivo di +4,4 punti percentuali (p.p.).

I ricoveri ordinari in acuzie si sono ridotti, nell'ultimo decennio, del -20,5%.

A livello regionale, per i ricoveri in acuzie in regime ordinario, si registra la riduzione massima in Molise (-31,5%) e quella minima in Veneto (-3,3%); per i ricoveri diurni, la Lombardia è l'unica Regione che registra un aumento nel periodo (+9,8%), in Puglia si registra la riduzione maggiore (-82,1%).

Nell'ultimo decennio (2012-2022) è aumentata la quota di ricoveri in acuzie ordinari effettuati in strutture private accreditate di +0,7 p.p..

Analizzando la casistica dei ricoveri ordinari, si osserva come il 72,9% di questi viene effettuato in strutture pubbliche ed il 27,1% in strutture private accreditate.

A livello regionale, la Basilicata è la Regione che registra la quota maggiore di ricoveri ordinari in strutture pubbliche (100,0%), il Lazio quella con la minore (48,0%) (Figura 7.3.).

Figura 7.2. Degenza media ordinaria in acuzie in Europa

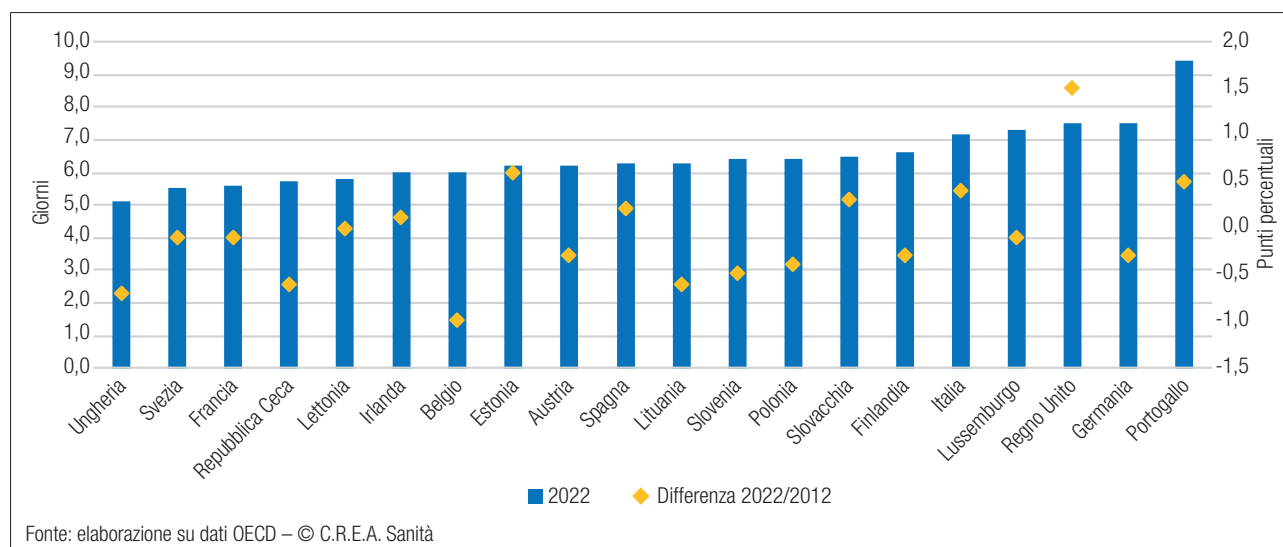
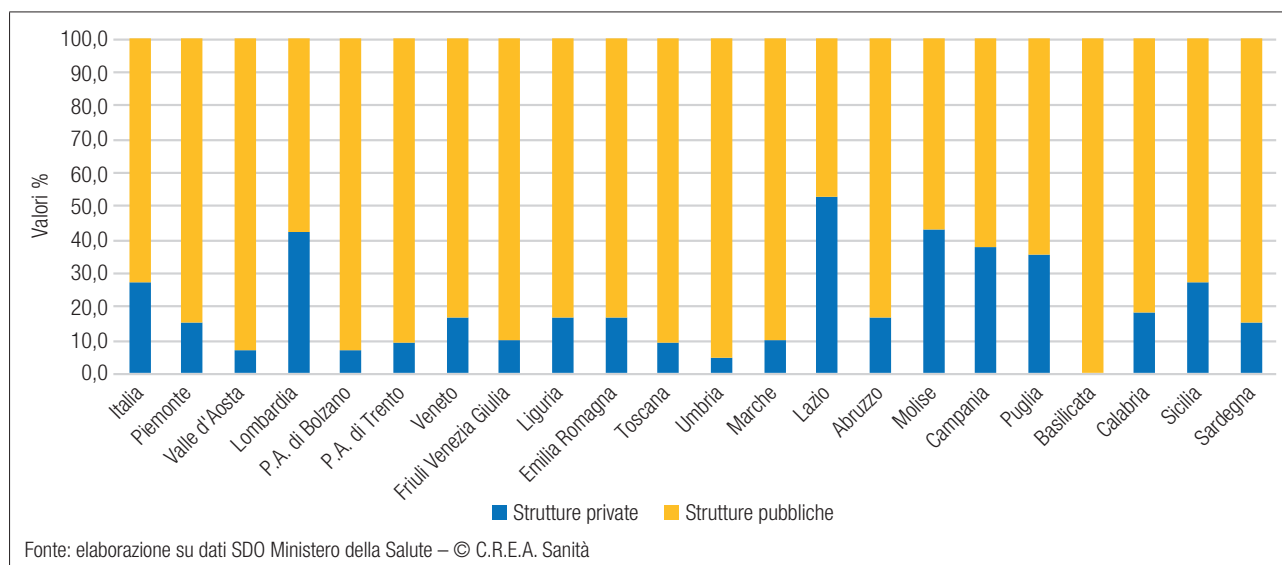
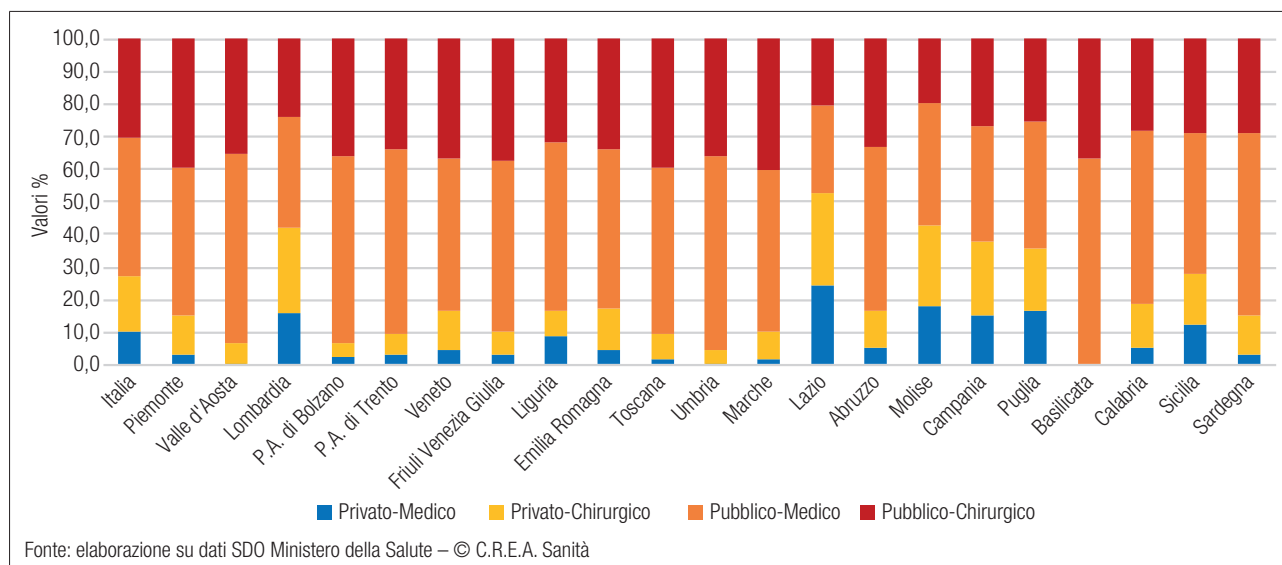


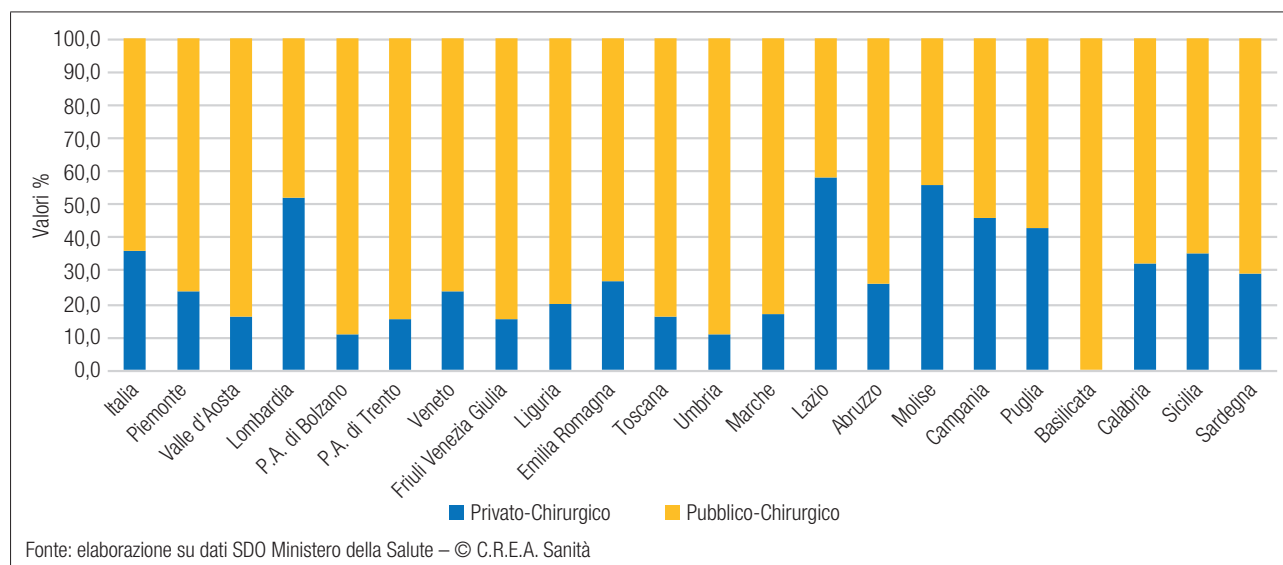
Figura 7.3. Ricoveri in acuzie in regime ordinario: composizione per tipologia di struttura. Anno 2022**Figura 7.4. Ricoveri in acuzie in regime ordinario: composizione per tipologia di struttura e tipologia di ricovero. Anno 2022**

Nel 2022, il 47,2% dei ricoveri è classificato come chirurgico, di cui 64,2% effettuato in strutture pubbliche, e il 35,8% in quelle private accreditate; in modo complementare il 52,8% è di tipo medico di cui l'80,6% effettuato in strutture pubbliche, e il restante 19,4% in strutture private accreditate (Figura 7.4.).

Lazio, Lombardia, Molise, Campania e Puglia sono le Regioni con la maggiore casistica chirurgica effettuati in strutture private: rispettivamente 28,5%, 26,2%, 25,1%, 22,9% e 19,5% della casistica totale.

Di contro, la Basilicata registra la quota di ricoveri chirurgici effettuati in strutture pubbliche più alta (100,0%), il Lazio quella più bassa (42,6%) (Figura 7.5.).

Per quanto concerne i ricoveri medici, le Regioni con la maggiore quota di casistica di ricovero effettuata in strutture private accreditate sono: Lazio (24,2%), Molise (17,7%), Puglia (16,3%), Lombardia (16,1%), Campania (14,8%) e Sicilia (12,1%).

Figura 7.5. Composizione ricoveri acuti ordinari chirurgici, per tipologia di struttura. Anno 2022

Nel periodo considerato, si è ridotta l'incidenza dei ricoveri di tipo medico sia nelle strutture pubbliche (-4,0 p.p.) che in quelle private (-1,8 p.p.); di contro è aumentata quella dei ricoveri di tipo chirurgico, soprattutto nelle strutture pubbliche (+3,3 p.p.), ma anche in quelle private di +2,5 p.p..

Distinguendo i ricoveri per natura (pubblica o privata accreditata) della struttura erogante, si nota che i ricoveri chirurgici in acuzie in regime ordinario sono aumentati nell'ultimo decennio, sia nelle strutture pubbliche (+0,5% medio annuo), che in quelle private (+1,0% medio annuo). A livello regionale, il dato è eterogeneo: nelle strutture pubbliche si registra l'aumento massimo in Friuli Venezia Giulia (+27,7% medio annuo), e la riduzione minima in Molise (-4,5% medio annuo); per le strutture private, l'aumento massimo si registra nella P.A. di Bolzano (+9,3% medio annuo) e la riduzione massima in Umbria (-4,4% medio annuo).

I ricoveri ordinari in acuzie di tipo medico, in Italia, nell'ultimo decennio, risultano in riduzione sia nelle strutture pubbliche (-2,2% medio annuo) che in quelle private (-1,5% medio annuo). A livello regionale, nelle strutture pubbliche si registra l'aumento mas-

simo in Friuli Venezia Giulia (+25,2% medio annuo) e la riduzione massima in Molise (-6,4% medio annuo); per quelli erogati in strutture private, si registra l'aumento massimo in Friuli Venezia Giulia (+2,9% medio annuo) e la riduzione massima in Calabria (-12,7% medio annuo).

7.3. Ricoveri per DRGs chirurgici e medici e strutture pubbliche e private

Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) emerge come oltre il 50% (51,3%) della casistica dei ricoveri medici si concentri, nel 2022, su 36² DRGs (Tabella 7.1.).

Per 13 DRGs sui 36 selezionati (49,4% della casistica selezionata), l'erogazione che viene effettuata dalle strutture private supera il valore medio nazionale (19,4%); i primi tre per incidenza sono: DRG "Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata" (37,9%), "Malattie degenerative del sistema nervoso" (37,3%), "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" (34,9%).

² Non è stato considerato il DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti", che ha un'incidenza dell'8,7% sui ricoveri medici totali

Tabella 7.1. Ricoveri in acuzie in regime ordinario per DRGs medici. Anno 2022

Codice DRG	Descrizione DRG	Ricoveri	Inc. % sul totale ricoveri
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	161.671	5,7
127	Insufficienza cardiaca e <i>shock</i>	123.705	4,3
576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	92.674	3,2
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	76.341	2,7
079	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	75.404	2,6
316	Insufficienza renale	66.282	2,3
430	Psicosi	64.353	2,3
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	63.886	2,2
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	58.502	2,0
390	Neonati con altre affezioni significative	55.353	1,9
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	40.887	1,4
421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	36.236	1,3
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	33.028	1,2
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	32.700	1,1
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	32.604	1,1
082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	30.085	1,1
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	28.986	1,0
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	27.523	1,0
208	Malattie delle vie biliari senza CC	24.016	0,8
207	Malattie delle vie biliari con CC	23.383	0,8
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	22.658	0,8
320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	22.242	0,8
174	Emorragia gastrointestinale con CC	21.898	0,8
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	21.828	0,8
078	Embolia polmonare	21.720	0,8
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	21.528	0,8
204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	20.966	0,7
080	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	20.521	0,7
172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	19.091	0,7
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	18.609	0,7
524	Ischemia cerebrale transitoria	18.146	0,6
090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	18.139	0,6
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	17.981	0,6
026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	17.810	0,6
202	Cirrosi e epatite alcolica	17.741	0,6
296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	16.909	0,6

Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nell'ultimo decennio l'incidenza dell'erogazione (36 DRGs) è aumentato di +0,3 p.p. (Figura 7.6).
da parte del privato della casistica presa in analisi

Figura 7.6. Quota ricoveri acuti ordinari medici effettuati in strutture private accreditate, per DRGs. Anno 2022

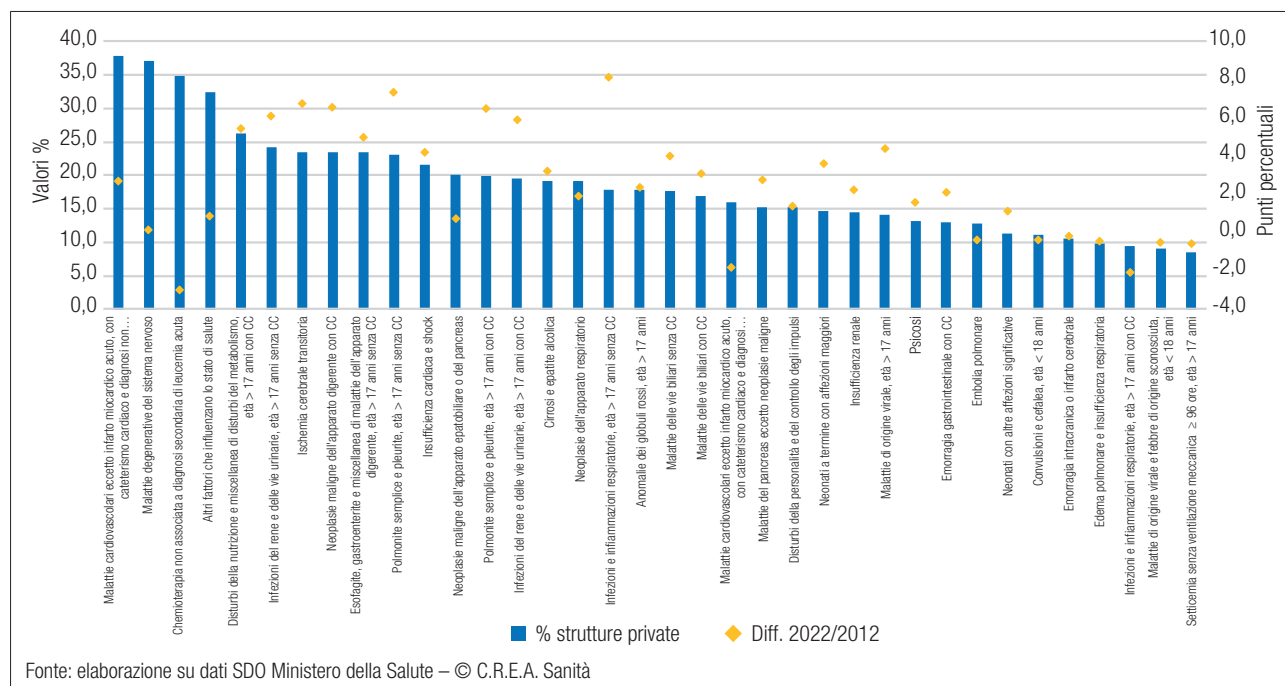
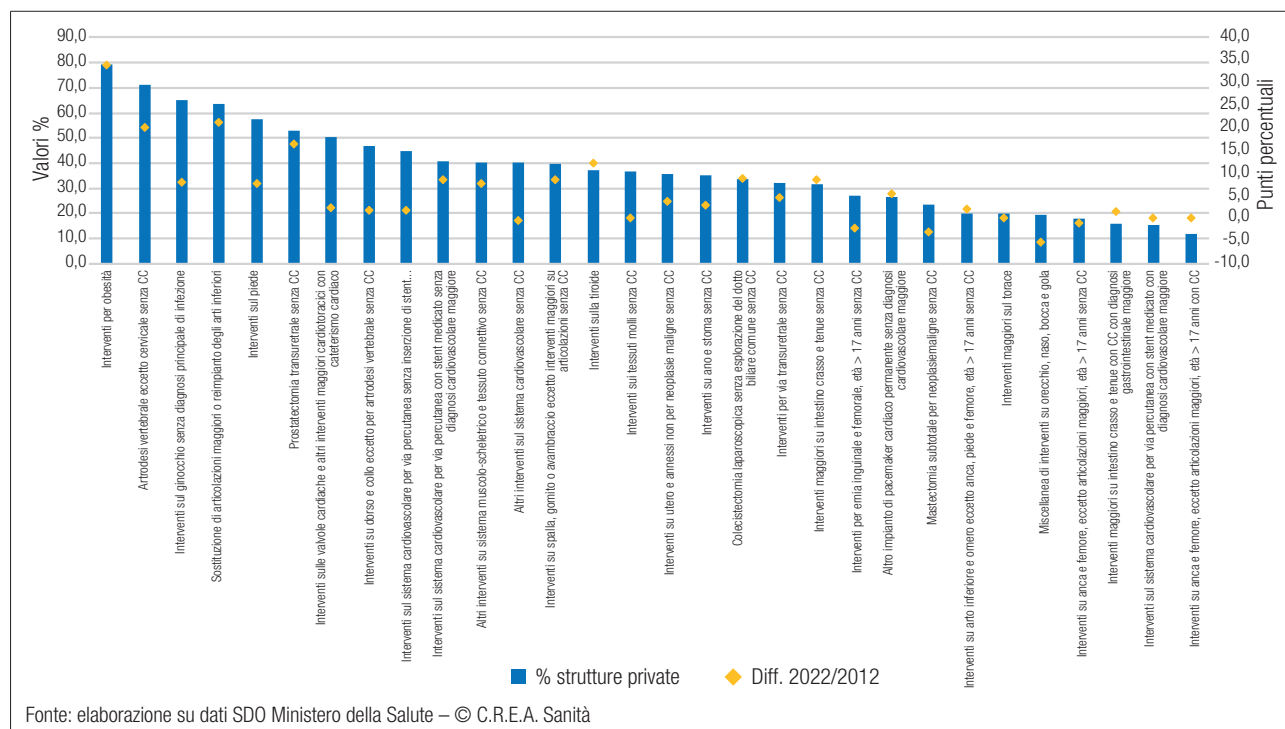


Figura 7.7. Quota ricoveri acuti ordinari chirurgici effettuati in strutture private, per DRGs. Anno 2022



Passando ad analizzare i ricoveri chirurgici, si osserva come il 51,4% della casistica si concentri su 30³ DRGs (Tabella 7.2.).

Tabella 7.2. Ricoveri in acuzie in regime ordinario per DRGs chirurgici. Anno 2022

Codice DRG	Descrizione DRG	Ricoveri	Inc. % sul totale ricoveri
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	205.893	8,1
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	88.655	4,4
311	Interventi per via transuretrale senza CC	76.228	3,5
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	75.502	3,0
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con <i>stent</i> medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	59.587	3,0
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	52.333	2,3
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con <i>stent</i> medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	50.676	2,0
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	43.619	2,0
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	41.898	1,7
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	40.869	1,6
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di <i>stent</i> nell'arteria coronarica senza IMA	37.408	1,6
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	37.228	1,5
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	37.081	1,5
552	Altro impianto di <i>pacemaker</i> cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	35.068	1,5
210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	33.299	1,4
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	33.041	1,3
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	32.374	1,3
290	Interventi sulla tiroide	31.787	1,3
288	Interventi per obesità	31.429	1,2
225	Interventi sul piede	28.892	1,2
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	28.481	1,1
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	26.184	1,1
158	Interventi su ano e stoma senza CC	25.671	1,0
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	24.287	1,0
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	23.933	1,0
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	23.210	0,9
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	22.522	0,9
075	Interventi maggiori sul torace	22.084	0,9
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	22.078	0,9
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	21.888	0,9

Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

³ Non è stato considerato il DRG 371 "Parto cesareo senza CC", che ha un'incidenza del 4,4% sui ricoveri chirurgici totali

Per 15 dei 30 selezionati (59,2% della casistica selezionata), l'acquisto dalle strutture private supera l'incidenza media del ricorso dei ricoveri chirurgici in tali strutture (35,8%); i primi tre per incidenza sono: "Interventi per obesità" (79,3%), "Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza" CC (71,0%), "Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione" (65,0%).

Nell'ultimo decennio l'erogazione da parte del privato di tale casistica è aumentata di +7,2 p.p. (Figura 7.7.).

Complessivamente emerge come la casistica medica, soprattutto per prestazioni associate alle patologie cardiocircolatorie e respiratorie, venga effettuata prevalentemente in strutture pubbliche, e tale ricorso è rimasto prevalentemente invariato nell'ultimo decennio.

Viceversa, la casistica chirurgica, soprattutto per le prestazioni dell'apparato muscolo-scheletrico, viene effettuata prevalentemente in strutture private, e tale ricorso è continuato ad aumentare nell'ultimo decennio.

7.4. L'impatto dell'invecchiamento

In prospettiva, una delle maggiori preoccupazioni per la sostenibilità del sistema è quella legata all'impatto dell'invecchiamento, in quanto generatore di un aumento della cronicità e in generale dei bisogni sanitari, ivi compreso quello del ricorso al ricovero ospedaliero, che certamente rappresenta quello a maggiore assorbimento di risorse.

Per valutare gli effetti sul ricorso al ricovero dell'invecchiamento, si sono analizzati, per il periodo 2008-2022, i ricoveri in acuzie in regime ordinario, la relativa degenza media, le giornate di degenza erogate e il valore della produzione. Le elaborazioni sono state condotte per fasce di età e standardizzando in base alle variazioni della popolazione eleggibile.

Nel periodo considerato, la popolazione più giovane si è notevolmente ridotta (-8,6% medio annuo per la fascia 0-29 anni e -4,9% per quella 30-59 anni).

All'altro estremo, registriamo un +13,8% medio annuo della popolazione nella fascia di età 60-74

anni, +14,8% in quella 75-84 anni e +59,8% negli *over 85*.

A fronte dell'aumento della popolazione, i ricoveri sono invece diminuiti in tutte le fasce di età, ad eccezione di quella *over 85*, dove si registra un aumento del +11,6% medio annuo nel periodo considerato (+5,5 p.p.): nella prima fascia (0-29 anni), a fronte di una sostanziale riduzione della popolazione, il calo raggiunge il 45,6% medio annuo (-0,5 p.p.); in quella 30-59 anni la riduzione è pari al 36,5% medio annuo (+3,3 p.p.), in quella 60-74 anni è pari al 26,6% medio annuo (+5,9 p.p.) e nella fascia 75-84 anni la riduzione è pari al 67,4% medio annuo (-14,2 p.p.) (Figura 7.8.).

Le degenze medie aumentano in tutte le fasce d'età, ad eccezione che nella fascia 60-74 anni, che registra una riduzione del -0,1% medio annuo.

L'aumento maggiore della degenza media si registra nelle fasce "estreme", dove si registra un +11,5% medio annuo nella fascia più giovane (0-29 anni) e un +7,6% medio annuo nella fascia più anziana (ultra-85enni).

Il valore della produzione si riduce in tutte le fasce, con la riduzione massima nella fascia 75-84 anni (-62,1% medio annuo) e quella minima nella fascia 60-74 anni (-10,7% medio annuo). Fa eccezione la fascia *over 85*, che a fronte di un contemporaneo aumento della popolazione, dei ricoveri e delle giornate di degenza, registra un aumento anche nel valore della produzione dei ricoveri, pari al +21,2% medio annuo.

Dagli indicatori elaborati, appare evidente che, malgrado l'invecchiamento, a livello ospedaliero si sono generati ingenti risparmi potenziali: il valore della produzione diminuisce (-4,0% medio annuo), ripartendosi piuttosto equamente il beneficio su tutte le fasce di età inferiori a 85 anni.

Pertanto, ricordando che cresce numericamente la popolazione *over 60*, le riduzioni di ricoveri nelle fasce successive assumono una ancora più eclatante significatività, considerando che la scarsa natalità e l'aumento dell'aspettativa di vita fanno crescere in particolare la popolazione *over 85*.

Rapportando il valore della produzione al numero di ricoveri effettuati si registra un valore medio pari a

€ 4.511,8, che raggiunge gli € 4.553,6 negli *over 85*. Tale *gap* contenuto, associato ad una maggiore degenza media negli *over 85* (+2,9 giorni rispetto alla media), potrebbe essere evocativo di una incapienza di tariffa per la fascia di popolazione *over 85*.

Le dinamiche descritte sembrano indicare che è in atto un processo di compressione della morbidità che necessita il ricorso al ricovero ospedaliero. Si sposta in avanti con l'età la probabilità di ricovero, tant'è che solo nell'ultima classe si evidenziano aumenti significativi del numero di ricoveri e della degenza.

Assumendo il ricorso al ricovero ospedaliero come un indicatore di fragilità, indirettamente si conferma anche che la soglia dei 65 anni per l'età anziana è ormai una mera convenzione, per lo più priva di significato: la fascia 30-59 si comporta essenzialmente come quella 60-74, mentre è in quella *over 75* che si evidenzia una chiara soluzione di continuità.

Analizzando la composizione per età dei ricoveri, distintamente per ricoveri medici e chirurgici, e per natura della struttura, si osserva come in tutte le fasce d'età la casistica chirurgica effettuata in strutture pubbliche supera il 60%: 77,8% per gli *over 85*, 69,2% nella fascia 0-29 anni, 67,3% in quella 75-84, 63,6% in quella 30-59 anni e 62,8% in quella 60-74

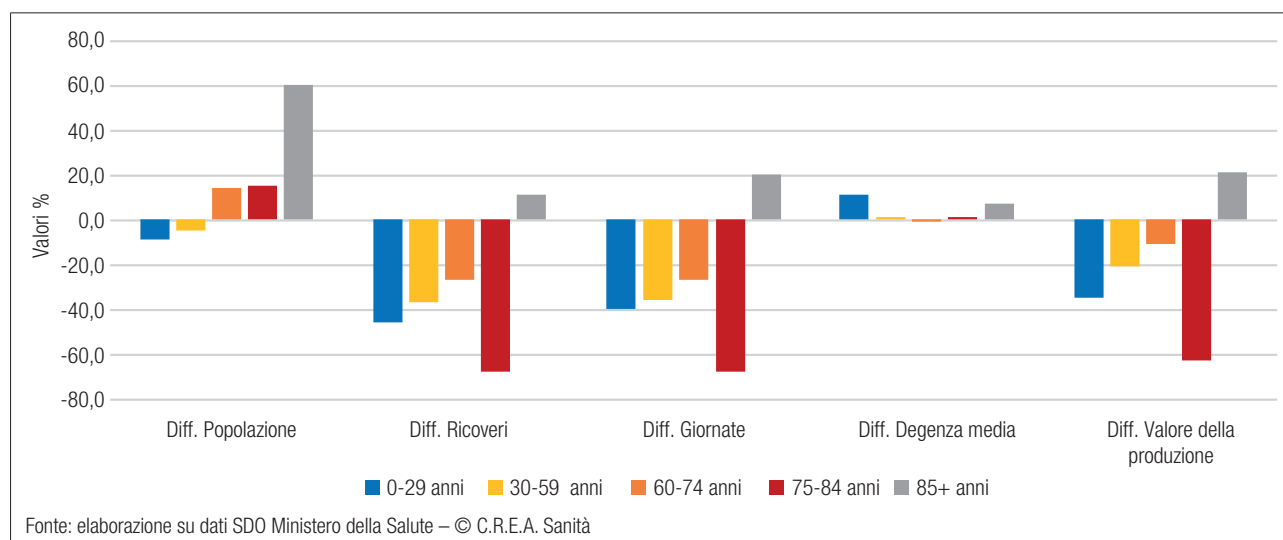
anni; emerge complessivamente un maggior ricorso alle strutture pubbliche soprattutto da parte delle fasce d'età "meno giovani".

Nel caso dei ricoveri medici, in tutte le fasce d'età la casistica effettuata in strutture pubbliche supera il 75%: l'85,8% nella fascia d'età 0-29 anni, l'83,7% negli *over 85*, l'81,1% nei 30-59 anni 81,0% in quella 75-84 anni (e 79,1% in quella 60-74 anni).

Rapportando il numero di ricoveri (acuti ordinari) alla popolazione si registra, nel 2022, un tasso pari a 91,9 ricoveri (ogni 100.000 abitanti), con una riduzione media annua del -2,1% nell'ultimo decennio, che ha riguardato in particolare i ricoveri di tipo medico (-3,2%) ed in minor misura i chirurgici (-0,8%).

La riduzione dei ricoveri medici e chirurgici si è verificata in tutte le fasce d'età, e quella che ha interessato gli *over 85* è praticamente sovrapponibile a quella della popolazione più giovane (30-59 anni): -2,5% medio annuo a fronte di un valore massimo di -3,3% medio annuo degli *under 30*. Per quelli medici, la riduzione massima si registra nella fascia 60-74 anni (-4,5% medio annuo) e la minima nella fascia *over 85* (-3,0% medio annuo), per quello chirurgici, la riduzione massima si registra nella fascia 0-29 anni (-3,2% medio annuo) e quella minima nella fascia 75-84 anni (-0,1% medio annuo).

Figura 7.8. Variazioni dei principali indicatori di attività ospedaliera. Anni 2008-2022



Considerando i ricoveri chirurgici effettuati in strutture pubbliche, la riduzione massima nel decennio 2012-2022 si è registrata nella fascia 0-29 anni (-3,5% medio annuo), quella minima nella fascia 75-84 anni (-1,0% medio annuo). Nelle strutture private, il tasso di ospedalizzazione si riduce soprattutto nella fascia 0-29 anni (-2,4% medio annuo), nelle restanti fasce d'età si registra un aumento, massimo nella fascia 75-84 anni (+2,3% medio annuo) e minimo in

quella 30-59 anni (+0,2% medio annuo) (Figura 7.9.).

Nel caso dei ricoveri medici effettuati in strutture pubbliche, la riduzione massima si registra nella fascia 60-74 anni (-4,5% medio annuo) e quella minima nella fascia *over 85* (-3,3% medio annuo). Nelle strutture private, la riduzione massima si registra nella fascia 60-74 anni (-4,4% medio annuo), quella minore nella fascia *over 85* (-1,3% medio annuo) (Figura 7.10.).

Figura 7.9. Tasso di ospedalizzazione ricoveri acuti ordinari chirurgici, per tipologia di struttura e fascia d'età. Anno 2022

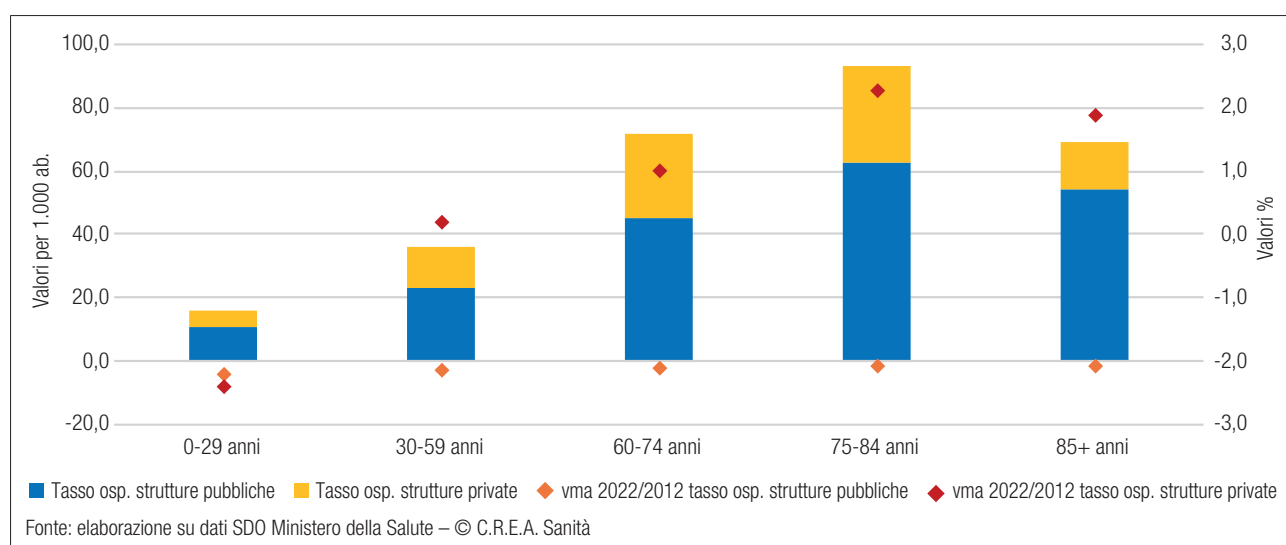
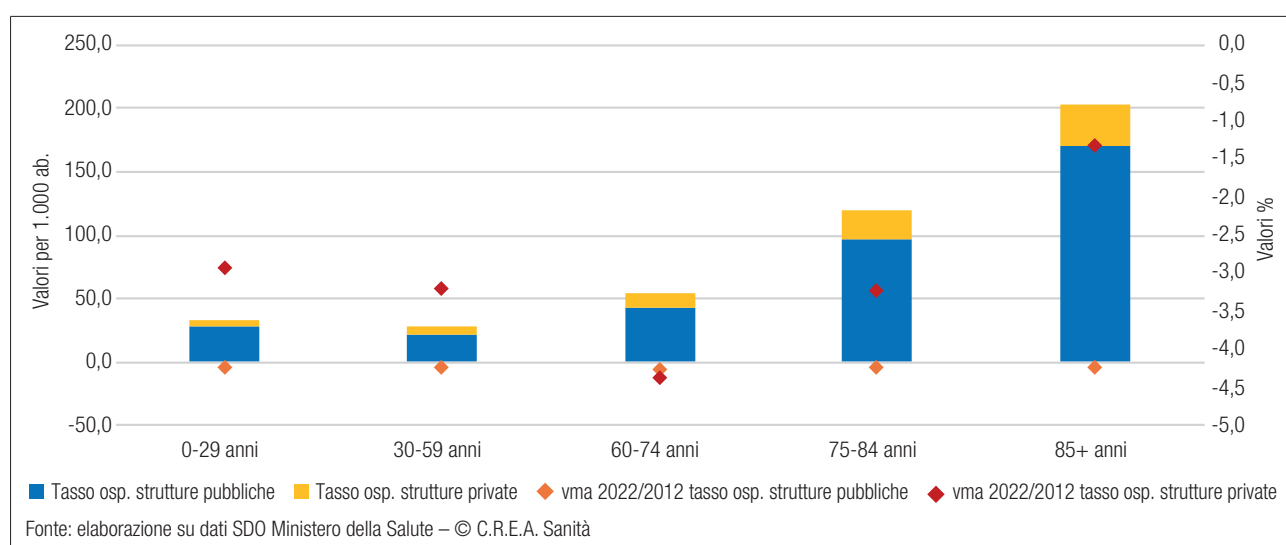


Figura 7.10. Tasso di ospedalizzazione ricoveri acuti ordinari medici, per tipologia di struttura e fascia d'età. Anno 2022



In sintesi, a fronte di un aumento dell'età media della popolazione, nell'ultimo decennio si è comunque registrata una riduzione del ricorso dell'ospedalizzazione per tutte le fasce d'età, soprattutto per i ricoveri medici e per gli *under 60*; tale riduzione ha interessato in egual modo sia le strutture pubbliche che quelle private. Nel caso della casistica chirurgica la contrazione nel periodo è stata più contenuta rispetto a quella medica, ed ha interessato prevalentemente la popolazione meno anziana. La contrazione è avvenuta nelle sole strutture pubbliche, in quelle private si è invece registrato un aumento e in particolare negli *over 30*.

7.5. Riflessioni finali

Il sistema ospedaliero italiano presenta caratteristiche peculiari: si conferma che siamo il Paese europeo che fa il minor ricorso all'ospedalizzazione; di contro, registriamo una degenza media fra le più alte in Europa, dato peraltro coerente sia con l'osservazione di un minor tasso di ricovero, che suggerisce una maggiore selezione dei pazienti, nel senso di una attitudine a privilegiare l'accesso dei pazienti più severi, sia con la constatazione della demografia italiana caratterizzata da una popolazione più vecchia.

Nell'ultimo decennio (2022-2012) si è registrata una riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero in acuzie del -25,4%: maggiore per i ricoveri in regime diurno (-37,5%), e del -20,5% per quelli in regime ordinario. L'incidenza del regime ordinario è quindi cresciuta nel periodo considerato, registrando un aumento complessivo di +4,4 p.p., raggiungendo nel 2022 il 77,3% di tutta la casistica in acuzie.

Analizzando la casistica dei ricoveri ordinari per tipo di struttura erogante, si osserva come oltre il 73% dei ricoveri ordinari venga effettuato in strutture pubbliche ed il 27% in strutture private accreditate. A livello regionale, la Basilicata è l'unica Regione che registra l'attività di ricovero solo in strutture pubbliche (100,0%), il Lazio è quella che registra quota minore (48,0%). Nell'ultimo decennio è aumentata la quota di ricoveri effettuati in strutture private accreditate di +0,7 p.p..

Nel periodo considerato, i ricoveri di tipo medico si sono ridotti sia nelle strutture pubbliche (-4,0 p.p.) che in quelle private (-1,8 p.p.); di contro sono aumentati i ricoveri di tipo chirurgico e soprattutto nelle strutture pubbliche (+3,3 p.p.), mentre arrivano al +2,5 p.p. in quelle private.

La casistica medica, soprattutto per prestazioni associate alle patologie cardiocircolatorie e respiratorie, viene effettuata prevalentemente in strutture pubbliche, e tale ricorso è rimasto prevalentemente invariato nell'ultimo decennio.

Viceversa, la casistica chirurgica (regime ordinario), soprattutto per le prestazioni dell'apparato muscolo-scheletrico, viene effettuata prevalentemente in strutture private, e tale ricorso è continuato ad aumentare nell'ultimo decennio.

Infine, dall'analisi dell'impatto dell'invecchiamento sull'attività di ricovero ospedaliera è emerso che, a fronte di un aumento nel periodo 2012-2022 della popolazione *over 60*, i ricoveri sono diminuiti in tutte le fasce di età, ad eccezione di quella *over 85* anni, dove si è registrato un aumento del +11,6% medio annuo.

A fronte di riduzioni così marcate nel numero di ricoveri, la degenza media aumenta e soprattutto nelle fasce d'età più anziane.

Dagli indicatori elaborati, appare evidente che, malgrado l'invecchiamento, e malgrado anche l'intervenuto aumento della popolazione anziana, a livello ospedaliero si sono generati ingenti risparmi potenziali: il valore della produzione diminuisce (-4,0% medio annuo), ripartendosi il risparmio piuttosto equamente su tutte le fasce di età inferiori ai 85 anni.

In sintesi, a fronte di un aumento dell'età media della popolazione, nell'ultimo decennio si è registrata una riduzione del tasso di ospedalizzazione per tutte le fasce d'età, soprattutto per i ricoveri medici e negli *under 60*; tale riduzione ha interessato in egual modo sia le strutture pubbliche che quelle private; per la casistica chirurgica la contrazione nel periodo è stata più contenuta rispetto a quella medica, ed ha interessato prevalentemente la popolazione meno anziana. Tale contrazione ha interessato le strutture pubbliche, quelle private hanno invece registrato un

aumento e in particolare negli *over 30*.

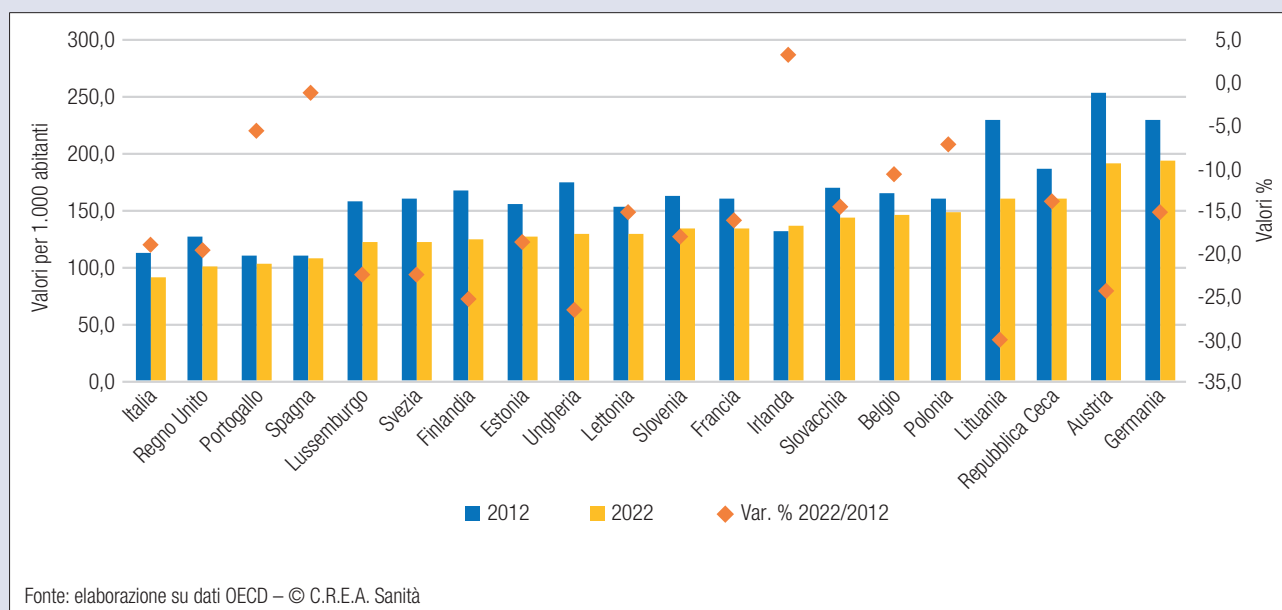
Dall'analisi condotta nell'ultimo decennio è ragionevole affermare come i nuovi trattamenti terapeutici, associati all'adozione di strumenti normativi finalizzati a migliorare l'appropriatezza di presa in carico, hanno evidentemente comportato una riduzione della casistica di ricovero, limitandola a quella più complessa (anziana). La riduzione ha interessato soprattutto quelli di tipo medico ed effettuati in strutture pubbliche, indicando evidentemente un miglioramento di appropriatezza di presa in carico extra-ospedaliera. L'attività chirurgica è rimasta pressoché

invariata nel periodo considerato, con uno spostamento della sua attività in strutture private, soprattutto per interventi dell'apparato muscolo-scheletrico.

Riferimenti bibliografici

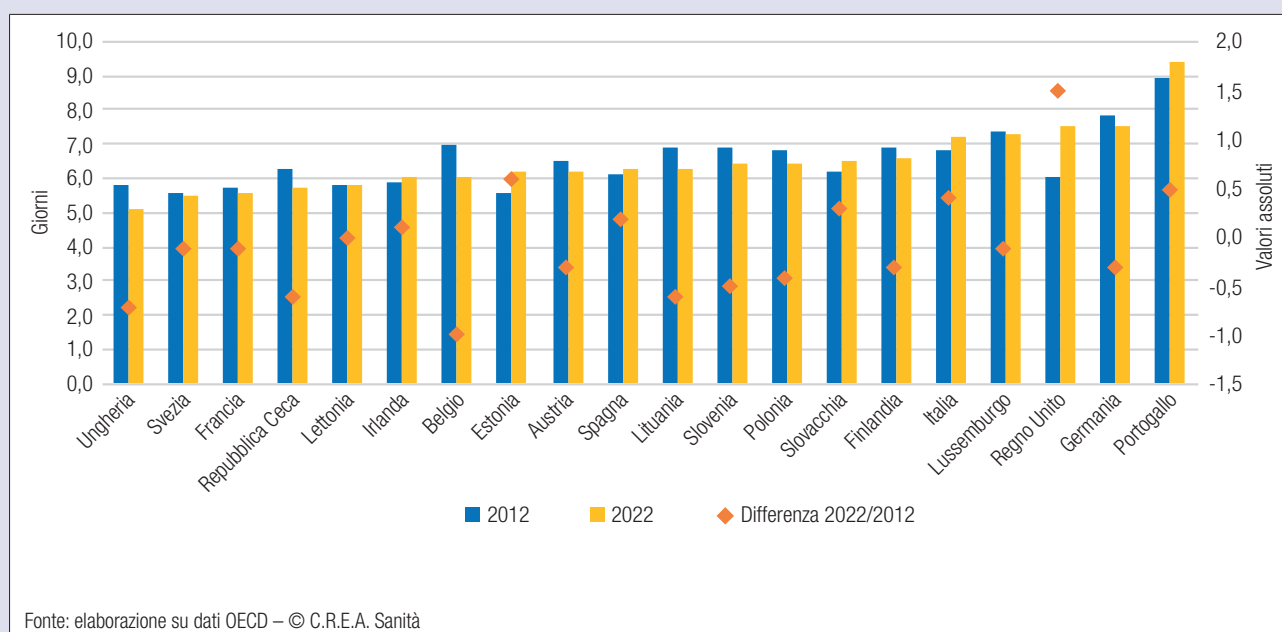
C.R.E.A. Sanità, Rapporto Sanità (anni vari)
Ministero della Salute (anni vari), Schede di Dimissione Ospedaliera
OECD (anni vari), <https://data-explorer.oecd.org/>

KI 7.1. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie in Europa



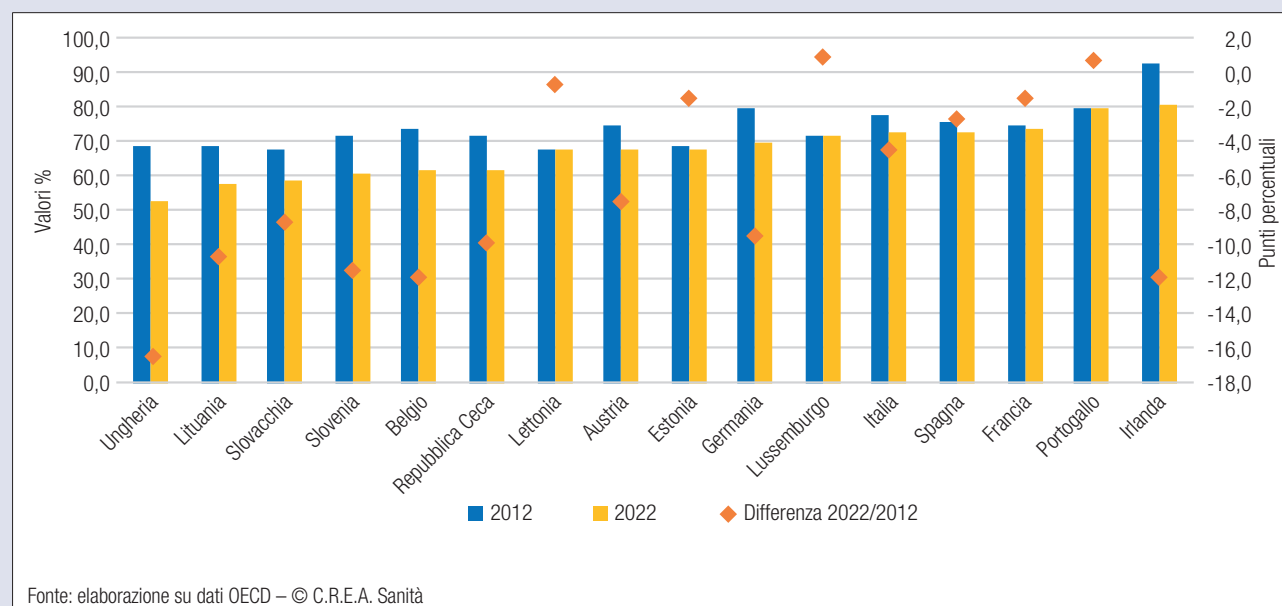
Nel 2022, il tasso di ospedalizzazione medio europeo (dati OECD incompleti) è pari a 135,4 per 1.000 abitanti, valore in riduzione nell'ultimo decennio del -17,4%. L'Italia è il Paese europeo a registrare il minor ricorso all'ospedalizzazione per acuzie con 91,9 ricoveri per 1.000 abitanti, la Germania il più alto (194,9 per 1.000 abitanti). Nell'ultimo decennio, tutti i Paesi europei analizzati hanno registrato un decremento del tasso di ospedalizzazione in acuzie, ad eccezione dell'Irlanda (+3,0% medio annuo). L'Italia ha registrato una riduzione di -21,8 ricoveri ogni 1.000 abitanti, quattordici volte maggiore rispetto alla Spagna (-1,5) e 3 volte maggiore rispetto al Portogallo (-6,5).

KI 7.2. Degenza media ordinaria in acuzie in Europa



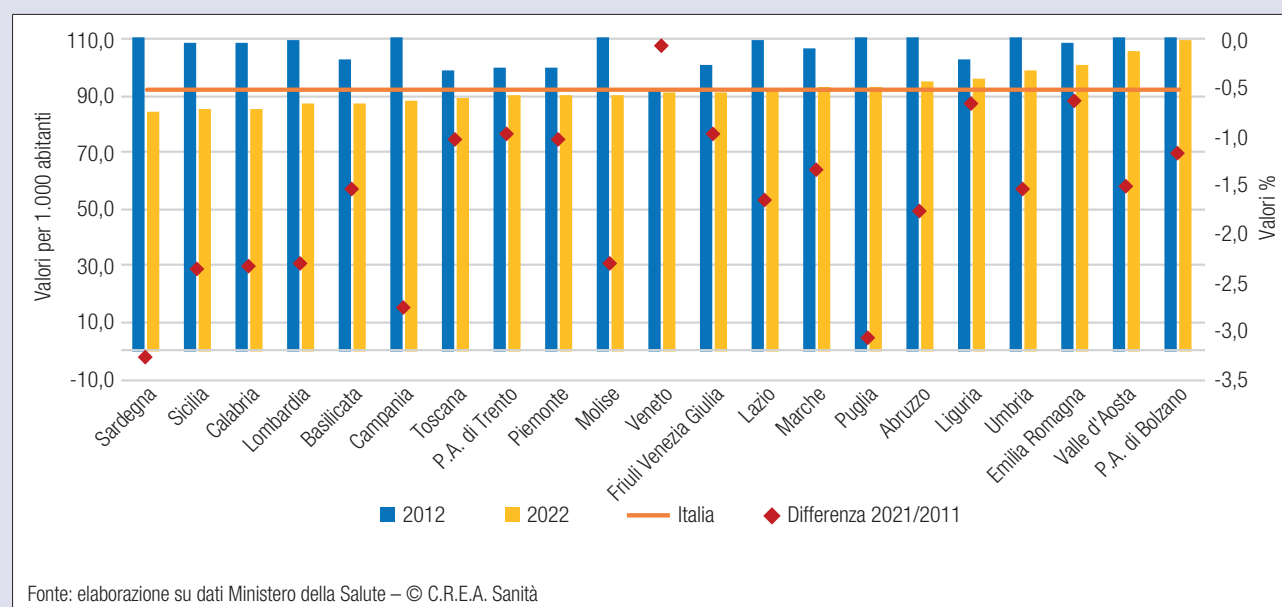
Nel 2022, la degenza media in acuzie europea è pari a 6,5 giornate (gg.), valore invariato rispetto al 2012. La degenza media più bassa si registra in Ungheria (5,1 gg.), quella più alta in Portogallo (9,4 gg.). La degenza media italiana è pari a 7,2 gg., valore in aumento rispetto al 2012 di +0,4 gg.. La dinamica risulta eterogenea: in alcuni Paesi la degenza media si riduce, con la riduzione massima che si registra nella Repubblica Ceca (-0,6 gg.) e quella minima in Svezia, Francia e Lussemburgo (-0,1 gg. rispettivamente); in altri si registra un aumento della degenza media, con l'incremento massimo registrato in Estonia (+0,6 gg.) e quello minimo in Irlanda (+0,1 gg.).

KI 7.3. Tasso di occupazione dei posti letto in acuzie in Europa



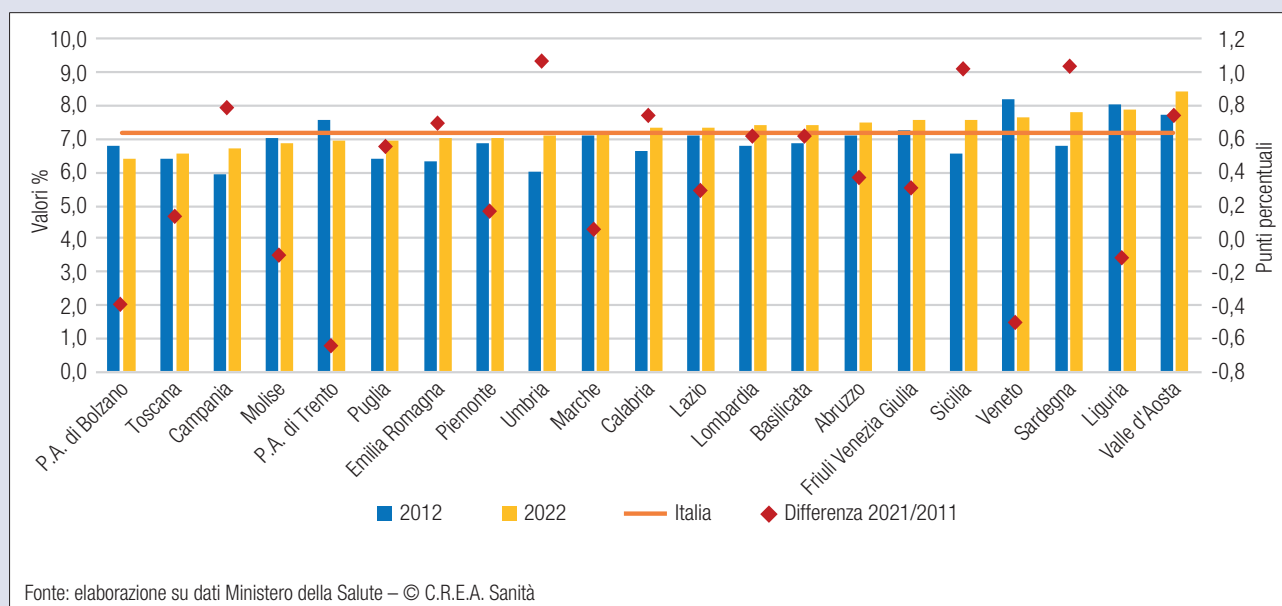
Nel 2022, il tasso di occupazione dei posti letto in acuzie medio europeo (dati incompleti) si attesta al 67,4%, valore in riduzione nell'ultimo decennio di -6,6 p.p.. Il valore massimo si registra in Irlanda 80,7%, quello minimo in Ungheria (52,7%). Il tasso di occupazione dei posti letto italiano è pari al 73,0%, valore in riduzione nell'ultimo decennio di -4,5 p.p.. La dinamica risulta eterogenea: in alcuni Paesi l'indicatore risulta in riduzione, con quella massima che si registra in Ungheria (-16,5 p.p.) e quella minima in Lettonia (-0,8 p.p.); in altri Paesi l'indicatore risulta in aumento, con quello massimo in Lussemburgo (+0,8 p.p.) e quello minimo in Portogallo (+0,6 p.p.).

KI 7.4. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie standardizzato



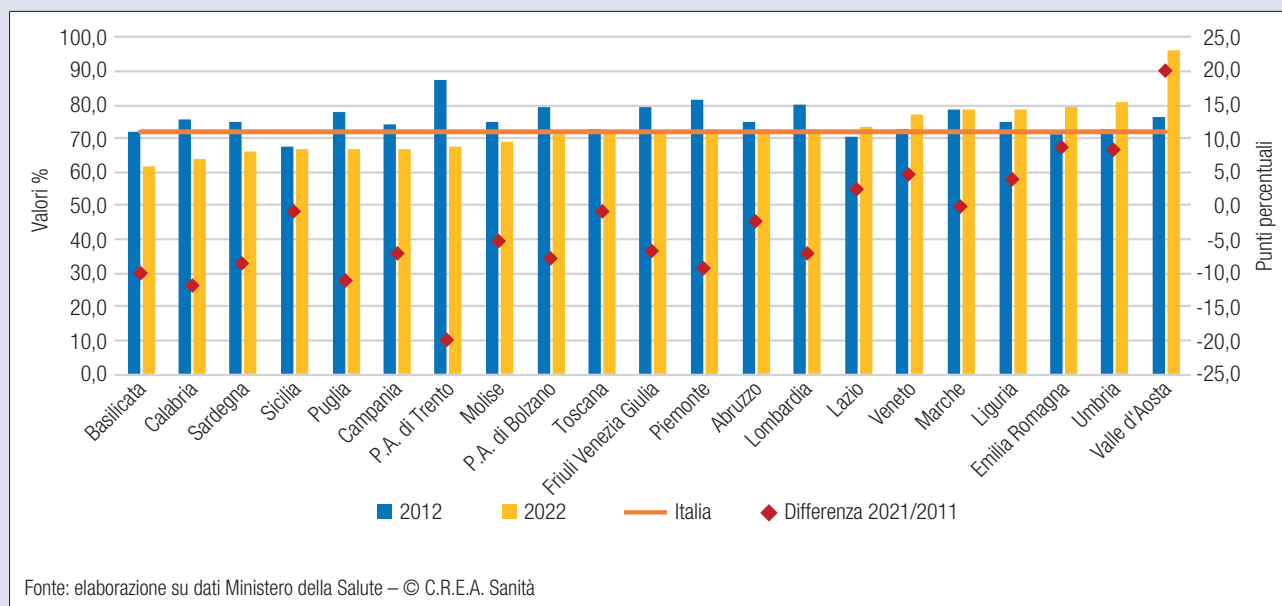
Nel 2022, in Italia, il tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie standardizzato è pari 91,9 ricoveri ogni 1.000 abitanti, in riduzione nell'ultimo decennio del -1,7% medio annuo. La P.A. di Bolzano registra il tasso di ospedalizzazione più alto (109,2 per 1.000 abitanti), la Sardegna quello più basso (84,7). A livello regionale si registra una riduzione dell'indicatore in tutte le Regioni: massima in Sardegna (-3,3% medio annuo) e minima in Veneto (-0,1% medio annuo).

KI 7.5. Degenza media standardizzata



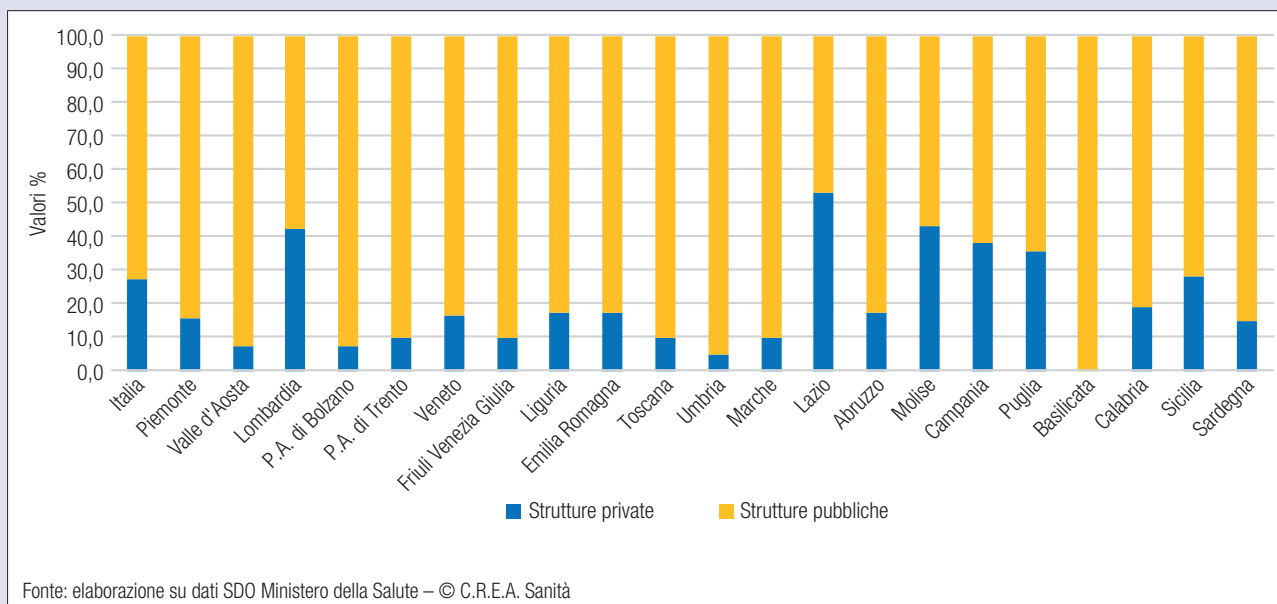
Nel 2022, in Italia, la degenza media standardizzata è pari 7,2 giornate (gg.), in riduzione nell'ultimo decennio di -0,5 gg.. La Valle d'Aosta registra la degenza media più alta (8,4 gg.), la P.A. di Bolzano quella più bassa (6,4 gg.). A livello regionale la dinamica del dato è eterogenea: in alcune Regioni si registra un aumento dell'indicatore, con l'aumento massimo in Umbria (+1,1 gg.) e quello minimo in Toscana e Marche (+0,1 gg.); in altre si registra una riduzione dell'indicatore, con la riduzione massima nella P.A. di Trento (-0,7 gg.) e quella minima in Molise e Liguria (-0,1 gg.).

KI 7.6. Tasso di occupazione posti letto ordinari in acuzie



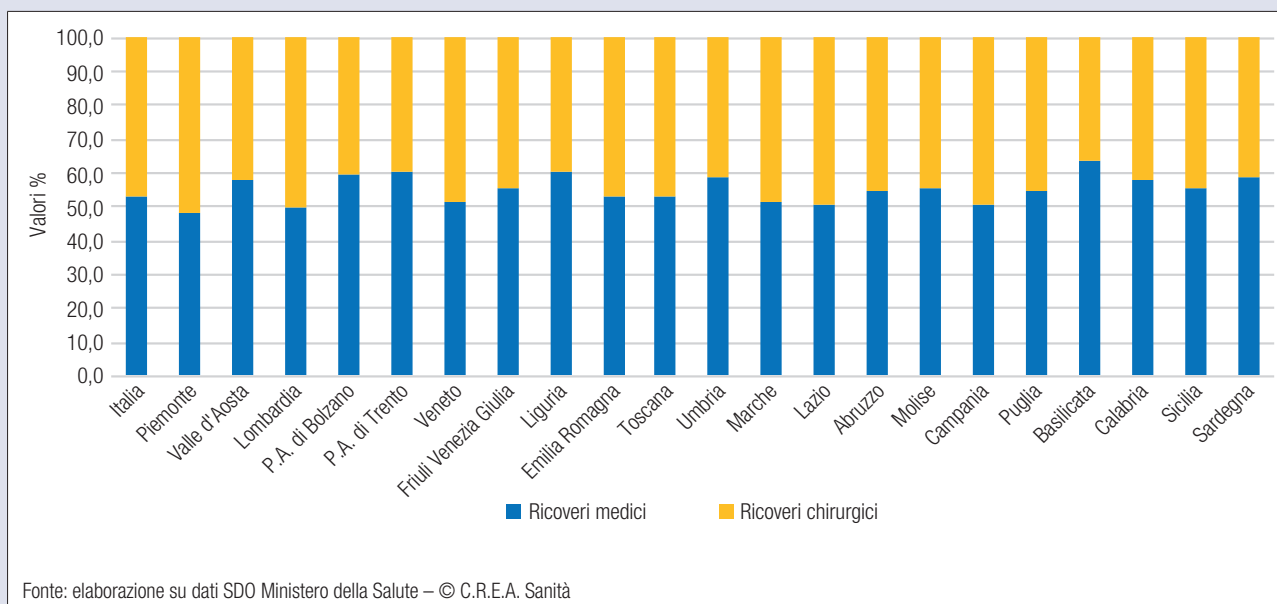
Nel 2022, in Italia, il tasso di occupazione dei letti ordinari in acuzie si attesta al 72,1%, con una riduzione di -3,5 p.p. nell'ultimo decennio. La Valle d'Aosta registra il tasso di occupazione dei letti più alto (95,9%), la Basilicata quello più basso (61,8%). A livello regionale la dinamica del dato è eterogenea: in alcune Regioni si registra una riduzione, con la maggiore nella P.A. di Trento (-19,9 p.p.) e quella minore nelle Marche (-0,2 p.p.); in altre si registra un aumento, massimo in Valle d'Aosta (+19,9 p.p.) e minimo nel Lazio (+2,4 p.p.).

KI 7.7. Ricoveri ordinari in acuzie in Italia. Anno 2022

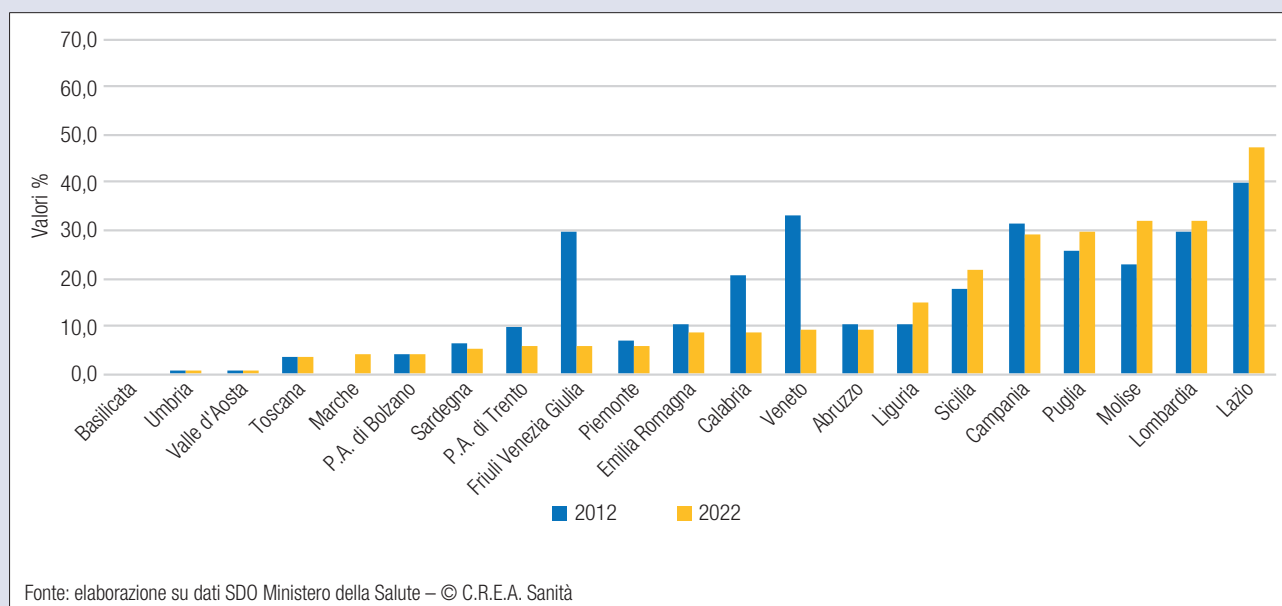


Nel 2022, in Italia, il 72,9% dei ricoveri ordinari in acuzie viene effettuato in strutture pubbliche ed il 27,1% in strutture private accreditate. Nell'ultimo decennio l'incidenza dei ricoveri effettuati nelle strutture pubbliche diminuisce di -0,7 p.p. e simmetricamente aumenta quella dei ricoveri nelle strutture private. La Basilicata è la Regione che registra la quota più alta di ricoveri effettuati presso strutture pubbliche (100,0%), il Molise quella più bassa (57,2%). L'incremento maggiore di incidenza dei ricoveri in strutture pubbliche si registra in Friuli Venezia Giulia (+39,8 p.p.) e quello minore nella P.A. di Trento (+0,4 p.p.); nelle Regioni dove diminuisce, la massima riduzione si registra in Molise (-13,9 p.p.) e quella minima in Emilia Romagna (-0,5 p.p.).

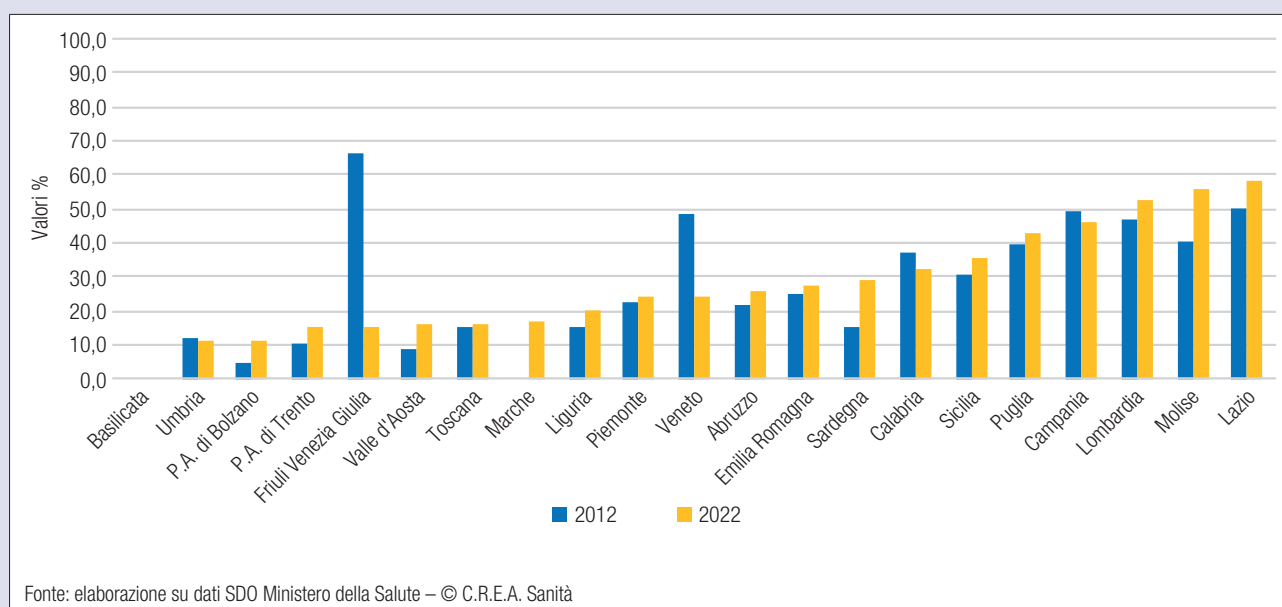
KI 7.8. Ricoveri ordinari in acuzie: composizione per tipologia di ricovero. Anno 2022



In Italia, nel 2022, il 52,8% dei ricoveri ordinari in acuzie è di tipo medico e il 47,2% chirurgico. Il Piemonte ha la quota minore di ricoveri medici (48,3%) e la Basilicata quella maggiore (63,4%). Nell'ultimo decennio il maggiore aumento della quota si registra in Friuli Venezia Giulia con +10,7 p.p., quella minore in Veneto (+0,4 p.p.); di contro, la maggiore riduzione si registra in Calabria (-11,3 p.p.), quella minore in Emilia Romagna (-1,9 p.p.). La Basilicata ha la quota minore di ricoveri chirurgici (46,6%) e il Piemonte quella maggiore (51,7%). Nell'ultimo decennio il maggiore aumento della quota si registra in Calabria (+11,3 p.p.), quella minore in Emilia Romagna (+1,9 p.p.); di contro, la maggiore riduzione si registra in Friuli Venezia Giulia (-10,7 p.p.), quella minore in Veneto (-0,4 p.p.).

KI 7.9. Ricoveri ordinari in acuzie: quota ricoveri medici in strutture private accreditate. Anno 2022

In Italia, nel 2022, il 19,4% dei ricoveri ordinari in acuzie di tipo medico è erogato da strutture private accreditate. Esclusa la Basilicata che non registra ricoveri, l'Umbria registra la quota minore (0,2%) e il Lazio quella maggiore (47,5%). A livello regionale il dato è eterogeneo: nell'ultimo decennio in alcune Regioni si registra una riduzione della quota dei ricoveri medici effettuati in strutture private accreditate, con la riduzione maggiore in Calabria con -24,0 p.p. e quella minore nella Valle d'Aosta (-0,01 p.p.); in altre si registra un aumento dei ricoveri medici, con l'aumento maggiore in Molise (+9,4 p.p.) e quello minore in Lombardia (+2,6 p.p.).

KI 7.10. Ricoveri ordinari in acuzie: quota ricoveri chirurgici in strutture private accreditate. Anno 2022

In Italia, nel 2022, il 35,8% dei ricoveri ordinari in acuzie di tipo chirurgico è erogato da strutture private accreditate. Esclusa la Basilicata che non registra ricoveri, l'Umbria registra la quota minore (10,9%) e il Lazio quella maggiore (58,0%). A livello regionale il dato è eterogeneo: nell'ultimo decennio in alcune Regioni si registra una riduzione della quota dei ricoveri chirurgici effettuati in strutture private accreditate, con la riduzione maggiore in Friuli Venezia Giulia con -50,9 p.p. e quella minore in Umbria (-1,3 p.p.); in altre si registra un aumento della quota dei ricoveri chirurgici, con l'aumento maggiore nelle Marche (+16,7 p.p.) e quello minore in Piemonte (+1,1 p.p.).



Assistenza residenziale

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 8

Assistenza residenziale

Capurso S.¹, Gasbarri P.², Lo Giudice C.³, Polistena B.⁴, Spandonaro F.⁵

L'assistenza socio-sanitaria di tipo residenziale e semi-residenziale è garantita a diverse categorie di utenti, quali malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze), malati in fine vita, persone con disagio mentale, minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo, persone con dipendenze patologiche e persone con disabilità.

Il contributo analizza i dati disponibili per tale *setting* assistenziale; si consideri che, a meno di parziali informazioni su posti letto ed utenti assistiti fornite dal Ministero della Salute e dall'Istat, le informazioni risultano fortemente carenti, ed anche di difficile confrontabilità per via dalla insufficienza di definizioni e di criteri omogenei per la classificazione delle strutture e dei bisogni dei residenti.

Con i caveat espressi, si può osservare che la dotazione italiana di servizi residenziali si stima essere meno di un terzo di quella dei Paesi europei con economia comparabile: la maggior parte dei Paesi conta fra i 644 e i 1.373 posti letto (p.l.) per 100.000 residenti *over* 65, mentre l'Italia ha una dotazione prossima ai 400 p.l. per 100.000 (Eurostat, 2023).

L'allineamento alla dotazione media europea prevederebbe l'apertura di 200.000 nuovi posti letto ma, alla luce delle previsioni demografiche che prevedono entro i prossimi quarant'anni oltre 19 milioni di *over* 65, se ne dovrebbero aggiungere altri 125.000.

Per quanto concerne le caratteristiche delle strutture, il contributo riporta i risultati di una *survey* promossa dall'Associazione Nazionale Strutture Terri-

toriali per la Terza età (ANASTE); l'indagine, per il secondo anno consecutivo, è stata rivolta alle strutture aderenti, ed ha avuto ad oggetto la raccolta di dati sui servizi e sull'utenza delle strutture residenziali associate nell'anno 2023. C.R.E.A. Sanità ha contribuito alla realizzazione della *survey* elaborando le risposte.

Sebbene il dato provenga da un campione di strutture non rappresentativo in termini strettamente statistici, l'analisi appare di rilievo considerando la scarsità di informazioni routinariamente disponibili su questo segmento assistenziale.

Alla *survey* hanno risposto 74 strutture: il 48% delle strutture invitate sono dislocate in 13 delle 19 Regioni italiane presso le quali sono presenti strutture associate. Le Regioni con il maggior numero di strutture rispondenti sono state l'Emilia Romagna con 15 (20,3%), la Calabria e il Lazio entrambe con 10 strutture (13,5%).

Osservando le risposte delle strutture intervistate, si registra una buona omogeneità strutturale, ovviamente da interpretarsi alla luce del fatto che sono tutte strutture aderenti alla stessa Associazione. Di contro si osserva il permanere di importanti diversità in tema di organico, anche legate alla localizzazione geografica delle strutture.

Ribadendo i caveat legati alla non rappresentatività del campione intervistato, il 32,4% delle strutture dichiara di avere una carenza di personale infermieristico, il 13,5% di Operatori Socio-Sanitari (OSS), i 25,7% di entrambe le figure, mentre il 28,4% dichiara

¹ Presidente nazionale ANASTE

² Presidente ANASTE Lazio

³ C.R.E.A. Sanità

⁴ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

⁵ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

di non avere problemi di carenza di personale.

Analogamente si può apprezzare come sia diversificata l'utenza, sia in termini di caratteristiche socio-economiche degli ospiti delle strutture, che di comorbidità.

In particolare (Tabella 8.8.), nel 23,7% degli utenti in carico è presente una diagnosi di demenza; nel 10,2% di cardiopatia ischemica cronica; nel 8,9% di diabete; nell'8,6% di malattie cerebrovascolari (pregresso ictus / T.I.A.); seguono per incidenza le fratture del femore (6,4%), l'anemia (5,3%), la broncopneumopatia cronica ostruttiva (5,2%), l'insufficienza renale cronica (4,4%), le neoplasie (3,6%) e le infezioni delle vie respiratorie (2,7% del totale). In media l'1,2% degli utenti delle strutture risulta in fase terminale.

Un utente in media è ricoverato per circa 6 mesi; l'84% dei ricoverati ha avuto necessità nel periodo

di un ricovero in strutture ospedaliere, ed il 23,5% è deceduto durante la permanenza in ospedale.

Queste osservazioni rendono conto delle ragioni che fanno sì che l'offerta residenziale sia estremamente variegata; caratteristica che, a sua volta, ha generato una grande disparità di classificazioni a livello regionale.

Non di meno, le differenze nella utenza sono correlate a differenziali di bisogno, che meriterebbero maggiore attenzione sia in termini di definizione dei requisiti strutturali, che di remunerazione dell'assistenza.

Il settore, in qualche modo rimasto ai margini degli investimenti fatti per potenziare l'assistenza territoriale, avrebbe urgente bisogno che si valutasse con maggiore oggettività il bisogno di assistenza, e quindi l'eventuale carenza di offerta.

CAPITOLO 8

Assistenza residenziale

Capurso S.¹, Gasbarri P.², Lo Giudice C.³, Polistena B.⁴, Spandonaro F.⁵

L'assistenza socio-sanitaria di tipo residenziale e semi-residenziale è garantita a diverse categorie di utenti, purché presentino condizioni cliniche tali da rientrare, previa valutazione di un medico, nelle seguenti tipologie:

- malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze)
- malati in fine vita
- persone con disagio mentale
- minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo
- persone con dipendenze patologiche
- persone con disabilità.

I dati su questo importante segmento assistenziale sono carenti, se si escludono alcune informazioni raccolte dall'Istat e dal Ministero della Salute, che peraltro riguardano solo il numero di assistiti e i posti letto nelle strutture, nonché i posti letto in *Hospice*.

Secondo l'annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) i servizi residenziali socio-sanitari italiani dispongono di 265.776 posti letto (p.l.) di cui 212.874 p.l. per anziani che, nel 2022, hanno accolto 302.546 utenti (Ministero della Salute, 2023). I dati Istat riportano invece 267.000 p.l. che hanno ospitato 215.449 anziani non autosufficienti, di cui il 77% con più di 80 anni (Istat, 2023).

Nel complesso, queste e altre analisi sono condizionate dalla carenza di definizioni e di criteri omogenei per la classificazione delle strutture e dei bisogni dei residenti. La stima della dotazione di servizi, della loro tipologia e della diversificazione delle popo-

lazioni presenta quindi elevati margini d'incertezza.

Pur con i caveat espressi, la dotazione italiana di servizi residenziali si stima sia meno di un terzo di quella dei Paesi europei con economia comparabile: nei 26 Paesi dell'Unione Europea nel 2020 erano presenti 3,4 mln. di p.l. in strutture residenziali a diversa complessità. La maggior parte dei Paesi conta fra i 644 e i 1.373 p.l. per 100 mila residenti *over 65*. L'Italia apre invece il gruppo di quelli con una dotazione prossima ai 400 p.l. per 100 mila (Eurostat, 2023).

Secondo il Rapporto del "Patto per un nuovo *Welfare* sulla Non Autosufficienza", la situazione italiana appare critica. Se l'Italia volesse allinearsi alla dotazione media europea dovrebbe pianificare l'apertura di 200 mila nuovi p.l.. Un'ulteriore criticità deriva però dal fatto che, entro i prossimi quarant'anni, le persone *over 65* supereranno i 19 mln., metà dei quali *over 80*. Ne consegue che si dovrebbero aggiungere altri 125 mila nuovi p.l. per mantenere costante la disponibilità rispetto alla popolazione anziana. Certo è che, qualora non fossero realizzati, l'Italia si allontanerà ancora di più dall'Europa e rispetto agli *over 65* la dotazione di p.l. in strutture residenziali scenderà dall'attuale 2,1% all'1,5% e dal 7,0% a meno della metà se rapportata agli *over 80* che rappresentano la popolazione più frequentemente ospitata nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) italiane.

L'Associazione Nazionale Strutture Territoriali per la Terza età (ANASTE), per il secondo anno, ha promosso un sondaggio fra le strutture aderenti, che ha avuto ad oggetto la raccolta di dati sui servi-

¹ Presidente nazionale ANASTE

² Presidente ANASTE Lazio

³ C.R.E.A. Sanità

⁴ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

⁵ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

zi e sull'utenza delle strutture residenziali associate nell'anno 2023.

C.R.E.A. Sanità, in collaborazione con ANASTE, ha ritenuto utile provvedere alla elaborazione dei dati, con la finalità di dare continuità alla analisi già pubblicata sul 19° Rapporto Sanità (vedi Capitolo 8). L'analisi fornisce una descrizione dell'assistenza prestata nelle strutture residenziali intervistate.

Pur consapevoli che il dato desunto proviene da un campione di strutture non rappresentativo in termini strettamente statistici, l'analisi appare di rilievo considerando la scarsità di informazioni routinariamente disponibili su questo segmento assistenziale.

8.1. Risultati

Hanno risposto alla *survey* 74 strutture: il 48% delle strutture invitate dislocate in 13 delle 19 Regioni italiane presso le quali sono presenti strutture associate. Le Regioni con il maggior numero di strutture rispondenti (Tabella 8.1.) sono state l'Emilia Romagna con 15 (20,3%), la Calabria e il Lazio entrambe con 10 strutture (13,5%).

La maggioranza delle strutture che hanno partecipato all'indagine (Tabella 8.2.) si definisce una RSA (47,3%); seguono le Case protette e le Case di riposo (rispettivamente il 14,9% e il 10,8% del totale delle strutture).

In totale le strutture rispondenti dispongono di 4.855 p.l., di cui il 56,4% sono p.l. contrattualizzati con la Regione (ovvero il SSN) e il 38,9% sono p.l. autorizzati al funzionamento senza accreditamento. In media ogni struttura dispone di 65,6 p.l., 37,0 contrattualizzati con la Regione.

In media le strutture partecipanti al sondaggio hanno registrato, nel 2023, un fatturato di € 2,78 mln., di cui il 49,3% (pari a € 1,37 mln.) per il SSN e il 50,1% (pari a € 1,4 mln.) extra SSN.

Una parte della rilevazione ha riguardato caratteristiche delle strutture legate alla loro qualità organizzativa.

Ad esempio, la quasi totalità delle strutture (91,9%) ha predisposto istruzioni operative per la gestione delle emergenze-urgenze; il 77,0% per la

valutazione della Qualità di Vita percepita dagli utenti, il 78,4% utilizza scale standardizzate per definire la priorità di accesso. Nello specifico, il 20,3% utilizza la scala Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'adulto e dell'Anziano (SVAMA), il 14,9% il RUG-VAOR, il 13,5% la SOSIA, l'8,1% la AGED e il 14,9% altre scale (Tabella 8.3.).

Tabella 8.1. Strutture rispondenti per Regione. Composizione del campione

Regione	Valori %
Piemonte	6,8
Lombardia	12,2
Veneto	1,4
Liguria	9,5
Emilia Romagna	20,3
Toscana	10,8
Umbria	2,7
Marche	2,7
Lazio	13,5
Campania	2,7
Calabria	13,5
Sicilia	2,7
Sardegna	1,4

Fonte: *survey* ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 8.2. Distribuzione delle strutture per tipologia

Tipologia struttura	Valori %
Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	47,3
Casa Protetta	14,9
Casa di riposo	10,8
Comunità alloggio	9,5
Casa di riposo medicalizzata	4,1
Residenza protetta	4,1
Altra	9,5

Fonte: *survey* ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Il 47,3% delle strutture aderenti all'indagine utilizza una cartella sanitaria elettronica; un ulteriore 20,3% ha in programma di implementarla.

Il 72,5% delle strutture che hanno partecipato all'indagine utilizza tecnologie digitali per le comunicazioni tra medici, infermieri e operatori inerenti all'attività professionale.

Nella Tabella 8.4. vengono indicati i dispositivi digitali utilizzati per la gestione dei protocolli: l'86,5% utilizza il *Personal Computer* (PC), il 64,9% *Tablet*, il 25,7% *Smartphones* e il 13,5% solo dispositivi mobili.

Per quanto concerne il *comfort* alberghiero, l'82,4% delle strutture che hanno partecipato all'indagine dispone di stanze dotate di bagno interno, l'81,1% di Televisore in camera, il 78,4% sia di impianto di chiamata personale interno che di Wi-Fi, il 70,3% di climatizzazione e il 37,8% di telefono (Figura 8.1.).

Tabella 8.3. Scale di valutazione utilizzate per definire la priorità di accesso

Scale	Valori %
RUG-VAOR	14,9
SVAMA	20,3
AGED	8,1
SOSIA	13,5
AGIR	0,0
Nessuno	28,4
Altro	14,9

Fonte: survey ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 8.4. Dispositivi digitali utilizzati per la gestione dei protocolli

Dispositivi digitali	Valori %
PC	86,5
Tablet	64,9
Smartphones	25,7
Solo dispositivi mobili	13,5

Fonte: survey ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Stratificando per ripartizione geografica, nel Nord sono il 75,7% le strutture che dispongono di TV in camera vs il 90,9% nel Centro e l'80,0% nel Sud; il telefono in camera è disponibile nel 29,7% delle strutture del Nord, e in oltre il 40,9% di quelle del Centro e nel 53,3% di quelle del Sud; l'impianto di chiamata personale interno è disponibile nel 78,4% delle strutture del Nord, nel 95,5% di quelle del Centro e nel 53,3% di quelle del Sud; l'impianto di climatizzazione è presente nel 59,5% delle strutture del Nord, nel 72,7% di quelle del Centro e nel 93,3% di quelle del Sud; il bagno privato è presente in oltre l'80% delle strutture in tutte le ripartizioni; infine il Wi-Fi è presente nel 78,4% delle strutture del Nord, nell'86,4% di quelle del Centro e nel 66,7% in quelle del Sud (Tabella 8.5.).

Figura 8.1. Dotazioni delle camere

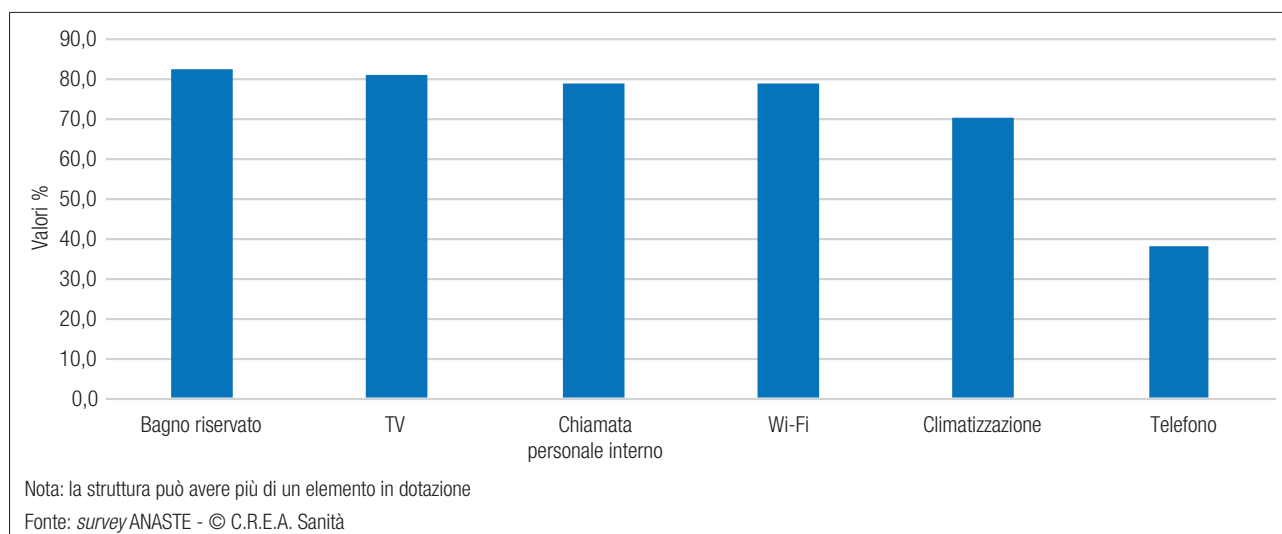


Tabella 8.5. Dotazioni delle camere per ripartizione geografica. Valori %

Dotazione camere	Nord	Centro	Sud
Bagno riservato	81,1	81,8	86,7
TV	75,7	90,9	80,0
Chiamata personale interno	78,4	95,5	53,3
Wi-Fi	78,4	86,4	66,7
Climatizzazione	59,5	72,7	93,3
Telefono	29,7	40,9	53,3

Nota: la struttura può avere più di un elemento in dotazione

Fonte: survey ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Inoltre, guardando ai servizi non sanitari forniti agli utenti, il 79,7% delle strutture offre ai propri assistiti servizi di manicure e il 98,6% il parrucchiere; l'85,1% offre, inoltre, i servizi del podologo; il 14,9% delle strutture offre anche la possibilità di avere un servizio di massaggi.

La quasi totalità delle strutture (oltre l'85%) dispone di una infermeria, oltre che soggiorno, tv nell'area comune, bagno assistito (protetto), parco giardino, lavanderia e sala *hobby* e attività (Figura 8.2.); tra il 70% e il 76% delle strutture dispone di uno spazio per l'attività fisica, di una palestra attrezzata e della camera mortuaria. Leggermente meno frequente è

la presenza (67,6% delle strutture) di un ristorante, di una terrazza e di una cappella, di una biblioteca e di un ambulatorio (circa il 60% delle strutture) e di un bar (30%).

Tabella 8.6. Dotazioni comuni delle strutture per ripartizione geografica. Valori %

Aree comuni	Nord	Centro	Sud e Isole
TV	100,0	100,0	100,0
Infermeria	94,6	95,5	93,3
Parco/giardino	94,6	100,0	73,3
Bagni protetti	86,5	90,9	93,3
Lavanderia	89,2	86,4	86,7
Sala <i>Hobby</i> e attività	78,4	90,2	86,7
Spazio per attività fisica	75,7	81,8	66,7
Palestra attrezzata	81,1	72,7	60,0
Camera mortuaria	73,0	68,2	73,3
Ristorante	64,9	68,2	73,3
Terrazza	59,5	68,2	53,3
Cappella	59,5	54,5	66,7
Biblioteca	62,2	63,6	46,7
Ambulatorio	54,1	59,1	73,3
Bar	27,0	31,8	33,3

Nota: la struttura può avere più di un elemento in dotazione

Fonte: survey ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

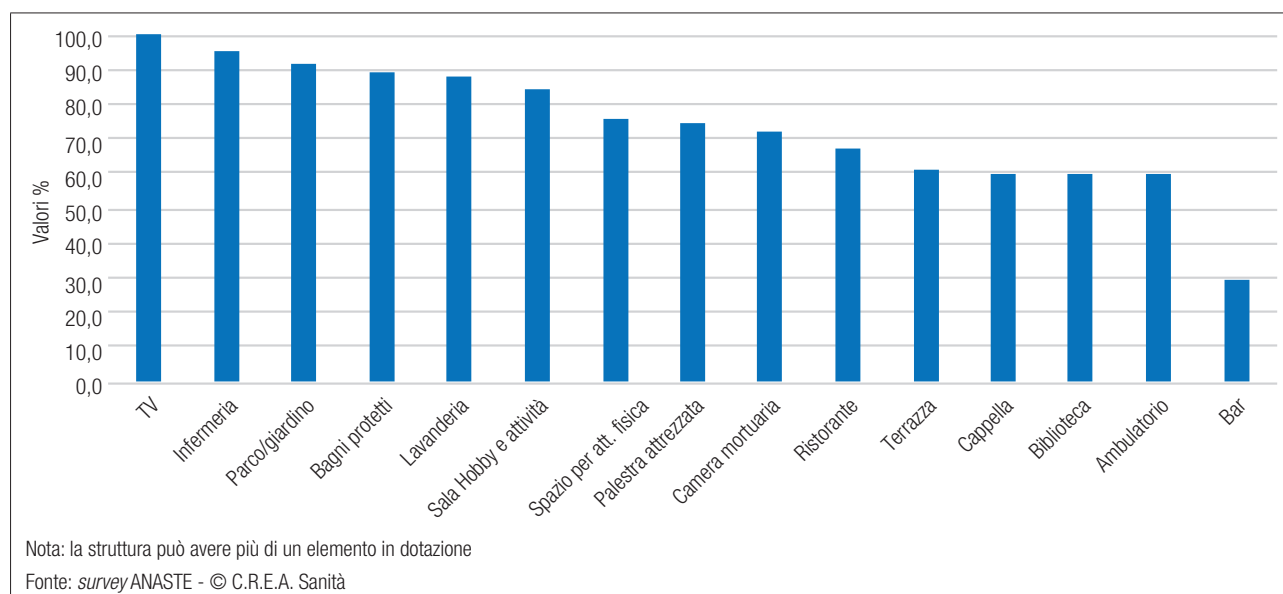
Figura 8.2. Aree comuni disponibili nelle strutture

Figura 8.3. Distribuzione delle camere per p. l.

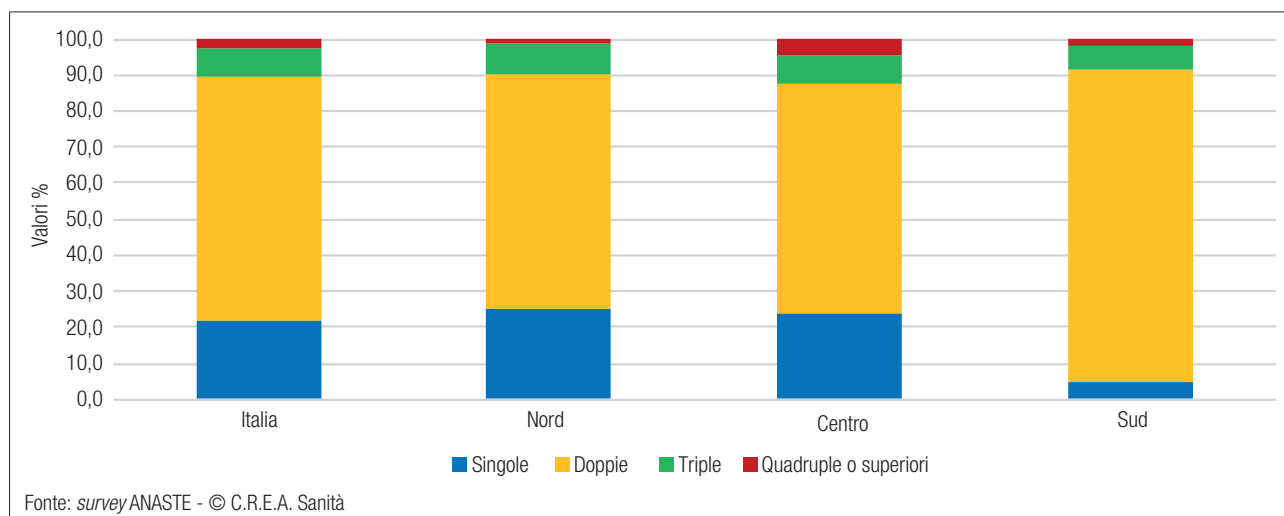


Tabella 8.7. Distribuzione degli utenti per titolo di studio. Valori %

Titolo di studio	Italia	Nord	Centro	Sud
Laurea o superiore	6,2	7,2	5,0	4,5
Scuola superiore	18,7	21,2	15,5	15,8
Scuola media	24,4	29,8	13,9	25,8
Scuola elementare	29,2	32,4	20,6	35,2
Senza titolo di studio	5,3	3,4	4,2	15,0
Valori mancanti	16,2	5,9	40,8	3,6

Fonte: survey ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Nella Tabella 8.6. è possibile apprezzare le differenze in termini di dotazioni comuni delle strutture nelle diverse ripartizioni.

Sempre connesso al *comfort* si osserva come la netta maggioranza delle stanze sia doppia (67,4%): le stanze singole sono il 22,1%, mentre sono l'8,0% le triple; nel restante 2,5% si tratta di stanze che ospitano oltre 3 persone.

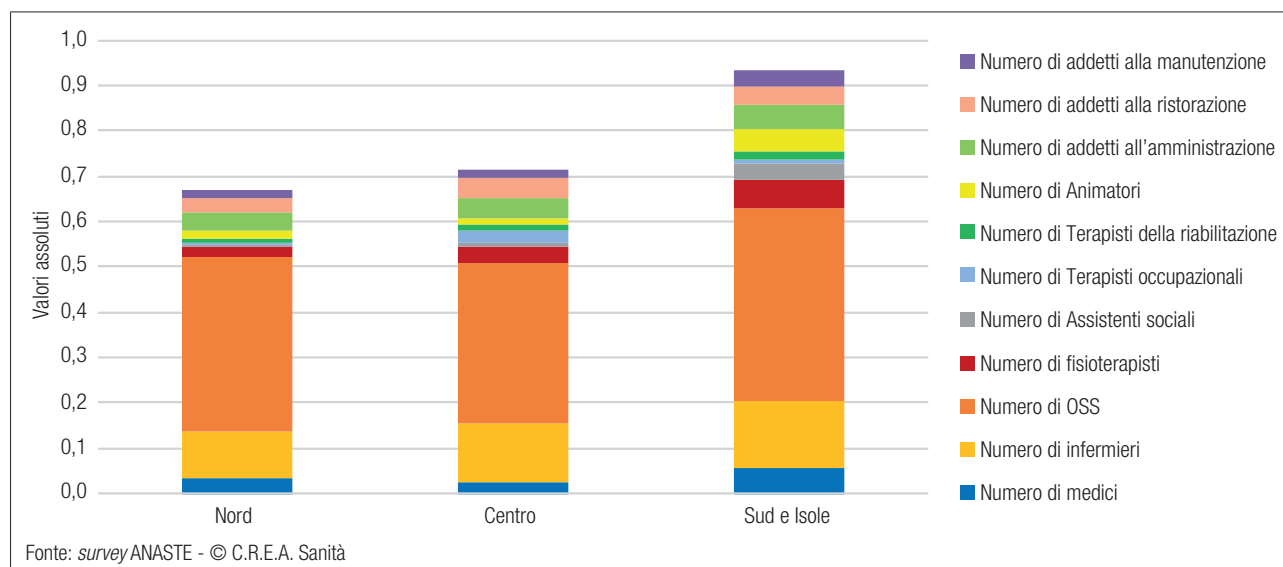
Osservando il dato per ripartizione emerge come al Sud la quota di camere singole sia nettamente inferiore rispetto alle altre ripartizioni: 25,3% al Nord, 24,1% al Centro e 4,7% al Sud a fronte di una quota maggiore di camere doppie.

Tabella 8.8. Composizione ricoverati per patologie

Patologie	Media	Min	Max	Composizione %
Demenza	27,0	0,00	1,00	23,7
Altre patologie	19,0	0,00	1,01	16,3
Cardiopatia ischemica cronica	12,0	0,00	0,83	10,2
Diabete	10,0	0,00	0,50	8,9
Malattie cerebrovascolari, (pregresso ictus / T.I.A.)	10,0	0,00	0,92	8,6
Frattura del femore pregressa	7,0	0,00	0,50	6,4
Anemia	6,0	0,00	0,60	5,3
Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	6,0	0,00	0,43	5,2
Scompenso cronico congestizio	5,0	0,00	0,71	4,8
Insufficienza renale cronica	5,0	0,00	0,52	4,4
Neoplasie	4,0	0,00	0,51	3,6
Infezioni vie respiratorie	3,0	0,00	0,32	2,7

Fonte: survey ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Figura 8.3. Personale per p. l.



Il tasso di occupazione dei posti letto supera l'96%. Sono in media 20 gli utenti in lista di attesa per un totale di 1.473 utenti (pari al circa il 30% dei p.l. disponibili) e solo 0,4 i p.l. disponibili. (Tabella 8.10.).

Per quanto concerne il personale, nelle strutture analizzate sono, in media, presenti 25,5 Operatori Socio-Sanitari (OSS), pari a 0,194 per p.l.; 7,8 infermieri (0,059 per p.l.); 2,3 medici (0,018 per p.l.); 2,2 fisioterapisti (0,017 per p.l.), 0,8 terapisti occupazionali (0,006 per p.l.), 0,6 terapisti di riabilitazione

(0,005 per p.l.), 0,6 assistenti sociali (0,005 per p.l.); 2,6 unità di personale amministrativo (0,020 per p.l.) (Tabella 8.9.). Le differenze tra le strutture appaiono considerevoli: ad esempio per gli OSS si passa da un minimo 0,143 OSS per p.l. ad un massimo di 1,107, per gli infermieri da un minimo di 0,000 unità per p.l. ad un massimo di 0,400, alcune strutture non hanno personale medico interno mentre in altre sono presente 0,267 unità per p.l..

Tabella 8.9. Personale operante nelle strutture

Personale	Media	Min per p.l.	Max per p.l.	Per p.l.
Numero di medici	2,3	0,000	0,267	0,018
Numero di infermieri	7,8	0,000	0,400	0,059
Numero di OSS	25,5	0,143	1,107	0,194
Numero di fisioterapisti	2,2	0,000	0,250	0,017
Numero di Assistenti sociali	0,6	0,000	0,182	0,005
Numero di Terapisti occupazionali	0,8	0,000	0,167	0,006
Numero di Terapisti della riabilitazione	0,6	0,000	0,300	0,005
Numero di Animatori	1,6	0,000	0,143	0,012
Numero di addetti all'amministrazione	2,6	0,000	0,214	0,020
Numero di addetti alla ristorazione	2,6	0,000	0,200	0,020
Numero di addetti alla manutenzione	1,4	0,000	0,182	0,011

Fonte: survey ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 8.10. Tassi di utilizzo

Voci	Mean
Tasso utilizzo dei posti letto	96,3
Numero totale di posti letto disponibili alla data di riferimento	0,4
Numero di utenti in lista di attesa alla data di riferimento	19,9

Fonte: survey ANASTE - © C.R.E.A. Sanità

Ricordando i caveat legati alla non rappresentatività del campione intervistato, possiamo osservare come ci sia una maggiore presenza di personale per p.l. nelle strutture del Sud rispetto alle altre ripartizioni (Figura 8.3.).

Il 32,4% delle strutture, inoltre, dichiara di avere una carenza di personale infermieristico, il 13,5% di OSS, i 25,7% di entrambe le figure mentre il restante 28,4% dichiara di non avere problemi di carenza di personale.

Per quel che concerne gli assistiti si osserva una netta maggioranza di donne che rappresentano il 70,9% degli ospiti (con età media di 81 anni) vs il 29,1% di uomini, con una età media pari a 76 anni.

Il 29,2% degli ospiti delle residenze sono in possesso del titolo di scuola elementare, il 24,4% di quello di scuola media, il 18,7% di quello di scuola superiore, il 6,2% della laurea ed il restante 5,3% di nessun titolo di studio (Tabella 8.7.).

Al Nord la quota dei residenti Laureati è maggiore rispetto al Centro e Sud (rispettivamente 7,2%, 5,0% e 4,5%) così come quella di residenti con titolo di studio di scuola superiore (21,2% al Nord, 15,5% al Centro e 15,8% al Sud); viceversa coloro che possiedono il titolo di scuola elementare o che non hanno titolo di studio sono maggiori al Sud del Paese: 35,2% al Sud vs 32,4% al Nord e 15,0% al Sud vs 3,4% al Nord.

Passando all'analisi delle caratteristiche cliniche dell'utenza, emerge come nel 23,7% dei casi sia presente una diagnosi di demenza (in media 27 ospiti per struttura); nel 10,2% di cardiopatia ischemica cronica (in media 12 ospiti); nel 8,9% (in media 10 ospiti) di diabete; nell'8,6% (in media 10 ospiti) di malattie cerebrovascolari (pregresso ictus /

T.I.A.); seguono per incidenza le fratture del femore (6,4%), l'anemia (5,3%), la broncopneumopatia cronica ostruttiva (5,2%), l'insufficienza renale cronica (4,4%), le neoplasie (3,6%) e le infezioni delle vie respiratorie (2,7% del totale) (Tabella 8.7.). In media l'1,2% degli utenti delle strutture risulta in fase terminale.

La degenza media dei pazienti ricoverati nell'anno 2023 è pari a circa sei mesi, durante i quali, l'84% circa hanno avuto necessità di un ricovero ed il 23,5% è deceduto durante la permanenza in ospedale.

8.2. Riflessioni finali

L'analisi, pur non potendo giungere a considerazioni conclusive, fornisce tuttavia utili elementi di analisi.

Da una parte, osservando le risposte delle strutture intervistate se ne registra una buona omogeneità strutturale, ovviamente da interpretarsi alla luce del fatto che sono tutte strutture aderenti alla stessa Associazione.

Di contro si osserva anche il permanere di importanti diversità in tema di organico, anche legate alla localizzazione geografica delle strutture. Analogamente si può apprezzare come sia diversificata la domanda, sia in termini di caratteristiche socio-economiche, che di comorbidità presenti negli ospiti delle strutture.

Queste osservazioni rendono conto delle ragioni che fanno sì che l'offerta residenziale sia estremamente variegata; caratteristica che, a sua volta, ha generato una grande disparità di classificazioni a livello regionale.

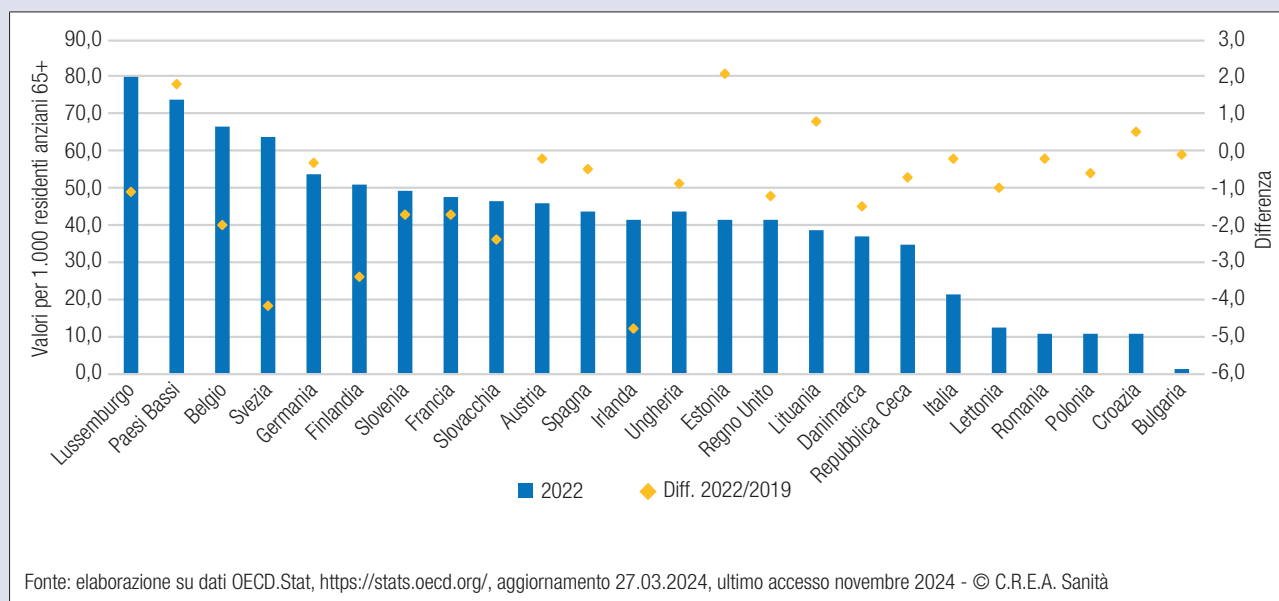
Non di meno, le differenze nella utenza sono correlate a differenziali di bisogno, che meriterebbero maggiore attenzione sia in termini di definizione dei requisiti strutturali, che di remunerazione dell'assistenza.

Il settore, in qualche modo rimasto ai margini degli investimenti fatti per potenziare l'assistenza territoriale, avrebbe urgente bisogno che si valutasse con maggiore oggettività il bisogno di assistenza, e quindi l'eventuale carenza di offerta.

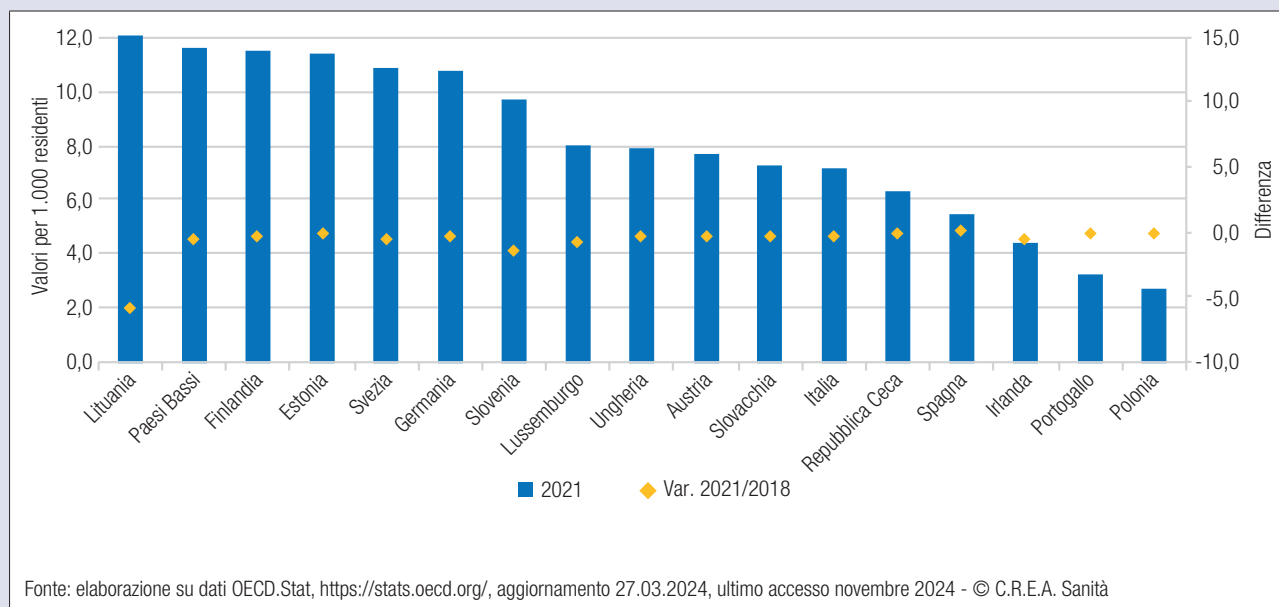
A tal fine appare propedeutica una ridefinizione generale degli *standard* che regolano il riconoscimento degli accreditamenti, specializzando le strutture in base all'intensità dell'assistenza fornita ed alla tipologia clinica dell'utenza; recuperare una omogeneità a livello nazionale nella classificazione delle strutture, ma anche un potenziamento dei flussi informativi, sono condizioni necessarie e improcrastinabili per poter implementare un sistema efficace di monitoraggio del settore, finalizzato a supportarne la programmazione e la valutazione delle *Performance*.

Riferimenti bibliografici

- Annuario Ministero della Salute, anni vari
- Eurostat, 2023
- Istat, anni vari
- Patto per un nuovo welfare sulla Nono Autosufficienza, La riforma sulla assistenza agli anziani non autosufficienti. Anno 2024

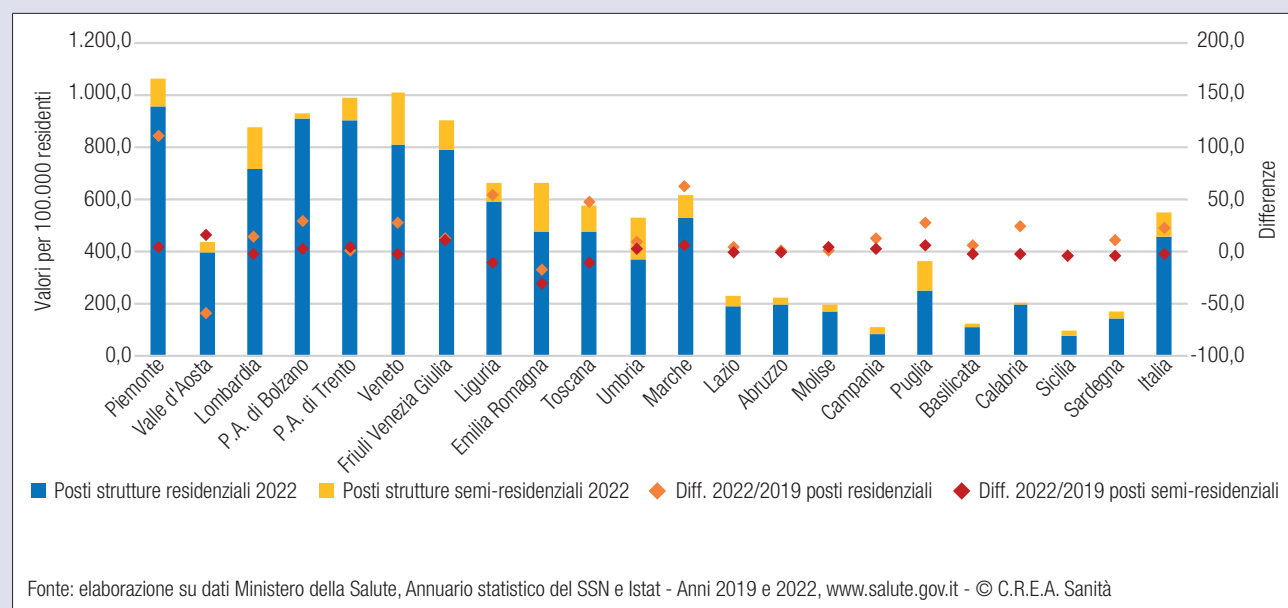
KI 8.1. Posti letto in strutture residenziali per *Long Term Care* in Europa

In Italia, nel 2022, i posti letto nelle strutture residenziali che forniscono *Long Term Care* sono 21,3 per 1.000 residenti anziani (*over 65*), in leggera riduzione (-0,2) rispetto al 2019, ma stabili rispetto al 2021; in Europa, tra i Paesi di cui si dispone del dato, solo Lettonia (12,4), Romania (10,9), Polonia (10,7), Croazia (10,7) e Bulgaria (1,2) hanno valori inferiori. La maggiore disponibilità di posti si registra in Lussemburgo (79,7 per 1.000 residenti anziani), seguito da Paesi Bassi e Belgio (rispettivamente, 73,9 e 66,8 posti letto). Solo quattro Paesi registrano un incremento rispetto al 2019: Paesi Bassi (+1,8%), Estonia (+2,1%), Lituania (+0,8%) e Croazia (+0,5%).

KI 8.2. Assistenti in strutture residenziali per *Long Term Care* in Europa

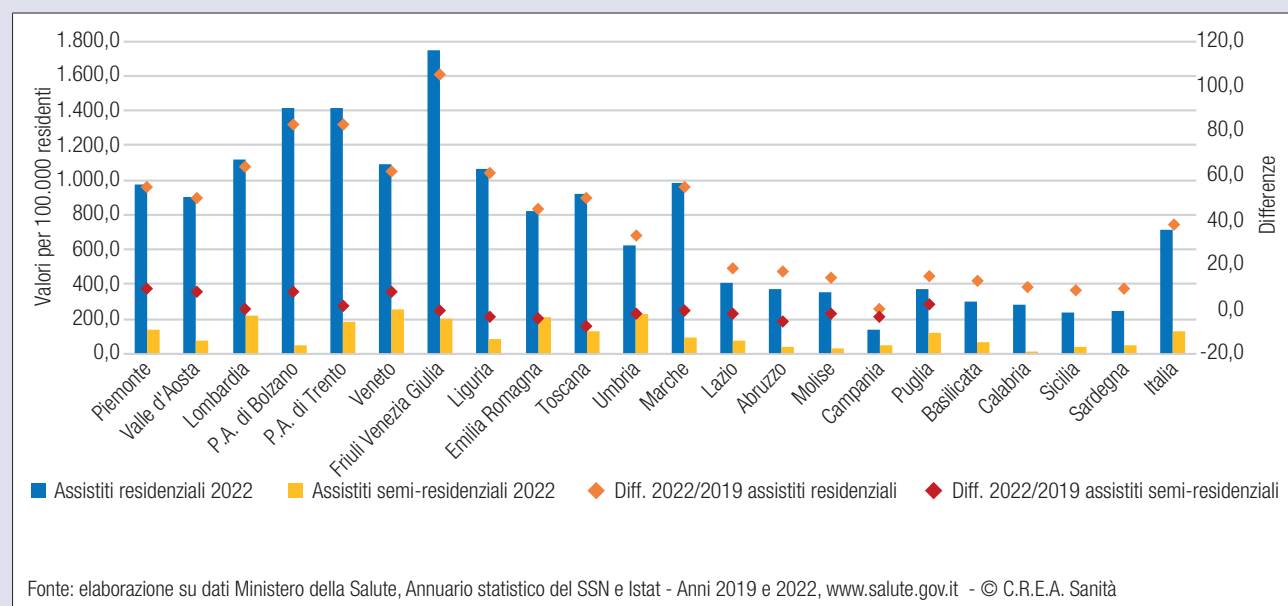
In Italia, nel 2021, nelle strutture residenziali che erogano *Long Term Care* vengono assistite 7,2 persone ogni 1.000 residenti (-0,4 rispetto al 2019). In Europa, tra i Paesi di cui si dispone del dato, il valore più alto lo registra in Lituania (34,1 assistiti per 1.000 residenti); seguono i Paesi Bassi (11,6) e la Finlandia (11,5). Il valore più basso si osserva in Lettonia e Polonia (rispettivamente, 2,4 e 2,7 per 1.000 residenti). Rispetto al 2019 in nessun Paese si registra un incremento mentre la riduzione massima si osserva in Lituania (-5,8).

KI 8.3. Posti in strutture residenziali e semi-residenziali (pubbliche e private accreditate) per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

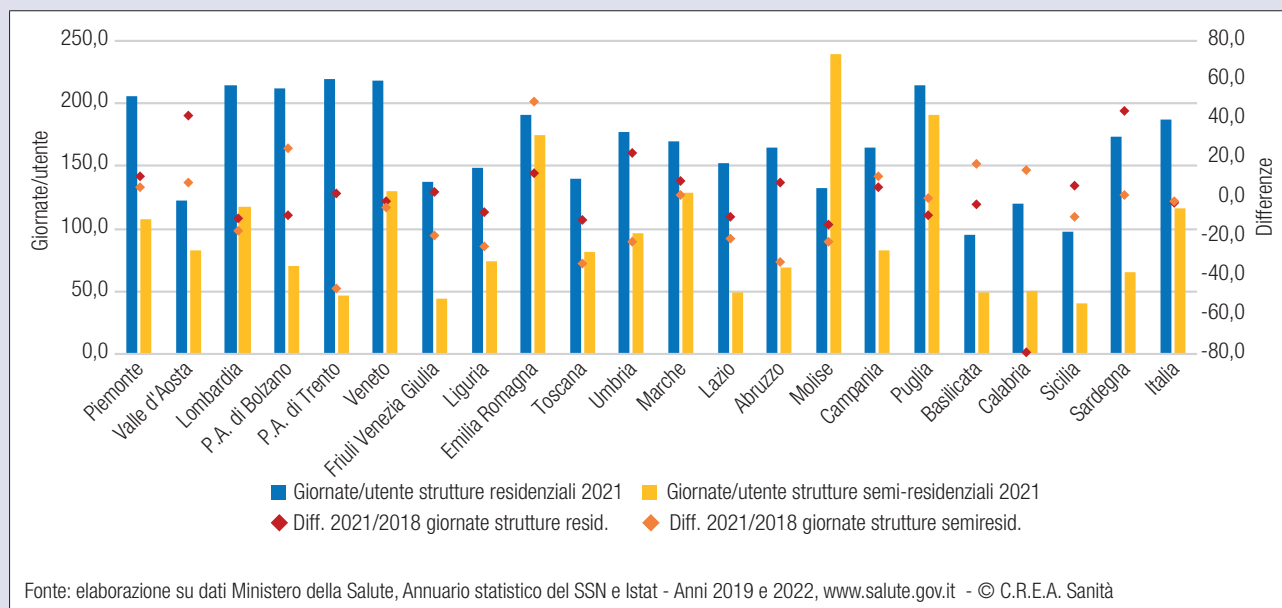


Nel 2022, in Italia sono mediamente attivi 454 posti in strutture residenziali ogni 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Sicilia (81), il più alto in Piemonte (954). Rispetto al 2019, si osserva il massimo incremento dei posti in Piemonte (+111,2 posti per 100.000 residenti). Il massimo decremento in Valle d'Aosta (-58,8). Nelle strutture semi-residenziali si registrano 99 posti per 100.000 residenti, con il valore più basso in Calabria (6) e il più alto in Veneto (205). Il massimo incremento si ha in Valle d'Aosta (+16,7), la massima diminuzione in Calabria (-28,9).

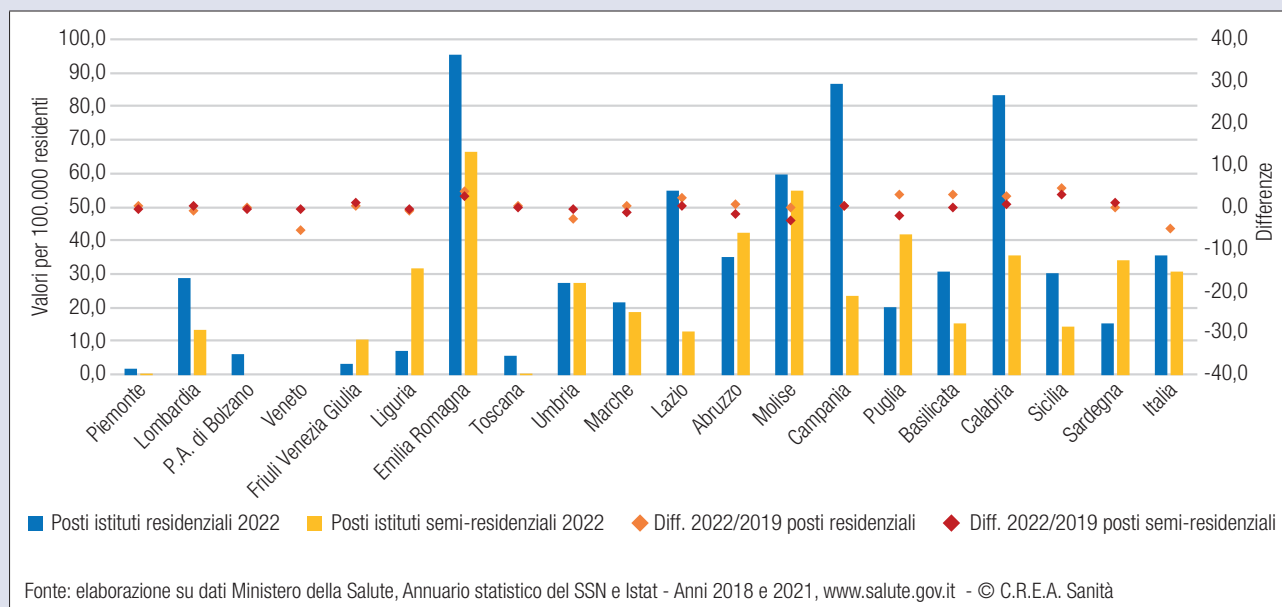
KI 8.4 Assistiti in strutture residenziali e semi-residenziali (pubbliche e private accreditate) per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria



Nel 2022, in Italia sono stati assistiti 715 utenti ogni 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Campania (139), il più alto in Friuli Venezia Giulia (1.752). Rispetto al 2019, il massimo incremento (+1.763,0 ogni 100.000 residenti) si registra in Friuli Venezia Giulia, il minimo incremento in Campania (120,4). Nelle strutture semi-residenziali sono stati assistiti 130 utenti ogni 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Calabria (14), il più alto in Veneto (251). Rispetto al 2019, il massimo incremento (+260,5) si registra in Veneto, il decremento più consistente in Molise (-8,3).

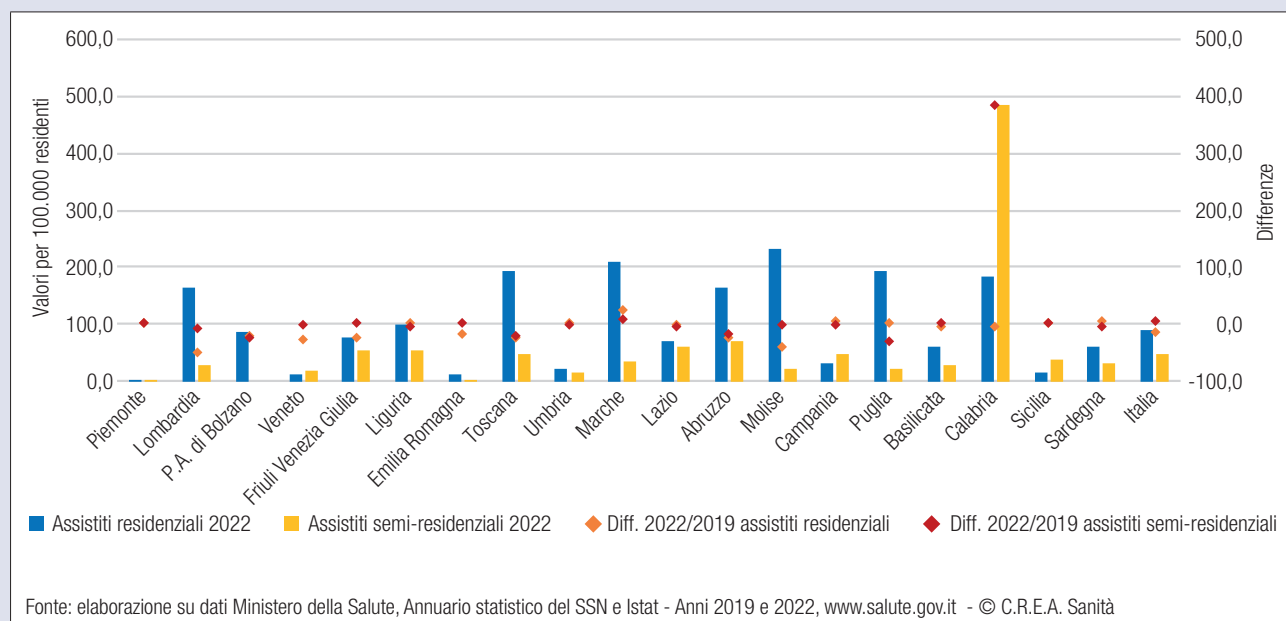
KI 8.5. Giornate di assistenza erogate in strutture residenziali e semi-residenziali (pubbliche e private accreditate) per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria


Nel 2021, in Italia, nelle strutture residenziali sono state erogate 187 giornate per utente, con una differenza regionale che va da 95 in Basilicata a 220 nella P.A. di Trento. Rispetto al 2018, il massimo incremento (44,0 giornate per utente) si registra in Sardegna; il decremento più consistente in Calabria (-78,9). Le giornate per utente nelle strutture semi-residenziali sono 116: si va da 41 in Sicilia a 239 in Molise. Il maggior incremento si registra in Emilia Romagna (+49,0), il massimo decremento (-46,4) nella P.A. di Trento.

KI 8.6. Posti in Istituti o Centri di riabilitazione (pubblici e privati accreditati)


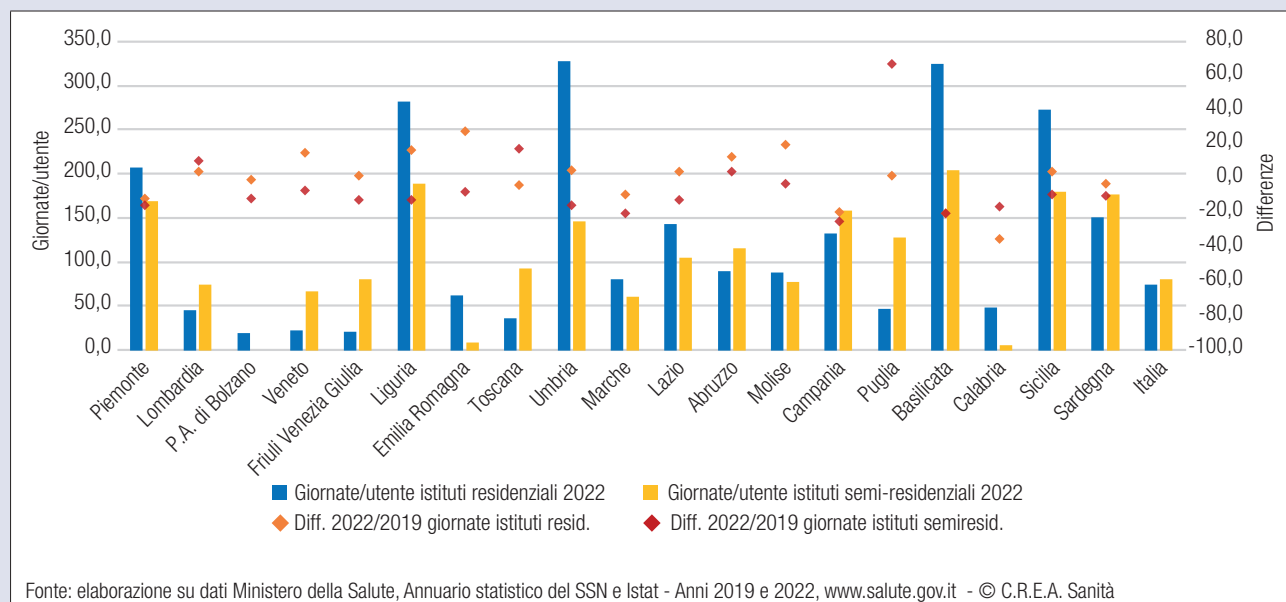
Nel 2022, in Italia, si registrano 25 posti in Istituti o Centri di riabilitazione residenziali ogni 100.000 residenti: il valore più basso si registra in Veneto (3,1), il più alto in Liguria (95,1). Rispetto al 2019, il maggiore aumento di posti per 100.000 abitanti si registra in Sicilia (+4,6); la maggiore diminuzione in Veneto (-5,5). Negli Istituti semi-residenziali la dotazione media è di 23 posti ogni 100.000 residenti: il valore più basso si registra in Emilia Romagna (0,3), il più alto in Liguria (66,7). L'aumento maggiore si registra in Sicilia (+3,0) e la diminuzione in Sardegna (-17,7).

KI 8.7. Assistiti in Istituti o Centri di riabilitazione (pubblici e privati accreditati)



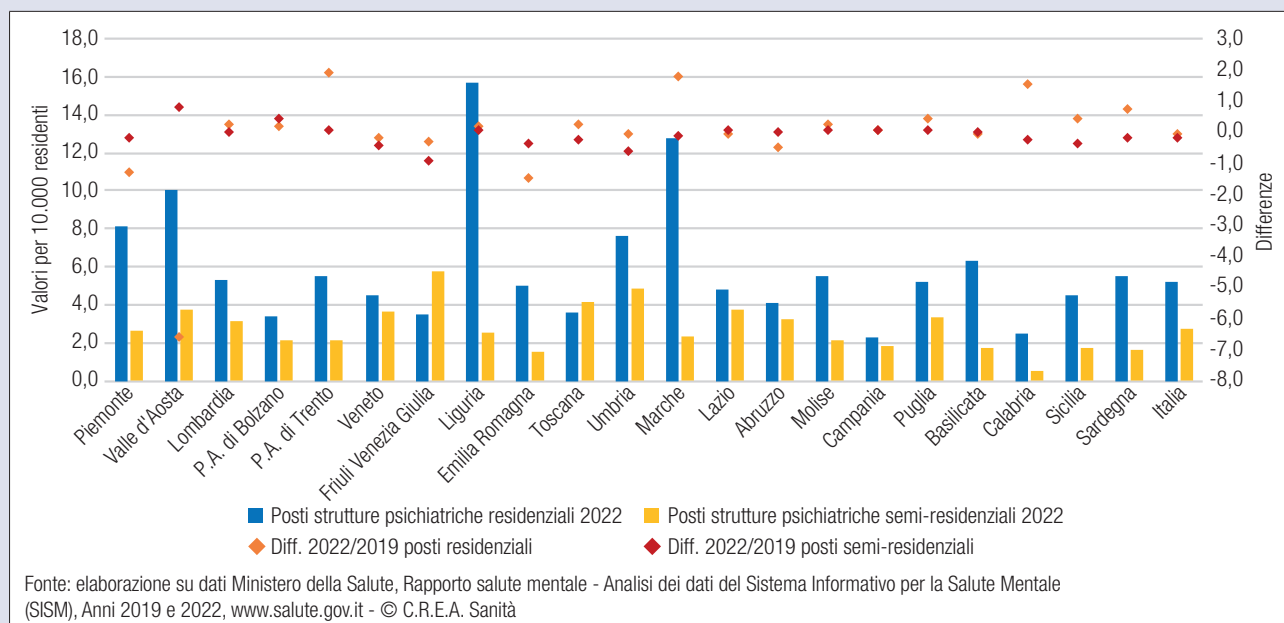
Nel 2022, in Italia, sono 90 gli assistiti ogni 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Piemonte (3), il più alto in Molise (234). Rispetto al 2019, l'aumento massimo si registra nelle Marche (22,5), la maggiore diminuzione in Valle d'Aosta (-51,8). Negli Istituti semi-residenziali, il dato nazionale è pari a circa 47 assistiti per 100.000 residenti: il valore più basso ancora in Piemonte (0,3), il più alto in Calabria (485). L'aumento massimo si registra in Calabria (+382,4), quello minimo in Puglia (-30,8).

KI 8.8. Giornate di assistenza erogate in Istituti o Centri di riabilitazione (pubblici e privati accreditati)



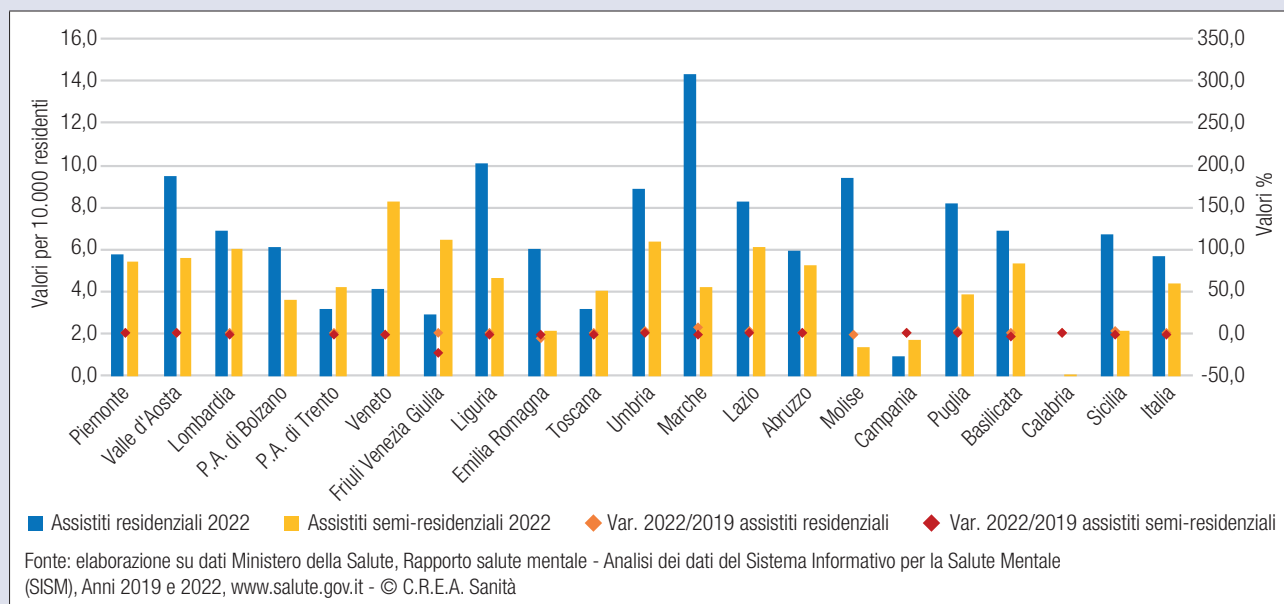
Nel 2022, in Italia, negli Istituti e Centri di riabilitazione residenziali sono state erogate 74 giornate per utente, con una differenza regionale che va da 20 nella P.A. di Bolzano a 344 in Basilicata. Rispetto al 2019, le giornate/utente negli Istituti residenziali registrano il massimo incremento (+27,0) in Emilia Romagna e il decremento più consistente in Calabria (-35,8). Le giornate per utente negli Istituti semi-residenziali sono 81: si va da 12 nella P.A. di Bolzano a 225 in Basilicata. Rispetto al 2019, il maggior incremento (+66,9) si registra in Puglia e il massimo decremento (-25,7) in Campania.

KI 8.9. Posti in strutture psichiatriche (pubbliche e private accreditate)



Nel 2022, in Italia, si registrano 25.964 posti (5,2 per 10.000 residenti, -0,9% rispetto al 2019) in strutture psichiatriche residenziali attive, con tassi che vanno da 2,3 per 10.000 residenti in Campania a 15,7 in Liguria. Rispetto al 2019, il massimo incremento di posti per 10.000 residenti (1,9) si registra nella P.A. di Bolzano e il decremento più consistente in Valle d'Aosta (-6,6). Nel 2022, i posti in strutture semi-residenziali sono pari a 2,9 per 10.000 residenti, variando da 0,5 in Calabria a 5,8 in Friuli Venezia Giulia. Rispetto al 2019, l'incremento maggiore si registra in Valle d'Aosta (+0,8), la diminuzione in Friuli Venezia Giulia (-0,9).

KI 8.10. Assistiti presenti in strutture psichiatriche (pubbliche e private accreditate)



Nel 2022, in Italia, gli utenti in cura presso strutture psichiatriche residenziali sono 5,7 ogni 10.000 residenti, con tassi che vanno dallo 0,9 in Campania ai 14,3 nelle Marche. Rispetto al 2019, la maggiore diminuzione si registra in Emilia Romagna (-6,4 per 10.000 residenti); l'incremento maggiore nelle Marche (+6,0). Gli assistiti in strutture psichiatriche semi-residenziali sono pari a 4,4 per 10.000 residenti; i tassi vanno da 0,1 in Calabria a 8,3 in Veneto. Rispetto al 2019, il massimo decremento si registra in Friuli Venezia Giulia (-23,3) e il massimo incremento in Umbria (+0,9).



Assistenza specialistica ambulatoriale

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 9

Assistenza specialistica ambulatoriale

Spandonaro F.¹, Verneau F.²

Il contributo analizza le evidenze disponibili in tema di attività e spesa relativa alla assistenza specialistica ambulatoriale.

Le informazioni sono carenti, sia in termini di tempestivo aggiornamento dei dati di attività, sia in tema di rapporto fra offerta e bisogni della popolazione; altresì rimangono carenti alcune informazioni essenziali per ricostruire in modo preciso gli oneri complessivi per questo segmento assistenziale.

In particolare, è stata analizzata la struttura dell'offerta, tentando di fornire qualche elemento suggestivo sia dei livelli di frammentazione che la contraddistinguono, sia del *trade-off* fra esigenza di garantire una risposta in prossimità della formazione dei bisogni e di perseguire economie di scala per efficientare i costi di erogazione. A seguire è stata analizzata la domanda di prestazioni, per la componente che ha avuto accesso all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), fornendo qualche spunto di riflessione sull'andamento del riassetto dei volumi di attività dopo il "crollo" dovuto alla pandemia. Infine, si è provveduto a stimare gli oneri economici connessi alla specialistica ambulatoriale, sia sul versante del SSN, che di quello extra-SSN, distinguendo fra attività delle strutture pubbliche e private.

Per quanto concerne l'offerta, nel 2022 (ultimo anno disponibile), a livello nazionale si contano 9.085 strutture ambulatoriali (compresi i laboratori di analisi), numero in diminuzione (2,0%) nell'ultimo decennio (2012-2022).

Il 59,1% delle strutture sono private, e la loro incidenza è in crescita di +0,3 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2012; l'82,7% delle strutture è extra-ospedaliera (-0,5 p.p.).

Per fornire una valutazione della frammentazione del settore, pur tenendo conto che una struttura può erogare prestazioni di diverse branche, è stato elaborato l'indicatore del numero medio di prestazioni per struttura: per quanto concerne i laboratori, a livello nazionale il numero medio è pari a 308.332 analisi per struttura, valore che, pur in crescita (+15,2%) nel decennio 2012-2022, si attesta sui minimi previsti per l'accreditamento dalla normativa nazionale.

Nel Nord il numero medio di prestazioni risulta quasi triplo che nel Mezzogiorno.

Per quanto concerne la diagnostica, a livello nazionale si erogano in media 18.619 prestazioni, valore in diminuzione del -7,3% nel decennio 2012-2022; nel Nord il numero medio di prestazioni risulta circa doppio che nelle Isole.

Per quanto concerne le prestazioni cliniche (visite), a livello nazionale si erogano in media 28.554 prestazioni, valore in diminuzione del -18,7% nel decennio 2012-2022; nel Nord-Ovest il numero medio di prestazioni risulta 3,5 volte maggiore che nelle Isole.

In carenza di disponibilità di una georeferenziazione delle strutture messa in relazione con la concentrazione della popolazione sul territorio, che sarebbe necessaria per calcolare in modo oggettivo le condizioni di accesso alle strutture, ci si deve limitare ad osservare che, a livello nazionale, sono attive 30,1 strutture ogni Km², valore leggermente diminuito (-2,0%) nel decennio 2012-2022; il Nord sembra meno "coperto" con 21,3 strutture ambulatoriali per Km²; diventano 30,1 nel Centro e 38,5 nel Meridione. Ogni struttura serve in media 6.509 residenti, valore leggermente aumentato (+0,4%) nel decennio 2012-

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

² C.R.E.A. Sanità

2022; nel Nord il bacino di utenza medio è pari a 10.686 residenti; diventano 6.721 nel Centro e 4.183 nel Meridione, seguendo l'evidente gradiente dimensionale Sud-Nord.

Per quanto concerne l'attività svolta, le analisi di laboratorio, nel 2022 hanno numericamente superato, (+7,7%), quelle erogate nel 2019, prima del calo dovuto alla pandemia. Fa peraltro eccezione il Sud nel quale rimane un *gap* non colmato del -1,8%.

Il I semestre 2023 vede un ulteriore aumento del 5,3%, quindi il "recupero" rispetto ai livelli pre-pandemici sembra essere ormai acquisito.

Di contro tutte le altre branche rimangono ancora sotto i livelli del 2019: la diagnostica del -8,4%, le visite del -13,8%, le prestazioni terapeutiche del -5,8 e quelle riabilitative del -13,6%. Aumentano solo i pacchetti di prestazioni (PAC), peraltro sviluppati solo in alcune Regioni (+2,7%).

Il *gap* rispetto al 2019 per la diagnostica è nel Meridione quasi doppio (-10,3%) rispetto a quello del Nord (-6,9%); peraltro anche il Centro rimane al -9,4%.

Analogamente, per le visite il *gap* è del -12,6% nel Nord e del -19,7 nel Sud: per le visite il *gap* si è ridotto maggiormente nel Centro (-8,9%).

Sebbene, come argomentato nel Rapporto C.R.E.A. Sanità degli anni 2022 e 2023, le riduzioni delle prestazioni durante la pandemia sembrassero correlate positivamente con i livelli di prestazioni erogate, tanto da far supporre che si fosse innescato un processo di selezione delle priorità assistenziali capace di ridurre le prestazioni inappropriate, la relazione statistica fra i livelli di erogazione pro-capite del 2022 e del 2019, sembrerebbe debba far protendere per una tendenza a riassetare i volumi di erogazione sui livelli pre-pandemici. Anzi, semmai sembra aumentare la variabilità regionale: ad esempio, il *range* per le analisi si allarga, con un rapporto fra le Regioni che erogano il livello massimo e minimo di prestazioni pro-capite, che passa da 2,0 volte a 2,5 volte. Analogamente per quanto concerne le prestazioni di diagnostica si registra una correlazione positiva e la variazione fra i valori estremi si allarga, passando da 1,9 volte a 2,3.

Il dato si conferma anche per le visite evidenziandosi una "regressione" verso i valori di partenza

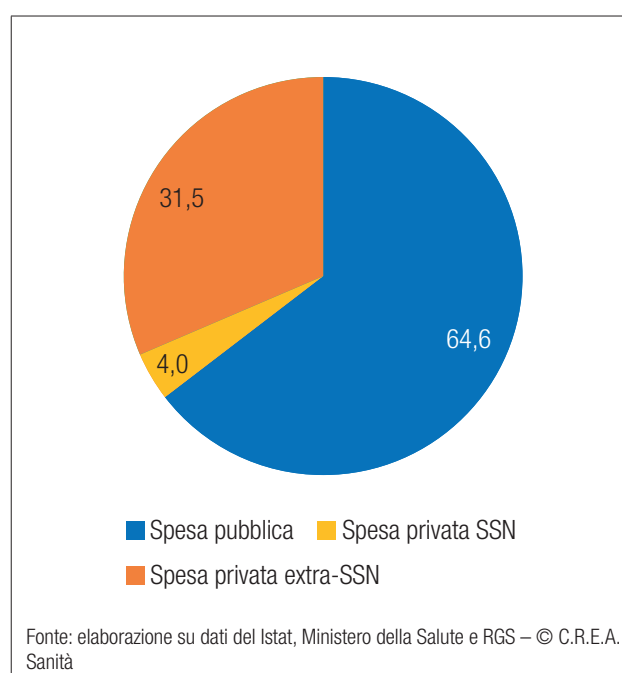
Infine, si è tentato di ricostruire il valore della spesa sostenuta per la assistenza specialistica ambulatoriale.

Pur con la cautela dovuta alla necessità di fare alcune assunzioni in carenza di dati certi, le stime elaborate portano a concludere che la spesa nazionale per specialistica ambulatoriale sia nell'ordine di € 31,7 mld. (risultando così la seconda voce di spesa dopo quella per l'assistenza ospedaliera), di cui il 64,6% pubblica (€ 20,5 mld.), il 4,0% privata SSN (€ 1,3 mld.) e il restante 31,5% extra-SSN (€ 10,0 mld.).

Osservando il fenomeno per struttura di erogazione, il 55,0% della spesa atterrebbe a erogazioni di prestazioni effettuate presso strutture pubbliche (€ 17,5 mld.), al netto di quelle erogate in intramoenia, il 13,5% a erogazioni di prestazioni effettuate presso strutture private in regime SSN (€ 4,3 mld.) e il restante 31,5% in strutture sia private che pubbliche in regime extra-SSN (€ 10,0 mld.), con una incidenza dell'intramoenia dell'8,0%.

In definitiva, il contributo ha evidenziato come permangano livelli di frammentazione, in alcune Regioni definibili "patologici", che minano alla base ogni politica tesa alla razionalizzazione della struttura industriale di erogazione.

Composizione spesa per Assistenza specialistica ambulatoriale. Valori %. Anno 2022



CAPITOLO 9

Assistenza specialistica ambulatoriale

Spandonaro F.¹, Verneau F.²

Il Capitolo analizza le evidenze disponibili in tema di attività e spesa relativa alla Assistenza specialistica ambulatoriale.

Le informazioni sono carenti, sia in termini di tempestivo aggiornamento dei dati di attività, sia in tema di rapporto fra offerta e bisogni della popolazione; altresì rimangono carenti alcune informazioni essenziali per ricostruire in modo preciso gli oneri complessivi per questo segmento assistenziale.

Il Capitolo analizza prima la struttura dell'offerta, tentando di fornire qualche elemento suggestivo sia dei livelli di frammentazione che la contraddistinguono, sia dei disallineamenti fra esigenza di garantire una risposta in prossimità della formazione dei bisogni e di perseguire economie di scala per efficientare i costi di erogazione. A seguire si analizza la domanda di prestazioni, per la componente che ha avuto accesso all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), fornendo qualche spunto di riflessione sull'andamento del riassetto dei volumi di attività dopo il "crollo" dovuto alla pandemia. Infine, si provvede ad una stima degli oneri economici connessi, sia sul versante del SSN, che di quello extra-SSN, distinguendo fra attività delle strutture pubbliche e di quelle private.

9.1. Le strutture ambulatoriali

Nel 2022 (ultimo anno per cui sono stati resi disponibili i dati), a livello nazionale si contano 9.085 strutture ambulatoriali (compresi i laboratori di analisi), numero diminuito del 2,0% nell'ultimo decennio

(2012-2022).

Il 59,1% delle strutture sono private, +0,3 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2012 e l'82,7% sono extra-ospedalieri (-0,5 p.p.).

La dinamica a livello regionale (Figura 9.1.) del numero di strutture, nel decennio considerato, è fortemente variabile, con la riduzione maggiore registrata in Piemonte (-19,4%) e l'incremento maggiore in Umbria (+43,2%).

Anche la quota di strutture private (Figura 9.2.) è fortemente variabile: in Molise e Campania supera l'80% (rispettivamente l'83,7% e l'82,9%), mentre in Umbria e Liguria si ferma al rispettivamente al 21,4% e al 19,4%.

L'Umbria, insieme all'Abruzzo, sono anche le Regioni che hanno visto ridursi maggiormente la quota di strutture private nel decennio 2012-2022: rispettivamente di -14,7 p.p. e -15,4 p.p.; di contro la quota è aumentata maggiormente nella P.A. di Bolzano (+28,2 p.p.).

Anche la quota di strutture ambulatoriali extra-ospedaliere (Figura 9.3.) è variabile, con valori compresi fra il 60% e il 90%: quest'ultimo valore è superato in Campania e Calabria (92,0%), mentre in Liguria si attesta al 62,4%.

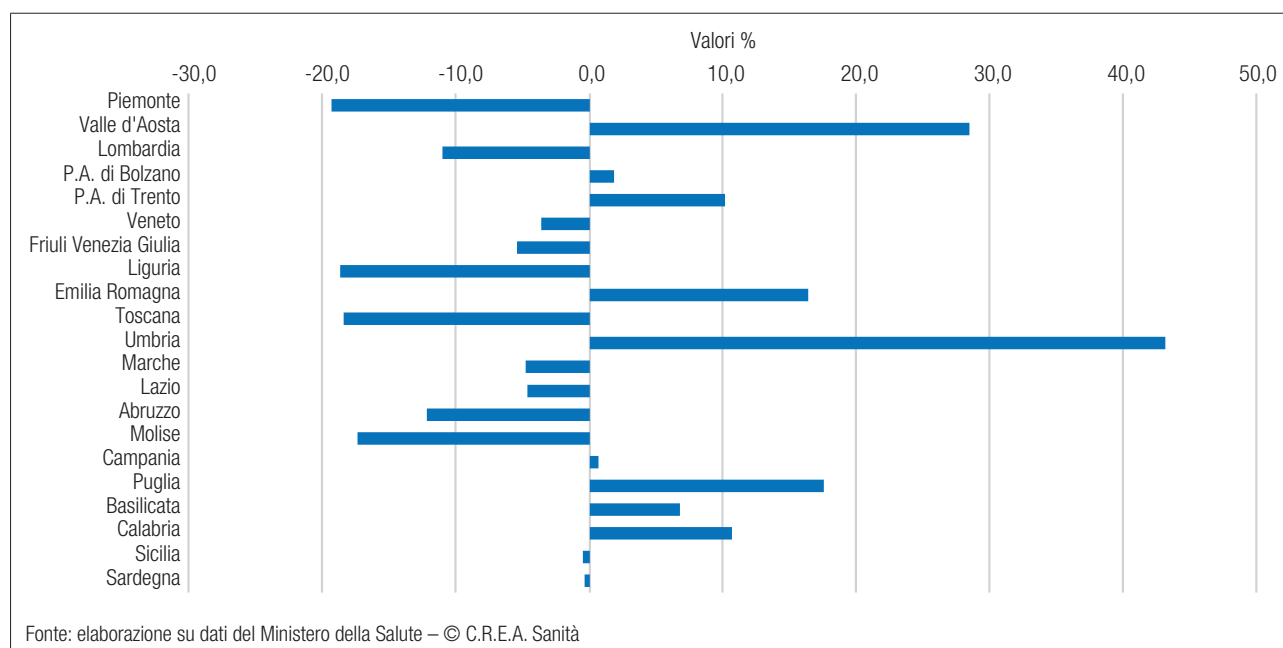
Il Friuli Venezia Giulia ha ridotto (valore estremo) di -12,6 p.p. la quota di strutture extra-ospedaliere, mentre il Molise la ha aumentata +5,7 p.p..

Non si evince quindi una "strategia" comune livello regionale, tenendo altresì conto che il dato numerico sulle strutture è difficilmente interpretabile per effetto delle diverse dimensioni delle stesse.

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

² C.R.E.A. Sanità

Figura 9.1. Dinamica decennale (2012/2022) del numero di strutture ambulatoriali



Per fornire una valutazione del dimensionamento delle strutture, tenendo conto che una struttura può erogare prestazioni di diverse branche, si è elaborato il numero medio regionale di prestazioni per struttura, separatamente per branca: laboratorio diagnostica e clinica.

Per quanto concerne i laboratori, a livello nazionale erogano in media 308.332 analisi, rimanendo quindi sui valori minimi previsti dalla normativa nazionale, malgrado il valore sia in crescita del 15,2% nel decennio 2012-2022.

Figura 9.2. Quota di strutture ambulatoriali private

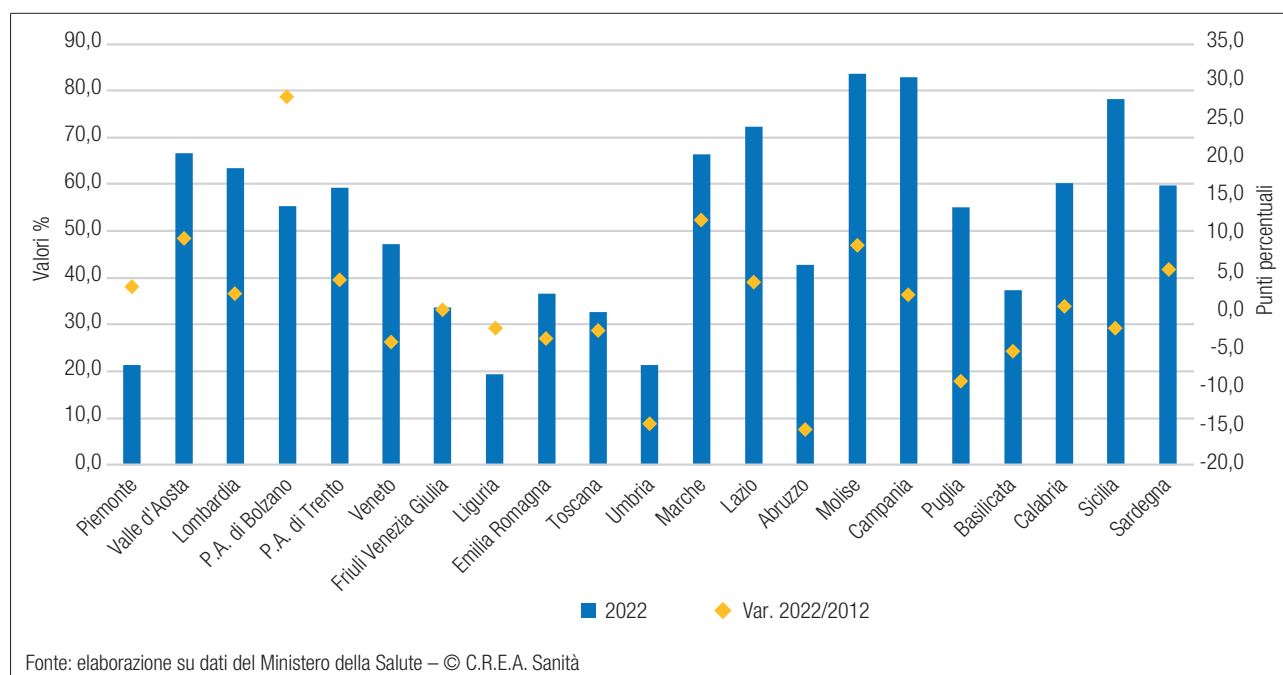
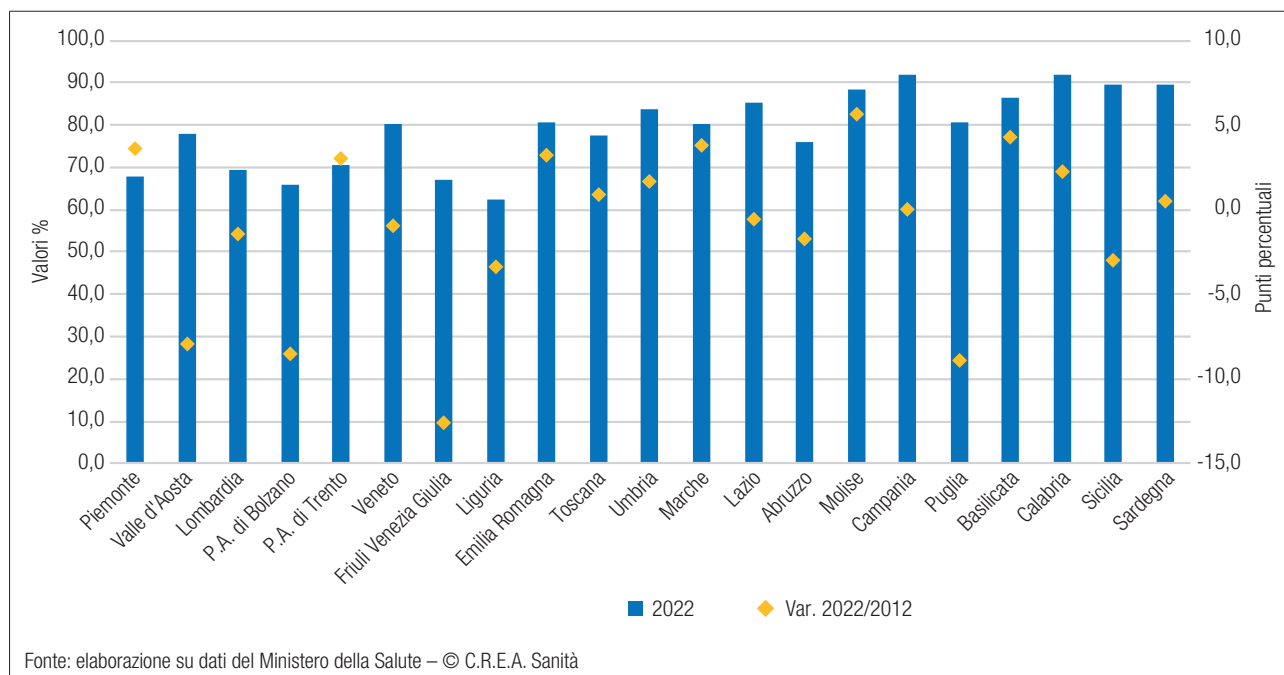


Figura 9.3. Quota di strutture ambulatoriali extra-ospedaliere

Nel Nord il numero medio di prestazioni risulta quasi doppio (circa 570.000 analisi), mentre nel Sud si ferma a poco più di 180.000, confermando la forte frammentazione del segmento.

La variabilità a livello regionale è molto marcata

(Figura 9.4.): superano il milione di analisi per laboratorio Umbria, Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia (rispettivamente 1,21, 1,19, 1,09 mln.), mentre non raggiungono le 200.000 Campania, Basilicata e Calabria (rispettivamente 128.203, 157.815, 159.735).

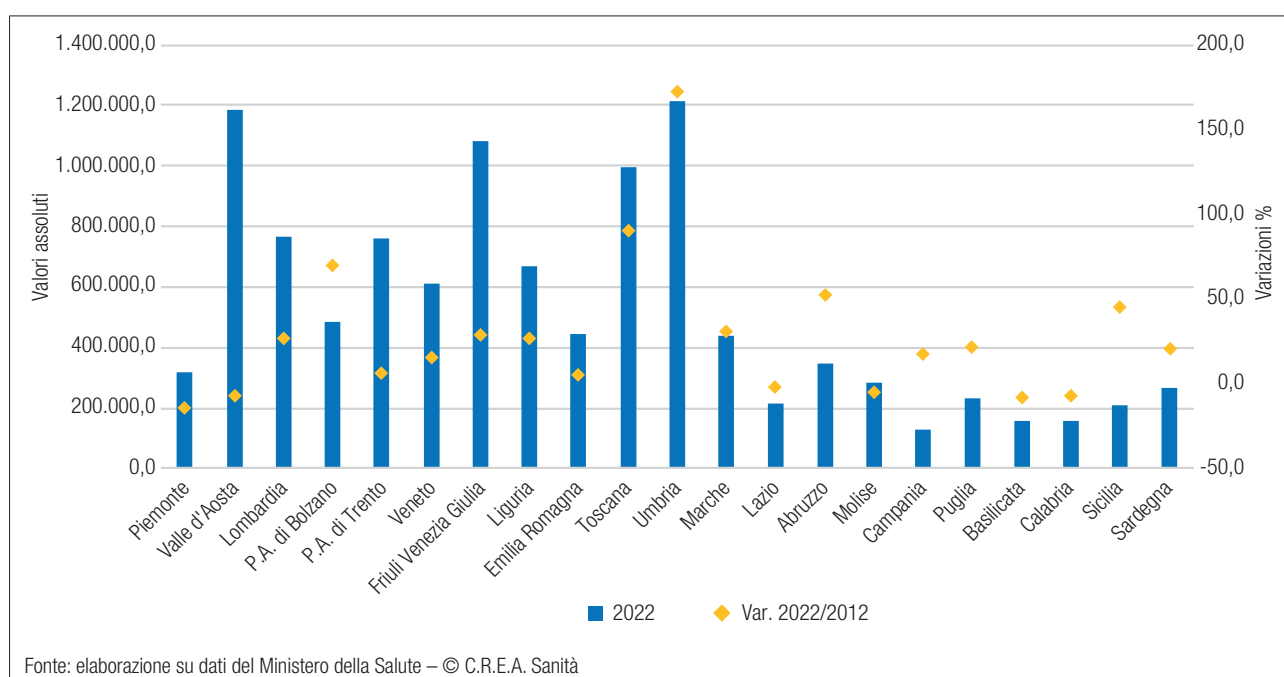
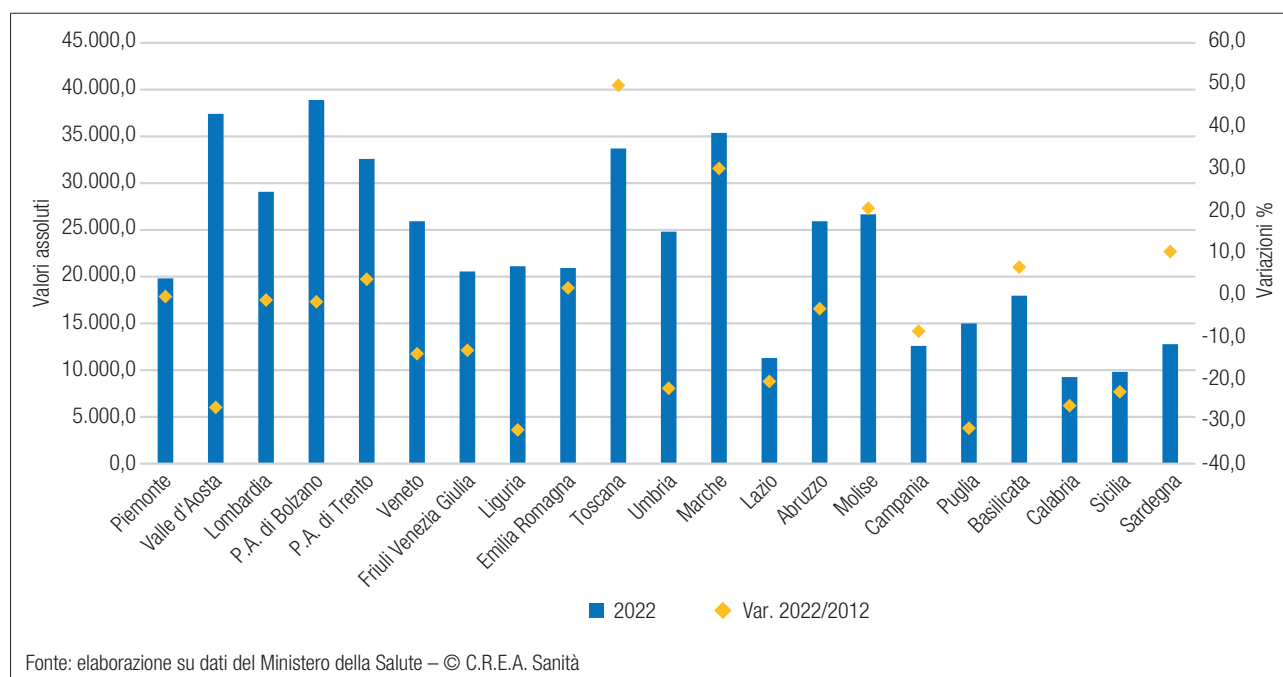
Figura 9.4. Numero medio di analisi erogate per laboratorio

Figura 9.5. Numero medio di prestazioni di diagnostica per ambulatorio



L'aggregazione maggiore si registra in Umbria che nel decennio considerato ha visto aumentare il numero medio di analisi per struttura del 172,3%, ma una forte razionalizzazione si registra anche in Toscana, P.A. di Bolzano, Abruzzo e Sicilia; varie Regioni risultano in controtendenza, aumentando la frammentazione: la riduzione massima del numero medio di analisi per struttura si registra in Piemonte (-13,8%), ma seguono anche Basilicata, Calabria, Valle d'Aosta, Molise e Lazio.

Per quanto concerne la diagnostica, a livello nazionale si erogano in media 18.619 prestazioni, valore in diminuzione del -7,3% nel decennio 2012-2022.

Nel Nord il numero medio di prestazioni risulta circa del 50% maggiore (44.729), mentre nelle Isole è pari a 10.595.

La variabilità a livello regionale è molto marcata (Figura 9.5.): superano le 30.000 prestazioni per ambulatorio la P.A. di Bolzano (38.836), la Valle d'Aosta (37.425), le Marche (35.825), la Toscana (33.685) e la P.A. di Trento (32.495); rimangono sotto le 10.000 prestazioni per struttura la Calabria (9.348) e la Sicilia (9.866).

L'aggregazione maggiore si registra in Toscana (+49,7%), seguita dalle Marche (+30,2%); varie Re-

gioni vedono un aumento della frammentazione, con Puglia e Liguria in cui il numero medio cala di oltre il 30%: rispettivamente del -31,3% e del -31,7%.

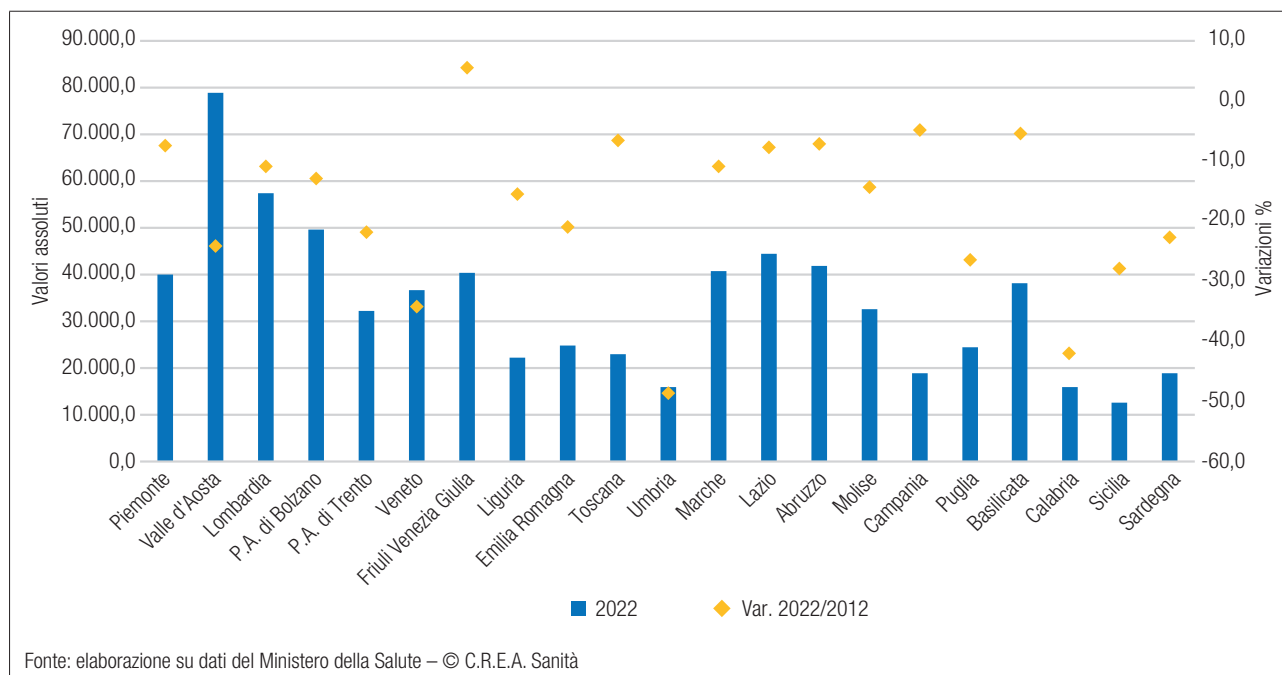
Per quanto concerne le prestazioni cliniche (visite), a livello nazionale si erogano in media 28.554 prestazioni, valore in diminuzione del -18,7% nel decennio 2012-2022.

Nel Nord-Ovest il numero medio di prestazioni risulta massimo e pari a 44.701, mentre nelle Isole è pari a 13.940.

La variabilità a livello regionale è molto marcata (Figura 9.6.): superano le 50.000 prestazioni per ambulatorio la Valle d'Aosta (78.732) e la Lombardia (57.192); all'altro estremo in Sicilia sono 12.646.

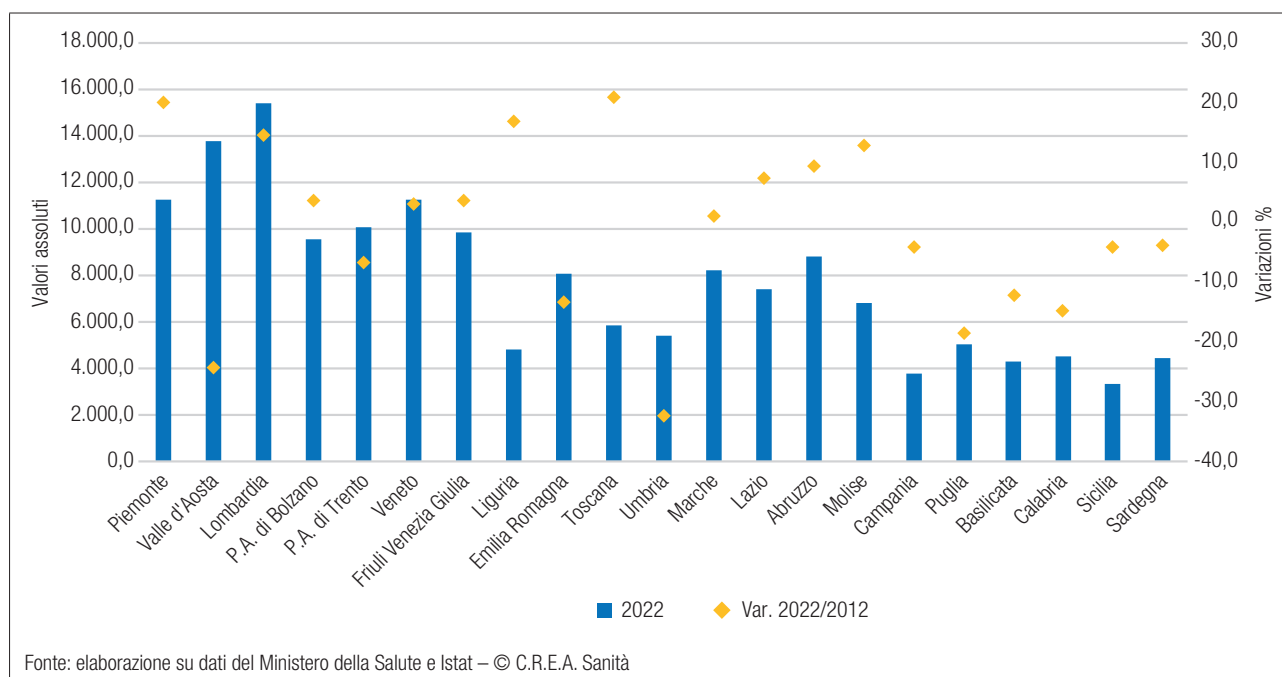
Solo il Friuli Venezia Giulia registra un aumento (+5,3%), del numero medio di visite per struttura; riduzioni del numero superiori al 40% si registrano in Umbria (-48,6%) e in Calabria (-41,9%).

Se l'aggregazione delle strutture (che peraltro non sembra sia stata perseguita nel decennio considerato se non in poche Regioni e in branche specifiche) permette di realizzare economie di scala, di contro potenzialmente riduce l'accessibilità alle stesse e quindi l'assistenza di prossimità.

Figura 9.6. Numero medio di prestazioni di clinica per ambulatorio

In carenza di disponibilità di una georeferenziazione delle strutture messa in relazione con la concentrazione della popolazione sul territorio, necessaria per calcolare in modo oggettivo le condizioni

di accesso alle strutture, qualche indicazione si può trarre indirettamente dal confronto dei bacini di utenza e delle “aree di copertura del servizio”, ovvero dal numero di strutture per Km² di territorio.

Figura 9.7. Bacino di utenza delle strutture ambulatoriali

A livello nazionale ogni struttura serve in media 6.509 residenti, valore leggermente aumentato (+0,4%) nel decennio 2012-2022; nel Nord il bacino di utenza medio è pari a 10.686 residenti; diventano 6.721 nel Centro e 4.183 nel Meridione, seguendo l'evidente gradiente dimensionale Sud-Nord.

Si conferma una forte variabilità regionale (Figura 9.7.) con Sicilia e Campania che registrano bacini di utenza, rispettivamente di 3.357 e 3.824 residenti; all'altro estremo in Valle d'Aosta e Lombardia le strutture hanno bacini di utenza medi pari a 13.742 e 15.350.

Il bacino è maggiormente diminuito proprio in Valle d'Aosta (-24,4%) nel decennio considerato e in Umbria (-32,4%); aumenta, invece, il bacino medio di utenza delle strutture in Toscana (+20,9%), seguita dal Piemonte (+19,8%).

In termini di distribuzione sul territorio, a livello nazionale sono attive 30,1 strutture ogni Km², valore leggermente diminuito (-2,0%) nel decennio 2012-2022; il Nord sembra meno "coperto" con 21,3 strutture ambulatoriali per Km²; diventano 30,1 nel Centro e 38,5 nel Sud e Isole.

Si conferma, anche in questo caso, una forte va-

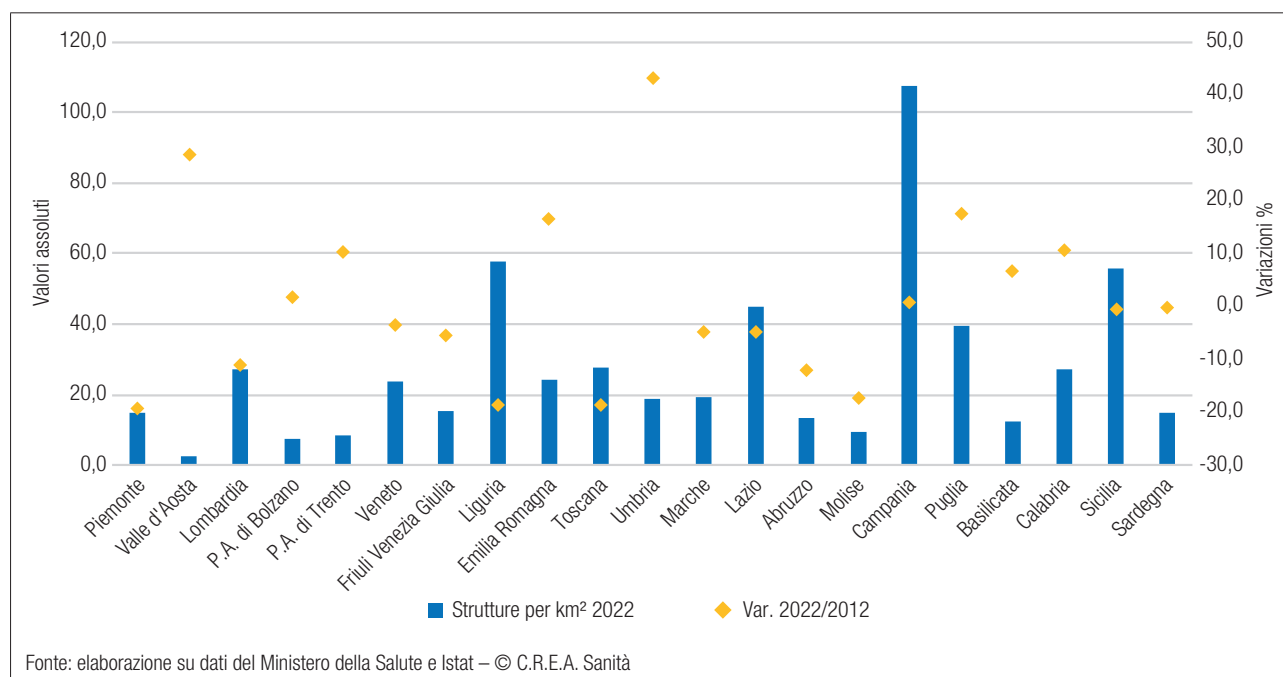
riabilità regionale (Figura 9.8.) con 107,6 strutture per Km² in Campania, seguita dalla Liguria con 58,0 e, all'altro estremo, 2,8 in Valle d'Aosta e 7,6 nella P.A. di Bolzano. Evidentemente, di norma, le Regioni montuose presentano meno strutture per Km² di territorio, sebbene si osservino varie deviazioni dalla "regola".

Nel decennio considerato, il numero di strutture per Km² di territorio è aumentato del +43,2% in Umbria, mentre di contro è diminuito del -19,4% in Piemonte.

Come si può osservare dalla Figura 9.9., la relazione inversa fra bacino di utenza e densità delle strutture per Km² ha varie eccezioni: in molte Regioni il numero di strutture per Km² si posiziona intorno alle 20, ma con bacini di utenza fortemente difforni, per lo più in ragione delle diverse strutture orografiche e di concentrazione della popolazione; si evidenzia inoltre il dato dimensionalmente anomalo della Regione Campania, caratterizzata da un numero molto alto di strutture per Km².

L'osservazione precedente si conferma analizzando la relazione fra dimensione media dei laboratori e la loro densità sul territorio (Figura 9.10.).

Figura 9.8. Strutture ambulatoriali per Km²



La relazione fra dimensione media degli ambulatori che erogano prestazioni di diagnostica (ricordando che le strutture possono anche erogare pre-

stazioni di più branche) e loro densità sul territorio (Figura 9.11.) evidenzia una chiara correlazione negativa.

Figura 9.9. Relazione fra bacino di utenza e strutture per Km²

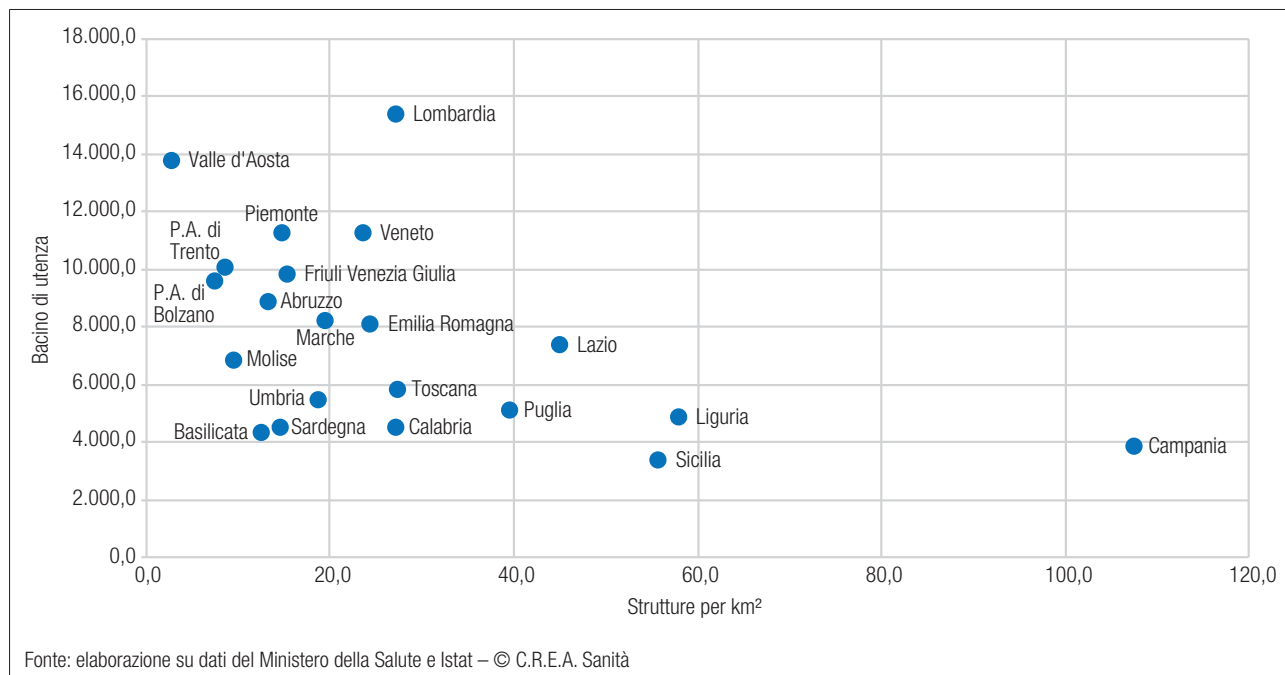


Figura 9.10. Relazione fra numero medio di analisi di laboratorio per struttura e densità per Km²

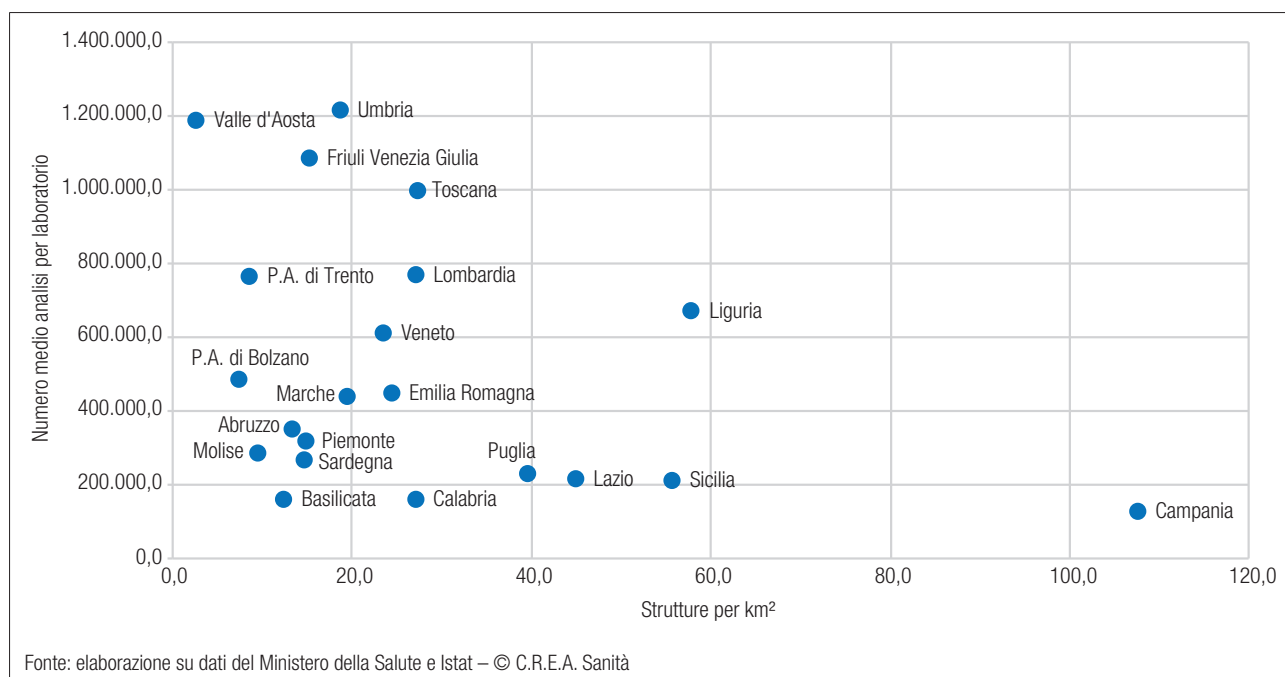
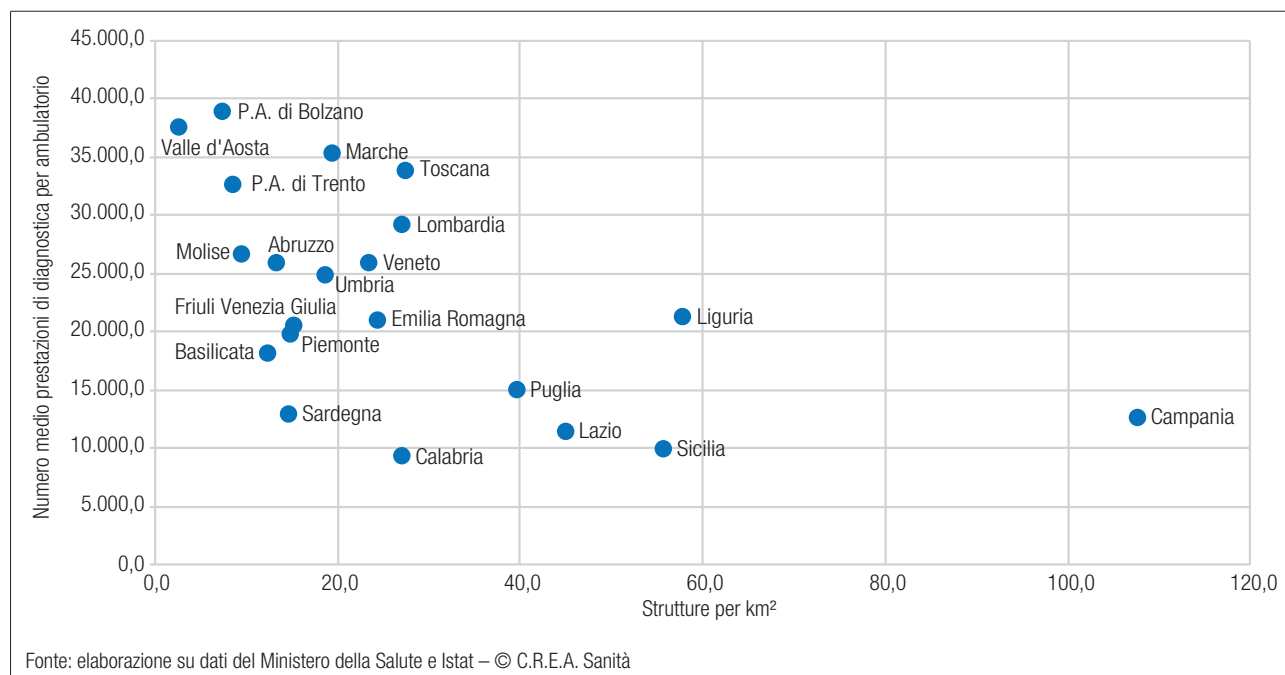


Figura 9.11. Relazione fra numero medio di prestazioni di diagnostica per struttura e densità per Km²

9.2. Le prestazioni erogate

Il paragrafo analizza i dati sulle prestazioni erogate per branca, confrontando i volumi del 2022 (ultimo anno completo reso disponibile), con quelli del 2019 (ultimo anno pre-pandemico).

Si dispone di due dati diversi: quello pubblicato da Agenas, relativo al flusso “Tessera Sanitaria” e quello registrato nell’Annuario del Ministero della Salute.

I due flussi differiscono significativamente, presumibilmente a causa del diverso oggetto di rilevazione che, nel caso dell’annuario del Ministero, comprende anche le prestazioni erogate durante il ricovero: nel 2022 le analisi di laboratorio registrate da Agenas si attestano a 563 mln., mentre ammontano a 1,1 mld. nell’Annuario del Ministero della Salute; le prestazioni di diagnostica 63 mln. vs i 58,1 mln. dell’Annuario del Ministero; infine, le prestazioni cliniche (ivi comprese le visite) a 126 mln., contro 176 dell’Annuario.

Di seguito si analizzano le variazioni nel tempo dei dati di fonte Agenas, separatamente per branca.

Per quanto concerne le analisi di laboratorio, nel 2022 hanno numericamente superato, del +7,7%,

quelle erogate nel 2019, prima del calo dovuto alla pandemia.

Fa peraltro eccezione il Sud nel quale rimane un *gap* non colmato del -1,8%.

Il I semestre 2023 vede un ulteriore aumento del 5,3%, quindi il “recupero” rispetto ai livelli pre-pandemici sembra essere ormai acquisito.

Di contro tutte le altre branche rimangono ancora sotto i livelli del 2019.

La diagnostica del -8,4%, le visite del -13,8%, le prestazioni terapeutiche del -5,8 e quelle riabilitative del -13,6%.

Aumentano solo i pacchetti di prestazioni (PAC), peraltro sviluppati solo in alcune Regioni (+2,7%).

Il *gap* rispetto al 2019 per la diagnostica è nel Meridione quasi doppio (-10,3%) rispetto a quello del Nord (-6,9%); peraltro anche il Centro rimane al -9,4%.

Analogamente, per le visite il *gap* è del -12,6% nel Nord e del -19,7 nel Sud: per le visite il *gap* si è ridotto maggiormente nel Centro (-8,9%).

Nel caso delle prestazioni terapeutiche le differenze sono notevoli: -3,7% nel Nord, -2,1 nel Centro, ma -11,7% nel Sud.

Più omogenea rimane la situazione per le prestazioni riabilitative, dove il Sud performa meglio del Nord e del Centro: rispettivamente -10,1 nel Sud, -16,2 nel Nord e -13,8 nel Centro.

Per queste branche (complessivamente) l'incres-

mento registrato nel I semestre del 2023 (+6,7%), pur significativo non sembra sufficiente a colmare i gap sopra evidenziati.

A livello regionale i comportamenti appaiono notevolmente difforni.

Figura 9.12. Gap analisi di laboratorio. Variazioni percentuali 2022/2019

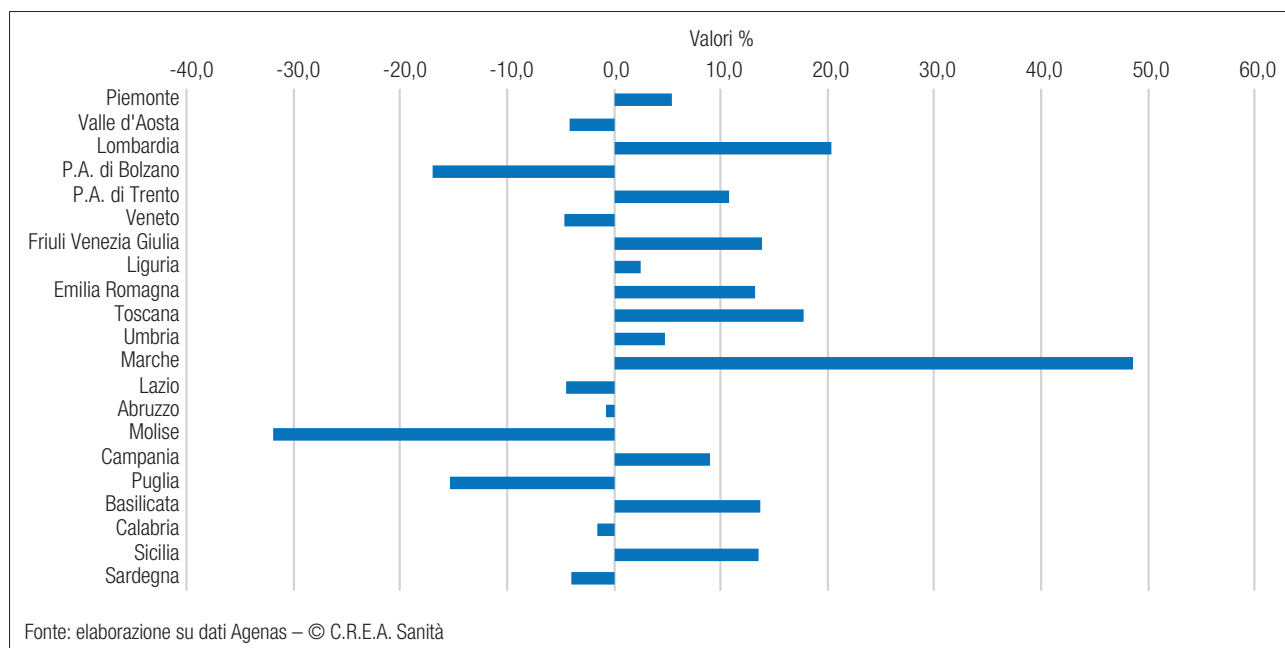
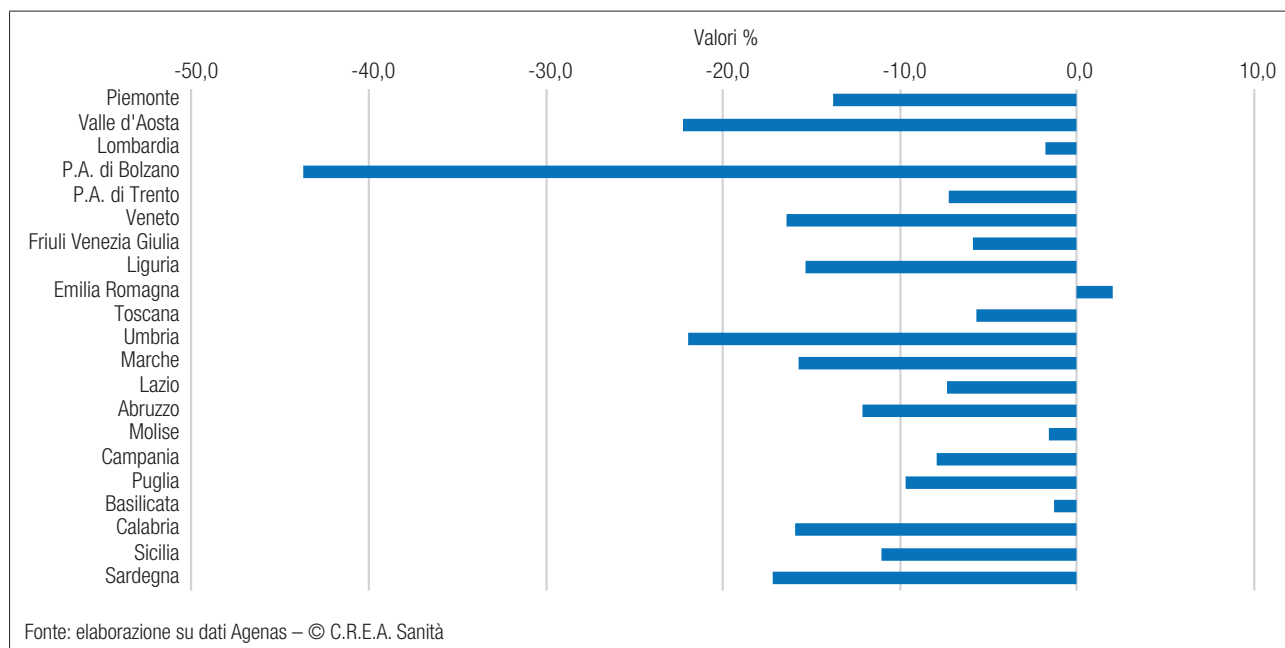


Figura 9.13. Gap prestazioni di diagnostica. Variazioni percentuali 2022/2019



Per quanto concerne le analisi di laboratorio (Figura 9.12.) ad un estremo si nota il *gap* negativo del Molise (-32%) e all'altro quello positivo delle Marche (+48,6); se nel 2022 erano nove le Regioni ancora sotto il livello delle prestazioni 2019, alla fine del I semestre 2023 rimangono solo quattro: Sardegna,

Calabria, P.A. di Bolzano e Molise.

Per quanto concerne le prestazioni di diagnostica (Figura 9.13.) nel 2022 solo l'Emilia Romagna aveva superato (+2,0%) i livelli del 2019; dato che si conferma al I semestre 2023.

Figura 9.14. Gap visite. Variazioni percentuali 2022/2019

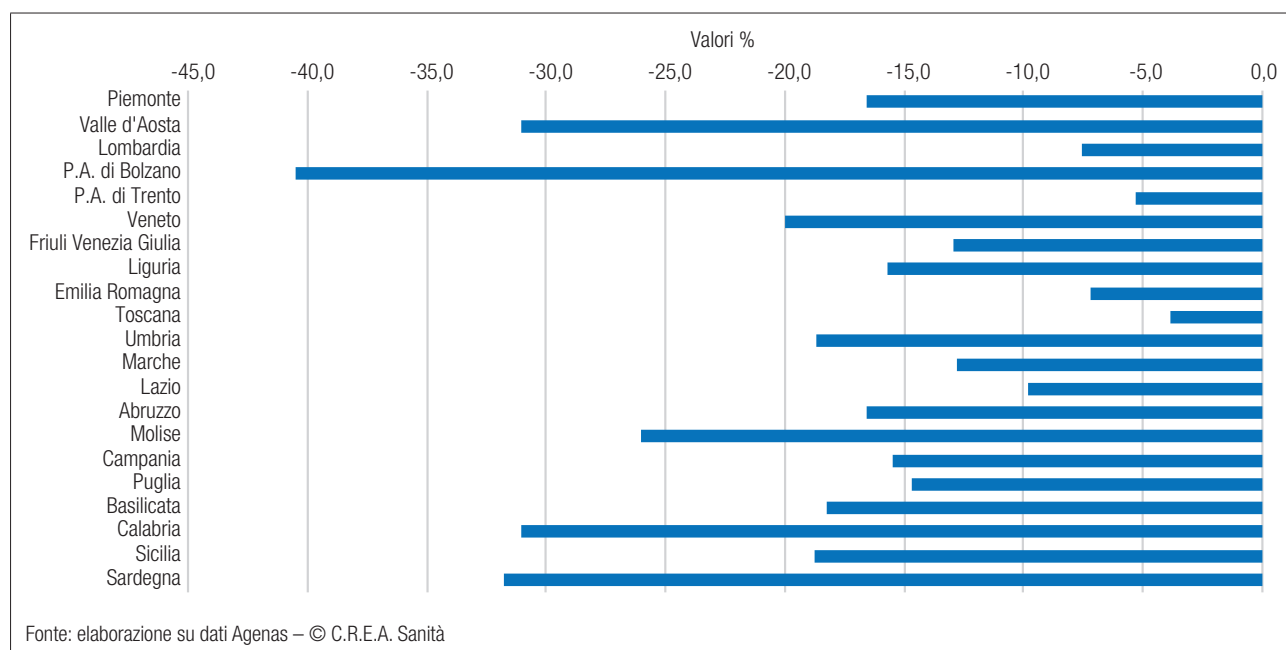
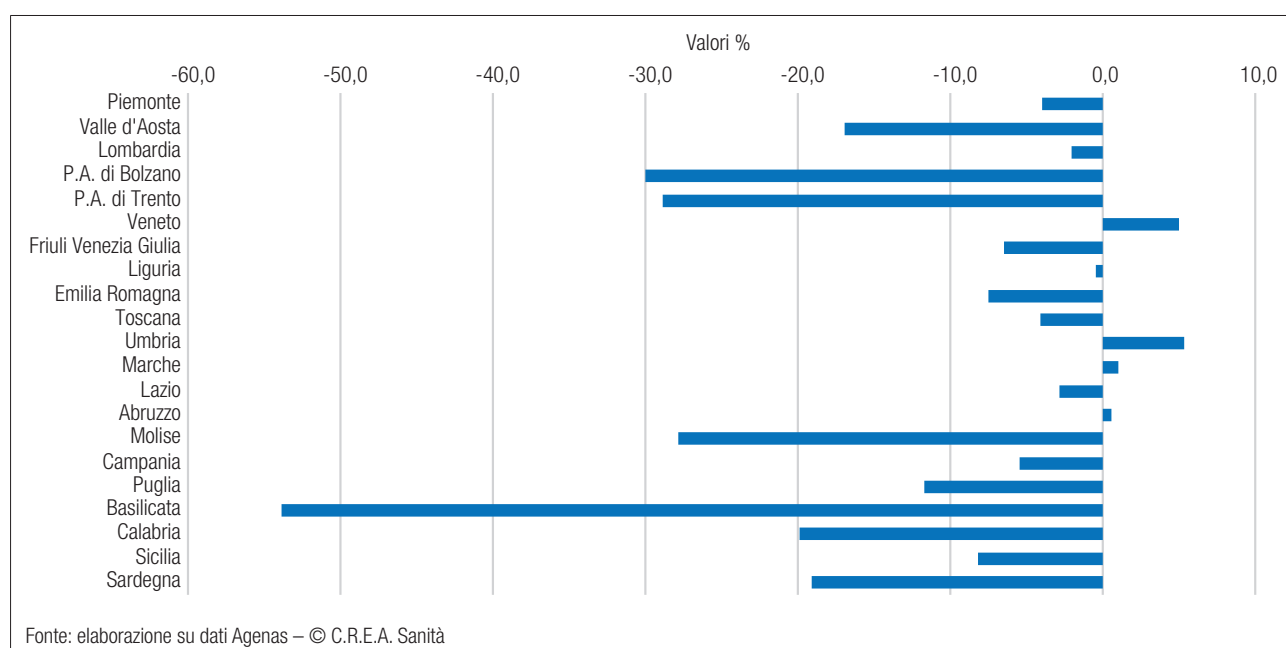


Figura 9.15. Gap prestazioni terapeutiche. Variazioni percentuali 2022/2019



All'altro estremo si nota il *gap* negativo della P.A. di Bolzano (-43,7%) seguita da Valle d'Aosta (-22,2%) e Umbria (-22,0%).

Per quanto concerne le visite (Figura 9.14.) nel 2022 nessuna Regione aveva superato i livelli del 2019; dato che si conferma al I semestre 2023.

Si nota il *gap* negativo della P.A. di Bolzano (-40,5%) seguita da Sardegna (31,8%), Calabria (-31,0%) e Valle d'Aosta (-31,0%).

Per quanto concerne le prestazioni terapeutiche (Figura 9.15.) nel 2022 solo Umbria (+5,3%), Veneto (+4,9%), Marche (+1,1%) e Abruzzo (+0,5%) avevano superato i livelli del 2019; dato cui si aggiunge il Piemonte nel I semestre 2023.

Si nota il *gap* negativo della Basilicata (-53,9%), della P.A. di Bolzano (-30,1%), della P.A. di Trento (28,9%) e del Molise (27,8%).

Per quanto concerne le prestazioni riabilitative (Figura 9.16.) nel 2022 solo la Basilicata (+14,5%) aveva superato i livelli del 2019; dato che si conferma nel I semestre 2023.

Si nota il *gap* negativo della P.A. di Bolzano (-54,9%), seguita dalla Valle d'Aosta (-40,5%).

Infine, vale la pena sottolineare come i PAC (Figura 9.17.) nel 2022 siano più del 2019 in Puglia, Calabria, P.A. di Trento, Lombardia e Campania;

mentre rimangono di meno in Abruzzo, Sicilia, Sardegna, Lazio e Toscana; non ne vengono registrati nelle altre Regioni.

Mettendo in relazione (Figura 9.18.) i livelli di erogazione pro-capite delle analisi di laboratorio del 2022, con il livello pro-capite delle stesse nel 2019, emerge una chiara correlazione positiva, con un valore anomalo relativo alle Marche che aumentano significativamente le prestazioni pro-capite erogate.

Sebbene, come argomentato nel Rapporto C.R.E.A. Sanità degli anni 2022 e 2023, le riduzioni delle prestazioni durante la pandemia sembrassero correlate positivamente con i livelli di prestazioni erogate, tanto da far supporre che si fosse innescato un processo di razionalizzazione, ovvero una selezione delle priorità assistenziali capace di ridurre le prestazioni inappropriate, la relazione statistica fra i livelli di erogazione pro-capite del 2022 e del 2019, sembrerebbe debba far protendere per una tendenza a riassetare i volumi di erogazione sui livelli pre-pandemici, escludendo significativi fenomeni di razionalizzazione. Anzi, semmai sembra aumentare la variabilità regionale: ad esempio, il *range* per le analisi si allarga, con un rapporto fra le Regione che erogano il livello massimo e minimo di prestazioni pro-capite, che passa da 2,0 volte a 2,5 volte.

Figura 9.16. Gap prestazioni riabilitative. Variazioni percentuali 2022/2019

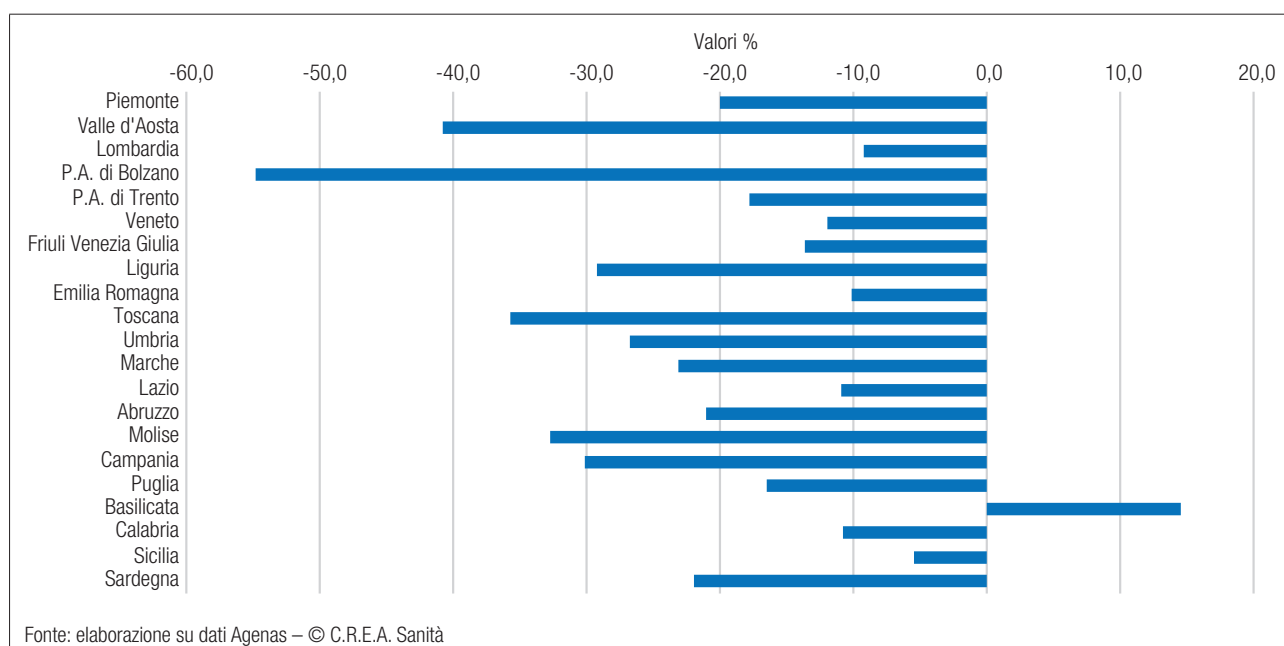


Figura 9.17. Gap PAC. Variazioni percentuali 2022/2019

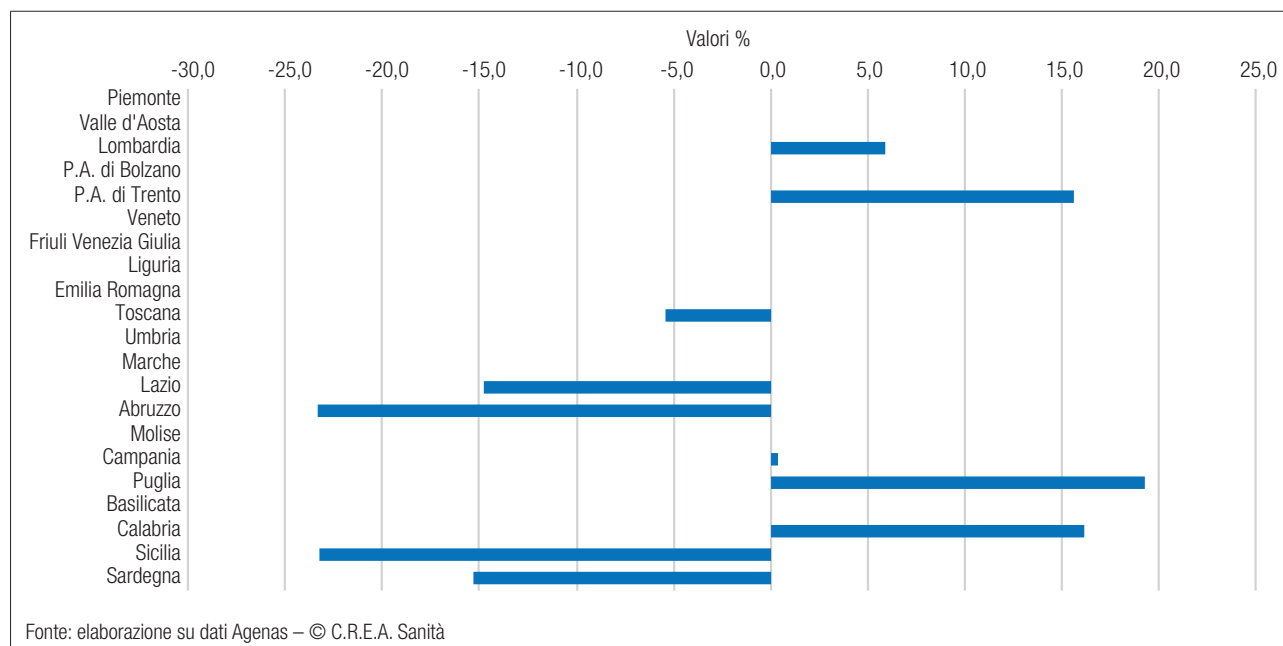
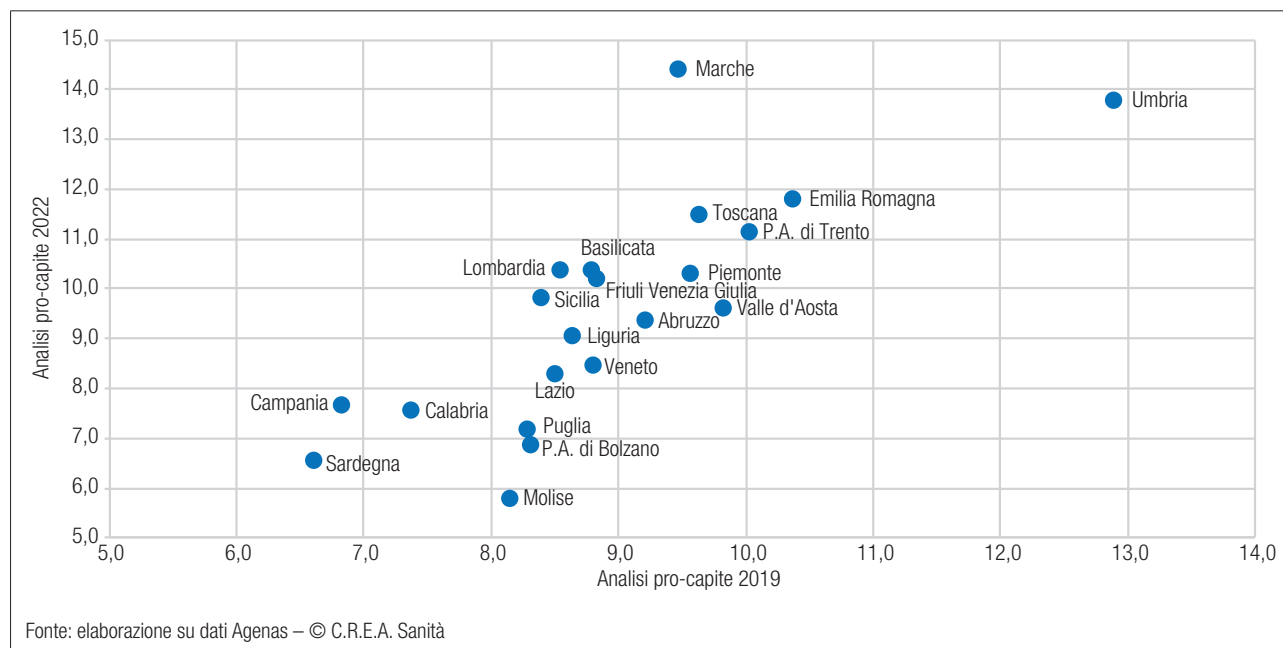


Figura 9.18. Analisi di laboratorio pro-capite. Relazione livelli 2019 vs 2022



Analogamente (Figura 9.19.) per quanto concerne le prestazioni di diagnostica la correlazione positiva è evidente, con l'eccezione del valore anomalo della P.A. di Bolzano che sembra assestarsi su valori pro-capite inferiori al 2019.

Anche per la diagnostica la variazione fra i valori

estremi si allarga, passando da 1,9 volte a 2,3.

Per conferma si riporta anche (Figura 9.20.) la relazione per le visite che conferma una "regressione" verso i valori di partenza, con la parziale eccezione del valore anomalo della P.A. di Bolzano che, anche in questo caso, sembra assestarsi su valori pro-ca-

pite inferiori al 2019. In questo caso non si allarga il range dei valori di erogazione pro-capite, che anzi si riduce leggermente (da 2,1 volte a 2,0).

Figura 9.19. Prestazioni di diagnostica. Relazione gap 2022 vs livello 2019

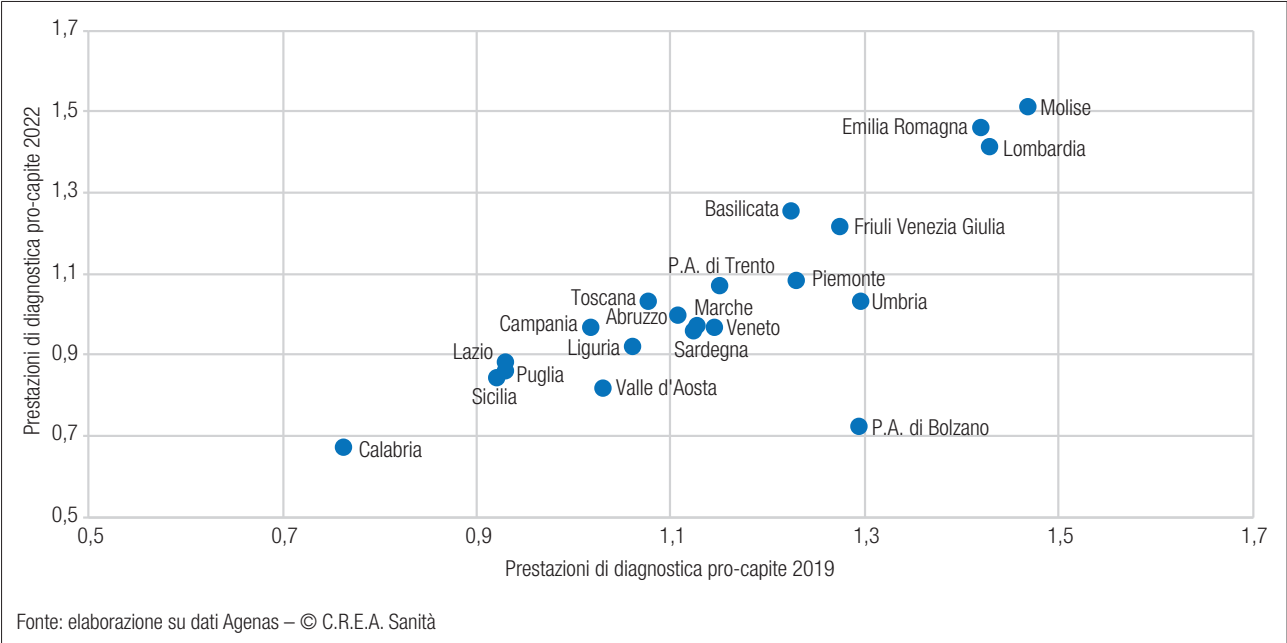
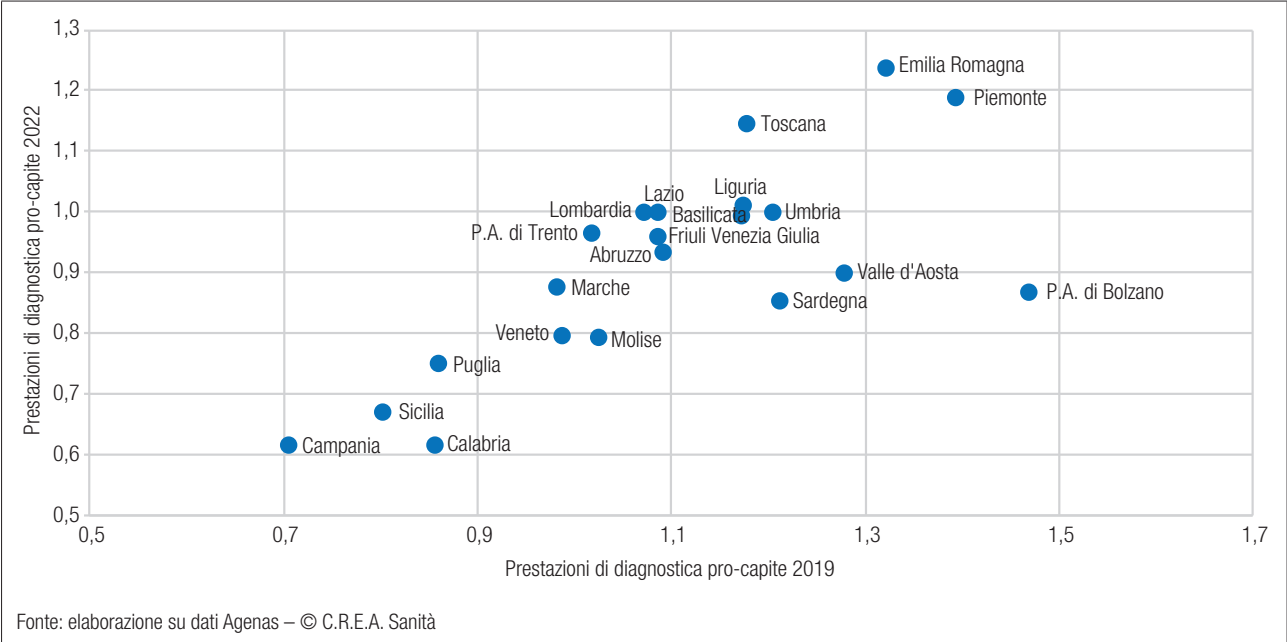


Figura 9.20. Visite. Relazione gap 2022 vs livello 2019



9.3. La spesa

Come noto la ricostruzione della spesa sostenuta per l'Assistenza specialistica ambulatoriale è tutt'altro che agevole.

In particolare, non sono noti gli oneri relativi alle compartecipazioni incassate dalle strutture private accreditate e neppure i costi relativi alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche; per quanto concerne la spesa *Out of Pocket* (OOP), le statistiche disponibili non distinguono fra la quota destinata alle strutture private accreditate in "regime SSN" e quella invece destinata a prestazioni erogate "extra-SSN".

Si rende quindi necessario effettuare stime adottando assunzioni che ovviamente lasciano un margine significativo di incertezza.

Con i caveat espressi, si può osservare come la spesa OOP ambulatoriale ammonti, secondo i dati del *System of Health Accounts* (Eurostat), a € 19,2 mld.; in base alle evidenze dei micro-dati dell'indagine sui consumi delle famiglie (Istat) si stima una spesa per prestazioni ambulatoriali odontoiatriche (che assumiamo fuori dal perimetro di indagine) di € 8,0 mld.; in definitiva stimiamo una spesa OOP per prestazioni di specialistica ambulatoriale (laboratorio, diagnostica e clinica) di € 11,2 mld..

I dati di contabilità analitica dei flussi ministeriali riportano un costo per la specialistica ambulatoriale sostenuto dalle strutture pubbliche di € 21,5 mld.; le compensazioni alle strutture private accreditate (fonte Conti Economici del Ministero della Salute), ammonterebbero a € 4,1 mld., così che si può stimare un costo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche di € 17,5 mld..

Osservando che le compartecipazioni incassate dalle strutture pubbliche ammontano a circa € 1 mld., si può stimare un'incidenza delle stesse sul costo del 5,8%.

Il gettito delle compartecipazioni è per il 58,0% introitato nel Nord, per 22,8% nel Centro e il 16,4% nel Meridione.

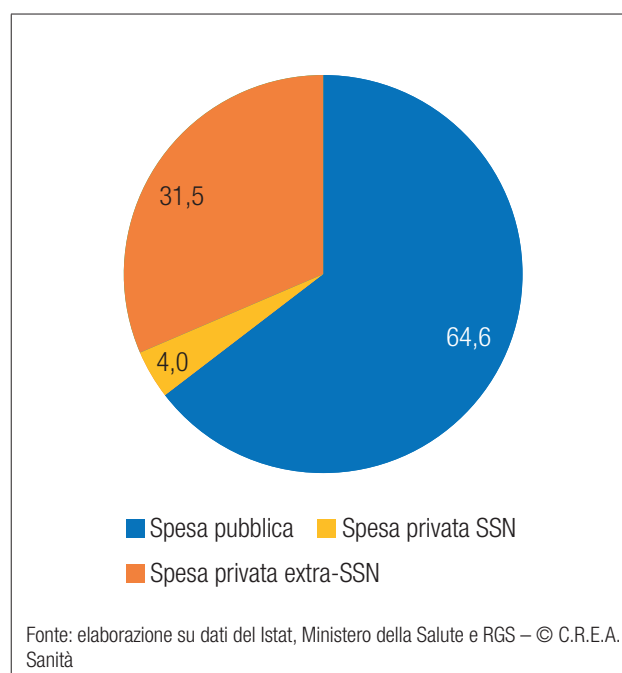
Assumendo la stessa incidenza per le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, si può stimare che ammontino a circa € 0,2 mld.. Si tratta presumibilmente di una sottostima, nella misura in

cui i costi delle strutture pubbliche potrebbero essere superiori al valore delle tariffe di remunerazioni riconosciute ufficialmente.

Con tale avvertenza, le nostre stime portano a concludere che la spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche sia intorno ai € 17,5 mld. e quella relativa alle attività delle strutture private accreditate a € 4,3 mld..

Disponendo della spesa sostenuta per le attività di specialistica erogata nelle strutture pubbliche in regime di solvenza (intramoenia), pari a € 0,8 mld., risulta possibile ricostruire anche la composizione della spesa privata delle famiglie per prestazioni erogate extra-SSN.

Figura 9.21. Composizione spesa per Assistenza specialistica ambulatoriale. Valori %. Anno 2022



Essa risulterebbe di € 10,0 mld., di cui € 9,2 mld. afferente a strutture private (accreditate e non).

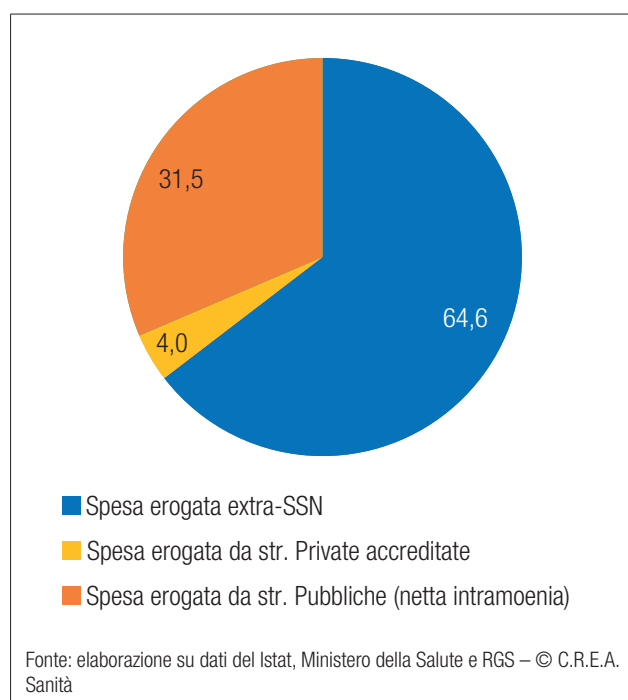
Si osservi che il gettito dell'intramoenia è per il 60,7% introitato nel Nord, per 24,4% nel Centro e il 13,1% nel Meridione.

In definitiva (Figura 9.21.), la spesa nazionale per specialistica ambulatoriale si stima nell'ordine di € 31,7 mld. (risultando così la seconda voce di

spesa dopo quella per l'assistenza ospedaliera), di cui il 64,6% pubblica (€ 20,5 mld.), il 4,0% privata SSN (€ 1,3 mld.) e il restante 31,5% extra-SSN (€ 10,0 mld.).

Osservando il fenomeno per struttura di erogazione (Figura 9.22.), il 55,0% della spesa atterrebbe a erogazioni di prestazioni effettuate presso strutture pubbliche (€ 17,5 mld.), al netto di quelle erogate in intramoenia, il 13,5% a erogazioni di prestazioni effettuate presso strutture private in regime SSN (€ 4,3 mld.) e il restante 31,5% in strutture sia private che pubbliche in regime extra-SSN (€ 10,0 mld.), con una incidenza dell'intramoenia dell'8,0%.

Figura 9.22. Composizione spesa per assistenza specialistica ambulatoriale per struttura di erogazione. Valori %. Anno 2022



9.4. Riflessioni finali

Il capitolo analizza le evidenze disponibili in tema di attività e spesa relativa alla Assistenza specialistica ambulatoriale, tentando di fornire indicazioni utili alla *governance* del settore, integrando le carenze informative con stime e indicazioni indirette desunte da alcuni indicatori di offerta e attività.

In tema di offerta, appare evidente come permangano livelli di frammentazione, in alcune Regioni definibili “patologici”, che minano alla base ogni politica tesa alla razionalizzazione della struttura industriale di erogazione. L'analisi dei *trend* decennali dei principali indicatori di offerta sembra confermare un sostanziale fallimento dei tentativi di concentrare maggiormente l'attività, facendo crescere dimensionalmente il tessuto delle strutture ambulatoriali.

Permane quindi la frammentazione e una eccessiva variabilità regionale, che non sembra possa essere attribuibile a caratteristiche orografiche, né tanto meno a specifiche concentrazioni sul territorio della popolazione.

Analogamente rimane una forte variabilità regionale sul versante dell'erogazione. Solo le analisi di laboratorio (segmento particolarmente “frammentato”) hanno definitivamente recuperato i livelli di attività pre-pandemici. Una riflessione aggiuntiva si rende necessaria per sottolineare che, mentre durante la pandemia sembrava essersi ridotta maggiormente l'attività nelle Regioni che partivano da livelli di erogazione maggiori, tanto da far sperare che l'esigenza di una selezione in base alle priorità (di bisogno) avesse innescato un processo di razionalizzazione delle prestazioni erogate, gli ultimi dati sembrano suggerire una regressione verso i livelli regionali pre-pandemici: in altri termini, si paventa che i livelli di erogazione a livello regionale si stiano riportando su quelli pre-pandemici, vanificando la speranza di una riduzione delle sacche di inappropriatezza. Anzi, la variabilità regionale sembra già oltre i livelli, peraltro significativi, degli anni pre-pandemia.

Infine, utilizzando varie fonti statistiche, pur con tutti i limiti legati alla necessità di assumere ipotesi per completare un quadro informativo decisamente incompleto, si è provveduto a stimare gli oneri economici connessi all'assistenza specialistica ambulatoriale e la loro composizione.

In termini di struttura di erogazione, si stima che il 55,0% della spesa per specialistica ambulatoriale attenga a erogazioni di prestazioni effettuate presso strutture pubbliche (€ 17,5 mld.), al netto di quelle erogate in intramoenia, il 13,5% a erogazioni di prestazioni effettuate presso strutture private in regime

SSN (€ 4,3 mld.) e il restante 31,5% in strutture sia private che pubbliche in regime extra-SSN (€ 10,0 mld.), con una incidenza dell'intramoenia dell'8,0%.

In definitiva, la spesa nazionale per specialistica ambulatoriale risultante dalle stime risulta nell'ordine di € 31,7 mld. (risultando così la seconda voce di spesa dopo quella per l'assistenza ospedaliera), di cui il 64,6% pubblica (€ 20,5 mld.), il 4,0% privata SSN (€ 1,3 mld.) e il restante 31,5% extra-SSN (€ 10,0 mld.).

Riferimenti Bibliografici

Annuario sanitario, Ministero della Salute. Anni vari
Conti e aggregati economici nazionali annuali: Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa, Istat. Anno 2024.

Flussi CE Aziende sanitarie, Ragioneria Generale dello Sato. Anni vari

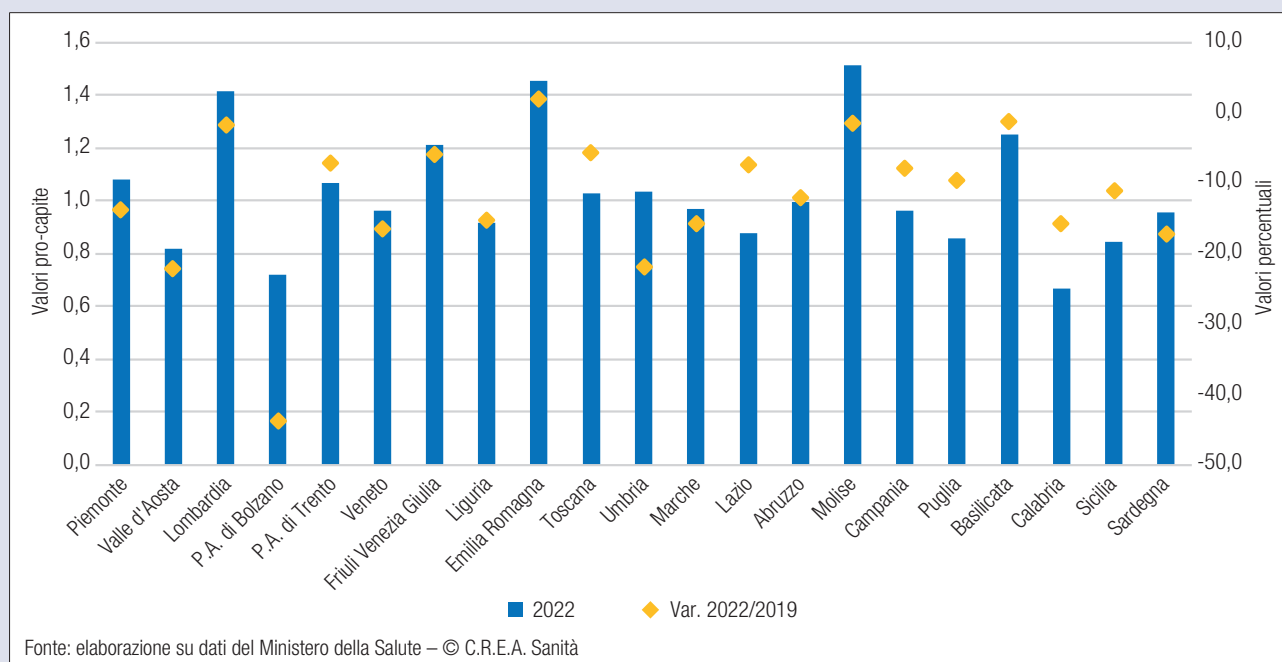
Flussi LA Aziende sanitarie, Ragioneria Generale dello Sato. Anni vari

Indagine Spesa delle famiglie, Istat. Anno 2024

Portale statistico Age.Na.S

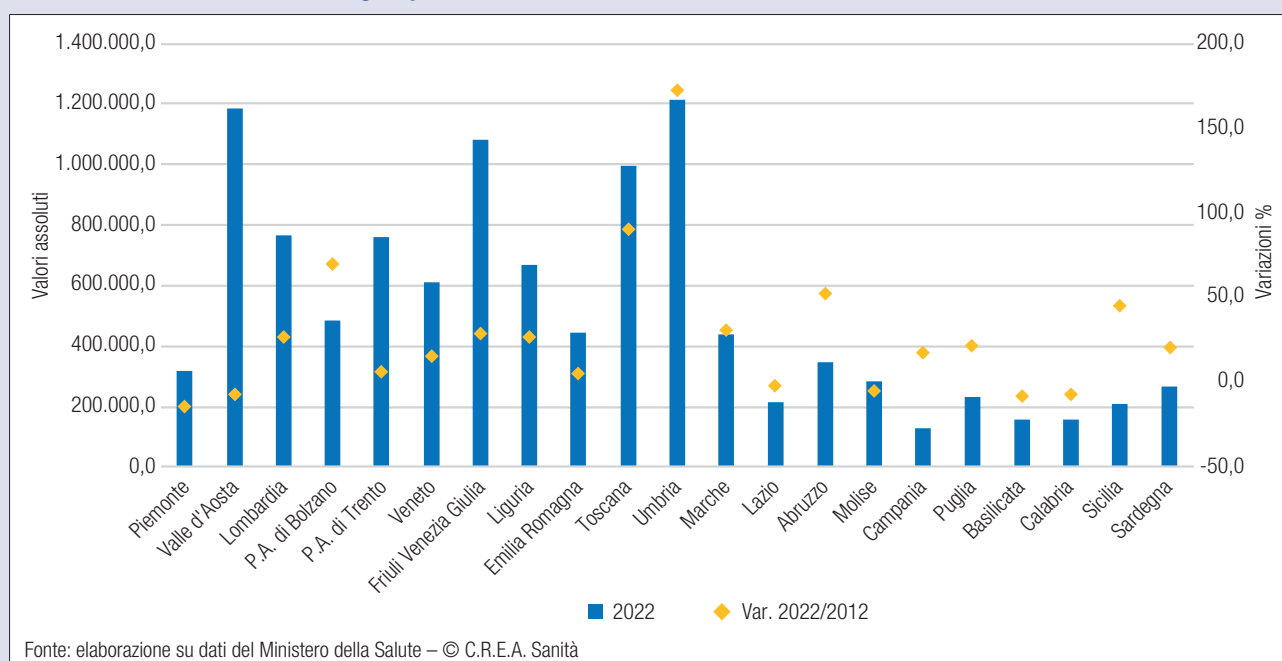
Statistiche demografiche, Istat. Vari Anni

KI 9.1. Quota regionale di strutture ambulatoriali private



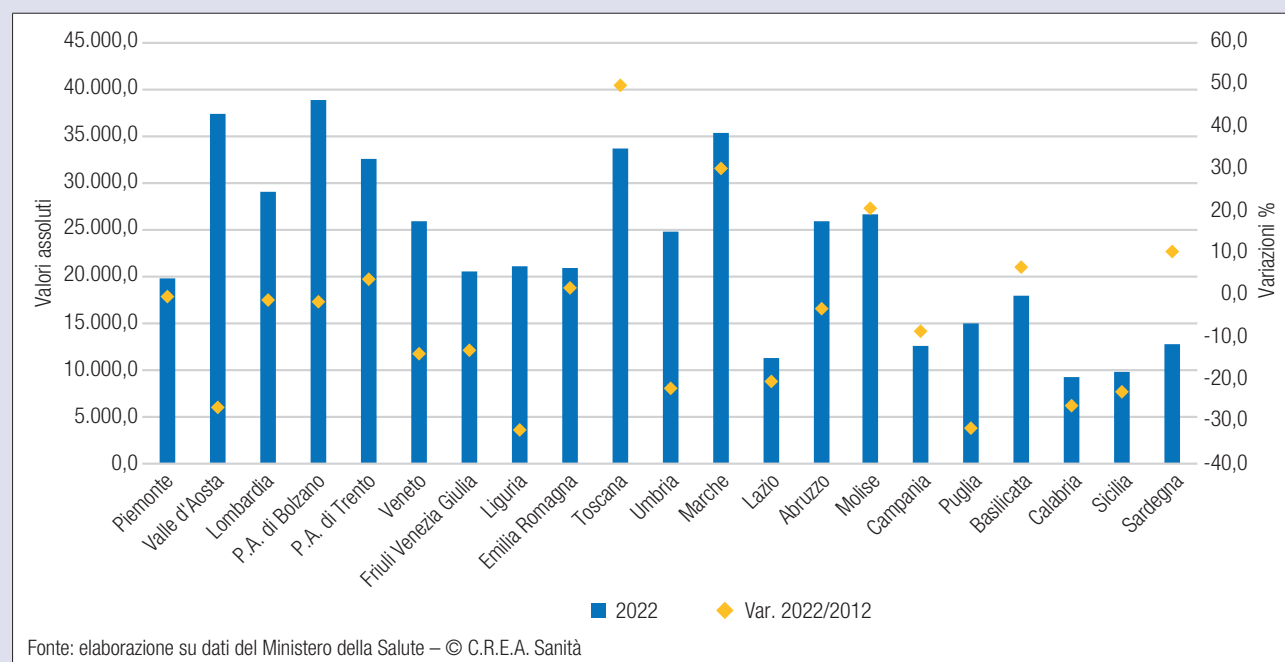
Nel 2022, in Italia, la quota di ambulatori e laboratori privati è pari al 59,1%, quota in aumento di 0,2 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo decennio. La massima presenza di strutture private si registra in Molise (83,7%), quella minore in Liguria (19,4%). Nell'ultimo decennio, la Regione in cui è maggiormente aumentata la quota privata è la P.A. di Bolzano (+28,2 p.p.), quella in cui è maggiormente diminuita è l'Abruzzo (-15,4 p.p.).

KI 9.2. Numero medio di analisi erogate per laboratorio



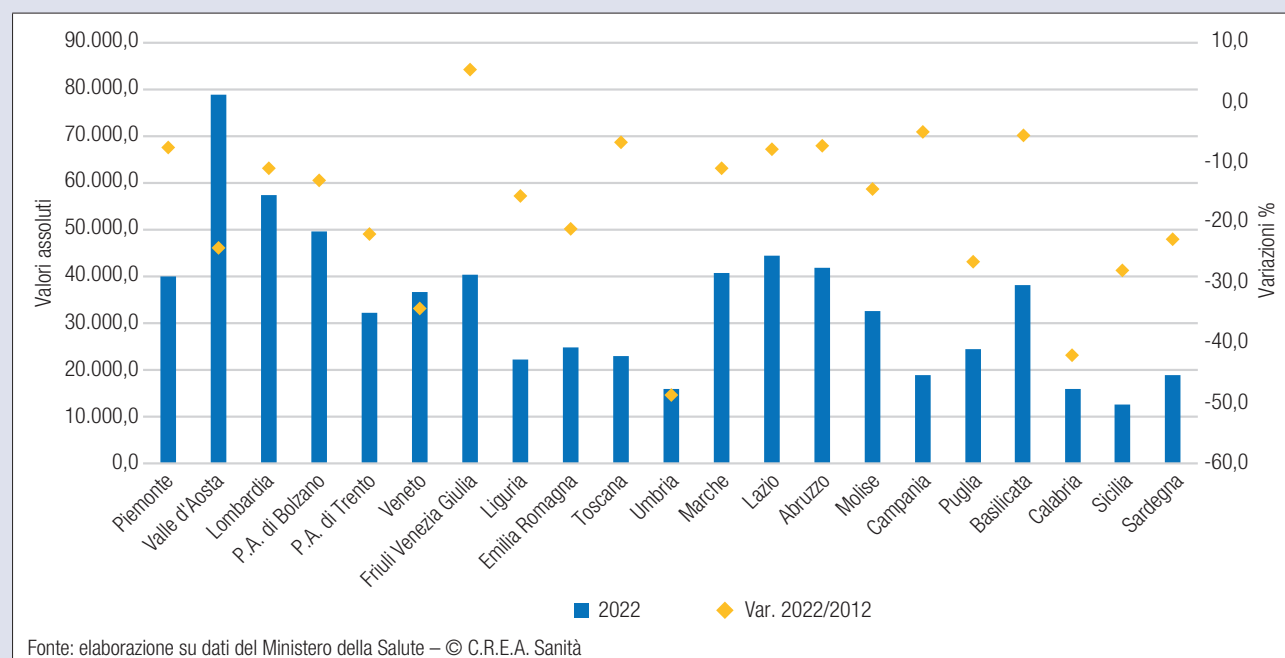
Nel 2022, in Italia, i laboratori erogano in media 308.332 analisi, valore in crescita del 15,2% nell'ultimo decennio. La Regione con la dimensione media maggiore dei laboratori è l'Umbria (1,2 milioni di analisi per struttura), quella con la minore la Campania (128.203). Nell'ultimo decennio l'aggregazione maggiore si è registrata in Umbria (+172,3% prestazioni per struttura), la riduzione massima in Piemonte (-13,8%).

KI 9.3. Numero medio di prestazioni diagnostiche erogate per ambulatorio



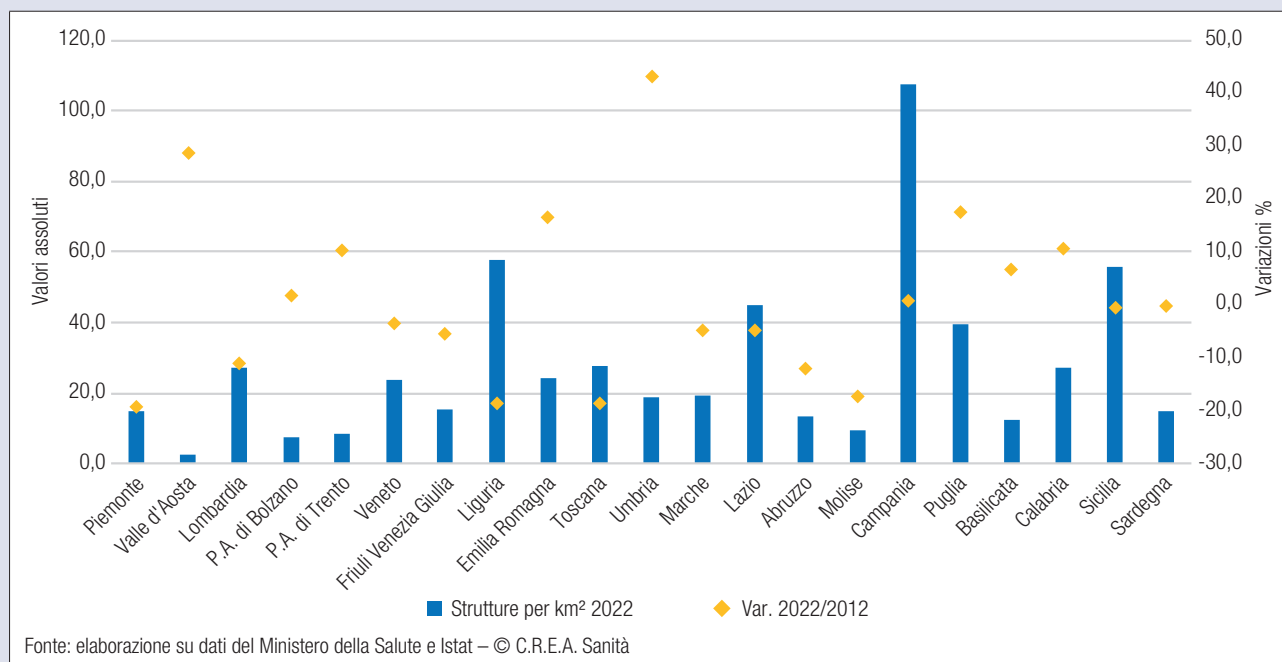
Nel 2022, in Italia, gli ambulatori erogano in media 18.619 prestazioni diagnostiche, valore in diminuzione del -7,3% nell'ultimo decennio. La Regione con la dimensione media maggiore degli ambulatori di diagnostica è la P.A. di Bolzano (38.836 prestazioni per struttura), quella con la minore la Calabria (9.348). Nell'ultimo decennio l'aggregazione maggiore si è registrata in Toscana (+49,7% prestazioni per struttura), la riduzione massima in Liguria (-31,7%).

KI 9.4. Numero medio di visite erogate per ambulatorio



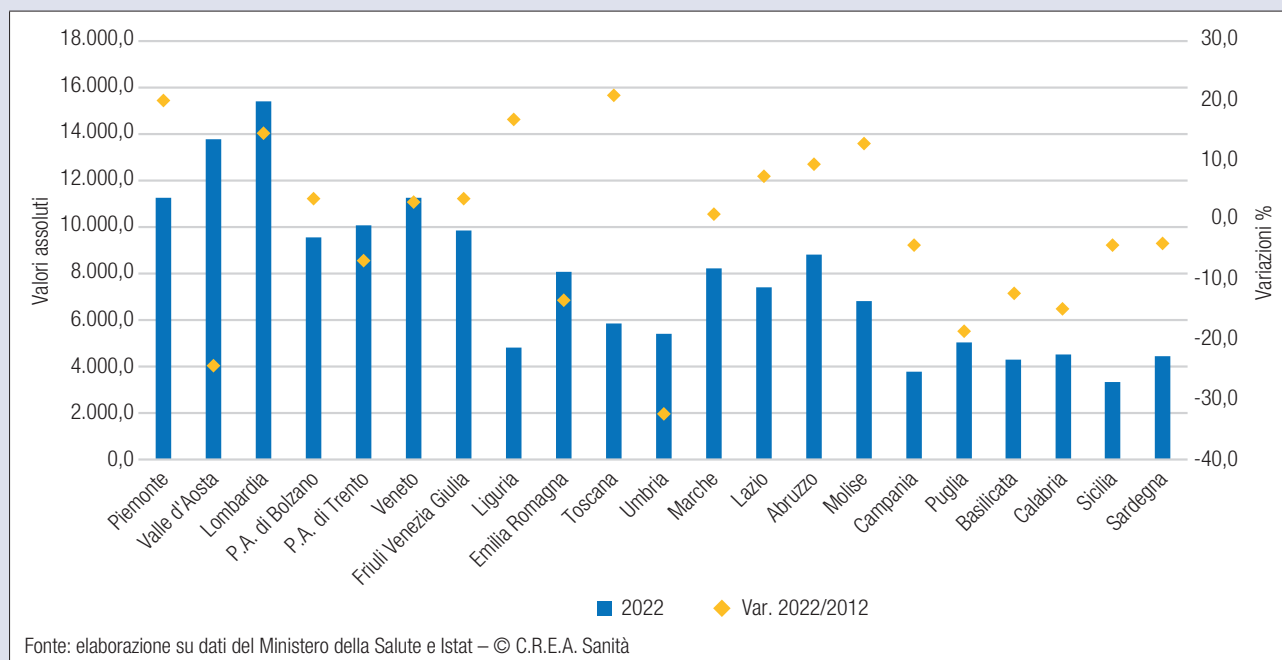
Nel 2022, in Italia, gli ambulatori erogano in media 28.554 visite, valore in diminuzione del -18,7% nell'ultimo decennio. La Regione con la dimensione media maggiore degli ambulatori che erogano prestazioni cliniche è la Valle d'Aosta (78.732 visite per struttura), quella con la minore la Sicilia (12.646). Nell'ultimo decennio l'aggregazione maggiore si è registrata nel Friuli Venezia Giulia (+5,3% prestazioni per struttura), la riduzione massima in Umbria (-48,6%).

KI 9.5. Densità di ambulatori sul territorio



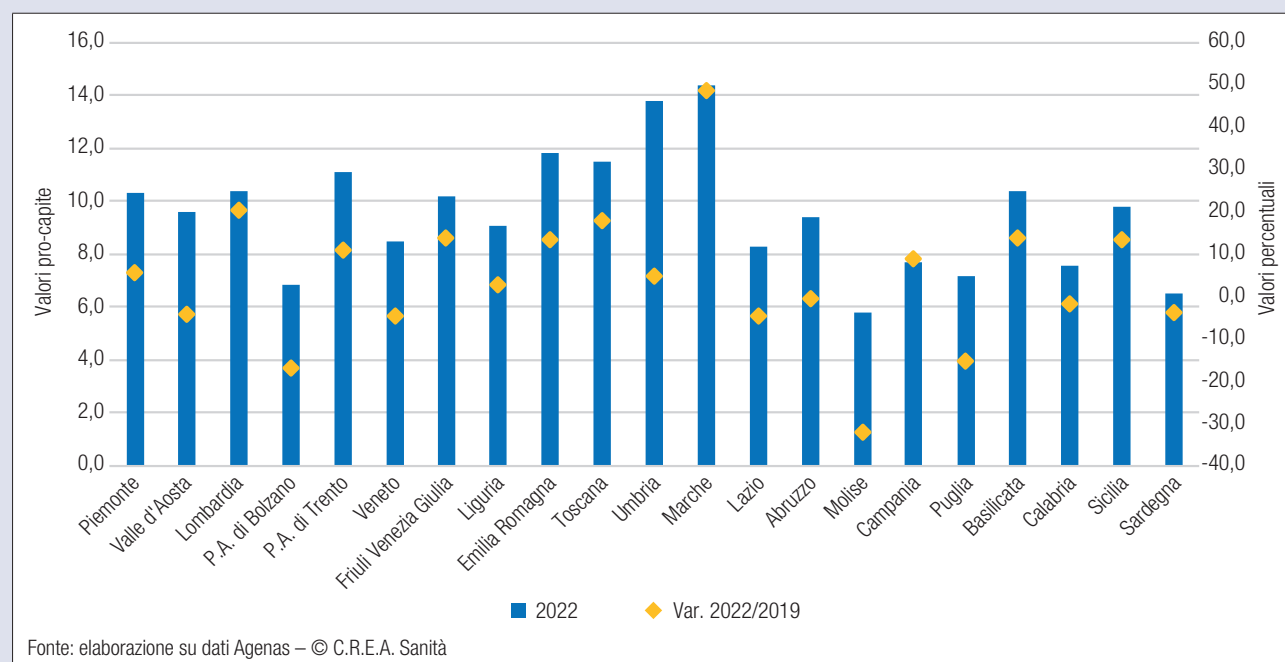
Nel 2022, in Italia, sono attive 30,1 strutture ambulatoriali ogni Km², valore in diminuzione del -2,0% nell'ultimo decennio. La Regione con la maggiore densità di strutture sul territorio è la Campania (107,6), quella con la minore la Valle d'Aosta (2,8). Nell'ultimo decennio il massimo aumento della densità si è registrato in Umbria (+43,2%), la riduzione maggiore in Piemonte (-19,4%).

KI 9.6. Bacini di utenza degli ambulatori



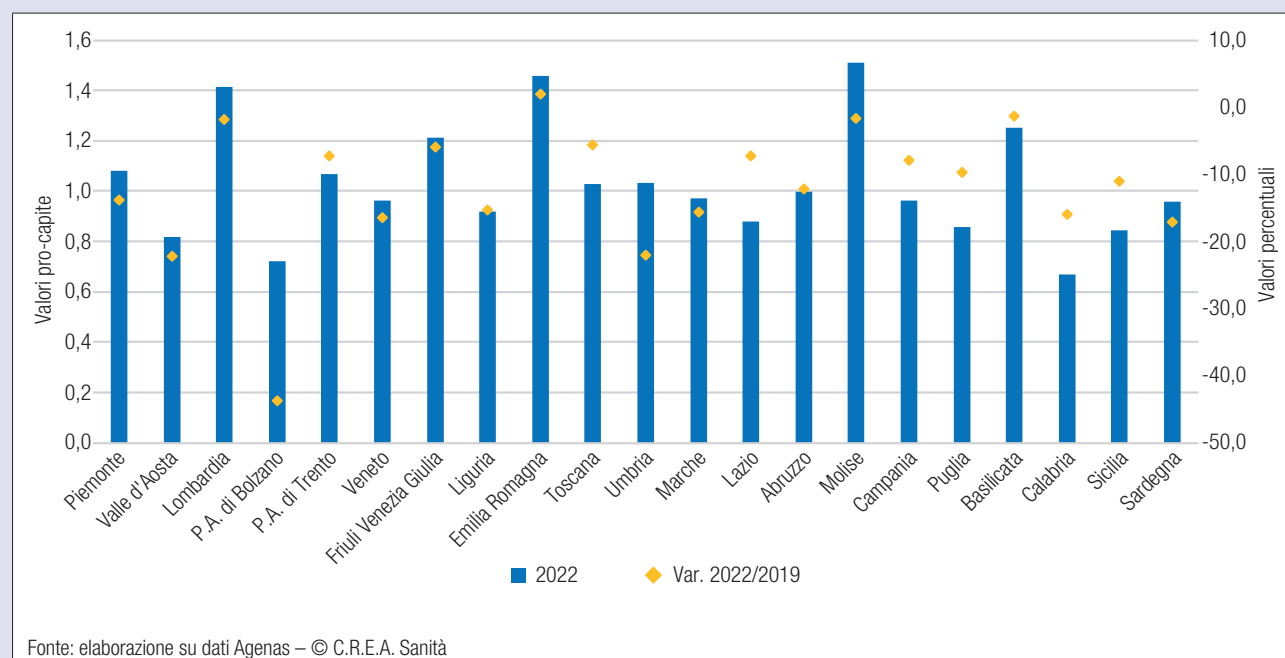
Nel 2022, in Italia, il bacino medio di utenza per struttura ambulatoriale è di 6.509 residenti, valore in aumento +0,4% nell'ultimo decennio. La Regione in cui le strutture hanno il bacino di utenza medio più grande è la Lombardia (15.350), quella in cui sono minori è la Sicilia (3.357). Nell'ultimo decennio il massimo aumento in media dei bacini di utenza si registra in Toscana (+20,9%), la massima riduzione in Valle d'Aosta (-24,4%).

KI 9.7. Analisi per abitante



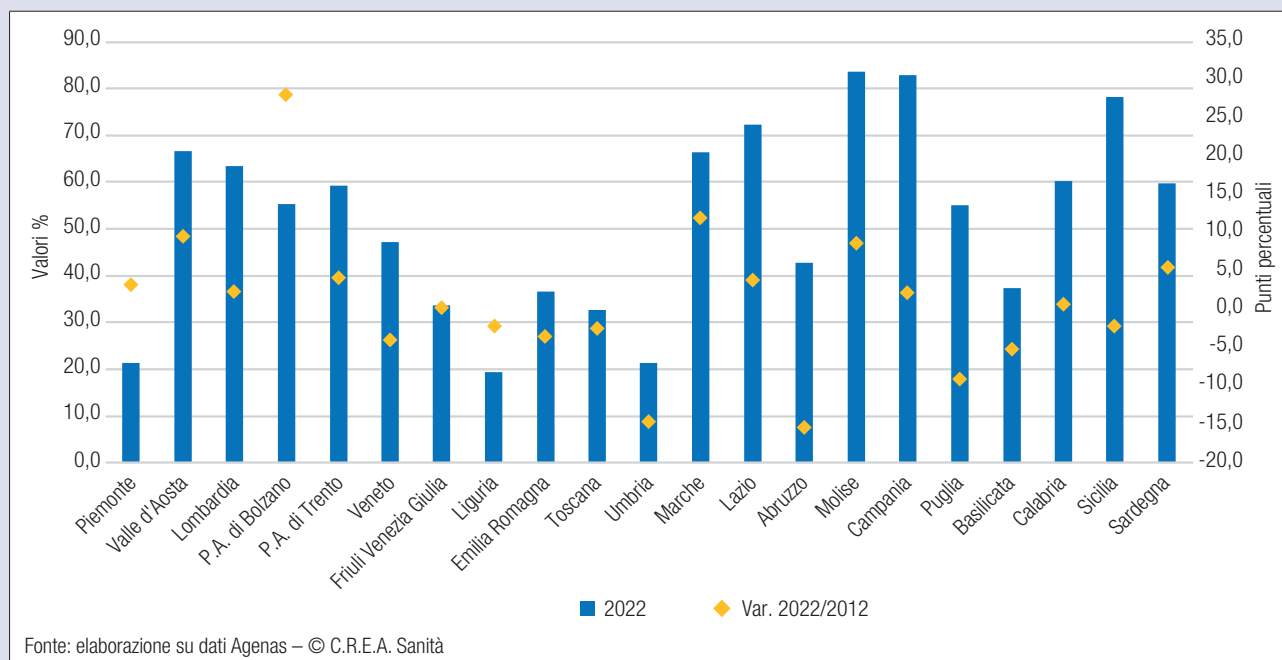
Nel 2022, in Italia, sono state erogate in media 9,5 analisi per abitante (escluse quelle durante i ricoveri), valore in aumento +7,7% nell'ultimo triennio. Il valore massimo si registra nelle Marche (14,4), quello minimo in Molise (5,8). Nell'ultimo triennio il massimo aumento si registra nelle Marche (+48,6%), la massima riduzione in Molise (-32,0%).

KI 9.8. Prestazioni di diagnostica per abitante



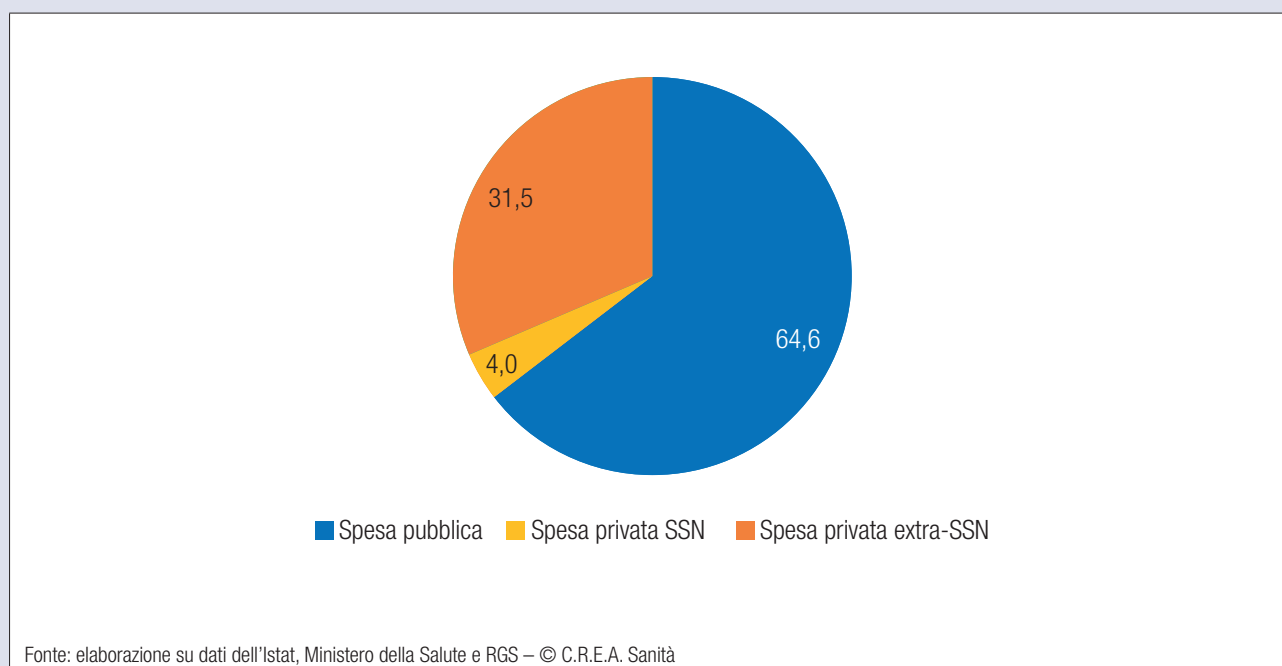
Nel 2022, in Italia, sono state erogate in media 1,1 prestazioni di diagnostica per abitante (escluse quelle durante i ricoveri), valore in riduzione del -8,4% nell'ultimo triennio. Il valore massimo si registra in Emilia Romagna e Molise (1,5), quello minimo nella P.A. di Bolzano e in Calabria (0,7). Nell'ultimo triennio il massimo aumento si registra in Emilia Romagna (+2,0%), la massima riduzione nella P.A. di Bolzano (-43,7%).

KI 9.9. Visite per abitante



Nel 2022, in Italia, sono state erogate in media 0,9 visite per abitante (escluse quelle durante i ricoveri), valore in riduzione del -13,8% nell'ultimo triennio. Il valore massimo si registra in Piemonte e Emilia Romagna (1,2), quello minimo in Campania e Calabria (0,6). Nell'ultimo triennio la massima riduzione si registra nella P.A. di Bolzano (-40,5%), la minima riduzione in Toscana (-3,8%).

KI 9.10. Spesa per la specialistica ambulatoriale



Nel 2022, in Italia, la spesa per specialistica ambulatoriale si stima nell'ordine di € 31,7 mld., di cui il 64,6% pubblica (€ 20,5 mld.), il 4,0% privata SSN (€ 1,3 mld.) e il restante 31,5% extra-SSN (€ 10,0 mld.).



Capitolo 10

Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici

10a. Assistenza Farmaceutica: spesa e *governance*

10b. La Spesa per i Dispositivi Medici

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 10a

Assistenza Farmaceutica: spesa e governance

Polistena B.¹, Spandonaro F.²

Il contributo analizza i livelli e la dinamica della spesa farmaceutica, nonché l'evoluzione delle sue componenti, con la finalità ultima trarne indicazioni utili per migliorare la *governance* del settore.

La spesa farmaceutica nazionale, nel 2023, ha sfiorato i € 36 mld. in crescita del 4,8% medio annuo nel quinquennio 2018-2023; la spesa pubblica ne rappresenta circa il 70% e si è incrementata rispetto al 2018 del 4,5% medio annuo; la quota a carico dei cittadini (comprendente la compartecipazione alla spesa, i medicinali di "Classe A" acquistati privatamente e i farmaci di "Classe C"), è risultata pari a € 10,6 mld., in aumento del 5,5% medio annuo.

La spesa farmaceutica compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ammonta a € 26,9 mld. (75,7% della spesa farmaceutica totale); per effetto della compartecipazione dei cittadini alla spesa, e anche dell'acquisto diretto da parte delle famiglie di farmaci di "Classe A" rimborsabili dal SSN, il costo effettivo per lo Stato si riduce a € 21,3 mld (pari al 60,2% della spesa totale).

Da considerare che la spesa pubblica effettiva si riduce ulteriormente del 7,3% per effetto del *payback*.

I *trend* della spesa farmaceutica sono tutti in crescita: nell'ultimo quinquennio la spesa pubblica si è incrementata del 4,5% medio annuo (3,6% medio annuo nell'ultimo decennio), mentre quella privata del 5,5% medio annuo nel quinquennio e del 3,7% nel decennio.

La spesa farmaceutica pubblica continua a crescere più del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con la conseguenza di un aumen-

to della sua incidenza sul *budget* del SSN, che non è compensato neppure con il continuo aumento del *payback*.

Parallelamente, anche la spesa farmaceutica privata cresce, di 1,8 punti percentuali per anno più del Prodotto Interno Lordo (PIL); e anche più di quella pubblica, determinando così un crescente spostamento dell'onere farmaceutico sui bilanci delle famiglie.

Va notato che la spesa farmaceutica è cresciuta più rapidamente nell'ultimo quinquennio rispetto al precedente: tanto la componente pubblica, che quella privata. Il dato del comparto pubblico è, peraltro, trainato dalla spesa ospedaliera, in quanto la convenzionata netta ha subito riduzioni sia nel decennio che nel quinquennio e la distribuzione diretta e per conto di "Classe A" è cresciuta più nel primo quinquennio.

Per quanto concerne la privata, è interessante notare che il ricorso a livello regionale è difforme e non sempre risulta correlato ai livelli di reddito, come pure sarebbe lecito aspettarsi. Ad esempio, sebbene risulti tendenzialmente più alta nel Nord del Paese, nelle PP.AA. di Trento e Bolzano è inferiore a quella meridionale: in generale non si riscontra una correlazione tra il PIL e spesa sanitaria privata pro-capite, neppure considerando la sola "Classe A" privato o la sola "Classe C"; di contro si evidenzia una correlazione positiva tra PIL pro-capite e compartecipazioni alla spesa e anche con la spesa per automedicazione. Se ne può, quindi, dedurre, che il gettito delle compartecipazioni sia effettivamente legato alle disponibilità economiche; analogamente,

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

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

che la propensione a spendere per automedicazione risulta proporzionale alle risorse disponibili delle famiglie.

Ricordando quanto argomentato sui tassi di crescita, appare evidente che l'attuale assetto regolatorio non riesce più a tenere sotto controllo la spesa, richiedendo una nuova *governance* del settore.

La *governance* è sinora rimasta "statica", limitandosi a ritoccare/modificare i tetti; di contro, ad esempio, non sono state aggiornate le regole di riparto del finanziamento: si consideri che nel caso della farmaceutica prevedono sia assegnato alle Regioni l'11,71% del Fabbisogno *Standard* per il LEA della distrettuale, a cui possiamo presupporre vada aggiunto un ulteriore 3,5% per i consumi ospedalieri (percentuale assunta pari alla ultima determinazione risalente alla L. n. 135/2012), determinando un totale che risulterebbe ancora in linea con l'attuale tetto; ma la spesa ospedaliera, come visto, è in rapido aumento e, quindi, a fronte di una probabile ulteriore crescita, la farmaceutica rischia di andare ad erodere tanto la quota di risorse (non farmaceutiche) destinate all'assistenza ospedaliera, quanto la quota assegnata all'assistenza territoriale, che pure è quella considerata prioritaria nelle prospettive di sviluppo.

Come anticipato, gli aggiornamenti dei tetti stanno "rincorrendo" la crescita della spesa: la Legge di Bilancio 2024 li ha nuovamente rideterminati, nella misura dell'8,5% per gli acquisti diretti (inclusi i gas medicinali) e del 6,8% per la spesa farmaceutica convenzionata. Per quanto noto al momento in cui si scrive, per il 2025 non sono invece previste modifi-

che ulteriori ai tetti della farmaceutica, mentre si prevede una riduzione per quel che concerne il Fondo farmaci innovativi, portato a € 900 mln..

Andando a stimare quale potrebbe essere l'esito della rideterminazione dei tetti prevista dalla citata Legge di Bilancio 2024, considerando un incremento del FSN del 4% per il 2024 utile per la determinazione del tetto, e una crescita della spesa convenzionata pari a quello registrata tra il 2022 e il 2023, la spesa convenzionata 2024 continuerebbe a registrare un avanzo pari a € 870 mln.; qualora invece si confermasse il *trend* osservato nel primo quadrimestre 2024, si arriverebbe pressoché ad un totale utilizzo del tetto; anche per il 2024, pertanto, il tetto sembra possa mantenersi ancora "capiente".

Di contro, per quel che concerne la spesa per gli acquisti diretti delle strutture pubbliche, qualora considerassimo il medesimo incremento registratosi tra il 2022 e il 2023, lo sforamento raggiungerebbe € 4,1 mld., con il rischio che la situazione possa essere ancora peggiore, con uno sforamento di € 4,9 mld., qualora si confermasse il *trend* registrato nel primo quadrimestre 2024.

In conclusione, la nuova *governance* del settore non potrà non prendere in considerazione, in modo complessivo e coordinato, la questione dei silos (e quindi la valorizzazione degli eventuali risparmi della farmaceutica sugli altri *setting* assistenziali), ma anche i criteri di riparto, il ripensamento dei tetti, e i controlli sull'appropriatezza prescrittiva, sulla aderenza alle terapie, sugli inventivi all'innovazione, nonché sulle politiche di compartecipazione dei cittadini.

CAPITOLO 10a

Assistenza Farmaceutica: spesa e governance

Polistena B.¹, Spandonaro F.²

10a.1. La spesa farmaceutica

Nel 2023 la spesa farmaceutica (pubblica e privata), in Italia, è risultata pari a € 35,5 mld., in aumento del 4,8% medio annuo nel quinquennio 2018-2023 e del 3,8% nell'ultimo decennio; gli aumenti sono maggiori rispettivamente di 2,2 punti percentuali (p.p.) e di 1,9 p.p. rispetto all'incremento delle risorse assegnate al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), così che la quota relativa all'Assistenza Farmaceutica è passata dal 16,1% del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) nel 2018 al 16,9% nel 2023.

La spesa farmaceutica pubblica si attesta (Tabella 10a.1. e Figura 10a.1.) a € 24,9 mld. (70,0% della spesa farmaceutica totale) e quella privata a € 10,6 mld. (30,0% del totale). Nell'ultimo quinquennio la spesa pubblica si è incrementata del 4,5% medio annuo (3,7% medio annuo nell'ultimo decennio), mentre quella privata del 5,5% medio annuo nel quinquennio e del 3,9% nel decennio.

Nel 2023, il 75,7% (€ 26,9 mld.) della spesa farmaceutica sarebbe relativo a terapie ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ma l'acquisto diretto da parte delle famiglie di farmaci di "Classe A" rimborsabili dal SSN, come anche la compartecipazione dei cittadini, riducono complessivamente del 7,6% l'onere pubblico per l'erogazione dei LEA.

Il costo effettivo sostenuto dal SSN per l'Assisten-

za Farmaceutica, per effetto del *payback*, risulta inferiore alla spesa del -7,3%, attestandosi a € 23,2 mln.: in definitiva, l'incidenza effettiva della copertura pubblica è pari al 68,5%.

Per quanto concerne la composizione della spesa, la spesa convenzionata netta³ risulta pari, nel 2023, a € 7.700,7 mln. (21,7% della spesa totale al lordo del *payback*); la spesa sostenuta direttamente dalle strutture pubbliche al 46,3% di cui il 14,9% per la distribuzione diretta e per conto dei farmaci di fascia A⁴ (€ 5.297,3 mln.) e il 31,4% per l'ospedaliera (€ 11.149,7 mln.).

Nello specifico il 44,8% della spesa pubblica viene assorbito dall'ospedaliera, 31,0% dalla spesa di "Classe A", il 21,3% dalla distribuzione diretta e per conto e il restante 2,9% da importazioni, galenici e extra tariffa.

A livello regionale, la spesa delle strutture pubbliche (ospedaliera più distribuzione diretta e per conto) incide sulla spesa farmaceutica totale in modo difforme: fra il 40,0% della Valle d'Aosta e il 53,3% del Friuli Venezia Giulia.

L'incidenza della spesa convenzionata netta (erogata dalle farmacie sul territorio) passa dal 16,6% nella P.A. di Bolzano al 26,1% in Basilicata.

In termini pro-capite, la spesa farmaceutica pubbli-

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

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

³ Trattasi della spesa al netto degli sconti versati dalle farmacie, del *payback* pari al 1,83% versato alle Regioni al lordo dei *ticket* regionali

⁴ La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione, per il tramite delle strutture sanitarie, di medicinali per la somministrazione al proprio domicilio; mentre la distribuzione per conto è una forma di dispensazione diretta dei farmaci inclusi dall'AIFA nel prontuario ospedale-territorio (PHT) ai sensi dell'art. 8 della L. n. 405/2001

ca a livello nazionale risulta, nel 2023, pari a € 421,7, con un incremento del 5,0% medio annuo nell'ultimo quinquennio e del 4,0% medio annuo nel decennio.

La spesa convenzionata netta ammonta a € 130,5 pro-capite, in aumento dello 0,3% medio annuo nel quinquennio ed in riduzione del -1,1% nel decennio.

La spesa ospedaliera è pari a € 189,0 pro-capite,

in crescita del 8,5% medio annuo nell'ultimo quinquennio e del 7,7% medio annuo rispetto al 2013.

Quella della distribuzione diretta e per conto è pari a € 89,8 pro-capite e si è incrementata del 3,3% medio annuo nell'ultimo quinquennio e del 6,1% medio annuo rispetto al 2013.

Tabella 10a.1. Spesa farmaceutica in Italia, € mln. e variazioni

	2013	2018	2023	vma (%) 2023/2018	vma (%) 2023/2013
Convenzionata netta*	8.863,0	7.782,0	7.700,7	-0,2	-1,4
Distribuzione diretta e per conto fascia A	3.002,5	4.620,4	5.297,3	2,8	5,8
Ospedaliera	5.425,5	7.594,0	11.149,7	8,0	7,5
Importazioni			40,3		
Galenici			32,4		
Extra tariffa			660,6		
Compartecipazioni dei cittadini alla spesa	873,9	1.126,2	1.479,2	5,6	5,4
“Classe A” privato	1.142,0	1.360,0	2.021,0	8,2	5,9
“Classe C” privata	2.966,0	2.875,0	3.839,0	6,0	2,6
Automedicazione SOP e OTC	2.298,0	2.536,0	2.941,0	3,0	2,5
Esercizi commerciali		266,0	368,0	6,7	
Spesa pubblica	17.291,0	19.996,4	24.881,0	4,5	3,7
Payback	475,6 ⁵	1.074,1 ⁶	1.684,8 ⁷	6,6	12,0
Spesa pubblica effettiva (al netto del payback)	16.815,4	18.922,3	23.196,2	9,4	13,5
Spesa privata	7.279,9	8.163,2	10.648,2	5,5	3,9
Spesa totale	24.570,9	28.159,6	35.529,2	4,8	3,8
di cui Farmaci rimborsabili	18.433,0	21.356,4	25.999,9	4,1	3,6
Spesa totale al netto payback	24.095,3	27.085,5	33.844,4	4,6	3,5

*Convenzionata lorda-*ticket*- Sconto al SSN L. n. 662/96- Sconto Det. AIFA 30.12.05- Sconto Det. AIFA 09.02.07- Sconto L. n. 135/12 (2,25% dal 15.08.12)-Rettifiche regionali- *payback* 1,83%

Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2023. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

⁵ D.L. Semplificazioni (art. 9-bis, commi 3-6, D.L.135/2018, convertito dalla L. n. 12/2019)

⁶ Determina AIFA 28.01.2020

⁷ Si stima un rientro dal *payback* pari al 50% dello sfioramento della spesa ospedaliera

Per quanto concerne la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie, vi sono compresi i farmaci di “Classe A” (quindi rimborsabili) acquistati direttamente dalle famiglie per € 2,0 mld. (il 5,7% del totale della spesa totale); quelli di “Classe C” con ricetta

per € 3,8 mld. (10,9%); la spesa per i farmaci di automedicazione per € 2,9 mld. (8,3%); e, infine, le compartecipazioni alla spesa dei cittadini pari a € 1,5 mld. (4,2%).

Figura 10a.1. Composizione della spesa farmaceutica totale

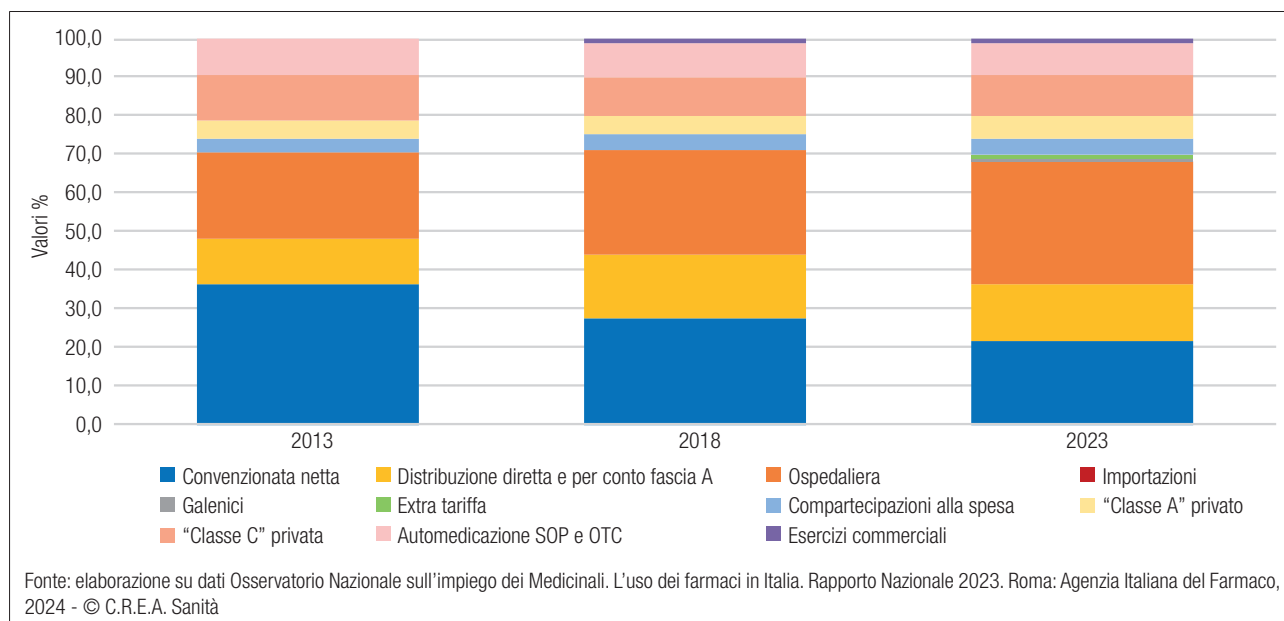
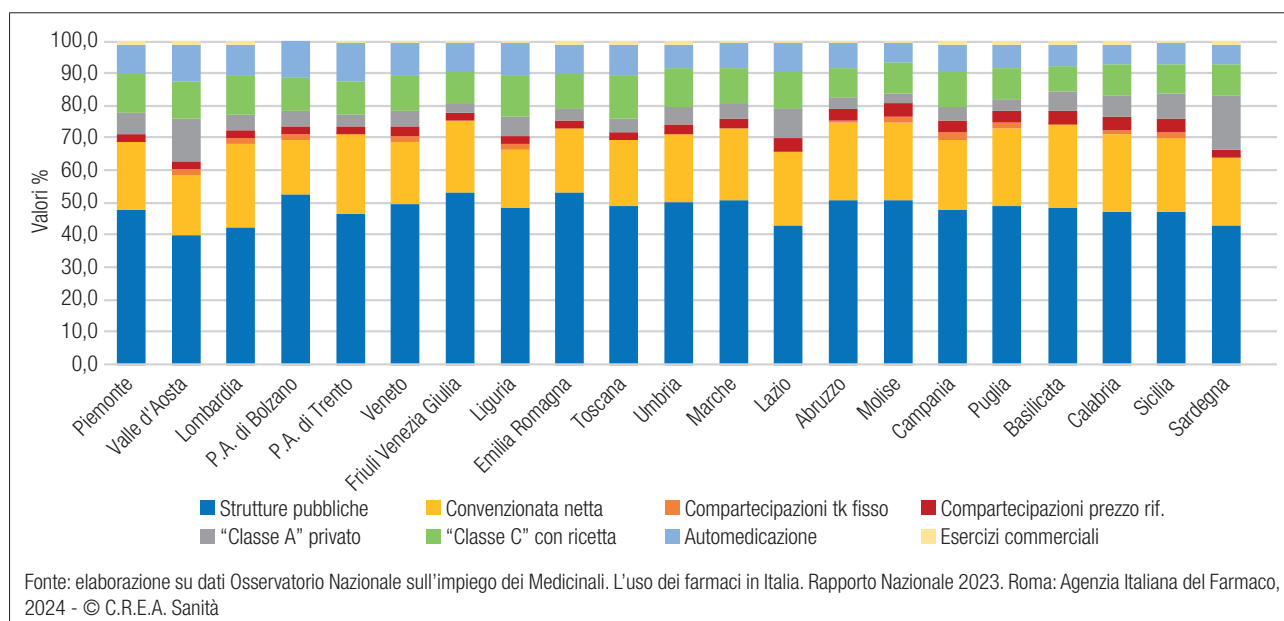


Figura 10a.2. Composizione della spesa farmaceutica totale regionale. Anno 2023



Nello specifico la spesa di “Classe A” privato rappresenta il 19,0% del totale spesa privata, quella in “Classe C” il 36,1%, quella per farmaci in automedicazione il 27,6%, quella per esercizi commerciali il 3,5% ed infine le compartecipazioni il 13,9%.

L'incidenza della spesa privata di “Classe A” sulla spesa farmaceutica totale (Figura 10a.2.) passa dal 3,0% in Friuli Venezia Giulia al 16,9% della Sardegna; quella della “Classe C” con ricetta dal 8,1% della Basilicata al 12,9% della Toscana; l'incidenza della spesa per l'automedicazione dal 6,1% del Molise e della Sardegna all'11,7% della P.A. di Bolzano; le compartecipazioni dal 2,3% in Piemonte, al 5,9% della Campania e della Sicilia (Figura 10a.2.).

La spesa farmaceutica privata a livello nazionale risulta pari a € 180,5 pro-capite, in aumento del 6,0% medio annuo nell'ultimo quinquennio e del 4,1% medio annuo nell'ultimo decennio.

Il ricorso alla spesa privata da parte delle famiglie, a livello regionale, è difforme e non sempre risulta correlato ai livelli di reddito, come pure sarebbe lecito aspettarsi. Ad esempio, sebbene risulti tendenzialmente più alta nel Nord del Paese, nelle PP.AA. di Trento e Bolzano è inferiore a quella meridionale. Non è presente, nello specifico, una correlazione tra il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite e spesa sanitaria privata pro-capite ($R^2=0,004$); tuttavia, andando ad analizzare le singole voci di spesa privata

pro-capite emerge come non sia presente una correlazione tra PIL pro-capite e spesa “Classe A” privato ($R^2=0,0275$) e tra PIL pro-capite e spesa “Classe C” ($R^2= 0,0005$) mentre si evidenzia una correlazione positiva tra PIL pro-capite e compartecipazioni ($R^2= 0,2665$) e tra PIL pro-capite e spesa per automedicazione ($R^2= 0,5257$)

La spesa per i farmaci di “Classe C”, nello specifico, ammonta a € 65,1 pro-capite in aumento del 6,5% medio annuo nel quinquennio 2018-2023 e del 2,9% medio annuo rispetto al 2013.

La spesa per farmaci di automedicazione (inclusa quella sostenuta presso gli esercizi commerciali) risulta pari a € 49,8 pro-capite, in aumento del 3,5% medio annuo nel quinquennio e del 2,8% nel decennio.

La spesa annua sostenuta privatamente per i farmaci di “Classe A” è pari nel 2023 a € 34,3 pro-capite, in crescita dell'8,8% medio annuo nel quinquennio e del 6,1% medio annuo nel decennio.

Per quanto concerne la compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica, essa è pari a € 25,1 annui, in aumento del 6,1% nell'ultimo quinquennio e del 5,7% medio annuo rispetto al 2013.

Le compartecipazioni sono attribuibili per il 71,4% al *ticket* sul prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti (€ 17,9 pro-capite) e per il restante 28,6% (€ 7,2 pro-capite) al *ticket* fisso per ricetta.

Figura 10a.3. Compartecipazioni pro-capite. Anno 2023

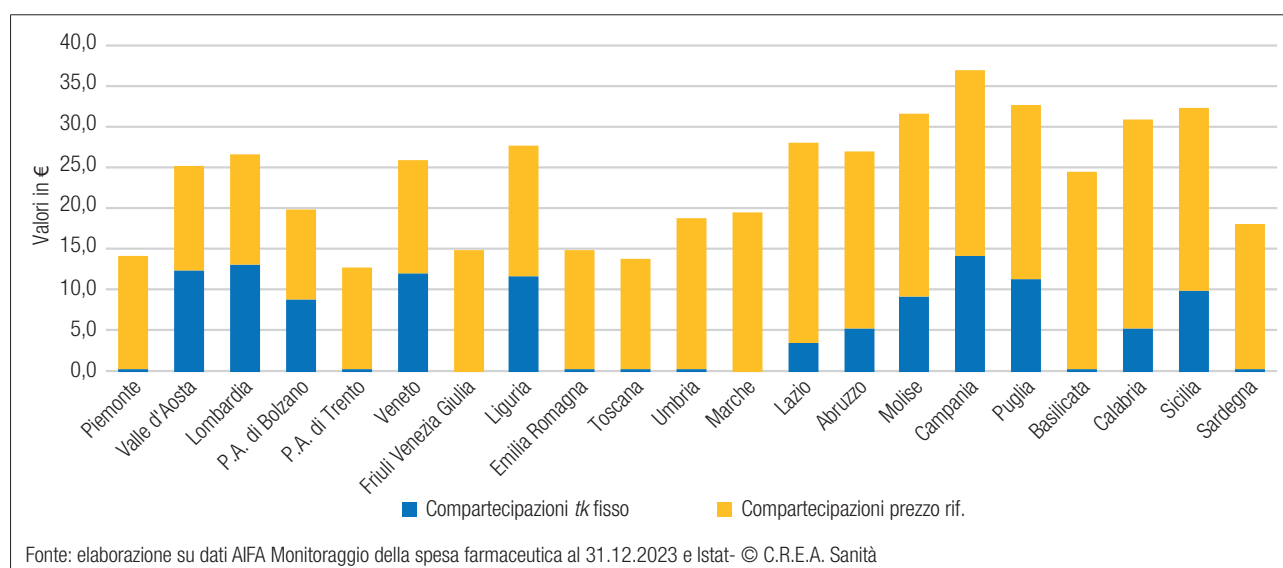
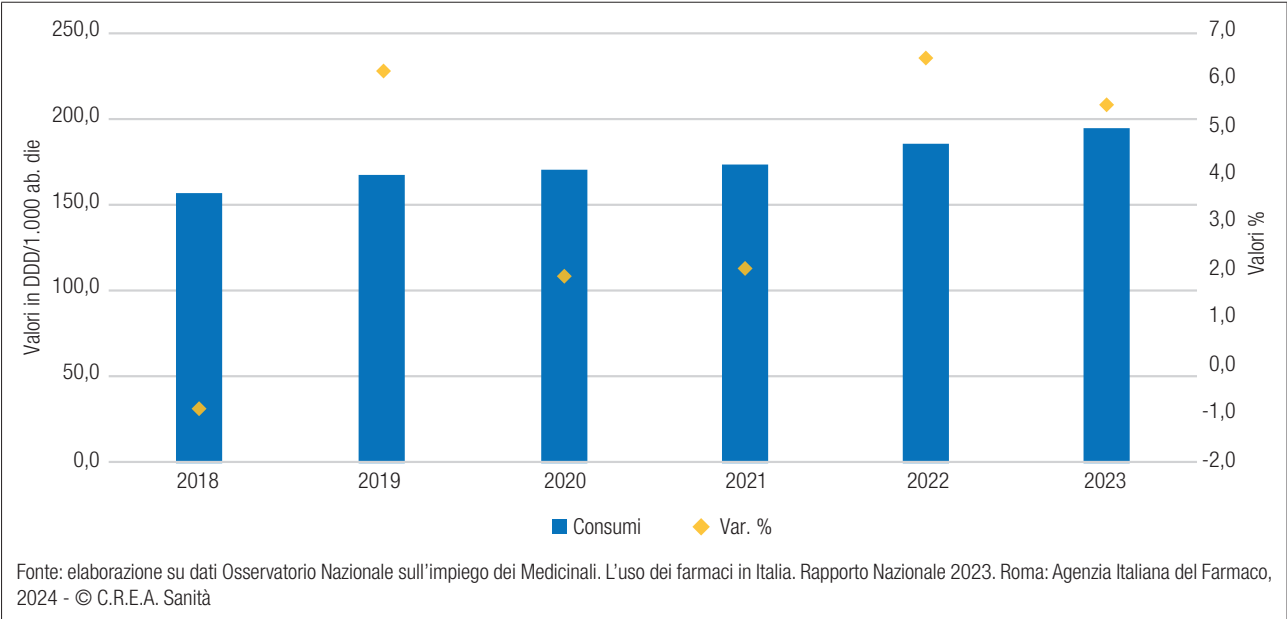


Figura 10a.4. Livello e dinamica dei consumi di farmaci nelle strutture pubbliche



A livello Regionale si osservano marcate differenze: in alcune Regioni il *ticket* pro-capite per ricetta è nullo (Friuli Venezia Giulia e Marche); in altre (Veneto, Valle d'Aosta e Campania) supera i € 12 pro-capite.

Il *ticket* sul prezzo di riferimento invece, supera € 20 pro-capite in tutte le Regioni del Sud (ad esclusione della Sardegna che registra un valore di circa € 18 pro-capite) e nel Lazio (€ 24,5 pro-capite); di contro, non supera gli € 16 pro-capite nelle Regioni del Nord (Figura 10a.3.).

Da quanto descritto appare evidente come, la spesa farmaceutica sia cresciuta più rapidamente nell'ultimo quinquennio rispetto al precedente. Questo è vero tanto per la spesa pubblica che per quella privata. Va, però, osservato che il dato nel comparto pubblico è trainato dalla spesa ospedaliera, in quanto la convenzionata netta ha subito riduzioni sia nel decennio che nel quinquennio e la distribuzione diretta e per conto di "Classe A" è cresciuta più nel primo quinquennio.

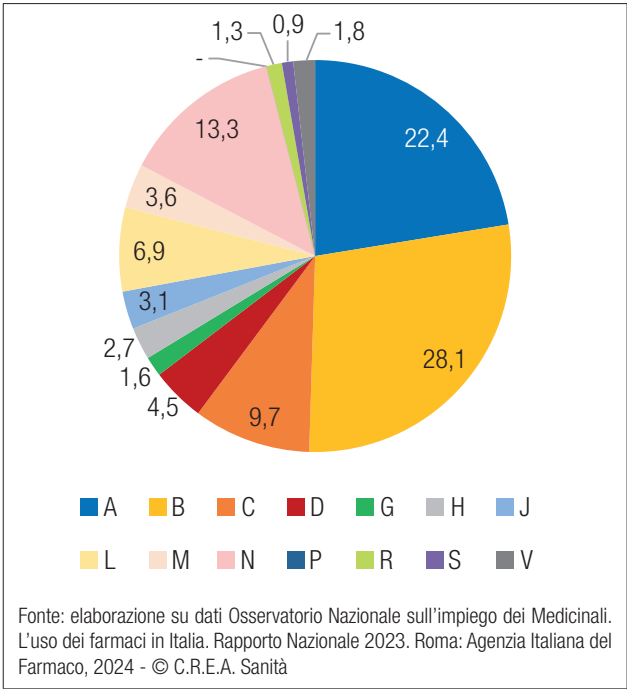
Nel comparto della spesa privata, invece, tutte le voci sono cresciute più rapidamente nell'ultimo quinquennio rispetto al decennio.

10a.2. I consumi farmaceutici per ATC

Nell'anno 2023, i consumi delle strutture pubbli-

che si attestano a 194,9 DDD/1.000 abitanti (ab.) die; erano 157,2 nel 2018, con un incremento nell'ultimo quinquennio del 24,0% pari al 4,4% medio annuo (Figura 10a.4.).

Figura 10a.5. Composizione consumi di farmaci nelle strutture pubbliche per ATC. Valori %. Anno 2023



La composizione per ATC dei consumi (Figura 10a.5.) evidenzia come siano largamente predominanti la ATC A (Apparato gastrointestinale e metabolismo) e B (Sangue e organi emopoietici) che da

sole sommano oltre il 50% dei consumi; seguono la ATC N (Sistema nervoso) con il 13,3%, la C (Sistema cardiovascolare) con il 9,7% e la L (farmaci antineoplastici e immunomodulatori) con il 6,9%.

Figura 10a.6. Variazione dei consumi per ATC nelle strutture pubbliche

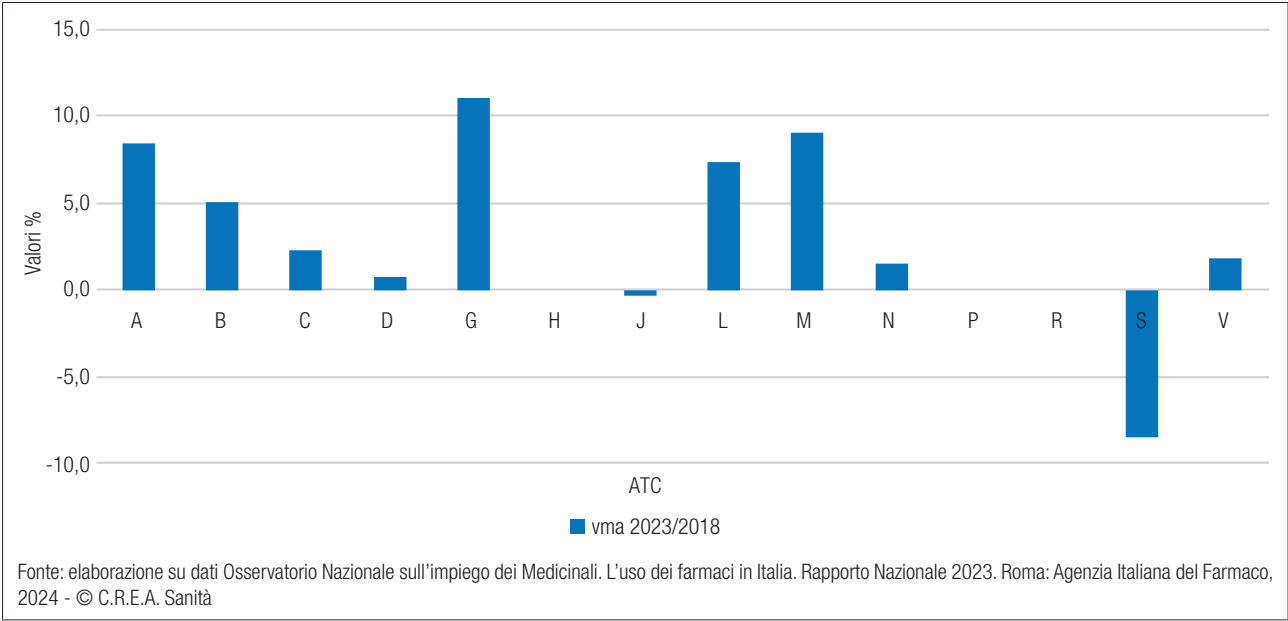


Figura 10a.7. Livello e dinamica dei consumi di farmaci erogati dalle farmacie convenzionate

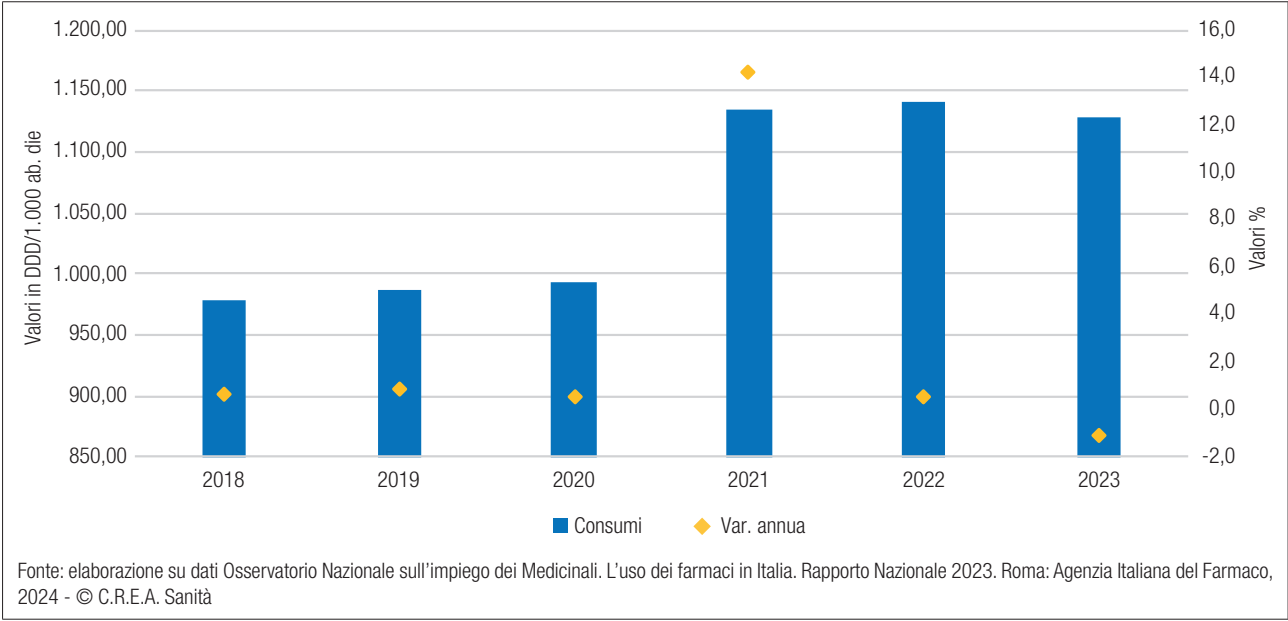
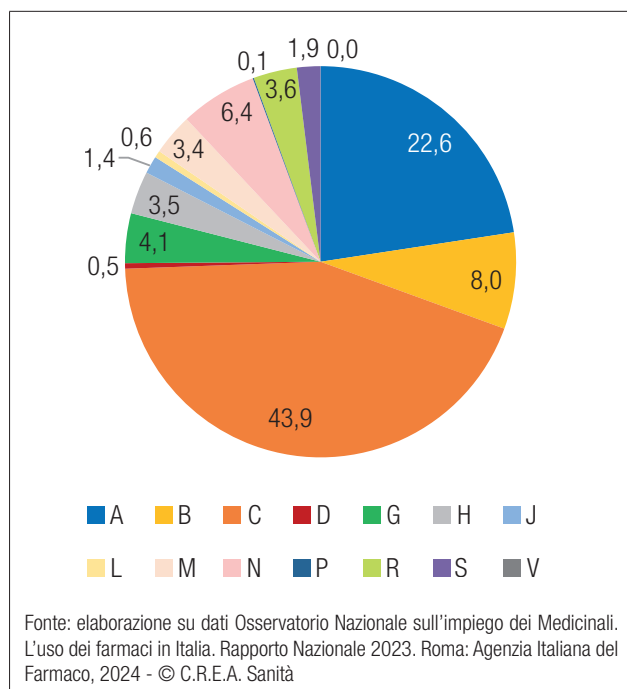


Figura 10a.8. Composizione consumi per ATC dei farmaci erogati dalle farmacie convenzionate. Valori %. Anno 2023



Nel quinquennio 2018-2023 le ATC per le quali si è osservato un maggiore incremento di consumo

sono state l'ATC G (Sistema genito – urinario e ormoni sessuali) e la A (Apparato gastrointestinale e metabolismo) con un incremento medio annuo nell'ultimo quinquennio maggiore dell'8,5% (Figura 10a.6.). Le ATC S (Organi di Senso) e J (Antimicrobici per uso sistemico) hanno fatto, invece, osservare una flessione dei consumi.

Nell'anno 2023, i consumi di farmaci erogati dalle farmacie convenzionate si attestano a 1.128,3 DDD/1.000 ab. die, con un incremento nell'ultimo quinquennio (978,9 nel 2018) del 15,3% pari al 2,9% medio annuo (Figura 10a.7.).

La composizione per ATC dei consumi di farmaci erogati dalle farmacie convenzionate (Figura 10a.8.) evidenzia come siano largamente predominanti la ATC C (Sistema cardiovascolare) che da sola assorbe il 43,9% dei consumi e l'ATC A (Apparato gastrointestinale e metabolismo) che ne assorbe il 22,6%.

Come si evince dalla Figura 10a.9., nel quinquennio 2018-2023, la ATC in cui si è osservato un maggiore incremento in termini di consumi di farmaci erogati dalle farmacie convenzionate è stata la A (Apparato gastrointestinale e metabolismo).

Figura 10a.9. Variazione media annua 2023/2018 dei consumi di farmaci erogati dalle farmacie convenzionate per ATC

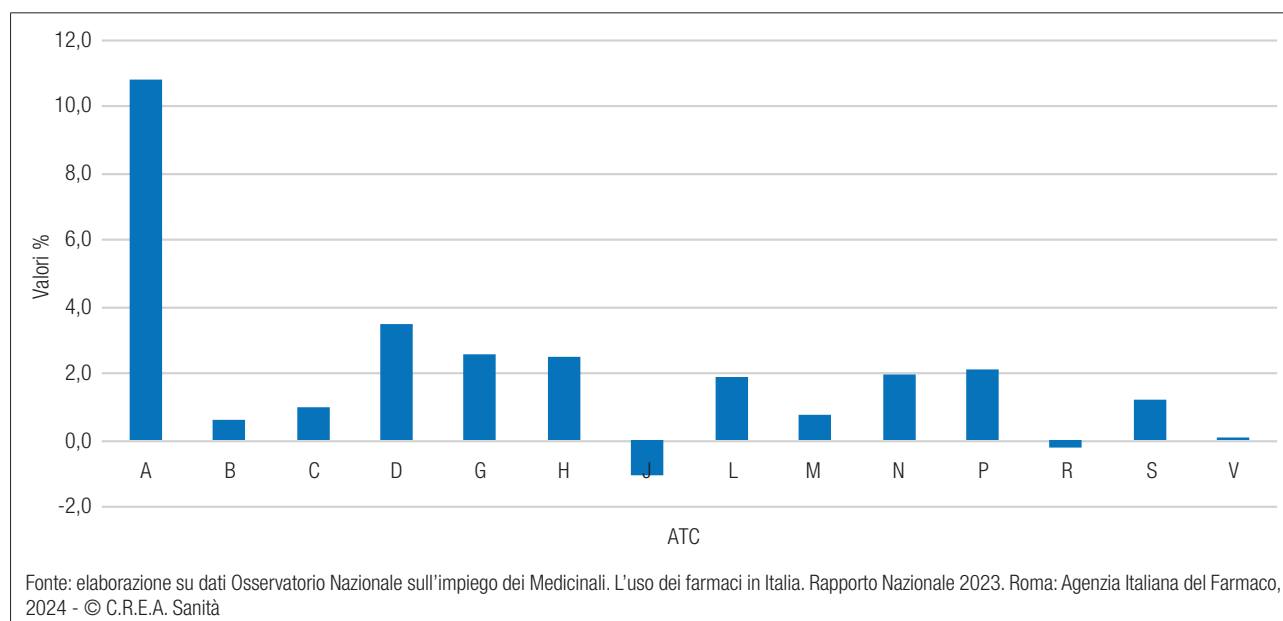
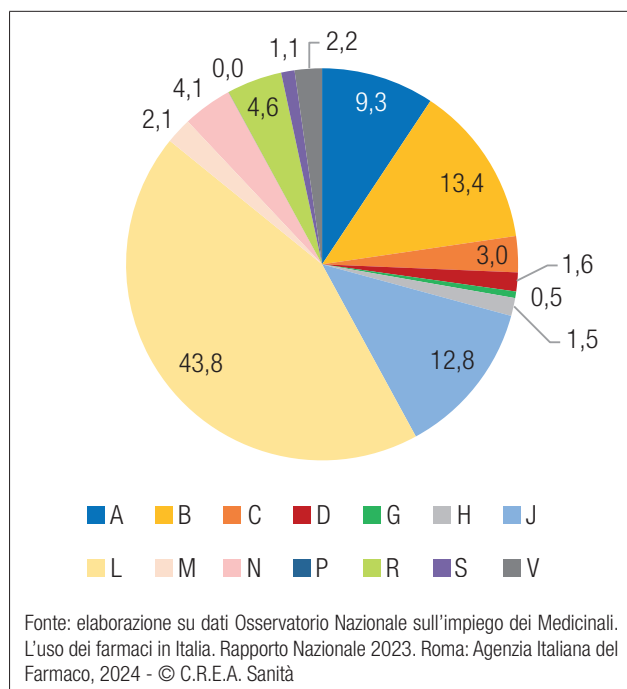


Figura 10a.10. Composizione spesa per farmaci acquistati dalle strutture pubbliche per ATC. Valori %. Anno 2023



10a.3. Spesa per ATC

La composizione della spesa per ATC (Figura 10a.10.) evidenzia come, per le strutture pubbliche, sia largamente predominante la ATC L (Antineoplastici e immunomodulatori) con una quota del 43,9%, in aumento del 5,5% medio annuo nell'ultimo quinquennio; seguono le ATC B (Sangue e sistema emopoietico) con il 13,4% della spesa totale (in crescita del 6,3% medio annuo nell'ultimo quinquennio) e la J (Antimicrobici per uso sistemico) con il 12,8% (in riduzione dello 0,5%).

Nel quinquennio 2018-2023 (Figura 10a.11.), le ATC per cui si è osservato un maggiore incremento in termini di spesa nelle strutture pubbliche sono state la D (Dermatologia) e la R (Sistema respiratorio) con un incremento medio annuo rispettivamente del 60,2% e del 32,1%. Le ATC G (Sistema genito – urinario e ormoni sessuali), H (Preparati Ormonali Sistemici, esclusi ormoni sessuali e insulina) e J (Antimicrobici per uso sistemico) hanno invece registrato una lieve flessione di spesa.

Figura 10a.11. Variazione media annua 2023/2018 della spesa per farmaci acquistati dalle strutture pubbliche per ATC

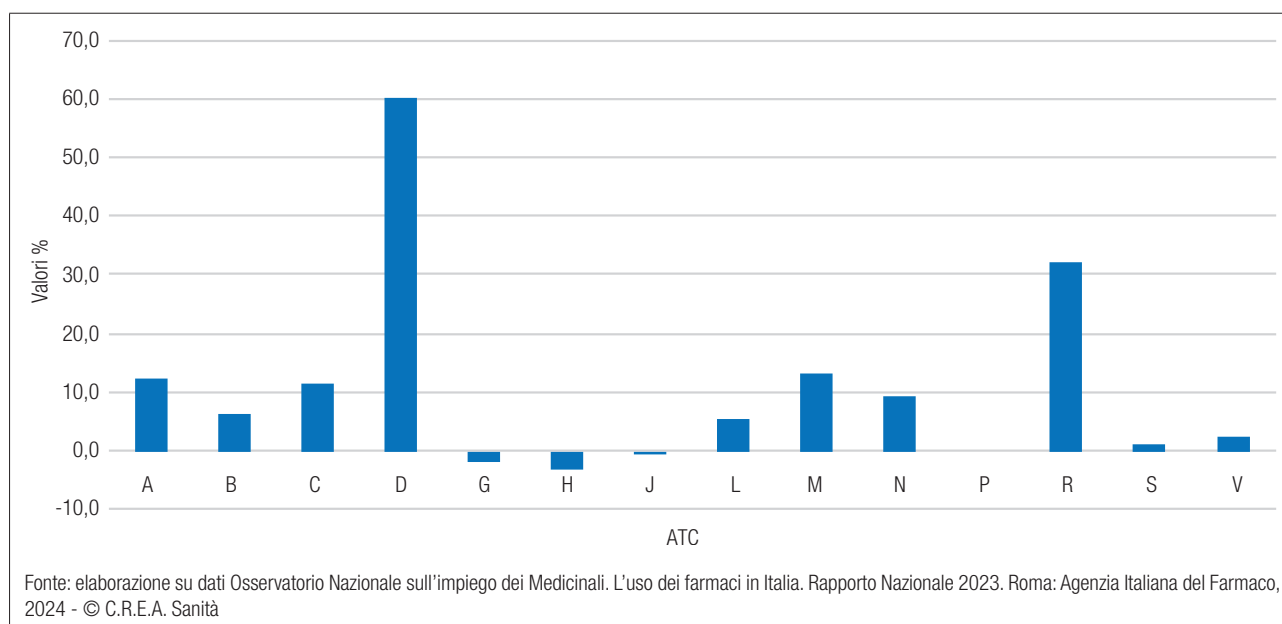
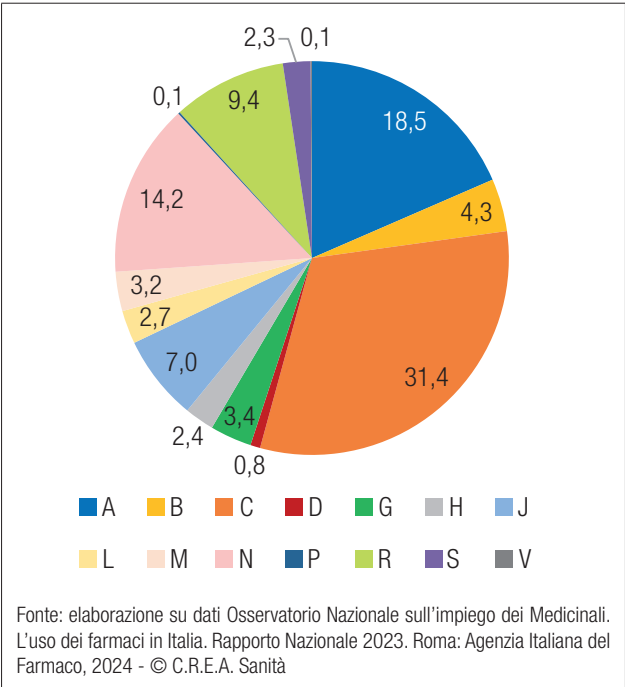


Figura 10a.12. Composizione della spesa per farmaci erogati dalle farmacie convenzionate per ATC. Valori %. Anno 2023



Passando all'analisi della spesa relativa ai farmaci erogati dalle farmacie convenzionate (Figura 10a.12.) emerge che le ATC che nel 2023 hanno assorbito maggiori risorse sono state la C (Sistema cardiovascolare), con un valore pari al 31,4% (in aumento nel quinquennio dello 0,7%), la A (Appa-

rato gastrointestinale e metabolismo) che assorbe il 18,5% del totale spesa (in riduzione nel quinquennio del 2,0%) e la N (Sistema Nervoso) che ne assorbe il 14,2% (in aumento dello 0,4%).

Come si evince dalla Figura 10a.13., la maggior parte delle ATC hanno evidenziato una riduzione della spesa relativa ai farmaci erogati dalle farmacie convenzionate.

10a.4. Spesa per DDD

Nel 2023, la spesa media per DDD/1.000 ab. die delle strutture pubbliche risulta pari a € 83,1 (€ 76,0 nel 2018), con un aumento del 9,4% nel quinquennio (1,8% medio annuo).

La spesa appare molto variabile a seconda dell'ATC considerata: risulta di € 525,2 per DDD/1.000 ab. die per l'ATC L (Farmaci antineoplastici e immunomodulatori), di € 340,3 per DDD/1.000 ab. die per l'ATC J (Antimicrobici per uso sistemico); di € 295,6 per l'ATC R (Sistema respiratorio). Per tutte le altre ATC i valori sono inferiori a € 100 per DDD/1.000 ab. die fino a toccare il valore minimo per l'ATC N (Sistema nervoso) pari a € 25,4 per DDD/1.000 ab. die (Figura 10a.14.).

Figura 10a.13. Variazione media annua 2023/2018 della spesa per farmaci erogati dalle farmacie convenzionate per ATC

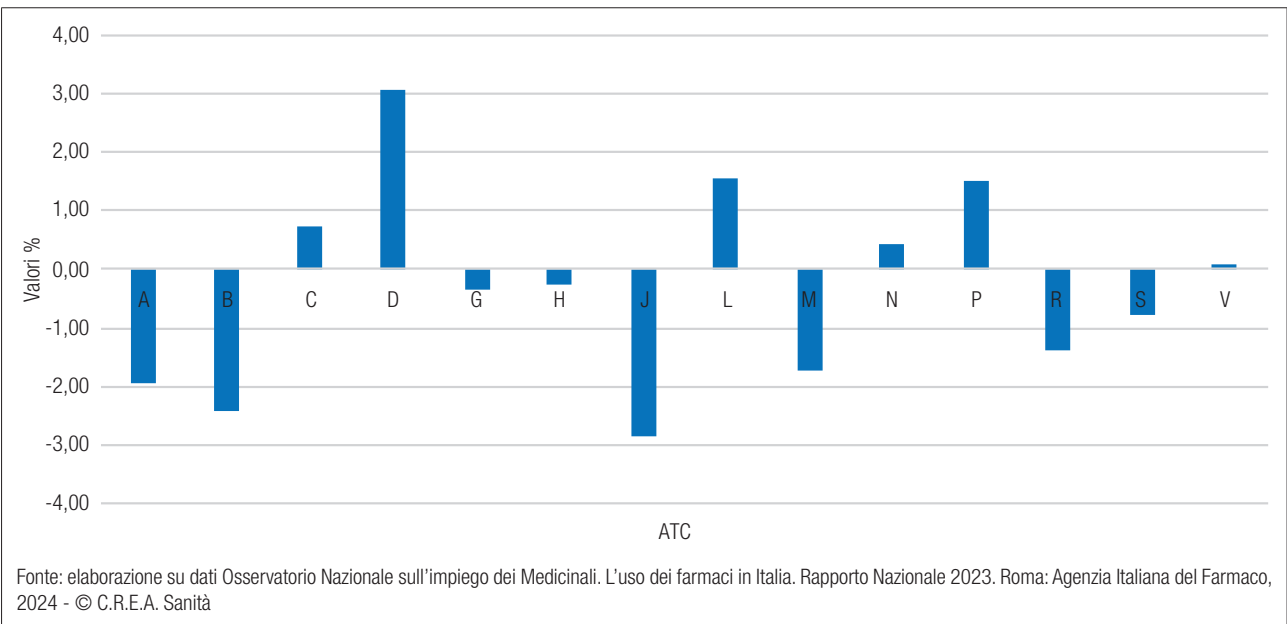
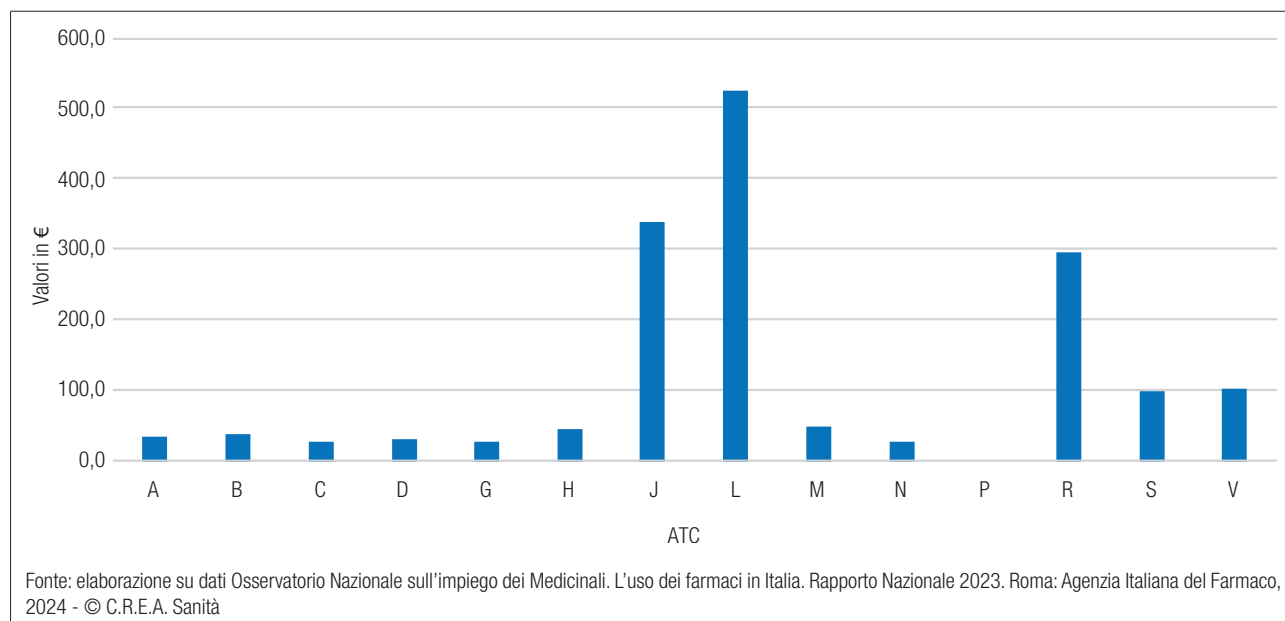
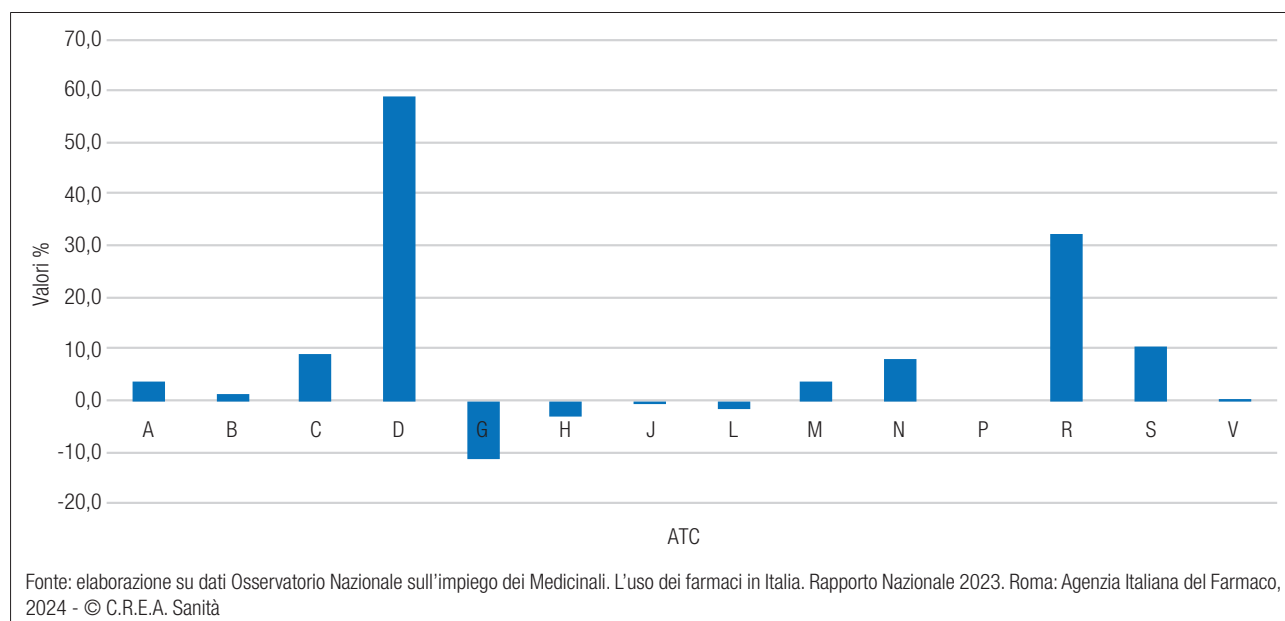


Figura 10a.14. Spesa farmaceutica per farmaci acquistati dalle strutture pubbliche per DDD/1.000 ab. die e ATC. Anno 2023**Figura 10a.15. Variazione media annua 2023/2018 della spesa per farmaci acquistati dalle strutture pubbliche per DDD/1.000 ab. die e ATC**

Le ATC in cui la spesa per DDD delle strutture pubbliche è aumentata in maniera maggiore sono la D (Dermatologia) e la R (Sistema respiratorio) con una variazione media annua nell'ultimo quinquennio rispettivamente del 59,1% e del 32,1%. Le ATC G (Sistema genito – urinario e ormoni sessuali), H (Preparati Ormonali Sistemici, esclusi ormoni sessuali

e insulina), J (Antimicrobici per uso sistemico) e L (Farmaci antineoplastici e immunomodulatori) hanno invece fatto registrare una riduzione del costo per DDD (Figura 10a.15.).

Nel 2023, la spesa media per DDD/1.000 ab. die dei farmaci erogati dalle farmacie convenzionate risulta pari a € 8,7 (€ 10,3 nel 2018), con una riduzione

del 15,7% nel quinquennio (-3,4% medio annuo).

Anche per i farmaci erogati dalle farmacie convenzionate la spesa (Figura 10a.16.) appare variabile a seconda dell'ATC considerata: si passa da € 110,0 per DDD/1.000 ab. die relativa all'ATC V (Vari), a € 4,7 per DDD/1.000 ab. die per l'ATC B (Sangue e

organi emopoietici).

Come si evince dalla Figura 10a.17., la spesa per DDD relativa ai farmaci erogati dalle farmacie convenzionate si è ridotta per quasi la totalità delle ATC nell'ultimo quinquennio ad eccezione dell'ATC V (Varie).

Figura 10a.16. Spesa per farmaci erogati dalle farmacie convenzionate per DDD/1.000 ab. die e ATC. Anno 2023

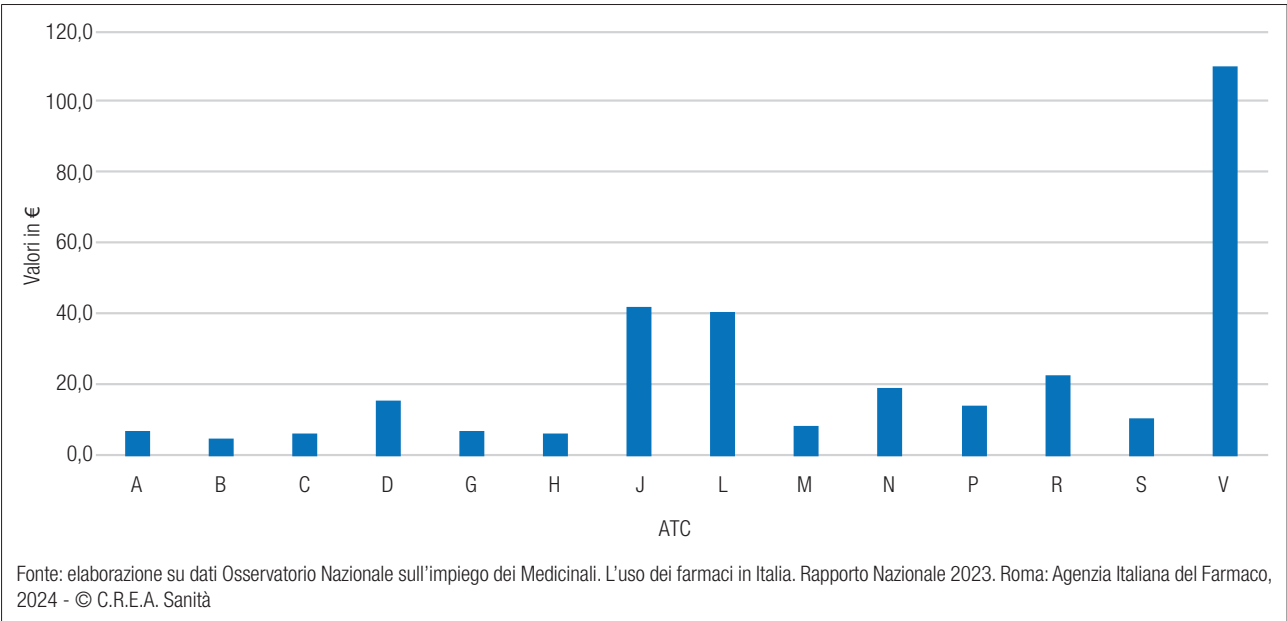
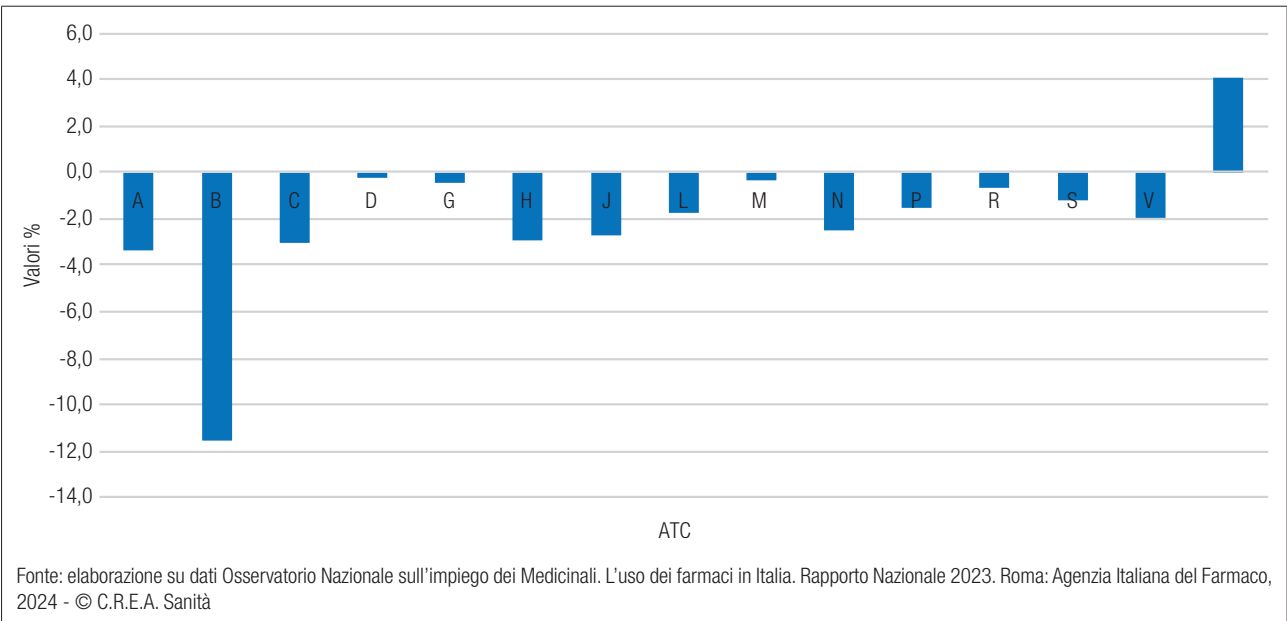


Figura 10a.17. Variazione media annua 2023/2018 della spesa per farmaci erogati dalle farmacie convenzionate per DDD/1.000 ab. die e ATC



10a.5. La politica farmaceutica

L'Assistenza Farmaceutica rappresenta un essenziale strumento di tutela della salute, e larga parte dei farmaci sono parte dei LEA e conseguentemente erogati a carico del SSN. La finalità primaria dell'intervento pubblico è quella di garantire ai cittadini l'accesso a farmaci con il migliore profilo costo-beneficio, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata. Per ottenere questo risultato è necessaria una programmazione che poggia sulle evidenze prodotte dagli strumenti di monitoraggio e di *governance* della spesa ivi compreso il controllo sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci.

In questo contesto, va ricordato che il Decreto Legge (D.L.) n. 159/2007 ha fissato un tetto di spesa farmaceutica complessiva pari al 14% del finanziamento della Sanità, livello che è stato poi più volte emendato: nel 2012 (D.L. n. 95/2012) il tetto fu modulato portandolo al 13,1% del finanziamento pubblico e, successivamente, è stato suddiviso in due componenti, separando la spesa convenzionata da quella diretta delle strutture pubbliche.

In relazione alle due componenti, va osservato

come la prima (convenzionata) non abbia generato problemi di sfioramento del tetto, mentre la seconda è stata caratterizzata da uno sfioramento progressivamente crescente: il legislatore ha di conseguenza, con la Legge di Bilancio 2021, previsto un incremento del tetto per gli acquisti diretti, rideterminato al 7,85% (dal 6,89% per il 2020), riducendo di conseguenza quello per la spesa convenzionata dal 7,96% al 7,00% (fermo restando il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali).

La citata Legge di Bilancio 2021, inoltre, ha previsto un ulteriore progressivo rialzo del peso della componente acquisti diretti: all'8,00% nel 2022, all'8,15% nel 2023 e all'8,30% nel 2024, mantenendo ferme le indicazioni per la componente territoriale e dei gas. In tal modo, si è generato un incremento progressivo del tetto complessivo: dal 14,85% del 2021 al 15,5% del 2024.

Per il 2023, in particolare, la spesa farmaceutica avrebbe dovuto assorbire il 15,15% del totale della spesa: il 7% per la spesa convenzionata (c.d. tetto della convenzionata) e l'8,15% per gli acquisti diretti (c.d. tetto degli acquisti diretti) delle strutture pubbliche.

Figura 10a.18. Spesa farmaceutica* convenzionata pro-capite e tetto. Anno 2023

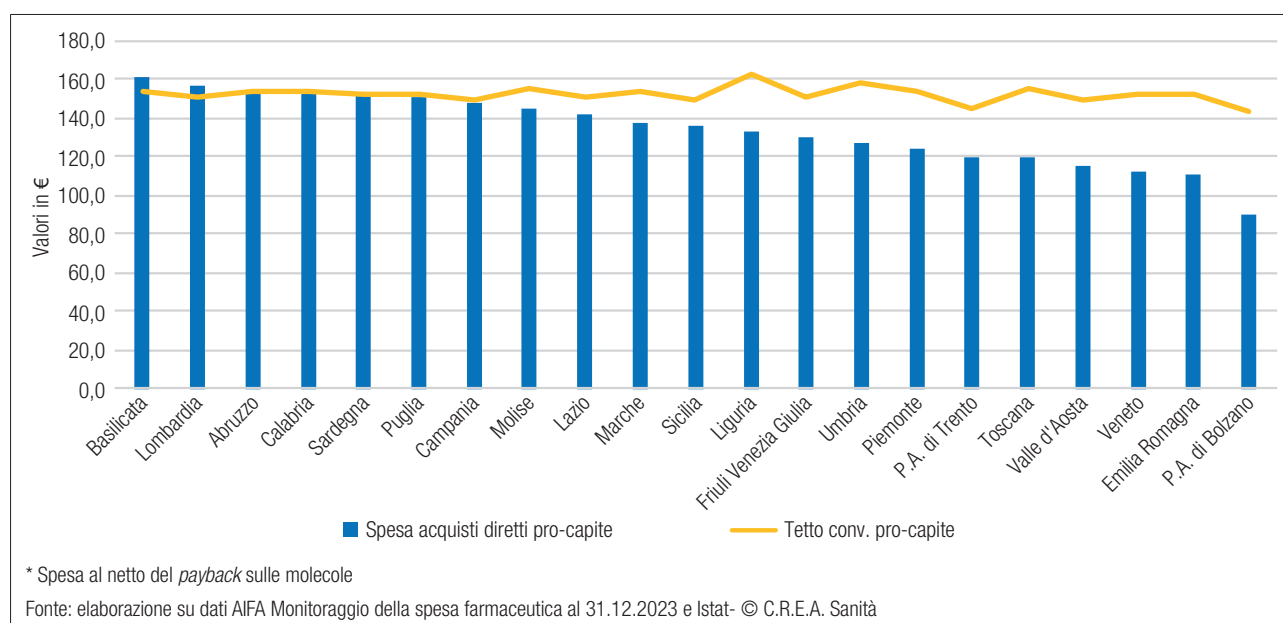
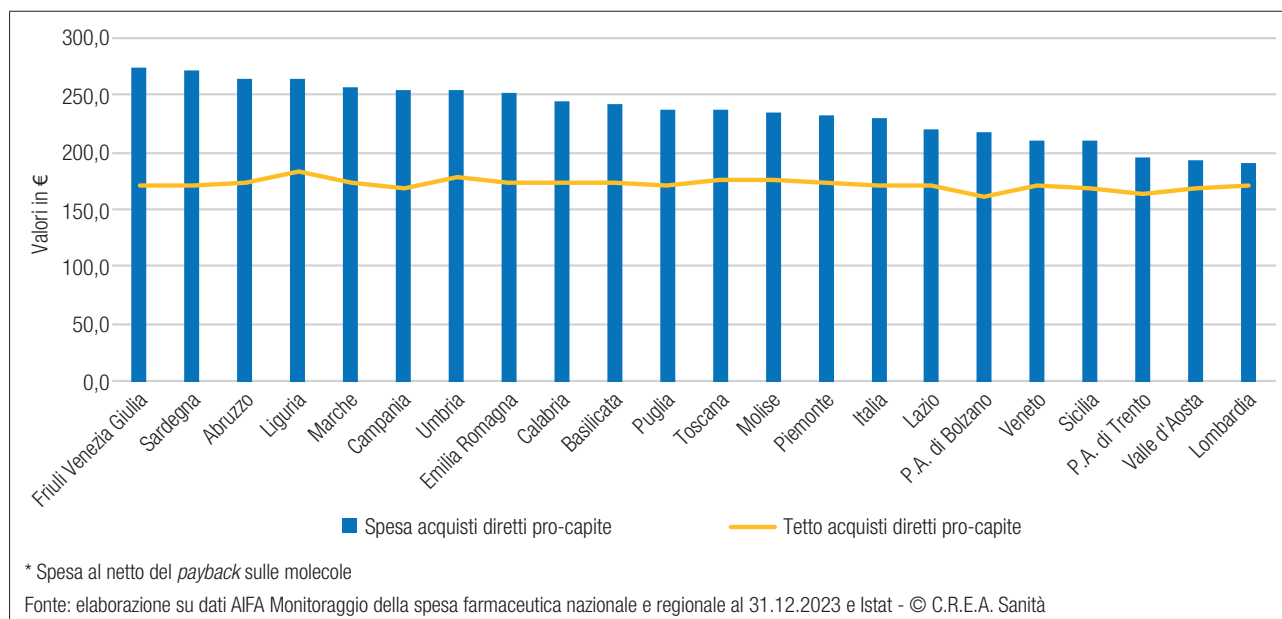


Figura 10a.19. Spesa farmaceutica pro-capite* per acquisti diretti delle strutture pubbliche e tetto. Anno 2023

Va ricordata anche l'esistenza del fondo destinato ai farmaci innovativi (in caso di farmaci con più indicazioni l'accesso al fondo è riservato solo alle indicazioni innovative), con una dotazione di € 1,2 mld.: solo eventuali sforamenti incidono sulla determinazione del tetto.

A consuntivo, nel 2023 la spesa farmaceutica convenzionata si è attestata al 6,3% del FSN, rimanendo sotto il tetto per € 846,7 mln. (€ 14,4 pro-capite).

Alcune Regioni registrano una spesa significativamente minore del tetto (€ 53,6 pro-capite in meno per la P.A. di Bolzano e € 41,3 per l'Emilia Romagna), compensando lo sfioramento di cinque Regioni (sebbene con valori al di sotto di € 8 pro-capite): Basilicata, Lombardia, Abruzzo, Calabria, Sardegna (Figura 10a.18.).

Per completezza, va considerato che il risultato è "reso possibile" dalla presenza di una quota significativa di spesa di "Classe A" sostenuta privatamente delle famiglie: senza questo "contributo" della spesa privata, si determinerebbe, infatti, uno sfioramento di circa € 1,2 mld. del tetto.

Di contro la spesa per gli acquisti diretti delle strutture pubbliche si è attestata al 10,6% del FSN, superando, quindi, il *target* definito a livello naziona-

le del 2,5%.

Si può osservare come nessuna Regione riesca a rispettare il tetto (Figura 10a.19.): le Regioni che registrano uno sfioramento maggiore sono il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna (rispettivamente € 101,9 e € 99,7 pro-capite), viceversa quelle con uno sfioramento minore sono la Lombardia e la Valle d'Aosta (rispettivamente € 21,1 e € 23,8 pro-capite).

Sembra, quindi, che gli interventi sinora messi in atto non abbiano portato a misure sufficienti a riportare la *governance* del settore in un contesto fisiologico di stabilità; il *payback*, infatti, ha continuato a crescere passando da € 1,26 mld. nell'anno 2022 a € 1,46 mld. nel 2023.

In prospettiva, la Legge di Bilancio 2024 ha ridefinito nuovamente i tetti nella misura dell'8,5% per gli acquisti diretti (inclusi i gas medicinali) e del 6,8% per la spesa farmaceutica convenzionata.

Inoltre, si consideri che, per quanto noto al momento in cui si scrive, per il 2025 non sono previste modifiche ai tetti della farmaceutica, mentre si prevede una riduzione per quel che concerne il Fondo farmaci Innovativi, portato a € 900 mln.; inoltre, si prevede che anche i farmaci con innovatività condizionata possano accedere al fondo, sebbene per un importo massimo pari a € 300 mln. e a condizione che siano

farmaci soggetti al registro di monitoraggio.

In queste condizioni, assumendo un incremento del FSN del 4% e un incremento della spesa convenzionata pari a quello registrato tra il 2022 e il 2023, la spesa convenzionata continuerebbe a registrare un avanzo pari a € 870 mln. circa; qualora però si mantenesse lo stesso *trend* osservato nel primo quadrimestre 2024 si arriverebbe pressoché ad un pareggio per tale voce di spesa. Tale tetto, in ogni caso, sembrerebbe mantenersi capiente nonostante la riduzione.

Per quel che concerne la spesa per gli acquisti diretti delle strutture pubbliche, invece, qualora considerassimo il medesimo incremento registratosi tra il 2022 e il 2023, lo sfioramento raggiungerebbe € 4,1 mld.; la situazione sarebbe ancora peggiore qualora si mantenesse il medesimo *trend* registrato nel primo quadrimestre 2024: in questo caso lo sfioramento raggiungerebbe € 4,9 mld..

10a.6. Riflessioni finali

La spesa farmaceutica totale, nel 2023, supera € 36 mld.; la spesa pubblica rappresenta circa il 70% della spesa farmaceutica totale e si è incrementata rispetto al 2018 del 4,8% medio annuo; la spesa a carico dei cittadini (comprendente la compartecipazione alla spesa, i medicinali di “Classe A” acquistati privatamente e i farmaci di “Classe C”), pari a € 10,6 mld., è in aumento del 5,5% medio annuo rispetto al 2018.

La spesa farmaceutica potenzialmente compresa nei LEA è pari a € 26,9 mld. (75,7% della spesa farmaceutica totale): l'acquisto diretto da parte delle famiglie di farmaci di “Classe A” rimborsabili dal SSN, come anche la compartecipazione dei cittadini, riducono complessivamente del 7,5% l'onere pubblico per l'erogazione dei LEA.

La spesa pubblica effettiva è poi ulteriormente ridotta del 7,3% dal *payback*.

Guardando ai *trend* della spesa farmaceutica, si osserva un incremento della crescita sia di quella pubblica che di quella privata: nell'ultimo quinquennio la spesa pubblica si è incrementata del 4,5% medio annuo (3,6% medio annuo nell'ultimo decen-

nio), mentre quella privata del 5,5% medio annuo nel quinquennio e del 3,7% nel decennio.

Quindi la spesa farmaceutica pubblica continua a crescere più del finanziamento del SSN, con la conseguenza di un aumento della sua incidenza sul *budget* del SSN, che non si è compensato neppure con il continuo aumento del *payback*.

Parallelamente, anche la spesa farmaceutica privata cresce (del 5,5% nel quinquennio e in misura maggiore del PIL che è cresciuto del 3,7% medio annuo), e anche più di quella pubblica, determinando un crescente spostamento dell'onere farmaceutico sui bilanci delle famiglie.

Appare, quindi, evidente che l'attuale assetto regolatorio non riesce più a tenere sotto controllo la spesa, richiedendo una nuova *governance* del settore.

Una nuova *governance* che sinora è stata “statica”, a meno dell'aumento dei tetti, come dimostrato dal fatto che in fase di riparto del finanziamento, per la farmaceutica viene assegnato alle Regioni l'11,71% del Fabbisogno *Standard* sul LEA della distrettuale, a cui si possiamo presupporre vada aggiunto un 3,5% per i consumi ospedalieri (assunta pari alla ultima determinazione risalente alla L. n. 135/2012), per un totale che risulterebbe in linea con l'attuale tetto, se non fosse che la spesa ospedaliera, come visto, è in rapido aumento; quindi, a fronte di una probabile ulteriore crescita, la farmaceutica rischia di andare ad erodere, nell'attuale assetto del riparto, tanto la quota di risorse (non farmaceutiche) destinate all'assistenza ospedaliera, quanto la quota assegnata all'assistenza territoriale, che pure è quella considerata prioritaria nelle prospettive di sviluppo.

Quindi, la nuova *governance* del settore non potrà non prendere in considerazione, in modo complessivo e coordinato, la questione dei silos (e quindi la valorizzazione degli eventuali risparmi della farmaceutica sugli altri *setting* assistenziali), i criteri di riparto, il ripensamento dei tetti, ma anche dei controlli sull'appropriatezza prescrittiva e sulla aderenza alle terapie, sugli inventivi all'innovazione, nonché sulle politiche di compartecipazione dei cittadini.

Riferimenti bibliografici

AIFA, Monitoraggio della spesa farmaceutica

AIFA, Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medi-

cinali (anni vari)

L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale

Istat, banche dati on line, www.istat.it (anni vari)

Sintesi

CAPITOLO 10b

La Spesa per i Dispositivi Medici

Caforio G.¹, d'Angela D.²

Il settore dei Dispositivi Medici (DM) comprende una notevole varietà di beni che spaziano da quelli ad uso singolo (protesi, ecc.), a quelli ad utilità pluriennale (apparecchiature, *software*, strumenti di medicina digitale ecc.), rappresentando un costo rilevante per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), monitorato con flussi informativi dedicati.

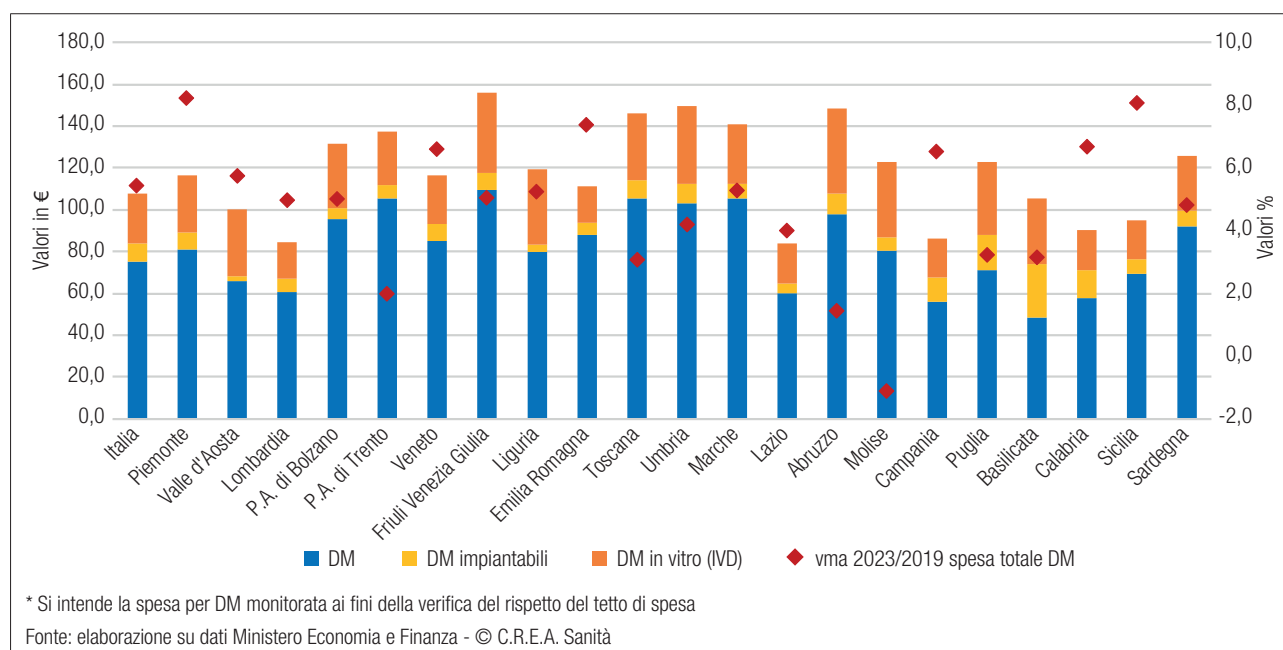
Il contributo, analizzando le fonti informative disponibili, tenta di ricostruire i costi effettivamente sostenuti dal SSN per i DM; inoltre, analizza gli sforamenti dal tetto di spesa previsto dalla normativa e la sua dinamica in rapporto alla variazione di composizione della tipologia di offerta (pubblica e privata). In

aggiunta a questo sono proposti degli indicatori che potrebbero essere adottati per il *benchmarking* della spesa per i DM nelle strutture pubbliche.

A livello nazionale la spesa per i DM nel 2023, considerando solo la voce ufficialmente utilizzata per il monitoraggio (CE-BA0210), è pari a € 7,8 mld. (+3,4% rispetto all'anno precedente, con un valore medio pro-capite di € 132,8 (+3,36% rispetto all'anno precedente).

A livello regionale, si passa da un valore minimo, pari a € 98,4, del Lazio, ad uno massimo, pari a € 190,1, del Friuli Venezia Giulia, a fronte di un valore mediano di € 147,6.

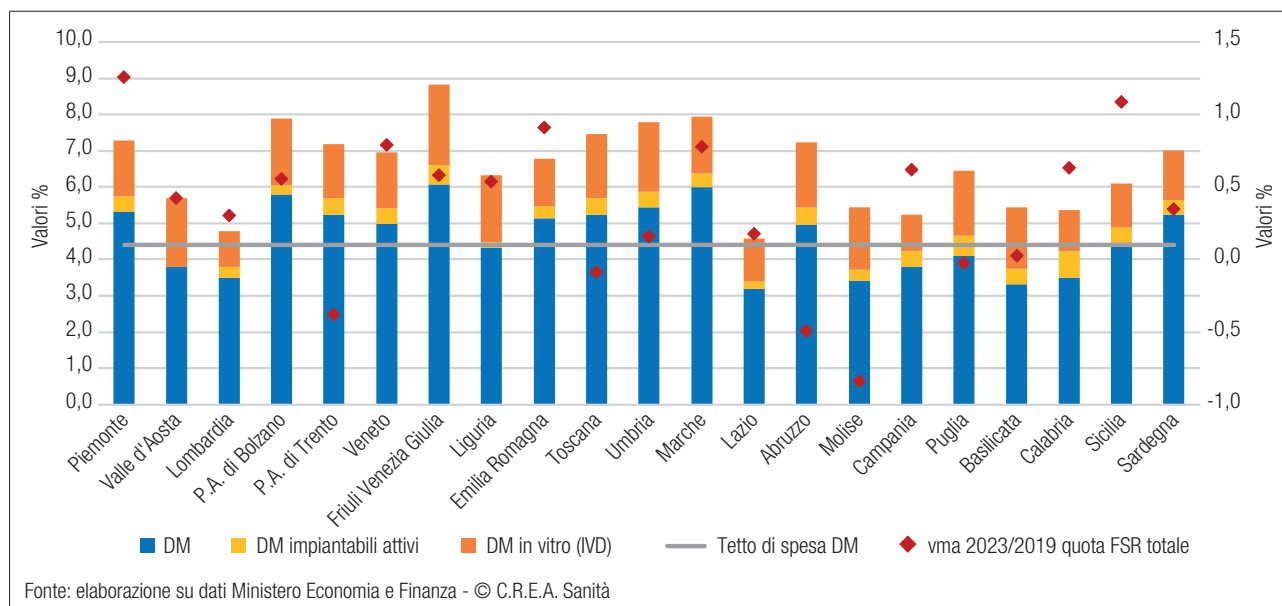
DM: composizione della spesa corrente delle strutture pubbliche monitorata*, per tipologia. Anno 2023



¹ C.R.E.A. Sanità

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

DM: spesa e tetto. Anno 2023



Dai dati elaborati si apprezza una rilevante variabilità regionale, peraltro, attribuibile anche alla mancata rilevazione degli oneri relativi ai DM acquistati dalle strutture private per attività erogate per conto del SSN. Infatti, il valore di spesa più alto si registra nelle Regioni nelle quali la quota di ricoveri pubblici sui ricoveri totali è maggiore: ad esempio in Friuli Venezia Giulia, dove, nel 2022 (ultimo dato disponibile), i ricoveri ordinari chirurgici eseguiti in strutture pubbliche rappresentano l'84,4% della casistica totale, seguono Umbria (89,1%) e Marche (83,3%); di contro, nelle Regioni con maggiore quota di erogazione presso strutture private accreditate, quali Lazio (42,0% ricoveri ordinari chirurgici in strutture pubbliche), Campania (53,7%), Lombardia (54,5%), Molise (54,9%), si registrano i valori di spesa più bassi.

Nel 2023 la spesa come sopra determinata per DM ha rappresentato il 6,14% del FSN (+0,07 punti percentuali (p.p.) rispetto all'anno precedente) superando il tetto di spesa previsto (4,4%) di + 1,7 p.p..

I flussi ad oggi adottati per la verifica del rispetto del tetto di spesa presentano però diversi elementi di criticità:

1. viene ignorato il *mix* di offerta pubblico-privato a livello regionale e questo distorce i risultati in favore delle Regioni che affidano al privato un

maggior numero di procedure che richiedono l'utilizzo di DM (fenomeno, peraltro, in crescita negli ultimi anni)

2. non viene presa in considerazione la componente delle acquisizioni di DM in noleggio e/o *leasing*
3. analogamente non viene considerata la spesa per prestazioni di assistenza protesica, con erogazione diretta e per conto
4. infine, non viene contabilizzata la spesa relativa agli ammortamenti delle attrezzature.

Integrando l'onere sostenuto dalle strutture pubbliche con le voci dei CE relative all'assistenza protesica, con il noleggio dei beni sanitari e alla stima dell'ammortamento dei DM a uso ripetuto (apparecchiature ecc.), la spesa 2023 andrebbe integrata di € 2,7 mld., divenendo pari a € 10,5 mld. (€177,4 pro-capite), in aumento del + 3,9 % rispetto all'anno precedente.

A livello regionale, si passa da una spesa minima, pari a € 144,4 pro-capite del Lazio, ad una massima di € 229,9 del Friuli Venezia Giulia (valore mediano € 185,8).

Inoltre, integrando il costo delle strutture pubbliche con quello che si può stimare sia sostenuto dalle strutture private il costo medio pro-capite per i DM si

posizionerebbe nel *range* € 235,0 – 264,0 (a seconda di quale stima per la parte privata accreditata si adotta), risultando comunque inferiore a quello medio europeo del 13,2-22,8% (€ 304,0 secondo *Medtech Europe* 2024).

Alla luce delle carenze nei flussi sopra segnalate, per il *benchmarking* della spesa pubblica si propongono tre diversi indicatori di monitoraggio:

1. spesa per DM consumabili (al netto di diagnostici in vitro) per ricovero nelle strutture pubbliche
2. spesa per DM diagnostici in vitro per prestazione di laboratorio effettuata in strutture pubbliche
3. spesa per assistenza protesica pro-capite standardizzata.

La spesa mediana per ricovero ordinario relativa ai DM, in crescita nel medio periodo, risulta essere massima nelle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) (€ 1.709,8), segue quella sostenuta dalle Aziende Ospedaliere (€ 1.445,5), dalle ASL (€ 1.419,6) e dagli IRCCS (€ 1.251,6). Come era lecito aspettarsi, il livello della spesa media, varia a seconda della tipologia di struttura, risultando massimo in quelle che trattano la maggiore complessità (AOU).

In definitiva, risulta urgente la definizione di una *governance* dei DM, che tenga conto della eterogeneità degli stessi (grandi apparecchiature, DM ad uso singolo, DM ad uso ripetuto, *software*, strumenti di telemedicina ecc.), nonché della tipologia di acquisizione e di struttura.

CAPITOLO 10b

La Spesa per i Dispositivi Medici

Caforio G.¹, d'Angela D.²

Il settore dei Dispositivi Medici (DM) comprende una notevole varietà di beni che spaziano da quelli ad uso singolo (protesi, ecc.), a quelli ad utilità pluriennale (apparecchiature, *software*, strumenti di medicina digitale ecc.). Alla luce del recente Regolamento Europea (EU) 2017/745, che prevede, oltre all'estensione della definizione dei DM ai *software*, anche l'esecuzione di indagini cliniche per i DM ad alto rischio, e dei recenti provvedimenti legislativi (Missione 6 PNRR, D.M. n. 77 ecc.), che prevedono un rafforzamento della digitalizzazione e del potenziamento dell'assistenza territoriale, appare necessaria una rimodulazione della *governance* del settore.

I DM rappresentano un costo rilevante per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per il cui monitoraggio sono stati predisposti flussi informativi dedicati: in particolare, il cosiddetto Flusso Consumi, che ha affiancato i dati desumibili dall'analisi dei costi rilevati nei Conto Economici (CE) delle Aziende Sanitarie.

Tali flussi sono oggi utilizzati anche per l'implementazione di meccanismi di controllo della spesa pubblica: in ragione delle limitate risorse economiche è, infatti, stato previsto un tetto di spesa per i DM, il cui sfioramento deve essere in parte ripianato dalle aziende fornitrici (*payback*).

Il controllo della spesa è effettuato su una voce specifica dei CE che, sostanzialmente, si limita a rilevare la spesa per l'acquisto di quelli ad uso singolo; non sono quantificati gli oneri relativi alle acquisizioni in forma di noleggio e/o *leasing*, e neppure gli oneri relativi ai beni ammortizzabili.

Tra questi ultimi si noverano anche molte delle

tecnologie *Information and Communications Technology* (ICT), il cui utilizzo nella pratica clinica, quali ad esempio le soluzioni di medicina digitale, sono sempre più diffusi.

Il presente contributo, in continuità con quelli contenuti nelle precedenti edizioni del Rapporto Sanità, analizza le informazioni disponibili, rinvenienti dai CE (dato più recente disponibile) e tenta di ricostruire i costi effettivamente sostenuti dal SSN per i DM; inoltre, analizza gli sforamenti dal tetto di spesa previsto dalla normativa e la sua dinamica in rapporto alla variazione di composizione della tipologia di offerta (pubblica e privata). È stata, inoltre, effettuata una proposta di indicatori che potrebbero essere adottati per il monitoraggio della spesa dei DM, con una loro valorizzazione a livello regionale per l'anno 2022.

Chiude il contributo una valutazione dell'equità di accesso a livello regionale, espressa in termini di *gap* di spesa sostenuta nel medio periodo, distintamente per tipologia di struttura.

10b.1. Il costo dei DM

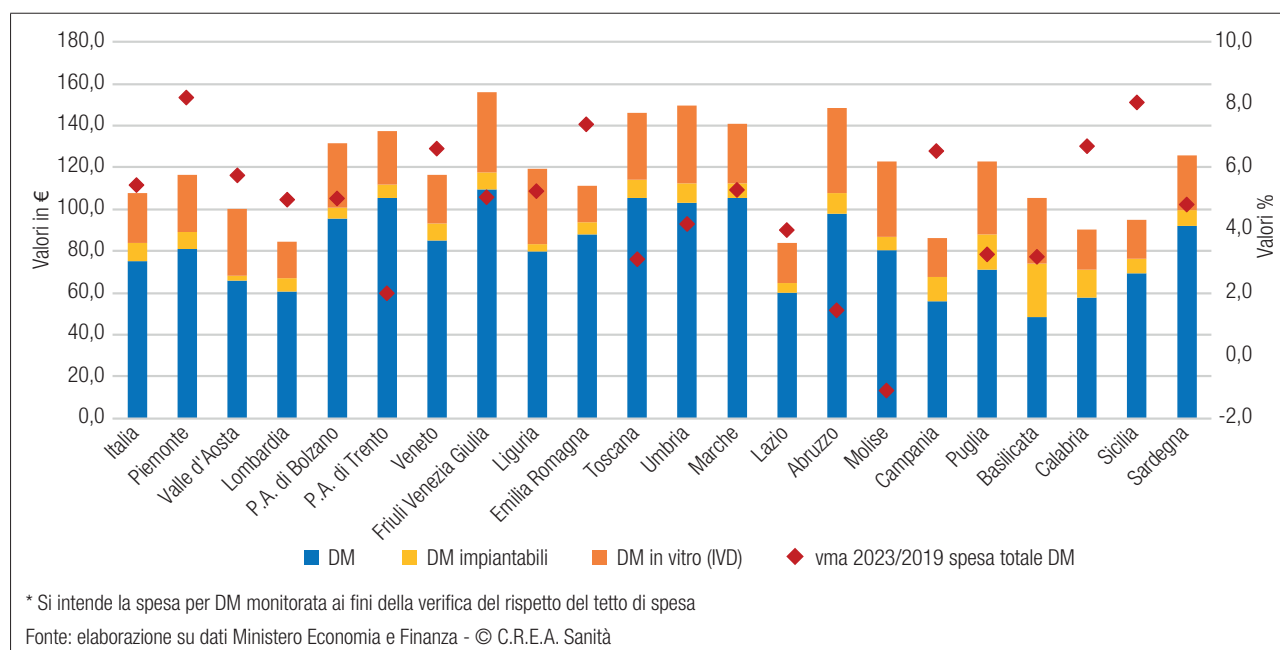
Come anticipato, lo strumento principale ad oggi adottato per la rilevazione dei costi per i DM è il CE. In particolare, è utilizzata come riferimento nel calcolo dello sfioramento del tetto di spesa da parte delle Regioni la voce "Dispositivi medici" (CE – BA0210).

Ad essa concorrono tre sottocapitoli di spesa: "Dispositivi medici" (CE – BA0220), "Dispositivi medici impiantabili attivi" (CE – BA0230), "Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)" (CE – BA0240).

¹ C.R.E.A. Sanità

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

Figura 10b.1. DM: composizione della spesa corrente delle strutture pubbliche per monitorata*, per tipologia. Anno 2023



Il suddetto capitolo di spesa non tiene conto di altri fattori che pure pesano sull'onere complessivo relativo ai DM: innanzitutto, non sono considerati gli oneri relativi ai DM ad uso ripetuto (pluriennale); questi sono soggetti ad ammortamento e confluiscono nella sottovoce del modello CE "Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali" (CE – BA2620). L'estrazione del dato di interesse risulta, però, impossibile perché tale voce non è data esclusivamente dal costo relativo agli ammortamenti per impianti e macchinari e per attrezzature sanitarie e scientifiche, ma anche a quello relativo agli ammortamenti per mobili e arredi, per automezzi e per altre immobilizzazioni materiali. In prima approssimazione, per stimare la spesa per gli ammortamenti possiamo fare riferimento ad una *survey* condotta dal C.R.E.A. Sanità nel 2019, in base alla quale era stato stimato che circa il 30% della voce CE BA2580 "Ammortamenti delle immobilizzazioni" fosse riferito alle attrezzature sanitarie; tale dato trova anche conferma nel fatto che la spesa relativa al sottocapitolo CE-BA2620 "Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali", nel quale però sono inclusi anche gli ammortamenti per mobili e arredi, automezzi e altre immobilizzazioni materiali, ne rappresenta circa il 50%.

Data la varietà delle caratteristiche dei DM, va anche considerato che la loro acquisizione avviene con modalità diversificate: senza pretesa di esaustività, citiamo che i beni ad uso ripetuto (ammortizzabili), oltre ad essere acquistati, possono entrare nella disponibilità delle Aziende anche con formule di noleggio o *leasing*, modalità registrate, per quanto riguarda l'area sanitaria, rispettivamente nei capitoli CE-BA2020 e CE-BA2050.

Dovrebbero, infine, essere considerati anche gli acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica (CE-BA0750), riguardanti l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili monouso che sono in larga misura dei DM.

Un ulteriore elemento di complessità deriva dal fatto che i CE rilevano i soli costi delle Aziende sanitarie pubbliche: gli oneri relativi ai DM utilizzati nelle strutture private accreditate sono ricompresi nelle voci dei CE relative all'acquisto di prestazioni dal privato: in altri termini, i costi dei DM sono rimborsati alle strutture private accreditate all'interno delle tariffe riconosciute per le prestazioni erogate.

Questa componente, sfuggendo al meccanismo di calcolo della spesa per DM, genera forti distorsioni nei confronti regionali, essendo il ricorso al privato

accreditato molto difforme nei diversi Servizi Sanitari Regionali (SSR).

A livello nazionale la spesa per i DM nel 2023, considerando solo la voce ad essi esplicitamente dedicata (CE-BA0210), è pari a € 7,8 mld. (+3,4% rispetto all'anno precedente; +21,9% rispetto all'anno pre-pandemico, 2019); si registra una spesa media pro-capite di € 132,8 (+3,4% rispetto all'anno precedente; +23,5% rispetto al 2019).

A livello regionale, si passa da un valore minimo, pari a € 98,4, del Lazio, ad uno massimo, pari a € 190,1, del Friuli Venezia Giulia, a fronte di un valore mediano di € 147,6 (Figura 10b.1.). Considerando i tre sottocapitoli di spesa precedentemente citati, nel 2023 la spesa per i DM è costituita per il 71,4% da "Dispositivi medici", per il 6,3% da "Dispositivi medici impiantabili" e per il 22,3% da "Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)". L'incidenza della spesa per gli IVD, come era lecito attendersi per via del minore ricorso ai *test* per la ricerca del Covid-19, è diminuita del -3,8% rispetto al 2022, quella relativa ai "Dispositivi Medici" è aumentata del +3,7%, mentre quella relativa ai "Dispositivi medici impiantabili attivi" è rimasta sostanzialmente invariata (aumento dello 0,1%), riportando la composizione

ai livelli pre-pandemia.

Integrando l'onere sostenuto dalle strutture pubbliche con le voci dei CE relative all'assistenza protesica, al noleggio di beni sanitari e alla stima dell'ammortamento dei DM a uso ripetuto (apparecchiature ecc.), nel 2023 si registrerebbe una spesa maggiore di € 2,7 mld., ovvero pari a € 10,5 mld. (€ 177,4 pro-capite), in aumento del + 3,9 % rispetto all'anno precedente.

Si modifica di conseguenza la composizione, risultando la spesa per l'acquisto dei DM pari al 74,9%, seguita dall'assistenza protesica con il 9,0%, dai beni acquisiti con forme di noleggio con l'8,6% e, infine, dall'ammortamento delle apparecchiature (stima) con il 7,5%.

A livello regionale (Figura 10b.2.), si passa da una spesa minima, pari a € 144,4 pro-capite del Lazio, ad una massima di € 229,9 del Friuli Venezia Giulia (valore mediano € 185,8).

Dai dati elaborati si apprezza una rilevante variabilità regionale, peraltro, come anticipato, attribuibile anche alla mancata rilevazione degli oneri relativi ai DM acquistati dalle strutture private per attività erogate per conto del SSN.

Figura 10b.2. DM: costi delle strutture pubbliche per residente. Anno 2023

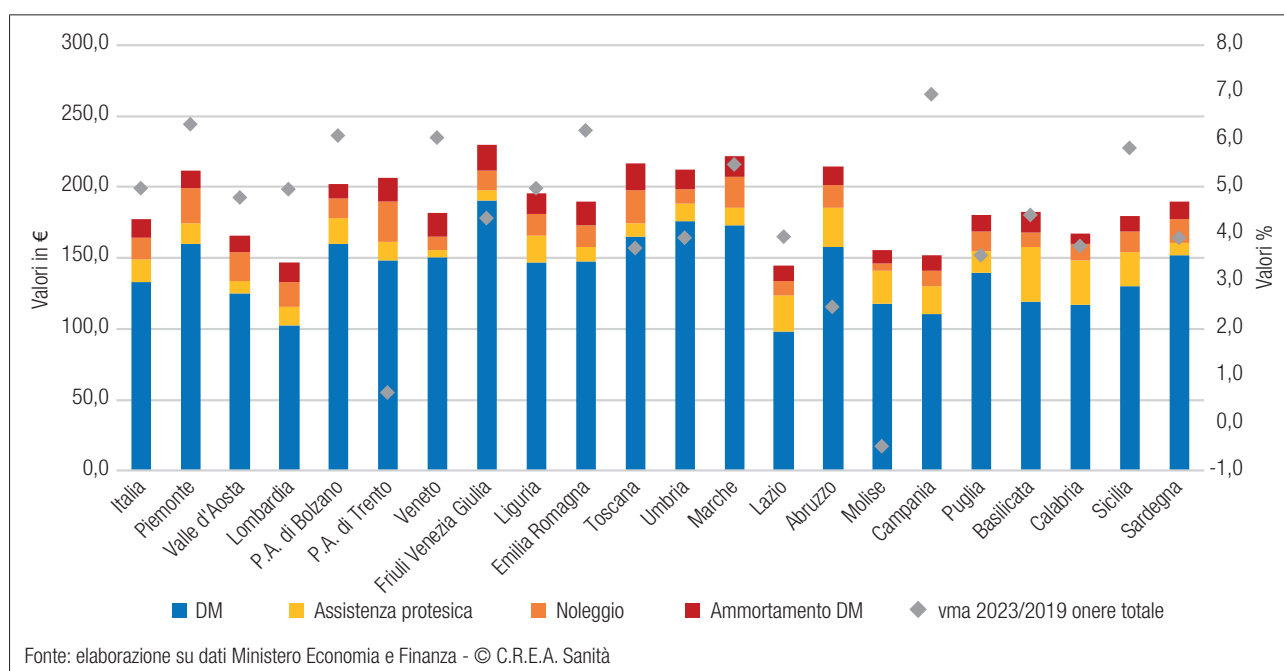
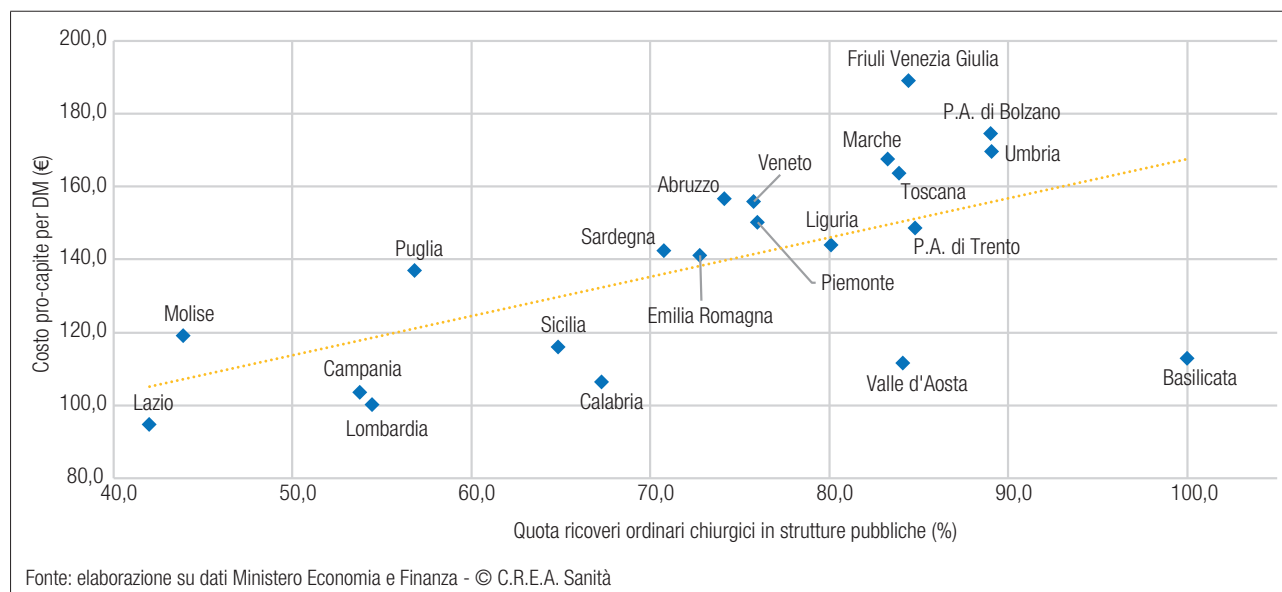


Figura 10b.3. DM: costi per residente vs quota ricoveri ordinari chirurgici in strutture pubbliche. Anno 2022



Infatti, il valore di spesa più alto si registra nelle Regioni nelle quali la quota di ricoveri pubblici sui ricoveri totali è maggiore: ad esempio in Friuli Venezia Giulia, dove, nel 2022 (ultimo dato disponibile), i ricoveri ordinari chirurgici eseguiti in strutture pubbliche rappresentano l'84,4% della casistica totale, seguono Umbria (89,1%) e Marche (83,3%); di contro, nelle Regioni con maggiore quota di erogazione presso strutture private accreditate, quali Lazio (42,0% ricoveri ordinari chirurgici in strutture pubbliche), Campania (53,7%), Lombardia (54,5%), Molise (54,9%), si registrano i valori di spesa più bassi (Figura 10b.3.).

Prendendo in considerazione i primi 30 *Diagnosis Related Group* (DRGs) chirurgici più frequenti, al netto di "Parto cesareo senza CC", che rappresentano il 50,5% della casistica chirurgica totale (Figura 10b.4.), il DRG 503 "Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione" è risultato essere quello per cui il 71,1% della casistica viene trattata in strutture private accreditate; all'estremo opposto, troviamo il DRG 381 "Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia", dove solo il 14,4% della casistica viene effettuata nel privato, a fronte di un ricorso mediano in queste strutture pari al 35,8%.

Oltre al DRG 503, anche per altri tre DRGs, 225

"Intervento sul piede", 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori" e 337 "Prostatectomia transuretrale senza CC" oltre il 50% della casistica viene effettuata in strutture private accreditate: rispettivamente il 65,2%, 63,4% e 52,8%.

Nel periodo 2017-2022 si è registrato un aumento del ricorso al privato accreditato per la casistica chirurgica di +2,2 punti percentuali (p.p.).

Il ricorso al privato accreditato è aumentato per tutti i DRGs presi in esame, ad eccezione dello 055 "Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola" (-2,1 p.p.), dello 042 "Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino" (-2,0 p.p.), del 266 "Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC" (-1,2 p.p.), del 518 "Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di *stent* nell'arteria coronarica senza IMA" (-1,0 p.p.) e del 260 "Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC" (-0,61 p.p.). L'incremento massimo si è registrato per il DRG 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori" (+10,6 p.p.).

Considerando la categoria di afferenza dei ricoveri (MDC), si osserva come il maggiore aumento, nel medio periodo, del ricorso al privato, interessi quelli associati a "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo - MCD 8" (+5,0

p.p.), ai quali dovrebbero essere associati prevalentemente i DM appartenenti alla categoria CND “P”, dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi, la cui spesa ricordiamo rappresenta il 14,6% della spesa totale per i DM, secondo quanto rinvia dal Flusso consumi nel 2021 (ultimo dato disponibile).

Al fine di confrontare il livello di spesa per tecnologie medicali (comprensiva dell'*imaging* ecc.) del nostro Paese rispetto alla media europea, è stato considerata la stima del costo delle strutture pubbliche sopra analizzato integrato dalla stima dei costi sostenuti dalle strutture private accreditate, assumendo che incidenza sul valore dei ricoveri sia sovrapponibile a quella registrata per le strutture pubbliche.

Nel 2023, il costo complessivo per il SSN raggiunge € 13,8 mld., assumendo quale riferimento onere medio di un ricovero ordinario la cifra di € 2.384,1, e di € 15,6 mld. assumendo quello di un ricovero ordinario chirurgico (€ 5.731,6). Il costo medio pro-capite stimato per l'Italia risulta in definitiva nel range € 235,0 – 264,0 (a seconda di quale stima per la parte privata accreditata si adotta), che possiamo confrontare

con la spesa media europea pro-capite per tecnologie medicali che, secondo *Medtech Europe*, nel 2023 sarebbe pari a € 304,0 (comprensiva anche di *imaging* ecc.): si arriva quindi alla conclusione che la spesa media nazionale per DM risulterebbe inferiore a quella europea del 13,2-22,8%.

10b.2. Tetto di spesa e *payback*

Con il “Patto di stabilità 2015”, è stato fissato un tetto per la spesa dei DM al 4,8% per il 2013 e al 4,4% dal 2014 in poi, rivalutando quanto previsto dal Decreto Legislativo (D.L.) n. 111/2011 (tetto al 5,2% del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN)) nel 2013, e dal D.L. n. 135/2012 (4,9% per il 2013 e 4,8% per il 2014).

Originariamente, l'obiettivo del tetto era stato quello di incentivare le Regioni ad una maggiore oculatezza nella spesa per DM: in caso di sforamento, l'importo sarebbe, infatti, rimasto interamente a carico della Regione.

Figura 10b.4. Ricoveri in acuzie: composizione e trend per natura della struttura

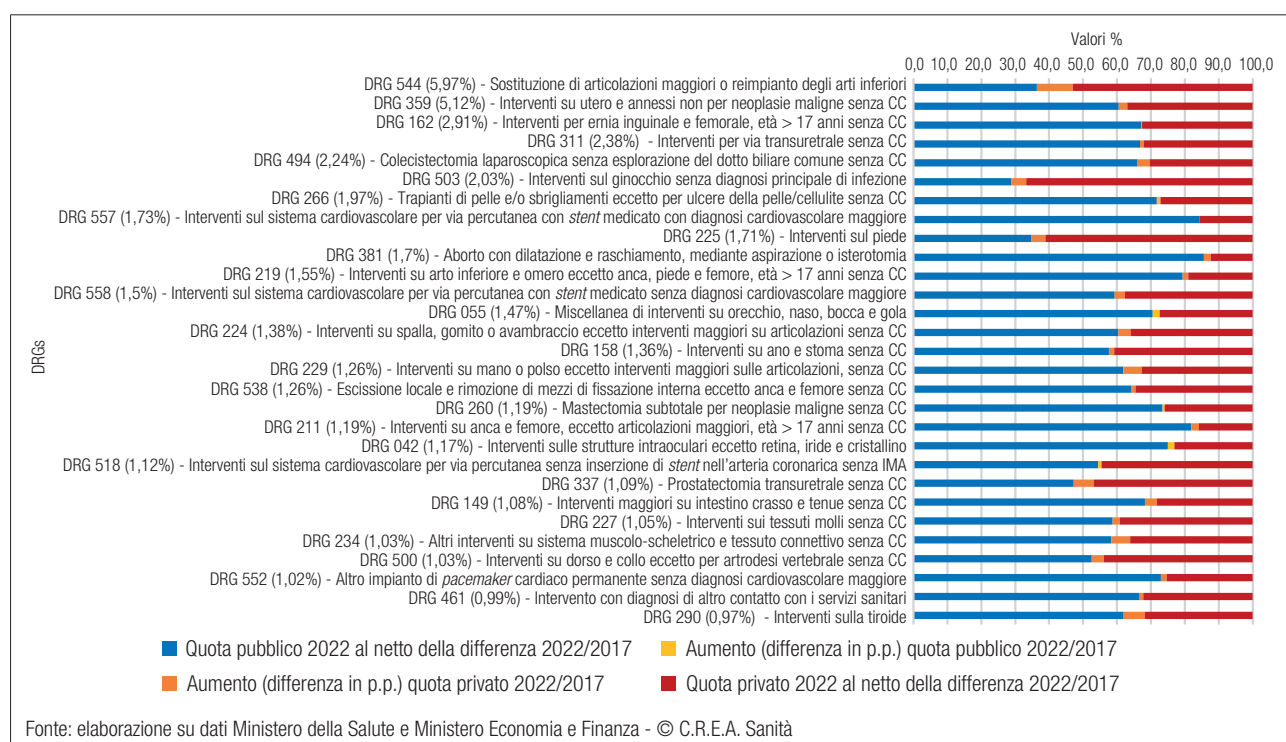
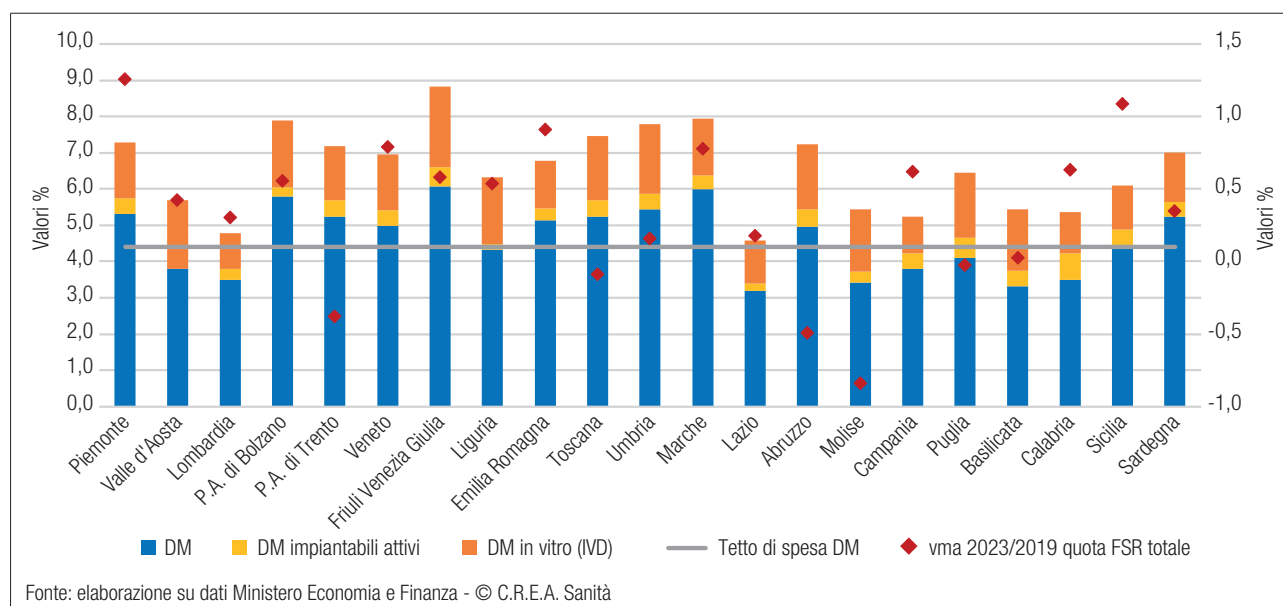


Figura 10b.5. DM: spesa e tetto. Anno 2023



Successivamente è stato introdotto un *payback*, regolato sulla falsa riga di quello del comparto farmaceutico, ma con importanti differenze analizzate nel seguito, spostando parte dell'onere sulle Aziende fornitrici di DM, per una quota complessiva pari al 40% nell'anno 2015, al 45% nell'anno 2016 e al 50% a decorrere dall'anno 2017.

Ciascuna Azienda fornitrice concorre alle predette quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di DM a carico del SSR, discostandosi dal meccanismo del *payback* farmaceutico in cui il ripiano è a carico delle aziende che incrementano il loro fatturato più di quanto previsto.

Nel settembre 2022 il Ministero della Salute ha certificato il superamento del tetto di spesa per i DM a livello nazionale, relativamente agli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, stimandolo complessivamente in circa € 4,5 mld.; si noti che lo sfioramento è crescente da € 1,0 mld. per il 2015 a € 1,3 mld. nel 2018 (+22,5%).

Per il quadriennio 2019-2022, al lordo delle spese per DM dedicate alla pandemia, si è determinato uno sfioramento complessivo del tetto pari a € 7,3 mld. e per il 2023 di € 2,2 mld. (+5,3% rispetto all'anno precedente).

In definitiva, nel 2023 la spesa per DM ha rappresentato il 6,1% del FSN (+0,1 p.p. rispetto all'anno precedente e +1,7 p.p. rispetto al tetto previsto).

Conseguentemente a quanto argomentato nel paragrafo precedente, le determinazioni regionali degli sforamenti del tetto sono positivamente correlate con la maggiore incidenza percentuale di ricoveri effettuati in strutture pubbliche; Friuli Venezia Giulia, Marche, P.A. di Bolzano, Umbria e Toscana risultano, quindi, essere nel 2023 le Regioni con i maggiori sforamenti, con una quota di spesa pubblica per DM rispettivamente del 8,8%, 7,9%, 7,9%, 7,8%, 7,4% e 7,4% (Figura 10b.5.).

Considerazioni analoghe possono essere formulate prendendo in esame la spesa per acquisto di prestazioni da strutture pubbliche extra-regionali ("Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera da pubblico Extra-Regione - mobilità passiva", CEBA0830): nel 2023, le Regioni che registrano i livelli mobilità passiva più elevati, ossia Basilicata (€ 128,5) e Valle d'Aosta (€ 118,6) sono fra le Regioni che si sono meno scostate dal tetto di spesa previsto (incidenza DM su Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR) pari a 5,4% e 5,7%).

Dunque, l'attuale sistema di monitoraggio incentiva le Regioni ad acquistare prestazioni da strutture

private: considerando la dinamica nel periodo 2017-2022 dei ricoveri chirurgici eseguiti nelle strutture private, solo Campania, Marche e Toscana hanno registrato una diminuzione (-4,6 p.p., -1,3 p.p. e -0,6 p.p. rispettivamente); in tutte le altre Regioni vi è stato un aumento: massimo in Molise (+9,7 p.p.), seguito da Sardegna (+8,1 p.p.), P.A. di Bolzano (+6,2 p.p.), P.A. di Trento (+5,6 p.p.), Sicilia (+4,9 p.p.).

In effetti, le Regioni che hanno registrato un aumento di ricoveri chirurgici eseguiti in strutture private, o quelle che l'avevano già superiore alla media nazionale (area delle bolle pari alla quota di ricoveri chirurgici eseguiti nel privato) sono quelle che hanno ridotto in maggior misura l'incidenza della spesa per DM, al netto dei IVD, sul FSR (Figura 10b.6.).

Molise (-0,5 p.p.), Toscana (-0,4 p.p.), Valle D'Aosta (-0,3 p.p.), Lazio (-0,2 p.p.) e Abruzzo (-0,1 p.p.) hanno registrato una diminuzione dell'incidenza sul FSR per la spesa DM (al netto dei IVD) e tutte, tranne la Toscana, hanno registrato un aumento della quota di ricoveri nelle strutture private, (rispettivamente del + 9,7, +4,0, +2,5 e +3,1 p.p.).

Corrispondentemente, le Regioni che hanno registrato un maggiore incremento dell'incidenza del-

la spesa per DM sul FSR sono state Piemonte (+1,0 p.p.), Basilicata (+0,8 p.p.), Liguria (+0,8 p.p.), Sicilia (+0,7 p.p.), Marche (+0,6 p.p.), Campania (+0,6 p.p.) ed Emilia Romagna (+0,6 p.p.) che, ad eccezione della Sicilia, hanno registrato un modesto incremento del ricorso al privato o, addirittura, una diminuzione (Campania e Marche).

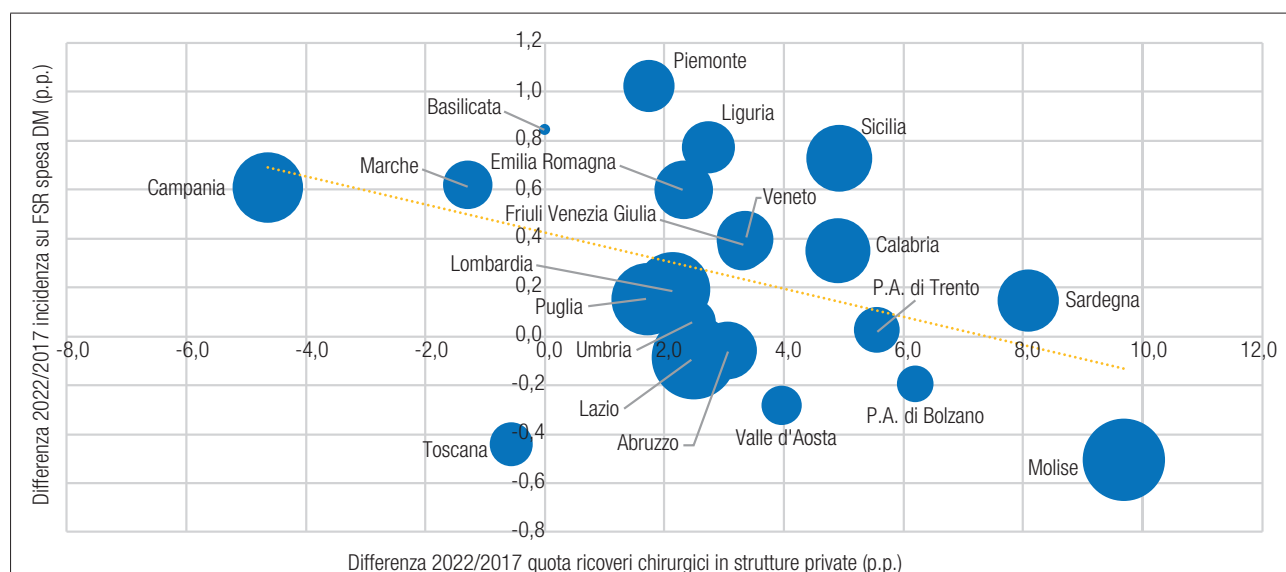
10b.3. Monitoraggio

In presenza delle carenze nei flussi sopra segnalate, a seguire si elaborano tre distinti indicatori utilizzabili per il *benchmarking* regionale, finalizzato a valutare i livelli di efficienza regionale nel consumo dei DM, ad esempio utilizzando gli scarti dalla media o da un percentile ritenuto ragionevolmente efficiente.

Tali indicatori, elaborabili con la spesa rinveniente dai modelli CE, monitorano una quota di spesa che è pari ad oltre l'80% dell'onere complessivo per i DM (escludendo i costi per i DM utilizzati nelle strutture private):

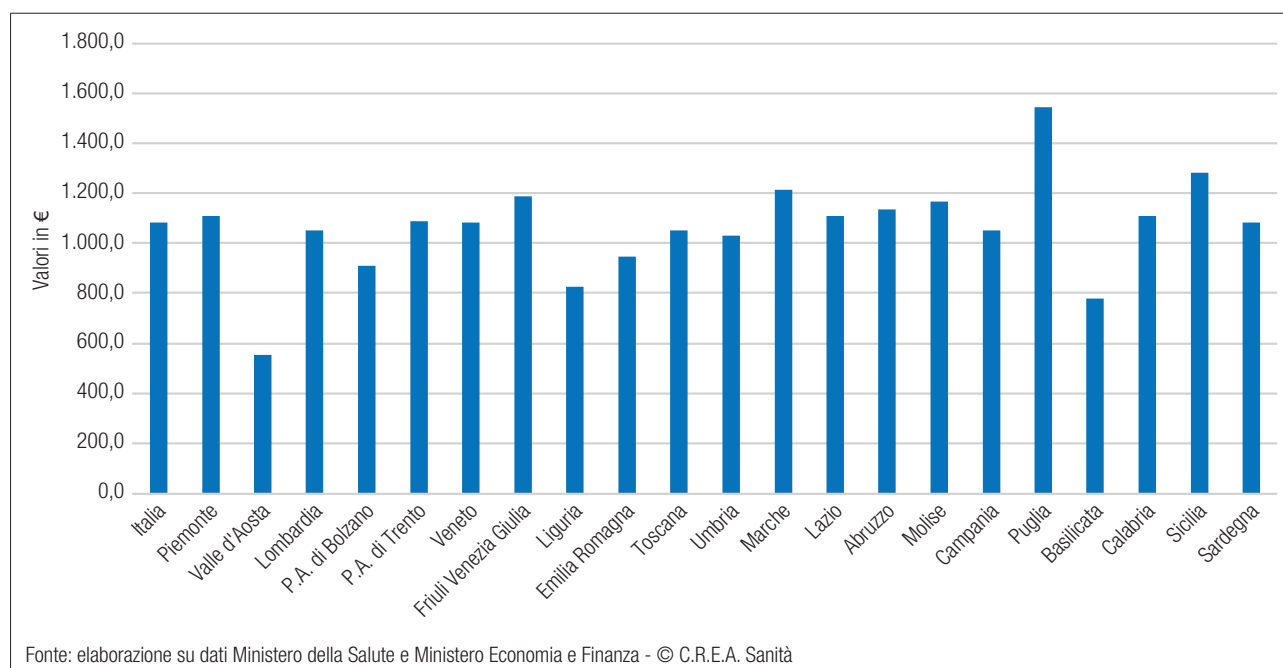
- spesa per DM consumabili (al netto di IVD) per ricovero nelle strutture pubbliche

Figura 10b.6. DM (al netto dei IVD): incidenza della spesa sul FSR vs differenza 2022/2017 della quota di ricoveri chirurgici in strutture private*



* L'area delle bolle rappresenta la quota di ricoveri chirurgici eseguiti in strutture private (2022)

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Ministero Economia e Finanza - © C.R.E.A. Sanità

Figura 10b.7. DM (al netto dei IVD): spesa per ricovero in strutture pubbliche. Anno 2022

- spesa per DM IVD per prestazione di laboratorio effettuata in strutture pubbliche
- spesa per assistenza protesica pro-capite standardizzata.

Focalizzandoci sul primo indicatore, e considerando il dato di spesa rinveniente dai CE, nel 2023, si registra una spesa media riferita ai DM per ricovero eseguito in strutture pubbliche pari a € 1.083,9, con valori regionali che si posizionano nel *range* € 553,1 - 1.545,6 (Figura 10b.7.).

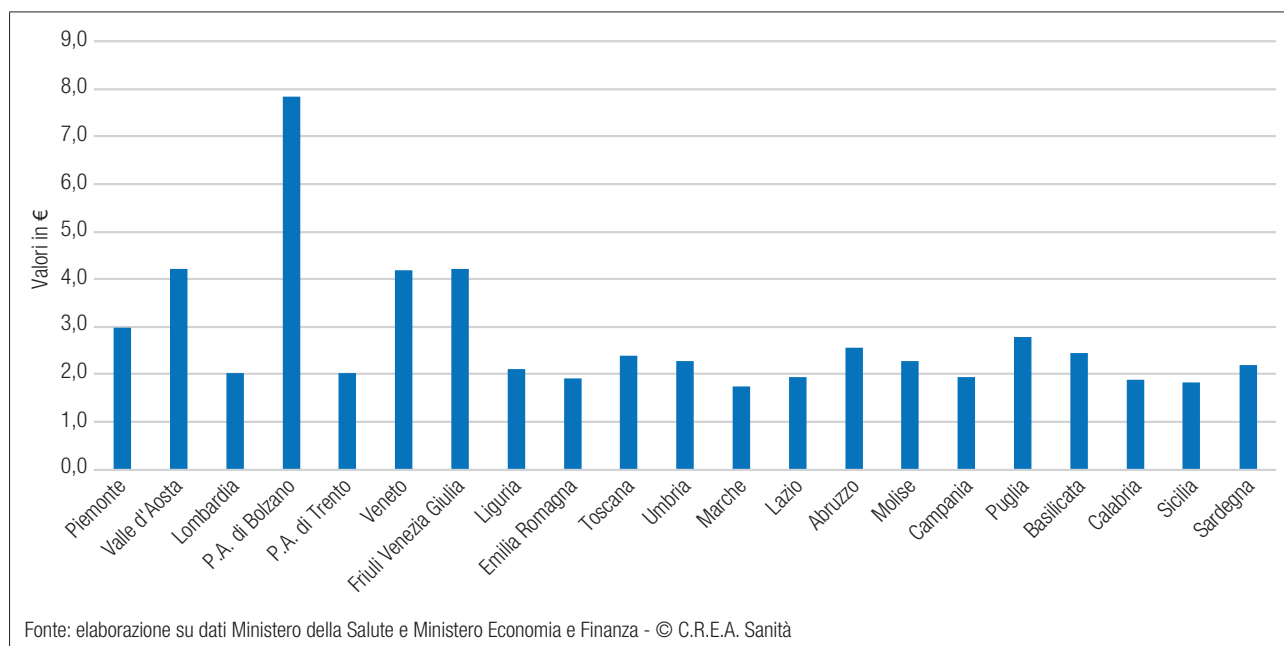
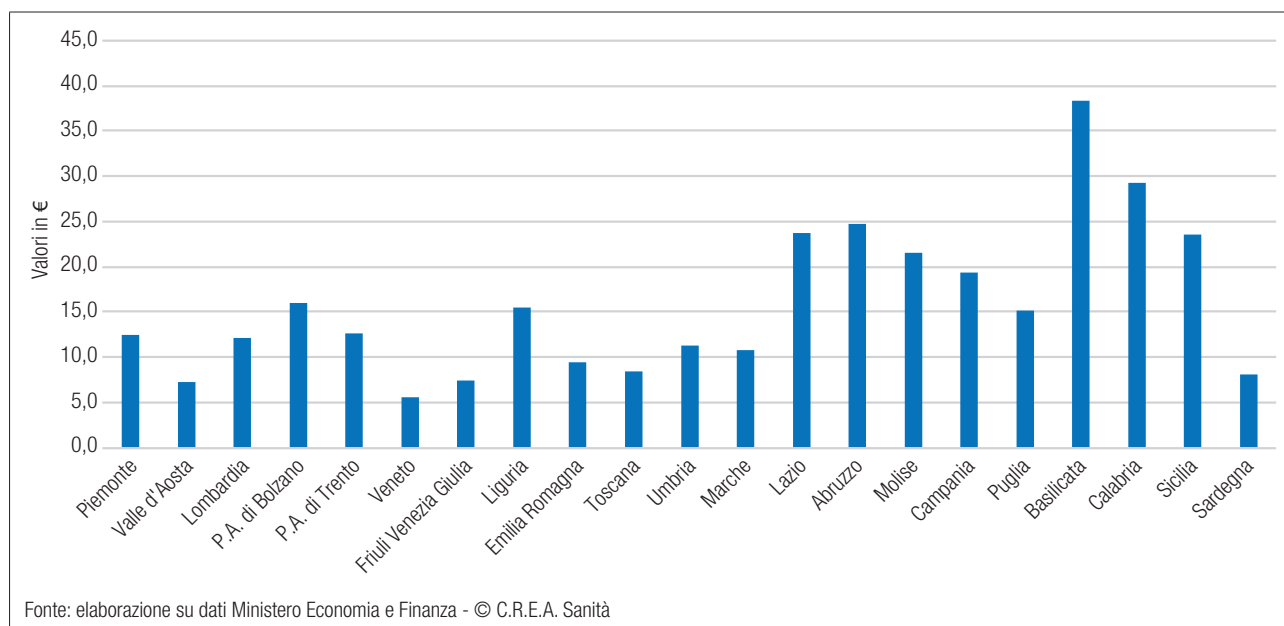
Sicuramente l'adozione del dato di spesa per specifica CND rinveniente dal Flusso Consumi del Ministero della Salute, consentirebbe di ottenere un'analisi più puntuale, e non distorta dall'eventuale differenza di tipologia di prestazioni acquistate dal privato nelle diverse Regioni. Per esemplificare, si potrebbe considerare al numeratore la spesa associata alle categorie CND prettamente associate ai ricoveri, ossia "P", dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi, "C", dispositivi per apparato cardiocircolatorio, "J", dispositivi impiantabili attivi, e "A", dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta, (numeratore), la cui spesa, secondo il Flusso consumi, nel 2021 ha rappresentato complessivamente il 40,2% della spesa totale per i DM

(rispettivamente 14,6%, 11,1%, 6,9% e 7,6%); il denominatore potrebbe essere limitato ai ricoveri associati ai DRGs specifici che prevedono l'utilizzo di tali dispositivi.

Passando al secondo indicatore; e considerando il valore riferito ai IVD rinveniente dai CE, nonché il numero di prestazioni di laboratorio analisi erogate da ambulatori e laboratori pubblici, si registra una spesa media nazionale per DM di IVD pari a € 2,75 (2022), con i valori regionali che si posizionano nel *range* € 1,74 - 7,83 (Figura 10b.8.). P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Veneto e Friuli Venezia Giulia sono le realtà che registrano i valori più alti di spesa per prestazione, probabilmente perché in tali Regioni l'esecuzione di esami più ad alto costo viene effettuata in strutture pubbliche.

Il terzo indicatore è stato elaborato usando per il denominatore la popolazione pesata per età (applicando i pesi della specialistica ambulatoriale, CSR Atto 88/2019), così da ridurre il *bias* dovuto alle differenti composizioni delle popolazioni regionali.

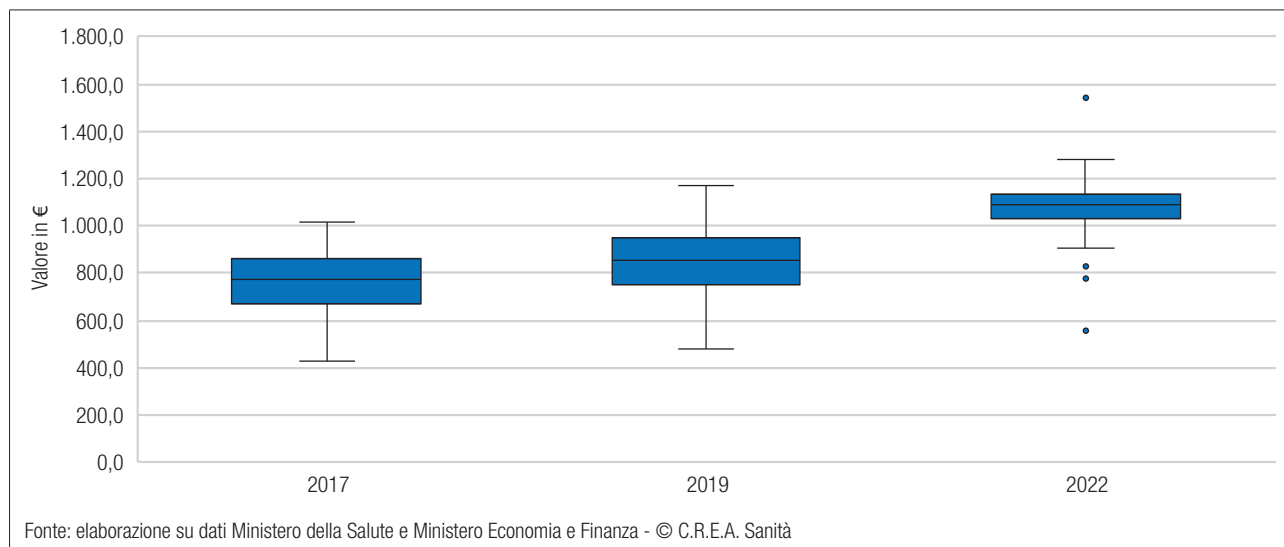
La spesa media pro-capite per assistenza protesica risulta pari a € 15,8, con i valori regionali che si posizionano nel *range* € 5,6 - 38,3 (Figura 10b.9.).

Figura 10b.8. IVD: spesa media per prestazione di laboratorio. Anno 2022**Figura 10b.9. Assistenza protesica: spesa media pro-capite. Anno 2022**

Nel complesso, il livello di spesa pro-capite per assistenza protesica risulta maggiore nel Mezzogiorno (€ 20,8); seguono il Centro (€ 16,3), il Nord-Ovest (€ 12,4) e, infine, il Nord-Est (€ 8,1). Il livello maggiore di spesa nel Sud potrebbe essere attribuibile al maggiore tasso di disabilità ivi registrato: nel Sud si registra, infatti, una incidenza del 5,5% di persone

che dichiarano di avere delle limitazioni gravi nelle attività che esse svolgono abitualmente, a fronte di un 4,5% del Nord e il 5,1% del Centro.

La spesa media dei DM (al netto dei IVD) per ricovero, effettuato in strutture pubbliche, passa da un valore massimo di € 1.545,6 della Puglia ad uno minimo, pari a € 553,1, della Valle d'Aosta, a fronte di

Figura 10b.10. DM (al netto dei IVD): variabilità della spesa per ricovero in strutture pubbliche. Anni 2017-2022

un valore mediano nazionale pari a € 1.058,0 (Figura 10b.10.). Nel periodo 2017-2022 tutte le Regioni hanno registrato un aumento medio annuo della spesa dei DM (al netto dei IVD) per ricovero; si passa da un valore massimo, pari a +12,6%, della Basilicata, ad uno minimo, pari a +3,6%, del Lazio, a fronte di un valore mediano di +7,3%.

Al fine di valutare l'equità di accesso ai DM nelle diverse Regioni, in termini di "livello" di spesa sostenuta per acquisirli, è stata misurata la variabilità infraregionale della spesa per ricovero, limitata alle sole strutture pubbliche (Figura 10b.10.); quest'ultima, espressa come differenza interquartile, nel 2022, registra un valore pari a € 101,8, ed è diminuita nel medio periodo (2017-2022) del -48,0% (€ 195,8 nel 2019).

Presumibilmente parte di tale variabilità potrebbe essere associata alla diversa composizione di offerta tra pubblico e privato nelle diverse Regioni, ed alla tipologia di casistica acquistata dal privato, che evidentemente ne condiziona il "livello" di spesa, ma anche al fenomeno della mobilità passiva per casistiche a maggiore assorbimento di risorse per DM.

La riduzione della variabilità di spesa tra le Regioni registrata nel medio periodo potrebbe in parte essere attribuibile all'obbligo di acquisto tramite i Soggetti Aggregatori di DM impiantabili (es. *Stent*, *Pacemaker*, ecc.), al superamento di determinate so-

glie di valore, introdotto con il DPCM del 24.12.2015, di attuazione dell'art. 9 comma 3 del D.L. n. 66/2014 (si rimanda al Capitolo 4e.).

L'aumento del valore mediano della spesa nel medio periodo (2017-2022) trova conferma dell'aumento del costo medio dovuto all'acquisto delle materie prime, emerso da una indagine svolta da Confindustria Dispositivi Medici (Tabella 10b.1.).

Tabella 10b.1. DM: spesa (€) mediana per ricovero e per tipo di struttura

	ASL	AO	AOU	IRCCS
Spesa per ricovero ordinario				
2022	1.419,6	1.445,5	1.709,8	1.251,6
2019	981,2	1.217,3	1.369,1	1.183,4
2017	927,8	1.073,3	1.278,6	936,5
Spesa per ricovero chirurgico				
2022	2.538,0	2.614,4	2.391,1	1.891,9
2019	2.007,3	2.354,2	2.131,0	1.785,2
2017	1.869,2	2.077,8	1.949,2	1.620,2

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Ministero Economia e Finanza - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la spesa mediana per ricovero ordinario relativa ai DM, nelle varie tipologie di strutture

sanitarie restituisce, come era lecito aspettarsi, il suo valore massimo nelle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) (€ 1.709,8), segue quella sostenuta dalla Aziende Ospedaliere (AO) (€ 1.445,5), dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) (€ 1.419,6) e dagli Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) (€ 1.251,6) (Figura 10b.11.).

Limitando l'analisi ai soli ricoveri chirurgici, e quin-

di verosimilmente ad una casistica più omogenea e che prevede l'utilizzo di DM più "complessi" (endo-protesi, ecc.), le differenze di spesa mediana per DM tra le diverse tipologie di ricovero risultano essere decisamente più contenute: € 2.614,4 per AO, € 2.538,0 per ASL, € 2.391,1 per AOU e € 1.891,9 per IRCCS (Figura 10b.12.).

Figura 10b.11. DM (al netto dei IVD): variabilità infraregionale della spesa per ricovero ordinario in strutture pubbliche e, per tipologia di struttura

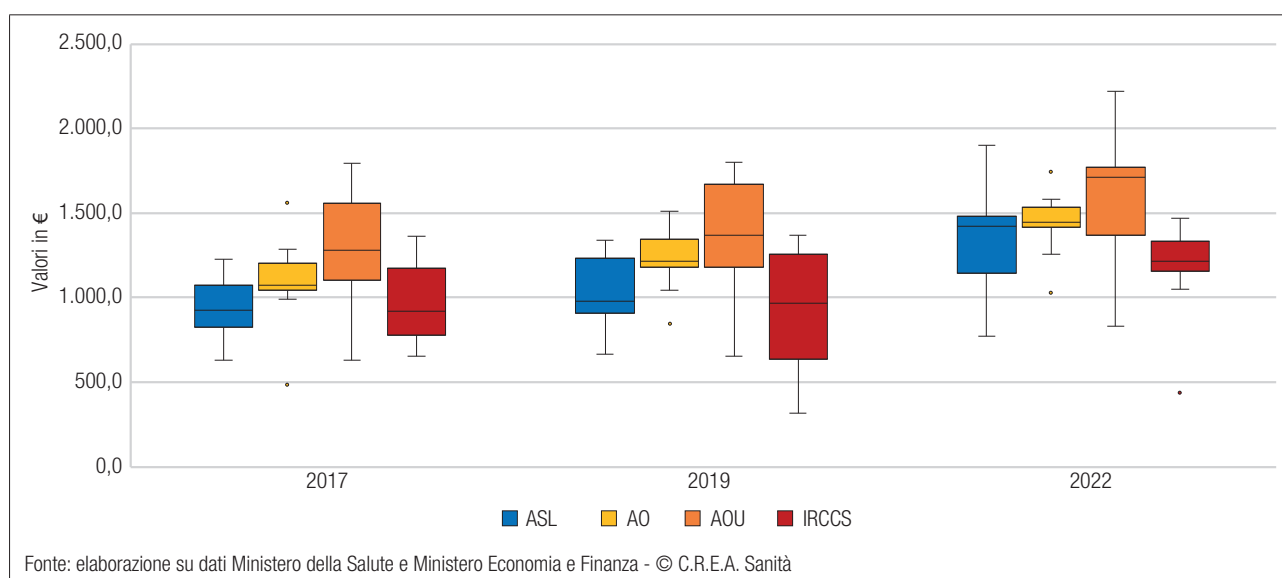
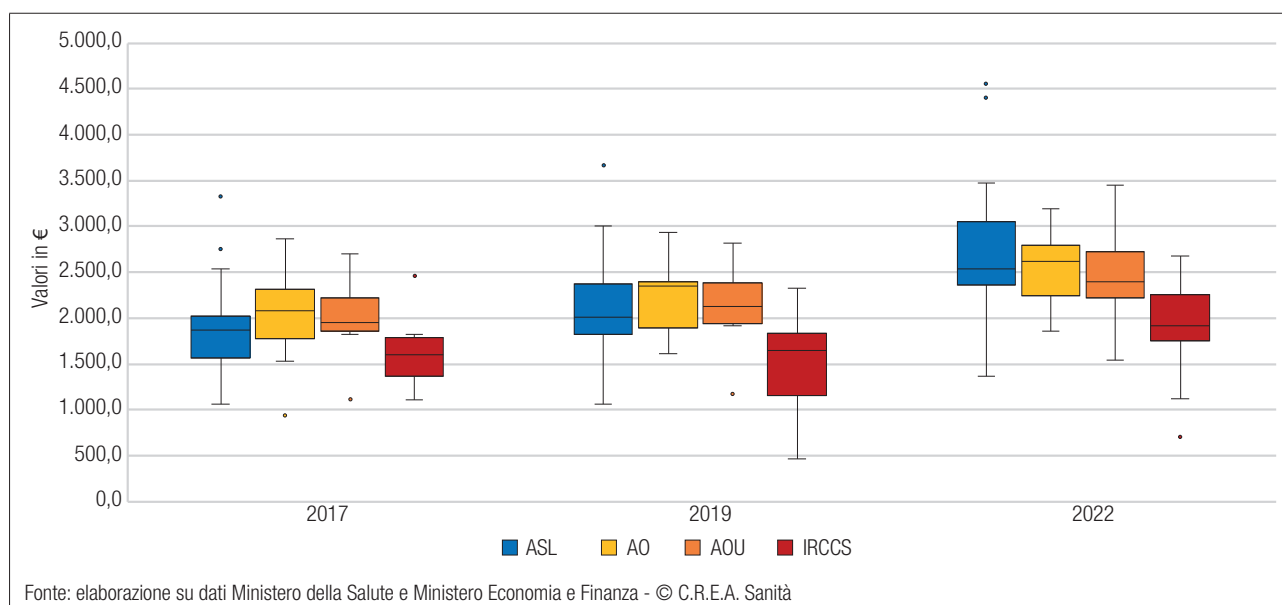


Figura 10b.12. DM (al netto dei IVD): variabilità infraregionale della spesa per ricovero chirurgico in strutture pubbliche e per tipologia di struttura



10b.4. Riflessioni finali

La spesa per DM negli ultimi anni è cresciuta più delle risorse complessivamente destinate al SSN; cresce, quindi, anche lo sfioramento rispetto al tetto di spesa previsto, che peraltro è stato ridotto nel tempo, in controtendenza con il *trend* descritto e con il fatto che il costo per DM italiano risulta inferiore di circa il 20% a quello medio europeo.

Va altresì registrato che i flussi ad oggi adottati per la verifica del rispetto del tetto di spesa, monitorano al più il 75% dell'effettivo costo relativo ai DM, e peraltro riferito ai soli costi relativi all'attività svolte nelle strutture pubbliche.

I flussi informativi ad oggi adottati per la determinazione del *payback*, presentano diversi elementi di criticità:

- viene ignorato il *mix* di offerta pubblico-privato a livello regionale e questo distorce i risultati in favore delle Regioni che affidano al privato un maggior numero di procedure che richiedono l'utilizzo di DM (fenomeno, peraltro, in crescita negli ultimi anni)
- non viene presa in considerazione la componente delle acquisizioni di DM in noleggio e/o *leasing*
- analogamente non viene considerata la spesa per prestazioni di assistenza protesica, con erogazione diretta e per conto
- infine, non viene contabilizzata la spesa relativa agli ammortamenti delle attrezzature.

Indipendentemente dall'aspetto quantitativo, le carenze segnalate possono creare incentivi distorti, quale ad esempio quello di ricorrere all'acquisto di prestazioni di ricovero private per interventi che prevedono DM ad alto costo, ricorrere a forme di noleg-

gio e *leasing*, non giustificate da ragioni organizzative, quanto finalizzate al contenimento della spesa per acquisto da parte delle strutture pubbliche. Anche la non considerazione della spesa per le manutenzioni delle apparecchiature potrebbe incentivare un più lento *turn over* delle apparecchiature.

Infine, la mancanza di monitoraggio degli ammortamenti crea "iniquità" fra categorie di DM, essendo alcune di esse soggette al tetto e altre, in primis le grandi apparecchiature, di fatto escluse.

In effetti, le realtà che hanno ridotto il proprio sfioramento rispetto al tetto di spesa hanno anche incrementato l'acquisto di prestazioni dal privato.

Come era lecito aspettarsi, il livello della spesa media per ricovero, varia a seconda della tipologia di struttura, risultando massimo in quelle che trattano la maggiore complessità (AOU). Si riscontra una importante variabilità tra le Regioni della spesa media di acquisto dei DM per ricovero chirurgico, anche a parità di tipologia di strutture sanitarie, sebbene in riduzione nel medio periodo.

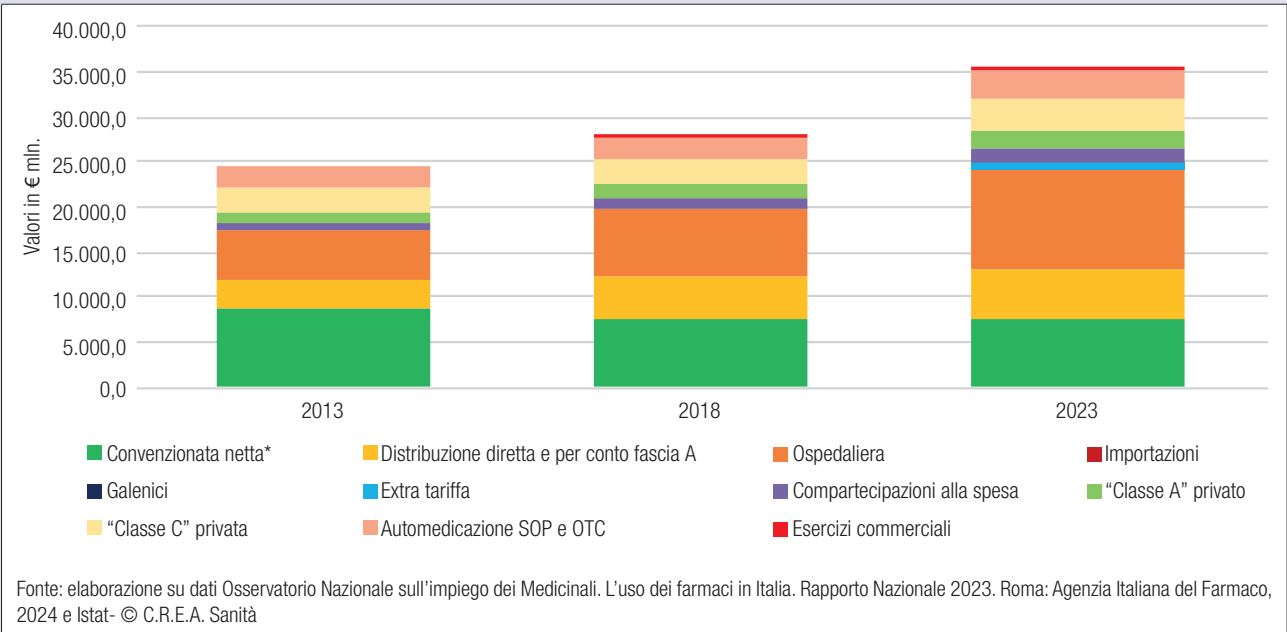
In definitiva, risulta urgente la definizione di una *governance* dei DM, che tenga conto della eterogeneità degli stessi (grandi apparecchiature, DM ad uso singolo, DM ad uso ripetuto, *software*, strumenti di Telemedicina ecc.), nonché della tipologia di acquisizione.

A tal proposito sarebbe opportuno che il processo di monitoraggio si arricchisse di indicatori meno distorti: da questo punto di vista sono stati proposti alcuni indicatori per il *benchmarking* regionale.

Riferimenti bibliografici

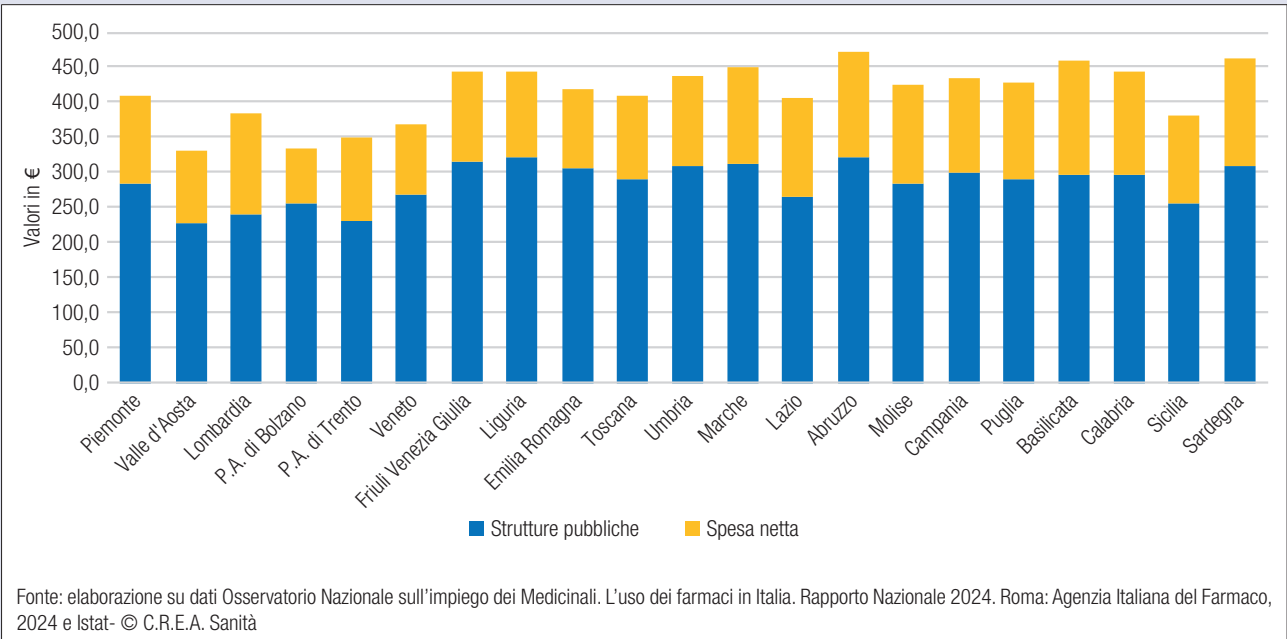
CE, anni vari

KI 10.1. Spesa farmaceutica



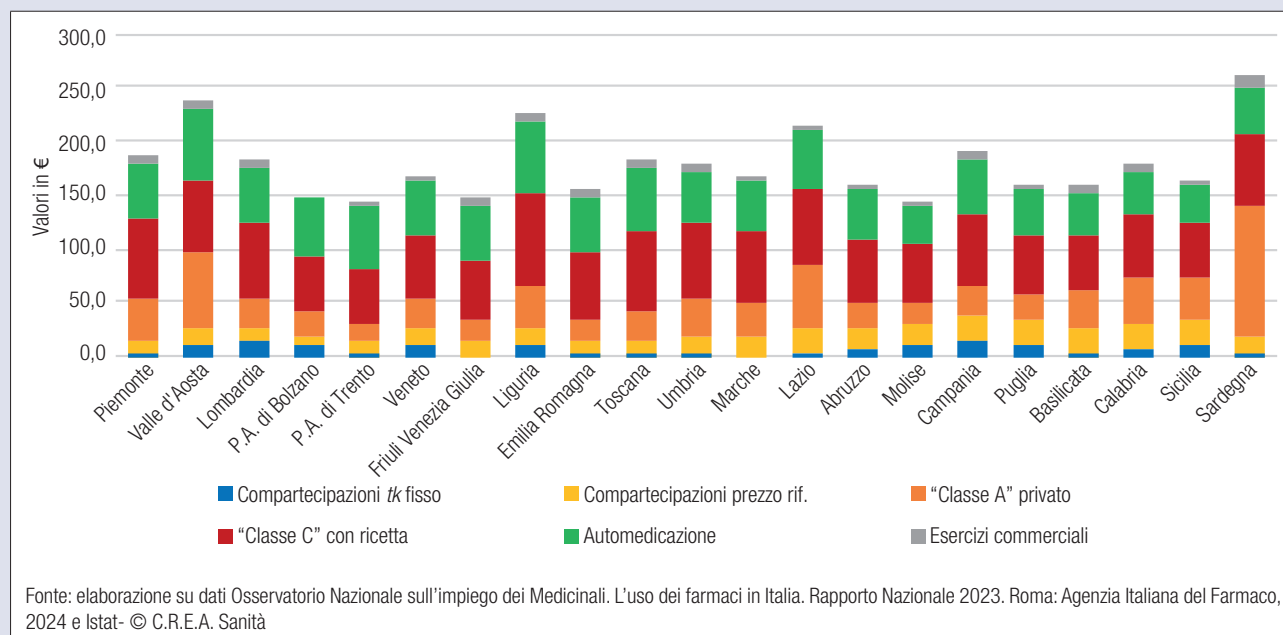
Nel 2023, in Italia la spesa farmaceutica totale (pubblica e privata) ha raggiunto € 35,5 mld., in aumento del 4,8% medio annuo nel quinquennio 2018-2023 e del 3,8% nell'ultimo decennio. Il 70,0% della spesa (€ 24,9 mld., in aumento del 4,5% medio annuo) è sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La spesa sostenuta direttamente dalle famiglie ammonta a € 10,6 mld. ed è aumentata del 5,5% medio annuo nello stesso periodo. La spesa per terapie rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ammonterebbe a € 26,9 mld. (75,7% del totale).

KI 10.2. Spesa farmaceutica pubblica pro-capite. Anno 2023



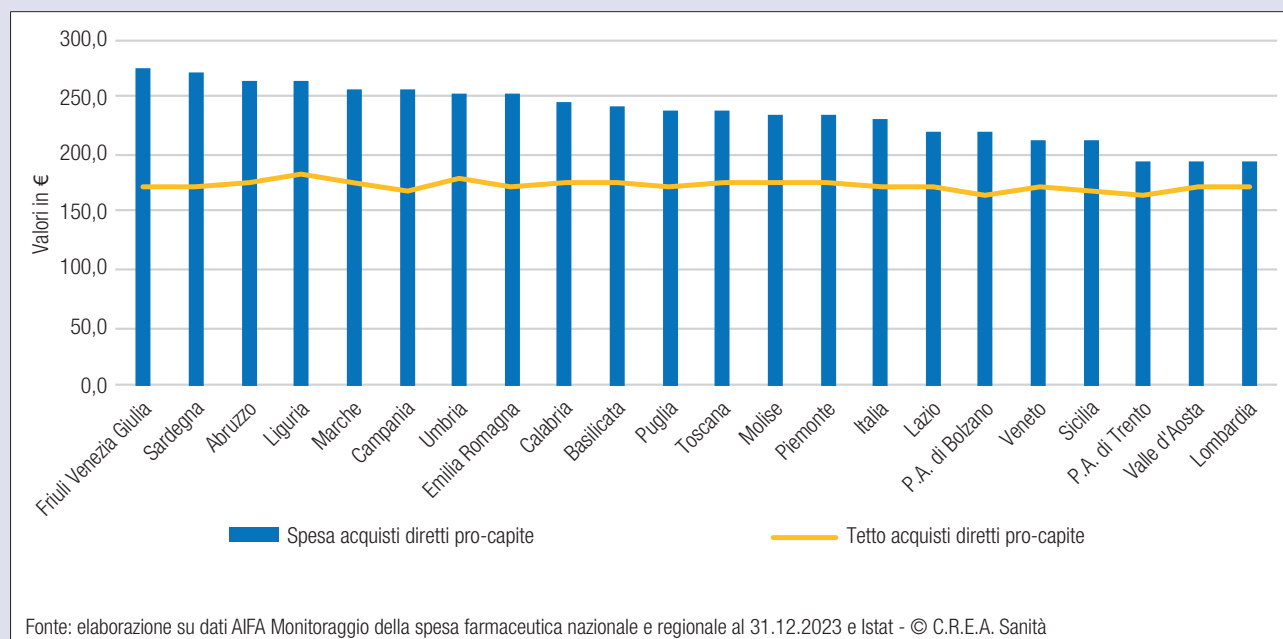
Nel 2023, in Italia la spesa farmaceutica pubblica pro-capite risulta pari a € 421,7. Il valore massimo si registra in Abruzzo (€ 443,2) e quello minimo in Valle d'Aosta (€ 332,2) con un differenziale di 1,4 volte (€ 139,1). La spesa per i farmaci erogati dalle strutture pubbliche incide in media del 68,1%, con il valore massimo registrato nella P.A. di Bolzano (74,1%) e quella minimo in Lombardia (62,5%), con un differenziale di 13,6 p.p..

KI 10.3. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2023

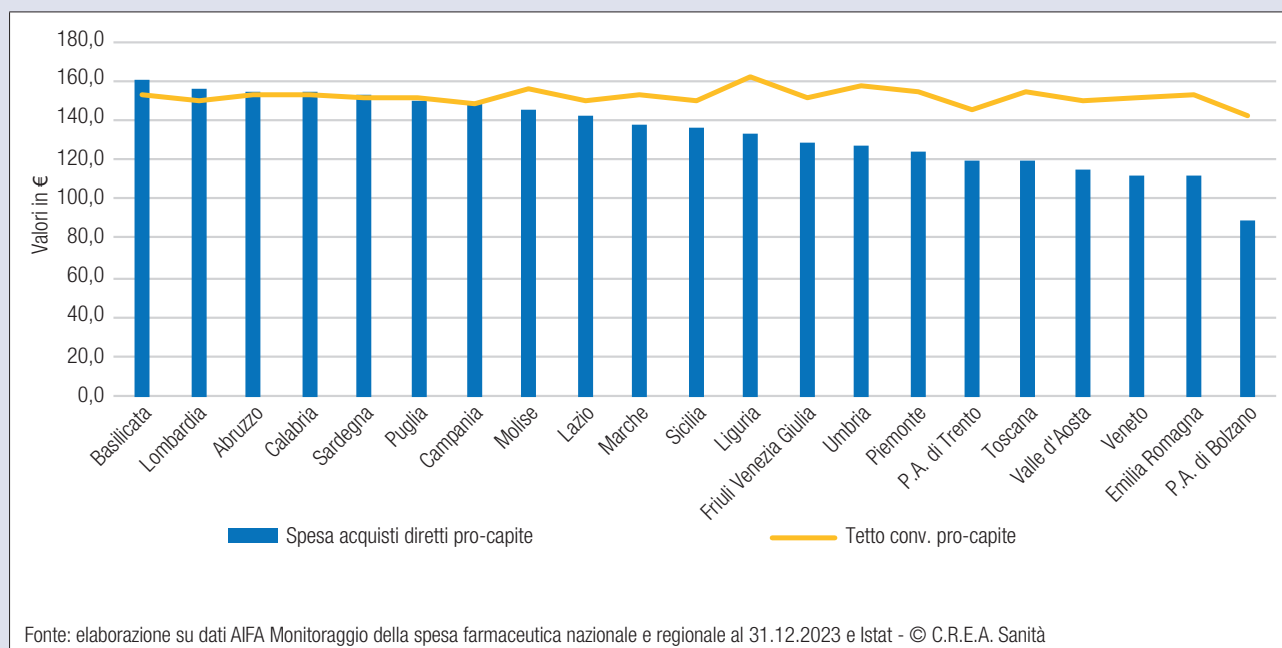


Nel 2023, la spesa farmaceutica privata pro-capite risulta pari a € 180,5. Nello specifico la spesa di "Classe A" privato rappresenta il 19,0% del totale spesa privata, passando da un minimo dell'11,7% nella P.A. di Trento a un massimo del 46,8% in Sardegna; quella in "Classe C" il 36,1%, passando da un minimo del 25,6% in Sardegna a un massimo del 41,9% in Toscana; quella per farmaci in automedicazione il 27,6% con un valore minimo registrato in Sardegna (16,8%) e uno massimo nella P.A. di Trento (40,4%); quella per esercizi commerciali il 3,5% passando da un valore minimo pari a zero nella P.A. di Bolzano ed uno massimo pari al 4,9% in Emilia Romagna; infine le compartecipazioni sono pari al 13,9%, passando da un valore minimo del 6,9% in Sardegna ad uno massimo del 22,3% in Molise.

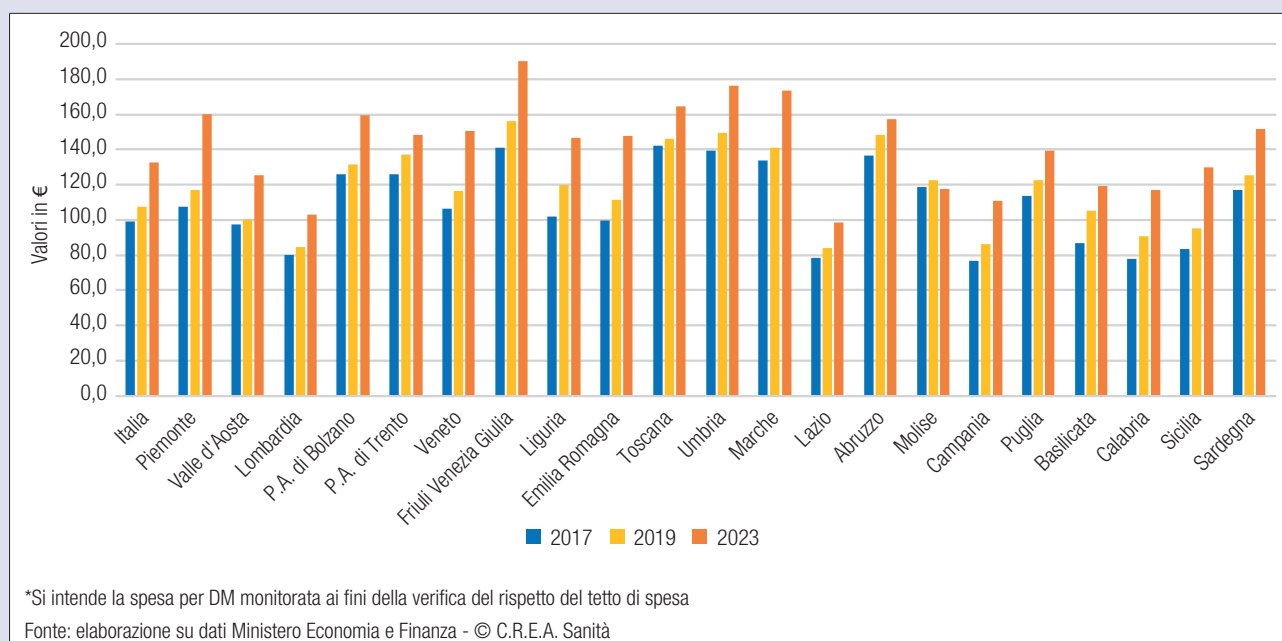
KI 10.4. Tetto e spesa acquisti diretti. Anno 2023



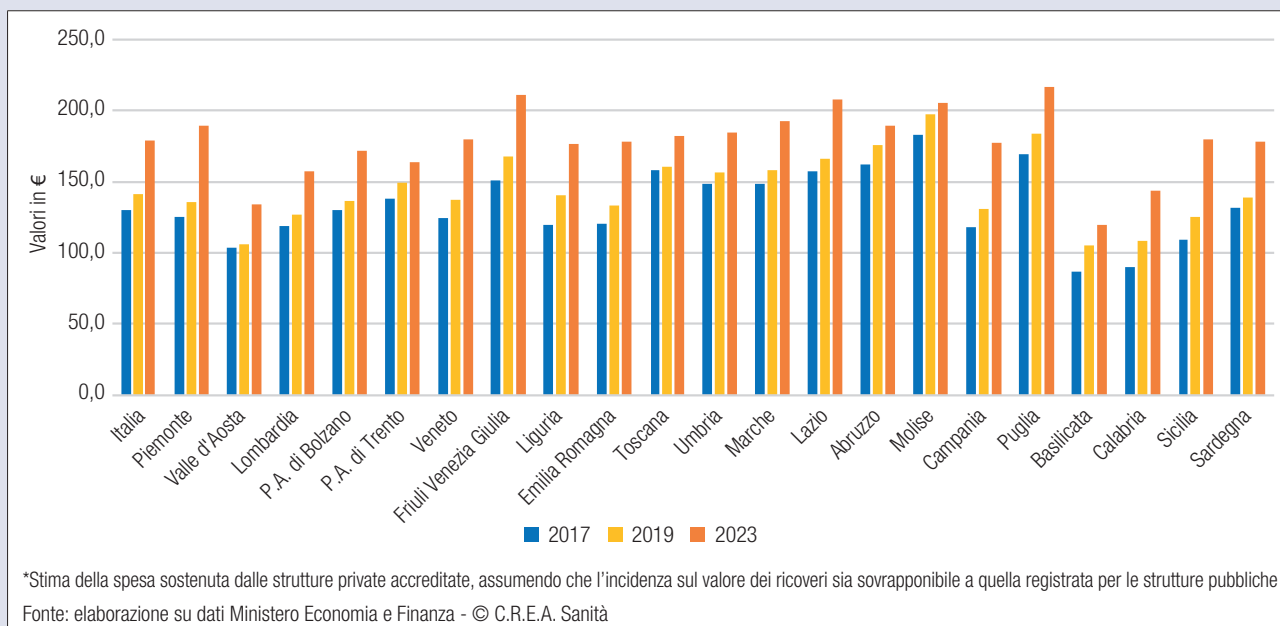
Nel 2023, lo sfioramento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è pari a € 3,4 mld.. Si può osservare come nessuna Regione riesca a rispettare il tetto: le Regioni con uno sfioramento maggiore sono il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna (rispettivamente € 101,9 e € 99,7 pro-capite), viceversa quelle con uno sfioramento minore sono Lombardia e Valle d'Aosta (rispettivamente € 21,1 e € 23,8 pro-capite).

KI 10.5. Tetto e spesa farmaceutica convenzionata. Anno 2023

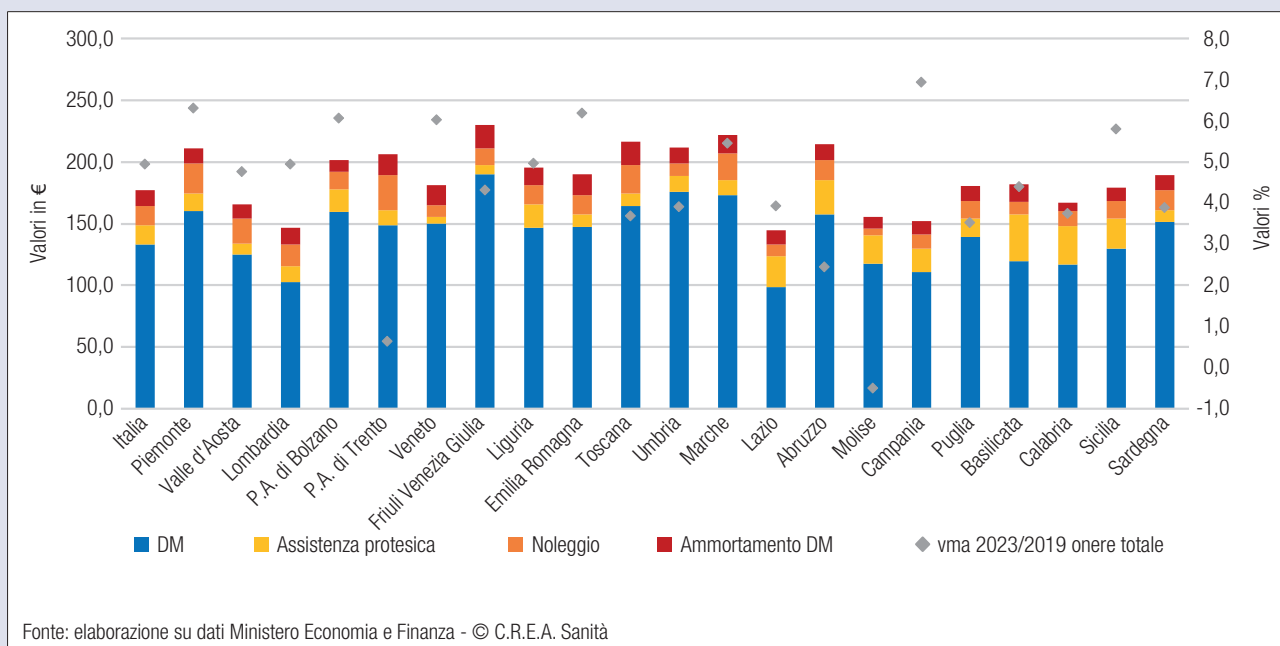
Nel 2023 la spesa farmaceutica convenzionata si è attestata al 6,3% del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), rimanendo sotto il tetto per € 846,7 mln. (€ 14,4 pro-capite). Alcune Regioni registrano una spesa significativamente minore del tetto (€ 53,6 pro-capite in meno per la P.A. di Bolzano e € 41,3 per l'Emilia Romagna), compensando lo sfioramento di cinque Regioni (sebbene con valori al di sotto di € 8 pro-capite): Basilicata, Lombardia, Abruzzo, Calabria e Sardegna.

KI 10.6. Dispositivi Medici (DM): composizione della spesa corrente delle strutture pubbliche per monitorata*, per tipologia. Anni 2017-2023

Nel 2023, la spesa pro-capite delle strutture pubbliche per i "Dispositivi Medici" rilevata tramite i Conti economici (CE-BA0210) è pari a € 132,8, in aumento rispetto al 2019 (€ 107,5) del +5,4% medio annuo. Il Friuli-Venezia Giulia registra il livello di spesa più alto, pari a € 190,1, il Lazio quello più basso, pari a € 98,4. Il trend di crescita ha interessato tutte le Regioni, ad eccezione del Molise, che ha registrato una riduzione complessiva nel periodo 2019-2023 del -1,1% medio annuo. L'incremento maggiore si è registrato in Piemonte (+8,2% medio annuo nel periodo 2019-2023).

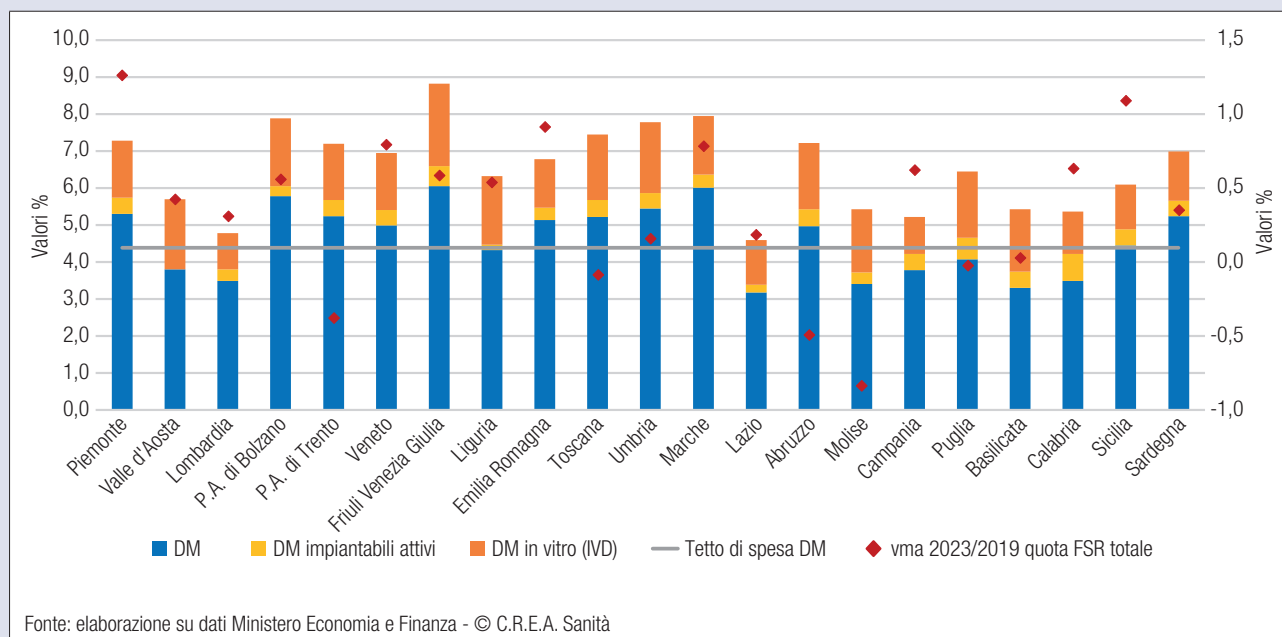
KI 10.7. DM: spesa corrente delle strutture pubbliche integrata dalla stima delle spese sostenute dalle strutture private accreditate*. Anno 2023


Integrando la stima della spesa sostenuta dalle strutture private accreditate, nel 2023, la spesa pro-capite delle strutture pubbliche per i DM, è pari a € 179,1, in aumento rispetto al 2019 (€ 140,9) del +6,2% medio annuo. La Puglia registra il livello di spesa più alto, pari a € 216,9, la Basilicata quello più basso, pari € 119,3. In tutte le Regioni si registra un aumento del valore, massimo in Sicilia (+9,5% medio annuo), minimo in Molise (+1,0% medio annuo).

KI 10.8. DM: costi delle strutture pubbliche per residente


Sommando alla spesa relativa ai “Dispositivi medici” (CE-BA0210), quella relativa all’assistenza protesica (CE-BA0750), agli acquisti attraverso noleggio di beni sanitari (CE-BA2020) e all’ammortamento delle apparecchiature (CE-BA2620), nel 2023 si registra un onere complessivo di € 10,5 mld., ovvero € 177,4 pro-capite, in aumento rispetto al 2019 del +5,0% medio annuo. A livello regionale, il Friuli Venezia Giulia registra il livello di spesa più alto, pari a € 229,9, il Lazio quello più basso, pari a € 144,4. Il trend di crescita ha interessato tutte le Regioni, ad eccezione del Molise, che ha registrato una riduzione complessiva nel periodo (2019-2023) del -0,5% medio annuo. L’incremento maggiore si è registrato in Campania (+7,0% medio annuo).

KI 10.9. DM: spesa e tetto. Anno 2023



Nel 2023 la spesa per DM delle strutture pubbliche incide per il 6,14% (in aumento di 0.5 p.p rispetto al 2019) sul FSN, sfiorando di 1,7 p.p. il tetto di spesa previsto, pari al 4,4% (ex L. n. 135/2012). Il Friuli Venezia Giulia risulta essere la Regione con il maggiore sfioramento, con una quota di spesa pubblica per DM pari all'8,8%. All'estremo opposto troviamo il Lazio, che registra un livello di spesa pari a 4,6% del Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR). Nella maggior parte delle Regioni si registra un aumento del valore, massimo in Piemonte (+1,3% medio annuo); la massima diminuzione si registra in Molise (-0,8% medio annuo).

Sintesi

CAPITOLO 11

Gli interventi Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nella riforma dell'Assistenza Territoriale: rilevazioni 2023

Altamura G.¹, Vena V.¹, Palozzi G.², Nardini A.¹

Le dinamiche evolutive ed il progresso scientifico degli ultimi decenni hanno portato ad una radicale modificazione dell'aspettativa e della qualità della vita della popolazione dei Paesi occidentali. Tuttavia, l'invecchiamento della popolazione unitamente alla presenza di nuove sindromi, hanno incrementato la domanda di servizi sanitari equi ed accessibili, richiedendo nuove strategie operative in grado di coniugare contenimento dei costi e cure qualitativamente adeguate.

In tale scenario, le condizioni di sostenibilità economica del Sistema Sanitario italiano, di matrice universalistica, hanno richiesto di muovere l'approccio assistenziale da un orientamento di erogazione delle singole prestazioni specialistiche (spesso emergenziali) al malato, verso soluzioni di gestione prospettico-predittiva, integrata ed olistica del percorso diagnostico-terapeutico degli individui, ridisegnando i processi di erogazione delle cure all'interno dei territori o presso il domicilio del paziente in modo da anticiparne i bisogni sanitari attraverso un'analisi dell'evoluzione del suo stato di salute.

È in questa direzione, anche grazie alle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che si sta muovendo la riforma dell'Assistenza Sanitaria Territoriale, introdotta dal Decreto Ministeriale (D.M.) n. 77 del 23.05.2022, che riorganizza i percorsi assistenziali mediante strutture operative territoriali, che fungano da "filtro" tra il paziente e le strutture ospedaliere di ricovero. Sulla base della classificazione dei bisogni di salute, all'interno di un distretto socio-sanitario, il nuovo assetto assistenziale prescrive

la presenza di strutture sanitarie che rispondano a livelli crescenti di fabbisogno sanitario del paziente prima che sia richiesto un accesso ospedaliero in regime di ricovero, prevedendo, altresì, la transizione del malato tra i diversi *setting* assistenziali nell'ottica di una presa in carico del paziente anche attraverso strumenti di sanità digitale e domiciliare.

Il presente lavoro, pertanto, intende rappresentare, all'anno 2023, lo stato di avanzamento fisico-procedurale e finanziario degli investimenti finanziati dalla Missione 6 – Salute del PNRR, propedeutici alla realizzazione della citata riforma dell'Assistenza Sanitaria Territoriale, anche nella logica della verifica del rispetto dei cronoprogrammi di realizzazione compatibili con gli impegni assunti con la Commissione Europea. Oggetto di osservazione ai fini del presente elaborato sono, pertanto, gli interventi di: Edilizia Sanitaria (Case della Comunità (CdC), Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedali di Comunità (OdC)), Telemedicina e Assistenza Domiciliare (ADI).

Le informazioni di monitoraggio contenute nel lavoro sono state raccolte direttamente presso i Soggetti Attuatori degli interventi (Regioni e PP.AA.), attraverso le attività svolte dall'ufficio competente dell'Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute, che, anche mediante la piattaforma ReGiS, rileva mensilmente i dati sullo stato di avanzamento di tutti gli interventi afferenti alla Missione 6 – Salute del PNRR.

I risultati del monitoraggio fisico-procedurale, a dicembre 2023, restituiscono, a livello nazionale, un

¹ Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, Ministero della Salute

² Struttura Tecnica della Cabina di regia per la valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico, Ministero dell'Economia e delle Finanze

sostanziale raggiungimento di tutti i *target* europei e/o nazionali previsti a quella data.

In particolare:

- per gli interventi di Edilizia Sanitaria tutti i contratti di fornitura, necessari a garantire almeno il raggiungimento del numero di infrastrutture concordato con la Commissione Europea, sono stati stipulati
- per l'investimento in Telemedicina, sono stati adottati tutti i Piani Operativi ed i Modelli Organizzativi regionali e provinciali, pianificati
- per l'investimento in ADI, il numero complessivo di pazienti *over* 65 presi in carico in ADI, così come fissato dal D.M. del 23.01.2023, è stato pienamente raggiunto.

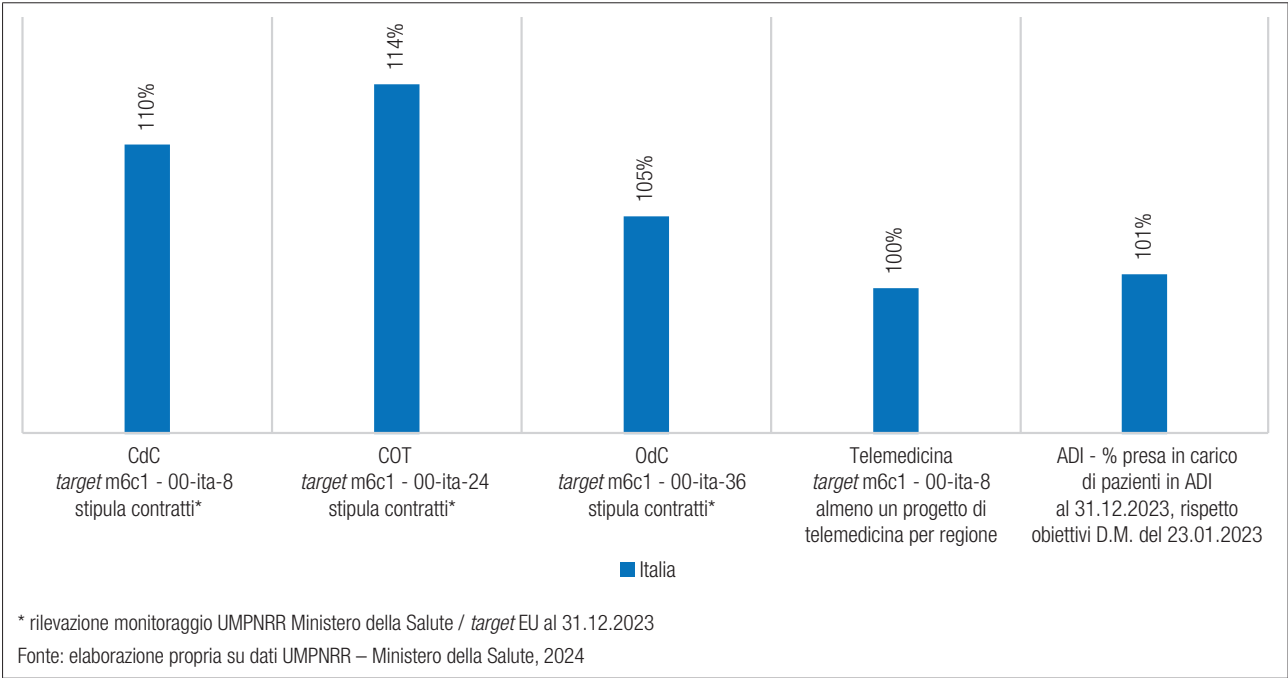
I risultati del monitoraggio finanziario, a dicembre 2023, restituiscono a livello nazionale un ammontare di spesa (pagamenti cumulati/totale finanziamento PNRR) molto moderato per gli investimenti in Edilizia Sanitaria e Telemedicina.

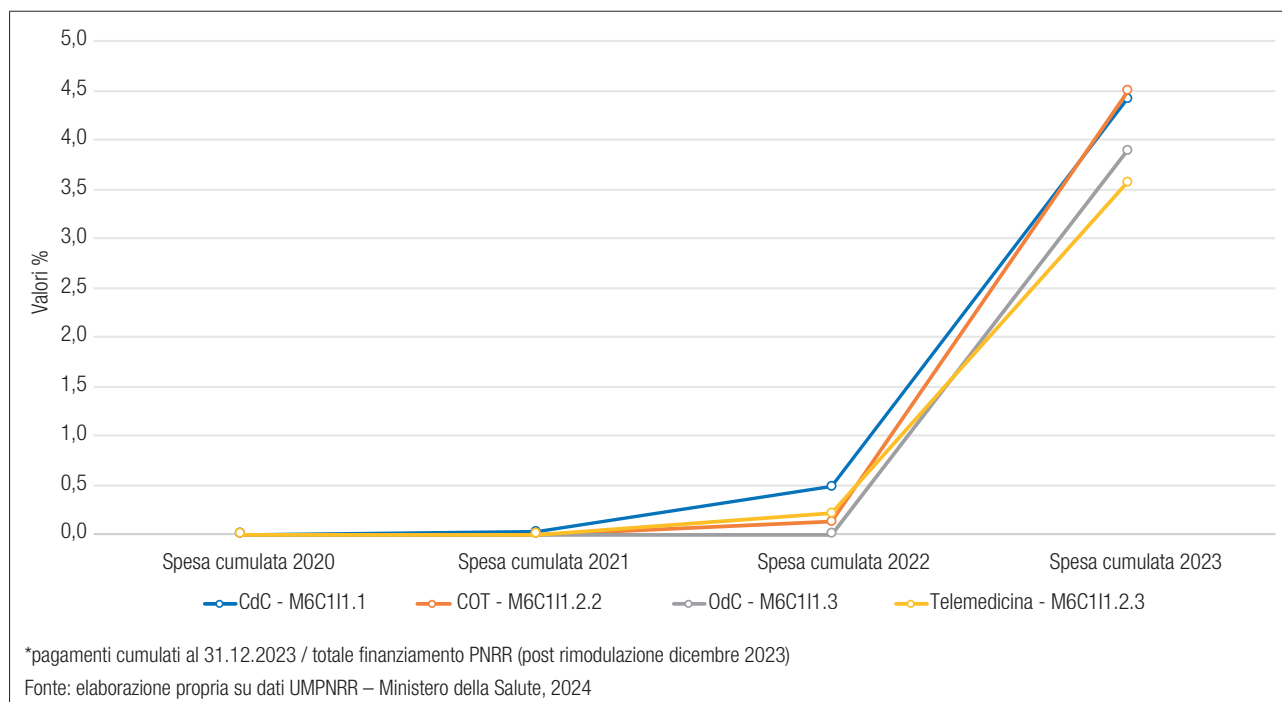
In particolare:

- il livello di spesa cumulata per gli investimenti in Edilizia Sanitaria risulta coerente con le fasi progettuali, amministrative e contrattuali che, per ogni investimento si sono svolte fino al 2023
- il livello di spesa cumulato al 2023 per l'investimento in Telemedicina rappresenta il complessivo utilizzo di risorse da parte di Agenas per la realizzazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT), collaudata a novembre 2023.

In merito all'intervento ADI, infine, a livello nazionale si registra che il 79% delle risorse finanziarie 2023 stanziato con D.M. del 23.01.2023, attraverso la metodologia del costo *standard*, sono risultate eleggibili di trasferimento alle Regioni in considerazione del raggiungimento parziale dei *target* minimi regionali, stante il conseguimento del *target* nazionale registrato per la medesima annualità (101% rispetto all'obiettivo nazionale assegnato).

Raggiungimento *target* specifici al 31.12.2023



Edilizia Sanitaria e Telemedicina - Percentuale spesa per pagamenti* al 31.12.2023

All'esito delle attività di monitoraggio, a dicembre 2023, lo stato di attuazione degli interventi osservati risulta in linea con i relativi cronoprogrammi e non si ravvedano criticità in merito al raggiungimento degli obiettivi PNRR, sia con riguardo a quelli fissati dall'Italia con la Commissione Europea sia ai fini dei

Contratti Istituzionali di Sviluppo stipulati dalle singole Regioni e PP.AA. con il Ministero della Salute, che concorrono alla dotazione tecnico-produttiva per il compimento della riforma dell'Assistenza Sanitaria Territoriale avviata con il D.M. n. 77 del 2022.

CAPITOLO 11

**Gli interventi Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
nella riforma dell'Assistenza Territoriale: rilevazioni 2023***Altamura G.¹, Vena V.¹, Palozzi G.², Nardini A.¹*

Le dinamiche evolutive ed il progresso scientifico degli ultimi decenni hanno portato ad una radicale modificazione dell'aspettativa e della qualità della vita della popolazione dei Paesi occidentali (WHO, 2020; OECD, 2023b). Secondo i dati dell'*Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2023b) oltre il 20% della popolazione dell'area OECD è ultra 65enne. Tale fattispecie ha determinato diverse implicazioni in termini di politiche socio-economiche che coinvolgono la spesa pubblica e privata nel sostentamento del sistema pensionistico, sanitario ed educativo, con forti ripercussioni per la crescita economica dei Paesi interessati (OECD, 2023a).

Nel già complesso contesto di produzione dei Servizi Sanitari qualitativamente adeguati compatibili con un contenimento dei costi, l'epidemia di Covid-19 ha ulteriormente sollecitato i Sistemi Sanitari mondiali verso strategie operative coerenti con le necessità di distanziamento sociale e continuità delle cure (WHO, 2024).

Complessivamente, dunque, l'invecchiamento della popolazione e la pandemia hanno modificato drasticamente le esigenze sanitarie della cittadinanza negli ultimi due decenni, incrementando la richiesta di Servizi Sanitari aggiuntivi, con la conseguenza di mettere a serio repentaglio la sostenibilità economica dei Sistemi Sanitari (Hussain, 2024; OECD, 2024), specie se di matrice "universalistica", come nel caso dell'Italia (Longo, 2023).

Nello specifico, l'aumento dell'età media ha avuto l'effetto di incrementare la prevalenza di patologie

croniche ed aumentare il rischio per la popolazione di sviluppare poli-patologie e nuove sindromi (Guralnik, 1996; Lenti, 2022).

In riferimento al nostro Paese, al 1.01.2023 (Istat, 2024), gli *over 65* rappresentano circa il 24% dell'intera popolazione italiana, pari a oltre 14 mln.; il rapporto tra popolazione *over 65* e quella attiva è superiore al 35%. Nel 2020, in periodo pre-Covid-19 in Italia, i pazienti affetti da almeno una malattia cronica erano il 40,9% dell'intera popolazione; quelli cronici e multi-patologici circa il 21% (Istat, 2020a). Questi valori aumentano fortemente se si considerano solo i soggetti *over 75*: circa l'83% è malato con almeno una malattia cronica, il 65% circa è pluri-patologico (Istat, 2020b).

In tale scenario, e con risorse finanziarie limitate, le condizioni di sostenibilità del sistema di *Welfare* italiano richiedono una rapida inversione di tendenza verso soluzioni operative in grado di rendere compatibili un adeguato livello di accesso alle cure ed un contenimento dei costi (Gui, 2024; *Welfare*, Italia 2024) coerentemente ad un approccio assistenziale basato sulla creazione di valore sanitario per il paziente (c.f.r. *value-based healthcare theories*) (Porter, 2006; Porter, 2010; Kaplan, 2011). Occorre quindi muovere l'approccio assistenziale da un orientamento di erogazione delle singole prestazioni specialistiche (spesso emergenziali) al malato, verso soluzioni di gestione prospettico-predittiva, integrata ed olistica del percorso diagnostico-terapeutico del cittadino (Furnari, 2024), anche all'interno del territorio.

Ai moderni Sistemi Sanitari viene chiesto di rom-

¹ Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, Ministero della Salute

² Struttura Tecnica della Cabina di regia per la valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico, Ministero dell'Economia e delle Finanze

pere il tradizionale paradigma “ospedaliero” di fornitura dei servizi, ridisegnando molti processi di erogazione delle cure all’interno dei territori o presso il domicilio del paziente in modo da anticiparne i bisogni sanitari attraverso un’analisi dell’evoluzione del suo stato di salute (Saltman, 2008; OECD, 2023b).

Di fatto, i cambiamenti demografici e gli *shock* epidemiologici hanno comportato un mutamento dei bisogni di salute, che possono essere fronteggiati solo attraverso un cambiamento strategico nella gestione dei servizi attraverso modifiche all’apparato produttivo sia in termini infrastrutturali che di processi in essere (Carrigan, 2022), considerando anche le opportunità conferite dall’innovazione tecnologica (Stoumpos, 2023).

È in questo contesto che si sta muovendo la Missione 6 - SALUTE del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che, con una serie di interventi strutturali sta ridisegnando gli assetti operativi della Sanità del futuro (Bobini, 2022; Dalponte, 2022).

In particolare, uno dei grandi risultati raggiunti, ascrivibili ad oggi al PNRR, è stata l’avvio della riforma dell’Assistenza Sanitaria Territoriale grazie all’emanazione del Decreto del Ministero (D.M.) della Salute del 23.05.2022, n. 77. Tale D.M., come vedremo più approfonditamente nel prossimo paragrafo, riformula completamente l’assetto dell’Assistenza Sanitaria Territoriale, mediante la previsione di un nuovo assetto organizzativo e l’introduzione di strutture operative, con l’obiettivo di operare un “filtro” tra le necessità del paziente e le strutture ospedaliere di ricovero (OASI, 2022; Cinelli, 2023).

Obiettivo, quindi, del presente lavoro è quello di rappresentare, all’anno 2023, lo stato di avanzamento fisico-procedurale e finanziario degli interventi finanziati da fondi del PNRR, al fine di tracciare il livello di attuazione di quegli investimenti propedeutici al compimento della citata riforma dell’Assistenza Sanitaria Territoriale, anche nella logica della verifica del rispetto dei cronoprogrammi di realizzazione compatibili con gli impegni assunti con la Commissione Europea.

Dopo la breve introduzione ed una analisi delle principali innovazioni apportare all’Assistenza Territoriale dal D.M. n. 77/2022, anche in riferimento agli

investimenti del PNRR, il lavoro dapprima fa luce sulla metodologia di raccolta e analisi del dato, così come rilevato dalla Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute, per poi riportare e commentare i risultati di monitoraggio.

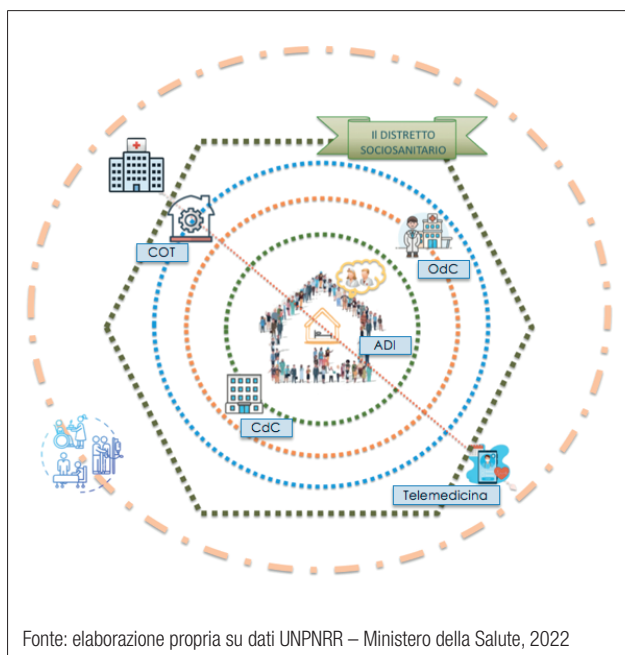
11.1. Il nuovo assetto organizzativo della Sanità territoriale

La normativa nazionale di riferimento, antecedente all’entrata in vigore del Decreto Interministeriale (D.Interm.) del 23.05.2022, n. 77, necessitava, al fine di garantire un’uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) afferenti all’area distrettuale sull’intero territorio nazionale, di parametri di riferimento condivisi a livello nazionale e attuati in maniera uniforme e omogenea a livello locale, attualmente introdotti con il sopracitato Decreto (Lorusso, 2021). Il Patto per la Salute 2019-2021 precursore ideologico della Riforma dell’Assistenza Territoriale, la cui attuazione è garantita anche dalle risorse afferenti alla Missione 6 - Salute del PNRR, evidenziava già alla fine del 2018, le criticità e i bisogni del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN), prendendo il via dal contesto epidemiologico, sanitario e sociale già descritto in premessa. Il nuovo “Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”, oggetto del D.Interm. del 23.05.2022 n. 77, rappresenta un importante passo per il nostro SSN, per raggiungere quella riorganizzazione dell’assistenza primaria, secondo i principi enunciati dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, già nella prima conferenza di Alma-Ata del 1978, secondo l’orientamento di *Comprehensive Primary Health Care*, che prevede un approccio onnicomprensivo di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l’ambito prettamente sanitario individuale legato alla mera fruizione di prestazioni sanitarie, più o meno specialistiche, e socio-sanitarie (Lorusso, 2022).

L’articolato tecnico della riforma favorisce, pertanto, la costruzione di una rete di prossimità in grado di garantire la piena integrazione tra i servizi sanitari,

socio-sanitari e sociali. Il nuovo assetto organizzativo è costruito quale archetipo antropocentrico, che ha fatto dell'attenzione rivolta ai bisogni di salute del paziente nel suo complesso (c.d. *comprehensiveness*) la propria centralità. Il nuovo assetto organizzativo è costruito quale struttura ad anelli concentrici, con l'assistito al centro, che permette allo stesso di ricevere la migliore assistenza possibile a partire dal proprio domicilio, grazie anche agli innovativi sistemi di Telemedicina, e di raggiungere *setting* differenti via via che il bisogno di assistenza si modifica o si amplia (Altamura, 2022) (Figura 11.1.).

Figura 11.1. Il nuovo paradigma dell'Assistenza Territoriale



Il testo normativo, che ha, inoltre, rappresentato una delle prime *milestone* del PNRR raggiunte nel 2022 dal Ministero della Salute, suffragato dagli investimenti afferenti alla *Component 1* del PNRR, prevede l'implementazione, tramite la costruzione di nuovi edifici o la riqualificazione di quelli esistenti, di innovative strutture demandate all'assistenza di prossimità, che risultano essere innovazioni concrete per il SSN, le Case della Comunità (CdC), le Centrali Operative Territoriali (COT) e gli Ospedali di Comunità (OdC), oltre alla previsione di innovativi *standard* a

supporto del potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dei servizi di Telemedicina sul territorio nazionale, di cui è riportata una sintetica disamina nel paragrafo che segue.

11.2. Gli investimenti PNRR afferenti alla riforma dell'Assistenza Sanitaria Territoriale

Come noto, alla Missione 6 - Salute sono destinati complessivamente circa € 15,6 mld. a valere sul fondo *Recovery and Resilience Facility* (RRF), di cui circa € 7,75 mld. per la c.d. *Component 1*: "Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l'Assistenza Sanitaria Territoriale", che trova il proprio fondamento normativo nel citato D.M. n. 77/2022, baluardo per la riorganizzazione e il potenziamento dell'Assistenza Territoriale. Come in più contesti si è evidenziato, gli interventi programmati per il raggiungimento degli obiettivi del PNRR, finanziati anche con risorse RRF, non riguardano la totalità delle strutture che dovranno essere edificate o delle azioni da intraprendere nei confronti degli assistiti, nel rispetto degli *standard* enunciati dal D.M. n. 77/2022, ma costituiscono il caposaldo per l'implementazione degli *standard* previsti dall'articolato tecnico normativo sull'intero territorio nazionale.

In particolare, attraverso le risorse stanziato dal PNRR si genera un effetto-volano per l'avvio dei nuovi modelli organizzativi e gli *standard*, il cui stato di avanzamento delle progettualità al 31.12.2023 è oggetto del presente documento.

Nello specifico, la trattazione riguarderà i modelli organizzativi e gli *standard* del D.M. n. 77/2022, relativi agli investimenti di seguito indicati:

- Interventi di Edilizia Sanitaria:
 - le CdC sono luogo fisico di prossimità e facile individuazione, al quale la comunità potrà accedere per avere un primo contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, per l'edificazione di almeno 1.038 strutture afferenti a tale modello entro giugno 2026, l'investimento M6C1I1.1 prevede un finanziamento di € 2 mld. di risorse

- a valere sul fondo proprio del Piano, di valenza comunitaria, RRF
- gli OdC sono strutture sanitarie di ricovero breve, che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per l'edificazione di almeno 307 strutture afferenti a tale modello entro giugno 2026, l'investimento M6C111.3 prevede un finanziamento di € 1 mld. di risorse RRF
- le COT hanno un ruolo di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali, con l'obiettivo di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria 7 giorni su 7, per la realizzazione di almeno 480 COT entro dicembre 2024, l'investimento M6C111.2.2.1 prevede un finanziamento € 103,85 mln. di risorse RRF
- interventi volti all'erogazione di Assistenza alla persona:
 - la Telemedicina, per la quale il testo del decreto fa sintesi sulle modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e socio-sanitarie a distanza o di servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Allo scopo di fornire prestazioni secondo tale modello di erogazione ad almeno 300 mila assistiti entro dicembre 2025, l'investimento M6C111.2.3 prevede un finanziamento di € 1,5 mld. di risorse RRF
 - l'ADI, per la quale gli *standard* enucleati nel testo del D.M. n. 77/2022 prevedono di aumentare progressivamente il volume delle prestazioni rese in ADI fino alla presa in carico di almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. A tal fine e, in particolare, allo scopo di prendere in carico ulteriori 842 mila assistiti entro giugno 2026, l'investimento M6C111.2.1 prevede un finanziamento di € 2,97 mld. di risorse RRF.

Tali modelli e *standard* vedono nelle Regioni e nelle PP.AA. i soggetti demandati all'attuazione degli interventi, in conformità con la programmazione

nazionale definita dai Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) e dagli allegati Piani Operativi (PO), sottoscritti tra ciascuna Regione e P.A. e il Ministero della Salute alla fine del mese di maggio del 2022, che alla luce del D. Interm. di ripartizione delle risorse del 20.01.2022, definiscono la numerosità degli interventi da attuare sul territorio nazionale, ripartiti per soggetto attuatore in base alle risorse redistribuite. Si rileva che i *target* stabiliti dai CIS, oggetto di rimodulazione sulla base delle disposizioni presenti all'interno dei medesimi contratti sottoscritti, risultano essere di una numerosità maggiore rispetto alla programmazione comunitaria.

11.3. La rimodulazione del PNRR

Risulta dirimente, ai fini dell'analisi, evidenziare che l'8.12.2023 è intercorsa la Decisione del Consiglio della Commissione Europea che ha approvato la rimodulazione complessiva del PNRR dell'Italia e, in particolare, di alcuni interventi afferenti alla Missione 6 - Salute. Da metà 2022 fino a inizio 2023, infatti, il mercato delle costruzioni ha subito un imprevisto e imprevedibile aumento dei prezzi, spinto inizialmente da un forte aumento delle materie prime, e trascinato poi dall'inflazione. In presenza di un tale aumento dei prezzi dei materiali da costruzione, il Regolamento Europeo (EU) "*COM Guidance on RRP in the context of RePowerEU*" ha consentito agli stati membri di rimodulare gli obiettivi del PNRR in modo proporzionale all'aumento stesso. In considerazione anche della natura *Performance based* del PNRR, che prevede il pagamento delle rate al raggiungimento di specifici obiettivi (qualitativi: *milestone* e quantitativi: *target*) l'intento principale della rimodulazione della Missione 6 era finalizzato a superare le criticità correlate all'aumento generalizzato dei costi, ridefinendo i *target* minimi comunitari e le tempistiche realizzative in via prudenziale al fine di garantire l'erogazione delle risorse a livello nazionale in coerenza con il nuovo contesto economico.

In tale contesto resta ferma la programmazione nazionale riportata all'interno dei CIS sottoscritti, anche nei termini del monitoraggio e della rendiconta-

zione degli interventi programmati, e che eventuali rimodulazioni nella numerosità degli interventi o nel differimento delle scadenze sono concordate con le Regioni e le PP.AA., su espressa motivazione, secondo la procedura stabilita dal testo del CIS medesimo.

Il presente elaborato, pertanto, nell'indicare il livello di raggiungimento degli obiettivi programmati al 31.12.2023 terrà conto dei *target* PNRR così come rimodulati a seguito della citata Decisione del Consiglio della Commissione Europea dell'8.12.2023.

Nello specifico, con riferimento agli investimenti rilevanti per il presente lavoro, si evidenziano le seguenti rimodulazioni, relativamente ai *target* europei originariamente programmati:

- CdC, da 1.350 ad almeno 1.038
- COT, da 600 ad almeno 480, con scadenza posticipata dal T2 al T4 2024
- OdC, da 400 ad almeno 307
- ADI, da ulteriori 800 mila a ulteriori 842 mila assistiti *over* 65 presi in carico in tale regime, a seguito della redistribuzione di € 250 mln. provenienti dal ridimensionamento delle risorse dei "progetti in essere" riferiti ad altro investimento della *Component 2*: "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", ex art. 20 L.n. 67/1988, da € 1 mld. a € 250 mln., la cui programmazione è comunque garantita dalle coperture nazionali ordinarie
- Telemedicina, da 200 mila a 300 mila persone a cui è erogata assistenza in tale modalità, a seguito della redistribuzione dei restanti € 500 mln. provenienti dal ridimensionamento delle risorse dei "progetti in essere" riferiti ad altro investimento *Component 2*: "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", ex art. 20 L.n. 67/1988, la cui programmazione è comunque garantita dalle coperture nazionali ordinarie.

11.4. Le attività di monitoraggio nella Missione - Salute del PNRR: peculiarità e necessità informative

I progetti afferenti agli investimenti del PNRR sono anagrafati all'interno del sistema informativo ReGiS,

sviluppato dalla Ragioneria Generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF-RGS), in attuazione dell'articolo 1, comma 1043, della L. n. 178/2020, quale unico strumento attraverso cui le Amministrazioni titolari degli interventi (ARDI) adempiono agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

Con riferimento agli investimenti oggetto del presente documento, è necessario evidenziare che nel corso del 2023 è stato rilevato un generale disallineamento dei dati sul sistema ReGiS rispetto all'effettivo stato di avanzamento dei progetti. Inoltre, il sistema informativo non consentiva una visione di dettaglio rispetto al puntuale stato di avanzamento dei progetti né la possibilità per i Soggetti Attuatori di poter procedere ad un'estrazione dei dati per intera linea d'investimento, così da poter avere un quadro sintetico e chiaro dello stato di caricamento e alimentazione delle informazioni all'interno del sistema informativo e, quindi, dell'operato dei Soggetti Attuatori delegati (Aziende Sanitarie) e dei propri RUP.

Allo scopo di verificare i disallineamenti dei dati presenti in ReGiS rispetto all'effettivo stato di avanzamento delle misure della Missione 6 - Salute e, soprattutto, al fine di richiedere le tempestive integrazioni da parte dei Soggetti Attuatori, sono state condotte dall'Unità di Missione per il PNRR del Ministero della Salute, attraverso il preposto Ufficio di monitoraggio, azioni volte al monitoraggio dello stato effettivo di attuazione dei progetti. È stata, pertanto, richiesta ai Soggetti Attuatori la predisposizione di una relazione mensile sullo stato di attuazione dei relativi interventi, da trasmettere entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento per le finalità di validazione dei dati sul sistema informativo, che in conformità con la Circolare 19/2023 del MEF deve intervenire entro il giorno 20 di ciascun mese.

Per ognuna delle informazioni relative allo stato di avanzamento di una singola progettualità è stata eseguita una verifica di coerenza dei dati rilevati a sistema e recepiti attraverso le dichiarazioni dei Soggetti Attuatori rispetto sia a quanto fosse stato consolidato attraverso le azioni di monitoraggio nei mesi precedenti sia assicurandosi che le fasi procedurali avessero un nesso di causalità tale da rendere evi-

dente l'effettivo stato di avanzamento. Per tale ragione, allo scopo di valutare l'effettivo stato di avanzamento procedurale, nel caso in cui i dati dichiarati dai Soggetti Attuatori risultassero discordanti tra quanto inserito in ReGiS e quanto dichiarato nella relazione mensile, la singola fase procedurale, sino all'effettivo allineamento, non è considerata come effettivamente raggiunta e l'intervento è assestato sull'ultima fase procedurale comprovabile. Per le difformità rilevate è intrapresa un'attività di interlocuzione con il Soggetto Attuatore interessato, allo scopo di garantire il corretto monitoraggio e successivo consolidamento degli esiti entro le scadenze previste.

Le risultanze delle elaborazioni eseguite dall'Ufficio di monitoraggio, sulla base di quanto riscontrato a sistema e quanto rilevato dalle interlocuzioni con i Soggetti Attuatori del CIS, con riferimento ad ogni singolo progetto, considerato per CUP, sono ulteriormente sintetizzate allo scopo di valutare lo stato di avanzamento delle linee e delle sub-linee d'investimento a livello regionale e provinciale e tracciarne l'evoluzione rispetto alle *milestone* e ai *target* di rilievo sia nazionale sia comunitario.

È necessario evidenziare che oggetto del lavoro sono i dati afferenti all'anno 2023, con particolare riferimento allo stato di avanzamento fisico, procedurale e finanziario degli interventi al 31.12.2023. Tenuto conto delle modalità di rilevazione e analisi dei dati sopra esposte, il consolidamento delle informazioni ivi riportate è avvenuto nel corso del mese di gennaio 2024. Per quanto concerne, inoltre, il dato finanziario e di spesa, rilevato dalle sezioni del sistema informativo relative alla gestione delle spese, al fine di garantire un maggior aggiornamento dei dati, in termini sia di spesa per l'anno 2023 sia di spesa totale dall'avvio degli interventi del Piano fino alla fine del 2023, si evidenziano all'interno del documento i rilievi di spesa al 2023 così come monitorati nel corso del monitoraggio finanziario del mese di settembre 2024. Questo si rende maggiormente necessario alla luce delle Linee Guida per l'applicazione delle opzioni di costo semplificate per la contabilizzazione e rendicontazione delle spese sul sistema ReGiS con riguardo al sub-investimenti M6C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura - Assistenza Domiciliare".

Il monitoraggio dei dati riferiti ai pazienti presi in carico in regime di ADI è, infatti, effettuato al termine del primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento. Quindi i dati degli assistiti del 2023 sono stati rilevati attraverso il flusso informativo dedicato a tale regime di Assistenza del Ministero della Salute (SIAD) e successivamente consolidati nel mese di marzo 2024.

Si riportano, pertanto, nelle sezioni le elaborazioni effettuate rispetto ai dati consolidati come sopra esposto afferenti allo stato dell'arte al 31.12.2023. I dati di monitoraggio, ai fini della presentazione dei risultati, sono aggregati per macro-aree geografiche, secondo i seguenti raggruppamenti:

- Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria
- Nord-Est: P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna
- Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio
- Sud e Isole: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

11.5. Risultati di monitoraggio

Il presente paragrafo riporta i risultati rilevati dalla attività di monitoraggio effettuate dalla UMPNRR del Ministero della Salute, in relazione agli avanzamenti procedurali e finanziari al 31.12.2023, così come consolidati nel corso dell'anno 2024. In particolare, il paragrafo è suddiviso tra gli Investimenti infrastrutturali e quelli riferiti ad ADI e Telemedicina, come presentati nella sezione precedente, al fine di migliorare la rappresentazione dello stato di attuazione dei singoli investimenti, in base alle proprie caratteristiche procedurali, inerenti allo stato di avanzamento lavori.

11.5.1. Monitoraggio procedurale

La presente sezione presenta i dati relativi di monitoraggio procedurale in relazione ai *target* EU o Italia, più ravvicinati rispetto alla soglia temporale di verifica dello stato di avanzamento degli interventi al 31.12.2023.

Edilizia Sanitaria

Gli investimenti di Edilizia Sanitaria (CdC, COT, OdC) si caratterizzano per una similitudine procedurale afferente allo stato di realizzazione che suddivide le fasi di completamento dell'opera in:

- progettazione e attribuzione Codice Univoco di Progetto
- stipula contratti di appalto
- avvio cantieri/lavori
- chiusura dei cantieri e completamento delle forniture
- collaudo e messa in esercizio.

Nel corso dell'anno 2023, gli interventi, in via generale hanno trovato avvio prevalentemente dal punto di vista amministrativo e della progettazione, e la misurazione del livello di avanzamento procedurale è avvenuta in base alla percentuale di raggiungimento del *target* più vicino, temporalmente, al 31.12.2023.

In merito, il valore procedurale osservato è relativo alla stipula dei contratti di appalto (lavori/appalto integrato), *target* di rilievo nazionale per le diverse misure di Edilizia Sanitaria, quale atto formale e propedeutico alla realizzazione fisica dell'opera.

Come possiamo notare in Figura 11.2., la situa-

zione è piuttosto differenziata tra le diverse aree geografiche. In particolare, mentre Nord e Centro risultano in linea con i rispettivi *target*, l'area Sud e Isole ha rilevato rallentamenti rispetto alla stipula dei contratti.

La rappresentazione in Figura 11.2. descrive la percentuale di raggiungimento del *target* a livello Italia (rispetto al *target* minimo previsto dal *target* finale comunitario) nonché la percentuale per area geografica rispetto alla programmazione regionale/provinciale prevista nei CIS.

In relazione agli investimenti in Edilizia Sanitaria vale la pena osservare che la rappresentazione del grado di raggiungimento dello stato di avanzamento lavori sia stato relativizzato sugli obiettivi posti a base regionale, formalizzati attraverso i CIS stipulati tra ogni soggetto attuatore ed il Ministero della Salute. Come riportato, i CIS, rispondono a delle logiche di copertura territoriale più ampie concorrenti agli obiettivi posti dal D.M. n. 77/2022, e non coincidono complessivamente con i *target* minimi del PNRR da assicurare a livello Italia. Conseguentemente i *target* del PNRR, a seguito della rimodulazione approvata l'8.12.2023, sono espressi su base nazionale.

Figura 11.2. Investimenti infrastrutturali - Percentuale raggiungimento *target* specifici al 31.12.2023.

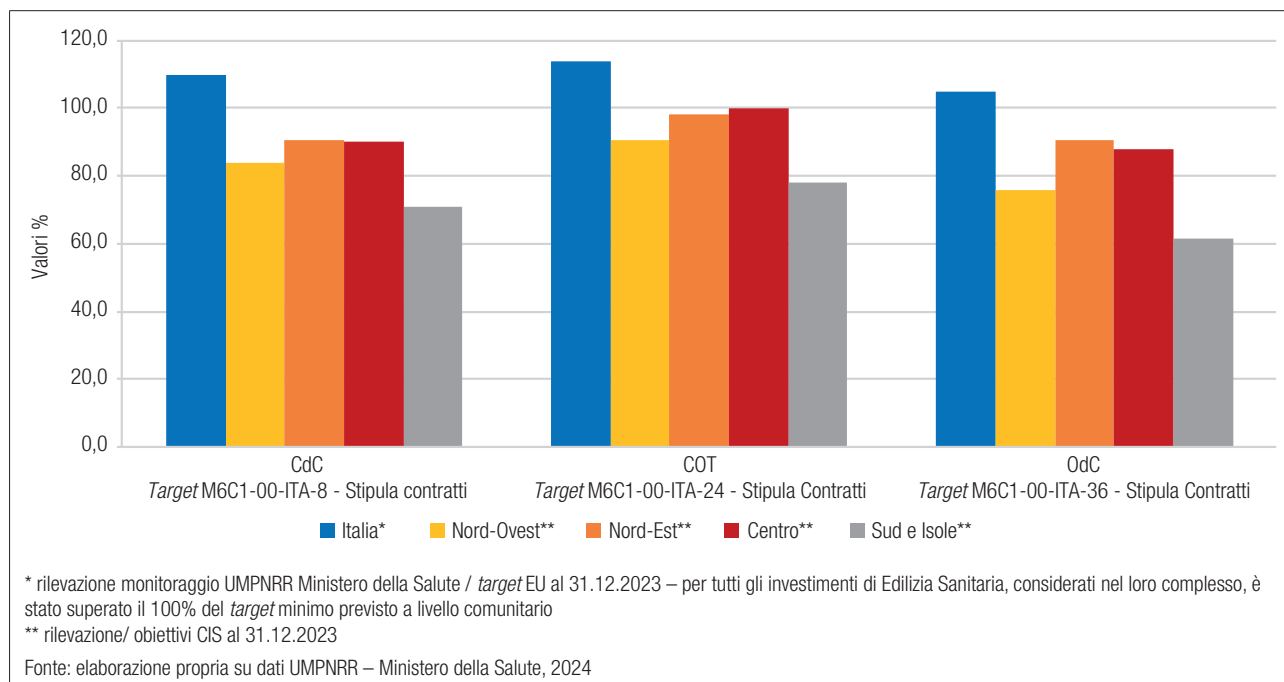
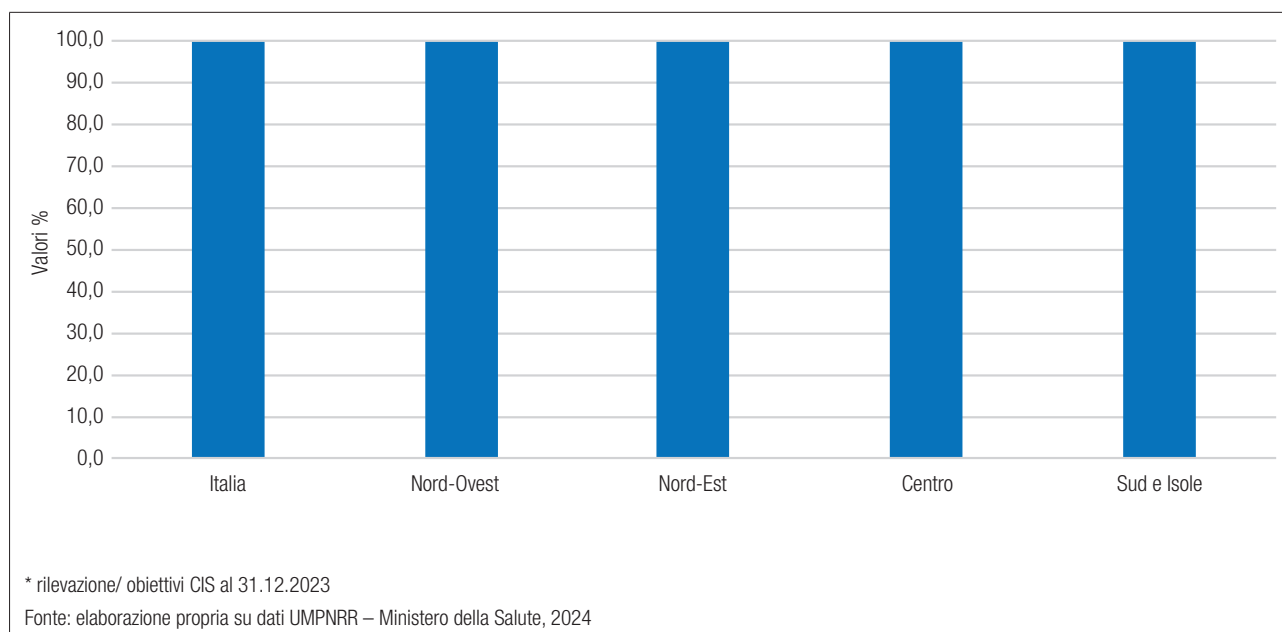


Figura 11.3. Investimenti infrastrutturali - Percentuale raggiungimento *Target specifici al 31.12.2023. Distinzione per aree geografiche**



In merito alle COT, vista anche l'imminenza del *target* comunitario (M6C1-7) con scadenza al 31.12.2024, sembra opportuno conferire al lettore che lo stato di avanzamento al 30.09.2024 degli interventi su base nazionale, all'ultimo aggiornamento di monitoraggio di ottobre 2024, ha rilevato il superamento del 100% dei collaudi delle COT e l'Unità di missione ha attivato le azioni rendicontative per certificare il raggiungimento del *target* alla Commissione Europea.

Telemedicina

In riferimento all'investimento del PNRR è necessario evidenziare che è il sub-investimento articolato in due sub-linee, che riguardano:

- la costituzione di una Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT)
- l'erogazione di "Servizi di Telemedicina" sul Territorio Nazionale, attraverso modelli specifici territoriali interoperanti con la citata piattaforma secondo *standard* che consentano omogeneità degli stessi sul territorio.

In particolare, le risorse relative ai servizi di Telemedicina sono state in parte ripartite attraverso il D.M. del 28.09.2023 in funzione dei fabbisogni

espressi dalle Regioni e dalle PP.AA. in termini di componenti *hardware* e *software* propedeutici all'attuazione dell'investimento, sono tutt'oggi in corso di perfezionamento le azioni volte alla ripartizione delle ulteriori risorse redistribuite con la rimodulazione della Missione intercorsa a dicembre 2023.

Entro dicembre 2023 era previsto, per l'investimento, il raggiungimento del *target* europeo che prevedeva "Almeno un progetto di Telemedicina per Regione (considerando sia i progetti che saranno attuati nella singola Regione sia quelli che possono essere sviluppati nell'ambito di consorzi tra Regioni)". Tale obiettivo è stato conseguito attraverso l'adozione dei PO e dei Modelli Organizzativi regionali e provinciali nell'ultimo trimestre del 2023.

Come mostrato in Figura 11.3., tutte le Regioni e PP.AA. hanno raggiunto il proprio *target* EU (M6C1-8) approvando almeno un progetto di Telemedicina per Regione/P.A. (considerando sia i progetti che saranno attuati nella singola Regione sia quelli che possono essere sviluppati nell'ambito di consorzi tra Regioni) da svilupparsi nel corso del biennio 2024-2025 al fine di contribuire alla presa in carico di almeno 300 mila pazienti in Telemedicina entro dicembre 2025. A conferma del buon andamento

dell'investimento in Telemedicina, vale la pena sottolineare come, già nel mese di novembre 2023, sia stata collaudata da parte di Agenas, la prima versione della PNT, in coerenza con i cronoprogrammi prestabiliti.

Assistenza Domiciliare

L'investimento in ADI finanziato dal PNRR, a differenza dei precedenti, non prevede interventi volti all'incremento delle dotazioni patrimoniali degli Enti del Servizio Sanitario, ma vuole promuovere le iniziative assistenziali presso il domicilio del paziente attraverso un supporto finanziario premiante che, sulla base del raggiungimento di un numero minimo di pazienti ultra 65enni presi in carico nell'anno da parte della Regione o P.A., concede il diritto di accesso a somme finanziarie prestabilite nell'allegato 1 del D. Interm. del 23.01.2023 e s.m.i..

Tali somme, ripartite per quote annuali, correlate al raggiungimento di specifici obiettivi di presa in carico di pazienti nel medesimo lasso di tempo, sono commisurate ad una remunerazione "standard" per paziente, oggetto di specifica rendicontazione a "co-

sti semplificati", che, come vedremo nel paragrafo successivo, determina la spesa sostenuta per la linea di investimento.

Fondamentale, quindi, è la ricognizione della percentuale di pazienti presi in carico in ADI, rispetto agli obiettivi posti dal citato D.M. del 23.01.2023, contenuta nella Figura 11.4..

Come possiamo notare, a livello Paese, il *target* complessivo di pazienti presi in carico in ADI è stato pienamente raggiunto. Ciò è stato reso possibile dal fatto che Regioni e P.A. nelle aree Centro-Nord abbiano superato i propri obiettivi minimi, contribuendo a coprire il parziale mancato raggiungimento dei *target* da parte di alcune Regioni del Meridione, che, per il 2023, hanno anche visto preclusa la possibilità di accesso ai fondi, non avendone maturato il diritto, in relazione al raggiungimento degli obiettivi 2023, così come previsti dal D.M. del 23.01.2023.

11.5.2. Monitoraggio finanziario

Il presente paragrafo presenta i dati relativi al monitoraggio finanziario della spesa al 31.12.2023.

Figura 11.4. Assistenza Domiciliare – Percentuale presa in carico di pazienti in ADI al 31.12.2023, rispetto agli obiettivi fissati dal D.M. del 23.01.2023

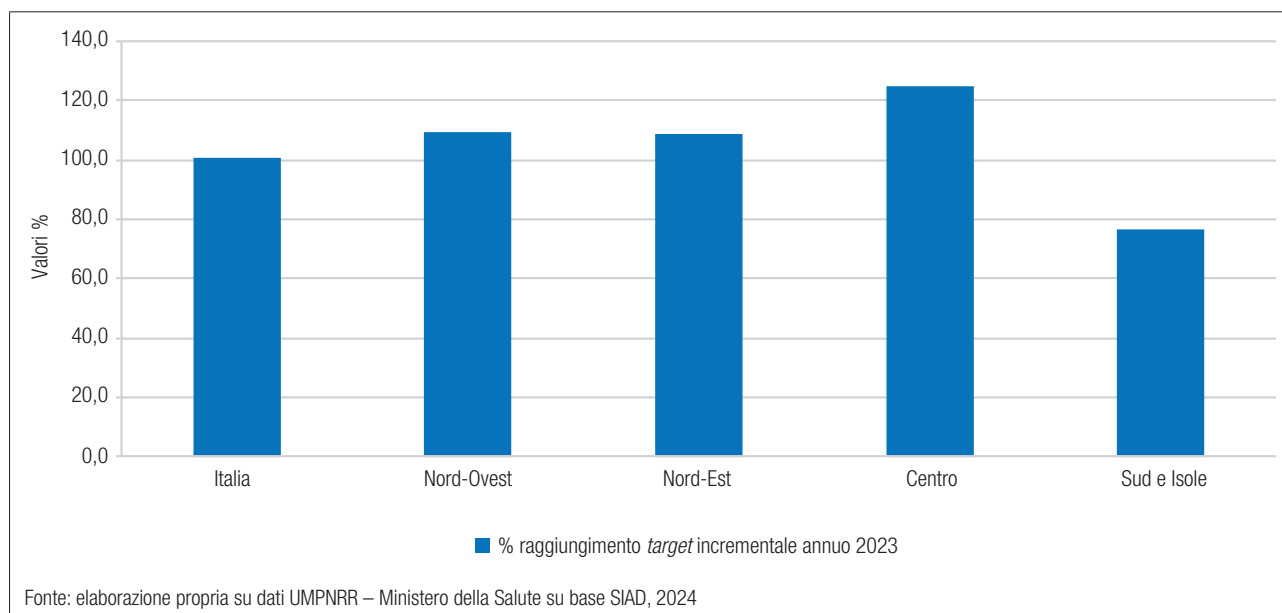
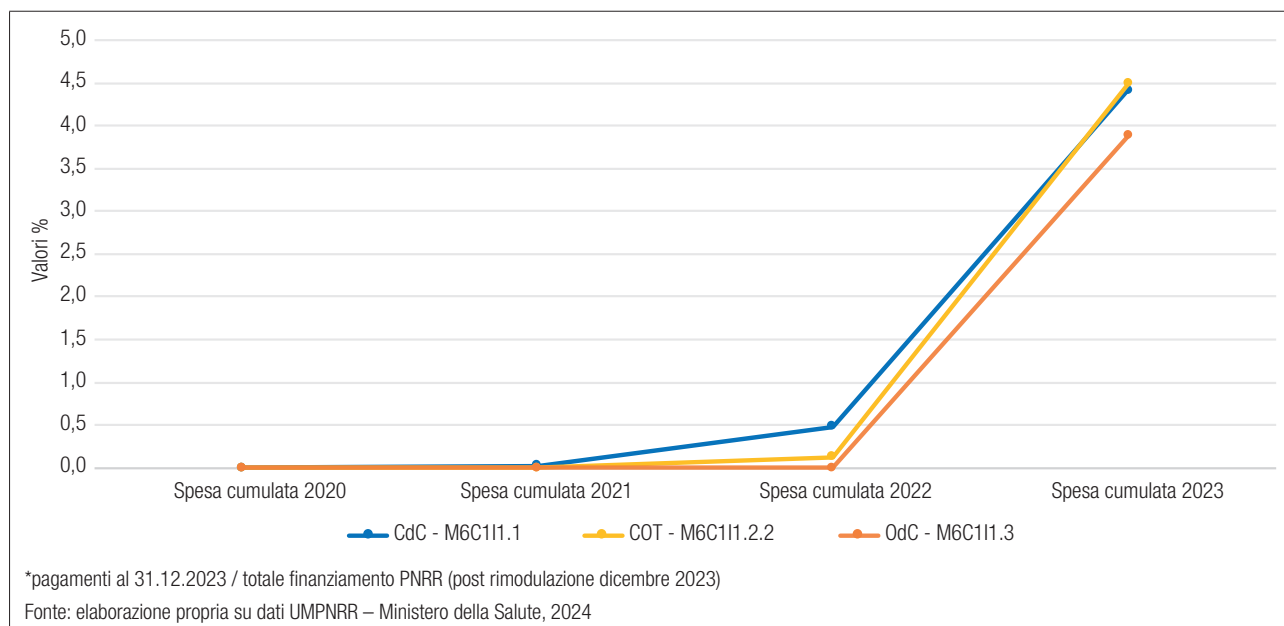
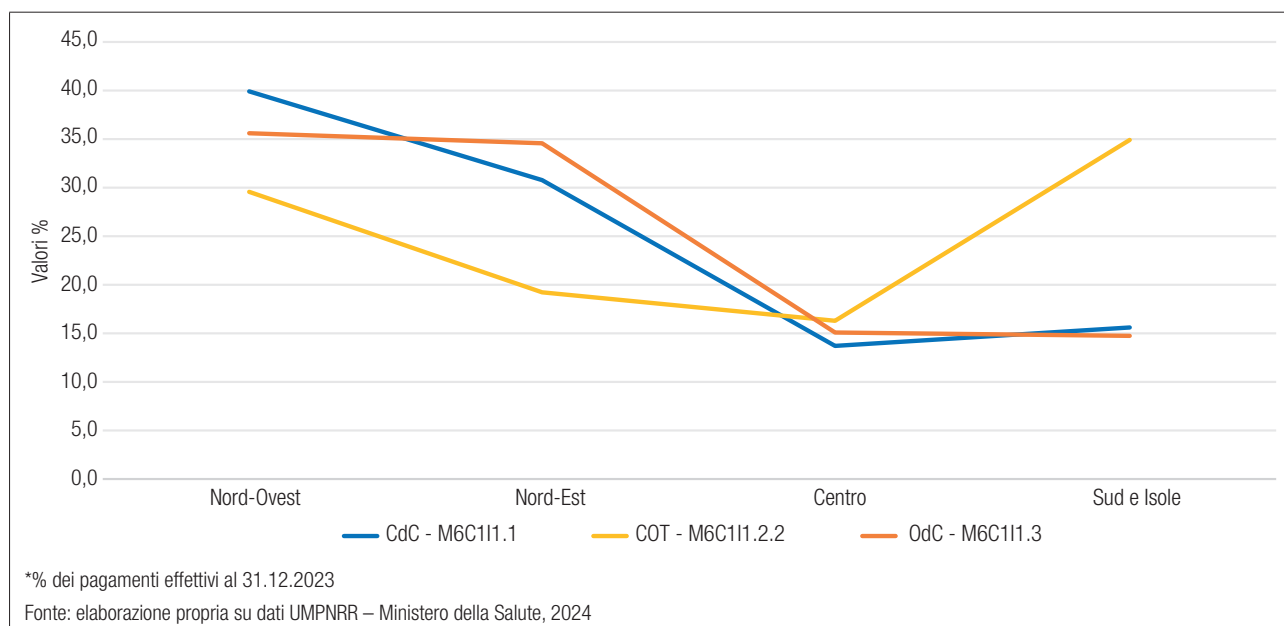


Figura 11.5. Edilizia Sanitaria - Percentuale spesa per pagamenti* al 31.12.2023. Complessivo Italia

Edilizia Sanitaria

Per tali linee di investimento, le rilevazioni riportate in questa sezione rappresentano lo stato dei pagamenti risultanti sul sistema ReGiS al 31.12.2023, aggiornati dai Soggetti Attuatori nel corso del 2024, tenuto conto del livello di spesa evidenziato a sistema dai Soggetti Attuatori al 30.09.2024, ferme re-

stando le azioni di sollecito verso i Soggetti Attuatori volte ad assicurare l'allineamento della spesa all'interno del ReGiS, in parte garantito anche sulla base degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 1, del D.L. n. 19/2024, convertito con modificazioni dalla Legge n. 56/2024.

Figura 11.6. Edilizia Sanitaria - Percentuale spesa cumulata per pagamenti* al 31.12.2023. Distinzione per aree geografiche

Rispetto al dato di avanzamento finanziario rilevato per le specifiche misure, nel corso del 2023, si sono consolidate prevalentemente le attività progettuali propedeutiche all'avvio dei cantieri per le opere strutturali. Si specifica, per chiarezza, che l'osservazione della variabile "pagato" sconta, come è ovvio che sia, sempre un certo ritardo rispetto all'effettivo stato di avanzamento fisico di una qualsiasi opera; tale fattispecie, normalmente imputabile al fatto che la transazione finanziaria avvenga a seguito degli stati di avanzamento delle forniture, nell'ambito del PNRR è ulteriormente esacerbata dalla necessità di caricamento dei dati finanziari sulla piattaforma REGIS direttamente da parte di ogni singolo Responsabile Unico di Progetto, ferme restando le successive attività rendicontative necessarie per certificare l'eligibilità della spesa RRF.

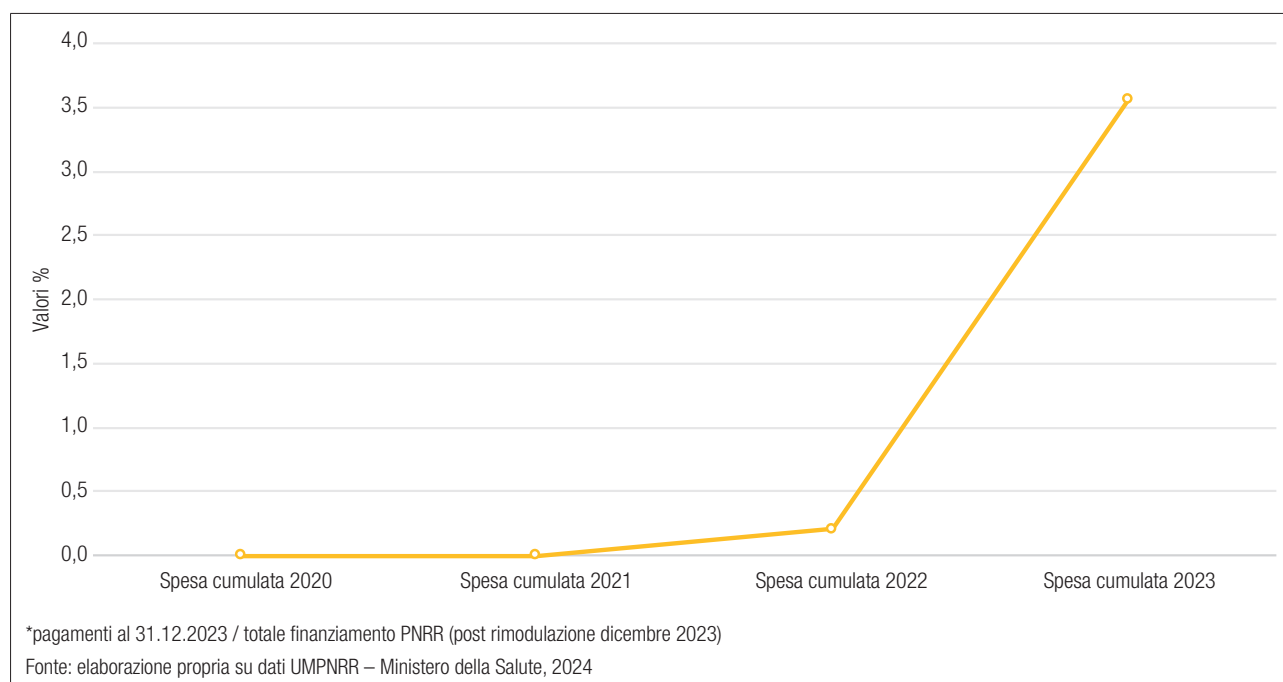
La Figura 11.5. riporta, per investimento, il dettaglio della percentuale di spesa cumulata, dal 2020 al 2023, rispetto al totale degli stanziamenti del PNRR destinati alla singola linea di intervento, così come rimodulati con la Decisione del Consiglio della Commissione Europea dell'8.12.2023.

Come possiamo notare, il livello di spesa negli anni 2020 e 2021 è pressoché nulla per tutti gli interventi. Il livello dei pagamenti inizia gradualmente ad incrementarsi man mano che si assiste all'avvio dei cantieri di Edilizia Sanitaria e dei lavori per l'implementazione della PNT. Tra questi, nel 2023 il livello di spesa percentuale lievemente maggiore è imputabile alle COT (4,5%), il cui completamento è previsto per dicembre 2024.

A completamento della disamina, con dettaglio per area territoriale, la Figura 11.6. riporta, per i soli interventi di Edilizia Sanitaria, il livello di spesa cumulata 2023 espresso in termini percentuali rispetto ai pagamenti complessivi effettuati per linea di investimento in Edilizia Sanitaria, riportati nella Figura 11.5..

Come si può notare il circa il 70% della spesa riferita all'anno 2023 per CdC e OdC è imputabile a Regioni e PP.AA. del Nord Italia, con il Centro, il Sud e le Isole indietro nei pagamenti. Discorso parzialmente diverso per le COT, per le quali, il Sud e le Isole coprono circa il 35% dei pagamenti, seguita da Nord-Ovest (circa 30%), Nord-Est (circa 19%) e Centro (circa 16%).

Figura 11.7. Telemedicina - Percentuale spesa per pagamenti* al 31.12.2023. Complessivo Italia



Telemedicina

In merito alla Telemedicina, come si evince dalla Figura 11.7., il livello complessivo dei pagamenti, pari al 3,6%, rappresenta esattamente il complessivo trasferimento ad Agens per la realizzazione della prima versione della PNT, collaudata a novembre 2023. La maggior parte dei restanti finanziamenti PNRR sono destinati, infatti, ai Soggetti Attuatori per la realizzazione delle proprie infrastrutture di Telemedicina regionali/provinciali e per l'acquisizione di *device* di esercizio, le cui gare di fornitura non erano state ancora concluse nel 2023.

Assistenza Domiciliare

Passando in disamina l'investimento in ADI, abbiamo già accennato nel paragrafo precedente che si tratta di un intervento il cui finanziamento è commisurato al numero di pazienti presi in carico nel corso dell'esercizio, al raggiungimento di specifici obiettivi. Ogni Soggetto Attuatore regionale o provinciale, per maturare il diritto a richiedere al Ministero della Salute le somme a rimborso relative ai pazienti presi in carico nell'anno (nel limite massimo stabilito dal D.M. del 23.01.2023), deve necessariamente raggiungere dei *target* minimi, in termini di numero di pazienti *over 65* assistiti presso il proprio domicilio (stabiliti dal citato

D.M.), in mancanza dei quali decade la possibilità di accesso alle risorse stanziare per l'anno.

Inoltre, le somme richieste a rimborso dai singoli Soggetti Attuatori non coprono specifiche forniture, ma rappresentano un rimborso spese forfettario annuo per paziente a copertura dei costi operativi, che, nel quinquennio 2022-2026, viene riconosciuto ad ogni Soggetto Attuatore al fine di consolidare i servizi assistenziali domiciliari resi alla popolazione ultra 65enne, fino al raggiungimento di almeno 842 mila individui presi in carico in ADI.

Per tale ragione, non è possibile ricondurre la spesa per ADI ad una variabile di pagamento dei servizi resi; appare decisamente più appropriato, ai fini dell'analisi, rappresentare la quota di finanziamento a cui i diversi Soggetti Attuatori hanno accesso in virtù del raggiungimento dei propri *target* fisici di presa in carico dei pazienti.

La seguente Figura 11.8., pertanto, riporta, su base territoriale, la percentuale di finanziamento ammesso a rimborso per le annualità 2022 e 2023, al raggiungimento di *target* minimi, rispetto al complessivo delle risorse finanziarie spettanti a Regioni e PP.AA., fissate dal citato decreto di riparto del 23.01.2023.

Figura 11.8. Assistenza Domiciliare: Percentuale spesa ammissibile a titolo di anticipazione e rimborso per le annualità 2022 e 2023 rispetto alla quota di riparto D.M. del 23.01.2023

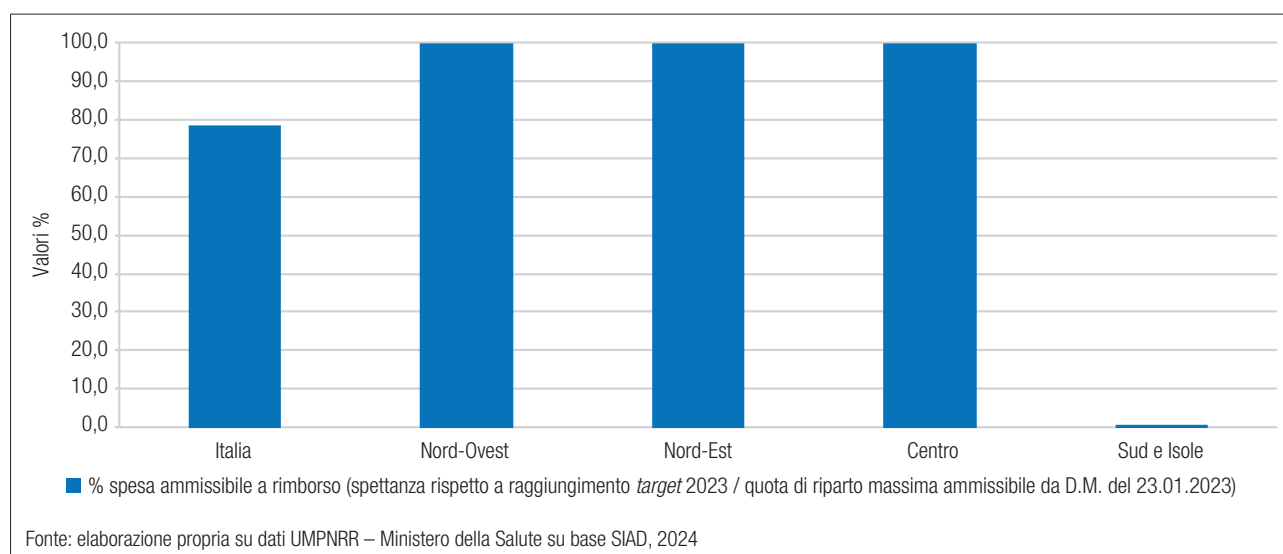
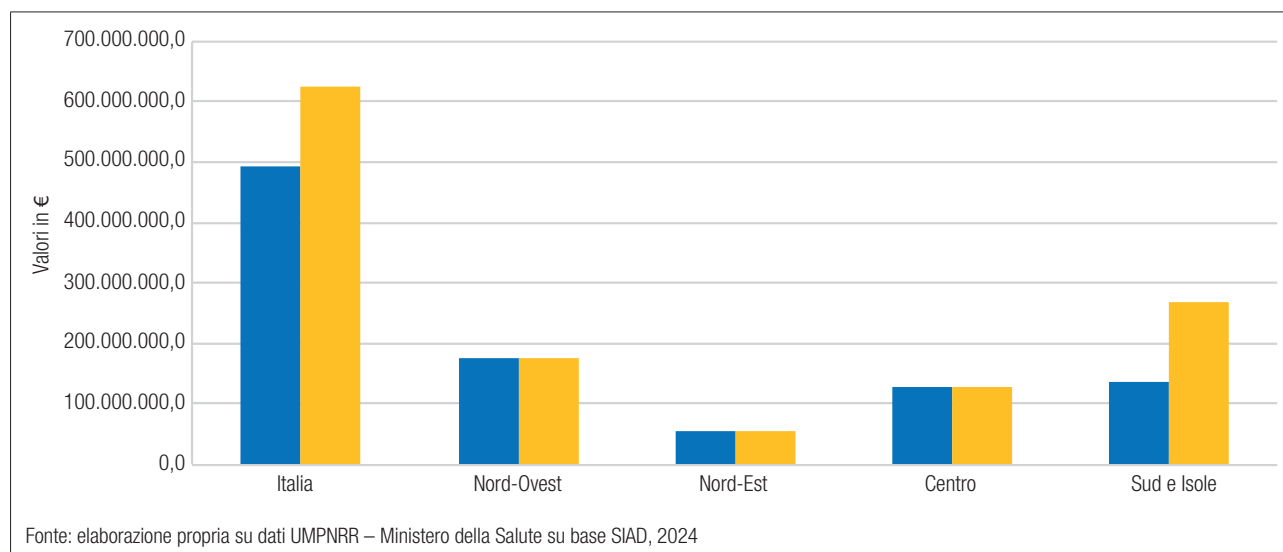


Figura 11.9. Assistenza Domiciliare: Spesa ammissibile vs quota di riparto D.M. del 23.01.2023 al 31.12.2023

Come si può notare, nonostante a livello nazionale sia stato raggiunto il numero di pazienti presi in carico (Figura 11.5.) non tutte le risorse finanziarie sono state ripartite, a causa del mancato raggiungimento dei *target* minimi da parte di alcune Regioni sul territorio nazionale per l'anno 2023. Tra queste, in particolare, alcune Regioni afferenti alle aree Sud e Isole, nonostante la presa in carico di un numero consistente di pazienti *over 65*, non hanno raggiunto i propri obiettivi, precludendo la possibilità di accesso alle fonti di finanziamento previste per l'annualità 2023.

Riportiamo per completezza in Figura 11.9., il dettaglio, in valore assoluto, della distribuzione per area geografica delle quote di riparto del finanziamento ADI per le annualità 2022 e 2023, rispetto alle soglie massime stabilite dal D.M. del 23.01.2023.

11.6. Riflessioni finali

Il presente lavoro ha inteso contribuire alla rappresentazione dello stato di avanzamento procedurale e finanziario dei principali interventi del PNRR finalizzati alla realizzazione della riforma dell'Assistenza Sanitaria Territoriale, come delineata dal D.M. n. 77/2022.

Come ampiamente dibattuto nel corso dell'ela-

borato, la riforma oggetto di analisi risponde all'esigenza di riorganizzare l'erogazione dell'Assistenza Sanitaria mediante strutture operative territoriali, che operino da "filtro" tra il paziente e le strutture ospedaliere di ricovero. Sulla base della classificazione dei bisogni di salute, all'interno di un distretto socio-sanitario, il nuovo assetto assistenziale ha prescritto la presenza di strutture sanitarie che rispondano a livelli crescenti di fabbisogno sanitario del paziente CdC ed OdC prima che sia richiesto un accesso ospedaliero in regime di ricovero, prevedendo, altresì, la transizione del malato tra i diversi *setting* assistenziali mediante COT, nell'ottica di una presa in carico del paziente anche attraverso strumenti di Telemedicina e di ADI.

In questo quadro, visto il ruolo fondamentale delle risorse del PNRR al cambiamento organizzativo auspicato, obiettivo del lavoro era quello di fornire una sintesi in merito all'effettiva realizzabilità degli interventi entro le scadenze prefissate.

In particolare, dai risultati di monitoraggio procedurale al 31.12.2023, si rileva quanto segue:

- Gli interventi di Edilizia Sanitaria (CdC, COT, OdC) risultano essere in linea con i rispettivi cronoprogrammi, avendo completato nel 93% della programmazione dei CIS le fasi progettuali, amministrative e contrattuali, in tutto il Territorio Nazionale. Tra questi, l'investimento

riferito alle COT rileva il raggiungimento del *target* EU M6C1-7 previsto per il dicembre 2024, relativo alla piena operatività di almeno 480 COT sul territorio nazionale

- L'investimento in Telemedicina è in linea con i propri obiettivi intermedi di approvazione di almeno un progetto regionale (*target* EU M6C1-8)
- L'investimento in ADI è, anch'esso, in linea con gli obiettivi di presa in carico dei pazienti previsti dalla normativa di riferimento, sebbene si riscontrino divari territoriali tra Centro-Nord e Mezzogiorno, con quest'ultimo, per alcune Regioni, in parte in ritardo rispetto ai propri *target* intermedi di presa in carico.

Dai risultati di monitoraggio finanziario al 31.12.2023, di conseguenza, ferme restando le ulteriori azioni di allineamento in ReGiS da parte dei Soggetti Attuatori accompagnate dall'Unità di Missione del Ministero della Salute, si rileva una sostanziale coerenza con il dato procedurale:

- Gli interventi di Edilizia Sanitaria riportano al 2023 pagamenti inferiori al 5% del totale della spesa autorizzata, su base nazionale, con l'area del Centro Italia più indietro rispetto alle altre, comunque in linea rispetto agli adempimenti previsti al 31.12.2023 e con l'avvio dei lavori previsto nel corso del 2024
- L'intervento in Telemedicina ha registrato nel 2023 pagamenti sostanzialmente imputabili ai trasferimenti ad Agenas per le attività progettuali ed operative svolte
- L'intervento in ADI trova, invece, il raggiungimento a livello nazionale dell'obiettivo 2023, fermo restando il mancato raggiungimento, per alcune Regioni dell'area Sud e Isole, dei *target* di spettanza.

In estrema sintesi l'elaborato rileva che, al 31.12.2023 gli investimenti PNRR propedeutici alla realizzazione della riforma dell'Assistenza Sanitaria Territoriale sono in pieno svolgimento e hanno completato le fasi di avvio, per ADI, dei servizi. Tale fattispecie determina, di conseguenza, un moderato livello della spesa per pagamenti, specie per gli investimenti infrastrutturali.

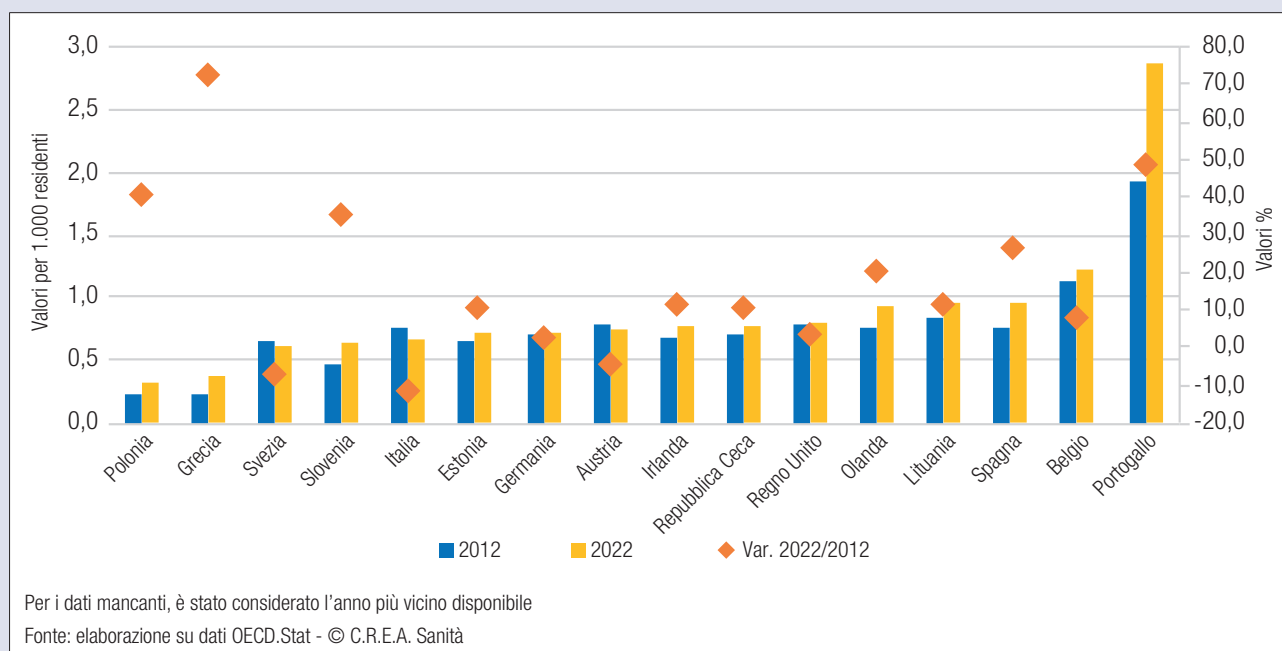
Si attende, in previsione dell'avvio dei cantieri di Edilizia Sanitaria e del consolidamento maggiore dei servizi di Telemedicina e ADI, come da rilevazione di monitoraggio nel corso del 2024, che i flussi di spesa tendano a seguire i livelli procedurali ottenuti, permettendo entro il 2026 il raggiungimento degli obiettivi PNRR e CIS riferiti agli investimenti afferenti alla riforma dell'Assistenza Sanitaria Territoriale.

Riferimenti bibliografici

- Bobini, M., Cinelli, G., Del Vecchio, M., Longo, F., Meda, F., Oprea, N., ... & Zazzera, A. (2022). Il PNRR e i sistemi sanitari regionali, modelli di governance e processi di change management. In *Rapporto OASI 2022* (pp. 349-379). Egea
- Carrigan, A., Roberts, N., Clay-Williams, R., Hibbert, P. D., Pomare, C., Mahmoud, Z., ... & Braithwaite, J. (2022). Innovative models of care for the health facility of the future: a protocol for a mixed-methods study to elicit consumer and provider views. *BMJ open*, 12(11), e059330
- Cinelli, G., Dalponte, F., Ferrara, L., & Zazzera, A. (2023). L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie. In *Rapporto OASI 2023 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano* (pp. 407-431). Egea
- Dalponte, F., Ferrara, L., & Tozzi, V. D. (2022). La trasformazione del Distretto Socio Sanitario. In *Rapporto OASI 2022* (pp. 521-547). Egea
- Furnari, A., Lecci F., Morelli M., Ricci A. & Zurlo L. Z. (2023). Alla ricerca della sostenibilità economica: quali iniziative e strumenti di cost management nei nuovi servizi territoriali?. In *Rapporto OASI 2023* (pp. 545-584). Egea
- Guralnik, J. M. (1996). Assessing the impact of comorbidity in the older population. *Annals of epidemiology*, 6(5), 376-380
- Gui, L., & Salvati, A. (2024). Sfide del welfare: sostenibilità, co-progettazione, innovazione
- Hussain, A., Umair, M., Khan, S., Alonazi, W. B., Almutairi, S. S., & Malik, A. (2024). Exploring Sustainable Healthcare: Innovations in Health Economics, Social Policy, and Management. *Heliyon*

- Istat, (2020a). Annuario Statistico Italiano. Roma, Italia
- Istat, (2020b). Rapporto Annuale 2020. La situazione del Paese. Roma, Italia
- Istat, (2024). Rapporto Annuale 2024. La situazione del Paese. Roma, Italia
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harv Bus Rev*, 89(9), 46-52
- Lenti, M. V., Klersy, C., Brera, A. S., Ballesio, A., Croce, G., Padovini, L., ... & Corazza, G. R. (2022). Aging underlies heterogeneity between comorbidity and multimorbidity frameworks. *Internal and Emergency Medicine*, 1-9
- Longo, F., & Ricci, A. (2023). Gestire la sanità dell'universalismo selettivo e randomico: quali trade off strategici per il management del SSN?. In *Rapporto OASI 2023* (pp. 3-33). Egea
- OASI, (2022), Parte seconda, il PNRR: Governance e modelli di servizio. In *Rapporto OASI 2022* (pp. 349-517)
- OECD, (2023a), Government a Glance 2023. *OECD Publishing*, Paris
- OECD, (2023b), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, *OECD Publishing*, Paris
- OECD, (2024), Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?, *OECD Publishing*, Paris
- Porter, M. E. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481
- Saltman, R. B. (2008). Decentralization, re-centralization and future European health policy. *European Journal of Public Health*, 18(2), 104-106
- Stoumpos, A. I., Kitsios, F., & Talias, M. A. (2023). Digital transformation in healthcare: technology acceptance and its applications. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3407
- Welfare, Italia (2024). Rapporto 2024 Think Tank "Welfare, Italia". Welfare Italia
- WHO, (2020). World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons. *United Nations*, 2020
- WHO, (2024). World Health Statistics 2024: World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2024
- Lorusso S., Sassone S., Vena V., De Santis G., Di Pasquale F., Coletto E. (2021), Le riforme quali condizioni abilitanti per gli investimenti in sanità, Monitor, n. 45; 2021
- Lorusso, S. (2022), "Riorganizzazione dell'assistenza territoriale per una sanità di prossimità, in Libro bianco sulla salute della donna, a in "Criticità emergenti nell'era post-Covid-19. Nuove opportunità della medicina territoriale" cura di fondazione Onda, Franco angeli, Milano; 2022
- Altamura G., Vena V., (2022) Gli investimenti per l'edilizia sanitaria territoriale all'interno della Missione 6 del PNRR, BASES Benessere Ambiente Sostenibilità Energia Salute, Franco Angeli Edizioni, 115-120; 2022

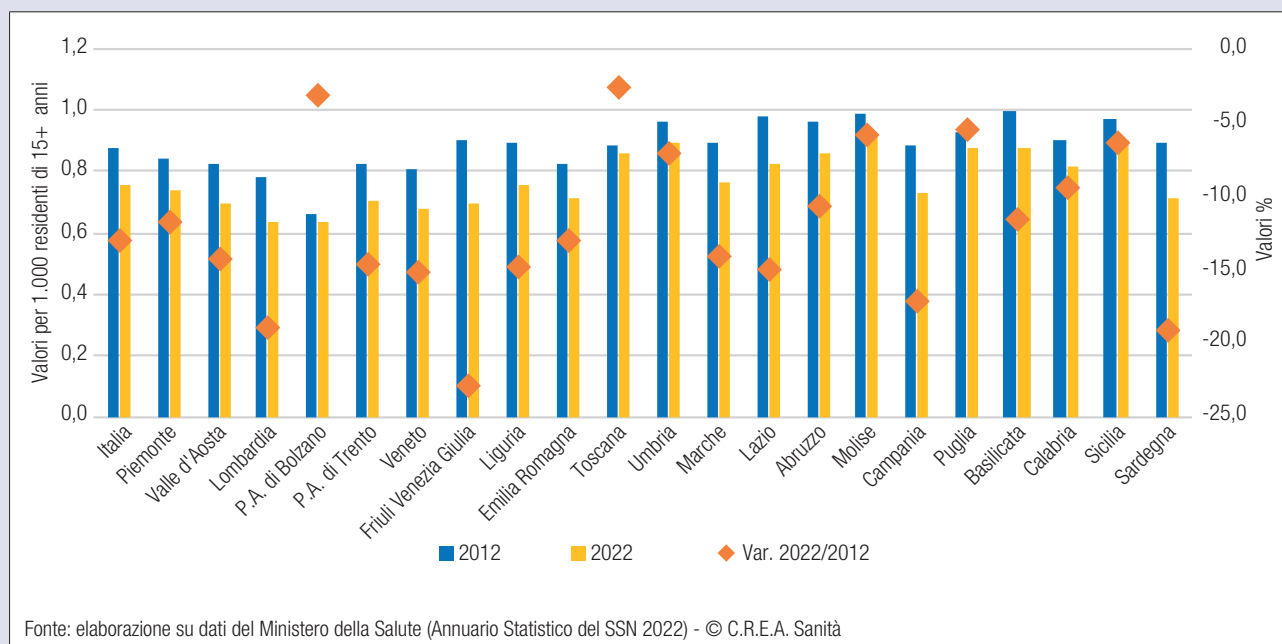
KI 11.1. General practitioners per residente. Europa



Nel 2022, fra i Paesi europei il Portogallo è quello con la più alta densità di *general practitioners* ogni 1.000 abitanti (2,9), seguita dal Belgio (1,2). All'estremo opposto troviamo la Polonia (0,3 medici ogni 1.000 abitanti), seguita da Grecia (0,4) e Svezia e Slovenia (rispettivamente 0,6); l'Italia ha 0,7 medici di medicina generale ogni 1.000 abitanti.

Nell'ultimo decennio, il maggiore incremento lo ha registrato la Grecia (+72,7%, 5,6% medio annuo); di contro, l'Italia registra la maggiore riduzione (-10,7%, -1,1% medio annuo).

KI 11.2. Medici di Medicina Generale (MMG) per residente (in età non pediatrica)

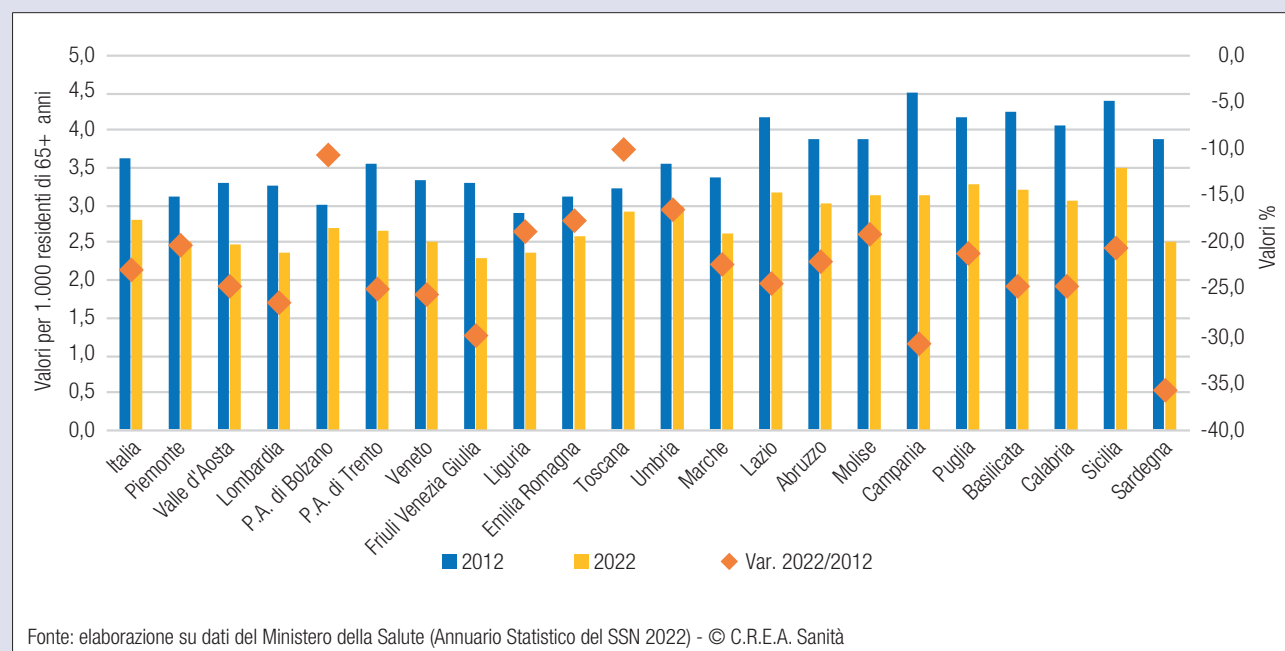


Nel 2022, in Italia, sono 39.366 i MMG convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pari a 0,8 per 1.000 residenti di età ≥ 15 anni; nell'ultimo decennio l'indicatore risulta in diminuzione del -13,0%.

La Puglia registra la densità maggiore (0,9 MMG per 1.000 residenti ≥ 15 anni), e la P.A. di Bolzano e la Lombardia quella minore (0,6).

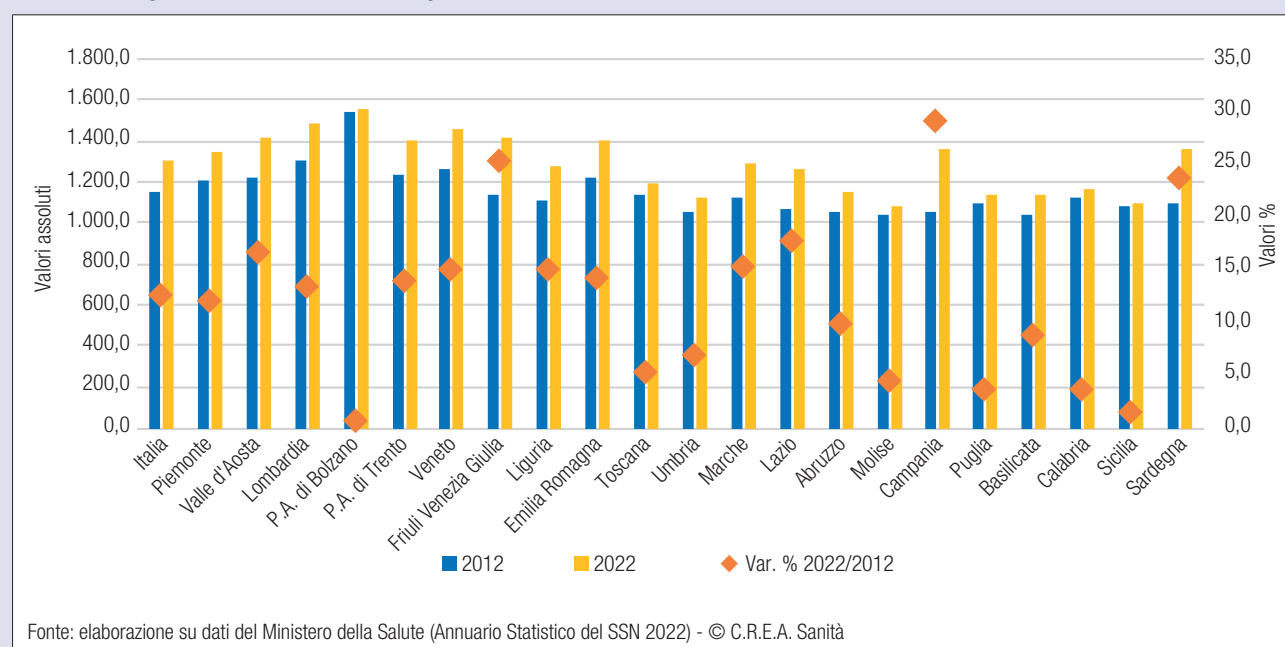
Nel decennio considerato, in tutte le Regioni, si registra una diminuzione dell'indicatore: la riduzione maggiore si registra nel Friuli Venezia Giulia (-22,9%), quella minore nella Toscana (-2,8%).

KI 11.3. MMG per residenti anziani



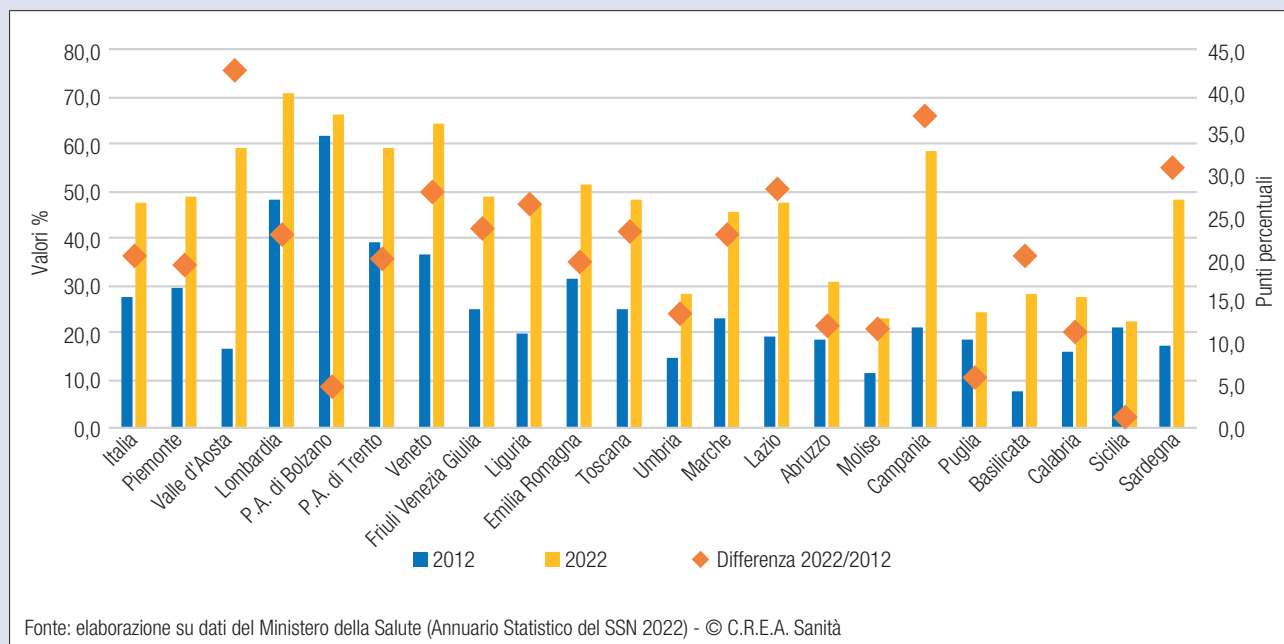
Nel 2022, in Italia, i MMG risultano pari a 2,8 per 1.000 residenti di età ≥ 65 anni; il dato è in diminuzione nell'ultimo decennio del -22,8%. La Sicilia è la Regione con la maggiore densità di MMG (3,5 per 1.000 residenti ≥ 65 anni di età), e il Friuli Venezia Giulia quella minore (2,3). Nel decennio considerato, il dato risulta in diminuzione in tutte le Regioni: la Sardegna registra la maggiore riduzione (-35,7%), la Toscana quella più bassa (-9,9%).

KI 11.4. MMG per numero medio di adulti presi in carico



Nel 2022, in Italia, i MMG hanno mediamente in carico 1.301 adulti, numero in aumento nell'ultimo decennio del +12,5%. La Regione in cui i MMG hanno il più alto numero medio di adulti presi in carico è la P.A. di Bolzano (1.559) e la minore il Molise (1.089). Nell'ultimo decennio, a livello regionale, si registra un aumento del numero medio di adulti presi in carico, con l'incremento maggiore registrato in Campania (+29,0%) e quello minimo nella P.A. di Bolzano (+0,7%).

KI 11.5. MMG per classi di scelta con oltre 1.500 assistiti

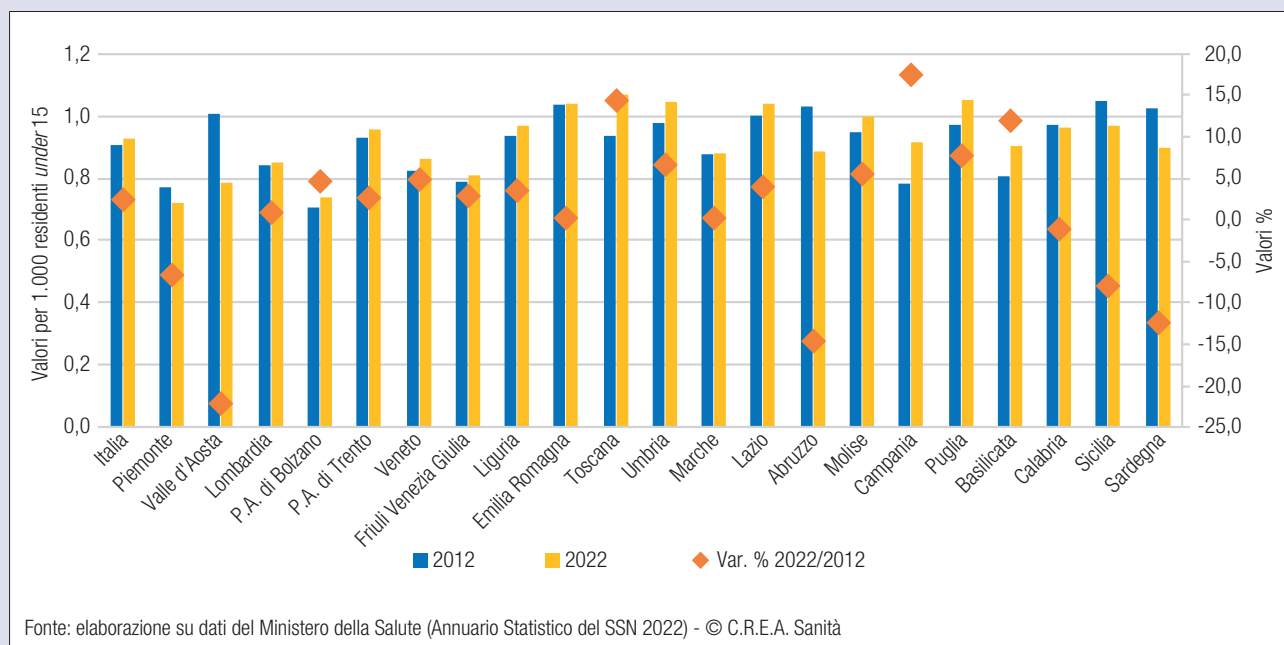


Nel 2022, in Italia, la quota di MMG "massimalisti" (oltre 1.500 assistiti) è del 47,7%, in crescita nell'ultimo decennio di +20,4 punti percentuali (p.p.).

La Regione che registra la quota più alta di MMG "massimalisti" è la Lombardia (71,0%), quella con la quota più bassa è la Sicilia (22,4%).

Nell'ultimo decennio, a livello regionale, si registra un aumento della quota di MMG "massimalisti", con l'incremento maggiore registrato nella Valle d'Aosta (+42,5 p.p.) e quello minimo in Sicilia (+1,1 p.p.).

KI 11.6. Pediatri di Libera Scelta (PLS) per residenti in età pediatrica

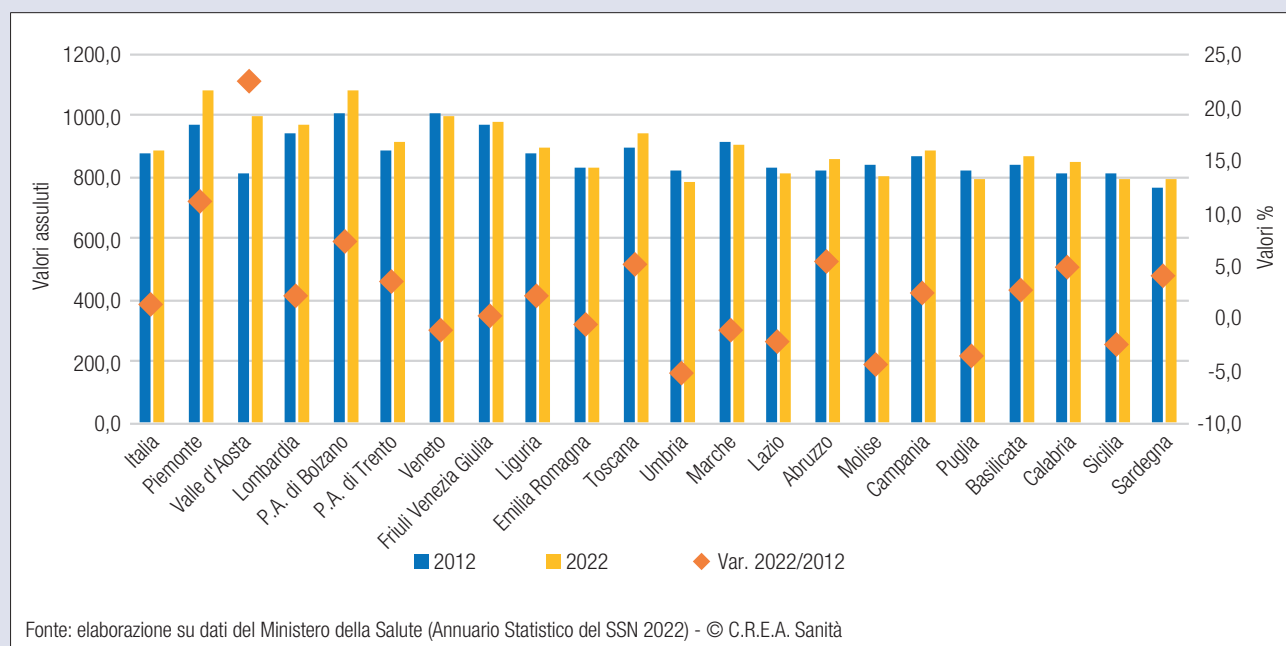


Nel 2022, in Italia, i PLS sono 6.962, pari a 0,9 per 1.000 residenti di età ≤14 anni. Nell'ultimo decennio si registra un incremento dell'indicatore del +2,5%.

La Toscana ha la densità maggiore di PLS (1,1 per 1.000 residenti di età ≤14 anni), e il Piemonte e la P.A. di Bolzano la più bassa (0,7).

Nell'ultimo decennio, le dinamiche regionali risultano eterogenee: i maggiori incrementi si registrano in Campania (+17,6%), Toscana (+14,3%) e Basilicata (+12,1%); le maggiori riduzioni si registrano in Valle d'Aosta (-22,0%), Abruzzo (-14,5%) e Sardegna (-12,4%).

KI 11.7. PLS per numero medio di bambini presi in carico

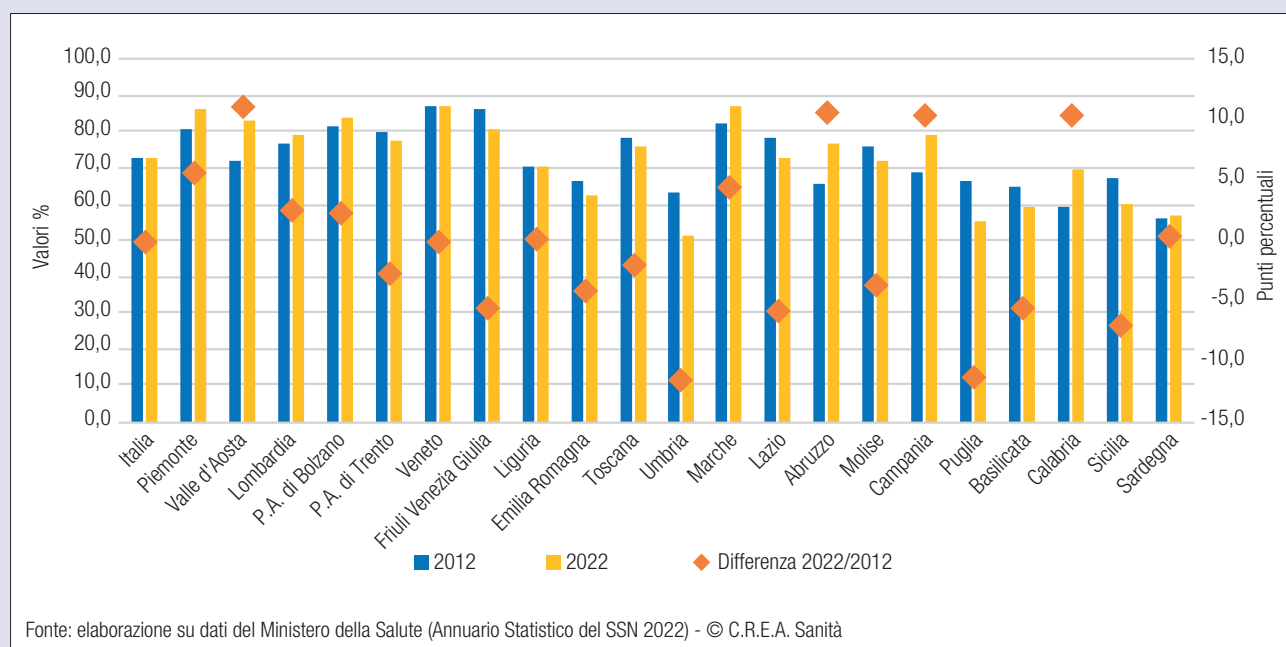


Nel 2022, in Italia, i PLS mediamente prendono in carico 891 bambini, numero in aumento nell'ultimo decennio del +1,4%.

La Regione con il più alto numero medio di bambini preso in carico per PLS è la P.A. di Bolzano (1.083 bambini) e la minore la Puglia (790 bambini).

Nell'ultimo decennio, a livello regionale, si registra un aumento del numero medio di bambini presi in carico, con l'incremento maggiore registrato nella Valle d'Aosta (+22,6%) e quello minimo nel Friuli Venezia Giulia (+0,1%). Fanno eccezione Umbria, Molise e Puglia, che registrano una riduzione del numero medio di bambini presi in carico dai PLS, pari al -5,1%, -4,4% e -3,5% rispettivamente.

KI 11.8. PLS per classi di scelta con oltre 800 assistiti

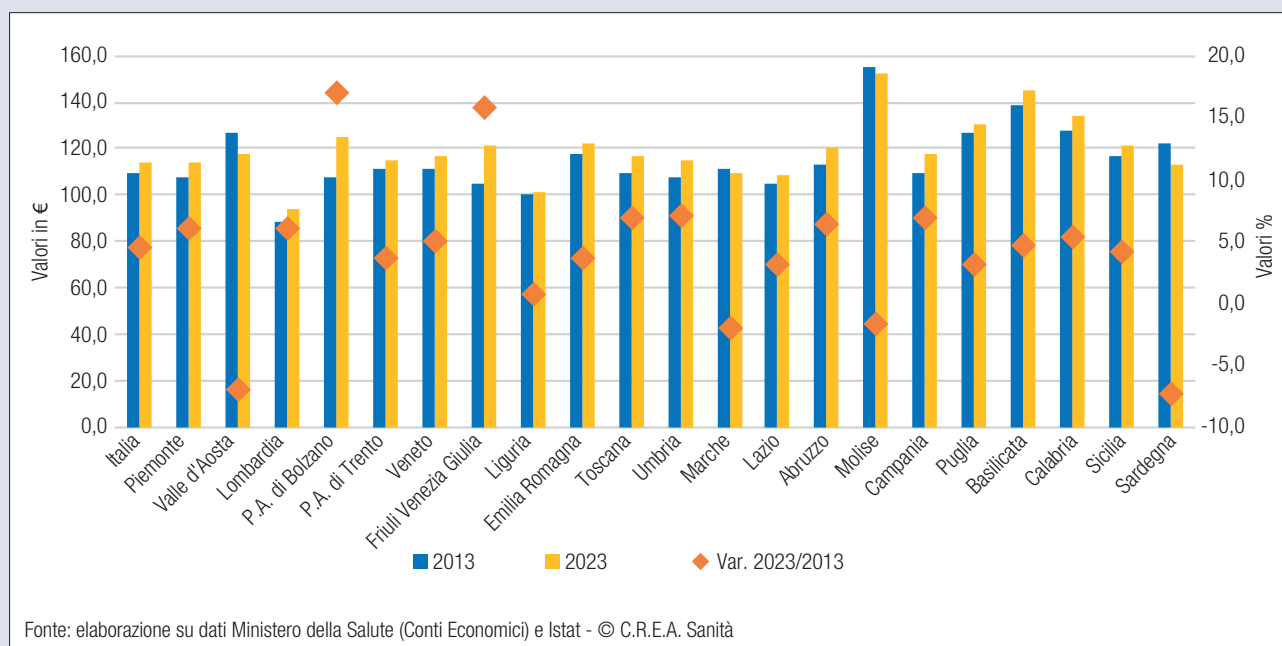


Nel 2022, in Italia, la quota di PLS "massimalisti" (oltre 800 assistiti) è del 72,8%, in riduzione nell'ultimo decennio di -0,3 p.p..

La Regione che registra la quota più alta di PLS "massimalisti" è il Veneto (86,9%), quella con la quota più bassa è l'Umbria (51,4%).

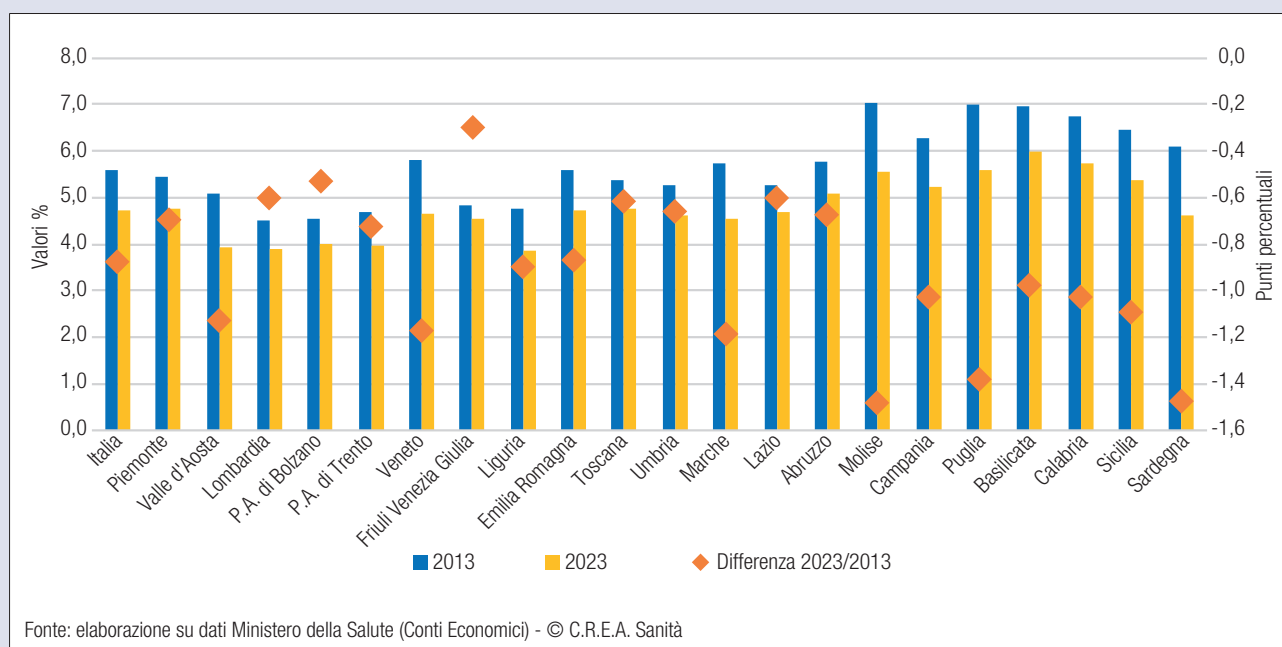
Nell'ultimo decennio, a livello regionale, il dato è eterogeneo: fra quelle in cui si registra un aumento della quota di PLS "massimalisti", l'incremento maggiore si registra nella Valle d'Aosta (+11,1 p.p.) e quello minimo in Sardegna (+0,4 p.p.); in altre realtà regionali il dato è in diminuzione nel periodo considerato, con la riduzione maggiore registrata in Umbria (-11,8 p.p.) e quella minore in Veneto (-0,2 p.p.).

KI 11.9. Spesa pubblica pro-capite per medicina di famiglia



Nel 2023, la spesa pubblica per la medicina di famiglia (MMG, PLS, continuità assistenziale, medicina dei servizi, psicologi, medici 118), risulta pari a € 6,7 mld., pari a € 114,1 per residente, con una crescita del +4,5% nell'ultimo decennio. La Lombardia ha la spesa pro-capite minore (€ 93,6), il Molise quella maggiore (€ 152,5). Nell'ultimo decennio la Sardegna registra la diminuzione maggiore nella spesa per residente (-7,3%); l'incremento massimo si registra nella P.A. di Bolzano (+16,9%).

KI 11.10. Incidenza della spesa pubblica per medicina di famiglia sulla spesa sanitaria



Nel 2023, la spesa pubblica per la medicina di famiglia (MMG, PLS, continuità assistenziale, medicina dei servizi, psicologi, medici 118), incide per il 4,7% sulla spesa sanitaria pubblica totale; nell'ultimo decennio il valore è diminuito complessivamente di -0,9 p.p.. L'incidenza più alta si registra nelle Regioni meridionali, con il valore massimo (6,0%) in Basilicata; il valore minimo si registra in Liguria (3,8%). Nell'ultimo decennio, tutte le Regioni italiane hanno registrato un decremento dell'incidenza della spesa per la medicina di famiglia: quello massimo si determina in Molise e in Sardegna (-1,5 p.p.), quello minimo in Friuli Venezia Giulia e Lazio (-0,3 p.p.).



Servizi Domiciliari: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Key Indicators

Sintesi CAPITOLO 12 Servizi Domiciliari: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner ME.¹

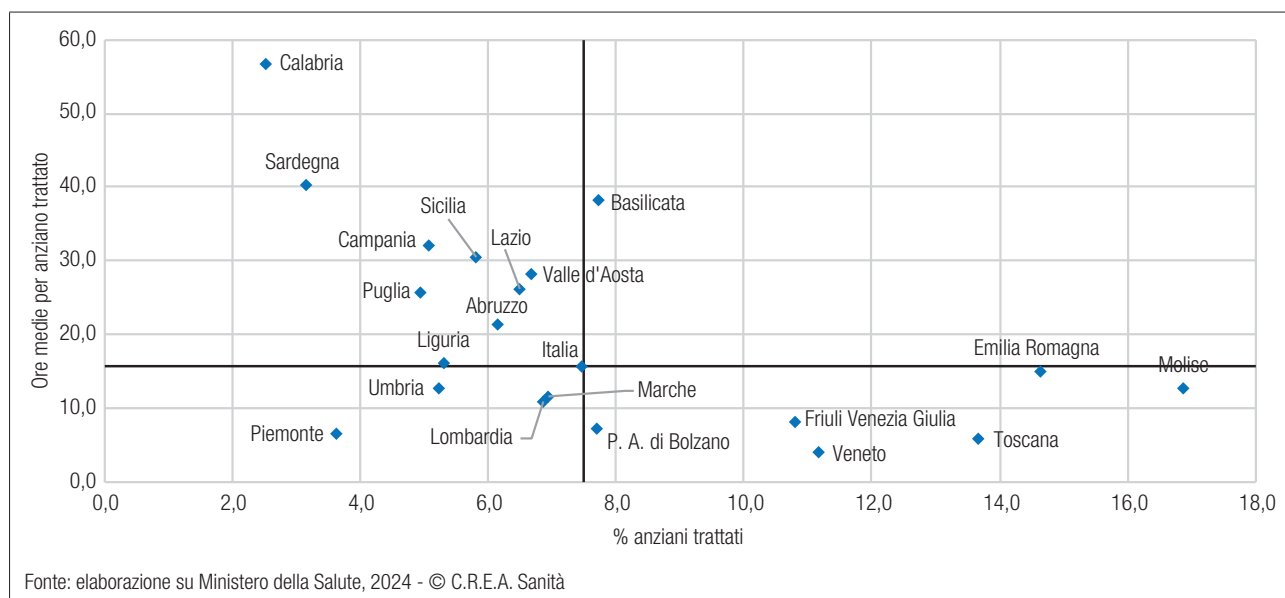
Il contributo si focalizza sui servizi di Assistenza Domiciliare, che rappresentano il “naturale” collegamento tra settore sanitario e settore sociale, partendo dall’assunto che l’Assistenza Domiciliare è deputata alla gestione di condizioni croniche accompagnate da disabilità e che si rende “necessaria” tutte le volte che sia possibile offrire un supporto riabilitativo o di mantenimento direttamente presso l’abitazione del paziente.

L’analisi si è concentrata sullo sviluppo dell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – e che prevede un coordinamento tra attività sanitarie e sociali, gestito

da un’Unità di Valutazione Multidimensionale della ASL – e su quella dei Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD), forniti dai Comuni; questi ultimi possono assumere diverse forme, come assistenza socio-assistenziale, integrazione con servizi sanitari, *voucher* o assegni di cura.

Secondo le stime effettuate, nel 2023 hanno usufruito del servizio di ADI circa 1,2 milioni di persone. Tra il 2018 e il 2023, i casi trattati sono aumentati in modo costante, sebbene con notevoli differenze regionali: la P.A. di Bolzano ha registrato una crescita annua superiore al 64,0%, mentre la Sardegna ha visto una riduzione del 4,6% medio annuo.

ADI: quota anziani assistiti e ore medie di assistenza prestate. Anno 2023



¹ C.R.E.A. Sanità

L'ADI è un servizio principalmente orientato agli anziani, nonostante fosse inizialmente concepito per sostenere l'intera popolazione disabile: infatti, l'84,6% dei beneficiari ha più di 65 anni e rapportando i casi trattati al totale dei disabili, si stima che nel 2023, circa 9,3 disabili su 100 abbiano ricevuto Assistenza Domiciliare Integrata.

Se si considera la popolazione *over 65*, nel 2023, sono stati assistiti a domicilio 7,5 anziani su 100, con un aumento di 1,0 p.p. rispetto al 2018.

Considerando l'intensità assistenziale (misurata

dal numero medio annuo di ore di assistenza per ciascun paziente), è possibile evidenziare quattro gruppi di Regioni classificabili in base al modello di intervento seguito: 1) assistere più anziani con meno intensità (P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana e Molise); 2) assistere più anziani con più intensità (Basilicata); 3) assistere meno anziani con più intensità (Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna); 4) assistere meno anziani con meno intensità (Piemonte, Lombardia, Umbria e Marche).

Anziani assistiti con ADI e con Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari. Anno 2022

Regioni	Anziani assistiti in ADI	Anziani assistiti Ass. Dom. integrata servizi sanitari	Differenza
Italia	973.520,6	85.791,6	887.010,8
Piemonte	39.724,3	6.441,0	33.283,3
Valle d'Aosta	1.360,5	133,4	1.227,2
Lombardia	147.115,3	2.605,9	144.509,4
P.A. di Bolzano	5.536,4	-	5.536,4
P.A. di Trento	6.234,2	114,0	6.120,1
Veneto	126.872,1	52.994,8	73.877,4
Friuli Venezia Giulia	30.089,0	85,6	30.003,4
Liguria	20.928,7	2.038,8	18.889,9
Emilia Romagna	144.985,7	6.234,9	138.750,8
Toscana	122.232,2	6.709,6	115.522,6
Umbria	11.355,4	983,0	10.372,3
Marche	23.113,7	111,9	23.001,8
Lazio	77.509,0	1.697,2	75.811,8
Abruzzo	18.642,9	221,5	18.421,4
Molise	11.808,5	-	11.808,5
Campania	53.299,3	1.932,9	51.366,4
Puglia	42.029,3	2.590,6	39.438,7
Basilicata	9.217,9	8,2	9.209,7
Calabria	10.382,6	197,1	10.185,5
Sicilia	59.303,4	896,3	58.407,1
Sardegna	11.780,4	513,1	11.267,3

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne il SAD, si stima che nel 2022 (ultimo dato disponibile) abbiano beneficiato di un servizio di Assistenza Domiciliare circa 375.000 individui, in aumento del 12,8% rispetto al 2017. Con riferimento agli ultrasessantacinquenni, si valuta che circa l'1,0% abbia usufruito del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (nel quinquennio 2017-2022), lo 0,6% del servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (invariato rispetto al 2017) e lo 0,4% abbia ottenuto trasferimenti monetari (*voucher*, assegni di cura, buoni socio sanitari).

Nelle statistiche, l'Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari di competenza comunale dovrebbe essere coincidente con l'ADI, cambiando semplicemente il punto di osservazione, ossia ci dovremmo aspettare che coloro che ricevono l'ADI ricevano anche servizi sociali (igiene e cura della persona, alzata, preparazione pasti, ecc..) integrati con quelli sanitari di competenza comunale. Ma la realtà dei fatti, con riferimento ai dati del 2022, sembrerebbe indicare che raramente l'assistenza domiciliare

che vede l'integrazione dei professionisti sanitari è supportata da interventi di tipo sociale. Secondo questa interpretazione, solamente l'8,8% di coloro che ricevono l'ADI ricevono anche l'Assistenza Domiciliare Integrata garantita dai Comuni.

In definitiva, pur potendosi riconoscere che l'ADI è un servizio in crescita in termini di pazienti assistiti, è altrettanto vero che ciò sembra essere andato a discapito dell'intensità assistenziale (le ore medie di assistenza per paziente anziano sono passate da 18 nel 2018 a poco più di 15 nel 2023); inoltre, l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali rimane l'obiettivo più complesso da raggiungere. La competenza dei servizi di Assistenza Domiciliare continua a essere separata tra Comuni e Regioni, e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono gestiti congiuntamente. Soprattutto non esistono condizioni uniformi di offerta su tutto il territorio nazionale; sono ancora poche le Regioni che hanno stabilito principi e criteri definiti e condivisi dell'integrazione di compiti e responsabilità fra il sociale e il sanitario.

CAPITOLO 12

Servizi Domiciliari: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner ME.¹

I Servizi di Assistenza Domiciliare rispondono a varie forme di bisogno e comprendono vari *settings* assistenziali. L'Assistenza Domiciliare è opportuna in tutti i casi in cui sia possibile prestare una assistenza riabilitativa o di mantenimento al domicilio del paziente, potendo così evitarsi i rischi e disagi dovuti al ricovero. L'opportunità diviene poi una necessità, ove una disabilità impedisca al paziente (o renda esageratamente oneroso per il paziente) recarsi presso strutture sanitarie.

L'Assistenza Domiciliare è quindi in larga deputata a far fronte a forme di cronicità accompagnate da disabilità.

Il domicilio del paziente è, altresì, il luogo ideale di erogazione delle prestazioni di tipo sociale, ovvero di quelle che non richiedono l'intervento di un professionista sanitario; prescindendo dalla distinzione appena richiamata, che vede il confine tra prestazioni sociali e sanitarie porsi in corrispondenza della tipologia di professionista coinvolto nella sua erogazione, la reale separazione delle due tipologie assistenziali è sostanzialmente sfumata: in entrambi i casi le prestazioni rispondono a deficit di autonomia derivanti per lo più da eventi patologici. Proprio la comune matrice del bisogno rende opportuna e necessaria l'integrazione tra le due tipologie assistenziali, concetto di non sempre agevole traduzione, che è rimasto spesso sfumato nella normativa.

I Servizi Domiciliari sono, quindi, la naturale cerniera fra servizi sanitari e servizi sociali.

Va aggiunto che, mentre le prestazioni sanitarie, esigendo l'intervento di personale sanitario (medici e/o infermieri), sono per lo più erogate in natura,

quelle sociali sono invece molto spesso erogate in denaro o con *voucher* (assegni di cura, buoni spesa, ecc.).

Nel presente contributo procederemo all'analisi quantitativa dei dati delle sole prestazioni (sia sanitarie che sociali) erogabili direttamente al paziente, e quindi che non richiedono il ricorso a strutture per il loro espletamento; in definitiva considereremo nel nostro studio le sole cure domiciliari e i trasferimenti monetari a titolarità pubblica, ovvero quegli interventi che l'Ente pubblico (Stato, Regione, Comune, ASL, ecc.) contribuisce almeno in parte a finanziare.

12.1. Integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali

Con il termine Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si intende tutto l'insieme delle cure socio-sanitarie cioè di carattere medico, infermieristico, riabilitativo e assistenziali che vengono erogate a domicilio quando una persona verte in situazione di fragilità. In particolare, l'ADI è un servizio garantito dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che prevede un insieme di attività assistenziali sanitarie e sociali coordinate da un'Unità di Valutazione Multi-dimensionale della Azienda Sanitaria Locale (ASL).

Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), (che può assumere varie configurazioni: Assistenza Domiciliare socio-assistenziale, Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari, *voucher*, assegni di cura ecc.), è garantito dai Comuni e comprende sostanzialmente: igiene, mobilitazioni (ad esempio alzata e messa a letto, posizionamento di ausili come

¹ C.R.E.A. Sanità

bustini e tutori), compagnia o sostegno, accompagnamento sul territorio per il disbrigo di pratiche e commissioni, preparazione e somministrazione pasti o controllo di corretta alimentazione, o ancora controllo di corretta assunzione dei farmaci. In particolare, il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari dovrebbe “coprire” la parte sociale dell'ADI.

L'ADI di competenza delle ASL prevede, per come è stata dunque definita, l'erogazione di prestazioni sanitarie (di tipo medico, riabilitativo, infermieristico, ecc.) accompagnate, da cui la definizione di integrata, da servizi di natura sociale, quali la cura della casa, l'igiene della persona, ecc. garantite dai Comuni. Ne discende che l'Assistenza Domicilia-

re Integrata di competenza comunale è, del resto, coincidente con l'ADI, cambiando semplicemente il punto di osservazione. Partendo da questo assunto, ci si potrebbe aspettare che il numero di anziani che ricevono l'ADI fosse lo stesso di coloro che ricevono la prestazione sociale integrata con quella sanitaria.

L'analisi dei dati, riferita al 2022, rileva invece che, a livello nazionale sono solo 85.792,0 gli anziani che ricevono l'Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari (Tabella 12.1.).

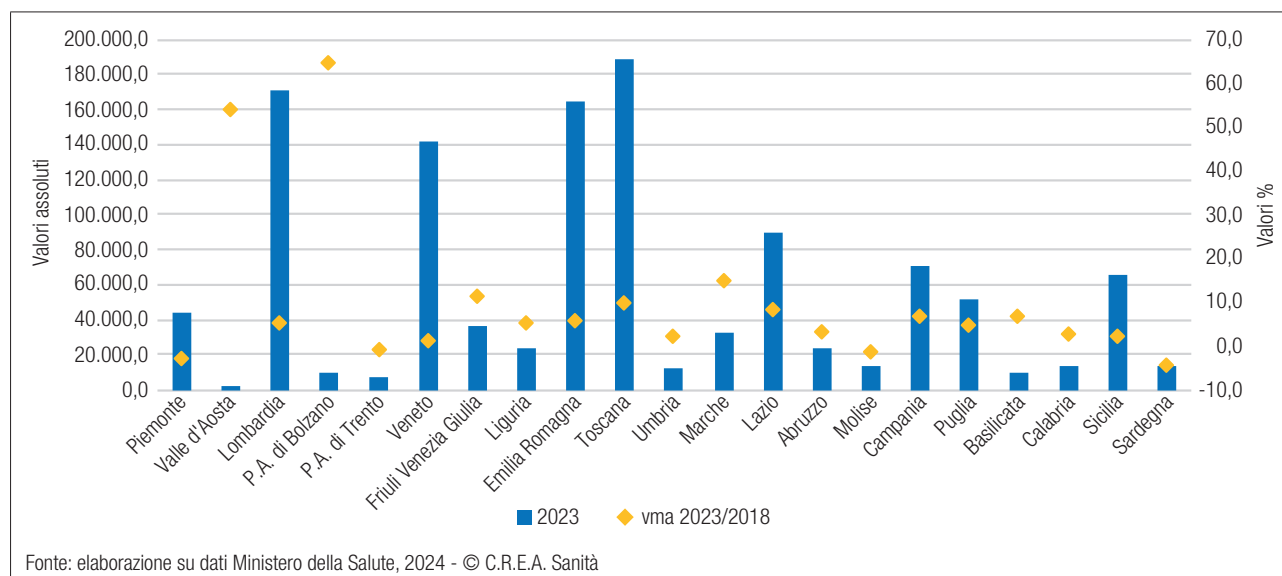
Sembrerebbe, dunque, che le ASL, in molti casi, definiscano integrata un tipo di Assistenza Domiciliare che consiste nella semplice erogazione di cure sanitarie senza essere supportata da alcun intervento di tipo sociale.

Tabella 12.1. Anziani assistiti con ADI e con Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari. Anno 2022

Regioni	Anziani assistiti in ADI	Anziani assistiti Ass. Dom. Integrata servizi sanitari	Differenza
Italia	973.520,6	85.791,6	887.010,8
Piemonte	39.724,3	6.441,0	33.283,3
Valle d'Aosta	1.360,5	133,4	1.227,2
Lombardia	147.115,3	2.605,9	144.509,4
P.A. di Bolzano	5.536,4	-	5.536,4
P.A. di Trento	6.234,2	114,0	6.120,1
Veneto	126.872,1	52.994,8	73.877,4
Friuli Venezia Giulia	30.089,0	85,6	30.003,4
Liguria	20.928,7	2.038,8	18.889,9
Emilia Romagna	144.985,7	6.234,9	138.750,8
Toscana	122.232,2	6.709,6	115.522,6
Umbria	11.355,4	983,0	10.372,3
Marche	23.113,7	111,9	23.001,8
Lazio	77.509,0	1.697,2	75.811,8
Abruzzo	18.642,9	221,5	18.421,4
Molise	11.808,5	-	11.808,5
Campania	53.299,3	1.932,9	51.366,4
Puglia	42.029,3	2.590,6	39.438,7
Basilicata	9.217,9	8,2	9.209,7
Calabria	10.382,6	197,1	10.185,5
Sicilia	59.303,4	896,3	58.407,1
Sardegna	11.780,4	513,1	11.267,3

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.1. ADI: Casi trattati e dinamica



12.2. L'Assistenza Domiciliare Integrata in cifre: una stima

Sulla base dei dati pubblicati dal Ministero della Salute nell'ambito dell'Annuario Statistico del SSN, è stato stimato che nel 2023 hanno usufruito del servizio di ADI garantito dalle ASL² circa 1,2 mln. di persone.

I casi trattati, tra il 2018 e il 2023, sono costantemente aumentati (+5,3% medio annuo). I dati regionali evidenziano, tuttavia, delle notevoli differenze: ai due estremi della distribuzione troviamo la P.A. di Bolzano e la Sardegna; nella prima i casi trattati sono aumentati di oltre il 64,0% medio annuo, mentre nella seconda si è assistito ad una contrazione del 4,6% in ciascun anno tra il 2018 e il 2023 (Figura 12.1.).

Dei casi trattati nel 2023, l'84,6% (circa 1,0 mln.) ha più di 65 anni, mentre il restante 15,4% (181.829) ha un'età compresa tra 0 e 65 anni (Figura 12.2.).

Appare chiaro, quindi, come l'ADI si configuri come un servizio rivolto soprattutto alla popolazione anziana, sebbene nelle intenzioni del nostro legisla-

tore fosse stata concepita come una prestazione a favore della totalità delle persone disabili.

Se rapportiamo (Figura 12.3.), infatti, i casi trattati con ADI al totale dei disabili ne ricaviamo che in Italia, nel 2023, 9,3 disabili su 100 hanno ricevuto assistenza al proprio domicilio; dato in crescita di 2,3 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2018.

L'analisi regionale del cennato indicatore evidenzia, con riferimento al medesimo anno, che Toscana (25,1% e +10,9 p.p. rispetto al 2018) e Molise (20,5% e -1,4 p.p. nel periodo 2018-2023) sono state le realtà con la maggior quota di disabili trattati in ADI. All'estremo opposto si posizionano la Sardegna e la Calabria, rispettivamente con il 3,4% (-0,6 p.p. nel periodo 2018-2023) e il 3,5% (+0,9 p.p. tra il 2018 e il 2023).

In linea generale, con l'eccezione di Piemonte, P.A. di Trento e delle cennate Molise e Sardegna, tra il 2018 ed il 2023, la quota di disabili curati al proprio domicilio è aumentata in tutte le Regioni, sebbene con marcate differenze: si va, infatti, dal dato citato della Toscana, seguita dalla P.A. di Bolzano (+8,0 p.p. tra il 2018 e il 2023) ai + 0,5 p.p. della Sicilia.

² La stima è stata condotta applicando ai beneficiari di ADI del 2022 la variazione media annua osservabile nell'ultimo quinquennio. È stato privilegiato questo metodo di stima per tener conto anche degli incrementi che si sono verificati non solo a favore degli over 65 così come previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Figura 12.2. ADI: casi trattati per classi di età. Anno 2023

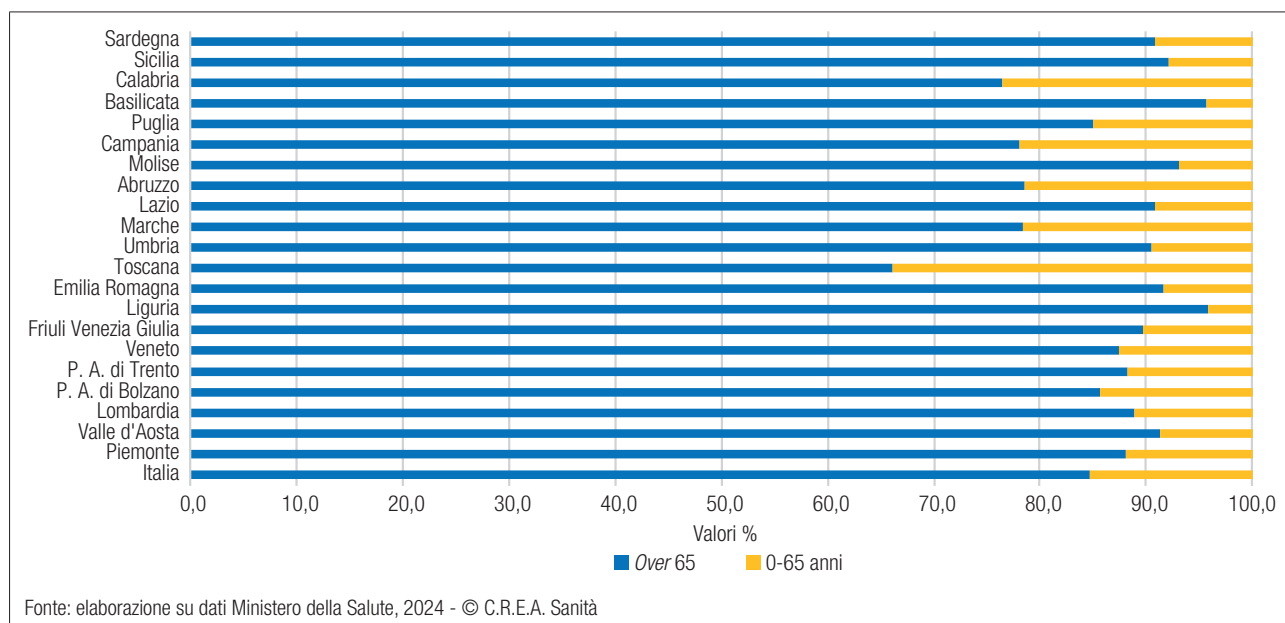
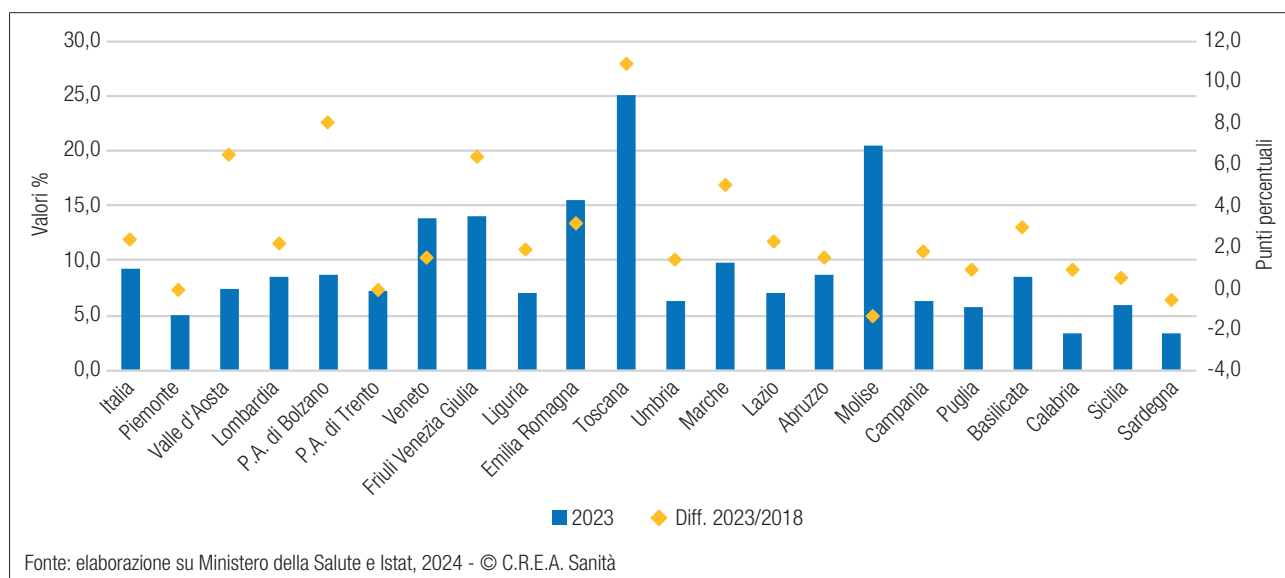


Figura 12.3. ADI: quota di trattati disabili e sua dinamica



In Italia, nel 2023, si stima (Figura 12.4.) sia stata assistita in ADI circa il 2,0% della popolazione (+0,5 p.p. sul 2018). Il *range* tra le Regioni è abbastanza ampio: si va dal 5,2% della Toscana (+2,0 p.p. nel periodo 2018-2023) allo 0,7% della Calabria (+0,1 p.p. tra il 2018 e il 2023).

Qualora ripetessimo l'analisi con riferimento ai soli ultrasessantacinquenni, ne ricaveremo (Figura 12.5.) che, nel 2023, sono stati assistiti al proprio domicilio 7,5 anziani su 100 (+1,0 p.p. rispetto al 2018). A livello regionale sono apprezzabili marcate differenze: il Molise e l'Emilia Romagna hanno garantito

l'ADI rispettivamente al 16,9% (-0,8 p.p. sul 2018) e al 14,6% (+3,4 p.p. rispetto al 2018) della popolazione anziana, mentre in Calabria e in Sardegna il valore dell'indicatore si ferma al 2,5% (-0,2 p.p. tra il 2018 e il 2023) e al 3,2% (-1,2 p.p. rispetto al 2018).

Per meglio rappresentare i diversi impegni regionali in tema di ADI, oltre al numero dei casi trattati si possono considerare le ore di assistenza annue che vengono mediamente garantite ad ogni paziente an-

ziano preso in carico. Tra il 2018 e il 2023, a livello nazionale, le ore medie dedicate ad ogni paziente anziano preso in carico sono diminuite del 2,6% all'anno, passando da 18 a circa 15,8. L'analisi permette di evidenziare una sostanziale differenziazione di offerta tra le Regioni: ad esempio la Calabria, nel 2023, ha erogato in media oltre 56 ore per ogni *over 65* trattato, pur avendo all'incirca lo stesso numero di ultrasessantacinquenni assistiti della Basilicata dove le ore di assistenza garantite si sono fermate a circa 38.

Figura 12.4. ADI: incidenza casi trattati nella popolazione e relativa dinamica

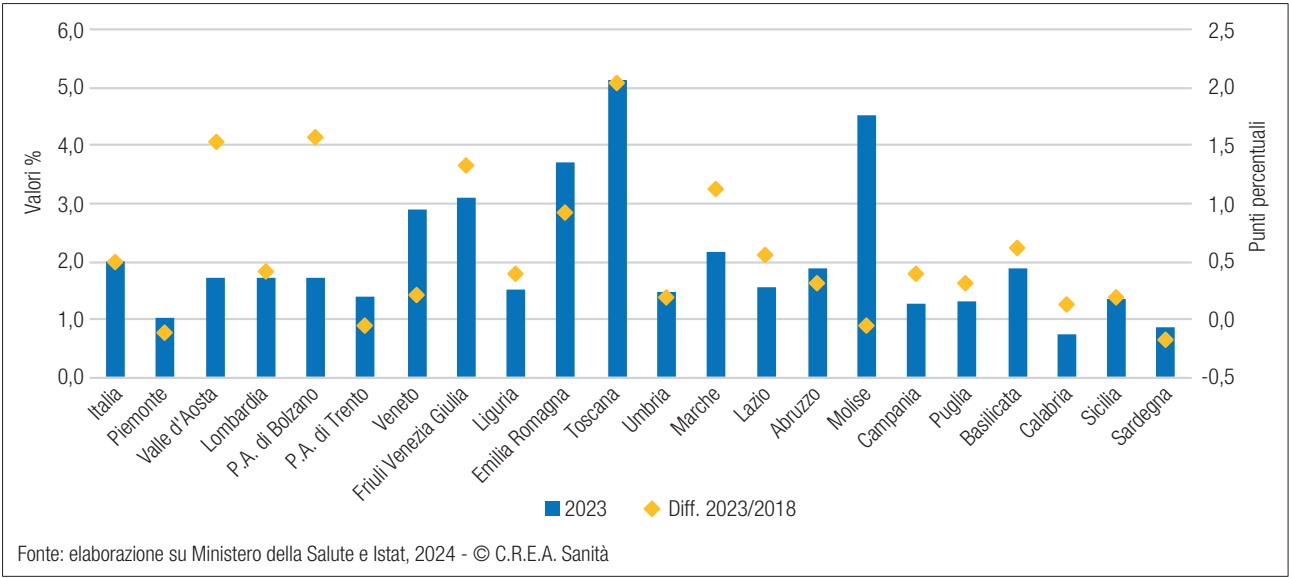
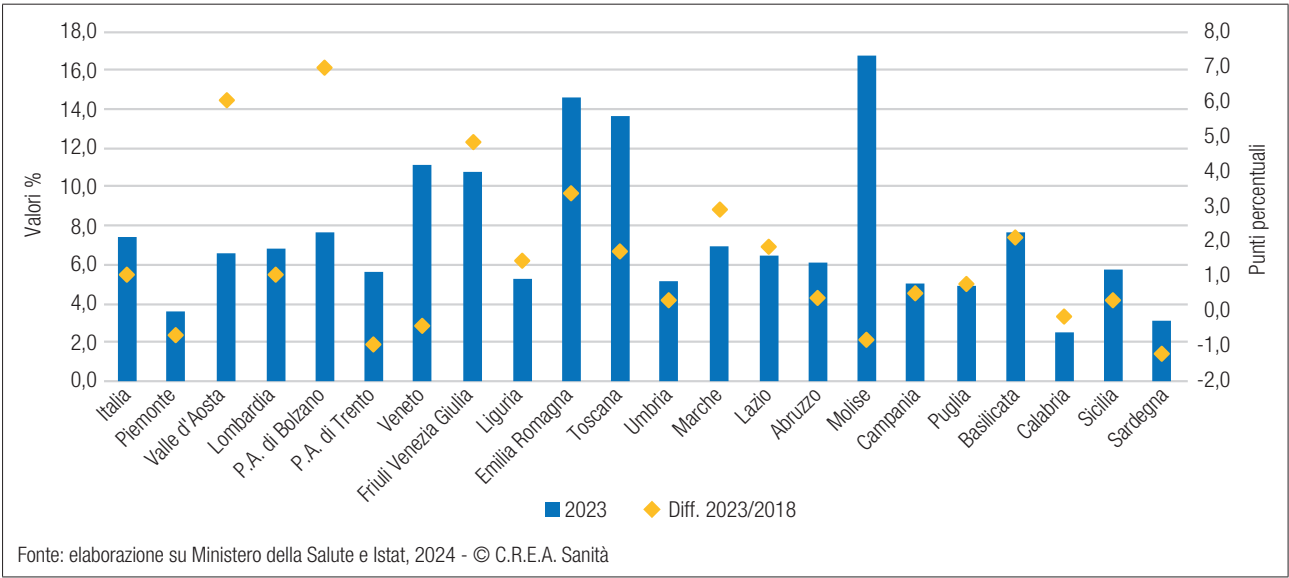


Figura 12.5. ADI: over 65 trattati sulla popolazione anziana



Anche tra Lombardia ed Emilia Romagna, a fronte di una platea simile di *over 65* presi in carico, le ore di assistenza fornite sono piuttosto difformi: 10,9 la prima e 15,0 la seconda (Figura 12.6.)³.

Se consideriamo congiuntamente la copertura (la percentuale di anziani *over 65* seguiti al proprio

domicilio) e l'intensità dell'ADI (le ore dedicate in media ad ogni anziano trattato) e prendendo come riferimento i valori nazionali, si evidenziano quattro gruppi di Regioni classificabili in base al modello di intervento seguito (Figura 12.7.):

Figura 12.6. ADI: ore di assistenza erogate mediamente per paziente *over 65*

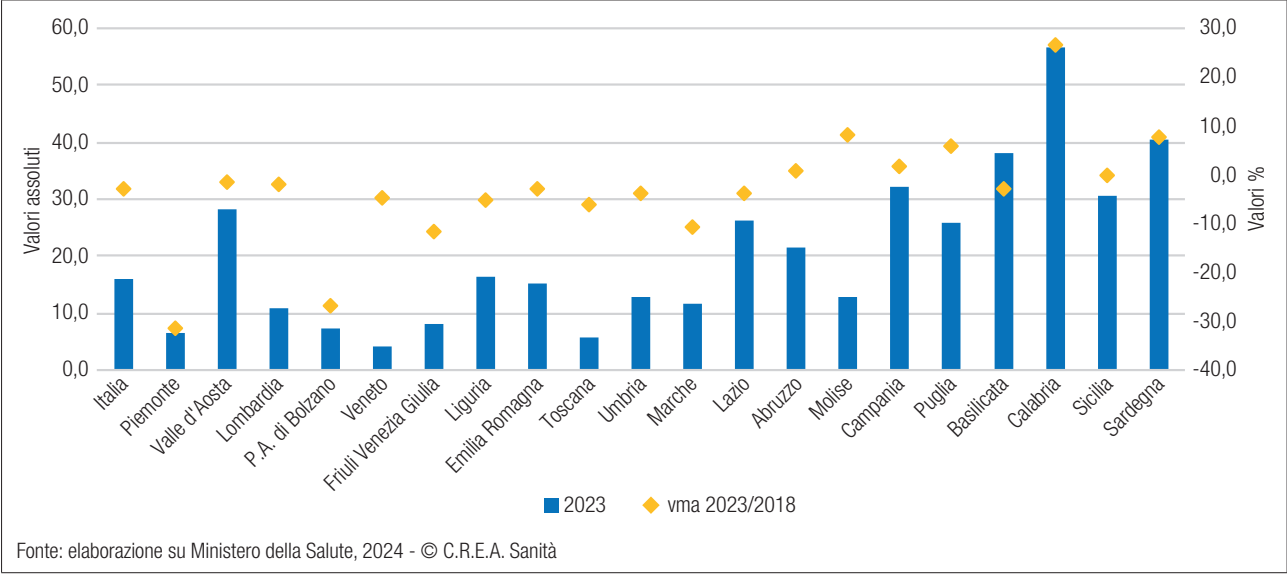
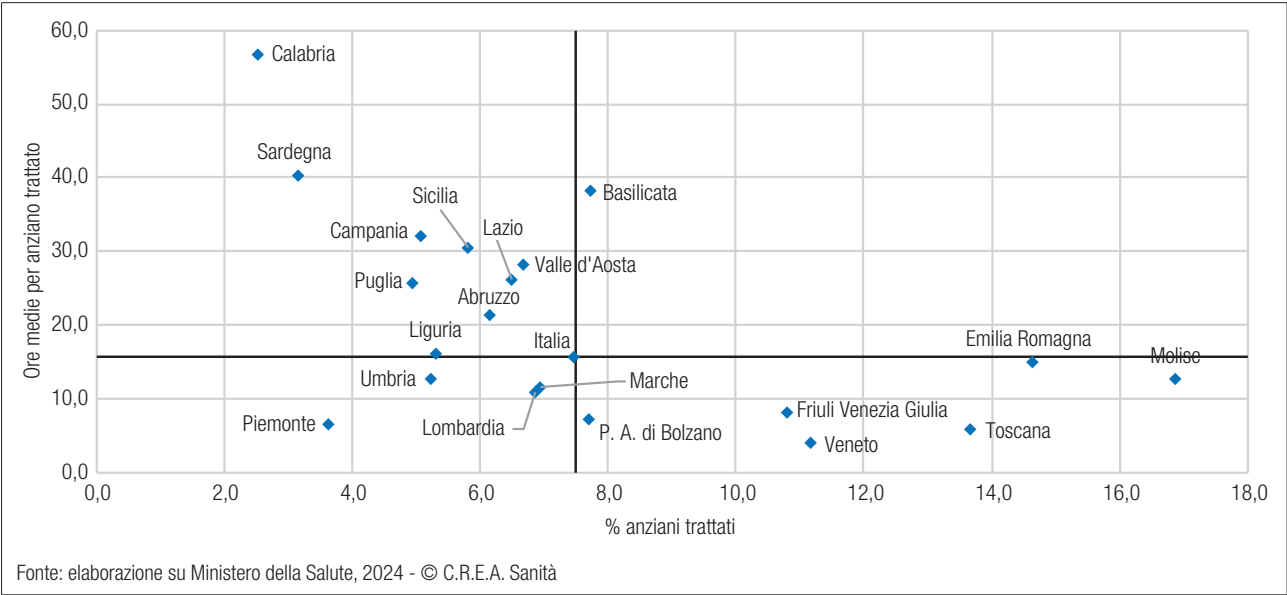


Figura 12.7. ADI: quota anziani assistiti e ore medie di assistenza prestate. Anno 2023



³ Per la P.A. di Trento non è stato possibile effettuare l'analisi a causa della mancanza di dati relativi all'indicatore esaminato

- assistere più anziani con meno intensità (quadrante in basso a destra): è il caso della P.A. di Bolzano, del Veneto, del Friuli Venezia Giulia, dell'Emilia Romagna, della Toscana e del Molise
- assistere più anziani con più intensità (quadrante in alto a destra): è il caso della Basilicata
- assistere meno anziani con più intensità (quadrante in alto a sinistra): è il caso di Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna
- assistere meno anziani con meno intensità (quadrante in basso a sinistra): è il caso di Piemonte, Lombardia, Umbria e Marche.

12.3. La spesa per ADI

Con l'ausilio dei dati ricavati dai Modelli di Rilevazione dei Livelli di Assistenza degli Enti del SSN, è possibile stimare la spesa media per utente per i servizi di ADI forniti dalle ASL.

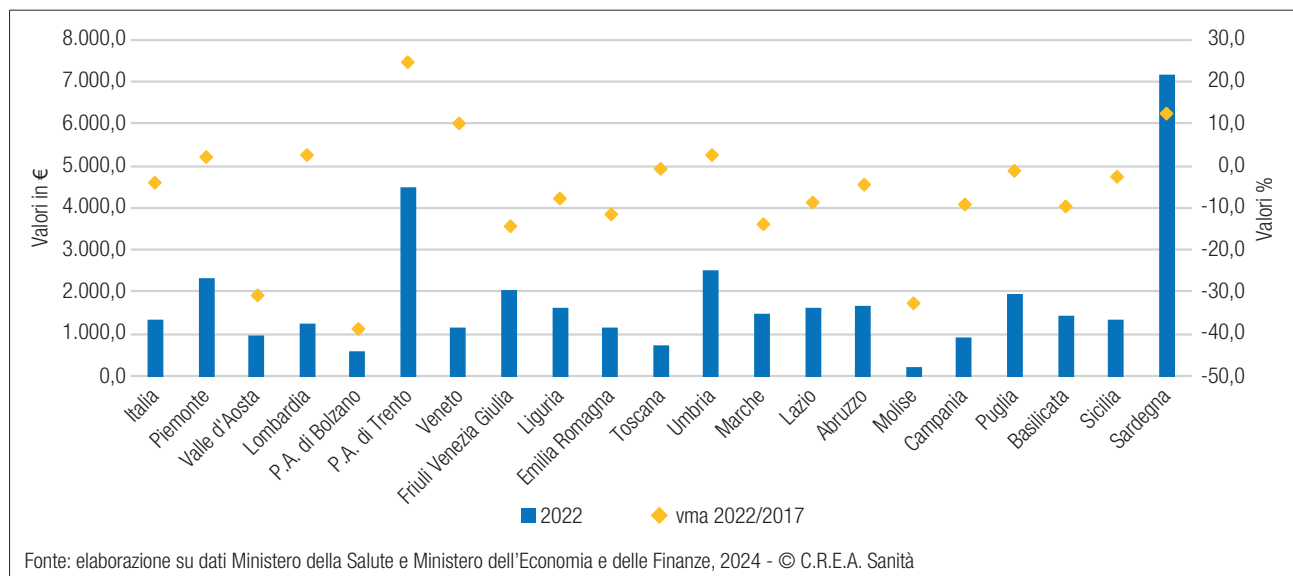
Nel 2022, l'onere complessivo per l'ADI è stato

pari a circa € 1,5 mld. (in crescita dello +0,1% medio annuo tra il 2017 e il 2023), pari all'1,2% della spesa sanitaria pubblica; in particolare, nel 2022, sono stati spesi in media € 1.358,4 per ciascun beneficiario dell'ADI, valore in riduzione del 3,7% medio annuo nel quinquennio 2017-2022.

Le Regioni con la spesa media per utente più elevata sono state la Sardegna (€ 7.164,1 per utente; +12,5% medio annuo tra il 2017 e il 2022) e la P.A. di Trento (€ 4.486,1 per utente; +24,8% medio annuo nel quinquennio 2017-2022); di contro, quelle con una spesa inferiore sono state il Molise (€ 209,9 per utente; -32,0% medio annuo tra il 2017 e il 2022) e la P.A. di Bolzano (€ 608,6 per utente; -38,5% medio annuo dal 2017 al 2022)⁴.

Si evidenziano, quindi, delle differenze sostanziali tra le Regioni (il differenziale tra la Regione che spende di più e quella che spende di meno è di circa 34,0 volte) indipendentemente dalla ripartizione geografica di appartenenza (Figura 12.8.).

Figura 12.8. ADI: spesa media delle ASL per utente



⁴ Manca il dato relativo alla Calabria poiché non è stato pubblicato nel Modello di Rilevazione dei Livelli di Assistenza degli Enti del SSN del 2022

12.4. Il Servizio di Assistenza Domiciliare: una stima

Secondo nostre stime, prodotte sulla base dei dati diffusi dall'Istat nell'ambito della rilevazione sugli "Interventi e servizi sociali dei Comuni", nel 2022⁵, in Italia hanno beneficiato di un Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) circa 375.000 individui.

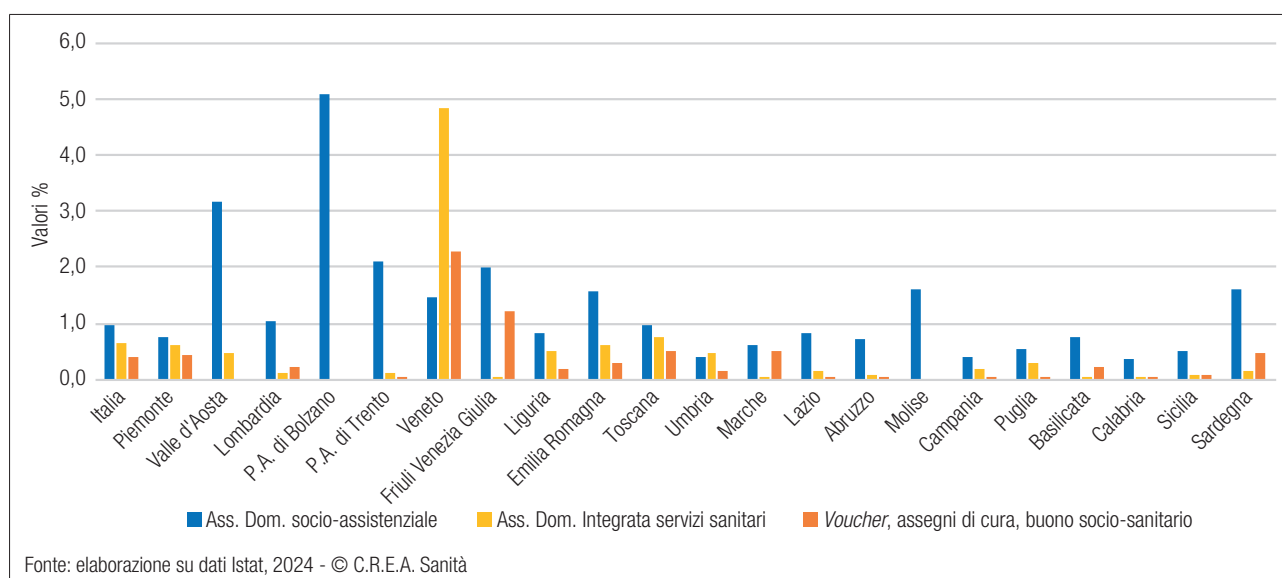
In particolare, nel 2022, ha beneficiato del SAD socio-assistenziale circa l'1,0% degli ultra-sessantacinquenni (valore tendenzialmente stabile nel quinquennio 2017-2022); il valore dell'indicatore si riduce nel caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari attestandosi allo 0,6% (sostanzialmente invariato rispetto al 2017); infine, solamente lo 0,4% del totale degli over 65 (inalterato nel periodo 2017-2022) beneficia di trasferimenti monetari (*voucher*, assegni di cura, buoni socio sanitari).

Il dettaglio regionale concernente l'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale è abbastanza variabile: si va dalla P.A. di Bolzano che offre il servizio in oggetto al 5,1% della popolazione anziana residente, all'Umbria, alla Campania e alla Calabria che

erogano questo servizio solo allo 0,4% degli over 65. Percentuali modestissime si registrano anche nel caso di Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari: il Veneto ha erogato il cennato servizio al 4,8% degli ultrasessantacinquenni, mentre le rimanenti Regioni si attestano su percentuali inferiori all'1,0%. Analoga situazione è riscontrabile con riferimento ai trasferimenti monetari: il Veneto ha previsto trasferimenti monetari a 2,3 anziani ogni 100; segue il Friuli Venezia Giulia con l'1,2%. Le rimanenti Regioni si fermano su percentuali che non raggiungono l'1,0% (Figura 12.9.).

In merito alle quote di fruizione del SAD da parte dei disabili, dall'analisi dei dati 2022 risulta che, a livello nazionale, sul totale della popolazione con età 0-65 anni solo lo 0,1% dei diversamente abili ha ricevuto l'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale (stabile nel periodo 2017-2022), mentre lo 0,04% ha beneficiato dell'Assistenza Integrata con servizi sanitari (nessuna variazione tra il 2017 e il 2022) e lo 0,07% ha usufruito di indennità economiche (stabile tra il 2017 e il 2022).

Figura 12.9. SAD: over 65 trattati sul totale della popolazione anziana. Anno 2022



⁵ L'anno 2022 è stato stimato applicando la variazione media annua verificatasi nel quinquennio precedente all'anno 2021

In tutte le Regioni, per le tipologie di prestazioni considerate, i citati indicatori si attestano su valori nettamente inferiori all'1,0%, ad eccezione della Sardegna che ha garantito il SAD socio-assistenziale a 1,3 disabili ogni 100 persone appartenenti alla classe 0-65 anni (Figura 12.10.).

Se consideriamo congiuntamente sia i disabili che gli anziani, che nel loro complesso ci forniscono indicazioni circa il ricorso ai SAD da parte dei sog-

getti non autosufficienti, e riportiamo il dato al totale della popolazione disabile così come è stata stimata dall'Istat nell'ambito della rilevazione "Disabilità in cifre", emerge che, nel 2022, in Italia, 1,4 disabili su 100 ricevono l'Assistenza socio-assistenziale (valore stabile nel quinquennio 2017-2022), 0,8 su 100 quella Integrata con servizi sanitari (+0,2 p.p. tra il 2017 e il 2022) e lo 0,7% beneficia di sussidi economici (+0,1 p.p. tra il 2017 e il 2022).

Figura 12.10. SAD: incidenza trattati disabili sul totale della popolazione 0-65 anni. Anno 2022

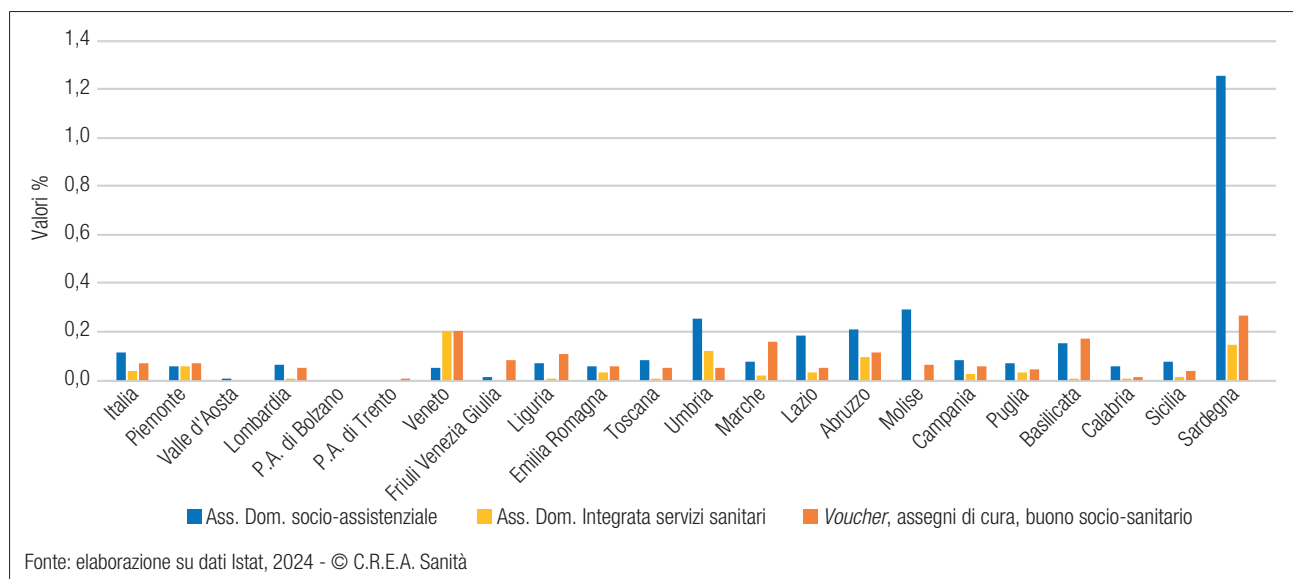


Figura 12.11. SAD: trattati disabili e anziani sul totale dei disabili. Anno 2022

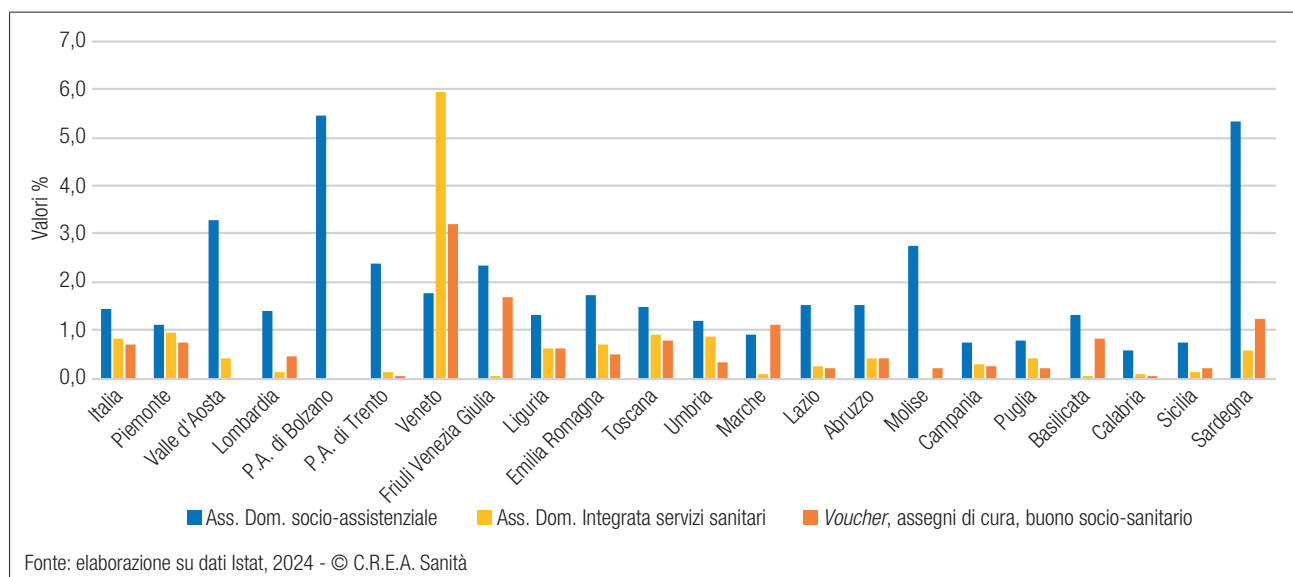
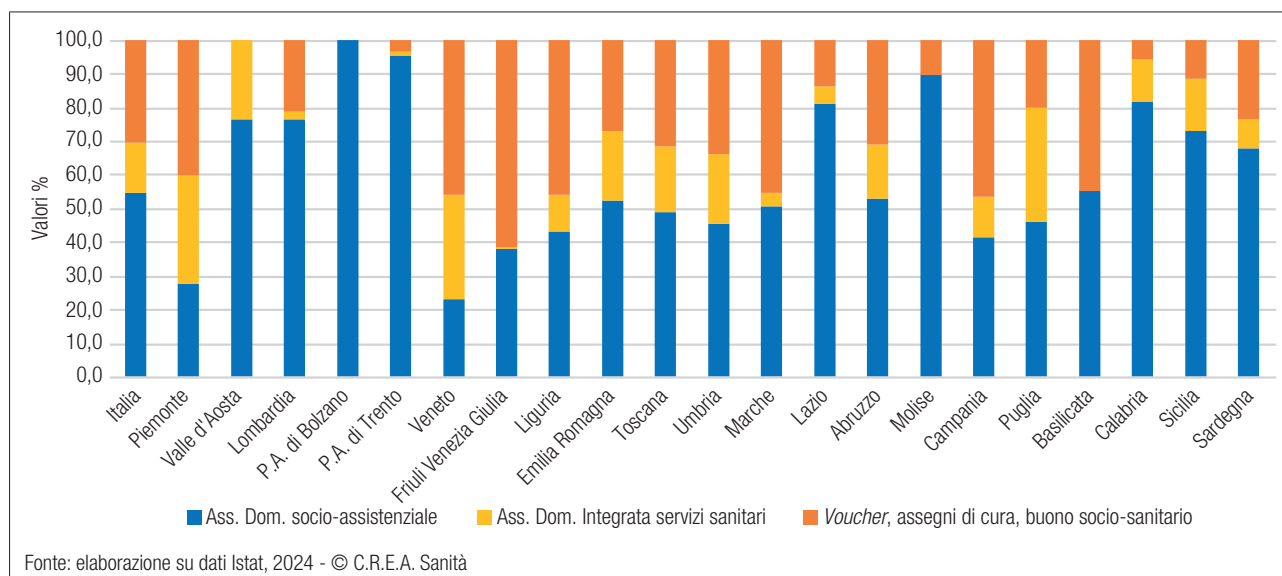


Figura 12.12. SAD: spesa dei Comuni per tipo di prestazione. Anno 2022



I valori sono, comunque, molto variabili tra le Regioni: la P.A. di Bolzano è stata in grado di fornire il servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale al 5,5% dei disabili, mentre la Calabria offre il servizio in oggetto allo 0,6%.

Il Veneto è stata la Regione che ha assistito il maggior numero di disabili con forme integrate con i servizi sanitari (il 5,9%); di contro, la Lombardia, le Marche, la Calabria e la Sicilia hanno fornito l'Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari solo allo 0,1% dei disabili.

Sul fronte dei benefici economici, si va dal 3,2% del Veneto allo 0,05% della P.A. di Trento (Figura 12.11.).

12.5. La spesa per SAD

Per quanto concerne i SAD erogati dai Comuni, nel 2022, è stato speso circa € 1,0 mld., di cui il 54,6% è stato impiegato per l'Assistenza socio-assistenziale, il 30,3% per l'erogazione di benefici mone-

tari e il 15,2% per l'Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari.

L'analisi del dato regionale fa rilevare che, nella maggioranza delle Regioni, le quote più elevate di spesa per la SAD è utilizzata per l'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale; in particolare, nella P.A. di Trento la prestazione in oggetto assorbe il 95,3% della spesa complessiva e l'89,8% in Molise⁶. Le percentuali più basse, invece, hanno riguardato il Veneto con il 23,2% e il Piemonte con il 27,6%.

Le Regioni nelle quali i Comuni hanno destinato la quota maggiore di risorse al comparto dei benefici monetari sono state il Friuli Venezia Giulia (con il 61,5%) e la Campania (con il 46,6%); sul versante opposto si posiziona la P.A. di Trento con il 3,2%. Anche sul fronte dell'Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari, il *range* tra le Regioni è molto ampio: si va dal 32,3% del Piemonte al Molise che non ha stanziato fondi per il servizio in oggetto (Figura 12.12.).

Nel 2022, l'area degli *over 65* ha assorbito circa il 56,0% della spesa dei SAD analizzati. Anche per

⁶ Per la P.A. di Bolzano deve essere espressa una nota di cautela, poiché l'Istat ha fornito i beneficiari delle prestazioni di Assistenza Domiciliare ma non la spesa relativa ai Servizi Domiciliari Integrati con quelli sanitari e ai benefici economici; di conseguenza non è stato possibile stimare il peso della spesa relativa a ciascuna tipologia di Assistenza Domiciliare analizzata

quanto concerne questa dimensione di analisi, è rilevabile un'ampia variabilità regionale: i Comuni della Valle d'Aosta e le due PP.AA. di Trento e Bolzano hanno impiegato la quasi totalità dei fondi per garantire i Servizi di Assistenza Domiciliare agli anziani (rispettivamente il 99,7%, il 98,0% e il 95,0% della spesa totale per SAD), mentre la Sardegna e l'Abruzzo hanno investito maggiori risorse per prendere in

carico i disabili (rispettivamente il 76,1% e il 74,0% della spesa totale) (Figura 12.13.).

Nel 2022, per garantire i SAD sono stati spesi circa € 2.000,0 (-1,6% medio annuo tra il 2017 e il 2022) per ogni utente anziano, mentre per ogni utente disabile € 4.032,2 (+2,5% medio annuo nel periodo 2017-2022).

Figura 12.13. SAD: spesa dei Comuni per area di utenza. Anno 2022

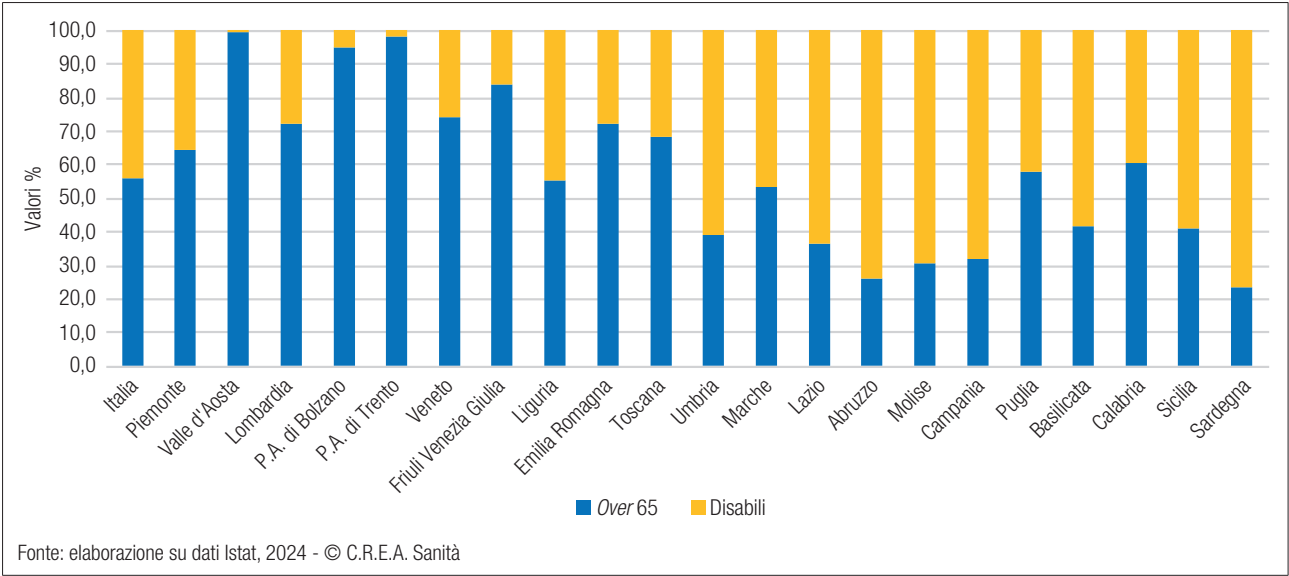
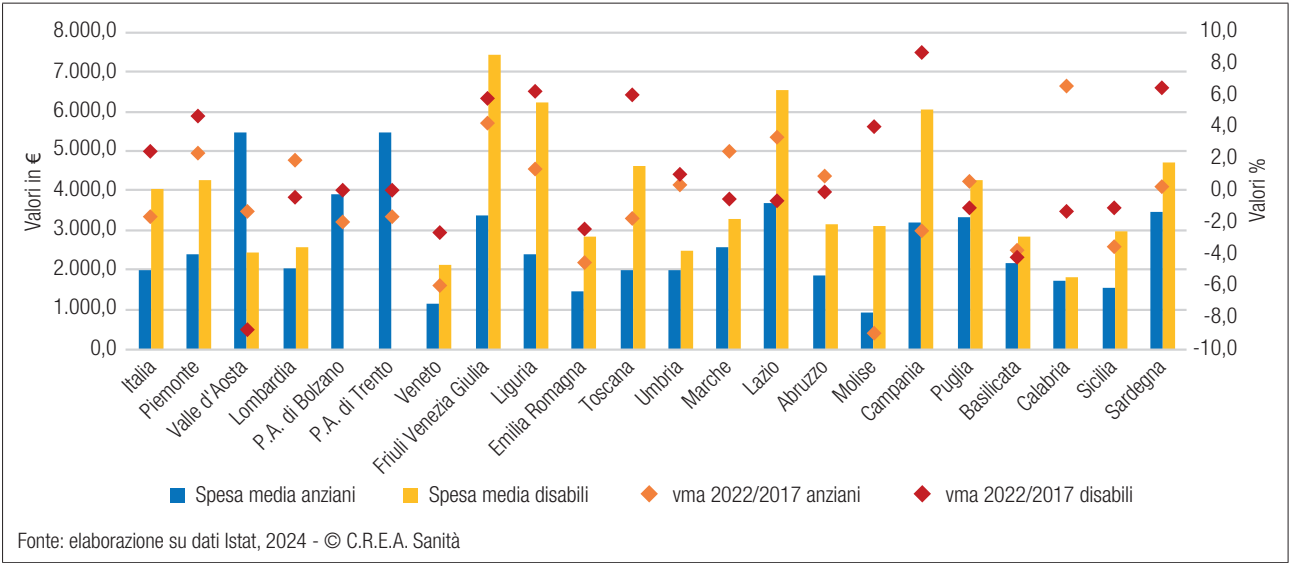


Figura 12.14. SAD: spesa dei Comuni per utente e per area di utenza. Anni 2017-2022



Il fenomeno presenta una spiccata variabilità regionale. Nell'area *over 65*, le Regioni nelle quali si registra una spesa più elevata sono state la P.A. di Trento (€ 5.475,9 per utente anziano e -1,6% medio annuo nel periodo 2017-2022) e la Valle d'Aosta (€ 5.462,0 per utente anziano e -1,3% medio annuo nel periodo 2017-2022); all'estremo opposto il Molise (€ 926,2 e -9,0% medio annuo nel periodo) e il Veneto (€ 1.134,6 e -6,0% medio annuo nel periodo); si noti che il differenziale tra la Regione con la spesa media massima e quella minima è di circa sei volte.

Per quanto attiene all'area disabili, ai due estremi della distribuzione si posizionano il Friuli Venezia Giulia (€ 7.421,1 e +5,8% medio annuo tra il 2017 e il 2022) e la Calabria (€ 1.791,1 e -1,3% medio annuo nel periodo) con un differenziale di oltre quattro volte (Figura 12.14.).

12.6. Riflessioni finali

Dalle analisi condotte emerge che la quota di anziani assistita in ADI tra il 2022 e il 2023 è effettivamente aumentata del 2,8%. A tal proposito il Decreto del Ministro della Salute del 23.01.2023 prevederebbe l'«*Aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Per raggiungere tale obiettivo dovrà essere aumentato di almeno 800.000 unità entro il 2026 il numero di persone di età superiore ai 65 anni che ricevono assistenza domiciliare*»; per il 2023, secondo le risultanze della «Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti dal Decreto Interministeriale del 24.11.2023» la maggior parte delle Regioni nel 2023 ha raggiunto gli obiettivi fissati a livello nazionale.

Se è pur vero che è aumentato il numero degli *over 65* presi in carico con l'ADI, è altrettanto vero che l'intensità assistenziale (misurata dal numero medio annuo di ore di assistenza) è, però, diminuita (dell'1,2% tra il 2022 e il 2023 e del 2,6% medio annuo tra il 2018 e il 2023) e sono, altresì, rilevabili

marcate differenze regionali circa i livelli assistenziali garantiti.

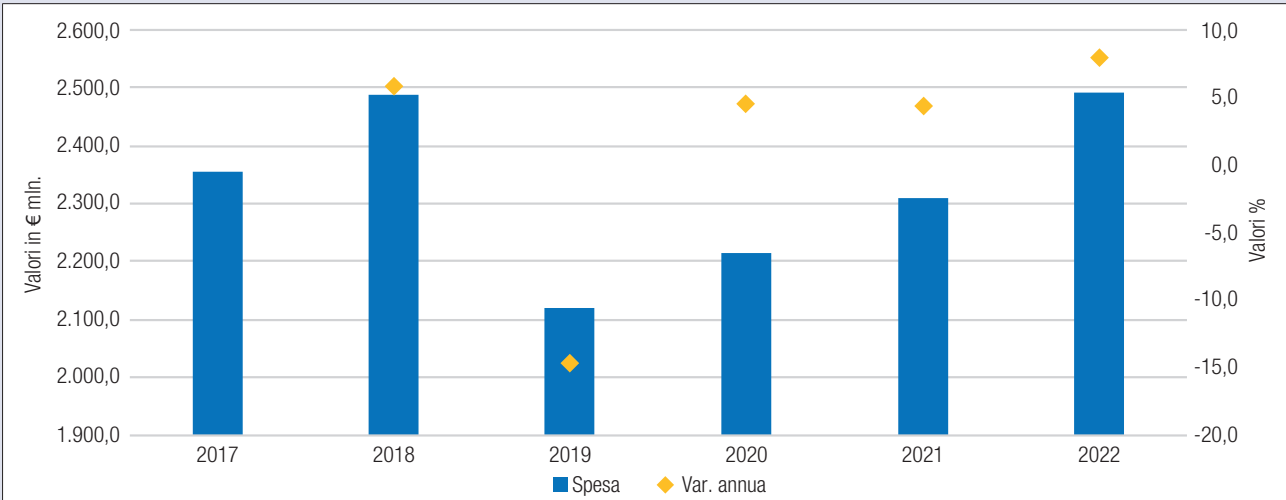
A fronte del fatto che una Regione come il Veneto eroga un numero medio di ore di assistenza per utente 9,6 volte inferiore a quello della Basilicata, diviene lecito chiedersi quale sia l'efficacia del dispositivo previsto dal D.M. del 23.01.2023 in tema di potenziamento del settore, in quanto si limita a fornire un obiettivo declinato in termini di quota di ultrasessantacinquenni trattati, indipendentemente dall'intensità della stessa.

L'ADI, quindi, pur potendosi riconoscere che è un servizio in crescita nella rete dei servizi sanitari, è ancora ben lungi dall'avere una organizzazione standardizzata; inoltre, l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali rimane l'obiettivo più complesso da raggiungere. La competenza dei SAD comprendente aspetti sociali e sanitari continua a essere separata tra Comuni e Regioni, e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono gestiti congiuntamente. Soprattutto non esistono condizioni uniformi di offerta su tutto il territorio nazionale; sono ancora poche le Regioni che hanno stabilito principi e criteri definiti e condivisi dell'integrazione di compiti e responsabilità fra il sociale e il sanitario. Nel 2022, su 973.521 anziani trattati in ADI, sono stati 85.792 quelli che hanno effettivamente ricevuto cure sanitarie e servizi socio-assistenziali domiciliari. L'unica integrazione realizzata sembra essere, dunque, quella che ha coinvolto le figure sanitarie, ma che non è ancora sufficiente a definire davvero "integrata" l'Assistenza Domiciliare.

Riferimenti bibliografici

Ministero della Salute (anni vari), *Annuario Statistico*, https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3835&area=statisticheSSN&menu=annuario
Istat (anni vari), *Interventi e servizi sociali dei Comuni*, <http://dati.istat.it/>

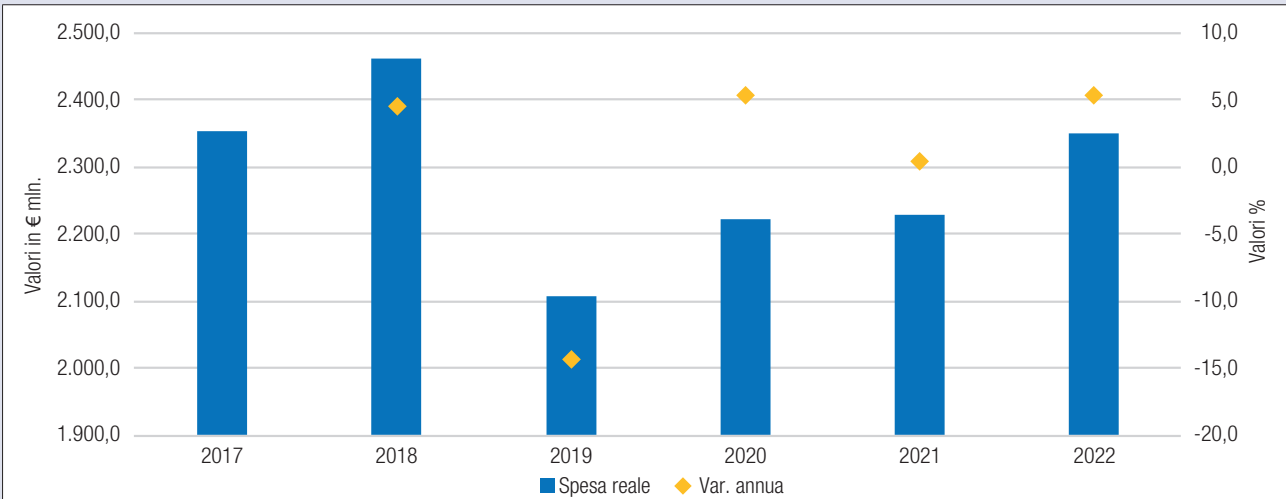
KI 12.1. Spesa per Assistenza Domiciliare



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, la spesa per l'Assistenza Domiciliare, risulterà pari a circa € 2,5 mld., in crescita di € 0,1 mld. (+5,8%, ovvero +1,1% medio annuo) rispetto al 2017 e di € 0,2 mld. (+7,8%) nell'ultimo anno.

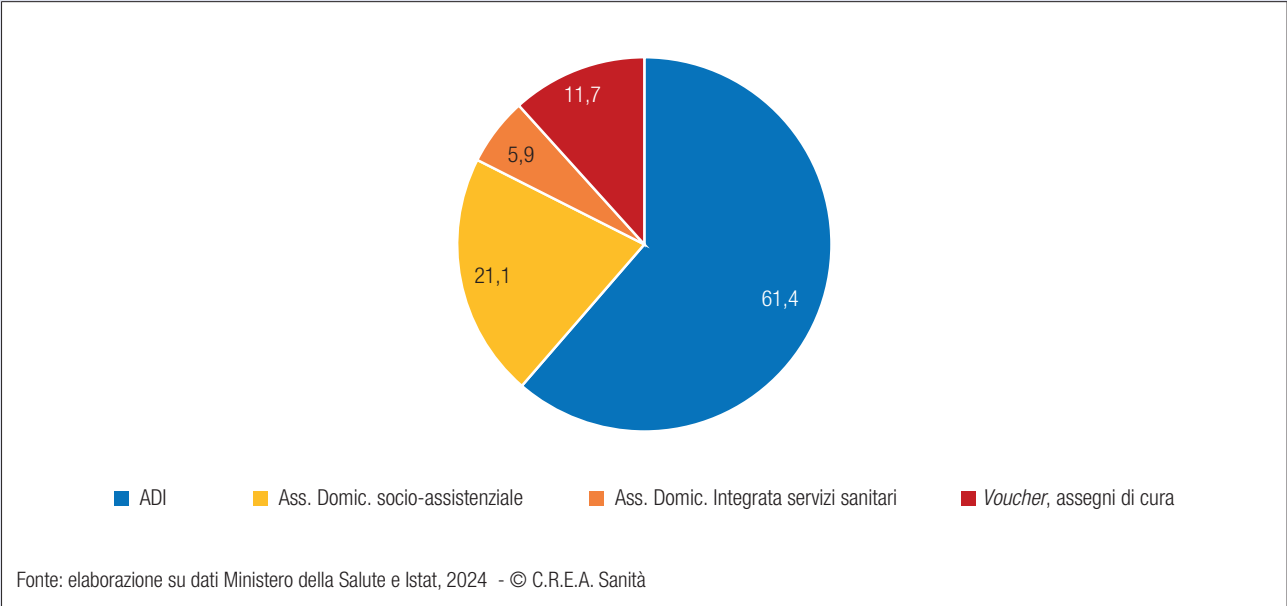
KI 12.2. Spesa reale per Assistenza Domiciliare



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

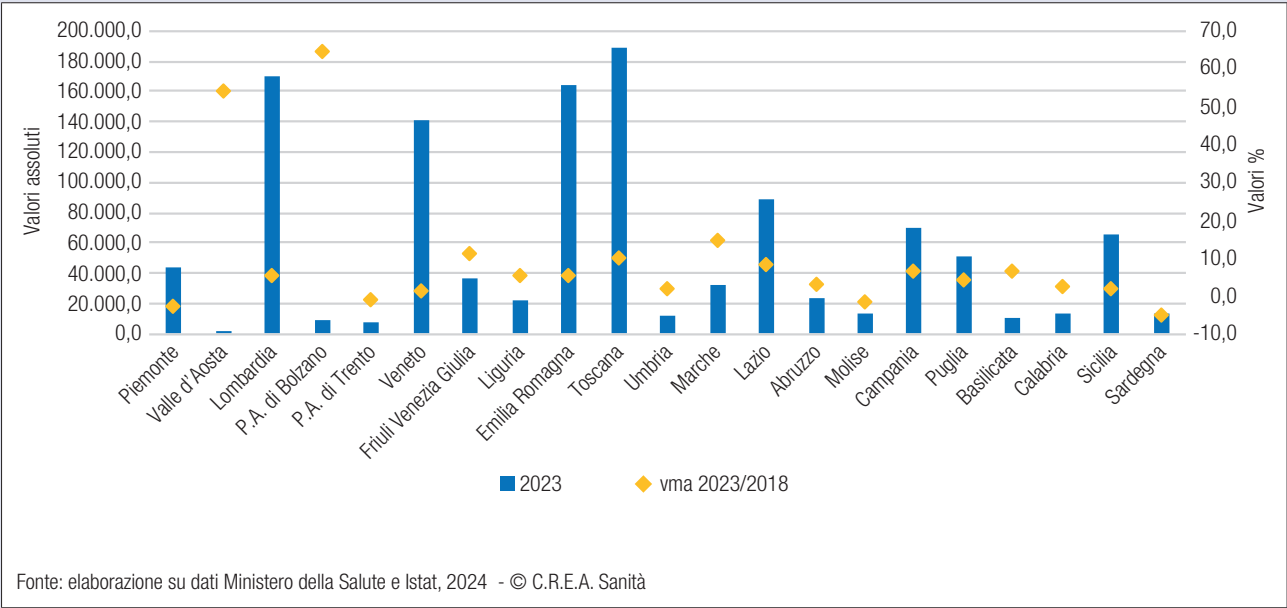
Nel 2022, in Italia, la spesa reale per l'Assistenza Domiciliare, risulterà pari a circa € 2,3 mld., in riduzione di € 4,3 mln. (-0,2%, ovvero -0,04% medio annuo) rispetto al 2017 e in aumento di € 120,2 mln. (+5,4%) nell'ultimo anno.

KI 12.3. Composizione spesa per Assistenza Domiciliare. Valori %. Anno 2022



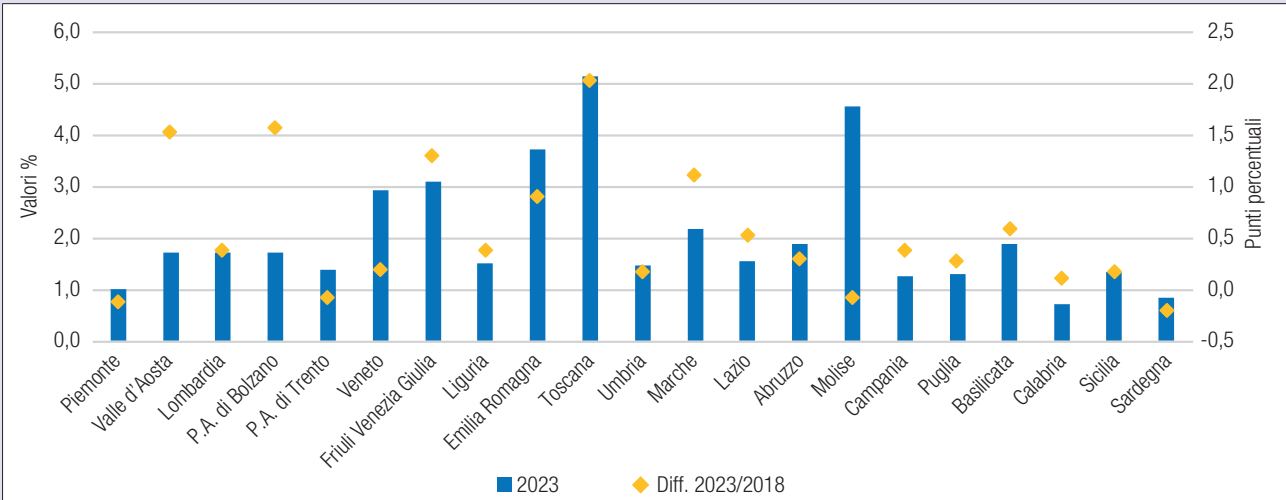
Nel 2022, in Italia, il 61,4% della spesa per l'Assistenza Domiciliare è attribuibile all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) offerta dalle ASL. Il rimanente 38,6% è, invece, attribuibile ai Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) a carico dei Comuni; in particolare, il 21,1% riguarda l'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale, l'11,7% i benefici monetari quali *voucher*, assegni di cura ecc. e il residuale 5,9% l'Assistenza Domiciliare integrata con servizi sanitari.

KI 12.4. Casi trattati in ADI e dinamica



Nel 2023 hanno usufruito del servizio di ADI erogato dalle ASL, circa 1,2 mln. di persone: tale dato risulta in aumento del +5,3% medio annuo rispetto al 2018. La P.A. di Bolzano ha visto il maggiore aumento dei casi trattati (+64,0%); la Sardegna la maggiore contrazione (-4,6% medio annuo tra il 2018 e il 2023).

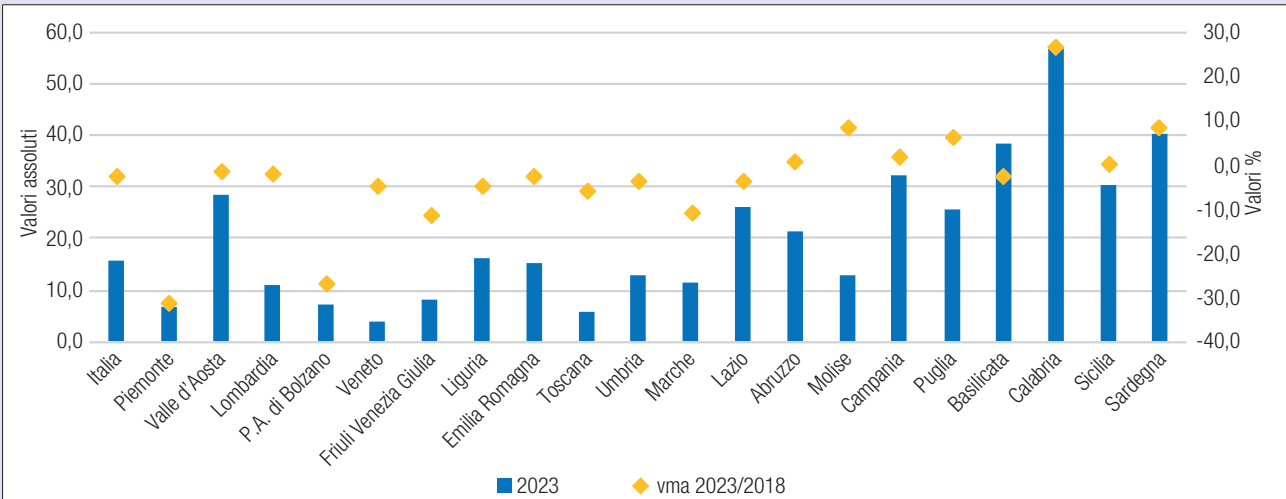
KI 12.5. Popolazione trattata in ADI e dinamica



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2023 ha usufruito del servizio di ADI erogato dalle ASL, circa il 2,0% della popolazione: tale dato risulta in aumento di 0,1 p.p. rispetto all'anno precedente e di 0,5 p.p. rispetto al 2018. La Toscana ha la maggior quota di popolazione assistita in ADI (5,2%; +0,6 p.p. sul 2022 e +2,0 p.p. rispetto al 2018); all'opposto si colloca la Calabria (0,7%; +0,1 p.p. sul 2022 e +0,1 p.p. rispetto al 2018).

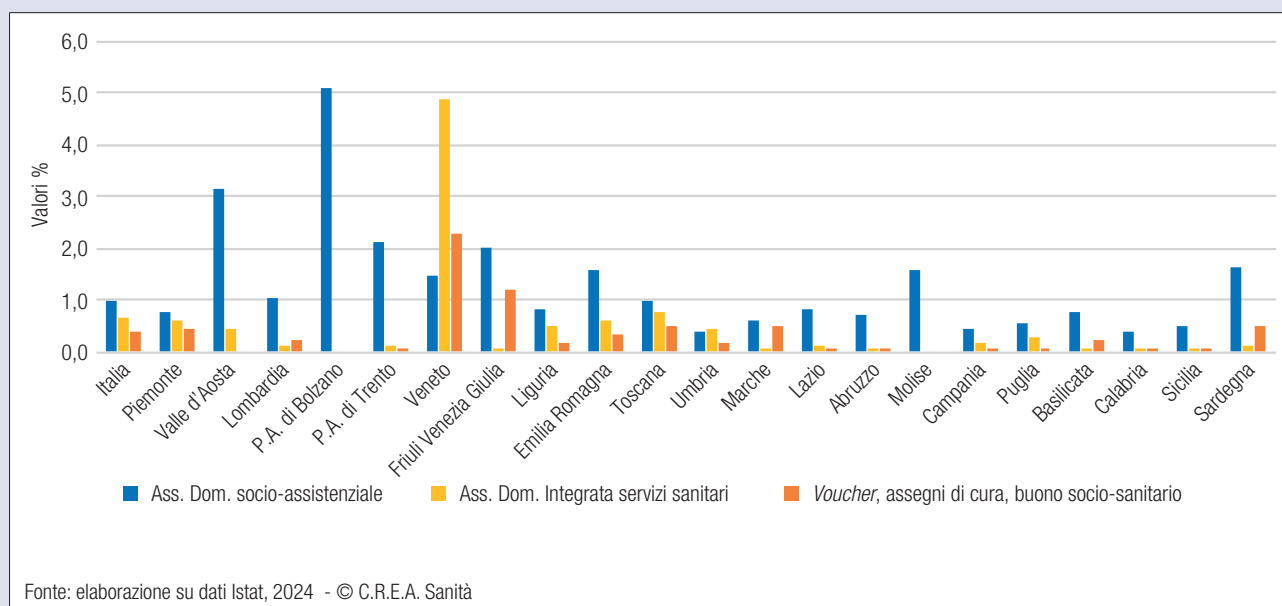
KI 12.6. ADI: ore medie di assistenza erogata per paziente over 65



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

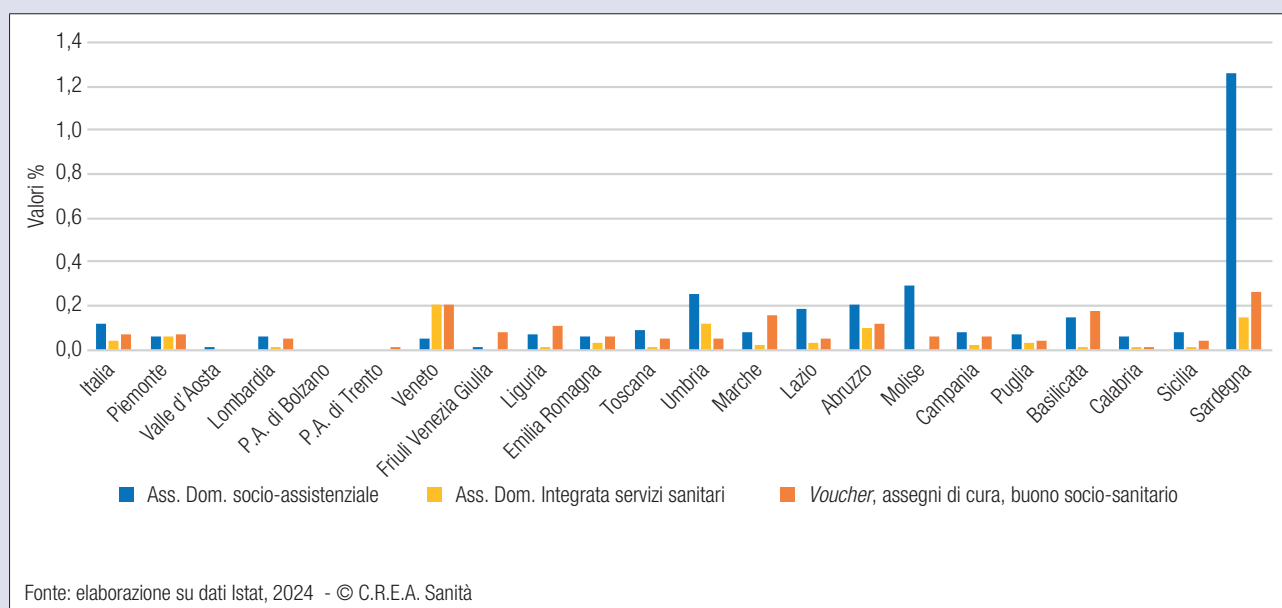
Nel 2023, sono state circa 15,8 le ore di ADI che mediamente sono state erogate a ciascun paziente anziano, valore in riduzione del 2,6% medio annuo rispetto al 2018. La Calabria, nel 2023, ha erogato il livello massimo di ore per *over 65* trattato (56,7 ore; +26,6% medio annuo tra il 2023 e il 2018), il Veneto quella minore (4,0 ore; -4,8% medio annuo tra il 2018 e il 2023).

KI 12.7. Over 65 assistiti con SAD. Anno 2022



Nel 2022, ha beneficiato del SAD socio-assistenziale circa l'1,0% degli *over 65* (valore tendenzialmente stabile nel quinquennio 2017-2022); il valore dell'indicatore si riduce nel caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari attestandosi allo 0,6% (sostanzialmente invariato rispetto al 2017); infine, solamente lo 0,4% del totale degli *over 65* (inalterato nel periodo 2017-2022) beneficia di trasferimenti monetari (*voucher*, assegni di cura, buoni socio-sanitari). La P. A. di Bolzano offre il SAD socio-assistenziale al 5,1% della popolazione anziana residente (stabile sull'anno precedente e +0,5 p.p. sul 2017); all'altro estremo si posizionano l'Umbria, la Campania e la Calabria che erogano questo servizio solo allo 0,4% degli *over 65* (+0,1 p.p. sull'anno precedente e +0,1 p.p. sul 2017 l'Umbria; -0,2 p.p. sull'anno precedente -0,3 p.p. sul 2017 la Campania; -0,2 p.p. sul 2021 e -0,2 p.p. sul 2017 la Calabria). Percentuali modestissime si registrano anche nel caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari: il Veneto ha erogato il cennato servizio al 4,8% degli ultrasessantacinquenni (+ 0,2 p.p. sul 2021 e +1,4 p.p. sul 2017), mentre le rimanenti Regioni si attestano su percentuali inferiori all'1,0%. Analoga situazione è riscontrabile con riferimento ai trasferimenti monetari: il Veneto ha previsto trasferimenti monetari a 2,3 anziani ogni 100 (stabile sull'anno precedente e +0,3 p.p. sul 2017); segue il Friuli Venezia Giulia con l'1,2% (stabile sia rispetto all'anno precedente che rispetto al 2017). Le rimanenti Regioni si fermano su percentuali che non raggiungono l'1,0%.

KI 12.8. Disabili assistiti con SAD. Anno 2022



Nel 2022 risulta che, in Italia, i diversamente abili che hanno ricevuto l'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale sono stati pari allo 0,1% del totale della popolazione con età 0-65 anni (stabile nel periodo 2017-2022), mentre lo 0,04% ha beneficiato dell'Assistenza Integrata con servizi sanitari (nessuna variazione tra il 2017 e il 2022) e lo 0,07% ha usufruito di indennità economiche (stabile tra il 2017 e il 2022).

In tutte le Regioni, per le tipologie di prestazioni considerate, gli indicatori si attestano su valori nettamente inferiori all'1,0%, ad eccezione della Sardegna che ha garantito il servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale a 1,3 disabili ogni 100 persone di età 0-65 anni (+0,2 p.p. sul 2021 e + 0,6 p.p. sul 2017).



Provvidenze in denaro

13a. La Riforma dell'assistenza agli anziani

13b. L'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 13a

La riforma dell'assistenza agli anziani

Gori C.¹

Il Consiglio dei ministri ha approvato in via definitiva il Decreto Attuativo (29/2024) della Legge Delega (33/2023) di Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. L'iter, cominciato con l'inserimento della Riforma nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella primavera 2021, è così terminato. L'obiettivo dichiarato consisteva nel complessivo riordino del settore affinché potesse meglio rispondere al numero crescente e alle condizioni sempre più critiche dei non autosufficienti, allineando così l'Italia alle riforme europee già realizzate.

La Legge Delega, in effetti, perseguiva questo scopo, attraverso un progetto di cambiamento completo e condivisibile. Il recente Decreto Attuativo, invece, ha seguito in modo parziale le indicazioni della Delega e ha nettamente ridimensionato lo sforzo di cambiamento. D'altra parte, le numerose critiche ricevute da Commissioni parlamentari, Regioni, Patto per un nuovo *welfare* sulla non autosufficienza e altri ancora alla versione iniziale del Decreto non hanno indotto il governo a cambiamenti di rilievo in quella finale. Ecco, allora, il paradosso della Riforma: approvata in via definitiva, sul piano formale, e rinviata a tempi migliori, su quello sostanziale.

Costruzione di un Sistema Integrato

Per capire meglio la situazione, riprendiamo i tre obiettivi che la Legge Delega attribuiva alla Riforma: la costruzione di un sistema unitario, la definizione di nuovi modelli d'intervento e l'ampliamento dell'offerta. Grazie al primo si vuole superare la frammentazione delle misure pubbliche, tra servizi sanitari, servizi sociali e trasferimenti monetari non coordinati

tra loro, con una babele di diverse regole e procedure da seguire, che disorientano anziani e famiglie e limitano la possibilità di fornire interventi appropriati.

Per questo, la Legge n. 33/2023 introduce il Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA).

Lo SNAA prevede – a livello centrale, regionale e locale – la programmazione integrata di tutti gli interventi a titolarità pubblica per la non autosufficienza, appartenenti a sanità, sociale e prestazioni monetarie Inps. In pratica, gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente come utilizzare l'insieme delle risorse per la non autosufficienza, mantenendo invariate le rispettive competenze.

Nel Decreto Attuativo, invece, la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure, bensì i soli servizi e interventi sociali. Lo SNAA viene così mantenuto nella forma, ma cancellato nella sostanza. E la collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali esce dagli obiettivi della Riforma.

Valutazioni della condizione di non autosufficienza degli anziani

Con la Legge n. 33/2023 viene rivista la pletora delle valutazioni della condizione di non autosufficienza degli anziani, che determinano gli interventi da ricevere. Oggi ce ne sono troppe (cinque-sei) e non collegate tra loro, duplicando così gli sforzi degli operatori e rendendo assai complicato il percorso delle persone coinvolte.

Con la Riforma, le valutazioni si riducono a due soltanto: una di responsabilità statale e una di competenza delle Regioni. Inoltre, i due momenti valu-

¹ Professore ordinario di Politiche Sociali, Università di Trento; coordinatore "Patto per un nuovo *Welfare* sulla non autosufficienza"

tativi previsti nel nuovo impianto sono strettamente collegati, a garanzia della continuità del percorso di anziani e famiglie. Il Decreto rimanda il disegno della sua concreta realizzazione ad atti successivi, ma la razionalizzazione di procedure e passaggi è ben impostata in tutti gli aspetti chiave.

Nuovi modelli d'intervento

La Delega prevede nuovi modelli di intervento. Quelli oggi esistenti, infatti, non di rado sono stati progettati molti anni fa secondo logiche ormai superate dalla realtà e inadeguate al futuro, senza un'opportuna considerazione delle specificità dello stato di non autosufficienza. Vediamo allora cosa cambia per le misure più diffuse.

Sui servizi domiciliari, nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto Attuativo, è stata cancellata la prevista Riforma dell'assistenza a casa. Si sarebbe dovuto introdurre un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, che oggi manca nel nostro Paese. Degli elementi necessari rimane solo il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari, mentre sono assenti aspetti decisivi, quali la durata adeguata dell'assistenza fornita e il *mix* dei professionisti da coinvolgere. A mancare è, soprattutto, un progetto che risponda alla domanda: "di quali interventi al domicilio hanno bisogno gli anziani non autosufficienti?".

Per quanto riguarda i servizi residenziali, la Legge Delega contiene alcune indicazioni per un'opportuna dotazione di personale nelle strutture, la garanzia delle sue competenze e la qualità degli ambienti di vita, cioè gli aspetti principali da affrontare in una prospettiva riformatrice. La situazione, tuttavia, è interlocutoria. Il Decreto Attuativo, infatti, non contiene indicazioni sostanziali e rimanda a un successivo ulteriore Decreto.

Indennità di accompagnamento

La Legge n. 33/2023 aveva previsto di trasformare l'indennità di accompagnamento in una nuova misura denominata prestazione universale, attraverso un intervento ispirato alle direttrici condivise dal dibattito tecnico: i) mantenimento dell'accesso solo

in base al bisogno di assistenza (universalismo), ii) graduazione dell'ammontare secondo tale bisogno, iii) possibilità di utilizzare l'indennità per fruire di servizi alla persona regolari e di qualità (badanti o organizzazioni del terzo settore), in questo caso ricevendo un importo maggiore. Nel passaggio al Decreto, tuttavia, anche la revisione dell'indennità è scomparsa e al suo posto è stata introdotta una misura temporanea completamente diversa, anche se ugualmente denominata prestazione universale.

Ampliamento dell'offerta di risposte

L'ultimo obiettivo della Riforma consiste nell'estensione dell'offerta in particolare di servizi alla persona, che è scarsa in Italia. Per farlo, è necessario aumentare i finanziamenti pubblici dedicati. Il Decreto non prevede nuovi fondi di natura strutturale, ma si sapeva da tempo che in questa fase non sarebbero state disponibili risorse aggiuntive.

In ogni modo, lo snodo decisivo consiste nella capacità di ridisegnare il *welfare*. Si tratta, in altre parole, di partire dalla progettazione delle risposte: solo se questa è solida, ha senso discutere di finanziamenti. E qui risiede il problema. Per nessuna delle tre misure principali (domiciliare, residenziale, indennità) è previsto, oggi, un progetto di cambiamento. Non ha senso, dunque, lamentarsi per l'assenza di fondi strutturali, dato che non esiste alcun percorso di sviluppo del settore al quale eventualmente destinarli.

Conseguenze per anziani e famiglie

Alla fine, rimane una domanda: in concreto cosa cambierà per anziani e famiglie? Il solo cambiamento strutturale introdotto consiste nella revisione delle valutazioni della non autosufficienza, operativa nel 2025, che dovrebbe rendere più facile la vita alle persone interessate, attraverso la semplificazione di passaggi e procedure. Si tratta di una novità di grande portata, ma è una sola. Per tutto il resto, l'appuntamento è rinviato a quando – dopo questo sostanziale rinvio – si vorrà effettivamente dotare il nostro Paese di una Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

CAPITOLO 13a

La Riforma dell'assistenza agli anziani

Gori C¹

13a.1. Una lunga attesa

A partire dalla fine del secolo scorso, nella società e nella politica italiana è cresciuta la consapevolezza della necessità di rivedere il sistema di *welfare* per renderlo più adeguato all'impetuoso aumento degli anziani non autosufficienti, alle loro esigenze sempre più complesse e ai bisogni dei familiari. Da allora in poi, numerose proposte di una Riforma nazionale sono state avanzate da più parti. La prima risale al 1997 e fu presentata dalla Commissione Onofri, nominata dal Governo Prodi. Con il successivo Governo Berlusconi, nel 2003, la Commissione presieduta dai Ministri Sirchia e Maroni elaborò, a sua volta, una propria proposta. Durante il Governo Prodi II il Ministro della Solidarietà Sociale Ferrero presentò, nel 2007, un Disegno di Legge Delega sulla non autosufficienza. Infine, nel 2009 il Ministro Sacconi preparò un "libro bianco" di proposte (Governo Berlusconi) e nel 2012 il Sottosegretario Guerra predispose la Bozza di Decreto Legge (D.L.) "Programma Nazionale per la non autosufficienza". Nessuno di questi atti ebbe conseguenze concrete. Nel corso degli anni, svariate proposte sono state presentate anche da parlamentari o commissioni parlamentari, con il medesimo esito.

Nel tempo, sforzi elaborativi in direzione di una Riforma sono stati compiuti pure da vari gruppi di ricerca, come CAPP, IRS e NNA. Tra i soggetti sociali va menzionata la proposta di legge d'iniziativa popolare del 2005 ad opera di CGIL-CISL-UIL pensionati, ripresentata nel 2018 con un nuovo documento unitario. Complessivamente, sono diciassette le princi-

pali proposte di Riforma nazionale avanzate a partire dalla fine degli anni '90 da attori politici, sociali o da esperti, considerando solo quelle che comprendono l'insieme degli interventi per la non autosufficienza e non le elaborazioni relative a singoli settori d'intervento. Tra la prima (1997) e l'approvazione della Legge Delega da parte del Parlamento (2023) sono trascorsi 26 anni: nel mentre, la Riforma è stata introdotta in gran parte dei Paesi a noi vicini, in alcuni da tempo (Tabella 13a.1.).

Tabella 13a.1. Riforme nazionali dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

Paese	Anno di introduzione
Austria	1993
Germania	1995
Francia	2002
Portogallo	2006
Spagna	2006
Italia	2023

Fonte: rapporto "Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza"

13a.2. Un iter accidentato

L'inserimento della Riforma nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Aprile 2021)

Nonostante il nuovo clima di attenzione verso la questione della non autosufficienza, la prima versione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presentata dal Governo Conte II all'inizio del

¹ Professore ordinario di Politiche Sociali, Università di Trento; coordinatore "Patto per un nuovo *welfare* sulla non autosufficienza"

gennaio 2021, non prevedeva alcuna Riforma. Pertanto, le organizzazioni della società civile - che, in seguito, hanno dato vita al Patto per un Nuovo *Welfare* sulla Non Autosufficienza - decisero di elaborare una dettagliata proposta per la sua introduzione (NNA; 2021). L'intensa attività di pressione messa in campo – definita dall'allora ministro del *Welfare* Orlando “lobbismo buono” (Orlando 2021) - indusse il Governo nel frattempo entrato in carica (Draghi) a inserire la Riforma nella versione definitiva del PNRR (Aprile 2021).

L'approvazione della Legge Delega (Marzo 2023)

Le organizzazioni che si erano impegnate in tale direzione si unirono formalmente nel luglio 2021, costituendo il Patto e avviando poi un'intensa attività volta a definire nel dettaglio una proposta organica, resa pubblica nel Marzo 2022 (Patto, 2022). Da allora ha avuto inizio una lunga e complessa interlocuzione con le istituzioni per elaborare l'impianto della Riforma, che ha riguardato: Gabinetto del Presidente del Consiglio, Commissione Paglia presso la Presidenza, Commissione Turco presso il Ministero del *Welfare*, Ministero della Salute e Ragioneria Generale dello Stato. Si è trattato di un lavoro intenso e sfibrante a causa del numero di soggetti coinvolti, dei rapporti conflittuali tra le diverse parti dell'Esecutivo e dell'Amministrazione e della complessità tecnica della materia. Il primo esito è stato lo Schema di Disegno di Legge Delega approvato dal Governo Draghi il 12 ottobre, quando già le elezioni di settembre avevano indicato una nuova maggioranza di destra. Il testo recepisce ampiamente le proposte della società civile elaborate dal Patto.

A gennaio 2023 il Governo Meloni ha approvato a sua volta il Disegno di Legge Delega, confermando sostanzialmente quello della legislatura precedente. Successivamente si è svolto il dibattito parlamentare, durante il quale ulteriori contenuti del Patto sono entrati a far parte della Legge Delega, approvata dal Parlamento italiano il 21 marzo (Legge n. 33/2023).

L'emanazione del Decreto Attuativo (marzo 2024)

La Legge Delega n. 33/2023 reca l'impianto generale della Riforma mentre il ruolo del Decreto Attuativo dovrebbe consistere nel tradurla in indicazioni puntuali. Il 15.03.2024 è stato promulgato il Decreto n. 29/2024: questo, però, in gran parte non contiene le attese indicazioni attuative ma rappresenta di fatto una riscrittura della Legge Delega che, in numerosi passaggi di primaria importanza, ne modifica nettamente i contenuti. Il Patto ha prodotto un'ampia mole di proposte per il Decreto Attuativo, che il Governo non ha ritenuto di prendere in considerazione. Più in generale, il testo è stato elaborato dall'Esecutivo in assenza di interazioni sostanziali con altri soggetti. Dopo la sua emanazione, la Conferenza delle Regioni ha espresso parere negativo, le Commissioni parlamentari competenti hanno presentato numerose obiezioni e il Patto ha formulato diverse critiche.

13a.3. A cosa serve una Riforma?

La Riforma prevista nel PNRR è la prima nella storia d'Italia, al pari di quelle introdotte – seppur decisamente in anticipo – nei Paesi vicini. Il motivo di fondo che ha portato alla loro realizzazione è il medesimo: sino agli anni '80 la dimensione numerica della popolazione anziana era contenuta mentre, a partire da allora, ha conosciuto una forte crescita. Tutte le riforme, dunque, cercano di modificare strutturalmente i sistemi di *welfare*, ideati quando gli anziani non autosufficienti erano assai meno di oggi, per metterli in condizione di rispondere alla loro sempre più diffusa presenza nonché alla diversificata e crescente complessità dei loro bisogni (Rothgang et al., 2020).

Coerentemente con una simile impostazione, la Legge Delega n. 33/2023 affronta le principali aree tematiche di questa politica pubblica: la regolazione e la *governance* dei rapporti tra gli attori coinvolti (il “come”), il profilo delle risposte erogate ad anziani e familiari (il “cosa”) e l'ampiezza dell'offerta di interventi (il “quanto”). Per ognuna viene perseguito un obiettivo strategico. Vediamoli.

Tabella 13a.2. La Riforma: obiettivi e argomenti

Obiettivo	Argomenti
La costruzione di un sistema unitario Problema: la caotica frammentazione del settore Area tematica: il "come", cioè la regolazione e la <i>governance</i> dei rapporti tra gli attori	• Il Sistema Nazionale Assistenza Anziani • La valutazione unificata della non autosufficienza
La definizione di nuovi modelli d'intervento Problema: i modelli non adeguati alla non autosufficienza di oggi Area tematica: il "cosa", cioè il profilo delle risposte erogate ad anziani e familiari	• I servizi domiciliari • I servizi residenziali • L'indennità di accompagnamento
L'ampliamento dell'offerta Problema: inadeguatezza degli attuali stanziamenti pubblici dedicati Area tematica: il "quanto", cioè l'estensione dell'offerta	• Il reperimento di nuove risorse

Fonte: rapporto "Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza"

- La costruzione di un settore unitario. S'intende superare l'attuale frammentazione delle misure pubbliche, dislocate tra servizi sanitari, servizi sociali e trasferimenti monetari nazionali non coordinati tra loro, con una babele di diverse regole e procedure da seguire. Si punta, dunque, alla realizzazione di un sistema il più possibile organico e unitario a tutti i livelli: assetto istituzionale, organizzazione dei servizi, percorso di anziani e famiglie, interventi offerti.
- La definizione di nuovi modelli d'intervento. Non di rado, quelli oggi esistenti sono stati progettati molti anni fa secondo logiche ormai superate dalla realtà e inadeguate ad affrontare il futuro, che non prendono debitamente in considerazione le specificità dello stato di non autosufficienza e le differenze tra chi versa in questa condizione. Si pensi, ad esempio, all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), agli interventi per le demenze, agli *standard* previsti per la residenzialità in alcuni contesti, all'indennità di accompagnamento, e così via.
- L'ampliamento dell'offerta. Tale estensione, da realizzare nei servizi alla persona, dipende dal reperimento di finanziamenti aggiuntivi. Gli attuali stanziamenti pubblici per i servizi sono, infatti insufficienti per rispondere alle esigenze degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Questa criticità accomuna

tutte le principali unità di offerta, domiciliari, semi-residenziali e residenziali, seppur in misura differente nelle varie aree del Paese. L'incremento di fondi dovrebbe ammontare a € 6-8 mld. annui (Patto, 2022), evidentemente da raggiungere in modo graduale.

Anche in una realtà territorialmente eterogenea come la nostra, queste questioni riguardano tutta l'Italia, benché si manifestino con differenze (anche notevoli) di forma e intensità. Nel fronteggiarle, quindi, bisogna trovare un punto d'incontro tra la necessità di avere regole e diritti nazionali, da una parte, e il riconoscimento delle differenze geografiche e di quanto già realizzato a livello locale, dall'altra. La Tabella 13a.2. sintetizza gli obiettivi della Riforma, anticipando gli specifici argomenti affrontati nei prossimi paragrafi.

13a.4. Un sistema integrato

Uno degli obiettivi della Riforma, come anticipato, è la costruzione di un settore integrato. Per raggiungerlo si opera parallelamente sul piano del sistema, innanzitutto istituendo il Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA), e su quello individuale, riformando le valutazioni della condizione di non autosufficienza, con il sistema di monitoraggio integrato a tenere insieme i fili.

Sistema Nazionale Per La Popolazione Anziana Non Autosufficiente (SNAA)

La Legge n. 33 introduce lo SNAA. Lo SNAA è una modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta di tutte le misure a titolarità pubblica – di Stato, Regioni e Comuni – dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti, che mantengono le titolarità esistenti. La *governance* dello SNAA si basa su un insieme di organismi unitari che ricompongono – a livello statale, regionale e territoriale – i diversi soggetti istituzionali coinvolti nella non autosufficienza e sono incaricati della programmazione integrata di tutte le misure di responsabilità pubblica. Pertanto, l'uso delle diverse risorse per il settore sarà programmato congiuntamente a ogni livello di governo.

L'organismo nazionale deputato è il nuovo Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della Popolazione Anziana (CIPA), presieduto dal Presidente del Consiglio e composto dai Ministri competenti. Il CIPA, approfondito più avanti, adotta, con cadenza triennale e aggiornamenti annuali, il "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della popolazione anziana non autosufficiente". Sulla base di quello nazionale, vengono elaborati gli analoghi piani regionali e locali, di medesima durata, da parte di: i) a livello regionale, un organismo composto dagli Assessori competenti, i rappresentanti dei Comuni e delle Asl; ii) a livello locale, un organismo composto dai rappresentanti dell'ambito territoriale sociale e del distretto sanitario.

Ognuno dei tre livelli di governo si avvale della partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore.

Il CIPA promuove l'adozione di un sistema nazionale di monitoraggio dello SNAA, riguardante l'intero ventaglio degli interventi forniti alle persone anziane non autosufficienti. Il monitoraggio si basa sull'integrazione dei differenti sistemi informativi esistenti.

L'istituzione dello SNAA rappresenta un passaggio chiave per governare congiuntamente le tre filiere istituzionali della non autosufficienza, oggi ben poco coordinate: le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps. L'obiettivo di ricomporre la frammentazione in direzione di un as-

setto organico viene perseguito cercando la massima organicità raggiungibile dati i vincoli del contesto italiano, cioè mantenendo le distinte titolarità istituzionali.

Nel Decreto Attuativo, tuttavia, la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure di responsabilità pubblica bensì i soli servizi e interventi sociali. In tal modo lo SNAA viene mantenuto nella forma ma cancellato nella sostanza. Ricomporre la frammentazione è un obiettivo chiave, se non il principale, della Legge Delega: proprio per questo era stato introdotto lo SNAA. Il Decreto, al contrario, di fatto elimina dai propri obiettivi la collaborazione tra i soggetti istituzionali e sancisce – per legge – la frammentazione del sistema.

Sistema Nazionale di Monitoraggio Integrato

Una volta abbandonato l'obiettivo di governare congiuntamente il complesso dei servizi e delle prestazioni forniti alle persone anziane non autosufficienti, cade anche la motivazione a costruire un quadro unitario di conoscenze in merito. In altre parole, la rinuncia ad applicare lo SNAA porta con sé quella a realizzare un Sistema Nazionale di Monitoraggio Integrato. Nel Decreto n. 29/2024, dunque, mancano entrambi.

Se si fosse puntato sull'obiettivo di ricomporre la frammentazione degli interventi, invece, un simile Monitoraggio sarebbe stato imprescindibile. Le tre filiere del settore (politiche sociali, politiche socio-sanitarie, prestazioni monetarie INPS) sarebbero così state considerate congiuntamente e le numerose fonti informative già in essere sarebbero state collocate in un quadro d'insieme.

Valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano

Si prevede che lo Stato sia responsabile della nuova Valutazione multidimensionale unificata (Vamu), che ingloba le diverse valutazioni oggi esistenti per ricevere le prestazioni nazionali (indennità di accompagnamento, Legge n. 104/92, invalidità

civile). La Vamu è realizzata con uno strumento valutativo di ultima generazione, multidimensionale e standardizzato, informatizzato, pienamente in grado di comprendere la situazione dell'anziano, contrariamente a quelli statali attualmente in uso, poco adatti allo scopo. In base alla Vamu si definisce di quali misure, fra quelle di responsabilità dello Stato, gli anziani e i loro *caregiver* possono usufruire.

Regioni e Comuni sono titolari delle Unità di Valutazione multidimensionale (Uvm) territoriali, che compiono la propria valutazione – a differenza di quanto accade oggi – partendo dalle informazioni già raccolte con la Vamu e integrandole come necessario per i loro specifici compiti. Questa valutazione è finalizzata a definire il Progetto Assistenziale Integrato (Pai) e a stabilire quali interventi gli anziani e i loro *caregiver* possono ricevere fra quelli di responsabilità di Regioni e Comuni, sotto forma sia di servizi (domiciliari, semi-residenziali o residenziali) che di contributi economici.

Il nuovo sistema di valutazione rappresenta un passo in avanti sotto diversi aspetti. Innanzitutto, una valutazione nazionale realizzata con uno strumento oggettivo e multidimensionale, a differenza di quanto avviene oggi, permette un'adeguata comprensione delle condizioni degli interessati. Inoltre, viene semplificato il percorso di anziani e famiglie perché si passa dalle cinque-sei valutazioni attuali, tra nazionali e territoriali, a due soltanto. Per finire, mentre le diverse valutazioni oggi non sono collegate tra loro, le due previste nel nuovo assetto lo sono e assicurano la continuità del percorso di anziani e famiglie.

Per quanto attiene al lavoro sul caso, grazie all'introduzione della Vamu, le Uvm – a differenza di oggi – potranno cominciare a operare disponendo già delle informazioni concernenti la condizione dell'anziano e focalizzarsi così sulla progettazione degli interventi, il loro compito primario. A livello di programmazione, invece, la Vamu permette – per la prima volta – di avere profili di utenti comparabili tra le Regioni.

Ora si attende la traduzione in pratica. In ogni modo, anche se il Decreto n. 29/2024 rimanda il disegno della sua concreta realizzazione ad atti successivi, il lavoro per razionalizzare procedure e passaggi è ben impostato.

13a.5. Nuovi modelli d'intervento

Un altro obiettivo della Riforma, si è detto, consiste nella definizione di nuovi modelli d'intervento. Guardiamo, allora, alle risposte che assorbono la maggior parte delle risorse pubbliche dedicate: servizi residenziali, servizi domiciliari e indennità di accompagnamento.

Servizi Domiciliari

In Italia manca un modello di assistenza domiciliare specifico per la condizione di non autosufficienza dell'anziano poiché quelli esistenti seguono – per impostazione istituzionale – logiche differenti. Infatti, l'ADI abbraccia il modello clinico/prestazionale mentre il Sad quello del disagio socio-assistenziale (vedi Box 13a.1.). Le rispettive risposte sono utili ma pensate per finalità differenti da quelle qui considerate.

La Delega introduce un servizio domiciliare progettato in base alle specificità della non autosufficienza. Questa condizione si protrae a lungo nel tempo e richiede assistenza continuativa: la Legge ne prende atto prevedendo interventi di durata e intensità adeguate. Inoltre, richiede uno sguardo globale sulla vita dell'anziano e delle sue reti informali: la Delega intende costruirlo a partire dall'unitarietà delle risposte tra sociale e sanità. La non autosufficienza, infine, è una condizione multidimensionale, che coinvolge molteplici aspetti dell'esistenza. È, dunque, necessario prevedere l'erogazione congiunta di una pluralità di servizi medico-infermieristico-riabilitativi-diagnostici, di sostegno nell'espletamento delle attività fondamentali della vita quotidiana e di affiancamento a *caregiver* e assistenti familiari, da definire in relazione alle condizioni dell'anziano e dei suoi familiari. È l'ultimo tassello: la previsione della multi-professionalità.

Nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto Attuativo la prevista Riforma dell'assistenza a casa viene cancellata. Rimane, invece, solo il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari erogati dagli attuali servizi domiciliari. A mancare è, soprattutto, un progetto che risponda alla domanda: “di quali interventi al domicilio hanno bisogno gli anziani non autosufficienti?”.

Box 13a.1. I modelli di domiciliarità in Italia**Modello clinico/prestazionale**

L'ADI offre in prevalenza singole prestazioni di natura medico-infermieristica-riabilitativa erogate per rispondere a determinate necessità sanitarie, sovente in assenza di una presa in carico legata alla non autosufficienza dell'anziano. È, in altre parole, guidata dalla logica della cura clinico-ospedaliera (*cure*), cioè la risposta a singole patologie, e non da quella del sostegno alla non autosufficienza (*care*), fondato su uno sguardo complessivo sulla situazione della persona e sui suoi molteplici fattori di fragilità, che dovrebbe condurre a risposte ben più ampie e articolate.

Modello del disagio socio-assistenziale

Spesso la non autosufficienza di per sé non basta per ricevere il Sad dei Comuni. Il servizio, invece, è utilizzato soprattutto per far fronte a casi la cui complessità non dipende solo da questo stato ma anche dalla compresenza di altre problematiche dell'anziano (reti familiari carenti, e ridotte risorse economiche). Si tratta, dunque, di un servizio guidato sempre più da una logica socio-assistenziale che, in parallelo alla non autosufficienza, nei fatti ritiene prioritari per l'erogazione la mancanza (o la debolezza) di reti familiari e di risorse economiche.

In sostanza, il primo modello riproduce la cultura ospedaliera storicamente dominante nella sanità mentre il secondo la cultura assistenziale storicamente dominante nei servizi sociali comunali.

Servizi Residenziali

La Legge Delega n. 33/2023 prevede:

- la previsione di una dotazione di personale commisurata alle esigenze degli anziani residenti. Oggi, al contrario, nelle strutture residenziali italiane è piuttosto comune riscontrare un insufficiente numero di operatori
- la presenza di professionalità con competenze adatte ai profili degli anziani ospitati. La popolazione residente, infatti, è sempre più problematica, sia per la compromissione medico-funzionale, sia (in particolare) per l'elevato numero di ospiti con demenza
- la garanzia della qualità degli ambienti di vita, grazie a strutture con ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la *privacy* e la continuità dei rapporti dei residenti con la comunità locale. Attualmente, non di rado, gli ambienti di vita nelle residenze presentano varie criticità.

L'intenzione di agire su dotazione di personale, sua qualificazione e requisiti strutturali è opportuna perché queste sono le principali leve che - a livello di politiche/programmazione - bisogna muovere per rafforzare i Servizi Residenziali. È dagli aspetti menzionati che si deve partire, infatti, per avere strutture in grado di relazionarsi con la crescente complessità delle persone anziane ospitate. La situazione, tuttavia, resta interlocutoria perché il Decreto n. 29/2024 non compie alcun passo nel tradurre i principi gene-

rali della Delega in indicazioni sostantive. Rimanda, invece, ad atti successivi.

Indennità di Accompagnamento

La Legge n. 33, infine, comprende la Riforma dell'Indennità, la prestazione monetaria più diffusa (circa il 51% della spesa pubblica del settore). L'indennità è un contributo economico in somma fissa (€ 531 mensili) senza vincoli d'uso, divenuto un simbolo del cattivo impiego delle risorse pubbliche. Si prevede di trasformarla in una nuova misura, denominata "prestazione universale", attraverso una serie di azioni concatenate ispirate alle direttrici condivise dal dibattito tecnico.

La possibilità di riceverla continua a discendere esclusivamente dal bisogno di assistenza, indipendentemente dalle disponibilità economiche del richiedente. Inoltre, l'ammontare della prestazione è graduato secondo il livello di fabbisogno assistenziale, affinché chi ha maggiori necessità possa ricevere cifre più elevate. L'importo minimo garantito è quello attuale dell'Indennità di Accompagnamento. Infine, i beneficiari possono scegliere tra due opzioni:

- a) un contributo economico senza vincoli d'uso, come oggi
- b) la fruizione di servizi alla persona (svolti sia in forma organizzata da prestatori di servizi di cura, sia in forma individuale da assistenti familiari regolarmente assunte).

Box 13a.2. La prestazione universale 2025-2026

Tutt'altra cosa, infatti, è la prestazione ("bonus anziani") prevista nel Decreto, su cui si è concentrata l'attenzione pubblica: l'assunto su cui si regge è che l'indennità non debba essere riformata. L'intervento predisposto è temporaneo, – per il biennio 2025-2026 - lascia immutata l'indennità e vi associa un ulteriore importo (€ 850 mensili per utente). Una misura che si colloca nell'antica tradizione italiana di non riformare ma di aggiungere qualcosa all'esistente, lasciandolo così com'è e stratificando il nuovo sopra il vecchio. Inoltre, per ricevere la prestazione temporanea sono richiesti non solo un elevato bisogno assistenziale ma anche ridotte disponibilità economiche. Viene così introdotto il principio che si può fruire dell'assistenza per la non autosufficienza a patto che, oltre a trovarsi in questo stato, si sia anche poveri, mentre attraverso il *welfare* è necessario sostenere anche le classi medie. In ogni modo, la nuova prestazione sarà fruita da una platea molto ridotta, 30 mila persone *over* 80 anni che ricevono l'indennità su un totale di € 1 mln.. L'estensione di questa prestazione avrebbe un costo esorbitante: € 10,2 mld. annui per fornirla a tutti i percettori *over* 80 dell'indennità di accompagnamento, € 14,3 mld. a tutti *over* 65.

L'alternativa b) comporta una maggiorazione dell'importo. Il beneficiario può sempre modificare l'opzione scelta.

Nel passaggio al Decreto, tuttavia, la revisione dell'Indennità è scomparsa. La prestazione universale, infatti, è divenuta una misura temporanea designata, al contrario, con il fine lasciare invariata l'Indennità di Accompagnamento (vedi Box 13a.2.).

sistema: discutere di finanziamenti ha senso solo se questa è solida. E qui sta il problema. Per nessuna delle tre misure principali (domiciliare, residenziale, indennità) è previsto, al momento, un piano di cambiamento. Ciò significa che non vi è nessun percorso di sviluppo del settore per il quale richiedere nuovi fondi strutturali. Prima ancora delle risorse, dunque, manca il progetto degli interventi da finanziare.

13a.6. L'ampliamento dell'offerta

L'ultimo obiettivo consiste nell'espansione dell'offerta, in particolare di servizi alla persona, nel nostro Paese piuttosto scarsa. A tal fine è necessario aumentare i finanziamenti pubblici dedicati. Il Decreto n. 29/2024 per il biennio 2025-2026 stanziava € 500 mln., destinati alla prestazione universale sperimentale, una misura – come detto – senza prospettive di sviluppo. Non vi sono nuove risorse di natura strutturale mentre la Riforma necessiterebbe, come anticipato, di € 6-8 mld. annui aggiuntivi a regime (Patto, 2022).

Sarebbe miope, tuttavia, concentrarsi esclusivamente sui fondi poiché era noto da tempo che, nel periodo di presentazione del Decreto, non sarebbero state disponibili somme aggiuntive. Ma, soprattutto, non bisogna dimenticare che lo snodo decisivo consiste nella capacità di ridisegnare il *welfare* per metterlo in grado di rispondere efficacemente alla crescente presenza di anziani non autosufficienti, in condizioni sempre più complesse. Il punto di partenza non può che essere la progettazione del

13a.7. Una visione d'insieme

L'approvazione del Decreto Attuativo n. 29/2024 ha portato a compimento il percorso cominciato con l'inserimento della Riforma nel PNRR, nel 2021, e continuato con l'approvazione della Legge Delega n. 33/2023. L'esito è stato inatteso. Mentre la Delega delineava un progetto di cambiamento ampio e condivisibile, infatti, il Decreto ne ha seguito in modo parziale le indicazioni, ridimensionando nettamente l'orientamento al cambiamento.

La portata dell'arretramento risulta evidente se si considerano le principali novità emerse nel passaggio tra Legge Delega e Decreto Attuativo: mancata applicazione dello SNAA (con rinuncia a costruire un sistema unitario della non autosufficienza); cancellazione della Riforma dell'Indennità di Accompagnamento (lasciando così inalterate – come accade dal 1980 – le notevoli criticità della più diffusa misura del settore); decisione di non progettare una domiciliarità pensata per la non autosufficienza (cioè di non mettere in discussione i modelli d'intervento oggi prevalenti ma inadeguati).

Quanto qui affermato non deve indurre a sottovalutare l'importanza della revisione delle valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano prevista dal Decreto. Se ben attuato, infatti, questo passaggio potrà migliorare in modo significativo la capacità di comprendere la situazione delle persone coinvolte e semplificare notevolmente passaggi e procedure. D'altra parte, si tratta dell'unico cambiamento di fondo introdotto (Tabella 13a.3.).

Tabella 13a.3. - La Riforma dopo il Decreto attuativo – Sintesi

Legge Delega (33/2023)	Decreto attuativo (29/2024)
Un sistema integrato	
Sistema Nazionale Assistenza Anziani	Mantenuto nella forma, cancellato nella sostanza
Sistema nazionale di monitoraggio integrato	Assente
Riforma valutazioni condizioni anziani	Ben impostata, partenza attesa entro fine 2025
Nuovi modelli d'intervento	
Riforma servizi domiciliari	Cancellata
Riforma servizi residenziali	Il Decreto rimanda a un successivo Decreto
Riforma Indennità di Accompagnamento	Cancellata
Ampliamento dell'offerta	
Reperimento nuove risorse	Mancano percorsi di sviluppo per i quali chiedere maggiori fondi

Fonte: rapporto "Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza"

Alla fine, collegando i diversi elementi raccolti il quadro si delinea chiaramente. A livello internazionale, le riforme hanno l'obiettivo di modificare strutturalmente i sistemi di *welfare* per renderli in grado di rispondere alla sempre più diffusa presenza di anziani non autosufficienti, nonché alla diversificata e crescente complessità dei loro bisogni. Nel nostro Paese, invece, la revisione strutturale di questo ambito del *welfare* è ancora di là da venire. Ecco qui il paradosso: la Riforma è stata allo stesso tempo definitivamente approvata sul piano formale, ma rinviata a tempi migliori, su quello sostanziale. In sintesi: nel 2023 la Legge Delega ha introdotto la Riforma e nel 2024 il Decreto Attuativo l'ha rinviata. Per un maggiore approfondimento, si può vedere il monitoraggio

realizzato dal Patto per un Nuovo *Welfare* sulla Non Autosufficienza (Patto, 2024).

13a.8. Prospettive a confronto

Non si può formulare un giudizio univoco sul percorso riformatore di questi anni. Dipende, infatti, dalla prospettiva scelta in merito all'oggetto dell'analisi e al periodo di riferimento. Due sono le angolazioni possibili: quella del PNRR o quella della Riforma strutturale dell'assistenza agli anziani necessaria al nostro Paese. Nella prima opzione (che chiameremo lo "sguardo corto"), l'attenzione è rivolta alle vicende della recente normativa: il periodo esaminato, dunque, va dall'introduzione della Riforma nel PNRR all'emanazione del Decreto Attuativo n. 29/2024 (periodo 2021-2024). Nella seconda opzione (lo "sguardo lungo"), invece, ci si concentra sulla Riforma strutturale che serve all'Italia: in questo caso il periodo da analizzare è ben più esteso perché comincia nel 1997 (anno di presentazione della prima proposta) e non è ancora terminato, dato che una simile Riforma continua a mancare.

Seguendo la prospettiva dello sguardo corto, all'inserimento della Riforma nel PNRR e alla presentazione di un disegno riformatore piuttosto completo nella Legge Delega, hanno fatto seguito significativi passi all'indietro con il Decreto Attuativo. Pertanto, il giudizio su questi anni non può che essere negativo. Inevitabile, inoltre, il diffondersi di un sentimento di frustrazione tra le organizzazioni del Patto e tra molti addetti ai lavori per la stridente contraddizione tra quanto avvenuto nella fase conclusiva e le speranze maturate in quelle precedenti.

Se si assume, invece, lo sguardo lungo come *focus* per l'analisi, tra gli *stakeholder* non prevale più la frustrazione per i mancati risultati di un percorso ormai concluso, bensì prevalgono la consapevolezza del fatto che – per la prima volta – il sistema di assistenza sia stato messo in discussione e quella tanto delle difficoltà quanto delle opportunità di un processo lungo e in divenire. Di conseguenza, il giudizio complessivo non è più negativo ma interlocutorio. La Tabella 13a.4. propone uno sguardo sintetico sulle due prospettive.

Tabella 13a.4. - La Riforma dell’assistenza agli anziani: prospettive a confronto

	Sguardo corto	Sguardo lungo
Oggetto (periodo)	Riforma PNRR (2021-2024)	Riforma necessaria (1997- in corso)
Tappe	Inserimento Riforma nel PNRR (2021) Legge Delega (2023) Decreto Attuativo (2024)	26 anni di attesa (1997-2023) Riforma PNRR (2021-2024) Proseguo del percorso (2024-in avanti)
Percorso	Terminato	In divenire
Giudizio	Negativo	Interlocutorio
Stato d'animo	Frustrazione	Consapevolezza

Fonte: rapporto “Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza”

13a.9. I passi in avanti

Fare proprio lo sguardo lungo significa ritenere, concordemente a molta letteratura scientifica, che sia sbagliato tracciare una linea precisa tra stabilità e cambiamento, cercando “il momento quando tutto muta”, e che, invece, ci si debba concentrare sui mutamenti incrementali e sul loro impatto trasformativo sulle politiche (Streeck, Thelen, 2004), ben sapendo che questo può verificarsi anche in un arco temporale assai esteso. Lo sguardo lungo, infatti, considera il mutamento delle politiche pubbliche come un processo incrementale, caratterizzato dall’alternanza di passi in avanti e passi indietro; un iter segnato altresì dalla non linearità degli eventi che si susseguono e dalla loro lunga durata (Bonoli, 2007). In quest’ottica la Riforma nel PNRR diventa parte di un cammino molto più articolato: le sue specificità consistono nell’aver messo in discussione la logica di lungo periodo del sistema e nell’aver costruito un fondamento per il cambiamento su cui lavorare. Vediamo gli aspetti principali, sintetizzati nella successiva Tabella 13a.5..

Riconoscimento

Sino al 2021, per la politica e per le istituzioni l’assistenza agli anziani non autosufficienti “non esisteva” come settore specifico del *welfare*, mentre era ben visibile un frammentato universo di interventi diversi e di varia provenienza. Nel corso dei decenni si sono resi evidenti i limiti di un simile modo di proce-

dere: sul piano dei contenuti, l’assenza di una spinta adeguata alla progettazione e alla realizzazione unitaria delle risposte; sul piano politico, la difficoltà nel promuovere sviluppo e riforme di un settore non chiaramente identificabile. Non a caso, il principale criterio impiegato per individuare le riforme dell’assistenza agli anziani a livello internazionale consiste nel verificare che venga raffigurato come ambito del *welfare* il più possibile autonomo e integrato (Rothgang et al., 2020).

Il percorso di elaborazione compiuto in questi ultimi anni, dunque, si è basato sulla visione della non autosufficienza come uno specifico ambito del *welfare* che, in quanto tale, ha un oggetto identificabile, obiettivi precisi e confini definiti (al pari di pensioni, sanità, povertà, ecc.). Le scelte definitive sono poi andate in altre direzioni – in particolare con la mancata applicazione dello SNAA – ma, intanto, sono state gettate le fondamenta per riprendere il tema in seguito.

Cambiamenti

Ci si riferisce qui alle novità effettivamente previste nel Decreto n. 29/2024, discusse in precedenza, che devono ora essere tradotte in pratica. La principale riguarda la revisione delle valutazioni della condizione di non autosufficienza dell’anziano, con la semplificazione di strumenti e di processi e la previsione di una Vamu a livello nazionale. Si tratta di una novità di notevole rilievo, da verificare, come sempre, alla prova dell’attuazione.

Tabella 13a.5. La Riforma del PNRR: i passi in avanti compiuti

Riconoscimento	L'assistenza agli anziani non autosufficienti come specifico ambito del <i>welfare</i>
Cambiamenti	Le novità effettivamente introdotte nella normativa, ora da mettere in pratica (in particolare la Riforma delle valutazioni delle condizioni dell'anziano)
Basi per ulteriori cambiamenti	La messa in discussione a livello istituzionale, per la prima volta, di aspetti finora ritenuti intoccabili (in particolare su indennità di accompagnamento, domiciliarità e sistema di <i>governance</i>)

Fonte: rapporto "Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza"

Basi per ulteriori cambiamenti

Nel triennio 2021-2024 è stata aperta la strada per l'innovazione futura di aspetti cruciali, caratterizzati sinora da uno strenuo immobilismo. Il riferimento è, innanzitutto, alle principali novità della Delega poi cancellate dal Decreto Attuativo: la Riforma della domiciliarità, quella dell'Indennità di Accompagnamento e l'introduzione dello SNAA. Esse poggiavano, rispettivamente, sui seguenti assunti: in Italia non esistono servizi domiciliari progettati per la non autosufficienza, l'Indennità di Accompagnamento non può essere un totem imm modificabile, per costruire il nuovo sistema di assistenza bisogna andare oltre la mera integrazione socio-sanitaria.

Nonostante questi orientamenti siano sostenuti dall'evidenza empirica e dall'esperienza, italiana e internazionale (NNA, anni vari), è la prima volta che nel nostro Paese sono stati presi in considerazione a livello istituzionale. Trattandosi di cambiamenti profondi, che vanno in direzione opposta alle posizioni tradizionalmente prevalenti nell'amministrazione, non stupisce che abbiano incontrato una forte opposizione. Intanto, però, hanno ottenuto un'inedita attenzione e sono stati ampiamente discussi, ponendo le basi per il cambiamento futuro.

In conclusione, la domanda per il prossimo futuro è solo una: gli anni del PNRR saranno ricordati come l'avvio di un percorso riformista verso la Riforma strutturale o come un semplice intermezzo in un immobilismo di lungo periodo impossibile da sconfiggere?

Riferimenti bibliografici

Network non Autosufficienza (NNA), anni vari, "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporti", Rimini, Maggioli.

NNA (Network Non Autosufficienza) (2021) "Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Una proposta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza," www.luoghicura.it, 27 gennaio.

Orlando A (2021) "La co-progettazione sarà il metodo del Ministero del Welfare", in *Vita.it*, 12 novembre.

Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza (2022) "Proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani. Un contributo per il confronto", www.pattononautosufficienza.it, 1 marzo.

Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza (2024) "Alla ricerca del futuro. La riforma dell'assistenza agli anziani", Rimini, Maggioli, scaricabile da www.pattononautosufficienza.it

Pierson P (2000) "Increasing returns, path dependence and the study of politics", in *American Political Science Review*, 94, 2, pp. 251-267.

Research Centre in Inequality and Social Policy, Università di Brema.

Rothgang H, Fischer J, Sternnkopf M, Dotter, L F (2020) "The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multidimensional typology",

Streeck W &, Thelen K (2004), "Introduction: institutional change in advanced political Economies", in Streeck W & Thelen K (a cura di), *Beyond Continuity. Institutional change in advanced political economies*, Oxford, Oxford University Press, pp. 1-35.

Sintesi
CAPITOLO 13b
L'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner ME.¹

Il contributo analizza i *trend* di sviluppo delle prestazioni economiche in denaro legate ai bisogni di non autosufficienza.

Sebbene nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) le provvidenze economiche rivestano un ruolo marginale e limitato, nel comparto sociale sono predominanti e assumono la forma di benefici o indennità che spesso non prevedono vincoli di utilizzo, né requisiti stringenti per l'accesso. Inoltre, poiché queste provvidenze non comportano l'erogazione diretta di servizi, non sono legate a forme di accreditamento di strutture.

Gran parte di queste prestazioni è gestita dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS): quelle analizzate nel contributo sono le indennità di accom-

pagnamento, le pensioni di invalidità civile, le pensioni di invalidità e i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992.

Nell'ultimo decennio (2014-2024), sia i beneficiari di indennità di accompagnamento che i percettori di una pensione di invalidità civile sono costantemente aumentati (+1,4% medio annuo i primi e +1,7% medio annuo i secondi); tali incrementi sono principalmente attribuibili all'invecchiamento progressivo della popolazione.

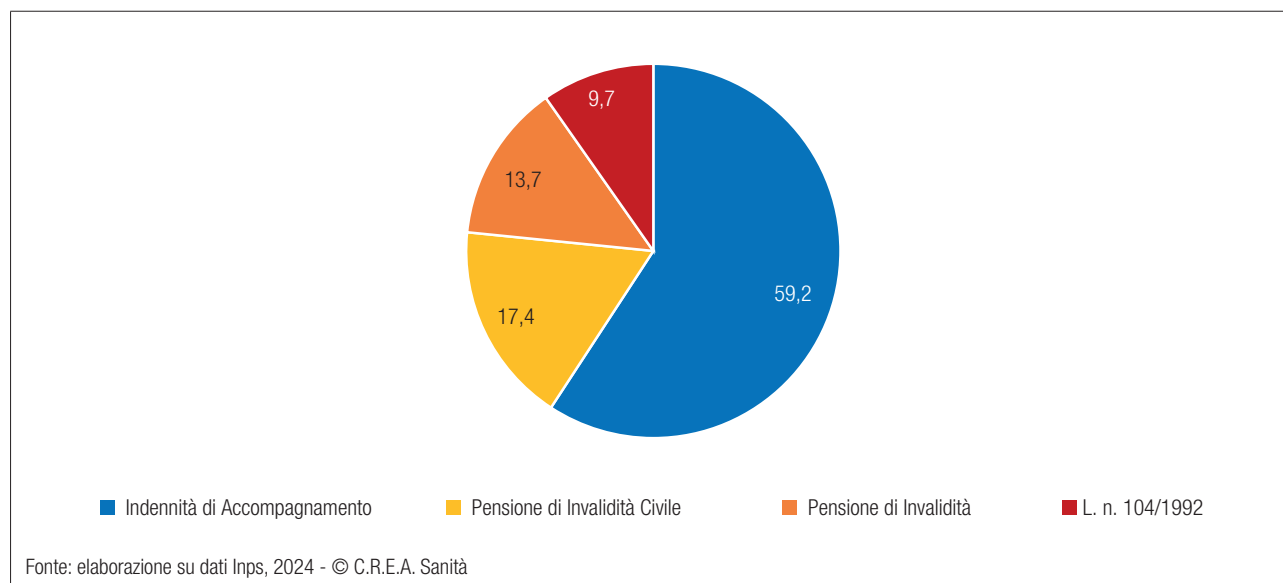
I percettori di una pensione di invalidità (assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984), di contro, nello stesso periodo, sono diminuiti dello 0,7% medio annuo.

Beneficiari: indennità di accompagnamento, pensione invalidità civile, pensione invalidità



¹ C.R.E.A. Sanità

Spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza . Valori %. Anno 2024



Nel 2024, oltre 16,0 ultrasessantacinquenni ogni 100 hanno ricevuto una indennità di accompagnamento. Sono, tuttavia, riscontrabili marcate differenze nella concessione di detto beneficio economico: nelle Regioni del Nord ha ottenuto l'indennità di accompagnamento il 12,2% degli *over 65*, nelle Regioni del Centro il 17,6% e in quelle del Sud il 22,0%. L'incidenza dei beneficiari di una pensione di invalidità civile sulla popolazione di età compresa tra i 18 e i 65 anni è pari al 2,8% a livello nazionale e sono evidenti notevoli differenze tra le ripartizioni geografiche: nelle Regioni settentrionali l'incidenza media dei beneficiari è del 1,6%, in quelle centrali del 2,6% e in quelle meridionali del 4,4%. Per quanto riguarda le pensioni di invalidità, l'incidenza di beneficiari sulla popolazione 18-65 è pari allo 0,9% a livello nazionale, ma allo 0,7% nelle Regioni settentrionali, allo 0,9% in quelle centrali e all'1,2% in quelle meridionali.

Nel 2024, il 60,3% dei beneficiari di indennità di accompagnamento appartiene al genere femminile: il fenomeno è, almeno in parte, collegato alla maggiore quota di donne anziane, che rappresentano il 56,1% della popolazione *over 65*. Anche nel caso delle pensioni di invalidità civile, il beneficio economico è maggiormente concentrato sul genere femminile (53,0%); i beneficiari di pensioni di invalidità, invece, sono prevalentemente uomini (65,7%):

questa prevalenza maschile riflette il legame tra la misura economica e la partecipazione al mondo del lavoro, storicamente più alta tra gli uomini.

Nel panorama dei benefici per la non autosufficienza previsti dalla legislazione italiana, trova spazio anche la L. n. 104/1992, che riconosce alle persone con disabilità e ai loro familiari la possibilità di usufruire di periodi di assenza retribuita dal lavoro, aggiuntivi rispetto ai normali permessi previsti, ad esempio, per la maternità. Nel 2022, sono 5,6 milioni i permessi usufruiti da dipendenti del settore pubblico; ad usufruire maggiormente dei permessi sono state le donne. Nel 2022, le lavoratrici del settore pubblico hanno usufruito del 59,2% dei permessi totali. Nel settore privato, invece, risultano 549.497 beneficiari di permessi; oltre 485.277 (ovvero l'88,3%) usufruiscono del permesso per un familiare (solo 64.220 beneficiari ne usufruiscono a titolo personale: in ogni caso appartengono per lo più al genere femminile).

Nel 2023, si stima che la spesa pubblica per le provvidenze analizzate sia stato pari a € 25,4 mld., equivalente al 19,7% della spesa sanitaria pubblica. La parte maggiore, il 59,2%, è relativa alle indennità di accompagnamento; seguono, con il 17,4%, le pensioni di invalidità civile e con il 13,7% le pensioni di invalidità IVS, considerando di queste i soli benefi-

ciari sotto i 65 anni. Infine, il restante 9,7% è relativo agli oneri connessi ai permessi ex L. n. 104/1992, che in buona parte coprono ancora necessità legate alla malattia e alla disabilità.

Infine, sebbene manchi qualsiasi “contabilizza-

zione” degli aiuti informali, è possibile ipotizzare che nel 2023, a fronte di € 15,1 mld. di indennità di accompagnamento erogate, almeno € 4,8 mld. siano state destinate all’assistenza informale.

CAPITOLO 13b

L'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner ME.¹

Le prestazioni in denaro, pur non assenti, nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) giocano un ruolo essenzialmente marginale e circoscritto: assumono, infatti, principalmente la natura di *voucher*, (denominati regionalmente anche “assegno di cura” o “di assistenza”), ovvero provvidenze da spendersi per specifici servizi sanitari erogati da professionisti o strutture all'uopo accreditate dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL); l'ambito in cui sono più utilizzati e più diffusi è certamente quello dell'assistenza domiciliare (Istat, 2020).

Al contrario del comparto sanitario, in quello sociale, di cui il Rapporto si occupa della parte deputata alle forme di *Long Term Care* (LTC), gli interventi in denaro sono, invece, largamente prevalenti e si configurano non tanto come *voucher*, quanto come benefici/indennità.

Spesso non è previsto alcun vincolo all'utilizzo e, talvolta, neppure per l'accesso al diritto; analogamente, non trattandosi di erogazione di servizi “strictu sensu”, non è prevista alcuna forma di accreditamento dei soggetti dai quali i beneficiari delle cennate provvidenze economiche acquistano i servizi: questo sancisce una netta soluzione di continuità rispetto all'approccio invalso nel SSN.

Molte delle provvidenze che possono essere considerate all'interno del disegno brevemente delineato sono gestite dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS): la struttura del *welfare* italiano prevede che, a fronte di disabilità (che spesso hanno una eziologia di tipo sanitario), che portino a deficit di ca-

pacità lavorativa o, comunque, di inclusione sociale, maturi un diritto all'integrazione del reddito, che si realizza con indennità o pensioni.

Nei prossimi paragrafi si sintetizzano i principali elementi quantitativi legati alle prestazioni in denaro riconducibili a condizioni di non autosufficienza o, comunque, di bisogno di lunga durata: in particolare, in continuità con le edizioni precedenti del Rapporto, ci si concentrerà sulle Indennità di Accompagnamento, sulle Pensioni di Invalidità e Invalidità Civile, e sugli oneri derivanti dalla L. n. 104/1992.

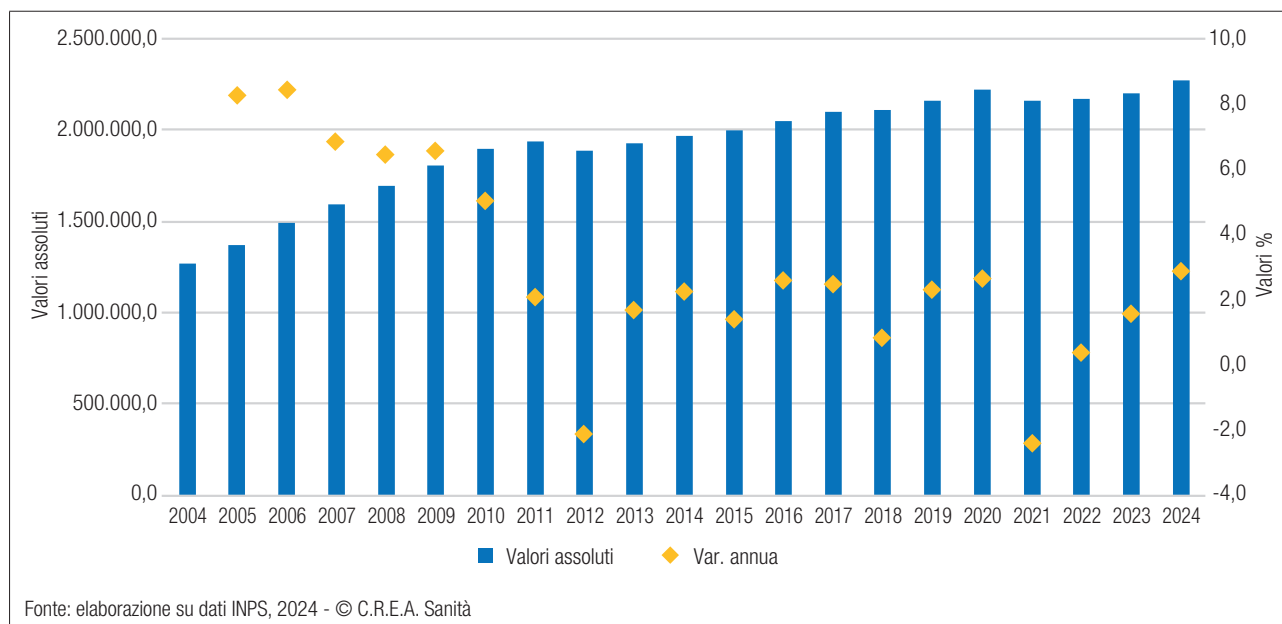
13b.1. Indennità di Accompagnamento

Rimandando alle precedenti edizioni del Rapporto per i dettagli, ricordiamo che l'INPS riconosce un'Indennità di Accompagnamento ai soggetti mutilati o invalidi totali che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero ai soggetti che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessitano di un'assistenza continuativa.

L'Indennità di Accompagnamento viene erogata al solo titolo della minorazione, ovvero indipendentemente dal reddito posseduto o da altri requisiti quali l'età. Sono, invece, esclusi dal diritto gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in un istituto (ovvero con retta a carico dello Stato o altro Ente) per un periodo superiore a 30 giorni e coloro che percepiscono Indennità per Invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

¹ C.R.E.A. Sanità

Figura 13b.1. Beneficiari di Indennità di Accompagnamento



Al 1.01.2024, secondo gli ultimi dati diffusi dall'INPS, risultano 2,3 mln. di beneficiari di Indennità di Accompagnamento: il dato ha presentato una crescita del 15,3% nel decennio 2014-2024 (+1,4% medio annuo) ed una del 2,9% nell'ultimo anno (Figura 13b.1.).

L'incremento osservato è fondamentalmente imputabile a fattori demografici, ossia al progressivo invecchiamento della popolazione.

Infatti, a livello nazionale l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione *over 65* (pari al 16,7%) ha evidenziato un lieve incremento rispetto al 2019 (+0,2 punti percentuali (p.p.)). Ripetendo l'analisi con riferimento agli *over 75*, la crescita del cennato tasso risulta ancora più esigua (+0,1 p.p. tra il 2019 ed il 2024).

Tra le Regioni settentrionali (che presentano un'incidenza media del 12,2%; -0,3 p.p. nel periodo 2019-2024) il tasso massimo si registra in Lombardia (13,9%; +0,3 p.p. tra il 2019 e il 2024) e quello minimo in Piemonte (11,4%; -0,5 p.p. nel periodo 2019-2024); tra quelle centrali (con un tasso medio del 17,6%), invece, il valore massimo si registra in Umbria (+0,7 p.p. nel periodo) e quello minimo in Toscana (12,6%; -0,4 p.p. nel periodo); infine, nelle

Regioni meridionali (che presentano un tasso medio del 22,0%) ai due estremi si posizionano la summenzionata Calabria ed il Molise con il 17,0% (-0,1 p.p.) (Figura 13b.2.).

Il tasso medio dei beneficiari di Indennità di Accompagnamento sulla popolazione ultrasessantacinquenne delle Regioni settentrionali è diminuito di 0,3 p.p. rispetto al 2019, quello delle Regioni del Centro è aumentato di 0,1 p.p., mentre quello relativo alle Regioni meridionali ha mostrato una lieve flessione (-0,1 p.p.).

All'inizio del 2024, a livello regionale l'indicatore ha raggiunto il suo valore massimo in Calabria (27,5% e +1,0 p.p. nel periodo 2019-2024); hanno fatto seguito Campania con il 24,3% e Puglia con il 23,9% (rispettivamente +0,8 p.p. e +2,0 p.p. tra il 2019 e il 2024). All'estremo opposto si è posizionato il Piemonte, dove solamente l'11,4% degli *over 65* ha usufruito della misura in oggetto (-0,5 p.p. nel periodo 2019-2024); in successione si sono posizionate la Liguria con il 12,0% (-0,6 p.p. tra il 2019 e il 2024) e il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna dove il valore dell'indicatore ha raggiunto il 12,3% (rispettivamente -0,4 p.p. e +0,3 p.p. tra il 2019 e il 2024).

Figura 13b.2. Beneficiari Indennità di Accompagnamento: incidenza su popolazione over 65

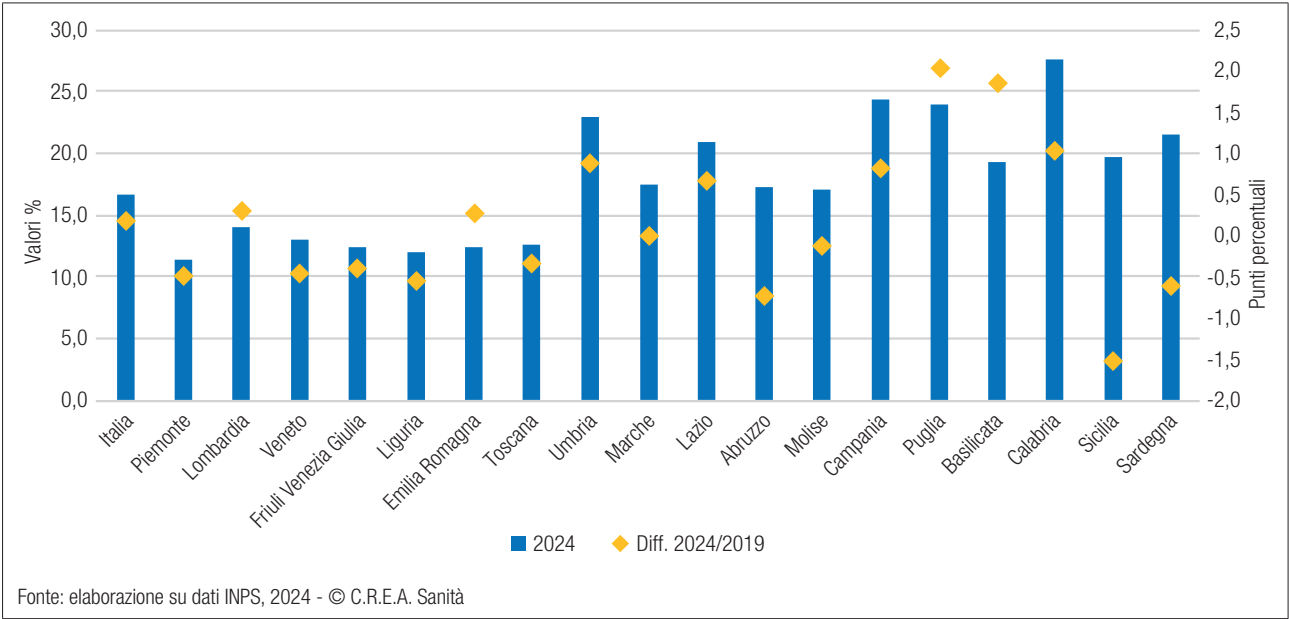
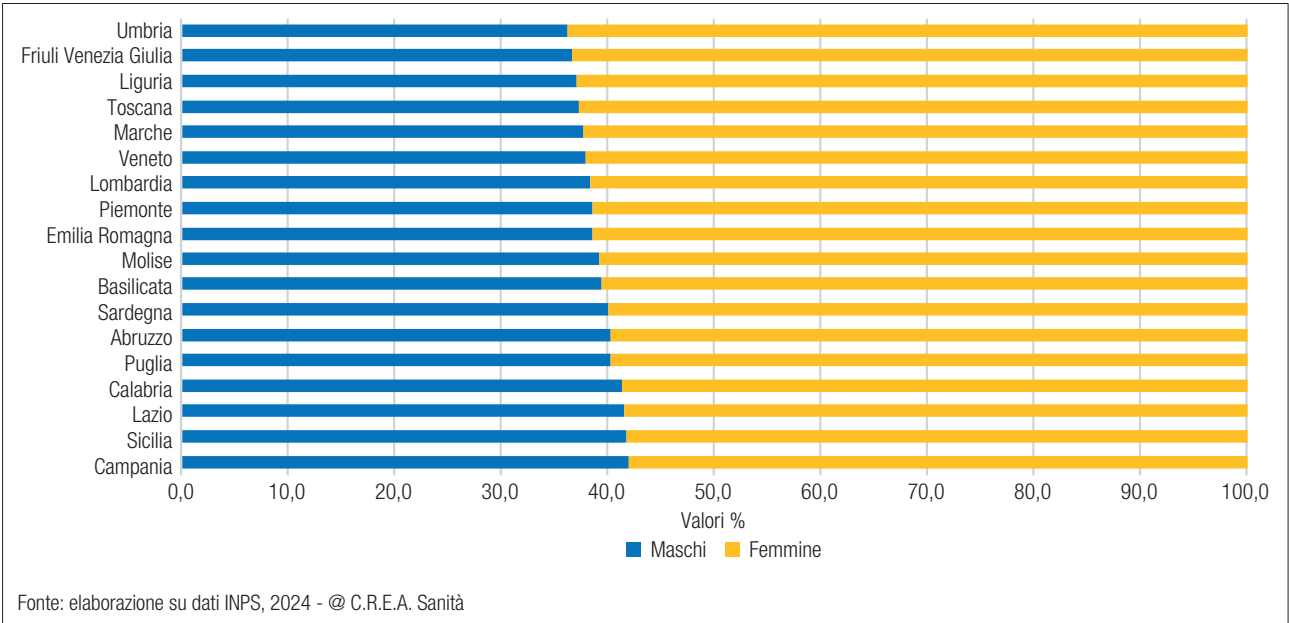


Figura 13b.3. Quota beneficiari di Indennità di Accompagnamento per genere. Anno 2024



A livello regionale non è possibile apprezzare una omogeneità neppure standardizzando la popolazione rispetto all'età².

L'analisi della distribuzione per genere dei per-

cettori di Indennità di Accompagnamento ha palesato che la ripartizione dei benefici si concentra sul genere femminile: a inizio 2024, il 60,3% dei beneficiari appartiene al genere femminile. Anche in que-

² Non sono disponibili i dati relativi a Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige

sto caso, a livello nazionale, il fenomeno è, almeno in parte, collegato alla maggiore quota di donne anziane, che rappresentano il 56,1% della popolazione *over 65*.

È anche possibile apprezzare un gradiente Nord-Sud: in tutte le Regioni meridionali la quota di Indennità erogate a donne è inferiore di quella mediamente registrata nelle Regioni della ripartizione Centro-Settentrionale (rispettivamente 61,8% Nord; 60,5% Centro e 58,9% Sud).

Tra le Regioni del Centro-Nord, l'Umbria riporta la quota minore di uomini beneficiari di Indennità (36,3%); tra quelle meridionali, Campania (58,1%), Calabria (58,7%) e Sicilia (58,3%) sono, invece, le Regioni in cui si raggiunge la minor quota di donne beneficiarie (Figura 13b.3.).

Anche l'analisi della distribuzione regionale per genere con riferimento esclusivamente agli *over 65* conferma l'esistenza di un gradiente tra Regioni cen-

tro-settentrionali e meridionali: nelle Regioni del Nord appartiene al genere femminile il 71,4% dei percettori *over 65* del beneficio economico oggetto di analisi; il valore dell'indicatore si attesta al 69,8% nelle Regioni del Centro e si ferma al 67,5% in quelle del Sud (Figura 13b.4.).

Nel 2024, il 17,9% delle *over 65* gode dell'Indennità di Accompagnamento a fronte del 15,1% del genere maschile.

Nelle Regioni meridionali le donne che beneficiano dell'Indennità sono il 23,7% della popolazione femminile *over 65*, a fronte del 13,5% del Nord e del 19,1% del Centro (Figura 13b.5.). A tal proposito, si consideri che solamente il 31,8% della popolazione femminile *over 65* risiede al Sud contro il 47,6% delle Regioni del Nord: tale considerazione suggerisce l'esistenza di un *bias* a livello regionale nella concessione dei benefici.

Figura 13b.4. Quota beneficiari di Indennità di Accompagnamento *over 65* per genere. Anno 2024

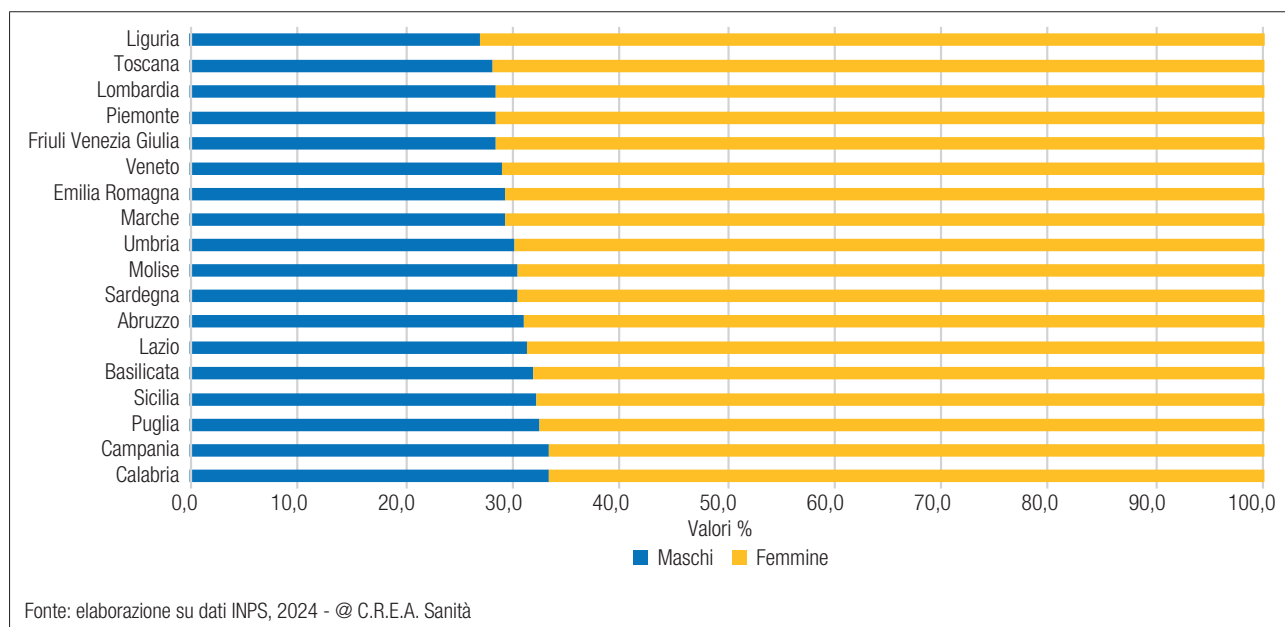
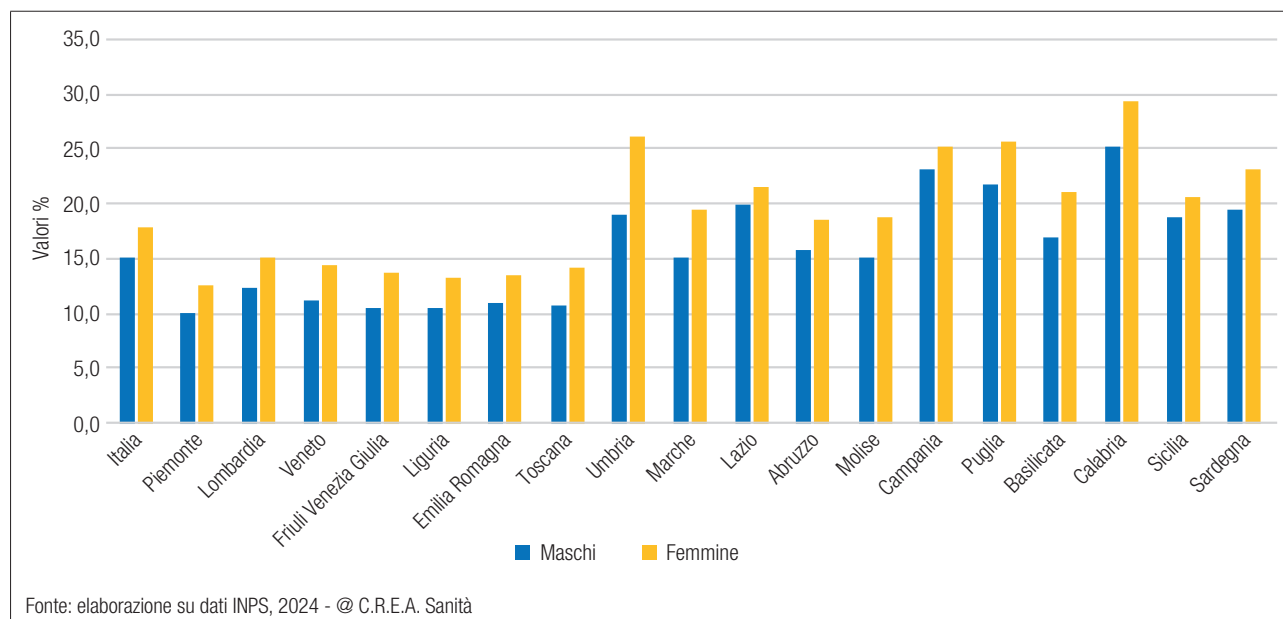


Figura 13b.5. Beneficiari Indennità di Accompagnamento per genere: incidenza su popolazione over 65. Anno 2024

In termini di spesa, nell'anno 2023, l'onere complessivo per le Indennità è stato pari a € 15,1 mld., con una crescita di circa € 1,7 mld. (ovvero dell'12,6%, corrispondente all'1,2% medio annuo) dal 2013; rispetto all'ultimo anno, invece, l'incremento di spesa ha raggiunto il 3,5% (pari a € 512,0 mln.) (Figura 13b.6.). Deflazionando con il valore generale del FOI³, in termini reali si palesa una contrazione che ammonterebbe a € 703,1 mln. ovvero al -5,3% (-0,5% medio annuo).

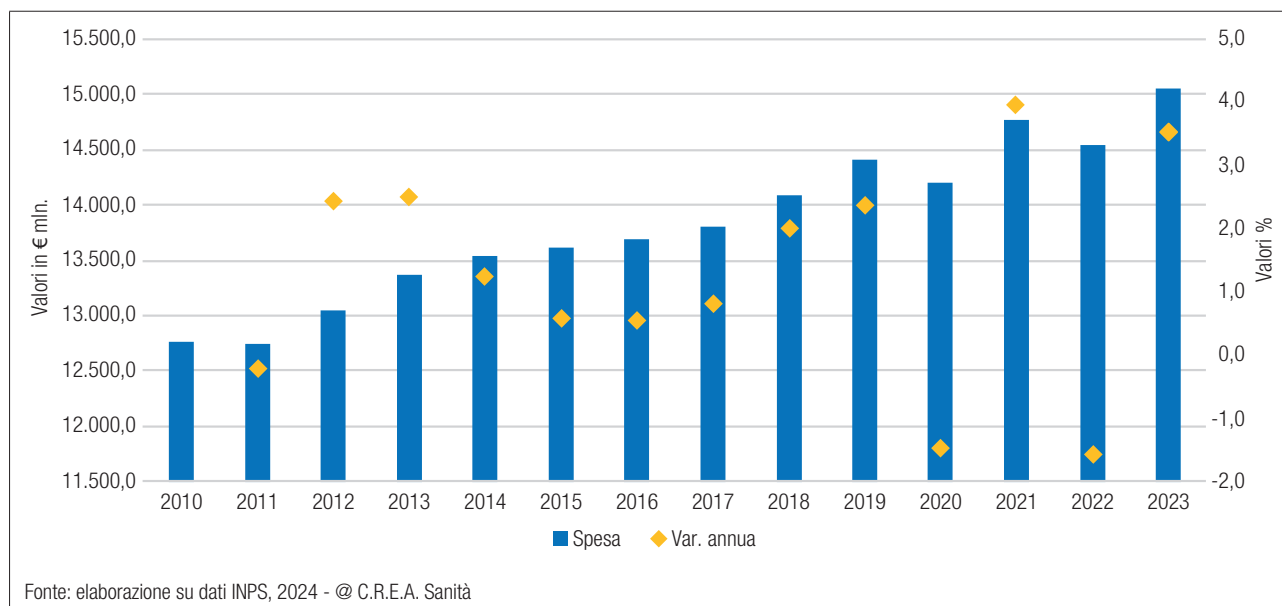
In linea generale, facendo riferimento all'intero arco temporale analizzato, la spesa ha evidenziato un *trend* crescente: fanno eccezione il 2020 e il 2022. Queste "eccezioni" con buona probabilità possono essere il frutto dello sfalsamento temporale dei dati presentati: il valore pubblicato dei percettori del beneficio economico oggetto di analisi, infatti, fotografa la situazione al 1° gennaio di ogni anno, mentre il dato di spesa si riferisce alla spesa sostenuta dall'INPS nell'arco dell'intero anno, ossia a con-

suntivo. In aggiunta, si consideri che nel 2020 anche la diffusione del Covid-19 potrebbe aver influito a determinare una relazione inversa tra beneficiari e spesa (sono aumentati i primi ma è calata la seconda)⁴.

In definitiva, appare lecito poter affermare che il progressivo invecchiamento della popolazione determina una crescita della platea degli aventi diritto all'ottenimento del beneficio economico oggetto di analisi che, con il parallelo incremento delle Indennità medie corrisposte, determina un aumento dell'onere complessivo a carico dell'INPS. Tuttavia, tale beneficio economico presenta diverse incidenze regionali non spiegate completamente dalla demografia: differenze che potrebbero essere il frutto di scarse attività di prevenzione messe in atto soprattutto nelle Regioni meridionali, oppure potrebbero essere causate da diverse "politiche di accesso" all'ottenimento della provvidenza economica adottate nelle varie Regioni.

³ Indice dei prezzi al consumo per le Famiglie di Operai e Impiegati (FOI). In particolare, tale indice si riferisce ai consumi dell'insieme delle famiglie che fanno capo ad un lavoratore dipendente (operaio o impiegato). Si tratta di un indice usato per adeguare periodicamente i valori monetari

⁴ I beneficiari al 1.01.2020 sono aumentati, ma con buona probabilità durante la crisi pandemica c'è stata una riduzione causata dai decessi che ha determinato una contrazione della spesa rilevata al 31.12.2020

Figura 13b.6. Indennità di Accompagnamento: spesa annua

13b.2. L'utilizzo dell'Indennità di Accompagnamento: una stima

L'Indennità di Accompagnamento, come sopra citato, viene rilasciata al solo riconoscimento di minorazioni fisiche o psichiche. In buona sostanza, si deve trattare di soggetti che necessitano di un'assistenza continuativa.

Trattandosi di una provvidenza economica erogata, come più volte menzionato, indipendentemente dal reddito del soggetto ricevente e non avendo alcun vincolo di destinazione, ci è apparso utile tentare di stimare come i percettori del beneficio economico oggetto di analisi impieghino le risorse ricevute a titolo di Indennità.

In prima battuta, apparirebbe lecito ipotizzare che i beneficiari dell'Indennità di Accompagnamento utilizzino le Indennità ricevute per assicurarsi l'assistenza continuativa di un *caregiver* (tipicamente una badante) oppure per compartecipare alla spesa della retta in strutture residenziali o ancora per compartecipare alla spesa per poter usufruire di prestazioni

domiciliari di tipo socio-assistenziale offerte prevalentemente dai Comuni di residenza.

Secondo i dati diffusi dall'INPS nell'ambito dell'"Osservatorio sui Lavoratori Domestici", nel 2023, le badanti regolari nel nostro Paese sono state 413.697 in calo del 3,7% sull'anno precedente e del 4,9% sul 2018 (-1,0% medio annuo nel quinquennio 2018-2023); si consideri, però, che l'Istat stima che le badanti regolari rappresentino solamente il 48,2%⁵ del totale; ne discende, che per il 2023, si può ragionevolmente ipotizzare che le badanti totali siano 842.287, di cui il 51,8% (428.590 in riduzione del 4,6% sul 2022 e del 10,1% rispetto al 2018 ovvero del 2,1% medio annuo tra il 2018 e il 2023) irregolari. Si supponga, inoltre, che ad ogni badante (tanto regolare che irregolare) corrisponda un beneficiario di Indennità ovvero che vi sia un rapporto uno a uno: ne consegue che solamente il 38,2% (-2,2 p.p. rispetto al 2022 e -3,7 p.p. rispetto al 2018) dei percettori di Indennità⁶ si affiderebbe nell'espletamento delle proprie attività quotidiane alla collaborazione di una badante.

⁵ L'ultimo dato disponibile fornito dall'Istat è riferito all'anno 2021; si ipotizza, pertanto che nel 2022 e nel 2023 non vi siano state modifiche nelle quote di badanti regolarizzate

⁶ Si ricorda che nel 2023 i percettori di indennità sono stati circa 2,2 mln.

Nel medesimo Osservatorio, l'INPS pubblica anche, per il comparto delle badanti regolarizzate, le classi di importo della retribuzione annua⁷, il numero di badanti per ciascuna classe di importo e i contributi versati dai datori di lavoro per ciascun gruppo: per questo comparto di badanti si arriva così a stimare una spesa annua complessiva di circa € 4,1 mld. (in aumento dell'1,4% sull'anno precedente). La spesa per le badanti irregolari è stata dedotta supponendo i medesimi livelli retributivi di quelle regolari e la stessa distribuzione per classe di importo, ma al netto dei contributi versati dai datori di lavoro: in questo modo si giunge ad ipotizzare una spesa annua pari a circa € 3,6 mld. (in flessione di circa mezzo p.p. sull'anno precedente). L'intero settore delle badanti avrebbe avuto, pertanto, nel 2023 un costo complessivo pari a circa € 7,8 mld. (+0,6% sull'anno precedente e +5,4% sul 2018), di cui il 53,4% imputabile alla componente regolare e il residuale 46,6% a quella irregolare.

Rapportando il numero complessivo di badanti alla spesa totale annua del settore, si ottiene una retribuzione media annua per badante di circa € 9.216,1 (+4,9% rispetto al 2022 e +10,8% rispetto al 2018).

Se si considera che, nel 2023, l'Indennità media annua di Accompagnamento risulta di circa € 6.826,0⁸, i relativi beneficiari per avere il supporto di una badante devono in media aggiungere € 2.390,1, che si traducono in una spesa complessiva annua pari a circa € 2,0 mld. a totale carico dei percettori dell'Indennità e/o delle loro famiglie.

Secondo l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati⁹ dell'Istat, sono 356.556⁹ i soggetti (*over 65* e disabili) ospiti nelle residenze; supponendo, come cennato in premessa, che siano beneficiari di Indennità (il 16,2% del totale dei percettori) e che "investano" l'intero ammontare delle risorse ricevute per la compartecipazione alla spesa della retta nelle residenze, si stima una spesa

annua pari a circa € 2,4 mld..

Infine, secondo i dati diffusi sempre dall'Istat all'interno della cennata indagine, sono 628.636 gli *over 65* e disabili che usufruiscono dei servizi domiciliari socio-assistenziali offerti dai Comuni; supponendo che si tratti di percettori di Indennità (il 28,5% del totale) e che destinino parte delle Indennità ricevute alla compartecipazione alla spesa per i servizi ricevuti, se ne ricava una spesa annua approssimativamente pari a € 63,5 mln. (Tabella 13b.1).

Tabella 13b.1. Stima dell'impiego dell'Indennità di Accompagnamento

Settore	Valori assoluti (€ mln.)	Composizione (%)
Badanti	7.762,6	51,6
di cui regolari	4.142,0	27,5
di cui irregolari	3.620,8	24,1
Compart. retta residenze	2.433,9	16,2
Compart. ass. dom. socio-assistenziale	63,5	0,4
Ass. familiare/altro	4.794,0	31,8
Totale	15.054,0	100,0

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Da quanto precede, è possibile ipotizzare che nel 2023, a fronte di € 15,1 mld. di Indennità erogate, il 68,2% (€ 10,3 mld.) sia stato impiegato per "acquistare" servizi o da soggetti che svolgono la professione della badante o da strutture dedicate alla cura e al trattamento di soggetti invalidi. Il residuale 31,8% (€ 4,8 mld.) con buona probabilità rappresenta una forma di "compenso" per l'attività svolta dai cosiddetti *caregiver* informali, che spesso si identificano con la figura di un familiare.

L'analisi condotta evidenzia che sebbene nel corso degli anni sia aumentato il numero di coloro che hanno diritto all'Indennità e le Indennità medie

⁷ Non tutte le badanti regolari sono "full time" ossia conviventi; molte hanno contratti di lavoro con orario variabile e, ovviamente, questo determina un'estrema variabilità delle retribuzioni annue corrisposte

⁸ Valore ottenuto rapportando il numero totale di percettori di Indennità alla spesa totale del beneficio economico

⁹ Si fa riferimento all'ultimo dato disponibile pubblicato dall'Istat e riferito all'anno 2022

corrisposte, il ricorso all'ausilio di una badante (regolare o irregolare) tende a diminuire poiché l'aumento medio delle Indennità corrisposte non riesce a compensare l'incremento di spesa che il datore di lavoro deve personalmente sostenere per assicurarsi il supporto della figura professionale oggetto di studio; a tal proposito, si consideri che nell'ultimo anno la retribuzione media per badante è aumentata di circa il 5,0% a fronte di un aumento dell'Indennità media corrisposta del 2,0%.

La stima condotta, per quanto imprecisa (poiché non tutti i residenzializzati, così come non tutti quelli che si affidano ad una badante, sono necessariamente percettori di Indennità), apre una serie di interrogativi. In primis, sarebbe auspicabile che venisse condotta una analisi della efficacia e efficienza relativa dell'assistenza informale rispetto a quella "formale", anche confrontando la efficacia/efficienza delle erogazioni di servizi verso quella di Indennità monetarie; inoltre va ricordato che nel caso dell'Indennità di Accompagnamento il bisogno assistenziale costituisce il requisito principe necessario ad ottenere il succitato beneficio economico, non essendo prevista la valutazione di ulteriori parametri legati, ad esempio, all'età o al reddito, mentre il medesimo bisogno assistenziale non costituisce requisito sufficiente per poter accedere al sistema delle cure domiciliari: infatti, per poter beneficiare di un'assistenza continuativa a domicilio è necessario essere non autosufficienti, ma i criteri di individuazione del requisito impiegati nei diversi contesti regionali sono eterogenei e, sovente, le normative regionali demandano la determinazione di tali criteri a singoli Enti (ASL e/o Comuni) o a dispositivi normativi.

Sarebbe auspicabile, pertanto, addivenire ad una omogeneizzazione sul territorio nazionale dei criteri valutativi degli stati invalidanti per l'ottenimento di un'assistenza continuativa a domicilio; così come sarebbe altrettanto auspicabile che le regole di valutazione utilizzate dai diversi Enti per l'eleggibilità all'ottenimento sia dell'ADI che l'Indennità di Accompagnamento fossero le medesime. Il luogo di residenza non dovrebbe fare la differenza per l'ottenimento dei benefici sopra cennati.

13b.3. Pensioni di Invalidità Civile

Le Pensioni di Invalidità Civile sono provvidenze economiche erogate dall'INPS ai mutilati ed invalidi civili con un'età compresa tra i 18 anni e i 65 anni nei cui confronti sia accertata una Invalidità pari al 100%, in pratica una totale inabilità lavorativa: suppliscono quindi alla impossibilità di ottenere un reddito lavorativo.

Rimandando alle precedenti edizioni del Rapporto per una descrizione più approfondita, ricordiamo che il diritto alla pensione è condizionato al possesso di determinati limiti reddituali.

La prestazione è cumulabile con l'Indennità di Accompagnamento ed è altresì erogabile se l'invalido è ricoverato in un istituto pubblico che provvede al suo sostentamento.

Ricordiamo che le Pensioni di Invalidità Civile, al raggiungimento dell'età di pensionamento si trasformano in assegni sociali.

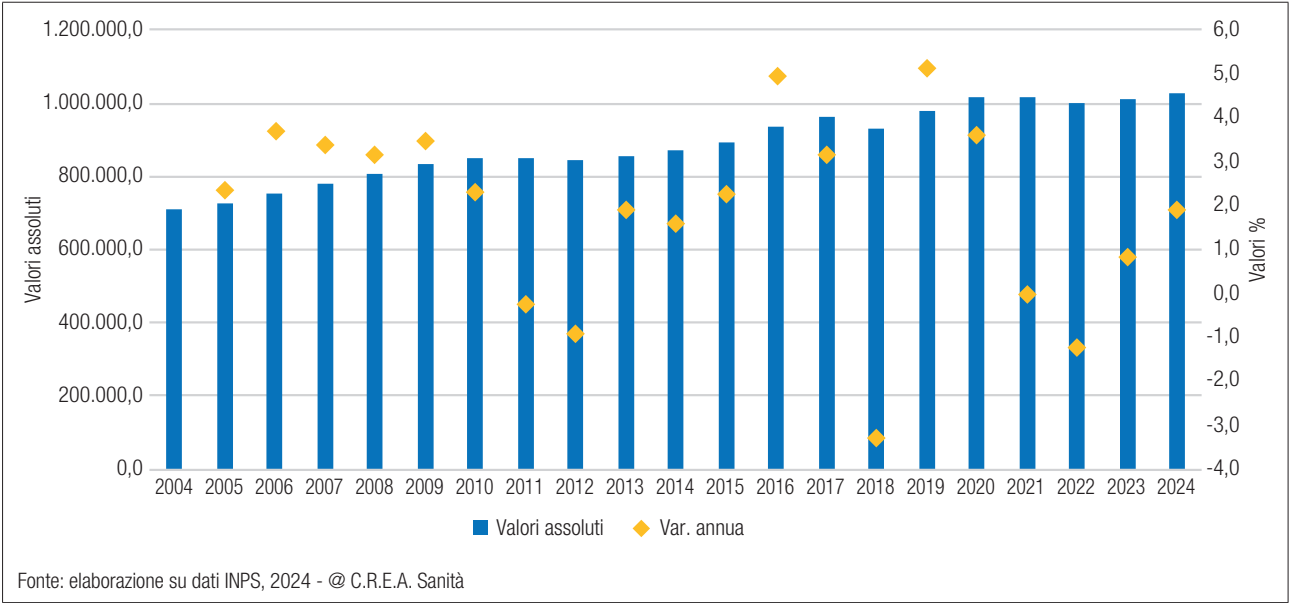
Al 1.01.2024 risultano circa 1,0 mln. di beneficiari di Pensioni di Invalidità Civile. Tra il 2014 ed il 2024, il dato ha presentato una crescita del 18,2% (+1,7% medio annuo); la crescita nell'ultimo anno è stata pari all'1,9% (Figura 13b.7.).

L'incidenza dei beneficiari sulla popolazione di età compresa tra i 18 e i 65 anni è pari al 2,8% a livello nazionale, in crescita di 0,2 p.p. rispetto al 2019.

Tra le Regioni settentrionali l'incidenza di beneficiari è massima in Liguria (2,3%) e minima nelle cenate Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna; tra quelle centrali l'indicatore raggiunge il suo valore più alto in Umbria (3,5%) e quello minore in Toscana (1,8%); nel meridione, invece, si passa dal dato citato della Calabria al 3,4% dell'Abruzzo (Figura 13b.8.).

Dai dati sopra esposti risulta, pertanto, evidente che nelle Regioni della ripartizione settentrionale i tassi sono mediamente più bassi (1,6% stabile rispetto al 2019) rispetto a quelli delle rimanenti ripartizioni ed in particolar modo in confronto a quelli delle Regioni meridionali che hanno raggiunto nel 2024 il 4,4% con una crescita di 0,4 p.p. nell'arco temporale analizzato: il fenomeno può, almeno in parte, essere spiegato con il gradiente reddituale Nord-Sud che caratterizza l'Italia.

Figura 13b.7. Beneficiari di Pensione di Invalidità Civile



A livello regionale si passa dal 5,7% della Calabria (+1,0 p.p. nel periodo 2019-2024), seguita da Puglia (4,9%; +0,7 p.p. tra il 2019 e il 2024), Campa-

nia e Sardegna (4,5%) (rispettivamente +0,6 e +0,3 p.p.), all'1,6% di Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna (tendenzialmente stabili nel periodo di analisi).

Figura 13b.8. Incidenza beneficiari di Pensioni di Invalidità Civile su popolazione 18-65. Anno 2024

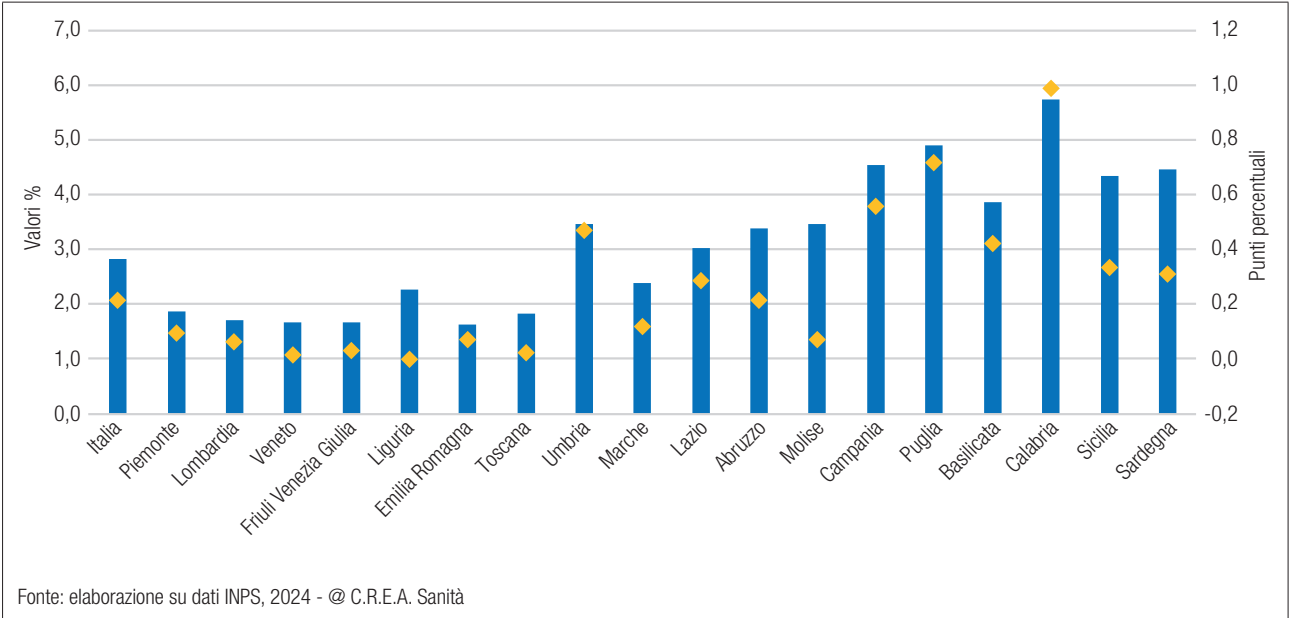
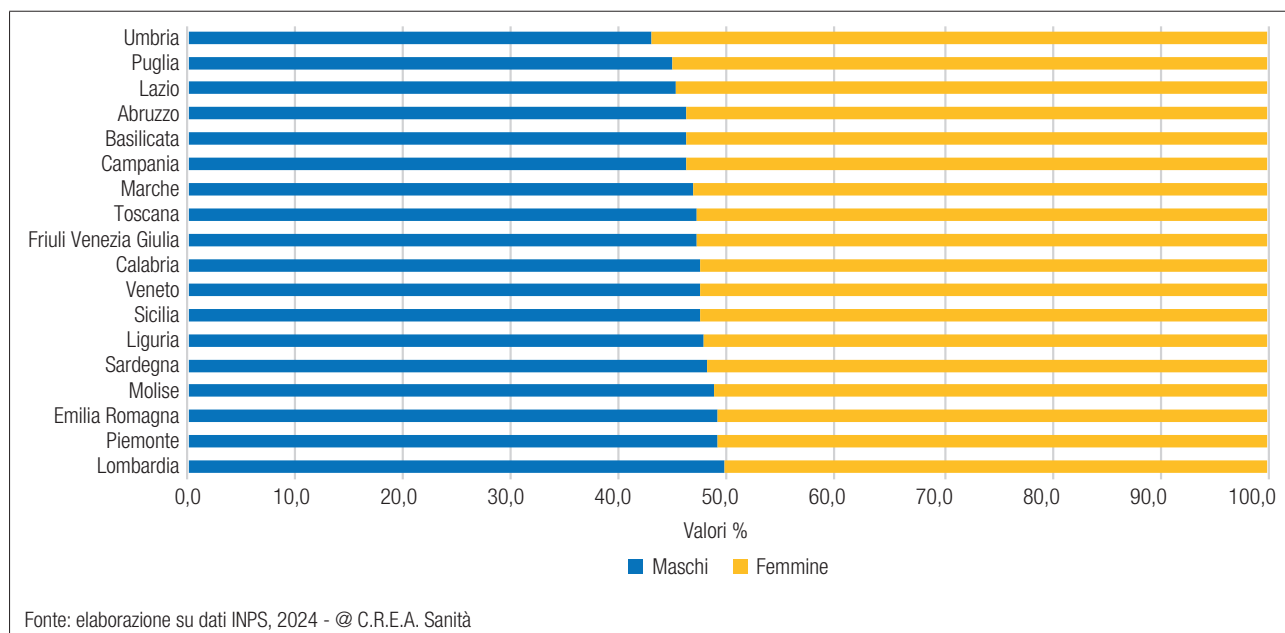


Figura 13b.9. Quota dei beneficiari di Pensioni di Invalidità Civile per genere. Anno 2024

L'incidenza di donne che beneficiano di Pensioni di Invalidità è del 53,0%. Nel 2024, la quota di donne è massima in Umbria dove ha raggiunto il 56,9% e minima in Lombardia con il 50,5%, a cui fanno seguito Piemonte e Emilia Romagna con il 51,0% (Figura 13b.9.). In ogni caso, sul fronte delle Pensioni di Invalidità Civile, le differenze di genere, pur rimanendo

evidenti in alcune Regioni centrali e meridionali, sono assai meno marcate rispetto a quanto registrato per le Indennità di Accompagnamento.

Nel 2024, il 3,0% delle donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni riceve la Pensione di Invalidità Civile contro il 2,6% dei coetanei maschi.

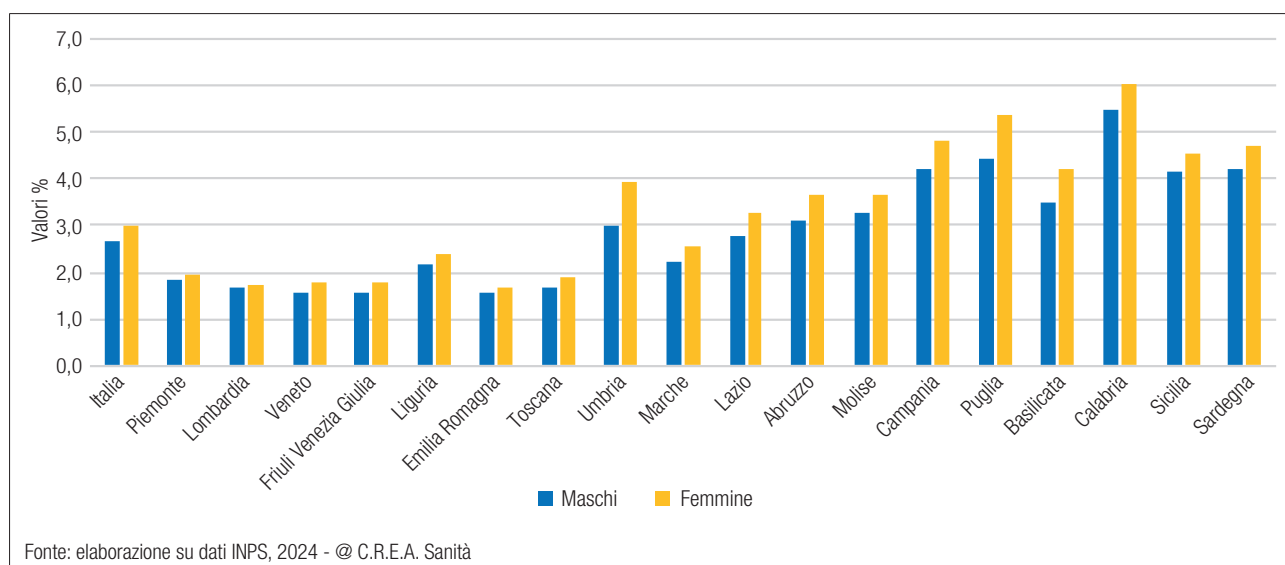
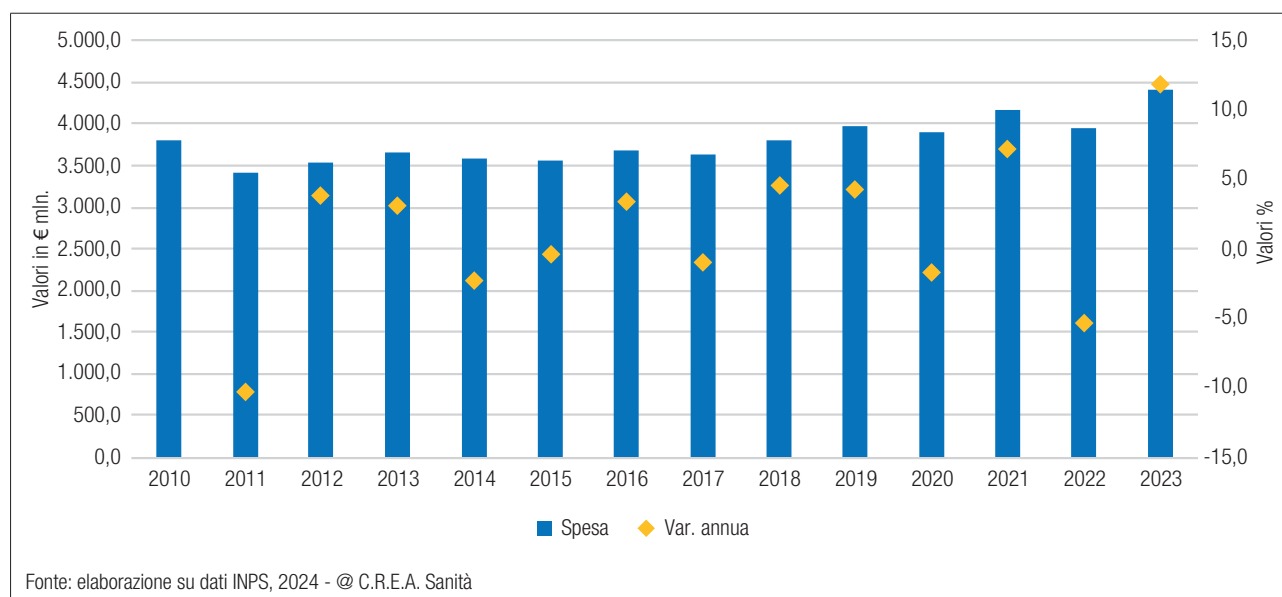
Figura 13b.10. Beneficiari di Pensioni di Invalidità Civile per genere: incidenza su popolazione 18-65. Anno 2024

Figura 13b.11. Pensioni di Invalidità Civile: spesa annua



Le differenze osservabili nei tassi sono rilevanti: in particolare, per quanto riguarda il genere femminile che, nel 2024, vede il 4,9% delle donne residenti nel Sud beneficiare di una Pensione di Invalidità Civile, contro il 2,8% del Centro e l'1,7% del Nord. Analoga considerazione può essere fatta anche con riferimento al genere maschile: 4,3% al Sud vs 2,4% del Centro e 1,6% del Nord (Figura 13b.10.).

In termini di spesa, l'onere complessivo, per le Pensioni di Invalidità Civile, nel 2023, è stato di circa € 4,4 mld., valore in crescita del 20,9% rispetto al 2013 (+€ 763,3 mln.) e dell'11,9% in confronto all'anno precedente (+€ 469,0 mln.) (Figura 13b.11.). In termini reali, invece, tra il 2013 e il 2023 l'incremento di spesa si ferma a € 63,2 mln. (ovvero +1,7% che si traduce in un +0,2% medio annuo).

La spesa, tuttavia, oltre ad essere influenzata dal numero dei percettori e dall'Indennità media corrisposta (che tutti gli anni viene adeguata al tasso di inflazione), in alcuni anni è fortemente dipendente dallo "smaltimento" degli arretrati, come si evidenzia dalla variabilità dei tassi di variazione.

In definitiva, pertanto, cresce il numero delle Pensioni corrisposte, ma la spesa non in tutti gli anni analizzati segue il segno dei benefici corrisposti, per effetto della liquidazione degli arretrati; le differen-

ze regionali osservabili nei tassi, possono almeno in parte essere spiegate dalla diversa capacità reddituale che contraddistingue le varie ripartizioni e dal diverso livello di possibilità di occupazione, osservabile nelle varie realtà regionali, oltre che a livello di genere.

13b.4. Pensioni di Invalidità

Gli assegni di invalidità, le Pensioni di Inabilità e le Pensioni di Invalidità ante 1984, sono parte della cosiddetta gestione Invalidità, Vecchiaia e Superstiti (IVS). In particolare, la Pensione di Invalidità è una prestazione economica a favore dei soggetti ai quali sia stata riconosciuta una riduzione parziale della capacità lavorativa (dal 74,0% al 99,0%) e con un reddito inferiore alle soglie previste annualmente dalla legge. La Pensione di Inabilità, invece, è una prestazione economica, erogata in favore dei lavoratori per i quali viene accertata l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

A differenza dell'invalidità civile, le Pensioni di Invalidità della gestione IVS rappresentano una prestazione "border line" rispetto al perimetro di interesse del Rapporto Sanità, essendo fortemente caratterizzate da elementi di stampo prettamente previdenzia-

le, sono integrazioni della Pensione garantite in caso di impossibilità (o di possibilità ridotta) di generare reddito.

Per quanto precede, si è ritenuto di considerare i soli beneficiari di età inferiore a 65 anni, assumendo che per gli anziani si tratti di una prestazione strettamente previdenziale (la pensione, integrata per compensare gli anni di minore lavoro).

Al 1.01.2024 risultano circa 331.000 Pensioni di Invalidità (considerando sia gli assegni di invalidità, le Pensioni di Inabilità e le Pensioni di Invalidità ante 1984) erogate a beneficiari di età 18-65 anni.

Rispetto al 2019 la platea è diminuita di 23.053 pensioni (-6,5%).

In particolare, il complesso delle Pensioni di Invalidità è costituito per l'87,9% dagli assegni di invalidità (3,5 p.p. in più rispetto al 2019), seguono le Pensioni di Inabilità con l'11,4% (-2,3 p.p. rispetto al 2019) e, infine le Pensioni di Invalidità ante 1984 con il residuale 0,7% (-1,2 p.p. rispetto al 2019). Nell'ultimo anno, il complesso delle pensioni di invalidità ha riportato una variazione positiva dell'1,4% (+2,6% assegni invalidità; -5,4% Pensione Inabilità e -19,0% Pensione Invalidità ante 1984) (Figura 13b.12.).

L'incidenza di beneficiari sulla popolazione 18-65 è pari allo 0,9% a livello nazionale, stabile sul 2019.

Tra le Regioni della ripartizione settentrionale,

il tasso massimo si registra in Valle d'Aosta dove raggiunge l'1,3%, mentre quello minimo si riferisce al dato citato di Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia; nel Centro si va dal valore cennato dell'Umbria, allo 0,7% della Toscana; tra le Regioni meridionali, invece, si passa dal valore della Calabria (2,1%) allo 0,8% della Sicilia (Figura 13b.13.).

A livello regionale si osserva una forte variabilità dell'incidenza dei beneficiari, sebbene senza un definito gradiente geografico: si passa dal 2,4% dell'Umbria (+0,3 p.p. rispetto al 2019) e dal 2,1% della Calabria (tendenzialmente stabile nel periodo), al valore minimo di Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia dove il predetto tasso raggiunge lo 0,6% (in flessione di 0,2 p.p. in Trentino Alto Adige, di 0,1 p.p. in Piemonte, Lombardia e Friuli Venezia Giulia e stabile in Veneto rispetto al 2019).

I beneficiari di Pensioni di Invalidità di età compresa tra i 18 e i 65 anni sono prevalentemente uomini (65,7%): nelle Regioni settentrionali il 61,8% dei beneficiari delle Pensioni di Invalidità appartiene al genere maschile, in quelle centrali tale quota scende al 61,7%, mentre in quelle meridionali il valore dell'indicatore raggiunge il 70,7%.

Figura 13b.12. Beneficiari di Pensioni di Invalidità

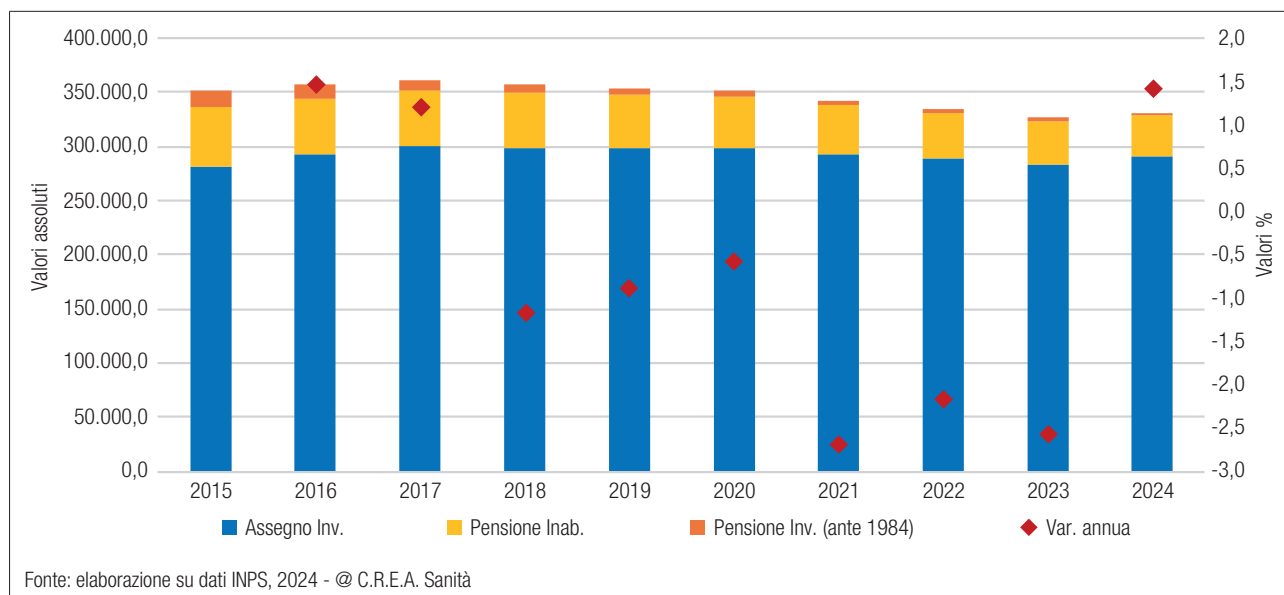
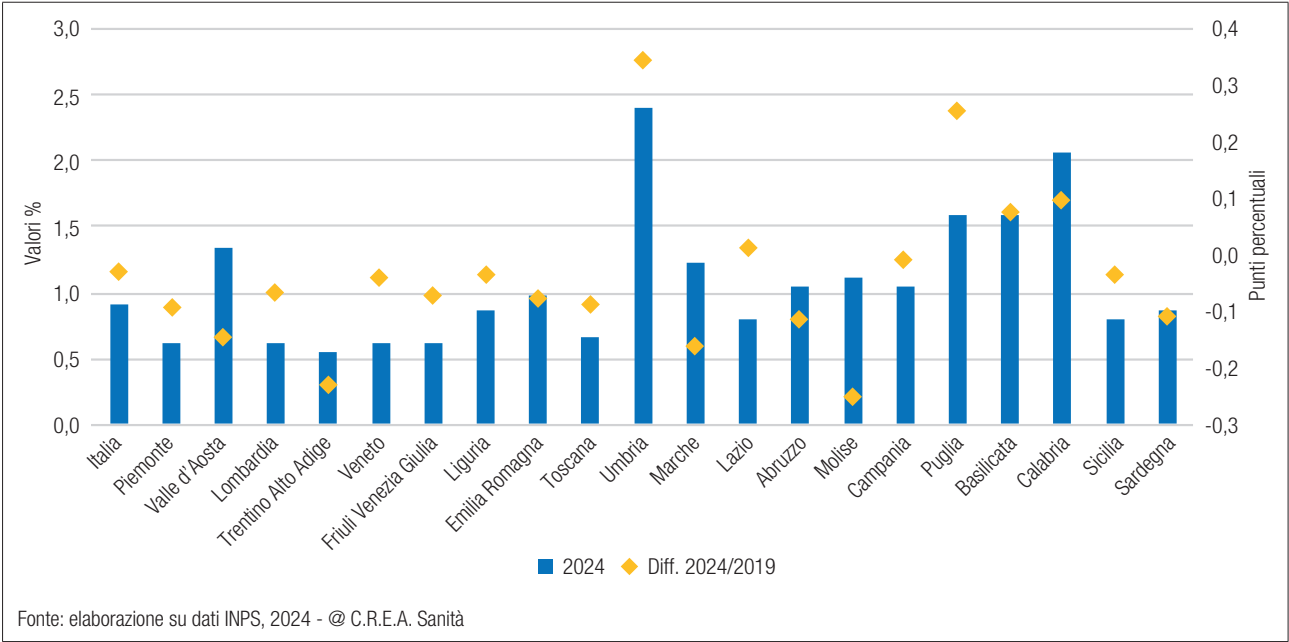


Figura 13b.13. Incidenza beneficiari di Pensioni di Invalidità su popolazione 18-65



In particolare, tra le Regioni del Nord la quota di donne beneficiarie di Pensioni di Invalidità è massima in Emilia Romagna (40,9%) e minima in Valle d'Aosta (35,6%); tra quelle centrali, invece, il richiamato indicatore tocca il suo valore massimo nelle Marche

e in Umbria (39,2%) e minimo in Toscana (37,4%); infine, tra quelle meridionali il valore massimo è stato riportato dalla Calabria (38,0%) e quello più basso dalla Sicilia (22,3%).

Figura 13b.14. Quota dei beneficiari di Pensioni di Invalidità di 18-65 anni per genere. Anno 2024

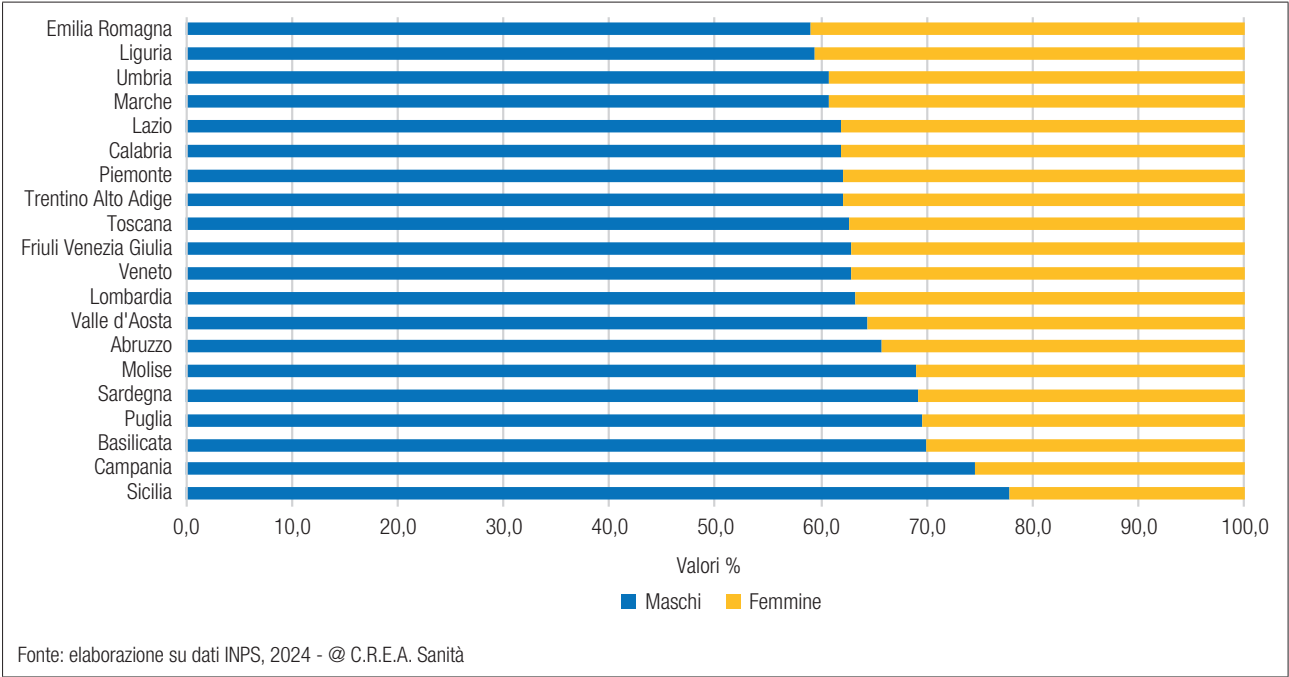
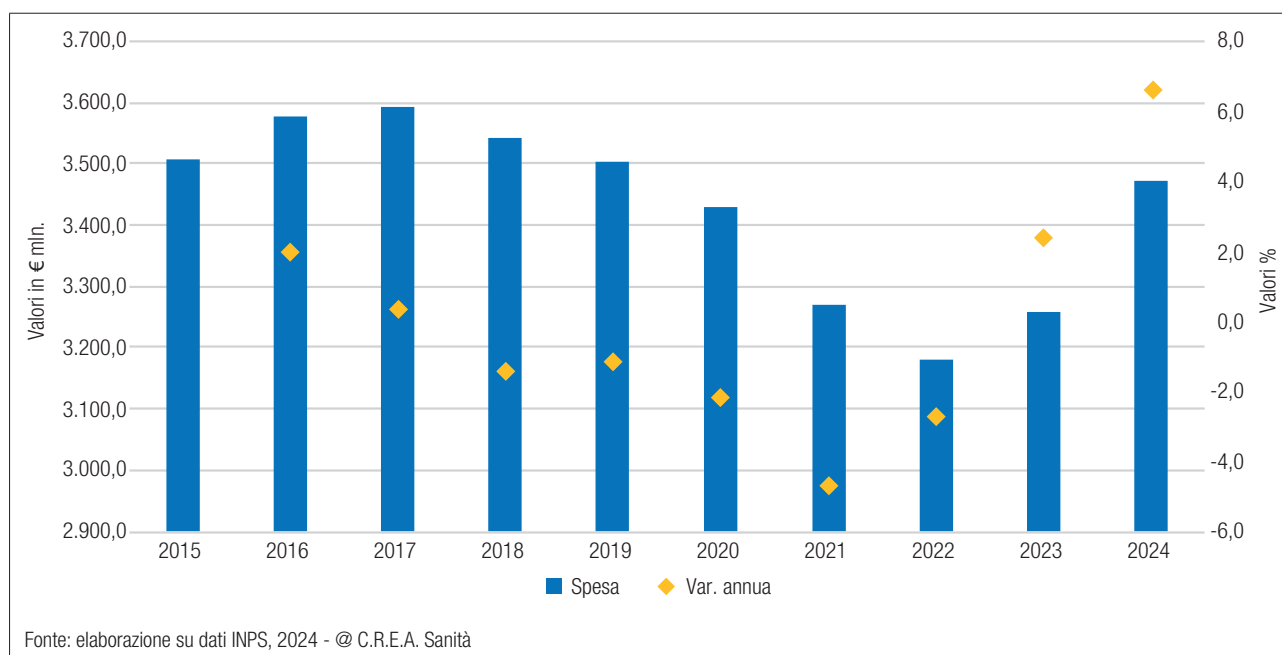


Figura 13b.15. Pensioni di Invalidità: spesa annua

Il fatto che tale misura economica sia maggiormente “concentrata” sul genere maschile è coerente con i maggiori tassi di occupazione maschile (Figura 13b.14.).

In termini di spesa, la proiezione all’anno 2024¹⁰ dell’onere per le Pensioni è pari a circa € 3,5 mld., con un decremento di € 35,7 mln. dal 2015 (-1,0%), ma in crescita del 6,6% nell’ultimo anno (Figura 13b.15.). In termini reali nel periodo 2015-2024 la contrazione della spesa ha raggiunto € 614,5 mln. ovvero il -17,5% (-2,1% medio annuo)¹¹.

Anche in questo caso, l’andamento della spesa potrebbe essere influenzato nei diversi anni, oltre che dall’aumento delle Pensioni riconosciute, dalla liquidazione degli arretrati.

In definitiva, il numero dei percettori della Pensione di Invalidità è diminuito del 6,5% nel periodo 2019-2024 anche a causa del progressivo “esaurimento” delle Pensioni di Invalidità ante 1984. Sono, tuttavia, apprezzabili differenze di genere nel ricono-

scimento del beneficio legate in particolar modo alla diversa composizione del mercato del lavoro.

13b.5. Oneri permessi ex L. n. 104/1992

La L. n. 104/1992 ha sancito la facoltà delle persone disabili, e dei loro familiari, di poter usufruire di periodi di assenza retribuiti dal lavoro, che si aggiungono a quelli ordinari già previsti, per esempio, per la maternità.

Rimandando alle precedenti edizioni del Rapporto per maggiori approfondimenti, ricordiamo che la finalità è quella di garantire il pieno rispetto della dignità umana ed i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella Società.

Nel 2022, sono 5,6 mln. i permessi usufruiti da dipendenti del settore pubblico. Le giornate di per-

¹⁰ Si tratta della spesa che l’INPS presume di sostenere nell’anno sulla base delle Pensioni in essere al 1.01.2024. Per maggiori approfondimenti si rimanda all’Osservatorio sulle Pensioni erogate dall’INPS

¹¹ Si fa riferimento al FOI pubblicato dall’Istat a Luglio 2024

messo sono diminuite del 3,0% rispetto al 2012 e del 15,5% sull'anno precedente (-10,2% gli uomini e -18,8% le donne).

Ad usufruire maggiormente dei permessi, in tutti gli anni analizzati (2012-2022), sono state le donne

(Figura 13b.16.).

In termini percentuali, le donne dipendenti del settore pubblico usufruiscono di circa il 59,2% della totalità dei permessi; il dato è in diminuzione di 3,7 p.p. fra il 2012 e il 2022 (Figura 13b.17.).

Figura 13b.16. Permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico

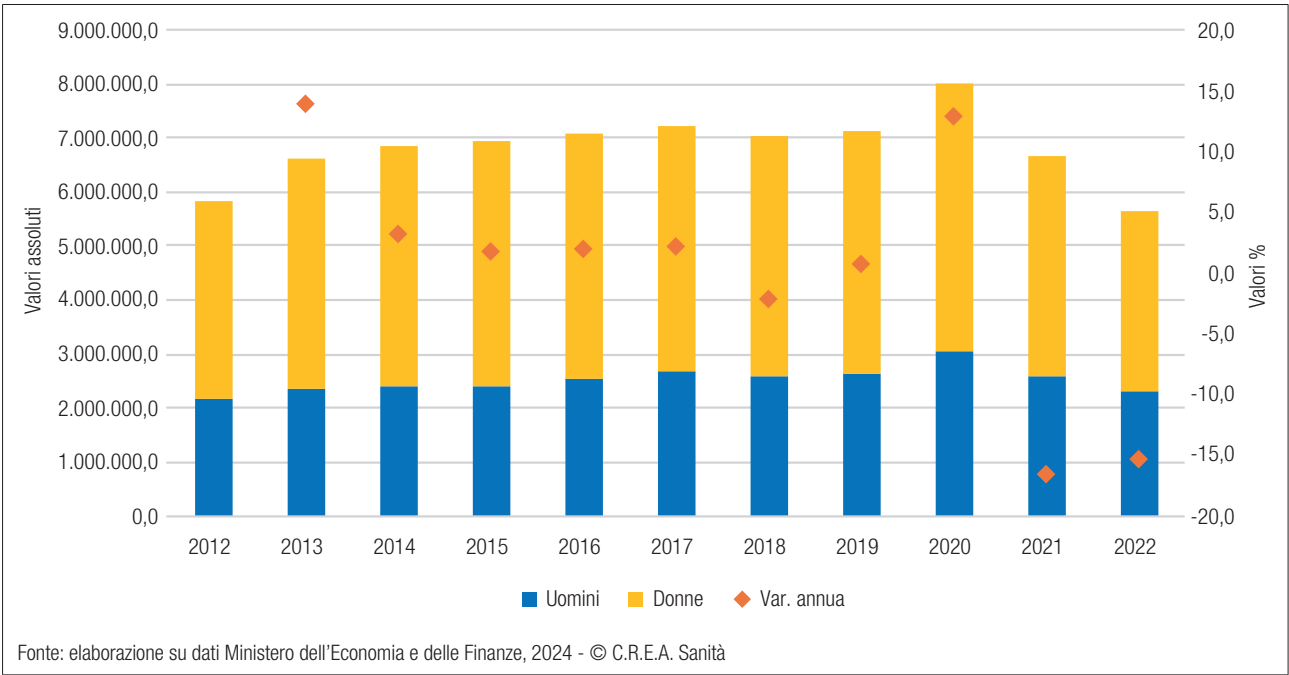


Figura 13b.17. Composizione permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico

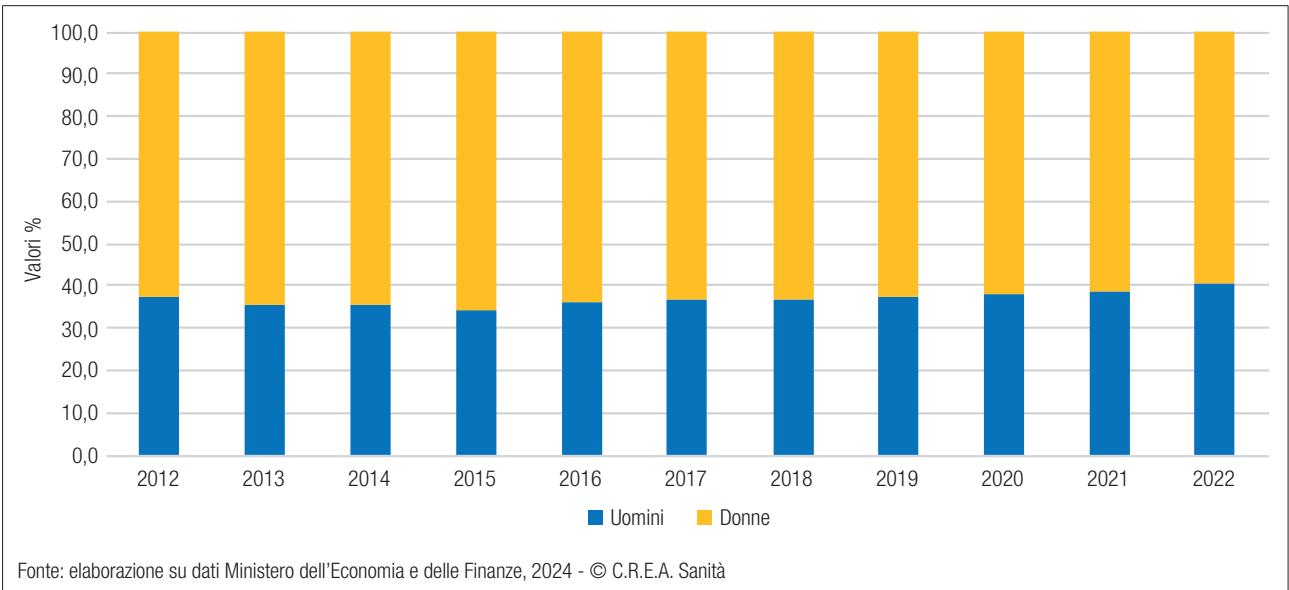
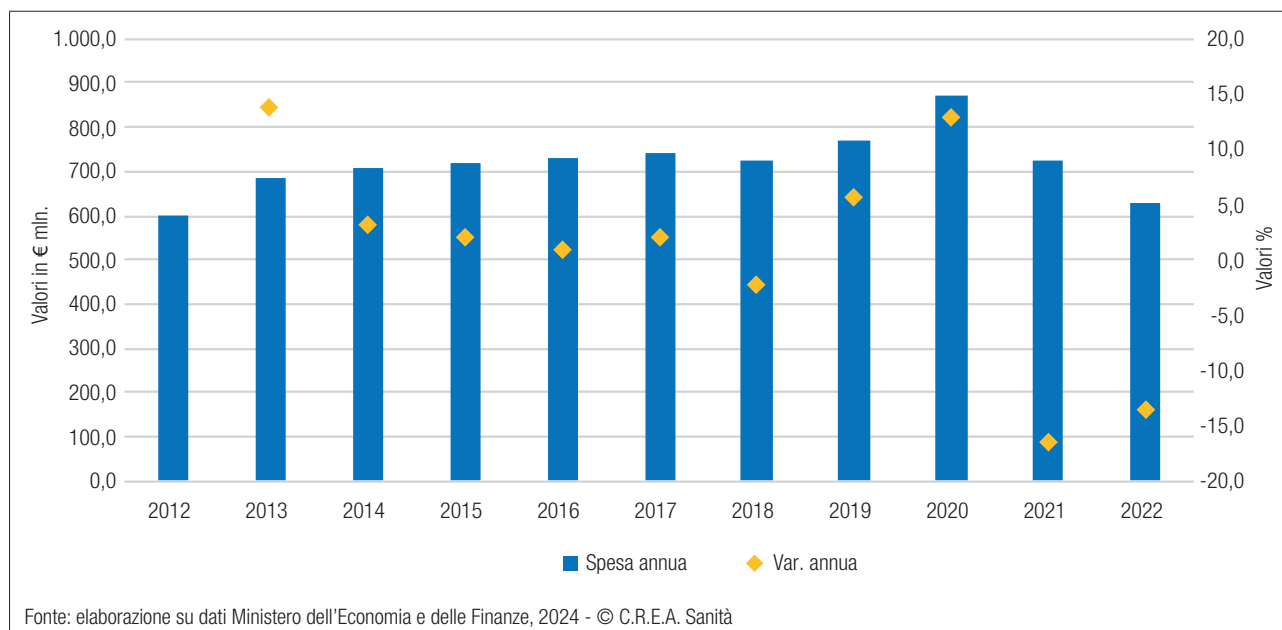
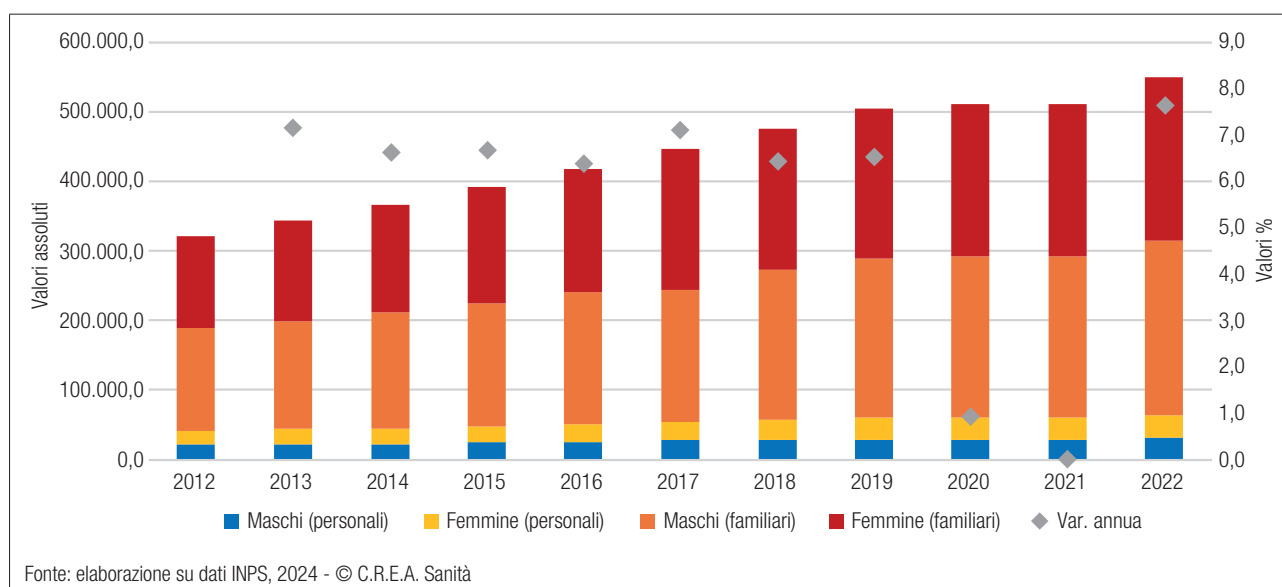


Figura 13b.18. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per anno: settore pubblico**Figura 13b.19. Beneficiari permessi ex L. n. 104/1992 per anno, genere e tipologia: settore privato**

Considerando il rapporto tra lo stipendio annuale (dato dalla somma di tutte le voci stipendiali) e il numero di giornate lavorative annue (260 giorni), per ottenere una stima della retribuzione media giornaliera, e moltiplicando poi tale valore per il numero dei permessi, si può stimare che, nel settore pubblico, l'onere 2022, sia stato di € 628,0 mln.: valore in aumento del 4,5% in confronto al 2012 e in diminuzio-

ne del 13,5% rispetto all'anno precedente quando la spesa aveva raggiunto quota € 726,0 mln. (Figura 13b.18.).

Appare doveroso sottolineare che il cospicuo decremento di spesa verificatosi nell'ultimo anno è una conseguenza diretta della drastica contrazione dei permessi goduti nel medesimo anno; si noti, altresì, che l'ammontare di permessi goduti e spesa non sono

decresciuti della medesima percentuale: conseguenza del fatto che la retribuzione media giornaliera tra il 2021 e il 2022 ha avuto un incremento del 2,4%.

Nel settore privato, sempre nel 2022, risultano 549.497 beneficiari di permessi; rispetto al 2012 i beneficiari sono aumentati di 228.442 unità, ovvero del 71,2%; rispetto all'anno precedente l'incremento è stato del 7,7%.

Per il settore privato si può apprezzare che di questi beneficiari, oltre 485.277 (ovvero l'88,3%) usufruiscono del permesso per un familiare; solo 64.220 beneficiari ne usufruiscono a titolo personale.

Coloro che usufruiscono di un permesso sia per un familiare che a titolo personale, a partire dal 2017 appartengono per lo più al genere femminile (Figura 13b.19.).

Ipotizzando che ciascun beneficiario usufruisca in media di 3 permessi mensili, nel 2022, si stimano circa 19,8 mln. di giornate di permesso, in crescita del 7,7% sull'anno precedente.

Del totale dei permessi così stimati, 2,3 mln. circa sono permessi a titolo personale, mentre la gran par-

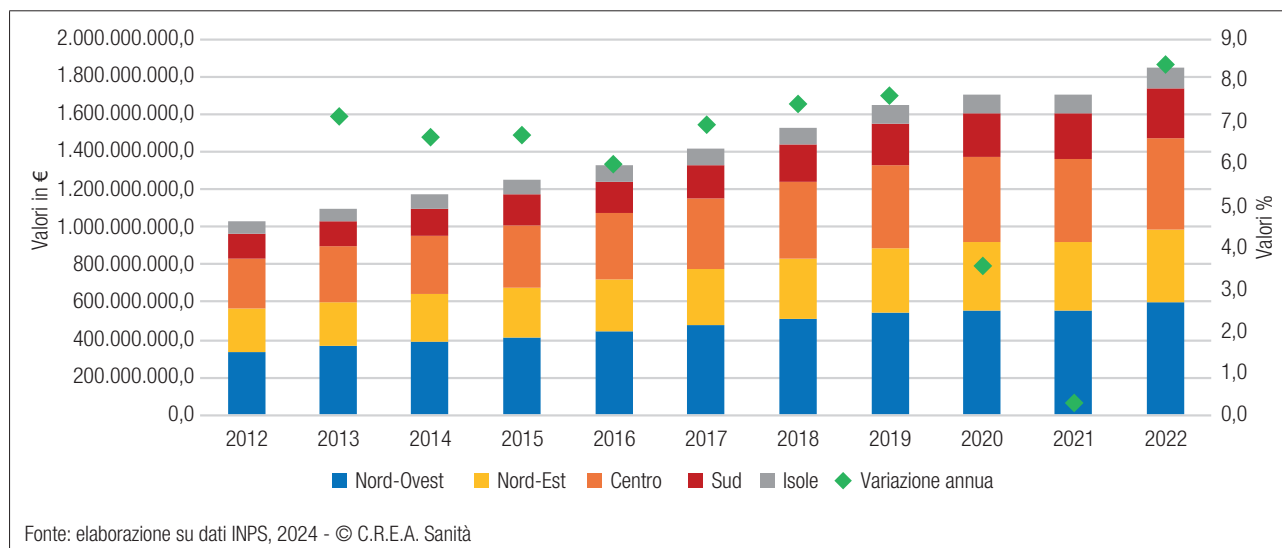
te dei permessi sono usufruiti da un familiare (circa 17,5 mln.).

Complessivamente, nel settore privato si stima, per il 2022, un onere annuo per i permessi di circa € 1,8 mld.¹², di cui circa € 216,0 mln. per permessi a titolo personale e € 1,6 mld. usufruiti da familiari.

L'onere si distribuisce per circa € 600,2 mln. nel Nord-Ovest, € 390,4 mln. nel Nord-Est, € 482,1 mln. nel Centro e € 376,6 mln. nel meridione (Figura 13b.20.). La spesa risulta cresciuta dell'8,4% rispetto al 2021 e dell'80,0% se il confronto viene fatto rispetto al 2012.

In definitiva, l'onere complessivo ammonta nel 2022 a circa € 2,5 mld., di cui il 74,6% per retribuire i permessi del settore privato e il rimanente 25,4% per retribuire quelli del settore pubblico. Rispetto al 2012, la spesa è aumentata di € 0,8 mld. ovvero del 52,1% (+4,3% medio annuo); è cresciuta dell'1,8% se il raffronto viene effettuato con l'anno precedente. Infine, deflazionando con il valore generale del FOI, la crescita in termini reali tra il 2012 e il 2022 è stata di € 531,5 mln. ovvero del 32,6% (+2,9% medio annuo).

Figura 13b.20. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per anno e ripartizione: settore privato



¹² L'INPS annualmente pubblica un osservatorio statistico "Osservatorio sulle prestazioni a sostegno delle famiglie" nel quale riporta anche il numero di beneficiari annuali della L. n. 104/1992. Sulla base delle indicazioni riportate nella L. n. 104, abbiamo ipotizzato che ciascun beneficiario usufruisca di 3 permessi al mese. In questo modo abbiamo ottenuto una stima del numero complessivo di permessi goduti nell'anno; il numero di permessi così ottenuto è stato poi moltiplicato per la retribuzione media giornaliera del settore privato così come fornita dall'INPS.

13b.6. Riflessioni finali

Complessivamente l'onere per le varie provvidenze in denaro analizzate è pari a (dati riferiti all'anno più recente disponibile¹³) € 25,4 mld. , pari all'XXX% del PIL e al XXXX% della spesa sanitaria pubblica.

La parte maggiore, il 59,2%, è relativa alle Indennità di Accompagnamento, che annoveriamo fra gli strumenti di *welfare* posti a copertura di bisogni di non autosufficienza.

Seguono, con il 17,4%, le Pensioni di Invalidità Civile e con il 13,7% le Pensioni di Invalidità IVS, considerando di queste i soli beneficiari sotto i 65 anni.

Infine, il restante 9,7% è relativo agli oneri connessi ai permessi ex L. n. 104/1992, che in buona parte coprono ancora necessità legate alla malattia e alla disabilità.

Gli oneri per le Indennità sono cresciuti in valore nominale di 1,7 mld. dal 2013 (+12,6% pari al +1,2% medio annuo); in termini reali, invece, si assiste ad una diminuzione pari a € 703,1 mln. ossia del -5,3% (-0,5% medio annuo). Anche la spesa nominale per le Pensioni di Invalidità Civile nello stesso periodo è cresciuta del 20,9% (+1,9% medio annuo), mentre in termini reali la crescita è stata pari a € 63,2 mln. (+1,7% ossia +0,2% medio annuo). La spesa per le Pensioni di Invalidità, nel periodo 2015-2024, in termini nominali ha fatto registrare un decremento di € 35,7 mln. (-1,0%), che in termini reali equivale a una flessione pari a € 614,5 mln. ovvero il -17,5% (-2,1% medio annuo). Infine, gli oneri connessi alla L. n. 104/1992 sono cresciuti nominalmente tra il 2012 e il 2022 del 52,1%, ossia del 4,3% medio annuo; deflazionando con il valore generale del FOI, la crescita si ferma a € 531,5 mln. ossia al +32,6% (+2,9% medio annuo).

Queste dinamiche sono il frutto dell'aumento dell'Indennità medie corrisposte (che annualmente

vengono adeguate al tasso di inflazione), e anche dell'aumento del numero medio dei beneficiari: aumento per buona parte determinato dai mutamenti demografici in atto, ossia dall'invecchiamento della popolazione.

Permangono differenze regionali nei tassi di prevalenza dei beneficiari, che non sempre trovano una giustificazione demografica.

Se aggiungiamo le provvidenze in denaro, alla spesa sanitaria e a quella per la LTC, analizzate nel Capitolo 3a, il *welfare* italiano destina alla salute e alle sue conseguenze, 200,3 mld., pari al 9,4% del PIL.

Le provvidenze economiche rappresentano una significativa quota dell'onere complessivo, stimabile nel 12,8% del totale: l'integrazione delle prestazioni in denaro con quelle in natura è quindi un aspetto non secondario delle politiche di *welfare*, anche in considerazione del fatto che attualmente i requisiti di accesso e modulazione sono difformi e, apparentemente, rispondenti a logiche diverse.

Infine, secondo le nostre stime, è possibile ipotizzare che nel 2023, a fronte di € 15,1 mld. di Indennità di Accompagnamento erogate, almeno € 4,8 mld. siano state destinate all'assistenza informale. Peraltro, manca qualsiasi "contabilizzazione" di tale spesa: tutto ciò sembrerebbe suggerire la necessità di una più approfondita analisi dell'utilizzo delle Indennità e di una omogeneizzazione dei criteri di eleggibilità con quelli adottati nell'ambito dei servizi in natura erogati dal SSN. Necessità che risulta ancora più stringente in considerazione del fatto che il mercato degli aiuti formali appare sempre meno sostenibile da un punto di vista economico da parte di chi beneficia dell'Indennità di Accompagnamento: le Indennità medie corrisposte crescono ma le retribuzioni medie delle badanti crescono a tassi ancora più sostenuti.

¹³ Per le Indennità di Accompagnamento e per le Pensioni di Invalidità Civile si fa riferimento al 2023, per le Pensioni di Invalidità al 2024 e per la L. n. 104/1992 al 2022

Riferimenti bibliografici

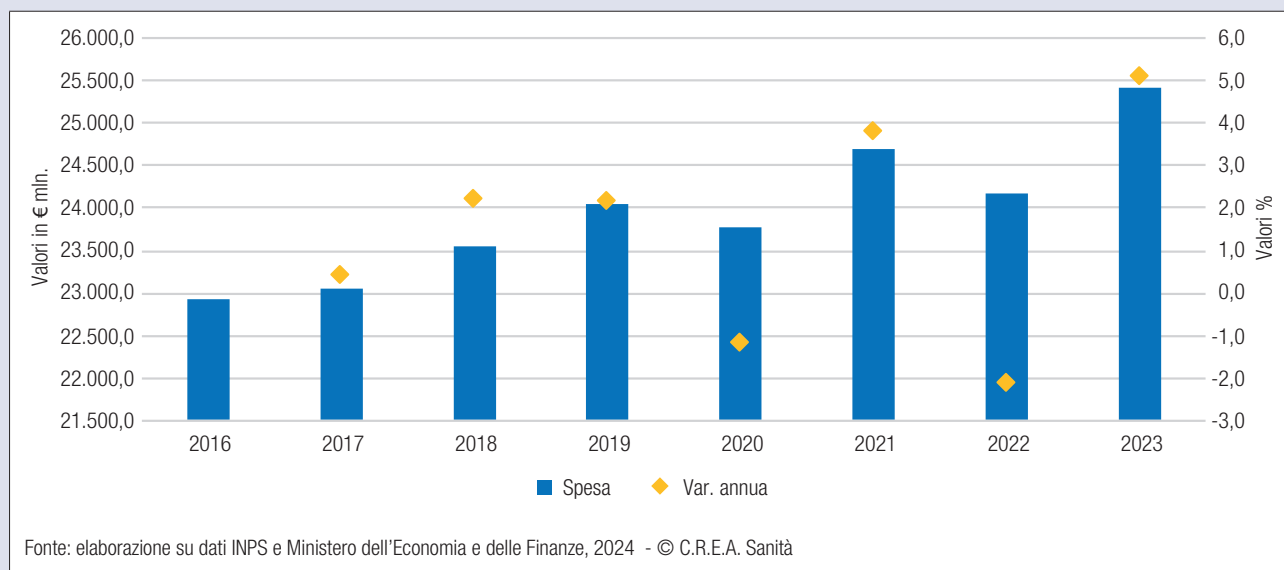
INPS (anni vari), Osservatorio sulle prestazioni erogate a sostegno della famiglia Legge n. 104/1992, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/famiglia/main.html>

INPS (anni vari), Osservatorio sulle pensioni, complesso delle pensioni vigenti, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html>

INPS (anni vari), Osservatorio sulle pensioni, Prestazioni agli Invalidi Civili, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html>

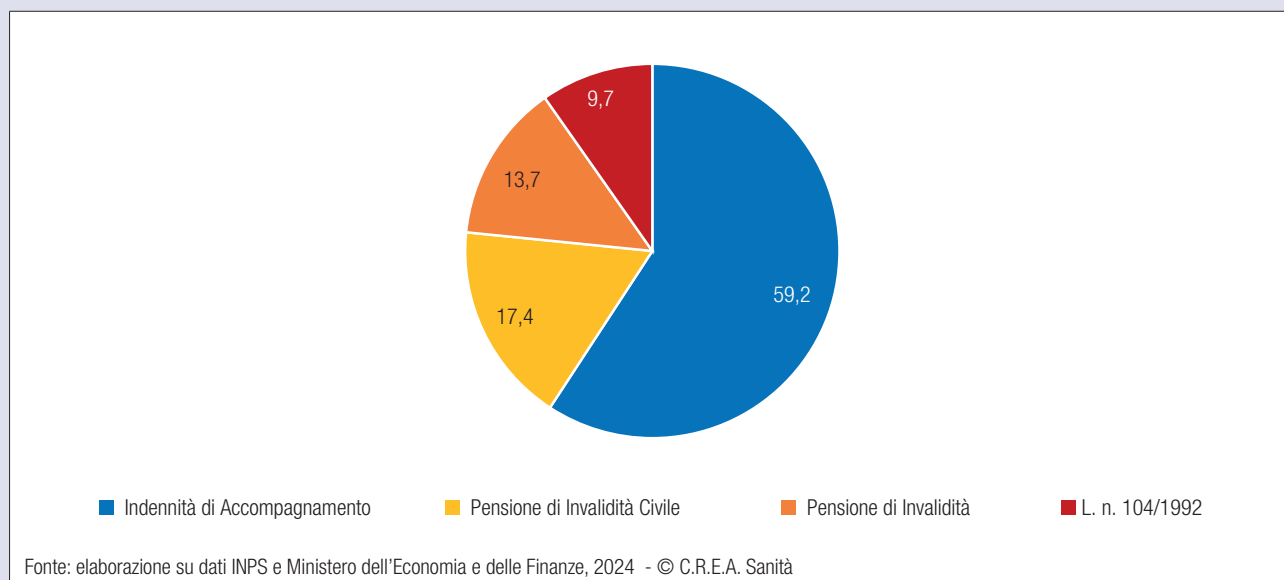
INPS (anni vari), Rendiconti generali, <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?sPathID=0%3b46306%3b46322%3b&lastMenu=46322&iMenu=12&p3=4>

Legge n. 18/1980

KI 13.1. Spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza

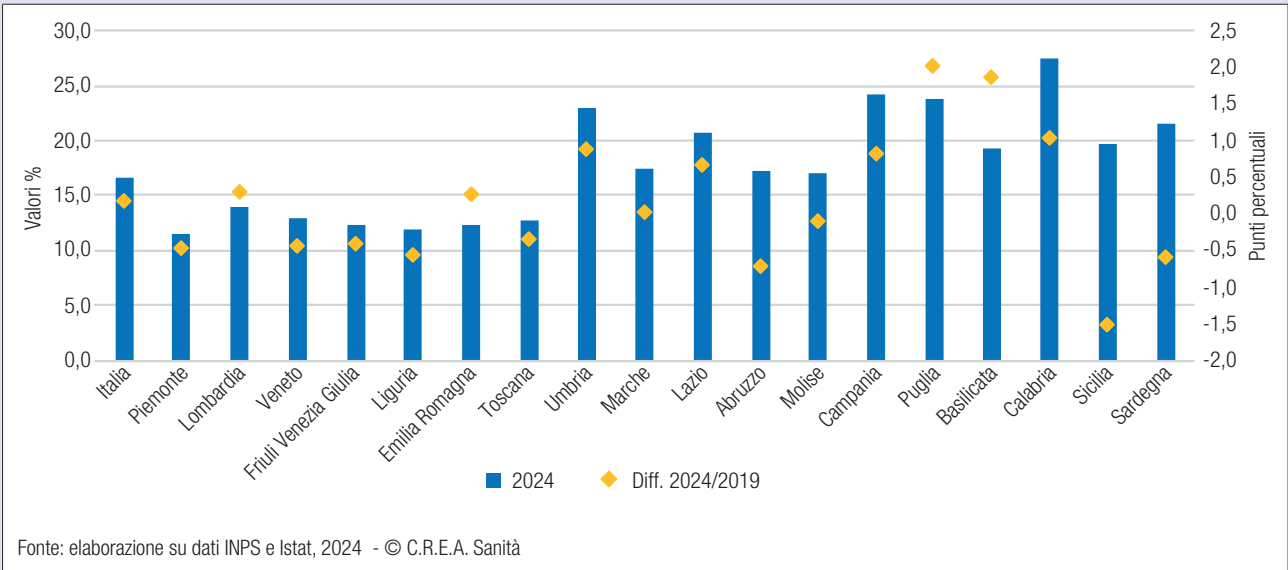
Nel 2023, in Italia, la spesa per le prestazioni pubbliche in denaro destinate alla non autosufficienza, risulterà pari a € 24,4 mld. (€ 432,0 pro-capite), in crescita di circa 2,5 mld. (+10,8%) rispetto al 2016 e di € 1,2 mld. (+5,1%) nell'ultimo anno.

In termini reali, nel periodo considerato, la variazione è stata negativa (-6,6%, ovvero -1,0% medio annuo).

KI 13.2. Composizione spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza. Valori %. Anno 2023

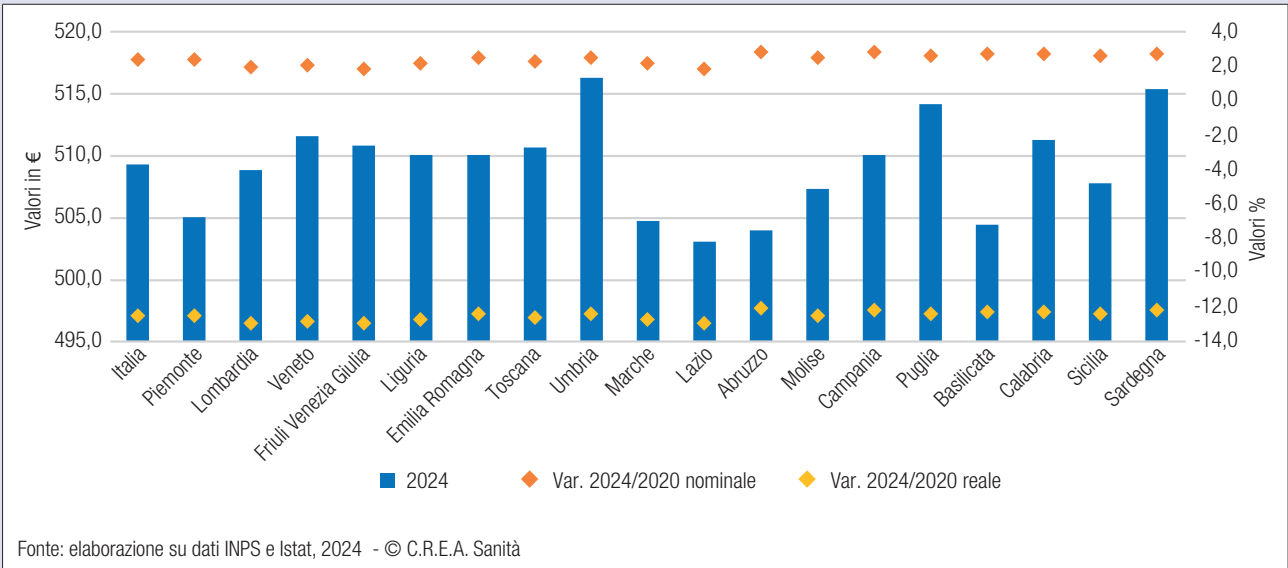
Nel 2023, in Italia, il 59,2% della spesa pubblica totale per la non autosufficienza è attribuibile alle Indennità di Accompagnamento (€ 15,1 mld.), il 17,4% alle Pensioni di Invalidità Civile (€ 4,4 mld.), il 13,7% alle Pensioni di Invalidità (€ 3,5 mld.) ed il rimanente 9,7% ai permessi retribuiti previsti dalla Legge Numero (L. n.) 104/1992 (€ 2,5 mld.).

KI 13.3. Beneficiari Indennità di Accomagnamento: incidenza su popolazione over 65



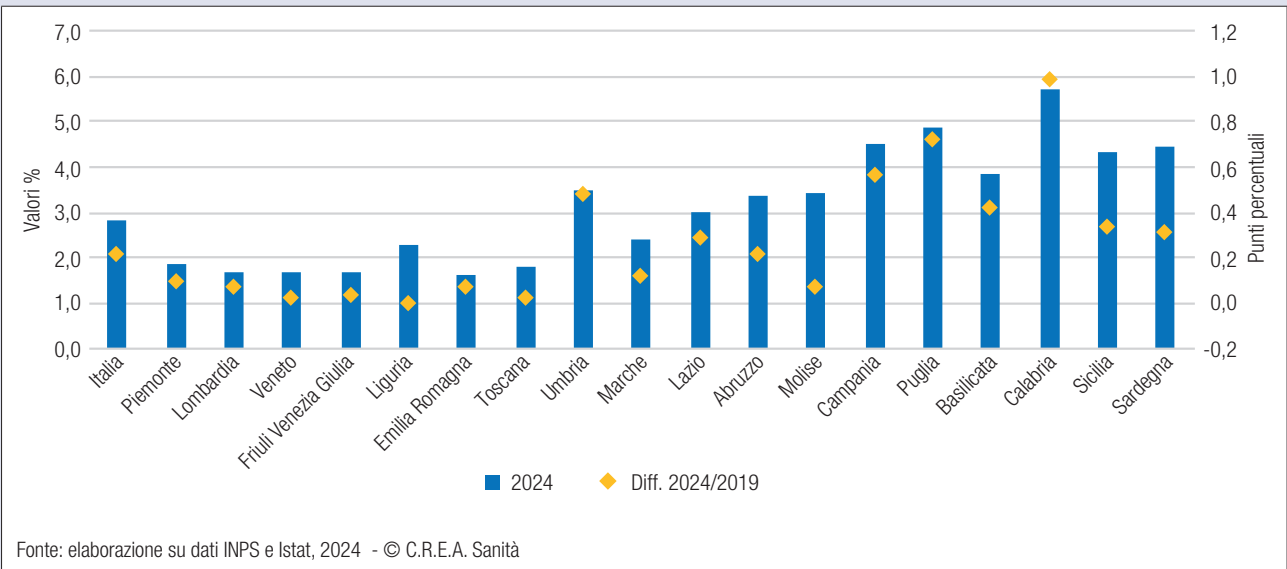
In Italia, nel 2024, l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione *over 65* è pari al 16,7% e in crescita di 0,2 p.p. rispetto al 2019. Tra le Regioni settentrionali (che presentano un'incidenza media del 12,2%; -0,3 p.p. nel periodo 2019-2024) il tasso massimo si registra in Lombardia (13,9%; +0,3 p.p. tra il 2019 e il 2024) e quello minimo in Piemonte (11,4%; -0,5 p.p. nel periodo 2019-2024); tra quelle centrali (con un tasso medio del 17,6%), invece, il valore massimo si registra in Umbria (+0,7 p.p. nel periodo) e quello minimo in Toscana (12,6%; -0,4 p.p. nel periodo); infine, nelle Regioni meridionali (che presentano un tasso medio del 22,0%) ai due estremi si posizionano la Calabria ed il Molise con il 17,0% (-0,1 p.p.).

KI 13.4. Importo medio mensile della Indennità di Accompagnamento, variazioni nominali e reali



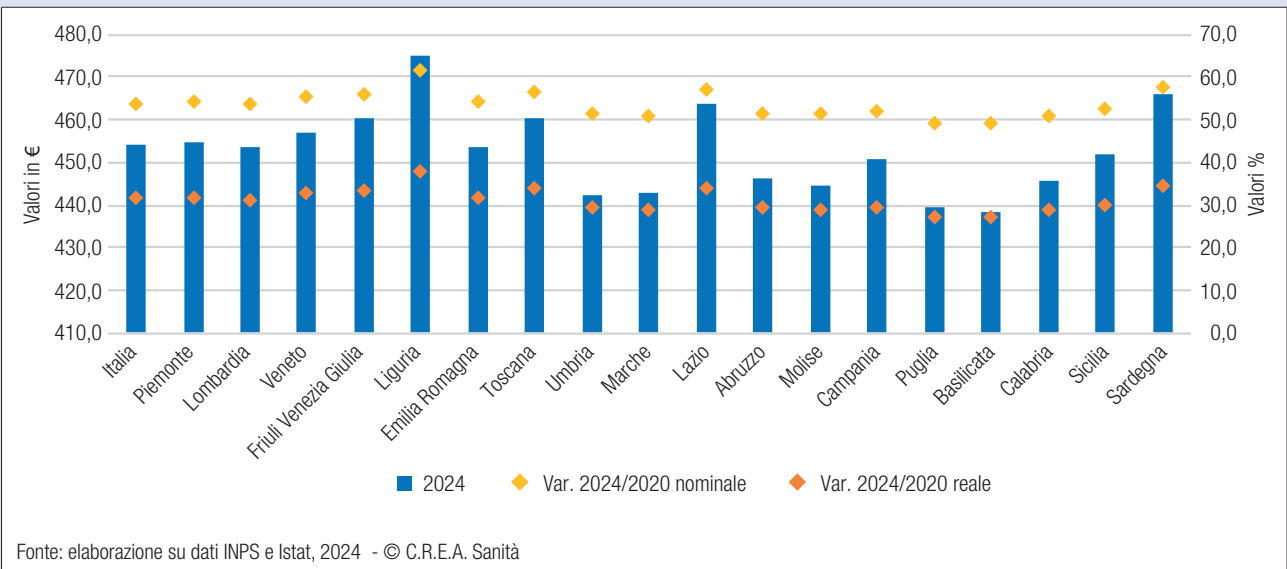
In Italia, nel corso del 2024, l'Indennità media mensile corrisposta ai beneficiari ammonta a € 509,3, in aumento del 2,4% rispetto al 2020. In termini reali, si è assistito, di contro, ad una contrazione pari al 12,5%. A livello regionale, in termini nominali, l'aumento più cospicuo è stato fatto registrare dall'Abruzzo (+2,9%), che si traduce in una decurtazione in termini reali pari al 12,1%. All'estremo opposto della distribuzione si colloca il Lazio, dove a fronte di una crescita in termini nominali dell'1,8% tra il 2020 e il 2024 corrisponde una decrescita in termini reali del 13,0%.

KI 13.5. Beneficiari Pensione di Invalidità Civile: incidenza su popolazione 18-65 anni



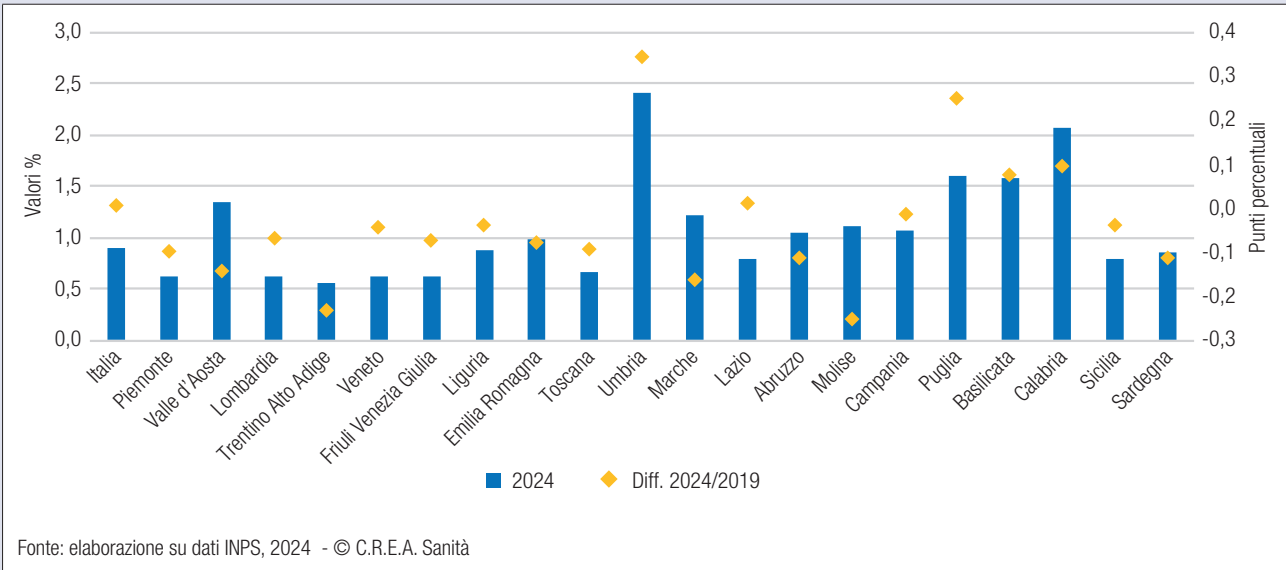
In Italia, nel 2024, l'incidenza dei beneficiari di Pensione di Invalidità Civile sulla popolazione con età compresa tra 18 e 65 anni è pari al 2,8% e in crescita di 0,2 p.p. sul 2019. Tra le Regioni settentrionali (che presentano un'incidenza media del 1,6%; invariata nel periodo 2019-2024) il tasso massimo si registra in Liguria (2,3%; stabile tra il 2019 e il 2024) e quello minimo in Emilia Romagna (1,6%; +0,5 p.p. nel periodo 2019-2024); tra quelle centrali (con un tasso medio del 2,6% e in crescita di 0,2 p.p. tra il 2019 e il 2024), invece, il valore massimo si registra in Umbria (3,5% e +0,5 p.p. nel periodo) e quello minimo in Toscana (1,8%; stabile nel periodo); infine, nelle Regioni meridionali (che presentano un tasso medio del 4,4%; +0,4 p.p. tra il 2019 e il 2024) ai due estremi si posizionano la Calabria e la Basilicata rispettivamente con il 5,7% (+1,0 p.p.) e il 3,8% (+0,4 p.p.).

KI 13.6. Importo medio mensile delle Pensioni di Invalidità Civile, variazione nominale e reale



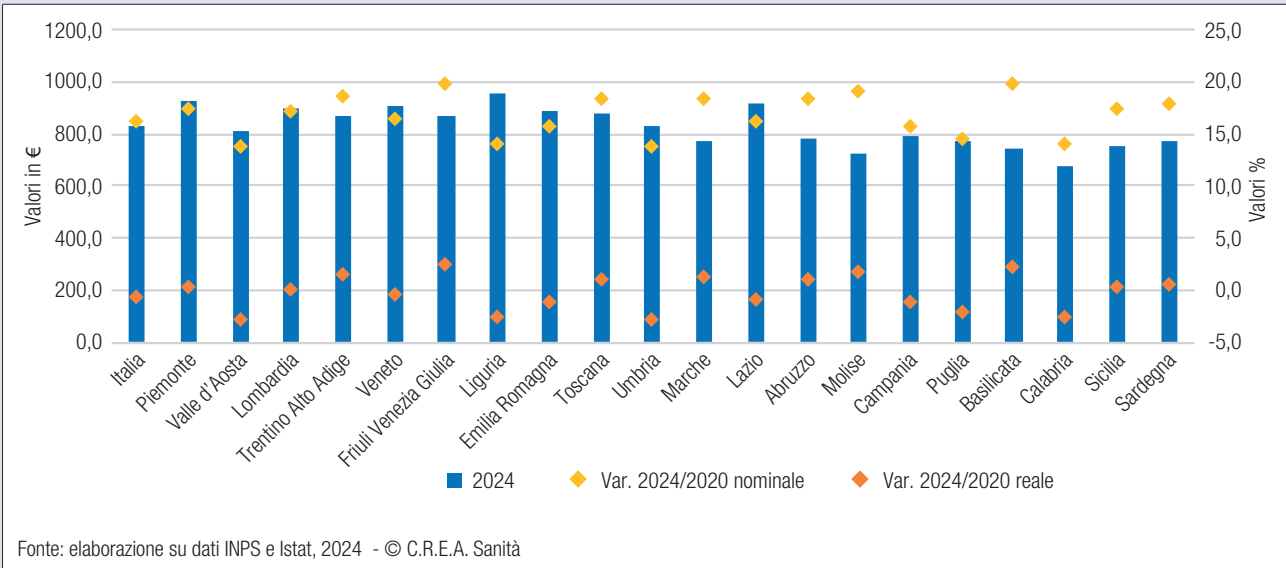
In Italia, nel corso del 2024, la Pensione di Invalidità Civile media mensile corrisposta ai beneficiari ammonta a € 454,2, con un incremento in termini nominali del 53,6% e rispetto al 2020. In termini reali, invece, l'incremento è stato del 31,2%. A livello regionale, in termini nominali, l'aumento più cospicuo è stato fatto registrare dalla Liguria (+61,4% tra il 2020 e il 2024), che si traduce in un incremento in termini reali pari al 37,8%. All'estremo opposto della distribuzione si colloca la Puglia, dove a fronte di una crescita in termini nominali prossima al 49,0% corrisponde un incremento in termini reali del 27,1%.

KI 13.7. Beneficiari Pensione di Invalidità: incidenza su popolazione 18-65 anni



In Italia, nel 2024, l'incidenza dei beneficiari di Pensione di Invalidità sulla popolazione con età compresa tra 18 e 65 anni è pari allo 0,9% stabile sul 2019. Tra le Regioni settentrionali (che presentano un'incidenza media del 0,9%; invariata nel periodo 2019-2024) il tasso massimo si registra in Valle d'Aosta (1,3%; -0,1 p.p. tra il 2019 e il 2024) e quello minimo in Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia (0,6%); tra quelle centrali (con un tasso medio dello 0,7% e in flessione di 0,1 p.p. tra il 2019 e il 2024), invece, il valore massimo si registra in Umbria (2,4% e +0,3 p.p. nel periodo) e quello minimo in Toscana (0,7%; -0,1 p.p. nel periodo); infine, nelle Regioni meridionali (che presentano un tasso medio dell'1,2%; stabile tra il 2019 e il 2024) ai due estremi si posizionano la Calabria e la Sicilia rispettivamente con il 2,1% (+0,1 p.p.) e lo 0,8% (stabile nel periodo).

KI 13.8. Importo medio mensile delle Pensione di Invalidità, variazione nominale e reale



In Italia, nel corso del 2024, la Pensione di Invalidità media mensile che viene corrisposta a ciascun beneficiario ammonta a € 831,8, con un incremento in termini nominali pari al 16,2% che si traduce, in termini reali, in una contrazione dello 0,7% rispetto al 2020. A livello regionale, in termini nominali, l'aumento più cospicuo è stato fatto registrare dal Friuli Venezia Giulia (+19,8%), che equivale a un incremento in termini reali pari al 2,4%. All'estremo opposto della distribuzione si colloca l'Umbria, dove a fronte di una crescita in termini nominali uguale al 13,7% corrisponde una decrescita in termini reali del 2,9%.



Capitolo 14

**L'industria dei beni sanitari:
evoluzione e prospettive per la crescita
del Paese**

Key Indicators

Sintesi
CAPITOLO 14
L'industria dei beni sanitari:
evoluzione e prospettive per la crescita del Paese

d'Angela C.¹, d'Angela D.²

L'industria delle *Life Sciences* comprende vari segmenti: oltre quello farmaceutico e quello dei Dispositivi Medici (DM), che dimensionalmente sono i principali, sono in continua crescita i prodotti provenienti dal settore dell'ICT, oltre a quelli legati alle soluzioni di logistica.

Si tratta di settori che hanno un ruolo di primo piano (diretto e indiretto attraverso il loro indotto) nell'economia nazionale per contributo dato all'occupazione, al valore aggiunto, agli investimenti, all'*export*. Il contributo del settore industriale alla crescita economica del Paese è significativo, anche in una ottica di supporto alla sostenibilità del nostro Servizio Sani-

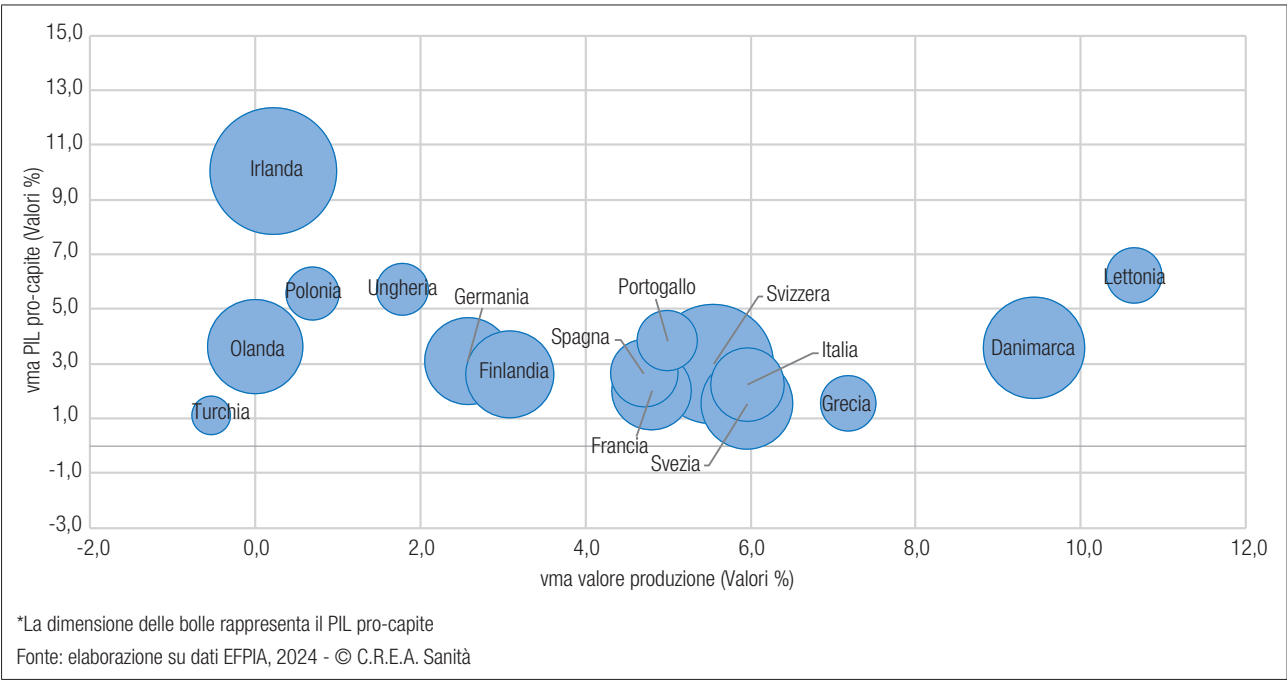
tario Nazionale (SSN).

Il presente contributo affronta il tema concentrandosi sull'analisi quantitativa dei settori del farmaceutico e dei DM.

L'indotto di questi settori supera in Italia il 10% del Prodotto Interno Lordo (PIL) nazionale, risultando secondo solo al settore Alimentare e dell'Edilizia (Confindustria, *Position paper* "La prosperità dell'Italia passa dal settore salute", 2020).

L'Italia rappresenta uno dei principali Paesi di produzione a livello mondiale, con una quota in Europa del 10,7% nel settore dei farmaci e del 12,3% in quello dei DM.

Produzione farmaceutica e del PIL in Europa. Variazioni medie annue 2022/2012



¹ C.R.E.A. Sanità

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

A livello nazionale il valore di produzione dei due settori rappresenta il 3,8% del PIL (2,7% del farmaceutico e 1,1% dei DM), con una crescita di 0,4 p.p. nell'ultimo anno.

Nell'ultimo decennio, il tasso di crescita della produzione di entrambi i settori è stato superiore di circa tre volte rispetto a quella del PIL: confermando l'importanza del settore *life sciences* anche per lo sviluppo economico del nostro Paese.

In termini di occupati, l'Italia risulta il terzo Paese in Europa per addetti nell'industria farmaceutica (70.000 occupati nel 2023), registrando un aumento del +12,4% negli ultimi dieci anni.

A conferma di ciò, in Italia il settore farmaceutico genera un valore aggiunto per addetto (€ 170,0 per 1.000 occupati), che è il doppio di quello medio del settore manifatturiero, e quasi il triplo di quello medio del settore economico, ed è in crescita del +7,0% nell'ultimo anno, aumentando il *gap* (positivo) con gli altri settori.

Analoghe osservazioni si possono fare per il settore dei DM, che occupa la seconda posizione per occupati in Europa, con 117.607 unità, sebbene in riduzione nell'ultimo anno.

Il valore aggiunto per addetto è pari a € 167,5 per 1.000 occupati.

Complessivamente, il mercato dei due settori è rilevante: quello farmaceutico nel 2023 ha raggiunto i € 52 mld., mentre quello dei DM si attesta a € 18,3

mld.. A tale valore si somma quello dell'indotto che, da stime effettuate per il settore farmaceutico, arriva a triplicarne il valore e più che triplicarne il numero di occupati.

Per quanto concerne l'interscambio estero, si registra un saldo della bilancia commerciale italiana positivo per il settore farmaceutico (+ € 10,7 mld.) e negativo per quello DM (- € 2,5 mld.). Nel farmaceutico l'Italia ha recuperato nell'ultimo anno due posizioni nel *ranking* europeo, diventando il settimo Paese per saldo (positivo) della bilancia commerciale; nel settore dei DM il saldo negativo ha subito un ulteriore peggioramento.

L'Italia si distingue in particolare in alcuni segmenti, quale quello dei vaccini che, nell'ultimo decennio, ha significativamente contribuito al saldo positivo della bilancia commerciale dei farmaci, per via dell'ingente valore dell'*export*, e quello dei diagnostici in vitro, per il quale detiene il 10% del mercato europeo.

Le evidenze disponibili sull'evoluzione del settore e del suo impatto sulla crescita del Paese sono evidentemente indicativi del suo valore strategico per la crescita del Paese e, quindi, della necessità di coniugare strettamente politiche assistenziali e industriali, mirando alla massimizzazione dell'impatto del combinato disposto delle suddette politiche in termini di complessivo beneficio sociale.

CAPITOLO 14

L'industria dei beni sanitari: evoluzione e prospettive per la crescita del Paese

d'Angela C.¹, d'Angela D.²

14.1. Produzione e dimensione dell'industria

L'industria delle *Life Sciences* comprende vari segmenti: oltre quelli del farmaceutico e dei dispositivi medici (DM), che dimensionalmente sono i principali, vanno citati settori in continua crescita quali quello dei prodotti provenienti dal settore dell'*Information and Communications Technology* (ICT), e quello delle soluzioni di logistica.

Si tratta di settori che hanno un ruolo di primo piano (diretto e indiretto attraverso il loro indotto) nell'economia nazionale, in termini di contributo dato all'occupazione, al valore aggiunto, agli investimenti, all'*export*. Ma il contributo del settore industriale alla crescita economica del Paese è significativo, anche in una ottica di supporto alla sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'indotto legato alla Sanità supera in Italia il 10% del Prodotto Interno Lordo (PIL) nazionale, risultando secondo solo al settore Alimentare e dell'Edilizia (Confindustria, *Position paper* "La prosperità dell'Italia passa dal settore salute", 2020).

Il presente contributo affronta il tema concentrandosi sull'analisi quantitativa dei settori del farmaceutico e dei DM.

14.2. Il settore farmaceutico

Nel 2023, il mercato farmaceutico mondiale è cresciuto del +5,3% rispetto all'anno precedente, raggiungendo i € 1.288,3 mld. (EFPIA, 2024); con una

previsione (IQVIA) di € 1.600 mld. per il 2027 (+5,6% medio annuo).

La crescita più rapida è prevista nei cosiddetti Paesi emergenti (Europa orientale, Asia e America Latina) a un ritmo del +5-8% medio annuo: per l'Europa si prevede una crescita media annua pari al 4-7% per la parte occidentale e del 8-11% per la parte orientale.

A livello mondiale, l'America del Nord (USA e Canada) rappresenta il 53,3% (+0,1 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2022) del mercato dei farmaci (EFPIA, 2024); segue l'Europa con il 22,7% (+0,3 p.p.), Africa, Asia (ad esclusione di Cina e Giappone) e Australia sommano un ulteriore 8,0% (-0,3 p.p.), la Cina ne rappresenta il 7,5% (+0,6 p.p.), ed il Giappone il 4,3% (-0,6 p.p.).

Produzione

Nel 2022 (ultimo anno disponibile), il 50% del valore della produzione farmaceutica europea, in crescita del +12,2% nell'ultimo anno, si concentra in cinque Paesi: Svizzera (€ 56,6 mld.), Italia (€ 49,0 mld.), Belgio (€ 41,0 mld.), Germania (€ 37,4 mld.) e Francia (€ 32,8 mld.).

Tra i Paesi sopra elencati, solo l'Italia ha registrato una crescita nell'ultimo anno del 12,1%, allineata alla media europea: aumenta, quindi, il suo contributo alla produzione europea di 0,1 p.p., rappresentandone, nel 2022, il 10,7%.

Anche Francia, Spagna, Danimarca e Polonia hanno registrato una crescita, rispettivamente pari al +39,1%, +30,3%, +27,9%, +16,0%.

Belgio e Svizzera hanno registrato invece una diminuzione del valore della produzione, rispettiva-

¹ C.R.E.A. Sanità

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

mente del -5,5% e del -5,4%.

Secondo quanto riportato da Farindustria, in Italia, nel 2023, si è registrata una significativa crescita della produzione farmaceutica, che ha raggiunto i € 52 mld.: crescita che continua ad essere dovuta principalmente all'export (+3,0% rispetto al 2022 e +6,5% medio annuo rispetto al 2013).

L'Italia, sempre secondo quanto riportato da Farindustria, è prima tra i grandi Paesi europei per presenza di industrie farmaceutiche a capitale statunitense, tedesco, francese, svizzero e giapponese. Inoltre, è un hub mondiale per la produzione di vaccini per quanto riguarda le imprese a capitale inglese.

Figura 14.1. Incidenza della produzione farmaceutica sul PIL in Europa

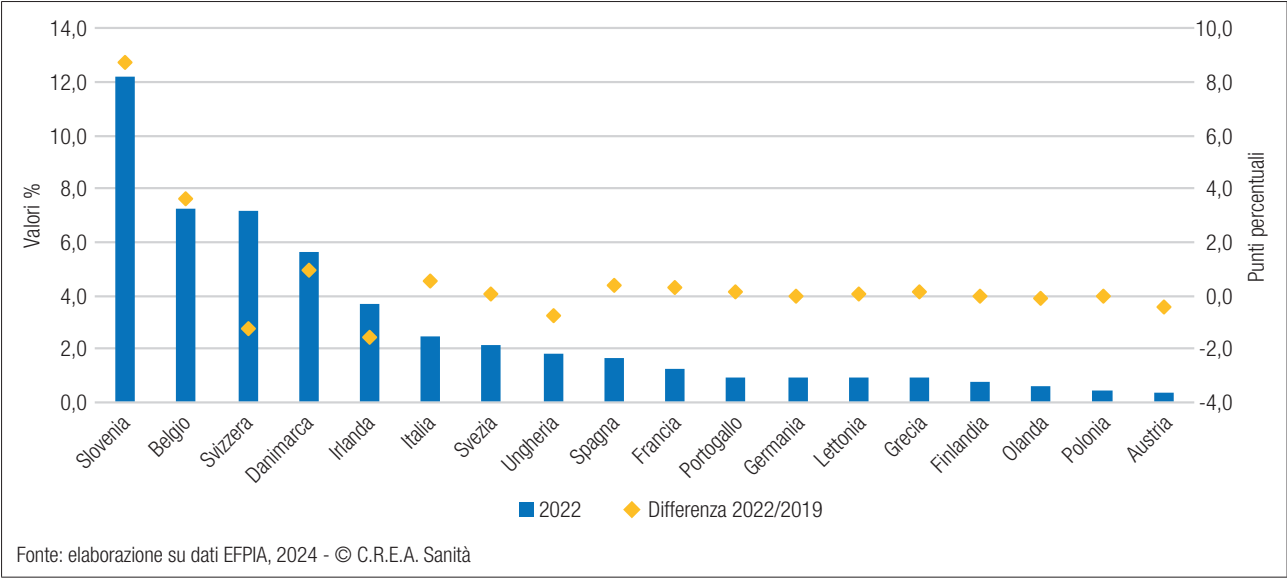
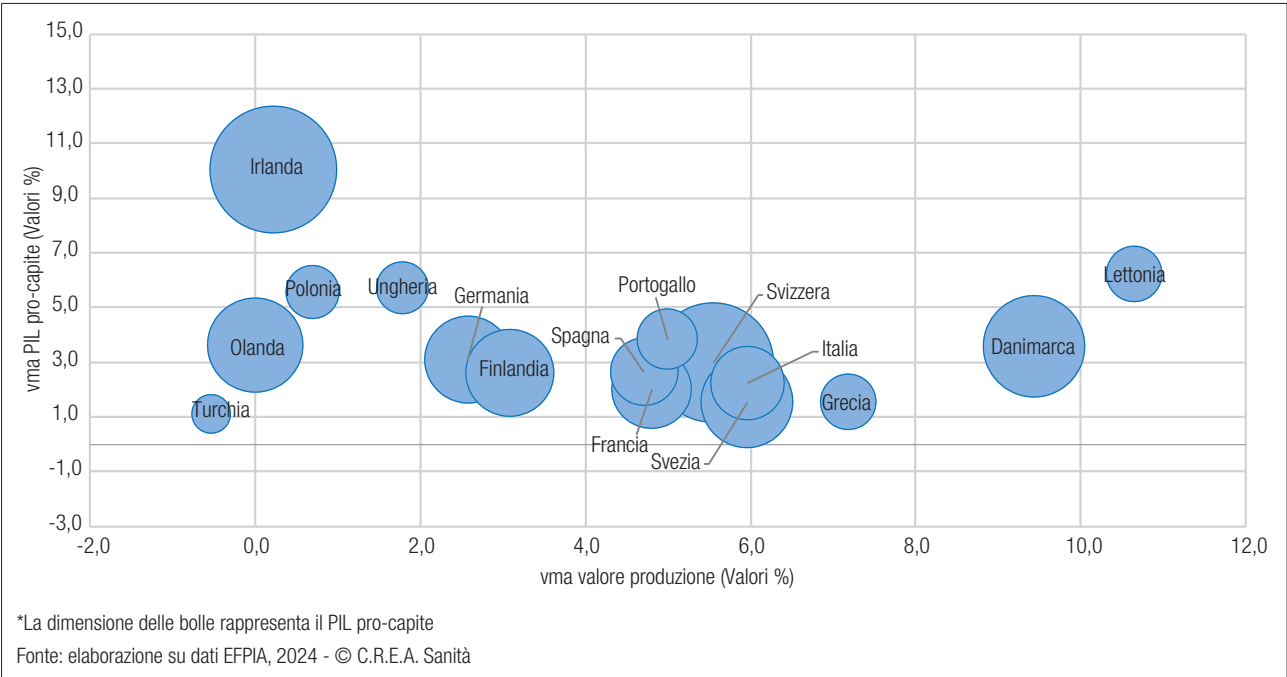


Figura 14.2. Produzione farmaceutica e del PIL in Europa. Variazioni medie annue 2022/2012



In termini di contributo alla formazione del PIL, il valore della produzione farmaceutica ne rappresenta il 12,2% in Slovenia, il 7,3% in Belgio, il 7,2% in Svizzera e il 5,6% in Danimarca; seguono, fra il 3,7% ed il 2,2% l'Irlanda e la Svezia, e quindi l'Italia con 2,5% (Figura 14.1.). L'incidenza della produzione farmaceutica sul PIL, rispetto all'anno pre-pandemico (2019), è cresciuta maggiormente in Slovenia (+8,8 p.p.), Belgio (+3,6 p.p.) e Danimarca (+1,0 p.p.); in Irlanda, Svizzera e Ungheria si è invece registrata una riduzione rispettivamente di -1,6, -1,2 e -0,8 p.p., con i restanti Paesi in cui è rimasta pressoché invariata.

Nell'ultimo decennio (2012-2022), il valore della produzione farmaceutica in Italia (Figura 14.2.) è cresciuto più del PIL: nello specifico del +6,7% medio annuo verso il +2,2%.

Solo Svezia, Slovenia e Belgio hanno registrato, nello stesso periodo, una crescita del valore della produzione farmaceutica con un *gap* sul PIL, superiore rispetto a quello registrato in Italia.

Interscambio estero

Il settore industriale farmaceutico risulta essere strategico per l'Europa: secondo i dati Eurostat, è il settore industriale con il saldo della bilancia com-

merciale più alto, pari a € 157,6 mln.: circa sette volte maggiore rispetto a quello medio dei settori ad alta tecnologia, quali strumentazione e apparecchiature professionali (€ 21,7 mln.), e macchinari generatori di potenza (€ 17,6 mln.).

Irlanda, Svizzera e Germania, nel 2022 (ultimo anno disponibile), registrano (Figura 14.3.) il miglior saldo commerciale per i medicinali, pari rispettivamente a +€ 67,5 mld., +€ 49,6 mld. e +€ 42,1 mld. (EFPIA 2024).

Nel settore farmaceutico, a livello europeo, secondo i dati Eurostat, si è registrato un *trend* ventennale di crescita del valore delle importazioni (+6,8% medio annuo) e di ancora maggiore entità delle esportazioni (+9,0% medio annuo), con un conseguente saldo di bilancia commerciale in crescita del +11,6% medio annuo; ma nell'ultimo anno si è registrato un rallentamento della crescita dell'*import* (+6,1%), ed una riduzione delle esportazioni (-3,5%), con una conseguente riduzione del saldo di bilancia commerciale del -9,7% (Figura 14.4.).

Nel 2022 l'Irlanda registra il maggiore miglioramento del saldo commerciale per i medicinali (+€ 14,7 mld.), seguita da Germania (+ € 9,2 mld.) e Italia (+ € 5,9 mld.).

Figura 14.3. Bilancia commerciale industria farmaceutica in Europa

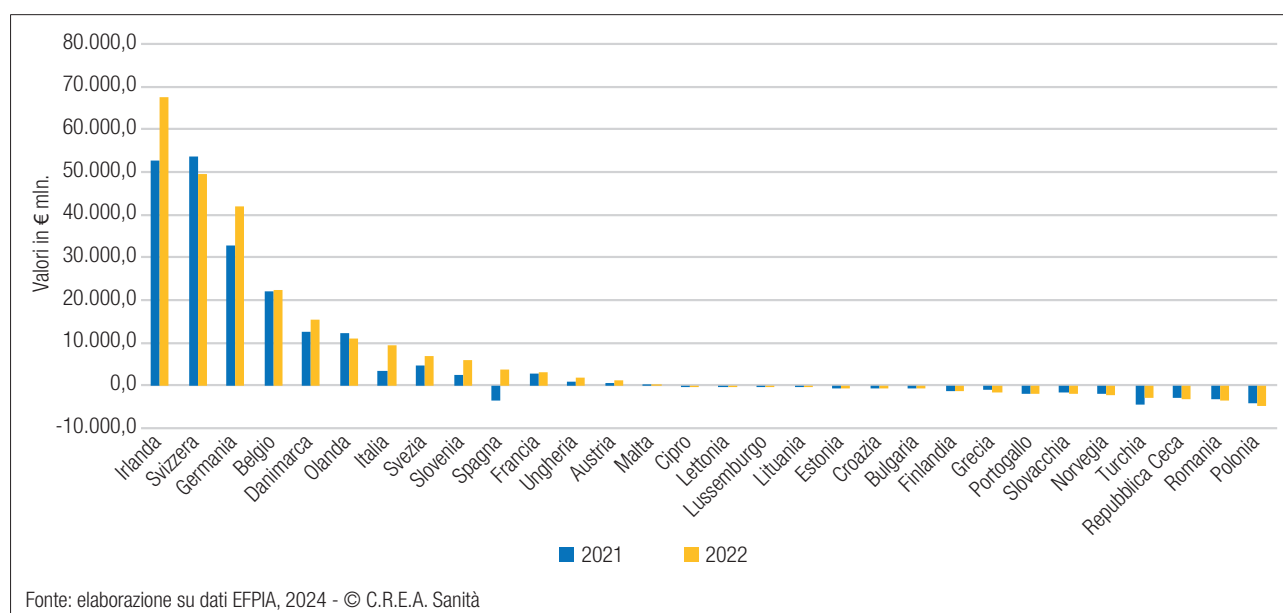
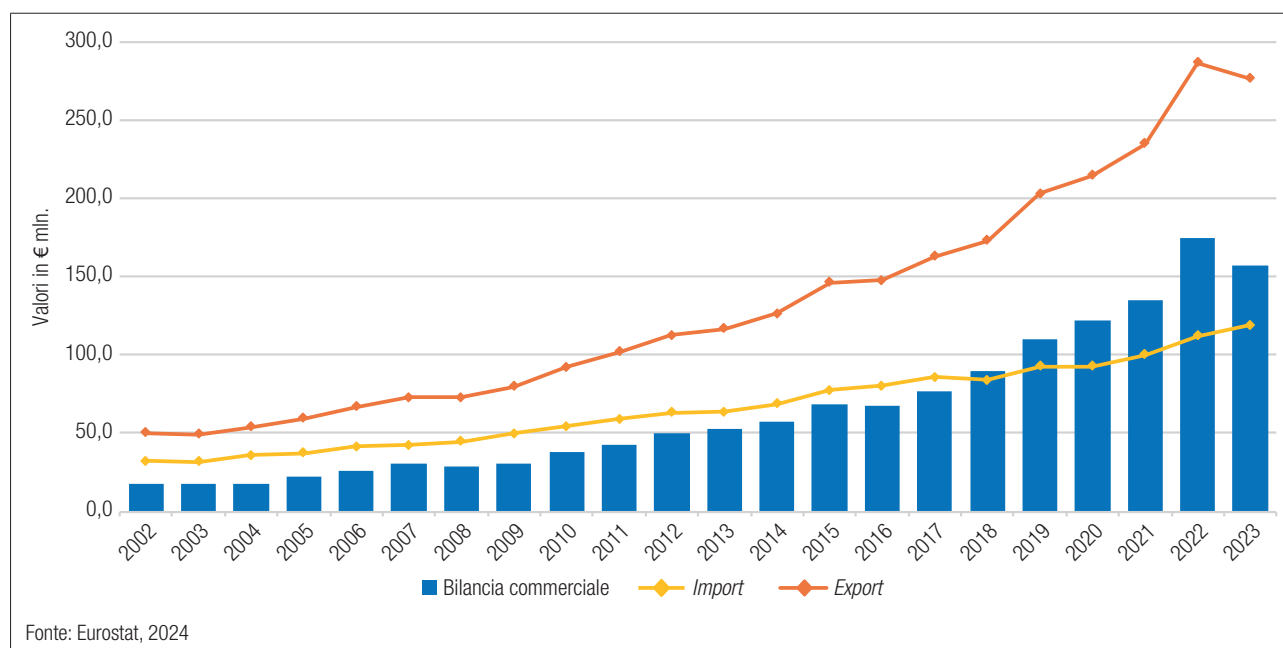


Figura 14.4. Import, export e bilancia commerciale, industria farmaceutica in Europa



La Germania è il Paese con maggiori esportazioni € 119,9 mld.; segue il Belgio con € 98,9 mld. e la Svizzera con € 97,3 mld.. Per valore di importazioni continua a detenere il primato la Germania (€ 77,8 mld.) seguita dal Belgio (€ 76,7 mld.).

L'Italia ha recuperato nell'ultimo anno due posizioni nel *ranking* europeo, diventando il settimo Paese per saldo (positivo) della bilancia commerciale. Nel 2023 ha registrato un saldo positivo, (Farmindustria), pari a € 10,7 mld.: € 13,3 mld. per i medicinali e € 3,1 per i vaccini.

In controtendenza con la riduzione registrata a livello europeo, l'Italia ha registrato nell'ultimo anno una crescita del +17,8% del saldo della bilancia commerciale.

Il valore delle esportazioni totali (medicinali e vaccini) nel nostro Paese è aumentato del +3,0% rispetto al 2022, raggiungendo il valore di € 49,1 mld.; il settore farmaceutico rappresenta l'8,2% dell'*export* totale del settore manifatturiero, in crescita di 2,9 p.p. rispetto al 2013.

Le importazioni totali sono diminuite del -0,5%, raggiungendo € 38,4 mld.: la quota sulle importazioni del settore manifatturiero è cresciuta passando dal 7,5% del 2013 al 8,0% del 2023.

In particolare, per i medicinali le importazioni sono risultate pari a € 28,0 mld. (-3,5%), mentre le esportazioni sono aumentate del +2,2% raggiungendo € 41,3 mld..

Per i vaccini l'Italia è un *hub* internazionale di Ricerca e Sviluppo (R&S), nonché di produzione: nel periodo 2013-2023, il settore ha contribuito al miglioramento del saldo estero per € 7,2 mld..

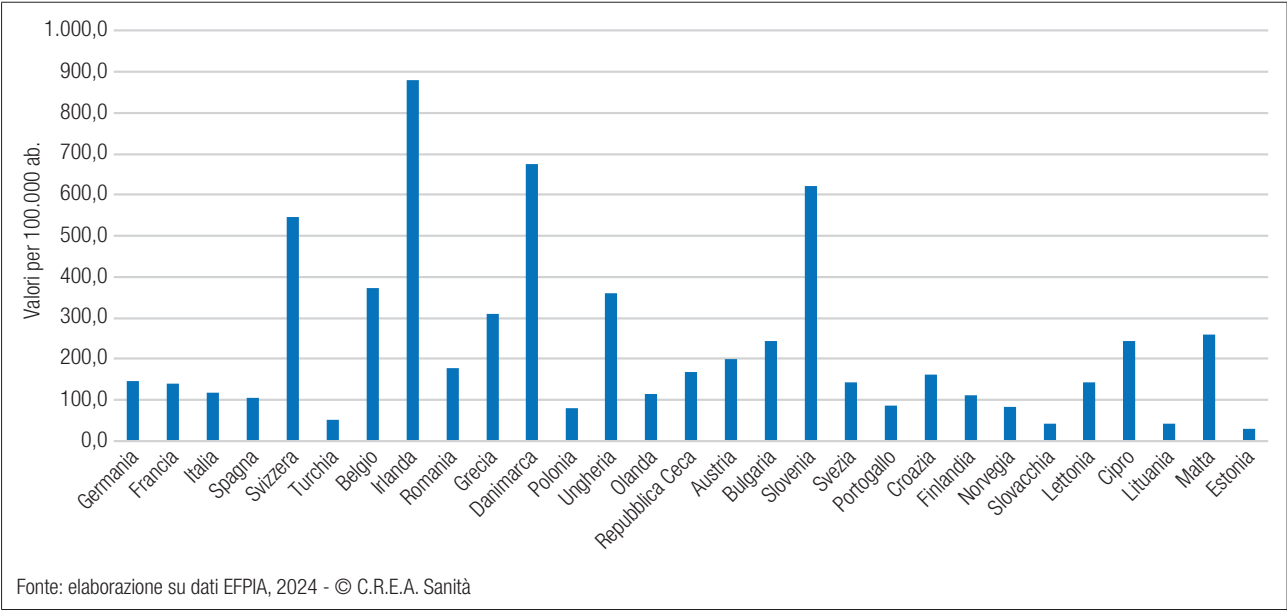
L'incremento delle esportazioni di vaccini (+8,7%) è stato superiore a quello medio del settore, passando da € 3,9 mld. del 2022 ai € 4,2 mld. del 2023. Considerando l'ultimo decennio, si è passati da un saldo negativo di - € 1,1 mld. del 2013 ad uno positivo di + € 10,7 mld..

Occupazione

Il numero di occupati nelle aziende farmaceutiche in Europa è in crescita, avendo raggiunto nel 2022 (ultimo anno disponibile EFPIA 2024) le 894.406 unità.

La Germania risulta essere il Paese con il maggior numero di occupati nel settore (123.475), in aumento nell'ultimo decennio del +1,7% medio annuo, seguita da Francia (95.867 occupati e +0,4% medio annuo) e Italia (68.600 occupati e +1,4% medio annuo).

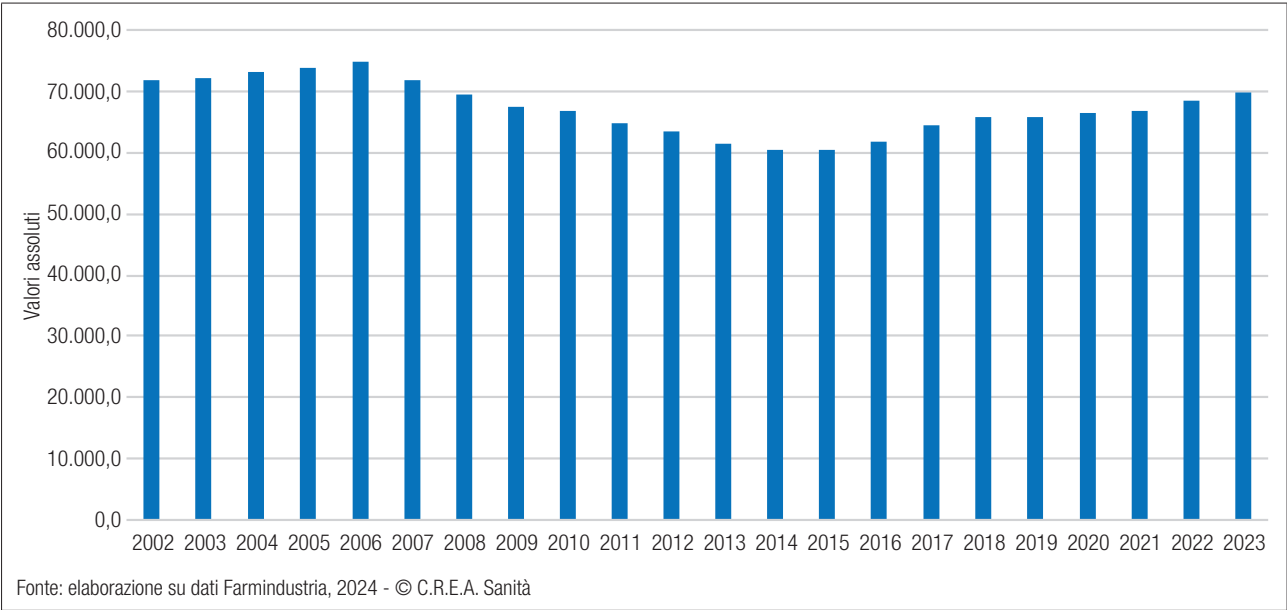
Figura 14.5. Tasso di occupazione nell'industria farmaceutica. Europa - Anno 2022



Rapportando il numero di occupati alla popolazione, il Belgio risulta essere il Paese con la maggiore incidenza del settore, contandone 798,8 ogni 100.000 abitanti (ab.); seguita dalla Slovenia che ne conta 596,9, e dalla Svizzera con 537,6; in Italia si contano 116,2 occupati ogni 10.000 abitanti (ab.) (Figura 14.5.).

In Italia, nell'ultimo anno (2023), secondo i dati Farindustria il numero di occupati è continuato a crescere raggiungendo le 70.000 unità (+2,0% rispetto all'anno precedente), l'1,6% degli occupati del settore manifatturiero e lo 0,3% degli occupati in Italia (Figura 14.6.).

Figura 14.6. Occupati nell'industria farmaceutica. Italia



Malgrado il calo registrato in corrispondenza della crisi finanziaria, nell'ultimo decennio si è registrata una crescita complessiva di occupati nel settore dell'+12,4%. In termini di indotto, si stima che, nel 2023, siano stati generati 236.000 posti di lavoro, che si sommano ai 70.000 dell'industria farmaceutica: per ogni posto di lavoro creato nel settore se ne generano, quindi, altri 3,4 nell'indotto.

Valore aggiunto, investimenti in R&S e indotto

Il valore aggiunto generato dal settore farmaceutico in Italia, nel 2023, è risultato pari € 11,9 mld., ovvero a € 170,0 per 1.000 occupati, in aumento del +7,0% rispetto all'anno precedente.

Il valore per occupato del settore farmaceutico in Italia è 2,6 volte maggiore di quello medio del settore economico e 2,1 volte maggiore di quello del settore manifatturiero, registrando un aumento del *gap* (in positivo) rispetto all'anno precedente. In media, negli ultimi tre anni il valore dell'indicatore per l'Italia è superiore a quello medio europeo dell'8% e del 3% rispetto, ad esempio, alla Germania.

Gli investimenti in R&S dell'industria farmaceutica, in Italia, ammontano a € 2,0 mld, pari al 7,0% del totale e al 17,0% del valore aggiunto del settore: si tratta (Farmindustria, 2024) di una quota superiore a quelle registrate nel settore media-alta tecnologia (9,5%) e del settore manifatturiero (4,3%).

Nell'ultimo decennio gli investimenti in R&S hanno registrato una crescita media annua del +5,2%, passando da € 1,2 mld. del 2013 a € 2,0 mld. del 2023.

Anche il valore degli investimenti in R&S e della produzione per addetto, nel settore farmaceutico sono circa tre volte maggiori di quello del settore manifatturiero, con un *trend* di continua crescita nell'ultimo decennio.

Nel 2023, presso l'Ufficio Brevetti Europeo, sono state depositate circa 9.273 domande relative al settore farmaceutico, a cui se ne sommano circa 8.367 nel campo delle biotecnologie. Il rapporto tra brevetti concessi e domande di brevetto è di circa il 20%, sia nel settore farmaceutico che in quello biotecnologico.

Al di là dell'impatto diretto del settore specifico va considerato che la presenza dell'industria genera un indotto che contribuisce allo sviluppo economico dei

territori dove le imprese operano.

Per il settore farmaceutico, secondo quanto riportato da Farmindustria, l'indotto (fornitori e consumi) generato in termini di valore aggiunto è pari a circa € 26,0 mld., in crescita del +8,3% nell'ultimo anno.

Sommando tale valore agli € 11,9 mld. di valore aggiunto del settore farmaceutico, nel 2023 il settore genererebbe un valore aggiunto di circa € 37,9 mld. (+5,3% nell'ultimo anno), triplicando il valore del settore.

14.3. I dispositivi medici

Il mercato mondiale dei DM ha raggiunto nel 2023 i € 613 mld. (*MedTech Europe*, 2024).

La suddivisione del mercato è rimasta pressoché invariata negli ultimi due anni: quello statunitense ne rappresenta il 47,2%, quello europeo il 26,1% (€ 160,0 mld.), quello cinese il 6,5%, quello giapponese il 5,0% (*MedTech Europe*, 2024).

In Italia, nel 2023, secondo i dati Confindustria DM, il settore dei DM genera un valore di mercato pari a € 18,3 mld., in crescita nell'ultimo anno del +5,8%, di cui € 12,4 mld. destinati al mercato interno e € 5,9 mld. a quello esterno.

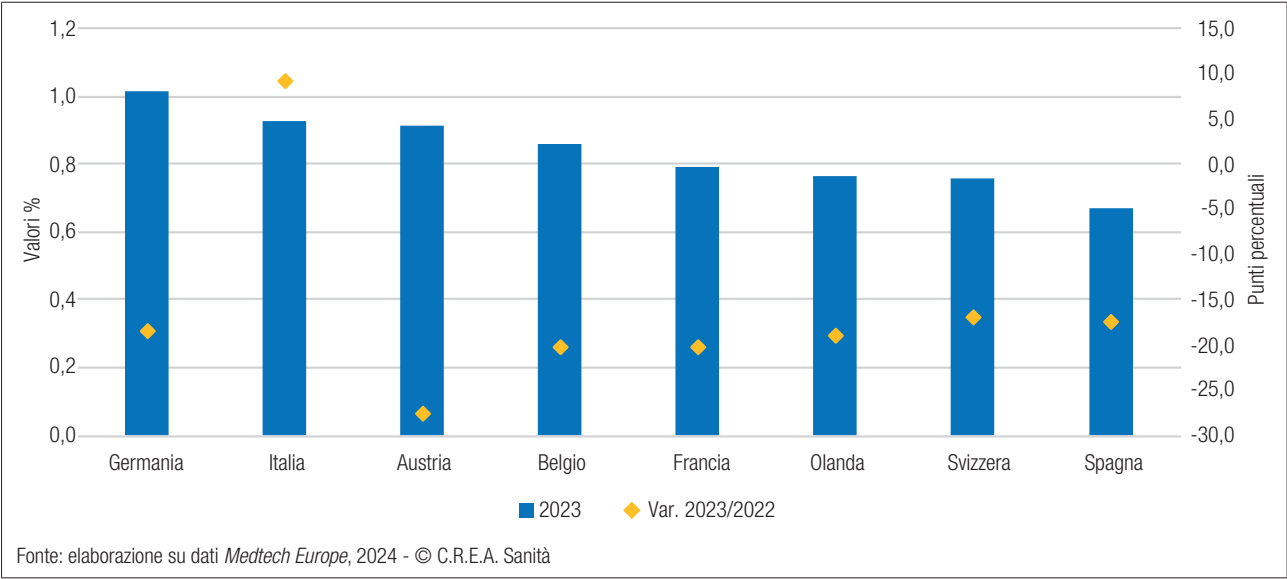
Produzione

La produzione di DM in Europa, nel 2023, è pari a € 160,0 mld., pari al 26,1% della produzione mondiale, con una diminuzione del -0,3% rispetto all'anno precedente; la produzione europea è seconda solo a quella USA che è pari al 47,2% del mercato mondiale. La Germania (€ 42,4 mld.), la Francia (€ 22,4 mld.), l'Italia (€ 19,7 mld.) e la Spagna (€ 10,1 mld.) sommano il 59,1% della produzione europea dei DM (con quote rispettivamente del 26,5%, 14,0%, 12,3% e 6,3%).

La maggiore incidenza della produzione sul PIL, nel 2023, (Figura 14.7.) si registra in Germania (1,0%), seguono l'Italia, il Belgio e l'Austria con lo 0,9%, la Svizzera e l'Olanda con lo 0,8% ed infine la Spagna con lo 0,9%.

In Italia, il valore della produzione ammonta a € 6,9 mld., con un aumento del +9,5% nell'ultimo anno (Figura 14.8.).

Figura 14.7. Incidenza della produzione di DM sul PIL. Europa

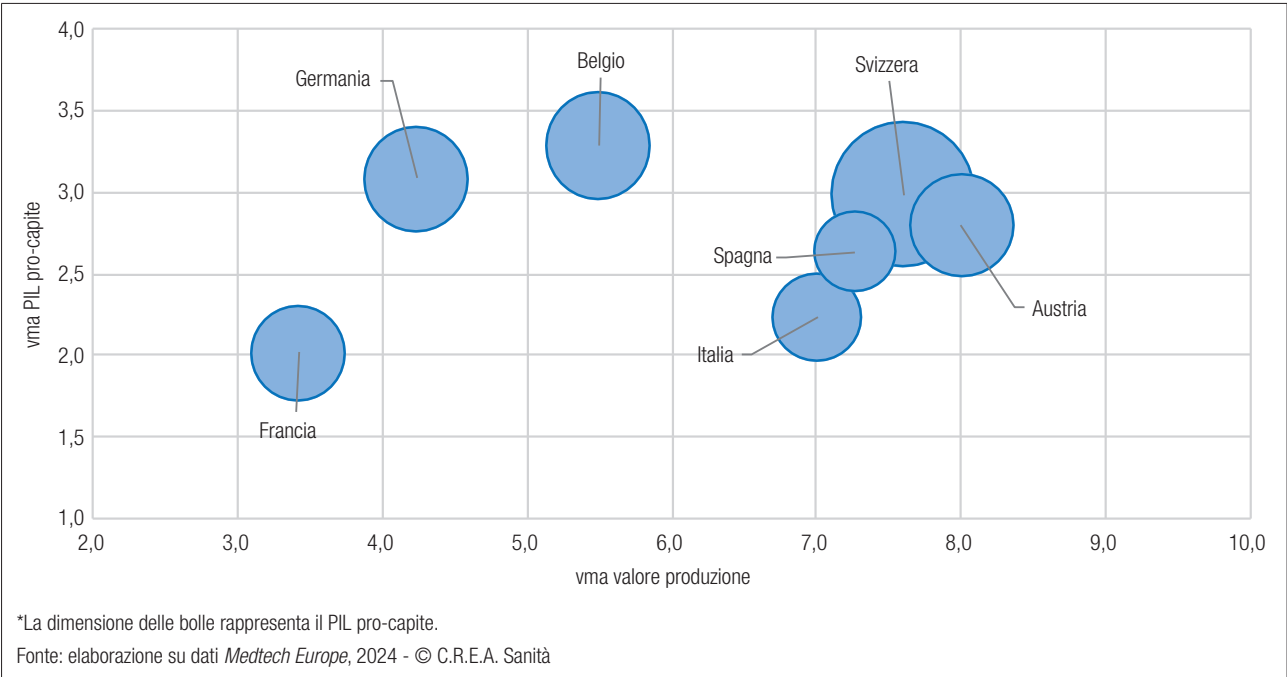


L'Italia produce il 10,0% dei diagnostici in vitro (IVD) europei, preceduta solo dalla Germania (30,3%) e dalla Francia (12,6%).

Nel periodo 2012-2022, in tutti i principali Paesi europei si è registrata una crescita media annua del valore della produzione superiore a quella del PIL; in

Austria ed in Spagna, rispettivamente del +8,0% e del +7,3%, a fronte di un aumento del PIL del +2,8% e del +2,6%. L'Italia ha registrato il più alto *gap* di crescita tra valore della produzione e PIL, essendo del +7,0% vs il +2,2%.

Figura 14.8. Produzione di DM e PIL in Europa. Variazioni medie annue 2022/2012



Interscambio estero

Nel settore dei DM, Olanda e Germania sono i Paesi europei con il maggiore interscambio estero (Figura 14.9.): l'Olanda, nel 2023, ha esportato DM per un valore pari a € 37,2 mld. (+20,0%) e la Germania per € 33,6 mld. (+4,0%); nello stesso anno le loro importazioni sono state pari rispettivamente a € 28,9 mld. (+17,5%) e € 21,9 mld. (-0,5) (*MedTech Europe*).

Nel biennio 2022-2023, il valore dell'*export* dei DM è aumentato soprattutto in Olanda, di € 6,2 mld., ed in Germania di € 1,3 mld..

Irlanda (€ 12,9 mld.), Germania (€ +11,6 mld.), Olanda (€ +8,2 mld.) e Svizzera (€ +6,4 mld.) risultano essere i Paesi con il migliore saldo della bilancia commerciale.

Spagna (€ -4,3 mld.), Francia (€ -4,2 mld.) e Italia (€ -2,5 mld.), invece, registrano un saldo negativo della bilancia commerciale.

Occupazione

In Europa, nel 2023, si contano oltre 880.000 occupati nel settore dei DM. La Germania è il Paese con il maggiore numero di occupati (257.000 unità), seguita da Italia (117.607 unità), Inghilterra (117.200), Francia (84.000 unità) e Svizzera (67.500

unità). I posti di lavoro creati dall'industria dei DM rappresentano circa lo 0,4% dell'occupazione totale in Europa. Nell'ultimo anno in Europa si è registrata una crescita del 3,5% degli occupati nel settore.

In Italia, nell'ultimo anno, secondo i dati riportati da Confindustria DM, in controtendenza con il *trend* europeo, si è registrata una diminuzione del numero di occupati del -1,0%.

Per quanto riguarda l'incidenza degli occupati sulla popolazione, l'Irlanda è al primo posto in Europa, con 98 occupati ogni 10.000 abitanti, seguita da Svizzera e Austria (rispettivamente 77 e 32); l'Italia è settima, con 20 occupati ogni 10.000 abitanti.

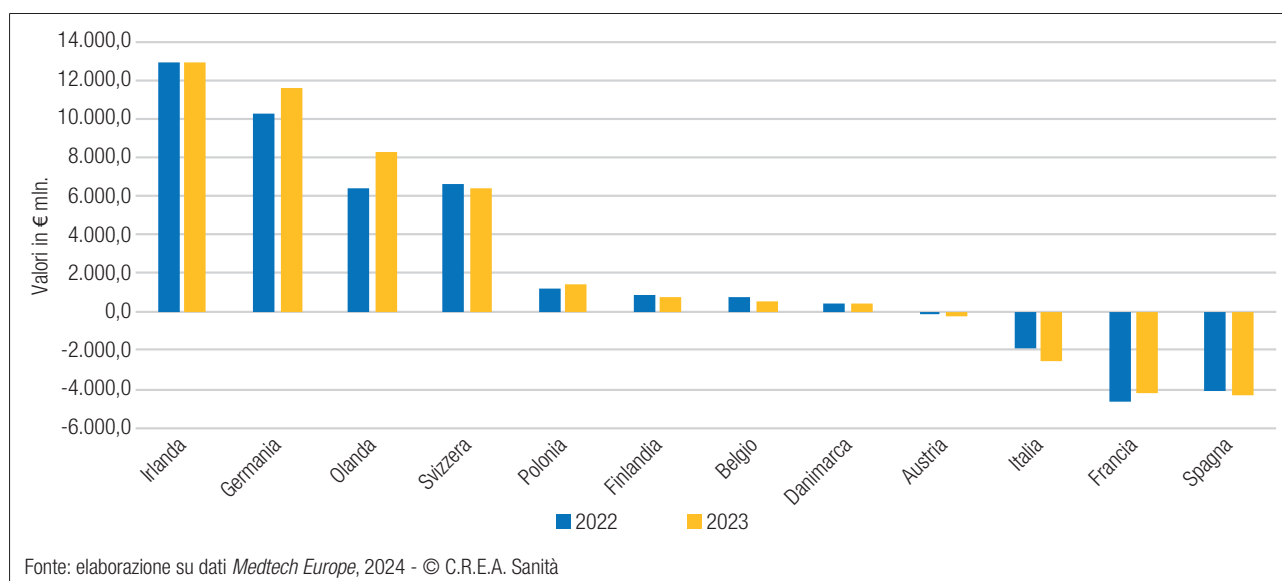
Investimenti in R&S e brevetti

A livello europeo il settore dei DM genera un valore aggiunto pari a € 177,0 per 1.000 addetti.

Il tasso medio globale di investimento in R&S per le tecnologie medicali, che comprendono DM, IVD e tecnologie digitali (*Digital Therapeutics*), è stimato intorno all'8% (spesa in R&S in percentuale delle vendite) (*Medtech Europe*).

In Italia il settore DM investe in R&S € 997,9 mln., pari al 14,5% del valore di produzione.

Figura 14.9. Bilancia commerciale DM. Europa



In termini di brevetti, nel 2023, sono state depositate presso l'Ufficio Europeo dei Brevetti (UEB) oltre 15.900 domande di brevetto nel campo delle tecnologie mediche, con una crescita dell'+1,3% rispetto all'anno precedente. Il settore delle tecnologie medicali rappresenta l'8,0% del numero totale di applicazioni, occupando il secondo posto tra tutti i settori industriali in Europa. Il 40% di queste domande di brevetto è stato depositato da Paesi di EU27, oltre Regno Unito, Norvegia e Svizzera, il 38,0% dagli Stati Uniti e il restante 22,0% da altri Paesi. Negli ultimi due decenni il numero di depositi *dell'European Patent Office* nel campo delle tecnologie medicali è quasi triplicato, con un rapporto tra brevetti concessi e domande di brevetto pari al 57,0%.

14.4. Riflessioni finali

I principali indicatori descrittivi dell'evoluzione dell'industria che produce beni utilizzati direttamente e/o indirettamente per il settore sanitario (con particolare attenzione all'industria farmaceutica e dei DM) dimostrano come il settore sia strategico per la crescita economica.

In particolare per l'Italia, che rappresenta uno dei principali Paesi di produzione a livello mondiale, con una quota in Europa del 10,7% nel settore dei farmaci e del 12,3% in quello dei DM.

A livello nazionale il valore della produzione dei due settori rappresenta il 3,8% del PIL (2,7% del farmaceutico e 1,1% dei DM), con una crescita di 0,4 p.p. nell'ultimo anno.

Nell'ultimo decennio, il tasso di crescita della produzione di entrambi i settori è stato superiore di circa tre volte rispetto a quella del PIL: confermando l'importanza del settore *life sciences* anche per lo sviluppo economico del nostro Paese.

A conferma di ciò, in Italia il settore farmaceutico genera un valore aggiunto per addetto (€ 170,0 per 1.000 occupati), che è il doppio di quello medio del settore manifatturiero, e quasi il triplo di quello medio del settore economico, ed è in crescita del +7,0%

nell'ultimo anno, aumentando il *gap* (positivo) con gli altri settori.

Analoghe osservazioni si possono fare per il settore dei DM, dove il valore aggiunto per addetto è pari a € 167,5 per 1.000 occupati.

Complessivamente, il mercato dei due settori è rilevante: quello farmaceutico nel 2023 ha raggiunto i € 52 mld., mentre quello dei DM si attesta a € 18,3 mld.. A tale valore si somma quello dell'indotto che, da stime effettuate per il settore farmaceutico, arriva a triplicarne il valore e più che triplicarne il numero di occupati.

Per quanto concerne l'interscambio estero, si registra un saldo della bilancia commerciale italiana positivo per il settore farmaceutico (+ € 10,7 mld.) e negativo per quello DM (- € 2,5 mld.). Nel farmaceutico l'Italia ha recuperato nell'ultimo anno due posizioni nel *ranking* europeo, diventando il settimo Paese per saldo (positivo) della bilancia commerciale; nel settore dei DM il saldo negativo ha subito un ulteriore peggioramento.

In termini di occupati, l'Italia risulta il terzo Paese in Europa per addetti nell'industria farmaceutica (70.000 occupati nel 2023), registrando un aumento del +12,4% negli ultimi dieci anni. Nel settore dei DM occupa la seconda posizione, con 117.607 unità, sebbene in riduzione nell'ultimo anno.

L'Italia si distingue in particolare in alcuni segmenti, quale quello dei vaccini che, nell'ultimo decennio, ha significativamente contribuito al saldo positivo della bilancia commerciale dei farmaci, per via dell'ingente valore dell'*export*, e quello dei diagnostici in vitro, per il quale detiene il 10% del mercato europeo.

Le evidenze disponibili sull'evoluzione del settore e del suo impatto sulla crescita del Paese sono evidentemente indicativi del suo valore strategico per la crescita del Paese e, quindi, della necessità di coniugare strettamente politiche assistenziali e industriali, mirando alla massimizzazione dell'impatto del combinato disposto delle suddette politiche in termini di complessivo beneficio sociale.

Riferimenti bibliografici

Confindustria Dispositivi Medici, Il settore in numeri (anni vari)

Confindustria, Position paper “La prosperità dell’Italia passa dal settore salute”, 2020

Eurostat 2024

Evaluate pharma world preview 2022 – outlook to

2028

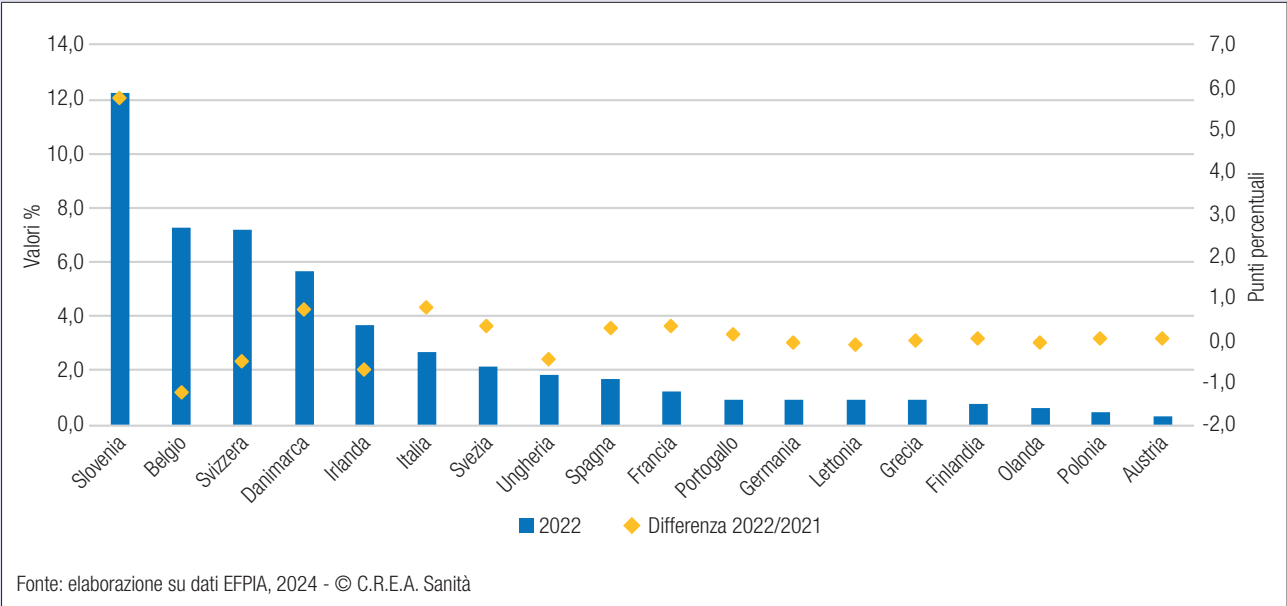
Farindustria, Indicatori farmaceutici regionali (anni vari)

Istat, database

MedTechEurope report (anni vari)

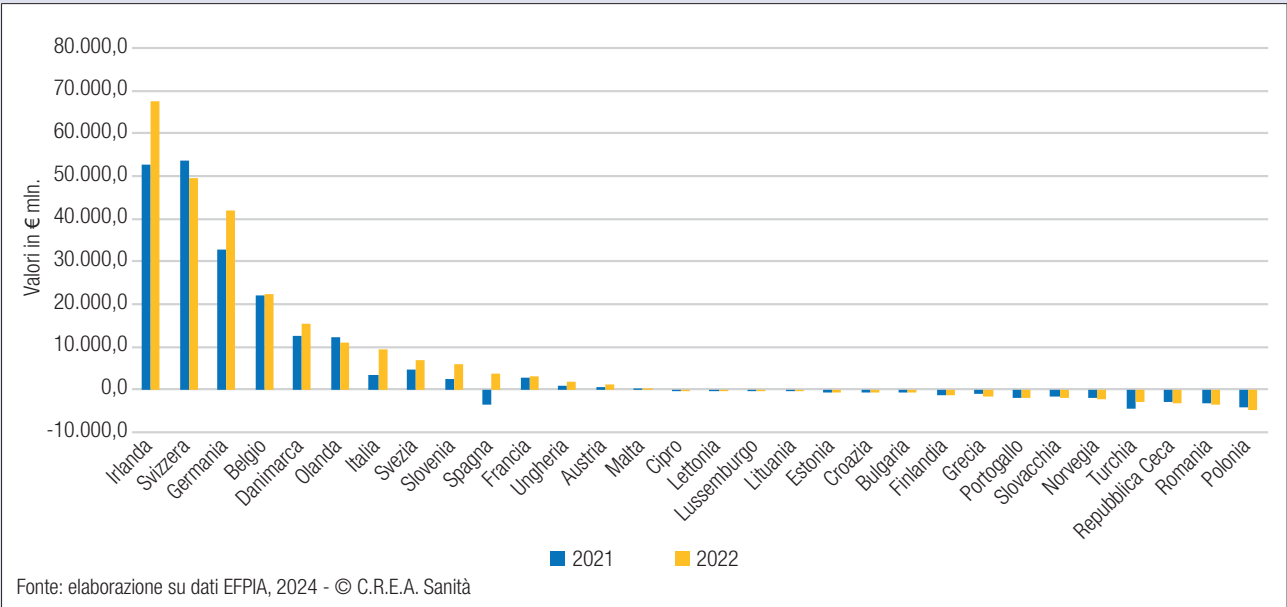
Rapporto EFPIA (anni vari), European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations

KI 14.1. Incidenza della produzione farmaceutica su PIL. Europa



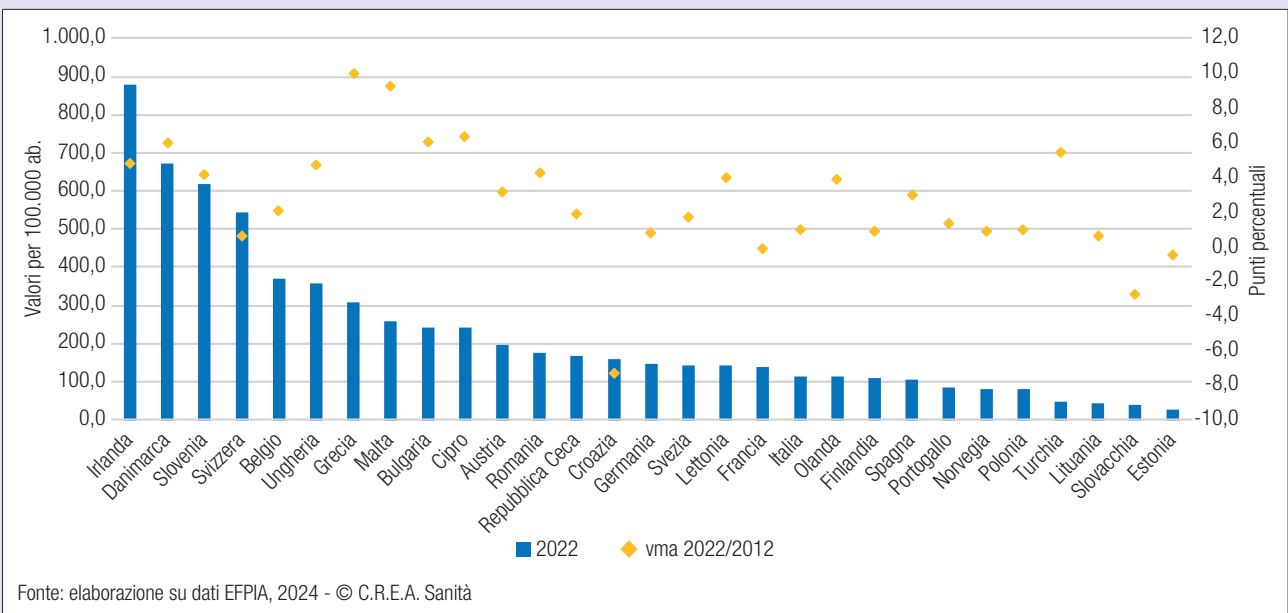
Nel 2022, secondo EFPIA, il valore della produzione farmaceutica in Europa rappresenta in media l'1,9% del PIL: in Italia si attesta al 2,7%. La Slovenia registra l'incidenza maggiore (12,2%), l'Austria quella minore (0,3%). Rispetto all'anno precedente la riduzione massima si registra in Belgio, con -1,2 punti percentuali (p.p.), l'incremento massimo in Slovenia (+5,7 p.p.).

KI 14.2. Bilancia commerciale dell'industria farmaceutica. Europa



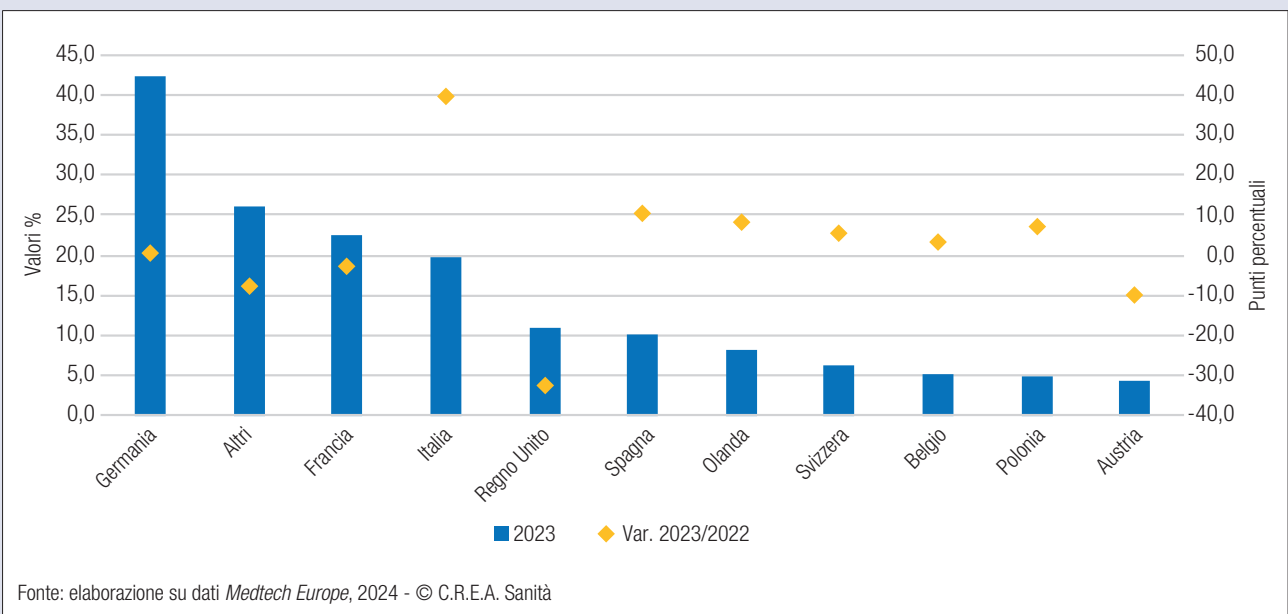
Nel 2022, secondo EFPIA, l'Irlanda è il Paese europeo che registra il migliore saldo positivo della bilancia commerciale farmaceutica, pari a + € 67,5 mld., la Polonia quello che registra il saldo maggiormente negativo (- € 4,6 mld.). L'Italia si attesta a € 10,7 mld. Rispetto all'anno precedente è l'Italia il Paese che ha registrato il maggiore incremento del saldo (+169,7%); di contro, il Paese che ha registrato il maggior peggioramento del saldo è la Spagna (-209,8%).

KI 14.3. Tasso di occupazione dell'industria farmaceutica in Europa



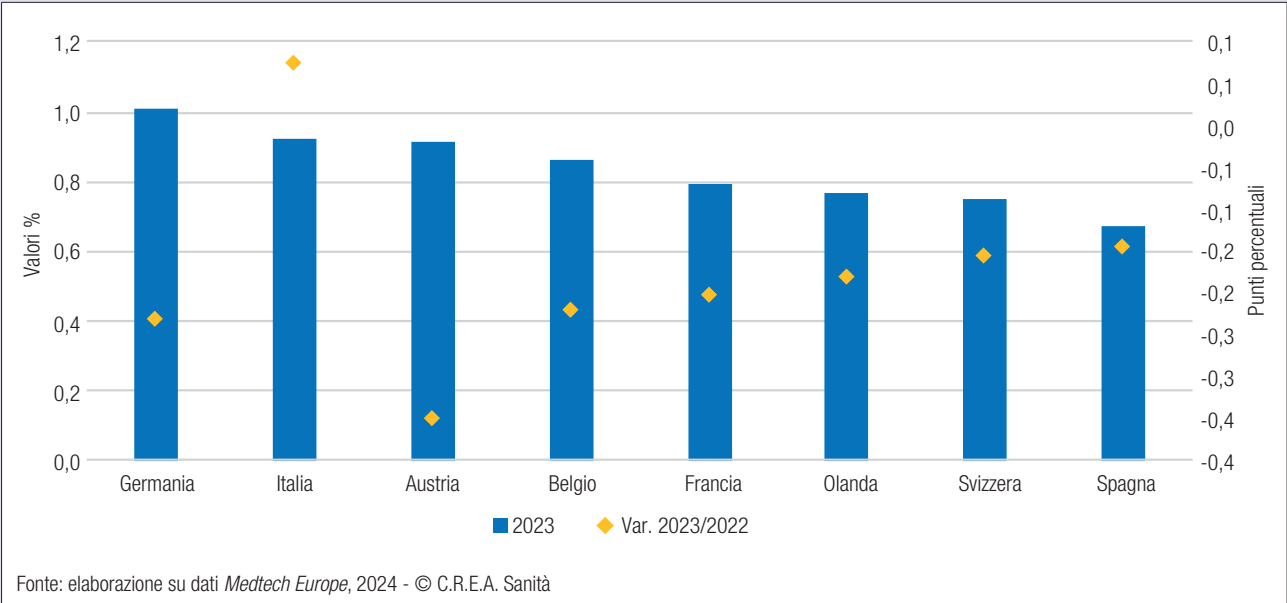
Nel 2022, secondo EFPIA, il tasso di occupazione medio dell'industria farmaceutica è pari a 150,1 occupati ogni 100.000 abitanti, in aumento nell'ultimo decennio del +2,2% medio annuo. L'Irlanda risulta essere il Paese con il tasso di occupazione più alto (879,8 occupati ogni 100.000 abitanti), l'Estonia quello con il tasso più basso (28,5); in Italia il tasso di occupazione è pari a 116,2 (ogni 100.000 abitanti), in crescita nell'ultimo decennio di +10,7 occupati ogni 100.000 abitanti. L'aumento massimo del tasso si registra in Grecia (+189,5 occupati ogni 100.000 abitanti), la riduzione massima in Croazia (-184,4 ogni 100.000 abitanti).

KI 14.4. Mercato dei DM in Europa



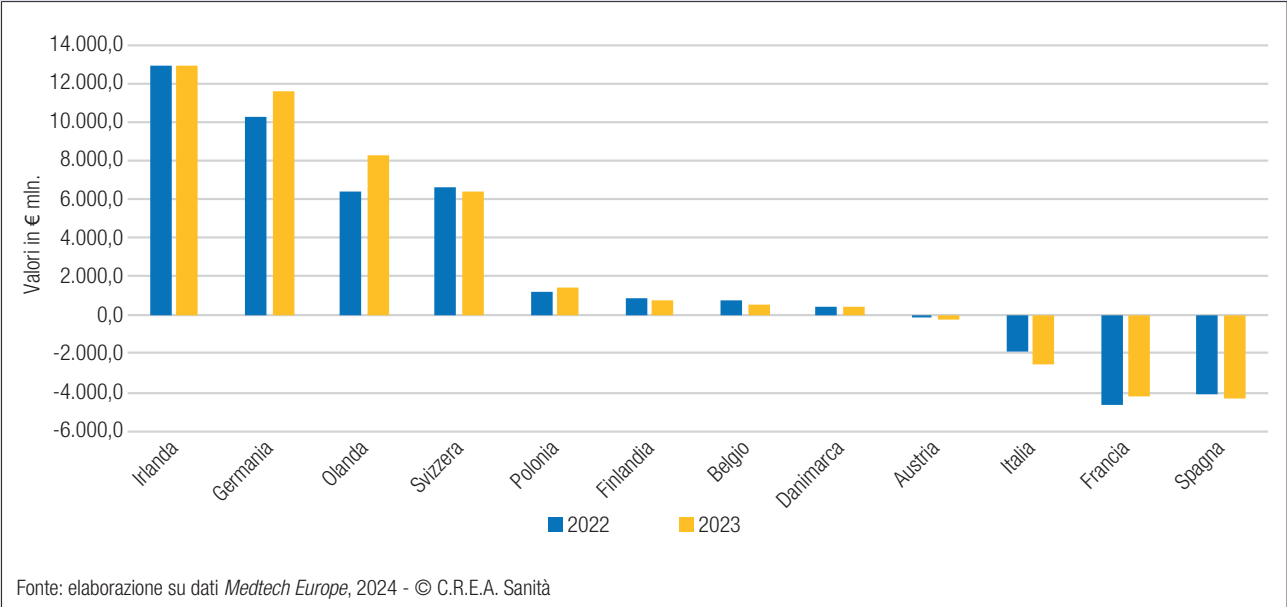
Nel 2023, secondo MedTech Europe, il mercato mondiale dei DM risulta pari a € 613,0 mld., di cui quello europeo è pari al 26,1%, con un valore di € 160,0 mld., invariato rispetto all'anno precedente. In Europa la quota maggiore del mercato è rappresentata dalla Germania con € 42,4 mld. (26,5%), segue la Francia con € 22,4 mld. (14,0%), l'Italia con € 12,3 mld. (12,3%), il Regno Unito con € 6,8 mld. (6,8%) e la Spagna con € 6,3 mld. (6,3%). Rispetto all'anno precedente è l'Italia il Paese che ha registrato il maggiore incremento del mercato (+39,8%); di contro, il Paese che ha registrato il maggior peggioramento è stato il Regno Unito (-32,7%).

KI 14.5. Incidenza del mercato dei DM su PIL. Europa



Nel 2023, secondo *MedTech Europe*, la maggiore incidenza della produzione di DM sul PIL si registra in Germania (1,0%), quella più bassa in Spagna (0,7%): l'Italia si attesta allo 0,9%. Rispetto all'anno precedente, in tutti i Paesi si registra una riduzione dell'indicatore, con la riduzione massima in Austria (-0,3 p.p.) e minima in Spagna (-0,1 p.p.), con l'eccezione dell'Italia, che registra un aumento, pari a +0,1 p.p..

KI 14.6. Bilancia commerciale dei DM in Europa



Nel 2023, secondo *MedTech Europe*, l'Irlanda è il Paese con il migliore saldo della bilancia commerciale del settore dei DM, pari a € +12,9 mld., la Spagna quello con il peggiore (€ -4,3 mld.); l'Italia si attesta a € -2,5 mld.. Rispetto all'anno precedente il miglioramento massimo della bilancia commerciale si registra in Olanda (+28,2%) e il peggioramento in Austria (-490,0%); l'Italia registra una riduzione pari al -35,7%.



Capitolo 15

Focus di patologia

- 15a. PDTA delle patologie croniche dermatologiche nel nuovo contesto organizzativo: Psoriasi e Dermatite Atopica**
- 15b. Costo-efficacia e sostenibilità degli *screening*: il caso paradigmatico del carcinoma polmonare**
- 15c. L'assistenza sanitaria per la Salute Mentale in Italia**

Sintesi

CAPITOLO 15a

PDTA delle patologie croniche dermatologiche nel nuovo contesto organizzativo: Psoriasi e Dermatite Atopica

Argenziano G.¹, Fagnoli MC.², Foti C.², Frascione P.², Gisondi P.², Marzano A.², Pellacani G.², d'Angela D.³

Il contributo descrive il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la presa in carico del paziente con psoriasi (PSO) o con dermatite atopica (DA), sviluppato da un Gruppo di Lavoro (GdL) della Società Italiana di Dermatologia e delle Malattie Sessualmente Trasmesse (SIDeMaST) con il supporto scientifico dei ricercatori del C.R.E.A. Sanità.

In particolare, in linea con quanto definito dall'*European Pathway Association*, il GdL ha predisposto un *Model Pathway*, ovvero un percorso diagnostico terapeutico caratterizzato da una prospettiva nazionale sovra-aziendale (quindi, non specifica dell'organizzazione di uno specifico contesto regionale, di area vasta o locale).

Il PDTA intende rappresentare una piattaforma su cui realizzare percorsi operativi a livello locale.

Il lavoro si è prefisso un duplice obiettivo:

- promuovere uniformità di comportamento dei professionisti coinvolti nel processo di diagnosi e cura dei pazienti affetti da PSO e DA su tutto il territorio nazionale
- garantire al paziente appropriati percorsi di cura e assistenza, tenendo conto dei nuovi modelli organizzativi territoriali che sono stati introdotti dal recente D.M. n. 77/2022 e dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), oltre che dallo sviluppo degli strumenti di medicina digitale (Telemedicina ecc.).

Il PDTA è stato costruito recependo le indicazioni del Piano Nazionale delle Cronicità (Ministero della salute, 2016), che prevedono la realizzazione

di una effettiva presa in carico attraverso interventi multidimensionali e multiprofessionali, attuati in diversi ambiti, come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità, mantenendo il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedendo, o comunque riducendo, il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia/*caregiver* il peso dell'assistenza.

Si consideri che il *setting* assistenziale domiciliare è quello in cui è più agevole per l'*équipe* curante promuovere l'*empowerment* del paziente, migliorando la sua capacità di "fare fronte" alla patologia, sviluppando le abilità di auto-cura del paziente. La centralità di tale *setting* assistenziale è, peraltro, stata confermata dal D.M. n. 77/2022 e dagli obiettivi della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il PDTA proposto è destinato ai sanitari (specialisti, Medici di Medicina Generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS), infermieri di famiglia e di comunità) coinvolti nella presa in carico dei pazienti affetti da PSO e DA, al fine di guidare le loro scelte in ambito clinico ed organizzativo, riconducendole all'interno di un *range* generalmente accettabile di interventi ed esiti.

Contestualmente alla definizione del percorso di presa in carico, ne sono stati definiti i requisiti minimi in termini di personale e tecnologici: che ci si auspica siano rispettati nelle "nuove" strutture organizzative previste nel D.M. n. 77/2022.

Tali requisiti sono stati descritti per le singole diverse fasi previste nel percorso del paziente, al-

¹ Dermatologo, Presidente SIDeMaST

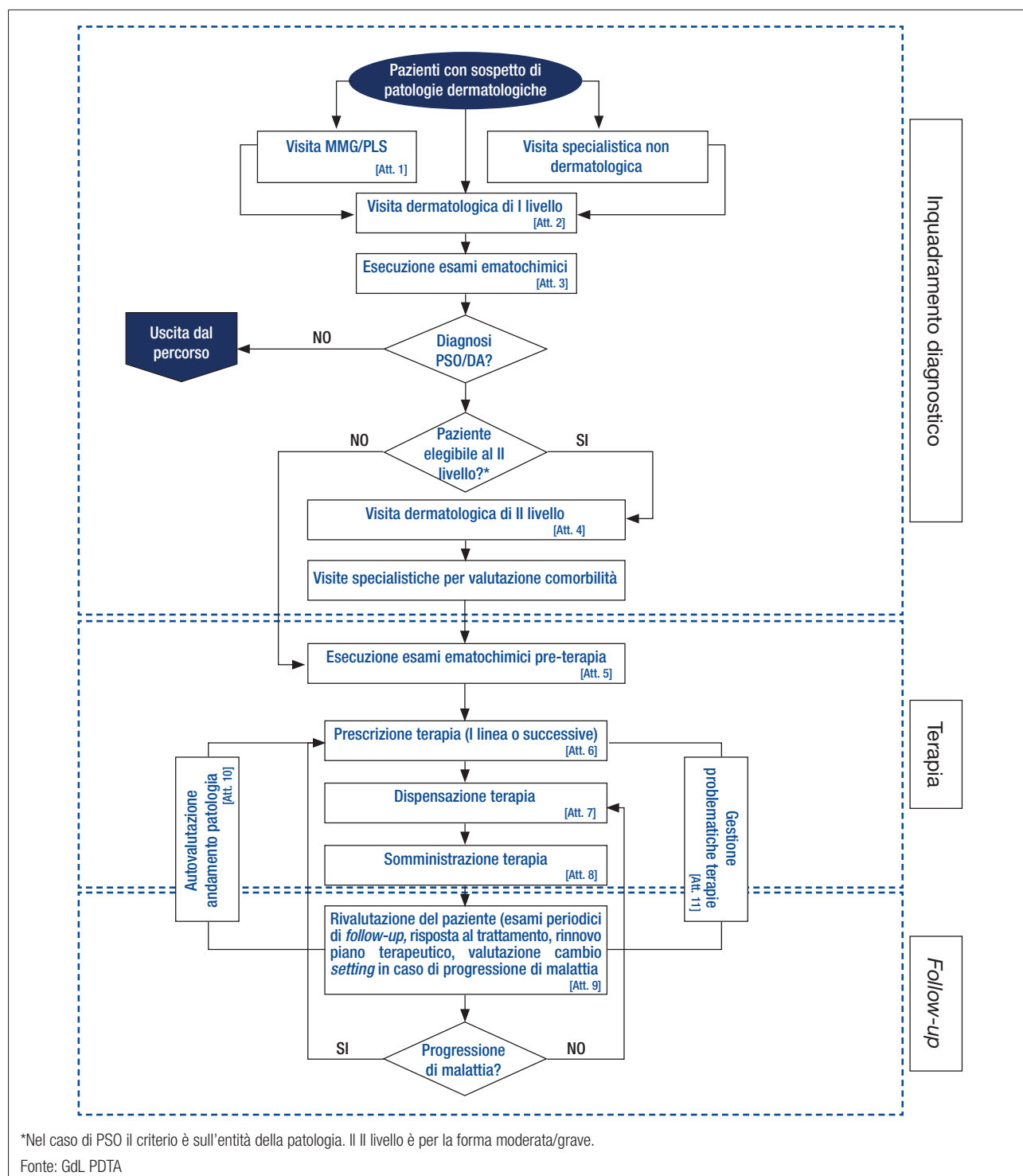
² Dermatologo, componente Gruppo di lavoro SIDeMaST

³ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

tresi considerando la possibilità di un eventuale loro erogazione avvalendosi di soluzioni di telemedicina. Sono stati inoltre definiti indicatori di monitoraggio dell'aderenza al percorso previsto, da adottarsi nelle diverse realtà regionali e/o locali; gli indicatori son

stati distinti in due sottogruppi: minimi, ovvero valorizzabili con i sistemi informativi ad oggi disponibili, e in prospettiva, ovvero valorizzabili previo adeguamento dei flussi informativi.

Flowchart PDTA



Nello specifico, alla luce del quadro normativo, il GdL ha convenuto che, nella presa in carico dei pazienti affetti dalla PSO e DA, siano identificate tre macro-fasi: 1) inquadramento diagnostico, 2) terapia e 3) *follow-up*, le cui attività si svolgono in quattro ambiti:

1. assistenza domiciliare
2. assistenza primaria (MMG/PLS, infermiere di famiglia e di comunità, ecc.)
3. assistenza specialistica ambulatoriale territoriale (Case di Comunità ecc.) / ospedaliera (I livello)
4. assistenza specialistica ospedaliera (II livello).

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di I livello dovranno essere erogate in ambulatori con dotazioni tecnologiche e di personale, come dettagliate nel PDTA, distintamente per singola attività e sub-attività.

Per ognuna delle macro-fasi del percorso di cura del paziente, sono state individuate delle sub-attività, in linea anche con quanto contenuto nei modelli di presa in carico previsti nel PNC (*Chronic Care Model* ecc.).

Inoltre, per ognuna di queste sub-attività sono state definiti dal GdL i seguenti requisiti: figura professionale operante, livello di assistenza, luogo e modalità di erogazione, attività, documentazione, risorse tecnologiche e personale.

Da ultimo, si riportano gli indicatori proposti per il monitoraggio:

- Indicatori minimi:
 - Quota di pazienti con diagnosi di PSO o DA lieve in carico presso il I livello
 - Quota di pazienti ai quali viene effettuata la visita dermatologica per conferma diagnostica di PSO o DA moderata o grave presso ambulatori di II livello rispondenti ai requisiti indicati
- Quota di pazienti con PSO o DA in carico presso strutture specialistiche di II livello ai quali viene prescritta una terapia con farmaci biologici (sistemici avanzati o terapia sistemica avanzate (biologici, JAKinibitori)
- Quota di pazienti con PSO o DA, moderata o grave, in carico presso strutture specialistiche di II livello ai quali vengono prescritte visite specialistiche per valutazione delle comorbidità
- Quota di pazienti con PSO o DA per i quali è previsto un possibile cambio di "livello" di presa in carico in corrispondenza dei quali viene effettuato un teleconsulto tra gli specialisti dei due livelli
- Quota di pazienti con PSO o DA nel cui FSE è presente l'esito della prima visita con la conferma diagnostica
- Quota di pazienti con PSO o DA nel cui FSE è presente la prescrizione degli esami di *follow-up* con indicazioni delle tempistiche di esecuzione.
- Indicatori implementabili in prospettiva:
 - Quota di pazienti ai quali viene effettuata la visita dermatologica per conferma diagnostica di PSO o DA presso ambulatori di I livello (Case di Comunità etc.) rispondenti ai requisiti indicati
 - Quota di pazienti con PSO o DA la cui gestione degli eventi avversi avviene a livello di assistenza primaria (MMG/PLS)
 - Quota di pazienti con PSO o DA in forma lieve ai quali viene effettuato il trattamento fototerapico in ambulatori con i requisiti indicati
 - Quota di pazienti con PSO (DA) in forma lieve ai quali viene effettuato il rinnovo del piano terapeutico attraverso una Televisita.

CAPITOLO 15a

PDTA delle patologie croniche dermatologiche nel nuovo contesto organizzativo: Psoriasi e Dermatite Atopica

Argenziano G.¹, Fagnoli MC.², Foti C.², Frascione P.², Gisondi P.²,
Marzano A.², Pellacani G.², d'Angela D.³

Il presente documento descrive il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la presa in carico del paziente con psoriasi (PSO) o con dermatite atopica (DA) sviluppato da un Gruppo di Lavoro (GdL) della Società Italiana di Dermatologia e delle Malattie Sessualmente Trasmesse (SIdE-MaST).

In particolare, in linea con quanto definito dall'*European Pathway Association*, il GdL ha predisposto un *Model Pathway*, ovvero un percorso diagnostico terapeutico caratterizzato da una prospettiva sovra aziendale nazionale; quindi, non specifica dell'organizzazione di uno specifico contesto (regionale, di area vasta o locale). Tale percorso intende rappresentare una piattaforma su cui realizzare i percorsi operativi a livello locale.

Il percorso si prefigge un duplice obiettivo:

- promuovere uniformità di comportamento, su tutto il territorio nazionale, dei professionisti coinvolti nel processo di diagnosi e cura dei pazienti affetti da PSO e DA
- garantire al paziente appropriati percorsi di cura e assistenza, anche tenendo conto dei nuovi modelli organizzativi territoriali che sono stati introdotti dal recente D.M. n. 77/2021 e dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ma anche dallo sviluppo degli strumenti di medicina digitale (Telemedicina ecc.).

Il percorso è destinato ai sanitari (specialisti, Medici di Medicina Generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS), infermieri di famiglia e di comunità)

operanti su tutto il territorio nazionale, coinvolti nella presa in carico dei pazienti affetti da PSO e DA; è realizzato con il fine di guidare le scelte intraprese in ambito clinico ed organizzativo, all'interno di un *range* generalmente accettabile di interventi ed esiti.

In questo senso il documento definisce, alla luce delle evidenze scientifiche reperite dalla letteratura e dall'esperienza clinica del GdL, le possibilità terapeutico-assistenziali che incontrano i bisogni della maggior parte dei soggetti eleggibili al PDTA. Tuttavia, si raccomanda che il giudizio definitivo dell'Operatore sia basato sulle circostanze rilevanti per ogni singolo caso e sulla condivisione del percorso con il paziente, al fine di soddisfare i suoi specifici bisogni.

15a.1. Livelli e fasi di gestione del paziente

Essendo la PSO e la DA patologie infiammatorie croniche, come indicato anche nel Piano Nazionale delle Cronicità (PNC) (Ministero della Salute, 2016), i modelli di presa in carico attiva e totale devono includere, oltre la cura, la prevenzione, la diagnosi, la riabilitazione, l'assistenza domiciliare, l'assistenza sociale, le cure palliative e di fine vita.

Ne segue che la realizzazione di una effettiva presa in carico richiede interventi multidimensionali e multiprofessionali, attuati in diversi ambiti, come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

Ricordiamo inoltre che nel PNC approvato nel 2016, tra gli obiettivi fondamentali dei sistemi di cura

¹ Dermatologo, Presidente SIdE-MaST

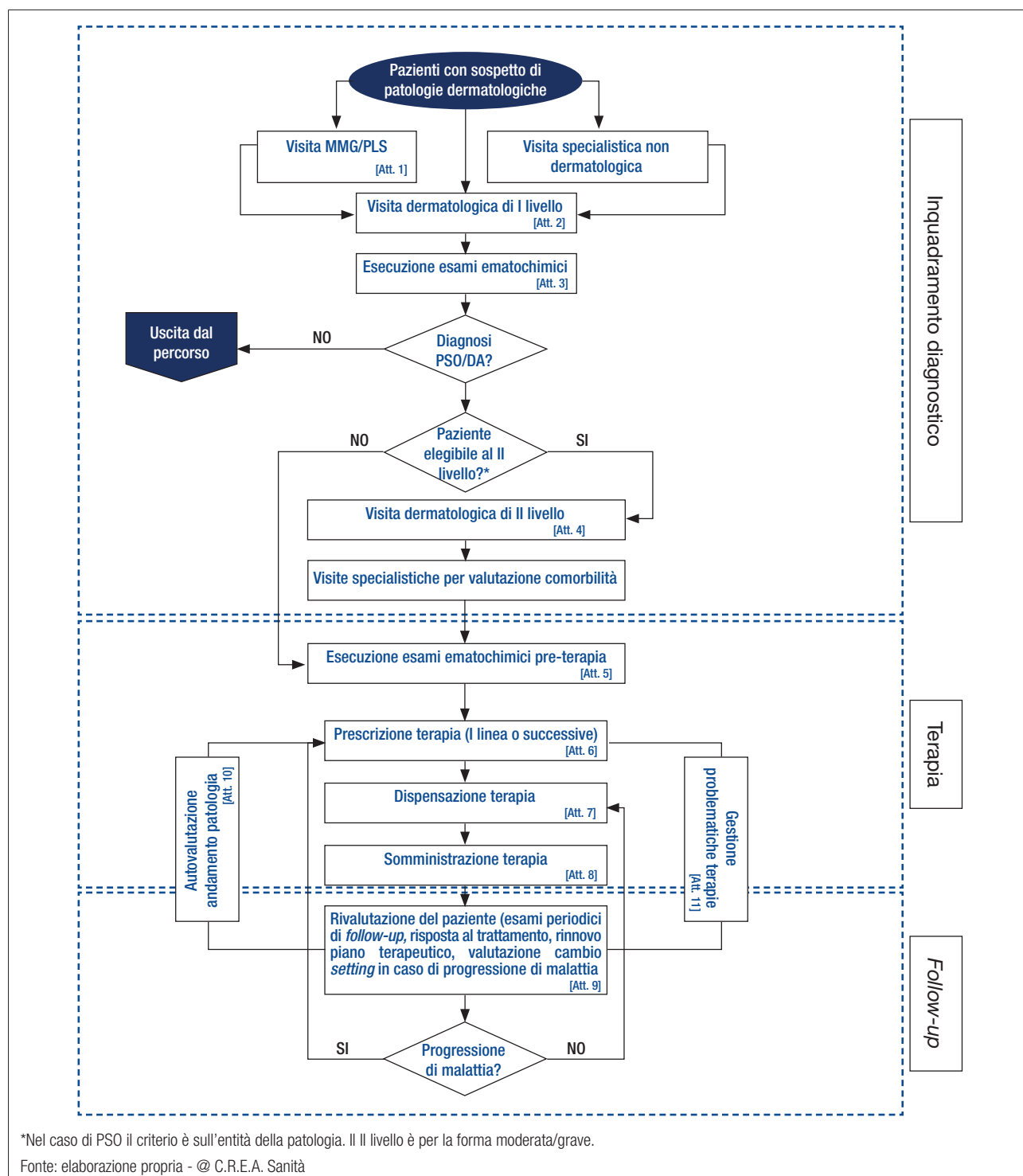
² Dermatologo, componente Gruppo di lavoro SIdE-MaST

³ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

della cronicità c'è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire, o comunque ridurre, il rischio di istituzionalizzazione, senza però far ricadere sulla famiglia/caregiver il peso dell'assistenza al malato. Il *setting* assistenzia-

le domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'*equipe* curante promuovere l'*empowerment* del paziente, migliorando la sua capacità di "fare fronte" alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura.

Figura 15a.1. Flowchart PDTA



La centralità di tale *setting* assistenziale è stata ulteriormente confermato dal D.M. n. 77/2021 e negli obbiettivi della Missione 6 del PNRR⁴.

Alla luce del quadro normativo sopra descritto, e delle realtà organizzative che si andranno a delineare nel breve e medio termine, il GdL ha convenuto che nella presa in carico dei pazienti affetti dalla PSO e DA, siano identificate quattro macro-fasi: 1) inquadramento diagnostico, 2) terapia e 3) *follow-up*, le cui attività si svolgono in quattro ambiti:

1. assistenza domiciliare
2. assistenza primaria (MMG/PLS, infermiere di famiglia e di comunità, ecc.)
3. assistenza specialistica ambulatoriale territoriale (Case di Comunità ecc.) / ospedaliera (I livello)
4. assistenza specialistica ospedaliera (II livello).

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di I livello devono essere erogate in ambulatori con dotazioni tecnologiche e di personale, come dettagliate nel presente PDTA, distintamente per singola attività e sub-attività.

Per ognuna delle macro-fasi del percorso di cura del paziente (Figura 15a.1.), sono state individuate delle sub-attività, in linea anche con quanto contenuto nei modelli di presa in carico previsti nel PNC (*Chronic Care Model* ecc.).

In particolare, per ognuna di queste sub-attività sono state definiti dal GdL i seguenti aspetti:

- figura professionale
- livello di assistenza
- luogo e modalità di erogazione
- attività
- documentazione
- risorse tecnologiche e personale.

15a.2. Inquinamento diagnostico

Il sospetto di PSO o DA può essere avanzato dal MMG/PLS, da un dermatologo o da altri clinici specialisti.

Nel caso in cui non sia avanzato da un dermato-

logo, il paziente deve essere indirizzato ad una visita dermatologica per procedere con le indagini finalizzate ad accertarne la diagnosi.

In presenza di una forma moderata o grave di PSO è raccomandata una valutazione delle comorbidità; per la DA, in presenza di comorbidità, è raccomandata una valutazione multidisciplinare del paziente (Figura 15a.2.).

Il dermatologo prescrive le visite specialistiche necessarie ad ottimizzare la presa in carico globale del paziente, anche ai fini dell'individuazione dell'opzione terapeutica più idonea alla condizione del paziente.

Si riportano di seguito i requisiti minimi relativi alle attività: Visita MMG/PLS [Att. 1], Visita dermatologica di I livello [Att. 2], Esecuzione esami ematochimici [Att. 3] e Visita dermatologica di II livello (in caso di PSO o DA, moderata o grave) [Att. 4].

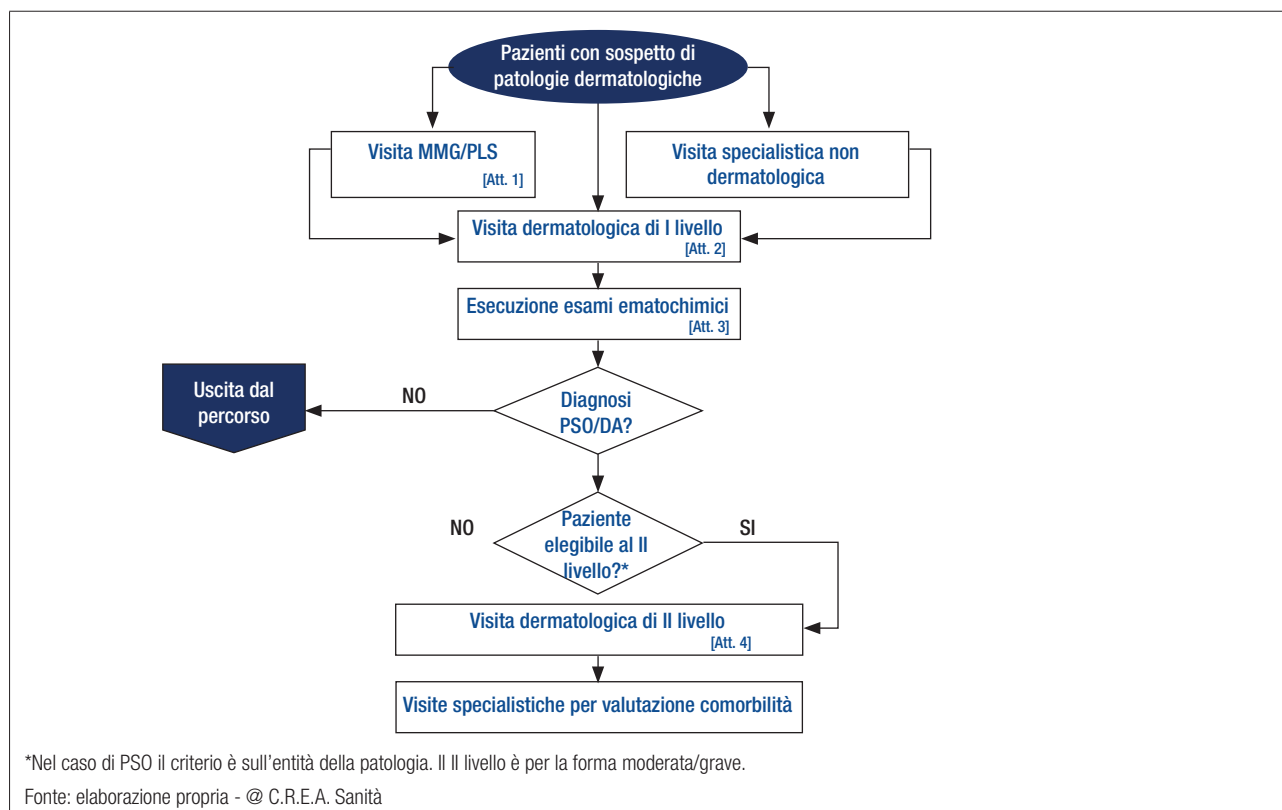
15a.2.1. Primo contatto del paziente per sospetto diagnostico: visita MMG/PLS [Att. 1]

Il MMG/PLS in caso di paziente con sospetto di patologie dermatologiche croniche (PSO/DA) deve effettuare una valutazione preliminare e poi indirizzarlo ad una visita dermatologica.

- **figura professionale:**
 - MMG/PLS
- **setting di assistenza:**
 - livello di assistenza primaria
- **luogo e modalità di erogazione:**
 - ambulatorio MMG-PLS/Case della Comunità
- **documentazione:**
 - prescrizione visita specialistica dermatologica
- **attività:**
 - anamnesi
 - valutazione cutanea (estensione, ecc.)
 - sospetto coinvolgimento articolare (solo nel caso di sospetto di PSO)
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - 1 MMG/PLS.

⁴ <https://italiadomani.gov.it/content/dam/sogeing/documenti/PNRR%20Aggiornato.pdf>

Figura 15a.2. Flowchart fase inquadramento diagnostico



15a.2.2. Visita specialistica dermatologica di I livello [Att. 2]

Il paziente con un sospetto di patologie croniche dermatologiche effettua la prima visita dermatologica di I livello recandosi direttamente dallo specialista o inviato da MMG/PLS o da altro specialista. Si riportano di seguito i requisiti minimi relativi alla specifica attività:

- **figura professionale:**
 - dermatologo
- **setting di assistenza:**
 - specialistica ambulatoriale (I-II livello)
- **luogo e modalità:**
 - in presenza presso ambulatori specialistici Casa di Comunità (CdC) / ambulatori specialistici ospedalieri
- **documentazione:**
 - diagnosi e gravità
 - prescrizione terapia
 - altre prescrizioni
- **attività:**

PSO:

- anamnesi
- esame obiettivo
- valutazione oggettiva (score clinici):
 - *Psoriasis Area Severity Index* (PASI)
 - *Body Surface Area* (BSA)
 - *Psoriasis Global Assessment* (PGA)
 - *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)
- valutazione soggettiva:
 - PSODISK a cura del paziente
- valutazione articolare:
 - segni clinici evocativi di artropatia:
 - dattilite (in atto o diagnostica da un reumatologo)
 - una o più articolazioni tumefatte e dolenti
 - dolore al rachide di tipo infiammatorio
- valutazione sospetto comorbidità:
 - valutazione sospetto patologie Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)
 - valutazione sospetto patologie reumatologiche

- valutazione sospetto patologie oculistiche
- valutazione sospetto patologie gastroenterologiche
- o esami ematochimici:
 - emocromo completo, elettroforesi proteica, VES, PCR, ANA, REUMA TEST azotemia glicemica, uricemia, creatinina, colesterolo, trigliceridi, transaminasi, GGT

DA:

- o anamnesi
- o anamnesi familiare
- o *prick test*
- o valutazione della localizzazione topografica e raccolta
- o esame obiettivo delle lesioni cutanee (*score clinici*):
 - *Eczema Area and Severity Index* (EASI)
 - *Body Surface Area* (BSA)
- o valutazione dei sintomi clinici (*Patient Reported Outcomes*):
 - valutazione del prurito (P-NRS)
 - valutazione del sonno (S-NRS)
- o Impatto sulla qualità di vita del paziente
 - *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)
- o Valutazione sospetto comorbidità
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - Cfr. requisiti Ambulatorio tipo A
 - 1 dermatologo
 - durata media: 15-20 minuti.

15a.2.3. Esecuzione esami ematochimici [Att. 3]

In presenza di patologie croniche dermatologiche, prima di iniziare la terapia, al paziente vengono prescritti dallo specialista dermatologo gli esami ematochimici a seconda della tipologia di trattamento prescritto (cfr. Att. 2), che possono essere eseguiti in qualunque laboratorio analisi accreditato:

- **figura professionale:**
 - laboratorista
- **setting di assistenza:**
 - specialistica ambulatoriale (I-II livello)
- **luogo e modalità:**

- presso laboratori analisi ospedalieri e accreditati

- **documentazione:**
 - referto esami
- **attività:**
 - esecuzione esami prescritti
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - 1 laboratorista
 - nessuna specifica aggiuntiva.

15a.2.4. Visita specialistica dermatologica di II livello [Att. 4]

Il paziente con dubbio diagnostico di DA o di PSO moderata o grave viene indirizzato ad una visita specialistica dermatologica di II livello.

Si riportano di seguito i requisiti minimi relativi all'esecuzione dell'attività:

- **figura professionale:**
 - dermatologo
 - infermiere
- **setting di assistenza:**
 - specialistica ambulatoriale (II livello)
- **luogo e modalità:**
 - in presenza presso ambulatori specialistici CdC/Ambulatori specialistici ospedalieri
- **documentazione:**
 - diagnosi e gravità
 - prescrizione terapia
 - altre prescrizioni
- **attività:**

PSO:

- o anamnesi
- o esame obiettivo
- o biopsia in caso di dubbio diagnostico
- o valutazione oggettiva (*score clinici*):
 - *Psoriasis Area Severity Index* (PASI)
 - *Body Surface Area* (BSA)
 - *Psoriasis Global Assessment* (PGA)
 - *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)
- o valutazione soggettiva:
 - PSODISK a cura del paziente
- o valutazione articolare:
 - segni clinici evocativi di artropatia:

- Dattilite (in atto o diagnostica da un reumatologo)
- Una o più articolazioni tumefatte e dolenti
- Dolore al rachide di tipo infiammatorio
- valutazione sospetto comorbidità:
 - valutazione sospetto patologie Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)
 - valutazione sospetto patologie reumatologiche
 - valutazione sospetto patologie oculistiche
 - valutazione sospetto patologie gastroenterologiche
- prescrizione visita specialistica accertamento comorbidità
- esami ematochimici
 - emocromo completo, elettroforesi proteica, VES, PCR, ANA, REUMA TEST azotemia glicemica, uricemia, creatinina, colesterolo, trigliceridi, transaminasi, GGT.

DA:

- anamnesi
- anamnesi familiare
- esame obiettivo delle lesioni cutanee e valutazione della gravità di patologia (*score* clinici):
 - eczema Area and Severity Index (EASI)
 - Body Surface Area (BSA)
 - SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD)
- valutazione dei sintomi clinici (*Patient-reported outcomes*/a cura del paziente)
 - valutazione del prurito (P-NRS)
 - valutazione del sonno (S-NRS)
- impatto sulla qualità di vita del paziente:
 - *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)
- per la diagnosi differenziale:
 - *test* ritardati per agenti da contatto: *patch test* (in caso di sospetto clinico di dermatite da contatto)
 - biopsia ed esame istopatologico delle lesioni cutanee (in caso di dubbio diagnostico)
- in caso di comorbidità atopiche:
 - Esecuzione *test* cutanei per inalanti e alimenti (Dosaggio delle IgE sieriche totali e specifiche per allergeni inalanti o alimentari)

- dosaggio nel siero della proteina cationica eosinofila (PCE)

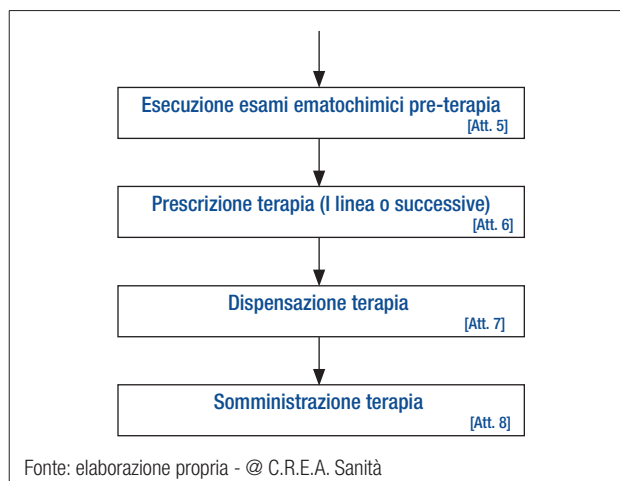
• **risorse tecnologiche e personale:**

- Cfr. requisiti Ambulatorio tipo B
- 1 dermatologo, 1 infermiere
- durata media: 30-40 minuti.

15a.3. Terapia

In seguito alla conferma diagnostica di patologie croniche dermatologiche (PSO/DA) e della relativa gravità (lieve, moderata o grave), il paziente può iniziare il percorso terapeutico. All'interno di tale macro-fase sono stati definiti i requisiti minimi relativi alle attività: [Att. 5] Esecuzione esami ematochimici pre-terapia (per PSO o DA moderata o grave), [Att. 6] Prescrizione terapia (I linea o successive), [Att. 7] Dispensazione terapia e [Att. 8] Somministrazione terapia (Figura 15a.3.).

Figura15a.3. Flowchart fase terapeutica



15a.3.1. Esecuzione esami ematochimici [Att. 5]

In presenza di una forma di DA o di PSO moderata o grave, prima di iniziare la terapia, al paziente vengono prescritti dallo specialista dermatologo gli esami ematochimici a seconda della tipologia di trattamento prescritto.

- **figura professionale:**
 - laboratorista
- **setting di assistenza:**
 - specialistica ambulatoriale (I-II livello)
- **luogo e modalità:**
 - Laboratori di analisi cliniche accreditati
- **documentazione:**
 - Referti esami prescritti (FSE)
- **attività:**

PSO:

- ciclosporina (linee guida Emilia Romagna 2023)
 - creatinina, emocromo, funzionalità epatica, lipidi ematici, *screening* epatiti e HIV, *test* di gravidanza
- metotressato (linee guida Emilia Romagna 2023)
 - creatinina, emocromo, funzionalità epatica, *test* di gravidanza, HBV, HCV
- acitretina (linee guida Emilia Romagna 2023)
 - emocromo, funzionalità epatica, creatinina, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, *test* di gravidanza
- PUVA terapia (linee guida Emilia Romagna 2023)
 - ANA *test*
- dimetilfumarato (linee guida Emilia Romagna 2023)
 - emocromo completo, funzionalità renale ed epatica, *test* di gravidanza
- biologici
 - *screening* trattamenti sistemici

DA:

- ciclosporina
 - emocromo
 - funzionalità renale
 - bilirubina totale e frazionata
 - funzione epatica
 - azotemia, creatinina
 - acido urico
 - elettroliti sierici: Na, K, Ca, P, Mg
 - colesterolo totale, LDL, HDL, trigliceridi
 - HbsAg, HBcAb, HCV Ab
- anticorpi monoclonali (nessun esame ri-

chiesto prima di iniziare la terapia):

- dupilumab
 - tralokinumab
 - JAK inibitori
 - abrocitinib
 - emocromo completo tra cui conta piastrinica, conta linfocitaria assoluta (ALC), conta assoluta dei neutrofili (ANC) ed emoglobina (Hb)
 - parametri lipidici
 - *screening* per la Tubercolosi
 - *screening* per Epatite virale
 - baricitinib
 - conta assoluta dei neutrofili (ANC)
 - conta assoluta dei linfociti (ALC)
 - emoglobina (Hb)
 - parametri lipidici
 - transaminasi epatiche
 - *screening* per la Tubercolosi
 - *screening* per epatite virale
 - upadacitinib
 - conta assoluta dei neutrofili (ANC)
 - conta assoluta dei linfociti (ALC)
 - emoglobina (Hb)
 - transaminasi epatiche
 - *screening* per la Tubercolosi
 - *screening* per Epatite virale
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - Nessuna specifica aggiuntiva.

15a.3.2. Prescrizione terapia [Att. 6]

Il trattamento della PSO o della DA, in accordo con quanto previsto dalle linee guida italiane ed internazionali, prevede terapie ad uso topico, fototerapia, terapie orali, sottocute ed infusionali, a seconda della gravità della patologia: forma lieve, moderata o grave.

- **figura professionale:**
 - dermatologo
- **setting di assistenza:**
 - specialistica ambulatoriale (I-II livello)

- **modalità e luogo:**

- in presenza durante una visita presso ambulatori specialistici CdC/Ambulatori specialistici ospedalieri

- **documentazione:**

- prescrizione dello specialista (FSE)

- **attività:**

PSO:

- Cfr. linee guida italiane PSO
- PSO lieve:
 - trattamento topico
- PSO moderata o grave:
 - ciclosporina
 - fototerapia
 - metotressato
 - acitetrina
 - PUVA terapia
 - dimetilfumarato
 - Biologici

DA (da Linee Guida Europee *EuroGuiDerm* e LG italiane adattate da queste) (Wollenberg et al., 2022; Wollenberg et al e relative LG Italiane):

- DA lieve:
 - emollienti;
 - corticosteroidi topici (TCS) a media potenza;
 - immunomodulatori topici (TCI)
- DA moderata
 - emollienti;
 - corticosteroidi topici (TCS) a media-alta potenza;
 - immunomodulatori topici (TCI);
 - terapia UVA/UVB;
- DA grave
 - ciclosporina (CSA);
 - nell'adulto
 - methotrexate o azatioprina;
 - *off-label*
 - uso di steroidi sistemici;
 - terapia di salvataggio per la fase acuta e per brevi periodi; solo per l'adulto
 - anticorpi monoclonali
 - attività di malattia grave (EASI>24)
 - essere candidati alla terapia sistemica
 - inefficacia di un precedente trattamento

con ciclosporina eseguito alle dosi adeguate per almeno 3 mesi

- controindicazione clinica o non tollerabilità alla ciclosporina

- JAK-inibitori

- attività di malattia grave (EASI>24)
- essere candidati alla terapia sistemica
- inefficacia di un precedente trattamento con ciclosporina eseguito alle dosi adeguate per almeno 3 mesi
- controindicazione clinica o non tollerabilità alla ciclosporina

- **risorse tecnologiche e personale:**

- Cfr. requisiti ambulatori tipo A e B
- 1 dermatologo
- 15-20 minuti.

15a.3.3. Dispensazione terapia [Att. 7]

La dispensazione della terapia può avvenire presso le farmacie territoriali, nel caso di trattamento topico o orale, o presso le farmacie territoriali o ospedaliere nel caso di terapie sottocute o infusionali, anche in funzione della "classe" di rimborso riconosciuta. In presenza di condizioni particolari, quali disagio logistico, fragilità del paziente, è possibile prevedere anche un servizio di *home delivery* delle terapie.

- **figura professionale:**

- farmacista

- **setting di assistenza:**

- Domicilio, I-II livello

- **modalità e luogo:**

- ritiro dei farmaci presso:
 - farmacia territoriale (farmaci per via orale)
 - farmacia ospedaliera o territoriale (farmaci per via endovenosa e sottocutanea)
- *home delivery* terapie

- **documentazione:**

- indicazione della terapia consegnata (FSE)

- **attività:**

- controllo della prescrizione
- registrazione di avvenuta consegna della

- terapia al paziente o suo delegato
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - 1 farmacista.

15a.3.4. Somministrazione terapia [Att. 8]

A seconda della gravità della patologia varia la tipologia di trattamento e, di conseguenza, la terapia può essere effettuata al domicilio, autonomamente dal paziente o con il supporto di un *caregiver*/operatore, in strutture sanitarie ubicate sul territorio (Ambulatori in Case della Salute) o in ambulatori ospedalieri.

- **figura professionale:**
 - forma lieve:
 - paziente/infermiere
 - forma moderata o grave:
 - paziente/infermiere di comunità
- **setting di assistenza:**
 - I-II livello (fototerapia o terapia endovenosa/sottocutanea)
 - domicilio (terapia orale o sottocutanea)
- **luogo e modalità:**
 - ambulatori specialistici CdC/ambulatori specialistici ospedalieri nel caso di farmaci con somministrazione endovenosa
 - al domicilio nel caso di farmaci orali
- **documentazione:**
 - registrazione avvenuta somministrazione
- **attività:**
 - esecuzione somministrazione terapia al domicilio con supporto infermieri in casi selezionati (raccordo con MMG)
 - registrazione avvenuta somministrazione da parte del paziente/infermiere
 - esecuzione somministrazione terapia presso ambulatori CdC/ospedalieri da parte dell'infermiere
 - registrazione avvenuta somministrazione da parte del paziente/infermiere
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - ambulatorio esecuzione fototerapia (tipo C):
 - 1 infermiere adeguatamente formato

- ambulatorio somministrazione farmaci per via endovenosa (tipo D):
 - 1 infermiere di comunità/infermiere professionale
- domicilio per somministrazione farmaci sottocute (tipo F):
 - infermiere di Famiglia in caso di pazienti fragili (anziani, soli, con comorbidità importanti).

15a.4. Follow-up

Dopo aver iniziato il percorso terapeutico, il paziente effettua attività di *follow-up*. All'interno di tale macro-fase sono stati definiti i requisiti minimi relativi alle attività: [Att. 9.1] Esami periodici di *follow-up*, [Att. 9.2] Visita per rivalutazione del paziente in trattamento, [Att. 9.3] Valutazione cambio "livello" di presa in carico terapeutico in caso di progressione, [Att. 9.4] Rinnovo piano terapeutico, [Att. 10] Autovalutazione andamento patologia, [Att. 11] Gestione problematiche terapie (Figura 15a.4.).

15a.4.1. Esami periodici di *follow-up* [Att. 9.1]

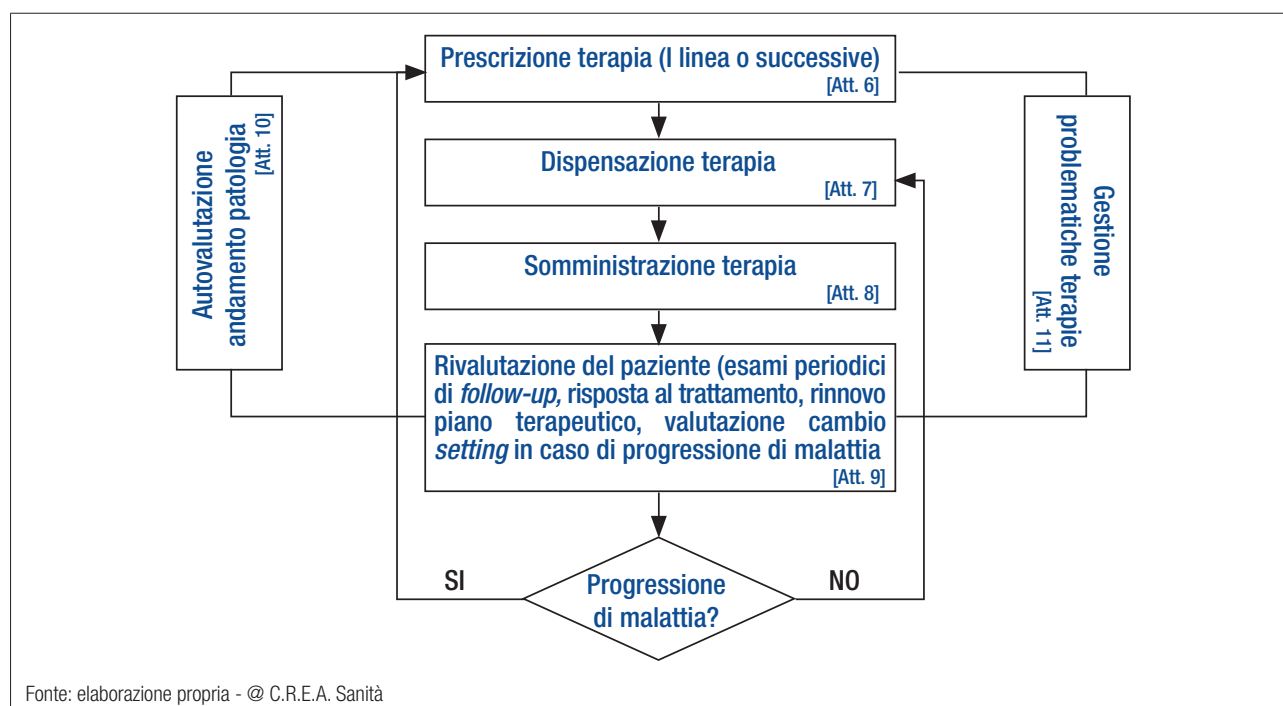
Al fine della valutazione della risposta al trattamento, periodicamente devono essere eseguiti degli esami, differenti a seconda dello specifico trattamento.

- **figura professionale:**
 - laboratorista
- **setting di assistenza:**
 - specialistica ambulatoriale (I-II livello)
- **luogo e modalità:**
 - laboratori analisi cliniche accreditati
- **documentazione:**
 - referti esami (FSE)
- **attività:**

PSO:

- ciclosporina (dopo il primo mese di terapia)

Figura 15a.4. Flowchart fase di follow-up



- creatinina
- pressione arteriosa
- lipidi ematici
- test di gravidanza
- metotressato (dopo una settimana dall'avvio e poi su decisione clinica)
 - emocromo
 - funzionalità epatica
 - creatinina
 - test di gravidanza
- acitretina (1 mese dopo l'inizio del trattamento e successivamente ogni 3 mesi)
 - funzionalità epatica
 - colesterolo e trigliceridi
 - test di gravidanza
- PUVA terapia
 - funzionalità epatica (PUVA)
- demilfumarato (ogni 3 mesi)
 - emocromo completo
 - funzionalità renale ed epatica
 - test di gravidanza
- biologici
 - Anti TNF-alfa – Etanercept
 - PSO a placche adulti: 50 mg/settimana o 25 mg due volte/settimana (massimo 24 settimane)
 - PSO a placche pediatrica: 0,8 mg/kg (max 50 mg) / settimana fino a 24 settimane
 - Anti TNF-alfa Infliximab ev
 - PSO a placche adulti: 5 mg/kg alle settimane: 0-2-6, poi ogni 8 settimane
 - Anti TNF-alfa Infliximab sc
 - PSO a placche adulti: Induzione infliximab EV: 5 mg/kg alle settimane: 0 e 2;
 - Mantenimento SC: 120 mg alla settimana 6, poi ogni due settimane
 - Anti TNF-alfa Adalimumab
 - PSO a placche adulti: 80 mg alla settimana 0, mantenimento 40 mg/2 settimane (ad iniziare dalla settimana successiva all'assunzione della dose iniziale)
 - PSO a placche pediatrica: 0,8 mg/kg (max 40 mg) ogni due settimane
 - Anti TNF-alfa Certolizumab
 - PSO a placche adulti; 400 mg alle settimane 0, 2 e 4, poi 200 mg ogni due settimane. Una dose da 400 mg ogni due settimane

- può essere presa in considerazione nei pazienti con risposta insufficiente
- Anti IL12 e IL23 Ustekinumab
 - PSO a placche adulti: 45 mg alle settimane 0 e 4, poi ogni 12 settimane; nei pazienti con un peso > 100 kg è indicato il dosaggio di 90 mg
 - PSO a placche pediatrica: Età > 6 anni: alle settimane 0 e 4, poi ogni 12 settimane. Peso < 60 kg: 0,75 mg/kg; Peso >60 kg - <100 kg: 45 mg; >100 kg: 90 mg
 - Anti IL17 Secukinumab
 - PSO a placche adulti: 300 mg alle settimane 0, 1, 2, 3, e 4, seguito da un dosaggio di mantenimento mensile; una dose di mantenimento di 300 mg ogni due settimane può fornire benefici addizionali per pazienti con un peso corporeo pari o superiore ai 90 kg
 - PSO a placche pediatrica: Età >6 anni: alle settimane 0, 1, 2, 3 e 4, seguito da un dosaggio di mantenimento mensile. Peso < 25 kg: 75 mg; Peso 25 - < 50 kg: 75 mg; Peso > 50 kg: 150 mg (in alcuni casi può essere aumentata a 300 mg)
 - Anti IL17 Ixekizumab
 - PSO a placche adulti :160 mg alla settimana 0, poi 80 mg alle settimane 2, 4, 6, 8, 10 e 12 e poi 80 mg ogni quattro settimane
 - Anti IL23 Tildrakizumab
 - PSO a placche adulti: 100 mg alle settimane 0 e 4, poi ogni 12 settimane. Nei pazienti con determinate caratteristiche (e.g. alto carico di malattia, peso corporeo > 90 kg): 200 mg possono garantire una maggiore efficacia
 - Anti IL17 Brodalumab
 - PSO a placche adulti: 210 mg alle settimane 0, 1 e 2, poi ogni due settimane
 - Anti IL23 Guselkumab
 - PSO a placche adulti :100 mg alle settimane 0 e 4, poi ogni otto settimane. Per i pazienti ad alto rischio di danno articolare, secondo il giudizio clinico, si può prendere in considerazione la somministrazione di una dose da 100 mg ogni quattro settimane
 - Anti IL23 Risankizumab
 - PSO a placche adulti: 150 mg alle settimane 0 e 4, poi ogni 12 settimane
 - Anti IL17 Bimekizumab
 - PSO a placche adulti: 320 mg alle settimane 0, 4, 8, 12, 16, poi ogni otto settimane
- DA:
- ciclosporina
 - funzionalità renale: prima di iniziare il trattamento
 - bilirubina e funzione epatica: prima di iniziare il trattamento e regolare monitoraggio durante il trattamento
 - lipidi sierici, potassio, magnesio, acido urico: prima di iniziare il trattamento e periodicamente durante il trattamento
 - regolare controllo della pressione arteriosa
 - anticorpi monoclonali (non sono previsti esami di *follow-up* in scheda tecnica del farmaco)
 - dupilumab
 - tralokinumab
 - JAK inibitori
 - abrocitinib
 - emocromo completo tra cui conta piastrinica, conta linfocitaria assoluta (ALC), conta assoluta dei neutrofili (ANC) ed emoglobina (Hb): Prima dell'inizio del trattamento, quattro settimane dopo l'inizio e successivamente secondo la normale gestione dei pazienti.
 - *screening* per la Tubercolosi: prima di iniziare la terapia e *screening* annuale per i pazienti in zone altamente endemiche
 - parametri lipidici: prima dell'inizio del trattamento, quattro settimane dopo l'inizio e successivamente in base al rischio del paziente di malattie cardiovascolari e alle linee guida cliniche relative all'iperlipidemia
 - baricitinib
 - conta assoluta dei neutrofili (ANC): prima di iniziare il trattamento e, successivamente, poi in base alla gestione ordi-

- naria del paziente
- conta assoluta dei linfociti (ALC): prima di iniziare il trattamento e, successivamente, poi in base alla gestione ordinaria del paziente
- emoglobina (Hb): prima di iniziare il trattamento e, successivamente, poi in base alla gestione ordinaria del paziente
- transaminasi epatiche: prima di iniziare il trattamento e, successivamente, poi in base alla gestione ordinaria del paziente
- lipidi ematici: valutare 12 settimane dopo l'inizio del trattamento e, successivamente, in base alle linee guida cliniche internazionali per la iperlipidemia
- upadacitinib
 - conta assoluta dei neutrofili (ANC): basale, alla settimana 12 di trattamento, e poi in base alla gestione del singolo paziente
 - conta assoluta dei linfociti (ALC): basale, alla settimana 12 di trattamento, e poi in base alla gestione del singolo paziente
 - emoglobina (Hb): basale, e poi in base alla gestione del singolo paziente
 - transaminasi epatiche: basale, e poi in base alla gestione del singolo paziente
 - lipidi ematici: valutare 12 settimane dopo l'inizio del trattamento e, successivamente, in base alle linee guida cliniche internazionali per la iperlipidemia
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - nessun requisito aggiuntivo.

15a.4.2. Autovalutazione andamento patologia [Att. 10]

Data la natura cronica della patologia, sarebbe auspicabile che il paziente facesse una valutazione quotidiana della patologia segnalando eventuali variazioni significative in prima istanza al MMG.

- **figura professionale:**

- paziente
- dermatologo
- MMG
- **setting di assistenza:**
 - domiciliare
- **luogo e modalità:**
 - a distanza o in presenza
- **documentazione:**
 - nessuna documentazione
- **attività:**
 - monitoraggio da parte del paziente dello stato fisico (estensione lesioni, reazioni avverse alla terapia, infezioni, ecc.)
 - in caso di situazione alterata:
 - visita o televisita tra paziente e MMG
 - teleconsulto sincrono tra MMG e dermatologo
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - sistema di teleconsulto (tipo G) e televisita (tipo H)
 - strumenti di medicina digitale per automonitoraggio della patologia

15a.4.3. Visita per rivalutazione del paziente in trattamento [Att. 9.2]

Il paziente in trattamento necessita di visite di controllo periodiche, con frequenza definita dal clinico, che si raccomanda vengano eseguite presso la struttura che ha prescritto il trattamento.

- **figura professionale:**
 - dermatologo
- **setting di assistenza:**
 - forma lieve:
 - specialistica ambulatoriale di I livello
 - forma moderata o grave:
 - specialistica ambulatoriale di II livello
- **luogo e modalità:**
 - In presenza presso il centro che ha prescritto la terapia (I o II livello)
- **documentazione:**
 - referto visita di controllo
- **attività:**
 - calcolo indici

- esame visivo delle lesioni
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - ambulatorio tipo A o B
 - 1 dermatologo (I livello)
 - 1 dermatologo e 1 infermiere (II livello).

15a.4.4. Valutazione cambio “livello” di presa in carico terapeutico in caso di progressione [Att. 9.3]

Qualora in fase di valutazione della risposta al trattamento si prospettasse uno scenario di miglioramento o peggioramento della patologia, che comporti un cambio di “livello” di presa in carico, si raccomanda una valutazione congiunta degli specialisti appartenenti ai due livelli.

- **figura professionale:**
 - dermatologo
- **setting di assistenza:**
 - specialistica ambulatoriale (I-II livello)
- **luogo e modalità:**
 - in presenza presso ambulatori specialistici CdC / ambulatori specialistici ospedalieri o teleconsulto sincrono tra specialisti operanti in I e II livello
- **documentazione:**
 - esito del teleconsulto
 - prescrizione visita specialistica
- **attività:**
 - prescrizione visita specialistica
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - ambulatorio tipo A o B
 - sistema di teleconsulto (tipo G)

15a.4.5. Rinnovo piano terapeutico [Att. 9.4]

Il rinnovo del piano terapeutico può essere effettuato durante la visita in presenza o “a distanza”, a seconda della gravità della patologia.

- **figura professionale:**
 - dermatologo
- **setting di assistenza:**

- forma lieve:
 - specialistica ambulatoriale (I livello)
- forma moderata o grave
 - specialistica ambulatoriale (II livello)
- **luogo e modalità:**
 - forma lieve:
 - in presenza presso ambulatori specialistici CdC o televisita
 - forma moderata o grave
 - in presenza presso ambulatori specialistici ospedalieri
- **documentazione:**
 - prescrizione terapia (FSE)
- **attività:**
 - rinnovo prescrizione della terapia
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - supporto tecnologico (PC o *tablet*) con accesso alla rete
 - 1 dermatologo.

15a.4.6. Gestione problematiche terapie [Att. 11]

Il paziente che manifesta problematiche connesse al trattamento terapeutico può rivolgersi in prima istanza al MMG/PLS o allo specialista (in caso di forme gravi). Qualora ci sia l'esigenza da parte del livello di assistenza primaria di confrontarsi con lo specialista, si può ricorrere a forme di teleconsulto sincrono.

- **figura professionale:**
 - MMG
 - dermatologo
- **setting di assistenza:**
 - assistenza primaria, specialistica ambulatoriale (I-II livello)
- **luogo e modalità:**
 - in presenza presso ambulatori MMG/PLS o ambulatori specialistici CdC/Ambulatori specialistici ospedalieri
 - teleconsulto sincrono tra MMG e dermatologo specialista
- **documentazione:**
 - referto della visita con indicazione del tipo

di problematica e relativo trattamento

- **attività:**
 - Cfr. documentazione gestione eventi avversi
- **risorse tecnologiche e personale:**
 - ambulatorio MMG/PLS
 - ambulatorio tipo A o B.

15a.5. Indicatori

Nella presente sezione si riportano gli indicatori che il GdL ritiene sia auspicabile introdurre per il monitoraggio della presa in carico dei pazienti con PSO e/o DA.

Nello specifico, è stato individuato un sotto-gruppo di indicatori che sarebbe possibile valorizzare con i flussi informativi ad oggi disponibili, e riguardano prevalentemente il monitoraggio dell'attività di assistenza specialistica di II livello.

Un ulteriore sotto-gruppo di indicatori rappresenta una proposta per il monitoraggio della presa in carico di questa tipologia di pazienti nel "nuovo" assetto organizzativo previsto dai recenti provvedimenti normativi (assistenza sul territorio e ricorso alla medicina digitale "Raccomandazioni utilizzo della medicina digitale"), sebbene ad oggi non si disponga, in tutte le realtà, di flussi informativi adeguati alla loro valorizzazione.

15a.5.1. Indicatori minimi

Quota di pazienti con diagnosi di PSO o DA lieve in carico presso il I livello

Numeratore: Numero di pazienti con diagnosi di PSO o DA lieve in carico presso il I livello

Denominatore: Numero di pazienti con diagnosi di PSO lieve o DA in carico

Unità di misura: Valore %

Quota di pazienti ai quali viene effettuata la visita dermatologica per conferma diagnostica di PSO o DA moderata o grave presso ambulatori di II livello rispondenti ai requisiti indicati

Numeratore: Numero di pazienti che effettuano la visita dermatologica per conferma diagnostica di PSO o DA moderata o grave presso ambulatori di II livello rispondenti ai requisiti indicati

Denominatore: Numero di pazienti che effettuano la visita dermatologica per conferma diagnostica di PSO o DA moderata o grave

Unità di misura: Valore %

Quota di pazienti con PSO o DA in carico presso strutture specialistiche di II livello ai quali viene prescritta una terapia con farmaci biologici (sistemi avanzati o terapia sistemica avanzata (biologici, JAKinibitori)

Numeratore: Numero di pazienti in carico presso strutture specialistiche di II livello ai quali viene prescritta una terapia sistemica avanzata

Denominatore: Numero di pazienti in carico presso strutture specialistiche di II livello

Unità di misura: Valore %

Quota di pazienti con PSO o DA, moderata o grave, in carico presso strutture specialistiche di II livello ai quali vengono prescritte visite specialistiche per valutazione delle comorbidità

Numeratore: Numero di pazienti con PSO o DA moderata o grave in carico presso strutture specialistiche di II livello ai quali vengono prescritte visite specialistiche per valutazione delle comorbidità

Denominatore: Numero di pazienti in carico presso strutture specialistiche di II livello

Unità di misura: Valore %

Quota di pazienti con PSO o DA per i quali è previsto un possibile cambio di "livello" di presa in carico in corrispondenza dei quali viene effettuato un teleconsulto tra gli specialisti dei due livelli

Numeratore: Numero di pazienti per i quali è previsto un possibile cambio di "livello" di presa in carico in corrispondenza dei quali viene effettuato un teleconsulto sincrono tra gli specialisti dei due livelli

Denominatore: Numero di pazienti per i quali è previsto un possibile cambio di "livello" di presa in carico

Unità di misura: Valore %

Quota di pazienti con PSO o DA nel cui FSE è presente l'esito della prima visita con la conferma diagnostica

Numeratore: Numero di pazienti con PSO o DA nel cui FSE è presente l'esito della prima visita con la conferma diagnostica

Denominatore: Numero di pazienti con conferma diagnostica di PSO

Unità di misura: Valore %

Quota di pazienti con PSO o DA nel cui FSE è presente la prescrizione degli esami di *follow-up* con indicazioni delle tempistiche di esecuzione

Numeratore: Numero di pazienti con PSO o DA nel cui FSE è presente la prescrizione degli esami di *follow-up* con indicazioni delle tempistiche di esecuzione

Denominatore: Numero di pazienti con PSO/DA

Unità di misura: Valore %

15a.5.2. Indicatori implementabili in prospettiva**Quota di pazienti ai quali viene effettuata la visita dermatologica per conferma diagnostica di PSO o DA presso ambulatori di I livello (Case di Comunità etc.) rispondenti ai requisiti indicati**

Numeratore: Numero di pazienti che effettuano la visita dermatologica per conferma diagnostica di PSO o DA presso ambulatori di I livello (Case di Comunità ecc.) rispondenti ai requisiti indicati

Denominatore: Numero di pazienti che effettuano la visita dermatologica per conferma diagnostica di PSO o DA

Unità di misura: Valore %

Quota di pazienti con PSO o DA la cui gestione degli eventi avversi avviene a livello di assistenza primaria (MMG/PLS)

Numeratore: Numero di pazienti con PSO o DA con eventi avversi gestiti a livello di assistenza primaria (MMG)

Denominatore: Numero di pazienti con PSO o DA con eventi avversi

Unità di misura: Valore %

Quota di pazienti con PSO o DA in forma lieve ai quali viene effettuato il trattamento fototerapico in ambulatori con i requisiti indicati

Numeratore: Numero di pazienti con PSO in forma lieve ai quali viene effettuato il trattamento fototerapico in ambulatori con i requisiti indicati

Denominatore: Numero di pazienti con PSO in forma lieve ai quali viene effettuato il trattamento fototerapico

Unità di misura: Valore %

Quota di pazienti con PSO (DA) in forma lieve ai quali viene effettuato il rinnovo del piano terapeutico attraverso una televisita

Numeratore: Numero di pazienti con PSO in forma lieve ai quali viene effettuato il rinnovo del piano terapeutico attraverso una televisita

Denominatore: Numero di pazienti con PSO in forma lieve ai quali viene effettuato il rinnovo del piano terapeutico

Unità di misura: Valore %

15a.6. Requisiti minimi tecnologici e di personale**TIPO A. Ambulatorio prima visita dermatologica di I livello:**

- lente, dermatoscopio, sterilizzatrice, lavaferri, carrello emergenze, strumento informatico (PC, *tablet* ecc.) connesso alla rete, *software*, accesso FSE
- 1 dermatologo

TIPO B. Ambulatorio prima visita dermatologica di II livello:

- lente, dermatoscopio, diatermocoagulatore, ferri chirurgici (pinze per prelievo biptico), sterilizzatrice, lavaferri, carrello emergenze, strumento informatico (PC, *tablet* ecc.) connesso alla rete, accesso FSE, *software*
- 1 dermatologo e 1 infermiere

TIPO C. Ambulatorio per esecuzione fototerapia:

- strumentazione per fototerapia (lampada UV)
- 1 infermiere specializzato

TIPO D. Ambulatorio somministrazione farmaci per via endovenosa:

- letti/poltrone per somministrazione terapie infusionali
- strumento informatico (PC, *tablet* ecc.) connesso alla rete, accesso al FSE
- 1 infermiere di comunità/1 infermiere professionale

TIPO E. Ambulatorio specialistico per visite di controllo periodiche:

- lente, dermatoscopio, sterilizzatrice, lavaferri, carrello emergenze, strumento informatico (PC, *tablet* ecc.) connesso alla rete, *software*
- sistema di teleconsulto
- sistema di televisita
- 1 dermatologo

TIPO F. Domicilio per somministrazione farmaci per via endovenosa:

- diario con registrazione avvenuta somministrazione terapia condiviso con MMG
- paziente/*caregiver*
- infermiere di Famiglia in caso di pazienti fragili (anziani, soli, con comorbidità importanti)

TIPO G. Sistema di teleconsulto

- sistema di teleconsulto con videochiamata anche certificata in classe 1 ma coerente con GDPR
- piattaforma gestione dati e immagini del paziente certificata in classe 2°
- interoperabilità di tutti i dati del paziente, compresi gli esami per immagini che devono essere accessibili durante il teleconsulto
- sistema di telerefertazione per tutti i medici in teleconsulto
- sistema di prescrizione digitale e obbligatoria dematerializzazione completa della stessa
- trasferimento il più possibile automatizzato dei referti e delle prescrizioni al Fascicolo Sanita-

rio Elettronico (FSE) del paziente

- tracciabilità di tutte le attività online.

TIPO H. Sistema di televisita

- Sistema di televisita certificato in classe 2A e coerente con GDPR, dotando il paziente di dispositivi idonei per la televisita con tali elevati *standard*
- Piattaforma di gestione e condivisione dei dati e delle immagini del paziente certificata in classe 2°, a disposizione dei sanitari

Riferimenti bibliografici

D.M. 23.05.2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" (Ministero della Salute)

EuroGuiDerm Wollenberg et al e relative LG Italiane Flohr C. et al. New insights into the epidemiology of childhood atopic dermatitis. *Allergy*. 2014

<https://italiadomani.gov.it/content/dam/sogeing/documenti/PNRR%20Aggiornato.pdf>

Kaufman BP, Alexis AF: Psoriasis in Skin of Color: Insights into the Epidemiology, Clinical Presentation, Genetics, Quality-of-Life Impact, and Treatment of Psoriasis in Non-White Racial/Ethnic Groups. *Am J Clin Dermatol* 19(3):405-423, 2018. doi: 10.1007/s40257-017-0332-7

Kiiski V, et al. *Acta Derma Venereol.* 2023;103:adv00882

Maiello N. et al. Topic dermatitis and atopic march: which link? *Acta Biomed.* 2021

Michalek IM, Loring B, John SM: A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 31(2):205-212, 2017. doi: 10.1111/jdv.13854

Naldi L, Colombo P et al. Study design and preliminary results from the pilot phase of the PraKtis study: self-reported diagnoses of selected skin diseases in a representative sample of the Italian population. *Dermatology* 2004; 208:38-42.

Piano Nazionale della Cronicità (Ministero della salute, 2016)

Raccomandazioni utilizzo della medicina digitale

Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management.

J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26(Suppl 2):3-11.

Thomsen SF, et al. Allergy Asthma Proc 2007; 28:

535-39.

Tsuge M. et al. Current Insights into Atopic March. Children (Basel). 2021

Weidinger S, Novak N. Lancet 2016; 387:1109-22

Wollenberg et al. EuroGuiderm Guideline On Atopic Eczema. Version 2.1, December 2022

Sintesi

CAPITOLO 15b

Costo-efficacia e sostenibilità degli screening: il caso paradigmatico del carcinoma polmonare

Veronesi G.¹, Ferrara R.², Giannarelli D.³, Graziano P.⁴, Polistena B.⁵, Spandonaro F.⁶

L'importanza degli *screening* di popolazione (eventualmente ad alto rischio) è assunzione ampiamente condivisa, suffragata da ampia letteratura, che li ha posti fra le priorità degli interventi di sanità pubblica.

Non di meno, il loro rilevante impatto organizzativo, nonché la rapidità con cui si modifica il contesto tecnologico, organizzativo e sociale nel quale gli *screening* si realizzano, implica che la loro implementazione ottimale non può essere considerata come un fatto scontato e immodificabile: richiede piuttosto un monitoraggio continuo delle *Performance* ottenute e ottenibili.

L'efficienza (costo-efficacia o costo-utilità) e la sostenibilità finanziaria degli *screening* dipendono da molti fattori, anch'essi in rapida evoluzione. Senza pretesa di esaustività, citiamo come gli *screening*, in generale, risulteranno tanto più efficaci ed efficienti quanto più la metodica diagnostica lo è (in termini di sensibilità e specificità), tanto più efficaci risulteranno, in caso di diagnosi precoce, gli interventi sanitari (in primo luogo quelli terapeutici), quanto più alto risulterà il tasso di partecipazione della popolazione bersaglio.

Tutti fattori che si modificano nel tempo, per effetto sia dell'evoluzione socio-economica, che di quella tecnologica.

Il caso dello *screening* per il Carcinoma Polmonare (CP), da questo punto di vista, appare paradigmatico. Il CP rappresenta una delle principali cause,

a livello mondiale, di decessi correlati al cancro, con una stima di 1,8 milioni di decessi annui.

Il CP implica anche un enorme onere economico: insieme al cancro alla trachea e ai bronchi è responsabile del 15,4% (3,9 trilioni di dollari internazionali) del costo globale del cancro: il doppio di quello del seno (7,7%).

Va aggiunto che nel CP la diagnosi precoce ha un forte impatto sugli esiti clinici: i pazienti metastatici registrano una sopravvivenza mediana a 5 anni del 13,0% rispetto al 73,0% mostrato dai pazienti in stadio iniziale. Peraltro, in Italia, a metà dei pazienti viene diagnosticata una malattia metastatica, con un tasso di sopravvivenza a 5 anni per tutti gli stadi che varia tra il 16,0% per gli uomini e il 23,0% per le donne.

Con l'avvento della tomografia computerizzata a basso dosaggio (LDCT) l'attenzione della letteratura, sia clinica che economica, per lo *screening* è di molto aumentata: ad esempio, un ampio studio americano ha riportato una diminuzione del 20% della mortalità per CP associata agli *screening* LDCT e altri studi sono giunti fino al -39,0%.

Alla luce di quanto precede, il contributo ha voluto sintetizzare i risultati di un modello per la valutazione sia dell'efficienza (costo-efficacia e costo-utilità), sia della sostenibilità finanziaria (*budget impact*) dello *screening* del CP.

Il modello si è ispirato alle indicazioni della relazione tecnica sullo *screening* del CP elaborate dal

¹ Vita Salute Università San Raffaele, Milano, Istituto Scientifico IRCCS "San Raffaele", Milano

² IRCCS "San Raffaele", Milano

³ C.R.E.A. Sanità

⁴ Università degli Studi di Roma La Sapienza

⁵ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

⁶ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Ministero della Salute nel 2022: nello specifico, popolazione eleggibile allo *screening* costituita dai forti fumatori (> 30 *pack-years*), o ex-fumatori da meno di 15 anni, di età 50-79 anni, frequenza biennale dello *screening* e ripetizione nel caso di risultati non conclusivi.

Si è adottato un orizzonte temporale di 30 anni, considerando lo *screening* a regime quando (dopo 30 anni) saranno uscite tutte le coorti che lo hanno iniziato ad età successive a quella ufficialmente adottata, un tasso di partecipazione del 30,0% e un tasso di attualizzazione del 3,0% annuo.

Nell'orizzonte temporale considerato, verrebbero effettuate una media di 461.766 LDCT per anno, che scendono a 364.713 a regime.

Nello scenario di *screening* verrebbero diagnosticati 1.163.542 casi positivi (media annua 38.785) e 1.151.627 in assenza (media annua 38.388). Il 13,2% dei casi verrebbe diagnosticato attraverso lo *screening*.

Si stima un potenziale guadagno di 1,2 milioni di anni di vita e di 0,9 milioni di QALY, nonché la possibilità di prevenire 36.061 decessi per cancro al polmone.

Sul versante dei costi, le analisi sono state condotte sia nella prospettiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sia in quella della Società.

Esiti clinici: confronto dello scenario con e senza lo *screening* (orizzonte temporale 30 anni)

	Screening	No screening	Δ
Diagnosi totali	1.163.542	1.151.627	11.915
Diagnosi medie annue	38.785	38.388	397
Anni di vita	79.128.726	77.939.429	1.189.297
Decessi	868.869	904.930	-36.061
QALY	70.893.957	69.946.044	947.913

Lo scenario che prevede l'implementazione dello *screening* implica un aumento dello 0,1% dei costi sanitari diretti (€ 31,3 mln.), ed una riduzione del 5,0% (-€ 1.176,4 mln.) di quelli indiretti (perdite di produttività).

Lo *screening* comporta altresì un incremento di € 51,5 mln. dei costi diretti non sanitari, essenzialmente riferito ai costi di trasporto (per raggiungere le strutture sanitarie).

Complessivamente, si stima una riduzione dei costi totali pari all'1,8% (-€ 1.093,6 mln.).

In particolare, si riducono del 5,9% i costi dei farmaci e del 2,8% quelli di fine vita. I costi della classificazione istologica e della stadiazione aumentano, rispettivamente dell'11,1% e del 10,9%, per effetto del leggero aumento delle diagnosi con lo *screening*. Allo stesso modo, i costi per la chirurgia aumentano del 17,6%, per effetto del maggior numero di pazienti eleggibili, perché diagnosticati in fase precoce. Infine, i costi di *follow-up* aumentano del 5,7%, essendo aumentata la sopravvivenza media globale (+9,2 anni per i pazienti diagnosticati con lo *screening*, rispetto a quelli che lo sono in assenza).

Costi associati al carcinoma polmonare - Confronto scenario con e senza *screening*

	Screening (€, mln.)	No screening (€, mln.)	Δ (%)
Costi sanitari diretti	37.862,9	37.831,6	0,1
<i>Screening</i>	956,0	0,0	-
Classific. istologica	339,0	305,2	11,1
Stadiazione	97,1	87,6	10,9
Chirurgia e radioter.	2.912,6	2.477,0	17,6
Farmaci	25.634,5	27.232,3	-5,9
Follow-up	5.094,0	4.818,1	5,7
Cure di fine vita	2.829,7	2.911,4	-2,8
Costi diretti non sanitari	90,1	38,5	133,7
Costi indiretti	22.334,1	23.510,5	-5,0
Costi totali	60.287,0	61.380,6	-1,8

Quindi, l'introduzione dello *screening* si stima risultati dominante (ovvero genera migliori risultati sanitari con risparmi sui costi), in termini sia di ICER (*Incremental Cost-Effectiveness Ratio*) che di ICUR (*Incremental Cost-Utility Ratio*) nella prospettiva sociale; in quella del SSN risulta costo-efficace con di-

sponibilità a pagare irrisorie: € 26,3 per anno di vita guadagnato e € 33,0 per QALY guadagnato.

Da un punto di vista finanziario, nel primo anno, a fronte di 882.217 LDCT, si registrano 10.771 CP diagnosticati tramite *screening* (26,4% del totale) e 30.083 “spontaneamente”, vs 28.939 in assenza di *screening*.

I costi sostenuti dal SSN si attestano a € 1,3 mld. vs € 1,0 mld. senza *screening*, con un *budget impact* di € 289,4 mln.: € 119,4 mln. sono attribuibili ai farmaci, € 0,8 mln. sono “una tantum” per l’implementazione dello *screening*, € 7,0 mln. per la gestione annua (inviti, *data-management*, ecc.), € 76,0 mln. ai costi diretti dello *screening* (LDCT, *counselling*, ecc.).

Estendendo l’osservazione ai primi cinque anni, in media annua si registrano 571.396 LDCT, 5.863 diagnosi da *screening* (14,7% dei casi) e 33.933 “spontanee” vs 37.413 in assenza di *screening*.

I costi sostenuti dal SSN si attestano a € 10,7 mln. vs € 10,1 mln. senza, con un *budget impact* medio annuo di € 108,3 mln..

Il *budget impact* è decrescente negli anni (€ 18 mln. nel 5°) e che l’impatto dei farmaci è negativo già dal 2°.

In definitiva, la letteratura concorda sulla costo-efficacia dell’implementazione dello *screening* con LDCT per il CP, anche se con diversi livelli di disponibilità a pagare; meno attenzione è stata prestata alla sostenibilità dello *screening*, nonostante la necessità di un notevole sforzo organizzativo per impostare e supportare il programma, comprendente risorse diagnostiche e consapevolezza pubblica dei fattori di rischio del CP.

Le stime prodotte per l’Italia confermano che lo *screening* biennale è strategia efficiente, e in generale dominante (implicando risparmi economici), ed anche sostenibile: il *budget impact* annuale è in media inferiore allo 0,2% della spesa sanitaria pubblica.

Lo *screening* del CP basato sull’LDCT in Italia dovrebbe quindi rappresentare una priorità di salute pubblica.

CAPITOLO 15b

**Costo-efficacia e sostenibilità degli screening:
il caso paradigmatico del carcinoma polmonare**

Veronesi G.¹, Ferrara R.², Giannarelli D.³, Graziano P.⁴, Polistena B.⁵, Spandonaro F.⁶

L'importanza degli *screening* di popolazione (eventualmente ad alto rischio) è assunzione ampiamente condivisa, suffragata da ampia letteratura, che li ha posti fra le priorità degli interventi di sanità pubblica.

Non di meno, il loro rilevante impatto organizzativo, nonché la rapidità con cui si modifica il contesto tecnologico, organizzativo e sociale nel quale gli *screening* si realizzano, implica che la loro implementazione ottimale non può essere considerata come un fatto scontato e immodificabile: richiede piuttosto un monitoraggio continuo delle *Performance* ottenute e ottenibili.

L'efficienza (costo-efficacia o costo-utilità) e la sostenibilità finanziaria degli *screening* dipendono da molti fattori, anch'essi in rapida evoluzione. Senza pretesa di esaustività, citiamo come gli *screening*, in generale, risulteranno tanto più efficaci ed efficienti quanto più la metodica diagnostica lo è (in termini di sensibilità e specificità), tanto più efficaci risulteranno, in caso di diagnosi precoce, gli interventi sanitari (in primo luogo quelli terapeutici), quanto più alto risulterà il tasso di partecipazione della popolazione bersaglio.

Tutti fattori che si modificano nel tempo, per effetto sia dell'evoluzione socio-economica, che di quella tecnologica.

Il caso dello *screening* per il carcinoma polmonare (CP), da questo punto di vista, appare paradigmatico. Il CP rappresenta una delle principali cause,

a livello mondiale, di decessi correlati al cancro, con una stima di 1,8 mln. di decessi annui (Sung H. et al., 2021).

Il CP implica anche un enorme onere economico: insieme al cancro alla trachea e ai bronchi è responsabile del 15,4% (3,9 trilioni di dollari internazionali) del costo globale del cancro: il doppio di quello del seno (7,7%) (Chen S. et al., 2023).

Nel CP la diagnosi precoce ha un forte impatto sugli esiti clinici: i pazienti metastatici registrano una sopravvivenza mediana a cinque anni del 13,0% rispetto al 73,0% mostrato dai pazienti in stadio iniziale (Woodard G.A. et al., 2016).

In Italia, a metà dei pazienti viene diagnosticata una malattia metastatica, con un tasso di sopravvivenza a cinque anni per tutti gli stadi che varia tra il 16,0% per gli uomini e il 23,0% per le donne (AIOM-AIRTUM, 2023).

Con l'avvento della tomografia computerizzata a basso dosaggio (LDCT) l'attenzione della letteratura, sia clinica che economica, per lo *screening* è di molto aumentata: ad esempio, un ampio studio americano ha riportato una diminuzione di circa il 20% della mortalità per CP associata agli *screening* LDCT (Church T.R. et al., 2013; Aberle D.R. et al., 2011) e altri studi sono giunti fino al -39,0% (Amicizia D. et al., 2023).

Dal punto di vista economico, una recente revisione condotta dall'Istituto austriaco per la valutazione delle tecnologie sanitarie (AIHTA), ha confrontato i ri-

¹ Vita Salute Università San Raffaele, Milano, Istituto Scientifico IRCCS "San Raffaele", Milano

² IRCCS "San Raffaele", Milano

³ C.R.E.A. Sanità

⁴ Università degli Studi di Roma La Sapienza

⁵ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

⁶ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

sultati di 12 analisi di costo-efficacia sulla popolazione ad alto rischio, concludendo che persistono forti differenze quantitative nei risultati, ma che lo *screening* risulta generalmente “conveniente” assumendo “disponibilità a pagare” per i benefici ottenuti (QALY guadagnati), a livelli “normali” per i Paesi sviluppati (AIHTA, 2020).

La suddetta revisione ha anche analizzato la questione della sostenibilità, individuando solo tre studi di *budget impact*, e nessuno che avesse la sostenibilità come obiettivo primario.

Il lavoro di AIHTA, in particolare, ha sottolineato l'importanza di identificare una strategia di *screening* ottimale, effettuando confronti fra scenari diversi di implementazione.

Questa ultima nota, insieme alla precedente osservazione riguardante la dinamica sostenuta che caratterizza il contesto in cui si implementano gli *screening*, ha spinto a predisporre un nuovo modello per la valutazione sia dell'efficienza (costo-efficacia e costo-utilità), sia della sostenibilità finanziaria (*budget impact*) dello *screening* del CP.

Il modello (Veronesi, G. et al., 2024; Polistena B., 2024) si caratterizza per la sua parametrizzazione: l'utente può valutare diverse strategie di *screening*, in termini di popolazione invitata, frequenza dello *screening* (annuale, biennale, ecc.), ripetizione (o meno) della LDCT in caso di risultato non conclusivo. Inoltre, il modello è stato predisposto in modo da poter essere integrato nel caso che nuove opportunità terapeutiche dovessero risultare disponibili. Infine, il modello contiene alcuni elementi di innovatività: in primo luogo la possibilità di adottare (diversi) orizzonti temporali di lungo periodo; poi la possibilità di prevedere un incremento di incidenza per effetto della emersione di casi “pregressi” all'inaugurazione dello *screening*; infine, la possibilità di elaborare valutazioni coerenti di costo-efficacia e di *budget impact*, utilizzando la stessa logica e gli stessi *input*.

15b.1. Risultati

Rimandando alle pubblicazioni (Veronesi G. et al., 2024; Polistena B., 2024) per i dettagli sulla strut-

tura del modello e sulle fonti utilizzate, ci limitiamo a evidenziare che, per il caso base, ci si è ispirati alle indicazioni della relazione tecnica sullo *screening* del CP elaborate nel 2022 dal Ministero della Salute (Veronesi G. et al., 2022): popolazione eleggibile allo *screening* costituita dai forti fumatori (> 30 *pack-years*), o ex-fumatori da meno di 15 anni, di età 50-79 anni, con frequenza biennale dello *screening* e ripetizione nel caso di risultati non conclusivi.

Si è adottato un orizzonte temporale di 30 anni, considerando lo *screening* a regime quando (dopo 30 anni) saranno uscite tutte le coorti che lo hanno iniziato ad età successive a quella ufficialmente adottata, un tasso di partecipazione del 30,0% e un tasso di attualizzazione del 3,0% annuo.

Nell'orizzonte temporale considerato, verrebbero effettuate una media di 461.766 LDCT per anno, che scendono a 364.713 a regime.

Nello scenario di *screening* verrebbero diagnosticati 1.163.542 casi positivi (media annua 38.785) e 1.151.627 in assenza (media annua 38.388). Il 13,2% dei casi verrebbe diagnosticato attraverso lo *screening*.

Si stima un potenziale guadagno di 1,2 mln. di anni di vita e di 0,9 mln. di QALY, nonché la possibilità di prevenire 36.061 decessi per cancro al polmone (Tabella 15b.1.).

Sul versante dei costi, le analisi sono state condotte sia nella prospettiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sia in quella della Società.

Tabella 15b.1. Esiti clinici: confronto dello scenario con e senza lo *screening* (orizzonte temporale 30 anni)

	Screening	No screening	Δ
Diagnosi totali	1.163.542	1.151.627	11.915
Diagnosi medie annue	38.785	38.388	397
Anni di vita	79.128.726	77.939.429	1.189.297
Decessi	868.869	904.930	-36.061
QALY	70.893.957	69.946.044	947.913

Fonte: elaborazione degli autori - © C.R.E.A. Sanità

Lo scenario che prevede l'implementazione del-

lo *screening* implica un aumento dello 0,1% dei costi sanitari diretti (€ 31,3 mln.), ed una riduzione del 5,0% (-€ 1.176,4 mln.) di quelli indiretti (perdite di produttività).

Lo *screening* comporta altresì un incremento di € 51,5 mln. dei costi diretti non sanitari, essenzialmente riferito ai costi di trasporto (per raggiungere le strutture sanitarie).

Complessivamente (Tabella 15b.2.), si stima una riduzione dei costi totali pari all'1,8% (-€ 1.093,6 mln.).

In particolare, si riducono del 5,9% i costi dei farmaci e del 2,8% quelli di fine vita. I costi della classificazione istologica e della stadiazione aumentano, rispettivamente dell'11,1% e del 10,9%, per effetto del leggero aumento delle diagnosi con lo *screening*. Allo stesso modo, i costi per la chirurgia aumentano del 17,6%, per effetto del maggior numero di pazienti eleggibili, perché diagnosticati in fase precoce. Infine, i costi di *follow-up* aumentano del 5,7%, essendo aumentata la sopravvivenza media globale (+9,2 anni per i pazienti diagnosticati con lo *screening*, rispetto a quelli che lo sono in assenza).

Tabella 15b.2. Costi associati al carcinoma polmonare
Confronto scenario con e senza *screening*

	Screening (€, mln.)	No screening (€, mln.)	Δ (%)
Costi sanitari diretti	37.862,9	37.831,6	0,1
<i>Screening</i>	956,0	0,0	-
Classific. istologica	339,0	305,2	11,1
Stadiazione	97,1	87,6	10,9
Chirurgia e radioter.	2.912,6	2.477,0	17,6
Farmaci	25.634,5	27.232,3	-5,9
Follow-up	5.094,0	4.818,1	5,7
Cure di fine vita	2.829,7	2.911,4	-2,8
Costi diretti non sanitari	90,1	38,5	133,7
Costi indiretti	22.334,1	23.510,5	-5,0
Costi totali	60.287,0	61.380,6	-1,8

Fonte: elaborazione degli autori - © C.R.E.A. Sanità

L'introduzione dello *screening* risulta dominante (ovvero genera migliori risultati sanitari con risparmi

sui costi), in termini sia di ICER (*incremental cost-effectiveness ratio*) che di ICUR (*incremental cost-utility ratio*) nella prospettiva sociale; in quella del SSN risulta costo-efficace con disponibilità a pagare irrisorie: € 26,3 per anno di vita guadagnato e € 33,0 per QALY guadagnato.

Da un punto di vista finanziario, nel primo anno, a fronte di 882.217 LDCT, si registrano 10.771 CP diagnosticati tramite *screening* (26,4% del totale) e 30.083 "spontaneamente", vs 28.939 in assenza di *screening*.

I costi sostenuti dal SSN (Tabella 15b.3.) si attestano a € 1,3 mld. vs € 1,0 mld. senza *screening*, con un *budget impact* di € 289,4 mln.: € 119,4 mln. sono attribuibili ai farmaci, € 0,8 mln. sono "una tantum" per l'implementazione dello *screening*, € 7,0 mln. per la gestione annua (inviti, *data-management*, ecc.), € 76,0 mln. ai costi diretti dello *screening* (LDCT, *counselling*, ecc.).

Tabella 15b.3. Budget impact - Anno 1

	Screening	No screening	Δ
LDCT	882.117	-	
Casi diagnosticati	40.854	28.939	11.915
Costi (€, mln.)	1.315,6	1.026,2	289,4
"Una tantum"	0,8	-	0,8
Screening (annuale)	83,0	-	83,0
Farmaci	1.028,5	909,0	119,4
Altro*	287,1	117,2	169,9

* Classificazione istologica, chirurgia, radioterapia, *follow-up*, costi di fine vita
Fonte: elaborazione degli autori - © C.R.E.A. Sanità

Estendendo l'osservazione ai primi cinque anni, in media annua si registrano 571.396 LDCT, 5.863 diagnosi da *screening* (14,7% dei casi) e 33.933 "spontanee" vs 37.413 in assenza di *screening*.

I costi sostenuti dal SSN (Tabella 15b.4.) si attestano a € 10,7 mln. vs € 10,1 mln. senza, con un *budget impact* medio annuo di € 108,3 mln..

Si noti che il *budget impact* è decrescente negli anni (€ 18 mln. nel quinto) e che l'impatto dei farmaci è negativo già dal secondo.

Tabella 15b.4. Budget Impact - Anno 1-5

	Screening	No screening	Δ
LDCT	2.856.982	-	2.856.982
Casi diagnosticati	198.978	187,063	
Costi (€, mln.)	10.658,6	10.117,1	541,5
“Una tantum”	0,8		0,8
Screening (annuale)	282,2	-	282,2
Farmaci	5.946,7	6.175,0	-228,3
Altro*	6.228,9	3,942.1	2.286,8

* Classificazione istologica, chirurgia, radioterapia, follow-up, costi di fine vita
Fonte: elaborazione degli autori - © C.R.E.A. Sanità

15b.2. Analisi di scenario

Le variabili tasso di attualizzazione, tasso di partecipazione, sensibilità e specificità dello *screening*, casi indeterminati, distribuzione della stadiazione alla diagnosi, prezzo medio dei farmaci, disutilità associate alla diagnosi e al trattamento e costo dei ricoveri di *follow-up* sono state oggetto di una analisi di sensitività univariata.

L'impatto sull'ICER nella prospettiva del SSN è vi-

sualizzato nella Figura 15b.1. (diagramma tornado).

Prezzo medio dei farmaci e stadiazione alla diagnosi sono le variabili che registrano l'impatto più significativo.

Il *budget impact* è, invece, maggiormente sensibile a variazioni del tasso di partecipazione, quindi della stadiazione e dal costo dei farmaci.

La robustezza dei risultati è confermata dalle analisi di sensitività probabilistica condotte con il metodo Montecarlo: adottando convenzionalmente una disponibilità massima a pagare pari al Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite, lo *screening* rimane economicamente efficiente con una probabilità vicina al 100%; analogamente, il *budget impact* rimane al di sotto di € 100,0 mln. annui con una probabilità superiore al 99,1%.

In considerazione della finalità principale del modello, che è quella di supportare i decisori nel definire le priorità di sanità pubblica, sono state effettuate simulazioni relative a scenari organizzativi alternativi.

In assenza dell'aumento di incidenza dei casi diagnosticati nel primo anno, come ipotizzato, lo *screening* risulterebbe una strategia dominante anche nella prospettiva del SSN.

Figura 15b.1. Analisi deterministica di sensitività e diagramma tornado

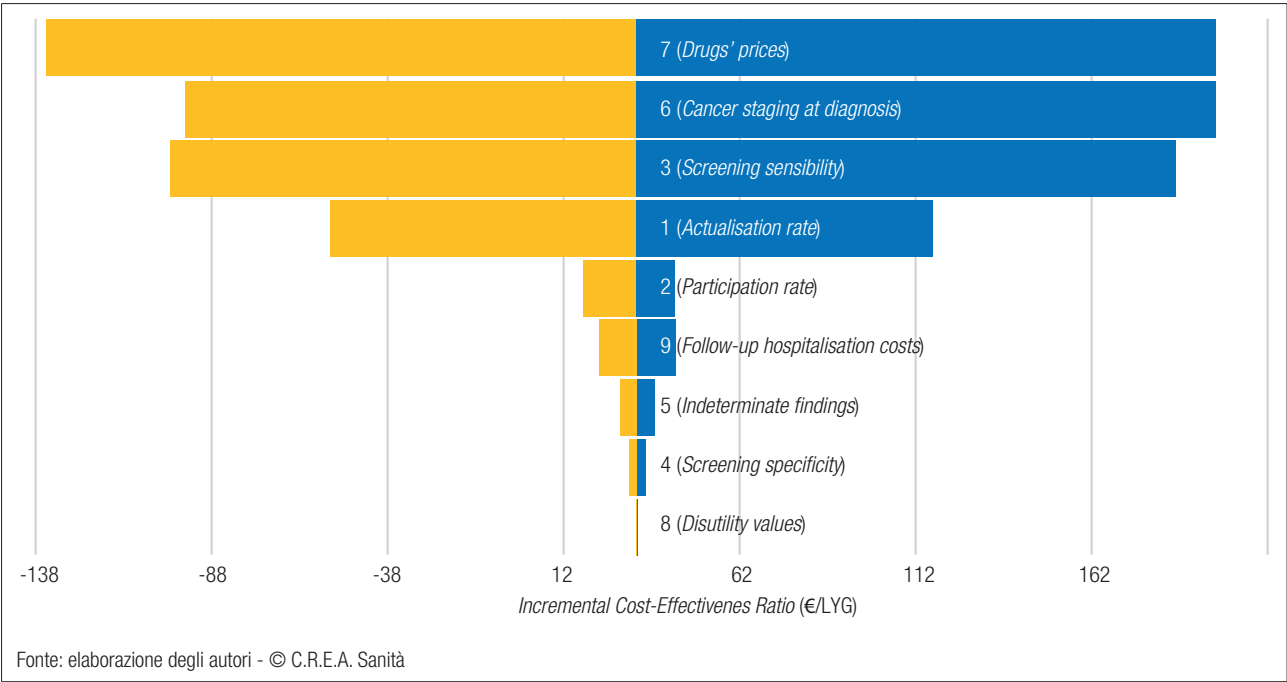
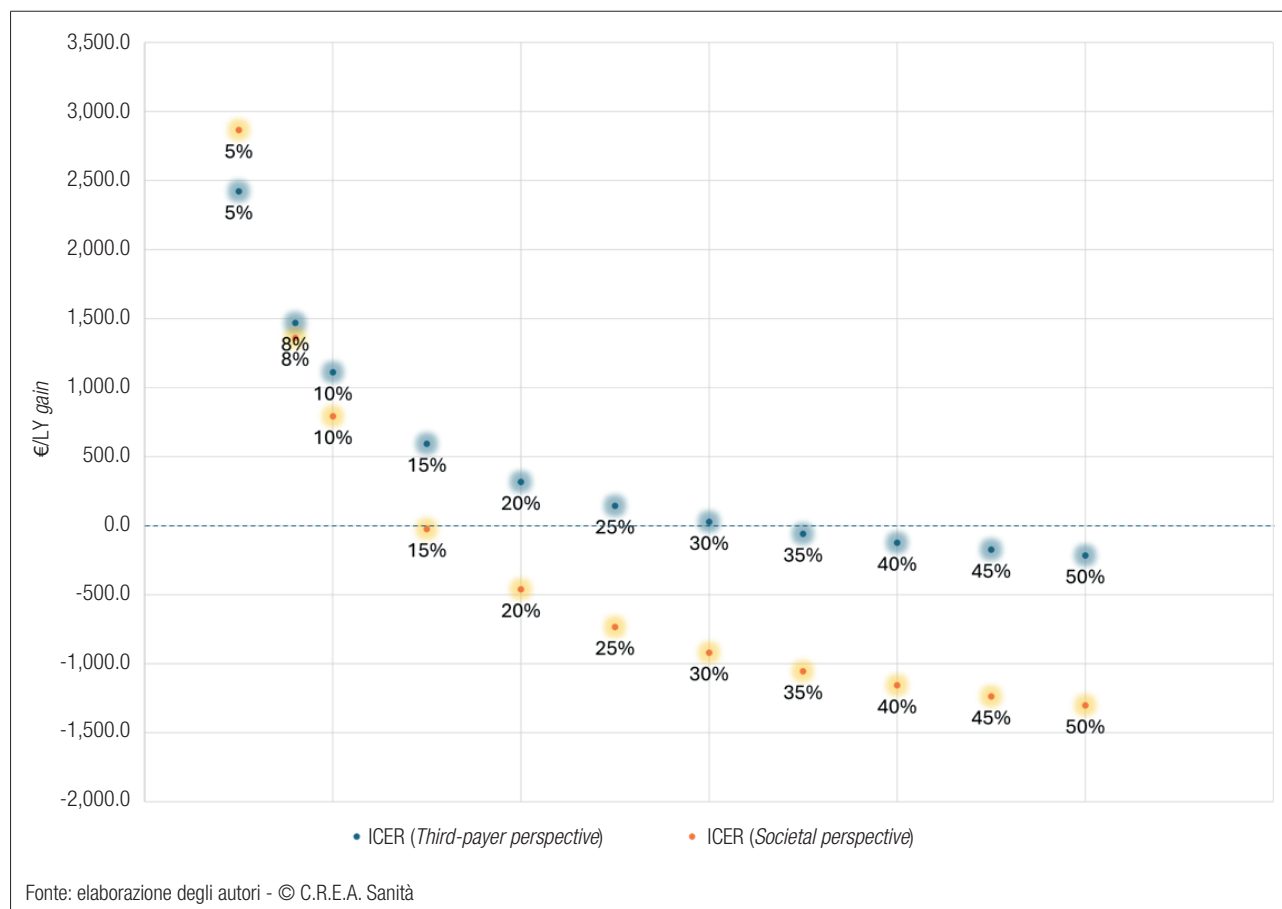


Figura 15b.2. Simulazione del rapporto costo-efficacia dello *screening* al variare dei tassi di partecipazione

Inoltre, la Figura 15b.2. riporta il costo per anno di vita guadagnato in funzione del tasso di partecipazione: sempre nella prospettiva del SSN, lo *screening* risulta dominante con tassi di partecipazione maggiore del 35,0% (nella prospettiva sociale già al 15,0%); particolarmente rilevante risulta che rimane costo-efficace anche con tassi di partecipazioni molto inferiori: con tassi al 5% basterebbe accettare una disponibilità a pagare di € 5.000 per anno di vita guadagnato.

15b.3. Riflessioni finali

La letteratura concorda sulla costo-efficacia dell'implementazione dello *screening* con LDCT per il CP, anche se con diversi livelli di disponibilità a pagare; meno attenzione è stata prestata alla sostenibilità dello *screening*, nonostante la necessità di un notevole sforzo organizzativo per impostare e

supportare il programma, comprendente risorse diagnostiche e consapevolezza pubblica dei fattori di rischio del CP.

Le stime prodotte confermano che lo *screening* biennale è strategia efficiente, e in generale dominante (implicando risparmi economici), ed anche sostenibile: il *budget impact* annuale è in media inferiore allo 0,2% della spesa sanitaria pubblica.

Lo *screening* del CP basato sulla LDCT in Italia dovrebbe rappresentare una priorità di salute pubblica, costituendo una politica efficace, efficiente e sostenibile, potenzialmente in grado di migliorare i risultati sanitari e contribuire al risparmio economico. Il modello predisposto e le analisi svolte indicano che sarebbe in generale opportuno allargare il monitoraggio anche agli altri screening, obbligatori o eventualmente promuovibili, al fine di ottimizzare le scelte di politica sanitaria in ragione delle dinamiche evolutive sociali, cliniche e tecnologiche.

Riferimenti bibliografici

- Aberle D.R. et al., 2011, The National Lung Screening Trial: overview and study design. *Radiology*, 258:243-253, doi:10.1148/radiol.10091808
- AIHTA (Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH, 2020, Lung Cancer Screening in Risk Groups - A review-update of the economic evidence (Part II)
- AIOM-AIRTUM, 2023, I numeri del cancro in Italia.
- Amicizia D. et al., 2023, Systematic Review of Lung Cancer Screening: Advancements and Strategies for Implementation, *Healthcare (Basel)*, 11, doi:10.3390/healthcare11142085
- Chen S. et al., 2023, Estimates and Projections of the Global Economic Cost of 29 Cancers in 204 Countries and Territories From 2020 to 2050, *JAMA Oncol.*, 9:465-472, doi:10.1001/jamaoncol.2022.7826
- Church T.R. et al., 2013, Results of initial low-dose computed tomographic screening for lung cancer, *N Engl J Med.*, 368:1980-1991, doi:10.1056/NEJMoa1209120
- Polistena B., 2024, Lung Cancer Screening implementation in Italy: a budget impact analysis, submitted
- Sung H. et al., 2021, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN, Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, *CA Cancer J Clin.*, 71: 209-249, doi:10.3322/caac.21660
- Veronesi, G. et al., 2024, Lung cancer screening can be a cost saving public health measure: a cost-consequences assessment for Italy, submitted
- Veronesi G. et al, 2022, Progetto di implementazione dello screening polmonare in Italia, Ministero della Salute
- Woodard G.A. et al., 2016, Lung Cancer Staging and Prognosis, *Cancer Treat Res.*, 170: 47-75, doi:10.1007/978-3-319-40389-2_3

Sintesi

CAPITOLO 15c

L'assistenza sanitaria per la Salute Mentale in Italia

d'Angela C.¹

Secondo i dati dell'ultimo *World Mental Health Report* (OMS), quasi un miliardo di persone nel mondo (di cui il 14% adolescenti) ha presentato un disturbo di salute mentale: una persona su 100 è deceduta per suicidio e nel 58% dei casi il suicidio si è verificato prima dei 50 anni. I disturbi mentali costituiscono la principale causa di disabilità e le persone affette da gravi disturbi mentali muoiono in media da 10 a 20 anni prima rispetto alla popolazione generale, spesso per patologie fisiche sulle quali è possibile agire in termini di prevenzione. Nel primo anno di pandemia, la depressione e l'ansia sono aumentate in media del 28% (in Italia del 26%). L'OMS dichiara che nel 2030 la depressione e gli altri problemi di salute mentale rappresenteranno le patologie più diffuse nel mondo.

Obiettivo del contributo è quello di valutare lo "stato" della presa in carico dei soggetti con problemi di salute mentale in Italia, e la sua dinamica nel medio periodo (2015-2022); sono stati utilizzati indicatori rappresentativi dei modelli organizzativi di presa in carico, elaborati avvalendosi dei flussi informativi ministeriali.

Gli utenti in carico presso i servizi di salute mentale (territoriali, residenziali e semi-residenziali), risultano 154,2 ogni 100.000 ab., numero che si è ridotto nell'ultimo quinquennio in tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione del Nord-Est, con una contrazione massima nel Mezzogiorno.

La riduzione ha interessato tutti e tre i *setting* assistenziali (ambulatoriale/domiciliare, residenziale e semi-residenziale), concentrandosi nel triennio più 2020-2022, probabilmente a causa della limitata

possibilità di accesso alle strutture conseguente alla pandemia da Covid-19.

Gli utenti in carico si concentrano nella fascia d'età 45-64 anni, ma nell'ultimo quinquennio si è assistito ad un aumento della presa in carico dei giovani (18-34 anni), che oggi rappresentano circa il 20% dell'utenza in trattamento.

La depressione e la schizofrenia rappresentano le diagnosi più frequenti nei soggetti in carico ai servizi ambulatoriali territoriali, sebbene si sia registrata una lieve riduzione, a fronte di un aumento di casiistica per disturbi di personalità e comportamentali.

Nel 2022, 40.285 unità di personale operano nei servizi di salute mentale, di cui il 74,7% (30.101) nei servizi pubblici territoriali delle Aziende Sanitarie (51,0 ogni 100.000 abitanti). A livello di ripartizione geografica si riscontrano importanti differenze di organico: nel Nord-Est si contano 65,3 operatori ogni 100.000 abitanti, mentre nel Mezzogiorno 38,9.

Nel periodo 2017-2022 si è registrato un aumento dell'organico dei servizi ambulatoriali territoriali del +1,5% medio annuo, ma ha interessato solo il Centro ed il Nord-Est del Paese.

Mettendo in relazione gli utenti in carico ai servizi ed il personale che vi opera, si osserva una bassa correlazione, indicativa dell'assenza di applicazione di standard omogenei di programmazione.

Rapportando il personale dei servizi pubblici territoriali agli utenti in carico si registrano 2,5 unità ogni 100 utenti, con un *gap* importante tra il Nord-Est (3,2) ed il Mezzogiorno (1,9). Nell'ultimo quinquennio si è registrata una crescita del rapporto che si è però concentrata nel Nord-Est e nel Centro; Nord-Ovest e

¹ C.R.E.A. Sanità

Mezzogiorno hanno, infatti, registrato una riduzione dell'indicatore.

Il ricorso all'ospedalizzazione (40,1 ricoveri ogni 10.000) si è ridotto del -6,8% medio annuo negli ultimi cinque anni, ed è aumentato il ricovero in reparti psichiatrici (circa il 42,0% della casistica di ricovero con diagnosi legate alla salute mentale viene dimessa da tali reparti). Contestualmente si è registrata una riduzione degli accessi al Pronto soccorso (-1,0% medio annuo nel periodo 2017-2022) e dei Trattamento Sanitario Obbligatorio (-7,8%).

La quota di pazienti che ricevono una visita entro 14 o 30 giorni dalla dimissione sfiora il 35%, ma si è ridotta nel periodo considerato, sebbene con una importante variabilità tra le Regioni.

In termini economici, il costo medio annuo per utente della salute mentale, secondo i dati del flusso LA (Livelli di Assistenza) del Ministero della Salute, è pari a € 4.263,2, e si è ridotto nel medio periodo (2017-2022) del -2,8% medio annuo.

La riduzione del numero di episodi acuti da gestire appare evocativa del fatto che i nuovi trattamenti disponibili (*long acting* etc.), sebbene associati ad un aumento del costo medio per utente, aumentando

l'aderenza al trattamento, permettano anche di generare risparmi in termini di ospedalizzazione.

In sintesi, sembra si possa registrare una riduzione della presa in carico da parte dei servizi, nonostante l'aumento delle patologie psichiatriche riscontrato a livello epidemiologico. In tale scenario è auspicabile si realizzi un allineamento delle dotazioni di personale agli *standard* previsti dal recente D.M. n. 77/2022, nell'ottica di colmare i *gap* ad oggi esistenti tra le diverse ripartizioni geografiche.

Inoltre, al fine di garantire una continuità di presa in carico del paziente, in particolare quello che si ricovera, è altresì auspicabile l'implementazione di Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) di ambito almeno regionale o locale (Azienda sanitaria), finalizzati a garantire equità di presa in carico a tutti i pazienti affetti da tali patologie, magari prioritariamente per le più frequenti, quali disturbo schizofrenico e depressione.

In termini di programmazione, va tenuto conto del fatto che l'allineamento dell'offerta e l'aumento della presa in carico, presumibile comporteranno un aumento della spesa complessiva, che oggi raggiunge il 2,8% del Fabbisogno Sanitario Nazionale.

CAPITOLO 15c

L'assistenza sanitaria per la Salute Mentale in Italia

d'Angela C.¹

La salute mentale è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità” (*World Health Organization, Mental Health Action Plan 2013-2020*).

Secondo i dati dell'ultimo *World Mental Health Report* (OMS), quasi un mld. di persone nel mondo (incluso il 14% di adolescenti) ha presentato un disturbo di salute mentale: una persona su 100 è deceduta per suicidio e nel 58% dei casi il suicidio si è verificato prima dei 50 anni. I disturbi mentali costituiscono la principale causa di disabilità e le persone affette da gravi disturbi mentali muoiono in media da 10 a 20 anni prima rispetto alla popolazione generale, spesso per patologie fisiche sulle quali è possibile agire in termini di prevenzione. A livello globale, l'abuso sessuale infantile e il bullismo sono le principali cause di depressione. Le disuguaglianze sociali ed economiche, le emergenze di salute pubblica, la guerra e la crisi climatica costituiscono minacce strutturali globali per la salute mentale. Nel primo anno di pandemia, la depressione e l'ansia sono aumentate di oltre il 25%. In tutti i Paesi, ed in Italia del 28% e 26% rispettivamente.

Nello stesso *report* (OMS), viene riportato che nel 2030 la depressione e altri problemi di salute mentale rappresenteranno le patologie più diffuse nel mondo.

Obiettivo del presente contributo è quello di valutare lo “stato” del sistema organizzativo inerente

la presa in carico di soggetti con problemi di salute mentale; l'analisi è stata condotta considerando la dinamica registrata nell'ultimo quinquennio.

15c.1. Offerta e struttura dei servizi

Strutture

Dall'analisi organizzativa, effettuata avvalendosi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)², nel 2022, in Italia, risultano 3.606 strutture psichiatriche accreditate (7,2 ogni 100.000 abitanti (ab.)), di cui 1.090 servizi territoriali (2,2 ogni 100.000 ab.), 1.769 strutture residenziali (3,5 ogni 100.000) e 743 strutture semi-residenziali (1,5 ogni 100.000).

All'offerta sul territorio (ambulatoriale, residenziale e semi-residenziale) si affianca quella ospedaliera (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)), dedicata al trattamento in acuto dei pazienti. In Italia, nel 2022, si contano 6,6 posti letto di degenza ordinaria negli SPDC ogni 100.000 ab. e 0,5 per il *day hospital*.

A livello regionale, si passa da un massimo di 12,0 posti letto ogni 100.000 ab. della P.A. di Bolzano ad un minimo di 2,9 in Campania.

Personale

Nelle strutture territoriali accreditate operano 40.285 unità di personale, di cui oltre i due terzi (74,7%, ovvero 30.101 unità) in servizi pubblici (Dipartimenti di salute mentale della Aziende Sanitarie).

Considerando i soli servizi pubblici territoriali, si registrano 51,0 operatori ogni 100.000 ab., con un

¹ C.R.E.A. Sanità

² Istituito nel 2010 ed entrato in vigore il 1.01.2012

valore massimo pari a 65,3 nel Nord-Est del Paese, seguito dal Centro con il 56,7 e dal Nord-Ovest con 49,4; il dimensionamento minore si riscontra nel Mezzogiorno, pari a 38,9 unità ogni 100.000 ab. (Figura 15c.1.).

A livello regionale, il livello massimo di personale rispetto alla popolazione, pari a 90,9 unità (ogni

100.000 ab.), si riscontra nella P.A. di Trento; la minima, pari a 22,2, in Basilicata; Piemonte, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria registrano un valore inferiore a 40,0, Toscana, Liguria, P.A. di Bolzano e P.A. di Trento valore superiore a 70,0 unità ogni 100.000 ab..

Figura 15c.1. Personale operante dei servizi pubblici territoriali per la Salute Mentale

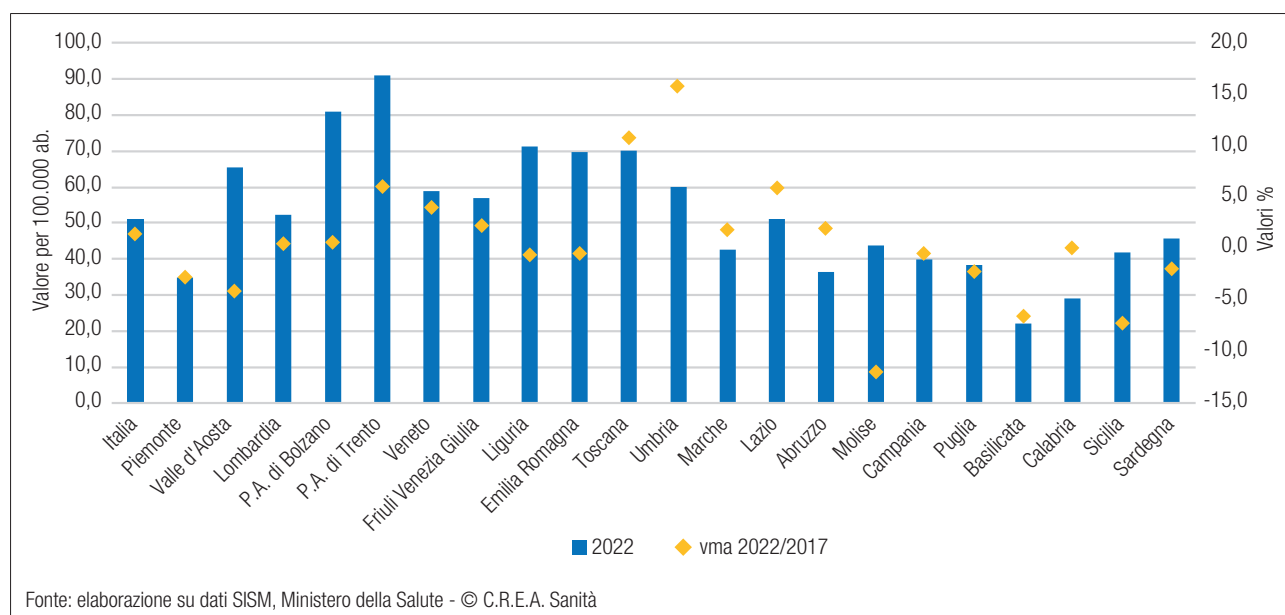
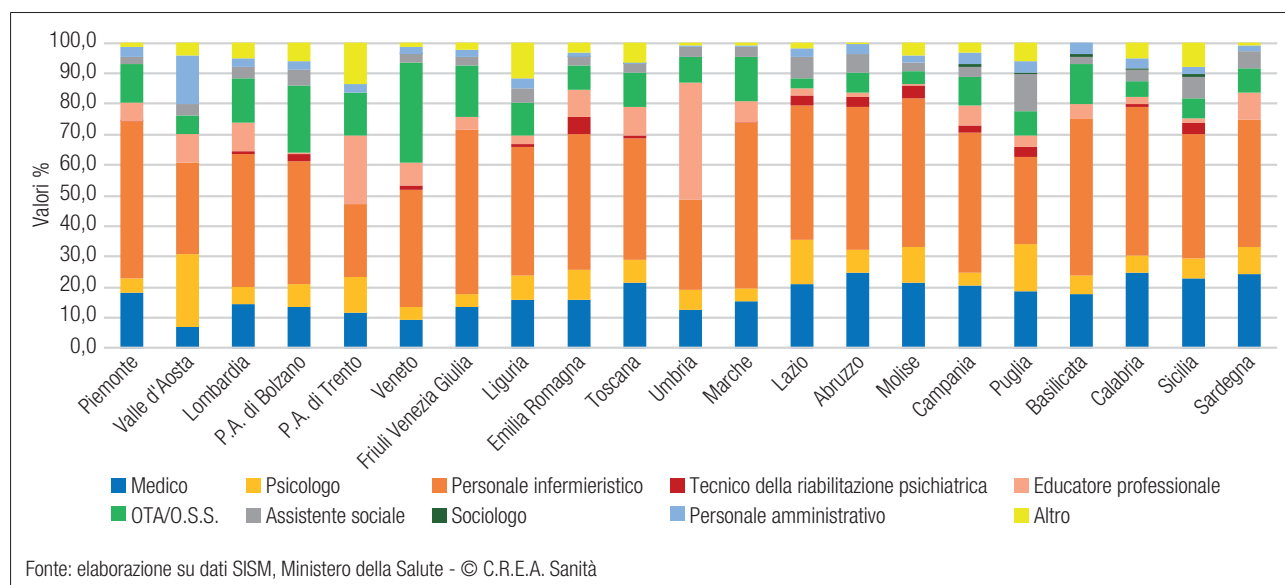


Figura 15c.2. Composizione per figura professionale delle unità di personale operante nei servizi pubblici territoriali per la Salute Mentale. Anno 2022



Nel periodo 2017-2022, si è registrato un aumento del +1,4% medio annuo delle unità di personale operanti nei servizi territoriali per la salute mentale: tale aumento ha interessato il Centro (+7,7%) ed il Nord-Est (+1,7%), mentre si è registrata una diminuzione nel Nord-Ovest (-0,5%) e nel Sud e Isole (-2,0%).

A livello regionale, nel periodo considerato, il massimo aumento, pari al +15,6% medio annuo, si è registrato in Umbria, e quello minimo, pari al -11,9% in Molise.

Analizzando il dato per tipologia di professionista si osserva come, in media (anno 2022), il personale infermieristico rappresenti quasi la metà dell'organico (42,2%), seguono i medici (17,2%), mentre gli OTA/OSS, gli psicologi e gli educatori professionali rappresentano rispettivamente il 12,2%, 7,9% e 7,0%; inoltre gli assistenti sociali rappresentano il 4,4%, il personale amministrativo il 2,5%, i tecnici della riabilitazione psichiatrica il 2,0%, lo 0,2% è rappresentato dai sociologi ed il restante 4,3% altre figure professionali (Figura 15c.2.).

A livello di ripartizione geografica si osserva una marcata difformità della composizione: nel Nord-Ovest si riscontra in media una quota di infermieri, educatori professionali, OTA/OSS superiore alla media nazionale; è invece inferiore alla media nazionale quella di medici, psicologi e assistenti sociali.

Abruzzo, Calabria e Sicilia risultano essere le Regioni con la maggior quota di personale medico (24,8%, 24,6%, 22,7% rispettivamente).

Nelle Marche, Friuli Venezia Giulia e Basilicata il personale infermieristico rappresenta più della metà di tutto l'organico (54,2%, 54,1%, 51,5% rispettivamente); all'estremo opposto abbiamo invece la P.A. di Trento e la Puglia, dove gli infermieri rappresentano il 24,2% ed il 28,2% rispettivamente di tutto il personale dedicato.

La Valle d'Aosta e la Puglia sono le Regioni con la maggiore presenza della figura dello psicologo, rispettivamente al 24,0% ed al 15,7% del personale dedicato ai servizi; in queste Regioni i medici risultano il 7,0% e il 18,4% rispettivamente e gli infermieri il 30,0% e 28,2%. L'incidenza minima di psicologi sull'organico complessivo si osserva invece in Friuli Venezia Giulia, Veneto e Marche (4,0%, 4,1% e 4,3% rispettivamente).

15c.2. Domanda e attività

Nel 2022, secondo i dati del flusso SISM, risultano presi in carico dai servizi per la salute mentale 776.829 soggetti con disturbi psichiatrici, pari a 154,2 ogni 10.000 ab.; il 36,7% di questi sono nuovi casi.

Il 95,0% (738.864) degli utenti sono presi in carico dai servizi pubblici territoriali, il 3,0% (28.738) da strutture residenziali e il 2,0% (22.196) da strutture semi-residenziali; la quasi totalità di questi ultimi (99,3%) afferisce anche ai servizi pubblici territoriali.

Rapportando il dato alla popolazione si osserva una significativa variabilità a livello regionale: si passa da un valore massimo di 266,1 utenti ogni 10.000 ab. della P.A. di Bolzano ad un minimo di 84,8 della Sardegna.

Nell'ultimo quinquennio, 2017-2022, si è registrata una riduzione media annua della presa in carico del -1,8% (15,2 utenti in meno ogni 10.000 ab.), sebbene si sia osservato un rallentamento della decrescita dall'anno pre-pandemico, dopo il quale si è ridotta all'-1,2% medio annuo. La contrazione ha interessato quasi tutte le ripartizioni: è stata massima nel Mezzogiorno (-3,8% medio annuo), seguita dal Nord-Ovest (-1,9%) e dal Centro (-0,4%); nel Nord-Est il livello di presa in carico è invece aumentato del +0,2% medio annuo.

La popolazione giovanile (18-34 anni), nel 2022, rappresenta il 19,3% dei soggetti in carico, con un valore massimo pari al 23,4% in Valle d'Aosta ed un minimo pari a 12,2% in Calabria; la popolazione 55-64 anni ne rappresenta il 23,7%, quella 45-54 il 22,5%, quella 35-44 il 13,6%, quella 65-74 il 13,0% ed infine quella over 75 l'8,0%.

Nell'ultimo quinquennio è aumentato in particolare il tasso (ogni 10.000 ab.) di soggetti assistiti giovani: nella fascia 18-24 anni è aumentato del +7,0% medio annuo, in quella 25-34 del +2,2% medio annuo, mentre si è ridotto in tutte le altre fasce d'età, in particolar modo in quella degli over 75 (-7,8% medio annuo).

La prevalenza (Figura 15c.3.), nel 2022, è maggiore nella fascia d'età 55-64 (con 195,0 utenti ogni 10.000), segue quelle della fascia 45-54 anni (con

178,3 utenti per 10.000) e 18-24 (con 149,4 utenti per 10.000); il tasso più basso si riscontra nella fascia *over 75* (75,7 utenti per 10.000).

Analizzando il livello di presa in carico per tipologia di servizio assistenziale si osserva come, nei servizi pubblici territoriali, sono presi in carico 146,6 utenti per 10.000 ab. (2022), 8,6 utenti in meno rispetto al 2017 (155,2) e -10,9 (157,5) rispetto all'anno pre-pandemico (2019). Al fenomeno di crescita dei livelli di presa in carico registratosi nel biennio 2017-2019, è seguita una riduzione nel post-pandemia.

Nei servizi residenziali sono presi in carico 5,7 utenti ogni 10.000 ab., +0,8 utenti rispetto al 2017 (6,5) e -0,1 (5,6) rispetto all'anno pre-pandemico (2019). Anche per questo tipo di assistenza il Covid-19 ha comportato una inversione di *trend*: all'aumento di presa in carico pre-pandemico, segue una riduzione negli anni successivi.

Fenomeno analogo si è riscontrato nei servizi semi-residenziali, dove sono assistiti, nel 2022, 4,4 utenti per 10.000 ab., 1,1 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2017 (5,5) e 0,9 p.p. (5,3) rispetto all'anno pre-pandemico (2019).

In termini di patologie, si osserva come, presso i servizi pubblici territoriali, le più frequenti siano la

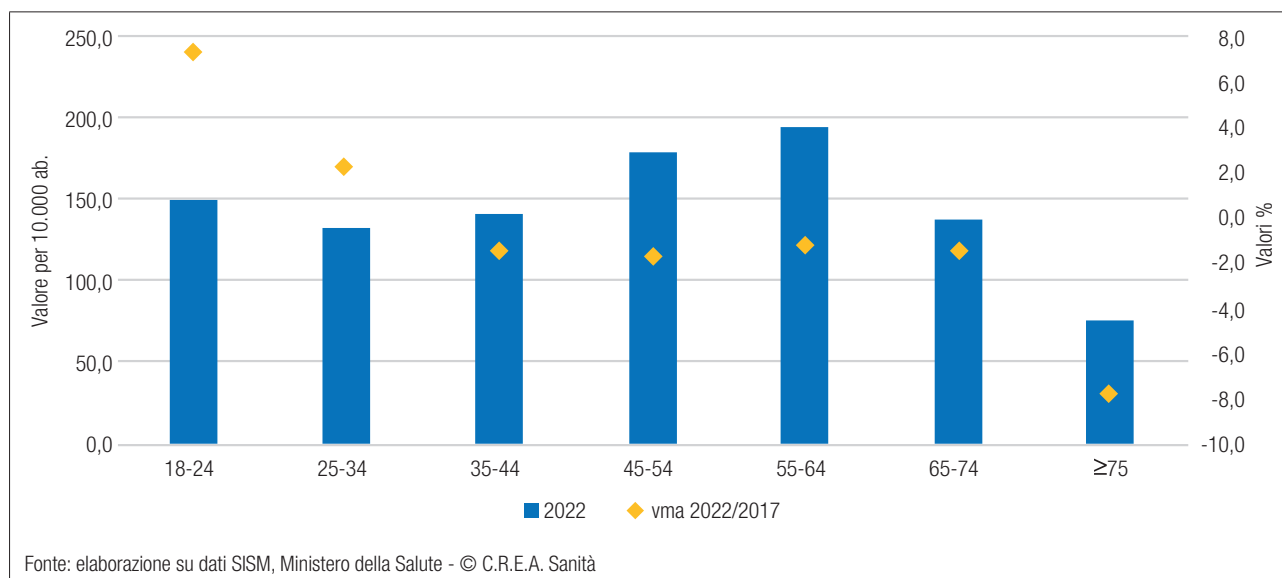
depressione, con un tasso del 33,2 per 10.000 ab. e la schizofrenia, con 30,6 per 10.000 ab., seguono le sindromi nevrotiche e somatoformi con 19,1 ogni 10.000 ab..

Nell'ultimo quinquennio, si è assistito ad una diminuzione della presa in carico degli utenti con diagnosi di depressione, -1,1% medio annuo (-3,0 utenti ogni 10.000), con sindromi nevrotiche e somatoformi (-2,2 utenti ogni 10.000), e con schizofrenia (-1,2 utenti ogni 10.000 ab.); ha invece registrato un aumento il numero di utenti con disturbi della personalità e del comportamento (+0,3 utenti ogni 10.000 ab.).

Secondo quanto emerge dall'indagine Sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore Sanità, in Italia, nel periodo 2021-2022, si è registrato un aumento di incidenza della depressione, interessando il 6,4% della popolazione 18-69 anni (6,0% nel periodo 2016-2019), al quale è seguita una leggera riduzione nel periodo 2022-2023 (5,9% della popolazione 18-69 anni).

Appare evidente come l'incremento registrato a livello epidemiologico non sia associato ad un corrispondente incremento di soggetti presi in carico da parte dei servizi.

Figura 15c.3. Prevalenza utenti in carico presso le strutture territoriali psichiatriche per classi di età



Oltre la metà (50,3%) degli utenti in carico presso le strutture residenziali, nel 2022, sono affetti da schizofrenia e altre psicosi funzionali (2,9 per 10.000 ab.). Nel periodo 2017-2022, si è assistito ad una diminuzione della presa in carico per la schizofrenia del -0,7 p.p. (0,3 utenti ogni 10.000).

Anche nelle strutture semi-residenziali quasi la metà degli utenti in carico (46,0%) sono affetti da schizofrenia e altre psicosi funzionali (4,4 per 10.000 ab.), registrandosi 1,1 utenti in meno (ogni 10.000) nel periodo 2017-2022.

A livello ospedaliero, nel 2022 sono stati effettuati 236.949 (40,1 ogni 10.000 ab.) ricoveri ospedalieri associati alla salute mentale, di cui 37,1 (ogni 10.000 ab.) in regime ordinario e 3,0 (ogni 10.000 ab.) in regime diurno. Si tratta di 137.233 soggetti dimessi con diagnosi di disturbo mentale: 126.588 (92,2%) in regime ordinario e 10.675 (7,8%) in regime diurno. Ogni soggetto ha una media annua di 1,7 ricoveri (SDO, Ministero della Salute).

Il maggior ricorso all'ospedalizzazione si osserva nel Nord-Est del Paese, con 50,8 ricoveri (ogni 10.000 ab.), segue il Nord-Ovest con 44,3 (ogni 10.000 ab.), il Centro con 40,7 (ogni 10.000 ab.) ed infine il Mezzogiorno con 30,1 ricoveri ogni 10.000 ab. (Figura 15c.4.).

A livello regionale, il tasso di ricovero più alto si

registra nella P.A. di Bolzano, pari a 79,2 ricoveri ogni 10.000 ab., (73,1 in regime ordinario), mentre il valore minimo in Campania con 19,5 ricoveri ogni 10.000 ab. (5,7 in regime ordinario).

Considerando il solo regime ordinario, il maggior tasso di ricovero si registra nel Nord-Est, con 49,4 ricoveri ogni 10.000 ab., segue il Nord-Ovest con 43,1 (ogni 10.000 ab.), il Centro con 32,6 (ogni 10.000 ab.) ed il Mezzogiorno con 27,6.

Nel medio periodo, 2017-2022, si è registrata una riduzione dell'ospedalizzazione del -6,8% (-6,9% per gli ordinari e -6,4% per i diurni) medio annuo, che ha interessato tutte le ripartizioni geografiche: in particolare modo il Mezzogiorno, con -8,4% medio annuo, il Nord-Ovest con -7,9%, il Nord-Est con -6,0% ed infine il Centro con -4,0%.

A livello regionale, in Campania si è riscontrata la maggiore riduzione del tasso (ricoveri ordinari), pari al -14,7% medio annuo, seguita dalla Sardegna con -9,5%; un ricorso pressoché invariato si è registrato in Valle d'Aosta (-0,4%).

L'88,0% dei ricoveri ordinari viene effettuato in strutture pubbliche e tra queste, l'83,7% sono presidi ospedalieri di Aziende Sanitarie Locali (ASL), ed il 42,1% dei ricoveri viene effettuato in reparti psichiatrici, (+6,7 p.p. rispetto al 2017).

Figura 15c.4. Tasso standardizzato di ricovero in acuzie per diagnosi attribuibili a disturbi mentali

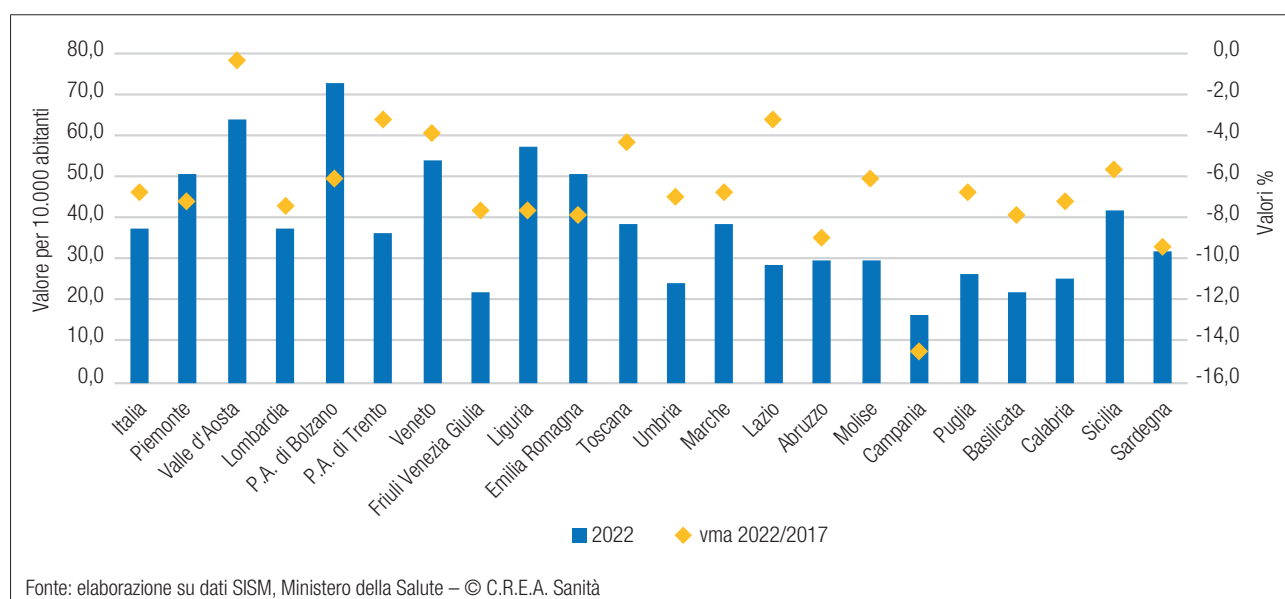
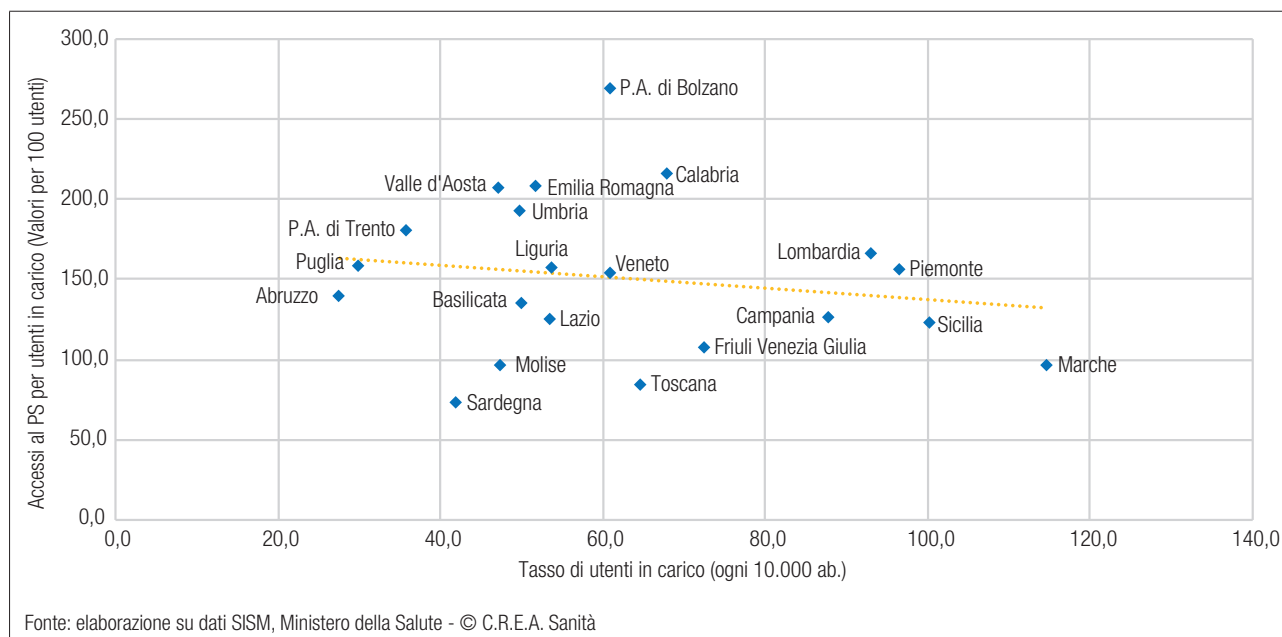


Figura 15c.5. Accessi al PS per utenti in carico vs utenti in carico ai servizi territoriali. Anno 2022

L'incidenza dei ricoveri in reparti psichiatrici è massima nel Centro, con il 44,3% della casistica, e minima nel Nord-Ovest con 39,6%.

A livello regionale si riscontra il valore massimo, pari a 47,6% in Puglia, ed il valore minimo, pari a 33,7% in Piemonte.

Il 56,3% dei ricoveri ordinari effettuati in strutture pubbliche è per diagnosi di "Schizofrenia e altre psicosi funzionali" e "Mania e disturbi affettivi bipolari", incidenza pressoché invariata rispetto al 2017.

Nel 2022, si osserva una degenza media pari a 14,4 giorni, che scende a 12,7 nel caso dei reparti psichiatrici. Risulta essere massima, pari a 16,3 giorni, nel Nord-Ovest del Paese; seguita dal Nord-Est ed il Centro con 15,8 e 12,6 giorni rispettivamente; la degenza media più bassa si osserva nel Mezzogiorno, con 11,5 giorni.

A livello regionale il Piemonte è la Regione dove si registra la degenza media più lunga, 19,9 giorni, mentre la Campania quella con la degenza più bassa (9,8 giorni). Mentre per i ricoveri in regime diurno, nel 2022 il numero medio di accessi è pari a 6,9. Il valore massimo, pari a 12,8, lo riscontriamo nel Nord-Est, a seguire rispettivamente Nord-Ovest e Centro con 8,6 e 6,6 accessi ed il Mezzogiorno con 5,2 accessi.

A livello regionale il valore massimo di accessi

diurni si registra in Emilia Romagna, con 16,5, ed il valore minimo in Valle d'Aosta con 2,5.

Nel medio periodo si è registrato un aumento della degenza media del +0,1% medio annuo ed una riduzione del numero medio di accessi diurni del -2,4% medio annuo.

Il soggetto affetto da disturbi mentali ricorre anche ai servizi di emergenza-urgenza, quali il Pronto Soccorso (PS). Nel 2022 si sono registrati 547.477 accessi, ovvero 92,7 ogni 10.000 ab.: 36,6 (215.771) sono associati a diagnosi attribuibili a "Sindromi nevrotiche e somatoformi", 24,2 (142.749) ad "Altri disturbi psichici", 8,1 (47.778) per "Schizofrenia e altre psicosi funzionali"; per "Disturbi della personalità e del comportamento" e "Depressione" registrano rispettivamente un tasso di accesso pari a 4,3 e 4,0 (ogni 10.000); residuale è il ricorso al PS per diagnosi di "Ritardo mentale", con 0,1 accessi ogni 10.000 (413).

Il livello di accesso massimo, pari a 126,7 accessi (ogni 10.000 ab.) si registra nel Nord-Ovest del Paese, a seguire il Nord-Est con 87,4 accessi (ogni 10.000), Mezzogiorno con 81,0 accessi (ogni 10.000) ed il minimo nel Centro con 71,6 accessi (ogni 10.000). A livello regionale, si osserva una elevata variabilità: si passa da 135,7 accessi (ogni 10.000 ab.) della P.A.

di Bolzano ai 30,9 della Sardegna.

Mettendo in relazione gli accessi al PS per utente e la prevalenza di utenti in carico si osserva una correlazione negativa, ovvero che all'aumentare della presa in carico da parte dei servizi nei servizi territoriali si riducono gli accessi al PS grazie alla maggiore stabilità dei pazienti in trattamento. (Figura 15c.5.).

Nel medio periodo, 2017-2022, in Italia si è assistito ad una riduzione media annua del -1,0% del tasso di accessi al PS, in particolar modo per le sindromi nevrotiche e somatoformi (-4,4% medio annuo), e per la depressione -3,7%, mentre si è riscontrato un aumento nei disturbi della personalità e del comportamento con +6,3% ed altri disturbi psichiatrici del +3,8%.

Il soggetto affetto da disturbi di salute mentale può presentare uno stato di alterazione tale da poter essere pericoloso per la propria incolumità e per quella degli altri, rendendolo quindi eleggibile al trattamento sanitario obbligatorio (Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO), regolamentato dall'articolo 33 della Legge (L.) n. 833/78) .

In Italia, nel 2022, sono stati effettuati per i soggetti affetti da salute mentale 5.118 TSO nei SPDC, ovvero 1,0 ogni 10.000 ab..

A livello regionale, si osserva il tasso più alto in Umbria con 2,3 trattamenti ogni 10.000, ed il più basso con 0,1 (ogni 10.000) in Basilicata.

In Italia, nel periodo 2017-2022, si è osservata una riduzione media annua dei TSO del -7,8%, massima in Basilicata con il -30,0% e minima in Sardegna con il -1,2%; il Friuli Venezia Giulia è l'unica Regione nella quale si è riscontrato un aumento, pari al +22,5%.

Passando ai trattamenti farmacologici, nel 2022 sono stati trattati con antidepressivi 133,9 utenti ogni 1.000 ab. adulti, con antipsicotici 34,3 e con Litio 1,9.

Il tasso di utenti in trattamento con antidepressivi è massimo in Toscana (213,2 utenti ogni 1.000 adulti) e minimo in Basilicata (92,6 utenti ogni 1.000 adulti).

Per gli antipsicotici si passa da un massimo di 126,1 utenti ogni 1.000 adulti della Regione Lazio, ad un minimo di 15,9 utenti ogni 1.000 adulti dell'Emilia Romagna.

Per il Litio si passa da un massimo di 3,7 utenti ogni 1.000 adulti della Regione Toscana, ad un mi-

nimo di 0,8 utenti ogni 1.000 adulti del Friuli Venezia Giulia.

Nell'ultimo quinquennio, a livello nazionale, è aumento il numero di utenti in trattamento con antidepressivi del +1,2% medio annuo e si è invece ridotto quello relativo agli antipsicotici del -3,3% e quello relativo al trattamento con Litio del -0,7%.

15c.3. L'organizzazione

Mettendo in relazione gli utenti in carico ai servizi ed il personale che vi opera, si osserva una correlazione positiva ma relativamente bassa (37,2%).

Alcune Regioni, quali ad esempio Piemonte e Liguria, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze marcate di organico (in un caso il doppio che nell'altra); simmetricamente, Lombardia e Sardegna, pur a parità di organico (in rapporto agli abitanti), registrano un volume di pazienti in carico che arriva a differenziarsi di quasi due volte.

In termini di dimensionamento degli organici dei servizi territoriali, osserviamo che si passa da un valore minimo di 1,9 unità di personale ogni 100 utenti in carico nel Mezzogiorno del Paese, ad un massimo di 3,2 nel Nord-Est. A livello regionale si passa da 1,1 unità della Basilicata, a 4,5 della P.A. di Trento, con un valore medio nazionale di 2,5 unità di personale ogni 100 pazienti in carico.

Nel quinquennio 2017-2022, tale rapporto è cresciuto del +1,4% medio annuo a livello nazionale, e soprattutto nel Centro (+7,7%) e nel Nord-Est (1,7%); si è invece ridotto nel Mezzogiorno del -2,0% e nel Nord-Ovest del -0,5% medio annuo (Figura 15c.6.).

Al fine di valutare la continuità di presa in carico di questi pazienti in seguito ad ospedalizzazione dovuta ad eventi acuti, e la sua dinamica nel medio periodo, sono stati analizzati due indicatori: la quota di pazienti dimessi che ricevono una visita psichiatrica entro 14 giorni dalla dimissione, e la quota di quelli che la ricevono entro 30 giorni.

Nel 2022, un quarto dei dimessi (25,0%) riceve una visita psichiatrica entro i 14 giorni successivi alla dimissione, ed il 29,8% entro 30 giorni. La quota degli utenti che ricevono una visita entro 14 giorni dalla

dimissione risulta maggiore per i soggetti più giovani (18-64) e decresce all'aumentare dell'età (65+).

Nel periodo 2017-2022, in Italia, si è registrata una riduzione della quota di pazienti che ricevono una visita psichiatrica entro 14 giorni, pari a -11,3 p.p.. A livello regionale, è risultata essere massima in Umbria (-58,2 p.p.), seguita dal Veneto (-19,3 p.p.) e dall'Emilia Romagna (-15,7 p.p.); in Regioni quali P.A. di Bolzano, Basilicata e Marche si è invece registrato un importante incremento, rispettivamente di +72,0 p.p., +33,3 p.p. e +12,1 p.p..

Analogamente, nel quinquennio si è registrata una riduzione dei pazienti che ricevono una visita psichiatrica entro 30 giorni, pari a -13,0 p.p.. Va fatto presente che tale dato potrebbe essere in parte sottostimato poiché non considera i pazienti che vengono presi in carico dopo la dimissione presso strutture residenziali o semi-residenziali.

A livello regionale, una forte riduzione è stata osservata in Umbria (-56,3 p.p.), poi in Molise (-23,1 p.p.) e in Veneto (-23,0 p.p.); invece, un notevole

aumento si è osservato nella P.A. di Bolzano (+80,7 p.p.), in Basilicata (+44,4 p.p.) ed in Puglia (11,5 p.p.).

Per entrambi gli indicatori si osserva una importante variabilità tra le Regioni, sebbene in riduzione nel periodo considerato. Nel 2022, la differenza interquartile dei pazienti che ricevono una visita psichiatrica entro 14 giorni, è pari al 16,3%, ed è diminuita nel periodo 2017-2022 di -1,6 p.p. (17,9% nel 2017).

Si osserva un valore mediano nazionale nel 2022 pari al 34,4%, diminuito, nel periodo 2017-2022, di -7,9 p.p. (42,3% nel 2017).

Per la quota di pazienti che ricevono una visita psichiatrica entro 30 giorni, nel 2022, la differenza interquartile è pari al 20,5%, ed è diminuita nel medio periodo (2017-2022) di -1,2 p.p. (21,7% nel 2017).

Si osserva un valore mediano nazionale nel 2022 pari al 43,9% che è diminuito nel periodo 2017-2022 di 6,9 p.p. (50,8% nel 2017) (Figura 15c.7. e Figura 15c.8.).

Figura 15c.6. Unità di personale dei servizi territoriali per la salute mentale vs utenti in carico. Anno 2022

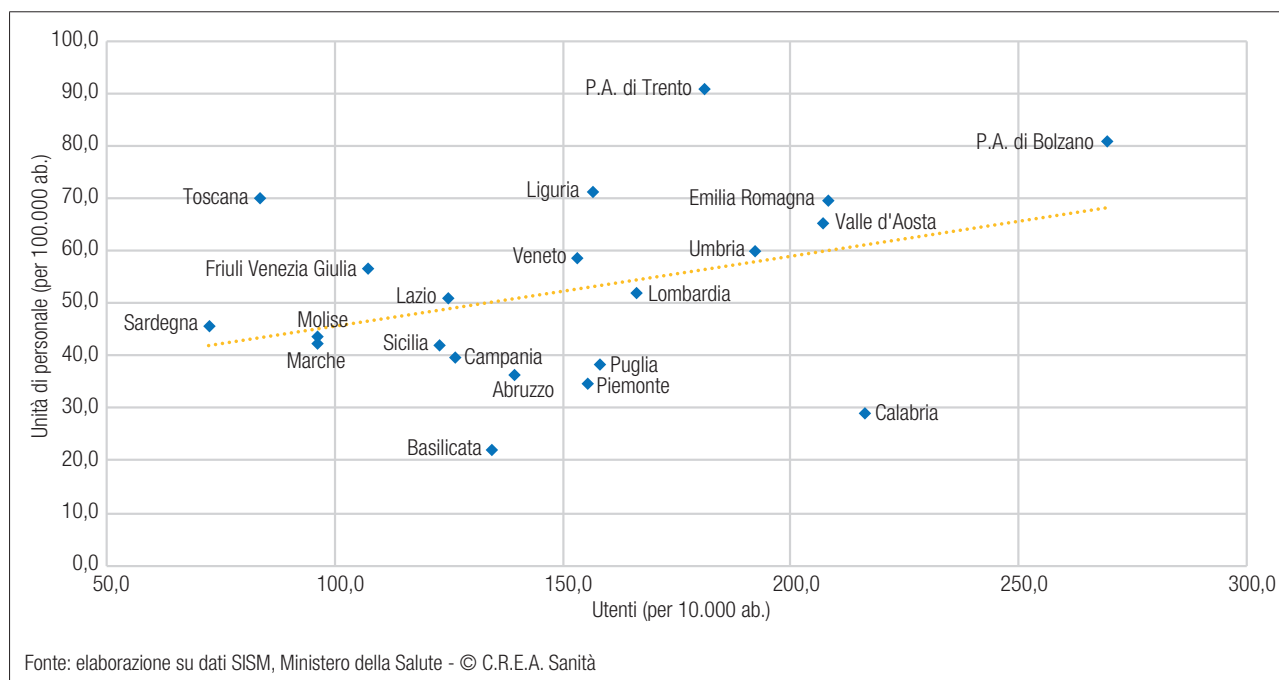
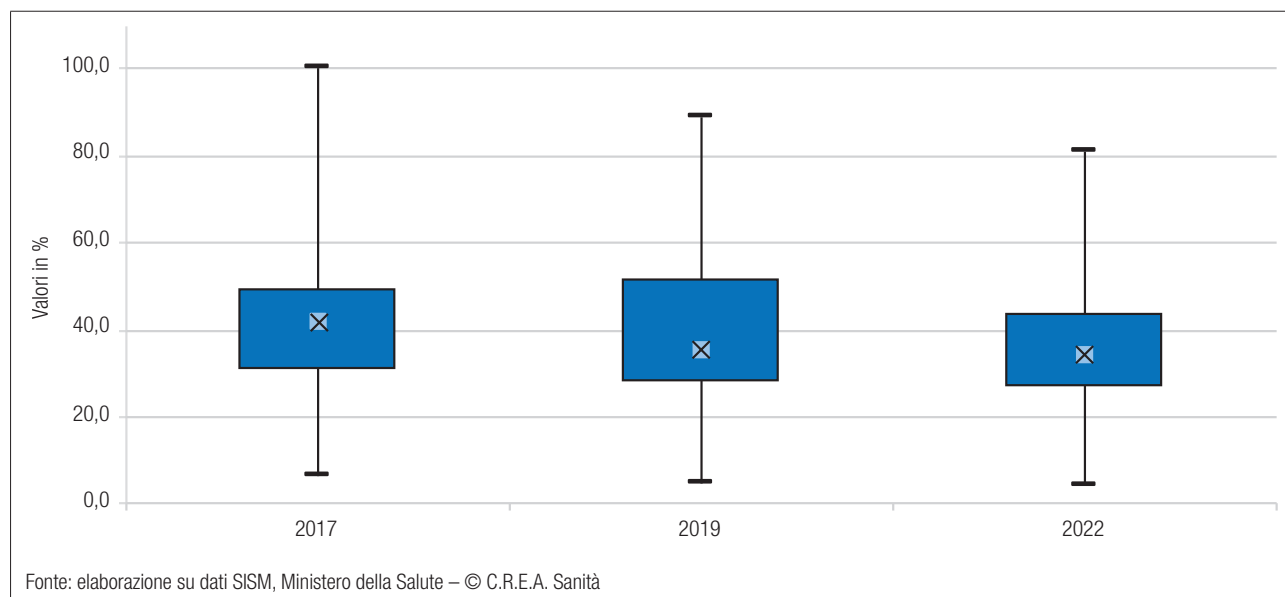
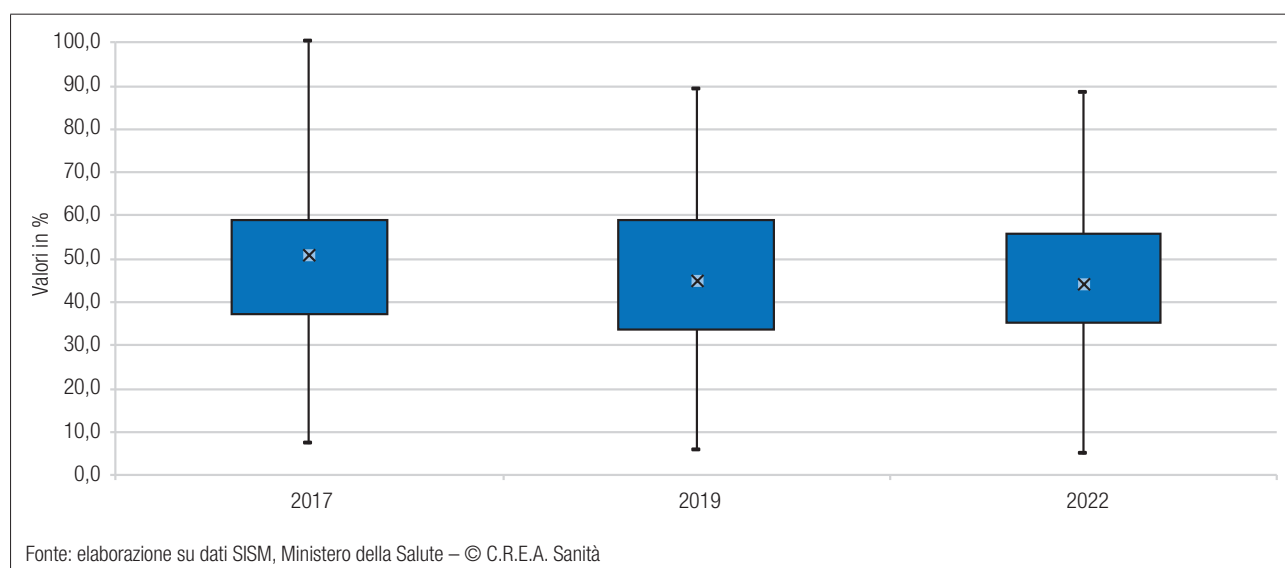


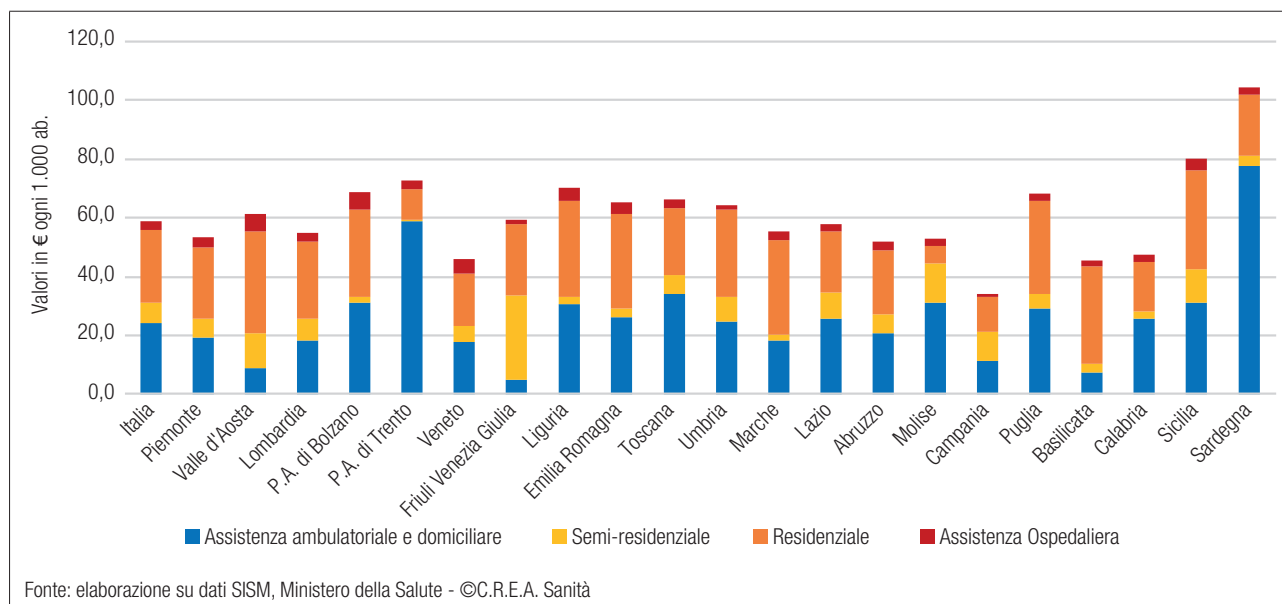
Figura 15c.7. Quota pazienti che ricevono una visita psichiatrica entro 14 giorni dal ricovero psichiatrico**Figura 15c.8. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica entro 30 giorni dal ricovero psichiatrico**

15c.4. Costi dell'assistenza sanitaria per la salute mentale

La determinazione del costo sostenuto per l'assistenza sanitaria extra-ospedaliera per la salute mentale è stata effettuata avvalendosi dei modelli LA (Livelli di Assistenza) elaborati dal Ministero della Salute.

Il costo complessivo per l'assistenza dei soggetti con disturbi psichiatrici al livello territoriale, nel 2022,

rinveniente dalla voce del modello LA "Assistenza psichiatrica", è pari a € 3.311.141.749, pari al 5,0% della spesa sanitaria distrettuale complessiva. A tale costo si aggiunge quello relativo all'assistenza ospedaliera di tali soggetti, che ammonta, nel 2021 (ultimo anno disponibile) a € 179.215.191, ovvero € 30,3 ogni 10.000 ab., pari allo 0,33% della spesa ospedaliera. Il costo complessivo è quindi pari a € 3.490.356.940, rappresentando il 2,8% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Figura 15c.9. Costo dell'assistenza per disturbi psichici. Anno 2022

Nei costi considerati incide il costo dei farmaci; in particolare, il costo medio annuo per antidepressivi di un utente in trattamento è pari a € 51,0, in aumento del +2,1% medio annuo rispetto al 2017.

Nel caso degli antipsicotici è pari a € 78,8, in aumento del + 3,8% medio annuo rispetto al 2017. Infine, nel caso del Litio è pari a € 34,3, in aumento del +2,4% medio annuo rispetto al 2017.

Del costo complessivo relativo all'assistenza territoriale, pari a € 56,1 per abitante, quella ambulatoriale e domiciliare ne rappresenta il 43,6% quella residenziale il 43,9%, e quella semi-residenziale il 12,4%.

Rapportando il costo alla popolazione (Figura 15c.9.), a livello regionale, nel 2022, si registra che il costo per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare registra un valore massimo nella P.A. di Trento di € 65,5 pro-capite e minimo in Basilicata con € 6,2 pro-capite; l'assistenza semi-residenziale registra il valore massimo in Friuli Venezia Giulia pari a € 20,9 pro-capite ed il minimo nella P.A. di Trento dove è pari a € 0,2 pro-capite; l'assistenza residenziale, registra un valore massimo in Calabria con € 17,2 pro-capite e minimo in P.A. di Trento, Molise e Campania con € 0,1 (per ogni 1.000 ab.); infine, nell'assistenza ospedaliera (anno 2021) sono stati registrati nella P.A. di Bolzano € 5,9 pro-capite e € 1,1 pro-ca-

pite in Campania.

Per l'assistenza ospedaliera si registra un valore massimo di € 5,9 ogni 1.000 ab. nella P.A. di Bolzano ed uno minimo di € 1,1 (ogni 1.000) in Campania.

Nello stesso anno si registra un costo medio annuo per utente in carico ai servizi territoriali pari a € 4.263,8, che oscilla a livello regionale da un massimo di € 6.145,4 della Sardegna, seguito da Molise e Toscana con € 4.461,0 e € 4.260,6 rispettivamente, ad un minimo di € 777,2 della Basilicata.

Nel periodo 2017-2022 si è registrato una riduzione del costo (assistenza territoriale) pari al -2,4% medio annuo, minimo in Sardegna con il -0,3% e massimo in Basilicata con il -24,8%.

15c.5. Riflessioni finali

Nel presente contributo è stato analizzato lo "stato" dei servizi di salute mentale, attraverso la dinamica di alcuni indicatori, rappresentativi dei modelli organizzativi di presa in carico.

Il numero di utenti in carico presso i servizi di salute mentale (territoriali, residenziali e semi-residenziali), pari a 154,2 ogni 100.000 ab., si è ridotto nell'ultimo quinquennio in tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione del Nord-Est, ma la contrazione

massima si è registrata nel Mezzogiorno.

La riduzione ha interessato tutti e tre i *setting* assistenziali e si è concentrata nel periodo 2020-2022, probabilmente a causa del limitato accesso alle strutture per via della pandemia da Covid-19.

Gli utenti in carico si concentrano nella fascia d'età 45-64 anni, ma nell'ultimo quinquennio si è assistito ad un aumento della presa in carico dei giovani (18-34 anni), che oggi rappresentano circa il 20% dell'utenza in trattamento.

La depressione e la schizofrenia rappresentano le prime due diagnosi dei soggetti in carico ai servizi ambulatoriali territoriali, sebbene si sia registrata una lieve riduzione, a fronte di un aumento di casistica per disturbi di personalità e comportamentali.

Nel 2022, 40.285 unità operano nei servizi di salute mentale, di cui il 74,7% (30.101) nei servizi pubblici territoriali delle Aziende Sanitarie (51,0 ogni 100.000). A livello di ripartizione geografica si riscontrano importanti differenze di organico: massimo nel Nord-Est, con 65,3 operatori ogni 100.000 ab., e minimo nel Mezzogiorno con 38,9.

Mettendo in relazione gli utenti in carico ai servizi ed il personale che vi opera, si osserva una bassa correlazione, indicativa dell'assenza di applicazione di *standard* omogenei di programmazione.

Negli ultimi anni si è registrato un aumento dell'organico dei servizi ambulatoriali territoriali del +1,5% medio annuo, ma che ha interessato solo il Centro ed il Nord-Est del Paese.

Rapportando il personale dei servizi pubblici territoriali agli utenti in carico si registrano 2,5 unità ogni 100 utenti, con *gap* importanti tra il Nord-Est (3,2) ed il Mezzogiorno (1,9). Nell'ultimo quinquennio si è registrata una crescita del rapporto che si è però concentrata nel Nord-Est e nel Centro; Nord-Ovest e Mezzogiorno hanno, infatti, registrato una riduzione dell'indicatore.

Il ricorso all'ospedalizzazione (40,1 ricoveri ogni 10.000) si è ridotto del -6,8% medio annuo negli ultimi cinque anni, ed è aumentata l'appropriatezza in termini di presa in carico presso reparti psichiatrici (circa il 42,0% della casistica di ricovero). Contestualmente si è registrata una riduzione degli episodi

di emergenza-urgenza che hanno comportato una riduzione degli accessi al PS (-1,0% medio annuo nel periodo 2017-2022) e dei TSO (-7,8%), essendosi modificata anche la tipologia di utenza.

Sicuramente si delinea un quadro della continuità di presa in carico post-dimissione caratterizzato da notevoli difformità: la quota di pazienti dimessi che ricevono una visita entro 14 o 30 giorni dalla dimissione sfiora il 35%, ma si è ridotta nel periodo considerato, con una importante variabilità tra le Regioni.

In termini economici, il costo medio annuo di un utente affetto da disturbi psichici è pari a € 4.263,2, e si è ridotto nel medio periodo del -2,8% medio annuo.

La riduzione del numero di episodi acuti da gestire appare evocativa del fatto che i nuovi trattamenti disponibili, aumentando l'aderenza al trattamento (*long acting* ecc.), sebbene associati ad un aumento del costo medio per utente, complessivamente abbiano generato un risparmio per il sistema dovuto alla maggiore "stabilità" del paziente.

In sintesi, emerge un quadro di una riduzione della presa in carico da parte dei servizi, nonostante l'aumento riscontrato a livello epidemiologico. In tale scenario si auspica un allineamento delle dotazioni di personale agli *standard* previsti dal recente D.M. n. 77/2022, nell'ottica di colmare i *gap* ad oggi esistenti tra le diverse ripartizioni geografiche. Allineamento e presa in carico che evidentemente comporteranno un aumento della spesa complessiva, che oggi raggiunge il 2,8% del FSN. Ancora, al fine di garantire una continuità di presa in carico del paziente, in particolare che si ricovera, si ritiene auspicabile l'implementazione di PDTA di ambito almeno regionale o locale (Azienda Sanitaria), finalizzati a garantire equità di presa in carico a tutti i pazienti affetti da tali patologie, magari prioritariamente per le più frequenti, quali disturbo schizofrenico e depressione.

Riferimenti bibliografici

Rapporto Salute Mentale (2017-2022)
Sorveglianza PASSI (Istituto Superiore di Sanità)
World Mental Health Report (OMS)



Riepilogo regionale

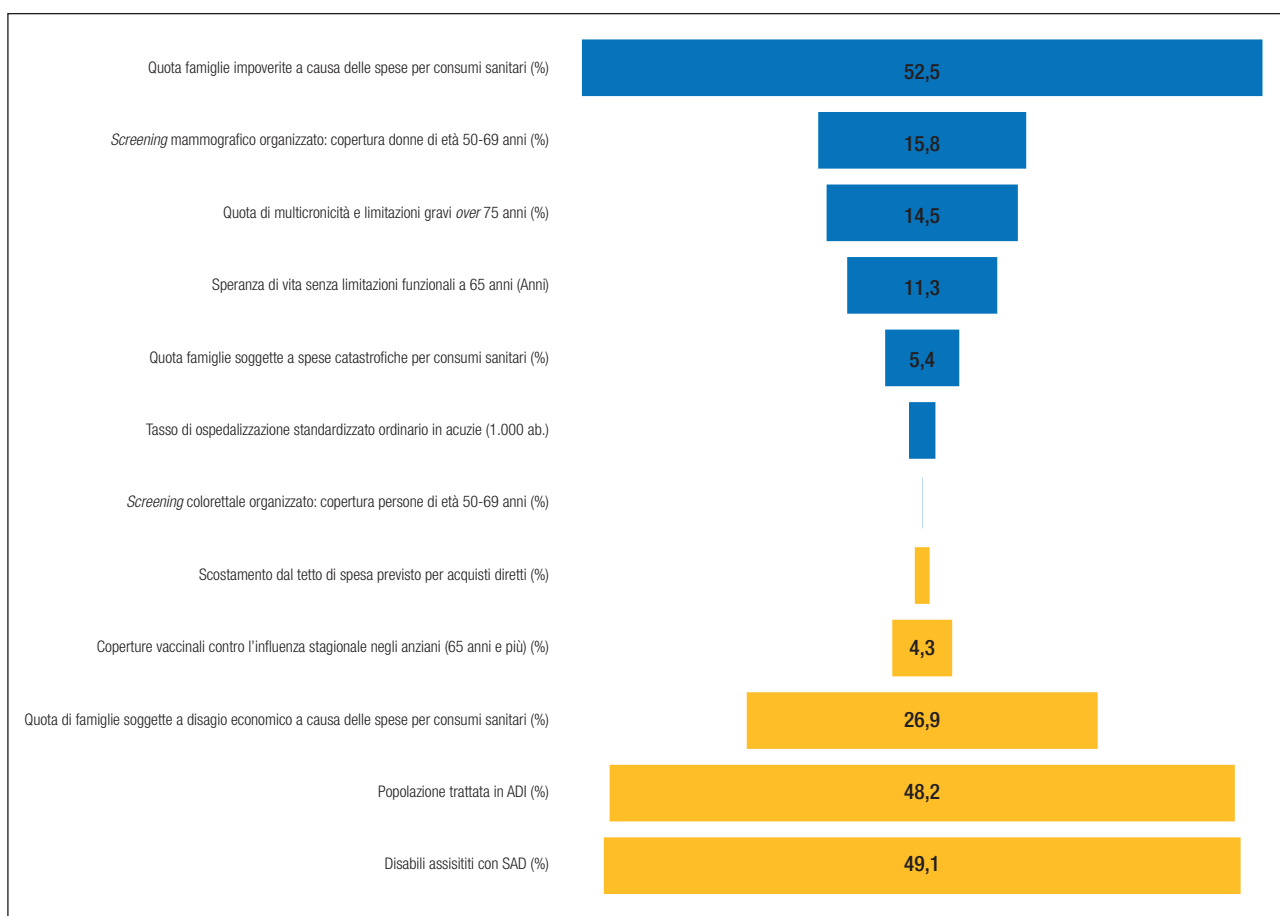
Riepilogo regionale

Essendo il Rapporto Sanità costruito per capitoli tematici, si è ritenuto utile un riepilogo regionale di alcuni indicatori selezionati, che permettesse anche una lettura regionale trasversale rispetto agli argomenti trattati. A tal fine, per ogni Regione, sono riportati in un unico grafico alcuni indicatori (12) presenti nei capitoli, scelti per la loro rilevanza e confrontabilità. I valori degli indicatori, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), sono associati a due colori differenti: azzurro se il valore è migliore della media nazionale e arancione se il valore è peggiore della media nazionale. La lunghezza della barra associata all'indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.

Di seguito si riportano gli indicatori utilizzati:

Esiti	Ind. 1: Quota di multicronicità e limitazioni gravi <i>over</i> 75 anni (%) Ind. 2: Speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni (anni)
Equità	Ind. 1: Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie (%) Ind. 2: Quota famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche (%) Ind. 3: Quota famiglie con disagio economico per spese sanitarie (%)
Prevenzione	Ind. 1: Coperture vaccinali contro l'influenza nell'anziano 65+ (%) Ind. 2: <i>Screening</i> mammografico: copertura donne di età 50-69 anni (%) Ind. 3: <i>Screening</i> coloretale: copertura persone di età 50-69 anni (%)
Assistenza Ospedaliera ed extra-ospedaliera	Ind. 1: Tasso di ospedalizzazione standardizzato acuti ordinari (per 1.000 ab.) Ind. 2: Popolazione trattata in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (%) Ind. 3: Disabili assistiti con assistenza socio-sanitaria domiciliare (SAD) (%)
Assistenza Farmaceutica	Ind. 1: Scostamento dal tetto di spesa farmaceutica previsto per acquisti diretti (%)

Piemonte



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

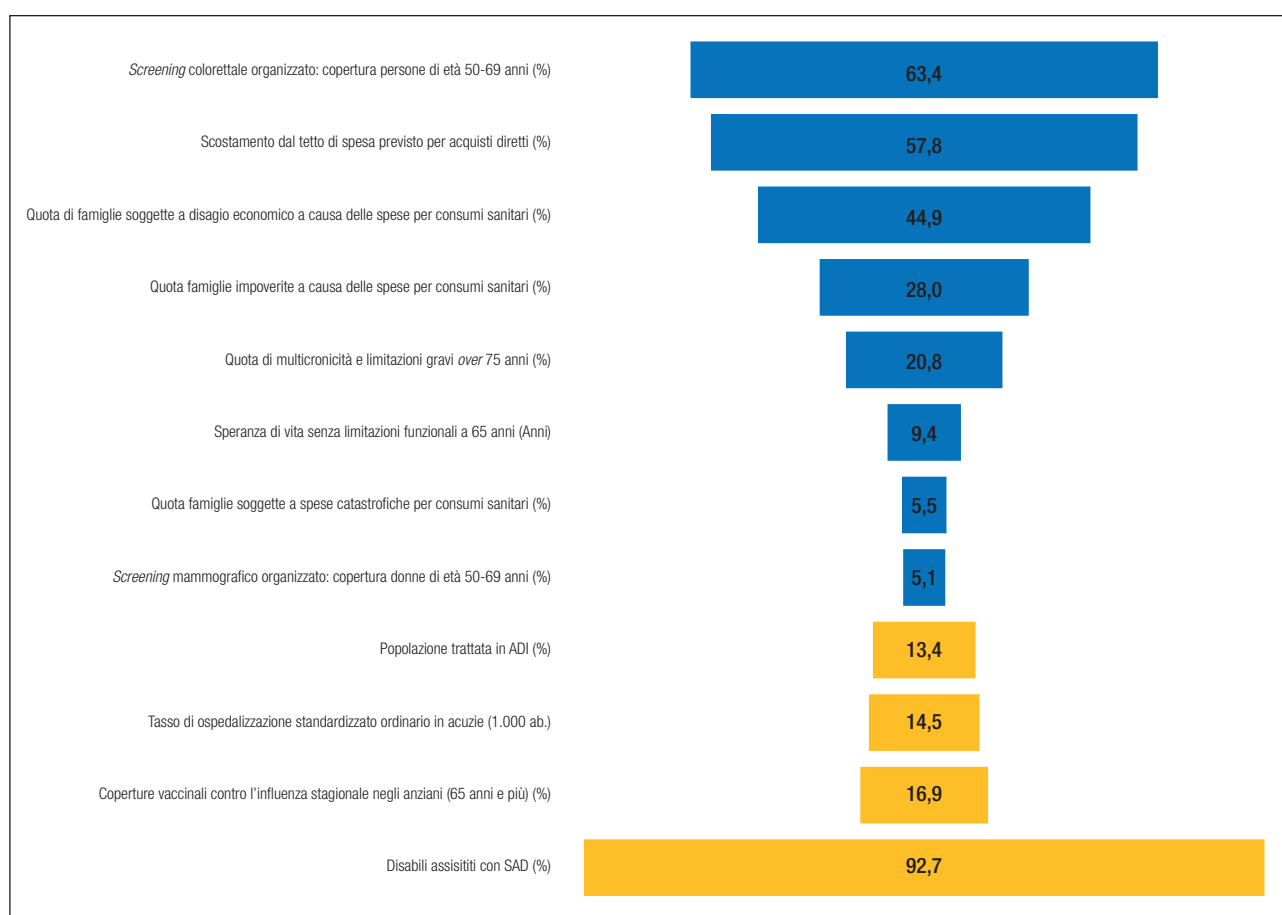
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Screening colorettrale organizzato: copertura persone di età 50-69 anni: valore non disponibile, e posto pari al valore Italia.

Valle d'Aosta



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

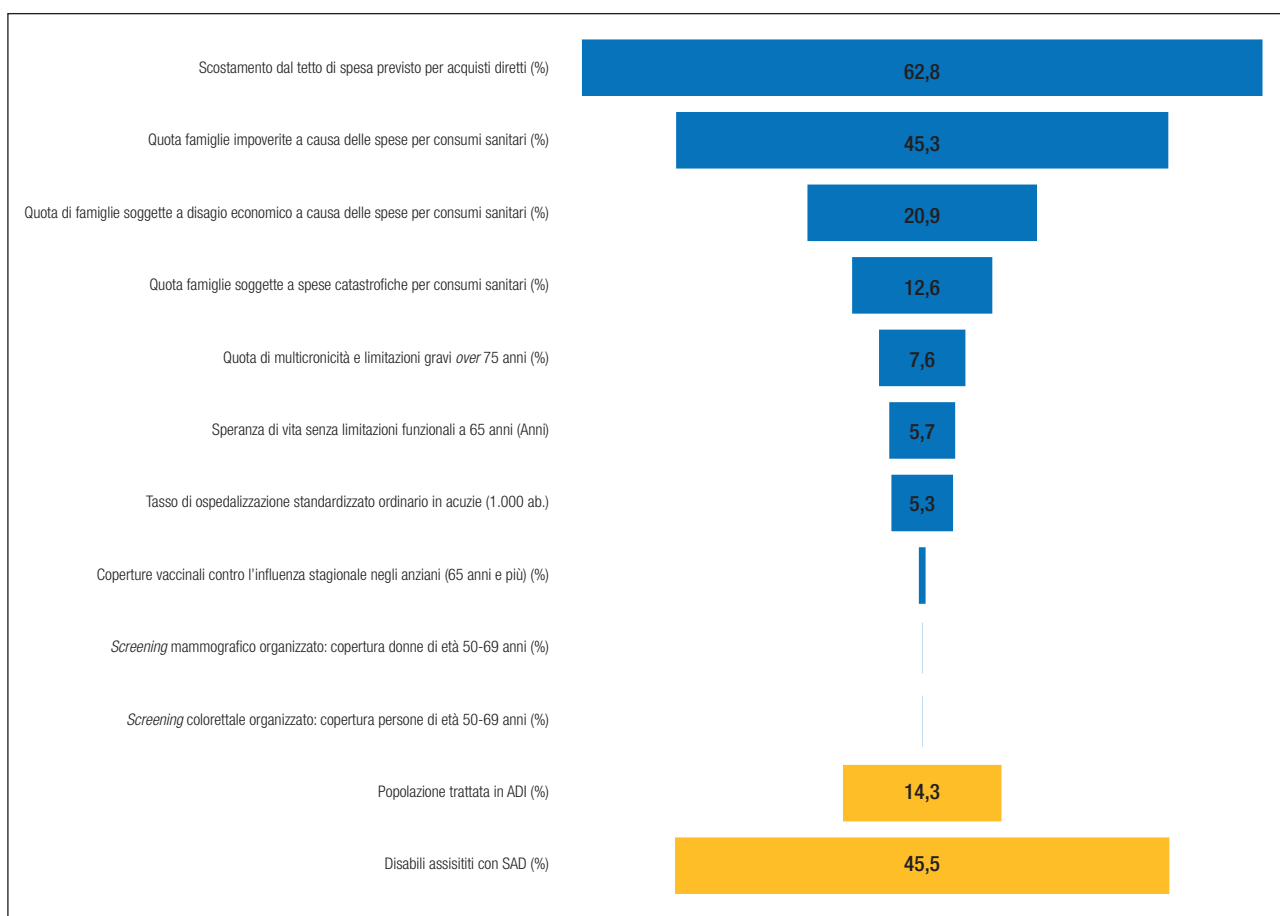
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Lombardia



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

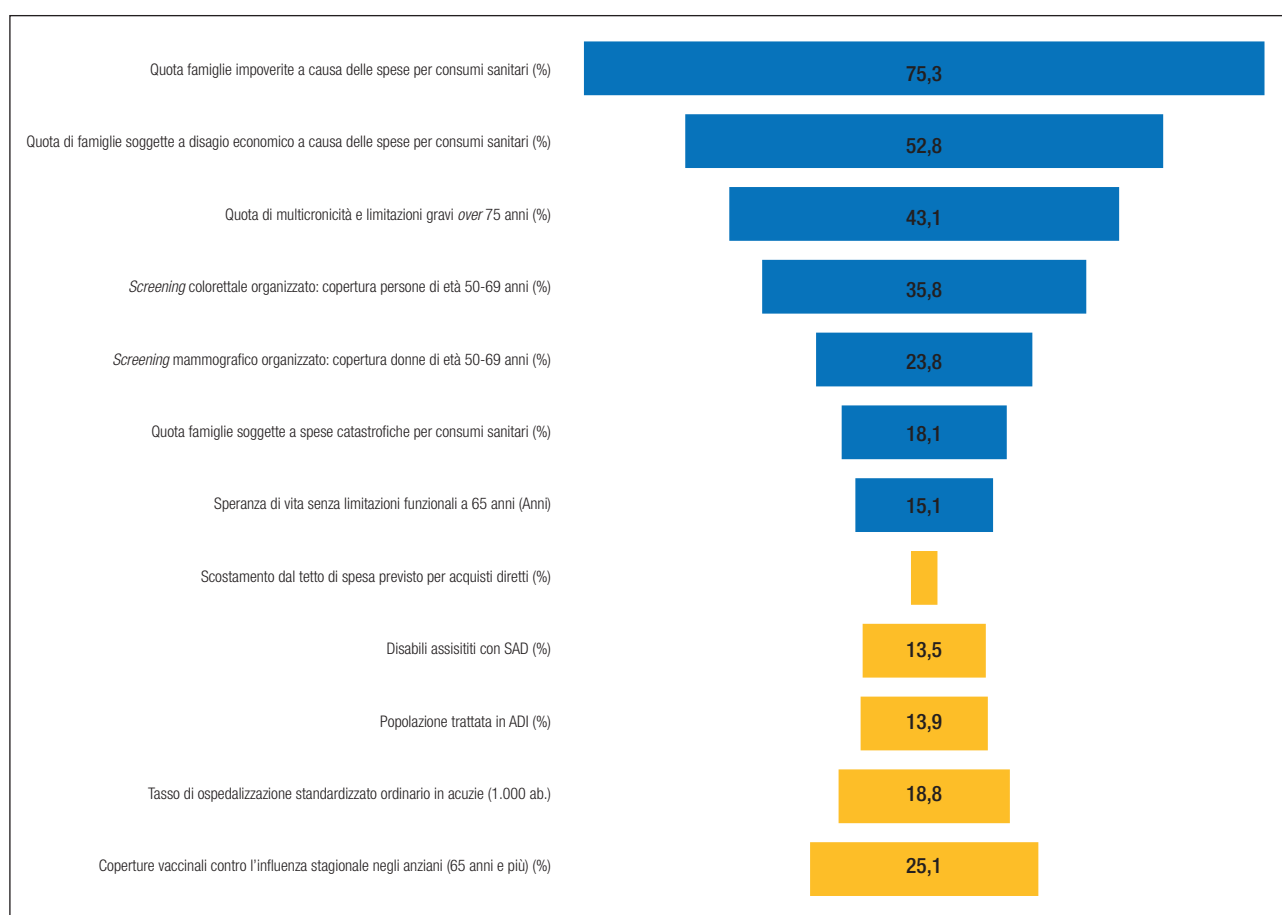
Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Screening mammografico organizzato: copertura donne di età 50-69 anni: valore non disponibile, e posto pari al valore Italia.

Screening coloretale organizzato: copertura persone di età 50-69 anni: valore non disponibile, e posto pari al valore Italia.

Provincia Autonoma di Bolzano



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

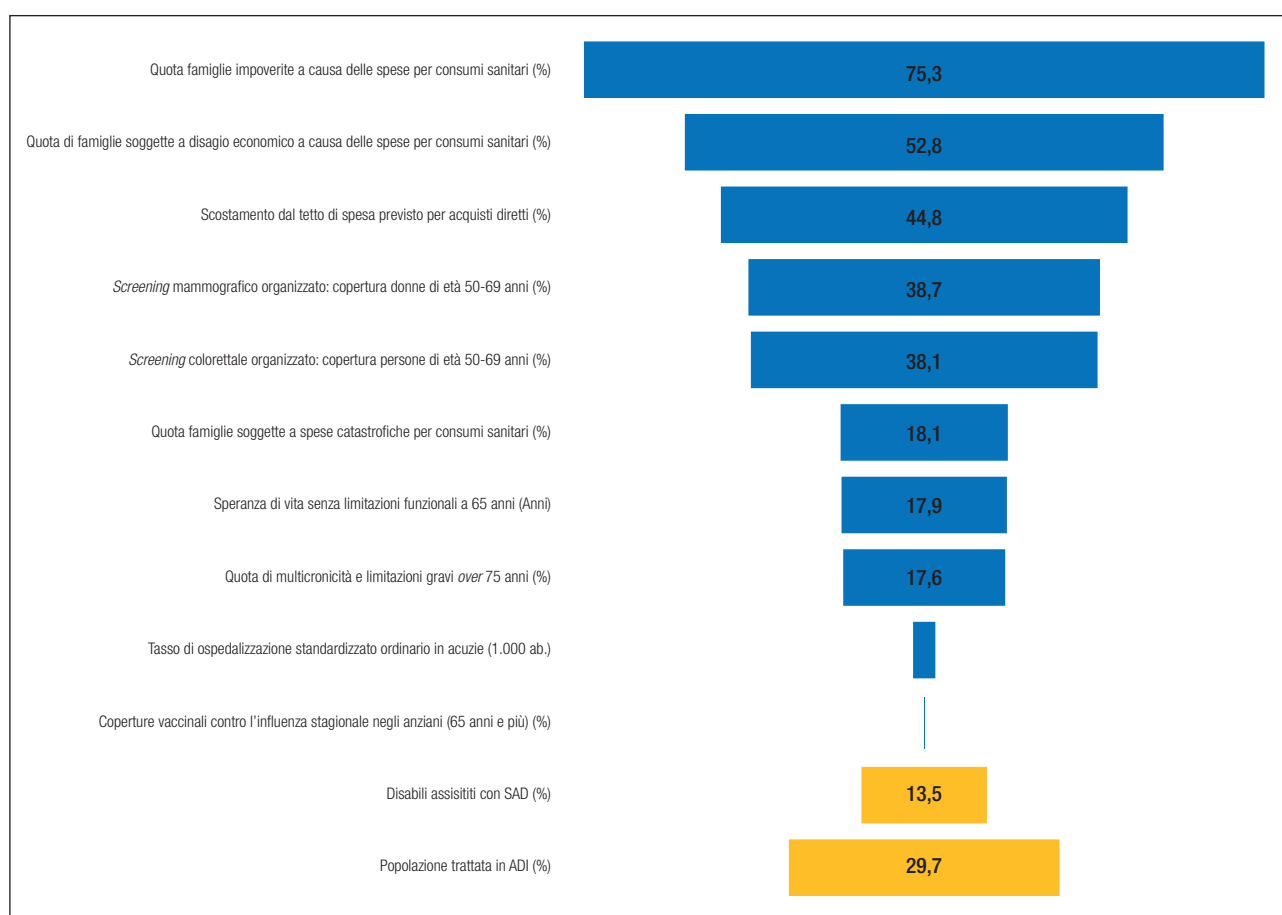
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Provincia Autonoma di Trento



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

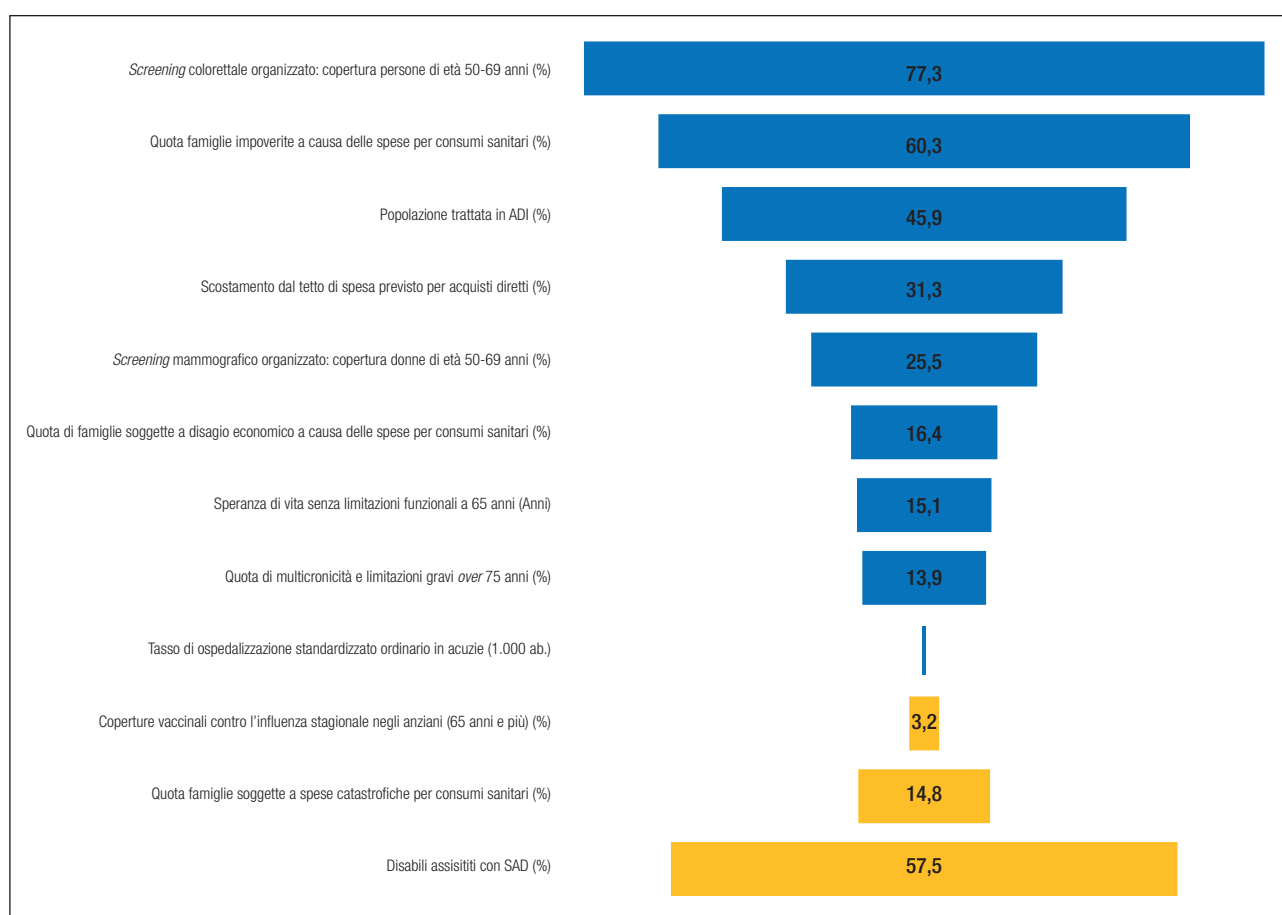
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Veneto



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

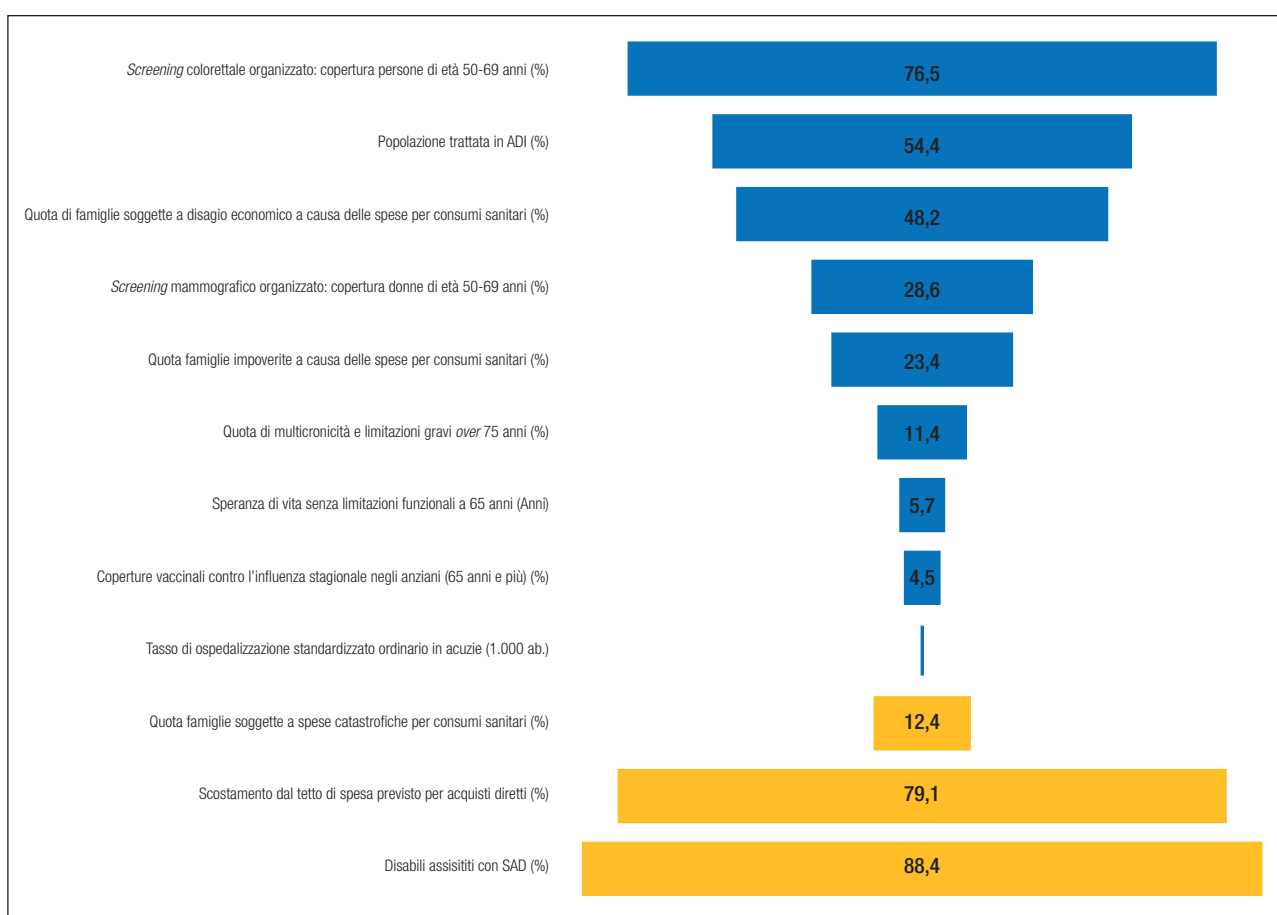
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Friuli Venezia Giulia



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

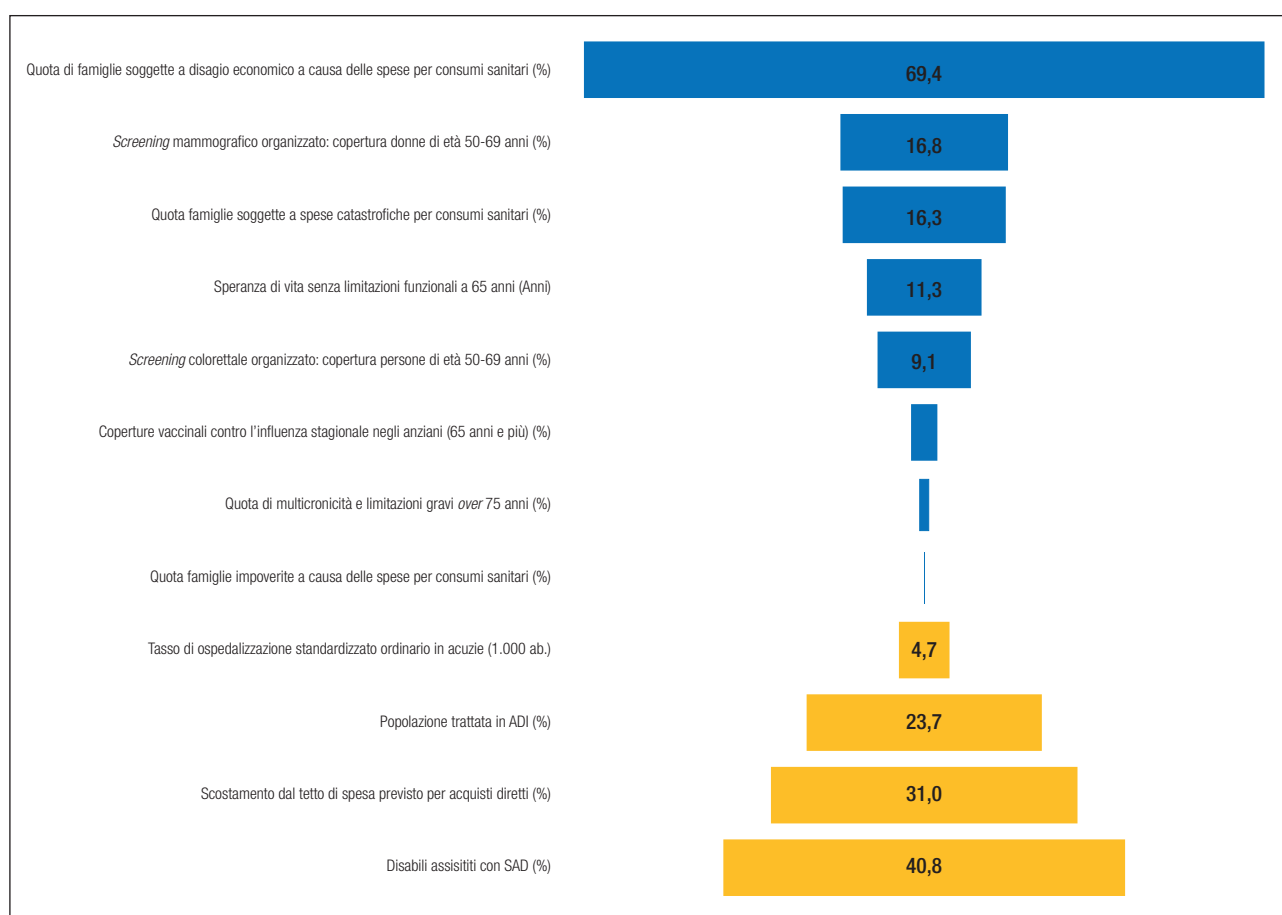
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Liguria



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

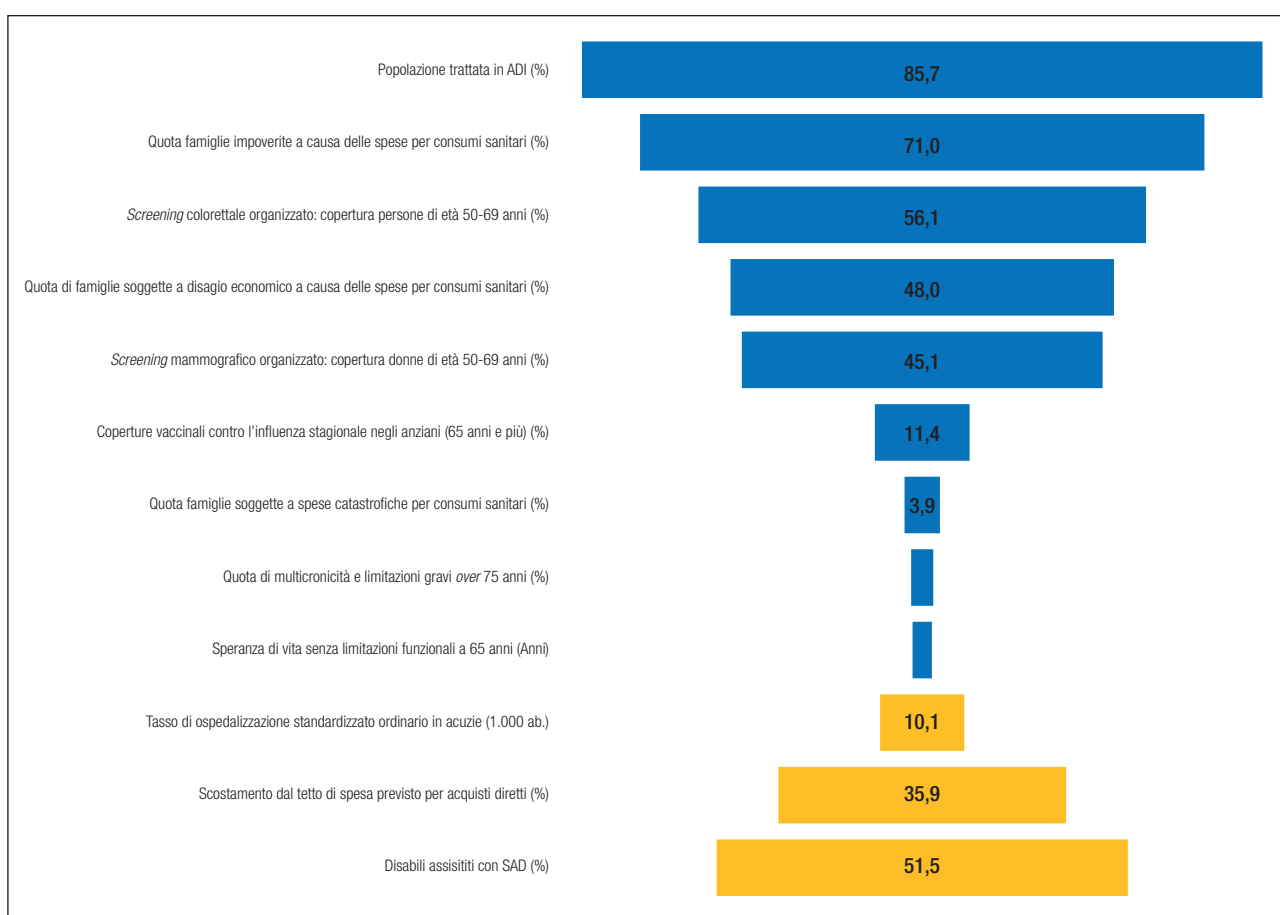
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Emilia Romagna



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

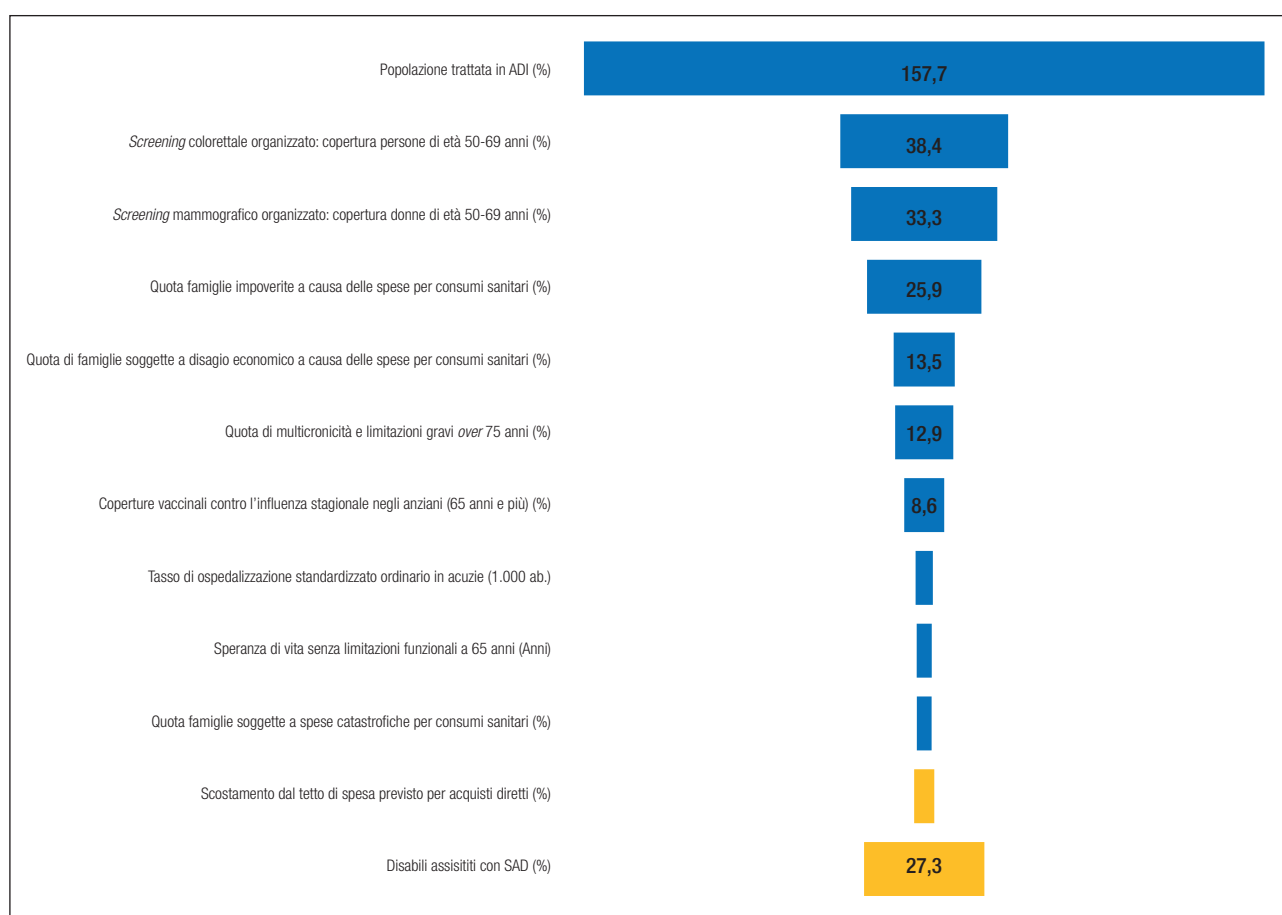
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Toscana



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

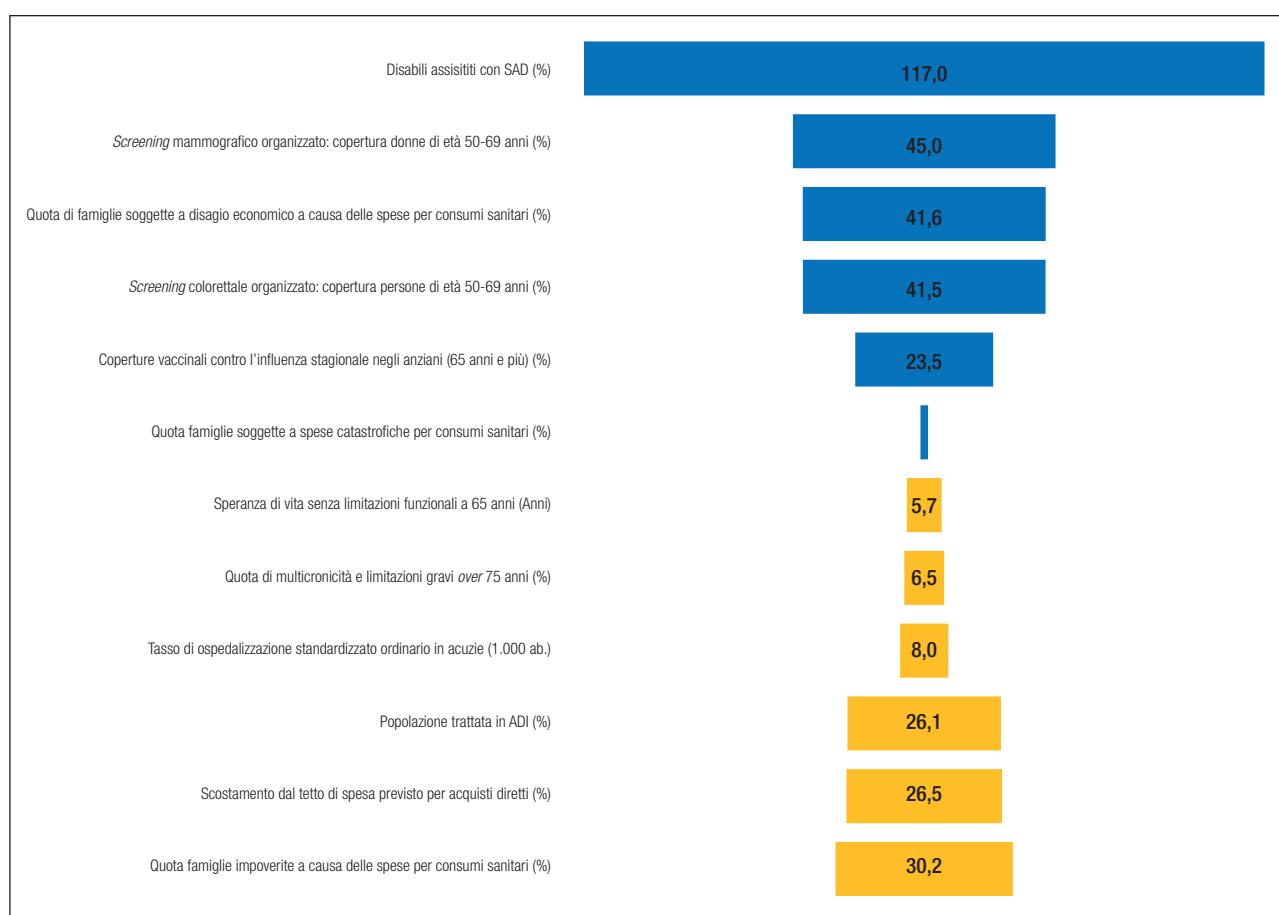
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Umbria



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

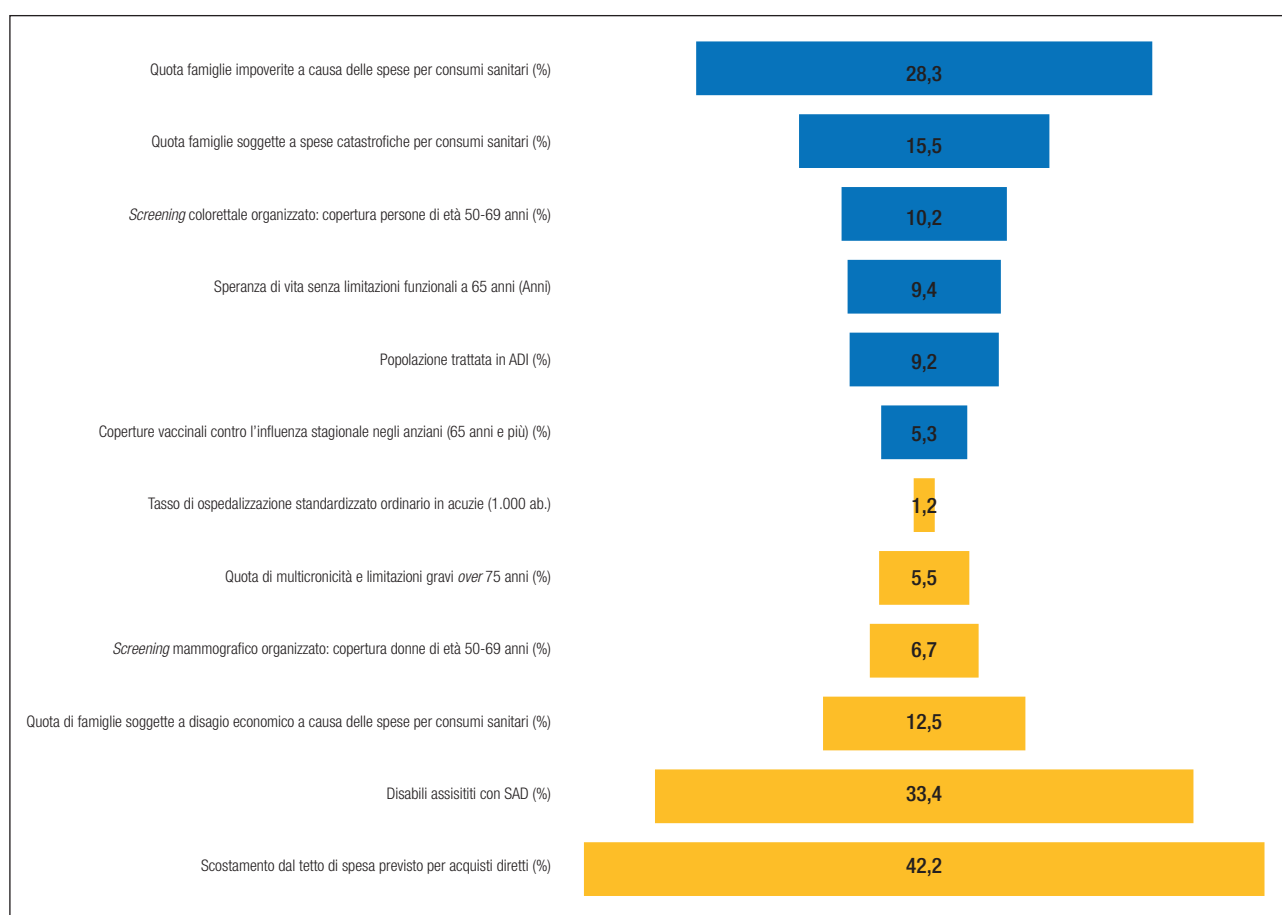
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Marche



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

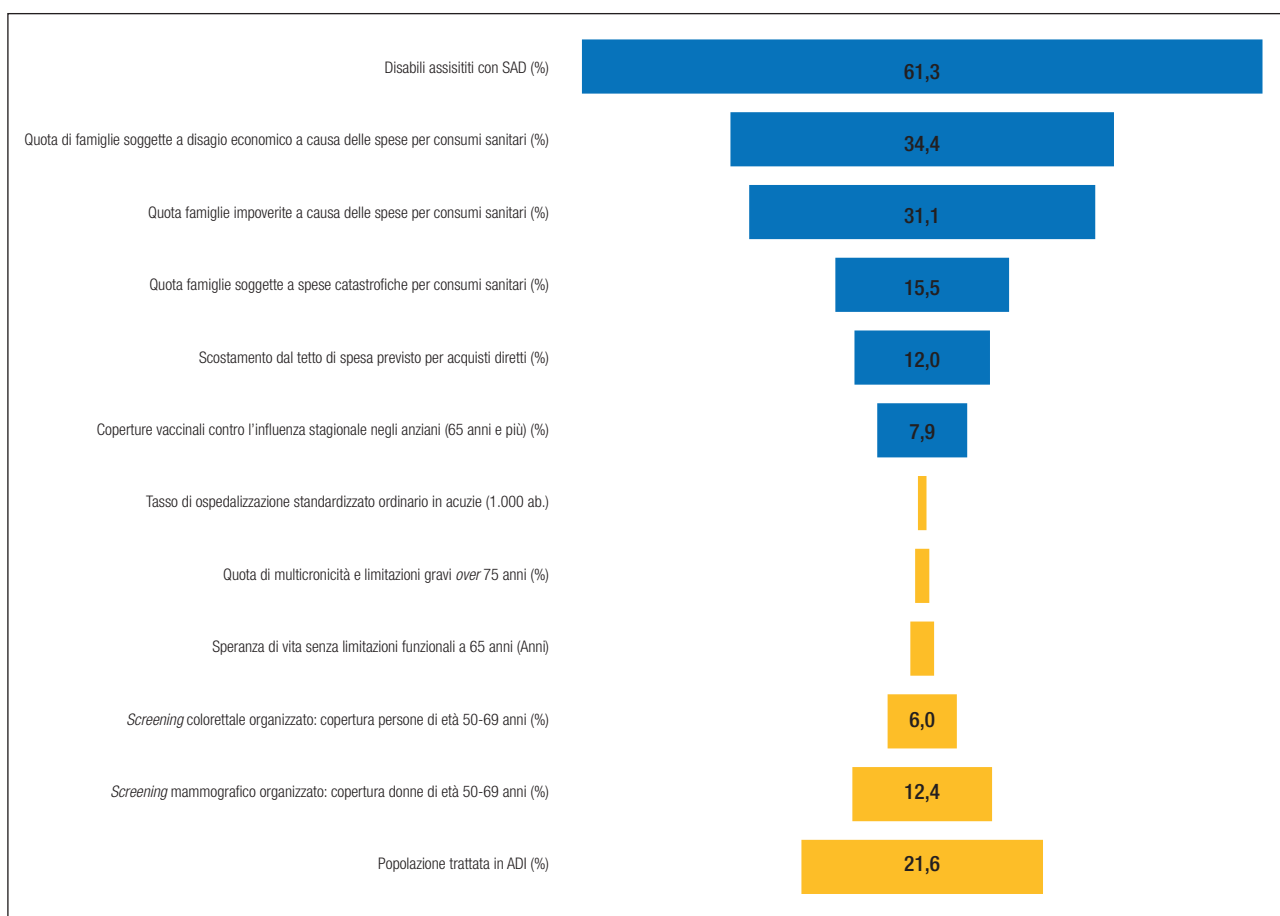
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Lazio



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

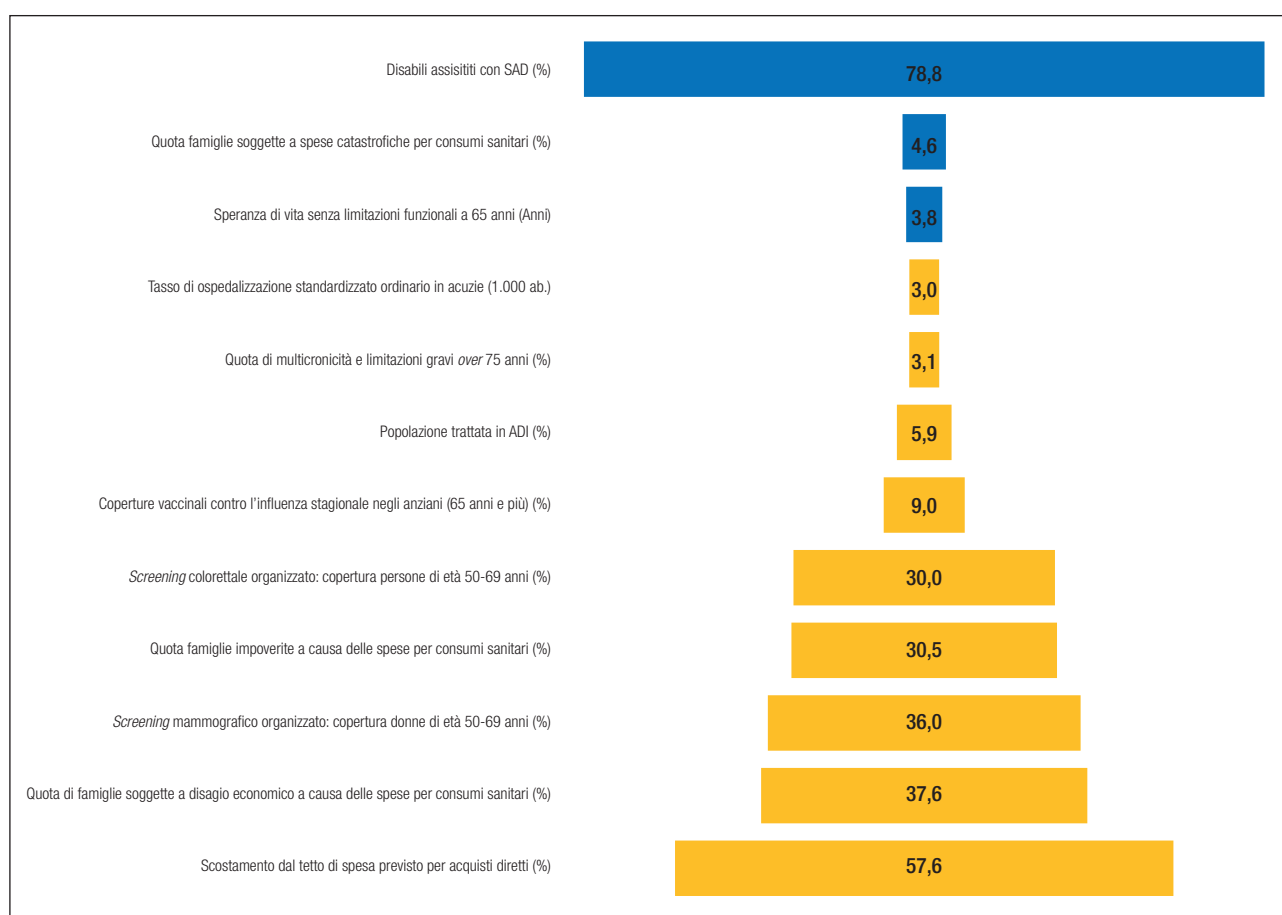
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Abruzzo



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

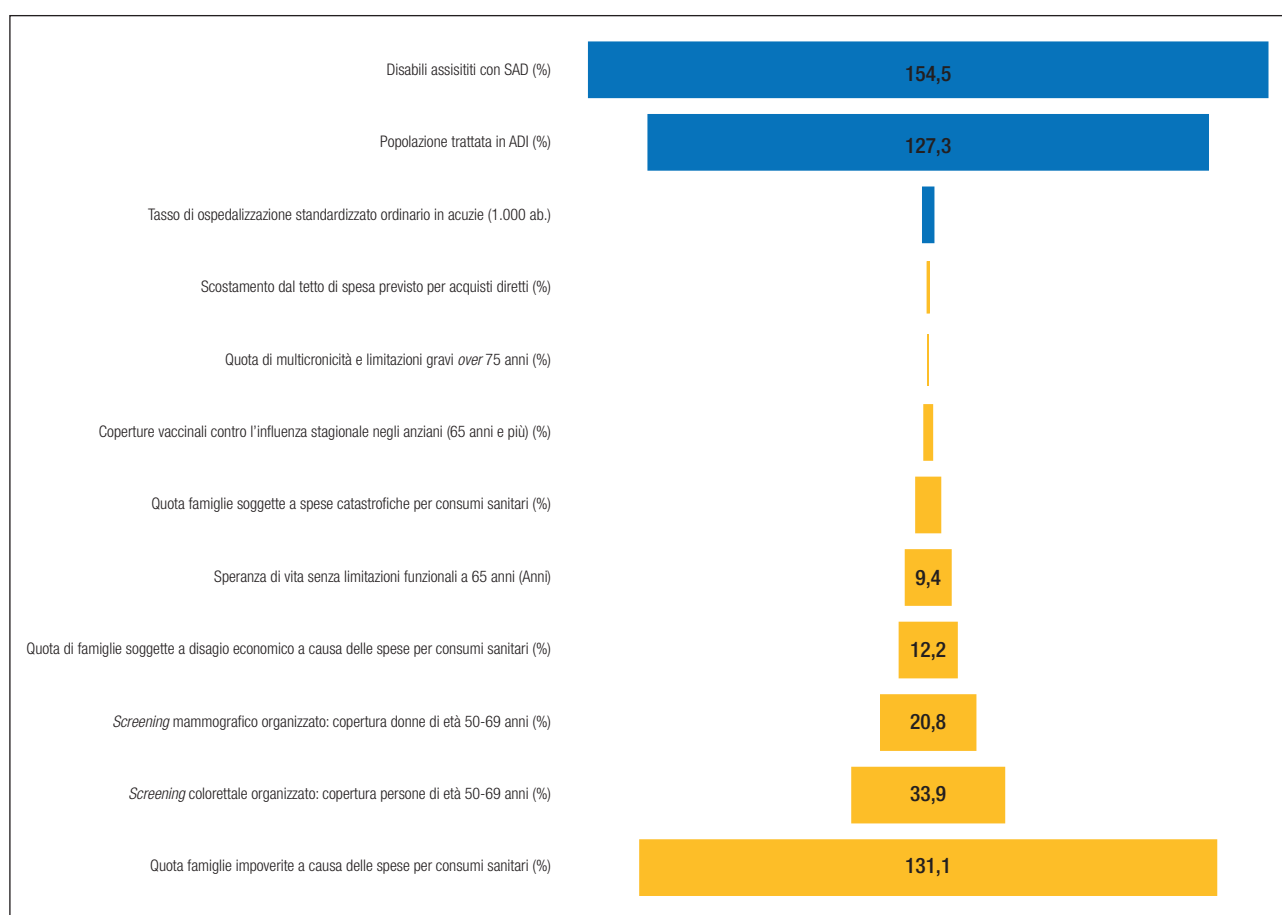
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Molise



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

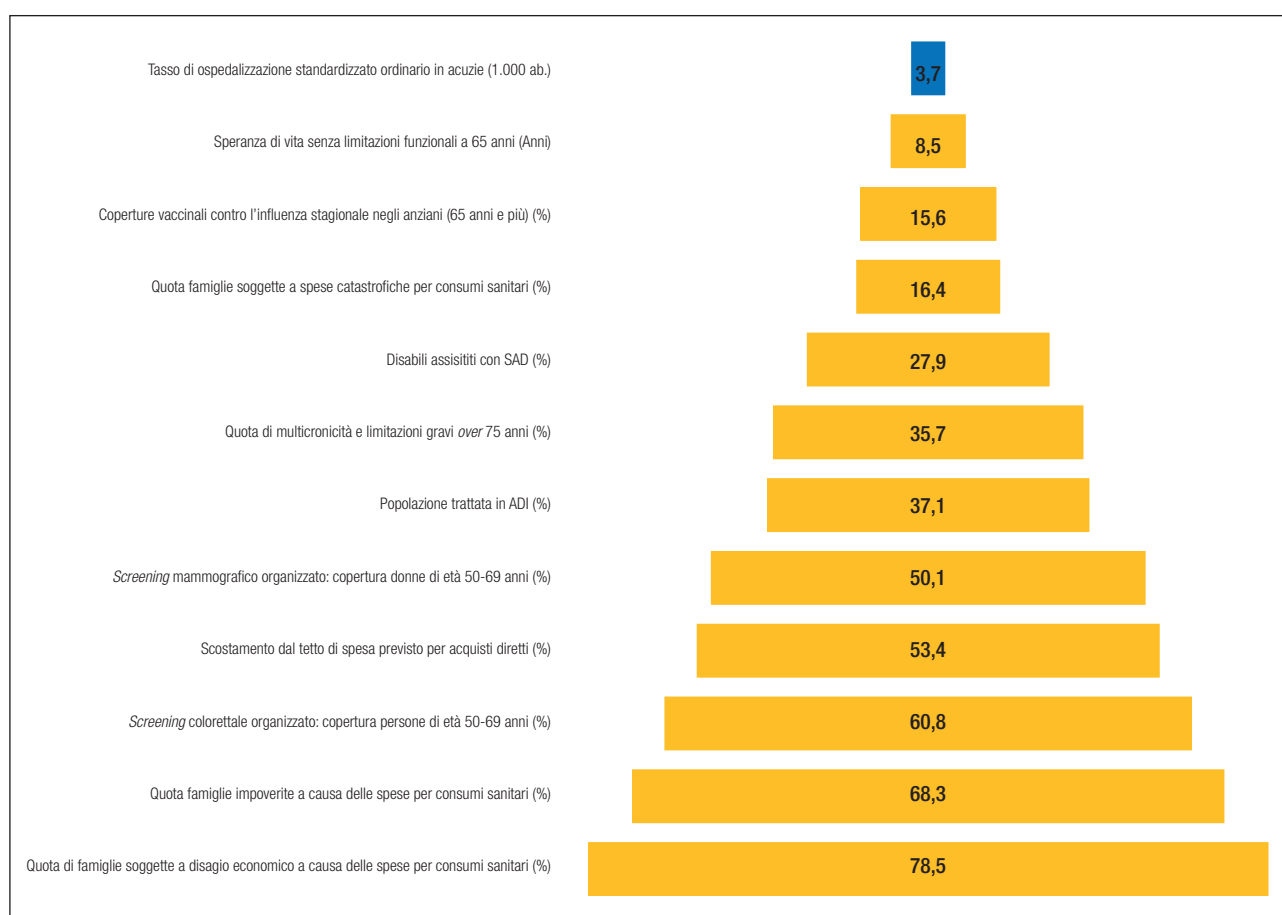
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Campania



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

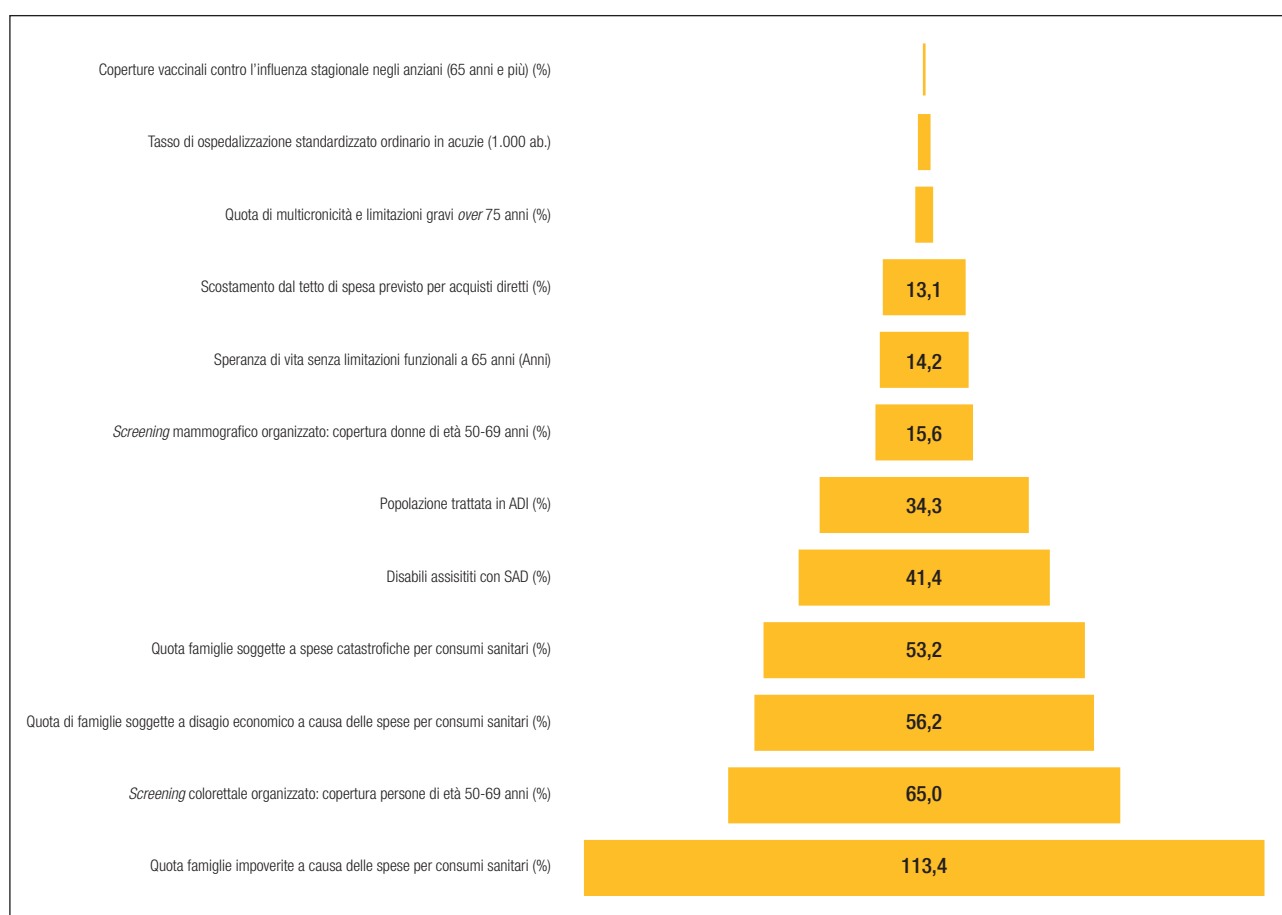
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Puglia



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

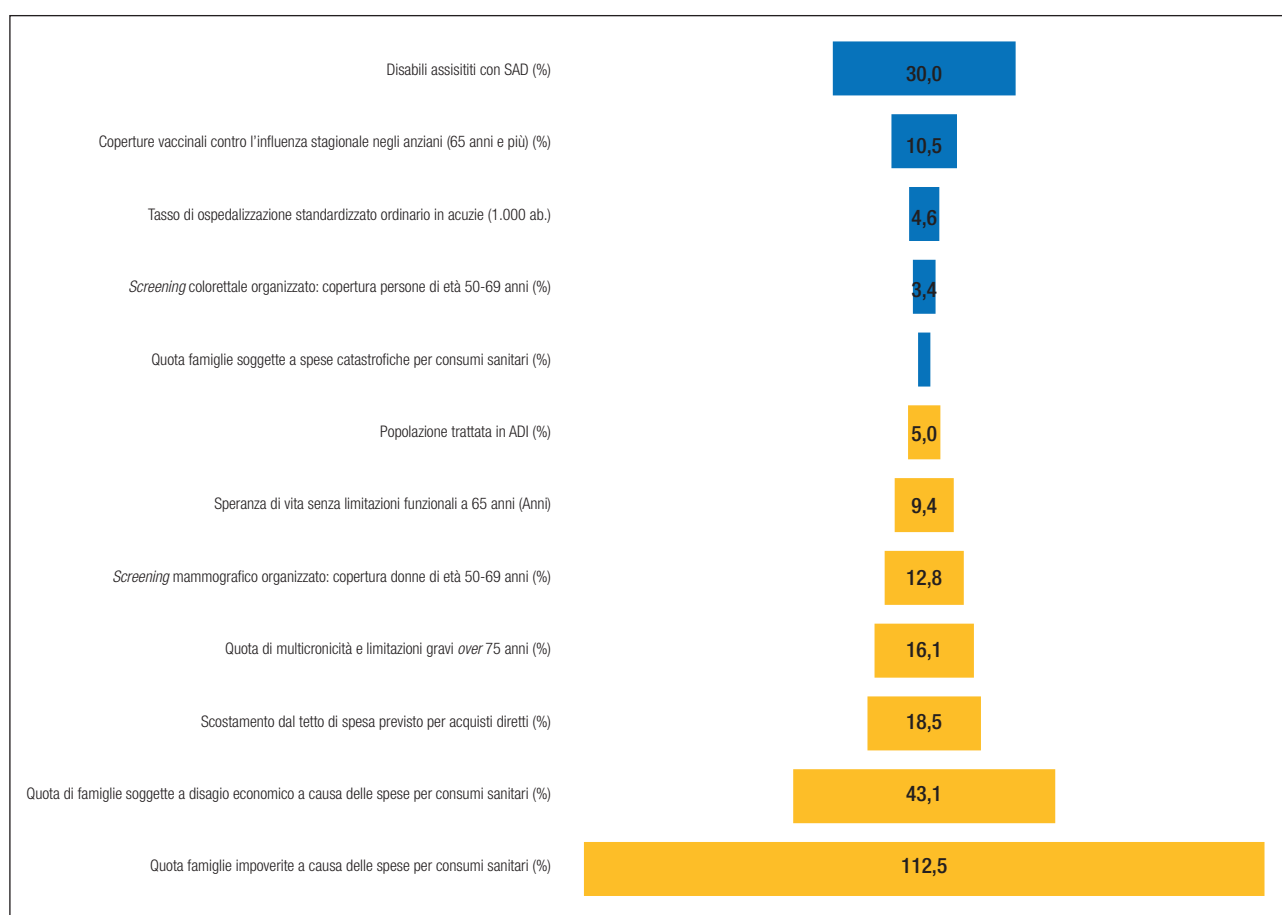
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Basilicata



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

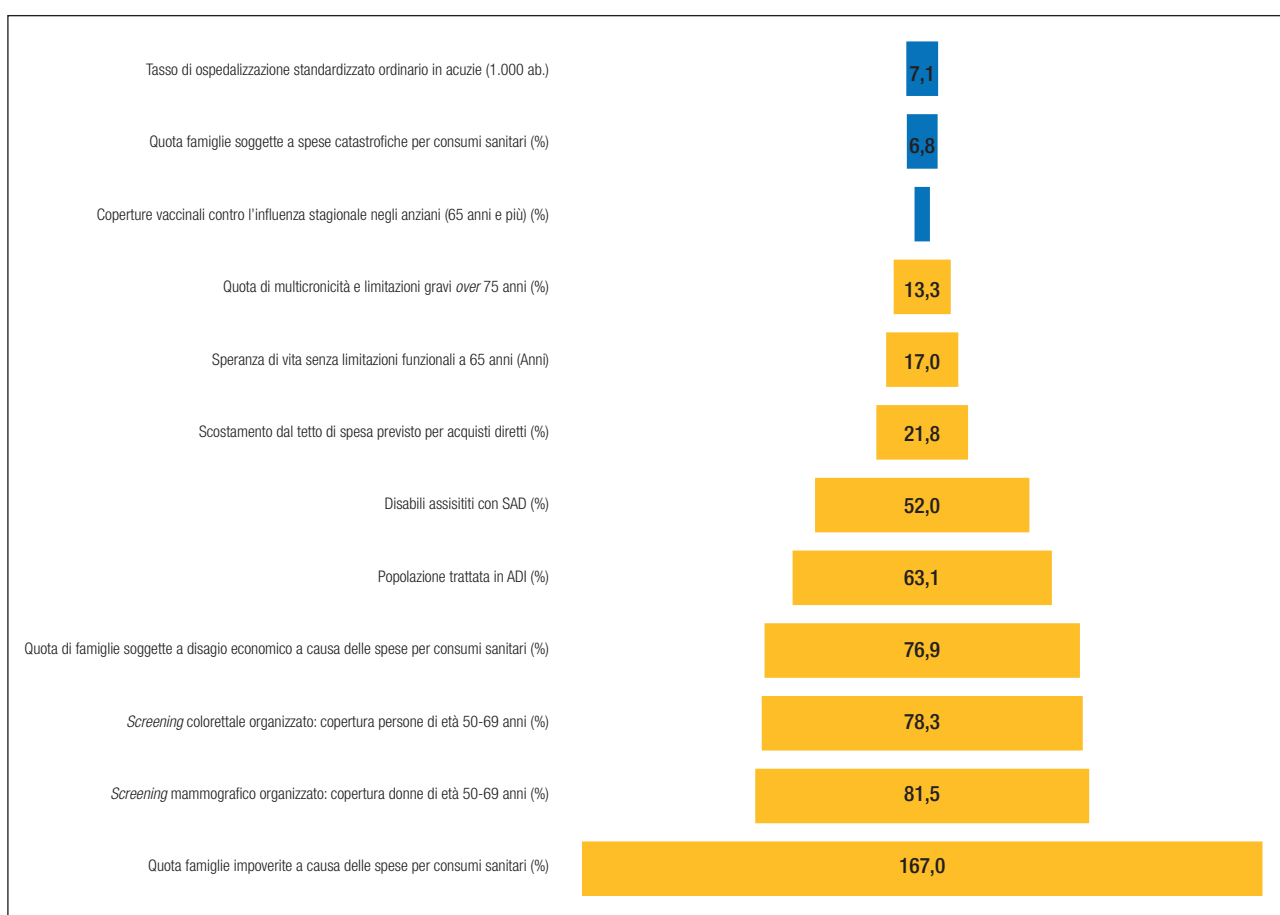
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Calabria



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

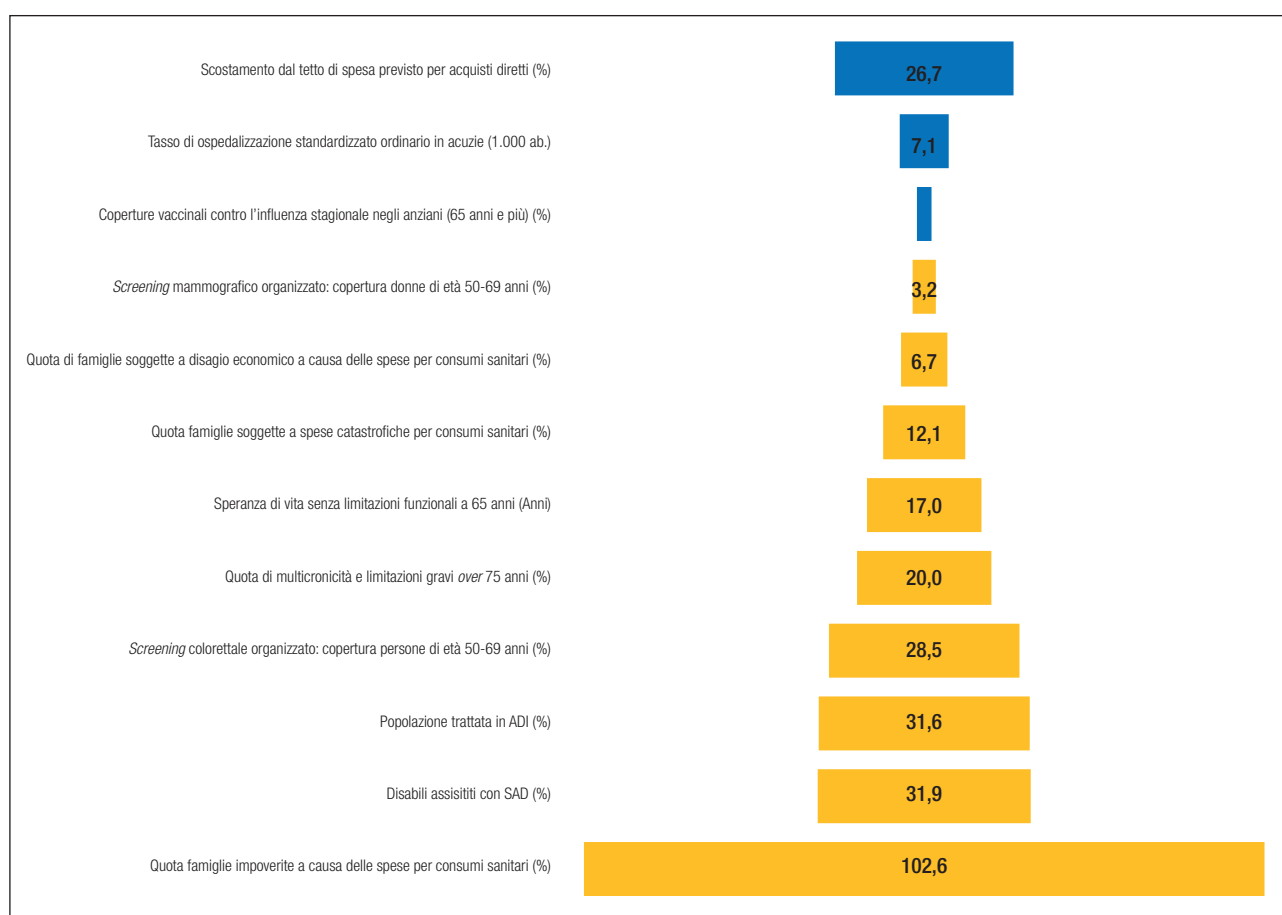
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Sicilia



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

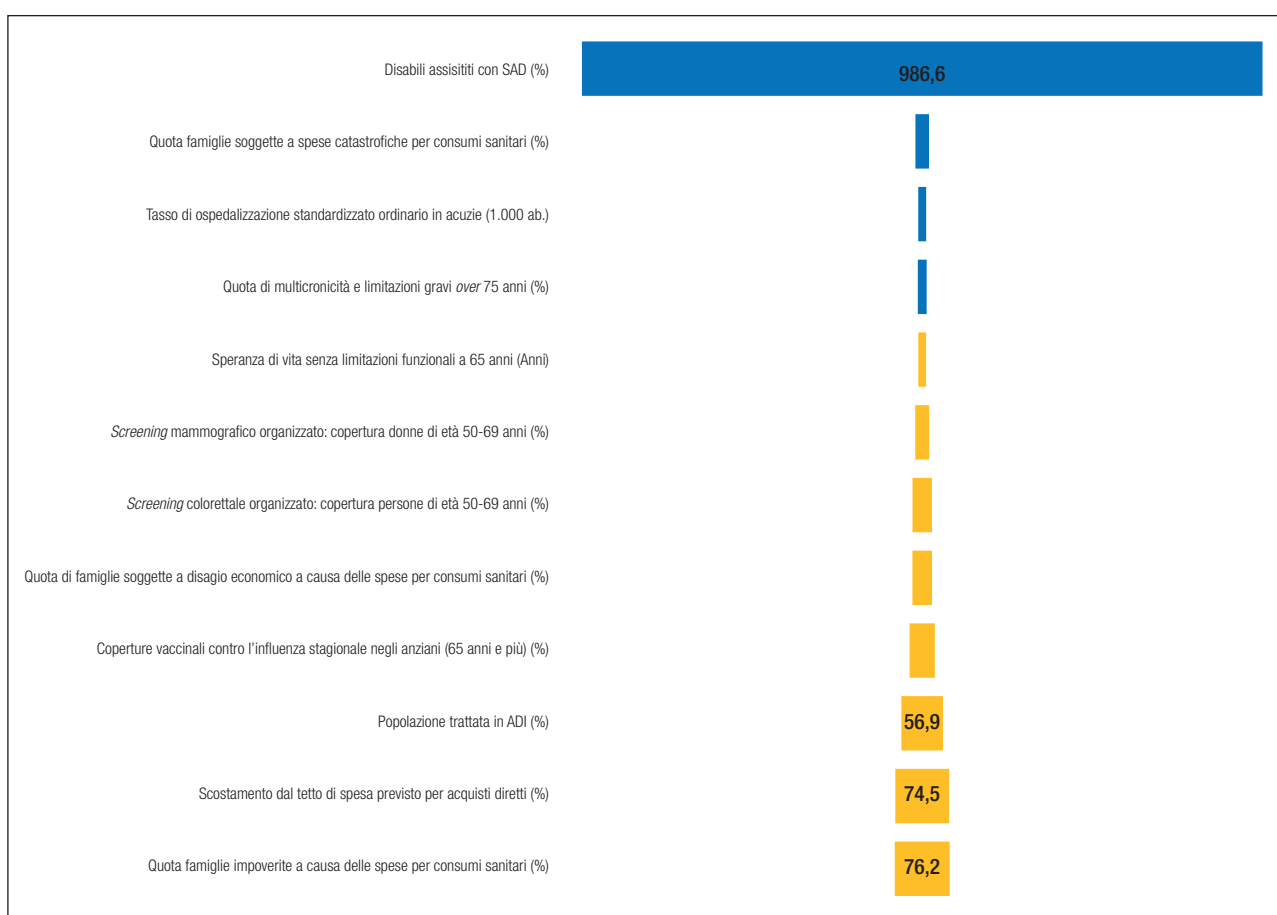
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Sardegna



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a - 20 p.p., il numero indice 120 a + 20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a + 20 p.p., il numero indice 120 a - 20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in azzurro, se peggiore in giallo. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Il **Rapporto Sanità**, giunto alla sua **20ª edizione**, è stato pubblicato per la prima volta nel 2003, per iniziativa di alcuni ricercatori dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", interessati a diffondere i risultati della propria attività di ricerca nel settore dell'economia, politica e *management* sanitario, fornendo elementi a supporto dei *decision maker* in campo sanitario. A tal fine elabora riflessioni e valutazioni sulle *Performance* del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

La 20ª edizione del Rapporto Sanità è stata realizzata da C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), già Consorzio promosso dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.).

La pubblicazione e la diffusione del Rapporto sono rese possibili dal supporto non condizionato di un *pool* di Aziende (**AbbVie S.r.l., Amarin Italy S.r.l., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., GSK - GlaxoSmithKline S.p.A., Medtronic Italia S.p.A., Menarini Ricerche S.p.A., Nestlé Italiana S.p.A., Sanofi S.r.l., Takeda Italia S.p.A., W.L. Gore & Associati S.r.l.**) che si dimostrano sensibili all'importanza di finanziare la conoscenza utile al dibattito di politica sanitaria e a quella di sviluppare *partnership* fra settore produttivo e ricerca.

Il **Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità)**, già consorzio promosso nel 2013 dall'Università di Roma Tor Vergata e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), nasce con l'aspettativa di essere un punto di aggregazione di competenze multi-disciplinari nel settore sanitario, finalizzato all'obiettivo di sviluppare analisi, studi e progetti di formazione.

Il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità sviluppa ricerche nel campo dell'economia e del *management* sanitario, sviluppa banche dati, offre formazione e supporto a enti pubblici e privati, elabora valutazioni di HTA e di farmacoeconomia, oltre a servizi di consulenza e organizzativi.

ISSN 2035-8660



9 772035 866005

ISBN 978-889907884-3



9 788899 078843