



# 21° Rapporto Sanità

## L'insostenibile staticità dell'intervento pubblico (in Sanità e oltre)

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

con il patrocinio di:



DIPARTIMENTO DI  
ECONOMIA E FINANZA



*Dedichiamo  
il 21° Rapporto Sanità  
a Lorenzo,  
indimenticabile maestro per noi tutti  
di discrezione e mitezza:  
rare e preziose virtù  
con le quali ha lasciato in noi  
un segno indelebile.*





ISBN 978-88-99078-96-6

© 2025 C.R.E.A. Sanità

SEDE LEGALE

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

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2025  
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 21<sup>a</sup> edizione del Rapporto Sanità curato dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

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

Desideriamo ringraziare per il contributo di idee e competenze fornito per la realizzazione del Rapporto, M. Capalbo, T. Carradori, A. Celano, C. Collicelli, R. Cialesi, F. Degrassi, C. Dotti, T. Frittelli, F. Gelli, L. Lispi, P. Misericordia, G. Monchiero, A. Urbani.

La realizzazione del Rapporto è resa possibile grazie ad 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., AlfaSigma S.p.A., Amarin Italy S.r.l., Astellas Pharma S.p.A., Boehringer Ingelheim Italia S.p.A., Fondazione MSD, GlaxoSmithKline S.p.A., Medtronic Italia S.p.A., Menarini Ricerche 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 multidimensionale dei Sistemi Sanitari, nonché al 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.

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

ALFASIGMA 

 AMARIN

 astellas

 Boehringer  
Ingelheim

 Fondazione MSD

 GORE

 GSK

Medtronic

 **MENARINI**  
group

sanofi

 Takeda

## 21° Rapporto Sanità

### L'insostenibile staticità dell'intervento pubblico (in Sanità e oltre)

#### A cura di

**BARBARA POLISTENA, DANIELA D'ANGELA, FEDERICO SPANDONARO**

#### Coordinamento scientifico ed editoriale

**BARBARA POLISTENA**

#### Autori

##### **ANNICCHIARICO MASSIMO**

Medico specializzato in Medicina Interna e Cardiologia.  
Direttore generale, Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto

##### **ATELLA VINCENZO**

Economista.  
Professore ordinario di Economia Politica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

##### **BIANCHI GIOVANNI**

Dottore Commercialista.  
Presidente Co.Ne.Fi.

##### **BIONDI ELISABETTA**

Laureata in giurisprudenza, PhD in Diritto e impresa.  
Co.Ne.Fi.

##### **BUZZI NATALIA**

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

##### **CAFORIO GAETANO**

Ingegnere biomedico.  
Ricercatore Università degli Studi di Roma Tor Vergata

##### **CAPPELLI CLAUDIO**

Medico di Medicina Generale.  
*Master* in Economia e *Management* Sanitario. Centro studi FIMMG

##### **CARRIERI CIRO**

Economista. *Master* in Economia e *Management* della Sanità.  
Ricercatore presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

##### **CEPIKU DENITA**

Professore di *Management* pubblico all'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e componente dell'Osservatorio Nazionale sul lavoro pubblico presso il Dipartimento della Funzione Pubblica

##### **COSTA CLAUDIO**

Direttore, Direzione Risorse Umane,  
Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto

##### **CORSO MARIANO**

Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale  
Professore Ordinario di *Leadership and Innovation* presso il Politecnico di Milano

##### **D'ANGELA CLAUDIA**

Economista. *Master* in Economia e Management della Sanità.  
Ricercatrice presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

##### **D'ANGELA DANIELA**

Ingegnere biomedico. *Master* in Economia e *Management* della Sanità. *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

##### **DE LUCA CECILIA**

Politologa, specializzata in studi dello sviluppo.  
Assegnista di ricerca postdottorale presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

##### **DAL BELLO SUSY**

Infermiere, Direzione Risorse Umane, Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto

##### **DE CESARE DEBORAH**

Direttrice, Osservatorio Sanità Digitale

##### **FANTON ELENA**

Dirigente delle Professioni Sanitarie, Direzione Risorse Umane, Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto

##### **GENTILI GILBERTO**

Medico Igienista, ha diretto numerose Aziende Sanitarie.  
Presidente per sette anni di Card Italia.  
Fondatore di *Chronic on*

##### **GIACOMINI DENISE**

Direttore Unità Operativa complessa Ufficio 3 Direzione Generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'Ecosistema

##### **LEONARDI GIOVANNI**

Capo dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (*On Health*) e dei rapporti Internazionali

##### **LETTIERI EMANUELE**

Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale  
Professore Ordinario di *Health & Social Care* presso il Politecnico di Milano

**LOCATELLI PAOLO**

Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

**LO GIUDICE CLAUDIO**

Economista.

Ricercatore Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**MARESCH SPAGNOLO EMILY**

Dottoranda, Dipartimento di Salute Pubblica Globale, *Global and Sexual Health (GloSH)* – gruppo di ricerca di Anna Mia Ekström, *Karolinska Institutet*

**MASELLA CRISTINA**

Responsabile Scientifico, Osservatorio Sanità Digitale

Professore Ordinario di Economia Aziendale presso il Politecnico di Milano

**MAGNONI GIORDANO**

Attuario, Partner Studio Micocci & Partners

**MASTRODASCIO MARCO**

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

**MICOCCI MARCO**

Attuario e Dottore Commercialista.

Prof. Ordinario di Matematica Finanziaria e Attuariale Università di Cagliari e Sapienza di Roma.

Fondatore Studio Micocci & Partners

**OLIVE MATTIA**

Ricercatore, Osservatorio Sanità Digitale

**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 incaricato presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**RICCI ALESSANDRO**

Cardiochirurgo *European Hospital* Gruppo GHC

**SGARBOSSA CHIARA**

Direttrice, Osservatorio Sanità Digitale

**SPANDONARO FEDERICO**

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

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

**TERRANOVA LORENZO**

Vice-Presidente Co.Ne.Fi.

Collaboratore C.R.E.A. Sanità

**ZAPPIA GIORGIA**

Dottoranda di ricerca in *Public management & governance* all'Università degli Studi 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

Con il desiderio di offrire un contributo concreto alla tutela dell'ambiente, C.R.E.A. Sanità adotta una politica *paper free* e, quindi, per minimizzare l'impatto ambientale del Rapporto ne viene stampata solo una sintesi; il Rapporto completo (che consta quest'anno di 594 pagine), ed anche la sua sintesi in inglese, sono forniti in formato elettronico (pdf). La sintesi cartacea riassume i risultati principali dei singoli contributi che compongono il Rapporto: per ognuno è fornito un QR code che rimanda al testo integrale elettronico.

Tutti i materiali, volume completo e sintesi in italiano e inglese sono disponibili per il *download* dal sito [www.creasanita.it](http://www.creasanita.it).

Per il Rapporto si conferma la struttura consolidata nel corso degli anni, della quale ricordiamo di seguito gli elementi essenziali.

### 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 struttura

La struttura del Rapporto è concettualmente divisibile in cinque parti.

La prima parte offre un inquadramento generale del contesto in cui operano i servizi sanitari e sociali, riassumendone gli aspetti socio-economici e demografici più rilevanti.

La seconda parte affronta alcune tematiche trasversali alle aree di assistenza: il finanziamento pubblico, l'andamento della spesa, le misure di *Performance*, l'organizzazione delle reti sanitarie, le politiche del personale, la digitalizzazione ecc..

La terza parte è dedicata agli approfondimenti sulle diverse aree assistenziali: prevenzione, assistenza ospedaliera, assistenza residenziale, specialistica, farmaceutica e dispositivi medici, assistenza primaria, assistenza domiciliare e provvidenze in denaro.

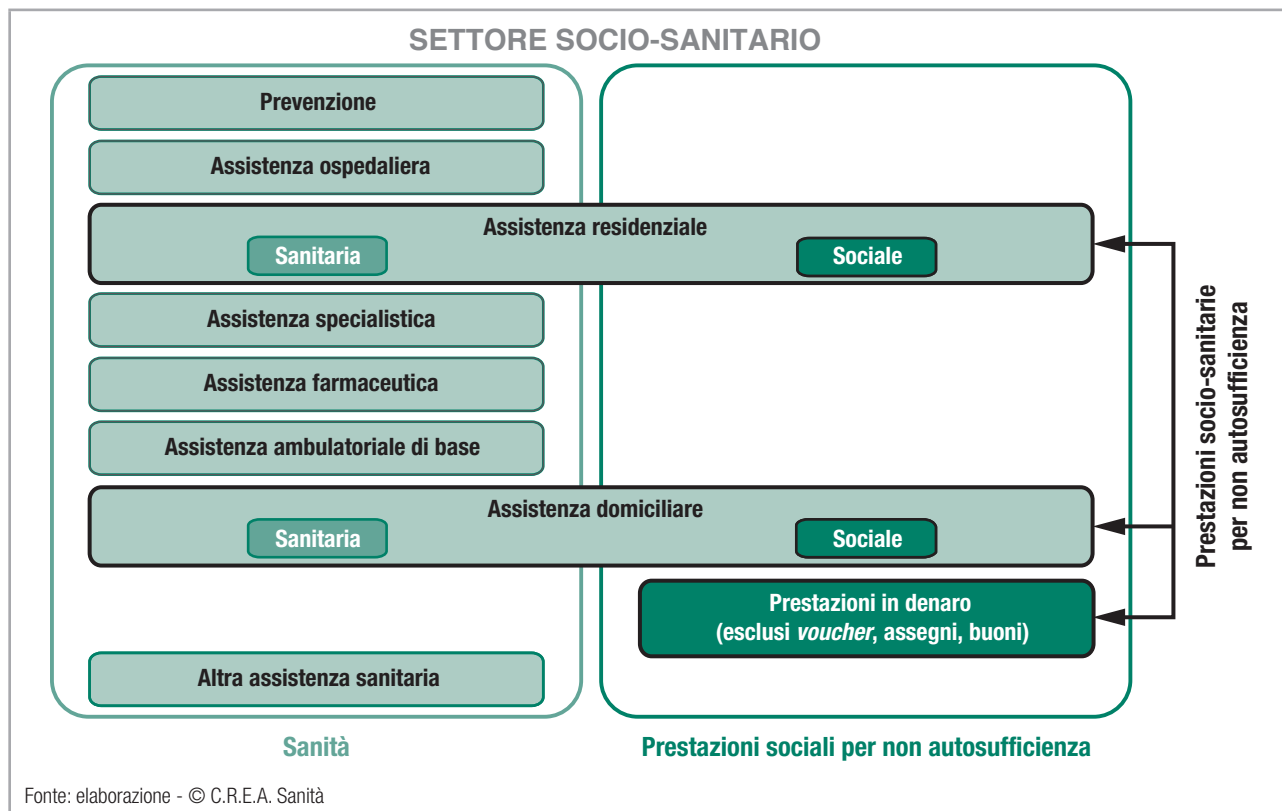
La quarta parte approfondisce gli impatti industriali del settore delle *Life Sciences*.

La quinta parte raccoglie, infine, sintesi di alcune attività promosse da C.R.E.A. Sanità.

È opportuno sottolineare che, pur nel rispetto della coerenza complessiva del volume, ogni capitolo costituisce un contributo monografico autonomo, volto ad approfondire tematiche emergenti individuate dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità.

Ogni capitolo è corredato di una sintesi in inglese, raccolta in un fascicolo separato, con l'obiettivo di consentire la diffusione del lavoro presso Istituzioni e Centri di ricerca internazionali e di promuovere una più ampia conoscenza dell'evoluzione del Sistema Sanitario italiano.

La composizione del settore socio-sanitario



Per favorire una migliore fruibilità del Rapporto, a ciascun capitolo è anche associata una sezione di *key indicators*, concepita per offrire uno strumento sintetico utile a monitorare, anno dopo anno, l'evoluzione dei singoli ambiti analizzati.

Infine, il Rapporto si conclude con un riepilogo regionale, finalizzato ad offrire una sinossi dei livelli e delle dinamiche di *Performance* nei Servizi Sanitari Regionali.

*Il coordinatore scientifico  
Barbara Polistena*

## Indice

Presentazione .....	7
Autori .....	9
Guida alla lettura del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità .....	11
L'insostenibile staticità dell'intervento pubblico (in Sanità e oltre) .....	15
Polistena B., d'Angela D., Spandonaro F.	
Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico .....	33
Carrieri C.	
Capitolo 2 - Finanziamento .....	39
<b>Capitolo 2a - Il Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: un processo in equilibrio precario</b> .....	41
Lo Giudice C., Spandonaro F.	
<b>Capitolo 2b - L'IVA nel settore sanitario: l'esenzione come problema e la fiscalità come elemento di influenza della gestione</b> .....	44
Biondi E., Bianchi G., Terranova L.	
Capitolo 3 - Spesa .....	47
<b>Capitolo 3a - L'evoluzione della Spesa: confronti internazionali e trend nazionali</b> .....	49
Polistena B., Lo Giudice C.	
<b>Capitolo 3b - I Fondi Sanitari Integrativi: una ricerca su modelli di gestione, fruizione degli iscritti e KPI conseguenti</b> .....	52
Micocci M., Magnoni G.	
Capitolo 4 - Organizzazioni e reti trasversali .....	57
<b>Capitolo 4a - Politiche per la gestione del personale sanitario: l'esperienza regionale del Veneto</b> .....	59
Costa C., Fanton E., Dal Bello S., Annicchiarico M.	
<b>Capitolo 4b - Le Reti Oncologiche Regionali (ROR): una lettura multidimensionale della Performance</b> ...	60
Cepiku D., Mastrodascio M., Zappia G.	
<b>Capitolo 4c - La trasformazione digitale della Sanità in Italia: lo scenario dell'Osservatorio Sanità Digitale</b> .....	63
Corso M., De Cesare D., Lettieri E., Locatelli P., Masella C., Olive M., Sgarbossa C.	
<b>Capitolo 4d - Una governance nazionale per l'approccio One Health (e "oltre")</b> .....	64
Giacomini D., Leonardi G., Lo Giudice C., Ricci A., Spandonaro F.	
Capitolo 5 - Indicatori di Performance .....	67
<b>Capitolo 5a - Esiti di salute</b> .....	69
Carrieri C.	
<b>Capitolo 5b - Le Disuguaglianze di Salute in Italia: dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ad oggi</b> .....	71
Atella V., De Luca C., d'Angela D., Maresch E., Polistena B., Spandonaro F.	

<b>Capitolo 5c - Il giudizio degli italiani sul Servizio Sanitario Nazionale</b> .....	<b>74</b>
d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F.	
<b>Capitolo 5d - La Mortalità Evitabile</b> .....	<b>76</b>
Buzzi N.	
<b>Capitolo 5e - Opportunità di tutela della salute: le Performance Regionali</b> .....	<b>78</b>
d'Angela D., d'Angela C., Carrieri C., Polistena B., Spandonaro F.	
<b>Capitolo 5f - Impoverimento, catastroficità e disagio economico: i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario</b> .....	<b>81</b>
d'Angela D.	
<b>Capitolo 6 - Confronti internazionali, politiche di allocazione nazionali e regionali delle risorse per la prevenzione</b> .....	<b>85</b>
Carrieri C., d'Angela C., Lo Giudice C., Spandonaro F.	
<b>Capitolo 7 - L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera</b> .....	<b>91</b>
Carrieri C., d'Angela D.	
<b>Capitolo 8 - Assistenza Residenziale: evoluzione normativa per la presa in carico degli anziani</b> .....	<b>95</b>
Ploner ME.	
<b>Capitolo 9 - Assistenza specialistica ambulatoriale</b> .....	<b>99</b>
d'Angela C.	
<b>Capitolo 10 - Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici</b> .....	<b>105</b>
<b>Capitolo 10a - Assistenza Farmaceutica: spesa e governance</b> .....	<b>107</b>
Polistena B., Spandonaro F.	
<b>Capitolo 10b - La Spesa per i Dispositivi Medici</b> .....	<b>109</b>
d'Angela D., Caforio G.	
<b>Capitolo 11 - Assistenza Primaria: evoluzione del settore e degli oneri</b> .....	<b>113</b>
Cappelli C., Gentili G., Ploner ME.	
<b>Capitolo 12 - Servizi Domiciliari: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri</b> .....	<b>119</b>
Ploner ME.	
<b>Capitolo 13 - Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri</b> .....	<b>125</b>
Ploner ME.	
<b>Capitolo 14 - L'industria delle Life Sciences nell'economia italiana</b> .....	<b>129</b>
Caforio G.	
<b>Capitolo 15</b> .....	<b>135</b>
<b>Capitolo 15a - L'assistenza sanitaria per la Salute Mentale in Italia</b> .....	<b>137</b>
d'Angela C.	
<b>Capitolo 15b - Primo Rapporto ANDOS-C.R.E.A. Sanità Effetti collaterali* del cancro alla mammella *umani, organizzativi, economici e sociali</b> .....	<b>139</b>
Polistena B., d'Angela D., d'Angela C., Spandonaro F.	
<b>Riepilogo regionale</b> .....	<b>141</b>



# *Introduzione*

**L'insostenibile staticità  
dell'intervento pubblico (in Sanità e oltre)**



## L'insostenibile staticità dell'intervento pubblico (in Sanità e oltre)

Polistena B.<sup>1</sup>, d'Angela D.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

Il 21° Rapporto Sanità presenta una disamina dell'evoluzione delle politiche sanitarie nell'ultimo anno, replicando la struttura consolidatasi negli ultimi anni: l'analisi inizia affrontando alcuni temi "trasversali" (contesto socio-economico, finanziamento, spesa, esiti e reti), per poi approfondire le politiche nelle singole aree assistenziali.

L'*Executive summary* utilizza le evidenze contenute nelle monografie che compongono i capitoli del Rapporto (a cui si rimanda per gli approfondimenti), al fine di elaborare una narrazione coerente dell'evoluzione della Sanità in Italia, focalizzando l'attenzione sugli elementi di politica sanitaria ritenuti più rilevanti; utilizzando un approccio all'analisi strettamente quantitativo, oltre che evidenziando le criticità più importanti del sistema di tutela della salute nazionale, ci si propone di fornire qualche suggerimento per un loro auspicabile superamento, mantenendo fermo l'obiettivo finale che rimane quello di ribadire l'importanza del principio della tutela pubblica della salute.

Una "particolarità" del 21° Rapporto, che riteniamo importante sottolineare, è rappresentata dal fatto che molti dei suoi capitoli condividono il tentativo di prolungare retrospettivamente l'orizzonte delle analisi, con l'obiettivo di giungere ad una valutazione dell'impatto che l'instaurazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha avuto sulla tutela della Salute della popolazione.

Si è addivenuti all'adozione di questo approccio considerando le conclusioni del 20° Rapporto, intitolato "Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio", e il dibattito sviluppatosi

durante l'ultimo anno.

Infatti, nel 20° Rapporto avevamo sostenuto la tesi che fosse ormai giunto il momento di operare un cambio di paradigma. In altre parole, che fosse insufficiente operare ulteriori "manutenzioni" (per quanto "straordinarie") del servizio, e quindi giusto promuovere una "trasformazione" del SSN, per mantenerlo sostenibile ed efficace.

Alla prova dei fatti, le politiche sanitarie del 2025 non sembrerebbero avere sposato quella tesi: si è, piuttosto, proseguito con "manutenzioni", più o meno incisive e più o meno efficaci (si veda, a mero titolo di esempio, la questione delle Liste di Attesa): ma senza mettere mano ad una revisione significativa del paradigma di Servizio.

In qualche modo sembra abbiano prevalso quelle che l'ultimo Rapporto OASI della Università Bocconi definisce "narrazioni consolatorie", per le ragioni brillantemente spiegate nell'*Executive summary* del Rapporto (*La sanità italiana: narrazioni consolatorie, criticità governabili e una doppia agenda manageriale*, Longo F. e Ricci A., 2025): narrazioni che tendono a giustificare il mantenimento dello status quo.

Appare peraltro evidente che, in carenza di una indicazione politica che vada nel senso di una volontà di trasformazione, un cambio di paradigma non possa avvenire per impulso delle Istituzioni deputate alla gestione della Sanità pubblica.

Ma l'indicazione non si è evidentemente manifestata: anzi il dibattito politico è rimasto confinato alle "schermaglie tattiche" che, ancora una volta, riteniamo si poggino su "narrazioni consolatorie".

A parziale giustificazione della mancata presa

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

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

d'atto della Politica dell'esistenza di crescenti difficoltà del SSN nel mantenere le sue "promesse" va, in primo luogo, certamente segnalata l'apparente contraddizione esistente fra indicatori di salute e *Performance* del Servizio: le prime eccellenti nei confronti internazionali e in continuo miglioramento; le seconde depauperate dall'incapacità di risolvere alcuni nodi critici del sistema.

Non stupisce, quindi, che nel dibattito sulla politica sanitaria si siano contrapposti pareri (anch'essi "politici") discordi sulla reale esigenza di una trasformazione: anzi, sembra prevalere un consenso sull'idea che una "trasformazione" non serva o, peggio, che sia un modo surrettizio per "affossare" il SSN.

In altri termini, sembrano essersi costituite due "fazioni" (in senso lato) che, per semplicità e "immediatezza" possiamo "battezzare" dei "trasformatori" e dei "manutentori".

Le due "fazioni", in buona sostanza, condividono che i principi della L. n. 833/1978 siano ancora validi e debbano essere salvaguardati; ma, mentre i "trasformatori" ritengono che alcuni di questi principi vadano riletti e adeguati ai mutamenti della Società (e altri debbano essere aggiunti ex novo), i "manutentori" ritengono che questo non sia necessario, ed anzi sia "pericoloso" perché potrebbe portare alla privatizzazione del sistema.

In qualche modo, i "manutentori" ritengono che i problemi del SSN siano da ascrivere ad aspetti legati a scelte di politica sanitaria (e non solo sanitaria) sbagliate e/o insufficienti: questa tesi è spesso appoggiata su quella che vede il SSN ampiamente sotto-finanziato, o vittima di politiche (il Federalismo fra quelle più citate) che ne hanno minato l'efficienza e l'efficacia; un'altra tesi, spesso richiamata, vuole che sia in atto una strisciante "privatizzazione" del Servizio, responsabile dei problemi che il SSN incontra quotidianamente.

Sebbene il dibattito sia per ora rimasto confinato nelle sale dei convegni, essendo stati fra i promotori dell'idea che fosse necessaria una "trasformazione", ci è parso opportuno verificare più da vicino quegli aspetti che vengono più frequentemente opposti alla tesi della necessità di una "trasformazione".

Le assunzioni da cui siamo partiti per sviluppare

le analisi sono essenzialmente tre:

- 1) una ragione essenziale e fondante dell'intervento pubblico in Sanità è il perseguimento dell'Equità
- 2) un'ulteriore condizione è la capacità del SSN di essere realmente efficiente e, quindi, capace di massimizzare il "rendimento" dell'investimento pubblico
- 3) infine, che il SSN sia effettivamente capace di tutelare la salute, soddisfacendo i reali bisogni della popolazione.

Il punto elencato per terzo, lo è per ragioni legate allo sviluppo della narrativa, rimanendo comunque il primo da un punto di vista logico, nella misura in cui non avrebbe senso il perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza a fronte di una offerta di servizi considerati inefficaci da parte della popolazione.

In definitiva, le (principali) domande di ricerca che ci si è fatti nel 21° Rapporto Sanità sono:

- Il SSN ha riposto e risponde ai bisogni della popolazione?
- Il SSN ha mantenuto le sue promesse e perseguito l'Equità?
- Il SSN ha migliorato (o almeno mantenuto) i suoi livelli di Efficienza)?

Le tre domande principali di ricerca generano, a loro volta, una serie di ulteriori quesiti:

- È in atto una privatizzazione del sistema?
- Il federalismo ha "minato" lo spirito della L. n. 833/1978?
- Il sistema può essere finanziato adeguatamente?
- Come si concilia l'esigenza di una trasformazione con l'osservazione di buoni esiti aggregati di salute?
- Il SSN è preparato ad affrontare rischi sanitari emergenti (pandemie, cambiamenti demografici, nuovi bisogni)?

A seguire si prova a fornire, quindi, una sintesi di quale evidenza emerge dalle analisi raccolte nel Rapporto, singolarmente per ognuna delle domande elencate: lasciando, come anticipato, l'aspetto dei bisogni alla fine per esigenze di narrazione.

### Equità

Il 21° Rapporto Sanità ha ricostruito la dinamica di vari indicatori dei livelli di Equità del sistema, analizzando tutto il periodo dalla istituzione del SSN (L. n. 833/78) ad oggi: in particolare, la quota di famiglie che sostengono spese sanitarie direttamente, l'incidenza della spesa sanitaria sostenuta privatamente su quella per i consumi, l'incidenza dell'impoverimento a causa di spese sanitarie, la quota di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche e la quota di famiglie che sperimentano un disagio economico causato dalle spese sanitarie.

Le dinamiche di lungo periodo hanno evidenziato un *trend* distopico rispetto a quelle che sembrerebbe dover essere in base a "legittime" aspettative per l'impatto generato dall'istituzione di un servizio pubblico universalistico, fondato su principi di equità di accesso.

Ad esempio, la quota di famiglie che hanno fatto ricorso a consumi sanitari pagandoli privatamente è aumentata di +19,2 punti percentuali (p.p.) nei quarant'anni considerati: attualmente, oltre il 70% delle famiglie italiane, sostiene spese di "tasca propria"

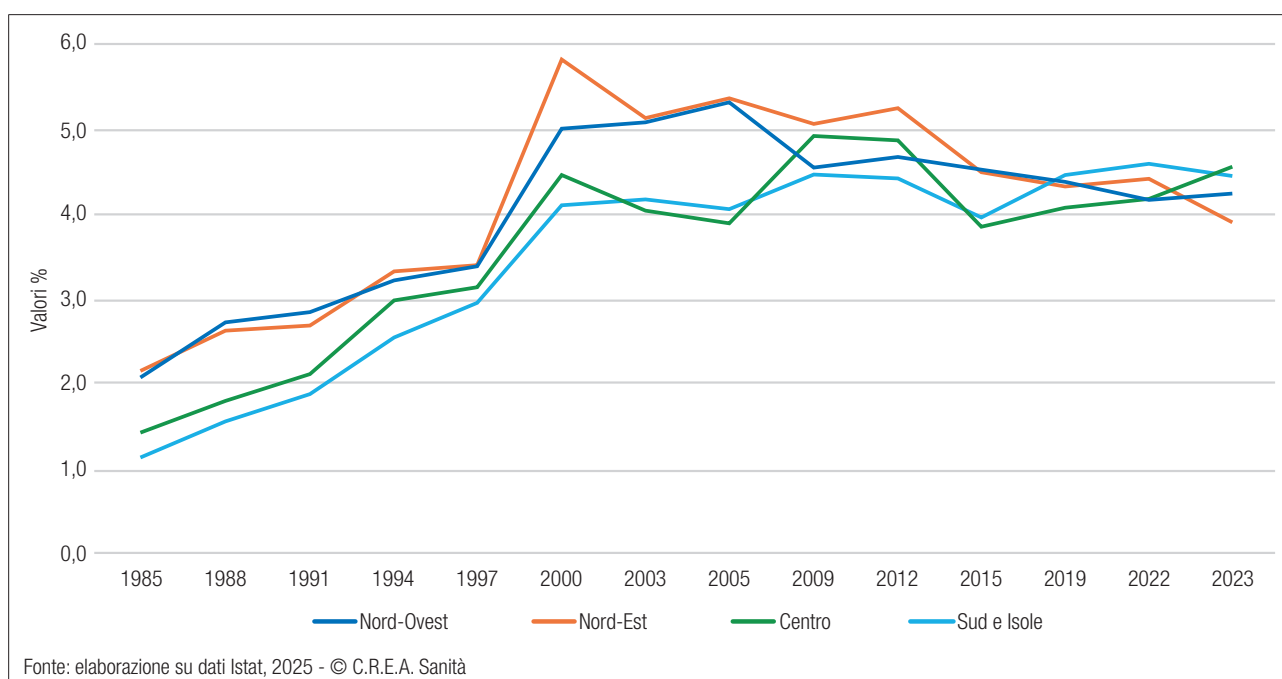
(*Out of Pocket (OOP)*).

Ciò che più rileva è, però, che l'aumento registrato si è concentrato negli anni '90 (+16,1 p.p., ovvero l'83,9% dell'aumento), in corrispondenza dell'esplicitarsi della prima riforma del SSN, ed è stato maggiore nella sub-popolazione economicamente più fragile: le famiglie del I quintile di consumo (quello minore) che sostengono spese sanitarie sono aumentate di +25,9 p.p., mentre quelle del V di +8,1 p.p..

Analogamente, è risultato maggiore l'aumento fra le famiglie con persona di riferimento dotata di basso livello di istruzione (+28,7 p.p.).

L'andamento è inverso alle aspettative anche da un punto di vista geografico (Figura 1.); nel 1985 ricorrevano a spese sanitarie private maggiormente le famiglie residenti nel Nord-Est (62,3%), dotate di un reddito medio superiore a quello medio nazionale; nei 40 anni considerati la situazione si è ribaltata: attualmente è divenuta maggiore la quota di famiglie spendenti nelle ripartizioni del Centro (75,9%) e del Mezzogiorno (70,8%), che hanno superato quelle del Nord (68,7%).

**Figura 1. Incidenza della spesa sanitaria OOP sui consumi familiari per area geografica**



In termini di composizione dei consumi, osserviamo come le famiglie residenti nel Mezzogiorno acquistino più frequentemente farmaci (81,0% delle famiglie) e visite specialistiche con finalità preventiva (24,2%); nel Centro, prestazioni specialistiche e servizi di assistenza *Long Term Care* (LTC); nel Nord, invece, prevalgono le cure odontoiatriche (26,4%).

Mentre per farmaci, assistenza ospedaliera e servizi assistenziali per la LTC la quota di famiglie che spendono privatamente rimane omogenea nelle varie stratificazioni, per il dentista, la specialistica e la diagnostica, il ricorso cresce con la disponibilità economica delle famiglie: per il dentista si passa dall'8,8% delle famiglie del I quintile di consumo al 27,9% di quelle del V; per la specialistica dal 33,5% (I quintile) al 56,1% (V quintile), per gli articoli sanitari dal 10,9% al 24,0%.

Un aspetto degno di nota, e di ulteriori approfondimenti, è quello delle diverse "dinamiche" che convivono all'interno dell'acquisto di prestazioni specialistiche; infatti, l'Istat rileva separatamente le prestazioni che fanno parte di un percorso di cura e riabilitazione e quelle che invece hanno natura classificata come preventiva, e quindi presumibilmente rappresentano frequentemente un "primo contatto" con il sistema sanitario.

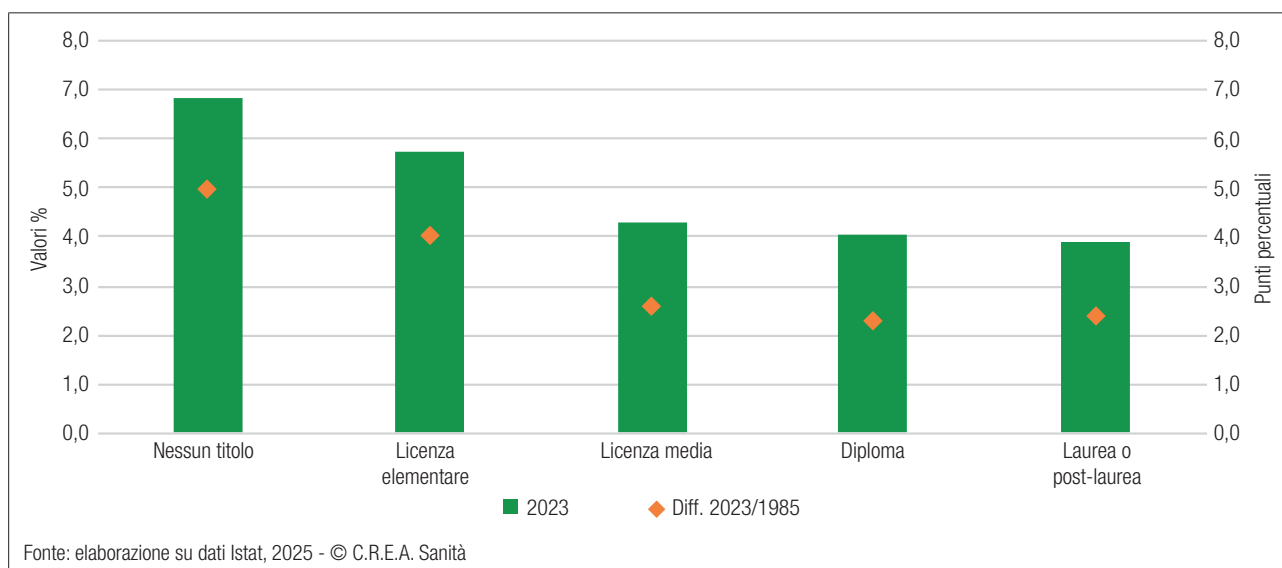
Il consumo per le prime è sostanzialmente omo-

geneo (e anche contenuto) fra le varie tipologie di profili (quintile di consumo, livello di istruzione ecc.); di contro, il ricorso a prestazioni con finalità preventiva a pagamento diretto delle famiglie, si concentra sui pazienti meno istruiti e con meno disponibilità economiche. Il fenomeno può essere interpretato come un sistema per aggirare le barriere all'accesso alle prestazioni e garantirsi un accesso "precoce" al percorso di cura: il fatto che incidano di più sulle famiglie più fragili fa paventare il rischio del permanere di una elevata iniquità di accesso.

Simili osservazioni possono farsi per i *trend* di spesa.

Negli anni è aumentato anche l'onere delle spese sanitarie private: la loro incidenza sui consumi familiari è aumentata di +2,6 p.p. negli ultimi quarant'anni, raggiungendo il 4,3%; anche in questo caso l'aumento è maggiormente a carico dei più "fragili" economicamente: +5 p.p. per le famiglie meno istruite, che oggi destinano il 6,8% dei loro consumi alle spese sanitarie (a fronte del 4,6% di quelle più ricche); +2,1 p.p. e +2,8 p.p. per le meno abbienti (I e II quintile di consumo), che oggi destinano rispettivamente il 3,0% ed il 4,0% della loro spesa ai consumi legati alla salute (Figura 2.).

**Figura 2. Incidenza della spesa per consumi sanitari sui consumi totali**



Giova osservare che, mentre nel Nord la crescita della spesa sanitaria è risultata allineata all'aumento del reddito disponibile, nel Centro e nel Mezzogiorno la spesa sanitaria è cresciuta significativamente più del reddito: un fenomeno che sembra suggellare la tesi che ritiene che le famiglie considerino la spesa sanitaria privata una "necessità/esigenza".

Il dato si conferma considerando che nei primi anni dall'istituzione del SSN, nei primi tre quintili di consumo si concentrava il 27,6% della spesa sanitaria privata; attualmente la quota è cresciuta sino ad attestarsi al 37,6% (7,2% nel I, 13,0% nel II e 17,4% nel III quintile).

Le dinamiche descritte si riverberano sugli indicatori di impoverimento e rinuncia.

Il fenomeno dell'impoverimento causato dalle spese sanitarie private è cresciuto di +1,3 p.p. rispetto all'istituzione del SSN (quando era quasi nullo); attualmente 367.528 nuclei familiari si impoveriscono; sono maggiormente coinvolte le famiglie meno abbienti e quelle con basso livello di istruzione: il 6,3% di quelle del I quintile (considerando i nuclei che sostengono spese per consumi sanitari), lo 0,5% di quelle del II e lo 0,1% di quelle del terzo; nonché il 5,5% delle famiglie con capofamiglia senza alcun titolo di studio ed il 2,7% di quelle in cui ha la licenza elementare.

In termini di composizione della famiglia, le più gravate sono quelle costituite da anziani (soli o in coppia) e le famiglie con figli (incidenza rispettivamente del 2,3% e 2,1%).

A livello geografico è il Mezzogiorno la ripartizione più colpita, con una incidenza che è circa tre volte quella registrata nel Nord e più che doppia di quella registrata nel Centro.

L'acquisto di farmaci, assistenza specialistica e il dentista sono le principali cause di impoverimento; per le famiglie con anziani sale al secondo posto l'assistenza LTC, mentre per quelle con bambini l'odontoiatria.

In particolare, la criticità di accesso all'assistenza LTC sembra interessare soprattutto le famiglie impoverite residenti nel Centro, dove, in effetti, si registra

un basso tasso di posti letto nelle residenze (3,9 ogni 1.000 abitanti); ed anche quelle meno istruite (presumibilmente più vecchie e quindi bisognose di tale forma di assistenza).

L'analisi dell'impoverimento è distorta dal fenomeno delle rinunce ai consumi: questo genera famiglie che non si impoveriscono perché non spendono, ma a fronte dei rischi conseguenti ad una rinuncia al consumo sanitario.

Considerando prudenzialmente solo le famiglie che hanno dichiarato di aver ridotto i consumi sanitari per ragioni economiche fino ad annullarli, e sommandole a quelle impoverite, si stima che 1,25 mln. di famiglie (2,3 mln. dei residenti), hanno subito un "disagio economico dovuto alle spese sanitarie".

Il "disagio" colpisce maggiormente le famiglie del Mezzogiorno (6,0%) e quelle con un basso livello di istruzione (9,3% di quelle con persona di riferimento senza titolo di studio ed il 5,8% di quelle in cui è in possesso di licenza elementare).

Nell'ultimo decennio l'incidenza è aumentata di +0,6 p.p., (maggiormente nel Mezzogiorno e nel Nord-Est, +0,9 p.p.).

In rapporto ai quintili di consumo l'aumento è stato maggiore nei primi tre: rispettivamente di +1,0, +0,8 e +0,4 p.p..

Infine, è aumentato anche il fenomeno delle spese "catastrofiche" (quelle che superano il 40% della capacità di spesa mensile familiare): nello specifico di +2,1 p.p. nell'ultimo decennio, arrivando ad interessare 2,3 mln. di famiglie.

Anche in questo caso sono maggiormente esposte al fenomeno le famiglie residenti nel Mezzogiorno, seguite da quelle del Nord-Est; in particolare gli anziani, soli o in coppia, e le famiglie dei quintili di consumo centrali; la causa più frequente di "catastroficità" risultano le spese odontoiatriche, anche se nel Mezzogiorno prevalgono i farmaci, e fra gli anziani le spese per l'assistenza LTC.

Complessivamente emerge un quadro critico, sia in termini di permanenza di livelli di iniquità, sia di dinamiche, che purtroppo risultano tutt'altro che in miglioramento.

## Efficientamento

L'efficienza è uno dei temi ritenuti cruciali, e quindi di più richiamati, nelle politiche sanitarie finalizzate a garantire il perseguimento della sostenibilità del sistema nel tempo.

In particolare, possiamo ricordare come la prima riforma del SSN, negli anni '90, avesse nell'efficientamento del sistema il suo focus principale; tanto che, in quegli anni, fu coniato lo *slogan* "razionalizzare per non razionare", traducibile come l'obiettivo di aumentare l'efficienza del SSN, per salvaguardarne la sostenibilità e evitare il ricorso alla riduzione delle tutele. Come è noto, all'inizio degli anni '90, constatando la formazione di continui deficit di spesa, si decise per introdurre modifiche di sistema (che semplificando possiamo riassumere con l'etichetta della "aziendalizzazione") tese a incentivarne l'efficienza.

Per contestualizzare, va segnalato che in corrispondenza della prima riforma del SSN (D.Lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993), i livelli e i tassi di crescita della spesa pubblica erano minori di quelli registrati in media nei Paesi EU-Ante 95.

Nello specifico, fra il 1992 e il 2000 il tasso medio annuo di crescita della spesa sanitaria pubblica è risultato complessivamente del +4,4% (+0,8% in termini reali).

Nello stesso tempo la spesa privata è cresciuta del +10,7% medio annuo (+6,8% in termini reali),

quindi +6,3 p.p. rispetto al settore pubblico.

Gli andamenti descritti hanno spostato l'onere della copertura della tutela: all'inizio degli anni '90, oltre l'81% del finanziamento della spesa sanitaria era a carico del servizio pubblico, valore superiore, rispetto a quello medio dei Paesi EU-Ante 1995 (73,1%); nel 2000 la copertura era scesa al 72,6%, ed era diventata inferiore rispetto a quella media dei Paesi EU-Ante 1995 (76,5%).

A fronte della "non tenuta" dei conti, nel 2001 il legislatore è nuovamente intervenuto, introducendo il Federalismo, finalizzato alla responsabilizzazione economico-finanziaria delle Regioni.

Dopo l'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. n. 3/2001) la crescita della spesa pubblica si è ridotta ulteriormente al +2,7% medio annuo (+0,7% in termini reali) nel periodo 2000-2024 (Figura 3.).

Un *trend*, peraltro, perfettamente allineato a quello della spesa privata, tanto che la quota di copertura pubblica dopo il 2000 è tornata a crescere e nel 2008 si è allineata nuovamente ai livelli medi europei.

L'intervento della crisi finanziaria del 2008-2009 ha inaugurato una nuova fase di "ritiro" della quota pubblica, che è diminuita fino al 74,3% attuale, una incidenza inferiore di -7,7 p.p. a quella dei Paesi EU-Ante 1995 (Figura 4.).

**Figura 3. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite, Italia, EU-Ante 1995 e EU-Post 1995**

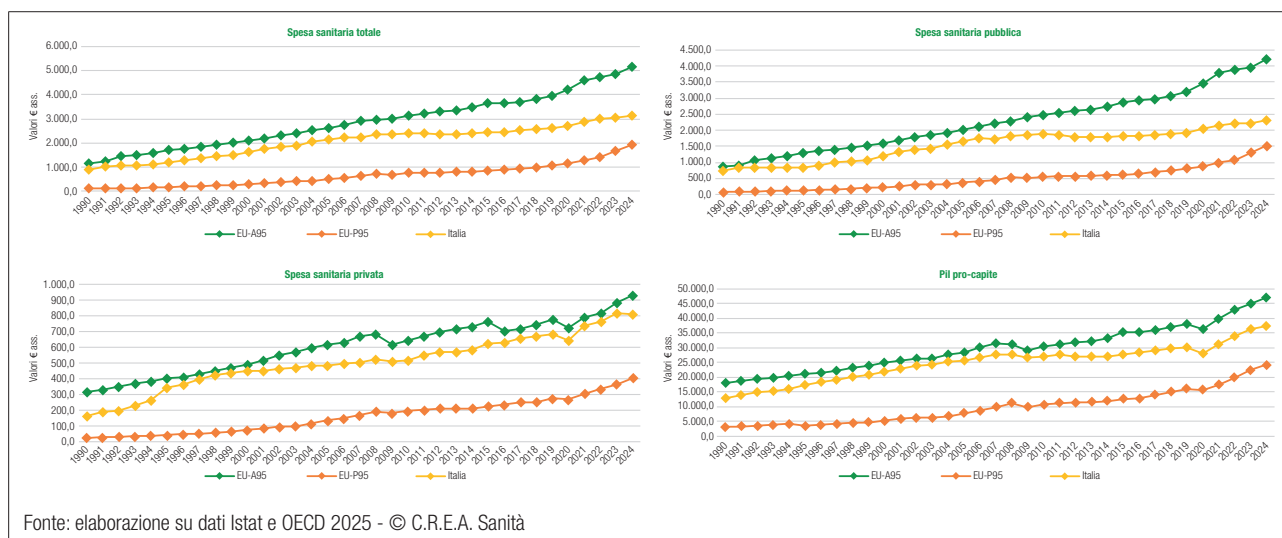
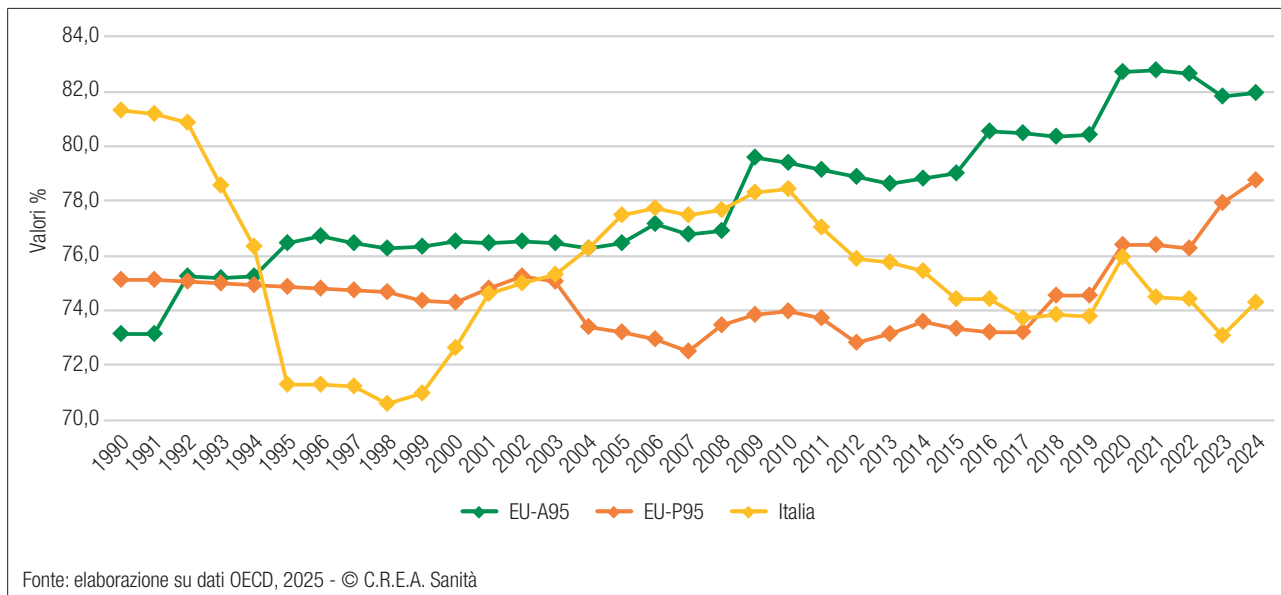


Figura 4. Finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente



I dati richiamati sono quindi sintetizzabili come segue:

- malgrado le “buone intenzioni”, sembra che negli anni '90 buona parte della “razionalizzazione” è stata di fatto un “razionamento”
- gli anni '90 hanno visto una crescita rilevante degli oneri a carico delle famiglie, mentre il Federalismo non ha contribuito a trasferire oneri sulle famiglie, e anzi, sino alla crisi finanziaria, l'aveva diminuita
  - non si avvalorava, quindi, la tesi di una attuale tendenza alla privatizzazione del sistema di tutela
- il Federalismo ha messo “sotto controllo” la spesa, mantenendo e riducendo ulteriormente i tassi di crescita reale degli anni '90.

In altri termini, dal 2001 in poi, il vero *driver* di cambiamento nell'ecosistema sanitario appare essere il ristagno della crescita italiana, che ha minato tanto la crescita della spesa pubblica, sia quello della spesa privata: va ricordato che fino al 2000 il PIL italiano è cresciuto in termini reali del +2,1% medio annuo; successivamente la crescita è stata quasi nulla (+0,3%).

La carenza di risorse e, quindi, la crescente competizione per l'allocazione fra le diverse funzioni

pubbliche, ha condizionato la traiettoria della spesa sanitaria pubblica, ma anche quella della spesa privata.

Il tasso medio di crescita della prima, nel periodo 2001-2024, è stato in media inferiore di -1,9 p.p. annui rispetto a quello dei Paesi EU-Ante 1995, con il risultato di accumulare uno scostamento del -44,6%.

Dopo il 2000 non si assiste più ad alcuna “compensazione” da parte delle famiglie: fenomeno che non stupisce considerando che gli italiani spendono privatamente già più di quanto atteso sulla base delle loro disponibilità economiche: la spesa sanitaria privata italiana è, infatti, più bassa del -13,0% di quella media dei Paesi EU Ante-1995, ma a fronte di un PIL pro-capite inferiore del -20,6%.

Analizzando la spesa privata, sembra emergere come, nella Società italiana, si stia sviluppando un processo di “razionalizzazione” della stessa: a riprova, all'interno dei € 43,3 mld. di spesa privata (24,2% del totale), cresce gradualmente la quota di spesa intermediata: tra il 2019 e il 2024 è aumentata di +14,2 p.p. nel 2024, il 67,2% della componente intermediata è associata a polizze collettive e il 32,8% a polizze individuali.

Tornando alla spesa pubblica, malgrado gli scostamenti (“in difetto”) rispetto a livelli europei, e pur

potendosene stimare un sottodimensionamento (anche considerando il rispetto dei vincoli macro-economici), i margini di rifinanziamento sembrano modesti, e comunque non tali da poter raggiungere livelli “risolutivi”.

Va infatti considerato che il PIL italiano (usato qui come *proxy* delle risorse disponibili) è condizionato, più che negli altri Paesi europei, dall'incidenza degli interessi sul debito pubblico, e dall'incidenza dell'economia sommersa, che non contribuisce fiscalmente a sostenere le spese pubbliche.

Di fatto, riferendosi alla relazione statistica che lega il PIL al netto degli interessi (non essendo peraltro stato possibile depurare il confronto dalle diverse incidenze del sommerso) e la spesa sanitaria (totale), il *target* di rifinanziamento ipotizzabile risulta del 12,9% (sovrastimato per le ragioni indicate); in pratica meno di € 30 mld. che, ricordando quanto argomentato sulla mancanza di propensione delle famiglie a spendere ulteriormente per la Sanità, appare evidente dovrebbero comunque essere reperite nel bilancio pubblico (Figura 5.).

Un ammontare che rimane di complessa, se non

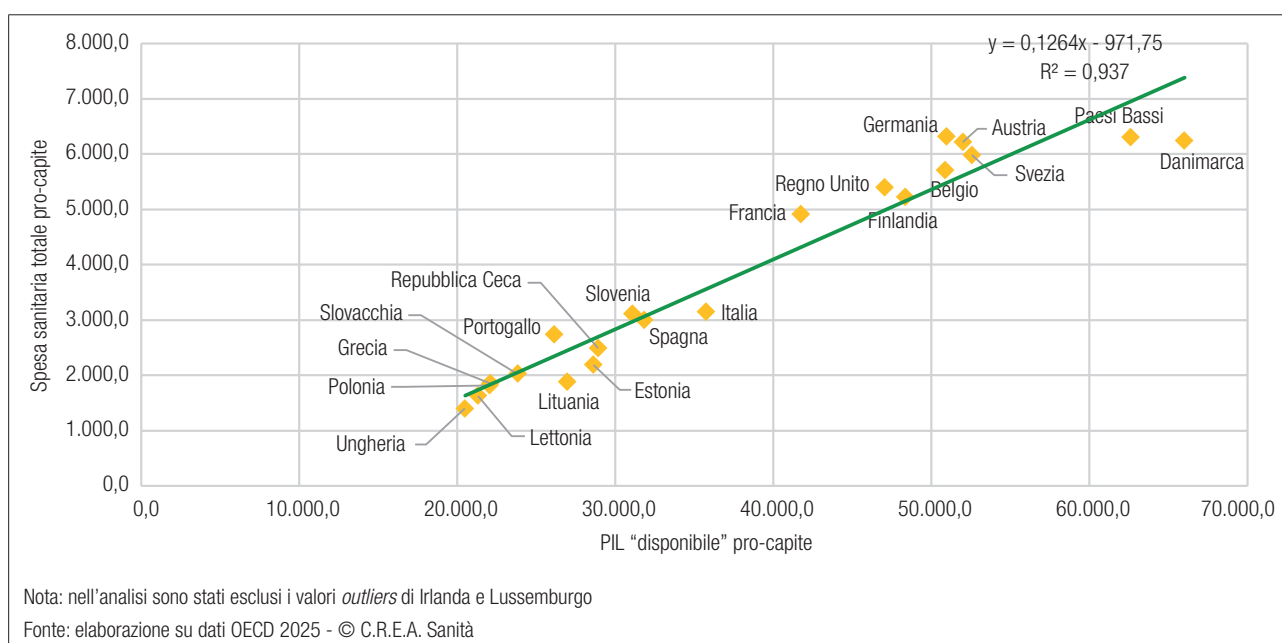
impossibile, reperibilità, anche alla luce della “competizione” di altri settori del *welfare* sottofinanziati (si veda in primo luogo l'istruzione) e le crescenti pressioni per il riarmo.

Peraltro, anche trovando le risorse per il rifinanziamento, rimarrebbero irrisolti numerosi problemi; senza pretesa di esaustività:

- in carenza di crescita il differenziale si accumulerebbe velocemente
- la spesa rimarrebbe comunque inferiore (a titolo di esempio) del -27,8% rispetto a Paesi come la Francia e del -43,9% rispetto alla Germania
- sulla base delle stime pubblicate nelle precedenti edizioni del Rapporto Sanità, non basterebbero neppure a riallineare organico e retribuzioni dei professionisti sanitari impegnati nel SSN.

Va aggiunto che, in prospettiva, la principale criticità sembra essere quella dello scostamento fra crescita italiana e tassi di crescita della spesa dovuti alle tecnologie sanitarie.

**Figura 5. Spesa sanitaria totale vs PIL netto interessi**



A riprova di ciò, basti ricordare come il tasso medio annuo di crescita della spesa farmaceutica totale nell'ultimo decennio sia stato del +3,6%, e stia accelerando vistosamente (+4,1% nell'ultimo quinquennio): tanto che la quota di spesa sanitaria pubblica assorbita dal settore è aumentata di +3,1 p.p. negli ultimi 10 anni. Questo malgrado i tentativi di contenimento della stessa, peraltro arrivati ad un punto limite: stimiamo uno sfioramento del tetto della farmaceutica pubblica di € 4,1 mld. per il 2025 e di € 6,5 mld. per il 2026.

D'altra parte, appare impossibile assumere una attitudine di "rinuncia alla tecnologia", anche in considerazione dell'osservazione che larga parte dell'efficientamento è in ultima istanza riconducibile all'innovazione (ivi compresa quella organizzativa): una conferma di ciò, per quanto indiretta, la troviamo nella riduzione delle degenze medie in campo chirurgico (-3,9% in media nell'ultimo decennio), che assumono ancor più valore considerando come l'invecchiamento si riflette sull'aumento delle degenze nei ricoveri "medici" (+15,5%); ma anche nel progressivo aumento dell'età di insorgenza delle patologie acute, a dimostrazione dell'efficacia delle maggiori opportunità terapeutiche (e in primo luogo della prevenzione secondaria).

Nell'insieme, anche sul lato dell'efficientamento i risultati non appaiono scevri di criticità: la "razionalizzazione" non sembra avere evitato un razionamento, peraltro implicito e, proprio per questo, potenzialmente generatore di iniquità e inefficienze.

## Bisogni

Equità ed efficienza rappresentano condizioni necessarie per massimizzare il benessere sociale, ma non sufficienti: evidentemente non avrebbero alcun senso qualora il SSN non facesse realmente fronte ai bisogni della popolazione.

Da questo punto di vista, non ci si può esimere dal ricordare come la strutturazione dell'offerta del SSN sia stata pensata in un mondo del tutto diverso dall'attuale:

- gli anziani (*over 75*) che nel 1982 erano il 4,7% della popolazione (2,7 mln.), ora sono il 12,6% (7,4 mln.)

- nel 2014 morivano ogni anno 691.000 persone; in un decennio sono aumentate di 27.000 unità
- peraltro, nascevano 509.000 bambini, che ora non arrivano a 370.000 (-37,3%)
- di contro, i disabili sono invece rimasti costanti malgrado l'invecchiamento
- i multicronici che, nel 1980, erano il 40,7% della popolazione (23 mln.), ora sono il 41,6% (+1,5 mln.)
- i non autosufficienti che, nel 2016, erano il 3,3% della popolazione (2,0 mln.), sono oggi stimati essere il 3,7% (2,2 mln.), con una crescita di circa il +10% in meno di dieci anni.

Il quadro descritto appare evocativo di un significativo aumento dei bisogni dovuto all'invecchiamento, ma anche alla crescita delle opportunità diagnostiche e terapeutiche che, almeno in alcuni ambiti, sopravanzano persino l'impatto derivante dalle modificazioni demografiche.

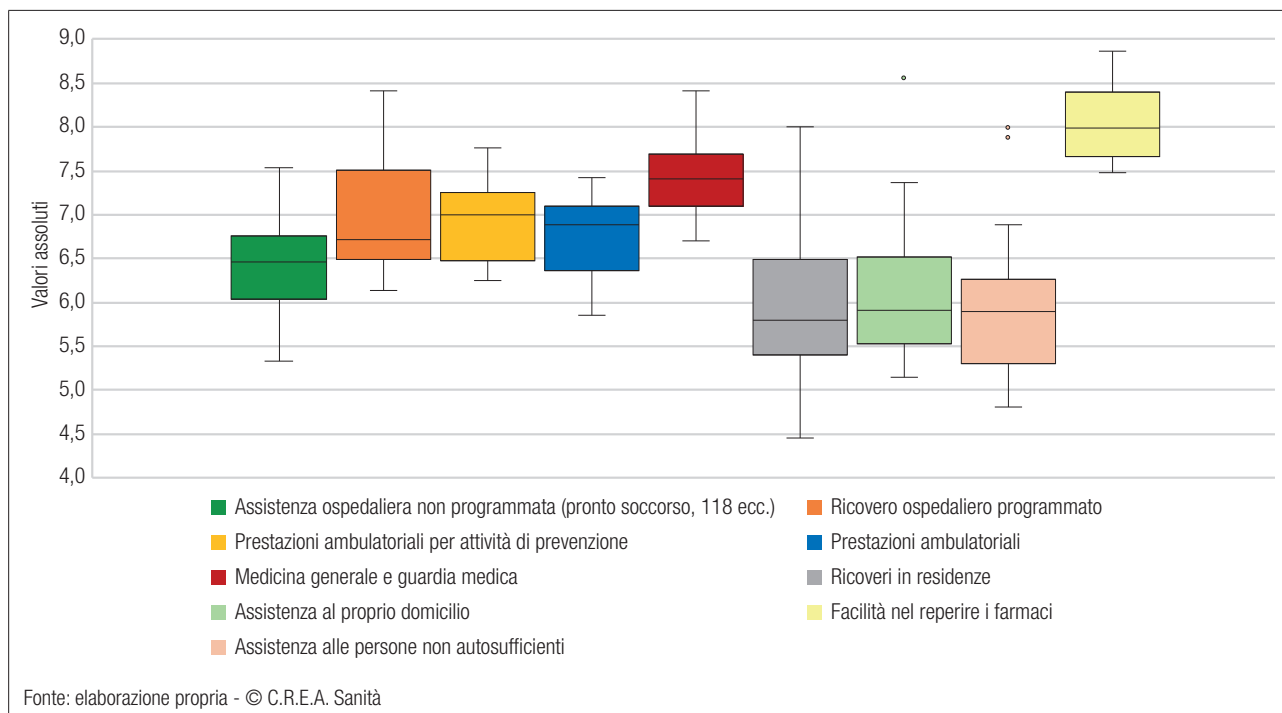
Non di meno, l'innovazione tecnologica ha permesso di contrastare significativamente la crescita della domanda: ricordiamo il dato sopra richiamato sulla disabilità, rimasta nel tempo sostanzialmente costante, certamente anche grazie alla migliore efficacia delle terapie; una indicazione analoga è offerta anche dall'aumento degli anni di vita in buona salute attesi (+0,8 anni), e possiamo aggiungere alla lista anche l'epocale riduzione dei ricoveri chirurgici (-18,8% negli ultimi 10 anni).

Per quanto efficace, la tecnologia non ha potuto annullare completamente gli effetti della demografia: ma il cambiamento più rilevante non è quello quantitativo, quanto quello qualitativo, legato alle modificazioni della natura dei bisogni, e quindi della domanda che generano.

Da questo punto di vista, altri elementi di cambiamento sociale vanno richiamati; senza pretesa di esaustività:

- le famiglie monopersonali che erano il 31,1% nel 2015, ora sono il 36,2% (9,5 mln.)
- le famiglie monopersonali di *over 65* che erano il 14,8% nel 2015, ora sono il 16,9%
- i laureati, che nel 2015 erano il 17,6% della popolazione (25-64 anni) ora sono il 22,3%.

Figura 6. Indice di soddisfazione, per area assistenziale



In definitiva, appare evidente che si debba considerare il combinato disposto dei fattori demografici e sociali, e questo porta a riconoscere due cambiamenti fondamentali:

- la crescita di bisogni “ibridi”, ovvero allo stesso tempo sanitari e sociali
- il progressivo scostamento fra bisogni ( clinicamente intesi) e domanda.

La centralità di questi due aspetti in una prospettiva evolutiva del SSN sembra essere confermata dai risultati di una indagine promossa da C.R.E.A. Sanità per raccogliere alcune PREMs (*Patient Reported Experience Measures*), intervistando un campione rappresentativo della popolazione italiana.

Dalla *survey* emerge come la soddisfazione dei cittadini sia significativamente maggiore per i servizi legati all’assistenza farmaceutica e alla medicina di famiglia; di contro, significativamente peggiore per l’assistenza domiciliare, residenziale e ai soggetti non autosufficienti. Mentre le altre aree di assistenza indagate, quali ospedaliera e specialistica, rimangono in una “via di mezzo” (Figura 6.).

Il dato raccolto conferma l’insufficienza della ri-

sposta del SSN nei confronti dei più fragili, che oggi sono i soggetti che, a causa dell’età (e quindi i problemi di salute), ma anche della deprivazione, perdono in tutto o in parte la loro autosufficienza: una quota di popolazione crescente, che non richiede tanto cure ospedaliere e specialistiche, quanto una assistenza “ibrida”, sanitaria e sociale, capace in primo luogo di salvaguardarne la qualità di vita.

Con eccezioni marginali, la disaffezione dei cittadini per i servizi di questo tipo appare del tutto generale a livello geografico, confermando che si tratta di una diffusa emergenza sociale.

La carenza del SSN su questo versante appare spiegabile, osservando come, negli anni ‘80, con una popolazione più giovane, dotata di una minore aspettativa di vita e anche minori opportunità terapeutiche, la prevalenza dei bisogni era legata alle acuzie: ed a queste il Servizio ha risposto, tanto che la soddisfazione della popolazione, pur non ottimale, per l’assistenza ospedaliera e specialistica rimane più o meno allineata alla sufficienza.

La soddisfazione rimane “appena” sufficiente, in larga misura a causa di carenze di offerta: dimo-

te indirettamente dalla “lunghezza” delle liste di attesa, e dalla conseguente quota di spesa OOP delle famiglie, che ha ormai superato il 25% del totale.

Una conferma dell’esistenza di barriere all’accesso ci sembra anche essere fornita dal citato utilizzo della spesa privata OOP per acquistare prestazioni “preventive”, interpretabile (si veda il Capitolo 5f sull’Equità) come un *escamotage* per accelerare l’accesso ai percorsi di cura.

In ogni caso, malgrado le difficoltà, le famiglie italiane sembrano, comunque avere imparato a supplire alle carenze di offerta, adottando una attitudine che possiamo definire del “fai da te”.

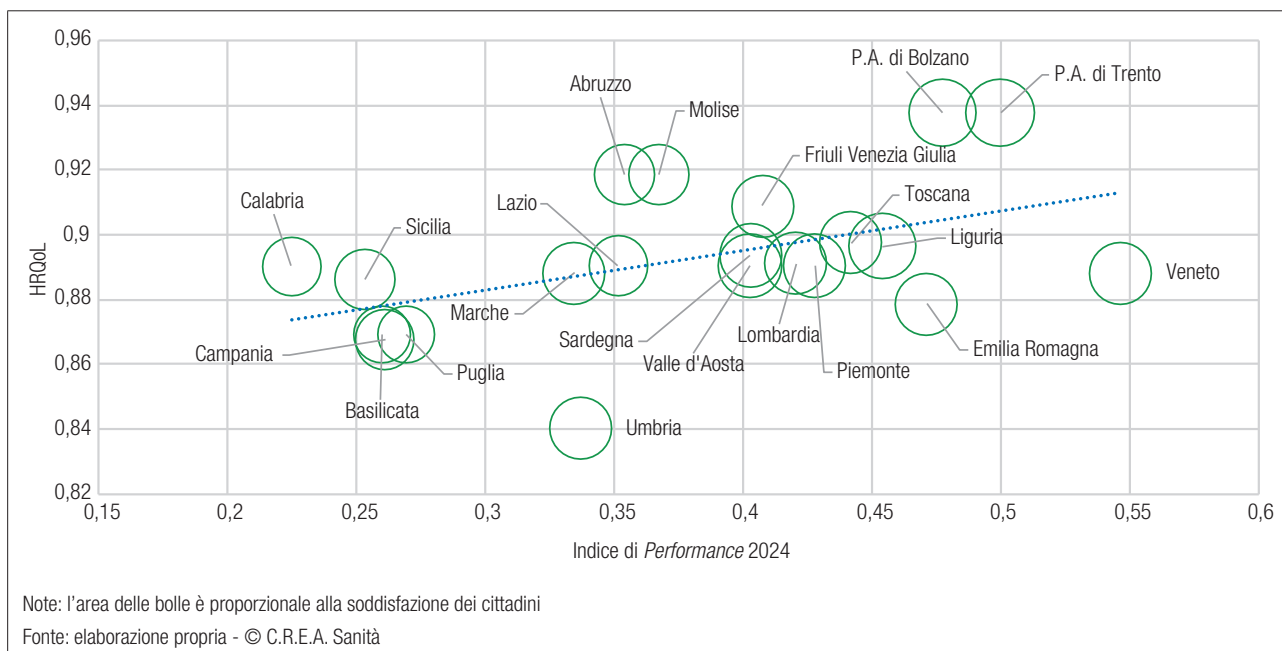
Per conferma, a titolo esemplificativo, citiamo i risultati di una *survey* a cui hanno risposto 585 donne operate al seno (Indagine C.R.E.A. Sanità per ANDOS): quasi il 90% delle pazienti riesce ad effettuare gli esami di *follow-up* nei tempi previsti; ma di queste meno della metà ha avuto gli esami prenotati dalla struttura che le ha in carico; le altre hanno “fatto da sole” e, quindi, non stupisce che due terzi lamenti difficoltà nella prenotazione delle prestazioni, dovute alle lunghe liste d’attesa (46,2% delle risposte); il

27% lamenti la necessità di dover ricorrere al privato per la difficoltà di prenotare nel pubblico; od anche l’impossibilità di effettuare le prenotazioni in Centri vicini alla propria residenza (14,0%), la difficoltà nella comunicazione con i Centri (9,9%) ed, infine, la necessità di prenotare gli esami con largo anticipo (2,9%).

In sintesi, l’obiettivo di cura si raggiunge, ma grazie ad una quota rilevante di “autogestione” (il “fai da te”) delle pazienti.

La virtuosa capacità delle famiglie italiane di utilizzare un approccio “fai da te” per la gestione della propria salute va sottolineata, anche perché, molto probabilmente, è uno dei fattori che maggiormente determina il mantenimento di eccellenti indicatori aggregati di salute in Italia, insieme alla constatazione che i servizi sanitari possono incidere sulla salute solo per il 10-20%, un impatto nettamente inferiore rispetto a quello esercitato dagli stili di vita, dai comportamenti individuali, dai fattori socio-economici e da quelli ambientali (si veda anche il Capitolo 4d sulla necessità di sviluppare l’approccio *One Health* a livello nazionale).

Figura 7. Indice di Performance, qualità della vita correlata alla salute (HRQoL) e soddisfazione dei cittadini



A conferma, ricordiamo che nella citata *survey*, C.R.E.A. Sanità ha anche raccolto la *Health Related Quality of Life* delle popolazioni regionali (utilizzando l'EuroQol-5D-5L) e le risposte hanno evidenziato come la percezione della qualità della vita non dipenda solo dalle *Performance* dei Sistemi Sanitari Regionali: ad esempio, Calabria e Veneto, pur ottenendo valori estremi ed opposti in termini di *Performance* nella tutela della salute, registrano una qualità di vita percepita pressoché sovrapponibile (Figura 7.).

Ovviamente, il “fai da te” ha un costo, anche economico, ben rappresentato dal fatto che il 38% delle donne intervistate è andata incontro a problemi di “tossicità finanziaria” (si veda Capitolo 15b), malgrado sia residente in un Paese dotato di un Servizio Sanitario pubblico universalistico.

Ma il “fai da te” non è sufficiente dove la carenza di offerta supera il limite: ed è il caso dell'assistenza residenziale e domiciliare.

Con l'invecchiamento e l'aumento dell'aspettativa di vita è cresciuto il bisogno legato alla cronicità, ma il SSN non è riuscito a cambiare paradigma: la medicina di iniziativa e la presa in carico rimangono attivate a “macchia di leopardo” sul territorio nazionale.

La destinazione delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) al territorio vorrebbe essere la scelta risolutiva per cambiare paradigma in tema di risposta del Servizio ai problemi legati alla cronicità. Ma, mentre si attende riscontro oggettivo sull'impatto degli investimenti fatti, va rilevato che ancora forniscono in prevalenza risposte ai bisogni di diagnosi specialistica (magari di primo livello) e di cure intermedie, senza affrontare in profondità il tema dell'“ibridazione” dei bisogni: i problemi di salute si spostano infatti sempre più avanti nell'età, e si “mischiano” con quelli legati alla non autosufficienza, quest'ultimi “aggravati” dalle modifiche sociali, in primis la riduzione delle occasioni di supporto familiare.

In queste condizioni, appare evidente che, in carenza di una sistematica e reale integrazione dei servizi sanitari e sociali, il SSN risponderà sempre meno ai reali bisogni della popolazione, costringendo le famiglie a provvedere autonomamente: giova ricordare come, già ora, le spese per gli anziani e la non autosufficienza siano fra le prime cause di im-

verimento dei cittadini (l'assistenza LTC rappresenta la seconda voce di spesa, dopo i farmaci, delle famiglie con anziani impoverite) e siano in mano al “fai da te” delle famiglie che arruolano un esercito di badanti non professionalizzate (e, per la metà dei casi, non regolarizzate).

Se l'aspetto della modifica dei bisogni è certamente di grande rilevanza, non lo è da meno quello dello scostamento fra bisogni e domanda, che porta al tema del suo governo.

La domanda è fatta anche di aspettative oltre che di oggettivi bisogni di salute: appare evocativo della modifica nelle aspettative della popolazione il fatto che i servizi che ottengono maggiori livelli di soddisfazione siano quelli in cui “spontaneamente” si sono modificate le modalità del servizio: la medicina di famiglia è quella in cui più si ricorre a contatti a distanza, come anche la farmaceutica, grazie alla pandemia che ha spinto all'adozione della ricetta dematerializzata.

Il gradimento è coerente tanto con l'osservazione di una popolazione sempre più avvezzata a utilizzare strumenti digitali, anche in età anziana, quando all'esigenza di minimizzare gli spostamenti in età anziana.

Rileva altresì che oltre al ben noto problema delle liste di attesa, fra le ragioni di insoddisfazione per i servizi, circa metà del campione intervistato, specialmente i rispondenti più giovani, abbiano segnalato le attese negli studi medici: l'aspettativa, quindi, non si limita alla risposta clinica, comprendendo anche le modalità di erogazione della prestazione: fenomeno collegabile in via di principio anche alla crescita dei livelli di scolarizzazione e alla partecipazione al mondo del lavoro.

La maggiore istruzione, come ampiamente dimostrato in letteratura, è anche correlata all'incremento della domanda di prestazioni specialistiche: oggi rappresentano la terza voce di spesa dopo ospedaliere e farmaceutica, e sarebbero la seconda considerando l'odontoiatria extra-SSN: la crescita della domanda (ormai tornata sui livelli pre-pandemia anche nel SSN) pone però problemi in termini di rischio di inappropriatazza: al di là del carente utilizzo dei dati amministrativi per il suo controllo e valutazione

(peraltro aggravato dalla mancanza di integrazione dei flussi informativi con la quota rilevante di prestazioni usufruite fuori dal perimetro del SSN), va sottolineato la necessità di ripensare e ridefinire i confini del concetto di appropriatezza.

Infatti, il SSN è rimasto fermo ad una declinazione utilizzabile nel *setting* delle acuzie: ma la definizione dell'appropriatezza nel caso della cronicità è complessa e molto meno "oggettivabile"; a titolo di esempio, si può citare il tema della decisione sulla frequenza dei controlli di *follow-up*, ma anche la decisione sulla modalità (in presenza o a distanza) di erogazione delle prestazioni; ancor più complesso è definire l'appropriatezza delle prestazioni sociali, per le quali siamo ancora lontani da avere una consolidata definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, e quindi della quantificazione dell'estensione e intensità dell'assistenza riconosciuta ai cittadini.

Lo sviluppo dei Percorsi Preventivi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali (estesi al sociale) e l'utilizzo diffuso del Piano Assistenziale Individualizzato potrebbero rappresentare un modo per governare la domanda, ma richiedono un investimento per allineare in modo trasparente risorse di sistema e promesse fatte alla popolazione: in altri termini, vanno ripensati i principi che definiscono l'accesso ai diritti garantiti, adattandoli al mutato bisogno della domanda.

In conclusione, la Società cambia, la domanda anche e la sua interpretazione diviene sempre più complessa: il SSN non può permettersi di rimanere fermo alla declinazione dei bisogni fatta oltre 40 anni fa, in un mondo che non esiste più.

## Riflessioni finali

Le evidenze raccolte nel 21° Rapporto Sanità confermano l'esigenza di un "ripensamento" sostanziale dell'intervento pubblico in Sanità, già anticipata nelle riflessioni finali del rapporto 2024.

In ultima istanza, riteniamo che non sia certamente sostanziale la definizione del citato "ripensamento", ovvero che sia una "trasformazione" o "manutenzione" (per quanto certamente "straordinaria").

Di contro, è certamente rilevante che, magari

anche grazie alle analisi quantitative fornite da vari Centri di ricerca, venga presa in considerazione l'esigenza di aprire un dibattito "costituente" sulle prospettive future del Servizio pubblico.

Se mai ce ne fosse bisogno, i dati elaborati ricordano come la Società italiana dei tempi in cui è stato istituito il SSN fosse profondamente diversa da quella attuale, come anche il quadro epidemiologico da fronteggiare.

È acclarato come la popolazione sia rapidamente invecchiata, i supporti familiari si siano indeboliti, i livelli medi di istruzione siano aumentati... ma i cambiamenti più profondi in campo sanitario sono stati quelli legati all'innovazione tecnologica: nell'ultimo mezzo secolo si è passati da una Sanità quasi primordiale, ad una super specializzata e tecnologica; le opportunità di terapia sono cresciute esponenzialmente, e con loro le aspettative della popolazione.

Come argomentato nelle pagine precedenti, dedicate alla sintesi del Rapporto, siamo passati da un contesto in cui l'obiettivo era in fondo la ("semplice") risposta ad un bisogno clinico precisamente individuabile, tipicamente acuto, ad uno in cui l'obiettivo è la risposta ("complessa") alle aspettative della popolazione; aspettative sempre più legate ad un concetto olistico di benessere, ovvero al perseguimento di attese riferite alla qualità (forse più che alla quantità) della vita.

Di fronte a cambiamenti così rilevanti, sembra evidente che non sia eludibile interrogarsi su come la risposta pubblica debba essere ripensata.

La riflessione sembra bloccata da un "punto di frizione" individuabile nel rischio, paventato da alcuni, che l'eventuale revisione dei principi assunti al tempo dell'istituzione del SSN sia foriera di una retrocessione della tutela pubblica; o, per essere più espliciti, che il tema dell'ammodernamento possa essere utilizzato per "smontare" surrettiziamente la tutela pubblica.

A scanso di equivoci, va propedeuticamente ribadito che l'obiettivo delle analisi elaborate nel Rapporto è stato quello di fornire elementi utili a mantenere efficace, efficiente ed equo l'intervento pubblico in Sanità, nella convinzione che la tutela (e promozione) della salute, nonché la protezione dei cittadini

dai rischi economici legati alla malattia, anche al di là del dettato costituzionale, sia un elemento discriminante in termini di civiltà e giustizia sociale.

Ciò non di meno, evidenze quantitative alla mano, l'arroccamento su posizioni che non vogliono prendere in considerazione cambiamenti del sistema, se non marginali, appare logicamente insostenibile.

Per provare a superare l'*empasse*, si è ritenuto opportuno esercitarsi nel ragionare sui principi che non dovrebbero essere messi in discussione, quelli che potrebbero avere bisogno di un aggiornamento, e quelli che, per effetto delle nuove caratteristiche della Società, sarebbe ragionevole inserire *ex novo*.

Iniziando dai primi, ribadiamo che il principio dell'Universalismo, della Globalità della presa in carico, dell'Equità di accesso rimangono fondamentali indiscutibili dell'intervento pubblico, come anche i criteri dell'appropriatezza e dell'efficienza.

Le analisi contenute nel Rapporto sembrano indicare che sia però necessario aggiornarli, chiarendone in alcuni casi i contenuti.

Quella che abbiamo definito l'"ibridazione" dei bisogni, richiede una estensione del principio di globalità: fra la prevenzione e il fine vita va trovato un riconoscimento esplicito ai bisogni sociali, al diritto al mantenimento della possibilità di una partecipazione sociale anche in condizioni di non piena autosufficienza; quindi non un arretramento dell'intervento pubblico, semmai un avanzamento, verso un sistema non "integrato" *ex post* di tutele, bensì originariamente sia sociale che sanitario: in altri termini una risposta pubblica complessiva, per quei bisogni che sono soddisfabili con prestazioni in natura.

Superare la logica dell'integrazione (*ex post*) appare opportuno quanto meno alla luce dei deludenti risultati sinora raggiunti (come ampiamente argomentato nelle pagine precedenti); ma anche alla luce dell'enorme divario sia di risorse allocate nei due settori, sia di capacità professionali (e quindi di risposta ai bisogni) che permane fra Sanità (dove le Aziende Sanitarie Locali hanno sviluppato una organizzazione, e maturato una esperienza e competenza indiscutibili) e Sociale (dove i Comuni dispongono di risorse irrisorie e quasi nulle competenze specifiche).

Superare la logica dell'"integrazione" richiede una modifica di principio, perché non è materia di interventi "minori": basti pensare alle difficoltà che si incontreranno per riunificare le risorse disponibili nel sistema per la non autosufficienza e sancire l'estensione del perimetro di intervento del SSN.

Anche il principio di appropriatezza, su cui si basa la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), appare meritorio di un aggiornamento. Come anticipato, pensare all'intervento pubblico in termini di risposta a bisogni (per lo più interpretati come strettamente clinici) è ormai improponibile: in una Società che persegue un benessere olistico, è necessario passare dalla risposta al bisogno a quella della soddisfazione della domanda, purché socialmente meritoria. Ne segue la necessità di una capacità di governo della domanda, che però rimane impossibile senza un approfondimento di come si declini l'appropriatezza nei *setting* "non acuti".

In definitiva, vanno identificate regole nuove per identificare la meritorietà, dove l'intensità assistenziale e le modalità di erogazione possono essere variate in funzione delle caratteristiche del richiedente, oltre che della patologia.

Si aggiunga che fra le ragioni di insoddisfazione dei cittadini cresce quella dell'aspetto delle modalità di erogazione, un aspetto dell'assistenza largamente negletto nelle norme che reggono il SSN: infatti, il servizio è stato costruito sull'assunzione che l'equità di accesso sia ottenibile garantendo una adeguata offerta, tanto che si definisce il SSN come un "insieme di servizi".

Ma il dimensionamento dell'offerta non garantisce l'Equità negli esiti e la domanda aggiuntiva è se fra gli esiti non ci debbano essere anche elementi legati alla soddisfazione delle aspettative, evidentemente soggettive, dei cittadini.

Il dibattito sulle aspettative non si è mai sviluppato, rimanendo al più limitato al problema delle liste di attesa, trattate come un problema di offerta, quando sono invece per lo più legate al governo della domanda; ma, andando oltre, oltre al diritto di avere una prestazione in tempi ragionevoli, il cittadino italiano forse avrebbe diritto a non perdere inutilmente ore di lavoro (o tempo libero) a causa di attese le-

gate a inadeguata organizzazione dei servizi; a raggiungere un servizio anche se non è in grado di farlo con i mezzi propri o in autonomia; come anche al diritto alla contestualità fra prescrizione pubblica e prenotazione delle prestazioni (in tempi ragionevoli, nonché luoghi a distanza anch'essa ragionevole dal domicilio).

In una ottica di benessere collettivo, il sistema dei principi dell'intervento pubblico sembra quindi carente dell'affermazione dell'impegno a minimizzare gli esiti della malattia (in senso lato) sulla vita (anch'essa in senso lato) del paziente e della sua famiglia.

Altrettanto carente appare l'attenzione all'impatto dell'intervento pubblico sullo sviluppo economico.

Oggi, pur lentamente, avanza la consapevolezza dell'importanza dell'approccio "One Health" (come argomentato nel Rapporto mancante ancora di una *governance* nazionale consolidata); ma, ancor di più, manca consapevolezza sugli effetti delle politiche sanitarie sullo sviluppo economico: sembra che la "lezione" della pandemia non abbia lasciato eredità su questo aspetto.

In una realtà economica in cui i tassi di crescita dei costi delle tecnologie surclassano quelli dell'economia nel suo complesso, non porsi il problema dell'integrazione fra politiche "assistenziali" e "industriali" appare del tutto miope, tanto da rischiare la generazione di condizioni di razionamento nell'accesso all'innovazione.

Il tema assolutamente più "delicato" da affrontare rimane, però, quello del razionamento implicito delle prestazioni: molte delle revisioni/integrazioni dei principi proposte, in ultima istanza spingono verso una espansione dei costi, a fronte di risorse che rimangono insufficienti (a meno di un rilancio della crescita economica del Paese): in altri termini pongono un problema di sostenibilità.

Come più volte argomentato nelle precedenti edizioni del Rapporto, il tema della sostenibilità non è questione di ammontare di risorse, quanto di coerenza fra "promesse" e risorse.

Le analisi svolte in questa 21° edizione del Rapporto evidenziano come, sin dalla sua istituzione, il SSN non sia stato nei fatti capace di gestire il citato

rapporto fra "promesse" e risorse: le seconde sono probabilmente cresciute quanto reso possibile con gli asfittici tassi di crescita dell'economia italiana; parallelamente le "promesse" si sono espanse senza coerenza evidente con le disponibilità effettive.

Malgrado una narrazione che per decenni è stata prona all'idea che l'equilibrio fra i due termini della questione si potesse trovare recuperando (... miliardi di € in... ) efficienza, di fatto i dati disponibili ci dicono che si è per lo più fatto ricorso a razionamenti impliciti.

Ma ciò che più rileva è che le analisi quantitative restituiscono un quadro in cui i razionamenti sono stati largamente iniqui, colpendo i cittadini più fragili, vuoi economicamente, vuoi per livelli di istruzione, vuoi socialmente (struttura familiare).

La ricostruzione dei dati sull'Equità e sull'Efficienza del SSN, elaborata sin dalla sua istituzione, non sembra lasciare adito a dubbi sul sostanziale disattendimento delle aspettative originarie in termini di Equità ed Efficienza.

Le analisi supportano anche una visione che "smonta" alcuni "falsi miti"; fra questi quello di una "strisciante privatizzazione del sistema e quello di una "anarchia organizzativa" dovuta al Federalismo; piuttosto, le analisi quantitative dicono che l'arretramento della copertura pubblica si è concentrato negli anni '90, in corrispondenza della prima riforma del SSN: malgrado lo *slogan* in voga in quegli anni ("razionalizzare per non razionare"), sembra che si sia ricorso significativamente al razionamento (implicito).

Di contro, il Federalismo ha invece inizialmente riaumentato la copertura pubblica, anche se poi sembra aver dovuto soccombere a fronte delle crisi finanziarie e alla stagnazione dell'economia italiana; anche le disparità geografiche, mai colmate, sembrano avere origini ben più antiche del Federalismo, avendo convissuto con tutti gli interventi apportati in 40 e più anni di SSN.

In definitiva, il sistema è certamente "sopravvissuto" continuando a svolgere la sua funzione erogativa, ma grazie ai razionamenti impliciti: una strategia evidentemente contraria allo spirito solidaristico che dovrebbe caratterizzare l'intervento pubblico.

Il mantenimento anche di livelli elevati negli esiti

aggregati, che spesso porta a concludere con una acritica promozione del SSN, è di fatto collegabile con interessanti elementi di dinamica sociale: si sta, infatti, sviluppando il “fai da te” delle famiglie, testimoniato dal crescente ricorso a prestazioni a pagamento, specialmente delle fasce di popolazione che incontrano maggiori barriere all’accesso (basti vedere il maggiore ricorso delle famiglie più fragili alle prestazioni classificate come preventive, che ipotizziamo sia un modo per garantirsi un accesso rapido al percorso pubblico). Ed insieme al “fai da te”, appare interessante notare come sembra svilupparsi una razionalizzazione della spesa privata, dimostrata dalla crescita continua della sua quota intermediata.

Alla luce dei fenomeni descritti, si può concludere che il principio dell’Equità di accesso, non solo non ha sinora affatto trovato realizzazione, ma in presenza di opportunità di crescita limitata delle risorse, non può neppure essere declinato in termini di “uguaglianza”, come pure sarebbe previsto nella L. n. 833/1978.

Abbiamo argomentato le ragioni per cui le risorse per la Sanità, con i tassi di crescita attuali, non presentano margini di ampliamento risolutivi, vuoi per la sproporzione fra la crescita dei costi e quella delle risorse, peraltro depauperate da un forte debito pubblico e da una quota rilevante di economia sommersa; vuoi anche per effetto della crescente competizione di altri settori di spesa pubblica sottofinanziata (in primis l’istruzione).

Quindi un chiarimento sul contenuto essenziale che si vuole dare all’Equità di accesso non può essere ulteriormente procrastinato, tanto meno adducendo l’illusione che basti ridurre le liste di attesa o efficientare ancora il Servizio per mettere tutto “in

ordine”.

Non può esserlo per evitare la continuazione del fenomeno del razione implicito, questo sì, operato in modo anarchico: basti pensare come già oggi compartecipazioni ed esenzioni siano declinate in modo difforme a livello regionale, con esiti estremamente variabili, come è reso evidente anche dai differenziali di spesa privata.

Ovviamente operare un razione esplicito è operazione socialmente difficile, ma certamente più giusta che la scelta di non prendere decisioni.

A fronte del rischio di lasciare insoddisfatti i bisogni della popolazione più fragile (ad esempio si pensi alle terapie costose, come quelle oncologiche o per i malati rari, ma anche l’assistenza per la non autosufficienza ecc.) sarebbe opportuno avere il coraggio di esplicitare le priorità dell’intervento: per essere espliciti, ad esempio escludendo dai LEA le terapie nel caso impattino limitatamente sul bilancio familiare. La declinazione data di Equità ci sembra complessivamente quella preferibile: malgrado le ben note difficoltà legate alla non credibilità del sistema fiscale italiano in tema di dimostrazione dei mezzi reali delle famiglie, e ovviamente corredandolo dei meccanismi necessari per proteggere fragilità specifiche, o eventualmente anche utilizzandolo insieme ad altri criteri (ad es. quello di estrapolare dai LEA alcuni *setting* assistenziali, ovvero le patologie meno severe).

In ogni caso, le analisi quantitative possono fornire elementi di riflessione, ma non possono sostituirsi alle scelte politiche: speriamo, quindi, di avere semplicemente contribuito, con questa 21° edizione del Rapporto Sanità, a stimolare un dibattito; e che questo possa portare l’intervento pubblico fuori dalle secche di una ormai insostenibile staticità.



# *Capitolo 1*



## **Il contesto socio-demografico**

**Sintesi**



## CAPITOLO 1

### Il contesto socio-demografico

Carrieri C.<sup>1</sup>

Per contestualizzare l'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) trattata nel dettaglio nei successivi capitoli, si è provveduto ad analizzare la dinamica di alcuni fattori di contesto che impattano significativamente sui bisogni della popolazione e quindi sui Servizi Sanitari.

In particolare, si analizzano a seguire demografia e struttura familiare, mercato del lavoro, istruzione, produzione e reddito.

Ne emerge un quadro caratterizzato da alcune specificità italiane, quali il rapido invecchiamento della popolazione, e un generale ritardo della società italiana rispetto a quella media europea in termini di istruzione, occupazione, sviluppo economico ecc..

Si riassumono a seguire i principali dati a supporto di questa affermazione, iniziando dal quadro demografico.

Rispetto alla sua nascita, il SSN si trova oggi ad assistere una popolazione nettamente più anziana ed anche più numerosa: in particolare, con circa 58 mln. di abitanti nel 2024, la popolazione italiana risulta cresciuta del +4,2% negli ultimi quarant'anni, sebbene l'attesa sia per una riduzione nei prossimi anni (-2,5% nel 2050).

Principalmente, però, rileva l'aumento della quota di popolazione "anziana": il fenomeno è "mondiale", ma in Italia raggiunge il livello più alto, con il 12,5% del totale rappresentato da *over 75* vs il 10,2% della media europea. Nel 2050 si prevede, per l'Italia, un ulteriore aumento di +8,1 punti percentuali (p.p.) dei "grandi anziani", con il Sud che registrerà l'incremento maggiore (+10,0 p.p.).

Il tasso di natalità italiano (6,3 per 1.000 abitanti) essendo il più basso in Europa, ha comportato una importante riduzione della popolazione giovane (0-24 anni), che è passata da 21 mln. nel 1985 a 13 mln. nel 2024 (-35,5%); nel 2050 se ne prevede un ulteriore calo arrivando a 10 mln. di giovani (-19,9% rispetto al 2024).

L'invecchiamento della popolazione si rende tangibile osservando come l'indice di dipendenza anziani italiano risulti il più alto in Europa: attualmente è pari al 38,4% (vs media europea pari a 34,0%) e si prevede raddoppierà nel 2050 arrivando al 61,3% (+22,9 p.p.).

In particolare, rileva la crescita delle famiglie monopersonali che, nel 2024, sono pari al 36,2% del totale (dato superiore alla media europea del 35,9%); nel 2050 si prevede un ulteriore aumento di +4,9 p.p.. Nello specifico le famiglie monopersonali composte da soggetti *over 65* anni, nel 2024, rappresentano il 16,3% (anche in questo caso, dato maggiore rispetto a quello medio europea pari al 15,0%).

Il distinguo tra famiglie monopersonali totali e quelle composte da persone *over 65* anni è rilevante perché queste ultime rappresentano la componente più vulnerabile dal punto di vista sociale ed economico. Gli anziani che vivono soli, infatti, sono maggiormente esposti a condizioni di fragilità, legate sia all'età (problemi di salute, ridotta autonomia, isolamento sociale) sia a fattori economici (maggiori Spese Sanitarie ecc.). Per questo motivo, l'analisi separata di questa categoria, consente di cogliere meglio le criticità demografiche e sociali connesse

<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle persone sole<sup>2,3</sup>.

Come confermato da ampia letteratura, i livelli di istruzione impattano significativamente sullo stato di salute: nello specifico si osserva un peggior stato di salute delle fasce di popolazione meno istruite<sup>4,5,6</sup>.

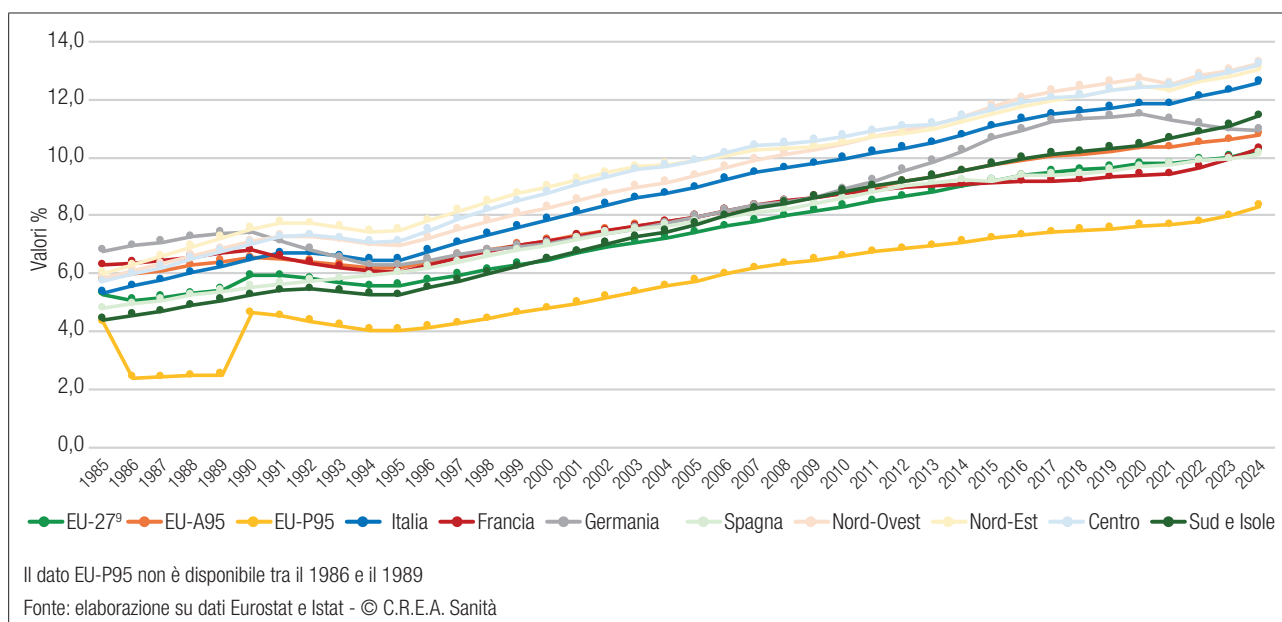
In Italia il livello medio di istruzione è al di sotto della media europea e degli altri Paesi analizzati: la quota di laureati, nel 2024, si attesta al 22,3%, 14,7 p.p. sotto la media europea (37,0%). L'Italia è l'unico Paese analizzato dove la popolazione con solo istruzione primaria supera quella con titolo universitario.

Anche gli indicatori relativi al mercato del lavoro

ro evidenziano che l'Italia si trova in una situazione di svantaggio rispetto alla media europea: infatti, il tasso di occupazione (15-64 anni), nel 2024, risulta il più basso in Europa (62,2% Italia vs 70,8% media europea).

Infine, va osservato che il PIL pro-capite italiano, qui proposto come *proxy* del benessere economico e della ricchezza media di un Paese, nel 2024, è pari a € 37.180, inferiore alla media europea del -9,8% (€ 41.213,9); in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995<sup>7</sup> di - € 7.509,6, risultando invece superiore di € 13.034,3 rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995<sup>8</sup>.

### Popolazione over 75 anni in Europa e in Italia



<sup>2</sup> Morelli S., Nolan B., Palomino J., Van Kerm P.; *The Wealth (Disadvantage) of Single-Parent Households*. Anno 2022. DOI:10.1177/00027162221123448

<sup>3</sup> Parolin Z., Lee E.; *Economic Precarity among Single Parents in the United States during the Covid-19 Pandemic*. Anno 2022. <https://doi.org/10.1177/00027162221122682>

<sup>4</sup> Winkleby M., Jatulis D., Frank E., Fortmann S.; *Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease*. Anno 1992. DOI: 10.2105/ajph.82.6.816

<sup>5</sup> Krueger P., Dehry I., Chang V.; *The Economic Value of Education for Longer Lives and Reduced Disability*. Anno 2019. DOI: 10.1111/1468-0009.12372

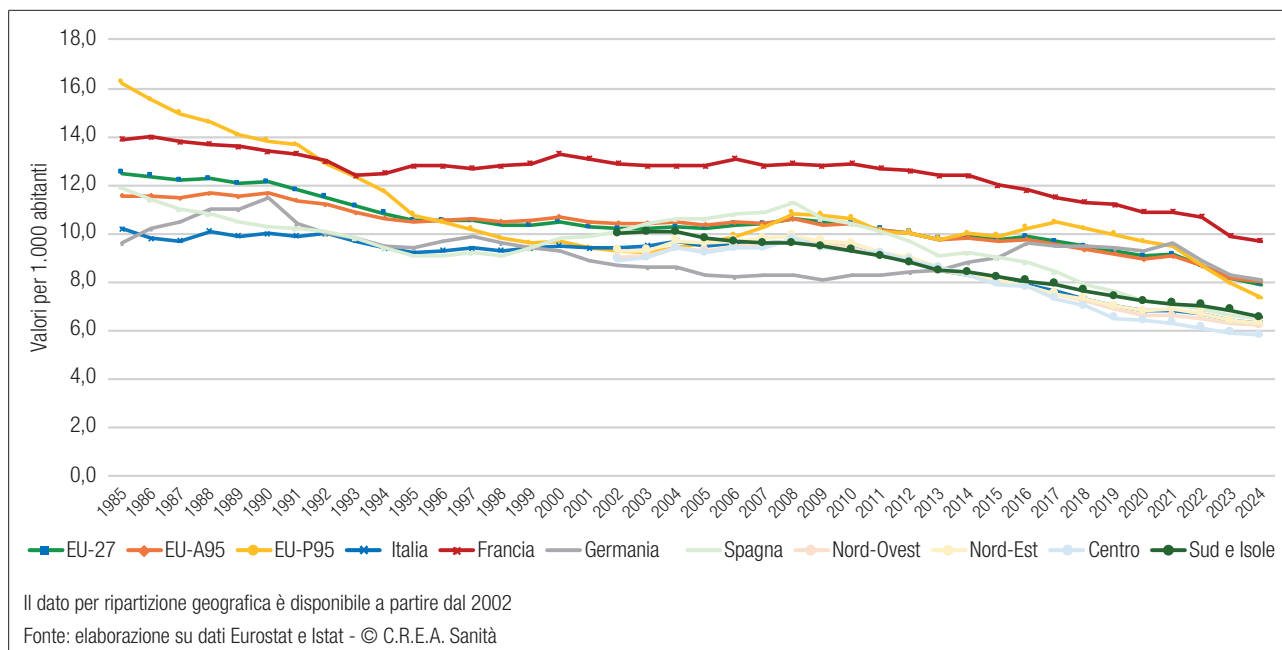
<sup>6</sup> Sheehan P., Shi H.; *Employment and Productivity Benefits of Enhanced Educational Outcomes: A Preliminary Modelling Approach*. Anno 2019. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.03.025

<sup>7</sup> Si fa riferimento ai Paesi firmatari del Trattato di Corfù (entrato in vigore il 01.01.1995), ovvero: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna e Svezia

<sup>8</sup> Si fa riferimento ai Paesi membri entrati nell'Unione Europea dopo il 01.01.1995, ovvero: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria

<sup>9</sup> 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

## Tasso di natalità in Europa e in Italia



In termini dinamici rileva che il tasso medio di crescita del PIL pro-capite reale in Italia, pari al +1,2% medio annuo nell'ultimo decennio, uguale a quello spagnolo e medio europeo (+1,2% medio annuo rispettivamente), e maggiore di quello francese (+0,7% medio annuo) e tedesco (+0,4% medio annuo).

Va inoltre considerato che il *gap* si allarga se si considera il PIL al netto degli oneri relativi agli interessi passivi pagati sul debito pubblico: la spesa per interessi sul debito pubblico rappresenta il 3,9% del PIL dell'Italia contro il 2,4% della Spagna, l'1,7% della Francia e l'1,1% della Germania. Quindi il *gap* dell'Italia rispetto agli altri Paesi citati, in termini di PIL "realmente disponibile" aumenta, risultando pari a -2,8 p.p. rispetto alla Germania, -1,8 p.p. rispetto

alla Francia e -1,5 rispetto alla Spagna.

In termini di distribuzione del reddito, la disparità fra quello percepito dal 20% più ricco e il 20% più povero, è in Italia di 5,5 volte, un risultato che, pur simile a quello spagnolo, risulta il dato più sperequato tra i principali Paesi europei.

In sintesi, nei 40 e più anni passati dall'istituzione del SSN, questo ha dovuto far fronte al peggioramento dei fattori di contesto demografici, in primis l'invecchiamento della popolazione, ma anche alla crescita dei nuclei familiari monopersonali, maggiormente a rischio di fragilità. Gli altri indicatori socio-economici, quali istruzione, occupazione, reddito, pur quasi tutti in miglioramento, rimangono comunque significativamente al di sotto degli *standard* medi europei e dei principali Paesi dell'Unione.





# *Capitolo 2*



## **Finanziamento**

Sintesi:

- 2a. Il Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale:  
un processo in equilibrio precario
- 2b. L'IVA nel settore sanitario: l'esenzione come problema e la  
fiscalità come elemento di influenza della gestione



## CAPITOLO 2a

### Il Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: un processo in equilibrio precario

*Lo Giudice C.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>*

Il Capitolo 2a analizza il processo di Finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), effettuando, anche in comparazione con gli altri Paesi europei.

Nel 2024, la quota di copertura pubblica della Spesa Sanitaria si attesta in Italia al 74,3%, con un *gap* di -7,7 punti percentuali (p.p.) rispetto ai Paesi EU-Ante 1995<sup>3</sup> e di -4,5 p.p. rispetto a quelli EU-Post 1995<sup>4</sup>.

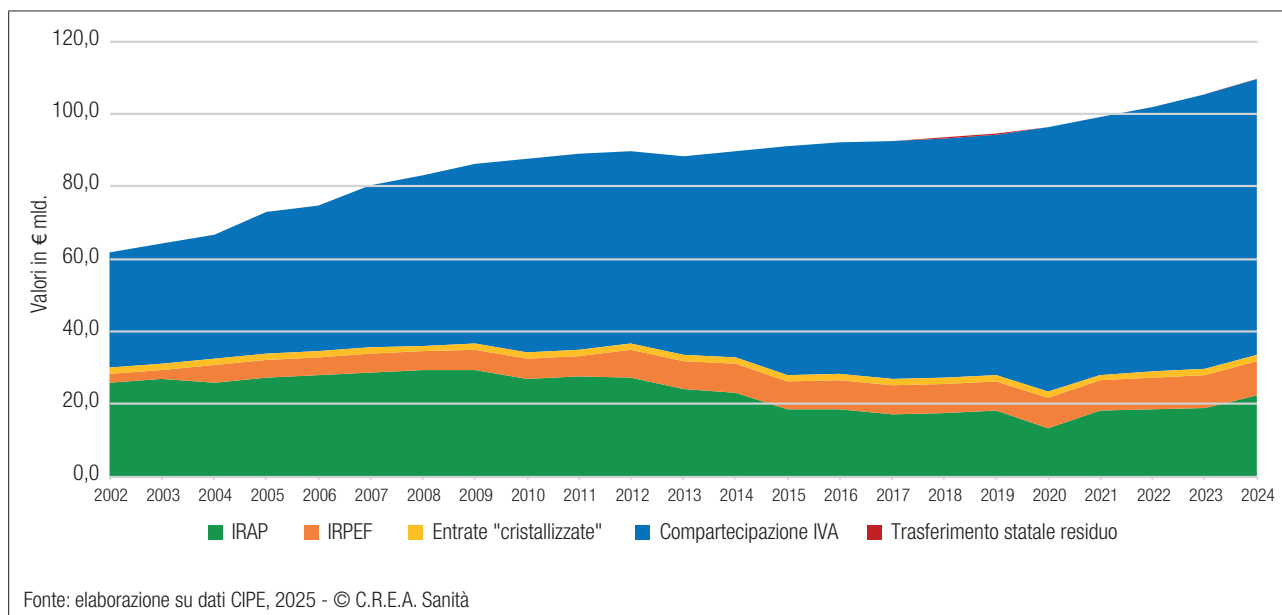
L'Italia quindi registra una copertura pubblica inferiore alle medie europee e il *gap* tende ad allargarsi, in ragione della scarsa crescita economica del Paese.

I fondi pubblici a copertura del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), in Italia, sono alimentati diversamente fra Regioni a Statuto Ordinario (RSO) e Regioni a Statuto Speciale (RSS).

Per quanto le prime nel periodo 2002-2024 si osserva un tasso di variazione media annua del gettito IRAP (destinato alla Sanità) pari allo -0,7%, una crescita della compartecipazione all'IVA del +3,9% e dell'addizionale regionale IRPEF del +6,1%.

Quindi, le RSO "dipendono" per il 69,5% da "trasferimenti" statali.

#### Composizione Finanziamento pubblico del FSN - RSO



<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

<sup>3</sup> Si fa riferimento ai Paesi firmatari del Trattato di Corfù (entrato in vigore il 01.01.1995), ovvero: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna e Svezia

<sup>4</sup> Si fa riferimento ai Paesi membri entrati nell'Unione Europea dopo il 01.01.1995, ovvero: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria

Per quanto concerne le RSS (ivi comprese le Province a Statuto Speciale) il tasso di crescita medio annuo dell'IRAP è stato dello +0,2%, quello delle entrate delle RSS del +3,9% e quello dell'addizionale regionale IRPEF del +6,2%.

Nel Capitolo viene effettuata un'analisi dei danni dell'evasione fiscale sul Finanziamento del FSN nel periodo 2011-2024.

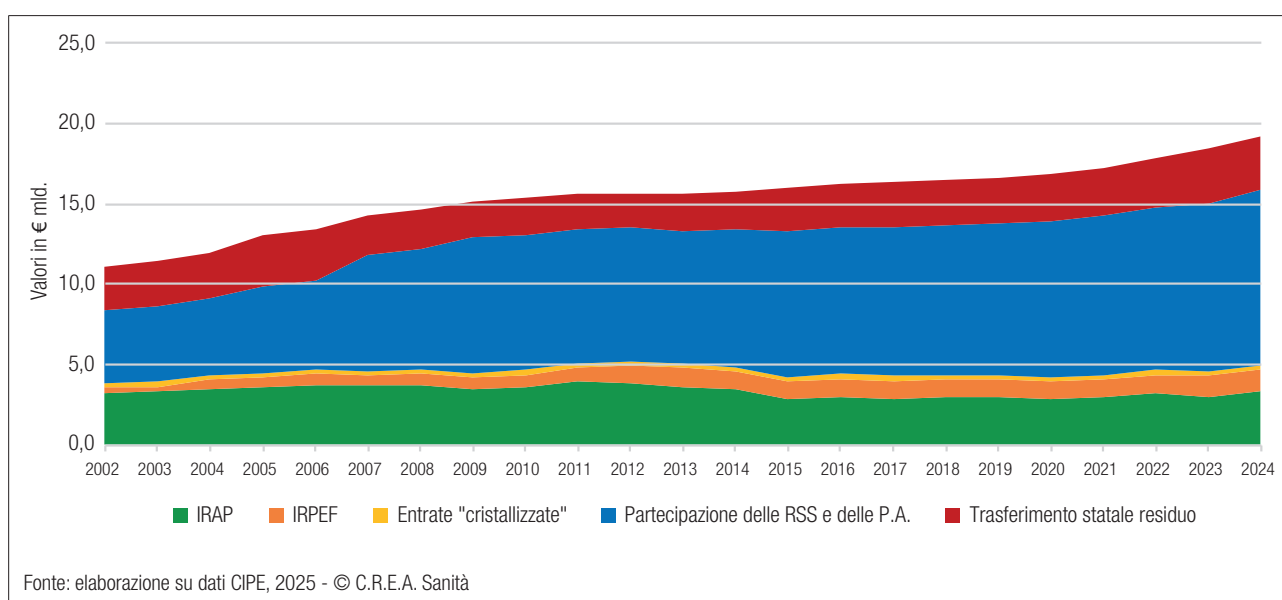
Sulla base delle stime ufficiali relative all'evasione

fiscale, a parità di aliquota, si può stimare una sottrazione di risorse al SSN pari, nel 2011, al 24,4% del Fabbisogno indistinto e nel 2024 al 7,1%.

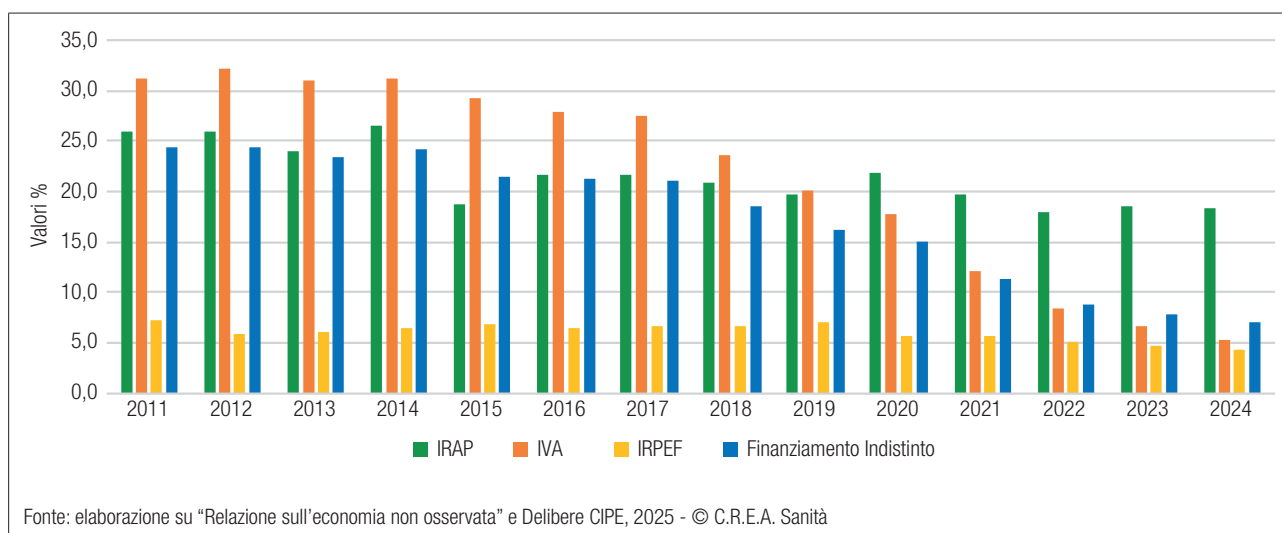
Nel periodo preso in considerazione, il Finanziamento è cresciuto ad un tasso medio annuo pari al 3,3%.

La Regione con il Finanziamento pro-capite maggiore è la Liguria (€ 2.394,8), quella con il minore la P.A. di Bolzano (€ 2.101,0).

**Composizione Finanziamento pubblico del FSN - RSS**



**Taxgap Finanziamento del FSN**



Considerando i saldi di mobilità, le Regioni agli estremi della distribuzione risultano l'Emilia Romagna (€ 2.492,4 pro-capite) e la Calabria (€ 2.164,5), con una forbice di € 327,9.

In definitiva, fra il 2005-2010 le risorse "effettive" pro-capite per la Sanità sono cresciute in termini nominali di € 262,9, equivalenti a € 101,4 (+1,3% medio annuo) in termini reali. Nel periodo 2010-2015 dello

+0,4% medio annuo nominale, che equivale ad un -0,8% medio annuo in termini reali; nel periodo 2015-2020 le risorse sono cresciute del +2,5% medio annuo, ovvero, +2,0% medio annuo in termini reali. Infine, nel periodo 2020-2025 le risorse "effettive" pur essendo cresciute del +2,7% medio annuo, in termini reali si sono ridotte (-0,6% medio annuo).

#### Finanziamento pro-capite "standard", effettivo e post mobilità. Anno 2024

Regione	Finanziamento FSN (€)	Finanziamento "effettivo" (€)	Risorse "effettive" (€)
Italia	2.245,3	2.322,4	2.316,6
Piemonte	2.277,6	2.334,9	2.332,0
Valle d'Aosta	2.222,6	2.363,2	2.274,3
Lombardia	2.223,8	2.315,7	2.375,6
P.A. di Bolzano	2.101,0	2.299,6	2.326,6
P.A. di Trento	2.146,7	2.224,8	2.250,6
Veneto	2.245,0	2.313,7	2.356,5
Friuli Venezia Giulia	2.226,6	2.394,0	2.387,3
Liguria	2.394,8	2.493,2	2.445,5
Emilia Romagna	2.247,7	2.372,3	2.492,4
Toscana	2.283,6	2.367,0	2.381,2
Umbria	2.328,2	2.403,4	2.363,6
Marche	2.270,2	2.310,3	2.277,5
Lazio	2.228,5	2.281,7	2.243,5
Abruzzo	2.266,2	2.318,0	2.234,5
Molise	2.302,9	2.313,9	2.403,1
Campania	2.211,8	2.249,9	2.193,3
Puglia	2.253,6	2.290,3	2.231,4
Basilicata	2.281,6	2.330,3	2.177,2
Calabria	2.280,4	2.332,0	2.164,5
Sicilia	2.220,1	2.291,9	2.240,4
Sardegna	2.242,5	2.469,1	2.408,5

Fonte: elaborazione su CIPE, CE, dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2025 - © C.R.E.A. Sanità

## CAPITOLO 2b

L'IVA nel settore sanitario: l'esenzione come problema e la fiscalità come elemento di influenza della gestione<sup>1</sup>

Biondi E.<sup>2</sup>, Bianchi G.<sup>3</sup>, Terranova L.<sup>4</sup>

Il Sistema Sanitario italiano sta attraversando un periodo di crisi profonda, dovuto all'influenza di una pluralità di fattori, demografici, epidemiologici, organizzativi e gestionali, relativi alle risorse umane, logistiche e tecnologiche che ha a disposizione. Soprattutto in un momento in cui la rivoluzione tecnologica è dirimpente, essendo oltretutto funzionale a dare migliori prospettive di vita e di salute ai cittadini, l'Italia sta rimanendo indietro e sono necessari investimenti ingenti e un enorme adeguamento per lo meno ai livelli medi degli altri Paesi. Questa la ragione del contributo: ogni possibilità di reperire risorse per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è fondamentale, inclusa quella di una riforma dell'Imposta sul Valore Aggiunto (IVA), e deve essere esplorata. Il trattamento IVA dei beni e servizi forniti ai consumatori finali/utenti del SSN è di esenzione dall'imposta, trattamento concepito negli anni '70 del secolo scorso come beneficio attribuito ad operazioni caratterizzate da un particolare interesse pubblico. Tuttavia, l'effetto pratico ed economico della fruizione di questo beneficio è molto cambiato nel corso dei decenni e, anzi, si è probabilmente ribaltato, soprattutto a causa della notevole evoluzione a cui si è assistito nel settore sanitario. L'esenzione è diventata, infatti, un elemento di costo per gli operatori, considerato che, acquistando beni o servizi necessari a fornire assistenza esente all'utenza, devono versare l'imposta

ai propri fornitori ma non possono detrarla. Si tratta del fenomeno conosciuto come "IVA occulta", che assume una rilevanza tale da determinare una vera e propria volontà di "fuga dall'esenzione" quando all'operatore non sia sufficiente la propria attività per produrre il bene o servizio da fornire all'utenza, ma abbia necessità di approvvigionarsi all'esterno per "completare" la propria attività. In questo caso la "bilancia" tra IVA versata ai fornitori e non detraibile diviene tanto più negativa per l'operatore quanto maggiore sia il valore economico degli approvvigionamenti esterni necessari. Si è parlato in proposito di "*technological fiscal drag*", per evidenziare la fortissima connessione e ripercussione di questo fenomeno fiscale con l'approvvigionamento esterno di elevate tecnologie da parte degli operatori sanitari. Infatti, l'espansione nel settore sanitario della tecnologia ha notevolmente contribuito al progressivo assottigliamento del beneficio fiscale e condotto verso un trattamento tributario che è divenuto un onere di bilancio per l'operatore e, spesso, un vero e proprio ostacolo all'evoluzione del bene/servizio da questo fornito all'utenza, quando non addirittura un elemento di forte influenza sulle scelte gestionali complessive. Il meccanismo dell'"IVA occulta" nell'ambito del sanitario è duplice: da un lato, gli Enti ospedalieri e sanitari sono i soggetti finali della catena di acquisto, in quanto forniscono servizi agli utenti in esenzione,

<sup>1</sup> Il presente contributo è frutto della elaborazione dei contenuti discussi nei convegni organizzati da Co.Ne.Fi. in collaborazione con l'Istituto Luigi Sturzo. Si ringraziano inoltre tutti gli intervenuti ai convegni, che verranno riportati appositamente in bibliografia e che hanno contribuito in maniera determinante all'approfondimento della tematica in esame

<sup>2</sup> Comitato per la neutralità fiscale nei settori sanitario, universitario e della ricerca (Co.Ne.Fi.). Le opinioni espresse sono personali e non riconducibili a specifiche attività professionali o istituzionali

<sup>3</sup> Presidente del Co.Ne.Fi.

<sup>4</sup> Membro del Consiglio direttivo di Co.Ne.Fi., prematuramente scomparso. Con il suo lavoro e la sua passione ha reso possibile questo approfondimento. Da subito ha compreso l'importanza del tema dell'IVA nei settori cruciali per il Sistema-Paese e si è speso per diffonderlo e contribuire allo studio di possibili soluzioni

e, quindi, l'IVA pagata ai propri fornitori diventa un costo, perché non detraibile; dall'altro, assistiamo da tempo ad una serie di cambiamenti nelle forme contrattuali e organizzative dei soggetti protagonisti del Sistema Sanitario, che non sono stati tenuti in considerazione nella loro specificità dalla legislazione fiscale. Scopo del presente contributo è verificare se sia possibile evitare di considerare l'“IVA occulta” come un “effetto collaterale inevitabile” e con ciò contribuire a ritenere la Spesa Sanitaria come un investimento, piuttosto che mero costo. In effetti, con le modifiche introdotte nel 2022 alla Direttiva IVA, esistono alcune possibilità di superamento della situazione attuale, come la concessione del diritto a detrazione anche nel caso di esenzione o la previsione di un'aliquota ridotta. Si tratterebbe di un intervento “non gratuito” per il bilancio dello Stato, ma meno costoso di quanto potrebbe sembrare, se si consideri che, attraverso il sistema della compartecipazio-

ne regionale al gettito IVA, per l'anno 2021 l'aliquota della compartecipazione è stata fissata al 62,67% del gettito IVA complessivo, mentre nel 2020 era addirittura del 70,14%. L'esercizio di questa facoltà concessa dal diritto unionale potrebbe rivelarsi una grande opportunità per il settore sanitario italiano: se alla Sanità si attribuiscono le stesse risorse, ma si elimina l'IVA come costo su determinati investimenti, con le medesime risorse, la Sanità può perseguire obiettivi maggiormente sfidanti. È fondamentale che una parte significativa di queste risorse liberate con le modifiche IVA resti nella Sanità e che venga indirizzata soprattutto verso ricerca, innovazione e formazione. In questo modo, infatti, si risponderebbe meglio ai fabbisogni del SSN, si valorizzerebbe in generale il Sistema-Paese nel settore delle scienze della vita e si ridurrebbe il rischio che l'Italia perda ulteriormente centralità rispetto ad altri Paesi europei.





# Capitolo 3



## Spesa

Sintesi:

- 3a. L'evoluzione della Spesa:  
confronti internazionali e *trend* nazionali
- 3b. I Fondi Sanitari Integrativi: una ricerca su modelli di gestione,  
fruizione degli iscritti e KPI conseguenti



## CAPITOLO 3a

### L'evoluzione della Spesa: confronti internazionali e *trend* nazionali

*Polistena B.<sup>1</sup>, Lo Giudice C.<sup>2</sup>*

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

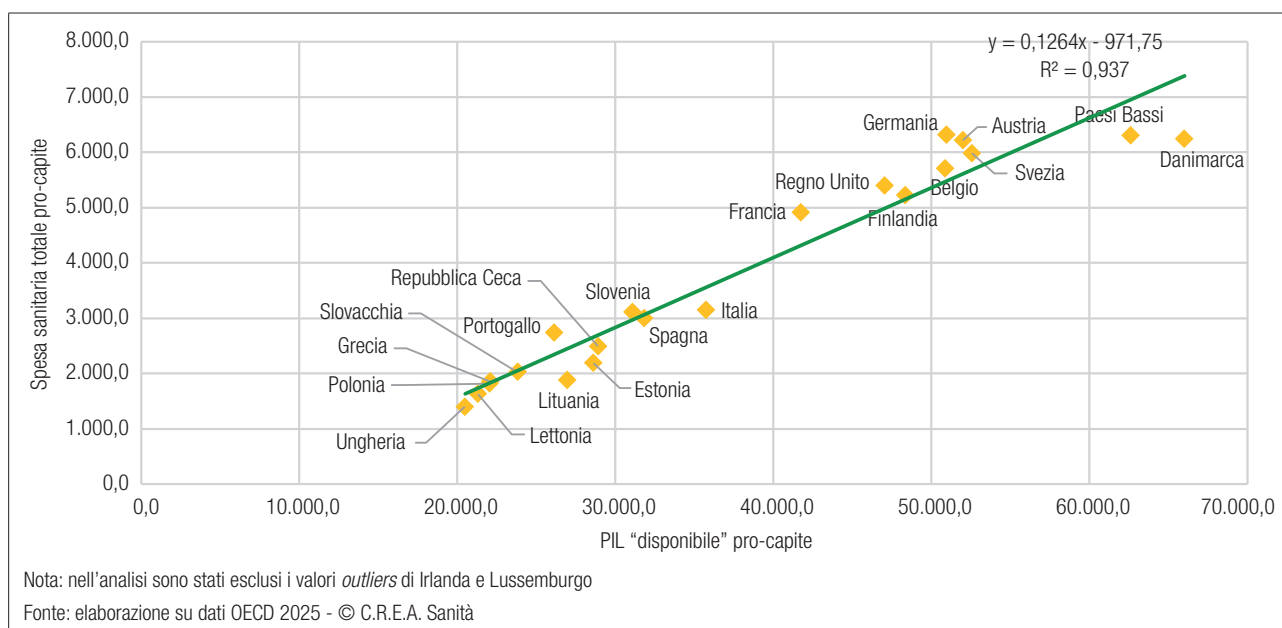
Le analisi confermano che la Spesa sanitaria totale pro-capite nazionale, nel 2024, rimane significativamente inferiore (-38,9%) rispetto a quella dei rimanenti Paesi che hanno aderito all'EU prima del 1995 (EU-Ante 1995<sup>3</sup>).

Il differenziale è il frutto di tassi medi di crescita che rimangono strutturalmente inferiori a quelli medi

europei: la crescita italiana, anche nell'ultimo anno, è stata del +3,4% vs il +5,8% dei Paesi EU-Ante 1995; analogamente, il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite in Italia, nell'ultimo anno, è cresciuto del +2,9% vs il 3,8% dei Paesi EU-Ante 1995.

Analizzando le tendenze di lungo periodo, la Spesa sanitaria totale italiana, rispetto al 1990, ha registrato un differenziale (negativo) rispetto ai Paesi EU-Ante 1995, ampliandosi di +15,4 punti percentuali (p.p.).

#### Spesa sanitaria totale vs PIL netto interessi (valori pro-capite)

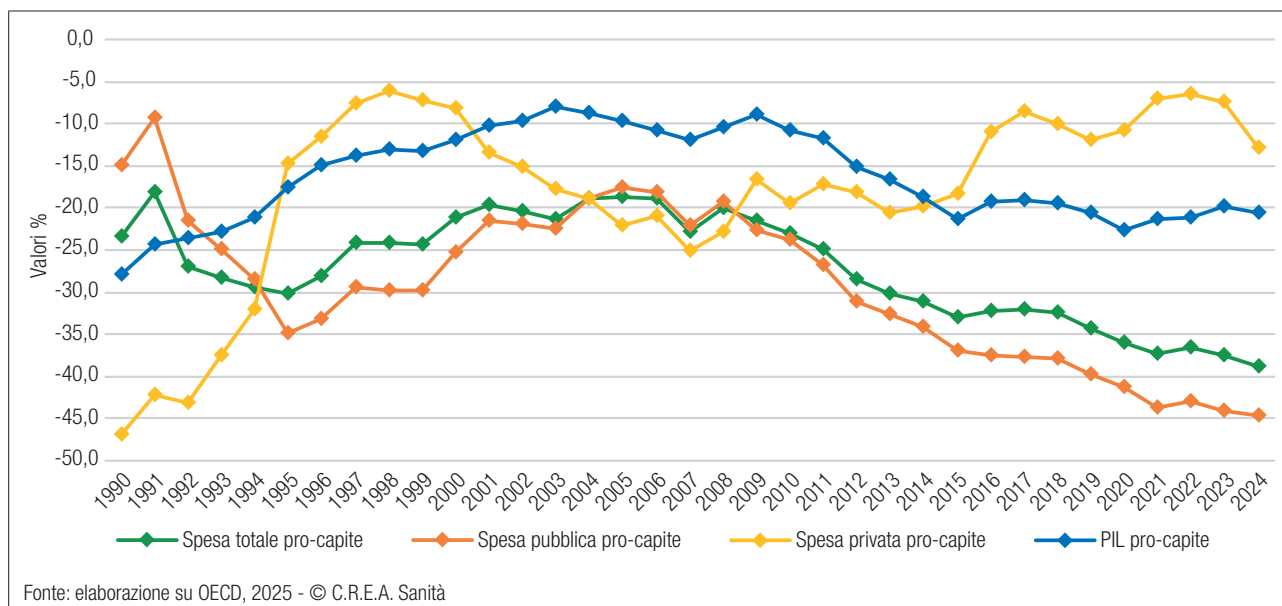


<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

<sup>2</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

<sup>3</sup> Si fa riferimento ai Paesi firmatari del Trattato di Corfù (entrato in vigore il 01.01.1995), ovvero: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna e Svezia

## Trend del differenziale Italia vs EU-Ante 1995 in termini di Spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite



Parallelamente, il livello della Spesa sanitaria pro-capite italiana si è avvicinato a quella dei Paesi EU-Post 1995<sup>4</sup>: pur rimanendo ancora superiore del 63,5%, il differenziale si è ridotto di 681,1 p.p. rispetto al 1990, di cui 19,0 p.p. nell'ultimo anno.

I differenziali di Spesa evidenziati sono, in larga misura, condizionati dagli andamenti della componente pubblica.

Per questa voce il differenziale risulta del -44,6% rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 (in aumento di 1,4 p.p. sull'anno precedente e di 15,4 p.p. rispetto al 1990), mentre rispetto ai Paesi EU-Post 1995 si è ridotto di -759,9 p.p. rispetto al 1990, di cui -16,9 p.p. nell'ultimo anno.

L'incidenza della Spesa pubblica sul PIL risulta pari al 6,3%, che diventa del 6,5% depurando il PIL degli oneri relativi agli interessi sul debito pubblico; in una logica di compatibilità macro-economiche, la Spesa italiana rispetto alle attese può considerarsi statisticamente "sottodimensionata" del 12,9%.

Per quanto concerne la componente privata della

Spesa sanitaria registra un differenziale del -13,0% rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 (in crescita di -33,9 p.p. rispetto al 1990 di cui -5,5 p.p. nell'ultimo anno); anche rispetto ai Paesi EU-Post 1995 il differenziale è aumentato di 436,4 p.p. rispetto al 1990, di cui 24,4 p.p. nell'ultimo anno.

L'incidenza della Spesa privata sul PIL, nel 2024, ammonta al 2,2%: valore di 0,2 p.p. superiore a quello dei Paesi EU-Ante 1995 (+0,3 p.p. nel 2023 e -0,5 p.p. rispetto al 1990) e maggiore di 0,5 p.p. in confronto a quello dei Paesi EU-Post 1995 (+0,6 p.p. nel 2023 e +0,5 p.p. rispetto al 1990).

Dal 2015 le famiglie italiane hanno mostrato una maggiore propensione, o forse una maggiore necessità, a spendere privatamente per la Sanità, sia rispetto agli altri Paesi EU-Ante 1995, sia a quelli EU-Post 1995.

Riferendosi alle risultanze del *System of Health Accounts* (SHA) e ai dati Istat sui consumi delle famiglie, la Spesa sanitaria totale in Italia, nel 2024, è pari a € 178,9 mld. (€ 3.032,2 pro-capite) in crescita del

<sup>4</sup> Si fa riferimento ai Paesi membri entrati nell'Unione Europea dopo il 01.01.1995, ovvero: 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

+3,2% rispetto all'anno precedente, 2,2% in termini reali.

La Spesa sanitaria pubblica è risultata pari a € 135,6 mld. (€ 2.298,6 pro-capite) in crescita del 5,0% nell'ultimo anno in termini nominali (4,0% in termini reali); quella privata è pari a € 43,3 mld. (€ 733,6 pro-capite) in riduzione, nell'ultimo anno, del -2,2% in termini nominali e del -3,1% in termini reali.

A livello regionale, permane una rilevante differenza nei livelli di Spesa pro-capite: tra la Regione con Spesa massima e quella con Spesa minima il differenziale è pari a 1,4 volte (€ 1.097,6), 1,3 volte (€ 812,2) escludendo le Regioni a Statuto Speciale.

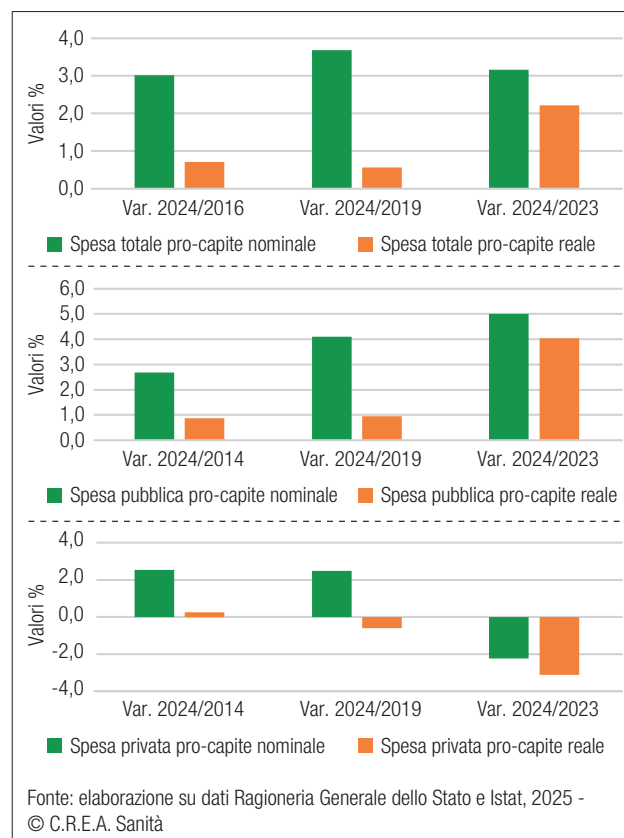
La differenza è in larga misura ascrivibile alla componente privata, per la quale la differenza tra la Regione con Spesa massima e quella con Spesa minima supera le 2,1 volte (€ 555,1).

A fronte della crescente variabilità regionale (anche ma non solo) in termini di Spesa sanitaria, ai fini del perseguimento del principio di solidarietà nazionale, si rende necessario recuperare fra le priorità del SSN quella del ripensamento dei criteri di riparto, che attualmente non prendono in considerazione le differenze di Spesa privata, malgrado esse siano la maggiore fonte di differenziazione nelle possibilità di accesso.

In definitiva, l'obiettivo di una riduzione del differenziale di Spesa rispetto agli altri Paesi EU-Ante 1995 sembra macro-economicamente di difficile perseguimento, almeno nel breve periodo. In questo scenario, da una parte appare urgente avviare una

riflessione sistematica sul perimetro delle "promesse" del SSN (LEA), recuperando il principio di sussidiarietà attraverso una più efficiente regolazione dei rapporti fra Spesa pubblica e Spesa privata, in particolare quella relativa alle forme di intermediazione collettiva.

### Crescita nominale e reale della Spesa sanitaria pro-capite



## CAPITOLO 3b

**I Fondi Sanitari Integrativi: una ricerca su modelli di gestione, fruizione degli iscritti e KPI conseguenti***Micocci M.<sup>1</sup>, Magnoni G.<sup>2</sup>*

L'universo dei Fondi Sanitari Integrativi (FSI) istituiti grazie ai diversi Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) ha ormai raggiunto con le sue coperture potenziali circa 16 mln. di italiani.

Tuttavia, il funzionamento tecnico dei FSI ed il loro valore in termini di prestazioni erogate sono ancora poco conosciuti e danno luogo a interpretazioni superficiali quali l'assimilazione dei Fondi alle polizze assicurative.

Questa semplificazione è profondamente errata: esistono Fondi Autogestiti (ovvero che non sottoscrivono alcuna polizza e in genere sono quelli con la storia più lunga), Fondi Misti (che autogestiscono in parte le loro risorse e in parte sottoscrivono polizze) e, infine, Fondi Assicurati (ovvero che svolgono il loro ruolo sottoscrivendo polizze collettive con Compagnie di assicurazione).

In particolare, i dati analizzati sono riferiti a 18 FSI che, nel loro complesso, assommano a poco meno di 6 mln. di iscritti (su un totale generale di circa 16 mln.). I contributi totali sono circa € 941 mln. e le prestazioni erogate sono 640 mln..

Tra i Fondi analizzati sono presenti dimensioni di tipo diverso, come da "tradizione" della Sanità Integrativa italiana. Alcuni Fondi hanno un numero di iscritti di poche migliaia; altri nell'ordine di centinaia di migliaia fino ad arrivare ai Fondi italiani più grandi che hanno oltre 2 mln. di partecipanti; il campione è pertanto contraddistinto da una variabilità dimensionale molto accentuata, anch'essa caratteristica del settore.

Lo scopo dell'analisi condotta è quella di evidenziare alcune informazioni chiave quali: la distribuzione demografica degli iscritti, la loro geografia, l'entità dei consumi, l'ammontare delle contribuzioni che affluiscono ai Fondi, i modelli di comportamento e consumo dei lavoratori partecipanti, la consapevolezza dei medesimi.

Il modello di gestione del rischio ed il modello di struttura organizzativa possono assumere ciascuno tre opzioni diverse: esternalizzazione, internalizzazione e misto.

Le prestazioni sanitarie garantite dai Fondi possono essere erogate in forma Indiretta (o Rimborsuale), Diretta (o Convenzionata) o Mista.

Nella ricerca si evidenzia al netto della diversa numerosità complessiva di Maschi e Femmine nel campione di FSI indagati (3,2 vs 2,7 mln. ovvero il 54,2% vs il 45,8%), una distribuzione per classi di età abbastanza omogenea.

La copertura dei familiari e dei pensionati è una caratteristica ancora rara e residuale nel mondo dei FSI. Per quanto attiene il nostro campione tra i 18 Fondi analizzati solo sette coprono i familiari, cinque i pensionati e solo quattro entrambe le categorie. Tutti i quattro Fondi citati sono Autogestiti. Per i pochi Fondi che coprono i familiari, la copertura è sempre indirizzata ai familiari a carico con l'opzione (su base volontaria, quindi) di poter iscrivere i familiari non a carico in qualità di paganti. In alcuni casi la copertura dei familiari è più limitata di quella dei titolari.

<sup>1</sup> Università degli Studi di Cagliari, Università di Roma "La Sapienza", Studio Micocci & Partners

<sup>2</sup> Studio Micocci & Partners

## Distribuzione degli iscritti per classe di età e sesso. Valori %

Classe d'età	Fondi Autogestiti			Fondi Misti			Fondi Assicurati		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
<b>0 - 20</b>	53,8	55,8	54,7	0,7	0,4	0,6	39,4	41,8	40,5
<b>21 - 30</b>	39,2	56,3	47,0	4,5	8,4	6,5	17,3	23,1	19,4
<b>31 - 40</b>	38,3	59,6	47,3	9,5	17,8	13,9	22,9	29,1	25,3
<b>41 - 50</b>	46,7	62,7	53,5	14,3	30,4	23,5	25,8	30,5	27,7
<b>51 - 60</b>	55,0	68,7	60,5	23,0	54,7	41,4	25,5	32,2	28,1
<b>61 - 70</b>	71,8	79,2	74,8	38,2	88,2	66,9	24,1	30,8	26,5
<b>over 71</b>	94,3	83,5	88,9	6,1	21,1	12,2	9,9	14,8	11,8
<b>Totale</b>	53,9	65,1	58,8	14,3	33,0	24,6	24,8	30,9	27,3

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Alla base della difficoltà di inserire i pensionati nelle coperture dei Fondi c'è il tema dell'antiselezione<sup>3</sup> dei rischi. Ciò in quanto anche nei Fondi dove è prevista la possibilità di permanenza da parte del pensionato, quest'ultima si lega ad una scelta volontaria del soggetto con tutti i rischi di antiselezione (appunto) del caso.

I tassi di utilizzo<sup>4</sup> degli iscritti per classe di età e sesso sono molto diversi come evidenziato nella tabella. Si evidenzia immediatamente una ampia differenza tra Fondi Autogestiti e i casi di gestioni Miste o Assicurate.

L'analisi mette in evidenza la distinzione tra prestazioni Dirette (Convenzionate) e prestazioni Indirette (o Rimborsuali) nonché tra prestazioni erogate in forma Autogestita o in forma Assicurativa; le tabelle consentono di focalizzare la composizione media dei piani sanitari dei FSI. Difatti, nonostante le profonde differenze in termini contributivi e di consapevolezza/fruizione tra di essi, i FSI del campione esibiscono alcune parziali caratteristiche comuni.

## Numero di prestazioni per tipologia Assicurativa

Prestazioni	Importo	Numero	Importo (%)	Numeri (%)
<b>Assicurate</b>	336.125.374	3.883.519	52,6	53,8
<b>Autogestite</b>	303.383.338	3.336.319	47,4	46,2
<b>Totale</b>	639.508.711	7.219.838	100,0	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

## Importo e quantità per modalità di rimborso

Prestazioni	Importo	Numero	Importo (%)	Numeri (%)
<b>Diretta</b>	395.750.458	4.483.922	61,9	62,1
<b>Indiretta</b>	243.758.253	2.735.916	38,1	37,9
<b>Totale</b>	639.508.711	7.219.838	100,0	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

<sup>3</sup> L'antiselezione del rischio (o selezione avversa) in ambito sanitario si verifica quando individui con un rischio più elevato rispetto alla media della popolazione tendono a sottoscrivere coperture più frequentemente o a ottenerne di più estese rispetto a individui a basso rischio. Questo fenomeno può compromettere l'equilibrio tecnico-finanziario del Fondo, poiché i contributi raccolti potrebbero non essere sufficienti a coprire le maggiori richieste di prestazioni

<sup>4</sup> Il tasso di utilizzo rappresentato sotto mostra la percentuale di iscritti che hanno fruito nell'esercizio di almeno una prestazione sanitaria ("almeno una" significa da 1 a n prestazioni erogate nell'anno dal Fondo all'iscritto)

## Prestazioni: importi per categoria di prestazione

Tipologia	Prestazioni - Importi (€)			Prestazioni - Importi (Composizione %)		
	Assicurata	Autogestita	Totale	Assicurata	Autogestita	Totale
<b>Odontoiatria</b>	138.865.638	45.095.469	183.961.107	41,3	14,9	28,8
<b>Visite e accertamenti</b>	29.924.937	49.538.064	79.463.001	8,9	16,3	12,4
<b>Ric. con intervento</b>	50.150.590	26.191.508	76.342.098	14,9	8,6	11,9
<b>Ric. senza intervento</b>	2.564.189	6.188.722	8.752.911	0,8	2,0	1,4
<b>Prevenzione</b>	23.821.035	3.131.336	26.952.371	7,1	1,0	4,2
<b>Maternità</b>	108.632	25.863.451	25.972.084	0,0	8,5	4,1
<b>Alta Diagnostica</b>	32.615.283	44.766.247	77.381.530	9,7	14,8	12,1
<b>Ticket</b>	10.571.697	12.279.461	22.851.157	3,1	4,0	3,6
<b>Altro (fisioterapie, lenti ecc.)</b>	47.503.373	90.329.079	137.832.452	14,1	29,8	21,6
<b>Totale</b>	336.125.374	303.383.338	639.508.711	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci &amp; Partners

## Prestazioni: quantità per categoria di prestazione

Tipologia	Prestazioni - Numeri (€)			Prestazioni - Numeri (Composizione %)		
	Assicurata	Autogestita	Totale	Assicurata	Autogestita	Totale
<b>Odontoiatria</b>	1.220.238	242.613	1.462.851	31,4	7,3	20,3
<b>Visite e Accertamenti</b>	516.736	853.217	1.369.953	13,3	25,6	19,0
<b>Ric. con intervento</b>	42.781	34.831	77.612	1,1	1,0	1,1
<b>Ric. senza intervento</b>	3.734	27.661	31.395	0,1	0,8	0,4
<b>Prevenzione</b>	287.863	28.180	316.043	7,4	0,8	4,4
<b>Maternità</b>	785	189.113	189.898	0,0	5,7	2,6
<b>Alta Diagnostica</b>	484.937	797.652	1.282.589	12,5	23,9	17,8
<b>Ticket</b>	1.011.160	367.768	1.378.928	26,0	11,0	19,1
<b>Altro (fisioterapie, lenti ecc.)</b>	315.285	795.284	1.110.569	8,1	23,8	15,4
<b>Totale</b>	3.883.519	3.336.319	7.219.838	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci &amp; Partners

Le tabelle successive mostrano alcune elaborazioni e calcoli in merito al rapporto tra entrate e uscite nei FSI del campione.

Le tabelle vanno lette con i dovuti distinguo e con molta attenzione.

Partendo dalle prestazioni gestite mediante contratti di assicurazione (tabella successiva) si evidenzia un indice Sinistri a Premi (SP) di circa il 75% con

forti differenze regionali che possono essere apprezzate nel testo del *report*.

## Fondi Assicurati

Contributi	Premi	Prest. Ass.Te	SP Assicurativo (%)
941,8	445,2	336,1	75,5

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci &amp; Partners

La tabella seguente mostra l'indice SP (che meglio sarebbe chiamare Prestazioni su Contributi (PC)) relativo alle prestazioni Autogestite (sia dai Fondi prevalentemente Autogestiti che da quelli Misti). La media complessiva è di poco superiore al 61%. Essa ovviamente non comprende i costi di gestione che i Fondi affrontano per gestire autonomamente le proprie prestazioni.

#### Fondi Autogestiti

Contributi	Prestazioni	SP Autogestione (%)
496,5	303,4	61,1

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

La tabella successiva ha, invece, lo scopo di unificare i risultati precedenti; la colonna Saldo di Gestione (SdG) è quantificata nel modo seguente:

$$\text{SdG} = \text{Contributi complessivi} - (\text{Prestazioni Autogestite} + \text{Premi Pagati})$$

mentre i due indici SP Complessivo (SPC) e SP Gestionale (SPG) sono quantificati come segue:

$$\text{SPC} = \frac{\text{Prestazioni Autogestite} + \text{Prestazioni Assicurate}}{\text{Contributi complessivi}}$$

$$\text{SPG} = \frac{\text{Prestazioni Autogestite} + \text{Premi Pagati}}{\text{Contributi complessivi}}$$

#### SP tecnico vs SP Gestionale

Saldo di Gestione	SP Complessivo (%)	SP Gestionale (%)
193,1	67,9	79,5

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Complessivamente, quindi, il valore di SPG è superiore a quello di SPC di circa 12 punti percentuali (p.p). Questo indice può essere interpretato in vari modi il più intuitivo dei quali è il seguente: a parità di risorse destinate, i FSI potrebbero riversare gli importi corrispondenti ai 12 p.p. citati prima (oltre € 110 mln.) aumentando le proprie prestazioni (a patto di sostenere direttamente il rischio della gestione).





# Capitolo 4



## Organizzazioni e reti trasversali

Sintesi:

- 4a. Politiche per la gestione del personale sanitario:  
l'esperienza regionale del Veneto
- 4b. Le Reti Oncologiche Regionali (ROR):  
una lettura multidimensionale della *Performance*
- 4c. La trasformazione digitale della Sanità in Italia:  
lo scenario dell'Osservatorio Sanità Digitale
- 4d. Una *governance* nazionale per l'approccio *One Health* (e "oltre")



## CAPITOLO 4a

### Politiche per la gestione del personale sanitario: l'esperienza regionale del Veneto

Costa C.<sup>1</sup>, Fanton E.<sup>1</sup>, Dal Bello S.<sup>1</sup>, Annicchiarico M.<sup>1</sup>

Il contributo descrive l'esperienza della Regione del Veneto nel contrasto alla carenza di personale sanitario, in un contesto europeo caratterizzato da squilibri strutturali: in Italia si registrano 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti e un rapporto infermieri/medici pari a 1,5, inferiore alla media dei Paesi dell'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD).

L'analisi regionale sui dati del personale relativi al triennio 2021-2023 ha evidenziato, per gli infermieri, un picco di assunzioni nel 2021, legato all'emergenza pandemica, seguito da un aumento inatteso delle dimissioni nel 2022, che hanno rappresentato il 65% delle cessazioni complessive. Nel 2023 le dimissioni inattese si sono mantenute elevate (54% tra gli infermieri, 67% tra i medici e fino al 37% tra gli Operatori Socio-Sanitari (OSS)). Le proiezioni stimano, anche nello scenario più favorevole, una carenza di circa 3.000 infermieri l'anno a partire dal 2029, con valori più elevati nello scenario maggiormente realistico.

Per rispondere a questa sfida, la Regione ha adottato un piano pluriennale articolato su cinque macro-aree di intervento: rafforzamento della *governance*, politiche di attrazione e fidelizzazione, mitigazione dell'impatto dell'invecchiamento della forza lavoro, innovazione organizzativa e tecnologica, valorizzazione dell'attrattività formativa.

Tra le azioni chiave sono state individuate la costituzione di un Gruppo di Lavoro regionale per l'analisi delle dimissioni inattese; l'avvio del progetto "*Compassionate Leadership*" con quattro Università, che combina ricerca e formazione per promuovere nuovi stili di *leadership*, la mappatura e la valorizzazione delle competenze avanzate del personale; la promo-

zione della mobilità interaziendale attraverso un avviso unico e una piattaforma regionale, l'introduzione di misure economiche a sostegno delle aree e dei settori più disagiati e la realizzazione di interventi per la prevenzione del *burnout*, con sportelli di supporto psicologico e *standard* minimi di attività.

Sul piano organizzativo sono stati sviluppati nuovi modelli di *staff* e di integrazione multiprofessionale, con esempi applicativi nei percorsi di gravidanza a basso rischio, nell'infermieristica di famiglia e comunità e nell'ambito delle vaccinazioni. È stata inoltre promossa una introduzione graduale e sicura delle tecnologie digitali e dell'Intelligenza Artificiale (AI), accompagnata da specifici programmi di formazione e garanzie di tutela dei dati.

Sul versante formativo sono state previste iniziative per aumentare l'attrattività dei Corsi di Laurea in Infermieristica, come campagne di promozione nelle scuole e incentivi economici per gli studenti, insieme all'aggiornamento dei percorsi per OSS.

Azioni complementari sono state realizzate nel campo del benessere organizzativo e del clima lavorativo, con indagini periodiche condotte in collaborazione con Istituti Universitari. L'insieme di queste iniziative si inserisce in una strategia più ampia, coerente con le politiche nazionali ed europee sul personale sanitario.

In conclusione, l'approccio multilivello, basato su dati oggettivi e su un forte coinvolgimento delle Istituzioni e delle Aziende Sanitarie, rappresenta per la Regione del Veneto una cornice di sostenibilità nel medio e lungo periodo, da consolidare attraverso indicatori dinamici di monitoraggio e valutazione.

<sup>1</sup> Regione del Veneto

## CAPITOLO 4b

### Le Reti Oncologiche Regionali (ROR): una lettura multidimensionale della *Performance*

*Cepiku D.<sup>1</sup>, Mastrodascio M.<sup>2</sup>, Zappia G.<sup>1</sup>*

Il processo di cura oncologica costituisce uno dei campi più complessi dei Sistemi Sanitari contemporanei, poiché l'aumento della prevalenza, la cronicizzazione di molte patologie tumorali e l'elevata frammentazione dei processi diagnostico-terapeutici richiedono assetti organizzativi capaci di integrare stabilmente Strutture ospedaliere, servizi territoriali e percorsi di prevenzione, riabilitazione e *follow-up*. La cura del paziente oncologico non può essere ricondotta a un unico luogo né a un singolo attore, ma assume la forma di un processo distribuito che coinvolge professionalità diverse, strutture eterogenee e livelli istituzionali differenti. In questo quadro, i modelli organizzativi tradizionali fondati su strutture isolate o su gerarchie lineari si sono rivelati insufficienti a sostenere continuità, tempestività ed equità nei trattamenti, rendendo necessario il ricorso a forme di coordinamento inter-organizzativo basate sulla condivisione di responsabilità, risorse e processi decisionali orientati alla produzione di valore pubblico. Nel contesto italiano, le Reti Oncologiche Regionali (ROR) rappresentano il principale strumento istituzionale volto a sostenere tale integrazione, con l'obiettivo di ridurre la frammentazione, promuovere omogeneità nei percorsi e garantire continuità assistenziale. Tuttavia, l'istituzione formale delle Reti non ha determinato configurazioni omogenee: le Regioni si differenziano in modo significativo per struttura della *governance*, utilizzo degli strumenti organizzativi, cooperazione professionale e capacità di garantire prossimità ed equità nell'accesso. Per leggere questa eterogeneità, il *Dynamic Multidimensional Model of Network Performance* (MMNP) (Cepiku,

2013) è stato applicato come chiave di lettura delle ROR Italiane al fine di cogliere la natura multilivello e interdipendente del funzionamento delle Reti Oncologiche.

L'adozione del MMNP per l'analisi delle ROR consente di tradurre dimensioni teoriche come le relazioni professionali, il coordinamento delle attività, il ruolo della *governance* e la capacità delle Reti di generare valore pubblico in elementi empiricamente osservabili. In questo senso, gli indicatori forniti dall'osservatorio per il Monitoraggio delle ROR, presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), costituiscono la base empirica attraverso cui il modello può essere reso operativo nei diversi contesti regionali. Le informazioni relative al ruolo del centro di coordinamento, agli strumenti operativi della Rete, al funzionamento dei gruppi multidisciplinari e all'adozione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) confluiscono nell'Indice Sintetico Questionario (ISQ), che documenta le condizioni istituzionali e organizzative a sostegno del coordinamento. L'Indice Sintetico SDO (ISSDO), costruito sui flussi amministrativi, a sua volta rileva la capacità delle Reti di garantire presa in carico coerente, tempi appropriati e continuità assistenziale. Infine, l'Indicatore Sintetico Complessivo (ISCO) sintetizza prossimità, accessibilità e qualità dell'assistenza, permettendo di osservare gli esiti territoriali della Rete. L'integrazione di questi indicatori consente di cogliere le dimensioni del MMNP, rendendo visibile come le strutture di *governance*, i processi organizzativi e le dinamiche professionali si traducano, in ciascun contesto, in configurazioni di caratteristiche

<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

<sup>2</sup> Università LUMSA di Roma

di Reti differenti. È in questa prospettiva che la tabella ricomponi gli indicatori all'interno di un quadro coerente che posiziona le Regioni lungo le dimensioni del modello MMNP, permettendo di osservare in forma comparata le traiettorie evolutive delle ROR. L'eterogeneità che emerge non riguarda solo i livelli assoluti degli indicatori, ma soprattutto la coerenza con cui *governance*, presa in carico e prossimità territoriale si combinano nel generare configurazioni stabili o, al contrario, ancora in via di consolidamento.

I valori assunti dagli indicatori in corrispondenza delle diverse dimensioni del modello mostra che alcune Regioni (come Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte e Valle d'Aosta) manifestano caratteristiche riconducibili a Reti mature e integrate: la *governance* risulta istituzionalizzata, gli strumenti organizzativi sono utilizzati con continuità e la cooperazione professionale appare consolidata, generando percorsi coerenti e prossimi ai bisogni dei pazienti. In tali contesti, la Rete opera come infrastruttura relazionale incorporata nelle *routine* operative più che come dispositivo regolativo esterno. Un profilo differente emerge in Regioni come Friuli Ve-

nezia Giulia, Basilicata e P.A. di Bolzano, dove risultati soddisfacenti in termini di prossimità e continuità sembrano derivare più dalle relazioni professionali consolidate che da un impianto di *governance* pienamente strutturato. Pur producendo esiti positivi, tali configurazioni risultano più esposte a variazioni nel medio periodo, data la minore formalizzazione dei meccanismi di coordinamento. Regioni come la Campania, Lazio, Lombardia, Umbria, Puglia e la P.A. di Trento si collocano in una fase intermedia, caratterizzata dalla presenza formale degli strumenti della Rete, ma da una traduzione ancora incompleta nelle *routine* operative. La Rete è progettata, ma la piena integrazione dei percorsi procede in modo graduale, rivelando un allineamento tra regole, pratiche e relazioni ancora in consolidamento. Infine, in Calabria, Molise, Sicilia, Marche e Sardegna la Rete appare prevalentemente nominale: la presa in carico è frammentata, la cooperazione tra nodi poco stabilizzata e la prossimità dei servizi limitata. In questi casi, la distanza tra disegno istituzionale e funzionamento effettivo è più marcata, richiedendo interventi volti a costruire le condizioni abilitanti minime per l'avvio di processi collaborativi duraturi.

### Profili delle ROR italiane

Configurazione di Rete	Caratteristiche strutturali e relazionali osservabili	Regioni	Sintesi interpretativa
<b>Rete matura e integrata</b>	<i>Governance</i> stabile; PDTA applicati; continuità assistenziale; prossimità elevata; bassa mobilità passiva; cooperazione routinizzata	Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte, Valle d'Aosta	La <i>governance</i> è istituzionalizzata e si traduce in pratiche consolidate di coordinamento clinico: la Rete è viva e incorporata nelle <i>routine</i> professionali
<b>Rete funzionante con <i>governance</i> informale/non completamente strutturata</b>	ISQ medio o basso, ma buona presa in carico e prossimità; Rete sostenuta più da relazioni professionali che da dispositivi formali	Friuli Venezia Giulia, Basilicata, P.A. di Bolzano	La cooperazione è sorretta da capitale professionale e coesione territoriale; l'equilibrio è efficace ma meno stabile nel lungo periodo
<b><i>Governance</i> formalizzata ma non ancora pienamente efficace</b>	Esistenza di coordinamento e organismi di Rete, ma risultati disomogenei; PDTA non ancora interiorizzati; integrazione operativa in sviluppo	Campania, Lazio, Lombardia, Umbria, Puglia, P.A. di Trento	La Rete è stata progettata e istituzionalizzata, ma l'allineamento tra regole, pratiche e relazioni è ancora in consolidamento
<b>Rete debole/nominale</b>	<i>Governance</i> poco attuata; presa in carico frammentata; mobilità passiva elevata; nodi che operano come strutture autonome	Calabria, Molise, Sicilia, Marche, Sardegna	La Rete è presente formalmente, ma non agisce come infrastruttura coordinata: mancano meccanismi stabili di cooperazione e continuità

Fonte: elaborazione propria

Nel complesso, l'analisi mostra che la *Performance* delle ROR rappresenta il risultato di un processo strutturalmente evolutivo, in cui *governance*, cooperazione professionale e continuità assistenziale non operano come dimensioni separate, ma come componenti interdipendenti che si influenzano reciprocamente nel tempo. L'emergere della Rete come dispositivo operativo non coincide, infatti, con la mera presenza di strumenti o con l'adozione formale di architetture organizzative. Ciò che ne definisce la maturità delle Reti Oncologiche è la capacità delle strutture di *governance* di essere tradotte in pratiche condivise, di sostenere interazioni professionali stabili e di produrre configurazioni di cura in grado di garantire prossimità e coerenza dei percorsi di cura.

La lettura integrata del modello MMNP attraverso gli indicatori empirici forniti dall'osservatorio per il Monitoraggio ROR, presso Agenas, consente di cogliere questa dinamica, restituendo una visione

della *Performance* che non si limita alla descrizione dei singoli punteggi, ma che individua le modalità attraverso cui le diverse componenti di Rete si allineano o, al contrario, restano disgiunte. Ciò permette di interpretare le differenze regionali come espressione di traiettorie di consolidamento differenti, nelle quali l'equilibrio tra *governance*, processi clinico-organizzativi e assetti territoriali richiede tempi, condizioni abilitanti e forme di apprendimento diverse.

Essa emerge dall'allineamento progressivo tra le dimensioni istituzionali, organizzative e professionali che compongono il sistema. La sfida posta ai contesti regionali riguarda dunque il sostegno a questo processo di integrazione, affinché le Reti possano evolvere da configurazioni prevalentemente formali a strutture capaci di orientare stabilmente le pratiche quotidiane di presa in carico, contribuendo in modo continuativo alla generazione di valore pubblico.

## CAPITOLO 4c

### La trasformazione digitale della Sanità in Italia: lo scenario dell'Osservatorio Sanità Digitale

Corso M.<sup>1</sup>, De Cesare D.<sup>1</sup>, Lettieri E.<sup>1</sup>, Locatelli P.<sup>1</sup>, Masella C.<sup>1</sup>, Olive M.<sup>1</sup>, Sgarbossa C.<sup>1</sup>

Nell'ultimo anno si sono registrati importanti sviluppi nell'ambito della Sanità Digitale in Italia, sostenuti dagli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Nel 2024 la spesa per la Sanità Digitale ha raggiunto € 2,47 mld., con un aumento del 12% rispetto al 2023, pari a circa l'1,9% della spesa sanitaria pubblica.

Sul fronte della Telemedicina, l'utilizzo da parte dei professionisti resta tuttavia stabile e sporadico: il 36% dei medici specialisti e il 52% dei Medici di Medicina Generale (MMG) hanno effettuato televisite, mentre il telemonitoraggio è utilizzato dal 30% degli specialisti e dal 46% dei MMG.

L'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico cresce moderatamente, con il 44% degli specialisti e il 57% dei MMG che lo hanno utilizzato, mentre il 41% dei cittadini dichiara di avervi fatto ricorso. L'Ecosistema dei Dati Sanitari, istituito a fine 2024, rappre-

senta un passo fondamentale verso una piena valorizzazione dei dati sanitari.

L'Intelligenza Artificiale (AI) sta vivendo un'accelerazione significativa. L'utilizzo di strumenti di *Generative AI* è in rapida crescita: il 26% degli specialisti, il 19% degli infermieri e il 46% dei MMG ne hanno fatto uso. L'Osservatorio stima un risparmio potenziale di circa una settimana lavorativa per medico specialista e due settimane per medico di famiglia in attività amministrative, anche se permangono preoccupazioni su trasparenza e responsabilità medico-legali.

Per garantire una trasformazione efficace, è indispensabile affiancare agli investimenti tecnologici un impegno strutturale sul cambiamento organizzativo e culturale del sistema, con progettualità di lungo periodo orientate alla sostenibilità economica e sociale.

---

<sup>1</sup> Osservatorio Sanità Digitale, Politecnico di Milano

## CAPITOLO 4d

Una governance nazionale per l'approccio *One Health* (e “oltre”)

Giacomini D.<sup>1</sup>, Leonardi G.<sup>1</sup>, Lo Giudice C.<sup>2</sup>, Ricci A.<sup>3</sup>, Spandonaro F.<sup>4</sup>

L'analisi del capitolo parte dal consolidamento dell'approccio *One Health*, promosso a livello internazionale dal “quadripartito” (WHO, FAO, WOA, UNEP).

Dopo aver descritto la *governance* attuale del processo, costruita sulla base dell'esigenza di dare risposta all'evidenza di come i determinanti della salute siano molteplici, il Contributo si interroga sull'opportunità di estendere l'approccio in una logica di perseguimento del benessere equo e sostenibile adottata dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite: in particolare con riferimento ai *Sustainable Development Goals* (SDGs) promossi, e fra questi al SDG 3 (*Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*); allargando il perimetro dei rapporti fra Salute e Società, appare opportuno investire anche sull'esplicitazione dell'impatto della salute sullo sviluppo economico e sociale, anche con il fine di promuovere la consapevolezza sul fatto che la Sanità oltre che un costo, rappresenta un investimento in capitale umano che agisce come moltiplicatore della produttività e motore di crescita economica. In altri termini, la cattiva salute va, ad esempio, intesa come un determinante della deprivazione, e non solo una sua conseguenza.

Per rendere efficace la strategia internazionale nella logica *One Health*, appare quindi necessario integrarla con una *governance* nazionale, e che questa vada “oltre” il perimetro attualmente previsto a livello internazionale.

A tal fine, fatto salvo che il “terminale” naziona-

le dell'approccio coordinato dal “quadripartito” è individuato nel Ministero della Salute, il contributo propone che sia insediata una “Conferenza”, che includa, oltre che lo stesso Ministero della Salute almeno il Ministero dell'Ambiente, dell'Agricoltura, delle Politiche Sociali, dell'Istruzione, e il Ministero dello Sviluppo Economico, con il duplice obiettivo di valutare l'impatto sulla salute delle diverse politiche pubbliche e anche l'impatto delle politiche sanitarie sullo sviluppo e l'equilibrio economico.

La presidenza della “Conferenza” potrebbe essere assunta a turno da diversi Ministeri, e potrebbe definire in autonomia le regole per prioritizzare le valutazioni e le metodologie di sviluppo.

La “Conferenza”, sulla scorta dell'esperienza dell’*“One Health High Level Expert Panel”* (OHHLEP), potrebbe avvalersi di una rete di esperti (singoli e Istituzioni) ai quali commissionare le valutazioni, potrebbe prevedere procedure per la consultazione dei principali *stakeholder* e si potrebbe affiancare ad un modello di *governance* locale, anche sulla base delle esperienze territoriali del Piano Nazionale Complementare PNC (programma Biodiversità-Clima-Salute).

Il sistema locale italiano ha già sviluppato competenze, reti collaborative e strumenti di *governance* intersettoriale pienamente coerenti con il paradigma *One Health*. Ciò che risulta necessario è quindi valorizzare, sistematizzare e mettere a sistema queste esperienze territoriali, collegandole organicamente alla *governance* nazionale proposta attraverso la

<sup>1</sup> Ministero della Salute

<sup>2</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

<sup>3</sup> MD PhD Cardiocirurgo presso Gruppo GHC.

<sup>4</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

“Conferenza” interministeriale. I Comuni, attraverso la Rete Città Sane WHO e le reti tematiche esistenti (come quella rappresentata dai firmatari del Manifesto), potrebbero ad esempio assumere il ruolo di laboratori permanenti per la sperimentazione e la valutazione di politiche integrate salute-ambiente-economia, fornendo alla “Conferenza” nazionale evidenze empiriche, buone pratiche replicabili e indicatori di monitoraggio territoriale.

Dal punto di vista metodologico, la “Conferenza” dovrebbe dotarsi di strumenti basati sull’evidenza; ad esempio, si suggerisce l’utilizzo e l’implementazione di alcuni strumenti già operativi come la Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) e il Piano Nazionale

Complementare (PNC).

In ultima analisi, l’obiettivo della *governance* proposta è quello di attuare una profonda modernizzazione della visione politica, trasformando la salute da semplice voce di costo per l’assistenza sanitaria a vero e proprio investimento strategico per l’intero Paese, allineando gli sforzi al perseguimento degli obiettivi di sostenibilità dell’Agenda 2030, superando l’attuale frammentazione istituzionale, mediante la promozione di una piattaforma di politiche condivise, dove diversi Ministeri collaborino attivamente per armonizzare le decisioni e trattare la salute come un concetto globale, capace di agire da motore per lo sviluppo economico e sociale.





# Capitolo 5



## Indicatori di *Performance*

Sintesi:

5a. Esiti di salute

5b. Le Disuguaglianze di Salute in Italia:  
dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ad oggi

5c. Il giudizio degli italiani sul Servizio Sanitario Nazionale

5d. La Mortalità Evitabile

5e. Opportunità di tutela della salute: le *Performance* Regionali

5f. Impoverimento, catastroficità e disagio economico:  
i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario



## CAPITOLO 5a Esiti di salute

Carrieri C.<sup>1</sup>

Il contributo esamina gli esiti di salute conseguiti in Italia (a livello nazionale e regionale), in termini di livello e dinamica, effettuando altresì una comparazione con quelli realizzati nel contesto europeo (con un focus particolare su Francia, Germania e Spagna).

In particolare, vengono analizzati la speranza di vita e i tassi di mortalità, disabilità e cronicità.

Malgrado il marcato invecchiamento della popolazione, gli esiti di salute in Italia risultano “eccellenti” nella comparazione con gli altri Paesi europei.

La speranza di vita alla nascita (83,5 anni nel 2023) è la seconda più alta in Europa, e il dato sulla speranza di vita in buona salute, è il più alto (69,1 anni) con uno scarto significativo rispetto alla media europea che si ferma a 63,4 anni.

I dati citati risultano anche in continuo miglioramento: nell'ultimo decennio si è registrato un incremento della aspettativa di vita di +6,7 anni (in altri termini ogni anno si allunga l'aspettativa di 0,7 anni).

Anche per la popolazione anziana la speranza di vita in buona salute italiana è prima in Europa (10,8

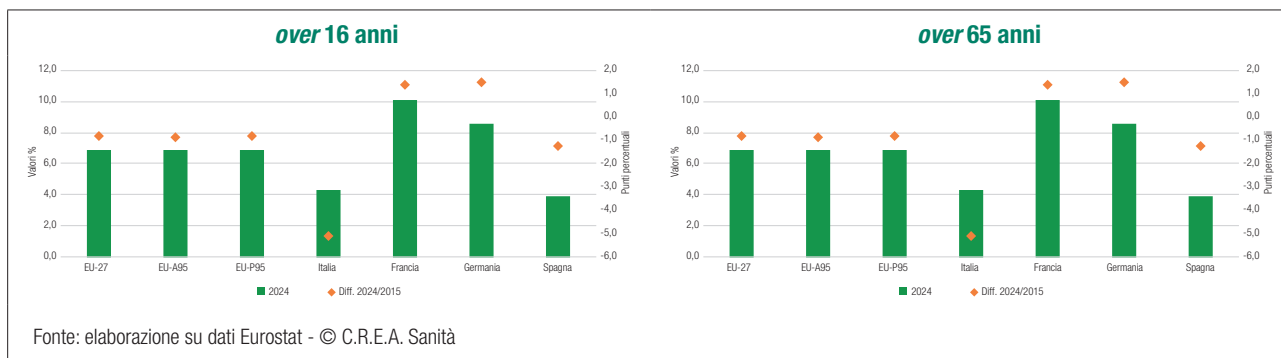
anni), registrando anche il maggior incremento (+3,2 anni nell'ultimo decennio).

Sul versante della mortalità evitabile, l'Italia si posiziona (17,7 ogni 100.000 abitanti) significativamente al di sotto della media europea (24,0).

L'attesa di vita in buona salute si riverbera in una importante riduzione della prevalenza della disabilità grave, che nella popolazione *over 16* anni è scesa dal 9,4% del 2015 al 4,3% del 2024. Ancora più significativo è il miglioramento nella popolazione anziana, dove la prevalenza negli *over 65* è passata dal 24,6% del 2015 all'11,3% del 2024 (registrando ancora il miglioramento più marcato in Europa).

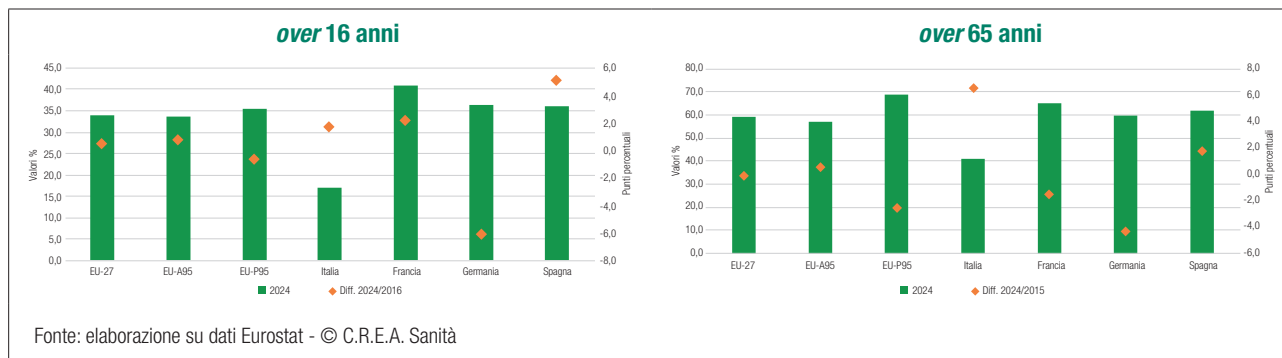
Di contro, aumenta la prevalenza della cronicità, che nella popolazione *over 16* anni è passata dal 15,2% del 2016 al 17,0% del 2024, pur rimanendo significativamente al di sotto della media europea (34,1%). In particolare, per gli *over 65*, l'Italia presenta la prevalenza più bassa tra i Paesi analizzati (41,0% nel 2024), ma con il maggiore peggioramento nell'ultimo decennio (+6,6 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2016).

### Tasso di disabilità



<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

## Tasso di cronicità



Analogamente, la percezione sul proprio stato di salute della popolazione, riporta un peggioramento, ma anch'esso da attribuire all'invecchiamento.

Peraltro, nei 30 anni considerati nelle analisi, non si sono registrate significative riduzioni nei *gap* esistenti fra i diversi gruppi di popolazione: in particolare, i livelli di istruzione appaiono la maggiore determinante di disparità in termini di salute percepita, sfavorendo la popolazione dotata di minore *health literacy*.

Questo dato evidenzia problemi di iniquità, confermati dalla forte variabilità regionale di molti indicatori.

Infatti, malgrado i livelli nazionali medi degli esiti primeggino in Europa, il Sud registra sistematicamente "Performance" inferiori in tutti gli indicatori analizzati: una minore speranza di vita in buona salute alla nascita (-4,8 anni rispetto al Nord-Est); un tas-

so di mortalità evitabile superiore (+4,4 punti sempre rispetto al Nord-Est); una multicronicità negli *over 75* più elevata (56,8% vs 44,0% del Nord-Est); ed anche la qualità della vita legata alla salute (HRQoL), registra un significativa variabilità a livello regionale, con valori medi compresi tra i 0,840 QALY dell'Umbria ai 0,938 QALY (Trentino Alto Adige).

Volendo tentare una sintesi, malgrado il sistema si dimostri efficace nel promuovere la salute, non è in grado di compensare gli effetti dell'invecchiamento, che porta ad un aumento delle cronicità.

Questo dato indica la necessità di continuare a investire sulla prevenzione primaria e secondaria, nell'ottica della promozione di una reale longevità.

Inoltre, permangono significative disparità, seppure in riduzione, che richiedono interventi mirati per garantire una reale equità in termini di esiti di salute.

## CAPITOLO 5b

### Le Disuguaglianze di Salute in Italia: dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ad oggi

Atella V.<sup>1</sup>, De luca C.<sup>1</sup>, d'Angela D.<sup>2</sup>, Maresch E.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>3</sup>

Il presente contributo riassume le principali evidenze di un recente studio che ha analizzato l'evoluzione delle Disuguaglianze di Salute in Italia nel periodo 1984-2023.

L'analisi, basata sulla ricostruzione di serie storiche provenienti dai dati dalle indagini Istat "Aspetti della vita quotidiana" (1993-2023) e "Bilanci delle Famiglie" (1985-2023), offre una prospettiva longitudinale unica sulle dinamiche sanitarie italiane, esaminando come le disparità legate allo status socio-economico, al genere e alla residenza geografica abbiano caratterizzato il Sistema Sanitario.

Nello specifico, sono stati calcolati sei indicatori per ripartizione geografica (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole), genere, livello di istruzione ed età, ed analizzata la loro dinamica sin dall'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): stato di salute auto-percepito, numero di comorbidità, frequenza ospedalizzazioni, grado di soddisfazione per i servizi ospedalieri, incidenza della spesa sanitaria *Out Of Pocket* (OOP) sul Prodotto Interno Lordo (PIL) e sui consumi familiari e quota di famiglie che sostengono spese sanitarie private.

L'analisi dello stato di salute auto-valutato dalla popolazione italiana nel periodo 1993-2022 rivela una dinamica complessa: apparentemente si osserva un peggioramento generalizzato dell'indicatore nel tempo. La tendenza è però largamente attribuibile all'invecchiamento progressivo della popolazione piuttosto che a un deterioramento effettivo delle condizioni sanitarie.

A livello territoriale, prima del 2007, il Sud pre-

sentava paradossalmente uno stato di salute migliore rispetto alle altre macro-aree. Successivamente, probabilmente a seguito di una modifica nella metodologia di rilevazione, questa differenza si è azzerata. Nel lungo periodo, le disparità territoriali sono rimaste sostanzialmente stabili.

Le donne riportano costantemente valori peggiori, in termini di salute percepita, rispetto agli uomini. Questa differenza di genere nella percezione dello stato di salute potrebbe riflettere sia reali differenze nella salute fisica e mentale, sia a una diversa soglia soggettiva nella valutazione del proprio stato di benessere. Nonostante le donne presentino, in media, una maggiore aspettativa di vita rispetto agli uomini, esse riportano peggiori condizioni di salute auto-percepita, una più alta prevalenza di malattie croniche non fatali e un maggiore utilizzo dei Servizi Sanitari.

Dall'analisi dell'indicatore per livello di istruzione emerge come quest'ultimo sia il determinante più potente e stabile delle disuguaglianze sanitarie. Gli individui con basso livello di istruzione presentano sistematicamente condizioni di salute percepita peggiori lungo tutto il periodo considerato. Il divario tra alto e basso livello educativo rimane ampio e costante, confermando che le disuguaglianze educative in salute sono strutturali e difficilmente riducibili senza interventi mirati.

Considerando congiuntamente il genere ed il livello di istruzione emerge come il "*gender health gap*" sia in gran parte spiegabile attraverso differenze nei livelli di istruzione. Le donne con basso livello di istruzione riportano i peggiori livelli di salute, men-

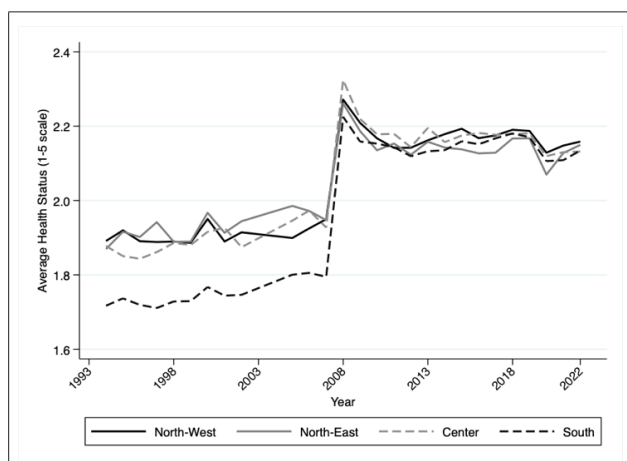
<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

<sup>3</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

tre le donne con istruzione elevata si collocano su livelli simili, o persino migliori, rispetto agli uomini con la stessa condizione educativa.

### Stato di salute auto-valutato della popolazione per genere e livello di istruzione



L'indicatore dello stato di salute auto-percepito varia da 1 a 5, dove il valore 1 indica la condizione di salute migliore e il valore 5 quella peggiore

Note: Il salto nella serie che si riscontra tra il 2007 e il 2008 è attribuibile a un cambio nella definizione e nella modalità di rilevazione dell'indicatore di salute soggettiva (riconducibile a una modifica del questionario) da parte dell'Istat a partire dall'anno 2008, che ha generato un incremento artificiale nell'indicatore senza apparentemente modificare le relazioni tra i vari gruppi esaminati (con qualche eccezione)

Fonte: Atella et al., 2025

Il numero medio di comorbidità nella popolazione italiana mostra un aumento generalizzato nel periodo osservato, nuovamente attribuibile principalmente all'invecchiamento demografico. Le analisi per classe di età confermano che, a parità di età, le prevalenze rimangono sostanzialmente stabili.

Il Centro e soprattutto il Sud registrano valori più elevati rispetto al Nord, riflettendo disparità storiche in termini di condizioni socio-economiche e accesso ai servizi sanitari.

Le donne presentano sistematicamente un numero medio di comorbidità più elevato rispetto agli uomini, in linea con il "paradosso della sopravvivenza femminile".

Analizzando il fenomeno per titolo di studio si osserva come i soggetti con basso titolo di studio presentano un numero di patologie significativamen-

te superiore, con un divario che tende ad ampliarsi nel periodo considerato. La fascia degli *over 65* presenta i livelli più elevati di multimorbidità, riflettendo l'accumulo di condizioni croniche legato all'invecchiamento.

Dall'analisi dei dati relativi alla prevalenza di ospedalizzazioni tra il 1997 e il 2022, da un lato si conferma la ben nota riduzione del ricorso all'ospedalizzazione, ma dall'altro una persistenza di disuguaglianze strutturali.

Nel periodo analizzato si è registrata una significativa riduzione del ricorso ai servizi ospedalieri in tutto il Paese, con un calo particolarmente marcato durante la pandemia da Covid-19, seguito da una parziale ripresa nel 2022. Tale tendenza potrebbe essere attribuibile ad una combinazione di politiche di contenimento della spesa, rafforzamento della medicina territoriale, implementazione di tecnologie diagnostiche meno invasive e diffusione di prestazioni ambulatoriali.

Nonostante la riduzione complessiva, permangono però disuguaglianze strutturali: i tassi di ospedalizzazione risultano più elevati tra i gruppi socio-economici più svantaggiati, riflettendo una maggiore incidenza di patologie croniche e una minore disponibilità di alternative assistenziali territoriali.

Gli individui con basso titolo di studio registrano tassi di ospedalizzazione significativamente superiori (4-5%) rispetto ai soggetti più istruiti (2-3%), con un divario stabile nel tempo.

Come era lecito aspettarsi, gli *over 65* presentano i tassi più elevati di ospedalizzazione, sebbene in calo negli ultimi anni, riflettendo l'accumulo di comorbidità legato all'invecchiamento.

L'analisi della soddisfazione per l'accesso ai Servizi Sanitari ospedalieri (sia per assistenza medica che infermieristica) rivela tendenze generalmente positive ma con importanti differenziazioni:

Considerando l'assistenza medica ospedaliera, dal punto di vista territoriale, si riscontrano notevoli differenze nei livelli iniziali e nell'evoluzione dei *trend*. Le regioni del Nord-Est e del Nord-Ovest si attestano su livelli elevati di soddisfazione per l'intero periodo, con un aumento stabile fino a valori prossimi al 95%. Il Centro mostra un miglioramento più graduale. Il

Sud, che nel 1993 partiva da una condizione sensibilmente più sfavorevole (circa 82%), evidenzia un aumento costante, pur rimanendo la macro-area con il livello di soddisfazione più basso nel 2022. Questo andamento conferma la persistenza di disuguaglianze territoriali nell'accesso e nella qualità percepita dell'assistenza medica ospedaliera, sebbene con segnali di convergenza nel lungo periodo.

I dati per genere rilevano come, fino al 2013, uomini e donne mostrino *trend* simili, ma successivamente divergenti, con la soddisfazione femminile che registra un calo, suggerendo l'emergere di dinamiche differenziate nelle percezioni dei servizi.

Analizzando i dati per livello di istruzione, si osserva che i soggetti con istruzione elevata mostrano

costantemente livelli superiori di soddisfazione fino al 2018, seguiti da un lieve calo. Al contrario, i soggetti con istruzione bassa, pur partendo da livelli inferiori, evidenziano un incremento graduale e continuo della soddisfazione, fino a raggiungere e allinearsi con il gruppo più istruito nel 2022. Questa dinamica può riflettere un miglioramento nell'equità percepita dei servizi o un livellamento delle aspettative tra i gruppi educativi.

In sintesi, a più di quarant'anni dalla sua istituzione, si può confermare che il SSN sia stato capace di garantire l'universalismo e di contrastare gli effetti dell'invecchiamento della popolazione, ma non ha prodotto gli effetti sperati in termini di riduzione delle disuguaglianze sanitarie.

## CAPITOLO 5c

## Il giudizio degli italiani sul Servizio Sanitario Nazionale

d'Angela D.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

Il capitolo riassume i risultati della *survey* promossa da C.R.E.A. Sanità, e somministrata ad un campione rappresentativo della popolazione italiana, con l'obiettivo di raccogliere le valutazioni dei cittadini sulle loro esperienze nei contatti con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'idea della *survey* è nata osservando come al centro del dibattito sulle politiche sanitarie ci sia tanto la consapevolezza che il Sistema Sanitario pubblico rappresenta un patrimonio irrinunciabile, quanto la percezione che faccia sempre più fatica a stare al passo con le esigenze dei cittadini: è quindi sembrato opportuno verificare questo ultimo punto, andando direttamente alla fonte, ovvero, utilizzando lo schema tipico delle *Patient Reported Experience Measures* (PREMs), chiedendo ai cittadini il loro parere sulla capacità di "risposta" del SSN.

Dall'analisi è emerso che i cittadini italiani, in larga maggioranza, promuovono:

- il medico di famiglia, che resta una figura di riferimento con un punteggio medio di soddisfazione di 7,3 (in una scala 0-10)
- l'accesso ai farmaci, che arriva addirittura al punteggio di 8 su 10.

L'esperienza maturata dai cittadini con i servizi ospedalieri, ambulatoriali e preventivi si colloca su livelli di sufficienza o poco più; in altre parole, sono aree che funzionano, ma che evidentemente risentono di limiti organizzativi.

L'esperienza con l'assistenza domiciliare, residenziale e il supporto alle persone non autosufficienti riceve giudizi peggiori, inferiori alla sufficienza. Si tratta, peraltro, di settori fondamentali, considerando

il fenomeno dell'invecchiamento che caratterizza il Paese, e il conseguente aumento delle fragilità, che richiede continuità e prossimità assistenziale.

## Soddisfazione per i Servizi Sanitari in base all'esperienza dei pazienti

Area	Soddisfazione media
Assistenza ospedaliera non programmata	6,3
Ricovero ospedaliero programmato	6,9
Prestazioni ambulatoriali prevenzione	6,8
Prestazioni ambulatoriali	6,7
Medico di famiglia	7,3
Ricoveri in residenze	5,7
Assistenza al domicilio	5,8
Assistenza non autosufficienti	5,6
Facilità reperire farmaci	8,0

Fonte: elaborazione *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Interrogati sulla motivazione delle loro insoddisfazioni, i cittadini italiani dichiarano che l'elemento più critico dei servizi del SSN rimane quello del "rispetto dei tempi".

A prescindere dalla residenza geografica e dall'età, i cittadini sono largamente concordi (il 62%) nel giudicare inaccettabili i tempi di attesa per accedere alle prestazioni.

Inoltre, il 45% dei rispondenti è insoddisfatto per le attese a cui sono sottoposti nelle strutture all'atto dell'erogazione delle prestazioni.

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

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

### Ragioni di insoddisfazione per i Servizi Sanitari

Aree	% popolazione insoddisfatta
Tempi di attesa per la prenotazione delle prestazioni (liste d'attesa per visite, esami ecc.)	62,4
Tempi di attesa al momento dell'erogazione delle prestazioni (attese nelle sale di attesa, mancato rispetto degli orari di prenotazione ecc.)	44,6
Difficoltà di contatto con il SSN (prenotazioni ecc.)	24,1
Spesa sostenuta ( <i>ticket</i> )	22,9
Carenza di attenzione da parte del personale sanitario	20,8
Impossibilità di scegliere il professionista (ovvero il medico specialista dal quale vorrei farmi effettivamente curare)	19,3
Distanza dal luogo di erogazione	18,8
Scomodità degli orari di erogazione delle prestazioni	15,8
Mancanza di comunicazione tra il medico di famiglia e lo specialista	14,9
Difficoltà nel trovare informazioni su dove prenotare gli esami, le visite ecc.	14,2
Competenza del medico del servizio pubblico	13,7
Mancanza di comunicazione tra professionisti	11,0
Complessità nell'ottenere la documentazione sanitaria	7,5
Mancanza di supporti sociali per i non autosufficienti (personale per assistenza della persona ecc.)	5,9

Fonte: elaborazione *survey* - © C.R.E.A. Sanità

Presumibilmente questi due elementi sono alla base del ricorso al privato, che riguarda ormai quasi 7 italiani su 10.

L'analisi dei risultati della *survey* in base alle caratteristiche dei rispondenti evidenzia alcune specificità.

In primo luogo, si registra che gli *over 75* (che presumibilmente sono i maggiori consumatori dei Servizi Sanitari) risultano mediamente più soddisfatti dei servizi.

Adulti attivi e studenti rappresentano la fascia di popolazione che risulta più critica con i Servizi Sanitari ricevuti, dimostrando di avere maggiori aspettative: in altri termini, richiedono servizi rapidi, facilmen-

te raggiungibili, digitalizzati, capaci di conciliare le cure con i ritmi della vita lavorativa o di studio.

Esiste inoltre un gradiente geografico: il Trentino Alto Adige e alcune Regioni del Nord hanno *Performance* giudicate sistematicamente migliori dai cittadini, in quasi tutte le aree indagate.

In conclusione, dalle risposte dei cittadini emerge come, pur continuando a credere nell'importanza del SSN, i cittadini italiani chiedano servizi più aderenti alle proprie aspettative: in particolare, in termini di supporto alla non autosufficienza, di rapidità di accesso, riduzione delle attese all'atto dell'erogazione delle prestazioni e prossimità dell'assistenza.

## CAPITOLO 5d

### La Mortalità Evitabile

Buzzi N.<sup>1</sup>

Il tema della Mortalità Evitabile rappresenta un indicatore di rilevante interesse per l'analisi delle disuguaglianze sanitarie e delle *Performance* del Sistema Sanitario, in particolare in un Paese come l'Italia, storicamente caratterizzato da profonde differenze territoriali. Negli anni recenti, la lettura dei dati si è fatta ancor più complessa a causa dell'impatto della pandemia da Covid-19, che ha inciso sia direttamente, attraverso l'aumento dei decessi per la patologia stessa, sia indirettamente, per gli effetti sul funzionamento dei Servizi Sanitari e sui comportamenti individuali. L'Italia, tuttavia, continua a posizionarsi favorevolmente nel confronto europeo, mantenendo nel 2022 uno dei più bassi tassi standardizzati di Mortalità Evitabile, al quarto posto tra i Paesi dell'Unione Europea (UE).

Scomponendo l'indicatore nelle sue due componenti principali, decessi prevenibili tramite interventi di sanità pubblica e decessi trattabili attraverso diagnosi e terapie tempestive, emergono dinamiche diverse. L'Italia mostra un andamento favorevole per entrambe le componenti, con valori inferiori alla media europea e ai principali Paesi occidentali. In particolare, l'analisi depurata dalle morti per Covid-19, utilizzata per una lettura più comparabile delle serie storiche, evidenzia una riduzione progressiva della Mortalità Evitabile nel decennio 2013-2022, sebbene con un rallentamento nel periodo pandemico.

Nel 2022, i decessi evitabili rappresentano il 58,2% del totale delle morti tra i 0 e i 74 anni, con un'incidenza maggiore tra gli uomini (59,2%) rispetto alle donne (56,6%). Tra le cause principali si collocano i tumori maligni, che costituiscono il 40% della

Mortalità Evitabile maschile e oltre il 50% di quella femminile, seguiti dalle malattie del sistema circolatorio, in gran parte ritenute contrastabili. La componente trattabile è maggiormente rappresentata tra le donne, mentre quella prevenibile, legata soprattutto a stili di vita non salutari, è più rilevante tra gli uomini, confermando uno storico sbilanciamento di genere.

L'analisi territoriale restituisce un quadro fortemente disomogeneo. A livello regionale, il tasso standardizzato varia dai 139 decessi evitabili per 100.000 residenti del Trentino Alto Adige ai 200 della Campania, confermando il divario tra Nord e Sud del Paese. Nonostante tutte le Regioni abbiano registrato una tendenziale diminuzione dei tassi nel lungo periodo, il confronto tra il 2022 e il 2019 mostra andamenti differenziati: alcune Regioni evidenziano miglioramenti significativi, mentre altre segnano un'inversione di tendenza.

Il dettaglio provinciale mostra ulteriori elementi di disomogeneità, talvolta più marcati di quelli regionali. I dati relativi al triennio 2020-2022 evidenziano differenze anche molto ampie nei tassi di Mortalità Evitabile per cause legate agli stili di vita o all'efficacia delle cure, confermando che le disuguaglianze non si esauriscono nelle macro-aree ma coinvolgono anche ambiti locali più ristretti. In generale, nelle Province del Centro e di parte del Nord si registrano i tassi più contenuti, mentre molte Province del Mezzogiorno continuano a presentare valori sensibilmente più elevati, anche in confronto al triennio pre-pandemico.

Nel complesso, l'analisi conferma che, nonostante i buoni risultati ottenuti a livello nazionale, esiste

<sup>1</sup> Nebo ricerche PA

ancora un ampio margine di miglioramento sia in termini di efficacia dei Servizi Sanitari che di prevenzione dei fattori di rischio individuali. La riduzione delle disuguaglianze territoriali e di genere nella Mortalità

Evitabile rappresenta una sfida centrale per le politiche sanitarie, tanto più in una fase di ricostruzione e rafforzamento del sistema post-pandemia.

## CAPITOLO 5e

### Opportunità di tutela della salute: le Performance Regionali

*d'Angela D.<sup>1</sup>, d'Angela C.<sup>2</sup>, Carrieri C.<sup>2</sup>, Polistena B.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>3</sup>*

Il Capitolo 5e sintetizza i risultati dello studio “Opportunità di tutela della Salute: Le Performance Regionali” – XIII edizione 2025, promosso dal C.R.E.A. Sanità, volto a valutare le effettive opportunità di tutela della salute e del benessere sociale nelle Regioni italiane.

Lo studio adotta un approccio multidimensionale e multiprospettico, riconoscendo che la tutela della salute dipende non solo dall'Assistenza Sanitaria, ma anche da fattori sociali, ambientali e organizzativi.

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* “*multistakeholder*” a cui partecipano attualmente 107 rappresentanti delle Istituzioni, del *Management Aziendale*, delle Professioni Sanitarie, degli Utenti e dell'*Industria Life Sciences*).

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
- elicitare il “valore” attribuito alle determinazioni degli indicatori
- elicitare il “valore relativo” attribuito ai diversi indicatori
- elaborazione dell'indice sintetico di Performance, secondo le diverse prospettive e del

relativo contributo delle diverse Dimensioni.

Rispetto alla precedente edizione, l'indagine 2025 introduce:

- la misurazione della dinamica della Performance nel periodo 2019–2024
- la verifica della correlazione tra Performance e soddisfazione dei cittadini (PREMs) e tra Performance e qualità di vita (HRQoL)
- la valutazione della resilienza dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) attraverso indicatori di sostenibilità di medio periodo.

La XIII edizione dello studio sulle Performance Regionali condotto dal C.R.E.A. Sanità, in collaborazione con un *Panel* composto da 107 *stakeholder* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) afferenti a diverse aree di interesse (Istituzioni, Utenti/Cittadini, *Management Aziendale*, Professioni Sanitarie, *Industria Life Sciences*), conferma una notevole distanza fra Performance attuali e quelle potenzialmente ottimali; negli anni si assiste anche un aumento di tale distanza, dovuto alla crescita delle aspettative dei componenti del *Panel*.

Il divario fra le Regioni rimane decisamente rilevante, con la Performance migliore che si attesta al 55% e un terzo delle Regioni che non supera un livello pari al 40% del massimo ottenibile; non di meno, negli ultimi 5 anni si registra un miglioramento medio dei livelli di Performance, specie nelle Regioni che partivano più indietro (molte meridionali), con la conseguenza di una riduzione delle disparità.

Peraltro, nelle Regioni con Performance migliori si osservano miglioramenti marginali, ad indicare

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

<sup>2</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

<sup>3</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del Sistema Sanitario: in buona misura legati alle risorse disponibili.

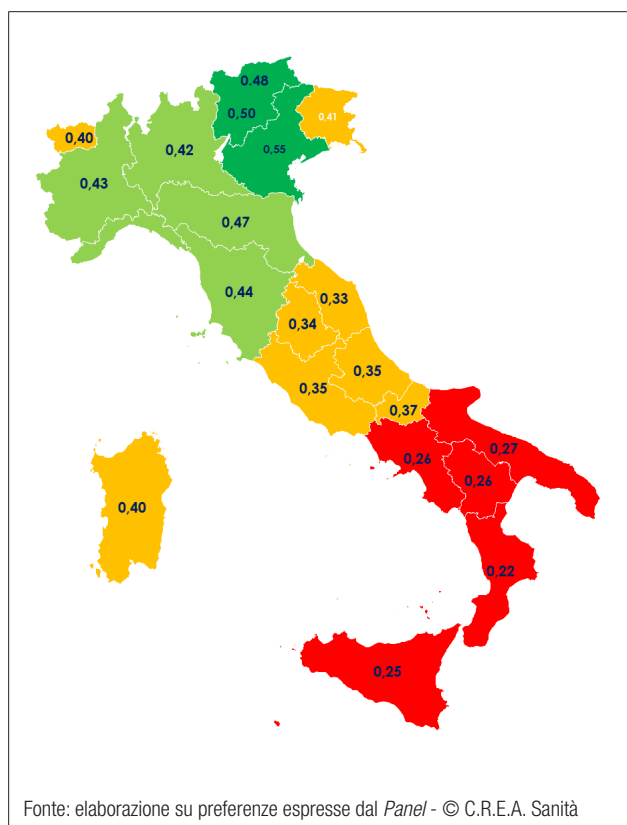
Solo due Regioni (Veneto e P.A. di Trento), superano il 50% del livello massimo di *Performance* (rispettivamente con il 55% e il 50%).

Seguono sei Regioni con livelli dell'indice di *Performance* abbastanza omogenei, compresi tra il 48% ed il 42%: P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Piemonte e Lombardia.

Nel terzo gruppo si attestano Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Valle d'Aosta, Molise, Abruzzo, Lazio, Umbria e Marche, con livelli di *Performance* compresi nel range 33-41%.

Infine, cinque Regioni, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia e Calabria, si attestano su livelli di *Performance* inferiori al 28% del massimo raggiungibile.

### Indice di Performance (0-1)



Le valutazioni delle *Performance*, pur simili, presentano alcune difformità se analizzate per le diver-

se categorie di *stakeholder*: per gli Utenti oltre il Veneto e la P.A. di Trento, è da "promuovere" la P.A. di Bolzano; per le Istituzioni oltre il Veneto e la P.A. di Trento, anche la Liguria è da annoverarsi fra le realtà che offrono ai propri cittadini maggiori opportunità di tutela socio-sanitaria; per le Professioni Sanitarie oltre il Veneto sono da citarsi la P.A. di Bolzano, il Piemonte e la Liguria. Per i rappresentanti del *Management Aziendale* sale nel *ranking* anche l'Emilia Romagna; infine, per l'Industria sono Veneto, PP.AA. di Bolzano e Trento e Toscana le quattro realtà più virtuose.

In termini di determinanti della *Performance*, si osserva come le tre Dimensioni dell'Appropriatezza, Esiti ed Equità contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: rispettivamente per il 24,3%, 24,3% e 15,2%; segue la Dimensione Sociale (12,8%); le Dimensioni Innovazione ed Economico-Finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 12,2% ed il 11,2%.

Si conferma come la *Performance* di una "categoria" dinamica, che segue le modifiche nelle priorità politiche: rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione del "peso" associato alle Dimensioni Sociale e Appropriatezza, a fronte di un aumento del contributo dell'Equità, quest'ultima in modo particolarmente evidente per gli Utenti.

La riduzione del contributo della Dimensione Sociale alla *Performance*, registrata per tutte le Categorie di *stakeholder*, potrebbe essere, almeno in parte, attribuibile all'assenza nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di un disegno di reale integrazione fra sanità e sociale, come anche alla consapevolezza dell'esistenza di un livello di risorse per la funzione insufficienti a consentire di estendere il sistema verso il sociale.

Per il *Management Aziendale* è continuato ad aumentare il peso degli Esiti a fronte di una riduzione di quello della Dimensione Economica, fenomeno attribuibile alle difficoltà gestionali con risorse (in senso lato) limitate. Si conferma anche quest'anno una complessiva maggior soddisfazione da parte del *Management* e delle Professioni Sanitarie per i livelli di risultato raggiunti nelle Regioni "migliori": aspetto interpretabile come una consapevolezza di aver fat-

to il massimo possibile con le risorse disponibili; gli Utenti continuano ad essere i più critici, soprattutto verso le realtà “peggiori”.

A proposito di risorse e quindi sostenibilità, il *Panel* ha identificato nove Regioni (Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Abruzzo) considerabili potenzialmente “resilienti”. Tra queste, Emilia Romagna, Toscana e Abruzzo, hanno anche registrato un miglioramento nel medio periodo degli indicatori selezionati.

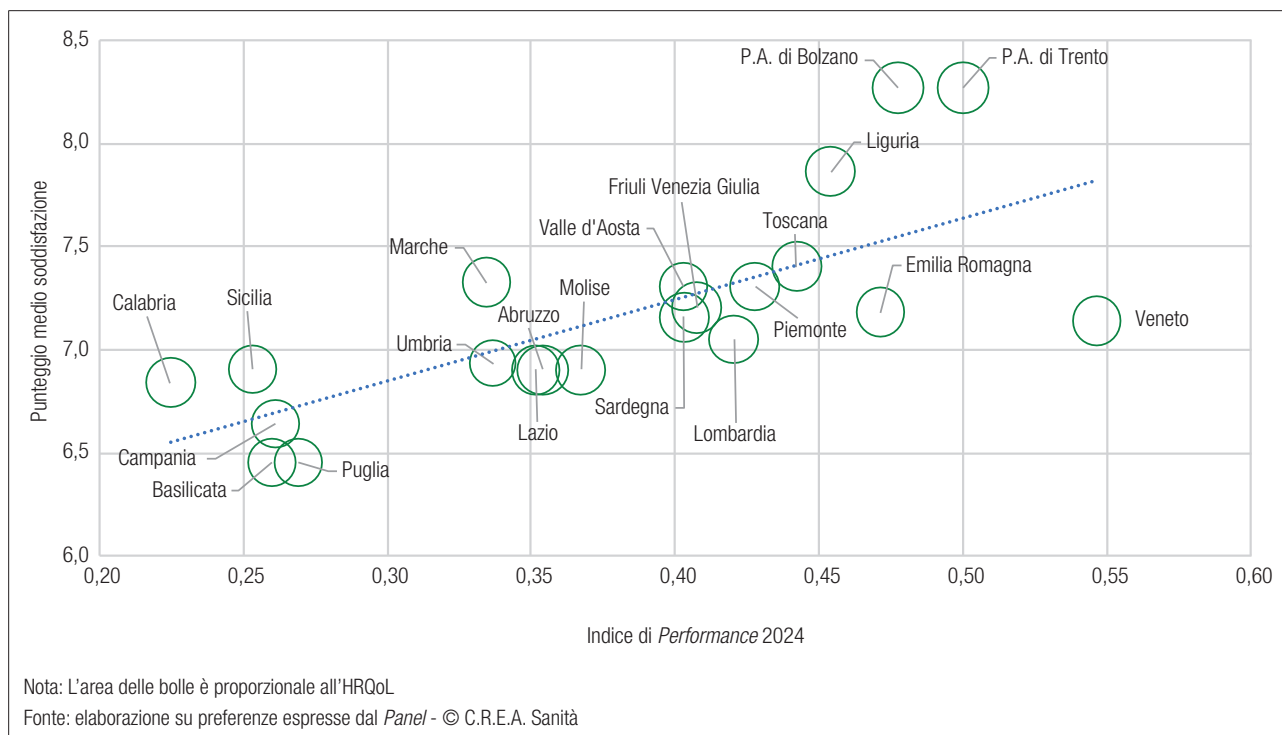
In conclusione, si confermano livelli di *Performance* ancora distanti dai valori ottimali, anche se in miglioramento; si conferma anche la distanza (e le

posizioni relative) fra le Regioni, sebbene si assista ad un *trend* di riduzione dei *gap*.

Le risorse sembrano essere un vincolo che impatta significativamente sulla possibilità di migliorare le *Performance*, e meno della metà delle Regioni supera il *check* effettuato per misurare la loro resilienza in termini di sostenibilità di medio-periodo.

In ogni caso le analisi condotte dimostrano che le *Performance* misurate sono significativamente (e positivamente) correlate con la *customer satisfaction* dei cittadini; molto meno con la qualità di vita percepita, che evidentemente è condizionata da fattori che esulano le scelte regionali.

**Indice di Performance, Indice di soddisfazione dei cittadini e HRQoL**



## CAPITOLO 5f

### Impoverimento, catastroficità e disagio economico: i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario

*d'Angela D.<sup>1</sup>*

Il contributo si pone l'obiettivo di valutare l'impatto dei bisogni di cura sulle famiglie, analizzando i consumi sanitari che queste sostengono privatamente; l'ultimo aggiornamento disponibile dei dati su consumi è relativo al 2023, e permette, in continuità con quanto avviato nella precedente annualità, di analizzare le diverse aree assistenziali, distintamente per area di intervento: prevenzione, cura e riabilitazione e *Long Term Care* (LTC). L'analisi è stata altresì integrata della componente socio-assistenziale rivolta ad anziani e/o disabili.

L'analisi della spesa sanitaria privata fornisce, indirettamente, indicazioni sull'effettiva capacità di tutela offerta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia: a tal fine è stata effettuata una analisi delle disuguaglianze nelle spese sanitarie sostenute privatamente, con il fine di valutare l'equità dei Sistemi Sanitari sul lato del finanziamento adottando una logica *ex post*, ovvero misurando la *fairness* del Sistema Sanitario secondo l'approccio definito del *burden space* (Murray et al., 1999).

Nello specifico, il contributo ha ricostruito gli andamenti di alcuni indicatori (la quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, l'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa per consumi, l'incidenza dell'impoverimento a causa delle spese sanitarie, la quota di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche e la quota di famiglie con disagio economico causato dalle spese sanitarie) utili a valutare il livello di protezione dai rischi economici, sin dall'istituzione del SSN (L. n. 833/78).

Ove possibile è stata effettuata una stratificazione

per Regione di residenza, quintile di consumo, livello di istruzione della persona di riferimento della famiglia, composizione del nucleo familiare.

La fonte dei dati utilizzati per le analisi è rappresentata dai microdati delle indagini condotte dall'Istat sui consumi e sulla spesa delle famiglie; occorre far presente che le indagini citate hanno subito modifiche rilevanti negli ultimi 40 anni, e negli anni 2014-2021 lo stesso Istituto ha proceduto ad una ricostruzione delle serie per allinearla alla nuova classificazione di riferimento internazionale per la spesa delle famiglie (*Classification Of Individual Consumption by Purpose* (COICOP)).

In termini quantitativi, nel 2023 (ultimo anno disponibile per effettuare analisi disaggregate) il 70,9% delle famiglie italiane ha effettuato spese sanitarie (privatamente); le sostengono soprattutto le coppie giovani (80,1%) e gli *over 75* senza figli (80,1%).

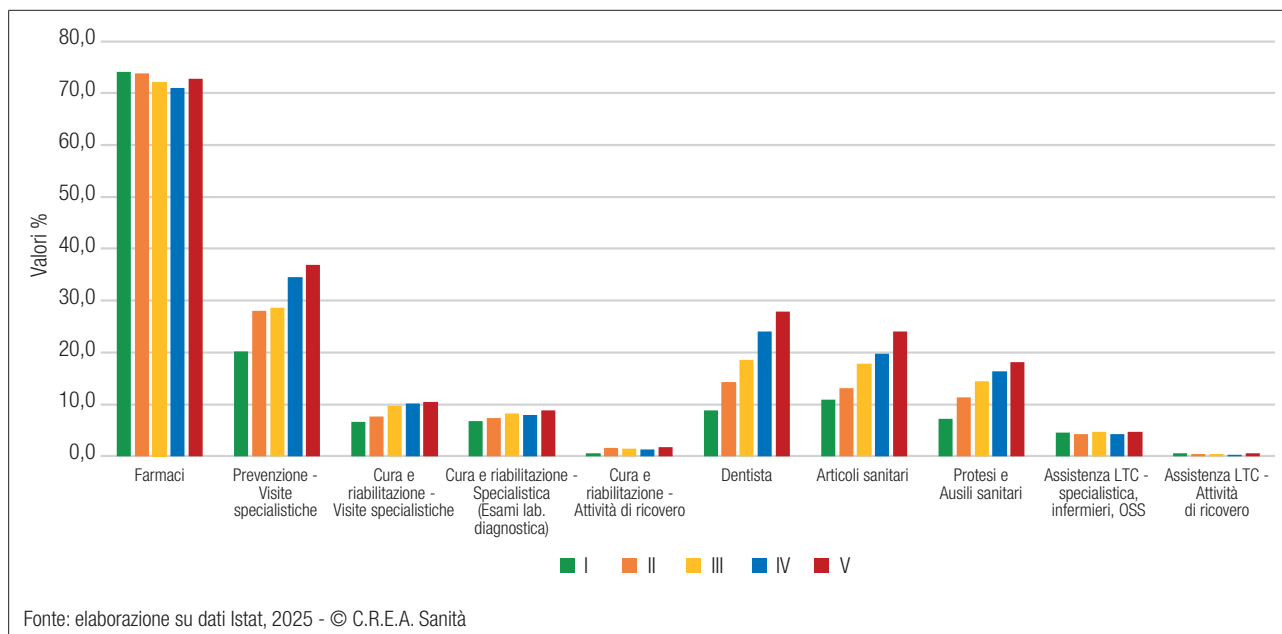
Rispetto al 1985 la quota di famiglie italiane che dichiarano di sostenere spese sanitarie *Out Of Pocket* (OOP) è aumentata complessivamente di +19,2 punti percentuali (p.p.), con una crescita marcata fino al 1997 (+17,9 p.p.), seguita da una fase di riduzione fino al 2012 (-8,8 p.p.), un nuovo picco nel 2014 (+28,7 p.p.) e, infine, un'ulteriore fase discendente nei periodi successivi (-18,6 p.p.).

L'aumento ha interessato soprattutto le famiglie meno abbienti, e con un basso o assente titolo di studio.

I dati preliminari dell'Istat riportano per il 2024 una sostanziale invarianza della spesa per consumi delle famiglie (+0,6% in termini nominali), con una riduzione del -1,6% di quella sanitaria.

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

## Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, per voce di spesa e quintile di consumo. Anno 2023



L'incidenza della spesa sanitaria privata per le famiglie dei quintili di consumo più bassi ha raggiunto il 5,9%, mentre risulta del 4,6% per quelle dell'ultimo, a fronte di una incidenza media pari al 4,3%, che sale al 7,6% se si considerano le sole famiglie che spendono.

La quota di spesa privata a carico dei primi tre quintili di consumo, nel 1985, rappresentava il 27,5% della spesa sanitaria privata complessiva, mentre nel 2023 è aumentata sino al 37,6% (7,2% nel primo, 13,0% nel secondo e 17,4% nel terzo).

Mettendo in relazione la dinamica della spesa sanitaria con quella del reddito disponibile, si può osservare che rispetto al 1997 (primo anno disponibile) entrambe le voci hanno registrato un incremento, il reddito disponibile del 66% e la spesa sanitaria del 36%, ma con andamenti diversi nei sotto-periodi: a livello nazionale, fino al 2012 la crescita della spesa sanitaria è stata inferiore a quella del reddito disponibile, per poi "allinearsi" negli anni successivi; a livello geografico gli andamenti sono difformi: nel Mezzogiorno entrambe le voci sono aumentate più della media nazionale (+13,5 p.p. il reddito e +18,8 p.p. la spesa), ma la spesa sanitaria è cresciuta 5,3 p.p. più del reddito disponibile; nel Centro l'aumento del reddito disponibile è stato inferiore rispetto a

quello nazionale (-6,9 p.p.) e quello della spesa sanitaria maggiore (+30,4 p.p.): la spesa è aumentata più del reddito disponibile di 37,3 p.p.; nel Nord-Est l'aumento di entrambi gli indicatori è stato minore rispetto a quello nazionale (-10,5 p.p. il reddito e -23,4 p.p. la spesa); analogamente per il Nord-Ovest i differenziali risultano del -4,2 p.p. e -13,9 p.p. rispettivamente.

Quindi nel Nord l'incidenza della spesa sanitaria privata rispetto al reddito disponibile tende a ridursi nel periodo considerato, mentre nel Meridione, e ancor di più nel Centro, la crescita del reddito disponibile è stata "assorbita" da quella della spesa sanitaria.

La primaria ragione di spesa sono i farmaci, che vengono acquistati dal 72,6% delle famiglie; quindi, le visite specialiste preventive extra-percorso di cura (per il 30,5% delle famiglie); segue l'acquisto di prestazioni specialistiche relative al percorso di cura e riabilitazione, effettuato dal 18,2% delle famiglie.

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 denti-

sta si passa dall'8,8% delle famiglie del I quintile al 27,9% di quelle del V; per la specialistica dal 33,5% (I quintile) al 56,1% (V quintile), per articoli sanitari dal 10,9% al 24,0%.

Dall'analisi per livello di istruzione emerge come le famiglie meno istruite destinano quasi il 90% delle loro spese a farmaci, specialistica, dentista ed assistenza LTC; la quota di quest'ultima, all'aumentare del livello di istruzione (e quindi presumibilmente anche al ridursi dell'età) tende a ridursi e lascia spazio alle cure odontoiatriche.

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 mila di famiglie ed ammonta a € 2,2 mld..

In termini di distribuzione della spesa per tipologia, è degno di nota che l'incidenza di quella 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%. Una dinamica che suggerisce un ricorso delle famiglie a prestazioni a pagamento per accelerare l'accesso ai percorsi di cura.

Le spese sanitarie possono produrre impove-

rimento: nel 2023, il fenomeno ha colpito 367.528 famiglie (l'1,2% complessivamente ed il 2,0% se si considerano solo quelle che sostengono spese sanitarie).

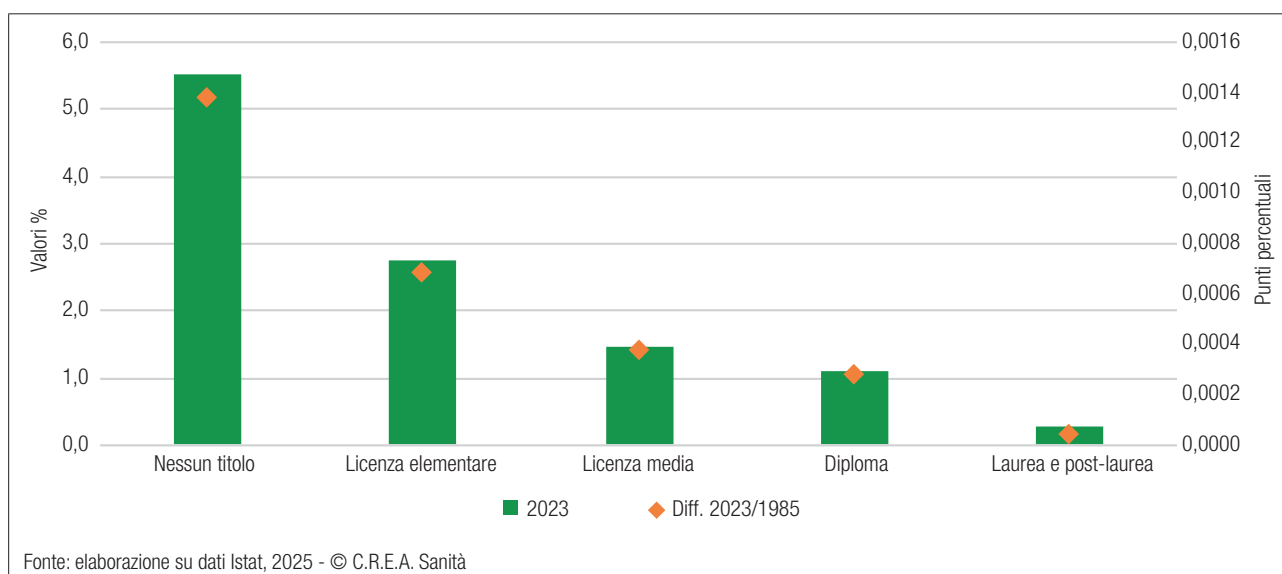
L'impatto nel Mezzogiorno è circa tre volte quello registrato nel Nord e più del doppio di quello registrato nel Centro.

L'impoverimento interessa soprattutto i nuclei familiari appartenenti ai quintili di consumo più bassi: nello specifico il 6,3% di quelle del I quintile (considerando i nuclei che sostengono spese per consumi sanitari), lo 0,5% di quelle del II e lo 0,1% di quelle del terzo, nonché il 5,5% delle famiglie senza alcun titolo di studio ed il 2,7% di quelle con almeno la licenza elementare. A livello geografico il Mezzogiorno è la ripartizione più colpita.

In termini di tipologia di famiglia, le più colpite dal fenomeno sono le coppie di anziani *over 75* (2,3% di quelle che spendono privatamente), gli anziani soli (2,1%) e le famiglie con tre o più figli (2,1%).

Nel periodo 1985-2023 si è registrato un aumento dell'incidenza dell'impoverimento (passata da 0,1% a 1,4%), che ha coinvolto soprattutto le famiglie meno abbienti e quelle con basso livello di istruzione.

**Quota di famiglie impoverite, per livello d'istruzione**



Le famiglie impoverite spendono soprattutto per farmaci, assistenza specialistica, cure odontoiatriche ed LTC; quelle con componenti anziani spendono soprattutto per farmaci e LTC, quelle con figli per farmaci e dentista. L'onere per la LTC aumenta per le famiglie con basso livello di istruzione (presumibilmente più vecchie).

Per completare il quadro va considerato anche il fenomeno delle "rinunce"<sup>2</sup> alle spese per consumi sanitari, che ha interessato 2,3 mln. di residenti (3,3% delle famiglie), in particolare i meno abbienti.

Sommando all'impoverimento le rinunce alla spesa, il 4,7% del totale dei nuclei (1,25 mln. di famiglie, ovvero 2,3 mln. di persone) registrano un disagio economico legato alle spese sanitarie.

L'incidenza del fenomeno è significativamente superiore nel Sud del Paese (6,0%), segue il Nord-Ovest con il 4,8%, il Nord-Est con 4,0% ed il Centro con il 3,2%.

Il disagio economico colpisce tutti i quintili di consumo, sebbene incida maggiormente (11,9%) fra le famiglie del I quintile; l'incidenza è del 3,9% nel II quintile, del 3,2% nel III, del 2,5% nel IV e del 2,1% nell'ultimo.

Sono soggette a disagio economico soprattutto le famiglie associate ad un basso livello di istruzione: il 9,3% di quelle con capofamiglia senza alcun titolo di studio, il 5,8% di quelle con licenza elementare, il 4,9% con licenza media, il 4,8% con diploma ed il 2,8% con almeno una laurea.

Nell'ultimo decennio l'incidenza del disagio<sup>3</sup> è

aumentata di +0,6 p.p.; l'aumento si è registrato in tutte le ripartizioni, ma in particolare nel Mezzogiorno e nel Nord-Est, dove è aumentata per entrambe di +0,9 p.p., seguono il Nord-Ovest ed il Centro con +0,2 e +0,1 p.p. rispettivamente.

L'incidenza del fenomeno è significativamente superiore nel Sud del Paese (6,0%) e minore nel Centro (3,2%).

Il fenomeno della "catastroficità" interessa il 18,6% delle famiglie residenti (11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie), ovvero 2,3 mln. 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, tranne che nel Mezzogiorno, dove prevalgono i farmaci.

In definitiva, le dinamiche degli indicatori ricostruiti per il periodo 1985-2023 evidenziano un *trend* disallineato rispetto alle aspettative legate all'istituzione del SSN: citiamo l'aumento della quota di famiglie che ricorre alle spese sanitarie OOP, l'aumento della incidenza della spesa sanitaria sui consumi familiari e dell'impoverimento. Ma, principalmente, appare critica l'osservazione del fatto che la dinamica è stata più sfavorevole per i meno abbienti, quelli con un basso livello di istruzione, nonché i residenti nel Mezzogiorno e nel Centro.

I risultati mostrano un sostanziale fallimento delle politiche equitative del SSN, sia in termini di protezione delle fasce economicamente più deboli, che di *empowerment* della fasce meno istruite.

<sup>2</sup> Famiglie che hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie ed hanno un consumo per tali voci pari a € 0

<sup>3</sup> La dinamica è stata determinata considerando l'incidenza dell'impoverimento ottenuta con la versione ricostruita dell'indagine sulle spese delle famiglie, e ipotizzando per le rinunce l'incidenza riscontrata con le analisi effettuate con la serie storica dell'indagine prima della ricostruzione



# *Capitolo 6*



**Confronti internazionali,  
politiche di allocazione nazionali e regionali  
delle risorse per la prevenzione**

Sintesi



## CAPITOLO 6

## Confronti internazionali, politiche di allocazione nazionali e regionali delle risorse per la prevenzione

Carrieri C.<sup>1</sup>, d'Angela C.<sup>1</sup>, Lo Giudice C.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

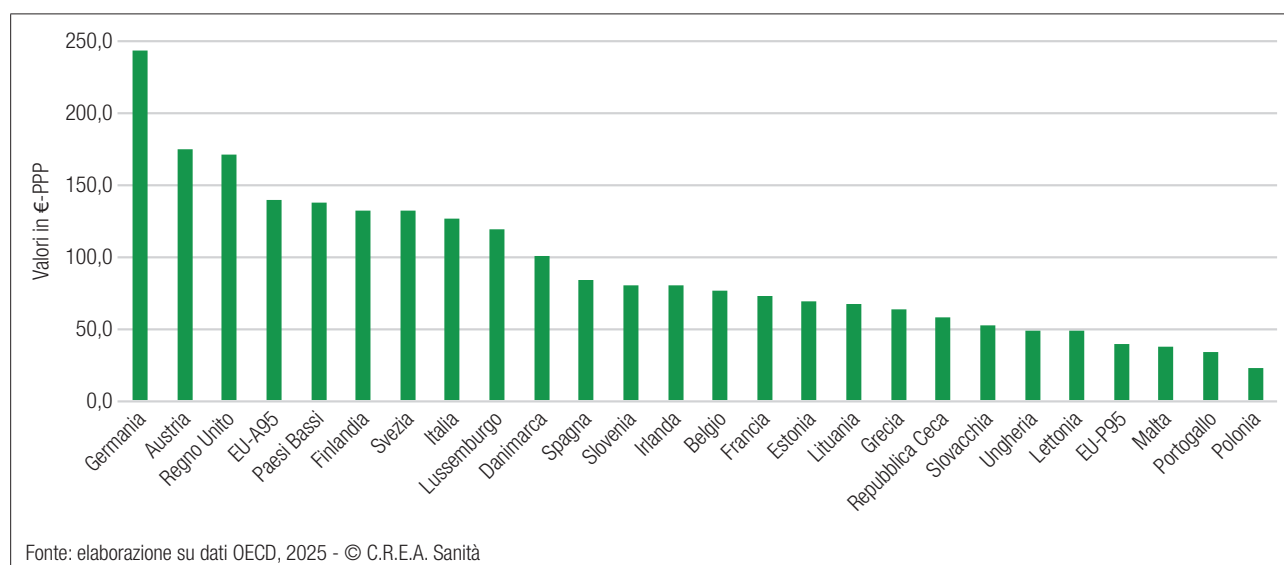
I sistemi di tutela sanitaria sono sotto pressione per ragioni finanziarie in tutto il mondo: nel 2019, prima della pandemia da Covid-19, nei Paesi dell'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) la spesa sanitaria si attestava all'8,8% del Prodotto Interno Lordo (PIL), un livello rimasto approssimativamente stabile dal 2013; nel 2021 la spesa media aveva raggiunto il 9,7%, ma nel 2022 si è assistito ad una contrazione che la ha portata al 9,2%, con una lieve ripresa sino al 9,3% nel 2024. A riprova della "pressione" finanziaria dei Sistemi Sanitari sul settore pubblico nei Paesi OECD, viene rilevato come la spesa sanitaria si attesti in media già intorno al 15% della spesa pubblica, rendendo difficile raggiungere la compatibilità fra le diverse

priorità di bilancio (OECD, 2025).

Assumendo questo contesto previsionale, si paventa il rischio che la prevenzione possa essere "sacrificata" a fronte di altre priorità, pur essendo largamente riconosciuto essere essenziale in termini di promozione della tutela della salute e, anche, un investimento funzionale, nel lungo periodo, a mantenere sostenibili i sistemi.

Il Capitolo analizza lo stato dell'arte in tema di investimento in prevenzione in Italia, sia operando un confronto con gli altri Paesi europei, sia analizzando la destinazione delle risorse fra le diverse funzioni a livello nazionale e gli esiti che ne conseguono; chiude l'analisi un primo tentativo di analizzare le politiche regionali in tema di prevenzione.

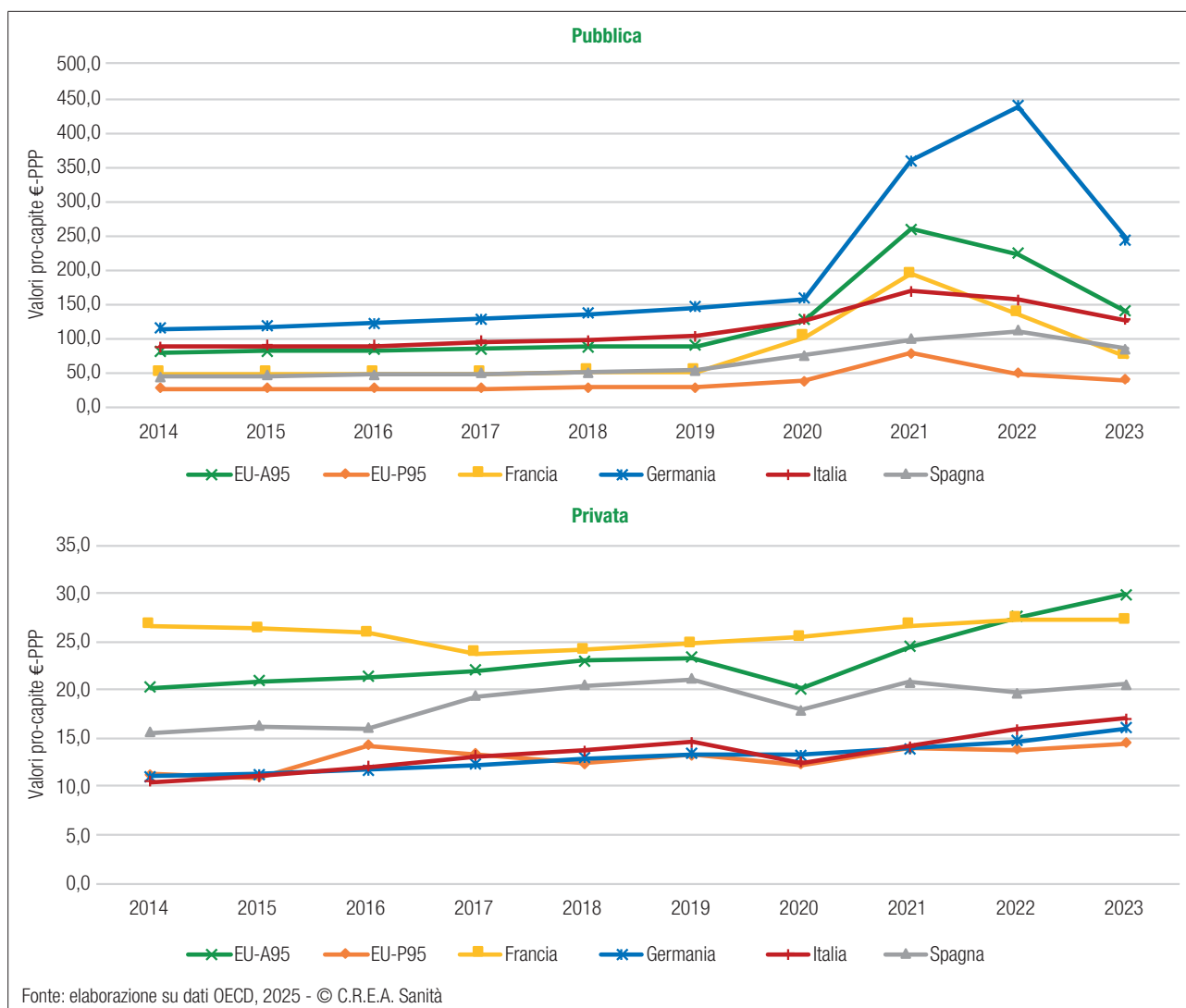
## Spesa pubblica pro-capite per la prevenzione in Europa. Anno 2023



<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

## Dinamica della spesa pro-capite per la prevenzione (principali Paesi EU)



Dai confronti internazionali, pur con la prudenza necessaria nell'interpretazione dei dati, si evince che l'Italia assegna una quota rilevante delle risorse pubbliche che rende disponibili per la Sanità alla prevenzione: l'incidenza è del 5,6% della spesa sanitaria totale, pari a 2,4 punti percentuali (p.p.) in più della media dei Paesi EU-Ante 1995<sup>3</sup>.

In termini assoluti, però, l'investimento rimane si-

gnificativamente inferiore a quello medio dei Paesi EU-Ante 1995: in termini di spesa pro-capite l'Italia si posiziona ottava (€-PPP 126,4), sotto il dato medio dei Paesi EU-Ante 1995 del -9,4%, anche se sopra quello dei Paesi EU-Post 1995<sup>4</sup> del +224,9%.

I cittadini "integrano" l'investimento pubblico, destinando alla prevenzione una quota della loro spesa sanitaria sostenuta direttamente, che passa dal

<sup>3</sup> Si fa riferimento ai Paesi firmatari del Trattato di Corfù (entrato in vigore il 01.01.1995), ovvero: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna e Svezia

<sup>4</sup> Si fa riferimento ai Paesi membri entrati nell'Unione Europea dopo il 01.01.1995, ovvero: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria

13,4% dei Paesi Bassi (dato che peraltro sembra risentire della particolare struttura istituzionale della Sanità in quel Paese), a incidenze inferiori all'1%: in Italia la quota è del 2,0%, ovvero -1,7 p.p. sotto il dato medio dei Paesi EU-Ante 1995 (3,7%) e -0,9 p.p. di quello dei Paesi EU-Post 1995 (2,9%).

Si può osservare come nei Paesi EU-Ante 1995 i cittadini abbiano una propensione a destinare risorse alla prevenzione inferiore a quella pubblica (-0,4 p.p.), mentre nei Paesi EU-Post 1995, dove l'allocazione pubblica è inferiore, l'integrazione privata è superiore (+0,7 p.p.).

L'analisi dei trend evidenzia l'investimento "eccezionale" in prevenzione avvenuto negli anni 2020 e 2021, in corrispondenza della pandemia da Covid-19, ma anche il successivo riallineamento su livelli pre-pandemici.

In particolare, l'Italia, che si colloca su livelli intermedi nel confronto europeo, in corrispondenza della pandemia ha aumentato la spesa pubblica ma in modo più contenuto rispetto agli altri Paesi (Spagna esclusa) presi in considerazione.

Dopo la pandemia, i livelli della spesa in prevenzione sono quindi regrediti ai valori degli anni precedenti ad essa: questo andamento porta a conclude-

re che la prevenzione, pur essendo considerata un investimento pubblico prioritario, non sembra di fatto esserlo nella realtà "agita".

A livello nazionale si registra un costo sostenuto dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per la prevenzione di € 6.2 mld., pari a € 104,8 pro-capite, in crescita del +3,1% medio annuo rispetto all'anno 2019, con un valore massimo nella Regione Molise (€ 160,8 pro-capite, +2,1% medio annuo), e minimo in Liguria (€ 85,9 pro-capite, +2,8% medio annuo).

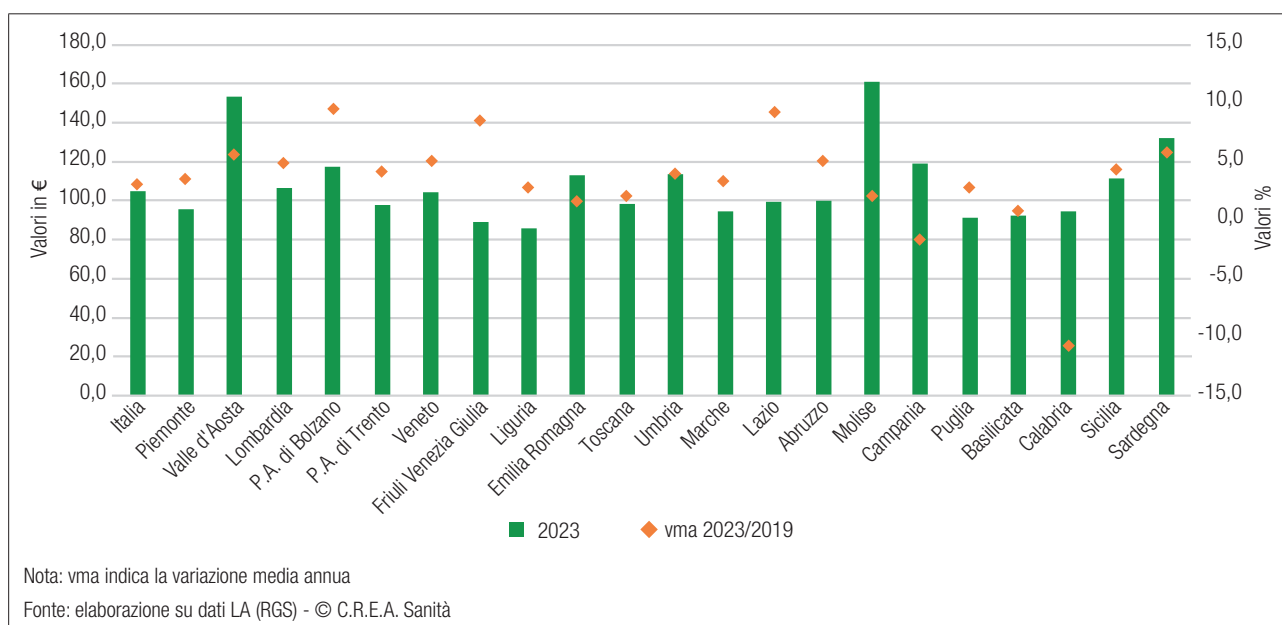
In termini di incidenza, l'onere sostenuto dal SSN per la prevenzione ammonta in media al 4,3% della spesa sanitaria SSN, in diminuzione di -0,1 p.p. rispetto al 2019; l'incidenza massima si registra nella Regione Molise (5,7%, +0,3 p.p. rispetto al 2019) e quella minima in Liguria (3,2%, -0,04 p.p.).

In termini di composizione, la maggior parte delle risorse (47,6%) è assorbita dalla "Sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali)", in aumento di +6,1 p.p. rispetto al 2019.

La spesa riferita alle vaccinazioni ne rappresenta il 75,2% (-9,2 p.p. rispetto al 2019).

A seguire troviamo la "Veterinaria" (18,5%) in diminuzione di -0,9 p.p. rispetto al 2019.

**Spesa pubblica pro-capite per la prevenzione**



Al terzo posto si posiziona la “Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche” (15,4%, in diminuzione di -0,9 p.p.).

Di questa il 51,9% è relativa agli *screening* oncologici, in aumento di +4,5 p.p. rispetto al 2019.

Le altre funzioni, che riassumiamo come “Sanità pubblica”, ammontano al 38,9%, in diminuzione di -6,1 p.p. rispetto al 2019: all'interno dell'aggregato prevalgono le voci “Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati” e “Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”, che ne rappresentano il 23,2% (-2,2 p.p.).

A fronte dell'investimento nazionale in prevenzione (primaria), se ne è tentata una valutazione degli esiti, utilizzando i dati pubblicati dall'OECD per effettuare una comparazione con gli altri Paesi europei: in termini di livelli (e delle relative variazioni nel tempo) dei principali indicatori che rappresentano i fattori di rischio per la salute, nonché di adesione ai principali programmi di prevenzione primaria.

Pur con il limite di una limitata disponibilità di indicatori confrontabili a livello internazionale, si può valutare che l'Italia, in termini di contrasto ai fattori di rischio, ma anche di adesione ai programmi di prevenzione pubblici, si posizioni su livelli intermedi; purtroppo, però, si osserva una dinamica evolutiva spesso meno favorevole (quand'anche non in peggioramento) di quella registrata negli altri Paesi, implicando un peggioramento relativo della “*Performance*” nazionale.

Pertanto, il miglioramento della *Performance* dell'investimento in prevenzione è legato alle risorse disponibili, ma anche al loro utilizzo, e questo è responsabilità regionale.

Purtroppo, in base alla nostra conoscenza, manca una rilevazione routinaria e sistematica delle politiche regionali in termini di prevenzione: per questa ragione se ne è tentata una prima ricognizione, partendo da una analisi *desk*, integrata da una richiesta di informazioni inviata direttamente agli assessorati regionali.

Ricordiamo che il finanziamento della prevenzione messo a disposizione delle Regioni, per il 2024, è stato pari a € 6,3 mld., in aumento del +4,4% rispetto all'anno precedente, (+1,9% medio annuo rispetto al 2014).

In prospettiva, il Bilancio Programmatico 2026-2028 stanzi ulteriori risorse aggiuntive per la prevenzione (€ 486 mil.), “ottenute” vincolando parte dell'incremento previsto per il Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) al supporto di *screening* oncologici, vaccini e campagne di comunicazione.

Trattandosi di un ammontare che sfiora il 7% delle risorse ordinariamente destinate alla prevenzione, in tal modo si dovrebbe incrementare il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di circa +0,3 p.p. rispetto al livello attuale: giova ricordare che quest'ultimo è fermo da decenni al 5,0% del FSN.

La sua distribuzione avviene in base al criterio della popolazione non pesata, ovvero proporzionalmente alla popolazione regionale.

All'atto pratico, la spesa sanitaria nazionale destinata alla prevenzione risulta ancora di oltre mezzo p.p. inferiore allo stanziamento teorico, e presenta altresì una forte variabilità regionale.

La mancata coerenza del vincolo teoricamente assegnato alle Regioni sull'utilizzo delle risorse è correlata all'evidenza che, malgrado gli obiettivi principali della Prevenzione in Italia siano fissati dal “Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025” e siano vincolanti per tutte le Regioni, il loro trasferimento nelle azioni regionali è filtrata dai Piani regionali, nei quali vengono utilizzati criteri diversi: l'analisi condotta e descritta nel capitolo, evidenzia la congerie di criteri e i diversi vincoli quantitativi utilizzati a livello regionale per la distribuzione interna delle risorse per la prevenzione.

Per evitare quindi “dispersioni” del finanziamento, sarebbe opportuno rivedere i criteri di riparto e la loro coerenza, superando l'attuale criterio della quota capitaria: tale criterio, infatti, trascura che quasi il 40% del LEA prevenzione si riferisce a programmi di salute pubblica (che è lecito dubitare si possano ricondurre ad una proporzionalità diretta con la popolazione) e anche che la seconda voce è quella relativa alla veterinaria, con una quota che sfiora il 20%, non trovando “rappresentazione” alcuna delle sue specificità nei criteri di riparto nazionali vigenti.

In definitiva, in mancanza di una revisione della *governance* delle risorse, si paventa il rischio che l'asserita priorità della prevenzione, rimanga confinata in un piano del tutto “teorico”.



# *Capitolo 7*



## L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera

Sintesi



## CAPITOLO 7 L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera

Carrieri C.<sup>1</sup>, d'Angela D.<sup>2</sup>

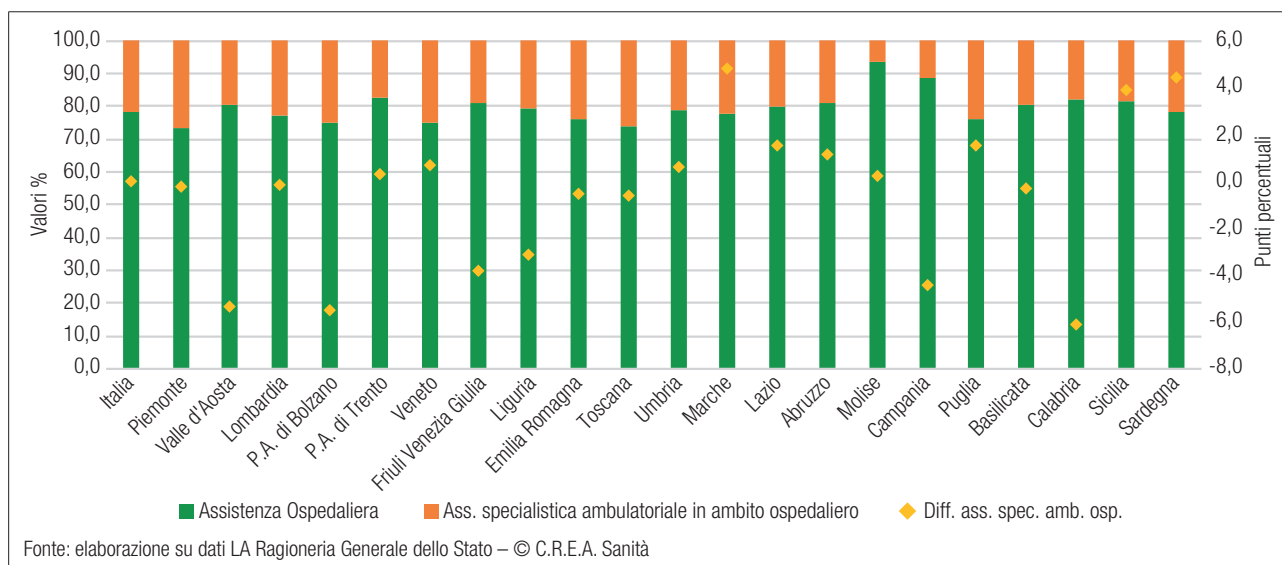
Nel 2023 l'Italia si conferma, nel panorama europeo, il Paese con la minore intensità di ospedalizzazione per acuti, attestandosi a 93,3 ricoveri ogni 1.000 abitanti (ab.), un valore sensibilmente più basso rispetto alla media dell'Unione Europea. A fronte di tale ridotta propensione al ricovero, la degenza media rimane invece relativamente elevata (7,1 giorni), superiore a quella di Paesi come Svezia, Francia e Romania, che si posizionano attorno ai 5,5-5,6 giorni. Tale fenomeno è, peraltro, giustificabile con la struttura demografica più anziana e una maggior selettività nell'accesso alle cure ospedaliere.

L'analisi decennale delle dinamiche del settore evidenzia una contrazione strutturale della domanda

ospedaliera: i ricoveri ordinari per acuti si riducono del -15,7%, mentre i ricoveri in regime diurno calano del -27,9%. Una tendenza analoga riguarda anche i *setting* di riabilitazione e lungodegenza, confermando un'evoluzione complessiva del sistema verso una minore ospedalizzazione.

Parallelamente si registra un ridimensionamento della dotazione nazionale di posti letto, con una riduzione del -2,8% nell'ultimo decennio, fino a raggiungere l'attuale rapporto di 3,3 posti letto per 1.000 ab.. I *trend* descritti hanno implicato un incremento del tasso di utilizzo dei letti, che nelle Strutture pubbliche raggiunge il 79,9% (+2,3 punti percentuali (p.p.)).

### Composizione costo per l'Assistenza Ospedaliera



<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

Rimane, tuttavia, una forte eterogeneità regionale: alcune Regioni hanno ridotto significativamente i posti letto (fino al -17,8%), mentre altre hanno registrato lievi incrementi (fino al +2,2%). Anche i tassi di utilizzo presentano andamenti divergenti, con un incremento nel Nord e una flessione nel Sud, suggerendo approcci organizzativi e strategie gestionali differenti tra aree geografiche.

Su base nazionale si osserva un calo generalizzato dei tassi di ospedalizzazione, pari a -21,8 ricoveri per 1.000 ab., con una contrazione più accentuata nel Sud (-28,4 per 1.000) e più contenuta nel Nord-Est (-10,4 per 1.000). Anche il tasso di ricovero in acuzie si riduce (-22,0 per 1.000 ab.), con variazioni regionali comprese tra -34,1 e -2,3 per 1.000 ab..

Per quanto riguarda la degenza media, i *trend* divergono tra *Diagnosis Related Group* (DRGs) medici e chirurgici: si registra un incremento nei DRGs

medici e, al contrario, una riduzione significativa nei DRGs chirurgici. Le diminuzioni nel comparto chirurgico verosimilmente riflettono le innovazioni tecnologiche, le migliori pratiche cliniche e l'efficientamento dei processi organizzativi; l'allungamento delle degenze nei DRGs medici può essere invece correlata all'aumento dell'età media dei pazienti al ricovero.

Dal punto di vista economico, il quinquennio mostra una sostanziale stabilità del peso dell'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale svolta in ambito ospedaliero: quest'ultima è verosimilmente condizionata dai residui effetti post-pandemici, che continuano a incidere sui volumi erogati.

Infine, appare degno di riflessione il divario tra costi attribuiti all'attività di ricovero nelle Strutture pubbliche e la remunerazione tariffaria loro riconosciuta, che ne copre in media solo il 45,7%.



# *Capitolo 8*



**Assistenza Residenziale:  
evoluzione normativa  
per la presa in carico degli anziani**

Sintesi



## CAPITOLO 8

### Assistenza Residenziale: evoluzione normativa per la presa in carico degli anziani

Ploner ME.<sup>1</sup>

Alla luce dell'invecchiamento demografico e della crescente complessità dei bisogni socio-sanitari della popolazione anziana, l'Assistenza Residenziale agli anziani non autosufficienti rappresenta una componente fondamentale delle politiche di *welfare*.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) costituiscono la principale risposta strutturata del sistema per garantire cura continuativa, sicurezza, sostegno alla quotidianità e tutela della qualità della vita alle persone che non possono essere adeguatamente assistite al domicilio. Esse si collocano nel più ampio modello dell'integrazione socio-sanitaria, sancito dal D.Lgs. n. 502/1992 e dalla L. n. 328/2000, che riconosce la complementarità tra interventi sanitari e sociali e affida alle Regioni un ruolo decisivo nella definizione degli *standard* strutturali, organizzativi e qualitativi delle strutture.

L'evoluzione normativa nazionale ha progressivamente delineato un sistema sempre più articolato, orientato alla personalizzazione della presa in carico e al miglioramento della qualità delle prestazioni. A partire dal D.P.C.M. del 1989, che per primo definisce funzioni e requisiti delle RSA, la normativa ha espressamente superato il modello assistenzialistico di tipo custodialistico, promuovendo un approccio fondato sulla valutazione multidimensionale e sulla continuità delle cure. Le Linee guida del 1994 introducono una visione innovativa, centrata sul recupero e sul mantenimento delle autonomie residue, e propongono l'analisi del fabbisogno assistenziale come strumento per determinare l'adeguatezza del personale in funzione della complessità degli ospiti. Con il DPR del 1997 emerge l'obbligo del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), redatto dall'*équipe* mul-

tiprofessionale, che diventa il principale dispositivo operativo per la gestione e la verifica dei percorsi di cura.

La L. n. 328/2000 colloca le RSA all'interno del sistema integrato dei servizi sociali, e il D.P.C.M. del 2001 colloca la loro attività nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come prestazione a elevata integrazione socio-sanitaria.

Le Intese Stato/Regioni del 2012 e 2015 avviano un tentativo di uniformare requisiti e criteri di accreditamento sul territorio nazionale, pur lasciando ampia autonomia alle Regioni, con l'obiettivo di garantire maggiore qualità, sicurezza e trasparenza delle prestazioni.

Da ultimo, le riforme più recenti, introdotte dal D.M. n. 77/2022, dalla L. n. 33/2023 e dal D.Lgs. n. 29/2024, rafforzano ulteriormente la visione territoriale dell'assistenza, collocando le RSA come strutture intermedie della rete dei servizi, strettamente connesse alle Case della Comunità (CdC) e ai servizi domiciliari, introducendo la Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU) e promuovendo modelli flessibili come i Centri Residenziali Multiservizi (CRM). Parallelamente, il D.M. del 19.12.2022 definisce un sistema nazionale di valutazione della qualità e della sicurezza, basato su indicatori omogenei per autorizzazione e accreditamento.

Malgrado l'evoluzione normativa, l'analisi comparativa mostra, tuttavia, come permanga una significativa eterogeneità tra territori.

Sul piano strutturale, quasi tutte le Regioni adottano criteri omogenei: assenza di barriere architettoniche; organizzazione per nuclei da 20–30 posti; camere singole o doppie dotate di bagno e sistemi

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità

di chiamata; spazi comuni per socialità, riabilitazione e attività di animazione; giardini e percorsi esterni protetti; impianti conformi agli *standard* di sicurezza; dotazioni tecnologiche minime come rete dati e chiamata infermieristica.

All'interno di questa cornice condivisa, tuttavia, esistono differenze. Alcune Regioni si discostano dalle metrature minime delle camere; anche il livello di *comfort* richiesto, la presenza di locali per attività specifiche (palestra, stimolazione cognitiva, spazi per i familiari), l'obbligo di bagni privati o la tolleranza per strutture preesistenti è variabile.

Sul piano gestionale, l'accreditamento ha sempre durata limitata (3-5 anni) e richiede verifiche continue da parte delle ASL/ATS o degli organismi tecnici regionali. Le ispezioni possono essere ordinarie o straordinarie, e il mancato rispetto dei requisiti comporta la sospensione o la revoca dell'accreditamento.

Più omogenei appaiono gli aspetti legati all'organizzazione interna: obbligo di *équipe* multiprofessionale (medico, infermiere, Operatore Socio-Sanitario (OSS), fisioterapista, educatore, psicologo), presenza di un responsabile sanitario e di un coordinatore assistenziale, applicazione del PAI e aggiornamento formativo del personale, sistemi interni di qualità, audit periodici e rilevazione della soddisfazione dell'utenza.

Il nodo più critico è rappresentato dagli *standard* di personale, che variano fortemente tra Regioni: al-

cune utilizzano i minuti assistenziali per ospite, altre le ore per modulo, altre ancora i rapporti operatori/posti letto. Queste scelte portano a divergenze molto evidenti: l'assistenza infermieristica giornaliera, ad esempio, oscilla da un minimo di 6 minuti a un massimo di 72; quella degli OSS da 27 a 147 minuti.

Una simile eterogeneità produce modelli di cura radicalmente diversi e rischia di compromettere l'omogeneità territoriale nell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Su questo fronte, il quadro complessivo che emerge è quello di una pluralità di modelli regionali che, più che delineare un sistema organico e coerente, danno forma a modalità diverse di intendere e organizzare l'Assistenza Residenziale. Questa eterogeneità può generare rilevanti disparità tra gli anziani accolti nelle RSA, poiché la qualità delle tutele offerte dipende ancora in maniera significativa dalla Regione in cui essi risiedono. Per questo motivo sarebbe auspicabile un intervento a livello nazionale capace di stabilire *standard* minimi uniformi e criteri di valutazione omogenei, così da permettere alle Regioni di mantenere la propria autonomia senza compromettere l'equità complessiva del sistema. Solo attraverso una maggiore trasparenza dei dati e un percorso condiviso di standardizzazione sarà possibile assicurare a tutti gli anziani non autosufficienti livelli assistenziali adeguati e realmente rispondenti ai loro bisogni, a prescindere dal territorio in cui vivono.



# *Capitolo 9*



## Assistenza specialistica ambulatoriale

Sintesi



## CAPITOLO 9

### Assistenza specialistica ambulatoriale

*d'Angela C.<sup>1</sup>*

Il Capitolo analizza le evidenze disponibili in tema di attività e spesa relativa alla assistenza specialistica ambulatoriale.

Le informazioni statistiche disponibili risultano ancora carenti, sia in termini di tempestivo aggiornamento dei dati di attività, sia di rapporto fra offerta e bisogni della popolazione; altresì rimangono carenti le informazioni sugli oneri complessivamente sostenuti per questo segmento assistenziale che pure rappresenta la seconda voce di costo per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dopo l'assistenza ospedaliera.

Il Capitolo analizza l'offerta con un focus sul livello di aggregazione nelle diverse branche. A seguire analizza la domanda di prestazioni, soddisfatta dal SSN; si fornisce, altresì, qualche spunto di riflessione sull'andamento del processo di riallineamento dei volumi di attività dopo la riduzione registratasi con la pandemia da Covid-19.

A seguire, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, è stata elaborata una stima degli oneri relativi all'assistenza specialistica nel periodo 2013-2023, sia sul versante SSN che quello extra-SSN, distinguendo anche fra attività svolta dalle Strutture pubbliche e da quelle private.

Infine si è effettuato un focus sulla dinamica dei costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie pubbliche, per tipologia di attività e ambito di erogazione (ospedaliera, distrettuale e da Strutture private accreditate).

Per quanto riguarda l'offerta, nel 2023 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati) a livello nazionale il SSN conta 9.121 Strutture ambulatoriali (compresi i laboratori di analisi), in diminuzione dell'1,0% nel decennio 2013-2023.

Il 59,7% delle Strutture sono private, in crescita di +1,0 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2013 e l'82,8% sono extra-ospedaliera (-0,6 p.p.).

Al fine di fornire una valutazione del dimensionamento delle Strutture, tenendo conto che una Struttura può erogare prestazioni di diverse branche, è stato determinato, con dettaglio regionale, il numero medio di prestazioni erogate per singola Struttura, distintamente per branca: laboratorio, diagnostica e clinica.

Per quanto riguarda i laboratori, a livello nazionale essi erogano in media 311.693 prestazioni rimanendo quindi sui valori minimi previsti dalla normativa nazionale, malgrado la crescita del 14,2% registrata nell'ultimo decennio.

Riguardo la diagnostica, a livello nazionale, nel 2023, sono state erogate in media 18.715 prestazioni per ambulatorio, valore in diminuzione del -7,5% nel decennio considerato. Si conferma un gradiente Sud-Nord: in questa ultima ripartizione il numero medio di prestazioni per ambulatorio (25.487) risulta maggiore del 50% rispetto al Sud e Isole (12.441).

Le prestazioni cliniche (visite), a livello nazionale sono in media 29.941 per Struttura, valore in diminuzione del -13,5% nel decennio 2013-2023. Nel Nord-Ovest il numero medio di prestazioni per Struttura risulta pari a 47.151 mentre nelle Isole è di 15.120 (circa un terzo).

Nel 2023, a livello nazionale, le analisi di laboratorio hanno numericamente superato del +16,2% quelle erogate nel 2019 prima della riduzione dovuta alla pandemia da Covid-19.

Tutte le altre branche rimangono ancora sotto i livelli del 2019: la diagnostica del -3,2%, le visite del

<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

-8,9%, le prestazioni terapeutiche del -5,9% e quelle riabilitative del -10,4%.

Per la diagnostica il differenziale rispetto al 2019 è maggiore nel Meridione (-6,2%) seguito dal Centro (-4,9%) e dal Nord (-0,9%), sebbene le differenze si siano ridotte nell'ultimo anno.

Analogamente per le visite il differenziale, pur in riduzione, nel Nord rimane del -7,3% e nel Sud del -14,8%: si è ridotto maggiormente nel Centro (-5,0%).

Nel caso delle prestazioni terapeutiche i differenziali rispetto al 2019 risultano pari al -2,1% nel Nord, al -4,7% nel Centro e al -12,7% nel Sud.

Il differenziale rispetto al 2019 appare geograficamente più omogeneo: -7,3% nel Sud, -12,7% nel Nord e -10,4% nel Centro.

Va comunque considerato che aumentano (+8,0%) i pacchetti di prestazioni (PAC<sup>2</sup>, PACC<sup>3</sup>, MAC<sup>4</sup>, PRAC<sup>5</sup>) promossi in un numero sempre maggiore di Regioni che possono compensare almeno in parte i differenziali citati.

In continuità con quanto elaborato nelle precedenti edizioni del Rapporto si è tentato di stimare l'onere complessivamente sostenuto per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, analizzando anche la dinamica nel periodo 2013-2023.

Nel 2023, a livello nazionale, il costo sostenuto per prestazioni di specialistica ambulatoriale si stima essere pari a € 33,2 mld. rappresentando la terza voce di spesa sanitaria dopo quella per l'assistenza ospedaliera e per i farmaci (la seconda considerando anche l'odontoiatria pagata direttamente dalle famiglie).

Il 71,1% (€ 23,6 mld.) del costo è relativo a prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a carico del SSN; il restante 28,9% (€ 9,6 mld.) a prestazioni extra-SSN.

Finanziariamente l'onere sostenuto dal SSN è pari a € 22,2 mld. (67,0%); i restanti € 11,0 mld. (33,0%) rimangono a carico del cittadino, di cui l'11,8% (€ 1,3 mld.) per compartecipazioni alla spesa delle presta-

zioni erogate nell'ambito del SSN; il restante 88,2% (€ 9,7 mld.) concerne prestazioni erogate "extra-SSN" (a cui, come detto, si potrebbero aggiungere altri € 9,4 mld. per l'odontoiatria).

In termini di dinamica, l'onere per l'assistenza specialistica sostenuta dalle Aziende Sanitarie, secondo i modelli LA del Ministero della Salute, è cresciuto complessivamente del +34,0% rispetto al 2013 (+3,0% medio annuo), con una crescita nel periodo post-pandemia (2021-2023) tre volte maggiore rispetto a quella del periodo 2013-2019 (+4,2% medio annuo vs +1,4%).

Osservando il fenomeno per tipologia di Struttura di erogazione il 60,8% del costo della specialistica ambulatoriale attiene a prestazioni erogate da Strutture pubbliche (€ 20,2 mld.) ed il restante 39,2% (€ 13,0 mld.) a erogazioni di prestazioni effettuate presso Strutture private.

Nel decennio osservato sono cresciute sia la spesa del SSN che quella extra-SSN: la prima del +2,3% e la seconda del +5,0% medio annuo.

In termini finanziari, è aumentata del +2,6% medio annuo la spesa per prestazioni a carico del SSN e del +3,6% quella sostenuta dai cittadini.

Giova segnalare che nel periodo 2013-2019 (pre-pandemia) si è registrato un aumento della spesa sia a carico del SSN che sostenuta direttamente dai cittadini (rispettivamente del +1,5% e del +1,1% medio annuo); nel periodo post-Covid-19 (2021-2023) è cresciuta molto più la seconda voce (spesa a carico dei cittadini): +6,0% medio annuo vs il 3,4% di quella SSN.

Sul lato della produzione, nel decennio considerato, è cresciuta sia la spesa relativa alle prestazioni erogate dalle Strutture pubbliche sia quella relativa alle prestazioni erogate dalle Strutture private: rispettivamente del +2,5% e +3,7% medio annuo; dopo la pandemia da Covid-19 la spesa è aumentata più rapidamente per entrambe le voci: +4,6% e +3,7% rispettivamente.

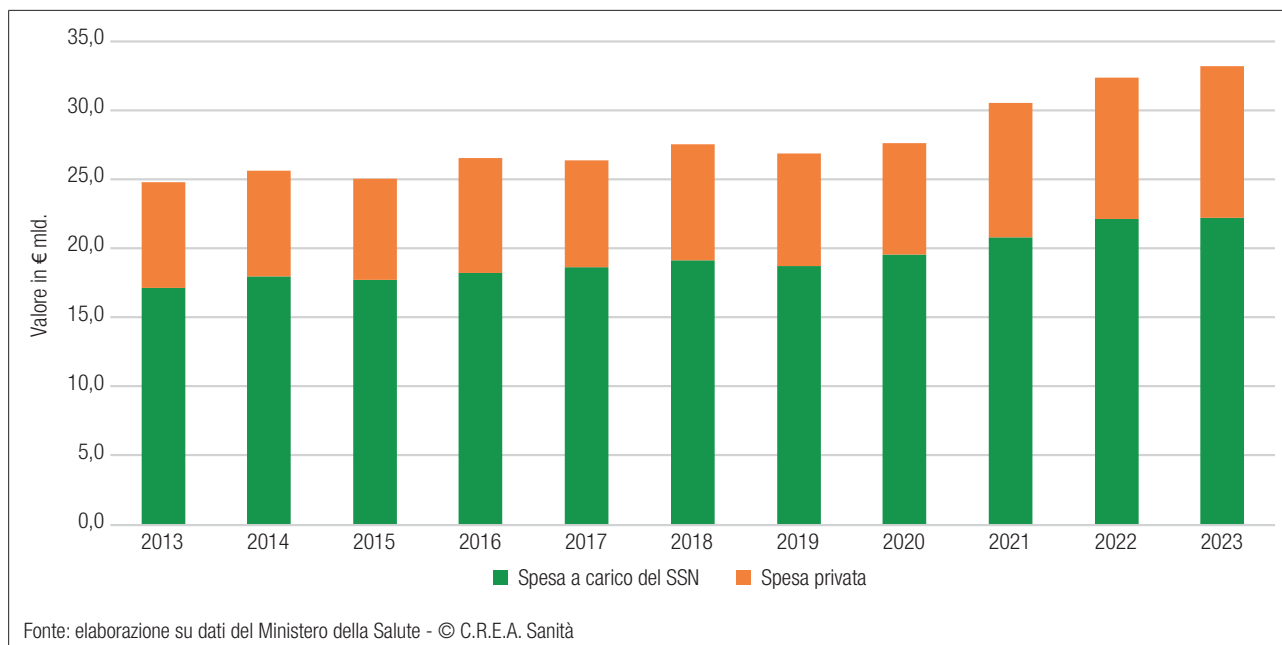
<sup>2</sup> Pacchetto Ambulatoriale Complesso

<sup>3</sup> Percorso Ambulatoriale Coordinato e Complesso

<sup>4</sup> Macro-attività Ambulatoriali Complesse

<sup>5</sup> Pacchetto Riabilitativo Ambulatoriale Complesso

## Composizione spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale (lato domanda)



A livello regionale, a fronte di un costo pro-capite che si attesta in media a € 395,5 (+29,3% nel decennio considerato), il valore massimo, pari a € 434,0 pro-capite, si registra nel Nord-Ovest, e quello minimo, pari a € 343,5, nel Sud e Isole; nel decennio considerato l'aumento ha interessato tutte le ripartizioni geografiche ed in modo particolare il Sud e Isole (+61,3%), seguita dal Centro (+30,1%) e dal Nord-Est (+22,0%).

Nord-Est e Centro sono le ripartizioni con la maggiore quota di costo attribuibile a prestazioni erogate in ambito ospedaliero, 78,4% e 75,5% rispettivamente, seguite dal Nord-Ovest (69,0%) e il Sud e Isole (53,7%).

Passando ad analizzare l'onere sostenuto dal SSN per tipologia di attività si osserva come l'attività clinica ne rappresenti il 57,5%, seguita da quella relativa al laboratorio analisi (23,4%) e dalla diagnostica strumentale (19,1%).

Tale composizione resta sostanzialmente invariata nell'ultimo decennio.

A livello di ripartizione geografica si riscontra una relativa omogeneità nell'incidenza della quota di spesa relativa all'attività di diagnostica strumentale (dal 15,6% nel Nord-Est al 22,9% nel Centro); di

contro per l'attività di laboratorio e clinica si riscontra una elevata differenza geografica: dal 14,1% del Nord-Est al 34,4% del Sud e Isole per il laboratorio e dal 70,4% del Nord-Est al 46,6% di Sud e Isole per l'attività clinica.

Prendendo in considerazione l'ambito di erogazione (ospedaliero ed extra-ospedaliero) si osserva come l'incremento dell'onere sia stato, nel periodo osservato, di pari entità in entrambi gli ambiti; considerando la tipologia di attività, l'onere per quella di laboratorio ha registrato un aumento superiore a quello medio nazionale ma soprattutto in ambito extra-ospedaliero (+96,0% vs +18,3% medio annuo); per l'attività clinica e strumentale l'incremento è risultato invece di pari entità per i due ambiti di erogazione.

Mentre per la diagnostica strumentale e l'attività clinica l'incremento dell'onere è stato di pari entità in entrambi gli ambiti la composizione dell'onere tra le diverse attività in ambito ospedaliero è sovrapponibile a quella complessiva; in ambito extra-ospedaliero si riduce la quota dell'onere a carico delle prestazioni di diagnostica strumentale ed aumenta quella delle analisi di laboratorio.

Nell'ultimo quinquennio non si è modificata la

composizione dell'onere tra le attività erogate in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero; considerando però le singole tipologie di attività l'onere registra, in ambito extra-ospedaliero, un aumento dell'onere relativo all'attività di laboratorio ed una riduzione di quello relativo alla diagnostica strumentale.

Riassumendo la specialistica rappresenta la terza (o seconda) voce di costo per l'assistenza sanitaria; l'offerta è ancora molto frammentata, mentre sul lato della domanda il recupero dei livelli delle prestazioni specialistiche dopo il calo del periodo pandemico risulta quasi completato; il conseguente aumento

della spesa è stato superiore a quello registrato nel periodo pre-pandemia ed ha visto aumentare in particolare l'onere a carico del cittadino (in misura doppia rispetto a quello a carico del SSN).

In termini di composizione dell'onere tra le varie tipologie di attività non si sono riscontrate importanti variazioni nel periodo 2019-2023, se non un importante aumento dell'onere per l'attività di laboratorio effettuata in ambito extra-ospedaliero, presumibilmente riconducibile all'attività diagnostica relativa al Covid-19.



# Capitolo 10



## Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici

Sintesi:

10a. Assistenza Farmaceutica: spesa e *governance*

10b. La spesa per i Dispositivi Medici



## CAPITOLO 10a

### Assistenza Farmaceutica: spesa e governance

Polistena B.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

Il contributo si è posto l'obiettivo di analizzare la spesa farmaceutica, sia pubblica che privata, nonché l'evoluzione delle sue componenti, con la finalità ultima di supportare la *governance* del settore.

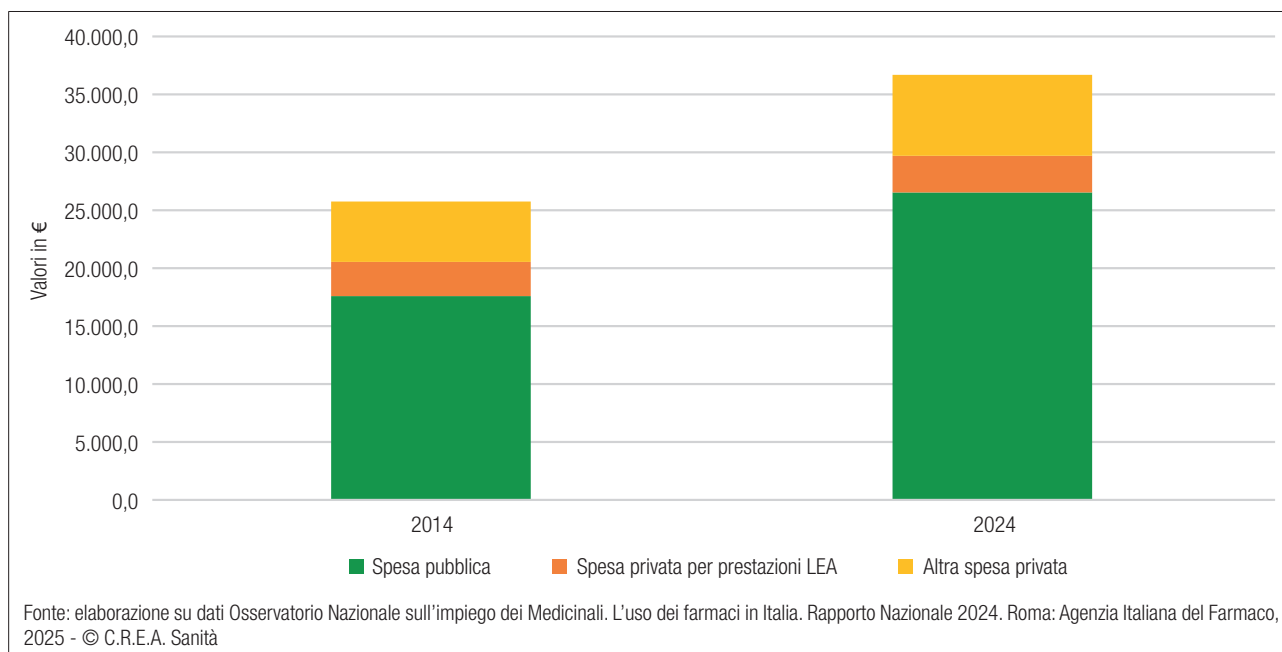
La spesa farmaceutica totale, nel 2024, ha raggiunto € 36,7 mld.; la quota pubblica, che ne rappresenta il 72,3%, nell'ultimo decennio si è incrementata del +4,2% medio annuo, con una accelerazione (+4,6%) nell'ultimo quinquennio; la spesa a carico dei cittadini (comprendente la compartecipazione alla spesa, i medicinali di "Classe A" acquistati privatamente e i farmaci di "Classe C"), pari a € 10,2 mld.,

è in aumento del +2,2% medio annuo nel decennio e del +2,8% nell'ultimo quinquennio.

L'80,9% della spesa farmaceutica è potenzialmente compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), per un valore di € 29,7 mld.; il ricorso all'acquisto diretto da parte delle famiglie di farmaci di "Classe A" rimborsabili dal SSN, come anche la compartecipazione alla spesa, riducono complessivamente del -10,6% l'onere pubblico per l'erogazione dei LEA.

Il costo effettivo per la farmaceutica è ulteriormente ridotto (del -6,8%) dall'istituto del *payback*.

#### Spesa Farmaceutica



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

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

La spesa farmaceutica pubblica cresce più del finanziamento, con la conseguenza di un aumento della sua incidenza sul *budget* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), non compensato neppure con il continuo aumento del *payback*.

Il ricorso alla spesa privata da parte delle famiglie, a livello regionale, ha la caratteristica di essere 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 la spesa privata è inferiore a quella meridionale. Statisticamente non si rileva una correlazione tra il PIL pro-capite e la spesa sanitaria privata pro-capite ( $R^2=0,1$ ); tuttavia, emerge una significativa correlazione tra PIL pro-capite e spesa per farmaci di "Classe A" acquistati privatamente ( $R^2=0,6$ ) e tra PIL pro-capite e compartecipazioni ( $R^2=0,2$ ).

Sembra, quindi, confermarsi che la disponibilità economica da una parte rilevi in termini di rinuncia all'utilizzo del canale SSN da parte delle famiglie (che in tal modo riducono l'onere farmaceutico sostenuto dalla Regione) e, seppure in misura minore, in termini di "incasso" regionale per compartecipazioni dei cittadini alla spesa: quest'ultimo fenomeno spiegabile con l'istituto dell'esenzione.

Nel complesso, la spesa farmaceutica è cresciuta in tutto il decennio più che la spesa sanitaria totale e più rapidamente nell'ultimo quinquennio rispetto al precedente.

Di conseguenza, risulta evidente che l'attuale assetto regolatorio non riesce più a tenere sotto controllo la spesa, richiedendo una nuova *governance* del settore. Quest'ultima, però, è stata sinora "statica", a meno dell'aumento dei tetti.

La Legge di Bilancio del 2024 ha rideterminato 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.

Per il 2026 sono previste ulteriori modifiche ai tetti della farmaceutica (+0,20 punti percentuali (p.p.) del tetto per gli acquisti diretti e dello 0,05 p.p. del tetto per la spesa convenzionata).

In queste condizioni, nel 2025, assumendo un incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN) del 2,0% e un incremento pari a quello registrato tra il 2023 e il 2024 (+3,3%), la spesa convenzionata continuerebbe a registrare un avanzo pari a € 664 mln.; qualora si mantenesse lo stesso *trend* osservato tra Gennaio e Maggio 2025 il tetto si manterrebbe capiente e con un avanzo di circa 308 mln.. Possiamo a maggior ragione ipotizzare che lo sarà per il 2026, considerando l'incremento previsto del FSN (+6,8%) e del tetto (+0,05%).

Per quel che concerne la spesa per gli acquisti diretti delle strutture pubbliche, invece, qualora considerassimo il medesimo incremento registrato tra il 2023 e il 2024 (12,0%), lo sfioramento raggiungerebbe € 5,6 mld.; se si mantenesse il medesimo *trend* registrato nel primo quadrimestre 2025, lo sfioramento raggiungerebbe € 4,1 mld.. Per il 2026, considerando l'ulteriore incremento previsto del FSN, il medesimo incremento della spesa registrato tra il 2023 e il 2024 e un incremento del tetto dello 0,2 p.p., lo sfioramento sarebbe di oltre 6,5 mld..

Pensando a ipotesi di revisione dell'istituto del *payback*, le simulazioni effettuate forniscono risultati suggestivi del fatto che, in via di principio, sarebbe effettivamente possibile una modifica, salvaguardando il principio del contenimento della spesa: la rimodulazione dei tetti relativi ai diversi canali distributivi riequilibrerebbe il sistema, rendendolo più "equo": in ogni caso, le opzioni sono molteplici e la scelta dipende in ultima istanza dagli obiettivi di politica farmaceutica che le autorità regolatorie riterranno darsi.

## CAPITOLO 10b

### La spesa per i Dispositivi Medici

*d'Angela D.<sup>1</sup>, Caforio G.<sup>2</sup>*

Il contributo tenta di ricostruire i costi effettivamente sostenuti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i Dispositivi Medici (DM), utilizzando le fonti informative disponibili.

La conoscenza sull'onere sostenuto per i DM, pur rappresentando un costo rilevante e crescente per il SSN, e malgrado si disponga di flussi informativi dedicati al loro monitoraggio, presenta ancora limiti significativi: tanto da non permettere di determinare con certezza la spesa complessivamente sostenuta.

La complessità nasce, in primo luogo, dal fatto che fanno parte dei DM una notevole varietà di beni, differenziati per destinazione d'uso, tecnologia, fattori di rischio e anche per natura, potendo essere a uso singolo (protesi ecc.), come anche a utilità pluriennale (apparecchiature, *software*, strumenti di medicina digitale ecc.).

Con i caveat espressi, il Capitolo analizza, inoltre, gli sforamenti dal tetto di spesa previsto dalla normativa.

Il contributo chiude con una proposta di nuova *governance* per i DM, alla luce della possibilità dell'introduzione di un nuovo Fondo per i DM innovativi, come proposto in un recente emendamento legislativo relativo al D.D.L. n. 912/2025: la proposta è finalizzata a definire il carattere di innovatività e a consentire un accesso precoce ai DM.

Iniziando dalla analisi della spesa, nel 2024, l'onere sostenuto dal SSN per i DM, considerando la sola voce ufficialmente monitorata (CE-BA0210) ai fini della determinazione del rispetto del tetto, si attesta a € 8,3 mld., pari a € 140,4 pro-capite, (+5,7% rispetto all'anno precedente; +5,5% medio annuo

nell'ultimo quinquennio).

A livello regionale, a fronte di un valore mediano di € 157,0, si passa da un valore pro-capite minimo, pari a € 104,3, del Lazio, ad uno massimo, pari a € 209,2, del Friuli Venezia Giulia.

La spesa per i DM è costituita per il 72,6% da "Dispositivi medici", per il 6,1% da "Dispositivi medici impiantabili" e per il 21,3% da "Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)".

La spesa per DM delle Strutture pubbliche incide per il 6,2% sul Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), valore in aumento di 0,5 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2019: a fronte di un tetto di spesa previsto pari al 4,4%, si determina quindi uno sfioramento di 1,8 p.p..

A livello regionale, il Friuli Venezia Giulia presenta il maggiore sfioramento, con una incidenza sul proprio Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR) del 9,4%; all'estremo opposto troviamo il Lazio, che registra un livello di spesa pari al 4,7% del suo FSR.

Si consideri che, nel 2022, a seguito della determinazione del superamento del tetto di spesa per i DM a livello nazionale, stimato dal Ministero della Salute per gli anni dal 2015 al 2018 in € 4,5 mld., sono stati stanziati dal Governo Fondi finalizzati a ridurre lo sfioramento (e quindi il *payback*), rendendo più sostenibile l'onere per le Aziende del settore: in pratica, esso è stato ridotto a € 522,0 mln..

Gli interventi di riduzione del *payback* equivalgono, quindi, ad un ripensamento ex post dell'attuale tetto, stimabile in un aumento compreso fra il +1,0 e il +1,6 p.p.: in altri termini, si è riposizionato ex post il tetto ad un livello compreso fra il 5,4% e il 6,0% del

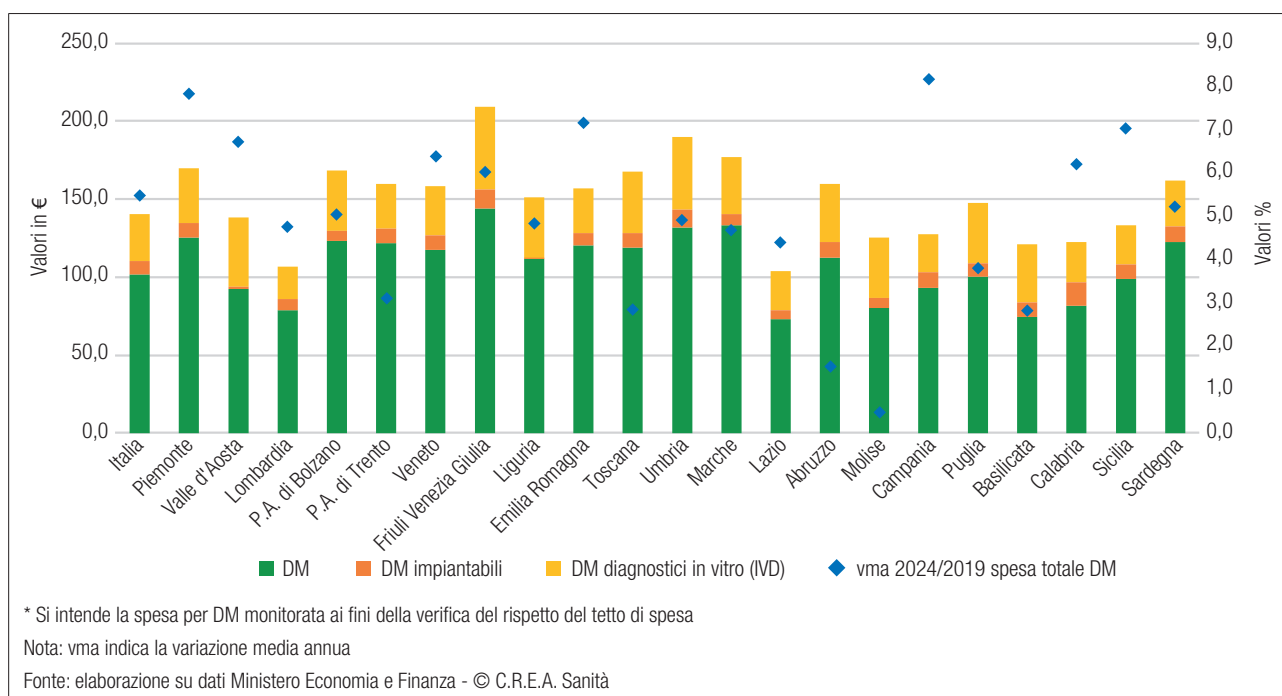
<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

<sup>2</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

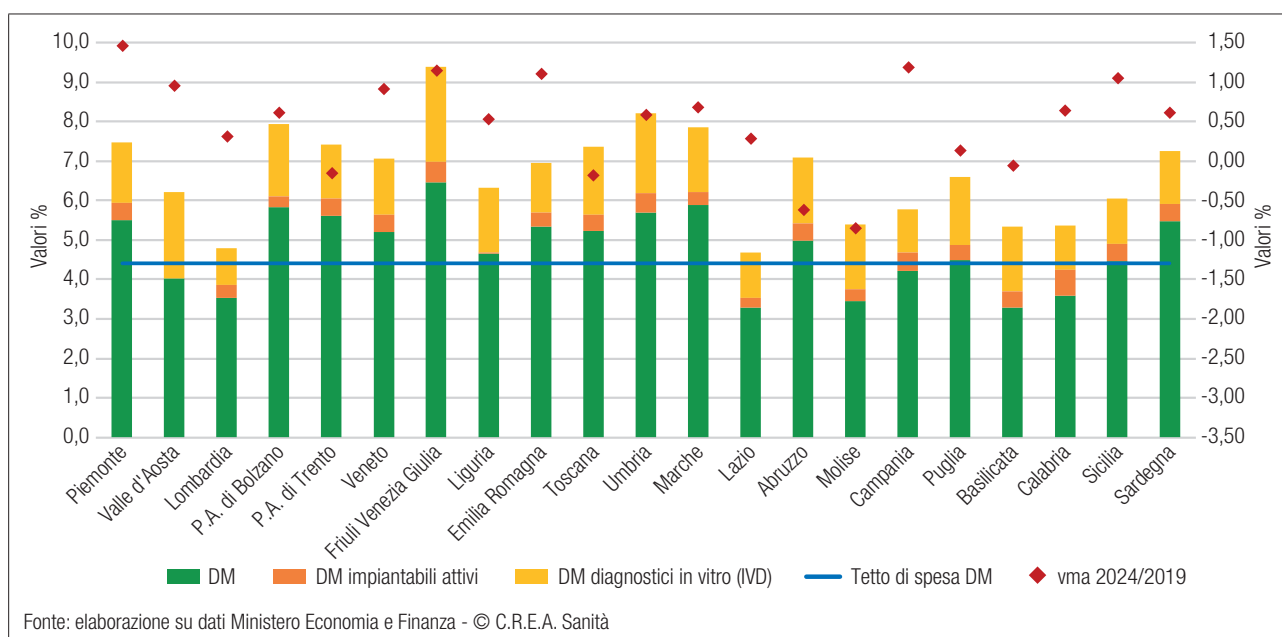
FSN: questo livello potrebbe, quindi, essere considerato un riferimento anche per gli anni successivi, rappresentando ad oggi il livello considerato “sostenibile” per le imprese.

Non di meno, l’effettivo onere per i DM sostenuto dal SSN è maggiore di quello soggetto a monitoraggio.

**Composizione della spesa corrente delle Strutture pubbliche monitorata\*, per tipologia. Anno 2024**



**Spesa e tetto. Anno 2024**



Integrando i dati esposti con l'onere sostenuto dalle Strutture pubbliche per l'assistenza protesica, e il noleggio di beni sanitari, nonché con una stima degli oneri per l'ammortamento dei DM a uso ripetuto, la stima del costo per i DM cresce del 37,3%, risultando pari a € 11,1 mld. (€ 188,1 pro-capite).

A livello regionale, a fronte di un valore medio € 201,9, si passa da una spesa minima, pari a € 152,3 pro-capite del Lazio, ad una massima di € 249,2 del Friuli Venezia Giulia.

Anche dopo la suddetta integrazione, si continua ad apprezzare una rilevante variabilità regionale, che risulta largamente attribuibile alla mancata rilevazione degli oneri relativi ai DM acquistati dalle Strutture private per attività erogate per conto del SSN: l'affermazione si giustifica osservando la correlazione positiva esistente fra spesa per DM e quota di ricoveri pubblici sui ricoveri totali: ad esempio il Friuli Venezia Giulia (massima incidenza del costo dei DM) ha una quota di ricoveri ordinari chirurgici eseguiti in Strutture pubbliche pari all'84,4% (anno 2022), mentre nel Lazio (minima incidenza) tale quota è inferiore alla metà (42,0%).

Integrando il costo sostenuto dalle Strutture pubbliche con quello che si può stimare sia sostenuto dalle Strutture private, il costo sostenuto dal SSN per i DM aumenta ancora, posizionandosi in valori pro-capite nel range € 244,8-€ 275,5 (a seconda delle ipotesi adottate nella stima del costo dei servizi erogati dalle Strutture private accreditate).

Il dato rimane, comunque, inferiore a quello medio europeo (€ 319,0 secondo *Medtech Europe* 2025) del 13,6-23,3%.

### Dispositivi medici innovativi: proposta di governance

Recentemente, con l'emendamento 7.06, al D.L. n. 95/2025, è stata proposta l'istituzione di un Fondo Nazionale per l'acquisto dei DM innovativi. Nello specifico, l'emendamento prevede un accertamento dell'innovatività mediante una valutazione di *Health Technology Assessment* (HTA) effettuata dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age-

nas); l'innovatività avrebbe una validità di tre anni, al termine dei quali il Dispositivo potrebbe venire riesaminato; la spesa per l'acquisto dei DM innovativi, nei limiti del Fondo, non concorrerebbe alla spesa considerata ai fini dell'eventuale sfioramento del tetto.

L'emendamento chiarisce, inoltre, che le risorse del Fondo verrebbero stabilite su base annua in base al fabbisogno emerso dalle valutazioni di HTA effettuate da Agenas, con un limite massimo pari allo 0,2% del FSN.

Sebbene l'emendamento fornisca alcune indicazioni ai fini della definizione dell'innovatività, ad oggi, per quanto di nostra conoscenza, i criteri non sono stati definiti operativamente a livello nazionale. Si ritrovano, alcune esperienze a livello regionale: ad esempio, la Toscana ha adottato dal 2022 tre criteri per definire l'innovatività, chiaramente ispirati a quelli utilizzati dall'AIFA per i farmaci.

La definizione di criteri in ambito regionale presenta, però, rischi in termini di potenziali disparità nell'accesso, di eventuali rimborsi (ove previsti) e di finanziamento (accesso al Fondo).

La definizione dei criteri nazionali per la definizione del carattere innovativo di un DM (per quanto estremamente difficile a causa dell'eterogeneità dei Dispositivi stessi) rappresenta, quindi, un passo essenziale per la definizione di una nuova *governance* dei DM.

In risposta a questa complessità, un gruppo di ricercatori coordinato dal C.R.E.A. Sanità, nel 2023, ha formulato una proposta per definire il carattere innovativo di un DM (d'Angela et al., 2024); la proposta è stata supportata da una consensus condotta con il metodo Delphi, a cui hanno partecipato 93 esperti italiani appartenenti a diverse categorie di *stakeholder*, che hanno identificato i criteri per definire un DM innovativo; tali criteri sono stati distinti per impatto clinico, organizzativo ed economico.

Al fine di rendere operativo lo strumento, va anche considerato che l'HTA, pur rappresentando uno strumento fondamentale di governo del sistema, presenta significativi limiti: in primis, richiede molto tempo, a fronte di una "vita utile" dei DM spesso molto breve; inoltre, per il DM spesso mancano evidenze "robuste" al momento del loro accesso al mercato;

infine, gli *outcome* clinici sono spesso difficili da standardizzare e dipendono dall'organizzazione delle Strutture e dall'esperienza degli utilizzatori.

Per i motivi sopra esposti, al fine di facilitare l'introduzione di DM innovativi nella pratica clinica, si propone un processo di *early access* accompagnato da meccanismi di *risk sharing* o *cost sharing*, ispirati a quelli già usati nel settore farmaceutico, prevedendo sconti o rimborsi nel caso in cui i risultati attesi non si realizzino.

In pratica, in presenza di DM con caratteristiche di potenziale innovatività, si potrebbe ipotizzare una negoziazione tra Agenas e le Aziende produttrici, finalizzata a concordare preliminarmente *endpoint* rilevabili nella pratica clinica, e a definire un registro di monitoraggio.

Il ricorso ai registri, eventualmente integrati con quelli che i fabbricanti sono obbligati ad introdurre per la sorveglianza *post-marketing*, consentirebbe di applicare concretamente accordi di condivisione del rischio, sulla base delle evidenze raccolte nella pratica clinica.

I registri, in altri termini, permetterebbero di raccogliere informazioni sugli *endpoint* delle PICO di

efficacia, sicurezza e "prestazione", definiti da Agenas nella fase iniziale dell'HTA, necessari per il suo completo sviluppo.

La soluzione proposta consentirebbe un accesso immediato al Fondo DM innovativi (*early access*), con la condizione di un eventuale *payback* successivo, in caso di esito "negativo" (non raggiungimento o raggiungimento parziale degli *endpoint* concordati).

In tale contesto, anche la *Joint Scientific Consultation* (a livello europeo e nazionale), prevista dal Regolamento UE 2021/2282 a partire dal 2026 per i DM di classe IIb e III, potrebbe rappresentare uno strumento per agevolare un accesso precoce dei DM, rappresentando una "guida" per i fabbricanti ai fini della "validazione" degli *endpoint* relativi al carattere di innovatività, utilizzabili anche a livello nazionale.

In definitiva, risulta urgente la definizione di una *governance* per i DM innovativi, alla luce della recente proposta di istituzione di un Fondo dedicato al loro acquisto; una *governance* che preveda la definizione di innovatività per i DM ma, stante il loro breve ciclo di vita, spostati ex post la valutazione, prevedendo meccanismi di protezione del rischio finanziario per il SSN e un *early access* dell'innovazione.



# *Capitolo 11*



## **Assistenza Primaria: evoluzione del settore e degli oneri**

Sintesi



## CAPITOLO 11 Assistenza Primaria: evoluzione del settore e degli oneri

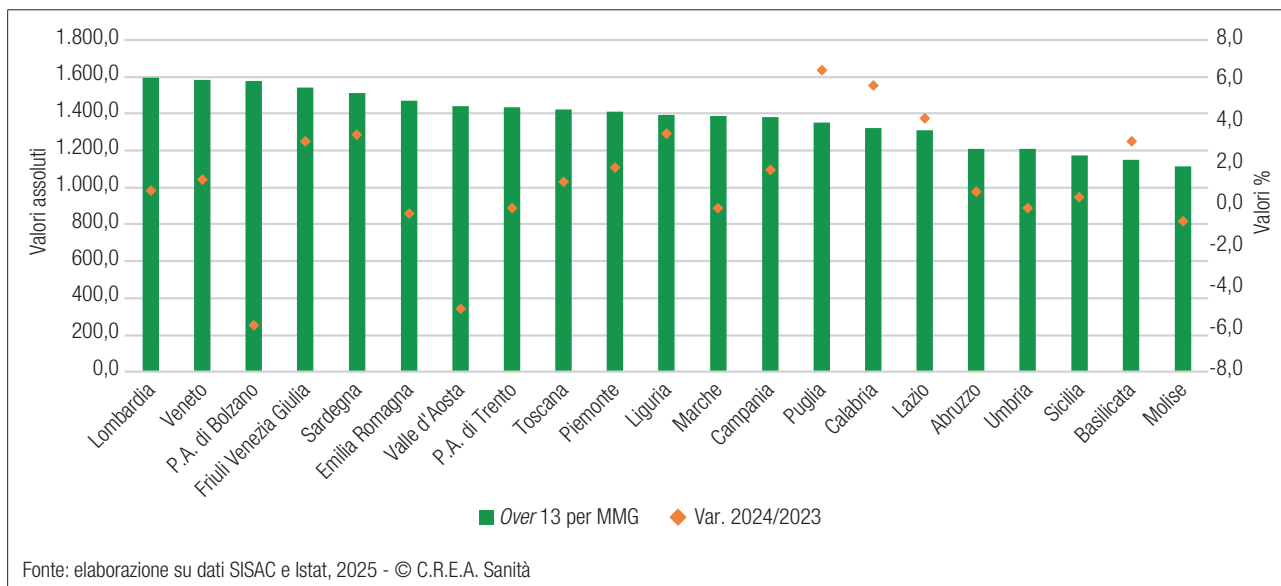
*Cappelli C.<sup>1</sup>, Gentili G.<sup>2</sup>, Ploner ME.<sup>3</sup>*

Nel contesto attuale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'Assistenza Primaria sta vivendo una trasformazione radicale che ne ridefinisce ruolo, struttura e prospettive future. Tradizionalmente identificata con l'attività del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS) nel proprio studio, oggi è chiamata a diventare un sistema integrato, multidisciplinare e territoriale, capace di garantire continuità assistenziale, prossimità e capacità proattiva nella gestione della salute dei cittadini. Questo cambiamento è sostenuto da importanti iniziative normative, tra cui il D.P.C.M. del 2017, il D.M. n. 77/2022 e gli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che spingono verso

una medicina orientata all'iniziativa e non più solo all'attesa, e verso un più deciso spostamento delle cure dall'ospedale al territorio.

Tuttavia, alla visione di rinnovamento si contrappongono alcune criticità strutturali. La più evidente riguarda il calo significativo del personale medico territoriale: tra il 2016 e il 2024 il numero dei MMG si è ridotto del 16,0%, e una contrazione pressoché identica si registra tra i PLS. Tale diminuzione non dipende solo dai pensionamenti, ma anche dalla scarsa attrattività dei percorsi formativi specifici, che non sono equiparati ai corsi di specializzazione e prevedono una retribuzione inferiore rispetto alle scuole universitarie.

### Numero medio assistibili potenziali per MMG. Anno 2024

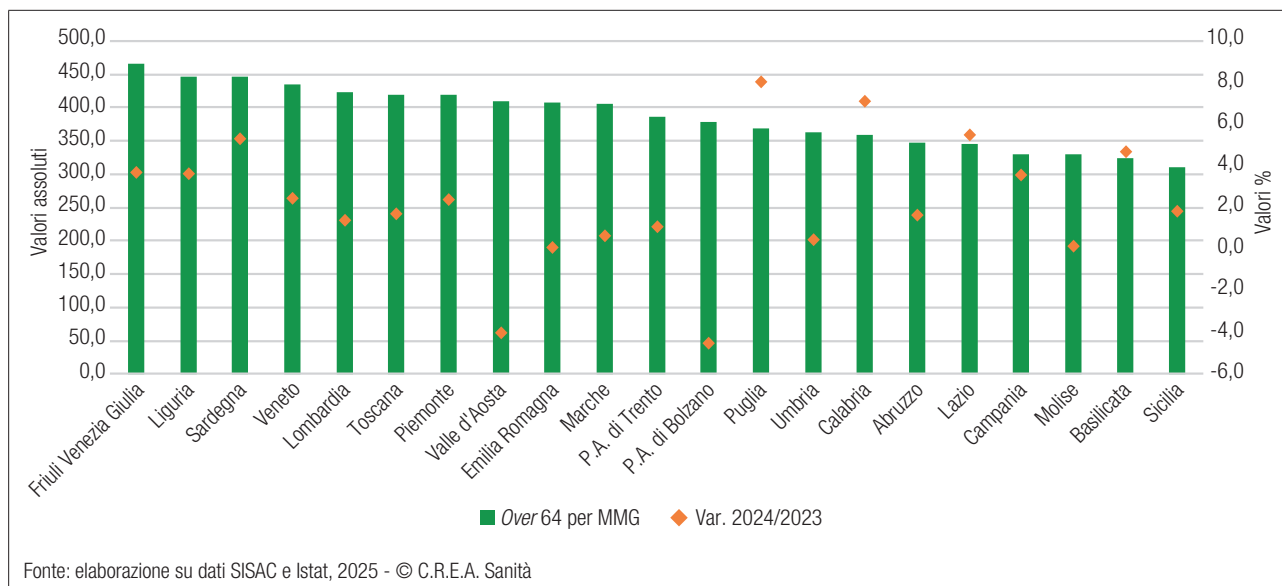


<sup>1</sup> Segretario provinciale FIMMG – Ascoli Piceno

<sup>2</sup> Coordinatore *Chronic on*

<sup>3</sup> C.R.E.A. Sanità

## Numero medio assistibili potenziali over 64 per MMG. Anno 2024



La conseguenza più immediata di questa carenza di personale è l'aumento del carico assistenziale su ciascun medico: per i MMG, il numero potenziale di assistibili è passato da circa 1.190 a oltre 1.400, con picchi che in alcune Regioni (come Lombardia) superano i massimali contrattuali.

Anche per i PLS si osserva un *trend* simile, con carichi che in territori come la P.A. di Bolzano superano ampiamente i 1.400 *under* 14 teoricamente assistibili.

Questo aumento dei carichi, tuttavia, non è uniforme sul territorio. L'Italia presenta un marcato gradiente Nord-Sud: le Regioni settentrionali, dove si registra un più rapido invecchiamento della popolazione, mostrano carichi nettamente superiori sia per MMG sia per PLS rispetto al Centro e al Sud. Per i MMG, ad esempio, nel Nord il carico potenziale supera i 1.520 assistibili, contro i circa 1.300 del Mezzogiorno. Una differenza analoga si riscontra anche nella presa in carico della popolazione *over* 64, segmento demografico particolarmente rilevante per le cure primarie: Regioni come il Friuli Venezia Giulia mostrano carichi medi ben superiori a quelli di Sicilia e Calabria.

Oltre alla carenza di personale e alle differenze geografiche, anche l'evoluzione della domanda assistenziale contribuisce a rendere il quadro sempre

più complesso. Il numero di contatti tra pazienti e MMG è cresciuto stabilmente dagli anni 2000 fino alla pandemia, che ha temporaneamente invertito il *trend* a causa delle restrizioni e dell'adozione massiccia di consulti a distanza. Questo dato indica che non solo il numero di assistiti per MMG è aumentato, ma anche l'intensità della presa in carico. I confronti retrospettivi mostrano, infatti, che, per mantenere nel 2021 le stesse condizioni operative del 2003, il SSN avrebbe avuto bisogno di quasi 50.000 MMG, cioè circa 10.000 in più rispetto a quelli realmente presenti. Se si considerassero i contatti come *proxy* del carico assistenziale, la carenza stimata supererebbe le 14.000 unità.

Accanto alle dinamiche demografiche e organizzative, la situazione è influenzata anche dai livelli di spesa dedicati all'Assistenza Primaria. Sebbene la spesa complessiva sia cresciuta leggermente nel periodo 2016–2024, essa rimane relativamente stabile, rappresentando il 5,0% della spesa sanitaria pubblica. Inoltre, esistono profondi divari regionali: alcune Regioni meridionali presentano una spesa pro-capite più elevata, mentre Regioni del Nord come la Lombardia mostrano livelli di spesa minori pur avendo carichi più alti. Questa asimmetria mette in evidenza il rischio di una scarsa coerenza tra risorse disponibili e bisogni reali del territorio.

Nel complesso, il quadro che emerge è quello di un sistema sospeso fra due forze contrapposte: da una parte, riforme ambiziose che mirano a creare una medicina territoriale moderna, capace di prendersi carico dei bisogni complessi di una popolazione sempre più anziana; dall'altra, una crisi strutturale di personale, disomogeneità territoriali e possibili inefficienze allocative che rischiano di rallentare o

compromettere l'attuazione stessa delle riforme. La vera sfida per il SSN consiste, dunque, nell'investire non solo in nuove strutture e tecnologie, ma soprattutto nelle professioni sanitarie e nella loro formazione, restituendo centralità all'Assistenza Primaria e rendendola attrattiva per le nuove generazioni di medici.





# *Capitolo 12*



**Servizi Domiciliari:  
l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri**

Sintesi



## CAPITOLO 12

### Servizi Domiciliari: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner ME.<sup>1</sup>

Il contributo analizza i servizi di Assistenza Domiciliare, che di principio svolgono una funzione essenziale di “ponte” tra l'ambito sanitario e quello sociale. La ricerca muove dalla considerazione che tale forma di assistenza è fondamentale per la cura di condizioni croniche associate a disabilità e diventa indispensabile quando è possibile erogare prestazioni riabilitative o di sostegno direttamente al domicilio del paziente.

L'indagine ha esaminato l'evoluzione di due tipologie di servizi: l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che ha l'obiettivo di coordinare gli interventi sanitari e socio-sanitari sotto la direzione di Unità di Valutazione Multidimensionale delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD), di competenza comunale, che possono essere erogati in modalità diverse, come aiuti di tipo socio-assistenziale (Assistenza Domiciliare socio-assistenziale), servizi integrati con il sanitario (ADI con Servizi Sanitari), o attraverso strumenti economici come *voucher* e assegni di cura.

Le stime relative al 2024 indicano che circa 1,7 mln. di persone hanno beneficiato dell'ADI. Nel periodo compreso tra il 2019 e il 2024, il numero di utenti è cresciuto in maniera costante ad un tasso medio annuo del 12,5%, ma l'analisi a livello territoriale rivela forti disparità: la P.A. di Bolzano ha fatto registrare un incremento medio annuo dei casi che ha raggiunto l'83,0%, un *trend* in netto contrasto con quello del Veneto, che nello stesso arco temporale, ha visto una diminuzione media annua prossima all'1,0%.

I dati confermano come l'ADI sia un servizio prevalentemente utilizzato dalla popolazione anziana, sebbene la sua missione originaria fosse quella di supportare tutte le persone con disabilità, a prescindere dall'età: a conferma di questo orientamento, il 79,2% degli assistiti ha un'età di 65 anni e più.

Con un focus specifico sulla fascia *over 64*, l'analisi mostra che nel 2024, il 9,4% degli anziani ha ricevuto prestazioni di ADI, un valore in aumento di 3,2 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2019. Tale quota, peraltro, si sta progressivamente avvicinando al *benchmark* del 10,0% previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che recita: «... aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee),...».

Parallelamente, però, emerge una tendenza critica: a fronte di un aumento generale del numero di persone prese in carico, si è verificata una riduzione del monte ore medio annuo dedicato a ciascun *over 64*; in particolare, tra il 2019 e il 2024, le ore di assistenza per paziente sono diminuite in media del 2,4% all'anno, scendendo da 15 a circa 13 ore.

Questa evidenza suggerisce che il PNRR potrebbe aver favorito un ampliamento della copertura del servizio, riuscendo a includere più utenti, ma al prezzo di una riduzione dell'intensità delle cure prestate.

Considerando, quindi, gli utenti *over 64* e l'intensità assistenziale, è possibile evidenziare quattro gruppi di Regioni classificabili in base al modello di intervento seguito:

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità

- 1- assistere più anziani con meno intensità (P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche e Molise)
- 2- assistere più anziani con più intensità (Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Lazio e Basilicata)
- 3- assistere meno anziani con più intensità (Umbria, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna)
- 4- assistere meno anziani con meno intensità (Piemonte, Lombardia e Liguria).

Anche sul fronte della spesa, le analisi condotte hanno evidenziato sistemi regionali profondamente diversi in tema di remunerazione dei *provider* coinvolti nell'erogazione delle prestazioni: la differenza di costo per ora di assistenza tra la Regione a massima e quella a minima spesa supera le 21 volte.

Per quanto riguarda i SAD, le stime riferite al 2023, indicano una platea di beneficiari di circa 381.000 persone. Rispetto al 2018, si registra una crescita significativa (+17,7%).

Analizzando la copertura del servizio con riferimento agli *over 64*, le stime per lo stesso anno rivelano che l'1,0% degli anziani ha avuto accesso all'Assistenza Domiciliare di tipo socio-assistenziale (una percentuale che è rimasta stabile nel periodo 2018-2023), lo 0,6% ha beneficiato del servizio di ADI con prestazioni sanitarie (+0,2 p.p. rispetto al 2018) e lo

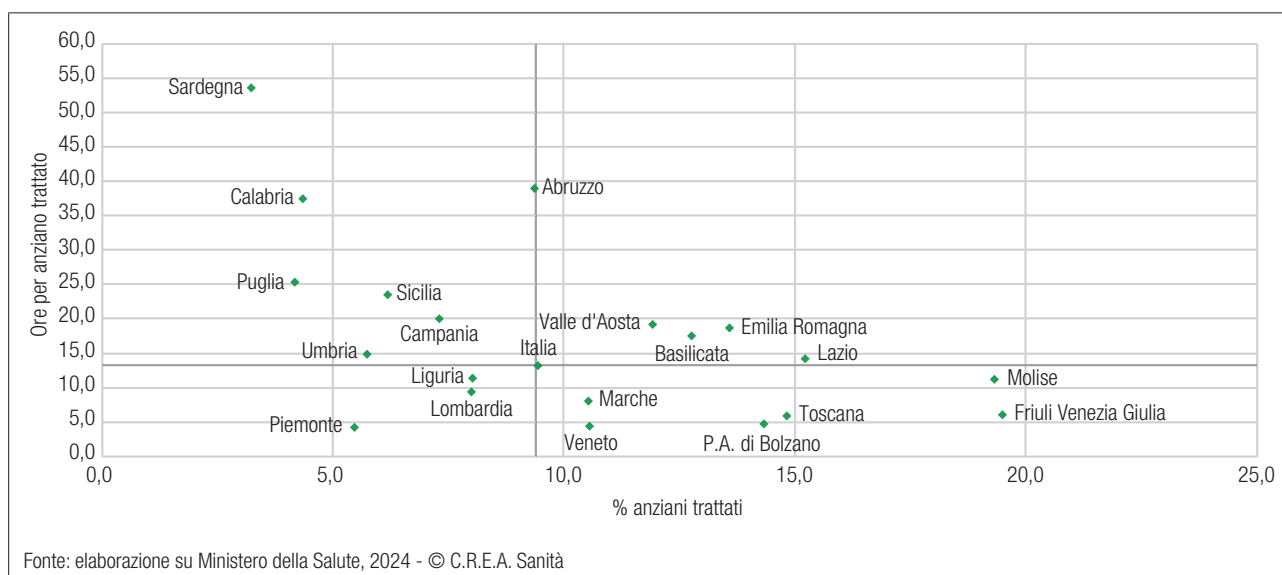
0,4% ha ricevuto sostegni economici, sotto forma di *voucher*, assegni di cura o buoni socio-sanitari.

L'attivazione combinata dell'ADI per le cure sanitarie e dei SAD per il supporto sociale, dovrebbe in teoria rispondere in modo "completo" ai bisogni degli anziani non autosufficienti. I dati del 2023, rivelano però che a livello nazionale, su un totale di 7.267.605 *over 75* e 2.922.000 persone con disabilità, soltanto 266.090 anziani ricevono effettivamente sia l'ADI che una forma di SAD, evidenziando un grave deficit di integrazione tra i due servizi.

In sintesi, lo studio ha messo in luce una grave carenza di integrazione tra il Sistema Sanitario e quello dei servizi sociali. L'assenza di un collegamento effettivo tra l'ADI e i SAD porta a una frammentazione "artificiale" dei bisogni dell'anziano non autosufficiente, suddivisi tra diverse competenze istituzionali.

Questa situazione è confermata dall'analisi della spesa: il rapporto tra i fondi destinati ai SAD e quelli per l'ADI indica una tendenza a considerare i servizi sociali come marginali rispetto a quelli sanitari. Per promuovere uno sviluppo più sostanziale dei SAD e una loro piena integrazione con l'ADI, sarebbe forse necessario individuare un unico soggetto responsabile del coordinamento: ragioni di efficienza legate alle economie di scala suggerirebbero di identificare questo ente nelle ASL.

#### ADI: quota anziani assistiti e ore medie di assistenza prestate. Anno 2024



Emerge, infine, una chiara distinzione concettuale: l'ADI non può essere considerata uno strumento di *Long Term Care* (LTC), ovvero di assistenza a lungo termine per la non autosufficienza strutturale;

piuttosto, essa risponde prevalentemente ai bisogni di persone in una condizione di non autosufficienza transitoria, come ad esempio pazienti in fase di convalescenza dopo un ricovero ospedaliero.



A stylized graphic in shades of teal. It features a semi-circular sun with several triangular rays pointing upwards. Below the sun is a bar chart with three vertical bars of increasing height from left to right. The entire graphic is set against a teal background.

# *Capitolo 13*



**Provvidenze in denaro:  
l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri**

**Sintesi**



## CAPITOLO 13

### Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

*Ploner ME.<sup>1</sup>*

Il contributo esamina lo sviluppo delle prestazioni economiche in denaro: sebbene nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) abbiano un ruolo secondario, esse costituiscono l'intervento principale nel settore della *Long Term Care* (LTC).

Tali interventi, consistono per lo più in benefici monetari privi di vincoli di utilizzo e con requisiti di accesso non stringenti; inoltre non prevedono un accreditamento dei fornitori.

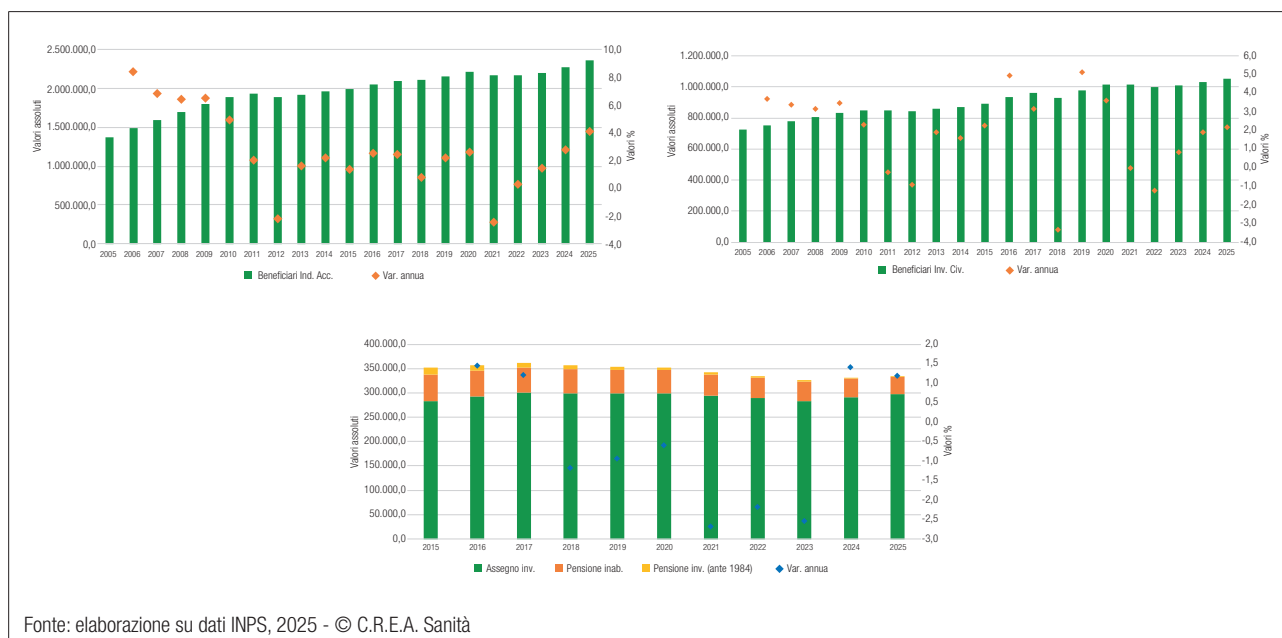
Gran parte di queste prestazioni economiche è gestita dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS): quelle analizzate nel contributo sono l'indennità di accompagnamento, le pensioni di invalidità

civile, le pensioni di invalidità e i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992.

L'ultimo decennio (2015-2025) ha visto un incremento costante, pari all'1,7% medio annuo, del numero di beneficiari sia dell'indennità di accompagnamento che della pensione di invalidità civile: un fenomeno, comunque, largamente attribuibile al progressivo invecchiamento demografico.

In controtendenza, i percettori di pensione di invalidità (assegni di invalidità, pensioni di inabilità e pensioni di invalidità ante 1984) hanno registrato una flessione media annua dello 0,5%.

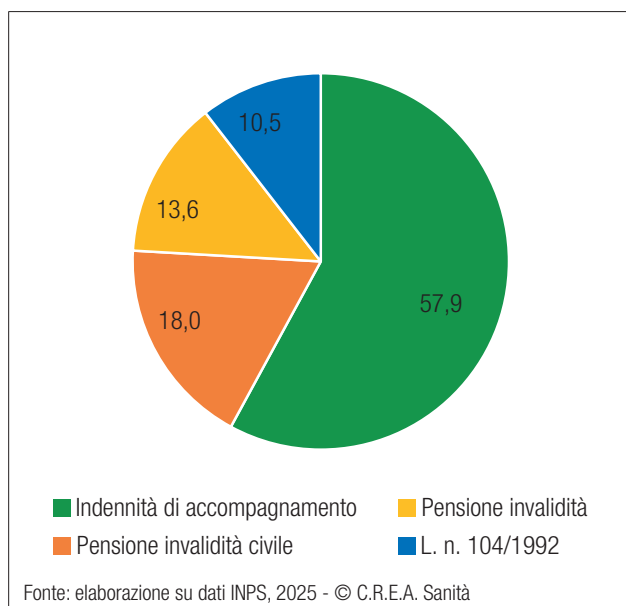
#### Beneficiari: indennità di accompagnamento, pensione invalidità civile, pensione invalidità



<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità

Attualmente, l'indennità di accompagnamento raggiunge il 16,2% degli ultrasessantatreenni a livello nazionale. Tuttavia, la distribuzione di questo beneficio è molto disomogenea: se al Nord ne usufruisce l'11,9% degli *over 64*, la percentuale sale al 17,4% nel Centro e tocca il 21,8% nel Sud. Anche per la pensione di invalidità civile, il cui tasso nazionale è del 3,0% tra i soggetti con un'età compresa tra 18 e 64 anni, le differenze territoriali sono marcate, passando dall'1,7% del Nord al 4,8% del Sud. Le pensioni di invalidità mostrano un'incidenza nazionale più bassa (0,9%), ma seguono lo stesso gradiente Nord-Sud (da 0,7% del Nord a 1,2% del Sud "passando" per l'1,0% del Centro).

#### Spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza. Valori %. Anno 2024



La distribuzione di genere dei sussidi vede, per l'indennità di accompagnamento e quella di invalidità civile, una prevalenza femminile (rispettivamente 60,1% e 53,2%), in ragione della maggiore quota di donne anziane. Al contrario, le pensioni di invalidità

vedono una netta prevalenza maschile (65,5%), che rispecchia la connessione di questo beneficio con il mondo del lavoro, tradizionalmente a maggioranza maschile.

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, eroga 6,1 mln. di permessi usufruiti da dipendenti (nel 59% dei casi donne) del settore pubblico.

Nel settore privato, (dato 2023) risultano 628.794 beneficiari di permessi; l'87,9% ne usufruisce per un familiare. Vale la pena notare che coloro che usufruiscono di un permesso per un familiare appartengono più frequentemente al genere maschile, mentre prevalgono le donne fra quelli che usufruiscono del permesso a titolo personale.

Per l'erogazione delle misure economiche in esame, si stima siano stati spesi complessivamente € 27,3 mld. (di cui il 57,9% per le indennità di accompagnamento), equivalenti al 21,1% della spesa sanitaria pubblica.

Il contributo analizza altresì l'onere atteso. Infine, dalle nostre stime emerge che per la riforma dell'indennità di accompagnamento ai sensi della L. Delega n. 33/2023, che prevedeva l'introduzione della Prestazione Unica (PU). Le nostre stime indicano un costo che a seconda delle ipotesi adottate si attesterebbe nel range € 4,0-5,0 mld., ovvero oltre € 10,0 mld. in caso di rivalutazione degli importi.

Trattandosi di importi significativi ma non inarriabili, la scelta di non attuare concretamente questa riforma, di fatto abbandonata nei decreti attuativi, sembra suggerire che il Paese attribuisca priorità ad altre voci di spesa pubblica a discapito della protezione sociale degli anziani non autosufficienti: in ultima istanza si appalesa una mancanza di volontà politica di correzione delle palesi disparità che attualmente caratterizzano l'istituto dell'indennità di accompagnamento.



# *Capitolo 14*



**L'industria delle *Life Sciences*  
nell'economia italiana**

**Sintesi**



## CAPITOLO 14

### L'industria delle *Life Sciences* nell'economia italiana

Caforio G.<sup>1</sup>

L'industria delle *Life Sciences* comprende vari segmenti: oltre quelli ben noti 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 potenzialmente possono assurgere ad un ruolo di primo piano (diretto e indiretto attraverso il loro indotto) nell'economia nazionale.

Va sottolineato come il contributo che il settore industriale dà, in termini di crescita economica del Paese, è significativo anche in una ottica di indiretto supporto alla sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN): l'indotto delle attività legate 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), e quindi, indirettamente, rappresenta una fonte significativa di finanziamento del SSN.

In carenza di dati per quantificare la quota dell'ICT e della logistica attribuibili alla Sanità, il contributo si concentra sull'analisi del settore farmaceutico e dei DM, analizzandone la loro dinamica nell'ultimo decennio.

L'Italia rappresenta uno dei principali Paesi di produzione farmaceutica a livello mondiale, rappresentando il 10,7% della produzione europea (€ 52,0 mld. nel 2023, in aumento del +6,6% medio annuo nel periodo 2013-2023).

Complessivamente, il mercato italiano nei due settori citati è rilevante: quello farmaceutico nel 2023

vale € 25,4 mld., con una crescita del +2,0% medio annuo nel periodo 2013-2023; quello dei DM si attesta a € 19,9 mld., in aumento del +7,1% medio annuo nel periodo 2014-2024.

Per quanto concerne l'interscambio estero, negli ultimi 10 anni il saldo della bilancia commerciale per il settore farmaceutico ha cambiato segno: nel 2023 è pari a +€ 10,5 mld., a fronte di un valore di -€ 15,0 mln. nel 2013; di contro, per il settore dei DM, il saldo è negativo, con un valore pari a -€ 2,6 mld. (-2,7% medio annuo nel periodo 2014-2024).

L'Italia si distingue in particolare in alcuni segmenti, quale quello dei vaccini che, nell'ultimo decennio, hanno significativamente contribuito al saldo positivo della bilancia commerciale dei farmaci, per via dell'ingente valore dell'*export*, e quello dei diagnostici in vitro, del quale detiene il 10% del mercato europeo.

In termini di occupati, l'Italia risulta il terzo Paese in Europa per addetti nell'industria farmaceutica (70.000 unità, +1,2% medio annuo nel periodo 2013-2023). Nel settore dei DM occupa la seconda posizione, con 117.607 unità (+9,7% medio annuo nel periodo 2014-2024).

A seguire si descrivono i risultati di un primo tentativo di ricostruzione di produzione, valore aggiunto ed occupati riferibili al settore delle *Life Sciences*, sulla base delle risultanze dei Conti Economici delle Imprese (Istat).

Nel *Life Sciences* sono state considerate le Imprese e Strutture coinvolte nella produzione di beni di natura sanitaria (farmaci, DM e loro manutenzione), nella loro distribuzione commerciale (all'ingros-

<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

so, al dettaglio e intermediazione), e nell'erogazione di servizi di cura, diagnosi e assistenza sanitaria (offerta ospedaliera, medici di medicina generale, specialisti, odontoiatri e professionisti sanitari) e sociale (assistenza residenziale e non).

Nel 2023 l'industria medicale (lato produzione) conta 152.683 occupati<sup>2</sup> (3,9% del totale del settore manifatturiero): 64.799 nel settore farmaceutico e 87.884 in quello dei DM. La produzione<sup>3</sup> dell'industria farmaceutica ammonta a € 29,2 mld., mentre quella dell'industria DM è pari a € 15,6 mld., per un totale dell'industria medicale di € 44,8 mld.. Il valore aggiunto per ora lavorata nel segmento farmaceutico risulta pari a € 102,6 significativamente superiore alla media manifatturiera (€ 55,4); nel comparto DM è invece pari a € 52,4, leggermente al di sotto della media, a fronte di un valore complessivo dell'industria medicale di € 77,2.

Il comparto commerciale conta 252.078 occupati; la produzione complessiva risulta pari a € 34,9 mld., con un valore aggiunto per ora lavorata di € 74,7.

L'assistenza sanitaria impiega 638.899 occupati,

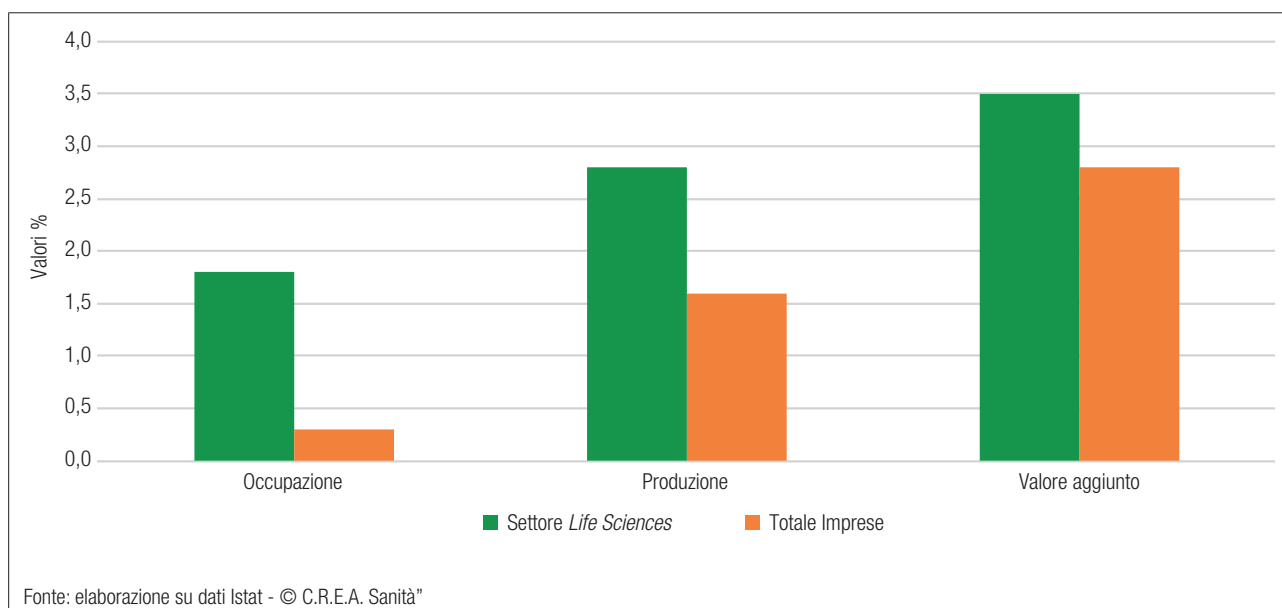
per un valore della produzione di € 56,1 mld. e un valore aggiunto per ora lavorata di € 74,4,

Per l'assistenza sociale, nel 2023, si registrano 311.872 occupati, per una produzione complessiva di € 14,1 mld. e un valore aggiunto per ora lavorata di € 20,0.

Aggregando i risultati dei comparti considerati, gli occupati dipendenti totali nelle Imprese del settore *Life Sciences* (come da noi definito) ammonterebbero a 1.355.522 (incidenza del 6,8% sul totale delle Imprese) con un valore della produzione di € 149,9 mld. e un valore aggiunto totale di € 75,1 mld. (7,0%), pari a € 58,1 per ora lavorata (+11,2% rispetto al valore medio di € 52,2 riferito a tutte le Imprese).

Nel periodo 2008-2023, il settore delle *Life Sciences* ha registrato un aumento dell'occupazione del +1,8% medio annuo, superiore a quello medio delle Imprese (+0,3% medio annuo); anche in termini di produzione e di valore aggiunto gli incrementi sono stati superiori nel settore delle *Life Sciences*, rispettivamente +2,8% medio annuo vs +1,6% e +3,5% medio annuo vs +2,8%.

### Occupazione, produzione e valore aggiunto nel settore *Life Sciences* in Italia. Variazioni medie annue 2008-2023



<sup>2</sup> Dati sull'occupazione non confrontabili con quelli riportati in precedenza

<sup>3</sup> Dati sulla produzione non confrontabili con quelli riportati in precedenza

Nel periodo considerato, l'incidenza del settore *Life Sciences* sul totale delle Imprese è aumentata di +1,5 punti percentuali (p.p.) in termini di occupazione, +0,8 p.p. in termini di produzione e +0,7 p.p. in termini di valore aggiunto.

In definitiva, la descrizione del valore del settore,

seppur basata su pochi essenziali indicatori, dimostra come esso sia strategico per l'economia italiana e, in generale, per i Paesi ad economia sviluppata, sollecitando a una maggiore attenzione al coordinamento fra politiche assistenziali e industriali.





# Capitolo 15



Sintesi:

**15a. L'assistenza sanitaria per la Salute Mentale in Italia**

**15b. Primo Rapporto ANDOS-C.R.E.A. Sanità  
Effetti collaterali\* del cancro alla mammella  
\*umani, organizzativi, economici e sociali**



## CAPITOLO 15a

### L'assistenza sanitaria per la Salute Mentale in Italia

d'Angela C.<sup>1</sup>

I disturbi mentali rappresentano oggi la principale causa di disabilità a livello mondiale. Si stima che una persona su 100 muoia per suicidio e che il 58% di questi decessi si verifichi prima dei 50 anni. Le persone con gravi disturbi mentali (*Serious Mental Illness* (SMI)) subiscono una riduzione dell'aspettativa di vita media tra 10 e 20 anni rispetto alla popolazione generale, principalmente a causa di patologie fisiche spesso prevenibili.

Secondo il *Global Burden Disease report 2025*, su 2,8 mld. di *Disability Adjusted Life Years* (DALY), 0,2 mld. (7,1%) sono associati alla Salute Mentale, occupando la nona posizione fra le patologie per impatto.

In prospettiva, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che entro il 2030 la depressione e gli altri problemi di Salute Mentale saranno le patologie più diffuse a livello globale.

Il contributo si pone l'obiettivo di valutare lo "stato" dell'assistenza sanitaria relativa alla presa in carico dei soggetti con problemi di Salute Mentale in Italia. L'analisi si focalizza sulla dinamica degli indicatori organizzativi nel periodo 2019-2023; un'attenzione particolare è deputata al *trend* post-pandemia da Covid-19, al fine di valutare l'allineamento dell'offerta italiana alla crescita dei bisogni evidenziata dall'ultimo Rapporto OMS.

Inoltre, è stata effettuata una analisi finalizzata a valutare la "Performance" regionale rapportando una misura di esito alle prese in carico garantite.

In termini quantitativi, risulta che il numero di utenti in carico presso i servizi di Salute Mentale, pubblici e privati accreditati (territoriali, residenziali e semi-resi-

denziali) è pari a 169,5 ogni 100.000 abitanti (ab.) ed è aumentato del +0,8% nel periodo 2019-2023: solo nel Centro e Mezzogiorno si è registrata una riduzione, rispettivamente del -2,4% e -0,4% medio annuo; nel periodo post-pandemia l'incremento di utenti è stato maggiore e ha interessato tutte le ripartizioni ad eccezione del Centro.

Aumenta in particolare la presa in carico dei giovani (18-34 anni), che attualmente rappresentano il 20% dell'utenza in trattamento.

La depressione e la schizofrenia rappresentano le due diagnosi più frequenti (rispettivamente con un tasso del 31,9 per 10.000 ab. e con 29,6 casi per 10.000 ab.), sebbene si sia registrata una loro lieve riduzione, a fronte di un aumento di casistica per disturbi di personalità e comportamentali.

In controtendenza con l'aumento delle prese in carico, si è registrata una riduzione media annua del -0,6% delle unità di personale nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e nelle Strutture accreditate, che si è rallentata nel periodo post-pandemia (-0,1% medio annuo).

Considerando il solo personale operante nei DSM delle ASL (49,3 operatori ogni 100.000 ab.), si è registrato un aumento del +0,3% nel periodo osservato (2019-2023), ma dopo il 2021 si è registrata una riduzione (-1,1% medio annuo) in tutte le ripartizioni ad eccezione del Nord-Ovest (+1,5% medio annuo); il Mezzogiorno ha registrato la riduzione massima (-4,0% medio annuo).

Rapportando il personale dei servizi pubblici territoriali agli utenti in carico si ottiene un valore medio nazionale di 2,6 unità ogni 100 utenti, con un

<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

differenziale importante fra le ripartizioni: dal 2,9 nel Nord-Est a 1,9 nel Mezzogiorno: la correlazione fra gli utenti in carico ai servizi regionali ed il personale che vi opera risulta modesta.

Il ricorso all'ospedalizzazione (42,1 ogni 10.000 ab.) si è ridotto nel 2019-2023 del -3,0% medio annuo in tutte le ripartizioni ed in particolar modo nel Nord-Ovest e nel Mezzogiorno (-3,6% medio annuo). Contestualmente, si è registrata anche una riduzione degli accessi al Pronto Soccorso (PS) (-2,9% medio annuo) e dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) (-7,6% medio annuo).

Il costo medio per utente in carico presso i DSM è pari a € 1.795,8, in crescita del +5,7% medio annuo rispetto al 2019; quello relativo alle Strutture residenziali è pari a € 48.134,0, in crescita del +3,8% medio annuo; quello relativo alle Strutture semi-residenziali a € 19.860,2, anch'esso in crescita del +12,7% medio annuo.

Complessivamente per la Salute Mentale rappre-

senta il 2,6% dei costi totali sostenuti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e il 4,6% della spesa per l'assistenza sanitaria distrettuale, nonché il 2,8% del Fabbisogno Sanitario Nazionale.

Correlando l'indice di Salute Mentale contenuto nel Rapporto BES (Benessere Equo e Sostenibile) dell'Istat, assunto come *proxy* degli esiti di salute, si evince una correlazione positiva con il tasso di presa in carico e il tasso di personale.

In sintesi, aumenta la presa in carico da parte dei servizi (tranne che nel Centro), con un contestuale aumento in termini di personale sebbene in riduzione dopo la pandemia.

Va però considerato che la recente manovra 2025, che stanziava un fondo per la Salute Mentale di € 80 mln., pur trattandosi di una somma di limitata incidenza sulla spesa complessiva del settore, dovrebbe consentire di aumentare la presa in carico di ulteriori 20.000 utenti, grazie ad un riallineamento del rapporto personale/utente nelle diverse Regioni.

## CAPITOLO 15b

### Primo Rapporto ANDOS-C.R.E.A. Sanità Effetti collaterali\* del cancro alla mammella \*umani, organizzativi, economici e sociali

*Polistena B.<sup>1</sup>, d'Angela D.<sup>1</sup>, d'Angela C.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>3</sup>*

La *survey* “Effetti collaterali\* del cancro alla mammella \*umani, organizzativi, economici e sociali” è stata sviluppata congiuntamente da ANDOS e C.R.E.A. Sanità con la finalità di far emergere l’esperienza e le aspettative delle donne che hanno dovuto affrontare il tumore al seno.

L’analisi nasce dalla consapevolezza da parte di ANDOS che il percorso di una donna operata di carcinoma mammario è lungo e articolato, ed anche fortemente impattante sulla quotidianità di vita.

L’eventuale trattamento chirurgico ne rappresenta una fase circoscritta: può essere infatti preceduto o seguito da complesse e invasive terapie farmacologiche neoadiuvanti o adiuvanti, radioterapia, in molti casi anche da anni di trattamento ormonale, sino alla possibile evoluzione positiva della patologia.

Durante tutto il percorso si producono “effetti collaterali” clinici e sociali più o meno impattanti, che rischiano di compromettere significativamente la qualità di vita delle pazienti, peraltro in larga misura ancora in età lavorativa.

C.R.E.A. Sanità ha aderito alla proposta di ANDOS di collaborare alla predisposizione di una *survey* destinata alle donne associate, perché da sempre convinta dell’importanza della centralità del paziente nel

percorso di cura: condizione che si può realizzare solo conoscendo la “persona” che c’è dietro il “paziente”, con le sue ragioni, volontà, sentimenti e bisogni, e coinvolgendola come *partner* attivo nella cura.

Comprendere quali siano le aspettative e le criticità che la donna deve affrontare permette, in definitiva, di migliorare i Servizi Sanitari, promuovendo un sistema socio-sanitario capace di integrare gli interventi e curare olisticamente insieme la patologia e la persona, indipendentemente dal suo luogo di residenza, dall’età e dal livello culturale.

Rimandando al Rapporto ANDOS-C.R.E.A. Sanità<sup>4</sup> e alla monografia per i principali risultati, in definitiva, la *survey* ha confermato e quantificato l’impatto psicologico, sociale, economico della patologia; il tumore al seno rimane una esperienza fortemente impattante, come anche la risposta del Servizio Sanitario significativamente migliorabile.

Avere fatto emergere caratteristiche, aspettative, difficoltà delle persone affette dal carcinoma mammario, fornisce le conoscenze essenziali per supportare efficacemente politiche sanitarie capaci di mettere davvero le donne al centro del loro percorso di cura.

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

<sup>2</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

<sup>3</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

<sup>4</sup> <https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2025/03/1-Rapporto-ANDOS-C.R.E.A.-Sanita.pdf>





*Riepilogo regionale*





## Riepilogo regionale

Nelle pagine che seguono presentiamo il riepilogo regionale di alcuni indicatori selezionati e contenuti nei singoli capitoli del volume.

Essendo il Rapporto Sanità costruito per capitoli tematici, si è ritenuto infatti utile un riepilogo 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: verde 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:

<b>Esiti</b>	<b>Ind. 1:</b> Quota di multicronicità e limitazioni gravi <i>over</i> 75 anni (%) <b>Ind. 2:</b> Speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni (anni)
<b>Equità</b>	<b>Ind. 1:</b> Quota famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari (%) <b>Ind. 2:</b> Quota famiglie soggette a spese catastrofiche per consumi sanitari (%) <b>Ind. 3:</b> Quota famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari (%)
<b>Prevenzione</b>	<b>Ind. 1:</b> Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più) (%) <b>Ind. 2:</b> <i>Screening</i> mammografico organizzato: copertura donne di età 50-69 anni (%) <b>Ind. 3:</b> Spesa pro-capite pubblica per la prevenzione (€)
<b>Assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera</b>	<b>Ind. 1:</b> Tasso di ospedalizzazione standardizzato ordinario in acuzie (per 1.000 ab.) <b>Ind. 2:</b> Popolazione trattata in ADI (%) <b>Ind. 3:</b> Disabili assistiti con SAD (%)
<b>Assistenza Farmaceutica</b>	<b>Ind. 1:</b> Sforamento dal tetto di spesa farmaceutica acquisti diretti (%)



Il **Rapporto Sanità**, giunto alla sua **21<sup>a</sup> 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 21<sup>a</sup> edizione del Rapporto Sanità è stata realizzata da C.R.E.A. Sanità, Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità.

**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 multidisciplinari 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 farmaco-economia, oltre a servizi di consulenza e organizzativi.

ISSN 2035-8660



9 772035 866005

ISBN 978-889907896-6



9 788899 078966