



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.*



21° Rapporto Sanità

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

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

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^a 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 consolidatasi negli anni (rimandiamo alla Guida alla lettura che segue).

Desideriamo ringraziare per il contributo di idee e competenze fornito per la realizzazione del Rapporto, 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., Take-da 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

MICOCCHI 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

Cardiочirurgo *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.

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.

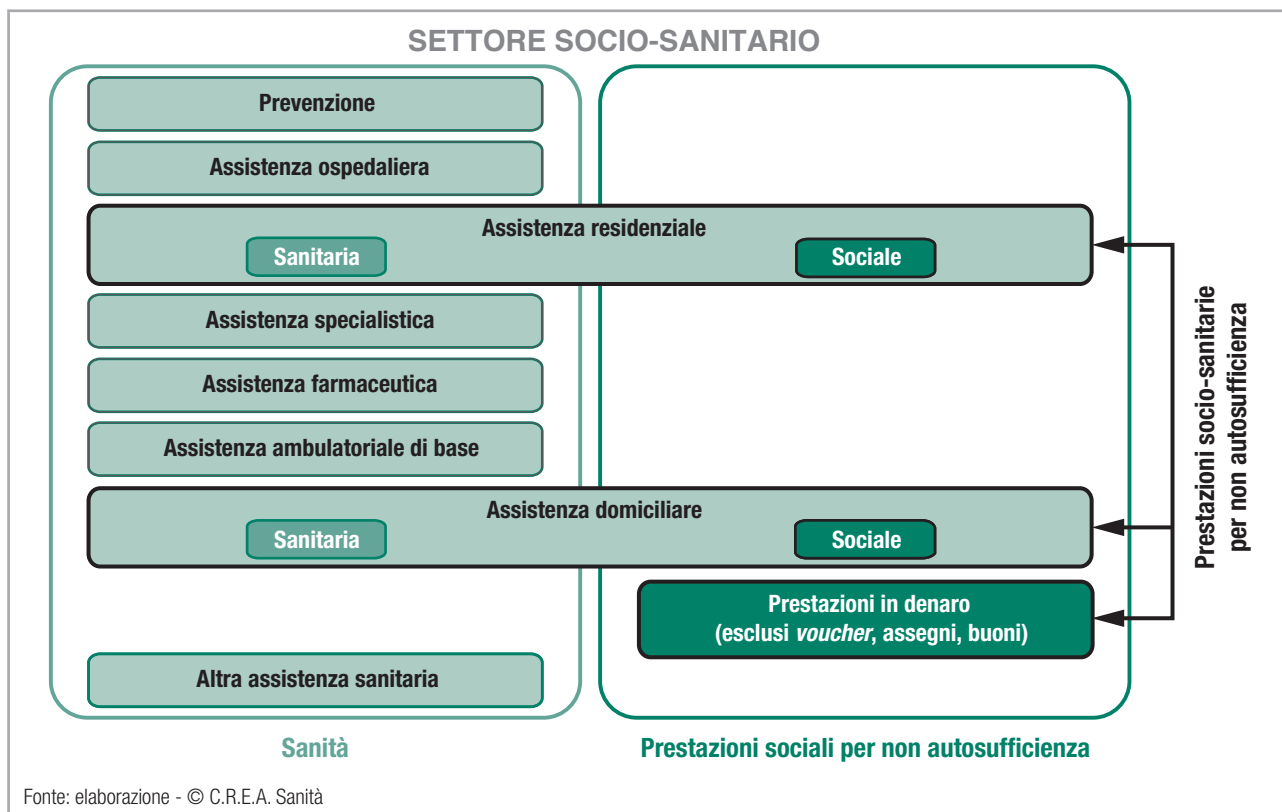
La quarta parte approfondisce gli impatti industriali del settore delle *Life Sciences*.

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	5
Autori	7
Guida alla lettura del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità	9
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.	
<i>Key Indicators</i>	53
Capitolo 2 - Finanziamento	61
Capitolo 2a - Il Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: un processo in equilibrio precario	63
Lo Giudice C. , Spandonaro F.	
Capitolo 2b - L'IVA nel settore sanitario: l'esenzione come problema e la fiscalità come elemento di influenza della gestione	86
Biondi E., Bianchi G., Terranova L.	
<i>Key Indicators</i>	98
Capitolo 3 - Spesa	105
Capitolo 3a - L'evoluzione della Spesa: confronti internazionali e trend nazionali	107
Polistena B., Lo Giudice C.	
Capitolo 3b - I Fondi Sanitari Integrativi: una ricerca su modelli di gestione, fruizione degli iscritti e KPI conseguenti	125
Micocci M., Magnoni G.	
<i>Key Indicators</i>	147
Capitolo 4 - Organizzazioni e reti trasversali	151
Capitolo 4a - Politiche per la gestione del personale sanitario: l'esperienza regionale del Veneto ...	153
Costa C., Fanton E., Dal Bello S., Annicchiarico M.	
Capitolo 4b - Le Reti Oncologiche Regionali (ROR): una lettura multidimensionale della Performance .	166
Cepiku D., Mastrodascio M., Zappia G.	
Capitolo 4c - La trasformazione digitale della Sanità in Italia: lo scenario dell'Osservatorio Sanità Digitale	185
Corso M., De Cesare D., Lettieri E., Locatelli P., Masella C., Olive M., Sgarbossa C.	
Capitolo 4d - Una governance nazionale per l'approccio One Health (e "oltre")	196
Giacomini D., Leonardi G., Lo Giudice C., Ricci A., Spandonaro F.	

Capitolo 5 - Indicatori di Performance	209
Capitolo 5a - Esiti di salute	211
Carrieri C.	
Capitolo 5b - Le Disuguaglianze di Salute in Italia: dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ad oggi	225
Atella V., De luca C., d'Angela D., Maresch E., Polistena B., Spandonaro F.	
Capitolo 5c - Il giudizio degli italiani sul Servizio Sanitario Nazionale	237
d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F.	
Capitolo 5d - La Mortalità Evitabile	247
Buzzi N.	
Capitolo 5e - Opportunità di tutela della salute: le Performance Regionali	259
d'Angela D., d'Angela C., Carrieri C., Polistena B., Spandonaro F.	
Capitolo 5f - Impoverimento, catastroficità e disagio economico: i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario	276
d'Angela D.	
Key Indicators	296
Capitolo 6 - Confronti internazionali, politiche di allocazione nazionali e regionali delle risorse per la prevenzione	305
Carrieri C., d'Angela C., Lo Giudice C., Spandonaro F.	
Key Indicators	336
Capitolo 7 - L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera	341
Carrieri C., d'Angela D.	
Key Indicators	359
Capitolo 8 - Assistenza Residenziale: evoluzione normativa per la presa in carico degli anziani	363
Ploner ME.	
Key Indicators	391
Capitolo 9 - Assistenza specialistica ambulatoriale	397
d'Angela C.	
Key Indicators	421
Capitolo 10 - Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici	425
Capitolo 10a - Assistenza Farmaceutica: spesa e governance	427
Polistena B., Spandonaro F.	
Capitolo 10b - La Spesa per i Dispositivi Medici	440
d'Angela D., Caforio G.	
Key Indicators	452

Capitolo 11 - Assistenza Primaria: evoluzione del settore e degli oneri	457
Cappelli C., Gentili G., Ploner ME.	
<i>Key Indicators</i>	474
Capitolo 12 - Servizi Domiciliari: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri	479
Ploner ME.	
<i>Key Indicators</i>	496
Capitolo 13 - Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri	501
Ploner ME.	
<i>Key Indicators</i>	524
Capitolo 14 - L'industria delle <i>Life Sciences</i> nell'economia italiana	529
Caforio G.	
<i>Key Indicators</i>	544
Capitolo 15	549
Capitolo 15a - L'assistenza sanitaria per la Salute Mentale in Italia	551
d'Angela C.	
Capitolo 15b - Primo Rapporto ANDOS-C.R.E.A. Sanità	
Effetti collaterali* del cancro alla mammella *umani, organizzativi, economici e sociali	564
Polistena B., d'Angela D., d'Angela C., Spandonaro F.	
Riepilogo regionale	571



Introduzione

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

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

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

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

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

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

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"

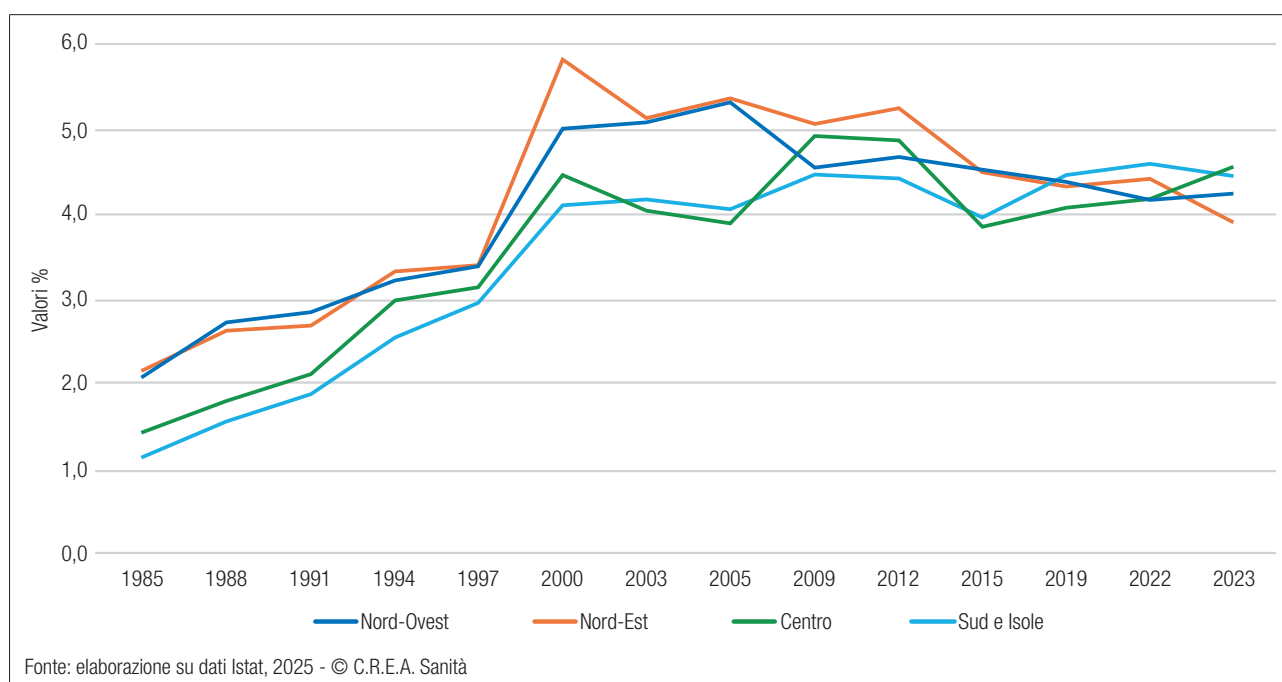
(*Out of Pocket* (OOP)).

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.

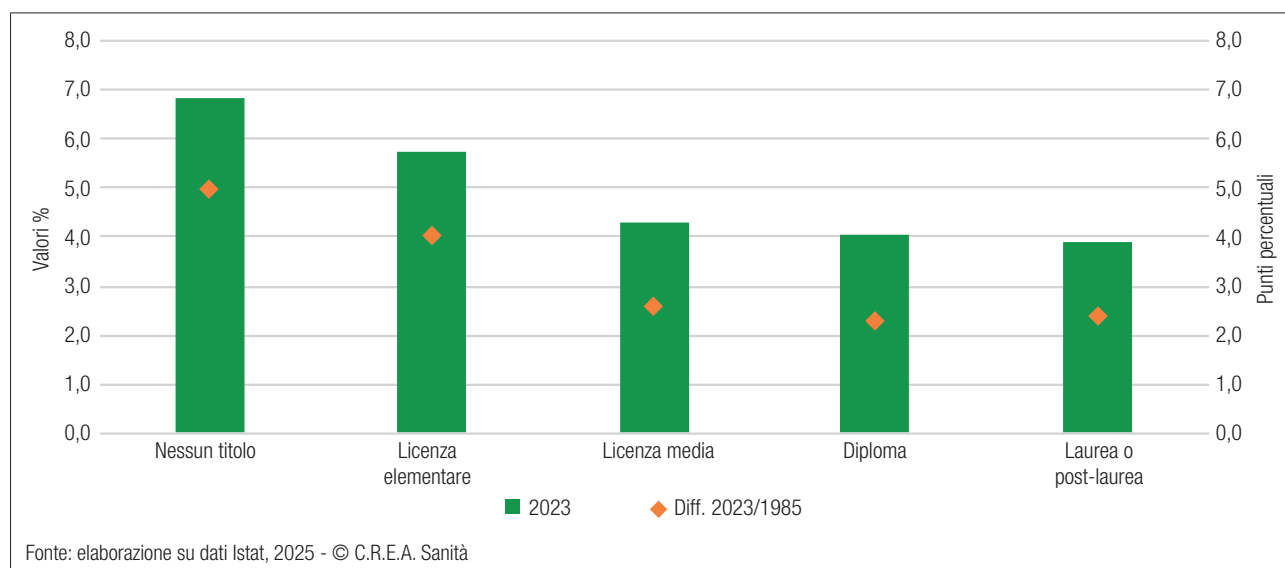
Il consumo per le prime è sostanzialmente omo-

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 suggerire 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 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

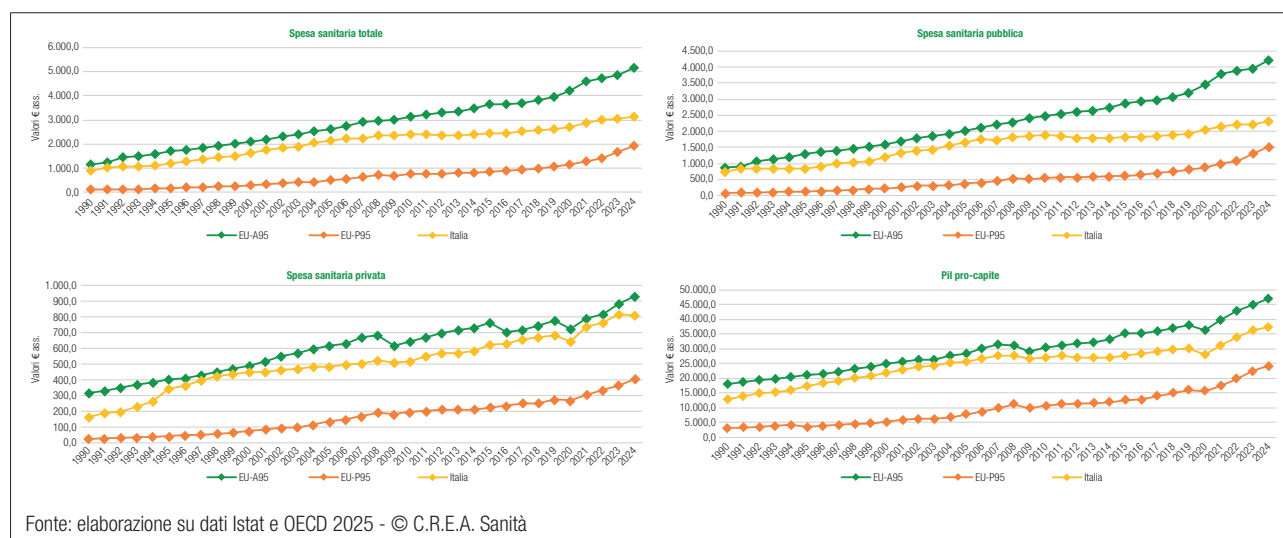
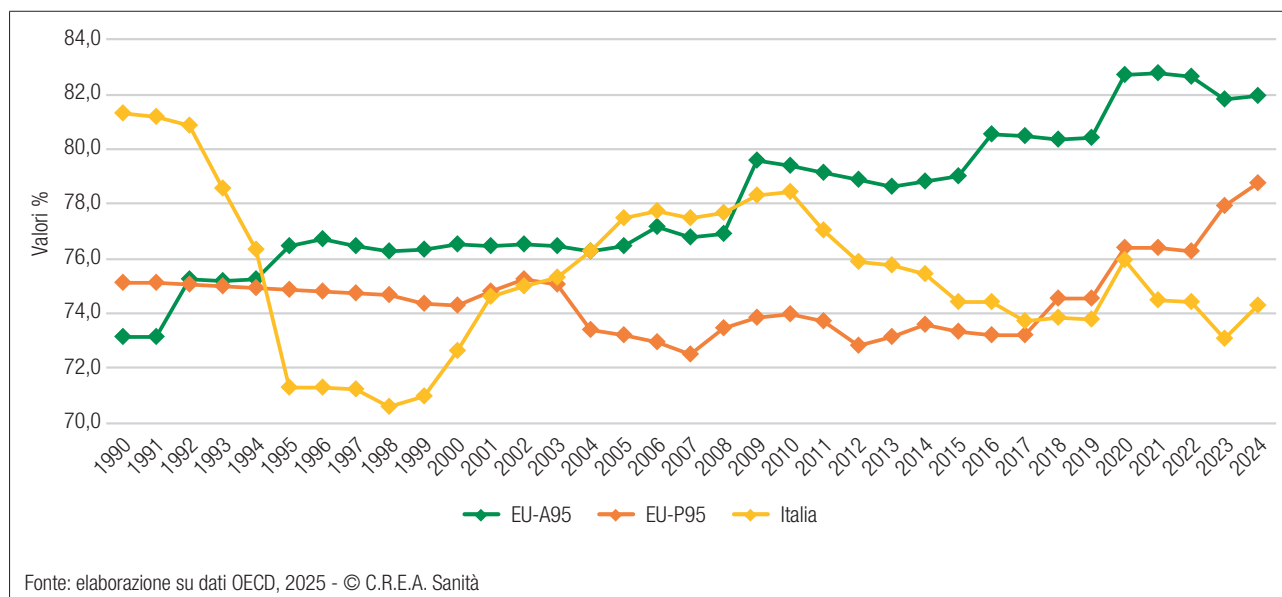


Figura 4. Finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente



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

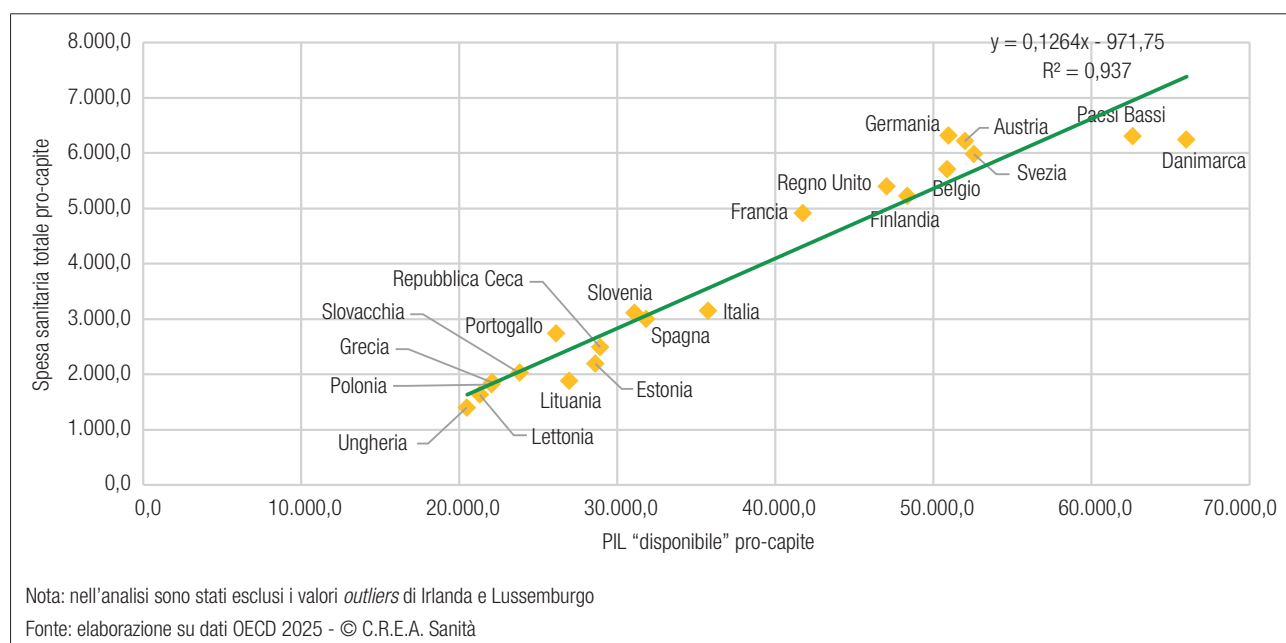
impossibile, reperibilità, anche alla luce della "competizione" di altri settori del *welfare* sottofinanziati (si veda in primo luogo l'istruzione) e le crescenti pressioni per il riarmo.

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

- in carenza di crescita il differenziale si riaccumulerebbe 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.

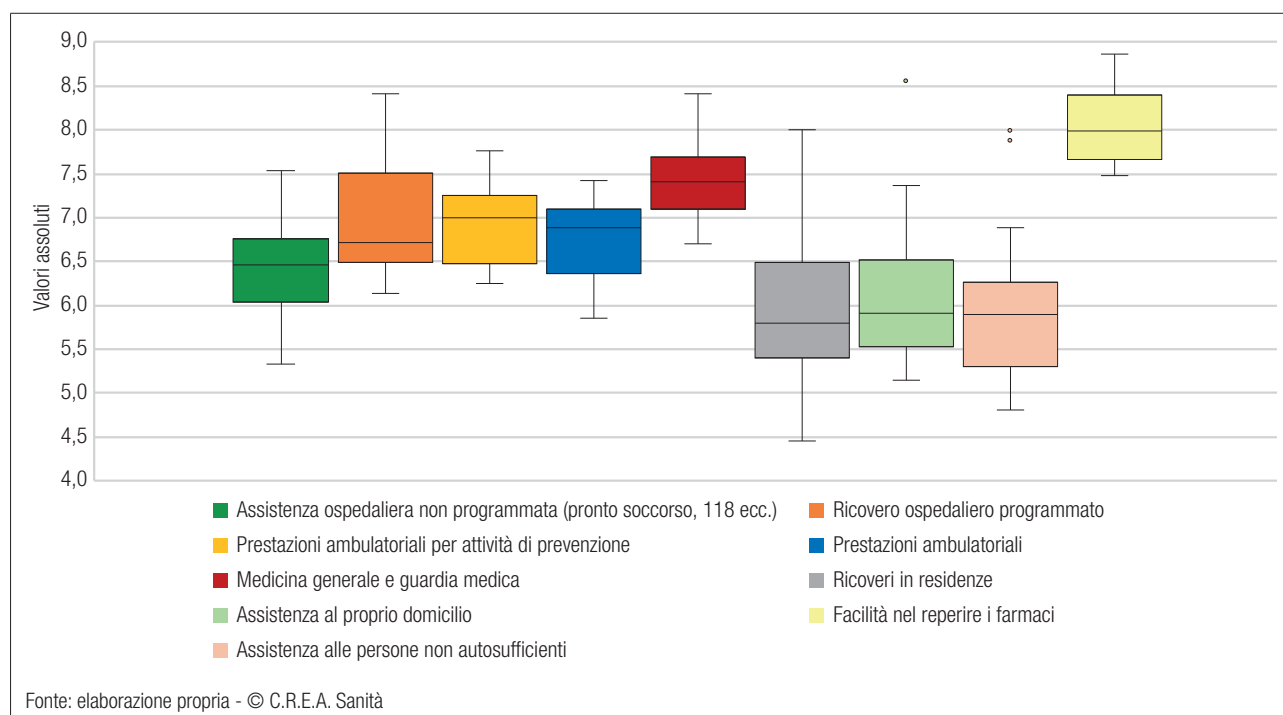
Non di meno, l'innovazione tecnologica ha permesso di contrastare significativamente la crescita della domanda: ricordiamo il dato sopra richiamato sulla disabilità, rimasta nel tempo sostanzialmente costante, certamente anche grazie alla migliore efficacia delle terapie; una indicazione analoga è offerta 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: dimostra-

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”.

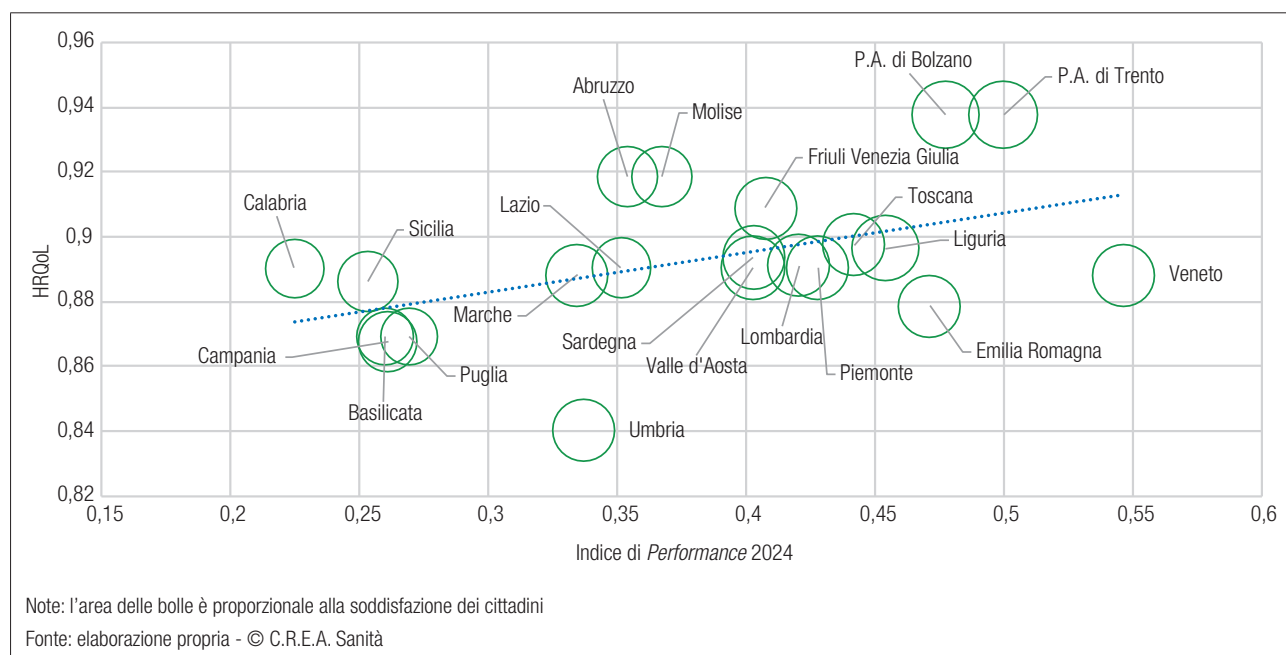
Per conferma, a titolo esemplificativo, citiamo i risultati di una *survey* a cui hanno risposto 585 donne operate al seno (Indagine C.R.E.A. Sanità per AN-DOS): quasi il 90% delle pazienti riesce ad effettuare gli esami di *follow-up* nei tempi previsti; ma di queste meno della metà ha avuto gli esami 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-

perimento 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 ospedali 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 vogliano 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 soddisfatti 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 aumentato 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 razionamento 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 razionamento 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

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 1

Il contesto socio-demografico

Carrieri C.¹

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

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle persone sole^{2,3}.

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^{4,5,6}.

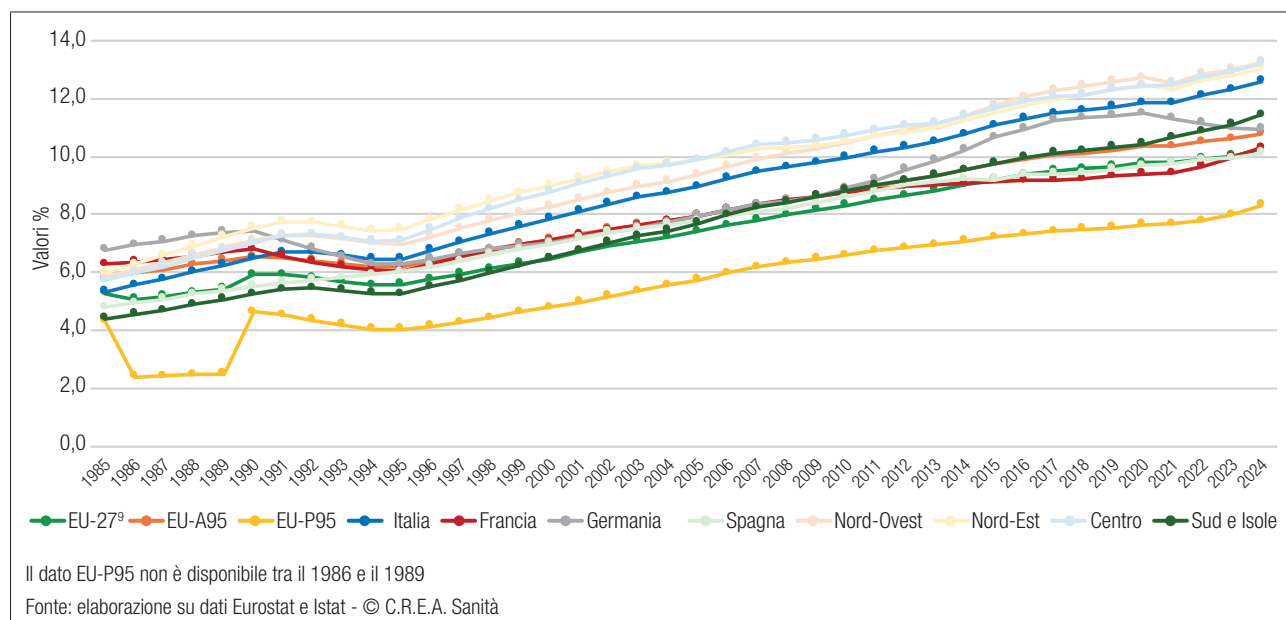
In Italia il livello medio di istruzione è al di sotto della media europea e degli altri Paesi analizzati: la quota di laureati, nel 2024, si attesta al 22,3%, 14,7 p.p. sotto la media europea (37,0%). L'Italia è l'unico Paese analizzato dove la popolazione con solo istruzione primaria supera quella 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 1995⁷ di - € 7.509,6, risultando invece superiore di € 13.034,3 rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995⁸.

Popolazione over 75 anni in Europa e in Italia



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

³ 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>

⁴ 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

⁵ 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

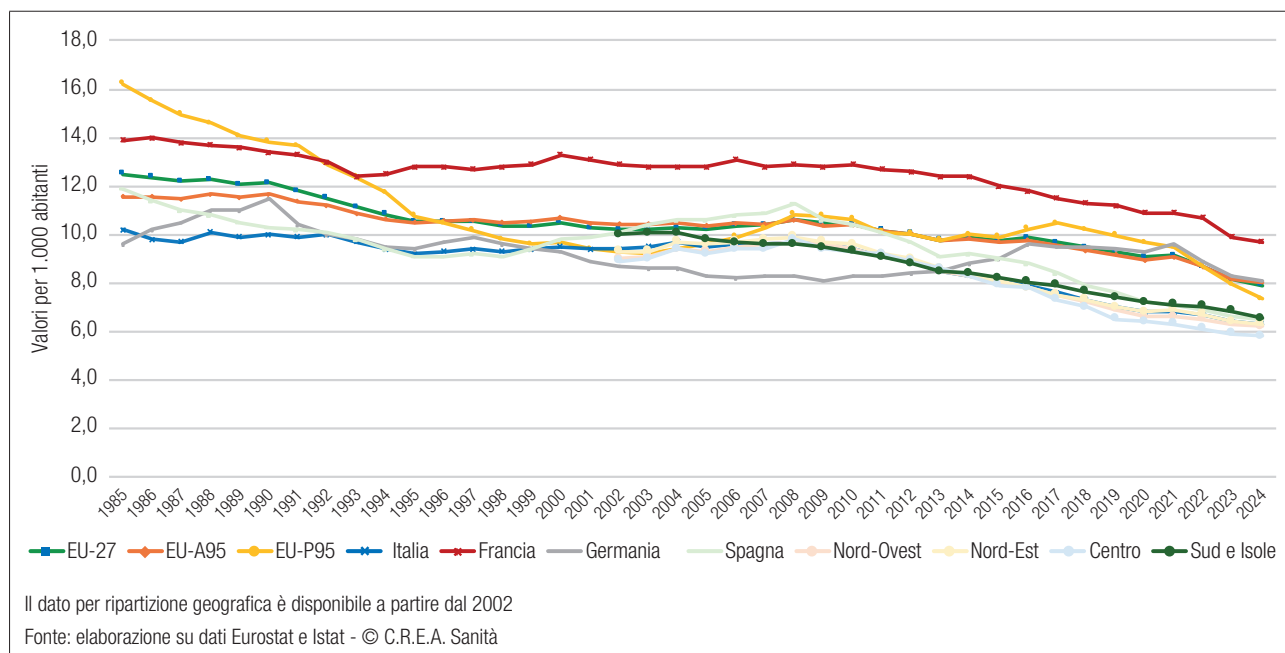
⁶ Sheehan P., Shi H.; *Employment and Productivity Benefits of Enhanced Educational Outcomes: A Preliminary Modelling Approach*. Anno 2019. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.03.025

⁷ 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

⁸ 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

⁹ 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 1

Il contesto socio-demografico

Carrieri C.¹

Il presente contributo si focalizza su alcuni fattori di contesto (analizzati con comparazioni a livello europeo e nazionale), quali demografia e struttura familiare, mercato del lavoro, istruzione, produzione e reddito, utili per orientare il processo di programmazione dell'offerta sanitaria e, anche, lo sviluppo delle politiche di governo della domanda.

Il contributo analizza, in particolare, l'evoluzione dei settori citati negli ultimi quarant'anni, per evidenziarne le traiettorie seguite dopo l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

1.1. La demografia

L'evoluzione demografica italiana registra cambiamenti sempre più veloci, nello specifico ad un aumento dei tassi di invecchiamento della popolazione, dovuti principalmente alla riduzione della mortalità per fasce d'età, soprattutto per le fasce più "anziane" e contestuale riduzione delle nascite (denatalità): quest'ultima è dovuta tanto alla minore propensione a procreare, quanto al ridursi della popolazione di "potenziali" genitori (effetto dell'erosione della piramide dell'età nelle fasce di popolazione più giovani).

Nel 2024, la popolazione italiana è pari a circa 58

mln. di abitanti, in aumento negli ultimi quarant'anni del +4,2%. Per confronto, la popolazione italiana, nel periodo considerato, è cresciuta meno rispetto a quella degli altri Paesi Europei (EU-27²): infatti, nella media europea in tali Paesi è cresciuta del +13,7%, in quelli EU-Ante 1995³ del +21,9%, con valori di Germania (+36,7%), Spagna (+26,6%) e Francia (+24,1%) ancora maggiori. Peraltro, nei Paesi EU-Post 1995⁴ si è registrata una riduzione della popolazione (-2,7%).

In ottica previsionale⁵, adottando l'orizzonte 2050, si prevede una riduzione della popolazione italiana del -2,5%, mentre in Spagna, Francia e Germania si prevede un aumento, rispettivamente del +3,8%, +3,2% e +1,6% (Figura 1.1.).

Il tasso di crescita naturale⁶, nel 2024, in Italia, è pari a -4,8 ogni 1.000 abitanti, non solo inferiore a quello della media europea (-2,6 ogni 1.000 abitanti), ma anche il più basso rispetto ai principali Paesi europei; la Francia è l'unico Paese che registra un tasso di crescita naturale positivo (+0,3 ogni 1.000 abitanti). Nell'ultimo decennio si è registrata una riduzione del tasso in tutti i Paesi europei: in particolare in Italia (-2,1 ogni 1.000 abitanti). A livello di ripartizione geografica, il Centro registra il tasso di crescita naturale più basso (-5,6), seguono il Nord-Ovest (-5,0), il Nord-Est (-4,5) e il Mezzogiorno (-4,4) (Figura 1.2.).

Tra il 1985 ed il 2009, il Mezzogiorno registra un

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

³ Si fa riferimento ai Paesi 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

⁴ 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

⁵ Intervallo di previsione: mediana

⁶ Differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità, moltiplicato per 1.000 abitanti

tasso di crescita naturale positivo, in controtendenza con le altre ripartizioni geografiche. In ottica previsionale, però, è proprio il Mezzogiorno a registrare il maggiore tasso di crescita negativo: nel 2050, si prevede, al Sud, un tasso pari a -10,5 ogni 1.000 abitanti, seguito dal Centro (-8,3), dal Nord-Est (-6,9) e dal Nord-Ovest (-6,8) (Figura 1.3).

In termini di composizione della popolazione, si

osserva come, in Italia, la “piramide” della popolazione per età non sia più tale, per effetto delle trasformazioni intervenute negli ultimi quarant’anni: nel 1985 la consistenza della fascia di popolazione più giovane (0-24 anni) era pari a circa 21 mln. di abitanti, divenuto circa 13 mln. nel 2024 (-35,5%), dato strettamente collegato alla riduzione della natalità.

Figura 1.1. Popolazione in Europa

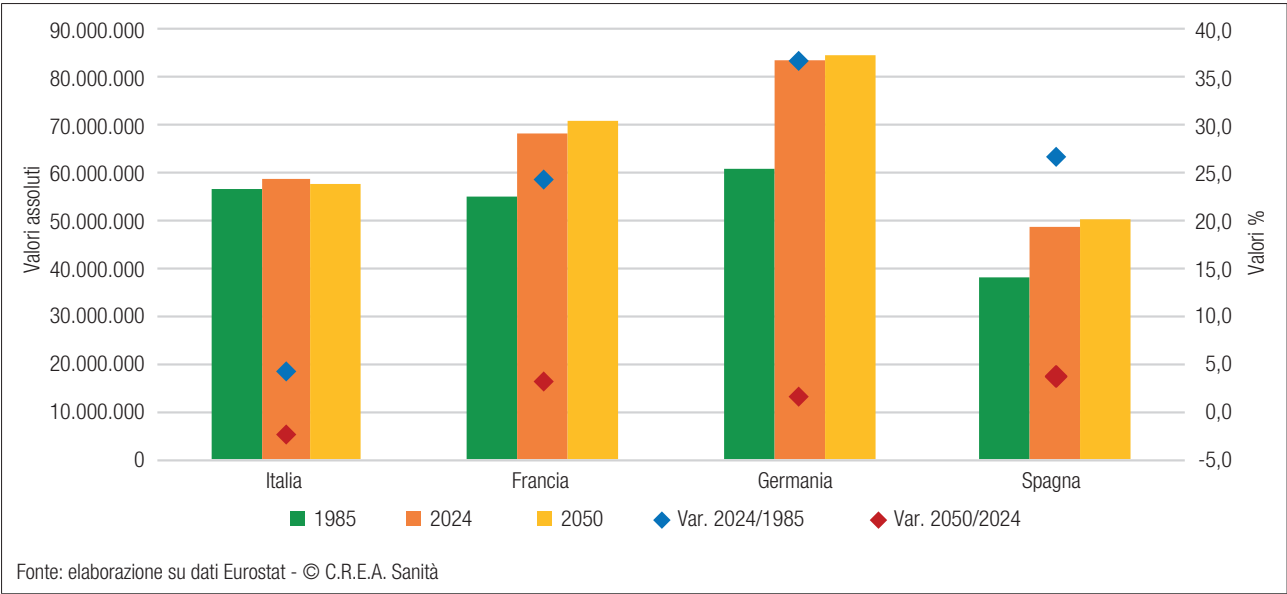


Figura 1.2. Tasso di crescita naturale in Europa e in Italia



Figura 1.3. Trend e previsione tasso di crescita naturale in Italia

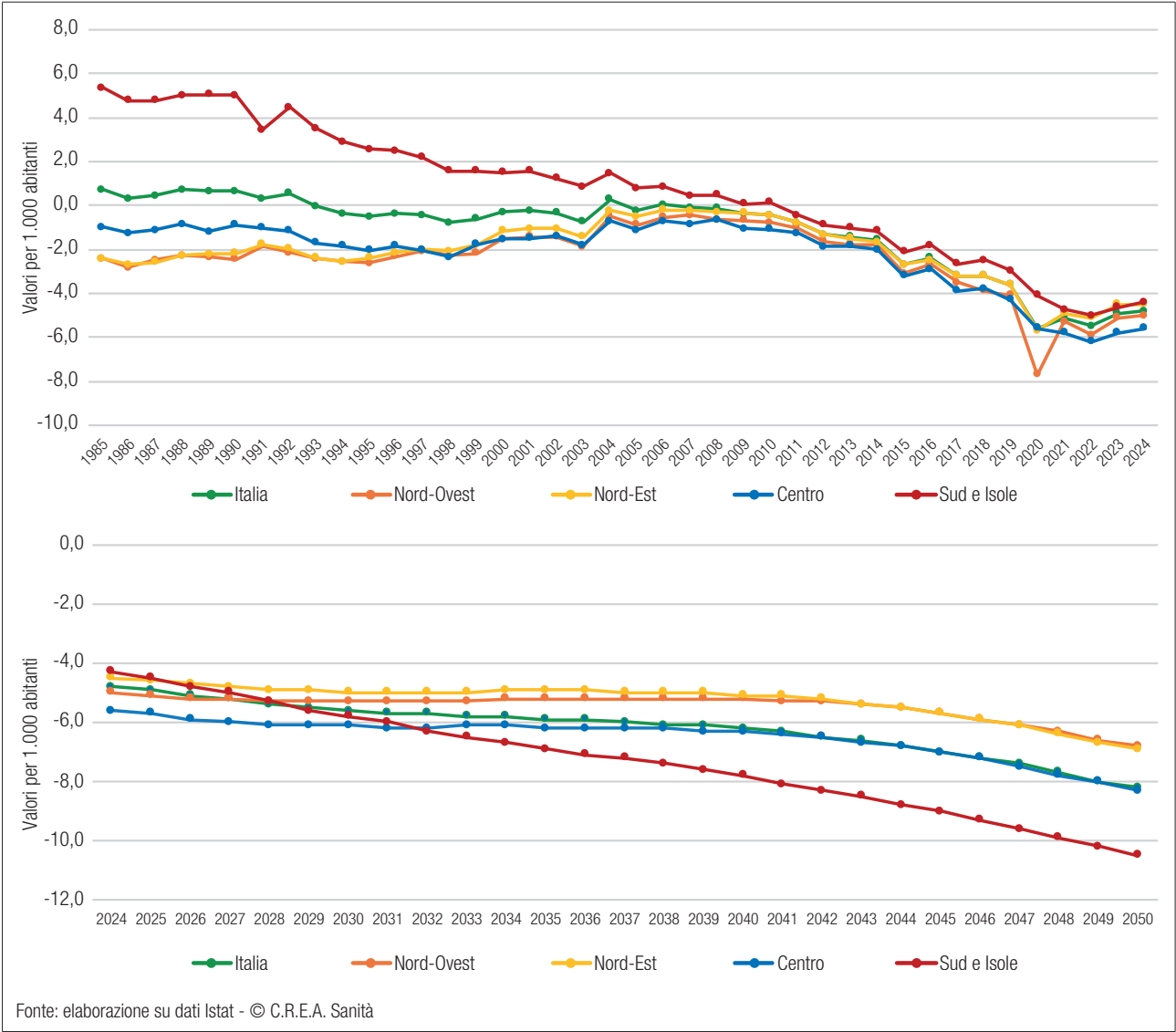


Figura 1.4. Piramide dell'età in Italia

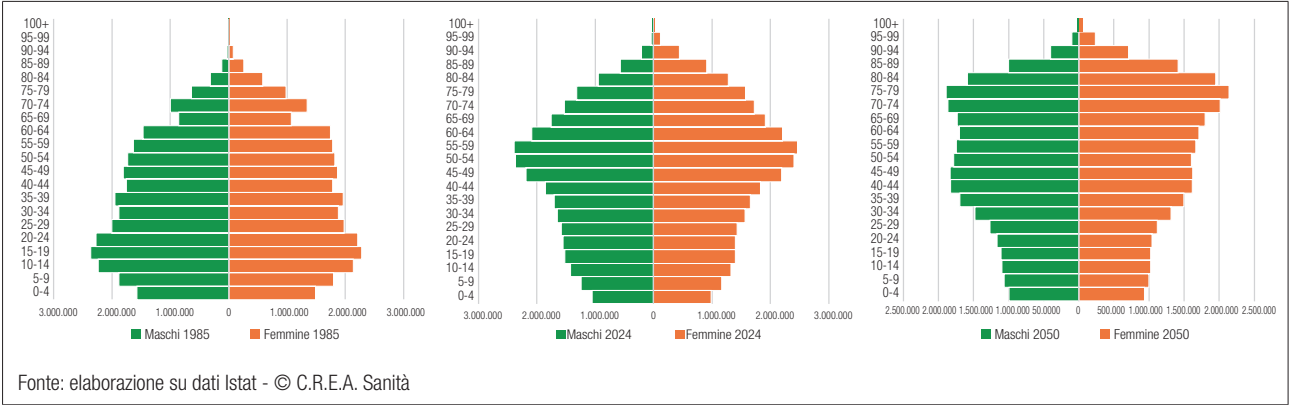
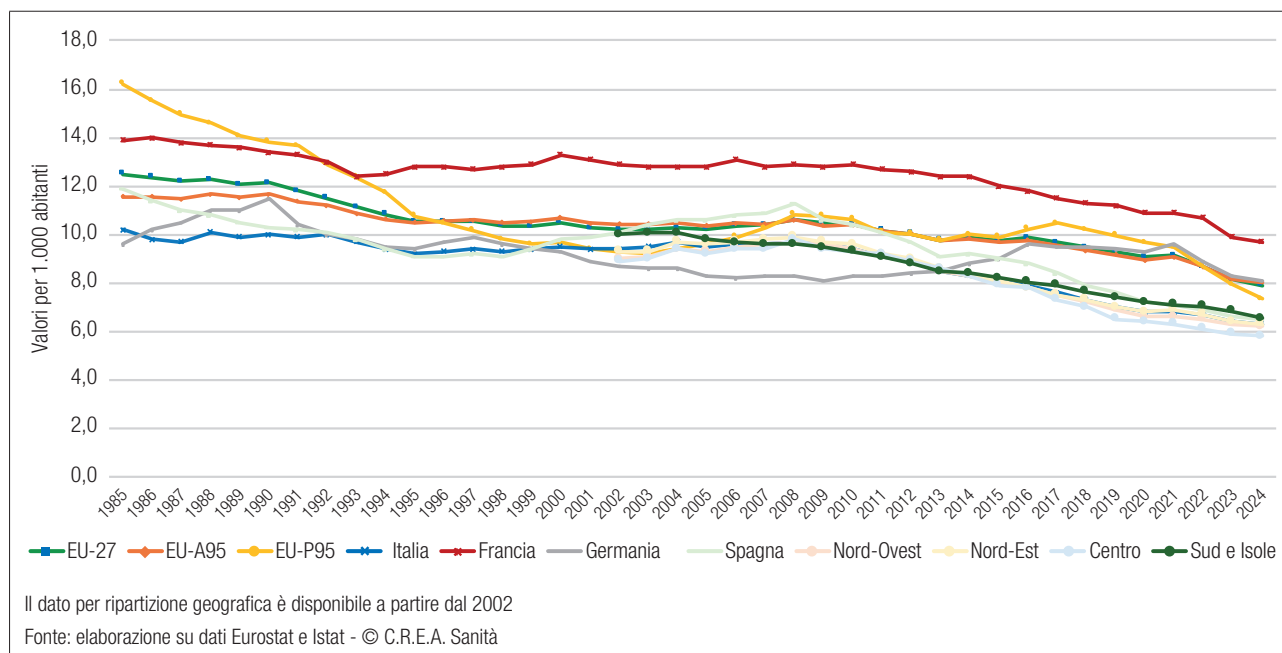


Figura 1.5. Tasso di natalità in Europa e in Italia



In ottica previsionale il divario continua a ridursi: nel 2050 si prevede una popolazione tra 0 e 24 anni di circa 10 mln. di abitanti, in ulteriore riduzione rispetto al 2024 del -19,9% (Figura 1.4.).

Di contro, la quota di popolazione *over 75* anni italiana è nel 2024 la più alta in Europa, attestandosi al 12,6% della popolazione totale, ovvero +2,4 punti percentuali (p.p.) in più della media europea (10,2%), +1,8 p.p. di quella dei Paesi EU-Ante 1995 (10,8%), +4,4 p.p. di quella dei Paesi EU-Post 1995 (8,3%), +2,3 p.p. rispetto alla Francia (10,3%), +1,6 p.p. rispetto alla Germania (11,0%) e +2,5 p.p. rispetto alla Spagna (+2,5%).

Nello specifico, la variazione nelle fasce giovanili è legata al tasso di natalità italiano, che risulta, infatti, pari a 6,3 nati per 1.000 abitanti, il più basso tra i Paesi europei analizzati e inferiore anche rispetto alla media europea: si attesta a -3,4 nati ogni 1.000 abitanti rispetto alla Francia (9,7), -1,8 rispetto alla Germania (8,1), -0,2 rispetto alla Spagna (6,5), -1,6 rispetto alla media europea (7,9), -1,7 rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 (8,0), -1,0 rispetto ai Paesi EU-Post 1995 (7,3). Nell'ultimo quarantennio il tasso di natalità risulta in diminuzione in tutti i Paesi e in Italia la riduzione è risultata pari a -3,9 nati ogni 1.000 abitanti

(10,2 nel 1985) (Figura 1.5.). A livello di ripartizione geografica, nel 2024, il Centro Italia registra il tasso di natalità più basso, pari a 5,8 ogni 1.000 abitanti, ma la riduzione maggiore rispetto a vent'anni fa (il primo dato disponibile è il 2002), si è registrata nel Sud (-3,5 nati ogni 1.000 abitanti).

All'altro estremo della "piramide" demografica, osserviamo che la quota di popolazione anziana italiana è maggiore rispetto a quella dei Paesi europei analizzati in tutte le ripartizioni geografiche italiane (Figura 1.6.).

Nell'ultimo quarantennio, in parallelo con lo sviluppo del SSN, l'invecchiamento è stato crescente in tutti i Paesi EU, ma in Italia in misura maggiore (+7,3 p.p.): seguono la Spagna (+5,3 p.p.), la Germania (+4,2 p.p.) e la Francia (+4,0 p.p.).

Nel 2050 si prevede un ulteriore aumento della popolazione *over 75* anni in tutti i Paesi analizzati, ma in Italia si registra ancora il maggior aumento dopo la Spagna, pari a +8,1 p.p..

Si noti che l'invecchiamento sarà più pronunciato nel Sud: +10,0 p.p. vs i +8,2 p.p. del Centro, i +7,7 p.p. del Nord-Est e i +7,2 p.p. del Nord-Ovest (Figura 1.7.).

Figura 1.6. Popolazione over 75 anni in Europa e in Italia

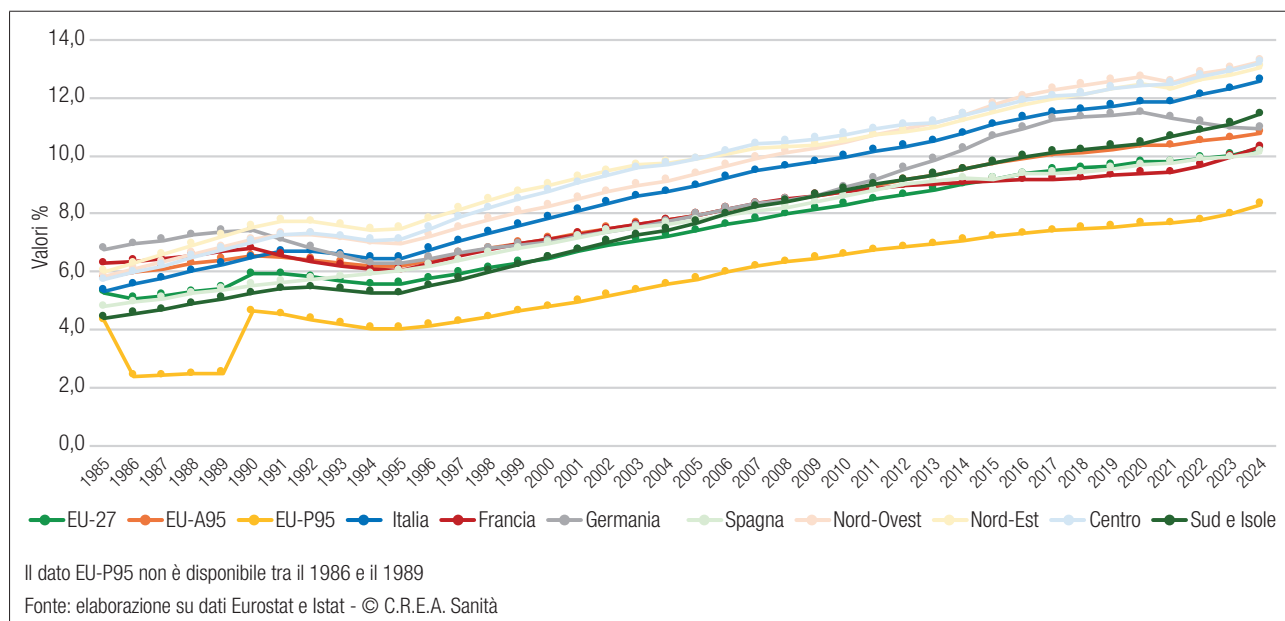
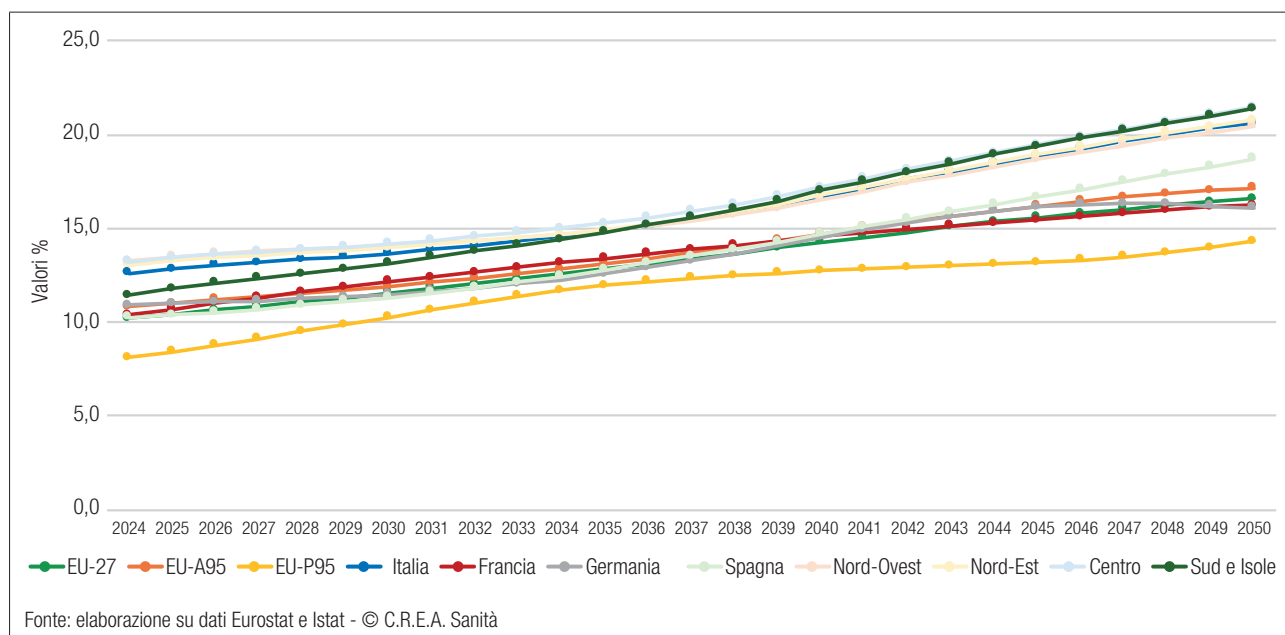


Figura 1.7. Previsione popolazione over 75 anni in Europa e in Italia



L'indice di dipendenza anziani⁷, nel 2024, si attesta al 38,4%, ancora una volta il dato più alto tra i Paesi europei analizzati. Rispetto alla media europea (34,0%), l'Italia di discosta di +4,4 p.p.; dai Paesi

EU-Ante 1995 di +3,9 p.p., da quelli EU-Post 1995 di +6,7 p.p., dalla Francia di +3,6 p.p., dalla Germania di +3,2 p.p. e dalla Spagna di +7,6 p.p..

Nel quarantennio analizzato, l'Italia ha registra-

⁷ Rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

to l'incremento più alto dell'indice di dipendenza (+19,3 p.p. tra il 1985 e il 2024). Nord-Ovest e Centro registrano, nel 2024, l'indice di dipendenza anziani più alto (39,5%), seguono il Nord-Est (38,9%) e il Sud (36,9%). In particolare, il Sud registra, tra il 2002 e il 2020, un *trend* pressoché simile (in media) a quello dei Paesi europei analizzati, salvo crescere di più dal

2021 ad oggi (Figura 1.8.).

Nel 2050, si attende che l'indice di dipendenza raddoppierà, arrivando al 61,3% (+22,9 p.p.); il tasso risulta in aumento in tutti i Paesi europei oggetto di analisi, ma in Italia si registra il secondo maggior aumento, inferiore solo a quello spagnolo (+28,2 p.p. nel periodo considerato).

Figura 1.8. Indice di dipendenza anziani in Europa e in Italia

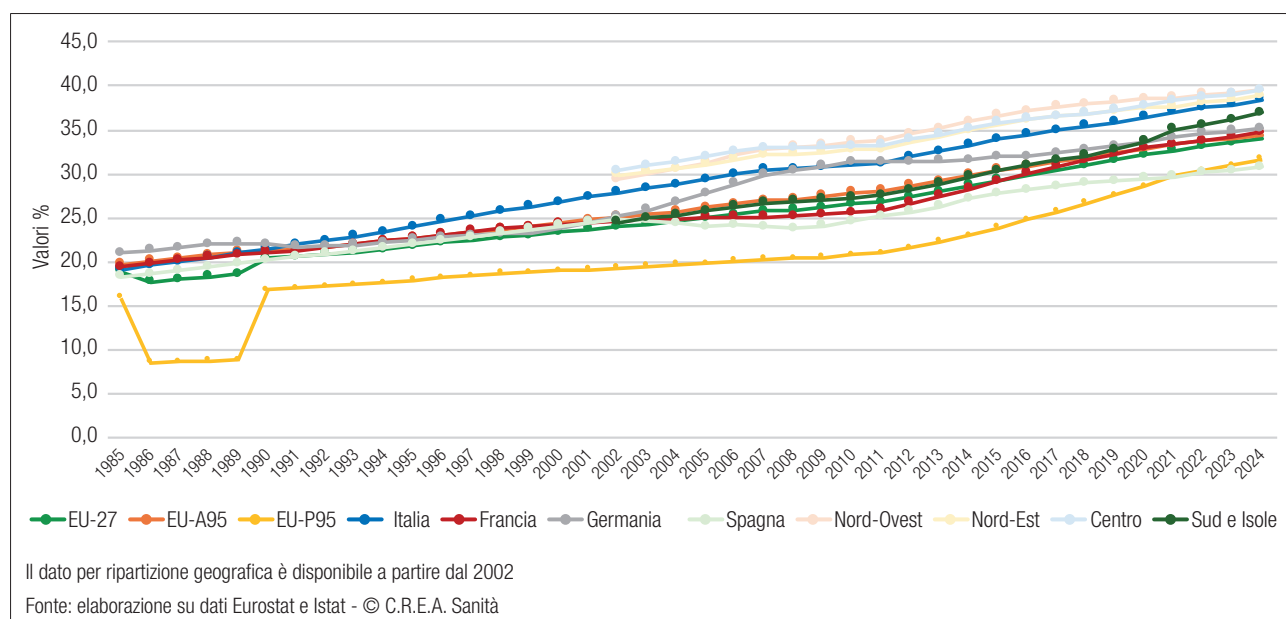
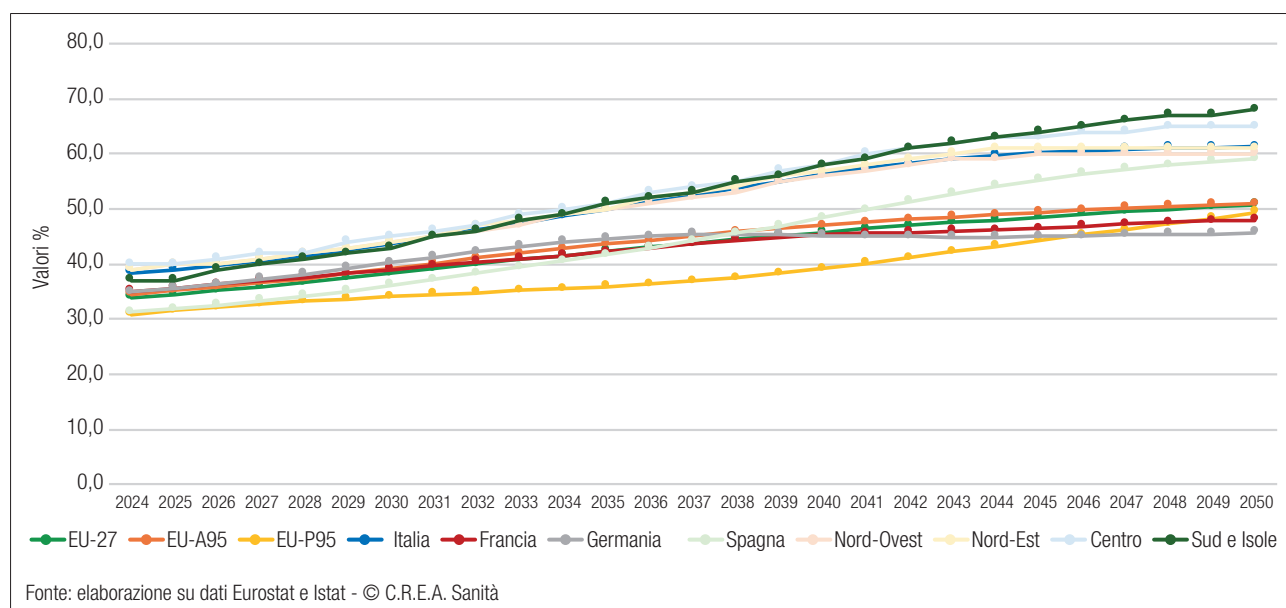


Figura 1.9. Previsione evoluzione dell'indice di dipendenza anziani in Europa e in Italia



A livello di ripartizione geografica, si prevede che il Centro e il Sud, nel 2050, avranno un indice di dipendenza anziani divenuto più alto rispetto a quello del Nord: 68,0% nel Mezzogiorno, 65,0% nel Centro, 61,0% nel Nord-Est e 61,0% nel Nord-Ovest (60,0%) (Figura 1.9.).

Utilizzando i criteri di riparto della popolazione ospedaliera per pesare l'onere assistenziale, adottati dalla Conferenza Stato-Regioni del 2015, atto n. 237, il SSN, rispetto a 10 anni fa, oggi deve assistere -411.000 bambini e +900.000 anziani, con un incremento del carico assistenziale equivalente ad assistere una popolazione cresciuta di 489.000 cittadini (+0,8%).

Struttura familiare

Anche la struttura familiare ha subito una trasformazione significativa rispetto alla nascita del SSN: in particolare si registra un aumento significativo delle famiglie monopersonali e degli anziani soli, e una corrispondente riduzione delle famiglie "tradizionali" (coppie, coppie con figli, ecc.).

Nel 2024, in Italia, le famiglie monopersonali rappresentano il 36,2% delle famiglie italiane, dato maggiore rispetto a quello medio europeo (35,9%) di +0,6 p.p., ai Paesi EU-Post 1995 (27,8%) di +8,4 p.p.

e rispetto alla Spagna (28,2%) di +8,0 p.p..

La quota di persone sole (Figura 1.10.) italiana è però più bassa rispetto a quella registrata nei Paesi EU-Ante 1995 (37,2%) di -1,0 p.p., in Francia (39,3%, ovvero -3,1 p.p.) e in Germania (41,5%, ovvero -5,3 p.p.).

La quota risulta in crescita nell'ultimo decennio in tutti i Paesi analizzati, ma soprattutto in Italia (+4,1 p.p.).

Le Regioni del Nord-Ovest e del Centro hanno una quota di famiglie monopersonali pressoché simile a quella registrata in Francia (39,5% rispettivamente).

Nel 2050, in Italia, si attende che le famiglie monopersonali saranno il 41,1% del totale delle famiglie nel 2050 (+4,9 p.p.) e l'aumento maggiore si registrerà nelle Regioni del Mezzogiorno (+4,9 p.p.) (Figura 1.11.).

In particolare, le famiglie monopersonali composte da soggetti *over 65* anni, in Italia, risultano in aumento nell'ultimo decennio, passando dal 15,6% del totale delle famiglie al 16,3% (+0,7 p.p.), un dato maggiore rispetto a quello medio europeo (15,0%), dei Paesi EU-Ante 1995 (15,1%), dei Paesi EU-Post 1995 (14,3%), della Germania (15,0%), e della Spagna (11,7%) e inferiore rispetto solo a quello francese (16,9%) (Figura 1.12.).

Figura 1.10. Quota famiglie monopersonali in Europa e in Italia

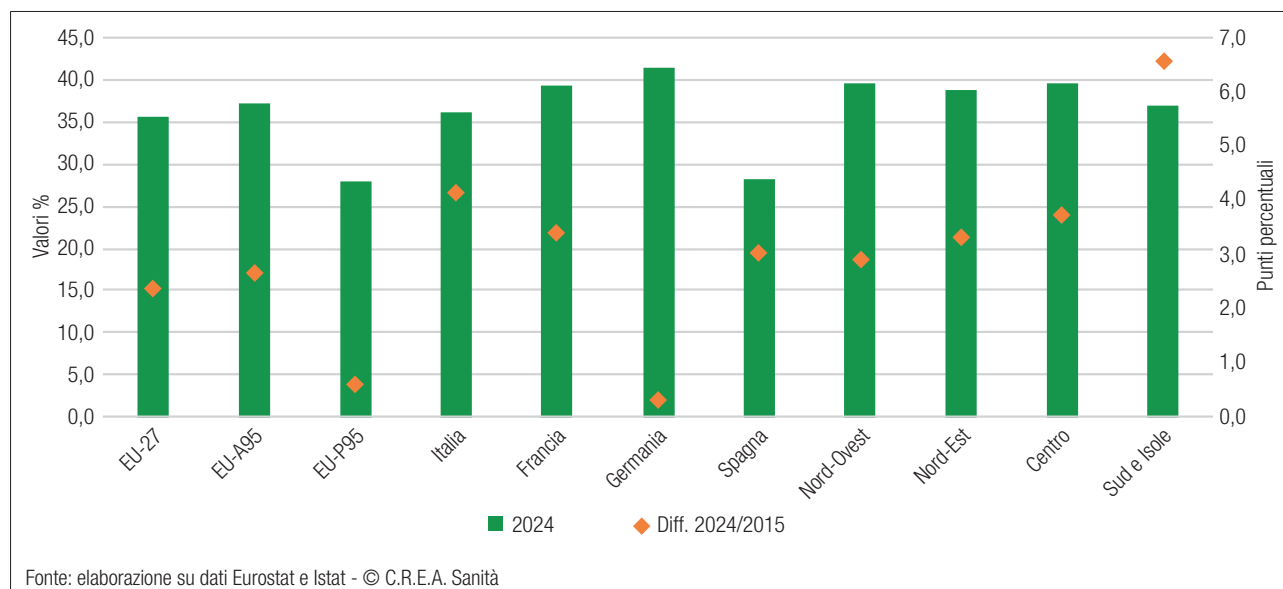


Figura 1.11. Previsione dell'evoluzione della quota famiglie monopersonali in Italia

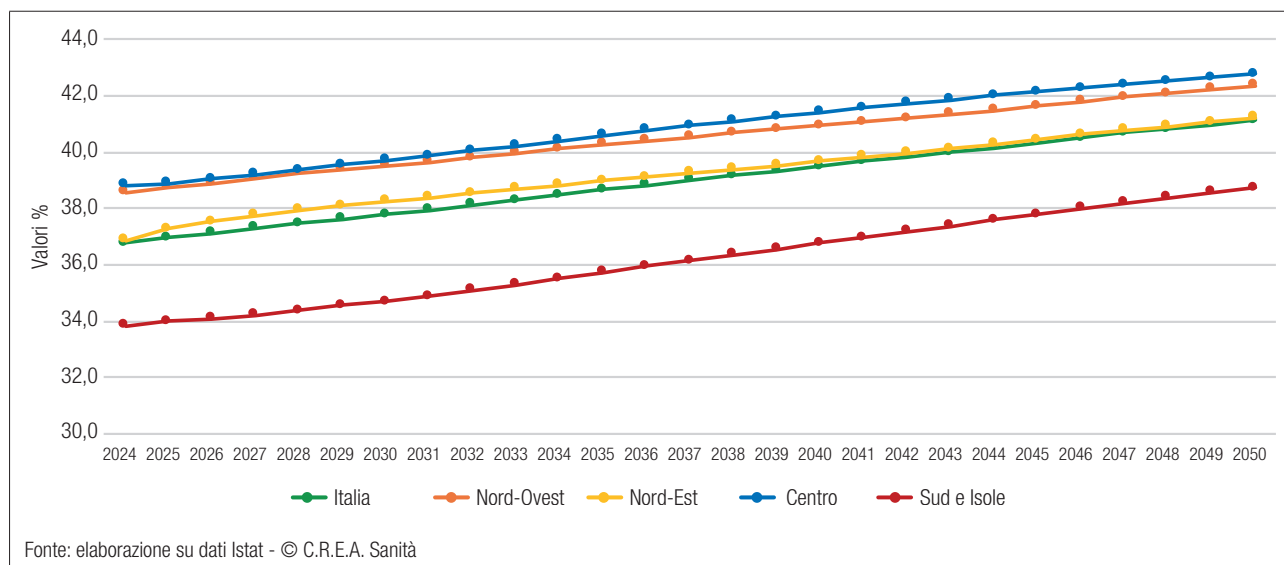
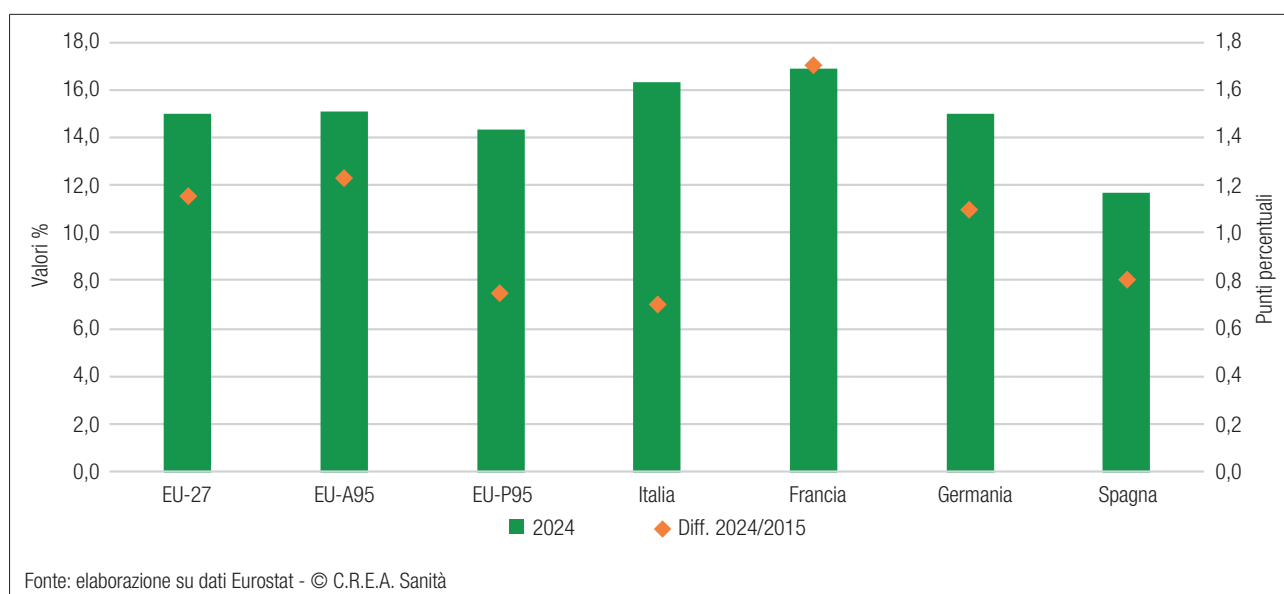


Figura 1.12. Quota famiglie monopersonali over 65 anni in Europa



Il fenomeno sta, quindi, diventando sempre più rilevante, in particolare in una ottica di gestione delle persone fragili (anziani) e dei potenziali “costi” che si generano. A tal proposito, numerosi studi [ad es. 1,2] dimostrano come i soggetti componenti le famiglie monopersonali siano da considerarsi più fragili rispetto alle famiglie “tradizionali”: in particolare, perché non beneficiano di economie di scala, come i componenti delle fami-

glie composte da due o più persone, ovvero devono sostenere costi fissi maggiori per affitti, utenze ecc. [3]; la crescita delle famiglie monopersonali determina la crescita dei costi sociali per il sistema (maggiore necessità di servizi pubblici) [4], per effetto della necessità degli anziani soliti avere maggiori Servizi Sanitari assistenziali, quali quelli domiciliari, residenziali ecc..

1.2. Caratteristiche socio-economiche

Istruzione

Il confronto con l'Europa evidenzia un livello medio di istruzione della popolazione italiana inferiore a quello medio europeo, con una minore quota di popolazione in possesso del titolo universitario.

Nel 2024, l'indicatore (22,3%) è inferiore alla media europea di -14,7 p.p., a quello dei Paesi EU-Ante 1995 di -14,9 p.p. e di -13,7 p.p. rispetto ai Paesi EU-Post 1995 (Figura 1.13.).

La differenza è di -21,1 p.p. rispetto alla Francia, -19,7 p.p. rispetto alla Spagna e -11,9 p.p. rispetto alla Germania.

In termini di quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore, l'Italia si discosta di +13,7 p.p. dalla media europea, di +11,1 p.p. da quella dei Paesi EU-Ante 1995 e di +26,6 p.p. da quella dei Paesi EU-Post 1995.

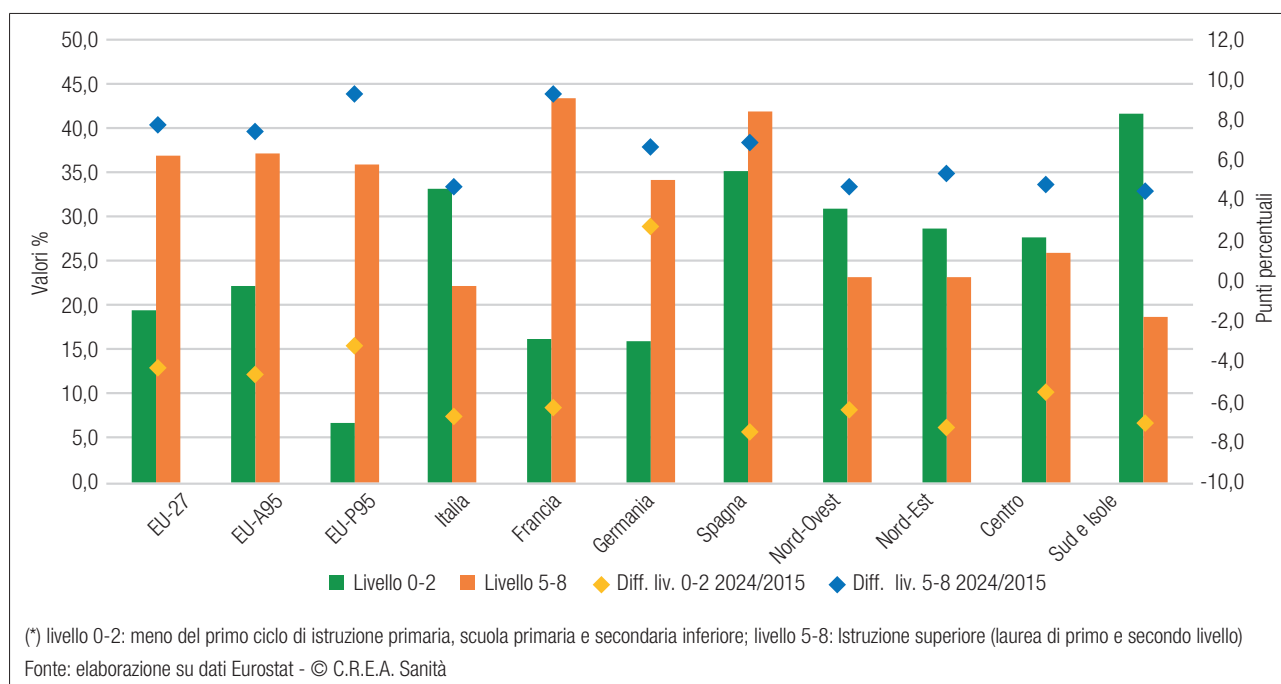
L'Italia è l'unico Paese che registra una quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di studi maggiore rispetto a quella che ha concluso gli

studi universitari, *trend* che trova riscontro in tutte le ripartizioni geografiche, soprattutto nel Sud, che registra una differenza tra il ciclo di studi più basso e quello più alto di 23,1 p.p..

Il livello medio di istruzione della popolazione italiana è comunque in continuo aumento: nell'ultimo decennio è aumentata la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari (+4,7 p.p. nell'ultimo decennio) e, conseguentemente, si riduce quella relativa alle persone ferme al primo ciclo di istruzione (-6,8 p.p.).

Anche la relazione fra Salute e livello di istruzione è stata ampiamente studiata: secondo Winkleby et al. [5], esiste una forte correlazione tra l'istruzione e i fattori di rischio per malattie cardiovascolari, dimostrando che livelli di istruzione maggiori implicano migliori stati di salute. Infatti, [6] l'istruzione genera benefici sanitari, in termini di maggiore longevità e minore disabilità. Lo studio di Sheehan P. et al. [7] spiega come l'istruzione sia correlata al reddito o produttività economica di un Paese: bassi livelli di istruzione potrebbero essere quindi limitanti per le prospettive di crescita.

Figura 1.13. Distribuzione della popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*) in Europa. Anno 2024



Il mercato del lavoro

Nel 2024, il tasso medio di occupazione europeo, nella fascia 15-64 anni, si attesta al 70,8%, dato in aumento nell'ultimo decennio di +6,7 p.p. (64,1% nel 2015); l'Italia si attesta al 62,2%, il tasso più basso fra tutti i Paesi europei analizzati (Figura 1.14.); il *gap* è rilevante sia rispetto alla media europea, che ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (70,7%) e anche quelli dell'EU-Post 1995 (73,4%), con scarti rispettivamente di -8,6, -8,5 e -11,2 p.p..

Il *gap* risulta rilevante anche rispetto ai principali Paesi EU: quindi rispetto alla Germania (77,5%), la Francia (69,0%) e la Spagna (66,1%), con scarti rispettivamente di -15,3, -6,8 e -3,9 p.p..

Il tasso di occupazione è, comunque, in aumento rispetto al 2015, di +6,2 p.p.. Il Nord-Est è la ripartizione geografica con il tasso di occupazione più alto (70,4%), maggiore anche rispetto a quello registrato in Francia e Spagna.

Figura 1.14. Tasso di occupazione della popolazione in età 15-64 anni in Europa e in Italia

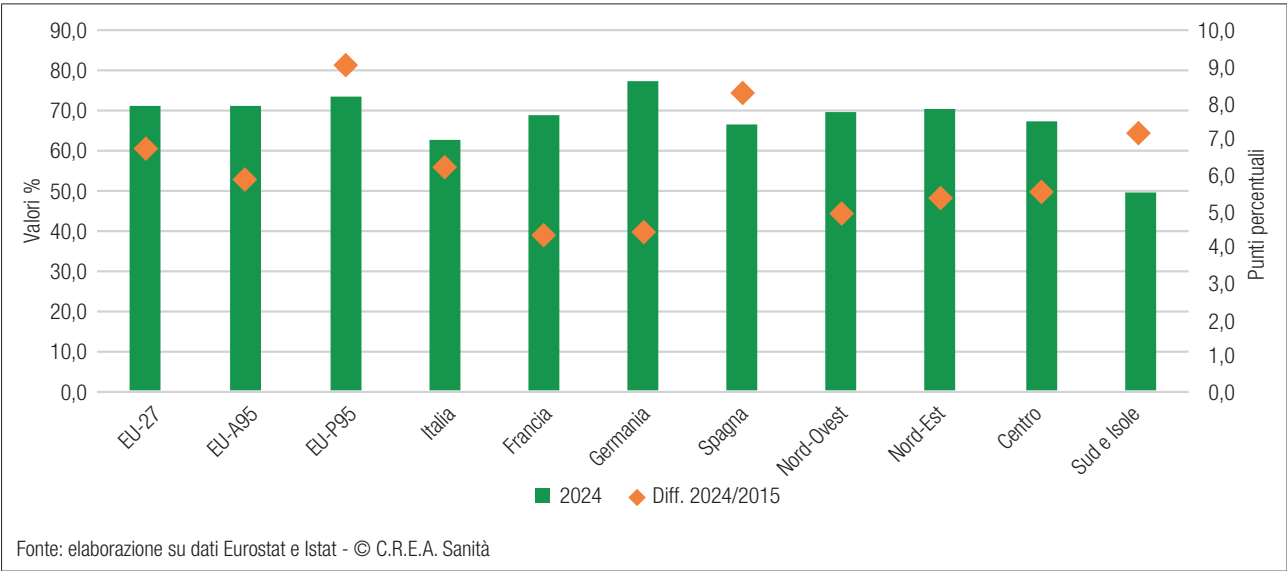
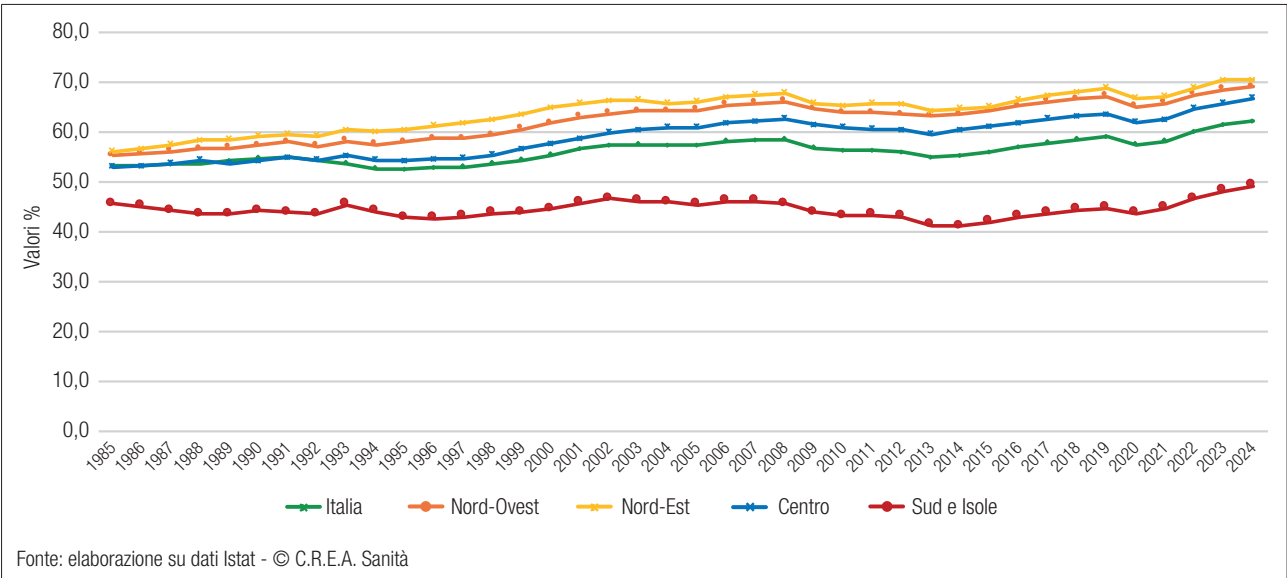


Figura 1.15. Tasso di occupazione della popolazione in età 15-64 in Italia



Pertanto, negli ultimi quarant'anni, il tasso di occupazione italiano è risultato sempre in crescita, ad eccezione del periodo compreso tra il 2009 ed il 2013, caratterizzato da una leggera flessione.

Il Mezzogiorno rimane distante dai livelli occupazionali delle altre ripartizioni: in particolare, nel 2024 ha registrato un tasso di occupazione inferiore al 50%, contro il 70,4% del Nord-Est (-21,1 p.p.) (Figura 1.15.).

Produzione e reddito

Nel 2024, il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite italiano risulta inferiore alla media europea di - € 4.033,9 (€ 37.180 vs € 41.213,9): in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995 di - € 7.509,6, risultando invece superiore di € 13.034,3 rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995 (Figura 1.16.).

Nella comparazione con i principali Paesi europei, emerge come il PIL pro-capite italiano risulti inferiore a quello tedesco di - € 13.650 (-26,9%) e a quello francese di - € 5.410 (-12,7%), ma maggiore rispetto a quello spagnolo di € 4.590 (+14,1%).

Nell'ultimo decennio si registra un aumento del PIL pro-capite italiano, pari al +3,0% medio annuo; crescita che risulta maggiore solo a quella registrata in Francia (+2,5% medio annuo) e inferiore a quella media europea (+3,5% medio annuo), dei Paesi

EU-Ante 1995 (+3,2% medio annuo), dei Paesi EU-Post 1995 (+6,6% medio annuo), come anche della Spagna (+3,4% medio annuo); risulta invece uguale alla crescita registrata in Germania.

Il PIL pro-capite del Nord-Ovest, Nord-Est e Centro risultano, nel 2024, rispettivamente, € 45.862,9, € 43.702,9, € 39.916,2 vs € 32.590,0, valori maggiori rispetto a quello spagnolo (€ 32.590), ma inferiore rispetto a quello tedesco (€ 50.830,0).

Il Sud registra la crescita di PIL pro-capite più alta tra le ripartizioni (+3,2% medio annuo).

Analizzando il *trend* a livello nazionale, il PIL nominale pro-capite è risultato sempre in crescita tra il 1985 ed il 2008, registrando una riduzione nel 2009 (-4,3% rispetto all'anno precedente), e di nuovo tra il 2012 e il 2013, oltre che nel 2020 (per effetto della pandemia da Covid-19); successivamente è risultato in continua crescita (Figura 1.17.).

Il divario di PIL pro-capite tra il Nord e il Sud appare evidente, con uno scarto pari al 185,6%.

Considerando il PIL a prezzi costanti fornito da Eurostat, si evince che nell'ultimo decennio l'Italia ha registrato una crescita del PIL pro-capite reale dell'1,2% medio annuo, uguale a quella media europea e spagnola (rispettivamente +1,2% medio annuo) e maggiore a quella francese (+0,7% medio annuo) e tedesca (+0,4% medio annuo) (Figura 1.18.).

Figura 1.16. PIL pro-capite in Europa e in Italia. Anno 2024

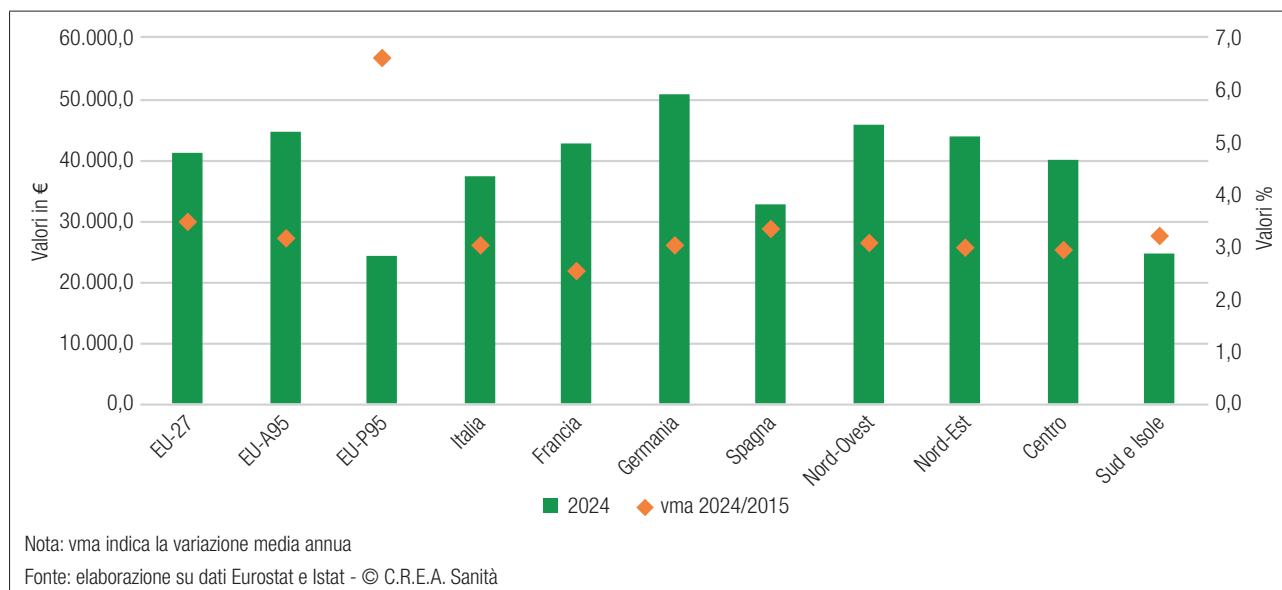


Figura 1.17. Trend PIL pro-capite in Italia

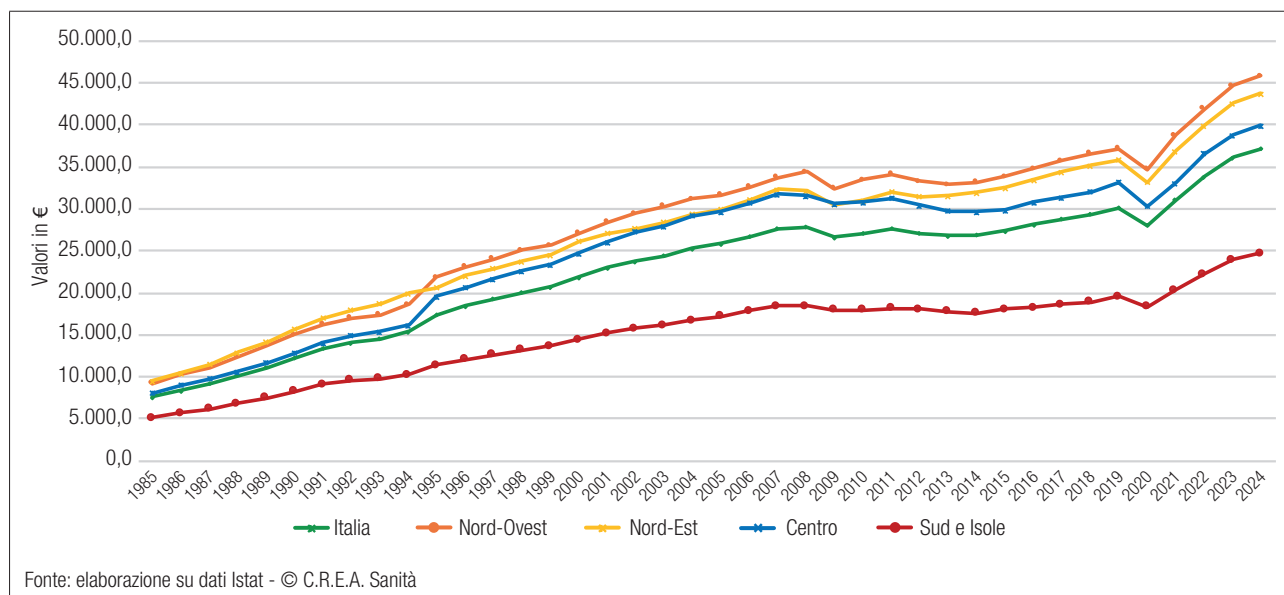
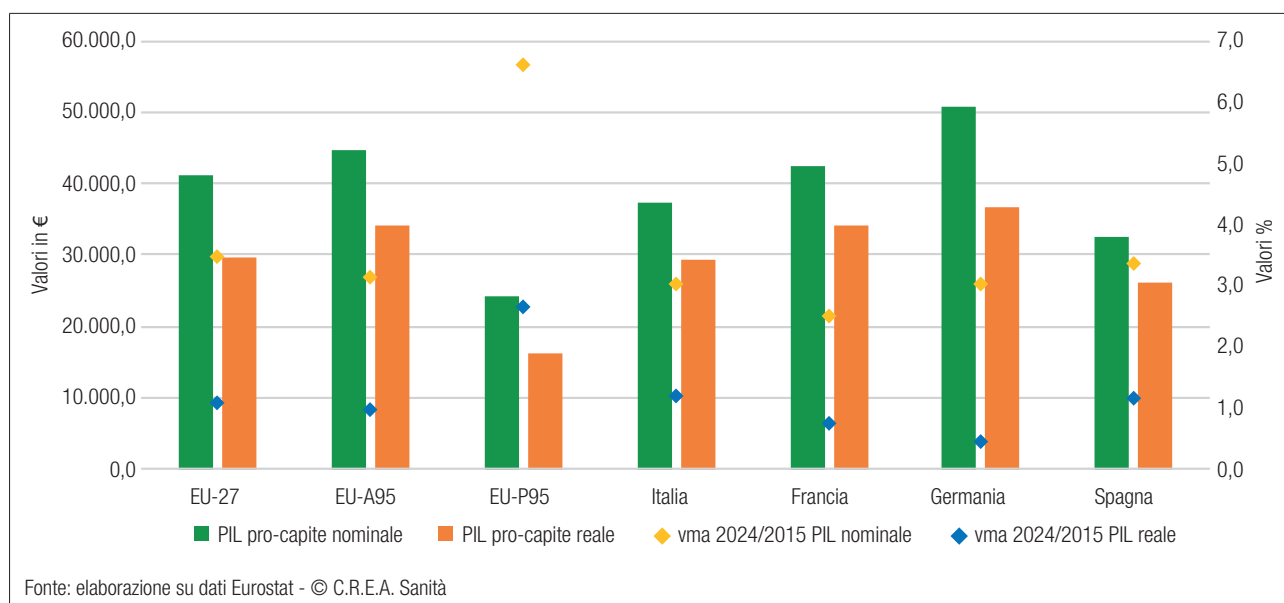


Figura 1.18. PIL pro-capite reale e nominale in Europa

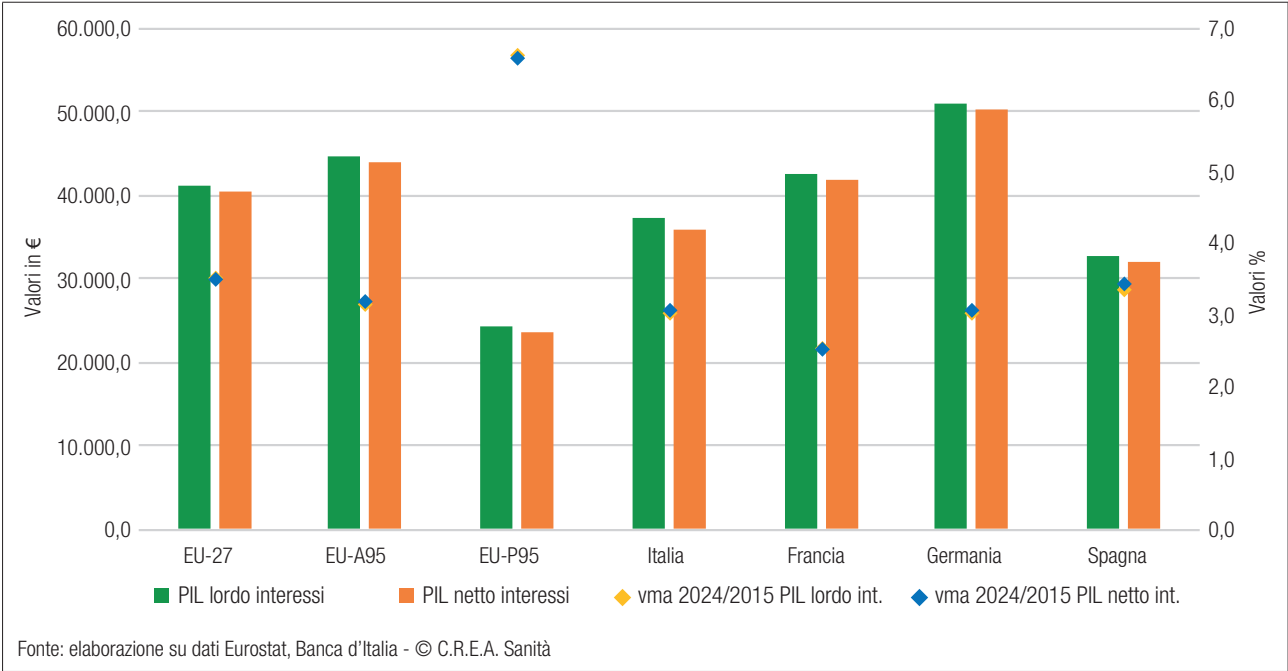


Va anche considerato che l'incidenza della spesa per interessi sul debito pubblico in Italia è maggiore che negli altri principali Paesi europei, rappresentando il 3,9% del PIL in Italia contro il 2,4% in Spagna, l'1,7% in Francia e l'1,1% in Germania. Al netto degli interessi, il PIL pro-capite italiano si attesta a

€ 35.730,0, con una spesa per interessi di € 1.450 pro-capite (Figura 1.19.).

Rispetto all'anno 2015, il *gap* fra PIL nominale e "PIL al netto degli interessi" in Italia è diminuito di 0,2 p.p., in Germania di 0,3 p.p., e in Spagna di 0,7 p.p.; in Francia è aumentato di +0,1 p.p..

Figura 1.19. PIL pro-capite al lordo e al netto degli interessi sul debito pubblico



In termini di distribuzione del reddito, il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione, e quello dal 20% più povero, nel 2024, secondo i dati Eurostat, è pari in Europa a 4,6, valore in miglioramento nell'ultimo decennio: 5,0 nel 2015 (Figura 1.20.). In Italia il citato rapporto è pari a 5,5, il valore più alto tra i Paesi analizzati, anche se in ridu-

zione nel periodo considerato (5,8). Per confronto, il rapporto in Germania è pari al 4,5, in Francia al 4,7 e in Spagna al 5,4. A livello di ripartizione geografica, il Sud registra la disparità più alta (6,2), seguono Centro (5,3), Nord-Ovest (4,9) e Nord-Est (4,1). Da notare che il Sud presenta una sperequazione di reddito maggiore di tutti i Paesi considerati.

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



1.3. Riflessioni finali

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, come analizzato nel contributo, l'attesa è per una riduzione nei prossimi anni).

Principalmente, però, rileva che è aumentata la 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 un ulteriore aumento di +8,1 p.p. dei "grandi anziani", con il Sud che registrerà l'incremento maggiore (+10,0 p.p.).

All'altro estremo, invece, 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), ridottasi da 21 mln. nel 1985 a 13 mln. nel 2024 (-35,5%); nel 2050 se ne prevede un ulteriore calo, pari a 10 mln. (-19,9% rispetto al 2024).

L'invecchiamento della popolazione si rende tangibile osservando che l'indice di dipendenza anziani italiano risulta il più alto in Europa: attualmente è pari al 38,4% e si prevede raddoppierà nel 2050 al 61,3% (+22,9 p.p.), rimanendo secondo solo alla Spagna.

Sul SSN impatta anche la modificazione della struttura familiare. In particolare, rileva la crescita delle famiglie monopersonali che, nel 2024, sono pari al 36,2% del totale delle famiglie (dato superiore alla media europea del 35,9%); nel 2050 si prevede un ulteriore aumento di +4,9 p.p.. Tra l'altro 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 europeo pari al 15,0%).

Come ampia letteratura conferma, 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.

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 (che in qualche modo possono fornire indicazioni indirette sulla presenza di fasce di popolazione deprivata, anch'essa maggiormente esposta ai rischi di malattia, presentano una situazione italiana relativamente peggiore della media europea: infatti, il tasso di occupazione (15-64 anni), nel 2024, risulta il più basso in Europa (62,2%).

Infine, va osservato che il PIL pro-capite italiano, 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 di - € 7.509,6, risultando invece superiore di € 13.034,3 rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995.

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 media europea (+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, che, pur simile a quello spagnolo, risulta il dato più sperequato tra i principali Paesi europei.

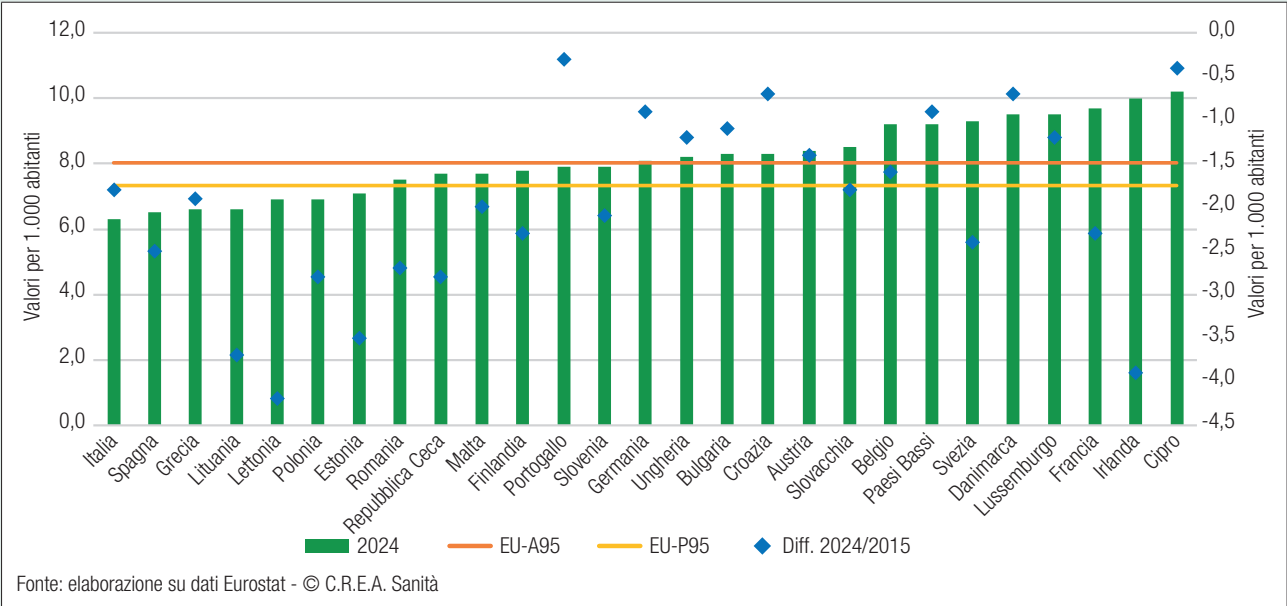
In sintesi, nei 40 e più anni passati dall'istituzione del SSN, questo ha dovuto far fronte al peggioramento dei fattori di contesto demografici, in primis l'invecchiamento, ma anche la crescita dei nuclei familiari monopersonali, maggiormente a rischio di fra-

gilità. Gli altri indicatori socio-economici, quali istruzione, occupazione, reddito, pur spesso migliorati, rimangono comunque significativamente al di sotto degli *standard* medi europei e dei principali Paesi dell'Unione.

Riferimenti bibliografici

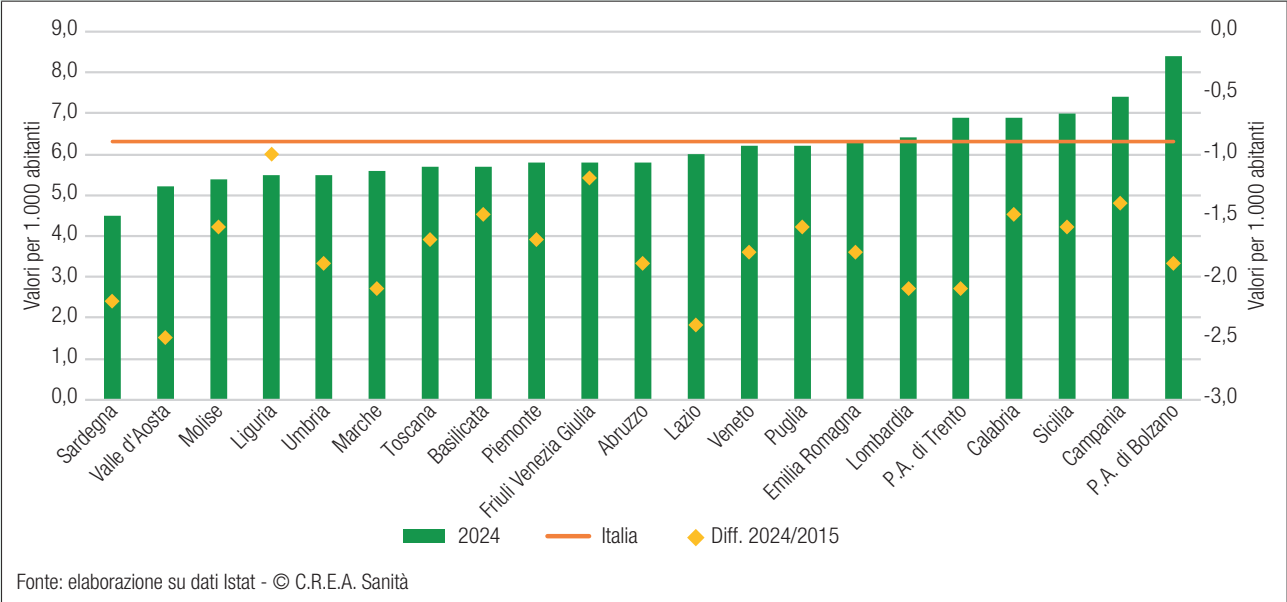
- [1] He L., Zhou S.; Household Financial Vulnerability to Income and Medical Expenditure Shocks: Measurement and Determinants. Anno 2022
- [2] Jung H.; Single-person household and local government expenditure: evidence from South Korea. Anno 2024
- [3] Morelli S., Nolan B., Palomino J., Van Kerm P.; The Wealth (Disadvantage) of Single-Parent Households. Anno 2022
- [4] Parolin Z., Lee E.; Economic Precarity among Single Parents in the United States during the Covid-19 Pandemic. Anno 2022
- [5] 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
- [6] Krueger P., Dehry I., Chang V.; The Economic Value of Education for Longer Lives and Reduced Disability. Anno 2019
- [7] Sheehan P., Shi H.; Employment and Productivity Benefits of Enhanced Educational Outcomes: A Preliminary Modelling Approach. Anno 2019
- [8] Eurostat (anni vari), ec.europa.eu/eurostat
- [9] Istat (anni vari), Database demografico
- [10] Istat (anni vari), Tavole statistiche varie, www.istat.it

KI 1.1. Tasso di natalità in Europa



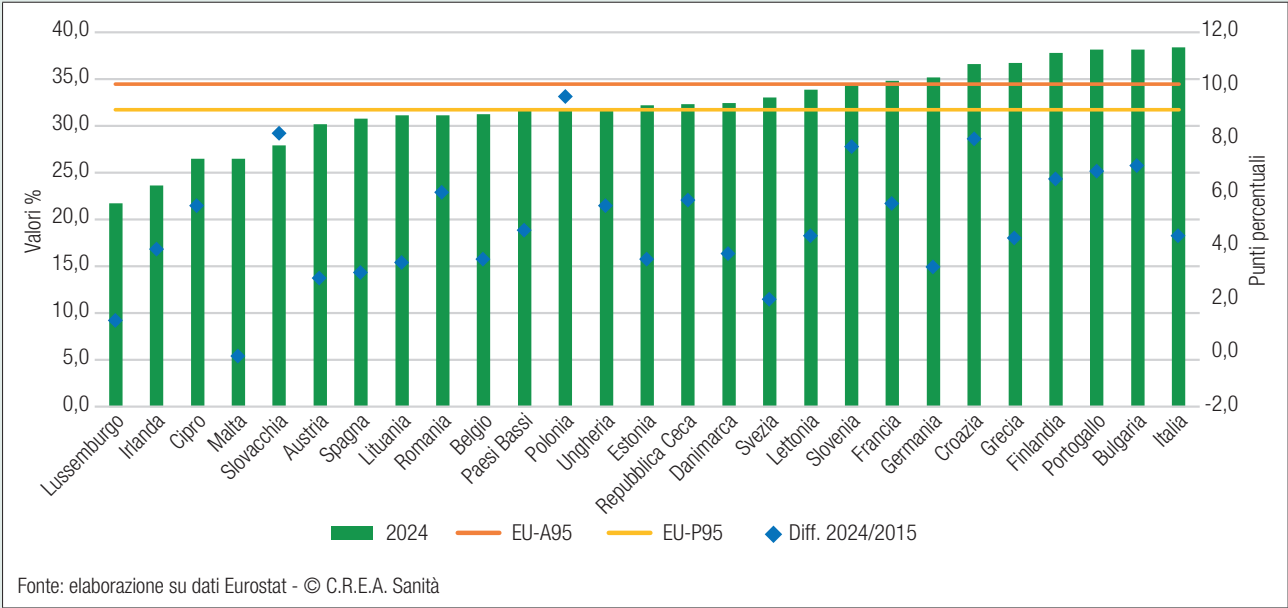
Nel 2024, in Europa, il tasso di natalità medio è pari a 7,9 nati ogni 1.000 abitanti, in riduzione nell'ultimo decennio di -1,8 nati ogni 1.000 abitanti. L'Italia registra il tasso di natalità più basso (6,3 nati ogni 1.000 abitanti), in diminuzione di -1,8 nati ogni 1.000 abitanti nell'ultimo decennio; il tasso di natalità più alto si registra a Cipro (10,2). In tutti i Paesi europei si registra un decremento della natalità, massimo in Lettonia (-4,2 ogni 1.000 abitanti) e minimo in Portogallo (-0,3 ogni 1.000 abitanti).

KI 1.2. Tasso di natalità in Italia



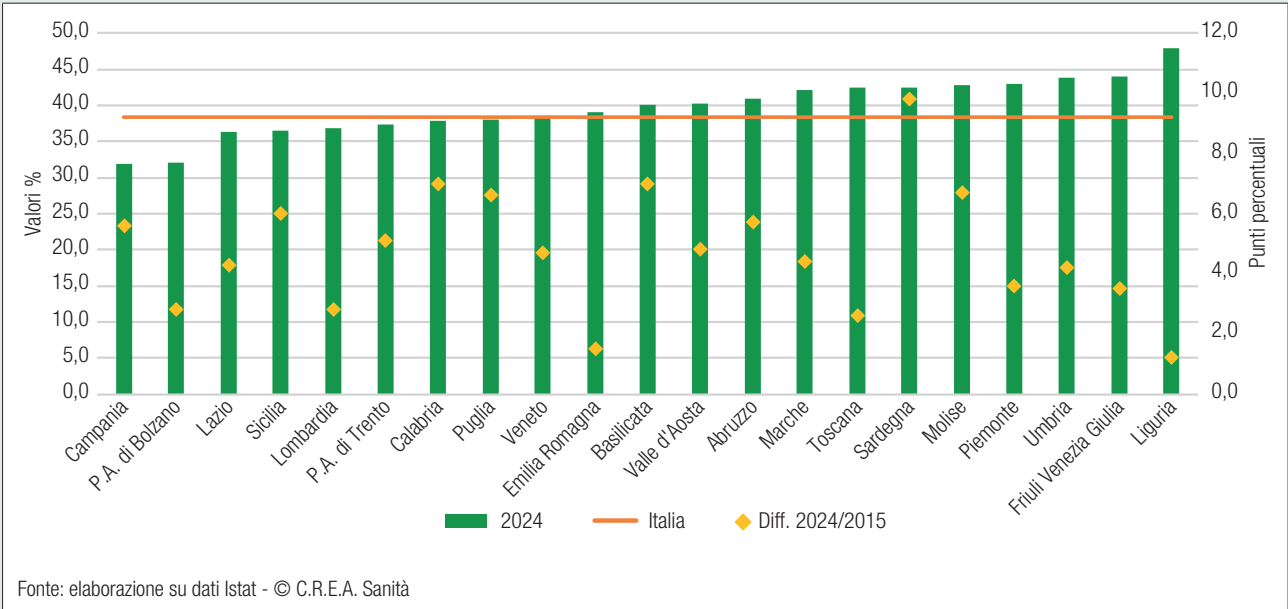
Nel 2024, in Italia, il tasso di natalità medio è pari a 6,3 nati ogni 1.000 abitanti; il dato è in riduzione nell'ultimo decennio (-1,8 nati ogni 1.000 abitanti). La Regione che registra il più alto tasso di natalità è la P.A. di Bolzano (8,4 nati ogni 1.000 abitanti), la Sardegna quello più basso (4,5), con una riduzione di -2,2 nati nell'ultimo decennio. La riduzione è comune a tutte le Regioni italiane: la Valle d'Aosta registra quella più alta (-2,5 nati ogni 1.000 abitanti), la Liguria quella più bassa (-1,0).

KI 1.3. Indice di dipendenza anziani in Europa



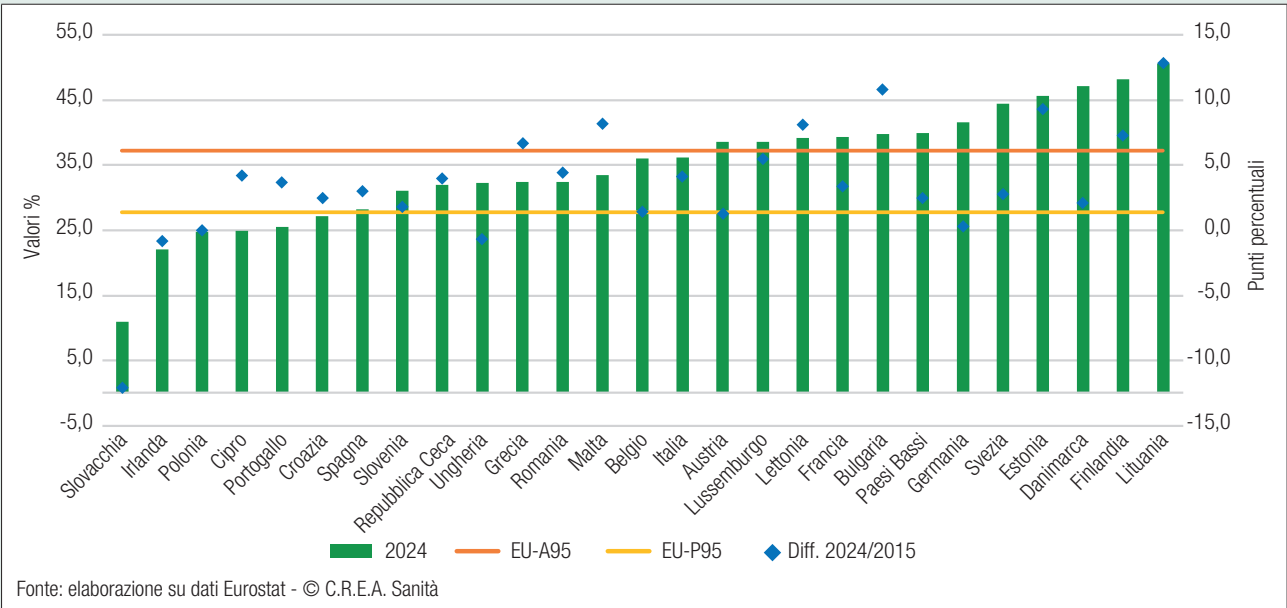
Nel 2024, in Europa, l'indice di dipendenza anziani medio è pari al 34,0%, in aumento nell'ultimo decennio di +4,7 punti percentuali (p.p.). L'Italia registra l'indice di dipendenza anziani più alto (38,4%), in aumento di +4,4 p.p. nell'ultimo decennio; quello più basso si registra in Lussemburgo (21,7%). In tutti i Paesi europei mostrano un *trend* crescente dell'indicatore, massimo in Polonia (+9,6 p.p.) e minimo in Lussemburgo (+1,2 p.p.). Fa eccezione Malta, che registra una riduzione nel periodo considerato pari a -0,1 p.p..

KI 1.4. Indice di dipendenza anziani in Italia



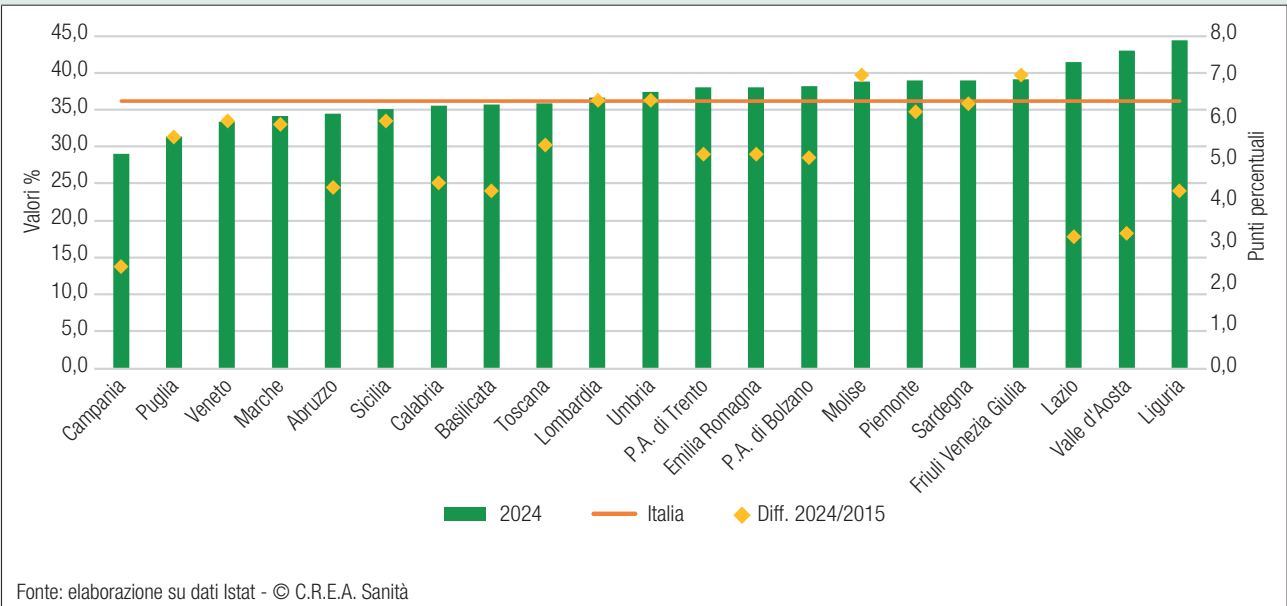
Nel 2024, in Italia, l'indice di dipendenza anziani medio è pari al 38,4%; il dato è in aumento nell'ultimo decennio di +4,4 p.p.. La Regione che registra il più alto indice di dipendenza anziani è la Liguria (47,9%), la Campania quello più basso (31,9%), con un aumento di +5,6 p.p. nell'ultimo decennio. L'aumento è comune a tutte le Regioni italiane: la Sardegna registra quello più alto (+9,9 p.p.), la Liguria quello più basso (+1,2 p.p.).

KI 1.5. Famiglie monopersonali in Europa



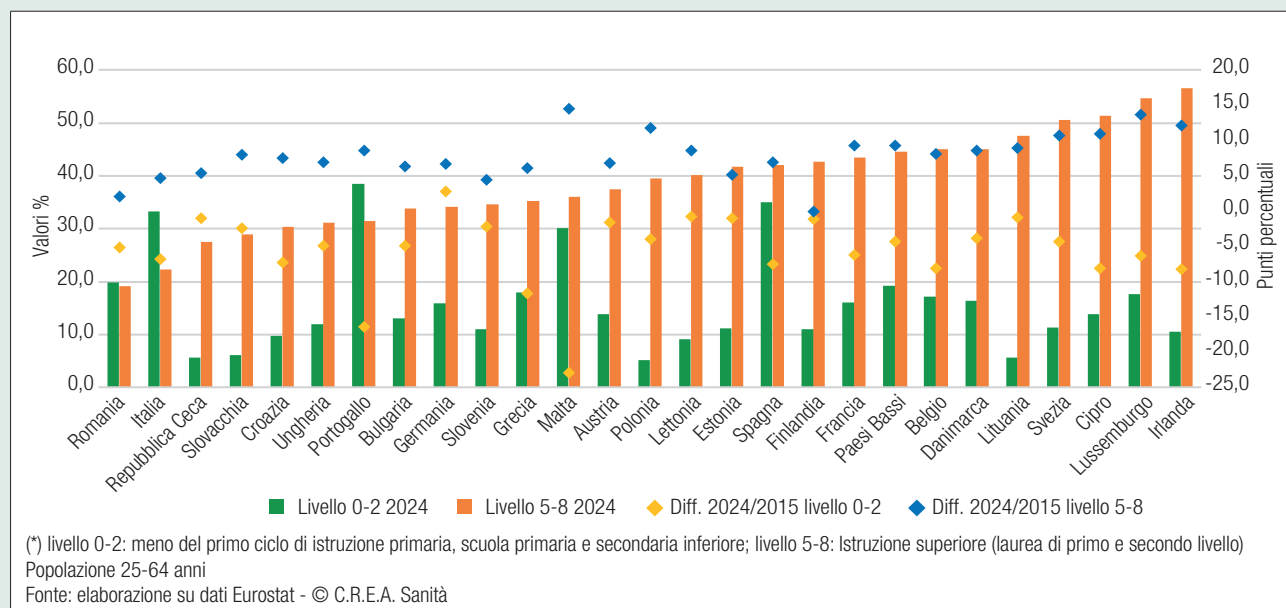
Nel 2024, in Europa, le famiglie monopersonali rappresentano il 35,6% del totale delle famiglie, in aumento nell'ultimo decennio di +2,3 p.p.. In Italia la quota di famiglie monopersonali è pari al 36,2%, in aumento di +4,1 p.p. nell'ultimo decennio; la quota più alta si registra in Lituania (50,5%), quella più bassa in Slovacchia (11,0%). In tutti i Paesi europei si registra un aumento dell'indicatore, massimo in Lituania (+12,8 p.p.) e minimo in Germania (+0,3 p.p.). Fanno eccezione Slovacchia, Irlanda e Ungheria, che registrano una riduzione nel periodo considerato pari a -12,1, -0,8 e -0,7 p.p. rispettivamente.

KI 1.6. Famiglie monopersonali in Italia



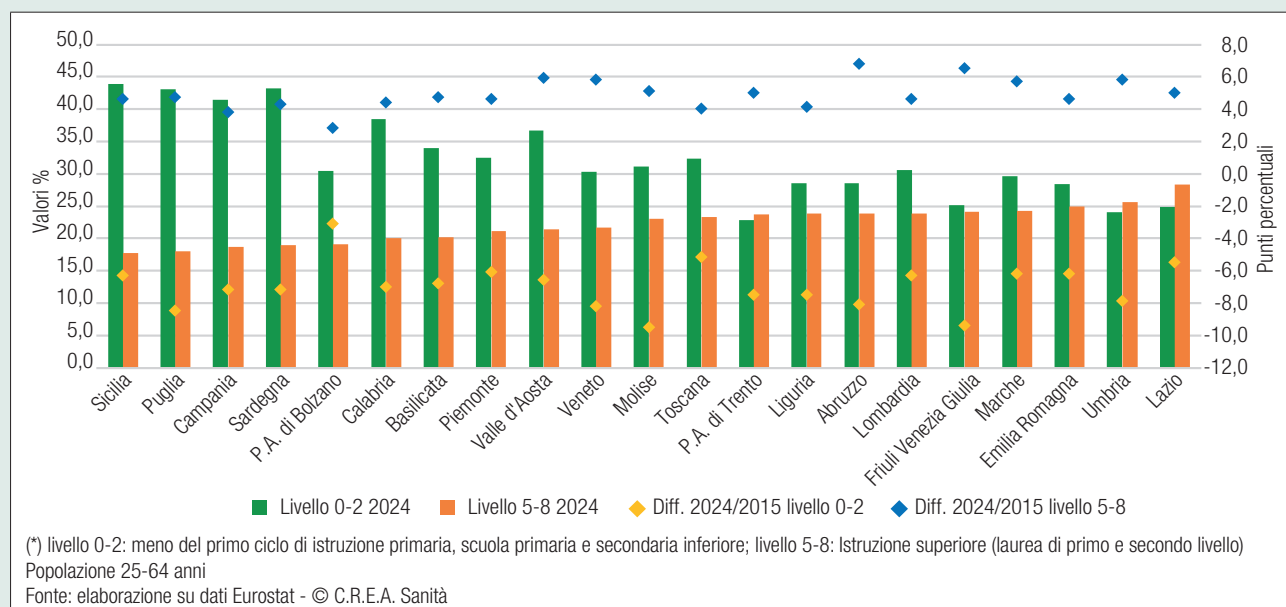
Nel 2024, in Italia, le famiglie monopersonali rappresentano il 36,2% delle famiglie; il dato è in aumento nell'ultimo decennio di +4,1 p.p.. La Regione che registra la quota più alta di famiglie monopersonali è la Liguria (44,4%), la Campania quella più bassa (29,0%), con un aumento di +2,4 p.p. nell'ultimo decennio. L'aumento è comune a tutte le Regioni italiane: Il Molise registra quello più alto (+7,0 p.p.), la Campania quello più basso (+2,4 p.p.).

KI 1.7. Distribuzione della popolazione per titolo di studio in Europa



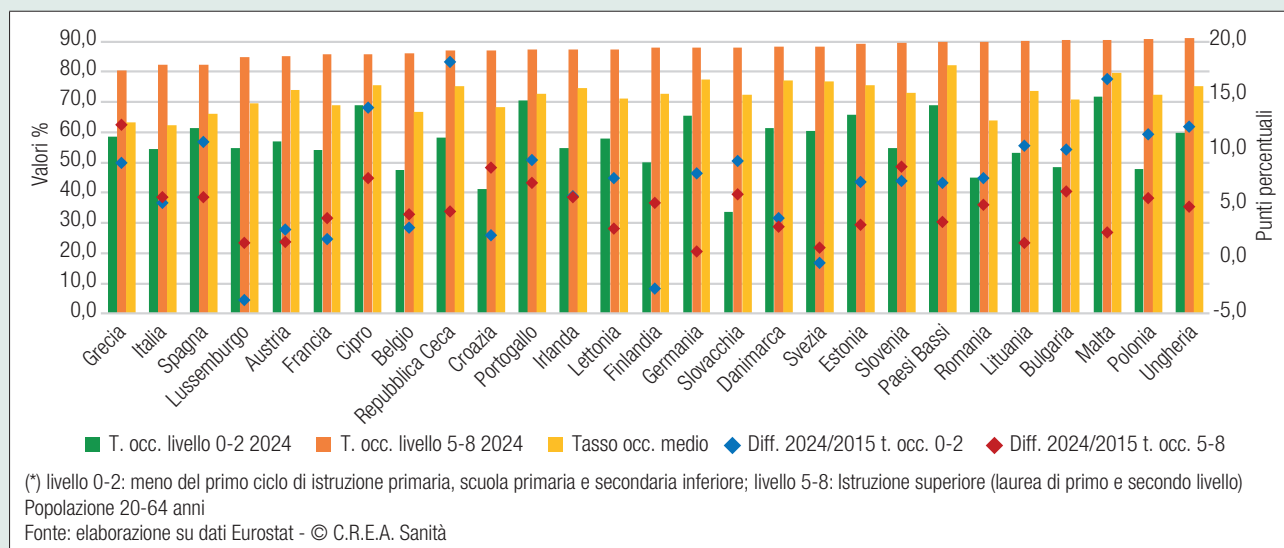
Nel 2024, in Europa, la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore è pari al 19,6%, in diminuzione nell'ultimo decennio di -4,3 p.p.. La quota più alta si registra in Portogallo (38,5%), quella più bassa in Polonia (5,2%). In Italia la quota di popolazione con un livello di istruzione "basso" è pari al 33,3%, in riduzione di -6,8 p.p. nell'ultimo decennio. In tutti i Paesi europei si registra una riduzione dell'indicatore, massima a Malta (+23,0 p.p.) e minima in Lettonia (-0,8 p.p.). Fa eccezione la Germania, che registra un aumento nel periodo considerato pari a +2,7 p.p.. La quota di popolazione in possesso di almeno un titolo universitario è pari al 37,0%, in aumento nell'ultimo decennio di +7,7 p.p.; la quota più alta si registra in Irlanda (56,6%), quella più bassa in Romania (19,8%). In Italia la quota di popolazione con un livello di istruzione "alto" è pari al 22,3% (superiore solo alla Romania), in aumento nell'ultimo decennio di +4,7 p.p.. In tutti i Paesi europei si registra un aumento dell'indicatore, massimo a Malta (+14,5 p.p.) e minimo in Romania (+2,0 p.p.). Fa eccezione la Finlandia, che registra una riduzione nel periodo considerato (-0,1 p.p.). In Portogallo, Italia e Romania la quota di popolazione con livello di istruzione inferiore supera quella maggiormente istruita.

KI 1.8. Distribuzione della popolazione per titolo di studio in Italia



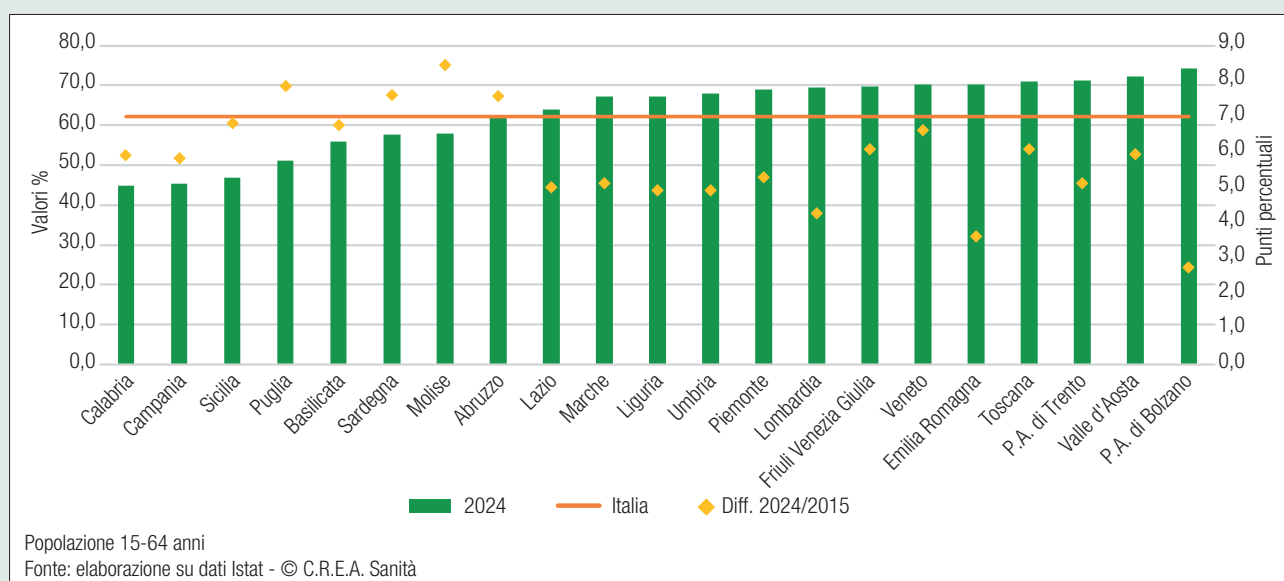
Nel 2024, in Italia, la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore è pari al 33,3%, in diminuzione nell'ultimo decennio di -6,8 p.p.. La Regione che registra la quota più alta è la Sicilia (43,9%), la P.A. di Trento quella più bassa (22,8%), con una riduzione di -7,5 p.p. nell'ultimo decennio. La riduzione è comune a tutte le Regioni italiane: il Molise registra quella più alta (-9,5 p.p.), la P.A. di Bolzano quella più bassa (-3,1 p.p.). Nel 2024, in Italia, la quota di popolazione in possesso di almeno un titolo universitario è pari al 22,3%, in aumento nell'ultimo decennio di +4,7 p.p.. La Regione che registra la quota più alta è il Lazio (28,3%), la Sicilia quella più bassa (17,8%), con un aumento di +4,6 p.p. nell'ultimo decennio. Il trend è comune a tutte le Regioni italiane: l'Abruzzo registra l'aumento maggiore (+6,8 p.p.), quello minore la P.A. di Bolzano (+2,8 p.p.). Nella P.A. di Trento, Umbria e Lazio la quota di popolazione maggiormente istruita è superiore a quella poco istruita.

KI 1.9. Tasso di occupazione (per livello di istruzione) in Europa



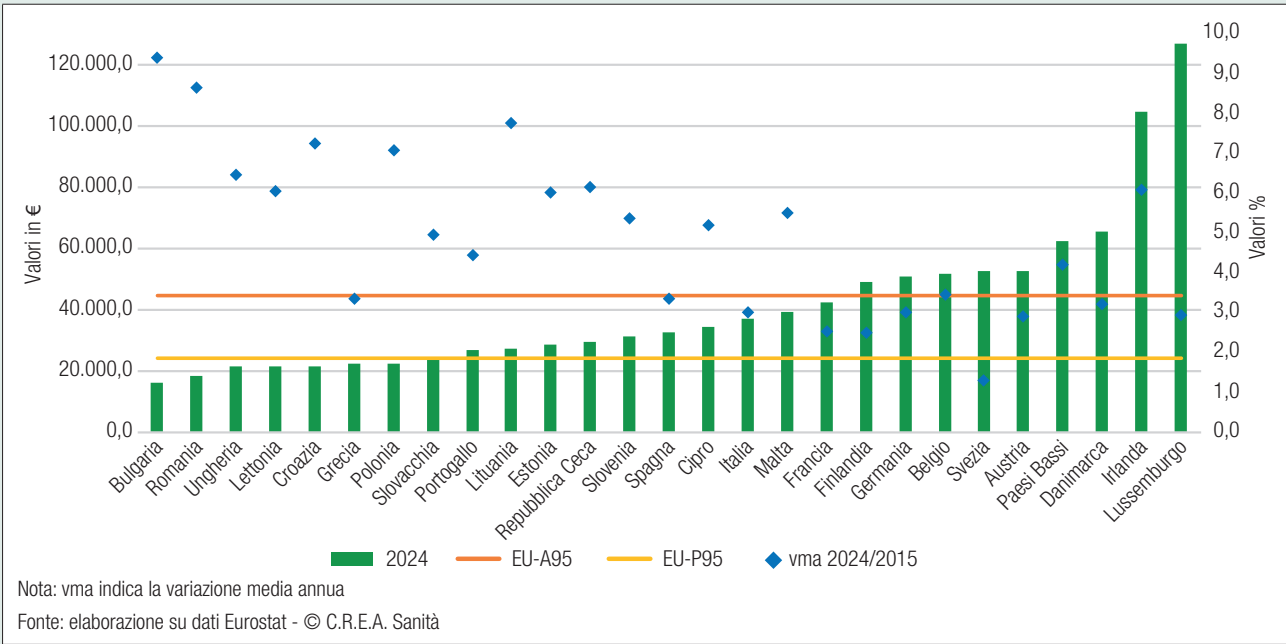
Nel 2024, in Europa, il tasso di occupazione rapportato al livello di istruzione 0-2 è pari al 58,1%, in aumento nell'ultimo decennio di +7,0 p.p.. In Italia il tasso di occupazione (per chi ha un titolo di studi "basso") è pari al 54,5%, in aumento di +5,2 p.p. nell'ultimo decennio; la quota più alta si registra a Malta (71,8%), quella più bassa in Slovacchia (33,8%). In tutti i Paesi europei si registra un aumento dell'indicatore, massimo in Repubblica Ceca (+18,1 p.p.) e minimo in Francia (+1,9 p.p.). Fanno eccezione Lussemburgo, Finlandia e Svezia, che registrano una riduzione nel periodo considerato pari a -3,7, -2,7 e -0,3 p.p. rispettivamente. Nel 2024, in Europa, il tasso di occupazione rapportato al livello di istruzione 5-8 è pari all'86,3%, in aumento nell'ultimo decennio di +4,1 p.p.. In Italia il tasso di occupazione (per chi è in possesso di almeno un titolo universitario) è pari all'82,2%, in aumento nell'ultimo decennio di +5,7 p.p.; la quota più alta si registra in Ungheria (91,0%), quella più bassa in Grecia (80,3%). In tutti i Paesi europei si registra un aumento dell'indicatore, massimo in Grecia (+12,4 p.p.) e minimo in Germania (+0,7 p.p.). Nel 2024, in Europa, il tasso di occupazione medio è pari al 70,8%, in aumento nell'ultimo decennio di +6,7 p.p.; per la quota di popolazione con livello di istruzione più basso si attesta al 58,1%, (+7,0 p.p. nell'ultimo decennio); per quella con il livello di istruzione più alto all'86,3% (+28,2 p.p. rispetto ai meno istruiti e +4,1 p.p. nel decennio). In Italia, il tasso di occupazione medio è pari al 62,2% (-8,6 rispetto alla media europea e +6,2 p.p. nell'ultimo decennio); per la quota di popolazione con livello di istruzione più basso si attesta al 54,5%, (-3,6 p.p. rispetto alla media europea e +5,2 p.p. nell'ultimo decennio); per quella con il livello di istruzione più alto all'82,2% (-4,1 p.p. rispetto alla media europea, +27,7 p.p. rispetto ai meno istruiti e +5,7 p.p. nel decennio). Per i meno istruiti il tasso di occupazione maggiore si registra a Malta (71,8%), quello più basso in Slovacchia (33,8%); in tutti i Paesi europei si registra un aumento dell'indicatore, massimo in Repubblica Ceca (+18,1 p.p.) e minimo in Francia (+1,9 p.p.). Fanno eccezione Lussemburgo, Finlandia e Svezia, che registrano una riduzione nel periodo considerato pari a -3,7, -2,7 e -0,3 p.p. rispettivamente. Per i più istruiti il tasso di occupazione maggiore si registra in Ungheria (91,0%), e quello più basso in Grecia (80,3%); in tutti i Paesi si registra un aumento dell'indicatore, massimo in Grecia (+12,4 p.p.) e minimo in Germania (+0,7 p.p.).

KI 1.10. Tasso di occupazione in Italia



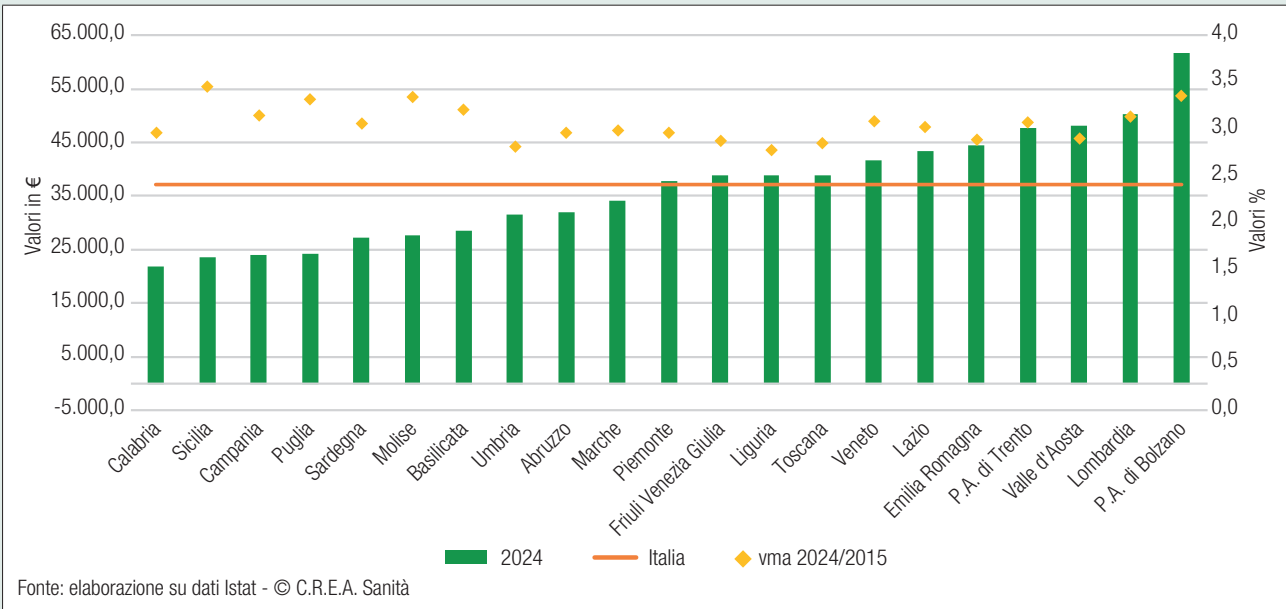
Nel 2024, in Italia, il tasso di occupazione è pari al 62,2%, dato in aumento nell'ultimo decennio di +6,2 p.p.. La Regione che registra il tasso di occupazione più alto è la P.A. di Bolzano (74,2%), la Calabria quello più basso (44,8%), con un aumento di +5,9 p.p. nell'ultimo decennio. L'aumento è comune a tutte le Regioni italiane: Il Molise registra quello più alto (+8,5 p.p.), la P.A. di Bolzano quello più basso (+2,8 p.p.).

KI 1.11. PIL pro-capite in Europa



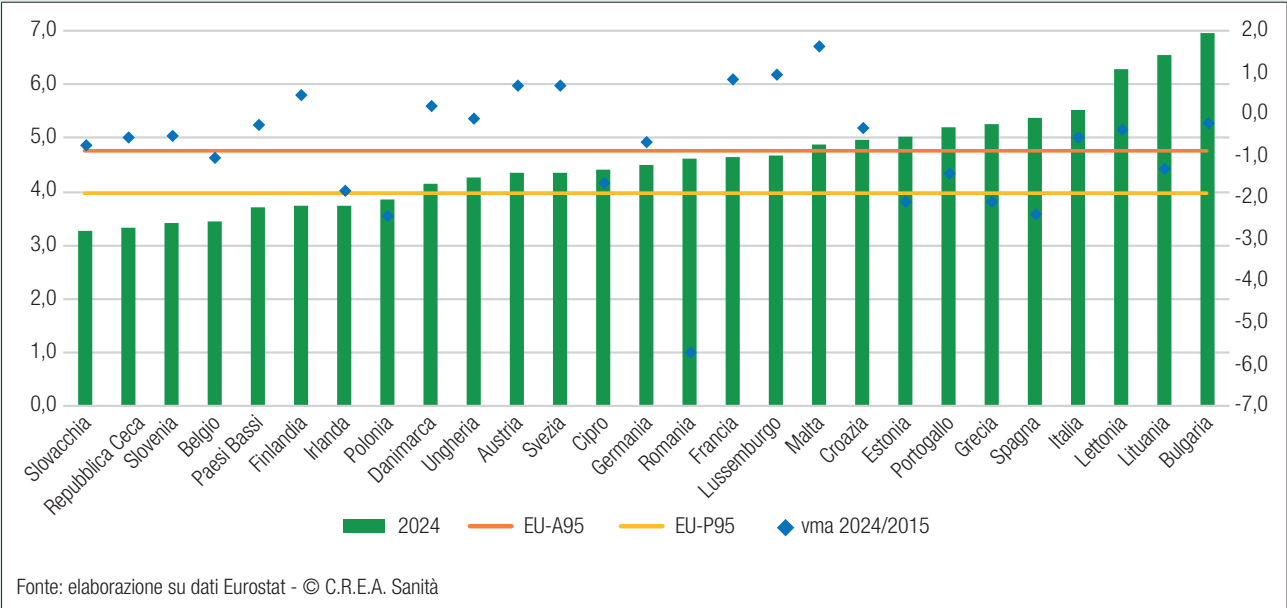
Nel 2024, in Europa, il PIL medio pro-capite è pari a € 41.213,9, in aumento nell'ultimo decennio del +3,5% medio annuo. In Italia il PIL pro-capite è pari a € 37.180,0, in aumento del +3,0% medio annuo nell'ultimo decennio; il PIL pro-capite più alto si registra in Lussemburgo (€ 126.910,0), quello più basso in Bulgaria (€ 16.110,0). In tutti i Paesi europei si registra un aumento dell'indicatore, massimo in Bulgaria (+9,4% medio annuo) e minimo in Svezia (+1,3% medio annuo).

KI 1.12. PIL pro-capite in Italia



Nel 2024, in Italia, il PIL pro-capite medio è pari a € 37.180, dato in aumento nell'ultimo decennio del +3,1% medio annuo. La Regione che registra il PIL pro-capite più alto è la P.A. di Bolzano (€ 61.584,7), la Calabria quello più basso (€ 21.819,2), con un aumento del +3,0% medio annuo nell'ultimo decennio. L'aumento è comune a tutte le Regioni italiane: P.A. di Bolzano e Sicilia registrano quello più alto (+2,4% medio annuo rispettivamente), Liguria, Toscana e Umbria quello più basso (+2,8% medio annuo rispettivamente).

KI 1.13. Rapporto fra il reddito percepito dai due quintili estremi di famiglie in Europa



Nel 2024, in Europa, il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione è 4,6 volte quello percepito dal 20% più povero (era pari a 5,0 volte nel 2015). La massima disuguaglianza si registra in Bulgaria (7,0), quella più bassa in Slovacchia (3,3). In Italia il citato rapporto è pari a 5,5, tra i più alti in Europa (superato solo da Bulgaria, Lituania e Lettonia), ma in riduzione nell'ultimo decennio (5,8 nel 2015).

KI 1.14. Rapporto fra il reddito percepito dai due quintili estremi di famiglie in Italia



Nel 2024, in Italia, il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione è pari a 5,5 quello percepito dal 20% più povero (era 5,8 nel 2015). La massima disuguaglianza si registra in Calabria (7,6), quella più bassa nella P.A. di Bolzano (3,4). Nell'ultimo decennio, alcune Regioni hanno registrato una riduzione della disuguaglianza: Liguria (da 5,4 a 4,0), Sicilia (da 8,7 a 6,9), Marche (da 4,7 a 3,7), Puglia (da 6,0 a 4,9); hanno registrato un aumento della disuguaglianza: Calabria (da 5,5 a 7,6), Molise (da 4,9 a 5,5), Friuli Venezia Giulia (da 3,9 a 4,3), Campania (da 6,2 a 6,4).



Capitolo 2

Finanziamento

- 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

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 2a

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

Lo Giudice C.¹, Spandonaro F.²

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 1995³ e di -4,5 p.p. rispetto a quelli EU-Post 1995⁴.

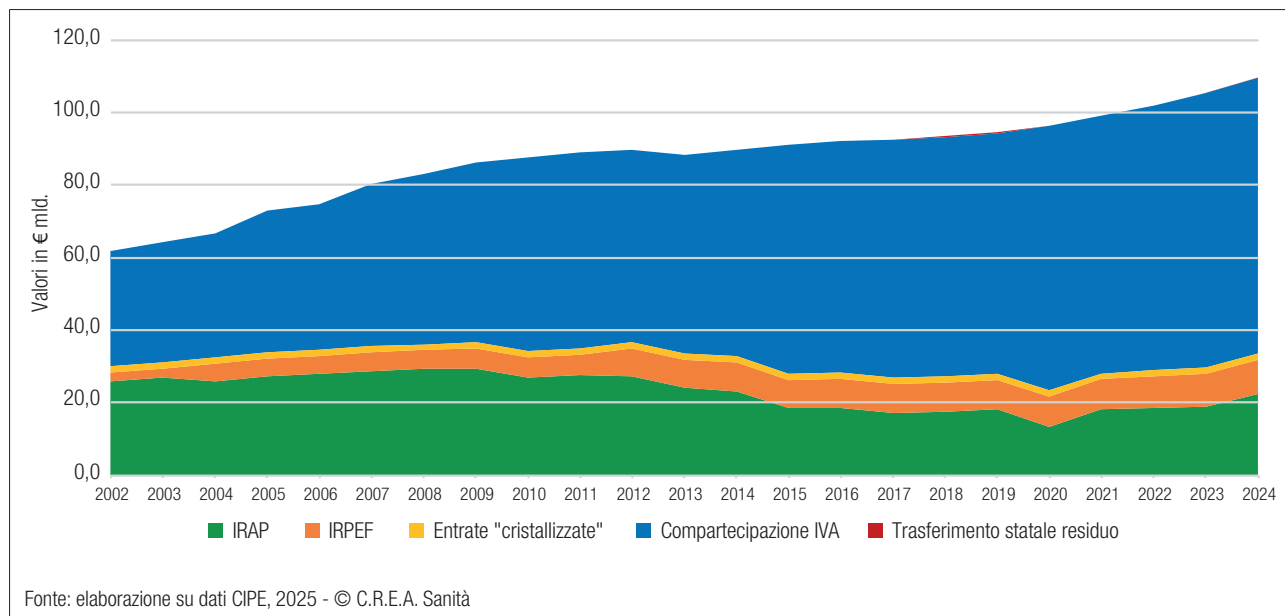
L'Italia quindi registra una copertura pubblica inferiore alle medie europee e il *gap* tende ad allargarsi, in ragione della scarsa crescita economica del Paese.

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



¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

³ 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

⁴ 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.

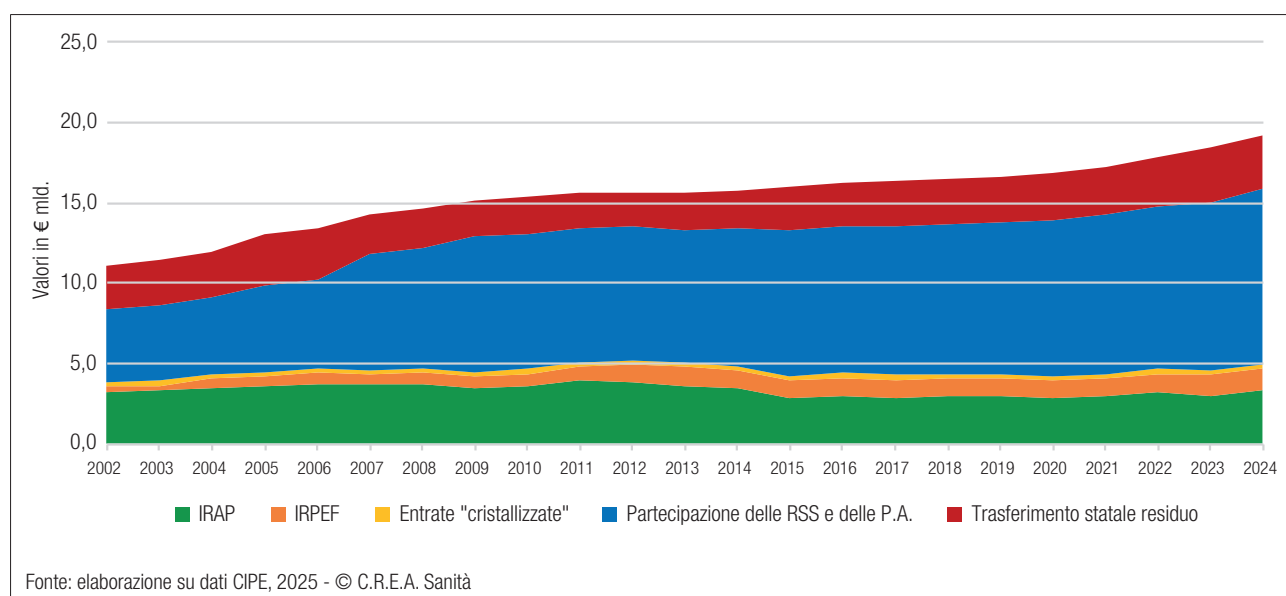
Sulla base delle stime ufficiali relative all'evasione

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%.

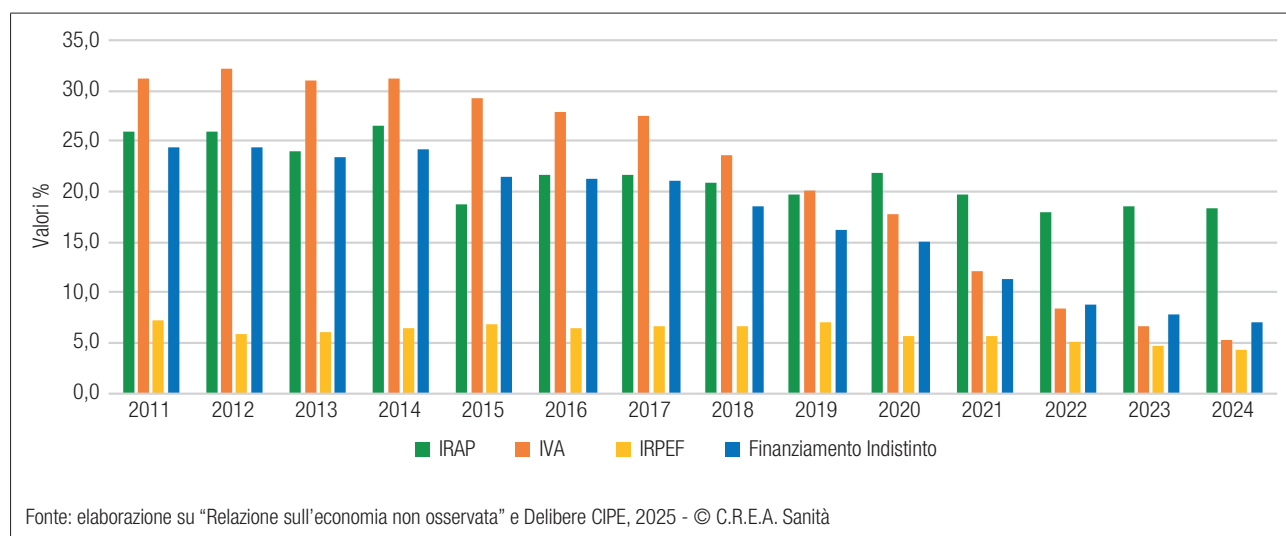
Nel periodo preso in considerazione, il Finanziamento è cresciuto ad un tasso medio annuo pari al 3,3%.

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 2a

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

Lo Giudice C.¹, Spandonaro F.²

2a.1. Il Finanziamento della Spesa Sanitaria: il contesto Europeo

Da un punto di vista statistico, nel Finanziamento della Spesa Sanitaria si distingue la componente pubblica e quella privata: la prima alimentata dal gettito fiscale e dagli schemi assicurativi sanitari obbligatori, quest'ultimi distinti in "sociali" e privati; la seconda alimentata da contributi volontari e spesa cosiddetta *Out of Pocket* (OOP).

Secondo i dati dell'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) nel 2024 la quota media di copertura pubblica della Spesa Sanitaria risulta pari al 76,8%: il Paese con la quota più bassa è la Grecia (59,7%), mentre quello con la quota più alta è la Germania (86,7%); la quota di copertura pubblica in Italia è pari al 74,4%, risultando inferiore di 6,8 punti percentuali (p.p.) rispetto alla media Europea (Figura 2a.1.).

Suddividendo i Paesi europei in due aree, quella dei Paesi EU-Ante 1995³ e quelli EU-Post 1995⁴, si può osservare che per i primi la copertura pubblica è in media pari all' 81,9%, risultando maggiore rispetto alla media EU-Ante 1995 di 0,9 p.p.; nel secondo gruppo la media si attesta al 78,7%, (-2,3 p.p. rispetto alla media EU-Post 1995).

La copertura pubblica in Italia è, quindi, di 7,7 p.p. inferiore alla media dei Paesi EU-Ante 1995 e inferiore di 4,5 p.p. rispetto alla media dei Paesi EU-Post 1995.

In termini "storici" (Figura 2a.2.), si può osservare come nel 1990 (primo anno ricostruibile dai dati OECD) la quota italiana era superiore rispetto al gruppo dei Paesi EU-Ante 1995 di 5,8 p.p.; questa percentuale si riduce fino al 1993, quando il dato italiano si allinea alla media EU-Ante 1995; successivamente la forbice diventa negativa, toccando il suo massimo nel 1996, con una differenza negativa di 7,9 p.p.; gli anni tra il 1996 e il 1999, vedono una diminuzione sia dell'Italia che per la media dei Paesi EU-Ante 1995, rispettivamente pari a 0,3 p.p. e 2,6 p.p..

Nel 1990 la quota di spesa pubblica era maggiore sia rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 (8,2 p.p.) e sia rispetto ai Paesi EU-Post 1995 (6,2 p.p.), questa diventa inferiore, rispetto a entrambi i gruppi, nel 1995 rispettivamente di -5,2 p.p. e -3,6 p.p.. Nel 2000, agli albori dell'introduzione del federalismo in Italia, l'intervento pubblico a livello nazionale risultava inferiore tanto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (di 3,9 p.p.), quanto a quello dei Paesi EU-Post 1995 (di 1,6 p.p.); negli anni successivi (2000-2010) la quota di intervento pubblico in Italia si è incrementata di 5,8 p.p., toccando così la sua quota massima pari al 78,5%, e crescendo più di quella dei Paesi EU-Ante 1995 (+2,9 p.p.) e anche quella dei Paesi EU-Post 1995 (diminuita di -0,3 p.p.). dopo il 2010 (e quindi a seguito della fase di recessione economica) gli andamenti si sono nuovamente invertiti, con la quota italiana che è diminuita di 4,7 p.p., riducendosi sino

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

³ 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

⁴ 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

al 73,7%, mentre nei Paesi EU-Ante 1995 ha continuato ad incrementarsi, toccando quota 80,4%; peraltro negli anni citati, anche nei Paesi EU-Post 1995 la quota di intervento pubblico è cresciuta di 0,6 p.p. (toccando quota 74,5%).

Arrivando al periodo più recente (2020-2024), possiamo notare che i Paesi EU-Ante 1995 hanno

lievemente ridotto la quota di intervento pubblico (attestata nell'ultimo anno disponibile) all'81,9% (-0,8 p.p. rispetto al 2000); i Paesi EU-Post 1995 la aumentano dal 76,4% al 78,8% nel 2024 (+2,4 p.p.); l'Italia riduce ancora la quota di intervento pubblico di -1,7 p.p., attestandosi al 74,3% nel 2024.

Figura 2a.1. Composizione della Spesa Sanitaria. Anno 2024

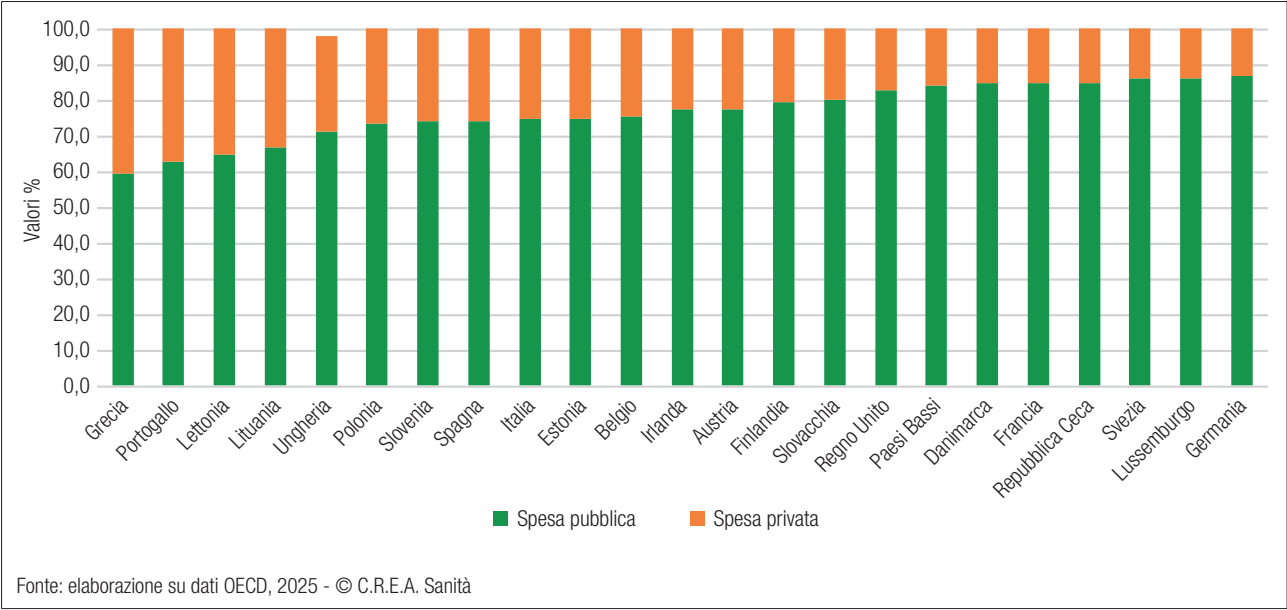


Figura 2a.2. Finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente

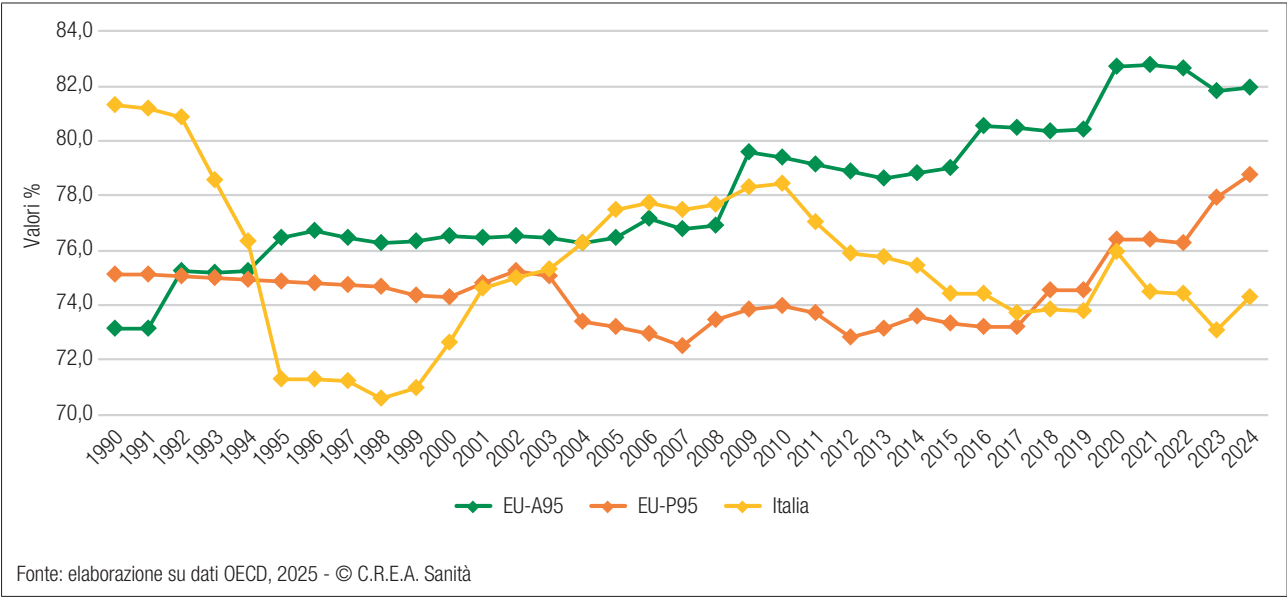
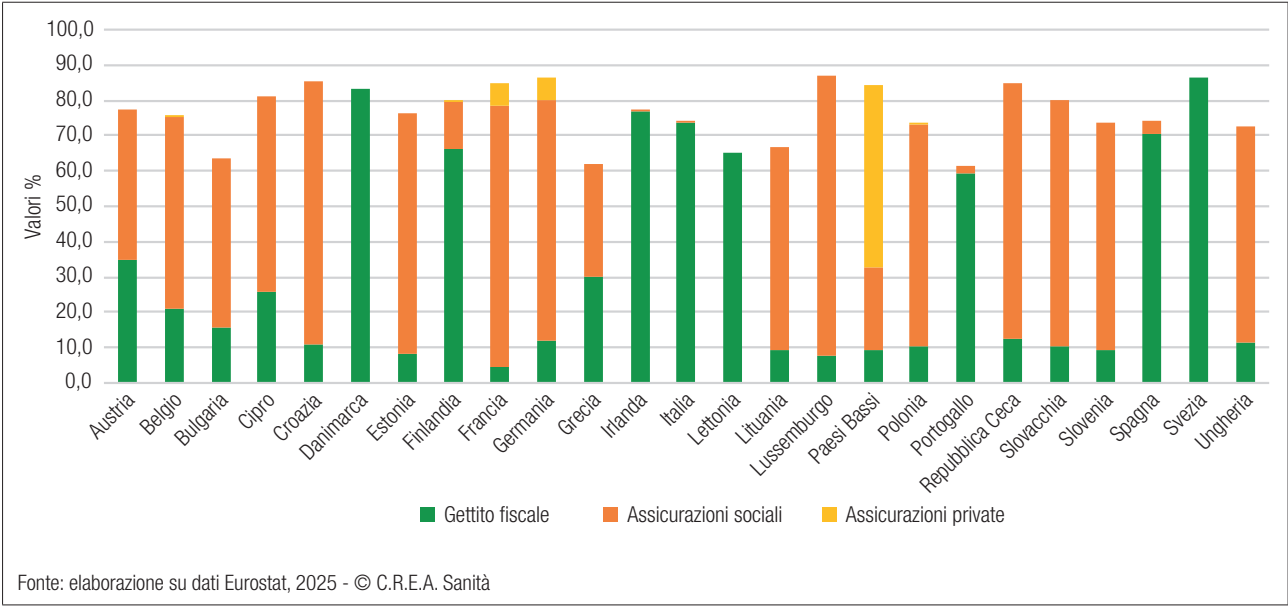


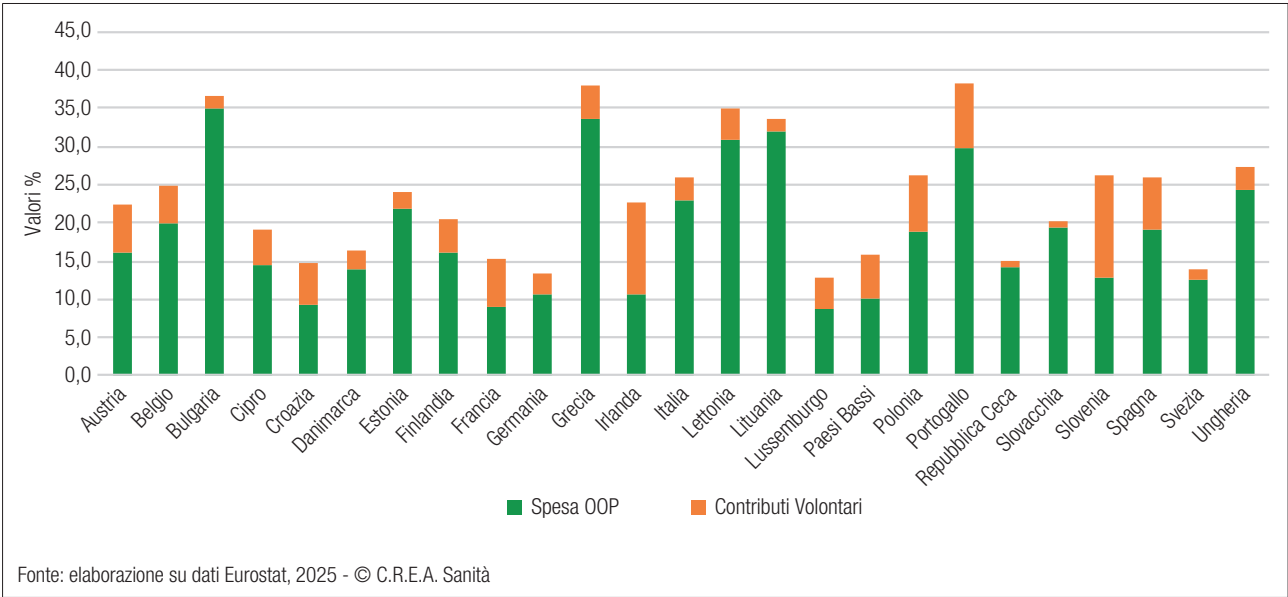
Figura 2a.3. Finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente. Anno 2023



Andando ad osservare la composizione del Finanziamento, possiamo osservare che, per quanto concerne la componente pubblica, i Paesi europei si possono suddividere in due gruppi: quelli in cui l'Assistenza Sanitaria è finanziata soprattutto attraverso la fiscalità generale (Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Lettonia, Portogallo, Spagna, Svezia), e quelli

che finanziano l'Assistenza Sanitaria principalmente attraverso contributi sociali e assicurazioni private obbligatorie (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Estonia, Francia, Germania, Grecia, Lituania, Lussemburgo, Olanda, Repubblica Ceca, Ungheria, Polonia, Slovacchia, Slovenia).

Figura 2a.4. Finanziamento privato della Spesa Sanitaria corrente. Anno 2023



In media il 32,9% del Finanziamento proviene dal gettito fiscale, con la quota minore in Francia (4,3%), e la maggiore in Svezia (86,2%); la quota italiana si assesta al 73,8%, +40,8 p.p. rispetto alla media europea.

L'incidenza dei contributi sociali (assicurazioni obbligatorie) risulta in media pari al 46,7%, con la quota minore in Italia (0,2%) e la maggiore in Lussemburgo (79,6%).

Secondo la classificazione Eurostat, la quota residua del Finanziamento classificato come pubblico, pari al 10,9%, è attribuibile ad assicurazioni private, ma obbligatorie, presenti in Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Paesi Bassi e Polonia, con incidenze nel range 0,04% (Belgio), 51,6% (Paesi Bassi).

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

L'Italia appartiene al gruppo di Paesi di ispirazione "beveridgiana" in cui prevale il Finanziamento mediante il gettito fiscale, e si distingue altresì per il minore ricorso a fonti di Finanziamento alternative.

La Figura 2a.3. riassume la composizione del Finanziamento pubblico.

Per quanto concerne il Finanziamento classificato come privato, si può osservare che l'incidenza media europea dei contributi volontari è pari al 4,7% del Finanziamento totale, con la quota minore in Slovacchia (0,9%) e la maggiore in Slovenia (13,2%); l'Italia di attesta al 3,0%, ovvero -1,7 p.p. rispetto alla media europea.

La parte residuale dell'Assistenza Sanitaria è sostenuta direttamente dalle famiglie con la cosiddetta spesa OOP.

A livello europeo l'incidenza media è pari al 18,6%, con la quota minore in Lussemburgo (8,8%) e la quota maggiore in Bulgaria (35,1%); in Italia l'onere diretto sulle famiglie si attesta al 23,1% (+4,4 p.p. rispetto alla media europea).

La Figura 2a.4. riassume la composizione del Finanziamento privato.

2a.2. Le fonti di Finanziamento pubblico a livello nazionale

L'attuale determinazione delle risorse pubbliche destinate al Finanziamento della Sanità, cosiddetto Fabbisogno Sanitario Nazionale *standard* (FSN) è stata originariamente regolata dal D.Lgs. n. 56/2000, il quale, sposando la logica istituzionale federalista, ha avuto come obiettivo fondamentale l'eliminazione dei trasferimenti statali, e la necessaria contestuale individuazione delle fonti di Finanziamento alternativo per le Regioni a Statuto Ordinario (RSO).

Secondo l'impostazione del D.Lgs. n. 56/2000, il FSN è quindi attualmente finanziato da:

- la fiscalità regionale, in particolare dall'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP) (nella componente di gettito destinata alla Sanità) e dall'addizionale regionale all'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF)
- una parte delle Entrate Proprie degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nello specifico le cosiddette Entrate Proprie cristallizzate
- la fiscalità centrale, che finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di Finanziamento, essenzialmente attraverso una compartecipazione delle Regioni all'Imposta sul Valore Aggiunto (IVA) destinata alle RSO, e, per una piccola quota, da un "residuo" del trasferimento statale.

Si noti che la compartecipazione all'IVA è destinata alle RSO, sulla base di una aliquota oggetto di intesa (sulla base della stima dei Fabbisogni Sanitari *standard*) fra lo Stato e le Regioni; le Regioni a Statuto Speciale (RSS) e le PP.AA. di Trento e di Bolzano, provvedono, invece, autonomamente a coprire il proprio Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR), in generale al 100% ad eccezione della Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dalla L. n. 296/2006 nella misura del 49,11% del proprio fabbisogno.

Per quanto riguarda il "residuo" del trasferimento statale, nel periodo 2002-2006 questo viene destinato per la maggior parte alla Regione Sicilia (in media il 70,7%), la restante parte alla Regione Sardegna (in media il 29,3%); nel periodo 2007-2016 il "residuo"

viene destinato esclusivamente alla Regione Sicilia; nel triennio 2017-2019 viene distribuito tra la Regione Sicilia (in media il 92,3%) e tra le RSO (in media, il 7,7%); nel biennio 2020-2021 viene, nuovamente, distribuito per intero alla Regione Sicilia; infine, nel triennio 2022-2024 il “residuo” viene ripartito anche alle RSS e le PP.AA (in media l’1,9%), la quota maggiore rimane alla Regione Sicilia (in media il 98,1%).

La Figura 2a.5. riporta la composizione del Finanziamento del FSN delle RSO.

Nel periodo 2002-2024, il tasso di crescita annuo medio del gettito IRAP destinato alla Sanità è stato pari a -0,7%; mentre quello della compartecipazione all’IVA è aumentato del +3,9% e quello dell’addizionale regionale IRPEF del +6,1%. Per quanto riguarda il “residuo” del trasferimento statale, lo troviamo solo nel triennio 2017-2019, rispettivamente per un importo pari a € 0,16 mld., € 0,24 mld. e € 0,29 mld..

Si può osservare, quindi, come il contributo dell’IRAP si sia leggermente ridotto, mentre risulta crescente quello della compartecipazione all’IVA: infatti, la quota di compartecipazione, stabilita annualmente con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, è passata dal 38,5% nel 2001 (D.P.C.M. del 17.02.2001) al 62,7% nel 2021. Va notato che i D.P.C.M. che riportano le aliquote della compartecipazione vengono pubblicati “ex-post”: l’ultimo D.P.C.M. pubblicato il 12.12.2024, fissa infatti l’aliquota di compartecipazione per il 2021 (Tabella 2a.1.).

L’aliquota della compartecipazione IVA viene pubblicata ex-post dopo il raggiungimento di un accordo tra il livello centrale e regionale ad oggetto la determinazione della compartecipazione regionale necessaria a integrare le imposte regionali al fine di garantire la copertura del FSR.

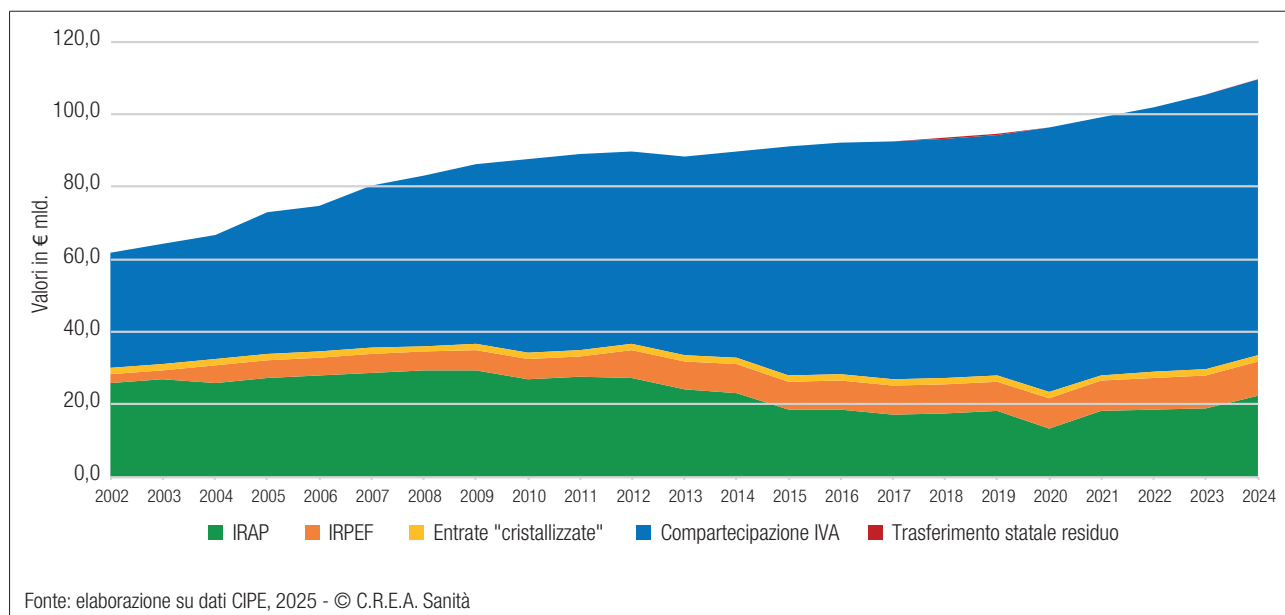
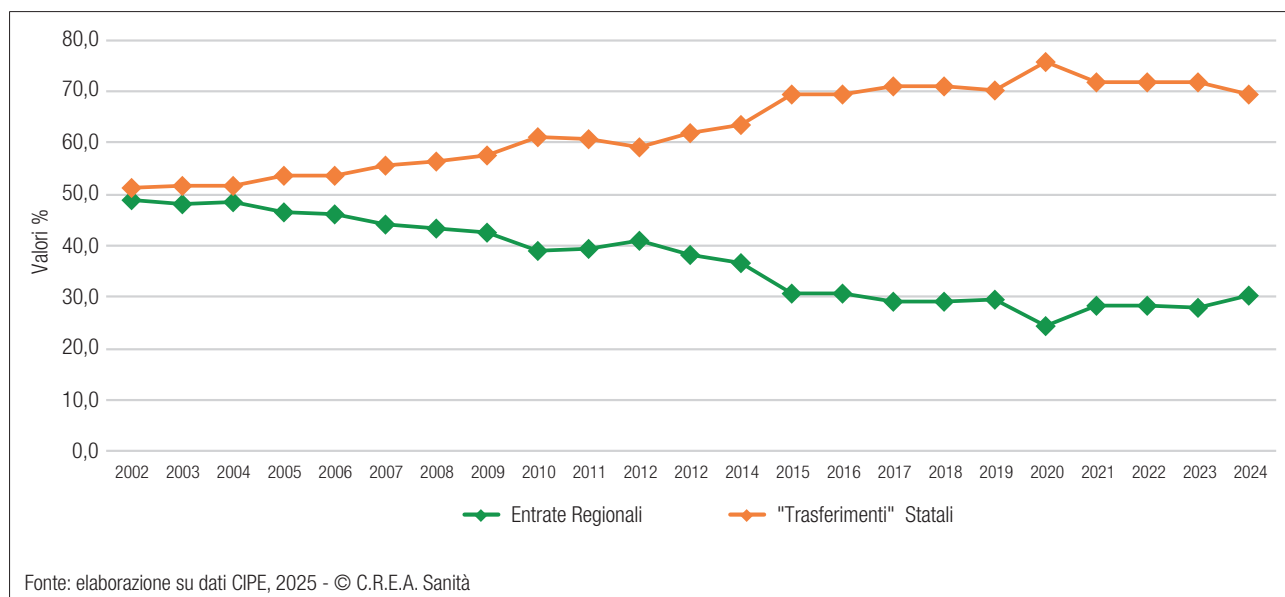
Raggruppando il gettito in due macro-voci, da un lato le “entrate regionali” comprendenti l’IRAP, l’addizionale regionale IRPEF ed entrate “cristallizzate” e, dall’altra, i “trasferimenti” statali, comprendenti la compartecipazione all’IVA e il “residuo” del trasferimento statale (Figura 2a.6.) si può osserva-

re come nel periodo considerato la maggior parte del Finanziamento del SSN (per le RSO), sia rimasto sostanzialmente a carico di risorse centrali, ovvero della compartecipazione all’IVA. Se nel 2002 la quota relativa ai “trasferimenti” statali era pari al 51,1%, ovvero 2,2 p.p. in più delle entrate fiscali regionali, nel 2020 la differenza ha raggiunto quota 51,3 p.p. (con il “trasferimento” statale arrivato a rappresentare il 75,6% del FSN); negli ultimi due anni sembra invertirsi *trend*, e la differenza si riduce a 39,0 p.p., con una quota di “trasferimento” statale che si attesta al 69,5% del FSN.

Tabella 2a.1. Aliquote di compartecipazione regionale all’IVA - RSO

Anno	Aliquota %	D.P.C.M.
2001	38,5	17.02.01
2002	37,4	07.05.04
2003	38,7	07.05.04
2004	40,3	27.09.06
2005	44,3	16.02.07
2006	43,6	07.12.07
2007	46,1	17.10.08
2008	44,7	30.09.09
2009	44,7	21.10.10
2010	49,2	14.11.11
2011	52,9	18.01.13
2012	49,8	21.10.13
2013	50,2	04.01.16
2014	58,6	09.06.16
2015	61,7	19.07.17
2016	64,6	17.01.18
2017	63,6	24.12.18
2018	67,7	03.09.19
2019	64,3	12.02.21
2020	70,1	10.12.21
2021	62,7	12.12.24

Fonte: elaborazione su D.P.C.M., 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2a.5. Composizione Finanziamento pubblico del FSN - RSO**Figura 2a.6. Composizione Finanziamento delle RSO - Per fonte (regionale e centrale)**

Per quanto concerne le RSS e Province a Statuto Speciale, come detto, queste non usufruiscono della compartecipazione all'IVA, ma provvedono autonomamente a coprire il FSR; le loro entrate sono quindi composte dall'IRAP, addizionale regionale IRPEF, entrate "cristallizzate", e, come descritto precedentemente, per la Regione Sicilia interviene il "residuo" del trasferimento statale, nel triennio 2022-2024 vie-

ne distribuito anche le altre RSS; la Figura 2a.7. descrive la composizione delle fonti di Finanziamento.

Per quanto concerne l'IRAP il tasso di crescita medio annuo (2002-2024) è stato pari al +0,2%, quello delle entrate delle RSS del +3,9% e quello dell'addizionale regionale IRPEF del +6,2%, nonché quello del "residuo" dello +0,8%.

Figura 2a.7. Composizione Finanziamento pubblico del FSN - RSS

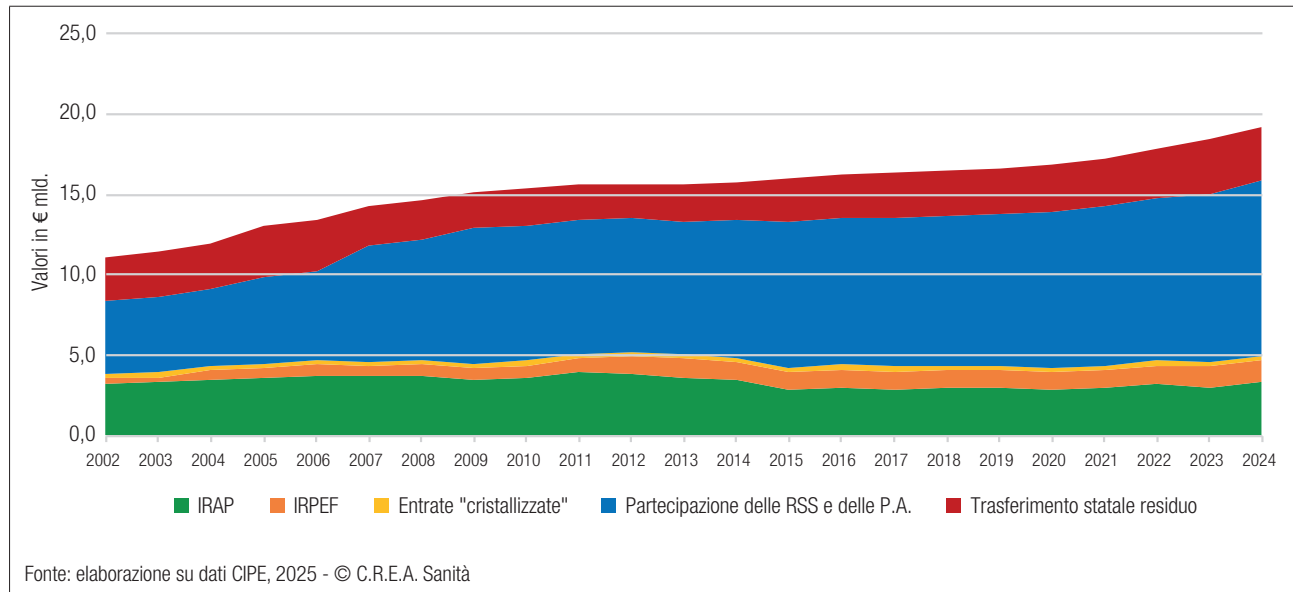
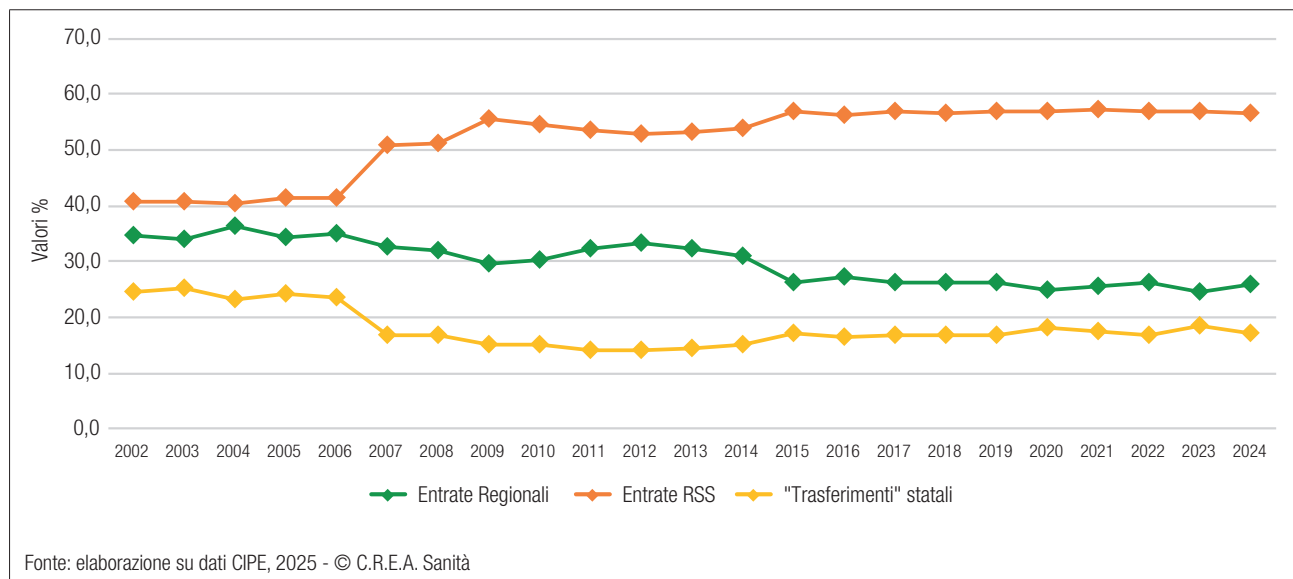


Figura 2a.8. Composizione delle entrate - RSS



Per quanto riguarda il “residuo” si vuole osservare che nel triennio 2022-2024, viene distribuito anche alle altre RSS, rispettivamente € 0,05 mld., € 0,12 mld. e € 0,02 mld..

Rispetto al 2002 (Figura 2a.8.), si osserva un significativo incremento delle entrate a carico del bilancio delle RSS, passate a rappresentare dal 40,9% del 2002 il 55,4% nel 2009 (+14,5 p.p.) e il 56,7% nel 2024 (+1,3 p.p. rispetto al 2009); le “entrate fi-

scali regionali” (IRAP, IRPEF e Entrate “cristallizzate”) passano dal 34,6% del 2002 al 29,6% nel 2009 (-5,0 p.p.), e al 26,1% nel 2024 (ulteriore riduzione di -3,5 p.p.); infine, i “trasferimenti” statali, pari al 24,6% nel 2002, toccano il 15,0% nel 2009 (-9,6 p.p.), e il 17,2% nel 2024 (ulteriori -2,2 p.p.).

In conclusione, attualmente (2024) nelle RSO (Figura 2a.9.) la compartecipazione all’IVA è la fonte di finanziamento maggiore in tutte le Regioni, rappre-

sentando dal 58,8% della Lombardia al 91,9% della Calabria; l'IRAP è la seconda fonte di Finanziamento, ad eccezione del Molise, Basilicata e Calabria, dove l'addizionale Regionale IRPEF è maggiore.

Per quanto concerne le RSS nel 2024 (Figura 2a.10.) la quota a carico del bilancio regionale/provinciale è maggioritaria in tutte le Regioni/Province, con un minimo del 49,0% in Sicilia e un massimo del 75,1% in Sardegna; la seconda voce è rappresenta-

ta dall'IRAP in tutte le realtà ad eccezione della Sicilia dove la seconda voce maggiore è il "residuo" del trasferimento statale con una quota pari al 31,5%.

Le voci di Finanziamento delle Regioni sono le medesime, fatta eccezione per la compartecipazione IVA destinata alle RSO, "sostituita" per le RSS da assegnazioni a carico del proprio bilancio: entrambe le voci sono cresciute allo stesso tasso (+3,9% medio annuo).

Figura 2a.9. Composizione Finanziamento FSN - RSO. Anno 2024

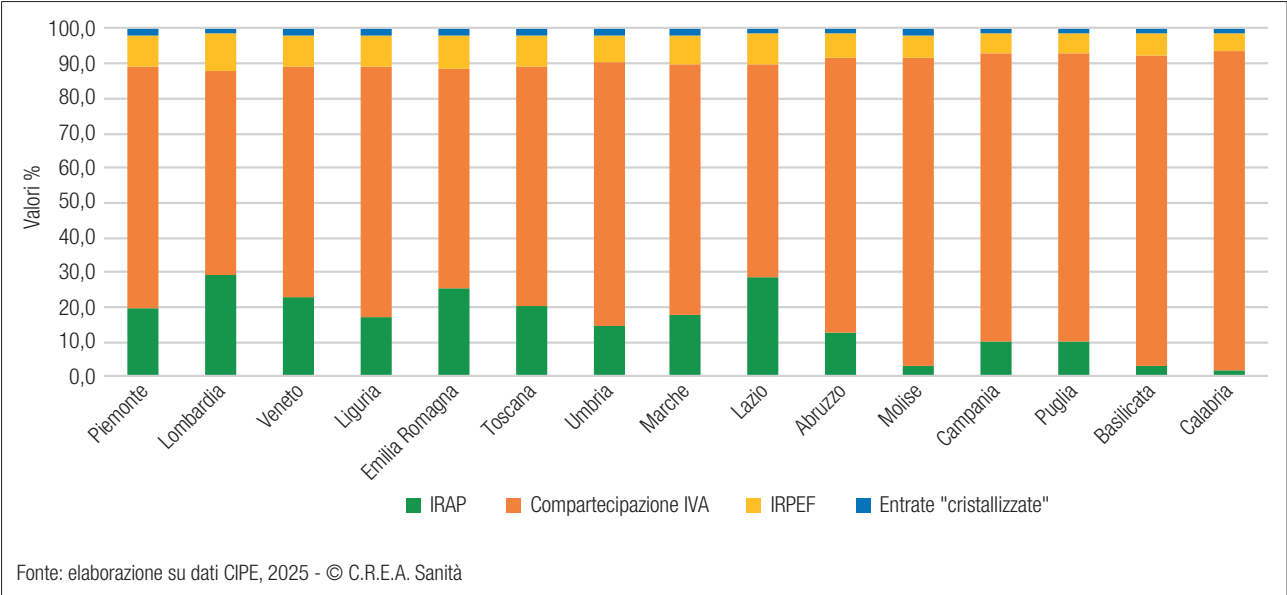
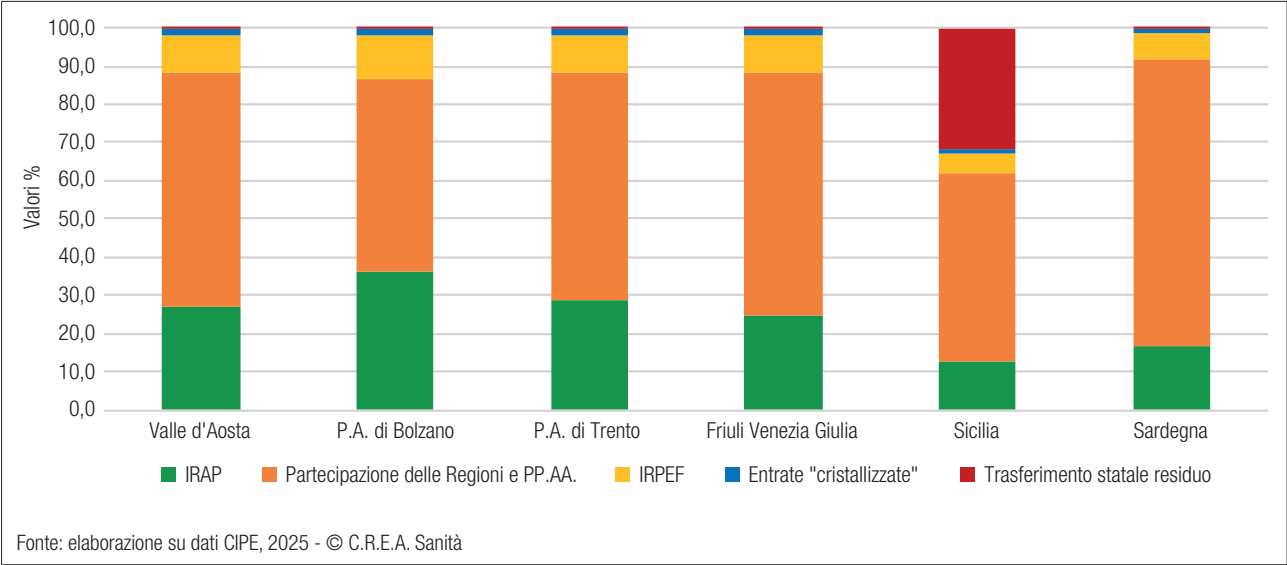


Figura 2a.10. Composizione Finanziamento FSN - RSS. Anno 2024



Fondo di Perequazione

Il D.Lgs. n. 56/2000 va ricordato, oltre che per l'introduzione della compartecipazione all'IVA a compensazione della soppressione dei residui trasferimenti statali, anche per la regolamentazione del Fondo perequativo previsto dal art. 119 della Titolo V della Costituzione (come riformata dalla L. Cost. n. 3/2001).

Tabella 2a.2. Quote di perequazione

Anno	Spesa Storica (%)	Perequazione (%)	D.P.C.M.
2001	100	0,0	17.05.01
2002	95,0	5,0	03.10.06
2003	93,5	6,5	03.10.06
2004	92,0	8,0	18.10.06
2005	90,5	9,5	07.12.07
2006	89,0	11,0	11.01.08
2007	87,5	12,5	16.01.09
2008	86,0	14,0	11.06.10
2009	84,5	15,5	14.11.11
2010	83,0	17,0	21.12.12
2011	81,5	18,5	30.09.13
2012	80,0	20,0	10.02.14
2013	78,5	21,5	18.04.16
2014	77,0	23,0	23.09.16
2015	75,5	24,5	25.10.17
2016	74,0	26,0	12.04.18
2017	72,5	27,5	12.04.19
2018	71,0	29,0	14.07.21
2019	69,5	30,5	30.08.21
2020	68,0	32,0	27.11.24
2021	-	-	

Fonte: elaborazione su D.P.C.M., 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Il Fondo ha la finalità di redistribuire le risorse regionali compensando le Regioni il cui FSR non arriva ad essere coperto dalle imposte regionali e dalla compartecipazione regionale all'IVA, ed è previsto sia alimentato proprio da quest'ultima voce di gettito.

La quota dell'IVA compartecipata spettante a cia-

scuna Regione è stabilita con D.P.C.M., utilizzando come indicatore di base imponibile la media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'Istat a livello regionale negli ultimi tre anni disponibili; a questa base viene applicata l'aliquota di compartecipazione complessiva precedentemente stabilita (Tabella 2a.1. Aliquote di compartecipazione regionale all'IVA - RSO.).

Con lo stesso D.P.C.M. vengono calcolate le quote di concorso alla solidarietà nazionale (fondo di perequazione): la formula è quella prevista dal D.Lgs. n. 56/2000 (Art. 7), basata su parametri che tengono conto della popolazione, della capacità fiscale potenziale, della dimensione geografica e del fabbisogno sanitario. Il superamento del criterio della spesa storica era previsto nel 2013, ma la scadenza è stata rinviata in seguito a successive modifiche, attualmente, dal 100% del 2001, si colloca al 68,0% nel 2020. Si evidenzia come anche i D.P.C.M. che riportano le percentuali per la spesa storica e del riparto vengono pubblicati in ritardo. Le quote soggette a perequazione sono riportate nella Tabella 2a.2..

Per quanto concerne i contributi e le assegnazioni derivanti dal processo di perequazione, possiamo osservare che nel tempo rimangono ferme le Regioni che contribuiscono (Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana e Veneto) e quelle che ricevono una integrazione (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Marche, Molise, Puglia e Umbria).

Nella Tabella 2a.3. vengono riportati le componenti che vanno a concorrere alla determinazione dei contributi al Fondo di perequazione: nella prima colonna sono riportati i valori definitivi della compartecipazione all'IVA a livello regionale, la seconda è la quota spettante alle Regioni calcolata sulla spesa storica, nella terza la quota spettante in base ai criteri del D.Lgs. n. 56/2000; nella quarta vengono riportati i valori spettanti a ciascuna Regione, infine, nella quinta è riportata la differenza rispetto alla compartecipazione: se è negativa le Regioni devono concorrere al Fondo di perequazione, se è positiva ne beneficiano (ultima colonna).

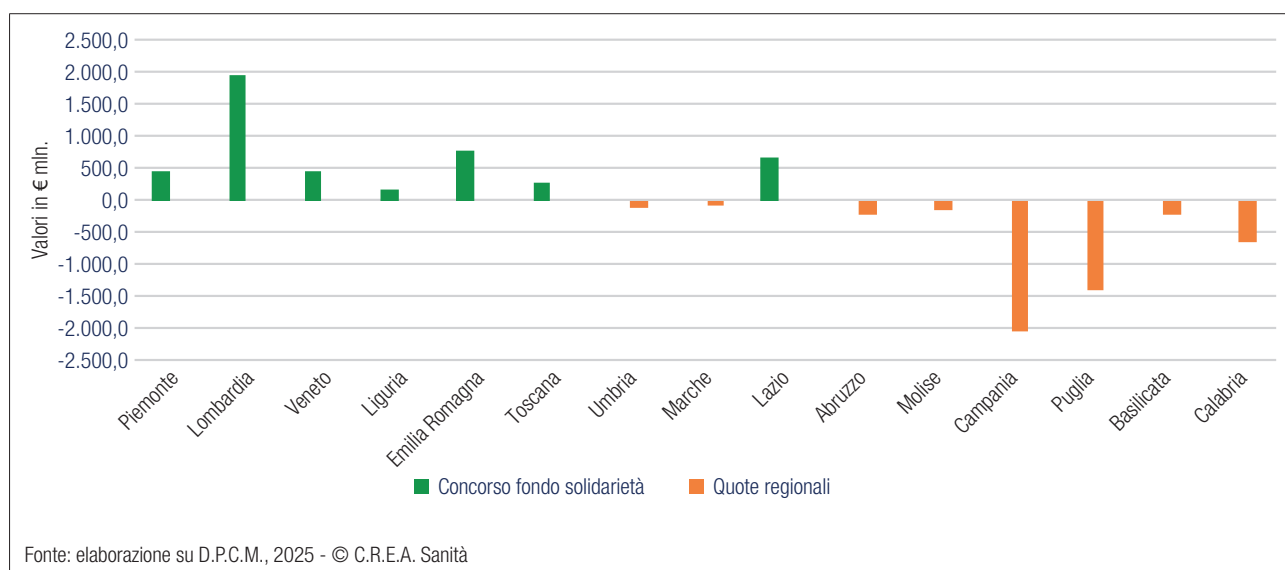
La Figura 2a.11. grafica i movimenti regionali legati alla perequazione per il 2020 (ultimo anno per cui se ne ha evidenza): la Regione che concorre maggiormente al Fondo è la Lombardia per un ammontare di circa € 1.958,2 mln., mentre quella che riceve l'ammontare maggiore è la Campania per circa € 2.040,6 mln..

Tabella 2a.3. Determinazione contributi fondo di perequazione. Anno 2020

Regione	Comp. Regionale IVA (€ mln.)	Comp. Regionale IVA determinata in base alla spesa storica (68,0%) (€ mln.)	Comp. Regionale IVA secondo l'allegato A del D. Lgs. n. 56/2000 (32%) (€ mln.)	Totale quota Regionale IVA spettante (€ mln.)	Contributo al Fondo di perequazione (€ mln.)
Italia	74.746,9	50.827,9	23.919,0	74.746,9	-
Piemonte	6.351,9	4.810,8	2.014,9	6.825,7	-473,9
Lombardia	13.707,6	11.396,1	4.269,8	15.665,9	-1.958,2
Veneto	6.843,8	5.188,5	2.111,4	7.300,0	-456,2
Liguria	2.357,9	1.736,8	787,2	2.524,0	-166,1
Emilia Romagna	6.381,7	5.127,6	2.026,7	7.154,3	-772,6
Toscana	5.573,5	4.069,4	1.774,4	5.843,8	-270,3
Umbria	1.398,3	828,3	466,7	1.295,0	103,3
Marche	2.284,4	1.463,3	756,1	2.219,4	64,9
Lazio	7.649,9	5.888,9	2.449,5	8.338,4	-688,5
Abruzzo	2.032,2	1.132,9	681,1	1.813,9	218,3
Molise	592,1	251,5	200,7	452,2	139,9
Campania	8.986,7	4.026,5	2.919,6	6.946,1	2.040,6
Puglia	6.406,0	2.960,1	2.068,5	5.028,6	1.377,4
Basilicata	966,2	433,1	326,2	759,2	207,0
Calabria	3.214,7	1.514,0	1.066,3	2.580,3	634,4

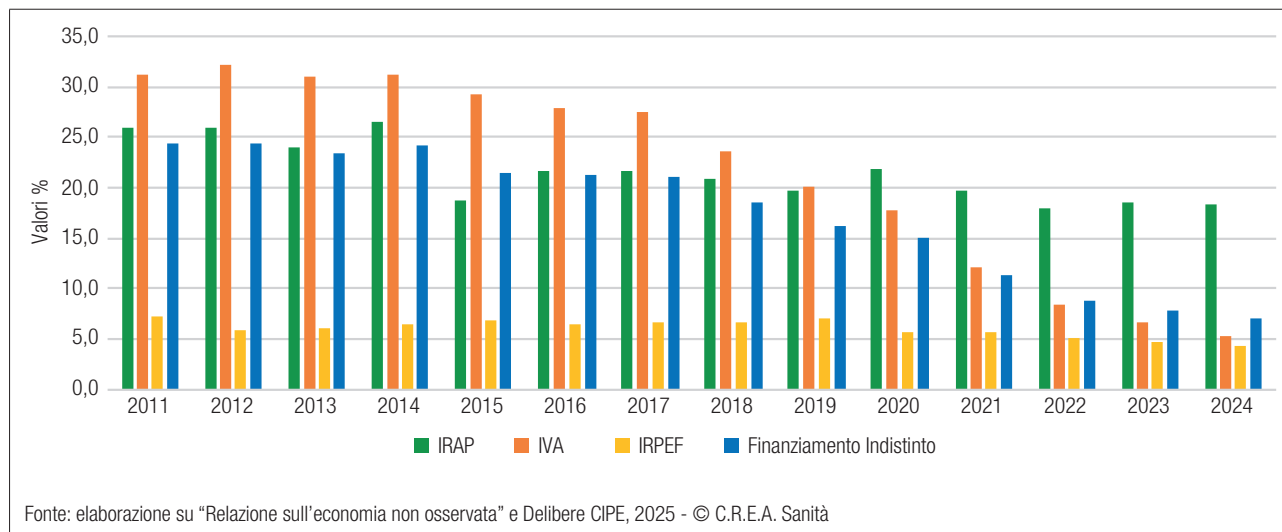
Fonte: elaborazione su D.P.C.M., 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2a.11. Movimenti regionali relativi al Fondo di perequazione. Anno 2020



Fonte: elaborazione su D.P.C.M., 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2a.12. Gap voci di Finanziamento del FSN



Evasione Fiscale

L'IVA e l'IRAP, che rappresentano la quota maggioritaria del Finanziamento del FSN sono fortemente soggette a evasione fiscale: secondo la "Relazione sull'Economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva - Report 2016 e 2024", per l'IVA il *taxgap* complessivo è stimato pari al 28,4% nel 2010 e al 13,6% nel 2021; per l'IRAP rispettivamente pari al 20,7% e al 15,9%.

La Relazione non riporta esplicitamente un dato di *taxgap* riferibile all'addizionale regionale IRPEF: come *proxy* è però possibile utilizzare quella riferita alla voce "Addizionali locali IRPEF (lavoro autonomo)", che per il 2011 risulta pari al 6,6% e per il 2021 al 5,8% (Figura 2a.12.).

Non essendo stati pubblicati i rapporti sull'evasione fiscale per gli anni 2022-2024, i *taxgap* sono stati stimati applicando un tasso di crescita relativo al periodo 2021-2020, di conseguenza l'IVA e l'addizionale IRPEF risultano in diminuzione, rispettivamente del 19,1% e dell'1,9%, mentre l'IRAP in aumento dell'8,7%, in modo da completare l'analisi per l'ultimo triennio.

Quindi, per quanto concerne i *gap* relativi dell'IRAP, compartecipazione IVA e addizionale regionale IRPEF per Finanziamento del SSN, risulta che per il periodo 2011-2024 per la prima voce si passa dal 26,0% al 18,3%, per la seconda dal 31,3% al 5,2% e per la terza dal 7,3% al 4,3%.

Sulla base delle suddette stime, si può stimare che, a parità d'aliquota, l'evasione avrebbe sottratto al SSN risorse pari, nel 2011, al 24,4% del Fabbisogno Indistinto e nel 2024 al 7,1%.

2a.3. Il Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard

Il livello di Finanziamento del FSN viene determinato annualmente e pubblicato nella Legge di Bilancio; di fatto questa stabilisce un importo iniziale, in quanto successivamente è frequente che intervengano ulteriori decreti a modificare tale importo.

Successivamente, l'importo effettivamente ripartito alle Regioni, dal 2017 (L. n. 232/2016) è determinato decurtando il FSN Indistinto dell'ammontare previsto per il fondo dei farmaci innovativi (€ 964,0 mln. nel 2024), essendo esso stabilito che venga assegnato ex-post sulla base dei consumi effettivi.

I termini quantitativi, la Figura 2a.13. riporta l'evoluzione del FSN in termini sia nominali che reali.

In termini nominali, il FSN è cresciuto in media annua del 3,3% nel periodo 2000-2025; di fatto è sempre cresciuto ad eccezione del 2013 (-0,9% rispetto all'anno precedente) e del 2015 (-0,2%).

Nel 2025 il Finanziamento stimato ammonta a € 136,7 mld. con un incremento del +2,7% rispetto al 2024.

Figura 2a.13. Trend del processo di Finanziamento del FSN

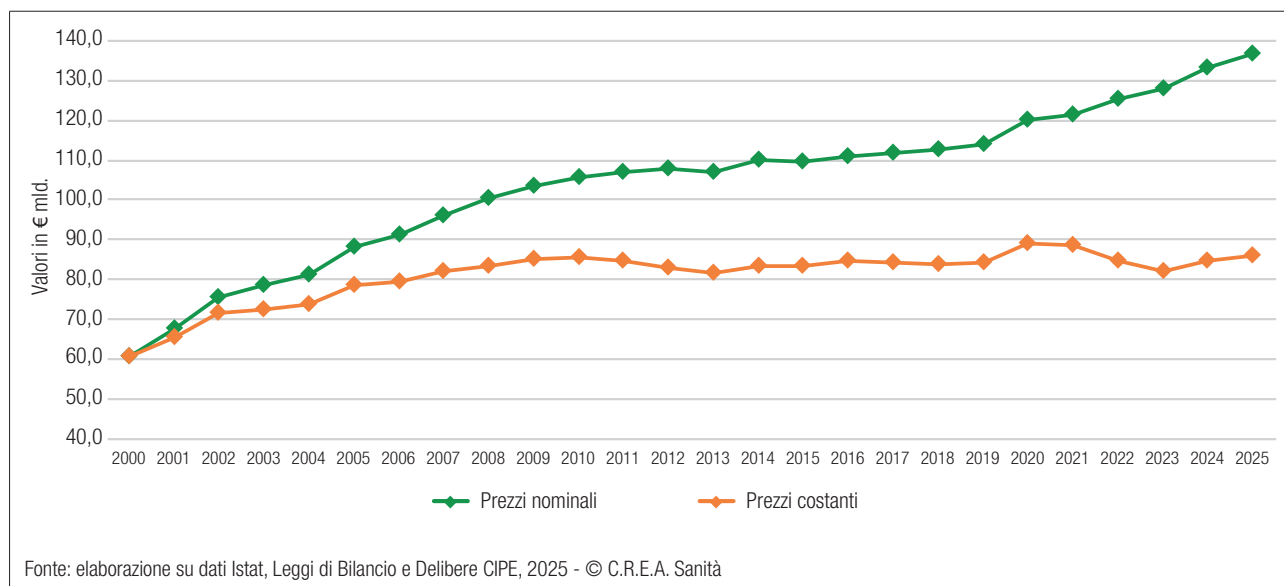
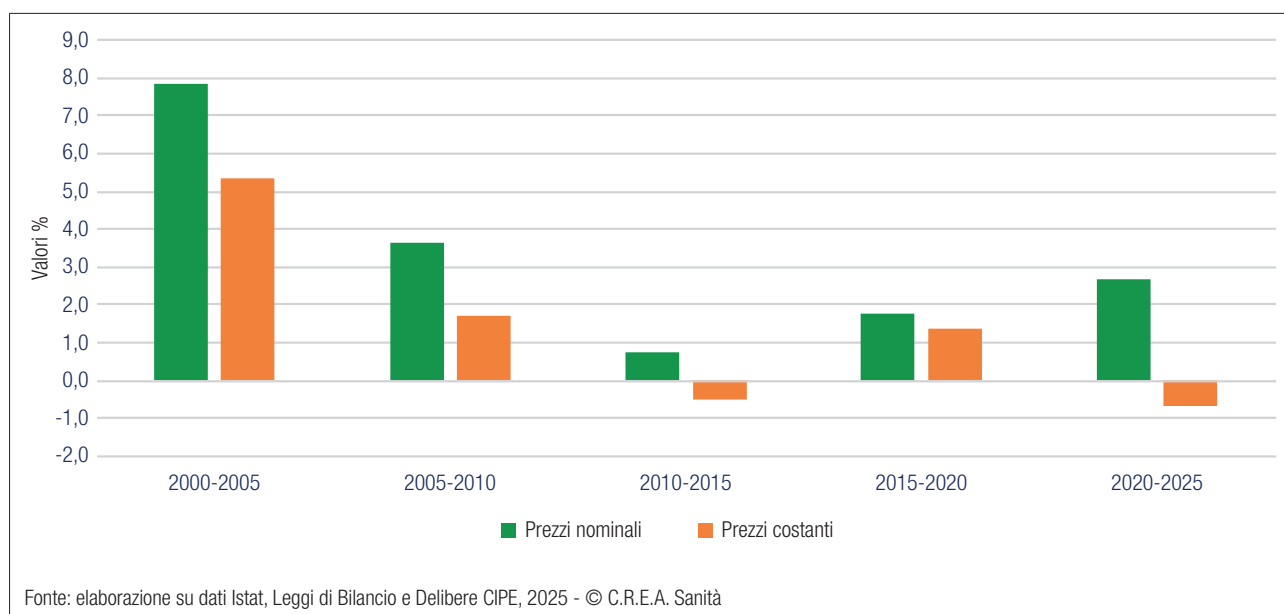


Figura 2a.14. Fabbisogno Standard nominale e reale



In termini reali è cresciuto in media annua (2000-2025) dell'1,4%, presentando vari anni con crescita negativa.

Nel 2025 il Finanziamento stimato ammonta a € 86,2 mld. con un incremento dell'1,8% rispetto al 2024.

Dividendo il periodo 2000-2025 in quattro sotto-periodi quinquennali, (come illustrato nella Figura

2a.14.) si può osservare che nel periodo 2000-2005 il tasso medio annuo del Finanziamento del FSN a prezzi nominali si è incrementato del +7,8% e quello a prezzi reali del +5,3%; nel periodo 2005-2010 il tasso medio annuo nominale si è incrementato del +3,7%, e quello reale del +1,7%; fra il 2010 e il 2015 il tasso medio annuo nominale è stato del +0,8%, mentre quello reale segna un valore negativo pari al

-0,5%; nel periodo 2015-2020 il tasso medio annuo a prezzi nominali si è incrementato del +1,8%, mentre quello a prezzi reali per il +1,3%; infine, nel periodo 2020-2025 il tasso medio annuo del Finanziamento del SSN a prezzi nominali si è incrementato del +2,7%, e quello a prezzi reali è diminuito del -0,7% (malgrado la ripresa negli ultimi due anni).

La Figura 2a.15. riporta, invece, l'incidenza del FSN sul PIL e sul PIL "disponibile", ovvero al netto

degli oneri per gli interessi passivi sul debito pubblico.

Nel periodo 2000-2025 l'incidenza è cresciuta dal 4,9% (5,2% rispetto al PIL disponibile) del 2000, sino al 6,1% (6,3% rispetto al PIL "disponibile") del 2025; l'incidenza maggiore si riscontra in corrispondenza della pandemia da Covid-19 nel 2020, quando raggiunge il 7,2% (7,4% rispetto al PIL "disponibile").

Figura 2a.15. Incidenza del FSN sul PIL

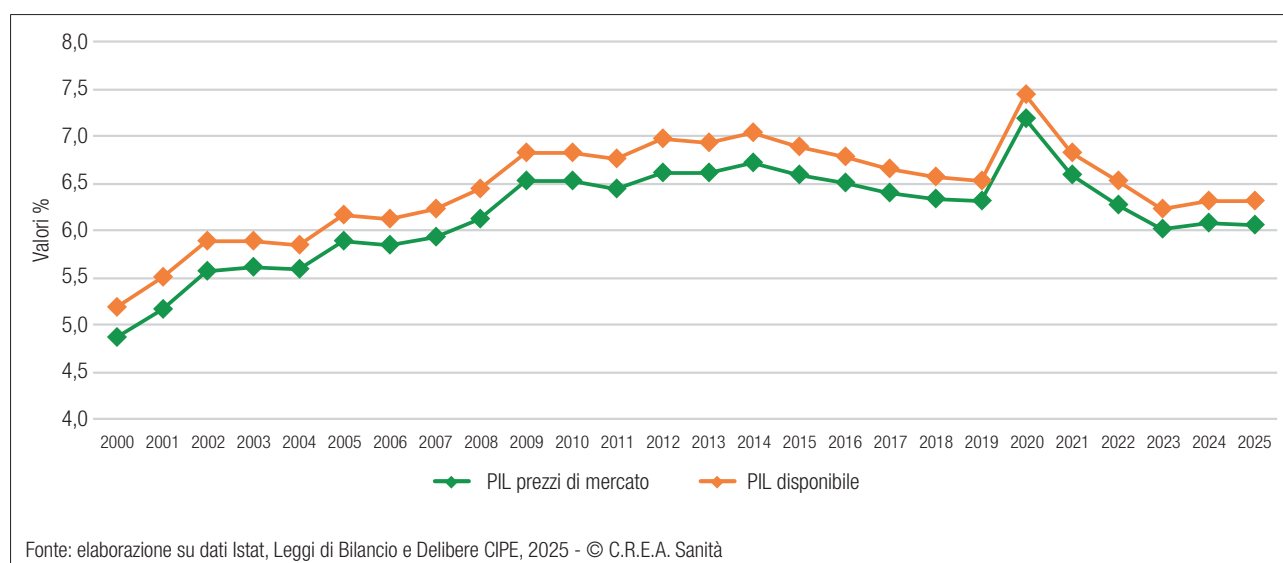
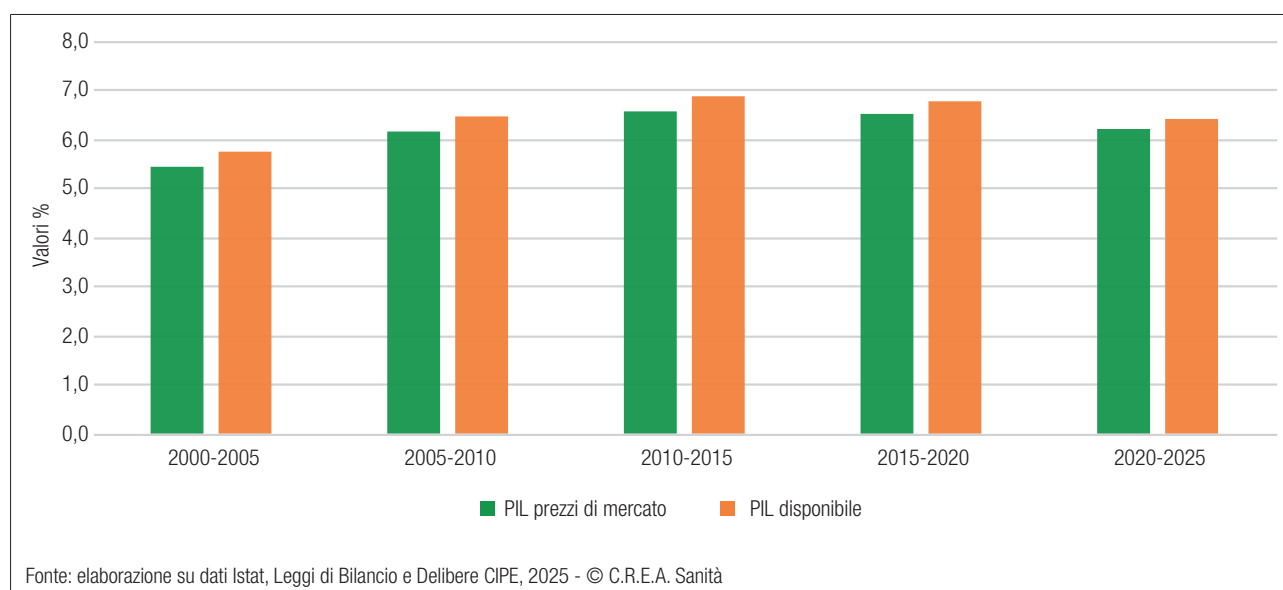


Figura 2a.16. Incidenza sul PIL



Nello specifico, nel quinquennio 2000-2005 (Figura 2a.16.) la media dell'incidenza è stata pari al 5,4% (5,7% nettando il PIL degli oneri citati); nel periodo 2005-2010 è salita rispettivamente al 6,2% e al 6,5%; nel periodo 2010-2015 sale ancora al 6,6% e 6,9%; fra il 2015 e il 2020 si riduce al 6,5% e 6,8%; infine, nel periodo 2020-2025 cala ancora, rispettivamente al 6,2% e 6,4%.

Riparto del FSN 2024

L'ammontare complessivo del FSN, analizzato nel paragrafo precedente è composto da quattro voci:

1. il Finanziamento Indistinto per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), di cui una parte finalizzato
2. il Finanziamento vincolato, che viene erogato per soddisfare gli obiettivi di piano secondo la L. n. 662/1996 Art. 1, c. 34 bis
3. il Finanziamento vincolato per altri Enti
4. le quote premiali.

Alle Regioni vengono ripartite le voci 1., 2., e 4.;

nella Figura 2a.17. è rappresentata la composizione a livello regionale delle tre componenti: l'Indistinto ne costituisce la quota maggioritaria (in media il 98,7% nel 2024), segue l'accantonamento con una media dello 0,7% (non includendo le Regioni che non ricevono la quota accantonata) e il vincolato con una media dello 0,8%.

L'andamento del FSN Indistinto medio pro-capite è riportato nella Figura 2a.18., insieme al coefficiente di variazione (rapporto tra la deviazione *standard* e la media).

La cosiddetta quota capitaria risulta quindi in continuo aumento nominale, mentre il coefficiente di variazione è in continua diminuzione dal 2000, a significare che la distribuzione del Finanziamento tra le Regioni è sempre più omogenea; questo *trend* è spiegato dal mutamento demografico che, a causa dei flussi migratori interni, della denatalità e della progressiva accelerazione dell'invecchiamento delle Regioni meridionali, tende ad allineare lo scenario demografico a livello nazionale.

Figura 2a.17. Composizione Finanziamento ante-mobilità. Anno 2024

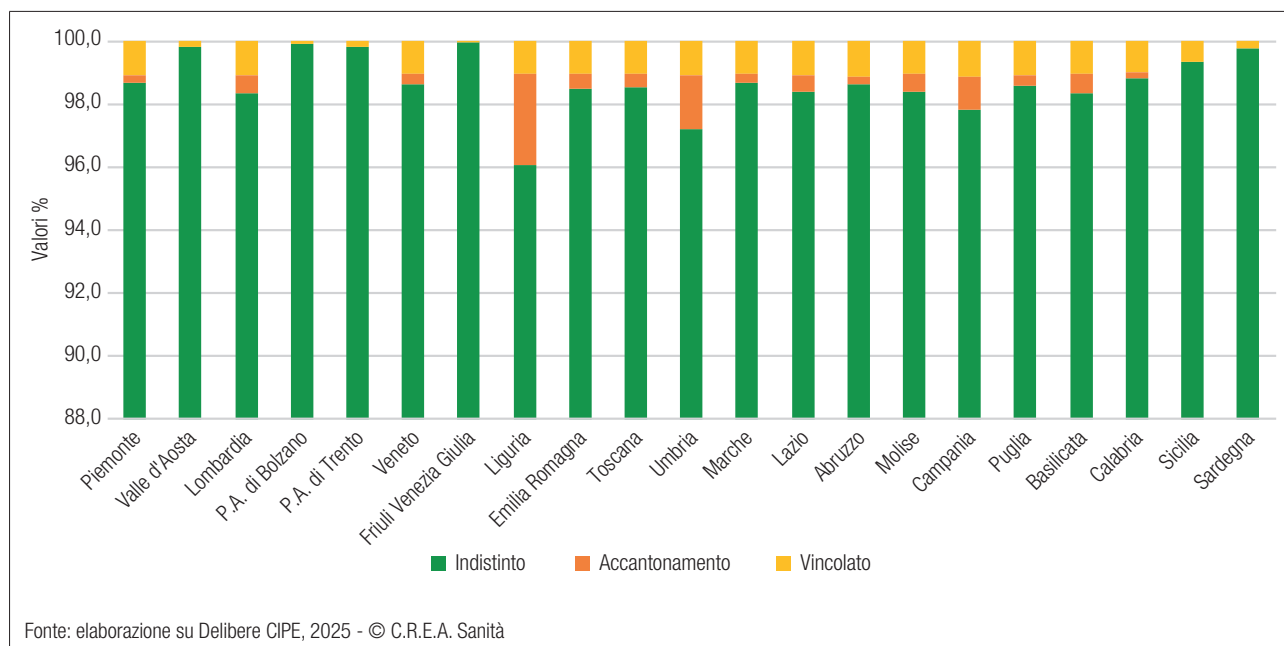


Figura 2a.18. Finanziamento regionale Indistinto e coefficiente di variazione

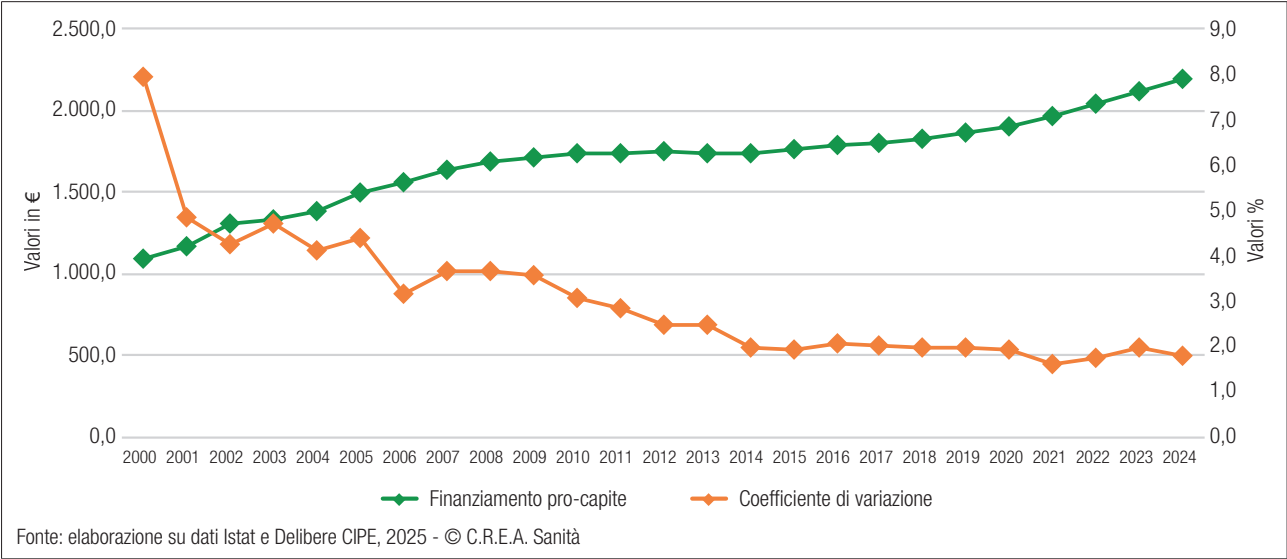


Tabella 2a.4. FSN: riparto regionale. Anno 2024

Regione	Riparto 2024 (€ mln.)	vma 2019/2024 (%)
Italia	130.527,1	3,0
Piemonte	9.557,2	2,8
Valle d'Aosta	272,4	3,1
Lombardia	21.928,6	3,3
P.A. di Bolzano	1.130,1	3,6
P.A. di Trento	1.172,2	3,6
Veneto	10.734,1	3,3
Friuli Venezia Giulia	2.659,9	3,0
Liguria	3.551,6	2,6
Emilia Romagna	9.862,8	3,3
Toscana	8.235,9	3,0
Umbria	1.958,5	3,0
Marche	3.316,3	2,8
Lazio	12.571,3	2,9
Abruzzo	2.834,1	2,8
Molise	656,8	2,2
Campania	12.207,2	2,8
Puglia	8.640,5	2,9
Basilicata	1.200,4	2,2
Calabria	4.060,5	2,3
Sicilia	10.460,0	2,7
Sardegna	3.516,7	2,8

Nota: vma indica la variazione media annua

Fonte: elaborazione su Delibere CIPE, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

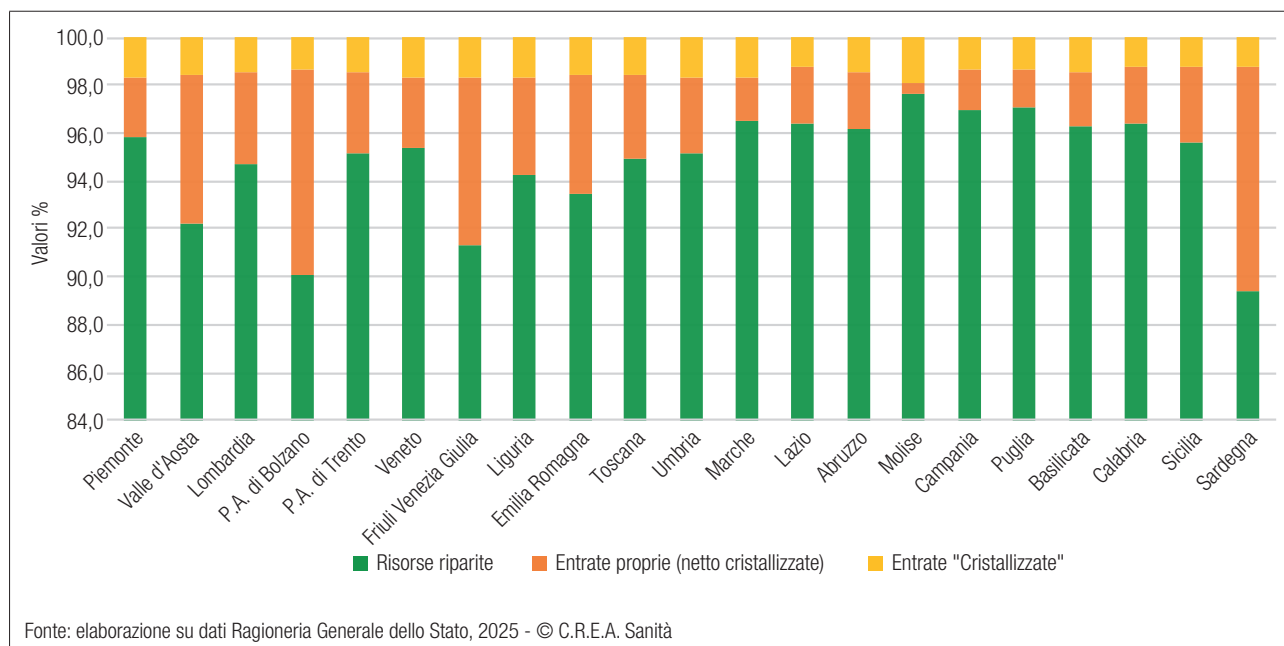
Si noti che l'attuale determinazione delle quote capitarie regionali, pur con alcune modifiche intervenute nel tempo, può farsi risalire alla L. n. 662/1996 (Art 1, c. 34), che prevede un criterio basato su quote capitarie “pesate” per tenere conto dei diversi fabbisogni delle popolazioni regionali; i pesi viene indicato che siano stimati sulla base dei consumi della popolazione per età e genere, i tassi di mortalità, e indicatori relativi a particolari situazioni territoriali e indicatori epidemiologici territoriali.

La Tabella 2a.4. espone per il 2024 il FSN ripartito alle Regioni (quota indistinta, quote premiali e vincolata), per un importo di € 130,6 mld., in aumento del 3,9% sull'anno precedente (+3,0% medio annuo rispetto al 2019).

Nell'ultimo quinquennio le quote ripartite sono cresciute nominalmente in maniera relativamente omogenea nelle diverse ripartizioni geografiche: Nord +3,2% (medio annuo), Centro +2,9%, Sud e Isole +2,7%.

Le PP.AA. di Bolzano e Trento, l'Emilia Romagna, il Veneto e Lombardia sono le Regioni in cui il FSN è cresciuto maggiormente: rispettivamente per le prime due del +3,6% medio annuo, per le altre tre del +3,3%; all'altro estremo si posizionano la Liguria, la Calabria, il Molise e la Basilicata, rispettivamente con incrementi pari al +2,6%, +2,3%, e 2,2% per le ultime due.

Figura 2a.19. Composizione Risorse “effettive”. Anno 2024



Risorse “effettive”

Le risorse effettivamente a disposizione delle Regioni risultano maggiori del FSN per effetto delle “correzioni” da fare legate ai saldi della mobilità fra Regioni e delle Entrate Proprie delle Aziende Sanitarie.

Le risorse “effettive” delle Regioni, nel 2024, ammontano quindi a € 136,6 mld., in aumento del 4,6% sul 2023 e del 3,3% annuo medio nell’ultimo quinquennio; risulta composto per il 95,2% dalle risorse ripartite (corrette per i saldi), per l’1,5% dalle cosiddette entrate cristallizzate e per restante 3,3% dalle residue Entrate Proprie delle Aziende Sanitarie.

Le Entrate Proprie regionali (al netto di quelle cristallizzate) incidono mediamente per il 3,9% nel Nord, per il 2,7% nelle Regioni centrali e per il 2,9% in quelle meridionali (Figura 2a.19.).

Le Entrate Proprie (comprenditive di quelle cosiddette “cristallizzate”) sono aumentate di 0,8 p.p. rispetto al 2019 e raggiungono la loro incidenza massima nelle Regioni settentrionali (5,5%, in aumento di 0,9 p.p. sul 2019); rappresentano il 4,2% nelle Regioni centrali e il 4,2% in quelle meridionali rispettivamente in aumento di 0,6 e 1,1 p.p. nel periodo 2019-2024.

Entrando maggiormente nel dettaglio nelle Entrate Proprie, queste si possono dividere in quattro macroaree:

1. i contributi (trasferimenti extra-fondo da soggetti pubblici e Ministero)
2. la compartecipazione alla spesa dei cittadini per le prestazioni sanitarie
3. i ricavi, prestazioni e rimborsi
4. interessi attivi e proventi (Figura 2a.20.).

Per quanto riguarda i contributi la media italiana è pari al 52,3%, con la quota maggiore in Sardegna (90,0%) e quella minore in Veneto (34,4%); per la compartecipazione la media italiana è il 23,4%, con la quota maggiore in Molise (37,7%) e quella minore in Sardegna (6,2%); per i ricavi, prestazioni e rimborsi la media italiana è il 19,6%, con la quota maggiore in Lombardia (40,5%) e quella minore in Sardegna (2,6%); infine per gli interessi attivi e proventi la media italiana è il 4,7%, con la quota maggiore in Veneto (16,0%) e quella minore in Friuli Venezia Giulia (1,1%).

Per arrivare alle risorse “effettivamente” disponibili per la Sanità, è necessario considerare tre passaggi: il primo, che è il punto di partenza riguarda il Finanziamento del FSN, ovvero il Finanziamento de-

terminato dallo Stato per l'erogazione dei LEA (comprensiva dell'indistinto, accantonamento e vincolato); nel secondo il Finanziamento del FSN è integrato con le Entrate Proprie Regionali al netto delle entrate "cristallizzate" (per evitare doppio conteggio essendo queste già presenti nel Finanziamento Indistinto); infine, per determinare le risorse effettivamente disponibili bisogna considerare i saldi di mobilità.

Per quanto riguarda il primo passaggio la Regione con il maggior Finanziamento in termini pro-capite è la Liguria (€ 2.394,8), quella con il minore è la P.A. di Bolzano (€ 2.101,0), la forbice tra le due è pari a € 293,8. Tenendo in considerazione le Entrate Proprie (al netto delle "cristallizzate") la situazione rimane la medesima, le Regioni estreme sono sempre la Liguria (€ 2.493,2) e la P.A. di Bolzano (€ 2.224,8), ma la forbice diminuisce a € 268,4. Quando si aggiungono i saldi mobilità lo scenario cambia: le Regioni "estreme" sono l'Emilia Romagna (€ 2.492,4) e la Calabria (€ 2.164,5) e la forbice si allarga risultando pari a € 327,9.

In altri termini, le Entrate Proprie sembrano essere utilizzate dalle Regioni per "livellare" le differenze di Finanziamento; al contrario i saldi della mobilità ampliano significativamente le disparità in termini di

risorse disponibili tra le Regioni.

Inoltre, giova tenere in considerazione che alcune Regioni, riescono a compensare la disparità dei saldi con le Entrate Proprie, mentre altre rimangono con un livello di risorse inferiore al FSN stabilito ex-ante: fra le prime troviamo Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Marche, Lazio, Sicilia e Sardegna; tra le seconde troviamo: Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria. Figura 2a.21..

Tornando all'andamento delle risorse "effettive" per sottoperiodi (Figura 2a.22.), risulta che fra il 2005-2010 le risorse "effettive" pro-capite nominale della Sanità sono cresciute di € 262,9 (+3,2% medio annuo); in termini reali, la variazione risulta pari a € 101,4 (+1,3% medio annuo). Nel periodo 2010-2015 le risorse "effettive" sono cresciute di € 40,4 (+0,4% medio annuo); in termini reali, la variazione risulta pari a - € 64,4 (-0,8% medio annuo). Nel periodo 2015-2020 le risorse "effettive" sono cresciute di € 236,5 (+2,5% medio annuo); in termini reali, la variazione risulta pari a € 163,8 (+2,0% medio annuo). Infine, nel periodo 2020-2025 le risorse "effettive" sono cresciute di € 328,4 (+3,0% medio annuo); in termini reali, la variazione risulta pari a -€ 28,9 (-0,6% medio annuo).

Figura 2a.20. Composizione Entrate Proprie. Anno 2024

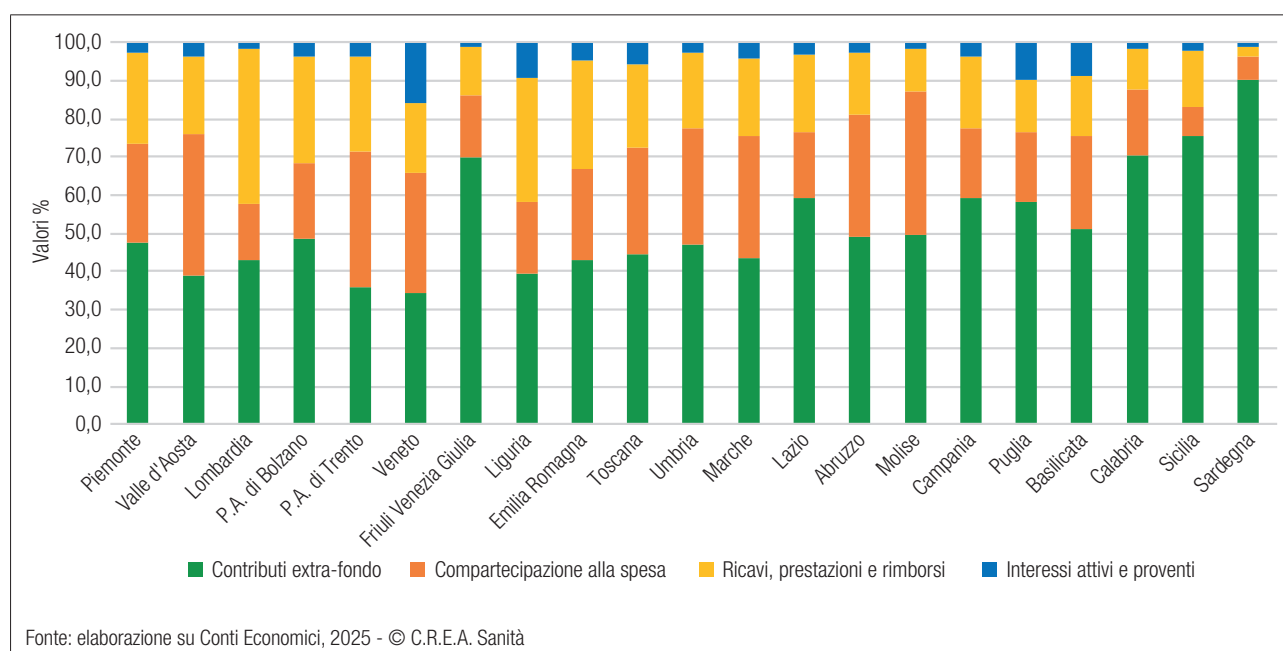


Figura 2a.21. Finanziamento ante-mobilità, post-mobilità ed “effettivo” pro-capite. Anno 2024

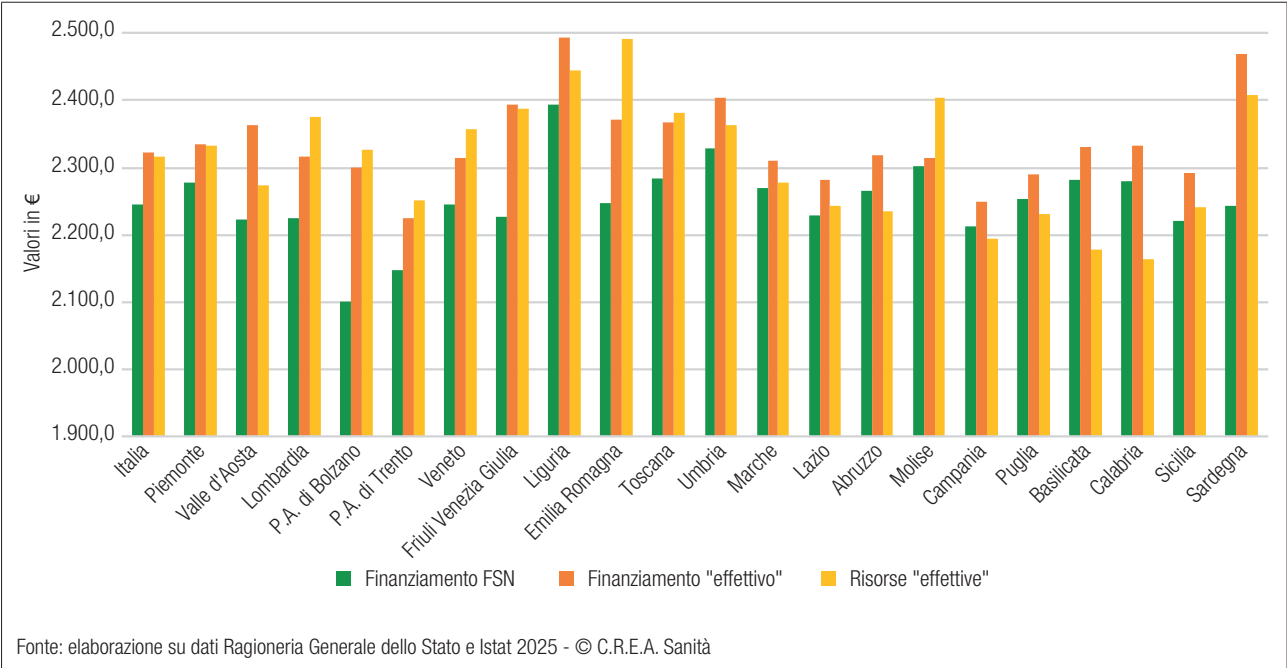
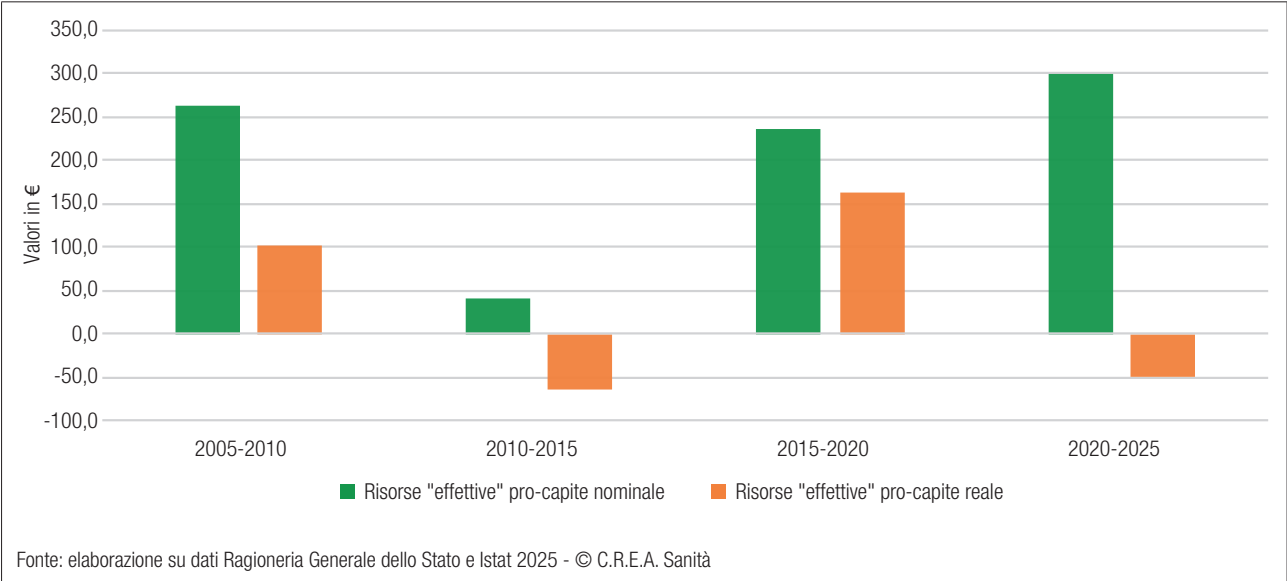


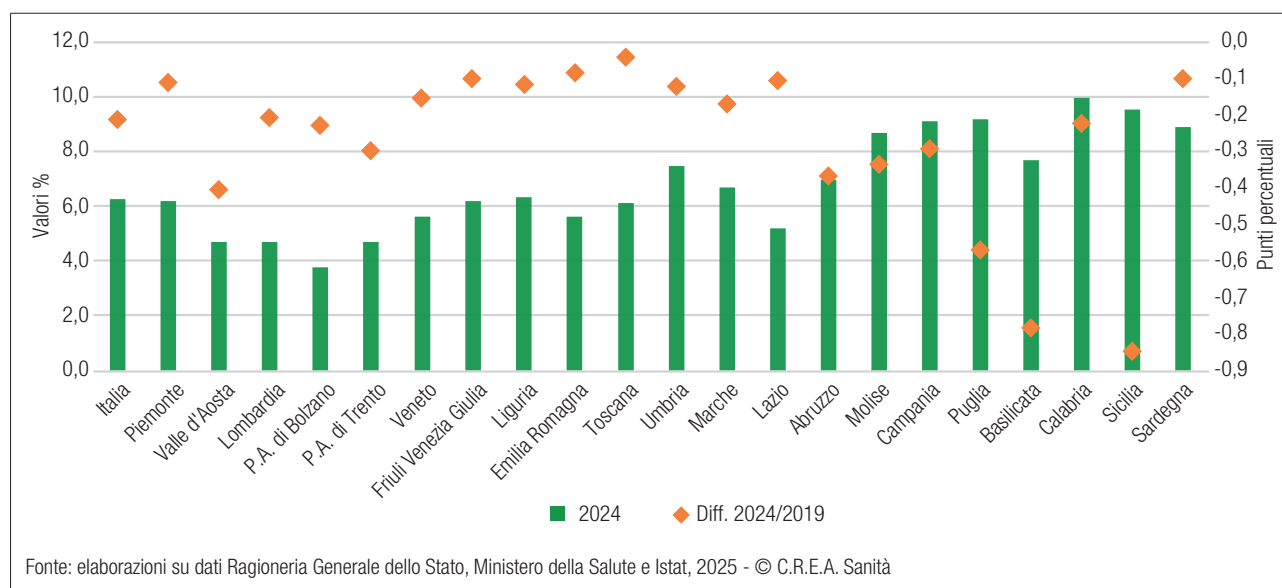
Figura 2a.22. Risorse “effettive” pro-capite nominale e reale



L'incidenza delle risorse “effettive” sul PIL pro-capite (Figura 2a.23.) ammonta nel 2024 al 6,2%, -0,2 p.p. rispetto al 2019, con un evidente gradiente Nord-Sud: in particolare, le risorse destinabili alla tutela della salute nelle Regioni del Sud equivalgono al

8,9% del PIL locale, in diminuzione rispetto al 2019 (-0,4 p.p.); nelle Regioni del Nord, per confronto, l'incidenza è del 5,3%, in riduzione di 0,2 p.p. rispetto al 2019.

Figura 2a.23. Incidenza risorse “effettive” regionale su PIL



2a.4. I risultati d'esercizio

Ai sensi del D.Lgs. n. 68/2011, sono considerate in equilibrio le Regioni che riescono a garantire l'erogazione dei LEA con le risorse ordinarie stabilite dalla legislazione vigente a livello nazionale: in pratica il Finanziamento “effettivo”.

Le Regioni possono quindi perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando le Entrate Proprie delle Aziende, ad esempio incrementando le compartecipazioni dei cittadini alla Spesa Sanitaria: opzione evidentemente più agevolmente perseguibile nelle Regioni con livelli di sviluppo economico maggiore.

Non essendo, al momento della stesura del contributo, ancora stati pubblicati i dati definitivi dei risultati d'esercizio, sono stati analizzati i dati riferiti al IV trimestre 2024 dei Conti Economici (CE): sebbene a livello aggregato si evidenzia un risultato d'esercizio su livelli paragonabili a quelli 2023.

Si è deciso di non utilizzare questo dato osservando che il CE del 2023 sottostimava in modo molto significativo i disavanzi accertati dalla Ragioneria Generale dello Stato. Tanto meno si è proceduto a stime regionali, in quanto gli assestamenti degli ultimi anni a livello regionale non appaiono seguire *trend* prevedibili. Quindi per il 2024 non si è ancora in condizioni di elaborare i dati sui disavanzi.

2a.5. Riflessioni finali

L'analisi delle tendenze di Finanziamento del SSN delinea un quadro complesso e ricco di tensioni strutturali. Il SSN, pur ancorato a principi universalistici, si confronta costantemente con vincoli di bilancio e profonde disparità regionali, oltre che con una crescente pressione sulla spesa privata dei cittadini.

Una prima riflessione emerge dal confronto con il contesto europeo. Il modello di Finanziamento italiano, prevalentemente basato sulla fiscalità generale (di tipo “Beveridge”), si distingue per il ricorso quasi nullo ai contributi sociali obbligatori. Sebbene la quota di Finanziamento pubblico sia di poco inferiore alla media europea, il dato più significativo è la spesa OOP sostenuta dai cittadini, che risulta superiore alla media. Si evince quindi che le “insufficiente” del Finanziamento pubblico non vengono colmate da schemi assicurativi volontari, ricadendo direttamente sulle famiglie, con evidenti rischi in termini di equità di accesso alle cure.

A livello nazionale, il Capitolo evidenzia una dualità intrinseca nel sistema. Da un lato, le RSO rimangono largamente dipendenti dai trasferimenti statali, dall'altro le RSS godono di un'autonomia finanziaria notevolmente maggiore.

In ogni caso i trasferimenti dal livello centrale ri-

mangono predominanti e la compartecipazione all'IVA presenta un impressionante tasso di crescita.

Compartecipazione definita, peraltro ex-post, a dimostrazione dello scollamento fra teoria (Finanziamento in base alla stima del fabbisogno) e "pratica" (in larga misura ancora un Finanziamento vincolato dalle compatibilità macro-economiche).

Il meccanismo di perequazione, nato per garantire solidarietà e ridurre i divari, rimane ancorato a logiche di spesa storica, e in ogni caso non sembra capace di operare una reale perequazione. Anzi, spesa privata (trattata nel Capitolo 3a) e saldi di mobilità risultano i fattori che impattano maggiormente sulle disponibilità finanziarie regionali.

Le Regioni, in larga misura, compensano l'effetto delle variabili suddette con le Entrate Proprie, con evidenti rischi di iniquità: le Regioni con livelli di sviluppo inferiore hanno infatti minore possibilità di autofinanziamento e/o sono costrette a "tassare implicitamente" i propri cittadini, oltre la loro reale capacità fiscale.

In conclusione, il Finanziamento della Sanità ita-

liana appare come un sistema in equilibrio precario. È schiacciato tra l'esigenza di assicurare i LEA su tutto il territorio nazionale e la realtà di un sotto-finanziamento cronico (aggravato da un'evasione fiscale ancora rilevante) e di meccanismi di riparto che, pur mitigando le disuguaglianze, non riescono a risolverle alla radice.

Riferimenti bibliografici

- [1] Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica; CIPE (anni vari); Delibere di ripartizione del Fondo Sanitario
- [2] Istat (anni vari); Tavole statistiche varie, www.istat.it
- [3] Ministero della Salute (anni vari); Modello di rilevazione del Conto Economico.
- [4] Ragioneria Generale dello Stato (anni vari); Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria
- [5] Leggi di Bilancio (anni vari)

Sintesi

CAPITOLO 2b

L'IVA nel settore sanitario: l'esenzione come problema e la fiscalità come elemento di influenza della gestione¹

Biondi E.², Bianchi G.³, Terranova L.⁴

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 dirompente, 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,

¹ 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

² 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

³ Presidente del Co.Ne.Fi.

⁴ 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 2b

L'IVA nel settore sanitario: l'esenzione come problema e la fiscalità come elemento di influenza della gestione¹*Biondi E.², Bianchi G.³, Terranova L.⁴***2b.1. L'esenzione dall'Imposta sul Valore Aggiunto (IVA): da beneficio a costo "vivo" nella gestione sanitaria**

Molto probabile che ci si chieda come mai in un contesto come il presente Rapporto si dedichi parte della trattazione alla fiscalità, ma soprattutto all'IVA.

Sembra opportuno anticipare che la rilevanza della questione investe non soltanto quella che comunemente viene indicata come neutralità interna dell'imposta sul valore aggiunto, ma anche il profilo della sua influenza sulle scelte gestionali degli operatori sanitari.

Ci si consenta di arrivare gradualmente alla risposta a questo legittimo dubbio, chiarendo innanzitutto la pertinenza della presente trattazione con i problemi che la Sanità italiana sta affrontando in questo periodo e le possibili soluzioni attraverso una breve introduzione dell'imposta e del trattamento fiscale riservato alle attività di cui si discute.

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.

La crisi a cui stiamo assistendo sta contribuendo a far perdere al nostro Paese quella *leadership* che nel campo sanitario ha avuto tradizionalmente e per

tanto tempo. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che ha determinato un grandissimo supporto allo sviluppo economico e sociale del nostro Paese, in questo momento, non risulta essere più sostenibile perché il divario in termini di investimenti nei confronti degli altri Paesi è abissale: spendiamo sostanzialmente la metà rispetto alla Germania e i due terzi rispetto alla Francia, il nostro Finanziamento della Sanità oggi è equivalente a quello dei Paesi dell'Est.

Soprattutto in un momento in cui la rivoluzione tecnologica è dirompente, essendo oltretutto funzionale a dare migliori prospettive di vita e di salute ai cittadini, l'Italia sta rimanendo indietro: infatti, tra l'altro, mancano circa 50.000 medici al SSN e 70.000 infermieri, oltre al fatto che i nostri Ospedali sono tra i più obsoleti e antiquati d'Europa.

Sono necessari investimenti ingenti e un enorme adeguamento per lo meno ai livelli medi degli altri Paesi. Per equiparare la nostra situazione alla Germania dovremmo mettere € 50 mld. l'anno in più. Si tratta di fondi di difficile reperibilità, ovviamente, ma attualmente non si riesce nemmeno a compensare l'impatto dell'inflazione e dell'incremento dei costi dell'energia.

Sono chiare quindi le ragioni di questa indagine: la reperibilità di risorse per il SSN è fondamentale ed ogni possibilità, inclusa quella di una riforma dell'IVA, deve essere esplorata.

¹ 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

² 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

³ Presidente del Co.Ne.Fi.

⁴ 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

2b.1.1. L'IVA e il settore sanitario

L'IVA è un'imposta indiretta armonizzata a livello unionale, che colpisce manifestazioni indirette di ricchezza, in particolare i consumi di beni e servizi, e grava sul consumatore finale.

A differenza di altre imposte sul consumo simili, l'IVA è stata concepita come imposta neutrale, che rimane indifferente nelle varie fasi della catena distributiva, attraverso il sistema delle detrazioni.

Questo meccanismo consente, infatti, di applicare l'imposta per ciascuna fase della catena distributiva e al contempo di detrarre l'IVA versata, che rimane quindi neutrale per gli operatori coinvolti, fino all'ultima operazione della catena medesima, che non consente, invece, al consumatore finale di recuperare l'IVA versata.

In questo modo, quindi, l'imposta rimane "neutrale" per gli operatori economici che possono recuperare l'imposta pagata, mentre il consumatore finale rimane gravato in via definitiva.

L'imposta è stata concepita e divenuta efficace negli anni '70 del secolo scorso. All'epoca, il Legislatore europeo aveva ben chiara la necessità di prevedere l'esenzione dall'imposta per determinate operazioni o determinate attività. In particolare, per quel che qui interessa, è stata prevista l'esenzione obbligatoria "a favore" di alcune attività di interesse pubblico.

Infatti, secondo le disposizioni unionali gli Stati membri esentano, tra le altre, l'ospedalizzazione e le cure mediche, nonché le operazioni ad esse strettamente connesse, che vengano assicurate da Enti di diritto pubblico oppure, a condizioni sociali analoghe a quelle vigenti per i medesimi, da Istituti ospedalieri, Centri medici e diagnostici, e altri Istituti della stessa natura, debitamente riconosciuti. Devono, inoltre, essere tenute esenti le prestazioni mediche, effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e paramediche quali definite dal singolo Stato membro.

Dalle disposizioni appena riportate, appare molto chiaro come tale previsione sia stata concepita come trattamento fiscale di favore, rivolto all'utente finale, che non deve essere inciso dall'imposta, allorché fruisca di prestazioni o acquisti beni ritenuti

di particolare interesse pubblico.

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 negli ultimi anni nel settore sanitario.

Ci riferisce, infatti, al dato ineludibile della progressiva assunzione di rilevanza dell'attività sanitaria svolta attraverso le macchine, rispetto a quella tradizionale, nell'ambito della quale era preminente l'attività umana, quella che in termini più generali verrebbe riferita come "mano d'opera".

Nei settori nei quali, infatti, la mano d'opera risulti essere prevalente l'esenzione dall'IVA può continuare ad essere considerato un beneficio, mentre nei casi inversi in cui prevalga la necessità di approvvigionamento di beni o servizi rispetto alla mano d'opera il beneficio si riduce progressivamente fino a diventare un vero e proprio costo ulteriore.

La "trasformazione" dell'esenzione da trattamento favorevole a elemento di costo avviene nel momento in cui il gestore dell'attività sanitaria, acquistando beni o servizi necessari a fornire assistenza esente all'utenza, dovendo pagare l'imposta ai propri fornitori, non possa detrarre e quindi "neutralizzarla", così inevitabilmente subendola come un costo.

Questo è il fenomeno conosciuto come "IVA occulta", che si manifesta soprattutto perché, a fronte dell'esenzione concessa al fruitore finale del servizio, all'utente, non è attribuito all'operatore il corrispondente diritto alla detrazione. Del fenomeno parla per la prima volta la Commissione Europea [2], sia pure con riferimento ad un settore diverso da quello sanitario, ma chiarendo il meccanismo, che è assolutamente lo stesso: *«Se il consumatore finale di una prestazione esente è un'impresa soggetta ad imposta, a tale impresa l'impresa esente addebiterà costi inclusivi di IVA occulta non deducibile. Ciò comporterà costi più elevati per l'impresa soggetta ad imposta. Quando questa impresa soggetta ad imposta andrà ad addebitare l'IVA sulle sue vendite, il calcolo del valore aggiunto includerà l'IVA occulta nella base imponibile. Ne risulta che il consumatore finale pagherà più imposte, poiché pagherà l'IVA sull'IVA occulta»*.

Tale circostanza era accettata dal Legislatore degli anni '70, che era consapevole che ciò avrebbe comportato il venir meno della neutralità dell'imposta determinando il fenomeno dell'"IVA occulta", ma che aveva, però, chiara la consapevolezza che l'esenzione avrebbe rappresentato un "beneficio" a favore di comparti socialmente meritevoli, per i quali la produzione fosse caratterizzata da una forte componente di lavoro, caratterizzati da una scarsa quantità di acquisti e limitate esigenze di tecnologia, come la Sanità, la cultura, l'educazione o lo sport.

Il vantaggio riservato a tali settori veniva ritenuto superiore a quello connesso all'applicazione dell'aliquota ridotta sociale. La ricerca quantitativa evidenziava, già più di un decennio fa e in modo chiaro, come una stima prudenziale del fenomeno dell'"IVA occulta" mostrasse un'incidenza aggregata vicina all'aliquota sociale, che in Italia è pari al 5%, registrando, tuttavia, incidenze negative di gran lunga superiori e soprattutto a danno delle Strutture tecnologicamente più avanzate, prossime addirittura al 10% [1].

2b.1.1.1. L'esenzione IVA si è trasformata da beneficio ad ostacolo per il settore sanitario

Da quanto precede dovrebbe risultare chiaro come il funzionamento dell'attuale esenzione IVA comporti che, per le operazioni concluse dagli operatori sanitari nei confronti dei propri fornitori di beni o servizi, venga applicata l'IVA che deve essere versata, ma a sua volta non può essere applicata all'utenza finale, in quanto si tratta di operazioni esenti e, di conseguenza, l'operatore sanitario non può esercitare il diritto di detrazione, con ciò scontando interamente sulla sua contabilità l'aliquota IVA applicabile all'operazione di fornitura. Questo meccanismo comporta che l'imposta non sia neutrale, ma, anzi, divenga un vero e proprio costo autonomo per l'operatore sanitario.

Come si accennava poco fa, l'esenzione è stata concepita e sempre trattata come un beneficio, da cui, tuttavia, nella realtà degli ultimi decenni gli ope-

ratori cercano di scappare.

La ragione risiede nel fatto che, ormai, non si tratti più di un beneficio: infatti, se l'operatore sanitario versa un ammontare IVA sugli acquisti maggiore di quanto non possa risparmiare applicandola alle operazioni fornite all'utenza, l'esenzione diventa una penalizzazione, un onere aggiuntivo.

Tradizionalmente, infatti, la produzione di beni e servizi caratterizzata dalla prevalenza di "mano d'opera" propria, interna, si avvantaggia dell'esenzione e quindi la vive come un beneficio in quanto la "bilancia" tra i beni o servizi forniti in esenzione e l'IVA versata ai propri fornitori è ancora positiva per l'operatore, essendo la componente della propria linea produttiva acquisita dall'esterno di minor valore economico rispetto a quella prodotta in autonomia e, quindi, senza il pagamento dell'imposta.

Quando, tuttavia, all'operatore non sia più 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 tal 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 spiega così il diffuso desiderio di "fuggire dall'esenzione" riscontrato anche nei contenziosi promossi in vari Paesi europei, così come in settori diversi da quello sanitario che presentano caratteristiche o esigenze simili. Tale fenomeno è stato addirittura definito "*technological fiscal drag*" [1], evidenziando la fortissima connessione con lo sviluppo tecnologico, fenomeno che risulta essere in chiaro conflitto con l'obiettivo europeo di favorire la modernizzazione del modello sociale comune. Inoltre, il fatto che la maggior parte della produzione di dispositivi medici, farmaci o tecnologie specifiche per la Sanità sia destinato proprio alla Sanità pubblica, comporta effetti sulla disponibilità delle tecnologie e dei prodotti, ma anche conseguenze sulle strategie del Sistema Sanitario pubblico.

L'evoluzione degli ultimi decenni che ha visto un'espansione notevole nel settore sanitario della tecnologia, soprattutto ma non solamente in ambito diagnostico e chirurgico, ha chiaramente contribuito

al sempre maggiore assottigliamento del beneficio fiscale e condotto, gradualmente, verso un trattamento tributario che è divenuto un onere di bilancio per l'operatore sanitario 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.

L'IVA, dunque, si è trasformata in un'imposta tutt'altro che neutrale, che grava sull'operatore sanitario, che applichi l'esenzione ai beni/servizi offerti all'utenza, sotto diversi profili:

- diviene un costo ulteriore, spesso di notevole entità rispetto ai beni/servizi acquistati dai propri fornitori
- diviene un elemento da tenere in considerazione nelle scelte relative alla manutenzione dei beni strumentali all'attività sanitaria ed allo sviluppo tecnologico dei beni/servizi forniti all'utenza
- diviene elemento di influenza nelle scelte gestionali relative ai servizi accessori per l'operatore sanitario.

Il meccanismo dell'"IVA occulta" nell'ambito del SSN è, a ben vedere, 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, e, quindi, l'IVA pagata ai propri fornitori diventa un costo, proprio in quanto non detraibile; dall'altro, assistiamo ormai da tempo ad una serie di cambiamenti nelle forme contrattuali e organizzative da parte dei soggetti protagonisti del Sistema Sanitario, che non sono stati adeguatamente tenuti in considerazione nella loro specificità dalla legislazione fiscale.

In estrema sintesi, si potrebbe dire che l'esenzione in parola espliciti effetti negativi di due tipi:

1. distributivi: ci si chiede quali siano il soggetto o i soggetti sui quali gravi effettivamente il costo dell'esenzione
2. distorsivi: perché influenza l'allocazione degli *input* e le modalità in cui vengono organizzate le produzioni.

Tutto considerato quanto sopra e quanto segue, nonostante la consapevolezza di conservare la so-

stenibilità dei conti pubblici, importante però valutare attentamente come il tema della riforma dell'IVA per il settore sanitario non sia un problema tecnico, ma una priorità politica e sociale:

- vista la vetustà della stragrande maggioranza degli edifici sanitari
- la sempre maggiore necessità di rincorrere e anticipare l'innovazione tecnologica e digitale
- l'obbligo costituzionale di garantire il diritto alla salute.

In particolare, la Spesa Sanitaria dovrebbe essere vista, giustamente, come investimento non solo come costo, ma per renderlo possibile occorre sostenerla sul fronte industriale (farmaceutica, dispositivi, servizi) e smettere di considerare l'"IVA occulta" come un "effetto collaterale inevitabile", per evitare il rischio di scivolare verso una Sanità a due velocità: una per chi può permettersi il privato, una per chi resta "indietro".

2b.1.1.2. L'"IVA occulta" ed il suo peso economico sul sistema produttivo della Sanità

Sotto il profilo economico, nell'ambito di una riflessione generale sull'esenzione IVA nel settore sanitario, si possono ritenere coinvolti tre soggetti principali:

1. lo Stato, che a causa dell'esenzione rinuncia a parte delle entrate erariali
2. i consumatori/utenti finali, che anche a causa dell'esenzione dovrebbero beneficiare di prezzi più bassi dei servizi fruiti
3. i produttori (Ospedali, Strutture Sanitarie, e in genere gli operatori del settore), che non possono applicare l'imposta sull'*output* ma al contempo non hanno diritto di detrarre l'IVA sugli acquisti e quindi vedono aumentare i propri costi effettivi.

La ratio classica dell'esenzione è favorire l'utenza riducendo il prezzo del servizio e ponendo a carico del bilancio statale il mancato gettito causato dall'esenzione.

Gli operatori che erogano servizi esenti non de-

traggono l'IVA sugli acquisti effettuati, quindi subiscono un aumento dei costi. Il danno per loro può essere considerato limitato se:

- comprano relativamente poco (basso contenuto di *input* soggetti a IVA)
- riescono a trasferire una parte di questi maggiori costi sui prezzi.

La possibilità di trasferire i costi sui prezzi dipende, però, da molti fattori, come ad esempio le caratteristiche del servizio erogato, la relativa regolamentazione e il grado di concorrenza nel settore.

Al momento dell'introduzione delle esenzioni, come già accennato, il peso degli acquisti rilevanti ai fini dell'IVA era relativamente basso, e il contesto istituzionale rendeva più facile la gestione degli effetti conseguenti.

Oggi, con la forte crescita della componente tecnologica, non è più così, la situazione del settore è completamente cambiata.

Siamo dunque in presenza di un vero e proprio "conflitto distributivo":

- tra consumatore e produttore: più il produttore riesce a trasferire i costi, meno guadagna il consumatore, e viceversa
- ma anche tra Stato e produttore, quando lo Stato è contemporaneamente finanziatore e "consumatore" (ad esempio, quando paga direttamente le prestazioni sanitarie).
 - In certi casi, si può arrivare a situazioni paradossali: lo Stato, che inizialmente "ci rimette" rinunciando a una parte di IVA per favorire l'utente, potrebbe in realtà recuperare (o addirittura guadagnare) qualcosa attraverso i minori prezzi che paga come acquirente (Regione, ASL ecc.), a condizione che una parte del costo resti in capo ai produttori sotto forma di minori margini.

Occorre chiarire, inoltre, come il comparto industriale, in teoria, dovrebbe considerarsi "neutro" rispetto all'IVA, in quanto soggetto "intermedio", che acquista con IVA, vende con IVA ed esercita il diritto a detrarre l'imposta versata sugli acquisti.

Tuttavia, il comparto industriale inizia ad affacciarsi al dibattito relativo all'"IVA occulta", in quan-

to l'evoluzione dei modelli di servizio e delle forme contrattuali, oltre alla stessa evoluzione del Sistema Sanitario non trovano un adeguato riscontro nella struttura attuale dell'IVA, generando effetti distorsivi anche sulla competitività del settore industriale.

Per fare un esempio, per l'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, il fenomeno dell'"IVA occulta" ha un impatto, ogni anno, che varia tra € 15 mln. e € 17 mln.. Se si pensa a quanti investimenti i singoli soggetti potrebbero effettuare con cifre come queste ci si rende conto dell'impatto del fenomeno sulla Sanità: in tre anni la stessa Azienda ha effettuato lavori per quasi € 20 mln. ed acquistato circa 10 mln. di attrezzature collaudate.

Quindi, in pratica, l'"IVA occulta" costa ogni anno l'equivalente di un grande piano di investimenti triennale [3].

Durante il periodo pandemico il sistema è stato sostenuto dalla misura temporanea dell'IVA agevolata al 5% su alcune apparecchiature, come le TAC o i ventilatori, ma è evidente che servirebbero misure di tipo strutturale, non solo misure emergenziali o temporanee.

2b.1.1.3. Le interferenze dell'imposta sulle scelte gestionali degli operatori sanitari

Molto nel presente Rapporto viene trattato a proposito della direzione che dovrebbe essere data agli investimenti e allo sviluppo per il settore sanitario. Qui preme rilevare come la fiscalità giochi un ruolo spesso cruciale anche nelle scelte gestionali degli operatori, che si trovano a gestire il proprio Ente o il singolo servizio anche in base alla fiscalità, situazione questa che in particolar modo per l'IVA dovrebbe essere considerata un vero e proprio fallimento.

Come già detto, infatti, accanto agli effetti distributivi dell'attuale sistema dell'IVA in Sanità, esistono i suoi "effetti distorsivi".

La non detraibilità dell'IVA pagata sugli acquisti rende meno conveniente approvvigionarsi all'estero e più conveniente internalizzare, con le seguenti conseguenze:

- meno *outsourcing*, più attività effettuate *in-house*
- preferenza per tecniche di produzione meno *capital-intensive* e più *labour-intensive* (soprattutto dove il capitale è fortemente gravato da IVA)
- tendenza all'integrazione verticale: l'Ente sanitario e il fornitore "X" si fondono per evitare il passaggio in cui l'IVA diventa costo definitivo.

Tutto questo interferisce con l'assetto concorrenziale e con l'efficienza del sistema: non si sceglie più la soluzione tecnicamente ed economicamente migliore, ma quella che subisce di meno l'impatto dell'imposta.

Ovviamente non si tratta di un'equazione, per cui le scelte operate sempre in questo modo debbano essere necessariamente quelle meno efficienti, ma il fatto stesso che la fiscalità influisca in modo così impattante su tali scelte non assicura che i servizi somministrati all'utenza siano i più efficienti e tecnologicamente all'avanguardia.

Ad ulteriore riprova di quanto già detto, è opportuno soffermarsi su un'altra considerazione. Per l'acquisto di alcuni beni, come ad esempio per alcuni dispositivi medici, viene applicata un'aliquota IVA ridotta. Tuttavia, sempre più spesso, anziché vendere un determinato bene al SSN, si fornisce invece un servizio: accanto alla cessione del bene, infatti, sempre più spesso viene fornita tutta un'attività connessa di manutenzione continua, di servizi da remoto, di fornitura e gestione di dati e informazioni che vengono utilizzati dalla Struttura Sanitaria.

In questi casi, in cui piuttosto che il semplice acquisto del bene la Struttura Sanitaria preferisca, invece, beneficiare di tutti i servizi connessi, si apre il tema importantissimo legato alla "servitizzazione".

A causa di tale processo, i servizi assumono una sempre maggiore rilevanza, ma, a differenza dei beni oggetto della cessione e dei servizi connessi, questi ultimi sono spesso soggetti ad aliquota ordinaria, creando una gravissima disparità sia di trattamento fiscale che di effetto economico rispetto alla mera cessione del bene.

Serve solo accennare in questa sede al tema delle "nuove" forme contrattuali, ormai sempre più

in uso anche nel settore sanitario, come il *leasing* o le formule di *pay per use*. Si tratta di rapporti nei quali l'oggetto non è tanto il noleggio o l'acquisto del macchinario in sé, ma piuttosto l'applicazione di una tariffa per prestazione (*pay per view / pay per use*), per cui l'operatore paga al produttore o al distributore una cifra per ogni prestazione erogata con quella determinata tecnologia. Si tratta di modelli contrattuali profondamente diversi, rispetto a quelli considerati dal Legislatore fiscale nell'ambito dell'esenzione e che hanno un impatto estremamente distinto dal punto di vista IVA rispetto alla semplice cessione del bene.

Un altro tema di enorme rilevanza è quello legato alla "digitalizzazione". Al di là del rinnovo e della manutenzione delle grandi attrezzature o dell'edilizia, una voce di costo estremamente importante, spesso sottovalutata, consiste proprio nel digitale: *cloud*, *cybersecurity*, interoperabilità e servizi *online*.

Se si intende andare, come sembra necessario per restare al passo, verso una digitalizzazione spinta il costo complessivo di questo processo è molto elevato e soprattutto necessita di competenze.

Attualmente il sistema di reclutamento e di rapporto di lavoro non consente di reperire queste professionalità in modo sufficiente a far fronte alle sfide del prossimo futuro; quindi, in queste condizioni è impossibile affidarsi ad attività *in-house*, per lo meno completamente. Senza un sistema di partenariato pubblico-privato, soprattutto per le soluzioni più innovative (pensiamo a tutto il filone dell'Intelligenza Artificiale) è praticamente impossibile ottenere risultati apprezzabili in tempi rapidi. Ma anche su questi rapporti l'IVA potrebbe avere un impatto determinante.

2b.2. L'incertezza del trattamento IVA nel settore sanitario

Dai paragrafi che precedono sembra abbastanza chiaro quale sia l'impatto del trattamento IVA sul settore, ma dovrebbe anche comprendersi come non vi sia una coerenza di fondo nell'applicazione dell'imposta in Sanità.

In poche parole, nel settore sanitario regna l'incertezza sul trattamento IVA di determinate operazioni, senza che vi si possa individuare una ratio di fondo. Ad esempio, nell'ambito della Sanità, si ritrovano molte aliquote IVA, che si differenziano in base all'oggetto dell'operazione.

Nell'ambito dei dispositivi medici, ad esempio, l'aliquota IVA per una protesi è del 4%, mentre per il materiale di sterilizzazione delle sale operatorie è del 5%, per i farmaci o molti dispositivi a base di sostanza è del 10%, quando per le grandi apparecchiature è invece del 22%.

È evidente la frammentazione del trattamento fiscale, così come la mancanza di una programmazione di fondo: è una questione di individuazione delle priorità, che sembra mancare nel caso in esame.

In altri Paesi, il livello delle aliquote riflette chiaramente anche il contenuto delle scelte di politica sanitaria e, persino, di politica industriale. Nel nostro sistema IVA, invece, tale chiarezza non è rinvenibile, così come non lo è se si guarda all'esternalizzazione.

Si tratta di scelte di politica sanitaria, se non proprio di politica in senso alto, certamente non si tratta di questioni confinate alla sola politica tributaria.

Si guardi ad esempio anche al tema del *payback* sui dispositivi medici (DM), che rientra sempre nell'ambito delle tecnologie. Si tratta certamente di una questione la cui trattazione approfondita esula dallo spazio del presente contributo, di natura assai complessa e con connotazioni fiscali importanti.

Il meccanismo, per riassumerlo, è il seguente: esiste un tetto di spesa regionale per i DM, se il tetto viene superato, la Regione contribuisce per il 50% allo sfioramento e il restante 50% viene ripartito sull'insieme delle Aziende produttrici. Al di là del meccanismo in sé, che esula proprio dalla presente trattazione, occorre qui invece far presente che il calcolo viene effettuato al lordo dell'IVA.

Si tratta quindi di un utilizzo quasi perverso dell'IVA: tanto più si fattura, tanto più si è quindi "virtuosi" sul mercato, tanto più ci si trova a restituire in *payback* (comprensiva di IVA) cifre importanti. E l'entità del contributo dipende anche dalla tipologia dei prodotti: se vendo soprattutto protesi al 4%, mentre per chi vende soprattutto mezzi di contrasto siamo al

22%. Si tratta di contributi di entità molto diversa, ma per i quali il meccanismo non fa distinzione.

Sembrerebbe quindi che l'IVA venga usata non solo come imposta, ma anche come strumento di riequilibrio finanziario che finisce però per penalizzare gli investimenti tecnologici. Si tratta di un esempio ulteriore di come il fisco, se non governato, possa incidere pesantemente sulle scelte tecnologiche.

2b.3. Riflessioni finali

Se da un lato si comprendono le ragioni che hanno portato il Legislatore europeo e nazionale ad esentare dall'IVA le prestazioni fornite al consumatore finale in Sanità, dall'altro è ormai evidente come questa decisione, inizialmente costituente un beneficio, oggi si sia trasformata in un ostacolo allo sviluppo e all'efficienza di tutto il settore proprio a scapito di quell'utenza che si intendeva tutelare.

Ci si deve quindi domandare se l'esenzione IVA così come prevista oggi sia effettivamente il modo migliore per perseguire l'obiettivo originario di agevolare l'accesso ad un servizio essenziale.

Per ridurre gli effetti distorsivi la condizione di base è che vi sia un'uniformità nel trattamento IVA lungo tutta la filiera, cioè un'aliquota uniforme, in modo da ripristinare la neutralità dell'imposta, quanto meno sotto il profilo dell'impatto dell'"IVA occulta".

Tuttavia, occorre anche affrontare la questione del livello della tassazione, dell'aliquota: non si potrebbe ritenere sufficiente decidere di "applicare l'IVA", occorrerebbe anche decidere a che livello applicarla, avendo presenti, certamente gli obiettivi di politica sociale (accesso ai servizi), che si intendono perseguire, gli effetti di tale decisione sul bilancio pubblico, gli effetti sui produttori e l'effetto incentivante all'innovazione.

In sostanza ed in termini generali possiamo affermare che l'uniformità dell'aliquota su tutta la filiera riduce le distorsioni e che il livello dell'aliquota determina chi paga e quanto, cioè l'esito distributivo del trattamento fiscale.

Sarebbe comunque indispensabile un lavoro analitico, condotto settore per settore, in quanto il peso

degli acquisti, la struttura dei costi, la capacità di trasferimento dei costi sui prezzi e il ruolo dello Stato/Ente pubblico come acquirente non sono uguali in tutti i comparti sanitari.

Occorre poi considerare i costi di transizione: i settori abituati a non applicare IVA dovrebbero attrezzarsi con procedure, contabilità, adempimenti. Questo è un elemento non banale, da ponderare nella scelta del livello di aliquota (ad esempio: un'aliquota molto bassa o quasi zero per ridurre al minimo l'impatto).

Occorre a questo punto considerare quali siano le possibilità offerte dal sistema vigente per superare l'*impasse* che blocca risorse finanziarie cospicue per il SSN.

Si consideri, in primo luogo, che l'attuale Direttiva n. 2006/112/CE del Consiglio del 28.11.2006 relativa al sistema comune d'imposta sul Valore Aggiunto (d'ora in poi: Direttiva IVA), non consente di applicare l'IVA alle operazioni che qui interessano, in quanto l'art. 132, alle lettere b) e c), prevede un'esenzione obbligatoria per l'ospedalizzazione, le cure mediche e le operazioni ad esse strettamente connesse, oltre alle prestazioni mediche effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e paramediche definite dallo Stato membro.

In realtà non si vorrebbe arrivare ad auspicare una modifica di tale disposizione, in quanto permanente, ed anzi (oggi nel periodo post-pandemico probabilmente) si rafforza l'esigenza di tenere indenne l'utenza del Servizio Sanitario dai costi di produzione dei beni e servizi necessari alla prestazione dei Servizi Sanitari, IVA compresa. Quello che si vorrebbe arrivare ad ottenere sarebbe recuperare la neutralità dell'imposta per il settore eliminando l'"IVA occulta" e quindi recuperando per gli operatori risorse indispensabili allo sviluppo dei Servizi della Sanità. Ma si vorrebbe anche diminuire l'incidenza della fiscalità sulle scelte gestionali degli operatori, che dovrebbero utilizzare parametri molto diversi rispetto al trattamento fiscale nell'amministrazione dei delicati servizi che producono.

Come procedere, quindi?

Per riuscire ad ottenere qualsiasi modifica delle disposizioni unionali in materia di fiscalità occorre

l'unanimità nel Consiglio dell'Unione, ragion per cui molte delle riforme fiscali necessarie sono in stallo spesso per anni, quando non restano del tutto disattese. La Commissione Europea, conscia di questa situazione, in materia di IVA ha deciso di "provare a fare un passo indietro": considerati i diversi tentativi non riusciti di progredire verso una maggiore uniformità legislativa tra gli Stati membri, ha deciso di provare ad armonizzare tutti i benefici che alcuni Stati membri avevano in materia di aliquote IVA, estendendo tali benefici a tutti gli altri.

La proposta della Commissione, in effetti, è divenuta la Direttiva (UE) n. 2022/542 del Consiglio del 05.04.2022 recante modifica delle Direttive n. 2006/112/CE e (UE) 2020/285 per quanto riguarda le aliquote dell'imposta sul valore aggiunto (d'ora in poi: Direttiva aliquote ridotte del 2022), che al considerando 4 indica tra gli obiettivi quello di «*consentire agli Stati membri di applicare aliquote ridotte al fine di rafforzare la resilienza dei loro Sistemi Sanitari*» attraverso l'estensione del «*l'ambito di applicazione dei beni e dei servizi considerati essenziali per sostenere la prestazione di assistenza sanitaria e per compensare e superare le disabilità*». Il considerando successivo, inoltre, prevede: «*Tutti gli Stati membri devono essere trattati allo stesso modo e dovrebbero pertanto avere le stesse possibilità di applicare le aliquote ridotte, che dovrebbero tuttavia rimanere un'eccezione rispetto all'aliquota normale. Una tale parità di trattamento può essere conseguita consentendo a tutti gli Stati membri di applicare ai beni e ai servizi ammissibili, entro limiti definiti, un massimo di due aliquote ridotte pari almeno al 5%, un'aliquota ridotta inferiore al minimo del 5% e un'esenzione con diritto a detrazione dell'IVA a monte*».

Attraverso, infatti, la modifica dell'art. 98 della Direttiva IVA è stata introdotta la possibilità per gli Stati membri di prevedere l'esenzione con diritto a detrazione dell'IVA pagata a monte per lo meno, per quanto qui di interesse, per i punti 3) e 4) dell'Allegato III della Direttiva IVA: "prodotti farmaceutici utilizzati a fini medici e veterinari, compresi i prodotti utilizzati per fini di contraccezione e di protezione dell'igiene femminile, e i prodotti igienici assorbenti"; "apparecchi, strumenti, dispositivi, articoli, materiale ausiliario

e dispositivi di protezione medici, comprese le mascherine protettive sanitarie, normalmente destinati all'assistenza sanitaria o all'uso da parte delle persone con disabilità, beni essenziali per compensare e superare la disabilità, nonché l'adattamento, la riparazione, il noleggio e il *leasing* di tali beni”.

Viene quindi meno il vincolo unionale all'esercizio del diritto a detrazione per l'operatore che eroghi servizi in esenzione a valle. Tale previsione consentirebbe agli operatori del settore sanitario di recuperare l'IVA versata sulle proprie forniture di beni e servizi, recuperando quella dimensione di neutralità ormai persa da tempo.

L'esenzione con diritto alla detrazione rappresenta infatti la soluzione ideale per il cliente del servizio esente, dal momento che l'erogatore (che mantiene la neutralità dell'imposta potendo chiedere a rimborso l'imposta sostenuta sui propri acquisti) può scegliere la modalità ottimale di produzione del servizio.

Si tratta certamente di un recupero “non gratuito” per il bilancio dello Stato, ma meno costoso di quanto potrebbe sembrare. Infatti, attraverso il sistema della compartecipazione regionale al gettito IVA, le spese sanitarie che non possono essere coperte dalle risorse collegate al territorio delle singole Regioni⁵ vengono sostenute attraverso la redistribuzione del gettito IVA. La quota di gettito IVA complessivo realizzato nel penultimo anno precedente a quello in considerazione, al netto di quanto devoluto alle Regioni a Statuto Speciale e delle risorse UE, ai sensi dell'art. 2 del D.Lgs. n. 56/2000 è determinato con D.P.C.M..

La percentuale della compartecipazione è stata stabilita al 70,14% per l'anno 2020, ai sensi del D.P.C.M. del 10.12.2021, e da ultimo, con il D.P.C.M. del 12.12.2024⁶ è stata rideterminata l'aliquota della compartecipazione regionale al gettito IVA, per l'anno 2021, nella misura del 62,67% [7].

Come si può notare non si tratta di una forma esigua di compartecipazione, che consentirebbe di far

fronte sin da subito a parte degli oneri gravanti sul bilancio pubblico dell'esercizio del diritto a detrazione dell'IVA pagata a monte.

L'esercizio di questa nuova facoltà concessa agli Stati membri da parte della normativa unionale potrebbe rivelarsi una grande opportunità per il SSN [8].

Allo stesso modo si potrebbe ipotizzare l'applicazione “selettiva” di un'aliquota super-ridotta alle forniture fatte alle Unità Sanitarie e agli Ospedali, consentendo, come nell'ipotesi che precede, la detrazione dell'IVA sugli acquisti effettuati e sulle forniture di servizi beneficate dagli operatori sanitari del SSN.

Queste due modalità di superamento del problema consentirebbero una maggiore flessibilità di sistema: 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.

Si tratta di soluzioni che vale assolutamente la pena esplorare, oltre che per le ragioni già riportate, anche in quanto la produzione legata al SSN ha dimostrato (soprattutto durante il periodo pandemico) di essere:

- un settore strategico
- un settore ad alto valore aggiunto
- un settore in cui i Paesi (europei e non) si stanno riposizionando per attrarre investimenti.

Le filiere (produzione, ricerca, sperimentazione) sono sempre maggiormente internazionalizzate e i Paesi si contendono Centri di ricerca, stabilimenti produttivi e competenze avanzate.

Di conseguenza, oltre alla necessità di liberare risorse affrontando il tema dell'“IVA occulta” e dell'IVA sulle tecnologie, è fondamentale che una parte significativa di queste risorse resti nella Sanità e che venga indirizzata soprattutto verso ricerca, innovazione e formazione.

In questo modo, infatti, si risponderebbe meglio

⁵ Si tratta essenzialmente delle entrate interne autonome del SSN, come ad esempio i *ticket* sanitari, dell'IRAP e delle addizionali regionali all'IRPEF

⁶ G.U. n. 29 del 05.02.2025

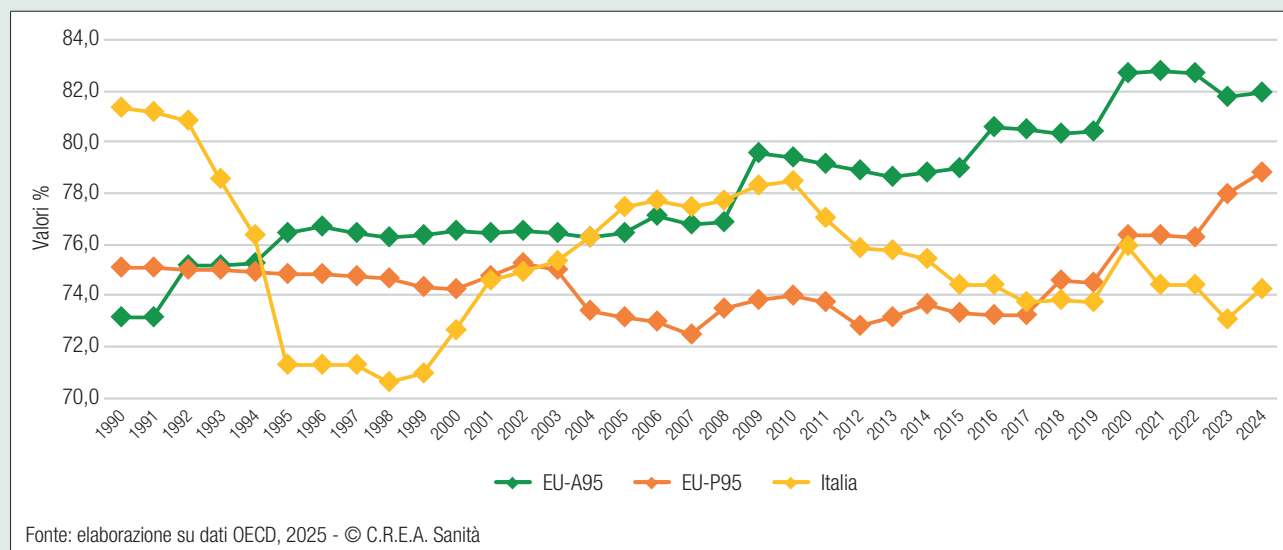
ai fabbisogni del SSN, si valorizzerebbe in generale il Sistema-Paese nel settore delle scienze della vita e si ridurrebbe il rischio che l'Italia perda ulteriormente centralità rispetto ad altri Paesi europei.

In questa chiave va letto il presente Contributo su un tema solo apparentemente tributario, ma in realtà profondamente industriale e strategico.

Riferimenti bibliografici

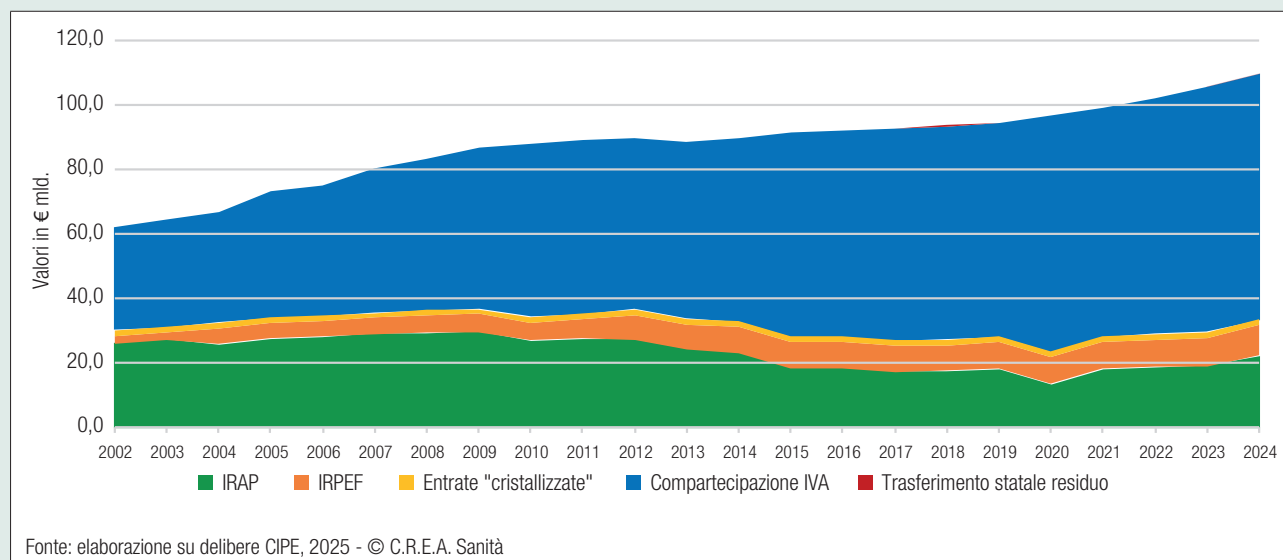
- [1] Bianchi G., Fumagalli L.; L'IVA occulta. Un caso di technological fiscal drag? Perché in Europa si fugge da un «beneficio», Fausto Lupetti Editore. Anno 2011; ID., L'IVA occulta. Un caso di technological fiscal drag? Perché in Europa si fugge da un «beneficio», in Rivista degli infortuni e delle malattie professionali, 2/2011, pp. 685 ss.
- [2] COM(2003) 234 def, Proposta di DIRETTIVA DEL CONSIGLIO che modifica la direttiva 77/388/CEE relativamente all'imposta sul valore aggiunto nel settore postale, p. 3
- [3] Frittelli T.; intervento Tavola rotonda organizzata con la collaborazione dell'Istituto Luigi Sturzo, 20.02.2024
- [4] Co.Ne.Fi.; IVA occulta: come reperire maggiori risorse per il servizio sanitario nazionale?, Tavola rotonda organizzata con la collaborazione dell'Istituto Luigi Sturzo, 20.02.2024. Intervenuti, oltre gli autori: Prof. Angelini F., Dott.ssa Frittelli T., Prof. Montanari F., Avv. Giuliani F., Avv. Urbani Neri F., Prof.ssa Vignoli A., Prof. Ricciardi W., Prof. Lupi R., Avv. Zerman M.P., Dott. Verzulli A.
- [5] Co.Ne.Fi.; Le diverse declinazioni della neutralità concorrenziale nella dinamica tra Istituzioni europee e Stati, convegno organizzato in collaborazione con l'Istituto Luigi Sturzo, 15.06.2023. Intervenuti, oltre gli autori: Prof. Angelini F., Dott. Rossi P., Prof. Montanari F., Prof. Pepe F., Dott.ssa Piasente M.
- [6] Co.Ne.Fi.; Soggetti ed attività ai fini dell'IVA. Per fare un po' d'ordine tra la disciplina europea, quella interna e qualche indagine di tipo comparatistico, convegno organizzato con la collaborazione dell'Istituto Luigi Sturzo, 22.02.2023. Intervenuti: Prof. Montanari F., Prof. Di Pietro A.
- [7] Co.Ne.Fi.; Sanità e neutralità dell'IVA, Convegno organizzato con la collaborazione dell'Istituto Luigi Sturzo, 14.02.2022. Intervenuti, oltre gli autori: Prof. Di Pietro A., Dott.ssa Frittelli T., Dott. Pillet P., Dott.ssa Sandberg Nilsson A., Dott.ssa Piasente M., Dott.ssa Guerreiro Lanca C., Prof. Franzini M., Dott. Raponi D., On. Toja P.
- [8] Camera dei Deputati; Documentazione parlamentare – Studi Affari regionali, La compartecipazione regionale all'IVA, <https://temi.camera.it/leg19/post/la-compartecipazione-regionale-iva.html>
- [9] Nello stesso anche Assonime, Audizione di Assonime sulla Delega al Governo per la riforma fiscale (A.C. 1038 e A.C. 75) 18.05.2023, 9/2023, p. 12: "Sarebbe auspicabile che fosse colta l'opportunità, data dalla direttiva 2022/452, di prevedere esenzioni con diritto alla detrazione. Ciò permetterebbe di eliminare l'IVA occulta che deriva dall'indetraiabilità dell'imposta afferente alle operazioni esenti, rendendo, quindi, l'imposta più neutrale nei settori considerati (ad es. la Sanità)"
- [10] Ricci A, Angheleddu A.; Federsanità risponde alla consultazione pubblica dell'Europa per la revisione del regime IVA nei settori in esenzione, in I documenti di: quotidianosanità.it, 23.04.2014

KI 2.1. Finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente



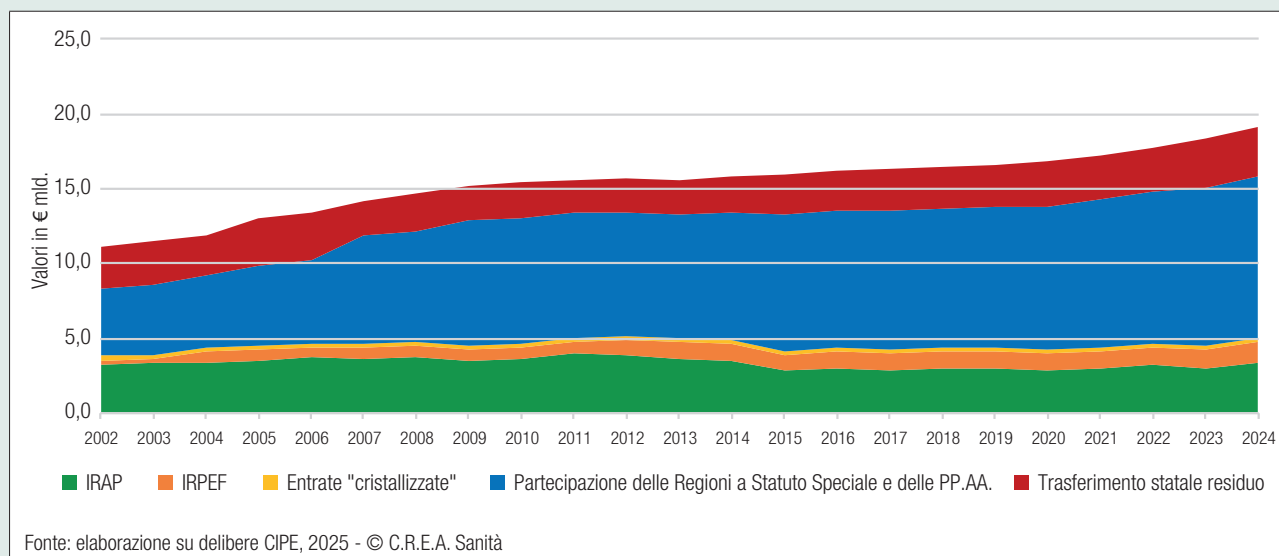
Nel 2024, nei Paesi EU-Ante 1995, il settore pubblico ha fatto fronte, in media all'81,9% della Spesa Sanitaria corrente; nei Paesi EU-Post 1995 in media al 78,8%; per l'Italia la quota si attesta al 74,3%. Il *gap* dell'Italia verso i Paesi EU-Ante 1995 è di -7,7 punti percentuali (p.p.): era positivo (+8,2 p.p. nel 1990), è arrivato a -5,5 p.p. nel 1999, per poi ridursi fino a tornare positivo (+0,8 p.p. nel 2004); successivamente è tornato negativo, toccando il massimo nel 2021 (-8,3 p.p.). Rispetto ai Paesi EU-Post 1995, è pari a -4,5 p.p. nel 2024; era positivo (+6,2 p.p. nel 1990) è arrivato a -1,6 p.p. nel 2000, è risultato positiva dal 2003 (+0,3 p.p.), toccando il massimo nel 2007 (+5,0 p.p.); torna negativo dal 2018 (-0,7 p.p.).

KI 2.2. Composizione Finanziamento pubblico del FSN Regioni a Statuto Ordinario



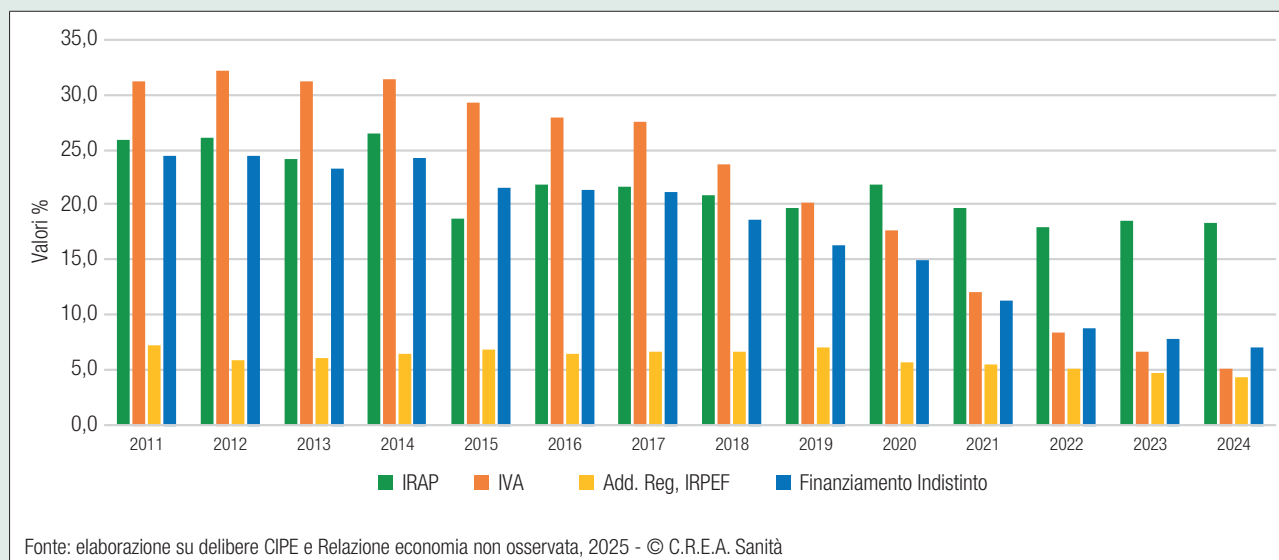
Nel 2024 il Finanziamento complessivo delle Regioni a Statuto Ordinario è pari a € 109,5 mld., l'IRAP ammonta a € 22,3 mld. (20,4% del totale), l'addizionale regionale IRPEF a € 9,4 mld. (8,6%), le entrate "cristallizzate" a € 1,7 mld. (1,6%), la compartecipazione IVA a € 76,1 mld (69,5%). Rispetto al 2002, il Finanziamento complessivo si è incrementato del 77,1% pari a € 61,8 mld., il peso dell'IRAP è diminuita di 20,6 p.p., l'addizionale regionale IRPEF è cresciuta di 4,7 p.p., le entrate "cristallizzate" sono diminuite di 1,4 p.p., la compartecipazione IVA è aumentata di 18,4 p.p.. Negli anni 2017-2019 è presente anche una quota variabile fra lo 0,2% e 0,3% attribuibile al trasferimento statale residuo.

KI 2.3. Composizione entrate Regioni a Statuto Speciale e PPAA.



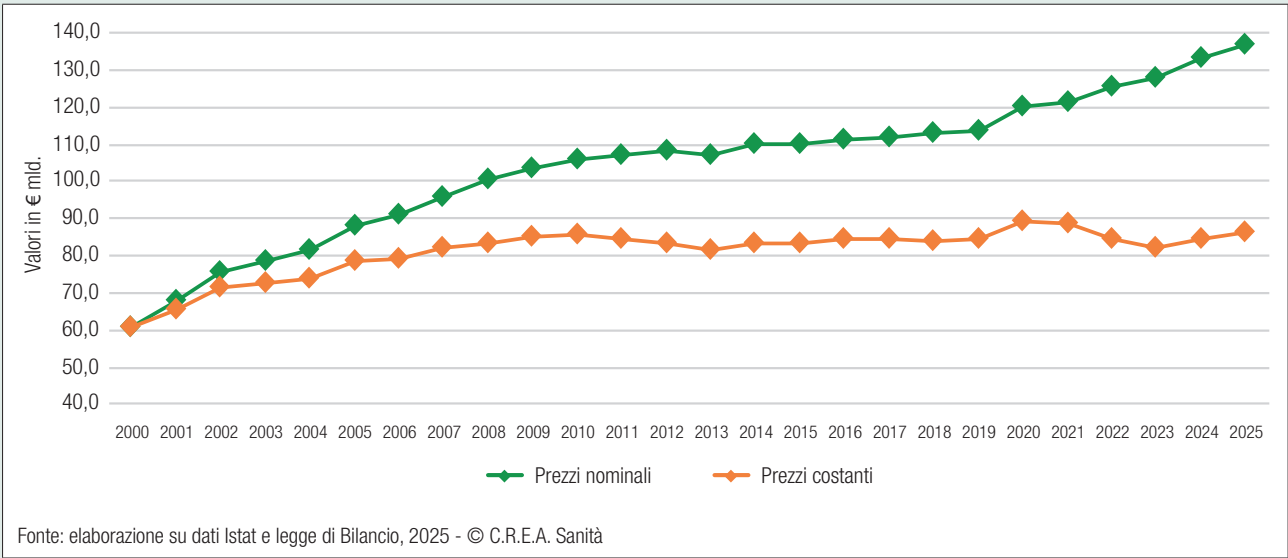
Nel 2024 il Finanziamento complessivo delle Regioni a Statuto Speciale e PPAA. è pari a € 19,1 mld., l'IRAP ammonta a € 3,4 mld. (17,8% del totale), l'addizionale regionale IRPEF a € 1,3 mld. (6,9%), le entrate "cristallizzate" a € 0,3 mld. (1,4%), la partecipazione delle Regioni e PPAA. a Statuto Speciale a € 10,8 mld. (56,7%), il "residuo" del trasferimento statale a € 3,3 mld. (17,2%). Rispetto al 2002, il Finanziamento complessivo si è incrementato del 72,7% pari a € 11,1 mld., il peso dell'IRAP è diminuito di 11,3 p.p., l'addizionale regionale IRPEF è aumentata di 3,9 p.p., le entrate "cristallizzate" sono diminuite di 1,2 p.p., la partecipazione delle Regioni e PPAA. a Statuto Speciale sono aumentate di 15,9 p.p., il "residuo" del trasferimento statale è diminuito di 7,3 p.p..

KI 2.4. Gap Finanziamento Indistinto



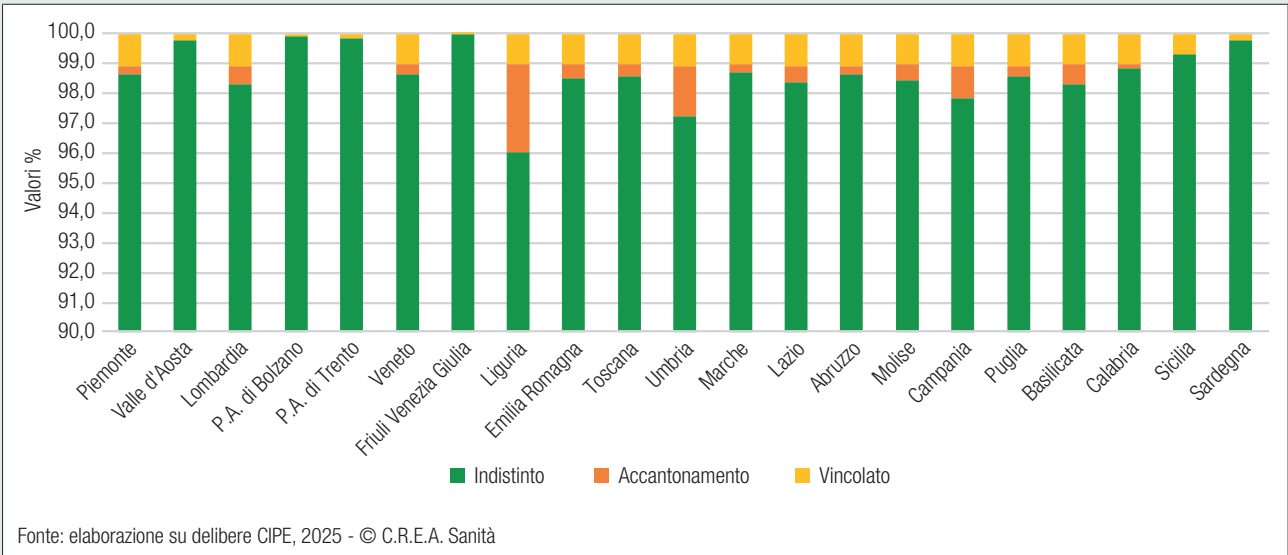
Nel 2024 il *taxgap* relativo all'IRAP destinata alla Sanità risulta pari al 18,3%, in riduzione di 7,6 p.p. rispetto al 2011; quello della compartecipazione all'IVA risulta pari al 5,2% e si è ridotto di 26,0 p.p.; quello dell'addizionale regionale IRPEF risulta del 4,3% in riduzione di 3,0 p.p.. Sulla base di queste stime, a parità di aliquota, l'evasione fiscale, nel 2024 avrebbe ridotto il Finanziamento Indistinto del 7,1%, valore in riduzione di 17,3 p.p. rispetto al 2011 (24,4%).

KI 2.5. Evoluzione del Finanziamento del SSN



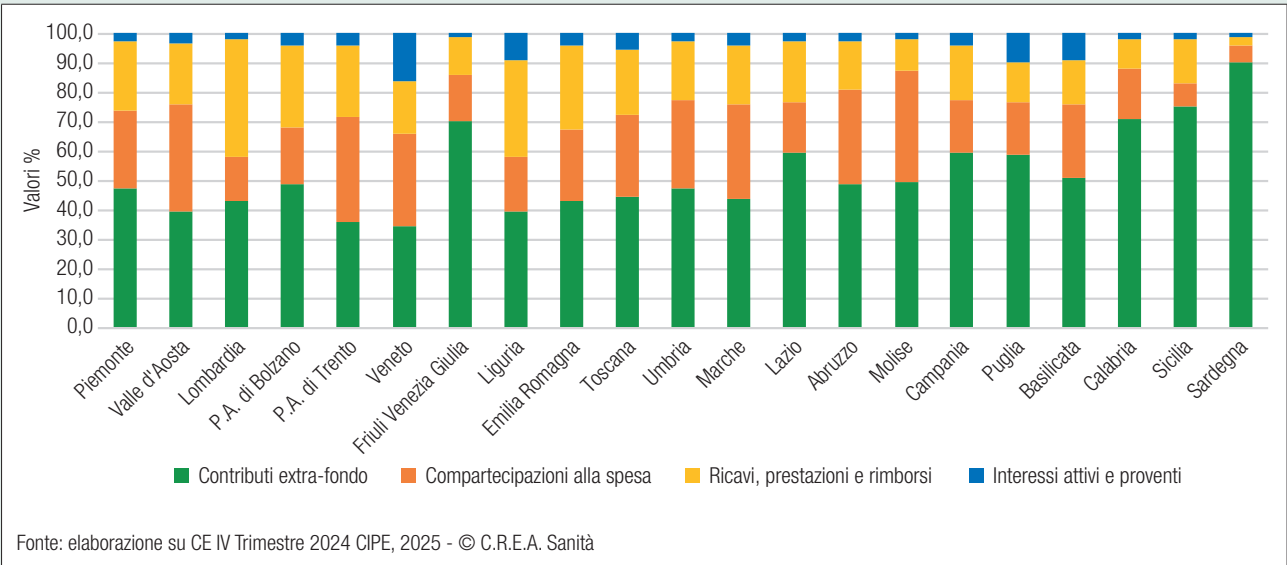
Il Finanziamento del SSN, nel periodo 2000-2025, in termini nominali è cresciuto del 126,0%, pari al +3,3% medio annuo. In termini reali, è cresciuto, del 42,5% (1,4% medio annuo); va notato che dal 2011 al 2018 (con un'eccezione nel 2016) e dal 2021 al 2023 si registra una crescita reale negativa (deflazionando con l'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati).

KI 2.6. Composizione Finanziamento SSN



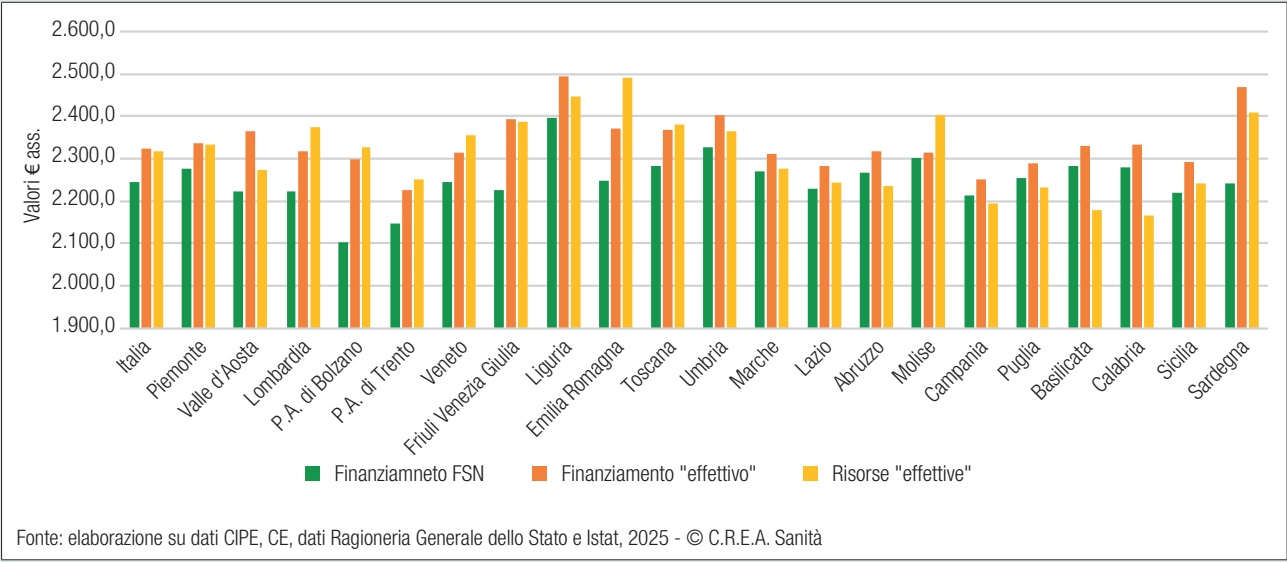
Nel 2024 il Finanziamento Indistinto rappresenta, in media, il 98,7% delle risorse totali per il SSN, con la quota minore in Liguria (96,1%) e quella maggiore in Friuli Venezia Giulia (99,99%); la quota delle risorse accantonate è pari allo 0,5%, con la quota minore in Calabria (0,2%) e quella maggiore in Liguria (2,9%), al netto delle Regioni che non le hanno ricevuto; infine, le risorse vincolate sono pari al residuo 0,7%, con la quota minima (0,01%) in Friuli Venezia Giulia e Calabria, e quella massima in Campania (1,11%).

KI 2.7. Composizione Entrate Proprie. Anno 2024



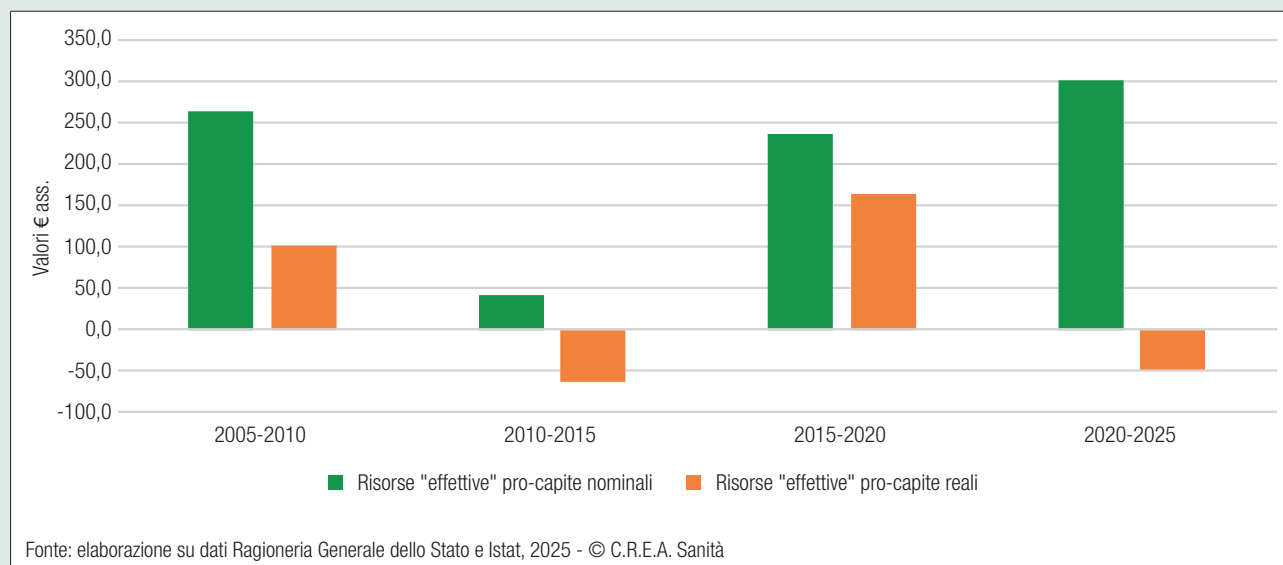
Nel 2024, le Entrate Proprie per le Regioni sono composte, in media, per 52,3% da contributi extra-fondo, (con la quota maggiore del 90,0% in Sardegna e quella minore del 34,4% in Veneto); per il 23,4% dalle compartecipazioni alla spesa per i cittadini (dal 37,7% del Molise al 6,2% della Sardegna); per 19,6% dai ricavi, prestazioni e rimborsi (dal 40,5% della Lombardia al 2,6% della Sardegna); infine il 4,7% dagli interessi attivi e proventi (dal 16,0% in Veneto all'1,1% in Friuli Venezia Giulia).

KI 2.8. Finanziamento pro-capite “standard”, “aziendale” ed “effettivo”. Anno 2024



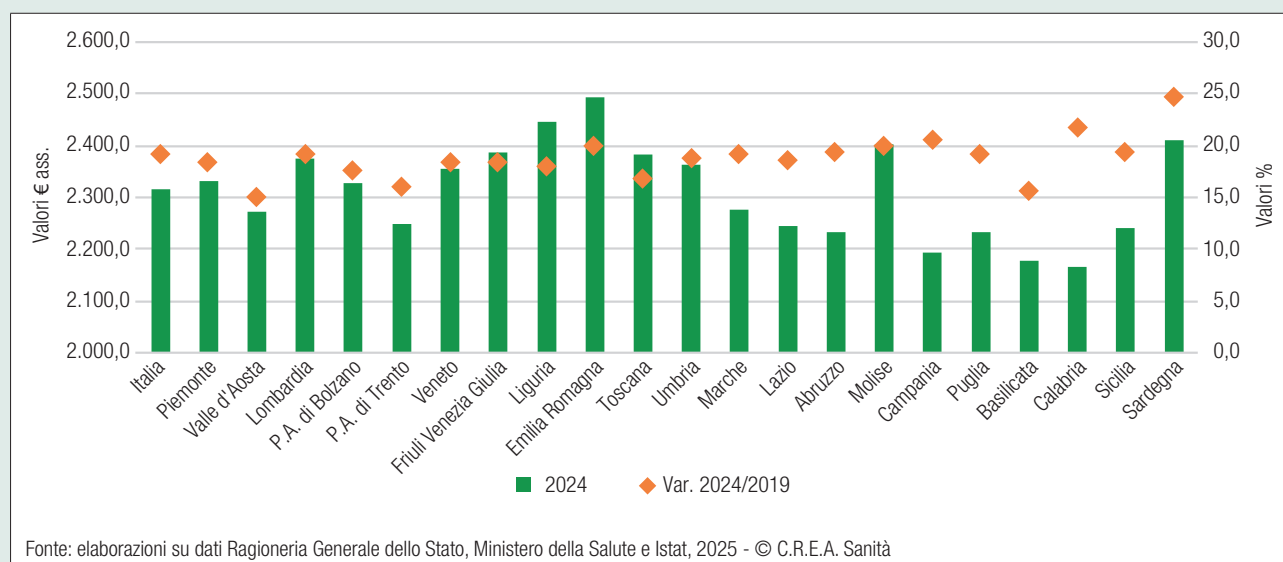
Nel 2024 il Finanziamento pro-capite regionale del Fabbisogno Sanitario Nazionale è massimo in Liguria (€ 2.394,8) e minimo nella P.A. di Bolzano (€ 2.101,0), con una differenza pari a € 293,8; aggiungendo le entrate proprie (al netto delle cristallizzate), il Finanziamento “effettivo” risulta massimo in Liguria (€ 2.493,2) e minimo nella P.A. di Bolzano (€ 2.224,8), con una differenza pari a € 268,4; infine considerando i saldi di mobilità le risorse effettivamente utilizzabili dalle Regioni sono massime in Emilia Romagna (€ 2.492,4) e minime in Calabria (€ 2.164,5), con una differenza pari a € 327,9.

KI 2.9. Risorse "effettive" pro-capite nominali e reali



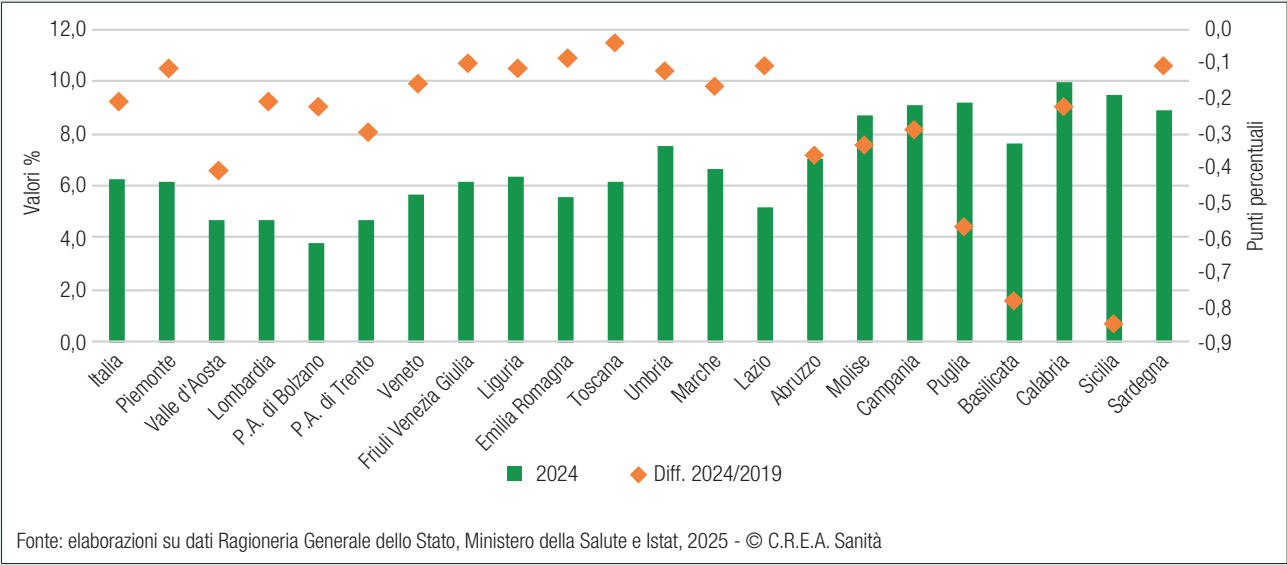
Nel periodo 2005-2010 le risorse per la Sanità "effettive" sono cresciute in termini reali di € 101,4 pro-capite (+1,3% medio annuo) e di € 262,9 (+3,2%) in termini nominali; nel periodo 2010-2015 si è registrata una diminuzione in termini reali pari a € 64,4, (-0,8%), mentre in termini nominali è cresciuta di € 40,4 (+0,4%); nel periodo 2015-2020 la variazione reale risulta pari a € 163,8 (+2,0%) e quella nominale di € 236,5 (+2,5%); infine, nel periodo 2020-2025 in termini reali, la variazione risulta nuovamente negativa, pari a € 28,9 (-0,6%), in termini nominali è cresciuta di € 328,4 (+3,0%).

KI 2.10. Risorse "effettive" pro-capite regionali



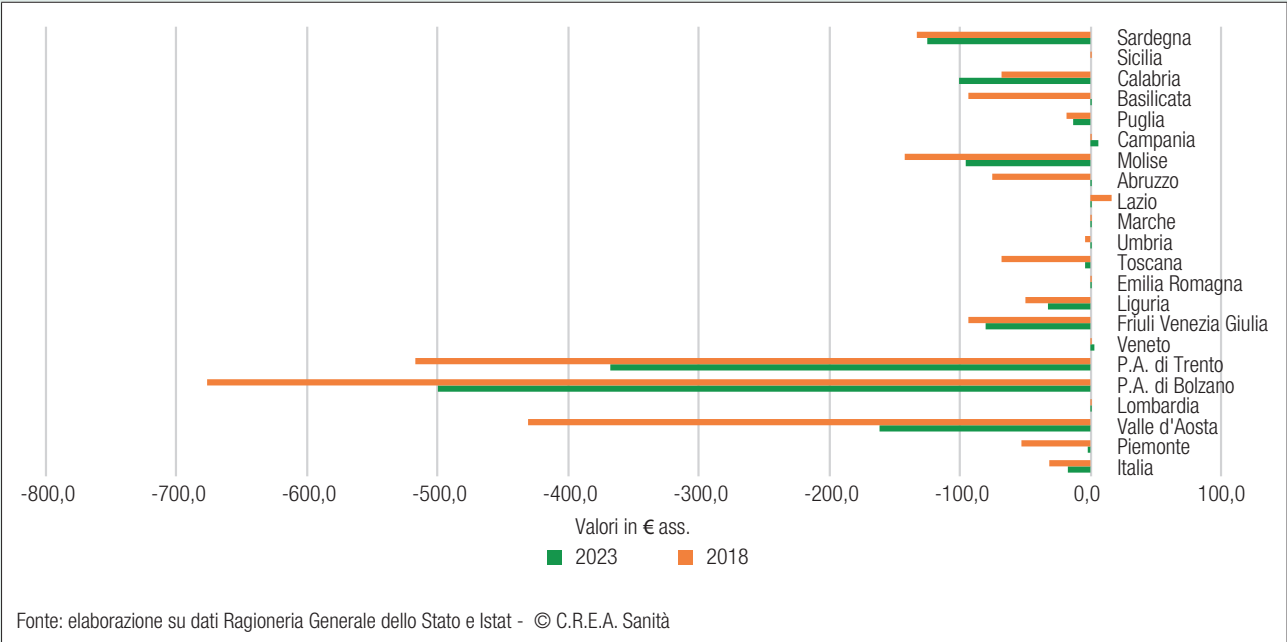
Nel 2024, le risorse "effettive" pro-capite sono a livello nazionale in media pari € 2.316,9, in crescita del 19,2% nell'ultimo quinquennio (+3,6% medio annuo). Le differenze tra la Regione con il livello maggiore (Emilia Romagna), e quella con il livello minore (Calabria), è pari al 13,6%, ovvero a € 327,9. Nell'ultimo quinquennio la Regione che ha registrato il maggiore aumento delle risorse "effettive" è stata la Sardegna (+4,5% medio annuo); all'estremo opposto la Valle d'Aosta (+2,8%).

KI 2.11. Incidenza delle risorse “effettive” sul PIL regionale



Nel 2024, l'incidenza delle risorse “effettive” sul PIL a livello nazionale è stata pari al 6,2%, in diminuzione di 0,2 p.p. nell'ultimo quinquennio. Nel meridione l'incidenza è in media pari al 8,9% del PIL (-0,4 p.p. nell'ultimo quinquennio); nelle Regioni del Nord al 5,3% (-0,2 p.p.); in quelle centrali al 5,8% (-0,1 p.p.). La Regione con la massima incidenza sul PIL è la Calabria con il 9,9% (-0,2 p.p.); quella con l'incidenza minore è la P.A. di Bolzano con il 3,8% (-0,2 p.p.).

KI 2.12. Risultato di esercizio



Nel 2023 il disavanzo dei risultati d'esercizio del SSN è negativo per € 1.850,4 mld. (€ 31,4 pro-capite), in aumento nell'ultimo quinquennio di € 13,4 (74,9%, 11,8% medio annuo rispetto al 2018). Nel 2023, 14 Regioni registrano un risultato d'esercizio negativo: la Regione con il disavanzo maggiore in termini pro-capite è la P.A. di Bolzano (€ 676,9), quella con il disavanzo minore è l'Umbria (€ 3,9).



Capitolo 3

Spesa

- 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

Key Indicators

Sintesi
CAPITOLO 3a
L'evoluzione della Spesa:
confronti internazionali e trend nazionali

Polistena B.¹, Lo Giudice C.²

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.

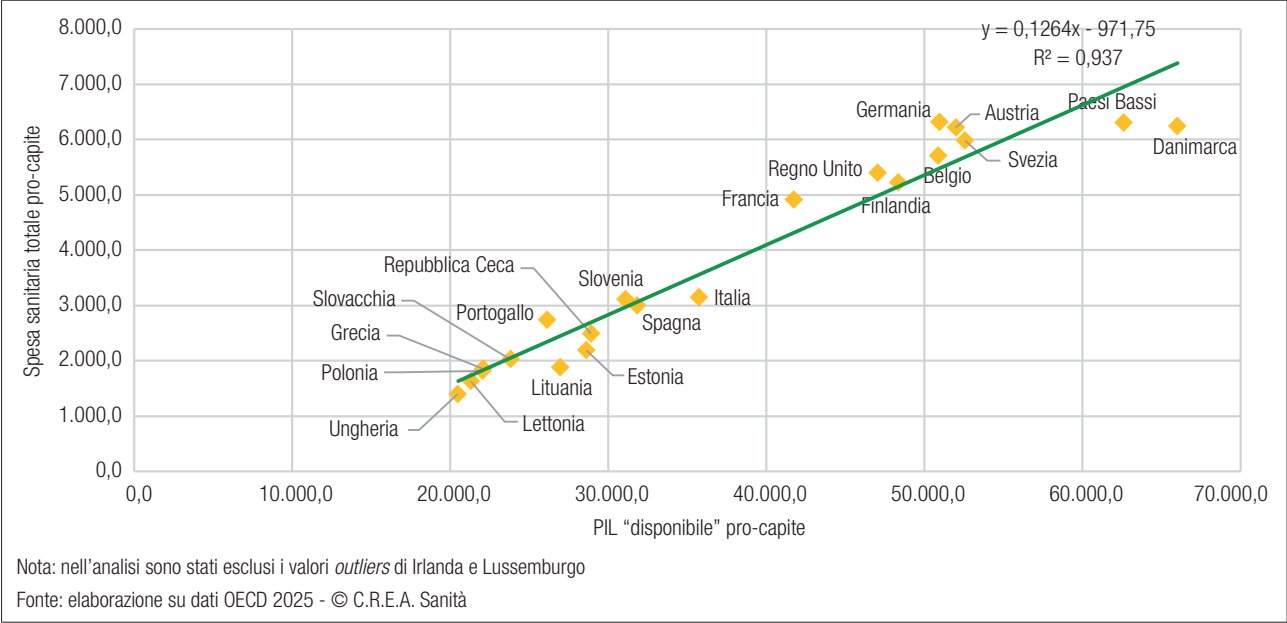
Le analisi confermano che la Spesa sanitaria totale pro-capite nazionale, nel 2024, rimane significativamente inferiore (-38,9%) rispetto a quella dei rimanenti Paesi che hanno aderito all'EU prima del 1995 (EU-Ante 1995³).

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.

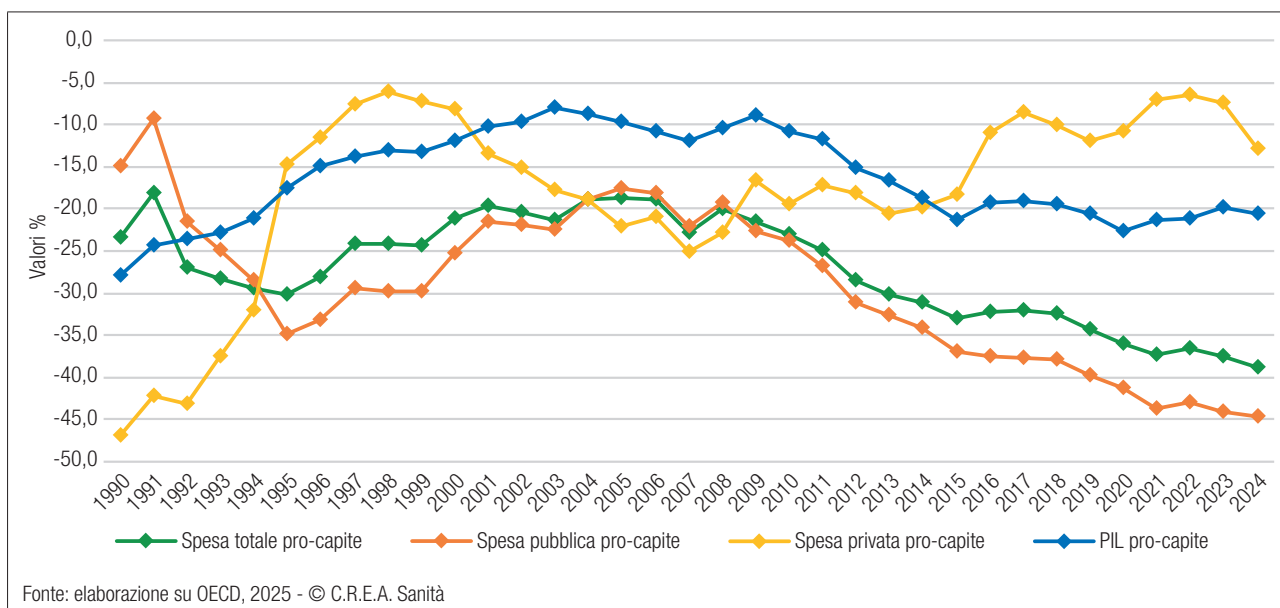
Analizzando le tendenze di lungo periodo, la Spesa sanitaria totale italiana, rispetto al 1990, ha registrato un differenziale (negativo) rispetto ai Paesi EU-Ante 1995, ampliandosi di +15,4 punti percentuali (p.p.).

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



¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata
² Università degli Studi di Roma Tor Vergata
³ 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 1995⁴: 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

⁴ 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.

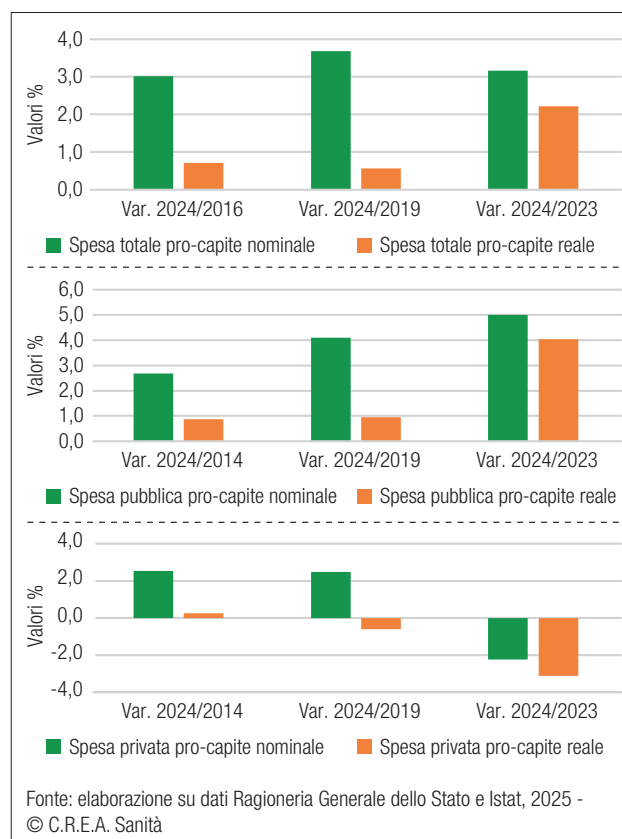
La differenza è in larga misura ascrivibile alla componente privata, per la quale la differenza tra la Regione con Spesa massima e quella con Spesa minima supera le 2,1 volte (€ 555,1).

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 3a

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

Polistena B.¹, Lo Giudice C.²

3a.1. Il contesto internazionale

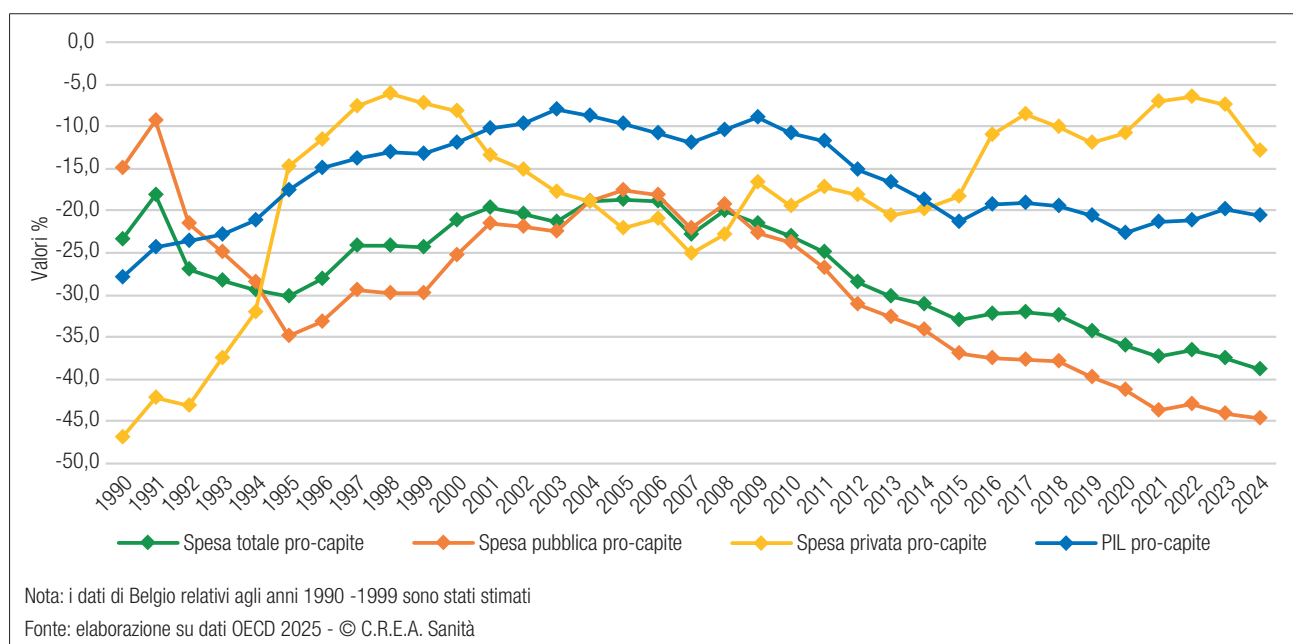
Nel 2024, la Spesa sanitaria corrente italiana (pubblica e privata) è risultata pari a € 185,1 mld., pari a € 3.140,1 pro-capite. Secondo i dati diffusi dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), la Spesa sanitaria totale pro-capite è inferiore del -38,9% rispetto alla media (€ 5.138,3) dei (rimanenti) Paesi membri dell'Unione Europea (EU) da prima del 1995 (EU-Ante 1995³), e superiore del +63,5% rispetto alla media (€ 1.920,9)

dei Paesi entrati dopo il 1995 (EU-Post 1995⁴).

Rispetto al 1990 il differenziale (negativo) rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 si è ampliato di +15,4 punti percentuali (p.p.), di cui +1,4 p.p. nell'ultimo anno (Figura 3a.1.).

Ripetendo i confronti a parità di potere di acquisto (\$-PPP), la riduzione del differenziale tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 è minore, risultando di +27,9 p.p. rispetto al 1990, di cui +1,5 p.p. nell'ultimo anno (Figura 3a.2.).

Figura 3a.1. Trend del differenziale in termini di Spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite fra Italia e Paesi EU-Ante 1995



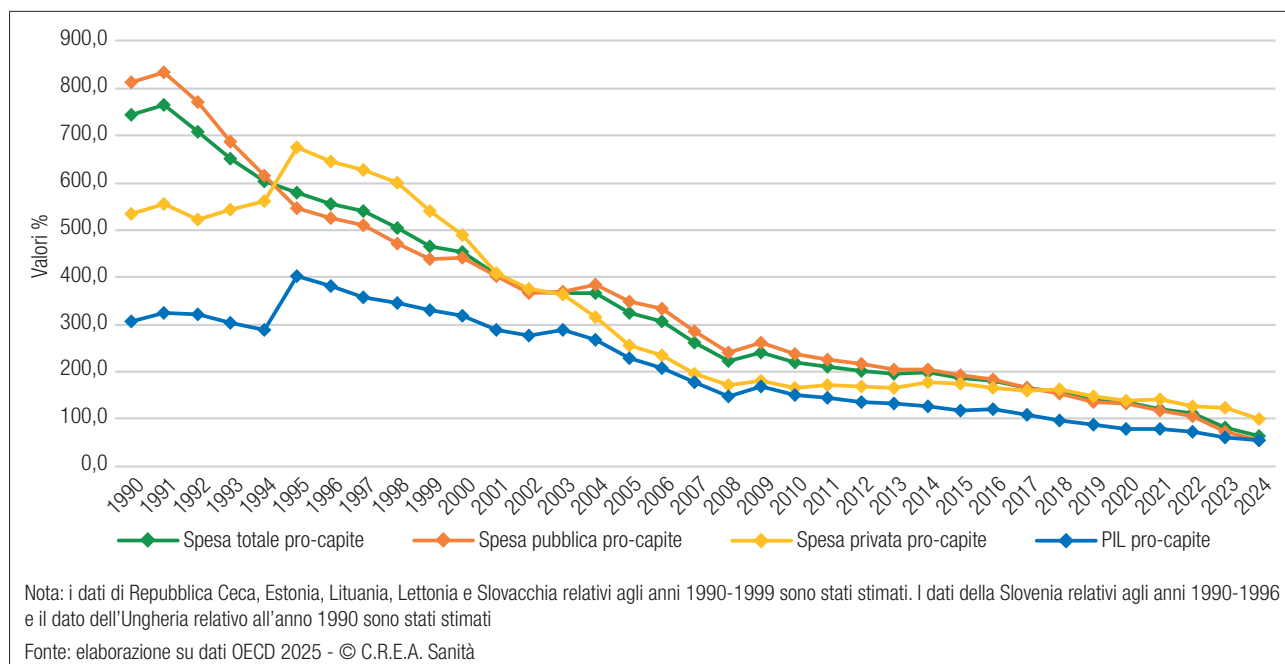
¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

² Università degli Studi di Roma Tor Vergata

³ 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

⁴ 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

Figura 3a.2. Trend del differenziale in termini di Spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite a parità di potere d'acquisto (\$-PPP) fra Italia e Paesi EU-Ante 1995



Contemporaneamente la Spesa pro-capite in Italia si avvicina a quella dei Paesi EU-Post 1995: pur rimanendo ancora superiore, il differenziale si è ri-

dotto di -681,1 p.p. rispetto al 1990, di cui -19,0 p.p. nell'ultimo anno (Figura 3a.3.).

Figura 3a.3. Trend del differenziale in termini di Spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite fra Italia e Paesi EU-Post 1995

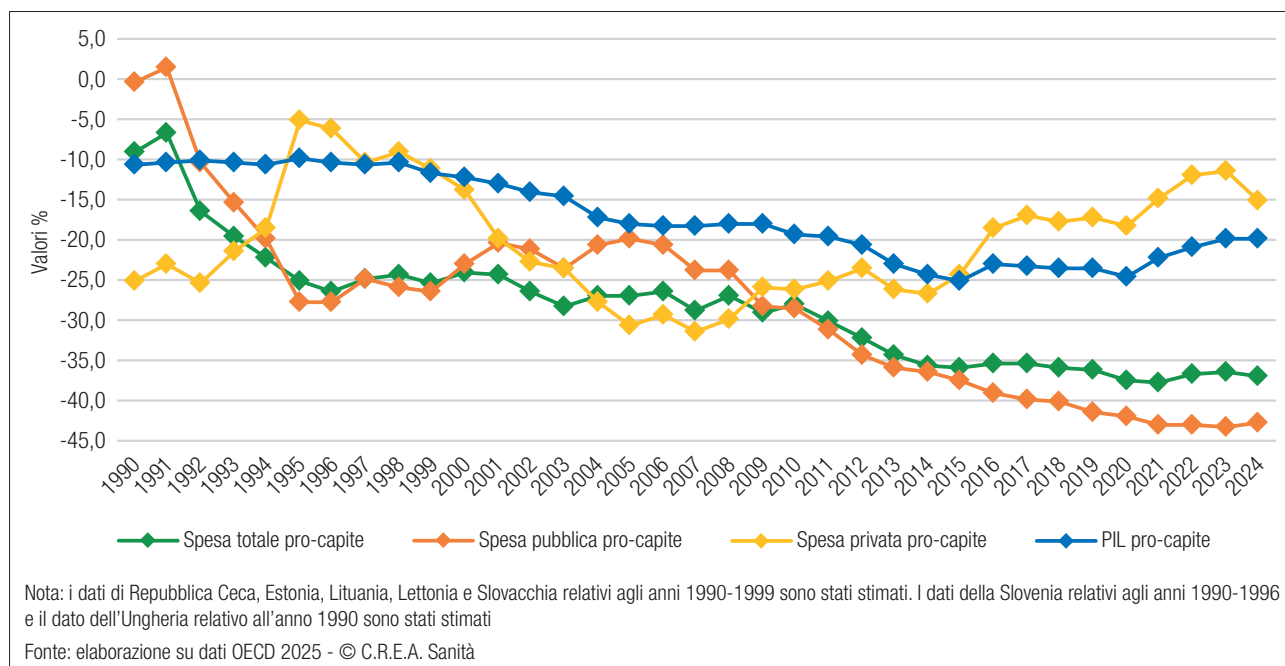
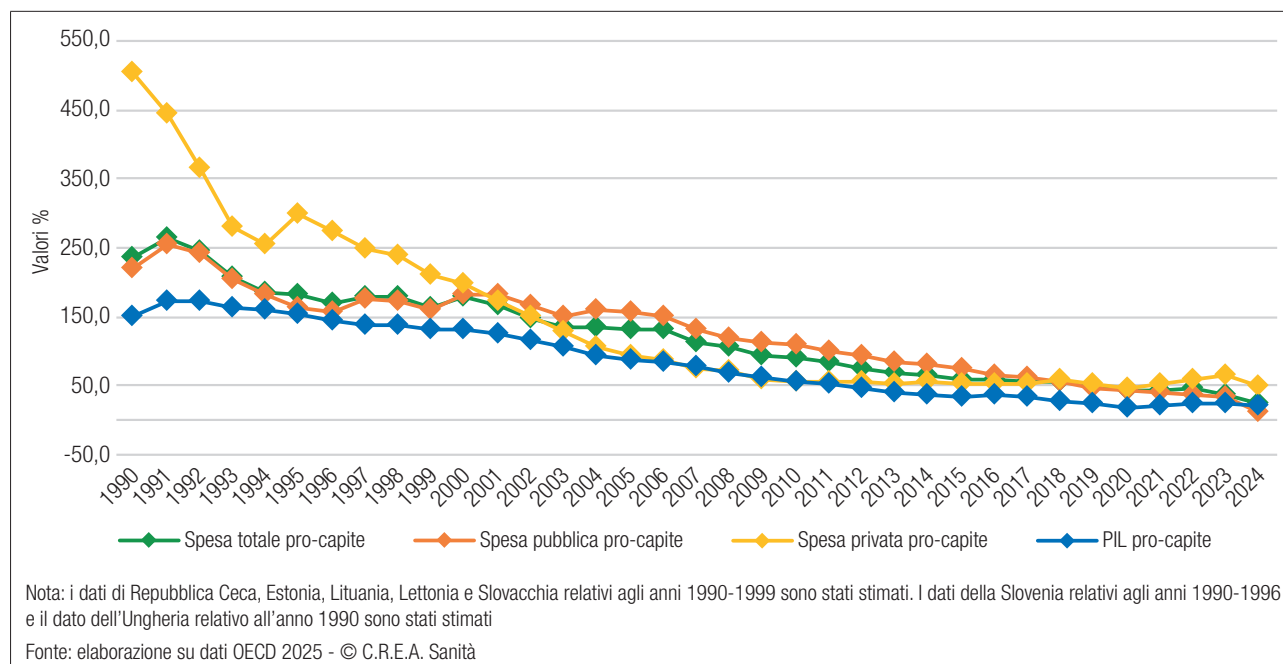


Figura 3a.4. Trend del differenziale in termini di Spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite a parità di potere d'acquisto (\$-PPP) fra Italia e Paesi EU-Post 1995



I confronti a parità di potere di acquisto con i Paesi EU-Post 1995 fanno registrare una minore riduzione del differenziale nella Spesa pro-capite che risulta di -212,6 p.p. rispetto al 1990, di cui -12,3 p.p. nell'ultimo anno (Figura 3a.4.).

La Spesa sanitaria pro-capite nell'ultimo anno, in Italia, è cresciuta del +3,4%, contro una media del +5,8 degli altri Paesi EU-Ante 1995; il differenziale (-2,4 p.p.) è "strutturale": dal 1990 la crescita media annua italiana è stata pari al 3,7%, -0,7 p.p. annui in meno rispetto alla media (+4,4%) degli altri Paesi considerati.

Nel lungo periodo, il differenziale nella Spesa sanitaria si è allargato più di quello relativo al Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite, per il quale, la crescita è stata uguale fra Italia e Paesi EU-Ante 1995; nell'ultimo anno il differenziale è stato di -1,8 p.p. (+2,9% Italia verso 4,6% Paesi EU-Ante 1995).

I differenziali nella Spesa totale sono, in larga misura, condizionati dagli andamenti della componente pubblica.

Il divario fra la Spesa pubblica pro-capite italiana e quella dei Paesi EU-Ante 1995 è pari al -44,6%, in aumento di +29,7 p.p. rispetto al 1990, di cui +0,5

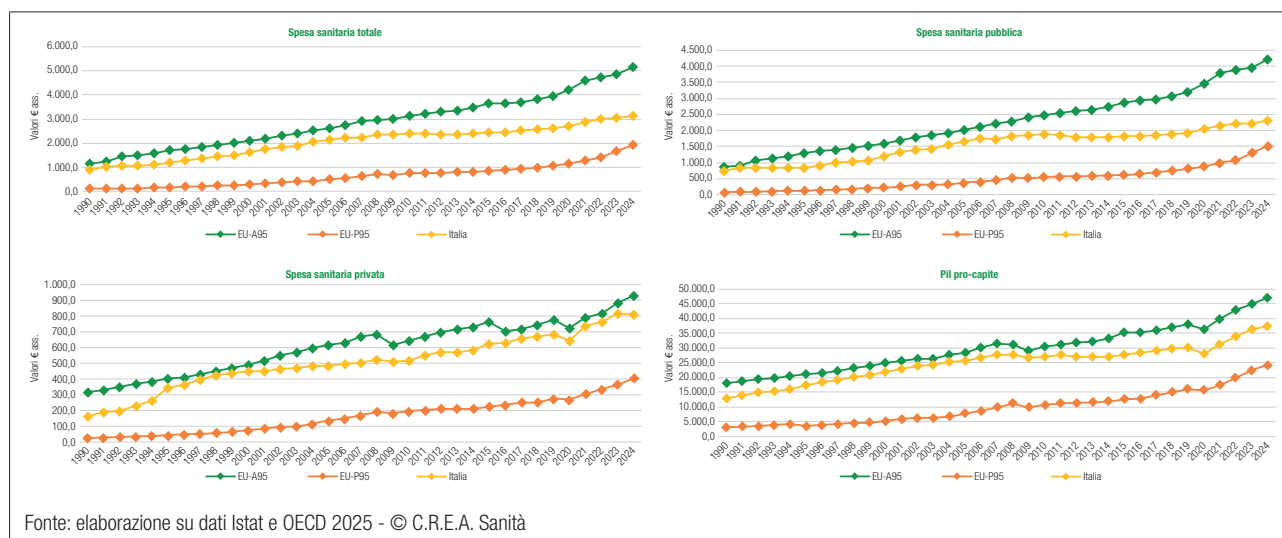
p.p. nell'ultimo anno; in parità di potere d'acquisto, la Spesa espressa in \$-PPP presenta un differenziale che si è incrementato di +42,4 p.p. rispetto al 1990, con un decremento di -0,4 p.p. nell'ultimo anno.

Parallelamente, il dato di Spesa pubblica pro-capite italiana, pur rimanendo ancora maggiore, tende ad avvicinarsi a quello dei Paesi EU-Post 1995: il differenziale si è ridotto di -759,9 p.p. rispetto al 1990, di cui -16,9 p.p. nell'ultimo anno. Considerando la Spesa espressa in \$-PPP, lo scarto risulta di -206,1 p.p. rispetto al 1990, di cui 20,6 p.p. nell'ultimo anno.

Nel periodo 1990-2024 la Spesa pubblica pro-capite in termini nominali è cresciuta del 218,2% (3,5% medio annuo), ma con "velocità" diverse nei sotto-periodi: nel periodo 1992-2001, in corrispondenza dell'esplicarsi degli effetti della prima riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (D.Lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993), è cresciuta al tasso medio annuo del +5,0%; dopo l'approvazione della modifica del titolo V della Costituzione (L. Cost. n. 3/2001) la crescita si è ridotta al 2,5% medio annuo.

In termini reali la Spesa pubblica pro-capite, rispetto al 1990, si è incrementata dello 0,8% medio annuo (3,2% nell'ultimo anno).

Figura 3a.5. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite, Italia, EU-Ante 1995 e EU-Post 1995



Per quanto concerne la Spesa sanitaria privata va propedeuticamente espressa una nota di cautela: a partire dal 2012, registriamo un disallineamento tra la Spesa sanitaria delle famiglie diffusa da OECD e quella riportata nella contabilità nazionale dell'Istat che, per il 2024, risulta inferiore di circa € 4,3 mld..

Con l'avvertenza espressa, utilizzando il dato OECD il differenziale 2024 nella Spesa privata tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 risulta pari al -13,0% (in aumento di +5,5 p.p. rispetto all'anno precedente); allungando l'osservazione sino al 1990, il decremento è di -33,9 p.p..

Il dato si conferma considerando la Spesa a parità di potere di acquisto: -10,0 p.p. rispetto al 1990 (dal -25,1% al -15,1%), con un decremento nell'ultimo anno -3,7 p.p..

Rispetto ai Paesi dell'area EU-Post 1995, il differenziale rimane positivo (+98,3%), ma in flessione di -436,4 p.p. rispetto al 1990 di cui -24,4 p.p. nell'ultimo anno. Il dato espresso in \$-PPP conferma la riduzione del differenziale: -456,1 p.p. rispetto al 1990, di cui 17,2 p.p. nell'ultimo anno.

La Spesa privata è cresciuta in termini nominali del 389,9% tra il 1990 e il 2024. La crescita è stata più marcata (+9,4% medio annuo) nel periodo 1992-2001, in corrispondenza dell'esplicarsi degli effetti della prima riforma del SSN (D.Lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993), e inferiore (+2,7%) negli anni successivi.

In termini reali la Spesa privata rispetto al 1990 si è incrementata del 2,2% medio annuo; nell'ultimo anno si è ridotta del -2,9%.

La Figura 3a.5. riassume i *trend* descritti.

La relazione Spesa sanitaria/PIL

L'incidenza della Spesa sanitaria (totale o pubblica) sul PIL, è spesso oggetto di valutazioni tese a qualificare l'impegno nazionale nel settore.

L'analisi deve però tenere conto di almeno tre elementi.

In primo luogo, la Spesa sanitaria totale ha due componenti concettualmente distinte e regolate da dinamiche differenti: quella pubblica, determinata dalle scelte di bilancio dello Stato e delle Regioni, condizionate dai vincoli macroeconomici e normativi; dall'altro, quella privata, esito delle preferenze delle famiglie e dei meccanismi di mercato (pagamenti diretti, assicurazioni volontarie, fondi integrativi).

In secondo luogo, l'utilizzo del PIL come *proxy* delle risorse disponibili dalla nazione trascura la circostanza che esso contiene risorse non "mobilitabili" per il *welfare*: intanto una quota è necessariamente assorbita dagli oneri relativi al debito pubblico; inoltre, nella quantificazione del PIL è statisticamente considerata l'economia sommersa: questa non contribuisce alla costruzione della base imponibile e, quindi, al finanziamento del *welfare* (e del Sistema

Sanitario).

La considerazione del rapporto Spesa sanitaria/PIL sottostima, quindi, l'effettiva possibilità di "impegno" finanziario dello Stato e a generare confronti internazionali distorti, ove i diversi Paesi sono caratterizzati da diverse incidenze del debito e dell'economia sommersa.

Date le argomentazioni che precedono, osserviamo che l'incidenza della Spesa sanitaria pubblica sul PIL in Italia è pari (2024) al 6,3%, con un differenziale di -2,7 p.p. verso i Paesi EU-Ante 1995, e nullo vs i Paesi EU-Post 1995.

L'incidenza della Spesa sanitaria totale sul PIL in Italia, nettando il denominatore dagli interessi sul debito pubblico e del sommerso, risulterebbe pari al 10,2%: un valore che si avvicina a quello attualmente registrato da una parte nei Paesi Bassi e Finlandia e dall'altra in Slovenia e Portogallo.

In carenza di una stima del PIL al netto dell'economia sommersa confrontabile con quella degli altri Paesi europei, e quindi limitando la "depurazione" del PIL della quota relativa agli interessi sul debito pubblico, si può osservare che, ridefinendo il denominatore, il differenziale si riduce a 2,5 p.p. verso i

Paesi EU-Ante 1995 (6,5% vs 9,0%) e a +0,1 p.p. (6,5% vs 6,4%) verso quelli EU-Post 1995.

Hanno quote di PIL ("netto") destinato alla Sanità inferiori all'Italia solo Grecia (-1,4 p.p. dell'Italia), Irlanda (-0,9 p.p.) e Lussemburgo (-1,2 p.p.); di contro la Germania destina alla Sanità una quota di PIL maggiore di +4,3 p.p. rispetto all'Italia (Figura 3a.6.).

Osservando la relazione statistica fra Spesa sanitaria pubblica e PIL nei Paesi europei, sulla base dello scostamento dalla retta di regressione (Figura 3a.7.), si può stimare che l'Italia abbia una Spesa sanitaria inferiore del -12,9% alle aspettative statistiche, equivalente a circa € 30 mld.. Ovviamente, considerando la rilevanza dell'economia sommersa italiana, lo scarto reale possiamo attenderci sarebbe minore: in ogni caso, l'attesa statistica in termini di incidenza sul PIL lascerebbe l'Italia lontana dai livelli registrati nei Paesi europei più "ricchi".

Con i caveat espressi, la Figura 3a.7. restituisce anche una netta divisione "statistica" fra i Paesi europei: in base ai livelli di PIL pro-capite si evidenziano due blocchi, con l'Italia posizionata quale Paese più "ricco" del gruppo di quelli più "poveri".

Figura 3a.6. Incidenza della Spesa sanitaria pubblica sul PIL e sul PIL al netto degli interessi sul debito pubblico

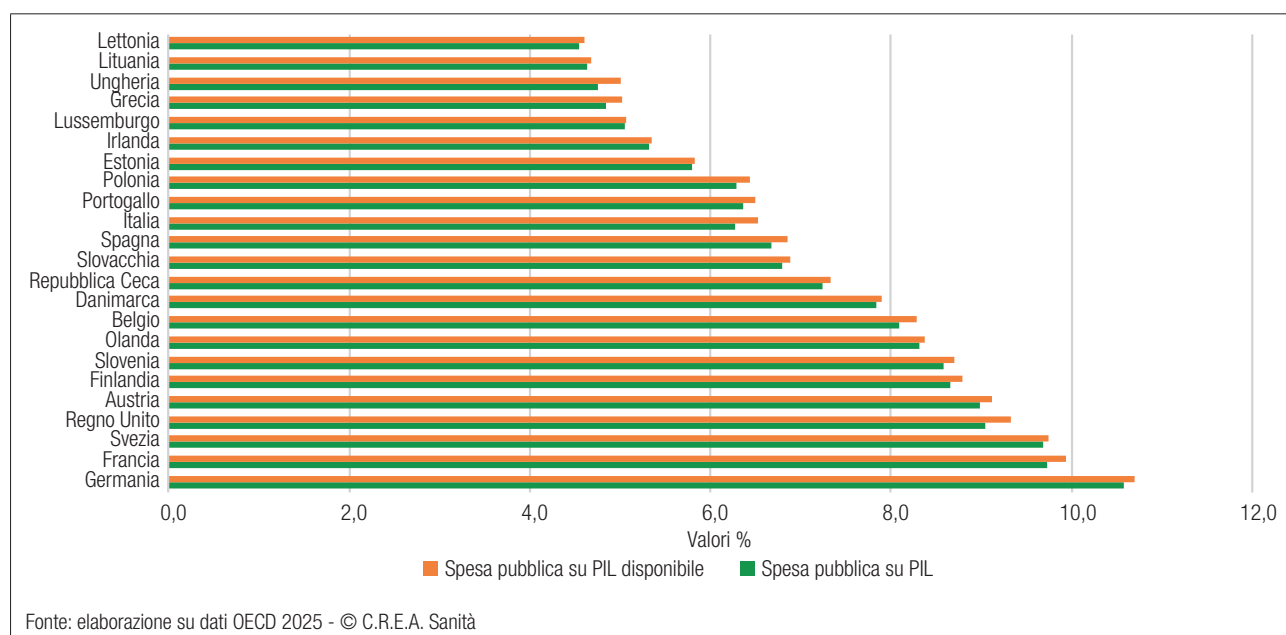
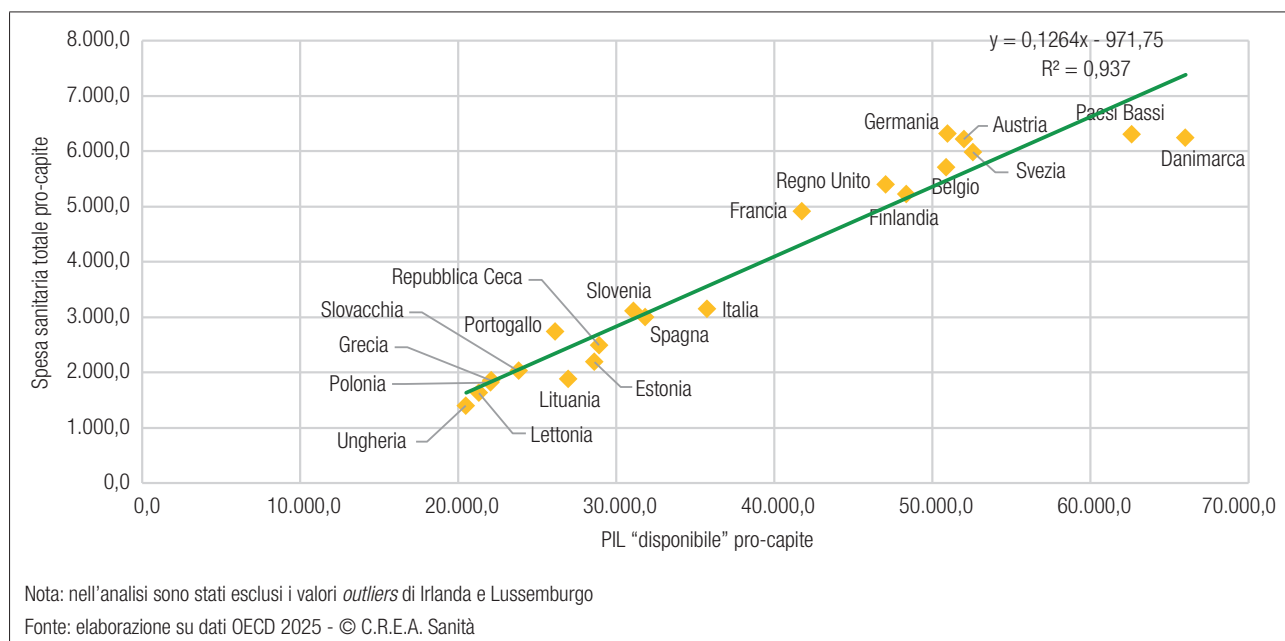


Figura 3a.7. Spesa sanitaria totale vs PIL netto interessi



Nel lungo periodo (rispetto al 1990), l'incidenza della Spesa sanitaria pubblica sul PIL è cresciuta di +0,2 p.p.: l'effetto complessivo è il risultato di dinamiche diverse a seconda dei sotto-periodi: negli anni '90 l'incidenza è aumentata di +1,1 p.p.; fra il 2000 e il 2010 si è registrata una ulteriore crescita di +1,2 p.p.; successivamente si è verificata una fase di riduzione, seguita da una nuova espansione che ha portato al massimo storico di incidenza nel 2020 (7,5% del PIL), verificatasi in corrispondenza dell'impegno straordinario dovuto alla "crisi" pandemica; infine, dal 2020 al 2024, si è verificata una diminuzione dell'incidenza di -1,0 p.p..

Per quel che concerne la Spesa sanitaria privata, nel 2024 l'incidenza sul PIL risulta pari al 2,2%, +0,4 p.p. rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 e +0,6 p.p. rispetto ai Paesi EU-Post 1995.

L'incidenza è cresciuta di 1,1 p.p. rispetto al 1990: l'incremento più consistente si è registrato nel periodo 1991-1999 (+0,3 p.p.); è seguita una fase di riduzione fino al 2012 (-0,1 p.p.) e, quindi, una "ripresa" significativa nel periodo pre-pandemico (+0,2 p.p. nel periodo 2012-2020); dopo la pandemia l'incidenza è tornata a diminuire di -0,2 p.p. (Figura 3a.8.).

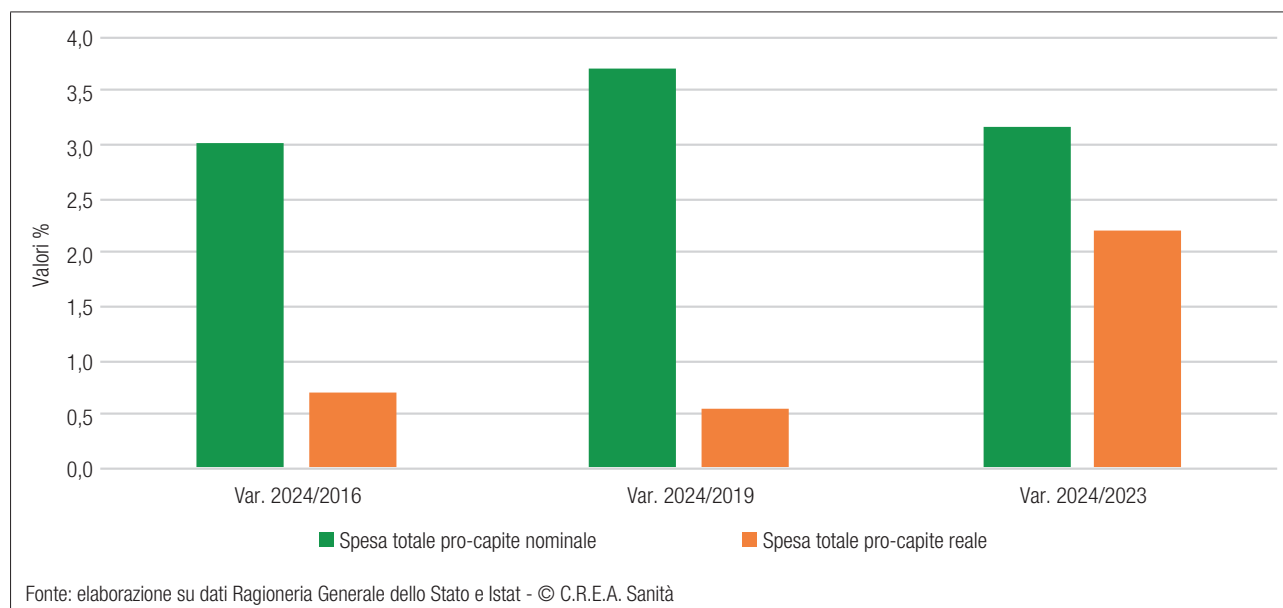
3a.2. La Spesa sanitaria nelle Regioni

L'analisi dei *trend* di Spesa a livello regionale è stata condotta utilizzando e integrando i dati pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato e dall'Istat: nello specifico, per stimare la Spesa sanitaria pubblica si è applicata la distribuzione regionale della Spesa, risultante dal Rapporto "Il monitoraggio della Spesa sanitaria" della Ragioneria Generale dello Stato, al valore nazionale della Spesa pubblicato dall'Istat nell'ambito del sistema dei conti della Sanità (*System of Health Accounts* (SHA)); il valore ottenuto è stata "depurato" della voce inerente i costi di *governance* e di amministrazione del Sistema Sanitario.

Propedeuticamente alle analisi, va specificato che con la metodologia adottata risulta un differenziale tra il dato Istat e quello OECD pari a € 1,8 mld..

Per la Spesa sanitaria privata ci si è, invece, riferiti alle risultanze dello SHA, integrando la Spesa delle famiglie *Out of Pocket* (OOP) con il valore della Spesa privata intermediata (Spesa per polizze collettive e individuali) ricavata dalla banca dati dell'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA), e (in sottrazione, onde evitare doppi conteggi) la Spesa delle famiglie coperta da assicurazioni in forma indiretta.

Figura 3a.8. Crescita nominale e reale della Spesa sanitaria totale pro-capite



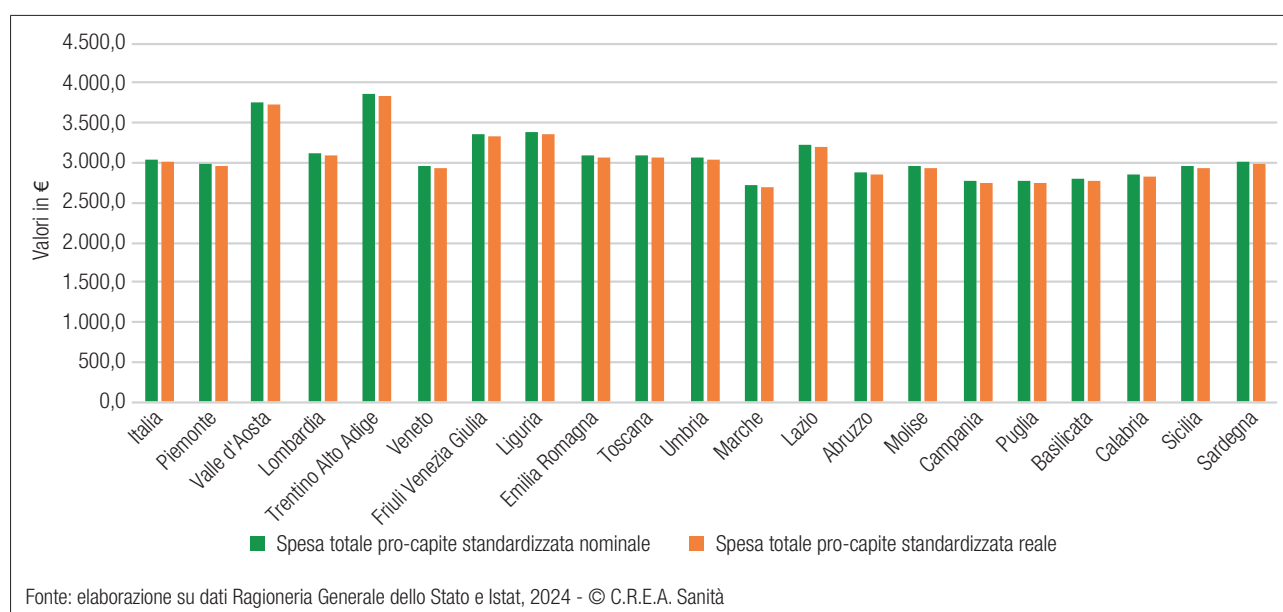
Le differenze riscontrabili tra la Spesa privata stimata come descritto e quella fornita da OECD è, in larga misura, da attribuirsi al fatto che OECD non “pulisce” il dato di Spesa dei rimborsi derivanti dalle coperture assicurative in forma indiretta.

Per quanto precede, la Spesa sanitaria totale italiana utilizzata nelle analisi seguenti, nel 2024 risulta

inferiore di 6,2 mld. rispetto a quella OECD.

Con i caveat espressi, la Spesa nazionale risulta pari a € 178,9 mld. (€ 3.032,2 pro-capite) in aumento del +3,7% medio annuo (+€ 502,6 pro-capite) nell'ultimo quinquennio, e del +3,2% (+€ 92,9 pro-capite) nell'ultimo anno.

Figura 3a.9. Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata a prezzi correnti e a prezzi costanti (2016). Anno 2024



In termini reali⁵ (Figura 3a.8.), la crescita della Spesa totale pro-capite nell'ultimo quinquennio è stata pari allo 0,6% medio annuo (+€ 71,9 pro-capite), +2,2% (+€ 56,3 pro-capite) nell'ultimo anno.

A livello regionale, i valori massimi della Spesa sanitaria totale pro-capite si registrano in Valle d'Aosta (€ 3.807,2) e Trentino Alto Adige (€ 3.761,8), e quelli minimi in Campania (€ 2.709,6) e Marche (€ 2.741,9). La differenza tra la Regione con Spesa massima e quella con Spesa minima è pari a 1,4 volte (€ 1.097,6); escludendo le Regioni a Statuto Speciale, di 1,3 volte (€ 812,2).

Standardizzando la Spesa per i bisogni sanitari, utilizzando i pesi contenuti nelle delibere CIPE di riparto del finanziamento, i valori massimi di Spesa si registrano ancora in Trentino Alto Adige (€ 3.895,4) e Valle d'Aosta (€ 3.755,7), e quelli minimi nelle Marche (€ 2.711,0) e in Campania (€ 2.765,0) (Figura 3a.9.).

Nell'ultimo anno la Spesa totale pro-capite è aumentata in poco più della metà delle Regioni; quelle in cui è cresciuta maggiormente sono state la Ca-

labria (+7,9%) e il Lazio (+7,8%). La flessione più consistente si è verificata in Basilicata (-2,8%) e in Veneto (-0,7%).

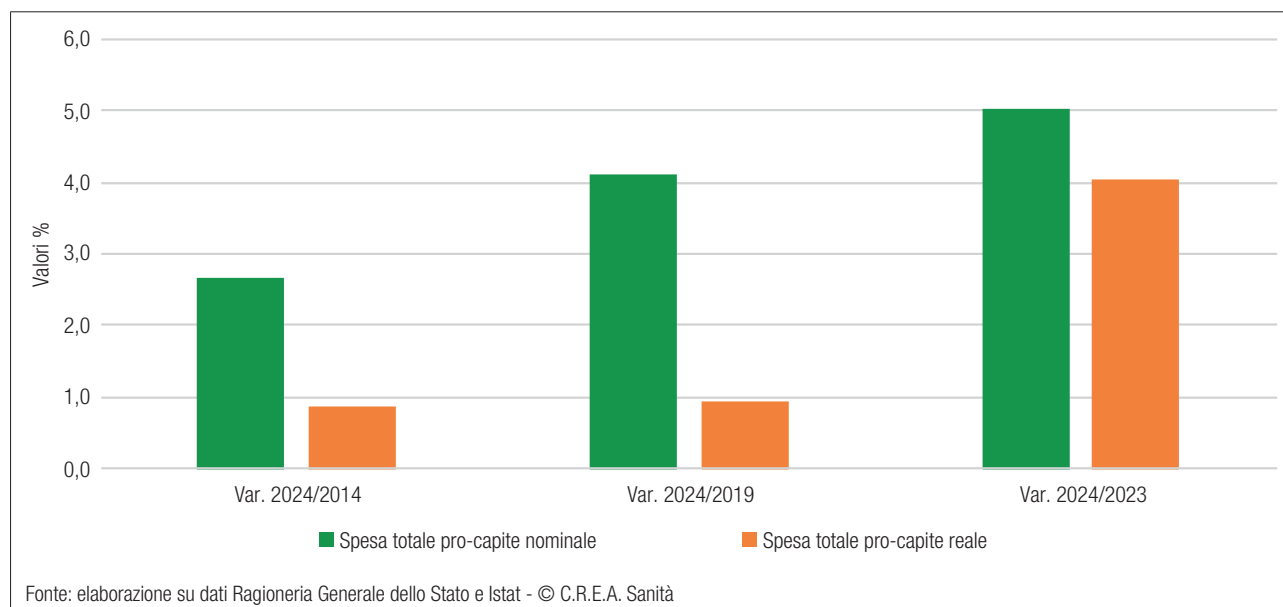
Il 75,8% della Spesa pro-capite è pubblica e il restante 24,2% privata: a livello geografico, la quota pubblica si attesta al 75,0% nelle Regioni del Nord, al 71,5% in quelle del Centro e tocca il suo valore massimo in quelle del Sud raggiungendo l'81,1%.

La Spesa sanitaria pubblica (Figura 3a.10.), nel 2024, è risultata pari a € 135,6 mld., ovvero € 2.298,6 pro-capite, registrando un aumento del 4,1% (1,0% in termini reali) medio annuo nell'ultimo quinquennio e del 5,0% rispetto all'anno precedente (4,0% in termini reali).

La Spesa pubblica pro-capite risulta massima nella P.A. di Bolzano e in Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.062,7 e € 2.874,2) e minima nel Lazio (€ 2.155,5) e Campania (€ 2.211,2).

La differenza tra la Regione con Spesa pubblica massima e minima è pari a 1,4 volte (€ 907,3 pro-capite), escludendo le Regioni a Statuto Speciale di 1,2 volte (€ 341,8).

Figura 3a.10. Spesa sanitaria pubblica pro-capite. Variazioni nominali e reali



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

Figura 3a.11. Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata a prezzi correnti e a prezzi costanti (2016). Anno 2024

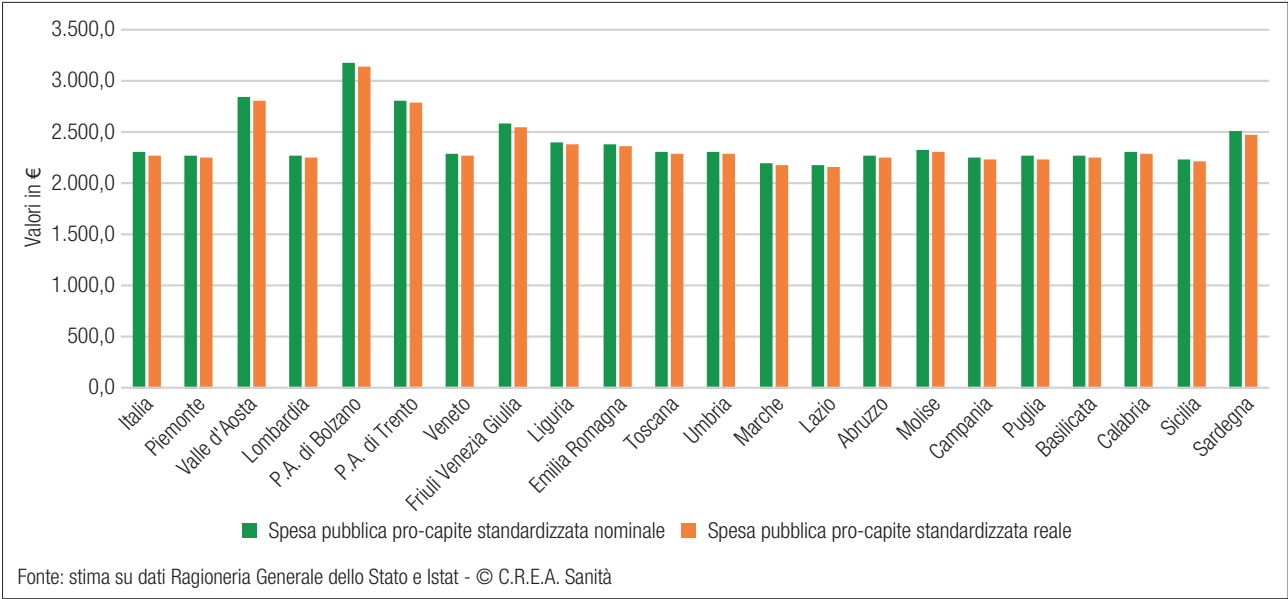
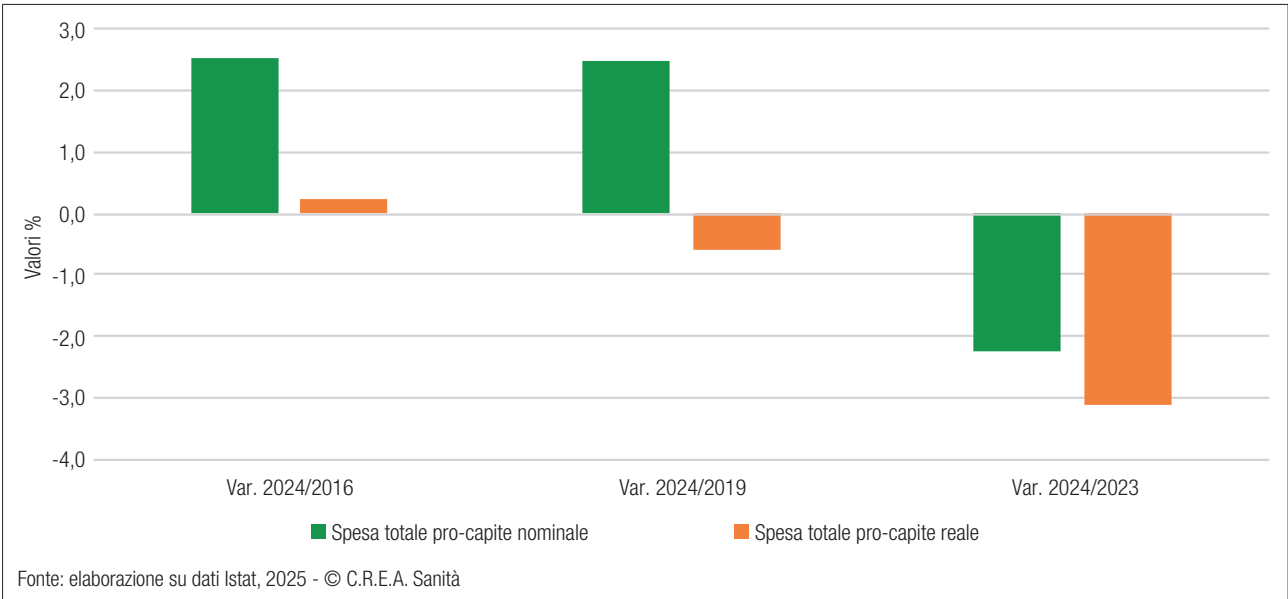


Figura 3a.12. Variazione nominale e reale della Spesa sanitaria privata pro-capite

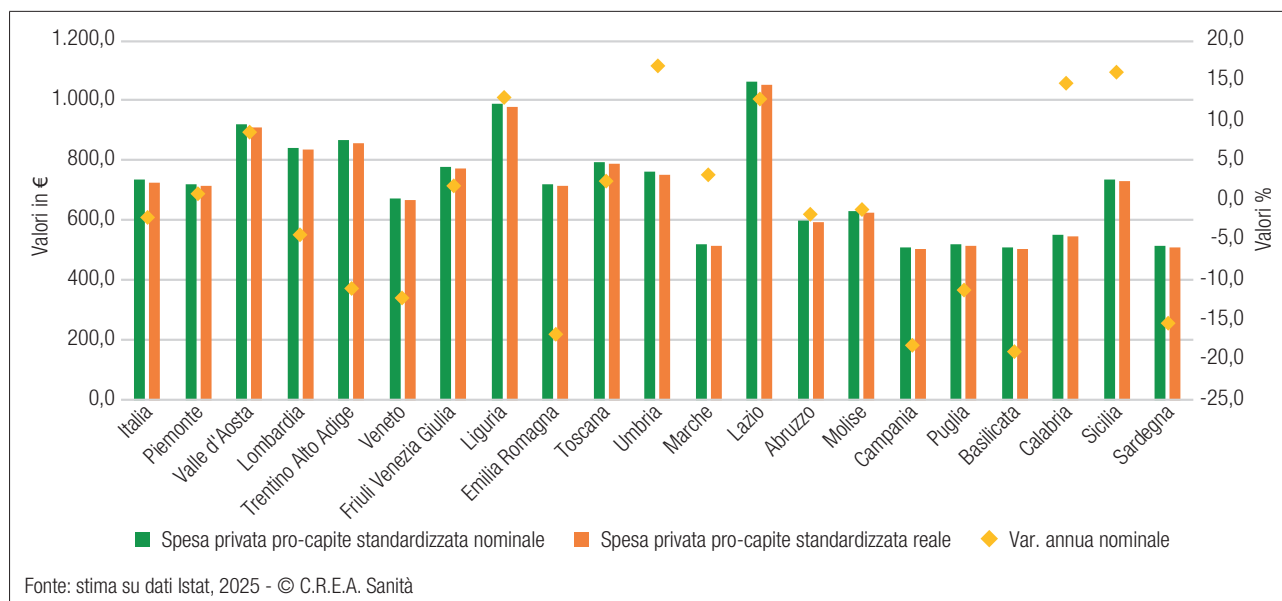


Utilizzando nel confronto la Spesa standardizzata⁶, lo scarto (Figura 3a. 11.) tra la Regione con Spesa pro-capite standardizzata massima (P.A. di Bolzano € 3.173,3) e quella minima (Lazio € 2.173,3) sale a 1,5 volte (€ 1001,8 pro-capite), e non considerando

le Regioni a Statuto Speciale, a 1,1 volte (€ 234,5 pro-capite).

La Spesa sanitaria privata risulta pari a € 43,3 mld. (€ 733,6 pro-capite), in aumento del +2,5% medio annuo (+€ 85,0 pro-capite) nell'ultimo quinquennio e in

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

Figura 3a.13. Spesa privata pro-capite standardizzata a prezzi correnti e a prezzi costanti (2016). Anno 2024

riduzione del -2,2% (-€ 16,7 pro-capite) rispetto all'anno precedente. In termini reali⁷ si registra una riduzione dello -0,6% medio annuo, ovvero -€ 19,2 pro-capite (nell'ultimo quinquennio), e del -3,1% (-€ 20,3 pro-capite) nell'ultimo anno (Figura 3a.12.).

A livello regionale, la Spesa sanitaria privata pro-capite registra i valori massimi nel Lazio (€ 1.053,4) e in Liguria (€ 1.024,5), con all'estremo opposto la Campania (€ 498,3) e la Basilicata (€ 518,7); la differenza tra la Regione con Spesa massima e quella con Spesa minima supera le 2,1 volte (€ 555,1), valore in crescita rispetto all'anno precedente quando la differenza era pari a € 474,0. Utilizzando la stessa standardizzazione utilizzata per la Spesa pubblica, si passa da € 1.062,2 pro-capite del Lazio a € 508,5 della Campania con una differenza pari a € 553,7, ovvero di 2,1 volte (Figura 3a.13.).

3a.3. La composizione della Spesa sanitaria pubblica

Con riferimento alla modalità di erogazione (diretta delle strutture pubbliche e indiretta attraverso quelle private accreditate), nel paragrafo si analizza la Spesa distintamente per la componente diretta e convenzionata.

La Spesa sanitaria pubblica convenzionata

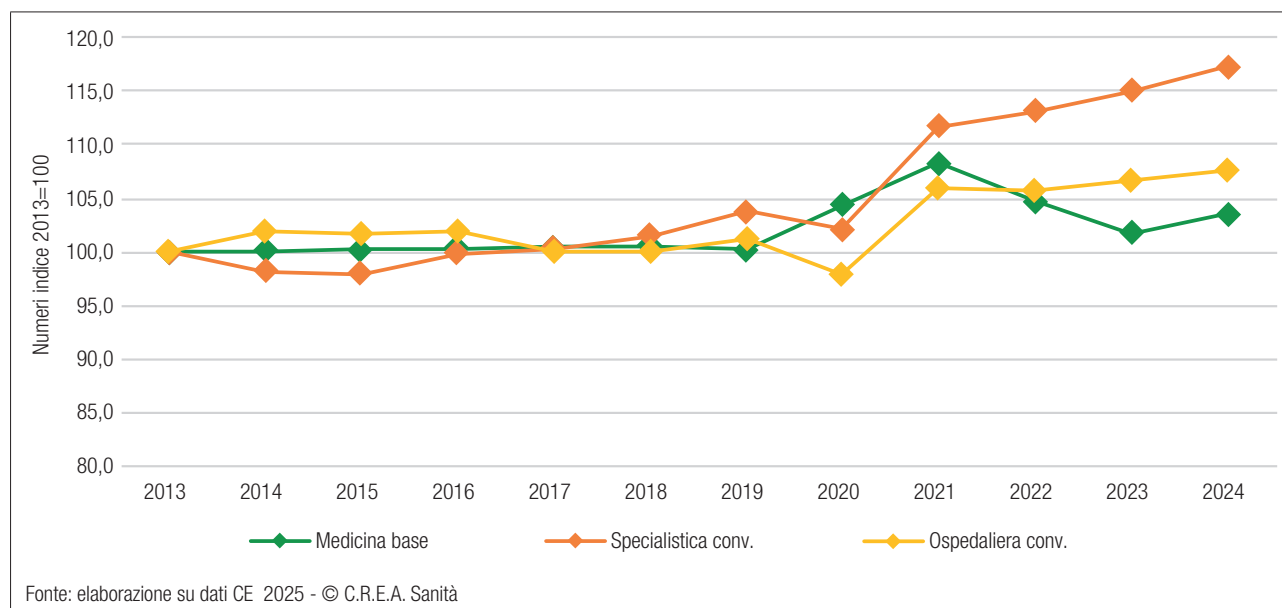
Nel 2023 (ultimo anno disponibile), il 32,5% della Spesa pubblica si riferisce a servizi erogati in convenzione da strutture private accreditate e professionisti convenzionati.

Nell'ultimo decennio l'incidenza della Spesa convenzionata è diminuita di -3,9 p.p., di cui -2,8 p.p. fra il 2013 e il 2018.

L'evoluzione delle principali componenti della Spesa convenzionata mette in evidenza dinamiche differenziate che riflettono tanto cambiamenti organizzativi quanto *shock* esterni, in particolare quelli dovuti alla crisi pandemica (Figura 3a.14.).

⁷ I valori nominali sono stati deflazionati impiegando il FOI, ossia l'indice nazionale dei prezzi al consumo per le Famiglie di Operai e Impiegati

Figura 3a.14. Spesa sanitaria pubblica convenzionata



Nello specifico, la Spesa per l'acquisto di prestazioni specialistiche in regime convenzionato (che rappresenta circa il 13% della Spesa convenzionata) mostra un profilo decrescente nel triennio 2013-2015, mentre in quello 2016-2019 si osserva una crescita costante. Segue un "crollo" della Spesa pari al 9,8% durante la pandemia, in concomitanza con la posticipazione dell'attività specialistica non urgente. A partire dal 2021, inizia il recupero dell'attività sospesa e quindi un incremento di Spesa del 5,0%.

Per quanto concerne la Spesa per assistenza ospedaliera in regime di convenzione (che costituisce il 18% del totale) si evidenzia una sostanziale stabilità fino al 2019. Anche questa voce di Spesa cala per effetto della pandemia (-7,5%), per poi recuperare successivamente al 2022 (+1,8%).

La terza componente, quella relativa alla medicina generale incide per circa il 13%: rimane costante fino al 2019, cresce in controtendenza con le altre dal 2020, raggiungendo il suo massimo livello nel 2021 (+4,2%); successivamente inizia declinare (-2,6% nel 2023 rispetto al 2020), mentre nel 2024 si osserva una nuova ripresa, potenzialmente connessa all'estensione delle attività di presa in carico territoriale introdotte nella fase post-pandemica.

La Spesa sanitaria pubblica diretta

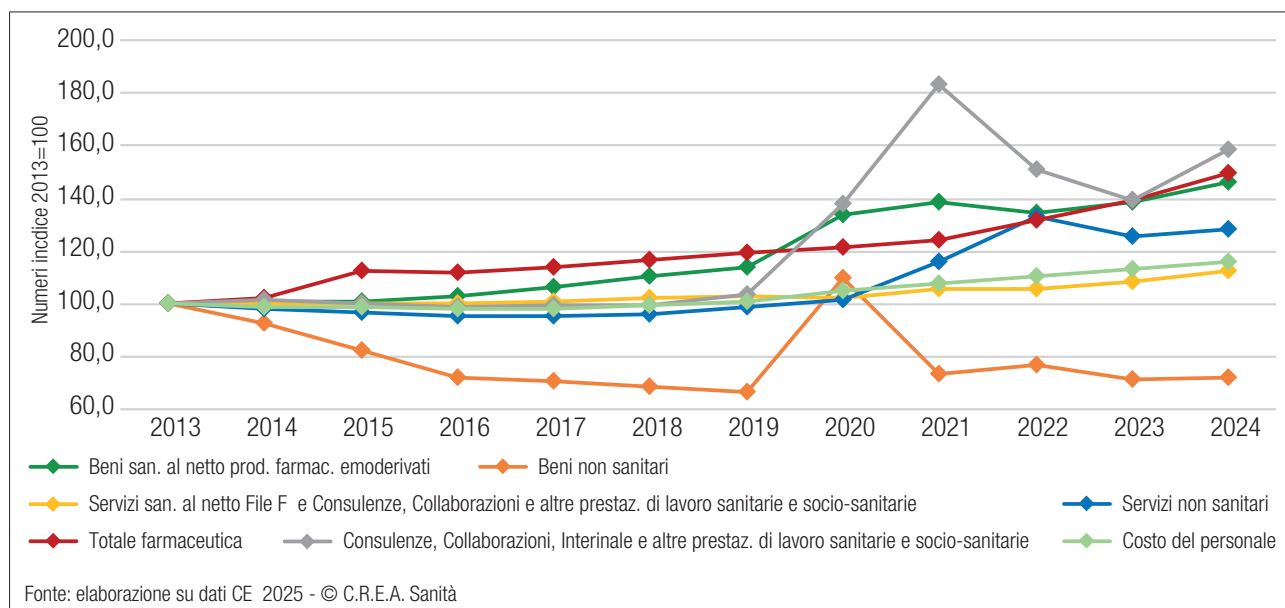
L'analisi della Spesa legata all'attività delle strutture pubbliche evidenzia (Figura 3a.15.) dinamiche differenziate che riflettono mutamenti strutturali nell'organizzazione dell'offerta, pressioni inflazionistiche, politiche di *spending review* e gli effetti dell'emergenza pandemica.

I beni sanitari (al netto dei prodotti farmaceutici ed emoderivati) presenta una crescita continua lungo tutto l'arco temporale considerato (2013-2024), con una marcata accelerazione a partire dal 2020, che complessivamente ammonta al +9,6% (+1,8% medio annuo tra il 2020 e il 2024).

La Spesa farmaceutica registra un aumento continuo nell'intero periodo, con l'eccezione di una lieve flessione nel 2016, e una accelerazione più marcata dal 2021: complessivamente, nel periodo, segna un +20,1% (+4,7% medio annuo tra il 2021 e il 2024), 14,3 p.p. più degli altri beni sanitari e +21,5 p.p. più dei beni non sanitari.

La Spesa per beni non sanitari mostra un *trend* decrescente, con l'eccezione del 2020, in corrispondenza delle esigenze straordinarie generate dalla pandemia: complessivamente la variazione nel periodo considerato è pari al -34,1% (-8,0% medio annuo tra il 2020 e il 2024).

Figura 3a.15. Spesa sanitaria pubblica diretta per funzioni



I servizi sanitari (al netto dei File F e delle prestazioni professionali esterne) risultano sostanzialmente stabili fino al 2017, per poi mostrare una crescita lieve, ma costante negli anni successivi, con un effetto cumulato pari al +11,8% (+1,4% medio annuo tra il 2017 e il 2024).

I servizi non sanitari seguono la traiettoria dei beni non sanitari, ovvero una tendenza decrescente con l'eccezione del 2020 e una ripresa nel 2024: complessivamente si osserva un incremento della Spesa del +25,9% (+4,7% medio annuo tra il 2020 e il 2024).

La voce consulenze, collaborazioni e altre prestazioni di lavoro sanitario e socio-sanitario registra un andamento irregolare, riflettendo la natura spesso emergenziale del ricorso a tali strumenti; la Spesa è stabile nel triennio 2013-2015, in diminuzione nel periodo 2016-2018, mentre cresce a partire dal 2019, con un picco in corrispondenza degli anni pandemici; nel biennio 2022-2023 si osserva una nuova riduzione, seguita da un ritorno alla crescita nel 2024: complessivamente l'incremento della Spesa risulta

del +53,7% (+7,4% medio annuo tra il 2019 e il 2024).

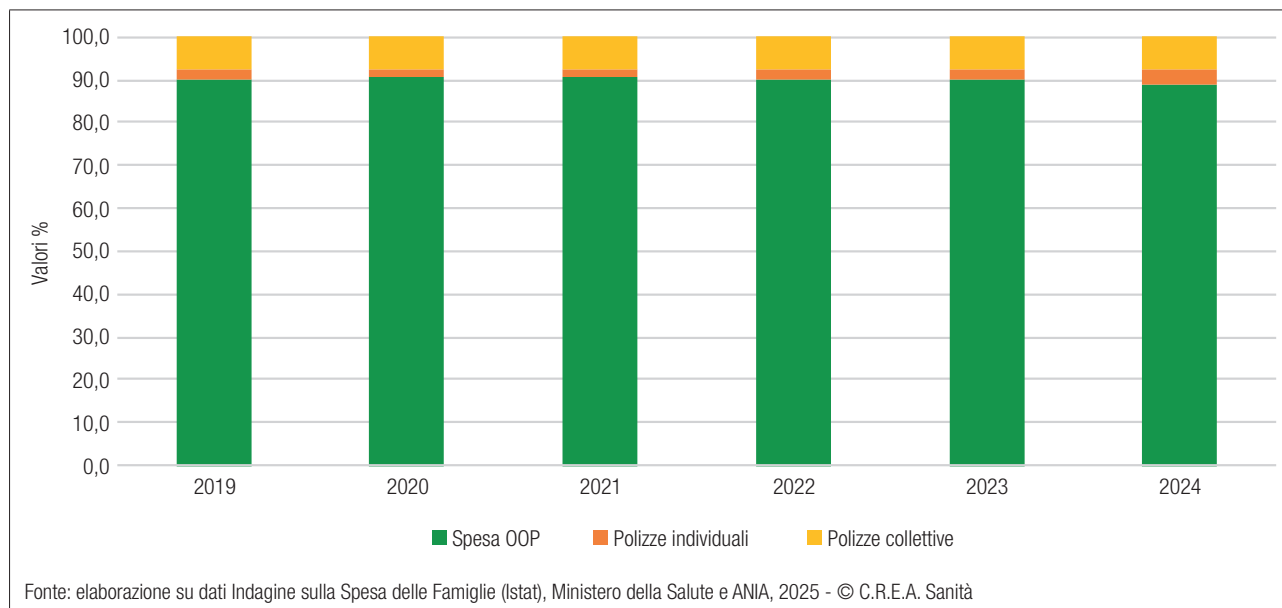
3a.4 La composizione della Spesa sanitaria privata

Nel 2024, l'89,1% della Spesa privata risulta "non intermediata" (OOP) per un valore di € 38,5 mld., in riduzione di -1,3 p.p. rispetto al 2019, di cui -1,1 p.p. nell'ultimo anno; quella intermediata (€ 4,7 mld.) rappresenta il restante 10,9% (in aumento di +1,3 p.p. rispetto al 2019, di cui +0,2 p.p. rispetto all'anno precedente).

Tra il 2019 e il 2024, il peso della Spesa intermediata è andato lentamente, ma costantemente, aumentando, ad eccezione di due lievi flessioni nel 2020 e nel 2022 (Figura 3a.16.).

Il 67,2% (€ 3,1 mld., in riduzione di -14,1 p.p. rispetto al 2019, di cui -8,4 p.p. nell'ultimo anno) è relativo a polizze collettive e il restante 32,8% (€ 1,5 mld.; +14,1 p.p. sul 2019 e +8,4 p.p. sull'anno precedente) a quelle individuali.

Figura 3a.16. Composizione della Spesa sanitaria privata



3a.5. La Spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità

Per completare il quadro della Spesa, allargando l'analisi al sistema socio-sanitario, almeno per la parte che riguarda la tutela ai non auto-sufficienti e ai disabili, sul versante pubblico, vanno in primo luogo considerati gli oneri relativi alle prestazioni erogate dai Comuni (pari a € 681,9 mln.), in crescita del 7,1% rispetto al 2019 (+1,4% medio annuo nel periodo considerato). Inoltre, nel 2024, i Comuni erogano prestazioni in denaro in favore di soggetti non-auto-sufficienti (disabili e anziani) per € 1,2 mld., in crescita del 10,0% rispetto al 2019 (+1,9% medio annuo nel periodo considerato).

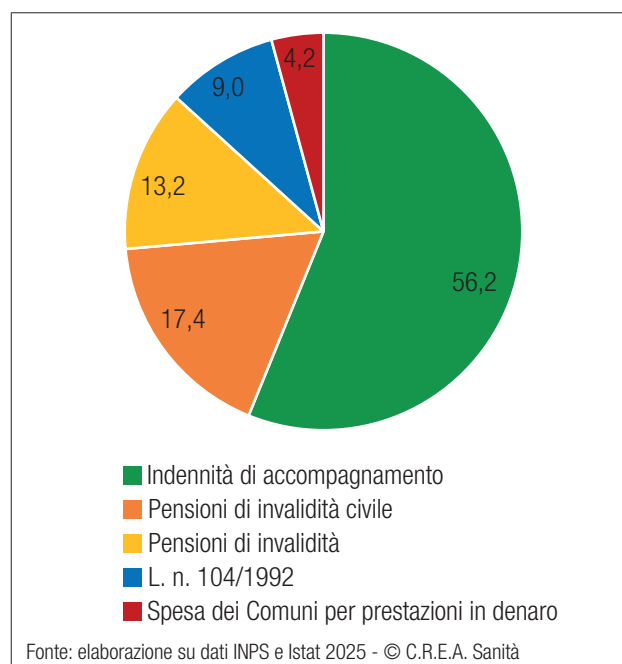
Inoltre, va considerata la Spesa per le prestazioni in denaro, erogate dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) come pensioni e indennità di accompagnamento: rimandando al Capitolo 12 per gli approfondimenti, nel 2024 tale Spesa ammonta a € 24,4 mld., in crescita dell'11,6% rispetto al 2019 (+2,2% medio annuo nel periodo considerato).

Infine, si devono considerare gli oneri relativi ai permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 per dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato, che si possono stimare in € 2,5 mld., in crescita

del 10,4% rispetto al 2019 (+2,0% medio annuo nel periodo considerato).

Nel complesso, le prestazioni in denaro per i non autosufficienti sommano (Figura 3a.17.) € 28,1 mld. in crescita dell'11,4% rispetto al 2019 (+2,2% medio annuo nel periodo considerato).

Figura 3a.17. Composizione Spesa per prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Valori %. Anno 2024



Sul versante della Spesa privata, sulla base dei dati forniti dall'INPS (si veda per gli approfondimenti il Capitolo 12), si stima che, nel 2024, per i servizi di assistenza a disabili e anziani siano stati spesi € 2,0 mld. OOP per badanti (Tabella 3a.1.).

Tabella 3a.1. Spesa totale per LTC. Anno 2024

Funzioni di Spesa	€ mld.	Composizione (%)
Spesa totale	30,8	100,0
di cui pubblica per prestazioni in natura	0,7	2,2
di cui pubblica per prestazioni in denaro	28,1	91,3
di cui privata per badanti	2,0	6,5

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2025 - © C.R.E.A. Sanità

In definitiva, a livello nazionale, la Spesa sostenuta per la *Long Term Care* (LTC) (al netto di quella a carico del Fondo per la non auto-sufficienza ex L. n. 33/2023), nel 2024⁸ risulta € 30,8 mld., in crescita del 10,5% rispetto al 2019 (+2,0% medio annuo nel periodo considerato), con una incidenza dell'1,4% sul PIL lordo.

Sommando tale somma alla Spesa "strettamente" sanitaria, si può stimare che la Spesa socio-sanitaria a livello nazionale incida sul PIL per il 9,7%, ammontando a € 209,7 mld. (€ 3.556,0 pro-capite) (Tabella 3a.2.).

Tabella 3a.2. Spesa socio-sanitaria. Anno 2024

Spesa socio-sanitaria	€ mld.	Composizione (%)
Totale	209,7	100,0
Spesa sanitaria pubblica	135,6	64,6
Spesa sociale pubblica	28,8	13,7
Spesa sanitaria privata	43,3	20,7
Spesa sociale privata	2,0	1,0

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2024, la Spesa socio-sanitaria totale in Italia (comprendendo quella sanitaria e quella sociale per le non autosufficienze e le disabilità) ammonta a € 209,7 mld., ovvero € 3.566,0 per residente.

La Spesa risulta composta per l'85,6% da Spesa sanitaria e il residuale 14,4% da prestazioni sociali per la non autosufficienza; la Spesa pubblica rappresenta il 78,3% del totale, quella privata il restante 21,7%; la parte pubblica per l'82,5% è destinata alla Sanità e il restante 17,5% alla parte "sociale"; la Spesa privata per l'95,6% è destinata alla Sanità e il restante 4,4% alla parte "sociale".

3a.6. Riflessioni finali

Nel 2024, la Spesa socio-sanitaria in Italia ammonta a € 209,7 mld. (€ 3.556,0 pro-capite), pari al 9,6% del PIL, (+0,2 p.p. nell'ultimo anno).

La Spesa "strettamente" sanitaria ammonta a € 178,9 mld. (€ 3.032,2 pro-capite), pari all'8,2% del PIL (-0,2 p.p. nell'ultimo quinquennio, di cui +0,1 p.p. nell'ultimo anno).

La crescita della Spesa sanitaria è stata del 3,4% medio annuo nell'ultimo quinquennio, di cui il 3,1% nell'ultimo anno.

La Spesa sanitaria in Italia rimane significativamente inferiore a quella dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995 (-38,9%), con un differenziale cresciuto di +15,4 p.p. rispetto al 1990, di cui +1,4 p.p. nell'ultimo anno.

Il differenziale della Spesa sanitaria pubblica risulta ancora maggiore, risultando del 44,6%, +29,7 p.p. rispetto al 1990, di cui 0,5 p.p. nell'ultimo anno.

Una analisi statistica basata sulla osservazione dell'incidenza della Spesa sanitaria sul PIL ne diversi Paesi europei suggerisce che la Spesa italiana è inferiore del 12,9% rispetto alle attese basate sulle risorse disponibili (considerando gli oneri relativi agli interessi sul debito pubblico, ma non l'economia sommersa): anche colmando questo divario (con un

⁸ Si fa riferimento al dato relativo all'ultimo anno disponibile

maggior intervento pubblico) la Spesa sanitaria italiana continuerebbe a collocarsi al di sotto dei livelli medi europei.

L'incidenza della Spesa sanitaria privata è costante da più di un decennio, dimostrando una scarsa propensione (o disponibilità) dei cittadini a contribuire ulteriormente alle Spese sanitarie; peraltro, è già ad un livello superiore a quello atteso sulla base delle risorse delle famiglie.

Permangono elevate differenze di Spesa a livello regionale; il differenziale tra la Regione con Spesa massima e quella con Spesa minima è pari a 1,4 volte, ovvero € 1.097,6 pro-capite: in larga misura ascrivibile alla componente privata; per questa ultima voce, infatti, il differenziale massimo tra le Regioni supera le 2,1 volte (€ 555,1 pro-capite), generando impatti diversi sui Servizi Sanitari Regionali, peraltro non compensati in fase di finanziamento.

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 legata alle forme di intermediazione

collettiva.

L'aspetto richiamato appare ancora più rilevante considerando che, a fronte della crescente variabilità regionale (anche ma non solo) in termini di Spesa sanitaria, si rende necessario recuperare fra le priorità del SSN quella della riduzione delle disparità: senza dimenticare che le disparità sono, attualmente, in larga misura generate dalle diverse capacità di Spesa privata delle popolazioni, fenomeno che ad oggi non è considerato fra i criteri di riparto delle risorse deputati al perseguimento del principio di solidarietà nazionale.

Riferimenti bibliografici

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

Sintesi

CAPITOLO 3b

I Fondi Sanitari Integrativi: una ricerca su modelli di gestione, fruizione degli iscritti e KPI conseguenti

Micocci M.¹, Magnoni G.²

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.

¹ Università degli Studi di Cagliari, Università di Roma "La Sapienza", Studio Micocci & Partners

² 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
0 - 20	53,8	55,8	54,7	0,7	0,4	0,6	39,4	41,8	40,5
21 - 30	39,2	56,3	47,0	4,5	8,4	6,5	17,3	23,1	19,4
31 - 40	38,3	59,6	47,3	9,5	17,8	13,9	22,9	29,1	25,3
41 - 50	46,7	62,7	53,5	14,3	30,4	23,5	25,8	30,5	27,7
51 - 60	55,0	68,7	60,5	23,0	54,7	41,4	25,5	32,2	28,1
61 - 70	71,8	79,2	74,8	38,2	88,2	66,9	24,1	30,8	26,5
over 71	94,3	83,5	88,9	6,1	21,1	12,2	9,9	14,8	11,8
Totale	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'antiselezione³ 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 utilizzo⁴ 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 (%)
Assicurate	336.125.374	3.883.519	52,6	53,8
Autogestite	303.383.338	3.336.319	47,4	46,2
Totale	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 (%)
Diretta	395.750.458	4.483.922	61,9	62,1
Indiretta	243.758.253	2.735.916	38,1	37,9
Totale	639.508.711	7.219.838	100,0	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

³ 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

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

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Prestazioni: quantità per categoria di prestazione

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

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & 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 & 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 3b

I Fondi Sanitari Integrativi: una ricerca su modelli di gestione, fruizione degli iscritti e KPI conseguenti

Micocci M.¹, Magnoni G.²

3b.1. La Sanità Integrativa ed i Fondi Sanitari di tipo negoziale

In questa e nelle successive sezioni sono analizzati i risultati di una estensiva ricerca sui Fondi Sanitari Integrativi (FSI) operanti nel nostro Paese.

Di seguito sono descritte le caratteristiche dell'ampio campione analizzato che si può ritenere largamente rappresentativo del contesto generale italiano.

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.

Al fine di comprendere al meglio quanto segue occorre fare alcune premesse e porre qualche semplice convenzione terminologica.

3b.1.1. Modelli alternativi di gestione del rischio

Il modello di gestione del rischio nei FSI può assumere diverse configurazioni che si riflettono in modo naturale sulla struttura organizzativa.

In tema di gestione del rischio possiamo distinguere tre modelli diversi:

- il modello di Auto-assicurazione
- il modello Assicurativo
- il modello Ibrido (o Misto).

Di seguito si presentano alcune semplici considerazioni sui tre modelli.

Modello di Auto-assicurazione

In questo schema, il Fondo amministra autonomamente tutta la propria offerta sanitaria, definendo le modalità di contribuzione e le modalità di erogazione delle prestazioni garantite; le caratteristiche principali del modello sono in estrema sintesi le seguenti:

- il rischio rimane in capo al Fondo
- non sono sostenuti costi assicurativi (es. caricamenti su premi, spese di gestione ecc.) e non c'è necessità di realizzare un profitto
- si osserva la massima flessibilità delle coperture e possibilità di rimodulare tariffari e (parzialmente) i contributi in tempo reale.

Modello di Assicurazione

In questo schema il Fondo acquista polizze collettive sul mercato in favore dei propri iscritti, ottenendo un *pricing* privilegiato rispetto a quello delle singole polizze sanitarie presenti sul mercato; le caratteristi-

¹ Università degli Studi di Cagliari, Università di Roma "La Sapienza", Studio Micocci & Partners

² Studio Micocci & Partners

che generali sono di seguito riepilogate:

- il rischio rimane in capo alla Compagnia per la durata del contratto
- il Fondo sostiene una serie di costi impliciti nel premio che paga collegati ai costi di gestione della Compagnia, ai margini di utile che la stessa deve generare e ad altre variabili (accantonamenti di vigilanza ecc.)
- la copertura è essenzialmente rigida per il periodo di contratto
- al termine della vigenza contrattuale può esserci un rischio di rinnovo legato alle dinamiche osservate nel periodo di contratto ed a quelle attese successivamente.

Modello Ibrido (o Misto)

Il Fondo gestisce alcune prestazioni internamente e altre tramite polizza assicurativa; in questo caso si osserva un *mix* delle due soluzioni precedenti con un equivalente *mix* di pregi e difetti delle medesime:

- una parte del rischio è in capo alla Compagnia e una parte in capo al Fondo
- il Fondo sostiene alcuni costi assicurativi (inferiori rispetto al Modello totalmente Assicurato).

È importante osservare che nel nostro Paese i Fondi Auto-assicurati sono tipicamente quelli di più lunga data e che la forma Ibrida (o Mista) è una naturale evoluzione di Fondi che hanno iniziato la loro attività in forma puramente Assicurativa e che, nel tempo, hanno progressivamente internalizzato quote di prestazioni (assumendone il rischio e la gestione amministrativa). In qualche modo il Modello Misto è una naturale evoluzione di quello Assicurativo puro verso quote crescenti di Auto-assicurazione.

Pertanto, accanto ai Fondi dotati di storia più lunga, un'altra figura tipica del settore dei FSI è quella del Fondo nato in anni relativamente recenti che inizia in forma totalmente Assicurativa e gradualmente si dota di risorse proprie e internalizza le prestazioni riducendo drasticamente l'entità della polizza.

3b.1.2. Modelli alternativi di gestione amministrativa

Passando alla seconda coordinata, si può immediatamente affermare che il tema della gestione amministrativa è in parte dipendente da quello della gestione tecnica del rischio.

Osservando autonomamente i tre diversi modelli di gestione amministrativa rintracciamo le seguenti caratteristiche.

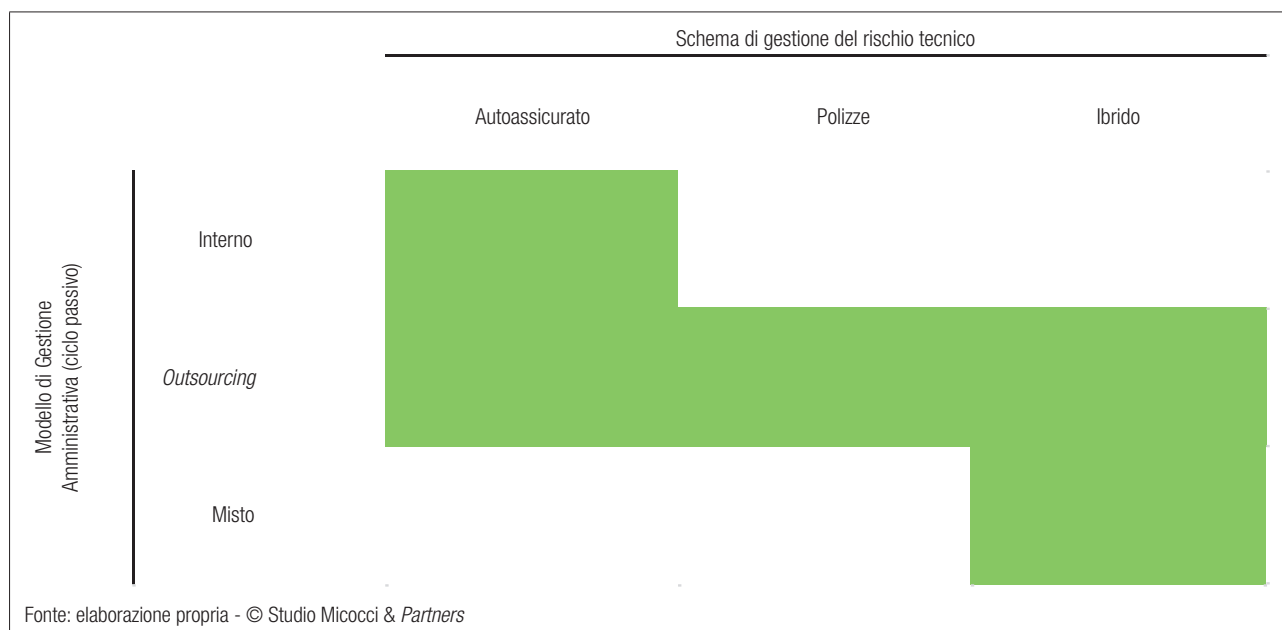
Alcuni Fondi hanno una gestione totalmente internalizzata: in questo caso il ciclo attivo (contributi), quello passivo (rimborsi/prestazioni) e tutte le attività connesse (dal *call center* alla redazione del bilancio) sono gestiti in proprio con personale dipendente dal Fondo. Usualmente (ma non necessariamente) i Fondi di questo tipo sono dotati di una propria (in genere limitata) rete di Strutture Sanitarie convenzionate per la parte di gestione diretta.

All'estremo opposto ci sono i Fondi che presentano la gestione amministrativa (del ciclo passivo) in prevalente *outsourcing*; un soggetto esterno (cosiddetto *Third Party Administrator* (TPA)) provvede all'erogazione delle prestazioni ed alla loro rendicontazione al Fondo. Usualmente (quasi sempre) il TPA mette anche a disposizione una propria rete di Strutture Sanitarie, se il Fondo prevede l'erogazione in forma diretta delle prestazioni.

Anche per la gestione amministrativa esiste, ed è in crescita, un Modello Misto ovvero la compresenza di una parte di gestione in *outsourcing* e una parte internalizzata. Questo Modello è in crescita al pari della versione Ibrida della gestione del rischio tecnico e per il medesimo motivo: il graduale aumento di consapevolezza dei Fondi "ex giovani" che tendono a internalizzare competenze (e ridurre i costi).

Ovviamente non tutte le combinazioni tra schemi di gestione del rischio tecnico e modelli di gestione amministrativa sono possibili; la Figura 3b.1. evidenzia le combinazioni compatibili.

Figura 3b.1. Matrice Gestione rischio tecnico / modello amministrativo



3b.1.3. Modelli alternativi di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni sanitarie garantite dai Fondi possono essere erogate secondo le seguenti principali modalità:

- “Erogazione Indiretta” (o “Rimborsale”): il Fondo procede al rimborso delle fatture inviate dai propri iscritti, dopo aver verificato il rispetto dei vincoli regolamentari e delle tempistiche di invio della fattura stessa
- “Erogazione Diretta”: il Fondo provvede ad erogare prestazioni sanitarie, gratuitamente o a fronte del pagamento di franchigie o scoperti da parte dell’iscritto, presso Strutture ospedaliere e poliambulatori convenzionati
- “Erogazione Mista”: parte delle prestazioni sanitarie garantite dal Fondo sono erogate in modalità rimborsale, altre in modalità diretta.

Nell’erogazione delle prestazioni in modalità Diretta il Fondo può avvalersi di una Rete Propria tramite convenzioni stipulate ad hoc o utilizzare la Rete di un *Service* esterno: anche in questo caso si può immaginare una configurazione intermedia.

L’erogazione delle prestazioni da parte dei Fondi assume una diversa conformazione di Costo e di Fruizione a seconda del modello di erogazione adottato.

I Costi delle prestazioni erogate dal Fondo variano in base al modello di rimborso ed al modello organizzativo.

Nel caso di “Erogazione Diretta” i Costi delle prestazioni erogate da parte del Fondo sono noti a monte in quanto l’erogazione avviene mediante Centri e Strutture convenzionate con le quali sono stati stipulati accordi per offrire agli iscritti al Fondo prestazioni a “prezzi calmierati”.

- qualora il Fondo adottasse un Modello organizzativo “Assicurato”, sebbene il Costo della prestazione sia noto a monte, l’effettivo costo della prestazione sanitaria, erogata dalla Compagnia Assicurativa, risente dei costi assicurativi (es. caricamenti su premi, spese di gestione ecc.)
- qualora il Fondo adottasse un Modello organizzativo “Auto-assicurato” invece il Costo della prestazione, noto a monte, è l’effettivo Costo della prestazione sanitaria in quanto non risente della mediazione della Compagnia Assicurativa e dei relativi costi (es. caricamenti su premi, spese di gestione ecc.)
- pertanto, nel caso di “Erogazione Diretta”, identiche prestazioni possono avere una diversa entità in quanto influenzate dal modello organizzativo nonché dalla Rete delle Struttu-

re con cui il Fondo è riuscito convenzionarsi.

Nel caso di “Erogazione Indiretta” (“Rimborsuale”) i Costi delle prestazioni erogate da parte del Fondo “non sono noti” oppure “noti in parte” in quanto l'erogazione avviene mediante Centri e Strutture non convenzionate di cui non si conosce il tariffario applicato alle prestazioni.

I Costi dell’“Erogazione Rimborsuale”, a differenza dell’“Erogazione Diretta”, non risentono del modello organizzativo bensì delle regole di rimborso adottate dal Fondo e/o dalla Compagnia Assicurativa:

- qualora il Fondo decidesse di rimborsare le prestazioni senza la presenza di massimali, franchigie e scoperti il Costo della prestazione non sarebbe quantificabile da parte del Fondo in quanto non a conoscenza dei tariffari adottati dalle Strutture presso cui gli iscritti hanno fruito della prestazione
- qualora il Fondo decidesse di rimborsare le prestazioni con la presenza di franchigie e/o scoperti il Costo della prestazione, sebbene non quantificabile da parte del Fondo (in quanto non a conoscenza dei tariffari adottati dalle Strutture presso cui gli iscritti hanno fruito della prestazione), è in parte calmierato dalla presenza dello scoperto e/o dalla franchigia
- qualora il Fondo decidesse di rimborsare le prestazioni con la presenza di massimali il Costo della prestazione è quantificabile da parte del Fondo in quanto, sebbene non a conoscenza dei tariffari adottati dalle Strutture presso cui gli iscritti hanno fruito della prestazione, è possibile determinare la spesa massima che ciascun iscritto può effettuare per la data prestazione.

Come per i Costi, anche le modalità di Fruizione delle prestazioni variano in base al Modello di rimborso.

Nel caso di “Erogazione Diretta” gli iscritti possono fruire delle prestazioni erogate dal Fondo avvalendosi di una Rete di Strutture convenzionate (stipulate ad hoc) o mediante una Rete di Strutture di un *Service* esterno.

L’iter di Fruizione delle prestazioni per gli iscritti al Fondo è analogo sia nel caso di Strutture conven-

zionate sia nel caso di Rete di Strutture di un *Service* esterno, nello specifico:

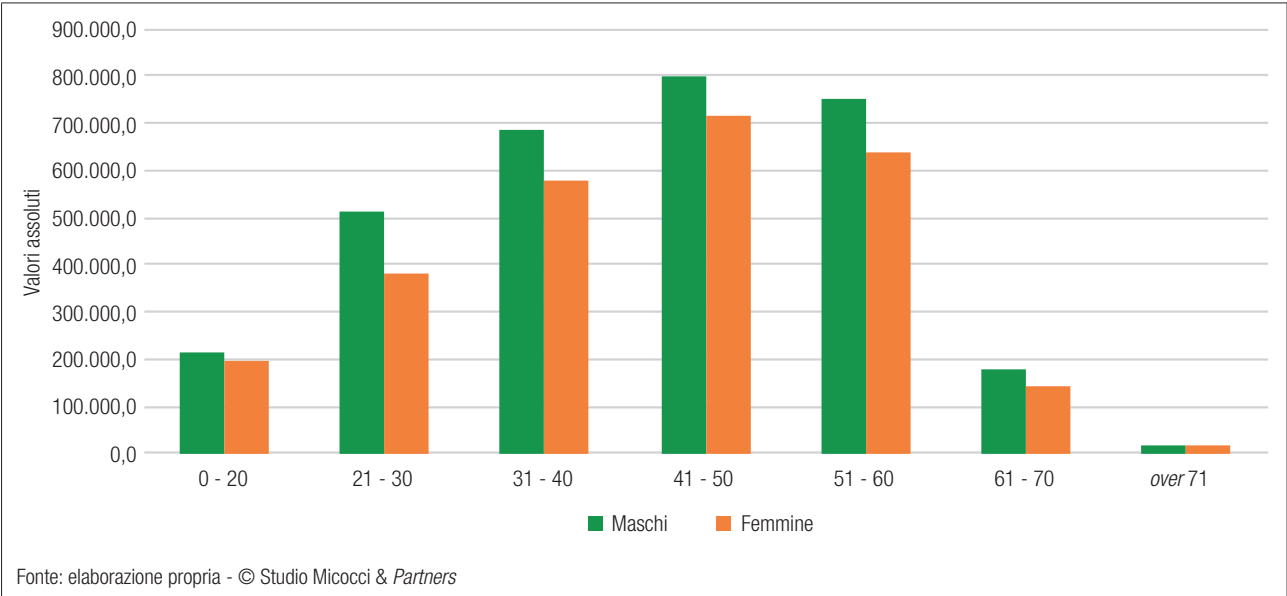
- individuazione della Struttura convenzionata più vicina mediante il portale *online* messo a disposizione dal Fondo o dal *Service* esterno
- verifica della disponibilità dell’eventuale *platform* messo a disposizione per fruire della prestazione
- prenotazione della prestazione presso la Struttura individuata
- emissione *Voucher* e/o apertura del credito presso la Struttura selezionata
- ricezione *Email* o SMS di riepilogo della prenotazione
- fruizione della prestazione
- al momento della fruizione della prestazione l’iscritto non dovrà corrispondere alcuna somma di denaro alla Struttura presso cui ha effettuato la prestazione salvo nel caso in cui siano previste franchigie e/o scoperti.

Nel caso di “Erogazione Indiretta” gli iscritti possono fruire delle prestazioni erogate dal Fondo presso qualsiasi Struttura Sanitaria, indipendentemente che sia convenzionata o meno con il Fondo.

L’iter di Fruizione delle prestazioni per gli iscritti al Fondo è analogo sia nel caso di Strutture convenzionate sia nel caso non convenzionate, nello specifico:

- individuazione della Struttura più vicina
- prenotazione della prestazione presso la Struttura individuata
- pagamento della prestazione alla Struttura il giorno dell'erogazione
- fruizione della prestazione
- successivamente alla fruizione della prestazione l’iscritto avvia la pratica di rimborso sul portale messo a disposizione dal Fondo
- il Fondo verifica la validità della pratica di rimborso
- il Fondo eroga il rimborso all’iscritto
- al momento della fruizione della prestazione l’iscritto dovrà corrispondere anticipatamente l’intera somma di denaro alla Struttura presso cui ha effettuato la prestazione salvo poi ricevere successivamente il rimborso del denaro al netto di franchigie e/o scoperti nel caso in cui siano previste.

Figura 3b.2. Iscritti del campione per classe età e sesso



3b.2. I numeri degli iscritti ai FSI e la loro contribuzione

La Tabella 3b.1. mostra la distribuzione per classe di età degli iscritti ai Fondi facenti parte del campione.

La Figura 3b.2. permette una rapida comprensione dell'apporto delle diverse classi di età.

La Tabella 3b.2. consente l'apprezzamento dell'apporto percentuale delle diverse classi.

Tabella 3b.1. Distribuzione per classe di età degli iscritti al campione di Fondi

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 - 20	212.178	197.380	409.558
21 - 30	514.571	380.148	894.719
31 - 40	686.276	576.373	1.262.649
41 - 50	799.345	714.772	1.514.117
51 - 60	748.194	638.852	1.387.046
61 - 70	179.567	141.078	320.645
over 71	19.367	17.352	36.719
Totale	3.159.498	2.665.955	5.825.453
Percentuale (%)	54,2	45,8	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.2. Distribuzione degli iscritti per classe di età e sesso. Valori %

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 - 20	6,7	7,4	7,0
21 - 30	16,3	14,3	15,4
31 - 40	21,7	21,6	21,7
41 - 50	25,3	26,8	26,0
51 - 60	23,7	24,0	23,8
61 - 70	5,7	5,3	5,5
over 71	0,6	0,7	0,6
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Si evidenzia, al netto della diversa numerosità complessiva di maschi e femmine (3,2 vs 2,7 mln. ovvero il 54,2% vs il 45,8%), una distribuzione per classi di età abbastanza omogenea. La prima e l'ultima classe di età includono (con una buona approssimazione) al loro interno anche i figli e i pensionati per quei pochi Fondi che coprono anche queste categorie di iscritti. Trasversale alle classi di età è la presenza dei coniugi/conviventi per i quali in alcuni Fondi è prevista la copertura.

Come detto, 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.

La Tabella 3b.3. mostra la distribuzione del campione per Regione.

Tabella 3b.3. Distribuzione del campione per Regione

Regione	Maschi	Femmine	Totale	%
Lombardia	869.088	727.493	1.596.581	27,4
Piemonte	301.967	258.274	560.241	9,6
Liguria	80.866	70.032	150.898	2,6
Valle d'Aosta	5.943	5.730	11.673	0,2
Trentino Alto Adige	43.087	50.155	93.242	1,6
Friuli Venezia Giulia	83.893	73.727	157.620	2,7
Veneto	347.658	292.701	640.359	11,0
Emilia Romagna	326.561	284.743	611.304	10,5
Toscana	211.318	193.605	404.923	7,0
Marche	96.447	81.979	178.426	3,1
Lazio	218.339	222.174	440.513	7,6
Umbria	49.541	42.809	92.350	1,6
Campania	114.262	74.087	188.349	3,2
Puglia	123.221	82.030	205.251	3,5
Abruzzo	48.599	35.858	84.457	1,4
Calabria	26.758	19.117	45.875	0,8
Basilicata	18.463	12.724	31.187	0,5
Molise	6.847	5.132	11.979	0,2
Sicilia	91.572	66.083	157.655	2,7
Sardegna	48.515	43.495	92.010	1,6
N.D.	46.553	24.007	70.560	1,2
Totale	3.159.498	2.665.955	5.825.453	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

La Tabella 3b.4. evidenzia il flusso di contributi associato alle diverse Regioni.

Per quanto riguarda la contribuzione, la stessa risulta molto differenziata tra i vari Fondi costituenti il campione. In termini di importi oscilla tra importi inferiori a € 100 e superiori a € 2.000.

Per quanto attiene le modalità di applicazione del contributo quasi tutti i Fondi presentano una cifra fissa che viene pagata mensilmente, alcuni hanno una percentuale che è applicata alla Retribuzione Annuale Lorda (RAL) dell'iscritto; c'è qualche forma mista (parte fissa e parte variabile con la RAL) ma la fattispecie largamente più frequente è la prima ovvero l'importo fisso su base annua.

Tabella 3b.4. Totale contributi

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Lombardia	142,3	126,9	269,2
Piemonte	44,1	38,4	82,5
Liguria	12,3	10,9	23,2
Valle d'Aosta	0,9	0,9	1,8
Trentino Alto Adige	7,3	8,2	15,5
Friuli Venezia Giulia	12,6	11,1	23,8
Veneto	52,7	45,0	97,7
Emilia Romagna	48,7	43,2	91,9
Toscana	30,6	28,0	58,7
Marche	14,1	12,3	26,4
Lazio	50,1	51,8	101,9
Umbria	7,2	6,3	13,5
Campania	17,5	11,8	29,3
Puglia	18,1	12,4	30,5
Abruzzo	7,3	5,4	12,8
Calabria	4,3	3,1	7,4
Basilicata	2,7	1,9	4,6
Molise	1,1	0,8	1,8
Sicilia	14,6	10,6	25,2
Sardegna	7,4	6,6	14,0
N.D.	6,5	3,5	10,0
Totale	502,5	439,2	941,8

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

A questo punto introduciamo una suddivisione dei Fondi che ritroveremo per tutto il resto del *report*. In particolare, il gruppo dei Fondi analizzati è suddiviso in tre blocchi:

- i Fondi prevalentemente autoassicurati/auto-gestiti

- i Fondi prevalentemente assicurati
- i Fondi ibridi (o misti).

Questa distinzione porta alle Tabelle 3b.5., 3b.6. e 3b.7.; esse hanno lo scopo di misurare l'entità dei contributi che affluiscono ai tre gruppi.

Tabella 3b.5. Contributi - Totale Fondi Autogestiti

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Lombardia	47,9	40,6	88,5
Piemonte	8,2	7,3	15,5
Liguria	2,9	2,6	5,5
Valle d'Aosta	0,2	0,2	0,5
Trentino Alto Adige	2,8	2,2	5,0
Friuli Venezia Giulia	2,8	2,6	5,4
Veneto	12,2	10,3	22,5
Emilia Romagna	10,8	9,9	20,7
Toscana	5,5	4,9	10,4
Marche	2,6	2,6	5,1
Lazio	28,0	27,8	55,8
Umbria	1,3	1,2	2,4
Campania	4,2	3,3	7,5
Puglia	3,6	2,8	6,5
Abruzzo	1,7	1,4	3,1
Calabria	1,4	1,1	2,5
Basilicata	0,6	0,5	1,0
Molise	0,3	0,2	0,5
Sicilia	4,6	3,5	8,1
Sardegna	1,7	1,5	3,2
N.D.	1,3	1,0	2,4
Totale	144,6	127,6	272,2

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente
Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.6. Contributi - Totale Gestioni Miste

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Lombardia	34,3	41,9	76,2
Piemonte	10,5	14,5	24,9
Liguria	3,3	4,4	7,7
Valle d'Aosta	0,2	0,4	0,6
Trentino Alto Adige	2,6	3,4	6,0
Friuli Venezia Giulia	2,5	4,0	6,5
Veneto	13,6	17,8	31,5
Emilia Romagna	11,6	15,7	27,3
Toscana	8,6	11,0	19,7
Marche	2,7	3,7	6,5
Lazio	10,8	13,4	24,2
Umbria	1,9	2,5	4,4
Campania	4,2	3,4	7,7
Puglia	4,5	3,9	8,4
Abruzzo	1,5	1,9	3,4
Calabria	1,3	1,2	2,5
Basilicata	0,5	0,6	1,1
Molise	0,2	0,3	0,5
Sicilia	4,2	3,5	7,7
Sardegna	2,9	3,1	6,0
N.D.	1,4	1,5	2,9
Totale	123,4	152,1	275,5

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente
Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Con solo riferimento alla seconda e terza tipologia (ovvero quelle dei Fondi misti e dei Fondi assicurati) si riporta nelle Tabelle 3b.8. e 3b.9. l'incidenza del premio pagato (alla Compagnia) rispetto ai contributi affluiti al Fondo.

Il dato medio del rapporto tra premi e contributi è ovviamente più basso nel caso dei Fondi Misti in quanto essi gestiscono con la parte di contributo non indirizzata al pagamento dei premi le restanti prestazioni (quelle erogate in autoassicurazione/auto-gestione).

Tabella 3b.7. Contributi - Totale Fondi a Gestione Assicurata

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Lombardia	60,1	44,4	104,5
Piemonte	25,4	16,6	42,0
Liguria	6,2	3,9	10,1
Valle d'Aosta	0,5	0,3	0,8
Trentino Alto Adige	1,9	2,7	4,6
Friuli Venezia Giulia	7,4	4,5	11,9
Veneto	26,8	16,9	43,7
Emilia Romagna	26,3	17,6	43,9
Toscana	16,5	12,1	28,6
Marche	8,8	6,0	14,8
Lazio	11,2	10,6	21,9
Umbria	4,0	2,7	6,7
Campania	9,0	5,1	14,1
Puglia	10,1	5,6	15,7
Abruzzo	4,1	2,2	6,3
Calabria	1,6	0,9	2,5
Basilicata	1,6	0,8	2,4
Molise	0,5	0,3	0,8
Sicilia	5,8	3,6	9,3
Sardegna	2,8	1,9	4,7
N.D.	3,8	0,9	4,8
Totale	234,5	159,6	394,1

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente
Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.8. Premi/Contributi - Gestioni Miste. Valori %

Regione	Totale
Lombardia	49,9
Piemonte	50,0
Liguria	50,0
Valle d'Aosta	50,1
Trentino Alto Adige	50,0
Friuli Venezia Giulia	50,2
Veneto	49,9
Emilia Romagna	50,0
Toscana	50,1
Marche	49,9
Lazio	50,3
Umbria	50,0
Campania	50,7
Puglia	50,3
Abruzzo	50,4
Calabria	50,5
Basilicata	50,7
Molise	50,3
Sicilia	50,6
Sardegna	50,1
N.D.	50,1
Totale	50,1

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente
Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.9. Premi/Contributi - Fondi a Gestione Assicurata. Valori %

Regione	Totale
Lombardia	77,9
Piemonte	78,8
Liguria	77,6
Valle d'Aosta	75,3
Trentino Alto Adige	66,8
Friuli Venezia Giulia	79,1
Veneto	79,4
Emilia Romagna	78,4
Toscana	76,8
Marche	78,5
Lazio	75,4
Umbria	77,7
Campania	79,0
Puglia	79,7
Abruzzo	79,6
Calabria	77,1
Basilicata	79,7
Molise	79,0
Sicilia	76,5
Sardegna	73,9
N.D.	79,8
Totale	78,0

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

3b.2.1. Pensionati e familiari, alcune considerazioni

Come detto, la copertura dei familiari e dei pensionati è una caratteristica non frequente nel mondo dei FSI. La Tabella 3b.10. mostra alcune informazioni in proposito mostrando la percentuale delle prestazioni indirizzate alle varie tipologie di iscritto nel cam-

pione analizzato.

Alla base della difficoltà di inserire i pensionati nelle coperture dei Fondi c'è il tema dell'antiselezione³ dei rischi.

In sostanza mentre un lavoratore attivo viene iscritto al proprio Fondo di categoria a seguito di un accordo previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) di riferimento (quindi in modo collettivo e perfettamente diversificato e mutualistico), i pensionati non rimangono automaticamente iscritti ai Fondi al momento del pensionamento.

Ciò significa che 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.

Potremo, invece, definire dicotomico il caso dei familiari: se inclusi in automatico nella copertura collettiva (per esempio il Fondo copre "tutti i familiari a carico") non provocano antiselezione; se iscritti su base volontaria (ancorché a pagamento) presentano anch'essi i medesimi rischi dei pensionati (ovvero i rischi di selezione avversa).

Tabella 3b.10. Distribuzione delle prestazioni per tipologia di iscritto. Valori %

Tipo di iscritto	Percentuale di prestazioni
Titolari	77,1
Familiari	12,7
Pensionati	10,2
Totale	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

3b.3. Iscritti, fruitori e tassi di utilizzo nei FSI

Le tabelle successive mostrano i tassi di utilizzo degli iscritti per classe di età e sesso. Le Tabel-

³ 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.

le 3b.11., 3b.12. e 3b.13. espongono i risultati per il collettivo nel suo complesso. Quelle successive si concentrano sui *cluster* analizzati in precedenza ovvero sui Fondi Auto-assicurati, su quelli Misti e su quelli prevalentemente Assicurati.

Tabella 3b.11. Iscritti totali

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 – 20	212.176	197.377	409.553
21 – 30	514.571	380.149	894.719
31 – 40	686.276	576.373	1.262.649
41 – 50	799.345	714.772	1.514.117
51 – 60	748.194	638.852	1.387.046
61 – 70	179.567	141.078	320.646
over 71	19.368	17.354	36.722
Totale	3.159.498	2.665.955	5.825.453

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.12. Fruttori totali

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 – 20	89.922	88.454	178.376
21 – 30	68.065	63.337	131.402
31 – 40	123.828	135.768	259.596
41 – 50	186.094	227.012	413.106
51 – 60	202.893	284.709	487.602
61 – 70	64.078	91.930	156.008
over 71	16.233	15.065	31.298
Totale	751.113	906.275	1.657.388

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Il tasso di utilizzo rappresentato nella Tabella 3b.13. 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).

Si osservano alcune caratteristiche comuni e strutturali di tutti i FSI: in primis le donne consumano più degli uomini (con differenze molto importanti); inoltre, al crescere dell'età aumenta il consumo da parte degli iscritti (salvo per i figli piccoli che mostrano un picco dovuto alle cure pediatriche).

Tabella 3b.13. Tasso utilizzo. Valori %

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 – 20	42,4	44,8	43,6
21 – 30	13,2	16,7	14,7
31 – 40	18,0	23,6	20,6
41 – 50	23,3	31,8	27,3
51 – 60	27,1	44,6	35,2
61 – 70	35,7	65,2	48,7
over 71	83,8	86,8	85,2
Totale	23,8	34,0	28,5

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

I tassi di fruizione sono senz'altro funzione dell'età e del sesso ma possono essere anche considerati una funzione della consapevolezza dell'iscritto; più sono elevati e maggiore è la conoscenza del Fondo da parte del lavoratore, più sono bassi e minore è detta informazione.

Inoltre, sulla consapevolezza (e, quindi, sui tassi di fruizione) impattano altre variabili quali, ad esempio, la polverizzazione delle Aziende datrici di lavoro, la sindacalizzazione, le campagne informative ed altre variabili che possono o meno favorire la diffusione dell'informazione tra gli iscritti. Questo tema lo ritroveremo in altre misurazioni che saranno in seguito esposte.

Tabella 3b.14. Iscritti totali - Fondi Autogestiti

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 – 20	35.019	33.235	68.254
21 – 30	15.743	13.177	28.919
31 – 40	28.679	20.859	49.538
41 – 50	54.831	40.591	95.422
51 – 60	59.501	39.470	98.971
61 – 70	24.819	17.182	42.001
over 71	14.068	13.834	27.902
Totale	232.659	178.348	411.007

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.15. Fruttor totali – Fondi Autogestiti

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 – 20	18.823	18.544	37.367
21 – 30	6.168	7.420	13.588
31 – 40	10.990	12.430	23.420
41 – 50	25.633	25.453	51.086
51 – 60	32.708	27.134	59.842
61 – 70	17.816	13.601	31.417
over 71	13.267	11.547	24.814
Totale	125.405	116.129	241.534

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente
Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.17. Iscritti totali - Gestioni Miste

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 – 20	4.707	3.895	8.602
21 – 30	181.927	183.811	365.738
31 – 40	264.777	306.684	571.461
41 – 50	261.865	344.842	606.707
51 – 60	215.725	299.112	514.837
61 – 70	50.320	67.987	118.307
over 71	2.895	1.988	4.883
Totale	982.217	1.208.318	2.190.535

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente
Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.16. Tasso utilizzo - Fondi Autogestiti. Valori %

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 – 20	53,8	55,8	54,7
21 – 30	39,2	56,3	47,0
31 – 40	38,3	59,6	47,3
41 – 50	46,7	62,7	53,5
51 – 60	55,0	68,7	60,5
61 – 70	71,8	79,2	74,8
over 71	94,3	83,5	88,9
Totale	53,9	65,1	58,8

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente
Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.18. Fruttor totali - Gestioni Miste

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 – 20	33	16	49
21 – 30	8.272	15.367	23.639
31 – 40	25.057	54.467	79.524
41 – 50	37.553	104.871	142.424
51 – 60	49.679	163.547	213.226
61 – 70	19.220	59.965	79.185
over 71	177	419	596
Totale	139.991	398.652	538.643

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente
Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Si evidenzia immediatamente una ampia differenza tra Fondi Autogestiti (Tabelle 3b.14., 3b.15. e 3b.16.) e i casi di gestioni Miste (Tabelle 3b.17., 3b.18. e 3b.19.) o Assicurate (Tabelle 3b.20., 3b.21. e 3b.22.) rappresentati nelle varie tabelle.

Per quanto attiene le gestioni Miste abbiamo un tasso di fruizione media del 25% circa.

Per quanto attiene le gestioni Assicurate abbiamo un tasso di fruizione media del 27% circa (quindi sostanzialmente allineato a quello delle Miste).

Tabella 3b.19. Tasso utilizzo - Gestioni Miste. Valori %

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 – 20	0,7	0,4	0,6
21 – 30	4,5	8,4	6,5
31 – 40	9,5	17,8	13,9
41 – 50	14,3	30,4	23,5
51 – 60	23,0	54,7	41,4
61 – 70	38,2	88,2	66,9
over 71	6,1	21,1	12,2
Totale	14,3	33,0	24,6

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente
Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.20. Iscritti totali – Fondi a gestione Assicurata

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 - 20	172.450	160.246	332.697
21 - 30	316.901	183.161	500.063
31 - 40	392.820	248.830	641.650
41 - 50	482.649	329.339	811.988
51 - 60	472.968	300.270	773.239
61 - 70	104.428	55.910	160.338
over 71	2.405	1.532	3.937
Totale	1.944.622	1.279.289	3.223.911

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.21. Fruitori totali – Fondi a gestione Assicurata

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 - 20	67.969	66.910	134.879
21 - 30	54.670	42.292	96.962
31 - 40	89.993	72.316	162.309
41 - 50	124.291	100.345	224.635
51 - 60	120.425	96.541	216.966
61 - 70	25.218	17.246	42.464
over 71	238	226	466
Totale	482.804	395.876	878.680

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.22. Tasso utilizzo – Fondi a gestione Assicurata. Valori %

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
0 - 20	39,4	41,8	40,5
21 - 30	17,3	23,1	19,4
31 - 40	22,9	29,1	25,3
41 - 50	25,8	30,5	27,7
51 - 60	25,5	32,2	28,1
61 - 70	24,1	30,8	26,5
over 71	9,9	14,8	11,8
Totale	24,8	30,9	27,3

Nota: l'attribuzione dei fondi è stata fatta in base alla tipologia di gestione prevalente

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Come si evidenzia chiaramente nelle tabelle il picco della fruizione viene raggiunto nei Fondi Auto-assicurati/Autogestiti. La motivazione risiede nel fatto che oltre ad una diversa consapevolezza degli iscritti a tali forme le età medie sono diverse e portano con esse diverse necessità sanitarie.

È anche doveroso sottolineare che le frequenze (in particolare nelle gestioni Miste e in quelle Assicurate) sono medie che scaturiscono dall'aggregazione di Fondi che esibiscono comportamenti diversi da parte degli iscritti (ovvero alcuni Fondi hanno tassi di fruizione più elevati della media e altri Fondi invece hanno tassi più contenuti).

3b.4. Le prestazioni erogate dai FSI

La sezione descrive le prestazioni erogate dai Fondi analizzati. L'analisi mira a porre in evidenza la distinzione tra prestazioni dirette e prestazioni indirette (o rimborsuali) nonché tra prestazioni erogate in forma Autogestita o in forma Assicurativa; inoltre, 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 esibiscono alcune parziali caratteristiche comuni.

La Tabella 3b.23. espone il valore delle prestazioni distinte tra Autogestite e Assicurate. Nella tabella si ritrovano sia il numero delle prestazioni che il valore (colonna "importo") delle medesime.

Tabella 3b.23. Valore delle prestazioni

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

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Si nota un sostanziale allineamento tra i due totali in termini di valori, lievemente più sbilanciata la numerosità.

Più interessante l'informazione che emerge nella Tabella 3b.24.; in particolare, si nota che mentre i Fondi ricorrono più frequentemente alle polizze per coprire i rischi relativi all'odontoiatria, agli interventi e alla prevenzione (i cosiddetti "pacchetti"), nel caso delle visite specialistiche, degli accertamenti diagno-

stici e delle altre prestazioni (lenti, terapie ecc.) la situazione si inverte ed esse sono maggiormente coperte in regime di Autogestione.

Situazione analoga per quanto riguarda i numeri delle prestazioni, come chiarito nella Tabella 3b.25..

Tabella 3b.24. Prestazioni: importi per categoria di prestazione

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

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.25. Prestazioni: quantità per categoria di prestazione

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

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Le Tabelle 3b.26., 3b.27. e 3b.28. esplorano le modalità di rimborso; si ricorda che la forma Diretta è quella dove l'iscritto accede ad una convenzione e paga solo la quota a suo carico (mentre il restante importo viene liquidato dal Fondo alla Struttura Sanitaria); nella forma Indiretta vige il principio rimborsuale (quindi l'iscritto paga per intero e successivamente viene rimborsato dal Fondo).

Si nota come la componente Diretta è maggioritaria; a tale proposito è utile ricordare alcune caratteristiche del nostro mercato. Le Compagnie di Assicurazione operanti nel mercato della Sanità Integrativa contrattuale, di norma, prevedono la sola Erogazione Diretta delle prestazioni, lasciando la possibilità della forma Indiretta solo a situazioni "speciali" (normalmente ci si riferisce a prestazioni non presenti nella Provincia di residenza del lavoratore). Usualmente le polizze, dunque, prevedono la forma Diretta come la sola praticabile e quella Indiretta solo in casi eccezionali.

Invece i Fondi Autogestiti prevedono spesso la scelta da parte dell'iscritto tra l'una e l'altra forma; ovvero l'iscritto può scegliere di recarsi presso Strutture convenzionate (in forma Diretta) oppure di andare dal proprio medico di fiducia secondo il canale Indiretto.

Tabella 3b.26. Importo e quantità per modalità di rimborso

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

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Le Tabelle 3b.27. e 3b.28. analizzano le singole categorie di prestazioni focalizzando l'incidenza Diretta e Indiretta su ciascuna di esse sia in termini di importi che in termini di numeri.

Tra i vari Fondi sanitari il modello di gestione è quindi influenzato da diverse variabili:

- la forma Diretta è pressoché dominante nei Fondi che usano polizze
- i Fondi Autogestiti diversificano le due forme (Diretta e Indiretta) governando il rischio di tale impostazione
- i Fondi Misti si trovano in una situazione intermedia e, anche per le prestazioni Autogestite, utilizzano le Reti convenzionate per fruire delle tariffe "calmierate" che dette Reti spesso realizzano.

Tabella 3b.27. Importi per categoria di prestazione e modalità di rimborso

Tipologia	Prestazioni - Importi (€)			Prestazioni - Importi (Composizione %)		
	Diretta	Indiretta	Totale	Diretta	Indiretta	Totale
Odontoiatria	148.450.436	35.510.792	183.961.228	37,5	14,6	28,8
Visite e accertamenti	47.508.319	31.954.681	79.463.001	12,0	13,1	12,4
Ric. con intervento	57.925.059	18.417.039	76.342.098	14,6	7,6	11,9
Ric. senza intervento	1.073.613	7.679.177	8.752.790	0,3	3,2	1,4
Prevenzione	23.740.977	3.211.394	26.952.371	6,0	1,3	4,2
Maternità	544.587	25.427.497	25.972.084	0,1	10,4	4,1
Alta Diagnostica	61.769.772	15.611.758	77.381.530	15,6	6,4	12,1
Ticket	6.636.266	16.214.891	22.851.157	1,7	6,7	3,6
Altro (Fisioterapie, lenti ecc.)	48.101.428	89.731.024	137.832.452	12,2	36,8	21,6
Totale	395.750.458	243.758.253	639.508.711	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.28. Prestazioni: quantità per categoria di prestazione e modalità di rimborso

Tipologia	Prestazioni - Numeri (€)			Prestazioni - Numeri (Composizione %)		
	Diretta	Indiretta	Totale	Diretta	Indiretta	Totale
Odontoiatria	1.187.643	275.208	1.462.851	26,5	10,1	20,3
Visite e accertamenti	806.263	563.690	1.369.953	18,0	20,6	19,0
Ric. con intervento	46.297	31.315	77.612	1,0	1,1	1,1
Ric. senza intervento	1.610	29.785	31.395	0,0	1,1	0,4
Prevenzione	279.157	36.886	316.043	6,2	1,3	4,4
Maternità	3.096	186.802	189.898	0,1	6,8	2,6
Alta Diagnostica	939.592	342.997	1.282.589	21,0	12,5	17,8
Ticket	868.777	510.151	1.378.928	19,4	18,6	19,1
Altro (fisioterapie, lenti ecc.)	351.487	759.082	1.110.569	7,8	27,7	15,4
Totale	4.483.922	2.735.916	7.219.838	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

In ogni caso, sia nelle forme Dirette che Indirette, sono applicati dai diversi operatori strumenti di contenimento del rischio tecnico a presidio della sostenibilità dei piani sanitari: a titolo di esempio si citano tariffari, massimali, scoperti e franchigie, numero massimo di prestazioni fruibili ecc..

Tabella 3b.29. Prestazioni per tipologia di iscritto

Tipo di iscritto	Valore Prestazioni	Percentuale (%)
Titolari	493,2	77,1
Familiari	81,1	12,7
Pensionati	65,2	10,2
Totale	639,5	100,0

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Chiudiamo questa sezione ribadendo un concetto già declinato in precedenza: la copertura dei familiari e dei pensionati è una caratteristica non frequente nel mondo dei FSI. La Tabella 3b.29. mostra alcune informazioni in proposito mostrando le prestazioni indirizzate alle varie tipologie di iscritto nel campione analizzato.

3b.5. Il rapporto tra Prestazioni/Contributi e Sinistri/Premi nei FSI

Le Tabelle 3b.30., 3b.31. e 3b.32. mostrano alcune elaborazioni e calcoli in merito al rapporto tra entrate e uscite nei FSI.

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

Partendo dalle prestazioni gestite mediante contratti di Assicurazione (Tabella 3b.30.) si evidenzia un indice Sinistri a Premi (SP) di circa il 75% con forti differenze regionali. La Tabella 3b.30. mostra, tra le altre informazioni, anche gli elevati indici SP di Lombardia e Lazio che contribuiscono ad un incremento della media generale di oltre 6 punti percentuali (p.p.) (ovvero senza le due Regioni citate la media dell'SP sarebbe più bassa di oltre il 6%).

La Tabella 3b.31. mostra l'indice SP (che meglio sarebbe chiamare PC ovvero Prestazioni su Contributi) 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.

Tabella 3b.30. Prestazioni gestite mediante contratti di Assicurazione

Regione	Contributi	Premi	Prest. Ass.te	SP Ass. (%)
Lombardia	269,2	119,4	101,4	84,9
Piemonte	82,5	45,6	40,1	88,0
Liguria	23,2	11,7	7,6	65,5
Valle d'Aosta	1,8	0,9	0,5	57,0
Trentino Alto Adige	15,5	6,0	2,7	44,4
Friuli Venezia Giulia	23,8	12,7	7,5	59,2
Veneto	97,7	50,4	31,9	63,2
Emilia Romagna	91,9	48,1	33,2	69,0
Toscana	58,7	31,8	23,6	74,1
Marche	26,4	14,9	8,6	58,0
Lazio	101,9	28,7	30,1	105,1
Umbria	13,5	7,4	5,4	72,6
Campania	29,3	15,0	10,3	68,3
Puglia	30,5	16,7	10,6	63,3
Abruzzo	12,8	6,7	4,1	60,6
Calabria	7,4	3,1	1,5	48,3
Basilicata	4,6	2,5	1,5	61,3
Molise	1,8	0,9	0,5	57,0
Sicilia	25,2	11,1	7,3	66,1
Sardegna	14,0	6,5	3,1	48,0
Nd/Stato Estero	10,0	5,2	4,7	89,1
Totale	941,8	445,2	336,1	75,5

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

Tabella 3b.31. Indice SP prestazioni Autogestite

Regione	Contr. Autogest.	Prest. Autogest.	SP Autogestione (%)
Lombardia	149,8	108,3	72,3
Piemonte	36,9	20,6	55,7
Liguria	11,6	5,6	48,8
Valle d'Aosta	1,0	0,4	39,2
Trentino Alto Adige	9,5	3,1	32,9
Friuli Venezia Giulia	11,1	5,0	44,9
Veneto	47,3	20,0	42,2
Emilia Romagna	43,8	21,5	49,1
Toscana	26,9	12,6	47,0
Marche	11,5	4,9	42,3
Lazio	73,3	68,8	93,9
Umbria	6,1	2,8	46,3
Campania	14,3	6,5	45,7
Puglia	13,8	5,8	42,3
Abruzzo	6,1	2,5	41,2
Calabria	4,3	2,0	46,2
Basilicata	2,1	0,8	39,0
Molise	0,9	0,4	40,5
Sicilia	14,1	7,3	51,5
Sardegna	7,5	2,9	38,4
Nd/Stato Estero	4,8	1,6	33,4
Totale	496,5	303,4	61,1

Fonte: elaborazione propria - © Studio Micocci & Partners

La Tabella 3b.32. 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:

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

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

Tabella 3b.32. SdG, SPC e SPG. Valori %

Regione	Saldo di Gestione	SP Complessivo	SP Gestionale
Lombardia	41,5	77,9	84,6
Piemonte	16,4	73,5	80,2
Liguria	5,9	57,2	74,5
Valle d'Aosta	0,6	47,8	68,4
Trentino Alto Adige	6,3	37,4	59,1
Friuli Venezia Giulia	6,1	52,5	74,3
Veneto	27,3	53,0	72,0
Emilia Romagna	22,3	59,5	75,7
Toscana	14,3	61,7	75,7
Marche	6,7	51,1	74,8
Lazio	4,5	97,0	95,6
Umbria	3,3	60,7	75,7
Campania	7,8	57,3	73,5
Puglia	8,0	53,8	73,9
Abruzzo	3,6	51,3	72,0
Calabria	2,3	47,1	69,0
Basilicata	1,3	51,2	72,3
Molise	0,5	48,8	70,4
Sicilia	6,9	57,9	72,8
Sardegna	4,6	42,9	67,1
Nd/Stato Estero	3,2	62,6	68,3
Totale	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 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).

3b.6. Riflessioni finali

La descrizione delle prospettive del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nonché dell'evoluzione della spesa privata, *Out Of Pocket* (OOP) e intermediata

rende evidenti le difficoltà in cui si muove il servizio pubblico e le complessità delle scelte da fare in prospettiva.

Il contesto evidenzia, altresì, l'urgenza di ripensare il ruolo dei FSI, riconoscendone il valore e l'opportunità che offrono di agire sinergicamente con il servizio pubblico per rendere più efficaci e sostenibili i livelli di tutela della salute della popolazione italiana.

Infatti, sebbene il SSN italiano, con i suoi principi di universalismo e globalità, rappresenti una essenziale conquista in termini di civiltà e coesione sociale, rimanendo un caposaldo del *Welfare* nazionale (sul cui mantenimento si registra una ampia condivisione di intenti), è però indubbio che faccia ormai fatica a mantenere le sue promesse di tutela della salute, e principalmente non lo faccia in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Peraltro, crescenti evidenze indicano che sopra ogni altra considerazione, l'organizzazione attuale del servizio, e quindi le modalità di accesso ai servizi, non soddisfano in larga misura le aspettative dei cittadini.

Peraltro, la prolungata stagnazione dell'economia italiana e il forte debito accumulato negli anni, precludono rifinanziamenti significativi del SSN: i tassi di crescita registrati negli ultimi due decenni hanno generato un continuo arretramento della quota di copertura pubblica rispetto alle tutele mediamente offerte in Europa.

A riprova di ciò, possiamo osservare come sia rilevante l'onere per l'Assistenza Sanitaria che rimane a carico delle famiglie: con una spesa privata che ha superato € 42 mld. annui.

In queste condizioni, sembra davvero essenziale definire una nuova *governance* del Sistema Sanitario, per riconoscere il ruolo e le opportunità offerte dalla spesa privata e, in particolare, da quella intermedia. Certamente va evitato che la spesa privata venga considerata come un mero "residuo", o addirittura come foriera di fenomeni di inefficienza e inefficacia (in particolare inappropriata).

In questo ambito, un aspetto essenziale è quello della *governance* dei FSI: purtroppo, nonostante un progressivo incremento della spesa privata intermedia, per lo più gestita dai Fondi Integrativi di origi-

ne contrattuale, allo stato attuale, sul tema sembra prevalere un certo “disinteresse”, con il risultato del permanere di una spesa privata che rimane prevalentemente a carico diretto dei cittadini (OOP) e su livelli superiori alla media europea. Sembra, in altri termini, mancare una consapevolezza sull'importanza dell'intermediazione della spesa privata per garantire maggiore equità nell'accesso alle cure.

In definitiva la regolamentazione del settore e, in particolare, l'integrazione con il SSN, restano insoddisfacenti.

Sebbene la materia sia complessa, l'irrisolto *trade-off* tra il principio di Sussidiarietà, su cui si basa l'Assistenza Integrativa, e il principio della non onerosità per il SSN citato nella normativa istitutiva dello stesso, rappresenta certamente un cardine delle incapacità di far fare un salto di qualità alla regolamentazione del settore: pur essendo con tutta evidenza un falso problema, il citato *trade-off* impedisce un confronto costruttivo e, dopo tentativi di regolamentazione risalenti a oltre dieci anni fa, ha congelato il dibattito per lungo tempo.

A prescindere dagli aspetti ideologici, che portano a visioni spesso contrapposte sulla meritorietà della intermediazione effettuata dal terzo settore, la questione dirimente e fondamentale resta la natura

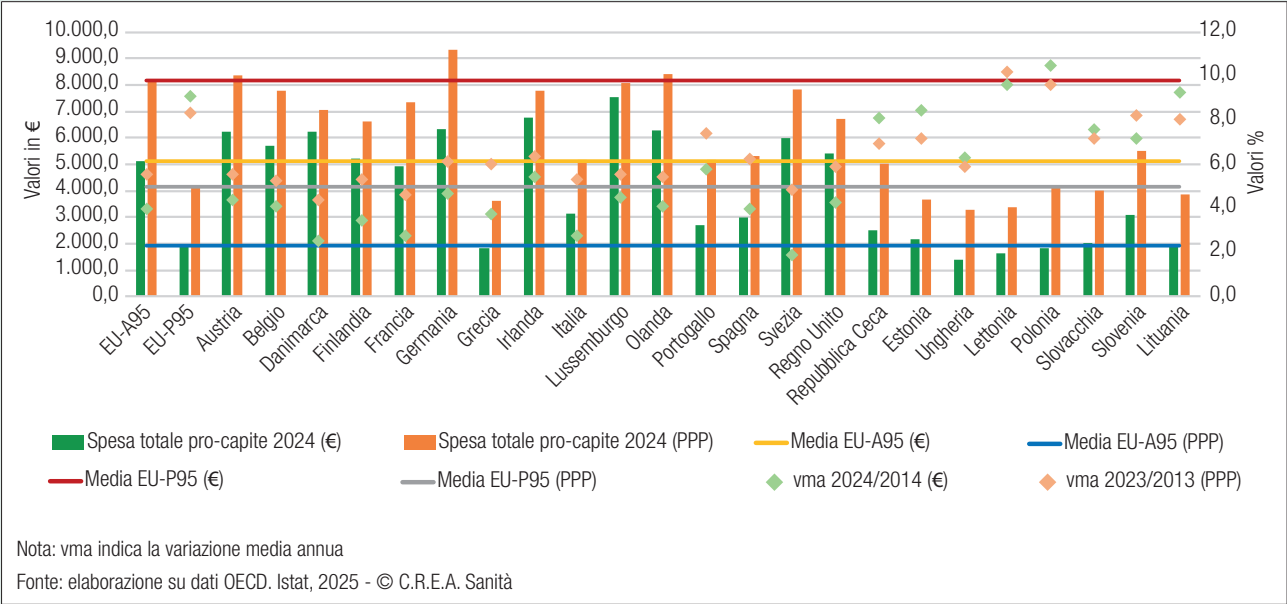
delle prestazioni erogate, ovvero la contrapposizione fra prestazioni integrative o sostitutive dei Fondi.

Peraltro, limitare l'attività integrativa alle sole prestazioni non incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) svuoterebbe di significato il ruolo dei Fondi. Una visione più “illuminata”, che riconosca il valore delle prestazioni integrative basandosi sulle modalità di accesso alle prestazioni, conferirebbe maggiore valore a un secondo pilastro di tutela della Salute.

L'assetto gestionale dei Fondi Sanitari è un altro tema cruciale: i dati sulla fruizione suggeriscono che i Fondi Autogestiti raggiungono una percentuale maggiore dei propri iscritti e presentano meno vincoli nello strutturare la loro offerta sanitaria.

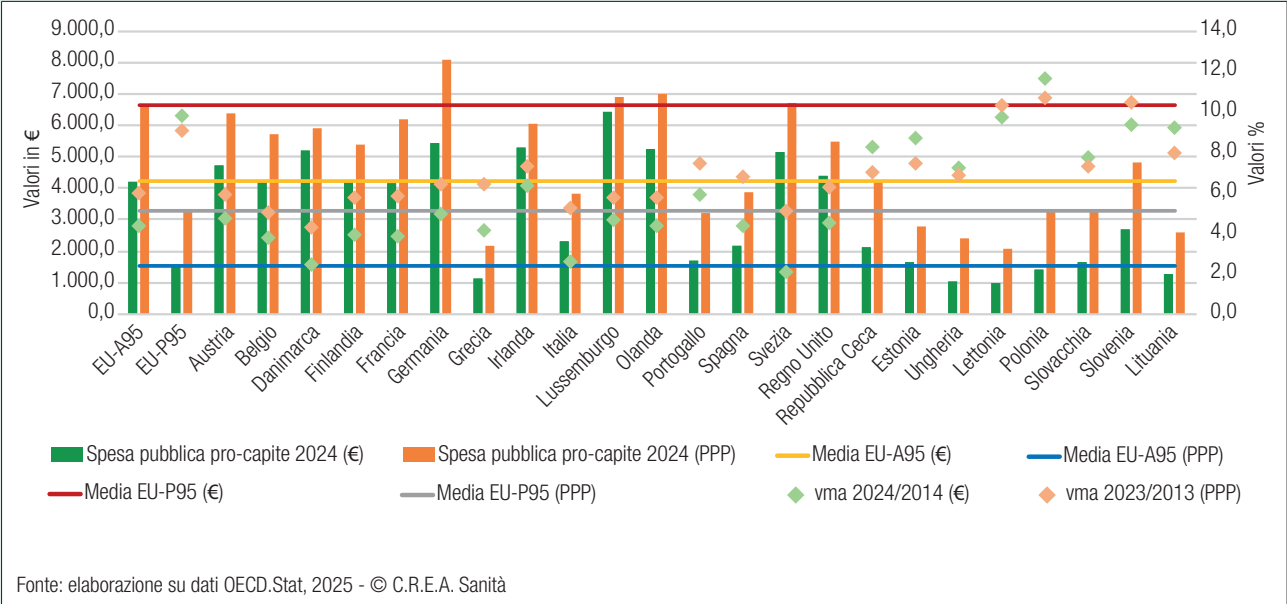
In conclusione, sembra confermarsi l'esigenza di una maggiore valorizzazione dell'attività dei Fondi, mediante l'implementazione di un sistema di *governance* del settore che sfrutti le sinergie derivanti da una integrazione dei livelli di tutela pubblica e privata intermediata, superando la questione della natura integrativa delle prestazioni erogate; ciò anche per la difficoltà a considerare integrative (ovvero non offerte dal SSN) prestazioni ordinarie per le quali i tempi di attesa sono talmente lunghi da renderle praticamente irraggiungibili.

KI 3.1. Spesa sanitaria totale pro-capite



Nel 2024, in termini di Spesa sanitaria totale pro-capite, l'Italia registra un differenziale rispetto alla media dei rimanenti Paesi EU-Ante 1995 pari al -38,9%, allargatosi di +7,8 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo decennio; rispetto alla media dei Paesi EU-Post 1995 risulta del +63,5% (diminuito di -133,7 p.p. nel periodo considerato). In Parità di Potere di Acquisto (\$-PPP) il differenziale è del -37,0% verso i Paesi EU-Ante 1995 e del +23,8% verso quelli EU-Post 1995.

KI 3.2. Spesa sanitaria pubblica pro-capite



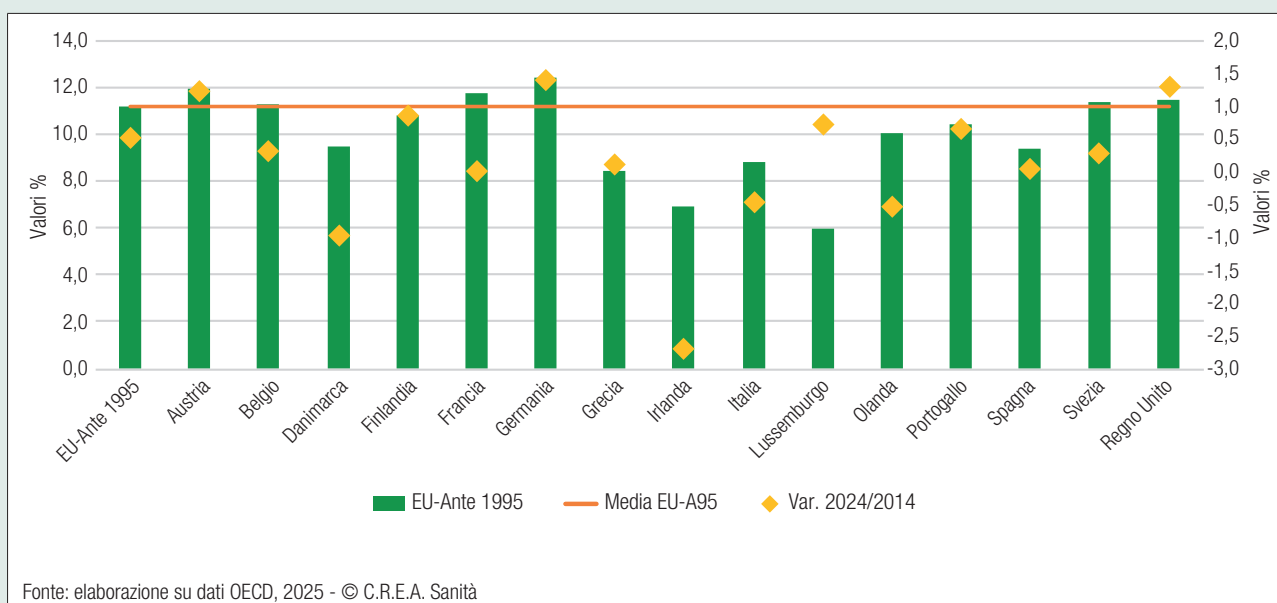
Nel 2024, in termini di Spesa sanitaria pubblica pro-capite, l'Italia registra un differenziale rispetto alla media dei rimanenti Paesi EU-Ante 1995 pari al -44,5%, allargatosi di +10,5 p.p. nell'ultimo decennio; rispetto alla media dei Paesi EU-Post 1995 risulta del +54,1% (diminuito di -150,4 p.p. nel periodo considerato). In \$-PPP il differenziale è del -42,2% verso i Paesi EU-Ante 1995 e del +17,0% verso quelli EU-Post 1995.

KI 3.3. Spesa privata pro-capite



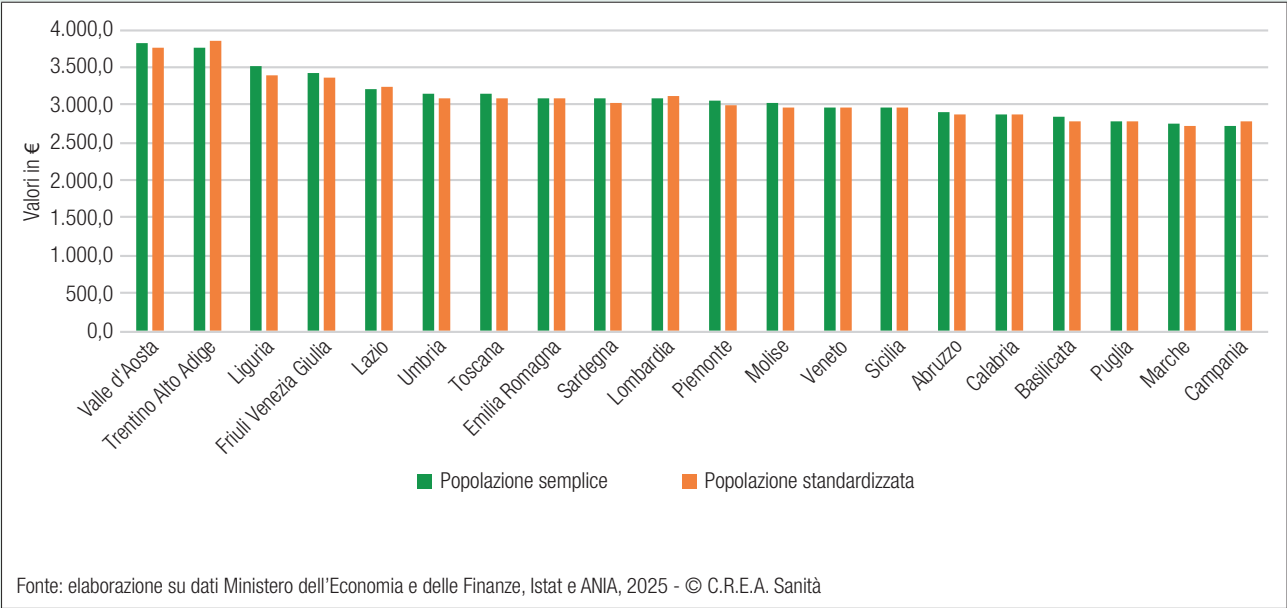
Nel 2024, in termini di Spesa sanitaria privata pro-capite, l'Italia registra un differenziale rispetto alla media dei rimanenti Paesi EU-Ante 1995 pari al -13,0%, differenziale che si è ampliato di +7,0 p.p. nell'ultimo decennio; rispetto alla media dei Paesi EU-Post 1995 risulta del +98,3% (diminuito di -78,5 p.p. nel periodo considerato). In \$-PPP il differenziale è del -15,5% verso i Paesi EU-Ante 1995 e del +48,7% verso quelli EU-Post 1995.

KI 3.4. Incidenza della Spesa sanitaria totale pro-capite sul PIL al netto degli interessi. Anno 2024



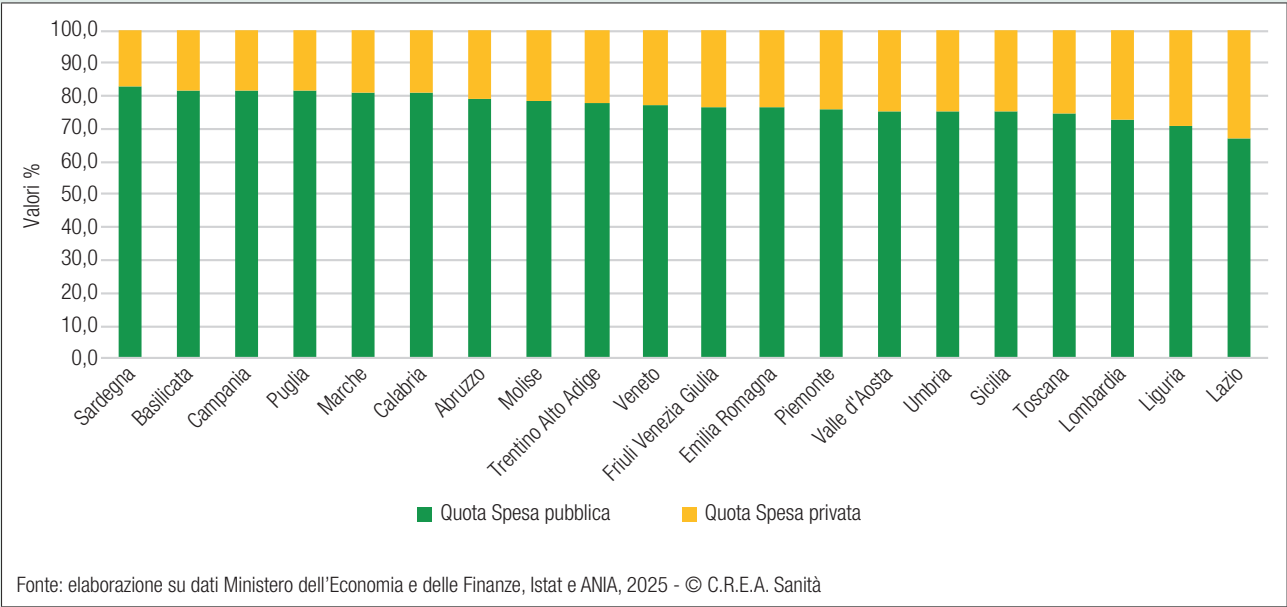
Nel 2024, in Italia, l'incidenza della Spesa sanitaria pro-capite sul Prodotto Interno Lordo (PIL) al netto degli interessi passivi sul debito pubblico, è pari all'8,8%, stabile (+0,1 p.p.) rispetto all'anno precedente e in diminuzione di 0,5 p.p. nell'ultimo decennio. L'incidenza risulta inferiore di -2,4 p.p. (in aumento di +0,7 p.p. nel decennio) rispetto a quella media dei Paesi EU-Ante 1995 (11,2%, aumentata di +0,5 p.p. nel decennio).

KI 3.5. Spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2024



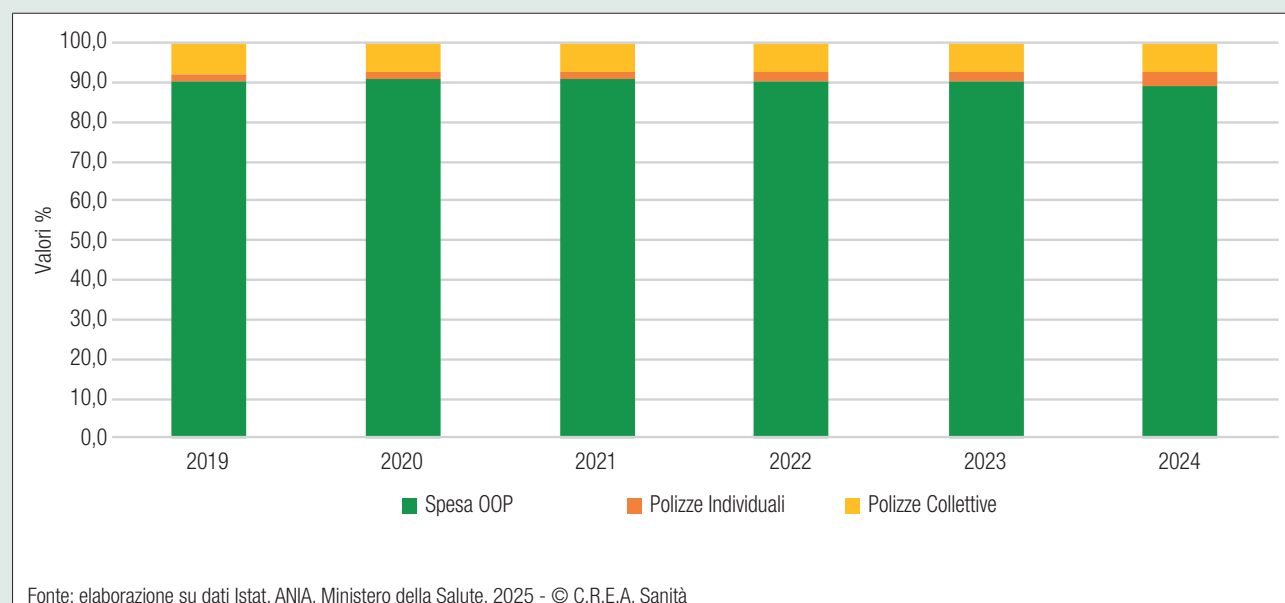
Nel 2024, in Italia, la Spesa sanitaria italiana risulta pari a € 3.032,2 pro-capite, in aumento del 3,2% rispetto all'anno precedente e del 3,7% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Il valore massimo si registra in Valle d'Aosta (€ 3.807,2, in aumento del 6,5% medio annuo nel quinquennio) e quello minimo in Campania (€ 2.709,6, in aumento del 3,8% medio annuo), con un differenziale fra le Regioni agli estremi della distribuzione di 1,41 volte (1,30 volte escludendo le Regioni a Statuto Speciale). Standardizzando la Spesa secondo i bisogni sanitari, il differenziale si riduce a 1,36 volte (1,30 al netto delle Regioni a Statuto Speciale).

KI 3.6. Composizione Spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2024



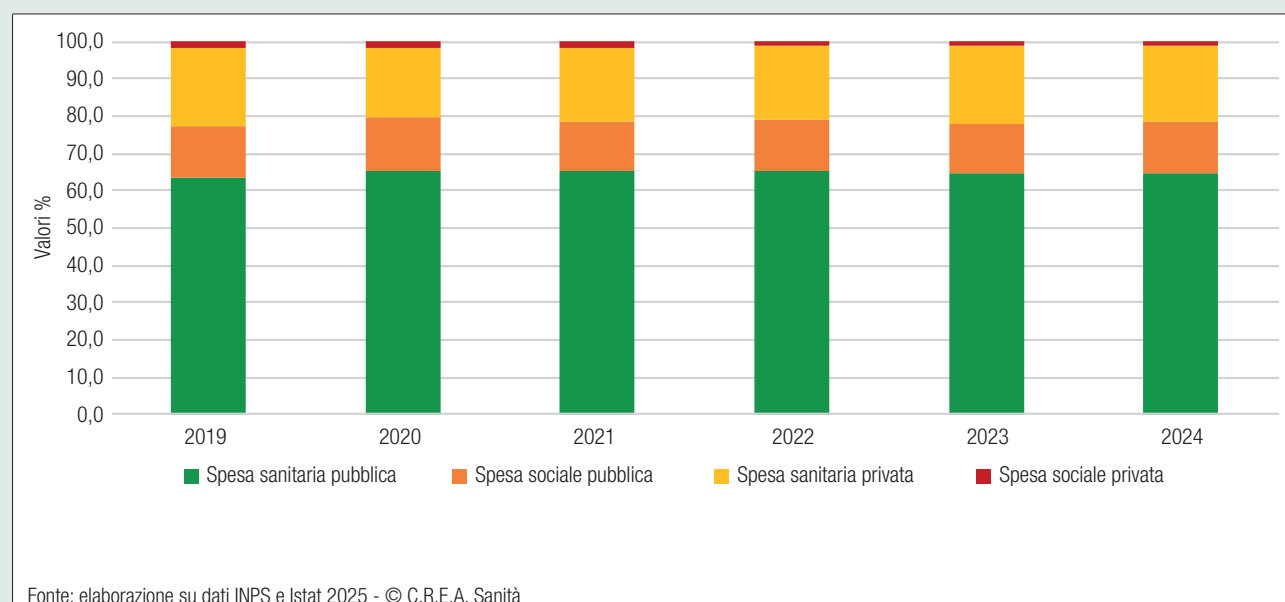
Nel 2024, in Italia, la quota della Spesa sanitaria pubblica risulta pari al 75,8% e il restante 24,2% è sostenuta direttamente dalle famiglie. L'incidenza massima della Spesa privata si registra nel Lazio (32,8%), quella minima in Sardegna (17,0%).

KI 3.7. Composizione Spesa sanitaria privata



Nel 2024, in Italia, la Spesa privata *Out of Pocket* (€ 38,1 mld.) rappresenta l'89,5% del totale della Spesa privata per la Sanità, con una incidenza in riduzione di -1,1 p.p. rispetto all'anno precedente, e di -1,3 p.p. nell'ultimo quinquennio; quella intermediata (€ 4,7 mld.) rappresenta il restante 10,9% (+0,2 p.p. rispetto all'anno precedente, +1,3 p.p. nel quinquennio), di cui il 67,2% (€ 3,1 mld., -8,4 p.p. sull'anno precedente e -14,1 p.p. nel quinquennio) riferito a polizze collettive e il restante 32,8% (€ 1,5 mld., +8,4 p.p. sull'anno precedente, +14,1 p.p. nel quinquennio) a polizze individuali.

KI 3.8. Composizione della Spesa socio-sanitaria



Nel 2024, la Spesa socio-sanitaria totale in Italia (comprendendo quella sanitaria e quella sociale per le non autosufficienze e le disabilità) ammonta a € 209,7 mld., ovvero € 3.566,0 per residente. Risulta composta per l'85,6% da Spesa sanitaria e il residuale 14,4% da prestazioni sociali per la non autosufficienza. La copertura pubblica è del 64,4% per la parte sanitaria e del 13,4% per quella sociale.



Capitolo 4

Organizzazioni e reti trasversali

- 4a. 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”)

Sintesi

CAPITOLO 4a

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

Costa C.¹, Fanton E.¹, Dal Bello S.¹, Annicchiarico M.¹

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.

¹ Regione del Veneto

CAPITOLO 4a

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

Costa C.¹, Fanton E.¹, Dal Bello S.¹, Annicchiarico M.¹

Negli ultimi anni diverse Istituzioni e Organizzazioni internazionali hanno analizzato il fenomeno della carenza di personale sanitario ormai diffuso nella maggior parte dei Paesi europei e occidentali e divenuto una criticità di portata globale [1,2,3,4]. Tra il 2022 e il 2024, l'*World Health Organization* (WHO) e l'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) hanno elaborato numerosi *report* su questo tema [5,6,7,8,9], mettendo in evidenza le conseguenze che la scarsità di professionisti hanno sulla capacità dei Sistemi Sanitari di garantire continuità, qualità e universalità delle cure. Parallelamente, anche a livello nazionale il tema è stato oggetto di attenzione e i Rapporti C.R.E.A. Sanità [10] hanno contribuito a quantificare e contestualizzare il fenomeno nel panorama nazionale, evidenziando aspetti cruciali per comprendere lo stato attuale del personale sanitario in Italia e proiettando le implicazioni future. Secondo le stime del WHO, entro il 2030 l'Unione Europea (EU) potrebbe trovarsi ad affrontare una significativa carenza di professionisti sanitari, in particolare infermieri, medici specialisti e di altri operatori dell'area assistenziale. Alla base di questo scenario, in Italia si individuano due macro-fattori principali: da un lato la diminuzione del numero di lavoratori a sua volta causato dall'invecchiamento del personale, da fenomeni diffusi di disagio e *burnout*, dalle cosiddette dimissioni "inattese" (ovvero l'uscita di un dipendente dal Sistema Sanitario pubblico prima di aver maturato il requisito contributivo e l'età anagrafica per la quiescenza) e da ultimo dai fenomeni migratori verso l'estero; dall'altro la crescita della domanda di assistenza sanitaria, determinata

dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie croniche e dal progressivo innalzamento delle aspettative dei pazienti nei confronti dei Servizi Sanitari.

Alcune caratteristiche del contesto italiano, inoltre, amplificano le difficoltà strutturali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a fronteggiare la crisi del personale. Secondo i dati OECD 2024, l'Italia dispone di circa 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti, a fronte di una media europea di 8,4 e di una media OECD di 9,5. Il rapporto infermieri/medici è pari a 1,5, ben al di sotto della soglia ottimale stimata dall'OECD (2,5). A ciò si aggiunge un calo delle iscrizioni ai Corsi di Laurea nelle professioni sanitarie e la difficoltà a trattenere le nuove generazioni di infermieri nel Sistema pubblico, aggravando ulteriormente il fenomeno.

Nel contesto di un SSN fortemente regionalizzato, la capacità delle Regioni e delle PP.AA. di tradurre le politiche di attrattività e *retention* in azioni concrete rappresenta un elemento discriminante nella tenuta del SSN.

Per le Aziende Sanitarie del Veneto, in questo ambito, è stato svolto un lavoro strutturato di analisi e pianificazione, con l'obiettivo di mitigare gli effetti della crisi di personale sanitario e rendere più resiliente il Servizio Sanitario Regionale (SSR). Una prima analisi è stata condotta attraverso l'estrapolazione dati dai gestionali delle Risorse Umane delle Aziende Sanitarie, esaminando i flussi di assunzioni e di cessazioni (per quiescenza o altro motivo) del personale e sviluppando le proiezioni di medio e lungo periodo sull'evoluzione prevedibile della carenza di personale. L'analisi si è focalizzata sui principa-

¹ Regione del Veneto

li profili professionali: infermieri, medici e Operatori Socio-Sanitari (OSS), confermando, per i primi, i *trend* rilevati a livello internazionale e nazionale. I dati relativi al triennio 2021-2023 (Figura 4a.1.) mostrano che, mentre per il personale medico e per gli OSS il saldo tra assunzioni e cessazioni si è mantenuto sostanzialmente positivo, per il personale infermieristico il quadro risulta più critico. Nel 2021, a causa della pandemia da Covid-19, si è registrato un picco di assunzioni straordinarie di infermieri, nel 2022 si è toccato il picco di dimissioni inattese pari al 65%

di tutte le cessazioni, negli anni successivi il numero di dimissioni inattese si è stabilizzato fino a rappresentare, nel 2023, il 54% del totale delle cessazioni, comunque quasi il doppio dei livelli pre-pandemici. Per i medici, nello stesso anno, la quota di dimissioni inattese ha raggiunto il 67% del totale delle uscite, segnalando un fenomeno di crescente rilevanza. Al contrario, per gli OSS la dinamica appare più contenuta, con un'incidenza massima del 37% (Figura 4a.2.).

Figura 4a.1. Turnover personale nella Regione del Veneto

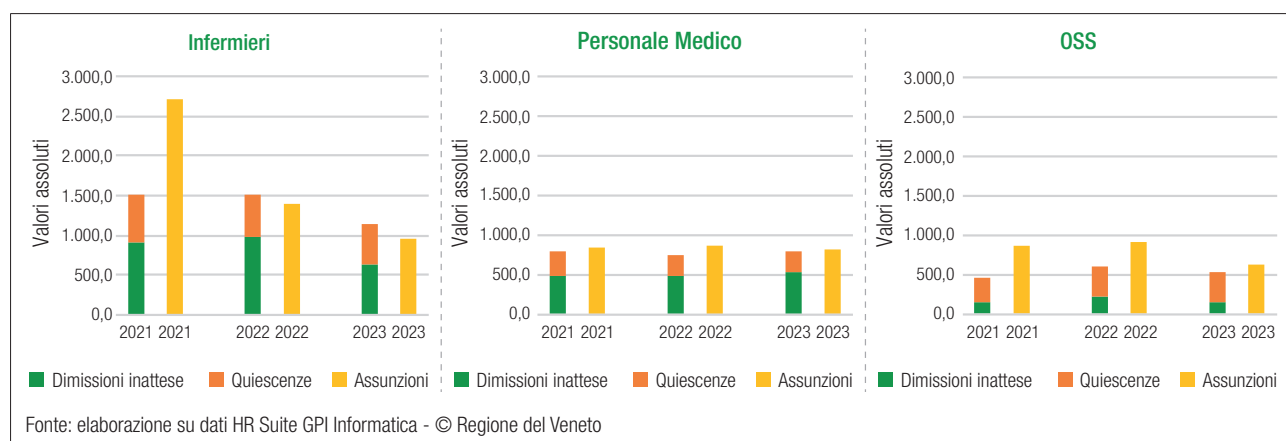


Figura 4a.2. Andamento delle dimissioni inattese sul totale delle dimissioni (infermieri, medici, OSS). Anni 2017-2023

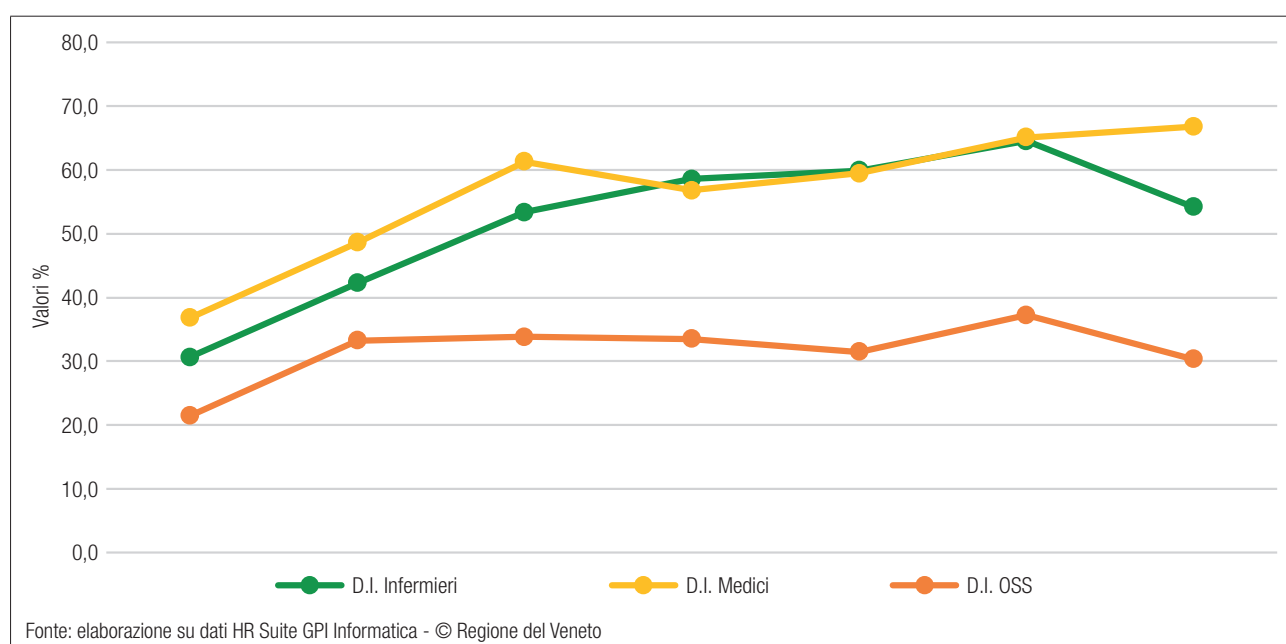
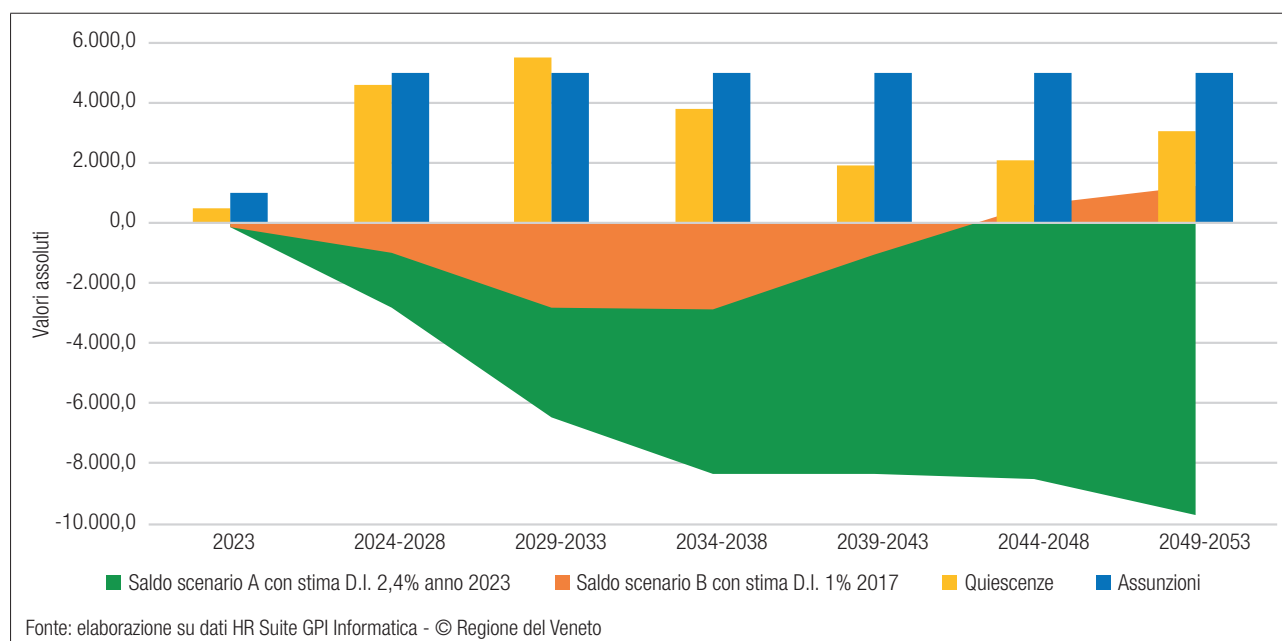


Figura 4a.3. Stima carenza infermieri SSR Veneto



Successivamente è stata effettuata una proiezione, nel medio e lungo periodo associando le stime relative alle cessazioni per quiescenza in base alla demografia del personale e alle uscite per dimissione inattesa. I dati più allarmanti riguardano il profilo del personale infermieristico dove le proiezioni elaborate delineano due possibili scenari (Figura 4a.3.): una previsione “ottimistica” (scenario A), che combina i tassi di dimissione inattesa pre-pandemia con le quiescenze previste, e una previsione “realistica” (scenario B), assumendo come costante l’attuale livello di dimissioni inattese. Nel primo caso, la carenza stimata si attesterebbe attorno a 3.000 unità/anno a partire dal 2029, con un impatto protratto per circa dieci anni. Nel secondo scenario, più verosimile, la criticità assumerebbe dimensioni ancora più rilevanti, rendendo evidente la necessità di contrastare il fenomeno delle dimissioni inattese attraverso l’adozione di strategie efficaci di *retention* e quindi preservare la funzionalità del SSR.

Questo lavoro analitico, fondato sull’evidenza dei dati relativi al personale di tutte le Aziende del SSR, ha rappresentato il supporto conoscitivo che ha consentito il passaggio dalla gestione emergenziale della carenza di personale a una strategia strutturata di medio e lungo periodo.

4a.1. Piano e ambiti strategici

La Regione del Veneto con la D.G.R. n. 960/2024 [11] ha approvato il “Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale del SSR del Veneto” per affrontare le criticità evidenziate dal panorama regionale che confermano le tendenze delineate a livello internazionale e nazionale in tema di carenza di personale sanitario. Il Piano individua cinque macro-aree di criticità sulle quali è necessario intervenire in modo sistematico con un orizzonte temporale quinquennale: la complessità che caratterizza il fenomeno della “carenza di personale”, la bassa capacità di trattenere il personale in servizio presso il SSR pubblico, la diminuzione del tempo effettivo lavorato a causa dell’invecchiamento del personale, la carenza di personale di assistenza dovuto all’elevato numero di quiescenze e la perdita di attrattività della formazione infermieristica e OSS e di alcune specializzazioni mediche.

Per ciascuno di questi macro-problemi il Piano definisce un set di azioni trasversali e di azioni specifiche da implementare, rivolte a specifici profili professionali nei diversi contesti aziendali. Le azioni non sono state concepite come interventi isolati, bensì come elementi integrati di una strategia dove l’inter-

connessione tra benessere lavorativo, valorizzazione delle competenze e attrattività sono dimensioni che costituiscono un sistema coerente di leve per la fidelizzazione e la sostenibilità del personale e, se affrontate congiuntamente, possono produrre effetti significativi e duraturi.

Il Piano Regionale fa riferimento alla letteratura scientifica che studia i fenomeni di attrattività e *retention* nelle Organizzazioni Sanitarie [7,8,12] e alle indicazioni del WHO sul tema della crisi relativa al personale sanitario [1,5,6,13], collocandosi in una logica multilivello, integrata e basata su evidenze, capace di coniugare risposte immediate con investimenti strutturali nel medio-lungo periodo.

4a.1.1. Governo

Il governo del piano strategico è stato affidato ad una Cabina di Regia, coordinata dall'Assessore alla Sanità, ai Servizi Sociali e alla Programmazione socio-sanitaria e composta dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, dal Direttore dell'Area Politiche Economiche, Capitale Umano e Programmazione Comunitaria, dal Direttore della Direzione Risorse Umane del SSR, dal Direttore della Direzione Servizi Sociali. La Cabina di Regia è stata istituita per coordinare le iniziative, garantendo che le attività fossero allineate agli obiettivi strategici, al fine di una implementazione coerente e tempestiva delle azioni, in stretto raccordo tra le Direzioni regionali.

4a.1.2. Coinvolgimento degli *stakeholder*

Parallelamente all'istituzione della Cabina di Regia, sono stati organizzati eventi volti alla sensibilizzazione di tutti gli *stakeholder* rilevanti, per raggiungere un livello di consapevolezza condiviso sul tema e favorire il massimo coinvolgimento nelle azioni previste. Sono stati organizzati una serie di incontri, con le Direzioni aziendali, e rappresentanze datoriali del contesto socio-sanitario e sociale, le Organizzazioni sindacali e le rappresentanze ordinarie. Gli incontri rivolti alle Aziende sono avvenuti

con il coinvolgimento di vari livelli manageriali favorendo una sensibilizzazione a cascata all'interno delle Organizzazioni, portando ad una maggior consapevolezza collettiva, facilitando una migliore comprensione delle esigenze locali, promuovendo l'inclusione e portando alla condivisione delle strategie. È stato organizzato, inoltre, un evento di lancio ufficiale del progetto avvenuto in occasione di un convegno organizzato a tale scopo, dove sono stati invitati i Dirigenti delle Aziende Sanitarie ed Enti del SSR, i componenti dei Gruppi di Lavoro aziendali per la gestione delle azioni previste dal "Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio-sanitario regionale del Veneto", le rappresentanze sindacali e ordinistiche, le rappresentanze dell'area socio-sanitaria e sociale e dell'ospitalità privata. Il convegno ha rappresentato l'occasione per presentare dati aggiornati e condividere le strategie delineate per affrontare la carenza di personale. Questo approccio ha facilitato un dialogo aperto e costruttivo, promuovendo una maggiore comprensione delle sfide associate al problema della carenza di personale, e ingaggiando fin dalle prime fasi gli attori interessati.

4a.1.3. Approccio metodologico per la realizzazione delle azioni

L'approccio metodologico scelto per sviluppare ed implementare le azioni previste dal piano strategico è stato modulato a seconda delle caratteristiche delle azioni stesse e dei relativi obiettivi. Il coordinamento delle attività è centralizzato a livello regionale, ma, per la maggior parte delle azioni che hanno ricadute dirette sulle Aziende Sanitarie, è stato promosso un approccio di coinvolgimento delle singole Aziende Sanitarie attraverso attività di confronto delle esperienze maturate nei diversi contesti aziendali, per far emergere, se esistenti, le migliori pratiche e massimizzare la condivisione del *know-how* maturato.

Di particolare rilevanza, per sistematicità e gradimento, si segnala l'utilizzo dell'approccio che prevede la costituzione di Gruppi di Lavoro tecnici, composti da professionisti delle diverse Aziende Sanitarie

ed esperti esterni, con un coordinamento regionale. Sono state rilevate e analizzate in forma comparativa le esperienze delle Aziende Sanitarie, permettendo di costruire una base empirica solida su cui fondare l'analisi di *benchmark* che ha fatto emergere le buone pratiche già esistenti. Questo approccio ha favorito il consolidamento di una cultura organizzativa orientata al miglioramento continuo, alla condivisione di *best practice* e alla valorizzazione del contributo delle esperienze dei diversi contesti.

4a.2. Azioni Strategiche e Provvedimenti

Il piano individua cinque macro-problematiche che vengono presentate con una breve descrizione delle finalità, delle azioni da realizzare e gli esiti attesi, considerando anche le possibili criticità da affrontare. La prima prevede l'istituzione della Cabina di Regia sopra descritta come sistema di governo, mentre le altre macro-problematiche affrontate riguardano:

- bassa capacità di trattenere il personale in servizio, come evidenziato dall'aumento delle dimissioni inattese del personale del SSR pubblico, per varie cause
- diminuzione del tempo effettivo lavorato, a causa dell'invecchiamento del personale
- carenza di personale di assistenza, a causa dell'elevato numero di quiescenze
- perdita di attrattività della formazione infermieristica e OSS e di alcune specializzazioni mediche.

Ciascuna area ha trovato concreta traduzione in azioni specifiche, che nei paragrafi successivi vengono ripercorse mettendo in evidenza le modalità di attuazione e i risultati finora conseguiti.

4a.2.1. Attraction e Retention del SSR pubblico

La macro-problematica relativa alla bassa capacità di trattenere il personale in servizio, si focalizza su strategie per migliorare la *retention* e l'*attraction* del personale del SSR pubblico. Sono state indivi-

duate sei diverse azioni che, partendo dallo studio del fenomeno delle dimissioni inattese, possano concorrere a migliorare la capacità delle Aziende Sanitarie di trattenere il personale promuovendo stili di *leadership* supportiva, valorizzando le competenze avanzate del personale del comparto sanitario, gestendo le mobilità inter-aziendali del SSR attraverso una unica piattaforma, aumentando l'attrattività e la *retention* nelle aree e nei settori disagiati e prevenendo le situazioni di *burnout* e di disagio psicologico del personale.

4a.2.1.1. Studio delle dimissioni inattese

Questa linea di intervento è centrale, poiché rappresenta la risposta al dato più critico emerso dalle rilevazioni regionali: l'aumento progressivo delle dimissioni volontarie da parte di operatori in età lavorativa attiva, che abbandonano il SSR senza aver maturato i requisiti per il pensionamento. Per questa azione è stato istituito un Gruppo di Lavoro che ha come obiettivo quello di definire un insieme di azioni, a partire da *best practice* già attuate, che le Aziende Sanitarie venete dovranno sviluppare e realizzare sistematicamente per intercettare situazioni di criticità e ridurre il rischio di dimissioni, gestire in maniera strutturata le dimissioni inattese, e promuovere azioni di *retention* a supporto del personale [14].

4a.2.1.2. Promuovere stili di *leadership* supportiva

Se la crescente carenza di personale sanitario rappresenta una delle maggiori sfide del nostro tempo, la letteratura di settore individua la *leadership* come uno dei fattori determinanti per la *retention* del personale; l'adozione di stili di *leadership* supportiva offre una risposta concreta a questa problematica, promuovendo un ambiente di lavoro che valorizza il benessere dei lavoratori [15]. Si tratta di un investimento a lungo termine che richiede un impegno costante nella costruzione di organizzazioni più umane e sostenibili. In particolare, nel settore sanitario, dove

è dimostrato dagli studi di settore che il benessere del personale è strettamente correlato alla qualità delle cure, questo approccio può generare benefici duraturi per l'intera organizzazione.

Il riconoscimento del ruolo determinante delle figure apicali e di *middle management* nella costruzione di un clima lavorativo positivo ha portato all'attivazione di un progetto regionale per lo sviluppo della "*Compassionate Leadership*" nelle organizzazioni del SSR. Il progetto consiste nell'adattamento del modello di *Compassionate Leadership*, di comprovata efficacia a livello internazionale, al contesto sanitario regionale attraverso un percorso di ricerca-azione dedicato a chi esercita funzioni manageriali, allo scopo di valutare l'impatto della *leadership* compassionevole sulla promozione di una cultura centrata sul benessere del personale, che mira tra il resto a ridurre l'assenteismo e il *turnover*. Lo studio coinvolgerà tre Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie (ULSS), due come gruppo sperimentale una come gruppo di controllo, e sarà condotto da un *team* di ricercatori appartenenti alle Università degli Studi di Milano, Padova, Trieste e Verona e coordinato dalla Regione del Veneto [16]. Il progetto prevede, dopo la fase di adattamento del modello, una fase di disseminazione presso tutte le Aziende Sanitarie.

4a.2.1.3. Valorizzazione delle competenze avanzate

La possibilità di valorizzare lo sviluppo di competenze professionali avanzate rappresenta un fattore chiave per la motivazione e la soddisfazione lavorativa del personale.

Alla luce dell'attuale sistema degli incarichi previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) Comparto Sanità Pubblica 2019-2021, è stata effettuata una mappatura degli incarichi di funzione organizzativa e di funzione professionale già attribuiti al personale del Comparto Sanità nei diversi contesti aziendali regionali. Il Gruppo di Lavoro, coordinato a livello regionale, sta procedendo a identificare gli incarichi ritenuti strategici nei diversi contesti, selezionando quelli comuni e ritenuti essenziali

all'interno delle Aziende Sanitarie [17]. L'obiettivo è quello di orientare l'impiego e il riconoscimento del personale con competenze avanzate, attraverso la definizione di profili di competenza omogenei nelle diverse Aziende.

4a.2.1.4. Mobilità inter-aziendale

Un ambito di attenzione specifica è stato quello della mobilità inter-aziendale, divenuto particolarmente rilevante a seguito dell'aumento di partecipazioni a concorsi da parte di personale già dipendente del SSR. L'analisi delle graduatorie degli ultimi anni ha evidenziato che circa il 20% dei candidati infermieri risultava già in servizio presso un'altra Azienda Sanitaria regionale, segnalando un fenomeno distortivo dei processi di reclutamento, che comporta uno spreco di risorse oltre che la sottrazione di giornate lavorative all'attività assistenziale attraverso l'utilizzo di istituti contrattuali specifici.

L'istituto della mobilità volontaria consente ai dipendenti pubblici di spostarsi tra Enti pubblici mediante l'espletamento di un avviso pubblico, in assenza di graduatorie concorsuali valide, oppure mediante il ricorso alla mobilità per compensazione che prevede lo scambio di dipendenti di pari profilo tra Enti (D.Lgs. n. 165/2001 e norme contrattuali).

Il progetto pilota, avviato nel 2025, ha previsto l'indizione di un avviso pubblico unico regionale, gestito da Azienda Zero, per la mobilità volontaria del personale infermieristico tra le diverse Aziende Sanitarie del SSR. L'intento è quello di ridurre gli ostacoli burocratici e facilitare la redistribuzione delle risorse umane tra diversi contesti aziendali, garantendo equilibrio e tempestività nella copertura dei servizi. La fase successiva del progetto prevede la costruzione di una piattaforma informatizzata inter-aziendale in cui i professionisti disponibili alla mobilità possano volontariamente iscriversi, favorendo l'impiego dell'istituto della mobilità, abbreviando i tempi di *recruitment* e rendendo disponibili preliminarmente informazioni relative alle competenze dei professionisti.

4a.2.1.5. *Attraction e Retention* nelle aree e settori disagiati

Tutte le professioni sanitarie registrano difficoltà nella copertura di posti vacanti nelle aree periferiche della Regione (con ridotta densità abitativa, distanza dai Centri urbani di maggiori dimensioni per condizioni oro-geografiche, con scarsità di vie di comunicazione), laddove vi è una rarefazione dei servizi pubblici e alla persona. Per favorire l'attrattività e la *retention* in questi contesti sono state messe in atto politiche finalizzate ad aumentare il trattamento accessorio per il personale nelle aree e settori disagiati e sviluppare progettualità per il miglioramento dei servizi. Per il triennio 2024-2026 la Regione ha autorizzato le Aziende ed Enti del SSR all'incremento dei "Fondi premialità e condizioni di lavoro" del personale del comparto Sanità, dei "Fondi per la retribuzione delle condizioni di lavoro" e dei "Fondi per la retribuzione di risultato" del personale della dirigenza dell'Area di contrattazione collettiva Sanità, destinando alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive. Le risorse derivanti dall'incremento dei fondi sono state destinate alla valorizzazione del personale della dirigenza dell'Area di contrattazione collettiva Sanità e del personale dei profili del ruolo sanitario e socio-sanitario del comparto, secondo criteri e modalità definiti dalla Giunta regionale (L.R. n. 26 del 29.10.2024) [18].

4a.2.1.6. Prevenzione del *burnout* e del disagio psicologico del personale

Il benessere psicologico del personale sanitario è fondamentale per garantire un ambiente di lavoro sostenibile e un'alta qualità delle cure. Il *burnout* e il disagio psicologico sono problemi crescenti che possono compromettere la salute dei dipendenti e la loro capacità di fornire cure efficaci. Al fine di migliorare il benessere, la soddisfazione e il trattamento del personale, la Regione ha definito con il Decreto della Direzione Risorse Umane SSR n. 7 del 12.02.2025 [19] le attività minime da garantire in ogni contesto aziendale per la prevenzione del *burnout*

e del disagio psicologico del personale: l'istituzione dei Gruppi di Lavoro Aziendali e l'attivazione degli sportelli per il supporto psicologico presso ogni Azienda Sanitaria, ad uso gratuito per i propri dipendenti. Gli sportelli lavorano per prevenire il *burnout* e ridurre i livelli di *stress* tra il personale, attraverso incontri/colloqui sia in presenza che tramite piattaforme di Telemedicina. Queste metodologie favoriscono l'accessibilità e la flessibilità e assicurano la massima riservatezza e anonimato per incoraggiare l'utilizzo dei servizi.

Inoltre, è stato istituito un Gruppo di Coordinamento regionale finalizzato alla diffusione di buone pratiche di salute psicologica nelle Aziende Sanitarie.

4a.2.2. Invecchiamento del personale

La terza area di intervento del piano affronta la problematica relativa alla diminuzione del tempo effettivo lavorato, a causa dell'invecchiamento del personale sanitario del SSR. Considerata la cogenza del problema è stato necessario implementare tempestivamente strategie di *age* e *diversity management* per mantenere l'efficacia e la qualità del SSR. Già nel 2018 in Veneto erano state approvate le Linee Guida per le politiche di *age-diversity management* nelle Aziende Sanitarie ed Enti del SSR, finalizzate a delineare un quadro di interventi adattabili ai vari contesti e alla demografia aziendale. Nel Piano Regionale viene ripresa questa azione come leva strategica per contenere gli effetti dell'invecchiamento dei dipendenti e valorizzare le diverse età e competenze dei professionisti, migliorando la produttività parallelamente al benessere.

4a.2.3. Modelli organizzativi innovativi e tecnologie a supporto delle attività sanitarie

Il quarto macro-problema concerne la carenza di personale dedicato all'assistenza, a causa dell'elevato numero di quiescenze. Per ridurre l'impatto di questo fenomeno sono state identificate tre azio-

ni che concorrono a costruire modelli assistenziali orientati alla multidisciplinarietà, con conseguente aumento della flessibilità organizzativa.

4a.2.3.1. Modelli organizzativi di *staff-skill mix change*

La riorganizzazione delle attività secondo i principi di *staff-skill mix change* si colloca tra le possibili azioni di contrasto alla carenza del personale della filiera assistenziale. Essa consiste nella redistribuzione dei compiti e delle responsabilità tra il personale sanitario e non sanitario per ottimizzare l'impiego di tutto il *range* di competenze dei professionisti sanitari e promuovere l'integrazione multiprofessionale. È stato istituito un Gruppo di Lavoro, coordinato a livello regionale, che, partendo dall'analisi e dallo studio dei modelli organizzativi adottati nei diversi contesti, in un'ottica di confronto e di *benchmark*, possa elaborare delle linee di indirizzo che massimizzino l'efficacia allocativa del personale con diverse competenze, anche in relazione alle migliori tecnologico-organizzative introdotte nei diversi contesti. Recenti esempi di razionalizzazione dei modelli organizzativi a livello regionale sono costituiti dal progetto Gravidanza a basso rischio (D.G.R. n. 568/2015; D.G.R. n. 228/2018), dal modello organizzativo e professionale dei servizi di infermieristica di famiglia o comunità (D.G.R. n. 1123/2023), dal modello organizzativo per l'attività vaccinale (D.G.R. n. 521/2024).

4a.2.3.2. Tecnologia e Intelligenza Artificiale a supporto delle attività sanitarie e amministrative

Il rapido sviluppo delle tecnologie digitali e, in particolare, dell'Intelligenza Artificiale (AI), apre scenari rilevanti anche per il settore sanitario. Secondo le stime dell'OECD, circa il 30% delle attività in ambito sanitario e sociale potrebbe essere automatizzato con l'uso dell'AI. Si tratta di una trasformazione che investe sia la dimensione clinica, sia i processi am-

ministrativi e organizzativi.

In ambito assistenziale, l'AI può rappresentare un supporto per migliorare i processi di valutazione, refertazione e diagnosi, aumentando la rapidità e l'accuratezza delle decisioni cliniche. Analogamente nell'ambito dei processi amministrativi e organizzativi la tecnologia può da un lato favorire la semplificazione delle procedure e un più efficiente utilizzo del personale disponibile, dall'altro consente di ridurre gli errori umani e liberare risorse professionali da attività routinarie, permettendo loro di concentrarsi su compiti ad alta complessità. L'integrazione di queste innovazioni richiede tuttavia un approccio strategico e graduale. L'introduzione dell'AI deve essere accompagnata da azioni di formazione e *capacity building* per garantire che professionisti e *manager* sanitari dispongano delle competenze necessarie all'uso appropriato delle tecnologie. Inoltre, la transizione digitale si scontra con possibili resistenze culturali al cambiamento e con la necessità di sviluppare una cultura manageriale e professionale aperta all'innovazione. Altro aspetto cruciale riguarda la sicurezza dei dati: l'impiego di strumenti basati su AI pone questioni delicate legate alla protezione della *privacy*, alla gestione dei dati sensibili e alla prevenzione dei rischi connessi a vulnerabilità informatiche e *cyber-attacchi*.

Per questo motivo, il Piano Regionale colloca lo sviluppo delle applicazioni di AI in una prospettiva temporale di lungo periodo, affinché la loro adozione possa avvenire in maniera sostenibile, sicura e coerente con i principi di tutela della persona.

4a.2.3.3. Reclutamento di personale dall'estero

Un fattore che incide in maniera determinante sul futuro del Sistema Sanitario è la dinamica demografica. La previsione di un picco di quiescenze massive attorno al 2028 rende evidente che, accanto alle misure per rafforzare l'attrattività e la *retention* del personale già in servizio, sarà necessario ricorrere anche a strategie di reclutamento di professionalità utili al settore sanitario da Paesi esteri.

L'esperienza maturata durante la pandemia da Covid-19 ha mostrato come a fronte della necessità di contrastare l'emergenza sanitaria sia stato possibile attivare forme straordinarie di reclutamento temporaneo "delle qualifiche professionali" ovvero di coloro che erano in possesso di titoli sanitari conseguiti in Paesi esteri non riconosciuti da parte del Ministero della Salute per l'esercizio della relativa attività in Italia secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia. Le deroghe introdotte allora, attraverso le disposizioni recate all'art. 6-bis del D.L. n. 105/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 126/2021 e all'art. 13 del D.L. n. 18/2020, convertito in legge con modificazioni dalla L. n. 27/2020, continuano ad applicarsi. La prospettiva di un'accentuata carenza di infermieri e OSS impone di passare da soluzioni emergenziali a strategie strutturate e di lungo periodo, fondate su pratiche trasparenti, sostenibili e coerenti con gli *standard* internazionali ed in particolare con il *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*.

Per rendere efficace questa strategia, sarà essenziale avviare le necessarie interlocuzioni con il mondo imprenditoriale e datoriale maggiormente coinvolto al fine di favorire e supportare l'integrazione dei professionisti nel contesto lavorativo e sociale. Ciò include la predisposizione di programmi di formazione linguistica e culturale al fine di favorire l'adattamento e la permanenza di tali figure nel contesto. In questo modo, il reclutamento dall'estero non si configura come misura sostitutiva, ma come parte integrante di una strategia più ampia, volta a garantire continuità e sostenibilità al SSR, in sinergia con le politiche di attrattività e *retention* del personale già in servizio.

4a.2.4. Formazione e attrattività

Uno dei nodi più critici individuati nel Piano Regionale riguarda la crisi di vocazioni e la perdita di attrattività che da anni interessa le professioni sanitarie, in particolare quella infermieristica, la figura dell'OSS e alcune specializzazioni mediche considerate meno appetibili dalle nuove generazioni. Il fenomeno,

che trova riscontro anche a livello nazionale ed europeo, rischia di compromettere la capacità del sistema di rinnovarsi e di garantire il necessario ricambio generazionale.

Per affrontare questa sfida, è stata definita una serie di interventi volti a rendere più attrattivi i percorsi formativi, investendo sulla promozione delle iscrizioni ai Corsi di Laurea, ai percorsi OSS e alle scuole di specialità. Le iniziative previste nel Piano Regionale sono volte a rafforzare il prestigio e il riconoscimento sociale delle professioni sanitarie, offrire incentivi concreti a chi intraprende questi percorsi, e diffondere un'immagine positiva e motivante delle professioni sanitarie.

La prima azione ha come obiettivo il rafforzamento dell'attrattività dei Corsi di Laurea in Infermieristica in modo uniforme e capillare su tutto il territorio regionale. È stato approvato dalla Giunta Regionale un documento di indirizzo [20] che sistematizza le *best practice* da realizzare in modo trasversale presso tutte le Aziende Sanitarie regionali: campagne di informazione attraverso canali digitali, informativi e *social* aziendali, attività di orientamento scolastico, promozione di *open day*, attività di formazione e facilitazioni o *benefit* attivabili a seconda delle disponibilità dei diversi contesti locali. Tali azioni si pongono in sinergia con le attività di orientamento promosse dagli Atenei e con le attività di promozione della figura di Infermiere realizzate dagli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

Un'altra iniziativa di particolare rilievo, a carattere sperimentale, che intende favorire l'iscrizione e la prosecuzione della frequenza dei Corsi di Laurea in Infermieristica sul territorio regionale riguarda la concessione di *voucher* individuali del valore di € 1.000,00 agli studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica nelle sedi presenti sul territorio regionale per gli anni accademici 2025-2026, 2026- 2027 e 2027-2028. I *voucher*, erogati al superamento dell'esame di tirocinio, costituiscono uno strumento di sostegno concreto volto a favorire l'attrattività dei Corsi di Laurea in Infermieristica. L'impegno di spesa complessivo per il progetto è di € 9 mln. ed è finanziato nell'ambito del Programma Regionale Veneto FSE+ per il Periodo 2021-2027 [21].

Parallelamente la Regione ha avviato una campagna di comunicazione digitale, costruita in collaborazione con i Responsabili dei Corsi di Laurea in Infermieristica delle Università degli Studi di Padova e Verona. L'iniziativa prevede la diffusione di messaggi informativi e promozionali corredati da *brochure* digitali, diffusi anche attraverso i canali *social* delle Aziende Sanitarie, con l'obiettivo di raggiungere in maniera capillare i giovani al termine del ciclo della Scuola Superiore. La campagna punta a valorizzare l'immagine dell'infermiere e a far conoscere le opportunità professionali offerte dal SSR.

Un ultimo capitolo riguarda i percorsi per OSS, profondamente rinnovati a seguito del D.P.C.M. del 25.03.2025, dove sono stati rivisti gli *standard* professionali e formativi della figura, aggiornandone il profilo per renderlo funzionale al soddisfacimento delle necessità attuali. La Regione del Veneto ha recepito tali disposizioni con la D.G.R. n. 883/2025, cogliendo l'opportunità prevista dal D.P.C.M. di estendere alle Aziende Sanitarie la possibilità di attivare direttamente Corsi di Formazione, così da ampliare e diversificare l'offerta formativa.

Nel suo insieme, il Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale non si limita a proporre un insieme di misure settoriali, ma delinea una visione organica e multilivello che intreccia azioni strutturali e interventi mirati. Attraverso un approccio partecipativo, basato sull'analisi dei dati, sulla valorizzazione delle competenze e sulla capacità di innovazione, è stato scelto di affrontare la crisi del personale sanitario trasformandola in un'occasione di ripensamento e rafforzamento del sistema, con l'obiettivo di garantire la sostenibilità del SSR nel medio-lungo periodo.

4a.3. Azioni complementari

Accanto alle strategie strutturali delineate dal Piano Regionale, la Regione del Veneto ha adottato anche azioni di carattere complementare volte a promuovere il benessere organizzativo. Tra queste, un ruolo particolarmente significativo è svolto dall'indagine di clima organizzativo, promossa a livello regionale e condotta con il supporto del Labora-

torio *Management* e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa [22]. L'indagine, già realizzata in tre edizioni (l'ultima delle quali nel 2023) coinvolge tutte le Aziende Sanitarie del Veneto ed è finalizzata a rilevare le opinioni dei dipendenti su aspetti cruciali della vita organizzativa: l'ambiente di lavoro, le relazioni tra colleghi, il rapporto con i superiori e il grado complessivo di soddisfazione professionale. I quesiti contenuti nell'indagine vengono personalizzati ad ogni edizione sulla base del contesto specifico regionale e dei risultati delle edizioni precedenti. Possono essere aggiunte, inoltre, delle domande per approfondire particolari ambiti di ricerca come avverrà nella prossima edizione dove sono stati inseriti degli *item*, relativi all'*intention to leave*, richiesti dal *team* di ricercatori sul tema della *Compassionate Leadership*. I risultati dell'indagine vengono sistematicamente analizzati per orientare azioni e interventi mirati a migliorare il clima aziendale, rafforzare il benessere organizzativo e, in ultima analisi, favorire la *retention* del personale.

4a.4. Riflessioni finali

Il Piano Regionale del Veneto può essere letto come una leva trasformativa: non soltanto uno strumento per affrontare l'attuale crisi di personale, ma anche un modello per costruire un nuovo paradigma di gestione del capitale umano nella Sanità, capace di coniugare resilienza, sostenibilità e innovazione per il futuro del Servizio Sanitario. Le politiche del personale riflettono precise scelte di visione sul modello di Sanità pubblica da promuovere, orientata alla valorizzazione dei professionisti e alla sostenibilità organizzativa, dove le azioni su *retention*, benessere lavorativo, *leadership* e formazione costituiscono il motore strategico per la tenuta del Sistema. Le iniziative messe in atto dimostrano come un approccio integrato e multilivello possa trasformare una crisi strutturale in un'opportunità di ripensamento del modello di gestione del personale. La combinazione di interventi strutturali, misure straordinarie e azioni complementari, restituisce un sistema di azioni complesso ma coerente, capace di affrontare le urgenze

contingenti senza perdere di vista la prospettiva di medio-lungo periodo. Per garantire continuità ed efficacia sarà tuttavia fondamentale istituzionalizzare i processi avviati, rafforzando strumenti di monitoraggio, valutazione e adattamento continuo. La Regione si è dotata di una Cabina di Regia che ha garantito coerenza ed integrazione; il passo successivo sarà quello di dotarsi di un sistema di indicatori dinamico, capace di fornire informazioni oggettive e tempestive per identificare potenziali problemi o criticità, e di supportare le decisioni che guidano il miglioramento.

L'approccio sistematico e pragmatico del "Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale del SSR del Veneto" pone l'esperienza regionale come modello di *governance*, dimostrando che nessuna misura può risultare efficace se non inserita in un disegno multilivello, in grado di combinare interventi nazionali, regionali e aziendali in modo coerente, sinergico e orientato a obiettivi comuni. Le politiche regionali, per essere efficaci, non possono prescindere da un allineamento con le strategie nazionali ed europee, che costituiscono il contesto entro cui valorizzare e ampliare i risultati raggiunti. In questa direzione si colloca il progetto "*The Italian EU Resources Hub for sustainable investing in Health: a case study on health workforce and smart programming tool using AI*", promosso dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni e PP.AA. con il sostegno delle Istituzioni europee, che affronta le medesime criticità con una prospettiva più ampia e integrata. In questo processo, le Regioni hanno portato il loro contributo attraverso un documento strategico condiviso, approvato dalla Conferenza delle Regioni il 17.04.2025, che individua cinque assi fondamentali, che in parte riprendono le azioni strategiche del Piano Regionale del Veneto, offrendo un modello di intervento adattabile anche in contesti più ampi e contribuendo a definire politiche nazionali per la sostenibilità del Sistema Sanitario.

La collaborazione al progetto tra le Regioni e il Ministero della Salute rappresenta un'occasione concreta per costruire una strategia nazionale condivisa, capace di valorizzare su larga scala il capitale umano.

Riferimenti bibliografici

- [1] Azzopardi-Muscat N., Zapata T., Kluge H.; Moving from health workforce crisis to health workforce success: the time to act is now. *The Lancet Regional Health - Europe* 2023;35: 100765 Published Online 26.10.2023 <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100765>
- [2] Costa C, Vedovetto A, Tasca T, Vanzetto G, Brugnaro L, De Bellonia S, Bonesso P, Fanton E; Il fenomeno delle dimissioni tra gli infermieri nelle Aziende Sanitarie del Veneto. Uno studio retrospettivo. *Assist Inferm Ric* 2023;42(2):60-72. doi 10.1702/4050.40312
- [3] Health Canada, Nursing Retention Toolkit: Improving the Working Lives of Nurses in Canada. Published Online 01.03.2024, Minister of Health of Canada
- [4] Ministero della Salute; Il personale del Sistema Sanitario Italiano. Anno 2021 – 2023
- [5] WHO; Health and care workforce in Europe: time to act. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Anno 2022
- [6] WHO; Bucharest Declaration on health and care workforce. High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe: time to act, 22–23.03.2023, Bucharest, Romania
- [7] OECD, Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care, OECD Publishing, Paris. Anno 2023. <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>
- [8] OECD, Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- [9] OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.
- [10] Spandonaro F., D'Angela D., Polistena B.; 19° Rapporto Sanità Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di ri-programmazione, C.R.E.A. Sanità. Anno 2023
- [11] Regione del Veneto; D.G.R. n. 960 del 13.08.2024. Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio-sanitario re-

gionale del Veneto

- [12] Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., & RN4CAST@IT Working Group (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of nursing management*, 27(5), 946–954. <https://doi.org/10.1111/jonm.12745>
- [13] WHO, WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Anno 2021
- [14] Regione del Veneto; Decreto del Direttore della Direzione Risorse Umane SSR Veneto n. 13 del 14.03.2025. Istituzione Gruppo di Lavoro per l'elaborazione di Linee di indirizzo per la gestione delle dimissioni inattese del personale del SSR del Veneto. D.G.R. n. 960 del 13.08.2024 - azione 2.1.
- [15] West M.; *Compassionate leadership: sustaining wisdom, humanity and presence in health and social care*. Anno 2021, Swirling Leaf Press ISBN: 0995766975
- [16] Regione del Veneto; D.G.R. n. 387 del 15.04.2025. Approvazione dello schema di Accordo di collaborazione tra la Regione del Veneto e le Università degli Studi di Milano, di Trieste, di Verona e di Padova per la definizione di un modello italiano di leadership ispirato alla "Compassionate Leadership" da applicare presso le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario del Veneto. Attuazione D.G.R. n. 960 del 13.08.2024 "Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto"
- [17] Regione del Veneto; Decreto del Direttore della Direzione Risorse Umane Veneto n. 19 dell'15.04.2025. Istituzione Gruppo di Lavoro per la valorizzazione delle competenze avanzate del personale del comparto. D.G.R. n. 960 del 13.08.2024 - azione 2.3.
- [18] Regione del Veneto; Legge Regionale n. 26 del 29.10.2024. Disposizioni per l'incremento dei fondi contrattuali delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale
- [19] Regione del Veneto; Decreto del Direttore della Direzione Risorse Umane SSR Veneto n. 7 del 12.02.2025. D.G.R. n. 960 del 13.08.2024 "Approvazione del Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto.*, azione 2.6 "Prevenire il burnout e il disagio psicologico del personale"* - Approvazione dello schema di attività da svolgere nell'anno 2025
- [20] Regione del Veneto; D.G.R. n. 583 del 29.05.2025. Approvazione delle "Indicazioni per la promozione aziendale dei corsi di Laurea in Infermieristica". D.G.R. n. 960 del 13.08.2024 - azione 5.1.
- [21] Regione del Veneto; D.G.R. n. 645 dell'11.06.2025. PR Veneto FSE+ 2021-2027, Obiettivo "Investimenti per l'occupazione e la crescita" - Decisione di esecuzione della Commissione europea n. C(2022)5655 del 01.08.2022 - Priorità 2, Obiettivo specifico f). Concessione di voucher individuali a favore degli iscritti al corso di laurea triennale in Infermieristica per gli anni accademici 2025-2026, 2026-2027 e 2027-2028
- [22] Istituto di management Sant'Anna-MeS; *Indagine di clima organizzativo 2023 Sistema Socio-Sanitario regionale del veneto, 2023*, Tipografia editrice pisana

Sintesi

CAPITOLO 4b

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

Cepiku D.¹, Mastrodascio M.², Zappia G.¹

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

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

² Università LUMSA di Roma

di Reti differenti. È in questa prospettiva che la tabella ricompone 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
Rete matura e integrata	<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
Rete funzionante con <i>governance</i> informale/non completamente strutturata	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
<i>Governance</i> formalizzata ma non ancora pienamente efficace	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
Rete debole/nominale	<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 4b

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

Cepiku D.¹, Mastrodascio M.², Zappia G.¹

L'assistenza oncologica costituisce uno dei campi più complessi dei Sistemi Sanitari contemporanei [1], poiché l'aumento del numero di pazienti, la cronicizzazione di molte patologie tumorali e l'elevata frammentazione dei processi diagnostico-terapeutici richiedono assetti organizzativi capaci di integrare in modo stabile strutture ospedaliere, territorio, prevenzione, riabilitazione e assistenza di lungo periodo. Da ciò ne consegue che la cura del paziente oncologico non può più essere ricondotta ad un unico luogo e ad un singolo attore, ma si configura come un processo distribuito che coinvolge professionalità diverse, strutture eterogenee e livelli istituzionali differenti. In tale contesto le Reti Oncologiche Regionali (ROR): una lettura multidimensionale della *Performance*, i modelli organizzativi tradizionali dei percorsi di cura fondati su strutture isolate o catene gerarchiche lineari si sono rivelati insufficienti a garantire continuità, tempestività ed equità nei trattamenti [2], rendendo necessario lo sviluppo di forme di coordinamento inter-organizzativo basate sulla condivisione di responsabilità, risorse e processi decisionali orientati alla produzione di valore pubblico [3].

Nel Sistema Sanitario italiano, lo sviluppo delle ROR si inserisce proprio in questa evoluzione, con l'obiettivo di assicurare una maggiore omogeneità dei percorsi di cura, rafforzare l'integrazione tra Centri ad alta specializzazione e servizi territoriali, migliorare la presa in carico e ridurre le disuguaglianze geografiche nell'accesso alle cure. Tuttavia, il riconoscimento istituzionale delle ROR non ha determinato un funzionamento uniforme sul territorio nazionale. Le Regioni presentano differenze rilevanti

nella strutturazione della *governance* delle rispettive ROR, nella capacità di coordinamento clinico, nella disponibilità di risorse professionali e tecnologiche, nell'utilizzo dei sistemi informativi, nella maturità dei processi di integrazione e nella continuità assistenziale effettivamente garantita ai pazienti. Tali differenze non possono essere interpretate unicamente alla luce delle dotazioni di risorse o della presenza formale di strumenti organizzativi, ma rimandano alla diversa capacità delle Reti di attivare meccanismi di collaborazione professionale, fiducia inter-organizzativa, apprendimento condiviso e processi decisionali capaci di essere tradotti nella pratica quotidiana [4,5]. In altri termini, le divergenze tra Regioni derivano da come ciascun contesto riesce a trasformare l'architettura formale della Rete in un dispositivo operativo effettivo. In questo quadro, la *governance* assume un ruolo decisivo. Le evidenze presentate nel Rapporto Sanità mostrano che la capacità delle Reti di raggiungere i propri obiettivi dipende in particolare da alcuni fattori strutturali: la presenza di un centro di coordinamento dotato di un mandato chiaro, l'adozione di strumenti condivisi quali Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) e gruppi multidisciplinari, l'esistenza di sistemi informativi interoperabili, la disponibilità di risorse professionali e tecnologiche adeguate e la presenza di meccanismi di monitoraggio in grado di garantire trasparenza e *accountability*. La variabilità osservata fra le Regioni suggerisce che solo alcune Reti sono riuscite a consolidare un equilibrio maturo tra questi elementi, mentre altre presentano una maggiore instabilità organizzativa, una limitata integrazione dei percorsi

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

² Università LUMSA di Roma

o un coinvolgimento disomogeneo degli attori, evidenziando una traduzione incompleta dell'idea di Rete in pratica assistenziale. La complessità dell'assistenza oncologica presenta caratteristiche tipiche dei *wicked problems* [6], ossia problemi contraddistinti da elevata incertezza, forte interdipendenza tra attori e impossibilità di essere affrontati tramite soluzioni lineari o da un singolo organismo. Nessuna organizzazione, infatti, è in grado di governare autonomamente l'intero spettro di competenze, processi decisionali e responsabilità che attraversano il percorso oncologico, il quale richiede forme di cooperazione stabile, scambio di conoscenze e allineamento continuo tra livelli istituzionali differenti. Tale natura sistemica rende i modelli gerarchici tradizionali inadeguati e rende invece necessario il ricorso a forme di coordinamento capaci di sostenere interdipendenze, apprendimento reciproco e decisioni condivise, in linea con quanto evidenziato anche dalla letteratura sui Sistemi Sanitari complessi [7].

Alla luce di tali considerazioni, il *Dynamic Multi-dimensional Model of Network Performance* (MMNP) [8] offre una cornice interpretativa particolarmente adeguata a leggere il funzionamento delle ROR. Il modello concepisce la *Performance* di Rete come un esito emergente prodotto dall'interazione nel tempo di fattori istituzionali, organizzativi e relazionali, suggerendo che la capacità di una Rete di generare risultati dipende non da un'unica dimensione, ma dal modo in cui diversi elementi (sostegno esterno e risorse istituzionali, strumenti organizzativi, collaborazione professionale, *governance* e *leadership*) si influenzano reciprocamente dando forma a differenti configurazioni di coordinamento e continuità assistenziale. Il modello invita quindi a valutare non solo la presenza formale di componenti organizzative, ma la loro effettiva capacità di integrarsi e sostenere i percorsi clinico-assistenziali quotidiani, garantendo equità, prossimità e qualità dell'offerta.

L'applicazione del MMNP al contesto oncologico consente di interpretare le differenze regionali con un approccio dinamico e multilivello che mette in relazione strutture istituzionali, pratiche professionali e capacità organizzative, offrendo una chiave di lettura più approfondita delle modalità attraverso cui le Regioni costruiscono e rendono operativa la propria Rete. A rendere oggi possibile un utilizzo empirico più robusto del modello contribuisce la crescente disponibilità di indicatori istituzionali standardizzati prodotti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)³ per monitorare lo stato di attuazione delle ROR. Tali indicatori permettono infatti di tradurre in misure osservabili dimensioni del modello (*governance* collaborativa, coordinamento clinico, capacità istituzionale, integrazione dei percorsi). In questa prospettiva, il Rapporto Agenas⁴ offre basi dati sistematiche e comparabili tra Regioni sullo stato di attuazione delle ROR, offrendo una piattaforma informativa che rende possibile osservare empiricamente come le Regioni traducano le proprie strutture di *governance* in processi operativi e in risultati nei percorsi assistenziali, consentendo di interpretare tali evidenze alla luce delle dinamiche multidimensionali delineate dal modello. L'analisi degli indicatori relativi al funzionamento delle Reti Oncologiche, dalla presa in carico dei pazienti, ai tempi di accesso e alla prossimità territoriale permette infatti di individuare caratteristiche distintive che definiscono concretamente le ROR nel contesto italiano e di comprendere come differenti modalità di organizzazione, investimenti istituzionali, forme di coordinamento interprofessionale e assetti territoriali dei servizi si traducano in esiti osservabili sul piano dei percorsi di cura.

L'obiettivo non è stilare graduatorie di *Performance*, né attribuire valutazioni comparative di merito, ma ricostruire le logiche di funzionamento che generano differenze tra i diversi contesti regionali, riconducen-

³ Ente pubblico nazionale che supporta le Regioni nel miglioramento della qualità, dell'efficienza e del monitoraggio dei Servizi Sanitari

⁴ Rapporto annuale di Agenas che monitora, tramite indicatori standardizzati, lo stato di implementazione e funzionamento delle ROR nelle diverse Regioni italiane

do tali differenze all'interazione dinamica tra risorse istituzionali, assetti organizzativi e meccanismi collaborativi che compongono l'infrastruttura operativa delle Reti. Le implicazioni del lavoro si sviluppano così su un duplice piano: da un lato, esso mostra come la *Performance* delle ROR possa essere osservata e misurata in modo coerente con la natura multidimensionale e dinamica della *Performance* di Rete, superando approcci limitati a singoli ambiti clinici o gestionali e offrendo un quadro interpretativo capace di integrare dimensioni istituzionali, organizzative e professionali; dall'altro lato, l'analisi fornisce strumenti utili ai decisori e ai coordinatori di Rete per identificare le aree di intervento più rilevanti, orientando strategie che rafforzino la capacità delle Reti di garantire equità, qualità della cura e continuità dei percorsi assistenziali. In questo senso, il contributo si colloca all'intersezione tra ricerca teorica, valutazione delle politiche sanitarie e *management* dei servizi complessi, configurandosi come un tentativo di mettere in relazione dimensioni concettuali e dati empirici all'interno di un approccio che considera la Rete non come un insieme statico di strutture, ma come un sistema evolutivo in cui pratiche di coordinamento, scelte istituzionali e relazioni professionali concorrono alla generazione degli esiti. In questa prospettiva, il capitolo mira a mostrare come la capacità delle Reti di generare risultati non possa essere compresa guardando alle singole componenti in modo isolato, ma richieda di considerare il funzionamento della Rete come un processo plurale, in cui elementi istituzionali, organizzativi e professionali interagiscono nel tempo, condizionandosi reciprocamente. Al tempo stesso, l'analisi offre strumenti utili ai decisori e ai coordinatori di Rete per identificare aree di intervento prioritarie e orientare strategie in grado di rafforzare la capacità delle Reti di garantire equità, prossimità e continuità assistenziale. La *Performance* finale non emerge infatti dalla somma delle singole componenti, ma dal modo in cui condizioni esterne, disponibilità di risorse, pratiche di coordinamento e relazioni interprofessionali si combinano nel plasmare la capacità della Rete di produrre esiti coerenti con i bisogni dei pazienti. È in questa prospettiva che l'analisi del modello MMNP, applicata agli

indicatori Agenas, permette di comprendere perché le differenze regionali osservate non derivino semplicemente dalla presenza formale di strumenti o strutture, ma dalla loro effettiva operatività nei processi quotidiani che sostengono i percorsi oncologici.

4b.1. Quadro teorico

L'analisi delle *Performance* delle Reti richiede il supporto di modelli teorici capaci di cogliere la natura complessa, interdipendente e multilivello dei processi di coordinamento che caratterizzano i Sistemi Sanitari contemporanei. In tale prospettiva, il "Modello Dinamico Multidimensionale di *Performance* delle Reti" [8] costituisce oggi uno degli strumenti per interpretare il funzionamento delle Reti pubbliche, in quanto consente di considerare la *Performance* non come il risultato statico di singoli elementi organizzativi, ma come un esito emergente derivante dall'interazione nel tempo tra condizioni istituzionali, risorse disponibili, dinamiche relazionali e pratiche operative. Tale impostazione consente di superare una visione strutturalista della *Performance*, mettendo in primo piano la capacità della Rete di attivare processi di coordinamento efficaci basati su fiducia, interdipendenza e apprendimento reciproco [8,9]. All'interno del modello, le dimensioni che concorrono alla generazione della *Performance* si articolano attorno a tre macro-categorie principali:

- le risorse esterne, che comprendono il sostegno istituzionale, il riconoscimento politico e la disponibilità di strumenti di coordinamento in grado di abilitare la cooperazione
- le risorse interne, che rimandano alla qualità delle relazioni tra gli attori, alla fiducia, alla capacità di condividere informazioni in modo trasparente e alla presenza di identità di Rete
- i meccanismi di gestione, che includono strumenti organizzativi, *governance* operativa, processi decisionali, ruoli, *standard* e procedure capaci di sostenere nel tempo l'attività collaborativa.

L'interazione tra queste dimensioni determina il grado di maturità della Rete, influenzando sia la con-

tinuità dei processi operativi sia la sua capacità di adattarsi ai cambiamenti esterni, ridurre conflitti, minimizzare attriti e mantenere una coerenza complessiva rispetto agli obiettivi condivisi. In questo senso, la *Performance* non è mai il prodotto di una singola dimensione, ma il risultato di configurazioni dinamiche, in cui gli elementi istituzionali, organizzativi e relazionali si rafforzano o, al contrario, si indeboliscono reciprocamente, incidendo sul funzionamento complessivo della Rete.

Applicato al contesto oncologico, il MMNP offre una chiave interpretativa particolarmente utile per comprendere i processi che permettono alle ROR di garantire continuità assistenziale, equità territoriale e qualità dei percorsi. L'oncologia, infatti, rappresenta un ambito in cui la necessità di integrare competenze altamente specialistiche, servizi distribuiti sul territorio e funzioni di presa in carico longitudinali rende evidente la centralità della collaborazione interprofessionale e del coordinamento tra organizzazioni [5,10]. L'interdipendenza tra attori clinici, manageriali e istituzionali richiede sistemi di *governance* capaci di sostenere la standardizzazione delle pratiche, la condivisione tempestiva delle informazioni, la collaborazione nei gruppi multidisciplinari e la continuità dei percorsi dal sospetto diagnostico al *follow-up*. In questa prospettiva, la Rete Oncologica è interpretata dalla letteratura come una forma di azione collettiva che consente di superare la frammentazione delle competenze e di assicurare ai pazienti un continuum *of care* coerente, integrato e appropriato [11].

A differenza di altri settori sanitari, l'oncologia rende particolarmente evidente il legame tra dimensioni strutturali e dimensioni relazionali della Rete: la sola presenza di PDTA, gruppi multidisciplinari o centri di riferimento non è sufficiente se tali strumenti non sono supportati da relazioni collaborative solide e da processi di *governance* realmente operativi. Le dinamiche di fiducia, la capacità di condividere decisioni e informazioni, la presenza di un'identità di Rete e l'impegno reciproco nel perseguire obiettivi comuni risultano determinanti per ridurre la variabilità nelle pratiche cliniche, garantire tempestività nelle decisioni e realizzare una presa in carico realmente integrata del paziente [9, 12]. In altre parole,

l'efficacia delle Reti Oncologiche non deriva soltanto dalla loro architettura formale, ma dalla capacità di alimentare nel tempo processi di cooperazione stabile tra attori diversi, i quali devono gestire una pluralità di passaggi assistenziali, spesso distribuiti tra più strutture e livelli di cura. La *Performance* della Rete emerge dall'interazione tra queste dimensioni: assetti organizzativi anche molto differenti possono condurre a esiti simili, così come configurazioni apparentemente convergenti possono produrre risultati tra loro divergenti. Ciò dipende dal modo in cui risorse, strutture di *governance* e relazioni professionali si combinano e si rafforzano (o indeboliscono) reciprocamente nel tempo. Di conseguenza, la valutazione della *Performance* non può essere ricondotta a singoli indicatori considerati isolatamente, ma deve essere interpretata come espressione di equilibri dinamici tra vincoli istituzionali, capacità organizzative e pratiche di coordinamento quotidiano. È in questa interdipendenza che la Rete trova, o non trova, la propria capacità di generare continuità e valore pubblico. L'integrazione tra modello teorico e contesto oncologico consente pertanto di leggere le ROR non come semplici strutture organizzative, ma come sistemi dinamici che evolvono in funzione del sostegno istituzionale ricevuto, delle risorse professionali e tecnologiche disponibili, della qualità delle relazioni tra gli attori coinvolti e dell'efficacia degli strumenti di coordinamento adottati. Tale prospettiva permette di interpretare la variabilità osservata tra le Regioni non come una deviazione rispetto a un modello ideale, ma come espressione dei differenti modi in cui condizioni esterne, scelte di *governance*, cultura professionale e strumenti operativi si combinano nel rendere possibile la continuità dei percorsi oncologici e la prossimità dei servizi ai pazienti.

4b.1.1. La rilevanza empirica del modello MMNP

L'adozione del MMNP per analizzare il funzionamento delle ROR consente di trasformare concetti teorici, come le relazioni tra professionisti, il coordinamento delle attività, la capacità di *governance* o la

produzione di valore pubblico, in elementi osservabili e misurabili. Il modello fornisce la cornice concettuale entro cui interpretare questi fenomeni, ma affinché ciò che descrive possa essere realmente analizzato nella pratica è necessario disporre di indicatori che li rendano visibili e ne permettano la valutazione empirica. È proprio questa operazione di traduzione delle dimensioni teoriche in misure empiriche a risultare particolarmente rilevante nel contesto italiano, dove le ROR, pur condividendo una medesima logica istituzionale orientata alla riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alle cure e alla standardizzazione dei percorsi assistenziali attraverso i PDTA, intesi come strumenti che definiscono in modo coordinato e multidisciplinare le attività diagnostiche, terapeutiche e assistenziali lungo l'intero processo di cura al fine di garantire continuità, appropriatezza e omogeneità degli interventi (Ministero della Salute, 2012), insieme ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari e agli organismi di coordinamento, nel ruolo attribuito alla *governance* regionale e nella capacità delle Reti di sostenere una presa in carico realmente integrata, presenta una variabilità che non può essere compresa limitandosi a osservare la presenza formale delle strutture di Rete, ma richiede un sistema di misurazione capace di coglierne il funzionamento effettivo. In questo quadro, gli indicatori messi a disposizione dal Rapporto Agenas sullo stato di attuazione delle ROR costituiscono la base empirica attraverso cui il modello può essere reso operativo nei diversi contesti regionali. Il Rapporto fornisce un insieme ar-

ticolato di misure che documentano, da un lato, le condizioni organizzative e di *governance* della Rete (Indice Sintetico Questionario (ISQ)⁵), dall'altro la capacità della Rete di garantire continuità e prossimità nell'erogazione dei percorsi (Indice Sintetico SDO (ISSDO)⁶) e, infine, gli esiti complessivi in termini di accessibilità e qualità dell'assistenza (Indicatore Sintetico Complessivo (ISCO)⁷). Sebbene tali indicatori non siano stati costruiti originariamente per aderire al *Dynamic Multidimensional Model* [8], essi rappresentano comunque un patrimonio informativo essenziale, perché consentono di osservare fenomeni che si collocano esattamente nelle dimensioni che il modello considera determinanti per la *Performance* di Rete. Per questo motivo, il loro utilizzo richiede un lavoro interpretativo che chiarisca la corrispondenza tra ciò che il modello concettualizza (relazioni, processi cooperativi, ruoli di *governance*, dotazioni istituzionali) e ciò che gli indicatori misurano; non per sovrapporre in modo meccanico modello e indicatori, ma per interpretare questi ultimi come manifestazioni empiriche dei processi di Rete, evitando letture frammentate o riduttive.

La Tabella 4b.1. traduce il modello nelle sue manifestazioni osservabili, mostrando come la *Performance* emerga dall'interazione dinamica tra strutture di *governance*, collaborazione professionale e risultati per i pazienti. La dimensione delle "Risorse esterne e supporto", ad esempio, non può essere interpretata come un semplice volume di risorse economiche, ma rimanda al riconoscimento istituzionale

⁵ Indicatore composito che misura il livello di strutturazione della *governance* della ROR sulla base del questionario Agenas. È articolato in quattro aree tematiche:

(A+E) ruolo e struttura del Centro di coordinamento di Rete e sostegno istituzionale

(B) strumenti organizzativi e piattaforme di Rete

(C) funzionamento dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari e collaborazione clinica

(D) adozione dei PDTA, protocolli e procedure comuni.

L'ISQ fornisce una misura della solidità dei meccanismi organizzativi e di *governance* della Rete

⁶ Indicatore composto basato sui flussi SDO che rileva la capacità della Rete di garantire l'integrazione dei percorsi assistenziali. Include tre componenti:

(b1) Presa in carico da strutture appartenenti alla Rete

(b2) Tempi di attesa nei principali passaggi del percorso oncologico

(b3) Indice di bacino per le prestazioni ambulatoriali di chemioterapia e radioterapia.

L'ISSDO misura quindi l'effettiva operatività della Rete nella gestione dei percorsi

⁷ Indice compreso tra 0 e 100 che sintetizza la *Performance* finale della Rete, integrando elementi di prossimità territoriale, continuità assistenziale e capacità di presa in carico. L'ISCO rappresenta l'esito complessivo della Rete come sistema coordinato, riferito alla qualità e all'equità dell'assistenza offerta alla popolazione

della Rete, al mandato politico che legittima l'azione dei coordinatori, alla chiarezza dei ruoli e alla disponibilità di strumenti di coordinamento: elementi che trovano riscontro nella componente A+E dell'ISQ, la quale non fotografa un risultato, bensì la condizione abilitante che rende possibile il funzionamento coordinato della Rete e la traduzione in pratica dei suoi obiettivi. Allo stesso modo, la dimensione del "*Network management*" riguarda i processi organizzativi che rendono concreto il coordinamento tra i nodi della Rete (incontri, piattaforme informative, *standard* condivisi, procedure operative) e la sua controparte empirica si trova nell'Area B dell'ISQ, che documenta quindi non solo l'esistenza di tali strumenti, ma il grado in cui essi sono effettivamente incorporati nei meccanismi ordinari di funzionamento, offrendo una misura della maturità operativa della Rete e della sua capacità di trasformare la propria architettura in pratica organizzativa quotidiana. La dimensione delle "risorse interne", nel modello, rinvia invece alla fiducia, all'identità di Rete e alla propensione alla cooperazione tra professionisti, elementi che emergono nelle interazioni concrete osservate attraverso l'Area C dell'ISQ, dedicata al funzionamento dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari, spesso decisiva per distinguere Reti mature da Reti nominali. Questa dimensione rappresenta uno snodo cruciale: non descrive un esito, ma il tessuto relazionale che permette alla Rete di agire come tale, distinguendo contesti in cui la cooperazione è pratica sedimentata da contesti in cui essa resta solo formalmente prevista. La componente D dell'ISQ, volta a misurare l'adozione di PDTA, protocolli e procedure comuni, completa il quadro di queste dimensioni abilitanti: non documenta soltanto la presenza di strumenti di standardizzazione, ma la loro capacità di stabilizzare comportamenti, ridurre variabilità indesiderate e creare un riferimento comune

per i diversi attori della Rete. Insieme, A+E, B, C e D descrivono quindi l'insieme delle condizioni, istituzionali, organizzative, relazionali e operative, che abilitano il funzionamento della Rete, predisponendone l'infrastruttura necessaria al coordinamento. Accanto a queste dimensioni, il modello prevede poi livelli di osservazione diversi, che riguardano gli effetti prodotti dalla capacità della Rete di attivare tali condizioni. Gli indicatori ISSDO intercettano infatti gli esiti organizzativi derivanti dall'azione coordinata delle Reti: tempi di attesa, presa in carico, continuità del percorso, coerenza dell'erogazione tra nodi diversi. Non si tratta ancora degli esiti finali, ma della traduzione operativa dei meccanismi organizzativi attivati, cioè del modo in cui la Rete, una volta resa possibile e strutturata, produce efficienze e continuità nei processi assistenziali. L'ISCO, al contrario, si colloca sul piano degli *outcome* di comunità, rilevando gli effetti complessivi della Rete in termini di equità nell'accesso, prossimità dell'assistenza, qualità percepibile dal cittadino. Qui non si misura più il funzionamento organizzativo, bensì ciò che tale funzionamento è effettivamente in grado di produrre per la popolazione: l'ultimo anello della catena causale che va dai fattori abilitanti ai risultati pubblici.

In questa articolazione complessiva, la combinazione tra il modello teorico e gli indicatori del Rapporto ROR permette quindi di seguire l'intero ciclo della *Performance*: dalle condizioni che rendono possibile l'azione coordinata, ai suoi effetti operativi sulla gestione dei percorsi, fino agli esiti finali sul piano dell'equità e della qualità dell'assistenza. Tale struttura rende leggibile la variabilità regionale non come semplice differenza di dotazioni o strumenti, ma come esito della diversa capacità delle Reti di attivare, combinare e rendere operative le componenti istituzionali, organizzative e professionali che sostengono i processi oncologici.

Tabella 4b.1. Corrispondenza tra le dimensioni del Modello Dinamico Multidimensionale e gli indicatori del Rapporto Agenas

Dimensione del Modello MMNP [8]	Descrizione concettuale	Indicatore del Rapporto Agenas corrispondente	Come si manifesta nelle ROR
Risorse esterne e supporto	Grado di sostegno istituzionale, riconoscimento politico, risorse dedicate alla Rete	ISQ - Area A+E (Coordinamento, ruolo del Centro di Rete, sostegno regionale)	Le Reti Oncologiche funzionano solo se la Regione attribuisce mandato, risorse e riconoscimento. Dove A+E è alto, la Rete è "abilitata"
Network management (processi e strutture)	Capacità di coordinare nodi, condividere strumenti, attivare PDTA, definire ruoli e responsabilità	ISQ - Area B (Strumenti organizzativi e piattaforme della Rete)	L'Area B misura i processi operativi di Rete: incontri, sistemi informativi, coordinamento reale → è esattamente la variabile "network management" del modello
Risorse interne (fiducia e collaborazione)	Fiducia tra professionisti, identità di Rete, partecipazione ai GOM/MTD	ISQ - Area C (Funzionamento GOM, collaborazione clinica)	L'Area C rileva quanto i clinici collaborano davvero. Nel <i>Dynamic Multidimensional Model</i> , la fiducia interna è il motore che permette alla Rete di funzionare → quindi C è la sua misura diretta
Formalizzazione/Standardizzazione	Meccanismi condivisi che rendono la Rete stabile e prevedibile (PDTA, protocolli, audit)	ISQ - Area D (Adozione di PDTA, protocolli e procedure comuni)	La standardizzazione è ciò che trasforma la Rete da accordo informale a sistema strutturato. L'Area D misura esattamente questo passaggio
Outcome gestionali (integrazione e continuità)	Capacità effettiva della Rete di instradare e seguire il paziente nel percorso	ISSDO - Presa in Carico ISSDO - Tempi di Attesa	Se la Rete funziona, i pazienti rimangono nella Rete e i tempi sono gestiti in modo coordinato. Quindi ISSDO misura l'effetto organizzativo della <i>governance</i> (non l'esito clinico)
Outcome di comunità (equità, accessibilità, qualità)	Effetto finale percepibile dai cittadini → ciò che la Rete produce per la popolazione	ISCO	ISCO integra presa in carico, prossimità, accesso e continuità. È l'esito finale pubblico della Rete → l'ultimo anello del modello

Fonte: elaborazione degli autori

La mappatura riportata nella Tabella 4b.1. costituisce la base interpretativa attraverso la quale vengono letti gli indicatori del Rapporto Agenas consentendo di tradurre le dimensioni concettuali del modello in variabili empiricamente osservabili. Tale mappatura orienta l'analisi metodologica, chiarendo il modo in cui gli indicatori sono stati selezionati, interpretati e messi in relazione alle diverse componenti del MMNP [8]. I valori e gli indicatori sono stati considerati nella loro forma originale, in coerenza con le metodologie di rilevazione adottate a livello nazionale. Non sono state effettuate operazioni di aggregazione o sintesi ulteriori, al fine di preservare la natura multidimensionale della *Performance* di Rete e mantenere distinguibili le diverse dimensioni istituzionali, organizzative e professionali che la compongono. Tale scelta metodologica consente di evitare letture riduttive e di cogliere le configurazioni differenti attraverso cui le Reti realizzano l'integrazio-

ne dei servizi.

L'analisi è condotta a livello nazionale e considera le 21 ROR (Regioni e PP.AA.). L'approccio adottato è orientato a mettere in evidenza le modalità attraverso cui le Reti combinano i propri strumenti di coordinamento, le forme di collaborazione clinica e la gestione dei percorsi assistenziali, tenendo conto delle specificità istituzionali e amministrative dei diversi Sistemi Sanitari Regionali. I risultati sono presentati nella sezione successiva con l'obiettivo di evidenziare la varietà dei modelli organizzativi e delle logiche di funzionamento che caratterizzano le Reti Oncologiche italiane, senza assumere a priori la presenza di configurazioni ottimali o standardizzabili. L'interesse analitico è volto alla comprensione delle dinamiche che sostengono o ostacolano la capacità delle Reti di garantire integrazione e continuità assistenziale nei diversi contesti regionali.

4b.1.2. Le dimensioni del modello MMNP considerate

Le dimensioni analitiche considerate derivano dal quadro concettuale adottato (modello MMNP) e trovano riscontro empirico negli indicatori riportati nel Rapporto Agenas sullo stato di attuazione delle ROR in Italia. In particolare, la *Performance* delle Reti Oncologiche viene osservata attraverso quattro insiemi di variabili, ciascuno associato a una diversa componente del funzionamento della Rete e misurato tramite specifici indicatori istituzionali. Queste variabili riflettono livelli diversi del ciclo della *Performance*: dalle condizioni abilitanti che rendono possibile l'azione coordinata, agli effetti operativi sui percorsi, fino agli esiti finali percepibili dalla popolazione.

- Componente 1: coordinamento di Rete e meccanismi organizzativi: questa dimensione è osservata tramite l'ISQ, che raccoglie informazioni strutturate sul livello di maturità organizzativa della Rete. L'ISQ è articolato nelle aree relative al ruolo e alla struttura del Centro di coordinamento (A+E), agli strumenti operativi della Rete e alle modalità di coordinamento (Area B), al funzionamento dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (Area C) e all'adozione di PDTA, protocolli e procedure condivise (Area D). Nel loro insieme, queste componenti misurano la solidità dei meccanismi di *governance* e la capacità della Rete di sostenere forme di coordinamento stabile e riconosciuto. L'ISQ non descrive quindi gli esiti della Rete, ma la configurazione delle condizioni che rendono possibile l'azione coordinata, racchiudendo elementi di mandato istituzionale, infrastruttura operativa e qualità delle relazioni professionali che definiscono la capacità della Rete di funzionare come sistema integrato.
- Componente 2: integrazione e continuità dei percorsi assistenziali: queste dimensioni sono rilevate attraverso l'ISSDO, costruito a partire dai flussi informativi ospedalieri. L'ISSDO include misure relative alla presa in carico da parte di strutture appartenenti alla Rete (b1), ai tempi di attesa nei principali passaggi del

percorso oncologico (b2) e all'indice di bacinino per attività ambulatoriali ad alta integrazione, come chemioterapia e radioterapia (b3). Questo indicatore descrive quindi il grado di effettiva operatività della Rete nel garantire percorsi integrati e continui. Si tratta quindi di evidenze che non attengono più al piano delle strutture o dei dispositivi organizzativi, ma alle dinamiche operative attraverso cui la Rete si manifesta nella pratica quotidiana.

- Componente 3: accessibilità, prossimità e continuità dell'assistenza: queste dimensioni sono state osservate attraverso gli indicatori di mobilità sanitaria, l'Indice di Distanza Accettabile (IDA) e la misura della domanda interna soddisfatta. Tali indicatori, seppur eterogenei, convergono nel rappresentare la capacità della Rete di offrire cure prossime al luogo di residenza, ridurre la mobilità passiva e garantire un accesso equo e tempestivo ai servizi. Essi costituiscono componenti fondamentali per valutare l'effettiva fruibilità dei percorsi oncologici da parte dei cittadini.
- Componente 4: configurazione complessiva della Rete: questa dimensione è sintetizzata tramite l'ISCO, che integra misure relative alla prossimità territoriale, alla continuità assistenziale e alla capacità di presa in carico. L'ISCO rappresenta l'esito complessivo del funzionamento della Rete come sistema coordinato, offrendo una misura riassuntiva della capacità della Rete di garantire equità, qualità e coerenza nell'erogazione delle cure oncologiche.

L'insieme di queste variabili permette di osservare le Reti Oncologiche come configurazioni complesse di *governance*, collaborazione professionale, capacità organizzativa e risultati assistenziali, rendendo possibile una lettura comparativa delle diverse modalità con cui le Regioni progettano, implementano e sostengono la presa in carico oncologica. L'ISCO non misura un singolo aspetto del funzionamento, ma la capacità complessiva della Rete di generare valore pubblico attraverso l'integrazione tra istituzioni, organizzazioni e professionisti.

4b.2. Risultati

L'applicazione del modello interpretativo richiede di osservare come le diverse dimensioni della Rete (*governance*, coordinamento operativo, continuità dei percorsi e risultati complessivi) si manifestano nei contesti regionali. Per comprendere più profondamente come tali differenze si traducano in diversi modelli di funzionamento, è necessario superare l'osservazione puntuale dei singoli indicatori e considerare la coerenza interna tra le dimensioni, poiché ciò che distingue realmente una Rete dall'altra non è solo il livello di *Performance* raggiunto in ciascun ambito, ma il modo in cui tali dimensioni si combinano nel dare forma ad assetti organizzativi stabili oppure, al contrario, frammentati. È proprio questa configurazione sistemica, e non la somma dei valori individuali, che il MMNP [8] consente di osservare ed interpretare.

In questa prospettiva, la Tabella 4b.2. ricompone gli indicatori in una lettura configurazionale, posizionando le ROR lungo le dimensioni teoriche del modello (*governance*, *outcome* gestionali, *Performance* organizzativa e *outcome* di comunità) e rendendo così possibile individuare *pattern* distinti di funzionamento. Questa operazione permette di mettere a fuoco traiettorie evolutive differenziate nella capacità delle Reti di tradurre il coordinamento in pratiche operative e valore pubblico, evidenziando, ad esempio, contesti nei quali gli strumenti di *governance* riescono a sostenere percorsi integrati e altri in cui tale traduzione risulta ancora incompleta.

L'osservazione congiunta degli indicatori conferma un'eterogeneità rilevante nei livelli di maturità organizzativa delle Reti, che emerge tanto nella solidità dei meccanismi di governo e coordinamento rilevati dall'ISQ, quanto nella capacità di garantire prese in carico integrate e tempi appropriati nei percorsi, misurata attraverso l'ISSDO, fino agli esiti complessivi percepibili dai pazienti in termini di prossimità, accessibilità e continuità dell'assistenza, sintetizzati nell'ISCO. Ben più delle singole dimensioni, risulta determinante la coerenza tra di esse: le Reti che presentano livelli elevati sia nella *governance* sia nella presa in carico tendono a mostrare configurazioni

organizzative più integrate e stabili, mentre contesti caratterizzati da una *governance* formalizzata ma da livelli modesti di presa in carico suggeriscono una fase di sviluppo in cui il coordinamento non si traduce ancora pienamente in pratiche operative consolidate.

Nel dettaglio, l'analisi dei valori riportati nella Tabella 4b.2. permette di ricondurre le *Performance* osservabili delle Reti alla varietà di funzioni che, nel modello, concorrono alla produzione di coordinamento e continuità assistenziale. L'ISQ costituisce una misura indiretta della dimensione di *governance*, poiché rileva non solo l'esistenza formale di organismi e strumenti di coordinamento, come il centro di Rete, i PDTA, i Gruppi Oncologici Multidisciplinari e i sistemi informativi, ma anche il grado in cui tali strumenti risultano effettivamente attivi, utilizzati e capaci di sostenere processi collaborativi. In questo senso, l'ISQ consente di distinguere Reti la cui *governance* è sostanziale e supportata da pratiche integrate, da Reti nelle quali gli strumenti sono presenti ma non ancora tradotti in un funzionamento pienamente operativo. Gli indicatori ISSDO relativi alla presa in carico e ai tempi di accesso rendono visibile la capacità della Rete di tradurre il coordinamento in percorsi clinico-assistenziali effettivamente integrati: la presa in carico presso strutture appartenenti alla Rete non rappresenta infatti una semplice misurazione organizzativa, ma l'espressione concreta della capacità della Rete di orientare i flussi assistenziali secondo logiche di appropriatezza e continuità. Allo stesso modo, la dimensione territoriale della *Performance*, osservata attraverso gli indicatori di prossimità, riflette non soltanto la distanza fisica tra il paziente e il punto di erogazione, ma l'esito complessivo dell'allineamento tra configurazione reticolare, distribuzione delle competenze cliniche e articolazione dell'offerta territoriale: una Rete può risultare forte dal punto di vista clinico e organizzativo, ma poco prossima se la sua architettura non garantisce un accesso equo e sostenibile ai servizi. L'ISCO consente infine di osservare l'effetto emergente della Rete in quanto sistema articolato, integrando le dimensioni di *governance*, operatività e prossimità in un esito finale riferito alla qualità e all'equità della cura. L'ISCO,

in quest’ottica, non è interpretabile come il risultato della somma delle prestazioni delle singole strutture, ma come manifestazione della capacità della Rete di funzionare come unità coordinata, in grado di generare valore pubblico attraverso la continuità e l’appropriatezza dei percorsi.

Nel complesso, l’analisi suggerisce che la *Performance* delle ROR dipende meno dai livelli assoluti registrati in ciascuna dimensione e maggiormente dalla coerenza interna tra *governance*, presa in carico e configurazione territoriale. È la capacità di mantenere nel tempo un allineamento stabile tra questi

elementi che consente alle Reti di sostenere percorsi di cura continui e appropriati, rispondendo in modo più efficace e prossimo ai bisogni dei pazienti.

La ricomposizione degli indicatori nella Tabella 4b.2., secondo le fasce di posizionamento formalizzate nel Rapporto Agenas (molto basso, basso, medio, medio-alto, alto, molto alto), consente così di confrontare i sistemi regionali non sulla base dei valori assoluti, ma in relazione alle modalità con cui essi combinano *governance*, integrazione dei percorsi ed esiti di prossimità, rendendo intellegibili i differenti livelli di maturità reticolare.

Tabella 4b.2. Posizionamento regionale secondo il MMNP

Regione	Tipologia Rete	Governance della Rete (ISQ)	Outcome gestionale Presa in carico (b1)	Outcome gestionale Tempi (b2)	Performance organizzativa - Prossimità	Outcome di comunità (ISCO)
Abruzzo	C.C.C.N.	Medio-Alto (78)	Alto (85)	Medio (61)	Alto (93,7)	Medio (69,5)
Basilicata	C.C.C.N.	Basso (42)	Basso (52)	Basso (57)	Basso (57,3)	Basso (52,0)
Calabria	C.C.C.N.	Basso (44)	Basso (39)	Basso (49)	Basso (48,7)	Basso (49,3)
Campania	C.C.C.N.	Alto (82)	Alto (88)	Medio (63)	Alto (87,9)	Alto (78,6)
Emilia Romagna	C.C.C.N.	Molto Alto (91)	Molto Alto (92)	Alto (78)	Molto Alto (94,5)	Molto Alto (89,9)
Friuli Venezia Giulia	C.C.C.N.	Basso (34)	Alto (90)	Medio (69)	Alto (92,1)	Medio (62,4)
Lazio	C.C.C.N.	Medio (73)	Medio (82)	Medio (61)	Medio (82,1)	Alto (80,6)
Liguria	C.C.C.N.	Medio (63)	Medio-Alto (81)	Medio-Alto (70)	Molto Alto (93,9)	Medio-Alto (73,1)
Lombardia	C.C.C.N.	Medio (63)	Medio-Alto (78)	Medio (63)	Molto Alto (95,1)	Medio-Alto (75,6)
Marche	C.C.C.N.	Basso (32)	Basso (64)	Medio (63)	Medio (88,6)	Basso (51,2)
Molise	C.C.C.N.	Molto Basso (18)	Basso (53)	Medio (63)	Basso (54,7)	Molto Basso (37,4)
P.A. Bolzano	– (no Rete formalizzata)	Basso (40)	Molto Alto (93)	Medio-Alto (70)	Medio (81,2)	Medio (67,1)
P.A. Trento	Hub & Spoke + C.C.C.N.	Basso (52)	Alto (89)	Medio (63)	Medio-Alto (83,1)	Medio (61,0)
Piemonte	Hub & Spoke	Alto (75)	Alto (85)	Alto (70)	Molto Alto (93,9)	Alto (84,2)
Puglia	Hub & Spoke + C.C.C.N.	Alto (82)	Medio (77)	Basso (59)	Alto (92,1)	Basso (53,4)
Sardegna	C.C.C.N.	Basso (52)	Medio (82)	Medio (72)	Basso-Medio (68,7)	Basso (56,2)
Sicilia	Hub & Spoke	Basso (36)	Medio (82)	Basso (57)	Medio (73,4)	Molto Alto (90,7)
Toscana	C.C.C.N.	Molto Alto (90)	Molto Alto (92)	Medio-Alto (69)	Alto (89,4)	Medio-Basso (55,6)
Umbria	Hub & Spoke	Basso-Medio (55)	Alta (86)	Alto (80)	Medio-Alto (82,6)	Alto (84,2)
Valle d’Aosta	Hub & Spoke	Alto (83)	Alto (89)	Alto (81)	Alto (91,4)	Alto (84,2)
Veneto	Hub & Spoke	Alto-Molto alto (84)	Molto Alto (90)	Molto Alto (90)	Molto Alto (90,9)	Alto (84,2)

Fonte: adattata da rapporto Agenas 2024

La lettura congiunta degli indicatori riportati nella Tabella 4b.2. consente di osservare in modo più approfondito come le ROR strutturino il proprio funzionamento, restituendo un quadro articolato delle loro caratteristiche distintive nelle dimensioni che il modello multidimensionale considera fondamentali: il coordinamento della Rete (ISQ), la presa in carico e la continuità dei percorsi (ISSDO) e gli esiti complessivi in termini di prossimità e qualità percepita (ISCO). Gli indicatori, letti insieme, permettono di cogliere non solo il livello raggiunto da ciascuna Rete in ogni singola dimensione, ma anche come queste dimensioni si sostengano o, al contrario, si indeboliscano reciprocamente. Ed è proprio questo incrocio tra *governance*, operatività dei percorsi ed esiti di prossimità che consente di far emergere empiricamente gli elementi teorici del modello.

Un primo gruppo di Regioni mostra valori elevati in più dimensioni, indicando sistemi nei quali il coordinamento della Rete risulta solido e capace di tradursi in percorsi assistenziali coerenti. Emilia Romagna, Toscana, Veneto e Liguria presentano punteggi alti o molto alti nell'ISQ, registrando la presenza di un centro di coordinamento riconosciuto, l'utilizzo stabile di strumenti organizzativi e un coinvolgimento costante dei gruppi multidisciplinari. A questi livelli di *governance* si associano risultati altrettanto rilevanti nella presa in carico e nei tempi di accesso, con valori ISSDO che segnalano percorsi continui e integrati all'interno delle strutture della Rete. Gli esiti misurati dall'ISCO confermano ulteriormente questa coerenza, evidenziando una buona prossimità territoriale e un accesso ai servizi che risulta generalmente adeguato. L'allineamento tra queste tre dimensioni suggerisce che, in tali contesti, il coordinamento non rimane un assetto formale, ma si traduce in pratiche organizzative effettive, capaci di produrre valore pubblico per il paziente.

In altri territori, la *governance* risulta mediamente strutturata, ma gli esiti nelle altre dimensioni presentano maggiore variabilità. È il caso del Lazio, della Lombardia, del Piemonte e del Friuli Venezia Giulia, che mostrano valori ISQ collocati su livelli medi o medio-alti e dunque indicativi di strutture di Rete presenti e operative, seppur con margini di consoli-

damento. In questi contesti, la presa in carico risulta buona, come evidenziato dagli indicatori ISSDO, ma gli esiti di prossimità restituiti dall'ISCO mostrano una maggiore eterogeneità. Ciò suggerisce che, pur in presenza di un coordinamento funzionante e di percorsi integrati, l'articolazione territoriale dell'offerta o la distribuzione delle competenze cliniche non sempre riescono a garantire un accesso uniforme. In queste Regioni emerge quindi un equilibrio più complesso tra *governance* regionale e organizzazione locale dei servizi.

Si collocano in una posizione differente quei sistemi regionali in cui la *governance* della Rete appare meno strutturata e la presa in carico presenta livelli non ancora pienamente consolidati. Campania, Umbria e Sardegna evidenziano un ISQ collocato su livelli medio-bassi o variabili: gli strumenti organizzativi esistono, ma il loro utilizzo risulta meno sistematico. Ciò si riflette nei valori ISSDO, che registrano prese in carico e tempi di accesso più irregolari rispetto alle Regioni con *governance* più solida. L'ISCO tende in questi casi a posizionarsi su livelli medio-bassi, segnalando una prossimità dei servizi meno omogenea all'interno del territorio regionale. Questi dati indicano Reti che si trovano in una fase intermedia del proprio sviluppo, nelle quali la traduzione del coordinamento in pratiche operative non è ancora completamente stabilizzata.

Un quadro differente emerge in Regioni come Basilicata, Calabria, Marche e Molise, dove gli indicatori mostrano valori bassi o molto bassi su più dimensioni. In tali contesti, il coordinamento di Rete appare limitato, come evidenziato dall'ISQ, mentre la presa in carico e i tempi osservati attraverso l'ISSDO risultano anch'essi su livelli ridotti. L'ISCO restituisce esiti di prossimità contenuti, suggerendo che le Reti non sono ancora in grado di sostenere percorsi continui né di garantire un accesso vicino e uniforme ai cittadini. Si tratta, per lo più, di sistemi nei quali la Rete Oncologica appare in fase iniziale di strutturazione o caratterizzata da frammentazione organizzativa, con una distanza ancora marcata tra il disegno istituzionale e il funzionamento effettivo.

Infine, le Regioni che hanno adottato modelli organizzativi di tipo *Hub & Spoke*, come Piemonte, Pu-

glia, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto, presentano valori che riflettono il particolare equilibrio tra concentrazione delle competenze specialistiche e distribuzione territoriale dell'attività clinica. In alcuni casi, come Veneto e Valle d'Aosta, questo modello si traduce in livelli elevati sia nella *governance* sia nella presa in carico e nella prossimità, mentre in altri, come Puglia e Sicilia, la presa in carico e gli esiti di prossimità mostrano maggiore variabilità. Le differenze tra queste Regioni non derivano dal modello in sé, ma dal modo in cui viene integrato nella configurazione del Sistema Sanitario locale, tenendo conto della geografia, della densità delle strutture e delle modalità con cui il coordinamento regionale sostiene le attività dei nodi periferici.

Nel complesso, l'osservazione dei dati evidenzia come gli indicatori ISQ, ISSDO e ISCO riescano a dare voce alle dimensioni del modello multidimensionale, traducendo aspetti teorici quali *governance*, cooperazione professionale, integrazione dei percorsi e prossimità territoriale in misure osservabili e comparabili. Le differenze tra le Regioni non emergono tanto da singoli indicatori presi isolatamente, quanto dal modo in cui le tre dimensioni riescono ad allinearsi e sostenersi reciprocamente. È questa coerenza interna, più che il valore assoluto in una singola area, a riflettere la capacità delle Reti Oncologiche di funzionare come sistemi coordinati e orientati alla continuità e alla qualità della cura per i pazienti. Nel complesso, i risultati mostrano in modo evidente come gli indicatori utilizzati permettano di riconoscere ciò che il modello multidimensionale prevede: la *Performance* della Rete non può essere attribuita a una singola dimensione, poiché nasce dal modo in cui *governance*, percorsi e prossimità si combinano e si influenzano reciprocamente. La capacità di una Rete di funzionare come sistema dipende infatti dalla relazione tra questi elementi e dal loro allineamento, più che dal livello raggiunto in ciascuno di essi considerato isolatamente. L'ISQ, l'ISSDO e l'ISCO consentono di osservare in che misura questa coerenza si realizza nei diversi contesti regionali, rendendo visibili Reti in cui gli strumenti di coordinamento sono effettivamente operativi e capaci di sostenere percorsi continui, realtà in cui la presa in carico procede

in modo più irregolare e situazioni in cui la prossimità dei servizi rappresenta ancora un risultato da consolidare. Il valore degli indicatori risiede quindi nella loro capacità di rendere empiricamente leggibile la natura relazionale della *Performance*: attraverso di essi diventa possibile vedere come le diverse dimensioni si intrecciano nel sostegno alla continuità dell'assistenza e come eventuali disallineamenti tra *governance*, operatività dei percorsi e accesso ai servizi possano limitarne la piena attuazione.

4b.3. Riflessioni finali

L'analisi congiunta degli indicatori del Rapporto Agenas e del *Dynamic MMNP* [8] evidenzia un quadro eterogeneo nei livelli di maturità delle ROR. Come sintetizzato in Tabella 4b.3., tali traiettorie possono essere comprese come configurazioni evolutive, che si collocano lungo un continuum che va da Reti pienamente integrate a Reti prevalentemente nominali. La collocazione delle Regioni nei diversi *cluster* riflette il diverso grado di istituzionalizzazione della *governance*, la profondità delle relazioni professionali e la capacità della Rete di stabilizzare pratiche condivise di presa in carico e continuità assistenziale.

Tale eterogeneità sembra riflettere modalità differenti attraverso cui le Regioni hanno nel tempo costruito il coordinamento inter-organizzativo, stabilizzato spazi di confronto clinico e consolidato relazioni di cooperazione professionale. La dimensione istituzionale da sola non appare sufficiente a spiegare le configurazioni osservate: la capacità delle Reti di generare presa in carico integrata e continuità assistenziale sembra maturare nell'intersezione tra architetture organizzative, *leadership* professionale e forme di fiducia operativa sviluppate nel tempo. I risultati non suggeriscono la presenza di categorie dicotomiche o di un numero predeterminato di modelli di Rete, bensì di caratteristiche ricorrenti lungo un continuum di maturità organizzativa. Alcune Regioni tendono a convergere verso forme più istituzionalizzate di *governance* e integrazione operativa, mentre altre mostrano assetti più informali o ancora in via di consolidamento. Tali configurazioni non devono

essere interpretate come tipologie rigide, ma come posizionamenti relativi lungo un processo evolutivo di costruzione e stabilizzazione della Rete. Le Regioni Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte e Valle d'Aosta presentano tratti riconducibili a Reti maggiormente integrate. L'elevato punteggio ISQ si accompagna a un utilizzo sistematico dei PDTA, a tavoli clinico-organizzativi regolari e a bassi livelli di mobilità passiva. In questi contesti, il coordinamento appare incorporato nelle pratiche, più che legato esclusivamente a strumenti formali: la Rete opera come infrastruttura relazionale stabile, con ruoli, responsabilità e linguaggi clinici condivisi. Un assetto differente caratterizza Friuli Venezia Giulia, Basilicata e P.A. di Bolzano, dove risultati favorevoli in termini di prossimità e continuità emergono anche in presenza di strutture di *governance* meno articolate. Qui la cooperazione sembra sorretta da legami professionali consolidati e da configurazioni territoriali coese. Tale assetto, pur efficace nell'immediato, risulta più esposto a variazioni istituzionali o a cambi di *leadership*, data la minore formalizzazione dei meccanismi di coordinamento.

Nel gruppo comprendente Campania, Lazio, Lombardia, Umbria, Puglia e P.A. di Trento, la *governance* è formalmente definita ma ancora in fase di piena traduzione nelle pratiche assistenziali. L'integrazione operativa procede in modo graduale: la Rete esiste come progetto e come architettura, ma la sua interiorizzazione nei processi clinici richiede tempo, adattamento e capacità di accompagnamento organizzativo. Infine, Calabria, Molise, Sicilia, Marche e Sardegna mostrano Reti in cui la presa in carico intra-regionale è più frammentata e la cooperazione tra nodi meno stabilizzata. In questi casi, la Rete tende a rimanere una struttura nominale, non ancora incorporata nei meccanismi ordinari di gestione del percorso oncologico.

Nel complesso, ciò che emerge è una relazione non lineare tra *governance*, cooperazione professionale e risultati assistenziali. Le Reti sembrano evolvere gradualmente, secondo traiettorie differenti, in cui le strutture organizzative forniscono il quadro, ma sono le interazioni tra professionisti e nodi della Rete a determinarne la reale operatività nel tempo. Tale

prospettiva è coerente con quella che, a livello internazionale, interpreta le Reti Sanitarie come sistemi adattivi, in cui la *Performance* emerge dall'allineamento progressivo tra regole, pratiche e relazioni, più che dalla sola definizione formale dell'assetto di coordinamento. Nel loro insieme, i risultati mostrano come la *Performance* delle ROR non sia riconducibile alla somma delle capacità delle singole Strutture Sanitarie, ma emerga dall'equilibrio dinamico tra *governance* istituzionale, collaborazione professionale e organizzazione dei percorsi. Le differenze osservate non indicano semplicemente livelli più o meno elevati di sviluppo, bensì configurazioni differenziate di adattamento istituzionale, nelle quali le Reti evolvono in risposta a vincoli territoriali, dotazioni di risorse, tradizioni decisionali e forme di legittimazione. Le Reti che mostrano prestazioni elevate non sono necessariamente quelle con le strutture più centralizzate o con la maggiore disponibilità di risorse, ma quelle in cui la *governance* è coerente con i meccanismi di presa in carico e con la distribuzione territoriale dell'offerta. Viceversa, Reti caratterizzate da un forte impianto regolativo ma da livelli ridotti di collaborazione clinica rivelano una fase di implementazione incompleta, in cui il coordinamento è formalmente definito ma non ancora tradotto in pratiche operative condivise.

Questi risultati confermano la validità del MMNP come strumento interpretativo per l'analisi della *Performance* di Rete, mostrando che la capacità delle Reti Oncologiche di generare equità, prossimità e continuità assistenziale dipende dalla coerenza sistemica tra i livelli di *governance*, i processi clinico-organizzativi e gli esiti territoriali. Tale prospettiva offre indicazioni utili sia per la valutazione delle politiche sanitarie sia per la progettazione di interventi orientati al consolidamento della collaborazione inter-organizzativa nei sistemi regionali.

Le evidenze emerse suggeriscono che il funzionamento delle ROR debba essere interpretato come un processo dinamico, in cui la maturità organizzativa non coincide con la sola presenza formale di strumenti, ma con la capacità del sistema di integrare nel tempo *governance*, cooperazione professionale e continuità assistenziale. Da questa prospettiva de-

rivano alcune implicazioni di *policy* che richiedono un adattamento alle diverse condizioni regionali, poiché i risultati osservati mostrano traiettorie evolutive eterogenee, difficilmente riconducibili a un'unica strategia di intervento.

Nei contesti in cui la Rete appare già stabilizzata e capace di sostenere coordinamento e coerenza dei percorsi (Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte, Valle d'Aosta), gli strumenti di *governance* operano come piattaforme relazionali consolidate, che facilitano il funzionamento ordinario dei nodi senza bisogno di interventi correttivi. In queste Regioni, le implicazioni di *policy* riguardano più la preservazione della stabilità raggiunta e la valorizzazione delle esperienze maturate, che potrebbero diventare riferimenti per processi di trasferimento inter-organizzativo e per il rafforzamento delle capacità delle Reti meno mature.

Un assetto diverso emerge in territori come Friuli Venezia Giulia, Basilicata e P.A. di Bolzano, dove risultati positivi in termini di presa in carico e prossimità sembrano derivare soprattutto dalla solidità delle relazioni professionali. In questi casi, la cooperazione funziona perché radicata nelle pratiche, anche in assenza di un impianto di *governance* pienamente strutturato. Tale configurazione, pur producendo esiti immediatamente riconoscibili, presenta una più elevata vulnerabilità nel medio periodo, poiché dipende dalla stabilità dei contesti e delle figure professionali che li sostengono. Le implicazioni di *policy* riguardano quindi la progressiva istituzionalizzazione delle pratiche, attraverso il consolidamento dei tavoli di coordinamento, la formalizzazione dei ruoli e l'introduzione di meccanismi di monitoraggio che trasformino la cooperazione in una dimensione meno contingente.

Un ulteriore gruppo di Regioni, tra cui Campania, Lazio, Lombardia, Umbria, Puglia e P.A. di Trento, mostra strutture di Rete definite, ma non ancora pienamente efficaci nel tradursi in operatività stabile. La *governance* è presente, ma l'adozione dei PDTA, il funzionamento dei gruppi multidisciplinari e l'interoperabilità dei sistemi informativi risultano ancora disomogenei. Le implicazioni di *policy* qui riguardano meno l'introduzione di nuovi strumenti e più il raffor-

zamento della loro capacità esecutiva: trasformare procedure in *routine*, consolidare la *leadership* professionale inter-organizzativa e sostenere l'uso quotidiano degli strumenti che la Rete già possiede.

Una condizione ancora diversa si osserva in Calabria, Molise, Sicilia, Marche e Sardegna, dove le Reti mostrano livelli di maturità più limitati: la presa in carico è frammentata, la mobilità passiva elevata e la collaborazione tra nodi discontinua. In tali contesti, interventi incrementali basati su strumenti già esistenti risultano difficilmente efficaci. Le implicazioni di *policy* rimandano a un investimento preliminare nelle precondizioni della Rete: definire centri di riferimento chiari, attivare unità di coordinamento dotate di mandato operativo, rafforzare l'offerta territoriale nei punti critici e creare un'infrastruttura minima che renda possibile lo sviluppo di pratiche collaborative.

In una prospettiva complessiva, queste differenze suggeriscono che la maturità delle Reti Oncologiche non debba essere intesa come uno stadio da raggiungere, ma come un processo in evoluzione, sostenuto dall'interazione nel tempo tra continuità istituzionale, riconoscimento professionale e apprendimento collettivo. Una Rete non si esaurisce nella sua architettura formale: diventa effettivamente operativa quando i meccanismi di coordinamento non devono essere invocati, perché sono già incorporati nei modi quotidiani di curare, decidere e collaborare. Le implicazioni indicate sottolineano pertanto la necessità di politiche differenziate, capaci di leggere la specificità dei contesti e di sostenere, con intensità e strumenti diversi, i percorsi di consolidamento delle Reti Regionali.

L'analisi condotta mostra come il MMNP [8] rappresenti un quadro interpretativo efficace per comprendere la varietà delle configurazioni assunte dalle ROR. L'integrazione tra le dimensioni teoriche del modello e gli indicatori del Rapporto sullo stato di attuazione delle ROR ha permesso di osservare in modo comparato differenti combinazioni di *governance*, cooperazione professionale e capacità di presa in carico, evidenziando come la *Performance* di Rete emerga dalla relazione dinamica tra dispositivi istituzionali, pratiche clinico-organizzative e relazioni tra gli attori.

Tabella 4b.3. Profili delle ROR italiane

Configurazione di Rete	Caratteristiche strutturali e relazionali osservabili	Regioni	Sintesi interpretativa
Rete matura e integrata	<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
Rete funzionante con <i>governance</i> informale/non completamente strutturata	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
<i>Governance</i> formalizzata ma non ancora pienamente efficace	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
Rete debole/nominale	<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 degli autori

Tale relazione non è un esito immediato: si sviluppa nel tempo attraverso processi di adattamento, apprendimento e consolidamento di pratiche condivise. L'analisi ha evidenziato come le differenze regionali non siano riconducibili esclusivamente alla presenza formale di strutture di coordinamento, ma alla misura in cui tali strutture vengono rese operative e integrate nelle pratiche quotidiane. Ne emerge un quadro articolato, composto da Reti mature, contesti in consolidamento e realtà ancora in fase iniziale di sviluppo, che testimonia la natura evolutiva della *Performance* di Rete. In questa prospettiva, il modello e la misurazione multidimensionale si rivelano strumenti utili non solo per valutare lo stato attuale, ma per orientare percorsi di rafforzamento progressivo, fondati sulla costruzione di capacità organizzativa condivisa, sull'apprendimento collettivo e sull'allineamento tra scelte istituzionali e pratiche professionali. Complessivamente, l'analisi conferma che la Rete assume significato solo se osservata nella sua interezza: è il modo in cui *governance*, cooperazione e prossimità si articolano nel tempo a determinare la capacità della Rete di sostenere percorsi di cura appropriati.

Riferimenti bibliografici

- [1] Fantini, M., Murante, A., & Persone, E.; L'assistenza oncologica: una priorità per i sistemi sanitari. In VALUTARE I PERCORSI IN SANITÀ. I percorsi della salute mentale e il percorso oncologico. Un progetto della Commissione parlamentare d'inchiesta del Senato sull'efficienza e l'efficacia del SSN (Vol. 3, pp. 37-63). Il Mulino. Anno 2014
- [2] Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., & Bennett, C.; Making wicked problems governable?: The case of managed networks in health care. OUP Oxford. Anno 2013
- [3] Provan, K. G., & Kenis, P.; Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. Journal of public administration research and theory, 18(2), 229-252. Anno 2008
- [4] Taplin, S. H., & Rodgers, A. B.; Toward improving the quality of cancer care: addressing the interfaces of primary and oncology-related subspecialty care. Journal of the National Cancer Institute Monographs, 2010(40), 3-10. Anno 2010
- [5] Tremblay, D., Prady, C., Bilodeau, K., Touati, N., Chouinard, M. C., Fortin, M., ... & L'Italien, M. F.; Optimizing clinical and organizational practice in cancer survivor transitions between specialized

- oncology and primary care teams: a realist evaluation of multiple case studies. *BMC health services research*, 17(1), 834. Anno 2017
- [6] Ferlie, E., McGivern, G., & Fitzgerald, L.; A new mode of organizing in health care? Governmentality and managed networks in cancer services in England. *Social science & medicine*, 74(3), 340-347. Anno 2012
- [7] Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Plumb, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J.; Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ quality & safety*, 21(3), 239-249. Anno 2012
- [8] Cepiku, D.; Network Performance: toward a dynamic multidimensional model. In *Network theory in the public sector* (pp. 174-189). Routledge. Anno 2013
- [9] Klijn, E. H., Steijn, B., & Edelenbos, J.; The impact of network management on outcomes in governance networks. *Public administration*, 88(4), 1063-1082. Anno 2010
- [10] Haines, K. J., Kelly, P., Fitzgerald, P., Skinner, E. H., & Iwashyna, T. J.; The untapped potential of patient and family engagement in the organization of critical care. *Critical care medicine*, 45(5), 899-906. Anno 2017
- [11] Sheaff, R.; Plural provision of primary medical care in England, 2002–2012. *Journal of health services research & policy*, 18(2_suppl), 20-28. Anno 2013
- [12] Prades, J., Morando, V., Tozzi, V. D., Verhoeven, D., Germà, J. R., & Borrás, J. M.; Managing cancer care through service delivery networks: the role of professional collaboration in two European cancer networks. *Health services management research*, 31(3), 120-129. Anno 2018

Sintesi CAPITOLO 4c

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

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

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.

¹ Osservatorio Sanità Digitale, Politecnico di Milano

CAPITOLO 4c

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

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

Nell'ultimo anno si sono registrati importanti sviluppi nell'ambito della Sanità Digitale in Italia. Gli investimenti e le riforme avviate, in particolare con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), hanno consentito di supportare interventi strutturali di lungo periodo, innescando un processo di cambiamento che sta coinvolgendo l'intero Sistema Sanitario.

Sul fronte della Telemedicina, uno tra gli ambiti chiave previsti nella Missione 6 Salute del PNRR, l'Infrastruttura Nazionale di Telemedicina (INT) è stata collaudata e presentata agli attori del sistema, mentre le Regioni stanno finalizzando la realizzazione delle Infrastrutture Regionali di Telemedicina (IRT), destinate all'erogazione dei servizi ai pazienti. In parallelo la digitalizzazione degli ospedali sta proseguendo, anche grazie al supporto dei nuovi Accordi Quadro Consip per l'approvvigionamento centralizzato di soluzioni informatiche clinico-assistenziali. Lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0 a livello regionale è ora accompagnato dall'implementazione dell'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS), che rappresenta un fondamentale passo verso una gestione federata e interoperabile dei dati sanitari, con l'obiettivo di valorizzarli per fini di cura, ricerca e governo. Infine, sono stati fatti importanti passi dal punto di vista normativo per l'utilizzo dell'Intelligenza

Artificiale (AI) in Sanità: l'entrata in vigore dell'AI Act e il disegno di legge italiano recentemente approvato testimoniano la crescente rilevanza di questa tecnologia come componente strutturale del futuro Sistema Sanitario.

A qualche anno dall'inizio di questa fase di riforme e investimenti, possiamo quindi affermare che la trasformazione sta cominciando a dare i suoi primi risultati concreti, ma quanto raggiunto non basta ancora per poterne raccogliere pienamente i frutti: serve terreno fertile perché la crescita continui e nuove opportunità di innovazione possano emergere, e queste condizioni non possono considerarsi scontate.

Infatti, la pressione sul Sistema Sanitario non si è attenuata. Sul fronte delle risorse la carenza di operatori sanitari si fa sempre più critica e difficile da colmare, mentre la spesa in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL) mostra segnali di contenimento², a fronte di maggiori pressioni di altri capitoli di spesa pubblica, in primis previdenziale³. D'altra parte, la domanda di cura continua a crescere con l'invecchiamento della popolazione⁴, che porta ad un aumento dell'incidenza delle cronicità⁵ e del fabbisogno di *Long Term Care*⁶. Tutto ciò sta portando a uno strutturale e purtroppo crescente disequilibrio tra bisogni, aspettative e capacità di risposta, di cui

¹ Osservatorio Sanità Digitale, Politecnico di Milano

² Dopo l'incremento registrato durante la pandemia, il rapporto tra Spesa Sanitaria Pubblica e PIL è progressivamente diminuito, fino ad un minimo di 6,2% nel 2023. Fonte: OECD

³ Il rapporto tra Spesa Pensionistica e PIL ha raggiunto il 15,6% nel 2024. Il dato mostra una tendenza strutturale all'aumento, destinata a proseguire nei prossimi anni sotto la spinta della transizione demografica e dell'inflazione. Fonte: MEF

⁴ Al 2025, circa un quarto della popolazione italiana ha più di 65 anni. Fonte: Commissione Europea

⁵ Le malattie croniche interessano oggi il 40,5% della popolazione italiana. La prevalenza cresce con l'età, ma non riguarda solo le fasce più anziane. Tra i 18 e i 69 anni, il 18% ha già ricevuto una diagnosi di almeno una patologia cronica. Fonti: Istat e Istituto Superiore di Sanità

⁶ In Italia, il fabbisogno di assistenza a lungo termine riguarda circa 3,9 mln. di persone non autosufficienti. Fonte: SIAD

le lunghe liste d'attesa⁷, seppur da tempo oggetto di intervento, sono uno dei sintomi più evidenti. A questo disequilibrio si potrà fare fronte solo attraverso quel radicale cambio di paradigma di cui, grazie agli investimenti di questi anni, cominciamo a vedere i primi risultati.

Come coltivare, quindi, questi primi risultati? Possono le attuali infrastrutture digitali essere nutrimento per innovazioni future in grado di rendere il Sistema Sanitario più forte e sostenibile? Le condizioni sembrano finalmente esserci, ma la disponibilità di tecnologie digitali sempre più avanzate potrà tradursi in vera innovazione solo a fronte di una trasformazione radicale dei processi di cura e assistenza, delle relazioni tra gli attori e dei punti di contatto tra cittadino e sistema, che bilanci efficienza, efficacia e soddisfazione di tutti gli attori coinvolti.

4c.1. Metodologia

Giunto alla sua 19^a edizione, l'Osservatorio Sanità Digitale produce una ricerca annuale applicata dello stato dell'arte della Sanità Digitale in Italia, per fornire evidenze utili ai *decision maker* e a tutti gli *stakeholder* del settore. In questo capitolo sono impiegate diverse metodologie di indagine in modo complementare.

Survey

A partire da un modello comune di indagine, sviluppato in funzione degli obiettivi della Ricerca, sono stati definiti sette questionari rivolti ai seguenti attori:

- Strutture Sanitarie pubbliche e private italiane, attraverso Direttori Generali, Direttori Amministrativi, Direttori Sanitari e Socio-Sanitari e Responsabili dei Sistemi Informativi, con 86 risposte, in collaborazione con la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO)
- Medici di Medicina Generale (MMG), con 262 ri-

sposte, in collaborazione con la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)

- medici specialisti, con 540 risposte, in collaborazione con Homnya, Associazione Medici Diabetologi (AMD), Associazione Medici Endocrinologi (AME), Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) e Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER)
- infermieri, con 4.265 risposte, in collaborazione con la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI)
- farmacisti, con 849 risposte, in collaborazione con Federfarma
- pazienti cronici o con gravi problemi di salute e *caregiver*, con 414 risposte, in collaborazione con Alleanza Malattie Rare (AMR), Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare (APMARR), Associazione Italiana Diabetici (FAND), FederASMA e Onconauti
- cittadini italiani, intervistati da BVA Doxa tramite l'Omnibus Doxa (metodologia *Computer-Assisted Telephone Interviewing* (CATI)): sono stati coinvolti 1.000 cittadini maggiorenni, statisticamente rappresentativi della popolazione italiana con riferimento ad alcune variabili (sesso, classi di età, distribuzione geografica, livello di istruzione e attività lavorativa).

Analisi statistica

L'analisi statistica per stimare la spesa per la Sanità Digitale in Italia è stata condotta con riferimento all'anno 2024 tenendo conto di spese correnti, investimenti e *budget* complessivi in *Information and Communication Technologies* (ICT) delle Strutture Sanitarie italiane. Nella raccolta dei dati si è operato mediante campionamento stratificato. Le variabili utilizzate per la stratificazione sono state la macro-area geografica, la dimensione e la tipologia di Struttura Sanitaria. Il tasso di risposta è stato abbastanza uniforme nei diversi strati e il numero complessivo di

⁷ Il Decreto del Ministero della Salute del 17.02.2025 ha definito le linee guida per la Piattaforma Nazionale delle liste di Attesa, nell'ambito di un programma più ampio volto all'abbattimento delle liste d'attesa, in sinergia con le Regioni

imprese campionate è stato di 65. Il metodo utilizzato per stimare il totale del *budget* ICT è basato su una tecnica di simulazione, che fa uso di un modello econometrico *Generalized Linear Model* con *mixed effects*, *link* logaritmico e densità Gamma. I dati riportati si intendono come stime puntuali all'interno di rispettivi intervalli.

Stime di impatto

Nel presente *report*, le stime di impatto sono state sviluppate a partire da una selezione di articoli scientifici *peer-reviewed* pubblicati dal 2015 in poi, individuati attraverso un'analisi della letteratura finalizzata a identificare evidenze solide e metodologicamente valide. Per ciascuna stima è stato selezionato un insieme di studi rilevanti, scelti in base alla qualità metodologica e alla pertinenza rispetto ai temi analizzati. Un'ulteriore fonte di dati è stata costituita dalle *survey* rivolte ai professionisti sanitari, finalizzate a rilevare il tempo attualmente dedicato alle attività oggetto di analisi. I dati raccolti sono stati elaborati attraverso medie ponderate, tenendo conto

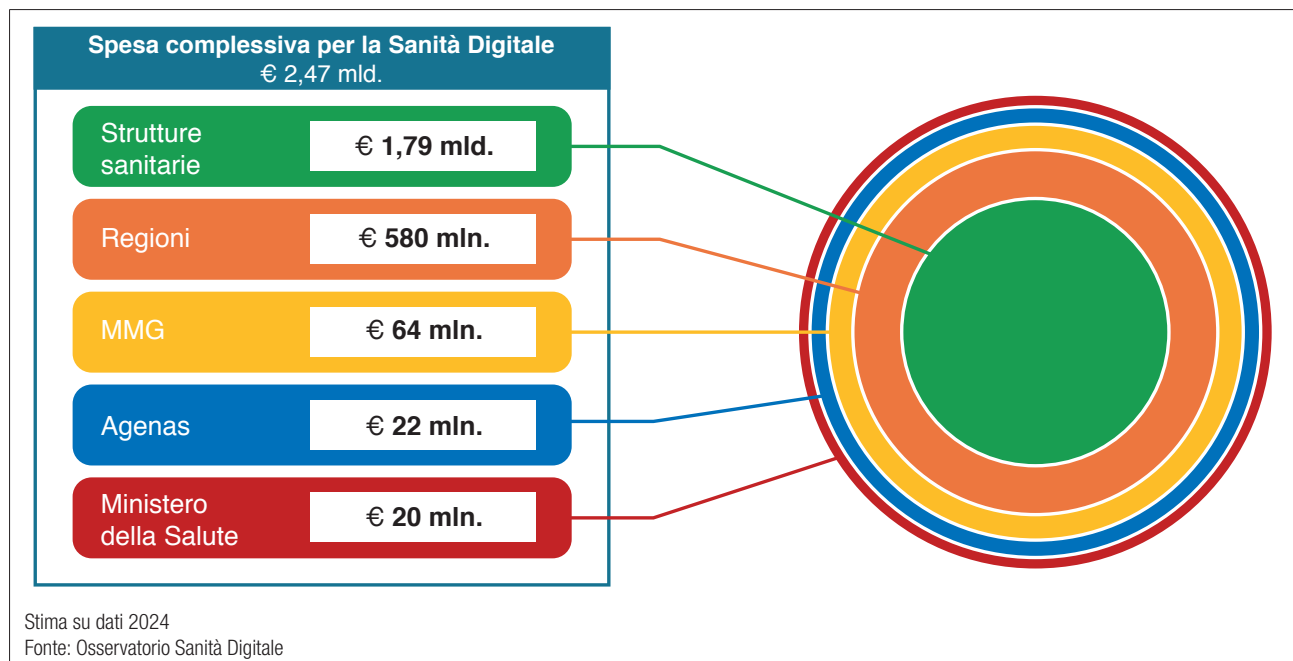
della distribuzione per specialità e fascia d'età, con il supporto di dati ufficiali di riferimento. Le percentuali di riduzione desunte dalla letteratura sono state infine applicate ai dati rilevati, al fine di stimare in modo sistematico l'impatto potenziale per ciascuna delle attività considerate.

4c.2. La spesa per la Sanità Digitale e gli ambiti di innovazione prioritari

Nel 2024 la spesa per la Sanità Digitale ha registrato un ulteriore incremento rispetto a quello già significativo osservato nel 2023, raggiungendo € 2,47 mld. (+12% rispetto al 2023, pari a circa l'1,9% della spesa sanitaria pubblica) (Figura 4c.1.).

A spingere la crescita sono stati soprattutto gli interventi del PNRR per la digitalizzazione degli ospedali, in particolare quelli legati ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di livello I e II⁸, che comprendono l'adozione della Cartella Clinica Elettronica (CCE).

Figura 4c.1. La spesa della Sanità Digitale nel 2024



⁸ Per maggiori informazioni: https://pnrr.agenas.it/web/file/Scheda_Intervento_digitalizzazione.pdf

Si rafforzano gli investimenti sul FSE, sostenuti anche dagli Accordi Quadro Consip⁹, che forniscono supporto alla progettazione e allo sviluppo di questi siste-

mi. Per la Telemedicina, inoltre, è proseguita la messa a terra degli investimenti, principalmente legati alle infrastrutture abilitanti a livello nazionale.

Figura 4c.2a. Ambiti rilevanti per gli obiettivi strategici delle Aziende e investimenti. Direttori che hanno indicato l'ambito come molto rilevante

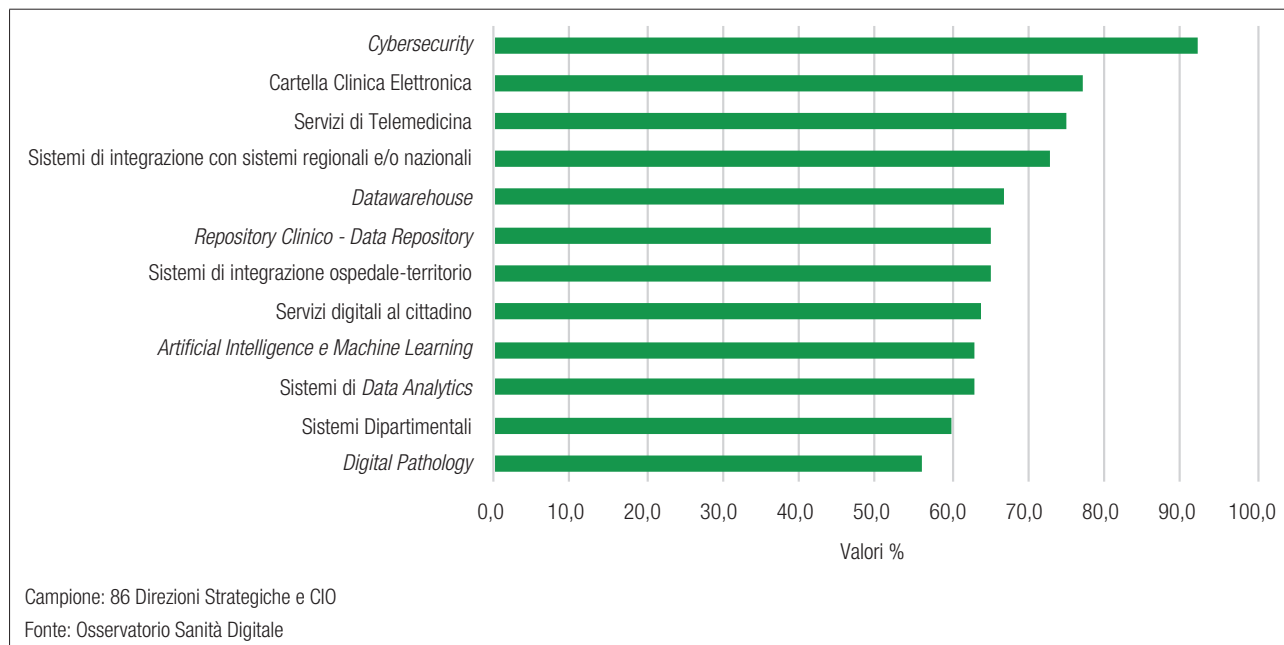
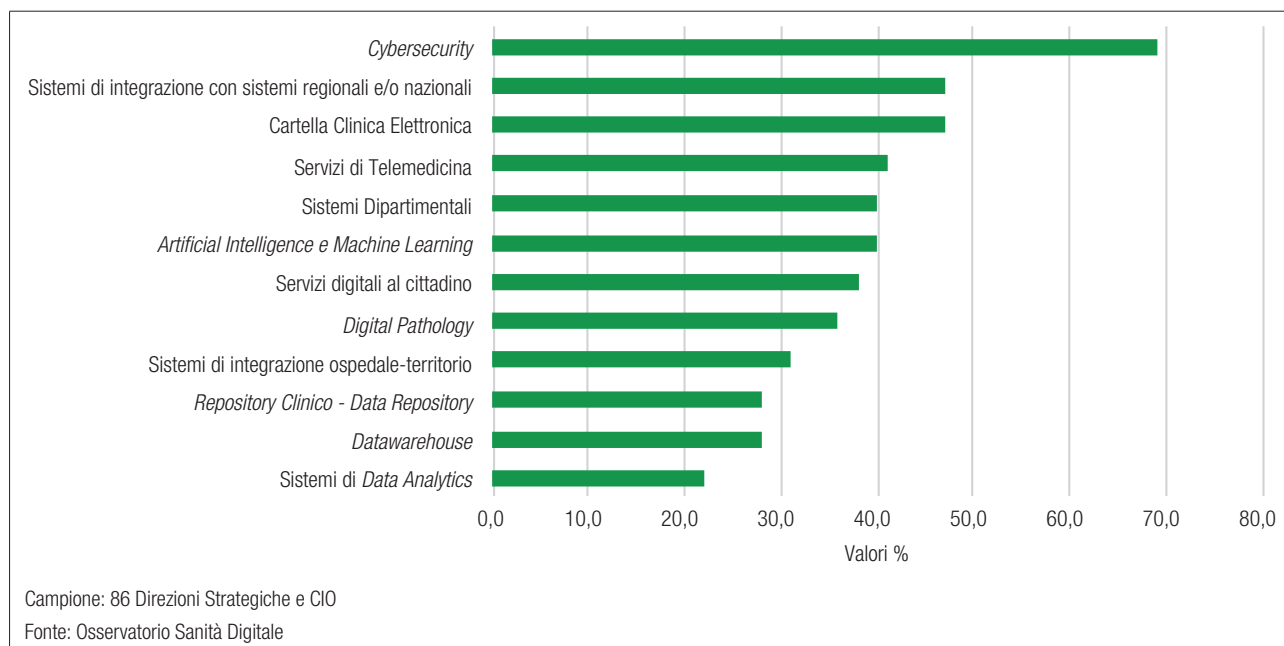


Figura 4c.2b. Ambiti rilevanti per gli obiettivi strategici delle Aziende e investimenti. Direttori che hanno indicato un investimento in aumento nel 2025



⁹ Per maggiori informazioni: <https://www.consip.it/bandi/gara-sanita-digitale-sistemi-informativi-clinico-assistenziali>

Guardando agli ambiti di innovazione più strategici per le Aziende sanitarie (Figura 4c.2a. e Figura 4c.2b.), la *cybersecurity* si conferma una priorità: le strutture quest'anno prevedono nel 69% dei casi un aumento dei relativi investimenti rispetto al 2024. Seguono, in ordine di rilevanza, la CCE, i servizi di Telemedicina e i sistemi di integrazione con sistemi regionali e/o nazionali. Cresce inoltre l'attenzione verso i sistemi per la gestione e valorizzazione dei dati clinici – come *clinical data repository*, *datawarehouse* e strumenti di integrazione con i sistemi regionali e nazionali – considerati sempre più strategici sia per l'alimentazione del FSE e la costruzione dell'EDS, sia per una valorizzazione efficace dei dati raccolti. In questa direzione, l'AI rafforza il suo ruolo strategico, anche grazie a una crescente consapevolezza del suo potenziale applicativo tra gli attori del settore sanitario.

Le Aziende sanitarie evidenziano, come negli anni passati, diversi ostacoli all'innovazione, tra cui la limitata disponibilità di risorse economiche (55%), la carenza di competenze (40%) e la scarsa cultura digitale nelle organizzazioni (34%); in aggiunta, quest'anno emerge una nuova criticità legata all'incertezza sulle risorse disponibili al termine del PNRR (57%). È quindi fondamentale definire strategie concrete che garantiscano la sostenibilità degli interventi nel medio-lungo periodo, assicurando continuità oltre l'orizzonte del supporto straordinario fornito dal Piano.

4c.3. Il digitale per la comunicazione medico-paziente e la Telemedicina

Il digitale può rappresentare un valido supporto alla comunicazione tra medico e paziente, ma nella pratica si ricorre ancora spesso a strumenti non dedicati a questo scopo. Oggi il 59% dei cittadini utilizza *WhatsApp* per comunicare con il medico, spesso per condividere informazioni cliniche, come referti (40%) o informazioni sullo stato di salute (29%), oltre a comunicazioni più informali e di tipo organizzativo.

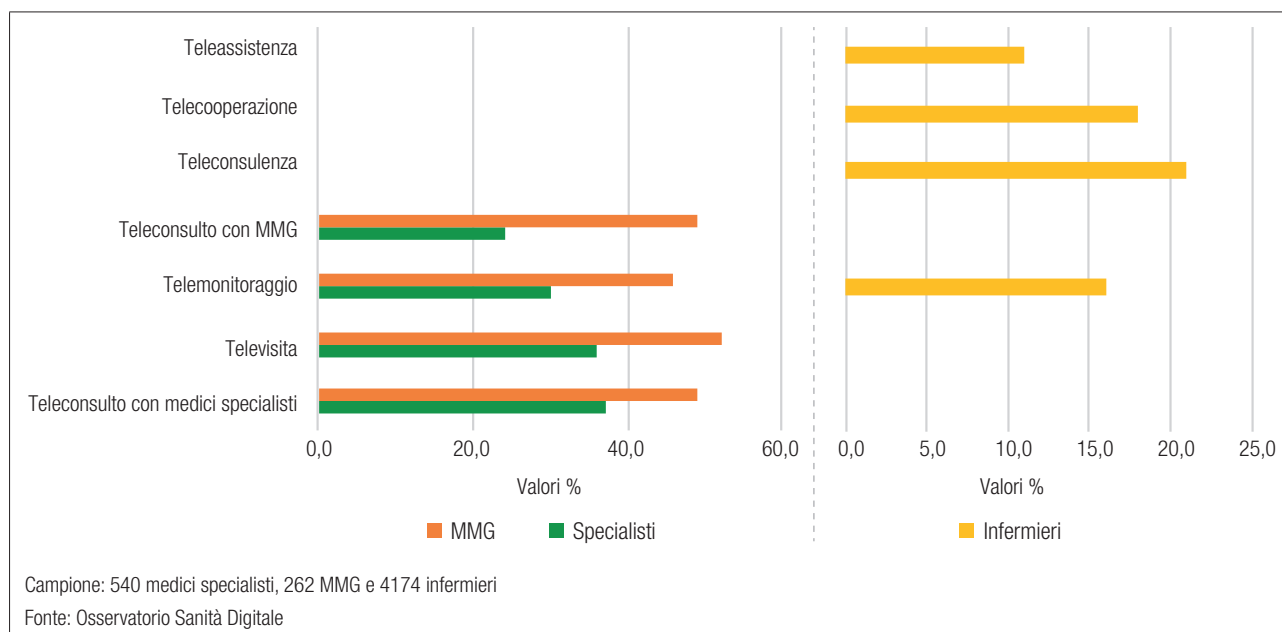
L'uso non controllato di questi strumenti porta i medici specialisti e i MMG a dedicare circa un'ora al giorno alla gestione della comunicazione con il paziente. L'Osservatorio ha stimato che, in uno scenario conservativo, l'utilizzo strutturato degli strumenti di comunicazione dedicati permetterebbe di recuperare complessivamente oltre una settimana lavorativa all'anno per ciascun medico.

Per supportare l'intero processo di presa in carico e gestione del paziente, che prevede anche una maggiore strutturazione del processo di comunicazione medico-paziente, negli ultimi anni si è investito significativamente nello sviluppo delle infrastrutture per la Telemedicina. Attualmente le infrastrutture per la Telemedicina, a livello nazionale e regionale, sono in fase di implementazione, con alcune componenti già operative. L'INT è stata collaudata a fine 2023 ed è ora in fase di consolidamento e alimentazione (es. con linee guida di indirizzo e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)). A livello regionale, sono state aggiudicate le gare coordinate da Regione Lombardia per i servizi *software*¹⁰ e da Regione Puglia per le postazioni¹¹; inoltre, le singole Regioni stanno completando la fase di contrattualizzazione, collaudo e avvio delle Infrastrutture IRT. Nel momento in cui le piattaforme entreranno in funzione, sarà fondamentale attivare sistemi di misurazione e monitoraggio per valutare il livello di maturità dei servizi di Telemedicina nei diversi contesti regionali.

In mancanza della piena operatività delle piattaforme regionali, non si rileva ancora un impatto concreto delle azioni previste dal PNRR sull'adozione della Telemedicina e sulla sua integrazione nella pratica clinico-assistenziale. L'utilizzo da parte dei professionisti sanitari (Figura 4c.3.) è stabile rispetto all'anno precedente: il 36% dei medici specialisti e il 52% dei MMG afferma di aver effettuato una televisita, mentre il telemonitoraggio è stato impiegato dal 30% degli specialisti e dal 46% dei MMG. Tuttavia, si tratta di un utilizzo ancora sporadico e non strutturato.

¹⁰ Per maggiori informazioni: <https://www.sintel.regione.lombardia.it/eprocdata/auctionDetail.xhtml?id=171039205>

¹¹ Per maggiori informazioni: <https://www.agenas.gov.it/stato-avanzamento-gara-regione-puglia>

Figura 4c.3. L'utilizzo della Telemedicina da parte dei professionisti sanitari

I professionisti che ne fanno uso riconoscono gli impatti positivi della Telemedicina. In particolare, sono consapevoli che la televisita permette di raggiungere pazienti che altrimenti non avrebbero accesso alle cure, ad esempio a causa di difficoltà motorie o perché residenti in aree isolate (75% dei medici specialisti e 40% dei MMG). Inoltre, il 67% dei medici specialisti e il 35% dei MMG sottolineano che, attraverso il telemonitoraggio, è possibile adattare i piani terapeutici in base ai dati raccolti e rilevare peggioramenti clinici in fase precoce (65% e 36%). Anche il teleconsulto può avere impatti rilevanti: il 65% dei medici specialisti e il 40% dei MMG, infatti, pensano che possa semplificare la collaborazione interdisciplinare, facilitando la gestione condivisa dei casi complessi.

Anche dal punto di vista dei pazienti, l'utilizzo della Telemedicina si conferma sostanzialmente stabile rispetto allo scorso anno. Il telemonitoraggio risulta ancora poco diffuso (12%), pur essendo riconosciuto come uno degli strumenti più promettenti e con un impatto potenzialmente rilevante sul Sistema Sanitario, ad esempio in termini di ospedalizzazioni che possono essere evitate grazie a un monitoraggio costante dei pazienti.

Il coinvolgimento delle farmacie territoriali potrebbe amplificare significativamente gli impatti della Telemedicina, soprattutto nelle aree periferiche e rurali, dove rappresentano un fondamentale presidio di prossimità. Ad oggi, le farmacie risultano già attive nell'erogazione di servizi di telerefertazione e, in particolare, di telecardiologia (già offerto dall'80% delle farmacie) e sarebbero interessate a erogare anche altre tipologie di servizi (teledermatologia nel 56% dei casi, telepolisonnografia nel 44%). Tra le motivazioni alla base della scelta di erogare servizi di Telemedicina, si evidenzia la possibilità per la farmacia di diventare un punto di riferimento per i cittadini anche oltre la dispensazione del farmaco (83%) e per il farmacista di assumere un ruolo più attivo nella gestione della salute del cittadino-paziente (76%), rafforzando così il proprio contributo come alleato della medicina primaria.

4c.4. AI in Sanità: evoluzioni recenti e impatti potenziali

L'ultimo anno ha segnato un'accelerazione significativa per l'AI in Sanità. Sul piano normativo, è stato

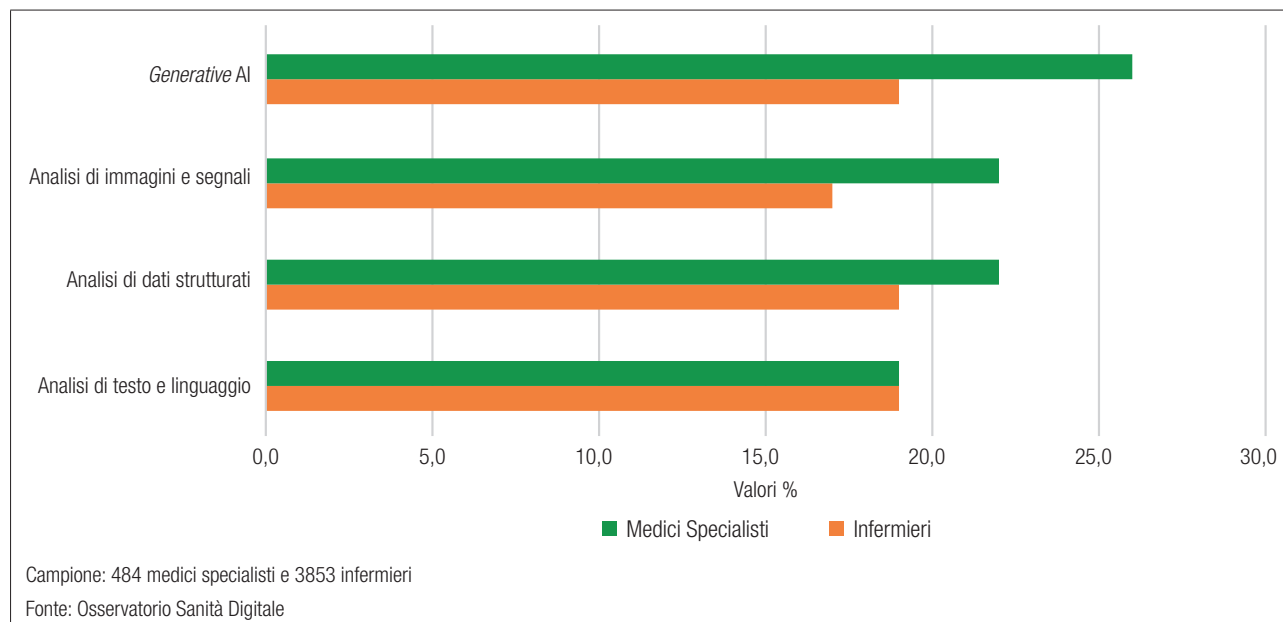
approvato a livello europeo l'AI Act¹², che fornisce un quadro generale per lo sviluppo e l'adozione di soluzioni AI sicure e affidabili, anche in ambito sanitario. In parallelo, in Italia è stata recentemente approvato il Decreto¹³ che regola l'AI nel nostro Paese, in armonia con l'AI Act. Inoltre, è in fase di aggiudicazione la gara per lo sviluppo della Piattaforma di AI a supporto dell'assistenza primaria di Agenas¹⁴, che supporterà i professionisti territoriali nella presa di decisioni.

Nella pratica clinica, soluzioni consolidate come quelle per l'analisi di immagini continuano a essere utilizzate senza registrare incrementi rispetto agli scorsi anni (22% degli specialisti, 17% degli infermieri) (Figura 4c.4.). A crescere rapidamente è soprattutto l'utilizzo di strumenti di *Generative AI* (GenAI): il 26% degli specialisti (+13 punti percentuali (p.p.)), il 19% degli infermieri (+10 p.p.) e il 46% dei MMG dichiarano di averne fatto uso. Nella quasi totalità dei casi i professionisti hanno utilizzato piattaforme generaliste e non dedicate all'uso clinico. An-

che l'impatto futuro di questi strumenti sulla pratica clinica è considerato positivo per la maggior parte dei medici specialisti, in particolare per la ricerca di informazioni scientifiche, la generazione di documenti di sintesi e l'analisi della letteratura scientifica. Proprio su quest'ultima attività, l'Osservatorio ha stimato che, in futuro, l'adozione della GenAI potrebbe portare un medico a risparmiare mediamente circa due giornate all'anno.

Il risparmio di tempo dedicato ad attività amministrative è proprio uno degli impatti più rilevanti percepiti dai professionisti sanitari: lo dichiarano il 53% dei medici specialisti, il 46% degli infermieri e il 47% dei MMG. L'Osservatorio ha quantificato un risparmio potenziale di circa una settimana lavorativa per singolo medico specialista e circa due settimane per ciascun medico di famiglia in attività di tipo amministrativo o legate alla gestione operativa, grazie al ricorso all'AI.

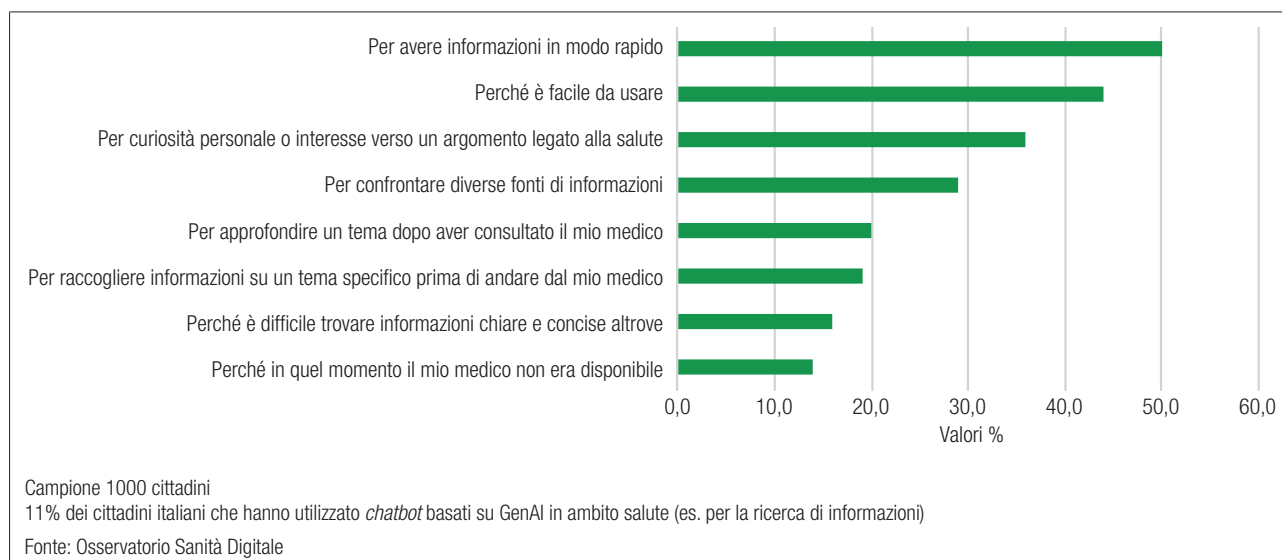
Figura 4c.4. L'utilizzo di soluzioni basate su AI da parte dei professionisti sanitari



¹² Per maggiori informazioni: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/it/policies/regulatory-framework-ai>

¹³ Per maggiori informazioni: <https://innovazione.gov.it/notizie/articoli/approvata-in-via-definitiva-la-legge-italiana-sull-intelligenza-artificiale/>

¹⁴ Per maggiori informazioni: <https://www.agenas.gov.it/bandi-di-gara-e-contratti/procedure-di-gara-pnrr/2287-pnrr-m6c1-sub-investimento-1-2-2-4-%C2%80%C2%9Cintelligenza-artificiale%C2%80%C2%9D-procedura-di-dialogo-competitivo-per-la-realizzazione-della-piattaforma-di-intelligenza-artificiale-a-supporto-dell%C2%80%C2%99assistenza-sanitaria-primaria-cig-94572555b6-cup-i81j21000050005>

Figura 4c.5. L'utilizzo della GenAI da parte dei cittadini per la ricerca di informazioni

Un utilizzo più diffuso di questi strumenti potrebbe quindi contribuire ad alleviare l'attuale stato di saturazione dei professionisti sanitari.

Emergono tuttavia preoccupazioni significative rispetto agli utilizzi più evoluti dell'AI a supporto delle decisioni cliniche: il 55% degli specialisti e il 47% dei MMG indicano la mancanza di spiegazioni nei processi decisionali dell'AI come un ostacolo alla sua piena integrazione nella pratica. Inoltre, il 59% degli specialisti e il 58% dei MMG esprimono riserve riguardo alle possibili responsabilità medico-legali.

La GenAI acquista sempre più velocemente popolarità anche tra i cittadini (Figura 4c.5.): il 31% dichiara di aver utilizzato strumenti di GenAI (+9 p.p. rispetto allo scorso anno) e l'11% lo ha fatto in ambito salute, in particolare per la ricerca di informazioni. I temi maggiormente ricercati riguardano problemi di salute (47%) e farmaci e terapie (39%). Tra le principali ragioni che inducono a utilizzare strumenti di questo tipo, i cittadini segnalano la rapidità di reperimento delle informazioni (50%) e la facilità d'uso (44%).

Per quanto concerne gli impatti dell'AI dal punto

di vista dei cittadini, il 33% ritiene che, in prospettiva, possa portare più benefici che rischi e il 24% che l'AI possa aiutare il medico a prendere decisioni più precise e rapide. A fronte di questo, sono ancora molti i cittadini preoccupati che l'AI possa compromettere il rapporto umano tra medico e paziente (36%) o che temono che possa in qualche modo sostituire il medico (29%).

4c.5. Gli strumenti per la raccolta e la gestione dei dati clinici: le opportunità fornite da CCE, FSE ed EDS

L'AI rappresenta una delle innovazioni più promettenti per l'evoluzione della Sanità, ma la sua efficacia dipende in larga parte dalla qualità e disponibilità dei dati sanitari, su cui nel tempo sono state evidenziate non poche lacune nel panorama italiano. Per questo, è fondamentale investire sugli strumenti per la raccolta e l'integrazione dei dati, a livello aziendale, regionale e nazionale. In particolare, l'EDS, formalmente istituito il 31.12.2024¹⁵, abilita nuove modalità di raccolta, analisi e utilizzo dei dati a fini di

¹⁵ Per maggiori informazioni: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-03-05&atto.codiceRedazionale=25A01321&elenco30giorni=false

programmazione, prevenzione e ricerca, secondo un'architettura federata e stratificata, per garantire la protezione dei dati in base al livello di identificabilità. Lo sviluppo del FSE 2.0 risulta quindi essenziale per l'alimentazione dell'EDS: si potrebbero così mettere a disposizione di professionisti e cittadini i dati necessari per finalità di cura, assistenza e prevenzione.

A livello aziendale lo sviluppo della CCE (Figura 4c.6.), contestualmente agli obiettivi previsti dal PNRR in termini di digitalizzazione delle Strutture ospedaliere, rappresenta uno snodo abilitante per la raccolta dei dati a livello locale. Tra queste, l'85% dichiara di avere oggi una CCE attiva (di cui più della metà in tutti i reparti). Si rileva però un utilizzo della CCE tra i professionisti sanitari intorno al 62%, dato che, sebbene in lieve aumento rispetto allo scorso anno, non sembra ancora corrispondere pienamente agli investimenti in atto.

L'utilizzo del FSE da parte di cittadini e professionisti cresce moderatamente, per effetto degli investimenti in atto nelle diverse Regioni in attività informative e formative. A livello nazionale, tra i professionisti la percentuale di utilizzo si attesta intorno al 44% (+9 p.p.) per gli specialisti, 57% per i MMG (+9 p.p.).

Figura 4c.6. La presenza della CCE nelle Strutture Sanitarie. Valori %

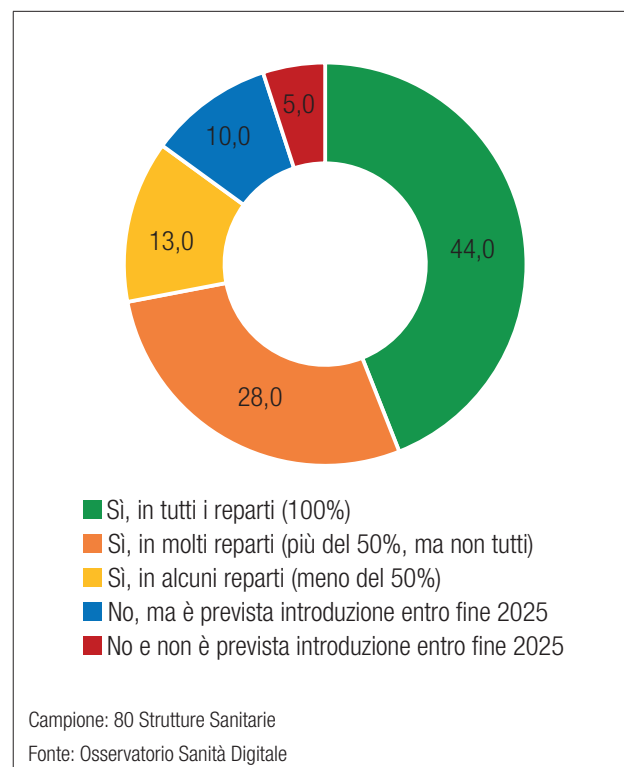


Figura 4c.7a. La conoscenza del FSE da parte di cittadini e dei pazienti

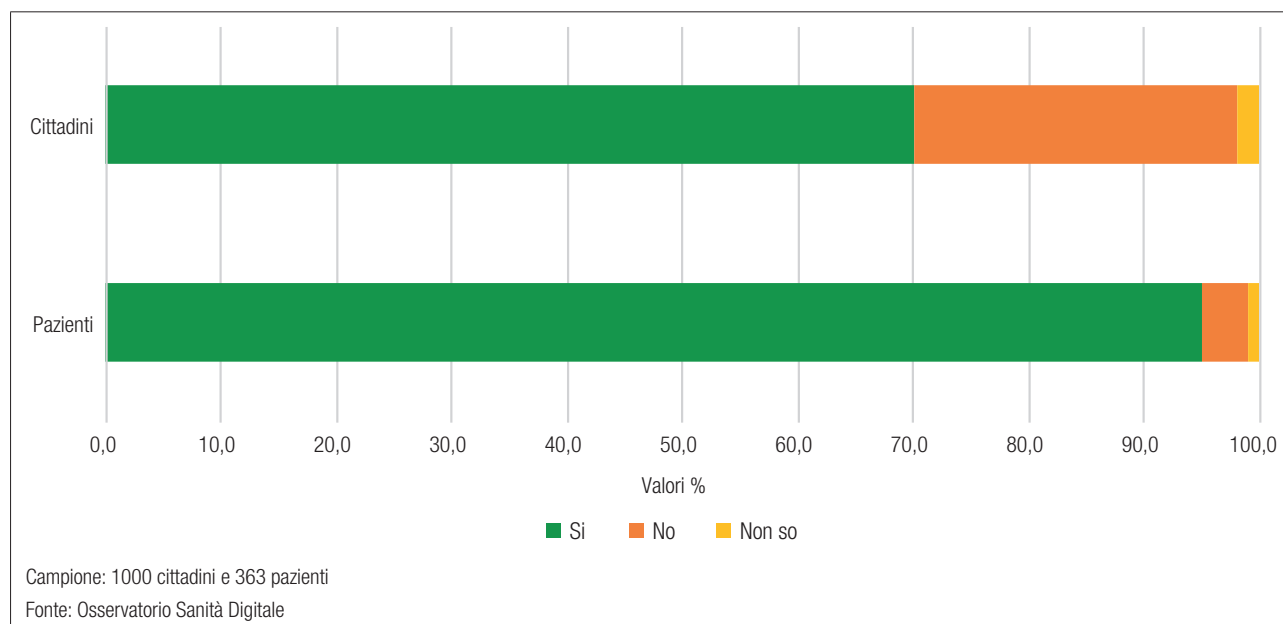
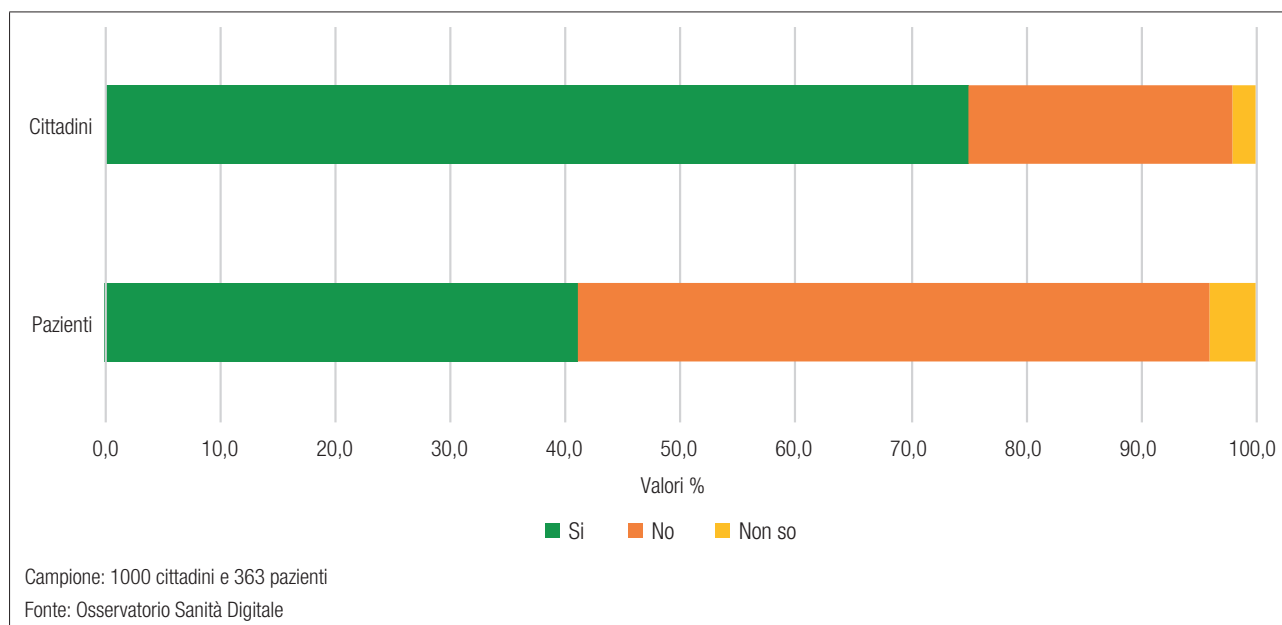


Figura 4c.7b. L'utilizzo del FSE da parte di cittadini e pazienti

Il 41% dei cittadini dichiara di aver utilizzato il FSE (percentuale stabile rispetto al 2024) (Figura 4c.7a. e Figura 4c.7b.) e, tra questi, la maggior parte (60%) afferma di aver già dato il consenso al trattamento dei dati, mentre un ulteriore 25% si dice disposto a farlo. Il principale motivo che spinge i cittadini a voler dare il consenso riguarda la possibilità per i medici di avere una visione completa e aggiornata della loro storia clinica (46%).

4c.6. Riflessioni finali

La trasformazione digitale del Sistema Sanitario, abilitata dal PNRR, comincia a essere visibile, grazie

agli investimenti e alle riforme che hanno consentito di supportare interventi strutturali di lungo periodo. Un cambiamento che ha richiesto, e continua a richiedere, visione politica e manageriale, oltre a uno sforzo coordinato degli attori del sistema, chiamati a gestire una transizione senza precedenti.

Perché l'opportunità di questi anni non si riveli effimera, è indispensabile affiancare agli investimenti in infrastrutture tecnologiche un impegno altrettanto strutturale sulla trasformazione organizzativa e culturale del sistema. Non devono essere messe in campo solo azioni temporanee, ma progettualità di lungo periodo volte a consolidare una cultura clinica, assistenziale, manageriale e politica che sia orientata al digitale e alla sostenibilità.

Sintesi CAPITOLO 4d

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

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

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*” (OHH-LEP), 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

¹ Ministero della Salute

² Università degli Studi di Roma Tor Vergata

³ MD PhD Cardiocirurgo presso Gruppo GHC.

⁴ 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 4d

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

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

L'approccio *One Health*, è definito dalla *World Health Organization* (WHO), come un «... approccio integrato e unificante che mira a bilanciare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi...»; storicamente, l'ideatore del concetto può essere considerato il veterinario ed epidemiologo Calvin Schwabe che in “*Veterinary Medicine and Human Health*” (1964), usò il termine “*One Medicine*” (Medicina Unica) per sostenere che non esiste una divisione tra la medicina umana e quella veterinaria e che la collaborazione tra medici e veterinari è cruciale per risolvere problemi di salute globale.

Il termine specifico “*One Health*” è divenuto popolare nel 2004 grazie alla conferenza “*One World, One Health*”, organizzata dalla *Wildlife Conservation Society* a New York: le crescenti preoccupazioni per le malattie emergenti come l'influenza aviaria, con trasferimento dagli animali all'uomo, promossero i principi fondamentali di un approccio integrato, allargando il concetto di Schwabe per includere esplicitamente anche la salute degli ecosistemi: «... la salute degli esseri umani, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (inclusi gli ecosistemi) sono strettamente collegati e interdipendenti...» e quindi richiedono la mobilitazione di molteplici settori, discipline e comunità per promuovere il benessere e affrontare le minacce alla salute e agli ecosistemi, contribuendo allo sviluppo equo e sostenibile.

La pandemia da Covid-19 ha ulteriormente rafforzato la consapevolezza delle forti interconnes-

sioni che esistono su scala globale tra i vari Paesi in termini di salute della popolazione, e quindi della necessità di potenziare gli strumenti in essere per contrastare i potenziali effetti negativi che possano nascere nell'ambiente naturale e globale.

Recentemente, a livello internazionale, è stata avviata la *One Health Joint Plan of Action 2022-2026* (OH JPA), un progetto per prevenire future pandemie e promuovere la salute in modo sostenibile attraverso l'approccio *One Health*.

Le azioni del progetto OH JPA sono coordinate da:

- WHO (*World Health Organization*)
- FAO (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*)
- WOAH (*World Organization for Animal Health*)
- UNEP (*United Nations Environment Programme*) (dal 2021)

Queste quattro organizzazioni prendono il nome di “quadripartito” e la loro azione è guidata dall'approccio *One Health*.

Il “quadripartito” per raggiungere i propri obiettivi, sviluppa le sue azioni su due livelli interdipendenti. Il primo prevede tre “percorsi”:

- politica, legislazione e *advocacy*: comprende tutti gli aspetti dello sviluppo delle politiche, dei quadri legislativi per istituire la *governance* intersettoriale
- sviluppo organizzativo, implementazione e integrazione settoriale: comprende gli aspetti di implementazione di *One Health*

¹ Ministero della Salute

² Università degli Studi di Roma Tor Vergata

³ MD PhD Cardiocirurgo presso Gruppo GHC.

⁴ Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

- dati, evidenze e conoscenza: comprende il rafforzamento delle basi scientifiche, degli strumenti tecnici, dei protocolli e dei sistemi di informazioni e sorveglianza.

Il secondo livello è costituito dalle *Action Track*:

- rafforzare le capacità di *One Health* per migliorare i Sistemi Sanitari
- ridurre i rischi derivanti da epidemie e pandemie zoonotiche emergenti e riemergenti
- controllo ed eliminazione delle malattie zoonotiche endemiche, tropicali trascurate e trasmesse da vettori
- rafforzare la valutazione, la gestione e la comunicazione dei rischi per la sicurezza alimentare
- frenare la pandemia della resistenza antimicrobica
- integrare l'ambiente *One Health*.

L'approccio *One Health*, quindi, promuove la collaborazione tra professionisti della salute, quali veterinari, scienziati ambientali, economisti e responsabili delle politiche pubbliche.

Per essere efficace, la *governance* internazionale deve trovare un suo sviluppo anche a livello nazionale, che promuova il coordinamento delle politiche che impattano sulla salute.

Pertanto, l'ottica degli interventi del "quadripartito" è quella propria degli organismi internazionali, e preminentemente di quelli deputati alla promozione della salute, la WHO in primis: l'obiettivo dichiarato, infatti, è quello di promuovere interventi di salute pubblica mirati alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie, ricordando la molteplicità dei determinanti della salute, pur nella consapevolezza che fattori come il luogo di vita, lo stato dell'ambiente, la genetica, il reddito e il livello di istruzione, le relazioni con gli amici e la famiglia hanno un impatto considerevole sulla salute, per molti versi predominante sull'uso dei Servizi Sanitari.

Non di meno, la pandemia da Covid-19 ha confermato quanto peraltro ben noto dalla letteratura economica (e non solo), ovvero che le relazioni fra salute e sviluppo socio-economico sono bidirezionali,

e il nesso causale di difficile spiegazione.

In altri termini, l'approccio *One Health*, pur funzionale al mandato delle istituzioni internazionali facenti parte del "quadripartito", nonché di quelle a livello nazionale deputate al governo dei Sistemi Sanitari, rimarrebbe "monco" se carente dell'aspetto del *feedback* della salute sullo sviluppo economico e sociale.

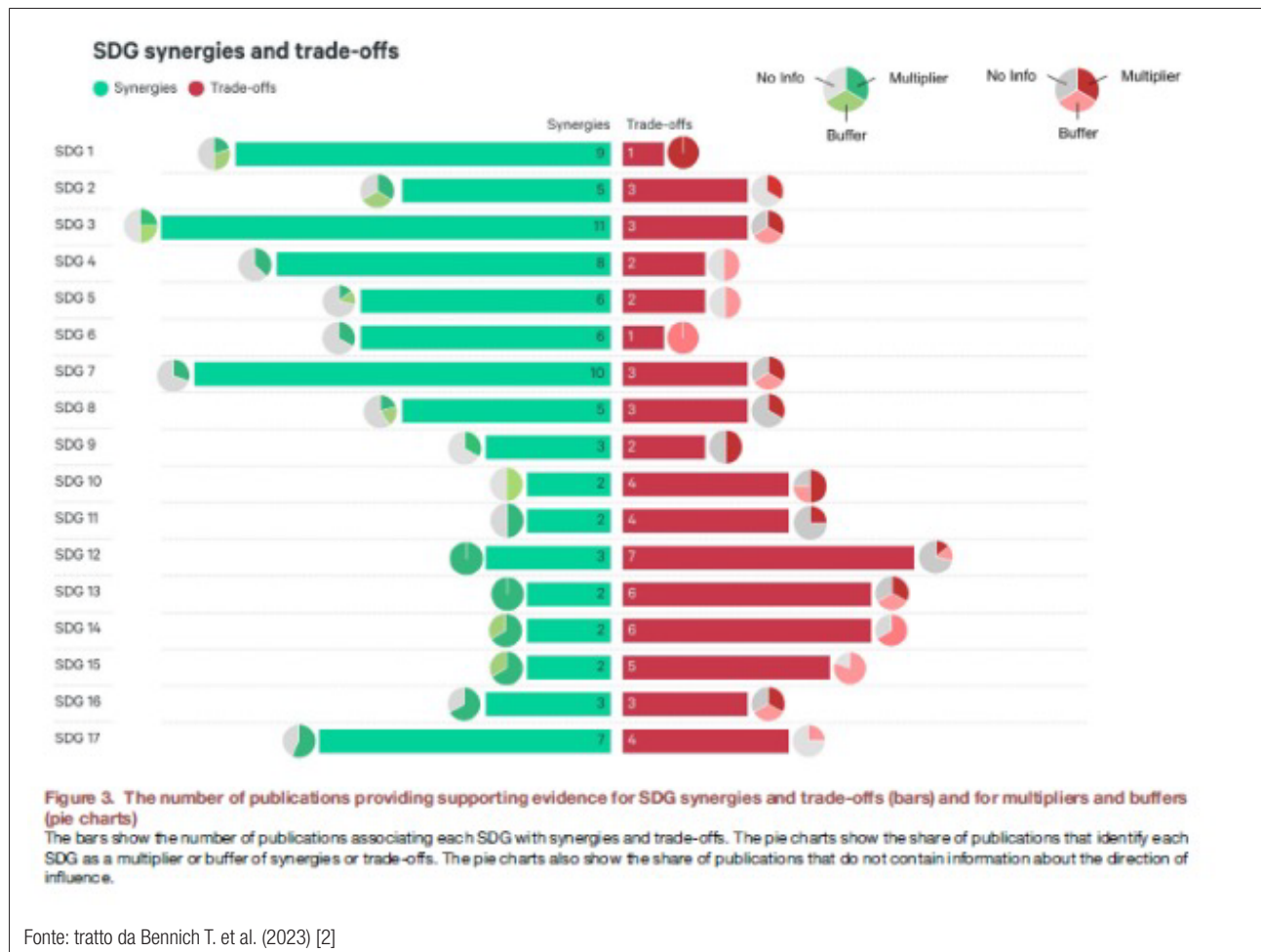
La promozione della salute, in definitiva, appare essere un obiettivo intermedio, rispetto a quello più generale del Benessere Equo e Sostenibile (BES), che è alla base dell'Agenda 2030 promossa dall'ONU.

Il perseguimento del BES, a sua volta, richiede il raggiungimento di vari *goals* fra loro fortemente interrelati: relazioni che possono essere sinergiche (*Sustainable Development Goals* (SDGs) sinergici) o determinare dei conflitti (*trade-off*), facendo assumere agli obiettivi la natura di *multiplier* se prevale la loro funzione moltiplicativa o di *buffer*, se sono condizionati dagli altri (Bennich T. et al., 2023) [2].

A riprova di ciò, fra i SDGs promossi dall'Agenda 2030, il SDG 3 (*Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*) è più citato in letteratura per i suoi effetti moltiplicativi (sinergici), che per quelli "conflittuali" e questi prevalgono numericamente sull'impatto proveniente dagli altri *goals* (Figura 4d.1.).

L'esistenza di questa interrelazione rafforza l'importanza della *governance*, che assume un ruolo strategico anche al fine di permettere il riconoscimento della natura di investimento dell'allocatione di risorse sulle politiche collegate (a vario titolo) alla salute.

Nel seguito si analizzano i determinanti della salute e a seguire il razionale del contributo della salute allo sviluppo socio-economico; quindi si affronta il tema della *governance* del processo a livello nazionale, formulando una proposta tesa a promuovere lo sviluppo di un coordinamento delle politiche basato sull'evidenza dell'impatto che esse hanno sulla salute e sullo sviluppo socio-economico.

Figura 4d.1. Sinergie e *trade-offs* dei SDGs (UN – Agenda 2030)

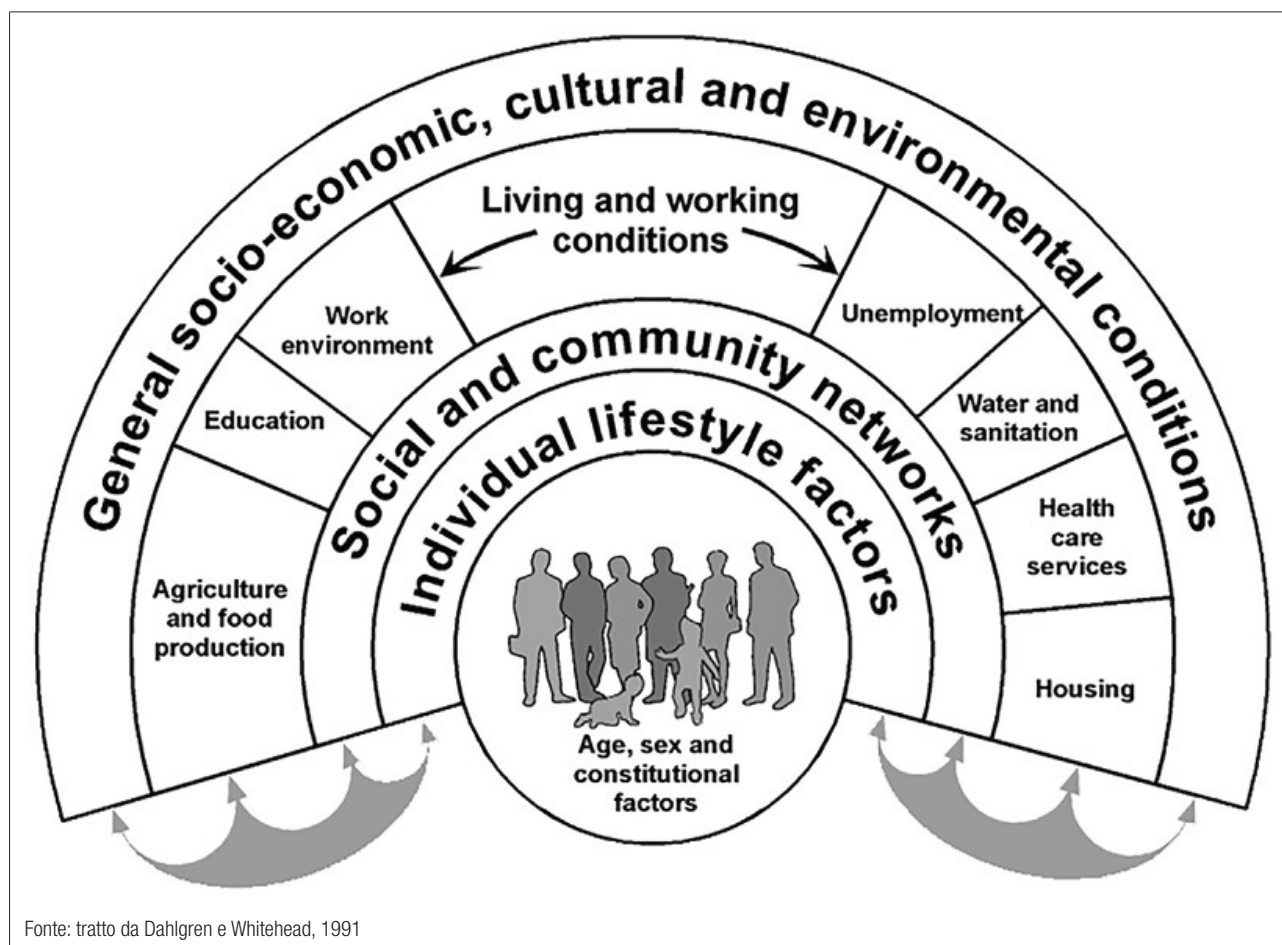
4d.1. I determinanti della salute

I fattori noti come “determinanti della salute” sono quelli che, direttamente o indirettamente, influiscono in maniera significativa sulla qualità di vita e che, secondo la definizione proposta della WHO, connotano la salute come «*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità...*». In questo senso, le determinanti di salute rappresentano tutto ciò che può contribuire al benessere o al peggioramento delle condizioni di salute degli individui.

Le determinanti della salute sono fattori che, in modo diretto o indiretto, influenzano la salute degli individui e delle comunità.

Le interazioni tra questi fattori determinano sia il rischio di ammalarsi sia la predisposizione alle malattie, sia le opportunità di vivere in salute. Tali interazioni sono complesse e difficili da prevedere perché sono caratterizzate dalla combinazione non lineare tra variabili biologiche, ambientali, economiche, sociali e culturali: infatti, le determinanti della salute non agiscono isolatamente ma si influenzano reciprocamente.

La provenienza geografica è uno tra i principali determinanti di salute, in quanto il luogo in cui si vive ha un impatto diretto sulla salute. Vivere in aree rurali o periferiche può infatti incidere direttamente sulla ridotta disponibilità di accesso alle cure mediche ed indirettamente anche sull'accesso all'istruzione.

Figura 4d.2. *Rainbow model*

Il legame dell'educazione con la salute è da ricercarsi nel fatto che una persona con un basso livello di istruzione potrebbe aver accesso a minori opportunità lavorative e conseguentemente ad un reddito inferiore che potrebbe determinare condizioni abitative e stili di vita peggiori creando così un "circolo vizioso", generante uno stato di salute scadente. Inoltre, l'educazione è dimostrata essere direttamente coinvolta nel diffondere comportamenti salutarie e informare le persone sui rischi legati alle abitudini di vita: migliorare l'alfabetizzazione sanitaria consente scelte più informate e perciò di ridurre le disuguaglianze di salute.

In generale, i determinanti di salute possono essere classificati per categorie omogenee: quelle più richiamate sono quelle proposte negli anni '90 da Dahlgren e Whitehead (1991) [7] nel modello conosciuto come *"The Rainbow Model"*, dalla forma che ne ca-

atterizza la rappresentazione grafica (Figura 4d.2).

Il peso dei vari determinanti è stato così stimato:

- 40-50% stile di vita e comportamenti individuali
- circa 40% (o considerati parte dell'80% non medico) fattori socio-economici (reddito, istruzione, lavoro, supporto sociale)
- 20-30% genetica e biologia
- 10-20% fattori ambientali e fisici (qualità dell'aria e dell'acqua, abitazioni sicure)
- 10-20% Servizi Sanitari e assistenza medica.

In sintesi, i fattori legati allo stile di vita e i determinanti sociali ed economici sono di gran lunga i più influenti, arrivando a spiegare circa l'80% delle variazioni nei risultati di salute, mentre l'assistenza medica da sola contribuisce solo per una quota minoritaria (10-20%).

I determinanti della salute sono materia di studio

in particolare della *Public Health*. Questa disciplina si occupa di rimuovere le barriere alle determinanti strutturali che influenzano direttamente le disuguaglianze tra i diversi gruppi della popolazione verso la salute. La “Sanità Pubblica” studia e propone interventi legislativi e politiche sociali, come incentivi per l’istruzione, programmi di assistenza sociale e accesso facilitato ai Servizi Sanitari, per migliorare la salute pubblica e ridurre le disuguaglianze a livello locale e nazionale.

In altri termini, agire sulle determinanti della salute richiede un approccio integrato coinvolgendo non solo il Sistema Sanitario, ma anche le politiche sociali, economiche e ambientali: ragione per cui è fondamentale comprendere le determinanti della salute per realizzare una Società in cui ogni individuo abbia le stesse opportunità di vivere in buona salute. Quindi, interventi mirati su questi fattori, in particolare sulle determinanti sociali, sono fondamentali per costruire un Sistema Sanitario equo e sostenibile.

4d.2. L’impatto della salute sulle Società

Il rapporto tra salute e sviluppo economico è un elemento consolidato nella letteratura economica, che attribuisce alla salute un ruolo fondamentale ai fini della crescita di lungo termine.

A seguire si riassumono, senza pretesa di esaurire le principali tappe che hanno permesso di supportare la tesi enunciata.

Risale al 1977 lo studio di Grossman che ha introdotto una nuova prospettiva sulla salute in economia, modellandola non più come un bene di consumo, bensì come uno *stock* di capitale. L’“idea” originale di Grossman [7] è che la salute è un capitale che produce “tempo in salute” (*healthy time*), che a sua volta è un *input* per svolgere attività produttive. Secondo questo modello, si nasce con uno *stock* iniziale di salute, che si depauperava con l’età: l’assistenza sanitaria ha quindi il ruolo (investimento) di contrastare l’obsolescenza di tale *stock*. Quindi secondo Grossman la salute è “domandata” per due motivi: direttamente perché produce utilità al consumatore, e “indirettamente” (investimento) poiché con mag-

giori giornate in buona salute si aumenta la produttività e il tempo libero delle persone.

In altri termini, la salute va a configurarsi come una forma di capitale umano, e quindi trasforma l’assistenza sanitaria da mero costo ad investimento “strategico”, in quanto:

- aumenta la produttività: le popolazioni più sane sono fisicamente ed emotivamente più robuste, e quindi più produttive
- incentiva l’istruzione: l’aumento della longevità offre alle persone un orizzonte temporale più lungo per raccogliere i benefici degli investimenti in istruzione, moltiplicando l’accumulo di capitale umano

Grossman richiamava anche l’effetto positivo del cosiddetto “dividendo demografico”: infatti, ai tempi il congiunto impatto del calo delle nascite e dell’allungamento della vita prodotto dai miglioramenti della salute producevano un aumento della quota di popolazione attiva, con un effetto positivo sulla produttività; come noto, i fenomeni descritti nel tempo hanno prodotto una inversione della piramide demografica, e quindi un aumento dei tassi di dipendenza, annullando i vantaggi economici teorizzati da Grossman.

Un passaggio ulteriore nel riconoscimento dell’importanza del capitale umano per la crescita è dovuto a Mankiw, Romer e Weil (1992) [9], i quali sottopongono a verifica empirica il modello di crescita neoclassico dovuto a Solow (1956), che ipotizzava un nesso causale fra il tasso di risparmio (e quindi di investimento in capitale fisico) e il tasso di crescita della popolazione, con il reddito pro-capite di un Paese. Secondo tale modello, i Paesi che risparmiano di più dovrebbero essere più ricchi, e quelli con una popolazione in crescita più rapida dovrebbero essere più poveri. Mankiw, Romer e Weil lavorano, in un primo momento, sul modello di Solow, testando le sue previsioni con i dati *cross-country*; trovano che il modello *standard* (che considera solo capitale fisico e lavoro) è corretto nel prevedere la direzione degli effetti: i Paesi con tassi di risparmio più elevati sono più ricchi, e quelli con una crescita della popolazione più rapida sono più poveri. Tuttavia, il modello fallisce nel predire la magnitudine di questi effetti.

Quando stimato empiricamente il modello *standard* osservano che la quota del capitale fisico sul reddito sia circa 0.60 (o 60%). Questo valore è considerato irrealisticamente alto e contraddice l'evidenza micro-economica, che stima la quota del capitale a circa 1/3 (o 33%).

Di conseguenza, Mankiw, Romer e Weil introducono nel modello un terzo fattore produttivo, rappresentato dal capitale umano, che risulta significativo nello spiegare le disparità di reddito tra le Nazioni, riabilitando così il modello di crescita neoclassico.

In altri termini, l'integrazione del capitale umano nella funzione di produzione riesce a spiegare circa l'80% della variazione internazionale del reddito pro-capite. Di conseguenza questa cornice teorica conferma il principio della convergenza condizionale: i Paesi convergono nel reddito pro-capite non in modo incondizionato, ma solo dopo aver controllato per i determinanti del loro stato stazionario, in particolare i tassi di risparmio, la crescita demografica e l'accumulazione di capitale umano.

Successivamente, nel 1996, Barro [10] si pone l'obiettivo di fornire un quadro concettuale utile a comprendere in che modo la salute influenzi la crescita e come il progresso economico, a sua volta, stimoli l'accumulazione di capitale di salute.

Barro, analizzando un ampio *Panel* di Paesi, osserva che gli indicatori aggregati, come l'aspettativa di vita alla nascita, risultano essere un fattore predittivo significativo e robusto, della successiva crescita economica. In altri termini, i Paesi crescono più velocemente se il loro livello di Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite iniziale è basso rispetto ad uno "stato stazionario" (o di lungo periodo): secondo Barro un incremento del 40% dell'aspettativa di vita innalza il tasso di crescita di circa 1,4 punti percentuali (p.p.) all'anno.

Per formalizzare questo legame, Barro estende il modello neoclassico di crescita includendovi il capitale di salute, considerandolo un fattore di produzione distinto, insieme al capitale fisico, all'istruzione e al lavoro.

Quindi, Barro dimostra che la salute non solo potenzia la produttività immediata, ma funge da moltiplicatore per l'accumulazione di altre forme di capi-

tale umano.

Barro sostiene, inoltre, che la giustificazione principale per l'intervento pubblico in Sanità sia la produzione di beni pubblici, quali la salute ambientale, le fognature, l'acqua pulita e l'immunizzazione di massa, che generano esternalità positive.

Più di recente Bloom, Canning e Sevilla (2003) [11] adottano un modello che include esplicitamente tutti i principali componenti del capitale umano:

- capitale fisico
- lavoro
- istruzione
- esperienza
- salute (utilizzando come *proxy* l'aspettativa di vita).

L'analisi, condotta su dati *Panel* di oltre 100 Paesi per il periodo 1960-1990 conclude che l'effetto della salute è robusto e autonomo: la buona salute ha un effetto positivo, considerevole e statisticamente significativo sulla produzione aggregata, anche dopo aver controllato per l'esperienza (anzianità) della forza lavoro

I risultati dello studio, infatti, mostrano che un miglioramento di un anno nell'aspettativa di vita della popolazione contribuisce a un aumento del 4% dell'*output*.

Ne segue che da un punto di vista pratico, secondo gli autori, gli investimenti per il miglioramento della salute potrebbero essere giustificati sulla base del loro impatto sulla produttività del lavoro, anche a prescindere dai benefici diretti sul benessere; mentre, da un punto di vista teorico, si dimostra che l'effetto dell'aspettativa di vita sulla crescita è un reale effetto sulla produttività del lavoro, e non una *proxy* dell'esperienza (maggiore anzianità) dei lavoratori.

Bloom e Canning (2000) [13] identificano quattro meccanismi principali attraverso i quali i miglioramenti della salute si traducono in crescita economica: aumento della produttività del lavoro incentivo all'Istruzione (capitale umano), accumulazione di capitale fisico, dividendo demografico (il cambiamento della struttura per età aumenta la quota di popolazione in età lavorativa).

L'analisi econometrica degli autori indica che lo stato di salute (misurato dall'aspettativa di vita) è

un predittore significativo della successiva crescita economica: i Paesi a fronte di un vantaggio di cinque anni nell'aspettativa di vita possono vedere il loro reddito pro-capite reale crescere dallo 0,3% allo 0,5% annuo più velocemente rispetto a Paesi con analoghe caratteristiche.

Nel 2005, Weil affronta la questione della possibilità che il divario di salute tra Paesi ricchi e poveri, possa spiegare le loro differenze di reddito.

Utilizzando stime microeconomiche (ricavate da studi su gemelli o variazioni esogene nell'infanzia) dell'effetto diretto della salute sui salari individuali, applicate a dati macroeconomici sulla salute dei diversi Paesi, Weil dimostra che l'impatto della salute è economicamente significativo, ma sostanzialmente inferiore rispetto alle stime precedenti derivate dalle regressioni macroeconomiche.

In sintesi, Weil conclude che la salute è un fattore economicamente significativo nel determinare la ricchezza delle Nazioni, soprattutto per quelle più povere, ma il suo impatto diretto è più modesto di quanto suggerito dai precedenti studi macroeconomici aggregati.

In conclusione, la cattiva salute non è solo una conseguenza della povertà, ma una delle sue cause fondamentali; inoltre, salute e istruzione sono indissolubilmente legate e costituiscono il fondamento più potente della prosperità globale, agendo come fattori di produzione e catalizzatori degli investimenti in un ciclo di sviluppo virtuoso.

4d.3. La governance

Ai fini dell'effettivo sviluppo dell'approccio "One Health" risulta cruciale definirne la *governance*: a livello internazionale, a capo del l'OH JPA è stato posto il cosiddetto "quadripartito", che ha la responsabilità dell'attuazione del piano: i dirigenti delle quattro organizzazioni costituiscono la *leadership* del progetto, ne garantiscono la supervisione generale e l'*accountability*.

Per garantire un coordinamento efficace, la presidenza del "quadripartito" ruota annualmente, e l'organizzazione che detiene la presidenza guida il

coordinamento dell'implementazione. Inoltre, per assicurare che il piano rimanga ancorato a solide basi scientifiche, è istituito un "One Health High Level Expert Panel" (OHHLEP), che agisce come organo consultivo per i dirigenti e il segretariato. Questa struttura è pensata per essere collaborativa, prevedendo anche il coinvolgimento di altre parti interessate (*stakeholder*) e un dialogo costante con i singoli Paesi.

Il passaggio dalla strategia all'azione concreta avviene attraverso un quadro di implementazione (*implementation framework*), che ha l'obiettivo di tradurre gli obiettivi globali del piano in attività specifiche che siano adatte ai diversi contesti nazionali, regionali e globali, generando così un impatto tangibile "a livello nazionale".

Per collegare il piano d'azione globale ai piani di lavoro locali, è previsto lo sviluppo di un "One Health toolkit", ovvero un pacchetto di strumenti pratici.

Inoltre, il "quadripartito" dovrà sviluppare un quadro di monitoraggio e valutazione, basato su obiettivi (*target*) e indicatori collegati direttamente ai risultati attesi per ciascuna delle sei aree d'azione (*action tracks*); gli obiettivi del piano saranno anche collegati ai traguardi pertinenti ai SDGs.

Appare, quindi, evidente l'importanza di avere previsto una *governance* per sviluppare l'approccio One Health; allo stesso tempo, la *governance* internazionale non potrà produrre effetti tangibili senza che si sviluppino anche una *governance* nazionale.

L'esperienza del "quadripartito" può essere di ispirazione per pensare una soluzione per lo sviluppo nazionale del progetto.

Fra gli elementi che sembrano maggiormente qualificanti sembra si possano citare lo spirito collaborativo, basato su un coordinamento a turno del processo, lo sviluppo di strumenti implementativi e il monitoraggio.

Sulla scorta dell'esperienza succintamente descritta è pensabile che anche a livello nazionale si sviluppino un coordinamento istituzionale per promuovere la salute in "tutte le politiche". Peraltro, come precedentemente argomentato, non si deve dimenticare che la salute è anche un motore di sviluppo economico e che, quindi, va valutato anche il "ritorno" delle politiche pro-salute sul sistema economico.

Box 4d.1. La Valutazione di Impatto Sanitario

La Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) è una procedura finalizzata a tutelare la salute delle popolazioni, che potrebbero essere esposte agli impatti di piani, programmi o opere sul territorio; essa valuta i potenziali effetti, anche non intenzionali, che un progetto può avere sulla salute di una popolazione, analizzando anche come tali effetti si distribuiscono al suo interno.

Nel contesto normativo italiano, la VIS è stata introdotta dal D.Lgs. n. 104/2017, che recepisce una direttiva europea sulla Valutazione di Impatto Ambientale (VIA).

Si tratta di uno strumento a supporto dei processi decisionali che opera in un'ottica prospettica, cioè *ex-ante*, intervenendo prima che un progetto sia realizzato, con l'obiettivo di prevenirne e mitigarne i potenziali effetti negativi e di identificare gli interventi appropriati per la gestione dei rischi. Tra i suoi obiettivi vi è infatti quello di identificare e classificare gli impatti, sia positivi che negativi, e proporre azioni per la prevenzione o la riduzione di questi ultimi.

Allo stato attuale il suo utilizzo (si vedano anche le Linee guida per la valutazione di impatto sanitario dall'Istituto Superiore di Sanità) è limitato a specifiche categorie di impianti (come grandi impianti di combustione o raffinerie), ma potrebbe rappresentare un utile *framework* estensibile a diversi contesti.

Vale, ancora, la pena di sottolineare che la VIS adotta un concetto di salute ampio, in linea con la definizione della WHO: di conseguenza, già oggi la VIS non si limita a valutare i rischi derivanti dall'esposizione diretta agli inquinanti (impatti diretti), analizzando anche come l'intervento possa modificare i cosiddetti "determinanti di salute", ovvero i fattori sociali, economici e fisici che influenzano lo stato di salute della comunità.

In termini pratici questo implicherebbe che larga parte dei dicasteri siano coinvolti, direttamente o indirettamente, nella concreta implementazione dell'approccio "One Health".

Fatto, quindi, salvo che il "terminale" nazionale dell'approccio coordinato dal "quadripartito" è individuato nel Ministero della Salute, sarebbe auspicabile che si insediasse una "Conferenza", che includesse, oltre che lo stesso Ministero della Salute anche il Ministero dell'Ambiente, dell'Agricoltura, delle Politiche Sociali, dell'Istruzione, e il Ministero dello Sviluppo Economico; con l'obiettivo di valutare come l'impatto delle politiche sanitarie possa avere un ritorno 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.

Da un punto di vista della metodologia, un utile spunto può essere rappresentato dalla Valutazione di Impatto Sanitario (vedi *Box 4d.1.*), già prevista in alcuni specifici casi nell'ordinamento nazionale (ed

Europeo), che potrebbe costituire, opportunamente estesa ed adattata (ad esempio per tenere conto degli impatti indotti sul sistema economico), il *framework* all'interno del quale definire il *modus operandi* della "Conferenza".

La "Conferenza", sulla scorta dell'esperienza dell'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 (vedi *Box 4d.2.*).

Il livello territoriale rappresenta il contesto privilegiato per l'implementazione concreta delle politiche di *Urban Health*. In Italia, le amministrazioni locali hanno progressivamente maturato una consapevolezza strategica del legame inscindibile tra pianificazione urbana, determinanti ambientali e salute della popolazione, sviluppando esperienze concrete che configurano un modello di *governance* territoriale

One Health già operativo.

La Rete Italiana Città Sane WHO rappresenta la principale piattaforma istituzionale di questa evoluzione. Associazione senza fini di lucro di Comuni Italiani, riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e inserita nel circuito europeo delle Città sane (*Healthy Cities*), è da tempo impegnata a livello europeo, nazionale e locale nella promozione della mobilità sostenibile, della sana alimentazione, dell'attività fisica e del contrasto alle disuguaglianze di salute.

La firma del Manifesto sulla Salute nelle Città come Bene Comune in occasione della Giornata Nazionale di Sensibilizzazione del 31.10.2025 rappresenta un passaggio ulteriore e qualificante. Il documento, sottoscritto da un'ampia coalizione di attori istituzionali e della società civile, sancisce un impegno concreto per "Città più vivibili, attive e comunità più sane". Questa convergenza di attori territoriali costituisce la dimostrazione pratica che il sistema locale italiano ha già sviluppato competenze, reti collaborative e strumenti di *governance* intersettoriale pie-

namente coerenti con il paradigma *One Health*. Ciò che risulta necessario è valorizzare, sistematizzare e mettere a sistema queste esperienze territoriali, collegandole organicamente alla *governance* nazionale proposta attraverso la "Conferenza" interministeriale. I Comuni, attraverso la Rete Città Sane WHO e le reti tematiche esistenti (come quella rappresentata dai firmatari del Manifesto), potrebbero 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.

Questo percorso evolutivo rende le amministrazioni locali italiane interlocutori maturi e pronti per una *governance One Health* pienamente integrata tra livello nazionale e territoriale, capace di tradurre gli obiettivi strategici in azioni concrete che incidano concretamente sulla salute e sul benessere delle comunità locali, come anche dimostrato dai progetti nazionali avviati con PNC (vedi Box 4d.2.).

Box 4d.2.

Il PNC come modello territoriale di *governance One Health*

Il PNC rappresenta oggi uno dei più avanzati esempi di *governance* territoriale integrata in Italia nel campo delle politiche "salute-ambiente". Nasce con l'obiettivo di tradurre operativamente il paradigma *One Health*, così come delineato dal Piano di Azione Congiunto del Quadripartito, in azioni concrete su scala nazionale e locale. La sua architettura è strutturata per superare la frammentazione istituzionale, creando meccanismi permanenti di collaborazione tra Ministero della Salute, Ministero dell'Ambiente, Regioni, Città Metropolitane, ISS, ISPRA e reti territoriali. In questo senso, il PNC introduce un modello di *governance* transdisciplinare che integra medicina, epidemiologia, ecologia, scienze sociali ed economia, con l'obiettivo di tradurre evidenze scientifiche in *policy* operative. La logica del PNC è quella di considerare i territori come ecosistemi complessi in cui l'esposizione ai rischi ambientali (inquinamento atmosferico, contaminazione del suolo e delle acque, ondate di calore, perdita di biodiversità) si traduce direttamente in impatti sulla salute. Il programma si distingue anche per l'adozione di strumenti innovativi di analisi e supporto alle decisioni. Tra questi: Atlante Aria e Salute, che integra dati ambientali e sanitari ad altissima risoluzione per stimare l'impatto dell'inquinamento atmosferico sulle comunità:

- PNC-Clima, con la piattaforma climaesalute.it, che valuta i co-benefici sulla salute delle politiche urbane di mitigazione e adattamento
- DIGISAT, il portale ambiente-salute per la valutazione del rischio integrato nelle autorizzazioni territoriali (VAS, VIA, AIA)
- IDEAH, il grande *data lake* nazionale che interconnette flussi sanitari e ambientali per abilitare analisi predittive in chiave *One Health*.

Infine, in una logica di *accountability*, la “Conferenza” potrebbe essere chiamata a pubblicare un rapporto annuale, presentato al Parlamento, sulle proprie attività, riportando le consultazioni effettuate e fornendo indicazione dei monitoraggi/valutazioni sviluppati, nonché delle relative risultanze.

4d.4. Riflessioni finali

L'analisi condotta ha preso avvio dalla definizione dell'approccio *One Health*, evidenziando la sua evoluzione da concetto di “*One Medicine*” a un paradigma integrato che bilancia la salute di persone, animali ed ecosistemi, promosso a livello internazionale dal “quadripartito” (WHO, FAO, WOA e UNEP).

Tuttavia, si evidenzia come l'approccio adottato a livello internazionale, pur fondamentale, rischi di rimanere “incompleto”: infatti, si concentra giustamente sui determinanti della salute (riconoscendo che i fattori socio-economici e gli stili di vita spiegano una parte preponderante degli esiti di salute) ma tende a trascurare l'importanza del *feedback*: ovvero, l'impatto cruciale che la salute stessa esercita sullo sviluppo economico e sociale.

Come ampiamente dimostrato dalla letteratura economica, la salute non è un mero costo, ma un investimento in capitale umano, il quale è essenziale motore diretto di crescita economica, agendo come moltiplicatore della produttività. La cattiva salute, infatti, non è solo una conseguenza della deprivazione, ma una delle sue cause fondamentali.

In questa ottica estesa, la promozione della salute va considerata un “obiettivo intermedio” per il raggiungimento finale di un benessere equo e sostenibile.

Per tradurre questa consapevolezza in azione concreta, l'efficacia della *governance* internazionale dipende strettamente dalla creazione di un'adeguata *governance* nazionale.

La proposta formulata in questo testo mira a colmare la lacuna identificata, andando “oltre” l'attuale perimetro del *One Health*.

Si suggerisce l'istituzione di una “Conferenza” interministeriale che, pur riconoscendo il ruolo cen-

trale del Ministero della Salute, includa anche il Ministero dell'Ambiente, dell'Agricoltura, delle Politiche Sociali, dell'Istruzione e dello Sviluppo Economico, nei rapporti internazionali con il “quadripartito” e a livello nazionale nella promozione della salute, adottando una visione strategica e coordinata per valutare il ruolo diretto e indiretto della salute nelle politiche economiche e sociali.

Inoltre, si suggerisce di prendere in considerazione anche un “livello” locale, che si conferma oggi il contesto più efficace per attuare concretamente le politiche di *Urban Health*. In Italia, le amministrazioni comunali hanno ormai maturato una consapevolezza strategica fondamentale: la salute dei cittadini è inscindibile dalla pianificazione urbana e dalla gestione ambientale. Questa visione ha permesso ai territori di sviluppare un modello di *governance One Health* già operativo e concreto.

L'obiettivo, oltre che promuovere la “salute in tutte le politiche”, deve essere anche quello di promuovere sistematicamente la considerazione delle politiche pro-salute in termini di sviluppo economico; questo può essere supportato dalle autorità locali, i quali, come laboratori permanenti, possono testare politiche integrate e fornire alla *governance* nazionale dati empirici e buone pratiche. In sintesi, i territori sono interlocutori ormai maturi, pronti a integrare la propria azione con il livello statale per tradurre le strategie sanitarie in benessere reale per le comunità.

Inoltre, sarebbe auspicabile non delegare le responsabilità ad agenzie esterne, ma costruire una piattaforma di politiche condivise in cui le decisioni vengano armonizzate tra le diverse amministrazioni, mantenendo una visione d'insieme coerente e coordinata.

Nella vision di questa proposta, la “Conferenza” pur svolgendo una attività consultiva e di coordinamento, dovrebbe però dotarsi di metodologie di valutazione basate sull'evidenza.

Lo strumento metodologico individuato è un'estensione della VIS ai sensi del D.Lgs. n. 104/2017. Questo *framework*, già orientato a un concetto ampio di salute che include i determinanti sociali, potrebbe essere opportunamente adattato per includere

esplicitamente la valutazione degli impatti indotti sul sistema economico.

Un altro strumento è PNC che rappresenta l'applicazione concreta del paradigma *One Health* in Italia: un modello di *governance* avanzato che integra salute e ambiente per superare la frammentazione tra le diverse istituzioni.

Sarebbe utile prevedere, altresì, il supporto di esperti (sulla scorta dell'OHHLEP internazionale) e un meccanismo che garantisca l'*accountability* dell'operato della "Conferenza", individuato dalla stesura annuale di una relazione da presentare al Parlamento.

La *governance* nazionale proposta permetterebbe di riconoscere pienamente la natura di investimento strategico dell'allocatione di risorse per la salute, allineando concretamente gli sforzi del Paese agli obiettivi dell'Agenda 2030 dell'ONU.

In definitiva, l'obiettivo Politico della proposta, che si inserisce nella logica dell'approccio "*One Health*" ormai consolidato nel panorama internazionale, mira a una modernizzazione della visione della salute non solo come assistenza sanitaria ma come concetto globale, con il coinvolgimento attivo e propositivo di più attori della politica nazionale.

Riferimenti bibliografici

- [1] https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1
- [2] Bennich T. et al.; Recurring patterns of SDG interlinkages and how they can advance the 2030 Agenda, One Earth, 6. Anno 2023
- [3] ISS - Il documento Oms sui determinanti sociali della salute (Aprile 2014), Michele Marra, Giuseppe Costa - Servizio di Epidemiologia della Regione Piemonte
- [4] Innovazione sanitaria - Determinanti della salute (Novembre 2024)
- [5] Social Determinants of Health Inequalities - Michael Marmot Professor of Epidemiology and Public Health, International Centre for Health and Society, University College London
- [6] WHO; World report on social determinants of health equity. Anno 2005
- [7] Dahlgren e Whitehead; Rainbow model of health. Anno 1991
- [8] Grossman, M.; On the concept of health capital and the demand for health. Journal of Political economy, 80(2), 223-255. Anno 1972
- [9] Mankiw, N. G., Romer, D., & Weil, D. N.; A contribution to the empirics of economic growth. The quarterly journal of economics, 107(2), 407-437. Anno 1992
- [10] Barro R.; Health and economic growth. World Health Organization, 1-47. Anno 1996
- [11] Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J.; The effect of health on economic growth: a production function approach. World development, 32(1), 1-13. Anno 2004
- [12] Well, D. N.; Accounting for the effect of health on economic growth. The quarterly journal of economics, 122(3), 1265-1306. Anno 2007
- [13] Bloom, D. E., & Canning, D.; Policy forum: public health. The health and wealth of nations. Science (New York, N.Y.), 287(5456), 1207-1209. Anno 2000
- [14] Linee guida per la valutazione di impatto sanitario (DL. Vo 104/2017)



Capitolo 5

Indicatori di *Performance*

- 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

Key Indicators

Sintesi
CAPITOLO 5a
Esiti di salute

Carrieri C.¹

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

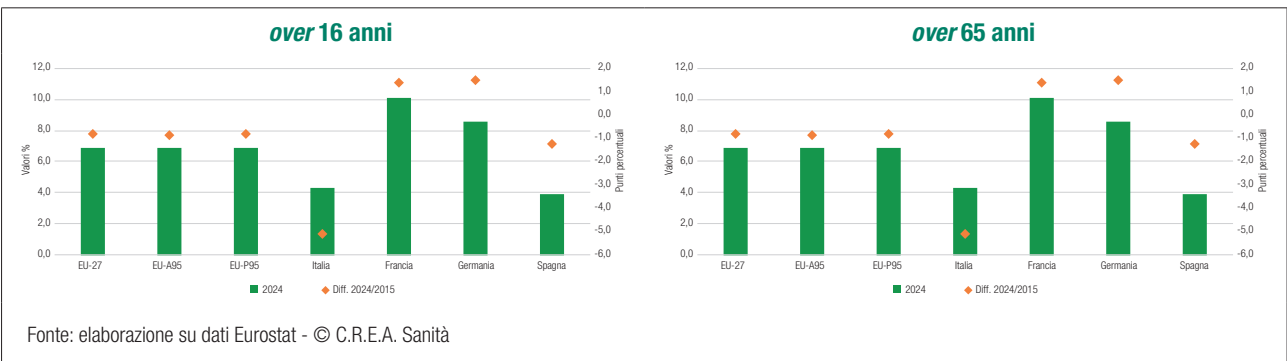
anni), registrando anche il maggior incremento (+3,2 anni nell'ultimo decennio).

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).

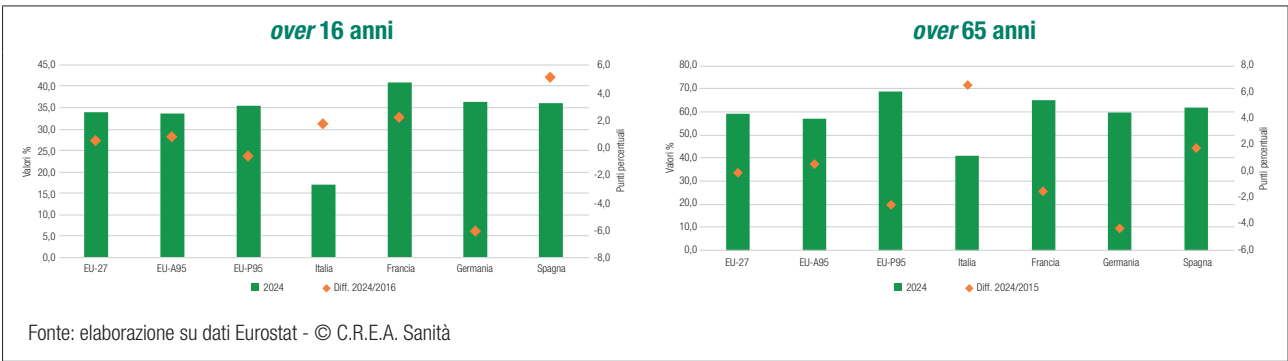
Di contro, aumenta la prevalenza della cronicità, che nella popolazione *over 16* anni è passata dal 15,2% del 2016 al 17,0% del 2024, pur rimanendo significativamente al di sotto della media europea (34,1%). In particolare, per gli *over 65*, l'Italia presenta la prevalenza più bassa tra i Paesi analizzati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

Tasso di disabilità



¹ 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.

Pertanto, 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 5a

Esiti di salute

Carrieri C.¹

Il presente contributo analizza gli esiti di salute ottenuti in Italia e nel contesto europeo, utilizzando come confronto Francia, Germania e Spagna, ovvero i principali Paesi Europei in termini di popolazione. Nello specifico l'analisi si concentra su speranza di vita, mortalità, disabilità e cronicità, fornendo un quadro comparativo con i principali Paesi Europei ed evidenziando i *trend* regionali italiani.

In un contesto demografico quale quello italiano, caratterizzato da invecchiamento della popolazione e rapidi cambiamenti socio-economici (cfr. Capitolo 1) [1], l'analisi di questi indicatori assume particolare rilevanza strategica nella valutazione dell'efficacia dei Sistemi Sanitari e quindi la definizione delle politiche di salute pubblica.

5a.1. Speranza di vita

L'Italia registra una delle speranze di vita più alte in Europa. Nel 2023 (ultimo anno disponibile), secondo Eurostat [2], la speranza di vita alla nascita in Italia si attesta a 83,5 anni, essendosi incrementata di +0,3 anni nell'ultimo decennio. Il dato è sopra la media europea (EU-27²) (81,9), come anche di quella dei Paesi EU-Ante 1995³ (82,6) e dei Paesi EU-Post 1995⁴ (78,4), e posiziona l'Italia al secondo posto in Europa, dietro solo alla Spagna (84,0), superando la

Francia (83,0) di +0,5 anni e la Germania (81,1) di +2,4 anni. È degno di nota come la Germania sia l'unico Paese europeo che registra una riduzione della speranza di vita, seppur minima (-0,1 anni), nel periodo considerato.

A livello regionale le differenze sono contenute: il Nord-Est presenta i valori più elevati (83,8), seguito dal Nord-Ovest e Centro (83,5), mentre il Sud si ferma a 82,0 anni: valore, quest'ultimo che comunque rimane superiore alla media europea (Figura 5a.1.).

Analizzando il *trend* della speranza di vita alla nascita in Italia, negli ultimi vent'anni, il dato risulta in continua crescita, ad eccezione del 2015, 2017 e 2020-2021 (periodo Covid-19); negli anni successivi si è registrato un aumento significativo dell'aspettativa di vita che ha riportato il *trend* sui livelli pre-pandemia (Figura 5a.2.).

In tutte le ripartizioni geografiche si è registrato un incremento dell'aspettativa di vita nell'ultimo decennio, con incrementi compresi tra +0,2 anni nel Sud e Isole e +0,6 anni nel Nord-Ovest, Nord-Est e Centro.

Nel 2023, inoltre, l'Italia alla nascita registra 69,1 anni di speranza di vita in buona salute, il dato migliore in Europa, significativamente superiore alla media europea (63,4). Nell'ultimo decennio l'incremento è stato significativo, pari a +6,7 anni, il più alto registrato tra i Paesi analizzati.

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

³ Si fa riferimento ai Paesi 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

⁴ 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

Figura 5a.1. Speranza di vita alla nascita

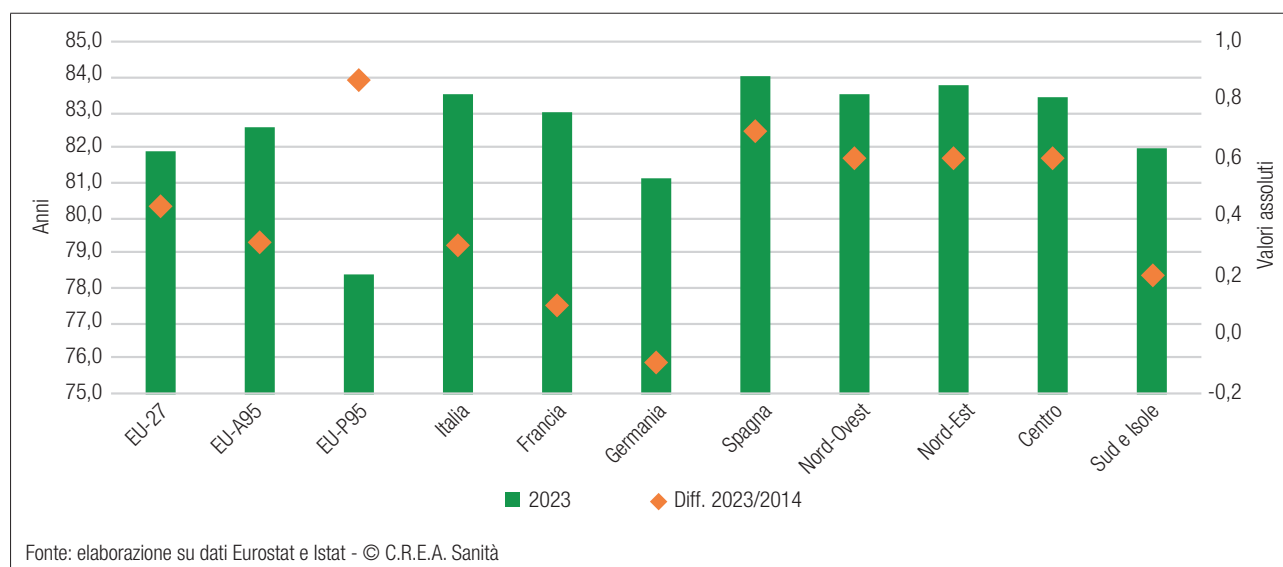
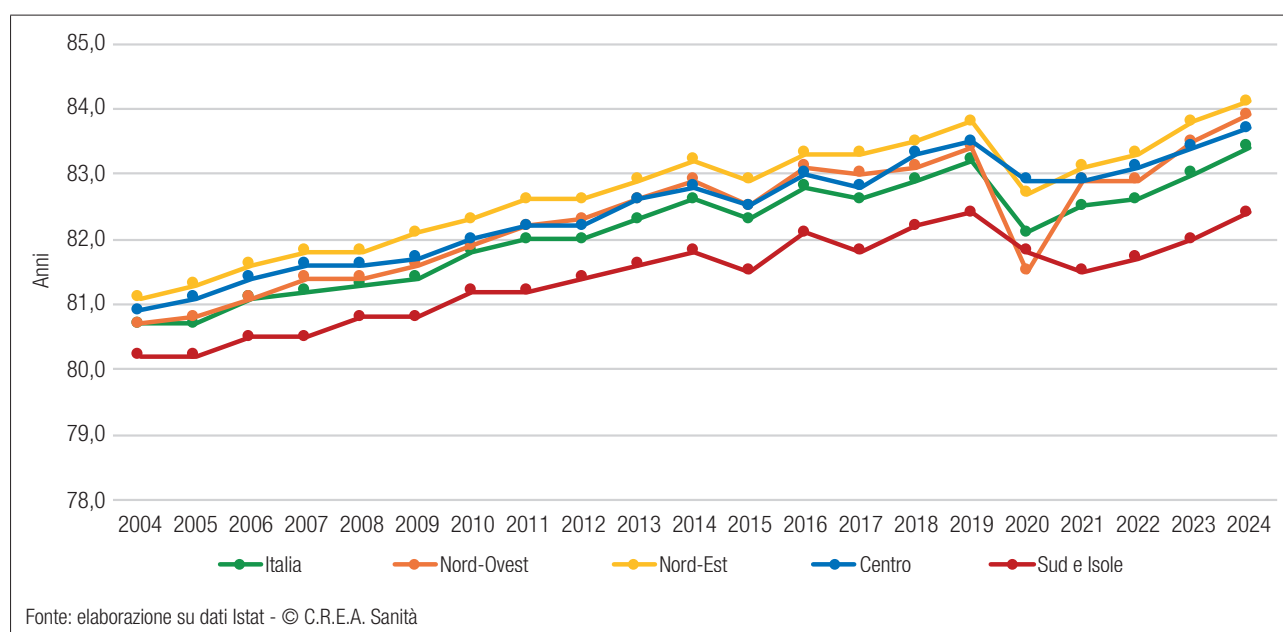


Figura 5a.2. Trend speranza di vita alla nascita in Italia



Per confronto, la Francia registra una speranza di vita in buona salute pari a 63,8 (-5,7 anni rispetto al dato italiano), e la Spagna (62,1), avendo registrato una riduzione di -2,9 anni nell'ultimo decennio.

A livello regionale si evidenziano però divari marcati: Nord-Est e Nord-Ovest presentano valori più elevati (61,2 e 60,2 rispettivamente), mentre il Sud e Isole si fermano a 56,4 anni (Figura 5a.3.).

Di conseguenza, nel 2023, gli anni in "cattiva" salute che ci si deve aspettare di vivere, in Italia sono il 17,3%, contro il 26,1% della Spagna, il 23,1% della Francia e il 22,9% della Germania.

A 65 anni, l'ulteriore speranza di vita in buona salute si attesta a 10,8 anni: risulta maggiore rispetto alla media europea di +1,0 anni (9,8), e ovviamente sia a quello dei Paesi EU-Ante 1995 (+0,7 anni), e a

quello dei Paesi EU-Post 1995 (+2,8 anni), nonché a quello della Germania (+2,1 anni), della Spagna (+0,5 anni), ma inferiore rispetto a quello della Francia di -0,5 anni (11,3).

Nell'ultimo decennio, in Italia, si registra un aumento di +3,2 anni, registrando il maggior aumento rispetto a tutti i Paesi europei analizzati.

Nord-Ovest e Nord-Est registrano valori più elevati (11,5 anni), seguiti dal Centro (10,6) e dal Sud e Isole (9,3). L'aspettativa nella ripartizione meridionale, è inferiore alle altre ripartizioni e agli altri principali Paesi EU, ma comunque è maggiore di quella dei Paesi EU-Post 1995 e della Germania (Figura 5a.4.).

Figura 5a.3. Speranza di vita in buona salute alla nascita in Europa e in Italia



Figura 5a.4. Speranza di vita in buona salute alla nascita a 65 anni in Europa e in Italia



5a.2. Disabilità

L'Eurostat per definire la condizione di disabilità utilizza un indicatore denominato *Global Activity Limitation Indicator* (GALI), ottenuto da una domanda singola che rileva la limitazione nelle attività che le persone svolgono abitualmente, causata da uno o più problemi di salute; la domanda si riferisce all'esperienza dei pazienti negli ultimi sei mesi precedenti all'intervista. Sono possibili tre categorie di risposta: "gravemente limitato", "limitato ma non gravemente" o "per nulla limitato" e, per definire la disabilità, viene calcolato chi dichiara di avere gravi limitazioni.

Nel 2024, il 4,3% della popolazione italiana over 16 anni presenta una disabilità: il dato è in drastica riduzione (-5,1 punti percentuali (p.p.)) rispetto al 2015 (9,4%); si tratta di una riduzione particolarmente significativa se confrontata con il *trend* europeo (-0,8 p.p.). Francia e Germania hanno invece registrato nello stesso periodo un aumento di rispettivamente +1,4 e +1,5 p.p. (Figura 5a.5.).

Questo dato posiziona l'Italia tra i Paesi europei

con la prevalenza più bassa di disabilità, superiore solo alla Spagna che registra un valore pari al 3,9%, significativamente al di sotto della media europea (6,9%).

La prevalenza di persone disabili fra gli over 65 anni è pari all'11,3%: anche in questo caso il valore è tra i più bassi in Europa, maggiore soltanto a quello spagnolo (9,2%). Il tasso di disabilità degli anziani è inferiore a quello medio europeo di -3,3 p.p. (14,6%), sia a quello dei Paesi EU-Ante 1995 (-3,1 p.p., 14,4%), sia a quello dei Paesi EU-Post 1995 (-4,7 p.p., 16,0%), come anche a quello francese (-7,4 p.p., 18,7%), e tedesco (-6,9 p.p., 18,2%, in aumento di 5,4 p.p.).

L'Italia presenta anche il maggiore miglioramento in Europa: -13,3 p.p. dal 2015 al 2024. Questo dato è particolarmente rilevante considerando che rappresenta una riduzione di oltre la metà della prevalenza iniziale (Figura 5a.6.).

Figura 5a.5. Tasso di disabilità over 16 anni in Europa e in Italia

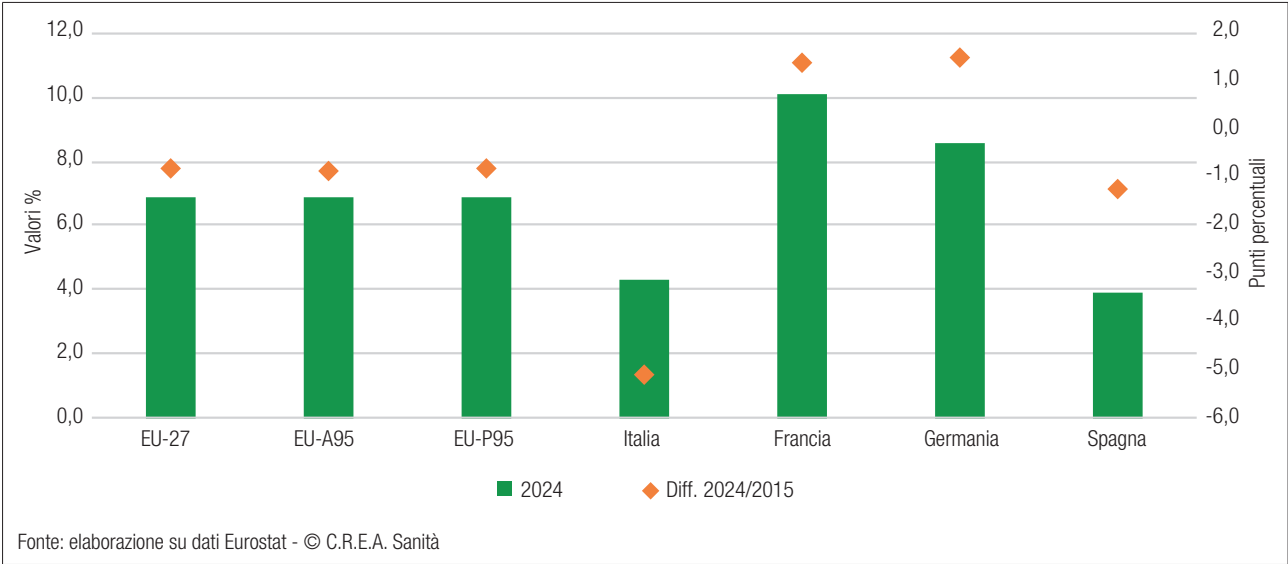
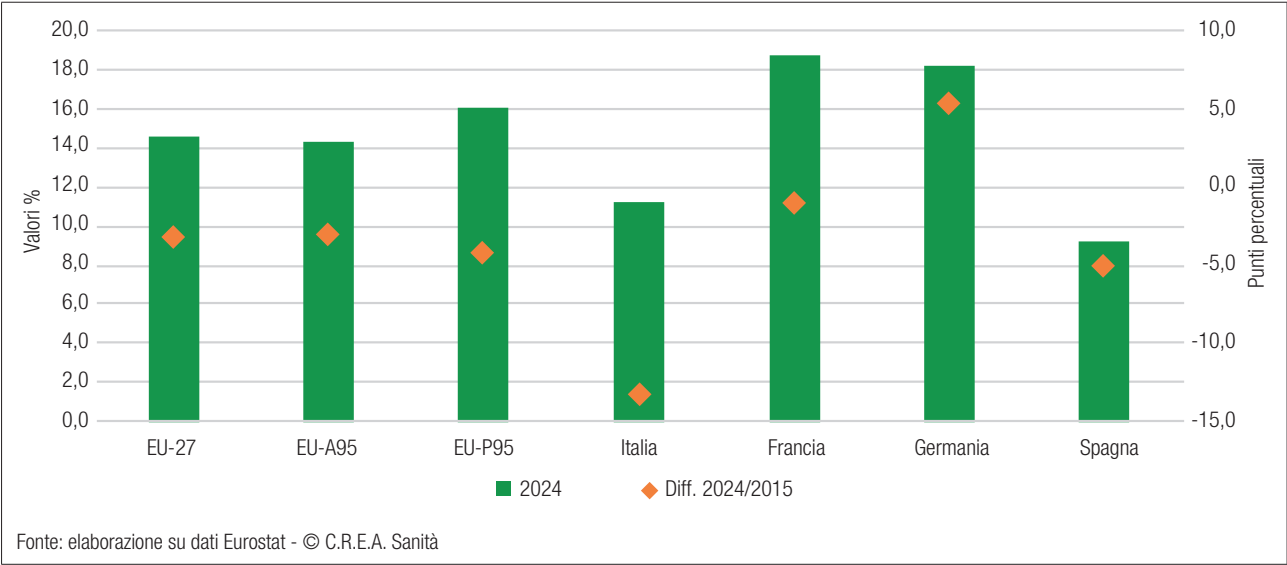


Figura 5a.6. Tasso di disabilità over 65 anni in Europa e in Italia



5a.3. Cronicità

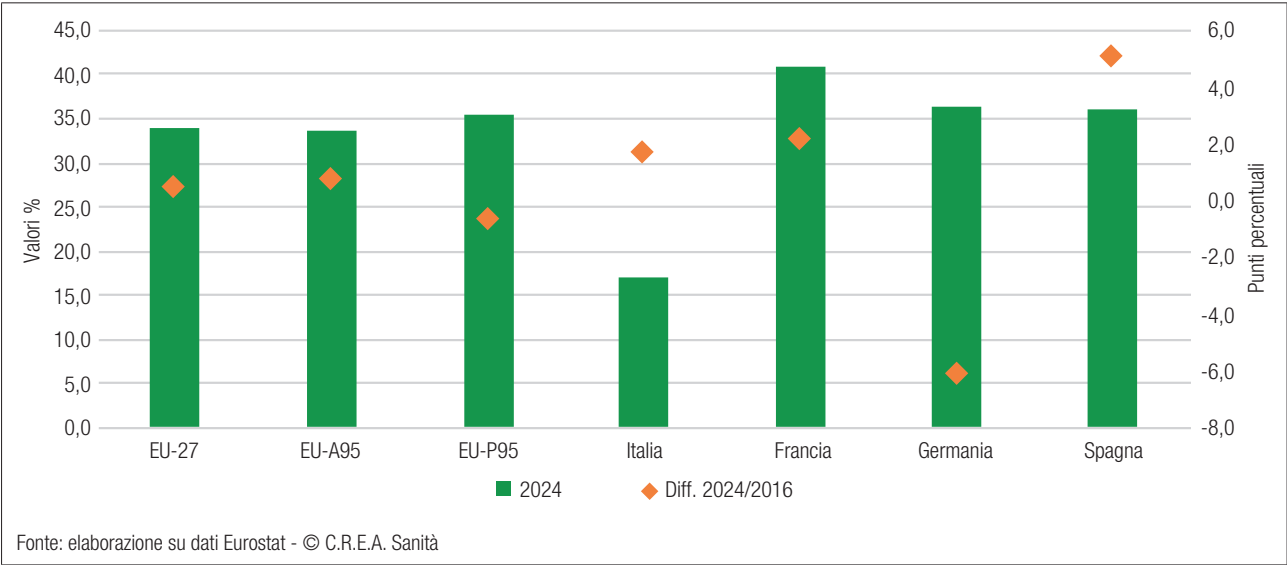
La gestione delle patologie croniche rappresenta una sfida crescente per i Sistemi Sanitari, a causa dell'invecchiamento della popolazione.

Nel 2024 (secondo i dati Eurostat⁵), l'Italia pre-

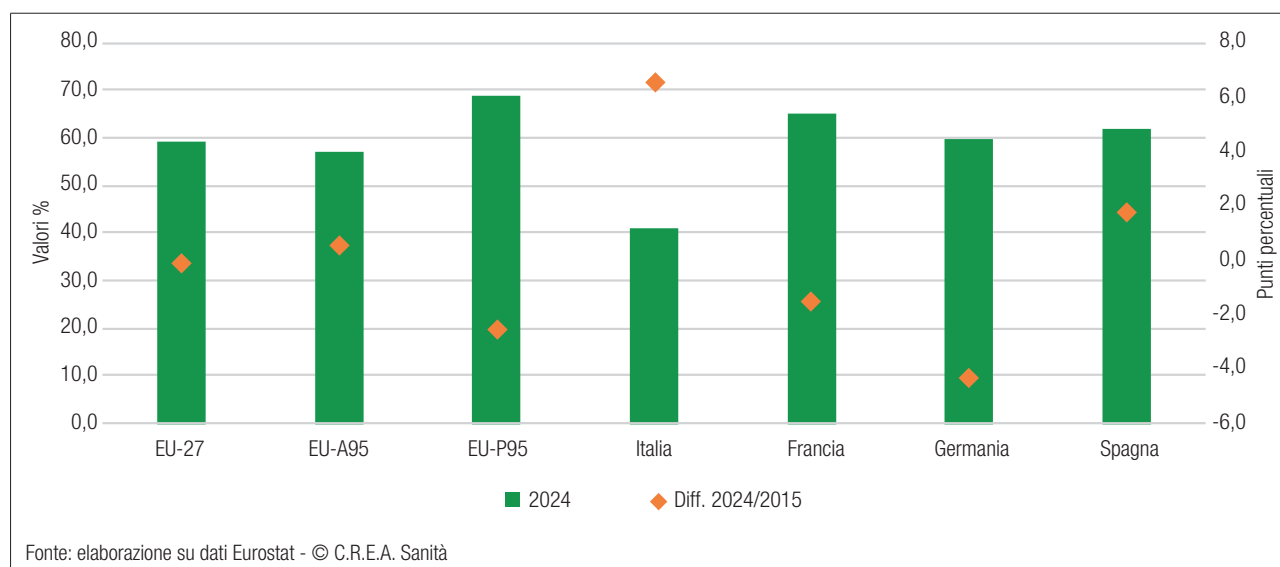
senta una prevalenza di cronici pari al 17,0% della popolazione over 16 anni, in aumento rispetto al 2016 di +1,8 p.p..

Questo dato posiziona l'Italia al di sotto della media europea (34,1%), come anche dei Paesi EU-Ante 1995 (33,8%) e dei Paesi EU-Post 1995 (35,5%).

Figura 5a.7. Tasso di cronicità over 16 anni in Europa e in Italia



⁵ Persone che dichiarano di avere un problema di salute o malattia che è durata o si prevede durerà almeno sei mesi. È un dato "self-reported" e presente nell'indagine EU-SILC

Figura 5a.8. Tasso di cronicità *over 65* anni in Europa e in Italia

In Europa, la cronicità risulta generalmente in aumento nel periodo considerato (+0,5 p.p.): nei Paesi EU-Ante 1995 del +0,8 p.p., in Francia del +2,2 p.p. e in Spagna del +5,1 p.p.. In controtendenza i Paesi EU-Post 1995 e la Germania registrano rispettivamente una riduzione di -0,5 e -6,1 p.p. (Figura 5a.7.).

Considerando gli *over 65*, l'Italia presenta una prevalenza di cronici pari al 41,0%, in aumento nell'ultimo decennio di +6,6 p.p.. Il dato italiano risulta il più basso tra i Paesi analizzati, significativamente inferiore alla media europea (59,0%), come anche a quella dei Paesi EU-Ante 1995 (57,0%) e dei Paesi EU-Post 1995 (68,9%).

Nel periodo considerato, fra i Paesi in esame, Italia, Spagna e i Paesi EU-Ante 1995 registrano un aumento della cronicità (rispettivamente +6,6, +1,8 e +0,5 p.p.); di contro Germania, Paesi EU-Post 1995, e Francia registrano una riduzione (rispettivamente -4,3, -2,6 e -1,5 p.p.) (Figura 5a.8.).

5a.4. Mortalità

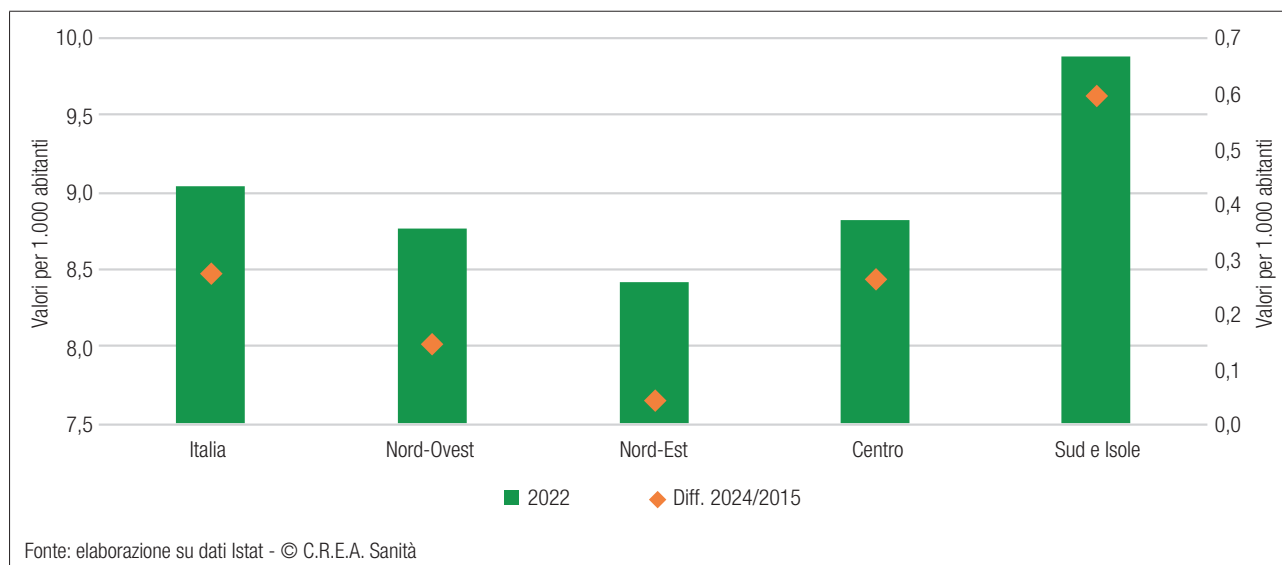
Il tasso di mortalità standardizzato⁶, nel 2022 (ultimo anno disponibile), risulta pari a 9,0 ogni 1.000 abitanti, in aumento nell'ultimo decennio di +0,3 per 1.000 abitanti (8,8 ogni 1.000 abitanti nel 2013). Nel Sud si registra il tasso di mortalità più alto (9,9) e con il maggior peggioramento nell'ultimo decennio (+0,6 per 1.000 abitanti); nel Nord-Est si registra il tasso più basso (8,4), invariato nel periodo considerato; nel Nord-Ovest si è registrato un incremento di +0,1 per 1.000 abitanti (Figura 5a.9.).

Il tasso di mortalità standardizzato si è ridotto nel periodo 2013-2019, passando da 8,7 a 8,2 (-0,5 per 1.000 abitanti); nel periodo 2020-2022 si è registrato un incremento, in parallelo con la pandemia di Covid-19, raggiungendo nei tre anni rispettivamente il 9,5, 8,9 e 9,0 decessi per 1.000 abitanti.

La mortalità evitabile fornisce una misura dei decessi che potrebbero essere prevenuti attraverso interventi sanitari tempestivi ed efficaci; quindi, fornisce un dato di "efficacia" del sistema di tutela della salute.

⁶ La standardizzazione è stata effettuata dall'Istat con il cosiddetto metodo diretto, applicando alla popolazione di riferimento (2013) i tassi di mortalità specifici per età (calcolati per classi quinquennali, ma anche per singola causa di morte e per Provincia o Regione di residenza)

Figura 5a.9. Tasso di mortalità standardizzato in Italia



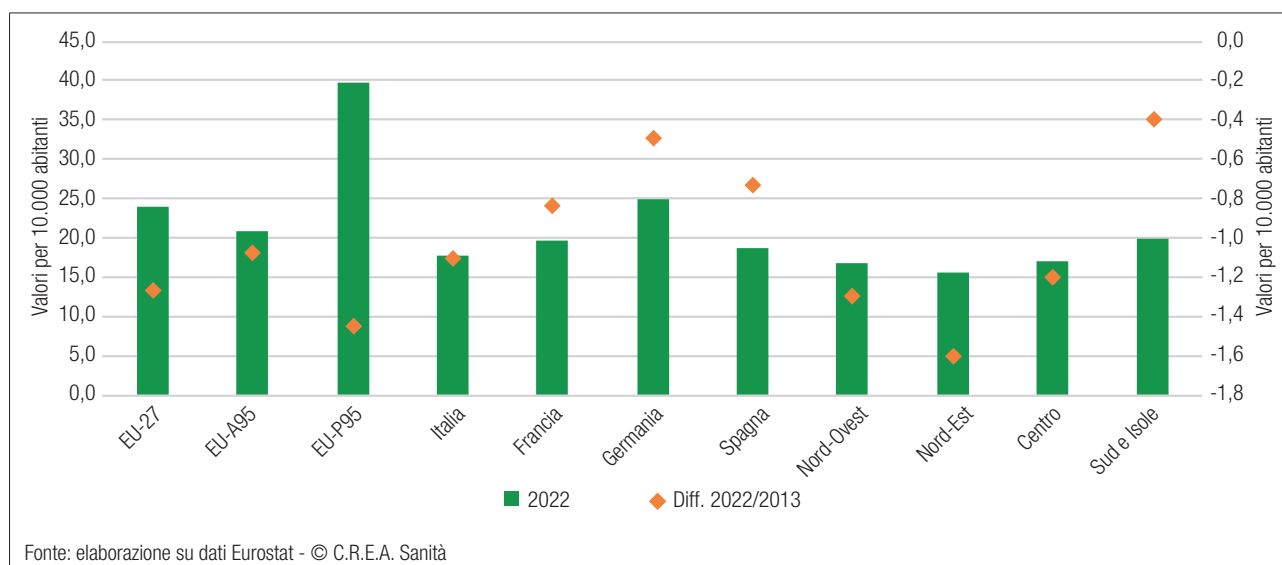
Le morti evitabili (prevenibili e trattabili), come citato nella presentazione degli indicatori del Benessere Equo e Sostenibile (BES) elaborati dall'Istat [3], sono i decessi che potrebbero essere significativamente ridotti grazie alla diffusione di stili di vita più salutarie e alla diminuzione di fattori di rischio ambientali e comportamentali nonché grazie a un'Assistenza Sanitaria adeguata e accessibile.

Nel 2022 (ultimo anno disponibile), l'Italia registra un tasso di mortalità evitabile pari a 17,7 morti per

100.000 abitanti, in miglioramento di 1,1 per 10.000 abitanti nell'ultimo decennio (18,8 nel 2013). Questo risultato posiziona l'Italia tra i Paesi con le migliori "Performance" europee, significativamente al di sotto della media europea (24,0), dei Paesi EU-Ante 1995 (20,8) e anche dei Paesi EU-Post 1995 (39,8).

L'incidenza di morti evitabili è anche inferiore a quella di Francia (19,7), Germania (24,9) e Spagna (18,6).

Figura 5a.10. Tasso di mortalità evitabile in Europa e in Italia



A livello regionale, emerge un gradiente Nord-Sud significativo: il Nord-Est presenta i valori migliori (15,6), seguito dal Nord-Ovest (16,7) e dal Centro (16,9). Il Sud e Isole, pur registrando il valore peggiore (20,0), performa meglio della media europea e anche della Germania.

Nell'ultimo decennio si evidenziano miglioramenti in tutte le ripartizioni geografiche, con il Nord-Est che registra la riduzione più alta (-1,6 per 10.000 abitanti) ed il Sud la più contenuta (-0,4 per 10.000 abitanti) (Figura 5a.10.).

5a.5. Qualità della vita

La qualità della vita (*Quality of Life* (QoL)) è un concetto multidimensionale che va oltre la semplice assenza da malattia: comprende la percezione soggettiva che una persona ha del proprio benessere fisico, psicologico, sociale e ambientale, in relazione ai propri valori, aspettative e circostanze di vita (Organizzazione Mondiale della Sanità). L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la QoL⁷ come «la percezione che l'individuo ha della propria posizione nella vita nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vive, in rapporto ai propri obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni».

Nell'ambito sanitario e delle valutazioni delle politiche pubbliche, è essenziale disporre di strumenti validi e affidabili per misurare la qualità di vita legata alla salute (*Health-Related Quality of Life*, HRQoL). Tra questi, EQ-5D⁸, sviluppato dal gruppo EuroQol, è uno degli strumenti generici più diffusi a livello internazionale: consiste in un questionario che esplora cinque dimensioni chiave (mobilità, cura personale, attività usuali, dolore/disagio, ansia/depressione) e una scala visiva analogica per l'autovalutazione del proprio stato di salute.

Il C.R.E.A. Sanità, nell'ambito delle sue attività di ricerca ha somministrato ad un campione rappresentativo della popolazione italiana, il questionario

EQ-5D-5L in modalità mista, combinando interviste telefoniche assistite da computer (*Computer-Assisted Telephone Interviewing* (CATI)) e interviste autocompilate via web (*Computer-Assisted Web Interviewing* (CAWI)), al fine di rilevare della qualità della vita legata alla salute (HRQoL), anche a livello regionale.

La rilevazione è stata effettuata con lo strumento EQ-5D-5L, che misura la percezione individuale dello stato di salute in cinque dimensioni, mobilità, cura di sé, attività abituali, dolore o fastidio, ansia o depressione; per ciascuna dimensione sono previsti cinque livelli di risposta che indicano l'assenza o la presenza di difficoltà o disagi di diversa intensità.

Nello studio è stato utilizzato l'adattamento italiano realizzato dal Gruppo EuroQoL (*Rabin & De Charro, 2001*). L'algoritmo di Finch et al. (2022), sviluppato per la popolazione italiana, è stato poi utilizzato per esprimere la HRQoL in termini di *Quality Adjusted Life Years* (QALY).

Il questionario è stato somministrato ad un campione rappresentativo della popolazione italiana, stratificato per Regione, età e genere, al fine di garantire una rappresentazione fedele della distribuzione demografica nazionale. Ai fini della significatività statistica del dato raccolto, le Regioni piccole sono state accorpate a quelle confinanti: nello specifico la Basilicata alla Puglia, il Molise all'Abruzzo, la Valle d'Aosta al Piemonte, la P.A. di Trento alla P.A. di Bolzano.

Dalla rilevazione è emerso che, a fronte di un valore mediano nazionale della HRQoL di 0,890 QALY, la Regione in cui si registra il livello migliore è il Trentino Alto Adige (0,938 QALY), mentre l'Umbria ha il livello peggiore (pari a 0,840 QALY).

A livello di ripartizione geografica si riscontra una relativa omogeneità: il valore più elevato si registra nel Nord-Ovest e nel Nord-Est (per entrambi pari a 0,891 QALY), seguiti dal Centro (0,889 QALY) e, infine, dal Mezzogiorno (0,882 QALY) (Figura 5a.11.).

Considerando che l'età media degli intervistati è

⁷ <https://www.who.int/tools/whoqol/>

⁸ <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>

di 59 anni (variando a livello regionale fra 55 e 68 anni), si può apprezzare come la HRQoL elicitata sia sostanzialmente allineata (inferiore di 0,017 QALY) a quella elicitata da *Scalone et al.* (2015) per la popolazione italiana nella fascia di età 56-65 anni.

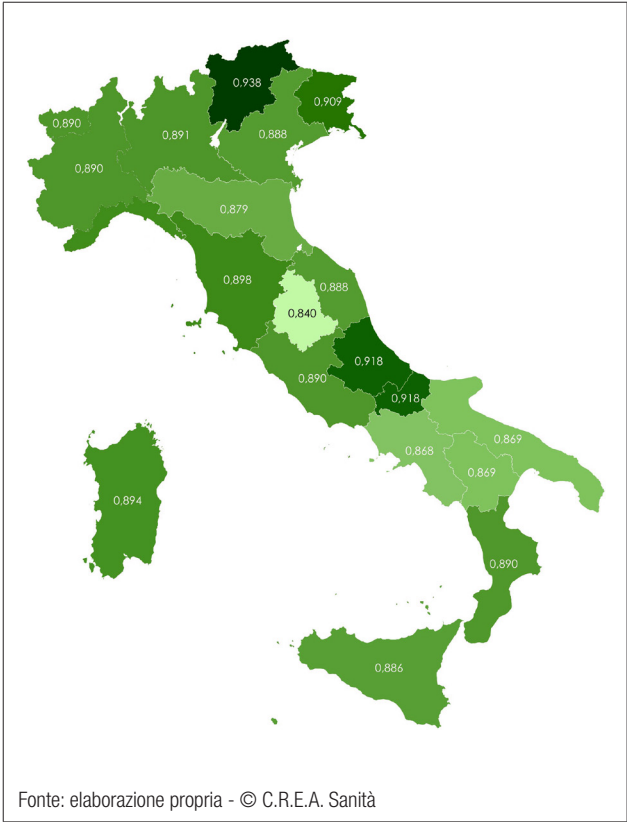
Esiste una correlazione positiva tra HRQoL determinato e l'indice di *Performance* regionale (0,48) costruito dal C.R.E.A. Sanità (cfr. Capitolo 5b) [1].

Da una analisi più di dettaglio si osserva che un discreto livello di soddisfazione dei cittadini si registra anche in Regioni con bassi livelli di *Performance*: fenomeno che può avere varie spiegazioni, per lo più legate alle percezioni dei pazienti (Figura 5a.12.).

In alcune Regioni si registra, infatti, una alta qualità della vita correlata alla salute (HRQoL), che presumibilmente implica la percezione di buoni esiti di cura anche in presenza di *Performance* insoddisfacenti.

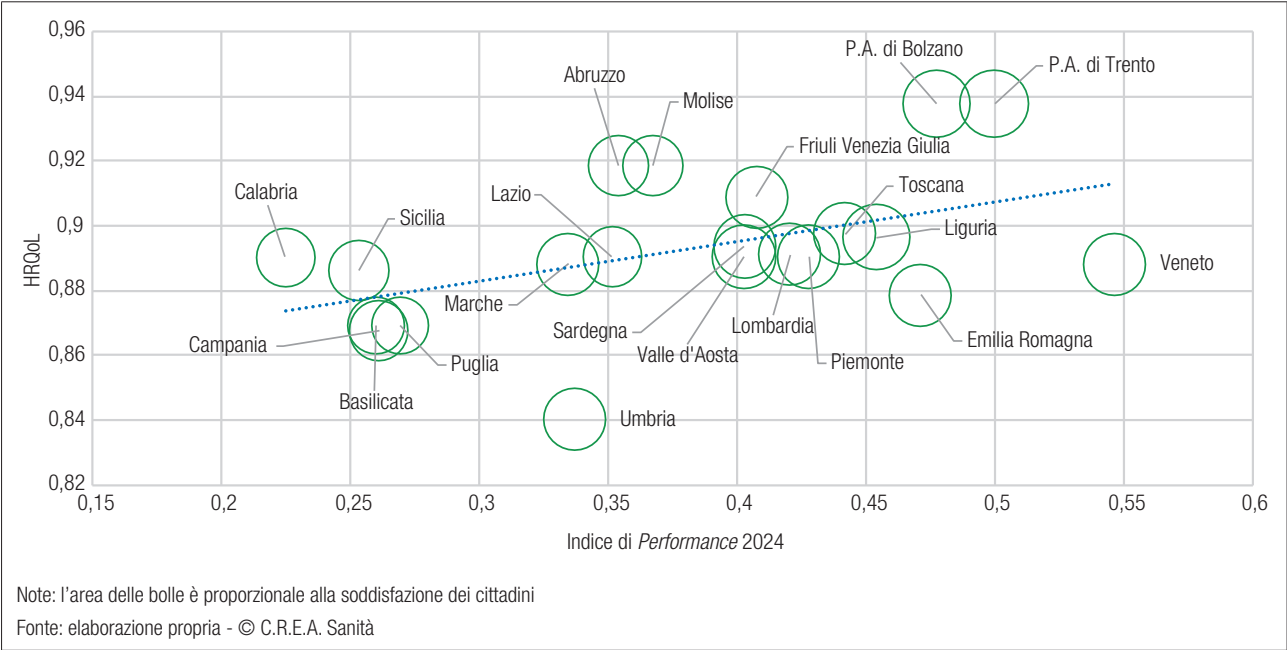
Analogamente, è possibile/plausibile che in alcune Regioni, a fronte di *Performance* storicamente insoddisfacenti, nella popolazione si sia consolidata una minore aspettativa sulla qualità dei servizi.

Figura 5a.11. Qualità della vita (utilità HRQoL)



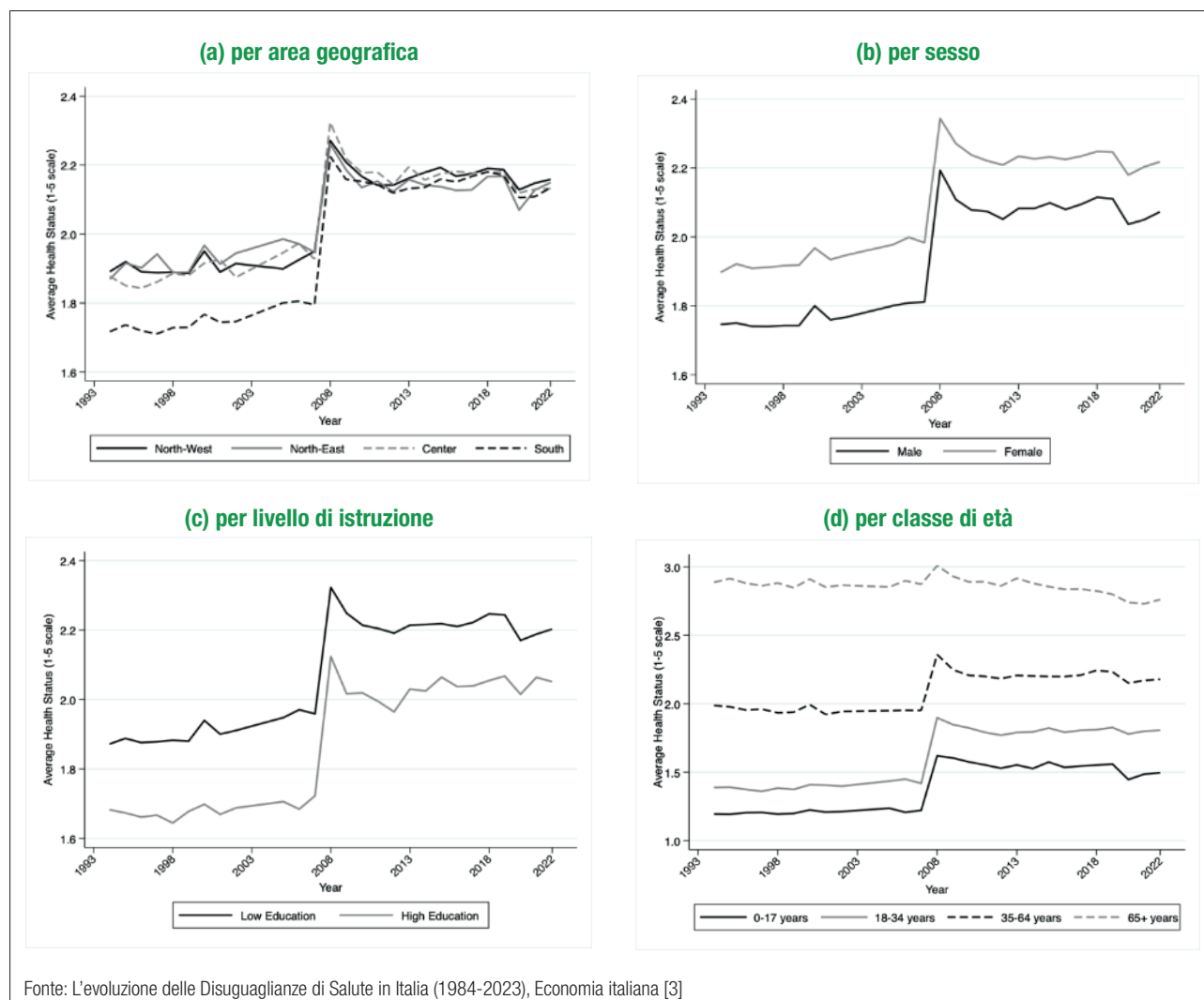
Fonte: elaborazione propria - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5a.12. Indice di *Performance*, HRQoL e soddisfazione dei cittadini



Note: l'area delle bolle è proporzionale alla soddisfazione dei cittadini
Fonte: elaborazione propria - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5a.13. Stato di salute auto-valutato della popolazione per livello socio-economico (SES).



5a.6. Esiti di salute percepiti dalla popolazione

In uno studio di recente pubblicazione [4] è stato analizzato lo stato di salute percepito (auto-valutato) dalla popolazione italiana nel periodo 1993-2022, sulla base dei risultati dell'indagine Istat "Aspetti della vita quotidiana".

Dalle analisi si evince un peggioramento nel tempo dello stato di salute della popolazione (Figura 5a.13., quadro a) che, però, è in larga parte attribuibile all'invecchiamento progressivo: infatti, a parità di età, al netto del salto nella serie intervenuto nel 2009, i livelli di salute auto-percepita risultano sostanzialmente costanti (Figura 5a.13., quadro d).

Le donne riportano una percezione sul proprio stato di salute peggiore rispetto agli uomini, che persiste nel tempo senza particolari modificazioni (Figura 5a.13., quadro b).

Molto evidente è l'impatto dei livelli di istruzione sulla percezione del proprio stato di salute (Figura 5a.13., quadro c): gli individui con basso livello di istruzione presentano sistematicamente peggiori livelli di salute percepita, con un *gap* che rimane inalterato durante tutto il periodo considerato.

Si conferma che l'istruzione ha un impatto indipendente e diretto sulla probabilità di sviluppare patologie croniche e sull'efficacia con cui gli individui gestiscono il proprio stato di salute.

Peraltro, dall'analisi condotta su un periodo tren-

tennale, che copre quasi l'intera vita del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), si evince come quest'ultimo non sia riuscito a contrastare l'iniquità di salute derivanti dalla disparità nella *health literacy*.

Combinando il genere ed il livello di istruzione si può anche apprezzare come, a parità di istruzione, le differenze di salute tra uomini e donne si riducono drasticamente, quasi ad annullarsi del tutto. In altri termini, le differenze di genere sembrano, in larga misura, essere riconducibili ad un effetto delle differenze nei livelli di istruzione.

Le differenze di salute tra i generi non sono solo una questione biologica: piuttosto riflettono un ampio insieme di determinanti sociali, culturali, economici e istituzionali.

Le disuguaglianze educative, di contro, appaiono strutturali e difficilmente riducibili in assenza di interventi mirati.

In definitiva, i risultati brevemente riassunti richiamano l'attenzione sull'importanza di adottare un approccio intersezionale nello studio delle Disuguaglianze di Salute, in grado di cogliere la combinazione tra genere e status socioeducativo come dimensione cruciale per la comprensione e il contrasto delle disuguaglianze sanitarie.

5a.7. Riflessioni finali

In Italia si registrano esiti di salute che nella comparazione con gli altri Paesi europei risultano mediamente "eccellenti".

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 in Europa (69,1 anni) con uno scarto significativo rispetto alla media europea (63,4 anni).

Inoltre, i dati citati appaiono in continuo miglioramento: l'incremento registrato nell'ultimo decennio risulta di +6,7 anni (in altri termini l'aspettativa di vita ogni anno si allunga di 0,7 anni).

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

Spostando l'attenzione sullo stato di salute, l'Italia

registra la speranza di vita in buona salute più alta d'Europa (10,8 anni), e anche il maggior incremento (+3,2 anni nell'ultimo decennio).

I dati citati si rispecchiano in una riduzione della prevalenza della disabilità grave, che nella popolazione *over 16* anni è scesa drasticamente dal 9,4% del 2015 al 4,3% del 2024. Ancora più significativo è il miglioramento nella popolazione anziana: la prevalenza negli *over 65* è passata dal 24,6% del 2015 all'11,3% del 2024, 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: comunque in Italia la prevalenza rimane 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 p.p. rispetto al 2016).

Volendo tentare una sintesi, malgrado il sistema si dimostri efficace nel promuovere la salute, non è in grado di compensare gli effetti, specialmente in termini di cronicità, dovuti all'invecchiamento. Questo indica la necessità di continuare a investire sulla prevenzione primaria e secondaria, nell'ottica della promozione di una vera longevità.

Meno lusinghieri sono gli esiti del sistema di tutela della salute in termini di equità.

Ad esempio, considerando la percezione dello stato di salute della popolazione, possiamo prendere atto che il peggioramento risulta da attribuire all'invecchiamento, ma nei 30 anni considerati non si sono registrati significativi miglioramenti nei *gap* esistenti fra gruppi di popolazione differenti: 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*.

Ancora più evidente, malgrado i livelli medi nazionali primeggino in Europa, il permanere a livello regionale di divari significativi. Il Sud registra sistematicamente "*Performance*" inferiori in tutti gli indicatori analizzati: speranza di vita in buona salute alla nascita inferiore (-4,8 anni) rispetto al Nord-Est; tas-

so di mortalità evitabile superiore (+4,4 p.p.) rispetto al Nord-Est; multicronicità negli *over 75* più elevata (56,8% vs 44,0% del Nord-Est); la qualità della vita legata alla salute (HRQoL), registra a livello regionale valori compresi tra i 0,840 QALY (Umbria) e i 0,938 QALY (Trentino Alto Adige).

Questi divari, pur in riduzione, richiedono quindi interventi mirati per garantire una reale equità anche in termini di esiti di salute.

Riferimenti bibliografici

- [1] C.R.E.A. Sanità; Livelli di tutela della salute: le Performance regionali" - XIII Edizione, Locopress ed.. Anno 2025
- [2] Eurostat; Banca dati. (anni vari), ec.europa.eu/eurostat
- [3] Istat; Rapporti sul Benessere equo e sostenibile (BES). (anni vari), <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/benessere-e-sostenibilita/la-misurazione-del-benessere-bes/gli-indicatori-del-bes/>
- [4] V. Atella, C. De luca, D. d'Angela, E. Maresch, B. Polistena, F. Spandonaro; L'evoluzione delle disuguaglianze di salute in Italia (1984-2023), *Economia italiana*, n. 2. Anno 2025
- [5] Istat; Tavole statistiche varie. (anni vari), www.istat.it

Sintesi

CAPITOLO 5b

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

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

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-

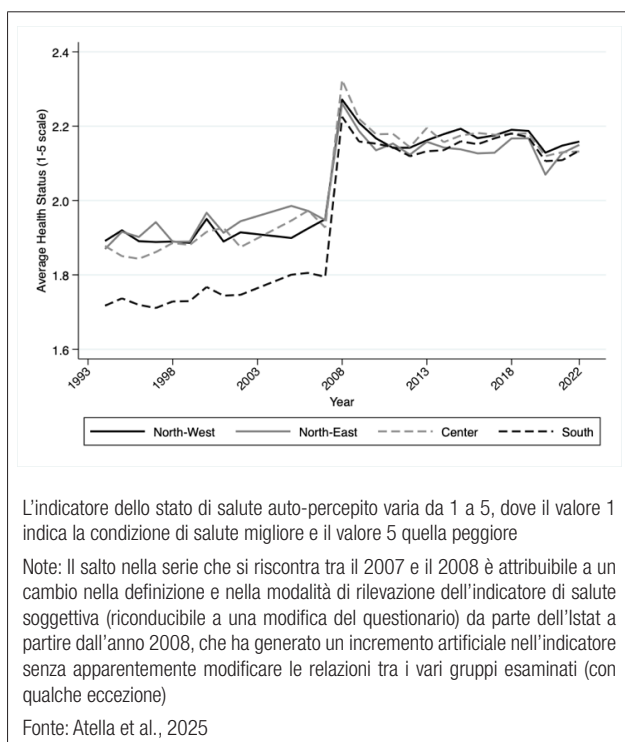
¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

³ 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



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 5b

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

Atella V.¹, De Luca C.¹, d'Angela D.², Maresch E.¹, Polistena B.², Spandonaro F.³

5b.1. Il contesto delle disuguaglianze sanitarie

Il presente contributo riassume le principali evidenze di un recente studio che ha analizzato [1] 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.

La sostenibilità dei Sistemi Sanitari rappresenta una delle sfide più critiche per i governi contemporanei. L'incremento della spesa sanitaria, determinato dall'invecchiamento demografico, dall'aumento delle malattie croniche e dall'adozione di tecnologie mediche avanzate, ha esercitato una crescente pressione sui bilanci pubblici. Nei paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), la quota del Prodotto Interno Lordo (PIL) destinata alla Sanità è passata dal 5% negli anni '70 a oltre il 9% nel 2020 (OECD, 2022).

Per contenere queste pressioni finanziarie, molti governi hanno implementato misure di contenimento quali la riduzione del finanziamento pubblico, l'introduzione di *ticket* sanitari e strategie di razionamento delle cure. Tali interventi hanno, in molti casi, avuto ripercussioni indesiderate sulle disuguaglianze sani-

tarie, con un aumento della quota di costi a carico dei cittadini (spese *Out Of Pocket* (OOP)) che ha generato un accesso differenziato alle cure, compromettendo l'equità del sistema. Le fasce economicamente più deboli hanno riscontrato maggiori difficoltà nell'ottenere trattamenti tempestivi e di qualità, aumentando così il rischio di peggioramento della loro condizione di salute [2].

Il caso italiano è di particolare interesse, in considerazione delle caratteristiche del suo servizio sanitario pubblico, nonché dei suoi *trend* di crescita economica, rappresentando in definitiva un caso emblematico per comprendere come le Disuguaglianze di Salute si siano evolute nel tempo e come abbiano interagito con le strategie di sostenibilità finanziaria.

Anticipando le conclusioni, sebbene l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) abbia determinato miglioramenti significativi negli esiti sanitari complessivi della popolazione, le evidenze suggeriscono che nel lungo periodo il sistema non sia riuscito a incidere sostanzialmente sulle disuguaglianze in termini di accesso alle cure e stato di salute.

5b.2. Disuguaglianze di Salute

Le Disuguaglianze di Salute sono definite come differenze sistematiche ed evitabili negli esiti di salute e nell'accesso ai Servizi Sanitari tra diversi gruppi di popolazione. Secondo Williams et al. (2022) [3] è fondamentale specificare quale indicatore sanitario

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

³ Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

è distribuito in modo diseguale e tra quali gruppi di persone.

Le Disuguaglianze di Salute possono, infatti, riguardare differenze in termini di:

- stato di salute: aspettativa di vita, prevalenza di malattie croniche
- accesso alle cure: disponibilità e utilizzo dei Servizi Sanitari
- qualità ed esperienza delle cure: livelli di soddisfazione dei pazienti
- rischi comportamentali: tassi di fumo, alimentazione, attività fisica
- determinanti sociali della salute: qualità delle abitazioni, condizioni lavorative, ambiente.

Inoltre, va sottolineato come la relazione tra status socio-economico e salute non dipende solo dall'accesso ai Servizi Sanitari, ma anche dalla capacità degli individui di "produrre" salute a partire dalle risorse disponibili [4]. Infine, l'ambiente nel suo complesso, le condizioni abitative e lavorative, e l'inquinamento influenzano significativamente lo stato di salute. Le persone con una condizione socio-economica inferiore avendo meno risorse da investire nella propria salute, possono tendere a posticipare le visite mediche fino a quando i sintomi non diventano gravi.

5b.3. Evoluzione delle Disuguaglianze negli Esiti di Salute

Per studiare la relazione tra status socio-economico e salute, è stata condotta una analisi utilizzando le indagini dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" (AVQ), e quella sui "Bilanci delle Famiglie".

La prima è stata avviata nel 1993, e coinvolge circa 20.000 famiglie italiane, fornendo informazioni su stato di salute, patologie croniche, utilizzo dei Servizi Sanitari e soddisfazione per l'assistenza ricevuta; la seconda raccoglie informazioni dettagliate sulla struttura della spesa per consumi, includendo le spese sanitarie private sostenute dalle famiglie italiane dal 1985 al 2023.

Nello specifico, sono stati calcolati sei indicatori per ripartizione geografica (Nord-Ovest, Nord-Est,

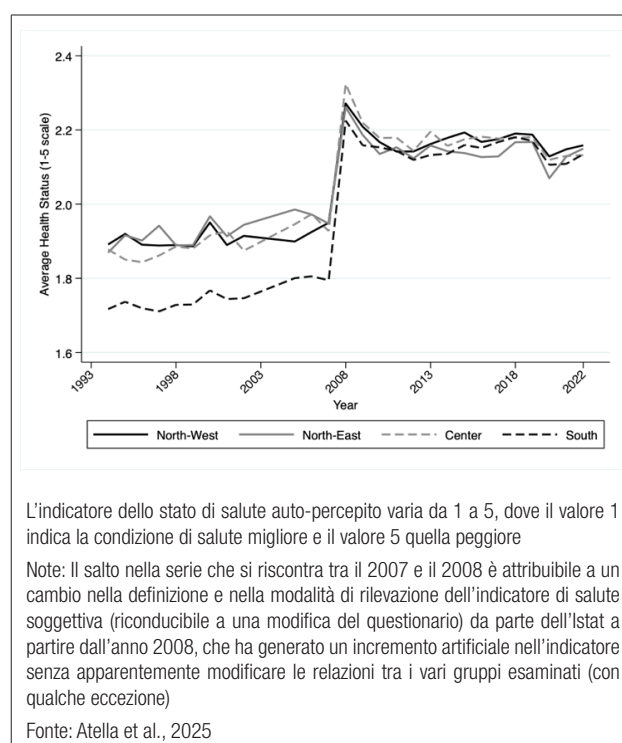
Centro, Sud e Isole), genere, livello di istruzione ed età, ed analizzata la loro dinamica sin dall'introduzione del SSN:

- 1) stato di salute auto-percepito (scala 1-5)
- 2) numero di comorbidità (patologie croniche concomitanti)
- 3) frequenza ospedalizzazioni
- 4) grado di soddisfazione per i servizi ospedalieri
- 5) incidenza della spesa sanitaria OOP sul PIL e sui consumi familiari
- 6) quota di famiglie che sostengono spese sanitarie private.

Stato di Salute Auto-Percepito

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.

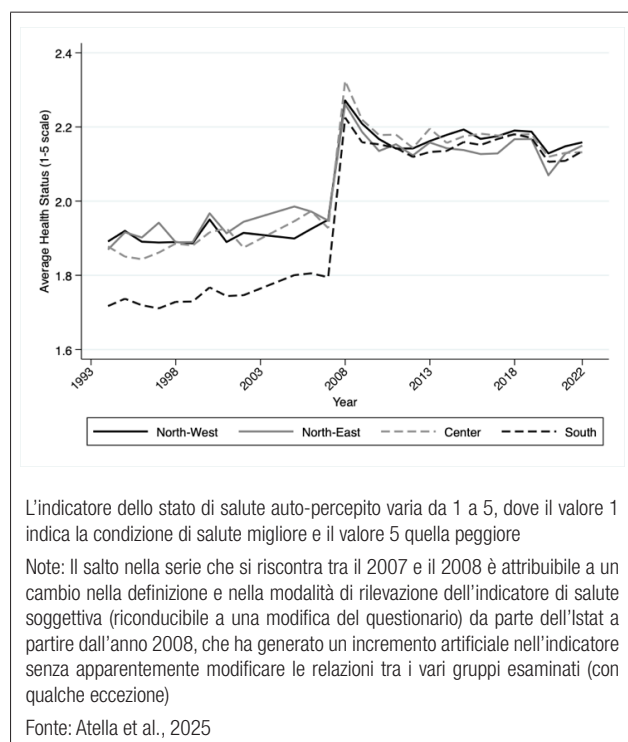
Figura 5b.1. Stato di salute auto-valutato della popolazione per ripartizione geografica



A livello territoriale, prima del 2007, il Sud presentava 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 (Figura 5b.1.).

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 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 [5].

Figura 5b.2. Stato di salute auto-valutato della popolazione per genere e livello di istruzione



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 (Figura 5b.2.).

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

Comorbidità e Patologie Croniche

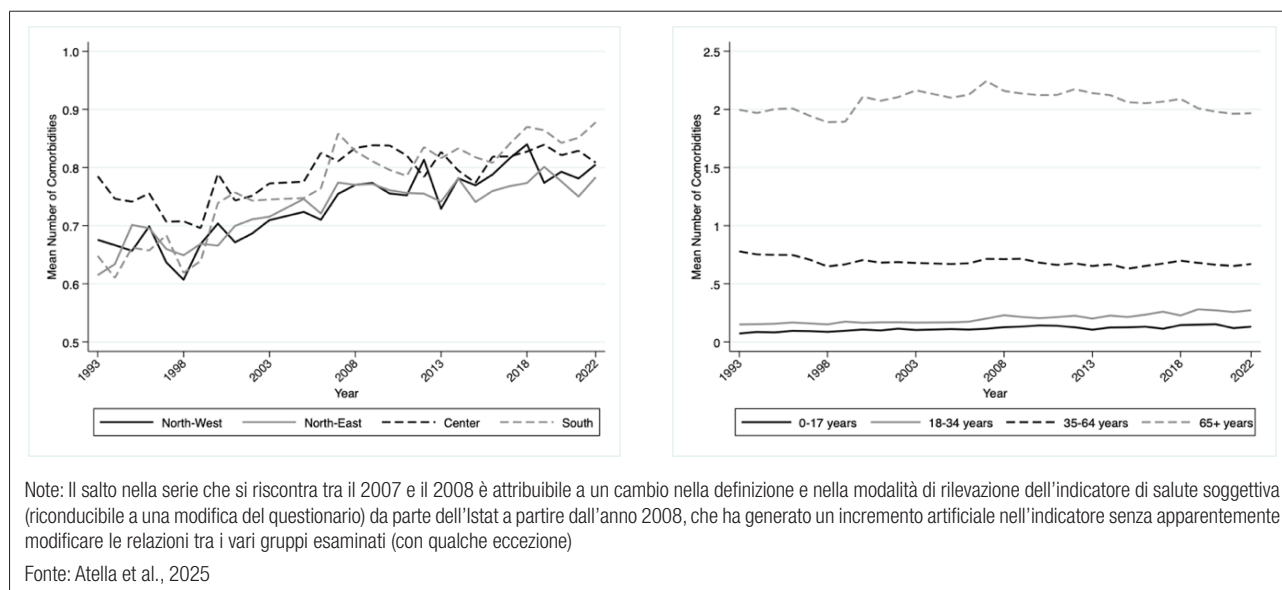
Il numero medio di comorbidità nella popolazione italiana mostra un aumento generalizzato nel periodo osservato, nuovamente attribuibile principalmente all'invecchiamento demografico. Le analisi per classe di età confermano che, a parità di età, le prevalenze rimangono sostanzialmente stabili.

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 (Figura 5b.3.).

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 significativamente 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.

Figura 5b.3. Andamento della comorbidità nella popolazione per livello socio-economico



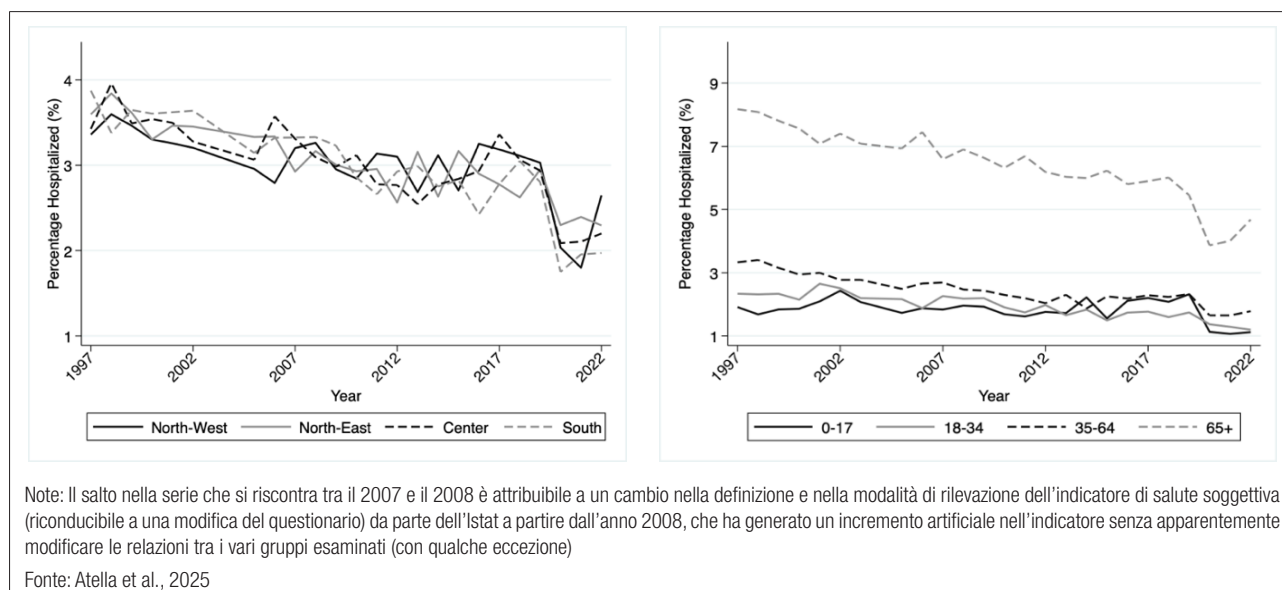
Evoluzione delle disuguaglianze nell'accesso ai Servizi Sanitari: Ospedalizzazioni

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.

Figura 5b.4. Andamento della comorbidità nella popolazione per livello socio-economico



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.

Il Sud presenta tassi di ospedalizzazione sistematicamente più alti e una ripresa post-pandemica più lenta rispetto alle altre aree, confermando la carenza di alternative assistenziali adeguate.

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 (Figura 5b.4.).

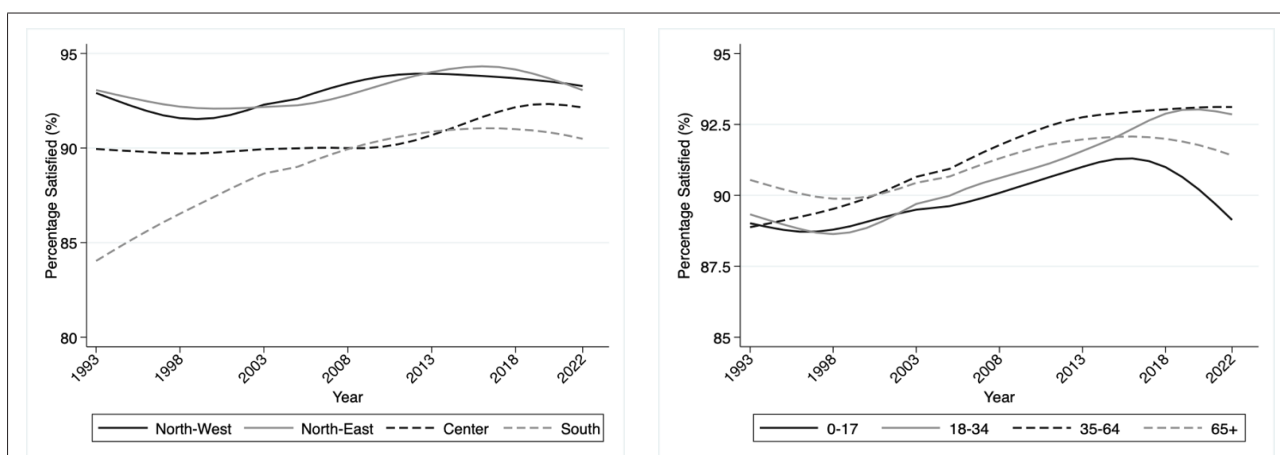
Soddisfazione per i servizi ospedalieri

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, mantenendosi però su livelli leggermente inferiori rispetto al Nord. 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 (Figura 5b.5.).

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.

Figura 5b.5. Andamento della soddisfazione per l'accesso ai Servizi Sanitari ospedalieri (assistenza medica) per livello socio-economico



Nota: I dati presentati nella Figura 5b.5. sono stati ottenuti applicando il filtro di Hodrick-Prescott (HP) allo scopo di attenuare l'elevata variabilità annuale osservata nelle serie temporali. Tale variabilità è riconducibile al fatto che solo una quota molto ridotta del campione dell'indagine (ovvero gli individui che hanno effettivamente sperimentato un ricovero) risponde alla domanda relativa al grado di soddisfazione per i servizi ospedalieri. Considerando che la prevalenza di ospedalizzazione nella popolazione è mediamente intorno al 3%, il numero limitato di osservazioni introduce un elevato livello di rumore statistico nei dati grezzi, rendendo necessario l'utilizzo di tecniche di *smoothing* per una lettura più affidabile dei *trend* di lungo periodo. Il valore di *smoothing* (λ) utilizzato per il filtro di HP è stato fissato a 400

Fonte: Atella et al., 2025

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.

Anche la soddisfazione per l'assistenza infermieristica mostra "livelli" analoghi, con un miglioramento generalizzato ma con persistenti differenze territoriali e per livello di istruzione.

La Dimensione Economica: dinamica della spesa OOP

L'analisi della spesa sanitaria privata (OOP) sostenuta direttamente dalle famiglie rappresenta un aspetto particolarmente critico, evidenziando un deterioramento dell'equità nel finanziamento del Siste-

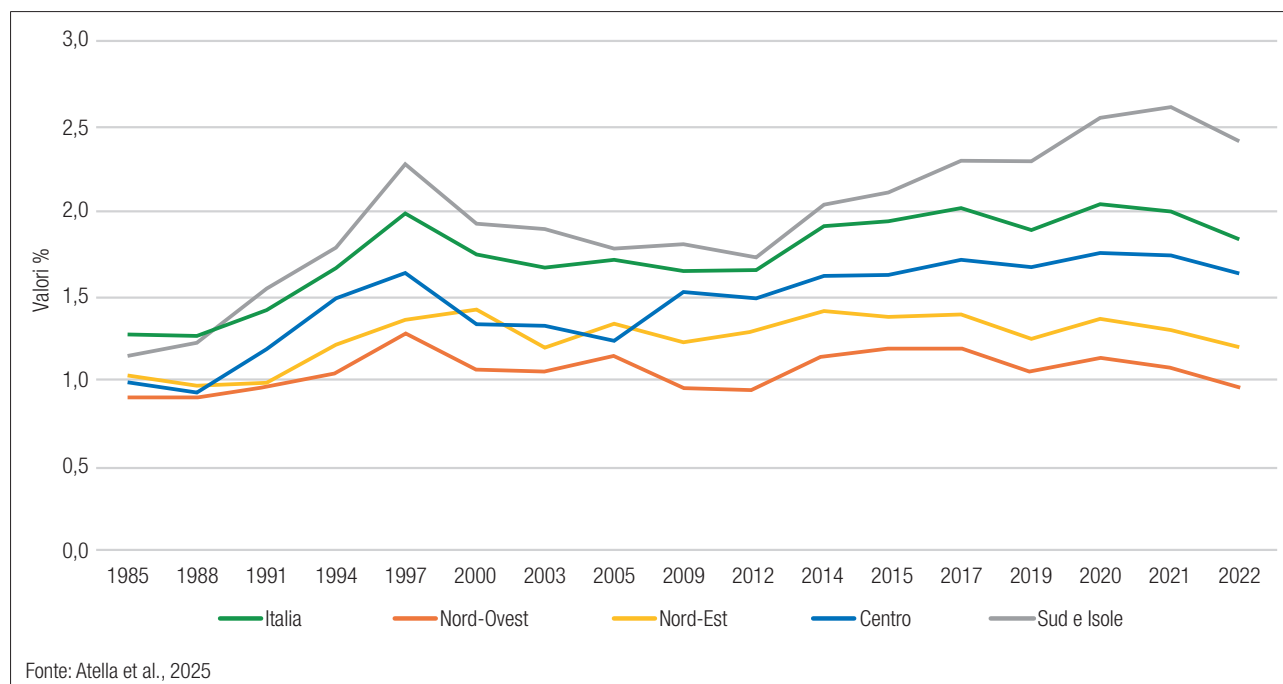
ma Sanitario.

Nel periodo 1985-2023, la spesa OOP è cresciuta in termini nominali del 647,9%: la crescita è stata particolarmente marcata nel periodo 1992-2001 (tasso medio annuo +9,5%), in corrispondenza degli effetti della prima riforma del SSN (D.Lgs. n. 502/1992 e 517/1993), per poi portarsi su tassi di crescita medi annui del 2,5%.

L'incidenza della spesa sanitaria OOP sul PIL è aumentata nel periodo considerato, passando dall'1,3% nel 1985 all'1,8% nel 2023, con la massima crescita media annua (+0,33 punti percentuali (p.p.)) registrata nel periodo 1991-1999, a cavallo della riforma del SSN.

A livello territoriale, l'incidenza risulta costantemente più alta nel Meridione e più bassa nel Nord-Ovest, con una differenza tra le ripartizioni geografiche estreme che è aumentata nel tempo da 0,25 p.p. (1985) a 1,45 p.p. (2023), segnalando un peggioramento dell'equità a livello territoriale (Figura 5b.6.).

Figura 5b.6. Incidenza della spesa sanitaria OOP sul PIL per area geografica



Anche l'incidenza della spesa sanitaria OOP sul totale della spesa per consumi delle famiglie è aumentata, passando dall'1,7% nel 1985 al 4,3% nel 2023. Tale incidenza, nel periodo considerato, ha subito una costante crescita, tranne che nel periodo 2012-2017, (riduzione di -0,3 p.p.), peraltro dovuta principalmente all'espansione dei consumi totali.

All'inizio del periodo considerato, l'incidenza della spesa per la salute su quella totale era maggiore, come lecito attendersi, nelle ripartizioni del Nord (Nord-Est 2,1%) e minima nel Sud e Isole (1,1%). Negli anni successivi la crescita dell'incidenza è stata però maggiore nel meridione (+3,3 p.p., seguita dal Centro con +3,1 p.p., vs +1,7 p.p. del Nord-Est), tanto che dal 2020 l'incidenza della spesa per la salute risulta maggiore nel Meridione rispetto alle altre ripartizioni.

Osservando una maggiore incidenza della spesa sanitaria privata sui consumi delle famiglie nelle ripartizioni con PIL e consumi pro-capite totali inferiori, si segnala una crescente iniquità, derivante da una maggiore incidenza della spesa sanitaria sui nuclei familiari mediamente meno abbienti: di fatto, un falli-

mento del SSN nella sua funzione di protezione dagli oneri economici legati alla malattia.

Evoluzione delle disuguaglianze per livello socio-economico

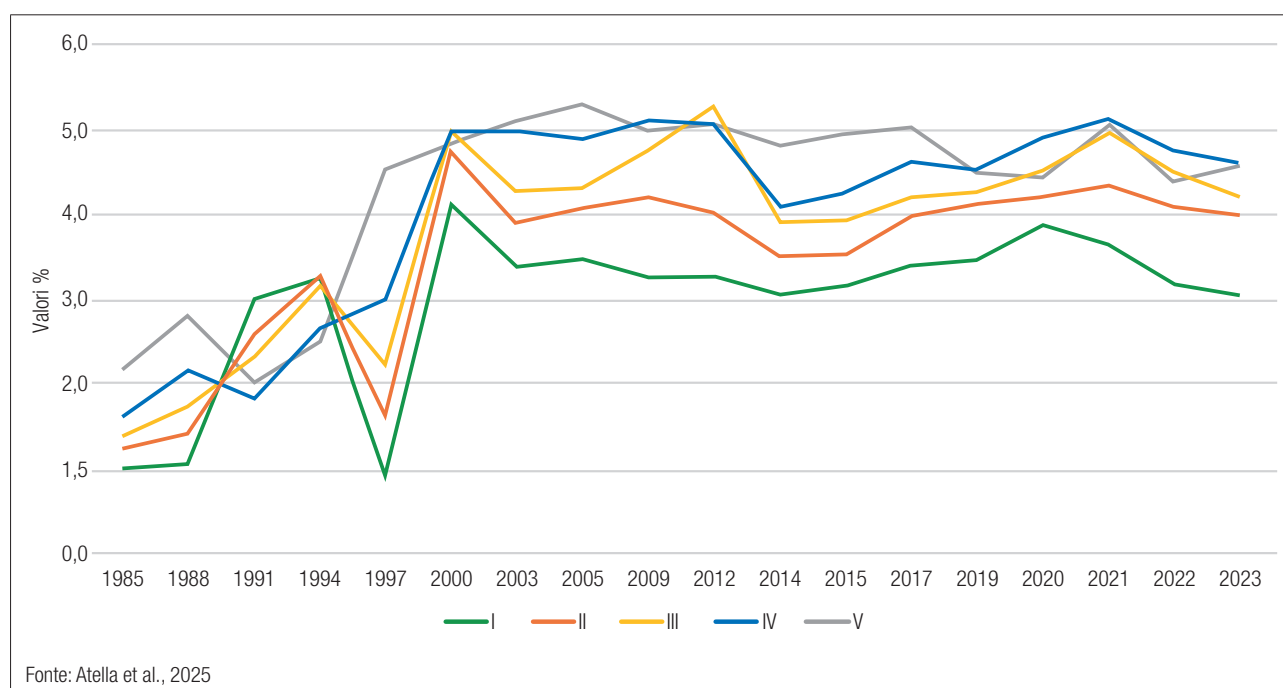
Nel periodo preso in analisi (1985-2023) si è registrato un aumento della quota di famiglie che sostengono spese sanitarie OOP: si è passati dal 51,7% nel 1985 al 70,9% nel 2023.

L'incremento più marcato si è registrato nei quintili di consumo più bassi, indicando un crescente sforzo finanziario delle famiglie a più basso reddito per accedere a cure sanitarie.

L'incremento più marcato, pari a +19,5 p.p., si è registrato tra le famiglie con il più basso livello di istruzione, confermando che quelle meno istruite sono progressivamente più esposte ai costi diretti delle cure.

Nel periodo analizzato si è triplicata l'incidenza della spesa OOP sui consumi per le famiglie del primo quintile (da 1,0% a 3,0%), rispetto a un raddoppio nei quintili più alti (Figura 5b.7.).

Figura 5b.7. Incidenza della spesa sanitaria OOP sui consumi familiari, per quintile di consumo



Nelle famiglie senza alcun titolo di studio, l'incidenza delle spese sanitarie raggiunge l'8,4% nel 2023, rispetto al 3,9% nelle famiglie con istruzione elevata.

È fondamentale notare che la riduzione osservata nella fase più recente delle spese sanitarie OOP non riflette necessariamente un miglioramento dell'accessibilità economica ai servizi, essendo in larga parte attribuibile alla crescita del fenomeno della rinuncia alle cure per motivi economici; il fenomeno è particolarmente evidente nel Mezzogiorno, dove, tra il 2014 e il 2023, si registra:

- una diminuzione di 20,2 p.p. nella quota di famiglie che dichiarano spese sanitarie
- un aumento del fenomeno delle rinunce alle cure (+1,8 p.p.)
- un incremento del disagio economico (impoverimento per spese sanitarie, più rinuncia alle cure) legato alla spesa sanitaria privata (+0,2 p.p.)

Nel 2023, la quota di famiglie che ha dichiarato di aver dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie necessarie per ragioni economiche, ha raggiunto il 10,3% nel Mezzogiorno, evidenziando una condizione di vulnerabilità più accentuata rispetto ad altre aree geografiche.

5b.4. Implicazioni per le Politiche Sanitarie

Sulla base della letteratura che ha analizzato i meccanismi internazionali di successo nella riduzione delle disuguaglianze sanitarie [6], si possono proporre alcune proposte strategiche finalizzate ad affrontare le persistenti disuguaglianze sanitarie nel nostro Paese:

- incremento del finanziamento pubblico: al fine di invertire la tendenza alla riduzione della spesa pubblica sanitaria e al trasferimento dei costi sulle famiglie, particolarmente nel Mezzogiorno e nelle famiglie meno abbienti; in altri termini andrebbe colmato il *gap* Nord-Sud attraverso investimenti mirati nelle infrastrutture sanitarie e nei servizi territoriali delle Regioni

meridionali

- promozione di interventi sui determinanti sociali della salute: le politiche sanitarie dovrebbero essere integrate con interventi su istruzione, lavoro, ambiente e condizioni abitative, riconoscendo l'istruzione come determinante cruciale della salute
- riduzione delle barriere economiche: è fondamentale contenere l'aumento delle spese OOP attraverso una revisione del sistema di compartecipazione alla spesa ed una maggiore copertura pubblica dei servizi essenziali
- potenziamento della medicina territoriale: Il rafforzamento dei servizi di assistenza primaria può ridurre il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e migliorare la prevenzione, attraverso una presa in carico precoce
- monitoraggio e valutazione delle disuguaglianze sanitarie, con particolare attenzione alle popolazioni vulnerabili
- potenziamento delle politiche multisettoriali tra genere, istruzione, reddito e territorio, data la natura complessa delle disuguaglianze.

5b.5. Riflessioni finali

Lo studio citato (Atella et al., 2025) evidenzia un quadro complesso in termini di disuguaglianze sanitarie in Italia.

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.

In particolare, le disuguaglianze più marcate e persistenti si osservano per livello di istruzione, con famiglie a basso titolo di studio che presentano sistematicamente peggiori condizioni di salute, minore accesso ai servizi e maggiore esposizione alla spesa privata.

Anche il "*gender health gap*" è in larga parte spiegabile attraverso differenze nei livelli di istruzione, suggerendo che la stratificazione educativa esercita

un effetto più profondo del solo fattore di genere.

Rimangono significative le disparità territoriali tra Nord e Sud, con il Mezzogiorno che mostra indicatori sanitari peggiori e un'incidenza maggiore della spesa OOP sui bilanci familiari.

Sul versante della spesa sanitaria privata, si osserva una crescente regressività del sistema di finanziamento, con un numero sempre maggiore di famiglie a basso reddito e bassa istruzione che sostengono una quota significativa delle proprie cure attraverso spese dirette.

Neppure la recente riduzione della OOP riflette un miglioramento dell'accessibilità, quanto una crescente frequenza delle rinunce alle cure per motivi economici, particolarmente evidente nel Mezzogiorno.

Il permanere e, in alcuni casi, l'ampliarsi dei divari evidenzia la necessità di ripensare in modo strutturale le politiche sanitarie: è indispensabile rafforzare la capacità del sistema di intervenire sui determinanti sociali della salute, potenziare il monitoraggio integrato dei fenomeni e adottare un approccio più esplicitamente redistributivo nella progettazione delle politiche pubbliche. Solo attraverso un impegno rinnovato verso l'universalismo sostanziale, e non solo formale, sarà possibile garantire la sostenibilità a lungo termine del Sistema Sanitario e il diritto alla salute per tutti i cittadini, indipendentemente dal loro

status socio-economico, livello di istruzione o area geografica di residenza.

Riferimenti bibliografici

- [1] Atella V., De Luca C., d'Angela D., Maresch E., Polistena B., Spandonaro F., L'evoluzione delle disuguaglianze di salute in Italia (1984-2023), *Economia Italiana – Le sfide per il Sistema Sanitario Nazionale* (Maggio – Agosto 2025)
- [2] Ghislandi S., Migheli M., & Sanderson G.. Healthcare access and inequalities in Italy: The role of the private sector. *Health Economics Review*, 11(3), 1-15. Anno 2021
- [3] Williams E., Buck D., Babalola G. and Maguire D.. What are health inequalities? Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/what-are-health-inequalities>. Anno 2022
- [4] Grossman M., On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255. Anno 1972
- [5] Case A., & Paxson C.. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 42(2). Anno 2005
- [6] Bambra C., Levelling up: Global examples of reducing health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(7), 908–913. Anno 2022

Sintesi

CAPITOLO 5c

Il giudizio degli italiani sul Servizio Sanitario Nazionale

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

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 d'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.

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

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

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 5c

Il giudizio degli italiani sul Servizio Sanitario Nazionale

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

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sta vivendo un momento topico legato alla necessità di affrontare la sfida di soddisfare aspettative crescenti con risorse limitate: sfida che, riprendendo le conclusioni del XX Rapporto Sanità, pone come quesito se sia sufficiente procedere alla manutenzione del Sistema o sia necessario prevederne una significativa trasformazione.

Data la centralità delle aspettative della popolazione nella risoluzione del quesito, C.R.E.A. Sanità ha ritenuto opportuno sottoporre a un campione rappresentativo della popolazione italiana un questionario per comprendere quale fosse la rispondenza del servizio ricevuto rispetto alle aspettative.

Ricordiamo che già il D.Lgs. n. 502/1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria” aveva sancito l'utilizzo di strumenti di verifica e controllo della qualità delle prestazioni del SSN. Malgrado ciò, la *customer satisfaction*, ovvero la percezione della popolazione sulla qualità del servizio ricevuto, è sempre rimasta poco o nulla indagata, in particolare a livello istituzionale.

La valutazione dell'esperienza espressa dal paziente è, peraltro, un indicatore fondamentale per valutare i Servizi Sanitari, ed anche a livello internazionale sta ricevendo crescente attenzione: l'approccio noto come *patient-centeredness* intende porre il paziente al centro del Sistema Sanitario, valorizzando le sue percezioni e preferenze come elementi chiave per migliorare l'assistenza e i relativi esiti clinici.

A tal fine, strumenti come i *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) vengono sempre più

utilizzati per raccogliere informazioni dettagliate sulla percezione dei pazienti riguardo a vari aspetti del loro percorso di cura.

Questi strumenti, spesso somministrati tramite questionari standardizzati, permettono di valutare varie dimensioni: in Italia, ad esempio, si stanno sviluppando diverse iniziative, quali (senza pretesa di esaustività) quella dell'Istituto Sant'Anna di Pisa, che misura l'esperienza del paziente (adulto e pediatrico) in ambito ospedaliero; o quella dell'“Indagine sull'esperienza e gli esiti dei pazienti cronici PARIS – *Patient-Reported Indicator Survey*”, promossa dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), che ha realizzato un'indagine sulle cure territoriali ad assistiti con patologie croniche e professionisti sanitari, con il coinvolgimento anche di realtà regionali italiane quali il Veneto, la Toscana e la Puglia.

Il questionario sui PREMs predisposto, somministrato ed elaborato dal C.R.E.A. Sanità, si è concentrato sull'esperienza dei cittadini italiani in varie aree assistenziali del SSN, riferendosi agli ultimi tre anni (Maggio 2022 - Maggio 2025).

Per completezza, il questionario sui PREMs è stato integrato da una sezione dedicata ai *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs): nello specifico è stata rilevata la qualità della vita legata alla salute (HRQoL), mediante lo strumento EUQoL 5D, i cui risultati sono riportati nel Capitolo 5a del presente Rapporto.

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

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

5c.1. Il campione

Ai fini descritti si specifica che la *survey* è stata somministrata ad un campione di 1.530 individui rappresentativo della popolazione italiana, di età pari o superiore ai 35 anni. La scelta di intervistare gli *over 35* è legata alla maggiore probabilità degli stessi di aver avuto contatti con il SSN.

Le variabili di definizione del piano di campionamento sono state:

- genere:
 - o maschi (48,6%)
 - o femmine (51,4%)
- classi di età:
 - o 35-44 anni (17,3%)
 - o 45-54 anni (22,5%)
 - o 55-64 anni (23,1%)
 - o 65-74 anni (18,2%)
 - o *over 75* anni (18,8%)
- ripartizione geografica di residenza:
 - o Nord-Ovest (27,4%)
 - o Nord-Est (19,5%)
 - o Centro (20,3%)
 - o Sud ed Isole (32,8%).

Il questionario, data la finalità e il *target* a cui era destinato, è stato predisposto cercando di perseguire la massima semplicità delle domande: in questa ottica, ci si è limitati a due domande chiuse con risposte circoscritte nell'ambito di *item* predefiniti, oltre l'indicazione dei dati socio-strutturali di identificazione dei casi oggetto di analisi.

L'indagine è stata realizzata in modalità mista: per via telefonica, con il ricorso alla tecnica *Computer Assisted Telephone Interview* (CATI) e attraverso interviste autocompilare via *web* (*Computer-Assisted Web Interviewing* (CAWI)). Tali metodologie consentono di effettuare controlli logici in tempo reale, limitando in tal modo il numero di errori ed anomalie nel corso dell'effettuazione delle attività di rilevazione.

La *survey* è stata successivamente analizzata con tecniche di statistica descrittiva.

5c.2. Principali risultati

Si sono indagati diversi ambiti:

- Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118 ecc.)
- Ricovero ospedaliero programmato
- Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione
- Prestazioni ambulatoriali
- Medico di Medicina Generale (MMG) e guardia medica
- Ricoveri in residenze
- Assistenza al proprio domicilio
- Assistenza alle persone non autosufficienti
- Facilità nel reperire i farmaci.

In particolare, nella prima parte della *survey*, sono state indagate le opinioni degli intervistati sulle esperienze maturate in nove aree di servizio del SSN, richiedendo di esprimere la propria soddisfazione su una scala da 0 a 10.

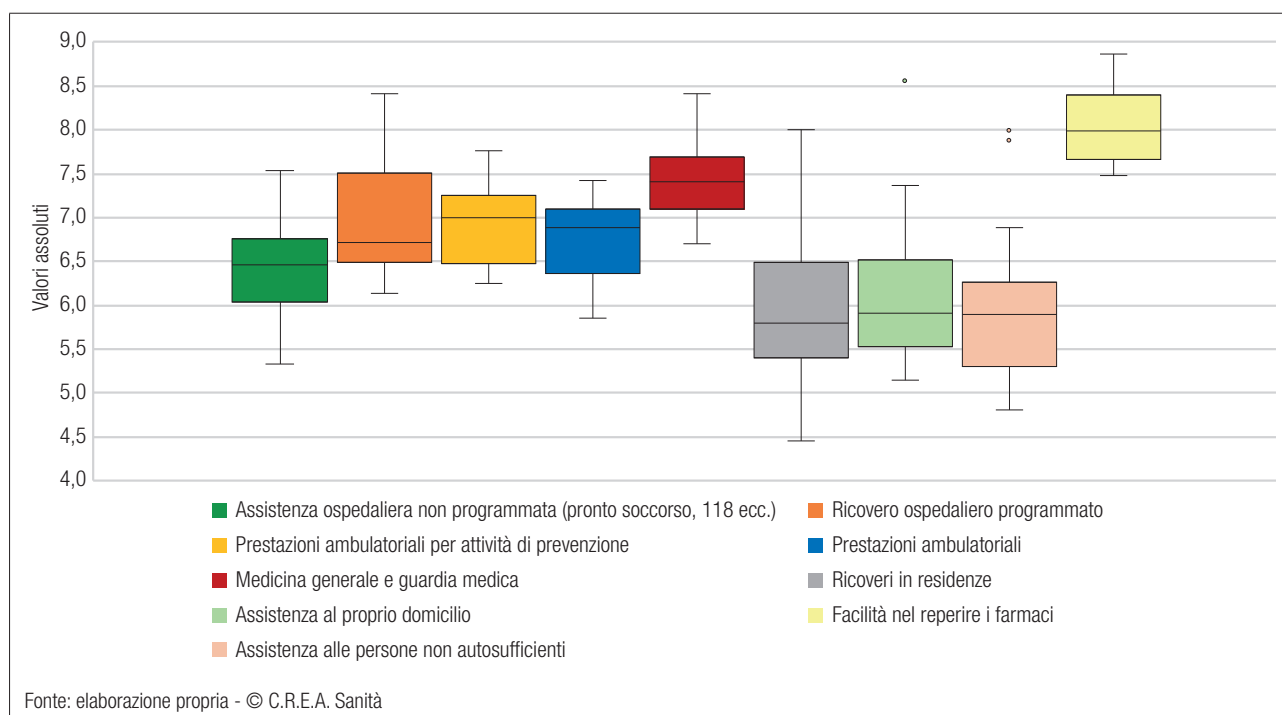
Considerando le singole aree prese in analisi (Figura 5c.1.), per l'area "Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118 ecc.)" la soddisfazione media italiana è risultata pari a 6,3 (valore mediano di 6,4), passando da un valore massimo, pari a 7,5, del Trentino Alto Adige ad uno minimo, pari a 5,3, in Puglia e Basilicata.

Per l'area "Ricovero ospedaliero programmato", si è registrata una soddisfazione media pari a 6,9 (valore mediano 6,7), passando da un valore massimo di 8,4, in Trentino Alto Adige, ad uno minimo (6,1) in Puglia e Basilicata.

Il punteggio di soddisfazione medio per l'area "Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione (vaccinazione, *screening* ecc.)" è risultato pari in media a 6,8 (valore mediano 7,0), oscillando nel *range* 7,8 del Trentino Alto Adige al 6,3 di Puglia e Basilicata.

Per quanto concerne l'area "Prestazioni ambulatoriali (visite, analisi di laboratorio, diagnostica ecc.)", il punteggio medio è stato pari a 6,7 (valore mediano 6,8), variando da un massimo, pari a 7,4, in Trentino Alto Adige, ad un minimo di 5,9 in Puglia e Basilicata.

Figura 5c.1. Indice di soddisfazione, per area



Per l'area "Medico di famiglia, guardia medica ecc." il livello medio è risultato pari a 7,3 (valore mediano 7,4), passando da un massimo di 8,4 in Trentino Alto Adige, ad un minimo di 6,7, dell'Umbria.

Il punteggio medio rilevato per l'area "Ricoveri in residenze" è stato pari a 5,7 (valore mediano 5,8), oscillante tra un valore massimo di 8,0 del Trentino Alto Adige e uno minimo di 4,5 in Puglia e Basilicata.

L'area "Assistenza al proprio domicilio" restituisce una soddisfazione media pari a 5,8 (valore mediano 5,9), con un valore massimo pari a 8,6 in Trentino Alto Adige e uno minimo, pari a 5,1, in Puglia e Basilicata.

Il punteggio medio della soddisfazione per l'area "Assistenza alle persone non autosufficienti" è risultato pari a 5,6 (valore mediano 5,8), variando da un valore massimo di 8,0 in Trentino Alto Adige, ad uno minimo di 4,8, in Puglia e Basilicata.

Infine, per l'area "Facilità nel reperire i farmaci", a fronte di un valore medio e mediano di 8,0, si passa da un valore massimo pari a 8,9, del Trentino Alto Adige, ad uno minimo, pari a 7,5, di Abruzzo e Molise.

Gli indici di soddisfazione per l'esperienza ma-

turata con i servizi del SSN restituiscono quindi un chiaro *ranking*, sia in termini geografici che di "area": alcune Regioni, in particolare il Trentino Alto Adige, mostrano prestazioni percepite come superiori alla media in quasi tutte le aree considerate, mentre Regioni come Puglia, Basilicata, Calabria e Campania evidenziano livelli di insoddisfazione più elevati.

Tutte le aree, ad esclusione di quelle relative ai "Ricoveri in residenze (per anziani, disabili, salute mentale ecc.)", "Assistenza al proprio domicilio (medica, infermieristica, di altri operatori socio-sanitari ecc.)", "Assistenza alle persone non autosufficienti (aiuto per igiene personale, deambulazione, preparazione pasti, forniture protesi e ausili ecc.)", registrano valori medi superiori alla sufficienza.

Solo per le aree "Medico di famiglia, guardia medica ecc." e "Facilità nel trovare i farmaci dei quali ha bisogno" la soddisfazione media supera il 7.

Andando ad analizzare il livello di soddisfazione per classe di età (Figura 5c.2.) emerge come per l'"Assistenza Ospedaliera non programmata" la soddisfazione cresca all'aumentare dell'età, passando da una soddisfazione media compresa tra 6,1 e 6,2 per la popolazione tra 35 e 64 anni, a 6,4 per la popo-

lazione tra 65 e 74 anni, e quindi a 6,8 per gli *over 75*.

Per le “Prestazioni di ricovero programmato”, invece, non emerge alcun *pattern* chiaramente correlato all'età: i valori oscillano tra 6,7 nella fascia 55–64 anni e 7,1 negli individui di età superiore ai 75 anni.

Relativamente alle “Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione”, la soddisfazione si mantiene su livelli compresi tra 6,6 e 6,7 tra gli *under 65*, mentre raggiunge 7,2 nelle fasce *over 65*.

Per quanto riguarda le “Prestazioni ambulatoriali”, i punteggi medi risultano pari a 6,6 nella fascia 35–44 anni, si riducono a 6,3 tra i 45 e i 64 anni, risalgono a 6,5 nella classe 55–64 anni e raggiungono valori compresi tra 6,9 (65–74 anni) e 7,1 (*over 75*).

La soddisfazione per il “Medico di famiglia” risulta elevata e pressoché omogenea in tutte le fasce d'età, con valori stabilmente superiori a 7 e prossimi a 8 negli *over 75*.

Le aree dei “Ricoveri in residenza” e dell’“Assistenza al domicilio” presentano livelli di soddisfazione inferiori alla sufficienza nella quasi totalità delle classi d'età: nel primo caso si registra l'unica eccezione nella fascia 35–44 anni; nel secondo, il valore minimo (5,5) si osserva tra i 45 e i 64 anni.

Analogamente, per l’“Assistenza alle persone non autosufficienti” si registrano valori inferiori alla soglia della sufficienza in tutte le classi di età, con l'unica eccezione della fascia 35–44 anni (6,1).

Infine, per quanto concerne l’“Accesso ai farmaci”, esso presenta livelli di soddisfazione elevati e relativamente omogenei, prossimi al valore 8 nelle fasce 35–64 anni e pari a 8,5 negli *over 75*.

Anche in questo caso si rileva quindi una complessiva omogeneità, nel senso che tanto all'interno delle aree assistenziali (“Assistenza ospedaliera non programmata”, “Ricovero ospedaliero programmato”, “Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione”, “Prestazioni ambulatoriali”, “Medico di famiglia, guardia medica ecc.”, “Facilità nel trovare i farmaci dei quali ha bisogno”) “promosse” non si rilevano particolari differenziazioni legate all'età, mentre in quelle (“Ricoveri in residenze”, “Assistenza al proprio domicilio” e “Assistenza alle persone non autosufficienti”) “bocciate”, gli anziani tendono a riferire un maggior livello di soddisfazione.

Nella Figura 5c.3. è possibile apprezzare la soddisfazione stratificata per tipologia occupazionale dei rispondenti.

Figura 5c.2. Indice di soddisfazione per area e classi di età

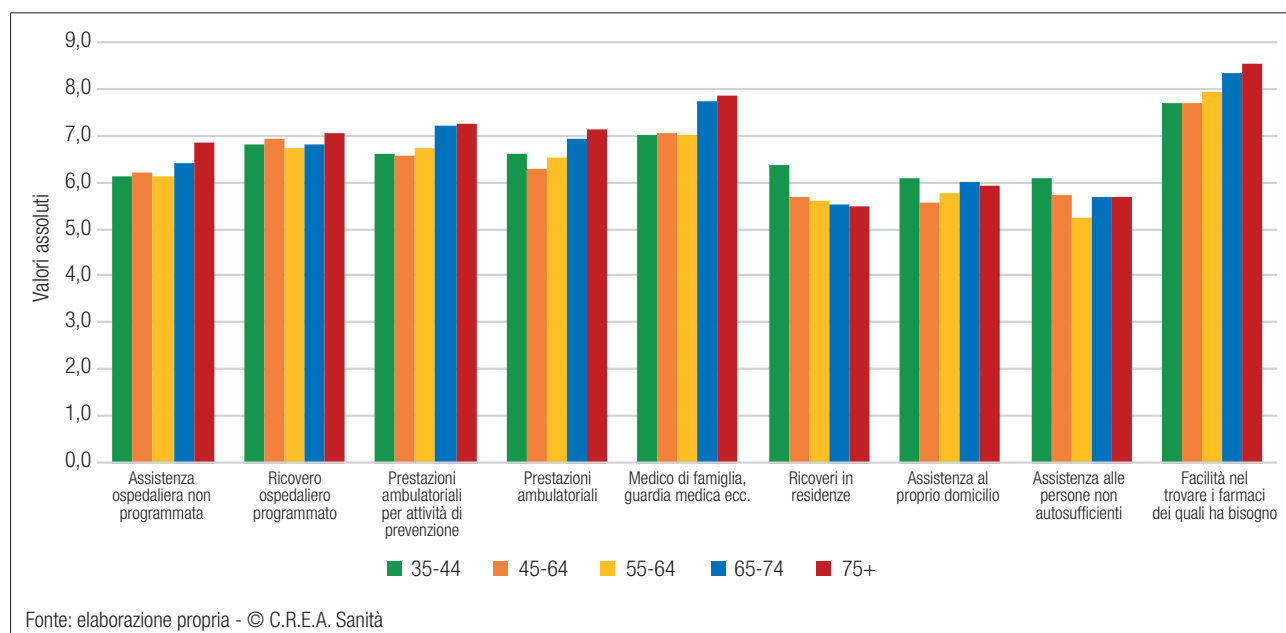
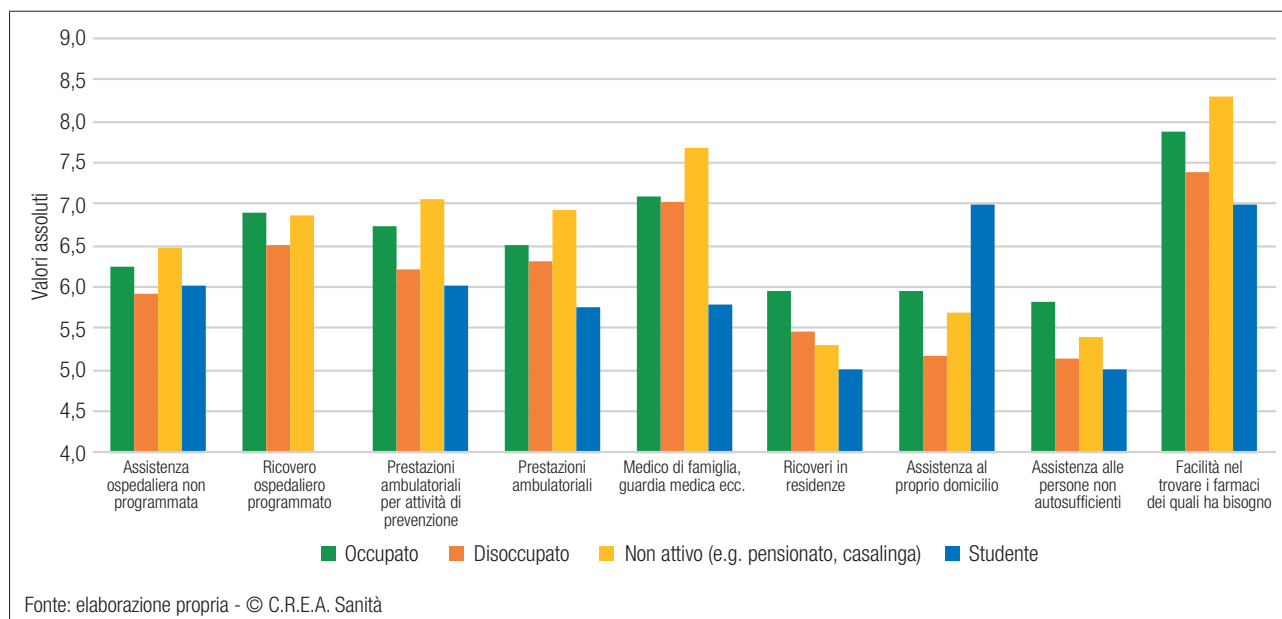


Figura 5c.3. Indice di soddisfazione per area e tipologia occupazionale



La soddisfazione per l'area "Assistenza ospedaliera non programmata" passa da 5,9 per gli occupati ai 6,5 per i non attivi.

Per i "Ricoveri ospedalieri programmati" si passa da una soddisfazione minima per gli studenti pari a 4,0 ad una massima (6,9) per gli occupati e i non attivi.

Per le "Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione" si passa da un livello di soddisfazione minimo per gli studenti a uno massimo dei non attivi (7,1).

Per le "Prestazioni ambulatoriali" si passa da un valore minimo di soddisfazione degli studenti (5,8) ad uno massimo per i non attivi (6,9).

La soddisfazione espressa per l'area "Medico di famiglia, guardia medica ecc." passa da 5,8 per gli studenti a 7,7 per i non attivi.

Per quel che concerne l'area "Ricoveri in residenze" si passa da un livello di soddisfazione minima degli studenti (5,0) ad uno massimo degli occupati (5,9).

La soddisfazione per l'"Assistenza al proprio domicilio" passa da un valore minimo espresso dai disoccupati (5,2) ad uno massimo espresso dagli studenti (7,0).

Per l'area "Assistenza alle persone non autosufficienti" il livello di soddisfazione passa da 5,0 per gli

studenti a 5,8 per gli occupati.

Infine, per l'aria "Facilità nel trovare i farmaci dei quali ha bisogno" il livello di soddisfazione passa da 7,0 degli studenti a 8,3 per i non attivi.

Complessivamente si conferma il gradiente per età, come si evince dalla minore soddisfazione degli "studenti" e degli occupati rispetto ai "non attivi", fra cui sono ricompresi gli anziani pensionati. Va notato, che per i servizi tipicamente legati alla anzianità e non autosufficienza ("Ricoveri in residenze" e "Assistenza alle persone non autosufficienti") gli occupati risultano più soddisfatti dei "non attivi": risultato che sembra potersi leggere dicendo che chi sperimenta direttamente il servizio è meno soddisfatto di chi lo sperimenta indirettamente (ad esempio per parenti).

Nella survey è stato inoltre approfondito quali aspetti del SSN abbiano soddisfatto meno le aspettative degli utenti (Tabella 5c.1.). Le maggiori criticità segnalate riguardano:

- i tempi di attesa per la prenotazione delle prestazioni (visite specialistiche, esami ecc.) che rappresentano un motivo di insoddisfazione per il 62,4% della popolazione
- i tempi di attesa al momento dell'erogazione delle prestazioni, inclusi le attese nelle sale d'aspetto e il mancato rispetto degli orari di

prenotazione, indicati dal 44,6% della popolazione.

Le aree che generano minore insoddisfazione (meno del 10% dei rispondenti) sono invece:

- la carenza di supporti sociali per le persone non autosufficienti (ad esempio personale di assistenza)
- la complessità nel reperimento della documentazione sanitaria.

Inoltre, il 68,1% della popolazione dichiara di aver avuto la necessità di ricorrere a strutture o servizi privati a pagamento (escluso il *ticket*).

Le analisi territoriali evidenziano significative eterogeneità nei livelli di insoddisfazione. Con riferimento alla competenza del medico del servizio pubblico, il valore massimo di insoddisfazione si registra nelle Marche (20,0%), mentre il minimo si osserva in Abruzzo e Molise (3,4%). La carenza di attenzione da parte del personale sanitario è segnalata in misura più elevata in Puglia e Basilicata (29,4%) e in misura molto più contenuta in Trentino Alto Adige (9,5%).

Per quanto riguarda i tempi di attesa per la preno-

tazione delle prestazioni, l'insoddisfazione varia dal 76,2% rilevato in Trentino Alto Adige al 53,7% della Lombardia.

Analogamente, i tempi di attesa al momento dell'erogazione delle prestazioni mostrano un valore massimo in Campania (55,6%) e un minimo in Piemonte e Valle d'Aosta (28,7%).

L'insoddisfazione per la spesa sostenuta per il *ticket* risulta più elevata in Campania (29,4%) e più contenuta in Liguria (13,6%).

Con riferimento alla distanza dal luogo di erogazione, i livelli di insoddisfazione oscillano tra il 31,8% della Liguria, con alcune aree (Regioni di piccole dimensioni) e quindi più facile accessibilità territoriale, che non registrano criticità.

La mancanza di comunicazione tra professionisti raggiunge la massima incidenza in Calabria (22,9%) e la minima in Friuli Venezia Giulia (2,4%).

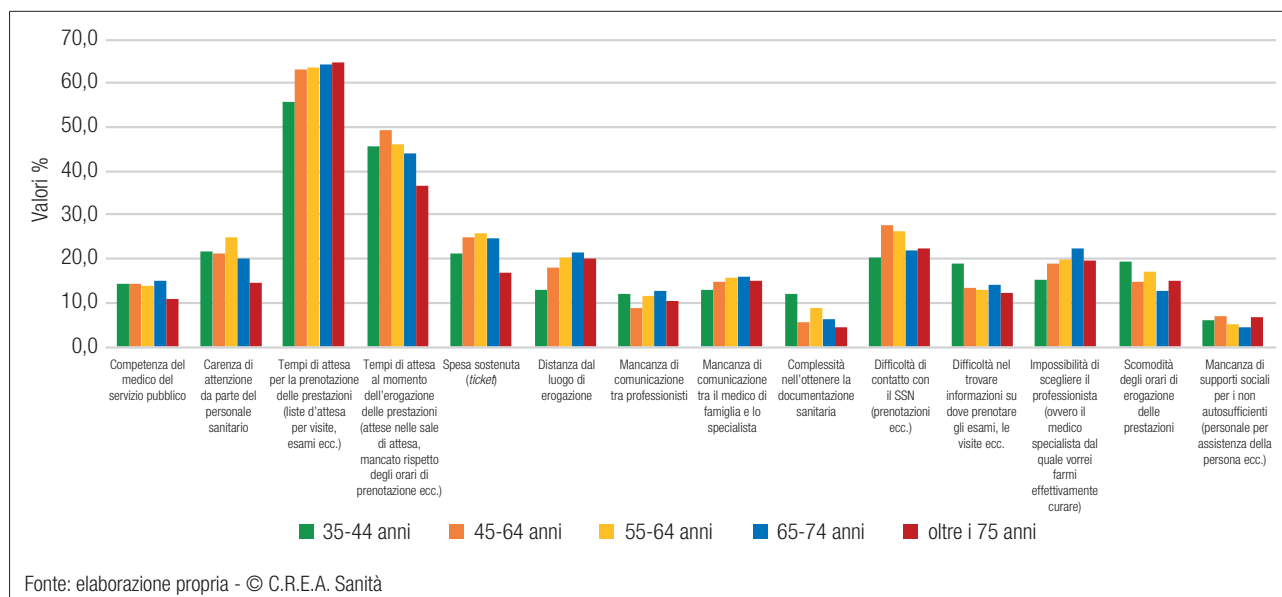
Relativamente alla comunicazione tra MMG e specialista, l'insoddisfazione è più elevata in Campania (23,0%), mentre non appare essere un problema in Trentino Alto Adige.

Tabella 5c.1. Quota popolazione insoddisfatta

Aree	Quota 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 propria - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5c.4. Indice di soddisfazione per tipologia occupazionale



La complessità nell'ottenere la documentazione sanitaria è riferita prevalentemente nel Lazio (11,2%).

L'insoddisfazione per la difficoltà di contatto con il SSN, inclusi i servizi di prenotazione, è pari al 33,3% in Campania e al 9,5% in Trentino Alto Adige.

La difficoltà nel reperire informazioni sulle modalità di prenotazione delle prestazioni è segnalata dal 22,7% dei residenti in Umbria (valore massimo) e dal 6,8% in Liguria (valore minimo).

L'impossibilità di scegliere il professionista rappresenta un fattore critico soprattutto in Lombardia (25,6%), mentre assume rilevanza minore in Liguria (9,1%).

La scomodità degli orari di erogazione delle prestazioni è ritenuta insoddisfacente dal 20,8% dei residenti in Puglia e Basilicata e dall'8,2% dei residenti in Sardegna.

Infine, l'insoddisfazione per la mancanza di supporti sociali per i non autosufficienti raggiunge il valore massimo in Puglia e Basilicata (9,2%) e non viene rilevata in Trentino Alto Adige.

Anche l'esigenza di ricorrere a strutture o servizi privati a pagamento (escluso il *ticket*) presenta una marcata variabilità territoriale: il valore massimo è rilevato nel Lazio, dove interessa una quota prossima all'80% della popolazione, mentre il valore minimo si osserva in Trentino Alto Adige (38,1%).

Complessivamente si registrano maggiori problemi di insoddisfazione legati all'organizzazione dell'offerta nelle Regioni meridionali, con alcuni aspetti critici di "tipo burocratico" nel Centro; non di meno nel Nord sembra poter cogliere un livello maggiore delle aspettative, in termini di facilità di prenotazione, distanza dal luogo di residenza e anche scelta del professionista.

La Figura 5c.4. restituisce il quadro complessivo dell'insoddisfazione per le diverse aree analizzate rispetto alle classi di età: come si evince dalla figura non si evidenziano differenze statisticamente rilevanti.

Da notare che il ricorso a servizi privati è superiore al 60% in tutte le classi di età, ma supera il 70% tra i 35 e i 54 anni.

5c.3. Riflessioni finali

Pur con alcuni limiti della rilevazione, sembra che sia possibile trarre dalle risposte del campione utili elementi di riflessione.

L'indagine condotta evidenzia un quadro eterogeneo della soddisfazione degli utenti nei confronti delle diverse aree del SSN, con marcate variabilità territoriali e socio-demografiche. I livelli medi di soddisfazione risultano generalmente adeguati per le

aree ad elevata strutturazione organizzativa (quali la medicina generale e la dispensazione farmaceutica) mentre si collocano sistematicamente sotto la soglia di sufficienza nei servizi territoriali e residenziali, indicando una criticità strutturale nel continuum assistenziale e nella presa in carico delle fragilità.

Il principale determinante dell'insoddisfazione è rappresentato dai tempi di attesa, sia nella fase di prenotazione sia in quella di erogazione. Questo elemento, segnalato da oltre il 60% dei rispondenti nel primo caso e da quasi la metà nel secondo, rappresenta un nodo critico che incide direttamente sulla fruibilità del servizio e sulla percezione complessiva della *Performance* del SSN. La pressione generata dalle liste d'attesa si riflette inoltre sul ricorso al settore privato, che coinvolge oltre i due terzi della popolazione, con un picco superiore al 70% in alcune fasce di età e fino all'80% in specifici contesti regionali.

L'analisi territoriale conferma differenze significative: alcune Regioni, in particolare il Trentino Alto Adige, mostrano prestazioni percepite come superiori alla media in quasi tutte le aree considerate, mentre Regioni come Puglia, Basilicata, Calabria e Campania evidenziano livelli di insoddisfazione più elevati secondo diversi indicatori. Le variazioni legate a età e condizione professionale, pur non sempre statisticamente significative, suggeriscono differenze di accesso e di aspettativa. Complessivamente

si conferma il gradiente per età (come si evince dalla minore soddisfazione degli "studenti" e degli occupati rispetto ai "non attivi", fra cui sono ricompresi gli anziani pensionati). Va notato, che per i servizi tipicamente legati alla anzianità e non autosufficienza gli occupati risultano più soddisfatti dei "non attivi": risultato che sembra potersi leggere dicendo che chi sperimenta direttamente il servizio è meno soddisfatto di chi lo sperimenta indirettamente (ad esempio i parenti).

Inoltre, nelle Regioni del Sud emergono livelli più elevati di insoddisfazione riguardo all'organizzazione dei servizi, mentre nel Centro si riscontrano alcune criticità soprattutto di natura burocratica. Al contrario, nelle Regioni del Nord sembra registrarsi una maggiore capacità di soddisfare le aspettative dei cittadini, grazie a una prenotazione più semplice, a distanze più contenute dai luoghi di residenza e a una maggiore possibilità di scegliere il professionista.

Nel complesso, i risultati suggeriscono la necessità di interventi di sistema che mettano al centro l'esperienza degli utenti, con particolare attenzione a ridurre le attese, rafforzare la comunicazione tra professionisti, potenziare i servizi residenziali e per la non autosufficienza e garantire maggiore equità di accesso.

Sintesi

CAPITOLO 5d

La Mortalità Evitabile

Buzzi N.¹

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

¹ 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 5d

La Mortalità Evitabile

Buzzi N.¹

Come sottolineato anche nei precedenti Rapporti C.R.E.A., l'analisi dei decessi evitabili in Italia negli anni più recenti presenta non poche complessità interpretative dei risultati: la variabilità fisiologica degli eventi di morte, l'impatto della pandemia sui Servizi Sanitari e sui comportamenti dei cittadini, i cambiamenti nello stile di vita hanno generato e continuano a generare effetti ad oggi difficilmente quantificabili.

Nonostante ciò, la Mortalità Evitabile rimane uno strumento essenziale per analizzare le disuguaglianze sanitarie, soprattutto in relazione alle differenze territoriali che caratterizzano da sempre il Paese e che potrebbero essere state ulteriormente amplificate dagli eventi degli ultimi anni.

A livello generale risulta utile collocare il dato nazionale anche nel più ampio contesto europeo, stante il positivo risultato che l'Italia ha sempre riportato dal raffronto con i Paesi dell'Unione riguardo ai decessi riducibili con interventi di prevenzione e che sembra continuare a mantenere.

5d.1. Il contesto europeo

Dall'ultimo aggiornamento pubblicato sul portale Eurostat in tema di decessi evitabili [1] si evidenzia come il dato 2022², nonostante assorba gli eventi attribuiti a Covid-19, confermi nel complesso una inversione di tendenza rispetto ai due precedenti anni e la permanenza dell'Italia fra i Paesi dove si registrano i più contenuti tassi standardizzati dell'indicatore.

In una ideale classifica dei Paesi afferenti all'Eu-

ropean Statistical System (ESS) dell'Eurostat, infatti, l'Italia si colloca al quarto posto dopo Liechtenstein, Svizzera e Svezia; nella Figura 5d.1. questi Paesi insieme a Norvegia e Lussemburgo sono contraddistinti dalla tonalità più chiara, essendo tutti caratterizzati da un tasso standardizzato di Mortalità Evitabile inferiore a 182 per 100.000 residenti; a titolo di confronto, si richiama l'attenzione sulla classe più estrema, che per lo stesso indicatore si attesta su valori superiori a 430 e caratterizza, in particolare, Lettonia, Romania, Ungheria, Lituania, Bulgaria.

Scomponendo la Mortalità Evitabile nelle due componenti principali è interessante confrontare l'Italia con la media europea e, fra gli altri, con i principali Paesi occidentali: Germania, Francia, Spagna.

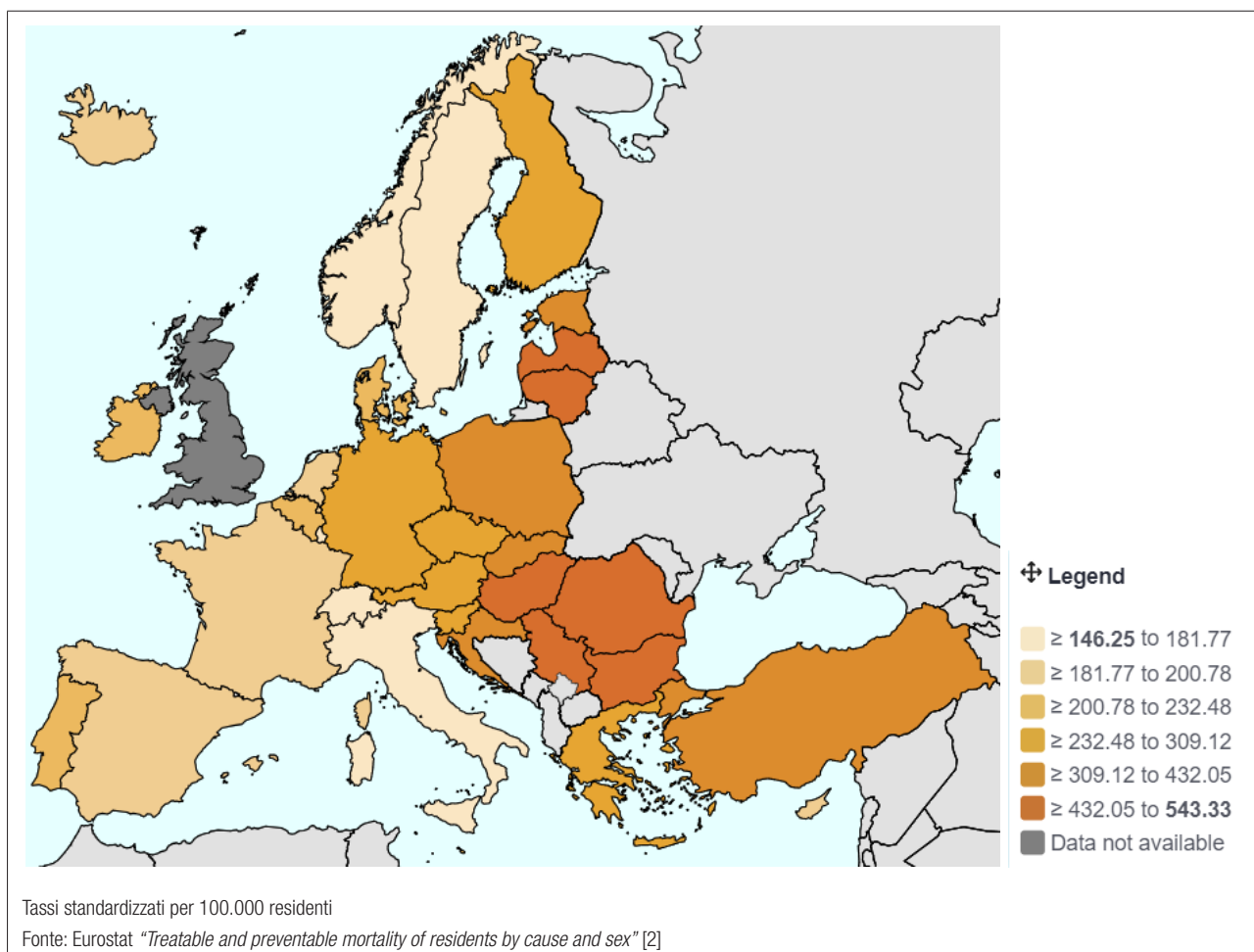
Nella Figura 5d.2. sono riportati i tassi standardizzati per ciascuna tipologia dal 2013 al 2022; seguendo le linee del grafico appare evidente che:

- l'andamento pre-pandemia è generalmente decrescente sia a livello medio europeo che nei Paesi richiamati nel grafico
- i valori relativi alle cause di morte prevenibili oscillano tra 100 a poco più di 200, mentre i tassi standardizzati inerenti alle cause di morte trattabili si collocano in una fascia più compatta, tra 60 e 100
- nel caso della componente prevenibile che, come ricordato, comprende i decessi per Covid-19, l'Italia è posizionata su valori sensibilmente inferiori a quelli degli altri Paesi citati, sia negli anni precedenti alla pandemia che dal 2020 in poi

¹ Nebo Ricerche PA

² Ultima annualità per la quale sono disponibili i dati relativi ai decessi per causa, per l'Italia di fonte Istat ("Indagine su decessi e cause di morte")

Figura 5d.1. Mortalità Evitabile nei Paesi Europei. Anno 2022



- nel caso della componente trattabile i dati italiani sono migliori di quelli medi europei e della Germania, pressoché allineati con quelli della Spagna e poco più alti di quelli registrati in Francia.

5d.2. L'analisi dei dati italiani: note alla lettura dei risultati

Per interpretare più accuratamente le serie storiche i dati italiani sono stati analizzati escludendo dal totale delle morti per cause prevenibili i deces-

si per Covid-19, così da comparare i dati secondo una classificazione depurata dell'effetto diretto dei numerosi eventi legati a questa specifica patologia.

A tal proposito, vanno considerate alcune importanti precisazioni metodologiche³.

- Il riflesso della pandemia è presente oltre i casi classificati come direttamente causati da SARS-CoV-2: va infatti considerato che possono concorrere alla Mortalità Evitabile sia decessi per Covid-19 erroneamente attribuiti ad altre cause (ad esempio, quelli non correttamente diagnosticati) sia decessi verificatisi

³ Per approfondimenti sulla definizione di Mortalità Evitabile, sulla classificazione delle relative cause di morte e sulla metodologia adottata in questo contributo si rimanda ai precedenti Rapporti C.R.E.A. e ai Rapporti MEV(i) – Mortalità Evitabile (con intelligenza) disponibili su www.mortalitaevitabile.it

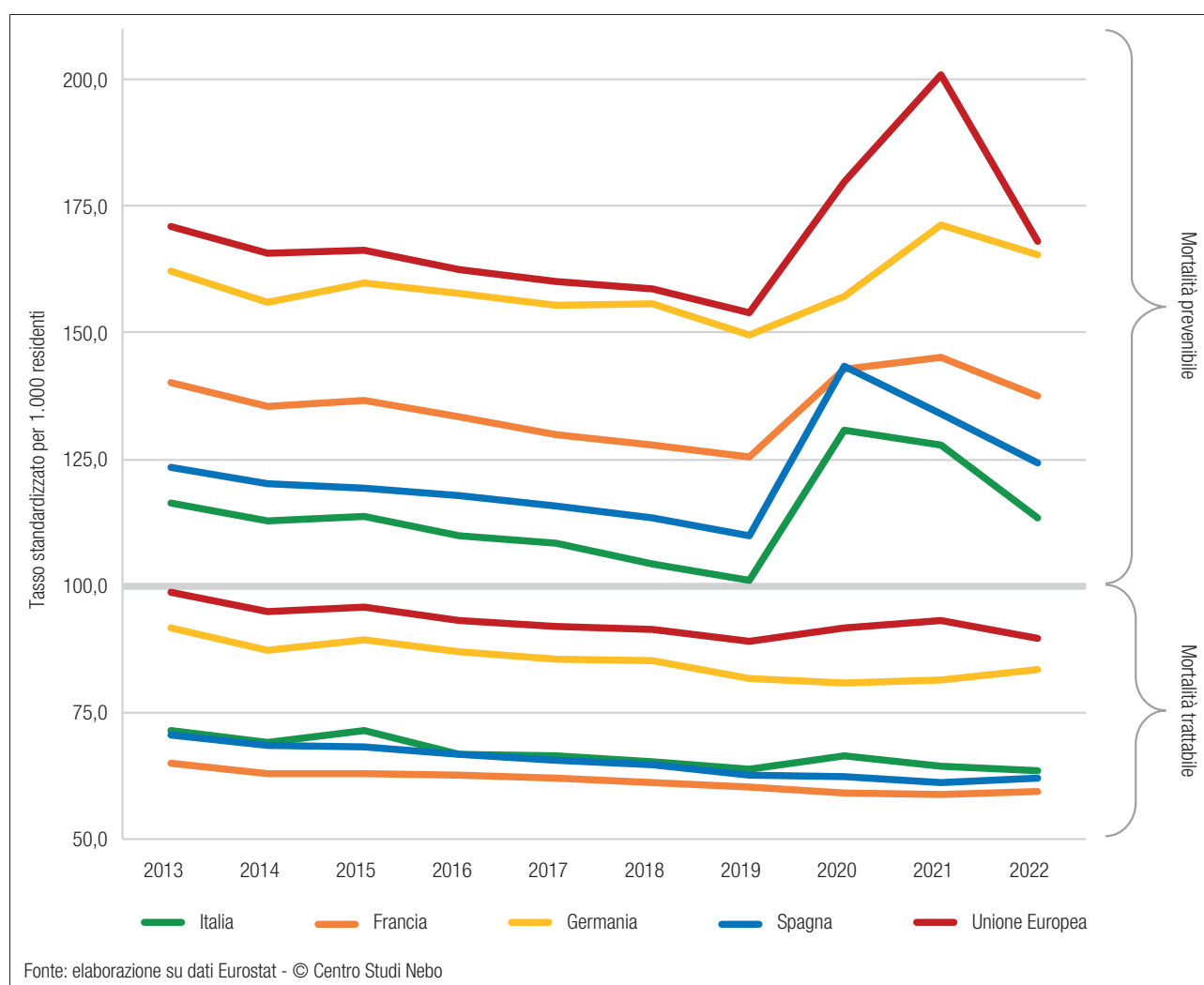
per motivi indirettamente legati all'epidemia di SARS-CoV-2 (ad esempio, morti dovute ai negativi riflessi della pandemia sull'organizzazione e sulla gestione dei Servizi Sanitari)

- la metodologia di analisi adottata prevede che la serie storica della Mortalità Evitabile sia calcolata applicando retroattivamente l'attuale classificazione delle cause prevenibili e trattabili; in questo caso, tuttavia, è preferibile quantificare a sé stante le perdite di vita per Covid-19 visto che i dati per causa più aggiornati sono antecedenti alla conclusione dell'emergenza sanitaria⁴ dichiarata per la pandemia

genza sanitaria⁴ dichiarata per la pandemia

- sempre riguardo la classificazione va inoltre sottolineato che una elevata parte dei decessi per Covid-19 nel triennio 2020-2022 si è verificata o ha avuto origine prima che fossero disponibili i vaccini o durante la relativa diffusione (che ha richiesto molti mesi a partire dal primo "vaccine day" di fine 2020) e quindi difficilmente inquadrabili come prevenibili salvo strategie di emergenza (*lockdown*, distanziamento, mascherine).

Figura 5d.2. Mortalità prevenibile (sezione in alto) e trattabile (sezione in basso) in alcuni Paesi Europei. Anno 2022



⁴ L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito la conclusione dell'emergenza sanitaria per Covid-19 con la dichiarazione del 05.05.2023

Si ricorda inoltre che:

- la Mortalità Evitabile è analizzata limitatamente ai casi di età inferiore ai 75 anni (soglia generalmente adottata nella letteratura nazionale e internazionale) per quelle cause in cui il decesso può essere contrastato tramite interventi di prevenzione primaria, secondaria o terziaria
- la classificazione delle cause di Morte Evitabili per codici ICD-10 [3] adottata nel presente lavoro fa riferimento all'ultimo aggiornamento redatto congiuntamente da OECD e Eurostat [4]
- diversamente dalle elaborazioni pubblicate da Eurostat, la classificazione Nebo prevede una quantificazione delle singole componenti della Mortalità Evitabile; in particolare, le cause prevenibili sono disaggregate nelle tre voci relative ai decessi correlati a tabagismo, consumo di alcol ed errati stili di vita in genere, alle morti dovute a incidenti e suicidi e infine a quelle riconducibili a malattie vaccinabili e altre prevenibili; le cause trattabili sono ripartite fra quelle evitabili con diagnosi precoce e terapia e quelle evitabili con migliori trattamenti e maggior qualità delle cure
- la standardizzazione è eseguita adottando la cosiddetta "popolazione *standard* europea" [5].

5d.3. Il quadro di sintesi del 2022

La dimensione della casistica dei decessi per causa relativa al 2022 è sintetizzata nella Tabella 5d.1., che permette la lettura dei principali dati e consente di rilevare, fra le diverse evidenze, che:

- la mortalità per tutte le cause prima del compimento dei 75 anni riguarda meno di un quarto di tutti gli eventi, frazione che sfiora il 30% tra i maschi (102.500 su 344.000) ed è meno del 17% tra le femmine (62.500 su 374.500)
- dei 165.000 decessi avvenuti nella popolazione italiana prima dei 75 anni durante il 2022, 96.000 sono riconducibili a cause evitabili, dei quali 60.500 rilevati tra i maschi e 35.400 tra le femmine
- quanto sopra detto equivale a dire in altre parole che, limitatamente alle morti 0-74 anni e per entrambi i sessi, sei decessi su dieci sono classificabili come contrastabili con interventi di prevenzione
- le morti per Covid-19 rappresentano circa il 6% di tutte quelle avvenute prima dei 75 anni, con un rapporto maschi/femmine di 2 a 1 (6.300 e 3.400 casi rispettivamente).

Tabella 5d.1. Mortalità Evitabile e per altre cause. Anno 2022

	Maschi		Femmine		Totale	
	val. ass.	comp. %	val. ass.	comp. %	val. ass.	comp. %
Mortalità Evitabile	60.549	59,2	35.411	56,6	95.960	58,2
- per cause prevenibili	40.865	39,9	17.275	27,6	58.140	35,3
- per cause trattabili	19.685	19,2	18.136	29,0	37.821	22,9
Decessi per Covid-19	6.279	6,1	3.382	5,4	9.661	5,9
Altre cause (escl. prec.)	35.517	34,7	23.719	37,9	59.236	35,9
Totale mort. 0-74 anni	102.345	100,0	62.512	100,0	164.857	100,0
Decessi 75 anni e più	241.448		312.023		553.471	
Totale decessi	343.793		374.535		718.328	

Fonte: elaborazione su dati Istat - © Centro Studi Nebo

Tabella 5d.2. Mortalità Evitabile e per altra mortalità per grandi gruppi di cause. Valori assoluti. Anno 2022

	Mortalità Evitabile < 75 anni			Altra mortalità < 75 anni			Mortalità > 74 anni			Totale mortalità		
Cause di morte	Maschi			Femmine			Totale			Maschi		
Tumori maligni	23.236	18.840	42.076	14.596	10.708	25.304	52.152	44.739	96.891	89.984	74.287	164.271
- app. digerente e perit.	9.386	4.836	14.222	4.248	3.279	7.527	16.883	16.401	33.284	30.517	24.516	55.033
- app. respiratorio e org. intrat.	9.763	5.106	14.869	664	102	766	12.256	5.555	17.811	22.683	10.763	33.446
- mammella e org. genit. femm.	-	7.297	7.297	-	2.111	2.111	-	10.579	10.579	-	19.987	19.987
- altri tumori maligni	4.087	1.601	5.688	9.684	5.216	14.900	23.013	12.204	35.217	36.784	19.021	55.805
Sistema circolatorio	16.937	7.385	24.322	4.310	2.203	6.513	75.147	115.492	190.639	96.394	125.080	221.474
- mal. ischemiche del cuore	8.799	2.502	11.301	-	-	-	22.836	24.510	47.346	31.635	27.012	58.647
- mal. cerebrovascolari	4.248	2.792	7.040	-	-	-	17.896	29.516	47.412	22.144	32.308	54.452
- altre malattie sist. circolat.	3.890	2.091	5.981	4.310	2.203	6.513	34.415	61.466	95.881	42.615	65.760	108.375
Traumatismi e avvelenamenti	7.084	2.154	9.238	164	56	220	7.776	9.870	17.646	15.024	12.080	27.104
Malattie apparato respiratorio	3.419	1.826	5.245	1.139	590	1.729	22.236	21.309	43.545	26.794	23.725	50.519
Mal. endocrine, nutr. e metab.	3.070	1.689	4.759	1.381	886	2.267	10.791	15.837	26.628	15.242	18.412	33.654
Malattie apparato digerente	2.762	1.045	3.807	2.206	1.302	3.508	7.223	9.518	16.741	12.191	11.865	24.056
Mal. sist. nervoso e org. senso	389	308	697	3.583	2.745	6.328	10.689	15.259	25.948	14.661	18.312	32.973
Disturbi psichici	343	60	403	948	856	1.804	7.861	17.893	25.754	9.152	18.809	27.961
Altre cause (escl. precedenti)	3.309	2.104	5.413	2.935	2.535	5.470	18.847	25.066	43.913	25.091	29.705	54.796
Sintomi, segni e stati mal definiti	-	-	-	4.255	1.838	6.093	7.728	16.255	23.983	11.983	18.093	30.076
Covid-19	-	-	-	6.279	3.382	9.661	20.998	20.785	41.783	27.277	24.167	51.444
Totale	60.549	35.411	95.960	41.796	27.101	68.897	241.448	312.023	553.471	343.793	374.535	718.328
Totale escluso Covid-19	60.549	35.411	95.960	35.517	23.719	59.236	220.450	291.238	511.688	316.516	350.368	666.884

Fonte: elaborazione su dati Istat - © Centro Studi Nebo

Una interessante chiave di lettura è rappresentata dalla distribuzione dei decessi evitabili per grandi raggruppamenti di patologie, riportata nella Tabella 5d.2., dalla quale i dati indicano che:

- i decessi per tumori maligni rappresentano quasi il 40% delle morti per cause evitabili maschili e oltre il 50% di quelle femminili, sulla quale incidono soprattutto i casi per tumore maligno della mammella e degli organi genitali femminili
- in termini assoluti l'analisi mostra come il mag-

gior contributo alla Mortalità Evitabile da parte della popolazione maschile sia caratteristico di tutti i gruppi di patologie

- per quanto riguarda i tumori si nota che, al netto delle patologie esclusivamente femminili, il numero di decessi per cause evitabili maschili sia il doppio di quelli femminili (oltre 23.000 casi contro 11.500 rispettivamente); l'analogo rapporto sale a 2,3 per la totalità delle malattie del sistema circolatorio e a 3,5 per la specifica voce dedicata alle malattie ischemiche del

- cuore, mentre è attestato a 3,3 per traumatismi e avvelenamenti
- considerando la totalità degli eventi prima dei 75 anni, sia per cause evitabili che per altre cause, si può notare che tramite la classificazione adottata, di fonte OECD/Eurostat, sono quantificabili come contrastabili con interventi di prevenzione quasi due terzi delle morti per tumori maligni, tra i quali la quasi totalità di quelli dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici
 - sempre osservando globalmente la mortalità 0-74 anni, la percentuale dei decessi per malattie del sistema circolatorio classificata come evitabile è dell'80%, indicando come

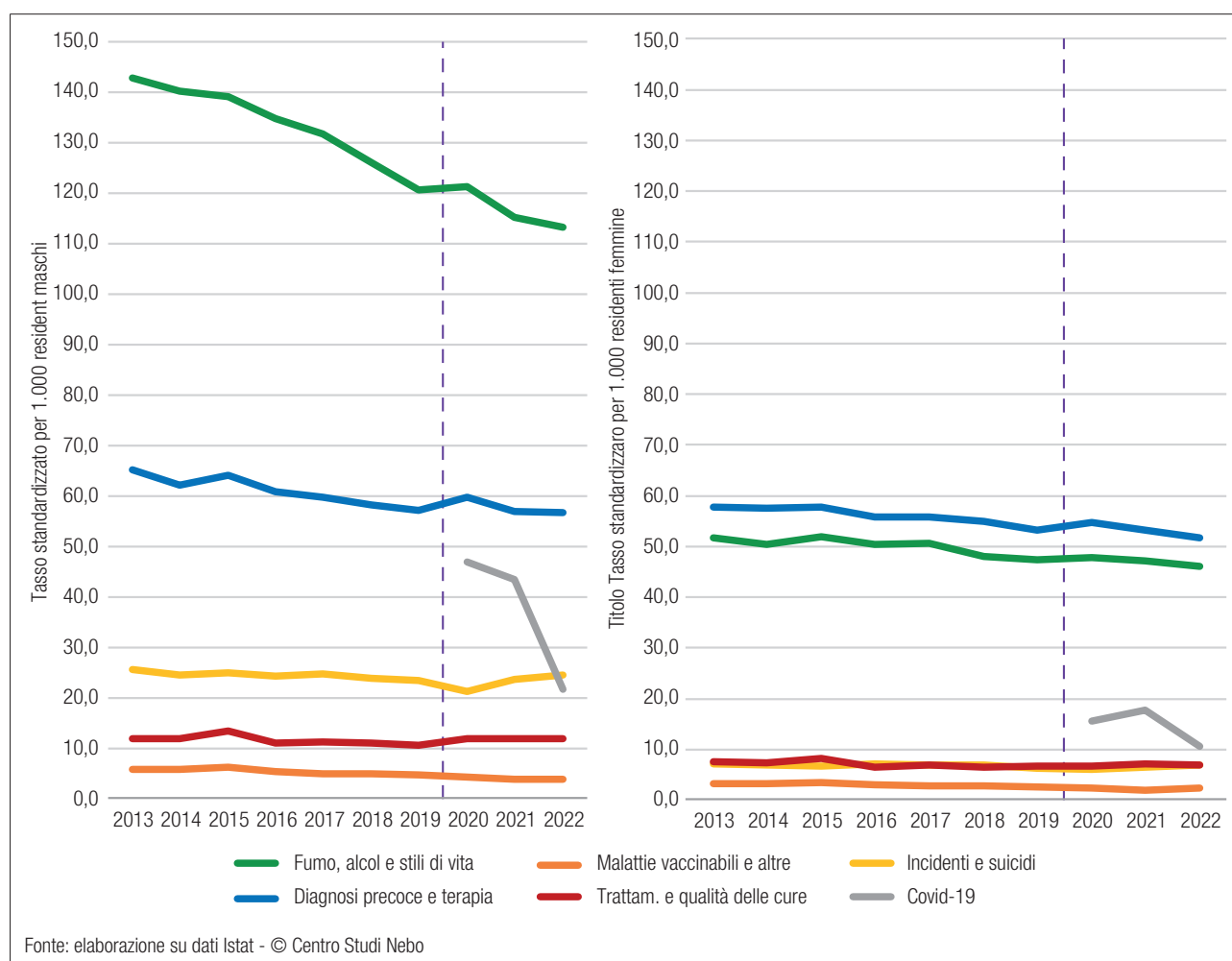
contrastabili tutti gli eventi dovuti sia alle malattie ischemiche del cuore che alle malattie cerebrovascolari;

- è interessante infine scorrere i dati relativi agli ultra74nni per notare la differente distribuzione per gruppo di cause e per sesso rispetto alla precedente fascia di età.

5d.4. L'andamento pre e post pandemia

Nell'insieme, il decennio 2013-2022 vede diminuire la Mortalità Evitabile fra i decessi italiani 0-74 anni, come già rilevato nella sezione dei dati internazionali e come mostra la Figura 5d.3..

Figura 5d.3. Mortalità Evitabile maschile (a sinistra) e femminile (a destra) per grandi gruppi di cause di morte



L'andamento dei tassi standardizzati per 100.000 residenti distintamente per maschi e femmine e per tipologia di causa:

- conferma come alla notevole diminuzione di questo tipo di mortalità fra i maschi contribuisca in particolare la quota di decessi per cause legate agli stili di vita (tabagismo, consumo di alcol, alimentazione ecc.), quota che tuttavia mostra un importante diminuzione sia nel periodo pre-pandemia che post-pandemia, sia pure con un rallentamento nella decrescita visibile nell'anno 2020, passando da un tasso standardizzato di oltre 140 nel 2013 a poco più di 110 nell'ultimo anno disponibile
- evidenza che la mortalità contrastabile con diagnosi precoci e tempestive terapie resta la seconda voce più consistente fra i maschi e la prima per le femmine; per questo gruppo è osservabile una lenta ma costante decrescita per entrambi i sessi; anche in questo caso è visibile un cambiamento di direzione nel 2020, dopo il quale l'andamento appare in diminuzione
- mostra, tra le restanti componenti, che il sensibile calo della mortalità per incidenti e suicidi del 2020 (determinato dalla limitata mobilità indotta dal *lockdown*) è stato annullato già a partire dal 2021 e che rappresenta nel caso dei maschi, escludendo Covid-19, la terza voce in ordine di numerosità
- lungo il periodo ricordato lo sbilanciamento fra i sessi è diminuito, per effetto soprattutto del calo fra i maschi associata agli stili di vita; nel 2013 per quest'ultima voce il rapporto maschi/femmine era di 2,81, mentre nel 2022 è pari a 2,56.

5d.5. L'eterogeneità territoriale

Le analisi sulla Mortalità Evitabile in Italia mostrano da sempre una pronunciata disomogeneità a livello geografico; attorno alla media nazionale i valori medi regionali, e ancor più quelli per confini territoriali più

ridotti, si distribuiscono con una rilevante variabilità.

Al netto dei decessi per Covid-19 i tassi standardizzati relativi al 2022 mostrano che sul totale delle cause prevenibili e trattabili i valori più bassi sono registrati in Trentino Alto Adige e Toscana, rispettivamente 139,1 e 139,8 casi per 100.000 residenti contro gli oltre 200 rilevati in Campania, seguita dalla Sardegna che tuttavia si ferma alla soglia di 178,5.

Nel corso degli anni la Mortalità Evitabile è andata generalmente decrescendo in tutte le Regioni, sia pure con velocità differenti. L'epidemia di Covid-19 ha tuttavia rallentato, se non invertito, questa tendenza, riportando il livello di decessi per cause evitabili a valori prossimi se non superiori a quelli pre-pandemia.

Tabella 5d.3. Mortalità Evitabile per Regione. Anno 2022 e confronto con anni 2016 e 2019

Regione	Anno 2022	Anno 2019	Anno 2016
Trentino Alto Adige	139,1	138,9	162,9
Toscana	139,8	152,5	160,1
Veneto	140,7	142,3	153,6
Marche	141,8	146,5	156,6
Emilia Romagna	144,2	149,4	163,3
Umbria	147,6	143,2	156,0
Lombardia	148,8	152,4	164,5
Liguria	155,5	163,2	170,6
Abruzzo	158,1	162,4	171,6
Friuli Venezia Giulia	159,3	159,1	172,1
Puglia	160,3	162,1	170,4
Media nazionale	160,4	164,5	177,2
Valle d'Aosta	162,1	165,3	181,9
Piemonte	166,2	170,1	181,1
Lazio	166,5	173,8	192,9
Basilicata	174,8	165,4	180,8
Sicilia	177,6	185,8	194,6
Calabria	177,6	183,7	189,5
Molise	177,7	172,4	160,2
Sardegna	178,5	178,3	188,0

Tassi standardizzati per 100.000 residenti

Fonte: elaborazione su dati Istat - © Centro Studi Nebo

Dalla Tabella 5d.3. emerge come in media nazionale il dato 2022 appare inferiore all'analogo del 2019 (160,4 contro 164,5); tale dinamica, tuttavia, non è condivisa tra tutte le Regioni: se in Toscana, Liguria, Sicilia, Lazio, si misurano diminuzioni almeno del 4%, in Basilicata, Molise, Umbria nell'ultimo anno indicato è visibile un aumento del 3% o più rispetto a tre anni prima.

Utilizzando ancora gli anni 2022, 2019 e 2016 per confrontare l'andamento e le difformità territoriali può essere utile approfondire i dati di mortalità per sesso

e per le principali componenti della Mortalità Evitabile, con riferimento alla Figura 5d.4.:

- osservando i grafici si può notare come i valori territoriali disaggregati raggiungano posizionamenti differenti rispetto a quelli assunti per il complesso dei decessi evitabili; va tuttavia tenuto conto che al tasso complessivo i quattro dettagli considerati contribuiscono con pesi differenti, sia in ordine alle cause che al sesso, con specifico riferimento agli eventi per cause prevenibili tra i maschi

Tabella 5d.4. Mortalità Evitabile per Provincia (*). Tassi standardizzati per 100.000 residenti

Mortalità per cause prevenibili						
Maschi	2020-22	2017-19		Femmine	2020-22	2017-19
Treviso	89,0	97,0		Fermo	34,0	38,0
Pesaro e Urbino	90,0	102,0		Treviso	34,0	38,0
Padova	91,0	101,0		Trento	35,0	35,0
Trento	93,0	103,0		Chieti	36,0	42,0
Firenze	94,0	108,0		Ascoli Piceno	37,0	37,0
Media nazionale	117,0	126,0		Media nazionale	47,0	49,0
Isernia	150,0	146,0		Enna	55,0	58,0
Caltanissetta	153,0	149,0		Rieti	56,0	48,0
Crotone	155,0	136,0		Siracusa	57,0	55,0
Caserta	165,0	181,0		Caserta	62,0	66,0
Napoli	168,0	179,0		Napoli	75,0	76,0
Mortalità per cause trattabili						
Maschi	2020-22	2017-19		Femmine	2020-22	2017-19
Rimini	38,0	45,0		Trento	38,0	40,0
Reggio nell'Emilia	41,0	45,0		Rimini	39,0	43,0
Treviso	42,0	42,0		Verona	41,0	46,0
Trento	42,0	43,0		Teramo	41,0	57,0
Firenze	44,0	45,0		Padova	41,0	47,0
Media nazionale	58,0	58,0		Media nazionale	53,0	55,0
Messina	75,0	75,0		Agrigento	65,0	66,0
Enna	75,0	76,0		Messina	67,0	64,0
Napoli	77,0	76,0		Caserta	67,0	71,0
Caserta	78,0	75,0		Siracusa	68,0	66,0
Crotone	80,0	68,0		Napoli	74,0	71,0

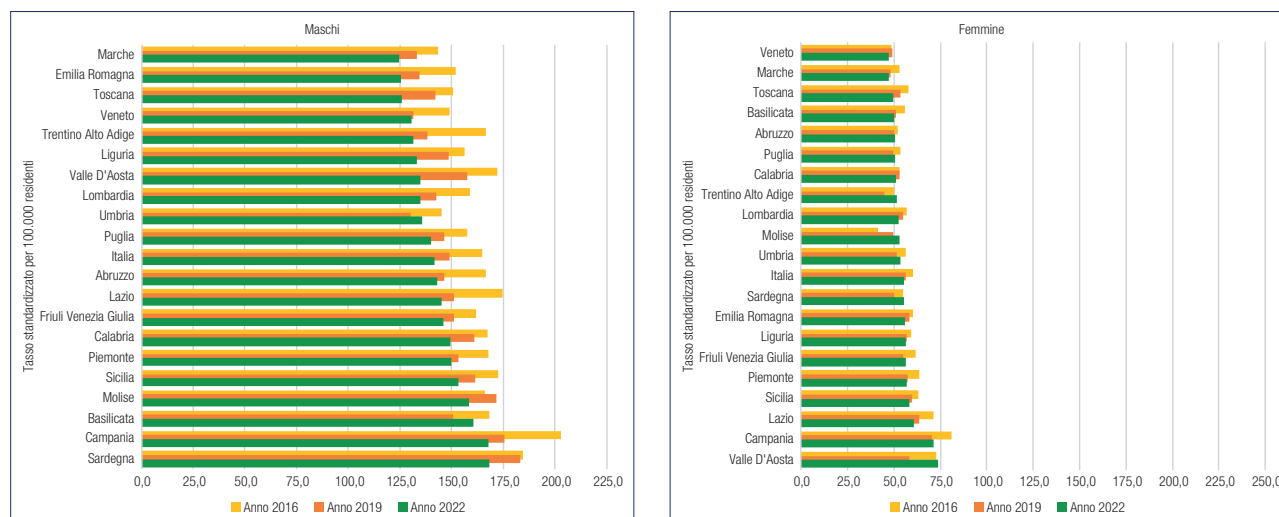
(*) Per ciascuna sezione sono indicate le cinque Provincie con i valori più bassi e le cinque con i valori più elevati rispetto al triennio 2020-2022

Fonte: elaborazione su dati Istat - © Centro Studi Nebo

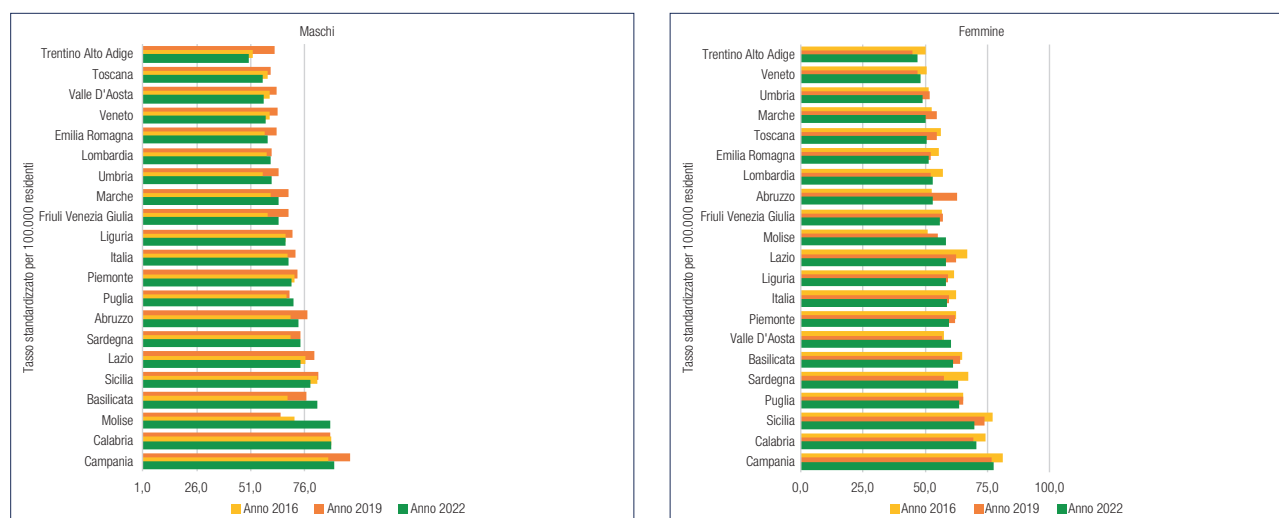
- tutti i grafici della figura evidenziano una tendenziale diminuzione dei livelli, soprattutto nel caso della mortalità prevenibile maschile per via del più ampio margine di miglioramento disponibile; gli altri tre diagrammi sono caratterizzati da oscillazioni più contenute e maggiore variabilità, anche in questo caso presumibilmente addebitabili, almeno in parte, alla dimensione dei fenomeni rappresentati, nettamente inferiore a quella del primo grafico
- nel diagramma della mortalità maschile per cause prevenibili l'andamento è pressoché ovunque in diminuzione, sia pure con qualche incertezza nell'anno più recente; va tenuto conto che su questo gruppo incidono in misura importante i decessi per incidenti stradali (fenomeno più marcato nella popolazione maschile) che nel 2020 hanno visto una decisa flessione, purtroppo recuperata negli anni immediatamente successivi.

Figura 5d.4. Mortalità Evitabile regionale e in media nazionale, per sesso e tipologia di cause di morte (in ordine crescente). Anno 2022 e confronto con anni 2019 e 2016

Cause di morte prevenibili



Cause di morte trattabili



Fonte: elaborazione su dati Istat - © Centro Studi Nebo

Un ultimo livello di lettura è quello di dettaglio provinciale, dal quale si può rilevare come anche all'interno delle singole Regioni si confermi una disomogeneità tutt'altro che trascurabile e quali siano le distanze tra alcune realtà locali, amplificate rispetto a quelle regionali sopra richiamate.

Nella Tabella 5d.4. sono riportati i valori assunti dalle Provincie che in una ideale classifica rispetto ad alcune delle variabili osservate si collocano sulle posizioni estreme (i cinque valori più bassi e i cinque più alti).

In particolare, sono riportati i valori su base triennale per le cause legate agli stili di vita (fumo, alcol, alimentazione ecc.) e per quelle correlate a carenze riguardo diagnosi precoce e tempestiva terapia, vale a dire le principali componenti, nell'ordine, delle morti per cause prevenibili e di quelle per cause trattabili.

La Tabella 5d.4. riporta solo una selezione (dieci province su 107), ma è comunque proposta per evidenziare andamenti disomogenei, sia territoriali che temporali; ad esempio:

- l'indicatore presenta valori più bassi nell'ultimo triennio disponibile rispetto al precedente nella maggior parte dei casi ma con alcune non trascurabili eccezioni (una su tutte, a Crotone il tasso standardizzato della mortalità per cause trattabili nei maschi passa da 68 a 80)
- la distanza tra prima e ultima posizione si è assottigliata nel solo caso della mortalità per cause prevenibili e limitatamente ai maschi (la differenza fra i tassi più basso e più alto passa da 84 del triennio 2017-19 a 79 nel triennio 2020-22) mentre nelle altre tre distribuzioni è al contrario aumentata (da 41 a 42, da 34 a 42, da 31 a 36).

5d.6. Riflessioni finali

L'analisi condotta conferma la rilevanza dell'indicatore di Mortalità Evitabile come strumento di monitoraggio della salute pubblica, utile per individuare aree di criticità e valutare l'efficacia degli interventi

di prevenzione e assistenza sanitaria. I dati del 2022, pur ancora influenzati dagli effetti diretti e indiretti della pandemia, mostrano un ritorno a livelli di Mortalità Evitabile complessivamente inferiori a quelli registrati nel 2019, anche se con marcate differenze territoriali.

La composizione dei decessi evitabili continua a evidenziare una prevalenza di eventi prevenibili, in particolare tra i maschi, con un peso rilevante attribuibile a comportamenti e stili di vita modificabili. Le cause trattabili mantengono un peso significativo, in particolare tra le donne, a conferma dell'importanza delle diagnosi precoci e della qualità delle cure.

L'eterogeneità territoriale rimane un elemento strutturale, con differenze che si amplificano anche a livello sub-regionale. L'analisi per Provincia mostra come, accanto a contesti con valori in miglioramento, persistano situazioni caratterizzate da livelli elevati e tendenze stazionarie o in peggioramento.

In prospettiva, la riduzione della Mortalità Evitabile richiede una strategia integrata, che rafforzi le politiche di prevenzione primaria e secondaria, migliori l'accesso e l'efficacia delle cure e riduca le disuguaglianze sanitarie sul territorio, in coerenza con i principi di equità e universalismo che ispirano il Servizio Sanitario Nazionale.

Riferimenti bibliografici

- [1] Eurostat "Preventable and treatable mortality statistics"
- [2] Eurostat "Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex"
- [3] International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (<https://icd.who.int/browse10/2019/en>)
- [4] OECD/Eurostat "Avoidable mortality: lists of preventable and treatable causes of death - January 2022 version"
- [5] Eurostat "Revision of the European Standard Population - Report of Eurostat's task force - 2013 edition"

Sintesi

CAPITOLO 5e

Opportunità di tutela della salute: le *Performance Regionali*

d'Angela D.¹, d'Angela C.², Carrieri C.², Polistena B.¹, Spandonaro F.³

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*
- elicitar il “valore” attribuito alle determinazioni degli indicatori
- elicitar 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

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

² Università degli Studi di Roma Tor Vergata

³ 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.

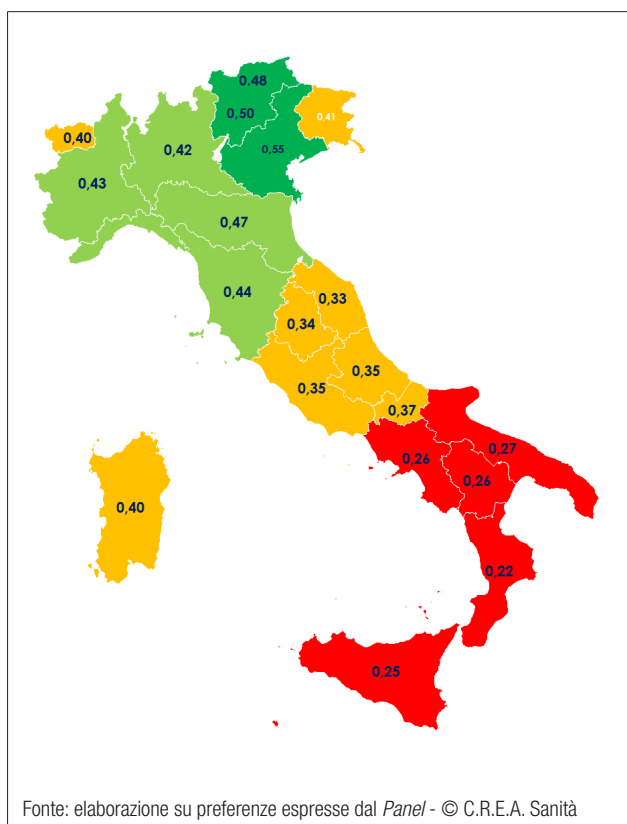
Solo due Regioni (Veneto e P.A. di Trento), superano il 50% del livello massimo di *Performance* (rispettivamente con il 55% e il 50%).

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.

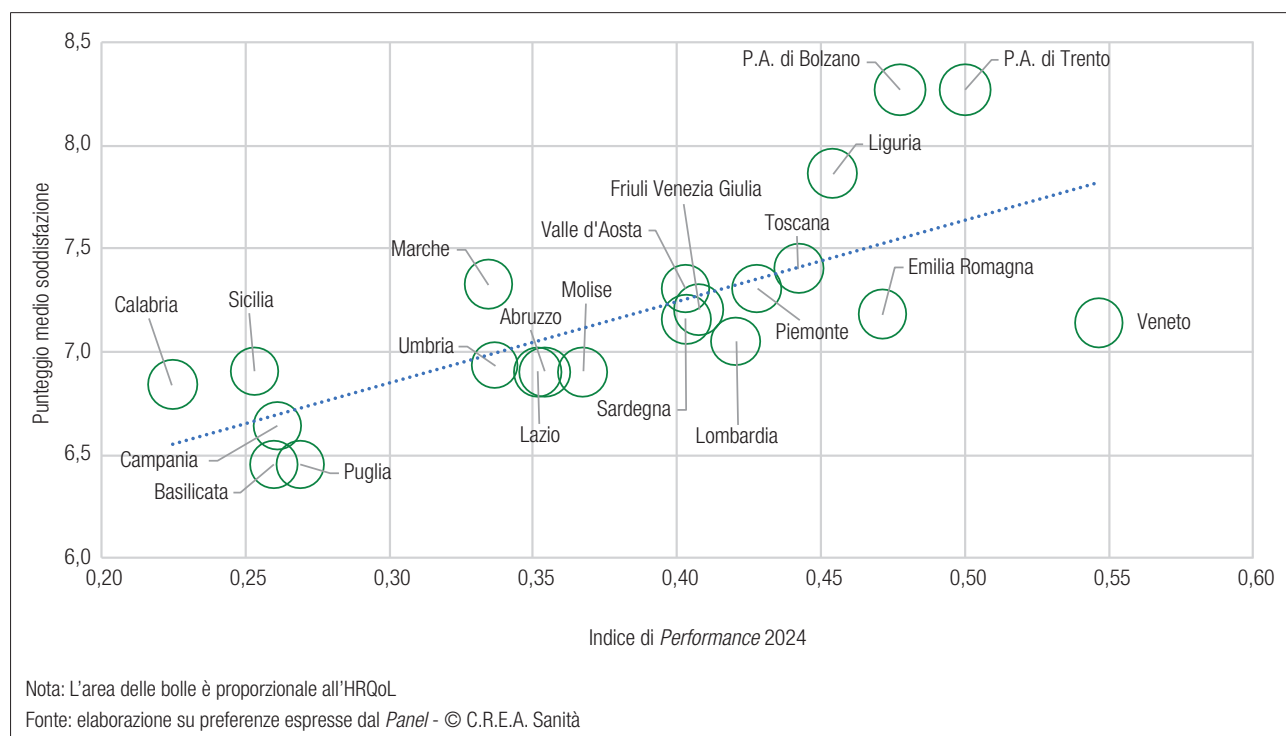
In conclusione, si confermano livelli di *Performance* ancora distanti dai valori ottimali, anche se in miglioramento; si conferma anche la distanza (e le

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 5e

Opportunità di tutela della salute: le *Performance Regionali*

d'Angela D.¹, d'Angela C.², Carrieri C.², Polistena B.¹, Spandonaro F.³

La XIII annualità del progetto “Opportunità di tutela della Salute: Le *Performance Regionali*” 2025 si è posta l'obiettivo di valutare le effettive opportunità di tutela della Salute di cui godono i cittadini nelle diverse Regioni, sia in termini di livello che di dinamica nel tempo.

Nello studio ci si riferisce tanto alla tutela sanitaria, quanto a quella sociale correlata ad aspetti di salute.

Come è noto, le determinanti della salute sono numerose, e non si limitano all'Assistenza Sanitaria erogata dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN): stili di vita, salubrità ambientale, deprivazione socio-economica ecc. sono fattori essenziali da considerare nella valutazione delle opportunità di tutela della salute.

Lo studio, di conseguenza, adottando la prospettiva “*Health in all policies*”, adotta (sin dalla sua prima annualità) un concetto di *Performance* che ha carattere intrinsecamente multidimensionale.

Nello specifico, le Dimensioni considerate nello studio sono (in ordine alfabetico): Appropriatelyzza, Economico-Finanziaria, Equità, Esiti, Innovazione e Sociale.

Le Dimensioni sono funzione dell'oggetto di analisi: va rimarcato che, nello specifico del caso italiano, l'Equità deve ritenersi una Dimensione essenziale della *Performance* in funzione della garanzia costituzionale della tutela della salute.

Dato l'orientamento verso il supporto alle politiche, lo studio adotta, inoltre, un approccio multiprospettico, coinvolgendo diversi *stakeholder* del

sistema; essi sono, infatti, portatori di aspettative non necessariamente identiche e, quindi, potenzialmente di valutazioni differenti sulle opportunità di tutela offerte.

In particolare, lo studio considera cinque prospettive: quella degli Utenti, delle Istituzioni (nazionali, regionali e locali), dei Professionisti Sanitari, del *Management* della Sanità e dell'Industria delle *Life Sciences*.

Un terzo elemento, che merita essere ricordato, è quello legato alla dinamica del concetto di tutela: infatti, la prioritizzazione degli obiettivi è legata alle modifiche del contesto sociale, economico, culturale e politico, evolvendo nel tempo.

Metodologicamente, lo studio si basa sull'elicitazione delle preferenze del *Panel di stakeholder* in tema di priorità da assumere nella valutazione dei livelli di tutela di salute, per poi “comporre” esitando in un indice sintetico di valutazione.

Nella XIII annualità del progetto i componenti del *Panel* sono stati 107, con una distribuzione sostanzialmente bilanciata tra le diverse Categorie di *stakeholder* e tra le diverse ripartizioni geografiche di provenienza. In particolare, fanno parte del *Panel*:

- 18 rappresentanti delle Istituzioni: tra cui 5 nazionali, 7 regionali e 5 locali
- 13 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi 8 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 24 rappresentanti delle Professioni Sanitarie: tutti Presidenti Nazionali di Società Scientifiche/Associazioni di categoria

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

² Università degli Studi di Roma Tor Vergata

³ Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

- 40 componenti del *Management* di Aziende Sanitarie: tra cui 26 Direttori Generali di Aziende Sanitarie, 4 Direttori Sanitari di Aziende Sanitarie, 1 già Presidente di fondazione.
- 12 rappresentanti dell'Industria: tra cui 9 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e 1 Presidente di Associazione di Categoria.

Seguendo la metodologia consolidatasi nelle precedenti edizioni dello studio, si è proceduto:

- individuando le Dimensioni della *Performance*
- individuando un *set* di indicatori rappresentativo delle suddette dimensioni di *Performance*
- elicitando il “valore” che i componenti del *Panel* attribuiscono alle determinazioni degli indicatori
- elicitando il “peso” ovvero il “valore relativo” attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori; tale “valore” esprime la disponibilità espressa dagli *stakeholder* a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*
- elaborando, infine, l'indice sintetico di *Performance*, secondo le diverse prospettive espresse dagli *stakeholder* e il contributo che ad esso danno le diverse Dimensioni.

Le principali “novità” introdotte in questa edizione dello studio sono:

- la misurazione della dinamica della *Performance* nel medio periodo (2024/2019)
- una ulteriore misurazione della dinamica della *Performance* per un sottogruppo di indicatori ritenuti essenziali ai fini del mantenimento della sostenibilità del Servizio Sanitario nel medio periodo
- l'analisi della correlazione fra la misura di *Performance* elaborata e l'esperienza dei cittadini nella fruizione dei Servizi Sanitari (appositamente indagata con una *survey* condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana)
- l'analisi della correlazione fra la misura di *Performance* elaborata e la qualità di vita percepita dai cittadini (anch'essa appositamente

indagata con una *survey* condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana).

Per quanto concerne il *timing* della ricerca, possiamo osservare che, durante il *meeting* tenutosi il 23.05.2025, i membri del *Panel* hanno provveduto a votare gli indicatori ritenuti più opportuni per misurare la *Performance* sanitaria.

In quella occasione, il *Panel* ha anche analizzato e condiviso l'indagine sulla popolazione finalizzata a misurarne l'esperienza maturata nell'accesso ai Servizi Sanitari e la qualità di vita legata alla salute.

Nei capitoli a seguire, dopo un breve riepilogo della metodologia di lavoro adottata, si descrive nel dettaglio il processo che ha portato all'elaborazione dell'indice sintetico di *Performance*, e se ne analizzano i risultati. A seguire, è stato analizzato il rapporto tra il livello di tutela della Salute determinato con la metodologia proposta, il livello di soddisfazione dei cittadini verso il SSN e la loro qualità di vita.

5e.1. Aree di valutazione e indicatori di *Performance*

Quest'anno il *set* di indicatori rappresentativi delle Dimensioni indicate dal *Panel*, è stato esteso (51 indicatori), al fine di meglio rappresentare i fattori ritenuti più significativi in un'ottica di misurazione dei livelli di tutela sanitaria e sociale.

In particolare, per la Dimensione Appropriatelyzza sono stati proposti sei indicatori afferenti alle aree dell'Appropriatelyzza in regime extra-ospedaliero, emergenza-urgenza, prevenzione (*screening* e coperture vaccinali), Appropriatelyzza organizzativa e Assistenza Domiciliare.

Per la Dimensione Esiti quindici indicatori afferenti alle aree disabilità/fragilità, salute mentale e dipendenze, prevenzione in termini di abitudini e stili di vita (alimentazione, tabagismo, consumo di alcol ecc.), mortalità (per patologie cardiovascolari e neurologiche, nonché evitabile), ambiente.

Per la Dimensione Equità cinque indicatori afferenti all'area equità di accesso.

Per la Dimensione Sociale cinque indicatori affe-

renti all'area Integrazione socio-sanitaria.

Per la Dimensione Innovazione dieci, afferenti alle aree informatizzazione e digitalizzazione, ricorso a prestazioni cliniche complesse (innovative), innovazione tecnologica in campo chirurgico (tecniche mininvasive), nuove strutture assistenziali territoriali, assistenza extra-ospedaliera ed ospedaliera, innovazione in ambito organizzativo.

Infine, per la Dimensione Economico-Finanziaria, cinque indicatori afferenti all'area spesa pubblica (sanitaria e sociale) e onere dei cittadini in rapporto ai loro consumi totali.

Come anticipato, questa proposta di indicatori è

stata emendata eliminando quelli ridondanti; ove il *Panel* ha ritenuto che più indicatori potessero essere utilizzati alternativamente, essi sono stati messi in votazione. Il criterio per la scelta dell'indicatore da preferire è stato quello della preferenza espressa dai membri del *Panel*, "controllato" rispetto al fatto che ci fosse sufficiente accordo trasversale fra le categorie di *stakeholder*.

In definitiva, sono stati selezionati 22 indicatori: tre per rappresentare le Dimensioni Equità, Innovazione, Economico-Finanziaria e Sociale, e cinque per le Dimensioni Esiti ed Appropriatezza.

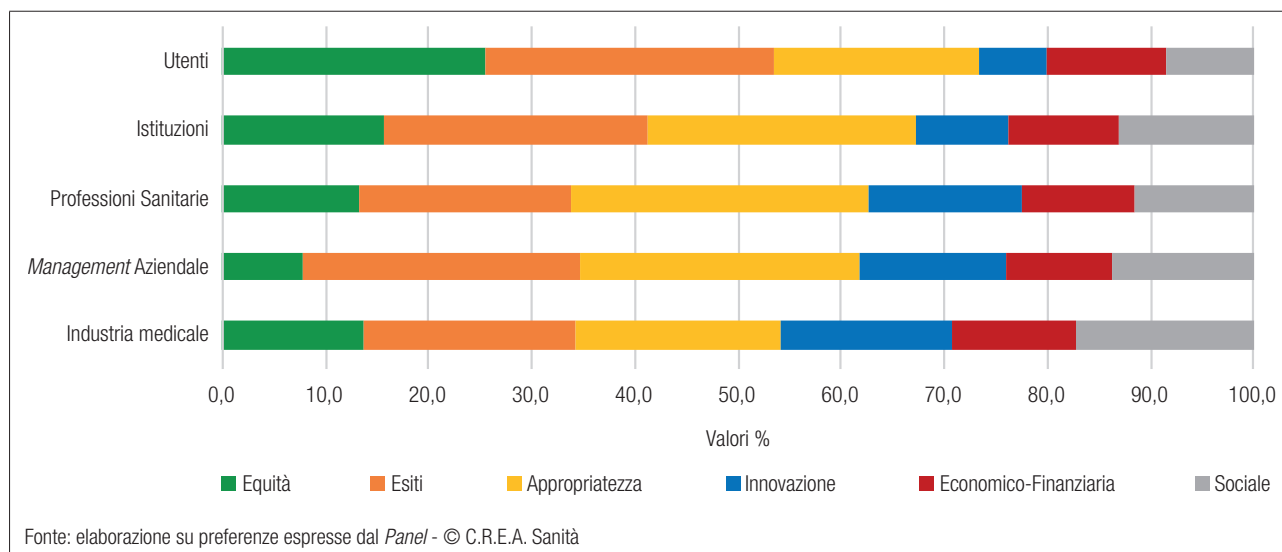
La Tabella 5e.1. riporta gli indicatori selezionati.

Tabella 5e.1. Dimensioni e Indicatori di Performance

Dimensione	Indicatore
Appropriatezza	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
	Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i>)
	Tasso di anziani trattati in ADI
	Quota di pazienti con infarto miocardico acuto associato a soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/ <i>service</i>
Economico-Finanziaria	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
	Gap Spesa Sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA
	Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, ADI, <i>voucher</i> , assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)
Equità	Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità
	Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti
	Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie
Esiti	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
	Indice di salute mentale
	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over</i> 65 anni)
	Qualità dell'aria PM2,5 (Materiale Particolato)
Innovazione	Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
	Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivo dichiarato
	Indice di implementazione rete oncologica
Sociale	Tasso di <i>over</i> 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale
	Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale
	Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono ADI con Servizi Sanitari

Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel* - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5e.1. Contributo delle Dimensioni alla Performance per categoria



5e.2. Risultati

Trascurando per esigenze di spazio la descrizione dei passi successivi (per i quali si rimanda alla pubblicazione scaricabile dal sito www.creasanita.it), possiamo osservare che le tre Dimensioni Appropriatelyzza, Esiti ed Equità contribuiscono per oltre il 60% alla Performance complessiva: rispettivamente i primi due, per il 24,3%, e il terzo per il 15,2%; segue la Dimensione Sociale (12,8%); e quindi le Dimensioni Innovazione ed Economico-Finanziaria, rispettivamente per il 12,2% ed il 11,2%.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione del “peso” associato alle Dimensioni Sociale (-3,3 punti percentuali (p.p.)) e Appropriatelyzza (-2,3 p.p.), mentre aumenta il contributo dell'Equità (+4,0 p.p.) e, sebbene in maniera più contenuta, anche quello delle Dimensioni Innovazione, Economico-Finanziaria ed Esiti (+0,8, +0,5 e +0,4 p.p. rispettivamente).

La dinamica dei “pesi” osservata potrebbe essere messa in relazione con la messa a terra di nuovi modelli organizzativi nel SSN (in primo luogo quelli relativi al territorio) e alla carenza di personale; in altri termini osservando come il servizio stia attraversando una fase critica in termini organizzativi, da cui l'attenzione verso il monitoraggio dei suoi Esiti, l'Appropriatelyzza di presa in carico extra-territoriale

(Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ecc.) e, a seguire, l'impatto equitativo che ne deriva.

Anche l'integrazione tra la Dimensione sanitaria e quella sociale sembra continuare ad essere un aspetto ritenuto prioritario.

Analizzando i risultati per Categoria (Figura 5e.1.), nel caso degli Utenti, le Dimensioni Esiti, Equità e Appropriatelyzza, contribuiscono per oltre il 70% alla misura della Performance (27,9%, 25,6% e 19,8% rispettivamente); come era lecito aspettarsi, rispetto al risultato “medio”, cresce di importanza l'Equità e diminuisce l'Appropriatelyzza; meno facilmente interpretabile è la minore importanza assegnata alle Dimensioni Economico-Finanziaria (11,4%), Sociale (8,6%) e, da ultimo, quella dell'Innovazione (6,7%).

Per i rappresentanti delle Istituzioni si confermano in “testa” le Dimensioni Appropriatelyzza, Esiti ed Equità, che contribuiscono per quasi il 70% alla Performance (26,0%, 25,6%, 15,6% rispettivamente); segue il Sociale con il 13,0%, l'Economico-Finanziaria con il 10,9% e l'Innovazione con l'8,9%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Appropriatelyzza, Esiti, Innovazione ed Equità contribuiscono per oltre il 70% alla Performance (28,7%, 20,6%, 14,8% e 13,3% rispettivamente); cresce quindi di importanza l'Innovazione, mentre

rimangono “indietro” la Dimensione Sociale con l'11,5% e quella Economico-Finanziaria con l'11,1%.

Per il *Management Aziendale*, l'Appropriatezza, gli Esiti e l'Innovazione contribuiscono per il 68,1% alla *Performance* (27,2%, 26,8% e 14,1% rispettivamente); assume l'ultimo posto l'Equità con il 7,8%, superata anche dal Sociale con il 13,8%, e dall'Economico-Finanziaria con 10,3%.

Infine, per l'Industria delle *Life Sciences*, sono le Dimensioni degli Esiti, dell'Appropriatezza, del Sociale e dell'Innovazione quelle che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (20,6%, 20,0%, 17,2% e 16,5% rispettivamente); come era lecito aspettarsi sale di importanza la dimensione dell'Innovazione, ma va notata anche l'attenzione alla Dimensione Sociale; seguono l'Equità (13,6%) e la Dimensione Economico-Finanziaria (12,1%).

Analizzando la dinamica dei “pesi” per Categoria (Figura 5e.2.), è possibile osservare come, in questo ultimo anno, torna ad aumentare il “peso” delle Dimensioni Economico-Finanziaria ed Equità per quasi tutte le Categorie.

In particolare, si nota come per gli Utenti sia diminuito il “peso” del Sociale e dell'Appropriatezza

(-9,1 e -6,4 p.p. rispettivamente) ed aumentato quello dell'Equità (+9,4 p.p.) oltre che delle Dimensioni Economico-Finanziaria (+3,4 p.p.), Innovazione (+1,4 p.p.) ed Esiti (+1,3 p.p.).

La riduzione del contributo del sociale alla *Performance* per tutte le Categorie di *stakeholder* potrebbe essere in parte attribuibile all'assenza di un disegno di reale integrazione del sociale nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), relegate in due missioni distinte (5 e 6), ed in parte alla consapevolezza di avere risorse limitate che non consentono di estendere il sistema verso il sociale.

Per i rappresentanti delle Istituzioni è aumentato il peso di Appropriatezza, Economico-Finanziaria ed Equità (+9,3, +2,2 e +1,7 p.p. rispettivamente), ed è diminuito quello delle Dimensioni Innovazione, Sociale ed Esiti (-8,4, -4,1 e -0,7 p.p. rispettivamente).

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie è diminuito il peso delle Dimensioni Sociale, Esiti ed Equità (-5,6, -3,7 e -3,7 p.p. rispettivamente). Aumenta, invece, notevolmente il peso di Appropriatezza (+6,2 p.p.) e in misura più contenuta Innovazione ed Economico-Finanziaria (+4,0 e +2,8 p.p. rispettivamente).

Figura 5e.2. Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance XIII vs XII edizione

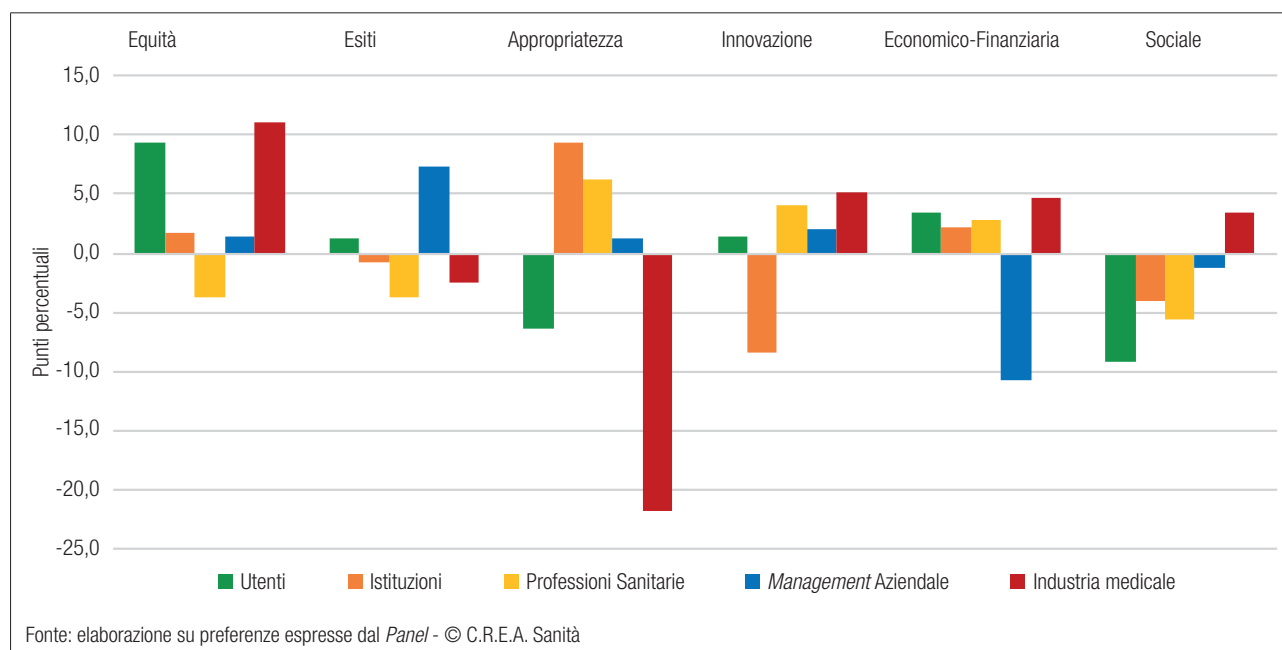
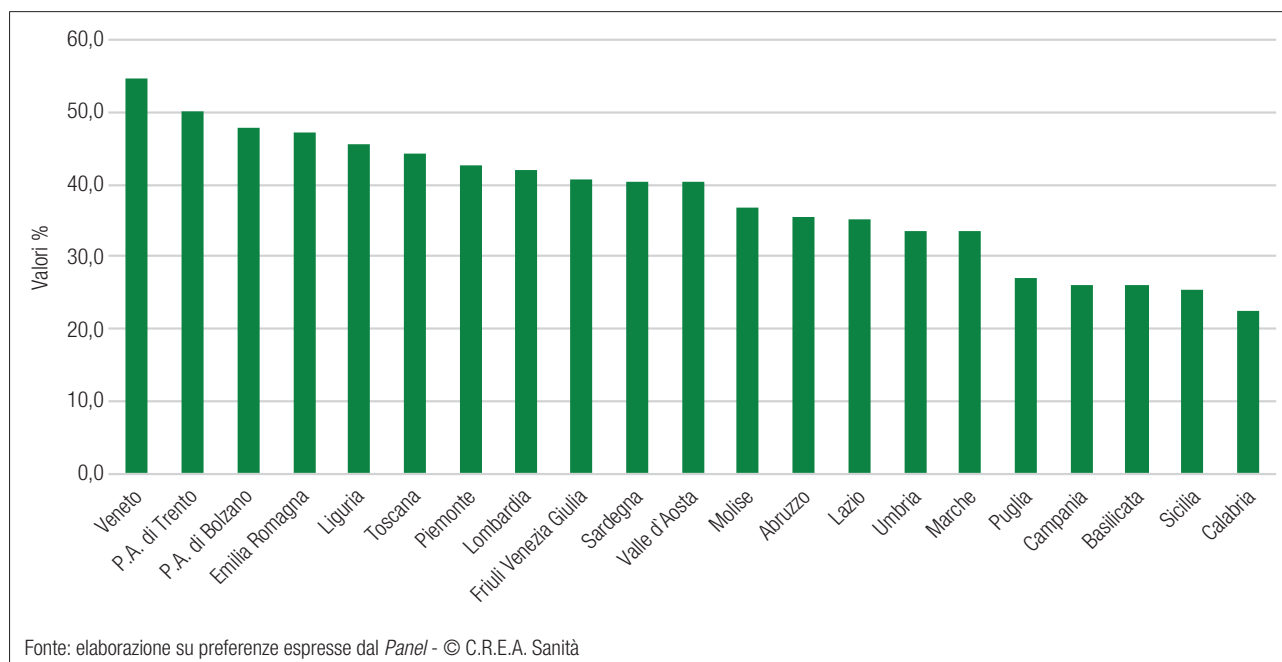


Figura 5e.3. Indice di Performance



Per il *Management Aziendale* si è ridotto notevolmente il peso delle Dimensioni Economico-Finanziaria (-10,8 p.p.) e quello della Dimensione Sociale (-1,3 p.p.). Le altre Dimensioni hanno registrato un aumento: Esiti (+7,4 p.p.), Innovazione (+2,1 p.p.), Equità (+1,4 p.p.) ed Appropriatezza (+1,2 p.p.).

Infine, per l'Industria si è ridotto notevolmente il peso della Dimensione Appropriatezza (-21,8 p.p.); in misura più contenuta, è diminuito il peso della Dimensione Esiti (-2,5 p.p.); è invece aumentato notevolmente il peso dell'Equità (+11,1 p.p.) e, in misura minore, quello di Innovazione (+5,1 p.p.), Economico-Finanziaria (+4,7 p.p.) e Sociale (+3,4 p.p.).

5e.3. La Performance socio-sanitaria

L'indice complessivo di *Performance* (Figura 5e.3.) elaborato, oscilla da un massimo del 55% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) del Veneto ad un minimo del 23% della Regione Calabria.

Si conferma, al netto delle differenze fra Regioni, una significativa distanza della *Performance* media da quella potenzialmente ottimale; quest'anno la distanza è ancora aumentata per effetto del fatto che

sembrano cresciute le aspettative dei componenti del *Panel*, che valutano i migliori risultati raggiunti in media all'80% del valore potenzialmente ottimale: se alle determinazioni migliori degli indicatori fosse stata assegnata piena (100%) "soddisfazione", la *Performance* del Veneto sarebbe salita ad un livello pari al 69% di quello massimo teoricamente raggiungibile.

Il divario nella valutazione attribuita alle Regioni che si posizionano agli estremi del *range*, rimane decisamente rilevante; inoltre, si sottolinea come, in base alle aspettative espresse dai diversi *stakeholder*, un terzo delle Regioni non supera un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: due Regioni (Veneto e P.A. di Trento) raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 55% e 50%).

Nel secondo gruppo, troviamo 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.

Figura 5e.4. Indice di Performance. Categoria Utenti

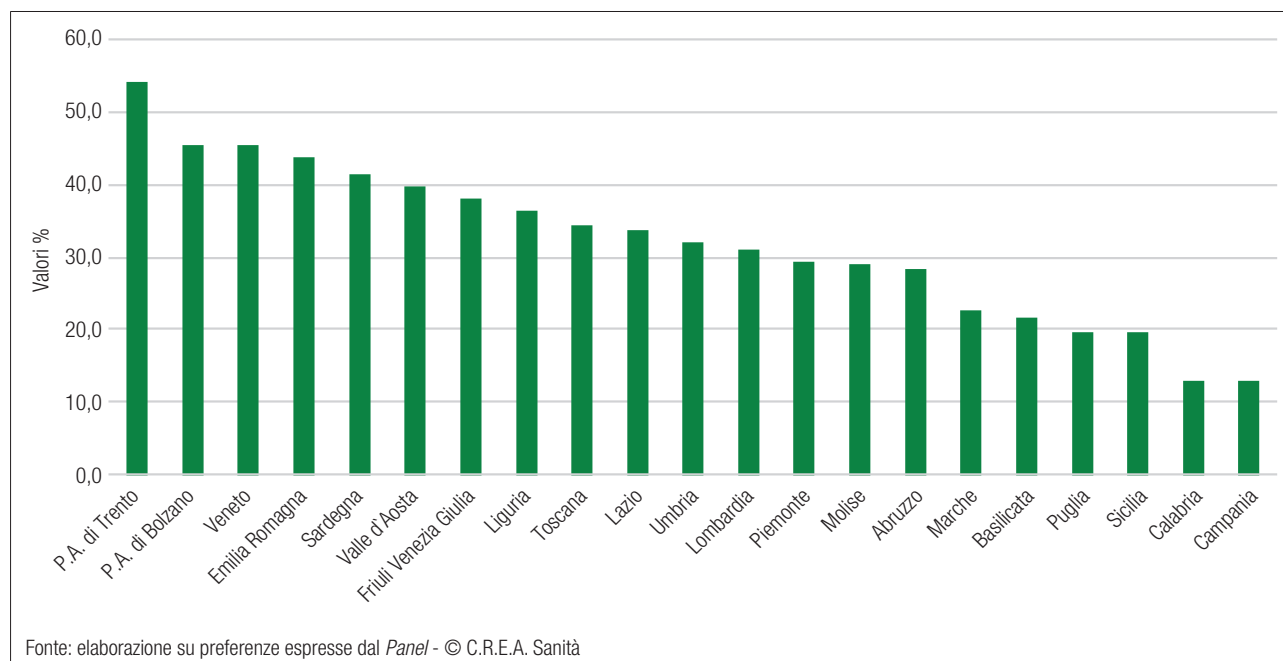


Figura 5e.5. Indice di Performance. Categoria Istituzioni

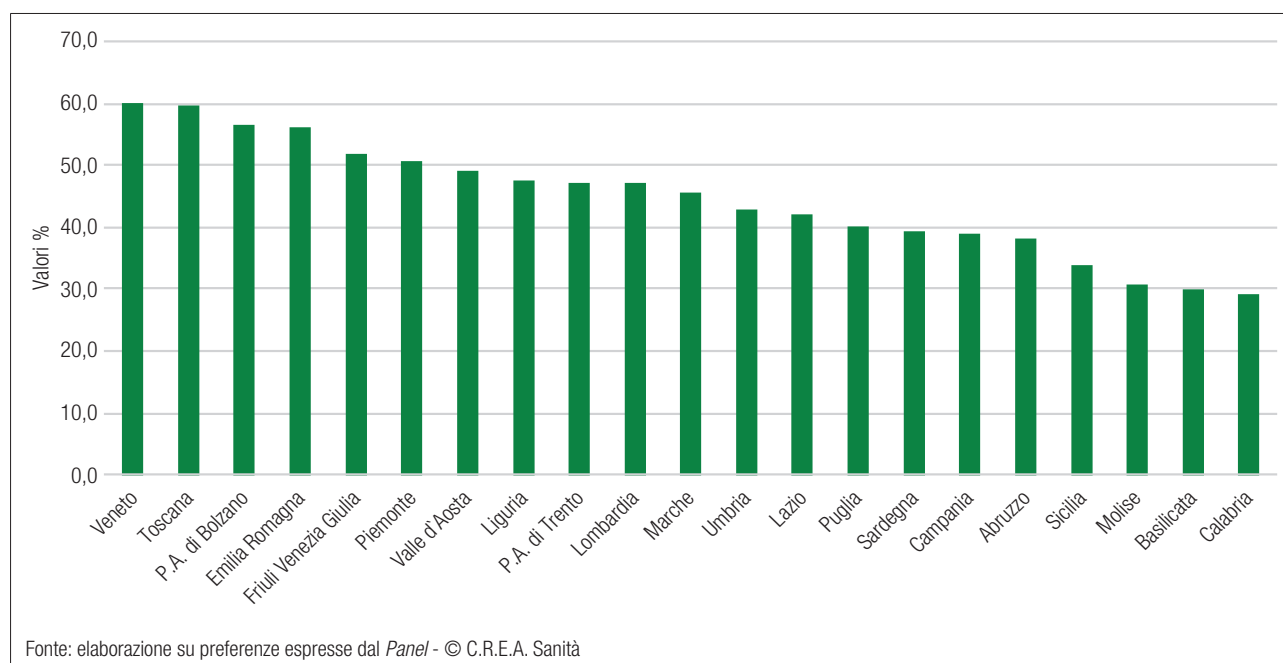
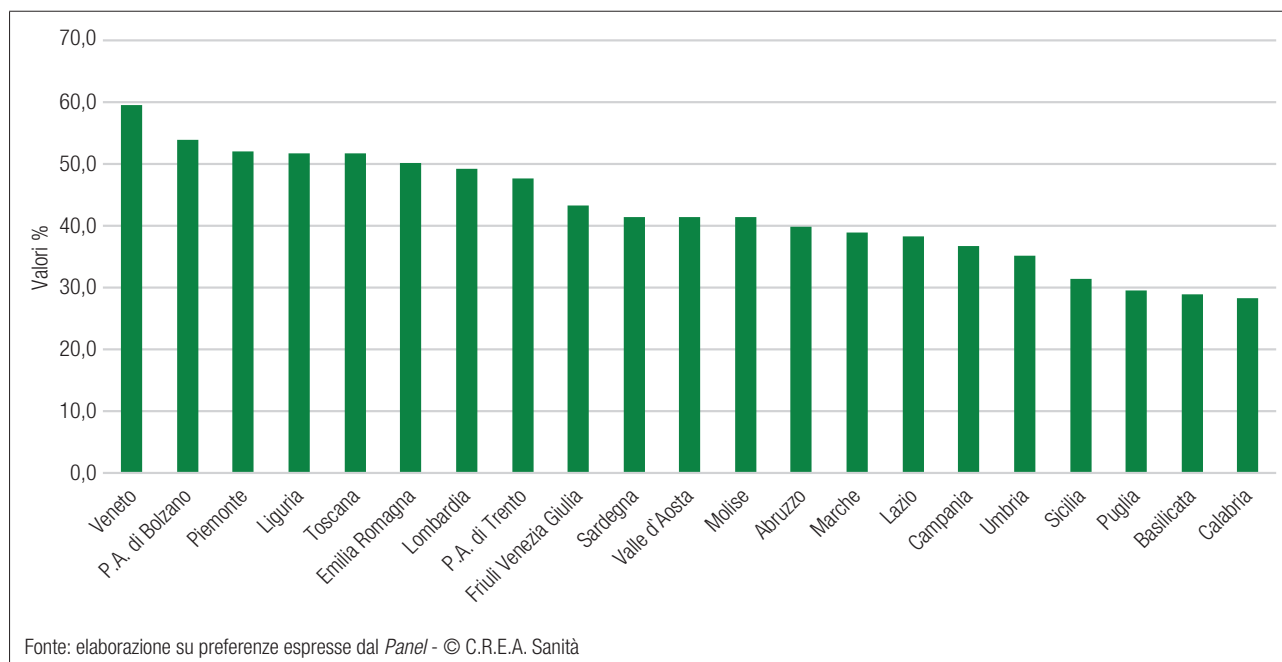


Figura 5e.6. Indice di *Performance*. Categoria Professioni Sanitarie

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti (Figura 5e.4.) la P.A. di Trento, con il 54%, risulta in prima posizione, ottenendo una posizione in più rispetto a quella registrata nel *ranking* "generale".

Seguono la P.A. di Bolzano e il Veneto, che perdono rispettivamente una e due posizioni rispetto al *ranking* "generale", con un indice di *Performance* pari al 46% e 45%; la Calabria e la Campania occupano l'ultima posizione con un indice di *Performance* pari al 13% di quella massima.

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni (Figura 5e.5.), la misura di *Performance* varia dal 49% del Veneto al 16% della Calabria: si riduce quindi il *gap* fra gli estremi; si confermano le prime due posizioni rispetto al *ranking* "generale", presidiate rispettivamente da Veneto e P.A. di Trento, con livelli di *Performance* pressoché simili (49% e 46%). Nelle ultime posizioni cinque Regioni si attestano su livelli di *Performance* compresi tra 25% ed il 16%: Basilicata, Puglia, Sicilia, Campania e Calabria.

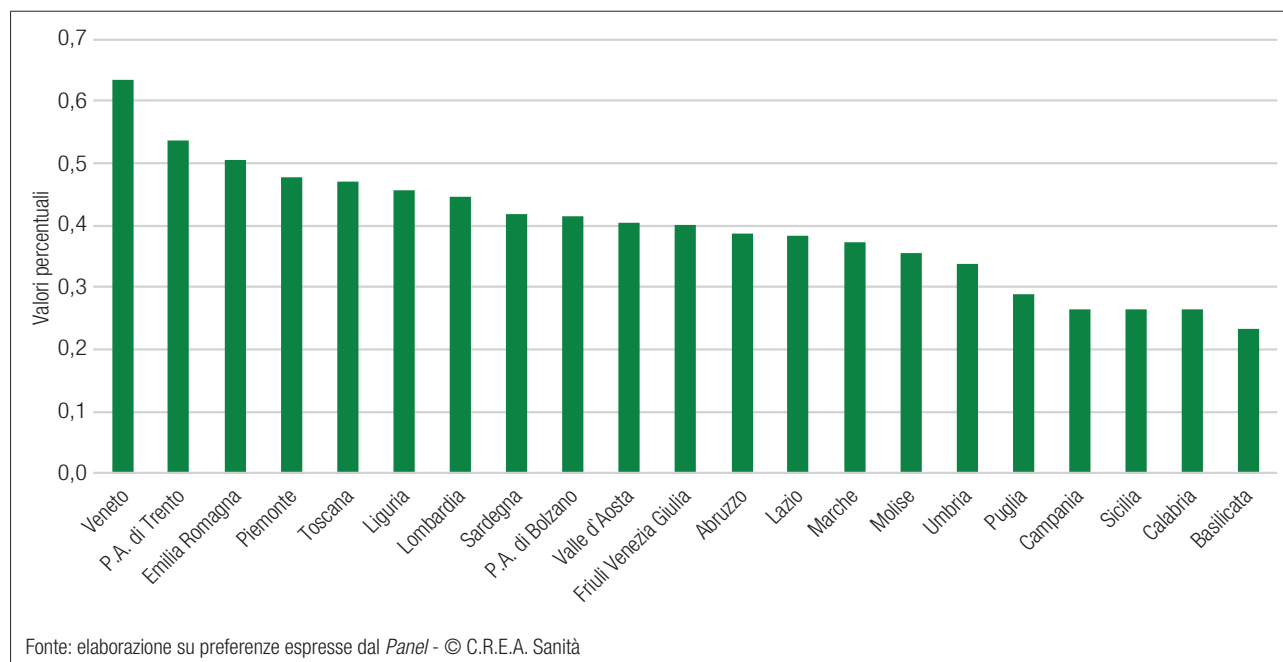
Categoria Professioni Sanitarie

Per le Professioni Sanitarie (Figura 5e.6.) il livello di *Performance* è pressoché simile a quello del *ranking* "generale": si passa dal 60% del Veneto al 28% della Calabria; Veneto, P.A. di Bolzano, Piemonte, Liguria, Toscana ed Emilia Romagna, con un livello di *Performance* compreso tra il 60% e il 50%, occupano le prime sei posizioni. Basilicata e Calabria occupano le ultime due posizioni, con un indice di *Performance* sempre inferiore al 30%.

Categoria Management Aziendale

Per la Categoria *Management Aziendale* (Figura 5e.7.) la forbice tra la Regione più performante e quella meno è più ampia rispetto al *ranking* "generale": si passa da un valore massimo del 63% del Veneto ad uno minimo del 23% della Basilicata. Il Veneto occupa sempre la prima posizione, con un indice di *Performance* maggiore rispetto a quello raggiunto negli altri *ranking*; seguono P.A. di Trento ed Emilia Romagna. All'estremo opposto troviamo Puglia, Campania, Sicilia, Calabria e Basilicata che occupano le ultime cinque posizioni con un valore dell'indice di *Performance* inferiore al 30%.

Figura 5e.7. Indice di Performance. Categoria Management Aziendale



Categoria Industria Life Sciences

Per i rappresentanti dell'Industria *Life Sciences* (Figura 5e.8.) la forbice del *ranking* tra la prima e l'ultima posizione si amplia, passando dal 56% del Veneto al 27% della Sicilia. Veneto e P.A. di Bolza-

no occupano le prime due posizioni. Nelle ultime posizioni troviamo Basilicata, Calabria e Sicilia, che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 31% e il 27%.

Figura 5e.8. Indice di Performance. Categoria Industria Life Sciences

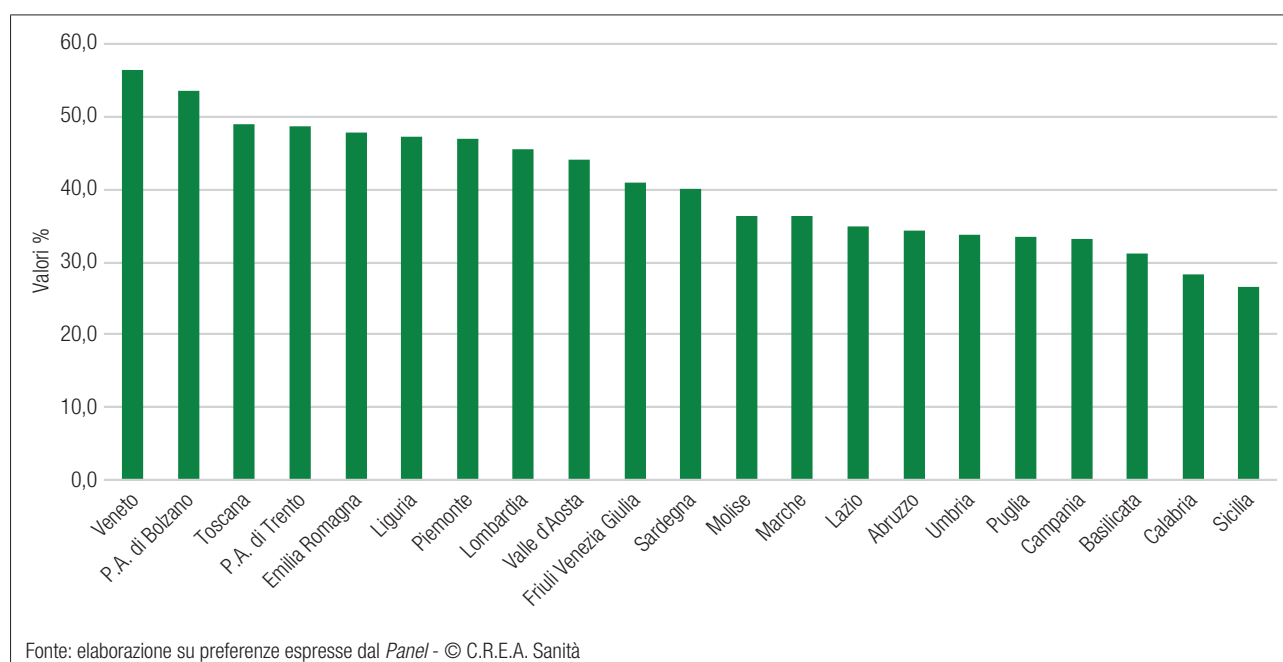
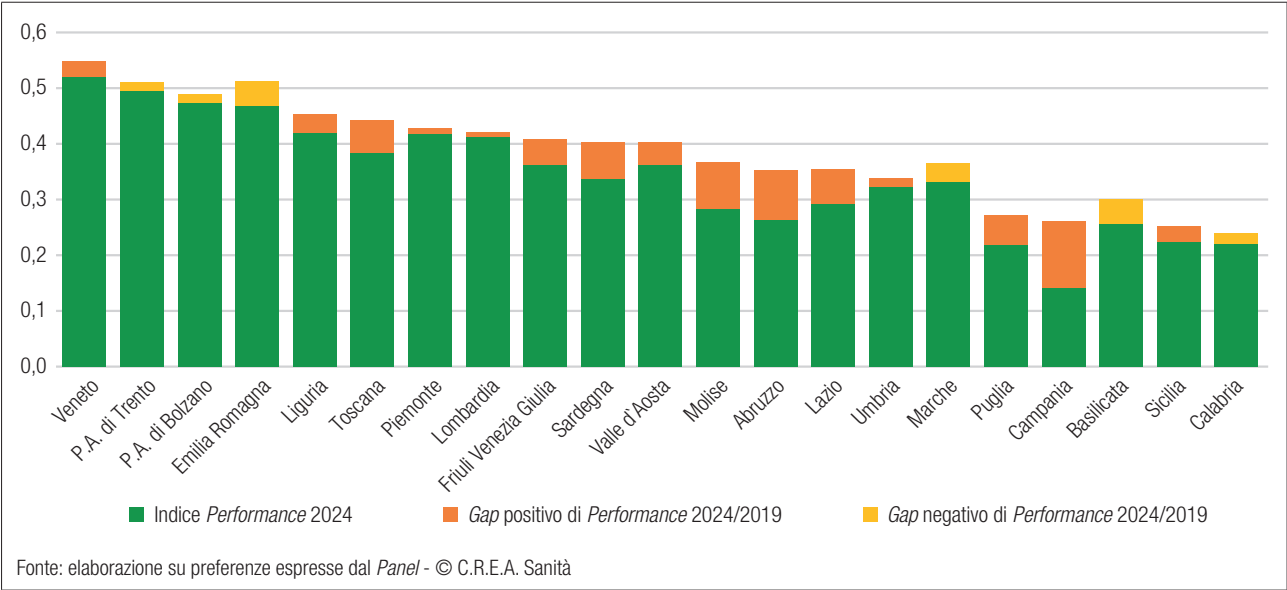


Figura 5e.9. Indice di Performance 2017 e 2022



5e.4. La dinamica della Performance

Prendendo in considerazione gli indicatori selezionati in questa edizione dello studio ed il “peso” loro attribuito, si è provveduto a calcolare le *Performance* che si sarebbe ottenuta negli anni scorsi utilizzando gli indicatori selezionati nel 2025.

Per il 2024, il livello medio nazionale (pesato per le dimensioni delle popolazioni regionali) delle *Performance* sarebbe risultato pari al 39,7% del valore teorico ottimale, mentre era 37,0% nel 2019: si conferma, quindi, un *trend* di miglioramento della *Performance* (Figura 5e.9).

Il miglioramento dell'indice di *Performance* ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, ma in particolare le Regioni del Mezzogiorno (+0,3 p.p. in media): seguono quelle del Centro (+0,09 p.p.) del Nord-Ovest (+0,08 p.p.) e del Nord-Est (+0,01 p.p.).

Nel periodo considerato, si è registrato un miglioramento della *Performance* in tutte le Regioni: quello maggiore si è registrato in Campania (+0,12 p.p.), seguita da Abruzzo (+0,09 p.p.) e Molise (0,08 p.p.); quello più basso in Piemonte e Lombardia, con +0,01 p.p. rispettivamente (Figura 5e.10.).

Figura 5e.10. Indice di Performance: tasso di variazione 2024/2019

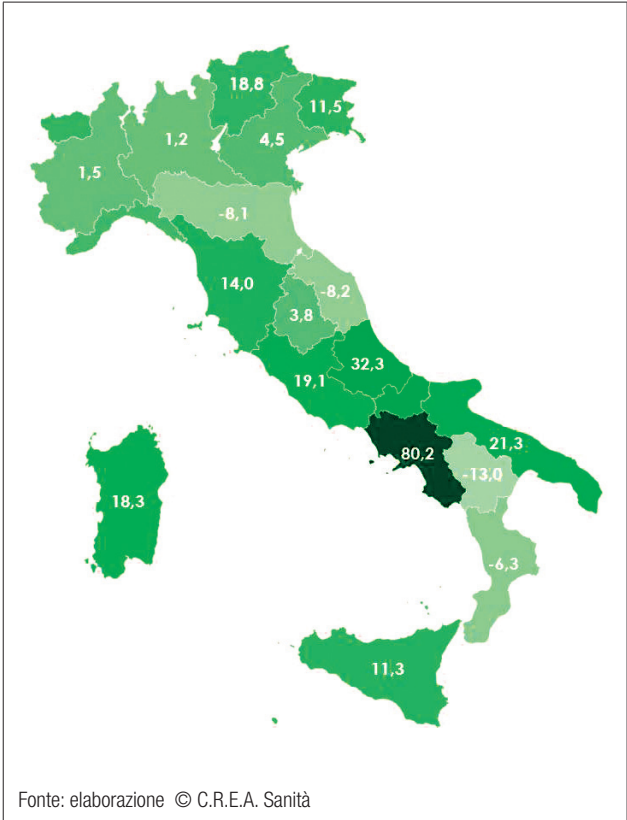
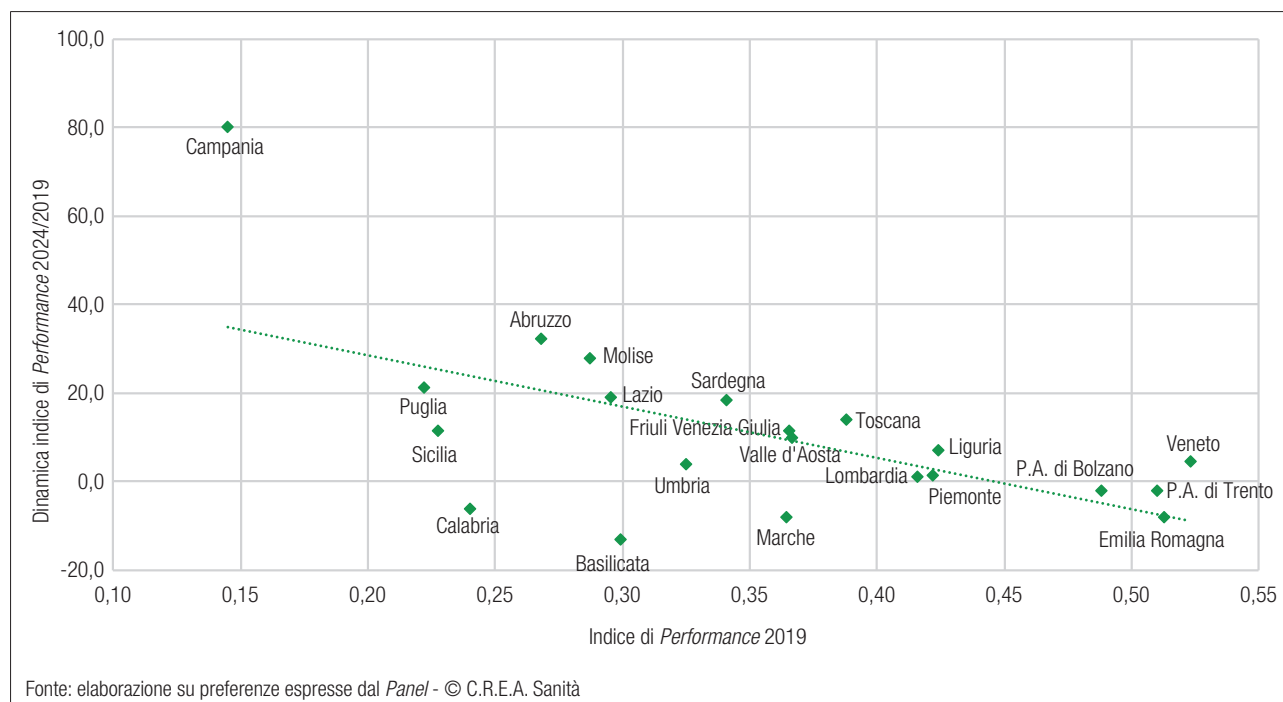


Figura 5e.11. Indice di *Performance* 2019 vs variazione 2024/2019

Eliminando il valore anomalo della Campania, si osserva una correlazione negativa (-0,45) fra entità del miglioramento e livello di partenza della *Performance*, che ha comportato una significativa riduzione delle differenze esistenti, in termini di opportunità di tutela della salute, fra Sud e Nord (Figura 5e.11.).

5e.5. Performance, qualità di vita e soddisfazione dei cittadini

L'indice di *Performance* è stato messo in relazione con il livello di soddisfazione dei cittadini/pazienti (cfr. Capitolo 5c), misurato con alcune *Patient Reported Experience Measures* (PREM's): i risultati indicano che una migliore *Performance* genera una maggiore *customer satisfaction*, con un coefficiente di correlazione fra i due indicatori (Figura 5e.12.) a livello regionale che risulta positivo (0,73).

Da una analisi più di dettaglio si osserva che un discreto livello di soddisfazione dei cittadini si registra anche in Regioni con bassi livelli di *Performance*: fenomeno che può avere varie spiegazioni, per lo più legate alle percezioni dei pazienti.

In alcune Regioni (come si vedrà a seguire) si registra, infatti, una alta qualità della vita correlata alla salute (HRQoL), che presumibilmente implica la percezione di buoni esiti di cura anche in presenza di *Performance* insoddisfacenti.

Analogamente, è possibile/plausibile che in alcune Regioni, a fronte di *Performance* storicamente insoddisfacenti, nella popolazione si sia consolidata una minore aspettativa sulla qualità dei servizi.

Analizzando il fenomeno per aree assistenziali, si conferma una elevata correlazione fra l'indice di *Performance* e l'indice soddisfazione per le "Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione" (0,84), i "Ricoveri ospedalieri programmati" (0,77) e l'"Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118 ecc.)" (0,72). La correlazione è invece significativamente minore (0,38), con i servizi di "Assistenza alle persone non autosufficienti".

Nel complesso, la correlazione è, quindi, forte tra l'indice di *Performance* e il livello di soddisfazione per le aree assistenziali ospedaliere (0,79) ed ambulatoriali (0,80); al contrario minore per le aree del sociale e della non autosufficienza (0,55), ovvero quelle per le quali, a livello regionale, la soddisfazione

ne è omogeneamente bassa; ed intermedia per l'assistenza primaria e l'accesso al farmaco (0,64), ove di contro la soddisfazione è quasi ovunque elevata.

Come anticipato, è stata anche rilevata la HRQoL, somministrando lo strumento EQ-5D-5L (che misura la percezione individuale dello stato di salute in cinque dimensioni, mobilità, cura di sé, attività abituali, dolore o fastidio, ansia o depressione) ad un campione rappresentativo della popolazione italiana (cfr. Capitolo 5a. Esiti di salute).

A livello regionale, la HRQoL mediana risulta di 0,890 QALY, passando dal valore migliore pari a 0,938 QALY registrato nel Trentino Alto Adige, al peggiore (0,840 QALY) dell'Umbria.

Il coefficiente di correlazione tra la *Performance* regionale e la relativa HRQoL (0,48), pur positivo, risulta significativamente inferiore a quello registrato con i PREM's: un risultato che sembra indicare che la misura della *Performance* elaborata è più legata a indicatori oggettivi (di esito e accesso) che non alla percezione soggettiva dei cittadini relativamente al proprio stato di salute; peraltro, è largamente con-

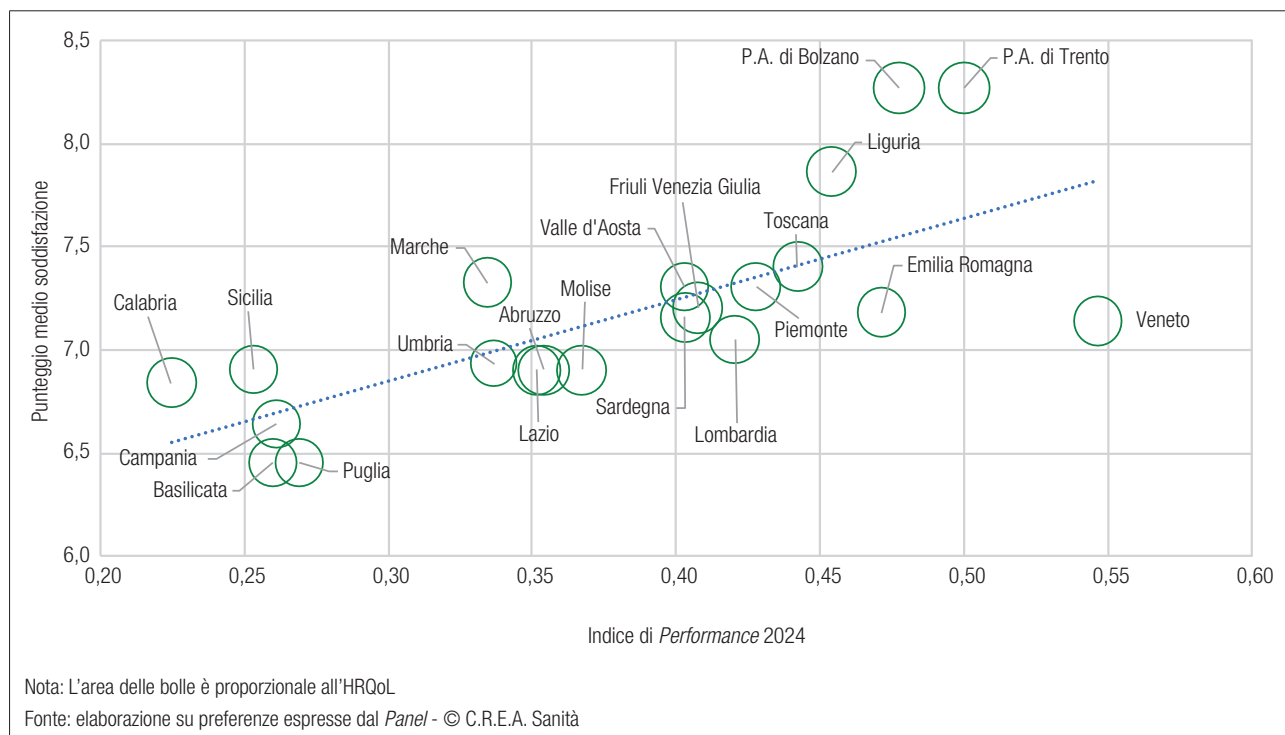
diviso a livello scientifico che la salute dipende da una congerie di fattori, quali le caratteristiche sociali, culturali, economiche dei cittadini, e non solo dai servizi ricevuti.

5e.6. Sostenibilità SSR

Come anticipato, il *Panel* ha individuato delle aree che considera fondamentali per il mantenimento di condizioni di sostenibilità dei SSR; in particolare, citiamo la prevenzione, l'ambiente, l'innovazione gestionale-organizzativa e l'integrazione socio-sanitaria.

Dal *set* dei 22 indicatori selezionati ne sono stati, quindi, selezionati dal *Panel* sette, ritenuti rappresentativi delle aree che maggiormente impattano sulla sostenibilità; successivamente, con essi, sono state identificate le Regioni alla luce delle *Performance* misurate da questi indicatori sembrano potersi ritenere più "resilienti" in termini di sostenibilità.

5e.12. Indice di *Performance*, Indice di soddisfazione dei cittadini e HRQoL



In particolare, sono stati selezionati due indicatori afferenti alla Dimensione Appropriatezza, “Tasso di anziani trattati in ADI” e “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)”; due afferenti alla Dimensione Esiti, “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” e “Qualità dell’aria (PM 2.5)”; due della Dimensione Sociale, “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale” e “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono ADI con Servizi Sanitari” e uno per la Dimensione Innovazione, “Indice di implementazione rete oncologica”.

Il criterio utilizzato per “promuovere” le Regioni in termini di sostenibilità è stato quello di identificare quelle che per almeno il 70% degli indicatori (cinque su sette) registrano un valore pari o superiore all’80% del valore corrispondente al terzo quartile della distribuzione nazionale.

Rispettano il criterio nove Regioni, Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Abruzzo e Sardegna; tra queste Emilia Romagna, Toscana e Abruzzo hanno anche registrato un miglioramento nel medio periodo della loro potenziale capacità di “resilienza”.

Più esposte a problemi di sostenibilità risultano Valle d’Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia. Tra queste, nel medio periodo (2019-2024), Friuli Venezia Giulia, Molise e Campania, hanno comunque registrato un miglioramento.

5e.7. Riflessioni finali

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 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 cinque 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 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.

Le valutazioni delle *Performance*, pur simili, presentano alcune difformità se analizzate per le diverse 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* sia 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 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 gestionale 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 fatto 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.

Riferimenti bibliografici

- [1] C.R.E.A. Sanità; Rapporto Sanità. (anni vari)
- [2] C.R.E.A. Sanità; Le Performance Regionali. (anni vari)

Sintesi

CAPITOLO 5f

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

d'Angela D.¹

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%).

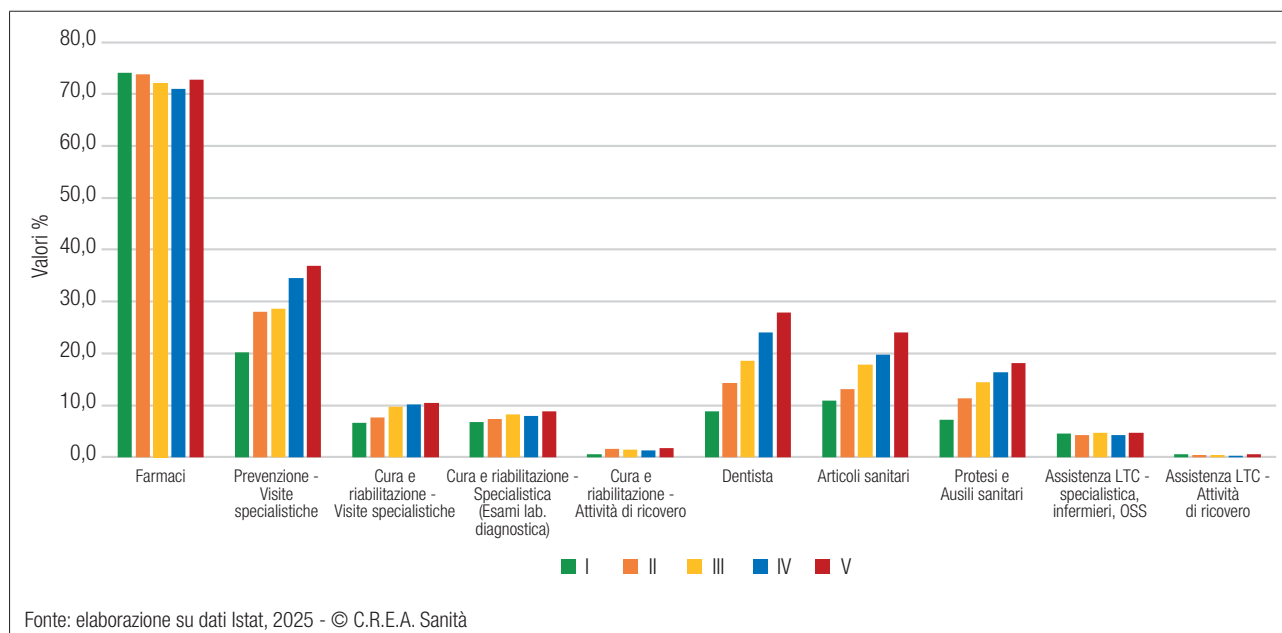
Rispetto al 1985 la quota di famiglie italiane che dichiarano di sostenere spese sanitarie *Out Of Pocket* (OOP) è aumentata complessivamente di +19,2 punti percentuali (p.p.), con una crescita marcata fino al 1997 (+17,9 p.p.), seguita da una fase di riduzione fino al 2012 (-8,8 p.p.), un nuovo picco 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.

¹ 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 diffusi: 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).

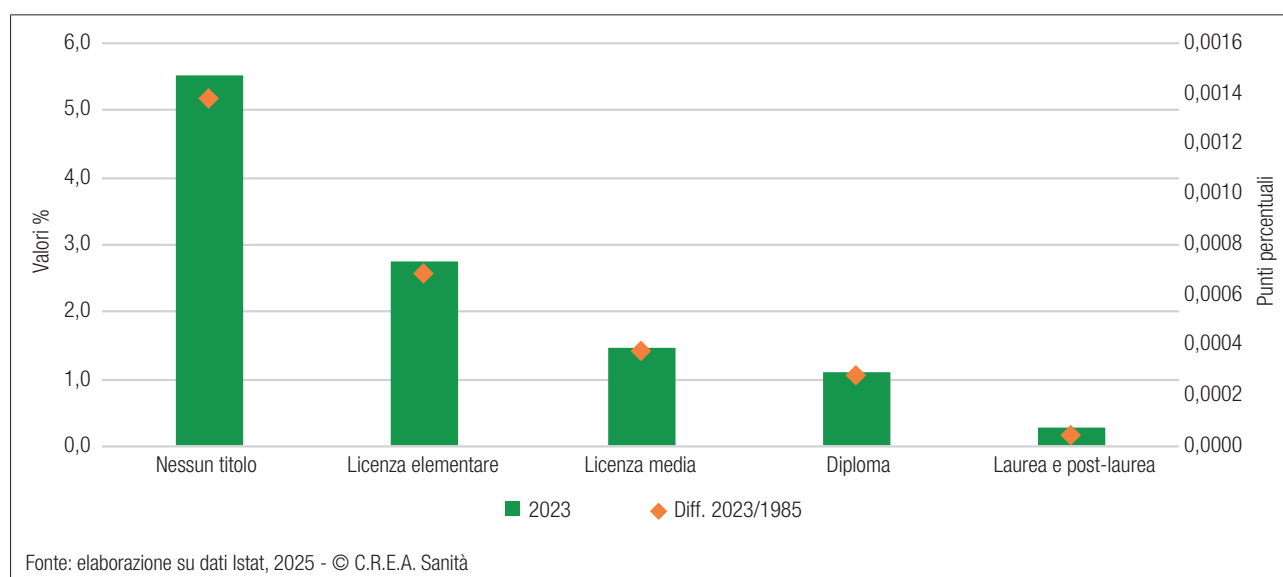
L'impatto nel Mezzogiorno è circa tre volte quello registrato nel Nord e più del doppio di quello registrato nel Centro.

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"² 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 disagio³ 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.

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

³ 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 5f

**Impoverimento, catastroficità e disagio economico:
i livelli di equità del nostro Servizio Sanitario***d'Angela D.¹*

Il presente contributo si pone l'obiettivo di valutare l'impatto economico della Sanità sui bilanci delle famiglie, mediante l'analisi dei consumi sanitari sostenuti privatamente; l'ultimo aggiornamento sui consumi delle famiglie è relativo al 2023, e permette, in continuità con quanto avviato nella precedente edizione del Rapporto, di analizzare diverse aree assistenziali, distintamente per area di intervento: prevenzione, cura e riabilitazione, ma anche *Long Term Care* (LTC), allargando quindi il perimetro dell'analisi verso la non-autosufficienza; per completezza, l'analisi è stata altresì estesa alla componente dei consumi socio-assistenziali per gli anziani e i disabili.

L'analisi della spesa privata permette di elaborare indicazioni sull'effettiva capacità di tutela del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia: in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, è stata effettuata una analisi delle disuguaglianze nelle spese sanitarie sostenute direttamente dalle famiglie, al fine di valutare l'equità (*fairness*) dei Sistemi Sanitari sul lato del finanziamento, adottando la logica ex-post sottostante l'approccio definito del *burden space* (Murray et al., 1999) [5].

Secondo tale approccio, la spesa privata è una componente del finanziamento (del complesso) delle prestazioni sanitarie, e la rilevazione di disuguaglianze nel suo impatto sui bilanci delle famiglie è indice di fallimento della funzione di tutela dei Sistemi Sanitari, nello specifico sul versante della protezione dai rischi economici derivanti dalla malattia.

Nel presente contributo si è valutata l'evoluzione della capacità di protezione dai rischi economici, analizzando i dati dalla istituzione del SSN (L. n.

833/78) ad oggi: si è operato elaborando vari indicatori: la quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, l'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa per 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.

Ove possibile, sono state effettuate varie stratificazioni: per Regione di residenza, per quintile di consumo, per livello di istruzione della persona di riferimento della famiglia, per composizione del nucleo familiare.

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

Propedeuticamente, va ancora segnalato che i consumi sanitari *Out Of Pocket* (OOP) delle famiglie rilevati dall'Istat non rilevano con precisione la quota di spesa coperta dalle polizze assicurative (individuali e non) erogate in forma cosiddetta "indiretta", ovvero quella parte dei consumi che di fatto gode di un successivo rimborso delle spese effettuate: questo si traduce in una sovrastima della spesa sanitaria nella misura in cui i premi assicurativi vengono già considerati.

Analogamente, va tenuto presente che parte del-

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

le spese sanitarie sono di fatto fiscalmente deducibili e questo si traduce in una riduzione del loro impatto.

5f.1. I consumi sanitari *Out Of Pocket* delle famiglie

Nel 2023 (ultimo anno disponibile), 18,7 mln. di famiglie italiane (70,9%) hanno sostenuto spese per consumi sanitari.

La ripartizione del Centro, con il 75,9%, è quella con la maggiore quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, seguita dal Mezzogiorno con il 70,8%, dal Nord-Ovest con il 68,8% e dal Nord-Est con il 68,6%.

A livello regionale, il Lazio è la Regione che registra la quota maggiore (79,8%); il Trentino Alto Adige quella minore (63,6%).

Rispetto al 1985 la quota di famiglie italiane che dichiarano di sostenere spese sanitarie OOP è aumentata complessivamente di +19,2 punti percentuali (p.p.). L'andamento temporale di questo fenomeno risulta "ondivago": si registra 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.).

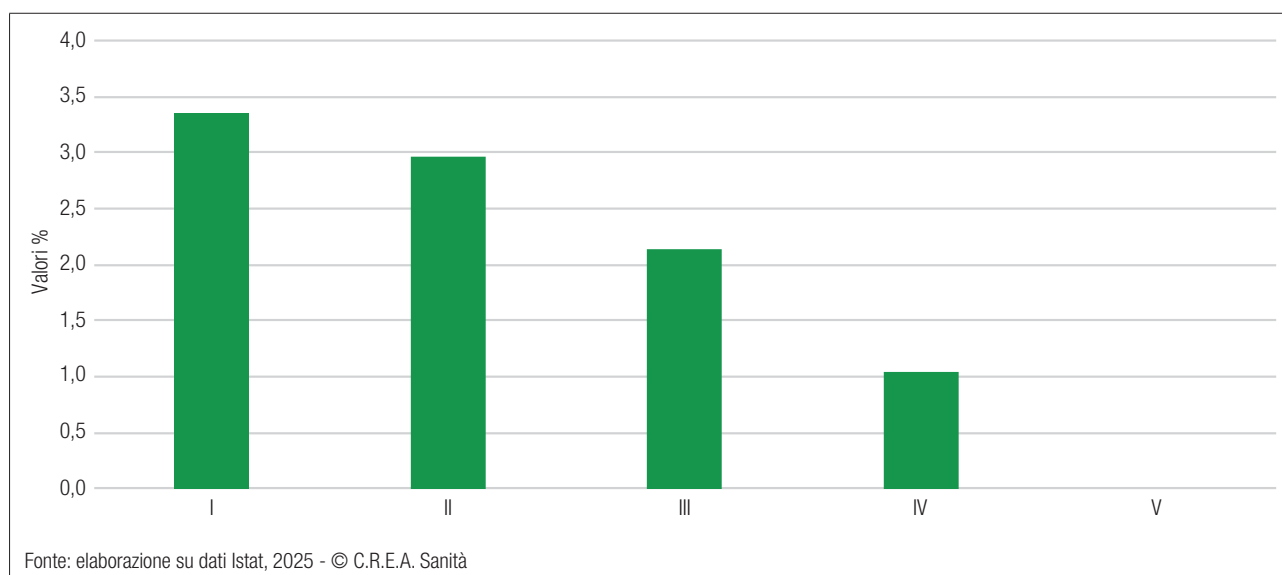
Appare opportuno esprimere una nota di cautela nell'interpretazione dei dati più recenti, in quanto l'osservata riduzione delle famiglie soggette a spese sanitarie OOP potrebbe, almeno in parte, essere attribuita alla crescita del fenomeno della rinuncia alle cure per motivi economici, come emerge dal Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) dell'Istat.

Nel 2023, 3,2 mln. di famiglie hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie per motivi economici, e di queste 890.000 non le hanno in effetti affatto sostenute: prudenzialmente, definiamo convenzionalmente solo queste ultime come casi di "effettive rinunce" alle spese sanitarie.

Il fenomeno delle "nuove rinunce" coinvolge, quindi, il 3,3% delle famiglie, coinvolgendo 2,3 mln. di cittadini; il dato risulta essere inferiore di 0,9 p.p. rispetto all'incidenza delle rinunce per motivi economici riportata nel Rapporto BES, che però considera anche parte delle famiglie che hanno spese sanitarie nulle già dall'anno precedente.

Il fenomeno nel 2023 incide soprattutto nel Nord-Ovest ed il Mezzogiorno del Paese (rispettivamente 3,9% e 3,5% delle famiglie ivi residenti), poi il Nord-Est (3,3%) ed il Centro (2,4%).

Figura 5f.1. "Rinunce" alla spesa per consumi sanitari, per quintile di consumo. Anno 2023



Come era lecito aspettarsi, le rinunce sono più frequenti fra le famiglie meno abbienti: coinvolgono il 3,4% delle famiglie del I quintile di consumo, il 3,0% di quelle del II, il 2,1% di quelle del III, l'1,0% e lo 0,02% di quelle rispettivamente del IV e V quintile (Figura 5f.1.).

Le rinunce sono, inoltre, più frequenti fra le famiglie con persona di riferimento dotata di licenza media (2,9%) e con diploma (3,8%).

In termini di composizione della famiglia, quelle maggiormente coinvolte sono le famiglie di stranieri (9,2%), quelle monocomponente *under* 65 (4,0% di queste) e quelle con tre o più figli (3,9%).

Ricordando i caveat espressi sulle rinunce, va notato che a livello geografico, mentre nel 1985 registrava la massima quota di famiglie spendenti (privatamente) il Nord-Est (62,3%) e quella minima il Sud e Isole (38,4%), negli anni seguenti il *ranking* si inverte: infatti a fronte di una crescita nel Nord di +6,3 p.p., nel Sud e Isole se ne registra una di +32,4 p.p.. Si inverte, quindi, la "logica economica" che vorrebbe una proporzionalità fra consumi e reddito.

In termini di distribuzione per quintili di consumo, fra le famiglie dei due quintili di consumo più "alti" la quota di quelle che ricorrono a spese sanitarie privatamente è, rispettivamente, del 77,4% e 82,8%; fra quelle meno affluenti del primo quintile di consumo, la percentuale risulta pari al 53,0%. Giova notare che rispetto al 1985, a fronte di una crescita che ha interessato tutti i quintili di consumo, questa risulta maggiore nel I e nel II (rispettivamente +19,9 p.p. e +20,7 p.p.), verso incrementi nel IV e nel V rispettivamente di +17,7 p.p. e +18,4 p.p..

Il massimo incremento medio annuo per le famiglie del I e II quintile si è registrato nel periodo 1985-1991 (+5,07 p.p. e +2,83 p.p. rispettivamente); di contro, la quota di famiglie spendenti del IV e V quintile si è ridotta in tutti i periodi ad eccezione ancora del periodo 1991-2000 (rispettivamente +2,69 p.p. e +2,96 p.p. medi annui).

Considerando il livello di istruzione della famiglia, identificato dal titolo di studio della persona di riferimento, si osserva come sostengano spese sanitarie privatamente più frequentemente le famiglie ai due estremi della distribuzione; quelle con un basso li-

vello di istruzione e quelle con almeno un laureato (74,5% e 75,8% rispettivamente).

Dalla nascita del SSN ad oggi, l'incidenza di ricorso alle spese sanitarie da parte delle famiglie meno istruite, è aumentata di +28,7 p.p., incremento sovrapponibile a quello registrato dalle famiglie la cui persona di riferimento ha almeno una laurea (+28,8 p.p.), ma superiore a quello degli altri segmenti.

Guardando alla composizione della famiglia, rispetto al 1985, il massimo aumento di incidenza si registra fra le famiglie con almeno tre figli minorenni (+32,0 p.p.).

5f.2. La spesa sanitaria delle famiglie

In termini di spesa, nel 2024, il consumo sanitario medio familiare ammonta a € 1.414,1, con una incidenza del 4,3% sui consumi totali, di cui rappresenta stabilmente la sesta voce in termini quantitativi: dopo "Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili" (36,0%), i "Prodotti alimentari e bevande analcoliche" (20,1%), "Trasporti" (9,3%), "Servizi di ristorazione e alloggio" (10,6%) e "Beni e servizi per la cura della persona, servizi di protezione sociale e altri beni e servizi" (5,0%).

Restringendo l'analisi alle sole famiglie che sostengono spese sanitarie, l'incidenza sui consumi totali sale al 6,0%, con un valore medio familiare (spesa "effettiva") pari a € 1.977,7 annui nel 2023 (+7,0% nell'ultimo anno).

La spesa sanitaria media delle famiglie italiane è cresciuta nell'ultimo anno disponibile, del +4,3%, a fronte di una sostanziale invarianza fra il 2021 e il 2022. La stima secondo Istat per il 2024 riferisce un incremento più contenuto, pari al +0,6%.

Dalla nascita del SSN (per la precisione dal 1985, primo anno di cui sono disponibili i dati) l'incidenza della spesa sanitaria OOP sul totale della spesa per consumi delle famiglie è passata dall'1,7% al 4,3% nel 2023. Nel periodo considerato, la crescita è stata costante, tranne che nel periodo 2012-2017, che ha fatto registrare una riduzione di -0,3 p.p., dovuta principalmente all'espansione dei consumi totali.

Si può anche apprezzare come, all'inizio del

periodo considerato, l'incidenza della spesa per la salute su quella totale era maggiore, come lecito attendersi, nelle ripartizioni del Nord (Nord-Est 2,1%) e minima nel Sud e Isole (1,1%). Nel periodo considerato la crescita dell'incidenza è stata però maggiore nel Mezzogiorno (+3,3 p.p., seguita dal Centro con +3,1 p.p.) che nel Nord (+1,7 p.p. nel Nord-Est), così che dal 2020 si è registrata una inversione nel *ranking*.

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 dei 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; anche 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. rispetto al reddito disponibile; nel Centro l'au-

mento 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 quindi 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 (Figura 5f.2.).

L'analisi dell'incidenza per quintili di consumo mostra che questa è maggiore nelle famiglie del penultimo e ultimo quintile di consumo (4,6%) e minore in quelle del primo (3,0%), con un differenziale pari a 1,6 p.p. (Figura 5f.3.); rispetto al 1985, però, l'incremento dell'incidenza è stato maggiore per le famiglie dei primi tre quintili di consumo, così che il differenziale fra i quintili estremi si è ridotto da 2,2 volte a 1,5.

Figura 5f.2. Spesa sanitaria pro-capite familiare e reddito disponibile (1997=100)



Limitando l'analisi alle famiglie che sostengono spese sanitarie, l'incidenza dei consumi risulta massima nel secondo e quarto quintile di consumo (5,9%), e minima fra quelle del quinto (5,5%).

Degno di nota è che, se nel 1985 nei primi tre quintili di consumo si concentrava il 27,5% della spesa sanitaria privata, nel 2023 tale quota è cresciuta sino al 37,6% (7,2% nel primo, 13,0% nel secondo e 17,4% nel terzo).

Prendendo in considerazione il livello di istruzione, nel 2023 l'incidenza maggiore della spesa si re-

gistra nelle famiglie con persona di riferimento senza alcun titolo di studio (6,8% dei consumi familiari), la minore (3,9%) in quelle con almeno un laureato, con un differenziale pari a +2,9 p.p..

Nel periodo 1985-2023, l'incremento di incidenza è stato maggiore per le famiglie con persona di riferimento con un basso o assente titolo di studio: +5,0 p.p. e +4,1 p.p. rispettivamente, e minima (+2,4 p.p.) per quelle con persona di riferimento laureata (Figura 5f.4.).

Figura 5f.3. Incidenza della spesa per consumi sanitari sui consumi totali

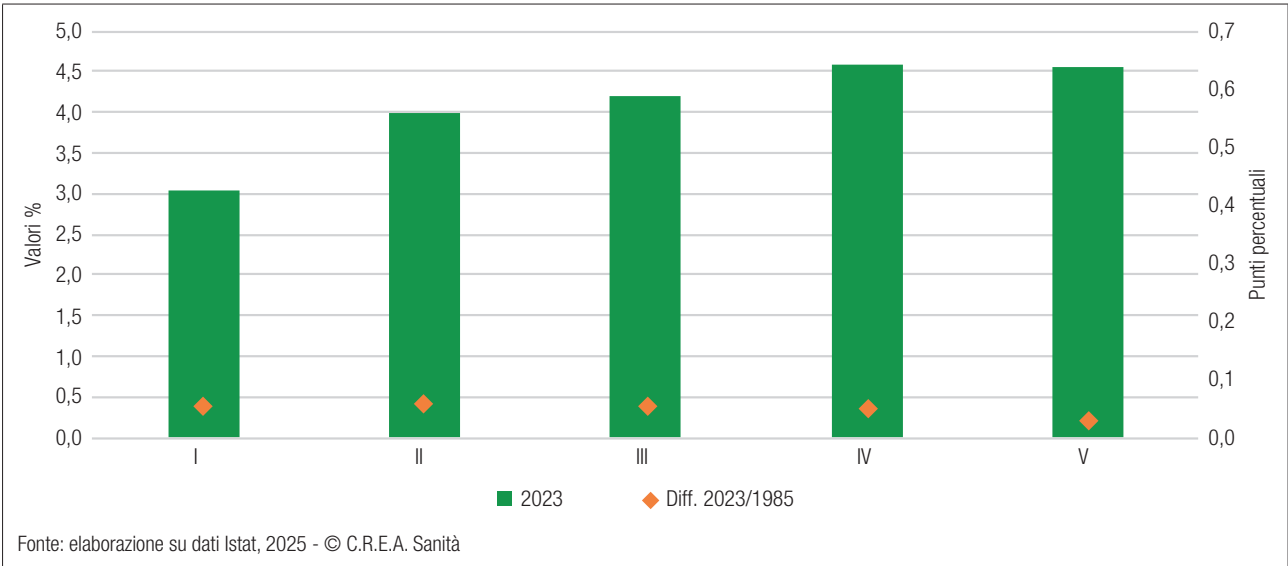
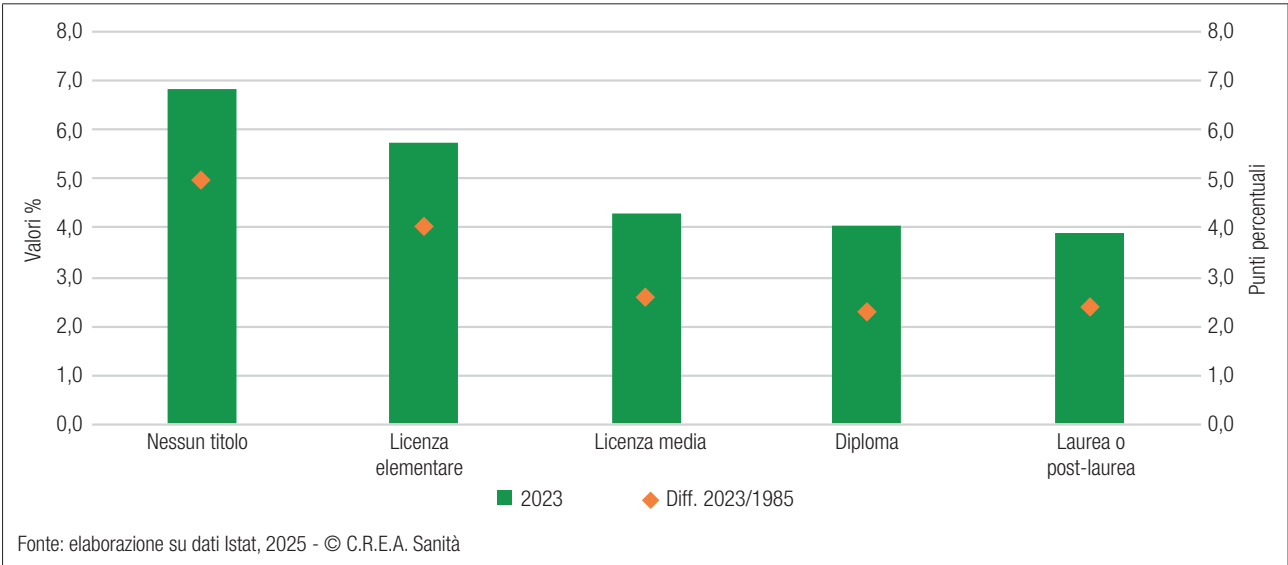


Figura 5f.4. Incidenza della spesa per consumi sanitari sui consumi totali



Negli ultimi quarant'anni l'incremento di incidenza delle spese sanitarie sui consumi totali ha interessato soprattutto le coppie *over 65* senza figli (+0,10 p.p.) e le persone sole *over 65* (+0,08 p.p.), per le quali ha raggiunto rispettivamente il valore del 6,1% e 2,9%.

5f.3. Il profilo di consumo sanitario delle famiglie

Analizzando la composizione dei consumi sanitari privati delle famiglie, emerge come i farmaci rappresentino la prima voce in termini di frequenza di consumo: nel 2023, il 72,6% delle famiglie che effettuano spese sanitarie ha acquistato farmaci, il 39,6% visite specialistiche, di cui il 30,5% per visite specialistiche a fini preventivi (ovvero non inseriti in un percorso di presa in carico), il 17,7% articoli sanitari (termometri ecc.), il 19,7% cure odontoiatriche, il 7,9% esami di laboratorio e diagnostica, il 14,1% protesi e ausili, il 4,5% servizi assistenziali per LTC e l'1,8% attività di ricovero ospedaliero.

Aggregando le voci di spesa per “fase” di presa in carico (prevenzione, cura, riabilitazione e LTC), si osserva come l'incidenza delle famiglie che spendo-

no per la “fase” preventiva oscilla dal 24,2% di quelle residenti nel Mezzogiorno al 37,3% di quelle del Centro. Il ricorso aumenta con la capacità di spesa delle famiglie: si passa dal 20,2% delle famiglie del I quintile di consumo al 36,9% di quelle dell'ultimo.

La frequenza di acquisto di prestazioni classificabili come relative al percorso di cura varia in maniera più contenuta: passa dal 20,1% delle famiglie del Mezzogiorno, al 14,1% di quelle del Centro; si riferiscono, in particolare, per il 13,4% alle famiglie del primo quintile di consumo, e per il 19,2% a quelle dell'ultimo, all'11,3% di quelle meno istruite ed al 17,4% di quelle più istruite.

Tali andamenti suggeriscono che l'accesso a prestazioni “preventive” è più eterogeneo che per quelle del percorso di cura: un fenomeno interpretabile in termini di barriere all'accesso, nella misura in cui il ricorso a prestazioni a pagamento appare configurare una “condizione” per ottenere un accesso “rapido” al percorso di cura; assumendo tale interpretazione, si paventa il rischio dell'esistenza di una elevata iniquità, a sfavore dei pazienti meno istruiti e con meno disponibilità economiche.

Figura 5f.5. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, per voce di spesa e quintile di consumo. Anno 2023

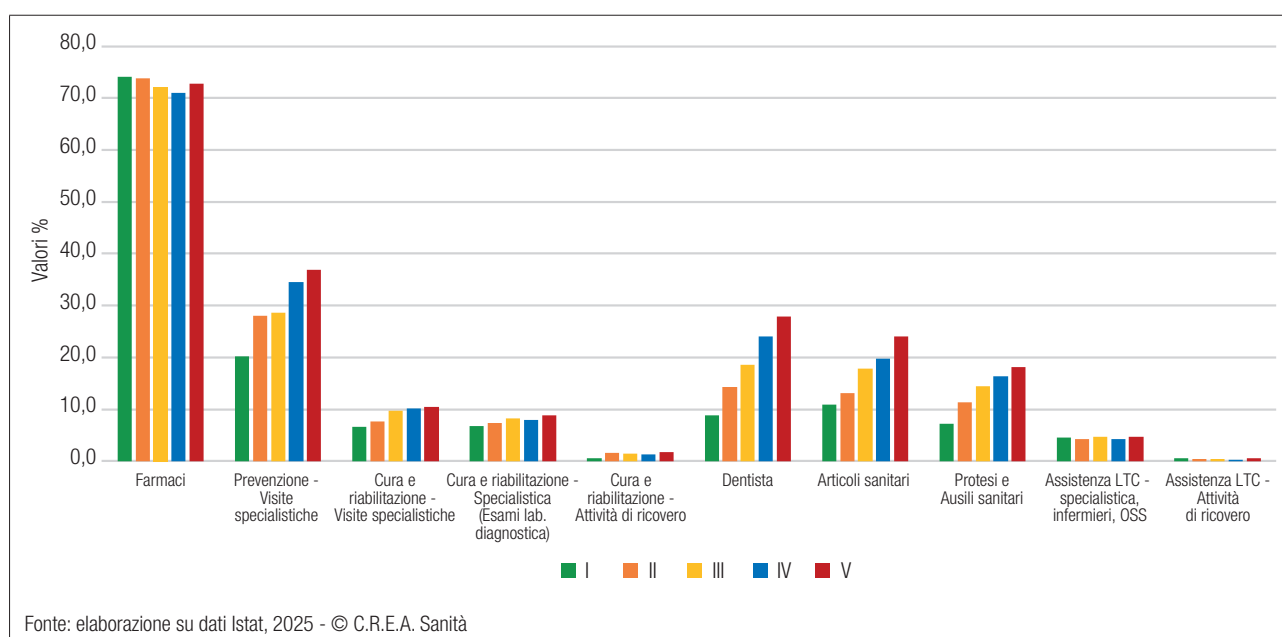
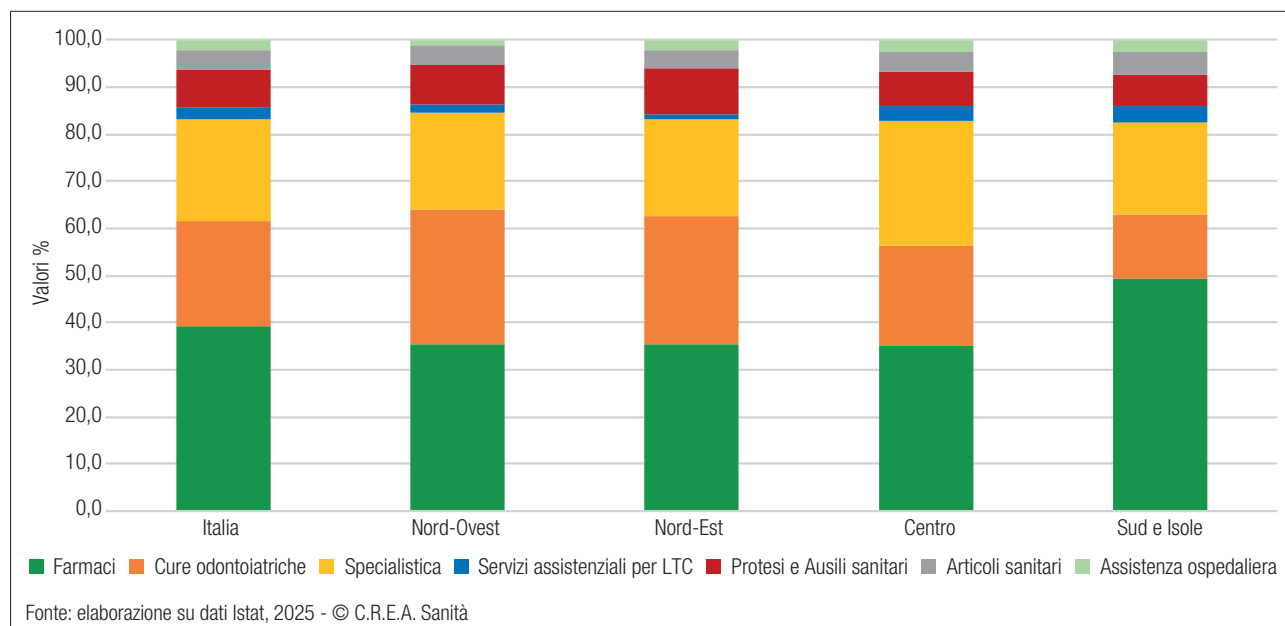


Figura 5f.6. Composizione della spesa media annua “effettiva” delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia di bene e ripartizione geografica. Anno 2023

Le famiglie residenti nel Mezzogiorno acquistano maggiormente farmaci (81,0% delle famiglie) e visite specialistiche con finalità preventiva (24,2% delle famiglie con spese sanitarie); quelle del Centro ricorrono in maggior misura alle prestazioni specialistiche, all'assistenza LTC (ricovero, specialistica e assistenza infermieristica e socio-sanitaria) e articoli sanitari; la maggior quota di famiglie che ricorrono alle spese odontoiatriche si registra invece nel Nord-Est, ed è pari al 26,4%.

La quota di famiglie che spendono per farmaci, assistenza ospedaliera e servizi assistenziali per LTC non varia in modo significativo fra i quintili di consumo; di contro, quella delle famiglie che spendono per il dentista, la specialistica e la diagnostica, cresce con la disponibilità economica: per il dentista si passa 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% (Figura 5f.5.), evidenziando chiare barriere all'accesso.

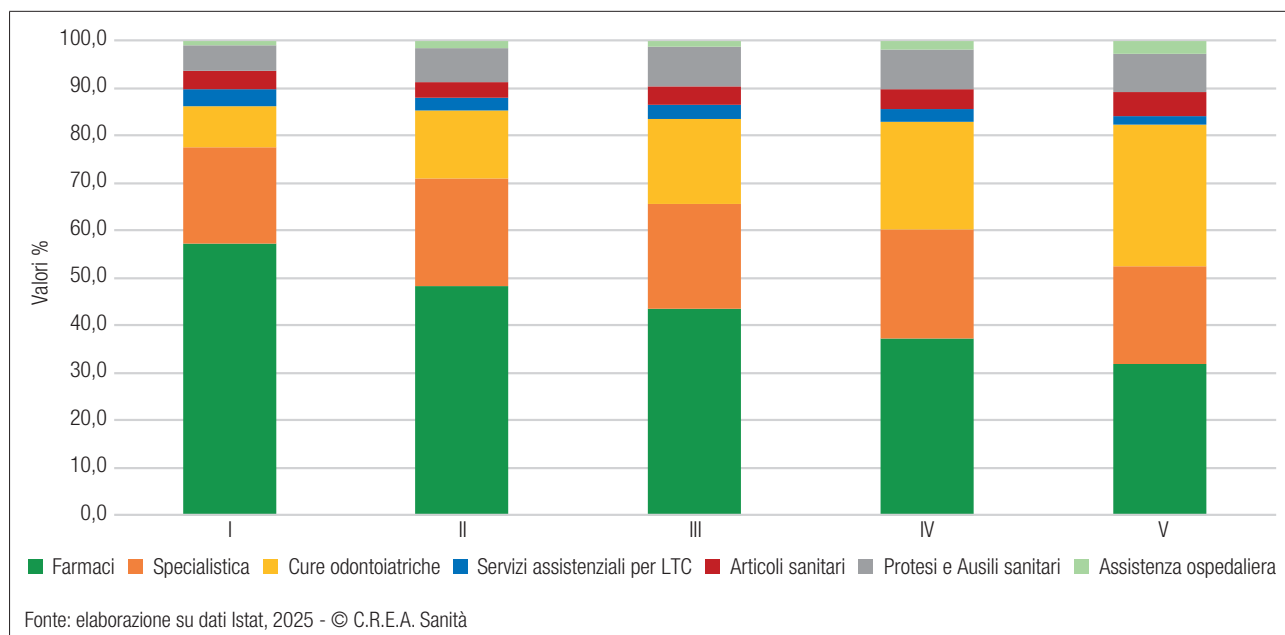
Analizzando la tipologia di consumi al variare della tipologia di famiglia, si osserva come oltre l'80% degli anziani (soli o in coppia) e delle coppie *under 65* spendono per i farmaci; oltre il 30% delle famiglie con anziani o famiglie con un figlio minorenni acqui-

stano privatamente prestazioni di visita specialistica a fini preventivi; il ricorso alle cure odontoiatriche è concentrato soprattutto fra le famiglie monocomponente o con figli.

5f.4. Il profilo di spesa sanitaria delle famiglie

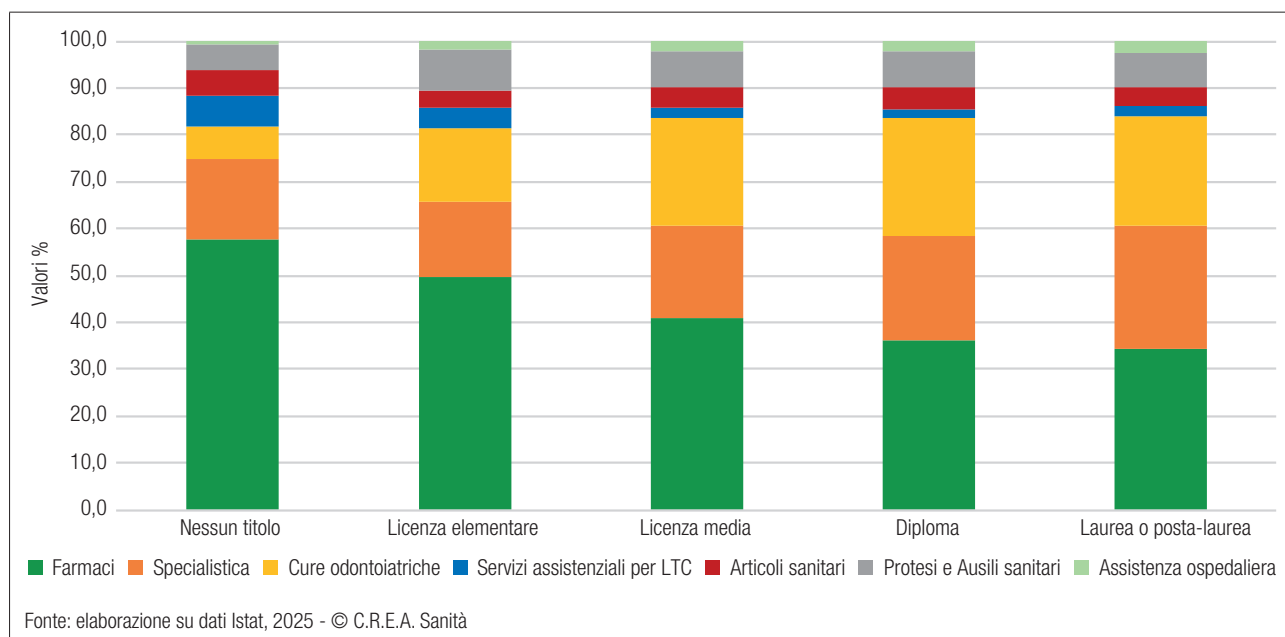
In termini di spesa, i farmaci continuano a rappresentare l'onere maggiore fra le spese sanitarie private (39,2% del totale); seguono le cure odontoiatriche (22,5%); la specialistica (21,7%, di cui il 15,0% per quelle con finalità preventiva); la specialistica per cura e riabilitazione - visite, esami laboratorio e diagnostica (6,7%); protesi e ausili (7,9%); gli articoli sanitari (4,3%); l'assistenza LTC (2,4%), infine l'attività di assistenza ospedaliera (2,0%).

In termini di ripartizione geografica, sono i farmaci ed il dentista le due voci di spesa per le quali si riscontra una maggiore differenza in termini di incidenza: le famiglie del Mezzogiorno destinano circa la metà (49,5%) della spesa all'acquisto di farmaci; quelle del Nord-Est circa un terzo (28,7%) al dentista (Figura 5f.6.).

Figura 5f.7. Composizione della spesa media annua “effettiva” delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia di bene e quintile di consumo. Anno 2023

Dall'analisi per quintile di consumo, emerge come per le famiglie del primo quintile la spesa per i farmaci e la specialistica rappresentino il 77,6% della spesa; il dentista rappresenta l'8,5% dell'onere per

le famiglie del I quintile e il 29,8% per quelle del V; per le restanti voci di spesa l'incidenza sostanzialmente è indipendente dalla capacità di spesa delle famiglie (Figura 5f.7.).

Figura 5f.8. Composizione della spesa media annua “effettiva” delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia di bene e livello d'istruzione. Anno 2023

Dall'analisi per livello di istruzione emerge come le famiglie con capofamiglia meno istruito concentra oltre il 90% della spesa su: 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, mentre cresce quella delle cure odontoiatriche (Figura 5f.8.).

Analizzando l'onore delle diverse voci a seconda della tipologia di famiglia, si osserva che farmaci e specialistica rappresentano oltre il 60% della spesa sanitaria degli anziani (sia soli che in coppia); nelle famiglie con figli e nelle persone sole *under* 65 anni, oltre il 60% dell'onere è destinato ai farmaci e al dentista; l'onere per il dentista raggiunge circa il 30% per le famiglie monocomponente *under* 65 e quelle con figli minorenni.

Alla spesa sostenuta privatamente dalle famiglie per ambito prettamente sanitario si affianca quella relativa all'acquisto di prestazioni assistenziali di ambito socio-sanitario per anziani e disabili: personale convivente per assistenza ad anziani e/o disabili, servizi di assistenza privata a domicilio, servizi di assistenza sociale a domicilio, servizi di natura prevalentemente socio-assistenziale per anziani e/o disabili, nonché case di riposo e/o centri residenziali per anziani e/o disabili.

Nel 2023, 261.152 nuclei familiari (1,0% delle famiglie residenti) hanno dichiarato di aver sostenuto tale tipologia di spesa privatamente.

Il 46,4% appartiene ai quintili di consumi medio alti (IV e V), delle quali oltre la metà (54,8%) risiedono al Nord.

L'onere complessivo ammonta a € 2,2 mld., di cui il 56,9% per servizi di assistenza sociale a domicilio ad anziani e/o disabili, il 14,8% per case di riposo e/o centri residenziali per anziani e/o disabili, l'11,6% per personale convivente per assistenza ad anziani e/o disabili, il 9,4% per servizi di natura prevalentemente socio-assistenziale ad anziani e/o disabili ed il restante 7,3% per servizi di assistenza sociale a domicilio ad anziani e/o disabili.

Analizzando il dato per ripartizione geografica si osserva che la spesa massima viene sostenuta dalle famiglie residenti nel Nord-Ovest (€ 115,8) ed in par-

ticolare per le rette delle Strutture; di contro nel Mezzogiorno e nel Centro, a fronte di una minore offerta di posti letto nelle residenze (1,1 e 3,9 ogni 1.000 abitanti (ab.)) si registrano i valori più bassi di spesa privata (€ 73,4 e € 68,1): per oltre il 50% destinata ad assistenza privata a domicilio ad anziani e/o disabili, evidentemente anche per "compensare" la carenza di offerta nelle Strutture.

5f.5. L'equità dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR)

La "fairness" dei SSR

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, sono stati determinati l'indice di impoverimento, di "catastroficità" e di disagio economico (per cause sanitarie) delle famiglie italiane, al fine di valutare la capacità del sistema pubblico di tutelare i cittadini dagli oneri economici della malattia.

In particolare, per il fenomeno dell'impoverimento è stata ricostruita la dinamica nel periodo 1985-2023, con dettaglio per ripartizione geografica e quintile di consumo.

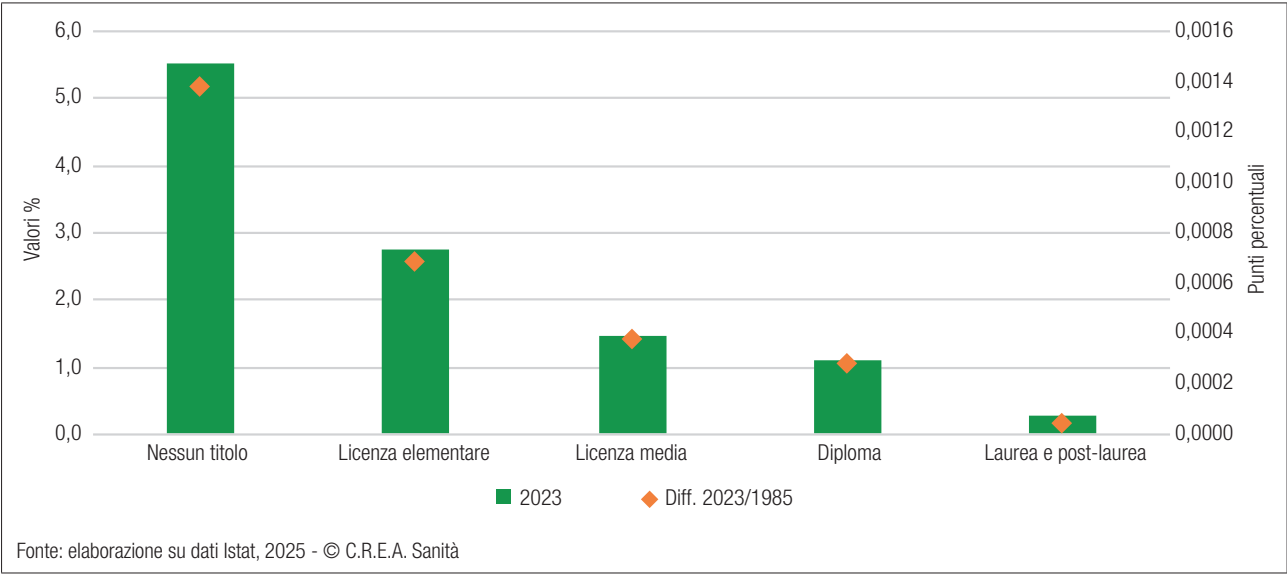
Utilizzando le soglie di povertà relativa dell'Istat, nel 2023 risultano impoverite a causa delle spese sanitarie 367.528 famiglie (l'1,4%, ovvero il 2,0% se si considerano solo quelle che sostengono spese sanitarie).

Le famiglie residenti nel Mezzogiorno si confermano essere le più colpite dal fenomeno, con un'incidenza che risulta essere del 2,6%, contro lo 0,9% di quelle del Centro, lo 0,6% di quelle del Nord-Est e l'1,0% di quelle del Nord-Ovest. Considerando le sole famiglie che sostengono spese sanitarie, l'impatto dell'impoverimento nel Mezzogiorno è tre volte maggiore di quello registrato nel Nord e più del doppio di quello registrato nel Centro.

La Puglia è la Regione con l'incidenza maggiore del fenomeno, pari al 3,3%; all'altro estremo troviamo la Valle d'Aosta (0,3%).

L'impoverimento coinvolge esclusivamente nuclei familiari appartenenti ai quintili di consumo più bassi: nello specifico il 6,3% di quelle del I quintile, lo 0,5% di quelle del II e lo 0,1% di quelle del terzo.

Figura 5f.9. Quota di famiglie impoverite, per livello d'istruzione



Sono le famiglie con persona di riferimento meno istruita quelle più colpite: il 5,5% ne caso di assenza di titolo di studio, il 2,7% nel caso di licenza elementare, l'1,5% con la licenza media e lo 0,1% fra quelle con capofamiglia in possesso di diploma (Figura 5f.9.).

L'impoverimento interessa soprattutto 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 l'incidenza dell'impoverimento è passata dallo 0,1% all'1,4%, aumentando in particolare nel Mezzogiorno (+1,3 p.p.); l'incidenza è cresciuta maggiormente fra le famiglie dei quintili medio bassi: per il primo quintile si è passati dallo 0,5% al 6,3%; le meno "protette" sono risultate le famiglie associate ad un basso livello di istruzione: l'incidenza è passata dallo 0,2% al 5,5% per quelle con capofamiglia senza alcun titolo, e dallo 0,1% al 2,7% per quelle con licenza elementare (Figura 5f.10.).

Figura 5f.10. Quota famiglie impoverite, per quintile di consumo

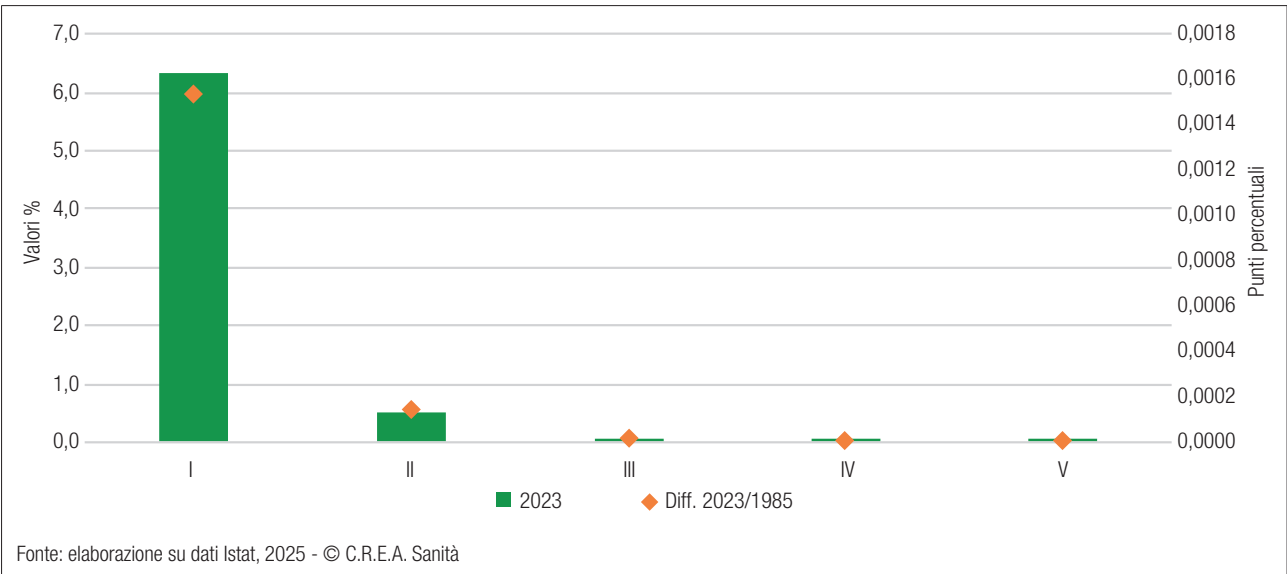
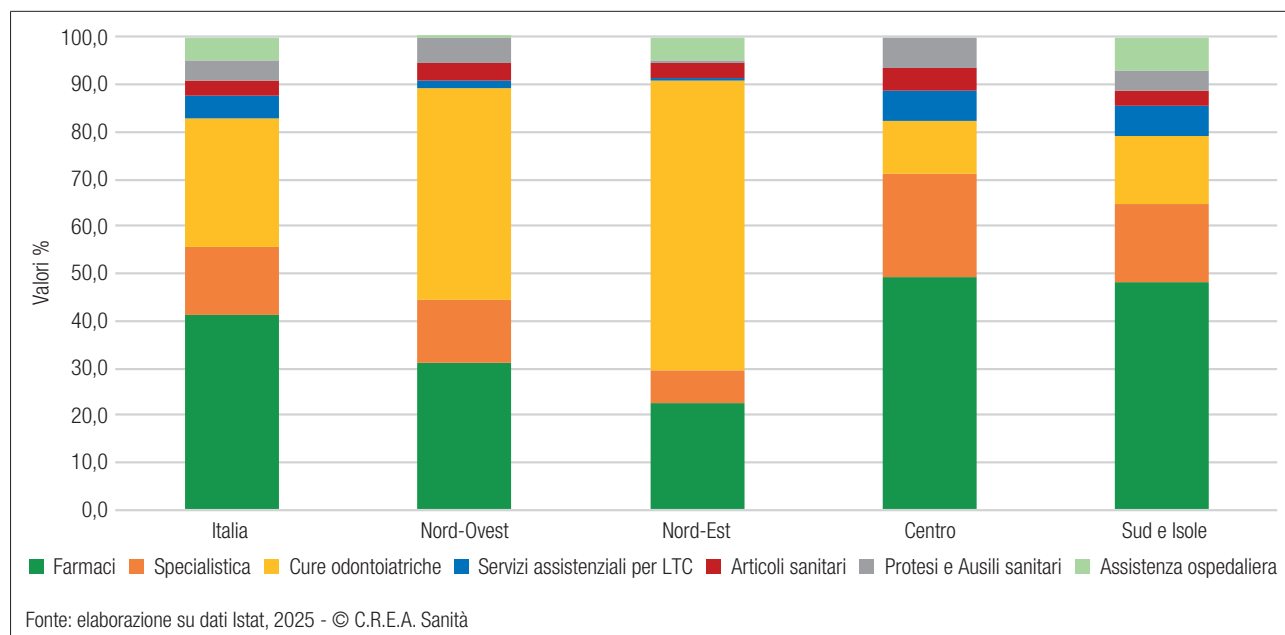


Figura 5f.11. Composizione della spesa media annua delle famiglie impoverite, per tipologia di bene e ripartizione geografica. Anno 2023



Analizzando la composizione dei consumi sanitari delle famiglie impoverite, si osserva che oltre il 65% della spesa è relativa a farmaci e cure odontoiatriche (rispettivamente 41,0% e 27,2%); seguono specialistica, e LTC (rispettivamente 14,9% e 4,9%); nel Mezzogiorno e nel Centro l'onere per i farmaci e l'assistenza LTC rappresentano una quota superiore a quella media nazionale (Figura 5f.11.).

In sintesi, il fenomeno dell'impoverimento colpisce soprattutto i residenti nel Sud del Paese, ed i nuclei più "fragili" (ovvero le famiglie dei primi quintili di consumo, meno istruite, gli *over 75* anni con famiglia monocomponente o coppia, e le famiglie con un minore). I farmaci e l'assistenza LTC impoveriscono gli anziani, e il dentista le famiglie con figli.

La stima dell'impoverimento non considera, peraltro, l'incidenza del fenomeno delle "rinunce" per motivi economici.

A tal fine è stato elaborato l'indicatore di "disagio economico per le spese sanitarie" che somma agli impoverimenti le "nuove rinunce": secondo questo indicatore, nel 2023, il 4,7% del totale dei nuclei

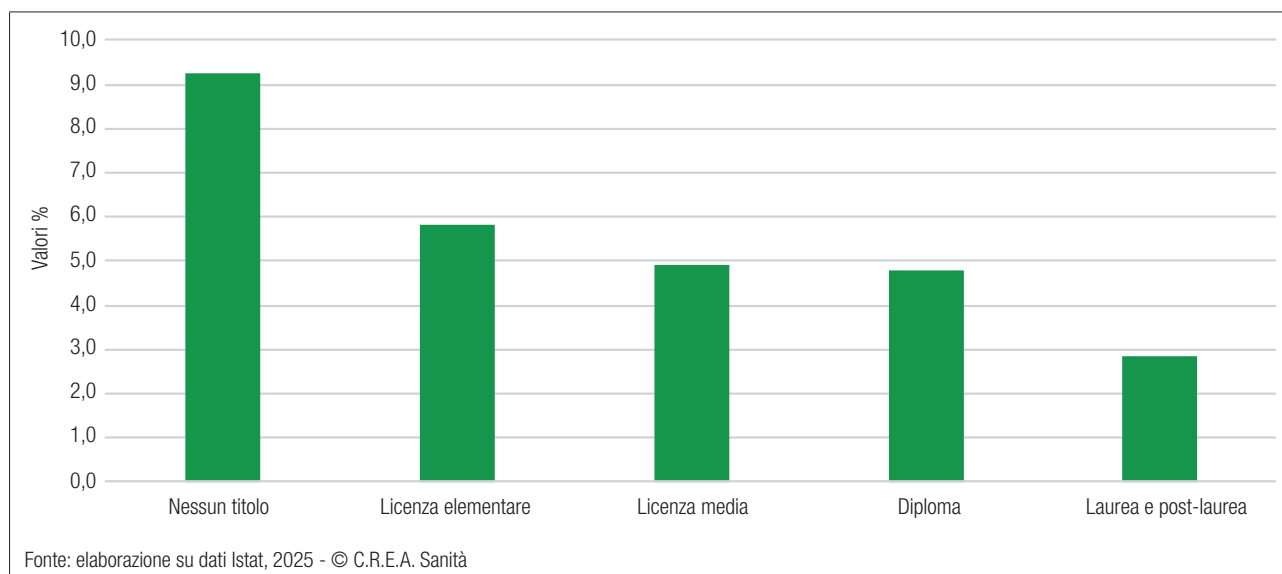
(1,25 mln. di famiglie, ovvero 2,3 mln. di persone) registrano un disagio economico legato alle spese sanitarie.

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%.

La Sardegna è la Regione con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico, pari al 6,8%; all'estremo opposto troviamo il Lazio con il 2,8%.

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 (Figura 5f.12.).

Figura 5f.12. Quota di famiglie soggette a disagio economico, per livello d'istruzione. Anno 2023

Analizzando il fenomeno per tipologia di famiglie, si osserva come il disagio colpisca in particolare le famiglie di stranieri (13,6%), le coppie con tre o più figli (7,9%) e le monocomponenti con soggetto *under* 65 anni (8,7%).

Nell'ultimo decennio l'incidenza del disagio² 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.

Dall'analisi per quintile emerge come sia aumentata l'incidenza in tutti i quintili di consumo, ma in particolare nei primi tre, rispettivamente di +1,0, +0,8 e +0,4 p.p. rispettivamente; negli ultimi due è aumentata di +0,1 p.p..

Infine, sono state elaborate le incidenze delle spese sanitarie cosiddette "catastrofiche" (*World Health Report* OMS, 2000), ovvero quelle che incidono sulla *Capacity To Pay* (stimata come i consumi totali della famiglia al netto delle spese di sussistenza, identificate con le nuove soglie di povertà assoluta

dell'Istat) per oltre il 40%.

Il fenomeno (Figura 5f.13.) coinvolge l'8,6% delle famiglie residenti (11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie), ovvero 2,3 mln. di nuclei familiari.

Il Mezzogiorno è la ripartizione più colpita (9,9% delle famiglie), segue il Nord-Est (8,9%), il Centro (7,7%) ed il Nord-Ovest (7,6%).

La Regione con l'incidenza maggiore è la Puglia (13,2%) e il Trentino Alto Adige quella con la minima (7,0%).

Le famiglie che sostengono spese "catastrofiche" sono presenti in tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente in quelli centrali: sono il 9,9% nel III quintile, il 9,0% nel IV, l'8,8% nel II, il 7,0% nel V ed il 4,7% nel primo.

Considerando il livello di istruzione familiare, il fenomeno colpisce tutti ma l'incidenza massima si osserva nelle famiglie con persona di riferimento dotata di basso livello di istruzione: 10,6% per quelle con capofamiglia senza alcun titolo di studio e 10,3% per quelle la cui persona di riferimento ha una licenza elementare.

² La dinamica è stata determinata ricostruendo il valore per l'anno 2014 considerando l'incidenza dell'impoverimento ottenuta con la versione ricostruita dell'indagine sulle spese delle famiglie, e ipotizzando che le rinunce avessero la stessa incidenza sul disagio, riscontrata con le analisi effettuate con la serie storica dell'indagine prima della ricostruzione

Analizzando il fenomeno per tipologia di famiglia, si osserva come le più esposte siano quelle degli anziani *over 75* (soli o in coppia), con una incidenza rispettivamente dell'11,1% e 26,5%.

Nell'ultimo decennio si è registrato un aumento dell'incidenza del fenomeno di 2,1 p.p..

Analizzando il profilo di consumo si osserva come

le spese per il dentista rappresentino la prima causa di "catastroficità", rappresentando il 37,5% delle spese, seguita dai farmaci (26,6%) e la specialistica (18,2%). Fra le famiglie residenti nel Nord, la prima voce (il dentista) supera il 45%, mentre per quelle residenti nel Mezzogiorno sono i farmaci che raggiungono il 40% della spesa sanitaria familiare (Figura 5f.14.).

Figura 5f.13. Quota famiglie soggette a spese "catastrofiche". Anno 2023

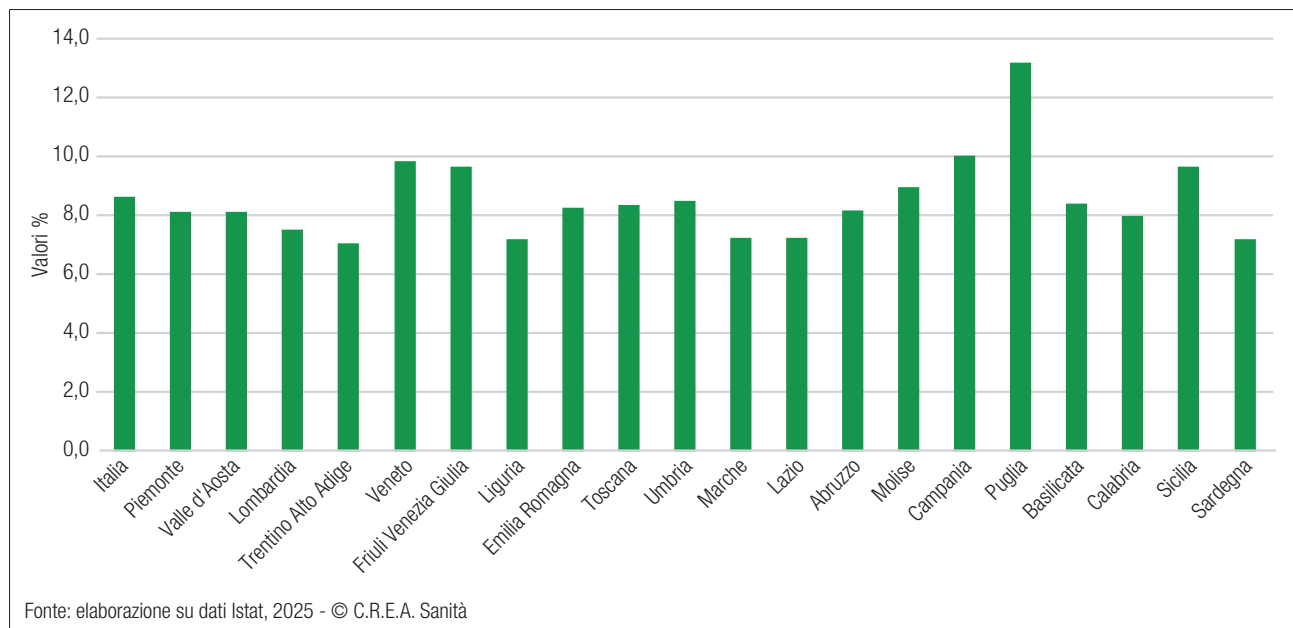
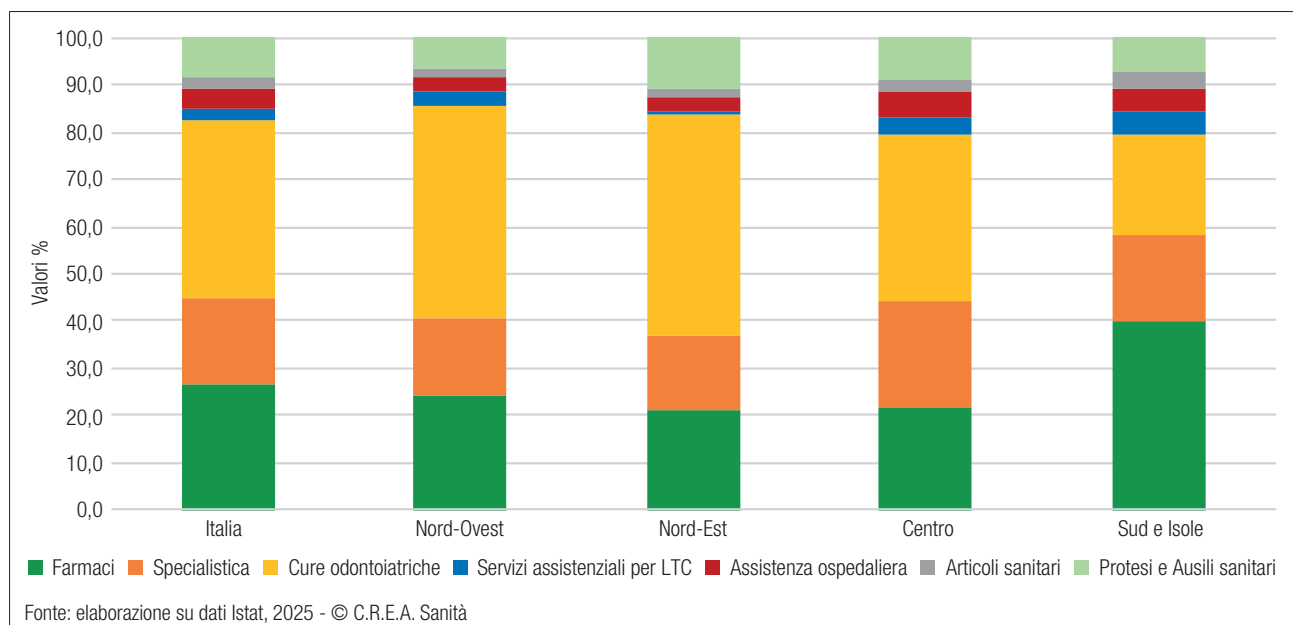


Figura 5f.14. Composizione della spesa media annua delle famiglie soggette a spese "catastrofiche", per tipologia di bene e ripartizione geografica. Anno 2023



Analizzando per quintili di consumo, per i meno abbienti la “catastroficità” è legata alla spesa per farmaci (50,0%) e assistenza specialistica (26,0%); della spesa per l’assistenza specialistica, oltre i due terzi è riferita a visite con finalità preventive; all’aumentare del quintile di consumo aumenta invece l’onere delle spese per il dentista che arrivano ad incidere per il 51,1% nel quintile più ricco.

In sintesi, il fenomeno delle spese “catastrofiche”, colpisce in particolare il Mezzogiorno ed il Nord-Est e le famiglie dei quintili centrali di consumo; le spese per il dentista rimangono la principale destinazione delle spese “catastrofiche”, soprattutto per quelle residenti al Nord e più abbienti.

5f.6. Riflessioni finali

Con l’obiettivo di valutare l’evoluzione della capacità di protezione dai rischi economici del SSN, è stata ricostruita la dinamica di vari indicatori (quota di famiglie che sostengono spese sanitarie, incidenza della spesa sanitaria sulla spesa per consumi, incidenza dell’impoverimento a causa di spese sanitarie, quota di famiglie soggette a spese sanitarie “catastrofiche”, quota di famiglie che sperimentano un disagio economico causato dalle spese sanitarie) per tutto il periodo dalla sua istituzione (L. n. 833/78) ad oggi.

Le dinamiche di lungo periodo (1985-2023) hanno evidenziato un *trend* disallineato rispetto a quelle che sembrano poter essere legittime aspettative verso un sistema universalistico, basato sul principio dell’equità di accesso.

La quota delle famiglie che hanno ricorso alle spese sanitarie è aumentata di +19,2 p.p. negli ultimi quarant’anni, coinvolgendo oggi oltre il 70% delle famiglie italiane; ma ciò che più rileva è che tale aumento, concentratosi negli anni ‘90 in corrispondenza dell’esplicarsi della prima riforma del Servizio, è stato maggiore nella popolazione economicamente più fragile.

Di conseguenza, nel tempo lo scostamento in termini di ricorso alle spese sanitarie tra le famiglie dei primi due quintili di consumo e le più “ricche” si è

notevolmente ridotto.

Analogamente, è maggiormente aumentato il ricorso alle spese sanitarie dirette per le famiglie con persona di riferimento dotata di basso livello di istruzione (+28,7 p.p.), tanto da avere praticamente annullato lo scostamento tra i due estremi (74,5% delle meno istruite e 75,8% di quelle con persona di riferimento laureata).

Se nel 1985 ricorrevano a spese sanitarie private soprattutto le famiglie residenti nel Nord-Est (62,3%), e meno quelle del Mezzogiorno e del Centro, nel tempo la situazione si è ribaltata: attualmente è maggiore la quota di famiglie spendenti nel Centro (75,9%) e nel Mezzogiorno (70,8%) che nel Nord (68,7%).

Nel Mezzogiorno le famiglie acquistano più frequentemente farmaci (81,0% delle famiglie) e visite specialistiche con finalità preventiva (24,2%); nel Centro per prestazioni specialistiche e per l’assistenza LTC (ricovero, specialistica e assistenza infermieristica e socio-sanitaria); nel Nord, invece, per cure odontoiatriche (26,4%).

Mentre per farmaci, assistenza ospedaliera e servizi assistenziali per LTC, la quota di famiglie che spendono privatamente non varia in modo significativo con la capacità di consumo delle famiglie, 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 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%.

Va altresì segnalato che per l’assistenza specialistica si registrano due scenari: il ricorso all’acquisto di prestazioni che fanno parte di un percorso di cura e riabilitazione è sufficientemente omogeneo e contenuto tra le varie tipologie di profili (quintile, livello di istruzione ecc.); di contro è maggiore ed eterogeneo il ricorso all’acquisto di prestazioni a pagamento con finalità preventiva, che si può interpretare come una “condizione” per aggirare le barriere all’accesso e garantirsi un accesso “precoce” al percorso di cura: accettando la tesi, si paventa il rischio di una elevata iniquità a sfavore dei pazienti meno istruiti e con meno disponibilità economiche.

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%; l'aumento è stato soprattutto 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), e +2,1 p.p. e +2,8 p.p. per le meno abbienti (I e II quintile), che oggi destinano il 3,0 ed il 4,0% dei loro consumi alla salute.

Il confronto effettuato in termini di crescita del reddito disponibile e della spesa sanitaria evidenzia come nel Centro e nel Sud quest'ultima sia cresciuta di più, "assorbendo" quote crescenti delle risorse delle famiglie e confermando indirettamente che si tratta presumibilmente di un consumo ritenuto prioritario e quindi "necessario".

Si è spostato negli anni anche l'onere totale a scapito delle famiglie meno abbienti: se nei primi anni dall'istituzione del SSN nei primi tre quintili si concentrava il 27,6% della spesa privata totale, negli anni tale quota è progressivamente aumentata, raggiungendo attualmente il 37,6% (7,2% nel primo, 13,0% nel secondo e 17,4% nel terzo).

Le dinamiche descritte hanno comportato un aumento del fenomeno dell'impoverimento causato dalle spese sanitarie private che è cresciuto di +1,3 p.p. rispetto all'istituzione del SSN, colpendo oggi l'1,4% delle famiglie italiane (367.528 nuclei); il fenomeno coinvolge soprattutto 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.

Sono le famiglie di anziani (soli o in coppia) e le famiglie con figli le più colpite dal fenomeno (2,3% e 2,1% delle famiglie rispettivamente).

A livello geografico è il Mezzogiorno la riparti-

zione più colpita, con una incidenza che è circa tre volte quella registrata nel Nord e più che doppio di quella registrata nel Centro (nel 1985 era il Nord-Est il più colpito).

I farmaci, l'assistenza specialistica ed il dentista sono le principali cause di impoverimento; per le famiglie con anziani, è, però, al secondo posto l'assistenza LTC; in presenza di bambini in famiglia, la seconda voce risulta invece l'odontoiatria.

Si tratta di aree con una ben nota limitata offerta nel SSN; in particolare, la criticità di accesso all'assistenza LTC, sembra interessare soprattutto le famiglie impoverite residenti nel Centro (ripartizione che infatti registra un basso tasso di posti letto nelle residenze, 3,9 ogni 1.000 ab.) e quelle meno istruite (presumibilmente più vecchie e quindi bisognose di tale assistenza).

Affiancando a tale fenomeno quello della quota di famiglie che hanno dichiarato di aver ridotto i consumi sanitari fino ad annullarli ("nuove" rinunce), si registra un "disagio economico dovuto alle spese sanitarie" che interessa 1,25 mln. di famiglie (2,3 mln. di residenti).

Il disagio colpisce significativamente il Mezzogiorno (6,0%) e tutte le tipologie di famiglia, ma in particolare 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 del disagio³ 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.

Dall'analisi per quintile emerge come sia aumentata l'incidenza in tutti i quintili di consumo, ma in particolare nei primi tre, rispettivamente di +1,0, +0,8 e +0,4 p.p.; negli ultimi due è aumentata rispettivamente di +0,1 e +0,1 p.p..

³ La dinamica è stata determinata ricostruendo il valore per l'anno 2014 considerando l'incidenza dell'impoverimento ottenuta con la versione ricostruita dell'indagine sulle spese delle famiglie, e ipotizzando che le rinunce avessero la stessa incidenza sul disagio, riscontrata con le analisi effettuate con la serie storica dell'indagine prima della ricostruzione

Infine, anche il fenomeno della “catastroficità” è aumentato di +2,1 p.p. nell'ultimo decennio: oltre 2,3 mln. di famiglie (8,6%) sono soggette a spese che superano il 40% della loro capacità di spesa mensile; anche in questo caso sono maggiormente esposti al fenomeno le famiglie residenti nel Mezzogiorno, seguite da quelle del Nord-Est, nonché gli anziani, soli o in coppia, e i quintili di consumo centrali; le spese odontoiatriche sono in generale la causa più frequente di “catastroficità” (nel Mezzogiorno i farmaci).

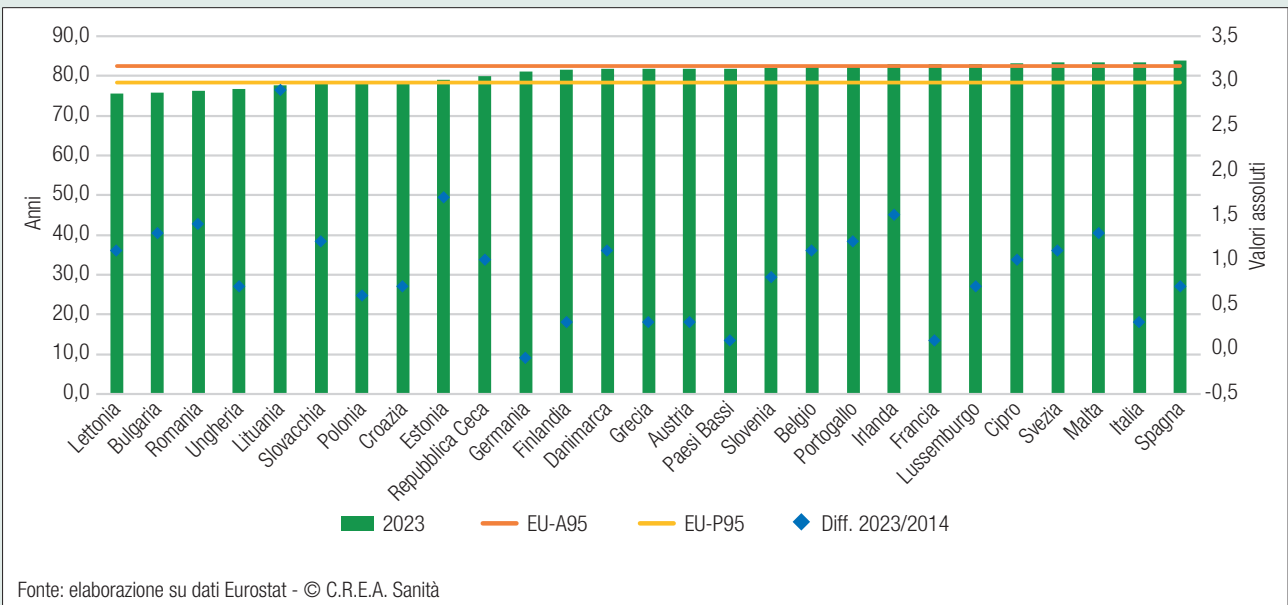
In sintesi, l'evidenza empirica suggerisce che il SSN non è riuscito a produrre effetti positivi in termini di riduzione delle disuguaglianze sanitarie, che anzi sono per molti indicatori aumentate. Il permanere (e in alcuni casi l'ampliarsi) dei divari, soprattutto nella componente economico-finanziaria, evidenzia la necessità di ripensare in modo strutturale le politiche di

perseguimento dell'equità di accesso, rafforzando la capacità del sistema di intervenire sulle determinanti sociali della salute, e potenziando la tutela delle fasce di popolazione più fragile.

Riferimenti bibliografici

- [1] C.R.E.A. Sanità, Rapporto Sanità (anni vari)
- [2] Istat, Indagine Consumi delle famiglie e Spesa delle famiglie (anni vari)
- [3] Istat, Report Spesa delle famiglie. Anno 2025
- [4] Istat, Benessere Equo e Sostenibile. Anno 2025
- [5] Murray Christopher J. L and Lopez Alan D., On the Comparable Quantification of Health Risks: Lessons from the Global Burden of Disease Study; *Epidemiology* Vol. 10, No. 5 (Sep., 1999).

KI 5.1. Speranza di vita alla nascita in Europa



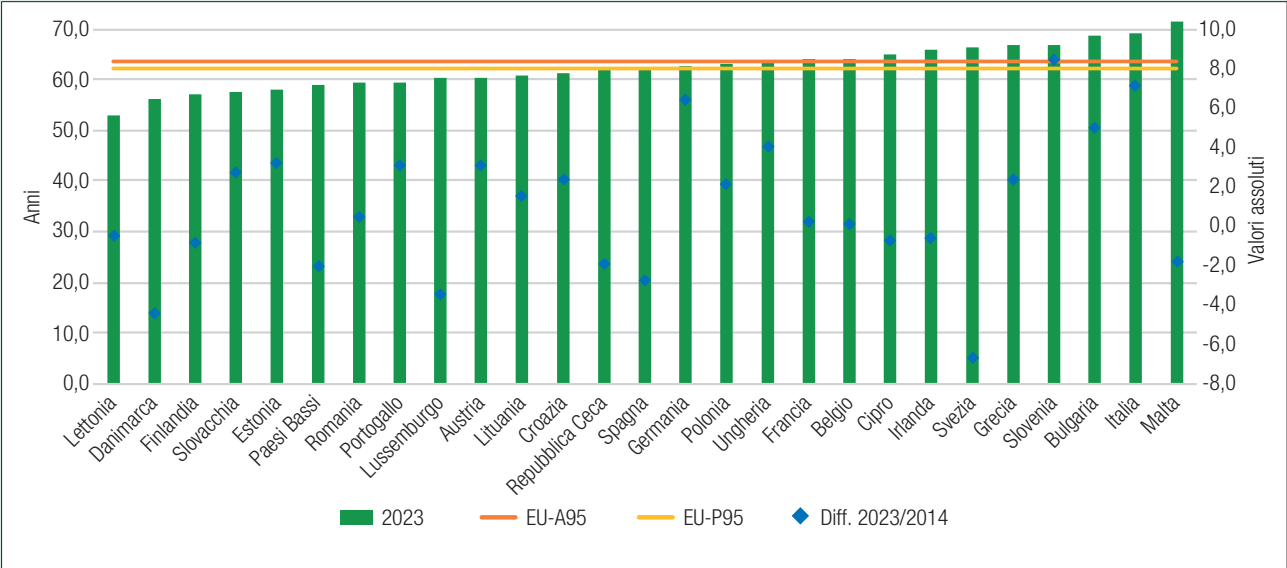
Nel 2023 (ultimo anno disponibile), in Europa, la speranza di vita alla nascita è pari a 81,4 anni, in aumento nell'ultimo decennio di +0,6 anni. La speranza di vita alla nascita in Italia è seconda solo alla Spagna (+2,6 anni rispetto alla media europea), risultando di 83,5 anni, in aumento di +0,3 anni nell'ultimo decennio; la speranza di vita più bassa si registra in Lettonia (75,6 e -5,8 anni rispetto alla media europea). Si registra un aumento della speranza di vita alla nascita in tutti i Paesi europei tranne la Germania (-0,1): massimo in Lituania (+2,9 anni) e minimo in Francia (+0,1 anni).

KI 5.2. Speranza di vita alla nascita in Italia



Nel 2024, in Italia, la speranza di vita alla nascita è pari a 83,4 anni, in aumento nell'ultimo decennio di +1,1 anni. La Regione che registra la speranza di vita più alta è la P.A. di Trento (84,7 anni e +1,2 anni nell'ultimo decennio), la Campania quella più bassa (81,7), in aumento di +1,3 anni. L'aumento è comune a tutte le Regioni italiane: la Valle d'Aosta registra quello più alto (+1,8 anni), il Molise quello più basso (+0,5 anni).

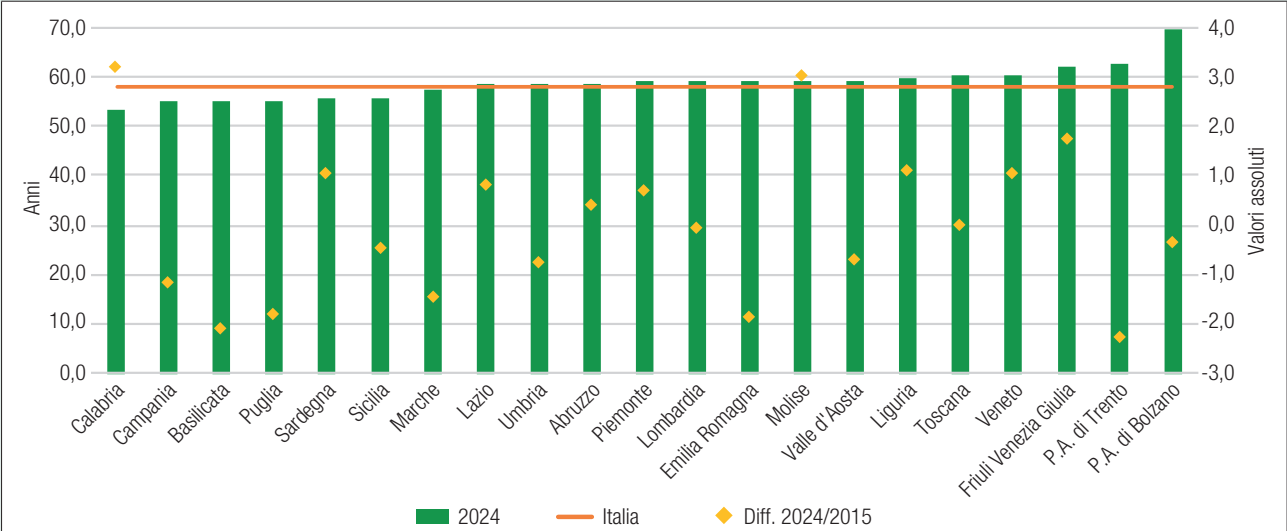
KI 5.3. Speranza di vita in buona salute alla nascita in Europa



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

Nel 2023 (ultimo anno disponibile), in Europa, la speranza di vita in buona salute è pari a 63,1 anni, in aumento nell'ultimo decennio di +1,8 anni. L'Italia registra l'aspettativa più alta dopo quella di Malta (71,4 anni e +8,3 anni rispetto alla media europea), pari a 69,1 anni, e +6,0 anni rispetto alla media europea; quella più bassa si registra in Lettonia (52,7 anni e -10,4 anni rispetto alla media europea). Nei Paesi europei analizzati il *trend* è eterogeneo: fra i Paesi in cui aumenta, l'incremento massimo si registra in Slovenia (+7,9 anni) e quello minimo in Romania (+0,2 anni); la riduzione massima si registra in Svezia (-6,7 anni) e quella minima in Lettonia (-0,7 anni).

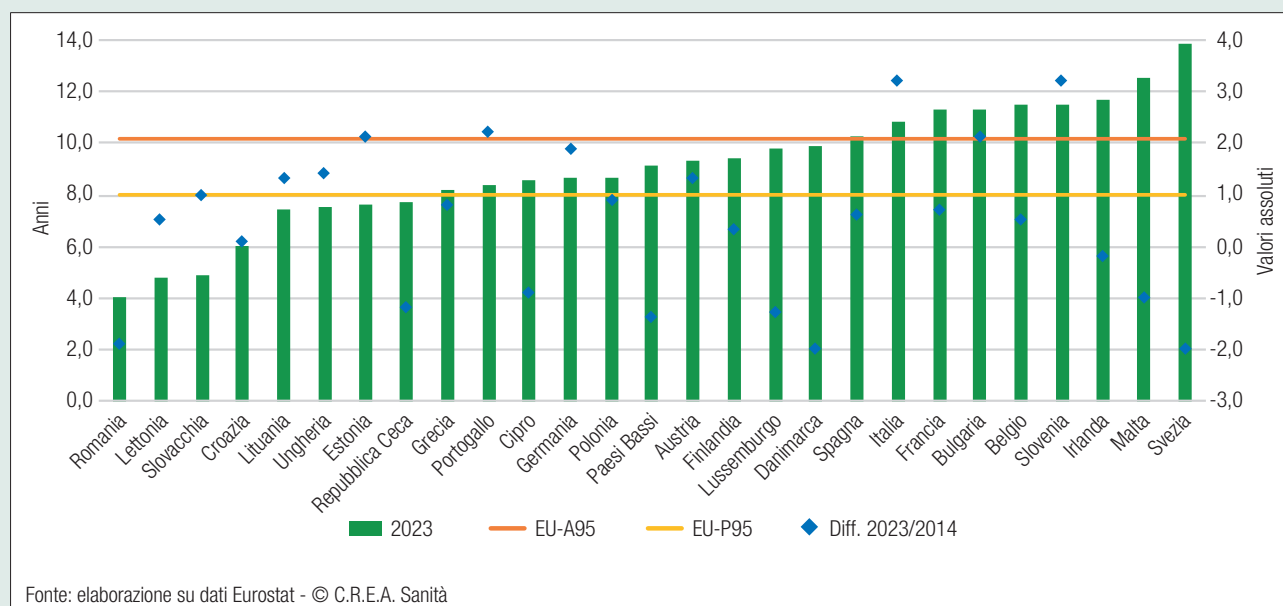
KI 5.4. Speranza di vita in buona salute in Italia



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

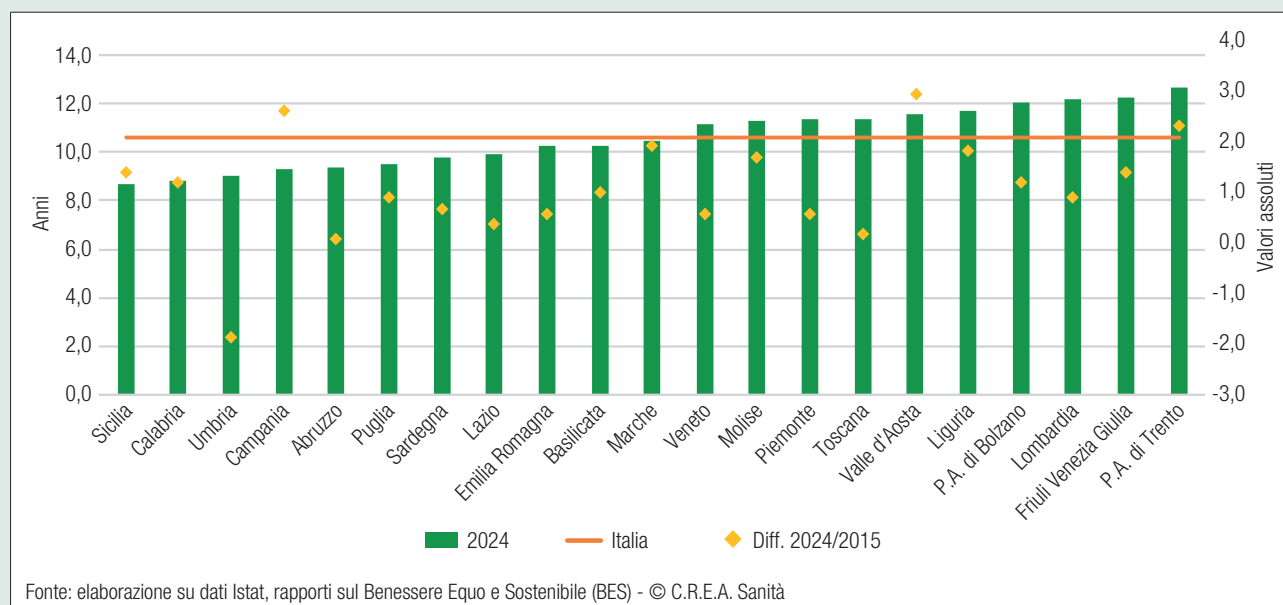
Nel 2024, in Italia, la speranza di vita in buona salute alla nascita media è pari a 58,1 anni, in riduzione nell'ultimo decennio di -0,2 anni. La Regione che registra la speranza di vita in buona salute più alta è la P.A. di Bolzano (69,7 anni e -0,4 anni nell'ultimo decennio), la Calabria quella più bassa (53,4 anni), con un aumento di +3,2 anni nell'ultimo decennio. I *trend* risultano eterogenei: fra le Regioni che vedono un incremento, quello massimo è della Calabria (+3,2 anni) e quello minimo dell'Abruzzo (+0,4 anni); fra quelle in peggioramento la riduzione massima si registra nella P.A. di Trento (-2,3 anni) e minima in Lombardia (-0,1 anni).

KI 5.5. Speranza di vita in buona salute alla nascita a 65 anni in Europa

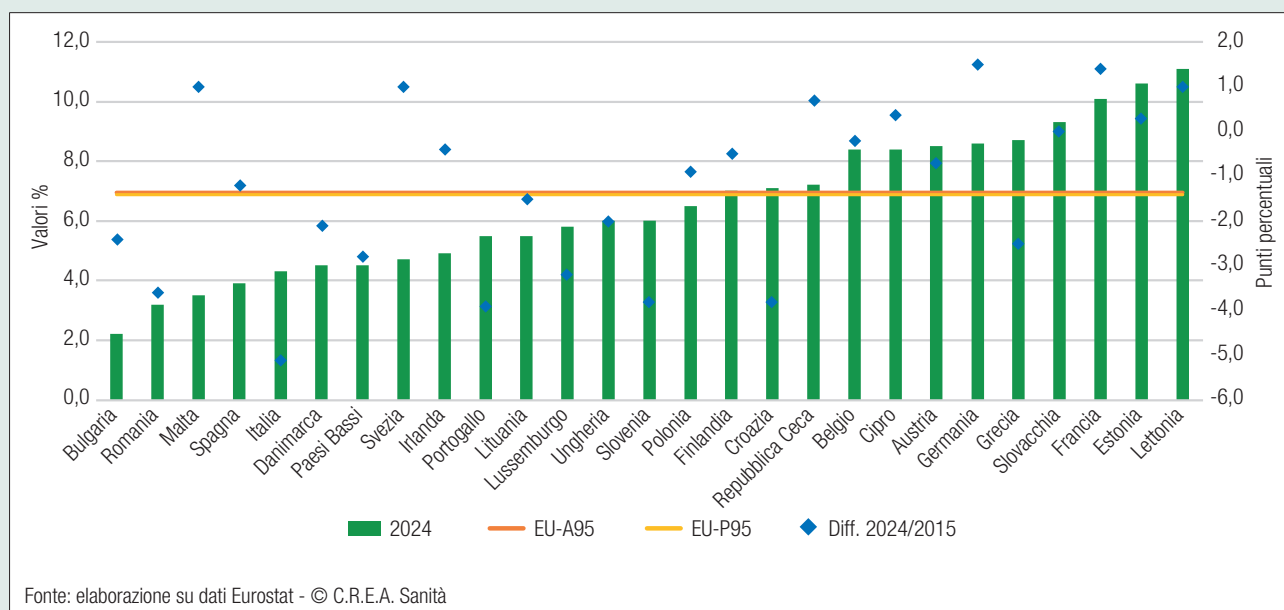


Nel 2023, in Europa, la speranza di vita in buona salute alla nascita a 65 anni è pari a 9,4 anni, in aumento nell'ultimo decennio di +0,8 anni. In Italia è pari a 10,8 anni, in aumento di +1,4 anni rispetto alla media europea; il valore più alto si registra in Svezia (13,9 anni e +4,5 anni rispetto alla media europea), quello più basso in Romania (4,0 anni e -5,4 anni rispetto alla media europea). I trend risultano eterogenei: fra i Paesi in cui la speranza è in miglioramento, quello massimo è quello dell'Italia e Slovenia e quello minimo in Croazia (0,1 anni); fra i Paesi in peggioramento, quello massimo si registra in Danimarca (-2,0 anni) e quello minima in Irlanda (-0,2 anni).

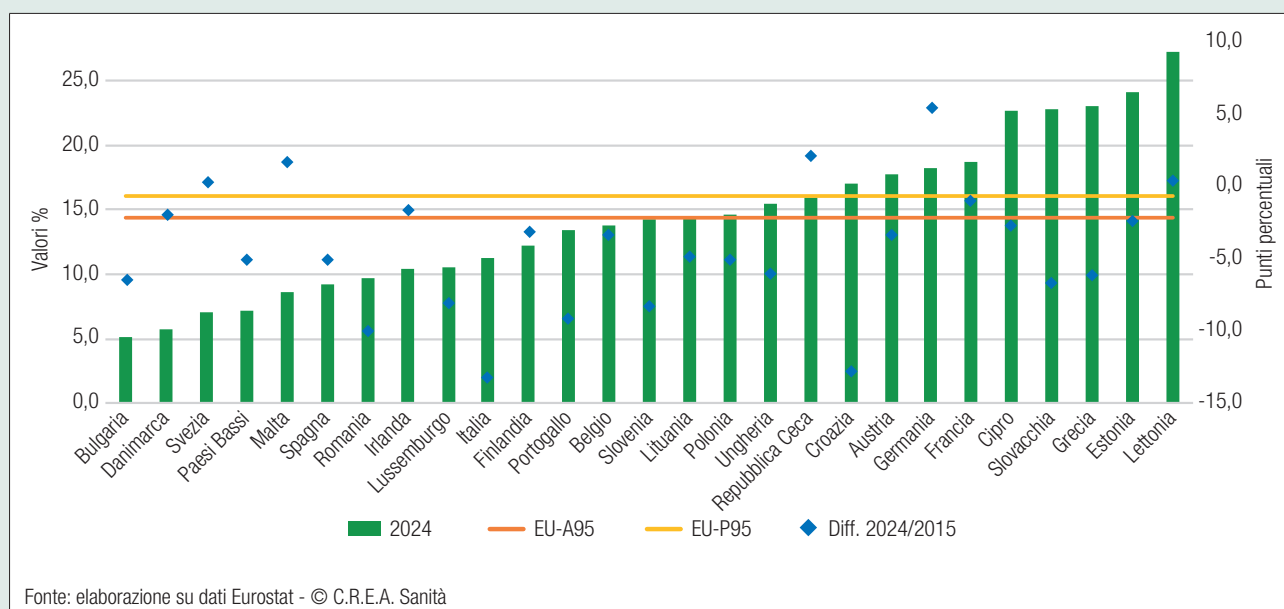
KI 5.6. Speranza di vita in buona salute alla nascita a 65 anni in Italia



Nel 2024, in Italia, la speranza di vita in buona salute alla nascita a 65 anni è pari a 10,6 anni; il dato è in aumento nell'ultimo decennio di +0,9 anni. La Regione che registra la speranza più alta è la P.A. di Trento (12,7 anni e +2,2 anni nell'ultimo decennio), la Sicilia quella più bassa (8,7 anni ma in aumento di +1,3 anni nell'ultimo decennio). Nel periodo considerato, in quasi tutte le Regioni il dato risulta in aumento, massimo in Valle d'Aosta (+2,8 anni) e minimo in Toscana (+0,1 anni). Fa eccezione l'Umbria, che registra una diminuzione di 2,9 anni.

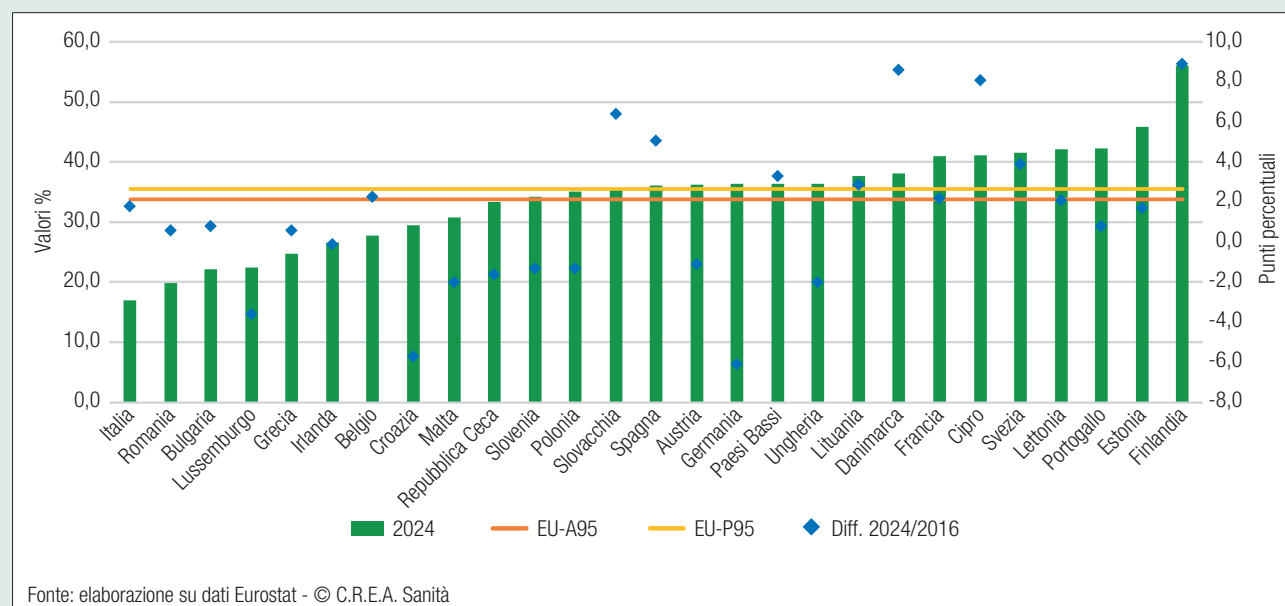
KI 5.7. Tasso di disabilità *over 16* anni in Europa

Nel 2024, in Europa, il tasso di disabilità medio *over 16* anni è pari al 6,9% della popolazione ultra sedicenne, in riduzione nell'ultimo decennio di -0,8 punti percentuali (p.p.). In Italia il tasso di disabilità *over 16* anni è pari al 4,3%, in riduzione di -5,1 p.p. nel periodo considerato; il valore più alto si registra in Lettonia (11,1% e +1,0 p.p. nell'ultimo decennio), quello più basso in Bulgaria (2,2% e -2,4 p.p. nell'ultimo decennio). Il *trend* risulta eterogeneo: nei Paesi europei analizzati si registra l'aumento massimo del tasso in Germania (+1,5 p.p.) e quello minimo in Estonia (+0,3 p.p.); la massima riduzione è quella registrata in Italia e quella minima in Belgio (-0,2 p.p.).

KI 5.8. Tasso di disabilità *over 65* anni in Europa

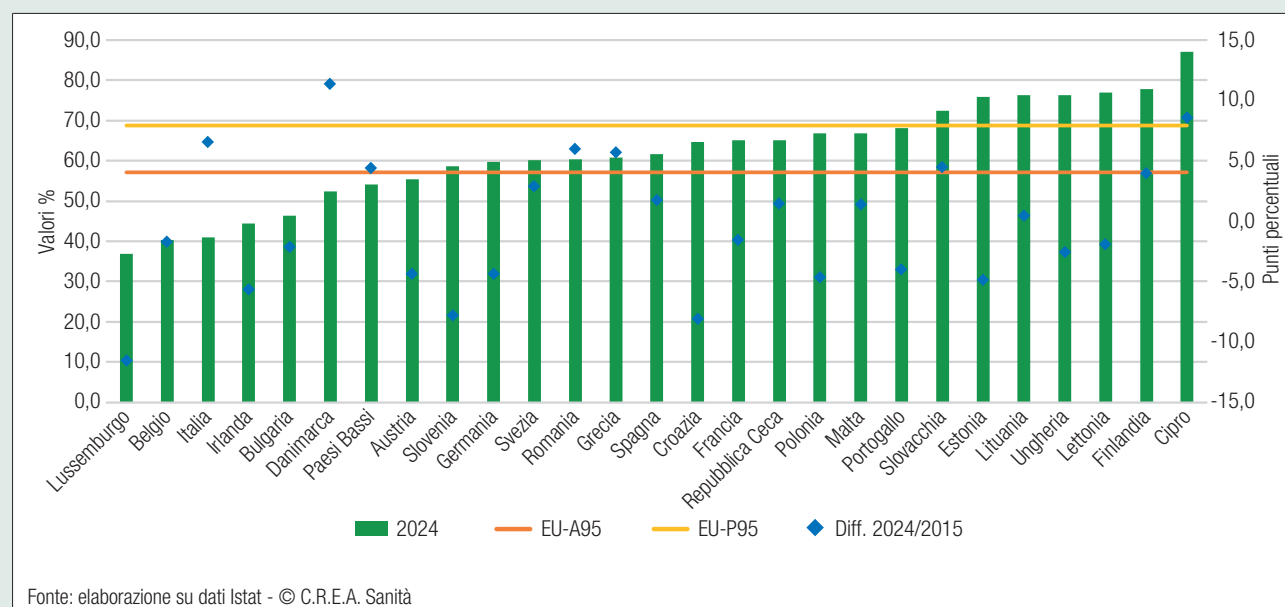
Nel 2024, in Europa, il tasso di disabilità fra gli anziani (*over 65* anni) è pari in media al 14,6%, in riduzione nell'ultimo decennio di -3,3 p.p.. In Italia risulta pari all'11,3%, in riduzione di -13,3 p.p.; il valore più alto si registra in Lettonia (27,2% e +0,3 p.p. nell'ultimo decennio), quello più basso in Bulgaria (5,1% e -6,5 p.p. nell'ultimo decennio). Il *trend* risulta eterogeneo: tra i Paesi europei analizzati l'aumento massimo del tasso si registra in Germania (+5,4 p.p.) e quello minimo in Svezia (+0,2 p.p.); fra i Paesi in cui il tasso è in diminuzione quella massima si registra Italia (-13,3 p.p.) e quella minima in Francia (-1,0 p.p.).

KI 5.9. Tasso di cronicità over 16 anni in Europa



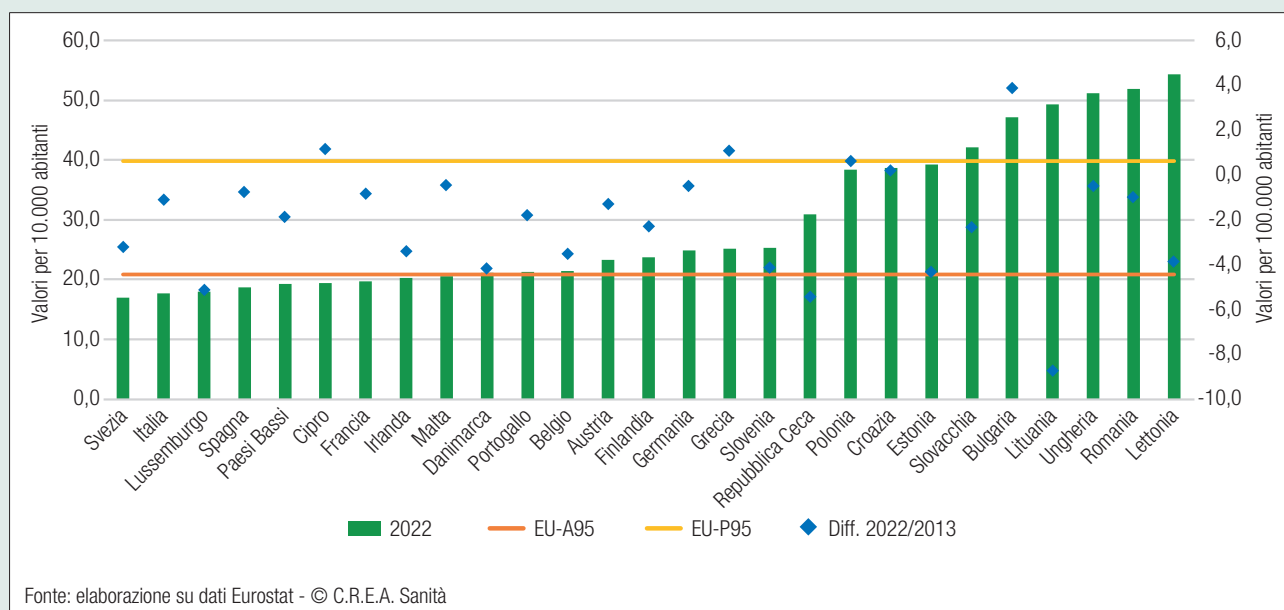
Nel 2024, in Europa, il tasso di cronicità nella popolazione *over 16* anni è in media pari al 34,1%, in aumento rispetto al 2016 di +0,5 p.p.. In Italia il tasso è pari al 17,0%, in aumento di +1,8 p.p. nel periodo considerato; il valore più alto si registra in Finlandia (56,0% e +8,9 nell'ultimo decennio), quello più basso in Italia. Il *trend* risulta eterogeneo: tra i Paesi europei analizzati dove il tasso è in aumento, quello massimo si registra in Finlandia (+8,9 p.p.) e quello minimo in Grecia (+0,3 p.p.); fra quelli in cui è in riduzione, quella massima si registra in Germania (-6,1 p.p.) e minima in Irlanda (-0,1 p.p.).

KI 5.10. Tasso di cronicità over 65 anni in Europa



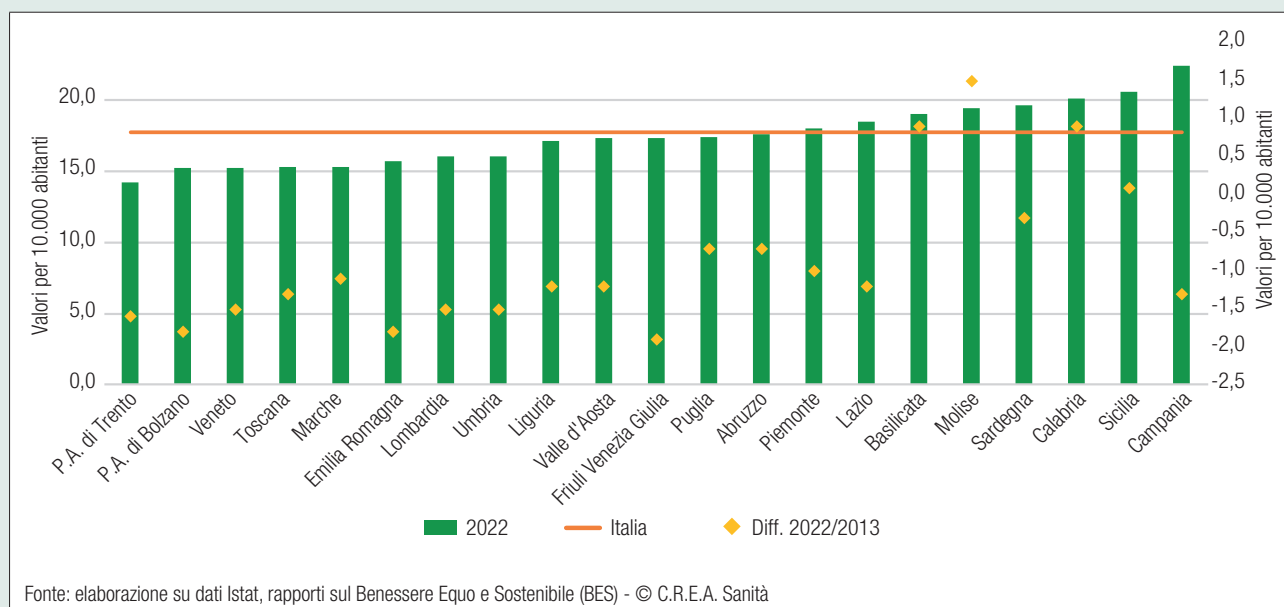
Nel 2024, in Europa, il tasso di cronicità fra gli anziani (*over 65*) è in media pari al 59,0%, in riduzione rispetto al 2016 di -0,1 p.p.. In Italia il tasso di cronicità *over 65* è pari al 41,0%, in aumento di +6,6 p.p. nel periodo considerato; il valore più alto si registra a Cipro (87,1% e +8,6 p.p. nell'ultimo decennio), quello più basso in Lussemburgo (36,9% e -11,5 p.p. nell'ultimo decennio). Il *trend* del tasso risulta eterogeneo: tra i Paesi europei analizzati l'aumento massimo è quello registrato in Danimarca (+11,4 p.p.) e quello minimo in Lituania (+0,5 p.p.); fra i Paesi in cui il tasso risulta in riduzione, quella massima si registra in Lussemburgo (-11,5 p.p.) e quella minima in Francia (-1,5 p.p.).

KI 5.11. Tasso di mortalità evitabile in Europa



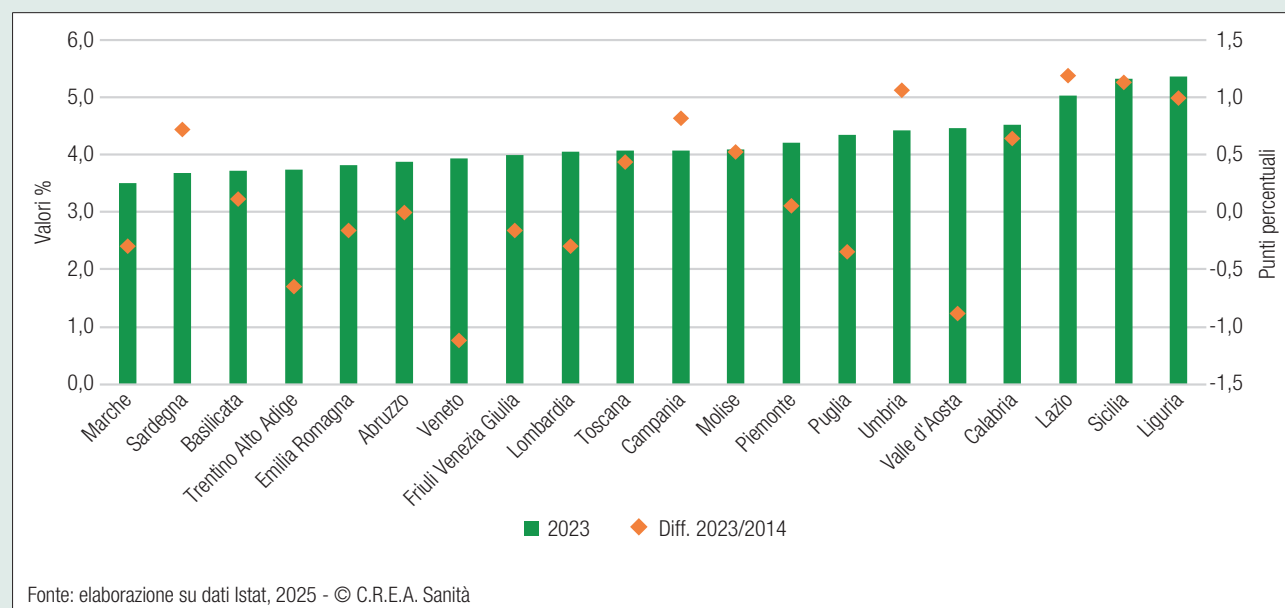
Nel 2022, in Europa, il tasso di mortalità evitabile è in media pari a 24,0 ogni 10.000 abitanti, in riduzione nell'ultimo decennio di -1,3 ogni 10.000 abitanti. In Italia il tasso di mortalità evitabile è pari a 17,7 ogni 10.000 abitanti, in riduzione di -1,1 ogni 10.000 abitanti nel periodo considerato; il valore più alto si registra in Lettonia (54,3 e -3,8 ogni 10.000 abitanti), quello più basso in Svezia (16,9 e -3,2 ogni 10.000 abitanti). Il *trend* risulta eterogeneo: fra i Paesi europei analizzati dove il tasso risulta in aumento, quello massimo si registra in Bulgaria (+3,9 ogni 10.000 abitanti) e quello minimo in Croazia (+0,2); fra quelli dove risulta in riduzione, quella massima si registra in Lituania (-8,7) e quella minima a Malta (-0,4).

KI 5.12. Tasso di mortalità evitabile in Italia



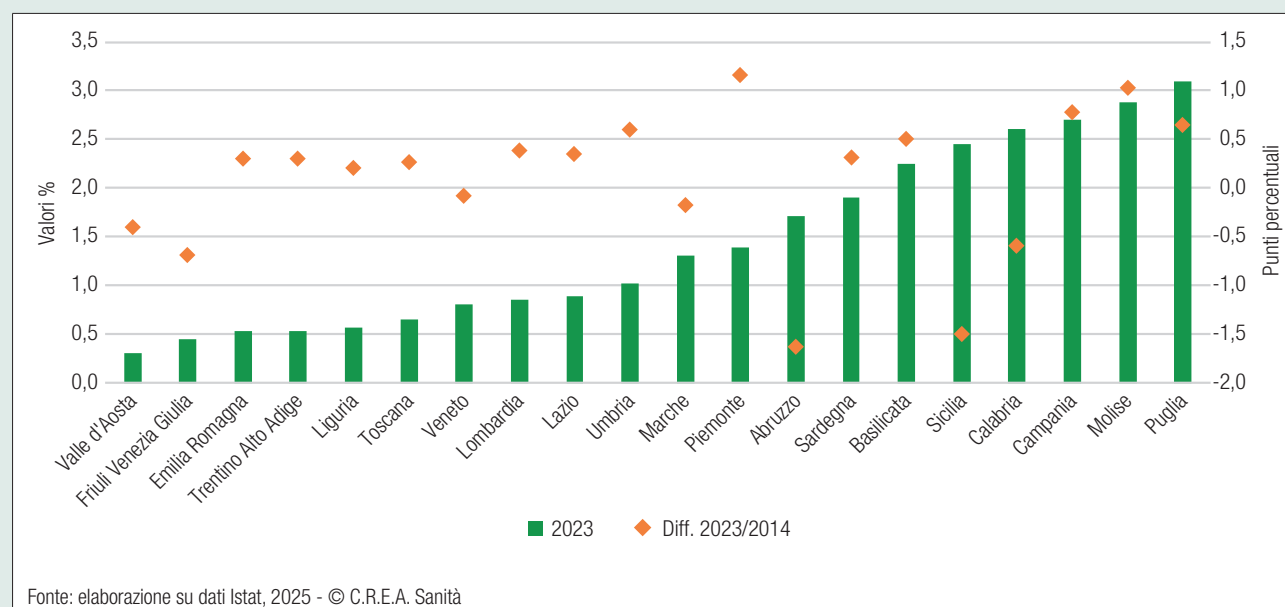
Nel 2022, in Italia, il tasso di mortalità evitabile è pari a 17,7 ogni 10.000 abitanti, dato in riduzione nell'ultimo decennio di -1,1 ogni 10.000 abitanti. La Regione che registra il tasso di mortalità evitabile più alto è la Campania (22,4 e -1,3 ogni 10.000 abitanti nell'ultimo decennio), la P.A. di Trento quello più basso (14,2 ogni 10.000 abitanti), in riduzione di -1,6 ogni 10.000 abitanti nell'ultimo decennio. Il *trend* del tasso risulta eterogeneo a livello regionale. Fra quelle in cui si registra un aumento, quello massimo si registra in Molise (+1,5 ogni 10.000 abitanti) e quello minimo in Sicilia (+0,1 ogni 10.000 abitanti); dove si verifica una riduzione, quella massima si registra in Friuli Venezia Giulia (-1,9 ogni 10.000 abitanti) e quella minima in Sardegna (-0,3).

KI 5.13. Incidenza della spesa sanitaria sui consumi totali delle famiglie



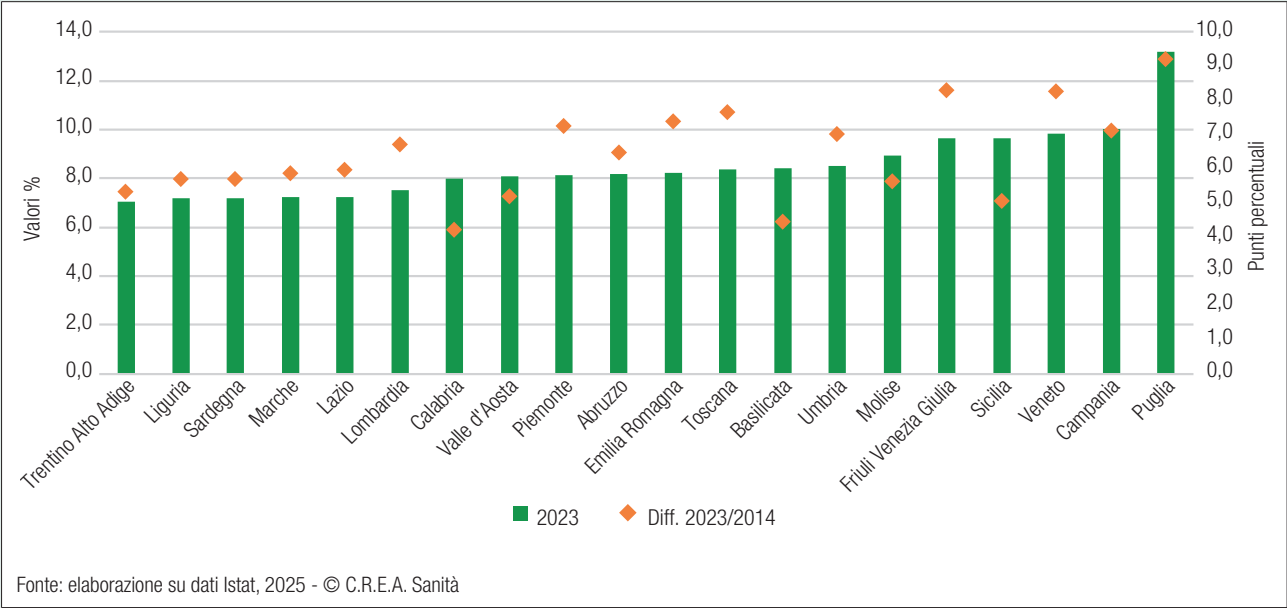
Nel 2023, in Italia, l'incidenza della spesa sanitaria sui consumi totali delle famiglie è pari al 4,3%, in aumento nell'ultimo decennio di +0,2 punti percentuali (p.p.). La quota maggiore si registra in Liguria (5,4%), in aumento nell'ultimo decennio di +1,0 p.p.; quella minore nelle Marche (3,5%, -0,3 p.p.). Il dato regionale risulta eterogeneo: in alcune Regioni si registra un aumento nell'ultimo decennio, massimo nel Lazio (+1,2 p.p.); in altre si registra una riduzione, massima in Veneto (-1,1 p.p.).

KI 5.14. Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie



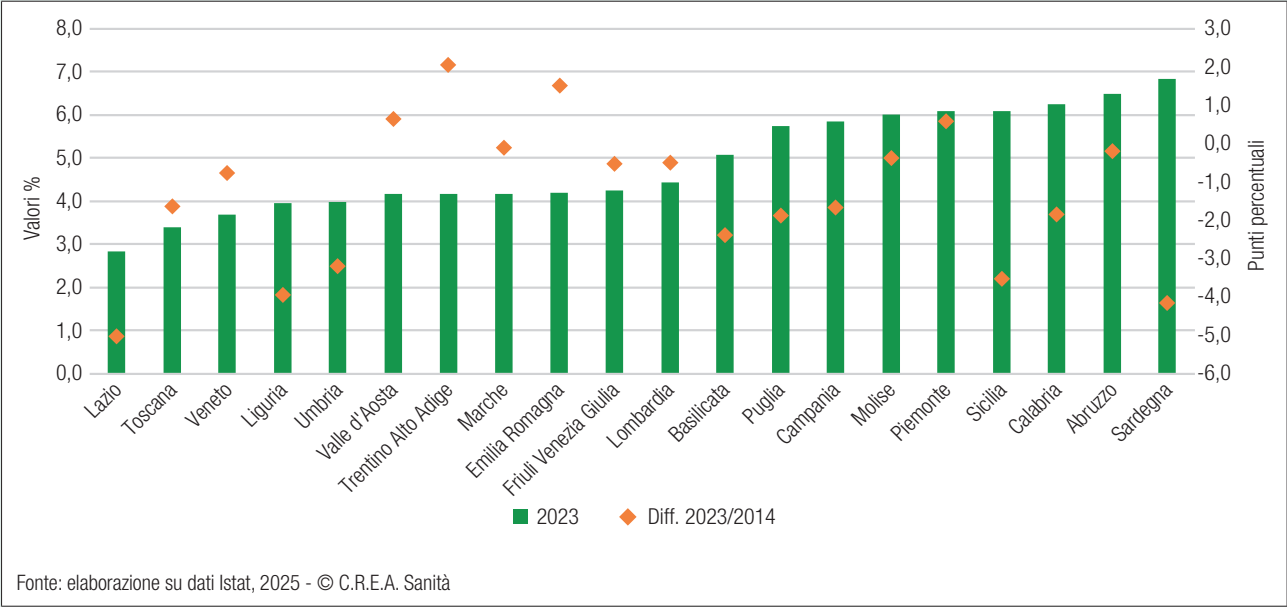
Nel 2023, in Italia, la quota di famiglie impoverite è pari all'1,4%, in aumento nell'ultimo decennio di +0,2 p.p.. La quota maggiore si registra in Puglia (3,1%), in aumento nell'ultimo decennio di +0,6 p.p.; quella minore in Valle d'Aosta (0,3%, -0,4 p.p.). Il dato regionale risulta eterogeneo: in alcune Regioni si registra nell'ultimo decennio un aumento, massimo in Piemonte (+1,2 p.p.); in altre si registra una riduzione, massima in Sicilia (-1,5 p.p.).

KI 5.15. Quota di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche



Nel 2023, in Italia, la quota di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche è pari all'8,6%, in aumento nell'ultimo decennio di +6,8 punti p.p.. La quota maggiore si registra in Puglia (13,2%), in aumento nell'ultimo decennio di +9,2 p.p.; quella minore in Trentino Alto Adige (7,0%, +5,3 p.p.). In tutte le Regioni si registra un aumento nell'ultimo decennio, massimo in Puglia (+9,2 p.p.) e minimo in Calabria (+4,2 p.p.).

KI 5.16. Quota di famiglie con disagio economico dovuto a spese sanitarie



Nel 2023, in Italia, la quota di famiglie che registrano un disagio economico dovuto a spese sanitarie è pari al 4,7%, in riduzione nell'ultimo decennio di -1,5 p.p.. La quota maggiore si registra in Sardegna (6,8%), in riduzione nell'ultimo decennio di -4,1 p.p.; quella minore nel Lazio (2,8%, -5,0 p.p.). In quasi tutte le Regioni nell'ultimo decennio si registra una riduzione, massima nel Lazio (-5,0 p.p.). Fanno eccezione Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Valle d'Aosta e Sicilia, che registrano un aumento rispettivamente di +2,1, +1,5, +0,6 e +0,6 p.p..



Capitolo 6

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

Key Indicators

Sintesi CAPITOLO 6

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

Carrieri C.¹, d'Angela C.¹, Lo Giudice C.¹, Spandonaro F.²

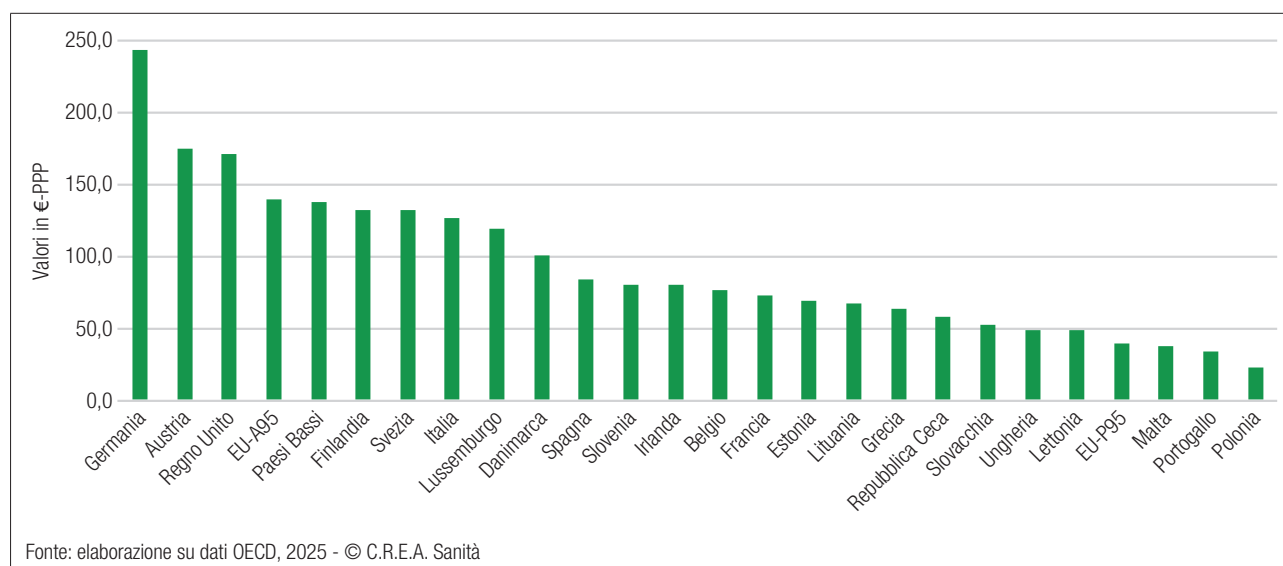
I sistemi di tutela sanitaria sono sotto pressione per ragioni finanziarie in tutto il mondo: nel 2019, prima della pandemia da Covid-19, nei Paesi dell'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) la spesa sanitaria si attestava all'8,8% del Prodotto Interno Lordo (PIL), un livello 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.

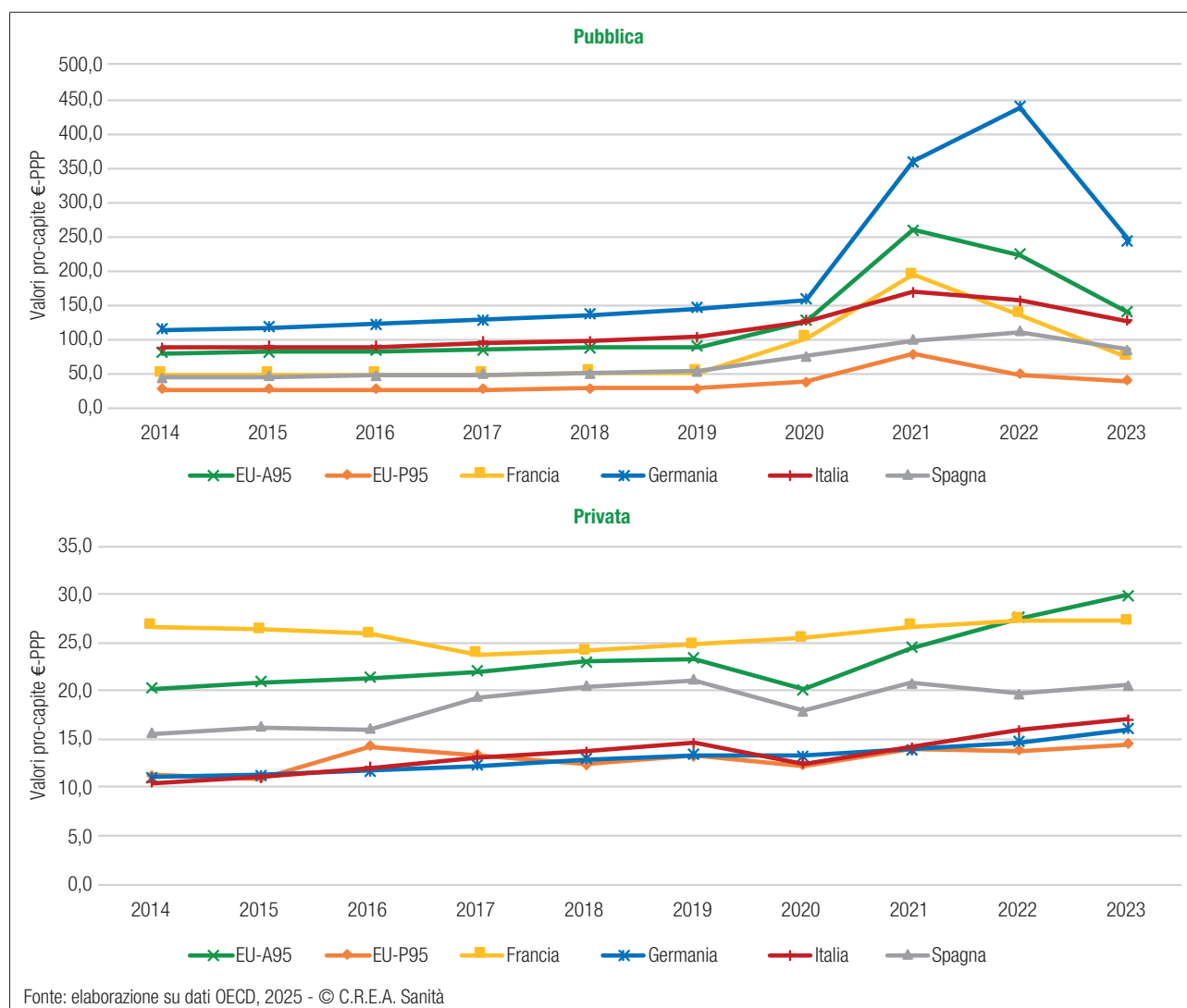
Spesa pubblica pro-capite per la prevenzione in Europa. Anno 2023



¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

² 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 1995³.

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 1995⁴ del +224,9%.

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

³ 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

⁴ 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'allocatione 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).

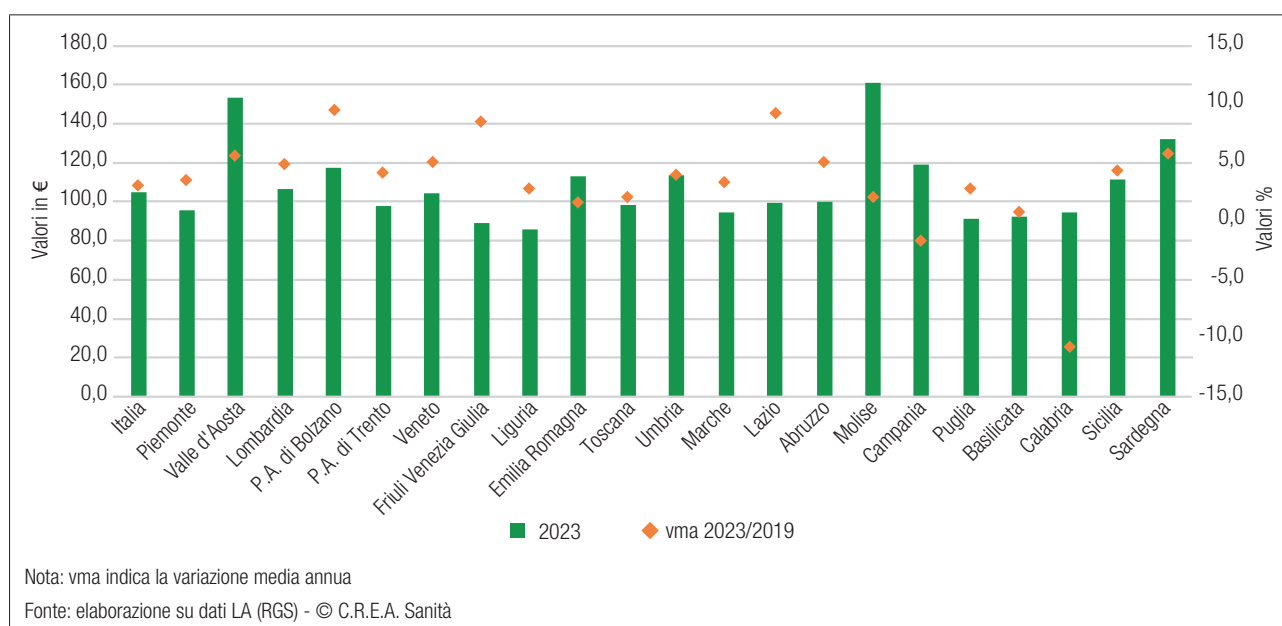
In termini di incidenza, l'onere sostenuto dal SSN per la prevenzione ammonta in media al 4,3% della spesa sanitaria SSN, in diminuzione di -0,1 p.p. rispetto al 2019; l'incidenza massima si registra nella Regione Molise (5,7%, +0,3 p.p. rispetto al 2019) e quella minima in Liguria (3,2%, -0,04 p.p.).

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 stanza 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 cogenza 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 cogenza, 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 6

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

Carrieri C.¹, d'Angela C.¹, Lo Giudice C.¹, Spandonaro F.²

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 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, la relativa spesa si attesta in media già intorno al 15% della spesa pubblica, rendendo difficile rendere compatibili le diverse priorità di bilancio (OECD, 2025).

L'OECD prevede, per il 2045, un *trend* in crescita dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, che stima di +1,5 punti percentuali (p.p.), dovuta alla pressione dell'innovazione tecnologica, delle aspettative della popolazione e del suo invecchiamento.

In questo contesto previsionale, la prevenzione rischia di essere "sacrificata", pur essendo largamente riconosciuto essere una priorità in termini di promozione della tutela della salute e, anche, un investimento nel lungo periodo, funzionale a mantenere sostenibili i sistemi.

Nell'80% dei Paesi OECD il tasso di obesità continua a crescere, con il 35% degli adulti sovrappeso e il 19% obesi, e anche il 20% dei 15-enni è sovrappeso o obeso.

Il 27% degli adulti dichiara di ricorrere al *binge-drinking* almeno una volta al mese e il 38% dei 15-enni dichiara di avere consumato alcol nel mese

precedente.

I fumatori diminuiscono, ma il 15% degli adulti ancora fuma giornalmente e il *vaping* aumenta anche fra gli adolescenti.

Come riportato dall'OECD (2025) molti interventi preventivi sono fortemente costo-efficaci nel contrastare i fattori di rischio ma la spesa per la prevenzione rimane ferma al 3% nell'ultimo decennio (sempre nei Paesi OECD): l'aumento registrato durante la pandemia di Covid di fatto è risultato temporaneo.

Per quanto precede, a seguire si tenta di analizzare lo stato dell'investimento in prevenzione in Italia, sia operando un confronto con gli altri Paesi europei, sia analizzando la destinazione delle risorse allo scopo allocate; infine, si aggiorna lo stato dei fattori di rischio in Italia e i loro *trend*.

6.1. La spesa in prevenzione: confronti internazionali

Pur con alcuni limiti di comparabilità, l'OECD fornisce i dati sulla spesa sanitaria con indicazione della quota destinata alla prevenzione; dal confronto fra i Paesi europei, emerge che nel 2023 (ultimo dato disponibile) il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano sarebbe quello che destina la quota maggiore di risorse alla prevenzione, attestandosi al 5,6%: quota che sarebbe, quindi, superiore a quella ufficialmente prevista dal riparto sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), pari al 5,0% (Figura 6.1.).

Il dato è significativamente superiore a quello me-

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

dio dei Paesi EU-Ante 1995³ (4,2%) e ovviamente di quello dei Paesi EU-Post 1995⁴, che destinano alla prevenzione una quota inferiore di risorse (in media

il 2,2%), con la Polonia che fermandosi all'1,3% è il Paese europeo che investe meno (in proporzione) sulla prevenzione.

Figura 6.1. Incidenza della prevenzione sulla spesa sanitaria pubblica in Europa. Anno 2023

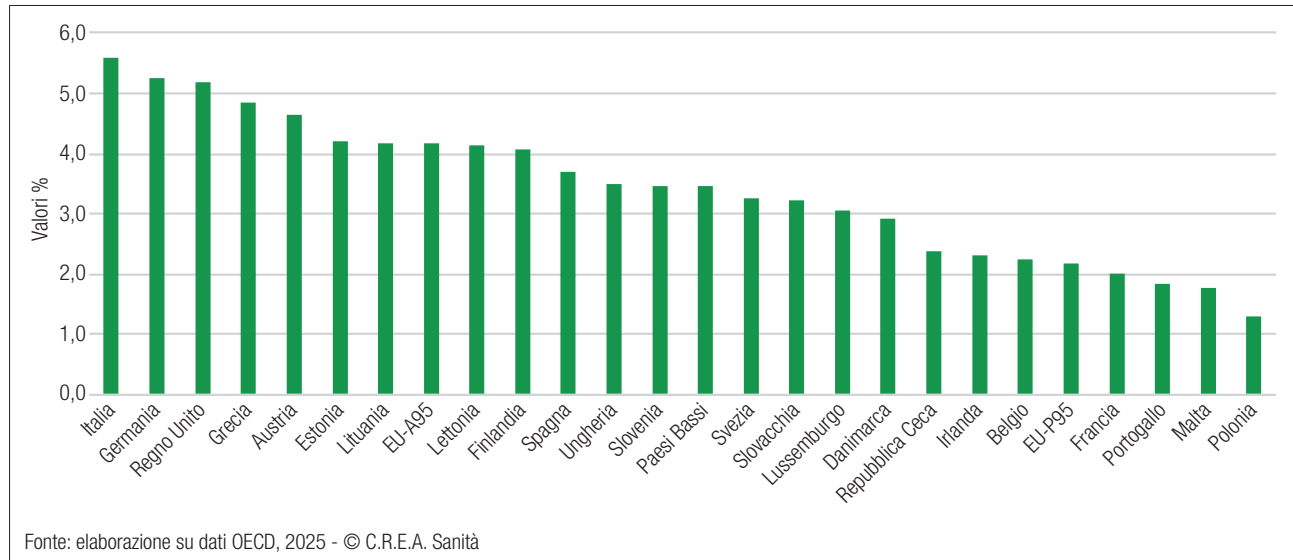
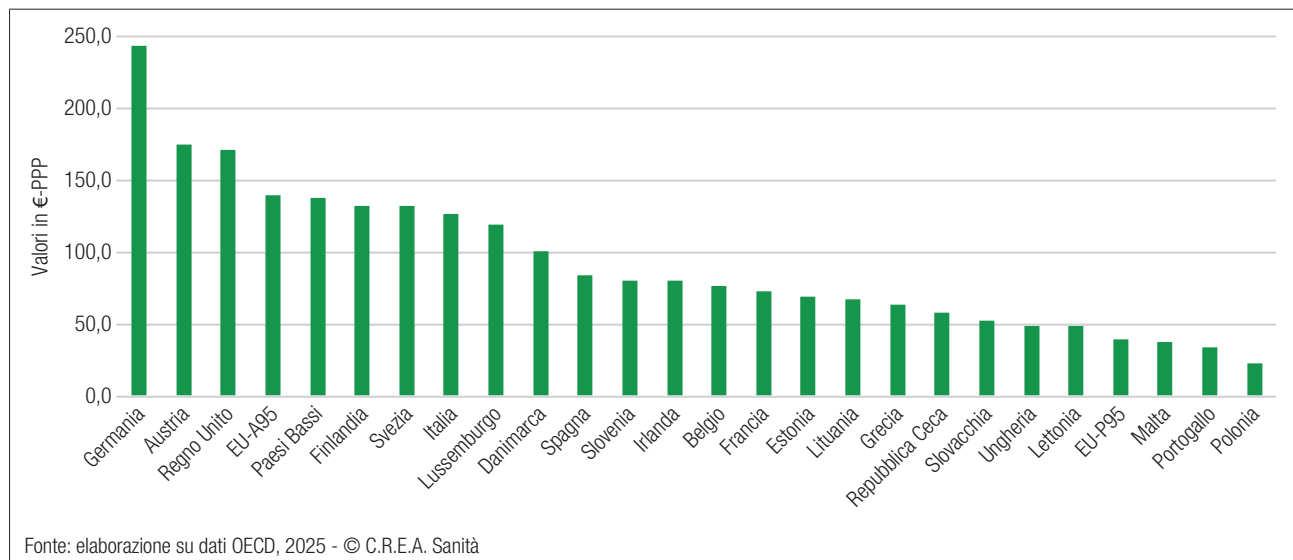
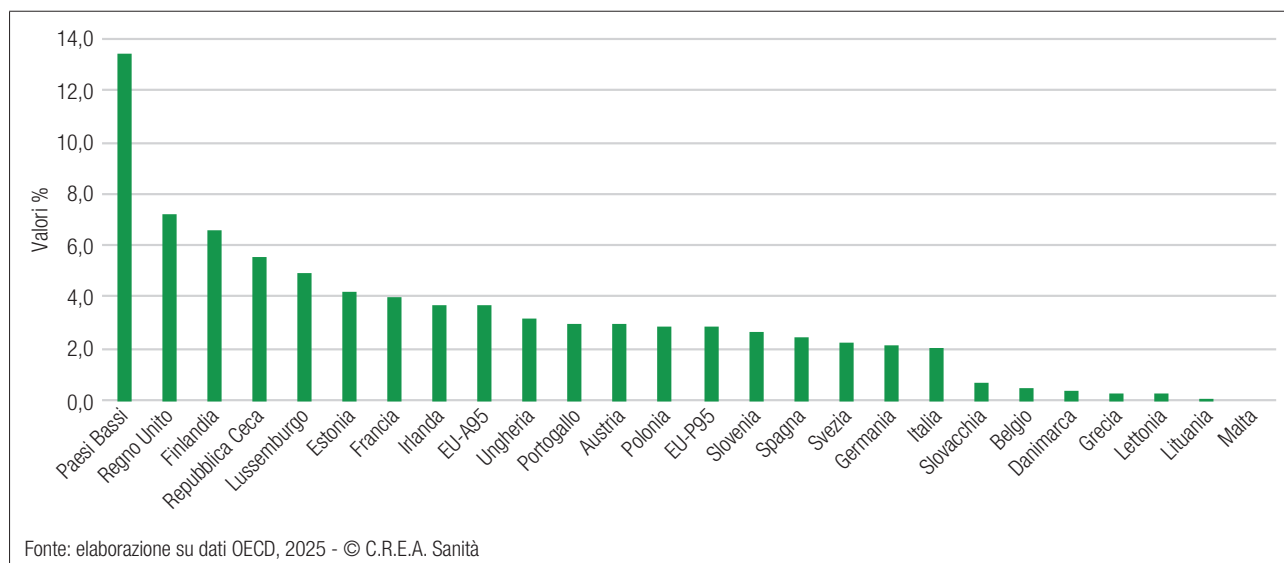
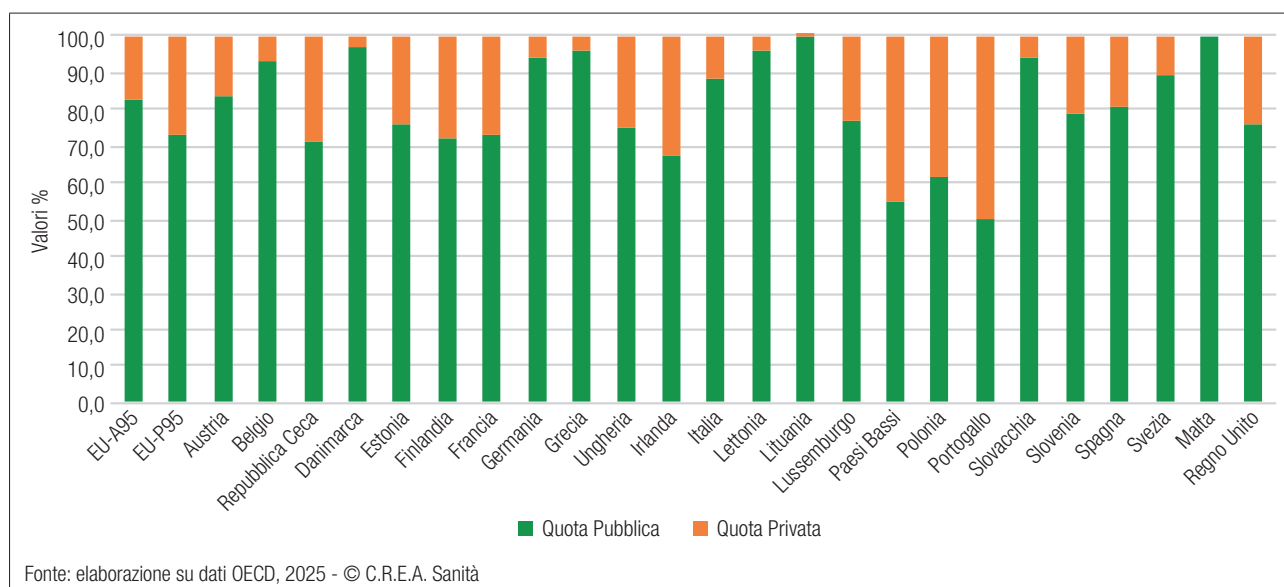


Figura 6.2. Spesa pubblica pro-capite per la prevenzione in Europa. Anno 2023



³ 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

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

Figura 6.3. Incidenza della prevenzione sulla spesa sanitaria privata in Europa. Anno 2023**Figura 6.4. Composizione della spesa per prevenzione in Europa**

Una visione diversa si ottiene, però, confrontando i dati di spesa pubblica in termini pro-capite (Figura 6.2.).

In questo caso è la Germania il Paese europeo con il maggiore investimento in prevenzione (confronti effettuati a parità di potere di acquisto), per un ammontare di €-PPP 244,1 pro-capite, mentre la Polonia si posiziona all'altro estremo della distribuzione con una spesa per prevenzione di €-PPP 22,4

pro-capite.

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% e sopra quello dei Paesi EU-Post 1995 del +224,9%.

I cittadini peraltro "integrano" l'investimento pubblico, destinando alla prevenzione (Figura 6.3.), destinando una quota della loro spesa sanitaria sostenuta direttamente, che passa dal 13,4% dei Paesi

Bassi (dato che peraltro sembra risentire della particolare struttura istituzionale della Sanità in quel Paese), a incidenze inferiori all'1% nella Repubblica Slovacca, Belgio, Danimarca, Grecia, Lettonia, Lituania e Malta: 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. sotto quello dei Paesi EU-Post 1995 (2,9%).

Si può osservare che nei Paesi EU-Ante 1995 i cittadini hanno una propensione a destinare risorse alla prevenzione inferiore a quella pubblica (-0,4 p.p.), mentre nei Paesi EU-Post 1995, dove l'allocata

pubblica è inferiore, la quota allocata direttamente dai cittadini è superiore (+0,7 p.p.).

In definitiva, considerando il contributo diretto dei cittadini, l'investimento pubblico in prevenzione nei Paesi EU-Ante 1995 risulta in media pari all'82,3% del totale, e nei Paesi EU-Post 1995 al 72,8%, variando fra il 100,0% di Malta e il 49,7% del Portogallo (Figura 6.4.); in Italia la quota di investimento pubblico si attesta all'88,2%, ovvero +5,8 p.p. sopra il dato medio dei Paesi EU-Ante 1995 e +15,4 p.p. sopra quello dei Paesi EU-Post 1995.

Figura 6.5. Composizione della spesa per la prevenzione in Europa

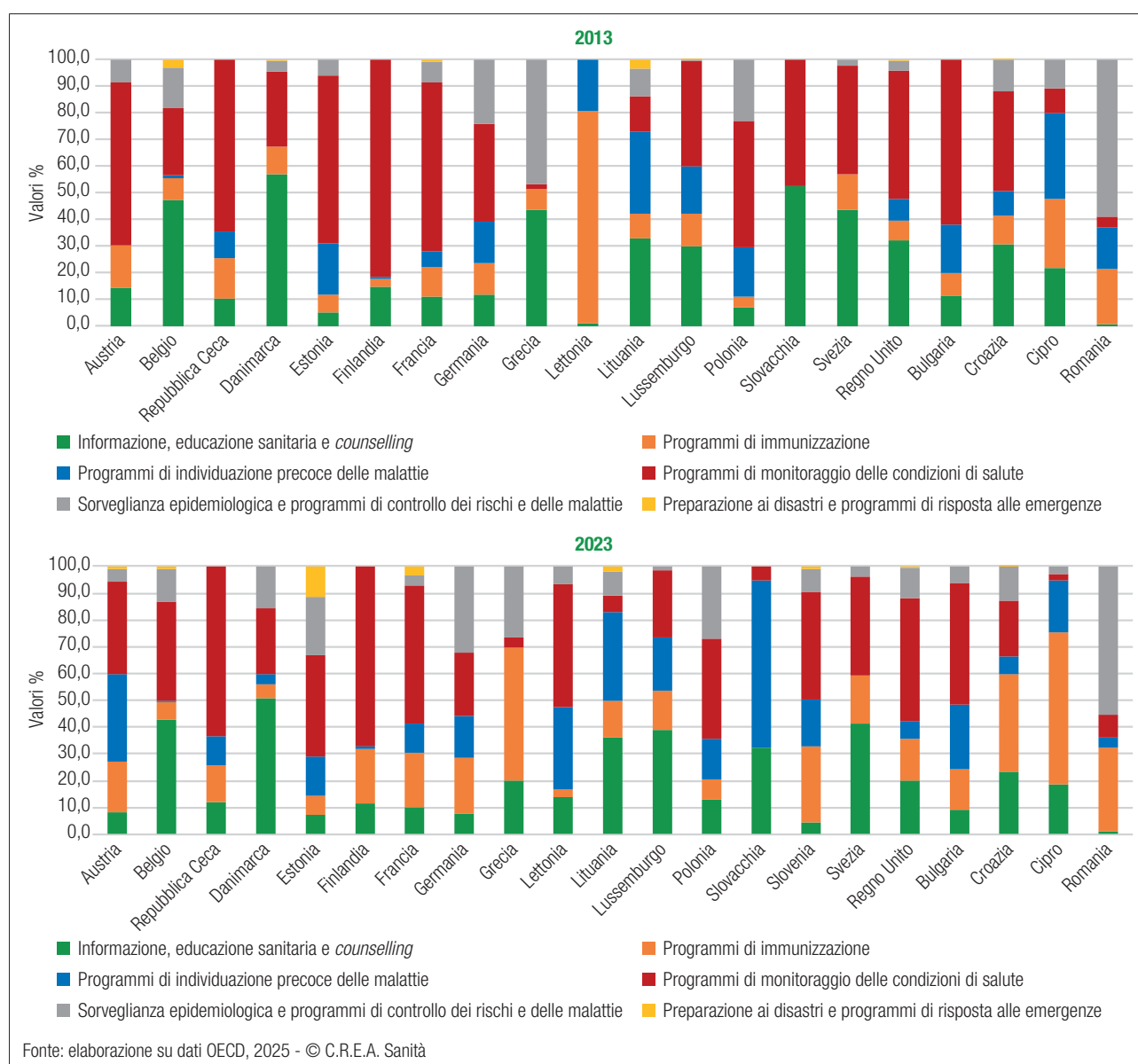
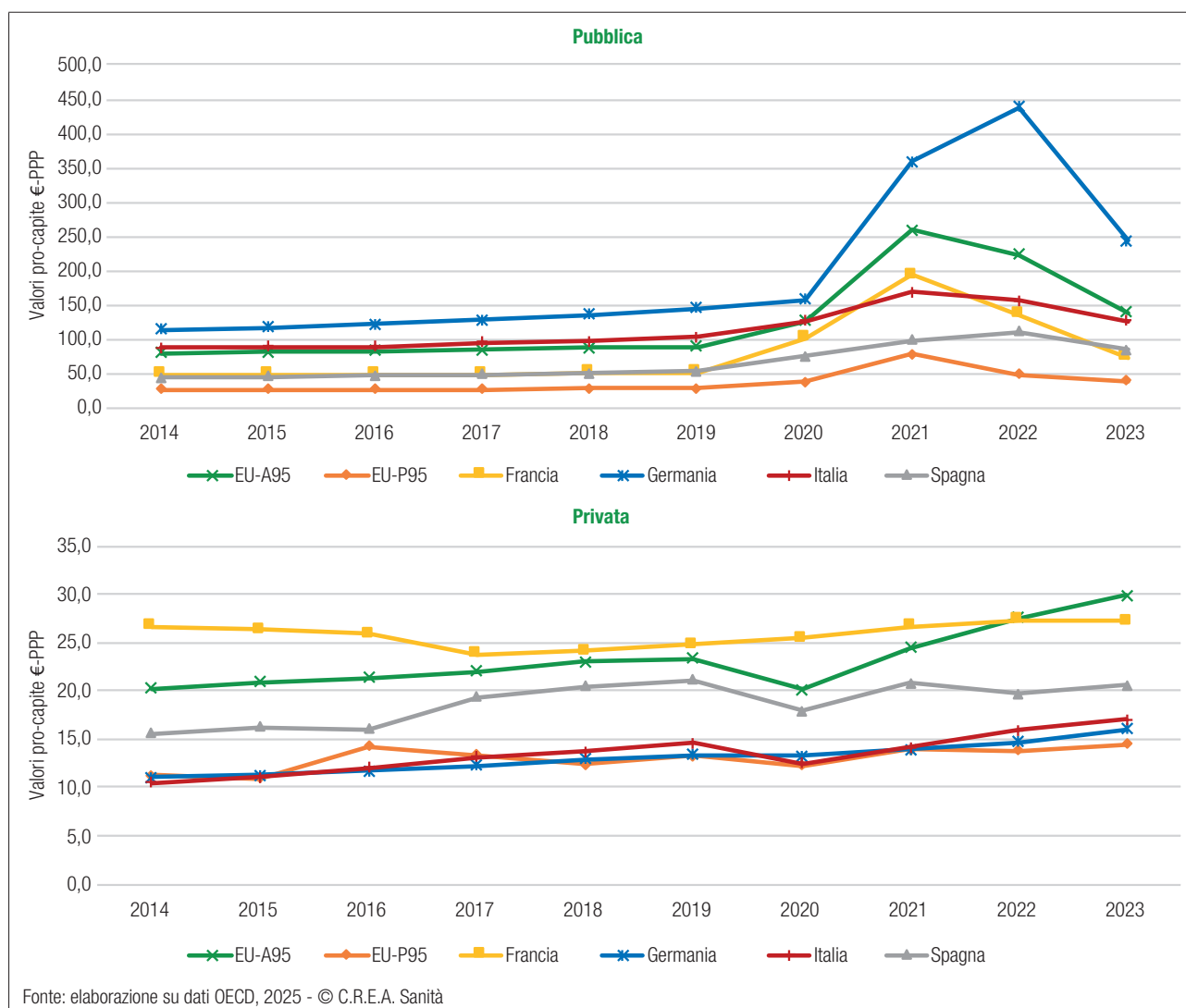


Figura 6.6. Dinamica della spesa pro-capite per la prevenzione (principali Paesi EU)



Pur con i caveat relativi alla comparabilità dei dati, specialmente in termini di classificazione delle “sotto-funzioni” della prevenzione⁵, si può osservare come, nei Paesi europei, pur con una significativa variabilità, prevale l’impegno relativo al monitoraggio delle condizioni di salute, seguito da quello sull’informazione, educazione sanitaria e *counseling*; immunizzazione e *screening* rappresentano quote minoritarie dell’impegno finanziario complessivo per la prevenzione (Figura 6.5.).

Risulta, altresì, molto variabile la quota di risorse

destinata alla capacità di risposta alle emergenze.

Nell’ultimo decennio, si notano alcuni significativi cambiamenti di indirizzo (presumibilmente confusi da modifiche nazionali di classificazione), come nel caso della Grecia che ha visto crescere le risorse assegnate alle immunizzazioni e, al contrario alla Lituania che le ha ridotte in favore del monitoraggio delle condizioni di salute.

L’analisi della dinamica della spesa per la prevenzione, elaborata come confronto fra l’Italia e i principali (in termini dimensionali) *partner* europei,

⁵ Il dato non è disponibile per l’Italia; per una analisi della spesa per “sotto-funzioni” in Italia si rimanda al paragrafo seguente

ovvero Francia, Germania e Spagna, evidenzia l'investimento "eccezionale" degli anni 2020 e 2021, in corrispondenza della pandemia di Covid-19, ed il successivo riallineamento su livelli pre-pandemici.

Per quanto concerne la spesa pubblica per la prevenzione, si conferma come l'Italia si collochi su livelli intermedi nel confronto europeo; tra il 2014 e il 2019 la spesa è cresciuta in tutti i Paesi considerati in modo simile, lentamente ma in modo costante: in Italia da €-PPP 87,9 a €-PPP 103,3 pro-capite (+3,3% medio annuo).

In corrispondenza della pandemia si registra una impennata della spesa, che però in Italia e Spagna è stata più contenuta rispetto agli altri Paesi.

Successivamente, i livelli della spesa in prevenzione sono regrediti verso i valori ante pandemia, ma non annullando del tutto gli incrementi degli anni 2020 e 2021.

Parallelamente, anche la spesa privata per la prevenzione ha registrato (ante pandemia) un *trend* crescente; il livello italiano della spesa si colloca su valori inferiori a quelli degli altri Paesi, più o meno in linea con quelli della Germania e dei Paesi EU-Ante 1995. Il periodo pandemico registra uno stop delle attività di prevenzione a carico diretto dei cittadini (evidentemente dovuto ai *lock-down* e alla posticipazione delle prestazioni non urgenti); quindi, nel periodo post-pandemico, il *trend* si è riportato sulle traiettorie precedenti (Figura 6.6.).

In definitiva, pur con i caveat espressi sulla comparabilità dei dati, la lettura degli andamenti delle spesa nei (principali) Paesi europei restituisce una forte variabilità nell'allocazione delle risorse per la prevenzione; l'Italia, pur confermandosi come il Paese che destina la quota maggiore di risorse sanitarie pubbliche alla prevenzione, per effetto dei bassi livelli di spesa complessivi (vedi Capitolo 3a), di fatto impegna per la prevenzione un ammontare significativamente inferiore alla media dei Paesi EU-Ante 1995.

In termini dinamici, la spesa per la prevenzione, dopo l'"impennata" dovuta alla pandemia, è praticamente regredita sui livelli precedenti, a riprova del fatto che non si è registrato un cambiamento significativo nelle politiche sanitarie in favore della prevenzione.

6.2. L'allocazione delle risorse per la prevenzione in Italia

Per analizzare l'utilizzo delle risorse del SSN allocate sul LEA "Prevenzione collettiva e Sanità pubblica", si può ricorrere alle evidenze dei flussi LA delle Aziende Sanitarie, che riclassificano la spesa per funzioni.

Si tratta di un flusso informativo basato sulla contabilità analitica delle Aziende, la quale presenta limiti di omogeneità peraltro segnalati anche dal Ministero della Salute.

Ricordiamo anche che la classificazione ha subito cambiamenti: in particolare, a partire dal 2019 sono state introdotte due voci relative alla sicurezza degli ambienti aperti e confinati e al Contributo Legge n. 210/92 ed ancora dei sub-livelli relativi alle vaccinazioni e agli *screening* oncologici.

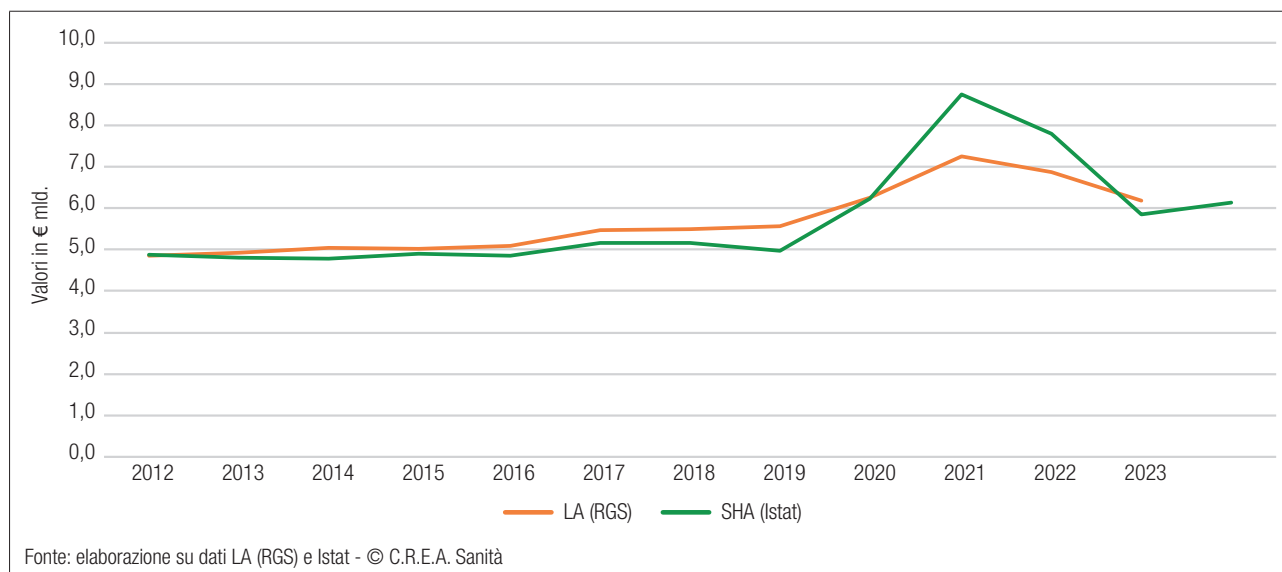
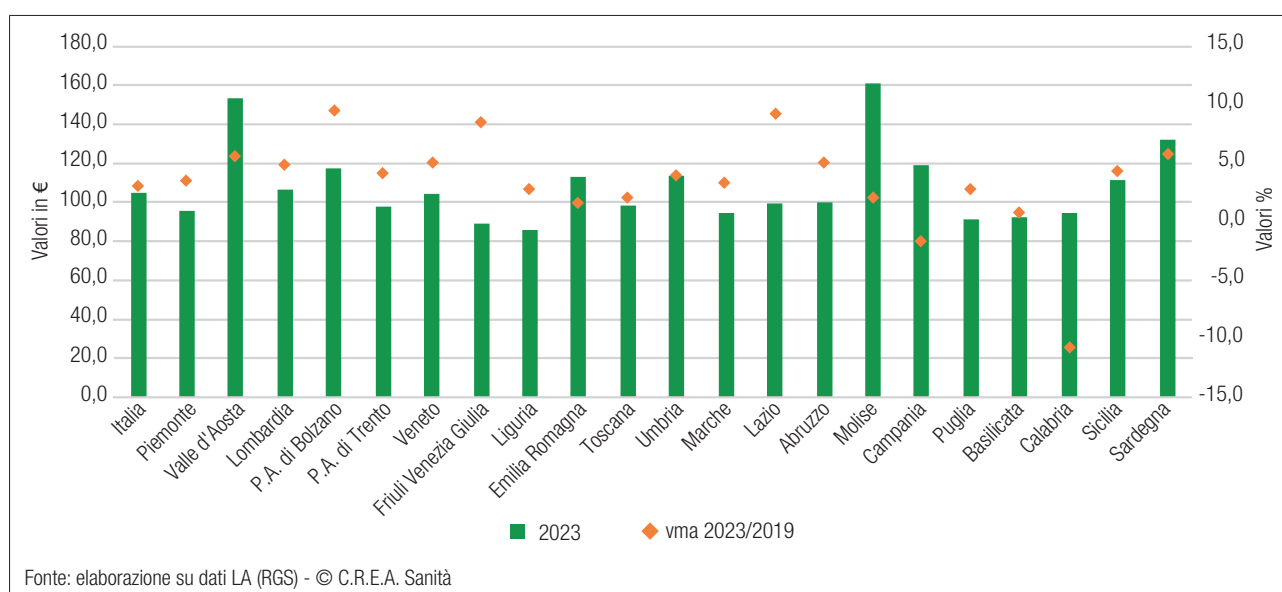
Gli LA rilevano le seguenti voci di interesse:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di *screening*; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- salute animale e igiene urbana veterinaria
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- sicurezza alimentare; tutela della salute dei consumatori
- attività medico legali per finalità pubbliche
- Contributo Legge n. 210/92

Le prime due voci, in buona sostanza, racchiudono i costi sostenuti per la prevenzione "individuale": nella prima, in particolare, troviamo evidenza delle politiche di immunizzazione; nella seconda degli *screening* oncologici.

La terza voce riguarda nello specifico l'area veterinaria.

Le successive sono dedicate alle varie attività di Sanità pubblica, caratterizzate in larga parte da avere finalità preventive.

Figura 6.7. Spesa per la prevenzione in Italia. Comparazione LA (RGS) e SHA (Istat)**Figura 6.8. Spesa pubblica pro-capite per la prevenzione**

Va premesso che la classificazione degli LA non risulta direttamente comparabile con quelle adottate dagli Istituti statistici nazionali e internazionali (Istat, Eurostat e OECD in primis), pur essendo in qualche modo più disaggregata.

Un controllo comparativo, effettuato sui dati di spesa per la prevenzione risultanti dai “Sistema dei Conti della Sanità” (SHA), restituisce, comunque, una buona sovrapposizione fra le diverse fonti, ad

esclusione degli anni pandemici (in particolare 2021 e 2022), ove gli LA sembrano sottostimare significativamente la spesa secondo l'Istat (Figura 6.7.).

Con i caveat espressi, secondo gli LA (Figura 6.8.), il costo sostenuto dal SSN per la prevenzione ammonta a € 6,2 mld., ovvero € 104,8 pro-capite, in crescita del +3,1% medio annuo rispetto all'anno 2019; il valore massimo si registra nella Regione Molise (€ 160,8 pro-capite, +2,1% medio annuo rispetto

al 2019); la Regione con la spesa minima è la Liguria (€ 85,9 pro-capite, +2,8% medio annuo rispetto al 2019).

In termini di incidenza (Figura 6.9.), 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); quella minima in Liguria (3,2%, -0,04 p.p.).

Per quanto concerne la “sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie” (Figura 6.10.), il costo sostenuto dal SSN risulta di € 1,7 mld., ovvero € 28,5 pro-capite, in crescita del +9,8% medio annuo rispetto all'anno 2019; il valore massimo si registra nella Regione Lazio (€ 46,3 pro-capite, +20,7% medio annuo rispetto al 2019); la Regione con la spesa minima è la Toscana (€ 14,1 pro-capite, +2,5% medio annuo rispetto al 2019).

Figura 6.9. Incidenza della spesa per la prevenzione sulla spesa sanitaria pubblica

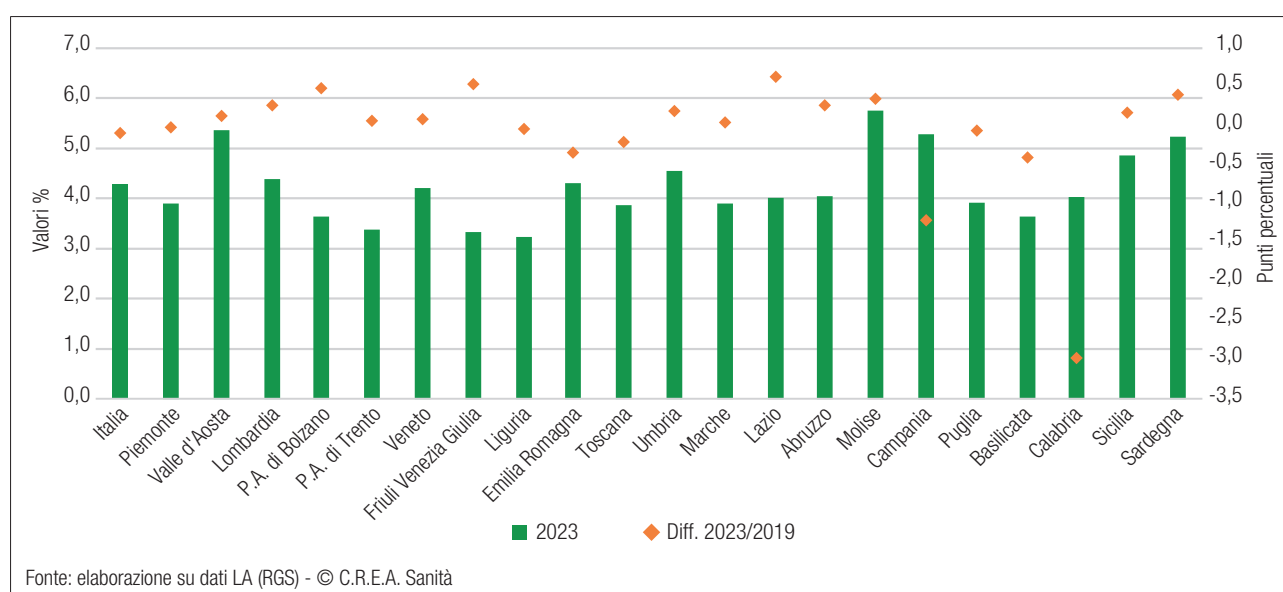


Figura 6.10. Spesa pubblica pro-capite per la “Sorveglianza”, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie

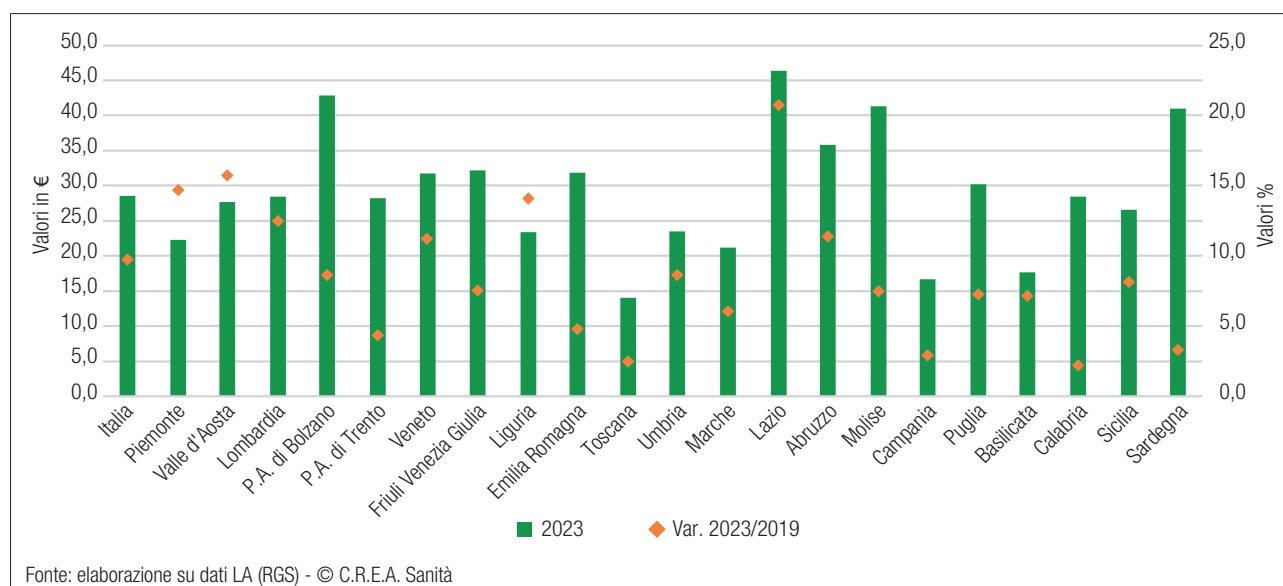


Figura 6.11. Incidenza della spesa pubblica per la “Sorveglianza”, prevenzione e controllo delle malattie infettive e “parassitarie” sulla spesa per prevenzione

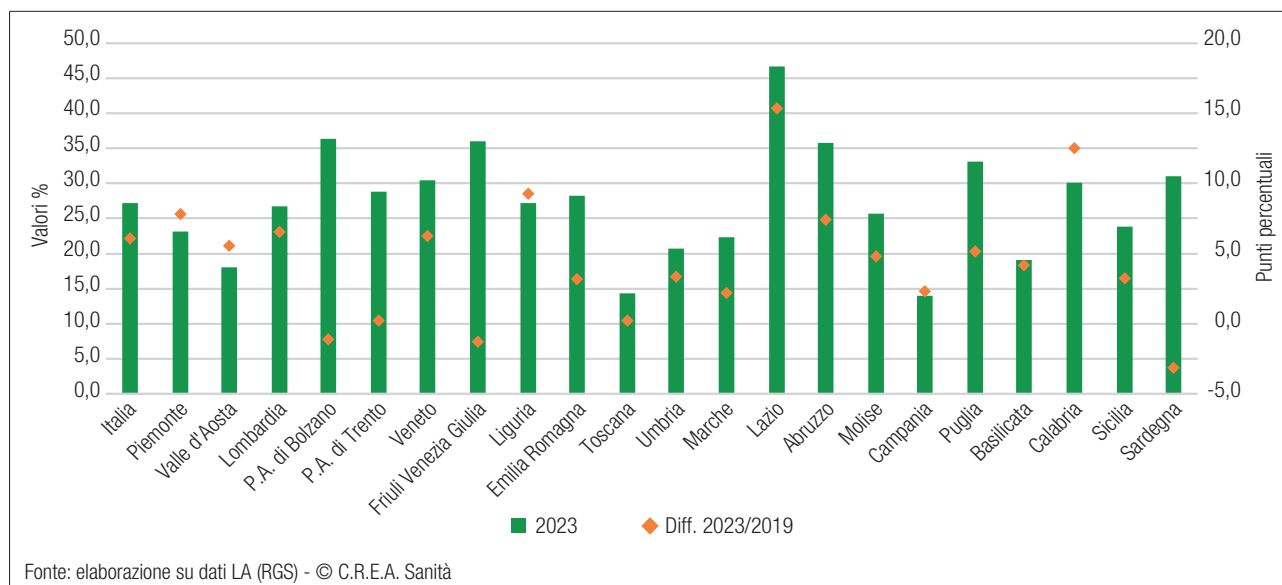
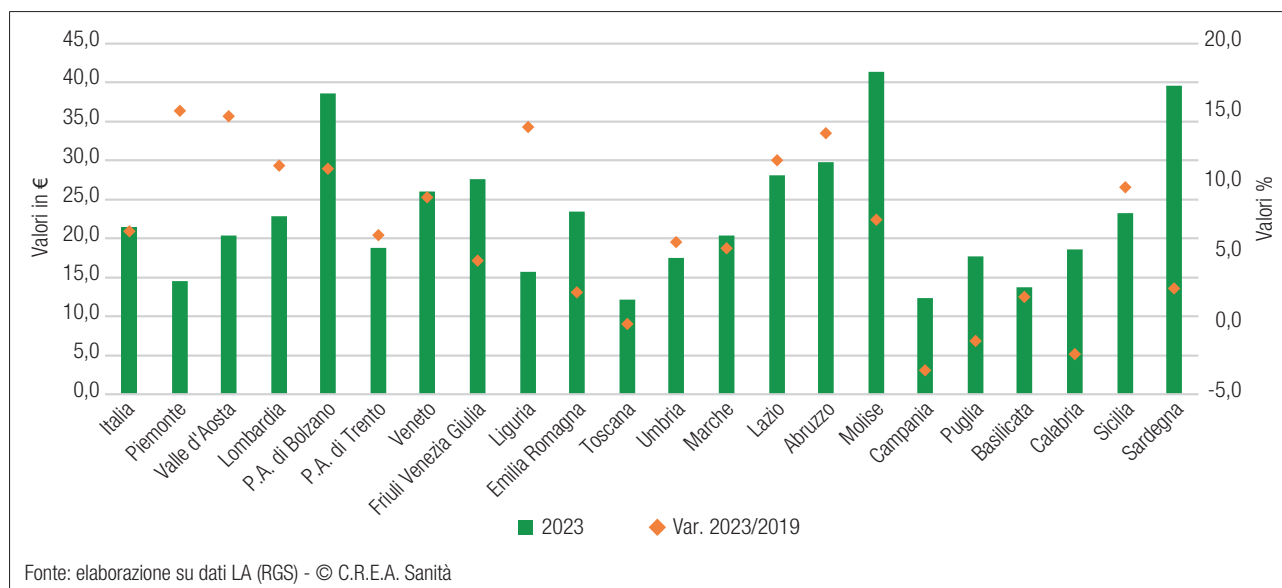


Figura 6.12. Spesa pubblica pro-capite per le vaccinazioni



In termini di incidenza (Figura 6.11.), l'onere per la “Sorveglianza”, prevenzione e controllo delle malattie infettive e “parassitarie” ammonta in media al 27,2% della spesa complessiva allocata sulla prevenzione (1,2% sulla spesa sanitaria totale del SSN), in aumento di +6,1 p.p. rispetto al 2019; l'incidenza massima si registra nella Regione Lazio (46,6%, +15,3 p.p. rispetto al 2019); quella minima in Campania (14,0%, +2,3 p.p.).

Con i caveat espressi, secondo gli LA (Figura 6.12.), il costo sostenuto dal SSN per le vaccinazioni ammonta a € 1,3 mld., ovvero € 21,4 pro-capite, in crescita del +6,6% medio annuo rispetto all'anno 2019; il valore massimo si registra nella Regione Molise (€ 41,3 pro-capite, +7,5% medio annuo rispetto al 2019); la Regione con la spesa minima è la Toscana (€ 12,1 pro-capite, valore invariato rispetto al 2019).

Figura 6.13. Incidenza della spesa pubblica per le vaccinazioni sulla spesa per prevenzione

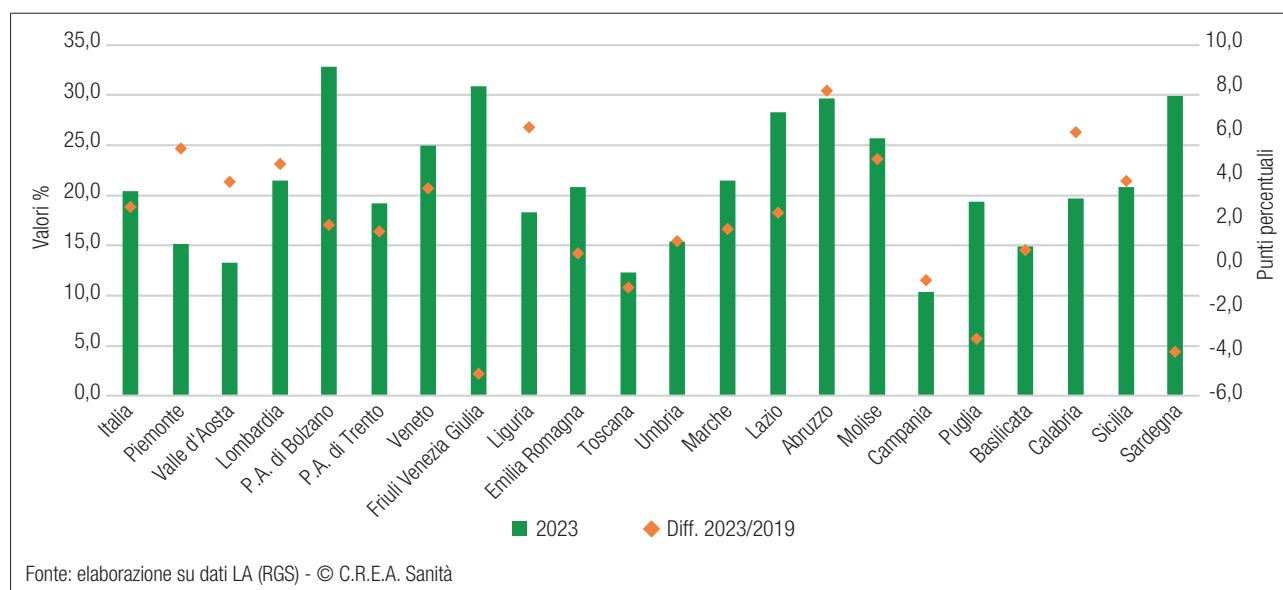
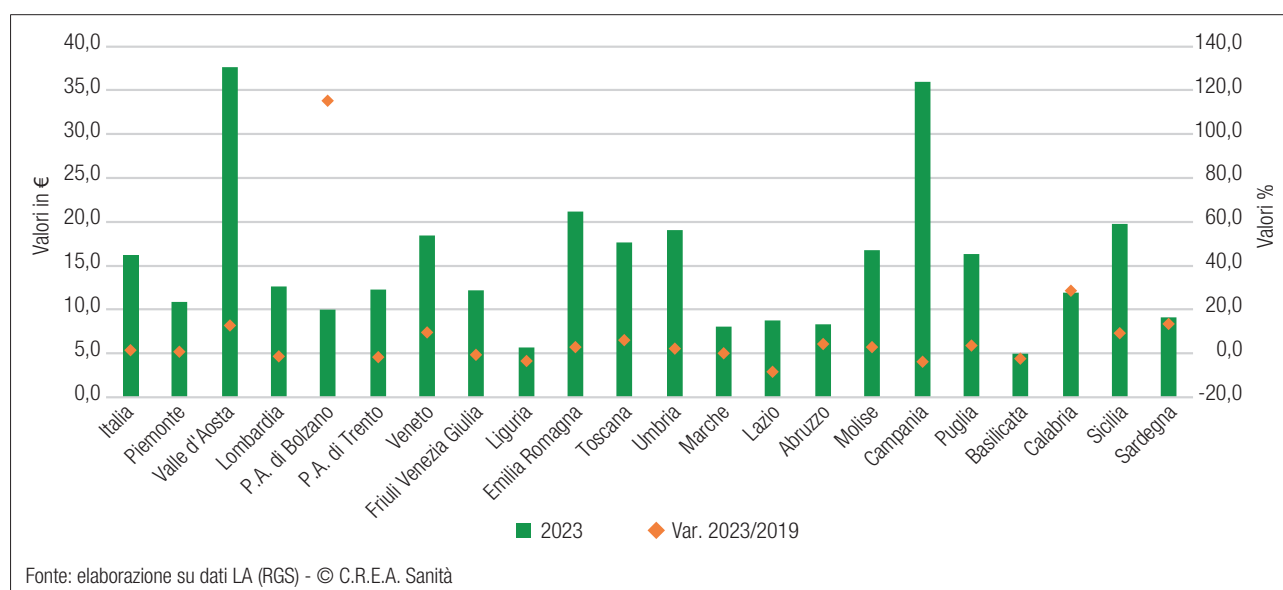


Figura 6.14. Spesa pubblica pro-capite per la “Sorveglianza” e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening



Nel 2023, rappresenta il 75,2% della spesa per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (- 9,2 p.p. rispetto al 2019).

In termini di incidenza (Figura 6.13.) sulla spesa per prevenzione, l'onere per le vaccinazioni ammonta in media al 20,4% (0,9% della spesa sanitaria totale del SSN), in aumento di +2,6 p.p. rispetto al 2019; l'incidenza massima si registra nella P.A. di Bolzano

(32,8%, +1,8 p.p. rispetto al 2019); quella minima in Campania (10,3%, -0,7 p.p.).

Il costo sostenuto dal SSN per la “Sorveglianza” e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di “screening” (Figura 6.14.), ammonta a € 953,1 mln., ovvero € 16,2 pro-capite, in crescita del +1,6% medio annuo rispetto all'anno 2019; il valore mas-

simo si registra nella Regione Valle d'Aosta (€ 37,6 pro-capite, +12,6% medio annuo rispetto al 2019); la Regione con la spesa minima è la Basilicata (€ 5,0 pro-capite, -2,4% medio annuo rispetto al 2019).

In termini di incidenza (Figura 6.15.), l'onere per la “Sorveglianza” e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i

programmi organizzati di “screening” ammonta in media al 15,4% della spesa per prevenzione (0,7% della spesa sanitaria SSN), in diminuzione di -0,9 p.p. rispetto al 2019; l'incidenza massima si registra nella Regione Campania (30,2%, -2,7 p.p. rispetto al 2019); quella minima in Basilicata (5,4%, -0,7 p.p.).

Figura 6.15. Incidenza della spesa pubblica per la “Sorveglianza” e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di “screening” sulla spesa per prevenzione

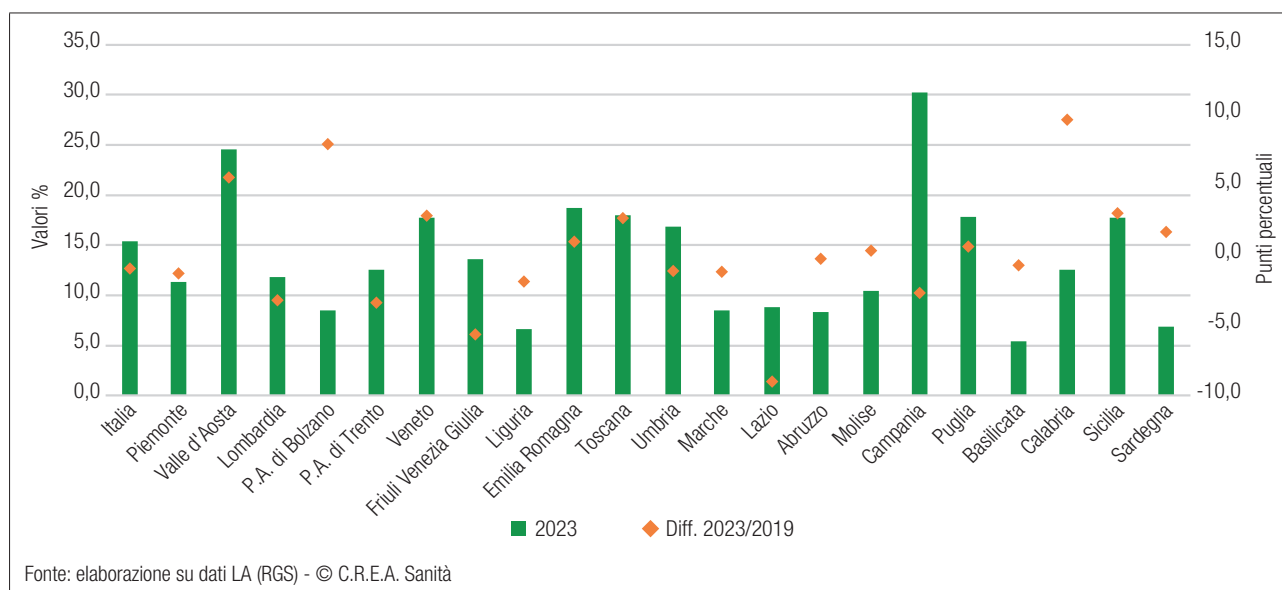
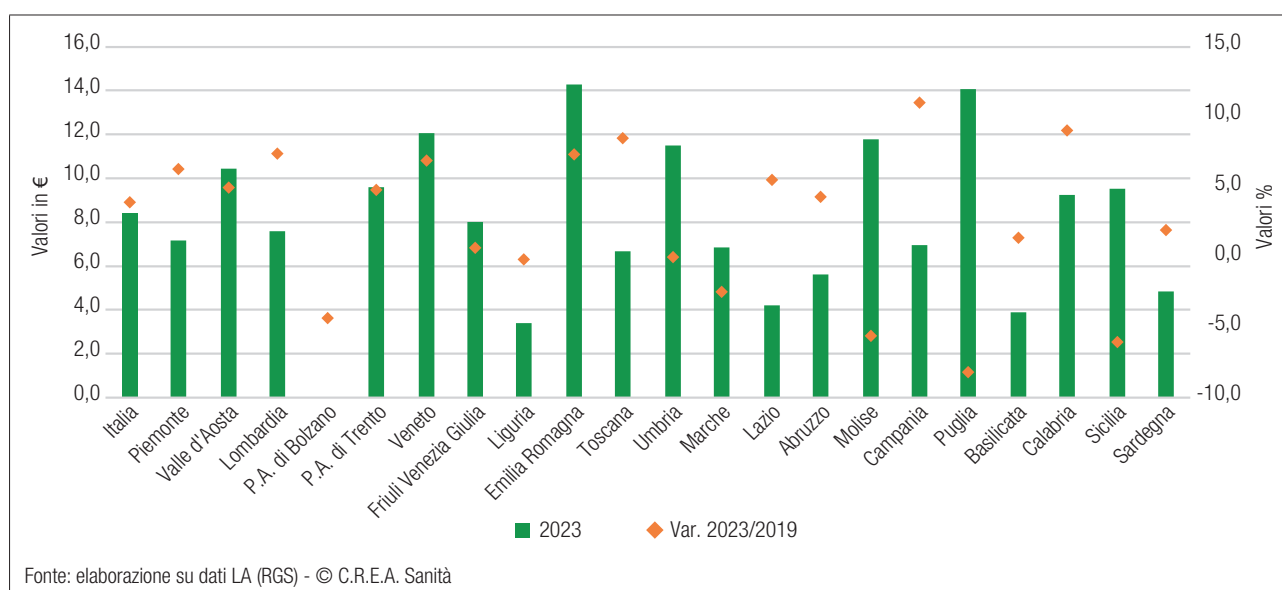


Figura 6.16. Spesa pubblica pro-capite per screening oncologici



Il costo sostenuto dal SSN per gli *screening* oncologici ammonta a € 494,8 mln., ovvero € 8,4 pro-capite (Figura 6.16.), in crescita del +3,9% medio annuo rispetto all'anno 2019; il valore massimo si registra nella Regione Emilia Romagna (€ 14,3 pro-capite, +11,0% medio annuo rispetto al 2019); la Regione con la spesa minima è la Liguria (€ 3,4 pro-capite, -5,6% medio annuo rispetto al 2019). Nel 2023, rappresenta il 51,9% della spesa per la “Sorveglianza”,

prevenzione e controllo delle malattie infettive e “parassitarie” (+4,5 p.p. rispetto al 2019),

In termini di incidenza (Figura 6.17.), l'onere per gli *screening* oncologici ammonta in media all'8,0% della spesa per prevenzione (0,3% della spesa sanitaria SSN), in aumento del +0,3% rispetto al 2019; l'incidenza massima si registra nella Regione Puglia (15,4%, +2,0 p.p. rispetto al 2019); quella minima in Sardegna (3,7%, +1,3 p.p.).

Figura 6.17. Incidenza della spesa pubblica per gli *screening* oncologici sulla spesa pubblica per prevenzione

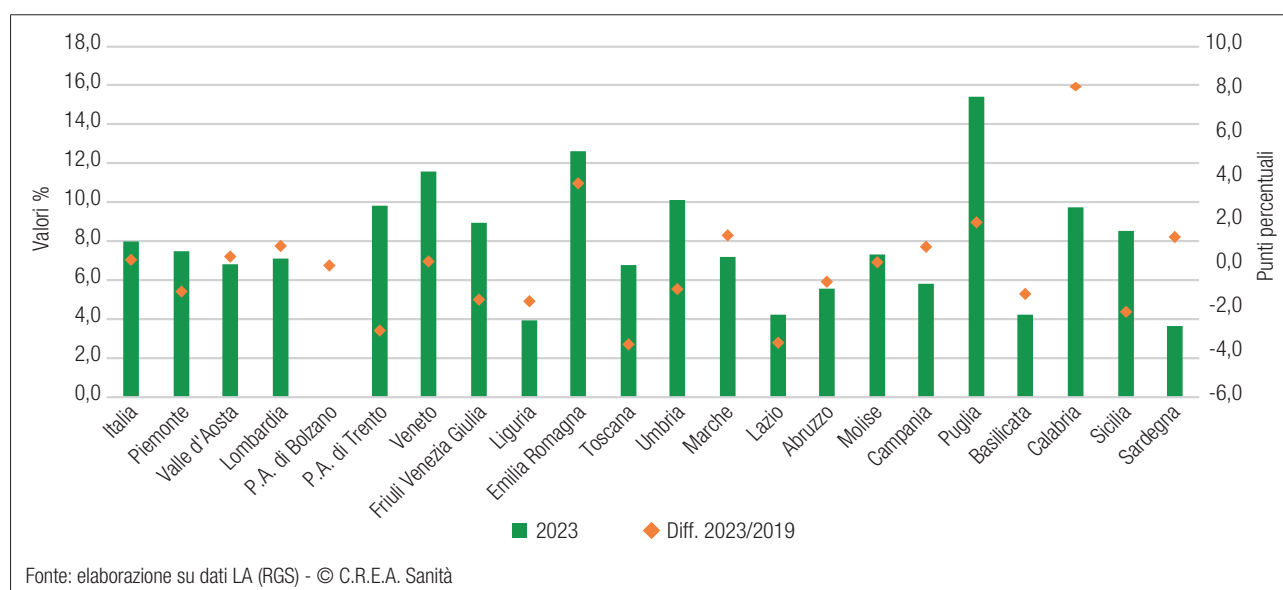
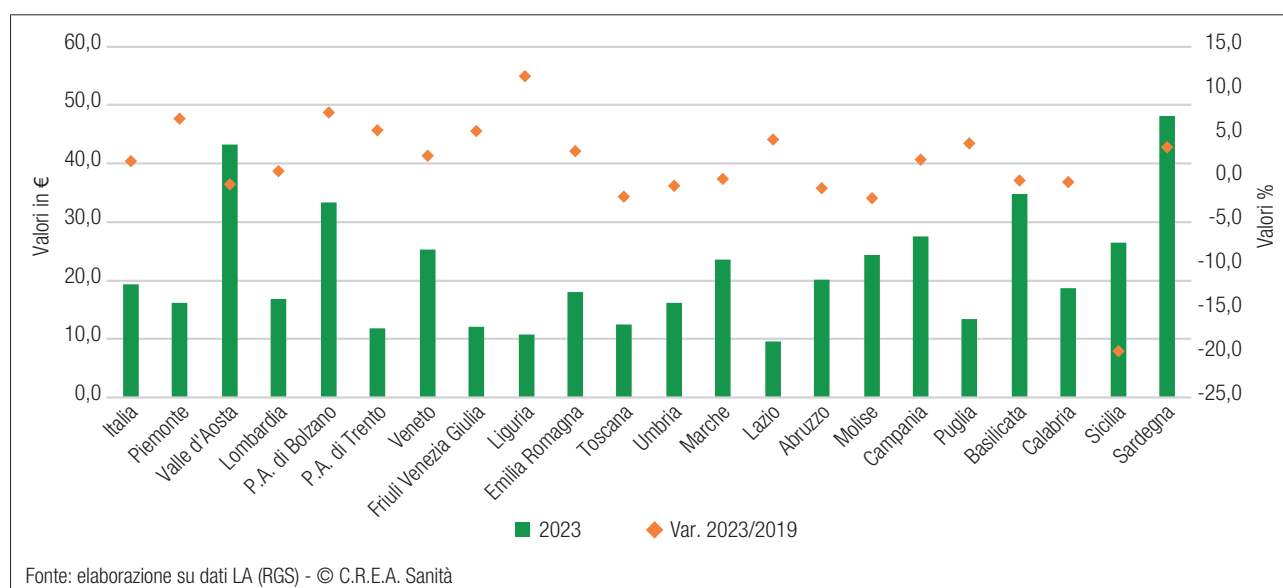


Figura 6.18. Spesa pubblica pro-capite per la “Salute” animale e igiene urbana veterinaria



Il costo sostenuto dal SSN per la “Salute” animale e igiene urbana “veterinaria” ammonta a € 1,1 mld., ovvero € 19,4 pro-capite (Figura 6.18.), in crescita del +1,9% medio annuo rispetto all'anno 2019; il valore massimo si registra nella Regione Sardegna (€ 48,1 pro-capite, +13,7% medio annuo rispetto al 2019); la Regione con la spesa minima è il Lazio (€ 9,6 pro-capite, -1,1% medio annuo rispetto al 2019).

In termini di incidenza (Figura 6.19.), l'onere per la “Salute” animale e igiene urbana “veterinaria” ammonta in media al 18,5% della spesa per prevenzione, (0,8% della spesa sanitaria SSN), in diminuzione di -0,9 p.p. rispetto al 2019; l'incidenza massima si registra nella Regione Basilicata (37,8%, -1,9 p.p. rispetto al 2019); quella minima nel Lazio (9,7%, -4,8 p.p. rispetto al 2019).

Figura 6.19. Incidenza della spesa pubblica per la “Salute” animale e igiene urbana “veterinaria” sulla spesa per prevenzione

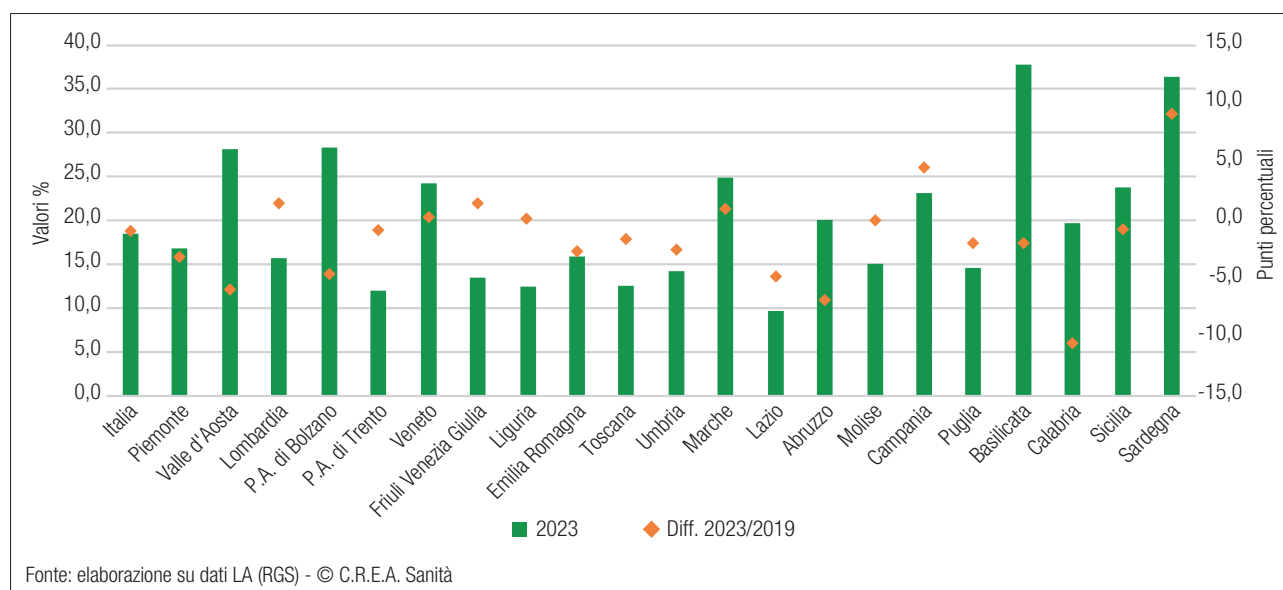
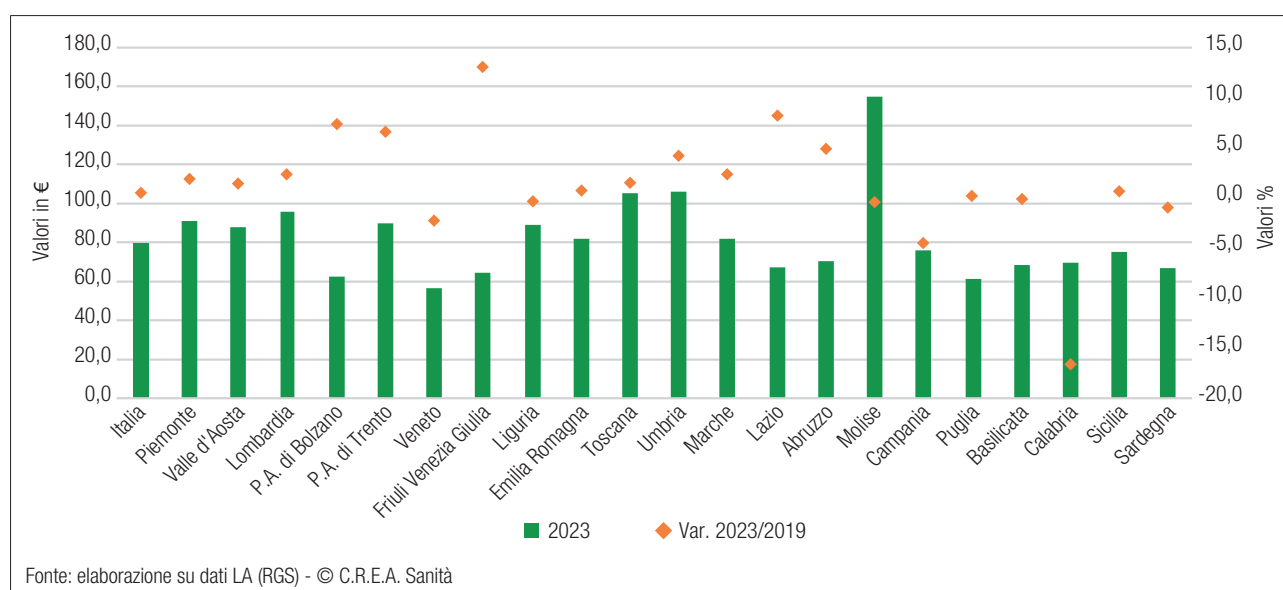


Figura 6.20. Spesa pubblica pro-capite per la “Sanità” pubblica



Raggruppando le altre voci sotto l'etichetta "Sanità pubblica" (Figura 6.20.), il costo sostenuto dal SSN per esse ammonta a € 2,4 mld., ovvero € 79,6 pro-capite, in crescita del +0,5% medio annuo rispetto all'anno 2019; il valore massimo si registra nella Regione Molise (€ 154,8 pro-capite, -0,4% medio annuo rispetto al 2019); la Regione con la spesa minima è il Veneto (€ 56,5 pro-capite, -2,3% medio

annuo rispetto al 2019).

In termini di incidenza (Figura 6.21.), l'onere per la "Sanità pubblica" ammonta in media al 38,9% della spesa per prevenzione (1,7% della spesa sanitaria SSN), in diminuzione di -4,3 p.p. rispetto al 2019; l'incidenza massima si registra in Toscana (55,1%, -1,4 p.p. rispetto al 2019); quella minima nella Sardegna (25,8%, -7,7 p.p.).

Figura 6.21. Incidenza della spesa per la "Sanità pubblica" sulla spesa per prevenzione

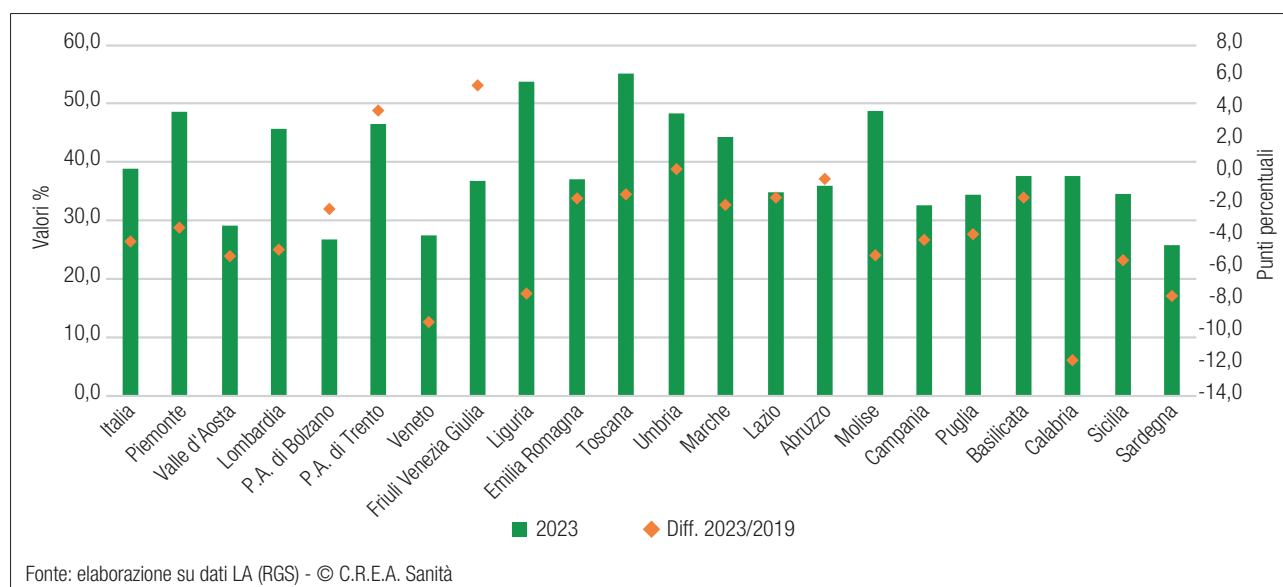


Figura 6.22. Composizione della spesa pubblica per la prevenzione. Valori %

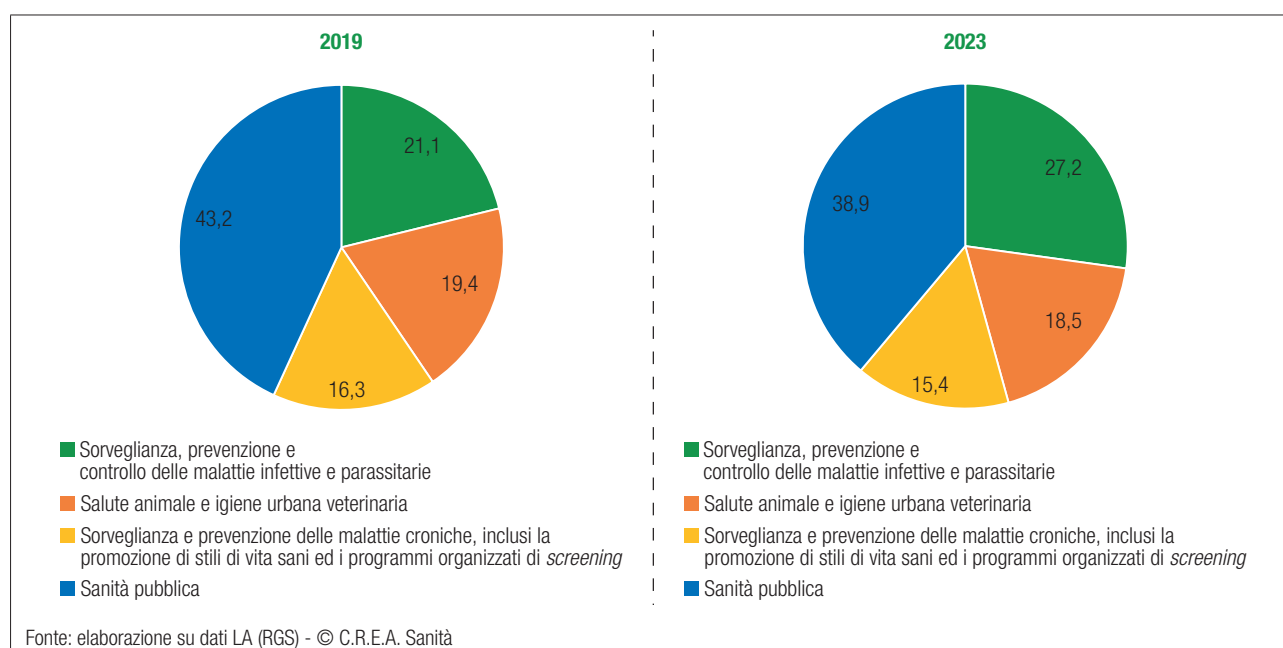
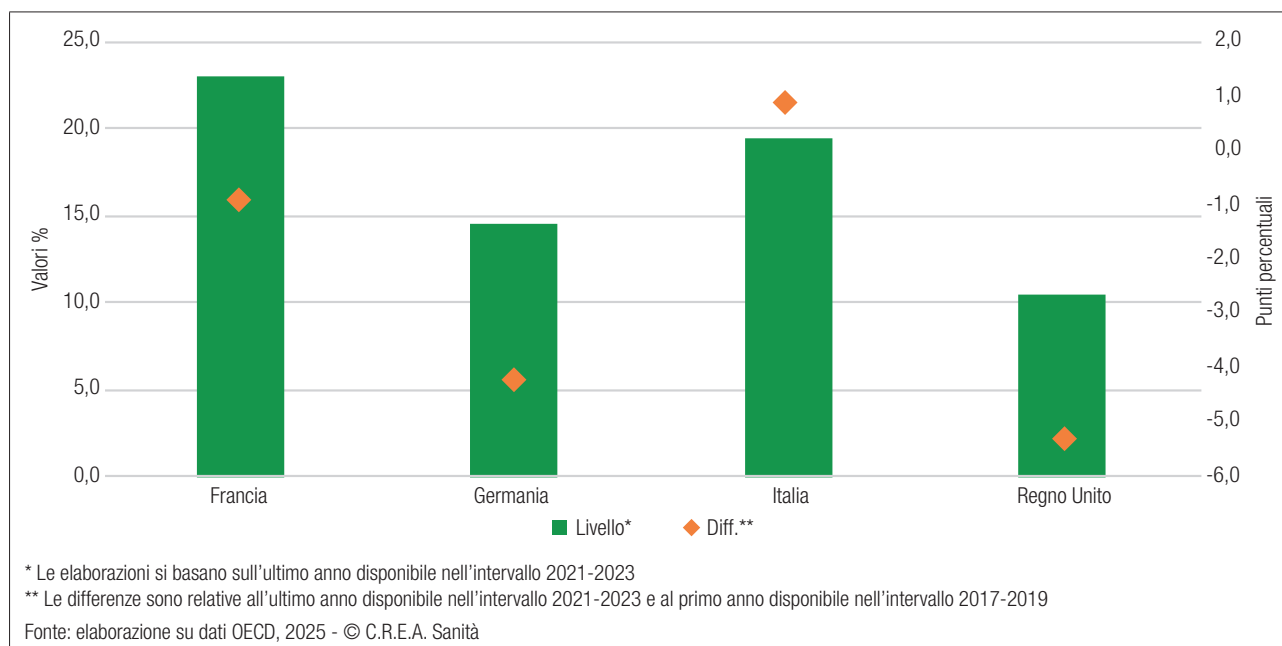


Figura 6.23. Prevalenza di fumatori quotidiani nella popolazione over 14 anni di età

In termini di composizione, nell'anno 2023, prevale l'onere la per la “Sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali)” con il 47,6% in aumento di 6,1 p.p. rispetto al 2019 (Figura 6.22.).

A seguire troviamo la “Veterinaria” con il 18,5% in diminuzione di -0,9 p.p. rispetto al 2019.

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

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.).

6.3. I fattori di rischio: livelli e trend

L'esito dell'investimento nazionale in prevenzione, descritto nei suoi aspetti economici nel paragrafo precedente, può essere indirettamente valutato sulla

base di 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 l'adesione ai principali programmi di prevenzione primaria.

A tal fine sono stati utilizzati i dati pubblicati dall'OECD, sebbene non coprano in modo completo, e per tutti gli anni di osservazione, l'area europea: per questo motivo, si è deciso di effettuare il confronto limitandolo ai principali (dimensionalmente) Paesi europei, utilizzando altresì l'ultimo anno disponibile (nell'intervallo 2022-2024): nello specifico l'Italia, ove possibile, è stata confrontata con Francia, Germania, Spagna e Regno Unito.

Secondo l'OECD la quota di fumatori quotidiani nella popolazione over 14 in Italia si attesta al 19,5%, contro valori nell'intervallo [10,5-23,1]% nei Paesi di confronto, con un differenziale di +9,0 p.p. rispetto al Regno Unito (10,5%) e di -3,6 p.p. rispetto alla Francia (23,1%).

In termini dinamici (Figura 6.23.), nell'ultimo quinquennio, nei Paesi di confronto il tasso si è ridotto nell'intervallo -[0,9-5,3] p.p., mentre in Italia è aumentato di +0,9 p.p.: quindi, per questo indicatore, l'Italia, oltre a registrare un livello peggiore che in 2

su 3 degli altri Paesi selezionati, ha anche una dinamica in controtendenza, tale per cui, rispetto agli altri Paesi segna un peggioramento compreso tra +[1,8-6,2] p.p..

Per considerare i cambiamenti nei comportamenti di fumo, l'OECD rileva anche la quota di *over 14*

che utilizzano prodotti per il *vaping* (Figura 6.24.): in Italia il tasso si attesta al 4,8%, contro valori nell'intervallo [2,2-9,8]% nei Paesi di confronto, con un differenziale di +2,6 p.p. rispetto alla Spagna (2,2%) e di -5,0 p.p. rispetto al Regno Unito (9,8%).

Figura 6.24. Prevalenza di fumatori sigarette elettroniche (*vaping*) nella popolazione *over 14* anni di età

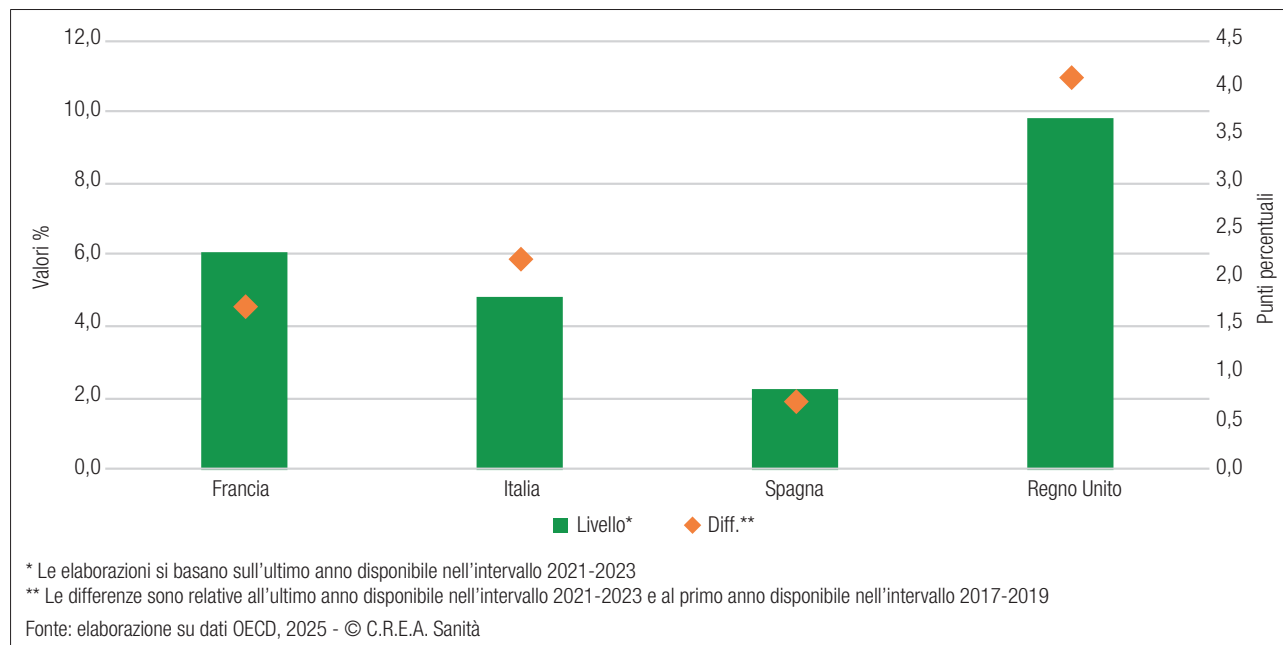
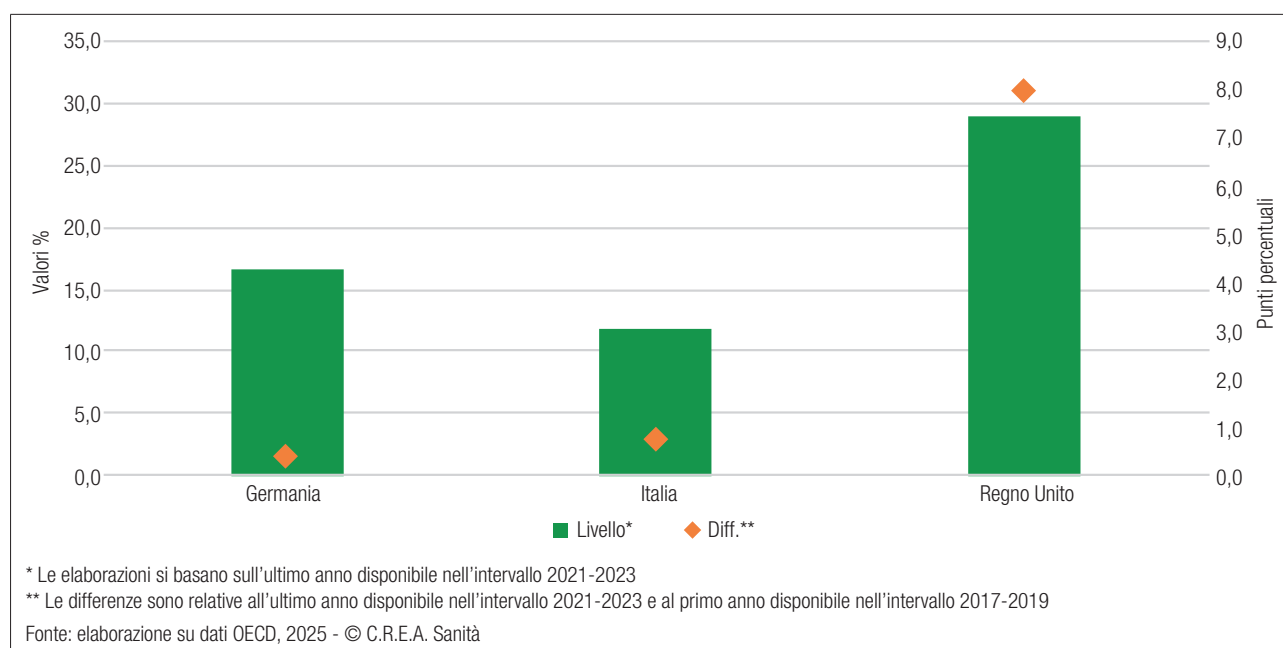


Figura 6.25. Prevalenza di persone obese nella popolazione *over 14* anni di età



In termini dinamici, nell'ultimo quinquennio, nei Paesi di confronto il tasso si è incrementato di $+ [0,7-4,1]$ p.p., mentre in Italia è aumentato di $+2,2$ p.p.: il differenziale fra l'Italia e gli altri Paesi, quindi, in media segna un peggioramento dell'ordine di $+1,5$ p.p. rispetto alla Spagna e un miglioramento di $-1,9$ p.p. rispetto al Regno Unito.

In questo caso quindi, solo la Spagna performa meglio dell'Italia, evidentemente perché in questi due Paesi è stato più lento il passaggio dalla sigaretta "classica" a quella "elettronica".

In Italia si conta una quota di persone obese (dati dichiarati dagli intervistati) che si attesta all'11,8%, contro il 16,7% ($+4,9$ p.p.) della Germania e il 29,0% ($+17,2$) del Regno Unito.

In termini dinamici, nell'ultimo quinquennio, in Germania e Regno Unito il tasso si è incrementato di $+0,4$ e $+8,0$ p.p. rispettivamente, e in Italia di $+0,8$ p.p.: il differenziale quindi fra l'Italia e gli altri Paesi segna un miglioramento dell'ordine di $-7,2$ p.p. rispetto al Regno Unito e un peggioramento di $+0,4$ p.p. rispetto alla Germania (Figura 6.25.).

In termini di obesità, quindi, l'Italia è certamente promossa nel confronto con gli altri Paesi (a maggior ragione considerando che è il primo ad avere

recentemente emanato una norma che la riconosce come patologia), malgrado la prevalenza sia però in continuo aumento.

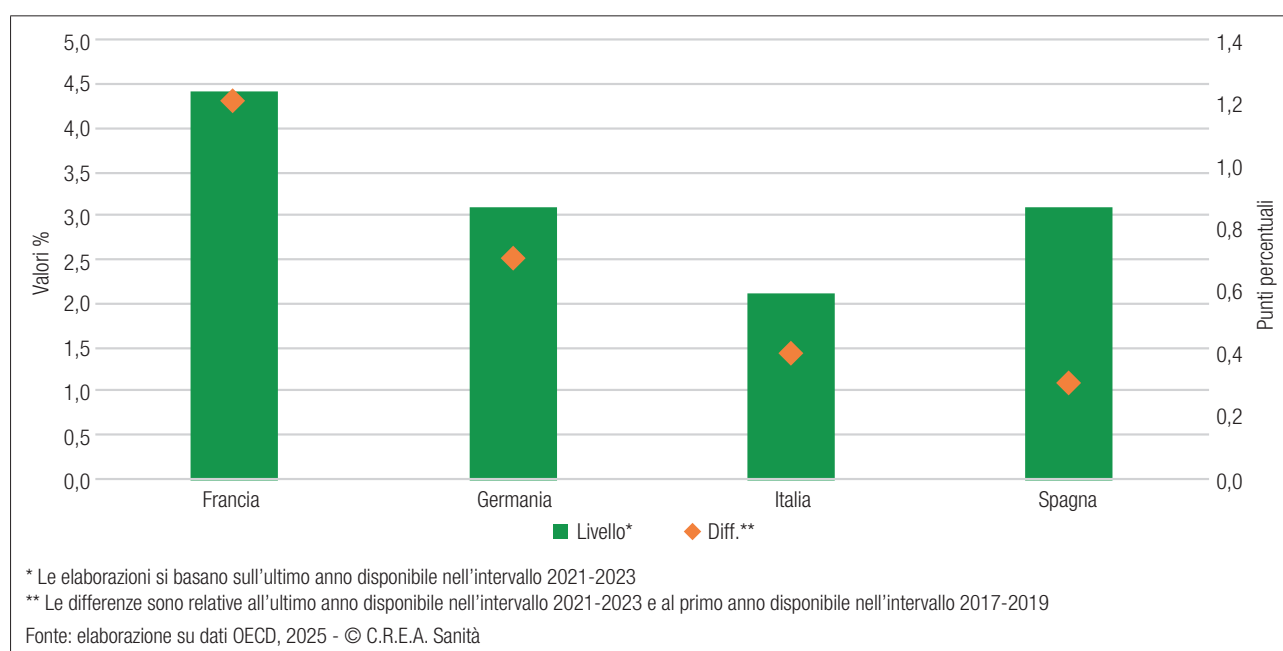
L'OECD restituisce, inoltre, la prevalenza nell'uso di cocaina fra i giovani adulti (15-34 anni).

In Italia la prevalenza si attesta al 2,1% nella popolazione 15-34 anni, contro valori nell'intervallo $[3,1-4,4]\%$ nei Paesi di confronto, con un differenziale di $-2,3$ p.p. rispetto alla Francia (4,4%) e di $-1,0$ p.p. rispetto a Francia e Germania (3,1 p.p. rispettivamente).

In termini dinamici (Figura 6.26.), nell'ultimo quinquennio, nei Paesi di confronto il tasso si è incrementato di $+ [0,3-1,2]$ p.p., mentre in Italia è aumentato di $+0,4$ p.p.: il differenziale quindi fra l'Italia e gli altri Paesi segna un miglioramento dell'ordine di $-0,3$ e $-0,8$ p.p. rispetto a Germania e Francia rispettivamente e un peggioramento di $+0,1$ p.p. rispetto alla Spagna.

Anche in questo caso, quindi, l'Italia presenta una prevalenza minore rispetto agli altri Paesi selezionati: il differenziale di prevalenza si mantiene e amplifica nel tempo, pur considerando che il fenomeno è comunque in crescita.

Figura 6.26. Prevalenza di uso di cocaina nella popolazione 14-35 anni di età



In coerenza con l'approccio *One Health*, il numero di morti premature attribuibili all'esposizione al particolato offre una indicazione dell'impatto della (mancata) protezione ambientale sulla salute.

In Italia si contano 113 morti premature ogni

100.000 abitanti, contro valori nell'intervallo [48-58] per 100.000 nei Paesi di confronto, con un differenziale negativo di 55 ogni 100.000 rispetto alla Spagna e 65 rispetto alla Francia (Figura 6.27.).

Figura 6.27. Tasso di mortalità prematura attribuibile al particolato*

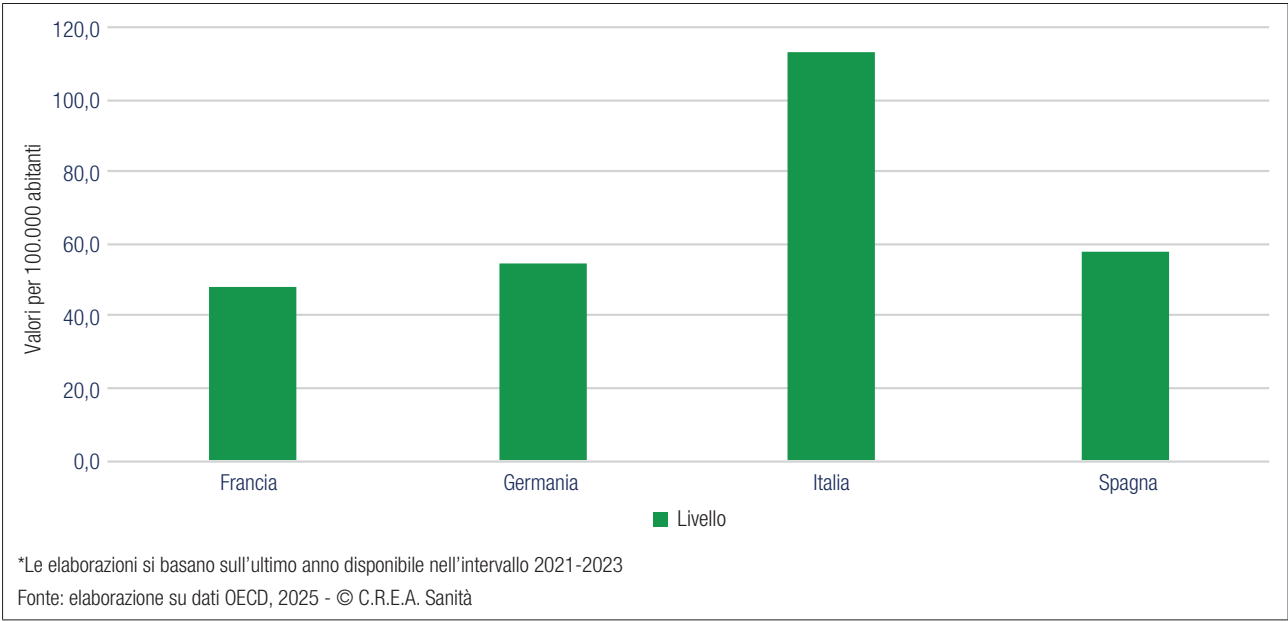


Figura 6.28. Quota di bambini eleggibili alla vaccinazione DTP (Difterite, Tetano e Pertosse)

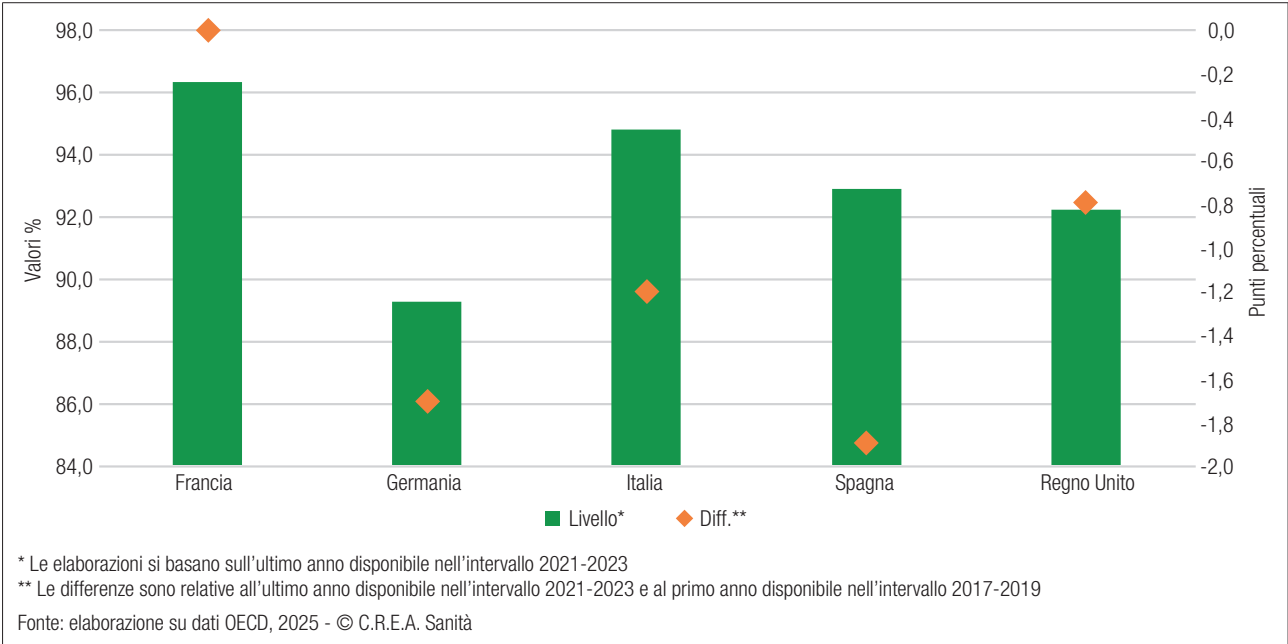
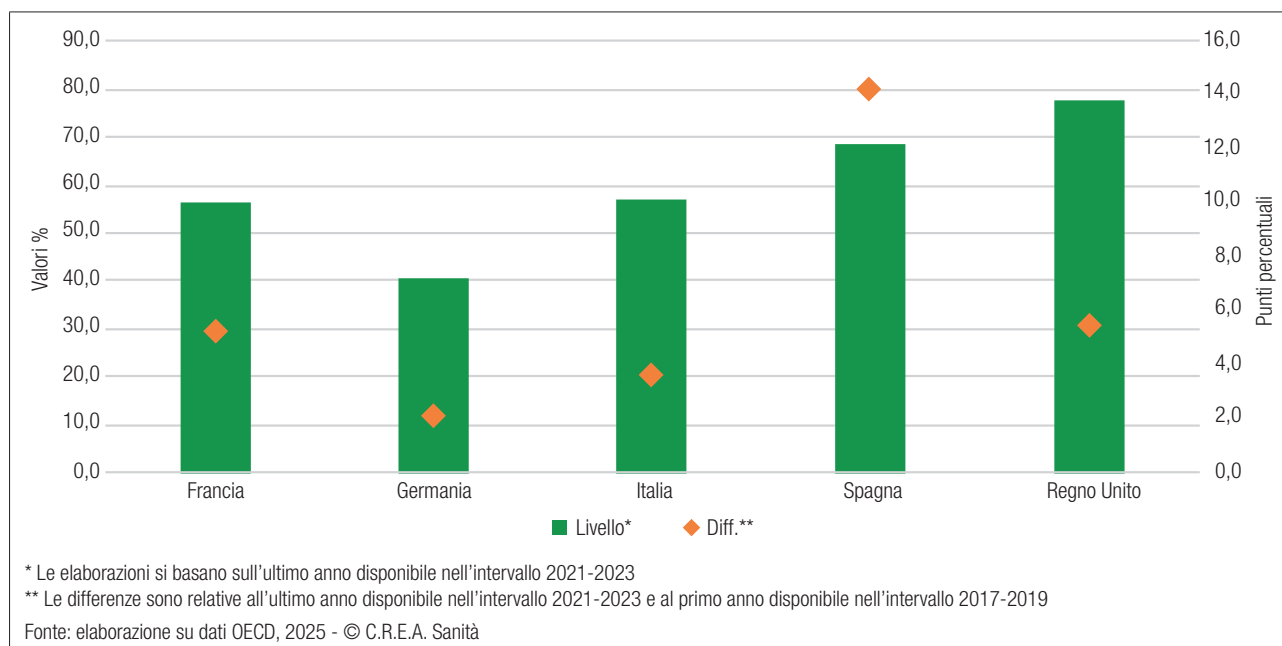


Figura 6.29. Prevalenza di anziani vaccinati per l'influenza nella popolazione *over 64* anni di età

Passando alle attività di prevenzione primaria, la quota di bambini eleggibili a programmi vaccinali di immunizzazione alla Difterite, Pertosse e Tetano, in Italia (94,8%), è seconda solo a quella francese (96,3%).

Il differenziale è quindi positivo (+5,5, +2,6 e +1,9 p.p.) relativamente a Germania, Regno Unito e Spagna, e negativo di -1,5 p.p. rispetto alla Francia.

In termini dinamici, nell'ultimo quinquennio, nei Paesi di confronto le percentuali si sono ridotte di $-[0,8-1,9]$ p.p., ed in Italia di -1,2 p.p.: il differenziale quindi fra l'Italia e gli altri Paesi segna un maggiore incremento (+0,5 e +0,7 p.p.) rispetto a Germania e Francia, e uno minore di -0,4 p.p. rispetto al Regno Unito (Figura 6.28.).

Quindi, per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie, la *Performance* italiana è buona, ancorché ancora migliorabile.

Per quanto concerne le vaccinazioni in età adulta, in Italia la copertura per l'influenza negli anziani (*over 64*) si attesta al 56,7%: i valori nei Paesi considerati si posizionano nell'intervallo $[40,4-77,8]\%$: il differenziale è positivo di +16,3 e +0,5 p.p. rispetto a Germania e Francia rispettivamente, ma negativo di -21,1 e -11,8 p.p. rispetto a Regno Unito e Spagna.

In termini dinamici, nell'ultimo quinquennio, nei Paesi di confronto le percentuali si sono incrementate di $+ [2,1-14,2]$ p.p., mentre in Italia sono aumentate di +3,6 p.p.: il differenziale quindi fra l'Italia e gli altri Paesi segna un peggioramento di -10,6, -1,8 e -1,6 p.p. rispetto a Spagna, Regno Unito e Francia rispettivamente e un miglioramento di +1,5 p.p. rispetto alla Germania (Figura 6.29.).

Nel complesso l'Italia performa nella media, ma ancora sotto i livelli di Spagna e Regno Unito; in termini di dinamica, perde "posizioni" anche rispetto alla Francia.

Sempre in termini di prevenzione primaria, gli *screening* oncologici organizzati sono un presidio essenziale in termini di Sanità pubblica.

Per quanto concerne quello per il cancro al seno, in Italia la copertura dello *screening* fra le donne di età compresa fra 50 e 69 anni si attesta al 55,4%, con valori nell'intervallo $[46,7-66,4]\%$ nei Paesi di confronto: il differenziale è negativo di -11,0 p.p. rispetto al Regno Unito e positivo di +8,7 e +3,4 p.p. rispettivamente nei confronti di Francia e Germania.

In termini dinamici, nell'ultimo quinquennio, nei Paesi di confronto le coperture si sono ridotte di $- [2,7-8,7]$ p.p. in Francia e Regno Unito rispettivamente, e

incrementate di +2,1 p.p. in Germania: in Italia sono diminuite di -5,3 p.p.: il differenziale quindi fra l'Italia e gli altri Paesi segna un peggioramento verso Germania e Francia, rispettivamente di -7,4 p.p. e -2,6 p.p. e un miglioramento di +3,4 p.p. rispetto al

Regno Unito (Figura 6.30.).

Nel complesso, quindi, l'Italia performa nella media, ma ancora sotto i livelli di Spagna e Regno Unito; e, in termini di dinamica, perde “posizioni” anche rispetto alla Francia.

Figura 6.30. Prevalenza di donne di età 50-69 anni di età che hanno partecipato a screening organizzati del cancro al seno

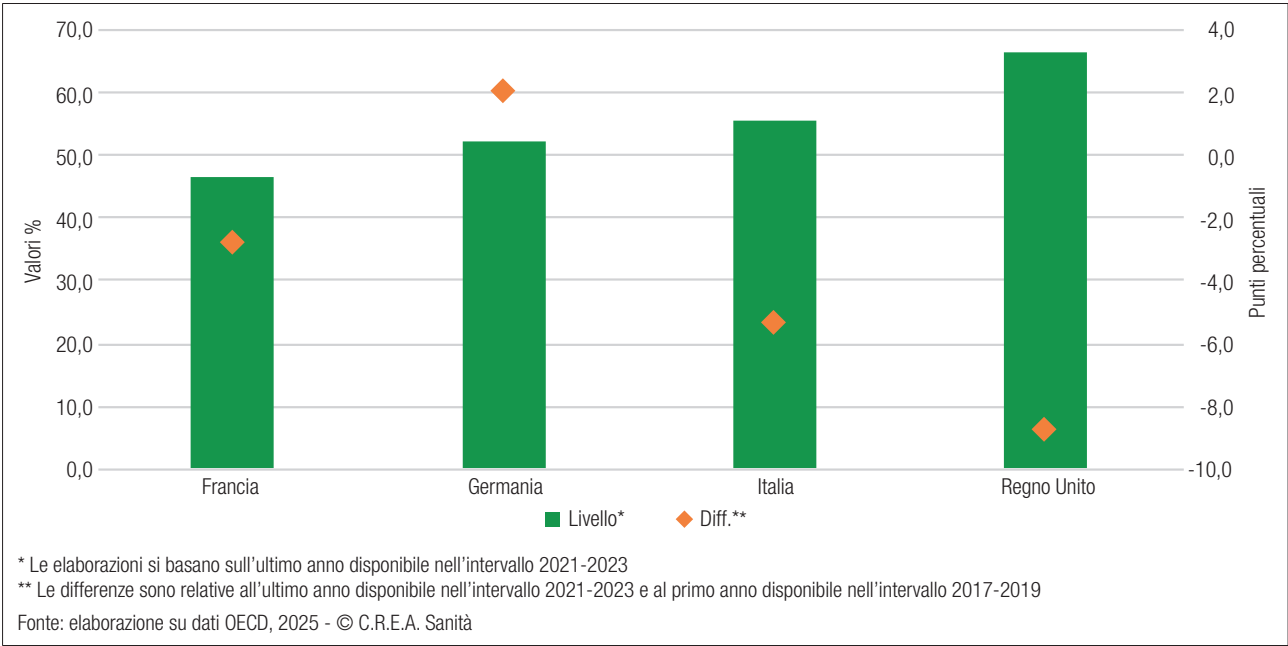
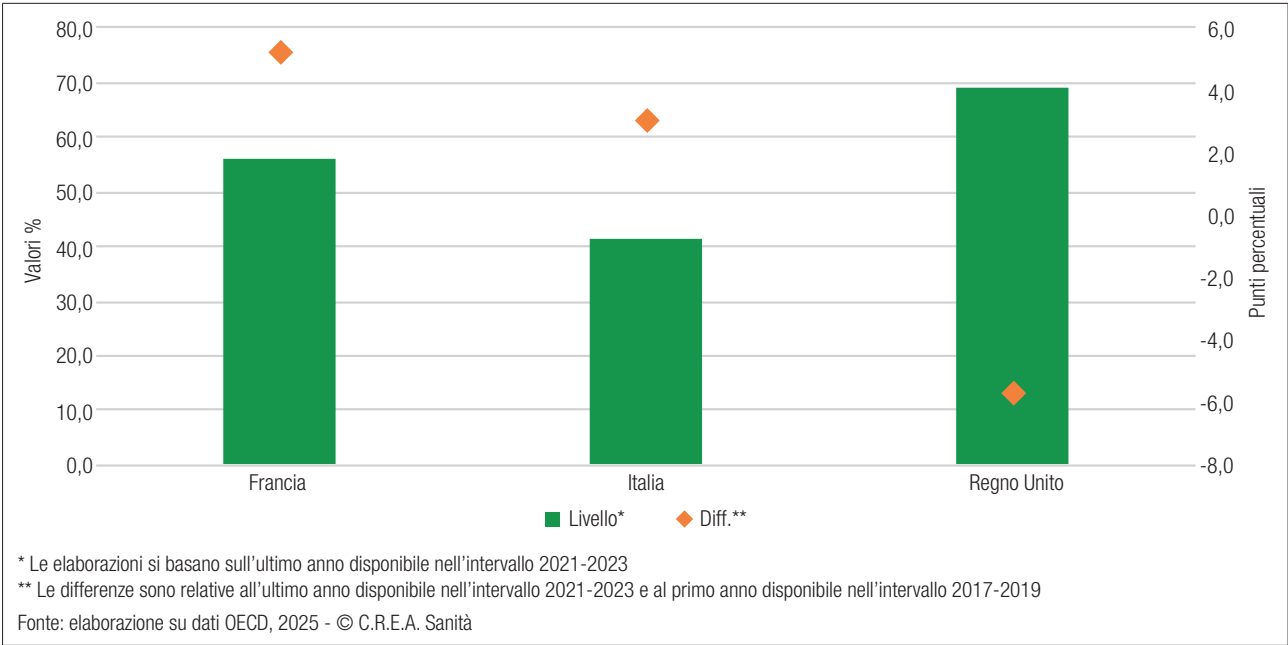


Figura 6.31. Prevalenza di donne di età 20-69 anni di età che hanno partecipato a screening organizzati della cervice uterina



La copertura dello *screening* del cancro della cervice uterina in Italia si attesta (per le donne di età compresa fra 20 e 69 anni) al 41,5%, mentre i valori risultano nell'intervallo [55,8-68,7]% nei Paesi di confronto (per questo indicatore sono disponibili i dati solo di Francia e Regno Unito), con un differenziale negativo di -27,2 e -14,3 p.p. rispetto a Regno Unito e Francia.

In termini dinamici, nell'ultimo quinquennio, nei Paesi di confronto le percentuali si sono ridotte di -5,7 p.p. nel Regno Unito e sono aumentate di +5,2 p.p. in Francia, mentre in Italia sono aumentate di +3,0 p.p.: il differenziale fra l'Italia e gli altri Paesi, segna un peggioramento dell'ordine di -2,2 p.p. rispetto alla Francia e un miglioramento di +8,7 p.p. rispetto al Regno Unito (Figura 6.31.).

In definitiva, fra i tre Paesi di cui si dispone del dato, l'Italia ha la *Performance* peggiore, e perde ancora "posizioni" rispetto alla Francia.

In sintesi, in termini di contrasto ai fattori di rischio, ma anche di programmi di prevenzione pubblici, l'Italia si posiziona su livelli intermedi, implicando che rimangono significativi margini di miglioramento; purtroppo, allo stesso tempo, va segnalato come la dinamica degli indicatori nazionali (per quanto parziali e incompleti) segnali *trend* spesso "inferiori" (quand'anche non in peggioramento) di quelli registrati negli altri Paesi, implicando un peggioramento relativo della "*Performance*" italiana.

In definitiva, lo "stato dell'arte" descritto conferma l'importanza di continuare, e anche potenziare, l'investimento in prevenzione.

6.4. Le politiche per la prevenzione regionali

Per quanto argomentato nel paragrafo precedente, considerando che la gestione dei Servizi Sanitari in Italia è istituzionalmente affidata alla responsabilità regionale, un elemento di grande interesse è la formazione delle politiche preventive regionali.

Mancando una rilevazione routinaria delle sud-

dette politiche, si è tentata una prima ricognizione, partendo da una analisi *desk*, integrata da una richiesta di informazioni inviata direttamente agli assessorati regionali.

Per iniziare, come è noto, la quota del finanziamento indistinto che viene destinata alla Prevenzione è pari al 5,0% del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN); per la sua distribuzione si utilizza il criterio della popolazione non pesata, ovvero è proporzionale alla popolazione regionale.

In termini assoluti, il finanziamento, 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).

Appare rilevante ricordare che nel Bilancio Programmatico 2026-2028 sono state stanziare risorse aggiuntive per la prevenzione, "ottenute" vincolando parte delle risorse dell'incremento previsto per il FSN (€ 486 mln.) 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 dovrebbero incrementare il finanziamento del LEA di circa +0,3 p.p..

Come sottolineato nel paragrafo 6.3, l'incidenza della quota di spesa sanitaria nazionale destinata alla prevenzione non è perfettamente allineata al finanziamento, variando (in difetto) di oltre mezzo punto percentuale, e presenta altresì una forte variabilità regionale.

Il dato conferma la difficoltà di vincolare effettivamente le risorse per la prevenzione.

In termini di vincolo delle risorse rileva 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, questi poi vengono trasferiti nei Piani regionali, così che in definitiva il riparto interno regionale delle risorse stanziate, vengono utilizzati criteri diversi.

A titolo di esempio si riportano a seguire alcuni dati sui criteri di riparto regionale a supporto dell'affermazione:

- Piemonte: le risorse della Prevenzione (D.G.R. n. 8-8111/2025) assorbono il 5,0% del Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR) indistinto (€ 433,4 mln.). La quota è articolata in 7 sotto-livelli, tra cui: Igiene pubblica (0,90%), SPRESAL⁷ (0,35%), SIAN⁸ (0,32%), Veterinaria Area B (1,19%) e altre funzioni di primo livello come Arpa, *screening* e piano vaccinale (2,13%)
- Valle d'Aosta: le risorse della Prevenzione (D.G.R. n. 1183/2025) assorbono il 6,0% del FSR indistinto
- Lombardia: la D.G.R. n. 3670/2024 riporta la suddivisione in 9 macro-aree. La Prevenzione rientra nella macro-area 8 "attività istituzionali delle ATS⁹ e delle ASST¹⁰". Per il 2025 è stanziato un importo di € 1.224,23 mln. (5,4% del totale), diviso in: € 1.049,23 mln. per Dipartimenti Veterinari, Prevenzione e altre attività; € 175,00 mln. per piano vaccini e profilassi
- Veneto: le risorse della prevenzione (D.G.R. n. 35/2025) assorbono il 4,3% del FSR indistinto (€ 404,8 mln.)
- Emilia Romagna: le risorse della Prevenzione (D.G.R. n. 945/2024) assorbono il 5,2% del FSR indistinto (€ 388,3 mln.), inclusa la quota per ARPAE. La Regione, con la L.R. n. 18/2019, ha emanato il Piano Regionale 2021-2025 investendo in "prevenzione primaria" (€ 3,5 mln), che comprende i programmi di *screening* oncologici, sorveglianza e controllo di malattie trasmissibili, valutazione di rischi ambientali, sicurezza animale e alimentare e sicurezza, inoltre, nell'area della Prevenzione, è coinvolta anche la sicurezza nei luoghi di lavoro (€ 5,1 mln per il 2024)
- Umbria: le risorse (Bilancio consolidato 2024) assorbono il 4,05% del FSR indistinto (€ 91,5

mln.)

- Basilicata: le risorse della Prevenzione (Bilancio consolidato 2024) assorbono il 5,0% del FSR indistinto (€ 54,1 mln.), articolate in prevenzione "pura" (4,4%) e "ambiente di lavoro" (0,6%)
- Campania: le risorse della Prevenzione (D.G.R. n. 244/2024) assorbono il 5,0% del FSR indistinto, (€ 543,3 mln.). I criteri di distribuzione sono per il 4,0% la quota capitaria semplice, per lo 0,75% la mortalità infantile e per lo 0,25% la deprivazione
- Calabria: le risorse della prevenzione (D.C.A.¹¹ n. 181/2025) assorbono il 5,0% del FSR indistinto (€ 141,1 mln.), articolate in 4 sottolivelli: Igiene pubblica (2,25%), Veterinaria (1,65%), Sicurezza e Igiene del Lavoro (0,9%) e Verifiche di Sicurezza (0,2%).

A seguire si riportano le tabelle di riparto della quota di prevenzione più articolate che è stato possibile reperire da atti pubblici, riferite al periodo 2019-2022 per le Regioni Campania (Tabella 6.1.) ed Emilia Romagna (Tabella 6.2.), mentre solo nel 2019 e nel 2022 per il Piemonte (Tabella 6.3.).

Tabella 6.1. Campania: Assegnazione ai LEA e criteri di riparto

Livello di assistenza	Assegn.ne	Quota Sub-LEA	Incidenza SU LEA	Criteri di riparto
Prevenzione e assistenza	5,00%	4,00%	80,00%	Quota capitaria semplice
		0,75%	15,00%	Mortalità infantile
		0,25%	5,00%	Deprivazione

Fonte: "Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: dalla determinazione del Fabbisogno alle allocazioni sulle Aziende Sanitarie", C.R.E.A. Sanità - <https://www.creasanita.it/attivita%20scientifiche/il-finanziamento-del-servizio-sanitario-nazionale-dalla-determinazione-del-fabbisogno-alle-allocazioni-sulle-aziende-sanitarie/?portfolioCats=37%2C34%2C35%2C36%2C33>, 2025.

⁶ Delibera della Giunta Regionale

⁷ Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

⁸ Servizi di Igiene degli alimenti e nutrizione

⁹ Aziende Territoriali Sanitarie

¹⁰ Aziende Socio-sanitarie territoriali

¹¹ Decreto del Commissario ad Acta

Tabella 6.2. Emilia Romagna: Assegnazione Prevenzione

Voce	Assegn.ne LEA	Sottolivello	Quota Sub-LEA	Incidenza SU LEA	Criteri di riparto
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro	4,50%	Igiene Pubblica	1,98%	44,00%	Popolazione residente integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede
		Sicurezza e Igiene del Lavoro	0,81%	18,00%	Unità locali da controllare e relativo numero di addetti
		Verifiche di sicurezza	0,29%	6,50%	Distribuite in base al numero degli impianti da verificare
		Veterinaria	1,42%	31,50%	All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE ¹), e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica

Note: Le percentuali rimangono invariate per il periodo considerato

1 Unità Bovina Equivalente

2 Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Fonte: "Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: dalla determinazione del Fabbisogno alle allocazioni sulle Aziende Sanitarie", C.R.E.A. Sanità - <https://www.creasanita.it/attivita/scientifiche/il-finanziamento-del-servizio-sanitario-nazionale-dalla-determinazione-del-fabbisogno-alle-allocazioni-sulle-aziende-sanitarie/?portfolioCats=37%2C34%2C35%2C36%2C33>, 2025.

Tabella 6.3. Piemonte: Assegnazione Prevenzione

LEA	Quota LEA	Sub LEA	Anno	Quota Sub-LEA	Incidenza SU LEA	Criterio
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro	5%	Igiene pubblica	2019	1,00%	19,63%	Quota capitaria secca
			2022	0,96%	19,17%	
		SPRESAL ¹	2019	0,38%	7,54%	50% n. ditte assicurate INAIL e 50% addetti
			2022	0,37%	7,36%	
		SIAN ²	2019	0,35%	6,97%	50% popolazione e 50% pop. pesata con le seguenti incidenze: 30% sull'incidenza dell'unità presenti + 50% sull'incidenza dell'unità controllati + 20% sull'incidenza dell'ispezioni su unità controllate
			2022	0,34%	6,80%	
		Veterinaria area A ³				
		Veterinaria Area B ⁴	2019	1,31%	25,89%	50% in base alla UBE ⁶ e 50% in base alla quota capitaria
			2022	1,26%	25,28%	
		Veterinaria Area C ⁵				
		SEPI ⁷	2019	0,05%	1,00%	Definizione quota da parte della Regione
		Altre funzioni primo livello	2019	1,16%	22,89%	Quota capitaria secca
			2022	2,07%	41,39%	
		ARPA	2019	0,60%	11,90%	Costi previsti da rilevare in GSA
		Spese dirette svolte in nome e per conto del SSR e dalle Az. San.	2019	0,02%	0,32%	Costi previsti da rilevare in GSA
		Spese finalizzate Enti del SSR	2019	0,20%	3,86%	Finanziamenti finalizzati assegnati agli Enti del SSR dai settori regionali competenti

Note:

1 Servizi di prevenzione e di sicurezza negli ambienti di lavoro

2 Servizi di igiene degli alimenti e nutrizione

3 Sanità e benessere animale

4 Ispezione e controllo degli alimenti di origine animale

5 Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

6 Unità Bovine equivalente

7 Servizio Sovrazonale di Epidemiologia

Fonte "Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: dalla determinazione del Fabbisogno alle allocazioni sulle Aziende Sanitarie", C.R.E.A. Sanità - <https://www.creasanita.it/attivita/scientifiche/il-finanziamento-del-servizio-sanitario-nazionale-dalla-determinazione-del-fabbisogno-alle-allocazioni-sulle-aziende-sanitarie/?portfolioCats=37%2C34%2C35%2C36%2C33>, 2025.

In sintesi, si evidenzia come, a fronte di un quadro nazionale molto strutturato (per effetto dell'emanazione del "Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025", come anche del "Piano nazionale prevenzione vaccinale 2023-2025", e della strutturazione dei criteri di riparto), per quanto di nostra conoscenza, rimane ancora incompleto il quadro delle politiche regionali in tema di prevenzione.

Pertanto, ai fini della valutazione del valore dell'investimento in prevenzione, considerando lo scarto esistente fra risorse stanziare e risorse effettivamente destinate alla prevenzione, come anche la significativa variabilità regionale nella allocazione delle risorse fra i vari "sotto-livelli", sarebbe opportuno mettere in relazione l'utilizzo (ex post) delle risorse, con le priorità che vengono stabilite (ex ante) dalle politiche regionali.

La mancata coerenza del vincolo teoricamente assegnato alle Regioni sull'utilizzo delle risorse, insieme alla constatazione di come non ci sia omogenea valutazione a livello regionale sui criteri per l'allocazione interna, suggerisce altresì che sarebbe opportuno rivedere i criteri di riparto (e la loro coerenza); a questo proposito ricordiamo che il riparto alle Regioni delle risorse per la prevenzione avviene a quota capitaria: un criterio che sembra trascurare 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); in aggiunta, va considerato che la seconda voce della prevenzione è quella relativa alla veterinaria, con una quota che sfiora il 20%: che non trova "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".

6.5. Riflessioni finali

In definitiva, pur con la prudenza necessaria nell'interpretazione dei dati internazionali, si può affermare che l'Italia assegna una quota rilevante delle risorse che rende disponibili per la Sanità alla prevenzione: in termini assoluti, però, l'investimento rimane significativamente inferiore a quello medio dei

Paesi EU-Ante 1995.

La prevenzione, pur essendo considerata un investimento pubblico prioritario, non sembra di fatto esserlo nella realtà "agita": in Italia (come negli altri Paesi) dopo la crescita eccezionale dovuta alla pandemia, i livelli si sono ridimensionati, fino a regredire sui livelli pre-pandemici, a riprova del fatto che, nelle politiche sanitarie, non si è registrato un cambiamento significativo in favore della prevenzione.

A conferma di ciò, il costo sostenuto dal SSN per la prevenzione ammonta a € 6,2 mld. (€ 104,8 pro-capite, in crescita del +3,1% medio annuo rispetto all'anno 2019); in termini di incidenza sulla spesa sanitaria complessiva del SSN, la prevenzione ne assorbe il 4,3%, in diminuzione di -0,1 p.p. rispetto al 2019: quindi l'incidenza della spesa risulta in media significativamente inferiore di quanto teoricamente stanziato, anche se rimane una forte variabilità regionale (l'incidenza massima si registra nella Regione Molise con il 5,7%, +0,3 p.p. rispetto al 2019, e quella minima in Liguria con il 3,2%, -0,04 p.p.), con alcune Regioni che spendono più del 5% di riferimento nazionale e altre significativamente meno.

In termini di composizione della spesa per prevenzione, nell'anno 2023, la prima destinazione è la "Sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali)" con il 47,6% in aumento di +6,1 p.p. rispetto al 2019, di cui il 20,4% va alle vaccinazioni. Segue la "Veterinaria" con il 18,5% in diminuzione di -0,9 p.p. rispetto al 2019 e, quindi, la "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche", con il 15,4% in diminuzione di -0,9 p.p. di cui il 2,0% per gli *screening* oncologici. Le altre funzioni, che riassumiamo come "Sanità pubblica" ammontano al 38,9%, in diminuzione di -6,1 p.p. rispetto al 2019.

Anche in questo caso la variabilità regionale appare molto elevata: per le vaccinazioni la Regione Molise spende € 41,3 pro-capite, la Toscana € 12,1; per gli *screening* oncologici la Regione Emilia Romagna spende € 14,3 pro-capite e la Liguria € 3,4.

Il risultato dell'investimento in prevenzione descritto appare sufficiente, ma con significativi margini di miglioramento.

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 programmi di prevenzione

pubblici, si posiziona su livelli intermedi, ma con una dinamica evolutiva spesso meno favorevole (quand'anche non in peggioramento) di quelli registrati negli altri Paesi, implicando un peggioramento relativo della *“Performance”*.

Il miglioramento della *Performance* dell'investimento in prevenzione è legato alle risorse disponibili, ma anche al loro utilizzo che è responsabilità regionale.

Purtroppo, in base alla nostra conoscenza manca una rilevazione routinaria e sistematica delle politiche regionali preventive, per cui si 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, 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).

Inoltre, nel Bilancio Programmatico 2026-2028 sono state stanziare risorse aggiuntive per la prevenzione, “ottenute” vincolando parte delle risorse dell'incremento previsto per il FSN (€ 486 mil.) 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 dovrebbero incrementare il finanziamento del LEA di circa +0,3 p.p., rispetto al livello attuale che è ferma da decenni al 5,0% del FSN.

La distribuzione delle risorse 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 di oltre mezzo punto percentuale inferiore allo stanziamento teorico, e presenta altresì una forte variabilità regionale.

Questa osservazione conferma la difficoltà di vincolare effettivamente le risorse per la prevenzione.

Pertanto, 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.

A fronte di tale realtà, sembra spiegabile la mancata coerenza del vincolo teoricamente assegnato

alle Regioni sull'utilizzo delle risorse.

In termini propositivi, appare opportuno segnalare l'importanza di 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 la seconda voce è quella relativa alla veterinaria, con una quota che sfiora il 20%, che non trova “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”.

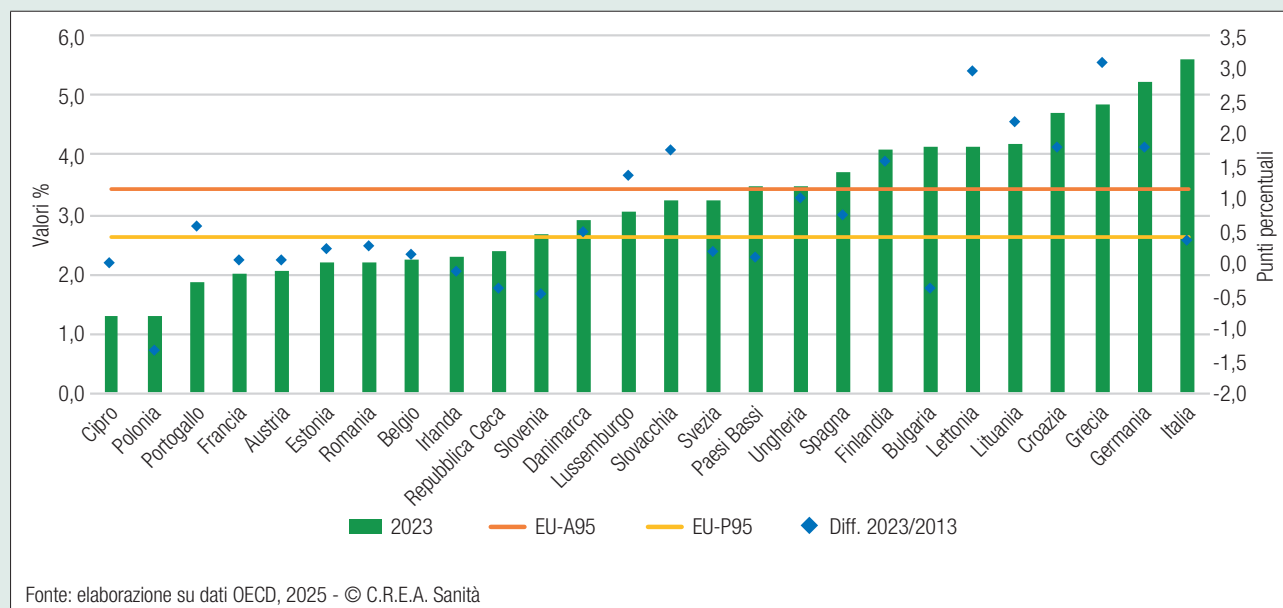
Riferimenti bibliografici

- [1] (OECD, 2025), <https://data-explorer.oecd.org/>
- [2] Flussi LA Aziende sanitarie, Ragioneria Generale dello Sato. (anni vari)
- [3] Atto C.S.R. del 27.11.2024
- [4] C.R.E.A. Sanità. “Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: dalla determinazione del Fabbisogno alle allocazioni sulle Aziende Sanitarie”. Anno 2025. <https://www.creasanita.it/attivita/scientifiche/il-finanziamento-del-servizio-sanitario-nazionale-dalla-determinazione-del-fabbisogno-al-le-allocazioni-sulle-aziende-sanitarie/?portfolio-Cats=37%2C34%2C35%2C36%2C33D.G.R.> n. 8-8111/2025

Riferimenti normativi

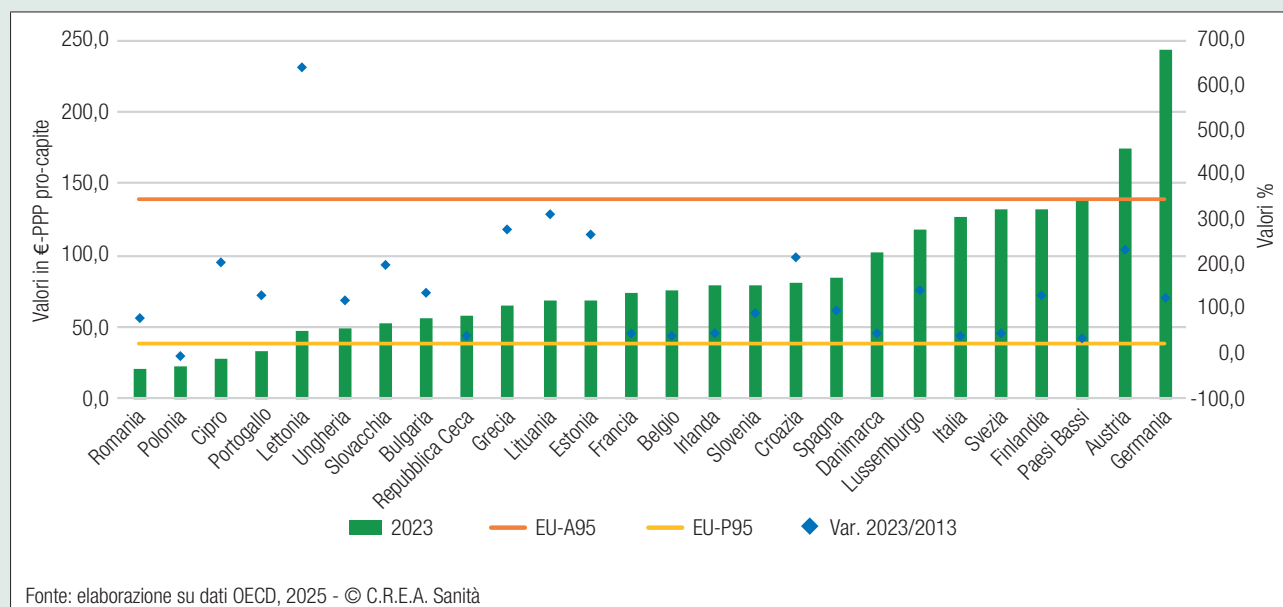
- D.G.R. n. 8-8111/2025 - Piemonte
- D.G.R. n. 1183/2025 - Valle d'Aosta
- D.G.R. n. 3670/2024 - Lombardia
- D.G.R. n. 35/2025 - Veneto
- D.G.R. n. 945/2024 - Emilia Romagna
- Bilancio consolidato 2024 - Umbria
- Bilancio consolidato 2024 - Basilicata
- D.G.R. n. 244/2024 - Campania
- D.C.A. n. 181/2025 - Calabria

KI 6.1. Incidenza della prevenzione sulla spesa sanitaria pubblica in Europa



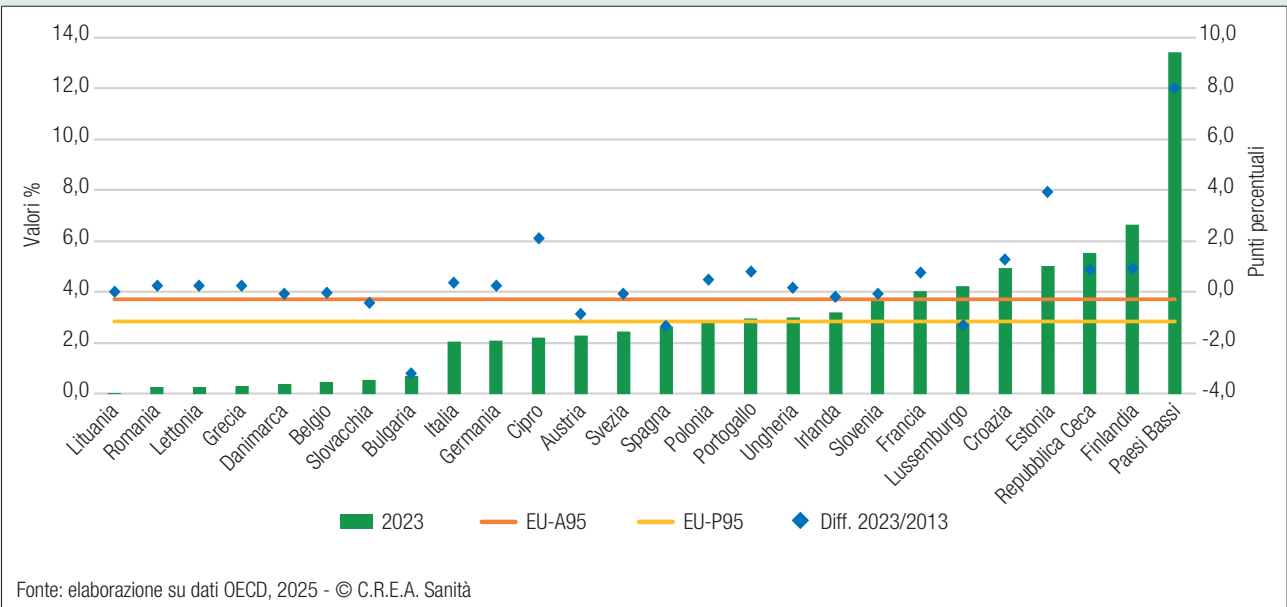
Nel 2023, in Europa, l'incidenza della prevenzione sulla spesa sanitaria pubblica è pari al 3,7%, in aumento nell'ultimo decennio di +0,7 punti percentuali (p.p.). L'Italia registra l'incidenza più alta (5,6%), in aumento di +0,3 p.p. nell'ultimo decennio; l'incidenza più bassa si registra a Cipro (1,3%). Il trend risulta eterogeneo nei Paesi analizzati: in alcuni si registra un aumento, massimo in Grecia (+3,0 p.p.), in altri una riduzione, massima in Polonia (-1,4 p.p.).

KI 6.2. Spesa pubblica pro-capite per la prevenzione in Europa



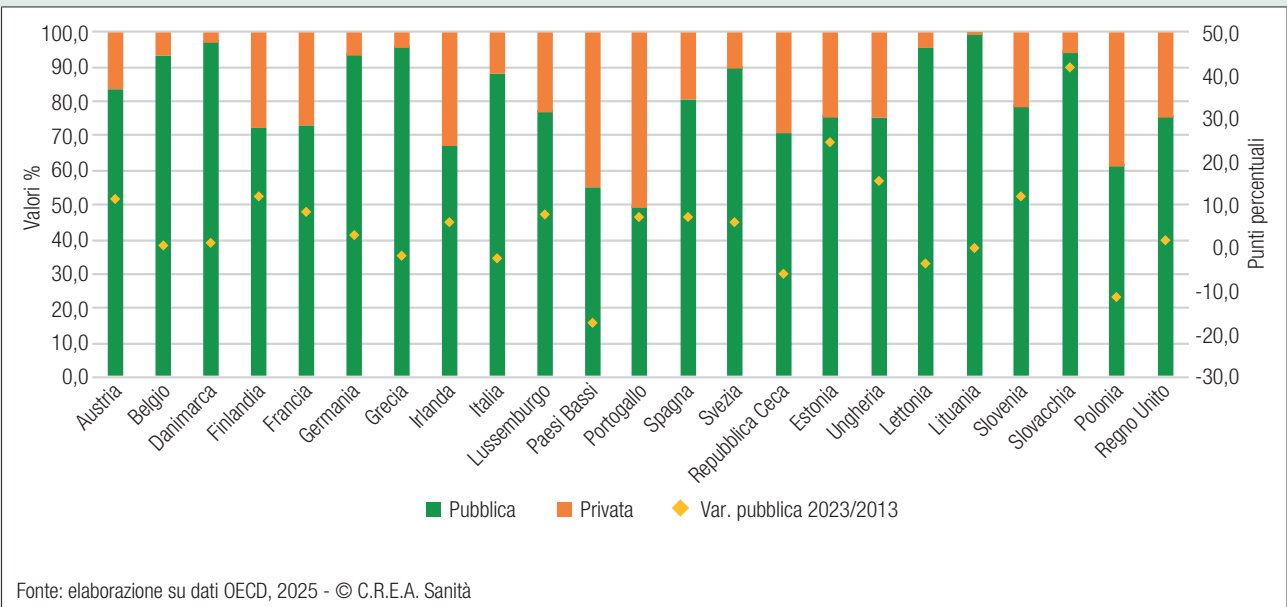
Nel 2023, in Europa, la spesa pubblica pro-capite per la prevenzione è pari a €-PPP 111,3, in aumento nell'ultimo decennio del 59,7%. In Italia la spesa è pari a €-PPP 126,4 pro-capite, in aumento del 42,0% nell'ultimo decennio. Il valore più alto si registra in Germania (€-PPP 244,1, +129,8%) e il più basso in Romania (€-PPP 21,2 +83,7%). La spesa risulta in aumento in tutti i Paesi analizzati, con il massimo in Germania e il minimo in Romania, con l'eccezione della Polonia (-1,4%).

KI 6.3. Incidenza della prevenzione sulla spesa sanitaria privata in Europa



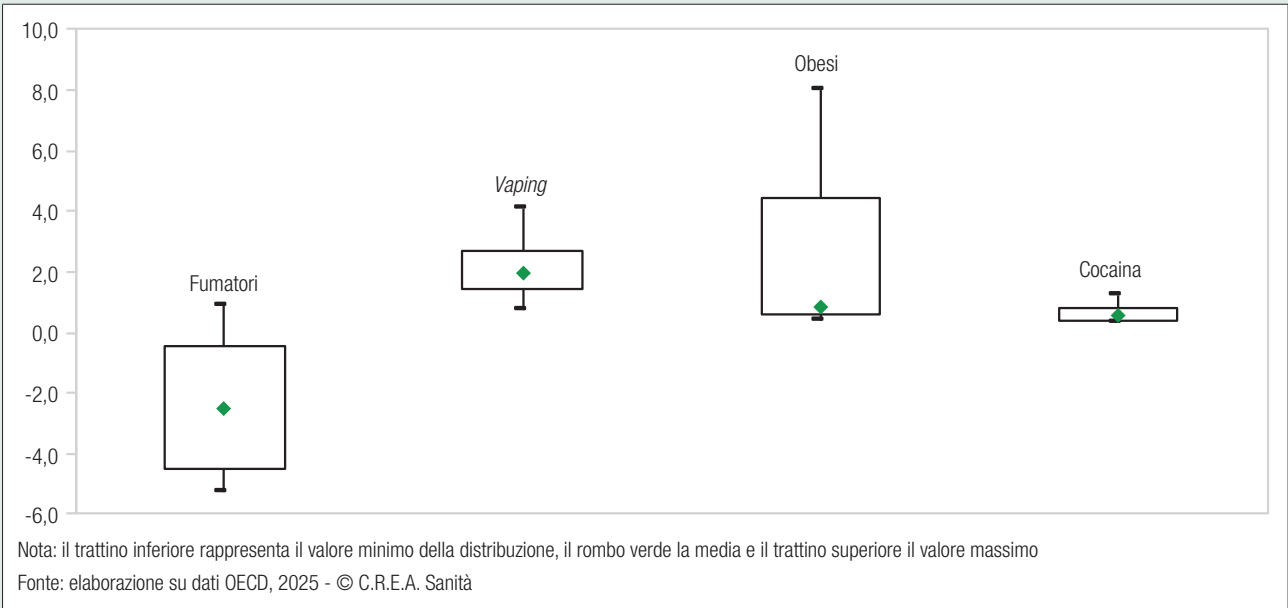
Nel 2023, in Europa, l'incidenza della prevenzione sulla spesa sanitaria privata è pari al 2,9%, in aumento nell'ultimo decennio di +0,5 p.p.. In Italia è pari al 2,0%, in aumento di +0,4 p.p. nell'ultimo decennio; l'incidenza più alta si registra nei Paesi Bassi (13,4%), mentre in Lituania, Romania, Lettonia, Grecia, Danimarca, Belgio e Slovacchia rimane inferiore all'1,0%. Il trend risulta eterogeneo: in alcuni Paesi si registra un aumento, massimo nei Paesi Bassi (+8,0 p.p.), in altri una riduzione, massima in Slovacchia (-3,2 p.p.).

KI 6.4. Composizione della spesa per prevenzione in Europa



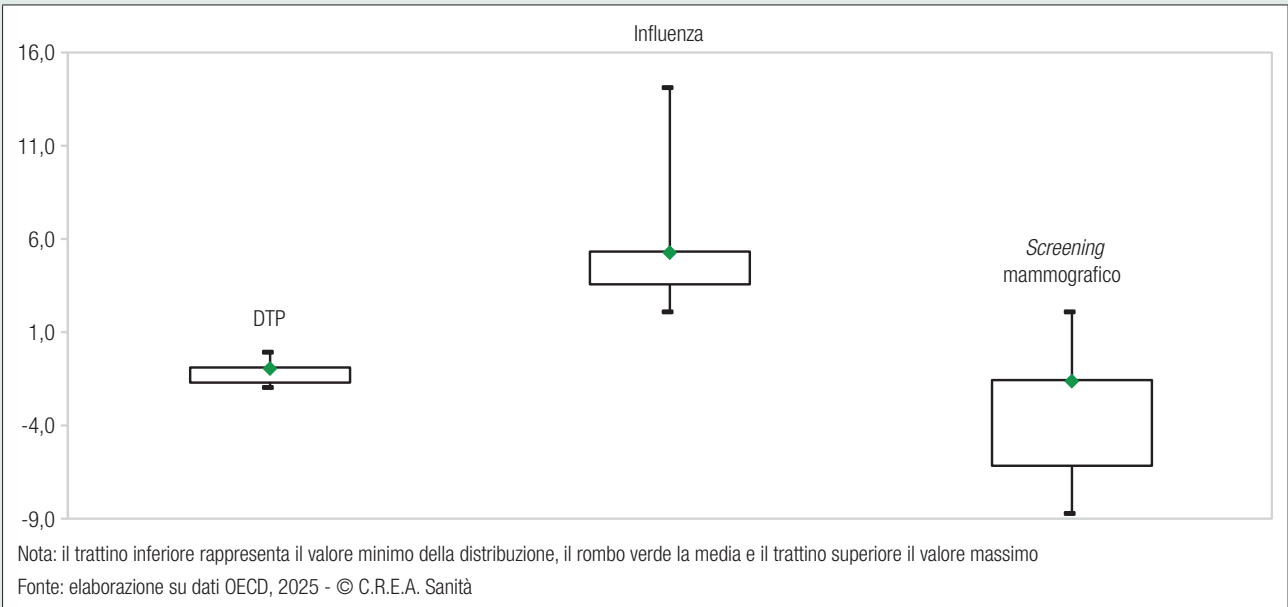
Nel 2023, in Europa, l'investimento pubblico in prevenzione è pari all'83,6%, valore in diminuzione nell'ultimo decennio di -2,9 p.p.. In Italia la quota di investimento pubblico è pari all'88,2%, in diminuzione di -2,4 p.p. nell'ultimo decennio; l'incidenza più alta si registra in Lituania (99,9%, in diminuzione di -0,1 p.p.), quella più bassa in Portogallo (49,7%, in aumento di +7,1 p.p. nel periodo considerato). Il trend risulta eterogeneo tra i Paesi analizzati: in alcuni si registra un aumento, massimo nella Repubblica Slovacca (+42,1 p.p.), in altri una riduzione, massima nei Paesi Bassi (-17,7 p.p.).

KI 6.5. Fattori di rischio in Europa



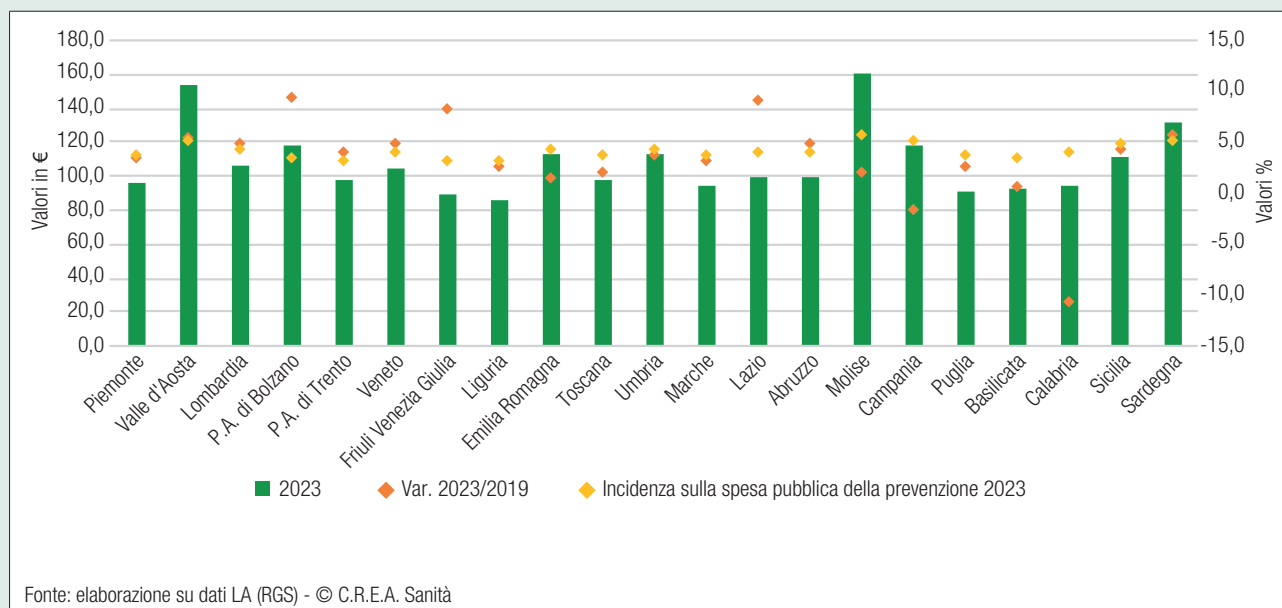
Il livello di fumatori quotidiani in Italia è maggiore di quello di Germania e Regno Unito e inferiore di quello della Francia; l'Italia rappresenta l'unico Paese del gruppo a registrare un incremento della quota di fumatori nell'ultimo quinquennio, aumentando il differenziale di +1,8 p.p. dalla Francia, +5,1 p.p. dalla Germania e +6,2 p.p. dal Regno Unito. L'utilizzo regolare di sigarette elettroniche (*vaping*) è maggiore di quello del Regno Unito e inferiore di quello di Francia e Spagna; nell'ultimo quinquennio l'aumento è superiore a quelli degli altri Paesi, aumentando il differenziale di +0,5 p.p. dalla Francia, +1,5 p.p. e riducendolo dalla Spagna di -1,9 p.p.. La prevalenza di obesi nella popolazione adulta in Italia è minore di quella dei Paesi selezionati (Germania e Regno Unito); nel quinquennio aumenta meno (-7,2 p.p.) rispetto al Regno Unito, ma più che in Germania (+0,4 p.p.). La prevalenza di utilizzo della cocaina tra giovani adulti (15-34 anni) in Italia è minore di quello dei Paesi selezionati (Francia, Germania e Spagna); nel quinquennio si registra un incremento (+0,4 p.p.), inferiore a quello di Francia e Germania (rispettivamente +1,2 p.p. e +0,7 p.p.) e superiore a quello della Spagna (+ 0,3 p.p.).

KI 6.6. Vaccinazioni e screening in Europa



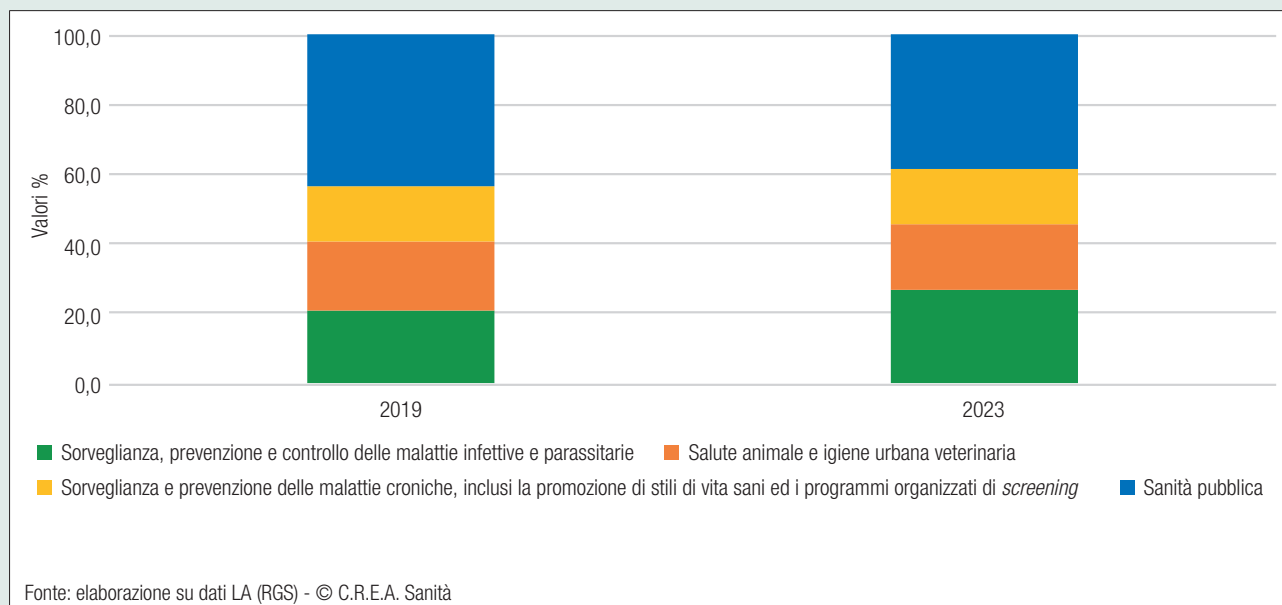
In Italia, il livello di copertura vaccinale DTP (difterite, tetano e pertosse) nei bambini è maggiore di quella di Germania, Spagna e Regno Unito e inferiore di quella della Francia; nell'ultimo quinquennio si registra una contrazione di -1,2 p.p., inferiore a quella registrata in Germania (-1,7 p.p.) e Spagna (-1,9 p.p.) e maggiore a quella registrata nel Regno Unito (-0,8 p.p.). La copertura della vaccinazione antinfluenzale negli over 65 in Italia risulta maggiore di quella di Germania e Francia e inferiore di quella di Spagna e Regno Unito; nel quinquennio si incrementa di +3,6 p.p., più che in Germania (+2,1 p.p.) ma meno di Spagna (+14,2 p.p.), Regno Unito (+5,4 p.p.) e Francia (+5,2 p.p.). L'adesione allo *screening* mammografico (50-69 anni) in Italia è maggiore di quella di Francia e Germania e inferiore di quella di Spagna e Regno Unito; nel quinquennio si riduce di -5,3 p.p., meno che in Regno Unito (-8,7 p.p.) e di più che in Francia (-2,7). In Germania si registra un aumento (+2,7 p.p.).

KI 6.7. Spesa pubblica pro-capite per la prevenzione



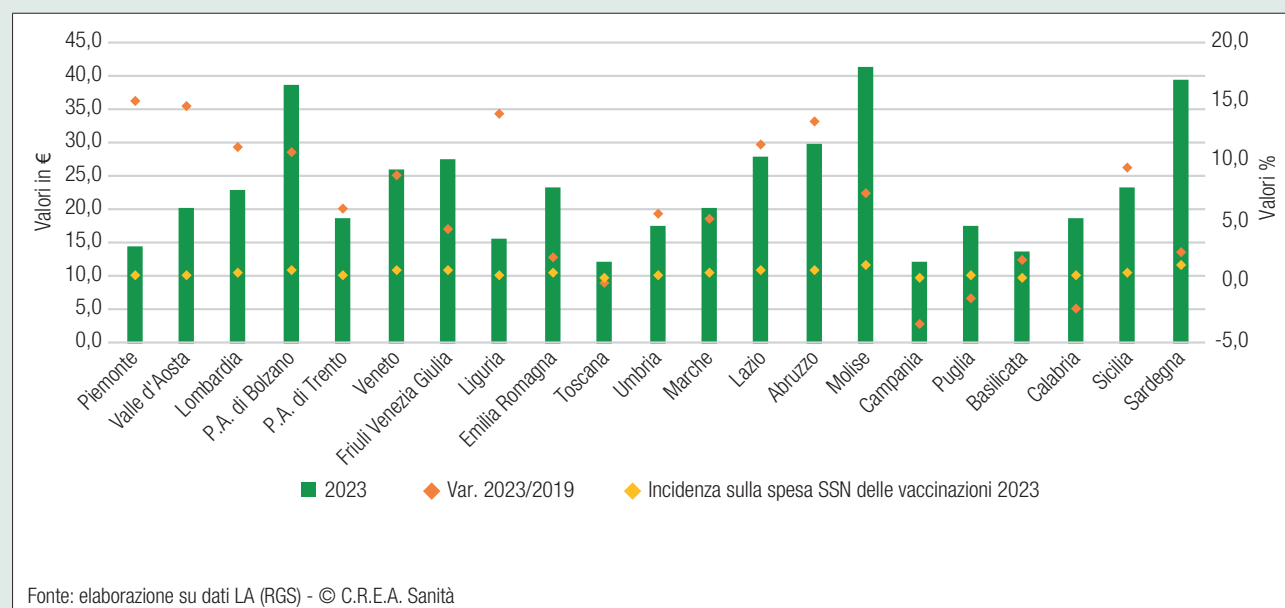
Nel 2023, in Italia, il costo sostenuto dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) per la prevenzione ammonta in media a € 104,8 pro-capite, in crescita del +3,1% medio annuo nell'ultimo quinquennio. A livello regionale, il valore massimo si registra in Molise, € 160,8 pro-capite (+2,1% medio annuo nel periodo considerato), quello minimo in Liguria (€ 85,9, +2,8%). In termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica si attesta al 4,3%, in diminuzione di -0,1 p.p. nel quinquennio; l'incidenza massima si registra in Molise (5,7%, +0,3 p.p.) e quella minima in Liguria (3,2%, -0,04 p.p.).

KI 6.8. Composizione della spesa pubblica per la prevenzione



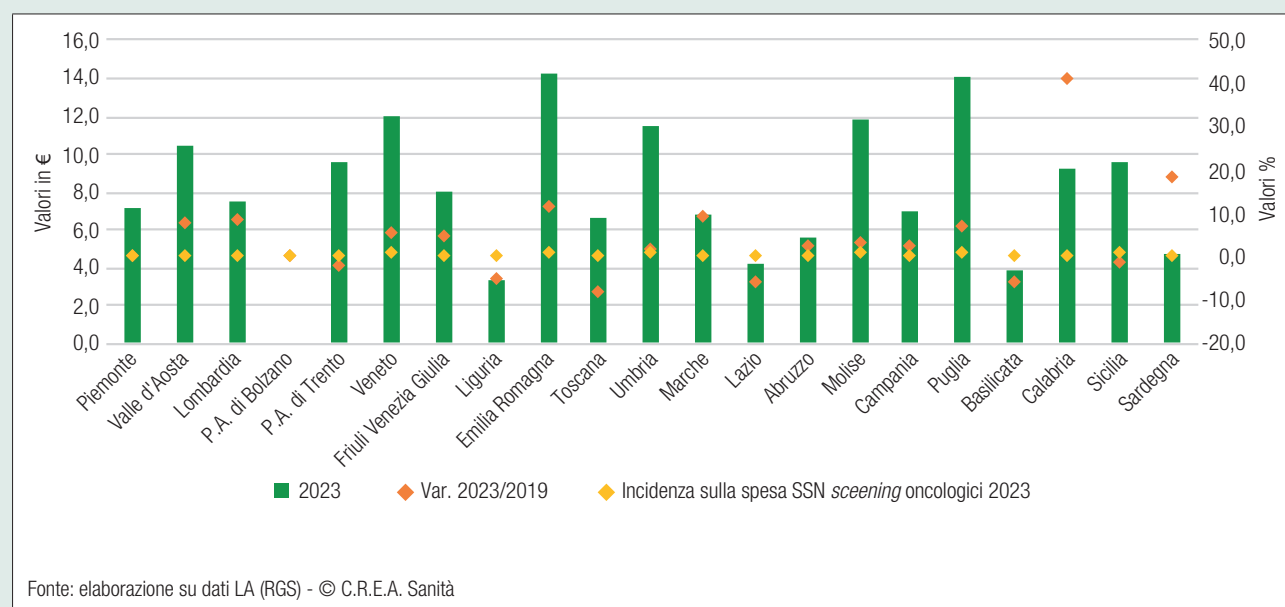
Nel 2023, in Italia, nella composizione dei costi sostenuti dal SSN per la prevenzione prevale la quota destinata alla "Sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali)" pari al 47,6% (+6,1 p.p. nell'ultimo quinquennio), seguita dalla "Salute animale e igiene urbana veterinaria" (18,5%, -0,9 p.p.), dalla "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche" (15,4%, -0,9 p.p.); la "Sanità pubblica" (che riassume le restanti funzioni), ammonta complessivamente al 38,9% (-6,1 p.p.).

KI 6.9. Spesa pubblica pro-capite per le vaccinazioni



Nel 2023, in Italia, i costi sostenuti dal SSN per le vaccinazioni ammontano a € 21,4 pro-capite, in crescita del +6,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio. A livello regionale, il valore massimo si registra in Molise (€ 41,3 pro-capite, +7,5% medio annuo nel periodo considerato); il valore minimo in Toscana (€ 12,1 pro-capite, invariato nel periodo). L'incidenza delle vaccinazioni è pari allo 0,9% della spesa sanitaria SSN, in aumento di +0,1 p.p. nel quinquennio; l'incidenza massima si registra in Sardegna (1,6%, -0,1 p.p.), quella minima in Toscana (0,5%, -0,1 p.p.).

KI 6.10. Spesa pubblica pro-capite per screening oncologici



Nel 2023, in Italia, i costi sostenuti per gli screening oncologici ammontano a € 8,4 pro-capite, in crescita del +3,9% medio annuo nell'ultimo quinquennio. A livello regionale, il valore massimo si registra in Emilia Romagna (€ 14,3, +11,0% medio annuo nel periodo considerato); il valore minimo in Liguria (€ 3,4 pro-capite, -5,6%). L'incidenza degli screening è pari allo 0,3% della spesa sanitaria SSN, valore invariato nel quinquennio; l'incidenza massima si registra in Puglia (0,6%, +0,7 p.p.), quella minima in Liguria (0,1%, -0,5 p.p.).



L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera

Key Indicators

Sintesi CAPITOLO 7 L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera

Carrieri C.¹, d'Angela D.²

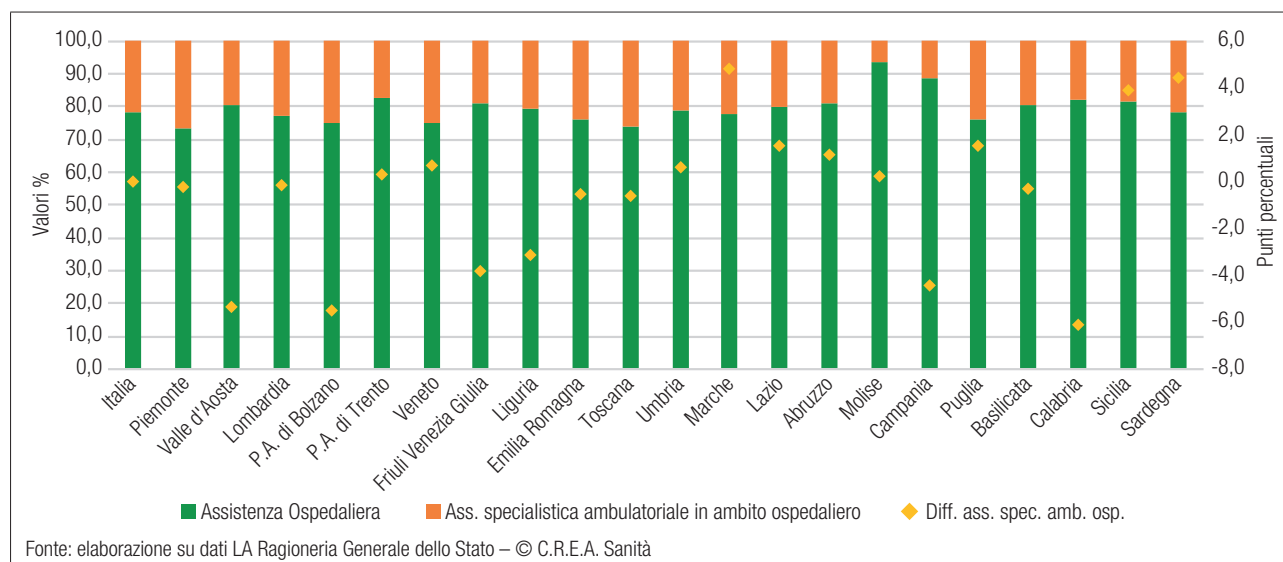
Nel 2023 l'Italia si conferma, nel panorama europeo, il Paese con la minore intensità di ospedalizzazione per acuti, attestandosi a 93,3 ricoveri ogni 1.000 abitanti (ab.), un valore sensibilmente più basso rispetto alla media dell'Unione Europea. A fronte di tale ridotta propensione al ricovero, la 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



¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

² 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 7

L'evoluzione dell'Assistenza Ospedaliera

Carrieri C.¹, d'Angela D.²

Il contributo approfondisce l'evoluzione dell'attività di ricovero ospedaliero in Italia, sviluppando un confronto con quella negli altri Paesi europei e analizzando le differenze nell'assistenza prestata nelle diverse Regioni.

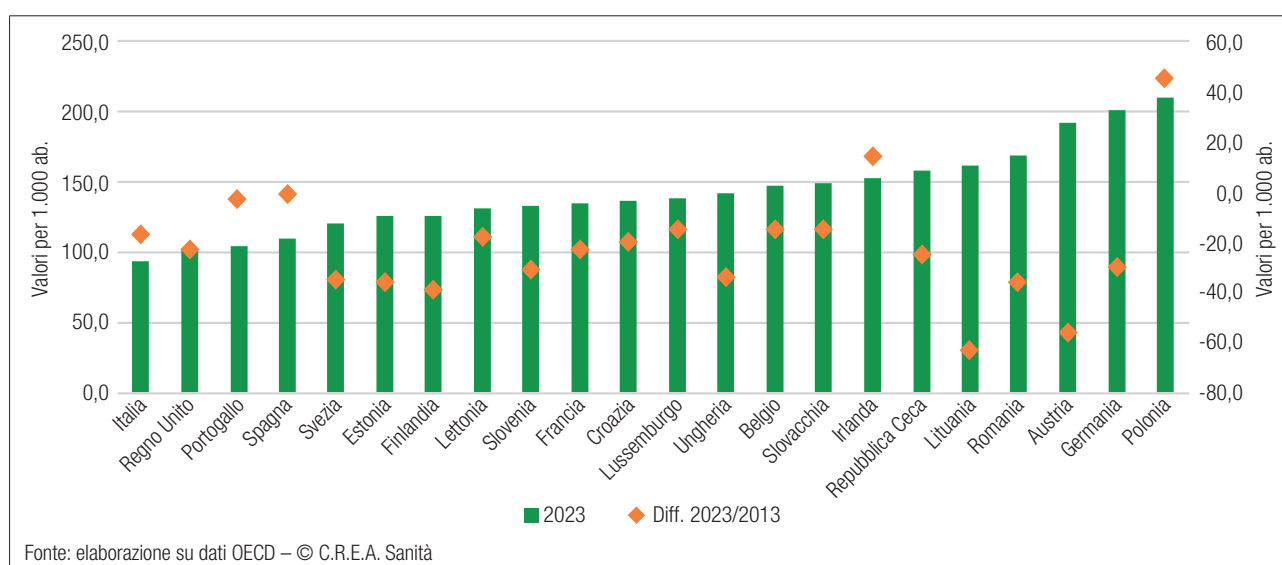
Inoltre, è stato effettuato un approfondimento sulla dinamica nel decennio 2012-2022 dei principali *Diagnosis Related Group* (DRGs) (distintamente per quelli medici e chirurgici) a livello regionale, in termini di tasso di ospedalizzazione e di ricovero, degenza media e tasso di utilizzo dei posti letto.

Infine, si è analizzata la dinamica della composizione della spesa relativa all'Assistenza Ospedaliera, suddividendola fra attività di ricovero e per prestazioni di specialistica ambulatoriale.

7.1. Il ricorso al ricovero: confronti internazionali

Nel 2023 (ultimo dato disponibile), l'Italia è il Paese europeo che registra il minor ricorso all'ospedalizzazione per acuzie (OECD, 2025): il tasso di ospedalizzazione italiano è pari a 93,3 ricoveri ordinari in acuzie per 1.000 abitanti (ab.); seguono Regno Unito, Portogallo e Spagna, rispettivamente con 103,2, 105,4 e 109,2; i tassi di Polonia e Germania, che sono i più alti in Europa, superano il valore italiano di oltre il doppio: rispettivamente 209,4 e 201,5 (Figura 7.1.).

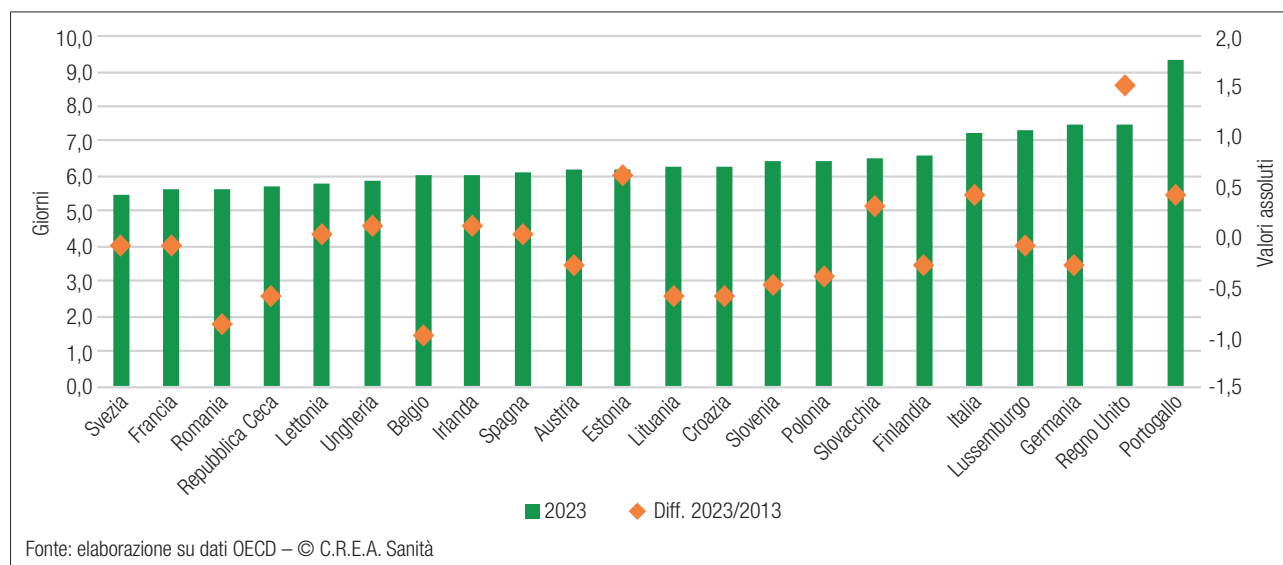
Figura 7.1. Tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie in Europa



¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

Figura 7.2. Degenza media dei ricoveri ordinari in acuzie in Europa



Nell'ultimo decennio, tutti i Paesi registrano una riduzione del ricorso all'ospedalizzazione, massima in Lituania (-63,5 ricoveri ogni 1.000 ab.) e minima in Spagna (-0,5 ricoveri ogni 1.000 ab.). Fanno eccezione Polonia e Irlanda, che hanno registrato un aumento rispettivamente di +45,2 e +15,2 ricoveri ogni 1.000 ab..

Di contro la degenza media (Figura 7.2.) in Italia è tra le più alte in Europa: nel 2023, 7,1 giornate (gg.), in aumento di +0,4 gg., a fronte dei valori minimi registrati in Svezia (5,5 gg.), in Francia e Romania (5,6 gg. rispettivamente), e quelli massimi in Portogallo (9,3 gg.), Regno Unito e Germania (7,5 gg. rispettivamente).

Ha registrato il massimo aumento della degenza media il Regno Unito (+1,5 gg.), mentre in altri Paesi l'indicatore è in riduzione sino al massimo del Belgio (-1,0 gg.).

Il dato italiano sembra peraltro giustificabile con il minor tasso di ricovero, che implica una maggiore selezione dei pazienti, nel senso di una attitudine a privilegiare l'accesso dei pazienti più severi; ma anche con la constatazione della peculiare demografia italiana, caratterizzata da una popolazione mediamente più anziana che negli altri Paesi.

Tale evidenza è coerente con quanto riportato in recenti pubblicazioni di Trevisan et al. e Petrelli et al. [1,2], dalle quali emerge che in Italia la maggio-

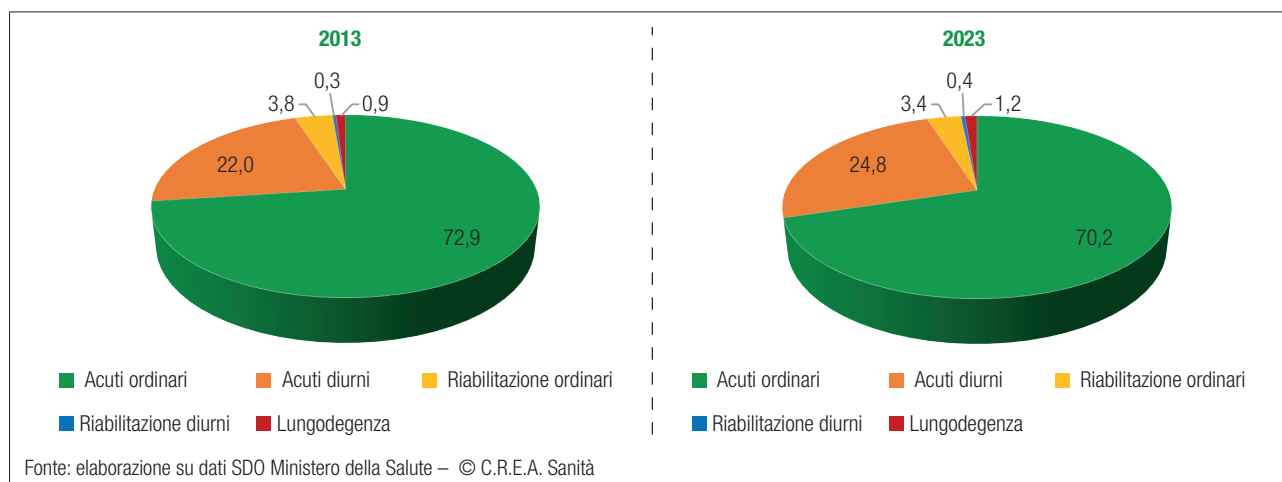
re durata della degenza media è associata a fattori quali l'età più avanzata dei pazienti, la presenza di comorbidità e una maggiore selezione all'ingresso in ospedale.

Gli studi citati evidenziano, inoltre, come nel nostro Paese permangano differenze nei tassi di ospedalizzazione e nella durata della degenza tra gruppi socio-economici, suggerendo che l'accesso al ricovero riguardi più frequentemente i soggetti con condizioni cliniche più complesse o vulnerabili.

7.2. Il ricorso al ricovero in Italia: i principali trends

Nel 2023, in Italia, secondo le risultanze del flusso nazionale delle Schede Dimissione Ospedaliera (SDO) elaborato dal Ministero della Salute (Rapporto SDO 2023) sono stati effettuati 5.594.479 ricoveri ordinari in acuzie, con una riduzione del -15,7% nell'ultimo decennio.

Seguono quantitativamente quelli diurni in acuzie, pari a 1.690.458, con una riduzione del -27,9%; quelli in riabilitazione, pari a 289.365 ricoveri ordinari, in riduzione del -9,1%, e 26.060 diurni (-36,7%); infine, si contano 72.634 ricoveri in lungodegenza, in riduzione del -34,5%.

Figura 7.3. Composizione dei ricoveri ordinari per tipo. Valori %. Anni 2013/2023

La composizione per tipologia di ricovero (Figura 7.3.), quindi, risulta pari al 72,9% ricoveri ordinari in acuzie, in incremento di +2,7 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo decennio, 22% diurni in acuzie (-2,8 p.p. nel periodo considerato), 3,8% ordinari in riabilitazione (+0,4 p.p.), 0,9% in lungodegenza (-0,2 p.p.) e 0,3% diurni in riabilitazione (-0,1 p.p.).

Si registra un ricovero ordinario in riabilitazione ogni 19,3 in acuzie (+1,5 nell'ultimo decennio) e uno in lungodegenza ogni 77,0 in acuzie (+17,1 nell'ultimo decennio) e 4,0 in riabilitazione (+0,8).

Il tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie

risulta pari a 93,3 ricoveri per 1.000 ab., in riduzione di -16,1 ricoveri ogni 1.000 ab. nell'ultimo decennio; quello dei ricoveri diurni in acuzie risulta pari a 28,3 per 1.000 ab., in riduzione di -10,6 ricoveri ogni 1.000 ab..

Per la riabilitazione, il tasso di ospedalizzazione (5,3 ogni 1.000 ab.) nel decennio risulta in diminuzione sia per i ricoveri ordinari (-0,4 ricoveri per 1.000 ab.) che per i ricoveri diurni (-0,2 ricoveri per 1.000 ab.). Per la lungodegenza il tasso di ospedalizzazione (1,2 ogni 1.000 ab.) si è ridotto nell'ultimo decennio di -0,6 ricoveri ogni 1.000 ab. (Figura 7.4.).

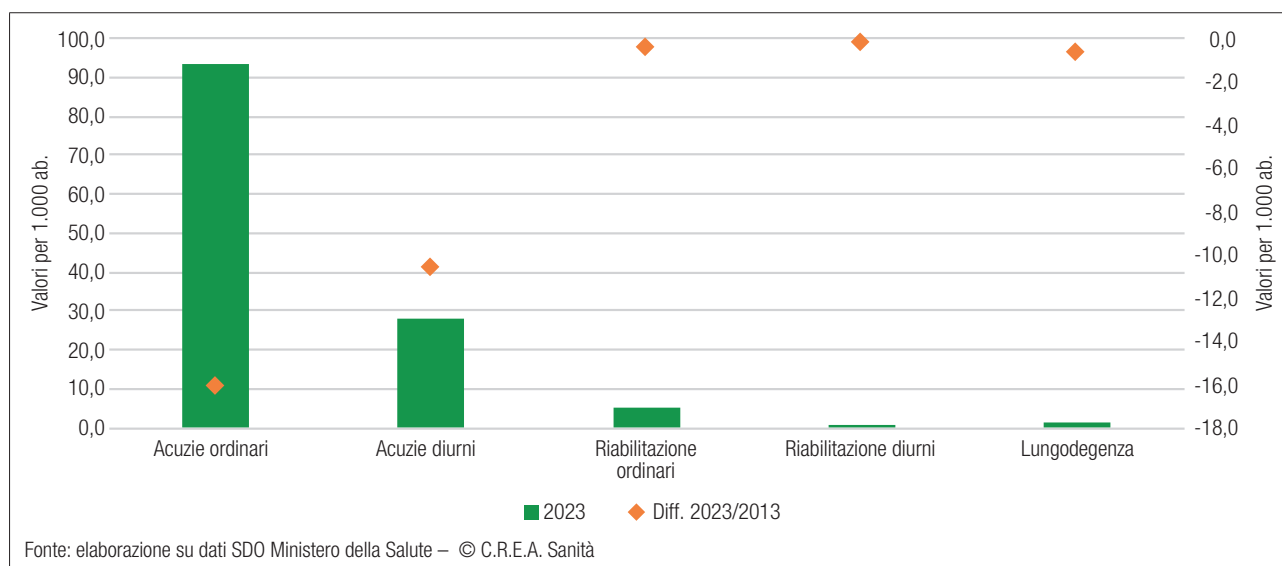
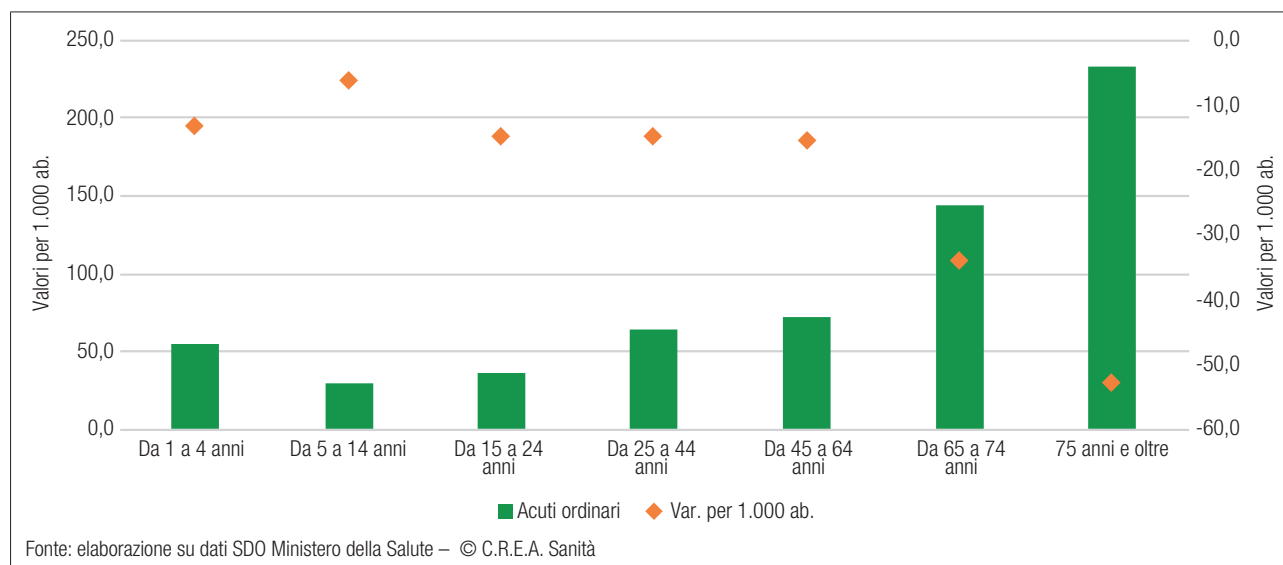
Figura 7.4. Tasso di ospedalizzazione, per tipo e regime di ricovero

Figura 7.5. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie, per fasce d'età. Anno 2023

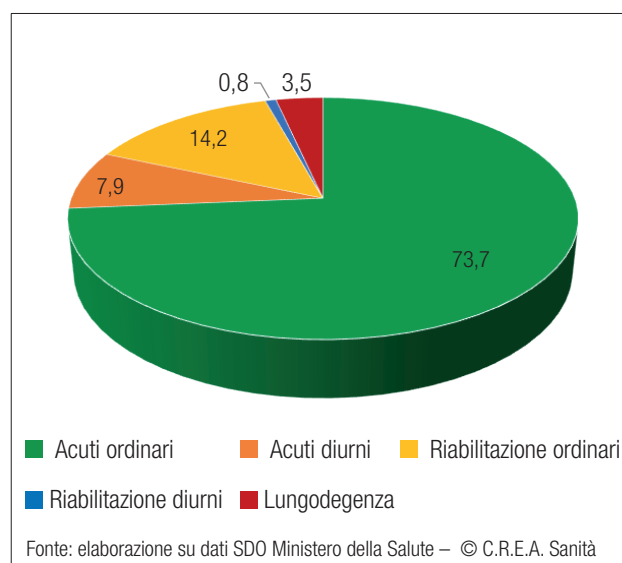
L'età è una determinante rilevante nel ricorso all'ospedalizzazione (Figura 7.5.): i tassi di ricovero risultano crescenti al crescere dell'età: il valore massimo si registra nella fascia degli *over 75*, pari a 232,5 ricoveri ogni 1.000 ab.; a seguire, nella fascia 65-74 anni si hanno 144,5 ricoveri ogni 1.000 ab., e nella fascia 45-64 anni 71,8 ricoveri. In tutte le fasce d'età si registra una riduzione nell'ultimo decennio, massima nella fascia più "anziana" (-52,6 ricoveri ogni 1.000 ab.) e minima nella fascia 5-15 anni (-6,1 ricoveri ogni 1.000 ab.).

Per quanto concerne le gg. di degenza, in Italia, nel 2023, se ne contano 39.742.170 ordinarie in acuzie, con una riduzione del -11,3% nell'ultimo decennio. Gli accessi diurni in acuzie sono 4.247.731, con una riduzione del -34,6%.

In riabilitazione si contano 7.643.411 gg. di degenza ordinarie (con una riduzione del -6,7% nell'ultimo decennio) e 437.984 accessi diurni (-20,8%).

Infine, le gg. in lungodegenza sono 1.884.688, con una riduzione del -38,4% nell'ultimo decennio.

Complessivamente, le gg. di degenza (Figura 7.6.) ordinaria in acuzie rappresentano il 73,7%, seguite da quelle in riabilitazione in regime ordinario (7,9%), da quelle in acuzie in regime diurno (7,9%), da quelle per lungodegenza (3,5%) e da quelle di riabilitazione in regime diurno (0,8%).

Figura 7.6. Composizione delle giornate di degenza per regime. Valori %. Anno 2023

Si registra una giornata erogata in riabilitazione ogni 5,2 in acuzie (5,5 nel 2013); una in lungodegenza ogni 21,1 in acuzie (14,6 nel 2013) e 4,1 in riabilitazione (2,7 nel 2013).

Gli accessi diurni sono per il 92,6% in regime di acuzie e per il restante 7,4% in regime di riabilitazione.

La degenza media dei ricoveri ordinari in acuzie (Figura 7.7.) è pari a 7,1 gg., in aumento di +0,4 gg. nell'ultimo decennio; quella in riabilitazione è pari a

26,4 gg. (+0,7 gg.) e quella in lungodegenza a 25,9 gg. (-1,7 gg.); per quanto concerne gli accessi diurni medi, quelli in acuzie sono pari a 2,5, in riduzione di -0,3 gg. nell'ultimo decennio; in riabilitazione sono pari a 16,8 (+3,4 gg.).

Anche la degenza media cresce con l'età; nell'ul-

timo decennio si registra un aumento della degenza media, massima nella fascia 15-24 anni (+0,6 gg.) e minima in quella 25-44 anni (+0,1 gg.). Fanno eccezione le fasce 45-64 anni e 65-74 anni che registrano una leggera riduzione, pari a -0,06 e -0,03 gg. rispettivamente (Figura 7.8.).

Figura 7.7. Degenza e accessi medi, per tipo e regime

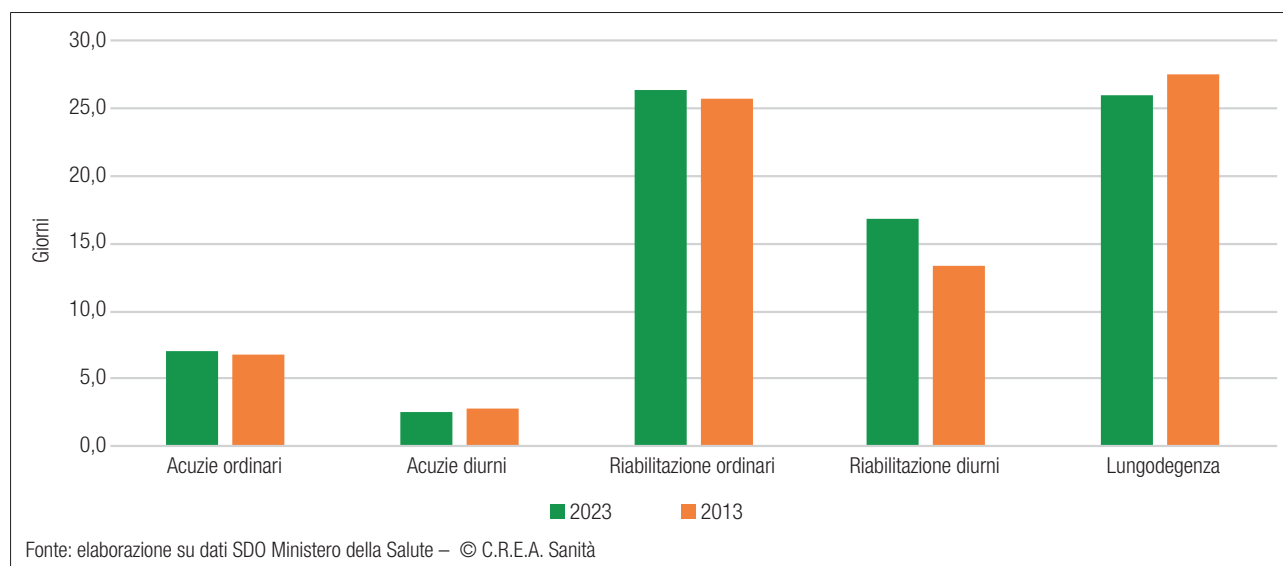
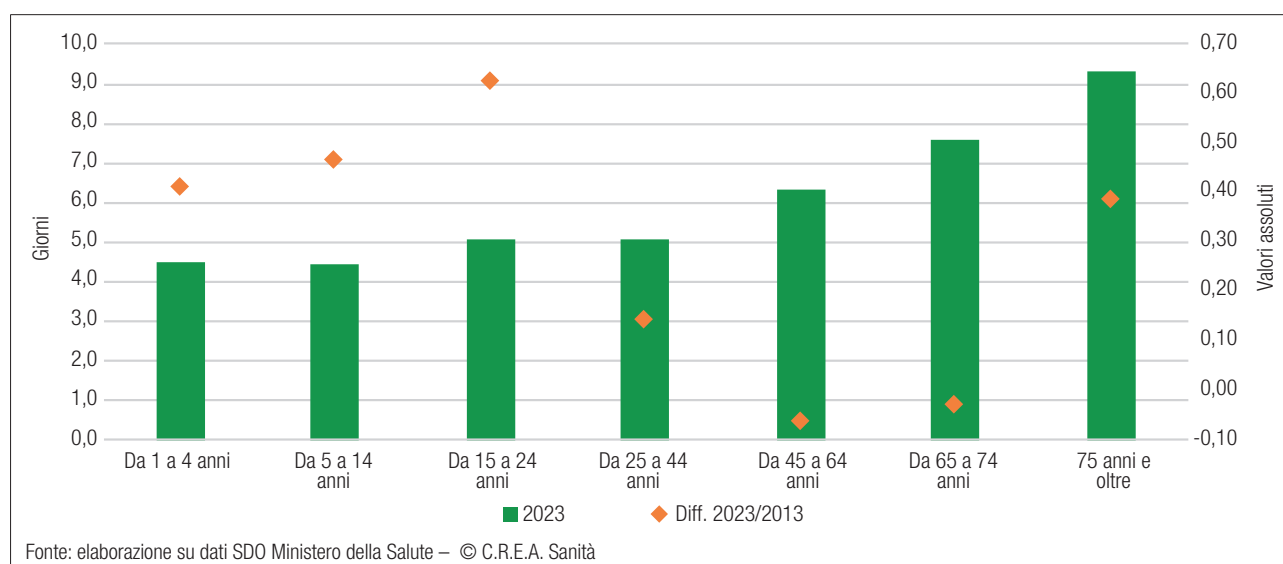


Figura 7.8. Degenza media ricoveri ordinari in acuzie, per età



7.3. Il ricorso al ricovero in Italia: i principali trends regionali

A seguire si analizzano alcuni indicatori tesi a rappresentare i principali *trends* nell'attività di ricovero a livello regionale: in particolare, viene prima analizzato il dimensionamento dell'offerta, mediante l'elaborazione dei tassi di utilizzazione dei posti letto.

Vengono quindi elaborati il tasso di ospedalizzazione (calcolato sui ricoveri per Regione di residenza del paziente) e il tasso di ricovero (calcolato sui ricoveri per Regione di ricovero del paziente); infine, viene effettuato un focus sulla degenza media per singolo DRG, finalizzata ad identificare quelli che hanno registrato le riduzioni più significative e verificare se tali cambiamenti si presentino in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Offerta: posti letto e utilizzazione

Nel 2023, in Italia, i posti letto (pubblici e accreditati) per la degenza ordinaria, sono risultati pari a 194.408, in riduzione nell'ultimo decennio del -2,8%. A livello regionale il dato risulta eterogeneo: fra le Regioni in cui si registra una riduzione dei posti letto, quella massima è in Molise (-17,8%); ove si registra un aumento, quello massimo si registra in Piemonte (+2,2%).

I posti letto ordinari sono 3,3 ogni 1.000 ab. (2,6 pubblici e 0,7 accreditati): valore invariato nell'ultimo decennio.

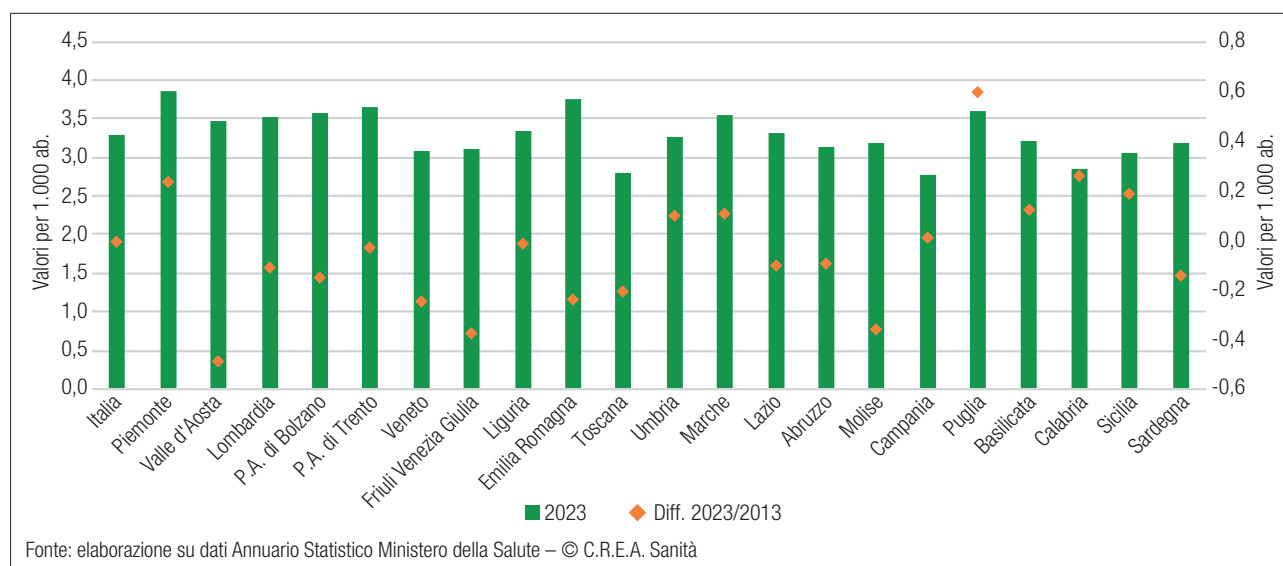
A livello regionale (Figura 7.9.) il dato risulta nuovamente eterogeneo: nelle Regioni in cui si registra un aumento dell'indicatore, il massimo si registra in Puglia (+0,6 per 1.000 ab.); fra quelle in cui l'indicatore è in riduzione, quella massima si registra in Valle d'Aosta (-0,5 per 1.000 ab.).

Lo scostamento tra la Regione con la dotazione di posti letto più elevata (Piemonte, 3,9 per 1.000 ab.) e quella con la dotazione più bassa (Campania, 2,8 per 1.000 ab.) è pari a 1,1 posti letto per 1.000 residenti.

Il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari in acuzie nelle Strutture di ricovero pubbliche, è risultato pari al 79,9%, valore in aumento nell'ultimo decennio di +2,3 p.p.. A livello regionale (Figura 7.10.) il dato risulta eterogeneo: fra le Regioni in cui si registra un aumento, quello massimo è in Valle d'Aosta (+17,0 p.p.); ove si registra una riduzione, quella massima si rileva in Calabria (-12,3 p.p.).

Lo scostamento tra la Regione con il tasso di occupazione di posti letto più elevato (Valle d'Aosta, 89,9%) e quella con il tasso più basso (Basilicata, 67,8%) è pari a 22,1 p.p..

Figura 7.9. Posti letto di degenza ordinaria in acuzie



Nel complesso, quindi, l'offerta di posti letto pubblici per degenza ordinaria in Italia nel 2023 risulta in riduzione più di quanto non si riducano le gg. di degenza, comportando un aumento dei tassi di utilizzazione dei letti. Peraltro, il fenomeno aggregato nasconde una significativa variabilità regionale, che

conferma dinamiche differenziate nei processi di riorganizzazione ospedaliera.

Infatti, la correlazione tra la variazione dei posti letto e quella del tasso di utilizzo dei posti letto è -0,4 (Figura 7.11.).

Figura 7.10. Tasso di utilizzo posti letto di degenza ordinaria in acuzie nelle Strutture di ricovero pubbliche

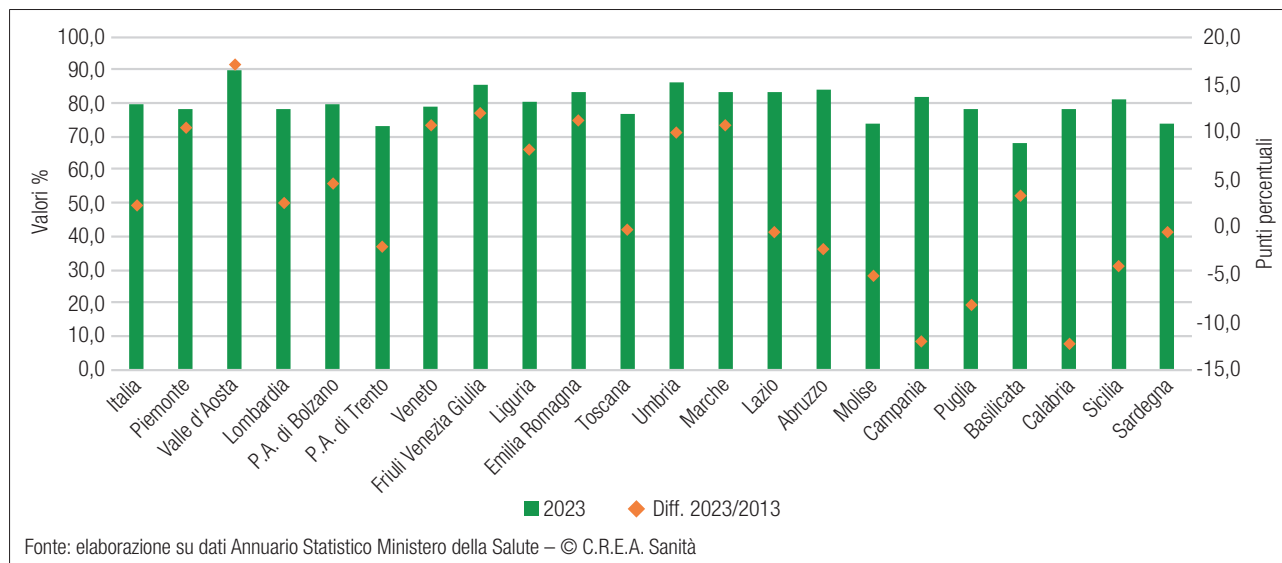


Figura 7.11. Correlazione variazione per 1.000 ab. posti letto e variazione % tasso utilizzo posti letto. Anni 2023/2013

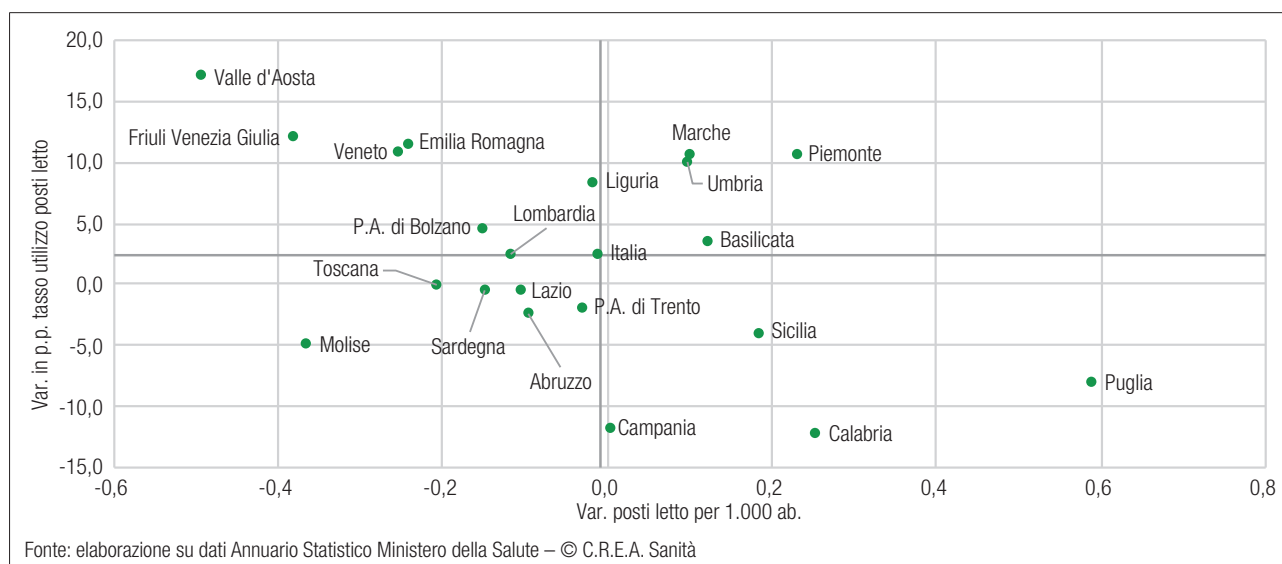
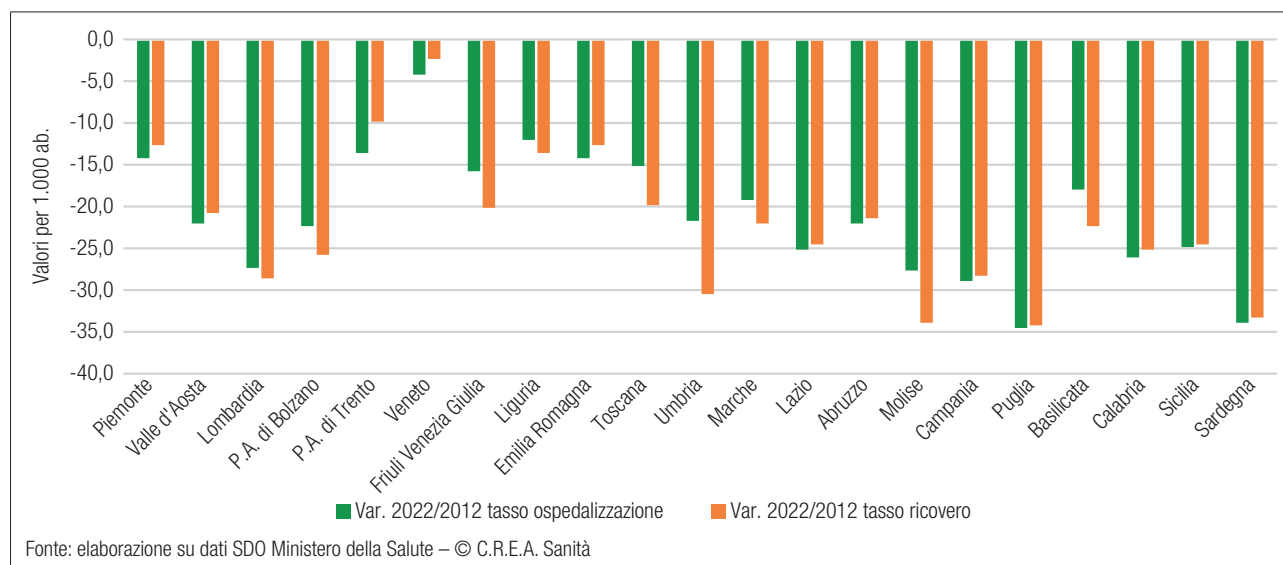


Figura 7.12. Variazioni regionali del tasso di ospedalizzazione e di ricovero ordinari in acuzie



Tasso di ospedalizzazione e tasso di ricovero regionali

Nel 2022, in Italia, il tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie è pari a 90,9 ogni 1.000 ab.. Nell'ultimo decennio si registra una riduzione a livello nazionale di -21,8 ricoveri ogni 1.000 ab.. A livello regionale, il tasso di ospedalizzazione più alto si registra in Valle d'Aosta (106,8 ogni 1.000 ab.), quello più basso in Campania (83,3 ogni 1.000 ab.). In termini di variazione, tutte le Regioni registrano una riduzione dell'indicatore, massima in Puglia (-34,7 ogni 1.000 ab.) e minima in Veneto (-4,2 ricoveri ogni 1.000 ab.).

Il tasso di ricovero ordinario in acuzie è pari a 91,7 ogni 1.000 ab.³ (Figura 7.12.). Rispetto al 2012, si registra una riduzione a livello nazionale di -22,0 ricoveri ogni 1.000 ab.. A livello regionale, il tasso di ricovero più alto si registra in Emilia Romagna (116,6 ogni 1.000 ab.), quello più basso in Calabria (68,3 ogni 1.000 ab.). In termini di variazione, tutte le Regioni registrano una riduzione dell'indicatore, massima in Puglia (-34,1 ogni 1.000 ab.) e minima in

Veneto (-2,3 ricoveri ogni 1.000 ab.).

L'analisi congiunta delle variazioni dei tassi di ospedalizzazione e di ricovero permette anche di apprezzare le variazioni nei saldi di mobilità: in presenza di una contrazione del tasso di ricovero inferiore a quella del tasso di ospedalizzazione, come in Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. di Trento, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna, si registra un miglioramento dei saldi di mobilità, che indica una buona tenuta dell'attrattività ospedaliera. Al contrario, mostrano un peggioramento del saldo Lombardia, P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Molise e Basilicata.

Degenza media per DRG

Nel periodo 2012-2022, per il 52,6% (283) dei DRGs si registra un aumento della degenza media, e per il 47,4% (252) si registra una riduzione.

L'aumento della degenza media ha tipicamente riguardato i DRGs di tipo medico (73,9%), ed è almeno in parte spiegabile con l'invecchiamento della popolazione, che genera l'accesso al ricovero di

³ Il tasso medio nazionale di ricovero risulta più alto di quello di ospedalizzazione per effetto di 50.294 ricoveri di pazienti non residenti in Italia

pazienti con maggiore complessità assistenziale e/o severità clinica.

Di contro, la riduzione ha tipicamente riguardato i DRGs di tipo chirurgico (71,4%).

In questo secondo caso il fenomeno può essere attribuito alle trasformazioni tecnologiche e organizzative che hanno interessato il sistema ospedaliero. Al di là dei benefici derivanti dall'innovazione nelle procedure chirurgiche, la letteratura è concorde nell'affermare che la progressiva adozione di percorsi clinici strutturati e modelli organizzativi standardizzati contribuisca a rendere più efficiente la presa in carico del paziente, riducendo le gg. di ricovero senza compromettere gli esiti clinici [3,4]. Le revisioni sistematiche condotte sui *clinical pathways* evidenziano, in modo consistente, una riduzione della degenza associata a una migliore coordinazione multidisciplinare, a una pianificazione più tempestiva delle dimissioni e a una gestione più appropriata delle fasi pre e post-operatorie [5].

Ad esempio, un ruolo rilevante può essere stato svolto dai programmi *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), particolarmente diffusi nelle aree chirurgiche, che combinano ottimizzazione perioperatoria, mobilitazione precoce, nutrizione anticipata e utilizzo mirato dell'analgesia. Le meta-analisi e gli studi di campo mostrano come l'adozione di questi protocolli sia associata a una sensibile riduzione della durata del ricovero, mantenendo stabili o migliorando gli *outcome* e riducendo le complicanze post-operatorie [6].

Parallelamente, anche l'introduzione di tecniche chirurgiche mininvasive e di tecnologie più avanzate nei percorsi diagnostico-terapeutici (come laparoscopia, robotica, *imaging* ecc.) può avere ulteriormente contribuito alla contrazione della degenza, soprattutto nei DRGs a maggiore componente chirurgica. Vari studi dimostrano che il passaggio da tecniche tradizionali a procedure mininvasive ha generato riduzioni misurabili della permanenza ospedaliera, grazie a tempi di recupero più brevi e minori complicanze [7].

Nello specifico, il DRG che registra un aumento più marcato della degenza media nel periodo considerato (escludendo quelli con un numero esiguo

di casi, convenzionalmente adottando la soglia dei 10.000 casi, che potrebbero generare una variazione "spuria"), è il DRG "Malattie di origine virale, età > 17 anni", con una degenza media pari a 10,5 gg. nel 2022, in aumento del +53,4% nel decennio considerato, parallelamente ad un incremento del tasso di ricovero di +0,5 ricoveri ogni 1.000 ab.. A livello di ripartizione, il Sud registra una degenza media superiore alla media nazionale di 1,0 gg., e l'aumento maggiore (+75,6%), accompagnata da una variazione di +0,3 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; segue il Centro con una degenza media superiore alla media nazionale di +0,2 gg., e un aumento del +54,4%, accompagnata da una variazione di +0,7 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; quindi il Nord-Ovest con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,4 gg., e un aumento del -40,4%, accompagnata da una variazione di +0,5 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; infine il Nord-Est, con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,7 gg., e un aumento del +38,6%, accompagnata da una variazione di 0,7 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero. A livello regionale, il maggior aumento lo registra la Basilicata, con un tasso di ricovero pari a 0,4 ricoveri ogni 1.000 ab. e una degenza media di 15,5 gg., in aumento del 144,5%; il minor aumento si registra nelle Marche, con un tasso di ricovero pari a 9,3 ogni 1.000 ab. e una degenza media di 9,3 gg., in aumento del 7,7%.

A seguire il DRG "Edema polmonare e insufficienza respiratoria" registra una degenza media pari a 11,1 gg. nel 2022, in aumento del +15,3% nel decennio considerato, parallelamente ad un incremento del tasso di ricovero di +0,7 ricoveri ogni 1.000 ab.. A livello di ripartizione, il Sud registra una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,5 gg., e l'aumento maggiore (+22,3%), accompagnata da una variazione di +0,3 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; segue il Nord-Ovest, con una degenza media superiore alla media nazionale di +0,9 gg., e un aumento del +13,8%, accompagnata da una variazione di +0,7 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; quindi il Centro, con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,7 gg., e un aumento del +10,0%, accompagnata da una va-

riazione di +0,3 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; infine il Nord-Est, con una degenza media superiore alla media nazionale di +0,3 gg., e un aumento del +8,5%, accompagnata da una variazione di +1,6 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero. A livello regionale, il maggior aumento lo registra la Sicilia, con un tasso di ricovero pari a 2,1 ricoveri ogni 1.000 ab. e una degenza media di 11,3 gg., in aumento del +29,9%; il minor aumento si registra nel Veneto, con un tasso di ricovero pari a 2,8 ogni 1.000 ab. e una degenza media di 12,3 gg., in aumento del +5,7%.

Il DRG "Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC" registra una degenza media pari a 5,5 gg. nel 2022, in aumento del +13,4% nel decennio considerato, parallelamente ad un incremento del tasso di ricovero di +0,5 ricoveri ogni 1.000 ab.. A livello di ripartizione, il Sud registra una degenza media superiore alla media nazionale di +0,1 gg., e l'aumento maggiore (+25,7%), accompagnata da una variazione di +0,4 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; segue il Centro con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,2 gg., e un aumento del +10,6%, accompagnata da una variazione di +0,5 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; quindi il Nord-Ovest con una degenza media superiore alla media nazionale di +0,1 gg., e un aumento del +5,8%, accompagnata da una variazione di +0,5 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; infine il Nord-Est, con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,03 gg., e un aumento del +2,6%, accompagnata da una variazione di +0,6 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero. A livello regionale, il maggior aumento lo registra la Valle d'Aosta, con un tasso di ricovero pari a 0,2 ricoveri ogni 1.000 ab. e una degenza media di 6,1 gg., in aumento del +75,0%; il minor aumento si registra nelle Marche, con un tasso di ricovero pari a 0,3 ogni 1.000 ab. e una degenza media di 6,0 gg., in aumento del +0,3%.

Per quanto concerne i DGRs che registrano una riduzione della degenza media, il DRG "Interventi per l'obesità" registra una degenza media pari a 3,4 gg. nel 2022, in riduzione del -33,2% nel decennio con-

siderato, parallelamente ad un incremento del tasso di ricovero di +0,3 ricoveri ogni 1.000 ab.. A livello di ripartizione, il Nord-Ovest registra una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,5 gg., e la riduzione maggiore (-44,2%), accompagnata da una variazione di +0,7 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; segue il Centro con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,3 gg., e una riduzione del -35,5%, accompagnata da una variazione di +0,4 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; quindi il Sud e Isole con una degenza media superiore alla media nazionale di +0,6 gg., e una riduzione del -32,8%, accompagnata da una variazione di +0,6 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; infine il Nord-Est, con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,1 gg., e la riduzione minore (-25,6%), accompagnata da una variazione di +0,2 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero. A livello regionale, la minore riduzione si registra in Abruzzo, con un tasso di ricovero pari a 0,6 ricoveri ogni 1.000 ab. e una degenza media di 4,3 gg., in riduzione del -3,5%; la maggiore riduzione lo registra il Molise, con un tasso di ricovero pari a 0,1 ogni 1.000 ab. e una degenza media di 2,3 gg., in riduzione del -83,8%.

Il DRG "Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC" registra una degenza media pari a 1,8 gg. nel 2022, in riduzione del -32,2% nel decennio considerato, parallelamente ad un incremento del tasso di ricovero di +0,6 ricoveri ogni 1.000 ab.. A livello di ripartizione, il Sud registra una degenza media superiore alla media nazionale di +0,7 gg., e la riduzione minore (-30,2%), accompagnata da una variazione di +0,1 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; segue il Nord-Ovest con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,2 gg., e una riduzione del -31,6%, accompagnata da una variazione di +0,1 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; quindi il Nord-Est con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,3 gg., e una riduzione del -33,8%, accompagnata da una variazione di +0,1 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; infine il Nord-Ovest, con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,2 gg., e una riduzione di -31,6%, accompagnata da una variazione di +0,1 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero. A livello

regionale, la minore riduzione si registra in Umbria, con un tasso di ricovero pari a 0,7 ricoveri ogni 1.000 ab. e una degenza media di 1,8 gg., in riduzione del -8,1%; la maggiore riduzione lo registra la Valle d'Aosta, con un tasso di ricovero pari a 0,6 ogni 1.000 ab. e una degenza media di 1,1 gg., in riduzione del -57,7%.

Il DRG "Interventi su rene e uretere per neoplasia" registra una degenza media pari a 7,2 gg. nel 2022, in riduzione del -27,1% nel decennio considerato, parallelamente ad un incremento del tasso di ricovero di +0,1 ricoveri ogni 1.000 ab.. A livello di ripartizione, il Centro registra una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,4 gg., e la riduzione maggiore (-29,0%), accompagnata da una variazione di +0,3 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; segue il Nord-Ovest con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,1 gg., e una riduzione del -28,8%, accompagnata da una variazione di +0,3 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; quindi il Sud con una degenza media superiore alla media nazionale di +0,7 gg., e una riduzione del -26,7%, accompagnata da una variazione di +0,2 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero; infine il Nord-Est, con una degenza media inferiore alla media nazionale di -0,3 gg., e la riduzione minore (-24,7%), accompagnata da una variazione di +0,4 ricoveri ogni 1.000 ab. del tasso di ricovero. A livello regionale, la minore riduzione si registra in Friuli Venezia Giulia, con un tasso di ricovero pari a 0,3 ricoveri ogni 1.000 ab. e una degenza media di 8,4 gg., in riduzione del -11,5%; la maggiore riduzione lo registra il Molise, con un tasso di ricovero pari a 0,1 ogni 1.000 ab. e una degenza media di 10,7 gg., in riduzione del -47,7%.

7.4. Costo dell'Assistenza Ospedaliera

Secondo i dati del flusso LA (Ragioneria generale dello Stato e Ministero della Salute), nel 2023, in Italia, il costo dell'Assistenza Ospedaliera (dato dalla somma dell'Assistenza Ospedaliera e l'assistenza

specialistica ambulatoriale in ambito ospedaliero) ammonta a € 78,3 mld., in aumento nell'ultimo quinquennio del +13,1%. A livello regionale il dato risulta in aumento in quasi tutte le Regioni, con un massimo nel Lazio (+28,7%) e un minimo nel Friuli Venezia Giulia (+6,2%). Fanno eccezione Molise e Sicilia, che registrano una riduzione nel periodo considerato pari a -6,2 e -1,2% rispettivamente.

In termini di composizione, la quota del costo relativo all'Assistenza Ospedaliera ammonta al 78,5% (rimanendo sostanzialmente invariata nell'ultimo quinquennio) e quella attribuibile alla specialistica ambulatoriale al restante 21,5%.

Circa metà delle Regioni evidenziano (Figura 7.13.) un aumento della quota di costo attribuibile all'Assistenza Ospedaliera, con variazioni particolarmente marcate in Calabria (+6,1 p.p.), P.A. di Bolzano (+5,4 p.p.), Valle d'Aosta (+5,3 p.p.), Campania (+4,4 p.p.), Friuli Venezia Giulia (+3,8 p.p.) e Liguria (+3,1 p.p.).

Di contro, in alcune Regioni prevale una riduzione della componente relativa alla specialistica ambulatoriale, con contrazioni più rilevanti nelle Marche (-4,8 p.p.), Sardegna (-4,5 p.p.), Sicilia (-3,9 p.p.), Lazio (-1,5 p.p.), Puglia (-1,6 p.p.) e Abruzzo (-1,2 p.p.).

In definitiva il costo dell'Assistenza Ospedaliera per l'attività di ricovero (Figura 7.14.) ammonta a € 61,5 mld., in aumento nell'ultimo quinquennio del +13,0%. A livello regionale il dato risulta in aumento in quasi tutte le Regioni, con un massimo nella P.A. di Bolzano (+35,1%) e un minimo nelle Marche (+4,0%). Fanno eccezione Molise e Sicilia, che registrano una riduzione nel periodo considerato, pari rispettivamente al -6,4 e al -5,7% rispettivamente.

Passando all'assistenza specialistica ambulatoriale erogata in ambito ospedaliero, il costo risulta pari a € 16,8 mld., in aumento nell'ultimo quinquennio del +13,2%. In alcune Regioni se ne registra un aumento, con un massimo in Sardegna (+43,1%) e minimo nella P.A. di Bolzano (+3,0%); fra quelle in cui il dato è in riduzione, quella massima si registra in Campania (-23,0%) e minima in Molise (-2,9%).

Figura 7.13. Composizione costo per l'Assistenza Ospedaliera

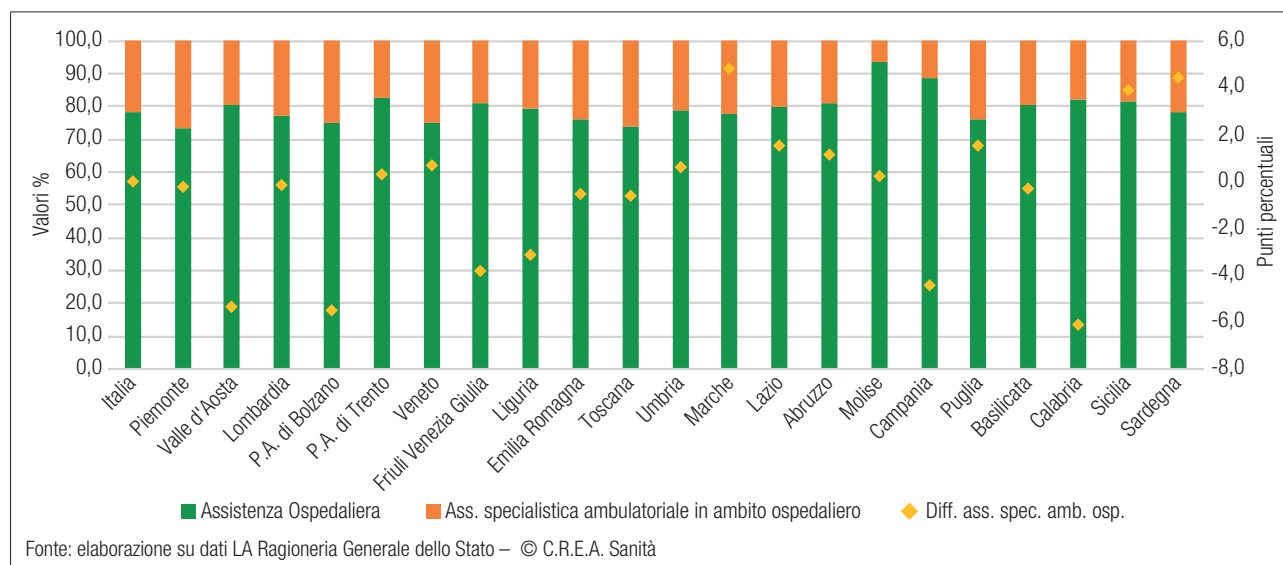
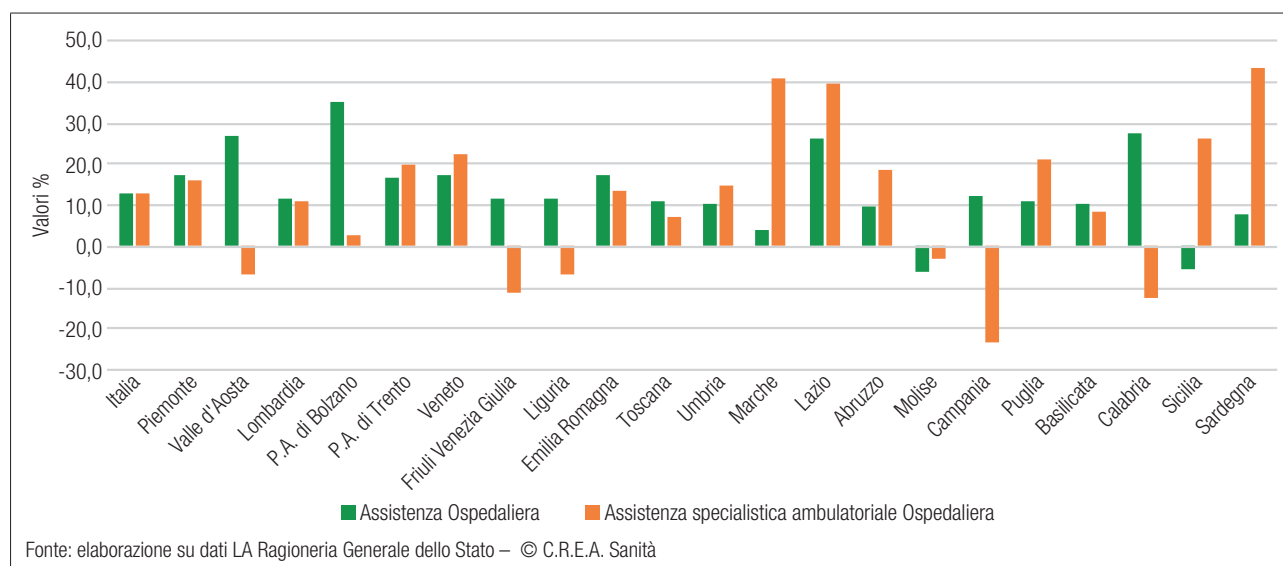


Figura 7.14. Variazione del costo per l'Assistenza Ospedaliera

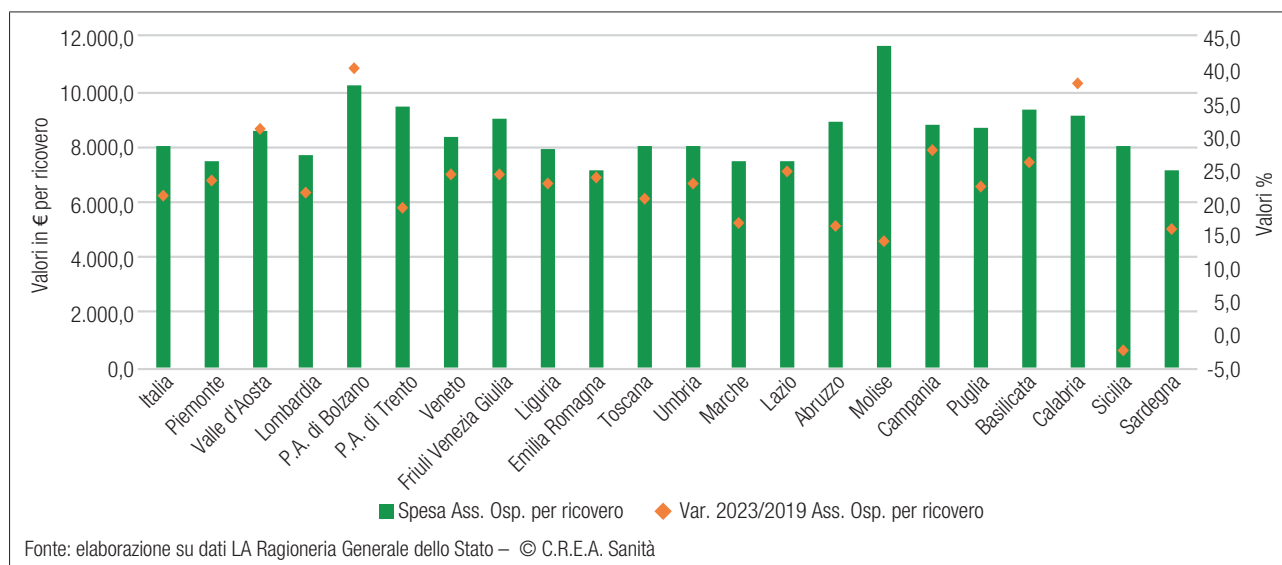


Dividendo il costo dell'Assistenza Ospedaliera per il numero di ricoveri ordinari in acuzie (non è stata considerata l'attività in regime diurno), si ottiene una stima (Figura 7.15.) del costo per ricovero erogato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) pari a € 8.009, in aumento nell'ultimo quinquennio del +21,0%. A livello regionale la crescita è generalizzata, massima nella P.A. di Bolzano (+40,3%) e minima in Molise (+14,0%). Fa eccezione la Sicilia, che registra una riduzione del -2,3%.

Si consideri che il costo dell'Assistenza Ospedaliera riferita ai ricoveri risulta pari al 218,8% del valore teorico della remunerazione dei ricoveri effettuata in base alle tariffe nazionali vigenti (€ 61,5 mld. vs € 28,1 mld.).

A livello regionale, la remunerazione tariffaria copre da un massimo del 51,8% del costo dell'Assistenza Ospedaliera nelle Marche, ad un minimo del 29,0% nella P.A. di Bolzano.

Figura 7.15. Costo Assistenza Ospedaliera per ricovero



In definitiva, pur adottando la necessaria cautela nell'interpretazione dei dati del flusso LA, l'analisi a livello nazionale, nell'ultimo quinquennio, evidenzia una sostanziale stabilità dell'incidenza dell'attività specialistica ambulatoriale in ambito ospedaliero, verosimilmente ancora condizionata dagli effetti del periodo pandemico (2020–2021) che la ha ridotta significativamente (cfr. Capitolo 9). Tale quadro complessivo si accompagna, tuttavia, a significative eterogeneità regionali, con dinamiche differenziate nella ripresa e nella riorganizzazione dell'offerta.

Permane, inoltre, un divario molto significativo fra remunerazione garantita dagli attuali livelli tariffari e i costi reali delle Strutture.

7.5. Riflessioni finali

Nel 2023, l'Italia si conferma il Paese europeo con il più basso tasso di ospedalizzazione in acuzie (93,3 ricoveri per 1.000 ab.), nettamente inferiore rispetto alla media degli altri Paesi membri della Unione Europea.

Di contro la degenza media italiana rimane tra le più alte (7,1 gg. rispetto ai 5,5-5,6 gg. di Svezia, Francia e Romania): un fenomeno giustificabile con l'elevata età media della popolazione italiana, e una maggiore selezione dei ricoveri.

I ricoveri ordinari in acuzie si sono ridotti del -15,7% nell'ultimo decennio, come anche i ricoveri diurni (-27,9%).

La contrazione interessa anche la riabilitazione e la lungodegenza, confermando una riduzione strutturale della domanda di ospedalizzazione in tutti i principali *setting* assistenziali.

Simmetricamente si riduce (-2,8% nel decennio) la dotazione di posti letto per degenza ordinaria (attualmente pari a 3,3 per 1.000 ab.).

Cresce, quindi, il tasso di utilizzo nelle Strutture pubbliche, attualmente pari al 79,9% (+2,3 p.p.).

Peraltro, l'offerta regionale di posti letto presenta dinamiche differenziate: con riduzioni marcate sino al -17,8% e altrettanto significativi incrementi (sino al +2,2%).

Il tasso di utilizzo dei posti letto risulta in aumento nel Nord, ma in riduzione nel Sud, segnalando la presenza di strategie organizzative eterogenee a livello regionale.

Sul territorio nazionale si osserva una riduzione generalizzata dei tassi di ospedalizzazione e di ricovero in acuzie.

Il primo è sceso di -21,8 ricoveri ogni 1.000 ab., con variazioni più accentuate nel Sud (-28,4 ricoveri ogni 1.000 ab.) e più moderate nel Nord-Est (-10,4 ricoveri ogni 1.000 ab.).

Anche il tasso di ricovero si riduce (-22,0 ricoveri ogni 1.000 ab.), con un *range* regionale compreso tra -34,1 e -2,3 ricoveri ogni 1.000 ab..

Sul fronte della degenza media, si osserva un generalizzato aumento della stessa fra i DRGs medici e una simmetrica riduzione fra quelli chirurgici. Le riduzioni (47,4% dei DRGs), concentrate nei DRGs chirurgici, riflettono gli avanzamenti tecnologici e organizzativi, mentre almeno in parte l'incremento nei DRGs medici può essere attribuito all'incremento dell'età media al ricovero.

Infine, sul lato dei costi, nell'ultimo quinquennio si evidenzia, sul piano nazionale, una sostanziale stabilità dell'incidenza dell'attività specialistica ambulatoriale erogata in ambito ospedaliero, che però è verosimilmente influenzata dal permanere dei residui effetti (riduzione dell'attività) sperimentati nel periodo pandemico.

Infine, si segnala un significativo differenziale fra i costi sostenuti dalle Strutture per l'attività di ricovero e la remunerazione riconosciuta sulla base degli attuali livelli tariffari, che ne coprono in media il 45,7%.

Riferimenti bibliografici

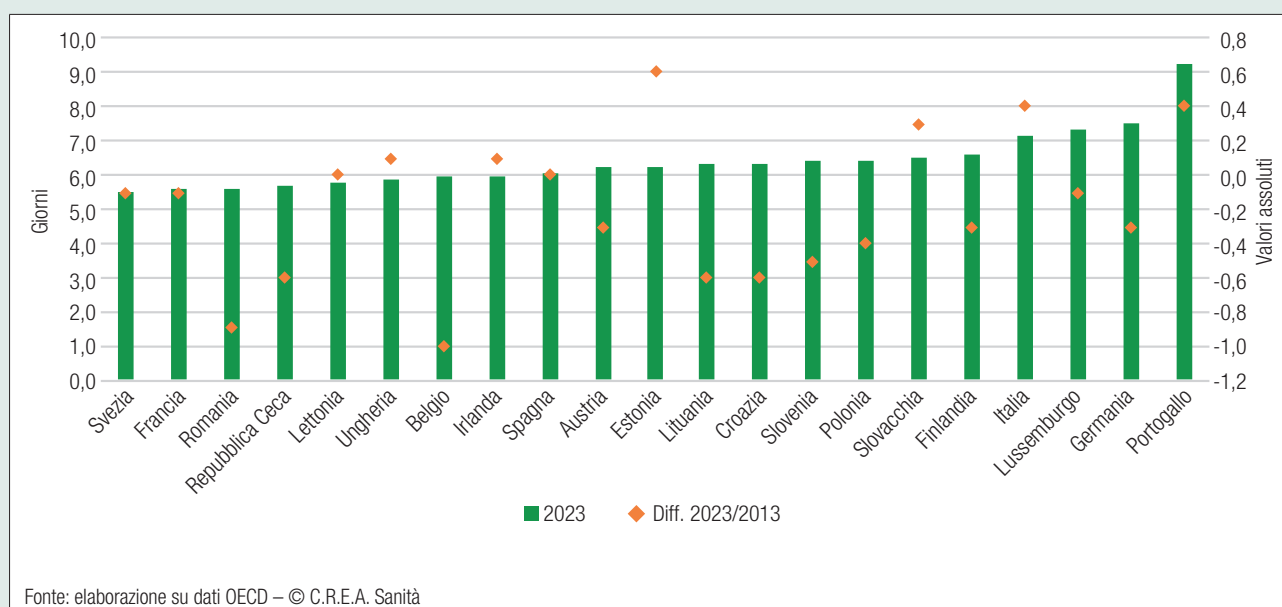
- [1] Petrelli A., Di Napoli A., Demuru E., Ventura M., Gnani R., Di Minco L., Tamburini C., Mirisola C., Sebastiani G.; Socioeconomic and citizenship inequalities in hospitalisation of the adult population in Italy. Anno 2020, DOI: 10.1371/journal.pone.0231564
- [2] Golinelli D., Sanmarchi F., Toscano F., Bucci A., Nante N.; Analyzing the 20-year declining trend of hospital length-of-stay in European countries with different healthcare systems and reimbursement models. Anno 2024
- [3] Rotter T., Kugler J., Koch R., Gothe H., Twork S., van Oostrum J., Steyerberg E.; A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. Anno 2008
- [4] Trimarchi L., Caruso R., Magon G., Odone A., Arigoni C.; Clinical pathways and patient-related outcomes in hospital-based settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Acta Biomed. Anno 2021; 92(1):e2021093
- [5] Büscher A, et al.; The effectiveness of clinical pathways in inpatient settings: umbrella review. Anno 2024
- [6] Bizard F, et al.; Medico-economic impact of enhanced rehabilitation after surgery (ERAS): average length of stay reduction 1.45 days. BMC Health Services Research. Anno 2021
- [7] Blanc T, de la Taille A, Assouad J, Roupret M.; Impact of robotic-assisted surgery on length of hospital stay for eight target procedures: a French nationwide database study. J Robot Surg. Anno 2024
- [8] C.R.E.A. Sanità, Rapporto Sanità (anni vari)
- [9] Flussi LA - Ragioneria Generale dello Stato (anni vari)
- [10] OECD (anni vari), <https://data-explorer.oecd.org/>
- [12] Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (anni vari)
- [12] Ministero della salute, open data sui posti letto (anni vari)
- [13] Ministero della Salute, Annuario statistico (anni vari)

KI 7.1. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie in Europa



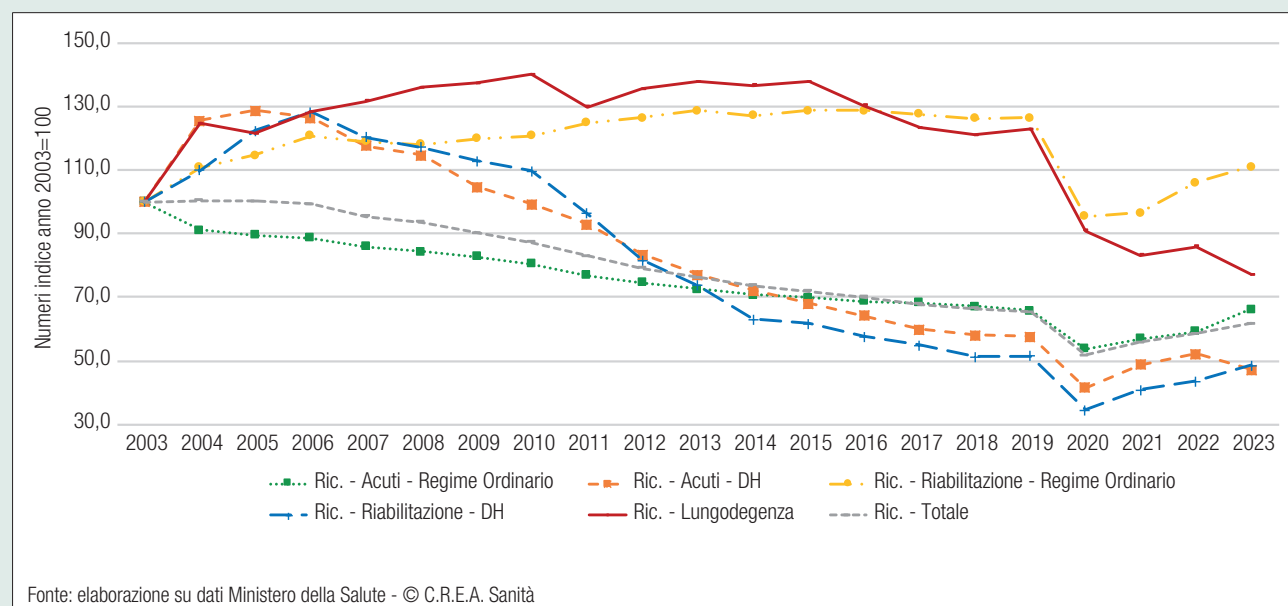
Nel 2023, in Europa, il tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie è pari a 142,9 ogni 1.000 ab., in riduzione nell'ultimo decennio di -21,6 ricoveri ogni 1.000 ab.. L'Italia registra il tasso di ospedalizzazione più basso (93,3 ricoveri), in diminuzione di -16,1 ricoveri ogni 1.000 ab. nell'ultimo decennio; il tasso più alto si registra in Polonia (209,4 ricoveri ogni 1.000 ab.) in aumento nell'ultimo decennio di +45,2 ricoveri. In tutti i Paesi europei si registra una riduzione del tasso di ospedalizzazione, massima in Lituania (-63,5) e minima in Spagna (-0,5), tranne che in Polonia e Irlanda (rispettivamente +45,2 e +14,2 ricoveri ogni 1.000 ab.).

KI 7.2. Degenza media in Europa



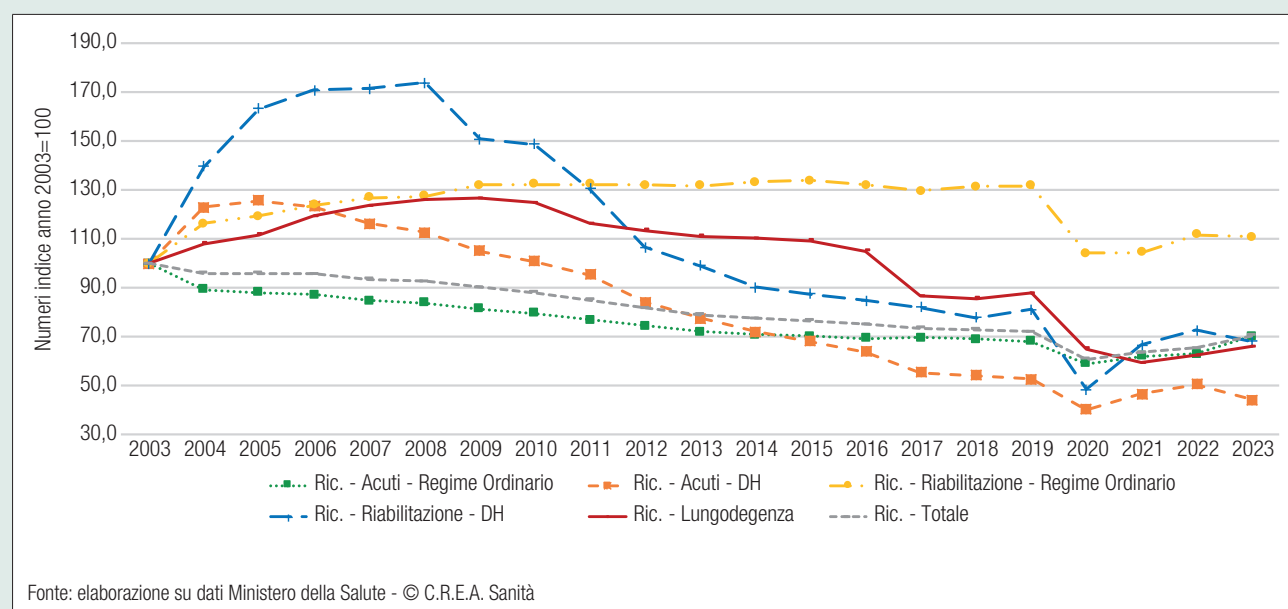
Nel 2023, in Europa, la degenza media dei ricoveri in acuzie ordinarie è pari a 6,4 giorni (gg.), in riduzione nell'ultimo decennio di -0,2 gg.. In Italia la degenza media è pari a 7,1 gg., in aumento di +0,4. La degenza media più alta si registra in Portogallo (9,3 gg.), in aumento di +0,4 gg. nel periodo considerato; quella più bassa in Svezia, 5,5 gg. e in riduzione di -0,1. Nei Paesi europei analizzati le variazioni risultano difformi: in alcuni si registra un aumento, massimo in Estonia (+0,6 gg.), in altri una riduzione, massima in Belgio (-0,1 gg.).

KI 7.3. Trend dei ricoveri ospedalieri in Italia



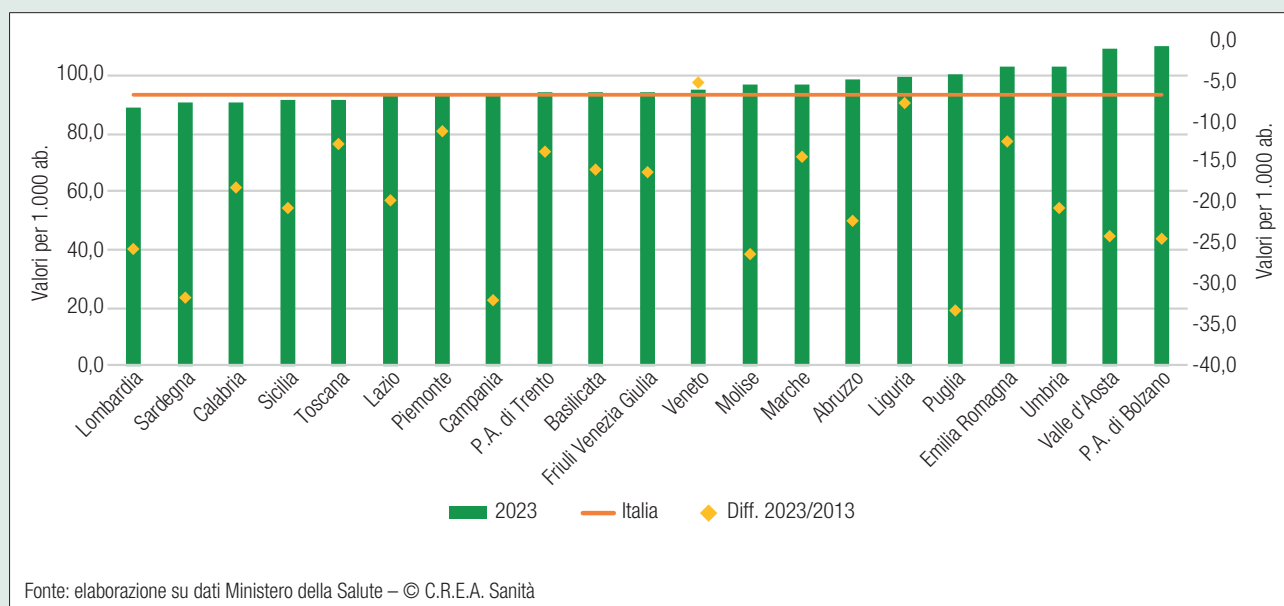
Nel 2023, in Italia, i ricoveri ospedalieri sono stati 5,6 mln., con una contrazione pari al -38,2% nell'ultimo ventennio (riduzione media annua del -2,8%). La riduzione ha coinvolto tutti i regimi, ad eccezione dei ricoveri in riabilitazione in regime ordinario, dove si registra un'aumento del +0,6% medio annuo; i ricoveri ordinari in acuzie sono diminuiti del -2,4%, gli accessi diurni in acuzie del -4,3%, gli accessi in riabilitazione del -4,2% e i ricoveri in lungodegenza del -1,5%.

KI 7.4. Trend delle giornate di degenza in Italia



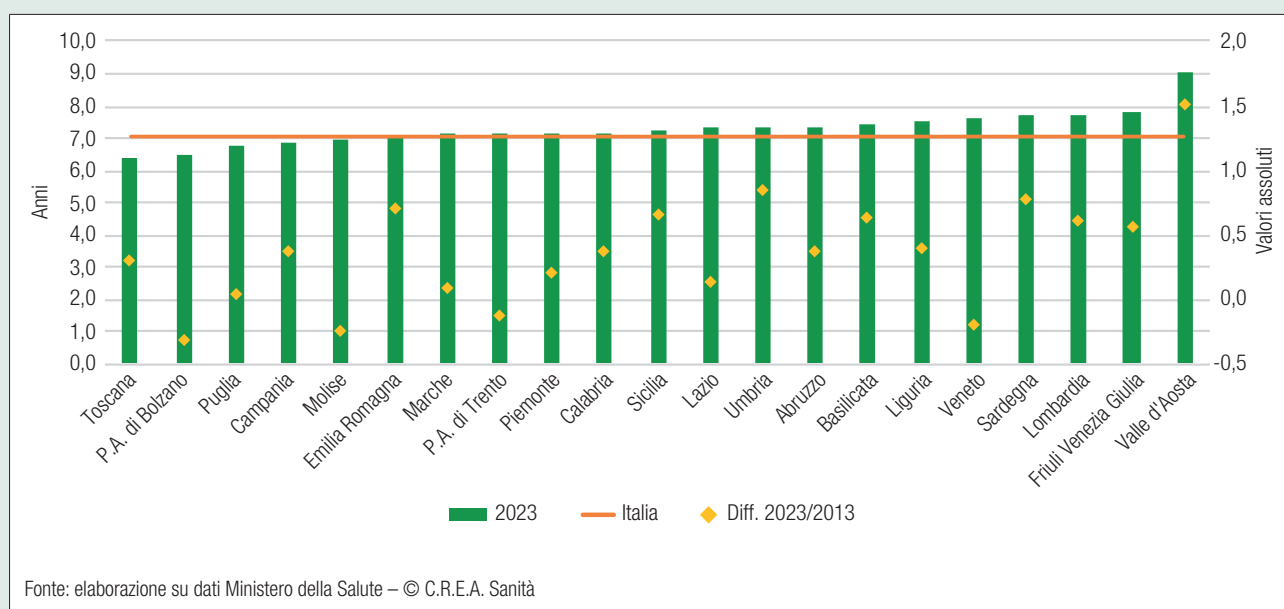
Nel 2023, in Italia, si registrano 39,7 mln. di giornate di degenza, con una contrazione pari al -29,6% nell'ultimo ventennio (riduzione media annua del -2,0%). La riduzione ha coinvolto tutti i regimi, ad eccezione delle giornate in riabilitazione in regime ordinario, dove si registra un'aumento del +0,6% medio annuo; le giornate di degenza ordinarie in acuzie sono diminuite del -2,1%, gli accessi diurni in acuzie del -4,7%, gli accessi in riabilitazione del -2,2% e le giornate in lungodegenza del -2,4% medio annuo.

KI 7.5. Tasso di ospedalizzazione standardizzato ordinario in acuzie in Italia



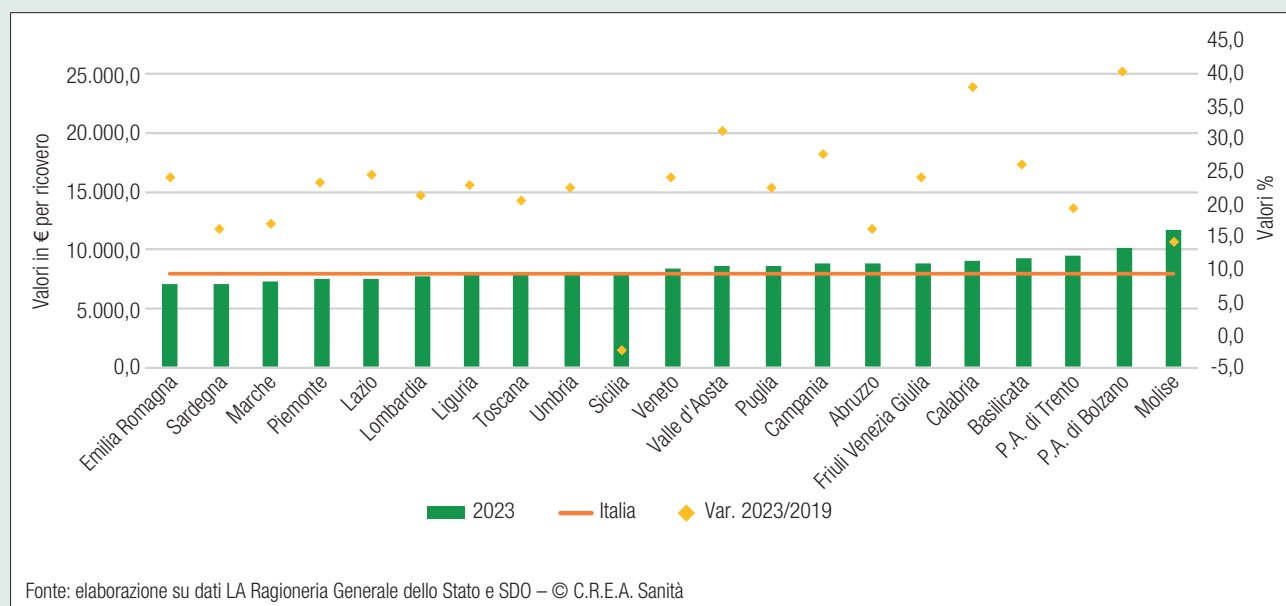
Nel 2023, in Italia, il tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie standardizzato è pari a 93,3 ricoveri ogni 1.000 ab., in riduzione nell'ultimo decennio di -20,6 ricoveri ogni 1.000 ab.. La Regione che registra il tasso più alto è la P.A. di Bolzano (110,3), in riduzione nel periodo considerato di -24,6 ricoveri ogni 1.000 ab., e la Lombardia quello più basso (89,2), in riduzione di -25,8 ricoveri ogni 1.000 ab.. La riduzione è comune a tutte le Regioni italiane: la Puglia registra quella più alta (-33,4 ricoveri ogni 1.000 ab.), il Veneto quella più bassa (-5,1).

KI 7.6. Degenza media standardizzata in Italia



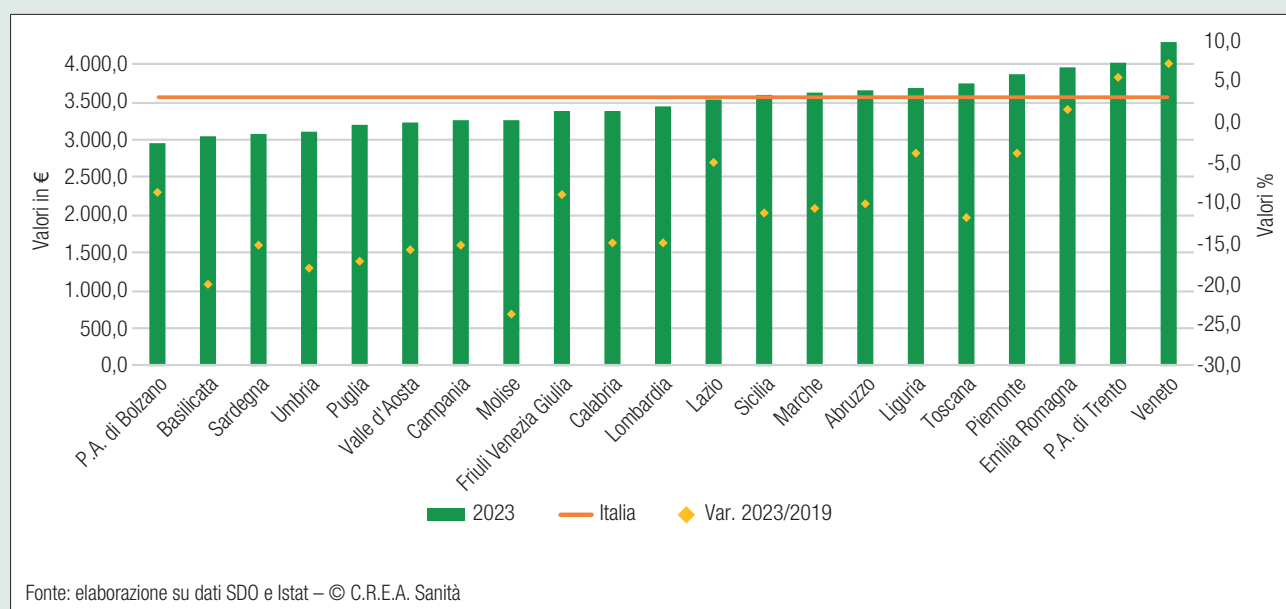
Nel 2023, in Italia, la degenza media standardizzata è pari a 7,1 gg., in aumento nell'ultimo decennio di +0,4 gg.. La Regione che registra la degenza media più alta è la Valle d'Aosta (9,0 gg.), in aumento nel periodo considerato di +1,9 gg., e la Toscana quella più bassa (6,3 gg.), in aumento di +0,3 gg.. A livello regionale le variazioni sono difformi: in alcune Regioni si registra un aumento, massimo in Valle d'Aosta (+1,9 gg.), in altre una riduzione (massima nella P.A. di Bolzano, con -0,3 gg.).

KI 7.7. Costo per ricovero per l'Assistenza Ospedaliera in Italia



Nel 2023, in Italia, il costo medio per ricovero sostenuto dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (stimato dividendo i costi per l'Assistenza Ospedaliera per il numero di ricoveri) risulta pari a € 8.009,1; il dato è in aumento nell'ultimo quinquennio del +21,0%. La Regione che registra il costo più alto è il Molise (€ 11.659,3), in aumento nel periodo considerato del +14,0%, l'Emilia Romagna quello più basso (€ 7.147,2) ed in aumento del +23,9%. In tutte le Regioni si registra un aumento, massimo nella P.A. di Bolzano (+40,3%) e minimo in Molise (+14,0%),, tranne che in Sicilia, ove si registra una riduzione del -2,3%.

KI 7.8. Remunerazione tariffaria ricoveri ordinari in acuzie



Nel 2023, in Italia, la remunerazione tariffaria media dei ricoveri ordinari in acuzie risulta pari a € 3.573,2; il dato è in riduzione nell'ultimo quinquennio del -9,3%. La Regione che registra il valore più alto è il Veneto (€ 4.297,4), in aumento nel periodo considerato del +7,2%, la P.A. di Bolzano quello più basso (€ 2.961,0), in riduzione del -8,6%. In quasi tutte le Regioni si registra una riduzione, massima in Molise (-23,6%). Fanno eccezione Veneto, P.A. di Trento ed Emilia Romagna, che registrano un aumento del +7,2%, +5,6% e +1,6% rispettivamente.



Capitolo 8

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

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 8

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

Ploner ME.¹

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

¹ 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 8

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

Ploner ME.¹

L'Assistenza Residenziale agli anziani rappresenta una delle componenti fondamentali del sistema di *welfare*, in quanto volta a garantire tutela, cura e qualità della vita alle persone in età avanzata che si trovano in condizioni di non autosufficienza o fragilità. Nel corso degli ultimi decenni, l'evoluzione demografica, caratterizzata dall'aumento dell'aspettativa di vita e dal progressivo invecchiamento della popolazione, ha reso sempre più urgente la costruzione di una rete articolata di servizi in grado di rispondere ai bisogni complessi della popolazione anziana, integrando interventi di tipo sanitario, sociale e relazionale.

In questo contesto si colloca l'offerta assistenziale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): strutture che offrono accoglienza permanente o temporanea a persone non autosufficienti che necessitano di un livello continuativo di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, non garantibile al domicilio.

Il modello italiano di Assistenza Residenziale si fonda sul principio dell'integrazione socio-sanitaria, sancito dal D.Lgs. n. 502/1992 e ribadito dalla L. quadro n. 328/2000, che hanno posto le basi per una gestione condivisa delle politiche di *welfare* tra Stato, Regioni ed Enti locali.

La gestione delle RSA e dei servizi residenziali è oggi di competenza regionale: scelta che ha l'obiettivo di adattare l'offerta assistenziale alle caratteristiche e ai bisogni della popolazione dei diversi territori. Ne deriva un sistema fortemente decentrato, ma anche differenziato, in cui ogni Regione definisce i propri *standard* organizzativi, strutturali e di qualità per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture. Nonostante tali differenze, la finalità

comune resta quella di assicurare un percorso di cura e assistenza personalizzato, volto non solo alla tutela della salute fisica, ma anche al mantenimento delle capacità residue, all'inclusione sociale e al rispetto della dignità dell'anziano.

Data la eterogeneità regionale, nei successivi paragrafi ci si è proposti di analizzare tanto la normativa prodotta dal legislatore nazionale, quanto da quelli regionali, evidenziando le linee guida stabilite a livello centrale e le diverse modalità con cui le Regioni vi si sono "adattate".

8.1. I principali riferimenti normativi nazionali dell'Assistenza Residenziale

Diverse iniziative legislative sono state promosse a livello nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti. Come argomentato in premessa, lo scopo è garantire tutela a una fetta di popolazione sempre più ampia, caratterizzata da vulnerabilità fisiche, psichiche e sociali, che richiede presa in carico coordinata e costante (Tabella 8.1.).

Nel presente paragrafo, ripercorreremo in modo cronologico l'evoluzione del quadro normativo in materia di Assistenza Residenziale e di RSA, ovvero delle strutture ad essa deputate.

Iniziando l'analisi dal D.P.C.M. del 22.12.1989, esso definisce «... *residenza sanitaria assistenziale una struttura extra-ospedaliera finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti*. ». Il medesimo atto normativo fornisce, poi, indicazioni sulle funzioni generali e sui

¹ C.R.E.A. Sanità

requisiti minimi strutturali e organizzativi (esempio: moduli-nuclei², posti letto, bagni, camere ecc.) delle RSA. Peraltro, già con la L. n. 67/1988³, era stata prevista la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani non autosufficienti: si tratta di una norma “storica” che ha avviato la programmazione nazionale dei posti letto nelle RSA.

Le Linee guida n. 1 del gennaio 1994 emanate dal Ministero della Sanità (che recepiscono e integrano il D.P.C.M. del 22.12.1989) rappresentano il primo documento organico volto a definire i criteri nazionali per la realizzazione e la gestione delle RSA. L'obiettivo principale del documento è quello di uniformare l'organizzazione e la qualità dei servizi offerti dalle RSA su tutto il territorio nazionale, superando il modello assistenziale tradizionale di tipo custodialistico (tipico dei vecchi ricoveri o ospizi) e promuovendo, invece, un approccio integrato, che unisca cura sanitaria, sostegno riabilitativo e attenzione alla sfera relazionale e sociale dell'ospite.

Le Linee guida stabiliscono che le RSA debbano accogliere anziani non autosufficienti o persone con disabilità croniche stabilizzate, non più in grado di essere assistite a domicilio ma che non necessitano di cure ospedaliere. L'assistenza offerta deve essere di tipo continuativo, garantendo interventi sanitari, infermieristici, riabilitativi e di supporto alla vita quotidiana.

Dal punto di vista organizzativo, le RSA sono articolate in sistemi di più nuclei che non vanno di norma oltre gli 80 posti residenziali e che possono arrivare (garantendo un'adeguata separazione tra nuclei) fino ad un massimo di 120 posti, in zone ad alta densità abitativa ed urbana. Tali strutture sono dotate di propri servizi sanitari e sociali secondo la composizione degli ospiti e con le adeguate connessioni con i servizi sanitari e sociali esistenti sul territorio.

Le Linee guida non specificano una dotazione

di personale rigida per RSA, dipendendo dalle condizioni degli ospiti, che determinano il fabbisogno assistenziale. Per definirlo correttamente occorre, in particolare, un'analisi operativa che, per ogni tipologia di ospite, descriva le attività assistenziali quotidiane e stimi il tempo necessario per il loro espletamento da parte delle diverse figure professionali. Questa analisi si basa su uno schema a “matrice” che mette in relazione attività e figure professionali, e richiede la conoscenza del livello medio di gravità degli ospiti. Una volta definito il tempo di assistenza, è possibile stabilire quante unità di personale servono realmente.

Dal punto di vista strutturale, le RSA devono essere ambienti accoglienti e privi di barriere architettoniche, devono prevedere spazi comuni per la socializzazione e aree destinate alle attività riabilitative. Per quanto riguarda gli *standard* dimensionali la superficie totale utile per ciascun ospite deve essere di 40-45 metri quadri (mq), mentre per le camere i valori minimi sono: 12 mq per una persona; 18 mq per 2 persone; 26 mq per 3 persone e 32 mq per 4 persone. È previsto, inoltre, un servizio igienico da 4-5 mq ogni 2 camere e, comunque, fino ad un massimo di 4 ospiti. Nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20,0% degli *standard* di riferimento.

Sul piano economico, viene distinta la quota sanitaria, a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e la quota sociale, a carico dell'ospite o del Comune di residenza, secondo le modalità definite dalle singole Regioni.

Per quanto concerne gli aspetti autorizzativi, il riferimento principale è costituito dal D.P.R. del 14.01.1997 che definisce le RSA come «... *presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio*

² Il nucleo è l'unità organizzativa per l'erogazione delle prestazioni residenziali. Come specificato dal criterio n. 4 dell'allegato A del D.P.C.M. del 22.12.1989 « *L'organizzazione “per nuclei” consente di accogliere nella stessa struttura residenziale persone non autosufficienti a vario titolo ed autosufficienti, senza determinare sovrapposizioni, data la relativa autonomia dei servizi di ciascun nucleo, salvaguardando per tutti gli aspetti di riservatezza personale e, nel contempo, offrendo occasioni di socializzazione spontanea all'interno del nucleo, nelle relazioni tra nuclei e nei contatti con i fruitori esterni del Centro servizi a ciclo diurno, di cui la residenza deve essere possibilmente dotata.* »

³ Art. 20, comma 2, lett. f)

di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome. ». In questo modo, si consolida la funzione delle RSA come strutture di lungo assistenza, orientate non solo alla cura, ma anche alla tutela della dignità, dell'autonomia residua e della qualità della vita della persona fragile, inserendole stabilmente nel sistema dei servizi territoriali.

Su quest'ultimo aspetto, il Decreto afferma, infatti, che le RSA devono utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Unità Sanitarie Locali (USL), garantisca in primis la valutazione multidimensionale necessaria per accertare il bisogno assistenziale e la compatibilità della persona con la struttura: la permanenza è soggetta a verifiche periodiche per valutare l'andamento clinico e l'adeguatezza del percorso di cura; inoltre, ogni struttura deve prevedere un'*équipe* multiprofessionale composta da medici, infermieri, Operatori Socio-Sanitari (OSS), fisioterapisti, psicologi e assistenti sociali. Il lavoro di questa *équipe* si svolge sulla definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), costruito sulla base dei bisogni specifici di ogni ospite e periodicamente aggiornato.

Successivamente la L. quadro n. 328/2000, istituendo il sistema integrato di interventi e servizi sociali, diviene il riferimento normativo fondamentale per la definizione del sistema di Assistenza Residenziale in Italia: infatti, segna il passaggio da un modello assistenziale frammentato a una visione unitaria e coordinata delle politiche sociali, basata sulla collaborazione tra Stato, Regioni, Comuni e soggetti del terzo settore.

In particolare, la L. n. 328/2000 riconosce le RSA come parte integrante della rete dei servizi territoriali, destinate ad accogliere persone non autosufficienti, disabili o in condizioni di grave fragilità sociale. La Legge prevede, inoltre, che le strutture siano soggette a requisiti di qualità e accreditamento, fissati dalle Regioni, e introduce il principio della sussidiarietà, valorizzando il contributo delle organizzazioni non profit nella gestione dei servizi.

L'Assistenza Residenziale viene, dunque, concepita non come semplice attività di ricovero, divenendo parte di un percorso di cura e sostegno integrato, finalizzato a garantire a ogni persona fragile un livello di tutela uniforme e dignitoso su tutto il territorio nazionale.

Successivamente, il D.P.C.M. del 29.11.2001, definendo per la prima volta in modo organico i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), include l'Assistenza Residenziale tra le prestazioni sanitarie a elevata integrazione socio-sanitaria, insieme a quelle semiresidenziali e domiciliari e la inserisce all'interno delle prestazioni previste dall'assistenza distrettuale. In buona sostanza, il Decreto presidenziale consolida il ruolo dell'Assistenza Residenziale come livello essenziale di assistenza socio-sanitaria, garantito su tutto il territorio nazionale e con riferimento agli anziani sottolinea che deve essere commisurata al loro livello di non autosufficienza.

Un importante passo verso l'uniformità e il controllo della qualità dei servizi residenziali è rappresentato dall'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. n. 259 del 20.12.2012, con la quale sono stati definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi necessari per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie. L'autorizzazione all'esercizio rappresenta il primo livello di controllo: essa attesta che la struttura è conforme agli *standard* di sicurezza, igiene, accessibilità e qualità assistenziale stabiliti a livello nazionale. L'accREDITamento, invece, costituisce un passaggio successivo e più qualificante, poiché consente alla struttura di erogare prestazioni per conto del servizio pubblico, a carico totale o parziale del Sistema Sanitario. Per ottenere e mantenere l'accREDITamento, la struttura deve garantire livelli di qualità costanti, l'applicazione di protocolli assistenziali aggiornati, la presenza di personale adeguatamente formato e la redazione del PAI per ogni ospite.

Un ulteriore passo è rappresentato dall'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. n. 32 del 19.02.2015, che concordano un insieme di adempimenti operativi e un cronoprogramma vincolante per l'adeguamento delle normative regionali ai requisiti e ai criteri fissati a livello nazionale. L'Intesa conferma una con-

cezione dell'accreditamento come strumento non meramente autorizzativo, ma orientato alla qualità, alla sicurezza e all'efficienza delle prestazioni sanitarie, sia nel settore pubblico sia in quello privato. In quest'ottica, l'omogeneizzazione nazionale dei requisiti vuole ridurre la frammentazione normativa, promuovere una maggiore equità nell'accesso e nel livello dei servizi e rafforzare la capacità delle amministrazioni regionali di esercitare controlli trasparenti e basati su *standard* condivisi.

Oltre ai requisiti strutturali, risulta fondamentale inquadrare le tipologie di prestazioni ed interventi che le RSA devono garantire: in questo ambito il riferimento fondamentale è rappresentato dal D.P.C.M. del 12.01.2017 che aggiorna i LEA. All'art. 29 il D.P.C.M. stabilisce che il SSN garantisce trattamenti residenziali extra-ospedalieri (ossia in strutture fuori dal ricovero ospedaliero) per persone con patologie non acute, ma che presentano un livello elevato di complessità sanitaria e che richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. All'art. 30, invece, viene affermato che il SSN garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico:

- 1) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale: rivolti a persone non autosufficienti con patologie che non presentano particolari criticità o sintomi complessi, ma che richiedono elevata tutela sanitaria, continuità assistenziale e presenza infermieristica 24 ore su 24
- 2) trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale rivolti a persone non autosufficienti.

In entrambi i casi, il Decreto elenca le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogabili in regime residenziale.

È previsto che le Regioni definiscano criteri di accesso, livelli di compartecipazione alla spesa e *stan-*

dard di qualità dei servizi.

Più di recente il D.M. n. 77/2022, definendo il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale nel SSN, con l'obiettivo di costruire una rete di servizi territoriali più vicina ai cittadini, integrata e capace di garantire continuità assistenziale alle persone fragili, croniche o non autosufficienti, attribuisce all'Assistenza Residenziale e alle strutture intermedie, come le RSA e gli Ospedali di Comunità (OdC), un ruolo centrale.

Il Decreto sottolinea il ruolo delle RSA all'interno della rete distrettuale, in stretta connessione con le Case della Comunità (CdC), le Centrali Operative Territoriali (COT) e le cure domiciliari, per assicurare una presa in carico globale e personalizzata. In particolare, il Decreto sottolinea la necessità di monitorare costantemente la qualità e gli esiti assistenziali tramite flussi nazionali (in particolare il Sistema FAR, dedicato all'Assistenza Residenziale e semiresidenziale⁴).

Un ulteriore passo è rappresentato dal D.M. del 19.12.2022, dedicato alla valutazione della qualità, sicurezza e appropriatezza delle attività erogate dalle strutture sanitarie ai fini dell'accreditamento e della definizione degli accordi contrattuali con le Regioni.

Il provvedimento introduce un modello di valutazione uniforme su scala nazionale, rafforzando il legame tra qualità, sicurezza e responsabilità gestionale, e orientando sempre più i servizi residenziali verso un modello di cura basato sull'evidenza, sulla fiducia e sulla centralità della persona.

Le RSA assumono un ruolo centrale nella valutazione, poiché sono chiamate a dimostrare il rispetto di indicatori nazionali di qualità e appropriatezza, che misurano aspetti quali la sicurezza del paziente, la continuità assistenziale, la soddisfazione dell'utente e la capacità di integrazione con i servizi territoriali. Le Regioni sono responsabili di recepire e applicare tali criteri, vigilando sul loro rispetto e promuovendo

⁴ Il FAR è il flusso informativo per la residenzialità e semiresidenzialità extra-ospedaliera nell'area delle persone anziane non autosufficienti. In particolare, il flusso è articolato in sette sezioni: 1) anagrafica dell'utente; 2) valutazione multidimensionale (iniziale, periodica e straordinaria); 3) emissione dell'impegnativa di residenzialità; 4) ammissione, dimissione e trasferimento e raccolta dei dati di qualità assistenziale; 5) dati di funzionamento dell'unità di offerta (rilevazione annuale di ore e costi del personale addetto all'assistenza e altri fattori di produzione); 6) rilevazione annuale dei costi sanitari sostenuti dall'ASL in regime di convenzione con il centro di servizi; 7) anagrafe unica regionale delle unità di offerta, dei centri di servizio e degli enti gestori

il miglioramento continuo delle prestazioni.

Per le RSA, ciò si traduce in un impegno costante nella valutazione interna e nella trasparenza dei risultati per poter ottenere o mantenere l'accreditamento.

La L. n. 33/2023, denominata "Delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", ha rappresentato una riforma organica del sistema di assistenza agli anziani.

La Legge Delega si pone l'obiettivo della riqualificazione delle strutture e la personalizzazione dell'assistenza: all'art. 4 viene previsto il potenziamento dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti, da realizzare in ambienti accoglienti, familiari e sicuri, che favoriscano la socialità, la *privacy* e la continuità delle relazioni affettive. È sottolineata l'importanza di adeguati livelli di intensità assistenziale e di una dotazione di personale proporzionata alle esigenze degli ospiti, con una rimodulazione della composizione degli operatori e la valorizzazione delle competenze professionali.

L'aggiornamento e la semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali, socio-sanitarie e sanitarie prevede che questi ultimi debbano essere uniformi sul territorio nazionale e accompagnati da sistemi di monitoraggio e valutazione costante delle attività erogate: ma sono rimandati a successivi Decreti attuativi.

Infine, la riforma promuove l'integrazione dei servizi residenziali con quelli domiciliari e semiresidenziali, all'interno del Sistema Nazionale per la popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA), favorendo una presa in carico continua e flessibile, basata sui bisogni della persona e sul coordinamento tra strutture pubbliche, private e del terzo settore.

L'art. 31 del D.Lgs. n. 29/2024, in attuazione della delega, ha definito il nuovo quadro di riferimento per l'organizzazione e la gestione dei servizi residenziali socio-sanitari destinati alle persone anziane non autosufficienti. In primo luogo, viene previsto che ogni presa in carico avvenga previa Valutazione Multidi-

mensionale Unificata (VMU), ovvero sanitaria e sociale, che raccoglie e unifica tutte le informazioni necessarie per accertare la condizione dell'anziano e attivare automaticamente i benefici e i servizi a cui ha diritto⁵; da detta valutazione scaturisce, poi, il PAI.

Il SSN assicura, per gli anziani non autosufficienti, trattamenti di tutela sanitaria, lungo-assistenza, recupero e mantenimento funzionale. Il PAI deve essere elaborato con il coinvolgimento congiunto di tutti i soggetti dell'offerta sanitaria, socio-sanitaria e sociale, nonché della famiglia della persona assistita. Le strutture residenziali (pubbliche o private accreditate) devono favorire l'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale con i servizi sociali.

Il Decreto introduce la figura dei Centri Residenziali Multiservizi (CRM), ossia strutture dotate di moduli con diversi livelli di intensità assistenziale e in grado di offrire anche cure domiciliari di base e integrate, mantenendo per ciascun servizio il relativo sistema di autorizzazione e accreditamento. Tali centri devono operare in collegamento funzionale con le CdC.

Infine, prevede che il Ministero della Salute, con successivo Decreto da adottare entro 120 giorni, avrebbe dovuto definire criteri nazionali uniformi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture residenziali, semiresidenziali e domiciliari, pubbliche e private, anche del terzo settore. Questi criteri dovrebbero valorizzare:

- la continuità di vita e di relazioni degli ospiti nel contesto comunitario
- la congruità del personale in rapporto al numero di utenti e ai contratti collettivi applicati
- la flessibilità organizzativa delle strutture con più nuclei abitativi (potenziali CRM)
- l'uso di tecnologie per la sicurezza e la Telemedicina, come videosorveglianza e telemonitoraggio, nel rispetto della *privacy* e delle norme vigenti.

⁵ La VMU è una valutazione integrata e unificata (sanitaria, sociale e socio-sanitaria) rivolta alle persone anziane con patologie croniche e rischio di perdita dell'autonomia. Serve a semplificare tutte le procedure di accertamento e ad evitare duplicazioni di visite, carte e documenti. La VMU accorpa in un unico processo tutte le informazioni già presenti (fascicolo sanitario elettronico, cartella sociale, dati INPS), così da evitare che il cittadino debba ripetere accertamenti o portare nuova documentazione

Tabella 8.1. Normativa nazionale relativa all'organizzazione e alla gestione dell'Assistenza Residenziale

Riferimento normativo	Descrizione
L. n. 67/1988	All'art. 20 comma 2, lett. f) prevedeva la realizzazione di n. 140.000 posti in strutture residenziali per anziani non autosufficienti
D.P.C.M. del 22.12.1989	Definisce le RSA
	Definisce funzioni generali e requisiti minimi strutturali e organizzativi delle residenze
	Va visto come norma di indirizzo nazionale che le Regioni recepiscono e integrano
D.Lgs n. 502/1992	Riordino del SSN: disciplina il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, tra cui le RSA
Linee guida del Ministero della Salute n.1 del 31.03.1994	Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle RSA (definizione di RSA come struttura con assistenza sanitaria integrata a livello medio)
D.P.R. del 14.01.1997	Classifica le RSA tra le prestazioni socio-sanitarie
	Fornisce indicazioni sulle funzioni e sugli obiettivi delle RSA
	Fornisce indicazioni sull'organizzazione e sulla gestione delle RSA
	Distinzione tra quota sanitaria a carico del SSN e quota sociale a carico dell'utente o del Comune di residenza
L. n. 328/2000	Le strutture residenziali (come le RSA) devono essere integrate nel sistema locale dei servizi sociali e sanitari
	Ogni utente ha diritto a un progetto assistenziale individualizzato (PAI)
	Le Regioni e i Comuni sono chiamati a organizzare la rete di servizi, fissando <i>standard</i> di qualità, requisiti organizzativi e modalità di accreditamento per le strutture residenziali
	È previsto il principio della sussidiarietà, che riconosce il ruolo delle organizzazioni del terzo settore (Cooperative, Fondazioni, Enti religiosi) nella gestione dei servizi residenziali, purché accreditate e coordinate dal sistema pubblico
D.P.C.M. del 29.11.2001	Definisce in maniera organica i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
	Inserisce l'Assistenza Residenziale nei LEA
	Stabilisce le misure di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente
Intesa Stato-Regioni n. 259 del 20.12.2012	Definisce e uniforma i requisiti minimi che le RSA devono possedere per ottenere l'autorizzazione al funzionamento
	Stabilisce <i>standard</i> strutturali, tecnologici e organizzativi comuni
	Stabilisce che le Regioni recepiscono le linee guida nazionali all'interno delle proprie normative
	Le Regioni possono stabilire <i>standard</i> aggiuntivi in base alle specificità territoriali
	Le Regioni devono controllare periodicamente le strutture per verificare il mantenimento dei requisiti richiesti
Intesa Stato-Regioni n. 32 del 19.02.2015	Ridefinisce e uniforma gli <i>standard</i> di riferimento per l'assistenza territoriale, con particolare attenzione ai servizi rivolti a persone non autosufficienti, anziani, disabili e soggetti fragili
	Ribadisce che l'Assistenza Residenziale è una componente fondamentale dei LEA
	Le RSA vengono confermate come strutture di riferimento per l'accoglienza di persone non autosufficienti croniche
	Assegna alle Regioni e alle PP.AA. il compito di: recepire gli aggiornamenti nei propri atti di programmazione sanitaria; garantire l'applicazione uniforme dei nuovi <i>standard</i> ; monitorare periodicamente l'erogazione delle prestazioni residenziali e la qualità dei servizi
D.P.C.M. del 12.01.2017	Definisce le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogabili in regime residenziale
	Le RSA vengono indicate come strutture deputate a fornire interventi di tipo sanitario, riabilitativo e di supporto alla vita quotidiana
	Le Regioni definiscono criteri di accesso, livelli di compartecipazione alla spesa e <i>standard</i> di qualità dei servizi

Riferimento normativo	Descrizione
Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 2022	Definisce il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale
	Le RSA vengono confermate come strutture socio-sanitarie destinate ad accogliere persone non autosufficienti o con bisogni complessi di lunga durata
	Il modello organizzativo dell'Assistenza Residenziale si fonda su: • valutazione multidimensionale dei bisogni e definizione di un PAI • approccio multiprofessionale, che integra figure mediche, infermieristiche, riabilitative e sociali • continuità assistenziale 24 ore su 24, garantita attraverso il coordinamento con i servizi domiciliari e ospedalieri • monitoraggio costante della qualità e degli esiti assistenziali tramite flussi informativi nazionali (in particolare il Sistema FAR)
Decreto del Ministero della Salute del 19.12.2022	Valutazione uniforme della qualità e dell'efficienza delle RSA
	Definisce criteri, indicatori e <i>standard</i> per la valutazione in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, da utilizzare: • per l'accreditamento istituzionale delle strutture • per la stipula e il rinnovo degli accordi contrattuali con le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Regioni
	Le RSA sono tenute a garantire monitoraggi periodici della qualità, basati su dati oggettivi e indicatori misurabili, e a rendere disponibili tali informazioni per le attività di controllo e programmazione sanitaria
L. Delega n. 33/2023	Le RSA devono essere ripensate come luoghi di vita e di relazione, non solo di cura, garantendo ambienti accoglienti, dignitosi, sicuri e familiari
	Va garantito un elevato livello di qualità assistenziale, attraverso la presenza di personale qualificato, un'adeguata proporzione tra operatori e ospiti e la valorizzazione delle competenze professionali
	Deve essere assicurata una personalizzazione dei percorsi assistenziali, tramite l'elaborazione di PAI
	È prevista la revisione dei criteri di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali
	Viene promossa una maggiore integrazione tra i servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari
D.Lgs. n. 29/2024	L'art. 31 regola i servizi socio-sanitari residenziali, prevedendo: • la valutazione multidimensionale unificata • la redazione del PAI • la creazione dei Centri Residenziali Multiservizi (CRM) • nuovi criteri di accreditamento fondati su qualità, sicurezza, integrazione e tecnologia
Documento in corso di Intesa 2025	Introduce elementi integrativi sugli aspetti organizzativi, strutturali e sulla formazione del personale delle RSA

Fonte: elaborazione su normativa nazionale, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Il D.Lgs. n. 29/2024, stabilisce anche che il Ministro della Salute con proprio Decreto, previa Intesa tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano, individui e aggiorni i criteri condivisi ed omogenei a livello nazionale per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture. In particolare, la cennata Intesa fornisce indicazioni sugli aspetti organizzativi e strutturali delle strutture residenziali. Le RSA devono garantire la presenza di un responsabile medico di struttura e di un coordinatore del personale infermieristico e socio-sanitario incaricati di assicurare la continuità dell'assistenza, la vigilanza igienico-sanitaria e la corretta gestione dei farmaci. L'assistenza

sanitaria deve essere assicurata in modo continuativo, con presenza infermieristica almeno per dodici ore giornaliere e la disponibilità di interventi medici programmati o in reperibilità. Le strutture sono, inoltre, tenute ad adottare protocolli di collaborazione con le ASL, per garantire l'accesso alle visite specialistiche, agli esami diagnostici, alle cure palliative e ai servizi di Telemedicina. Centrale è anche la gestione del rischio clinico, con piani di emergenza, sistemi di prevenzione delle infezioni, segnalazione di eventi avversi e programmi di miglioramento continuo della qualità. Particolare attenzione è dedicata alla qualità della vita degli ospiti, promuovendo attività di socia-

lizzazione, il rispetto della dignità personale, l'apertura della struttura alla comunità e il coinvolgimento dei familiari (Tabella 8.2.).

Tabella 8.2. Linee guida nazionali. Aspetti organizzativi delle RSA

Aspetti organizzativi	Descrizione
Responsabilità e coordinamento	Ogni RSA deve avere un responsabile medico di struttura e un coordinatore del personale infermieristico e socio-sanitario, con chiara ripartizione dei compiti e vigilanza su igiene, dispositivi, gestione farmaci ecc.
Servizi garantiti	Assistenza socio-sanitaria continuativa h24 e infermieristica almeno h12; presenza del medico curante o altra figura equivalente
Accordi e protocolli	Intese con ASL per visite specialistiche, esami, Telemedicina e trasferimenti ospedalieri; adesione alla rete delle cure palliative
Sicurezza e rischio clinico	Adozione di piani di emergenza, gestione infezioni correlate all'assistenza, monitoraggio qualità, registrazione eventi avversi e rispetto delle raccomandazioni ministeriali sul rischio clinico
Documentazione e trasparenza	Cartella socio-sanitaria individuale (preferibilmente digitale), corretta alimentazione dei flussi informativi nazionali e regionali (es. FAR, FSE)
Qualità della vita	Attività di animazione e socializzazione, apertura alla comunità, garanzia delle visite dei familiari, rispetto della dignità ecc.
Cure personalizzate	Educazione terapeutica, partecipazione del caregiver, corretta nutrizione e idratazione, sostegno ai familiari con interventi di sollievo

Fonte: elaborazione su normativa nazionale, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Dal punto di vista strutturale, le RSA devono essere ambienti accoglienti, funzionali e sicuri, pensati per favorire autonomia e benessere. Le camere devono ospitare preferibilmente non più di due persone (quattro per le strutture già esistenti) e disporre di servizi igienici accessibili. Gli spazi comuni devono garantire socialità e *comfort*: sale per la ristorazione e le attività ricreative, palestre per la riabilitazione, zone verdi e aree esterne fruibili. Gli *standard* impiantistici prevedono sistemi di climatizzazione e ricambio d'aria, collegamenti informatici per la Telemedicina, e dotazioni di sicurezza come defibril-

latori, carrelli d'emergenza e sollevatori meccanici. È, inoltre, prevista la possibilità di installare sistemi di videosorveglianza nel rispetto della *privacy*, con l'obiettivo di aumentare la sicurezza di ospiti e operatori (Tabella 8.3.).

Nel loro insieme, questi requisiti delineano una RSA dove la dimensione clinica si unisce a quella relazionale, ambientale e tecnologica.

Tabella 8.3. Linee guida nazionali. Aspetti strutturali delle RSA

Aspetti strutturali	Descrizione
Camere	Per le nuove strutture, massimo 2 posti letto e minimo 20 mq; per le strutture già in esercizio, fino a 4 posti letto; servizi igienici accessibili, 1 ogni 4 posti letto
Accessibilità e spazi	Corridoi larghi almeno 2 m (1,5 m per strutture esistenti), ascensori e montalettighe, palestra con ausili riabilitativi, aree comuni e verdi fruibili e sicure
Sicurezza e igiene	Locali sanificabili, letti articolati elettrici e sollevatori meccanici, carrello d'emergenza e defibrillatore, sistemi di eliminazione escreti e controllo infezioni
Tecnologia e comfort ambientale	Impianti di climatizzazione e ricambio d'aria, collegamento <i>internet</i> , strumenti per Telemedicina e videosorveglianza nel rispetto della <i>privacy</i>
Spazi di vita	Aree dedicate alla socialità, alla ristorazione, alle attività ricreative e riabilitative, progettate per favorire autonomia e relazioni
Gestione emergenze sanitarie	Disponibilità di gas medicali portatili o centralizzati in funzione della complessità assistenziale

Fonte: elaborazione su normativa nazionale, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

8.2. Requisiti per l'accreditamento delle RSA per anziani non autosufficienti

Nonostante l'esistenza di un quadro nazionale di riferimento (argomentato nel precedente paragrafo), la normativa regionale ha sviluppato nel tempo criteri propri di autorizzazione, accreditamento e gestione, producendo una certa eterogeneità nei modelli organizzativi.

Gli aspetti strutturali, cioè l'insieme delle caratteristiche architettoniche, funzionali e ambientali che definiscono gli spazi di vita e di cura, rappresentano

un elemento determinante della qualità assistenziale. In questi luoghi, infatti, la struttura fisica non è un semplice contenitore, ma una parte attiva del processo assistenziale: favorisce la sicurezza, l'autonomia, la socializzazione e il benessere psicologico degli ospiti (Tabella 8.4.).

L'analisi comparata delle normative regionali mostra un quadro estremamente articolato. Ogni Regione ha definito nel tempo propri requisiti edilizi e tecnologici, calibrati sul contesto territoriale e sul modello di assistenza adottato, pur convergendo sul perseguimento dell'obiettivo di rendere le RSA ambienti accoglienti, sicuri e "domestici", capaci di coniugare funzionalità sanitaria e qualità della vita.

In particolare, elementi ricorrenti in tutte le Regioni sono:

- l'assenza di barriere architettoniche e la piena accessibilità per persone con disabilità motorie o sensoriali
- la suddivisione della struttura in nuclei o moduli di piccole dimensioni, generalmente da 20 a 30 posti letto, per garantire maggiore familiarità e continuità di relazione tra operatori e ospiti
- la presenza di camere singole o doppie con servizi igienici privati o di nucleo, dotate di sistemi di chiamata e arredi ergonomici
- la disponibilità di spazi comuni per la socializzazione, la riabilitazione, le attività ricreative e spirituali.
- l'esistenza di aree verdi e percorsi protetti, pensati per favorire il movimento e la permanenza all'aperto in sicurezza
- il rispetto delle normative su impianti tecnologici, sicurezza antincendio, illuminazione, cli-

matizzazione e ventilazione.

Le camere rappresentano, invece, uno degli elementi su cui le Regioni si sono maggiormente differenziate. Nelle normative più recenti, la tendenza è quella di privilegiare camere singole o doppie, limitando la presenza di camere triple o quaduple ai soli casi di strutture preesistenti. Le superfici minime richieste oscillano in genere tra 9 e 12 mq per la camera singola e 15–18 mq per la doppia, con differenze dovute all'epoca di approvazione delle norme e alla tipologia di struttura.

In molte leggi regionali è esplicitamente richiesto, inoltre, che ogni camera disponga di bagno privato o, almeno, di un bagno ogni due camere, sempre accessibile e attrezzato per persone con mobilità ridotta.

Accanto alle stanze, particolare rilievo è attribuito agli spazi comuni, pensati non più come semplici ambienti di transito, ma come luoghi di socialità e riabilitazione. Le normative insistono sulla presenza di sale soggiorno, sale da pranzo, palestre, locali per attività occupazionali ed aree verdi esterne, con metrature variabili. Alcune Regioni, più innovative, hanno introdotto l'obbligo di spazi dedicati alla stimolazione cognitiva, all'assistenza spirituale o ai familiari in visita, riconoscendo l'importanza del contesto relazionale e affettivo nel percorso di cura.

Un altro elemento di differenziazione riguarda la dotazione tecnologica e impiantistica. In molte Regioni sono previsti sistemi di chiamata acustico-visiva, impianti antincendio certificati, climatizzazione e ventilazione controllata, reti informatiche e, in alcuni casi, dispositivi di Telemedicina e monitoraggio remoto.

Tabella 8.4. Requisiti strutturali delle RSA per anziani non autosufficienti: confronti regionali

Regioni	Requisiti strutturali	Riferimenti normativi
Piemonte	• Edifici privi di barriere architettoniche, con percorsi sicuri e accessi riservati ai mezzi di soccorso • Organizzazione per nuclei (di norma 20–30 ospiti), con camere, locali comuni e servizi dedicati • Camere singole o doppie, con servizio igienico accessibile; eventuali camere triple solo entro limiti percentuali • Presenza di spazi comuni per attività sociali, riabilitative e ricreative; sala pranzo e soggiorni per ogni nucleo • Locali di servizio separati (deposito pulito/sporco, cucina, lavanderia, ambulatorio, magazzino farmaci) • Requisiti di sicurezza: impianti elettrici e antincendio a norma • Presenza di infermeria e locale per visite mediche attrezzato	D.G.R. n. 25-12129/2009; D.G.R. n. 45-4248/2012; D.D. n. 145/2024
Valle d'Aosta	• Edifici senza barriere architettoniche, con percorsi sicuri e accessibili ai mezzi di soccorso • Camere singole o doppie, dotate di bagno privato o di nucleo, con spazi di vita collettiva in ogni reparto • Presenza di spazi comuni per attività ricreative, fisioterapia, riabilitazione e socializzazione • Locali sanitari dedicati (ambulatorio medico, locale infermieristico, stanza per isolamento temporaneo) • Spazi dedicati al personale, ai depositi e ai servizi di lavanderia e cucina separati per flussi pulito/sporco • Impianti elettrici, antincendio e di chiamata conformi alle norme tecniche di sicurezza e manutenzione periodica obbligatoria • Presenza di aree verdi e spazi esterni accessibili e sicuri per gli ospiti	D.G.R. n. 1913/2012; D.G.R. n. 249/2017; D.G.R. n. 841/2021
Lombardia	• Struttura articolata in nuclei da 20–30 posti letto, omogenei per tipologia di utenza • Camere a 1 o 2 letti con servizi igienici dedicati, campanello di chiamata e arredi ergonomici • Spazi comuni: soggiorni, sale pranzo, palestra riabilitativa, infermeria, ambulatorio, locali per attività sociali e religiose, spazi esterni accessibili • Obbligo di conformità a normative su sicurezza, prevenzione incendi, barriere architettoniche, impianti elettrici e gas, microclima e igiene ambientale • Aree separate per deposito pulito/sporco, lavanderia, cucina, magazzino, spogliatoi e camera mortuaria • Impianti di sicurezza: illuminazione di emergenza, ossigenoterapia centralizzata, chiamata paziente • Aree dedicate per il personale sanitario e amministrativo, segreteria e archivio	D.G.R. n. 7435/2001; D.G.R. n. X/2569/2014; D.G.R. n. 12618/2003
P.A. di Bolzano	• Capienza: min. 40 e max 150 posti letto (fino a 200 per strutture già autorizzate) • Organizzazione in nuclei da 20–30 ospiti, ciascuno con spazi, personale e servizi dedicati • Camere: singole o doppie, con bagno accessibile; dotate di sistemi di chiamata e arredi ergonomici • Spazi comuni: soggiorni, sale pranzo, aree per attività motorie e riabilitative, locali per personale e uffici • Spazi esterni: obbligatori, fruibili anche da persone con demenza, con percorsi protetti • Accessibilità: completa eliminazione delle barriere architettoniche, presenza di ascensori e montalettighe • Sicurezza: rispetto delle norme antincendio, igiene e sicurezza sul lavoro; obbligo di impianto elettrico di emergenza per apparecchi salvavita e illuminazione • Locali tecnici: lavanderia, magazzini, cucina e smaltimento rifiuti conformi alle norme igieniche • Adeguamento: obbligatorio per ristrutturazioni e ampliamenti alle nuove disposizioni	D.G.P. n. 1419/2018
P.A. di Trento	• Struttura organizzata per nuclei da 20-30 posti letto omogenei per tipologia di ospiti • Camere: singole (minimo 12 mq) o doppie (minimo 18 mq) • Superficie media complessiva: circa 40 mq per ospite (inclusi spazi comuni) • Spazi obbligatori: sale comuni, palestra/riabilitazione, ambulatorio medico, cucina, lavanderia, spogliatoi, aree verdi accessibili • Accessibilità totale: assenza di barriere architettoniche, rampe ≤ 5% • Impianti a norma (antincendio, elettrico, acustico, emergenza) • Dotazioni tecnologiche: sistemi informatici collegati con APSS, ausili sanitari conformi	D.G.P. n. 2253/2024
Veneto	• Edifici sicuri, accessibili e privi di barriere architettoniche • Organizzazione per nuclei da massimo 30 ospiti ciascuno, con spazi di vita e assistenza dedicati • Camere singole da 12 mq e doppie da 18 mq, 26 mq triple e 32 mq quaduple, con servizi igienici accessibili e un bagno ogni 4 ospiti anziani • Presenza di spazi comuni (soggiorni, sala pranzo, locali per attività riabilitative e ricreative) • Locali di servizio e depositi separati per pulito/sporco, lavanderia, cucina, ambulatorio e magazzino farmaci • Impianti a norma, antincendio, impianti di chiamata ecc.	D.G.R. n. 1103/2019; D.G.R. n. 1720/2022;
Friuli Venezia Giulia	• Capacità ricettiva: minimo 30 e massimo 120 posti letto, suddivisi in nuclei di massimo 30 ospiti • Camere: singole o doppie, con superficie minima di 9–12 mq per posto letto, dotate di bagno accessibile (uno ogni 10 ospiti) • Spazi comuni: soggiorni, sala pranzo, palestra/riabilitazione, locali di animazione e attività sociali • Locali sanitari dedicati: ambulatorio medico, locale infermieristico, deposito farmaci, area isolamento temporaneo • Servizi logistici: cucina, lavanderia, magazzini pulito/sporco, locali personale e spogliatoi • Accessibilità totale: abbattimento barriere architettoniche e percorsi sicuri per persone con disabilità • Aree esterne: giardini e spazi di socializzazione sicuri e attrezzati • Dotazioni tecnologiche per teleassistenza e monitoraggio degli ospiti nei livelli più elevati	D.P.Reg. n. 144/2015; D.P.Reg. n. 290/2017; D.P.Reg. n. 108/2022;

Regioni	Requisiti strutturali	Riferimenti normativi
Liguria	- Le strutture residenziali socio-sanitarie possono essere organizzate in moduli fino a 25 posti letto per una capacità massima di 120 posti letto - Camere: singole o doppie con bagno privato accessibile; superficie minima 16 mq (singola) e 22 mq (doppia) - Spazi comuni: soggiorni e sale pranzo (2 mq per ospite), locali di animazione, palestra, area verde accessibile ecc. - Locali sanitari dedicati: infermeria, ambulatorio medico, deposito farmaci, stanza isolamento temporaneo - Servizi tecnici: cucina, lavanderia, depositi pulito/sporco, locali personale e spogliatoi separati per genere - Impianti tecnologici: conformità alle norme - Accessibilità e sicurezza: assenza di barriere architettoniche (D.M. n. 236/1989), percorsi protetti, illuminazione di emergenza e segnaletica visiva e acustica - Manutenzione e igiene: superfici lavabili e disinfettabili, piani di sanificazione, separazione flussi pulito/sporco - Dotazioni tecnologiche: teleassistenza, videosorveglianza nelle aree consentite, rete informatica per gestione sanitaria e comunicazioni con le ULSS	D.G.R. n. 944/2018; Manuale A.Li. Sa. 2018; D.G.R. n. 1230/2023; Regolamento OTA A.Li.Sa. 2024
Emilia Romagna	- Strutture collocate in aree accessibili, prive di barriere architettoniche e con percorsi protetti - Camere di degenza: singole o doppie, min. 16 mq (singola), 22 mq (doppia), dotate di bagno, sistema di chiamata, ventilazione e illuminazione naturale - Spazi comuni: soggiorni, sale da pranzo (≥ 2 mq/ospite), locali animazione, palestra, aree verdi accessibili - Servizi tecnici: ambulatorio, infermeria, locali per fisioterapia, cucine, lavanderia, depositi differenziati pulito/sporco, spogliatoi personale, camera ardente - Impianti: elettrici, idrici, termici, antincendio e ventilazione conformi alle norme; illuminazione d'emergenza e segnaletica acustico-visiva - Dotazioni assistenziali: letti articolati, ausili, sollevatori, presidi antidecubito - Tecnologie digitali: cartella socio-sanitaria elettronica, connessione per Telemedicina e telemonitoraggio	D.G.R. n. 564/2000; D.G.R. n. 1638/2024
Toscana	- Strutture localizzate in aree accessibili, prive di barriere architettoniche e dotate di percorsi protetti e segnaletica chiara - Camere di degenza: 1-2 posti letto, min. 9 mq per posto letto (18 mq per 2 posti letto), con bagno accessibile (1 per ogni camera a 2 posti e 1 ogni 2 camere a 1 posto) - Spazi comuni per pranzo, attività ricreative e motorie, riabilitazione, soggiorni, infermeria, locali per personale e depositi separati (pulito/sporco) - Servizi tecnici: cucina o servizio mensa, lavanderia o convenzione esterna, deposito biancheria e presidi sanitari, camera ardente - Dotazioni assistenziali: letti articolati, materassi antidecubito, sollevatori, carrozzine e ausili per mobilità	Reg. Reg. n. 2/R/2018; Reg. Reg. n. 86/R/2020; D.G.R.T. n. 1239/2021
Umbria	- Camere singole/doppie (12-18 mq escluso bagno) - Nuclei da 15-25 posti letto - Servizi igienici accessibili (1 ogni 2 camere) - Spazi comuni: soggiorno, mensa, palestra, sala fisioterapia, ambulatorio, locali per personale e familiari - Giardino o area esterna sicura e fruibile - Impianti elettrici, termici, idrici, antincendio a norma - Sistema di chiamata-emergenza in ogni camera e bagno - Dotazioni: sollevatori, presidi antidecubito, letti articolati, ausili motori - Strumenti per medicazioni, ossigenoterapia, riabilitazione leggera	Reg. Reg. n. 2/2022; L.R. n. 10/2018
Marche⁶	- Camere singole o doppie (12-18 mq), fino al 40% triple/quadruple (solo per strutture preesistenti) - Servizi igienici: almeno 1 ogni 2 camere (minimo 1 ogni 4 ospiti) - Bagno assistito ogni 45 posti letto - Corridoi con corrimano, pavimentazione antisdrucciolo - Locale culto, camera ardente, palestra e spazi di socializzazione - Accessibilità totale, ascensore/montalettighe - Impianti elettrici, termici, idrici e antincendio a norma - Sistema di chiamata d'emergenza in camera e bagno - Dotazioni minime: letti articolati, materassi antidecubito, carrozzine $\geq 5\%$ posti letto, sollevatori, ossigenoterapia ($\geq 50\%$ posti letto) - Illuminazione di emergenza, climatizzazione regolabile, aree Wi-Fi	D.G.R. n. 938/2020; D.G.R. n. 1412/2023
Lazio	- Struttura articolata in nuclei da 20-30 posti, max 120 totali - Ogni nucleo con spazi autonomi (soggiorno, bagno assistito, locale personale) - Camere di degenza: superficie minima: 12 mq per singola, 18 mq per doppia, 26 mq tripla e 32 mq quadrupla; ogni camera dotata di chiamata d'emergenza, luce naturale, presa elettrica, letto regolabile, armadio, comodino - Servizi igienici: 1 bagno ogni 2 camere o ogni 4 ospiti; tutti accessibili ai disabili e attrezzati; 1 bagno assistito ogni 45 ospiti - Spazi comuni: soggiorno, refettorio, palestra, ambulatorio medico, infermeria ecc. - Impianti a norma, illuminazione di emergenza, sistemi antincendio e climatizzazione	D.C.A. n. U0008/2011; D.C.A. n. U00051/2020

⁶ Si fa riferimento alla Residenza Protetta per anziani non autosufficienti (R3)

Regioni	Requisiti strutturali	Riferimenti normativi
Abruzzo	- Struttura max 120 posti letto, nuclei da 20 posti letto - Aree funzionali: residenziale, terapie, socializzazione, servizi generali - Camere 1-2 letti (superficie 12-18 mq); 3-4 letti ammessi solo in strutture preesistenti - Spazi comuni: palestra ≥45 mq, refettorio ≥3 mq/ospite, socializzazione ≥4 mq/ospite; 1 bagno ogni 2 camere e 1 bagno assistito per nucleo - Ascensore/montalettighe, carrello emergenza con defibrillatore - Illuminazione, climatizzazione e sicurezza antincendio	Manuale di Autorizzazione RSA Abruzzo
Molise	- Camere 1-2 letti (12-18 mq) - Bagno ogni 2 camere (in camera per nuove) - Spazi riabilitativi, sociali e religiosi - Spazio esterno ≥5 mq/ospite - Ascensore, montalettighe, carrello emergenza, climatizzazione, defibrillatore - Letti articolati, materassi antidecubito, ausili 1 ogni 5 ospiti	D.C.A. n. 36/2017
Campania	- Capienza: 20-120 posti letto complessivi - Superficie minima: 40 mq/ospite (riducibile del 20% per strutture preesistenti) - Camere: 1-3 letti (9 mq singola, 18 mq doppia, 27 mq tripla) con bagno ogni 1-2 camere - Aree funzionali obbligatorie: soggiorno, pranzo, riabilitazione, socializzazione, infermeria, locale visita, spazi esterni attrezzati - Impianti: climatizzazione, illuminazione d'emergenza, sistema di chiamata acustico-visiva, segnaletica e sicurezza antincendio - Accessibilità: percorsi privi di barriere architettoniche, orientamento visivo e sonoro, <i>comfort</i> alberghiero - Dotazioni: letti articolati, materassi antidecubito, carrello emergenza, ausili per deambulazione, ascensore/montalettighe	D.G.R. n. 7301/2001; L. R. n. 8/2003; D.C.A. n. 97/2018; D.C.A. n. 74/2019
Puglia	- Superficie minima: 40 mq per ospite (comprensiva di camere e spazi comuni) - Camere: 1-2 posti letto, minimo 12 mq per singola e 18 mq per doppia; bagno ogni 1-2 camere - Spazi obbligatori: soggiorno, sala pranzo, palestra riabilitativa, infermeria, ambulatorio, locali per animazione e socializzazione, lavanderia, deposito biancheria, aree verdi accessibili, ascensore/montalettighe ogni 40 posti letto - Cucina interna conforme al Reg. CE n. 852/2004 o area per pasti veicolati attrezzata - Impianti obbligatori: climatizzazione, illuminazione di emergenza, sistema di chiamata acustico-visiva, segnaletica orientativa, dispositivi antincendio e percorsi privi di barriere - Materiali: pavimenti antisdrucciolo, porte larghe per barelle, arredi ergonomici e spazi di manovra per carrozzine	Reg. Reg. n. 4/2019
Basilicata	- Superficie minima complessiva: 40 mq per posto letto, comprensivi di camere e spazi comuni - Camere: 1-2 posti letto; minimo 12 mq per la singola e 18 mq per la doppia; bagno per ogni camera o ogni due camere, accessibile a carrozzine - Spazi comuni: soggiorno/pranzo, palestra riabilitativa, locali per animazione, ambulatorio medico, infermeria, deposito farmaci e materiali sanitari - Servizi tecnici: cucina o area pasti veicolati, lavanderia, locali separati per pulito/sporco, deposito rifiuti, area carico-scarico - Accessibilità: totale assenza di barriere architettoniche; ascensore o montacarichi; corridoi ≥ 1,8 m; pavimenti antisdrucciolo e mancorrenti continui - Sicurezza: sistemi di chiamata acustico-visiva in ogni camera, impianto antincendio, illuminazione di emergenza, impianto di climatizzazione e segnaletica orientativa - Aree esterne: spazi verdi accessibili e sicuri, percorsi per deambulazione assistita - Locali per personale: spogliatoi, servizi igienici dedicati e area di pausa	D.G.R. n. 1218/2017; D.G.R. n. 504/2017
Calabria	- Camere: singole o doppie, superfici minime 12 mq (singola) e 18 mq (doppia); almeno un bagno ogni 2 camere (attrezzato e accessibile) - Spazi comuni: soggiorno/pranzo, palestra riabilitativa, locali per animazione e terapia occupazionale, ambulatorio, infermeria, tisaneria, locali culto e barbiere/podologo - Aree generali: ingresso-accoglienza, uffici, spogliatoi e servizi per personale, cucina/dispensa, lavanderia, camera mortuaria, magazzini, area rifiuti - Superfici comuni: minimo 8 mq per paziente (riduzione -20% ammessa per strutture preesistenti) - Aree esterne: 5 mq per ospite con percorsi pedonali accessibili e zone d'ombra - Impianti obbligatori: chiamata acustico-visiva da camere/servizi, illuminazione emergenza, climatizzazione, impianto antincendio, segnaletica, pavimenti antisdrucciolo, mancorrenti continui, carrello emergenza con defibrillatore - Ausili minimi: materassi antidecubito (4 per modulo), carrozzine (≥ 1 ogni 5 posti letto), sollevatore (1 per modulo)	D.C.A. n. 81/2016; Reg. Reg. n. 22/2019
Sardegna	- Struttura articolata per aree funzionali: 1) Area residenziale: camere e servizi igienici assistiti; 2) Area sanitaria e riabilitativa: ambulatorio, locale medicazioni, palestra, terapia occupazionale; 3) Area sociale e di vita collettiva: soggiorni, sale da pranzo, spazi per animazione, culto, parrucchiere/podologo; 4) Area dei servizi generali: accoglienza, uffici, spogliatoi, cucina o area pasti veicolati, lavanderia, magazzini, area rifiuti, camera mortuaria - Tutti gli ambienti devono essere accessibili e privi di barriere architettoniche, con percorsi agevoli per ospiti con ridotta mobilità - Devono essere garantiti impianti di sicurezza: chiamata da camere e bagni, illuminazione di emergenza, impianto antincendio, segnaletica e pavimenti antisdrucciolo - Le camere devono assicurare <i>privacy</i>, <i>comfort</i> e aerazione, con spazi sufficienti per la movimentazione e l'assistenza - Le aree esterne devono essere fruibili, ombreggiate e collegate agli ambienti comuni	D.G.R. n. 25/6/2006; D.G.R. n. 25/29/2010

Fonte: elaborazione su normativa regionale, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Dopo l'autorizzazione, basata sui requisiti strutturali, si perviene all'accREDITAMENTO delle RSA, processo che costituisce un passaggio fondamentale nel sistema di regolazione e di qualità dei servizi socio-sanitari regionali; non rappresenta un'autorizzazione "una tantum", ma un riconoscimento temporaneo e rinnovabile, subordinato al mantenimento costante dei requisiti organizzativi, gestionali, strutturali e di sicurezza richiesti dalle normative vigenti. Dall'analisi comparativa delle normative regionali emerge che la durata dell'accREDITAMENTO varia generalmente tra tre e cinque anni. In particolare, Regioni come Lombardia, Emilia Romagna e P.A. di Bolzano prevedono una validità quinquennale, associata a sistemi di controllo della qualità basati su indicatori di *Performance* e su audit periodici. Al contrario, nella maggior parte delle Regioni, cui Piemonte, Veneto, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia, la durata dell'accREDITAMENTO è fissata in tre anni, al termine dei quali la struttura deve richiedere il rinnovo, dimostrando di mantenere i requisiti previsti. Nella P.A. di Trento, l'approccio è simile: la durata è triennale, ma la procedura di rinnovo è accompagnata da una verifica puntuale in loco e da una valutazione documentale molto dettagliata (Tabella 8.5.).

Questa diversità di durata riflette la differente filosofia amministrativa regionale: alcune Regioni puntano su un controllo di qualità continuo, con verifiche costanti che permettono una durata più lunga, mentre altre preferiscono un sistema ciclico, che preveda una revisione completa a intervalli regolari per garantire l'aggiornamento agli *standard* normativi e tecnologici.

Il mantenimento dell'accREDITAMENTO è subordinato a un insieme di controlli periodici e straordinari, finalizzati a verificare la permanenza dei requisiti organizzativi, strutturali e gestionali. Le modalità di controllo possono variare, ma quasi tutte le Regioni prevedono: verifiche documentali annuali, con ag-

giornamento dei dati relativi al personale, alla sicurezza e all'attività assistenziale; ispezioni in loco programmate con cadenza triennale o quinquennale, al momento del rinnovo dell'accREDITAMENTO; audit di qualità per la valutazione di indicatori assistenziali, organizzativi e di benessere degli utenti; controlli straordinari, disposti in seguito a segnalazioni, reclami o variazioni sostanziali della gestione (ad esempio, lavori strutturali o cambio di titolarità).

In alcune Regioni, come Veneto, Emilia Romagna, Lombardia e Toscana, si tende a privilegiare un modello di monitoraggio continuo, basato su sistemi informativi regionali che raccolgono dati di *Performance* e indicatori di *outcome*; in altre, invece, il controllo assume una natura più ispettiva e periodica, con verifiche a campione e sopralluoghi programmati ogni uno o due anni.

Le funzioni di vigilanza e controllo sono esercitate da una pluralità di soggetti istituzionali, a seconda del modello organizzativo regionale. Nella maggior parte dei casi, la competenza è affidata alle ASL o alle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ATS), che agiscono in coordinamento con le Direzioni Regionali Sanità. In alcune Regioni, come Piemonte, Umbria e Abruzzo, la vigilanza è integrata da unità tecniche regionali di accREDITAMENTO o da organismi di controllo come gli Organismi Tecnicamente Accreditati (OTA), che garantiscono uniformità di giudizio e trasparenza nelle procedure. Le PP.AA. di Trento e Bolzano mantengono una competenza diretta, attraverso i propri servizi provinciali salute e politiche sociali, che effettuano ispezioni periodiche e valutazioni qualitative tramite apposite commissioni.

La vigilanza, quindi, si configura come un sistema multilivello, in cui la Regione stabilisce gli *standard* e le procedure, mentre l'ASL o l'Ente provinciale ne assicura l'applicazione pratica, con possibilità di sospensione o revoca dell'accREDITAMENTO in caso di gravi inadempienze.

Tabella 8.5. Vigilanza e controllo sulle RSA

Regioni	Durata validità accreditamento	Frequenza/Modalità controlli	Organo competente
Piemonte	3 anni	Verifiche almeno annuali o straordinarie; controllo qualità e mantenimento requisiti accreditamento	Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali + OTA ⁷
Valle d'Aosta	3 anni	Controlli periodici previsti nei piani annuali di vigilanza; verifiche su <i>standard</i> strutturali e gestionali	Assessorato Sanità + OTA
Lombardia	5 anni	Annuale, con eventuali controlli straordinari su segnalazione	ATS + Regione
P.A. di Bolzano	5 anni	Biennale; controlli qualità e <i>standard</i> assistenziali	Ripartizione Provinciale Politiche Sociali
P.A. di Trento	3 anni	Triennale; verifiche documentali e sopralluoghi	APSS + Ripartizione Salute e Politiche sociali della Provincia
Veneto	3 anni	Controlli annuali di mantenimento requisiti; revisione ogni 3 anni per rinnovo accreditamento	Aziende Zero + ULSS
Friuli Venezia Giulia	3 anni	Biennale o su richiesta; controlli di qualità e sicurezza	Aziende Sanitarie + Direzione Regionale
Liguria	3 anni	Annuali o biennali; verifiche ispettive documentali e in loco	A.Li.Sa. ⁸
Emilia Romagna	5 anni	Triennale, con audit intermedi e monitoraggi continui	Regione + AUSL
Toscana	3 anni	Ogni 3 anni per rinnovo; verifiche intermedie documentali annuali	ASL di area vasta con coordinamento della Regione
Umbria	3 anni	Controlli annuali, più verifica completa ogni 3 anni	OTAR
Marche	3 anni	Biennale o su segnalazione; verifiche ispettive e controllo qualità	Area V – Servizio Sanità della Regione Marche e le AST (ex ASUR)
Lazio	3 anni	Annuale per conferma accreditamento; straordinari in caso di criticità	Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria + ASL territoriali
Abruzzo	3 anni	Triennale per rinnovo; controlli straordinari se variazioni gestionali	GERA/OTA + ASL territoriali
Molise	3 anni	Triennale o su richiesta del SSR; verifiche di qualità e sicurezza	Regione Molise - Servizio Accreditamento
Campania	3 anni	Annuale e in caso di rinnovo convenzioni; verifiche a campione	Direzione Generale Tutela Salute tramite Commissioni DCA
Puglia	3 anni	Annuale, con rinnovo triennale; controllo sul mantenimento dei requisiti minimi e ulteriori	Sezione Benessere Sociale + AS
Basilicata	3 anni	Biennale e per rinnovo accreditamento; controlli in loco	Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Calabria	3 anni	Annuale (in regime di vigilanza commissariale); verifiche straordinarie frequenti	Dipartimento Tutela della Salute + Commissario ad acta per la Sanità
Sicilia	3 anni	Biennale, più controlli straordinari per rinnovo o su reclamo	Assessorato Regionale della Salute (DASOE) + ASP provinciali
Sardegna	3 anni	Biennale o su richiesta; verifiche di sicurezza e qualità	Servizio Accreditamento e Qualità della Regione + ASL competenti

Fonte: elaborazione su normativa regionale, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

In tutte le Regioni, il funzionamento delle RSA è basato su una organizzazione multiprofessionale che integra figure sanitarie, socio-assistenziali e tecniche. L'elemento cardine di ogni modello è la definizione di un PAI, elaborato dall'*équipe* e aggiornato perio-

dicamente. Il PAI rappresenta lo strumento operativo principale, poiché fissa obiettivi terapeutici, riabilitativi e relazionali calibrati sul bisogno specifico della persona (Tabella 8.6.).

Le *équipe* multidisciplinari, previste in tutte le Regio-

⁷ Organismo Tecnicamente Accreditante

⁸ Azienda Ligure Sanitaria

ni, sono composte da medico, infermiere, fisioterapista, OSS, educatore, psicologo e assistente sociale, coordinati da un Direttore Sanitario o responsabile di struttura. Questa impostazione assicura un approccio globale che tiene conto non solo della condizione clinica, ma anche degli aspetti emotivi, cognitivi e sociali dell'anziano.

Le RSA sono, inoltre, organizzate in nuclei o moduli da 20 a 30 posti letto, ciascuno gestito da un'*équipe* di riferimento. Tale organizzazione per nuclei, comune a tutte le Regioni, favorisce la continuità assistenziale e la personalizzazione degli interventi. La gestione dei turni del personale e la presenza delle figure professionali variano, invece, a seconda del livello di intensità assistenziale, definito dai bisogni degli ospiti.

In definitiva, nonostante la frammentazione normativa, si possono individuare le seguenti linee organizzative comuni tra le diverse Regioni:

- copertura assistenziale h24: in tutte le RSA è garantita la presenza continuativa di personale socio-sanitario e infermieristico, con reperibilità medica notturna o presenza fisica nei nuclei ad alta intensità
- ruolo del responsabile sanitario: ogni struttura deve avere un direttore o un medico di riferimento incaricato di garantire la qualità clinica e la sicurezza dei processi
- l'obbligo di redigere un PAI per ogni paziente, basato su una valutazione multidimensionale
- formazione permanente: ogni RSA deve assicurare l'aggiornamento annuale di tutto il personale in materia di geriatria, riabilitazione, emergenza, igiene e sicurezza
- sistema di qualità e monitoraggio: quasi tutte le Regioni richiedono audit interni e la rilevazione della soddisfazione degli ospiti e delle famiglie
- integrazione territoriale: le RSA non sono più considerate strutture isolate, ma nodi della rete dei servizi territoriali, in collegamento con ospedali, case di comunità e assistenza domiciliare.

L'aspetto, invece, che presenta le maggiori differenze tra Regioni riguarda gli *standard* di personale,

cioè la quantità minima e la tipologia di operatori necessari a garantire un'assistenza adeguata.

La Lombardia, ad esempio, ha definito con precisione i minutaggi settimanali di assistenza per ospite: circa 900 minuti complessivi, di cui 120 di assistenza infermieristica, 240 di OSS e 60 di riabilitazione; la presenza medica minima è di 12 ore settimanali ogni 20 ospiti, con un coordinatore infermieristico ogni 60–80 ospiti. Sulla scia della Lombardia annoveriamo il Veneto e la Campania. Il Piemonte, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, l'Umbria, il Lazio e il Molise hanno stabilito *standard* minimi di personale fondati sul rapporto minuti al giorno (min/die), ma spesso variabile a seconda della complessità assistenziale dell'ospite.

La Calabria, viceversa, ha previsto *standard* minimi di personale (espresso in numero di ore/giorno) per modulo da 20 posti letto: Direttore Sanitario 0,1; medico 0,20; terapeuta riabilitazione 1; infermiere 4; OSS 9; educatore 2; psicologo 0,33; assistente sociale 0,33; ausiliario 2.

La Toscana esprime lo *standard* di personale in ore annuali per modulo da 40 ospiti e prevedendo *standard* differenziati sulla base della complessità organizzativa e della intensità assistenziale richiesta dagli ospiti.

La P.A. di Bolzano e l'Emilia Romagna, invece, prevedono rapporti medi operatori/ospiti (unità lavorative per numero di ospiti): la P.A. di Bolzano, ad esempio, prevede 1 OSS ogni 2,55 posti letto; 1 infermiere ogni 10,5 posti letto e un terapeuta della riabilitazione ogni 40 posti letto; l'Emilia Romagna, di contro, ha previsto 1 OSS ogni 2,1 posti letto e 1 infermiere ogni 9 posti letto.

La P.A. di Trento, il Molise e la Puglia hanno optato per delle soluzioni miste, esprimendo lo *standard* di personale in parte con unità lavorative per numero di ospiti e in parte in ore settimanali per ospite. Il Molise, ad esempio, ha stabilito (per modulo da 30 posti letto) 3,8 ore settimanali di presenza del Direttore Sanitario, 11,4 ore settimanali di fisiatra/geriatra, n. 2 infermieri, n. 5 OSS e n. 2 terapisti.

Sulla base di quanto precede, per poter effettuare un confronto regionale relativamente ai livelli assistenziali garantiti nelle RSA per anziani non au-

tosufficienti, abbiamo espresso i rapporti di lavoro delle diverse figure professionali (infermieri, OSS e terapisti) in min/die per ospite anche in quelle Regioni dove ciò non è previsto⁹.

L'analisi effettuata ha messo, così, in evidenza un quadro nazionale estremamente frammentato, in cui ogni Regione adotta modelli organizzativi propri, con ricadute significative sia sulla qualità dell'assistenza sia sulla comparabilità dei servizi. Le differenze tra territori risultano particolarmente marcate per tre figure professionali centrali: infermieri, OSS e terapisti/fisioterapisti. L'eterogeneità rilevata è tale da delineare, più che un sistema unitario, una pluralità di modelli assistenziali che riflettono scelte politiche, tradizioni amministrative e priorità differenti.

Per quanto riguarda l'infermiere, le Regioni divergono profondamente sia nella quantificazione delle minutazioni giornaliere assegnate a questa figura, sia nel modo in cui essa viene integrata con altre professionalità. In alcune realtà, come il Piemonte, la funzione infermieristica viene addirittura accorpata a quella riabilitativa, rendendo difficile una valutazione autonoma del tempo effettivamente dedicato all'assistenza infermieristica.

Laddove i dati sono disponibili in forma disaggregata, emergono differenze significative: si va, infatti, da un valore minimo di 6 min/die per ospite fino a un massimo di 72 minuti, registrato in Valle d'Aosta: una differenza di circa 12 volte. Tale ampiezza di variazione suggerisce strategie regionali profondamente diverse: alcune sembrerebbero privilegiare modelli maggiormente medicalizzati (come appunto la Valle d'Aosta) mentre altre, come la Lombardia (17 min/die), sembrano orientate verso una razionalizzazione delle risorse infermieristiche a favore di un'organizzazione più affidata agli OSS.

Gli OSS rappresentano ovunque la componente più numerosa del personale, e la loro centralità nel lavoro quotidiano delle strutture è indiscutibile. Tuttavia, anche per questa figura professionale si osservano fortissime differenze nei minutaggi: i valori rilevati oscillano tra un massimo di 147 min/die per ospite dell'Emilia Romagna e un minimo di 27 min/die della Calabria, con Regioni come Valle d'Aosta e P.A. di Bolzano che si collocano nelle fasce più alte (120–123 min/die) e altre, come la Lombardia, che presentano valori sensibilmente più bassi (34 min/die).

Questa variabilità può riflettere diverse culture organizzative: nelle Regioni con minutaggi più elevati, l'assistenza di base appare strutturata e intensiva, mentre nelle realtà con valori inferiori si può ipotizzare una maggiore pressione sugli operatori e/o una diversa distribuzione dei compiti tra le figure professionali. Tale squilibrio incide inevitabilmente sul carico di lavoro degli OSS, sulla qualità dell'assistenza quotidiana e sulla capacità delle strutture di rispondere adeguatamente ai bisogni degli ospiti, specie se non autosufficienti.

Anche con riferimento ai terapisti/fisioterapisti, è possibile apprezzare una discontinuità regionale molto accentuata. Nei casi in cui i dati sono disponibili, le minutazioni variano da un minimo di 3 min/die (Calabria) fino a 31 minuti (Umbria), a dimostrazione di una presenza che va da marginale a più strutturata. Ancora una volta, alcune Regioni (come il Piemonte) non distinguono le competenze riabilitative da quelle infermieristiche, annullando la trasparenza necessaria per una valutazione accurata. I valori più elevati si riscontrano nei territori che considerano la riabilitazione un elemento fondamentale del mantenimento dell'autonomia della persona anziana. Al

9 Appare doveroso sottolineare che per quelle Regioni che prevedono più di una tipologia di RSA per anziani non autosufficienti sono state considerate, ai fini del calcolo, solo le RSA di tipo R3, ossia quelle strutture tipiche della lungodegenza per patologie cronizzate con cure sanitarie di medicina generale; offrono supporto sanitario alla prevalente attività socio-assistenziale. È il caso di Umbria, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Basilicata. Inoltre, per le Regioni che differenziano i minutaggi di assistenza per fasce assistenziali, sono stati impiegati i valori medi, ai fini del calcolo, dei livelli assistenziali basso e medio. In particolare, per il Piemonte è stata considerata la fascia assistenziale media e la fascia assistenziale medio-bassa; per la Liguria è stata considerata la RSA di mantenimento; per la Toscana è stata considerata la fascia media e la fascia bassa. Per Campania e Puglia è stata considerata la media dei minutaggi previsti nelle due tipologie di RSA R3.

Infine, per le Regioni che prevedono un minutaggio giornaliero per ospite superiore ad una determinata soglia, è stato scelto di aggiungere 1 minuto. È il caso dell'Umbria e del Molise.

contrario, valori molto bassi indicano modelli in cui la riabilitazione è ridotta a interventi sporadici o strettamente legati agli episodi acuti, senza una reale continuità.

Il quadro delineato sembra evidenziare la necessità di una riflessione a livello nazionale sulla standardizzazione dei livelli minimi assistenziali nelle strutture residenziali. L'eterogeneità attuale mette

a rischio l'omogeneità dell'offerta e può generare disuguaglianze significative nel trattamento degli anziani a seconda della Regione di residenza. Una definizione più chiara degli *standard* minimi, unita a una maggiore trasparenza nella rilevazione dei dati, rappresenta un passaggio cruciale per garantire una qualità dell'assistenza più uniforme e coerente con i bisogni crescenti della popolazione anziana.

Tabella 8.6. Requisiti organizzativi delle RSA per anziani non autosufficienti: confronti regionali

Regioni	Requisiti organizzativi	Riferimenti normativi
Piemonte	• Presenza di <i>équipe</i> multiprofessionale con medico responsabile, infermieri, OSS, fisioterapista, educatore professionale, psicologo e assistente sociale • Assistenza sanitaria e socio-assistenziale h24 garantita da personale qualificato, con turni regolamentati e livelli di presenza proporzionati alla gravità dell'utenza • <i>Standard</i> minimi di personale: definiti in min/die per utente e variano a seconda della complessità assistenziale degli ospiti. Con riferimento alla fascia assistenziale media: infermiere/riabilitazione 18 min/die per utente; OSS 87 min/die per utente. Con riferimento alla fascia assistenziale medio-bassa: infermiere/riabilitazione 13 min/die per utente; OSS 82 min/die per utente. Con riferimento alla fascia assistenziale bassa: infermiere/riabilitazione 8 min/die per utente; OSS 72 min/die per utente • Obbligo di redazione del PAI sulla base della valutazione multidimensionale (UVMd) • Presenza di figure di coordinamento: responsabile di struttura e/o Direttore Sanitario • Procedure documentate di gestione del rischio clinico e sicurezza (farmaci, cadute, infezioni, alimentazione) • Obbligo di formazione continua per tutto il personale e di aggiornamento delle competenze assistenziali e relazionali	D.G.R. n. 25-12129/2009 D.G.R. n. 45-4248/2012 D.G.R. n. 4248/2012
Valle d'Aosta	• Presenza di <i>équipe</i> multiprofessionale (medico, infermiere, OSS, fisioterapista, educatore, psicologo e assistente sociale) per garantire l'assistenza integrata • Assistenza h24 per gli ospiti (medico della struttura disponibilità diurna; servizio di continuità assistenziale e medici di emergenza territoriale h24) • <i>Standard</i> minimi di personale (per nucleo di 20 posti letto) definito in termini di minuti di assistenza per ospite/giorno: Direttore Sanitario e coordinatore clinico 6 min; medico di struttura 15 min; infermiere coordinatore 18 min; infermiere 72 min; OSS 120 min; educatore professionale 10 min; fisioterapista 18 min • Obbligo di redazione del PAI elaborato sulla base della Valutazione Multidimensionale effettuata dall'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) • Procedure interne di gestione della qualità, rischio clinico, somministrazione farmaci, prevenzione delle cadute e gestione delle emergenze • Formazione continua obbligatoria del personale e aggiornamento professionale periodico • Integrazione funzionale con i servizi territoriali e distrettuali per garantire la continuità delle cure	D.G.R. n. 1232/2004; D.G.R. n. 2418/2006
Lombardia	• Obbligo di Direzione Sanitaria affidata a un medico con funzione di coordinamento clinico e igienico-sanitario • Presenza di <i>équipe</i> multiprofessionale (medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, educatori, assistente sociale) con copertura h24 • <i>Standard</i> di personale: minutaggi settimanali di assistenza per ospite: circa 901 minuti complessivi, di cui 120 di assistenza infermieristica, 240 di OSS e 60 di riabilitazione. La presenza medica minima è di 12 ore settimanali ogni 20 ospiti, con un coordinatore infermieristico per ogni 60–80 ospiti • Elaborazione del PAI e del Progetto Individuale PI, aggiornati periodicamente • Fascicolo socio-sanitario (FASAS) obbligatorio per ogni ospite, contenente valutazioni, diario clinico e consenso informato • Continuità assistenziale garantita 24 ore su 24, con reperibilità medica e infermieristica effettiva se nella struttura sempre presente OSS • Sistema qualità e sicurezza: protocolli scritti su gestione farmaci, infezioni, disinfezione, smaltimento rifiuti, eventi avversi e audit clinici • Gestione del personale: dotazione minima calcolata in ore/minuti per ospite (secondo D.G.R. n. 12618/2003); piano di formazione triennale ECM obbligatorio • Carta dei Servizi e programma annuale di attività obbligatori • Presenza di referente qualità e piano annuale di miglioramento	D.G.R. n. X/2569/2014; D.G.R. n. 7435/2001; D.G.R. n. 12618/2003

Regioni	Requisiti organizzativi	Riferimenti normativi
P.A. di Bolzano	- Ogni struttura deve disporre di un direttore/responsabile con competenze gestionali e sanitarie - È prevista un' <i>équipe</i> multiprofessionale composta da: medico, infermieri, OSS, fisioterapisti, educatori/animatori e personale ausiliario - Le strutture sono organizzate in nuclei che vanno da un minimo di 20 ospiti ad un massimo di 30 ospiti - Ogni ospite deve avere un PAI aggiornato periodicamente e gestito nel sistema informativo provinciale - Servizi garantiti: igiene personale, vitto, assistenza sanitaria di base e infermieristica, fisioterapia, attività ricreative e sociali, supporto psicologico, servizio notturno e reperibilità medica h24 <i>Standard</i> di personale minimi: direttore di struttura: 1 figura con funzioni gestionali e di coordinamento; medico responsabile: presenza regolare e reperibilità h24; infermieri: copertura continuativa h24, rapporto consigliato 1 infermiere a tempo pieno ogni 10,5 posti letto; OSS 1 a tempo pieno ogni 2,55 posti letto; terapeuta della riabilitazione 1 a tempo pieno ogni 40 posti letto - Personale ausiliario (cucina, pulizie, lavanderia): proporzionato alla capacità ricettiva - Se l'occupazione effettiva scende sotto l'8% dei posti autorizzati per oltre 2 mesi, il personale viene ricalcolato sui posti effettivi - Obbligo di sistema di gestione della qualità e monitoraggio costante degli indicatori assistenziali	D.G.P. n. 1419/2018; D.G.P. n. 741/2023
P.A. di Trento	- Direzione affidata a un responsabile di struttura con competenze sanitarie e gestionali <i>Equipe</i> multiprofessionale composta da medico, infermieri, OSS, fisioterapista, psicologo, educatore, assistente sociale - PAI - Continuità assistenziale h24: copertura infermieristica diurna e personale socio-sanitario sempre presente - La dotazione organica di personale è proporzionata alla complessità assistenziale e validata in sede di accreditamento; in ogni caso è previsto da 0,54 a 0,56 infermieri per posto letto e 1 OSS ogni 2,5 posti letto; medico di coordinamento sanitario: da 4 a 5 ore/settimana per strutture fino a 60 posti letto; da 6 a 7 ore/settimana per strutture da 61 a 119 posti letto; da 10 a 12 ore/settimana per strutture oltre 199 posti letto - Integrazione digitale: uso obbligatorio della piattaforma Minerva per registrazione dati e monitoraggio qualità - Formazione annuale obbligatoria per tutto il personale - Sistema di qualità interno: audit clinici, rilevazione soddisfazione utenti, indicatori di esito	D.G.P. n. 2253/2024
Veneto	- Presenza di <i>équipe</i> multiprofessionale (medico, infermiere, OSS, fisioterapista, educatore, psicologo, assistente sociale) - Capacità ricettiva massima delle strutture pari a 120 posti letto in nuclei da massimo 30 posti letto - Assistenza h24 - PAI elaborato sulla base della valutazione multidimensionale (UVM) - Formazione e aggiornamento per il personale - Passaggio da un sistema basato su "unità lavorative per numero di ospiti" a uno fondato su minutaggio assistenziale settimanale medio per ospite. Ass. infermieristica 147 min/settimana per ospite; OSS 896 min/settimana per ospite; area sociale (educatore, assistente sociale, psicologo) 56 min/settimana per ospite. Obbligo presenza infermieri h24 e OSS garantiti h24 con distribuzione adeguata al fabbisogno. Medici garantiti da ULSS tramite accordo contrattuale - Il ruolo del coordinatore è accorpato a quello dell'infermiere, con incremento del minutaggio complessivo - È prevista una collaborazione costante tra struttura, distretto e servizi territoriali - Il minutaggio totale di ogni area (sanitaria, socio-sanitaria, sociale) è oggetto di verifica da parte dell'Azienda ULSS competente e della Direzione regionale Servizi Sociali	D.G.R. n. 84/2007; D.G.R. n. 1103/2019; D.G.R. n. 1720/2022
Friuli Venezia Giulia	- Presenza di direttore/responsabile di struttura: gestione generale, risorse, qualità del servizio - Direttore Sanitario obbligatorio per le residenze di I, II e III livello, responsabile dell'igiene, della sorveglianza sanitaria, della gestione farmaci e della sicurezza clinica - Organizzazione della struttura in nuclei da massimo 30 posti letto ciascuno - Assistenza h24 garantita da OSS e personale infermieristico in proporzione al livello assistenziale degli ospiti <i>Standard</i> di personale espresso in min/die per intensità assistenziale; 90,2 min/die di assistenza per posto letto, di cui infermiere 6 min/die per ospite, OSS 75 min/die per ospite, 5 min/die per ospite assistenza riabilitativa e 4,2 min/die per ospite attività di animazione - Presenza di Responsabile del governo Assistenziale (RAA) per il coordinamento infermieristico e dell' <i>équipe</i> - Redazione del PAI, basato sulla valutazione multidimensionale effettuata da <i>équipe</i> UVM - Presenza di <i>équipe</i> multiprofessionale: medico, infermiere, OSS, fisioterapista, educatore, psicologo, assistente sociale - Programmazione di attività riabilitative, ricreative e di stimolazione cognitiva - Formazione obbligatoria e aggiornamento continuo per tutto il personale - Procedure documentate di sicurezza, gestione rischio clinico, emergenze e farmaci - Integrazione funzionale con i servizi territoriali e distrettuali del SSR - Presenza di protocolli per la continuità assistenziale e il monitoraggio degli esiti	L.R. n. 6/2006; D.P.Reg. n. 144/2015; D.P.Reg. n. 290/2017; D.P.Reg. n. 108/2022; D.G.R. n. 145/2024 L.R. n. 22/2019, artt. 23-26

Regioni	Requisiti organizzativi	Riferimenti normativi
Liguria	• Presenza di direttore/responsabile di struttura con competenze gestionali e sanitarie • Obbligo di Direttore Sanitario responsabile del coordinamento clinico • Organizzazione della struttura: capienza massima 120 posti letto suddivisi in moduli fino a 25 posti letto • Assistenza h24 garantita da personale OSS e infermieristico, con <i>standard</i> proporzionati ai posti letto e ai bisogni degli ospiti • Personale minimo: RSA post acuti: personale medico 10 min/die per ospite; fisioterapista 23 min/die per ospite; infermiere 42 min/die per ospite e OSS 90 min/die per ospite. RSA di mantenimento: personale medico 4 min/die per ospite; fisioterapista 6 min/die per ospite; infermiere 26 min/die per ospite; OSS 88 min/die per ospite e animatore 3 min/die per ospite • <i>Équipe</i> multiprofessionale composta da medico, infermiere, OSS, fisioterapista, educatore, psicologo, assistente sociale e personale di supporto • Redazione e aggiornamento periodico del PAI in collaborazione con i servizi distrettuali • Adozione di procedure di sicurezza e gestione del rischio (farmaci, emergenze, cadute, infezioni) • Obbligo di formazione continua per tutto il personale, secondo il piano annuale regionale A.Li.Sa • Utilizzo di cartella socio-sanitaria informatizzata, gestione della documentazione e indicatori di qualità • Presenza di protocollo di continuità assistenziale con ospedali e medicina territoriale	L.R. n. 9/2017; D.G.R. n. 944/2018; Manuale dei requisiti per l'autorizzazione – A.Li.Sa (Allegato alla D.G.R. n. 944/2018); D.G.R. n. 1185/2017; D.G.R. n. 945/2018; D.G.R. n. 1230/2023
Emilia Romagna	• Direzione obbligatoria con Responsabile di struttura e Referente sanitario • Presenza di <i>équipe</i> multiprofessionale (medico, infermiere, OSS, fisioterapista, educatore, animatore, assistente sociale) • Ogni struttura può prevedere fino a un massimo di 120 posti letto organizzati in nuclei da 20/30 ospiti ciascuno • Assistenza h24 garantita da infermieri e OSS • Personale e <i>standard</i> minimi: OSS: 1 ogni 2,1 ospiti; infermieri: almeno 1 ogni 9 ospiti anziani; medico: presenza programmata tra 5 e 15 ore settimanali ogni 25 anziani; fisioterapista: da un minimo di 1 ogni 60 anziani a 1 ogni 30 anziani nei casi di maggior intensità assistenziale • Redazione e aggiornamento periodico del PAI sulla base della VMD • Adozione di protocolli di sicurezza e qualità: gestione farmaci, prevenzione infezioni, cadute, rischio clinico, emergenze • Formazione continua obbligatoria del personale • Integrazione con la rete territoriale (MMG, ADI, Servizi sociali)	D.G.R. n. 564/2000; D.G.R. n. 1638/2024; D.G.R. n. 514/2009; L.R. n. 2/1985; L.R. n. 3/1999
Toscana	• <i>Équipe</i> multiprofessionale composta da medico, infermieri, OSS, fisioterapista e animatore • Capacità ricettiva massima 80 posti letto organizzati in nuclei da 40 posti letto • Requisiti minimi professionali: monte orario annuale per 40 ospiti in base alla intensità assistenziale: intensità bassa: infermiere 3.268 ore; fisioterapista 817 ore; OSS 24.510 ore; intensità media: infermiere 6.536 ore; fisioterapista 1.634 ore; OSS 32.680 ore; intensità alta (media delle 4 fasce): infermiere 8.170 ore; fisioterapista 2.561 ore; OSS 33.497 • Copertura infermieristica h24 • Redazione e aggiornamento di progetti individualizzati della VMD • Adozione di protocolli di sicurezza e qualità (gestione farmaci, prevenzione infezioni, cadute, rischio nutrizionale, emergenze, contenzioni, sorveglianza sanitaria) • Attività di formazione periodica e aggiornamento del personale su assistenza, sicurezza e benessere dell'anziano • Coinvolgimento della famiglia e garanzia di attività sociali, ricreative e relazionali • Sistema di gestione della qualità e monitoraggio degli esiti assistenziali	Reg. Reg. n. 2/2018; Reg. Reg. n. 86/2020; D.P.G.R. n. 12/R/2021 D.G.R.T. n. 1239/2021
Umbria	• Presenza di responsabile di struttura e coordinatore sanitario • <i>Équipe</i> multiprofessionale (medico, infermiere, OSS, fisioterapista, educatore, psicologo) • PAI redatto e aggiornato periodicamente • Organizzazione strutture R2 (RSA) in nuclei da 12 posti letto • Organizzazione strutture R3 (RP) in nuclei da 20 posti letto • Per strutture R2 (RSA) copertura h24 per OSS e infermieri; l'assistenza primaria è di competenza del MMG, mentre nelle ore notturne e festive l'assistenza medica è garantita dalla CA; per strutture R3 (RP) copertura h24 per OSS e infermiere presente h12 con reperibilità notturna; il MMG deve garantire continuità di cura con accessi periodici e concordati con la Direzione Sanitaria della struttura; nelle ore notturne e festive l'assistenza medica è garantita dalla continuità assistenziale • Formazione continua, protocolli di sicurezza, gestione farmaci, prevenzione cadute e infezioni • <i>Standard</i> di personale per strutture R2 (RSA): infermiere >60 min/die per ospite; OSS >160 min/die per ospite; professionisti riabilitazione/educatore 30 min/die per ospite; medico >180 min/die per nucleo di 12 posti letto • <i>Standard</i> di personale per strutture R3 (RP): infermiere >35 min/die per ospite; OSS >110 min/die per ospite; professionisti riabilitazione >30 min/die per ospite dove previsto dal PAI; assistenza socio-educativa >240 min/die per nucleo di 20 posti letto • Responsabile sanitario: obbligatorio	Reg. Reg. n. 2/2022

Regioni	Requisiti organizzativi	Riferimenti normativi
Marche¹⁰	• Organizzazione in moduli/nuclei da max 30 posti letto • Responsabile di struttura con titolo adeguato e ≥2 anni esperienza • <i>Équipe</i> multiprofessionale: OSS, infermiere, fisioterapista, animatore, educatore, psicologo • <i>Standard</i> minimi di assistenza: OSS: 80 min/ospite/die; infermiere: 20 min/ospite/die; Riabilitativo/Educativo: intervento su prescrizione; MMG: intervento secondo modalità di accesso programmate con la struttura o a richiesta. Nel caso di anziani non autosufficienti con forme di demenza la presenza dell'OSS è pari a 100 min/die per ospite; le rimanenti figure rimangono invariate • Presenza OSS h24 • Possibilità di accoglienza temporanea (sollevio) • PAI individuale e revisione UVI	D.G.R. n. 938/2020; D.G.R. n. 1412/2023
Lazio	• Direttore Sanitario o responsabile clinico con esperienza in area geriatrica • Coordinatore infermieristico per gestione del personale assistenziale • La capacità ricettiva è di minimo 20 posti letto e massimo 80 posti letto e in via eccezionale di 120 posti letto. La RSA è articolata in nuclei di minimo 10 e massimo 20 persone • <i>Équipe</i> multiprofessionale (medico, infermiere, OSS, fisioterapista, educatore, psicologo, assistente sociale) • <i>Standard</i> di personale per struttura R2 (unità di cure residenziali estensive): assistenza medica 160 min/die per nucleo (per nuclei di 20 posti letto 0,63 medici); infermiere 53 min/die per persona; OSS 60 min/die a persona; fisioterapista 40 min/die a persona; presenza infermieristica h24 • <i>Standard</i> di personale per struttura R3 (unità di cure residenziali di mantenimento): assistenza medica 80 min/die per nucleo; infermiere 30 min/die per persona; OSS 60 min/die a persona; fisioterapista 20 min/die a persona; presenza infermieristica a copertura delle 8h nel nucleo e 24h nella struttura • Valutazione multidimensionale, redazione e aggiornamento del PAI • Cartella socio-sanitaria informatizzata • Integrazione con servizi territoriali e ADI • Gestione qualità e sicurezza: procedure scritte per rischio clinico, igiene, gestione farmaci, emergenze e incendi • Formazione permanente	D.C.A. n. U0008/2011; D.C.A. n. U00051/2020; L.R. n. 4/2003
Abruzzo	• Direzione Sanitaria obbligatoria con medico geriatra • Coordinamento infermieristico • La capacità ricettiva massima è stabilita in via eccezionale in 120 posti letto ed è articolata in nuclei composto da un massimo di 20 posti letto. • Personale sanitario e assistenziale (medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, educatori) • <i>Standard</i> di personale: il numero di medici, infermieri, OSS, fisioterapisti ecc. deve essere commisurato al numero degli ospiti e alla tipologia delle prestazioni erogate • PAI individuale aggiornato periodicamente • Valutazione multidimensionale (UVM) • Cartella clinica completa e informatizzata • Protocolli con ospedali e MMG • Procedure per igiene, farmaci, emergenze, dimissioni e sicurezza	Manuale di Autorizzazione RSA Abruzzo, sez. 4.4.1; L.R. n. 32/2007; L.R. n. 12/2016; D.G.R. n. 591/P/2008 (Manuale accreditamento)
Molise	• Direttore Sanitario medico con funzione di coordinamento • <i>Équipe</i> multiprofessionale: medico specialista (geriatra/fisiatra); MMG; terapeuta della riabilitazione; infermieri; OSS; educatore/terapista occupazionale; psicologo; assistente sociale • Le RSA per anziani (R2) sono organizzate in moduli da massimo 20 posti letto e massimo tre moduli • <i>Standard</i> di personale per strutture R2: assistenza medica 160 min/die per nucleo (20 posti letto); infermiere >45 min/die per paziente e assistenza infermieristica h24; terapisti, educatori ecc. >140 min/die per persona. In particolare, per modulo da 20 posti letto è previsto: Direttore Sanitario 3,8 ore/settimana; fisiatra/geriatra 11,4 ore/settimana; MMG/CA non indicato in quanto vengono definiti in fase di elaborazione del PAI; terapeuta della riabilitazione 1; infermieri 5 e OSS 5 • Le Case Protette per anziani (R3) sono organizzate in moduli di massimo 30 posti letto e massimo 3 moduli • <i>Standard</i> di personale per strutture R3: assistenza medica 80 min/die per nucleo; infermiere >20 min/die per paziente e assistenza infermieristica h12; terapisti, educatori ecc. >80 min/die per persona. In particolare, per modulo da 30 posti letto è previsto: Direttore Sanitario 3,8 ore/settimana; MMG/CA non indicato in quanto vengono definiti in fase di elaborazione del PAI; terapeuta della riabilitazione 2; infermieri 5 e OSS 5 • PAI • Accesso dei familiari garantito, procedure per custodia beni personali, e sostituzione responsabili in caso di assenza	D.C.A. n. 36/2017 D.C.A. n. 36/2022 L.R. n. 18/2008

¹⁰ Si fa riferimento alla Residenza Protetta per anziani non autosufficienti (R3)

Regioni	Requisiti organizzativi	Riferimenti normativi
Campania	- Struttura articolata in moduli da max 20 posti letto, fino a 120 posti letto totali - Direttore Sanitario e medico referente per ciascun modulo - Équipe multiprofessionale con infermieri, OSS, OSA, fisioterapisti, terapisti occupazionali, animatori di comunità, assistente sociale e personale amministrativo - Standard di personale per strutture R3 1) Trattamenti di alto livello assistenziale: infermiere 216 min/settimana per ospite, fisioterapista 108 min/settimana per ospite, OSS 540 min/settimana per ospite; 2) Trattamenti di medio livello assistenziale: infermiere 108 min/settimana per ospite, fisioterapista 108 min/settimana per ospite, OSS 324 min/settimana per ospite. In particolare, l'organico per un modulo da 20 posti letto è il seguente: infermiere n. 1,5; fisioterapista n. 1 e OSS n. 4 - PAI personalizzato con obiettivi, durata e verifiche - Servizi garantiti: assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, psicologica, sociale e ricreativa - Cartella personale, registro consegne, protocolli per nutrizione, sicurezza, igiene e gestione farmaci - Accesso dei familiari, <i>privacy</i> e partecipazione dell'ospite ai programmi riabilitativi	D.C.A. n. 97/2018
Puglia	- Struttura organizzata in nuclei da 20 posti letto, con personale dedicato h24 - Ogni ospite deve avere un PAI con obiettivi, tempi e verifiche - Équipe multiprofessionale: medico responsabile, medici specialisti (geriatra, fisiatra), infermieri, OSS, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologo, assistente sociale, educatore professionale - Per lo standard di personale si fa riferimento alle RSA di mantenimento per anziani (R3). RSA di mantenimento di tipo A per modulo da 20 posti letto: responsabile sanitario 4 ore/settimana; medico specialista 2 ore/settimana; infermiere n. 2; OSS n. 5; terapeuta della riabilitazione 12 ore/settimana. È garantita presenza di infermiere e OSS h24. RSA di mantenimento di tipo B per modulo da 20 posti letto: responsabile sanitario 4 ore/settimana; medico specialista 2 ore/settimana; infermiere n. 1,5; OSS n. 5; terapeuta della riabilitazione 12 ore/settimana - Gestione integrata tra area sanitaria e sociale, con raccordo al distretto sanitario - Protocolli operativi per igiene, sicurezza, emergenze, nutrizione e rischio clinico - Formazione continua del personale e aggiornamento del PAI almeno annuale - Accesso dei familiari, socializzazione e animazione come parte del percorso terapeutico	Reg. Reg. n. 4/2019
Basilicata	- Struttura articolata in nuclei assistenziali omogenei da massimo 20 posti letto, ciascuno con personale dedicato - Presenza di un Direttore Sanitario o responsabile sanitario di struttura - Équipe multiprofessionale composta da medico, infermieri, OSS, fisioterapisti, educatori, psicologo, assistente sociale, terapisti della riabilitazione - Predisposizione del PAI aggiornato periodicamente - Assistenza infermieristica h24 - Standard minimi di personale per RSA di tipo R3: assistenza medica 4 min/die per utente; infermiere >20 min/die per utente; assistenza globale >100 min/die per utente (comprende infermiere, OSS e terapeuta della riabilitazione) - Servizio di riabilitazione continuativa con palestra attrezzata e personale fisioterapico dedicato - Procedure scritte per igiene, sicurezza, emergenze e gestione rischio clinico - Garanzia di coinvolgimento dei familiari e integrazione con la rete dei servizi territoriali - Mantenimento di cartella socio-sanitaria individuale e adozione di un sistema qualità	D.G.R. n. 1218/2017 D.G.R. n. 504/2017
Calabria	- Struttura articolata in moduli da massimo 20 posti letto, con personale dedicato e coordinamento sanitario - Presenza obbligatoria di Direttore Sanitario e responsabile di modulo - Équipe multiprofessionale: medico, infermieri, OSS, fisioterapisti, educatore, psicologo, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione - Elaborazione del PAI per ogni ospite, con valutazione multidimensionale e revisione periodica - Assistenza sanitaria h24, con infermieri presenti su tutti i turni e personale OSS continuo - Standard minimi di personale per RSA anziani e modulo da 20 posti letto (numero ore/die): Direttore Sanitario 0,1; medico specialista 0,20; terapeuta riabilitazione 1; infermiere 4; OSS 9; educatore 2; psicologo 0,33; assistente sociale 0,33; ausiliario 2 - Possibilità di flessibilità nei turni (es. sostituzioni notturne tra OSS e infermieri) purché sia mantenuta la continuità assistenziale e la copertura infermieristica minima - Gestione della documentazione sanitaria, protocolli per emergenze, farmaci, rischio clinico, infezioni e igiene ambientale - Presenza di servizi di riabilitazione, palestra attrezzata e attività di socializzazione e animazione	D.C.A. n. 81/2016
Sardegna	- La Direzione Sanitaria è affidata a un medico responsabile, con compiti di coordinamento clinico e gestionale - È prevista un'equipe multiprofessionale composta da medico, infermiere, fisioterapista, OSS, educatore, psicologo e assistente sociale - Tutti gli interventi sono pianificati attraverso il PAI, redatto dopo valutazione multidimensionale da parte dell'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) - Le prestazioni devono garantire continuità assistenziale h24, con copertura infermieristica e assistenziale in tutti i turni - Devono essere presenti protocolli per la gestione delle emergenze, la somministrazione di farmaci, il rischio clinico e le infezioni - Le RSA partecipano alla rete territoriale dei servizi (ADI, centri diurni, MMG) - È valorizzata la collaborazione con le famiglie e la socializzazione degli ospiti - Gli standard di personale non sono indicati numericamente in questo atto, ma devono essere commisurati ai bisogni assistenziali e saranno precisati da successivi regolamenti regionali (requisiti minimi per autorizzazione)	D.G.R. n. 25/6/2006; Determinazione assessoriale n. 684/2006

Fonte: elaborazione su normativa regionale, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

8.3. Riflessioni finali

L'analisi comparata delle normative nazionali e regionali in materia di Assistenza Residenziale agli anziani non autosufficienti mette in luce un quadro complesso, ma sostanzialmente coerente nella sua evoluzione. Tutte le Regioni condividono l'obiettivo di garantire un'assistenza qualificata, personalizzata e rispettosa della dignità della persona fragile, ma differiscono nelle modalità organizzative, gestionali e nei livelli di *standard* richiesti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA.

Sul piano nazionale, le riforme susseguitesi dagli anni '90 a oggi (dal D.Lgs. n. 502/1992 fino al D.Lgs. n. 29/2024) hanno progressivamente delineato un modello unitario di assistenza socio-sanitaria integrata, in cui le RSA rappresentano un nodo centrale della rete territoriale. Le più recenti disposizioni (D.M. n. 77/2022, L. n. 33/2023, D.Lgs. n. 29/2024) hanno puntato a uniformare i criteri di qualità e sicurezza, introducendo strumenti di monitoraggio nazionale e valorizzando la valutazione multidimensionale e il PAI come cardine della presa in carico.

Sul versante strutturale, quasi tutte le Regioni convergono su *standard* di *comfort* e sicurezza sempre più elevati: camere singole o doppie, spazi comuni per socializzazione e riabilitazione, aree verdi accessibili e ambienti progettati per favorire autonomia e benessere. Le differenze riguardano soprattutto le metrature minime, la dotazione tecnologica e l'introduzione di sistemi di Telemedicina o videosorveglianza, più diffusi nelle Regioni del Nord e del Centro.

Tuttavia, l'impianto decentrato del sistema italiano fa sì che le Regioni interpretino e declinino le disposizioni nazionali in maniera differenziata, soprattutto sul versante degli *standard* organizzativi e del personale.

L'analisi comparativa degli *standard* di personale nelle RSA mette in evidenza, in effetti, un quadro profondamente disomogeneo, che riflette scelte regionali molto distanti tra loro sia nella definizione dei requisiti quantitativi sia nel modello assistenziale sottostante. La varietà di criteri adottati (minutaggi

settimanali, min/die, ore per modulo, rapporti operatore/ospite o formule miste) mostra come ogni Regione abbia costruito un proprio sistema di riferimento, spesso non confrontabile con quello delle altre.

Da un lato emergono Regioni che adottano modelli molto strutturati e orientati alla medicalizzazione, con minutaggi elevati e presenza consistente di personale qualificato; dall'altro, territori che privilegiano una logica più semplificata e meno intensiva, affidando gran parte dell'organizzazione agli OSS e limitando il tempo dedicato alle figure infermieristiche e riabilitative.

Questa eterogeneità non è solo un dato amministrativo, ma ha implicazioni dirette e profonde sulla qualità dell'assistenza erogata. Un sistema che garantisce 72 minuti di assistenza infermieristica al giorno (Valle d'Aosta) non è equiparabile a uno che ne assicura 6 (Friuli Venezia Giulia); allo stesso modo, 147 minuti di supporto socio-assistenziale (Emilia Romagna) non producono gli stessi esiti di 27 minuti (Calabria). A ciò si aggiunge la variabilità nella presenza di terapisti, che in alcune Regioni svolgono un ruolo centrale nel mantenimento dell'autonomia dell'anziano, mentre in altre sono ridotti a una funzione marginale o episodica.

Il risultato complessivo è un mosaico di modelli regionali che, più che comporre un sistema unitario, rappresentano approcci differenti all'idea stessa di Assistenza Residenziale. Tale frammentazione rischia di tradursi in disuguaglianze significative per gli anziani ospiti delle RSA, il cui livello di tutela dipende ancora oggi in misura rilevante dal territorio di residenza.

Per queste ragioni appare necessario un intervento nazionale che definisca con maggiore chiarezza *standard* minimi omogenei e criteri di misurazione comparabili, affinché le politiche regionali possano continuare a esprimere la loro autonomia senza compromettere l'equità del sistema. Solo attraverso una maggiore trasparenza nei dati e un processo di standardizzazione realmente condiviso sarà possibile garantire a tutti gli anziani non autosufficienti condizioni assistenziali adeguate e coerenti con i loro bisogni, indipendentemente dal contesto territoriale.

Riferimenti bibliografici

Normativa nazionale

- D.Lgs. n. 29/2024, Riordino dei servizi per la popolazione anziana non autosufficiente
- D.Lgs. n. 502/1992, Riordino della disciplina in materia sanitaria
- D.M. 19.12.2022, Criteri nazionali per la qualità, sicurezza e appropriatezza delle attività sanitarie ai fini dell'accreditamento
- D.M. n. 77/2022, Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN
- D.P.C.M. 12.01.2017, Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- D.P.C.M. 22.12.1989, Atto di indirizzo sui requisiti strutturali e organizzativi delle RSA
- D.P.C.M. 29.11.2001, Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- D.P.R. 14.01.1997, Requisiti minimi strutturali e organizzativi delle strutture residenziali e semiresidenziali
- Documento in corso di Intesa 2025, Aggiornamento criteri per autorizzazione e accreditamento delle RSA
- Intesa Stato-Regioni n. 259 del 20 dicembre 2012, Requisiti minimi per autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie
- Intesa Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015, Standard per l'assistenza territoriale
- L. n. 33/2023, Delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane
- L. n. 67/1988, Interventi straordinari per l'edilizia sanitaria (art. 20)
- L. n. 328/2000, Legge quadro per il sistema integrato di interventi e servizi sociali
- Ministero della Sanità, Linee guida n. 1/1994, Indirizzi per l'organizzazione e la gestione delle RSA

Normativa regionale

Abruzzo

Manuale di Autorizzazione RSA Abruzzo

Basilicata

D.G.R. n. 504/2017, Requisiti strutturali e organizzativi delle RSA

D.G.R. n. 1218/2017, Standard gestionali e di qualità delle RSA

Calabria

D.C.A. n. 81/2016, Requisiti per autorizzazione ed esercizio delle RSA

Reg. Reg. n. 22/2019, Standard strutturali e organizzativi delle RSA

Campania

D.G.R. n. 7301/2001, Requisiti strutturali e organizzativi delle RSA

L.R. n. 8/2003, Norme per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sociosanitarie

D.C.A. n. 97/2018, Requisiti strutturali, organizzativi e gestionali delle RSA per anziani non autosufficienti

D.C.A. n. 74/2019, Aggiornamento dei requisiti per autorizzazione e accreditamento delle RSA

Emilia Romagna

D.G.R. n. 564/2000, Requisiti strutturali delle strutture sociosanitarie

D.G.R. n. 1638/2024, Aggiornamento standard assistenziali per RSA

Friuli Venezia Giulia

D.P.Reg. n. 144/2015, Requisiti strutturali delle strutture residenziali

D.P.Reg. n. 290/2017, Autorizzazione ed esercizio delle strutture residenziali

D.P.Reg. n. 108/2022, Aggiornamento degli standard assistenziali

Lazio

D.C.A. n. U0008/2011, Requisiti organizzativi delle RSA

D.C.A. n. U00051/2020, Aggiornamento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento

Liguria

D.G.R. n. 944/2018, Requisiti strutturali e funzionali delle RSA

Manuale A.Li.Sa. 2018, Requisiti per autorizzazione e accreditamento RSA

D.G.R. n. 1230/2023, Aggiornamento requisiti strutturali

Regolamento OTA A.Li.Sa. 2024, Vigilanza e controllo sulle RSA

Lombardia

D.G.R. n. 7435/2001, Standard organizzativi delle RSA

D.G.R. n. 12618/2003, Requisiti per autorizzazione

D.G.R. n. X/2569/2014, Aggiornamento standard assistenziali

Marche

D.G.R. n. 938/2020, Requisiti minimi delle strutture sociosanitarie

D.G.R. n. 1412/2023, Aggiornamento requisiti

Molise

D.C.A. n. 36/2017, Requisiti minimi per RSA

Piemonte

D.G.R. n. 25-12129/2009, Requisiti strutturali delle RSA

D.G.R. n. 45-4248/2012, Requisiti organizzativi e gestionali delle RSA

D.D. n. 145/2024, Disposizioni applicative in materia di RSA

P.A. di Bolzano

D.G.P. n. 1419/2018, Standard strutturali e organizzativi delle RSA

P.A. di Trento

D.G.P. n. 2253/2024, Requisiti strutturali e gestionali delle RSA

Puglia

Reg. Reg. n. 4/2019, Requisiti per autorizzazione e accreditamento RSA

Sardegna

D.G.R. n. 25/6/2006, Requisiti organizzativi delle RSA

D.G.R. n. 25/29/2010, Standard per autorizzazione ed esercizio

Toscana

Reg. n. 2/R/2018, Requisiti strutturali e organizzativi delle RSA

Reg. n. 86/R/2020, Aggiornamento standard

D.G.R.T. n. 1239/2021, Requisiti per accreditamento

Umbria

L.R. n. 10/2018, Sistema sociosanitario regionale

Reg. Reg. n. 2/2022, Requisiti delle RSA

Valle d'Aosta

D.G.R. n. 1913/2012, Requisiti strutturali minimi delle RSA

D.G.R. n. 249/2017, Aggiornamento requisiti strutturali e organizzativi

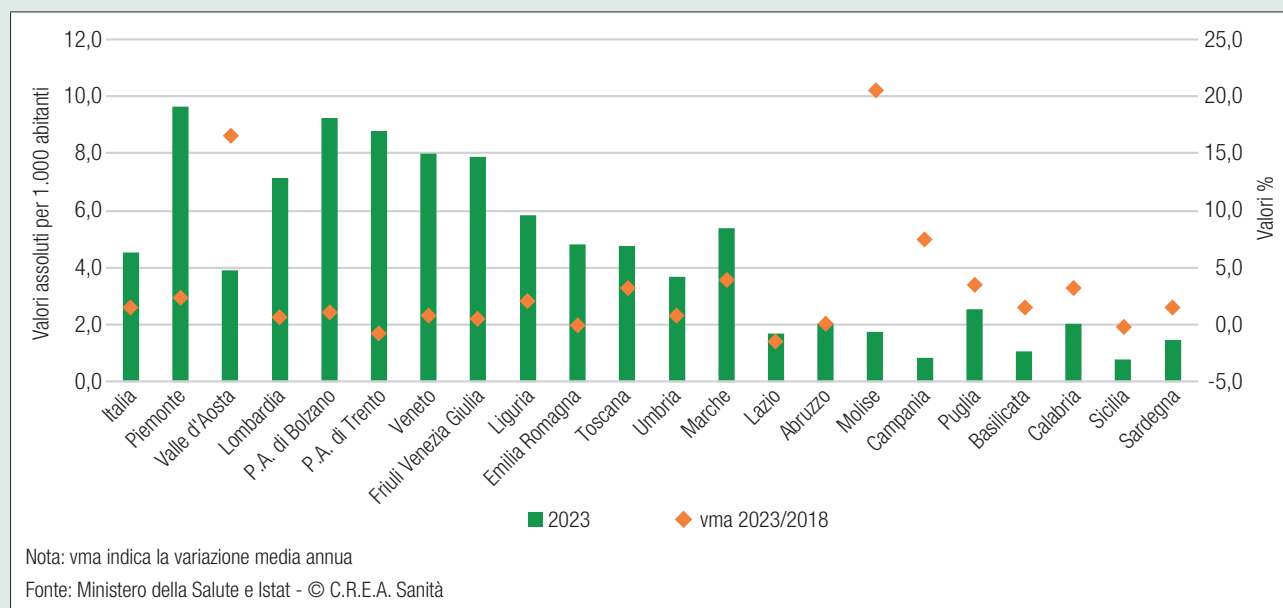
D.G.R. n. 841/2021, Requisiti gestionali e organizzativi

Veneto

D.G.R. n. 1103/2019, Requisiti strutturali delle RSA

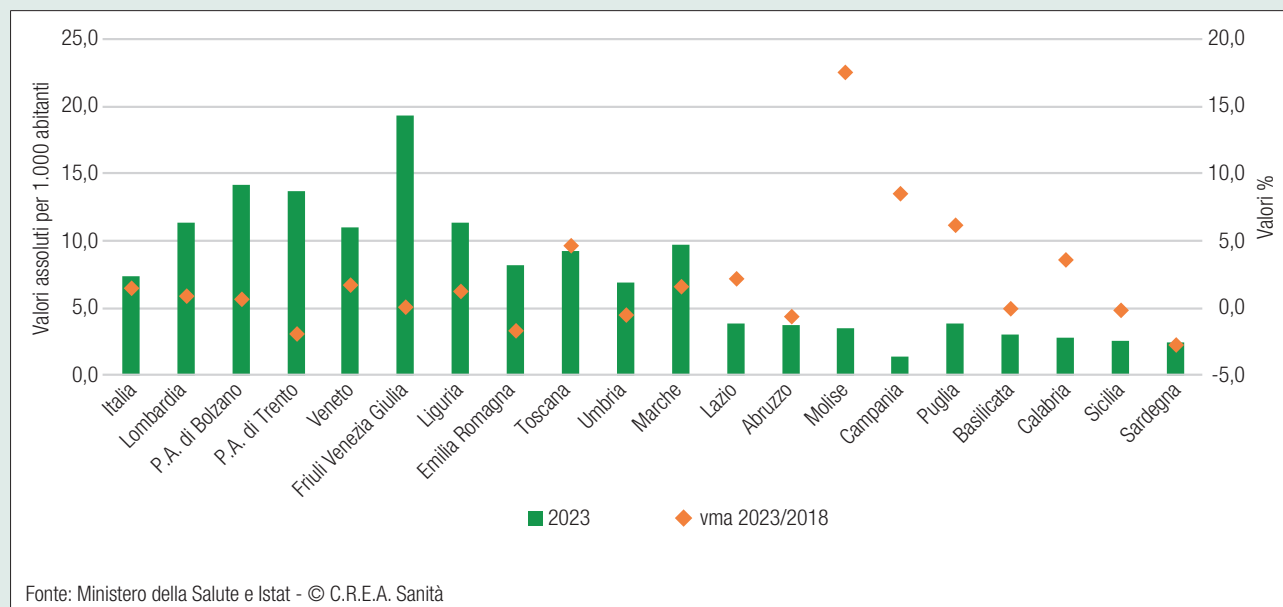
D.G.R. n. 1720/2022, Aggiornamento requisiti strutturali e organizzativi

KI 8.1. Posti letto per 1.000 abitanti nelle strutture residenziali



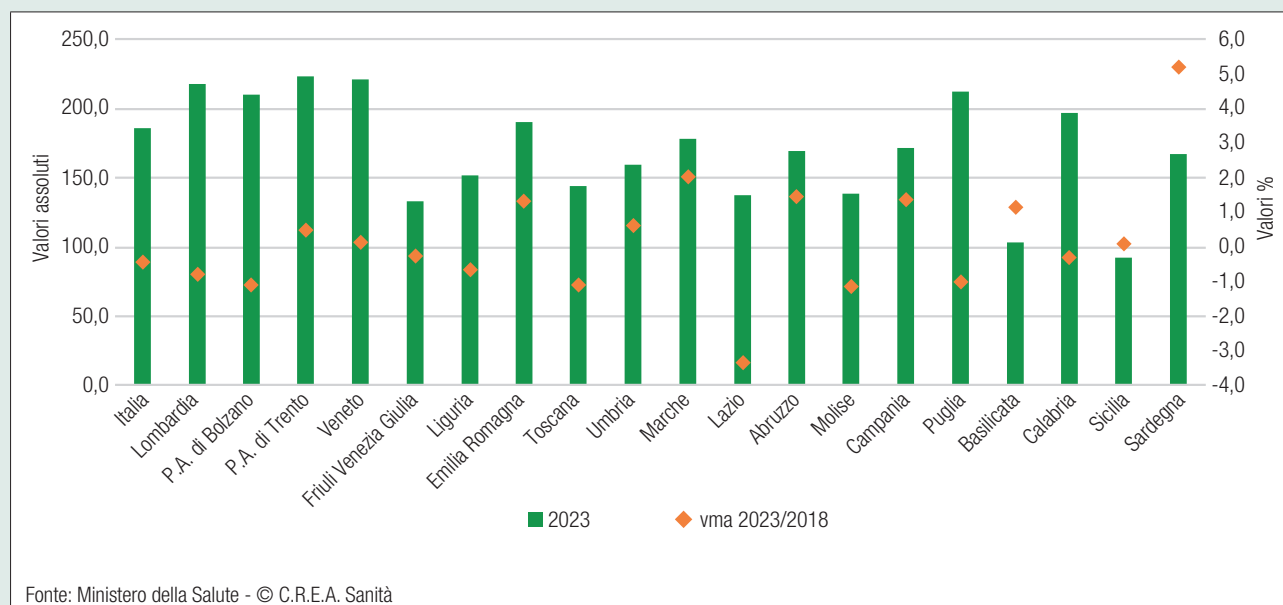
Nel 2023, in Italia, nelle residenze ci sono 4,5 posti letto ogni 1.000 residenti, in crescita dell'1,6% medio annuo nel quinquennio 2018-2023. La Regione con il numero più alto di posti letto per 1.000 abitanti è il Piemonte (9,6; +2,5% medio annuo) e quella con il numero minore la Sicilia (0,8; -0,1%), con un differenziale di 12,2 volte tra gli estremi della distribuzione. Il Molise ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+20,6% medio annuo), il Lazio il massimo decremento (-1,5% medio annuo).

KI 8.2. Ospiti delle residenze per 1.000 abitanti



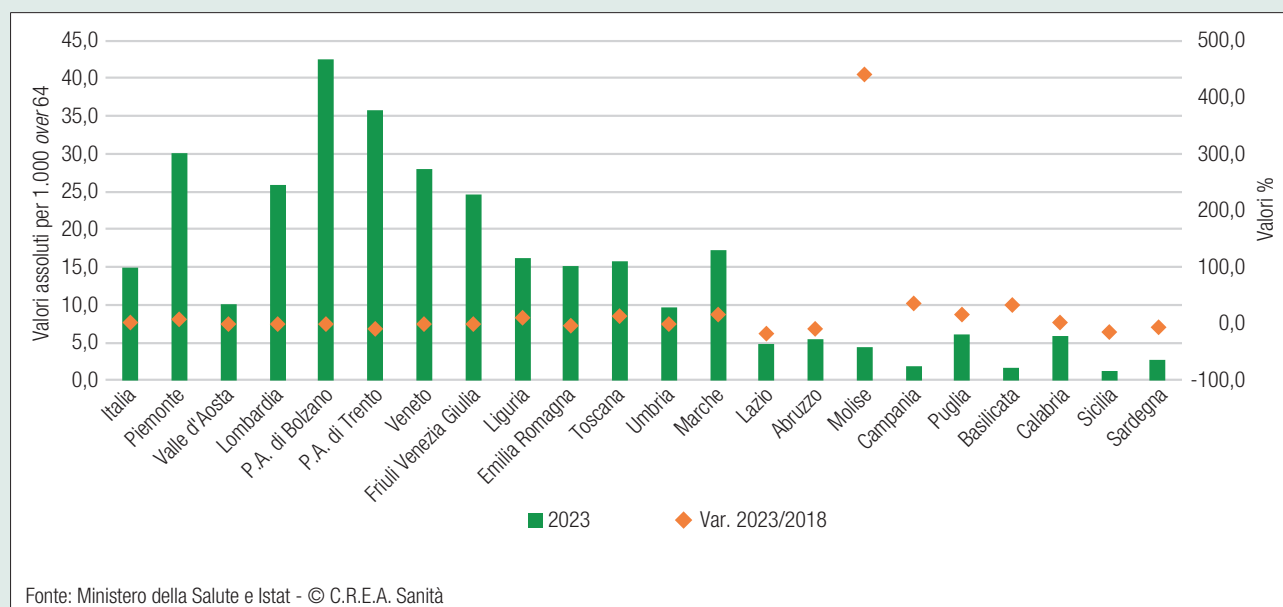
Nel 2023, in Italia, ogni 1.000 abitanti 7,3 erano ospiti in strutture residenziali, in aumento dell'1,5% medio annuo nel periodo 2018-2023. Il Friuli Venezia Giulia ha registrato il valore più elevato dell'indicatore (19,3 e stabile tra il 2018 e il 2023), la Campania quello minore (1,4, +8,5% medio annuo), con un differenziale tra gli estremi della distribuzione di 13,4 volte. Il Molise ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+17,6 % medio annuo), la Sardegna il massimo decremento (-2,7% medio annuo).

KI 8.3. Giornate per ospite delle residenze



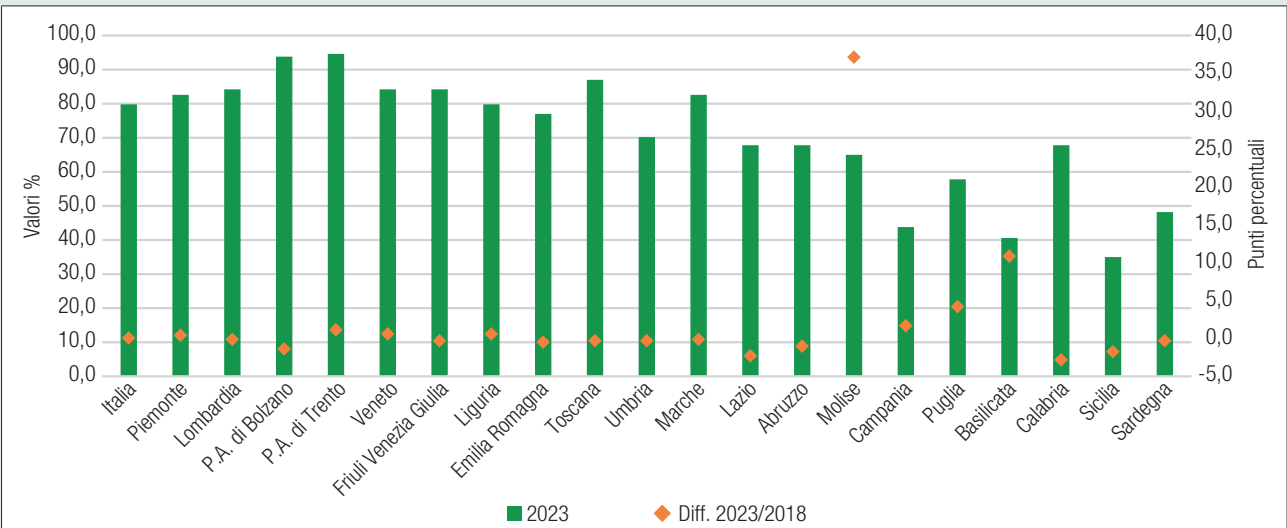
Nel 2023, in Italia, la degenza media per ospite di una residenza è stata di 186,0 giorni, in riduzione dello 0,4% medio annuo nel periodo 2018-2023. La P.A. di Trento registra il valore più elevato (223,6; +0,5% medio annuo nel quinquennio), la Sicilia quello minore (92,6; +0,1%), con un differenziale tra gli estremi della distribuzione di 2,4 volte. La Valle d'Aosta ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+13,9 % medio annuo), il Lazio il massimo decremento (-3,3% medio annuo).

KI 8.4. Posti letto anziani per 1.000 over 64



Nel 2023, in Italia, ogni 1.000 over 64 nelle strutture residenziali ci sono 15,0 posti letto dedicati agli over 64, numero in aumento nell'ultimo quinquennio dell'1,4%. La Regione con il numero maggiore di posti letto dedicato agli over 64 è la P.A. di Bolzano (42,5 ogni 1.000 over 64) e quella con il minore la Sicilia (1,2). Il Molise ha registrato il maggior incremento nel quinquennio (+441,2%), il Lazio il maggior decremento (-17,0%).

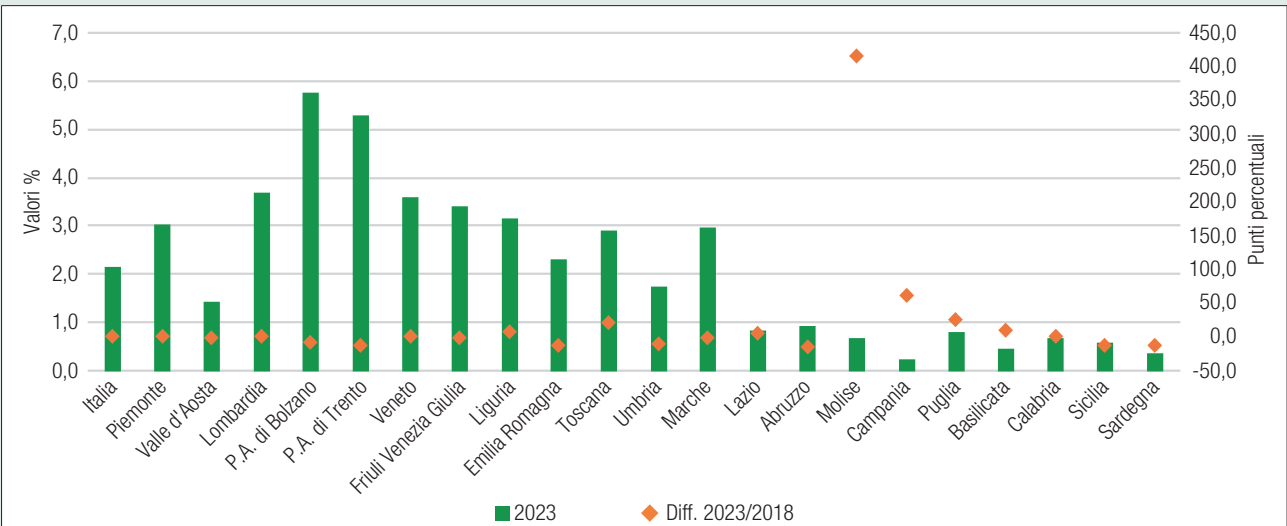
KI 8.5. Posti letto per over 64 su posti letto totali



Fonte: Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2023, in Italia, la quota di posti letto dedicati agli *over 64* è del 79,5%, tendenzialmente stabile rispetto al 2018. La Regione con la quota più alta è la P.A. di Trento (94,5%; +1,1 punti percentuali (p.p.) nel periodo considerato), quella con la quota minore la Sicilia (34,7%; -1,8 p.p.). L'incremento maggiore si è registrato in Molise (+36,9 p.p.), la maggiore riduzione in Calabria (-2,8 p.p.).

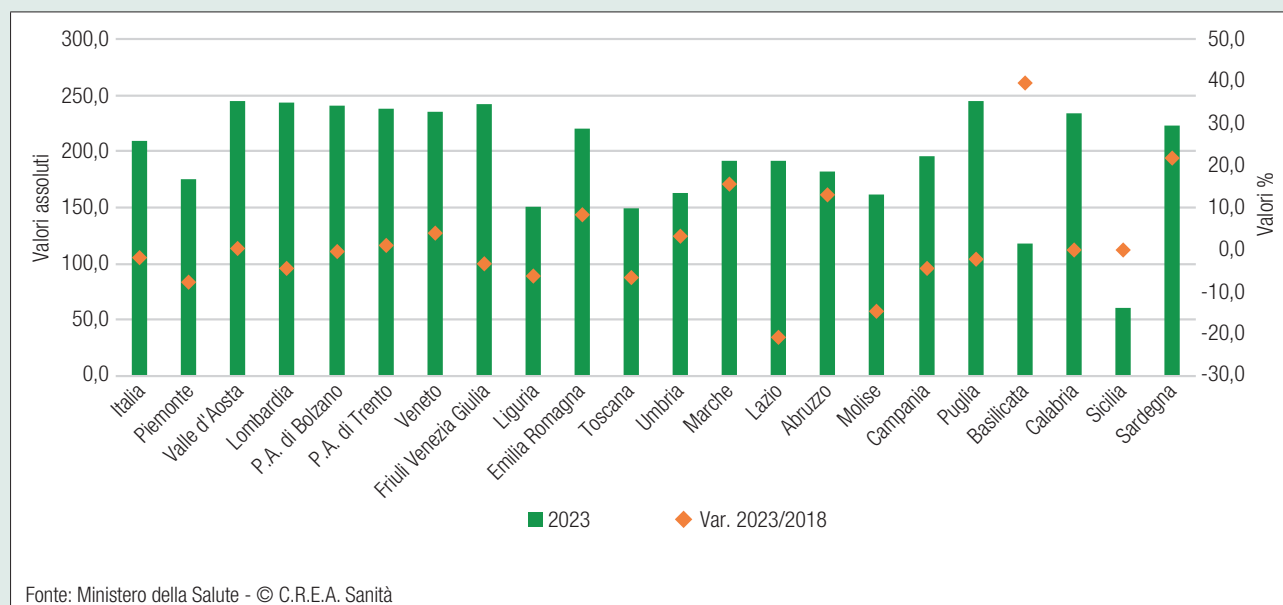
KI 8.6. Ospiti over 64 su popolazione over 64



Fonte: Ministero della Salute e Istat - © C.R.E.A. Sanità

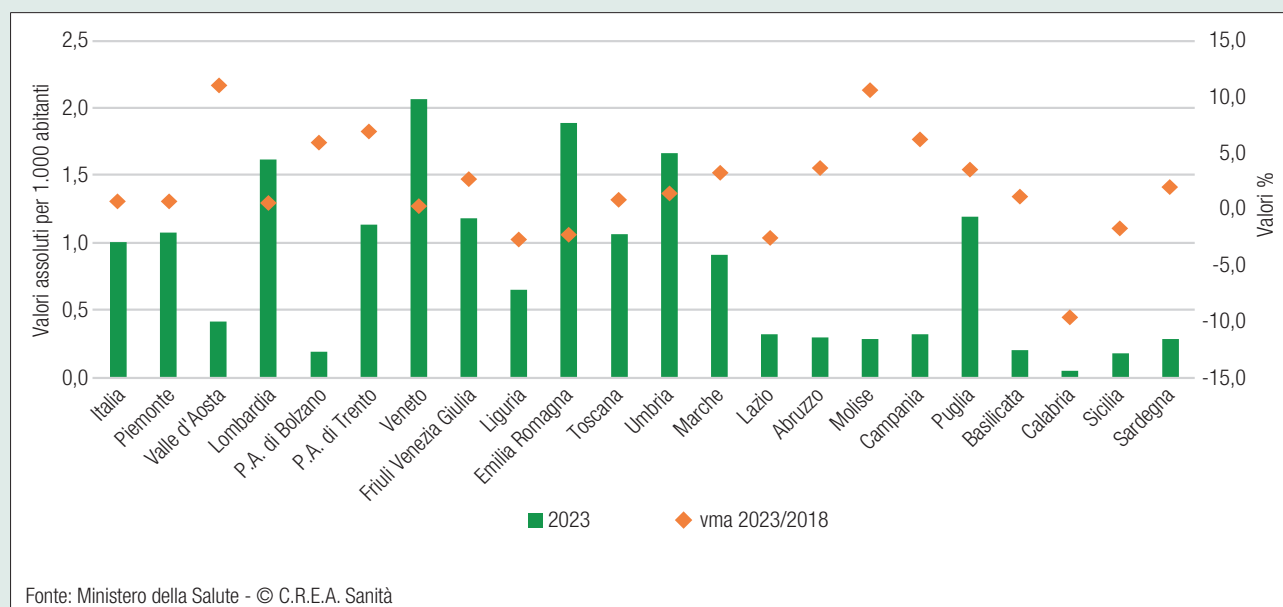
Nel 2023, in Italia, 2,1 *over 64* ogni 100 sono ospiti nelle residenze, in aumento di 1,1 p.p. nel periodo 2018-2023. La P.A. di Bolzano registra la quota più alta di *over 64* residenzializzati (5,8%), la Campania quella più bassa (0,3%). L'incremento maggiore si è registrato in Molise (+415,8 p.p.), la contrazione maggiore in Abruzzo (-13,4 p.p.).

KI 8.7. Giornate medie di degenza per over 64



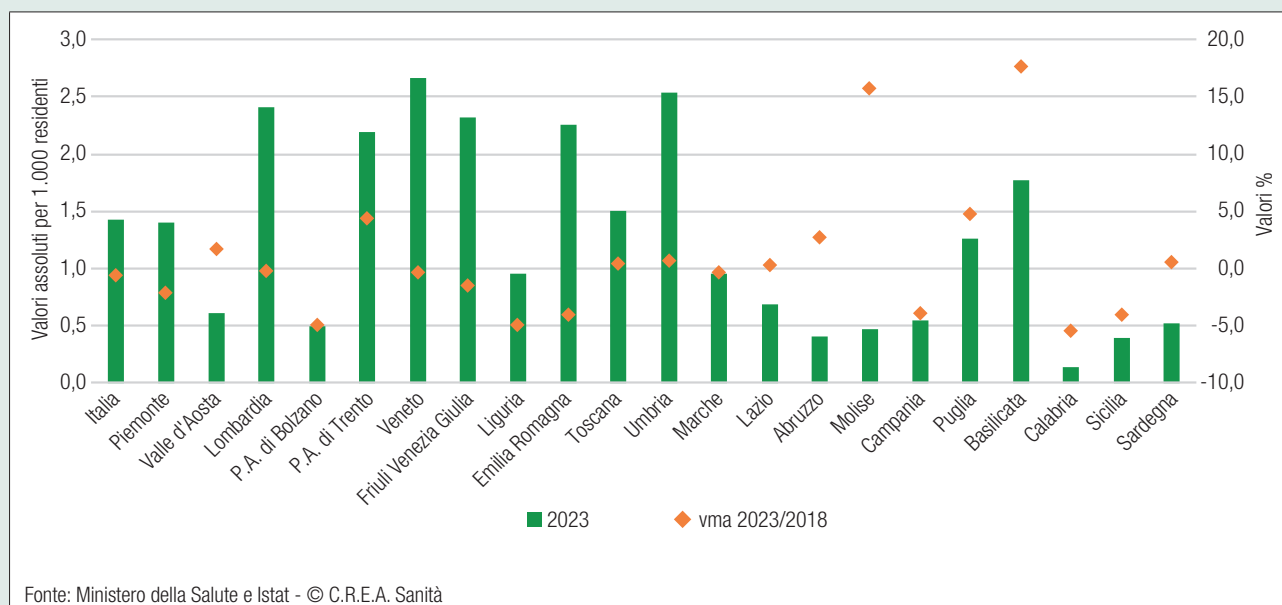
Nel 2023, in Italia, la degenza media per gli *over 64* è stata di 210 giornate, numero in riduzione dell'1,9% nel periodo 2018-2023. La Regione con la degenza media più alta è la Puglia (245,4 giornate), la Sicilia con quella più bassa (59,7 giornate). La Basilicata ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+39,5%), il Lazio il massimo decremento (-21,0%).

KI 8.8. Posti letto nelle strutture semiresidenziali per 1.000 abitanti



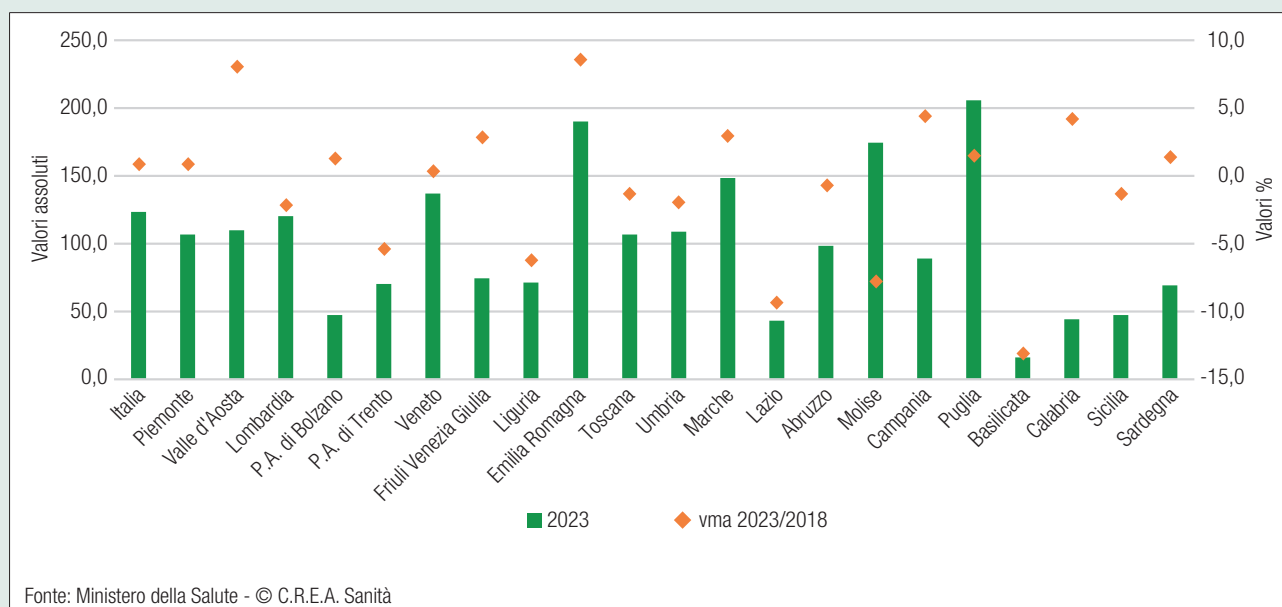
Nel 2023, in Italia, nelle strutture semiresidenziali c'è circa 1 posto letto ogni 1.000 residenti, in crescita dello 0,6% medio annuo nel quinquennio 2018-2023. La Regione con il numero più alto di posti letto per 1.000 abitanti è il Veneto (2,1; +0,3% medio annuo) e quella con il numero minore la Calabria (0,1; -9,7%), con un differenziale di 37,7 volte tra gli estremi della distribuzione. La Valle d'Aosta ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+11,0% medio annuo), la Calabria il massimo decremento.

KI 8.9 Ospiti delle strutture semiresidenziali per 1.000 abitanti



Nel 2023, in Italia, ogni 1.000 abitanti 1,4 erano ospiti in strutture semiresidenziali, in riduzione dello 0,6% medio annuo nel periodo 2018-2023. Il Veneto ha registrato il valore più elevato dell'indicatore (2,7; -0,3% medio annuo tra il 2018 e il 2023), la Calabria quello minore (0,1, -5,5% medio annuo), con un differenziale tra gli estremi della distribuzione di 19,8 volte. La Basilicata ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+17,6 % medio annuo), la citata Calabria il massimo decremento.

KI 8.10. Giornate per ospite delle semiresidenze



Nel 2023, in Italia, la degenza media per ospite di una struttura semiresidenziale è stata di 123 giorni, in aumento dello 0,8% medio annuo nel periodo 2018-2023. La Puglia registra il valore più elevato (206,3; +1,5% medio annuo nel quinquennio), la Basilicata quello minore (15,7; -13,2%), con un differenziale tra gli estremi della distribuzione di 13,1 volte. L'Emilia Romagna ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+8,6 % medio annuo), la citata Basilicata il massimo decremento.



Capitolo 9

Assistenza specialistica ambulatoriale

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 9

Assistenza specialistica ambulatoriale

d'Angela C.¹

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-ospedaliere (-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

¹ 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 (PAC², PACC³, MAC⁴, PRAC⁵) 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.

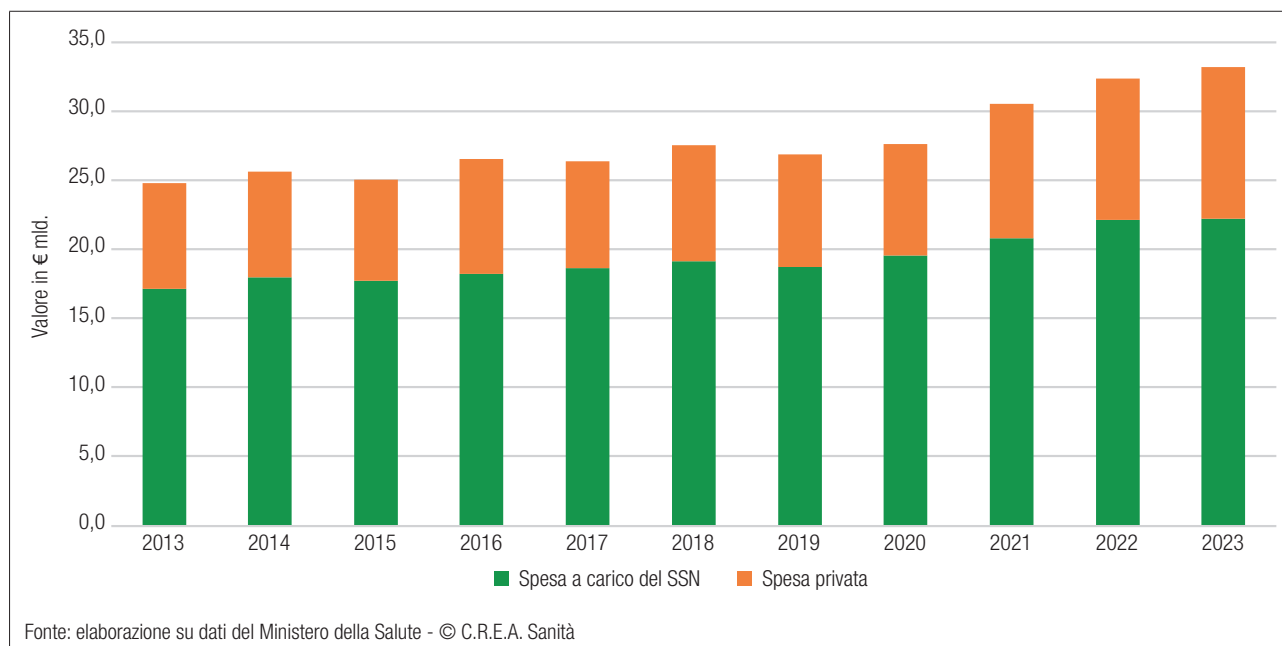
² Pacchetto Ambulatoriale Complesso

³ Percorso Ambulatoriale Coordinato e Complesso

⁴ Macro-attività Ambulatoriali Complesse

⁵ 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'onore 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 9

Assistenza specialistica ambulatoriale

d'Angela C.¹

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

In premessa va rimarcato che le informazioni statistiche disponibili risultano ancora carenti, sia in termini di tempestivo aggiornamento dei dati di attività, sia in tema di rapporto fra offerta e bisogni della popolazione; altresì rimangono carenti le informazioni necessarie per stimare gli oneri complessivi 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 prima l'offerta, con un focus sul livello di aggregazione dell'offerta nelle diverse branche. A seguire analizza la domanda di prestazioni, espressa in termini di prestazioni pro-capite erogate dal SSN; si fornisce, altresì, qualche spunto di riflessione sull'andamento del processo di riassetto dei volumi di attività dopo la riduzione registratasi con la pandemia da Covid-19.

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

Infine, si è analizzata la dinamica dei costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie pubbliche, per tipologia

di attività e ambito di erogazione (ospedaliera, distrettuale e da Strutture private accreditate).

9.1. Le Strutture ambulatoriali

Nel 2023 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati), a livello nazionale si contano 9.121 Strutture ambulatoriali (compresi i laboratori di analisi) nel SSN, in diminuzione dell'1,0% nel decennio 2013-2023.

La dinamica a livello regionale (Figura 9.1.) è fortemente variabile: il massimo incremento del numero di Strutture si è registrato in Valle d'Aosta (+28,6%), e la maggiore riduzione in Liguria (-18,1%).

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-ospedaliere (-0,6 p.p.).

La quota di Strutture private (Figura 9.2.) è fortemente variabile: in Molise, Campania e Sicilia supera il 78% (rispettivamente il 78,3%, l'82,8% e il 77,1%), mentre in Piemonte, Liguria e Umbria si ferma rispettivamente al 21,4%, 20,8% e 23,6%.

Basilicata, Abruzzo e Puglia, sono le Regioni che hanno visto ridursi maggiormente la quota di Strutture private nel decennio 2013-2023: rispettivamente di -9,1 p.p., -16,4 p.p. e -7,4 p.p.; di contro la quota è aumentata maggiormente nella P.A. di Bolzano (+22,6 p.p.) e nelle Marche (+11, p.p.).

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Figura 9.1. Variazione (2013/2023) del numero di Strutture ambulatoriali

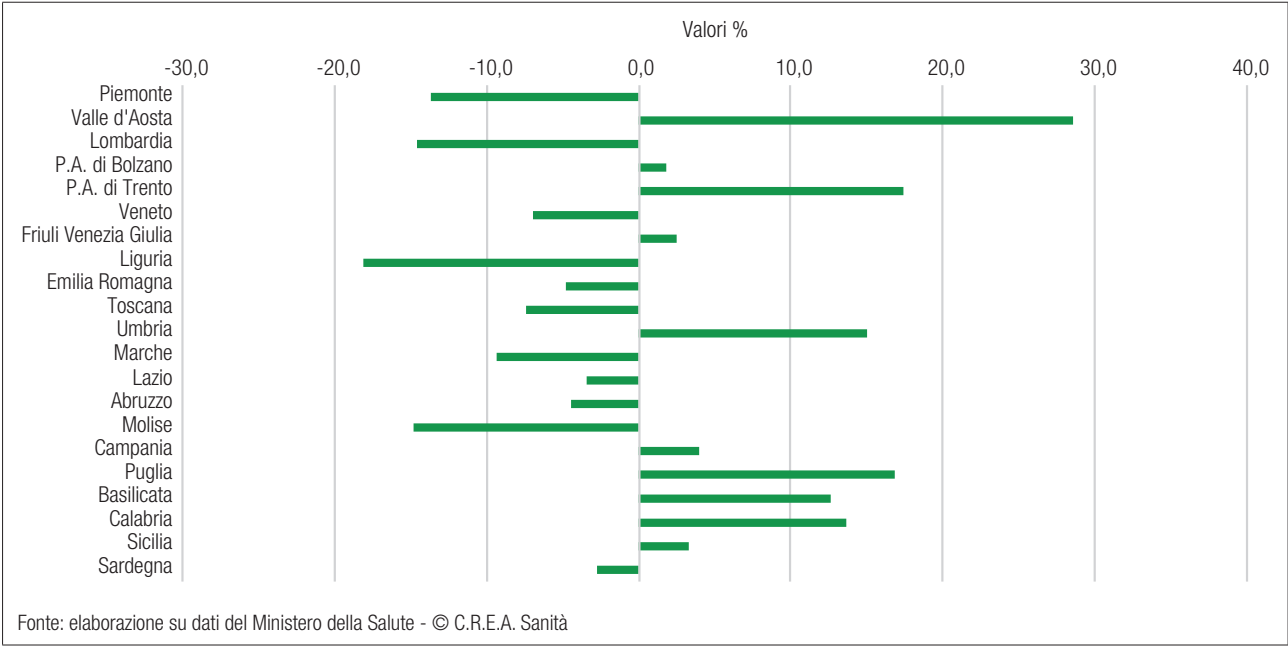
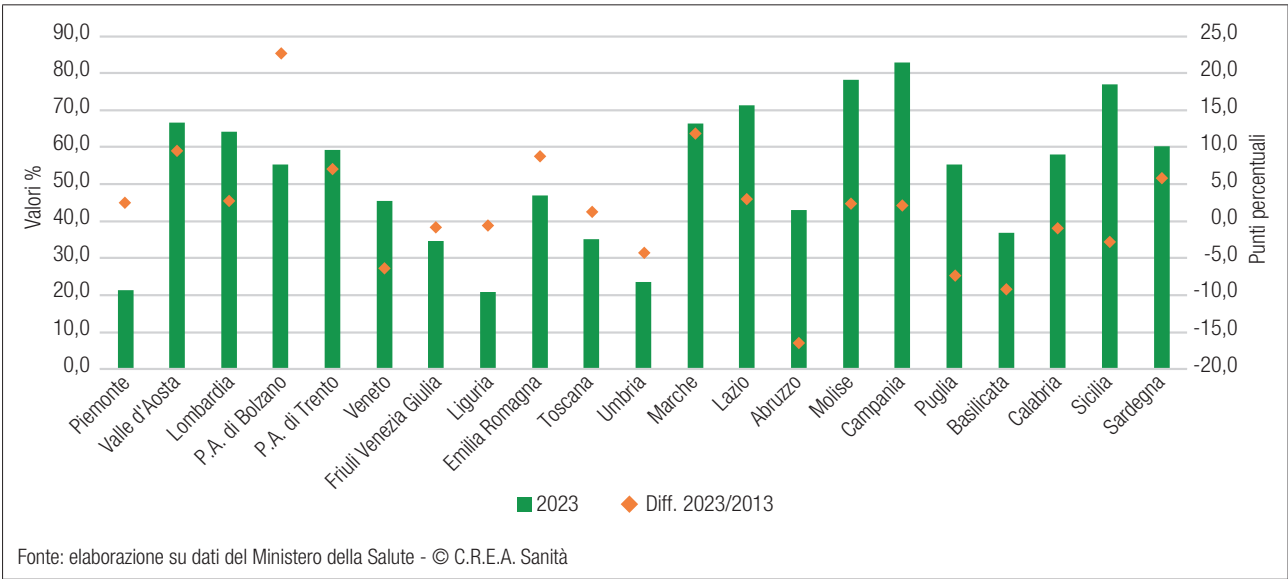


Figura 9.2. Quota di Strutture ambulatoriali private accreditate

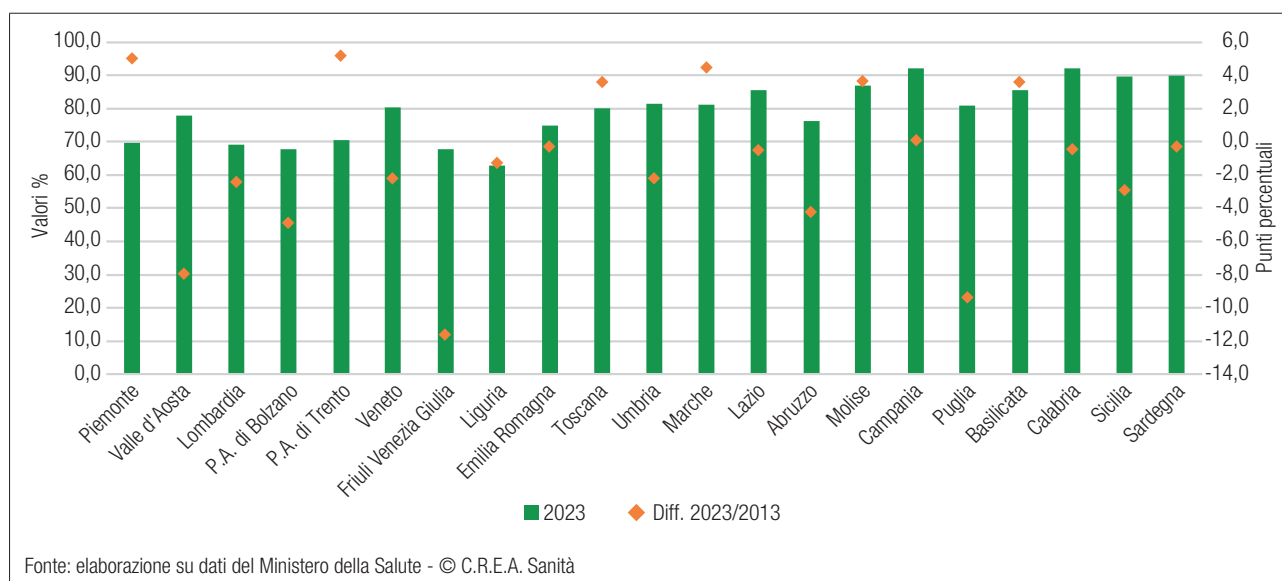


Anche la quota di Strutture ambulatoriali classificate come extra-ospedaliere (Figura 9.3.) è variabile, con valori compresi fra il 60% (in Liguria si attesta al 62,8%) e il 90%: quest'ultimo valore è superato in Campania e Calabria (rispettivamente 92,1% e

92,0%).

Il Friuli Venezia Giulia è la Regione che ha visto ridursi maggiormente (-11,6 p.p.) la quota di Strutture extra-ospedaliere, mentre la P.A. di Trento ha riportato il massimo aumento (+5,2 p.p.).

Figura 9.3. Quota di Strutture ambulatoriali del SSN extra-ospedaliero



L'eterogeneità che si registra a livello regionale in termini di numerosità e composizione dell'offerta per natura dell'ambulatorio, sebbene carente dell'informazione sul dimensionamento delle Strutture, è indicativa dell'assenza di una strategia condivisa di accreditamento tra le diverse realtà. Peraltro, i provvedimenti normativi di recente adozione (D.M. n. 77/2021 e Missione 6 PNRR) riportano *standard* di numerosità di Strutture (Case di Comunità, Ospedali di Comunità ecc.) in rapporto alla popolazione, ma non si esprimono sulla numerosità e dimensionamento degli ambulatori.

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 concerne 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.

A livello di ripartizione geografica si osserva un

importante variabilità: il numero medio di prestazioni nel Nord risulta quasi doppio (598.981) rispetto a quello registrato nel Sud e Isole (180.529).

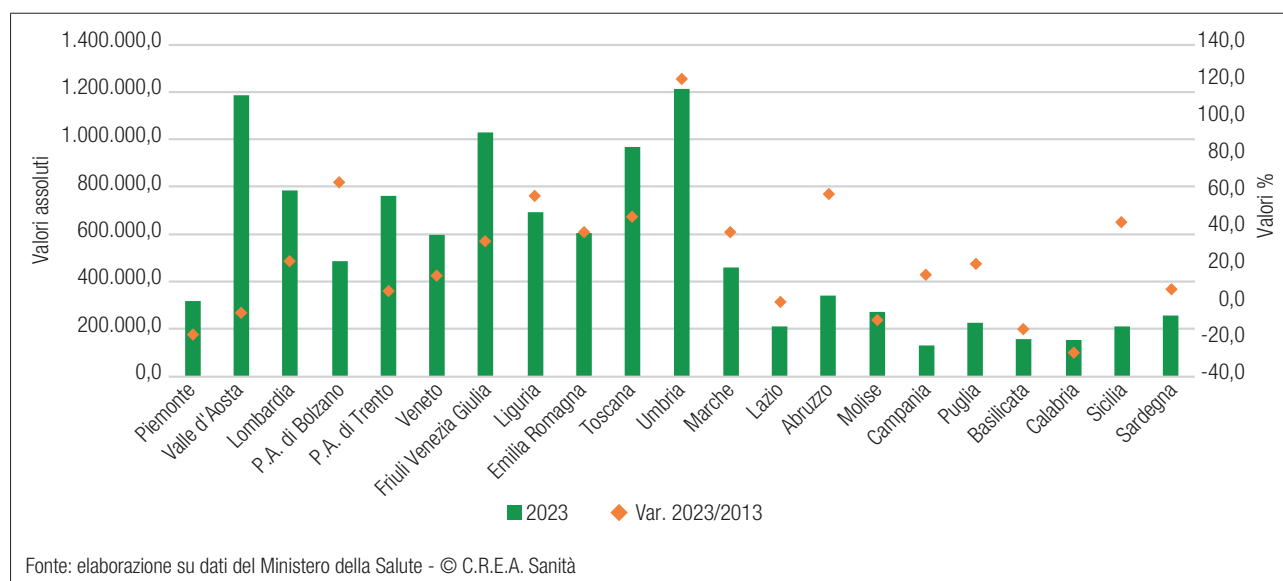
Anche la variabilità a livello regionale è molto marcata (Figura 9.4.): superano il milione di analisi per laboratorio l'Umbria, la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia (rispettivamente 1,2, 1,2, 1,0 mln.), mentre non raggiungono le 200.000 la Campania, la Basilicata e la Calabria (rispettivamente 128.968, 157.815, 153.489).

Nel decennio considerato, Marche, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia, con il valore massimo in Umbria (121,2%), hanno visto aumentare il numero medio di analisi erogate per Struttura; risultano in controtendenza Piemonte, Basilicata, Molise e Valle d'Aosta, con il massimo aumento della frammentazione registrato in Calabria (-27,0%).

Per quanto concerne 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 del 50% circa maggiore rispetto al Sud e Isole (12.441).

Figura 9.4. Numero medio di esami erogati per laboratorio



Analogamente, a livello regionale si conferma una marcata variabilità (Figura 9.5.): superano le 30.000 prestazioni per ambulatorio la P.A. di Bolzano (36.679), la Valle d'Aosta (37.425), le Marche (36.052), la Toscana (30.836) e la P.A. di Trento (30.870); rimangono sotto le 10.000 prestazioni per Struttura la Calabria (9.420) e la Sicilia (9.739).

Il processo di "aggregazione" più rilevante si registra nelle Marche (+40,5%), seguita dalla Toscana (+26,2%); in controtendenza, varie Regioni vedono un aumento della frammentazione dell'offerta: in Calabria e Liguria il numero medio di prestazioni per Struttura, nell'ultimo decennio, è calato di oltre il -30%: rispettivamente del -33,8% e del -32,8%.

Figura 9.5. Numero medio di prestazioni di diagnostica per ambulatorio

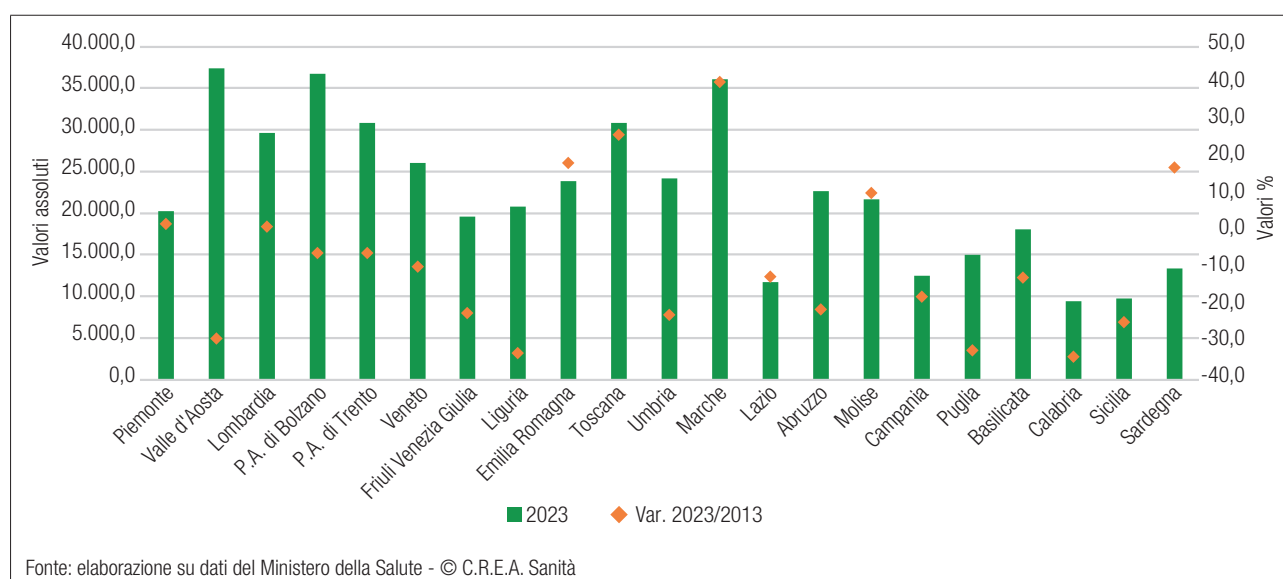
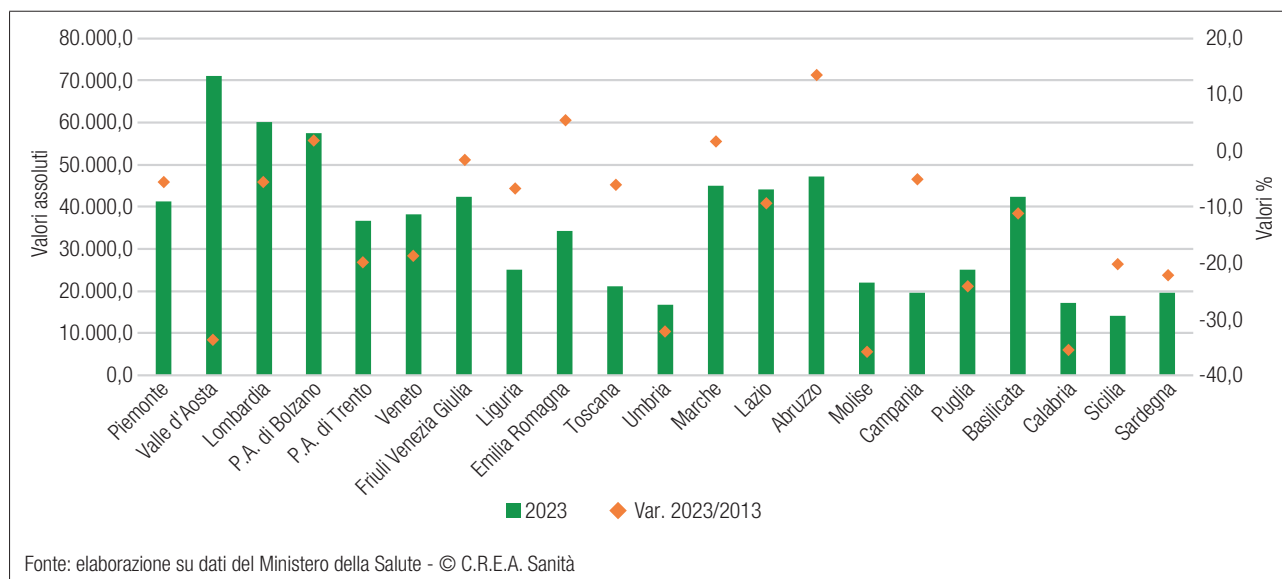


Figura 9.6. Numero medio di prestazioni di clinica per ambulatorio

Per quanto concerne le prestazioni cliniche (visite), a livello nazionale si erogano in media 29.941 prestazioni per Struttura, valore in diminuzione del -13,5% nel decennio 2013-2023.

Nel Nord-Ovest il numero medio di prestazioni per Struttura risulta massimo e pari a 47.151, mentre nelle Isole è pari a 15.120 (circa un terzo).

La variabilità a livello regionale è molto marcata (Figura 9.6.): superano le 50.000 visite per Struttura la Valle d'Aosta (70.978) e la Lombardia (60.165); all'altro "estremo", si osserva che in Sicilia le visite per Struttura sono 14.023.

Solo l'Abruzzo, nel periodo considerato, registra un aumento del numero medio di visite specialistiche per Struttura (+13,4%); riduzioni superiori al 30% di tale numero si registrano in Molise (-35,8%) e in Calabria (-35,4%).

9.2. Le prestazioni erogate

Il paragrafo analizza i dati sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate per branca, confrontando i volumi del 2023 con quelli del 2019 (ultimo anno pre-pandemico).

Sono disponibili due distinte fonti informative: quella del flusso "Tessera Sanitaria", reso disponi-

bile da Agenas, e quella registrata nell'Annuario del Ministero della Salute, che comprende anche le prestazioni effettuate a pazienti ricoverati.

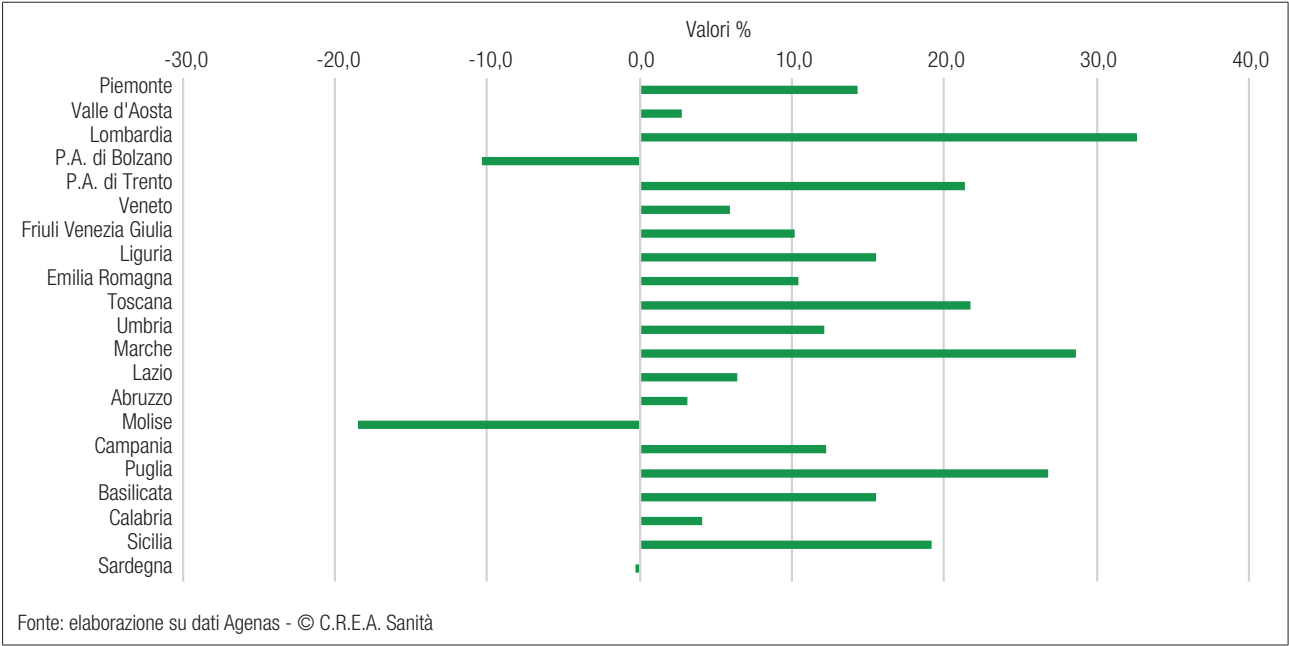
I dati pubblicati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) arrivano al primo semestre 2023: di conseguenza si è proceduto alla stima del valore annuo atteso, ipotizzando la stessa distribuzione tra primo e secondo semestre riscontrata nel 2022.

In base a tale ricostruzione, secondo i dati Agenas, nel 2023 risulterebbero erogati dal SSN 607 mln. di esami di laboratorio, mentre nell'Annuario del Ministero della Salute ne risultano 1,1 mld. (incluse però quelle effettuate ai pazienti ricoverati); le prestazioni di diagnostica risultano 67 mln. sui flussi "Tessera Sanitaria" vs i 55,6 mln. dell'Annuario del Ministero; infine, le prestazioni cliniche (ivi comprese le visite) a 131 mln., contro i 186,4 mln. dell'Annuario.

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.

Di contro tutte le altre branche rimangono ancora sotto i livelli del 2019: la diagnostica del -3,2%, le visite del -8,9%, le prestazioni terapeutiche del -5,9% e quelle riabilitative del -10,4%.

Figura 9.7. Differenziali regionali nelle analisi di laboratorio 2023/2019



Nello specifico, con riguardo alle analisi di laboratorio (Figura 9.7.), osserviamo che rimangono ancora al di sotto del livello del 2019 tre Regioni, Sardegna, P.A. di Bolzano e Molise, con quest'ultima che registra il maggior differenziale rispetto alla

situazione pre-pandemica (-18,6%); nel complesso, sei Regioni in più rispetto all'anno precedente hanno superato il livello pre-pandemico, con la Lombardia che registra il massimo incremento (+32,7%).

Figura 9.8. Analisi di laboratorio pro-capite. Livelli 2019 vs 2023

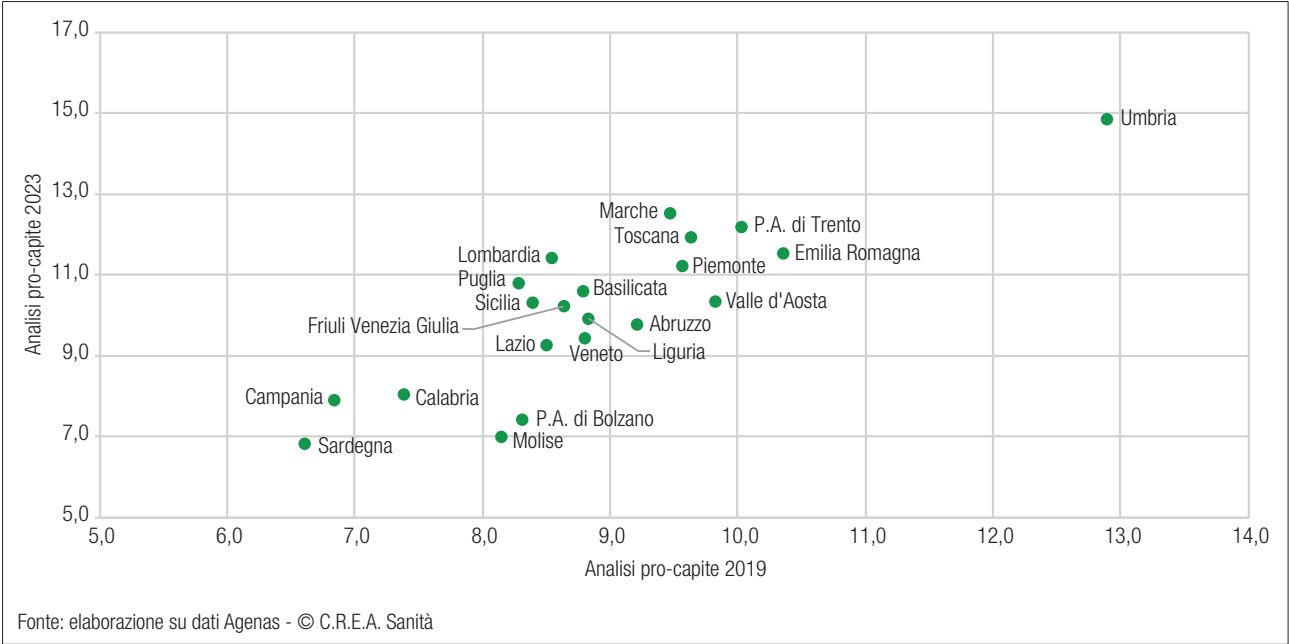
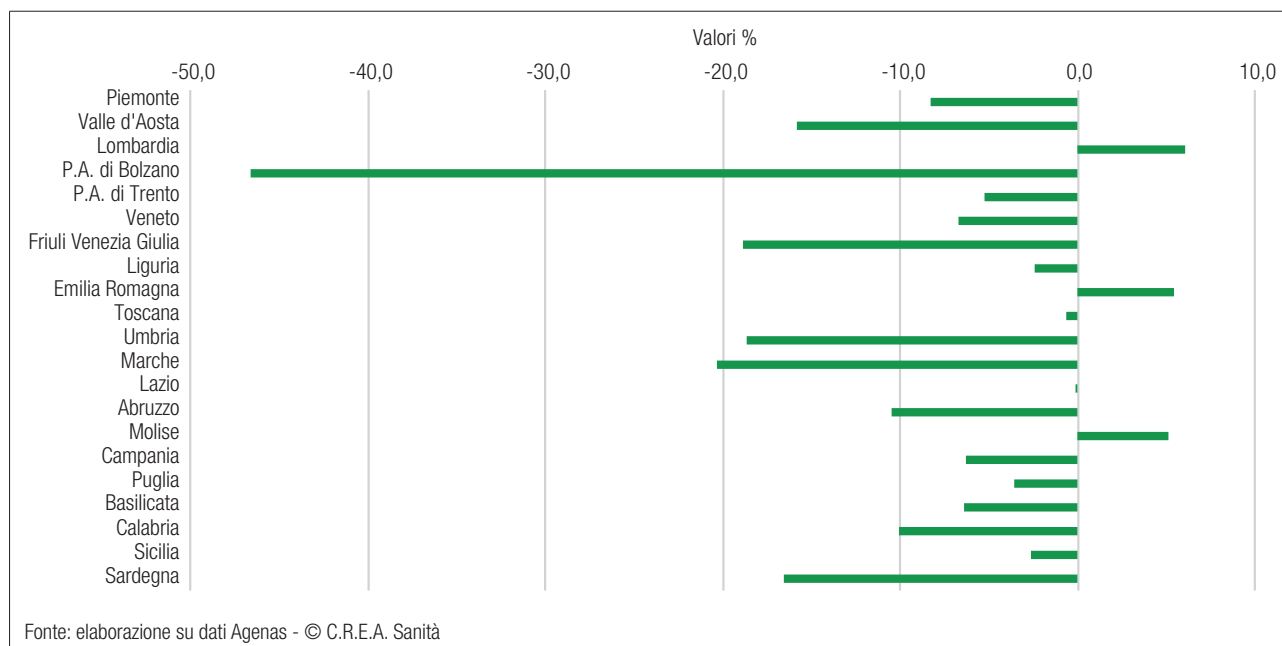


Figura 9.9. Differenziali regionali nelle prestazioni di diagnostica 2023/2019



Mettendo in relazione i livelli di erogazione pro-capite delle analisi di laboratorio del 2023, con il livello pro-capite delle stesse nel 2019, emerge una chiara correlazione positiva, con un valore anomalo relativo alle Marche che aumentano significativamente le prestazioni pro-capite erogate.

Sembra quindi confermarsi la tendenza ad una regressione dei volumi di erogazione sui livelli pre-pandemici.

Sembra anche aumentare la variabilità regionale (Figura 9.8.): ad esempio, il *range* per le analisi si allarga, con un rapporto fra le Regione che erogano il livello massimo e minimo di prestazioni pro-capite, che passa da 2,0 volte a 2,5 volte.

Per la diagnostica (Figura 9.9.), 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.

Nel 2022, solo l'Emilia Romagna aveva superato (+2,0%) i livelli del 2019, ma è stata "raggiunta" nel 2023 da Lombardia e Molise (+6,1%, +5,4% e +5,1%).

All'altro estremo la P.A. di Bolzano rimane al di sotto (-46,6%) seguita da Marche (-20,3%) e Friuli Venezia Giulia (-18,9%).

Anche per quanto concerne le prestazioni di diagnostica la correlazione positiva tra i livelli del 2023 e quelli del 2019 è evidente (Figura 9.10.), con l'eccezione del valore della P.A. di Bolzano che appare disallineata rispetto al *trend* di "recupero" osservato nelle altre Regioni.

Anche per la diagnostica la differenza fra i valori regionali estremi si allarga, passando da 2,0 volte a 2,2.

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%).

Ad eccezione della Toscana, (Figura 9.11.) nessuna Regione ha ancora raggiunto i livelli del 2019, sebbene il divario si stia riducendo.

Il differenziale risulta negativo con valori massimi nella P.A. di Bolzano (-43,0%) seguita da Sardegna (-33,1%), Basilicata (-30,0%) e Valle d'Aosta (-29,9%).

Figura 9.10. Prestazioni di diagnostica. Relazione gap 2023 vs livello 2019

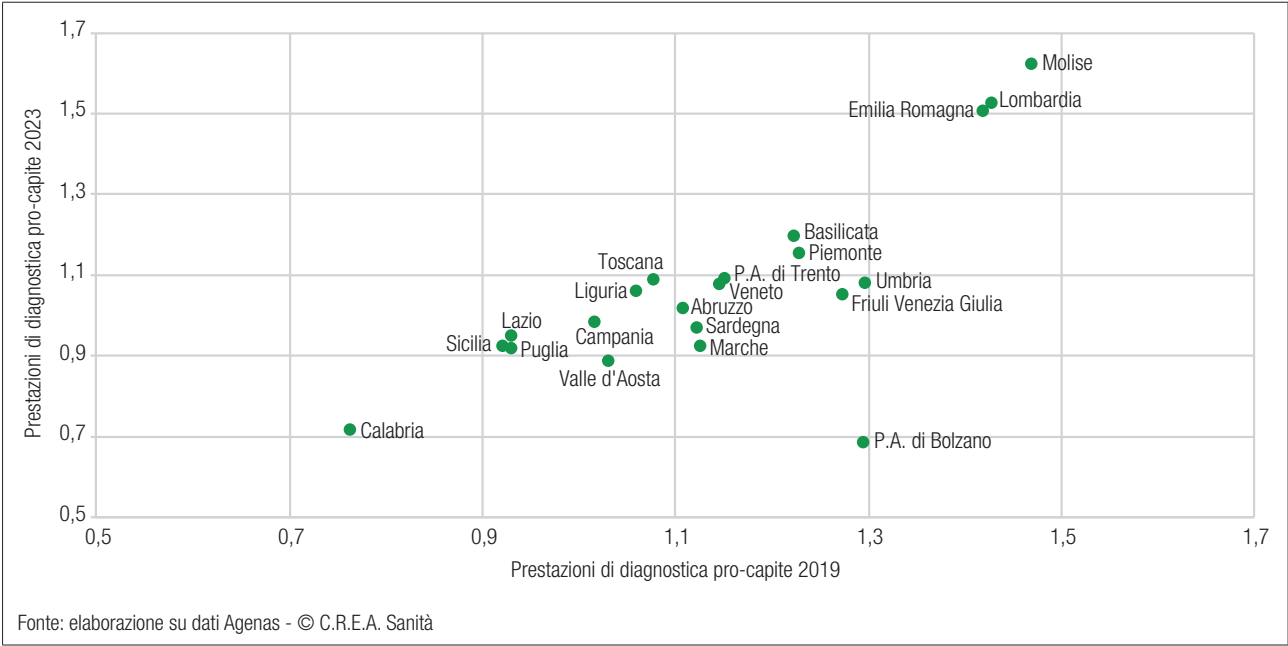
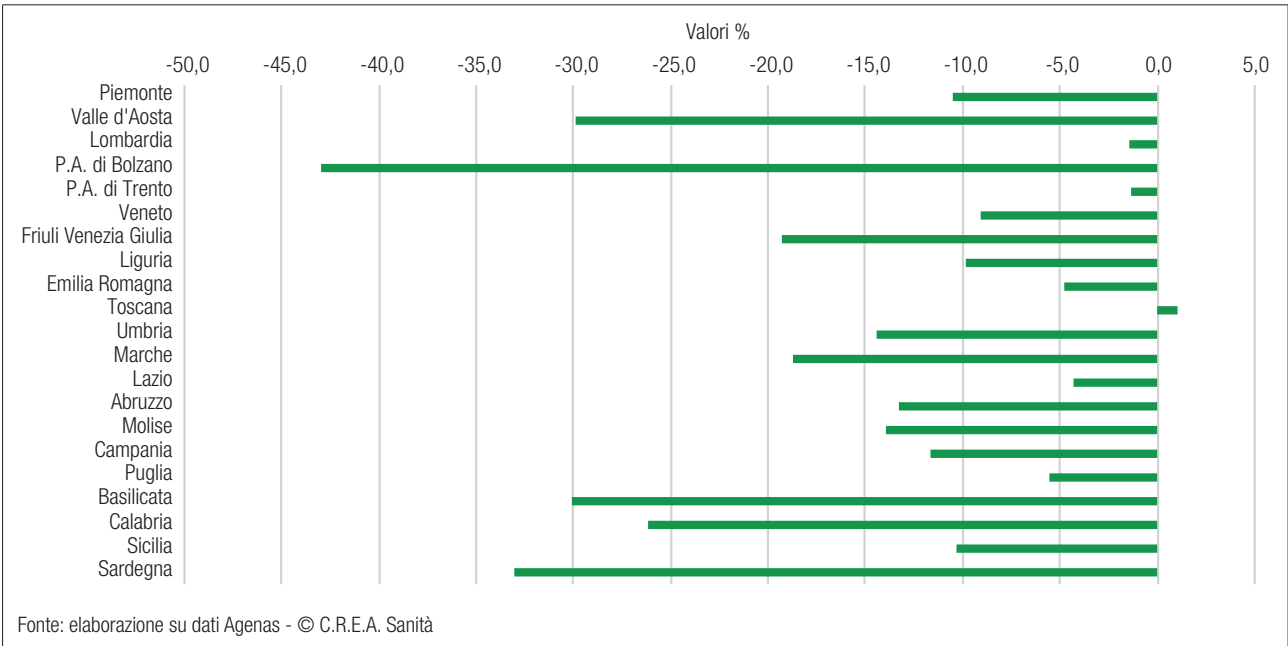


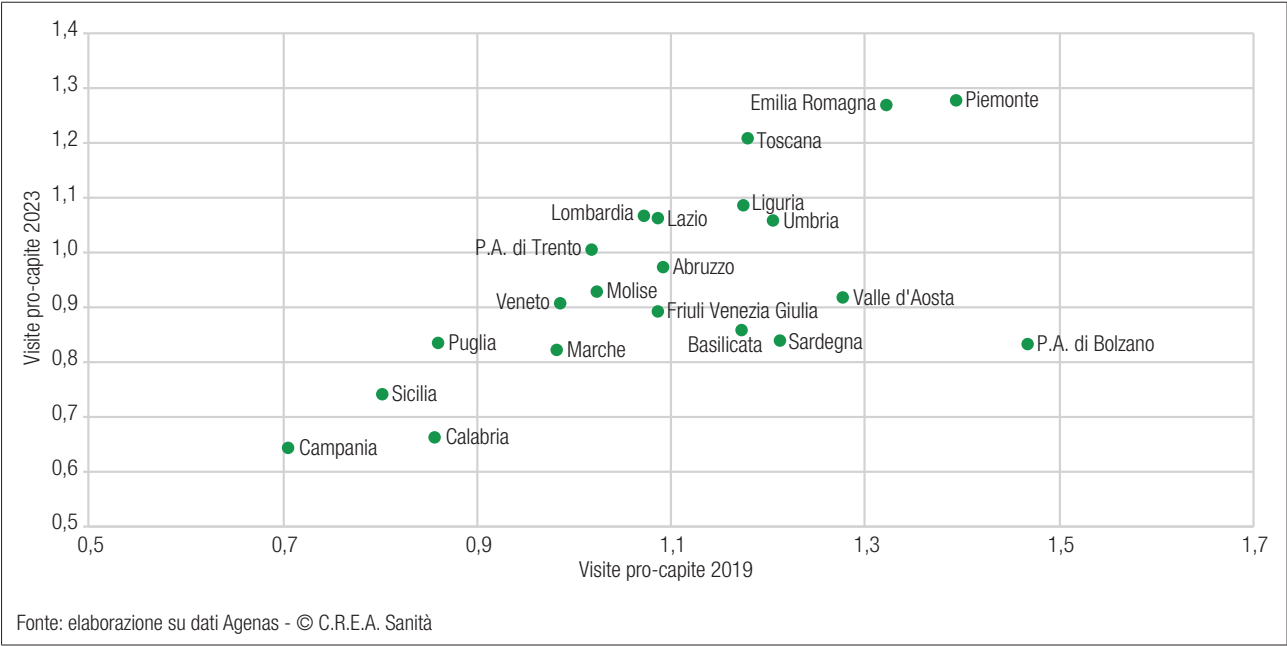
Figura 9.11. Differenziali regionali nelle prestazioni cliniche 2023/2019



La Figura 9.12. conferma che per le visite c'è una correlazione tra i livelli attuali e quelli del 2019, con la parziale eccezione di P.A. di Bolzano, Sardegna, Valle d'Aosta e Basilicata che registrano valori pro-capi-

te "disallineati" rispetto al *trend* delle altre Regioni. In questo caso però non si è registrata una variazione del *range* dei valori di erogazione pro-capite tra il 2019 e il 2023, che rimane pari a circa 2 volte.

Figura 9.12. Visite. Relazione gap 2023 vs livello 2019



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.

Nel 2023, hanno superato i livelli del 2019 (Figura 9.13.) Umbria (+18,2%), Abruzzo (+10,2%), Piemon-

te (+5,6%), Liguria (+2,7%) e Toscana (+2,2%).

I differenziali risulta fortemente negativo in Basilicata (-54,2%), P.A. di Trento (-49,2%), P.A. di Bolzano (-29,6%) e Molise (-30,6%).

Figura 9.13. Differenziali regionali prestazioni terapeutiche 2023/2019

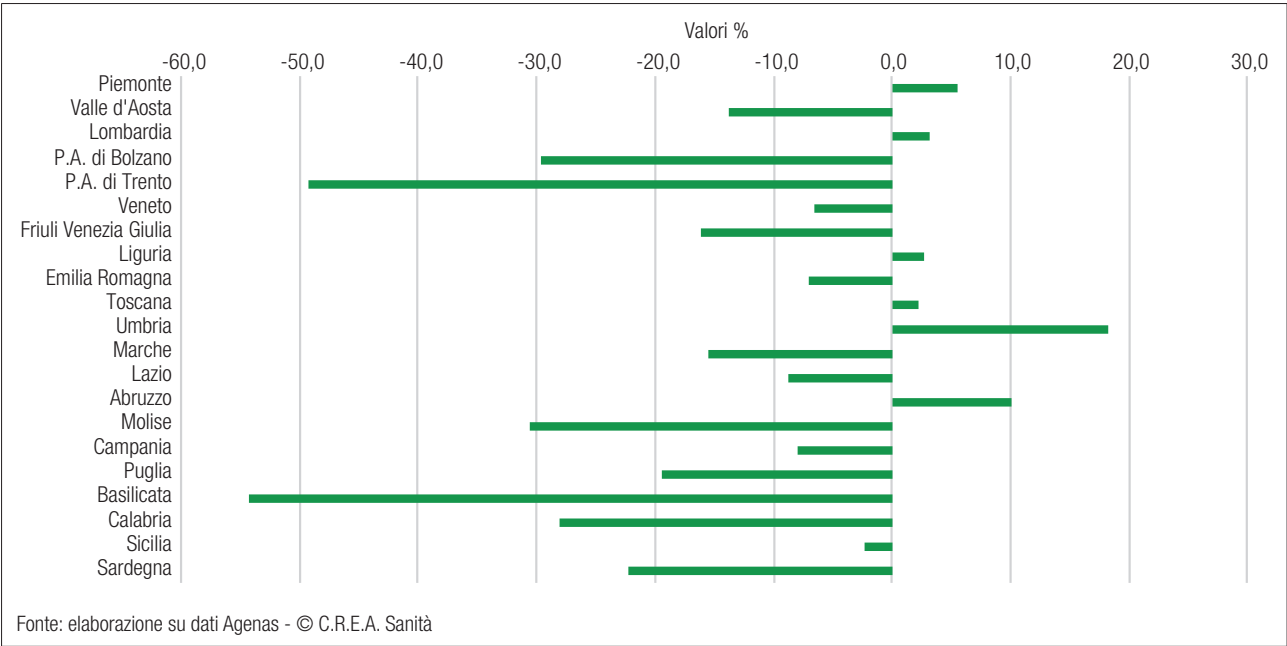


Figura 9.14. Differenziali regionali per le prestazioni riabilitative 2023/2019

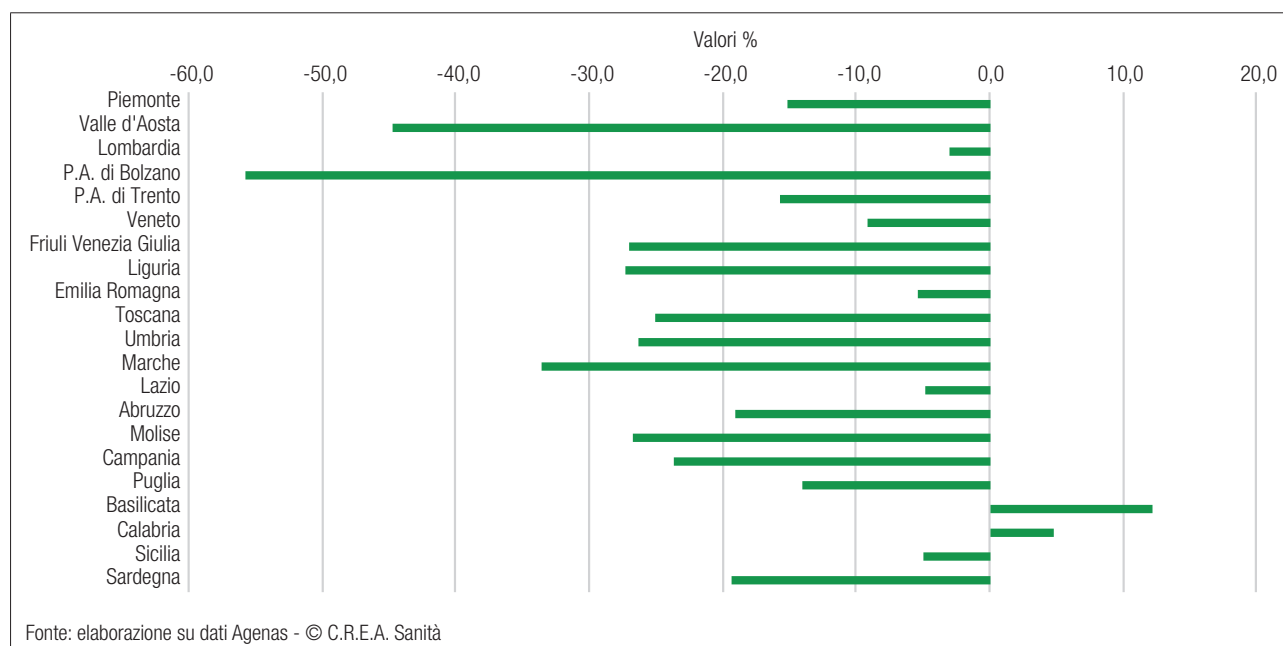
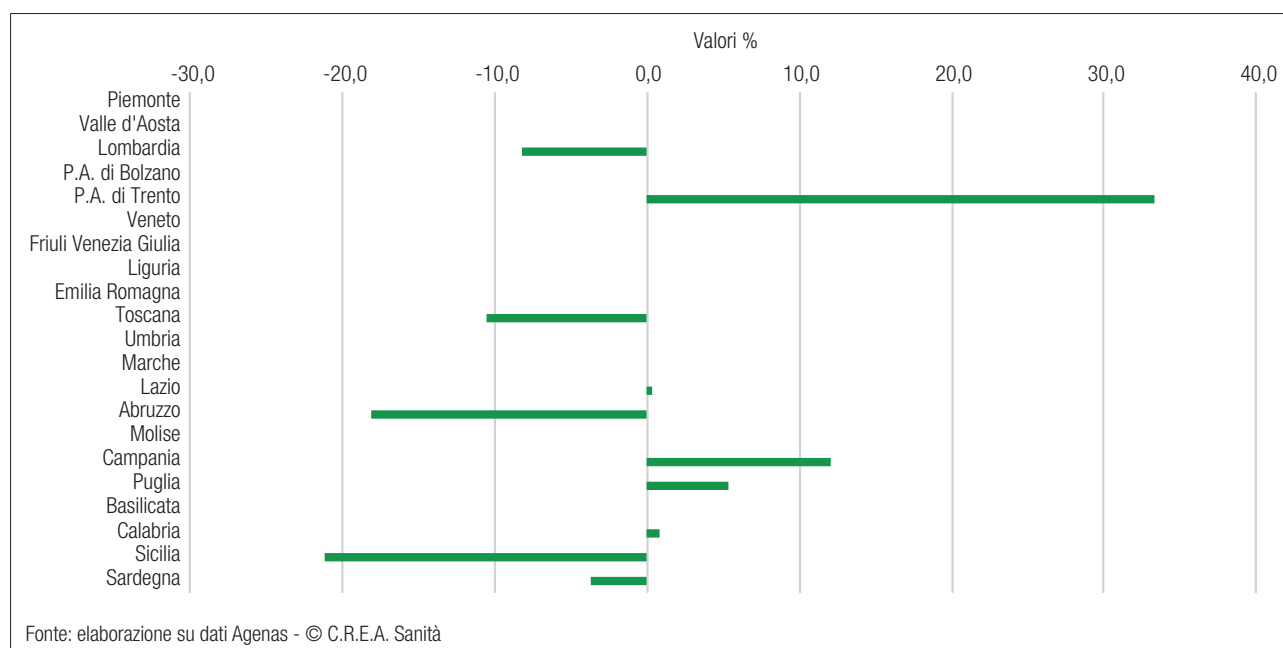


Figura 9.15. Differenziali regionali nei “pacchetti di prestazioni specialistiche” attivati 2023/2019



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

Nel 2023, hanno superato i livelli pre-pandemici (Figura 9.14.) la Basilicata (+12,2%) e la Calabria (+4,8%) (la Basilicata già nell'anno precedente);

hanno registrato una riduzione del differenziale rispetto all'anno precedente, anche Lombardia, Emilia Romagna e Lazio.

Il maggiore differenziale negativo si osserva nella P.A. di Bolzano (-55,7%), seguita dalla Valle d'Aosta (-44,7%).

Infine, va considerato che aumentano (+8,0%) i pacchetti di prestazioni (PAC², PACC³, MAC⁴, PRAC⁵), promossi in un numero sempre maggiore di Regioni.

Il numero di PAC (Figura 9.15.) nel 2023 ha superato i livelli pre-pandemici in Puglia, Lazio, Calabria, P.A. di Trento e Campania; mentre permane il un differenziale negativo in Abruzzo (-18,1%), Sicilia (-21,1%), Sardegna (-3,7%), Toscana (-10,5%) e Lombardia (-8,3%).

9.3. Gli oneri per la specialistica ambulatoriale

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.

La stima si rende necessaria a causa sia della mancanza di una evidenza contabile relativa alle compartecipazioni alla spesa a carico dei cittadini sulle prestazioni erogate da Strutture private accreditate; sia perché nella spesa *Out Of Pocket* (OOP), le statistiche disponibili, non distinguono fra la quota destinata alle Strutture private accreditate in "regime SSN" (compartecipazioni) e quella invece destinata a prestazioni usufruite "extra-SSN".

Con i caveat espressi, si può osservare come, nel 2023, sul versante delle prestazioni erogate a carico del SSN, i dati di contabilità analitica dei flussi ministeriali (modello LA, Ministero della Salute) riportano un costo del SSN per assistenza specialistica ambulatoriale nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di € 23,3 mld.; di questi € 15,8 mld. per prestazioni erogate in ambito ospedaliero nelle Strutture pubbliche e € 7,5 mld. in ambito distrettuale, ivi comprese le prestazioni erogate dalle Strutture private accreditate.

La spesa (al netto delle compartecipazioni) per le

prestazioni specialistiche erogate dalle Strutture private accreditate (fonte Conti Economici del Ministero della Salute), ammonta a € 4,0 mld., così che si può stimare un costo attribuito alle prestazioni specialistiche ambulatoriali del SSN erogate nelle Strutture pubbliche (al lordo delle compartecipazioni) di € 19,3 mld..

Osservando che le compartecipazioni incassate dalle Strutture pubbliche ammontano a circa € 1,1 mld., si può stimare una incidenza delle stesse sul costo del 5,8%.

Assumendo la stessa incidenza per le prestazioni erogate dalle Strutture private accreditate, si può stimare che le compartecipazioni relative a tali prestazioni ammontino a circa € 0,2 mld.. Si tratta presumibilmente di una sottostima, nella misura in cui i costi delle Strutture pubbliche potrebbero essere superiori al valore delle tariffe di remunerazione riconosciute ufficialmente ai *provider*.

Con tale avvertenza, le nostre stime portano a concludere che la spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale SSN erogate dalle Strutture pubbliche, al netto delle compartecipazioni, sia di € 18,2 mld. e quella relativa alle attività delle Strutture private accreditate di € 4,0 mld..

Sul versante della spesa OOP (quella sostenuta direttamente dalle famiglie), secondo i dati Istat (Conti e aggregati economici nazionali), la spesa ambulatoriale ammonta a € 20,4 mld.; in base alle evidenze dei micro-dati dell'indagine sui consumi delle famiglie (Istat) si registra una spesa per prestazioni ambulatoriali odontoiatriche (che assumiamo fuori dal perimetro delle prestazioni del SSN) pari a € 9,4 mld.; in definitiva stimiamo una spesa OOP per prestazioni di specialistica ambulatoriale (laboratorio, diagnostica e clinica, al netto dell'odontoiatria erogata da Strutture private) di € 11,0 mld..

Si aggiunga che le attività di specialistica erogata nelle Strutture pubbliche in regime di solvenza (intramoenia) risultano pari a € 0,9 mld., per cui la

² Pacchetto Ambulatoriale Complesso

³ Percorso Ambulatoriale Coordinato e Complesso

⁴ Macro-attività Ambulatoriali Complesse

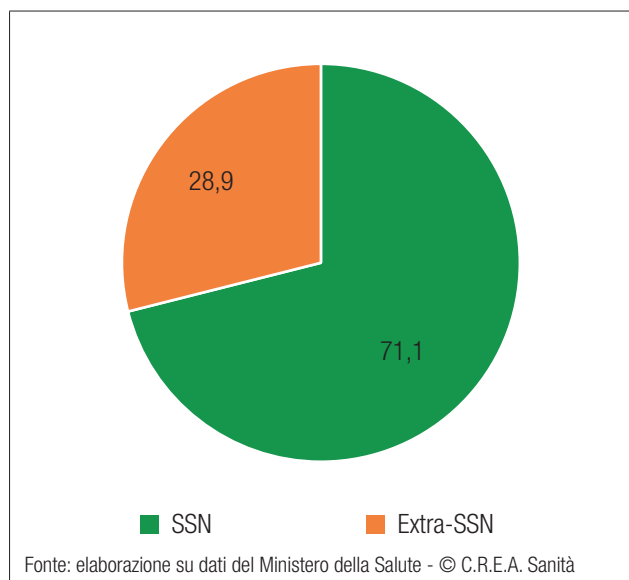
⁵ Pacchetto Riabilitativo Ambulatoriale Complesso

spesa sostenuta dal cittadino nelle Strutture private sarebbe pari € 9,0 mld. di cui € 0,2 mld. per le compartecipazioni.

In definitiva, nel 2023, a livello nazionale, il costo relativo alla specialistica ambulatoriale si stima pari a € 33,2 mld. rappresentando la terza voce di spesa sanitaria dopo quella per l'assistenza ospedaliera e per i farmaci (la seconda se si considerasse l'odontoiatria pagata direttamente dalle famiglie).

Il 71,1% (€ 23,6 mld.) è relativo a prestazioni nei LEA ovvero a carico del SSN, il restante 28,9% (€ 9,6 mld.) a prestazioni extra-SSN (Figura 9.16.).

Figura 9.16. Composizione della spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale (lato offerta). Valori %. Anno 2023



Finanziariamente (Figura 9.17.), l'onere del SSN è pari a € 22,2 mld. (67,0%), i restanti € 11,0 mld. (33,0%) sono a carico del cittadino, di cui l'11,8% (€ 1,3 mld.) per compartecipazioni alla spesa effettuata ancora nell'ambito del SSN; il restante 88,2% (€ 9,7 mld.) concerne prestazioni erogate "extra-SSN" (a cui si potrebbero aggiungere i € 9,4 mld. della odontoiatria).

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 effet-

tuate presso Strutture private (Figura 9.18.).

Figura 9.17. Composizione della spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale (lato domanda). Valori %. Anno 2023

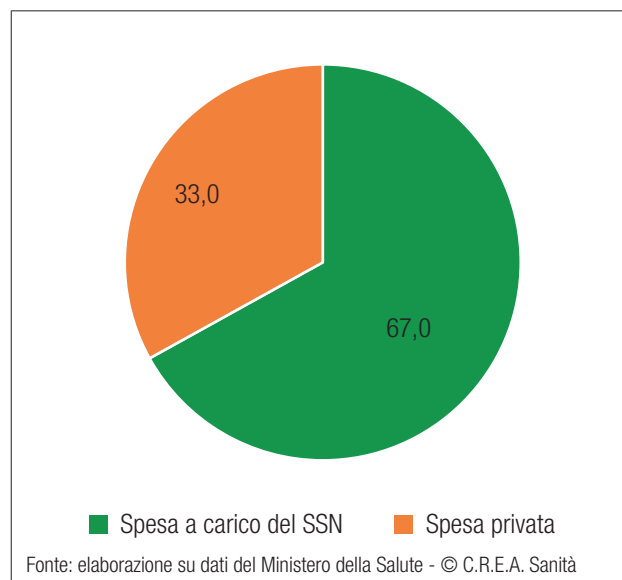
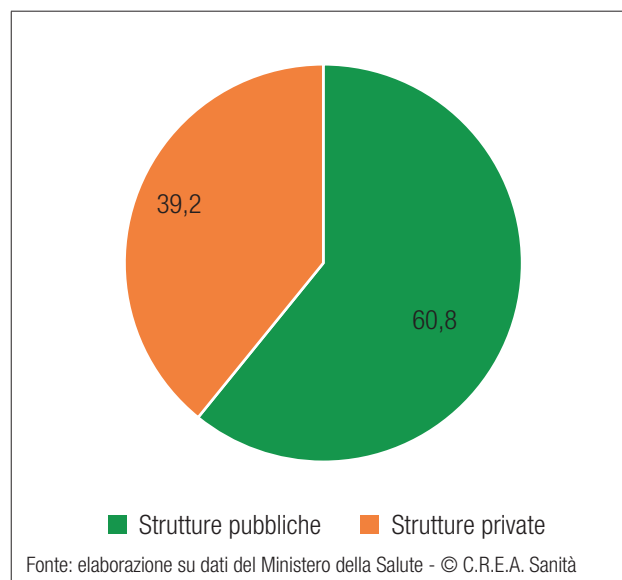


Figura 9.18. Composizione della spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale (lato produzione). Valori %. Anno 2023



Sebbene ancora non si disponga del dato per le spese odontoiatriche e neppure quello della specialistica erogata da Strutture pubbliche, ipotizzando una dinamica sovrapponibile a quella registrata nel biennio precedente, si può fare una proiezione per il 2024 di € 33,8 mld. per la spesa complessiva.

Figura 9.19. Composizione spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale (lato offerta)

In termini di dinamica (Figura 9.19.), 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).

Si osserva però che nel periodo post-pandemia

(2021-2023) si è registrata una crescita tre volte maggiore rispetto a quella del periodo 2013-2019 (+4,2% medio annuo vs +1,4%).

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.

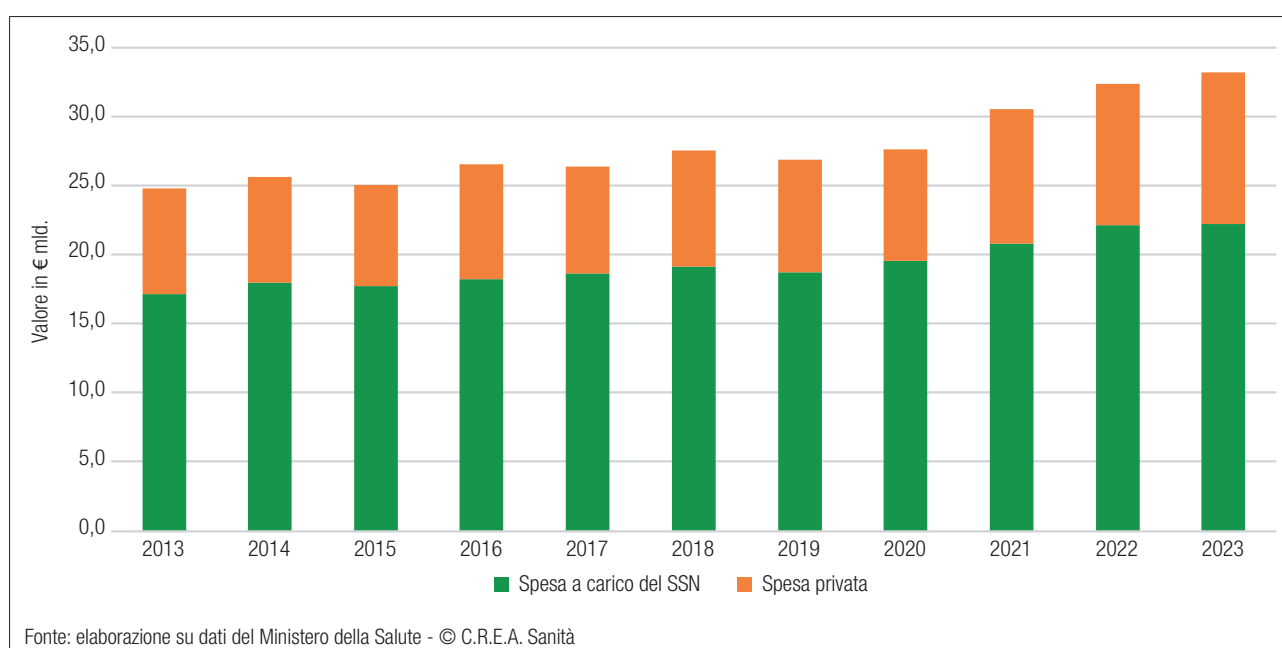
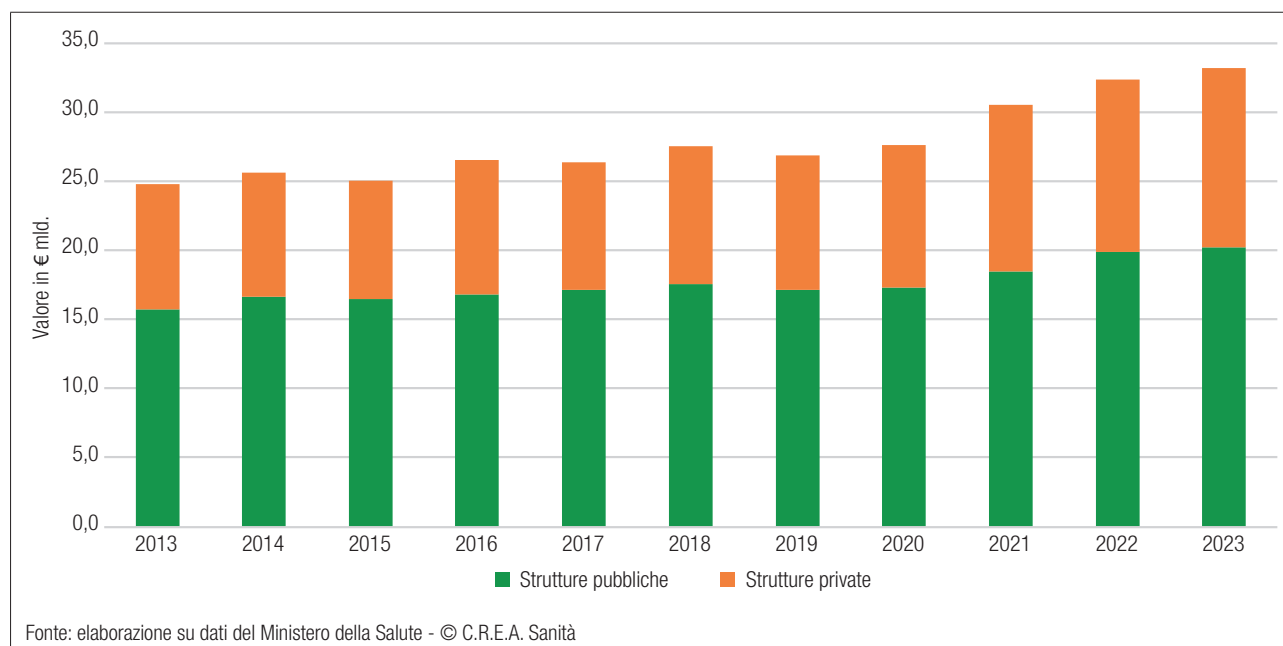
Figura 9.20. Composizione spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale (lato domanda)

Figura 9.21. Composizione spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale (lato produzione)

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 (Figura 9.20.).

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

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: +2,5% e +3,7% medio annuo rispettivamente (Figura 9.21.).

Nel periodo 2013-2019 si è registrato un aumento di entrambe, rispettivamente del +1,4% e +1,3%; dopo la pandemia da Covid-19 la spesa aumenta ancora per entrambe le voci, ma su livelli maggiori: +4,6% e +3,7% rispettivamente.

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 mini-

mo, pari a € 343,5, nel Sud e Isole.

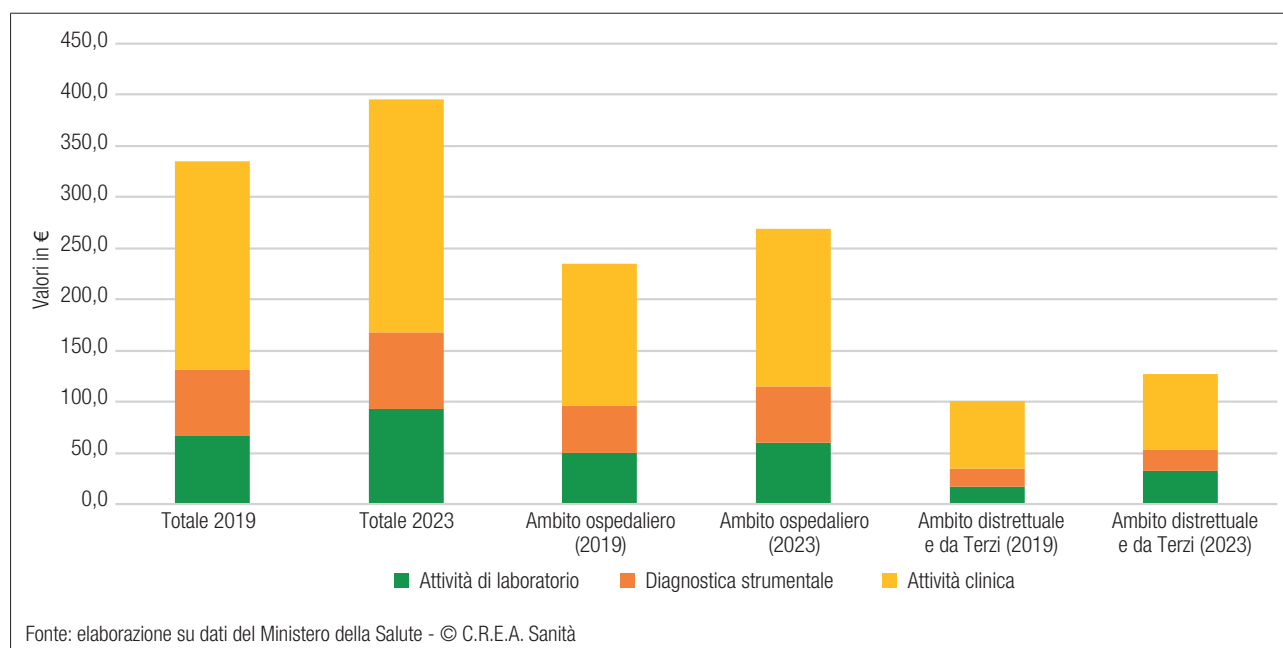
L'aumento ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, ma in particolare Sud e Isole (+61,3%), seguita dal Centro (+30,1%) e dal Nord-Est (+22,0%).

Nel primo quartile della distribuzione (costo pro-capite inferiore a € 357,4) troviamo P.A. Trento, Umbria, Marche, Abruzzo, Campania e Calabria mentre nel quarto Piemonte, Valle d'Aosta, Basilicata, Veneto, P.A. Bolzano e Sicilia (costo pro-capite superiore a € 449).

A livello regionale Valle d'Aosta, Liguria e Umbria sono le uniche realtà che hanno registrato una riduzione del costo pro-capite, rispettivamente pari al -2,4%, -2,2% e -14,7%. Il Molise è la Regione che ha registrato il massimo aumento, pari al +76,9%.

Il 68,0% del costo è relativo a prestazioni erogate in ambito ospedaliero ed il 32,0% a quelle erogate in ambito distrettuale o da privati accreditati; tale distribuzione tra i due ambiti di erogazione è rimasta sostanzialmente invariata rispetto al 2019.

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 con il 69,0%; nel Sud e Isole si registra invece la quota più bassa (53,7%).

Figura 9.22. Composizione costo sostenuto dal SSN per la specialistica ambulatoriale per tipo attività e ambito di erogazione

A livello regionale P.A. di Bolzano, Toscana e Umbria sostengono in ambito ospedaliero oltre il 75,0% del costo per le prestazioni specialistiche (94,3%, 81,8% e 80,5% rispettivamente); Molise e Sicilia meno del 50% (27,5% e 39,7% rispettivamente).

Passando ad analizzare l'onere sostenuto dal SSN per tipologia di attività, si osserva come l'attività clinica (Figura 9.22.) ne rappresenti il 57,5%, seguita da quella relativa al laboratorio analisi (23,4%) e dalla diagnostica strumentale che ne rappresenta il 19,1%.

Tale composizione resta sostanzialmente invariata nel decennio, considerando l'erogazione delle prestazioni in ambito ospedaliero; fra le prestazioni effettuate in ambito distrettuale o da privati accreditati, la quota relativa alla diagnostica strumentale si riduce al 16,5% ed aumenta al 25,9% quello relativo alle attività di laboratorio; resta in linea con quello nazionale la quota dell'attività clinica (visite).

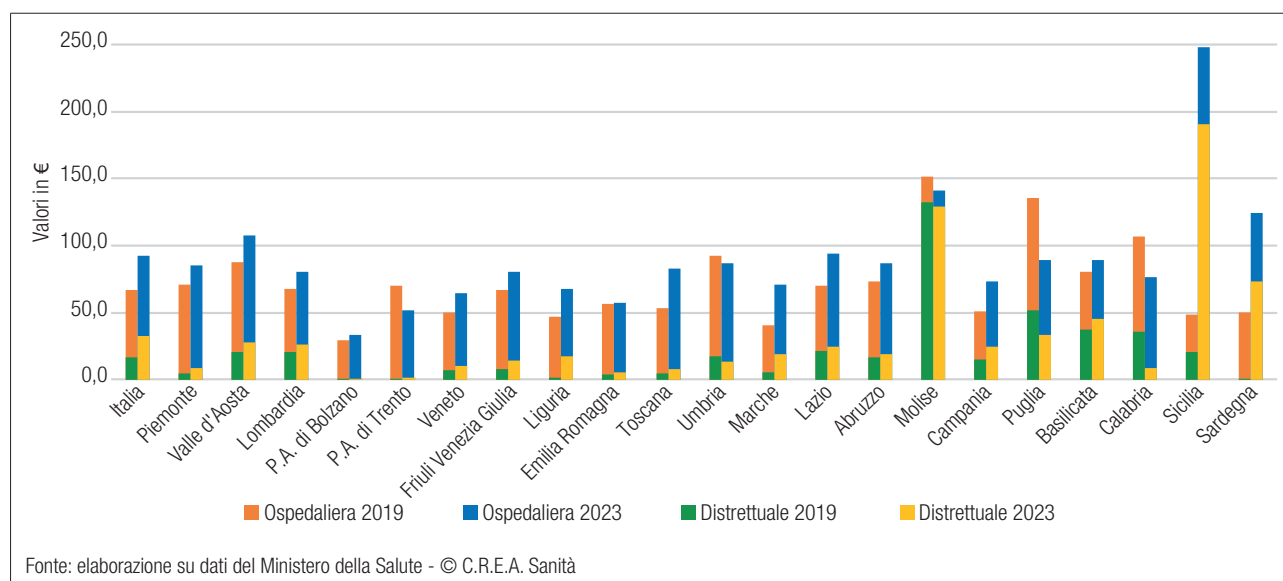
A livello di ripartizione geografica, si osserva una relativa omogeneità della quota di spesa relativa ad attività di diagnostica strumentale, che varia da un minimo del 15,6% nel Nord-Est ad un massimo del 22,9% nel Centro; di contro per l'attività di laboratorio si passa dal 14,1% del Nord-Est al 34,4% del Sud e Isole; per l'attività clinica si passa da un massimo del 70,4% del Nord-Est ad un minimo di 46,6% di Sud e Isole.

A livello regionale, per quanto concerne le attività di laboratorio (Figura 9.23.), a fronte di una media nazionale di € 92,6, si oscilla da un valore minimo di € 32,9 della P.A. di Bolzano ad un massimo di € 248,3 della Sicilia.

Nel periodo 2019-2023⁶ tale spesa è aumentata in entrambi gli ambiti, ma in maggior misura in quello distrettuale (+96,0%, +18,3% medio annuo), rispetto al +20,4% di quello ospedaliero (+4,7% medio annuo).

⁶ Il 2019 è il primo annuo in cui sono disponibili i dati di spesa (mod. LA) distintamente per ambito di erogazione

Figura 9.23. Costi pro-capite sostenuti dal SSN per le attività di laboratorio



Per la diagnostica strumentale (Figura 9.24.), a fronte di un valore nazionale di € 75,5, si passa da € 23,0 della P.A. di Bolzano a € 194,7 del Molise.

Nel periodo 2019-2023 l'incremento complessivo registrato in ambito ospedaliero e distrettuale è stato pressoché sovrapponibile (+17,5% e +15,5% rispettivamente).

Infine, per quanto concerne l'attività clinica (Figura 9.25.), a fronte di un valore nazionale di € 227,3, si

registra un valore minimo di € 39,0 in Molise ed uno massimo di € 495,0 della P.A. di Bolzano.

Nel periodo 2019-2023 la crescita complessiva registrata è stata di pari entità in entrambi gli ambiti: +11,6% in quello ospedaliero e +11,4% in quello distrettuale.

Figura 9.24. Costi pro-capite sostenuti dal SSN per attività di diagnostica strumentale

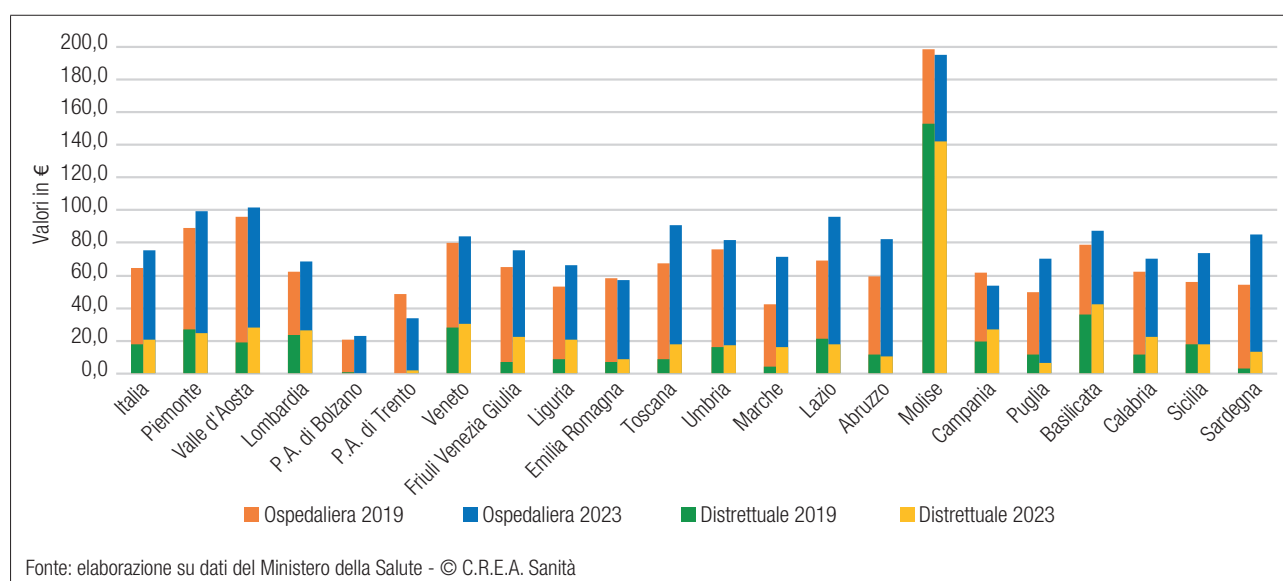
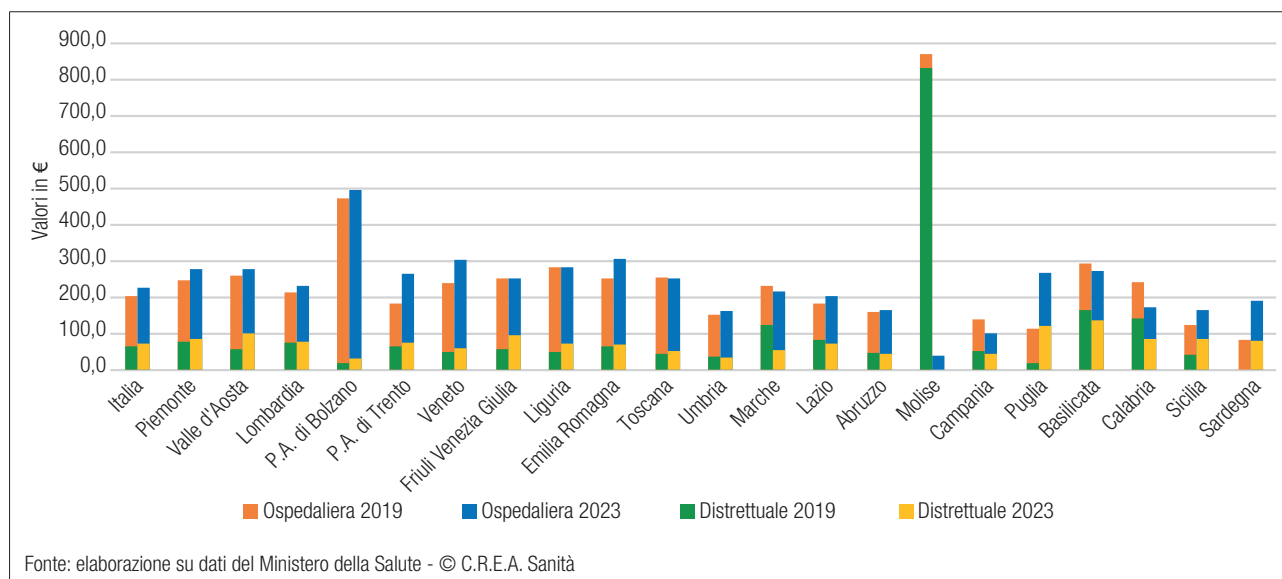


Figura 9.25. Costi pro-capite sostenuti dal SSN per attività clinica



9.4. Riflessioni finali

Il Capitolo ha analizzato le evidenze disponibili in tema di offerta, attività e costi relativi alla assistenza specialistica ambulatoriale, tentando di fornire indicazioni utili alla *governance* del settore.

A tal fine, si è tentato di integrare le carenze informative con stime e indicazioni indirette desunte da alcuni indicatori di offerta e attività.

In tema di offerta, si confermano elevati livelli di frammentazione delle Strutture e anche una forte variabilità regionale, che delineano la carenza di una strategia comune di accreditamento.

Analogamente rimane una forte variabilità regionale sul versante dell'erogazione. Solo le analisi di laboratorio hanno definitivamente recuperato, e superato, i livelli di attività pre-pandemici, mentre nelle altre tipologie di prestazioni il differenziale rispetto al 2019 non si è ancora colmato, malgrado una tendenza alla riduzione.

La regressione verso i valori pre-pandemici sembra indicare che si stia vanificando la speranza di una riduzione delle sacche di inappropriatazza esistenti, tra l'altro, ad eccezione delle visite, in tutte le altre tipologie di prestazioni, la variabilità interregionale è aumentata rispetto a quella pre-pandemica.

In termini di costi, utilizzando le varie fonti stati-

stiche disponibili, pur con tutti i limiti legati alla necessità di assumere ipotesi per integrare un quadro informativo ancora incompleto, si è cercato di ricostruire l'onere complessivo della specialistica ambulatoriale.

Sul lato dell'offerta, il 71,1% (€ 23,6 mld.) è relativo a prestazioni nei LEA ovvero a carico del SSN, il restante 28,9% (€ 9,6 mld.) a prestazioni extra-SSN, con un aumento, dopo la pandemia (2021-2023), della spesa per prestazioni in ambito extra-SSN, superiore a quello registrato per quello del SSN (+5,5% extra-SSN vs +3,7% del SSN).

In termini finanziari, la spesa che attiene a prestazioni erogate dal SSN rappresenta quasi il 70%: se nel periodo 2013-2019 si è registrato un aumento medio annuo della spesa per il SSN superiore a quello a carico del cittadino (+1,5% vs 1,1%); nel periodo successivo al Covid-19, tale divario è aumentato e si è invertito ovvero l'incremento dell'onere a carico del cittadino è stato doppio rispetto a quello a carico del SSN (+6,0 vs +3,4% medio annuo).

Analizzando la spesa 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 post-pandemia entrambe sono

aumentate in maggior misura rispetto al periodo pre-pandemia: +3,7% medio annuo quelle erogate da Strutture private vs +4,6% quelle da Strutture pubbliche (2023/2021).

In termini di tipologia di attività, se nel Sud e Isole c'è una quota maggiore di spesa destinata all'attività di laboratorio, nel Nord-Est è maggiore quella per l'attività clinica; sostanzialmente simile in tutte le ripartizioni è, invece, il contributo dalla diagnostica strumentale.

L'assistenza specialistica per l'attività clinica rappresenta circa il 60% della spesa pro-capite, seguita da quella per gli esami di laboratorio che ne rappresenta quasi un quarto; la restante parte è per gli esami di diagnostica strumentale. Tale composizione si conferma per l'ambito ospedaliero, mentre per l'erogazione a livello distrettuale la quota delle analisi di laboratorio aumenta, raggiungendo circa il 25%, a scapito di quella diagnostica che si riduce; resta invariato invece il contributo dell'attività clinica.

Oltre i due terzi della spesa specialistica si concentra sulle prestazioni erogate in ambito ospedaliero, sebbene con differenze tra le diverse aree geografiche, raggiungendo quasi l'80% nel Nord-Est e nel Centro.

Nel periodo considerato (2019-2023) non si è

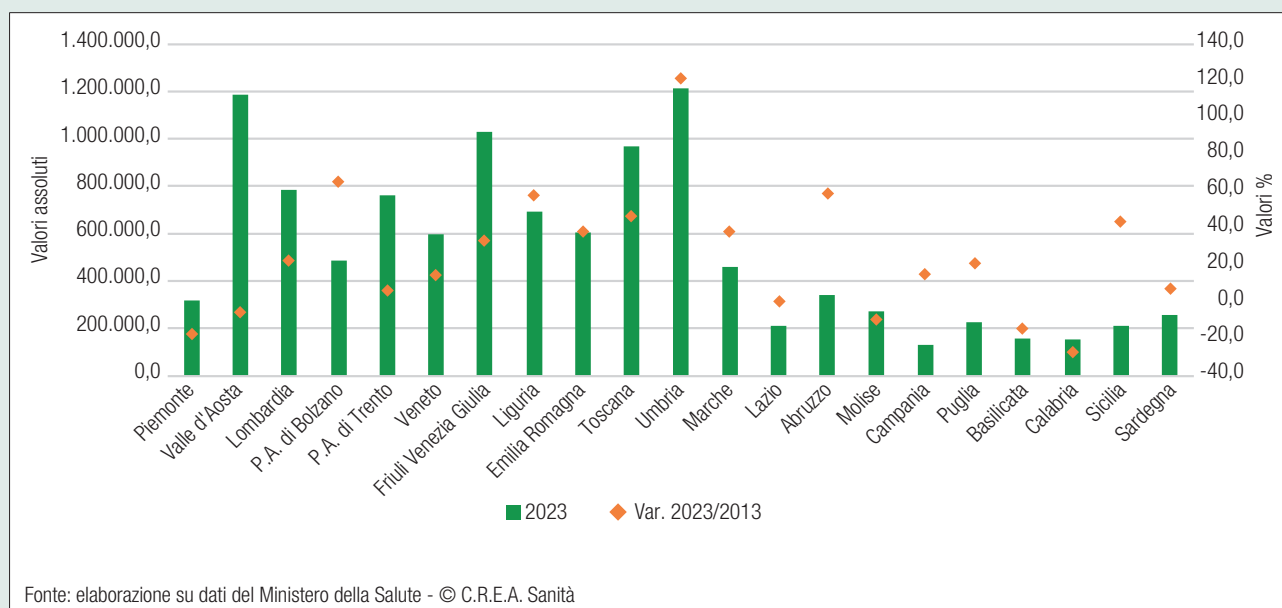
osservata una variazione in termini di distribuzione della spesa tra l'ambito ospedaliero e distrettuale, se non per l'attività di laboratorio per la quale è aumentata la componente associata al distretto e alle Strutture private accreditate, presumibilmente a causa dei test diagnostici per il Covid-19.

In conclusione, la spesa nazionale per specialistica ambulatoriale ammonta a € 33,2 mld., con una crescita del +3,0% nell'ultimo decennio, che si è raddoppiata nel periodo post-pandemia: la specialistica rappresenta la terza voce di costo in ambito sanitario (dopo ospedaliera e farmaceutica).

Riferimenti bibliografici

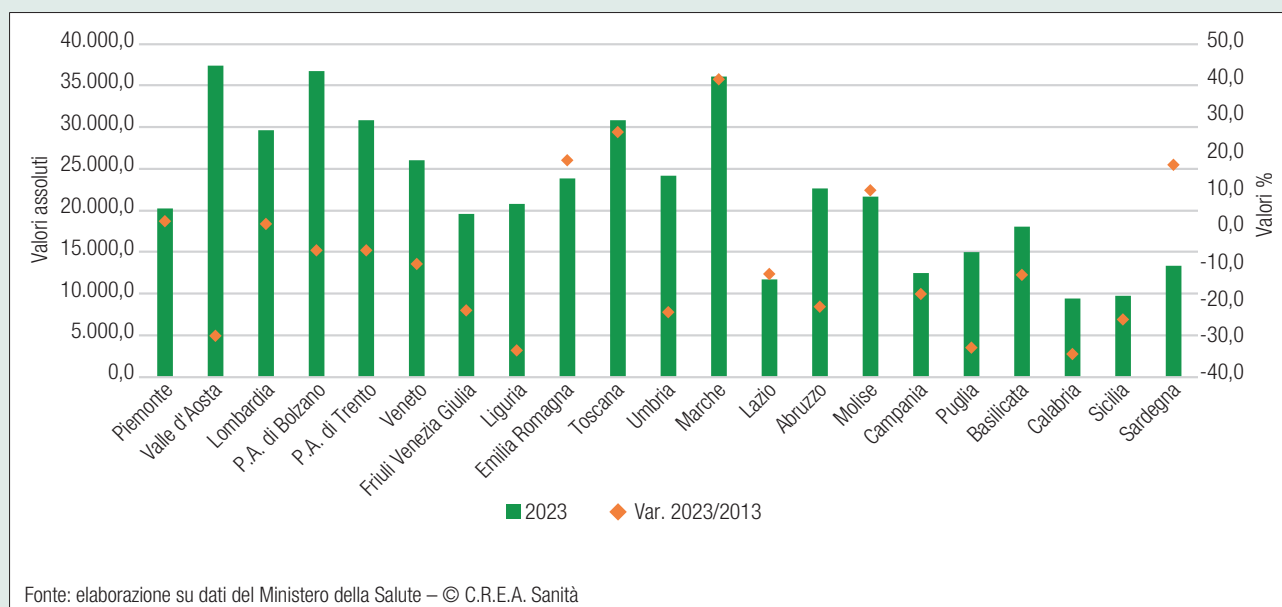
- [1] Ministero della Salute, Annuario sanitario (anni vari)
- [2] Ragioneria Generale dello Stato. Flussi CE Aziende sanitarie (anni vari)
- [3] Ragioneria Generale dello Stato, Flussi LA Aziende sanitarie (anni vari)
- [4] Portale statistico Agenas. (anni vari)
- [5] System of Health Accounts; Eurostat e Istat. (anni vari)
- [6] Statistiche demografiche, Istat. (anni vari)

KI 9.1. Numero medio di esami erogati per laboratorio



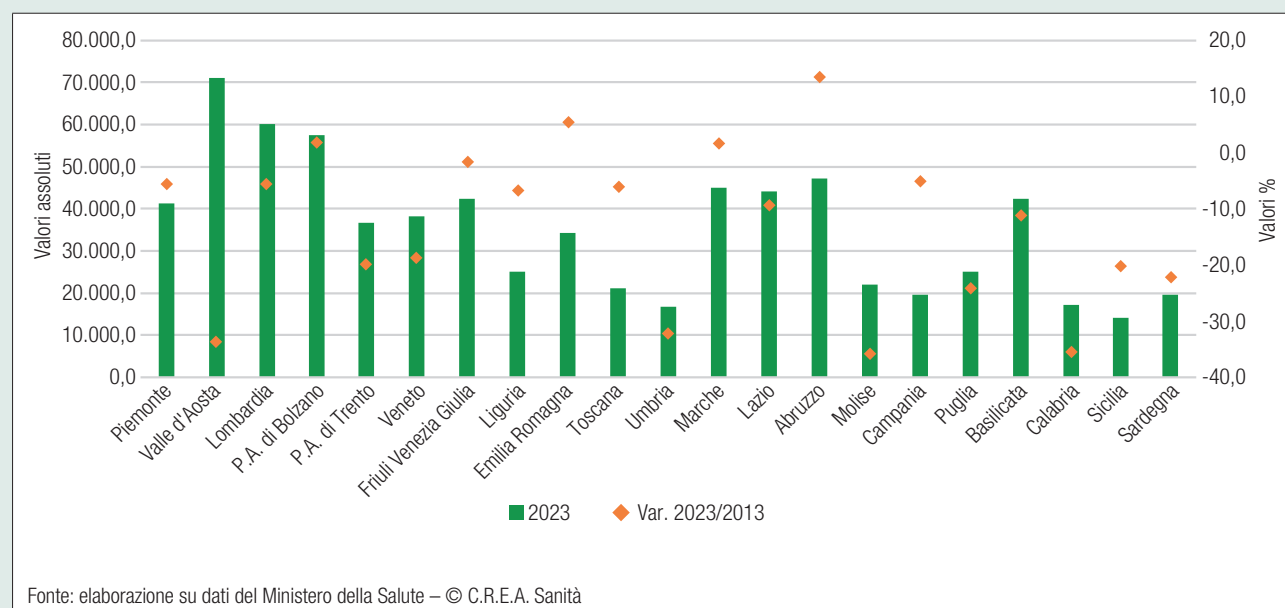
Nel 2023, in Italia i laboratori di analisi erogano in media 311.693 prestazioni, valore in crescita del 14,2% medio annuo nell'ultimo decennio. Il valore massimo, pari a 1,2 mln. di prestazioni per laboratorio, si registra in Umbria e Valle d'Aosta, quello minimo in Campania (128.968). Nel decennio l'incremento massimo dell'indicatore si è registrato in Umbria (121,2%), la riduzione massima (-27,0%) in Calabria.

KI 9.2. Numero medio di prestazioni di diagnostica per ambulatorio



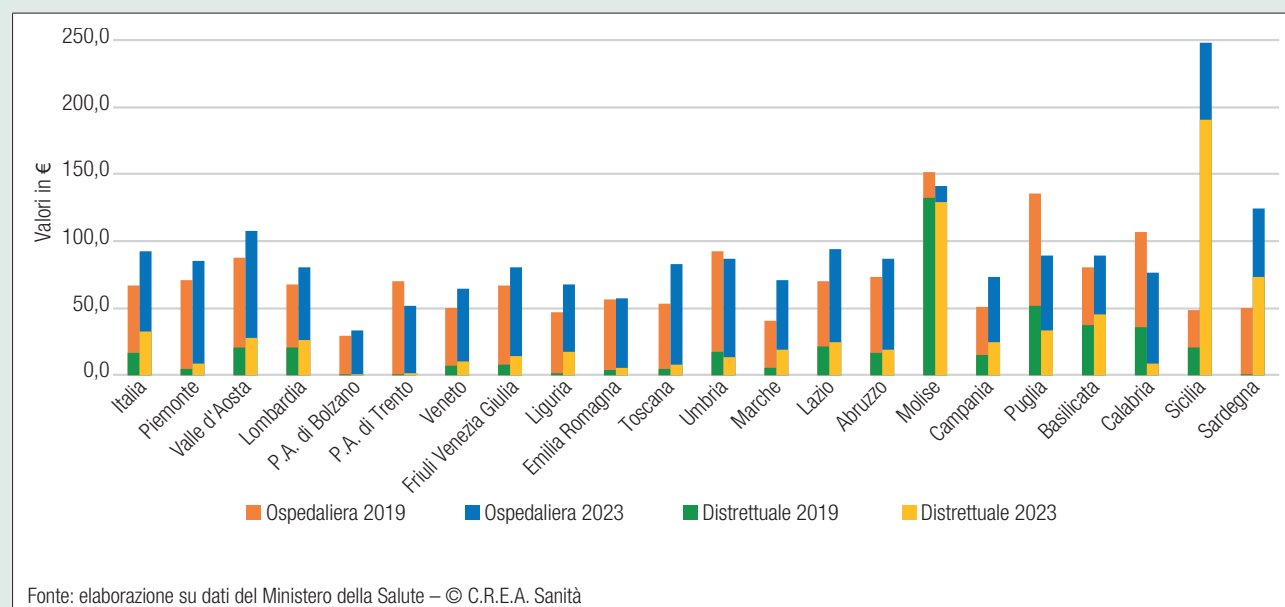
Nel 2023, in Italia, gli ambulatori erogano in media 18.715 esami diagnostici annui, valore in diminuzione del -7,5% medio annuo nell'ultimo decennio. Il valore massimo di prestazioni per Struttura si registra in Valle d'Aosta (37.425) e quello minimo in Calabria (9.420). Nel decennio l'incremento massimo dell'indicatore si è registrato nelle Marche (+40,5%) e la riduzione massima in Calabria (-33,8%).

KI 9.3. Numero medio di prestazioni di clinica per ambulatorio



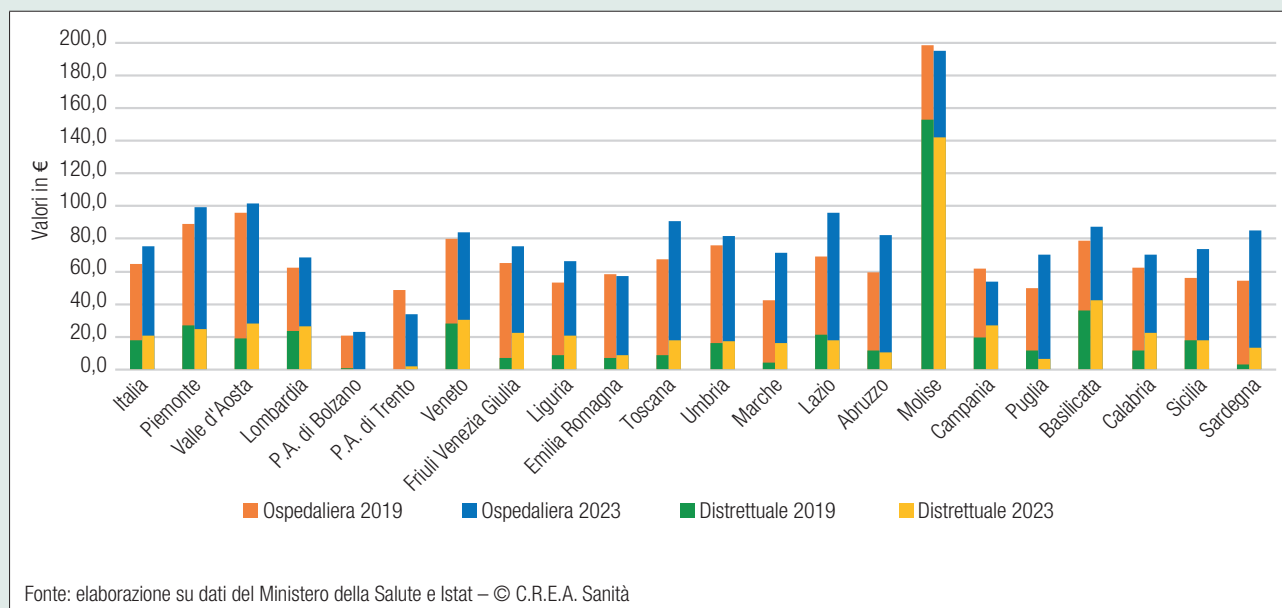
Nel 2023, in Italia, gli ambulatori erogano in media 29.941 prestazioni cliniche annue, valore in riduzione del -13,5% medio annuo nell'ultimo decennio. Il numero massimo di prestazioni per Struttura si registra in Valle d'Aosta (70.978), quello minimo in Sicilia (14.023). Nel decennio l'Abruzzo è l'unica Regione che registra un aumento dell'indicatore (+13,4%); la riduzione massima si registra in Molise (-35,8%).

KI 9.4. Costi pro-capite sostenuti dal SSN per le attività di laboratorio



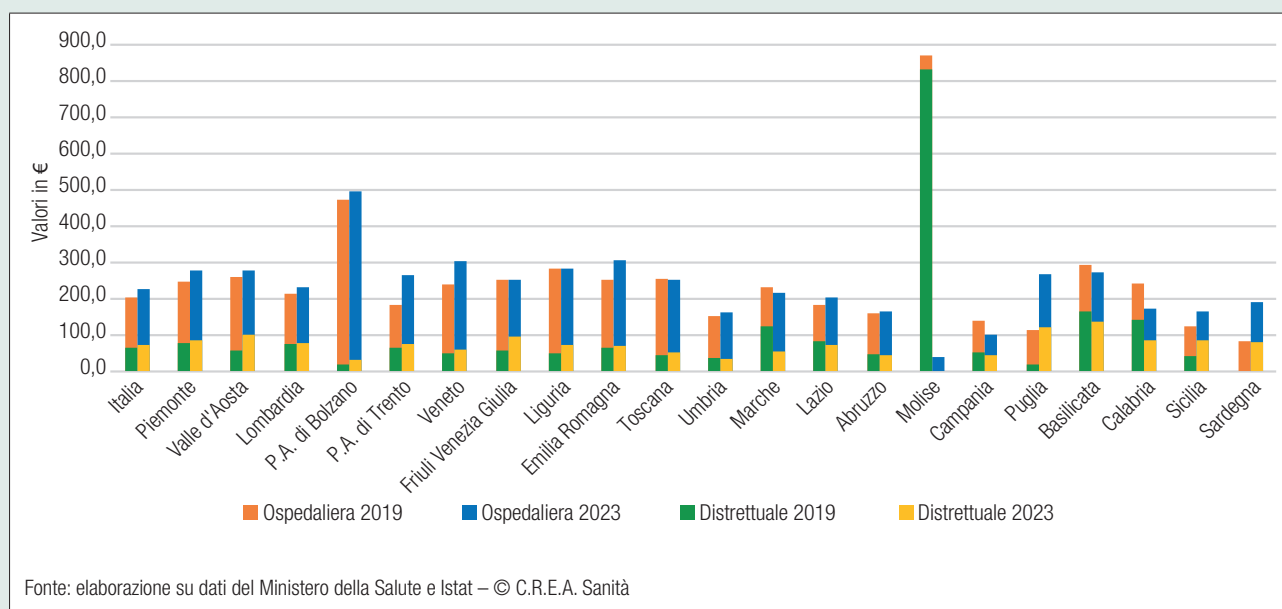
Nel 2023, il costo per l'attività specialistica di laboratorio risulta pari a € 92,6 pro-capite, in crescita del +8,5% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Il valore massimo si registra in Sicilia (€ 248,3) e quello minimo nella P.A. di Bolzano (€ 32,9). Per l'attività erogata in ambito ospedaliero il costo risulta di € 59,9 pro-capite, in crescita del +4,7% medio annuo nel quinquennio. Il valore massimo si registra in Valle d'Aosta (€ 79,9) e quello minimo in Abruzzo (€ 12,1). Per l'attività erogata in ambito distrettuale e nelle Strutture accreditate, il costo risulta pari a € 32,7 pro-capite, in crescita del +18,3% medio annuo nel quinquennio. Il valore massimo si registra in Sicilia (€ 190,4) e quello minimo nella P.A. di Bolzano (€ 0,1).

KI 9.5. Costi pro-capite sostenuti dal SSN per attività di diagnostica strumentale

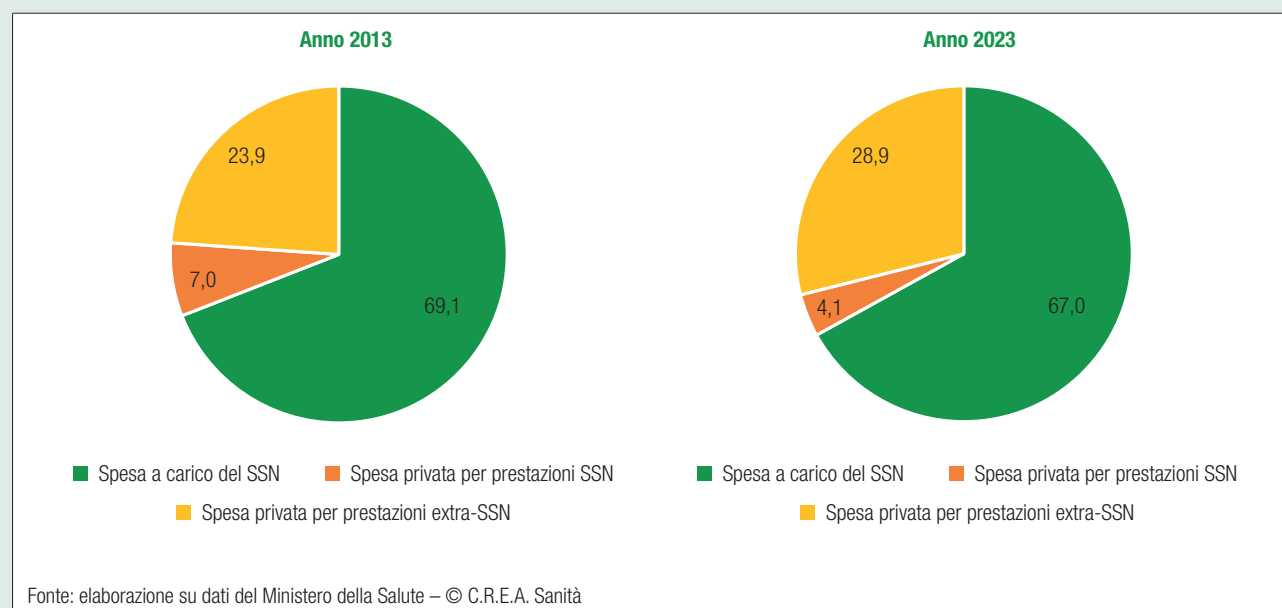


Nel 2023, il costo per le prestazioni di diagnostica strumentale risulta pari a € 75,5 pro-capite, in crescita del +4,0% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Il valore massimo si registra in Molise (€ 194,7) e quello minimo nella P.A. di Bolzano (€ 23,0). Per l'attività erogata in ambito ospedaliero il costo risulta di € 54,7 pro-capite, in crescita del +4,1% medio annuo nel quinquennio. Il valore massimo si registra nel Lazio (€ 77,7) e quello minimo nella P.A. di Bolzano (€ 23,0). Per l'attività erogata in ambito distrettuale e Strutture accreditate, il costo risulta pari a € 20,9 pro-capite, in crescita del +3,7% medio annuo nel quinquennio. Il valore massimo si registra in Molise (€ 142,1) e quello minimo nella P.A. di Trento (€ 2,0) ad esclusione della P.A. di Bolzano per la quale risulta una spesa nulla.

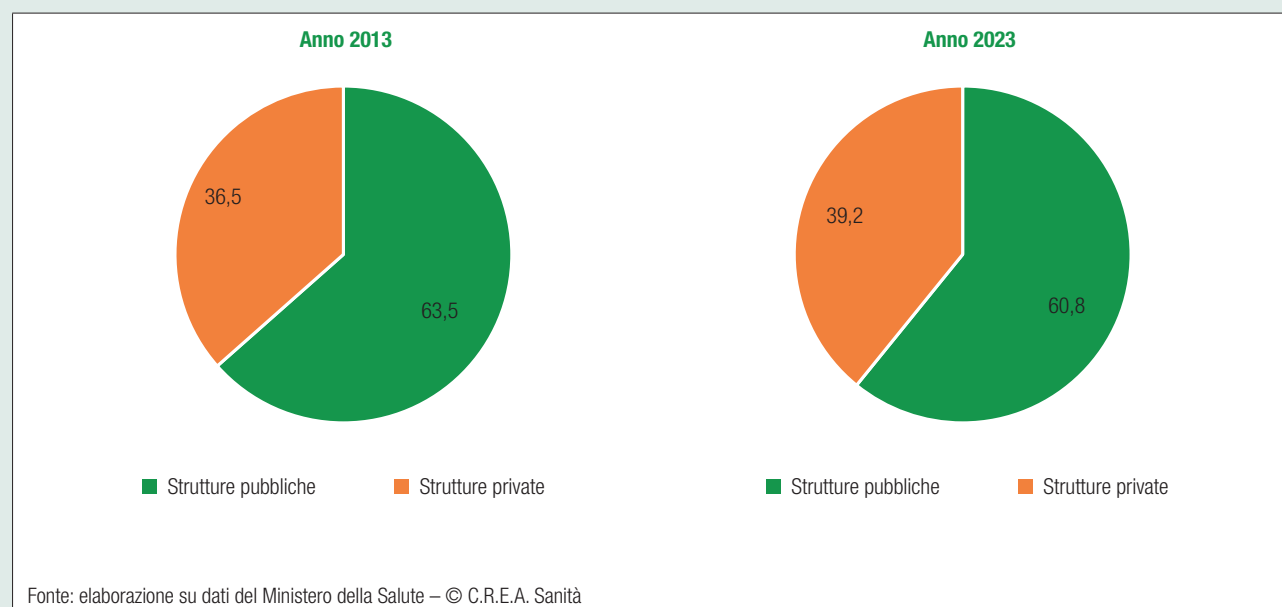
KI 9.6. Costo pro-capite sostenuto dal SSN per attività clinica



Nel 2023, il costo per le prestazioni di attività clinica risulta pari a € 227,3 pro-capite, in crescita del +2,8% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 495,0) e quello minimo in Molise (€ 39,0). Per l'attività erogata in ambito ospedaliero il costo risulta di € 154,4 pro-capite, in crescita del +2,8% medio annuo nel quinquennio. Il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 463,9) e quello minimo in Molise (€ 39,1). Per l'attività erogata in ambito distrettuale e Strutture accreditate, il costo risulta pari a € 73,0 pro-capite, in crescita del +2,7% medio annuo nel quinquennio. Il valore massimo si registra in Basilicata (€ 135,6) e quello minimo nella P.A. di Bolzano (€ 31,1).

KI 9.7. Composizione della spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale (lato domanda). Valori %

Nel 2023, in Italia, il 71,1% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è erogato dal SSN, -5,0 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo decennio. Il 67,0% (€ 22,2 mld.) del costo è finanziariamente a carico del SSN, in riduzione di -2,1 p.p. nell'ultimo decennio. Il 33,0% (€ 11,0 mld., +2,1 p.p. nel decennio) restante è sostenuto direttamente dai cittadini, di cui il 12,4% (4,1% del totale, -2,9 p.p.) per prestazioni SSN e l'87,6% (28,9% del totale, +5,0 p.p.) per prestazioni extra-SSN.

KI 9.8. Composizione della spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale (lato produzione). Valori %

Nel 2023, in Italia, le prestazioni di specialistica ambulatoriale per il 60,8%, -2,7 p.p., sono erogate da Strutture pubbliche (per un valore di € 20,2 mld.); il restante 39,2% (€ 13,0 mld., -2,7 p.p.) da Strutture private (accreditate e non).



Capitolo 10

Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici

10a. Assistenza Farmaceutica: spesa e *governance*

10b. La spesa per i Dispositivi Medici

Key Indicators

Sintesi
CAPITOLO 10a
Assistenza Farmaceutica: spesa e governance

Polistena B.¹, Spandonaro F.²

Il contributo 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.

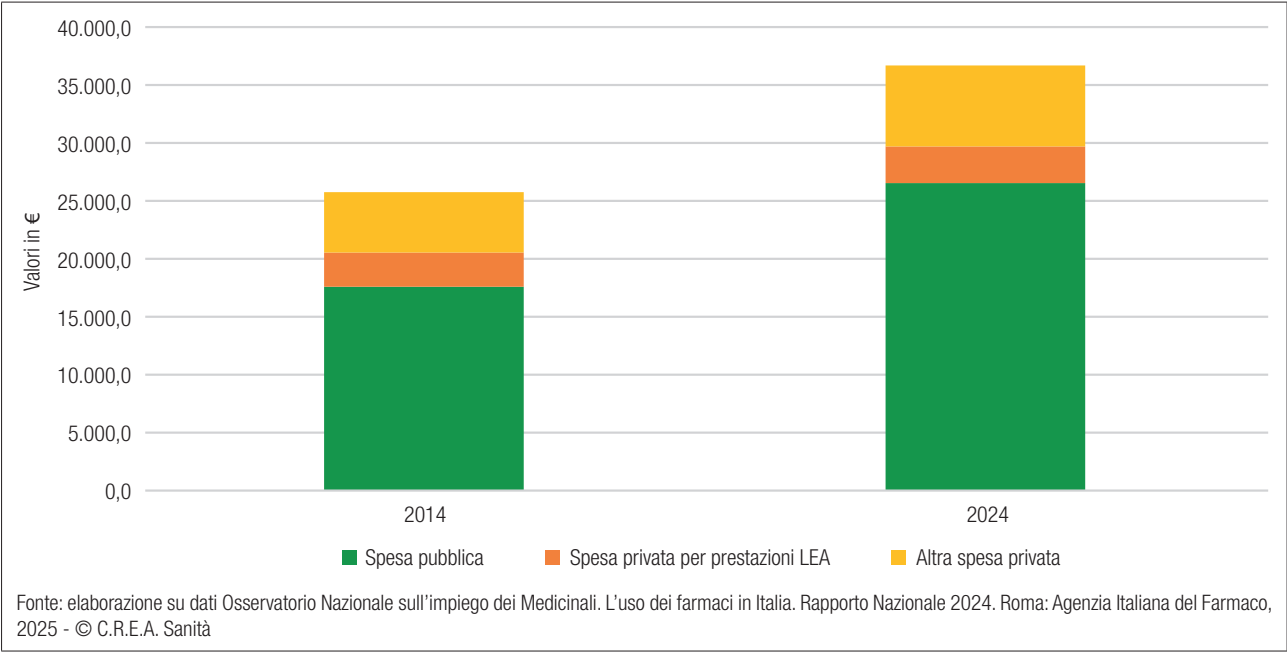
La spesa farmaceutica totale, nel 2024, ha raggiunto € 36,7 mld.; la quota pubblica, che ne rappresenta il 72,3%, nell'ultimo decennio si è incrementata del +4,2% medio annuo, con una accelerazione (+4,6%) nell'ultimo quinquennio; la spesa a carico dei cittadini (comprendente la compartecipazione alla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



¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata
² Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

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 registratosi 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 10a

Assistenza Farmaceutica: spesa e governance

Polistena B.¹, Spandonaro F.²

Nel 2024 la spesa farmaceutica (pubblica e privata), in Italia, è risultata pari a € 36,7 mld., in aumento del +3,6% medio annuo nell’ultimo decennio (+42,5% in totale nel decennio) e +4,1% nel quinquennio 2019-2024 (+22,1% in totale nel decennio); l’aumento è maggiore di +22,9 punti percentuali (p.p.) rispetto all’incremento delle risorse assegnate al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel decennio e di 6,3 p.p. rispetto alle risorse assegnate nell’ultimo quinquennio.

Tabella 10a.1. Spesa farmaceutica in Italia

	2014 (€ mil.)	2019 (€ mil.)	2024 (€ mil.)	vma 2024/2019 (%)	vma 2024/2014 (%)
Spesa totale	25.758,0	30.068,5	36.705,1	4,1	3,6
Spesa pubblica	17.597,0	21.226,0	26.541,4	4,6	4,2
Convenzionata netta*	8.602,0	7.766,0	7.959,6	0,5	-0,8
Distribuzione diretta e per conto fascia A	3.250,2	4.498,1	5.505,5	4,1	5,4
Ospedaliera	5.744,8	8.961,9	12.302,5	6,5	7,9
Importazioni			55,0		
Galenici			37,2		
Extra-tariffa			681,6		
Spesa privata	8.161,0	8.842,5	10.163,7	2,8	2,2
Compartecipazioni dei cittadini alla spesa	1.498,0	1.581,0	1.501,9	-1,0	0,3
“Classe A” privato	1.443,0	1.543,0	1.653,0	1,4	1,4
“Classe C” privata	2.937,0	3.066,0	3.652,0	3,6	2,2
Automedicazione SOP e OTC	2.283,0	2.393,0	2.993,0	4,6	2,7
Esercizi commerciali		259,5	363,8	7,0	
Spesa Farmaci rimborsabili	20.538,0	24.350,0	28.922,5	3,5	3,5
Payback**	n.d.	1.395,6	2.045,2	4,4	n.d.
Spesa totale al netto <i>payback</i>	25.758,0	28.673,0	34.659,9	3,9	3,0
Spesa pubblica effettiva (al netto del <i>payback</i>)	17.597,0	19.830,5	24.496,2	4,3	3,4

*Convenzionata lorda - *ticket* - Sconto al SSN L. n. 662/96 - Sconto Det. AIFA 30.12.05 - Sconto Det. AIFA 09.02.07 - Sconto L. n. 135/12 (2,25% dal 15.08.12) - Rettifiche regionali-*payback* 1,83%

**50% dello scostamento Assistenza Diretta

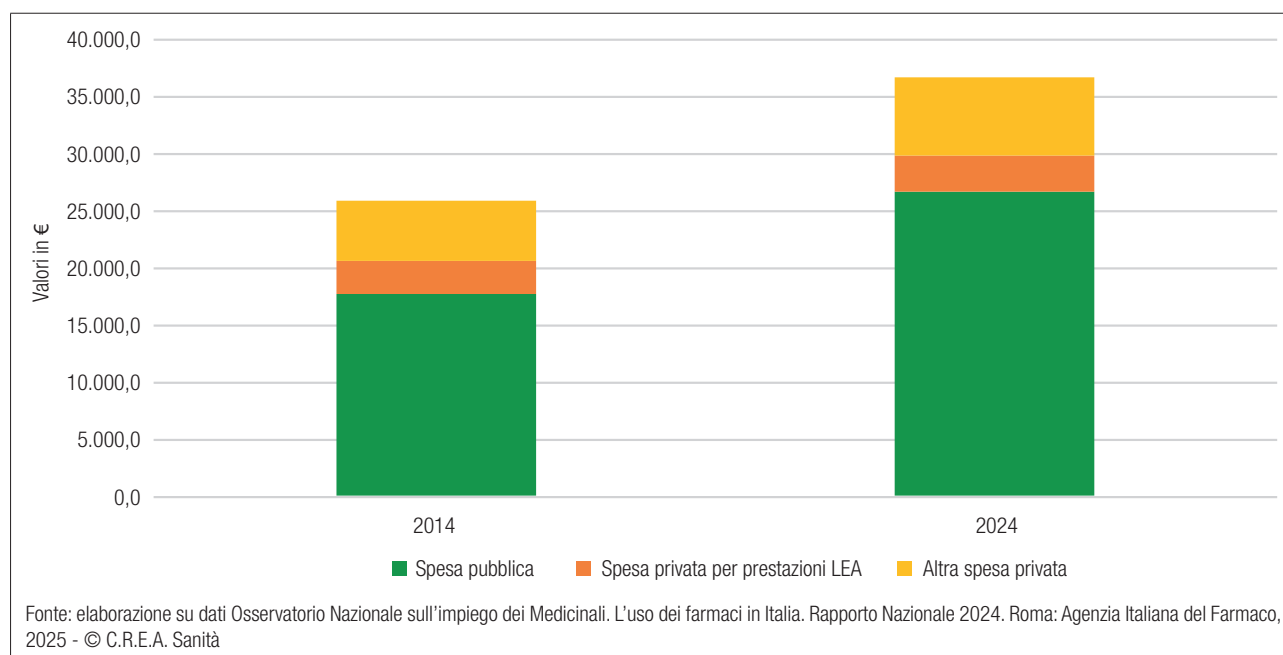
Nota: vma indica la variazione media annua

Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali. L’uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2024. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

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

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

Figura 10a.1. Spesa farmaceutica



Per effetto del *payback*, il costo effettivo per l'Assistenza Farmaceutica risulta inferiore alla spesa del -6,3%, attestandosi a € 24,9 mld.: questo riduce l'incremento nel decennio considerato di -0,4 p.p., ovvero al 3,8% medio annuo.

La spesa farmaceutica pubblica si attesta (Tabella 10a.1. e Figura 10a.1.) a € 26,5 mld. (72,3% della spesa farmaceutica totale) e quella privata a € 10,2 mld. (27,7% del totale).

Nell'ultimo decennio la spesa pubblica si è incrementata del +4,2% medio annuo, con una accelerazione (+4,6%) nell'ultimo quinquennio; analogamente quella privata del +2,2% medio annuo nel decennio e del +2,8% nell'ultimo quinquennio.

Quindi la quota della spesa pubblica è aumentata di +4,0 p.p. nell'ultimo decennio, di cui +1,7 p.p. negli ultimi cinque anni.

La spesa per terapie ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ammonta a € 28,9 mld.

(78,8% della spesa totale, +0,9 p.p. nel decennio considerato), ma l'acquisto diretto da parte delle famiglie di farmaci di "Classe A" rimborsabili dal SSN, e la compartecipazione dei cittadini alla spesa ne riducono l'onere per il SSN del -9,0%.

Per effetto del *payback*, il costo effettivamente sostenuto dal SSN per l'Assistenza Farmaceutica risulta inferiore alla spesa del -7,7%, attestandosi a € 24,5 mld.: in definitiva, l'incremento medio annuo nel decennio si riduce al +3,4% e l'incidenza della copertura pubblica al 66,7% (-5,6 p.p.).

Per quanto concerne la composizione della spesa, quella convenzionata netta³ risulta pari, nel 2024, a € 7.959,6 mln. (21,7% della spesa totale al lordo del *payback* e 30,0% della spesa pubblica); quella sostenuta direttamente dalle strutture pubbliche al 48,5% (67,1% della spesa pubblica) di cui il 15,0% per la distribuzione diretta e per conto dei farmaci di fascia A⁴ (€ 5.505,0 mln.) e il 33,5% per l'ospedaliera

³ Trattasi della spesa al netto degli sconti versati dalle farmacie, del *payback* pari al 1,83% versato alle Regioni al lordo dei *ticket* regionali

⁴ La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione, per il tramite delle Strutture Sanitarie, di medicinali per la somministrazione al proprio domicilio; mentre la distribuzione per conto è una forma di dispensazione diretta dei farmaci inclusi dall'AIFA nel prontuario ospedale-territorio (PHT) ai sensi dell'art. 8 della L. n. 405/2001

(€ 12.302,5 mln.). Quindi, l'ospedaliera rappresenta il 46,4% della spesa pubblica e la distribuzione diretta e per conto il 20,7% (Figura 10a.2.).

Importazioni, galenici e extra-tariffa, assommano al restante 2,9%.

In termini pro-capite, la spesa farmaceutica pubblica risulta pari a € 449,9, con un incremento del +4,5% medio annuo nell'ultimo decennio (+4,9% nel quinquennio).

La spesa convenzionata netta ammonta a € 134,9 pro-capite, in riduzione del -0,5% medio annuo nel decennio ma in crescita del +0,8% nel decennio.

La spesa ospedaliera è pari a € 208,5 pro-capite, in crescita del +8,2% nel decennio, e meno (+6,8%) negli ultimi cinque anni.

Analogamente, la distribuzione diretta e per conto vale € 93,3 pro-capite e si è incrementata del +5,7% medio annuo nel decennio e meno (4,4%) negli ultimi cinque anni.

Per quanto concerne la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie (Figura 10a.2.), vi sono comprese le compartecipazioni alla spesa dei cittadini, che assommano a € 1,5 mld. (4,1% della spesa totale e 14,8% della spesa privata); i farmaci di "Classe A"

(quindi rimborsabili) acquistati direttamente dalle famiglie per € 1,7 mld. (4,5% del totale e 16,3% della privata); quelli di "Classe C" con ricetta per € 3,7 mld. (9,9% del totale e 35,9% della privata); la spesa per i farmaci di automedicazione per € 3,0 mld. (8,3% del totale e 29,4% della privata).

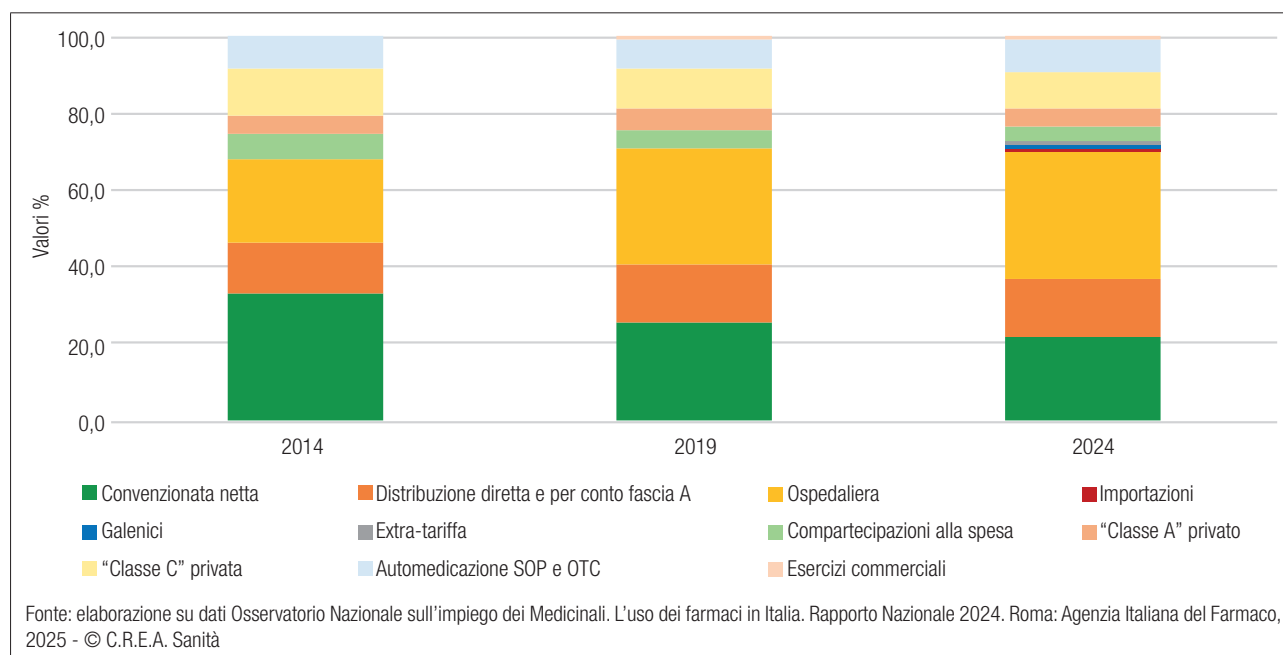
La spesa farmaceutica privata a livello nazionale risulta pari a € 172,3 pro-capite, in aumento del 2,5% medio annuo nell'ultimo decennio e del 3,1% nell'ultimo quinquennio.

Per quanto concerne la compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica, essa è pari a € 25,5 pro-capite, pressoché stabile nell'ultimo decennio (+0,3%), in lieve riduzione (-0,7% medio annuo) nell'ultimo quinquennio.

Le compartecipazioni sono attribuibili per il 70,6% al *ticket* sul prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti (€ 18,0 pro-capite) e per il restante 29,4% (€ 7,5 pro-capite) al *ticket* fisso sulle ricette.

La spesa annua sostenuta privatamente per i farmaci di "Classe A" è pari nel 2024 a € 28,0 pro-capite, in crescita dell'1,7% in tutto l'ultimo decennio considerato.

Figura 10a.2. Composizione della spesa farmaceutica



La spesa per i farmaci di “Classe C” ammonta a € 61,9 pro-capite in aumento del 2,5% medio annuo nel decennio e del 3,8% nel quinquennio.

Infine, la spesa per farmaci di automedicazione (inclusa quella sostenuta presso gli esercizi commerciali) risulta pari a € 50,7 pro-capite, in aumento del 3,1% nel decennio e del 4,9% negli ultimi cinque anni.

A livello regionale (Figura 10a.3.) si apprezzano alcune significative differenze.

Per quanto concerne la spesa pubblica, l'incidenza (sulla spesa totale) della spesa convenzionata netta (erogata dalle farmacie sul territorio) passa dal 16,5% nella P.A. di Bolzano al 27,2% in Basilicata.

La spesa delle strutture pubbliche (ospedaliera più distribuzione diretta e per conto) dal 44,5% della Lombardia, al 55,3% dell'Emilia Romagna.

L'incidenza sulla spesa totale delle compartecipazioni passa dal 2,2% in Friuli Venezia Giulia, al 5,7% della Sicilia; quella della spesa privata di “Classe A” dal 2,5% in Basilicata al 13,0% in Friuli Venezia Giulia; quella della “Classe C” con ricetta dal 7,0%

della Basilicata al 12,5% della Liguria; l'incidenza della spesa per l'automedicazione dal 5,8% del Molise all'11,9% della Valle d'Aosta.

Per quanto concerne le compartecipazioni, si osservano marcate differenze a livello regionale: in Friuli Venezia Giulia il *ticket* per ricetta pro-capite è nullo, mentre in Valle d'Aosta, Veneto, Lombardia, Liguria e Campania supera i € 12 pro-capite.

Il *ticket* sul prezzo di riferimento supera € 20 pro-capite in tutte le Regioni del Sud (ad esclusione della Sardegna che si attesta a € 17,9 pro-capite) e nel Lazio (€ 24,4 pro-capite); di contro, non supera i € 16 pro-capite nelle Regioni del Nord (Figura 10a.4.).

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

La spesa privata è aumentata più di quella pubblica e più rapidamente nell'ultimo quinquennio rispetto al precedente.

Figura 10a.3. Composizione della spesa farmaceutica a livello regionale. Anno 2024

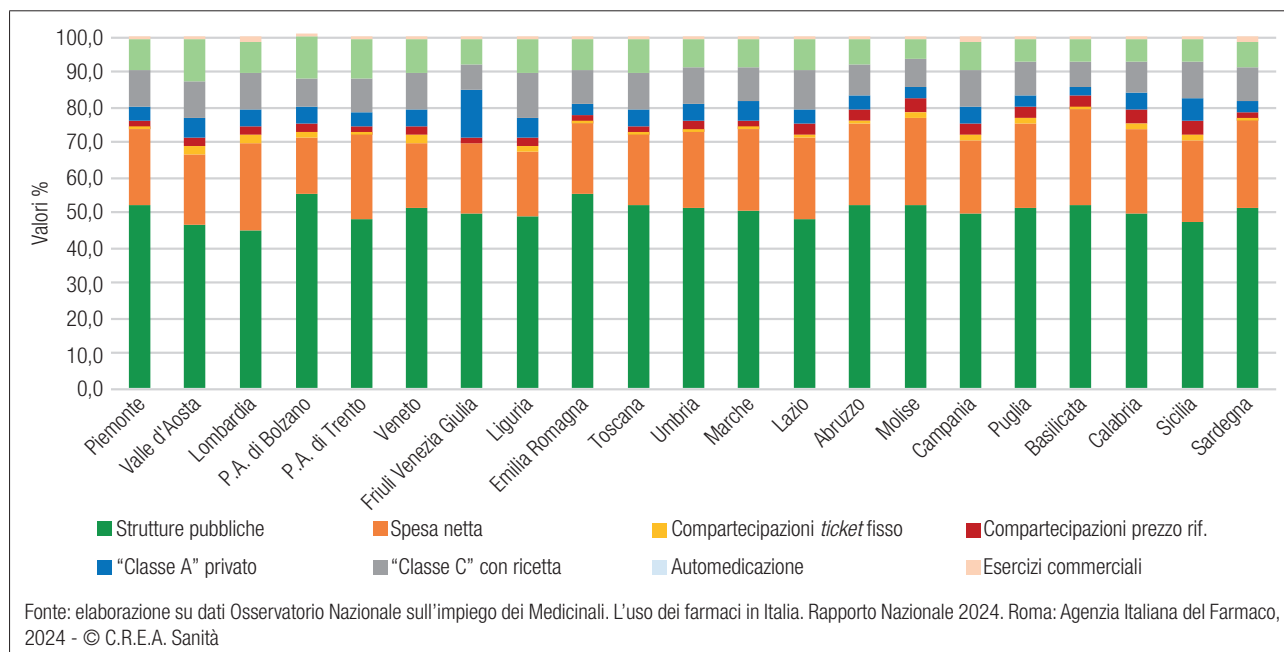
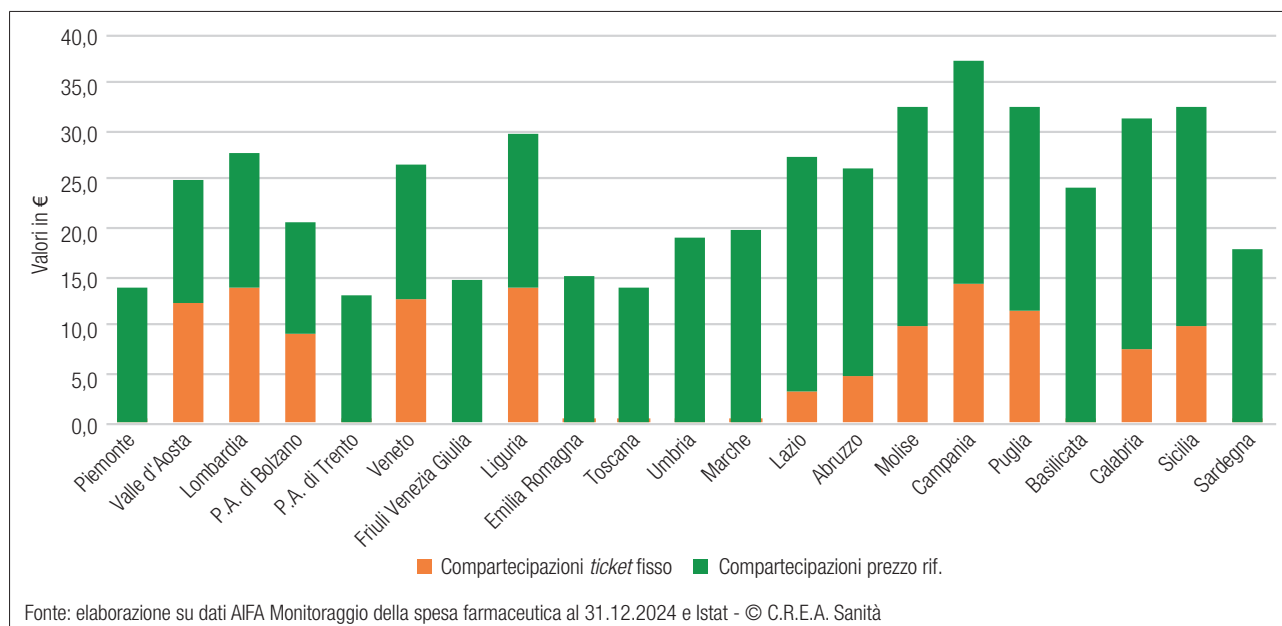


Figura 10a.4. Compartecipazioni pro-capite. Anno 2024



Peraltro, il ricorso alla spesa privata da parte delle famiglie non sempre risulta correlato ai livelli di reddito disponibile, come sarebbe lecito aspettarsi. Ad esempio, sebbene risulti tendenzialmente più alta nel Nord del Paese, nelle PP.AA. di Trento e Bolzano è inferiore a quella meridionale. 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 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.

10a.1. La politica farmaceutica

L'Assistenza Farmaceutica rappresenta un essenziale strumento di tutela della salute, e larga

parte dei farmaci sono compresi nei LEA e conseguentemente erogati a carico del SSN. La finalità primaria dell'intervento pubblico è quella di garantire ai cittadini l'accesso a farmaci con il migliore profilo costo-beneficio, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata. Per ottenere questo risultato è necessaria una programmazione che poggi sulle evidenze prodotte dagli strumenti di monitoraggio e una *governance* della spesa che comprenda il controllo sull'appropriatezza nell'uso dei farmaci.

A tal fine sono stati introdotti i tetti per la spesa farmaceutica, che hanno assunto l'attuale configurazione con la L. n. 232/2016, la quale prevede due tetti distinti: uno per la spesa farmaceutica convenzionata (quella derivante dalla distribuzione dei farmaci di “Classe A” presso le farmacie territoriali convenzionate, con esclusione della distribuzione da esse effettuata “per conto”), e l'altro per la spesa derivante dagli acquisti diretti delle strutture pubbliche; questi ultimi relativi ai farmaci di “Classe H” destinati alla distribuzione in regime di ricovero (spesa ospedaliera) e a quelli per la distribuzione dei farmaci inseriti nel prontuario PHT, ovvero per la distribuzione di farmaci di “Classe A” direttamente presso le strutture o, in alternativa, “per conto” di esse presso le farmacie

territoriali convenzionate.

Per completezza di esposizione, si ricorda che i tetti sono stati “sdoppiati” precedentemente al 2017: per precisione con la L. n. 196/2006, che prevede oltre un tetto per la cosiddetta spesa territoriale, comprendente la spesa convenzionata, nonché la spesa diretta delle strutture pubbliche e quella distribuita “per conto”, anche un secondo tetto per la spesa ospedaliera.

Ricordiamo, ancora, che i farmaci cosiddetti in-

novativi, per i quali sono stati istituiti appositi fondi ai sensi della L. n. 232/2016, recentemente riuniti (D.L. n. 73/2022), rientrano nella spesa soggetta a tetto solo in caso di sfioramento dei fondi suddetti, o alla scadenza del periodo previsto per la permanenza del requisito di innovatività (36 mesi dalla data di autorizzazione all'immissione in commercio).

La Tabella 10a.2. riassume l'evoluzione normativa dei tetti.

Tabella 10a.2. Sinossi normativa sui tetti di spesa farmaceutica

Anno	Tetto 1*			Tetto 2*		
	Norma vigente	Spesa considerata	Livello del FSN (%)	Norma vigente	Spesa considerata	Livello del FSN (%)
2002	L. n. 405/2001	Sp. Convenzionata	13,00			
2003	L. n. 405/2001	Sp. Convenzionata	13,00			
2004	L. n. 326/2003	Sp. Pubblica	16,00			
2005	L. n. 326/2003	Sp. Pubblica	16,00			
2006	L. n. 326/2003	Sp. Pubblica	16,00			
2007	L. n. 296/2006	Sp. Conv.ta e Diretta	13,00	L. n. 296/2006	Sp. Non Conv.ta	3,00
2008	D.L. n. 159/2007	Sp. Conv.ta e Diretta	14,00	D.L. n. 159/2007	Sp. Ospedaliera	2,40
2009	D.L. n. 159/2007	Sp. Conv.ta e Diretta	14,00	D.L. n. 159/2007	Sp. Ospedaliera	2,40
2010	D.L. n. 78/2009	Sp. Conv.ta e Diretta	13,30	D.L. n. 159/2007	Sp. Ospedaliera	2,40
2011	D.L. n. 78/2009	Sp. Conv.ta e Diretta	13,30	D.L. n. 159/2007	Sp. Ospedaliera	2,40
2012	D.L. n. 95/2012	Sp. Conv.ta e Diretta	13,10	D.L. n. 159/2007	Sp. Ospedaliera	2,40
2013	D.L. n. 95/2012	Sp. Conv.ta e Diretta	11,35	D.L. n. 95/2012	Sp. Ospedaliera	3,50
2014	D.L. n. 95/2012	Sp. Conv.ta e Diretta	11,35	D.L. n. 95/2012	Sp. Ospedaliera	3,50
2015	D.L. n. 95/2012	Sp. Conv.ta e Diretta	11,35	D.L. n. 95/2012	Sp. Ospedaliera	3,50
2016	D.L. n. 95/2012	Sp. Conv.ta e Diretta	11,35	D.L. n. 95/2012	Sp. Ospedaliera	3,50
2017	L. n. 232/2016	Sp. Convenzionata	7,96	L. n. 232/2016	Sp. Acquisti Diretti	6,89
2018	L. n. 232/2016	Sp. Convenzionata	7,96	L. n. 232/2016	Sp. Acquisti Diretti	6,89
2019	L. n. 232/2016	Sp. Convenzionata	7,96	L. n. 145/2018	Sp. Acquisti Diretti	6,69
2020	L. n. 232/2016	Sp. Convenzionata	7,96	L. n. 145/2018	Sp. Acquisti Diretti	6,69
2021	L. n. 178/2020	Sp. Convenzionata	7,00	L. n. 178/2020	Sp. Acquisti Diretti	7,65
2022	L. n. 178/2020	Sp. Convenzionata	7,00	L. n. 234/2021	Sp. Acquisti Diretti	7,80
2023	L. n. 178/2020	Sp. Convenzionata	7,00	L. n. 234/2021	Sp. Acquisti Diretti	7,95
2024	L. n. 213/2023	Sp. Convenzionata	6,80	L. n. 234/2021	Sp. Acquisti Diretti	8,30

Nota: * al netto dei Gas Medicinali

D.L. n. 159/2007 conv. in L. 222/2007; D.L. 78/2009 conv. in L. n. 102/2009; D.L. n.95/2012 conv. in L. n. 135/2012

Fonte: elaborazione su Leggi di bilancio e Monitoraggio della spesa farmaceutica - © C.R.E.A. Sanità

Con riferimento all'ultimo quinquennio, osserviamo che con la Legge di Bilancio del 2021, era stato previsto un nuovo incremento del tetto per gli acquisti diretti, rideterminato al 7,85% (dal 6,89% per il 2020); a compensazione, quello per la spesa convenzionata era stato ridotto dal 7,96% al 7,00% (fermo restando il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali).

La citata Legge di Bilancio del 2021, inoltre, aveva previsto un ulteriore progressivo rialzo del peso della componente acquisti diretti: all'8,00% nel 2022, all'8,15% nel 2023 e all'8,30% nel 2024, mantenendo ferme le indicazioni per la componente territoriale e dei gas.

In tal modo, si è in definitiva generato un incremento progressivo del tetto complessivo: dal 14,85% del 2021 al 15,5% del 2024.

La Legge di Bilancio del 2024 ha rideterminato ancora una volta i tetti, portandoli all'8,50% per gli acquisti diretti (inclusi i gas medicinali) e al 6,80% per la spesa farmaceutica convenzionata.

Per il 2024, la spesa farmaceutica avrebbe quindi dovuto assorbire al massimo il 15,50% del totale della spesa: il 6,80% per la spesa convenzionata (cosiddetta tetto della convenzionata) e l'8,30% per gli acquisti diretti (cosiddetta tetto degli acquisti diretti) delle strutture pubbliche; ferma restando la quota dello 0,2% dei gas medicinali.

Per quanto concerne, invece, l'onere del ripiano, il cosiddetto *payback*, esso è stato istituito dalla L. n. 135/2012; successivamente la L. n. 160/2016 ha disciplinato le procedure di ripiano della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per gli anni 2013, 2014 e 2015, specificando le modalità applicative del *payback* per tali anni.

Attualmente, la normativa prevede che il ripiano dell'eventuale sfondamento dei tetti (*payback*) come sopra declinati, sia posta a carico interamente delle Aziende produttrici nel caso del tetto attualmente definito della "spesa convenzionata", e al 50% (il restante rimane in carico delle Regioni che avessero "sforato") per quello attualmente definito degli "acquisti diretti".

Inoltre, in estrema sintesi, rileva che la distribuzione fra le Aziende del *payback* fosse inizialmente

previsto che avvenisse sulla base degli sfondamenti dei *budget* aziendali predeterminati dall'AIFA; con la L. n. 145/2018 (e quindi a decorrere dal 2019) il ripiano del *payback* del tetto riferito alla spesa per gli "acquisti diretti" è invece divenuto proporzionale alle quote di mercato delle Aziende.

Da questo ultimo punto di vista, va altresì considerato che la spesa per i farmaci orfani, anche se considerata nella spesa soggetta a ripiano, ai sensi della L. n. 147/2013 è esclusa dai fatturati aziendali su cui viene ripartito l'onere del *payback*; come anche ai fatturati aziendali soggetti al calcolo della quota di mercato viene applicata una franchigia di € 3 mln..

Per quanto concerne l'applicazione degli istituti del "tetto" e del *payback*, si può constatare come, nel 2024, la spesa farmaceutica convenzionata a consuntivo si è attestata al 6,3% del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), rimanendo ancora sotto il tetto per € 691,5 mln. (€ 11,7 pro-capite). Non di meno, il risultato è frutto di una compensazione dovuta al fatto che, mentre alcune Regioni registrano una spesa significativamente minore del tetto (-€ 59,4 pro-capite la P.A. di Bolzano e -€ 36,4 il Veneto), otto Regioni lo "sforano" (sebbene con valori al di sotto di € 7 pro-capite): Calabria, Lombardia, Basilicata, Sardegna, Campania, Abruzzo, Molise e Puglia (Figura 10a.5.).

Per completezza, va considerato che il risultato è "reso possibile" dalla presenza di una quota significativa di spesa di "Classe A" sostenuta privatamente delle famiglie: senza questo "contributo" dei cittadini, si determinerebbe, infatti, uno sforamento del tetto di circa € 1,4 mld..

Di contro la spesa per gli acquisti diretti delle strutture pubbliche si è attestata al 11,4% del FSN, superando nuovamente, il *target* definito a livello nazionale del 3,1%.

Nessuna Regione riesce a rispettare il tetto (Figura 10a.6.): le Regioni con uno "sforamento" maggiore sono la Sardegna e la Campania (rispettivamente € 116,5 e € 109,3 pro-capite), e quelle con lo "sforamento" minore Lombardia e P.A. di Trento (rispettivamente € 25,4 e € 34,6 pro-capite).

Figura 10a.5. Spesa farmaceutica* convenzionata pro-capite e tetto. Anno 2024

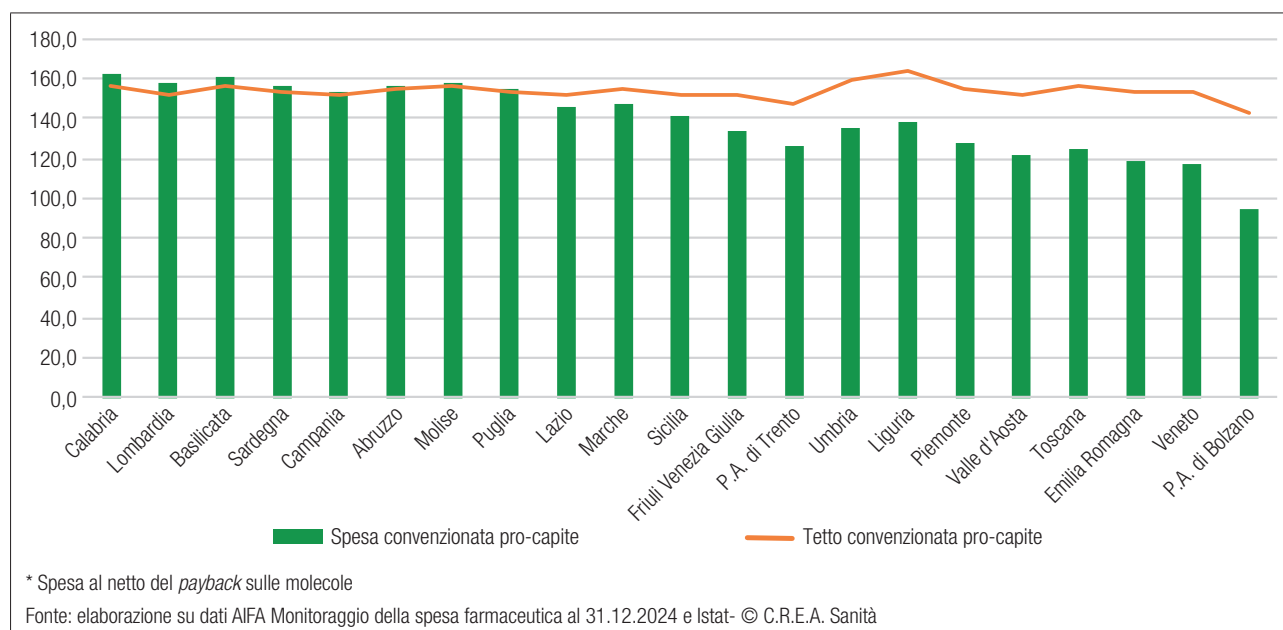
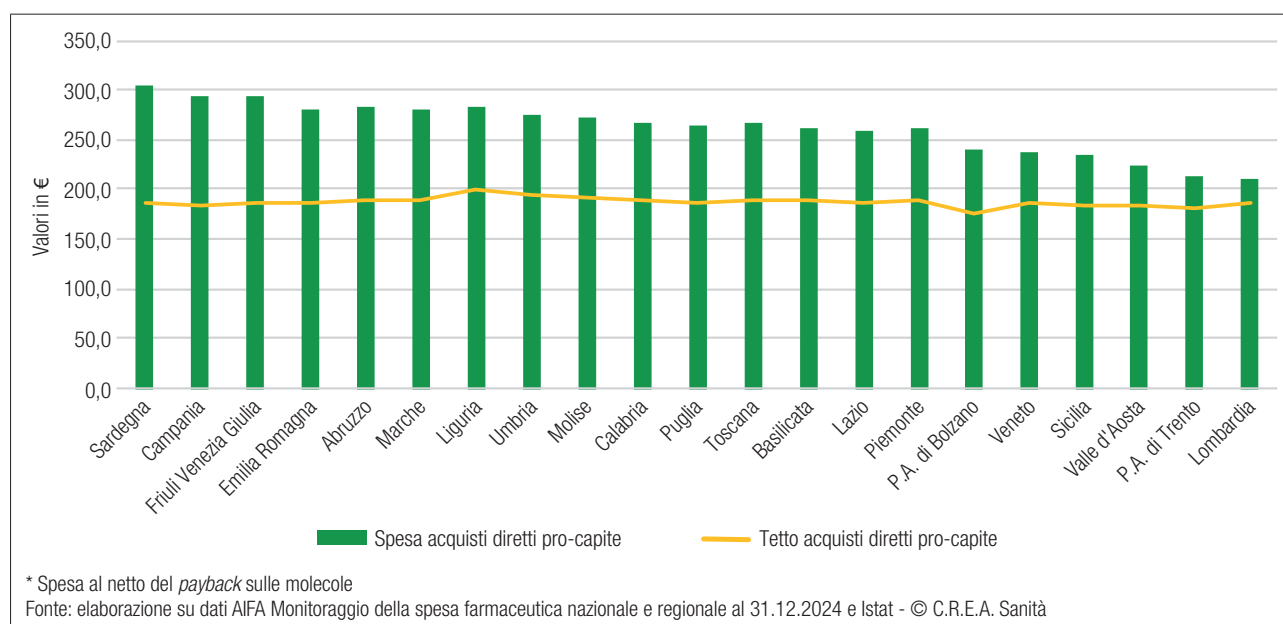


Figura 10a.6. Spesa farmaceutica pro-capite* per acquisti diretti delle strutture pubbliche e tetto. Anno 2024



Gli interventi sinora messi in atto sembrano, quindi, siano stati inefficaci ai fini di riportare la *governance* del settore in un contesto fisiologico di stabilità: a riprova di ciò, il *payback* ha continuato a crescere passando da € 1,7 mld. nell'anno 2023 a € 2,0 mld. nel 2024.

La Legge di Bilancio per il 2025 non aveva ap-

portato modifiche ai tetti della farmaceutica, mentre, al momento in cui si scrive, la bozza della Legge Finanziaria per il 2026-2028 riporta che a decorrere dall'anno 2026 il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti verrà ancora incrementato di 0,20 p.p. e quello della spesa convenzionata di 0,05 p.p..

In queste condizioni, assumendo un incremento

del FSN del 2,0% e un incremento della spesa convenzionata pari a quello registrato tra il 2023 e il 2024 (3,3%), la spesa convenzionata continuerebbe a registrare un avanzo pari a € 664 mln. circa; qualora si mantenesse lo stesso *trend* osservato tra Gennaio e Maggio 2025 il tetto si manterrebbe capiente con un avanzo di circa 308 mln.. Tale tetto, in ogni caso, sembrerebbe mantenersi capiente e possiamo ipotizzare lo sarà a maggior ragione per il 2026 considerando l'incremento del FSN previsto del +6,8% e l'incremento del tetto di +0,05 p.p..

Per quel che concerne la spesa per gli acquisti diretti delle strutture pubbliche, invece, qualora considerassimo il medesimo incremento registratosi 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 un incremento del FSN previsto del 6,8% rispetto al 2025, il medesimo incremento della spesa farmaceutica registrato tra il 2023 e il 2024 e l'incremento del tetto di 0,2 p.p., la spesa per acquisti diretti continuerebbe a sfiorare di oltre € 6,5 mld..

10a.2. Payback: criticità e proposte evolutive

Per effetto dell'attuale regolamentazione, l'incidenza del *payback* sul fatturato delle singole Aziende che lo ripianano risulta significativamente maggiore di quella media rapportata al canale acquisti diretti e, ancora di più, se confrontata con la spesa farmaceutica nel suo complesso; in altri termini, sulle singole Aziende l'impatto può risultare significativamente maggiore (o minore) a seconda dell'incidenza sul proprio fatturato dei farmaci orfani, della franchigia e dei farmaci venduti nel canale distributivo delle farmacie convenzionate.

In altri termini, l'istituto dei tetti sulla spesa farmaceutica, e del relativo *payback* dell'eventuale sfioramento, presenta ormai varie potenziali criticità, riferibili in primis alla suddivisione degli oneri fra canali distributivi.

A seguire si analizzano alcune di queste criticità,

proponendo possibili interventi per fronteggiarle.

Il *payback* è in primo luogo condizionato dalla disscrasica gestione dei tetti sui due canali distributivi: in particolare, la mancanza di osmosi fra “avanzo” sulla spesa convenzionata e “disavanzo” sugli acquisti diretti, attualmente genera un'incidenza del *payback* che supera il 50% dello sfioramento, complessivo.

Inoltre, osserviamo come la distribuzione delle Aziende operanti in Italia per fatturato nel canale *retail* (il cui fatturato assumiamo come *proxy* di quello realizzato nella distribuzione nelle farmacie convenzionate) e *specialties* (assunto come *proxy* del fatturato sul canale degli acquisti diretti delle strutture) evidenzia una netta differenziazione della specializzazione delle Aziende (Tabella 10a.3.).

Tabella 10a.3. Tipizzazione portafoglio Aziende. Distribuzione Aziende per quota del fatturato specialties. Valori %

	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
Crescita	35,8	2,8	6,6	9,4	26,4
Decrescita	7,5	1,9	1,9	2,8	4,7
Totale	43,4	4,7	8,5	12,3	31,1

Fonte: dati di mercato IQVIA, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

A fronte di 106 Aziende operanti censite, il 31,1% ha un portafoglio fortemente concentrato (oltre l'80% del fatturato) sul canale *specialties*, con prodotti che ricadono, quindi, per lo più nel canale degli acquisti diretti; al contrario il 43,4% ha un portafoglio fortemente concentrato (oltre l'80% del fatturato) sul canale *retail*. Il restante 25,5% ha un portafoglio diviso in maniera piuttosto omogenea tra i due canali.

Le incidenze reali del *payback* sul fatturato complessivo delle Aziende possono, quindi, risultare radicalmente diverse, in funzione delle diverse “vocalizzazioni” aziendali, come dimostrabile con una semplice simulazione elaborata assumendo che il fatturato sul canale acquisti diretti ammonti in media al 62,4% (ovvero alla quota degli acquisti diretti sul totale della spesa farmaceutica nell'anno 2023) e, inoltre, che l'incidenza del *payback* per acquisti diretti sui fatturati aziendali utilizzati per il ripiano sia pari al 14,5%

(dato relativo all'anno 2023⁵), e rimanga nulla per la spesa convenzionata.

Con le ipotesi descritte, l'incidenza del *payback* risulterebbe del 9,9%, ma con uno scarto che, in base alla simulazione, andrebbe dallo 0,0% per una Azienda che non ha prodotti sul canale acquisti diretti, al 14,5% per quelle che hanno tutto il loro fatturato su quel canale, con il 43,3% delle Aziende che "pagherebbe" in media circa l'1,5% del proprio fatturato e il 31,1% in media il 13,0% (Tabella 10a.4.).

Tabella 10a.4. Incidenza del *payback* sul fatturato totale delle Aziende in funzione della quota di fatturato *specialties*. Valori %

	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
Incidenza	1,45	4,35	7,25	10,15	13,05
Quota Aziende	43,4	4,7	8,5	12,3	31,1

Fonte: elaborazione propria - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto precede, sembra opportuno riflettere sulla possibilità di "riequilibrare" il ruolo dei tetti (eventualmente anche introducendo regole che permettano una osmosi fra i due tetti, ovvero una compensazione fra eventuali avanzi e disavanzi) o di unificarli.

Volendo mantenere gli attuali assetti, almeno potrebbe essere opportuna una programmazione più proattiva dei tetti.

Con l'obiettivo di formulare delle simulazioni quantitative utili a innescare elementi di riflessione sulle regole programmatiche, si è voluta considerare la possibilità che, a fronte di una acclarata "capienza" del tetto della convenzionata, che continua a generare avanzi, si voglia redistribuire il tetto fra i due canali, assumendo come vincolo quello della invarianza del tetto complessivo alla spesa farmaceutica.

Una prima opzione perseguibile potrebbe essere quella basata sul principio di ottenere una pari incidenza (ex ante) dello sfioramento sui due canali: in pratica, a fronte dell'osservazione di uno scostamen-

to fra il tetto complessivo e la spesa effettiva dell'X%, si ipotizza di operare per rideterminare i tetti per l'anno successivo in modo che ci si possa attendere una equa redistribuzione dell'onere, tale da ipotizzare un pari sfioramento dell'X% su entrambi i tetti.

Assumendo questo obiettivo programmatico, il tetto 2023 degli acquisti diretti avrebbe dovuto aumentare sino al 9,0% (1,1 p.p. in più dell'attuale) e quello della convenzionata avrebbe dovuto diminuire simmetricamente al 5,9%. Il SSN avrebbe registrato un'entrata complessivamente minore di -€ 156,0 mln., per effetto di una maggiore entrata dal *payback* della convenzionata di +€ 534,8 mln. e una minore di -€ 690,7 mln. dagli acquisti diretti (che sfiorerebbero di € 1.905,8 mln.).

La simulazione è stata ripetuta assumendo l'obiettivo alternativo di perseguire sempre una pari incidenza (ex ante) dello sfioramento sui due canali, ma rapportandosi alla media, in termini sia di spesa che di tetti, degli ultimi due anni.

Assumendo questo obiettivo programmatico, il tetto 2023 degli acquisti diretti avrebbe dovuto aumentare sino all'8,9% (1,0 p.p. in più dell'attuale) e quello della convenzionata avrebbe dovuto diminuire simmetricamente al 6,0%. Il SSN avrebbe avuto un'entrata complessivamente minore di -€ 227,4 mln., per effetto di una maggiore entrata dal *payback* della convenzionata di +€ 391,8 mln. e una minore entrata di -€ 619,3 mln. dagli acquisti diretti (che sfiorerebbero di € 2.048,7 mln.).

La Tabella 10a.5. riassume i risultati ottenuti.

Le simulazioni rappresentano meri esempi, prodotti per fornire un riferimento quantitativo relativamente agli effetti di possibili redistribuzioni dei tetti, che pure potrebbero essere considerate ragionevoli in un contesto che, sembra ormai strutturalmente, vede una forte crescita della spesa legata ai consumi su un canale (acquisti diretti) e una riduzione nell'altro (convenzionata). Ricordiamo che le simulazioni prevedono utilizzo dei dati routinariamente disponibili a fini programmatici.

⁵ Si è scelto come dato base il 2023 perché certamente consolidato

Tabella 10a.5. Riepilogo simulazioni

Sim.	Totale	Convenzionata		Acquisti diretti		
	Variazione <i>payback</i> (€ mil.)	Tetto (%)	Variazione <i>payback</i> (€ mil.)	Tetto (%)	Variazione <i>payback</i> (€ mil.)	Scost. nto dal tetto (€ mil.)
1	-156,0	5,92	+534,8	9,03	-690,7	-1.905,8
2	-227,4	6,03	+391,8	8,92	-619,3	-2.048,7

Fonte: elaborazione propria - © C.R.E.A. Sanità

Le simulazioni elaborate “dimostrano” che, sebbene le previsioni sugli andamenti dei consumi non siano di banale formulazione, potrebbero comunque essere adottate alcune “regole operative” per rendere trasparenti gli obiettivi di governo dell’istituto, mantenendo la politica sanitaria farmaceutica funzionale agli obiettivi di programmazione del SSN: tali regole potrebbero essere utilizzate per aggiornare, quanto meno, la composizione dei tetti ai sensi del comma 282 della L. n. 234/2021.

10a.3. Riflessioni finali

La spesa farmaceutica totale, nel 2024, supera € 36 mld.; la spesa pubblica rappresenta circa il 72% della spesa farmaceutica totale e si è incrementata rispetto al 2019 del 4,6% medio annuo; la spesa a carico dei cittadini (comprendente la compartecipazione alla spesa, i medicinali di “Classe A” acquistati privatamente e i farmaci di “Classe C”), pari a € 10,6 mld., è in aumento del 2,8% medio annuo rispetto al 2019.

La spesa farmaceutica potenzialmente compresa nei LEA è pari a € 29,7 mld. (80,9% della spesa farmaceutica totale): l’acquisto diretto da parte delle famiglie di farmaci di “Classe A” rimborsabili dal SSN, come anche la compartecipazione dei cittadini, riducono complessivamente del +10,6% l’onere pubblico per l’erogazione dei LEA.

La spesa pubblica effettiva è ulteriormente ridotta del 6,2% dal *payback*.

Guardando ai *trend* della spesa farmaceutica, si osserva un incremento della crescita sia di quella pubblica che di quella privata: nell’ultimo quinquennio la spesa pubblica si è incrementata del 4,6%

medio annuo (3,8% medio annuo nell’ultimo decennio), mentre quella privata del 2,8% medio annuo nel quinquennio e del 2,2% nel decennio.

Appare, quindi, evidente che l’attuale assetto regolatorio non riesce più a tenere sotto controllo la spesa, richiedendo una nuova *governance* del settore; nuova *governance* che sinora è stata “statica”, a meno dell’aumento dei tetti. Tetti, che comunque continuano a essere non capienti nel comparto degli acquisti diretti.

La spesa farmaceutica pubblica continua a crescere più del finanziamento del SSN, con la conseguenza di un aumento della sua incidenza sul *budget* del SSN, che non si è compensato neppure con il continuo aumento del *payback*.

Relativamente al *payback* le simulazioni effettuate su una sua possibile riformulazione in termini normativi fornisce risultati suggestivi del fatto che, in via di principio, sarebbe effettivamente possibile governare l’istituto dei tetti, salvaguardando il principio del contenimento della spesa e, allo stesso tempo, rimodulando in modo trasparente i tetti relativi ai diversi canali distributivi: le opzioni sono molteplici e la scelta dipende in ultima istanza dagli obiettivi di politica farmaceutica che le autorità regolatorie riterranno darsi.

Riferimenti bibliografici

- [1] AIFA, Monitoraggio della spesa farmaceutica (anni vari)
- [2] AIFA (anni vari), Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali (anni vari)
- [3] L’uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale (anni vari)
- [4] Istat (anni vari), banche dati on line, www.istat.it

Sintesi

CAPITOLO 10b

La spesa per i Dispositivi Medici

d'Angela D.¹, Caforio G.²

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 sforamento di 1,8 p.p..

A livello regionale, il Friuli Venezia Giulia presenta il maggiore sforamento, 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 sforamento (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

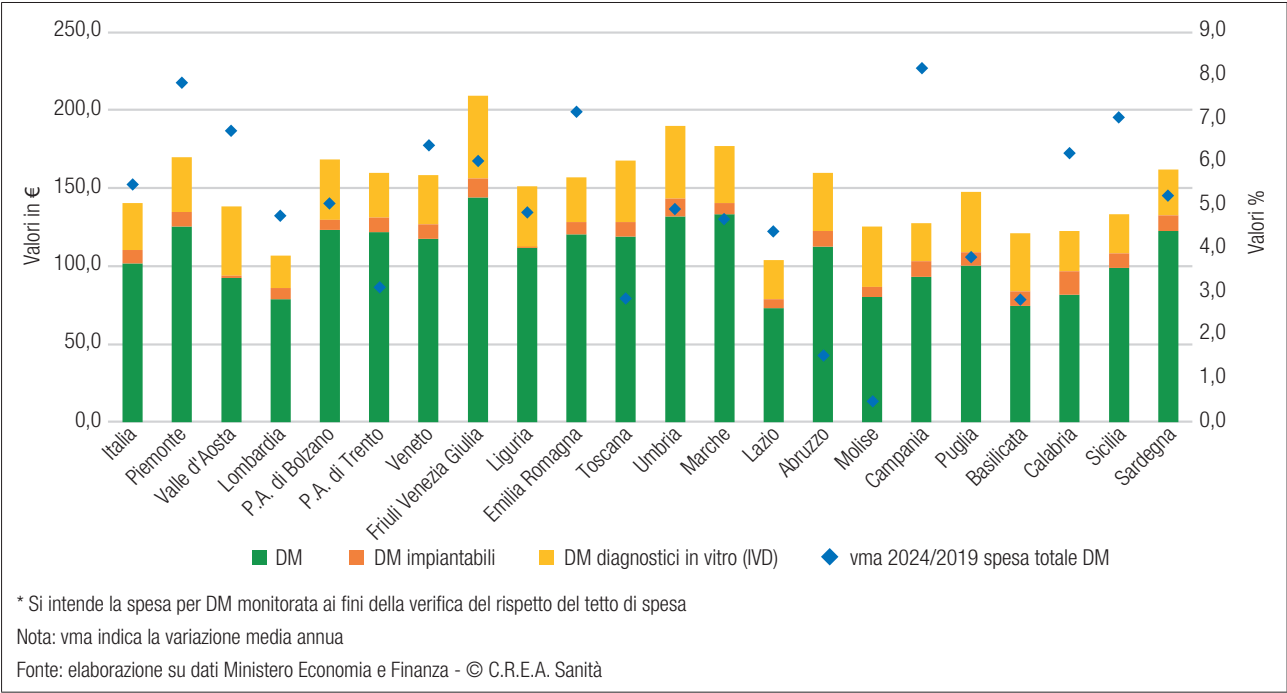
¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

² Università degli Studi di Roma Tor Vergata

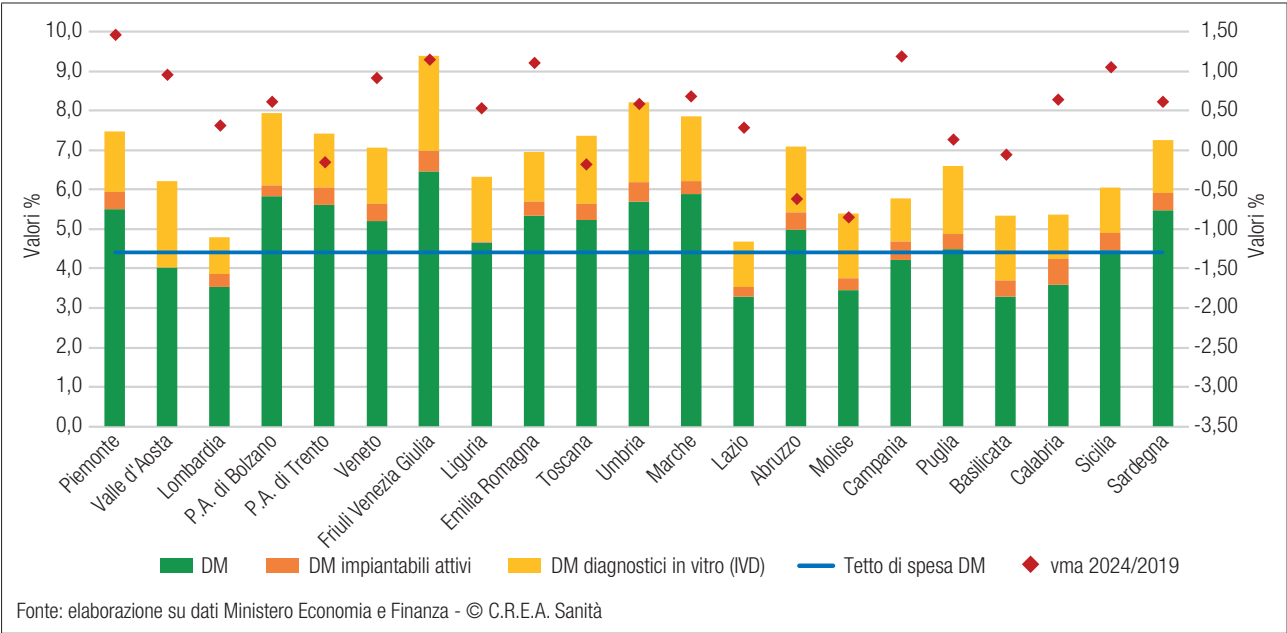
FSN: questo livello potrebbe, quindi, essere considerato un riferimento anche per gli anni successivi, rappresentando ad oggi il livello considerato “sostenibile” per le imprese.

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 10b

La spesa per i Dispositivi Medici

d'Angela D.¹, Caforio G.²

La produzione del settore dei Dispositivi Medici (DM) comprende una notevole varietà di beni e coinvolge più settori industriali; secondo la classificazione delle attività economiche ATECO, tale produzione si distribuisce sul codice 32.5 “Fabbricazione di strumenti e forniture mediche e dentistiche”, che include apparecchi medicali, apparecchi e strumenti per odontoiatria, protesi, lenti, materiali di consumo ecc. (sottovoce della categoria 32 relativa a strumenti e forniture mediche), ed il codice 26.6. relativo alla produzione di apparecchiature elettromedicali, per irradiazione o elettroterapia.

La classificazione ATECO riflette l'eterogeneità dei DM, che è ulteriormente ampliata dalla loro “natura”, che spazia da quelli ad uso singolo (protesi ecc.), a quelli ad utilità pluriennale (apparecchiature, *software* ecc.).

In ogni caso, condizione per l'appartenenza alla categoria dei DM è quella di essere impiegati sull'uomo, da soli o in combinazione, per una o più delle seguenti destinazioni d'uso medico:

- diagnosi, prevenzione, monitoraggio, previsione, prognosi, trattamento o attenuazione di malattie
- diagnosi, monitoraggio, trattamento, attenuazione o compensazione di una lesione o di una disabilità
- studio, sostituzione o modifica dell'anatomia oppure di un processo o stato fisiologico o patologico
- fornitura di informazioni attraverso l'esame in vitro di campioni provenienti dal corpo umano, inclusi sangue e tessuti donati.

I DM rappresentano, inoltre, un costo rilevante per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per il cui monitoraggio sono stati predisposti flussi informativi dedicati.

Il contributo, in continuità con quelli contenuti nelle precedenti edizioni del Rapporto Sanità, analizza quindi le informazioni disponibili nei flussi ministeriali, al fine di stimare i costi effettivamente sostenuti dal SSN per i DM, e analizzare gli sforamenti dal tetto di spesa per DM previsto dalla normativa.

I flussi citati comprendono i Conti Economici delle Aziende Sanitarie (CE) e il cosiddetto Flusso Consumi, che ha affiancato i CE dal 2012 [1].

Tali flussi sono oggi utilizzati anche per l'implementazione di meccanismi di controllo della spesa pubblica.

Le stime si rendono necessarie, in quanto il monitoraggio della spesa per DM si basa sulle voci dei CE, ma tale flusso rimane incompleto, in quanto rileva essenzialmente quelli ad uso singolo; non sono, infatti, evidenziati nei CE gli oneri relativi alle acquisizioni in forma di noleggio e/o *leasing*, e neppure quelli relativi ai beni ammortizzabili. Tra questi ultimi si noverano anche molte delle tecnologie ICT, che saranno sempre più diffuse, quali soluzioni di medicina digitale (telemonitoraggio ecc.).

Nelle stime si determina la spesa complessiva per i DM, stimando anche quella sostenuta dalle Strutture private accreditate; inoltre, si formula una ipotesi di tetto di spesa “sostenibile”.

Il contributo chiude con una proposta di *governance* sui DM innovativi, finalizzata a definirne il carattere innovativo, consentirne un accesso precoce e

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

² Università degli Studi di Roma Tor Vergata

garantire un utilizzo “corretto” del fondo per l’acquisto di DM innovativi, introdotto in un recente emendamento legislativo relativo al D.D.L. n. 912/2025.

10b.1. Il costo dei DM

Come anticipato, lo strumento principale ad oggi ufficialmente adottato per il monitoraggio dei costi per i DM è il flusso CE. In particolare, come riferimento nel calcolo dello sfioramento del tetto di spesa da parte delle Regioni, è utilizzata la voce “Dispositivi medici” (CE – BA0210), composta da tre sottocapitoli di spesa: “Dispositivi medici” (CE – BA0220), “Dispositivi medici impiantabili attivi” (CE – BA0230), “Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)” (CE – BA0240).

Non si tiene, quindi, conto di altri fattori che pure pesano sull’onere complessivo relativo ai DM: innanzitutto, gli oneri relativi ai DM ad uso ripetuto (pluriennale); questi sono soggetti ad ammortamento e confluiscono nella sottovoce del modello CE “Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali” (CE –

BA2580), per la quale non è prevista la disaggregazione delle attrezzature sanitarie e scientifiche, impedendo l’estrazione del dato di interesse. In prima approssimazione, per stimare la quota di ammortamenti riferibili ai DM, si può fare riferimento ad una *survey* condotta dal C.R.E.A. Sanità nel 2019, in base alla quale fu stimato che circa il 30% delle immobilizzazioni fosse riferito alle attrezzature sanitarie.

Data la varietà delle caratteristiche dei DM, va anche considerato che la loro acquisizione avviene con modalità diversificate: senza pretesa di esaustività, citiamo che i beni ad uso ripetuto (ammortizzabili), oltre ad essere acquistati, possono entrare nella disponibilità delle Aziende anche con formule di noleggio o *leasing*, i cui oneri sono registrati nei capitoli CE - BA2020 e CE - BA2050, con specifica della quota riferita alle attrezzature sanitarie: assumendo che tutte le attrezzature sanitarie (o “quasi tutte”) siano classificabili come DM, la stima del costo sostenuto per i DM potrebbe/dovrebbe essere integrata con le evidenze disponibili.

Figura 10b.1. DM: composizione della spesa corrente delle strutture pubbliche monitorata*, per tipologia. Anno 2024

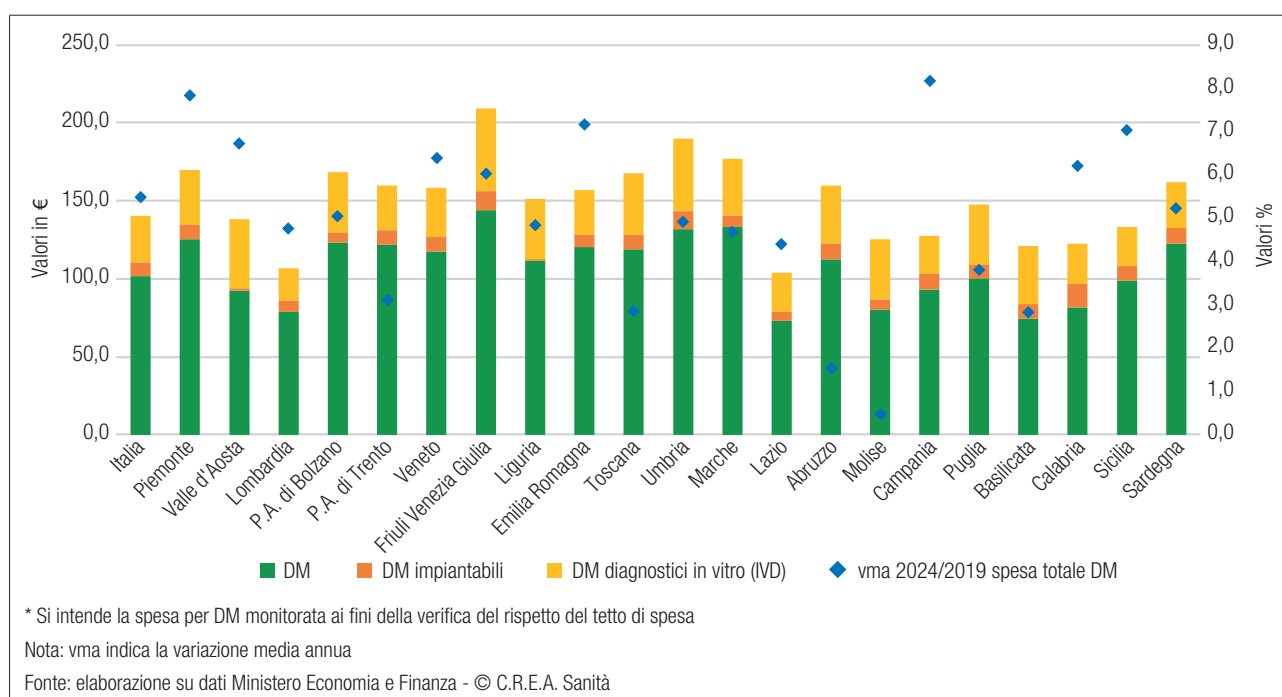
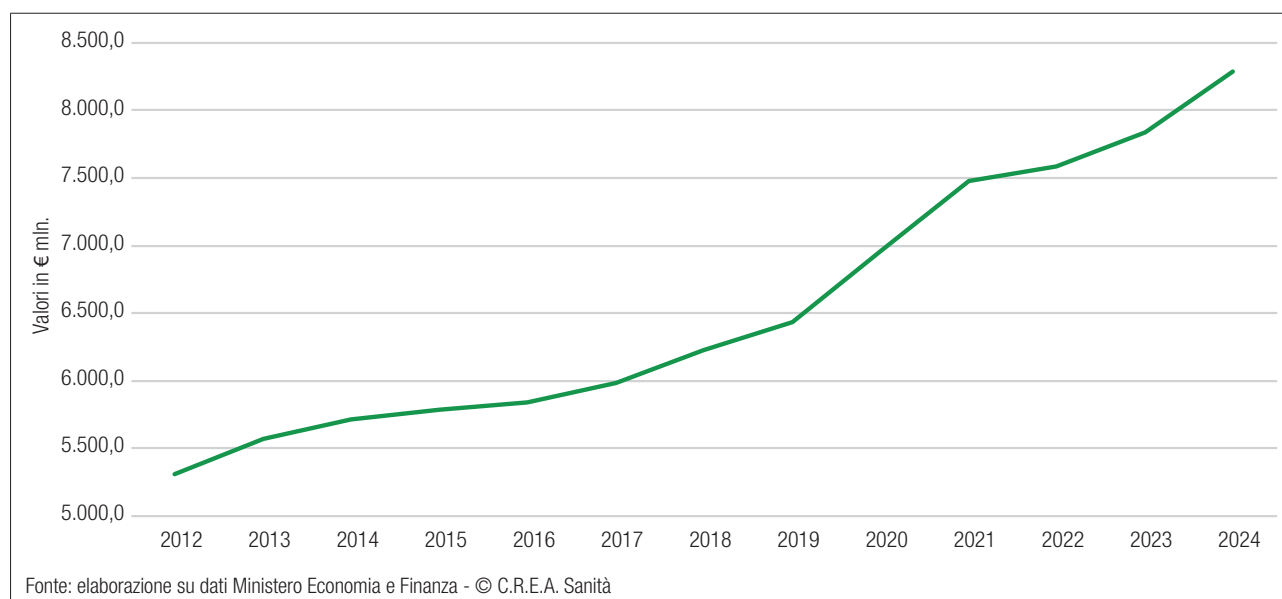


Figura 10b.2. DM: trend spesa (CE BA-0210)



Analogamente, dovrebbero essere considerati anche gli acquisti di Servizi Sanitari per assistenza protesica (CE - BA0750), riguardanti l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili monouso, ancora una volta in larga misura classificabili come DM.

Un ulteriore elemento di complessità del monitoraggio deriva dal fatto che i CE rilevano i soli costi delle Aziende Sanitarie pubbliche: gli oneri relativi ai DM utilizzati nelle Strutture private accreditate sono ricompresi nelle voci dei CE relative all'acquisto di prestazioni sanitarie dal privato: in altri termini, i costi dei DM sono rimborsati alle Strutture private accreditate all'interno delle tariffe riconosciute per le prestazioni da loro erogate. Questa componente, sfuggendo al meccanismo di calcolo della spesa per DM, come già affermato nelle precedenti edizioni del Rapporto Sanità, genera forti distorsioni nei confronti regionali, dato il diverso livello di ricorso al privato nelle diverse Regioni.

Tenendo conto di quanto argomentato, nel 2024 la spesa del SSN per i DM, considerando solo la voce ad essi esplicitamente dedicata (CE - BA0210), è pari a € 8,3 mld. (+5,7% rispetto all'anno precedente); rispetto al 2014 (€ 5,7 mld.), si registra una crescita del +3,8% medio annuo, con una accelerazione nell'ultimo quinquennio (+5,2% medio annuo), a fronte di un valore del +2,4% medio annuo nel pe-

riodo 2014-2019 (Figura 10b.2.).

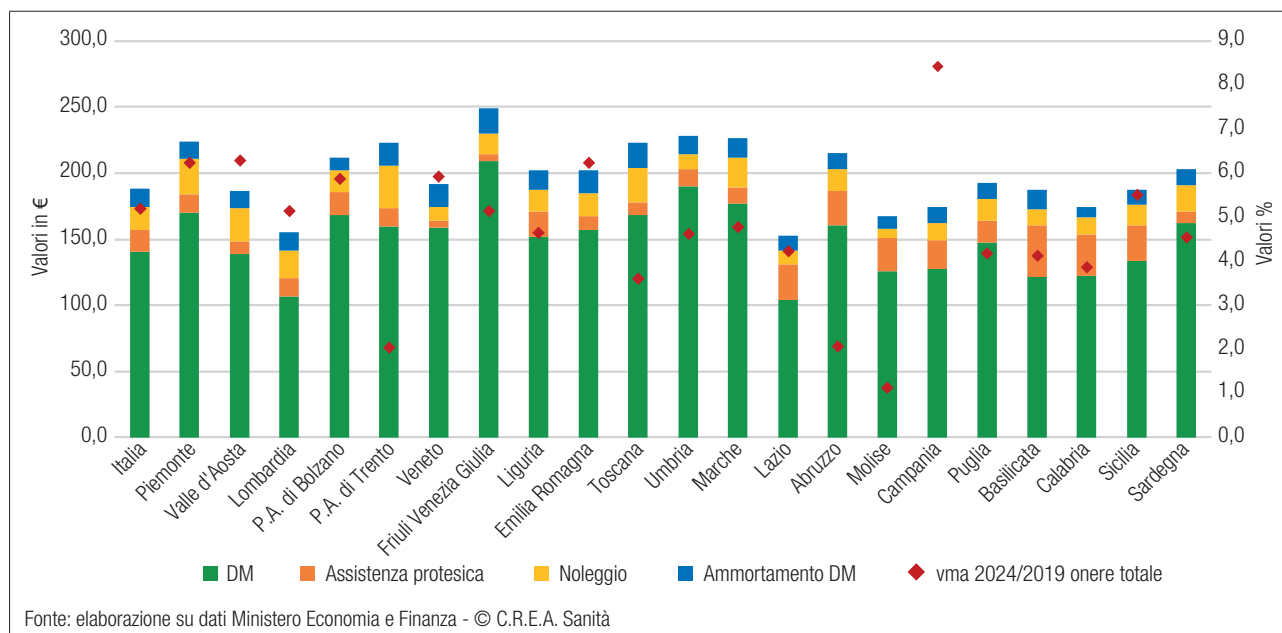
In termini pro-capite, ci si attesta a € 136,5, in crescita del +5,7% rispetto all'anno precedente e del 5,5% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

A livello regionale, si passa da un valore minimo, pari a € 104,3, del Lazio, ad uno massimo, pari a € 209,2, del Friuli Venezia Giulia, a fronte di un valore mediano di € 157,0 (Figura 10b.1.). 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)".

Integrando i dati esposti con l'onere sostenuto dalle Strutture pubbliche per l'assistenza protesica, e il noleggio di beni sanitari, nonché con la stima di quello relativo all'ammortamento dei DM a uso ripetuto, la stima della spesa sostenuta per i DM cresce del 37,3%, pari a € 2,8 mld., attestandosi a € 11,1 mld. (€ 188,1 pro-capite), in crescita del +5,7% rispetto all'anno precedente e del 5,2% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

La composizione della spesa, di conseguenza, diventa: 74,6% per l'acquisto di DM "consumabili", 9,1% per il noleggio di DM ad uso ripetuto, 8,9% per DM destinati all'assistenza protesica e il 7,3% per l'ammortamento delle apparecchiature (stima).

Figura 10b.3. DM: costi delle Strutture pubbliche per residente. Anno 2024



A livello regionale (Figura 10b.3.), si passa da una spesa minima, pari a € 152,3 pro-capite del Lazio, ad una massima di € 249,2 del Friuli Venezia Giulia (valore mediano € 201,9).

I dati di spesa elaborati evidenziano una rilevante variabilità regionale: ma come anticipato, essa è in significativa parte attribuibile al diverso *mix* di offerta tra pubblico e privato nelle diverse Regioni, ovvero alla mancata rilevazione degli oneri relativi ai DM acquistati dalle Strutture private per attività erogate per conto del SSN.

Non stupisce, quindi, che la spesa pro-capite più alta si registri nelle Regioni ove la quota di ricoveri pubblici sul totale è maggiore: il Friuli Venezia Giulia, che registra la spesa pro-capite massima, l'84,4% della casistica chirurgica totale (dato 2022) è attribuibile a Strutture pubbliche; di contro, nelle Regioni con maggiore quota di ricoveri effettuati presso Strutture private accreditate, quali Lazio, Campania, Lombardia e Molise (rispettivamente 42,0%, 53,7%, 54,5% e 54,9%), si registrano anche i valori di spesa più bassi (nel *range* € 152,3-174,2).

Assumendo che l'incidenza media del costo dei DM sui costi di ricovero, nelle Strutture private accreditate, sia sovrapponibile a quello delle Strutture pubbliche, la stima dell'onere sostenuto dal SSN per

i DM oscilla tra € 14,4 e 16,2 mld., a seconda se si considera l'onere medio di un ricovero medico ordinario (€ 2.466,6) o ordinario chirurgico (€ 5.929,9).

Con questa ultima integrazione, il costo medio pro-capite nazionale per i DM risulterebbe nel *range* € 244,8-275,5 (a seconda di quale stima, riportata nel precedente capoverso, per la parte privata accreditata si adotta), valore che, pur rimanendo inferiore (nel *range* -13,6-23,3%), si avvicina a quello della spesa media in Europa, pari a € 319,0 nel 2025, stimato da *Medtech Europe*.

10b.2. Tetto e payback

Il "Patto di stabilità 2015" (L. n. 190/2014), ha fissato un tetto alla spesa del SSN per i DM, pari al 4,8% per il 2013 e al 4,4% a partire dal 2014: tali determinazioni aggiornano i precedenti limiti previsti dal D.L. n. 111/2011 (5,2% del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN)) e dal D.L. n. 135/2012 (4,9% per il 2013, 4,8% dal 2014 in poi).

L'obiettivo originario dell'introduzione del tetto di spesa era stato quello di richiamare le Regioni ad esercitare maggiore attenzione verso la spesa per i DM, in particolare quella sostenuta dalle Strutture

pubbliche di erogazione: infatti, in caso di sforamento, l'eccedenza era previsto rimanesse interamente a carico delle Regioni.

Successivamente, con il D.L. n. 78/2015, è stato introdotto il meccanismo del *payback*, disciplinato sulla falsa riga di quello del settore farmaceutico, ma con importanti differenze che verranno analizzate nel seguito.

In caso di superamento del tetto di spesa regionale, le Aziende fornitrici era previsto fossero tenute a contribuire a ripianare lo sforamento, con quote pari al 40% per l'anno 2015, al 45% per il 2016, e al 50% a decorrere dal 2017. Il contributo aziendale era commisurato ai fatturati, indipendentemente dal loro incremento (in questo discostandosi dalle regole adottate in campo farmaceutico).

Nel Settembre 2022 il Ministero della Salute ha certificato il superamento del tetto di spesa per i DM a livello nazionale, determinandolo pari a € 4,5 mld. complessivamente per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018; si noti che lo sforamento è stato crescente, passando da € 1,0 mld. del 2015 a € 1,3 mld. del 2018 (+22,5% nel periodo considerato).

Applicando le quote previste dal D.L. n. 78/2015, il contributo spettante alle Aziende dei DM sarebbe

dovuto essere, quindi, di circa € 2,1 mld..

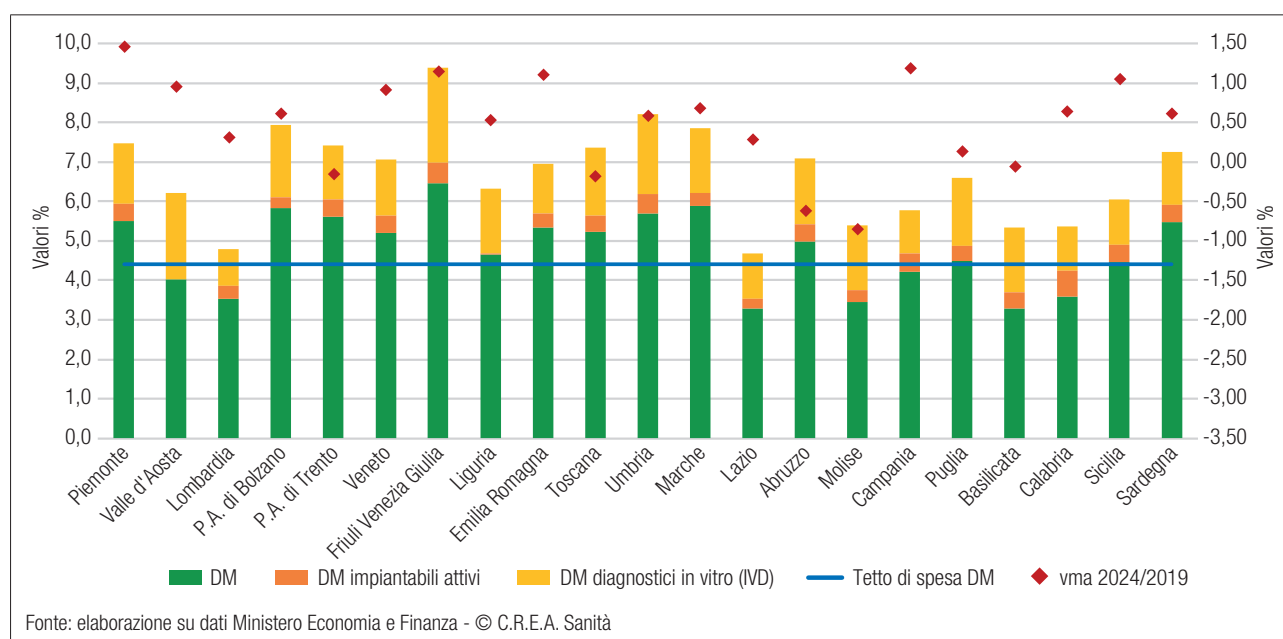
Successivamente, con il D.L. n. 34/2023, è stato ridotto l'onere del *payback* a carico delle imprese, consentendo loro di estinguere il proprio debito pagando il 48% dell'importo originariamente stabilito. In seguito, con il D.L. n. 95/2025, tale quota è stata ulteriormente ridotta al 25% (circa € 522,0 mln.).

Contestualmente, con il medesimo D.L. n. 95/2025, è stato istituito un fondo nazionale con dotazione pari a € 360,0 mln., in aggiunta a quello previsto dall'articolo 8, comma 1, del D.L. n. 34 del 30.03.2023, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 56.4 del 26.05.2023, da ripartire fra le Regioni in maniera proporzionale agli importi spettanti alle Regioni stesse per gli anni 2015-2018, sempre al fine di ridurre l'onere del *payback*.

In sintesi, dei € 2,1 mld. inizialmente previsti per il *payback* sul quadriennio 2015-2018, lo Stato, mediante l'introduzione di appositi fondi, ne ha coperti circa € 1,4 mld.; sono rimasti quindi a carico delle Aziende di DM circa € 522,0 mln. e € 120,0 mln. a carico delle Regioni.

Considerando la spesa pubblica per i DM (voce CE - BA0210) negli anni 2015-2018, il *payback* "ri-determinato" (€ 522,0 mln.) ne rappresenta il 2,2%.

Figura 10b.4. DM: spesa e tetto. Anno 2024



Di fatto, gli interventi di riduzione del *payback* per gli anni 2019-2024, equivalgono ad un incremento dell'attuale tetto, pari al 4,4% del FSN, di +1,0/+1,6 punti percentuali (p.p.), portandolo, a seconda degli anni, a valori compresi tra il 5,4% e il 6,0% del FSN.

Qualora tale incidenza possa essere considerata un riferimento anche per gli anni successivi, in prospettiva, un tetto di spesa per gli acquisti dei DM, "sostenibile" per le imprese, dovrebbe esser già oggi circa del 6,0%.

Nel 2024 la spesa per DM delle Strutture pubbliche incide per il 6,2% (in aumento di 0,5 p.p. rispetto al 2019) sul FSN, sfiorando di 1,8 p.p. il tetto di spesa previsto, pari al 4,4%.

A livello regionale (Figura 10b.4.), il Friuli Venezia Giulia presenta il maggiore sfioramento, con una quota di spesa pubblica per DM pari al 9,4%. All'estremo opposto troviamo il Lazio, che registra un livello di spesa pari a 4,7% del FSR.

10b.3. Dispositivi Medici innovativi

Recentemente, è stato presentato un emendamento al D.L. n. 95/2025 (emendamento 7.06), finalizzato all'istituzione di un Fondo Nazionale per l'acquisto dei DM innovativi. Nello specifico, l'emendamento definisce innovativi i DM in grado di:

"a) rispondere ai bisogni clinici di pazienti affetti da una patologia mortale o altamente invalidante per la quale non esiste un metodo di trattamento soddisfacente o, anche se tale metodo esiste, il dispositivo risulta di grande vantaggio terapeutico rispetto alle soluzioni esistenti;

b) rispondere alle esigenze di riduzione delle liste di attesa, dei tempi di degenza e riabilitazione espresse dal Servizio Sanitario Nazionale."

L'emendamento precisa che l'accertamento dell'innovatività richiede una valutazione di *Health Technology Assessment* (HTA) da parte dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), e che l'innovatività avrebbe una validità di tre anni, al termine dei quali il dispositivo potrebbe venire riesaminato.

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.

La spesa per l'acquisto dei Dispositivi innovativi, nei limiti del Fondo, non concorrerebbe quindi alla spesa considerata ai fini dell'eventuale sfioramento del tetto.

Sebbene l'emendamento fornisca indicazioni per la definizione dell'innovatività, ad oggi, per quanto di nostra conoscenza, i criteri non sono stati definiti operativamente. Solo la Toscana, ha emanato disposizioni in materia: con la Delibera n. 737 del 27.06.2022, ha introdotto tre criteri, chiaramente ispirati a quelli utilizzati dall'AIFA per i farmaci: la presenza di

- 1) un "*Unmet clinical need*", ossia di un bisogno terapeutico non soddisfatto o non sufficientemente soddisfatto
- 2) un documentato vantaggio di natura clinica (beneficio incrementale)
- 3) un documentato vantaggio di natura organizzativa, quale, ad esempio, quello derivante dalla riduzione della tempistica di esecuzione delle procedure e di impiego del personale necessario per effettuare la procedura stessa o possibilità di eseguire gli interventi a livello ambulatoriale o di *day hospital* piuttosto che in regime di degenza. Da notare che questo criterio viene preso in considerazione solo se il Dispositivo dimostra di essere clinicamente sovrapponibile alle tecnologie di riferimento.

L'approccio toscano, pur fornendo utili suggerimenti, evidenzia i rischi di definire a livello regionale il carattere di innovatività di un DM, legati in particolare alla disparità nell'accesso, agli eventuali rimborsi (ove previsti) e al finanziamento (accesso al fondo).

La definizione di criteri nazionali per la definizione del carattere innovativo di un DM rappresenta un primo essenziale passo per la definizione di una nuova *governance* degli stessi: peraltro, tale definizione risulta estremamente difficile a causa dell'eterogeneità dei Dispositivi stessi.

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 inno-

vativo di un DM [2]; la proposta è supportata da un consensus condotta con il metodo Delphi, articolata in due fasi, a cui hanno partecipato 93 esperti italiani appartenenti a diverse categorie di *stakeholder*; la composizione del *Panel* vedeva la presenza di istituzioni governative (n=25; 26,9%), società scientifiche e fondazioni (n=21; 22,6%), *management* settore sanitario (n=17; 18,3%), industria (n=8; 8,6%), professionisti sanitari (n=8; 8,6%), associazioni di pazienti (n=8; 8,6%), mondo accademico (n=5; 5,4%) ed esperti indipendenti di HTA (n=1; 1,1%).

Partendo da un'analisi comparativa sui programmi di gestione dell'innovazione attuati in diversi Paesi europei e negli USA, sono stati identificati 12 criteri riguardanti aspetti clinici, organizzativi, economici e relativi alla qualità delle evidenze utili per la definizione dell'innovatività; per 7 di questi il *Panel* ha raggiunto un consenso (considerato tale se l'accordo era superiore al 70% dei partecipanti).

Dal consensus è emerso che i criteri da considerare per la determinazione del carattere innovativo di un DM sono i seguenti:

Impatto Clinico

- è destinato al trattamento o alla diagnosi di una condizione clinica fatale o irreversibilmente debilitante
- non esistono alternative approvate (prodotti farmaceutici, DM, combinazioni di prodotti o altre tecnologie) per la stessa indicazione, rispondendo così a un'esigenza non soddisfatta
- offre vantaggi significativi rispetto alle alternative esistenti in termini di miglioramento dei risultati clinici rilevanti.

Qualità delle prove

- è supportato da una evidenza adeguata in relazione alla sua sicurezza ed efficacia clinica.

Impatto organizzativo

- offre vantaggi significativi rispetto alle alternative disponibili in termini di impatto organizzativo o procedurale.

Impatto economico

- ha un impatto economico significativo, risultando meno costoso rispetto allo *standard* di cura attuale, fornendo almeno gli stessi benefici.

- ha un rapporto costo-efficacia incrementale superiore o accettabile rispetto allo *standard* di cura attuale.

In termini pratici, considerando che l'HTA, pur rappresentando uno strumento fondamentale, presenta significativi limiti: innanzitutto, 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; ancora, gli *outcome* clinici sono spesso difficili da standardizzare e dipendono dall'organizzazione delle Strutture e dalla esperienza degli utilizzatori.

Per i motivi sopra esposti, al fine di facilitare l'introduzione di DM innovativi nella pratica clinica, si potrebbero applicare dei 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, e quindi non si possano utilizzare le risorse del fondo allo scopo istituito.

Per introdurre tali meccanismi si potrebbe ipotizzare una negoziazione tra Agenas e le Aziende produttrici per un accesso precoce al Fondo (*early access*), finalizzato a concordare preliminarmente *endpoint* rilevabili nella pratica clinica.

Il ricorso a tali meccanismi richiederebbe, poi, l'introduzione di registri di monitoraggio (peraltro utilizzati anche in campo farmaceutico), che consentano di applicare concretamente gli accordi di condivisione del rischio, sulla base delle evidenze raccolte nel "*real-world*".

I registri sarebbero altresì funzionali a raccogliere informazioni sugli *endpoint* delle PICO di efficacia, sicurezza e "prestazione", definiti da Agenas nella fase iniziale dell'HTA.

Tali registri potrebbero essere eventualmente integrati con quelli che ogni fabbricante è obbligato ad introdurre per la sorveglianza post-marketing.

La soluzione proposta consentirebbe un accesso immediato al Fondo DM innovativi, prevedendo un eventuale *payback* a fine anno, 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 Re-

golamento UE 2021/2282 a partire dal 2026 sui DM di classe IIb e III, potrebbe rappresentare uno strumento per agevolare un accesso precoce di tali DM, rappresentando una “guida” per i fabbricanti per la “validazione” degli endpoint relativi al carattere innovativo, da riportare a livello nazionale, su cui produrre evidenze durante la fase di sviluppo del *device*.

10b.4. Riflessioni finali

La spesa per DM negli ultimi anni è cresciuta più delle risorse complessivamente destinate al SSN; cresce quindi il *gap* rispetto al tetto di spesa previsto. I flussi ad oggi adottati per la rilevazione della spesa sostenuta dalle Strutture pubbliche, e quindi per la determinazione del rispetto del tetto, monitorano al più il 75% dell'onere complessivo attribuibile ai DM.

Il *gap* dei flussi esistenti rispetto al livello di spesa “reale”, peraltro, tenderà ad aumentare sempre più, anche alla luce del sempre più frequente ricorso a “nuove classi” di DM, quale ad esempio gli strumenti di medicina digitale (Telemedicina, *digital therapeutics* ecc.), che i flussi ad oggi adottati non rilevano.

Date le carenze degli attuali flussi informativi, anche lo strumento del tetto, così come attualmente regolato, presenta dei limiti oggettivi più volte richiamati nel Rapporto C.R.E.A. Sanità che, nei fatti, ne vanificano concettualmente la coerenza.

In particolare, l'assenza di valorizzazione dell'onere relativo ai DM utilizzati dalle Strutture private accreditate crea una evidente distorsione regionale, favorendo le Regioni che “acquistano” dal privato un maggior numero di prestazioni.

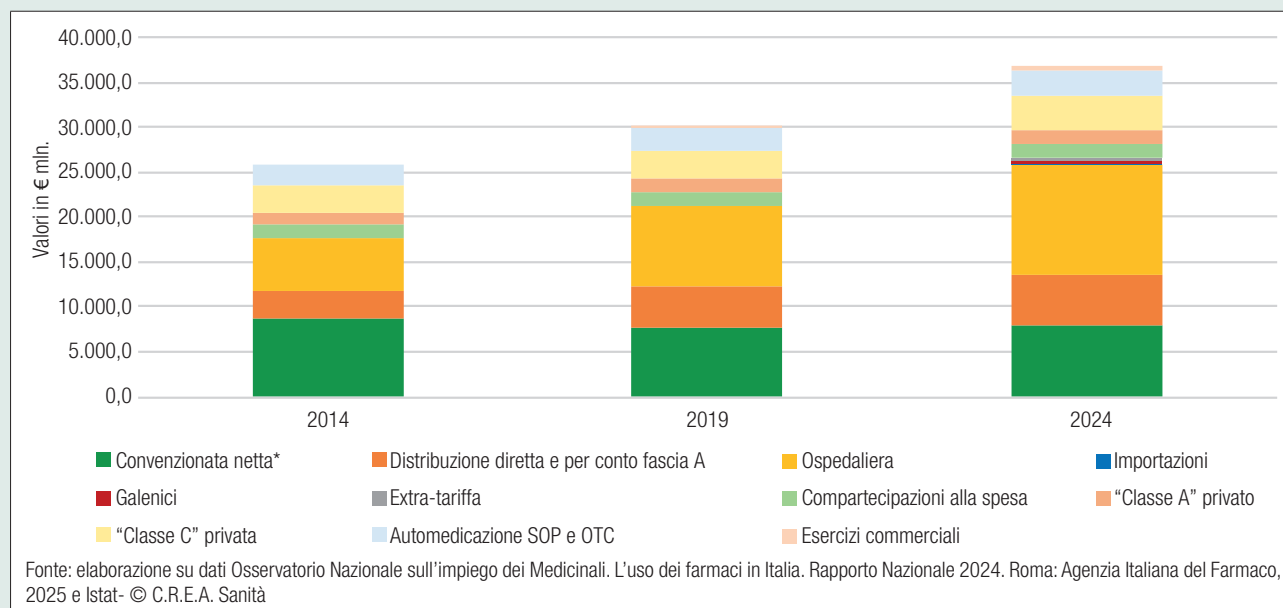
Ancora, pur continuando a limitare il tetto di spesa a quelli ad uso singolo acquistati dalle Strutture pubbliche, sarebbe auspicabile prevedere un aumento del valore soglia, che consentirebbe di rendere il *payback* sostenibile per le Aziende del settore.

Inoltre, 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, da una parte preveda la definizione di innovatività per i DM; dall'altra introduca meccanismi di *early access*, che consentano un accesso immediato del *device* nella pratica clinica, stante il loro breve ciclo di vita (due anni in media), con una valutazione di “effettiva” innovatività *ex post*.

Riferimenti bibliografici

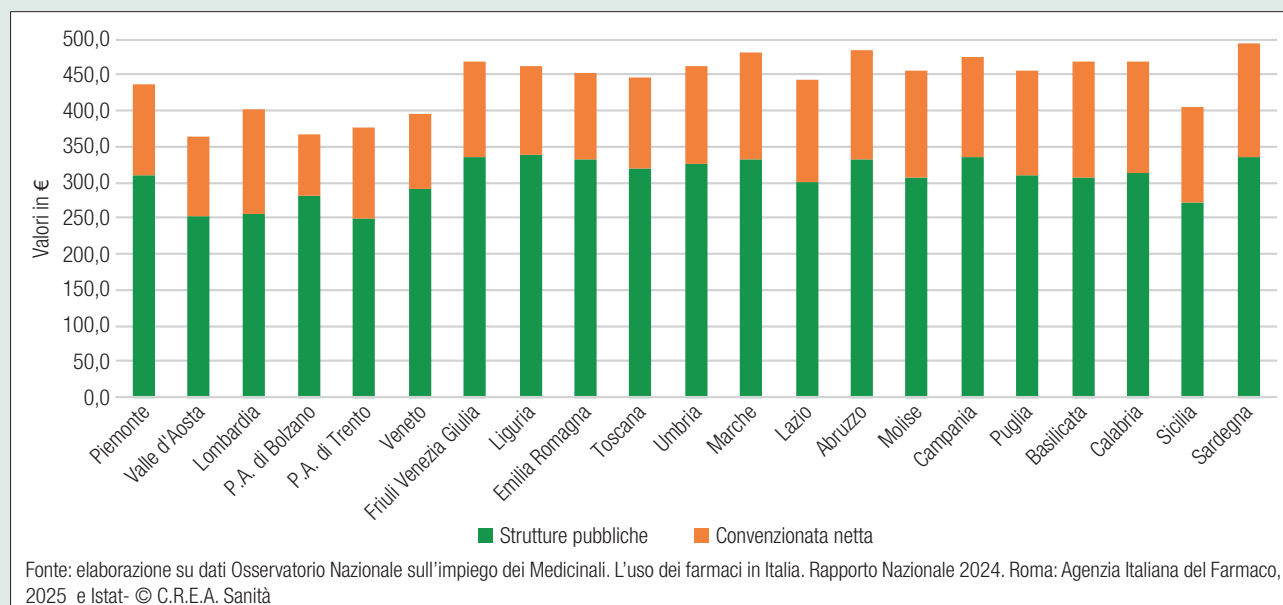
- [1] Ragioneria Generale dello Stato; Conti economici delle Aziende sanitarie. Anni 2012-2024
- [2] d'Angela D.; Criteria to define innovation in the field of medical devices: a Delphi approach, GMS Health Innovation and Technologies 2024, Vol. 18, ISSN 2698-6388

KI 10.1. Spesa farmaceutica



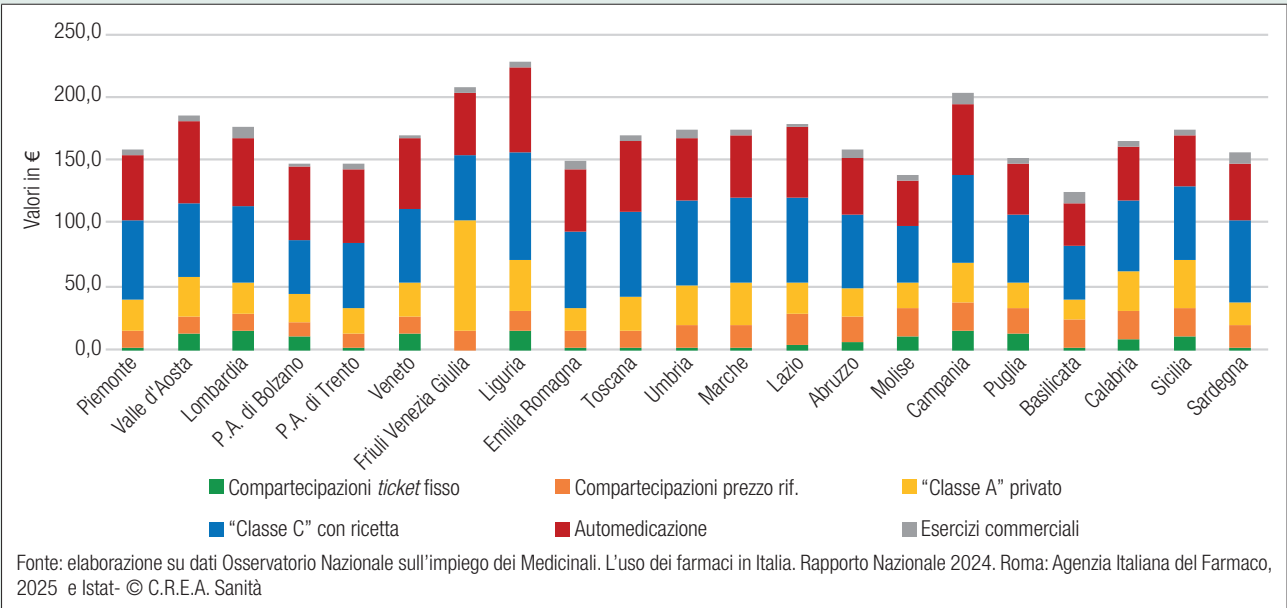
Nel 2024, in Italia, la spesa farmaceutica totale (pubblica e privata) ha raggiunto i € 36,7 mld. (a lordo del *payback*), in aumento del +3,6% nell'ultimo decennio (+4,1% nell'ultimo quinquennio). La spesa per l'assistenza rientrante nei LEA risulta pari a € 28,2 mld. (75,7% del totale). Da un punto di vista finanziario, il 72,3% della spesa (€ 26,5 mld., in aumento del 4,6% medio annuo) è a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La spesa sostenuta direttamente dalle famiglie ammonta a € 10,2 mld. (+2,2 medio annuo nel decennio, +2,8% nel quinquennio).

KI 10.2. Spesa farmaceutica pubblica pro-capite. Anno 2024



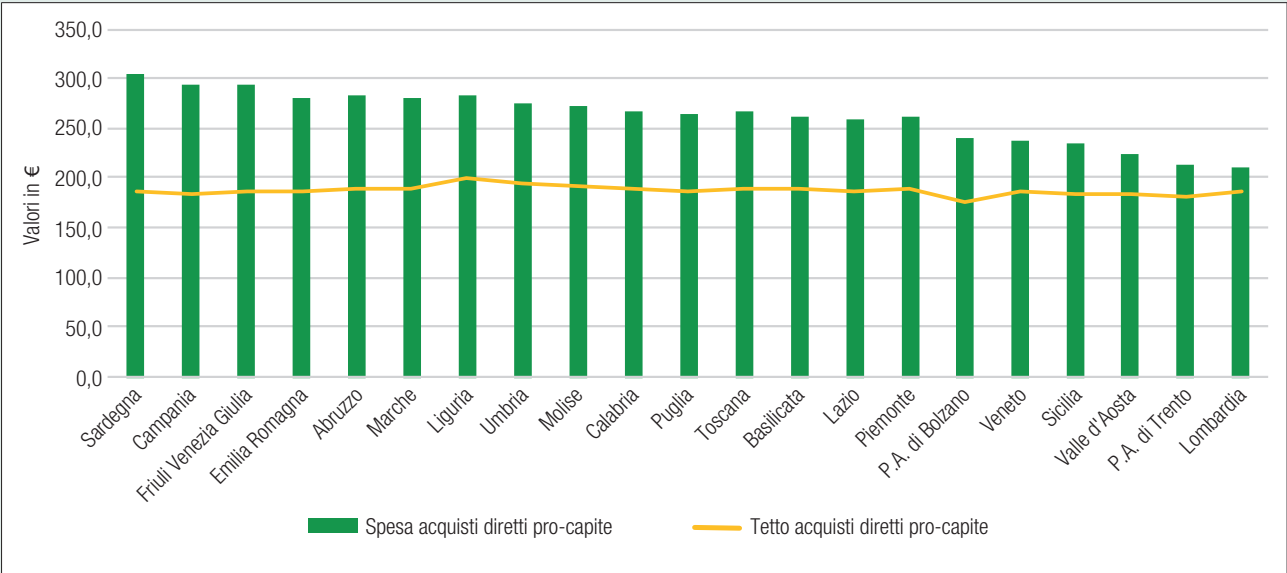
Nel 2024, in Italia, la spesa farmaceutica pubblica pro-capite risulta pari a € 449,1 (in aumento del +7,1% medio annuo nell'ultimo decennio). Il valore massimo si registra in Sardegna (€ 492,3, in aumento del +5,5% medio annuo nel periodo considerato) e quello minimo in Valle d'Aosta (€ 362,2, +7,5%) con un differenziale fra gli estremi della distribuzione di 1,35 volte. La spesa per i farmaci erogati dalle Strutture pubbliche incide per 69,1%, in aumento. Il valore massimo è stato registrato nella P.A. di Bolzano (76,9%) e quello minimo in Lombardia (63,9%), con un differenziale di 13,0 punti percentuali (p.p.).

KI 10.3. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2024



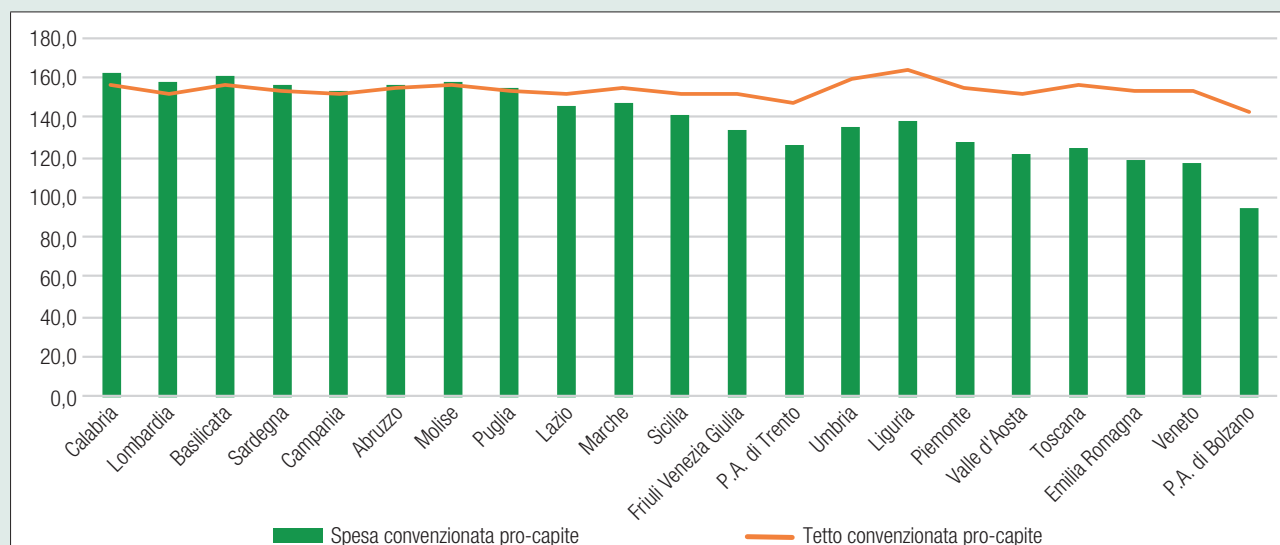
Nel 2024, in Italia, la spesa farmaceutica privata pro-capite risulta pari a € 172,3 in aumento del 2,2% medio annuo nell'ultimo decennio. La spesa di "Classe A" privato ne rappresenta il 16,3% (variando fra l'11,8% della Sardegna e il 42,4% del Friuli Venezia Giulia); la "Classe C" il 35,9% (da 25,0% in Friuli Venezia Giulia a 41,4% in Sardegna); i farmaci in automedicazione il 29,4% (da 23,3% in Sicilia a 40,7% nella P.A. di Trento); la spesa negli esercizi commerciali il 3,6% (da 0,6% nella P.A. di Bolzano al 6,5% in Sardegna); infine le compartecipazioni dei cittadini alla spesa ne rappresentano il 14,8% (da 7,1% in Friuli Venezia Giulia a 23,7% in Molise).

KI 10.4. Tetto e spesa acquisti diretti. Anno 2024



Nel 2024, lo sfioramento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è pari a € 1,7 mld.. Nessuna Regione riesce a rispettare il tetto: lo sfioramento maggiore si registra in Sardegna (€ 116,5 pro-capite, pari a circa il 62%), quello minimo in Lombardia (€ 25,4, pari al 13,7%).

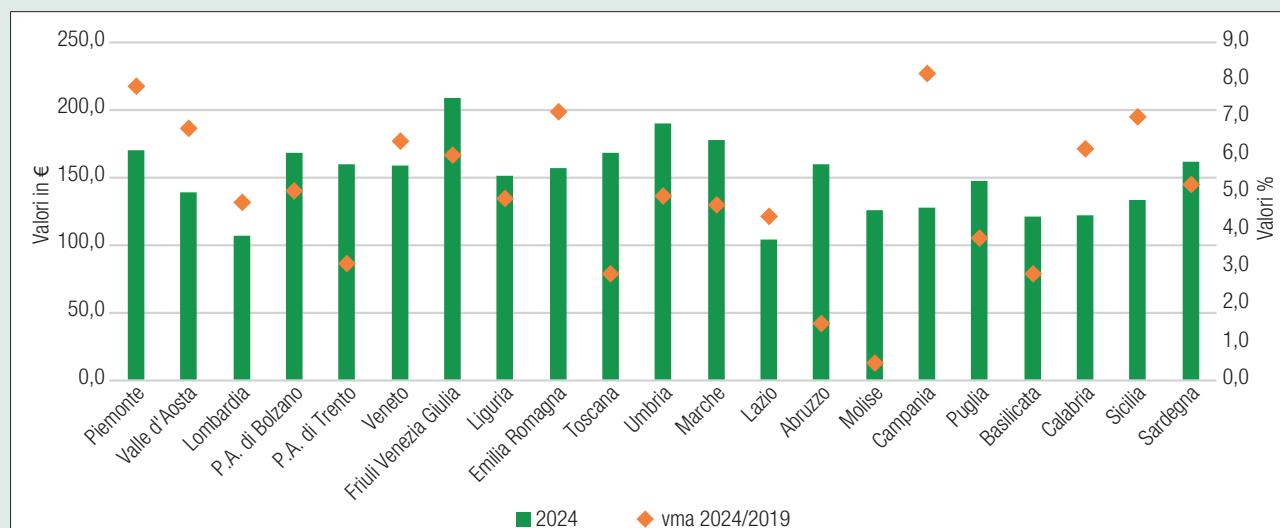
KI 10.5. Tetto e spesa farmaceutica convenzionata. Anno 2023



Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31.12.2024 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2024 il tetto alla spesa farmaceutica convenzionata (fissato al 6,8% del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN)) non è stato superato: la spesa media è stata infatti pari al 6,3% del FSN, rimanendo sotto il tetto di € 691,5 mln. (€ 11,7 pro-capite). Calabria, Lombardia, Basilicata, Sardegna, Campania, Abruzzo, Molise e Puglia sfiorano il tetto, ma con valori al di sotto di € 7 pro-capite, e sono compensate dalle altre. La Regione con la spesa maggiore è la Calabria (€ 162,2 pro-capite) e quella con la spesa minore la P.A. di Bolzano (€ 93,9).

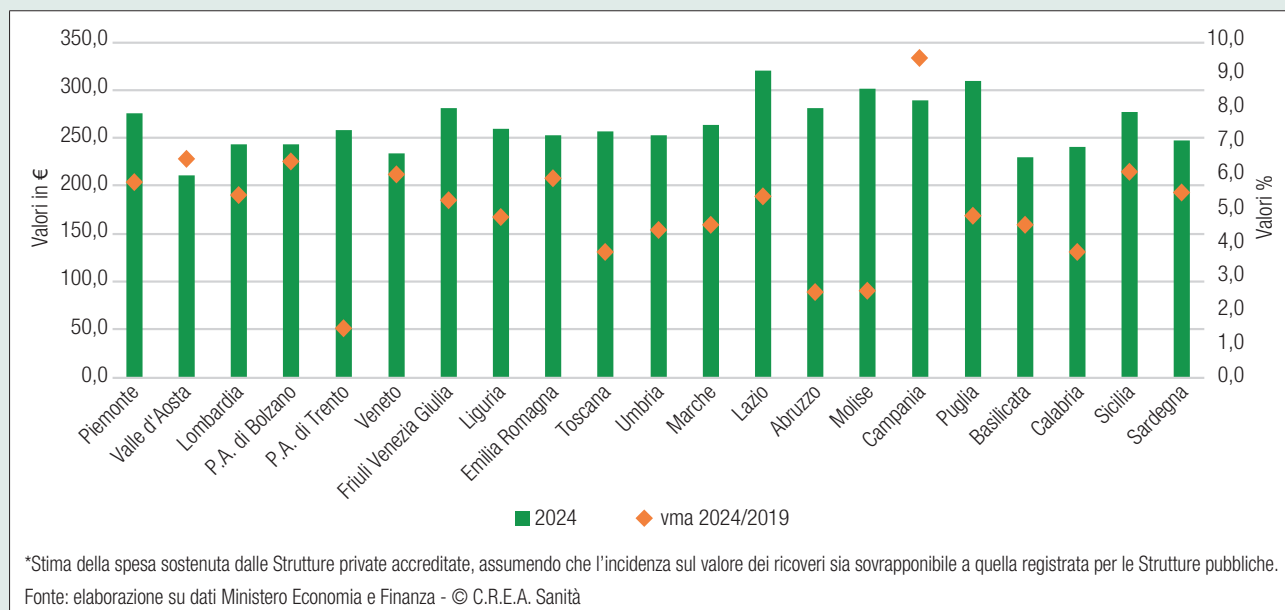
KI 10.6. Dispositivi Medici (DM): Spesa corrente delle Strutture pubbliche. Anno 2024



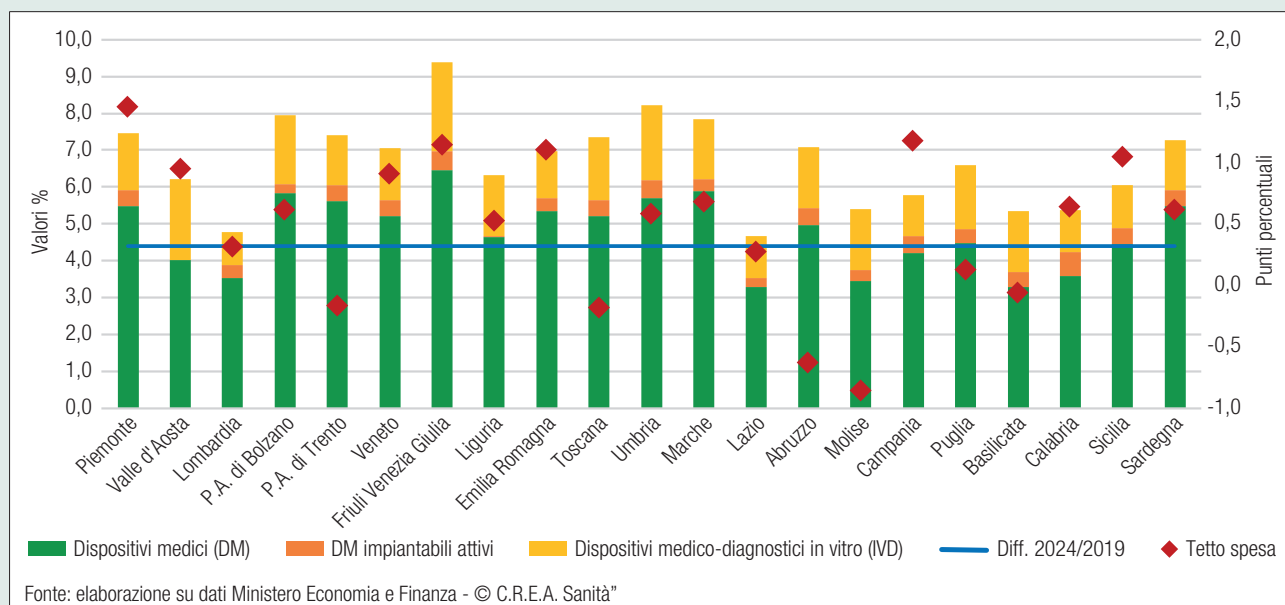
Nota: vma indica la variazione media annua

Fonte: elaborazione su dati Ministero Economia e Finanza - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2024, in Italia, la spesa delle Strutture pubbliche per DM monitorata ai fini della verifica del rispetto del tetto di spesa (voce Conti Economici CE-BA0210), risulta pari a € 8,3 mld. (€ 140,4 pro-capite), in aumento nell'ultimo quinquennio del 30,6% (+5,5% medio annuo). A livello regionale si passa da Friuli Venezia Giulia (€ 209,2 pro-capite, +6,0% medio annuo nel periodo considerato), al Lazio (€ 104,3, +4,4%). L'aumento è comune a tutte le Regioni: la Campania registra quello massimo (+8,2% medio annuo), il Molise quello minimo (+0,5%).

KI 10.7. DM: spesa corrente delle Strutture pubbliche integrata dalla stima delle spese sostenute dalle Strutture private accreditate*. Anno 2024


Nel 2024, in Italia, l'onere sostenuto dal SSN per l'acquisto di DM si stima essere pari a € 14,6 mld. (€ 189,4 pro-capite), in aumento nell'ultimo quinquennio del +22,5% (+4,1% medio annuo). La stima è stata ottenuta sommando le voci dei conti economici "Dispositivi Medici" (CE-BA0210), "assistenza protesica" (CE-BA0750), "acquisti attraverso noleggio di beni sanitari" (CE-BA2020), oltre ad una stima dell'"ammortamento delle apparecchiature" (CE-BA2580), e dei costi relativi ai DM utilizzati dalle Strutture private accreditate. A livello regionale, il Friuli Venezia Giulia registra il livello di spesa maggiore (€ 281,0 pro-capite, in aumento del +5,3% medio annuo nel periodo considerato), la Valle d'Aosta quello minore (€ 210,0, +6,5% medio annuo nel periodo considerato). L'aumento è comune a tutte le Regioni: la Campania registra quello più alto (+9,5% medio annuo nel periodo), la P.A. di Trento quello minimo (+1,5%).

KI 10.8. DM: spesa e tetto. Anno 2024


Nel 2024, in Italia, la spesa per DM delle Strutture pubbliche monitorata ai fini della verifica del rispetto del tetto di spesa (voce CE-BA0210), incide per il 6,2% sul FSN, sfiorando di 1,8 p.p. il tetto di spesa previsto (pari al 4,4% ex L. n. 135/2012). L'incidenza è aumentata di 0,5 p.p. nell'ultimo quinquennio. A livello regionale, l'incidenza massima si registra in Friuli Venezia Giulia (9,4% del Fabbisogno Sanitario Regionale (FSR), +1,1 nel periodo considerato), e nel Lazio quella minima (4,7%, +0,3 p.p.). L'aumento di incidenza maggiore si è registrato in Piemonte (+1,4 p.p.), mentre P.A. di Trento, Toscana, Abruzzo e Molise hanno registrato una riduzione dell'incidenza nel periodo considerato (compresa fra -0,2 e -0,9 p.p.).



Capitolo 11

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

Key Indicators

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

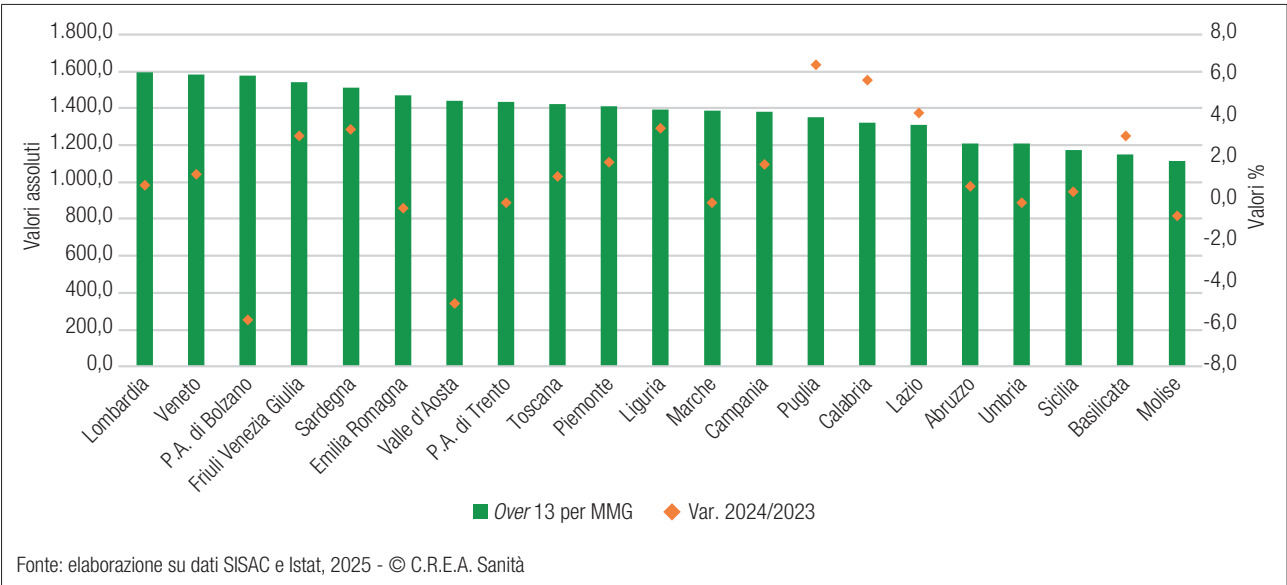
Cappelli C.¹, Gentili G.², Ploner ME.³

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.

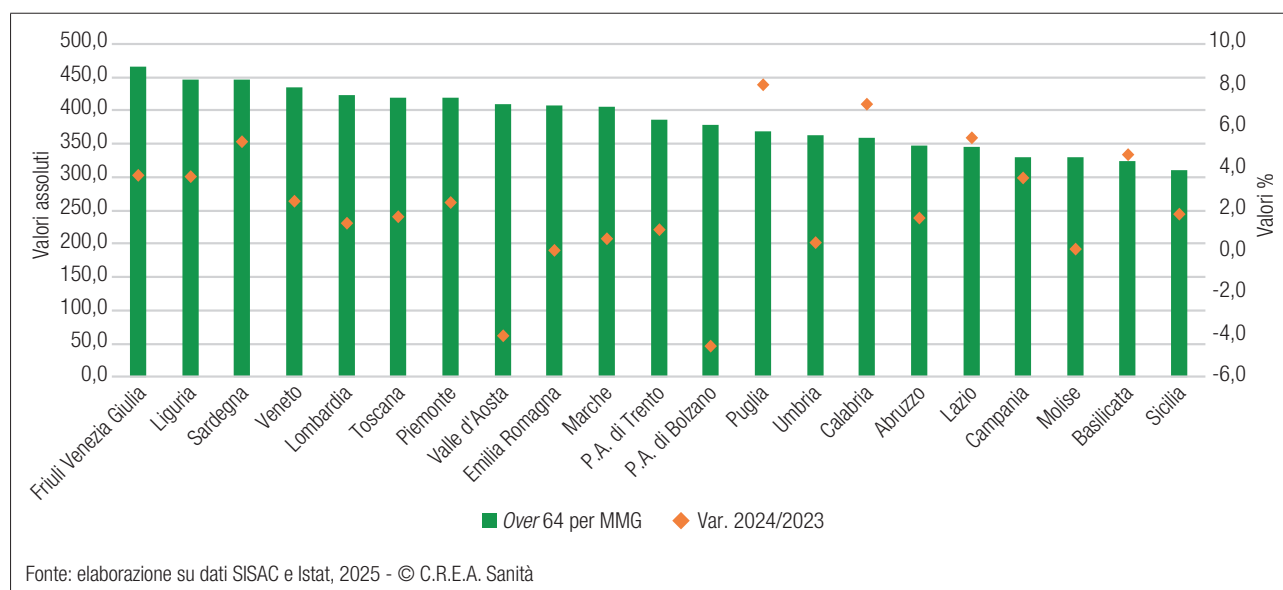
Tuttavia, alla visione di rinnovamento si contrappongono alcune criticità strutturali. La più evidente riguarda il calo significativo del personale medico territoriale: tra il 2016 e il 2024 il numero dei MMG si è ridotto del 16,0%, e una contrazione pressoché identica si registra tra i PLS. Tale diminuzione 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



¹ Segretario provinciale FIMMG – Ascoli Piceno
² Coordinatore *Chronic on*
³ 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 11

Assistenza Primaria: evoluzione del settore e degli oneri

Cappelli C.¹, Gentili G.², Ploner ME.³

L'Assistenza Primaria, intesa come il primo livello di contatto tra il cittadino e il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sta vivendo una profonda trasformazione: non può, infatti, più semplicemente configurarsi come la prestazione del Medico di Medicina Generale (MMG) nello studio privato, bensì come un modello organizzativo di prossimità, integrato e multiprofessionale, al centro di una riforma del *welfare* sanitario italiano.

Pertanto, già il D.P.C.M. del 12.01.2017 chiarisce come il SSN si proponga di garantire, attraverso i servizi dell'assistenza sanitaria di base, e quindi per mezzo dei medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, ivi inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute.

Lo scopo fondamentale dell'Assistenza Primaria rimane quello di essere la "porta d'accesso" al sistema, garantendo continuità delle cure, promozione della salute, prevenzione e gestione delle patologie croniche. Tuttavia, la spinta del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e l'attuazione del D.M. n. 77 del 2022 hanno dato un'accelerazione decisiva verso una visione più moderna e collettiva: l'Assistenza Primaria si dovrebbe configurare non più come servizio frammentato, ma come un sistema coordinato capace di prendersi cura della persona nella sua interezza e nel suo contesto di vita.

Questo cambiamento, che ha l'obiettivo di rendere il sistema più sostenibile, equo ed efficace, rappre-

senta la vera sfida per il SSN, spostando il baricentro delle cure dall'ospedale al territorio e, idealmente, alla casa del cittadino e ricomprende un profondo cambiamento del "modus operandi" dei sanitari, che deve necessariamente passare dalla medicina di attesa a quella di iniziativa. A questi principi generali hanno posto un limite sia i fattori emersi dal 2019 (come la pandemia da Covid-19), sia la difficoltà di garantire un adeguato ricambio generazionale nel settore, nonostante l'aumento del numero di borse di formazione, sostenute anche dai fondi del PNRR. A ciò si aggiunga la scarsa presenza della medicina del territorio nei percorsi universitari e il fatto che la formazione specifica dei medici di famiglia, ancora oggi, non è equiparata a una specializzazione medica ed è retribuita meno dei corsi universitari. Questo comporta frequenti passaggi dal corso stesso alle scuole di specializzazione, con un conseguente mancato utilizzo delle risorse stanziate per mantenere adeguata la presenza dei MMG nel sistema.

Nei paragrafi successivi verranno sintetizzati i principali dati disponibili relativi ai MMG e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), al fine di comprendere le dinamiche evolutive dell'Assistenza Primaria.

11.1. La medicina generale

Il numero di MMG, facendo riferimento ai dati della Struttura Regionale Sanitari Convenzionati (SI-SAC), nel periodo 2016-2024⁴ presenta una "lenta"

¹ Segretario provinciale FIMMG – Ascoli Piceno

² Coordinatore *Chronic on*

³ C.R.E.A. Sanità

⁴ La SISAC rende disponibili i dati dal 2016 al 2024

ma progressiva riduzione: 44.436 MMG nel 2016 a fronte di 37.260 MMG nel 2024 (-16,1%, pari al -2,2% medio annuo); la perdita nell'ultimo anno è stata dell'-1,6% (Figura 11.1.).

Il fenomeno, come argomentato in premessa, appare essere la conseguenza, oltre che dell'elevato numero di pensionamenti che si sono verificati negli ultimi anni, della diminuzione degli iscritti al corso di

formazione specifica: percorso che è in capo al Ministero della Salute e gestito con un'ampia variabilità fra corso e corso dalle Regioni, le quali non tutte hanno attivato ad esempio i Centri Regionali di Formazione. Ad aggravare il quadro anche la remunerazione della borsa di formazione che è pari a circa la metà di quella delle specializzazioni universitarie in capo al Miur.

Figura 11.1. Variazione del numero di MMG

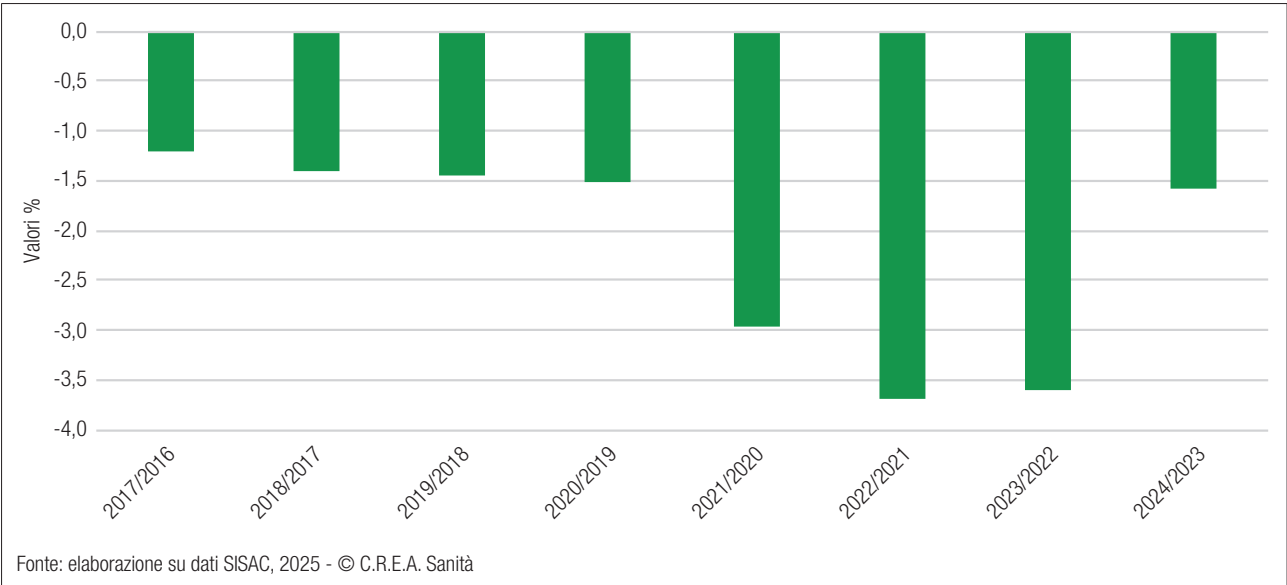
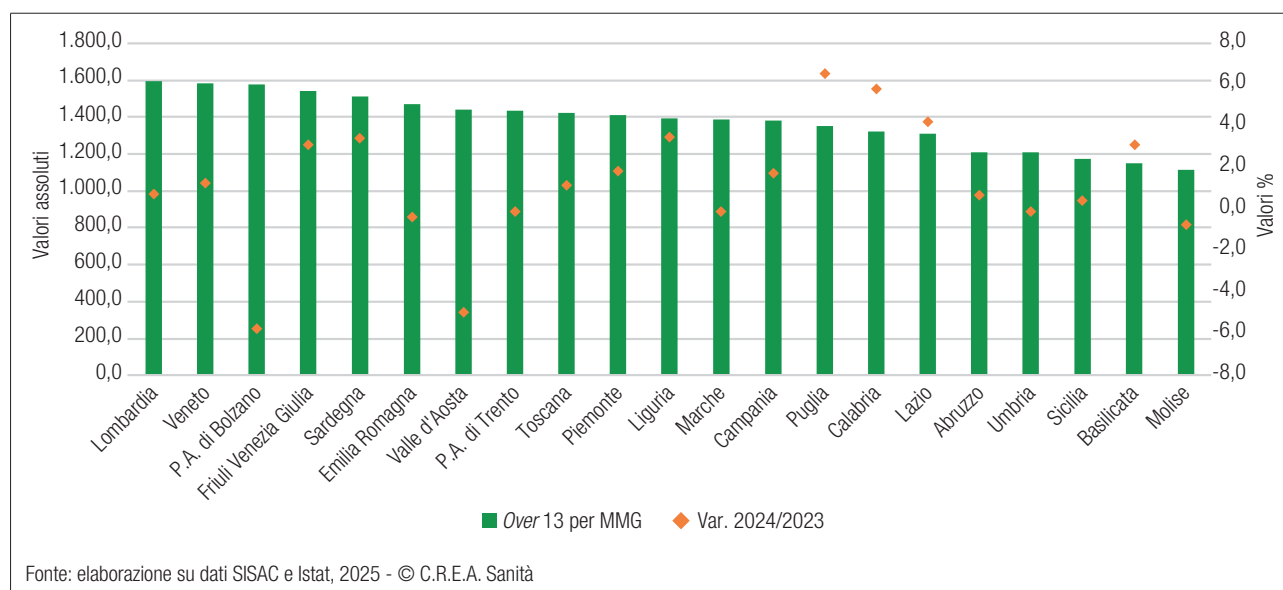


Figura 11.2. Numero medio assistibili per MMG



Figura 11.3. Numero medio assistibili potenziali per MMG. Anno 2024



A riprova di ciò, il numero di MMG rispetto alla popolazione risulta in diminuzione; rapportando il numero dei MMG in attività alla popolazione è possibile stimare quale sarebbe il loro carico potenziale, ovvero il numero medio di assistibili⁵ per MMG qualora la popolazione fosse possibile assegnarla in modo omogeneo: esso si è incrementato dai 1.191,7 del 2016 ai 1.405,8 del 2024 (+18,0% ovvero +2,1% medio annuo) con una crescita nell'ultimo anno pari al +1,9% (Figura 11.2.).

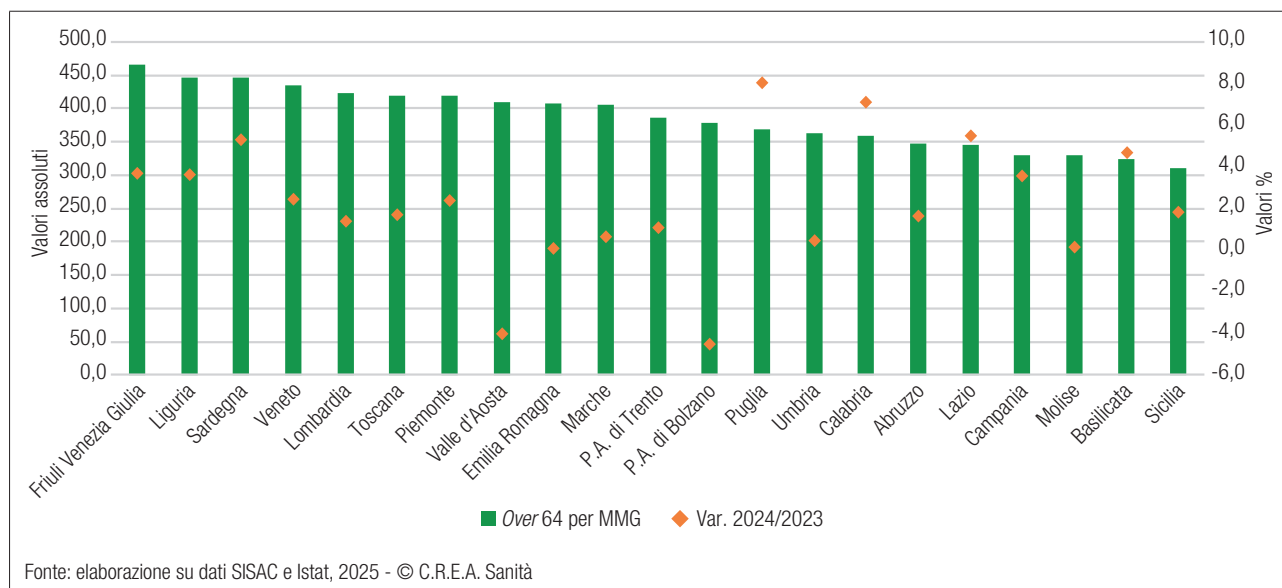
L'incremento del numero di pazienti affidati a ciascun medico, in alcuni casi oltre 1.800 assistiti, è stata, peraltro, la risposta tecnica che è stata data in tutte le Regioni per "contenere" i problemi legati alla carenza. Analizzando questo processo, però, non può sfuggire il fatto che, con tale risposta al problema, si rischia di perdere qualità nelle prestazioni che, ovviamente, aumentano e potenzialmente potrebbero generare difficoltà nelle risposte agli assistiti.

Inoltre, l'analisi regionale del carico potenziale per MMG mette in luce forti disparità. Agli estremi della distribuzione, si posizionano la Lombardia (1.594,2 assistibili per MMG) e il Molise (1.115,2 assistibili per

MMG): peraltro il *gap* si sta ampliando, in quanto, tra il 2016 e il 2024, la prima ha visto un incremento medio annuo del carico potenziale per MMG del +2,1%, mentre nella seconda tale crescita è stata prossima all'1,0%. Relativamente a questa dimensione di analisi, è anche evidente un gradiente geografico Nord-Sud; tra le Regioni della ripartizione settentrionale, nel 2024, il "carico" potenziale è di 1.522,1 assistibili, mentre nelle Regioni meridionali l'indicatore si "ferma" a 1.301,8 pazienti (1.345,1 assistibili per MMG nelle Regioni del Centro) (Figura 11.3.).

Replicando la precedente analisi con riferimento alla popolazione *over 64*, emerge che alle due estremità della distribuzione si trovano il Friuli Venezia Giulia, con 466,0 *over 64* potenzialmente assistibili per MMG, e la Sicilia, con 310,2. Inoltre, la distanza tra le Regioni gli estremi della distribuzione tende a crescere: ad esempio, dal 2016 al 2024 il Friuli Venezia Giulia ha registrato un aumento medio annuo del carico potenziale per MMG del 3,7%, mentre in Sicilia la crescita è stata del 2,9%. Anche su questa dimensione si nota un evidente divario geografico tra Nord e Sud: nel 2024, le Regioni del Nord presentano

⁵ Si fa riferimento alla popolazione residente di 14 anni e più.

Figura 11.4. Numero medio assistibili potenziali *over 64* per MMG. Anno 2024

un carico potenziale medio di 424,1 *over 64* per MMG, mentre quelle del Sud si fermano a 344,0, con le Regioni del Centro che si collocano a 377,0 (Figura 11.4.).

L'indicatore è rilevante per stimare l'incremento delle richieste di assistenza da parte dei MMG atteso, che ovviamente sono correlate con l'aumento della quota di assistiti *over 64* in carico.

Il contratto dei MMG prevede, salvo eccezioni, che ciascun MMG assista al massimo 1.500 pazienti di età superiore ai 13 anni. L'analisi delle scelte per MMG rivela che, nel 2023, hanno superato la soglia dei 1.500 pazienti la Lombardia (1.547,0 scelte per MMG), la P.A. di Bolzano (1.534,0 scelte per MMG) e il Veneto (1.524,0 scelte per MMG).

A livello regionale, tuttavia, esistono notevoli differenziazioni: tra le Regioni del Nord (che hanno un numero medio di scelte per MMG pari a 1.448,7⁶), il numero di scelte più elevato appartiene alla citata

Lombardia, mentre quello della Liguria risulta inferiore del 17,7%; tra quelle del Centro (che presentano un numero medio di scelte pari a 1.248,0), il valore più elevato appartiene alle Marche (1.374,0 scelte per MMG) e quello inferiore alla Toscana (-16,5% rispetto alle Marche); infine, tra le Regioni del Sud (che presentano un numero medio di scelte pari a 1.213,5), l'indicatore ha raggiunto il suo valore massimo in Sardegna (1.487,0 scelte per MMG) e quello minimo in Molise (-41,3% rispetto alla Sardegna).

In aggiunta, si consideri che nel periodo 2016-2023 in tutte le Regioni, ad eccezione di Toscana (-1,0% medio annuo) e P.A. di Bolzano (-0,2% medio annuo), il numero di scelte per MMG si è incrementato: in particolare, si va dalla Sardegna dove il censato indicatore è aumentato del 3,7% medio annuo alla Sicilia dove la crescita si è fermata a un +0,8% medio annuo (Figura 11.5.).

⁶ Il Ministero della Salute non fornisce il dato relativo alle scelte per MMG per ripartizione geografica; tale valore è stato, pertanto, determinato come media delle scelte per MMG delle Regioni appartenenti a ciascuna ripartizione

Figura 11.5. Carico effettivo per MMG

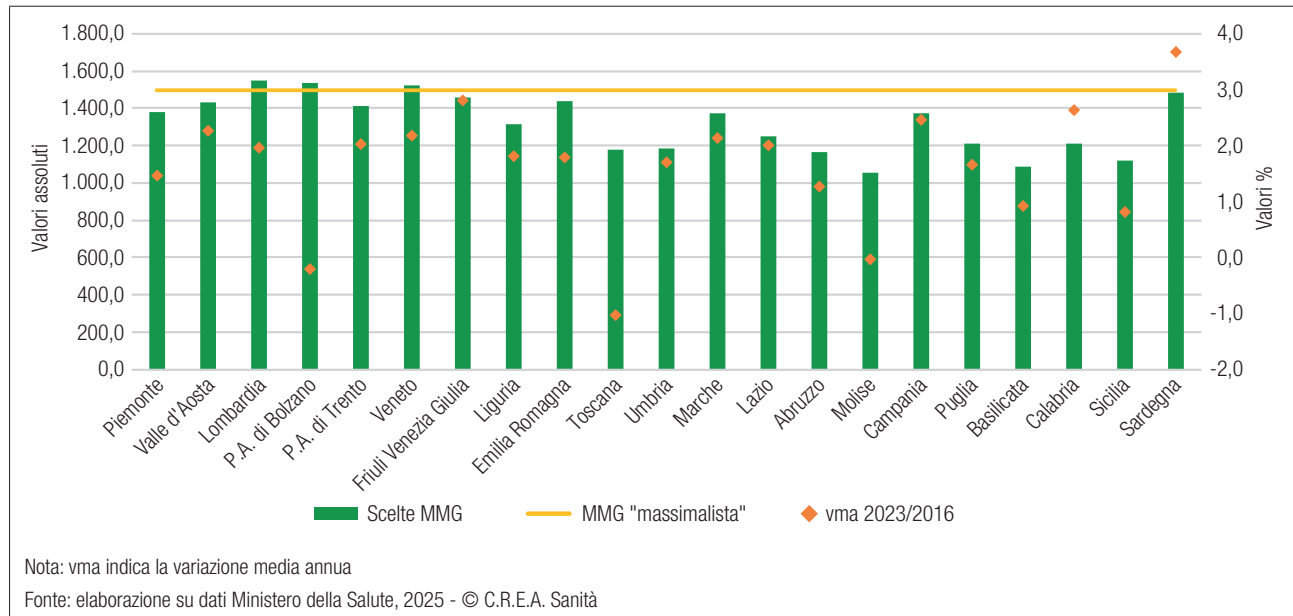
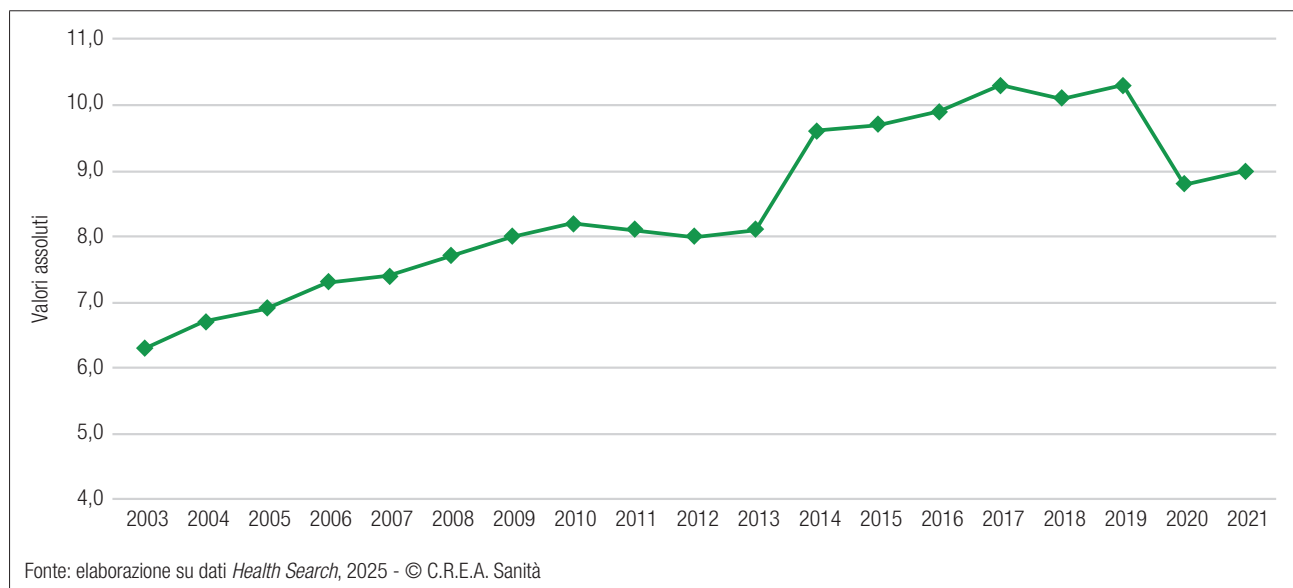


Figura 11.6. Numero medio contatti per paziente



Ma per valutare correttamente il carico assistenziale effettivo di ciascun MMG, oltre al numero di

scelte, è apparso opportuno effettuare dei confronti anche relativamente al numero medio di contatti⁷ per

⁷ Per contatti si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un'indagine diagnostico-strumentale e/o di qualunque altro intervento che il MMG registra nella cartella clinica informatizzata (es. richiesta di visita specialistica, ricoveri, registrazioni di pressione arteriosa, BMI ecc.). La registrazione, ad esempio, di una o più diagnosi e/o di una o più terapie e/o nel corso della stessa giornata di ambulatorio costituisce un singolo contatto.
HEALTH_SEARCH_ANNUAL 2008_02.indd

paziente. Su questo fronte, facendo riferimento ai dati pubblicati sui Rapporti di *Health Search*⁸, emerge che la tendenza del periodo 2003-2010 è stata quella di un graduale incremento del numero medio di contatti per paziente; tra il 2011 e il 2012 si assiste ad una lieve flessione, mentre a partire dal 2013 l'indicatore inizia nuovamente a crescere fino al 2019; gli anni 2020 e 2021 rappresentano un'inversione del *trend* con buona probabilità generata dalla crisi pandemica da Covid-19 (Figura 11.6.).

Al fine di valutare l'effetto delle variazioni demografiche sul carico assistenziale dei MMG, si consideri che sulla base del carico del 2003 (primo anno per il quale disponiamo del dato), nel 2021 sarebbero stati necessari 49.360 MMG, quasi 10.000 in più rispetto a quelli effettivamente convenzionati con il SSN (Tabella 11.1.).

Alternativamente, utilizzando il numero di contatti come *proxy* (certamente imprecisa) del carico di lavoro, si può stimare che per tornare a gestire i 6,7 contatti annui per paziente dell'anno 2003, le scelte dovrebbero ridursi a 963 assistiti per MMG, il che comporterebbe la necessità di 54.100 MMG al 2021.

Tabella 11.1. MMG necessari nel 2021 in base ai parametri del 2003: stima

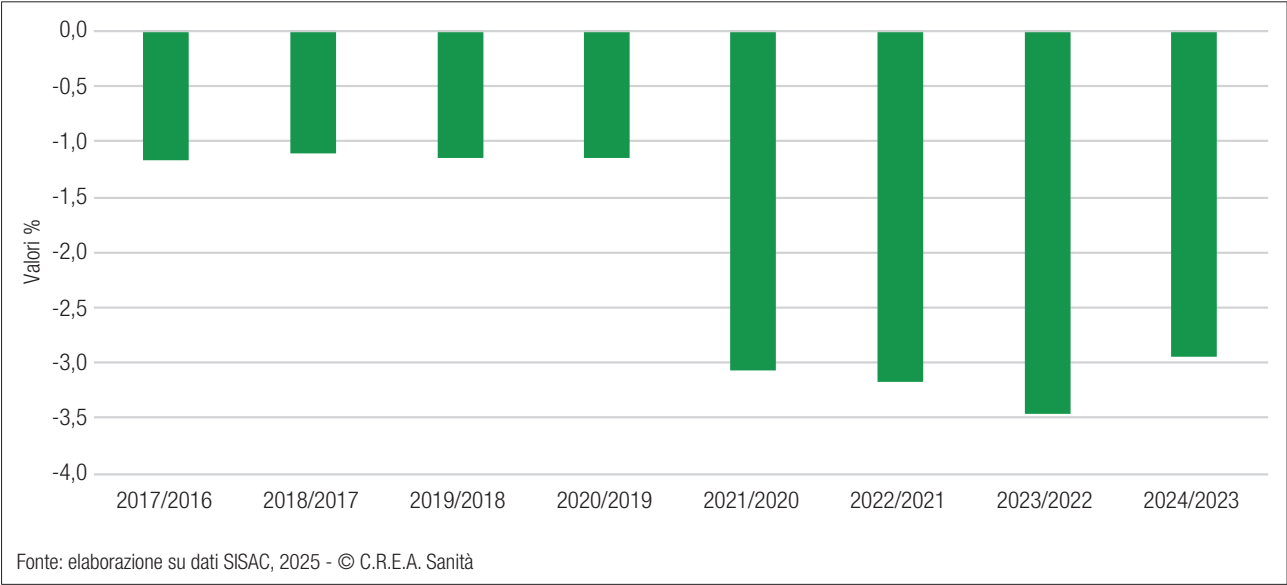
Scenario	Parametri 2003	MMG necessari nel 2021	Diff. rispetto convenzionati 2021
Medesimo carico assistenziale	1 MMG ogni 1.056 <i>over</i> 13	49.360,0	+9.110,0
Medesimo n. contatti medi per paziente	6,7 contatti/anno per paziente	54.100,0	+13.850,0

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, SISAC e *Health Search*, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

11.2. La Pediatria di Libera Scelta

Secondo i dati pubblicati dalla SISAC, tra il 2016 e il 2024, al pari di quanto avvenuto sul fronte dei MMG, si è registrato un calo progressivo del numero di PLS. Il numero è passato da 7.719 unità nel 2016 a 6.484 nel 2024: una riduzione complessiva del 16,0% (pari a una decrescita media annua del 2,2%). Nel solo ultimo anno, il decremento è stato del 2,9%, sebbene inferiore di 0,6 punti percentuali (p.p.) a quello del biennio precedente.

Figura 11.7. Variazione nel numero di PLS



⁸ I Rapporti *Health Search* forniscono i dati sul numero medio di contatti per paziente per gli anni dal 2003 al 2021

Il fenomeno, come sopra evidenziato, sembra derivare non solo dal grande numero di pensionamenti avvenuti negli ultimi anni, ma anche dal calo degli iscritti al corso di formazione specifica, un percorso che fino a poco tempo fa non veniva visto come una vera specializzazione medica e che per questo era retribuito meno rispetto alle altre specializzazioni universitarie (Figura 11.7.).

Di conseguenza, il carico potenziale medio di cittadini *under 14* da assistere per PLS è aumentato, passando da 998,8 nel 2016 a 1.019,6 nel 2024. Questo incremento corrisponde a un +2,1% nel periodo 2016-2024, con una crescita media annua dello 0,3%. Nell'ultimo anno osservato, l'aumento è stato dello 0,7%. Da osservare, tuttavia, come la popolazione *under 14* potenzialmente assistibile per PLS sia, in realtà, diminuita in tutti gli anni tra il 2017 ed il 2020: questo fenomeno è attribuibile alla flessione della popolazione 0-13 anni, che tra il 2017 ed il 2020, è stata superiore alla contrazione osservata sul fronte del numero dei PLS convenzionati (Figura 11.8.).

L'analisi a livello regionale sul potenziale carico di lavoro dei PLS rivela notevoli differenze. La P.A. di Bolzano e l'Emilia Romagna rappresentano i due casi estremi: nella prima ogni PLS dovrebbe seguire mediamente 1.427,2 *under 14*, mentre nella seconda

il numero scende a 888,6: una differenza del 60,6%, ovvero 538,6 *under 14*. Inoltre, tra il 2016 e il 2024, la P.A. di Bolzano ha registrato un aumento medio annuo di assistibili dell'1,9% a fronte di una tendenziale stabilità dell'Emilia Romagna. Dall'analisi emerge anche un chiaro gradiente geografico: nel 2024, se tra le Regioni settentrionali il carico di lavoro potenziale per ogni PLS ammonta a 1.066,7 *under 14*, in quelle meridionali il valore dell'indicatore è di 1.012,1 assistibili e in quelle centrali di 933,0 (Figura 11.9).

Nel 2023, ultimo dato disponibile nell'Annuario Statistico del Ministero della Salute, il numero di pazienti che hanno effettivamente scelto un PLS (936,0) è stato inferiore del 7,8% rispetto al carico potenziale (1.009,0). Questo differenziale era ancora più accentuato nel 2016, quando aveva raggiunto l'11,9% (Figura 11.10.).

Le analisi condotte sembrerebbero suggerire che esiste uno scarto piuttosto accentuato tra carico potenziale e carico effettivo di lavoro per ciascun PLS: tale fenomeno potrebbe essere attribuito, oltre che al summenzionato calo delle nascite, al fatto che i bambini possono afferire sia ad un PLS che ad un MMG, secondo le preferenze dei genitori e/o in base alle disponibilità locali di PLS o MMG.

Figura 11.8. Numero medio assistibili per PLS

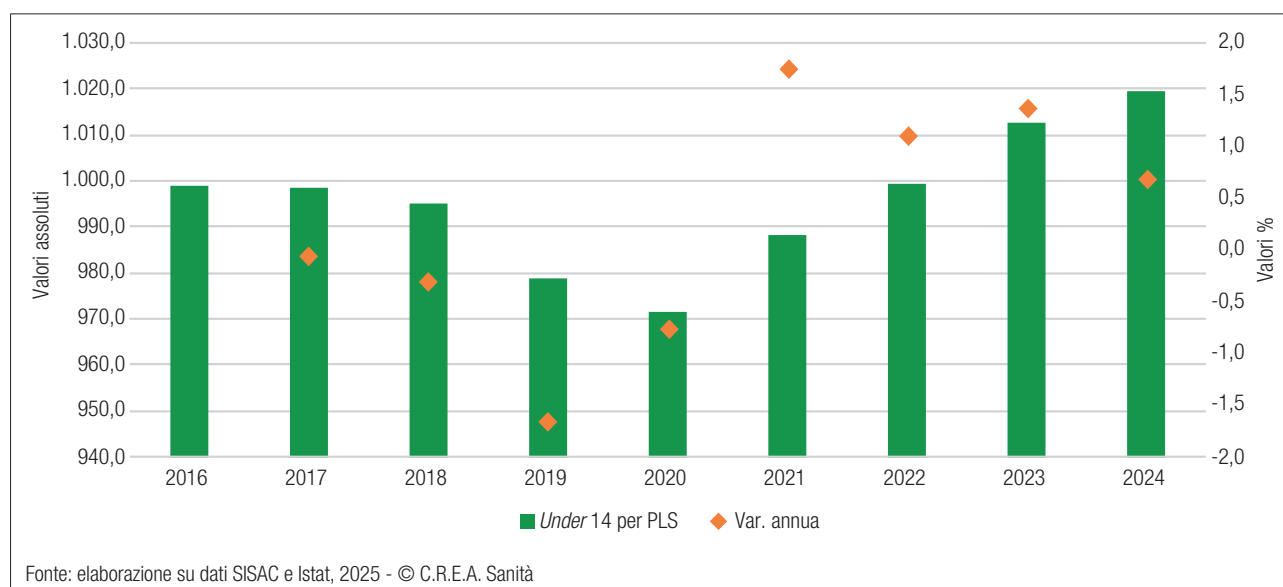


Figura 11.9. Numero medio assistibili per PLS. Anno 2024

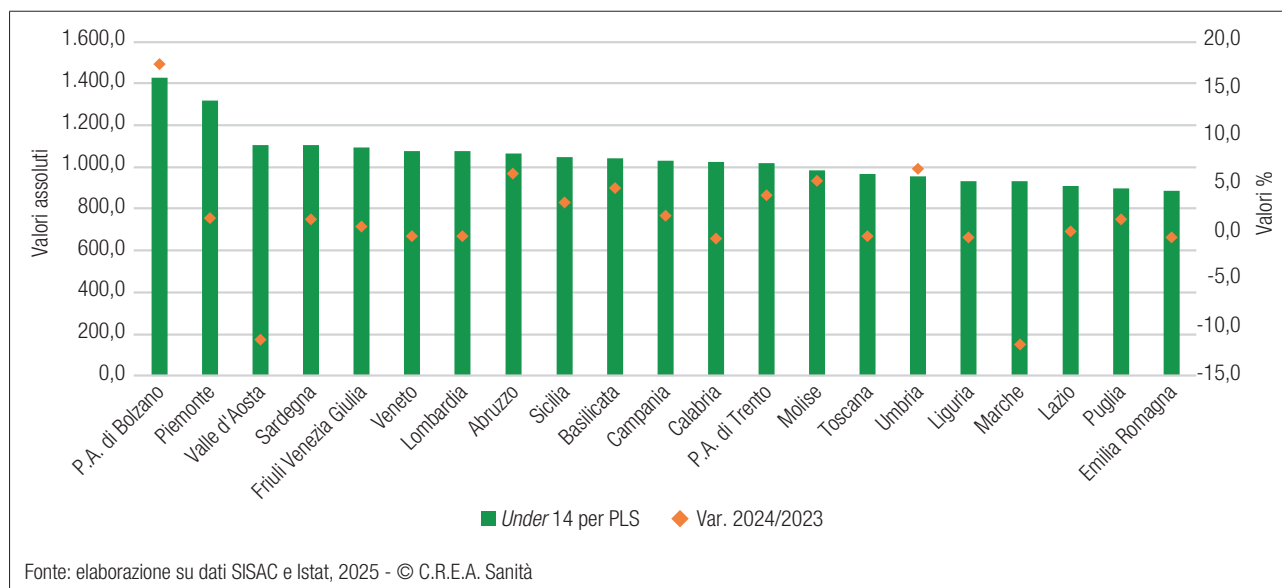
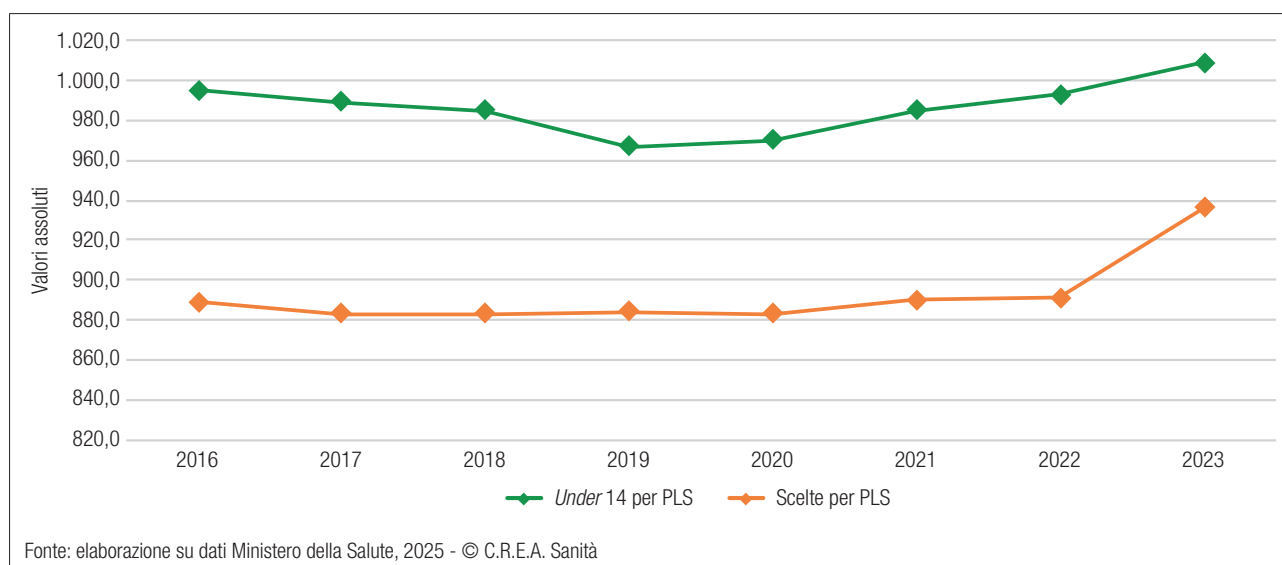


Figura 11.10. Carico potenziale e carico effettivo per PLS

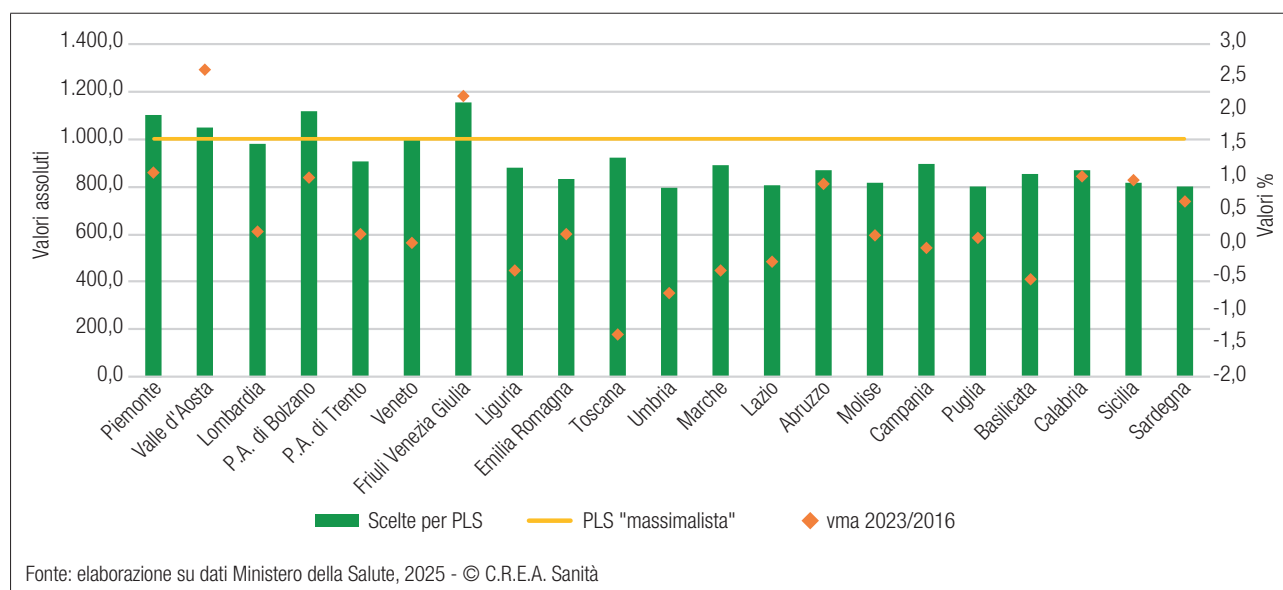


L'ultimo Accordo Collettivo Nazionale (ACN), in vigore dal 25.07.2024, ha fissato in 1.000 *under 14* il numero massimo di assistiti per ciascun PLS, eliminando la precedente distinzione tra scelte ordinarie e in

deroga⁹. Nel 2023, hanno superato la soglia dei 1.000 pazienti solamente Piemonte (1.102,0 scelte per PLS), Valle d'Aosta (1.049,0), P.A. di Bolzano (1.118,0), Veneto (1.006,0) e Friuli Venezia Giulia (1.154,0).

⁹ Una volta raggiunto questo massimale, il PLS può acquisire nuovi assistiti solo ricusando contestualmente un numero equivalente di bambini appartenenti alla fascia 6-13 anni. Al di sopra della soglia dei 1.000, l'unica eccezione prevista è l'iscrizione dei fratelli di assistiti già in carico. Deroghe temporanee al massimale di 1.000 possono essere concesse dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) esclusivamente per un periodo limitato, in presenza di esigenze specifiche legate al contesto locale o a criticità organizzative (es. indisponibilità di altri PLS sul territorio)

Figura 11.11. Carico effettivo per PLS



A livello regionale si registrano notevoli differenziazioni: tra le Regioni del Nord (che hanno un numero medio di scelte per PLS pari a 1.003,0)¹⁰, con il numero di scelte più elevato in Friuli Venezia Giulia, e quello più basso in Emilia Romagna (832,0 scelte per PLS); tra quelle del Centro (che presentano un numero medio di scelte pari a 854,0), agli estremi della distribuzione si collocano la Toscana (924,0 scelte per PLS) e l'Umbria (795,0); infine, tra le Regioni del Sud (che presentano un numero medio di scelte pari a 840,0), il valore più alto appartiene alla Campania (893,0 scelte per PLS) e quello più basso alla Puglia (802,0) (Figura 11.11.).

La lettura dei dati evidenzia una carenza di PLS "concentrata" nelle Regioni della ripartizione settentrionale: su nove Regioni appartenenti a questa area cinque hanno, nel 2023, superato il massimale di 1.000 pazienti assistiti.

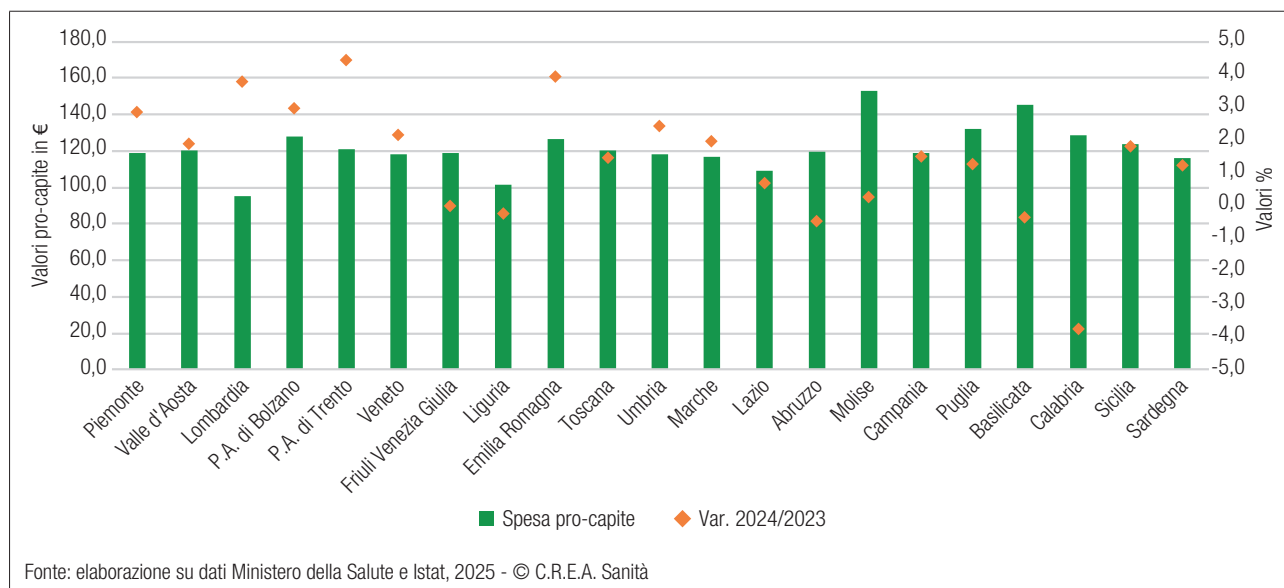
11.3. La spesa per l'Assistenza Primaria

L'analisi dei dati del Conto Economico delle Aziende del SSN consente di stimare la spesa media per residente sostenuta dalle ASL per i servizi ricompresi nell'Assistenza Primaria.

Nel 2024, la spesa complessiva per l'Assistenza Primaria (spesa per MMG, spesa per PLS, spesa per Continuità Assistenziale, medici 118 ecc.) si è attestata a circa € 6,8 mld. (pari al 5,0% della spesa sanitaria pubblica), in crescita dello +0,4% medio annuo nel periodo 2016-2024. La spesa media per residente, è risultata di € 116,0 in crescita (+0,7% medio annuo) nel periodo di riferimento. L'analisi regionale rivela un panorama estremamente variabile: le Regioni con la spesa media per assistito più elevata sono state il Molise (€ 153,0; +0,3% medio annuo nel periodo 2016-2024) e la Basilicata (€ 145,0; +0,6 medio annuo); all'estremo opposto si collocano la Lombardia (€ 95,1; +1,1% medio annuo) e la Liguria (€ 101,3; +0,2% medio annuo).

¹⁰ Valore stimato come media delle scelte delle Regioni appartenenti alla ripartizione

Figura 11.12. Assistenza Primaria: spesa per residente



Ne emerge, così, un differenziale significativo tra le Regioni, con un divario di circa 1,6 volte tra la Regione a massima e minima spesa.

È, altresì, apprezzabile un *gap* dipendente dalla ripartizione geografica di appartenenza: tra le Regioni settentrionali la spesa media per residente, nel 2024, è stata pari a € 110,6 e in quelle centrali a € 114,2, in quelle meridionali ha sfiorato € 124,5 (Figura 11.12.).

Sul fronte dell'assistenza offerta dai MMG, la spesa, nel 2024, è stata pari a € 4,8 mld., in aumento del 4,5% sul 2016 ossia del +0,6% medio annuo. Facendo riferimento ai soli residenti che hanno 14 anni e più, la spesa media per l'assistenza da parte dei MMG è risultata pari a € 90,8, in crescita del 5,7% nel periodo di riferimento (+0,7% medio annuo). L'analisi disaggregata a livello regionale evidenzia forti disparità: Emilia Romagna e P.A. di Bolzano presentano la spesa media pro-capite più elevata (rispettivamente € 103,1 e € 101,9), mentre Liguria e Sardegna quella più bassa (rispettivamente pari a € 77,3 e € 77,2): si tratta di un differenziale tra la

Regione a massima e minima spesa di 1,3 volte. In aggiunta, se tra le Regioni del Nord la spesa media per residente *over 13* è stata pari a € 91,1, in quelle del Centro è salita a € 92,0 e in quelle del Sud si è fermata a € 89,8 (Figura 11.13.).

Per quanto riguarda l'assistenza dei PLS, nel 2024 la spesa è stata di circa € 1,0 mld., con un decremento del -3,5% rispetto al 2016, equivalente a una flessione media annua dello -0,5%. Considerando solo gli *under 14* residenti, la spesa media pro-capite, nel 2024, è stata di € 157,1, registrando un aumento del 4,2% nell'arco del periodo considerato (+1,5% in media ogni anno). L'analisi su base regionale mostra notevoli differenze: la Toscana ha registrato la spesa pro-capite più alta (€ 196,2; +2,4% medio annuo nel periodo 2016-2024), mentre la Sardegna quella più bassa (€ 97,8; -3,0% medio annuo nel periodo di riferimento): il divario risulta di 2,0 volte tra la Regione che spende di più e quella che spende di meno (Figura 11.14.).

Figura 11.13. Medicina generale: spesa pro-capite (popolazione over 13)

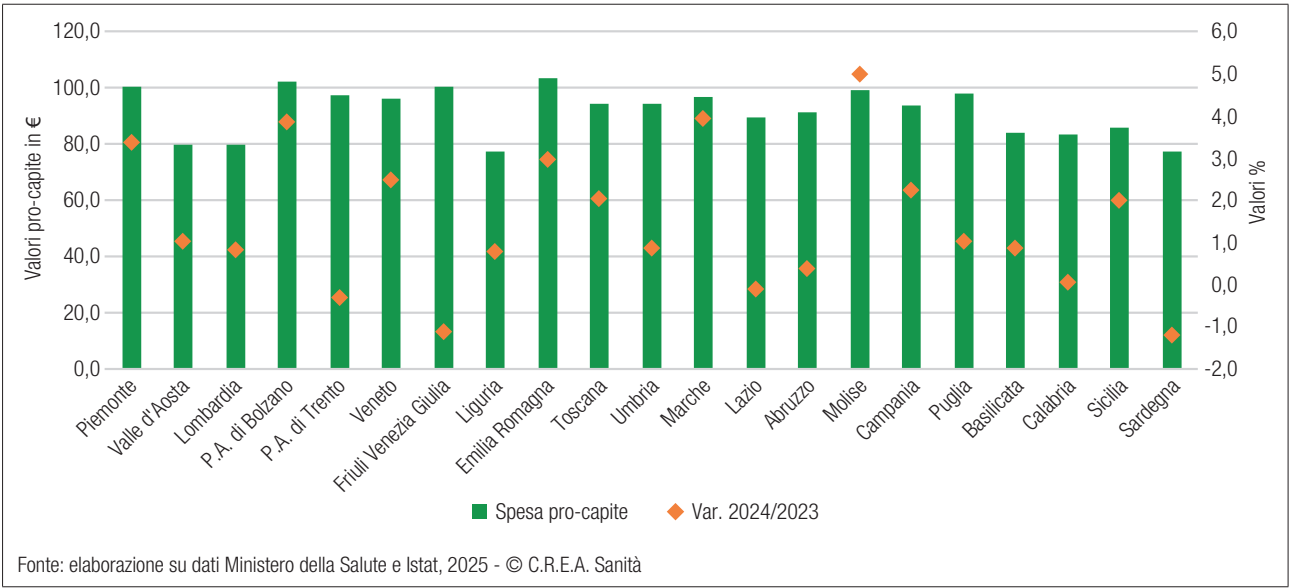
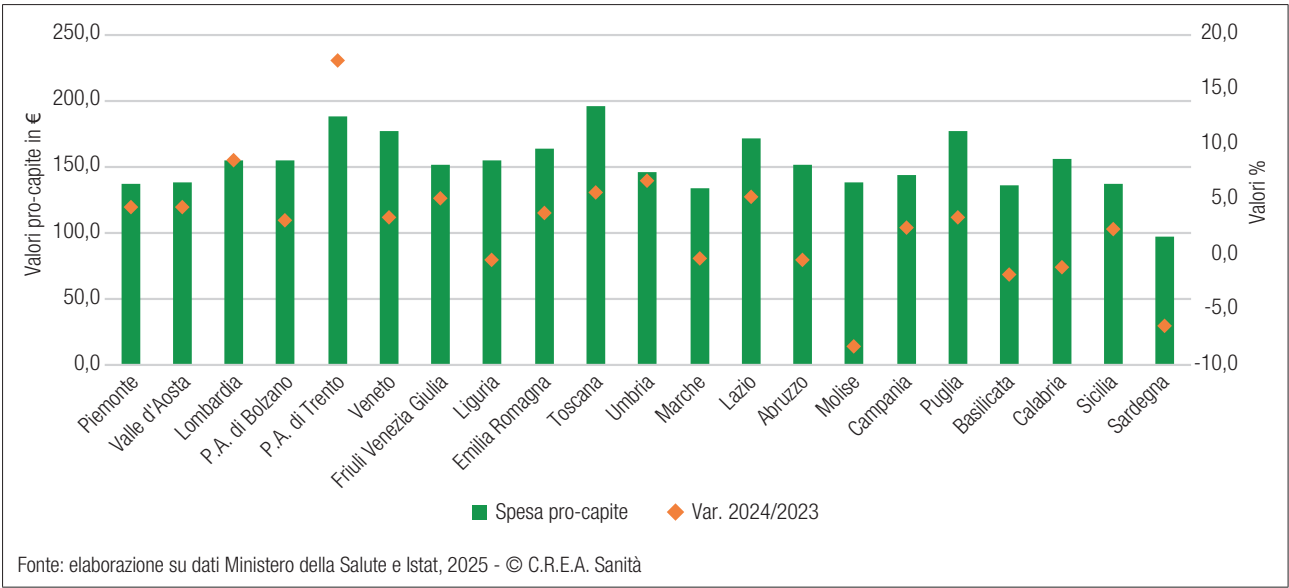


Figura 11.14. PLS: spesa pro-capite (popolazione under 14)



11.4. Riflessioni finali

Le analisi condotte hanno messo in luce un quadro complesso e critico dell’Assistenza Primaria, sospesa tra una trasformazione strutturale ambiziosa, guidata dal PNRR e dal D.M. n. 77/2022, e criticità sistemiche profonde che rischiano di comprometterne l’efficacia.

In primo luogo, si registra una contrazione evi-

dente delle risorse umane, con una riduzione significativa dei MMG e dei PLS. La diminuzione simultanea di queste figure (pari a circa il 16,0% in entrambi i casi) costituisce un elemento di fragilità strutturale che non può essere compensato semplicemente attraverso la crescita dei massimali di assistiti. L’aumento del carico potenziale ed effettivo mette, infatti, a rischio la qualità dell’assistenza, la continuità delle cure e la capacità del sistema di rispondere in modo

adeguato ai bisogni di una popolazione in progressivo invecchiamento.

Il numero di potenziali assistiti per MMG (Nord 1.522,1; Centro 1.345,1 e Sud 1.301,8), particolarmente marcato nelle Regioni settentrionali, e le disparità territoriali nei carichi per PLS segnalano un sistema non solo sotto pressione, ma anche profondamente disomogeneo. Il gradiente Nord-Sud, più volte evidenziato dai dati, non appare riconducibile esclusivamente alla demografia, ma rivela differenze strutturali nell'organizzazione e nella disponibilità di risorse.

La spesa non sembra distribuirsi risorse in modo coerente con i fabbisogni e con l'obiettivo di riequilibrare tali divari. Il fatto che aree con maggiore carico di lavoro mostrino livelli inferiori di spesa pro-capite (Nord € 110,6 pro-capite; Centro € 114,2 pro-capite e Sud € 124,5 pro-capite) implica un rischio di inefficienza allocativa e di progressivo declino nella resilienza del sistema locale di cure primarie.

L'analisi comparativa tra il 2003 e il 2021 ha permesso di stimare che, per replicare le condizioni operative del 2003 a fronte dei mutamenti demografici, nel 2021 sarebbero occorsi circa 49.360 MMG, ossia quasi 10.000 in più rispetto a quelli effettivamente attivi nel SSN. Per replicare, invece, nel 2021 il carico di lavoro, del 2023, utilizzando come *proxy*

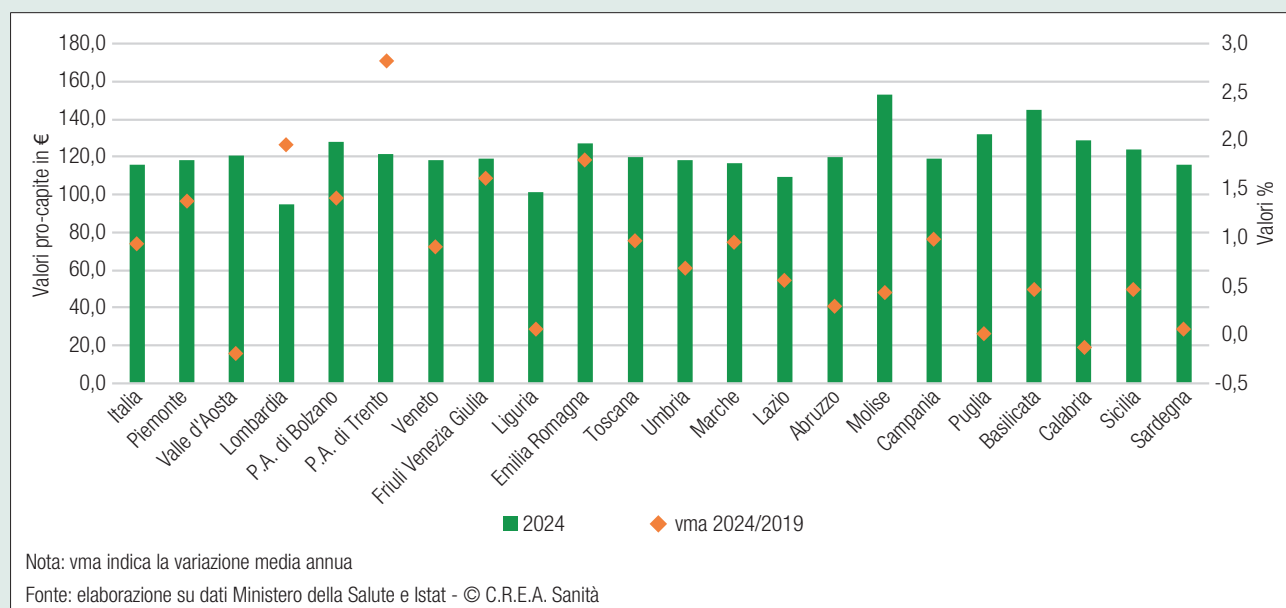
il numero di contatti medi annui per paziente, il fabbisogno teorico di MMG risulterebbe di circa 54.100 unità, delineando un deficit ancora più marcato, pari a circa 14.000 MMG mancanti.

In conclusione, l'Assistenza Primaria si trova a un punto di svolta: da un lato, un quadro di riforme avanzato; dall'altro, una crisi strutturale di personale e di tenuta organizzativa che rischia di limitarne fortemente l'attuazione. La sfida per il SSN consiste nel ridurre questo scarto, investendo non solo in strutture e tecnologie, ma soprattutto nel valore delle professioni sanitarie, nella loro formazione e nel loro ruolo strategico nella tutela della salute pubblica.

Riferimenti bibliografici

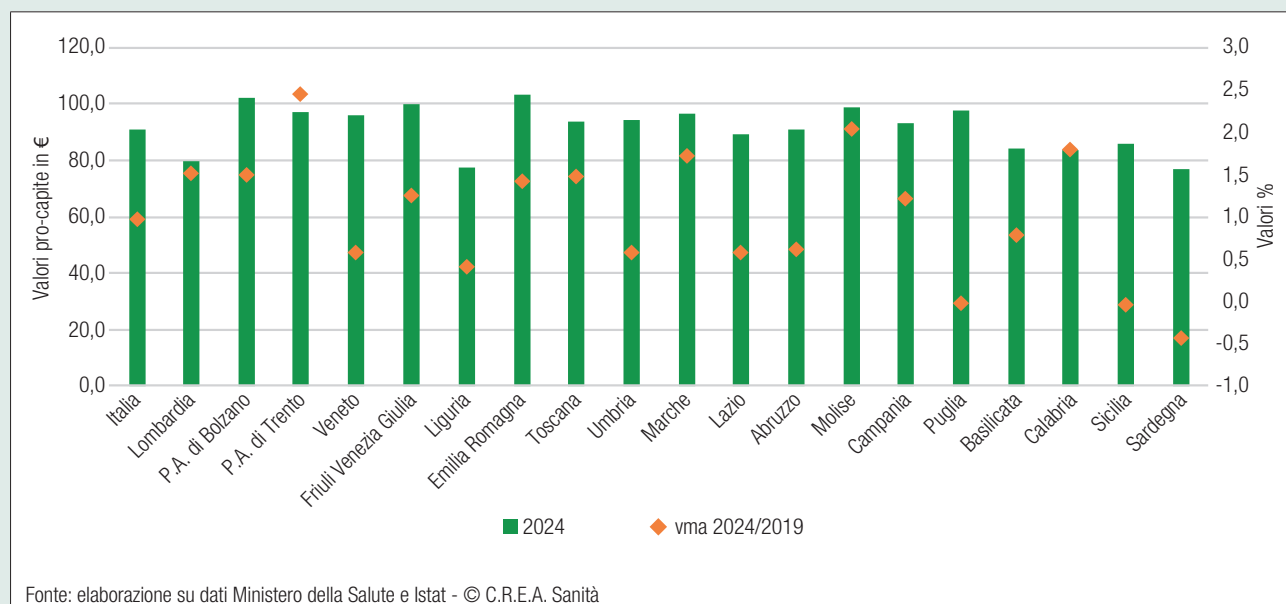
- [1] Ministero della Salute (anni vari); Annuario Statistico, https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3835&area=statisticheSSN&menu=annuario
- [2] SIMG (anni vari); Report Health Search, <https://www.simg.it/istituzione/health-search/>
- [3] SISAC (anni vari); Statistiche, https://www.sisac.info/ActionPagina_296.do
- [4] Istat (anni vari); Interventi e servizi sociali dei Comuni, <http://dati.istat.it/>

KI 11.1. Spesa pro-capite per acquisti servizi medicina di base



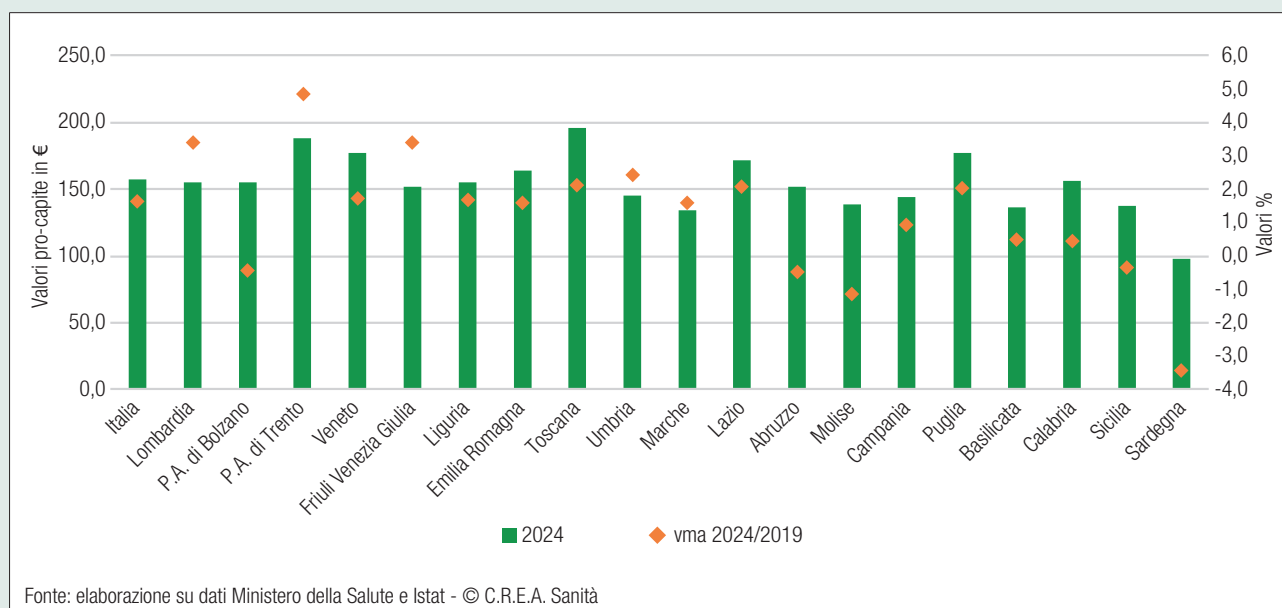
Nel 2024, in Italia, la spesa pro-capite per l'assistenza di base è pari di € 116,0, in crescita dello +0,9% medio annuo nell'ultimo quinquennio. La Regione con la spesa più elevata è il Molise (€ 153,0; +0,4% medio annuo) e quella con la spesa minore la Lombardia (€ 95,1; +2,0%), con un differenziale di 1,6 volte tra gli estremi della distribuzione. La P.A. di Bolzano ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+ 2,8% medio annuo), la Valle d'Aosta il massimo decremento (-0,2% medio annuo).

KI 11.2. Spesa pro-capite per assistenza di Medici di Medicina Generale (MMG)



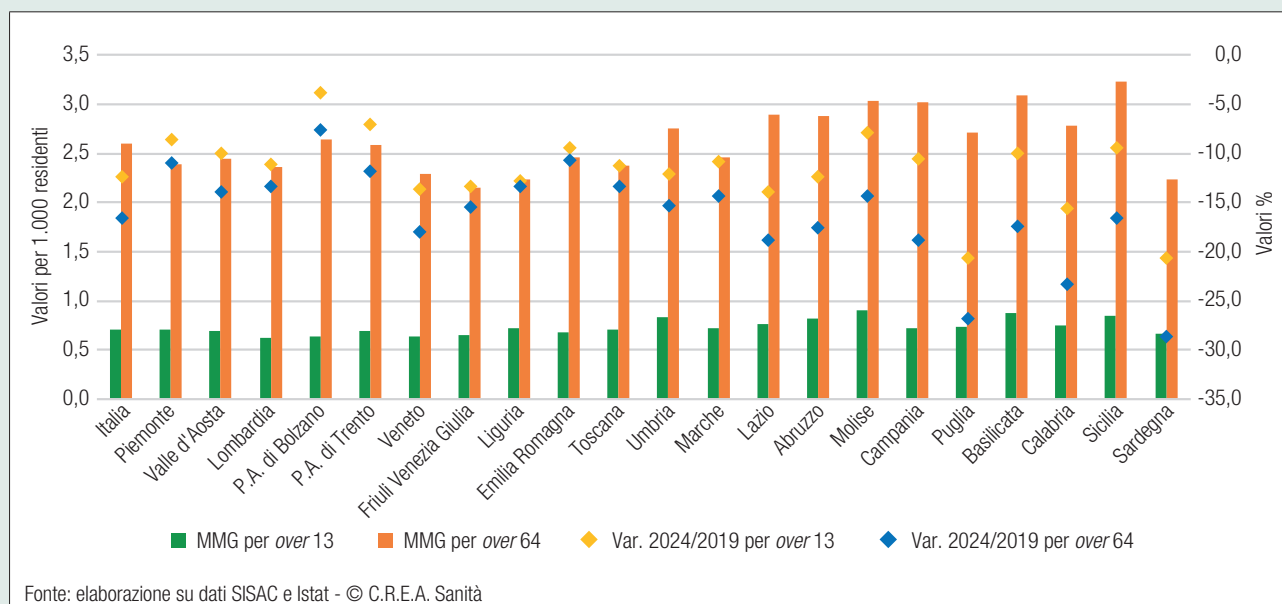
Nel 2024, in Italia, la spesa per la medicina generale è stata di € 4,7 mld., in aumento del 4,7% nell'ultimo quinquennio, ovvero € 90,8 pro-capite (+1,0% medio annuo nel periodo considerato). L'Emilia Romagna registra la spesa pro-capite più elevata (€ 103,1, +1,4% medio annuo nel quinquennio), la Liguria quella minore (€ 77,2, +0,4%), con un differenziale tra gli estremi della distribuzione di 1,3 volte. La P.A. di Trento ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+2,5% medio annuo), la Sardegna il massimo decremento (-0,4% medio annuo).

KI 11.3. Spesa pro-capite per assistenza Pediatri di Libera Scelta (PLS)



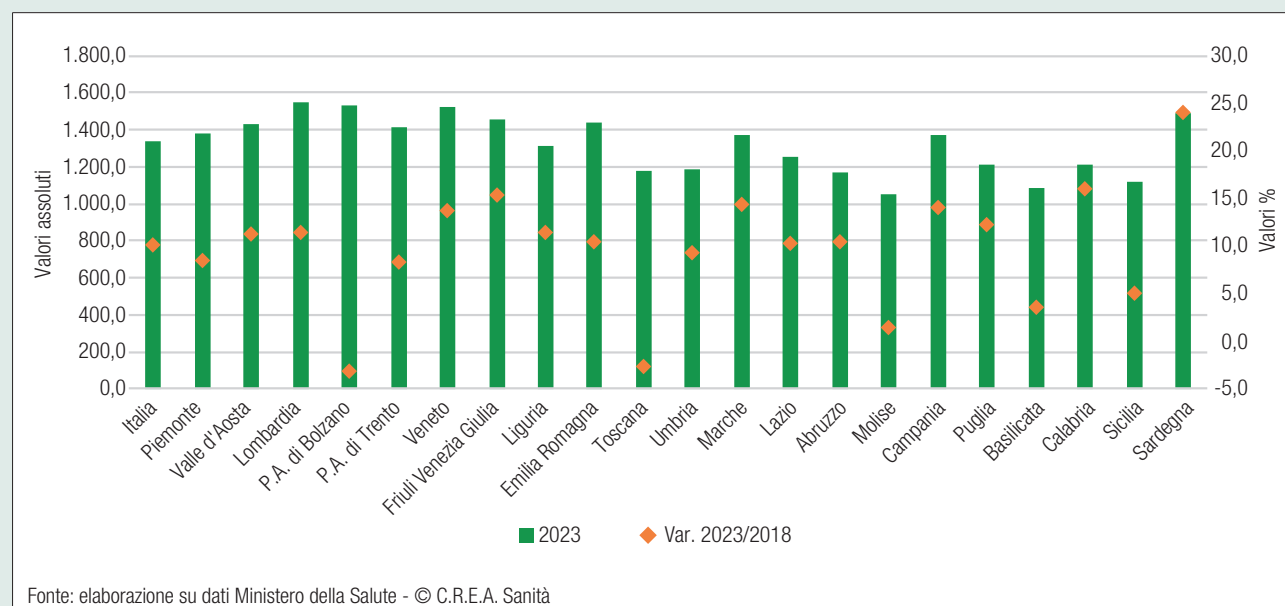
Nel 2024, in Italia, la spesa per la pediatria di libera scelta stata di € 1,0 mld., in aumento del 1,6% nell'ultimo quinquennio, ovvero € 90,8 pro-capite (+1,0% medio annuo nel periodo considerato). La Toscana registra la spesa pro-capite più elevata (€ 196,2, +2,1% medio annuo nel quinquennio), la Sardegna quella minore (€ 97,8, -3,4%), con un differenziale tra gli estremi della distribuzione di 2,0 volte. La P.A. di Trento ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+4,9 % medio annuo), la Sardegna il massimo decremento (-3,4% medio annuo).

KI 11.4. MMG per over 13 e per over 64 2024/2019



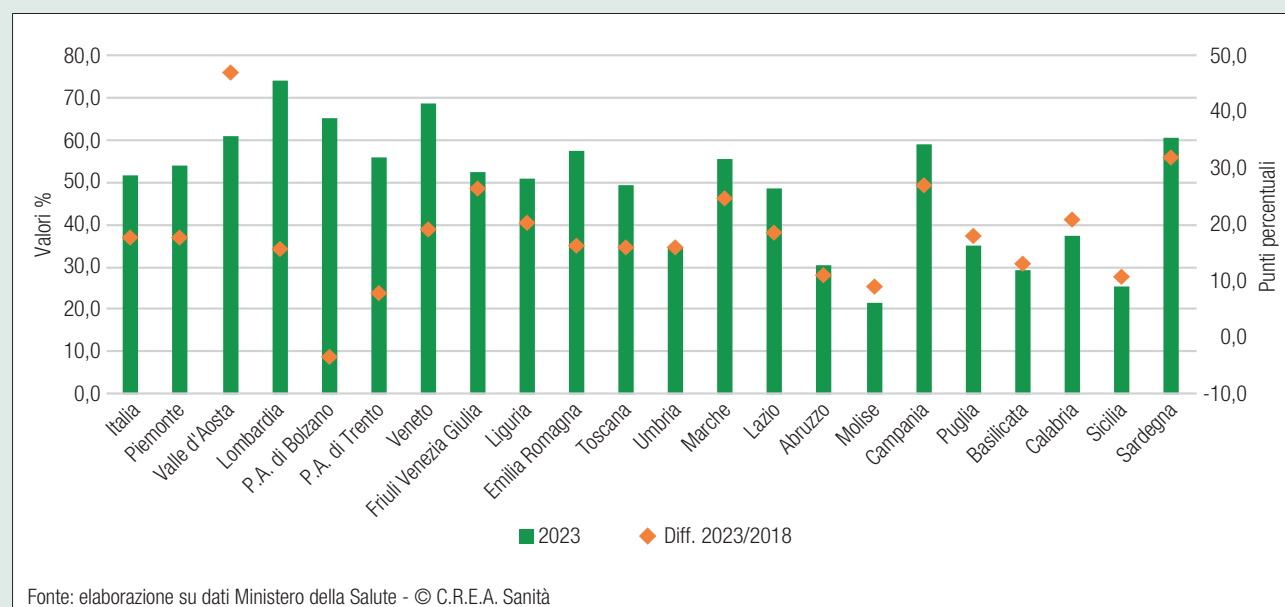
Nel 2024, in Italia, i MMG convenzionati con il SSN sono 37.260, pari a 0,7 per 1.000 residenti di età ≥ 14 anni (-12,4% nel quinquennio) e 2,6 per 1.000 residenti di età over 64 anni (-16,7% nel periodo considerato). Molise, Basilicata e Sicilia registrano la densità maggiore (0,9 MMG per 1.000 residenti), Lombardia, P.A. di Bolzano, Veneto e Friuli Venezia Giulia quella minore (0,6). Sulla popolazione over 64 la maggiore densità si registra in Sicilia (3,2, -28,7% nel quinquennio), e il Friuli Venezia Giulia quella minore (2,1, -7,7%). Nel periodo considerato, in tutte le Regioni, si registra una diminuzione dei MMG: la riduzione maggiore si registra in Puglia (-20,8%), quella minore nella P.A. di Bolzano (-3,8%).

KI 11.5. Numero scelte per MMG



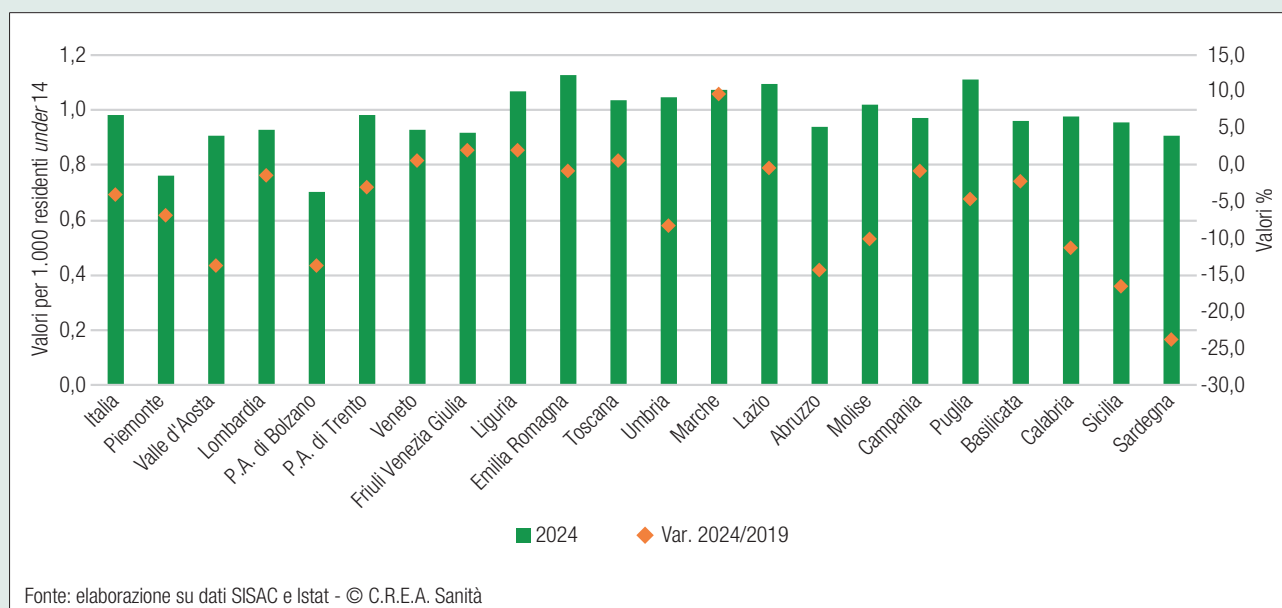
Nel 2023, in Italia, i MMG hanno mediamente in carico 1.335 *over* 13, numero in aumento nell'ultimo quinquennio del +10,1%. La Regione con il carico medio maggiore è la Lombardia (1.547) e quella con il minore il Molise (1.052). La Sardegna ha registrato il maggior incremento nel quinquennio (+24,1%), la P.A. di Bolzano il maggior decremento (-3,1%).

KI 11.6. MMG con oltre 1.500 pazienti



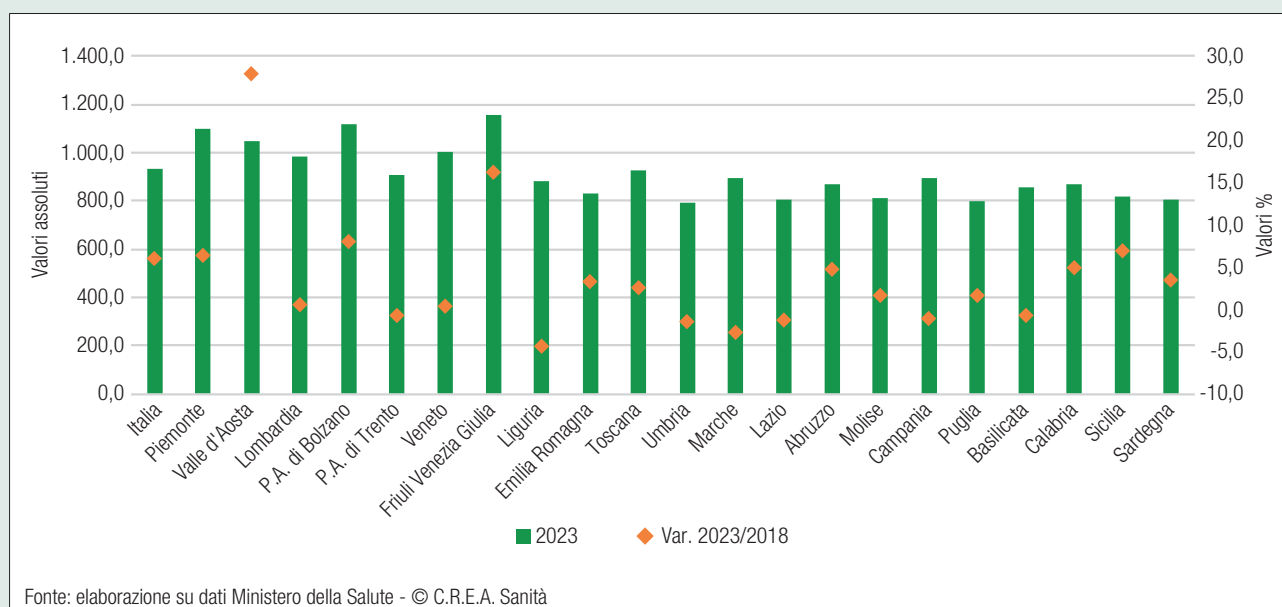
Nel 2023, in Italia, la quota di MMG "massimalisti" (oltre 1.500 assistiti) è del 51,7%, in crescita di 17,7 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo quinquennio. La Regione con la quota più alta è la Lombardia (74,0%; +15,6 p.p. nel periodo considerato), quella con la quota minore il Molise (21,6%; +8,9 p.p.). L'incremento maggiore si è registrato in Valle d'Aosta (+47,0 p.p.), la maggiore riduzione nella P.A. di Bolzano (-3,5 p.p.).

KI 11.7. PLS per residenti in età pediatrica



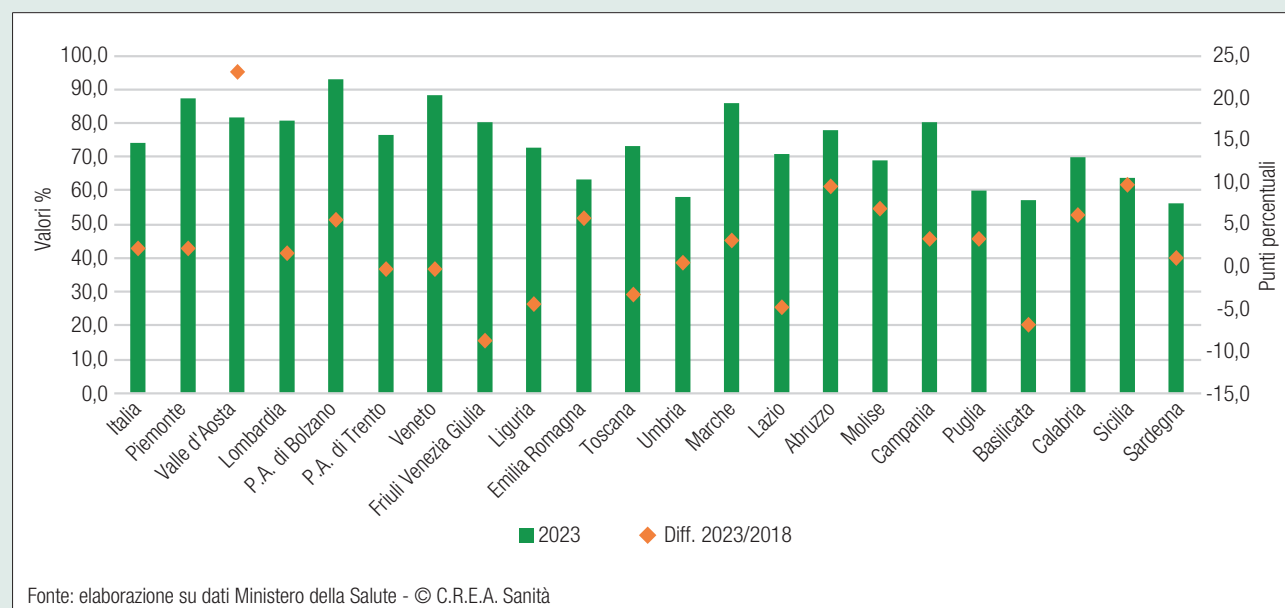
Nel 2024, in Italia, i PLS convenzionati con il SSN sono 6.484,0, pari a 1,0 per 1.000 residenti di età <14 anni, in diminuzione del -4,0% nell'ultimo quinquennio. Liguria, Emilia Romagna, Marche, Lazio e Puglia registrano la densità maggiore (1,1 PLS per 1.000 residenti), la P.A. di Bolzano quella minore (0,7). L'incremento maggiore si è registrato nelle Marche (+9,7%), la contrazione maggiore in Sardegna (-23,8%).

KI 11.8. Numero scelte per PLS



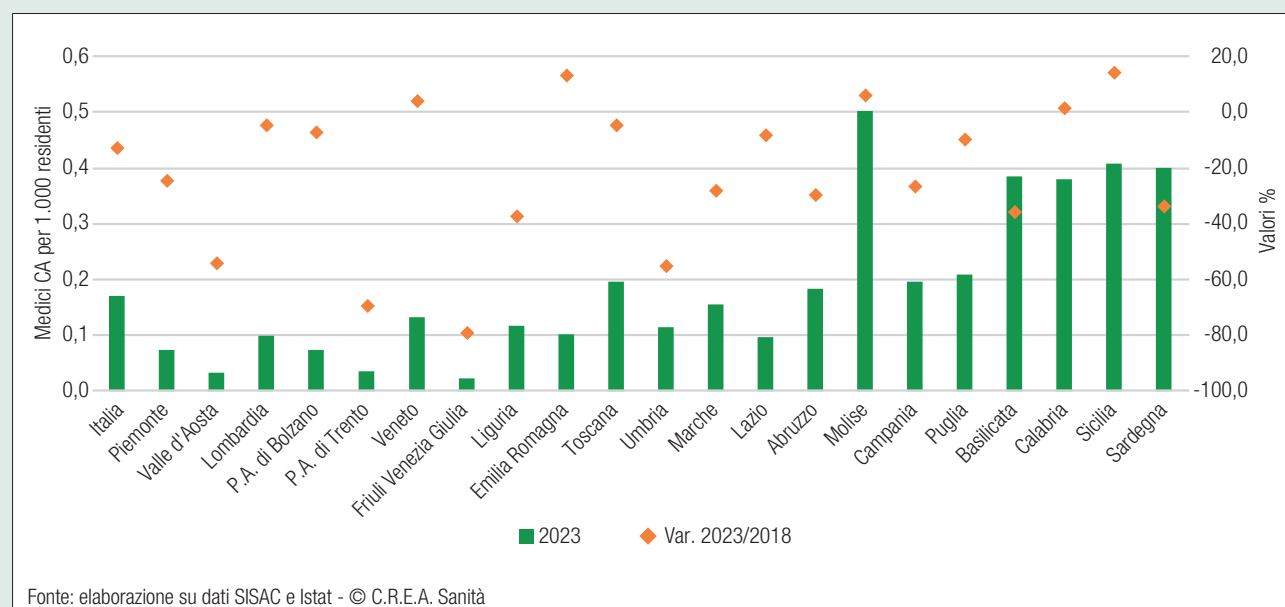
Nel 2023, in Italia, i PLS hanno mediamente in carico 936 residenti *under 14*, numero in aumento del +6,0% nell'ultimo quinquennio. La Regione con il carico medio massimo è il Friuli Venezia Giulia (1.154), l'Umbria quella con il minimo (795). La Valle d'Aosta ha registrato l'incremento massimo nel quinquennio (+27,9%), la Liguria il massimo decremento (-4,5%).

KI 11.9. PLS con oltre 800 pazienti



Nel 2023, in Italia, la quota di PLS "massimalisti" (oltre 800 assistiti) è del 73,9%, in aumento +2,2 p.p. nell'ultimo quinquennio. La Regione con la quota massima di PLS massimalisti è la P.A. di Bolzano (92,9%), quella con la minima la Sardegna (56,4%). L'incremento maggiore lo ha registrato la Valle d'Aosta (+23,0 p.p.), il decremento maggiore il Friuli Venezia Giulia (-8,8 p.p.).

KI 11.10. Medici di Continuità Assistenziale (CA) per residenti



Nel 2023, in Italia, i medici della CA sono 10.050, pari allo 0,2 per 1.000 residenti, in diminuzione del -13,0% nell'ultimo quinquennio. Il Molise registra la densità maggiore (0,5 medici di CA per 1.000 residenti), il Friuli Venezia Giulia quella minore (0,02). L'incremento maggiore si è registrato in Sicilia (+13,7%), la contrazione maggiore, in Friuli Venezia Giulia (-79,2%).



Capitolo 12

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

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 12

Servizi Domiciliari: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner ME.¹

Il contributo 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:

¹ 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

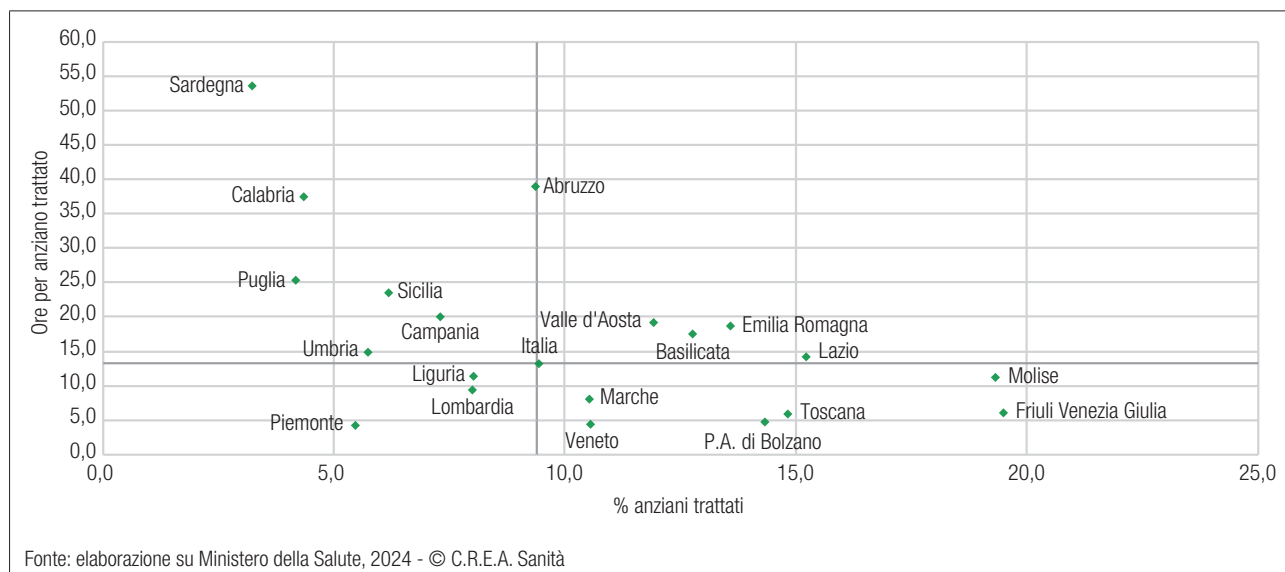
0,4% ha ricevuto sostegni economici, sotto forma di *voucher*, assegni di cura o buoni socio-sanitari.

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.

CAPITOLO 12

Servizi Domiciliari: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner ME.¹

L'Assistenza Domiciliare è considerata la soluzione ideale per fornire al paziente cure riabilitative o di sostegno al proprio domicilio, evitando così i problemi e i rischi legati a un ricovero ospedaliero; in altri termini, quando è possibile attivarla, è la vera assistenza di prossimità. Diventa addirittura necessaria quando la disabilità di una persona impedisce o rende estremamente difficile recarsi presso una Struttura sanitaria.

Per questo motivo, l'Assistenza Domiciliare è spesso dedicata alla gestione di condizioni croniche associate a disabilità. Il domicilio è, inoltre, il luogo più adatto per erogare prestazioni di tipo sociale, intendendo quelle che non richiedono necessariamente l'intervento di un professionista sanitario. Sebbene la distinzione tradizionale tra prestazioni sanitarie (fornite da medici o infermieri) e sociali sia basata sulla figura professionale che le eroga, in realtà il confine tra le due è molto sfumato: entrambe rispondono a una perdita di autonomia, che molto probabilmente è causata da una patologia. È proprio questa radice comune del bisogno a rendere fondamentale l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, un concetto complesso non sempre chiaramente definito dalla normativa.

I Servizi Domiciliari rappresentano, quindi, il naturale collegamento tra Sistema Sanitario e sociale.

Pertanto, è doveroso sottolineare che, mentre le prestazioni sanitarie, che richiedono personale specializzato, sono per lo più fornite "in natura", le prestazioni sociali sono per lo più erogate sotto forma di denaro o *voucher* (ad esempio, assegni di cura o buoni spesa), in qualche modo rendendo più com-

plessa una vera integrazione sinergica.

In questo contributo, l'analisi quantitativa si concentrerà esclusivamente sulle prestazioni (sia sanitarie che sociali) che possono essere fornite direttamente al domicilio del paziente da parte di personale qualificato. In altre parole, prenderemo in considerazione solo le cure a domicilio e i trasferimenti monetari di origine pubblica, ovvero tutti quegli interventi finanziati, almeno in parte, da un ente pubblico (come lo Stato, la Regione, il Comune o l'Azienda Sanitaria Locale (ASL)) e che non prevedono ad esempio il ricorso alle badanti.

12.1. Integrazione tra Servizi Sanitari e servizi sociali

Nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è ricompresa l'Assistenza Domiciliare, denominata Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), destinata a garantire alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità un insieme organizzato di prestazioni mediche, riabilitative e infermieristiche; in buona sostanza, l'ADI prevede il coinvolgimento integrato di diverse professionalità sanitarie e socio-sanitarie per l'erogazione di prestazioni rivolte a persone confinate nel proprio domicilio allo scopo di evitarne il ricovero.

Oltre ai Servizi Sanitari erogati dalla ASL, possono essere attivati anche Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) (che può assumere varie configurazioni: Assistenza Domiciliare socio-assistenziale, ADI con Servizi Sanitari, *voucher*, assegni di cura ecc.) da parte del Comune di residenza del soggetto non

¹ C.R.E.A. Sanità

autosufficiente. I SAD comprendono fondamentalmente servizi di natura prettamente sociale quali: l'igiene della persona, la gestione della casa, l'accompagnamento fuori casa, la preparazione e la somministrazione pasti o il controllo di una corretta alimentazione, o ancora il controllo di corretta assunzione dei farmaci ecc..

Tabella 12.1. Anziani assistiti in ADI (e con SAD). Anno 2023

Regioni	ADI (totale)	ADI con SAD	Solo ADI
Italia	1.232.203,0	266.090,6	966.112,4
Piemonte	58.806,0	20.060,4	38.745,6
Valle d'Aosta	2.257,0	988,7	1.268,3
Lombardia	176.055,0	31.363,4	144.691,6
P.A. di Bolzano	9.377,0	4.970,4	4.406,6
P.A. di Trento	17.996,0	2.665,5	15.330,5
Veneto	124.660,0	87.523,2	37.136,8
Friuli Venezia Giulia	51.215,0	9.631,0	41.584,0
Liguria	30.843,0	5.895,3	24.947,7
Emilia Romagna	142.630,0	25.337,0	117.293,0
Toscana	136.716,0	16.689,6	120.026,4
Umbria	12.746,0	2.067,8	10.678,2
Marche	34.343,0	4.216,2	30.126,8
Lazio	164.451,0	10.750,9	153.700,1
Abruzzo	27.604,0	3.197,2	24.406,8
Molise	14.495,0	1.152,7	13.342,3
Campania	77.156,0	7.613,3	69.542,7
Puglia	38.539,0	7.436,2	31.102,8
Basilicata	14.749,0	1.467,9	13.281,1
Calabria	17.378,0	2.110,0	15.268,0
Sicilia	66.221,0	9.059,7	57.161,3
Sardegna	13.966,0	11.894,2	2.071,8

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2025 [1], [2]
© C.R.E.A. Sanità

L'attivazione congiunta per gli anziani non autosufficienti sia dei servizi di natura prettamente sanitaria (ADI) che di quelli di sociali (SAD) si presuppone sia in grado di "soddisfare" le esigenze complessive di detta popolazione che necessita, oltre al "supporto" sanitario, di aiuto anche nel compimento di atti della vita quotidiana.

L'analisi dei dati, riferita al 2023, rileva però che, a livello nazionale, solo 266.090 anziani su una popolazione di 7.267.605 *over* 75 e di 2.922.000 disabili², ricevono oltre l'ADI anche una qualche forma di SAD (Tabella 12.1.).

I numeri riportati evocano una situazione di scarsa integrazione tra Servizi Sanitari e socio-assistenziali: nonostante la priorità e l'importanza ufficialmente attribuita all'integrazione tra ADI e SAD, il raccordo tra questi è purtroppo spesso inesistente o marginale.

L'anziano non autosufficiente è un'unica persona e la sua condizione non può essere "frammentata" tra diverse responsabilità istituzionali. Il primo passo da compiere per evitarlo consiste nel creare un Servizio Domiciliare unitario tra sociale e Sanità. Introdurlo significherebbe dar vita ad un'Assistenza Domiciliare che viene prestata all'interno di un servizio strutturato e che unifica quanto svolto dalle ASL (cure domiciliari) e dai Comuni (SAD) [3].

Sembrerebbe, dunque, che le ASL, in molti casi, definiscano integrata una Assistenza Domiciliare che consiste nella erogazione di cure sanitarie da parte di diverse figure di professionisti sanitari, ma senza un significativo supporto di tipo sociale.

12.2. L'ADI

In base ai dati pubblicati dal Ministero della Salute nell'ambito dell'Annuario Statistico del SSN, per il 2024 è possibile stimare in circa 1,7 mln. di persone i beneficiari del servizio di ADI erogato dalle ASL³.

² Il dato si riferisce al 2022 (ultimo anno disponibile). In particolare, Istat nell'indagine "Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana - parte generale" dichiara che sono considerate con disabilità le persone che vivono in famiglia e dichiarano di avere delle limitazioni gravi, a causa di motivi di salute che durano da almeno sei mesi, nelle attività che le persone svolgono abitualmente

³ La stima è stata condotta applicando ai beneficiari di ADI del 2023 la variazione media annua osservabile nell'ultimo quinquennio

Nel quinquennio 2019-2024, il numero di pazienti assistiti è costantemente aumentato, ad un tasso medio annuo del 12,5%. L'analisi a livello regionale, tuttavia, mette in luce forti disparità. Agli estremi della distribuzione, si posizionano la P.A. di Bolzano e il Veneto: la prima ha visto un incremento medio annuo dei casi che ha raggiunto l'83,0%, mentre la seconda ha fatto registrare una contrazione media annua

prossima all'1,0% (Figura 12.1.).

Dei soggetti presi in carico nel 2024, il 79,2% (circa 1,4 mln.) ha 65 anni o più (Figura 12.2.).

Si conferma, quindi, che l'ADI si configura come un servizio rivolto soprattutto alla popolazione anziana, sebbene nelle intenzioni del nostro legislatore fosse stata concepita come una prestazione a favore della totalità delle persone non autosufficienti.

Figura 12.1. ADI: Casi trattati e dinamica

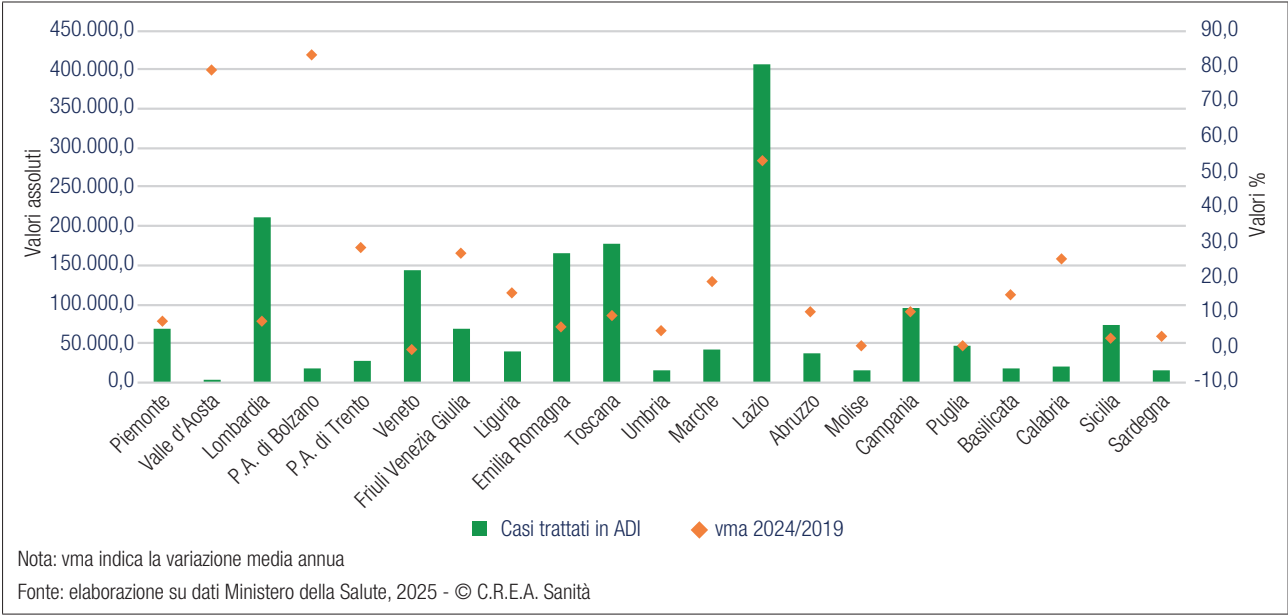
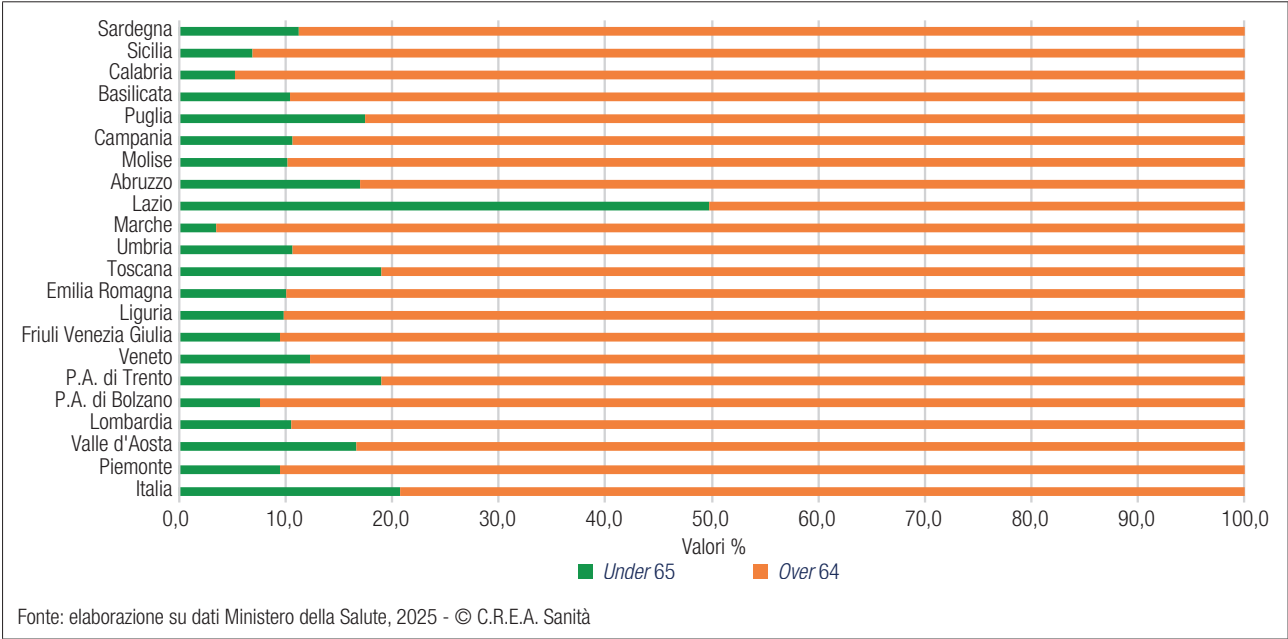


Figura 12.2. ADI: casi trattati per classi di età



In Italia, sempre nel 2024, si stima (Figura 12.3.) sia stato assistito in ADI circa il 2,9% della popolazione, +1,3 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2019. Il range tra le Regioni è abbastanza ampio: si va dal 7,1% del Lazio (+6,3 p.p. nel periodo 2019-2024) all'1,0% della Sardegna (+0,2 p.p. tra il 2019 e il 2024).

Si tenga presente che il Piano Nazionale di Ri-

presa e Resilienza (PNRR) testualmente 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), rispetto all'attuale media tra le diverse Regioni italiane di poco inferiore al 5%.»

Figura 12.3. ADI: incidenza casi presi in carico sulla popolazione e relativa dinamica. Anni 2019-2024

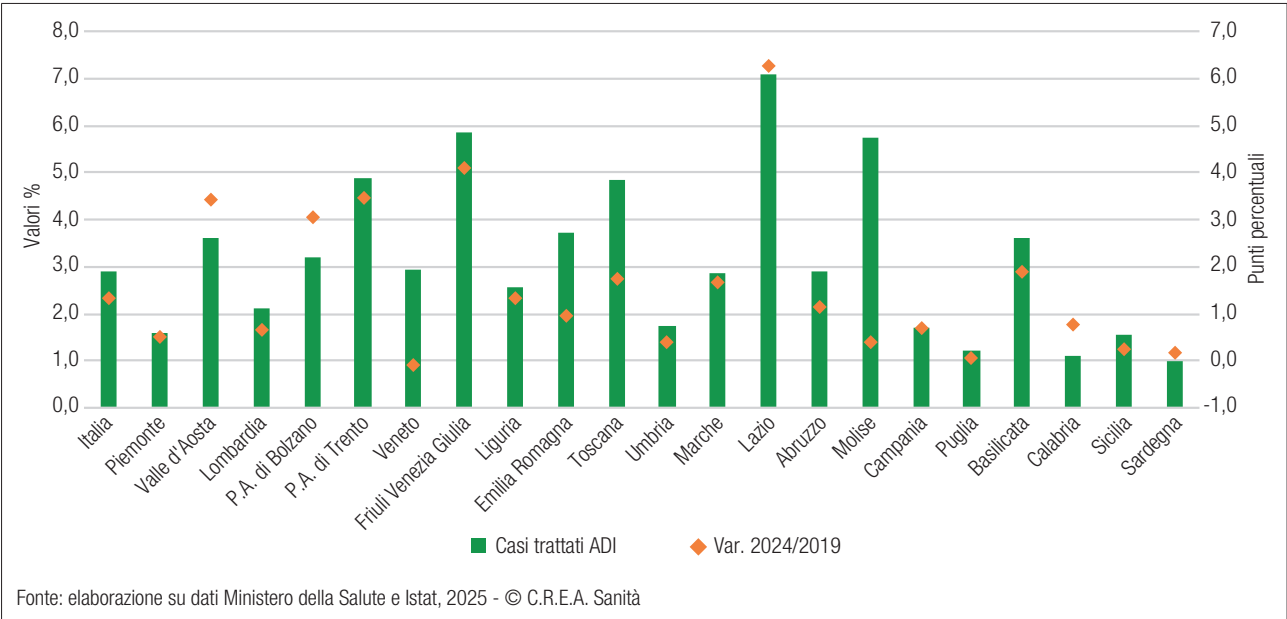
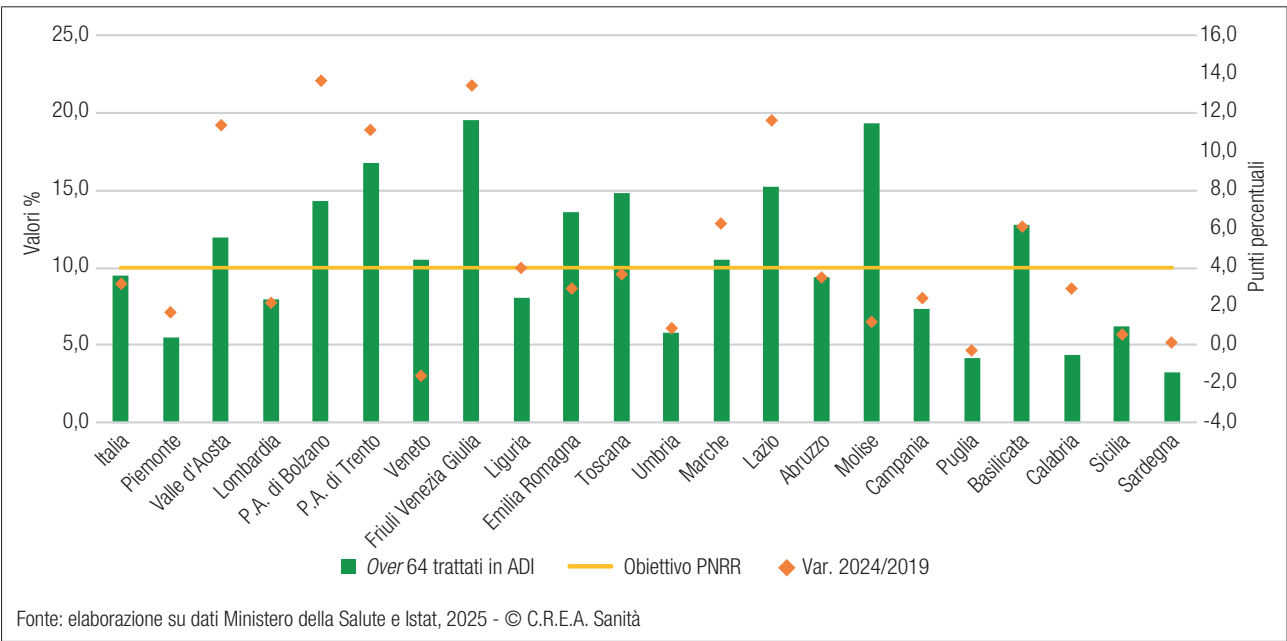


Figura 12.4. ADI: over 64 trattati sulla popolazione anziana. Anni 2019-2024



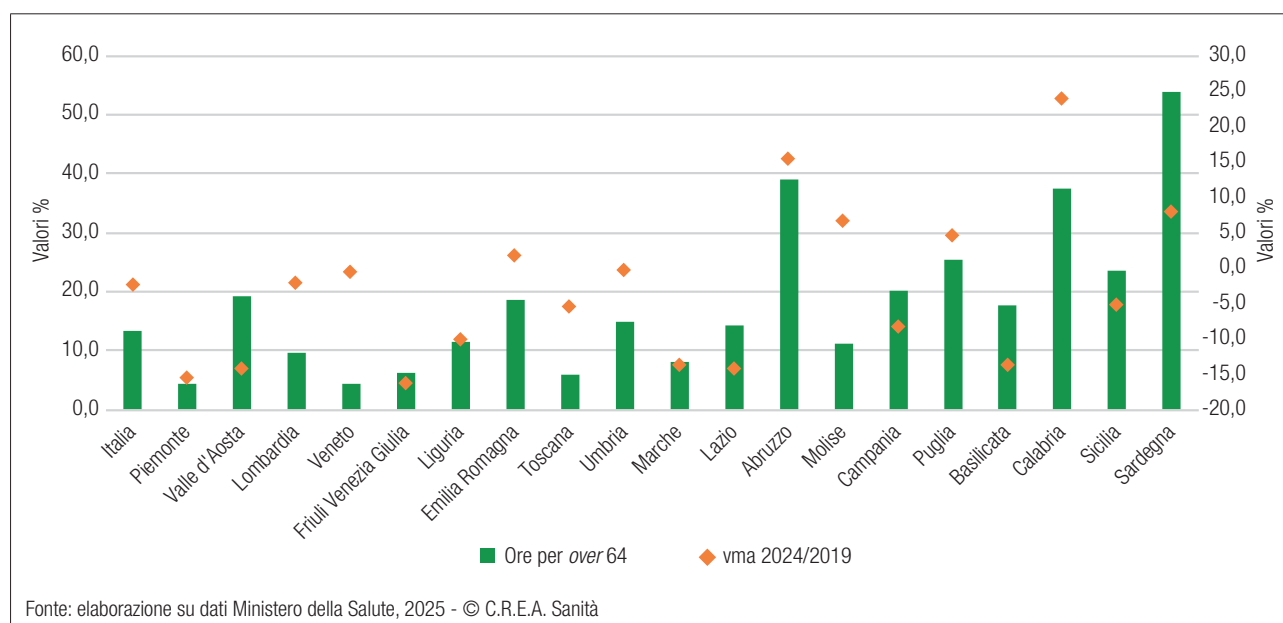
A tal proposito, l'analisi condotta con riferimento alla sola popolazione ultra-sessantatrenne rivela che nel 2024 sono stati assistiti al proprio domicilio circa 9,4 anziani su 100, registrando una crescita di 3,2 p.p. rispetto al 2019 (+496.896 anziani assistiti in cinque anni). L'analisi regionale dell'indicatore, sembrerebbe evidenziare che già nel 2024, quindi, avrebbero conseguito il traguardo previsto dal PNRR circa la metà delle Regioni. L'offerta dei Servizi Domiciliari, tuttavia, è estremamente disomogenea a livello regionale: Friuli Venezia Giulia (19,5% e +13,4 p.p. nel periodo 2019-2024) e Molise (19,3% e +1,2 p.p.) presentano le coperture più ampie, a fronte di valori decisamente più contenuti in Sardegna (3,2% e +0,1 p.p. tra il 2019 e il 2024) e Puglia (4,2% e -0,3 p.p.) (Figura 12.4.).

Ma per avere contezza del “buon funzionamento” e del progressivo sviluppo dell'ADI nell'ambito dei servizi territoriali, oltre al numero degli assistiti è necessario fare riferimento anche ad altre dimensioni di analisi come ad esempio l'intensità assistenziale. Infatti, se il numero di casi assistiti è aumentato, le ore medie annue di assistenza erogate per paziente

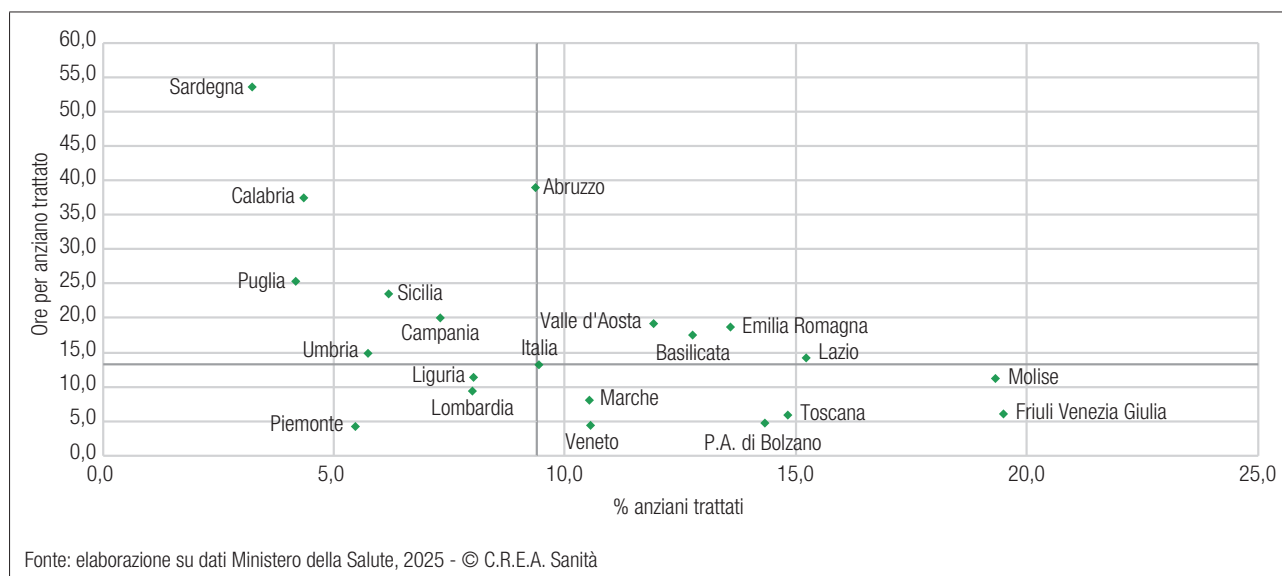
over 64 sono calate del 2,4% medio annuo tra il 2019 e il 2024, passando da 15 a circa 13 ore per paziente anziano. Su questo fronte sembrerebbe, dunque, che il PNRR abbia promosso un ampliamento dell'utenza a discapito dell'intensità della cura. Detto in altri termini, piuttosto che limitarsi a contare il numero di pazienti, un obiettivo trasversale del PNRR avrebbe dovuto essere quello di comprendere e dettagliare frequenza e qualità degli interventi forniti ai pazienti.

In aggiunta va sottolineato che sovente ad un analogo volume di utenza non corrisponde necessariamente un'identica intensità di cura: infatti, si riscontrano significative disparità regionali anche nell'intensità dell'assistenza erogata; le ore fornite possono variare drasticamente: nel 2024, la Sardegna ha erogato in media 54 ore per *over 64* preso in carico, valore di gran lunga superiore rispetto alle 15 ore dell'Umbria. Analogamente, sebbene abbiano una platea di assistiti simile, l'Emilia Romagna (18,7 ore) e la Toscana (5,9 ore) presentano un'offerta di servizi marcatamente difforme (Figura 12.5.).⁴

Figura 12.5. ADI: ore di assistenza erogate mediamente per paziente *over 64*. Anni 2019-2024



⁴ Per la P.A. di Trento non è stato possibile effettuare l'analisi a causa della mancanza di dati relativi all'indicatore esaminato

Figura 12.6. ADI: quota anziani assistiti e ore medie di assistenza prestate. Anno 2024

Incrociando i dati sulla copertura (la percentuale di *over 64* assistiti) e sull'intensità del servizio (ore medie per paziente anziano) e utilizzando i valori nazionali come *benchmark*, le Regioni possono essere classificate in quattro distinti modelli di intervento (Figura 12.6.):

- alta copertura, alta intensità: collocato nel quadrante in alto a destra, questo gruppo unisce un'elevata estensione del servizio a un'intensità di cure superiore alla media. Comprende la Valle d'Aosta, l'Emilia Romagna, il Lazio e la Basilicata
- alta copertura, bassa intensità: questo modello, caratteristico del quadrante in basso a destra, fornisce assistenza a un ampio numero di anziani ma con un'intensità di cure inferiore alla media. Vi appartengono la P.A. di Bolzano, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, la Toscana, le Marche e il Molise
- bassa copertura, alta intensità: questo modello (quadrante in alto a sinistra) è tipico di Regioni che, pur assistendo una quota di anziani inferiore alla media, garantiscono un'elevata intensità di ore di cura. Rientrano in questa categoria Umbria, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. L'Abruzzo, pur avendo una copertura in linea con la media nazionale, si distingue per un'intensità di cure significativamente maggiore
- bassa copertura, bassa intensità: posizionato nel

quadrante in basso a sinistra, questo gruppo presenta valori inferiori alla media sia per quota di anziani assistiti che per ore erogate per paziente.

Ne fanno parte Piemonte, Lombardia e Liguria.

In definitiva, sta progressivamente aumentando la quota di anziani presi in carico in tutte le Regioni, fenomeno spinto dall'obiettivo di raggiungere la soglia del 10,0% previsto dal PNRR e contestualmente si sta riducendo l'intensità di cura (le ore per paziente anziano). Al di là che saranno ugualmente rispettose dei LEA le Regioni che avranno conseguito la soglia del 10,0% di anziani presi in carico indipendentemente dalla intensità della presa in carico, mantenendo quindi livelli assistenziali regionali profondamente disomogenei, si va appalesando come l'ADI non sia un istituto per la non autosufficienza, intesa come *Long Term Care* (LTC): infatti, al più risponde ai bisogni di persone che risultano transitoriamente non autosufficienti, ad esempio a causa di ricoveri in acuzie che in fase di convalescenza implicano una tale condizione.

La spesa per ADI

L'analisi dei dati dei Modelli di Rilevazione dei Livelli di Assistenza degli Enti del SSN consente di stimare la spesa media per utente sostenuta dalle ASL per i servizi di ADI.

Nel 2023, ultimo anno disponibile, la spesa com-

plexiva per l'ADI si è attestata a circa € 1,6 mld. (pari all'1,2% della spesa sanitaria pubblica), in contrazione di uno 0,4% medio annuo nel periodo 2018-2023. La spesa media per utente, invece, nel 2023, è stata di € 1.047,2, in forte riduzione (-10,1% medio annuo) nel quinquennio di riferimento. In aggiunta, l'analisi regionale rivela un panorama estremamente eteroge-

neo: le Regioni con la spesa media per utente più elevata sono state la Sardegna (€ 4.433,1; +13,2% medio annuo 2018-2023) e la Puglia (€ 2.284,3; +1,1% medio annuo tra il 2018 e il 2023); all'estremo opposto si collocano il Molise (€ 159,9; -9,2% medio annuo nel periodo 2018-2023) e la P.A. di Bolzano (€ 390,0; -43,9% medio annuo tra il 2018 e il 2023).

Figura 12.7. ADI: spesa media delle ASL per utente. Anni 2018-2023

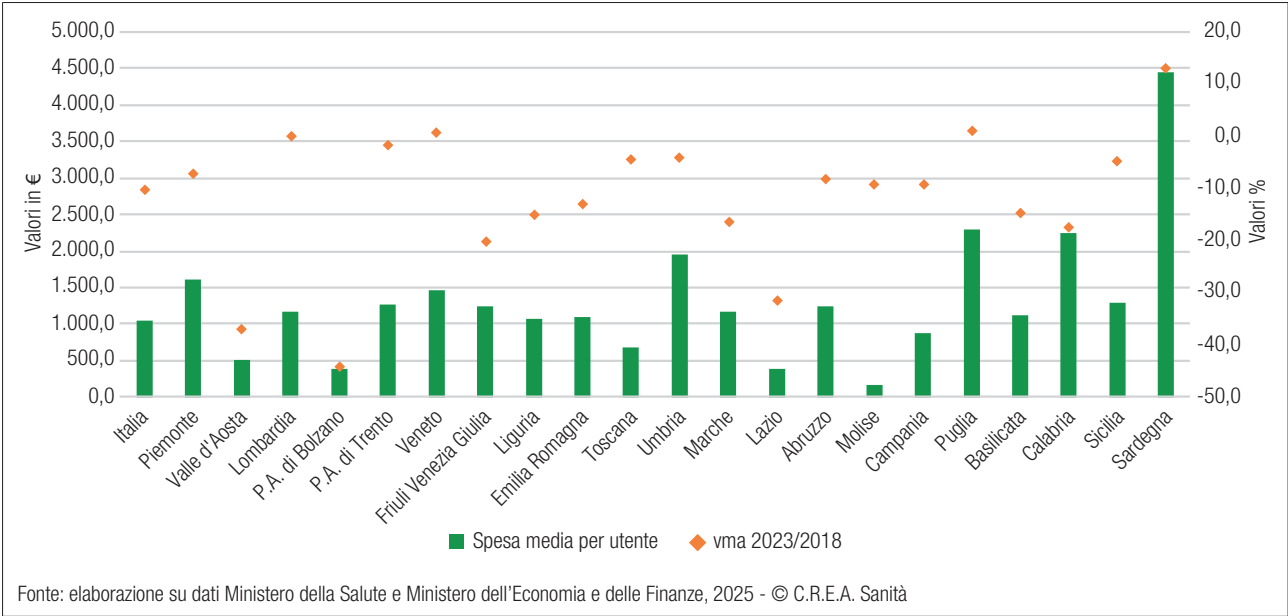


Figura 12.8. ADI: spesa media per ora di assistenza per paziente anziano. Anno 2023

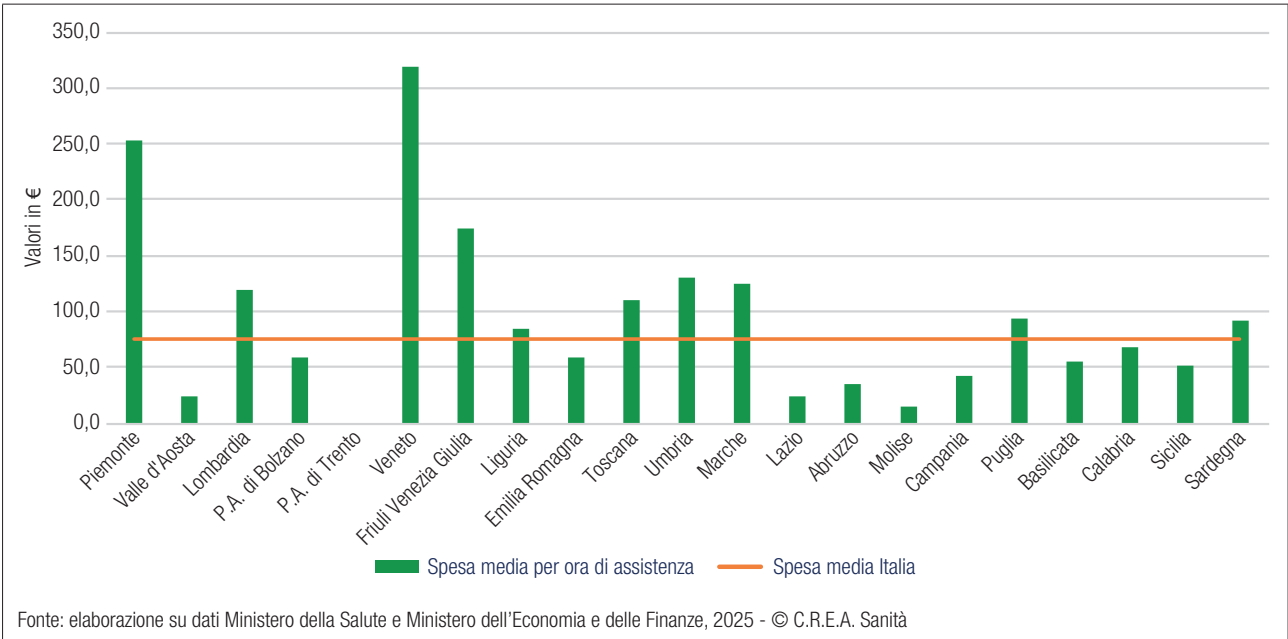
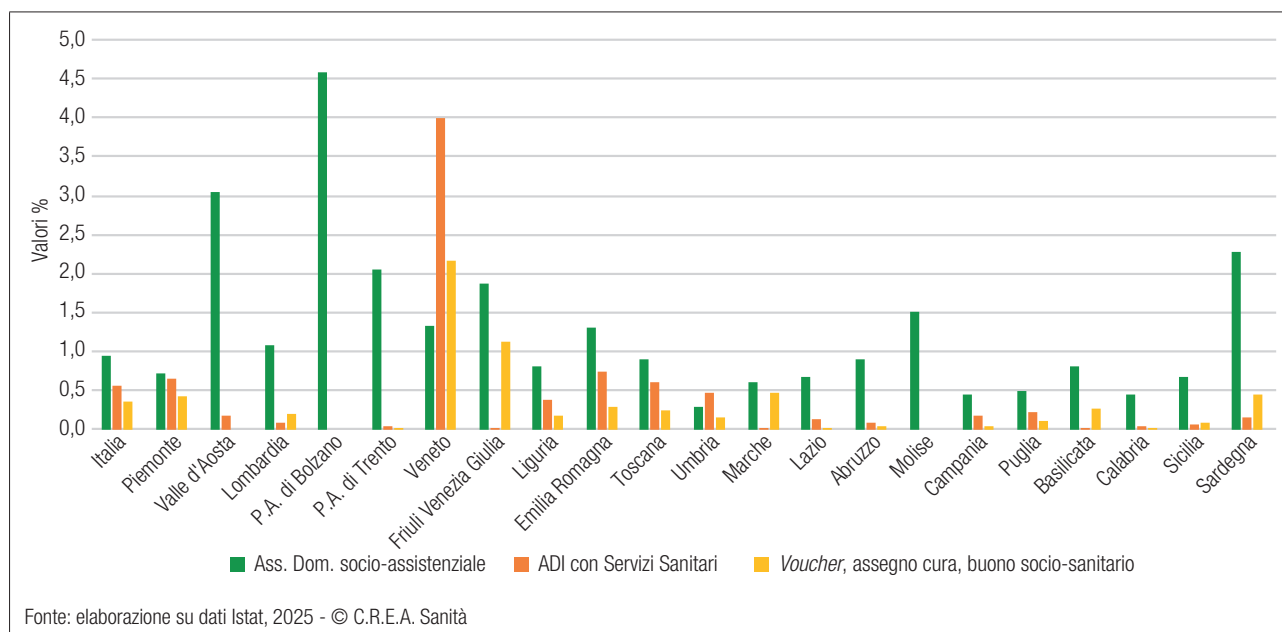


Figura 12.9. SAD: incidenza sulla popolazione over 64. Anno 2023



Ne emerge, così, un differenziale significativo tra le Regioni, indipendente dalla ripartizione geografica di appartenenza, con un divario di circa 28 volte tra la Regione a massima e quella a minima spesa (Figura 12.7.).

Qualora analizzassimo la spesa media per ora di assistenza erogata a ciascun paziente anziano con riferimento al 2023 (ultimo anno per il quale si dispone dei dati⁵), ne risulterebbe un “quadro” regionale profondamente difforme: a fronte di una spesa media oraria nazionale pari a € 74,8, troviamo Regioni come il Veneto in cui risulta pari a € 319,0 per ora di assistenza, sino al Molise che ne dichiara € 14,9 (con un differenziale che supera le 21 volte).

Quanto precede sembrerebbe, quindi, confermare l'esistenza di modelli regionali diversi di presa in carico non solo da un punto di assistenziale ma anche di remunerazione e/o efficienza dei *provider* coinvolti (Figura 12.8.).

In chiusura, appare doveroso sottolineare che

tale dimensione di analisi è stata condotta supponendo la “medesima remunerazione” per tutte le figure professionali che a vario titolo partecipano alla presa in carico del soggetto anziano; tutto ciò potrebbe suggerire l'esistenza di un *bias*.

12.3. Il SAD dei Comuni

Sulla base dei dati Istat relativi agli “Interventi e servizi sociali dei Comuni”, si stima che nel 2023 i beneficiari di SAD in Italia siano stati circa 381.000.

L'analisi della copertura per la popolazione *over 64* rivela una diffusione diversificata a seconda della tipologia di servizio. In particolare, l'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale ha interessato l'1,0% degli ultrasessantaquattrenni, valore stabile nel quinquennio 2018-2023; l'ADI con Servizi Sanitari ha raggiunto lo 0,6% della stessa popolazione, registrando un incremento di 0,2 p.p. rispetto al 2018; infine, i

⁵ Dalla spesa ricavata dai Modelli di Rilevazione dei Livelli di Assistenza degli Enti del SSN è stata decurtata la quota di utenti ADI *under 65* sul totale degli utenti ADI, stimando così la spesa riferibile ai soli utenti anziani. Si è, quindi, proceduto a moltiplicare le ore per ciascun paziente anziano per il totale di anziani presi in carico in ciascuna Regione ottenendo in tal modo il numero totale di ore erogate in ciascuna Regione. A questo punto, rapportando la spesa totale riferibile agli anziani al numero di ore complessive dedicate agli *over 64*, è stata stimata la spesa media oraria

trasferimenti monetari (*voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari) hanno riguardato appena lo 0,4% degli *over 64*, una quota rimasta invariata nel periodo considerato.

L'offerta di questi servizi presenta disomogeneità piuttosto significative a livello regionale: per l'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale la copertura varia dal 4,6% della P.A. di Bolzano, allo 0,3% dell'Umbria e allo 0,4% di Campania e Calabria; per i SAD integrata con Servizi Sanitari, nonostante la maggiore diffusione in Veneto (4,0%), la quasi totalità delle Regioni rimane al di sotto della soglia dell'1,0%; per i trasferimenti monetari, solo Veneto (2,2%) e Friuli Venezia Giulia (1,1%) superano l'1,0% della popolazione *over 64* (Figura 12.9.).

In merito alle quote di fruizione del SAD da parte dei disabili, dall'analisi dei dati 2023 risulta che, a livello nazionale, sul totale della popolazione disabile⁶ solo il 2,0% dei diversamente abili ha ricevuto l'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale, mentre lo 0,6% ha beneficiato dell'Assistenza Integrata con Servizi Sanitari e l'1,4% ha usufruito di indennità economiche. In tutte le Regioni, per le tipologie di prestazioni considerate, gli indicatori di incidenza analizzati si presentano estremamente variabili: nel caso dell'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale si passa dal 14,9% della Sardegna allo 0,2% della Valle d'Aosta; sul fronte dell'ADI con Servizi Sanitari l'oscillazione regionale dell'indicatore è meno accentuata e va dall'1,8% della citata Sardegna ad un valore prossimo allo 0,0% della Lombardia; infine, per quanto riguarda i benefici economici, ai due estremi della distribuzione si collocano la Sardegna con il 5,2% e la P.A. di Trento che insieme alla Calabria si fermano allo 0,1% (Figura 12.10.).

La spesa per SAD

Nel 2023, la spesa complessiva sostenuta dai Comuni per i SAD è stata pari a circa € 1,0 mld. (+2,3% medio annuo nel periodo 2018-2023), di cui il 55,7%

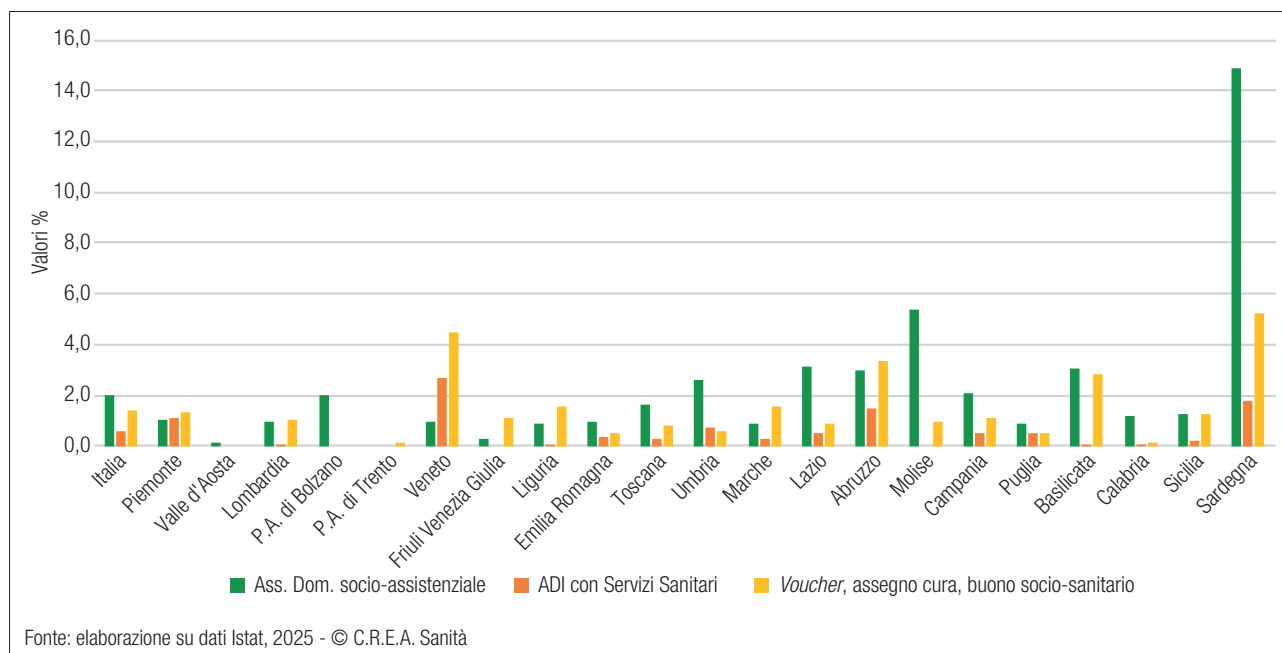
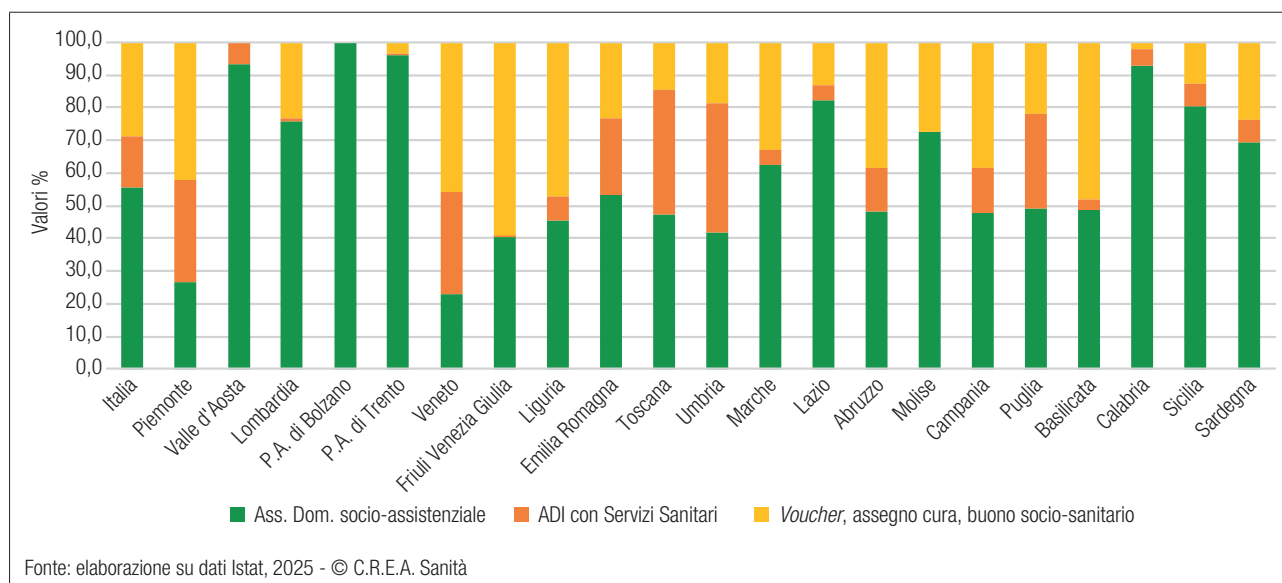
per offrire l'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale, il 28,8% per far fronte all'erogazione di benefici monetari, mentre il rimanente 15,5% è stato assorbito dalla spesa dei servizi di ADI con Servizi Sanitari.

Esaminando il rapporto tra la spesa complessiva per SAD e quella per ADI se ne ricava che nell'ultimo quinquennio (2018-2023), il rapporto è stato piuttosto variabile: dopo aver toccato il suo valore più elevato nel 2019 (71,3%), nel 2020 decresce per poi aumentare nuovamente nell'anno successivo; dopo tale anno ha ripreso a contrarsi. Se questa evoluzione dovesse essere confermata, si andrebbe delineando una tendenza che vede i servizi SAD sempre più marginali rispetto a quelli sanitari propriamente detti. E allora, sarebbe forse opportuno, per un loro maggiore sviluppo ed effettiva integrazione con i Servizi Sanitari (ADI), individuare un unico soggetto "responsabile", che ragioni di economia di scala fanno pensare dovrebbe essere la ASL.

Tornando allo studio della spesa per i SAD, l'analisi disaggregata a livello regionale evidenzia forti disparità nell'impiego delle risorse. L'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale rappresenta la voce di spesa predominante nella maggior parte delle Regioni; in particolare, si distinguono la P.A. di Trento (96,2%), la Valle d'Aosta (93,3%) e la Calabria (92,9%); all'estremo opposto della distribuzione, con le quote minori, si collocano il Veneto (23,0%) e il Piemonte (26,6%). Sul fronte dei benefici monetari, le Regioni che hanno destinato la percentuale più significativa di risorse a questa tipologia di intervento sono state il Friuli Venezia Giulia (59,8%) e la Basilicata (48,2%); la Regione con l'incidenza minore è stata, invece, la Calabria (1,9%). Anche sul fronte ADI con Servizi Sanitari, il *range* tra le Regioni è molto ampio: si va dal 39,6% dell'Umbria, al Molise che non ha stanziato fondi per il servizio in oggetto (Figura 12.11.).

Nel 2023, la fascia di popolazione *over 64* è stata la destinataria principale dei SAD, assorbendo il 57,6% della spesa complessiva analizzata.

⁶ Vedi nota 2

Figura 12.10. SAD: incidenza dei disabili assistiti sulla popolazione disabile. Anno 2023**Figura 12.11. SAD: spesa dei Comuni per tipo di prestazione. Anno 2023**

Anche per questa dimensione di analisi si conferma un'accentuata eterogeneità a livello territoriale. L'allocatione delle risorse mostra, infatti, due tendenze regionali contrapposte. In alcune Regioni, infatti, la spesa per SAD è stata quasi interamente destinata alla popolazione anziana e questo è stato particolarmente evidente in Valle d'Aosta (99,5%), P.A. di Trento (98,2%) e P.A. di Bolzano (95,5%). Al contrario, altre Regioni hanno indirizzato la quota maggiore di

risorse verso l'assistenza alla disabilità: le percentuali più elevate si registrano in Abruzzo (75,0%), Molise (67,1%) e Lazio (66,8%) (Figura 12.12.).

Nel 2023, per garantire i SAD sono stati spesi circa € 2.073,0 (-1,9% medio annuo tra il 2018 e il 2023) per ogni utente anziano, mentre per ogni utente disabile € 3.520,0 (-0,9% medio annuo nel periodo 2018-2023).

L'analisi a livello regionale rivela una notevole va-

riabilità nei livelli di spesa e nelle relative tendenze.

Per quanto riguarda la popolazione *over 64*, le Regioni con la spesa più elevata per utente anziano preso in carico, sono state la Valle d'Aosta (€ 6.348,8; +2,0% medio annuo nel periodo 2018-2023), la P.A. di Trento (€ 5.063,4; -2,5%) e la Basilicata (€ 3.963,7; +10,3%); all'estremo opposto si collocano Molise (€ 1.155,8; -7,1%) e Veneto (€ 1.218,9; -6,5%). Si noti che il differenziale tra la Regione con la spesa massima (Val-

le d'Aosta) e quella con la spesa minima (Molise) è di circa 5,5 volte.

La distribuzione regionale della spesa per utente disabile presenta divari altrettanto significativi. Ai due estremi si posizionano la P.A. di Trento (€ 9.794,3; +4,3% medio annuo tra il 2018 e il 2023) e le Marche (€ 1.909,0; -11,3% medio annuo). In questo caso, il valore massimo supera di oltre cinque volte quello minimo (Figura 12.13.).

Figura 12.12. SAD: spesa dei Comuni per area di utenza. Anno 2023

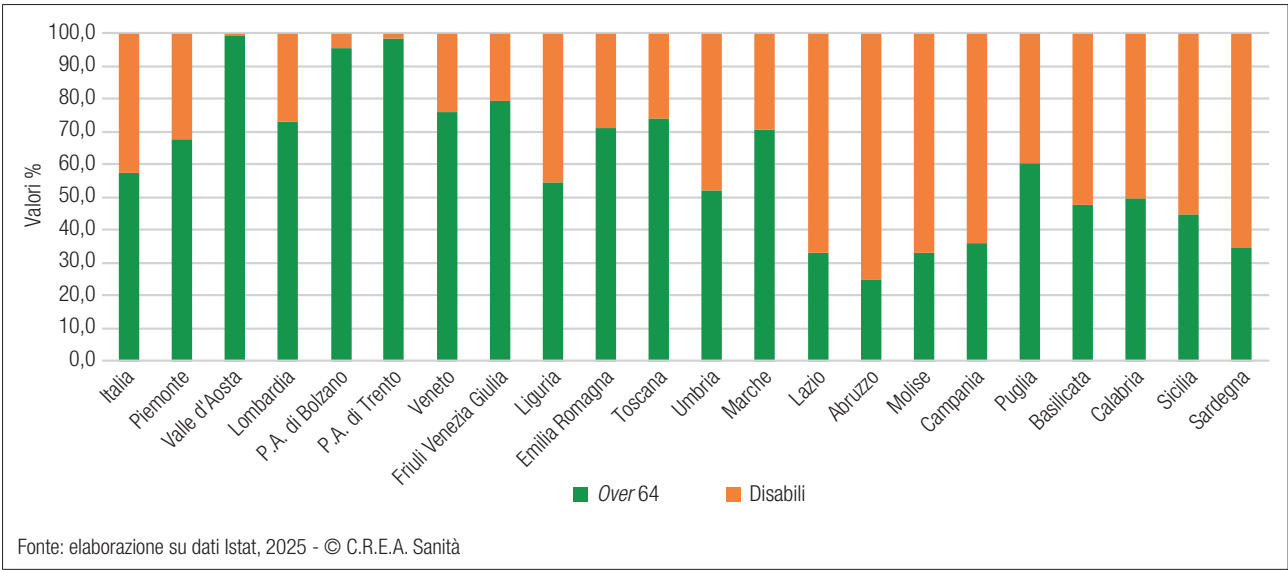
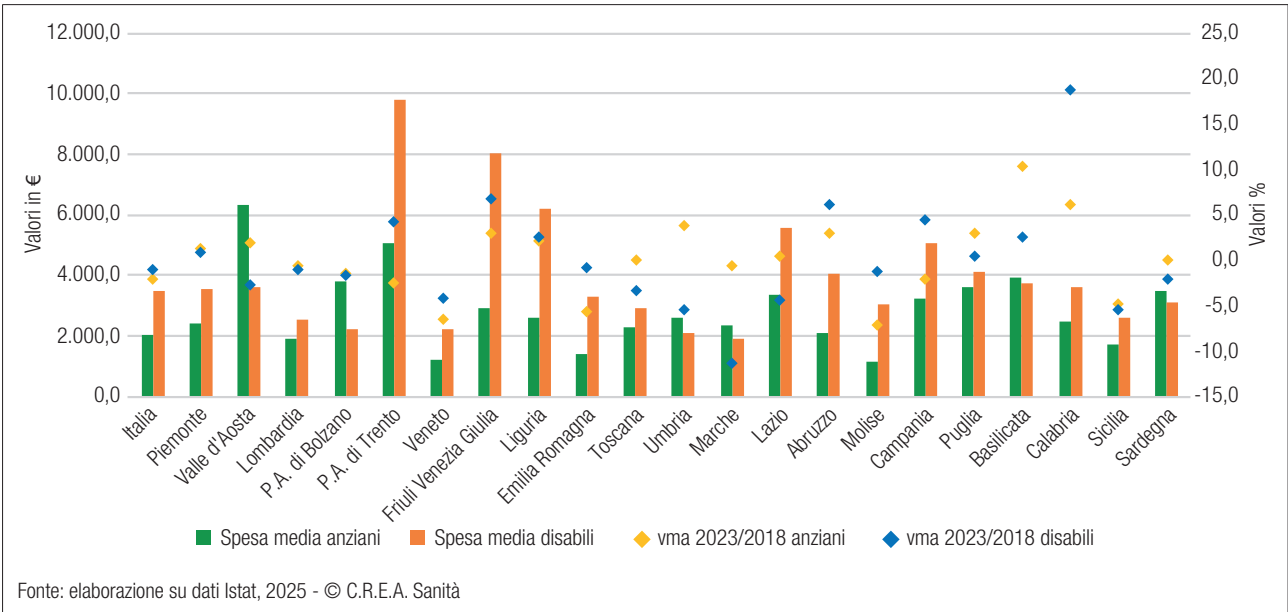


Figura 12.13. SAD: spesa dei Comuni per utente e per area di utenza. Anni 2018-2023



12.4. Riflessioni finali

Dalle analisi condotte emerge che la quota di anziani assistita in ADI tra il 2019 e il 2023 è aumentata del 57,9% (+9,6% medio annuo), mentre l'incremento stimato tra il 2023 e il 2024 è del 10,0%. A questa crescita della presa in carico della platea anziana ha senza alcun dubbio contribuito anche il PNRR che dichiara l'obiettivo di prendere in carico entro la metà del 2026 almeno il 10,0% della popolazione anziana, allineandosi così alle migliori esperienze europee. A tal proposito, dall'analisi regionale emerge che circa la metà delle Regioni avrebbe già raggiunto nel 2024 l'obiettivo fissato dal PNRR; inoltre, risulta del tutto lecito ritenere che, se i tassi di crescita si confermeranno, entro il 2026 tutte le Regioni saranno allineate alla quota prestabilita e perciò rispettose dei LEA.

Ma, per valutare correttamente l'efficacia e l'evoluzione dell'ADI non basta considerare solo il numero di utenti, ma è essenziale analizzare anche altri fattori, come l'intensità delle cure fornite. I dati rivelano una tendenza critica: nonostante l'aumento delle persone assistite, il numero medio di ore di assistenza annue per ogni paziente *over 64* è diminuito tra il 2019 e il 2024, passando da 15 a circa 13,3 ore. Questo calo suggerisce che il PNRR potrebbe aver favorito un ampliamento della copertura a discapito dell'intensità degli interventi. In altre parole, oltre all'obiettivo quantitativo, sarebbe stato cruciale porsi un traguardo qualitativo, volto a garantire la frequenza e la qualità delle prestazioni.

A conferma del fatto che permane a tutt'oggi una scarsa "attenzione" all'effettivo sviluppo e potenziamento dell'ADI all'interno dei servizi territoriali, vi è la constatazione che la spesa media per utente è stata nel 2023 di € 1.047,2 e in forte riduzione (-10,1% medio annuo) nel periodo 2018-2023.

Sembrerebbe, dunque, che la positiva tendenza di una crescita della platea degli utenti sia del tutto annullata dall'andamento di segno opposto della quantità di cure prestate e di conseguente spesa sostenuta.

Inoltre, l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali rimane l'obiettivo più complesso da raggiungere. La competenza dei SAD comprendente aspetti

sociali e sanitari continua a essere separata tra Comuni e Regioni, e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono gestiti congiuntamente. Soprattutto non esistono condizioni uniformi di offerta su tutto il territorio nazionale; sono ancora poche le Regioni che hanno stabilito principi e criteri definiti e condivisi dell'integrazione di compiti e responsabilità fra il sociale e il sanitario. Nel 2023, su 1.232.203 anziani trattati in ADI, sono stati 266.090 quelli che hanno effettivamente ricevuto cure sanitarie e Servizi socio-assistenziali Domiciliari.

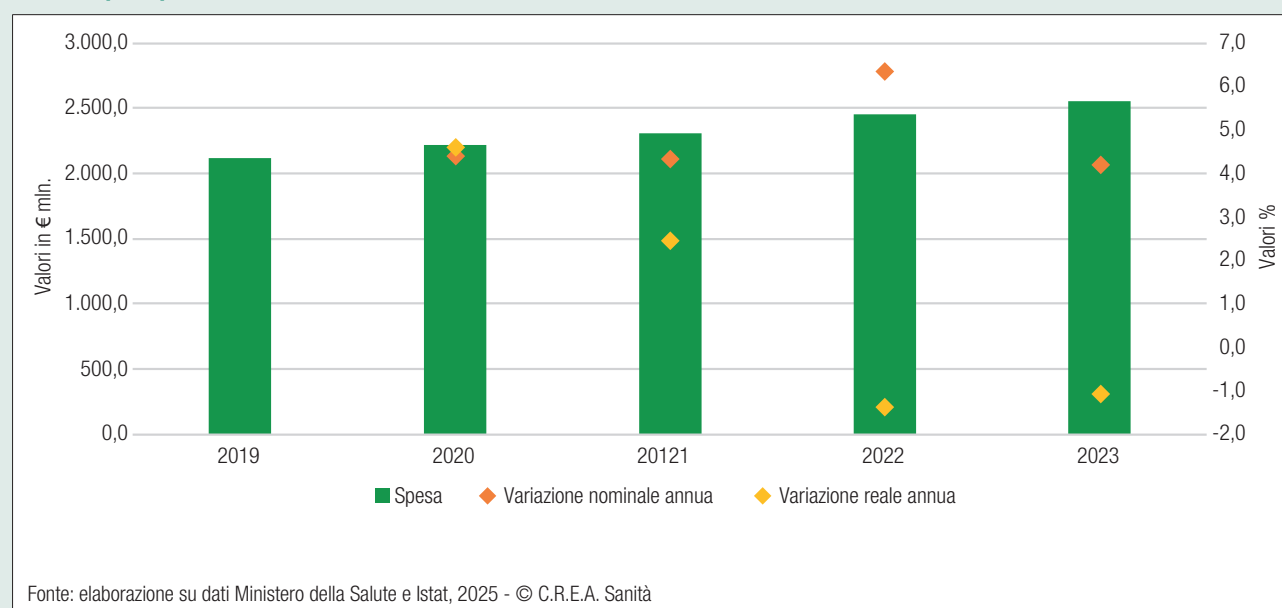
In definitiva, l'analisi ha palesato un grave deficit di integrazione tra il Sistema Sanitario e quello socio-assistenziale: la mancanza di un raccordo concreto tra ADI e SAD, nonostante la sua rilevanza, costringe a suddividere "artificialmente" i bisogni dell'anziano non autosufficiente tra diverse responsabilità. Su questo fronte, l'analisi del rapporto tra la spesa totale per i SAD e quella per ADI mostra una tendenza a considerare i servizi SAD come marginali rispetto a quelli sanitari puri dell'ADI. Di conseguenza, per favorire uno sviluppo più significativo dei servizi SAD e una loro piena integrazione con i Servizi Sanitari (ADI), potrebbe essere necessario identificare un unico Ente responsabile del coordinamento, che ragioni basate su considerazioni legate alle economie di scala dovrebbero far propendere per identificarlo con le ASL.

Si va, infine, appalesando come l'ADI non sia un istituto per la non autosufficienza, intesa come LTC: infatti, al più risponde ai bisogni di persone che risultano transitoriamente non autosufficienti, ad esempio a causa di ricoveri in acuzie che in fase di convalescenza implicano una tale condizione.

Riferimenti bibliografici

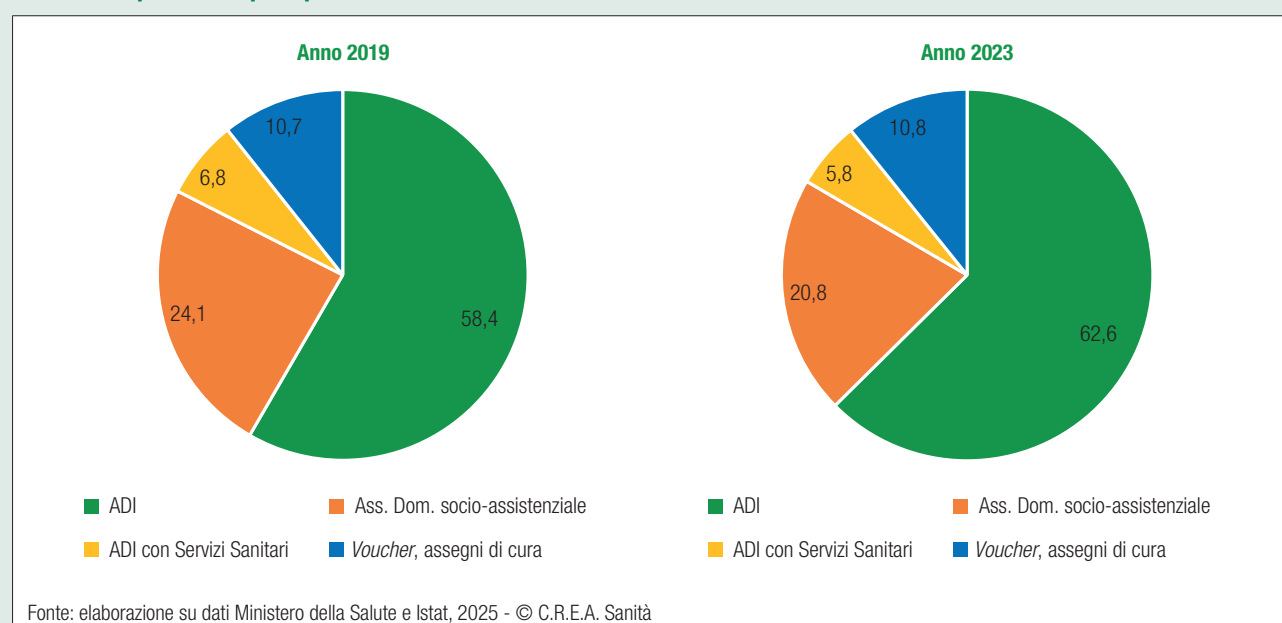
- [1] Ministero della Salute (anni vari), Annuario Statistico, https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3835&area=statisticheSSN&menu=annuario
- [2] Istat (anni vari), Interventi e servizi sociali dei Comuni, <http://dati.istat.it/>
- [3] Gori C.; Alla ricerca del futuro. La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Anno 2024

KI 12.1. Spesa per Assistenza Domiciliare



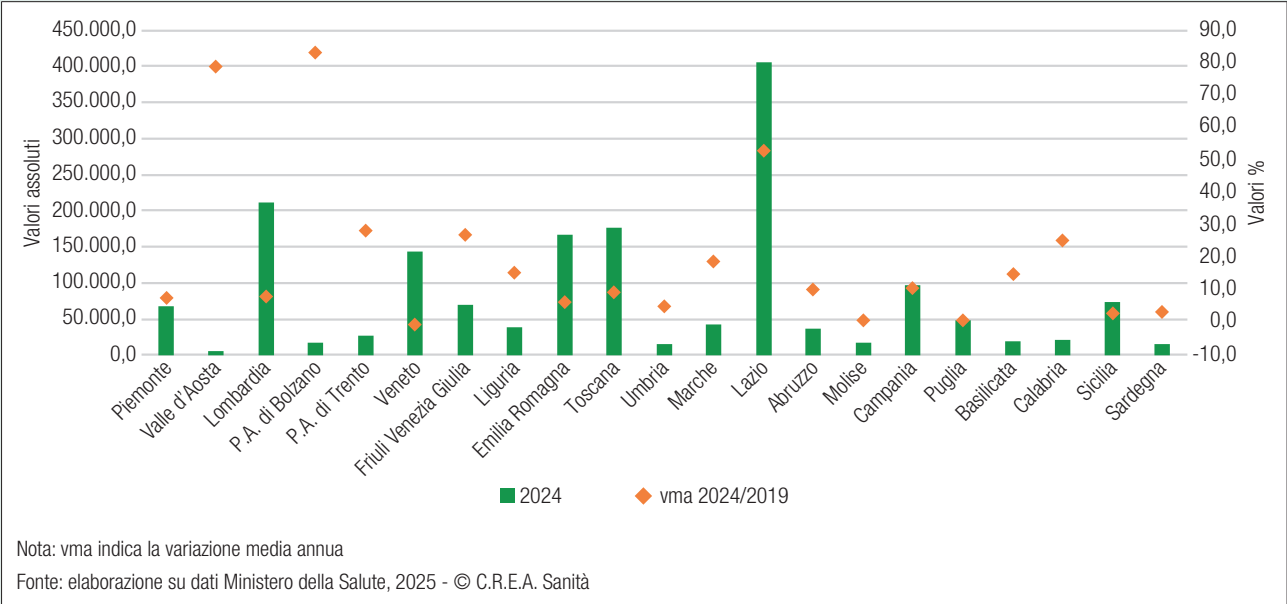
Nel 2023 (ultimo anno per il quale disponiamo di tutti i dati), in Italia, la spesa per l'Assistenza Domiciliare, risulta pari a € 2,6 mld., in crescita di € 439,8 mln. rispetto al 2019 (+20,7%, +4,8% medio annuo) e di € 103,1 mln. (+4,2%) nell'ultimo anno. La crescita reale è stata, invece, del 4,6% ovvero dell'1,1% medio annuo tra il 2019 e il 2023; nell'ultimo anno, in termini reali, si è registrata una variazione di segno negativo pari all'1,1%.

KI 12.2. Composizione spesa per Assistenza Domiciliare. Valori %



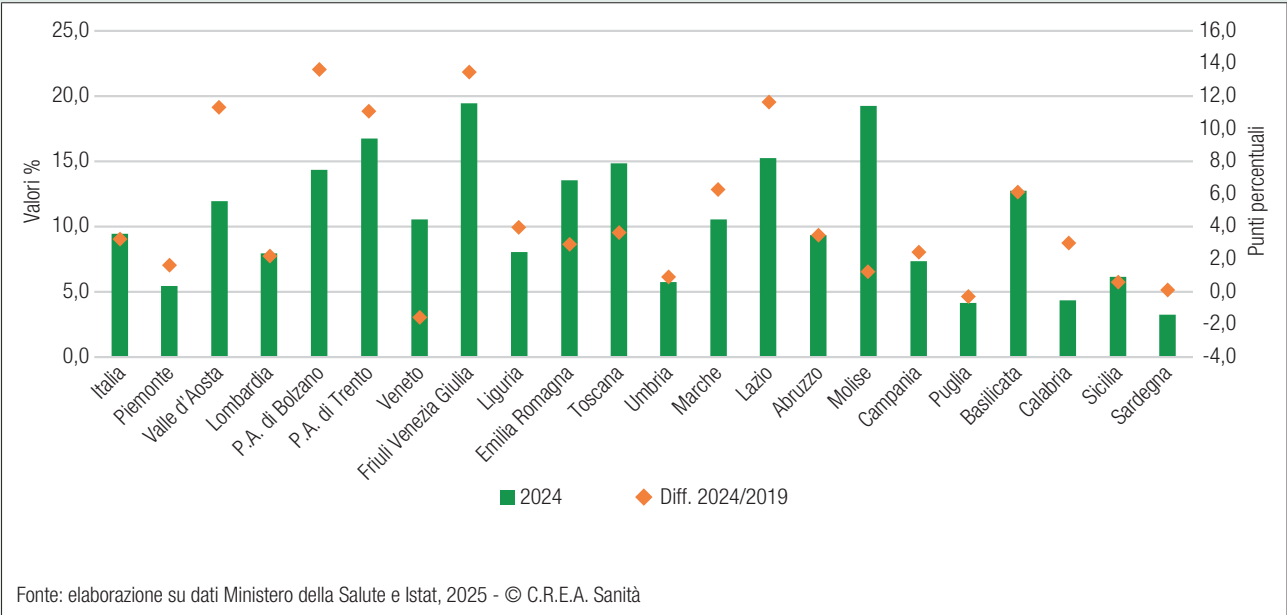
Nel 2023 (ultimo anno per il quale disponiamo di tutti i dati), in Italia, il 62,6% (+4,2 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2019) della spesa per l'Assistenza Domiciliare è attribuibile all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) offerta dalle ASL. Il rimanente 37,4% è relativo ai Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) a carico dei Comuni, di cui il 20,8% (-3,3 p.p. sul 2019) riguarda l'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale, il 10,8% (+0,1 p.p. sul 2019) i benefici monetari (voucher, assegni di cura ecc.) e il residuale 5,8% (-1,0 p.p.) l'ADI con Servizi Sanitari.

KI 12.3. Casi trattati in ADI e dinamica



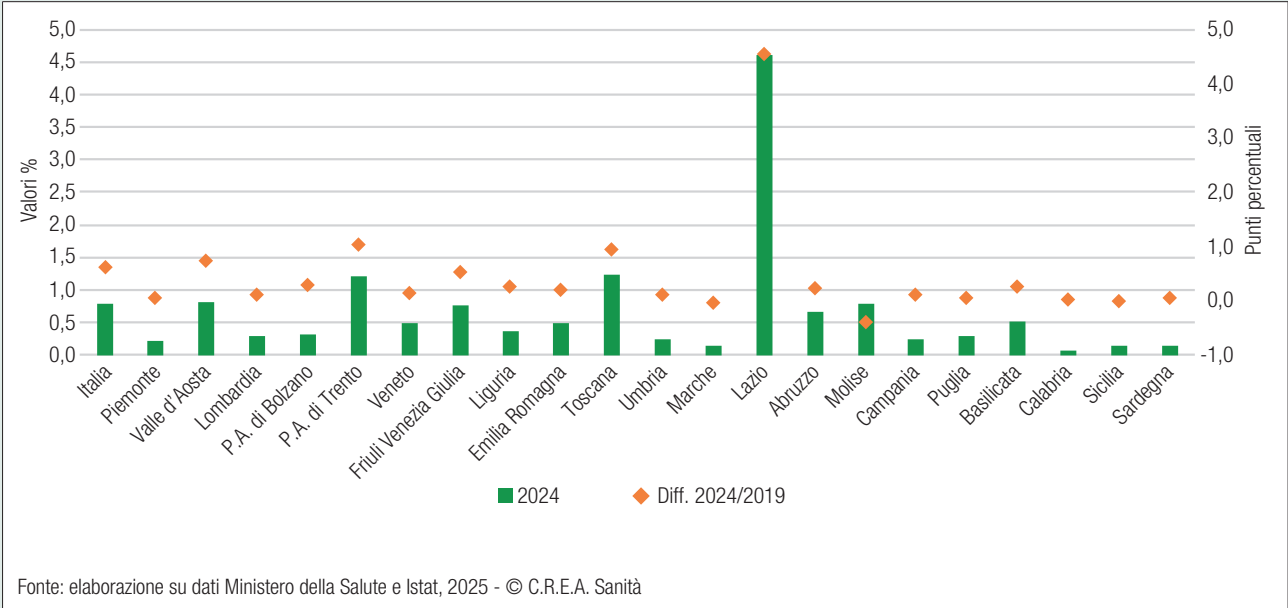
Nel 2024, in Italia, hanno usufruito del servizio di ADI erogato dalle ASL 1,7 mln. di persone, con un incremento dell' 80,5% nell'ultimo quinquennio, pari al +12,5% medio annuo. La P. A. di Bolzano ha registrato l'aumento maggiore (+83,0% medio annuo), mentre il Veneto ha registrato una flessione dei casi trattati (-0,9% medio annuo). In termini di incidenza, usufruisce del servizio il 3,0% della popolazione, con un incremento di +1,3 p.p.) nell'ultimo quinquennio (+0,3 p.p. nell'ultimo anno). Il Friuli Venezia Giulia registra l'incidenza maggiore (5,8%, +4,1 p.p. nel periodo considerato e +1,0 p.p. nell'ultimo anno) e la Sardegna quello minore (1,0%, in aumento di +0,2 p.p. nel quinquennio e invariato nell'ultimo anno).

KI 12.4. Over64 trattati sulla popolazione anziana. Anni 19-2024



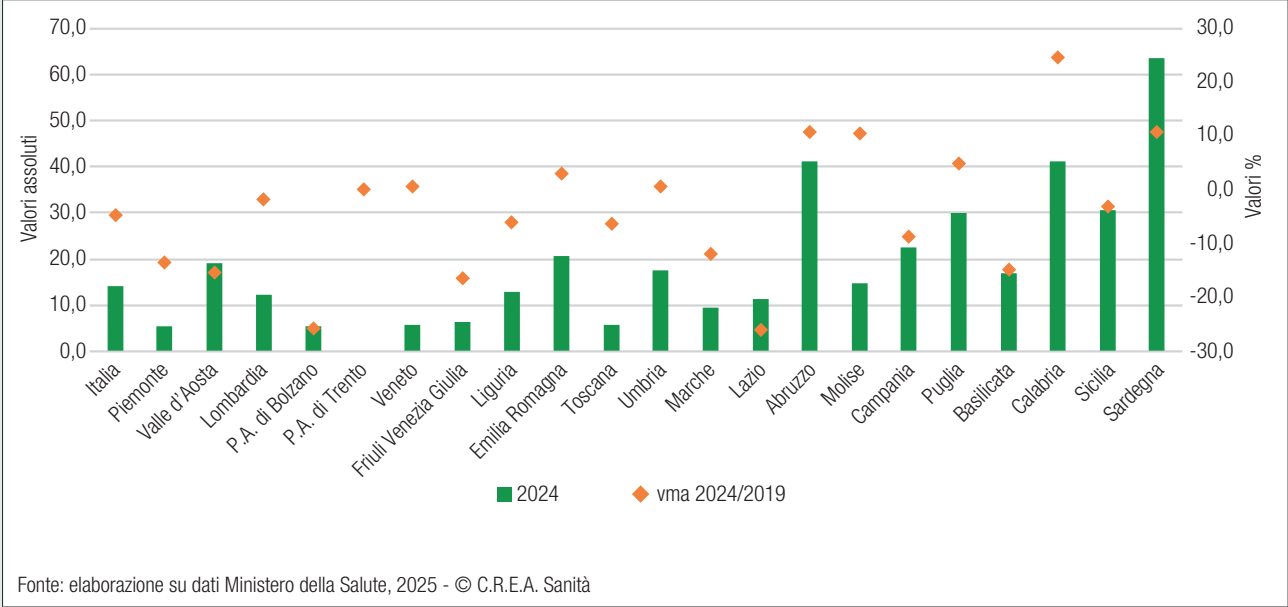
Nel 2024, in Italia, sono stati assistiti al proprio domicilio circa 9,4 anziani su 100, registrando una crescita di 3,2 p.p. rispetto al 2019 (+ 496.896 anziani assistiti in cinque anni). L'offerta dei Servizi Domiciliari a livello regionale varia dal Friuli Venezia Giulia (19,5%, +13,4 p.p. nel periodo 2019-2024) alla Sardegna (3,2%, +0,1 p.p. tra il 2019 e il 2024).

KI 12.5. Under 65 trattati sulla popolazione 0-64 anni



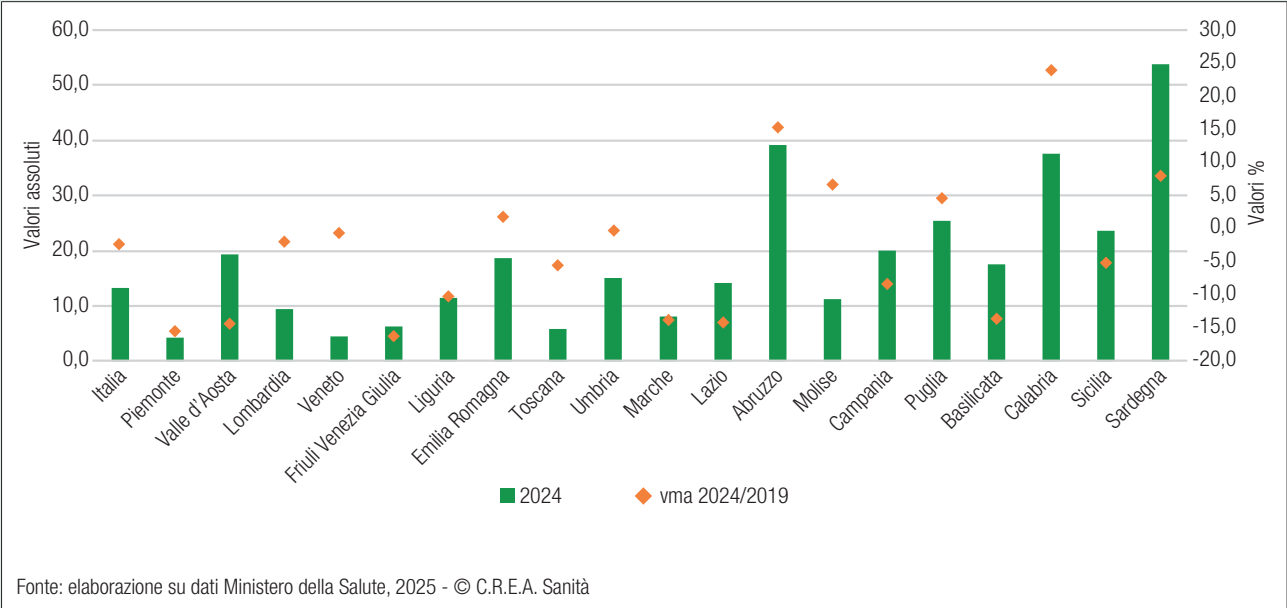
Nel 2024, in Italia, è stato assistito al proprio domicilio lo 0,8% della popolazione di età *under 65*, valore in crescita di 0,6 p.p. nell'ultimo quinquennio (+265.450 *under 65* assistiti). A livello regionale si passa dal livello del Lazio (4,6% e +4,5 p.p. nel periodo considerato) a quello della Calabria (0,08%, immutato nel periodo).

KI 12.6. ADI: ore medie assistenza erogata per paziente preso in carico



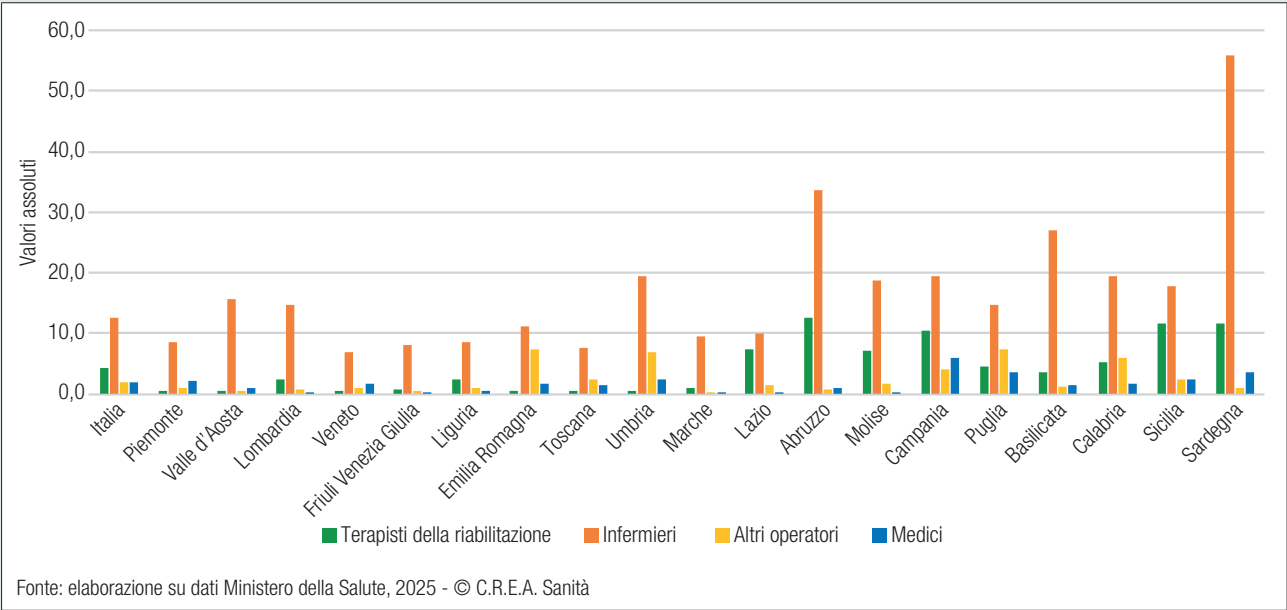
Nel 2024, in Italia, sono state erogate in media 14,2 ore di ADI per caso trattato, valore in riduzione del 4,7% medio annuo nell'ultimo quinquennio. La Sardegna registra l'intensità massima (63,5 ore, +10,8% medio annuo nel quinquennio), e il Piemonte quella minima (5,3 ore, -13,6% medio annuo).

KI 12.7. ADI: ore medie assistenza erogata per paziente anziano



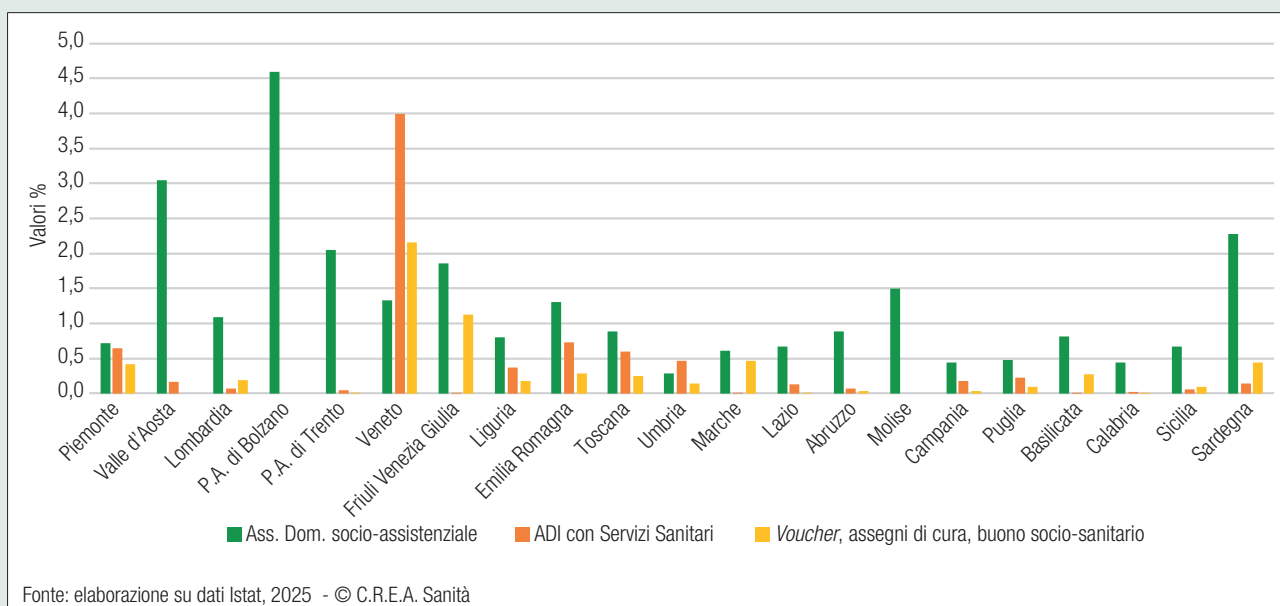
Nel 2024, in Italia, sono state erogate in media 13,3 ore di ADI per paziente anziano, valore in riduzione del 2,4% medio annuo nell'ultimo quinquennio. La Sardegna registra l'intensità massima (53,7 ore, +8,1% medio annuo nel quinquennio), e il Piemonte quella minima (4,3 ore, -15,5% medio annuo).

KI 12.8. ADI: accessi per paziente anziano. Anno 2024



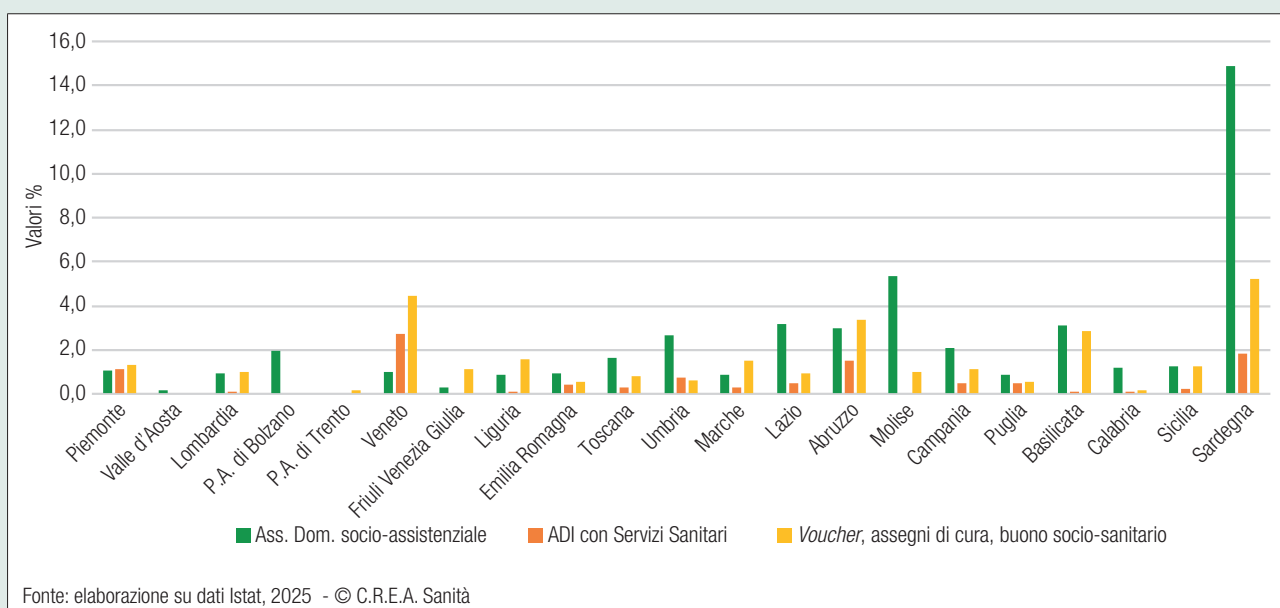
Nel 2024, in Italia, si stima siano stati effettuati in media 20 accessi annui per paziente anziano. Nel 61,1% degli accessi è stato presente l'infermiere, nel 20,8% il terapeuta della riabilitazione, nel 9,0% il medico e nel 9,0% altri operatori. A livello regionale, l'incidenza degli accessi con presenza dell'infermiere varia fra quella della Valle d'Aosta (90,1%) a quella della Campania (40,7%); quella degli accessi con presenza del terapeuta della riabilitazione fra quella del Lazio (39,1%) e dell'Umbria (1,4%); quella degli accessi con presenza del medico, fra quella del Veneto (15,7%) e del Molise (1,2%); per quanto attiene a quella di altri operatori, fra quella dell'Emilia Romagna (36,0%) e quella della Sardegna (1,3%).

KI 12.9. Over 64 assistiti con SAD. Anno 2023



Nel 2023 (ultimo anno disponibile), in Italia, ha beneficiato del servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale erogata dai Comuni l'1,0% della popolazione *over 64* (valore stabile nell'ultimo quinquennio). La P.A. di Bolzano registra l'incidenza maggiore, pari al 4,6%, stabile sull'anno precedente e in aumento di +0,1 p.p. nell'ultimo quinquennio; l'Umbria registra l'incidenza minore (0,3%, invariato sull'anno precedente e +0,1 p.p. nel quinquennio considerato). Dell'ADI con i Servizi Sanitari usufruisce lo 0,6% della popolazione *over 64*, (+0,2 p.p. nell'ultimo quinquennio). A livello regionale il Veneto registra l'incidenza maggiore (4,0%, +0,1 p.p. nell'ultimo anno e +1,6 p.p. nel quinquennio), mentre Marche e Basilicata quella minore (0,01%; -0,01 p.p. sull'anno precedente e -0,03 p.p. nel quinquennio le Marche; stabile sull'anno precedente e -0,01 p.p. nel quinquennio la Basilicata). Di trasferimenti monetari (*voucher*, assegni di cura, buoni socio-sanitari) beneficia lo 0,4% (valore inalterato nel periodo) della popolazione *over 64*. Il Veneto ha effettuato trasferimenti monetari al 2,2% degli anziani (percentuale stabile sull'anno precedente e in diminuzione di -0,7 p.p. nel quinquennio), mentre il Molise sembra non erogare a nessun *over 64* il servizio in oggetto.

KI 12.10. Disabili assistiti con SAD. Anno 2023



Nel 2023 (ultimo anno disponibile), in Italia, ha ricevuto Assistenza Domiciliare socio-assistenziale il 2,0% della popolazione dei diversamente abili; per ADI con Servizi Sanitari l'incidenza è dello 0,6%; infine, ha usufruito di indennità economiche l'1,4%. A livello regionale nel caso dell'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale l'incidenza passa dal 14,9% della Sardegna allo 0,2% della Valle d'Aosta; sul fronte dell'ADI con Servizi Sanitari dall'1,8% della Sardegna a quasi nessuno in Lombardia; per quanto riguarda i benefici economici, dal 5,2% della Sardegna allo 0,1% della P.A. di Trento e della Calabria.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of teal. The sun is positioned above the bars, and the entire graphic is set against a teal background.

Capitolo 13

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

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 13

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

Ploner ME.¹

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 accredito dei fornitori.

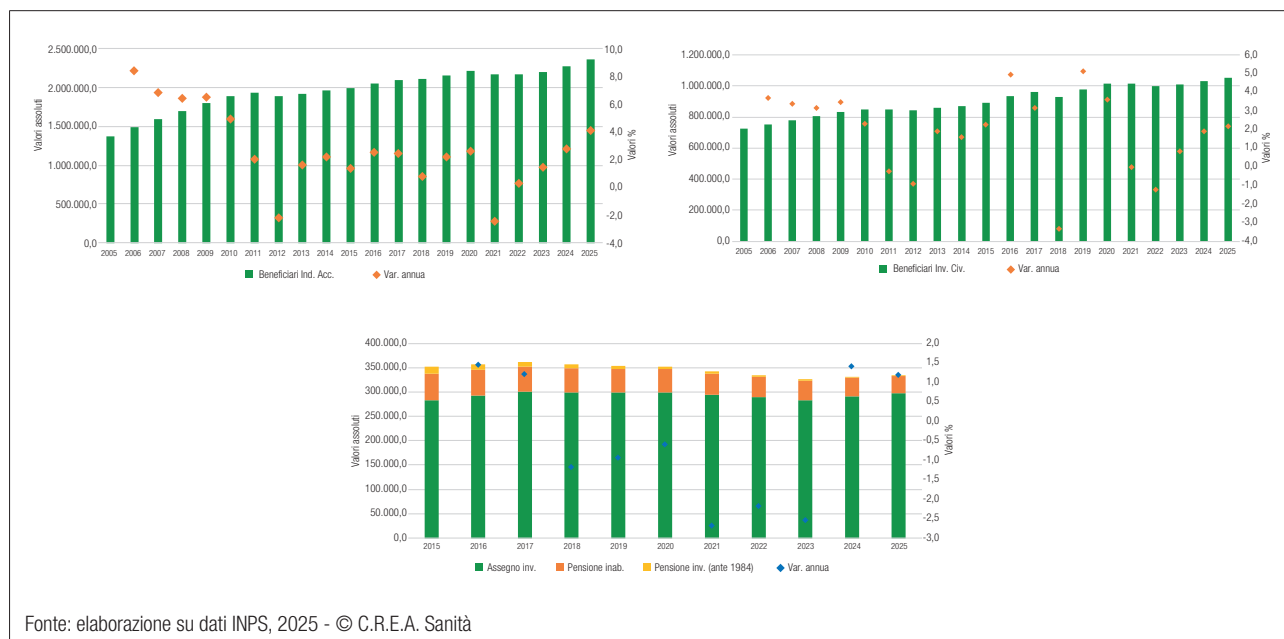
Gran parte di queste prestazioni economiche è gestita dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS): quelle analizzate nel contributo sono l'indennità di accompagnamento, le pensioni di invalidità

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 (assegno di invalidità, pensioni di inabilità e pensioni di invalidità ante 1984) hanno registrato una flessione media annua dello 0,5%.

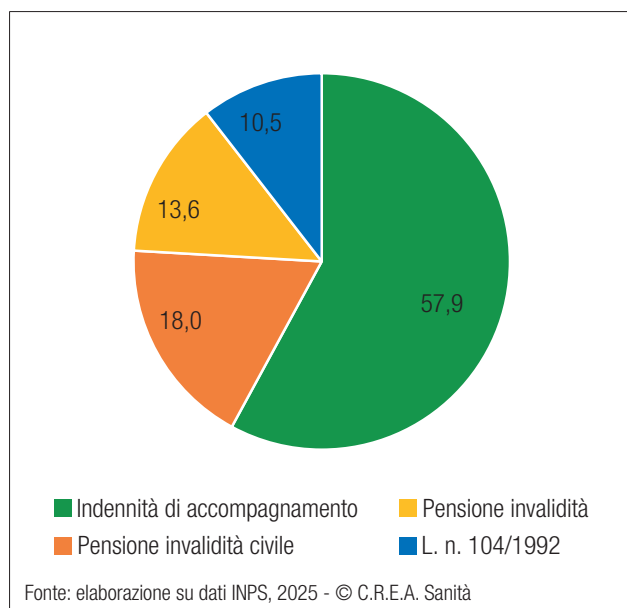
Beneficiari: indennità di accompagnamento, pensione invalidità civile, pensione invalidità



¹ C.R.E.A. Sanità

Attualmente, l'indennità di accompagnamento raggiunge il 16,2% degli ultrasessantatrenni 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 13

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

Ploner ME.¹

Il ricorso a prestazioni monetarie da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), riveste un ruolo dimensionalmente marginale.

Queste assumono prevalentemente la forma di *voucher* (denominati a livello regionale anche come “assegni di cura” o “di assistenza”), destinati all'acquisto di servizi sanitari erogati da professionisti o Strutture accreditate dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Il loro utilizzo risulta più diffuso solo nell'ambito dell'assistenza domiciliare (Istat, 2020).

Al contrario, nel comparto della *Long Term Care* (LTC) per i soggetti non autosufficienti, oggetto del presente contributo, gli interventi monetari sono largamente prevalenti.

In questo ambito, essi non si configurano come *voucher* ma come benefici o indennità economiche. Tali provvidenze sono spesso erogate senza vincoli di utilizzo e, in alcuni casi, senza nemmeno un formale accertamento del diritto di accesso. Inoltre, poiché non costituiscono erogazione di servizi strictu sensu, non è previsto alcun meccanismo di accreditamento per i fornitori scelti dai beneficiari, segnando così una netta discontinuità con l'approccio utilizzato in campo sanitario da parte del SSN.

Una parte significativa di queste prestazioni economiche è gestita dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS). Ciò riflette l'impostazione del *welfare* italiano, che prevede il diritto a un'integrazione del reddito (sotto forma di indennità o pensioni) in presenza di disabilità che compromettano la capacità lavorativa o l'inclusione sociale.

Nei paragrafi successivi, verranno sintetizzati i principali dati quantitativi relativi alle prestazioni monetarie legate alla non autosufficienza o al bisogno di

lunga durata. In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, l'analisi si concentrerà in particolare sull'indennità di accompagnamento, sulle pensioni di invalidità e invalidità civile, e sugli oneri derivanti dalla L. n. 104/1992.

13.1. Indennità di accompagnamento

Rimandando alle precedenti edizioni del Rapporto per i dettagli, ricordiamo che l'INPS eroga un'indennità di accompagnamento a favore dei cittadini affetti da mutilazioni o invalidità totale, i quali risultino incapaci di deambulare autonomamente o di svolgere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continuativa. Tale beneficio è concesso esclusivamente in base alla condizione di salute, a prescindere dal reddito o dall'età del richiedente. Il diritto è, tuttavia, revocato per gli invalidi gravi ricoverati gratuitamente in Strutture residenziali o ospedaliere e per coloro che già percepiscono indennità per invalidità da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Al 01.01.2025, i beneficiari ammontano a 2,4 mln.. Il dato registra una crescita del 18,4% nel decennio 2015-2025 (ossia +1,7% medio annuo) e un incremento del 4,1% nell'ultimo anno (Figura 13.1.).

L'aumento del numero di beneficiari è prevalentemente attribuibile a un fattore di natura demografica, ossia al progressivo invecchiamento della popolazione.

A supporto di questa tesi, l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione *over 64* a livello nazionale si attesta al 16,2%, registrando un lieve incremento, +0,2 punti percentuali (p.p.), rispetto al 2020.

¹ C.R.E.A. Sanità

Figura 13.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento

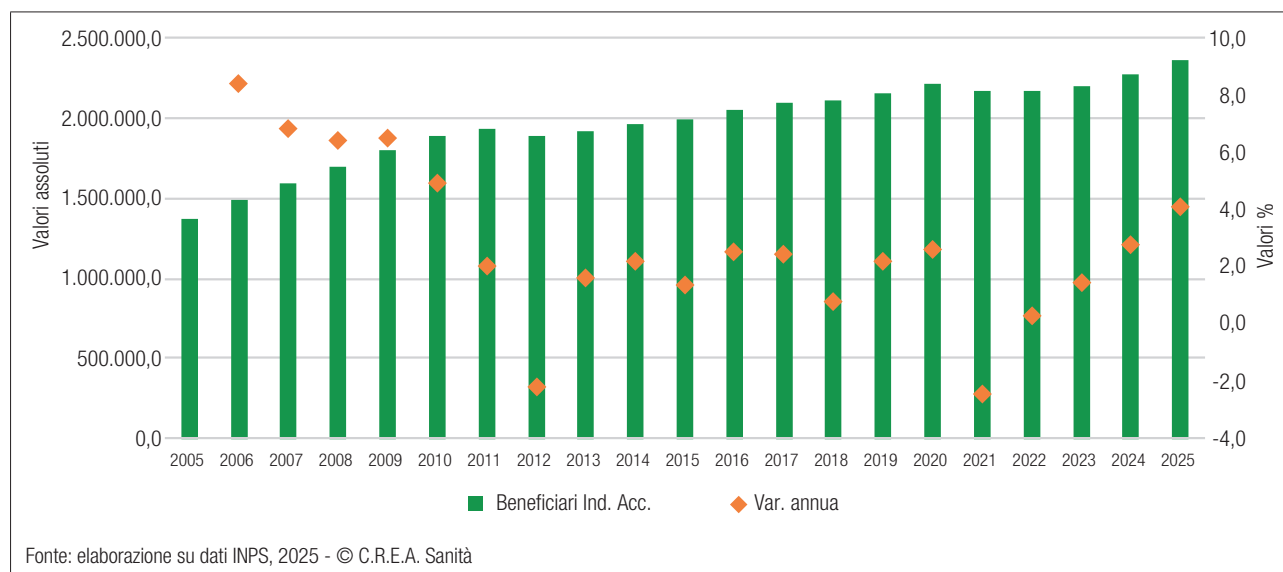
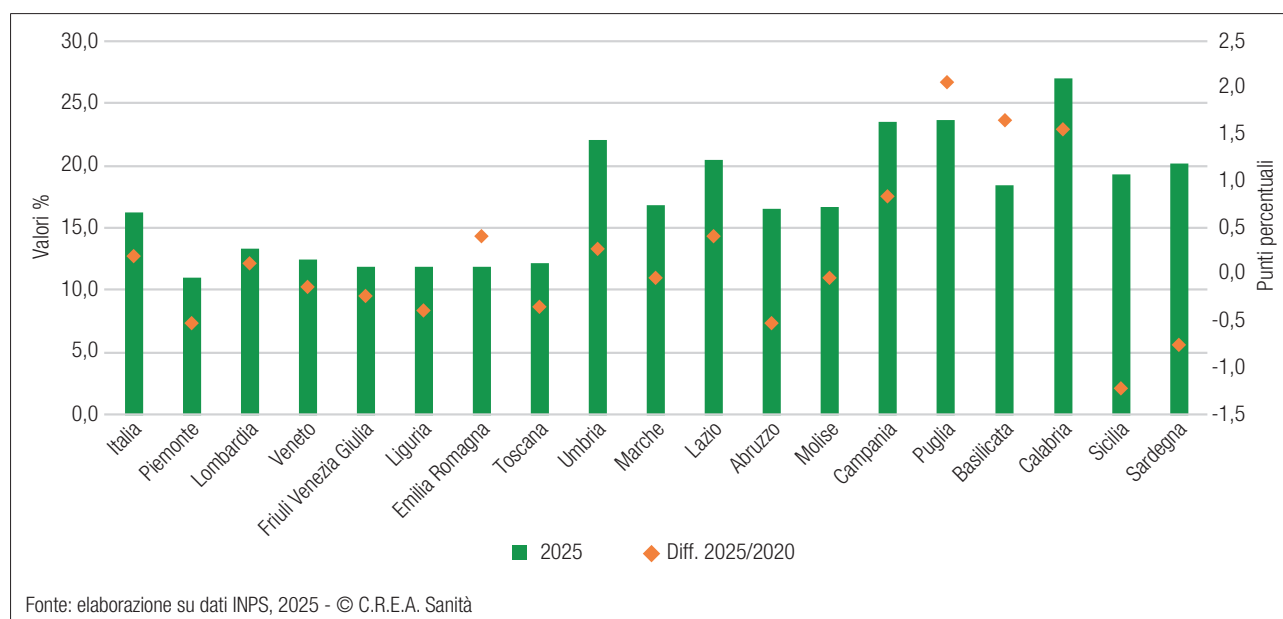


Figura 13.2. Beneficiari indennità di accompagnamento: incidenza su popolazione over 64



L'analisi per ripartizione geografica rivela un divario Nord-Sud piuttosto marcato. Tra le Regioni settentrionali, che presentano un tasso medio dell'11,9% (-0,1 p.p. nel periodo 2020-2025), la Lombardia registra il valore più alto (13,4%, +0,1 p.p.), mentre il Piemonte quello più basso (11,0%, -0,5 p.p.); tra quelle centrali, che hanno evidenziato un tasso medio del 17,4% (+0,1 p.p. tra il 2020 e il 2025), i valori estremi spettano all'Umbria (tasso massimo del 22,1%, +0,3

p.p.) e alla Toscana (tasso minimo di 12,2%, -0,4 p.p.); infine, le Regioni della ripartizione meridionale presentano un tasso medio significativamente più alto (21,8% e +0,4 p.p. nel quinquennio 2020-2025). Tra queste ultime, la Calabria ha l'incidenza maggiore (27,1%, +1,5 p.p.), mentre Abruzzo e Molise quella minore (16,6% per entrambe, e -0,5 p.p. la prima e invariato la seconda) (Figura 13.2.).

Nel 2025, la distribuzione regionale dei beneficia-

ri dell'indennità di accompagnamento ha confermato un marcato "disallineamento" territoriale. La cennata Calabria ha registrato il tasso fra gli *over 64* più elevato (27,1%, +1,5 p.p. rispetto al 2020), seguita da Puglia (23,6%, +2,0 p.p.) e Campania (23,5%, +0,8 p.p.). All'estremo opposto, il succitato Piemonte ha presentato la percentuale più bassa (11,4%, -0,5 p.p.), seguito da Friuli Venezia Giulia e Liguria (entrambe 11,9%, con variazioni rispettivamente di -0,2 p.p. e -0,4 p.p.).

L'analisi di genere rivela una prevalenza femminile: le donne rappresentano il 60,1% dei beneficiari, riflettendo in parte la loro maggiore longevità (55,8% della popolazione *over 64*).

Si osserva, inoltre, un gradiente geografico di genere Nord-Sud: in tutte le Regioni meridionali la quota di indennità erogate a donne è inferiore di quella mediamente registrata nelle Regioni della ripartizione centro-settentrionale (rispettivamente 61,6% Nord; 60,4% Centro e 58,8% Sud).

Figura 13.3. Quota beneficiari di indennità di accompagnamento per genere. Anno 2025

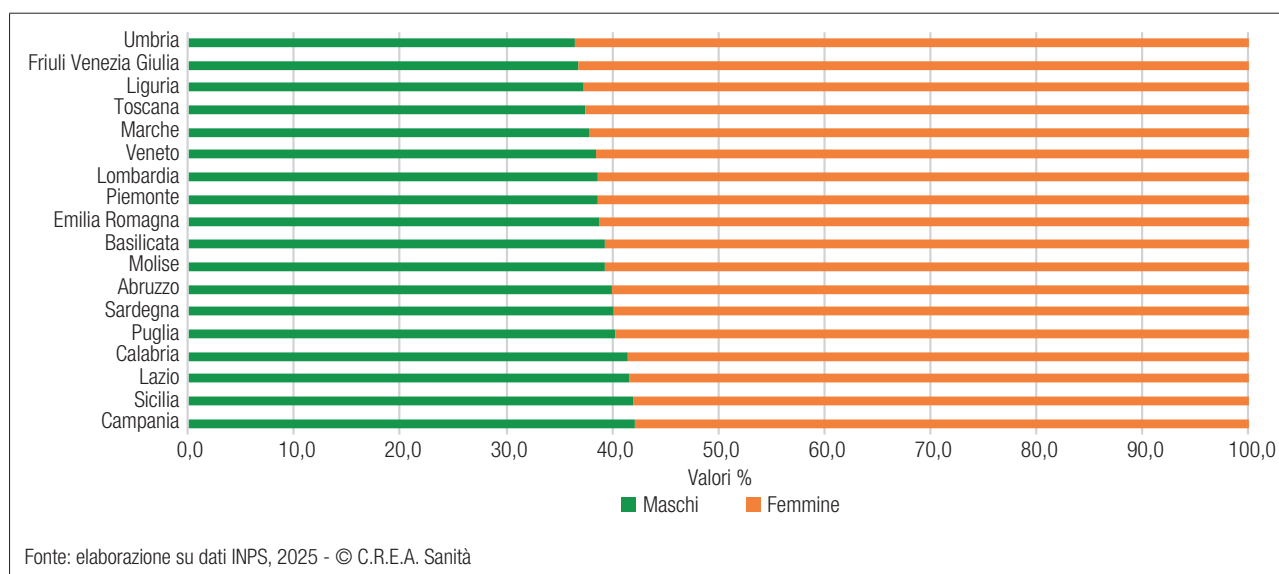


Figura 13.4. Quota beneficiari di indennità di accompagnamento *over 64* per genere. Anno 2025



Tra le Regioni del Centro-Nord, l'Umbria riporta la quota minore di uomini beneficiari di indennità (36,5%); tra quelle meridionali, Campania (57,8%), Sicilia (58,0%) e Calabria (58,5%) sono, invece, le Regioni in cui si raggiunge la minor quota di donne beneficiarie (Figura 13.3.).

Anche l'analisi della distribuzione regionale per genere con riferimento esclusivamente agli *over 64* conferma l'esistenza di un gradiente tra Regioni centro-settentrionali e meridionali: nelle Regioni del Nord appartiene al genere femminile il 71,0% dei percettori *over 64* del beneficio economico oggetto di analisi; il valore dell'indicatore si attesta al 69,4% nelle Regioni del Centro e si ferma al 67,1% in quelle del Sud (Figura 13.4.).

Nel 2025, si osserva un'incidenza significativamente più alta dell'indennità di accompagnamento tra le donne *over 64* (17,5%) rispetto agli uomini della stessa fascia d'età (14,6%).

L'analisi geografica rivela un marcato divario: nel Mezzogiorno beneficia del sussidio il 23,2% della

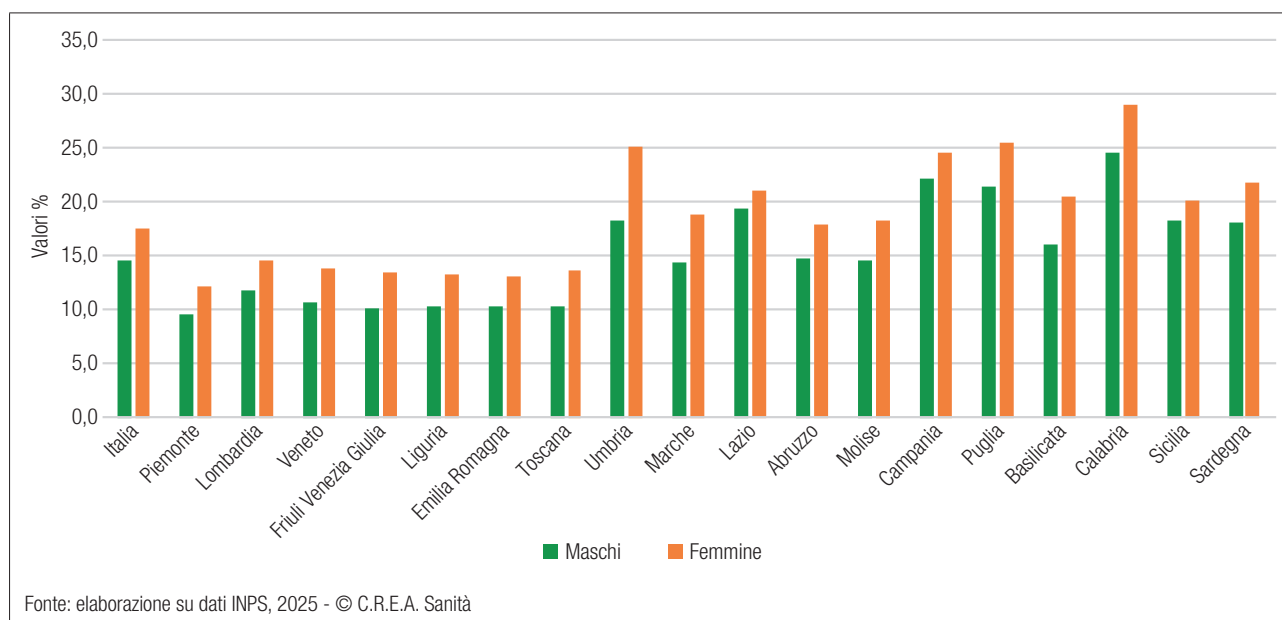
popolazione femminile *over 64*, una quota notevolmente superiore a quella registrata al Nord (13,1%) e al Centro (18,7%) (Figura 13.5.). A tal proposito, si consideri che solamente il 32,1% della popolazione femminile *over 64* risiede al Sud contro il 47,5% delle Regioni del Nord: tale considerazione suggerisce l'esistenza di un *bias* a livello regionale nella concessione dei benefici.

Si noti che in Sardegna l'incidenza dei disabili gravi² sulla popolazione ha raggiunto il 7,2%, il 7,1% in Umbria e il 6,0% in Calabria. In tutte le altre Regioni si sono raggiunti tassi più "contenuti".

In termini di spesa, nel 2024 l'indennità di accompagnamento ha raggiunto il costo di € 15,8 mld..

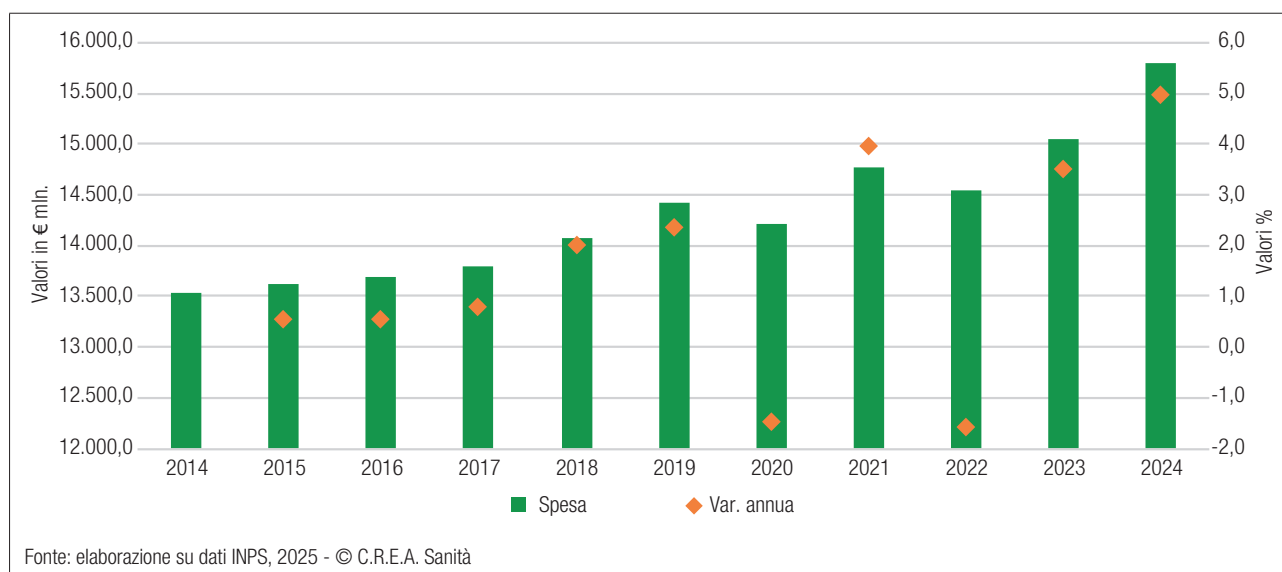
Rispetto al 2014, l'incremento è di € 2,3 mld. (+16,7%), con una crescita media annua dell'1,6%. Nell'ultimo anno, la spesa è aumentata di € 750,0 mln., corrispondente a un incremento del +5,0% (Figura 13.6.). Deflazionando con il FOI³, in termini reali la crescita ammonterebbe a € 641,5 mln. ovvero al +4,7% (+0,5% medio annuo).

Figura 13.5. Beneficiari indennità di accompagnamento per genere: incidenza su popolazione *over 64*. Anno 2025



² Secondo l'Istat, sono considerate con disabilità le persone che vivono in famiglia e dichiarano di avere delle limitazioni gravi, a causa di motivi di salute e che durano da almeno sei mesi, nelle attività che le persone svolgono abitualmente

³ Indice dei prezzi al consumo per le Famiglie di Operai e Impiegati (FOI). In particolare, tale indice si riferisce ai consumi dell'insieme delle famiglie che fanno capo ad un lavoratore dipendente (operaio o impiegato). Si tratta di un indice usato per adeguare periodicamente i valori monetari

Figura 13.6. Indennità di accompagnamento: spesa annua

L'andamento della spesa per le indennità di accompagnamento, in linea generale, ha registrato un *trend* in crescita nell'arco temporale analizzato, con due "eccezioni" significative negli anni 2020 e 2022. Queste anomalie sono, con ogni probabilità, attribuibili a un disallineamento temporale tra i dati: infatti, il valore pubblicato dei percettori del beneficio economico oggetto di analisi fotografa la situazione al 1 Gennaio di ogni anno, mentre il dato di spesa si riferisce alla spesa sostenuta dall'INPS nell'arco dell'intero anno, ossia a consuntivo. In aggiunta, l'impatto della pandemia da Covid-19 nel 2020, potrebbe aver distorto il rapporto consueto tra numero di beneficiari (aumentato) e spesa sostenuta (calata)⁴.

In conclusione, l'invecchiamento demografico risulta essere il *driver* principale della crescita strutturale della platea dei beneficiari e, di conseguenza, dell'onere finanziario complessivo a carico dell'INPS, ulteriormente amplificato dall'aumento delle indennità medie.

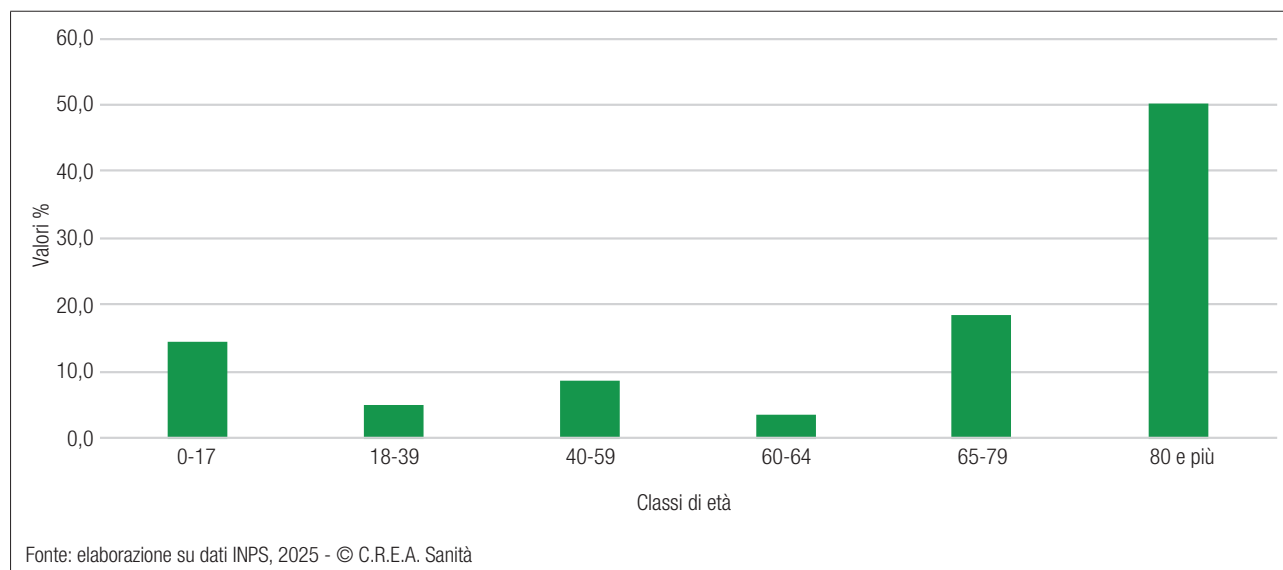
Tuttavia, le marcate disparità regionali nell'incidenza del beneficio non sono interamente spiegabili dai fattori demografici. Tali differenze suggeriscono l'influenza di altre variabili, quali ad esempio le diverse politiche regionali di accesso al beneficio.

13.2. Indennità di accompagnamento e "prestazione universale": una riforma mancata

L'indennità di accompagnamento, istituita all'inizio degli anni '80 come misura a supporto degli adulti disabili, ha progressivamente modificato il suo ruolo. A causa del crescente invecchiamento demografico, è divenuta la principale misura di sostegno per la popolazione anziana: una conferma di questo cambiamento arriva dai dati che mostrarono che oltre il 68,0% dei beneficiari ha 65 anni e più, mentre il 50,0% supera la soglia degli 80 anni (Figura 13.7.).

⁴ I beneficiari al 01.01.2020 sono aumentati, ma con buona probabilità durante la crisi pandemica c'è stata una riduzione causata dai decessi che ha determinato una contrazione della spesa rilevata al 31.12.2020

Figura 13.7. Beneficiari indennità di accompagnamento per classi di età



Nel 2023, nell'intento di riformare l'intero comparto delle misure "istituzionali" rivolte alla tutela delle persone anziane non autosufficienti, con la L. Delega n. 33 il legislatore aveva previsto di sostituire l'indennità di accompagnamento con una Prestazione Universale (PU), «... graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale ed erogabile, a scelta del soggetto beneficiario, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona, di valore comunque non inferiore alle indennità... Tale prestazione, quando fruita, assorbe l'indennità di accompagnamento...»⁵. In particolare, qualora la persona anziana non autosufficiente avesse optato di ricevere la PU sotto forma di servizi alla persona, le sarebbe stato riconosciuto un importo maggiore e congruo per coprire le spese di un *caregiver*.

Il chiaro intento della proposta era, quindi, quello di porre rimedio alla palese iniquità verticale che contraddistingue l'indennità di accompagnamento che "remunera" con lo stesso importo bisogni assistenziali anche profondamente diversi.

Tuttavia, durante l'iter di conversione in Decreto

Legge questa proposta di riforma è stata completamente eliminata.

La scelta di non riformare questo intervento assistenziale potrebbe avere origini sia di natura politica che di mancata copertura finanziaria. Tralasciando la disanima su eventuali motivazioni politiche che esulano dall'obiettivo del presente contributo, sul piano economico abbiamo tentato di stimare la potenziale spesa addizionale che la cennata riforma dell'indennità di accompagnamento avrebbe comportato per l'erario.

Il primo passo è stato quello di considerare i beneficiari di indennità di accompagnamento di 65 anni e più al 01.01.2025 (circa 1,6 mln. di beneficiari), operando una distinzione tra coloro che vivono al proprio domicilio (circa 1,4 mln.) e coloro che, di contro, sono residenzializzati⁶ (circa 200.000). Abbiamo, quindi, attribuito i beneficiari (tanto quelli a domicilio quanto quelli ospiti nelle residenze) a dei livelli di gravità, applicando (in carenza di dati per l'Italia) la distribuzione percentuale impiegata in Francia nell'ambito dell'*allocation personnalisée d'auto-*

⁵ L. Delega n. 33/2023, art. 5, c. 2, lettera a, n. 1

⁶ L'Istat afferma che il 75,0% degli ospiti *over 64* delle residenze è non autosufficiente. Abbiamo, pertanto, supposto che tale quota di residenzializzati fosse beneficiaria dell'indennità di accompagnamento

nomie (APA)⁷ (Tabella 13.1.).

La L. Delega, come sopra ricordato, avrebbe offerto a ciascun beneficiario la possibilità di scelta tra ricevere la PU come trasferimento monetario oppure come corrispettivo di servizi. Su questo fronte, e facendo riferimento ai quattro livelli di gravità impiegati in Francia, è apparso lecito ipotizzare che gli ospiti delle residenze avrebbero scelto unicamente l'opzione servizi; per coloro che si trovano a domicilio, invece, abbiamo ipotizzato che solamente il 20,0% della fascia con disabilità minima avrebbe scelto i servizi; che tale quota sarebbe salita al 30,0% nel caso di soggetti con disabilità media e avrebbe raggiunto il 60,0% e il 90,0% per coloro con un livello di disabilità rispettivamente alto e elevato (Tabella 13.2.).

Tabella 13.1. Distribuzione percentuale beneficiari indennità di accompagnamento per livello di gravità

Livello di gravità	Beneficiari a domicilio (%)	Beneficiari in RSA (%)
Minimo	58,0	10,0
Medio	22,0	30,0
Alto	18,0	45,0
Elevato	2,0	15,0

Fonte: elaborazione su dati INPS e *Service Public Fr*, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Ricordando che la L. Delega prevedeva di riconoscere ai percettori di PU "ubicati" nel livello di gravità minimo un importo corrispondente all'indennità media mensile che l'INPS eroga a ciascun percettore (nel 2025 € 519,3), gli importi dei livelli superiori

di non autosufficienza sono stati ipotizzati facendo riferimento agli incrementi percentuali applicati dalla Francia nell'ambito dell'APA⁸ (Tabella 13.3.).

Tabella 13.2. Beneficiari di PU. Scelta tra trasferimento monetario e servizi

Beneficiari a domicilio		
Livello di gravità	Trasferimento monetario (%)	Servizi (%)
Minimo	80,0	20,0
Medio	70,0	30,0
Alto	40,0	60,0
Elevato	10,0	90,0
Beneficiari ospiti RSA		
Livello di gravità	Trasferimento monetario (%)	Servizi (%)
Minimo	-	100,0
Medio	-	100,0
Alto	-	100,0
Elevato	-	100,0

Fonte: stima su dati INPS e *Service Public Fr*, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 13.3. Stima importi mensili PU per livello di gravità e per opzione

Livello di gravità	Trasferimento monetario (€)	Servizi (€)
Minimo	519,3	519,3
Medio	778,2	778,2
Alto	1.076,6	1.076,6
Elevato	1.331,3	1.331,3

Fonte: stima su dati INPS e *Service Public Fr*, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

⁷ La Francia concede l'APA in base a quattro livelli di gravità: 1) persona che non può spostarsi da sola ma che, una volta alzata, riesce a muoversi all'interno della propria casa, ma che ha bisogno di aiuto per lavarsi e vestirsi oppure persona che non ha problemi locomotori, ma che ha bisogno di aiuto per la cura personale e i pasti; 2) persona che ha conservato in tutto o in parte la propria autonomia mentale e in parte quella locomotoria, ma che necessita di assistenza quotidiana più volte al giorno per la cura personale; 3) persona costretta a letto o su una sedia, le cui funzioni mentali non sono totalmente compromesse e le cui condizioni richiedono supporto per la maggior parte delle attività della vita quotidiana oppure persona le cui funzioni mentali sono compromesse, che è in grado di muoversi, ma che necessita di una supervisione costante; 4) persona costretta a letto o su una sedia, le cui funzioni mentali sono gravemente compromesse e che necessita della presenza essenziale e continua di assistenti. In particolare, per coloro che ricevono trasferimenti monetari è stata replicata esattamente la distribuzione percentuale registrata in Francia per i quattro livelli di gravità, mentre per coloro che sono ospiti nelle residenze, la quota di coloro che sono nei due livelli meno gravi è stata stimata <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

⁸ Gli importi massimi che la Francia riconosce nel 2025 per ciascun livello di gravità sono i seguenti: livello 1: € 2.045,56; livello 2: € 1.654,18; livello 3: € 1.195,67 e livello 4: € 797,96. Appare opportuno sottolineare che i cennati importi per livello di gravità vengono in ogni caso modulati in base al reddito del beneficiario <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2025-01/Tarifs-APA-1er-janvier-2025.pdf>

Tabella 13.4. Stima spesa annuale per la PU per livello di gravità e per opzione

Livello di gravità	Trasferimento monetario (€)	Servizi (€)	Spesa PU (€)
Minimo	4.093.540.971,9	1.148.326.001,0	5.241.866.972,8
Medio	2.035.785.856,9	1.434.116.512,4	3.469.902.369,2
Alto	1.316.786.306,0	3.140.695.604,9	4.457.481.911,0
Elevato	45.231.632,0	887.510.680,9	932.742.312,9
Totale	7.491.344.766,8	6.610.648.799,2	14.101.993.565,9
Spesa ind. acc.	6.105.022.311,5	3.966.671.845,8	10.071.694.157,3
Diff. PU-ind. acc.	1.386.322.455,3	2.643.976.953,4	4.030.299.408,7

Fonte: stima su dati INPS e *Service Public Fr*, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 13.5. Stima spesa annuale per la PU per livello di gravità e opzione

Livello di gravità	Trasferimento monetario (€)	Servizi (€)
Minimo	4.093.540.971,9	1.263.158.601,1
Medio	2.035.785.856,9	1.577.528.163,6
Alto	1.316.786.306,0	3.454.765.165,4
Elevato	45.231.632,0	976.261.749,0
Totale	7.491.344.766,8	7.271.713.679,1

Fonte: stima su dati INPS e *Service Public Fr*, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Sulla base delle predette ipotesi, si è simulato l'effetto finanziario dell'“applicazione” della PU: nel 2025, essa avrebbe comportato una spesa di circa € 14,1 mld. maggiore del 40,0% (circa € 4,0 mld.) rispetto alla spesa che l'INPS ritiene di sostenere nel 2025 per erogare indennità agli *over 64* (Tabella 13.4.).

In aggiunta, qualora supponessimo, come citato dalla L. Delega, di riconoscere un'indennità superiore (ad esempio del 15,0%) a coloro che scelgono l'opzione servizi rispetto al trasferimento monetario, l'INPS, considerando gli attuali beneficiari *over 64*, dovrebbe sostenere una spesa complessiva di circa € 15,0 mld. superiore del 50,0% a quella che stima di sostenere nel 2025 (Tabella 13.5.).

Tabella 13.6. Stima importi mensili per la PU “rivalutata” per livello di gravità e opzione

Livello di gravità	Trasferimento monetario (€)	Servizi (€)
Minimo	797,4	797,4
Medio	1.194,8	1.194,8
Alto	1.653,0	1.653,0
Elevato	2.044,1	2.044,1

Fonte: stima su dati INPS, OECD e *Service Public Fr*, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Infine, considerando che la differenza nel PIL pro-capite corrente tra Italia e Francia ha raggiunto nel 2024 il 12,7%, mentre lo scarto tra quanto riconosciuto al livello minimo di gravità supera il 35,0%, qualora si volesse rivalutare la prestazione allineandola agli importi massimi riconosciuti dalla Francia ai beneficiari dell'APA (“corretti” per il diverso potere di acquisto nei due Paesi⁹), ne ricaveremmo che per garantire la PU agli ultrasessantaquatrenni l'INPS dovrebbe sostenere una spesa annua di circa € 21,6 mld. ossia più che doppia rispetto alla spesa teorica del 2025 (Tabelle 13.6. e 13.7.).

⁹ Secondo i dati diffusi da OECD, nel 2024 il PIL pro-capite dell'Italia espresso in \$ PPP ammonta a € 60.881,0 mentre quello della Francia a € 61.286,0, ossia una differenza dello 0,7%

Tabella 13.7. Stima spesa annuale per la Prestazione Universale “rivalutata” per livello di gravità e opzione

Livello di gravità	Trasferimento monetario (€)	Servizi (€)	Spesa PU (€)
Minimo	6.285.518.402,0	1.763.222.662,3	8.048.741.064,3
Medio	3.125.892.608,4	2.202.046.050,4	5.327.938.658,7
Alto	2.021.888.779,2	4.822.450.820,8	6.844.339.600,0
Elevato	69.451.913,9	1.362.747.986,5	1.432.199.900,4
Totale	11.502.751.703,5	10.150.467.520,0	21.653.219.223,5
Spesa ind. acc.	6.105.022.311,5	3.966.671.845,8	10.071.694.157,3
Diff. PU-ind. acc.	5.397.729.392,0	6.183.795.674,2	11.581.525.066,2

Fonte: stima su dati INPS, OECD e *Service Public Fr*, 2025 - © C.R.E.A. Sanità

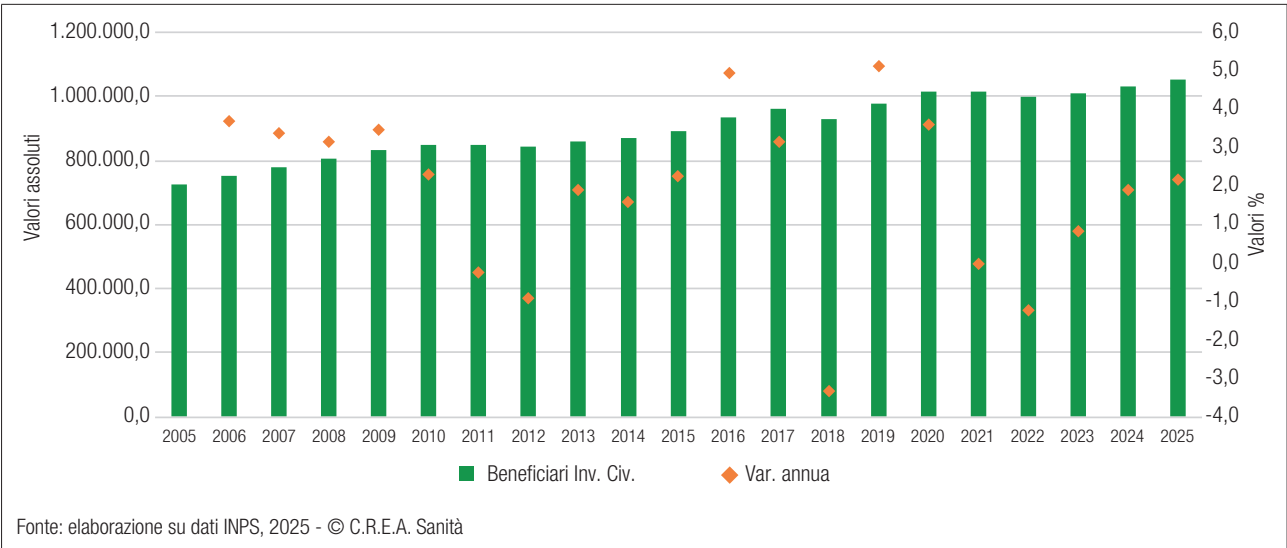
Le simulazioni sembrano dimostrare che l'impatto della riforma sarebbe stato significativo, ma non insostenibile. La rinuncia sembrerebbe, quindi, indicare come l'Italia “preferisca” investire su altri capitoli della spesa pubblica piuttosto che sulla protezione sociale degli anziani non autosufficienti, ma soprattutto che non si dia cura di porre rimedio alla evidente iniquità che caratterizza l'istituto dell'indennità di accompagnamento. A tal proposito, si tenga presente che le stime prodotte fanno riferimento agli importi massimi riconosciuti ai diversi livelli di gravità e, pertanto, non tenendo conto della modulazione in base alla capacità reddituale dei diversi individui, potrebbero essere sovrastimate, sebbene in ogni

caso indicative del cospicuo incremento di spesa che l'applicazione della PU avrebbe comportato.

13.3. Pensioni di invalidità civile

La pensione di invalidità civile è un beneficio economico, erogato dall'INPS, destinato a mutilati e invalidi civili di età compresa tra i 18 e i 67 anni con un'accertata invalidità del 100,0%. Tale condizione equivale a un'inabilità lavorativa totale e, pertanto, la prestazione ha la funzione di sostituire la mancata capacità di generare reddito da lavoro.

Figura 13.8. Beneficiari di pensione di invalidità civile



Per questa prestazione, l'accesso al diritto è subordinato al rispetto di specifici limiti reddituali e al compimento dell'età pensionabile, quando la prestazione viene convertita automaticamente in "assegno sociale".

La pensione di invalidità civile presenta, inoltre, le seguenti caratteristiche: è cumulabile con l'indennità di accompagnamento e, a differenza di questa ultima, è compatibile con i ricoveri in Strutture pubbliche che provvedono al sostentamento dell'individuo.

Per maggiori dettagli si rimanda alle precedenti edizioni del Rapporto.

Al 01.01.2025, i beneficiari di pensioni di invalidità civile ammontano a circa 1,1 mln.. Nel decennio 2015-2025, il numero ha registrato una crescita del 18,1%, corrispondente ad un incremento medio annuo dell'1,7%. Nell'ultimo anno, l'incremento è stato, invece, del 2,2% (Figura 13.8.).

L'incidenza dei beneficiari di pensioni di invalidità civile sulla popolazione di età 18-64 anni a livello nazionale si attesta al 3,0%, registrando un incremento di 0,2 p.p. rispetto al 2020.

L'analisi territoriale rivela anche un marcato divario tra Regioni settentrionali e meridionali. Nelle Regioni della ripartizione settentrionale, l'incidenza media dell'indicatore analizzato è dell'1,7% (stabile dal

2020), mentre i valori estremi spettano alla Liguria (valore massimo del 2,4% e tendenzialmente stabile rispetto al 2020) e a un gruppo di Regioni comprendente Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna (valore minimo dell'1,7% e sostanzialmente stabile nel periodo di analisi). Tra le Regioni del Centro, che presentano un'incidenza media del 2,7% (+0,1 p.p. sul 2020), l'Umbria presenta il tasso più alto (3,6%), mentre la Toscana quello più basso (1,9%). Infine, tra le Regioni meridionali, caratterizzate da un'incidenza media del 4,8% e in crescita di 0,4 p.p. dal 2020, la Calabria presenta il valore nazionale più elevato (6,2% e +0,9 p.p. tra il 2020 e il 2025); seguono Puglia (5,2%, +0,7 p.p.), Campania (4,8%, +0,5 p.p.) e Sicilia (4,6%, +0,2 p.p.), mentre all'estremo opposto si posiziona l'Abruzzo con il 3,5% (Figura 13.9.).

Questa disparità regionale, che persiste nel tempo, è almeno in parte attribuibile al gradiente reddituale Nord-Sud che caratterizza l'Italia.

Oltre la metà (53,2%) dei beneficiari di pensioni di invalidità civile è di sesso femminile. Nel 2025, la percentuale più alta si registra in Umbria (57,2%), mentre le quote minori si osservano in Piemonte (51,2%) e in Emilia Romagna (51,3%) (Figura 13.10.).

Figura 13.9. Incidenza beneficiari di pensioni di invalidità civile su popolazione 18-64. Anno 2025

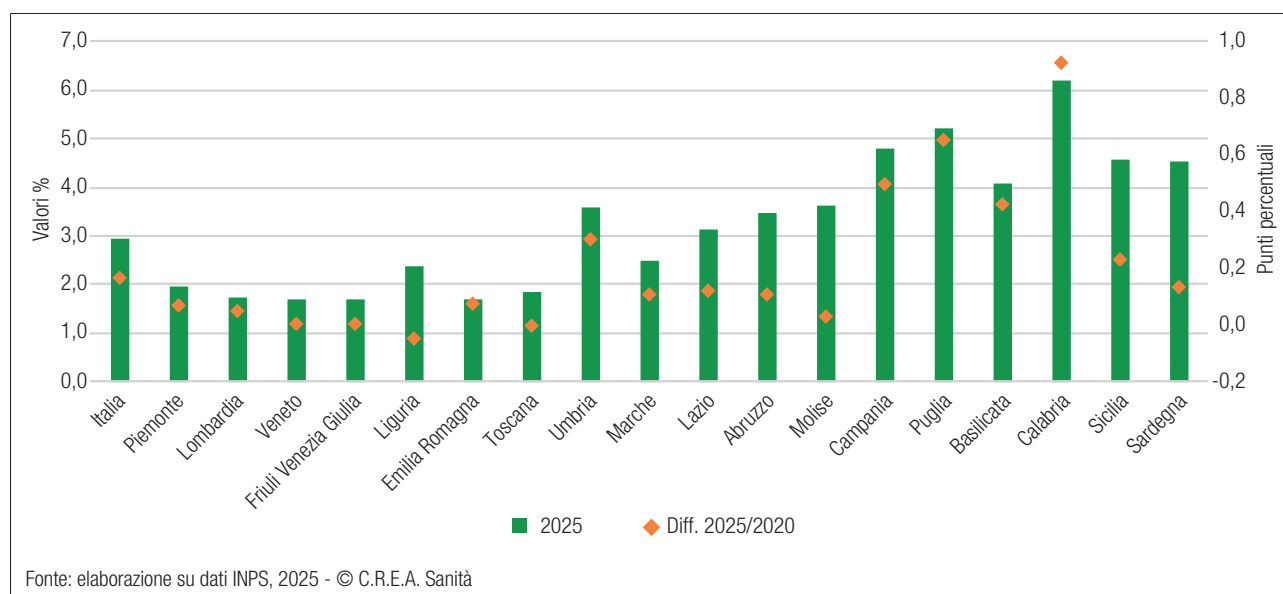
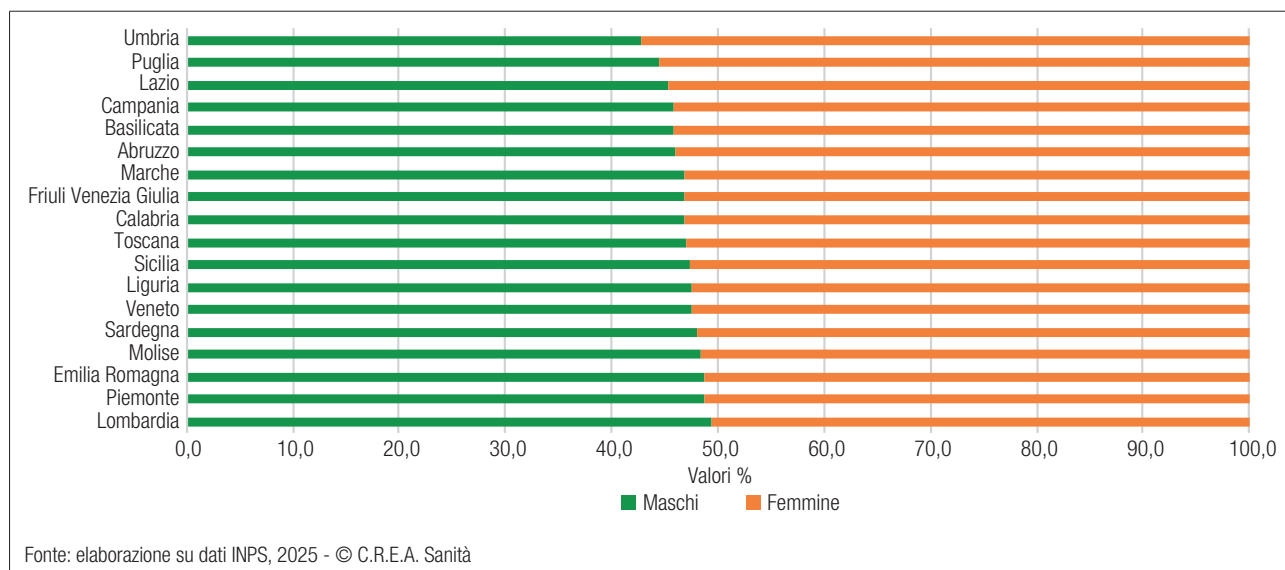


Figura 13.10. Quota dei beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere. Anno 2025

Tuttavia, nel caso specifico delle pensioni di invalidità civile, il *gap* di genere, pur persistendo in certe Regioni centrali e meridionali, è significativamente meno marcato rispetto a quello evidenziato per le indennità di accompagnamento.

Esiste un divario di genere nell'accesso alle pensioni di invalidità civile: nel 2025, ne usufruisce il 3,2% delle donne contro il 2,7% degli uomini di età

compresa tra 18 e 64 anni. Tuttavia, il fattore geografico è ancor più determinante: la distribuzione territoriale evidenzia picchi al Sud, sia per le donne (5,2%) che per gli uomini (4,5%), mentre le percentuali si riducono progressivamente al Centro (2,9% donne; 2,6% uomini) e ancor di più al Nord (1,8% donne; 1,6% uomini) (Figura 13.11.).

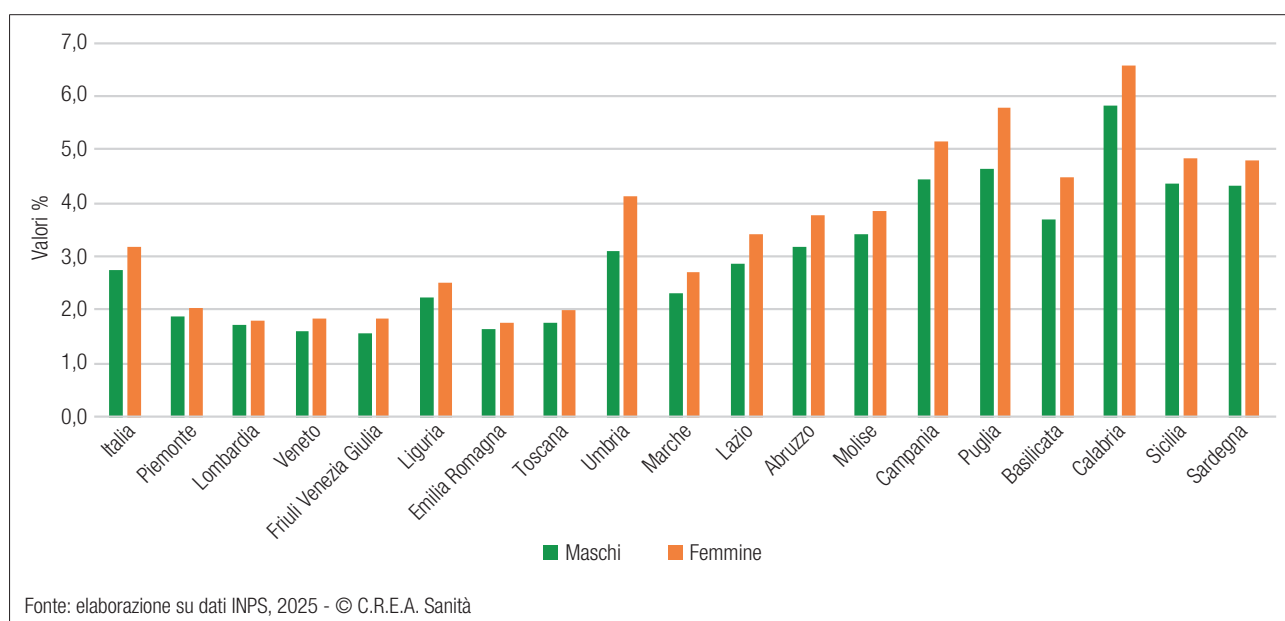
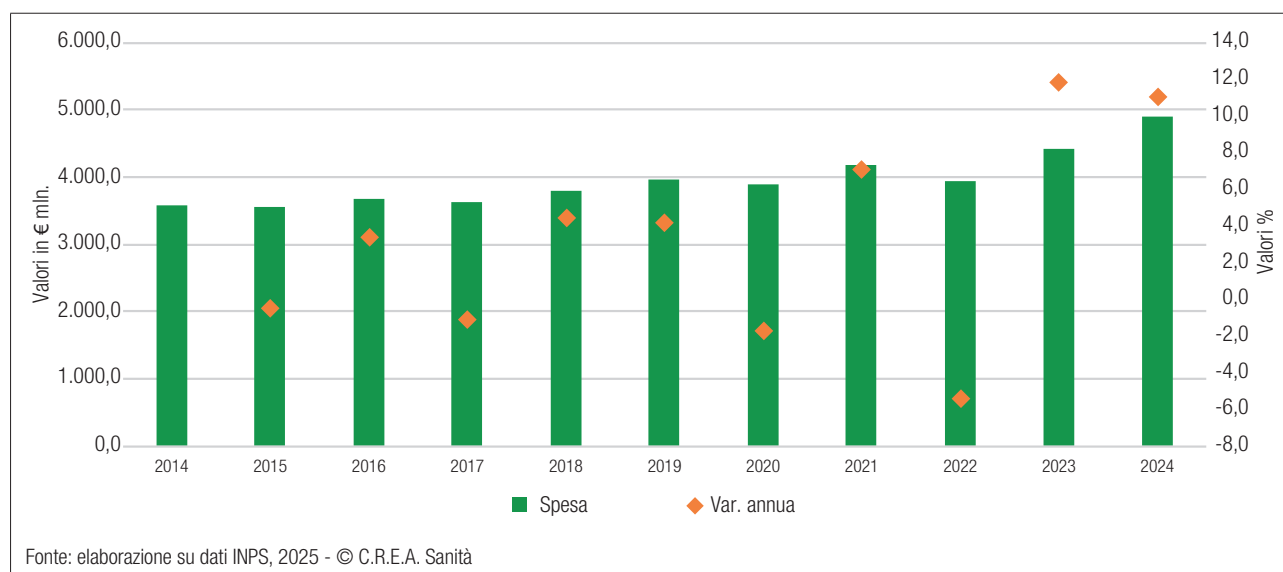
Figura 13.11. Beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere: incidenza su popolazione 18-64. Anno 2025

Figura 13.12. Pensioni di invalidità civile: spesa annua



In termini di spesa, l'onere complessivo, per le pensioni di invalidità civile, nel 2024, è stato di circa € 4,9 mld., valore in crescita del 37,4% rispetto al 2014 (+€ 1,3 mld.) e dell'11,1% in confronto all'anno precedente (+€ 489,0 mln.) (Figura 13.12.). In termini reali, (deflazionando con il FOI) invece, tra il 2014 e il 2024 l'incremento di spesa si ferma a € 830,6 mln. (ovvero +23,2% che si traduce in un +2,1% medio annuo).

La spesa, tuttavia, oltre ad essere influenzata dal numero dei percettori e dalla pensione media corrisposta (che tutti gli anni viene adeguata al tasso di inflazione), in alcuni anni è fortemente dipendente dallo "smaltimento" degli arretrati, come si evidenzia dalla variabilità dei tassi di variazione.

In definitiva, pertanto, cresce il numero delle pensioni corrisposte, ma la spesa non in tutti gli anni analizzati segue il segno dei benefici corrisposti, per effetto della liquidazione degli arretrati; le differenze regionali osservabili nei tassi, possono almeno in parte essere spiegate dalla diversa capacità reddituale che contraddistingue le varie ripartizioni e dal diverso livello di possibilità di occupazione, osservabile nelle varie realtà regionali, oltre che a livello di genere.

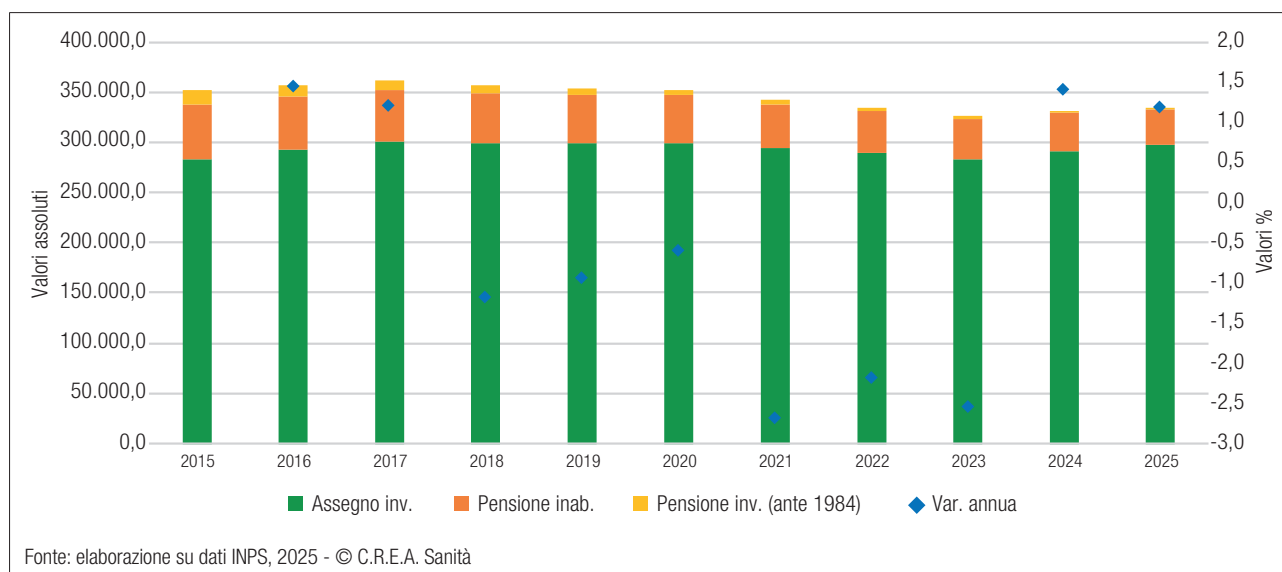
13.4. Pensioni di invalidità

Gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984, sono parte della cosiddetta gestione IVS (Invalidità, Vecchiaia e Superstiti). In particolare, la pensione di invalidità è una prestazione economica a favore dei soggetti ai quali sia stata riconosciuta una riduzione parziale della capacità lavorativa (dal 74,0% al 99,0%) e con un reddito inferiore alle soglie previste annualmente dalla Legge. La pensione di inabilità, invece, è una prestazione economica, erogata in favore dei lavoratori per i quali viene accertata l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

A differenza dell'invalidità civile, queste prestazioni IVS si collocano in una zona grigia rispetto al sistema sanitario, poiché la loro natura è prevalentemente previdenziale: il loro scopo principale non è quello di assistere la persona per la sua condizione di salute, ma di integrare il reddito pensionistico a fronte di una ridotta o nulla capacità di guadagno.

Proprio per questa loro caratteristica, nel contesto del Rapporto Sanità, si è scelto di considerare solo i beneficiari al di sotto dei 65 anni. Per le persone più anziane, infatti, questa prestazione è vista come una semplice integrazione della pensione, finalizzata a compensare gli anni di contributi versati più brevi a causa della menomazione.

Figura 13.13. Beneficiari di pensioni di invalidità



Al 01.01.2025, il numero totale di pensioni di invalidità attive per beneficiari tra i 18 e i 64 anni è di circa 334.980. Questo dato comprende assegni di invalidità, pensioni di inabilità e pensioni di invalidità istituite prima del 1984.

Rispetto al 2020, si registra un calo di 16.906 pensioni, corrispondente a una diminuzione del 4,8%. In particolare, gli assegni di invalidità costituiscono la stragrande maggioranza, rappresentando l'87,8% del totale (in aumento di 3,7 p.p. rispetto al 2020); le pensioni di inabilità seguono con il 10,7% (in calo di 2,7 p.p.); infine, le pensioni ante 1984 rappresentano la parte residuale dello 0,6% (in calo di 0,6 p.p.).

Nell'ultimo anno (2024-2025), l'andamento generale del numero di pensioni è stato positivo (+1,2%), ma questa tendenza varia notevolmente a seconda della tipologia: gli assegni di invalidità sono aumentati del 2,2%; le pensioni di inabilità sono diminuite del 5,7% e le pensioni ante 1984 hanno registrato un calo del 16,9% (Figura 13.13.).

A livello nazionale, solo lo 0,9% delle persone con un'età compresa tra i 18 e i 64 anni riceve una pensione di invalidità; si tratta di una percentuale che è rimasta sostanzialmente stabile dal 2020.

L'incidenza, tuttavia, varia notevolmente a livello regionale. Tra le Regioni della ripartizione settentrio-

nale, la Regione con il tasso più alto è la Valle d'Aosta (1,4% e -0,1 p.p. nel periodo 2020-2025), mentre Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia registrano insieme il valore più basso dell'area (0,6% e in flessione di 0,1 p.p. in Piemonte, Lombardia e Friuli Venezia Giulia, di 0,2 p.p. in Trentino Alto Adige e sostanzialmente invariato in Veneto nel periodo 2020-2025); tra quelle del Centro, si osserva un'ampia forbice, che va dal 2,5% dell'Umbria (il picco nazionale e +0,3 p.p. rispetto al 2020) allo 0,7% (-0,1 p.p. nel periodo di analisi) della Toscana. Anche tra le Regioni del Sud, la distribuzione dell'indicatore è disomogenea, con la Calabria che ha un'incidenza del 2,1% (+0,1 p.p. nel periodo) e la Sicilia dello 0,8% (sostanzialmente invariato nel periodo) (Figura 13.14.).

La maggioranza dei beneficiari di pensioni di invalidità nella fascia d'età 18-64 anni appartiene al genere maschile: a livello nazionale il 65,5% dei beneficiari è maschio.

La distribuzione per genere, tuttavia, mostra un marcato divario geografico: nella ripartizione centro-settentrionale, la quota di uomini beneficiari è del 61,3%; al Sud la percentuale sale significativamente, raggiungendo il 70,8%.

Analizzando nel dettaglio l'indicatore comple-

mentare, ossia la quota di donne beneficiarie di una pensione di invalidità, emerge che tra le Regioni settentrionali, la percentuale è più alta in Emilia Romagna (41,6%) e più bassa in Valle d'Aosta (36,2%); tra quelle del Centro, il valore massimo si registra in Umbria (39,3%), mentre il minimo in Toscana (37,8%); infine, tra le Regioni meridionali, la Calabria ha la quota più alta di donne (37,7%), mentre la Sicilia ha

di gran lunga la percentuale più bassa a livello nazionale, con solamente il 22,4%.

Questa disparità di genere, che vede gli uomini come destinatari principali della prestazione, riflette direttamente i più alti tassi di occupazione maschile, in quanto la misura è legata alla riduzione della capacità lavorativa e quindi interessa principalmente chi era precedentemente occupato (Figura 13.15.).

Figura 13.14. Incidenza beneficiari di pensioni di invalidità su popolazione 18-64 anni

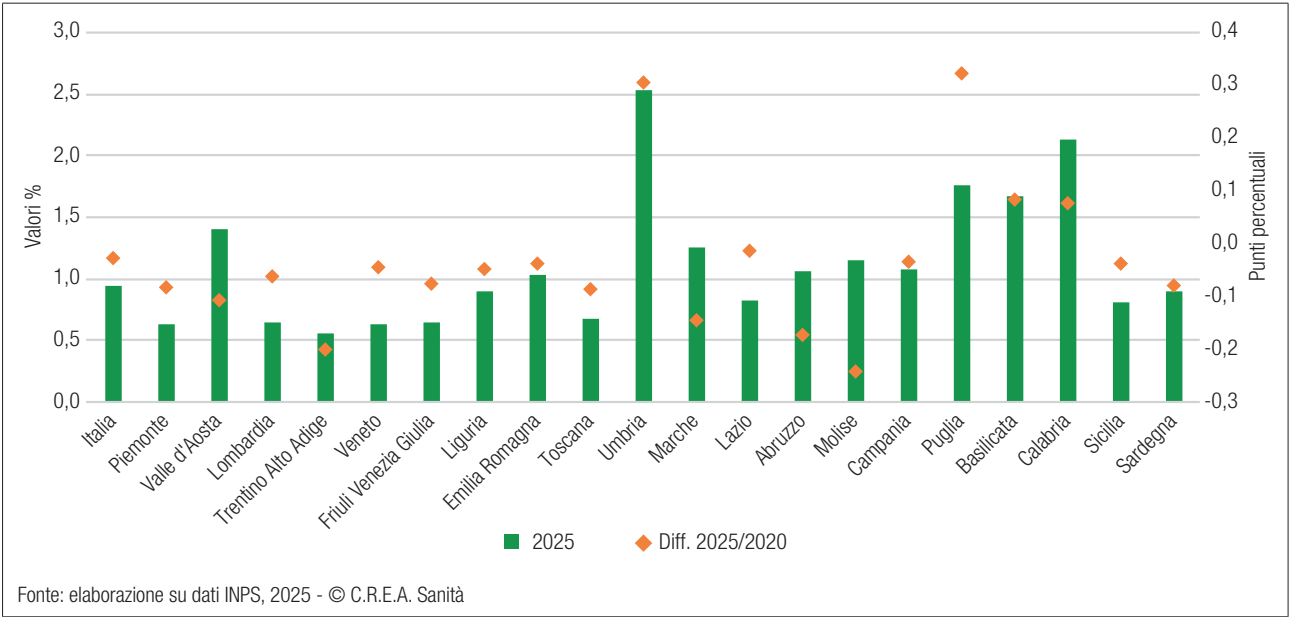


Figura 13.15. Quota dei beneficiari di pensioni di invalidità di 18-64 anni per genere. Anno 2025

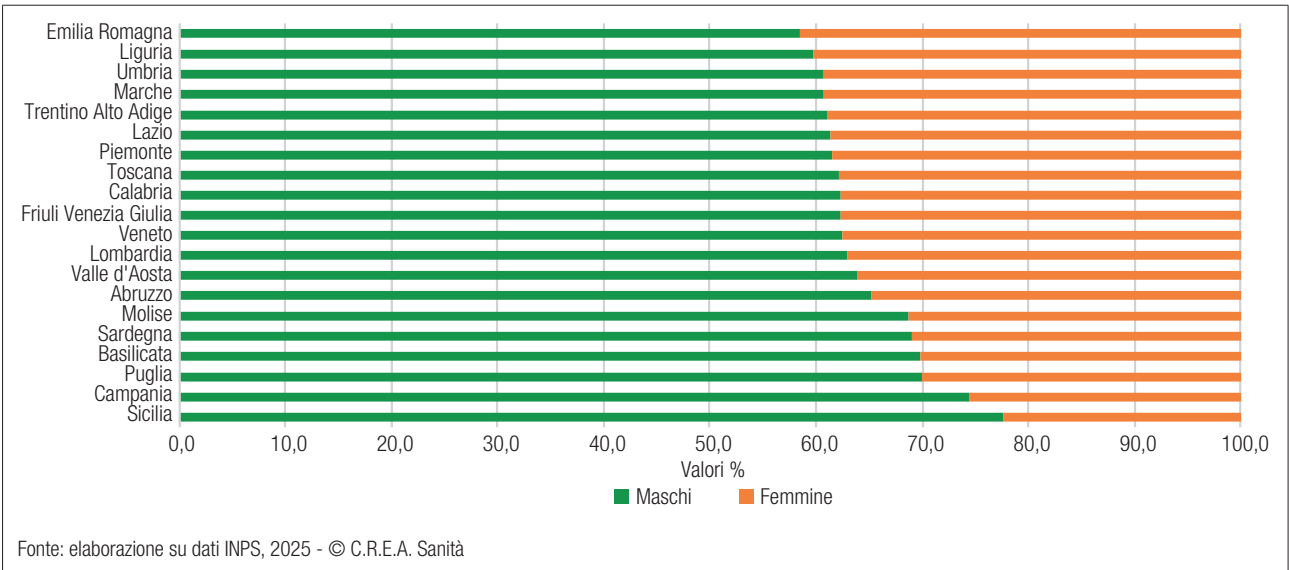
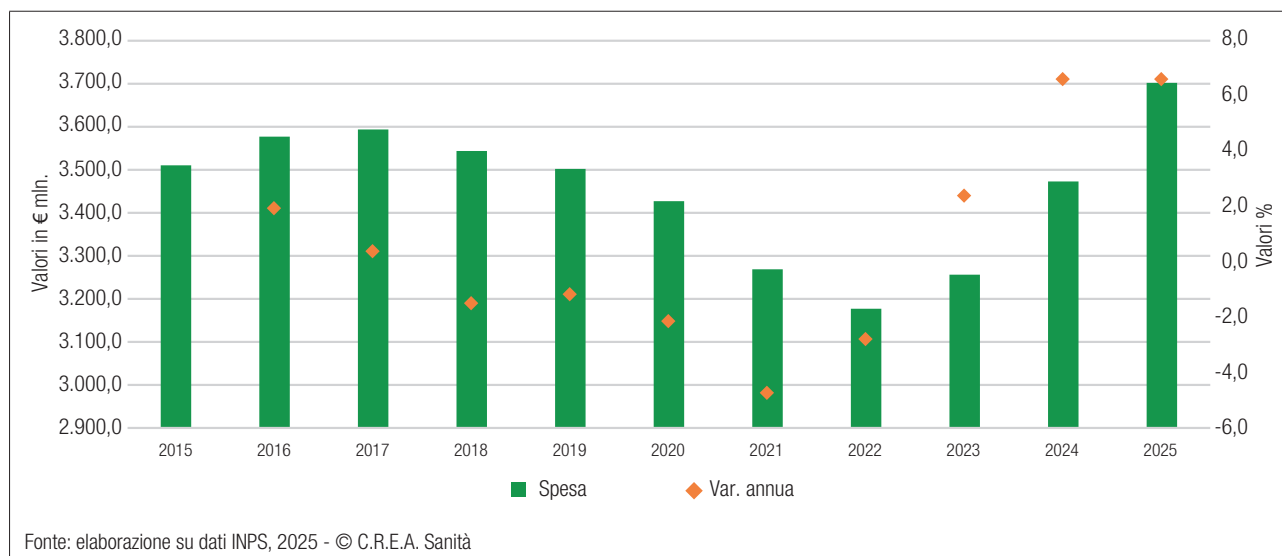


Figura 13.16. Pensioni di invalidità: spesa annua

La spesa prevista per le pensioni di invalidità nel 2025¹⁰ è di circa € 3,7 mld., che rappresenta un aumento di € 195,2 mln. (+5,6%) rispetto al 2015 e una crescita del 6,6% rispetto all'anno precedente. (Figura 13.16.). In termini reali (deflazionando con il FOI) nel periodo 2015-2025, invece, la spesa diminuisce di € 215,9 mln. ovvero il -6,2% (-0,6% medio annuo).

L'andamento della spesa annuale può subire oscillazioni, essendo influenzato non solo dal numero di nuove pensioni concesse, ma anche dall'eventuale pagamento di ratei arretrati.

In sintesi, tra il 2020 e il 2025 il numero di beneficiari è diminuito del 4,8%. Questo *trend* è dovuto in parte alla graduale estinzione delle pensioni di invalidità istituite prima del 1984. Si osserva, inoltre, una significativa disparità di genere nell'accesso a questo beneficio, strettamente collegata alla differente presenza di uomini e donne nel mercato del lavoro.

13.5. Oneri permessi ex L. n. 104/1992

La L. n. 104/1992 riconosce il diritto ai disabili e

alle loro famiglie di poter fruire di giorni di permesso retribuito dal lavoro. Questi permessi, che si sommano a quelli ordinari (come ad esempio quelli per la maternità), hanno l'obiettivo di tutelare la dignità, la libertà e l'autonomia della persona con disabilità, favorendone l'integrazione completa in tutti gli ambiti della vita sociale, familiare, scolastica e lavorativa.

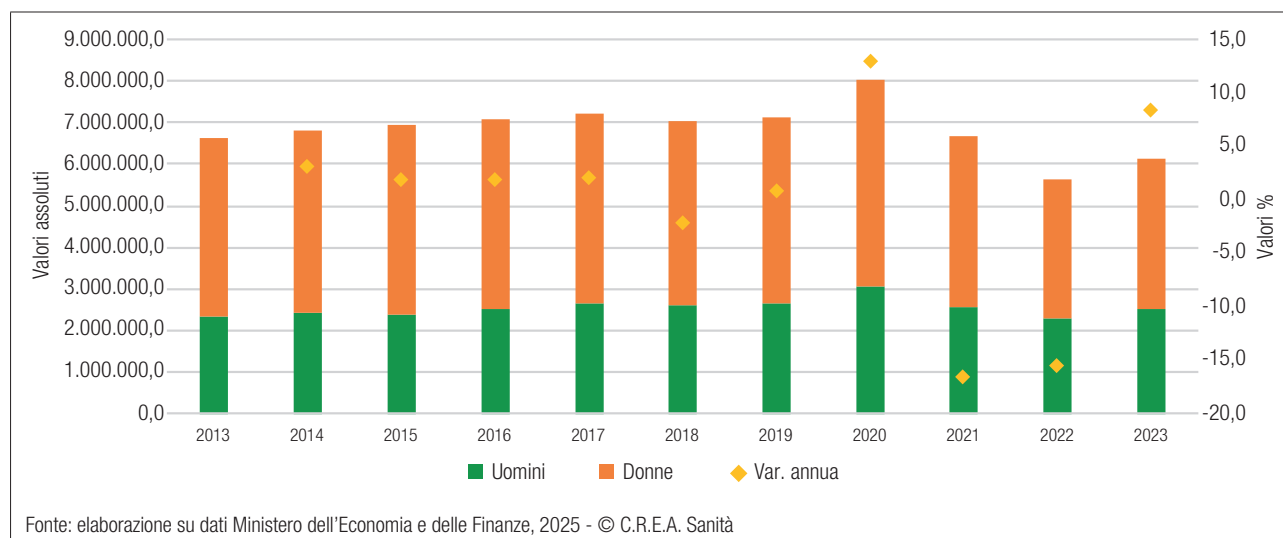
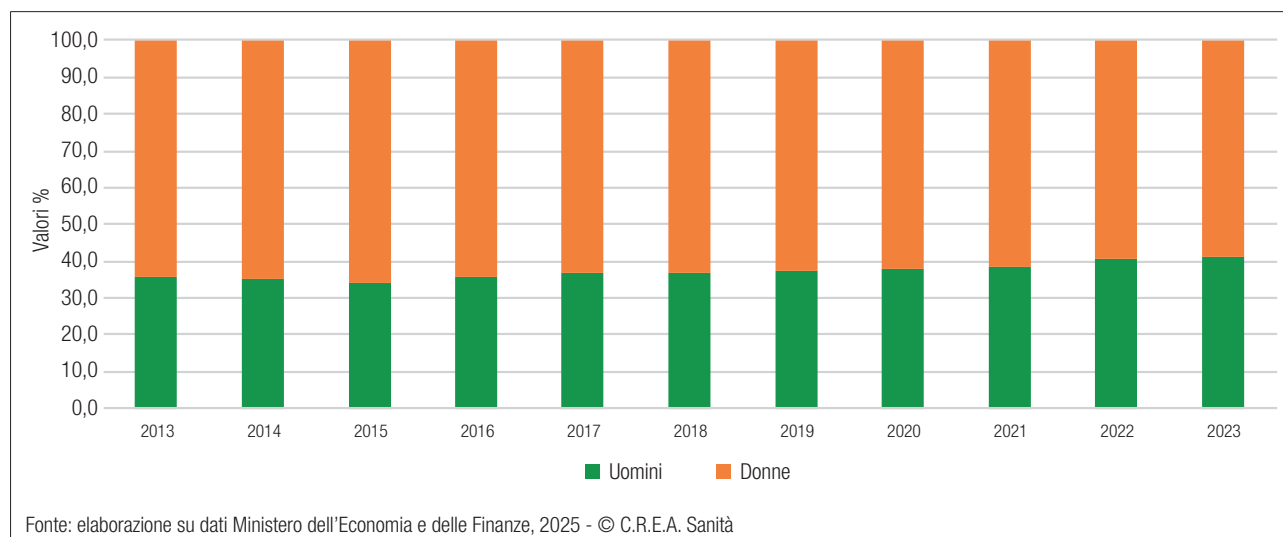
Per maggiori approfondimenti si rimanda alla lettura delle precedenti edizioni del Rapporto.

Nel 2023, i dipendenti pubblici hanno usufruito di 6,1 mln. di giorni di permesso. Rispetto al 2013, si registra un calo del 7,7% nell'utilizzo di questi permessi, che tuttavia sono aumentati dell'8,3% rispetto all'anno precedente (2022): l'aumento ha interessato sia gli uomini (+8,9%) che le donne (+7,9%).

Nel periodo analizzato (dal 2013 al 2023), le donne sono state costantemente le principali fruitrici di questo beneficio (Figura 13.17.).

In termini percentuali, le donne dipendenti del settore pubblico usufruiscono del 59,0% della totalità dei permessi; il dato è in diminuzione di 5,4 p.p. fra il 2013 e il 2023 (Figura 13.18.).

¹⁰ Si tratta della spesa che l'INPS presume di sostenere nell'anno sulla base delle pensioni in essere al 01.01.2025. Per maggiori approfondimenti si rimanda all'Osservatorio sulle Pensioni erogate dall'INPS

Figura 13.17. Permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico**Figura 13.18. Composizione permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico**

Nel 2023, la spesa sostenuta dal settore pubblico per i permessi retribuiti legati alla disabilità (L. n. 104/1992) è stata stimata in € 690,5 mln..

Tale valore rappresenta un incremento dell'8,9% (ossia € 634,1 mln.) rispetto al 2022 e una flessione del 2,5% se il confronto viene effettuato con il 2013.

La stima è stata prodotta considerando il rapporto tra lo stipendio annuale (dato dalla somma di tutte le voci stipendiali) e il numero di giornate lavorative annue (260 giorni); è stata così ottenuta una stima della retribuzione media giornaliera, che è stata

quindi moltiplicata per il numero dei permessi (Figura 13.19.).

Nel 2023, nel settore privato si contano 628.794 lavoratori che hanno usufruito di permessi retribuiti. Rispetto al 2013, il numero è cresciuto in modo significativo: +284.812 lavoratori corrispondente a +82,8%; l'aumento nell'ultimo anno, invece, è stato del 14,5%.

La stragrande maggioranza di questi beneficiari (553.000, corrispondenti all'87,9%) ha utilizzato il permesso per assistere un familiare. Solo 75.792

persone lo hanno richiesto per motivi legati alla propria disabilità.

Nell'arco temporale esaminato (2013-2023), si evidenzia una chiara distinzione di genere nell'utilizzare i permessi; in particolare, i permessi per assistere un familiare sono stati fruiti prevalentemente da uomini, mentre le donne rappresentano la maggioranza dei beneficiari che usufruiscono del permesso a titolo personale (Figura 13.20.).

Ipotizzando che ciascun beneficiario usufruisca in media di tre permessi mensili, nel 2023, si stimano circa 22,6 mln. di giornate di permesso, in crescita del 14,5% sull'anno precedente e dell'82,8% nel decennio 2013-2023.

Del totale dei permessi così stimati, 2,7 mln. circa sono permessi a titolo personale, mentre la gran parte dei permessi sono usufruiti da un familiare (circa 19,9 mln.).

Figura 13.19. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per anno: settore pubblico

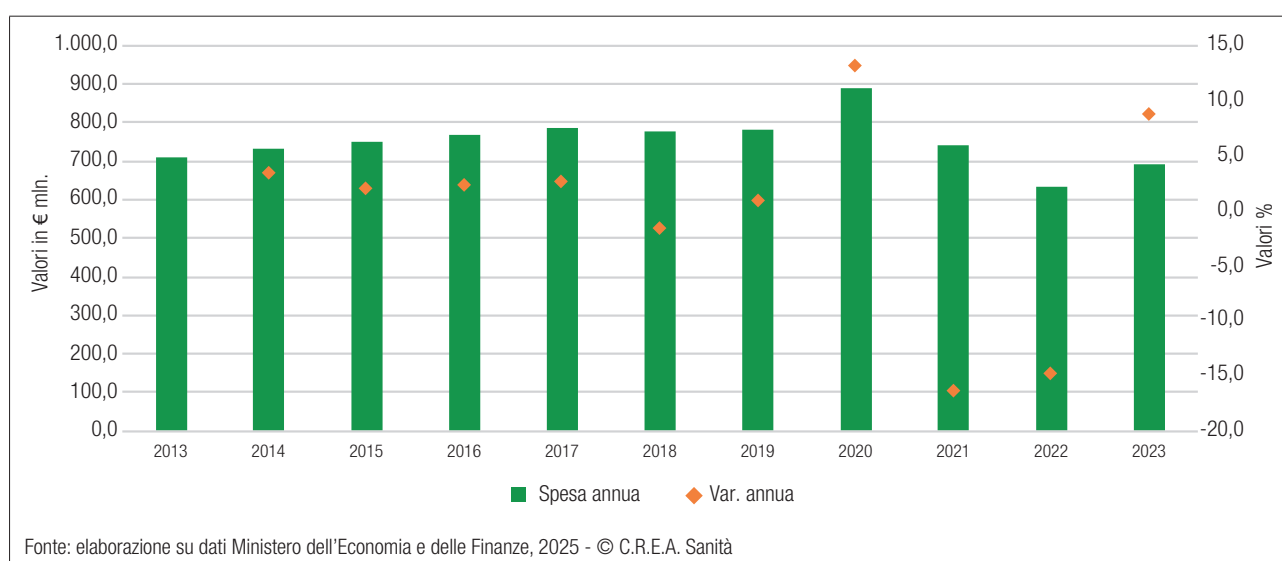


Figura 13.20. Beneficiari permessi ex L. n. 104/1992 per anno, genere e tipologia: settore privato

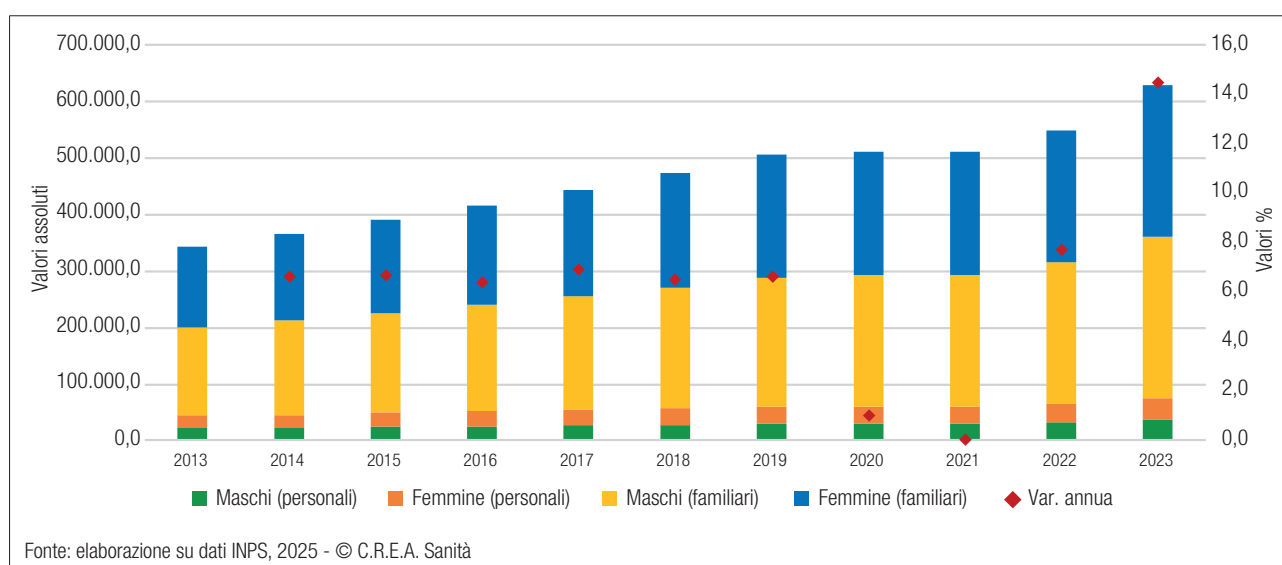
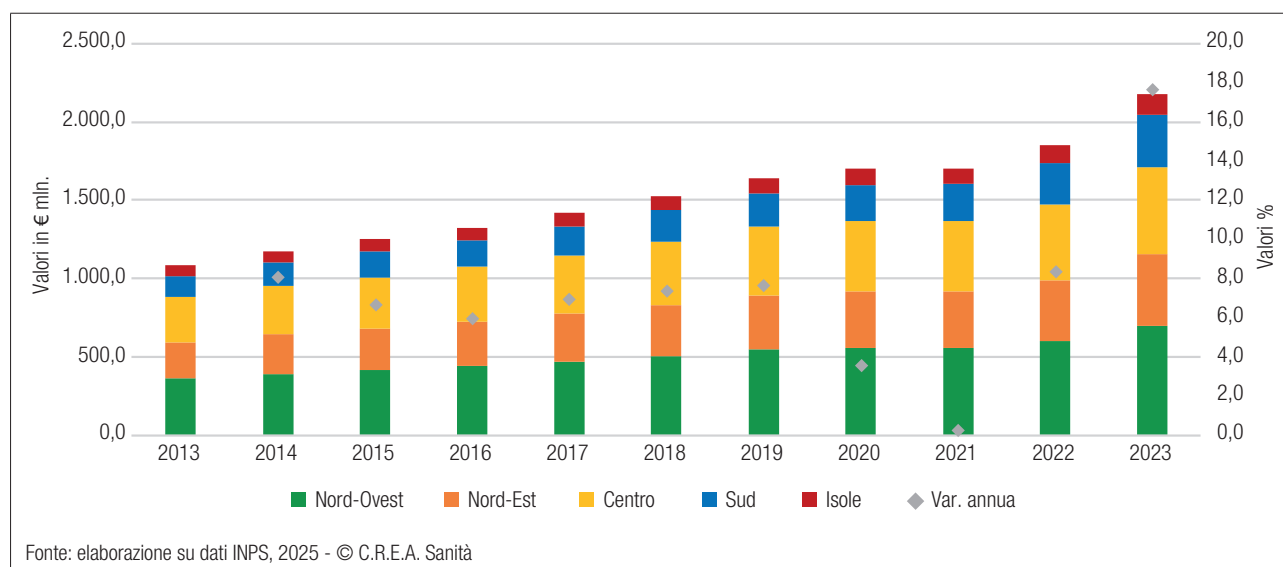


Figura 13.21. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per anno e ripartizione: settore privato



Complessivamente, nel settore privato si stima, per il 2023, un onere annuo per i permessi di circa € 2,2 mld.¹¹, di cui circa € 262,0 mln. per permessi a titolo personale e € 1,9 mld. usufruiti da familiari.

L'onere si distribuisce per circa € 698,8 mln. nel Nord-Ovest, € 457,5 mln. nel Nord-Est, € 557,6 mln. nel Centro e € 461,5 mln. nel meridione (Figura 13.21.). La spesa risulta cresciuta del 17,4% rispetto al 2022 e raddoppiata se il confronto viene fatto rispetto al 2013.

In definitiva, l'onere complessivo ammonta nel 2023 a circa € 2,9 mld., di cui il 75,9% per retribuire i permessi del settore privato e il rimanente 24,1% per retribuire quelli del settore pubblico. Rispetto al 2013, la spesa è aumentata di € 1,1 mld. ovvero del 59,7% (+4,8% medio annuo); è cresciuta del 15,4% se il raffronto viene effettuato con l'anno precedente. Infine, deflazionando con il valore generale del FOI, la crescita in termini reali tra il 2013 e il 2023 è stata di € 796,4 mln. ovvero del 44,4% (+3,7% medio annuo).

13.6. Riflessioni finali

Complessivamente l'onere per le varie provvidenze in denaro analizzate è pari a (dati riferiti all'anno più recente disponibile¹²) € 27,3 mld., pari all'1,2% del PIL e al 21,1% della spesa sanitaria pubblica.

La parte maggiore, il 57,9%, è relativa alle indennità di accompagnamento, che annoveriamo fra gli strumenti di *welfare* posti a copertura dei bisogni di non autosufficienza.

Seguono, con il 18,0%, le pensioni di invalidità civile e con il 13,6% le pensioni di invalidità IVS, considerando di queste i soli beneficiari sotto i 65 anni.

Infine, il restante 10,5% è relativo agli oneri connessi ai permessi ex L. n. 104/1992, che in buona parte coprono ancora necessità legate alla malattia e alla disabilità [1], [2], [3].

Gli oneri per le indennità sono cresciuti in valore nominale di € 2,3 mld. dal 2014 (+16,7% pari al +1,6% medio annuo); in termini reali, invece, la

¹¹ L'INPS annualmente pubblica un osservatorio statistico "Osservatorio sulle prestazioni a sostegno delle famiglie" nel quale riporta anche il numero di beneficiari annuali della L. n. 104/1992. Sulla base delle indicazioni riportate nella L. n. 104, abbiamo ipotizzato che ciascun beneficiario usufruisca di tre permessi al mese. In questo modo abbiamo ottenuto una stima del numero complessivo di permessi goduti nell'anno; il numero di permessi così ottenuto è stato poi moltiplicato per la retribuzione media giornaliera del settore privato così come fornita dall'INPS

¹² Per le indennità di accompagnamento e per le pensioni di invalidità civile si fa riferimento al 2024, per le pensioni di invalidità al 2025 e per la L. n. 104/1992 al 2023

crescita è stata pari a € 641,5 mln. ossia del +4,7% (+0,5% medio annuo). Anche la spesa nominale per le pensioni di invalidità civile nello stesso periodo è cresciuta del 37,4% (+3,2% medio annuo), mentre in termini reali la crescita è stata pari a € 830,6 mln. (+23,2% ossia +2,1% medio annuo). La spesa per le pensioni di invalidità, nel periodo 2015-2025, in termini nominale fa registrare un aumento di € 195,2 mln. (+5,6%), che in termini reali equivale a una flessione pari a € 215,9 mln. ovvero il -6,2% (-0,6% medio annuo). Infine, gli oneri connessi alla L. n. 104/1992 sono cresciuti nominalmente tra il 2013 e il 2023 del 59,7%, ossia del 4,8% medio annuo; deflazionando con il valore generale del FOI, la crescita si ferma a € 796,4 mln. ossia al +44,4% (+3,7% medio annuo).

Queste dinamiche sono parzialmente il frutto dell'aumento dell'indennità medie corrisposte (che annualmente vengono adeguate al tasso di inflazione), e principalmente dell'aumento del numero medio dei beneficiari: aumento per buona parte determinato dai mutamenti demografici in atto, ossia dall'invecchiamento della popolazione.

Permangono, peraltro, differenze regionali nei tassi di prevalenza dei beneficiari, che non sempre trovano una giustificazione demografica.

La demografia spinge comunque verso un aumento di bisogni legati alla non autosufficienza ma sembra che la riforma degli istituti ad essa deputati non sia una priorità pubblica.

Secondo le nostre stime, l'impatto finanziario della riforma dell'indennità di accompagnamento, con l'introduzione della PU, ex L. Delega n. 33/2023 sarebbe stato significativo, ma non insostenibile. La rinuncia a perseguirla, a cui di fatto si assiste, sembrerebbe indicare come l'Italia "preferisca" investire su altri capitoli della spesa pubblica piuttosto che sulla protezione sociale degli anziani non autosufficienti, ma soprattutto che non si dia cura di porre rimedio alla evidente iniquità che caratterizza l'istituto dell'indennità di accompagnamento.

In termini quantitativi, secondo le nostre stime, la riforma dell'istituto dell'indennità di accompagnamento sarebbe costato € 4,0 mld. che salirebbero a € 5,0 mld. nel caso in cui ai beneficiari di servizi fos-

se garantito un importo congruo a remunerare l'aiuto da parte di terzi soggetti. Inoltre, se ai soggetti della PU fossero riconosciuti gli importi dell'APA francese, la spesa dell'INPS sarebbe raddoppiata rispetto a quella preventivata per il 2025.

In conclusione, sommando le provvidenze in denaro, alla spesa sanitaria e a quella per la LTC, analizzate nel Capitolo 3, il *welfare* italiano destina alla salute e alle sue conseguenze, € 209,7 mld., pari al 9,7% del PIL.

Le provvidenze economiche rappresentano una significativa quota dell'onere complessivo, stimabile nel 13,4% del totale: l'integrazione delle prestazioni in denaro con quelle in natura è quindi un aspetto non secondario delle politiche di *welfare*, anche in considerazione del fatto che attualmente i requisiti di accesso e modulazione sono difformi e, apparentemente, rispondenti a logiche diverse.

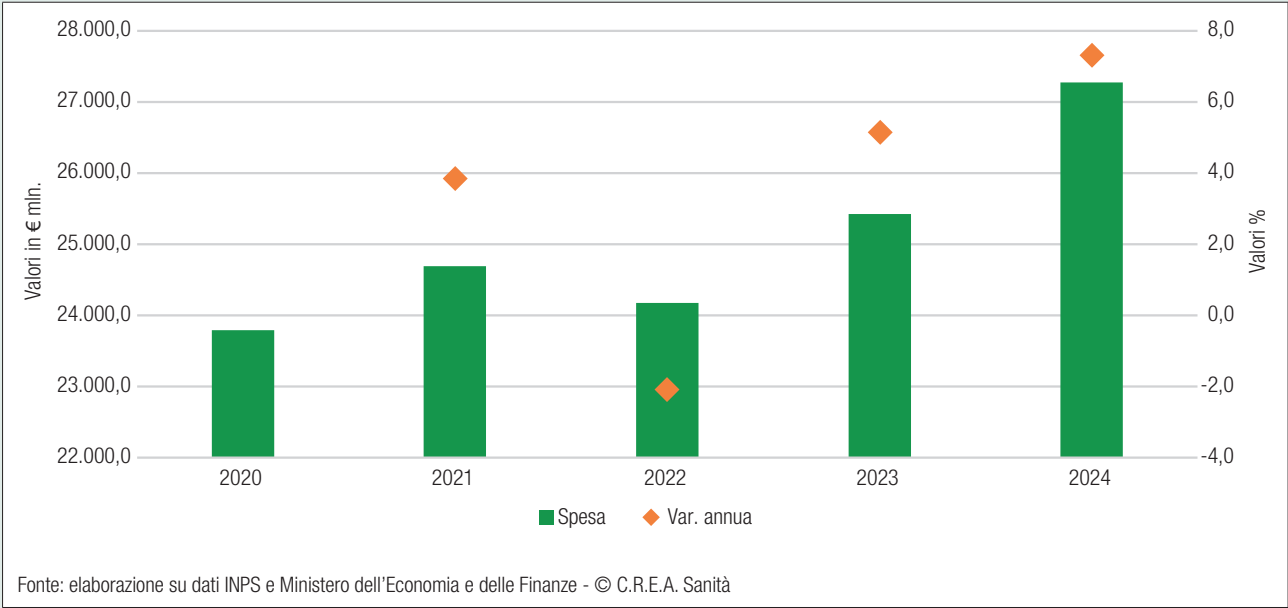
Riferimenti bibliografici

- [1] INPS (anni vari); Osservatorio sulle prestazioni erogate a sostegno della famiglia; L. n. 104/1992, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/famiglia/main.html>
- [2] INPS (anni vari); Osservatorio sulle pensioni, complesso delle pensioni vigenti, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html>
- [3] INPS (anni vari); Osservatorio sulle pensioni, Prestazioni agli Invalidi Civili, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html>
- [4] INPS (anni vari); Rendiconti generali, <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?-sPathID=0%3b46306%3b46322%3b&lastMenu=46322&iMenu=12&p3=4>

Riferimenti normativi

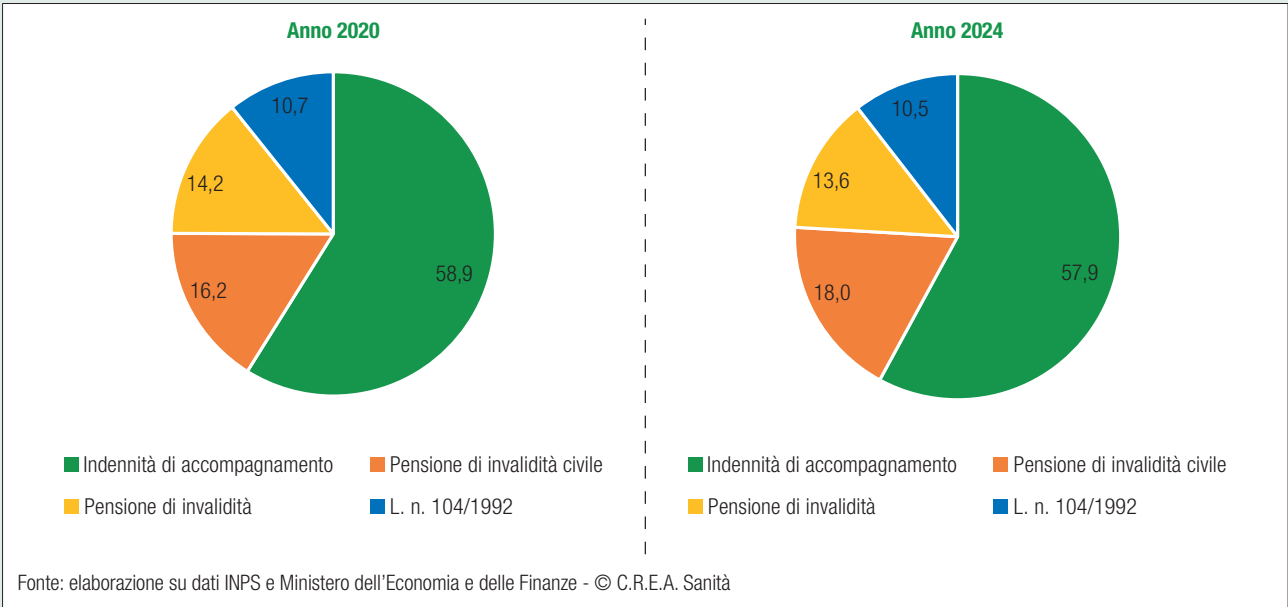
Legge n. 18/1980

KI 13.1. Spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza. Anni 2020-2024



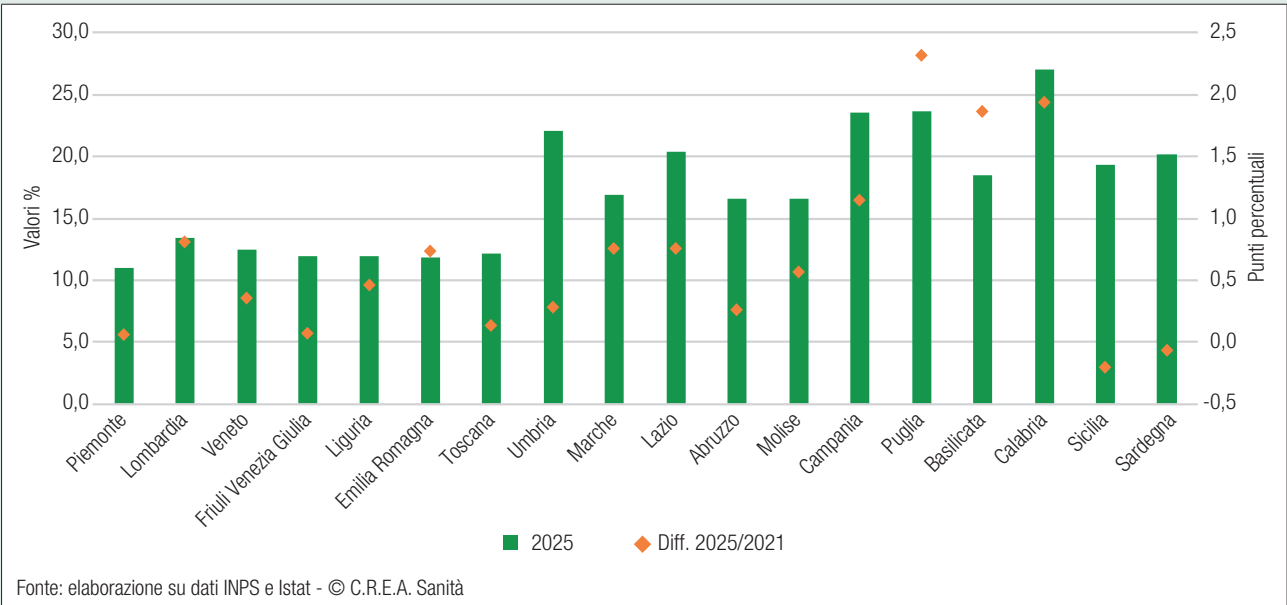
Nel 2024, in Italia, la spesa per le prestazioni pubbliche in denaro destinate alla non autosufficienza (dati riferiti all'anno più recente disponibile e senza considerare il Fondo per la Non Autosufficienza ex L. n. 296/2006), risulta pari a € 27,3 mld. (€ 462,0 pro-capite), in crescita di circa 3,5 mld. (+14,7%) rispetto al 2020 e di € 1,9 mld. (+7,3%) nell'ultimo anno. In termini reali, nel periodo considerato, la variazione è stata negativa (-1,8%, ovvero -0,4% medio annuo).

KI 13.2. Composizione spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza. Anni 2020-2024



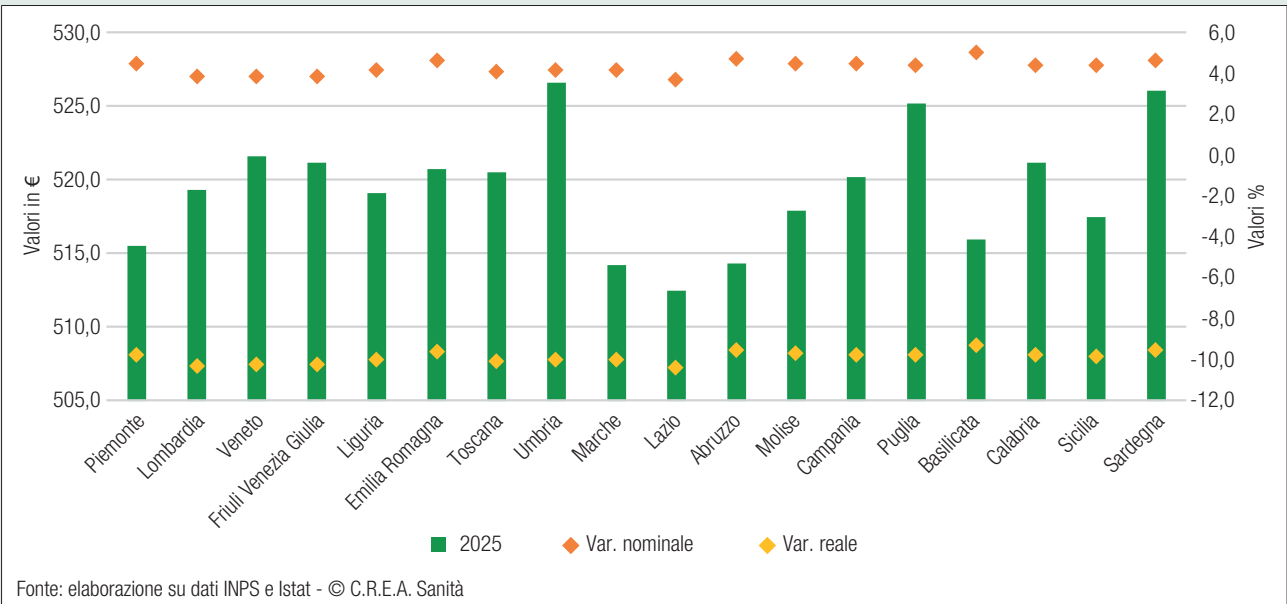
Nel 2024, in Italia, il 57,9% (-1,0 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2020) della spesa prestazioni pubbliche in denaro destinate alla non autosufficienza è relativa alle indennità di accompagnamento (€ 15,8 mld.), il 18,0% (+1,8 p.p. sul 2020) alle pensioni di invalidità civile (€ 4,9 mld.), il 13,6% (-0,6 p.p. rispetto al 2020) alle pensioni di invalidità (€ 3,7 mld.) ed il rimanente 10,5% (-0,2 p.p. tra il 2022 e il 2024) ai permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 (€ 2,9 mld.). Non è stato considerato il Fondo per la Non Autosufficienza ex L. n. 296/2006.

KI 13.3. Beneficiari indennità di accompagnamento: incidenza su popolazione over 64. Anni 2021-2025



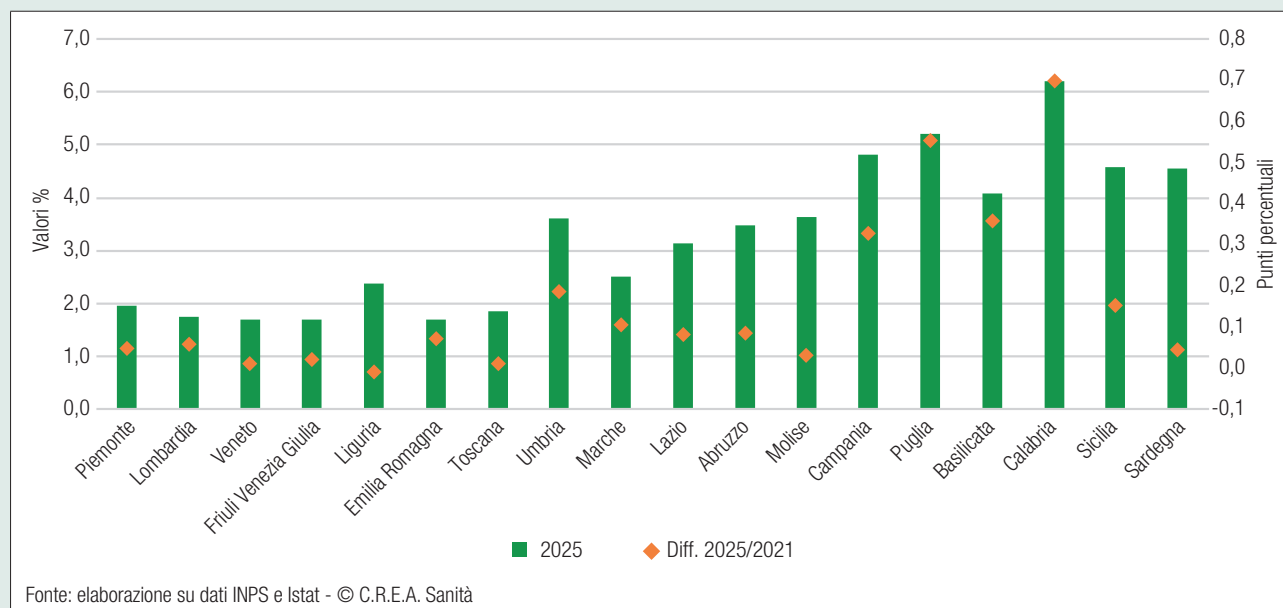
Nel 2025, in Italia, l'incidenza sulla popolazione over 64 dei beneficiari di indennità di accompagnamento è pari al 16,2%, in crescita di 0,7 p.p. sul 2021. Tra le Regioni settentrionali (incidenza media 11,9%, +0,5 p.p. nel periodo 2021-2025) il valore massimo si registra in Lombardia (13,4%; +0,8 p.p. tra il 2021 e il 2025) e quello minimo in Piemonte (11,0%; +0,1 p.p.); tra quelle centrali (incidenza media 17,4%; +0,5 p.p. nel periodo), il valore massimo si registra in Umbria (22,1%, +0,3 p.p. nel periodo) e quello minimo in Toscana (12,2%, +0,1 p.p. nel periodo); nelle Regioni meridionali (incidenza media 21,8%, +1,0 p.p.) il valore massimo si registra in Calabria (27,1%, +1,9 p.p. nel periodo) e quello minimo in Abruzzo e Molise (16,6%, +0,3 p.p. la prima e +0,6 p.p. la seconda).

KI 13.4. Importo medio mensile dell'indennità di accompagnamento, variazioni nominali e reali. Anni 2021-2025



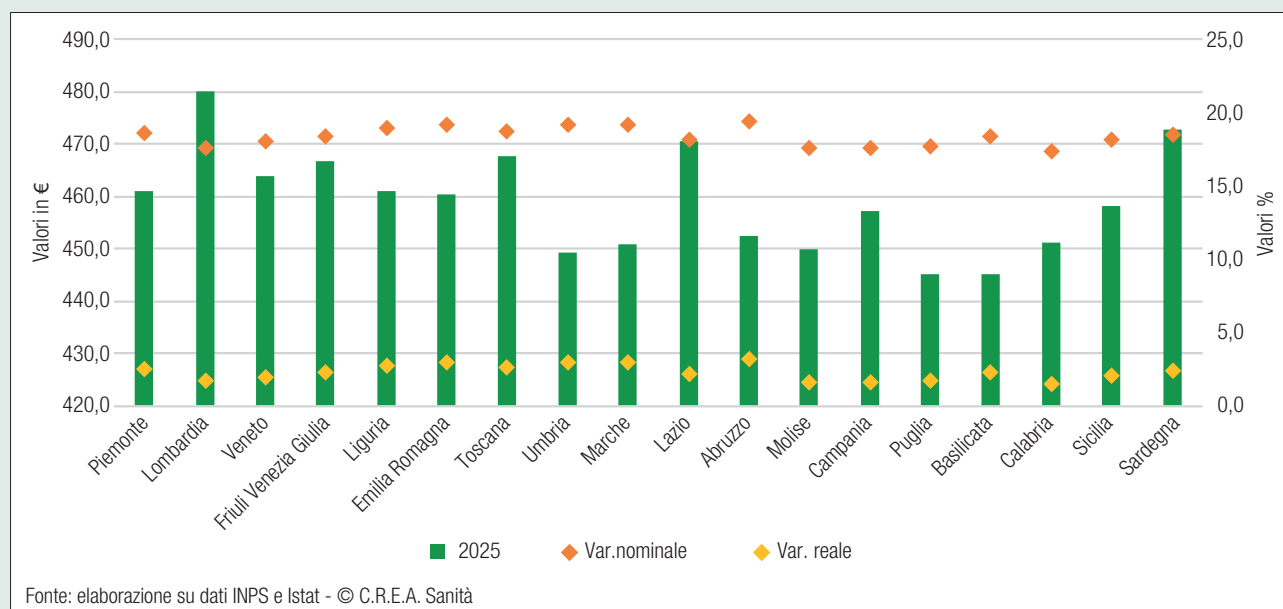
Nel 2025, in Italia, l'indennità media mensile corrisposta ai beneficiari di indennità di accompagnamento ammonta a € 519,3, +4,2% rispetto al 2021 (-10,0% in termini reali). A livello regionale, l'aumento maggiore è stato fatto registrare dalla Basilicata (+5,0%, -9,3% in termini reali) e quello minimo nel Lazio (+3,7%, -10,4% in termini reali).

KI 13.5. Beneficiari pensione di invalidità civile: incidenza su popolazione 18-64 anni. Anni 2021-2025



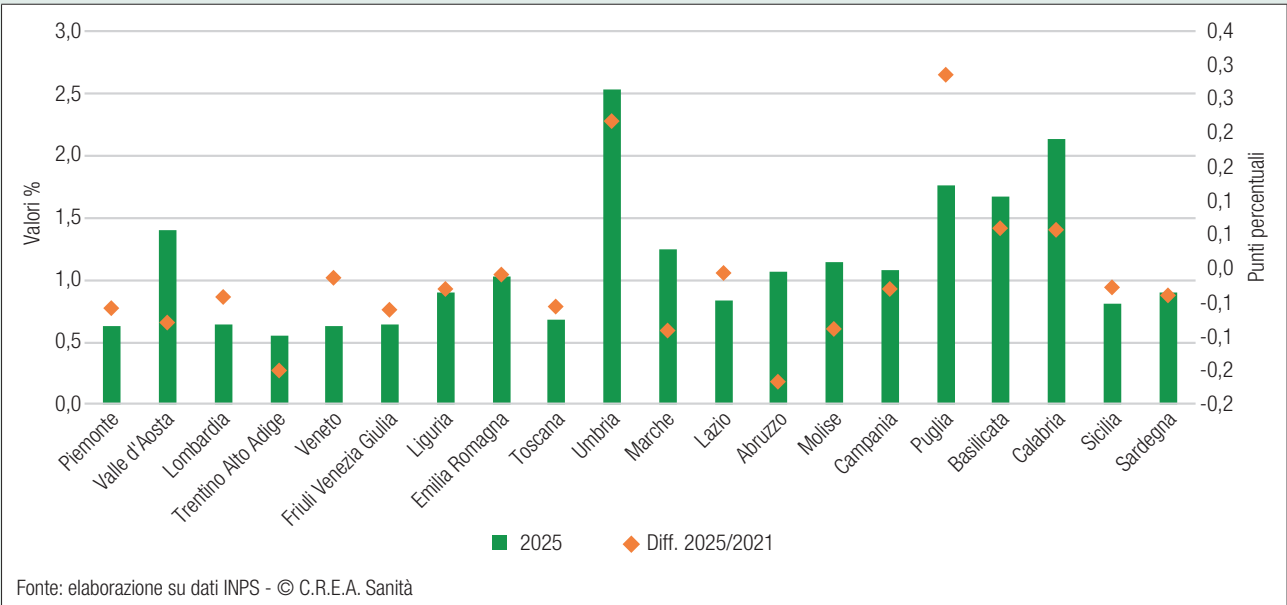
Nel 2025, in Italia, l'incidenza sulla popolazione adulta (età 18-64 anni) dei beneficiari di pensione di invalidità civile è pari al 3,0%, in crescita di +0,1 p.p. sul 2021. Tra le Regioni settentrionali (incidenza media 1,7%, invariata nel periodo 2021-2025) l'incidenza massima si registra in Liguria (2,4%; stabile tra il 2021 e il 2025) e quella minima in Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna con l'1,7%, con un incremento di +0,1 p.p. in Lombardia ed Emilia Romagna; tra quelle centrali (incidenza media del 2,7%, +0,1 p.p.), il valore massimo si registra in Umbria (3,6%, +0,2 p.p.) e quello minimo in Toscana (1,9%, invariato nel periodo); tra le Regioni meridionali (incidenza media 4,8%, +0,3 p.p. tra il 2021 e il 2025), il valore massimo si osserva in Calabria (6,2%; +0,7 p.p.) e quello minimo in Abruzzo (3,5%, +0,1 p.p.).

KI 13.6. Importo medio mensile della pensione di invalidità civile, variazioni nominali e reali. Anni 2021-2025



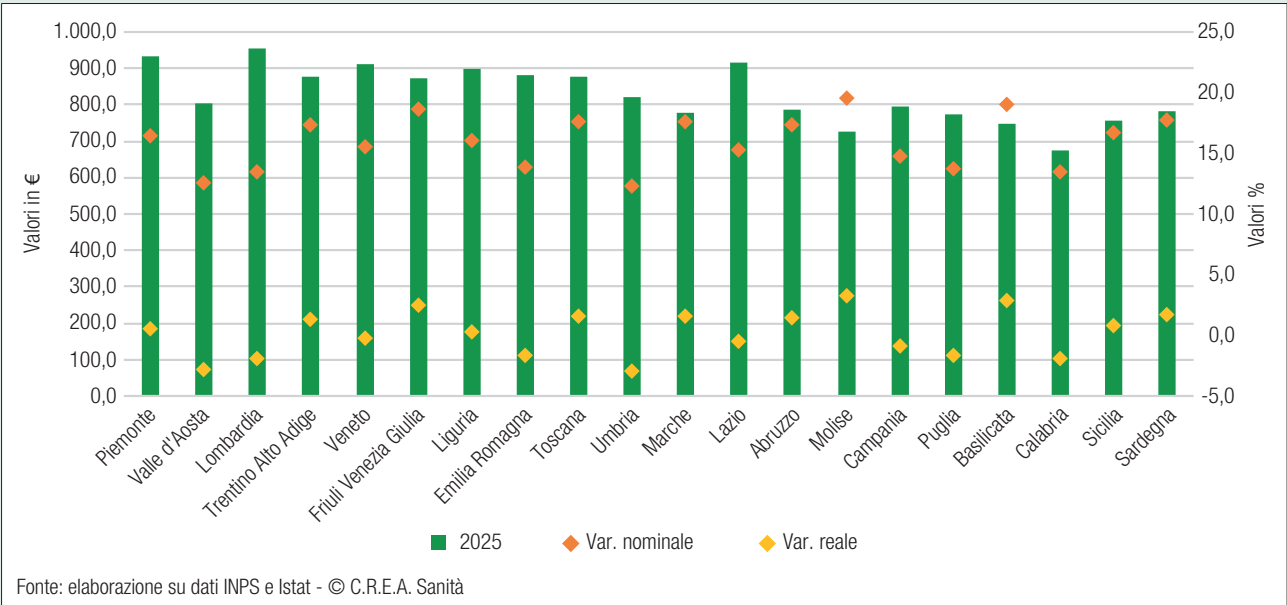
Nel 2025, in Italia, l'importo medio mensile della pensione di invalidità civile ammonta a € 460,6, +18,0% rispetto al 2021 (+2,0% in termini reali). A livello regionale, l'aumento massimo si è registrato in Abruzzo (+19,3%, +3,1% in termini reali) e quello minimo in Calabria (+17,4%, +1,4% in termini reali).

KI 13.7. Beneficiari pensione di invalidità (IVS): incidenza su popolazione 18-64 anni. Anni 2021-2025



Nel 2025, in Italia, l'incidenza sulla popolazione adulta (età 18-64 anni) dei beneficiari di pensione di invalidità è pari allo 0,9%, tendenzialmente stabile sul 2021. Tra le Regioni settentrionali l'incidenza media è dello 0,7%, tendenzialmente stabile nel periodo 2021-2025; l'incidenza massima si registra in Valle d'Aosta (1,4%, -0,1 p.p. tra il 2021 e il 2025) e quella minima in Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia (0,6%, variazione compresa fra 0,0 p.p. e -0,1 p.p.); tra quelle centrali (incidenza media 1,0%, invariata nel periodo considerato), il valore massimo si registra in Umbria (2,5%, +0,2 p.p.) e quello minimo in Toscana (0,7%, -0,1 p.p.); nelle Regioni meridionali (incidenza media 1,2%, stabile nel periodo), il valore massimo si registra in Calabria (2,1%, +0,1 p.p.) e quello minimo in Sicilia (0,8%, stabile).

KI 13.8. Importo medio mensile delle pensione di invalidità (IVS), variazione nominale e reale. Anni 2021-2025



Nel 2025, in Italia, l'importo medio mensile della pensione di invalidità, per i beneficiari di età compresa tra 18 e 64 anni, ammonta a € 831,8, +15,5% rispetto al 2021 (-0,2% in termini reali). A livello regionale, l'aumento massimo si è registrato in Molise (+19,5%, +3,3% in termini reali), e quello minimo in Umbria (+12,3%, -2,9 in termini reali).



Capitolo 14

L'industria delle *Life Sciences*
nell'economia italiana

Key Indicators

Sintesi

CAPITOLO 14

L'industria delle *Life Sciences* nell'economia italiana

Caforio G.¹

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-

¹ 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 occupati² (3,9% del totale del settore manifatturiero): 64.799 nel settore farmaceutico e 87.884 in quello dei DM. La produzione³ 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,

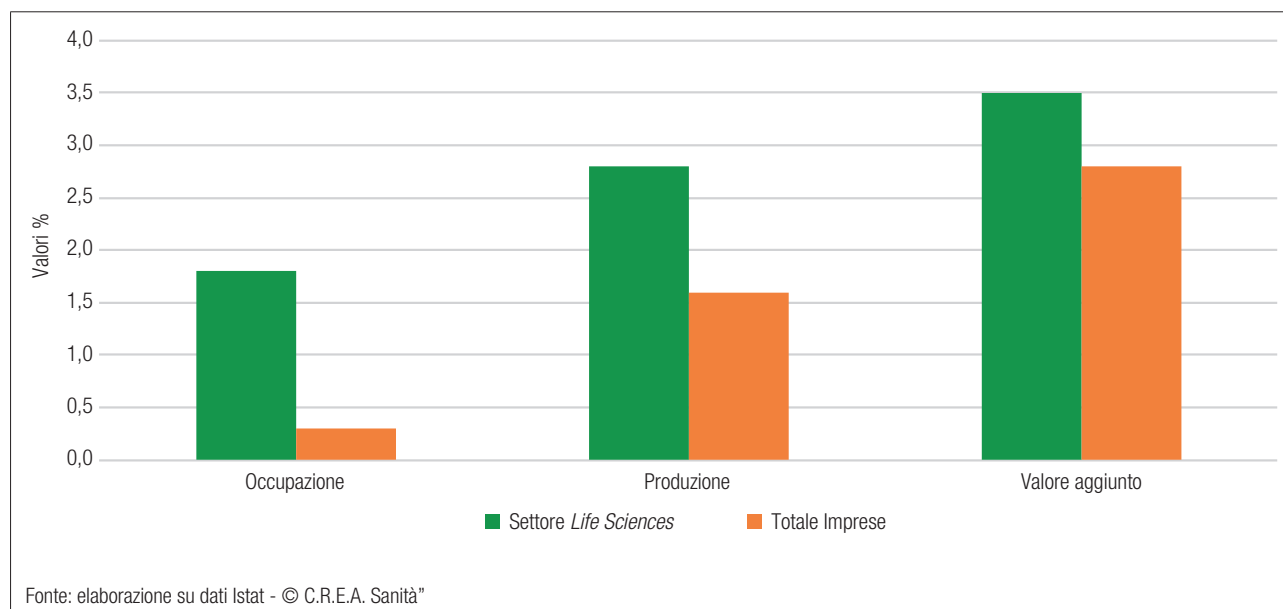
per un valore della produzione di € 56,1 mld. e un valore aggiunto per ora lavorata di € 74,4,

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



² Dati sull'occupazione non confrontabili con quelli riportati in precedenza

³ 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 14

L'industria delle *Life Sciences* nell'economia italiana

Caforio G.¹

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.

14.1. Il settore farmaceutico

Nel 2024, secondo i dati *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations* (EFPIA) 2025, il mercato farmaceutico mondiale ha raggiunto € 1.413,6 mld. (prezzi alla produzione): l'America del Nord (USA e Canada) ne rappresenta il 54,8%; segue l'Europa (22,7%), quindi Africa, Australia e Asia (escluso il Giappone) con il 14,4%, l'America Latina (4,1%) e il Giappone con il 4,0% (Figura 14.1.).

Nel periodo 2014-2024, il mercato mondiale è cresciuto del +8,1% medio annuo. Si conferma la significativa dinamica del *trend* di crescita del mercato Nord-americano, che negli ultimi dieci anni ha registrato un aumento del +10,3% medio annuo; seguono l'Europa (+6,9% medio annuo), l'America Latina (6,6%), Africa e Asia (escluso il Giappone) con il +6,5%; il Giappone ha, invece, registrato una contrazione dello -0,3% medio annuo.

Il mercato farmaceutico europeo (considerando EU-27², più Regno Unito e Svizzera) nel 2023 (ultimo anno disponibile, EFPIA 2025), ha raggiunto € 252,7 mld. (Figura 14.2.). Oltre due terzi del mercato sono rappresentati da cinque Paesi: Germania con € 53,7 mld., pari al 21,3%; seguono la Francia (€ 38,5, 15,2%), il Regno Unito (€ 34,3 mld., 13,6%), l'Italia (€ 25,4 mld., 10,1%) e la Spagna (€ 21,0 mld., 8,3%).

Nell'ultimo decennio (2013-2023), il mercato europeo è cresciuto del +5,4% medio annuo³; gli incrementi maggiori si sono registrati a Malta, Cipro e

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

³ Incremento medio annuo stimato riferito ai Paesi per i quali sono disponibili i dati sia per il 2013 sia per il 2023 (per il Lussemburgo dato non disponibile, ma nel 2023 rappresenta solo lo 0,1% del totale del mercato)

Figura 14.1. Mercato dell'industria farmaceutica nel Mondo

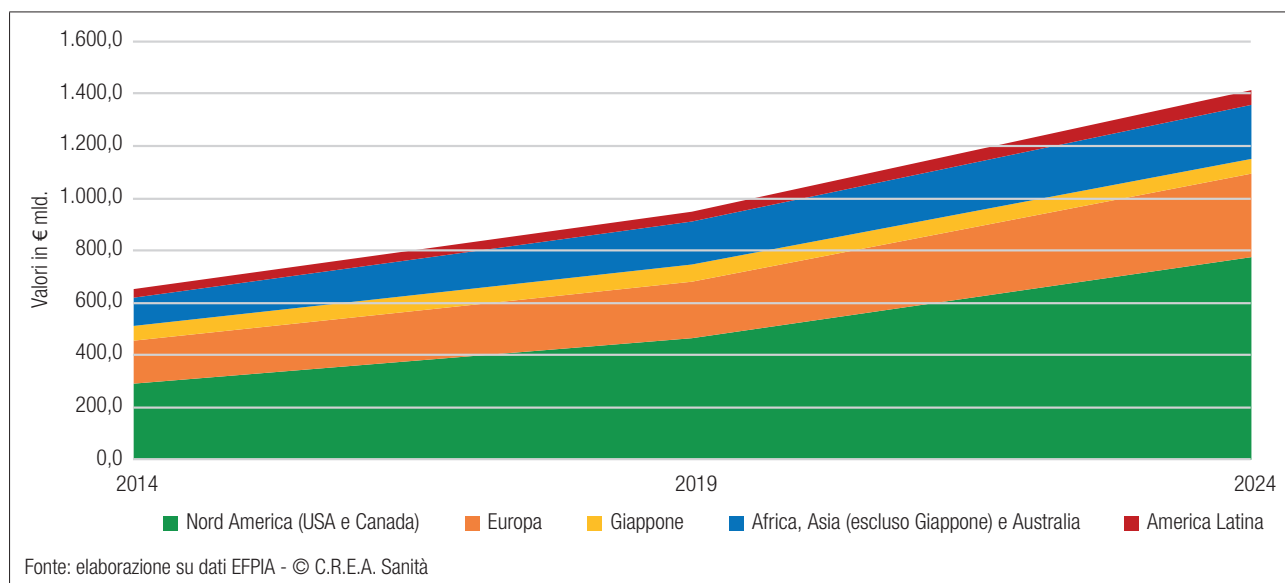
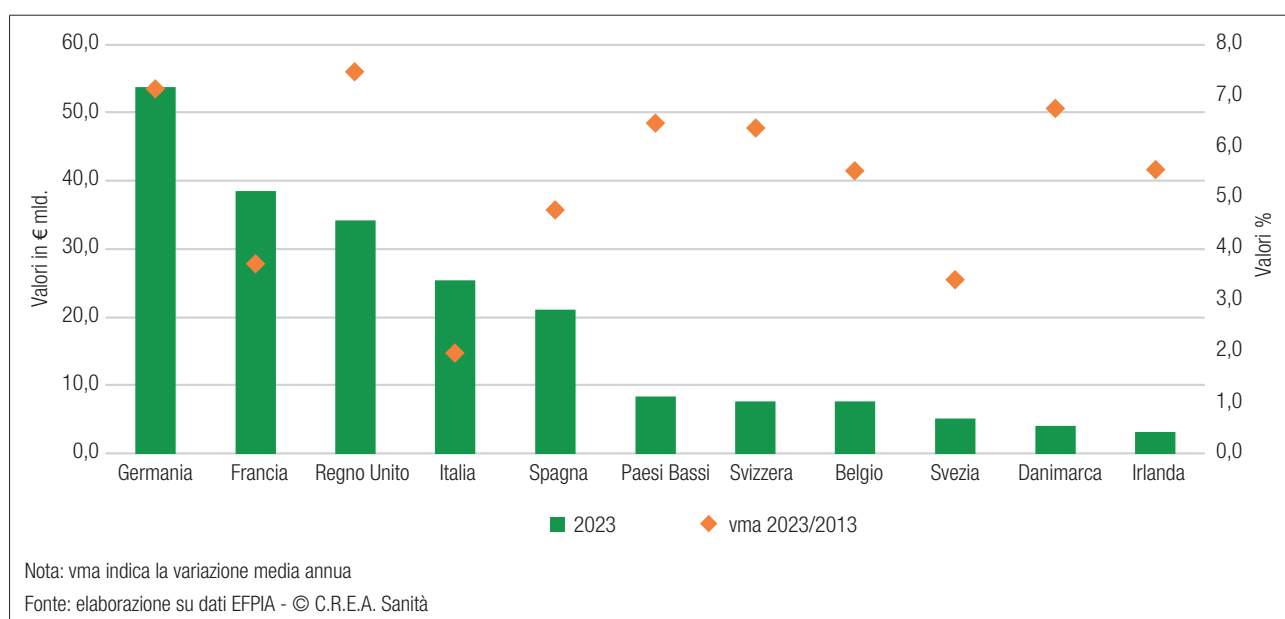


Figura 14.2. Mercato dell'industria farmaceutica in Europa



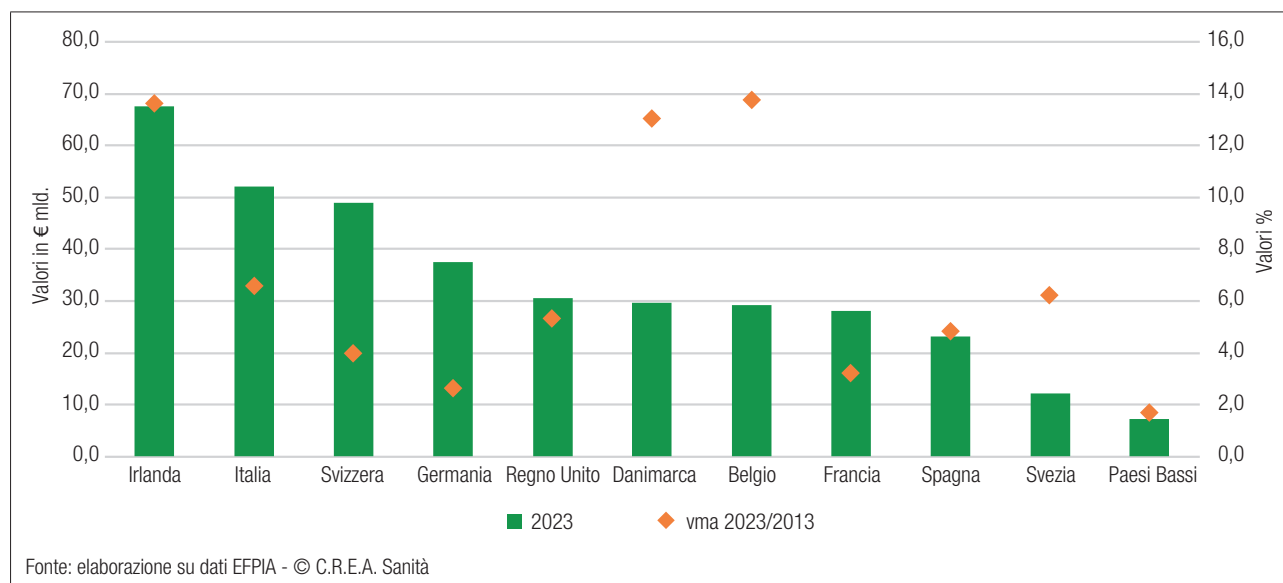
Bulgaria: rispettivamente del +9,8%, +9,3% e +8,9% medio annuo; l'Italia è il Paese che ha registrato la crescita più bassa, pari al +2,0% medio annuo.

Rapportando il valore del mercato al PIL, la Grecia ha l'incidenza maggiore (2,4%), seguita da Cipro e Croazia (1,8%); l'Italia occupa la tredicesima posizione con un valore pari all'1,2%.

Produzione

Nel 2023 (ultimo anno disponibile, EFPIA 2025), oltre due terzi del valore della produzione farmaceutica dei Paesi europei, pari a € 351,0 mld., è concentrato in cinque Paesi: Irlanda (€ 67,7 mld., 19,3%), Italia (€ 52,0 mld., 14,8%), Svizzera (€ 48,7 mld., 13,9%), Germania (€ 37,6 mld., 10,7%) e Regno Unito (30,5 mld., 8,7%).

Figura 14.3. Produzione dell'industria farmaceutica in Europa



Nell'ultimo decennio (2013-2023), la produzione europea è cresciuta in media del +6,8% medio annuo⁴; si è registrata una crescita in tutti i Paesi: l'incremento più elevato si è registrato in Slovenia (+19,8%), seguito dal Belgio (+13,8%) e dall'Irlanda (+13,6%); quello minimo in Croazia (+1,7%) (Figura 14.3.).

Secondo quanto riportato da Farminindustria, in Italia, nel 2024, si è registrata una significativa crescita della produzione farmaceutica (€ 56,1 mld, +7,9% rispetto al 2023).

Interscambio estero

Nel 2023 (ultimo anno disponibile, EFPIA 2025), i Paesi con il saldo di bilancia commerciale positivo più elevato sono Irlanda, Germania e Svizzera (rispettivamente +€ 64,8 mld., +€ 42,4 mld. e +€ 41,2 mld.); l'Italia si posiziona al settimo posto con un saldo positivo pari a +€ 10,5 mld.; Francia e Regno Unito registrano valori decisamente più contenuti (+€ 683,0 mln. e +€ 376,0 mln.); la Spagna presenta un saldo negativo pari a -€ 995 mln..

Rapportando il saldo commerciale al PIL, l'Irlanda

da scende al secondo posto con il 13,0%, preceduta dalla Slovenia (16,7%) e seguita dalla Svizzera (5,1%); l'Italia occupa la nona posizione con lo 0,5%.

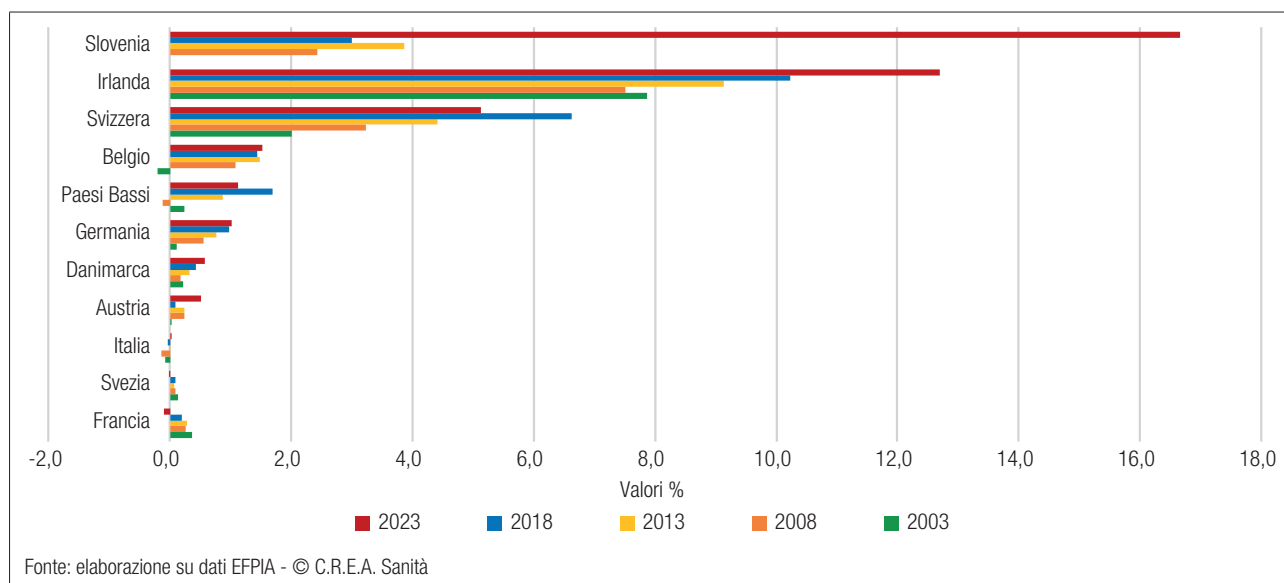
La Germania detiene la quota maggiore delle esportazioni (€ 112,2 mld.), pari al 20,0% del totale delle esportazioni europee; seguono la Svizzera con € 96,3 mld. (17,1%), il Belgio con € 77,9 mld. (13,8%) e l'Irlanda con € 77,5 mld. (13,8%).

Rapportando il valore delle esportazioni al PIL, la Slovenia è al primo posto con il 22,9%, seguita da Belgio e Svizzera con, rispettivamente, il 3,6% e il 3,3%. L'Italia si posiziona all'ottavo posto con lo 0,6%.

La Germania occupa il primo posto anche per valore delle importazioni (€ 69,8 mld.), pari al 17,2% del valore delle importazioni in Europa, seguita dal Belgio (€ 68,8 mld., 17,0%) e dalla Svizzera (€ 55,0 mld., 13,6%).

Rapportando il valore delle importazioni al PIL, come per le esportazioni, l'incidenza maggiore si registra in Slovenia con il 10,1%, seguita da Belgio e Irlanda (3,6% e 3,2%). L'Italia è ancora all'ottavo posto con l'1,1%.

⁴ Incremento medio annuo stimato riferito ai Paesi per i quali sono disponibili i dati sia per il 2013 sia per il 2023. I Paesi per cui manca il dato del 2013 rappresentano nel 2023 lo 0,5% del totale della produzione

Figura 14.4. Bilancia commerciale dell'industria farmaceutica in rapporto al PIL in Europa

Nel periodo 2013-2023, l'andamento del saldo commerciale in Europa è risultato eterogeneo: Italia, Slovenia e Irlanda hanno registrato incrementi molto elevati (rispettivamente +92,6%, +22,5% e +14,5% medio annuo); Regno Unito e Francia hanno, di contro, registrato una contrazione significativa, pari rispettivamente al -19,5% e -19,7% medio annuo.

In Italia, negli ultimi dieci anni il saldo della bilancia commerciale ha cambiato segno, era pari a -€ 15,0 mln. nel 2013, con un aumento notevole dell'*import* (+7,2% medio annuo nel periodo), ma ancora più elevato dell'*export* (+9,9% medio annuo).

Secondo i dati Farindustria, in Italia, il valore delle esportazioni dei farmaci (medicinali, vaccini e sostanze di base e altri prodotti), nel 2024, ha raggiunto € 53,8 mld.; in particolare, per i medicinali il valore dell'*export* è pari a € 47,0 mld., e quello dell'*import* a € 27,9 mld.; i vaccini valgono € 3,3 mld. in esportazione e € 1,6 mld. in importazione.

Il settore farmaceutico italiano incide per il 9,1% sull'*export* manifatturiero totale, una quota che è cresciuta di +5,6 p.p. rispetto al 2004, di cui +3,6 p.p. negli ultimi dieci anni. Le importazioni, invece, ammontano a € 42,7 mld., rappresentando il 9,0% delle importazioni del settore manifatturiero, in aumento di +2,0 p.p. rispetto al 2014 e di +4,3 p.p. rispetto al 2004 (Figura 14.4.).

Occupazione

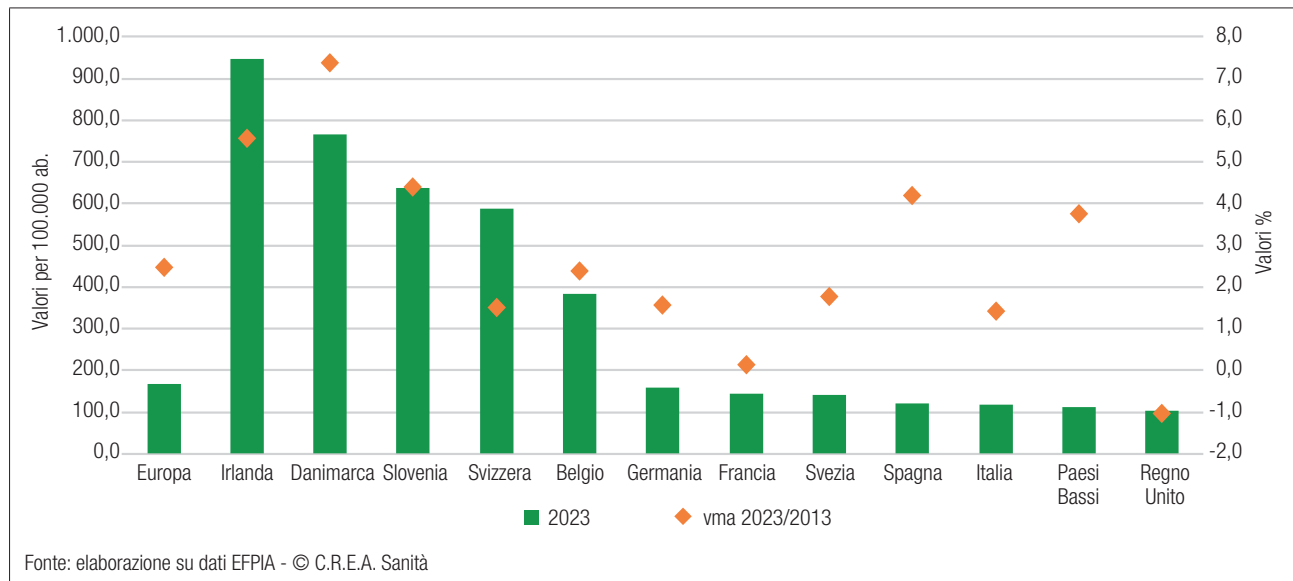
Gli occupati delle Aziende del settore farmaceutico in Europa, nel 2023 (ultimo anno disponibile, EFPIA 2025), hanno raggiunto le 888.040 unità: la Germania registra il numero più alto, pari a 132.660, seguita dalla Francia con 98.043, dall'Italia e dal Regno Unito (entrambi con 70.000 occupati nel settore).

Rapportando il numero di occupati alla popolazione, l'Irlanda è al primo posto con 946,7 occupati ogni 100.000 abitanti (ab.), seguita da Danimarca (766,9) e Slovenia (620,8); in Italia si registrano 118,7 occupati per 100.000 ab., valore che risulta inferiore a quello medio europeo, pari a 168,7 (Figura 14.5.).

In Italia, nel 2024, secondo i dati Farindustria, il numero di occupati ha raggiunto le 71.000 unità (+1,4% rispetto all'anno precedente), rappresentando l'1,2% degli occupati dell'industria e lo 0,3% degli occupati totali in Italia, con una sostanziale invarianza negli ultimi 20 anni.

Nel periodo 2013-2023, a livello europeo il tasso di occupazione per 100.000 ab. ha registrato un incremento medio annuo del +2,5%. La dinamica è eterogenea nei diversi Paesi: in Grecia si è registrato l'aumento massimo (+10,1% medio annuo), seguita da Malta (+9,0%) e Danimarca (+7,4%); la maggiore riduzione si è registrata in Slovacchia (-3,1% medio annuo). L'Italia ha fatto registrare un incremento del +1,1% medio annuo.

Figura 14.5. Tasso di occupazione in Europa



Ricerca e Sviluppo

Secondo quanto riportato da EFPIA, gli investimenti in Ricerca e Sviluppo (R&S) del settore farmaceutico, a livello mondiale (Europa, USA, Cina, e Giappone), nel 2023 (ultimo anno disponibile, EFPIA 2025), ammontano a € 143,1 mld. (Figura 14.6.). In particolare, gli USA contribuiscono per il 46,3% del totale (€ 66,2 mld.), l'Europa per il 36,6% (€ 52,4 mld.), la Cina per il 10,0% (€ 14,3 mld.) ed il Giappon-

ne per il 7,1% (€ 10,1 mld.).

Nel periodo 2010-2023, l'investimento in R&S in Europa è cresciuto meno che negli USA, con una media annua rispettivamente del +5,0% contro il +6,1%. Tuttavia, la differenza si è assottigliata negli ultimi anni grazie alla forte accelerazione europea, che ha registrato un incremento medio annuo del +10,9% nel periodo 2020-2023, a fronte del +1,3% degli USA.

Figura 14.6. R&S nell'industria farmaceutica nel Mondo

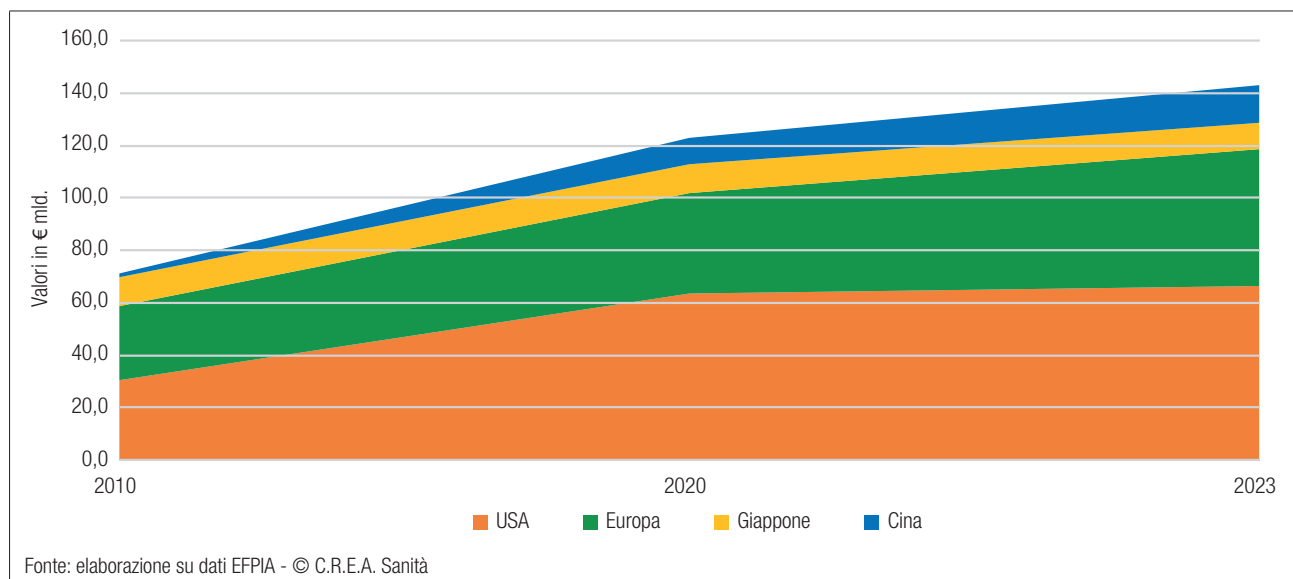
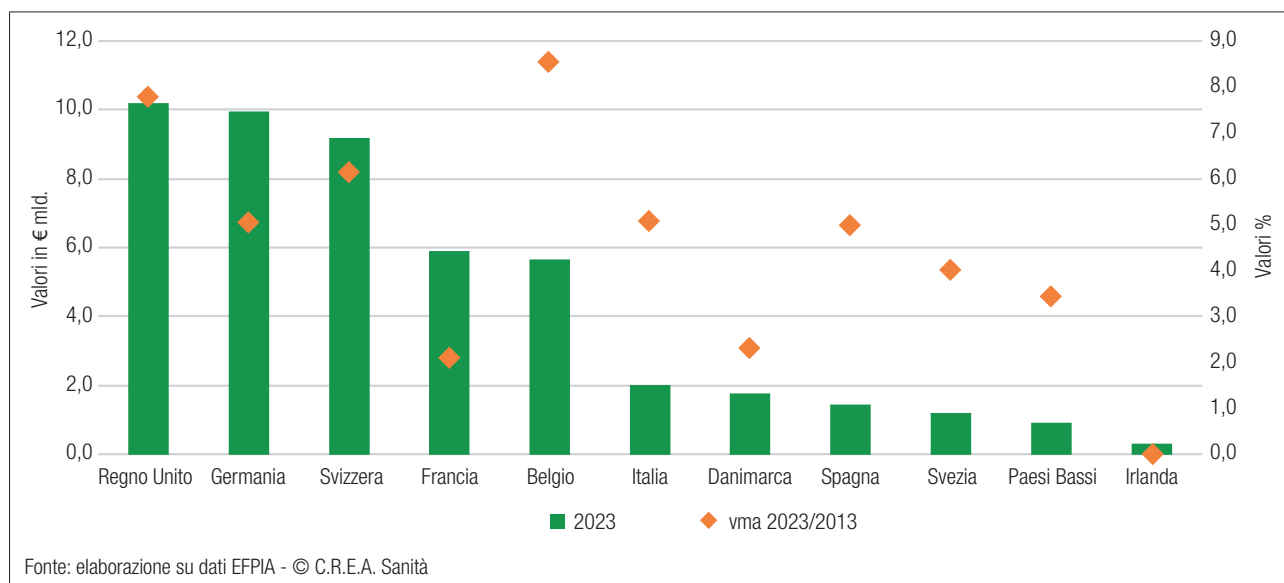


Figura 14.7. R&S nell'industria farmaceutica in Europa



La Cina ha registrato un aumento medio annuo nel periodo 2010-2023 del +19,1%, ed è oggi il terzo investitore mondiale davanti al Giappone, il quale ne ha subito una contrazione (-0,6% medio annuo).

A livello europeo (Figura 14.7.), circa l'80% degli investimenti in R&S si concentra in cinque Paesi: Regno Unito con il 19,4% (€ 10,2 mld.), seguito da Germania con il 19,0% (€ 9,9 mld.), Svizzera con il 17,5%

(€ 9,2 mld.), Francia con l'11,3% (€ 5,9 mld.) e infine il Belgio con il 10,8% (€ 5,7 mld.). L'Italia si posiziona al sesto posto con una quota del 3,8% (€ 2,0 mld.).

Rapportando gli investimenti in R&S al PIL, la Svizzera sale al primo posto con una incidenza dell'1,4%, seguita dal Belgio con lo 0,9% e dalla Slovenia con lo 0,5%; l'Italia registra un valore pari allo 0,1%, occupando l'ottava posizione.

Figura 14.8. Mercato mondiale dell'industria dei DM

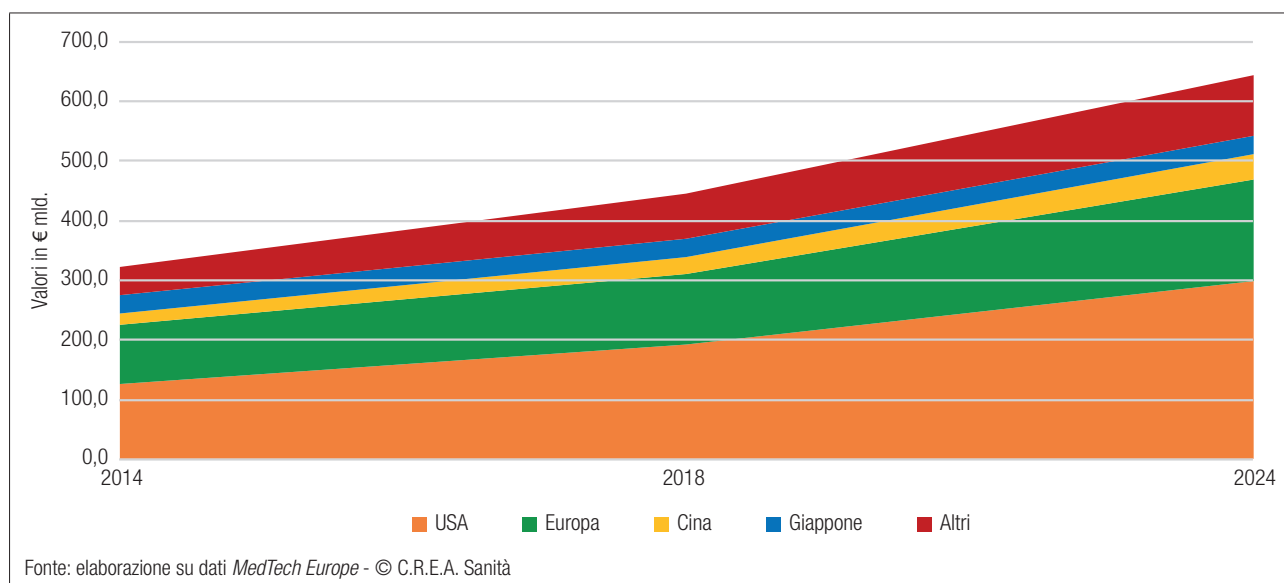
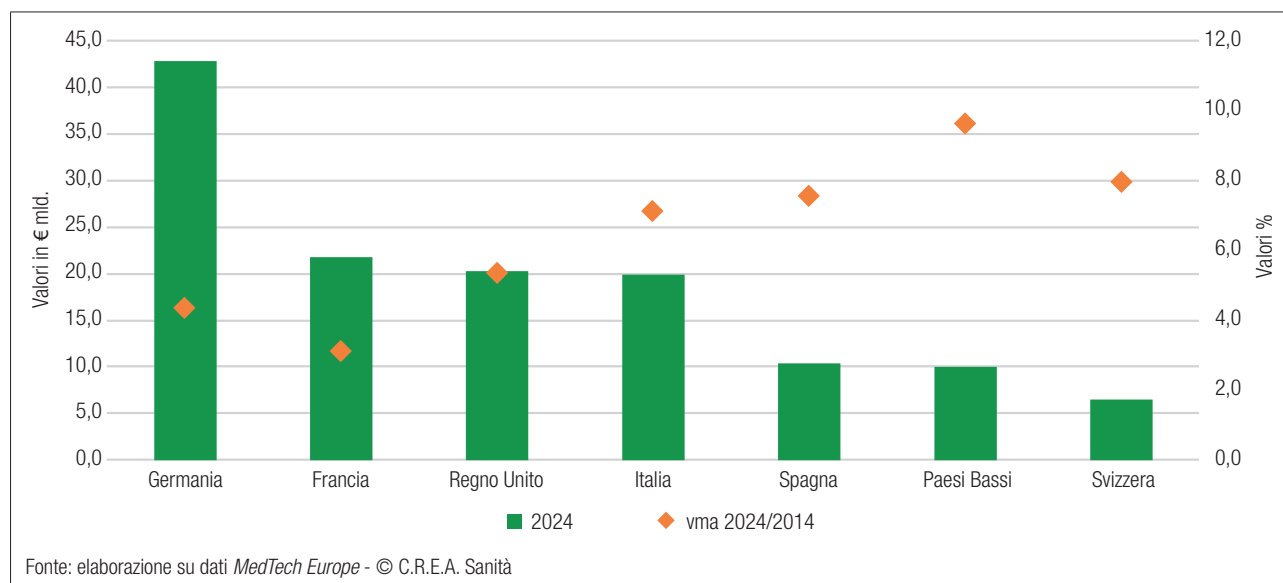


Figura 14.9. Mercato europeo dell'industria dei DM



14.2. I Dispositivi Medici

Il mercato mondiale dei DM (Figura 14.8.) vale, nel 2024, € 643,9 mld. (*MedTech Europe*, 2025): gli USA si confermano il principale mercato, con un valore di € 298,8 mld. (46,4% del mercato mondiale), seguiti dall'Europa (€ 170,0 mld., 26,4%), la Cina (€ 41,9 mld., 6,5%) e il Giappone (€ 30,3 mld., 4,7%).

Nell'ultimo decennio (2014-2024), a fronte di una crescita media annua del mercato mondiale pari al +7,2%, gli USA hanno registrato l'incremento più elevato (+9,0% medio annuo), seguiti dalla Cina (+8,0%) e dall'Europa (+5,4%). Il Giappone, invece, analogamente a quanto osservato per il settore farmaceutico, ha registrato un aumento modesto, pari al +0,4% medio annuo.

A livello europeo (Figura 14.9.), circa due terzi del mercato sono riferibili a quattro Paesi: Germania (25,2%, per un valore di € 42,8 mld.), seguita dalla Francia (12,8%, € 21,8 mld.), dal Regno Unito (11,9%, € 20,2 mld.) e dall'Italia (11,7%, € 19,9 mld.).

Negli ultimi dieci anni, l'Italia ha registrato un aumento del proprio mercato del +7,1% medio annuo, superiore a quello medio europeo (+5,4%), preceduta solo da Olanda (+9,6%), Svizzera (+8,0%) e Spagna (+7,6%).

Per quanto riguarda il mercato europeo dei Dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD), nel 2023

(*MedTech Europe*, 2025), l'Italia rappresenta il terzo mercato europeo, con una quota del 13,8%, preceduta solo da Germania (18,9%) e Francia (16,1%).

Rispetto al 2014, le posizioni del *ranking* rimangono invariate, tuttavia l'incidenza dei mercati di Germania, Francia e Italia si è ridotta (rispettivamente -1,1 p.p., -0,9 p.p. e -2,2 p.p.), a fronte di una crescita di quelli del Regno Unito, Spagna e Svizzera (+2,4 p.p., +2,0 p.p. e +1,0 p.p. rispettivamente).

Rapportando il valore del mercato al PIL, la Germania rimane al primo posto con l'1,0%, seguita da Italia e Paesi Bassi, entrambi con lo 0,9%.

Interscambio estero

Nel 2024, secondo *MedTech Europe*, analogamente a quanto registrato nel settore farmaceutico, Irlanda e Germania, sono i Paesi che registrano i più alti saldi positivi della bilancia commerciale (rispettivamente +€ 13,9 mld. e +€ 11,6 mld.), seguiti dall'Olanda (€ +6,7 mld.) e dalla Svizzera (€ +6,7 mld.). L'Italia (-€ 2,6 mld.), la Spagna (-€ 4,3 mld.), la Francia (-€ 4,4 mld.) e il Regno Unito (-€ 4,6 mld.) registrano un saldo negativo della bilancia commerciale (Figura 14.10.).

Rapportando il saldo commerciale al PIL, l'incidenza maggiore è quella dell'Irlanda (2,6%), seguita da Svizzera e Paesi Bassi (rispettivamente 0,8% e 0,6%).

Figura 14.10. Bilancia commerciale dell'industria dei DM in rapporto al PIL in Europa

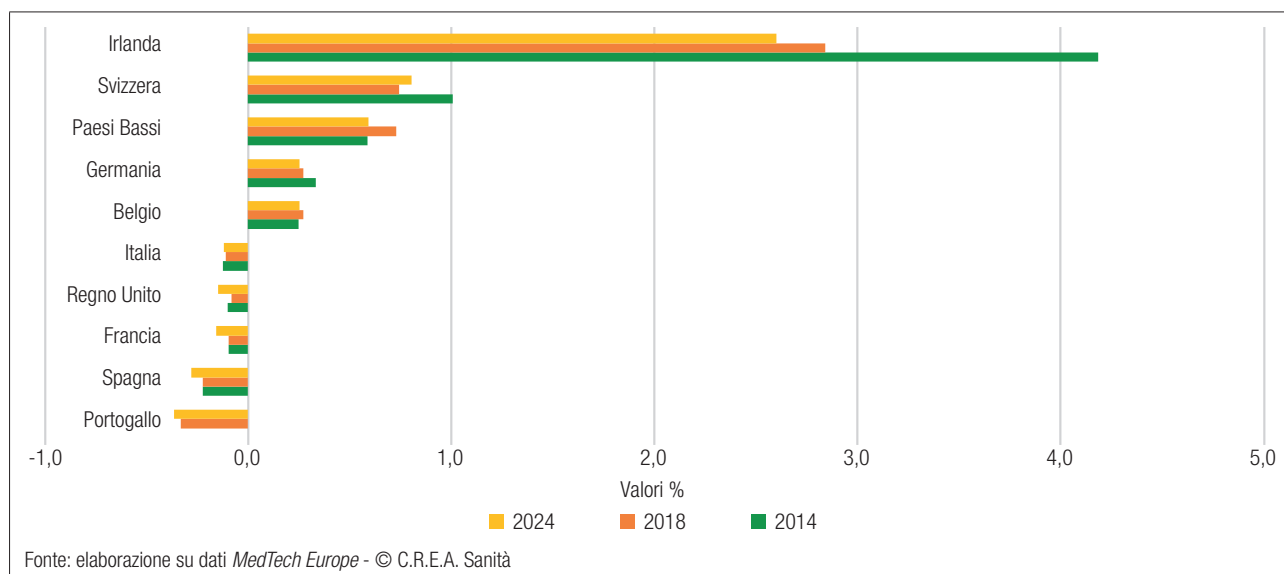
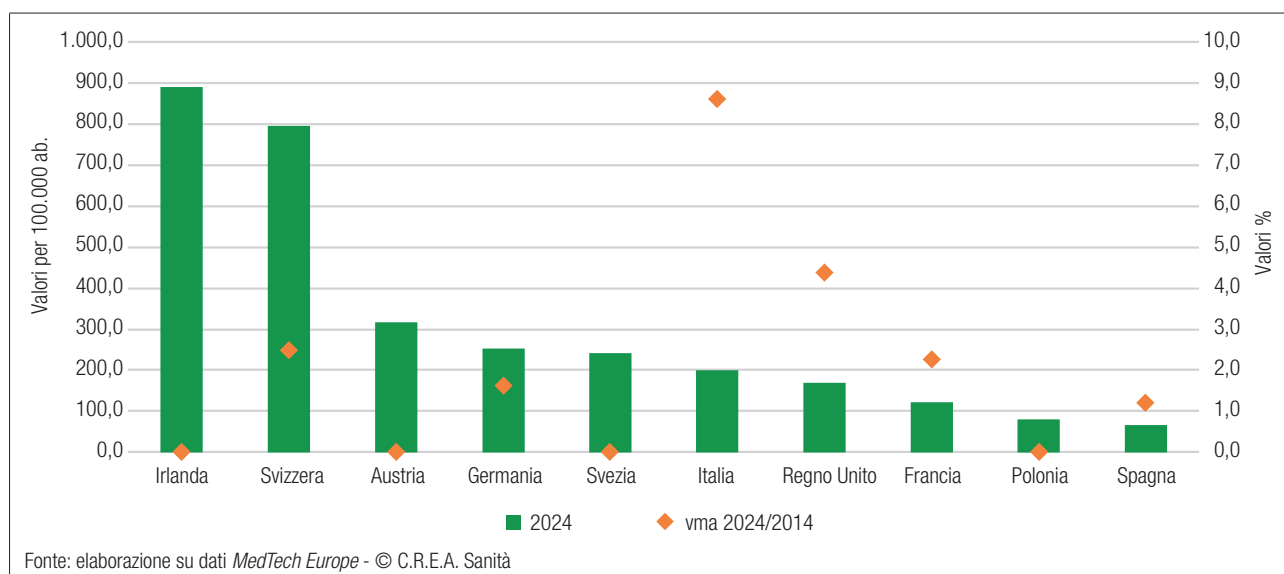


Figura 14.11. Tasso di occupazione nell'industria dei DM in Europa



Occupazione

In Europa, nel 2024, secondo *MedTech Europe* si contano oltre 930.000 occupati nel settore dei DM: la Germania è il Paese con il numero maggiore (212.100), seguita da Italia (117.607), Regno Unito (117.200), Francia (84.000) e Svizzera (71.700). I posti di lavoro nell'industria dei DM in Europa rappresentano in media lo 0,3% dell'occupazione totale; in Italia, rappresentano l'1,9% degli occupati dell'industria (+1,0 p.p. rispetto al 2014) e lo 0,4% degli occupati totali (+0,2 p.p.).

Negli ultimi dieci anni, a livello europeo si è registrato un incremento medio annuo degli occupati del +4,9%: l'Italia ha registrato quello maggiore (+8,6%), registrando un aumento quasi doppio rispetto a quello medio europeo, seguita da Regno Unito (+5,1%) e Svizzera (+3,5%).

Rapportando il numero degli occupati alla popolazione, l'Irlanda registra il tasso più alto, pari a 892,1 addetti ogni 100.000 ab., seguita da Svizzera e Austria (rispettivamente 796,2 e 316,4); l'Italia è sesta, con 199,5 occupati ogni 100.000 ab. (Figura 14.11.)

Ricerca e Sviluppo

Secondo *MedTech Europe*, la spesa per R&S delle Aziende che producono tecnologie medicali (DM, IVD e tecnologie digitali - *Digital Therapeutics*), è stimata intorno all'8% del valore delle vendite.

In Italia, secondo Confindustria DM, nel 2023, il settore dei DM ha investito in R&S € 1,0 mld., in aumento del +1,4% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

14.3. Occupati, produzione e valore aggiunto del settore *Life Sciences*

A seguire si descrivono i risultati di un primo tentativo di ricostruzione di produzione, valore aggiunto e occupati riferibili al settore delle *Life Sciences*.

Nel settore comprendiamo le Imprese e Strutture coinvolte nella produzione di beni di natura sanitaria (farmaci, DM e loro manutenzione), nella loro distribuzione commerciale (all'ingrosso, 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).

Le elaborazioni sono state sviluppate sulla base delle risultanze dei Conti Economici delle Imprese.

In particolare, per quanto riguarda la produzione sono stati considerati i seguenti codici ATECO (Attività ECONomiche):

- settore farmaceutico: codice ATECO 21
- comparto dei DM: codici ATECO 26.60 e 32.50
- i servizi di manutenzione, riparazione e assistenza tecnica, che garantiscono la sicurezza e l'efficacia dei DM nel tempo: codice ATECO 33.13.

Per quanto riguarda il commercio sono stati considerati i seguenti codici ATECO:

- intermediari del commercio di prodotti farmaceutici, sanitari, medicinali, chirurgici e ortopedici: codice ATECO 46.18
- commercianti all'ingrosso di medicinali e di

articoli medicali e ortopedici: codice ATECO 46.46

- i commercianti al dettaglio di medicinali (farmacie) e di articoli medicali e ortopedici: codici ATECO 47.73 e 47.74.

Per l'assistenza sanitaria (servizi ospedalieri, studi di medici di medicina generale e specialistici, attività degli studi odontoiatrici e di laboratori di analisi cliniche, laboratori radiografici ed altri centri di diagnostica per immagini, di fisioterapisti, psicologi ecc.) si fa riferimento al codice ATECO 86.

Infine, per il comparto sociale (servizi forniti dalle Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani, dalle Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili e per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti il riferimento è al codice ATECO 87 e per l'assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili al codice ATECO 88.10.

Premettendo che nei codici prescelti sono ricompresi sottosettori non pertinenti, dei quali non è stato possibile depurare il totale, sulla base dei criteri sopra esposti, nel 2023 l'industria medica (lato produzione) conta 152.683 occupati⁵ (3,9% del totale della manifattura) (codice ATECO C): 64.799 nel settore farmaceutico e 87.884 in quello dei DM, con un'occupazione stabile rispetto all'anno precedente. La produzione⁶ dell'industria farmaceutica ammonta a € 29,2 mld., in aumento del +2,5% rispetto al 2022, mentre quella dell'industria DM è pari a € 15,6 mld. (in flessione dello -0,6%), per un totale dell'industria medica di € 44,8 mld. (+1,4%). Il valore aggiunto per ora lavorata nel segmento farmaceutico risulta pari a € 102,6 (+5,0% rispetto all'anno precedente), significativamente superiore alla media manifatturiera (€ 55,4, +2,6% rispetto al 2022); nel comparto DM è invece pari a € 52,4 (+4,0%), leggermente al di sotto della media, a fronte di un valore complessivo dell'industria medica di € 77,2 (+4,7%).

Il comparto commerciale conta 252.078 occupati (7,3% del totale del codice ATECO G, in aumento del +1,3% rispetto al 2022); la produzione complessiva

⁵ Dati sull'occupazione non confrontabili con quelli riportati nei paragrafi precedenti

⁶ Dati sulla produzione non confrontabili con quelli riportati nei paragrafi precedenti

risulta pari a € 34,9 mld. (in crescita del +2,5%), con un valore aggiunto per ora lavorata di € 74,7 (-1,4%).

L'assistenza sanitaria impiega 638.899 occupati (+2,5% rispetto al 2022), per un valore della produzione di € 56,1 mld. (+5,8%) e un valore aggiunto per ora lavorata di € 74,4 (+5,9%).

Per l'assistenza sociale, nel 2023, si registrano 311.872 occupati, in crescita del +5,7% rispetto al 2022, per una produzione complessiva di € 14,1 mld. (+9,7%) e un valore aggiunto per ora lavorata di € 20,0 (+2,5%).

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).

Suddividendo il periodo 2008-2023 in quinquenni, emerge un andamento del settore *Life Sciences* in controtendenza rispetto a quello del totale delle Imprese: nel periodo 2008-2013, in termini di occupazione, la quota di occupati nelle Imprese del settore sul totale degli occupati delle Imprese è cresciuta di +0,7 p.p.; analogamente, in termini di produzione si è registrato un aumento di +0,8 p.p. e in termini di valore aggiunto di +1,1 p.p..

Anche nel periodo 2013-2018 il settore cresce maggiormente del totale delle Imprese: +0,6 p.p. in termini di occupati, +0,4 p.p. in termini di produzione e +0,2 p.p. in termini di valore aggiunto.

Nell'ultimo quinquennio, invece, le Imprese del settore *Life Sciences* hanno registrato una riduzione dell'incidenza sul totale delle Imprese in termini di valore della produzione e valore aggiunto: rispettivamente pari a -0,4 p.p. e -0,6 p.p.; cresce, invece, ancora l'incidenza degli occupati, +0,2 p.p..

14.4. Riflessioni finali

Gli indicatori proposti, descrittivi dell'evoluzione dell'industria delle *Life Sciences*, dimostrano come il settore sia strategico per l'economia italiana e, in generale, per i Paesi ad economia sviluppata.

L'Italia rappresenta uno dei principali Paesi di produzione a livello mondiale, con una quota in Europa del 10,7% nel settore dei farmaci.

Complessivamente, il mercato italiano nei due settori citati è rilevante: quello farmaceutico nel 2023 vale € 25,4 mld., e quello dei DM si attesta a € 19,9 mld., entrambi in crescita negli ultimi anni.

I due settori generano da soli 180.000 occupati; considerando anche il comparto del commercio e gli occupati nelle Imprese *Life Sciences*, il numero di addetti raggiunge 1,3 mln., con un valore aggiunto complessivo pari a € 75,1 mld..

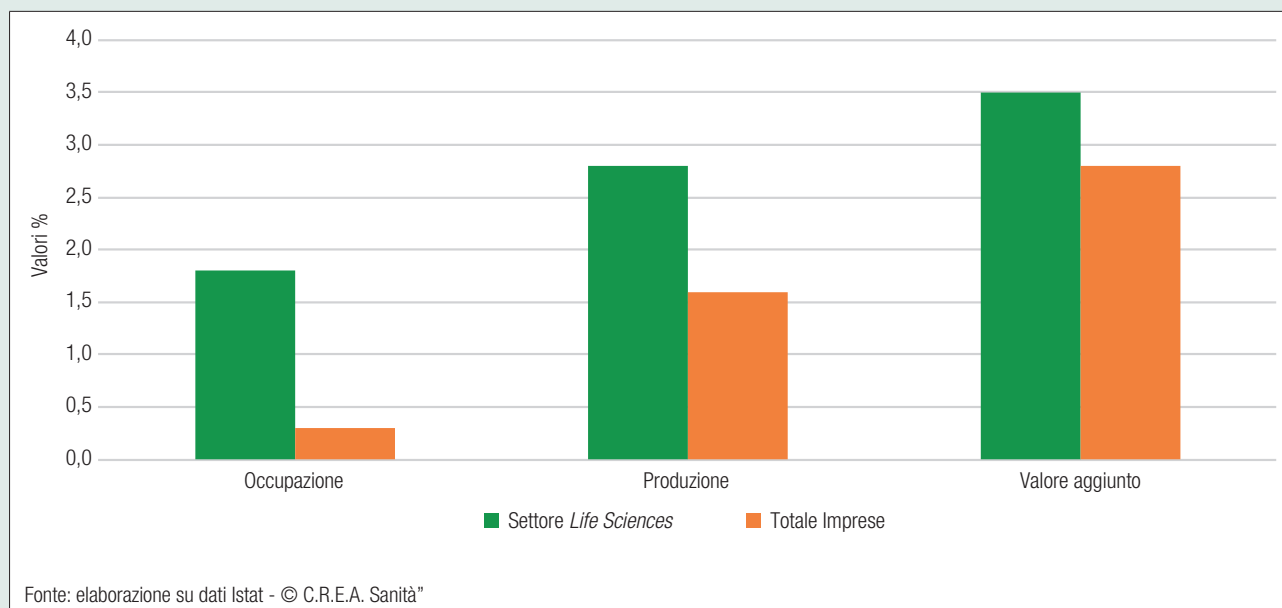
Per quanto concerne l'interscambio estero, si registra un saldo della bilancia commerciale italiana positivo per il settore farmaceutico (+€ 10,5 mld.), ma negativo per quello DM (-€ 2,6 mld.).

In termini di occupati, l'Italia risulta il terzo Paese in Europa per addetti nell'industria farmaceutica (70.000 occupati). Nel settore dei DM occupa la seconda posizione, con 117.607 unità. 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 definitiva, la descrizione del valore del settore, pur descritto con pochi essenziali indicatori, sollecita una maggiore attenzione al coordinamento fra politiche assistenziali e industriali.

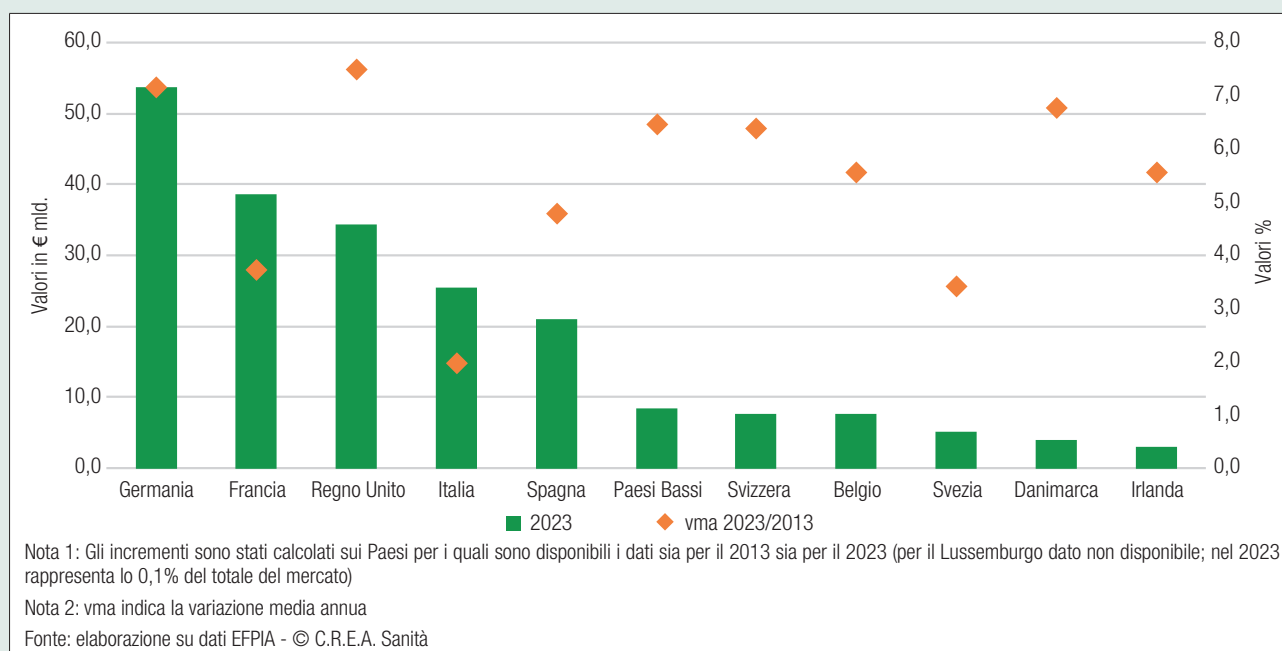
Riferimenti bibliografici

- [1] Confindustria Dispositivi Medici, Il settore in numeri (anni vari)
- [2] Confindustria, Position paper "La prosperità dell'Italia passa dal settore salute". Anno 2020
- [3] Istat, Conti economici delle imprese e dei gruppi di impresa (anni vari)
- [4] Farminindustria, Indicatori farmaceutici (anni vari)
- [5] MedTech Europe, The European Medical Technology Industry in figures, Facts and Figures (anni vari)
- [6] EFPIA, The Pharmaceutical Industry in Figures (anni vari)

KI 14.1. Incremento medio annuo 2008-2023 di occupazione, produzione e valore aggiunto nel settore *Life Sciences*

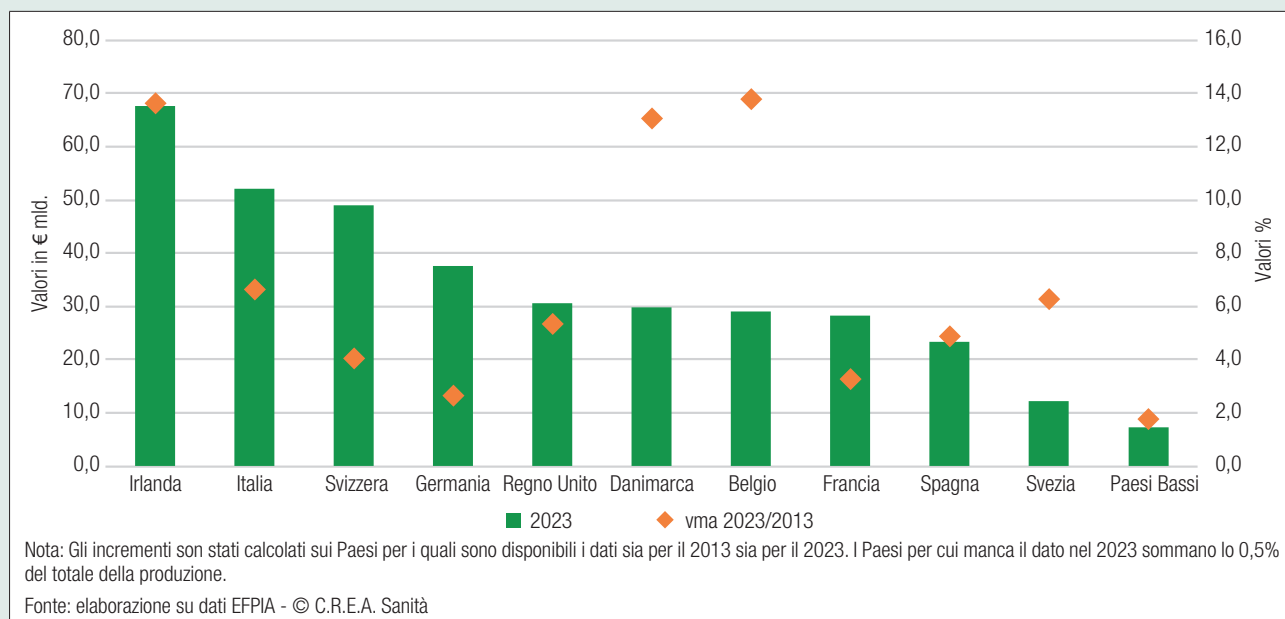
Nel periodo 2008-2023, le Imprese delle *Life Sciences* hanno registrato un aumento dell'occupazione del +1,8% medio annuo, superiore a quello medio della media delle Imprese (+0,3% medio annuo); anche in termini di produzione e di valore aggiunto gli incrementi sono stati superiori (rispettivamente +2,8% medio annuo vs +1,6% e +3,5% medio annuo vs +2,8%). Nel periodo considerato, l'incidenza delle Imprese del settore *Life Sciences* sul totale 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. di valore aggiunto.

KI 14.2. Mercato dell'industria farmaceutica in Europa



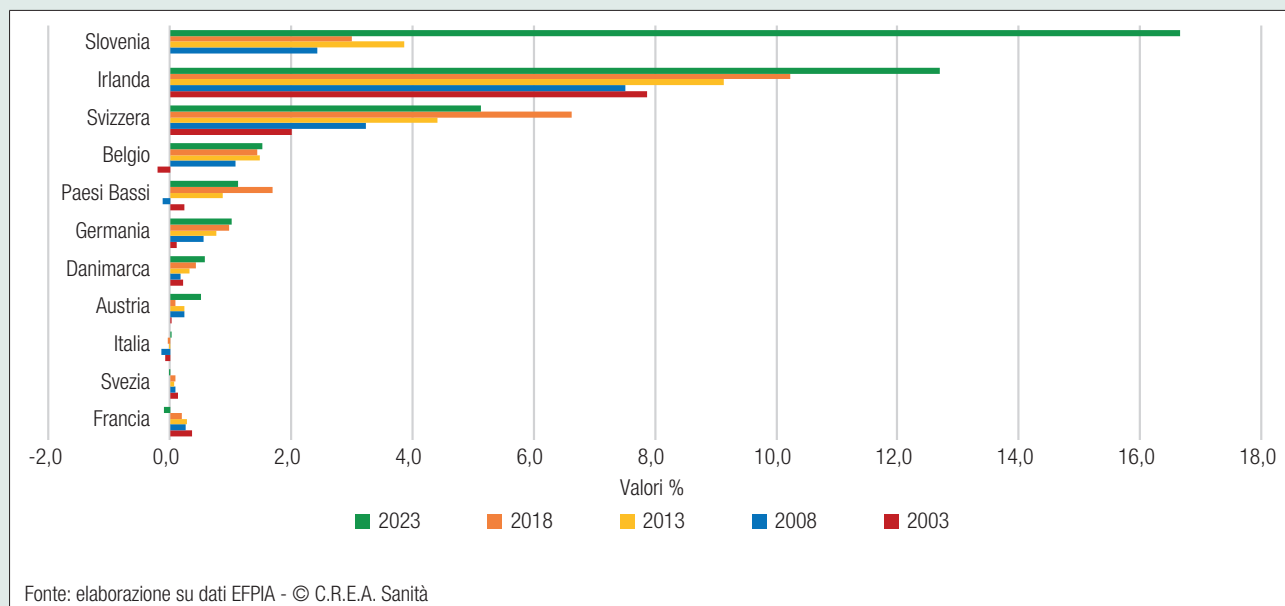
Nel 2023, il valore del mercato farmaceutico in Europa (EU-27, Regno Unito e Svizzera) è pari a € 260,3 mld., in aumento del +5,4% medio annuo negli ultimi 10 anni. La Germania rappresenta il 20,6% del mercato europeo (€ 53,7 mld., +7,1% medio annuo nel periodo considerato), seguita dalla Francia (14,8%, € 38,5 mld., +3,7% medio annuo) e dal Regno Unito (13,1%, € 34,3 mld., +7,5% medio annuo). Nel decennio si è verificato un incremento del mercato in tutti i Paesi, quello massimo a Malta (+9,8% medio annuo), quello minimo in Italia (+2,0%).

KI 14.3. Produzione dell'industria farmaceutica in Europa



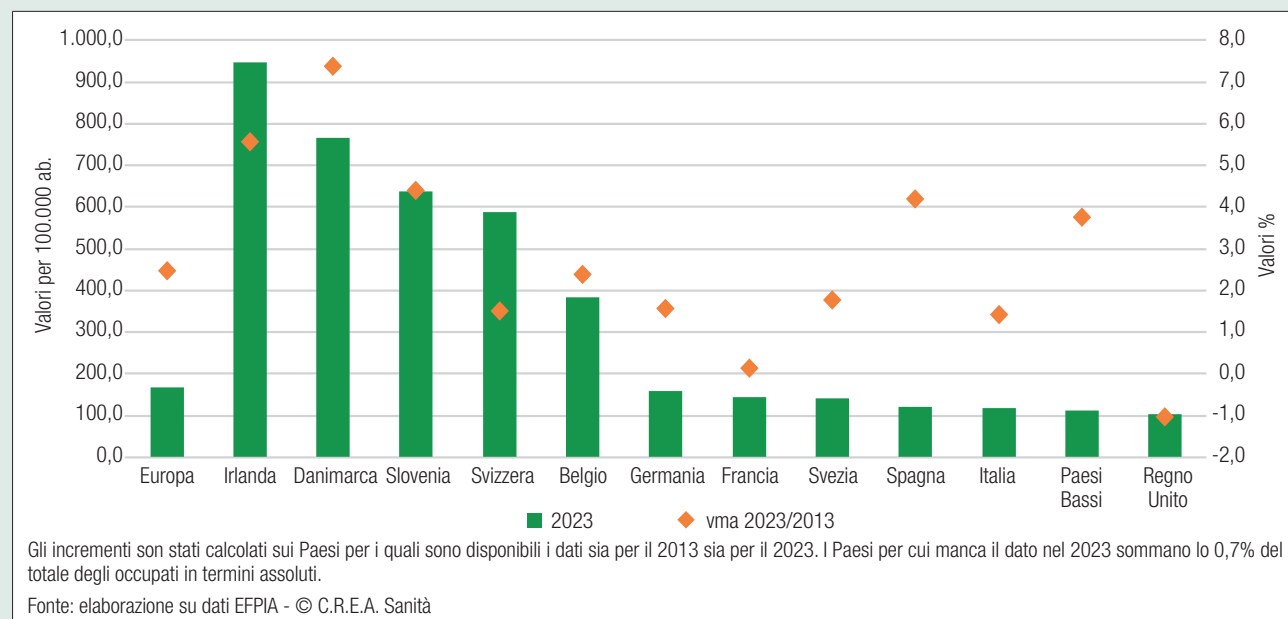
Nel 2023, il valore della produzione farmaceutica in Europa (EU-27, Regno Unito e Svizzera) è pari a € 399,8 mld., in aumento del +6,8% medio annuo negli ultimi 10 anni. L'Irlanda rappresenta il 16,9% della produzione europea (€ 67,7 mld., +13,6% medio annuo nel periodo considerato), seguita dall'Italia (13,0%, € 52,0 mld. in crescita del +6,6% medio annuo), e dalla Svizzera (12,2%, € 48,7 mld., +4,0 medio annuo). Nel decennio si è verificato un incremento della produzione in tutti i Paesi, quello massimo in Slovenia (+19,8% medio annuo), quello minimo in Croazia (+1,7% medio annuo).

KI 14.4. Bilancia commerciale dell'industria farmaceutica in rapporto al PIL in Europa



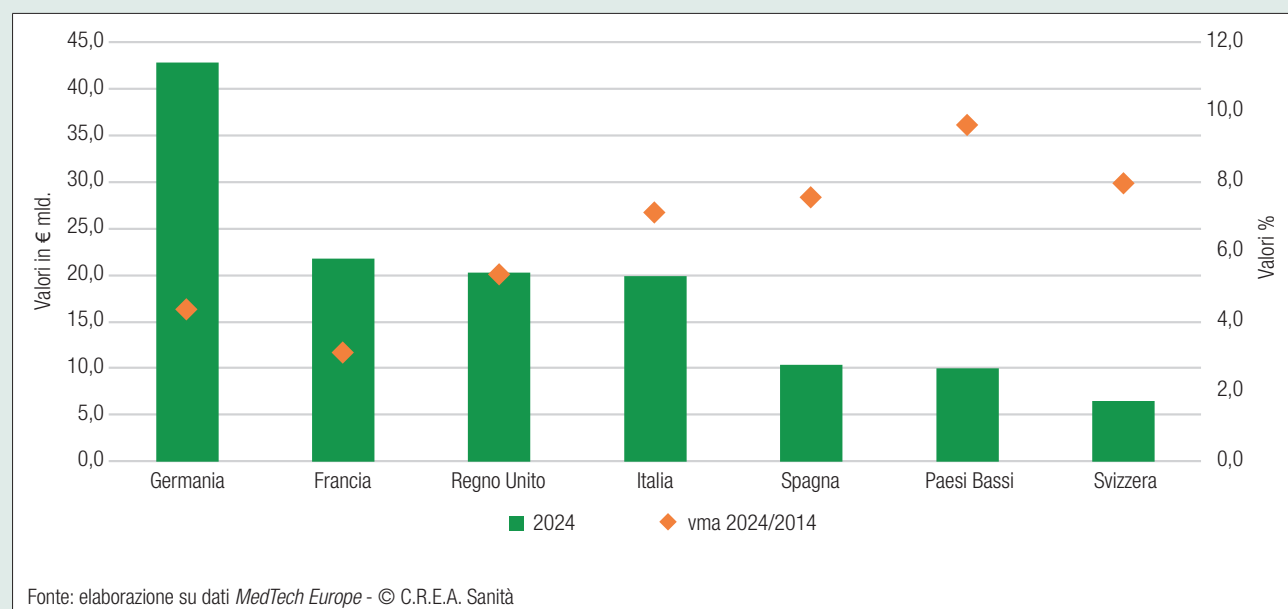
Nel 2023, in Europa (EU-27, Regno Unito e Svizzera), la Slovenia è il Paese che registra l'incidenza maggiore sul PIL del saldo positivo della bilancia commerciale: 16,7%, in aumento di 12,8 p.p. nell'ultimo decennio; l'Estonia registra l'incidenza peggiore sul PIL: -1,6% (-0,3 p.p. nel decennio). Nel periodo considerato, l'andamento in Europa è eterogeneo: la Slovenia ha registrato l'aumento massimo in rapporto al suo PIL (+12,8 p.p.) e Malta la riduzione massima (-1,7 p.p.).

KI 14.5. Tasso di occupazione nell'industria farmaceutica in Europa



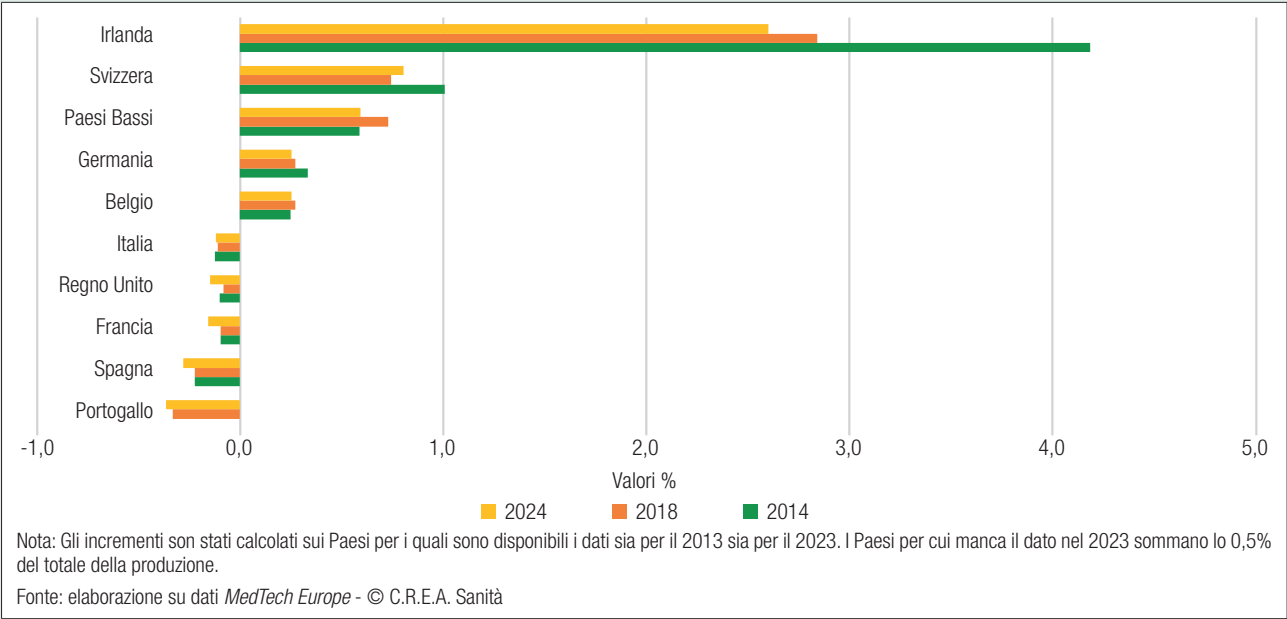
Nel 2023, in Europa (EU-27, Regno Unito e Svizzera), il tasso di occupazione nell'industria farmaceutica risulta pari a 168,7 unità per 100.000 abitanti (ab.), in aumento del +2,5% nell'ultimo decennio. L'Irlanda è il Paese con il tasso più elevato (946,7, +5,6% medio annuo nel periodo considerato), seguita da Danimarca (766,9, +7,4%) e Slovenia (638,2, +4,4% medio annuo). La dinamica è eterogenea nei diversi Paesi: in Grecia si è registrato l'aumento massimo (+10,1% medio annuo); in Slovacchia la massima riduzione (-3,1% medio annuo). L'Italia si attesta 118,7 unità per 100.000 ab. (+1,4% medio annuo), al di sotto della media europea del -29,3%.

KI 14.6. Mercato dell'industria dei DM in Europa



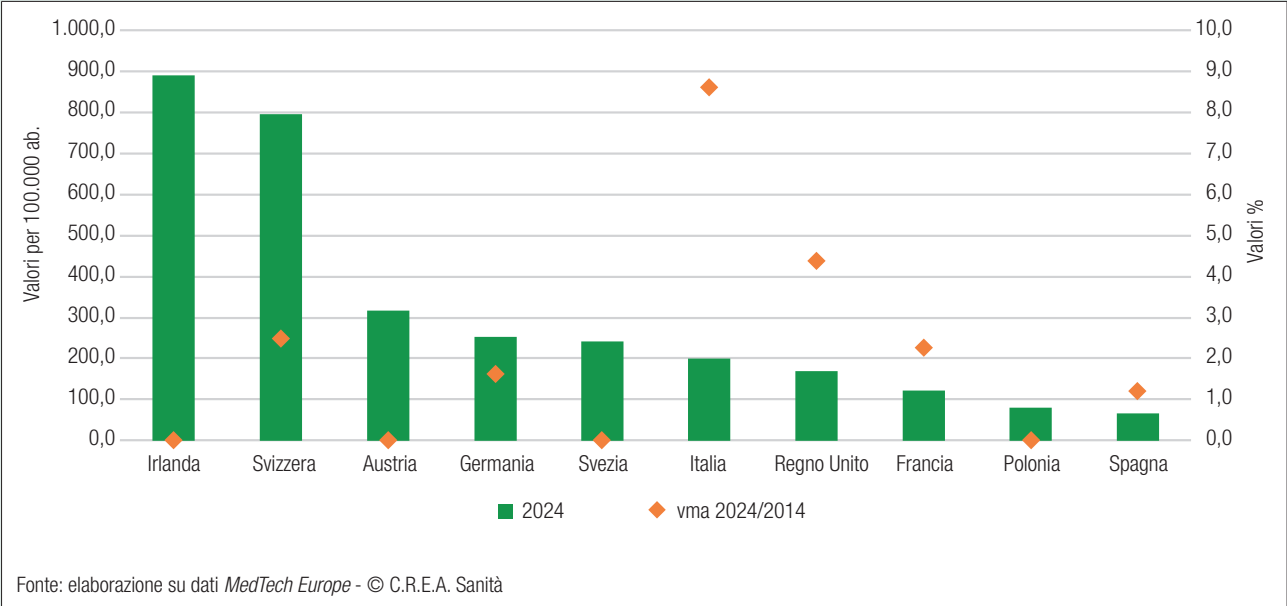
Nel 2024, in Europa, il mercato dei DM vale € 170,0 mld. (in aumento del +5,4% medio annuo nell'ultimo decennio), pari al 26,4% del mercato mondiale (in crescita del +7,2% medio annuo nel periodo considerato). Il mercato più grande è quello della Germania (€ 42,8 mld., 25,2% del mercato europeo), seguita dalla Francia (€ 21,8 mld., 12,8%), dal Regno Unito (€ 20,2 mld., 11,9%) e dall'Italia (€ 19,9 mld., 11,7%). Nel periodo considerato, si registra un incremento del mercato in tutti i Paesi: i Paesi Bassi registrano quello massimo (+9,6% medio annuo).

KI 14.7. Bilancia commerciale dell'industria dei DM in rapporto al PIL in Europa



Nel 2024, in Europa, l'Irlanda è il Paese con la massima incidenza del saldo positivo di bilancia commerciale sul PIL (2,6%), in diminuzione di -1,6 p.p. nell'ultimo decennio; il Portogallo è il Paese che registra il saldo peggiore in rapporto al PIL: -0,4% (-0,3 p.p. nel decennio). Nel periodo considerato, il massimo incremento dell'incidenza si è registrato in Polonia (+0,1 p.p.), la massima riduzione in Irlanda, pari a -1,6 p.p..

KI 14.8. Tasso di occupazione nell'industria dei DM in Europa



Nel 2024, in Europa, l'Irlanda è il Paese con il tasso di occupazione nell'industria dei DM più elevato, pari a 892,1 per 100.000 ab., seguita dalla Svizzera (796,2 per 100.000) e Austria (316,4). Nell'ultimo decennio, l'aumento è comune a tutti i Paesi: in Italia si è registrato l'aumento massimo (+8,6% medio annuo), in Spagna quello minimo (+1,2% medio annuo).



Capitolo 15

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**

Sintesi

CAPITOLO 15a

L'assistenza sanitaria per la Salute Mentale in Italia

d'Angela C.¹

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

¹ 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 15a

L'assistenza sanitaria per la Salute Mentale in Italia

d'Angela C.¹

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la Salute Mentale come “uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità” (*World Health Organization, Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*).

Sono affette da problemi di Salute Mentale 1,1 mld. di persone, con una incidenza del 13% sulla popolazione mondiale (*World Mental Health Report 2025 – WHO*).

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* [3], 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'OMS stima che entro il 2030 la depressione e gli altri problemi di Salute Mentale saranno le patologie più diffuse a livello globale.

Il presente contributo si pone l'obiettivo di valutare lo “stato” dell'assistenza sanitaria relativo 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 in rapporto agli esiti in termini di Salute Mentale prodotti/percepiti.

15a.1. Offerta e struttura dei servizi

Strutture

L'analisi effettuata avvalendosi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)², per il 2023 registra, in Italia, 3.402 Strutture psichiatriche pubbliche e private accreditate (6,8 ogni 100.000 abitanti (ab.)), di cui 1.109 servizi territoriali (2,2 ogni 100.000 ab.), 1.636 Strutture residenziali (3,3 ogni 100.000) e 657 Strutture semi-residenziali (1,3 ogni 100.000).

A livello regionale, per quanto riguarda le Strutture territoriali, si registra il massimo numero in rapporto alla popolazione in Veneto (4,9 per 100.000 ab.) ed il minimo in Sardegna (1,3 per 100.000 ab.); di queste, per le Strutture residenziali si registra il massimo in Umbria (8,7 per 100.000) ed il minimo in Campania (0,5 per 100.000 ab.); per le Strutture semi-residenziali si registra invece il massimo in Valle d'Aosta (3,8 per 100.000) ed il minimo in Calabria (0,1 per 100.000 ab.).

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata

² Istituito nel 2010 ed entrato in vigore il 01.01.2012

All'offerta sul territorio si affianca quella ospedaliera nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), dedicati al trattamento in acuto dei pazienti: nel 2023, in Italia si contano 9,3 posti letto di degenza ordinaria negli SPDC ogni 100.000 ab. e 0,6 in *day hospital*.

A livello regionale, si passa da un massimo di 23,5 posti letto negli SPDC ogni 100.000 ab. del Veneto, ad un minimo di 3,6 in Friuli Venezia Giulia.

Personale

Nelle Strutture territoriali pubbliche e private accreditate operano 41.806 unità di personale, di cui i due terzi (69,6%, 29.114 unità) nei servizi pubblici, denominati Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Nel periodo 2019-2023 si è registrata una riduzione media annua del -0,6% delle unità, che si è però rallentata nel periodo post-pandemia (-0,1% medio annuo).

Considerando i soli DSM, si registrano 49,3 operatori ogni 100.000 ab., con un valore massimo pari a 58,0 nel Nord-Est del Paese, seguito dal Centro con 55,0 e dal Nord-Ovest con 50,4 e dal Mezzogiorno

con 38,7 unità (Figura 15a.1.).

A livello regionale il livello massimo di personale rispetto alla popolazione si riscontra nella P.A. di Trento (88,2 unità) e quello minimo in Calabria e Basilicata (21,2).

Nel periodo 2019-2023 il numero di operatori dei DSM è aumentato dello +0,3% medio annuo (-1,1% medio annuo dopo il Covid-19).

L'incremento nel Centro è risultato pari al +1,4%, segue il Nord-Est (+0,4%), e il Nord-Ovest (+0,1%); si è registrata una diminuzione nel Sud e Isole (-1,7%).

A livello regionale, nel periodo considerato, il massimo aumento, pari al +17,5% medio annuo, si è registrato in Umbria, e la massima riduzione, pari al -16,0%, in Calabria.

Nel periodo successivo alla pandemia (2021-2023) il Nord-Ovest, in controtendenza con la riduzione nazionale, ha registrato un aumento delle unità del +1,5%; il Mezzogiorno è, invece, risultata la ripartizione che ha registrato la massima riduzione (-4,0%).

Figura 15a.1. Personale dei servizi pubblici territoriali per la Salute Mentale

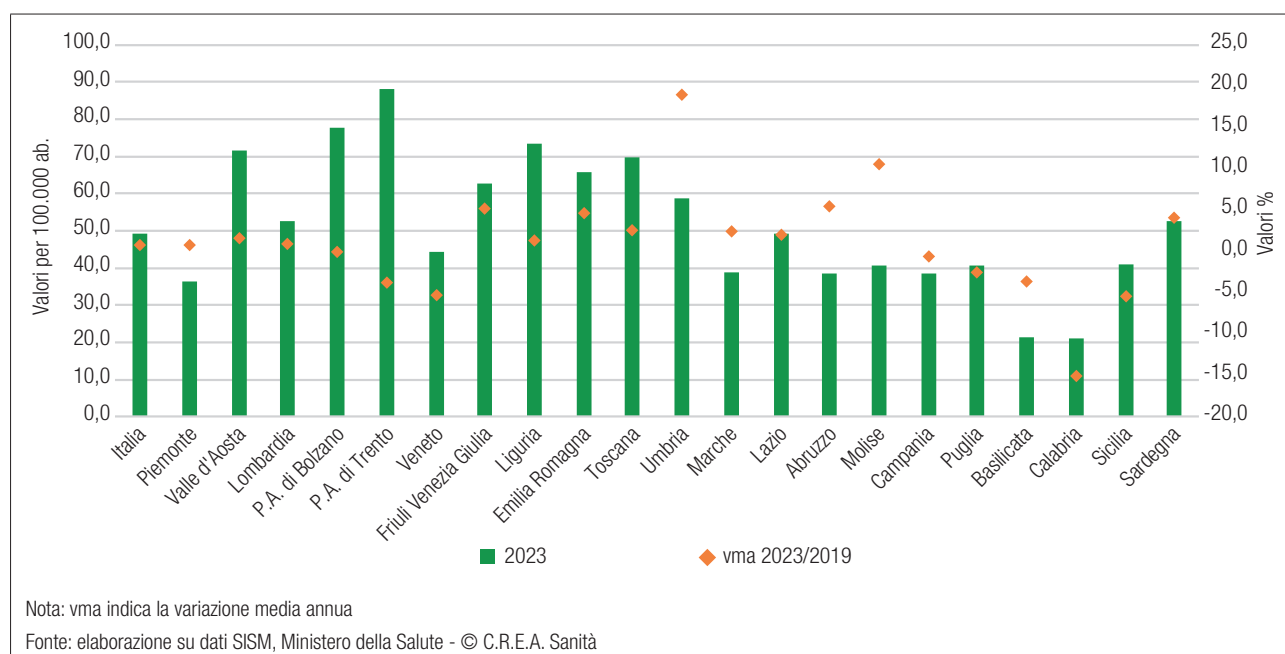
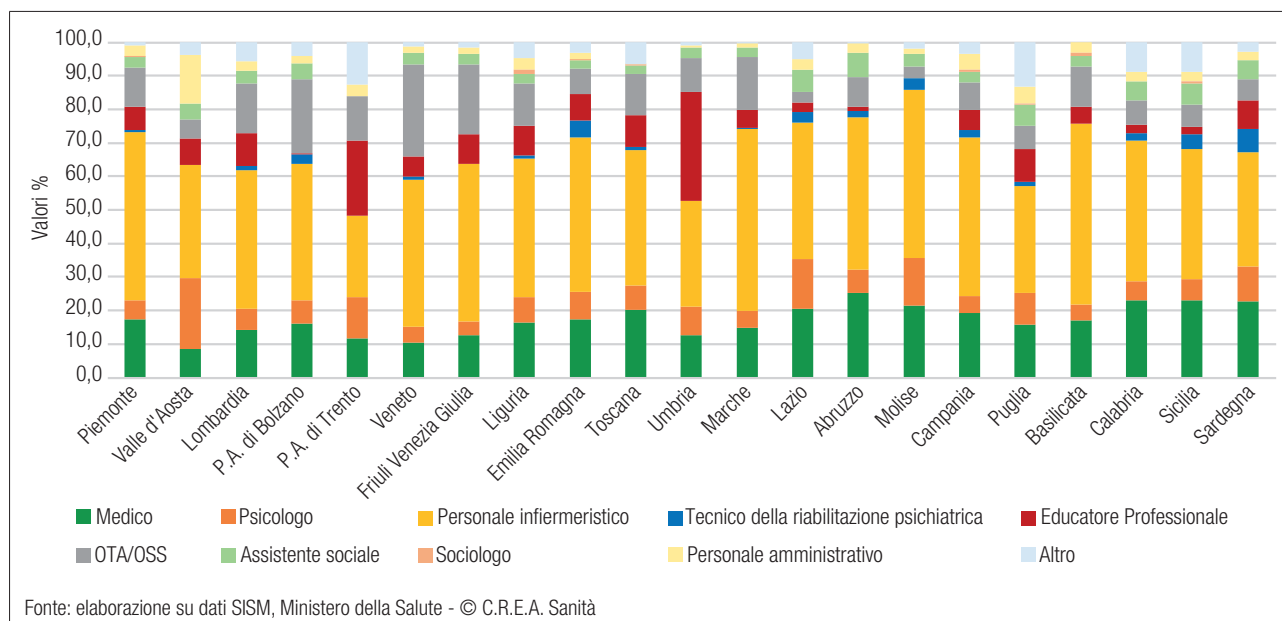


Figura 15a.2. Composizione per figura professionale delle unità di personale dei servizi pubblici territoriali per la Salute Mentale. Anno 2023



Analizzando il dato per tipologia di professionista, si osserva come, nell'anno 2023, il personale infermieristico rappresenti quasi la metà dell'organico (41,8%), seguono i medici (17,2%), gli Operatore Tecnico addetto all'Assistenza (OTA)/ Operatore Socio-Sanitario (OSS) con il 11,7%, gli psicologi e gli educatori professionali (7,6%), gli assistenti sociali (4,1%), il personale amministrativo (2,7%), i tecnici della riabilitazione psichiatrica (2,1%), i sociologi (0,2%); il restante 5,1% è rappresentato da altre figure professionali (Figura 15a.2.).

A livello di ripartizione geografica si osserva una marcata difformità nella composizione per figura professionale dell'organico: nel Nord-Ovest e nel Nord-Est si riscontra una quota di infermieri, educatori professionali, OTA/OSS superiore alla media nazionale. Abruzzo, Calabria e Sicilia risultano, invece, essere le Regioni con la maggior quota di personale medico (22,8%, 25,1%, 24,8% rispettivamente). Nelle Marche, Friuli Venezia Giulia, Campania e Basilicata il personale infermieristico rappresenta oltre la metà dell'organico (51,4%, 50,5%, 50,4%, 58,3% rispettivamente); all'estremo opposto abbiamo invece la P.A. di Trento e l'Umbria, dove gli infermieri rappresentano il 25,5% ed il 29,3%, rispettivamente,

dell'organico. Valle d'Aosta, Lazio e Molise sono le Regioni con la maggiore presenza di psicologi (rispettivamente 25,0%, 14,6% e 14,5% del personale dedicato): in queste Regioni i medici risultano il 10,2% e il 20,6% rispettivamente e gli infermieri il 39,8% ed il 40,9%. L'incidenza minima di psicologi sull'organico complessivo si osserva in Friuli Venezia Giulia, Veneto e Marche (rispettivamente 4,3% e 4,7% per le ultime due).

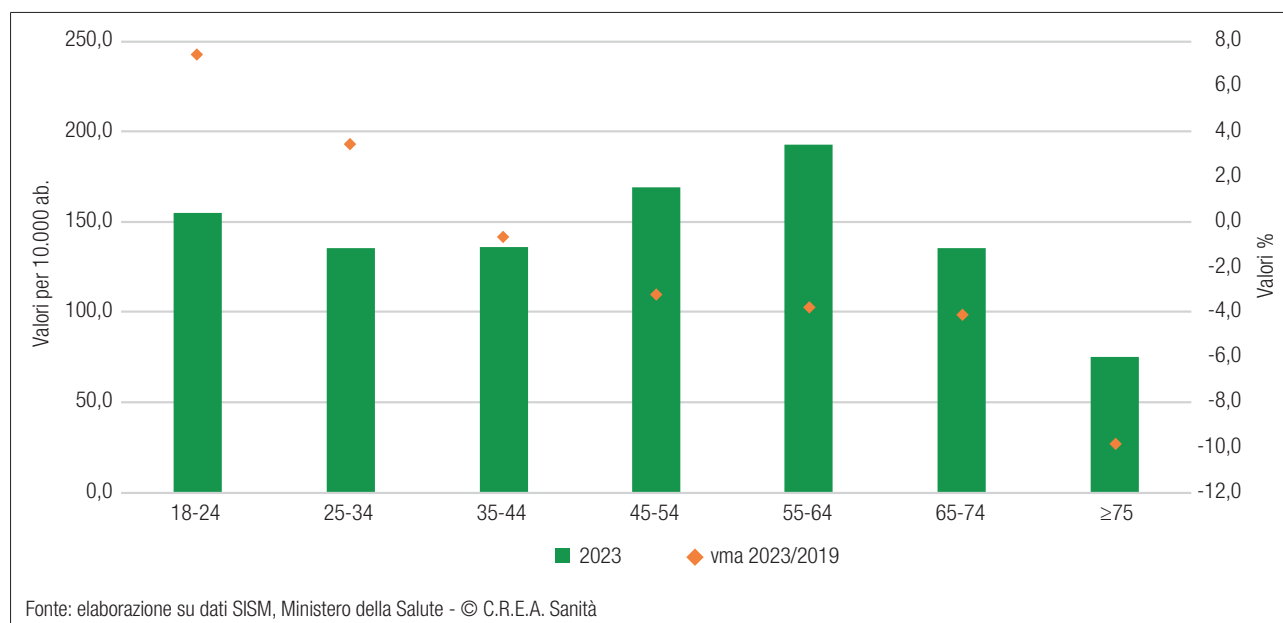
15a.2. Domanda e attività

Nel 2023, secondo i dati del flusso SISM, risultano presi in carico dai servizi per la Salute Mentale 854.040 soggetti con disturbi psichiatrici, pari a 169,5 ogni 10.000 ab..

Il 93,9% (726.062) degli utenti è preso in carico dai DSM, il 3,6% (27.768) in Strutture residenziali e il 2,5% (19.052) in Strutture semi-residenziali.

Rapportando il dato alla popolazione si osserva una significativa variabilità a livello regionale: si passa da un valore massimo di 325,9 utenti ogni 10.000 ab. della Liguria ad uno minimo di 108,5 delle Marche.

Figura 15a.3. Prevalenza utenti in carico presso le Strutture territoriali psichiatriche per classi di età



Nel periodo 2019-2023, si è registrato un aumento dell'incidenza dei soggetti presi in carico del +0,8% medio annuo (+4,0 utenti in più ogni 10.000 ab.), con un incremento maggiore nel post-pandemia: +11,1 utenti.

Nel Nord-Est si è registrato il massimo aumento delle prese in carico (+3,0% medio annuo), seguito dal Nord-Ovest (+2,4%), mentre nel Centro e nel Mezzogiorno si è registrata una riduzione rispettivamente del -2,4% e -0,4% medio annuo. Nel post-pandemia, è invece aumentato il numero di utenti in carico nel Mezzogiorno.

La popolazione giovanile (18-34 anni), nel 2023, rappresenta il 19,3% dei soggetti presi in carico, con un valore massimo pari al 23,4% in Valle d'Aosta ed il minimo, pari a 12,2%, in Calabria; la popolazione 55-64 anni ne rappresenta il 23,7%, quella 45-54 il 22,5%, quella 35-44 il 13,6%, quella 65-74 il 13,0% ed infine quella *over 75* l'8,0%.

Nel periodo 2019-2023 è aumentato in particolare il tasso di soggetti giovani assistiti: gli assistiti di 18-24 anni sono aumentati del +7,0% medio annuo, quelli della fascia 25-34 del +2,2% medio annuo, mentre si è ridotta l'incidenza per tutte le altre fasce d'età, in particolar modo in quella degli *over 75* anni (-7,8% medio annuo).

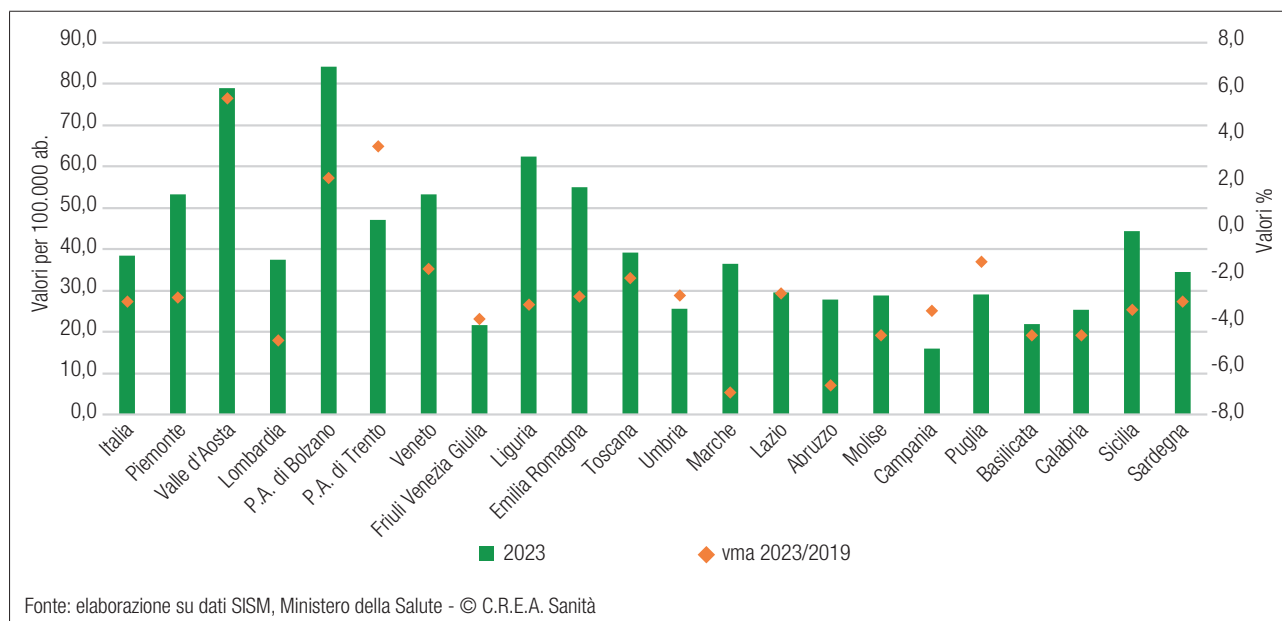
La prevalenza delle prese in carico (Figura 15a.3.), nel 2023, è maggiore nella fascia d'età 55-64 (192,7 utenti ogni 10.000 ab.), segue quella della fascia 45-54 anni (169,3 utenti per 10.000) e 18-24 (155,1 per 10.000); la prevalenza minima si riscontra nella fascia *over 75* (74,9 utenti per 10.000).

Analizzando il livello di presa in carico per tipologia di servizio assistenziale si osserva come, nei servizi pubblici territoriali, sono presi in carico 144,1 utenti per 10.000 ab. (2023), 13,4 utenti in meno rispetto al 2019 (157,5) e -1,0 (145,1) rispetto all'anno post-pandemico (2021).

Nei servizi residenziali sono presi in carico 5,5 utenti ogni 10.000 ab., -0,1 utenti rispetto all'anno pre-pandemico 2019 (5,6) e -0,2 (5,7) rispetto all'anno post-pandemico (2021).

Fenomeno analogo si è riscontrato nei servizi semi-residenziali dove sono assistiti, nel 2023, 3,8 utenti per 10.000 ab., -1,5 rispetto al 2019 (5,3) e -0,5 punti percentuali (p.p.) (4,3) rispetto all'anno post-pandemico (2021).

In termini di patologie, i servizi pubblici territoriali prendono in carico più frequentemente la depressione, con un tasso del 31,9 per 10.000 ab. e la schizofrenia, con 29,6 casi per 10.000 ab.; seguono le sindromi nevrotiche e somatoformi con 18,2 ogni 10.000 ab..

Figura 15a.4. Tasso standardizzato di ricovero in acuzie per diagnosi attribuibili a disturbi mentali

Secondo quanto emerge dall'indagine Sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore Sanità [2], in Italia, il 5,8% (-0,6 p.p. rispetto al biennio precedente) della popolazione italiana di 18-69 anni è affetta da depressione, con un aumento di incidenza nel periodo 2021-2022 (rispetto al biennio precedente), cui è seguita una riduzione nel biennio 2023-2024.

Oltre la metà (50,9%) degli utenti in carico presso le Strutture residenziali, nel 2023, sono affetti da schizofrenia e altre psicosi funzionali (2,8 per 10.000 ab.); si registra una sostanziale stabilità in termini di presa in carico dei pazienti.

Anche nelle Strutture semi-residenziali quasi la metà degli utenti in carico (45,0%) sono affetti da schizofrenia e altre psicosi funzionali (3,8 per 10.000 ab.), con una riduzione di 1,5 utenti (ogni 10.000) nel periodo 2019-2023, presumibilmente per via del ridotto accesso ai servizi durante la pandemia.

A livello ospedaliero, nel 2023 sono stati effettuati 248.510 ricoveri ospedalieri per diagnosi correlate alla Salute Mentale (42,1 ogni 10.000 ab.), di cui 38,4 (ogni 10.000 ab.) in regime ordinario e 3,7 (ogni 10.000 ab.) in regime diurno.

I ricoveri hanno riguardato 144.246 soggetti: 131.455 (91,1%) in regime ordinario e 12.971 (8,9%) in regime diurno. In media, ogni soggetto è stato,

quindi, ricoverato 1,7 volte annue (SDO, Ministero della Salute).

Il maggior tasso di ospedalizzazione si osserva nel Nord-Est, con 53,3 ricoveri (ogni 10.000 ab.), segue il Nord-Ovest con 45,9 (ogni 10.000 ab.), il Centro con 43,2 ed infine il Mezzogiorno con 31,9 (Figura 15a.4.).

A livello regionale il tasso di ricovero più alto si registra nella Valle d'Aosta, 97,3 ricoveri ogni 10.000 ab., (79,0 in regime ordinario), e quello minimo in Campania con 20,1 ricoveri ogni 10.000 ab. (15,9 in regime ordinario).

Considerando il solo regime ordinario il maggior tasso di ricovero si registra nel Nord-Est (51,7 ricoveri ogni 10.000 ab.), segue il Nord-Ovest (44,4 ogni 10.000 ab.), il Centro (33,1) ed il Mezzogiorno (28,9).

Nel periodo 2019-2023 si è registrata una riduzione dell'ospedalizzazione del -3,0% medio annuo (-3,1% per gli ordinari e -0,8% per i diurni) che ha interessato tutte le ripartizioni geografiche: in particolare modo il Nord-Ovest, con -4,2% medio annuo, il Mezzogiorno con -3,6%, il Nord-Est con -2,0% ed infine il Centro con -1,4%.

A livello regionale in Valle d'Aosta si è riscontrato un aumento del tasso di ricoveri ordinari pari al +5,6% medio annuo, seguita dalla P.A. di Trento con

+3,5% e dalla P.A. di Bolzano con +2,2%.

L'88,1% dei ricoveri ordinari per problemi di Salute Mentale viene effettuato in Strutture pubbliche e tra queste l'84,0% sono presidi ospedalieri di Aziende Sanitarie Locali (ASL); il 42,0% dei ricoveri afferrisce a reparti psichiatrici, SPDC (+0,2 p.p. rispetto al 2019).

L'incidenza dei ricoveri di pazienti con problemi di Salute Mentale negli SPDC è massima nel Centro e nel Mezzogiorno con il 44,5% della casistica e minima nel Nord-Ovest con 39,5%. A livello regionale il valore massimo (47,8%) si registra in Puglia ed il valore minimo (33,6%) in Piemonte.

Per il 54,6% dei ricoveri ordinari effettuati in reparti di psichiatria di Strutture pubbliche la diagnosi principale è quella di "Mania e disturbi affettivi bipolari"; segue la diagnosi di "Schizofrenia e altre psicosi funzionali" (53,8%); l'incidenza è pressoché invariata rispetto al 2019.

Nel 2023 la degenza media nei reparti di psichiatria risulta pari a 14,4 giorni: risulta massima (16,4 giorni) nel Nord-Ovest, seguito dal Nord-Est e dal Centro (15,1 e 13,1 giorni rispettivamente); la degenza media più bassa si osserva nel Mezzogiorno, con 11,9 giorni.

A livello regionale il Piemonte è la Regione dove si registra la degenza media più lunga, 20,2 giorni, e il Friuli Venezia Giulia quella minore (9,8 giorni).

Per i ricoveri in regime diurno il numero medio di accessi è pari a 6,9: il valore massimo (11,8) si registra nel Nord-Est, a seguire il Nord-Ovest e Centro (9,4 e 6,1 accessi) e quindi il Mezzogiorno (5,7 accessi). A livello regionale il valore massimo di accessi diurni si registra in Emilia Romagna (15,5) ed il valore minimo in Sardegna (3,6).

Nell'ultimo quinquennio si è registrato un aumento della degenza media del +0,7% medio annuo ed una riduzione del numero medio di accessi diurni del -3,7% medio annuo.

Nel 2023 si sono registrati 573.663 accessi (97,2 ogni 10.000 ab.) al Pronto Soccorso (PS) per ragioni legati alla Salute Mentale: 221.497 (37,5 ogni 10.000 ab.) sono associati a diagnosi attribuibili a "Sindromi nevrotiche e somatoformi", 151.371 (25,7) ad "Altri disturbi psichici", 47.341 (8,0) alla "Schizofrenia e altre psicosi funzionali"; seguono i "Disturbi della per-

sonalità e del comportamento" e la "Depressione" con un tasso di accesso pari rispettivamente a 6,6 e 3,9 accessi (ogni 10.000 ab.); residuale è il ricorso al PS per diagnosi di "Ritardo mentale", con 0,1 accessi ogni 10.000 ab..

Il massimo livello di accesso al PS (132,7 accessi ogni 10.000 ab.) si registra nel Nord-Ovest, segue il Nord-Est (93,6), il Centro (80,9) e il Mezzogiorno (80,6). A livello regionale si osserva una elevata variabilità: si passa da 198,2 accessi ogni 10.000 ab. nelle Marche, ai 45,6 dell'Abruzzo.

Mettendo in relazione gli accessi al PS per utente e la prevalenza di utenti in carico si osserva una correlazione negativa: all'aumentare della presa in carico da parte dei DSM si riduce quindi il ricorso al PS.

Nel periodo 2019-2023, in Italia, si è registrata una riduzione del tasso di accessi al PS del -2,9% medio annuo, in particolar modo per le sindromi nevrotiche e somatoformi (-4,8% medio annuo) e per la depressione -4,5%; si è, invece, riscontrato un aumento nei disturbi della personalità e del comportamento con il +15,7%; limitando l'osservazione al post Covid-19 (2021-2023) si è registrato invece un aumento degli accessi del +9,6% medio annuo.

In Italia, nel 2023, sono stati effettuati 4.879 trattamenti sanitari obbligatori (TSO), ex art. 33 della L. n. 833/1978, negli SPDC: 1,0 ogni 10.000 ab..

A livello regionale si osserva il tasso più alto in Umbria (2,6 trattamenti ogni 10.000 ab.) ed il più basso nella P.A. di Bolzano (0,1, ogni 10.000 ab.).

Nel periodo 2019-2023 si è osservata una riduzione dei TSO del -7,6% media annua, massima nella P.A. di Bolzano (-24,2%) e minima in Piemonte (-1,8%); il Friuli Venezia Giulia è l'unica Regione nella quale si è riscontrato un aumento dei TSO, pari al +19,2%.

La riduzione si continua a registrare anche nel biennio post-pandemico 2021-2023, con un valore medio del -8,0%.

Passando ai trattamenti farmacologici nel 2023 sono stati trattati con antidepressivi 132,0 utenti ogni 1.000 ab. adulti, con gli antipsicotici 23,2 pazienti e con il Litio 1,9.

Il tasso di utenti in trattamento con antidepressivi è massimo in Toscana (214,6 utenti ogni 1.000 adulti) e minimo in Basilicata (98,7 utenti ogni 1.000).

Per gli antipsicotici si passa da un massimo di

51,2 utenti ogni 1.000 adulti della Regione Sardegna, ad un minimo di 6,4 della Liguria.

Per il Litio si passa da un massimo di 3,5 utenti ogni 1.000 adulti della Regione Toscana, ad un minimo di 0,7 del Friuli Venezia Giulia.

Nel periodo 2019-2023, a livello nazionale, è aumentato il numero di utenti in trattamento con antidepressivi del +1,3% medio annuo; quello relativo agli antipsicotici del +4,2% e quello relativo al trattamento con Litio del +2,4%.

15a.3. L'organizzazione

Mettendo in relazione gli utenti in carico ai servizi ed il personale che vi opera si osserva una correlazione positiva ma relativamente bassa (0,48).

In termini di dimensionamento degli organici dei servizi territoriali osserviamo che si passa da un valore minimo di 1,9 unità di personale ogni 100 utenti in carico nel Mezzogiorno del Paese ad un massimo di 2,9 nel Nord-Est. A livello regionale si passa da 1,0 unità della Calabria, a 4,4 della P.A. di Trento, con un valore medio nazionale di 2,6 unità di personale ogni 100 pazienti in carico.

Nel periodo 2019-2023 il rapporto è cresciuto del +0,8% medio annuo a livello nazionale e soprattutto

nel Centro (+2,1%): segue il Nord-Ovest (+0,6%), e il Nord-Est (+0,5%); si è invece ridotto nel Mezzogiorno, del -1,1% medio annuo (Figura 15a.5.).

Al fine di valutare la continuità di presa in carico di questi pazienti, in seguito ad ospedalizzazione dovuta ad eventi acuti, nel medio periodo sono stati analizzati due indicatori: la quota di pazienti dimessi che ricevono una visita psichiatrica entro 14 giorni dalla dimissione e la quota di quelli che la ricevono entro 30 giorni.

Nel 2023 il 36,5% dei dimessi riceve una visita psichiatrica entro i 14 giorni successivi alla dimissione ed il 43,5% entro 30 giorni. La quota degli utenti che ricevono una visita entro 14 giorni dalla dimissione risulta maggiore per i soggetti più giovani (18-64) e decresce all'aumentare dell'età (65+).

Nel periodo 2019-2023 in Italia si è registrato un aumento della quota di pazienti che ricevono una visita psichiatrica entro 14 giorni, pari a +3,6 p.p..

A livello regionale, l'incremento è stato massimo nella P.A. di Bolzano, in Calabria e Basilicata (rispettivamente di +71,6 p.p., +40,5 p.p. e +20,5 p.p.); in Friuli Venezia Giulia (-88,9 p.p.), seguito dal Veneto (-16,5 p.p.) e dall'Umbria (-14,4 p.p.), si è invece registrato un decremento.

Figura 15a.5. Unità di personale dei servizi territoriali per la Salute Mentale vs utenti in carico. Anno 2023

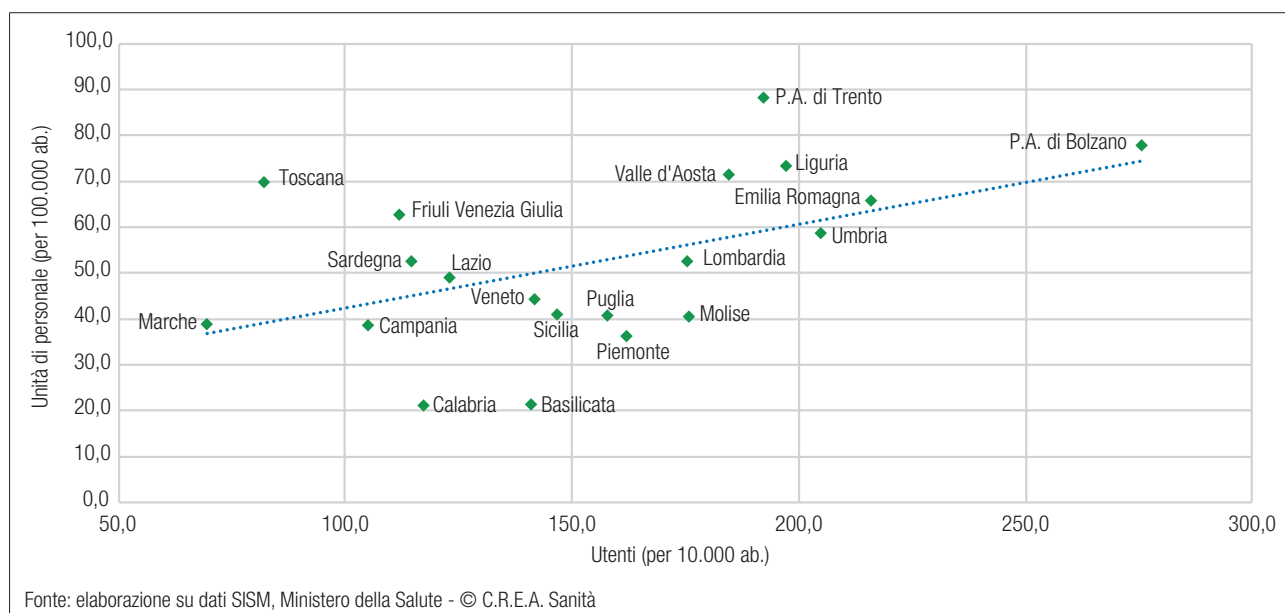
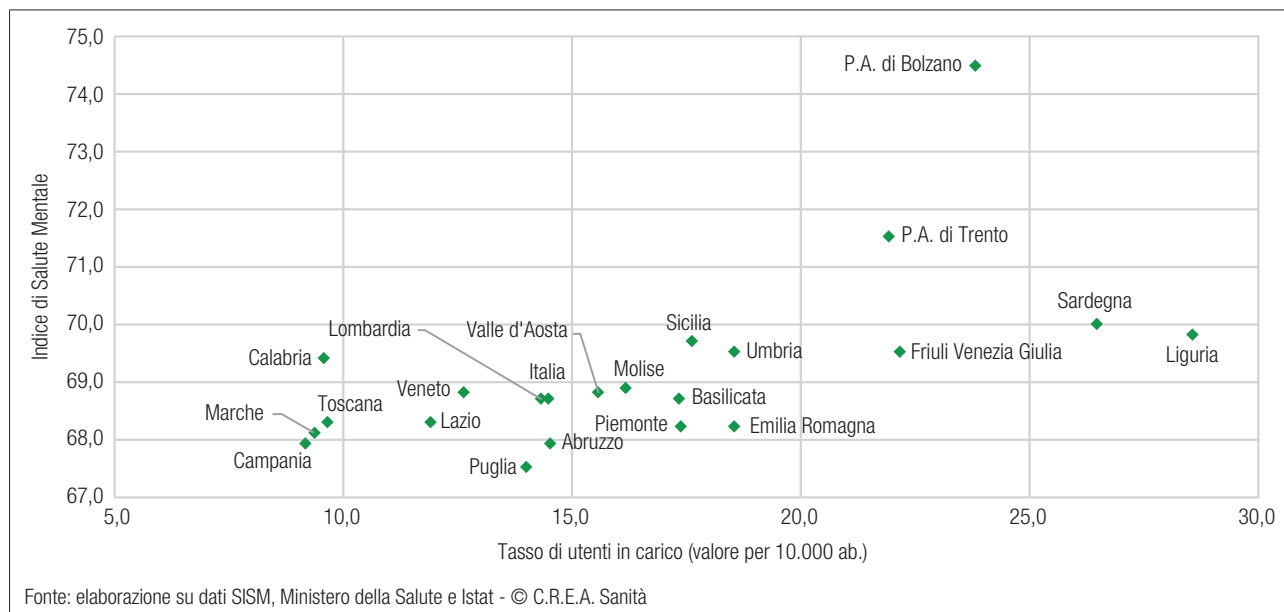


Figura 15a.6. Indice di Salute Mentale vs utenti in carico. Anno 2023



Analogamente, nel periodo 2019-2023, si è registrato un aumento dei pazienti che ricevono una visita psichiatrica entro 30 giorni, pari a +5,0 p.p.. Va fatto presente che tale dato potrebbe essere in parte sottostimato poiché non considera i pazienti che vengono presi in carico dopo la dimissione presso Strutture residenziali o semi-residenziali.

A livello regionale, si è osservato un incremento significativo nella P.A. di Bolzano (+79,3 p.p.), in Calabria (+59,5 p.p.) ed in Valle d'Aosta (+30,8 p.p.), ed una forte riduzione in Friuli Venezia Giulia (-88,9 p.p.), in Veneto (-20,2 p.p.) ed in Umbria (-16,6 p.p.).

15a.4. Esiti

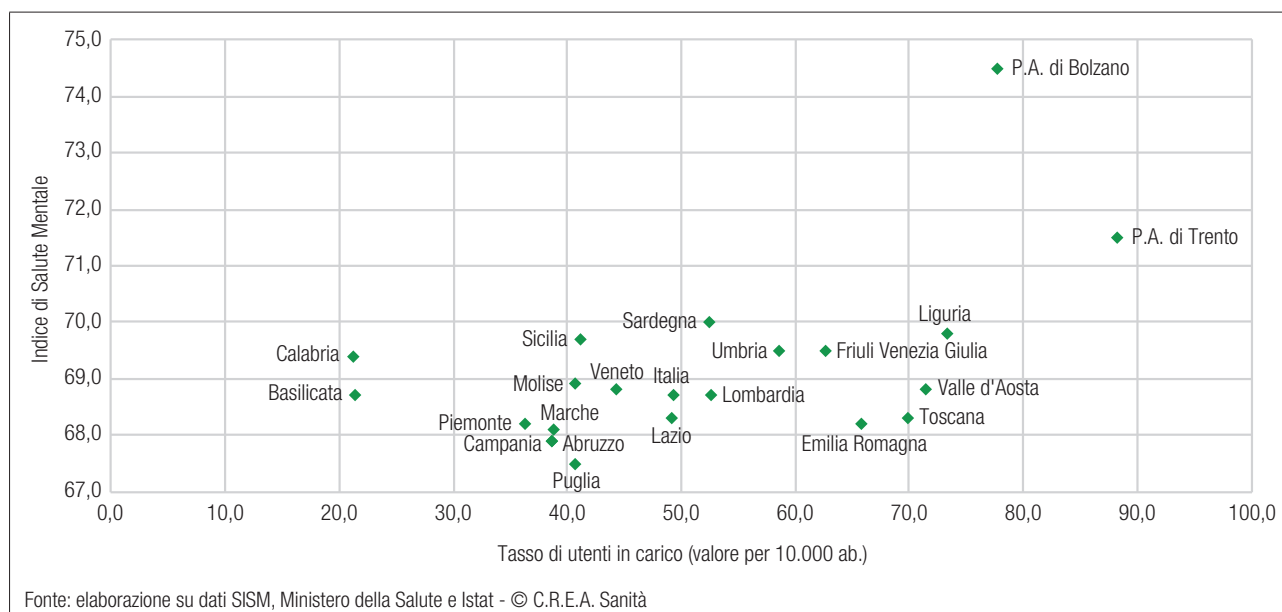
L'indagine sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) dell'Istat elabora l'"Indice di Salute Mentale". Tale indice si basa sull'SF-36 (36-Item Short Form Health Survey), aggregando i punteggi totalizzati in cinque specifiche domande³ (nervosismo/ansia, umore depresso, vitalità/energia, pace interiore/calma, impatto delle emozioni sulla vita quotidiana).

Nel 2024 l'indice (standardizzato per l'età) per le persone di 14 anni e più, risulta pari a 68,7, stabile rispetto all'anno precedente. Dal 2016 la tendenza al miglioramento è molto contenuta e non statisticamente significativa. L'indice di Salute Mentale tra le donne si mantiene sempre inferiore a quello degli uomini (66,5 contro 70,9 nel 2024) in tutte le classi di età.

L'indice restituisce valori migliori tra i più giovani (74,9 tra i maschi di 14-19 anni, 68,5 tra le ragazze della stessa età nel 2024). Sia tra gli uomini che tra le donne, le condizioni peggiorano già tra i 20 e i 24 anni (valori pari rispettivamente a 71,4 e 65,6), per poi mantenersi stabili e scendere di nuovo dai 75 anni (68,5 per gli uomini, 62,7 per le donne). Tra il 2016 e il 2024 il moderato miglioramento generale si differenzia per età: migliora per i più anziani, ma peggiora tra i più giovani. Gli uomini di 75 anni e più guadagnano 2,8 punti, le donne della stessa età ne guadagnano 2,2. Tra i più giovani, a peggiorare sono in particolare le ragazze: tra i 14 e i 34 anni il valore scende di oltre 2 punti.

³ Il punteggio assume valori tra 0 e 100 fornendo una misura del disagio psicologico degli individui e comprendendo stati correlati all'ansia e alla depressione [4]

Figura 15a.7. Indice di Salute Mentale vs personale. Anno 2023



Numerosi studi internazionali testimoniano un peggioramento nelle condizioni di Salute Mentale dei giovani, influenzato, almeno in parte, dalle restrizioni alla vita sociale e relazionale imposte nei due anni di pandemia. L'isolamento sociale ha comportato relazioni più superficiali e un senso di vuoto emotivo, in particolare tra i più giovani. A ciò si è aggiunta una maggiore incertezza sul futuro a causa dei conflitti e delle crisi ambientali a livello mondiale [1].

Assumendo l'indicatore "Indice di Salute Mentale" dell'Indagine BES dell'Istat quale *proxy* degli esiti percepiti dai cittadini in termini di Salute Mentale, a livello regionale si osserva una correlazione positiva (Figura 15a.6. e Figura 15a.7.) con il tasso di presa in carico degli utenti (0,64, non considerando il valore statisticamente anomalo riferito alla P.A. di Bolzano) e anche con il tasso di personale (0,53%).

15a.5. Costi dell'assistenza sanitaria per la Salute Mentale

La determinazione del costo sostenuto per l'assistenza sanitaria extra-ospedaliera per la Salute Mentale è stata effettuata avvalendosi dei modelli Livelli di Assistenza (LA) elaborati dal Ministero della Salute.

Il costo complessivo per l'assistenza territoriale ai

soggetti con disturbi psichiatrici (in base alla voce "Assistenza alle persone con disturbi mentali"), nel 2023, risulta pari a € 3.534.363.310 (4,6% del costo dell'assistenza sanitaria distrettuale e 2,1% della spesa sanitaria totale). A tale costo va aggiunto quello relativo all'assistenza ospedaliera che, considerando la remunerazione riconosciuta in base alle tariffe vigenti, ammonta nel 2023 (ultimo anno disponibile), a € 194.056.205,7, ovvero € 32,8 ogni 10.000 ab., pari allo 0,33% della spesa ospedaliera. Il costo complessivo è quindi pari a € 3.728.419.515,7, pari al 2,6% del costo totale SSN.

Il costo totale (assistenza territoriale ed ospedaliera) è pari a € 63,2 pro-capite, di cui solo € 3,3 (9,5%) relativi all'assistenza ospedaliera.

Considerando l'assistenza territoriale (socio-sanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale, residenziale e semi-residenziale), secondo i dati del Modello LA del Ministero della Salute, si registra un costo pari a € 59,9 per ab., di cui il 43,2% per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, il 44,3% per la residenziale e il 12,5% per la semi-residenziale.

Il costo relativo all'assistenza territoriale è complessivamente in crescita del +3,3% medio annuo rispetto all'anno 2019 ma in maggiore misura (+3,6% medio annuo) dopo la pandemia da Covid-19 (2023-

2021); il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 85,3 pro-capite, +11,3% medio annuo rispetto al 2019) e quello minimo in Campania (€ 27,9 pro-capite, -7,2% medio annuo rispetto al 2019).

In termini di incidenza è pari al 2,4% della spesa sanitaria pubblica, in diminuzione di -0,03 p.p. rispetto al 2019; l'incidenza massima si registra nella Regione Sicilia (3,4%, +0,3 p.p. rispetto al 2019) e quella minima in Campania (1,2%, -0,7 p.p.).

Per l'assistenza socio-sanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale (la quota ambulatoriale) si spendono in media € 25,9 pro-capite, in crescita del +3,2% medio annuo rispetto all'anno 2019; *trend* analogo si registra nel periodo 2021-2023; il valore massimo si registra nella P.A. di Trento (€ 63,8 pro-capite, +4,8% medio annuo rispetto al 2019); la Regione con la spesa minima è la Basilicata (€ 6,2 pro-capite, -0,1% medio annuo rispetto al 2019). Rapportando il costo agli utenti in carico in tale tipologia di assistenza si osserva un costo medio per utente pari a € 1.795,8, in crescita del +5,7% medio annuo rispetto al 2019.

In termini di incidenza l'onere per l'assistenza socio-sanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale ammonta in media all'1,1% del costo totale SSN (-0,02 p.p. rispetto al 2019) e al 2,0% del costo dell'assistenza distrettuale; l'incidenza massima sul costo totale SSN si registra nella P.A. di Trento (2,2%, +0,5 p.p. rispetto al 2019), quella minima in Basilicata (0,2%, -0,04 p.p.).

Per l'assistenza residenziale si spendono in media € 26,5 pro-capite, in crescita del +3,3% medio annuo rispetto all'anno 2019, in maggior misura nel periodo 2023-2021 (3,6% medio annuo), dopo la pandemia da Covid-19 (2023-2021); il valore massimo si registra in Liguria (€ 40,3 pro-capite, +5,0% medio annuo rispetto al 2019) e quello minimo in Molise (€ 6,6 pro-capite, -0,3% medio annuo rispetto al 2019). Rapportando il costo agli utenti in carico in tale tipologia di assistenza si osserva un costo medio per utente pari a € 48.134,0, in crescita del +3,8% medio annuo rispetto al 2019.

In termini di incidenza l'assistenza residenziale ammonta al 1,1% del costo totale sanitario SSN, in diminuzione di -0,01 p.p. rispetto al 2019 e al 2,0% del costo dell'assistenza distrettuale; l'incidenza

massima si registra nella Regione Puglia (1,7%, -0,01 p.p. rispetto al 2019) e quella minima in Molise (0,2%, -0,01 p.p.).

Per l'assistenza socio-sanitaria semi-residenziale si spendono € 7,5 pro-capite, in crescita del +3,3% medio annuo rispetto all'anno 2019; dopo la pandemia da Covid-19 la crescita è stata maggiore (5,5% medio annuo); il valore massimo si registra in Friuli Venezia Giulia (€ 15,7 pro-capite, -9,9% medio annuo rispetto al 2019); la spesa minima nella P.A. di Bolzano (€ 0,1 pro-capite, -45,2% medio annuo rispetto al 2019). Rapportando il costo agli utenti in carico in tale tipologia di assistenza si osserva un costo medio per utente pari a € 19.860,2, in crescita del +12,7% medio annuo rispetto al 2019.

In termini di incidenza l'onere per la semi-residenziale è pari allo 0,3% del costo totale SSN, invariato rispetto al 2019 e allo 0,6% del costo dell'assistenza sanitaria distrettuale; l'incidenza massima si registra in Friuli Venezia Giulia (0,6%, -0,5 p.p. rispetto al 2019), quella minima in Liguria ed Emilia Romagna (0,1% -0,04 p.p. e -0,05 p.p. rispettivamente).

Infine, l'assistenza ospedaliera registra un valore massimo di € 8,0 ogni 1.000 ab. nella Valle d'Aosta ed uno minimo di € 1,2 (ogni 1.000 ab.) in Friulia Venezia Giulia, a fronte di un valore nazionale pari a € 3,3 (ogni 1.000 ab.).

Complessivamente il costo per l'assistenza per la Salute Mentale rappresenta il 2,8% del FSN.

La recente manovra finanziaria 2025 ha previsto lo stanziamento di fondi per la Salute Mentale destinati ai servizi territoriali e al personale specializzato, sulla base del nuovo "Piano nazionale di azioni per la Salute Mentale 2025-2030" pari a € 80 mln. nel 2026, € 85 mln. nel 2027, e € 90 mln. nel 2028. Tale fondo, che incide per lo 2,3% sull'attuale costo, consentirebbe di prendere in carico presso i servizi territoriali ulteriori 20.000 utenti.

15a.6. Riflessioni finali

Il numero di utenti in carico presso i servizi di Salute Mentale (territoriali, residenziali e semi-residenziali), è pari a 169,5 ogni 100.000 ab., ed è

aumentato del +0,8% nel periodo 2019-2023: solo nel Centro e Mezzogiorno si è registrata una riduzione; nel 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 prime due diagnosi dei soggetti in carico ai servizi ambulatoriali territoriali, sebbene si sia registrata una lieve riduzione, a fronte di un aumento di casistica per disturbi di personalità e comportamentali.

In controtendenza con l'aumento delle prese in carico, si è registrata una riduzione media annua dello -0,6% delle unità di personale (nei DSM e Strutture accreditate), che è rallentata nel periodo post-pandemia (-0,1% medio annuo).

Considerando il solo personale operante nei DSM delle ASL, si è registrato un aumento nel periodo osservato (2019-2023) ma dopo il 2021 si è registrata una riduzione in tutte le ripartizioni ad eccezione del Nord-Ovest; il Mezzogiorno ha registrato la riduzione massima (-4,0%).

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 differenza 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, rimane 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%). Contestualmente, si è registrata anche una riduzione degli accessi al PS e dei TSO.

Il costo medio per utente in carico presso i servizi territoriali (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, ed in crescita del +3,8% medio annuo rispetto al 2019; e quello relativo alle Strutture semi-residenziali è pari a € 19.860,2, anch'esso in crescita del +12,7% medio

annuo rispetto al 2019.

Complessivamente la Salute Mentale incide per il 2,6% sui costi totali sostenuti dal SSN e per il 4,6% sull'assistenza sanitaria distrettuale, rappresentando il 2,8% del FSN.

Correlando l'indice di Salute Mentale (Rapporto BES, Istat), assumendolo 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: ad esempio, nel Mezzogiorno si è registrata la riduzione massima che potrebbe rappresentare una criticità per la gestione dell'aumento registrato in termini di utenza in carico; un'ulteriore riduzione di personale potrebbe impedire una presa in carico di ulteriori utenti al fine di produrre migliori esiti in termini di Salute Mentale.

La recente manovra 2025, con lo stanziamento del Fondo per la Salute Mentale di € 80 mln., pur essendo la somma di limitata incidenza sulla spesa complessiva del settore, dovrebbe consentire di aumentare la presa in carico con ulteriori 20.000 utenti, allineando il rapporto personale/utente delle diverse Regioni.

Riferimenti bibliografici

- [1] Istat, Indagine Benessere Equo e Sostenibile (BES). Anno 2024
- [2] Istituto Superiore di Sanità. Sorveglianza PASSI (anni vari)
- [3] IHME, 2025, Global Burden of Disease study
- [4] Keller, S.D., J.E. Ware Jr., P.M. Bentler, et al. 1998. "Use of structural equation modelling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: Results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment". *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 51, N. 11: 1179-1188)
- [5] Ministero della Salute. Rapporto Salute Mentale (anni vari)
- [6] World Mental Health Report (anni vari)

Sintesi

CAPITOLO 15b

Primo Rapporto ANDOS-C.R.E.A. Sanità

Effetti collaterali* del cancro alla mammella

*umani, organizzativi, economici e sociali

Polistena B.¹, d'Angela D.¹, d'Angela C.², Spandonaro F.³

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. Sanità⁴ 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.

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

² Università degli Studi di Roma Tor Vergata

³ Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

⁴ <https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2025/03/1-Rapporto-ANDOS-C.R.E.A.-Sanita.pdf>

CAPITOLO 15b

Primo Rapporto ANDOS-C.R.E.A. Sanità

Effetti collaterali* del cancro alla mammella

*umani, organizzativi, economici e sociali

Polistena B.¹, d'Angela D.¹, d'Angela C.², Spandonaro F.³

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.

15b.1. La *survey*

La *survey*, diffusa da ANDOS, per mezzo dei canali *social*, fra le donne associate, ha voluto rilevare:

- le caratteristiche anagrafiche e socio-economiche delle donne (e delle relative famiglie)
- l'impatto organizzativo relativo alla gestione della patologia, in particolare in tema di accesso e presa in carico
- l'impatto della patologia sulle condizioni psico-fisiche, sulla qualità della vita e sulle proiezioni della propria condizione delle donne
- la spesa privata sostenuta per la cura della patologia e i costi indiretti generati
- l'impatto socio-economico della patologia e la sua tossicità finanziaria.

La *survey* è stata informatizzata sulla piattaforma Qualtrics e quindi diffusa da ANDOS, per mezzo dei canali *social*, fra le donne associate.

La partecipazione è stata totalmente volontaria e anonima, e autosomministrata con il metodo CASIC (*Computer Assisted Survey Information Collection*).

Alla *survey* hanno acceduto 1.494 donne e di queste il 39,2% (585) ha completato il questionario.

Pur con la consapevolezza che il campione di risposte raccolte non è necessariamente statistica-

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

² Università degli Studi di Roma Tor Vergata

³ Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

mente rappresentativo, ha permesso di evidenziare importanti temi di riflessione per le politiche sanitarie e sociali.

15b.2. Principali risultati

Rimandando al Rapporto ANDOS-C.R.E.A. Sanità⁴ per i dettagli sul campione e sui risultati di seguito vengono sintetizzate le principali evidenze in termini di politica sanitaria.

Partendo dall'accesso alle cure (Figura 15b.1.), la survey ha permesso di evidenziare come l'oncologo rappresenti, per oltre due terzi delle pazienti, la figura di riferimento della donna; seguono il chirurgo (7,7%) ed il Medico di Medicina Generale (MMG) (5,5%).

Il riferimento al MMG si osserva nel caso delle pazienti più anziane e che hanno ricevuto una diagnosi da più tempo.

Complessivamente, emerge un basso livello di interazione tra l'assistenza specialistica e il territorio

(MMG) generalizzato in tutte le ripartizioni geografiche, ma in particolare in quella del Centro.

Figura 15b.1. Figura professionale di riferimento. Valori %

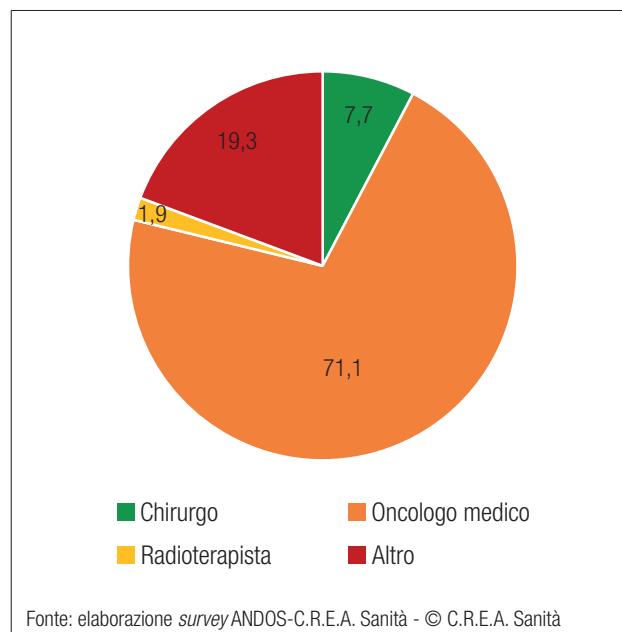
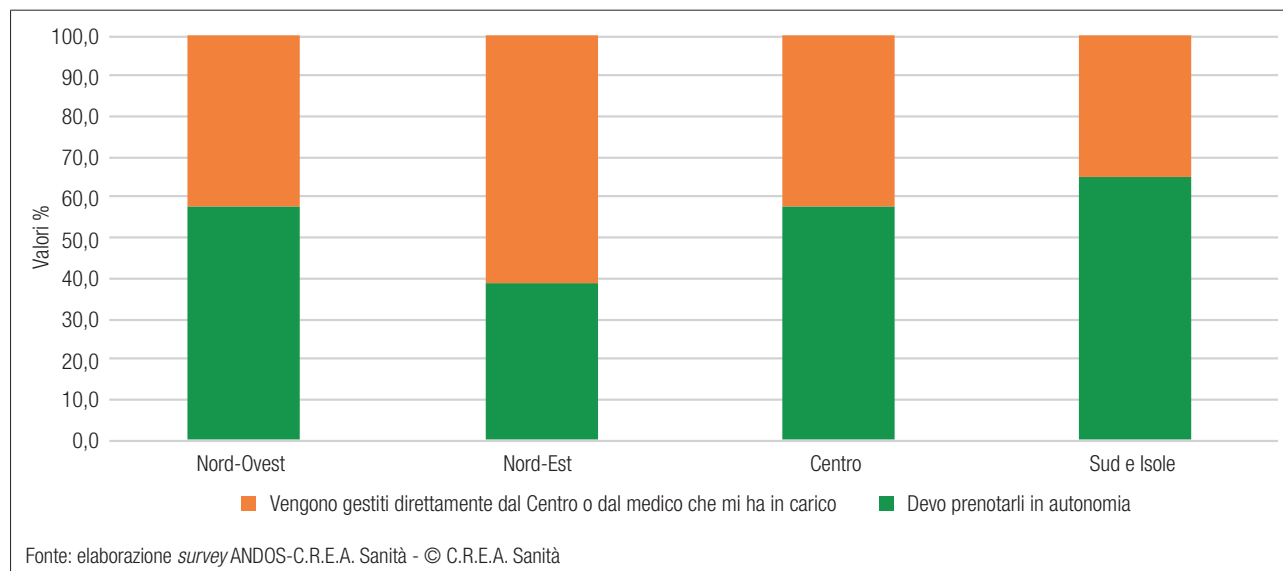


Figura 15b.2. Follow-up, per ripartizione geografica



⁴ <https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2025/03/1-Rapporto-ANDOS-C.R.E.A.-Sanita.pdf>

Per quel che concerne gli esami di *follow-up*, almeno della metà delle pazienti (48,5%) vengono prenotati direttamente dal Centro o dal medico che le ha in carico: la pratica è più frequente nel Nord (Figura 15b.2.). La quota delle donne che prenotano autonomamente le prestazioni aumenta con l'anzianità di diagnosi.

Malgrado non emergano particolari problemi in termini di rispetto dei tempi previsti per gli esami di *follow-up* (quasi il 90% delle pazienti riesce ad effettuarli nei tempi previsti), due terzi delle rispondenti, ed in particolare le residenti nel Centro, lamentano difficoltà nella prenotazione delle prestazioni (Figura 15b.3.). Le liste d'attesa sono il principale problema, soprattutto nel Sud e Isole; una pari quota di pazienti ha dichiarato di essere stata costretta a rivolgersi al privato: quota che aumenta con il livello di istruzione (che rappresenta statisticamente anche una *proxy* del reddito) delle pazienti, sebbene non sia marginale il ricorso al privato da parte di quelle con minore titolo di studio e, quindi, presumibilmente meno abbienti.

La distanza dai Centri di cura è un altro problema che le donne si trovano a dover affrontare. Il 36,4% delle donne lamenta una lontananza dello stesso dal

luogo di residenza e il 32,1% i costi di trasporto per raggiungerlo; in media, le donne percorrono 86 km per il tragitto di andata e ritorno per recarsi nella Struttura di cura, e lo fa mediamente 2,3 volte al mese.

La qualità della vita delle donne partecipanti alla *survey*, rilevata con l'EQ-5D-5L, è risultata in media pari a 0,78, valore in media inferiore rispetto alle donne della popolazione generale tra i 18 e i 74 anni (0,90).

La qualità della vita delle donne partecipanti alla *survey* è inferiore altresì alla media dei pazienti con epatite cronica (0,90 QALY), cirrosi (0,82 QALY), carcinoma epatocellulare (0,80 QALY) e trapianto ortotopico di fegato (0,83 QALY).

Si è ritenuto opportuno completare le valutazioni sulla qualità della vita delle pazienti, indagando sulla percezione che hanno della propria situazione emotiva.

In particolare, si segnalano la solitudine e l'isolamento di cui 10,6% delle rispondenti dichiara di soffrire molto o moltissimo; le difficoltà relazionali che si trovano a dover affrontare il 16,2% delle donne che hanno aderito alla *survey*; il 23,1% delle donne inoltre ha timore del giudizio degli altri e il 27,0% soffre di una scarsa autostima (Tabella 15b.1.).

Figura 15b.3. Cause di difficoltà di accesso a esami di *follow-up*

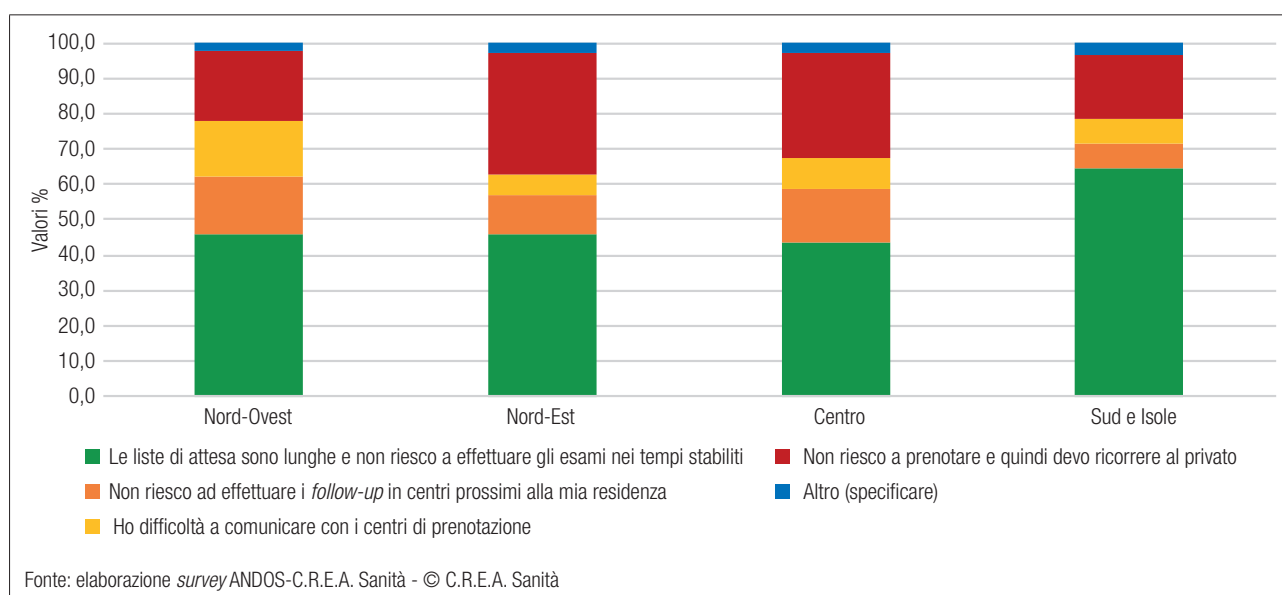


Tabella 15b.1. Difficoltà a cui le pazienti devono far fronte. Valori %

	Difficoltà relazionale	Timore giudizio	Scarsa autostima
Moltissimo	2,2	3,2	5,5
Molto	2,9	4,6	5,8
Abbastanza	11,1	15,2	15,7
Poco	30,3	25,8	31,6
In nessun modo	51,5	50,1	40,2
Nessuna risposta	2,1	1,0	1,2

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

Si nota un gradiente legato all'età e all'anzianità di diagnosi: soffrono maggiormente di queste difficoltà emotive le donne sotto i 40 anni e quelle diagnosticate da meno di due anni.

Le problematiche segnalate sembrano altresì incidere diversamente a livello di ripartizioni geografiche: nello specifico più nel Sud del Paese che nel Nord e Centro.

Altro elemento degno di nota riguarda le preoccupazioni che le donne hanno relativamente al proprio futuro (Tabella 15b.2.): il 27,9% è molto o moltissimo preoccupata per la crescente gravità dei sintomi e il 36,8% abbastanza; il 26,0% è molto o moltissimo preoccupata per il rischio di maturare una invalidità fisica e il 31,1% abbastanza; il 27,9% molto o moltissimo preoccupata per l'emergere o peggiorare del dolore fisico e il 36,4% abbastanza; quasi il 60% delle donne teme la futura compromissione dei propri organi.

Sempre prospetticamente, quasi il 30% delle donne teme di poter rimanere disoccupata a causa della malattia e tali preoccupazioni appaiono più marcate tra le donne giovani e quelle con diagnosi più recente.

Quasi la metà delle donne con meno di 40 anni (42,9%) è molto o moltissimo condizionata nella decisione di avere figli.

In positivo il 60% delle donne dichiara di ricevere molto o moltissimo sostegno soprattutto dalla famiglia e il 33,9% delle donne dichiara di ricevere molto o moltissimo sostegno dagli amici.

Anche il ruolo dell'Associazione pazienti appare importante nel dare sostegno alle donne: dichiarano di riceverne molto o moltissimo il 31,5% delle rispondenti e abbastanza il 25,8%.

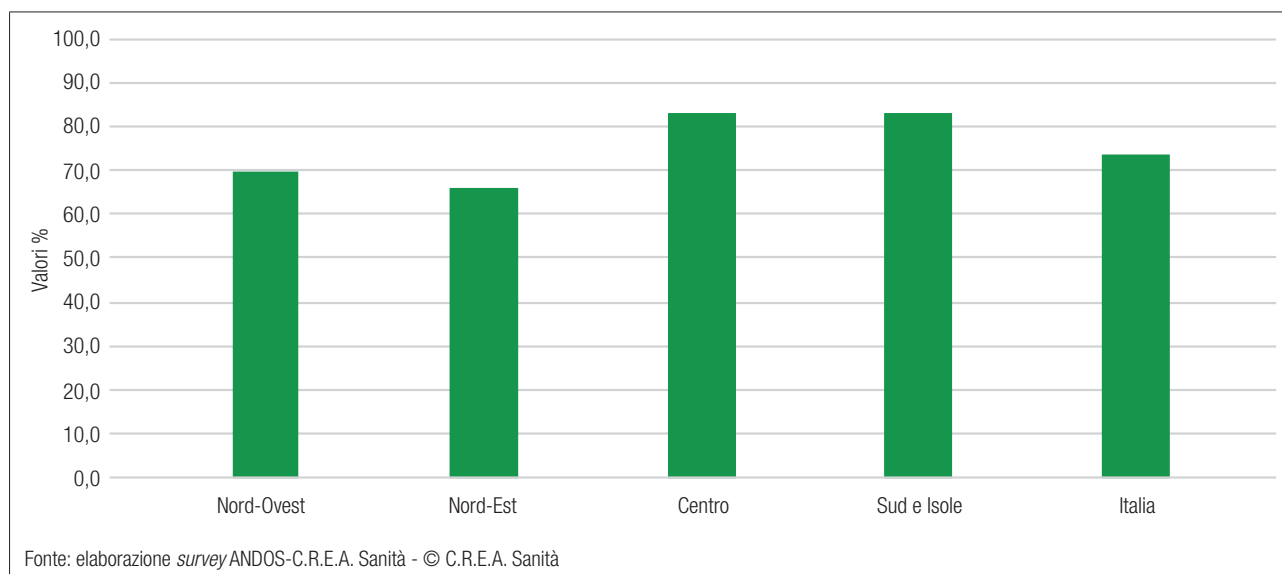
Meno del 10% delle donne intervistate ritiene che il supporto psicologico effettivamente ricevuto sia di molto o moltissimo sostegno; la percentuale aumenta nelle donne più giovani (25,0% delle donne con meno di 40 anni e 16,0% delle donne con età compresa tra 41 e 60 anni).

Si noti che il *caregiver* è stato coinvolto nel supporto psicologico nel 31,6% dei casi: si passa dal 75,0% dei *caregiver* nel Nord-Ovest al 16,7% nel Centro così come anche nel Sud e Isole; non di meno, solo nel 10,5% dei casi il *caregiver* ha ricevuto un supporto psicologico specificatamente dedicato: questo è avvenuto nel 25,0% dei casi nel Nord Ovest e nel 16,7% nel Centro, mentre non si riscontra nel Nord-Est e nel Sud e Isole.

Tabella 15b.2. Preoccupazioni future. Valori %

	Gravità dei sintomi	Invalidità fisica	Dolore fisico	Compr.ne organi	Possibile disocc.
Moltissimo	15,2	13,7	13,0	15,9	10,1
Molto	12,6	12,3	14,9	14,0	6,3
Abbastanza	36,8	31,1	36,4	30,3	12,3
Poco	21,7	27,0	26,2	21,9	17,3
In nessun modo	11,6	14,4	8,5	16,1	35,9
Nessuna risposta	2,1	1,5	1,0	1,9	18,1

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

Figura 15b.4. Incidenza donne che hanno sostenuto privatamente Spese Sanitarie per ripartizione geografica

L'ambiente lavorativo (inteso tanto in termini di colleghi, che di datore di lavoro), ma anche di *welfare* aziendale, appare meno "presente" nel supportare le donne, peraltro con marcate differenze tra il Nord e il Sud del Paese.

Oltre il 70% delle donne rispondenti ha dovuto sostenere spese private nel suo percorso di cura. Il fenomeno coinvolge soprattutto le residenti nel Centro e nel Sud, giovani e con una diagnosi recente di tumore (Figura 15b.4.).

La quota di donne che spende privatamente per curarsi aumenta con il crescere del livello di istruzione (*proxy* del reddito). La spesa media annua sostenuta è pari a € 1.233, ovvero pari a € 1.665,8 ri-

ferendo il dato alle sole donne che le hanno sostenute: quella delle rispondenti del Sud è circa sei volte quella sostenuta da quelle del Nord-Est, e raggiunge il livello massimo nelle donne di età compresa tra 41 e 50 anni.

I farmaci (Tabella 15b.3.), oltre che l'acquisto diretto riscontrato con maggiore frequenza, sono anche la voce di spesa più impattante sui bilanci familiari, assorbendo il 40,8% della spesa sostenuta privatamente (€ 502,8); seguono con il 14,7% le visite specialistiche a pagamento, con un onere annuo di € 181,6, e i trattamenti di fisioterapia e riabilitazione, che incidono per il 10,5% (€ 129,1).

Tabella 15b.3. Spesa media annua pro-capite sostenuta privatamente per tipo di spesa e ripartizione geografica. Valori in €

	Visite	Analisi Lab.	Esami Diagn.	Ricoveri	Farmaci	Fisio/Riab	Ass. Domiciliare	Presidi	Adattamenti Abit.	Trasporti	Altro
Totale	181,6	24,4	93,6	73,7	502,8	129,1	1,9	70,3	17,3	11,3	127,1
Nord-Ovest	233,4	15,3	68,9	29,3	125,4	91,4	0,0	89,1	0,0	20,1	262,3
Nord-Est	99,9	12,4	45,0	70,6	158,2	112,7	0,9	60,3	0,0	6,1	48,0
Centro	236,1	48,4	158,5	137,9	175,0	180,1	5,2	83,9	58,0	14,5	132,4
Sud e Isole	196,8	18,2	135,5	0,1	3.544,3	126,1	0,0	23,7	0,0	0,0	85,0

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

I ricoveri a pagamento, sebbene “rari”, sono unitariamente costosi, incidendo in media per il 6,0% sulla spesa diretta annua: € 73,7 di cui il 34,8%, pari a € 26,7, per compartecipazioni.

Infine, registriamo che il 5,7% è attribuibile al pagamento di presidi medici e protesici (€ 70,3 di cui il 37,9%, ovvero € 26,7, per compartecipazioni), mentre minore incidenza è riferibile ai servizi di assistenza domiciliare a pagamento (0,2%, ovvero € 1,9).

A tali spese si affiancano quelle non sanitarie, quali quelle per gli adattamenti dell'abitazione e i trasporti che incidono rispettivamente per l'1,4% (€ 17,3) e lo 0,9% (€ 11,3).

Nonostante la quasi totalità delle pazienti siano esenti dalle compartecipazioni, nelle fasce giovanili e soprattutto nel Nord del Paese, circa il 15% delle rispondenti ha ritenuto opportuno dotarsi di copertura aggiuntiva mediante polizze assicurative.

La condizione di paziente genera, però, varie forme di discriminazione: ad una quota rilevante di donne non è stata concessa copertura assicurativa, come anche è stato negato l'accesso al credito a causa della propria condizione clinica.

Inoltre, il 20,7% delle rispondenti ha dichiarato di aver dovuto intaccare fonti di risparmio (es. TFR, investimenti, fondi ecc.) per far fronte alle Spese Sanitarie.

L'impatto della condizione ha effetto anche a livello sociale: a causa della patologia nell'ultimo anno le donne intervistate hanno perso in media circa 20 giornate di lavoro/studio e per 15,2 giornate hanno avuto una ridotta produttività, ed hanno dovuto avvalersi di supporto per le attività domestiche per 27 giornate nell'anno. Inoltre, i loro *caregiver* hanno perso in media 11 giornate nell'anno per fornire supporto.

Inoltre, il 13,2% delle donne che ha avuto un'occupazione o sta portando avanti un percorso di studi, si è trovata per motivi legati al tumore alla mammella nella condizione di dover cambiare lavoro o percorso; il 27,0% delle donne si è trovata, nella condizione di dover sviluppare nuove abilità; il 40,5% delle donne si è trovata a ridurre le ore di lavoro. Tali problematiche si sono riscontrate principalmente nel Sud e Isole.

Per mezzo del questionario PROFFIT si è, infine, indagata la tossicità finanziaria prodotta dalla patologia, stimando che colpisca il 38% delle donne.

Con il termine “Tossicità finanziaria” si definiscono le conseguenze economiche che, la malattia (in questo caso oncologica) e i trattamenti da essa derivanti, determinano sul paziente, sia in termini oggettivi, che soggettivi.

Viene utilizzato il termine “Tossicità” per sottolineare come gli effetti derivino direttamente dalla malattia e dai relativi trattamenti, al pari di quelli delle altre tossicità cliniche.

15b.3. Riflessioni finali

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.



Riepilogo regionale

Riepilogo regionale

Nelle pagine che seguono presentiamo il riepilogo regionale di alcuni indicatori selezionati e contenuti nei singoli capitoli del volume.

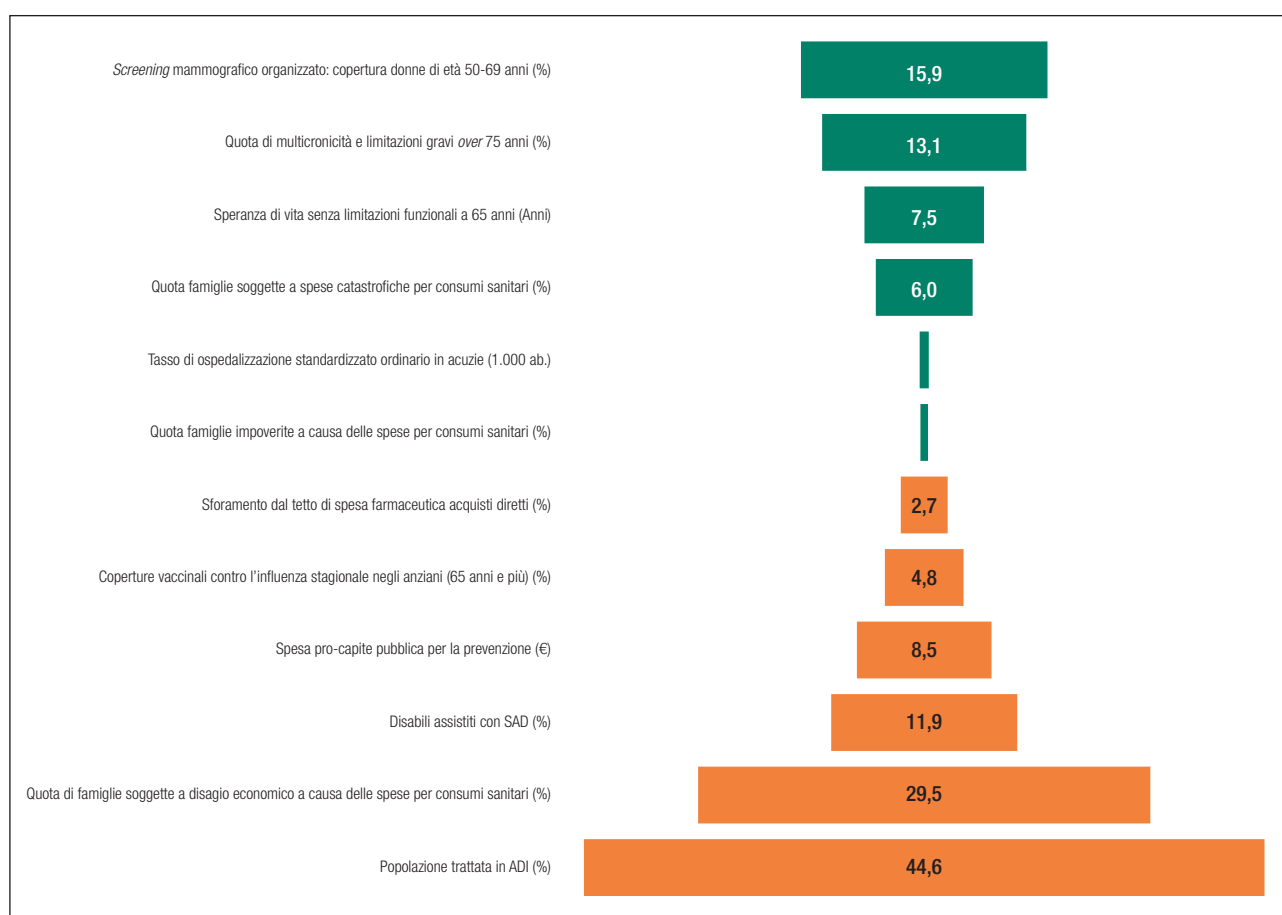
Essendo il Rapporto Sanità costruito per capitoli tematici, si è ritenuto infatti utile un riepilogo che permettesse anche una lettura regionale trasversale rispetto agli argomenti trattati.

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:

Esiti	Ind. 1: Quota di multicronicità e limitazioni gravi <i>over</i> 75 anni (%) Ind. 2: Speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni (anni)
Equità	Ind. 1: Quota famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari (%) Ind. 2: Quota famiglie soggette a spese catastrofiche per consumi sanitari (%) Ind. 3: Quota famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari (%)
Prevenzione	Ind. 1: Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più) (%) Ind. 2: <i>Screening</i> mammografico organizzato: copertura donne di età 50-69 anni (%) Ind. 3: Spesa pro-capite pubblica per la prevenzione (€)
Assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera	Ind. 1: Tasso di ospedalizzazione standardizzato ordinario in acuzie (per 1.000 ab.) Ind. 2: Popolazione trattata in ADI (%) Ind. 3: Disabili assistiti con SAD (%)
Assistenza Farmaceutica	Ind. 1: Sforamento dal tetto di spesa farmaceutica acquisti diretti (%)

Piemonte



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Valle d'Aosta



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

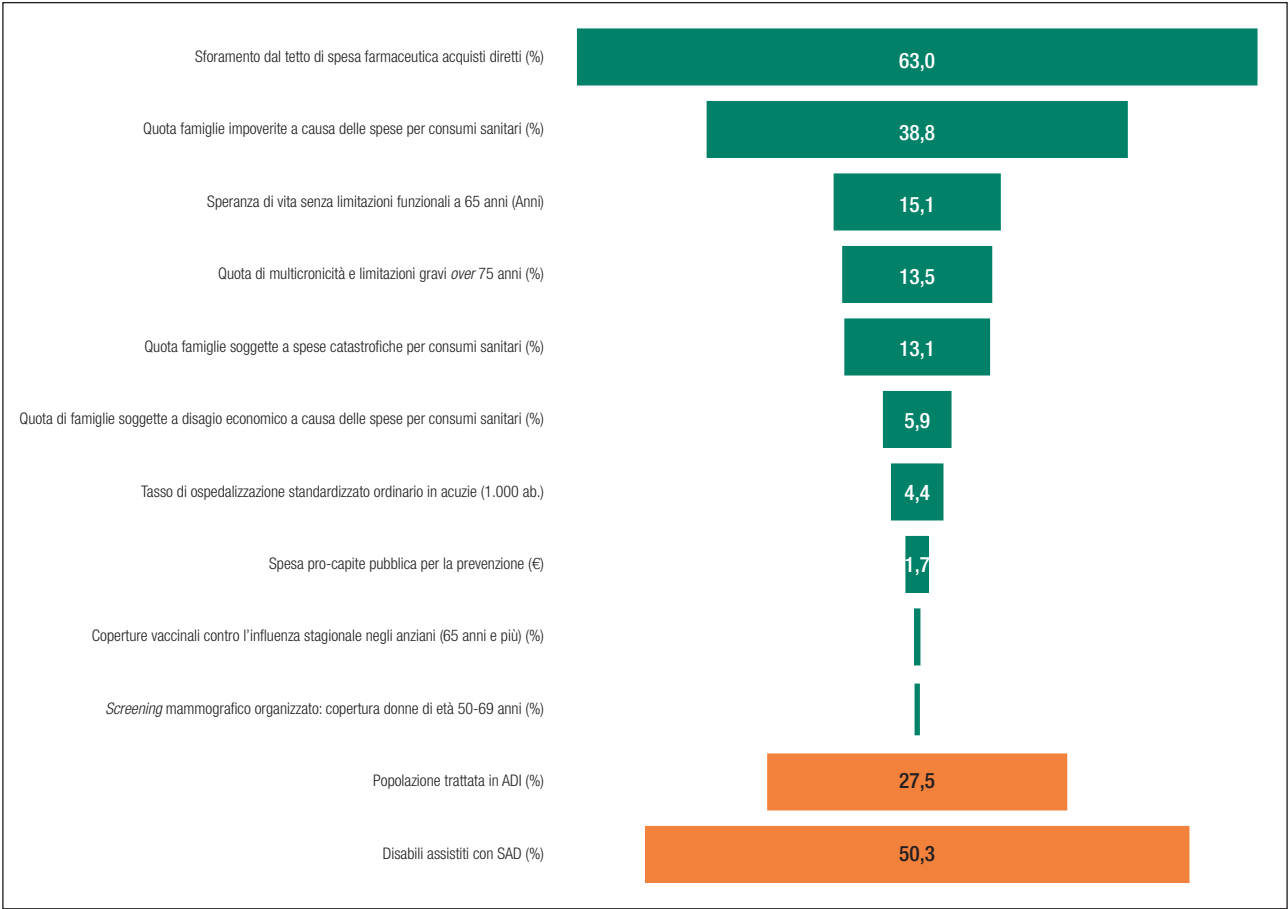
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Lombardia

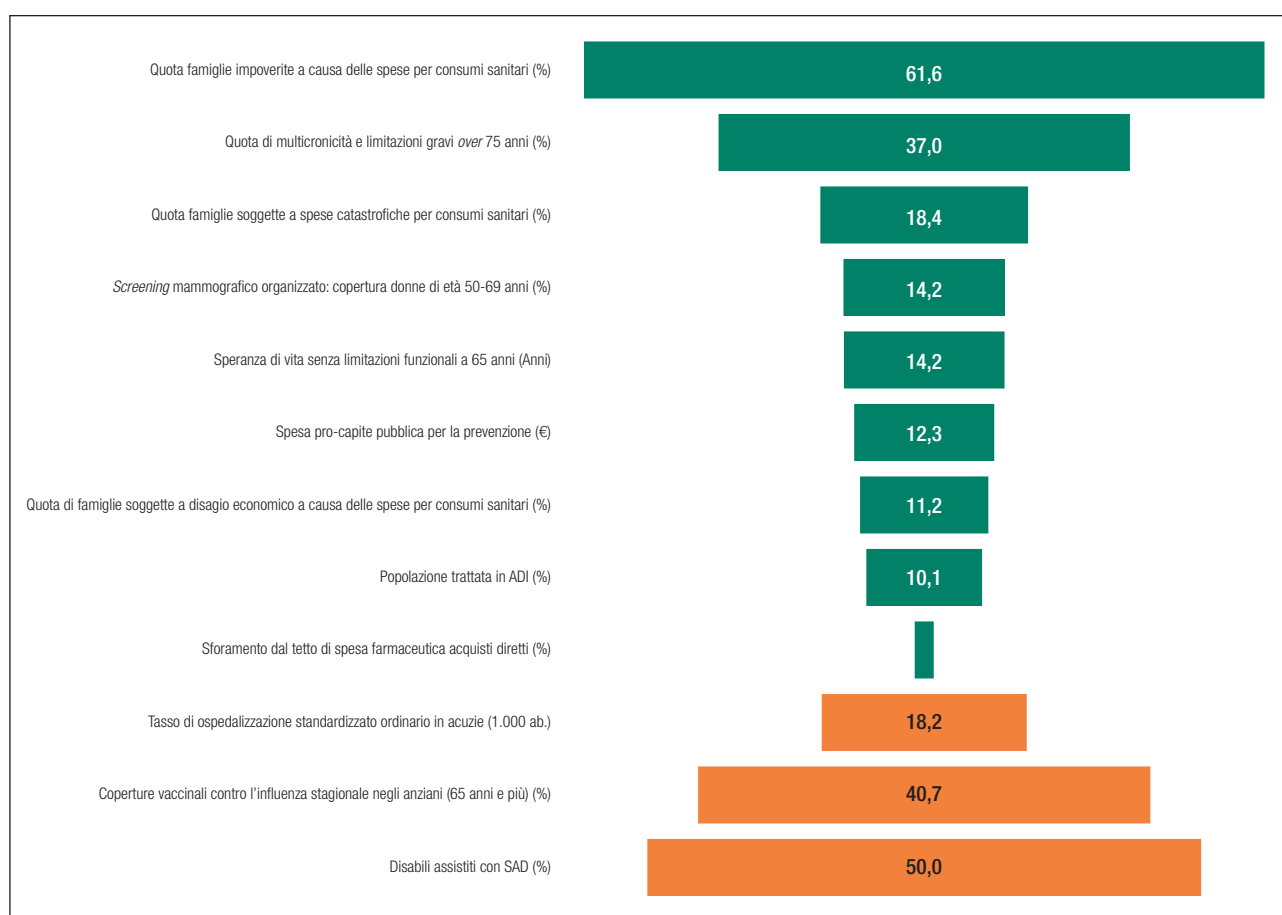


Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.
Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).
Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.
Screening mammografico organizzato: copertura donne di età 50-69 anni: valore non disponibile
Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani di età 65 anni e più: valore non disponibile

Provincia Autonoma di Bolzano



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Provincia Autonoma di Trento



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

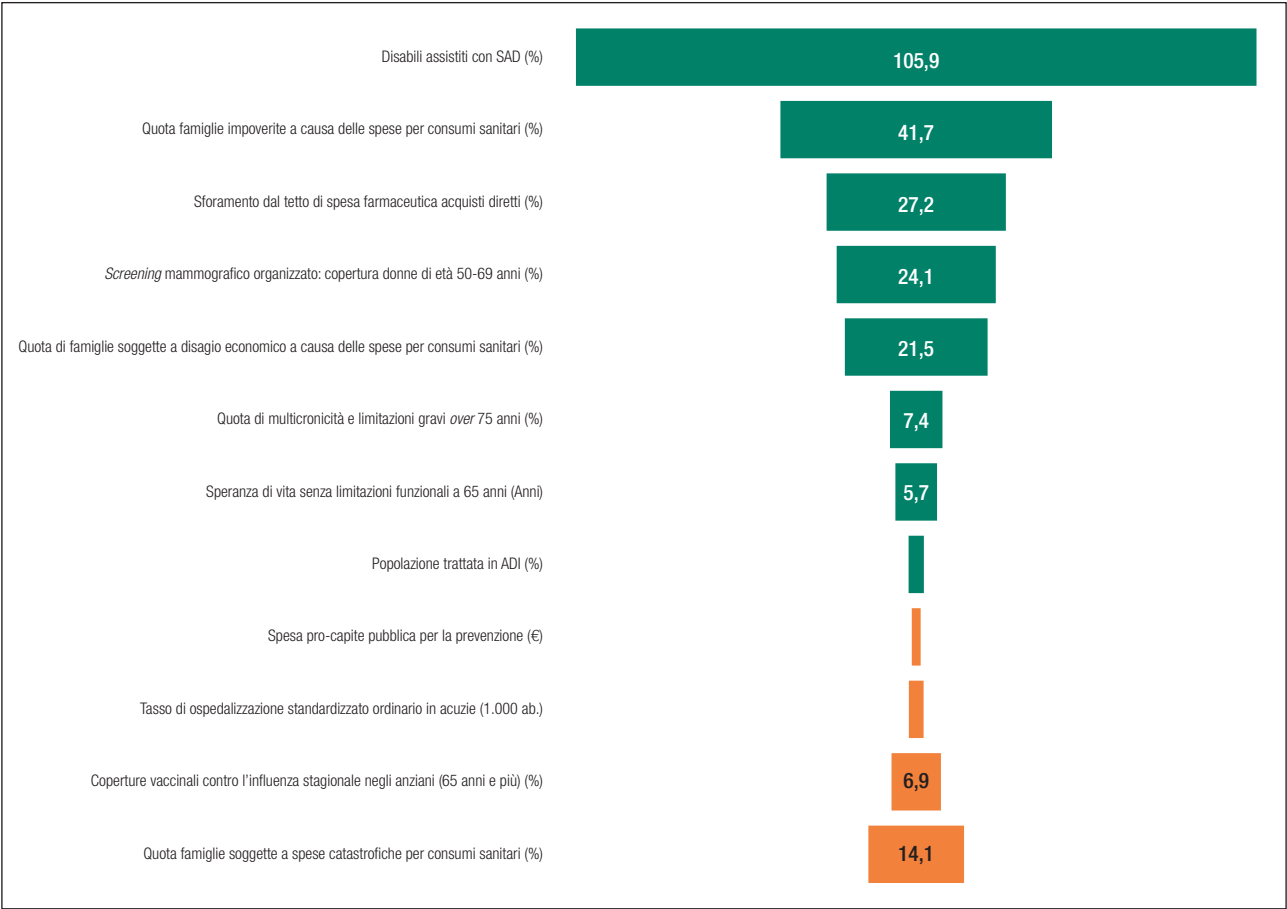
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Veneto



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.
Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).
Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Friuli Venezia Giulia



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

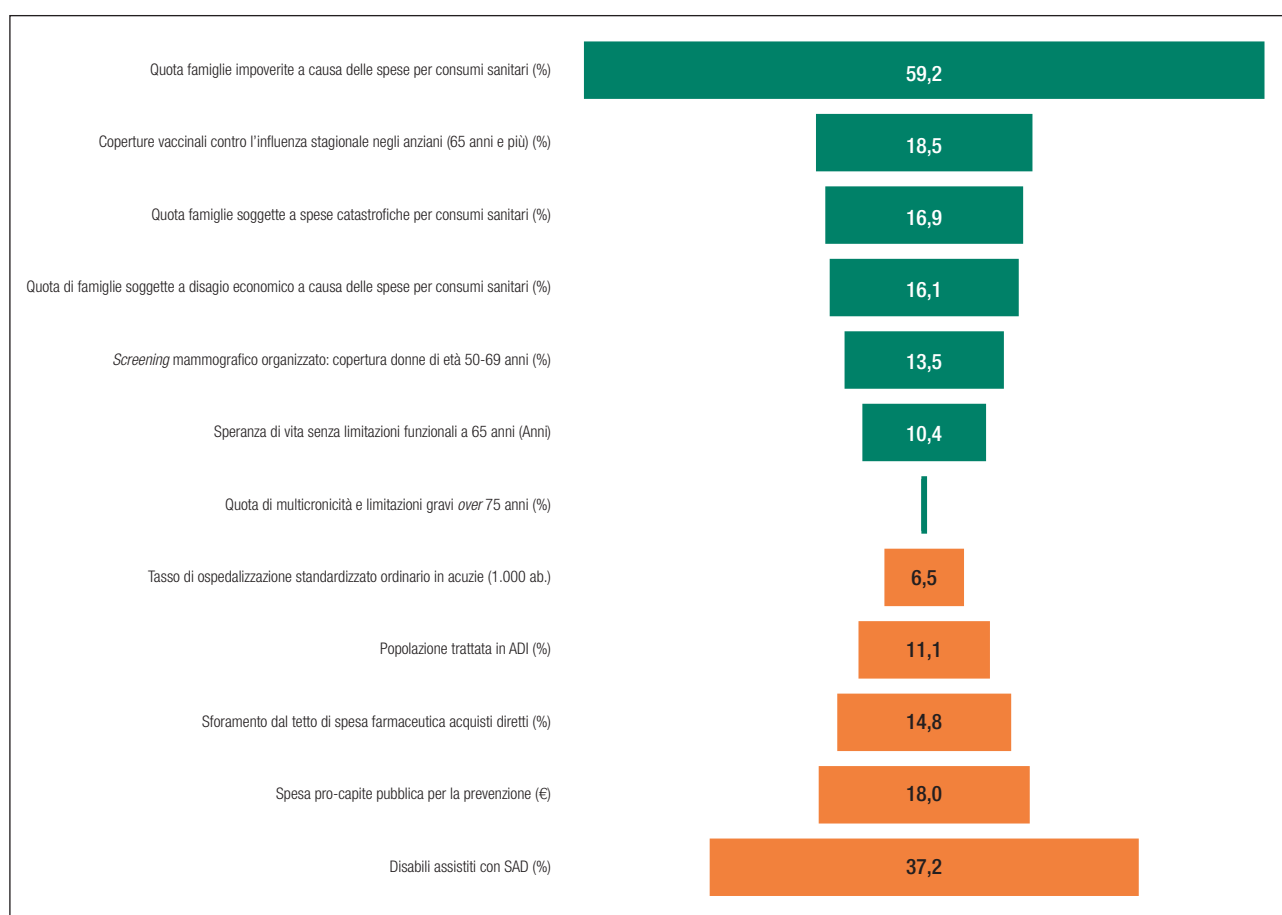
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Liguria



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Emilia Romagna



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

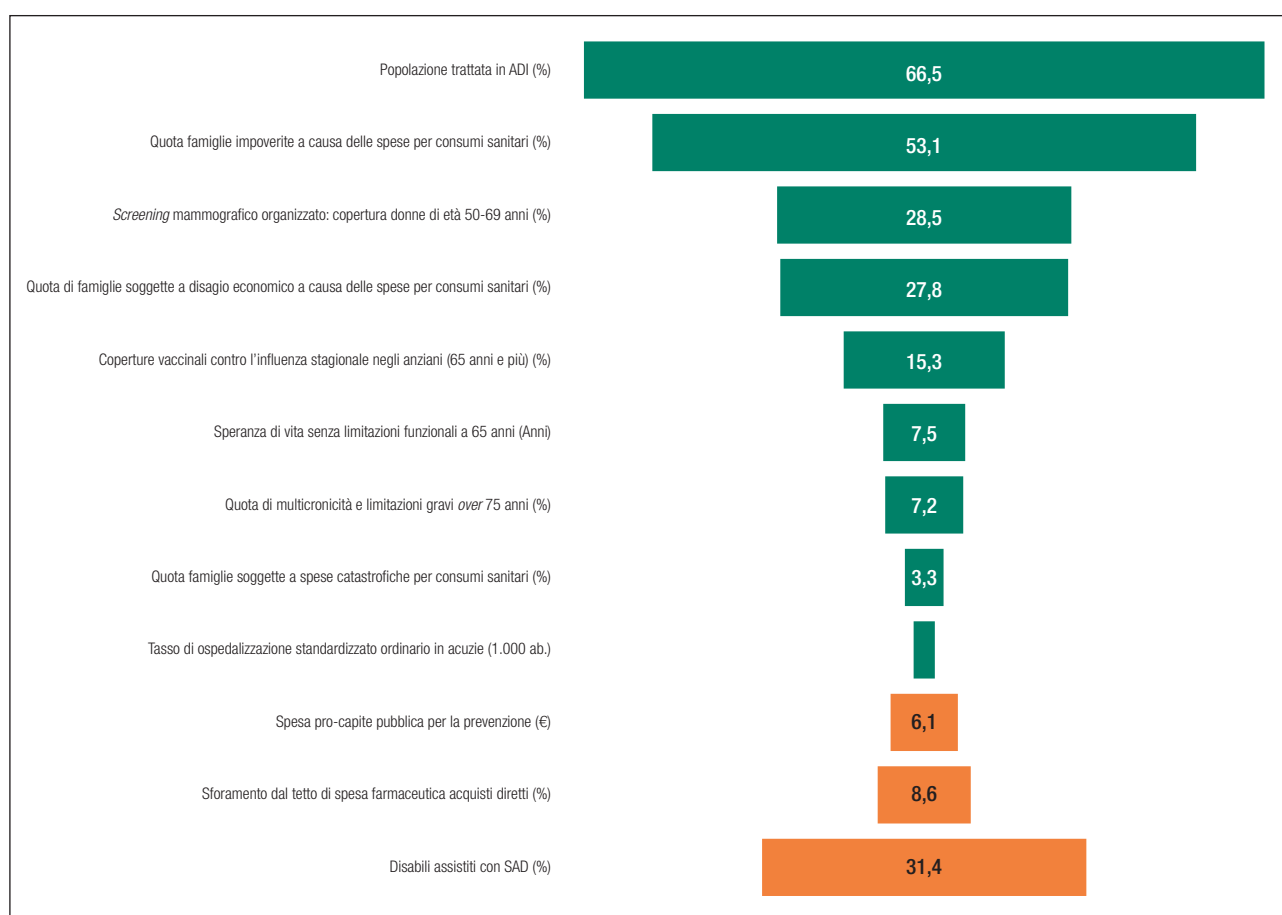
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Toscana



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

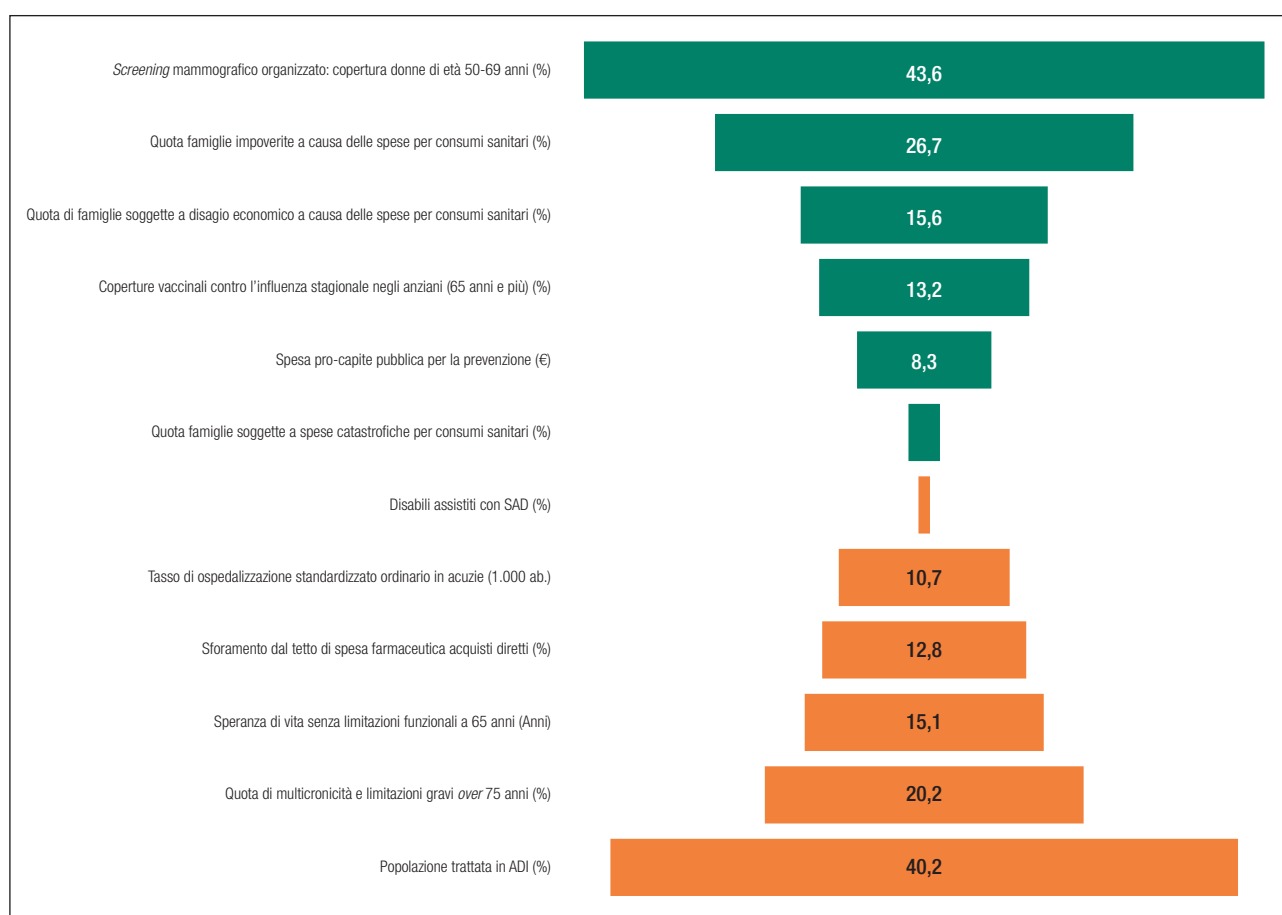
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Umbria



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

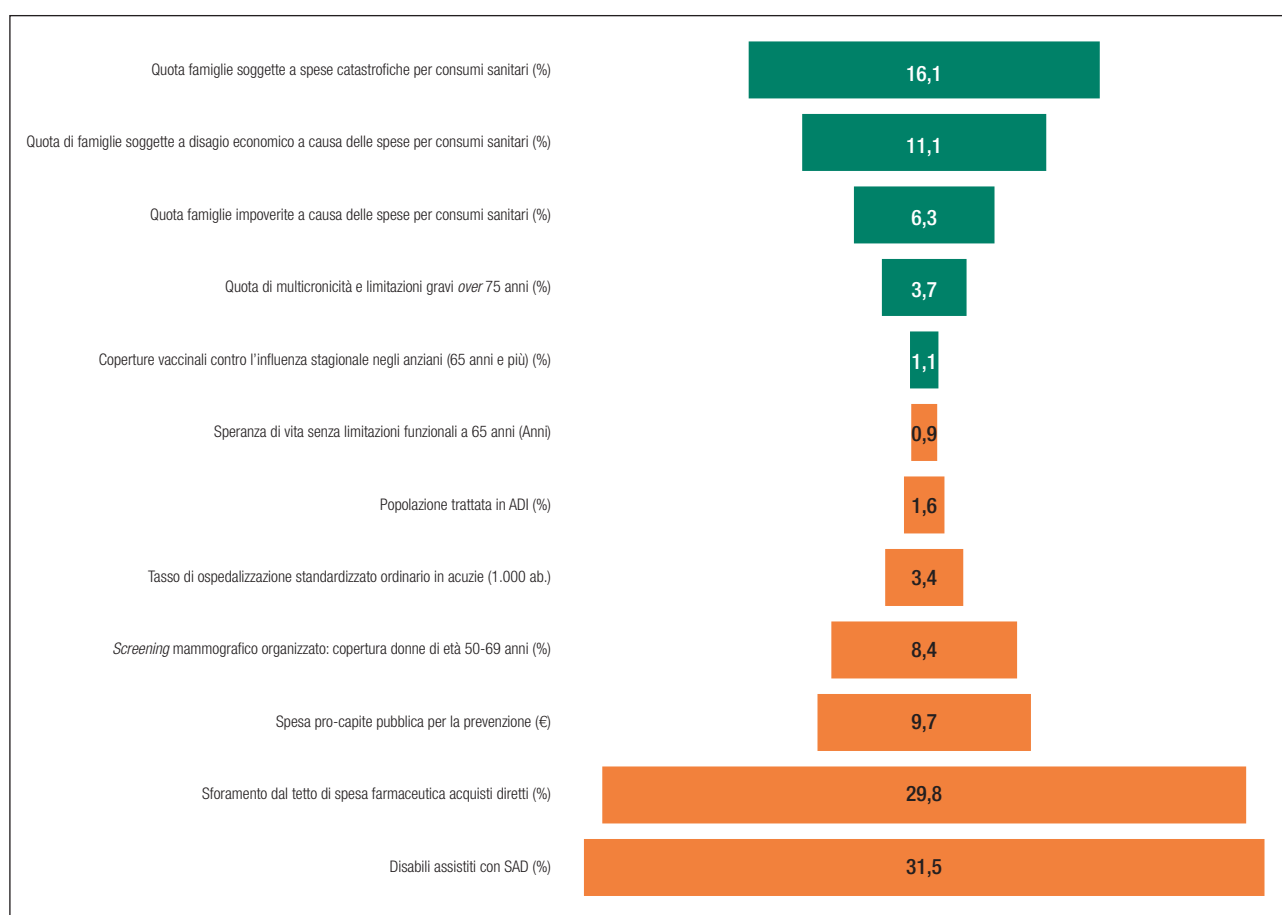
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Marche



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

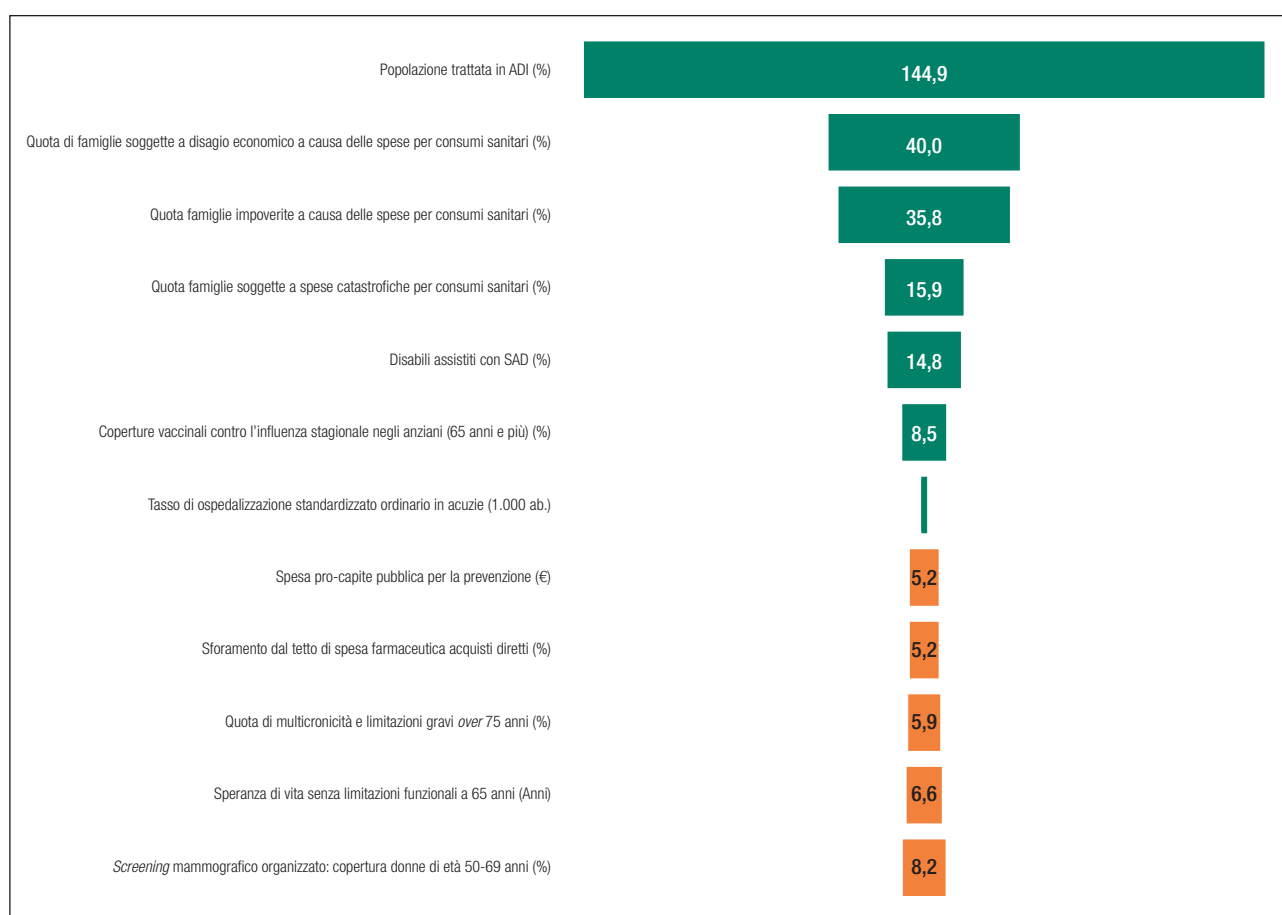
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Lazio



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

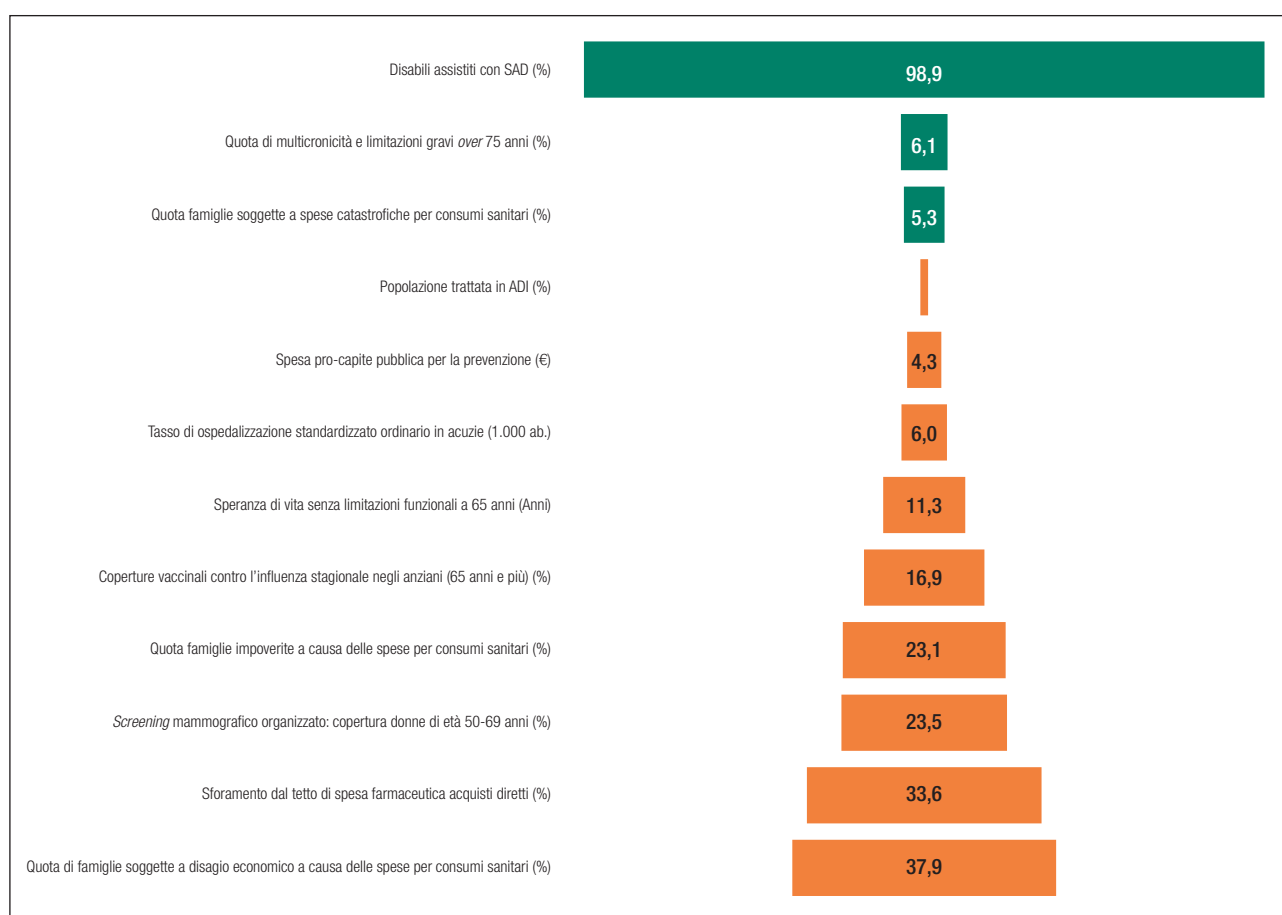
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Abruzzo



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Molise



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

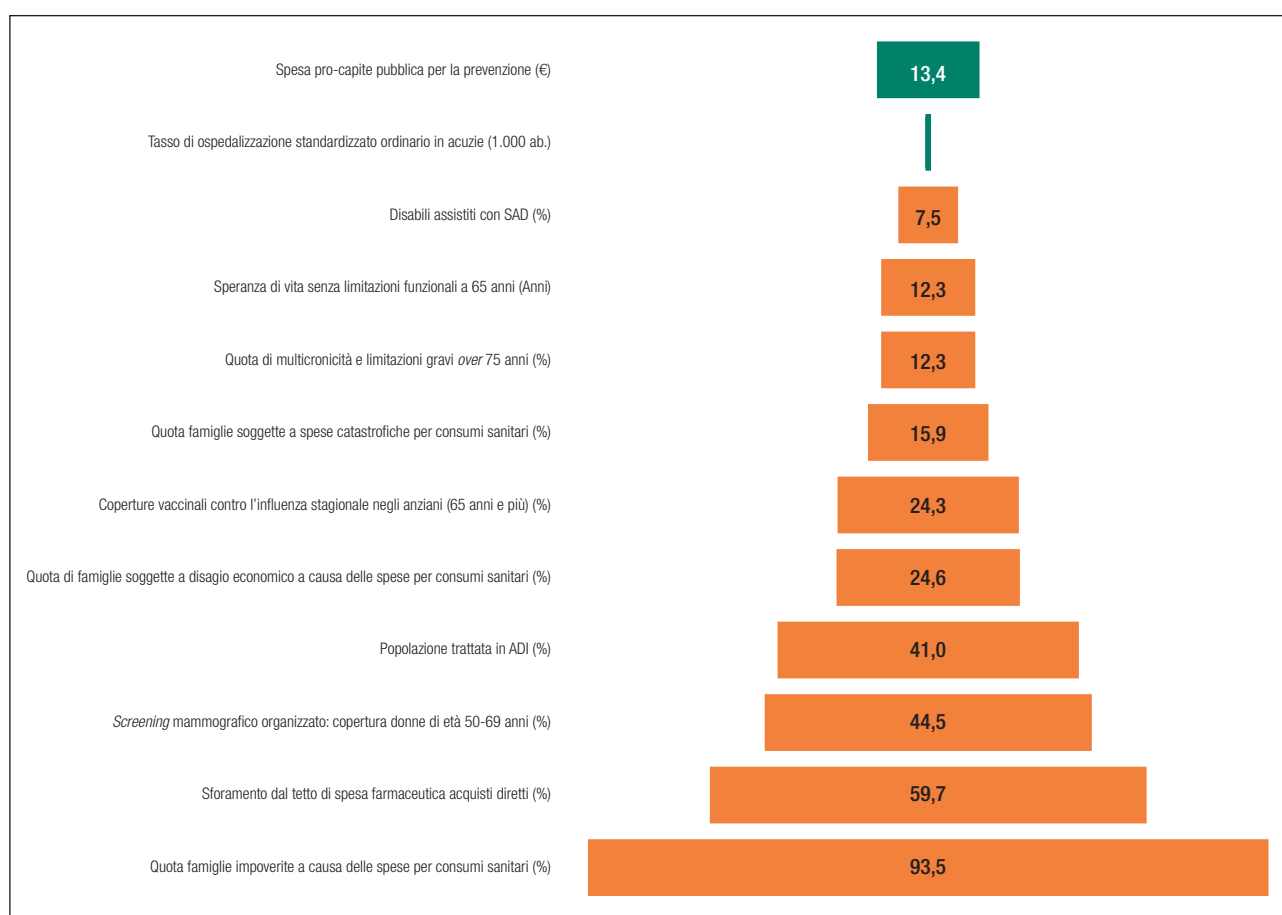
La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Campania



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Puglia



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.
Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).
Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Basilicata



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.
Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).
Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Calabria



 Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Sicilia



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.

Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).

Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Sardegna



Valore migliore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale
(Valore espresso in punti percentuali)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli del Rapporto, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità.
Gli indicatori sono riportati a numero indice rispetto al valore medio nazionale (Italia = 100); il valore riportato è lo scarto dalla media espresso in punti percentuali (ad esempio: per un indicatore che migliora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a -20 p.p., il numero indice 120 a +20 p.p.; per un indicatore che peggiora al crescere dei suoi valori, il numero indice 80 equivale a +20 p.p., il numero indice 120 a -20 p.p.).
Se l'indicatore regionale è migliore di quello medio nazionale è rappresentato in verde, se peggiore in arancione. La lunghezza della barra è proporzionale allo scarto dalla media nazionale.

Il **Rapporto Sanità**, giunto alla sua **21^a 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^a 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 farmacoeconomia, oltre a servizi di consulenza e organizzativi.

ISSN 2035-8660



9 772035 866005

ISBN 978-889907896-6



9 788899 078966